

SAGE

# Potenziale nutzen



## VON HEIDI HÖPPNER

Prof. Dr. rer. pol. Heidi Höppner M.P.H. studierte nach Ausbildungen zur Arzthelferin und Physiotherapeutin Sozial- und Gesundheitswissenschaften/ Public Health. Sie ist an der Alice Salomon Hochschule Berlin Hochschullehrerin für Physiotherapie und mit dem Schwerpunkt Förderung der Gesundheit und Teilhabe. Ihr Interesse ist die Umsetzung einer bio-psycho-sozialen Leitvorstellung von Gesundheitsförderung und daraus folgernd die vernetzte kooperative Arbeit von Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe.  
www.ash-berlin.eu

**Ein gemeinsames Verständnis von Sozial-, Gesundheits- und Bildungsberufen könnte die Angebote für hilfesuchende Menschen verbessern, gemeinsame Potenziale freisetzen, das Ansehen der Professionen fördern und damit auch dem Fachkräftemangel entgegen wirken.**

SAGE ist im Vergleich zu MINT (Mathematik, Informatik, Naturwissenschaft und Technik) das weniger bekannte Label für die Wissenschaftsdisziplinen Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege, Erziehung und Bildung.

Die Diskussion um SAGE geht zurück auf Prof. Dr. Ulrich Mergner und den Fachbereichstag Soziale Arbeit 2009. Bereits damals wurde auf die Notwendigkeit und das Potenzial eines gemeinsamen Labels für soziale Dienstleistungsberufe im weitesten Sinne hingewiesen. Charakteristisch für diese Berufe ist, dass personenbezogen professionelle Hilfe geleistet wird und die Arbeit von hoher gesellschaftlicher Relevanz ist.

Eine SAGE-Perspektive ermöglicht eine Perspektive auf Verbindendes, beispielsweise den gegenwärtig evidenten Mangel an Fachkräften in allen Bereichen der Sozialen Arbeit, von Gesundheit und Bildung. In den Fokus kommt auch die zunehmend komplexere Perspektive von betroffenen Menschen, deren individuelle und sozialen Probleme teilweise kumulieren.

Die Unterschiede der Berufe liegen in ihren Zielperspektiven, ihren Tätigkeiten, Bildungswegen, Handlungslogiken und vor allem in den Rahmenbedingungen ihrer Arbeit (Aufgaben, Steuerung, Finanzierung etc.).

Was verbindet SAGE-Berufe – außer der Mangel an Fachkräften? Untersucht man Curricula und Lehrpläne der sozialen Berufe und ihrer Disziplinen, dann gibt es jedoch Schnittmengen: Die Angehörige eines sozialen Berufes versuchen qua beruflichem Anspruch die

personenorientierte Sicht zu verstehen (individuelles Fallverstehen). In ihren Problemanalysen greifen bio-psycho-soziale Perspektiven auf selbstbestimmte Teilhabe, Gesundheit und Krankheit, Bildungschancen und Entwicklungspotentiale von Menschen sowie den Voraussetzungen für Inklusion. Dies gilt für soziale Einrichtungen, ebenso für Bildungsarbeit und rehabilitative Arbeit im Gesundheitsbereich.

Vor dem Hintergrund meiner Erfahrungen an Fachbereichen oder Hochschulen für soziale Berufe (FH Kiel und ASH Berlin) sind mir verschiedene Reaktionen auf Therapieberufe bekannt: sowohl der Respekt für die Leistungen von Gesundheitsberufen als auch die Distanz und Sorge vor Stigmatisierung durch einen allzu »medizinischen« Blick. Nicht selten ist meines Erachtens Konkurrenz der Berufe ein Problem: Wer ist wichtig, wer hat recht, wer kennt die Richtung der Entwicklung von Klientinnen und Klienten etc.?

Ich bin realistisch – hier ist noch viel zu tun, Vorurteile abzubauen und übereinander, voneinander, miteinander zu lernen. Wenn Kooperation jedoch gelingt, kann viel entstehen – so meine Erfahrung. Dann verändern sich Unterstützungsangebote für die Klientel und die Perspektive auf den eigenen Beitrag und die eigene Professionalität: Keine Gruppe allein kann die Komplexität erfassen und somit ist unter Einbezug der betroffenen Menschen gemeinsam nach Lösungen zu suchen.

Meine Perspektive ist eine gesundheitswissenschaftliche und aus dieser

heraus nenne ich einige Ansatzpunkte für eine Verbindung der Perspektiven in der problemorientierten Analyse, aber in lösungs- und prozessorientierten Handlungsstrategien. So bieten sich konzeptionell beispielsweise die Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation im Bereich der Rehabilitation (ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, WHO 2001) auf der Basis eines bio-psycho-sozialen Modells an.

Medizin, Bildung und Soziales haben in ihrer Verbindung eine lange Tradition und sind epidemiologisch hinlänglich belegt: Soziale Ungleichheit, also Unterschiede in Wissen, Geld, Macht und Prestige, korreliert mit gesundheitlicher Ungleichheit (Egger, Razum, Rieder 2018: 1; Abel & Kolip 2018: 163). Eine bevölkerungszentrierte Sicht (Public Health) unterstreicht die Bedeutung von sozialen Determinanten für die Prävention, also finanzielle Ressourcen, Bildung, soziale Unterstützung, Stressbelastung, Arbeits-, Umwelt und Wohnbedingungen, Zugang zu medizinischer Versorgung oder gesundheitsförderliche Angebote (Abel & Kolip 2018: 161). Bildung ist wiederum wesentlich für die Gesundheitskompetenz und »umfasst in einem weiteren Sinne die individuellen Fähigkeiten, förderlich mit Gesundheit umzugehen. Dazu gehören ein Basisverständnis dessen, was die Gesundheit positiv oder negativ [sic] beeinflusst sowie die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu verstehen und sich im Versorgungswesen zurechtzufinden.« (Abel 2018: 198)

Den Willen und die Bereitschaft zur Kooperation zum Wohle der Klientinnen und Klienten vorausgesetzt, stellt die Umsetzung von kooperativem Arbeiten die größte Herausforderung dar. Verantwortliche sind es, die Rahmenbedingungen ausschöpfen mögen, in denen kooperativ die Potenziale der sozialen Berufe im weitesten Sinne genutzt werden können bzw. für kooperativere Strukturen einzustehen.

### Was ist zu tun?

Für eine Kooperation der SAGE-Tätigkeitsfelder bieten sich zahlreiche Ansatzmöglichkeiten:

- gemeinsame Sprache und Dokumentation über die komplexen Problemlagen (z. B. ICF in Wartenphul 2010)
- Planung von Hilfebedarfe und Hilfebedürfnisse (z. B. Fallkonferenzen) (z. B. Expertise DVfR 2016)

- Angebote unter einem Dach anbieten (z. B. verstärkte Integration von Heilmittlerbringer in sozialen Einrichtungen)
- Prävention und Gesundheitsförderung in Settings (Lebenswelten) anbieten
- kooperative Teams installieren (z. B. mobil, virtuell u. a.)
- neue Aufgaben integrieren (z. B. Mobilitäts- bzw. Betätigungsstatus von älteren Personen in Einrichtungen)
- Gesundheit aller – auch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sozialen Einrichtungen stärken
- persönliche Präferenzen von Betroffenen einbeziehen (z. B. Persönliche Budgets von Menschen mit Behinderung)
- Förderung einer bio-psycho-sozialen Arbeit (z. B. bei Menschen mit chronischen Einschränkungen, Schmerzen oder Behinderungen)
- aufsuchende Arbeit kooperativ gestalten (z. B. Hausbesuche)
- Prävention kooperativ gestalten (in Kooperation mit anderen Berufen und Krankenkassen)
- Sensibilisierung von Kern- und Pool-Kompetenzen der Berufe (Pool-Kompetenzen meint Kommunikation, Beratung etc.) und Ausbau kooperativer Kompetenzen (z. B. SVR 2007)
- gemeinsam Bildungskorridore organisieren (SAGE-Berufe unter einem Dach nutzen, gemeinsame Forschung installieren oder auch gesellschaftlich-politische Statements zu Problemlagen der Klientel und Berufe formulieren)

Wege entstehen bekanntermaßen beim Gehen. Die Komplexität ist hoch, da Sozial-, Bildungs- und Gesundheitssystemlogiken nicht nur strukturell, sondern auch kulturell das Verhalten der Akteurinnen und Akteure zementieren. Da wo Ziele nicht aus einer klientenorientierten Perspektive verfolgt werden können, bedarf es kooperativer Arbeit und das Einwirken auf integrative Unterstützungskonzepte. Programme und Unterstützung sind zu nutzen, die Potenziale der Kooperation in Modellen guter Praxis abzubilden oder weiterzuentwickeln. Dies braucht nicht weniger, sondern mehr Bildung.

Mit diesen Argumenten ist beispielsweise auch den (aufgrund der Diskussion um den Mangel an Fachkräften) inflationären Tendenzen in der Berufsbildungspolitik zu begegnen. Es braucht nicht nur zahlreiche, es braucht aus kreative und gut

vorbereitete Studierende aller in diesem Kontext gemeinten »Sozialen Berufe«. Es gilt, Innovationsfonds nutzen, regionale, kommunale Ansätze entwickeln, um klienten- und teamorientiert arbeiten können und auf Rahmenbedingungen einzuwirken, die dieses ermöglichen. ■



### Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005)

Das Konzept der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).

**DVfR** – Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2016) Zur Bedeutung der Heilmittel für die Förderung der Teilhabe unter Berücksichtigung des Auftrags therapeutischer Fachberufe – ein Beitrag zur aktuellen Diskussion Expertise der DVfR. [www.dvfr.de/fileadmin/user\\_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/Heilmittel-Ausschuss\\_Expertise.pdf](http://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/Heilmittel-Ausschuss_Expertise.pdf)

**Egger M., Razum O., Rieder A.** (2018) Public Health: Konzepte, Disziplinen und Handlungsfelder. In: Public Health kompakt. Berlin/Bosten: de Gruyter 3. Auflage S. 1-30.

**Höppner. H.** (2018) Inklusive Therapie – eine Leitperspektiven für die Entwicklung der Physiotherapie. In: Höppner, H. & Richter, R. (Hrsg.), Theorie und Modelle der Physiotherapie. Ein Handbuch. Bern: Hogrefe, S. 165-184.

**Koch, J., Schmiemann, G., Gerhardus A** (2017) Integration und Kooperation aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht. In: Brandhorst, A., Hildebrandt, H., Luthe. E.-W. (Hrsg.), Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer Verlag; S.121-138.

**SVR** – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007), Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung; [www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung\\_2007.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf).

**Wartenphul, B.** (2010): Gemeinsames Diagnostikverfahren für soziale und gesundheitliche Dienstleistungserbringer: Ist die ICF ein geeignetes Instrument? Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 4/2010 S. 70-82.