

Stephan Dettmers
Jeannette Bischkopf
(Hg.)

Handbuch

.....

gesundheitsbezogene
Soziale Arbeit

2. Auflage

RV reinhardt

RV reinhardt

Stephan Dettmers • Jeannette Bischkopf (Hrsg.)

Handbuch

gesundheitsbezogene Soziale Arbeit

2., aktualisierte Auflage

Mit 13 Abbildungen und 14 Tabellen

Mit Beiträgen von Thomas Altenhöner, Andreas Beivers, Jeannette Bischkopf, Katrin Blankenburg, Sonja Börm, Johann Carstensen, Elke Cosanne, Daniel Deimel, Stephan Dettmers, Raimund Geene, Rita Hansjürgens, Hans Günther Homfeldt, Monika Jungbauer-Gans, David Klemperer, Tobias Knoop, Juliane Köchling-Farahwaran, Ina Kopp, Ulrike Kramer, Ulrich Kurlemann, Michael Leinenbach, Katrin Liel, Antje Liesener, Peter Löcherbach, Thorsten Meyer, Ingo Müller-Baron, Monika Nothacker, Karlheinz Ortmann, Anna Lena Rademaker, Dieter Röh, Corinna Schaefer, Sabine Schneider, Christian Schütte-Bäumner, Johannes Schweizer, Sylvia Seider, Peter Sommerfeld, Elisabeth Steiner, Alexander Thomas, Christoph Walther, Jürgen Walther, Felix Welti, Günther Wüsten

Ernst Reinhardt Verlag München

Prof. Dr. *Stephan Dettmers* M.A., Dipl.-Sozialarb./-päd. (FH), lehrt Klinische Sozialarbeit und Sozialmedizin an der FH Kiel. Er ist Bundesvorsitzender der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen.

Prof. Dr. *Jeannette Bischkopf*, Dipl.-Psych., lehrt Psychologie und Gruppendynamik an der FH Kiel.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

ISBN 978-3-497-03083-5 (Print)

ISBN 978-3-497-61523-0 (PDF-E-Book)

ISBN 978-3-497-61524-7 (EPUB)

2., aktualisierte Auflage

© 2021 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Der Verlag Ernst Reinhardt GmbH & Co KG behält sich eine Nutzung seiner Inhalte für Text- und Data-Mining i.S.v. § 44b UrhG ausdrücklich vor.

Printed in EU

Satz: ew print & medien service gmbh, Würzburg

Ernst Reinhardt Verlag, Kemnatenstr. 46, D-80639 München

Net: www.reinhardt-verlag.de E-Mail: info@reinhardt-verlag.de

Inhalt

Vorwort 11

Einleitung 13

Von Stephan Dettmers und Jeannette Bischkopf

I Theoretische und methodische Aspekte 17

1 Spezifische Kompetenzen gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit 18

Von Stephan Dettmers

Gesundheit und Soziale Arbeit 18

Kompetenzorientierung in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit 20

Kompetenzen der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit 22

Praxis- und Forschungsimplikationen 24

Ausblick 25

2 Integration und Lebensführung – Theorie gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit 28

Von Peter Sommerfeld

Zur allgemeinen Theorie der Sozialen Arbeit 29

Zur Theorie einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit 33

Auf dem Weg zu einer „konsolidierten Wissensbasis“ gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit 34

3 Gesundheitswissenschaften/Public Health 39

Von Tobias Knoop und Thorsten Meyer

Definition und Einführung 39

Gesundheitsmodelle 39

Trends und Perspektiven 41

4 Die Perspektive der soziologischen Bildungsforschung auf Gesundheit 44

Von Johann Carstensen und Monika Jungbauer-Gans

Bildung und Gesundheit 44

Effekte des Schulkontextes 47

Bildungssysteme und ihre Bedeutung für Gesundheit 48

Fazit 51

5 Gesundheit und Migration 57

Von Juliane Köchling-Farahwaran

Spezielle Gesundheitsprobleme von MigrantInnen 59

ZugangsbARRIEREN zur gesundheitlichen Versorgung 59

Nutzung von Präventions- und Vorsorgeangeboten 60

Beispiele für verschiedene Angebote im Bereich der Gesundheitsversorgung für MigrantInnen 61

Aufgabenbereiche für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit 62

6 Handlungswissen und Methodenkompetenz gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit 65

Von Christian Schütte-Bäumner

- Herausforderungen gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit 65
- Handlungswissen jenseits therapeutisierender Erklärungsmodelle 65
- Handlungswissen, das als Situation gedacht wird 66
- Methodenkompetenz gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit 67
- Methodeneinsatz im Kontext gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit 68
- Methoden gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit: ein Fazit 70

7 Analyse sozialer Ressourcen in der Klinischen Sozialarbeit 73

Von Günther Wüsten

- Analyse sozialer Ressourcen 74
- Fazit 76

8 Case Management 81

Von Peter Löcherbach

- Rahmenkonzept und Verfahren 81
- Modelle im Case Management 83
- Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit und Case Management 86

9 Forschungsperspektiven in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit 87

Von Elisabeth Steiner

- Allgemeine Vorbemerkungen 87
- Bekannte Herausforderungen fokussieren und sich ihnen sozialarbeitswissenschaftlich stellen 88
- Besonderheiten, Eigentümlichkeiten und spezifische Merkmale der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit 89
- Wirkung und Wirkungsorientierung in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit 90
- Herausforderungen, Optionen und Visionen in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit 91

10 Evidenzbasierte Klinische Sozialarbeit 94

Von Daniel Deimel

- Einführung 94
- Ausgangslage 94
- Konzept der Evidenzbasierung 94
- Studiendesigns 96
- Cochrane und Campbell Collaboration 96
- Evidenzbasierte Praxis: Evidenzgenerierung und deren Anwendung 97
- Evidenzbasierung und Klinische Sozialarbeit 99

11 Soziale Arbeit und evidenzbasierte Leitlinien 101

Von David Klemperer, Corinna Schaefer, Monika Nothacker und Ina Kopp

- Entstehungsgeschichte und Bedeutung von Leitlinien 101
- Evidenzbasierte berufliche Praxis 102
- Die Leitlinien der AWMF 102
- Fazit 105

II Rechtliche und politische Aspekte 107

12 Vielfalt leben – mit einer Stimme sprechen 108

Von Michael Leinenbach

- Zugang über die Internationale Definition 108
- Zugang über die Berufsethik (Code of Ethics und Prinzipien) 108
- Zugang über Reglementierungen 109
- Zugang über Entlohnung und Tarif 110
- Persönliche Zugänge zur Sozialen Arbeit 111
- Was kann, was muss getan werden? 111
- Fazit: Internationalität – die Ressource der Sozialen Arbeit 113

13 Rechtlicher Rahmen: Leistungsrecht 115

Von Felix Welti

- Recht auf bestmögliche Gesundheit und Diskriminierungsschutz 115
- Gesundheitsversorgung im Sozialrecht 116
- Prävention 117
- Krankenbehandlung 118
- Leistungen zur Teilhabe 119
- Langzeitpflege 121
- Palliation 122
- Leistungen zum Lebensunterhalt 122

14 Teilhabeorientierung in der Sozialen Arbeit 124

Von Alexander Thomas und Johannes Schweizer

- Einführung 124
- Selbstvertretung der Menschen mit Teilhabe einschränkungen 124
- Selbstverständnis Sozialer Arbeit und Teilhabe 126
- Teilhabe im sozialen Raum 126
- Organisation sozialer Dienste 127
- Teilhabe und Rehabilitation 127
- Beispiel neurologische Rehabilitation 128

15 Die gesundheitsökonomische Perspektive am Beispiel der Kliniksozialdienste 130

Von Andreas Beivers und Ulrike Kramer

- Ausgangslage: Sektoren spezifische Trennung des deutschen Gesundheitssystems 130
- Zukünftige Herausforderungen für die Kliniksozialdienste im Hinblick auf PatientInnen und ihr Umfeld 131
- Der Kliniksozialdienst im Wandel 131
- Veränderte Rahmenbedingungen und neue Herausforderungen für Kliniksozialdienste 132
- Die Vision einer ganzheitlichen Patientenversorgung der Zukunft: Der Sozialdienst als Lotse und Gatekeeper 133
- Fazit und Ausblick 134

III Handlungsfelder 137

16 Gesellschaftliche Trends und Beschäftigtenzahlen in Praxisfeldern gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit 138

Von Katrin Blankenburg und Elke Cosanne

Gesellschaftliche Trends 139

Beschäftigtenzahlen 139

Typische Praxisfelder 142

Fazit 143

17 Gesundheitsförderung und Prävention in der Sozialen Arbeit 147

Von Anna Lena Rademaker und Thomas Altenhöner

Gesundheit und Krankheit 147

Prävention und Gesundheitsförderung 147

Gesundheitsförderung und Prävention in der Sozialen Arbeit 150

Gesundheit in der Lebenswelt 150

Lebensweltorientierte Gesundheitsförderung 157

Anforderungen an die Qualifikation von SozialarbeiterInnen 160

18 Familiäre Gesundheitsförderung 164

Von Raimund Geene

Das Konzept der Familiären Gesundheitsförderung 164

Familiäre Gesundheitsförderung im Regelungsrahmen SGB V und SGB VIII 164

Lebensphasenspezifische Präventionsbedarfe und -potenziale 165

Lebenslagenspezifische Präventionsbedarfe und -potenziale 166

Typen und Arten der Familiären Gesundheitsförderung 167

Familiäre Gesundheitsförderung im Spannungsfeld von Hilfe und Kontrolle 167

19 Soziale Arbeit im Krankenhaus 170

Von Ingo Müller-Baron und Ulrich Kurlemann

Rechtliche und strukturelle Verankerung 170

Leistungsspektrum der Sozialen Arbeit in Krankenhäusern 171

Entlassmanagement – nahtlose Versorgung in einem komplizierten und oft unübersichtlichen System 172

Dokumentation und Qualitätssicherung 175

Fazit 176

20 Praxisfeld Rehabilitation 179

Von Stephan Dettmers

Rehabilitationsformen 179

Soziale Arbeit und medizinische Rehabilitation am Beispiel beruflicher Orientierung 181

Perspektiven und Strategien 184

Fazit 184

21 Soziale Arbeit in der Suchthilfe 186

Von Rita Hansjürgens

Sozialadministrativer Rahmen 186

Inhaltlich fachlicher Rahmen 188

Unterstützungsbedarf von NutzerInnen der Suchthilfe	188
Potenzielle einer inhaltlichen Zuständigkeit Sozialer Arbeit in der Suchthilfe	188
Anforderungen an eine Tätigkeit im Feld Sozialer Arbeit in der Suchthilfe	192
Fazit	195

22 Der öffentliche Gesundheitsdienst – Public Health Agentur vor Ort 198

Von Sylvia Seider

Dienstaufgabe „Gesundheitshilfen“	198
Dienstaufgabe „Gesundheitsförderung und Prävention“	201
Soziale Arbeit und Infektionsschutz	202

23 Soziale Arbeit in der Sozialpsychiatrie 203

Von Christoph Walther

Überblick und Rahmen	203
Theoretische Fundierung	203
Zentrale Aufgaben und die Berufspraxis	205
Kompetenzen	206
Forschung	208
Aktuelle und zukünftige Herausforderungen	209

24 Soziale Arbeit in der Onkologie 212

Von Sabine Schneider und Jürgen Walther

Hintergrund – aktuelle Befunde zu Krebserkrankungen	212
Auftrag Sozialer Arbeit in der Onkologie	213
Zur spezifischen Situation von KrebspatientInnen – notwendiges Wissen für professionelles Fallverständen	213
Spezifische Handlungsansätze Sozialer Arbeit in der Onkologie	217
Forschungsaufgaben für die Soziale Arbeit in der Onkologie	220
Fazit und Ausblick	220

25 Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit – Kinder und Jugendliche 222

Von Hans Günther Homfeldt

Grundannahmen	222
Gesundheitsbezogene Entwicklungsthemen	222
Kindheit	223
Jugend	223
Facetten entwicklungsbezogener Themen mit Blick auf Jugend	224
Kooperation mit anderen sozialen Diensten als wichtige Grundlage für eine gesundheitsbezogene Jugendhilfe in der Praxis	225

26 Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit: Soziale Arbeit mit alten Menschen 228

Von Juliane Köchling-Farahwaran und Sonja Börm

Gesellschaftliche Strukturierungs- und Differenzierungsprozesse des Alters	228
Alter und Gesundheit	229
Tätigkeitsfelder der Sozialen Arbeit	230
Aufgabenkatalog für spezifische Handlungsfelder der Sozialen Arbeit	231

27 Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit in der Eingliederungshilfe 234

Von Dieter Röh

Einführung (Rahmendaten, Berufsfelddarstellung) 234

Lebenslage behinderter Menschen und Möglichkeiten der rehabilitativ wirkenden Sozialen Arbeit 235

Bezug zur Gesundheit unter besonderer Berücksichtigung des Qualifikationskonzepts „Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit“ und „Kerncurriculum Soziale Arbeit“ 236

Zentrale Aufgaben und (zukünftige) Praxis 239

28 Soziale Arbeit als Gesundheitsarbeit im Sozialwesen 242

Von Karlheinz Ortmann

Einführung 242

Leitziele im Gesundheits- und Sozialwesen 242

Teilhabeförderung und -sicherung als Aufgabe der Sozialen Arbeit im Sozialwesen 243

Zusammenhänge zwischen Teilhabe und Gesundheit/Krankheit 244

Praxis 246

29 Selbsthilfe und Soziale Arbeit 248

Von Antje Liesener

Die Selbsthilfegruppe als Ort zur Erweiterung der Selbstwirksamkeit 248

Formen der Selbsthilfe 248

Selbsthilfekontaktstellen 249

Selbsthilfe fördert die Gesundheitskompetenz 250

Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit und Selbsthilfe 251

Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen und Empowerment von PatientInnen 251

Selbsthilfefreundliche Strukturen für mehr Patientenorientierung 251

Patientenorientierung durch Patientenbeteiligung 252

Selbsthilfefreundliches Gesundheitswesen: Kooperationsförderung als Aufgabe der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit 252

Berufsethische Legitimation und rechtlicher Auftrag 253

30 Die Gesundheit von SozialarbeiterInnen – zwischen Selbstfürsorge und gesunden Organisationen 256

Von Katrin Liel

Ausgangslage 256

Soziale Arbeit als Burnoutrisiko? 256

Berufsbezogene Belastungen in der Sozialen Arbeit 257

Gesundheitsförderung und Prävention bei SozialarbeiterInnen 258

Fazit und Ausblick 259

Fazit und Ausblick 263

Von Jeannette Bischkopf und Stephan Dettmers

Kompetenzen 263

Wissensbasis 264

Forschung 265

Autorinnen und Autoren 267

Sachregister 270

Vorwort

Die lange Beziehung zwischen Sozialer Arbeit und Gesundheit hat sich in den letzten fünfundzwanzig Jahren positiv entwickelt. Es wurde innerhalb der Disziplin ein stetiges Vorankommen mit einem gesundheitsbezogenen bzw. klinischen Profil erreicht. Aber es gibt durchaus weiterhin Herausforderungen: sie betreffen sowohl den theoretischen und methodischen als auch den empirischen Wissenskorpus der Sozialen Arbeit im deutschsprachigen Raum. Das vorliegende Handbuch ist vor diesem Hintergrund ein wichtiger Beitrag auf dem Weg der Stärkung, Erweiterung und Vertiefung dieses Profils der Sozialen Arbeit und belegt eindrucksvoll die Fortschritte der Disziplin.

Es ist den Herausgebern Stephan Dettmers und Jeannette Bischkopf gelungen, eine große Zahl von Autorinnen und Autoren zu Beiträgen zu gewinnen, die eine beachtliche Breite und Diversität des Faches im Hinblick auf den Gesundheitsbezug repräsentieren. Mit der vorliegenden zweiten Auflage wird wieder eindrucksvoll belegt, dass die Soziale Arbeit in der gesundheitlichen Versorgung einen wichtigen Beitrag leistet, weil sie Besserungen für gesundheitlich gefährdete und erkrankte Menschen erreicht, die ohne sie (und allein von anderen Gesundheitsberufen) nicht erreicht würden. Die begriffliche Wendung „gesundheitsbezogene Soziale Arbeit“ ermöglicht die Inklusion sowohl von Fachvertreterinnen und -vertretern die den Gesundheitsbezug eher gesellschaftspolitisch und soziologisch bzw. sozialstrukturell oder pädagogisch verankern und denen, die das Fach und die Disziplin mit der offensiven Benennung „Klinische Sozialarbeit“ intra- und interdisziplinär profilieren und ihren Beitrag explizit der Klinischen Sozialarbeit zuordnen. So hat der sozialarbeiterische Interventions- und (Be-)handlungsbezug und die sozialklinische Kompetenz in der Fallarbeit bei bedeutenden Problemstellungen, Störungsbildern, körperlichen wie psychischen Erkrankungen,

unterschiedlichsten Klientelen und Praxisfeldern Platz gefunden. Die Beiträge bieten eine fundierte Orientierung über die theoretischen, forschungs-methodischen, rechtlichen, ethischen, politischen und praktischen Grundlagen, Ansätzen und Perspektiven der gesundheitsbezogenen und klinischen Sozialen Arbeit. Aktuelle empirische Daten werden immer wieder einbezogen und die Frage der notwendigen Forschung und Forschungsmethodik wird differenziert behandelt. Es wird zu Recht die dringend notwendige Intensivierung der quantitativen Wirksamkeitsforschung zu sozialarbeiterischen Interventionen betont, ohne die Vielfalt qualitativer Forschung und von Forschungsansätzen zu sozialstrukturellen und gesundheitswissenschaftlichen Aspekten zu vernachlässigen. Interessant ist das Spektrum der in den Blick genommenen unterschiedlichen Tätigkeitsfelder im Gesundheitswesen, wie Sozialpsychiatrie, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Eingliederungshilfe, Suchthilfe, Onkologie oder Krankenhaus. Es werden aber auch über das Gesundheitssystem und die direkte Fallarbeit hinausgehende Anwendungsbereiche wie sozialräumliche Konzepte und Kontexte des Sozialwesens behandelt (beispielsweise „die gesunde Stadt“, „die gesunde Schule“, Jugendhilfe). Dass das Handbuch sich auf aktuelle Qualifikationsbeschreibungen Sozialer Arbeit wie bspw. dem Qualifikationsrahmen des Fachbereichstages, dem Qualifikationskonzept der DVSG oder dem Kerncurriculum der DGSA bezieht, unterstreicht seine Eignung für Zwecke der Lehre und Weiterbildung.

So leistet dieses Werk einen bemerkenswerten Beitrag zu einem Zusammenkommen differenter Perspektiven des Faches auf den wichtigen Gegenstandsbereich „Gesundheit“, was der Disziplin gut tut. Denn Differenz und der konstruktiv-kontraverse Diskurs sind die Voraussetzung für wissenschaftlichen Fortschritt und Professionalisierung. Das macht Mut und stärkt die Möglichkeit, dass in

ihrer Qualität und Wirkung immer besser begründete, wissenschaftlich fundierte sozialarbeiterische Handlungsansätze - trotz ihrer Kostenträchtigkeit - sowohl innerhalb der scientific community und der Profession als auch im interdisziplinären Kontext und in der Gesellschaft (besonders gegenüber Poli-

tik und Kostenträgern) argumentativ gut vertreten werden können.

Coburg, im März 2021,
Helmut Pauls

Einleitung

Von Stephan Dettmers und Jeannette Bischkopf

Soziale Arbeit orientiert sich in vielen Praxisfeldern an dem gesundheitlichen Wohlergehen ihrer AdressatInnen. Gerade die Jahre ab 2020 haben deutlich werden lassen, wie bedeutsam Dimensionen des sozialen Zusammenlebens durch bspw. die Corona-Pandemie erschwert worden sind. Es sind Folgen für die psychosoziale Gesundheit von Menschen zu erwarten, da vermeintliche Lebenssicherheiten wie Gesundheit, berufliche Existenz und ein soziales Zusammenleben in Frage gestellt worden sind. Soziale Arbeit mit ihrer langen Erfahrung mit gesundheitlichen Themen leistete und leistet vor, während und nach der Pandemie erhebliche Beiträge in der Gesundheitsversorgung. Die Entstehung von Gesundheitsfürsorge mit dem besonderen Fokus auf sozialen Entstehungsbedingungen und Folgen von Erkrankungen lässt sich historisch mit der Entwicklung der modernen Sozialen Arbeit ab Anfang des 20. Jahrhunderts koppeln (Franzkowiak et al. 2011). Kompetenzbeschreibungen Sozialer Arbeit im Krankenhaus finden sich bereits in dem amerikanischen Standardwerk aus dem Jahre 1913, *Social Work in Hospitals – A Contribution to Progressive Medicine* (Cannon übersetzt durch Keel 2018). Dokumentiert ist, dass in den USA bereits 1929 zehn Universitäten formal und inhaltlich Studiengänge zur gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit entwickelt und angeboten haben (Gehlert / Browne 2012).

Die Verbreitung Sozialer Arbeit in der Praxis in Deutschland, Österreich und der Schweiz ist einerseits aufgrund der stetig wachsenden Stellenanteile eine Erfolgsgeschichte. Andererseits sehen wir eine problematische Entwicklung, da die Ausdifferenzierung bisher eine gemeinsame professionelle Identitätsbildung in der Sozialen Arbeit erschwert hat. Der Zuwachs an sozialen Dienstleistungen hat darüber hinaus zu einer Einbindung weiterer Professionen geführt. In vielen Praxisfeldern im Gesundheitssystem sind unterschiedliche Berufsgruppen,

z. B. aus der Sozialen Arbeit, Psychologie, Pflege oder Pädagogik mit ähnlichen Aufgaben betraut, ohne die originären Kompetenzzugänge konzeptionell geklärt und damit die Basis für eine erfolgreiche Zusammenarbeit und gegenseitige Ergänzung gelegt zu haben. Trotz der Geschichte gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit mit substanziel- len Beiträgen in sozialer Beratung und Begleitung bei gesundheitlichen Einschränkungen wird sie in Deutschland, Österreich und der Schweiz im Gegensatz zu den USA und Kanada nicht als Gesundheitsfach- und Heilberuf wahrgenommen. In den USA und Kanada ist der Regelabschluss Master gesetzt, in Europa überwiegend der Bachelorabschluss. Tarifliche angemessene Vergütungen und Anreize sind daher für den Einzelfall nicht unbedingt mit einer Höherqualifizierung zum Masterabschluss verbunden. Hinzu kommt eine große Anzahl von Befristungen und Teilzeitstellen. Die Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem spiegeln unseres Erachtens daher kaum die Bedeutung, Tradition und Kompetenzen gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit in der Praxis wider. In der Praxis gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit werden Kompetenzbestimmungen in den drei deutschsprachigen Ländern über die rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen in den Gesundheits- und Sozialsystemen konstruiert. Daneben werden PraktikerInnen durch die Organisations- und Institutionsinteressen und Bedarfe in den Arbeitsfeldern fachlich erheblich beeinflusst. Eine postgraduale Identitätsbildung findet statt durch feldspezifische Fort- und Weiterbildungen, die reflektierte und wissenschaftlich begründete Praxis jedoch nach wie vor zu wenig thematisieren (Dettmers 2015). Sie dienen häufig vor allem der primären Prägung auf das Arbeitsfeld. Das Zusammenspiel von spezifischen Kulturen in Organisationen und Institutionen, dortigen Macht einflüssen und praxisfeld-orientierter Identitätsbildung lässt sich mit Hilfe

der Cultural Studies analysieren (Marchard 2008, 33ff.). Diese Konstruktion einer auf das jeweilige Praxisfeld zugeschnittenen Sozialen Arbeit ist möglicherweise ein zentraler Grund für die Unverbundenheit der PraktikerInnen aus den verschiedenen Bereichen. Staub-Bernasconi (2007) hat das Spannungsfeld zwischen Berufs- und Professionsdefinition mit dem Tripelmandat beschrieben. Ohne handlungswissenschaftliche und ethische Fundierung bei der Berücksichtigung von unterschiedlichen Interessen des Klientel, der Angehörigen und der Leistungs- und Kostenträger erfolgt keine professionell selbstbestimmte Tätigkeit und daraus resultierend auch keine kollektive Identitätsbildung der Profession.

Die bezugswissenschaftliche Dominanz in den Studiengängen Sozialer Arbeit an den Hochschulen in Deutschland, Österreich und der Schweiz führt zu Studienstrukturen, in denen sich Studierende Sozialer Arbeit vielfältige Wissensbestände und Kompetenzen eigenverantwortlich aneignen und transdisziplinär in die Praxis integrieren müssen. Das ist eine schwierige und anspruchsvolle Aufgabe, an der die Hochschulen nach Beendigung des Studiums kaum noch beteiligt sind. Insuffiziente professionelle Selbstbilder und ein geringer Organisationsgrad in Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Gewerkschaften Sozialer Arbeit sind mögliche Folgen. Flankiert durch die mangelnde rechtliche Kodifizierung von Leistungen Sozialer Arbeit und verbindliche Zuordnung (Igl 2017) ergibt sich eine weitere Dimension negativer Selbst-einschätzung, die dann durch zum Teil prekäre Arbeitsbedingungen und unzureichende Gratifikationen verstärkt wird.

Bei der Betrachtung der vielfältigen Praxiserfolge, anspruchsvollen Theorieentwicklungen und dem stetigen Zuwachs an Konzeptionsentwicklungen und empirischer Forschung in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit passt der genannte (Selbst) Befund nicht zur gesellschaftlich hohen Bedeutung der Profession. Soziale Arbeit ist auch eine wissenschaftliche Disziplin mit einer international anerkannten Reputation und Etablierung. Die International Federation of Social Work (IFSW) und die International Association of Schools of Social Work (IASSW) definieren normativ die zentralen Ausrichtungen Sozialer Arbeit. Diese Dimensionen werden in diesem Handbuch dargestellt.

Damit hat das Handbuch zum Ziel, die notwendige Mitwirkung Sozialer Arbeit in der Prävention und Gesundheitsförderung, Kuration und Palliation im Zusammenhang mit dem gesamten Krankheits- und Gesundheitsbezug zu begründen. Es ist weniger als ein „Rezeptbuch“ zur unmittelbaren Verwertung z. B. in der Fallarbeit zu verstehen, sondern soll vielmehr Möglichkeiten bieten, eigene Praxisbezüge fachlich zu reflektieren und konzeptionell im eigenen Praxisfeld zu nutzen. Neben wesentlichen Wissensbeständen geht es um die Diskussion über zentrale Kompetenzen und Haltungen, die in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit notwendig sind, um letztlich die bestmögliche fachliche Unterstützung für Menschen mit gesundheitlichen Risiken und Einschränkungen und ihre Angehörigen in Verbindung zu ihrer sozialen und natürlichen Umwelt zu bieten. Die Konzeption des Handbuchs unterteilt sich in drei Teile:

- **Teil 1** umfasst theoretische und methodische Aspekte, die für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit relevant sind. Dies wird anhand spezifischer Qualifikations- und Kompetenzbeschreibungen aus Berufs-, Fach- und Hochschulverbänden erläutert. Thematisch werden aus sozialarbeitswissenschaftlicher sowie soziologischer und gesundheitswissenschaftlicher Perspektive Aspekte zum Verhältnis zwischen sozialen und gesundheitlichen Faktoren im Kontext von Bildungsprozessen vorgestellt. Der Gegenstand gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit wird sozialarbeitstheoretisch abgeleitet. Methodenkompetenz mit der exemplarischen Darstellung von Case Management wird in diesem Kapitel ebenso thematisiert wie Evidenzstärkung und Forschungsoptionen Sozialer Arbeit am Beispiel der Klinischen Sozialarbeit. Mit dem Fokus auf Migration und Gesundheit werden komplexe Herausforderungen vorgestellt.
- Im **zweiten Teil** werden die rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen behandelt unter Darstellung einer berufsverbandlichen Positionierung und der rechtlichen Regulierung sowie Leistungsrechtsaspekten am Beispiel Deutschlands. Die Zugänge in Österreich und der Schweiz sind z.T. später in den Praxisbezügen benannt. Daneben findet eine Auseinandersetzung mit der aktuellen Teilhabedimension statt, um dann die gesundheitsökonomische Rahmung für gesundheitsbezogene Sozialer Arbeit exemplarisch zu setzen.

- Die Betrachtung von wesentlichen Praxisfeldern hinsichtlich der Feldbeschreibung und wichtigsten fachlichen Aufgaben und Zugänge erfolgt im **dritten Teil**. Beginnend mit einer Darstellung gegenwärtiger Entwicklungen und Trends in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit werden die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention, Soziale Arbeit in Krankenhäusern, medizinische Rehabilitation, Suchthilfe, öffentlicher Gesundheitsdienst, Sozialpsychiatrie, Onkologie sowie Soziale Arbeit mit den Zielgruppen Kindern und Jugendlichen und alten Menschen konkretisiert. Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit in der Eingliederungshilfe, im Sozialwesen und im Zusammenhang mit Selbsthilfeoptionen des Klientel sowie die notwendige Selbstsorge Sozialer Arbeit werden thematisiert.

Wir möchten als Herausgebersteam gemeinsam mit den renommierten deutschen, schweizerischen und österreichischen AutorInnen aus Praxis und Forschung mit diesem Handbuch folgende Perspektiven fundieren:

- Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit ist als ein Zweig Sozialer Arbeit zu verstehen. Somit dient sie als professionelle Konkretisierung bei Krankheit und Gesundheit im Kontext einer generalistischen Ausrichtung.
- Die autonome Identitätsbildung der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit über die Einbindung von Erkenntnissen aus Praxis und Forschung Sozialer Arbeit ist der Bestimmung über die Praxisfelder vorzuziehen.
- Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit bietet fachlich gemeinsame Merkmale für alle Praxisfelder mit konnotierten Gesundheitsthemen.
- Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit schätzt neben eigenen sozialarbeitswissenschaftlichen Entwicklungen die relevanten Bezugswissenschaften als unverzichtbar zum Verstehen und Erklären komplexer Lebenswelten bei Krankheit und Gesundheit ohne sich allerdings von ihnen fremdbestimmen zu lassen.
- Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit umfasst weitere Spezialisierungen über Praxisfeldorientierungen, beachtet soziale und medizinische Indikationen und verfügt über eigene Handlungskompetenzen.
- Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit gestaltet über Hochschulen und die Berufs- und Fachverbände in Deutschland, Österreich und der Schweiz professionsfokussierte Fort- und Weiterbildungen und Weiterqualifikationen über Masterstudiengänge wie z. B. Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit.
- Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit kann durch eigene fachliche Forschungs- und Praxisbeiträge Handlungsfelder aktiv mitgestalten und dabei autonom handeln. Sie ist prädestiniert für multiprofessionelle Zusammenarbeit.
- Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit hat einen eigenen Gegenstand und kann fachliche Alleinstellungsmerkmale vorweisen, die sich über Kompetenzbeschreibungen plausibilisieren lassen. Neben normativen Setzungen begründet sie ihre Interventionen mit theoretischen und empirischen Erkenntnissen sowie elaborierten Methoden.
- Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit entwickelt und akzeptiert grundsätzlich konsensual entwickelte Definitionen, Qualifikationsbeschreibungen und (empirisch gesicherte) Kompetenzbestimmungen, die durch die internationale Scientific Community Sozialer Arbeit, internationale und nationale Berufs- und Fachverbände sowie Hochschulverbünde publiziert werden. Ziel ist es, kollektive Außenwirkung zu entfalten.

Wir möchten uns bei allen AutorInnen herzlich für die Zusammenarbeit und beim Lektorat des Verlages für die Unterstützung bedanken. Wir haben es den AutorInnen überlassen, in der von ihnen bevorzugten gendergerechten Form zu schreiben und somit finden sich neben der Nutzung des Binnen-I auch Artikel in grammatisch männlicher Form, wobei alle Geschlechter gemeint und inhaltlich eingebunden sind.

Wir hoffen, mit diesem Handbuch zur fachlichen Weiterentwicklung der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit beizutragen und Orientierung, aber auch kritische Impulse für Theoriebildung, Praxisentwicklung und Forschungsperspektiven zu geben.

Literatur

Cannon, I. M. (1913): Social Work in Hospitals: A Contribution to Progressive Medicine. New York, Russel Sage.

In: Keel, B. (deutsche Übersetzung) (2018): Soziale Arbeit im Krankenhaus. Medizin und Soziales verbinden. SAGES, Bern

Dettmers, S. (2015): Kompetenzen in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. Zur Notwendigkeit eines spezifischen Qualifikationskonzeptes. *Sozialmagazin* 08, 92–97

Franzkowiak, P., Homfeldt, H.G., Mühlum, A. (2011): Lehrbuch Gesundheit. Studienmodule Soziale Arbeit. Beltz Juventa, Weinheim

Gehlert, S., Browne, T. (2012): *Handbook of Health Social Work*. Wiley, New Jersey

Igl, G. (2017): Rechtliche Verankerung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. In: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) (Hrsg.): *Schriftenreihe zur Klinischen Sozialarbeit*. Bd. 4, LIT Verlag, Berlin

Marchard, O. (2008): *Cultural Studies*. UVK, Konstanz

Staub-Bernasconi, S. (2007): Vom beruflichen Doppelzum professionellen Tripelmandat. Wissenschaft und Menschenrechte als Begründungsbasis der Profession Sozialer Arbeit. In: *Zeitschrift für Sozialarbeit in Österreich* (SIÖ) 2, 8–17

I Theoretische und methodische Aspekte



1 Spezifische Kompetenzen gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit

Von Stephan Dettmers

Gesundheit und Soziale Arbeit

Soziale Arbeit hat sich als Profession und Disziplin international etabliert und ist gebunden mit einer hochschulisch erworbenen akademischen Qualifikation. Die wechselhafte historische und internationale Entwicklung lässt sich kulturell kaum einheitlich beurteilen, da Soziale Arbeit immer auch geprägt war durch die jeweiligen gesellschaftlichen, politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen. Das erklärt auch die längeren Prozesse der konsensualen Bildung von Definitionen der Sozialen Arbeit über die International Federation of Social Work (IFSW). Die letzte Definition aus dem Jahre 2014 beschreibt die normative Zielsetzung im Hinblick auf die Einflussnahme Sozialer Arbeit zur Verbesserung sozialer Rahmenbedingungen und individueller Entwicklungschancen:

„Soziale Arbeit ist eine praxisorientierte Profession und eine wissenschaftliche Disziplin, dessen bzw. deren Ziel die Förderung des sozialen Wandels, der sozialen Entwicklung und des sozialen Zusammenhalts sowie die Stärkung und Befreiung der Menschen ist. Die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit, die Menschenrechte, gemeinsame Verantwortung und die Achtung der Vielfalt bilden die Grundlagen der Sozialen Arbeit“ (Fachbereichstag Soziale Arbeit/Deutscher Berufsverband Soziale Arbeit 2016).

Die Abstraktion dieser Definition ist den vielfältigen internationalen Ausprägungen Sozialer Arbeit geschuldet, eine Konkretisierung muss somit in den teilnehmenden Ländern mit ihren jeweiligen Rahmenbedingungen erfolgen. Gleichwohl lassen sich daraus Ausrichtungen zur Reduzierung sozialer Ungleichheit, Chancengleichheit zur Autonomieentwicklung und eine Stärkung des sozialen Zusammenhalts ableiten. Soziale Arbeit ist demnach auch aufgefordert, fachpolitisch Einfluss zu nehmen zur Verbesserung von Lebenslagen. Der aktuelle Status

Sozialer Arbeit ist in den deutschsprachigen Ländern ohne eine Konvergenz von Sozialarbeit und Sozialpädagogik kaum zu verstehen, zwei unterschiedliche Entwicklungslinien aus klassischer Fürsorge sowie Kinder- und Jugendhilfe haben sich verwoben, auch wenn es immer noch Positionierungen zugunsten der einen oder anderen Richtung gibt, je nach disziplinärer Herkunft (Hering/Münchmeier 2014). Diese Diskussion erfolgt hauptsächlich im europäischen Raum und in der deutschsprachigen Literatur.

Die Studienstruktur Sozialer Arbeit ist geprägt durch den erheblichen Einfluss von Bezugswissenschaften auf Inhalte und Ausrichtungen Sozialer Arbeit (Borrman/Thiessen 2016). Hier gibt es seitens von Berufs- und Fachverbänden vermehrt Bestrebungen, die originären Eigenanteile deutlicher zu benennen und künftig zentrale Stellen in der Lehre, Forschung und in Leitungsfunktionen durch AbsolventInnen Sozialer Arbeit stärker zu besetzen (Dettmers 2018). Eine mögliche Option zur Schärfung des Profils der Sozialen Arbeit als Disziplin und Profession besteht in der Weiterführung des Diskurses über die handlungswissenschaftlichen Beiträge Sozialer Arbeit zur Aufarbeitung ihrer Handlungsfelder (Birgmeier 2014).

Soziale Arbeit hat sich in unterschiedlichen Handlungsfeldern im Sozial- und Gesundheitswesen ausdifferenziert (Deller/Brake 2014). Für die Profession bietet sich eine fast unübersichtliche Anzahl von Praxisfeldern mit jeweils eigenen fachlichen Anforderungen, gesetzlichen Grundlagen, Organisationsformen und -interessen. Gleichzeitig finden sich inhaltliche Querschnittsthemen wie z. B. Gesundheit, Diversität, Migration oder Geschlechterdimensionen in der Sozialen Arbeit, die in vielen Praxisfeldern bedeutsam sind.

Praxistätigkeiten sind in den unterschiedlichen Handlungsfeldern verbunden mit spezialisierten fachlichen Ergänzungen zu der generalistischen

Ausrichtung grundständiger Studiengänge Sozialer Arbeit. Die Berufs-, Hochschul- und Fachverbände in Deutschland, Österreich und der Schweiz sind sich einig über die Notwendigkeit eines generalistisch geprägten primär qualifizierenden Studiums Sozialer Arbeit (DBSH 2012, FBTS 2016, DVSG 2015, Kraus et al. 2011). Damit ist die Grundlage zum Einstieg in die Praxis mit einem Bachelorabschluss gelegt. Weitere Qualifizierungen erfolgen postgradual über Fort- und Weiterbildungen.

Hierbei ist davon auszugehen, dass die Fortbildungsinhalte in den Praxisfeldern sich überwiegend an den Bedarfen der Leistungsträger ausrichten (Dettmers 2018). Für die unterschiedlichen Qualifikationslevel Bachelor und Master in der Sozialen Arbeit sind bestimmte Kompetenzen zuzuordnen, die über alle Anwendungsfelder hinweg notwendig für eine qualifizierte Praxis sind. Die Orientierung Sozialer Arbeit an Gesundheit ist dabei sowohl als Handlungsfeld im Zusammenhang mit den Anforderungen und Bedingungen im Gesundheitssystem als auch als Querschnittsthema über alle Arbeitsbereiche hinweg zu verstehen. Die folgenden Praxisfelder sind aus Sicht der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit (DVSG) besonders relevant für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (DVSG 2015):

- medizinische Akutversorgung (Psychiatrie, Psychosomatik und Somatik)
- öffentlicher Gesundheitsdienst
- Gesundheitsförderung und Prävention
- medizinische und soziale Rehabilitation
- Sozial- und Gemeindepsychiatrie
- Suchthilfe
- Geriatrie
- Onkologie
- Pflegeeinrichtungen
- Soziotherapie, Sozialtherapie
- Kinder- und Jugendpsychotherapie (mit vorherigem Abschluss Soziale Arbeit)
- gesundheitsbezogene Soziale Arbeit im Sozialwesen (Jugendhilfe etc.)
- gemeinschaftliche Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung
- staatliche und nichtstaatliche Organisationen und Institutionen
- Hochschulen und Forschungsinstitute

Allen genannten Feldern ist der konzeptionelle Zugang zu den Themen Krankheit und Gesund-

heit gemein. Es lässt sich festhalten, dass sich die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit als bedeutsamer Zweig der Sozialen Arbeit an Menschen und ihrer umgebenden sozialen und natürlichen Umwelt orientiert, die aufgrund faktischer oder potenzieller gesundheitlicher Einschränkungen in ihrer autonomen Alltagsgestaltung gefährdet sind und reduzierte Chancen auf eine autonome soziale Teilhabe erhalten. Gesundheitliche Störungen als Folge sozialer Probleme und sozialer Ungleichheit ebenso wie andersherum soziale Probleme in Folge von gesundheitlichen Störungen sind aus einer bio-psycho-sozialen Gesamtperspektive relevant für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (Pauls 2013). Sie nimmt für sich in Anspruch, ihre eigene generalistisch fundierte Profession mit eignen definierten fachlichen Kompetenzen, plausiblen theoretischen Wissensbeständen und empirischen Erkenntnissen weiterzuentwickeln (Birgmeier 2014).

Für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit lässt sich daraus der Anspruch ableiten, die Einbindung einer holistischen Gesamtperspektive Sozialer Arbeit mit dem Anspruch bestmöglichlicher Interventionen zur sozialen Sicherung, sozialen Unterstützung und persönlichen Entwicklung von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen und ihren Angehörigen (Dettmers 2018; Ansen 2010) theoretisch zu begründen und empirisch zu sichern.

Soziale Arbeit ist mit ihren gesundheitsrelevanten fachlichen Angeboten in einem multiprofessionell gestalteten Gesundheitssystem mit medizinischer Dominanz bisher kaum rechtlich kodifiziert. Ein Rechtsgutachten in Deutschland ergab hinsichtlich der möglichen Einbettung als Gesundheitsfachberuf die geringe rechtliche Zuordnung Sozialer Arbeit bei psychosozialen Leistungen im Gesundheitssystem. Im Gegensatz zu ihr sind andere akademisierte Gesundheitsfachberufe und Heilberufe rechtlich eindeutiger vorgeprägt (Igl 2017). Ein ähnlicher Status ist für die Schweiz und Österreich zu verzeichnen. Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit ist formal nicht staatlich reglementiert. Die staatliche Anerkennung ist allerdings als ein landesrechtlich geschütztes Qualitätsinstrument nicht zu unterschätzen.

Kompetenzorientierung in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit

Aufgrund der beschriebenen Heterogenität der Praxisfelder ist eine übergreifende Kompetenzbestimmung von SozialarbeiterInnen unverzichtbar, damit verlässliche Leistungsangebote beschrieben werden können. Die normative Ausrichtung Sozialer Arbeit hat bisher den „Stellenwert persönlicher Eigenschaften“ im Zusammenhang mit professioneller Kompetenz betont, und Dimensionen wie z. B. Kommunikationsfähigkeit, berufspraktische Erfahrungen oder „Teamfähigkeit“ und „persönliche Reife“ sind immer noch in der Praxis hoch-relevant (von Spiegel 2018, 72). Diese Aspekte sind allerdings stark abhängig von subjektiven Einschätzungen und gelten nicht spezifisch für eine Profession. Die qualifikationsorientierte Kompetenzbestimmung ist hingegen nicht nur sinnvoll in der fachlichen Binnensicht Sozialer Arbeit zur Identitätsbildung, sie fördert auch die Transparenz gegenüber gesundheitseingeschränkten Menschen und Angehörigen, anderen Professionen sowie Leistungs- und Kostenträgern. Tägige in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit müssen trotz einer prioritären Subjektorientierung in der Praxis überprüfbare Kompetenzen erwerben, um mögliche Interventionsrisiken auszuschließen. Kompetenz lässt sich verstehen als „Bewältigung von Handlungsanforderungen“ unter Nutzung der Verknüpfung von erworbenem Wissen und Können. „Kompetent sind die Personen, die auf der Grundlage von Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten aktuell gefordertes Handeln neu generieren können“ (BIBB 2019).

Im Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) wird Kompetenz als Handlungskompetenz verstanden und in die Dimensionen „Fachkompetenz“ mit den Aspekten Wissen und Fertigkeiten, „personale Kompetenz“ (Sozialkompetenz und Selbstständigkeit) und „Methodenkompetenz“ unterteilt. Dazu erfolgt dann eine Zuordnung von Kompetenzniveaus hinsichtlich „Tiefe und Breite“ mit 8 Niveaustufen. Die Soziale Arbeit mit ihren Qualifikationsabschlüssen lässt sich den Stufen 6 bis 8 zuordnen, wobei hier sehr allgemeine Zuordnungen getroffen wurden (BMBF 2019).

- **Niveau 6 (Bachelor):** Planung, Bearbeitung und Auswertung von umfassenden fachlichen Aufgaben- und Problemstellungen sowie zur eigenverantwortlichen Steuerung von Prozessen in Teilbereichen eines wissenschaftlichen Faches oder in einem beruflichen Tätigkeitsfeld. Die Anforderungsstruktur ist durch Komplexität und häufige Veränderungen gekennzeichnet.
- **Niveau 7 (Master):** Bearbeitung von neuen komplexen Aufgaben- und Problemstellungen sowie zur eigenverantwortlichen Steuerung von Prozessen in einem wissenschaftlichen Fach oder in einem strategieorientierten beruflichen Tätigkeitsfeld. Die Anforderungsstruktur ist durch häufige und unvorhersehbare Veränderungen gekennzeichnet.
- **Niveau 8 (Doktor):** Gewinnung von Forschungserkenntnissen in einem wissenschaftlichen Fach oder zur Entwicklung innovativer Lösungen und Verfahren in einem beruflichen Tätigkeitsfeld. Die Anforderungsstruktur ist durch neuartige und unklare Problemlagen gekennzeichnet.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, Kompetenzziele über konsensuale Qualifikationsbeschreibungen oder auch empirisch zu entwickeln. Aktuell sind Kompetenzbestimmungen wie der durch den Fachbereichstag Soziale Arbeit (FBTS) gebildete Qualifikationsrahmen (QR SozArb 6.0), das Qualifikationskonzept (QGSA) der DVSG sowie das Kerncurriculum der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGS) die wesentlichen Veröffentlichungen, die auch untereinander kompatibel sind. Grundsätzlich lassen sich damit Dimensionen beschreiben, die Einfluss auf die Kompetenzbestimmung unabhängig vom jeweiligen Praxisfeld nehmen und sich über Theoriebezüge und den Gegenstand gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit ableiten lassen. Der im QGSA definierte Gegenstand gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit umfasst die „Förderung sozialer Teilhabe von erkrankten oder Erkrankung bedrohten und behinderten Menschen und ihren Angehörigen in ihrer Lebenswelt“ (DVSG 2015, 6). So sind die „Verhinderung und Bewältigung sozialer Probleme, die aus gesundheitlichen Beeinträchtigungen entstehen“ zentrale Zugänge Sozialer Arbeit (DVSG 2015, 6). Hierbei sind unterschiedliche Qualifikationslevel Bachelor, Master und Promotion zu beachten, die in der Praxis bisher kaum gewichtet werden.

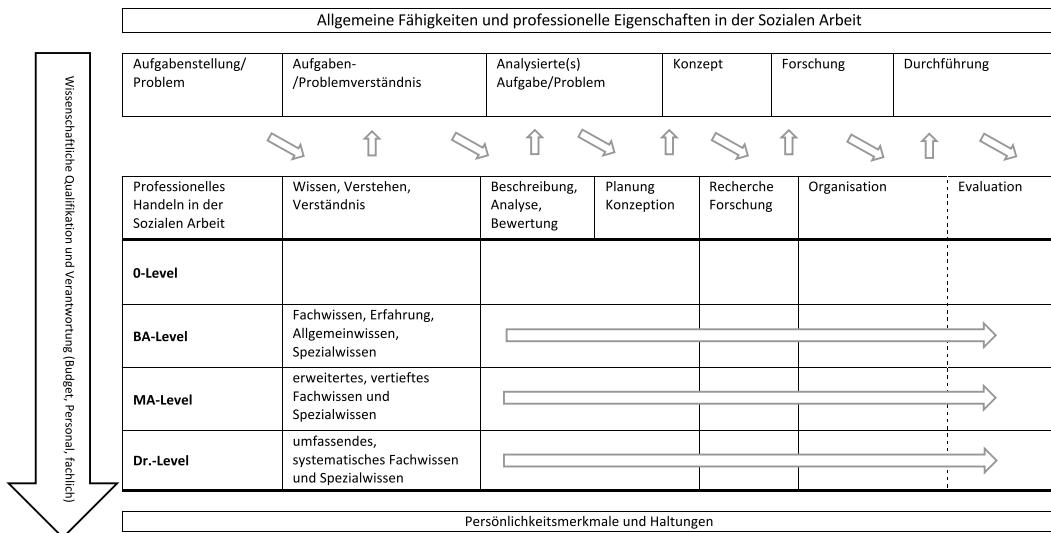


Abb. 1: Levelbeschreibung nach dem QR SozArb 6.0 (FBTS 2016)

Eine weitergehende Fachlichkeit bei besonders komplexen und anspruchsvollen Fällen wird durch die Einführung der Klinischen Sozialarbeit (i. d. R. Masterabschluss oder Weiterbildung) gewährleistet.

Neben Wissensbeständen für methodisches Handeln (von Spiegel 2018) sind in den Levelbeschreibungen auch konkrete Kompetenzen zur Durchführung von Interventionen mit anschließender Evaluation beschrieben. Insofern wird professionelles Handeln als ein regelgeleiteter Prozess verstanden. Dieser methodische Zugang bezieht sich auf die Analyse und soziale Diagnostik, Interventionsebene einschließlich Zieldefinition, Planung und Handlung sowie Evaluation von Maßnahmen gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit (von Spiegel 2018). Folgende ausgewählte Aspekte sind bei der Entwicklung von Kompetenzbeschreibungen für die Praxis in allen Praxisfeldern relevant, um Alleinstellungsmerkmale gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit beispielhaft deutlich zu machen:

- **Person-in-Environment:** Fallorientierte Soziale Arbeit orientiert sich schon seit den 1910er Jahren an diagnostischen Kriterien zur Darstellung der Bezüge von Menschen in ihre Umwelt. Insbesondere Mary Richmond (1917) und Alice Salomon (1926) haben mit ihren Veröffentlichungen zur sozialen

Diagnose systematische Schritte beschrieben (Salomon 1927). Bereits im Jahre 1913 gab es eine Veröffentlichung von Ida Cannon zur Verbindung von Sozialer Arbeit und Medizin mit Kompetenzforderungen, die teilweise auch heute noch Gültigkeit besitzen. „Obwohl Soziale Arbeit keineswegs eine grössere oder edlere Berufung ist, so verfolgt sie doch ziemlich andere Ziele [...] wenn sie bewusst die Unabhängigkeit des Leistungsempfängers anstrebt“ (Cannon 1913 übersetzt durch Keel 2018, 222). Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit nimmt sehr bewusst Bezug auf das besondere Verständnis der Person-in-ihrer-Welt (Pauls 2013) und thematisiert somit die Interaktion zwischen gesundheitlich beeinträchtigten Menschen und der sie umgebenden sozialen und natürlichen Netzwerke. Es müssen somit Kompetenzen erworben werden, die diese ökosozialen Interaktionen mittels sozialer Diagnostik und Interventionen offenlegen und Teilhabe ermöglichen. Ausdrücklich wird diese Perspektive im Qualifikationsrahmen und -konzept eingebunden (FBTS 2016; DVSG 2015).

- **Transdisziplinäres Grundverständnis:** 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 Lebens-

führung zu nähern (Sommerfeld et al. 2011). Es müssen relevante Wissensbestände aus den anderen Disziplinen in einen Erklärungsansatz Sozialer Arbeit transformiert werden. Für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit ergibt sich im Vergleich zu anderen Zweigen (z.B. Kinder- und Jugendhilfe, Soziale Hilfen, Bewährungshilfe, Allgemeine Soziale Dienste) eine stärkere Einbindung von Erkenntnissen der benachbarten Disziplinen (Sozial-)Medizin, Psychologie, Medizinsoziologie, Politikwissenschaft, Sozialwirtschaft, Rechtswissenschaften und Gesundheitswissenschaften (DVSG 2015). Das ist begründet mit der Notwendigkeit, ätiologische Modelle, epidemiologische Daten, Klassifikationen, morphologische Dimensionen und rechtliche Rahmungen integrieren zu können. Es ist nicht ausreichend, diese Erkenntnisse unverbunden zu nutzen, sondern sie müssen bezogen auf den Gegenstand gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit kontextualisiert werden (Dettmers 2015). Transdisziplinarität ist somit ein „Forschungs- und Wissenschaftsprinzip“ mit Wirksamkeit in Bereichen, wo monodisziplinäre Problemlösungen nicht möglich sind und es zu Konstruktionen aus unterschiedlichen Wissensbereichen kommen muss (Mittelstraß 2007). Hier sind Kompetenzen erforderlich, über plausible Einbindung von theoretischen und empirischen Wissensbeständen geeignete diagnostische und methodische Zugänge bei Themen von Gesundheit und Krankheit in der Fallarbeit, Gruppenarbeit oder im Sozialraum einzusetzen.

- **Bio-psycho-soziales Grundverständnis von Gesundheit und Krankheit:** In der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit ist der fachliche Zugang zu gesundheitlich beeinträchtigten und gefährdeten Menschen verbunden mit der Fragestellung, welche Faktoren Einfluss auf die Entstehung von gesundheitlichen Störungen und Krankheiten nehmen und welche psychosozialen Folgen für die Person bezogen auf ihre Umwelt zu erwarten sind. Die vielfältigen Einflussfaktoren sind sehr übersichtlich in dem Regenbogenmodell von Dahlgren und Whitehead (1991) zusammengestellt worden, das mit dem Selbstverständnis Sozialer Arbeit der IFSW kompatibel ist.

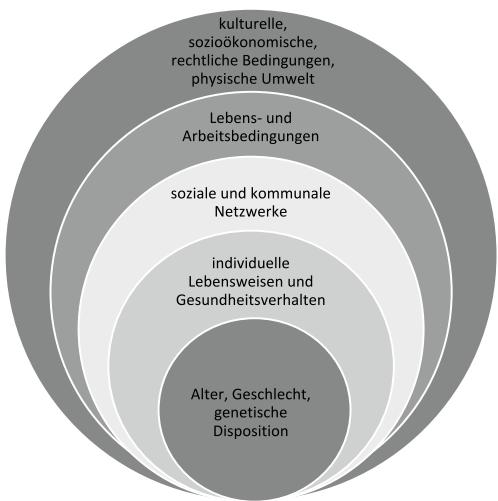


Abb. 2: Übersicht über Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren und Whitehead

Kompetenzen der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit

In der Kompetenzbildung muss berücksichtigt werden, dass es komplexe Wechselwirkungen und Verschränkungen zwischen biologischen, psychischen und sozialen Faktoren sowie natürlicher Umwelt gibt, die zur Beurteilung der Stabilität von Gesundheit unerlässlich sind (Pauls 2013). Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit muss sich trotz der Orientierung am „Sozialen“ den psychischen und physischen Folgen von gesundheitlichen Störungen widmen (Ortmann 2018). Schon die Definition von Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1986) liefert ein Bekenntnis zur Orientierung an physischem, psychischem und sozialem Wohlbefinden als eine ganzheitliche Perspektive auf Gesundheit. Durch die Nutzung der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) wird es möglich, in multiprofessionellen Settings die bio-psycho-soziale Perspektive in Diagnostik und Intervention abzubilden und aus Krankheitsfolgen begründete Schlüsse für die Soziale Arbeit zu ziehen (Dettmers 2017). Klassifikatorische Zugänge ergänzen das klassische (hermeneutische) Fallverstehen (Gahleitner 2016). Die ICF ist dabei als „Mehrzweck-

klassifikation“ für diverse disziplinäre und praxisorientierte Bereiche zur besseren Kommunikation zwischen den verschiedenen Professionen nützlich und nicht als originäres Diagnoseinstrument zu verstehen (DIMDI 2005).

- **Kompetenzen zur sozialen Sicherung:** Ein zentrales Ziel ist es in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit, Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen sozial insoweit abzusichern, dass eine Einbindung in rechtlich kodifizierte Systeme gelingen kann. Hier geht es um die professionelle Fähigkeit, Inklusion als Teilhabeprozess und -ziel zu verstehen und die Teilhabe z.B. in Erwerbsarbeit, Wohnen, Sozialversicherungen, Studium, Schule, etc. zu ermöglichen. Soziale Sicherung erfordert besondere Kenntnisse über die systemischen rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen sowie Beratungskompetenzen, die die Anspruchsvoraussetzungen für eine erfolgreiche Inklusion klären und Zugänge ermöglichen (Lambers 2016; Ansen 2010).
- **Kompetenzen zur sozialen Unterstützung:** Die zweite Teilhabedimension der Integration bedeutet die Einbindung in soziale Netzwerke mit Orientierung an der subjektiven Lebenswelt. Dazu gehört es, soziale Unterstützung in Familien, Verwandtschaft, Freundeskreis, Nachbarschaft oder bspw. durch ArbeitskollegInnen, MitschülerInnen, KommilitonInnen mit Zustimmung der beteiligten Personen zu aktivieren (Ortmann 2018; Dettmers 2016). Ziel ist es, die Chancen für eine reale dauerhafte Vernetzung zu erhöhen, da der Zusammenhang zwischen sozialem Wohlbefinden und besserem Gesundheitsstatus wissenschaftlich belegt ist (Sichelschmidt/Cramer 2015). Nur mit Kompetenzen zur Netzwerkanalyse und sozialen Beratung bei vorhandenen sozialen Problemen kann es über vertrauensbildende Beziehungsarbeit gelingen, Integration zu ermöglichen (Ortmann 2018).
- **Kompetenzen zur personenbezogenen Fallarbeit:** Die Vermittlung von Skills zur Entwicklung neuer Fähigkeiten und Copingstrategien mit dem Ziel einer autonomeren Gestaltung des eigenen Lebens ist Voraussetzung für die Bewältigung von krankheitsbedingten Folgen. Aber auch persönliche Bildungsprozesse zur Umsetzung gesundheitsfördernder und präventiver Strategien sind durch die Soziale Arbeit zu fördern. Es kann notwendig sein, das gesamte Potenzial sozialarbeiterischer Leistungen zu nutzen, um in der konkreten Interaktion mit

Betroffenen und Angehörigen, im Sozialraum oder auch bei Zugängen über Prävention und Gesundheitsförderung Wirksamkeit zu entfalten. Pauls und Hahn (2015) begründen den personenbezogenen Zugang über eine sozialtherapeutische Perspektive und benennen folgende Interventionsebenen:

- konstruktiver Umgang mit gesundheitlich bedingten Belastungen, Konflikten und Symptomen (kognitiv und emotional)
- Erschließung personaler und sozialer Ressourcen; Aktivierung und Kompetenzförderung
- die „Fähigkeit der Community (z.B. Nachbarschaft, Arbeitsumgebung, Schule)“ (Pauls/Hahn 2015, 37) erhöhen, Menschen besser zu unterstützen und einzubinden; das beinhaltet auch die Gestaltung sozialer Netzwerke in der Lebenswelt von KlientInnen

Navigationskompetenz: SozialarbeiterInnen übernehmen oft eine Navigationsfunktion, um Zugänge zu einer passgenauen psychosozialen Versorgung bei chronischen Erkrankungen und Behinderungen, stationär aber auch in ambulanten Settings, zu ermöglichen und bedürfnisorientiert eine möglichst autonome Lebensgestaltung zu fördern. Da eine Sozialberatung nicht nur als reine Informationsvermittlung dient, sondern häufig durch hochkomplexe Interventionen wie z.B. Case Management oder Kriseninterventionen flankiert wird, sind Kompetenzen zur Herstellung einer besseren Orientierung und Entscheidungsmöglichkeit von Betroffenen unabdingbar. Die positive Wirkung Sozialer Arbeit mit Navigationskompetenz am Beispiel onkologischer Erkrankungen ist belegt und über eine fachlich generalistische Ausrichtung wirkungsvoll im Zusammenhang mit Empowerment von gesundheitlich eingeschränkten Menschen (Browne et al. 2015). Diese Aspekte beziehen stark die Person-in-Environment-Perspektive ein. Gleichzeitig sind aber auch weitere zentrale Beratungs- und Edukationsangebote gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit bei der persönlichen Entwicklung von Menschen in prekären Lebenssituationen notwendig, d.h. auch klassische methodische Zugänge wie z. B. über Case Work und Case Management bleiben unverzichtbar (Dettmers 2017).

Praxis- und Forschungsimplications

Die Beschäftigung mit dem Thema Kompetenz im Kontext der dargestellten Qualifikationsbeschreibungen, theoretischen Fundierungen und Bedarfen in der Praxis gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit führt zur Erkenntnis, dass es Alleinstellungsmerkmale und besondere fachliche Anforderungen in der Praxis gibt, die im Spannungsfeld zwischen den Interessen von Klientel, Angehörigen, Leistungs- und Kostenträgern transparenter und fachlich fundierter dargestellt werden müssen. Konsensuale und literaturgestützte Kompetenzbeschreibungen über die kooperative Entstehung durch Hochschulen, Praxis sowie Berufs- und Fachverbänden, also in der engeren Verzahnung zwischen Forschung und Praxis, ist die erfolgversprechendste Möglichkeit, die vielfältigen Angebote gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit für die jeweiligen Praxisfelder aufzubereiten. Dabei sind die entwickelten QR SozArb 6.0, QGSA und das Kerncurriculum die zurzeit bedeutsamsten Orientierungspunkte bei der Kompetenzbestimmung (FBTS 2016; DVSG 2015; DGSA 2016). Die Profession kann ihre eindeutig identifizierbaren Leistungen im Gesundheitssystem durch einheitlichere Nutzung von Kompetenzbeschreibungen und Einbindung von praxisfeldspezifizierten und möglichst empirisch gestützten Handlungsempfehlungen und Standards besser schützen. Klare sowie verbindliche Regelungen mit Leistungs- und Kostenträgern sowie Leistungserbringern im Gesundheitssystem sind zu verschriftlichen. Diese angewandten Kompetenzen lassen sich dann wirkungsorientiert wissenschaftlich fundieren. Fallverstehende und experimentelle Zugänge in der komplexen Fallarbeit werden keineswegs entwertet, sondern müssen zum besseren Verständnis fachlich rekonstruiert und ethisch begründet werden (Staub-Bernasconi 2004). Ziel ist es, die „rechtliche Verankerung“ der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit mit ihren vielfältigen Interventionsformen bis hin zur Klinischen Sozialarbeit und sozialtherapeutischen Angeboten durch klare Kompetenzabbildungen zu beschleunigen (Igl 2017). Es gilt, durch gute Praxis mit überprüfbarer Kompetenzen, plausiblen Argumentationen, theoretischen Fundierungen und empirischen Befunden zu überzeugen. Die Realisierung von (drittmittelgeförderter) empirischer Forschung zu subjektiven

Lebenslagen von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen sowie zu Wirkungen Sozialer Arbeit sind hierbei zentrale Ausrichtungen. Trotz einer noch strukturellen Benachteiligung von Fachhochschulen im Drittmitzugang mit hohen Lehrdeputaten von ProfessorInnen und einer medizinbegünstigten Mittelverteilung gibt es doch gute Perspektiven, gesundheitsbezogene Soziale Arbeit als Disziplin und Profession in Deutschland, Österreich und der Schweiz weiter zu etablieren, internationale Projekte bieten sich an. Die Erosionszustände in einigen Praxisfeldern und Verdrängung durch weniger qualifizierte Abschlüsse ist auch Folge einer defensiven Haltung in der Praxis, einer Argumentationsschwäche und mangelndem Organisationsgrad der Beschäftigten (Dettmers 2018). Für eine Stärkung des Berufsbildes der sozialen Arbeit allgemein bieten sich die nationalen Berufsverbände Sozialer Arbeit an. Für die weitere Profilschärfung und konkrete fachpolitische Arbeit sind es die entsprechenden Fachverbände - wie die DVSG für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. Der fachliche Anspruch besteht darin, Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen die bestmöglichen Leistungsangebote zur Erlangung sozialer Teilhabe einschließlich sozialer Sicherung und sozialer Unterstützung, Reduzierung sozialer Probleme und zur selbstbestimmten Lebensführung zu bieten.

Die Sichtbarkeit der fachlichen Angebote Sozialer Arbeit wird über die Einbindung in Zertifizierungs- und Akkreditierungsverfahren im Gesundheitssystem erhöht. Als Beispiel lässt sich der Expertenstandard „Psychosoziale Erstberatung onkologischer Patient*innen durch Soziale Arbeit in der stationären Versorgung“ (PEOPSA) benennen, der im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) in Kooperation von der Arbeitsgemeinschaft für Soziale Arbeit in Onkologie (ASO) und DVSG entstanden ist (DVSG 2018). Ein weiterer Baustein ist die Erweiterung und Verbesserung von Fort- und Weiterbildungen von PraktikerInnen in gesundheitsorientierter Sozialer Arbeit durch Einbindung von internationalen Praxis- und Forschungserkenntnissen. Es zeigen sich generationsabhängige Unterschiede in der Kompetenzentwicklung aufgrund der starken Veränderungen der Studiengänge Sozialer Arbeit seit den 1990er Jahren (Dettmers 2018). Gute Praxis muss Bewährtes begründet fortführen und offen sein für

Innovationen. Damit sollten die Qualifikationsebenen wie Diplom, Bachelor, Master und Promotion vermehrt in der Praxis berücksichtigt werden, um Potenziale künftig ausreichend auszuschöpfen (DVSG 2015).

Ausblick

In der Praxis gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit lassen sich abhängig von den genannten Bereichen sechs Dimensionen ableiten, die künftig mit entwickelten Kompetenzbeschreibungen verknüpft werden können (Dettmers/ Kramer 2016). Relevante ätiologische Aspekte bei der Entstehung von gesundheitlichen Störungen sind ebenso bedeutsam wie mögliche Folgen für betroffene Menschen sowie professions- und gesundheitspolitische Perspektiven.

1. Soziale Determinanten bei der Entstehung von Erkrankungen und gesundheitlichen Störungen:

Soziale Arbeit kann fachlich und fachpolitisch zur Gesundheitsförderung und Prävention beitragen. Dabei identifiziert sie insbesondere soziale und lebensweltorientierte Faktoren, die Einfluss nehmen bei der Entstehung gesundheitlicher Einschränkungen. Die Berücksichtigung sozialer Einflussfaktoren ergänzt den überwiegend personenzentrierten Behandlungszugang in der Gesundheitsversorgung.

2. Psychosoziale Folgen von gesundheitlichen Einschränkungen:

Soziale Arbeit kann den problematischen Konsequenzen für betroffene Menschen aus gesundheitlichen Störungen fachlich begründet begegnen. Von Interesse sind Bewältigungsoptionen, soziale Netzwerke und darüber hinaus die Relevanz für den jeweiligen Sozialraum, die sich aufgrund von Erkrankungen und Behinderungen ergeben kann.

3. Soziale Teilhabe im Kontext Inklusion und Integration:

Ein Schwerpunkt Sozialer Arbeit ist es, gleichermaßen die Bedingungen für eine möglichst umfassende soziale Teilhabe in Sozial- und Gesundheitssystemen sowie Lebenswelten wissenschaftlich zu ergründen und praxisorientiert Diagnose- und Interventionsmöglichkeiten transparent zu nutzen. Die fachlichen Beiträge gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit sollten stärker systematisch beschrieben und beispielsweise über Artikel und

Fachtagungen sowie Kongresse veröffentlicht werden.

4. Fallbezogene und gesellschaftliche Folgen sozialer Ungleichheit für den Gesundheitsstatus:

Die Zunahme sozialer Ungleichheit führt dazu, dass sich die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit zunehmend mit Ursachen und konkreten gesundheitlichen Folgen für betroffene Menschen beschäftigen muss. Es geht um die Verbesserung der sozialen und gesundheitlichen Situation von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen und um die Offenlegung der Wirkungen Sozialer Arbeit.

5. Sicherung der psychosozialen Versorgung:

Soziale Arbeit sollte weiterhin Beratungs- und Interventionsformen, Leistungsbeschreibungen, Standards und Veröffentlichungen sammeln und entwickeln, die die soziale Sicherung, soziale Unterstützung und persönliche Förderung und Unterstützung von gesundheitlich eingeschränkten Menschen und ihrer nächsten Angehörigen ermöglichen. Dabei kann die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit von nationalen und internationalen Neuerungen in weiteren Handlungsfeldern und -zweigen profitieren und umgekehrt.

6. Offensive Professionalisierung und gemeinsame Zugänge in allen gesundheitsbezogenen Arbeitsfeldern:

Die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit bindet über ihre Fachverbände und Hochschulen die fachlichen Innovationen ein und kooperiert mit relevanten Organisationen und Institutionen zur Förderung einer stärkeren öffentlichen Wahrnehmung gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. Die aktive Beteiligung an S3-Leitlinien, Angeboten von spezifischen Fortbildungen für die Soziale Arbeit, Bildung von Forschungskooperationen und die aktive Auseinandersetzung mit dem niedrigen Organisationsgrad von Professionellen in der Sozialen Arbeit (Seithe 2011) kann nur über stärkere Kooperation aller Berufs- und Fachverbände gelingen, um die gemeinsam entwickelten Kompetenzbeschreibungen wirksam in die Praxis zu integrieren.

Eine bewusste und reflektierte Nutzung der vielfältigen Kompetenzen gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit ist somit Voraussetzung zur Bildung eines gemeinsamen kollektiven Selbstverständnisses, die sich nicht länger alleine über Praxisfelder und Bezugswissenschaften definieren lässt.

Literatur

Ansen, H. (2010): Krankenhaus-Sozialarbeit. In: Hoefert, H. W. (Hrsg.): Patientenorientierung im Krankenhaus. Hogrefe, Göttingen, 81–96

BIBB (Bundesinstitut für Berufsbildung) (2019): Definition und Kontextualisierung des Kompetenzbegriffes. In: www.bibb.de/de/8570.php, 01.03.2019

Birgmeier, B. (2014): Handlungswissenschaft Soziale Arbeit. Begriffe – Konzepte – Diskussionen. 1. Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) (2019): Qualifikationsrahmen – Glossar. In: www.dqr.de/content/2325.php, 1.03.2019

Borrmann, S., Thiessen, B. (2016): Wirkungen Sozialer Arbeit. Potenziale und Grenzen der Evidenzbasiierung für Profession und Disziplin. Barbara Budrich, Leverkusen/Opladen

Browne, T., Darnell, J., Savage, T. E., Brown, A. (2015): Social Workers as Patient Navigators: A Review of the Literature. In: *Social Work Research* 39 (3), 158–166

Cannon, I. M. (1913): Social Work in Hospitals: A Contribution to Progressive Medicine. Russel Sage, New York. In: Keel, B. (deutsche Übersetzung) (2018): Soziale Arbeit im Krankenhaus. Medizin und Soziales verbinden. SAGES, Bern

Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991): Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. WHO, Stockholm

DBSH – Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit (2012): Heidelberger Erklärung. In: www.dbsn-nrw.de/fileadmin/webseite/pdf/Publikationen/Heidelberger_Erklärung-2.pdf, 02.03.2019

Deller, U., Brake, R. (2014): Soziale Arbeit – Grundlagen für Theorie und Praxis. Verlag Barbara Budrich, Opladen

Dettmers, S. (2018): Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. Eine Übersicht. In: *Soziale Arbeit DZI* (67), 256–261

Dettmers, S. (2017): ICF-orientierte Diagnostik sozialer Teilhabe als konzeptionelle Begründung sozialtherapeutischer Interventionen. In: Lammel, U. A., Pauls, H. (Hrsg.): Sozialtherapie. Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung, Verlag Modernes Lernen, Dortmund, 75–90

Dettmers, S. (2016): Analyse egozentrierter sozialer Netzwerke. In: Bischkopf, J., Deimel, D., Walther, C., Zimmermann, R.-B. (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie – Lehrbuch. Psychiatrie-Verlag, Köln, 259–272

Dettmers, S. (2015): Entwicklungslinien und Perspektiven hinsichtlich Ausbildung und Akademisierung sozialer und gesundheitsorientierter Berufe. In: Klebl, M., Popescu-Willigmann, S. (Hrsg.): Handbuch Bildungsplanung. Ziele und Inhalte beruflicher Bildung auf unterrichtlicher, organisationaler und politischer Ebene. W. Bertelsmann Verlag, Bielefeld, 391–416

Dettmers, S., Kramer, U. (2016): DVSG 2020. Überlegungen zur künftigen strategischen Ausrichtung des Fachverbandes. In: *Forum Sozialarbeit und Gesundheit* (2), 47–49

DGSA – Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit (2016): Kerncurriculum Soziale Arbeit. Eine Positionierung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit. In: www.dgsa.de/veroeffentlichungen/kerncurriculum-soziale-arbeit, 02.03.2019

DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005): ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. In: www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/index.html, 01.03.2019

DVSG – Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (2018): Psychosoziale Erstberatung onkologischer Patient*innen durch Soziale Arbeit in der stationären Versorgung (PEOPSA). In: <https://dvsg.org/fileadmin/dateien/02Fachgruppen/03Oncologie/Expertenstandard-PEOPSA-2018v1.pdf>, 26.02.2019

DVSG – Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (2015): Qualifikationskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit – QGSA. In: https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Arbeitshilfen/QGSA/Qualifikationsprofil-2015.pdf, 07.06.2021

FBTS (Fachbereichstag Soziale Arbeit) (2016): Qualifikationsrahmen Soziale Arbeit (QR SozArb). Version 6.0. Würzburg. In: https://cdn.website-editor.net/31ab6b-86f4df4ec4a4df102d9bcb226e/files/uploaded/QR%2520SozArb_Version%25206.0.pdf, 07.06.2021

Gahleitner, S. (2016): Diagnostisches Fallverständnis erfahren und anwenden. In: Pauls, H., Lohner, J., Viehhauser, R. (Hrsg.): Didaktische Bausteine und Übungen zur Klinischen Sozialarbeit in der Lehre. ZKS Verlag, Gossmannsdorf b. Würzburg, 1–15

Hering, S., Münchmeier, R. (2014): Geschichte der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 5. überarb. Aufl. Beltz Juventa, Weinheim

Igl, G. (2017): Rechtliche Verankerung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. In: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) (Hrsg.): Schriftenreihe zur Klinischen Sozialarbeit. Bd. 4. LIT Verlag, Münster

Kraus, B., Effinger, H., Gahleitner, S., Miethe, I., Stövesand, S. (Hrsg.) (2011): Soziale Arbeit zwischen Generalisierung und Spezialisierung: Das Ganze und seine Teile. Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit. Verlag Barbara Budrich, Opladen

Lambers, H. (2016): Theorien der Sozialen Arbeit. Ein Kompendium und Vergleich. 3. überarb. Aufl. Verlag Barbara Budrich, Opladen/Toronto

Mittelstraß, J. (2007): Methodische Transdisziplinarität. In: Leibnitz Institut für interdisziplinäre Studien e. V. (LIFIS) (Hrsg.): www.leibniz-institut.de/archiv/mittelstrass_05_11_07.pdf, 25.03.2019

Ortmann, K. (2018): Soziale Arbeit als Beratung: Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Pauls, H. (2013): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und

Methoden psycho-sozialer Behandlung. 3. Aufl. Beltz Juventa, Weinheim/Basel

Pauls, H., Hahn, G. (2015): Sozialtherapie. In: Lammel, U.A., Jungbauer, J., Trost, A. (Hrsg.): Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit. Grundpositionen – Forschungsbefunde – Praxiskonzepte. Verlag Modernes Lernen, Dortmund, 29–43

Richmond, M. E. (2017): Social Diagnosis. Russel Sage Foundation, New York

Salomon, A. (1926): Frauenemanzipation und soziale Verantwortung. Ausgewählte Schriften; Veröffentlichung des Forschungsschwerpunktes „Theoriegeschichte Sozialer Arbeit“. Alice-Salomon-Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Berlin 2004. Unter Mitarbeit von Adriane Feustel. Luchterhand, Neuwied

Seithe, M. (2011): Schwarzbuch Soziale Arbeit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Sichelschmidt, J., Cramer, I. (2015): Klinische Sozialarbeit als behandelnde Profession. Theoriebildung und Entwicklung eines Behandlungsansatzes. PsychMed Verlag, Bargteheide

Sommerfeld, P., Hollenstein, L., Calzaferri, R. (2011): Integration und Lebensführung. Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit. VS Verlag, Wiesbaden

Spiegel, H. v. (2018): Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. Ernst Reinhard Verlag, München

Staub-Bernasconi, S. (2004): Wissen und Können – Handlungstheorien und Handlungskompetenz in der Sozialen Arbeit. In: Mühlum, A. (Hrsg.): Sozialarbeitswissenschaft – Wissenschaft der sozialen Arbeit. Freiburg i. Br., Lambertus, 27–62

WHO – Weltgesundheitsorganisation (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. In: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1, 24.02.2019