



Soziale Arbeit im Gesundheitswesen: Aufgaben und Potenziale

Editorial

In der fachwissenschaftlichen Diskussion hat sich ein Gesundheitsverständnis durchgesetzt, das nicht über die bloße Abwesenheit von Krankheit definiert wird, sondern als umfassendes physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden. Sowohl der sozioökonomische Status als auch soziale Faktoren und Ressourcen haben einen maßgeblichen Einfluss auf die Gesundheit. Menschen in schwierigen Lebenslagen sind deutlich häufiger von Krankheit betroffen und einem höheren Risiko ausgesetzt, vorzeitig zu sterben. Doch gerade diese Menschen werden von Angeboten der Gesundheitsversorgung und -förderung teilweise nur schwer, manchmal auch gar nicht erreicht.



Soziale Arbeit baut interdisziplinäre Brücken, sie richtet sich an der Lebenswelt und den Ressourcen ihrer Adressat/innen aus und holt sie im Idealfall dort ab, wo sie stehen. Sie unterstützt, befähigt, beteiligt, vernetzt, zeigt Wege auf – und trägt so schon zur Gesundheitsförderung und -wiederherstellung, zur Prävention und Teilhabe bei. Gleichzeitig zielt Soziale Arbeit auf eine Verbesserung der gesellschaftlichen Lebensverhältnisse und den Abbau von sozialen und somit auch gesundheitlichen Ungleichheiten ab.

Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit findet in sämtlichen ihrer Handlungsfelder statt, nicht nur in den traditionellen Tätigkeitsfeldern mit Gesundheitsbezug wie dem Kliniksozialdienst. Dennoch spielt sie im Gesundheitswesen eine eher randständige Rolle. In einem auf Effizienz ausgerichteten Gesundheitssystem, in dem immer mehr und immer neue Versorgungslücken entstehen und das voraussetzt, dass sich Patient/innen im Versorgungsdschungel souverän und kompetent zurechtfinden, braucht es die fachliche Expertise qualifizierter Sozialer Arbeit – ohne dass diese dabei zu einem kostengünstigen Lückenfüller verkommt. Dieses Heft möchte dazu beitragen, das Potenzial der Sozialen Arbeit im und für das Gesundheitswesen sichtbar zu machen und es so für alle Beteiligten gewinnbringend zu erschließen.

*Claudia Deneff, Diplom-Soziologin und
Redakteurin im Deutschen Verein
für öffentliche und private Fürsorge e.V.*

ARCHIV

für Wissenschaft
und Praxis
der Sozialen Arbeit

**Vierteljahresheft zur Förderung
von Sozial-, Jugend- und
Gesundheitshilfe**

Berlin • 52. Jahrgang • Nr. 3/2021

Begründet von
Prof. Dr. Hans Achinger

Herausgegeben von
Prof. Dr. Peter Buttner

im Auftrag des Deutschen Vereins
für öffentliche und private
Fürsorge e.V.
Michaelkirchstraße 17/18
10179 Berlin
www.deutscher-verein.de

ISSN 0340 - 3564
ISBN 978-3-7841-3384-3

Redaktion: Dr. Sabine Schmitt
Tel. (030) 6 29 80-319
Fax (030) 6 29 80-351
E-Mail: s.schmitt@deutscher-verein.de

Das Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit erscheint vierteljährlich. Der Bezugspreis beträgt 42,70 € (für Mitglieder des Deutschen Vereins 25,90 €) jährlich; Einzelheft 16,00 € (für Mitglieder 13,00 €) inkl. MwSt. zzgl. Versandkosten. Anmeldungen zur Mitgliedschaft nimmt die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins entgegen.

Die Auslieferung erfolgt über den Lambertus-Verlag GmbH
Postfach 1026, 79010 Freiburg,
Tel. 0761-36825-0
info@lambertus.de

Alle Rechte, auch das der Übersetzung, sind vorbehalten.

Druck:
Stückle Druck und Verlag, Ettenheim

Veröffentlicht mit Förderung durch
das Bundesministerium für Familie,
Senioren, Frauen und Jugend
(BMFSFJ)

V.i.S.d.P.: Michael Löher

Abbildung Titelseite:
Adobe Stock/rosifan19

Inhalt

Stephan Dettmers, Elke Cosanne, Antje Liesener
Soziale Arbeit im Gesundheitswesen 4

Dieter Röh, Gülzade Düzgün-Suttner, Karsten Giertz
**Rehabilitation und Teilhabe – nicht ohne die
Expertise der Klinischen Sozialarbeit! 16**

Ingrid Hendlmeier, Martina Schäufole
**Demenzsensible Versorgung im Krankenhaus –
welchen Beitrag kann Soziale Arbeit dazu
leisten? 29**

Mike Seckinger
**Mehr Einfluss von Gesundheitsberufen in der
Kinder- und Jugendhilfe durch die SGB VIII-
Reform – wie verändert sich die Praxis
Sozialer Arbeit? 40**

Michael John
Kommunale Sozialplanung in der Coronakrise. . . 51

Sabine Bösing, Daniela Radlbeck, Rolf Rosenbrock
**Armut und Gesundheit am Beispiel wohnungs-
loser Menschen 61**

Lisa vom Felde, Alva Träbert
**Identifizierung besonderer Schutzbedarfe: der
Schlüssel zum Menschenrecht auf Gesundheit
für Geflüchtete? 73**

Louise Zwirner, Carolin Ochs
**Die Clearingstelle für nicht krankenversicherte
Menschen in Berlin 82**

Klaus Balzer
Der Gesundheitskiosk in Hamburg 89

Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

Seit Beginn ihrer Geschichte hat die Soziale Arbeit die Schnittstelle zwischen Sozial- und Gesundheitswesen gestaltet und auf die vielfachen Wechselwirkungen zwischen Lebenslage und gesundheitlichem Status hingewiesen. Insbesondere der seit den 1990er-Jahren in Deutschland zunehmend verbreitete Public-Health-Ansatz hat dies aufgegriffen. In diesem Beitrag wird das Grundverständnis gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit dargelegt, Interventionsdimensionen und Handlungsfelder werden aufgezeigt und rechtliche Rahmenbedingungen analysiert. Als interdisziplinär und multiperspektivisch handelnde Berufsgruppe mit Fokus auf die Förderung sozialer Teilhabe und Selbstbestimmung sowie auf die Gestaltung der gesellschaftlichen Verhältnisse leistet Soziale Arbeit einen unverzichtbaren Beitrag zur Gesundheitsversorgung. Nun benötigt sie eine bessere rechtliche Verankerung, Verbindlichkeit und Qualitätssicherung.

Die Wechselwirkungen zwischen sozialen Faktoren, Teilhabe und Gesundheit sind bekannt und exemplarisch in verschiedenen Zusammenhängen erkennbar. So stellen zum Beispiel die Älteren und Hochbetagten, bei gleichzeitig sinkender Personenzahl in den jüngeren Geburtsjahrgängen und steigender Zahl der 65-Jährigen und Älteren, im Zeitverlauf einen immer größeren Anteil an der Gesamtbevölkerung in Deutschland dar. Besonders stark wächst die Gruppe der Hochbetagten. Ihre Zahl hat sich in den Jahren von 1991 bis 2019 verdoppelt (Statistisches Bundesamt 2021). Da aber mit zunehmendem Alter das Risiko für Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit steigt, erhöht sich folglich auch die Zahl pflegebedürftiger Menschen. Da wiederum immer mehr ältere Menschen allein leben und eine Pflegebedürftigkeit überwiegend Hilfen im häuslichen Umfeld erfordert, wird der Bedarf an lebensweltnahen, ressourcen- und netzwerkorientierten Beratungs- und Unterstützungsangeboten für Ältere zunehmen – dies insbesondere im Hinblick auf die soziale Sicherung und die Sicherstellung sozialer Teilhabe.

Hinzu kommt die in Deutschland zunehmende soziale und gesundheitliche Ungleichheit. Sie ist unter anderem an der Zunahme der Armutquote (vgl. hierzu den Beitrag von Sabine Bösing, Daniela Radlbeck und Rolf Rosenbrock in diesem Heft), dem höheren Risiko ärmerer Menschen, frühzeitig zu sterben, sowie an dem erschwerten Zugang zu medizinischen Gesundheitsleistungen für Menschen ohne gesicherten Aufenthalts- oder Versicherungsstatus (vgl. hierzu den Beitrag von Lisa vom Felde und Alva Träbert in diesem Heft) erkennbar. Weitere gesundheitsbezogene Wirkungszusammenhänge können beispielsweise aus den Themen Einkommensungleichheit, Arbeitslosigkeit, Bildung oder Migration abgeleitet werden (Statistisches Bundesamt et al. 2021, 335).

Besonderheiten der Sozialen Arbeit

Um die Besonderheit der Sozialen Arbeit im Vergleich zu anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen darzustellen, ist es wichtig, zunächst die Soziale Arbeit mit ihren Merkmalen in den Blick zu nehmen. Der Sozialen Arbeit liegt die international gültige Definition in der deutschen Übersetzung zu Grunde:

„Soziale Arbeit fördert als praxisorientierte Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen, soziale Entwicklungen und den sozialen Zusammenhalt sowie die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen. Die Prinzipien sozialer Gerechtigkeit, die Menschenrechte, die gemeinsame Verantwortung und die Achtung der Vielfalt bilden die Grundlage der Sozialen Arbeit. Dabei stützt sie sich auf Theorien der Sozialen Arbeit, der Human- und Sozialwissenschaften und auf indigenes Wissen. Soziale Arbeit befähigt und ermutigt Menschen so, dass sie die Herausforderungen des Lebens bewältigen und das Wohlergehen verbessern, dabei bindet sie Strukturen ein“ (FBTS/DBSH 2016).

Diese Begriffsbestimmung gilt auch für die verschiedenen Settings der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen.

Soziale Arbeit im Gesundheitswesen bietet vielfältige Interventionsangebote für Menschen mit gesundheitlichen Störungen und deren Angehörige. Folgt man einer theoriegestützten Argumentation, ergeben sich vier zentrale Interventionsdimensionen, die im Fallbezug in den unterschiedlichen Praxisfeldern identifizierbar sind (vgl. Dettmers/Bischkopf 2019).

(1) *Soziale Sicherung*

Um eine soziale Sicherung für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen und deren Angehörige zu erwirken, ist eine Interpretation und Übertragung einer Situation oder Fragestellung mit der Anwendung von Rechtsnormen erforderlich. Im Zusammenhang mit einer Teilhabeorientierung ist damit die Beratung und Erschließung von Leistungen umfasst, die beispielsweise



Prof. Dr. Stephan Dettmers,
Diplom Sozialarbeiter/
-pädagoge, ist Professor für
Klinische Sozialarbeit an
der Fachhochschule Kiel
und erster Vorsitzender der
Deutschen Vereinigung für
Soziale Arbeit im Gesund-
heitswesen e.V. (DVSG),
Berlin. E-Mail: stephan.
dettmers@fh-kiel.de



Elke Cosanne,
Diplom-Sozialarbeiterin,
M.A. Sozialmanagement, ist
Referentin und Leiterin der
Geschäftsstelle der DVSG,
Berlin. E-Mail: elke.
cosanne@dvsg.org



Antje Liesener,
Diplom-Sozialpädagogin,
MPH, ist Referentin der
Geschäftsstelle der DVSG,
Berlin. E-Mail: antje.liese-
ner@dvsg.org

Erwerbsarbeit, Studium, Schulbesuch, Entgelt- oder Lohnersatzleistungen, Zugang zu Gesundheits- sowie Rehabilitationsleistungen oder sicheren Wohnraum ermöglichen. Fundierte Kenntnisse über rechtliche und politische Rahmenbedingungen sind dabei unerlässlich (Dettmers/Bischkopf 2019).

(2) *Aktivierung der Potenziale sozialer Netzwerke*

Die Identifizierung und Aktivierung von Potenzialen, um soziale Unterstützung in den persönlichen Netzwerken der gesundheitlich eingeschränkten Personen zu ermöglichen, ist eine weitere Interventionsdimension gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. Die Berücksichtigung familiärer, verwandtschaftlicher und freundschaftlicher Verbindungen ermöglicht es, potenzielle Unterstützung zu erkennen und zu fördern (Dettmers/Bischkopf 2019; Ortmann 2018).

(3) *Förderung persönlicher Kompetenzen*

Die Transition von einem gesundheitlich stabilen in einen instabilen Zustand stellt neue Anforderungen an erkrankte Menschen. Es sind Bewältigungsaufgaben zu leisten, um mit der neuen Lebenssituation besser umgehen zu können. Für die von einer akuten und/oder chronischen Erkrankung betroffene Person sowie ggf. für Angehörige sind damit Lern- und Bildungsprozesse verbunden. Die Erweiterung des Handlungsspielraums entsteht dabei durch Beratung mit der ressourcenorientierten Perspektive und der Förderung von Potenzialen. Der personenbezogene Zugang kann zudem über eine sozialtherapeutische Perspektive erfolgen, um einen konstruktiven Umgang mit der Erkrankung zu fördern und selbstständig neue personale und soziale Ressourcen zu erschließen (Pauls/Hahn 2015, 37).

(4) *Initiieren gesellschaftlicher Veränderungen*

Für die Fallarbeit ist auch das gesellschaftliche Mandat der Sozialen Arbeit bedeutsam. Soziale Arbeit fokussiert nicht nur auf den einzelnen Menschen und sein unmittelbares Umfeld, um hier insbesondere an den Schnittstellen verschiedener Versorgungsstrukturen und Rechtsbereiche notwendige Hilfestellungen zu leisten. Vor dem Hintergrund ihrer Lebensweltorientierung zielt die Soziale Arbeit zugleich auf die Veränderung gesellschaftlicher Verhältnisse. Dafür überträgt sie subjektiv bedeutsame Anliegen in objektivierbare Bedarfe zur Qualitätsverbesserung des Gesundheits- und Sozialwesens. Sie deckt Lücken des Versorgungssystems auf und vertritt die Anliegen ihrer Klientel gegenüber Politik und Gesellschaft.

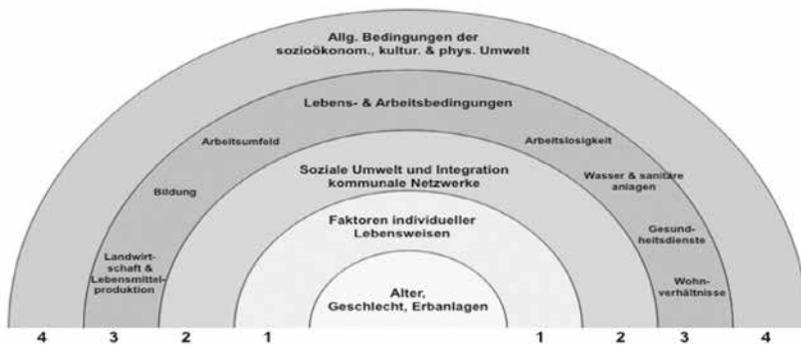
Soziale Arbeit bindet neben sozialarbeitswissenschaftlichen Theorien und empirischen Erkenntnissen verschiedene Impulse gesellschafts-, natur- und humanwissenschaftlicher Disziplinen ein, um sich damit der Komplexität des Alltags und der Lebensführung ihrer Adressat/innen zu nähern. Dabei genügt es nicht, diese Wissensbestände unverbunden zu nutzen. Sie müssen vielmehr kontextualisiert und in einen neuen Erklärungsansatz transformiert werden (vgl. Dettmers 2015, 391 ff.). Diese Transdisziplinarität wird als Forschungs- und Wissenschaftsprinzip der Sozialen Arbeit verstanden, das überall dort

wirksam wird, wo eine allein fachliche oder disziplinäre Definition von Problemlagen und Lösungen nicht möglich ist bzw. das über derartige Definitionen hinausführt.

Dieses transdisziplinäre Grundverständnis fördert ein multiperspektivisches Fallverstehen und begründet das Selbstverständnis der Sozialen Arbeit als kooperativ agierende und interdisziplinär handelnde Berufsgruppe.

In der Sozialen Arbeit ist der fachliche Zugang zum Lebensbereich Gesundheit verbunden mit der Fragestellung, welche Determinanten Einfluss auf die Entstehung von gesundheitlichen Störungen und Krankheiten nehmen und welche Folgen für die Person und ihre Umwelt zu erwarten sind. Die vielfältigen Einflussfaktoren sind sehr übersichtlich in dem Regenbogenmodell zusammengeführt (vgl. Abb. 1: Dahlgren/Whitehead 1991).

Hauptdeterminanten der Gesundheit



Dahlgren & Whitehead 1991 Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute of Future Studies.

Abb. 1: Regenbogenmodell nach Dahlgren/Whitehead (1991)

Die empirische Forschung und Theoriebildung in der Sozialen Arbeit steht mit Blick auf Zusammenhang und Wechselwirkung zwischen biologischen, psychischen und sozialen Faktoren noch am Anfang der Entwicklung. Gleichwohl ist heute unbestritten, dass alle drei Ebenen bei der Gesundheitsförderung und Entstehung von gesundheitlichen Störungen eine wichtige Rolle spielen (vgl. Pauls 2013). Das biopsychosoziale Gesundheits- und Krankheitsparadigma ist für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit ein zentraler Begründungspunkt für ihre gesundheitsorientierte Mitwirkung neben anderen Professionen, da insbesondere psychosoziale Aspekte identifiziert werden können. Somit ist schon die Definition von Gesundheit in der Ottawa-Charta von 1986 der Weltgesundheitsorganisation ein Bekenntnis zur Orientierung an größtmöglichem physischem, psychischem und auch sozialem Wohlbefinden (WHO 2006). Die Bedeutung des biopsychosozialen Gesundheitsmodells mit der Förderung der sozialen Teilhabe

ist mit dem Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention), der Orientierung an der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) und mit dem Inkrafttreten des Bundesteilhabegesetzes gestiegen (vgl. hierzu den Beitrag von Gülzade Düzgün-Suttner, Karsten Giertz und Dieter Röh in diesem Heft).

Fallorientierte Soziale Arbeit basiert schon seit rund 100 Jahren auf diagnostischen Kriterien zur Darstellung der Bezüge von Menschen und ihrer Umwelt, die auf die Protagonistinnen Jane Addams und Mary Richmond zurückzuführen sind (Walther/Deimel 2016, 43). Der Fokus des person-in-environment-Ansatzes ist auf die Interaktion der Person in ihrem Umfeld gerichtet. Die Perspektive thematisiert besonders die Interaktion zwischen gesundheitlich beeinträchtigten Menschen und die sie umgebenden sozialen Netzwerke. Der person-in-environment-Ansatz geht davon aus, dass personenzentrierte und umweltbezogene Aspekte jeweils diverse theoretische Fundierungen erforderlich machen und gleichwertig in der fallbezogenen Sozialen Arbeit berücksichtigt werden müssen, um möglichst viele Einflussfaktoren zum besseren Verständnis der Wechselwirkungen zwischen Person und Umwelt zu identifizieren. Daraus resultieren fachliche Zugänge, die beispielsweise zur Entwicklung von ökosozialen Ansätzen führen oder die Anbindung an Systemtheorien oder Lebensweltorientierung ermöglichen (Dettmers et al. 2019).

Die weite Perspektive der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit

Ausgehend von der Annahme, dass eine passgenaue psychosoziale Versorgung bei gesundheitlichen Störungen durch die hohe Komplexität des Gesundheits- und Sozialsystems hürdenreich sein kann, übernimmt die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen häufig eine zentrale Navigationsfunktion, um Adressat/innen in Phasen von Unsicherheit und Entscheidungsnotwendigkeiten zu begleiten und mögliche Wege und Alternativen aufzuzeigen.

Damit trägt die Soziale Arbeit unmittelbar zu einer besseren gezielten und bedarfsorientierten Steuerung, Vernetzung und Kooperation in der Gesundheitsversorgung bei, wie sie der Sachverständigenrat Gesundheit bereits mehrfach in seinen Gutachten mit Blick auf Über-, Unter- und Fehlversorgung angemahnt hat (SVR 2018, 4).

Komplementär zu Medizin und Pflege nimmt die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit den erkrankten oder von Krankheit und Behinderung bedrohten Menschen immer in Zusammenhang mit seinem Lebensumfeld und seinem Alltagsleben in den Blick und bietet lebensweltorientierte Unterstützungsleistungen:

- Durch Beratung und Begleitung eröffnet sie den Raum für aktive Krankheitsbewältigungsstrategien und autonome Entscheidungen der erkrankten Person.