

# Berufschancen im Bereich Gesundheitsförderung

## Eine empirische Bestandsaufnahme

Karin Schleider; Ellena Huse

### Zusammenfassung

Im Zuge der zunehmenden Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung wurden, auch im pädagogischen Bereich, bundesweit spezialisierte Studiengänge entwickelt. In der vorliegenden empirischen Studie wurden 39 Fachinstitutionen der Prävention und Gesundheitsförderung und 22 Einrichtungen der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation zu den aktuell mit gesundheitspädagogischen Aufgaben betrauten Berufsgruppen, deren Tätigkeitsbereichen sowie den Schlüsselqualifikationen befragt. Die Ergebnisse der Befragung bestätigen, dass Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung ein zukunftsweisendes Praxisfeld für Absolventen sozial-/pädagogischer Studiengänge darstellen.

### Abstract

Due to the growing importance of prevention and health promotion, even in the pedagogical sphere specialised university programmes have been developed in Germany on a national scale. In this empirical study, we questioned thirty-nine institutions of prevention and health promotion and twenty-two institutions of child and youth rehabilitation with regard to professional groups currently engaged in health pedagogy, their scope of work and their key qualifications. The results of these interviews confirm that tasks like prevention and health promotion are a promising area of practice for graduates of pedagogical and social-pedagogical fields of study.

### Schlüsselwörter

Berufsbild – Prävention – Gesundheitsförderung – Hochschule – soziale Berufe

### Einleitung

Im Verlauf einer längeren Entwicklung mit den Meilensteinen der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation 1986 und der deutschen Gesundheitsreform 2000 mit Festschreibung der Prävention und Gesundheitsförderung im § 20 des fünften Buchs des Sozialgesetzbuches (SGB) V, als Leistung der Krankenkassen wurde gesundheitsfördernden und präventiven Aspekten neben der Intervention bei manifesten Erkrankungen sowie Störungen eine steigende Bedeutung im Gesundheitswesen zuerkannt. Im gesundheitstheoretischen Diskurs wendete sich die Perspektive von kurativ orientierten, biomedizinischen „Krankheitsmodellen“ wieder in Richtung

von „biopsychosozialen Modellen des Gesundheitsverhaltens“ wie beispielsweise dem theoretischen Modell der „Salutogenese“ nach *Antonovsky* (1979) oder dem „Modell der psychosozialen Krankheitsätiologie“ nach *Adler & Matthews* (1994). Im Vergleich zu Maßnahmen der Intervention, also der Krankheitsbehandlung, die vornehmlich den medizinischen Berufen vorbehalten ist, versuchen Gesundheitsförderung und Prävention, das Auftreten von Problemen frühzeitig zu verhindern, was an sich notwendigerweise keine medizinische Aufgabe darstellt. Der Prävention und Gesundheitsförderung kommen angesichts der steigenden Lebenserwartung und den damit verbundenen erheblich steigenden Kosten im Gesundheitswesen eine besondere Bedeutung zu. Wesentliche Handlungsfelder von Setting-Leistungen der Krankenkassen werden dabei in Bewegung, Ernährung und Stressreduktion gesehen (*Borgetto* 2006).

Im Zuge dieser veränderten Aufgaben und Perspektiven im Gesundheitswesen spezialisierten sich auch die Ausbildungsträger im Bereich Soziale Arbeit, Pädagogik und Beratung zunehmend auf den Gesundheitsbereich mit allein 93 entsprechenden Studiengängen aus der Sozialen Arbeit und Beratung von insgesamt deutschlandweit 389 als gesundheitsbezogen identifizierten Studiengängen (*Dadaczynski* 2009) beziehungsweise 11 von 69 Masterstudiengängen an Sozialwesen-Fachbereichen im Bereich Gesundheitswesen und Rehabilitation (*Buttner; Katzenmayer* 2006). Neben solchen Studienschwerpunkten wurden aber auch eigenständige Studiengänge in den Bereichen Gesundheitsförderung, Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung oder Public Health entwickelt, die häufig im Bereich des Sozialwesens oder in der Pädagogik beziehungsweise Erziehungswissenschaft angesiedelt sind (*Behrendt; Kohl* 1990, *Zwicky* 2004), wodurch eine zunehmende Konkurrenzsituation entsteht. Die klassischen Berufsfelder der Sozialarbeit sind immerhin fest im Gesundheitswesen verankert und die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen wird dabei schon lange als „eine der wenigen ‚Wachstumsbranchen‘ der sozialpädagogischen Profession“ beschrieben (*Herringer* 1988).

Das Berufsfeld der Sozialpädagogik beziehungsweise Sozialarbeit zählt dabei zu den Arbeitsfeldern, in denen primär mit speziellen Zielgruppen gearbeitet wird, um soziale Problemkonstellationen und soziale Ungleichheiten zu verringern (*Raitheil* 2005). In den Studiengängen der Sozialen Arbeit wird traditionellerweise denn auch meist versucht, „generalisierte Spezialisten“ mit den Basisqualifikationen Fachwissen, Fertigkeiten, Techniken und Methoden sowie

sozialen und persönlichen Kompetenzen (*Auspurg* 2007) auszubilden. Die Gesundheitsförderung als spezielles Anwendungsfeld bezieht die persönliche Lebenswelt des Adressaten mit ein (*Kardoff* 1999, *Lutz* 1993) und stellt damit einen lebenslangen sozialen Entwicklungsprozess dar, der in seiner zielgruppenspezifischen Arbeit (zum Beispiel soziale Netze als Unterstützungsmöglichkeit zu aktivieren) enge Bezüge zur Sozialpädagogik aufweist (*Raithe* 2005).

Untersuchungen über die Tätigkeitsfelder von Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen zeigen denn auch, dass diese tatsächlich häufig im Gesundheitswesen beschäftigt sind, wenn auch die quantitativen Schätzungen hier erheblich differieren, je nachdem, wie weit oder eng der Begriff des Gesundheitswesens gefasst wird. So geht zum Beispiel aus einer Auswertung des Mikrozensus des Jahres 2004 hervor, dass 7,1 Prozent der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie der Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen in der Wirtschaftsgruppe des Gesundheits- und Veterinärwesens arbeiten (*Pich* 2007), wohingegen andere Autoren und Autorinnen zusammenfassend den Anteil der gesundheitsbezogenen Stellen für Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter mit zwei Dritteln angeben (*Klüsche; Schubert* 2001). Die Prävention und Gesundheitsförderung stellt somit auch einen wesentlichen Arbeitsbereich von Absolventeninnen und Absolventen der Studiengänge im Sozialwesen dar, obwohl diese Studiengänge die Gesundheitsförderung noch immer häufig nicht explizit als Berufsfeld aufführen.

Neben der klassischen Sozialarbeit im Gesundheitswesen (zum Beispiel den Krankenhaussozialdiensten oder dem öffentlichen Gesundheitsdienst) hat sich zunehmend auch spezielle „Gesundheitsarbeit“ entwickelt, nämlich die gesundheitsbezogene Sozialarbeit im Sozialwesen (*Ortmann; Waller* 2005), wo sich zum Beispiel häufig ein Beratungsbedarf zur Bewältigung der Folgen spezieller Belastungen (auch finanzieller Art) nach akuten oder mit chronischen Krankheiten ergibt (*Ansen* 2008). Bereits in den 1960er-Jahren etablierte sich für diese Tätigkeitsbereiche in den USA der Begriff des „clinical social work“, der in Deutschland erst in den letzten zwei Dekaden als „Klinische Sozialarbeit“ (*Pauls* 2004) weitere Verbreitung fand. Von Bedeutung sind dabei insbesondere die Konzepte des Casemanagement, des Empowerment und der personenzentrierten Beratung (*Lützenkirchen* 2005). Klinische Sozialarbeit versteht Gesundheitsförderung insofern als Entwicklungschance für das Gesundheitspotenzial der Gesellschaft, wobei benachteiligte Personen und

Gruppen besonders unterstützt werden müssen (*Muehlum* 2002).

## Fragestellung

In dieser Studie sollte vor dem Hintergrund der beschriebenen Zunahme gesundheitsfördernder beziehungsweise präventiver Aufgaben in pädagogischen Handlungsfeldern erstens untersucht werden, von welchen Berufsgruppen diese Aufgaben in Kontexten von Fachinstitutionen der Gesundheitsförderung derzeit übernommen werden. Um den Anforderungen dieser speziellen gesundheitspädagogischen Aufgaben in der Zukunft besser gerecht zu werden und diese Anforderungen bereits in den entsprechenden Studiengängen expliziter berücksichtigen zu können, sollte zweitens erfragt werden, woraus diese Tätigkeiten genau bestehen, und drittens, welche speziellen Kompetenzen und Kenntnisse hierfür erforderlich sind. Um diese Fragen etwas differenzierter betrachten zu können, wurde hierzu noch eine zweite Stichprobe untersucht, nämlich Kinder- und Jugendlichenrehabilitationskliniken, in denen üblicherweise Sozialdienste existieren, die „klinische Sozialarbeit“ ausüben. In der Gesamtgruppe sollte dann viertens erfragt werden, über welche Zusatzqualifikationen die Personen verfügen, und fünftens, ob die Einrichtungen ihren Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen spezielle Fortbildungen anbieten beziehungsweise welcher Art diese Fortbildungen sind.

## Methodik

Forschungsstrategie und -design: Für die empirische Studie explorativen und deskriptiven Charakters wurde die qualitative Datenerhebungsmethode des halbstandardisierten Leitfadens-Interviews gewählt (*Flick* 2007). Entsprechend der Fragestellung wurden in Rahmen des Interviews folgende Themenbereiche zu Tätigkeiten im gesundheitsfördernden Kontext in offenen Fragen erfragt:

- ▲ beschäftigte Berufsgruppen;
- ▲ Inhalt der konkret ausgeübten Tätigkeiten;
- ▲ erforderliche Kompetenzen und Kenntnisse;
- ▲ Zusatzqualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter;
- ▲ angebotene Fortbildungen in den Einrichtungen.

Stichprobe: Es wurden zwei Stichproben definiert: Erstens eine Auswahl von 120 bundesdeutschen „Fachinstitutionen der Gesundheitsförderung und Prävention“, die im „Wegweiser Gesundheitsförderung“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (*BzgA* 2004) verzeichnet sind (jeweils fünf einschlägige Institutionen zu allen gelisteten gesundheitsrelevanten, teilweise übergreifenden Themengebieten: AIDS, Allergie, Arbeit, Behinderte, Bewe-

gung und Sport, Blut- und Plasmaspende, Drogen, Ernährung, gesundheitliche Chancengleichheit, Gesundheit der Frau, Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Infektionskrankheiten, Krebs, Migration, Organspende, psychische Gesundheit, Rheuma, Selbsthilfe, Sexualaufklärung und Familienplanung, Umwelt, Wohnen, Zahngesundheit), und zweitens 50 Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitationskliniken aus dem „Kinderrehabführer für Deutschland“ (Schmid 2005). Erstere Stichprobe sollte insbesondere auch bezüglich der dort beschäftigten Berufsgruppen beleuchtet werden, während die Klinik-Sozialdienste ja üblicherweise mit Absolventen und Absolventinnen des Sozialwesens besetzt sind. Beide Stichproben sollten dann hinsichtlich der konkreten, gesundheitsfördernden Aufgaben und ihrer speziellen Anforderungen untersucht werden.

Durchführung: Von ersterer Stichprobe (Fachinstitutionen der Gesundheitsförderung und Prävention) konnten nach schriftlicher Kontaktaufnahme 39 Institutionen, von zweiterer (Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitationskliniken) 22 Kliniken für das Interview gewonnen werden (Engelbrecht u.a. 2009).

Auswertungsmethoden: Die Daten wurden induktiv kategorialisiert (Bortz; Döring 2002). Die vorwiegend deskriptive Datenanalyse wurde mithilfe der statistischen Software SPSS durchgeführt.

### Ergebnisse

In der Ergebnisdarstellung der deskriptiven Analyse werden jeweils nur hinreichend große Kategorien (größer als fünf Prozent) genannt.

▲ Zunächst wurde erfragt, welche Berufsgruppen in den Fachinstitutionen der Gesundheitsförderung der-

zeit gesundheitspädagogische Tätigkeiten ausüben. Die Befragung zeigt, dass diese am häufigsten von der Berufsgruppe der Pädagogen und Pädagoginnen, gefolgt von Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen beziehungsweise Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen, Sozialwissenschaftlerinnen und Sozialwissenschaftlern sowie Psychologinnen und Psychologen übernommen werden (siehe Tabelle 1). ▲ Des Weiteren wurde in der Gesamtgruppe beider Stichproben erfragt, worin die gesundheitspädagogischen Aufgaben genau bestehen. Am häufigsten wurden Beratung, Unterricht und Fortbildung sowie die Durchführung gesundheitsfördernder Maßnahmen genannt (siehe Tabelle 2). Weitere relevante Tätigkeiten stellten die Organisation und Koordination, Leitungsaufgaben und Personalmanagement, die Leitung gesundheitsfördernder Projekte, administrative Tätigkeiten und therapeutische Arbeit dar.

Vergleicht man nun die beiden Stichproben der Fachinstitutionen, auf der einen Seite Institutionen der Gesundheitsförderung, auf der anderen Seite die Kinder- und Jugendlichen-Rehakliniken, fällt auf, dass in den Fachinstitutionen der Gesundheitsförderung die Tätigkeiten primär in Unterricht und Fortbildung, Leitung gesundheitsfördernder Projekte sowie Organisation und Koordination sowie Beratungstätigkeiten bestehen, während in Kinder- und Jugendlichen-Rehakliniken die Beratung das größte Tätigkeitsfeld darstellt, gefolgt von der Durchführung gesundheitsfördernder Maßnahmen, der Leitung und dem Personalmanagement und therapeutischer Arbeit. Die Tätigkeiten in den Fachinstitutionen weisen sich also im Vergleich insgesamt durch einen etwas höheren Grad an Verantwortung und konzeptioneller Tätigkeit aus, die Tätigkeiten in den Rehakliniken dagegen bestehen eher in der praktischen Arbeit mit Klienten und Klientinnen.

**Tabelle 1: Häufigkeit der genannten Berufsgruppen, die in den Fachinstitutionen der Gesundheitsförderung gesundheitsfördernde Tätigkeiten ausüben**

Berufsgruppen	Nennung
Pädagoginnen und Pädagogen	48,7 %
Sozialarbeiterinnen und -arbeiter beziehungsweise Sozialpädagoginnen und -pädagogen	41,0 %
Sozialwissenschaftlerinnen und -wissenschaftler	35,9 %
Psychologinnen und Psychologen	28,2 %
Ökothropologinnen und Ökotohologenbeziehungsweise Diätassistenteninnen und -assistenten	17,9 %
Ärzte und Ärztinnen	12,8 %
Gesundheitswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler	12,8 %
Lehrerinnen und Lehrer	12,8 %
Pflegepersonal	10,3 %
Physio- und Ergotherapeuteninnen und -theapeuten	10,3 %
Sportwissenschaftlerinnen und -wissenschaftler	7,7 %

**Tabelle 2: Inhalte der gesundheitsfördernden Tätigkeiten in den befragten Fachinstitutionen der Gesundheitsförderung und Kinder-/Jugendlichen-Rehabilitationskliniken**

ausgeübten Tätigkeiten	Gesamtgruppe	Fachinstitutionen	Rehakliniken
Beratung	42,9 %	30,6 %	65,0 %
Unterricht/Fortbildung	33,9 %	38,9 %	25,0 %
Durchführung gesundheitsfördernder Maßnahmen	32,1 %	22,2 %	50,0 %
Organisation/Koordination	26,8 %	36,1 %	10,0 %
Leitung/Personalmanagement	23,2 %	19,4 %	30,0 %
Leitung gesundheitsfördernder Projekte	23,2 %	36,1 %	0,0 %
therapeutische Arbeit	14,3 %	5,6 %	30,0 %
Netzwerkarbeit	12,5 %	11,1 %	15,0 %
Öffentlichkeitsarbeit	8,9 %	11,1 %	5,0 %
Qualitätsmanagement	7,1 %	5,6 %	10,0 %
Forschung	7,1 %	11,1 %	0,0 %

▲ Im nächsten Schritt wurde nach fachlichen Kompetenzen und Kenntnissen gefragt, die in der praktischen Arbeit von den gesundheitspädagogisch tätigen Fachkräften erwartet werden. Hier dominierten das fachspezifische Wissen und Beratungskompetenzen (33,3 Prozent). Weitere häufig genannte Kompetenzen bestanden in Moderationskompetenz (23,5 Prozent), Praxiserfahrung (21,6 Prozent), Lernbereitschaft (19,6 Prozent), Einfühlungsvermögen (17,6 Prozent), Kenntnissen sozialer Systeme (15,7 Prozent), Organisationsvermögen (13,7 Prozent), interdisziplinärem Arbeiten (11,8 Prozent) und Teamfähigkeit (11,8 Prozent). Zwischen den beiden Institutionstypen ergeben sich keine wesentlichen Unterschiede hinsichtlich der genannten Kompetenzen: In den Fachinstitutionen der Gesundheitsförderung wird als wichtigste Kompetenz fachspezifisches Wissen angegeben (60,6 Prozent), gefolgt von Beratungskompetenz (30,3 Prozent) und Moderationskompetenzen (24,2 Prozent). Auch in den Kinder- und Jugendlichen-Rehakliniken wird dem fachspezifischen Wissen (44,4 Prozent) und an zweiter Stelle den Beratungskompetenzen (38,9 Prozent) große Bedeutung beigemessen, dort werden auch Teamfähigkeit und Einfühlungsvermögen (jeweils 27,8 Prozent) sehr geschätzt.

▲ Schließlich wurde die Gesamtgruppe nach etwaigen Zusatzqualifikationen befragt. Von 70,5 Prozent der befragten Personen wurde angegeben, dass sie über eine Zusatzqualifikation verfügen. Diese bestanden zu 40,5 Prozent in Weiterbildungen zu spezifischen Störungsbildern, darüber hinaus in psychotherapeutischen Qualifikationen (33,3 Prozent), einem gesundheitsrelevanten Zweitstudium (21,4 Prozent), Weiterbildungen in der Erwachsenenbildung beziehungsweise einem Lehramtsstudium (je-

weils 9,5 Prozent) oder einer Weiterbildung in Medienpädagogik (7,1 Prozent).

▲ Im letzten Item wurde erfragt, ob die Einrichtungen selbst Fortbildungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anbieten. Diese Frage wurde nur von 80 Prozent der Interviewpartner und -partnerinnen beantwortet. Hiervon gaben 75 Prozent der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachinstitutionen und 90,5 Prozent der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Rehakliniken an, dass Fortbildung angeboten werde. Diese besteht hauptsächlich in indikations-spezifischen Fortbildungsveranstaltungen (82,8 Prozent) und Kompetenztrainings (51,7 Prozent).

**Konsequenzen für die Berufschancen im Bereich Gesundheitsförderung**

Die Auswertung der Interviews zeigt, dass gesundheitsfördernde Aufgaben in Fachinstitutionen der Gesundheitsförderung derzeit am häufigsten von Pädagogen und Pädagoginnen, von Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen, Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen sowie von Sozialwissenschaftlerinnen und Sozialwissenschaftlern übernommen werden. Die gesundheitsfördernde Tätigkeit in Sozialdiensten von Kliniken hat insgesamt eher einen soziotherapeutischen, klientenbezogenen Schwerpunkt, die Arbeit in den Fachinstitutionen eher einen konzeptionell-organisatorischen. Im Detail bestehen diese Aufgaben in den Kinder- und Jugendlichen-Rehakliniken hauptsächlich in der Beratung und Durchführung gesundheitsfördernder Maßnahmen, in den Fachinstitutionen der Gesundheitsförderung in Unterricht und Fortbildung, Organisation und Koordination sowie der Leitung gesundheitsfördernder Projekte. Hinsichtlich der wesentlichen Kompetenzen, die die befragten Personen als wesentlich für

ihre Arbeit angeben, dominierten fachspezifisches Wissen und Beratungskompetenzen, gefolgt von Moderationskompetenzen.

Hier ist nun interessant zu betrachten, wie die Module in den Studiengängen im Sozialwesen im Zuge des Bologna-Prozesses ausgelegt wurden und ob diese die hier empirisch festgestellten Kompetenzen in den Studiengängen auch vermitteln. Hierzu existiert eine recht neue, sehr detaillierte Analyse der Modulhandbücher von 41 (von deutschlandweit 70 existierenden) Fachbereichen für Bachelorstudiengänge der Sozialen Arbeit (Klüsche 2007). Erfreulicherweise werden von immerhin 30 dieser 41 Fachbereiche Module zur Thematik „Krankheit und Gesundheit“ angeboten. Zum Themenkomplex der Beratung (Beratungskonzeption und Beratungsverfahren) sind dies allerdings nur noch 24 Fachbereiche, zu „Kommunikation und Interaktion“ nur sechs. Von fünf Fachbereichen werden im Wahlpflichtangebot auch Module zum „Konflikttraining“ realisiert. Es ist also festzuhalten, dass für die Gesundheitsförderung relevante Themen wie Grundlagen zu Gesundheit und Krankheit, aber auch spezifische Kompetenzen wie Beratung oder Moderation, die von den in dieser Studie befragten Praktikern als entscheidend eingeschätzt wurden, in den Studiengängen für Soziale Arbeit zwar häufig, aber bei Weitem nicht überall verpflichtend vermittelt werden.

In Anbetracht der Expansion der Klinischen Sozialarbeit in das Berufsfeld des Gesundheitswesens können also angehende Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen ihre Berufschancen und damit auch ihren Marktwert deutlich verbessern, indem sie bereits frühzeitig, das heißt im Grunde schon bei der Wahl des Studienortes Wert darauf legen, dass sie schon während des Studiums sowohl die Grundlagen zu Gesundheit und Krankheit als auch spezielle Beratungs- sowie Moderationskompetenzen erlernen und auch praktisch vertiefen können. Spezielle Masterstudiengänge bieten auch eine intensive Ausbildung in der „Klinischen Sozialarbeit“, wie zum Beispiel die Alice Salomon Hochschule in Berlin (Beratung und Soziale Therapie), die Hochschule Coburg oder die Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen in Aachen mit dem Studiengang „Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit“. Besonders interessant als Ergänzung zum Studium für Studierende in höheren Fachsemestern oder Absolventinnen und Absolventen der Sozialpädagogik sind weiterhin auch die Angebote zur Weiterbildung in speziellen Beratungsmethoden, wie sie häufig an hochschulnahen Akademien für wissenschaftliche Weiterbildung angeboten werden.

#### Anmerkung

Wir danken Frau Katrin Engelbrecht, Frau Constanze Martin und Frau Franziska Nied für die Durchführung und Dokumentation der Interviews.

#### Literatur

- Adler**, Nancy; **Matthews**, Karen: Health psychology: Why do some people get sick and some stay well? In: Annual Review of Psychology 45/1994, S. 229-259
- Ansen**, Harald: Soziale Beratung in der Klinischen Sozialarbeit und ihr spezifischer Behandlungsbeitrag bei Krankheit. In: Ortman, Karlheinz; Röh, Dieter (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit: Konzepte – Praxis – Perspektiven. Freiburg im Breisgau 2008
- Antonovsky**, Aaron: Health, stress and coping. London 1979
- Auspurg**, Ariane: Welche Basisqualifikationen brauchen die Fachkräfte der Sozialen Arbeit? Neue Wege der Vermittlung im Studium. In: Buttner, Peter (Hrsg.): Das Studium des Sozialen: Aktuelle Entwicklungen in Hochschule und sozialen Berufen. Berlin 2007
- Behrendt**, Jörn-Uwe; **Kohl**, Ulrich: Qualifikationsangebote in den Bereichen Gesundheitsförderung, Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung und Public Health. In: Prävention 13/1990, S. 45-48
- Borgetto**, Bernhard: Gesundheitsfachberufe in Prävention und Gesundheitsförderung. In: Prävention 29/2006, S. 71-74
- Bortz**, Jürgen; **Döring**, Nicola: Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin 2002
- Buttner**, Peter; **Katzenmayer**, Karin: Soziale Arbeit „und so weiter“: Ein Überblick über die Studiengänge und Fachbereiche der Sozialen Arbeit in Deutschland. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 2/2006, S. 47-49

**Alice Salomon**   
**HOCHSCHULE BERLIN**  
University of Applied Sciences

**Berufsbegleitender  
Master-Studiengang**

**Biografisches und  
Kreatives Schreiben**

**Bewerbungen bis zum  
1. September 2010**

**Claus Mischon, fachliche Leitung**  
Tel.: (030) 99245-523

**Informationen:**  
**[www.ash-berlin.eu/bks](http://www.ash-berlin.eu/bks)**



**BzgA** – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Wegweiser Gesundheitsförderung – Fachinstitutionen der Gesundheitsförderung und Prävention, ihre Aufgaben und Angebote. Gamburg 2004

**Dadaczynski**, Kevin: Entwicklungsstand gesundheitsbezogener Studiengänge – Eine Bestandsaufnahme. In: Prävention 32/2009, S. 14-17

**Engelbrecht**, Katrin; Martin, Constanze; Nied, Franziska: Berufsfeld Gesundheitspädagogik: Eine Bestandsaufnahme. Diplomarbeit. Pädagogische Hochschule Freiburg im Breisgau 2009

**Flick**, Uwe: Qualitative Sozialforschung. Reinbek 2007

**Herringer**, Norbert: Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Entwurf eines Curriculums. In: Soziale Arbeit 1/1988, S. 2-8

**Kardoff**, Ernst von: Soziale Arbeit und Soziale Dienste im Gesundheitswesen. In: Chassé, Karl August; Wensierski, Hans-Jürgen von (Hrsg.): Praxisfelder der Sozialen Arbeit: Eine Einführung. Weinheim 1999

**Klüsche**, Wilhelm: Analyse von Modulhandbüchern in Bachelorstudiengängen der Sozialen Arbeit. In: Buttner, Peter (Hrsg.): Das Studium des Sozialen: Aktuelle Entwicklungen in Hochschule und sozialen Berufen. Berlin 2007

**Klüsche**, Wilhelm; Schubert, Franz-Christian: Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgabe Sozialer Arbeit. In: Prävention 24/2001, S. 84-88

**Lutz**, Ronald: Gesundheitsförderung, Alltagsorientierung und soziale Netze. In: Soziale Arbeit 2/1993, S. 45-51

**Lützenkirchen**, Anne: Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Zielgruppen, Praxisfelder, Institutionen. Stuttgart 2005

**Muehlum**, Albert: Gesundheitsförderung und klinische Fachlichkeit. Auf dem Weg zur Klinischen Sozialarbeit. In: Doerr, Margret (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit: Eine notwendige Kontroverse. Baltmannsweiler 2002

**Ortmann**, Karlheinz; Waller, Heiko: Grundlagen und Perspektiven gesundheitsbezogener Sozialarbeit. In: Ortmann, Karlheinz; Waller, Heiko (Hrsg.): Gesundheitsbezogene Sozialarbeit: Eine Erkundung der Praxisfelder. Baltmannsweiler 2005

**Pauls**, Helmut: Klinische Sozialarbeit: Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Weinheim 2004

**Pich**, Wolfgang: Das Berufsfeld von Sozialarbeiter\*innen und Sozialpädagogen\*innen im Mikrozensus – Bilanz einer Dekade. In: Neue Praxis 6/2007, S. 623-651

**Raithe**, Jürgen: Gesundheitsförderung und Sozialpädagogik – ein verdeckter Widerspruch? In: Prävention 28/2005, S. 98-100

**Schmid**, Raimund: Wer hilft weiter? Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche. Kinderrehabilitationsführer für Deutschland. Lübeck 2005

**Zwick**, Elisabeth: Gesundheitspädagogik – Wege zur Konsolidierung einer erziehungswissenschaftlichen Teildisziplin. Münster 2004

# Erschöpfte Familien

## Herausforderung für Soziale Arbeit

Ronald Lutz

### Zusammenfassung

Erschöpft sind Familien, deren Situation von sozialen und ökonomischen Bedingungen geprägt ist, die sie nicht selbst zu verantworten haben, an denen sie aber immer mehr scheitern. Ihr Alltag wird von vielfältigen Überforderungen überfrachtet, von der Haushalts- bis zur Erziehungskompetenz. Dies stellt sich Sozialer Arbeit als Herausforderung. Der entwickelte Ansatz Früher Hilfen bietet eine Plattform; allerdings sollte er deutlich erweitert und stärker sozialräumlich vernetzt werden.

### Abstract

Exhaustion is common among families whose situation is characterized by social and economic conditions they are not responsible for yet increasingly unable to overcome. In everyday life they face excessive demands ranging from household to educational skills. This is a challenge for Social Work. The recent German approach of early intervention and help for families offers a platform. It should, however, be considerably extended and be complemented by stronger social area networks.

### Schlüsselwörter

Sozialpädagogische Familienhilfe – Familie – Armut – soziale Benachteiligung – Frühe Hilfen – Methode

### Einleitend

Die Armut von Familien erschwert und vermindert vor allem die sozialen, kulturellen und individuellen Entwicklungschancen der Kinder. Ihre Benachteiligung wird verfestigt und schränkt sie nachhaltig in ihren Verwirklichungschancen ein. Ein fataler Kreislauf ist erkennbar, der zu einem dauerhaften Ausschluss aus der Gesellschaft führen kann. Dies zeigt sich, betrachtet man die einschlägige soziologische Literatur, in vielerlei Tendenzen:

- ▲ im Auseinanderfallen von Milieus, sowohl räumlich als auch kulturell;
- ▲ in einer neuen Form der Segregation, die zu immer stärker eingeschränkten Beziehungen zwischen den mittleren und den unteren Klassen führt;
- ▲ in einer massiven und auch direkten Abgrenzung der Mittelschichten nach unten, die sich, bezogen auf Kinder, in Rede- und Berührungsverboten zeigt (Spiel nicht mit den Schmutzkindern<sup>1</sup>);
- ▲ in einer Spaltung der Elternwelt in aktive und überforderte Eltern;
- ▲ in Berichten über Mobbing armer Kinder.