

# GESUNDHEITSBEZOGENE SOZIALE ARBEIT | Eine Übersicht aus Sicht des Fachverbandes DVSG

Stephan Dettmers

*Judith Nölting, Dipl.-Sozialarbeiterin und -pädagogin und Case Managerin, ist Regionalleiterin im Regionalen Sozialen Dienst des Jugendamtes Berlin-Lichtenberg. E-Mail: judith.noelting@lichtenberg.berlin.de*

## Literatur

**Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe im Deutschen Institut für Urbanistik** (Hrsg.): Königsdisziplin ASD oder „Immer bleibt alles an uns hängen ...“ Personalfragen im Spannungsfeld von Arbeitsbelastung und Fachkräftemangel. Dokumentation der Fachtagung am 23. und 24. Oktober 2014. Berlin 2015

**Bertram**, Birgit; Kroll, Sylvia: Leitfaden für die Fallanalyse. 7. Revision. KHSB: Berlin. In: Kroll, Sylvia: Fallbezogene Soziale Arbeit: Vom Fallverstehen zum Entscheiden und Handeln – Fallarbeit. FL-Reader 2014-2015, Schriftenreihe Studienschwerpunkt KHSB. Berlin 2014, S. 134-141

**Dewe**, Bernd; Ferchhoff, Wilfried; Scherr, Albert; Stüwe, Gerd: Professionelles soziales Handeln: Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis. Weinheim 2011

**Heiner**, Maja: Professionalität in der sozialen Arbeit. Theoretische Konzepte, Modelle und empirische Perspektiven. Stuttgart 2004

**HRK** – Hochschulrektorenkonferenz: Praktika im Studium: Gutachten fordert bessere Betreuung und Einbindung. Bonn 2016

**JMK** – Jugendministerkonferenz: Aufgabenprofile und Qualifikationsanforderungen in den Arbeitsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe. München 2005

**Kroll**, Sylvia: Strukturmodell professionellen Handelns. Studienmaterial. Katholische Hochschule für Sozialwesen. Berlin 2017

**PraxisLernen**: PraxisLernen in den Vollzeitstudiengängen der KHSB. Arbeitspapier der Projektgruppe im Rahmen des BMBF-geförderten Projektes PONTs. Berlin 2016

Röh, Dieter: Soziale Arbeit in der Behindertenhilfe. München 2009

**Schrappner**, Christian: Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe. Anforderungen, Konzepte, Perspektiven. Weinheim und München 2004

**Schrappner**, Christian u.a. (Hrsg.): Modellprogramm Fortentwicklung des Hilfeplanverfahrens: Hilfeplanung als Kontraktmanagement? Erster Zwischenbericht des Forschungs- und Entwicklungsprojekts „Hilfeplanung als Kontraktmanagement?“. Koblenz 2003 (<https://ism-mainz.de/fileadmin/Publikationen/Zwischenbericht-Hilfeplanung.pdf>; abgerufen am 23.5.2018)

**Einführung** | Der Beitrag beschäftigt sich mit aktuellen Entwicklungen gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit in Deutschland und thematisiert die zentralen Aufgaben und Orientierungen der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG). Im Folgenden sollen wesentliche strategische Begründungen zur Einbindung gesundheitsorientierter Sozialer Arbeit, zentrale Praxisfelder und aktuelle Herausforderungen sowie die zentralen fachlichen Ausrichtungen der DVSG für die Zukunft dargestellt werden.

**Abstract** | The article describes current developments of social work in health services in Germany. It presents also central goals and orientations for the German professional association DVSG. Significant strategies for the implementation of a health oriented social work, central practical issues and recent challenges are thematized.

**Schlüsselwörter** ► Gesundheitswesen

► Sozialdienst im Krankenhaus ► Soziale Arbeit

► Berufsverband

**Einleitung** | Angesichts der Zahl von zirka 54 500 erwerbstätigen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern mit Hochschulabschluss (*Adolph; Seibert* 2016, S. 32) in unterschiedlichsten Praxisfeldern im Gesundheitswesen ist es nach Einschätzung der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) unumgänglich, die gemeinsamen und verbindenden fachlichen Perspektiven zu verdeutlichen, um eine weitere Partikularisierung und Verdrängung durch andere Professionen in der Praxis zu verhindern. Die Fremdbestimmung Sozialer Arbeit als Folge des Zusammenspiels zwischen den kulturellen Prämissen der beschäftigenden Institutionen und ihren Machteinflüssen zur Schaffung einer berufsfeldspezifischen Identität Sozialer Arbeit wird zunehmend kritisch hinterfragt. Hier können künftig Cultural

Studien einen wichtigen Analysebeitrag liefern, um eine Rückkehr zur fachlichen Selbstbestimmung zu forcieren (Marchard 2008, S. 33-36).

**Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit und ihre aktuelle Entwicklung** | Als Profession und Disziplin hat sich die Soziale Arbeit international längst etabliert. Die letzte konsensuale Definition aus dem Jahre 2014 beschreibt die normative Zielsetzung im Hinblick auf die Einflussnahme Sozialer Arbeit zur Verbesserung sozialer Rahmenbedingungen und individuelle 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).

Diese Definition bleibt abstrakt und muss für die jeweiligen gesellschaftlichen Kontexte interpretiert werden. Eine mögliche Option zur Schärfung des Profils der Disziplin besteht in der Weiterführung des Diskurses über die handlungswissenschaftlichen Beiträge Sozialer Arbeit zur Aufarbeitung ihrer Handlungsfelder (Birgmeier 2014, S. 30). Das bedeutet für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit, die Einbindung einer holistischen Gesamtperspektive Sozialer Arbeit mit dem Anspruch bestmöglicher Interventionen zur sozialen Sicherung, sozialen Unterstützung und persönlichen Entwicklung von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen sowie ihren Angehörigen (Ansen 2010, S. 88) theoretisch zu begründen und empirisch zu sichern.

Soziale Arbeit hat sich in unterschiedlichen Handlungsfeldern im Sozial- und Gesundheitswesen ausdifferenziert (Deller; Brake 2014, S. 43-47). Ein Zweig der Sozialen Arbeit beinhaltet die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit mit der Orientierung an Menschen und deren Angehörigen, die aufgrund faktischer oder potenzieller gesundheitlicher Einschränkungen in ihrer autonomen Alltagsgestaltung gefährdet sind und nur reduzierte Chancen auf eine autonome soziale Teilhabe haben. Gesundheitliche Störungen als Folge sozialer Probleme und sozialer Ungleichheit sind aus

einer biopsychosozialen Gesamtperspektive somit relevant für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (Pauls 2013). Sie nimmt für sich in Anspruch, ihre eigene Profession mit eigens definierten fachlichen Kompetenzen, plausiblen theoretischen Wissensbeständen und empirischen Erkenntnissen weiterzuentwickeln (Birgmeier 2014, S. 43).

Gesundheitsorientierte Soziale Arbeit hat neben diesen erhöhten fachlichen Anforderungen eine rechtliche Hypothek zu tragen. Ein Rechtsgutachten im Auftrag der DVSG (Igl 2014) 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. So gibt es bundesweit einheitliche Regelungen und Aussagen zu den Ausbildungs- und Studiengängen beispielsweise in der Medizin, klinischen Psychologie, Physiotherapie und in der Pflege. Die einschlägigen Gesetze und Ordnungen regulieren den staatlichen Schutz für bestimmte Aufgaben und Interventionen (ebd., S. 5). Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit ist formal bundesweit nicht staatlich reglementiert, die staatliche Ankererkennung ist allerdings als ein landesrechtliches Qualitätsinstrument nicht zu unterschätzen. Die Studieninhalte werden bisher vorwiegend bezugswissenschaftlich über die Hochschulen für Soziale Arbeit im Zusammenhang mit Akkreditierungen und eigenen Hochschulsatzungen bestimmt (ebd., S. 4). Allerdings gibt es seit 2015 eine beschleunigte Entwicklung von verschriftlichten Empfehlungen und Curricula, die bei der Weiterentwicklung von Studiengängen Sozialer Arbeit Orientierung bieten, aber nicht verpflichtend genutzt werden müssen, jedoch bei Akkreditierungen von Studiengängen Sozialer Arbeit berücksichtigt werden sollten.

Folgende Leitlinien sind aus Sicht der DVSG für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit relevant:

- ▲ **Kerncurriculum Soziale Arbeit der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA):** Dieses Curriculum dient als „Standard in der Vermittlung der wissenschaftlichen Grundlagen Sozialer Arbeit“ (DGSA 2016, S. 1) und bietet inhaltliche Bezugspunkte bei der Gestaltung von Studiengängen Sozialer Arbeit.
- ▲ **Qualifikationsrahmen des Fachbereichstages Sozialer Arbeit (QR SozArb 6.0):** Mit der Einführung von Qualifikationsrahmen ist die bildungspolitische Idee verbun-

den, die Vergleichbarkeit zwischen den vielfältigen Ausbildungs- und Studiengängen in den Mitgliedsländern der Europäischen Union zu ermöglichen. Der Fachbereichstag Soziale Arbeit als Repräsentanz der Studiengänge in Deutschland hat 2017 die zweite Version eines Qualifikationsrahmens für die Soziale Arbeit vorgelegt, die insbesondere die notwendigen Wissensbestände und Kompetenzen auf den Stufen Bachelor, Master und Doktor thematisieren (Schäfer; Bartosch 2016).

▲ *Qualifikationskonzept gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (QGSA)*: Die DVSG hat als Fachverband in enger Anlehnung an den genannten Qualifikationsrahmen Kompetenzlevel mit den gleichen Qualifikationsstufen definiert und für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit im Gesundheits- und Sozialwesen spezifiziert. Die folgenden Praxisfelder sind aus Sicht der DVSG neben den traditionellen Zugängen und Expertisen in den Bereichen Krankenhaussozialarbeit und Rehabilitation besonders wichtig für die Profession (Dettmers u.a. 2015, S. 6) :

- 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.);
  - Selbsthilfegruppen und -organisationen;
  - staatliche und nicht staatliche Organisationen und Institutionen;
  - Hochschulen und Forschungsinstitute.
- ▲ *Zertifizierungs- und Akkreditierungsverfahren*: Eine zentrale Erkenntnis des Rechtsgutachtens von Igl (2014) betrifft die Notwendigkeit, Soziale Arbeit als Profession mit ihren Alleinstellungsmerkmalen in die sozialrechtlich kodifizierten Sozialsysteme einschließlich der Gesundheitsversorgung durch Zertifizierungs- und Akkreditierungsverfahren einzubinden. Dabei sollen Entscheidungsgrundlagen für Kosten- und Leistungsträger und Leistungserbringer sowie Voraussetzungen für eine erfolgreiche Zertifizierung nur

bei Berücksichtigung professioneller Sozialer Arbeit in multiprofessionellen Teams geschaffen werden. Das bedingt allerdings eine plausible Argumentation, theoretische Fundierung und empirische Forschung. Die DVSG beteiligt sich aktuell an der Weiterentwicklung von evidenzbasierten S3-Leitlinien zur Diagnostik und Intervention bei unterschiedlichen medizinischen Indikationen in der Gesundheitsversorgung und prüft in diesem Zusammenhang in mehreren Projekten den internationalen Literaturstand zu qualitativen und quantitativen Forschungsarbeiten Sozialer Arbeit auch im Hinblick auf mögliche eigene Evidenz.<sup>1</sup> S3-Leitlinien bilden die Grundlage für Interventionsplanungen bei gesundheitlichen Störungen und sind künftig für Zertifizierungen zum Beispiel von onkologischen Zentren oder psychiatrischen Kliniken zur Personaleinsatzplanung heranzuziehen.<sup>2</sup> Somit ist die Mitwirkung für die DVSG eine strategische Entscheidung, Soziale Arbeit nachhaltig in den unterschiedlichen Gesundheitsbereichen zu positionieren.

Der Organisationsgrad Sozialer Arbeit in Deutschland ist insgesamt nur schwach ausgeprägt (Seithe 2011, S. 420 ff.). Daher ist die stärkere Kooperation unterschiedlicher Berufs- und Fachverbände Sozialer Arbeit auch international unverzichtbar. Die DVSG arbeitet hinsichtlich einer kritischen und konstruktiven Weiterentwicklung gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit eng mit dem Deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH), der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC), der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG-SAS), der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit, Sektion Klinische Sozialarbeit, und dem European Centre for Clinical Social Work (ECCSW) zusammen.

**Gegenstand gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit** | Um den gemeinsamen fachlichen Zugang zu beschreiben, wurde im QGSA die folgende Definition erstellt: „Als Gegenstand gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit wird die Förderung sozialer Teilhabe von erkrankten oder von Erkrankung bedrohten und

<sup>1</sup> Hierzu kooperiert die DVSG mit medizinischen Fachgesellschaften. Weitere Informationen zu S3-Leitlinien stehen im Internet unter <http://www.cochrane.de/de/leitlinien>.

<sup>2</sup> Bei der Zertifizierung von onkologischen Zentren wird auch der Stellenanteil Sozialer Arbeit durch die Deutsche Krebsgesellschaft überprüft (<https://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft-wtrl/deutsche-krebsgesellschaft/ueber-uns/organisation/sektion-b-arbeitsgemeinschaften/aso.html>).

behinderten Menschen und ihren Angehörigen in ihrer Lebenswelt sowie die Verhinderung und Bewältigung sozialer Probleme, die aus gesundheitlichen Beeinträchtigungen entstehen bzw. zu gesundheitlichen Störungen führen, bestimmt. Im Fokus steht der Mensch in ständiger Interaktion zu seiner sozialen und natürlichen Umwelt. Teil der Sozialen Arbeit sind aber auch nichtfallbezogene Tätigkeiten, wie Vernetzungsaufgaben, Konzeptentwicklung und Forschung“ (Dettmers u.a. 2015, S. 6).

Gesundheitliche Störungen können Menschen daran hindern, ihre Möglichkeiten zur Gestaltung eines selbstbestimmten Lebens zu entfalten. Eine autonome Lebensführung und subjektiv befriedigende Alltagsgestaltung von Klientinnen, Klienten und deren Angehörigen ist ein zentrales Anliegen Sozialer Arbeit (Scherr 2004, S. 55). Sie entfaltet gerade bei den Transitionen von gesundheitlich stabilen Zuständen in gesundheitlich problematische Phasen ihre Fachlichkeit zur Begleitung von Menschen bei der adaptiven Veränderung von bisherigen Lebensweisen in Richtung von Bewältigung und Entwicklung neuer Perspektiven trotz einer Erkrankung (Dettmers 2014, S. 234, Wingefeld 2005, S. 149). So sind bei chronischen Krankheiten langfristig Reduzierungen sozialer Netzwerke, veränderte soziale Rollen in Familien und alltagsorientierte Bewältigungsanforderungen zu erwarten (Dettmers 2014, S. 234, Walther; Deimel 2016, S. 43). Die DVSG nimmt diese Erkenntnisse in ihren Veröffentlichungen und Fortbildungsangeboten auf und hat im Jahre 2016 künftige wichtige Ausrichtungen des Fachverbandes postuliert.

**Sechs zentrale Themen gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit** | Die professionshistorische Perspektive zeigt, dass sich Soziale Arbeit bereits seit über 100 Jahren mit Kriterien zur Darstellung der Bezüge von Menschen in ihre Umwelt beschäftigt. So haben *Mary Richmond* und *Alice Salomon* mit ihren Veröffentlichungen zur sozialen Diagnose systematisch mögliche Folgen sozialer Probleme beschrieben (Salomon 2004 (1926), S. 256-260). Die DVSG benennt sechs Themen, die in der Praxis Sozialer Arbeit von zentraler Bedeutung sein sollten (Dettmers; Kramer 2016, S. 47-49). Diese umfassen sowohl relevante ätiologische Aspekte bei der Entstehung von gesundheitlichen Störungen als auch mögliche Folgen für betroffene Menschen sowie gesundheitspolitische und professionsbezogene Implikationen:

▲ **Soziale Determinanten bei der Entstehung von Erkrankungen und gesundheitlichen Störungen:** Die DVSG positioniert sich fachlich und fachpolitisch zur Gesundheitsförderung und Prävention hinsichtlich sozialer Einflussfaktoren, die zur Entstehung gesundheitlicher Einschränkungen beitragen.

▲ **Psychosoziale Folgen von gesundheitlichen Einschränkungen:** Die DVSG thematisiert die problematischen Konsequenzen für betroffene Menschen, deren soziale Netzwerke und für die Relevanz für den jeweiligen Sozialraum, die sich aufgrund von Erkrankungen und Behinderungen ergeben können. Dazu entwickelt die DVSG Stellungnahmen und nimmt vielfältig in Gremien- und Öffentlichkeitsarbeit am Diskurs teil.

▲ **Soziale Teilhabe im Kontext Inklusion und Integration:** Es ist eine zentrale Aufgabe der DVSG, gleichermaßen die Bedingungen für eine möglichst umfassende soziale Teilhabe in Sozial- und Gesundheitssystemen sowie Lebenswelten zu beschreiben und vermehrt relevante Forschung zu fördern und zu bündeln. Dafür sollen die notwendigen Beiträge gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit weiterhin systematisch beschrieben und beispielsweise über Artikel und Fachtagungen sowie Kongresse veröffentlicht werden.

▲ **Fallbezogene und gesellschaftliche Folgen sozialer Ungleichheit für den Gesundheitsstatus:** Die Zunahme sozialer Ungleichheit führt dazu, dass sich die DVSG zunehmend mit Ursachen und konkreten Folgen daraus resultierender gesundheitlicher Ungleichheiten beschäftigen wird. Als Fachverband orientiert sich die DVSG grundsätzlich an der Verbesserung der sozialen und gesundheitlichen Situation von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen und bringt sich weiterhin fachpolitisch in die öffentliche Debatte ein.

▲ **Sicherung der psychosozialen Versorgung:** Die DVSG entwickelt und sammelt weiterhin Beratungs- und Interventionsformen, Leistungsbeschreibungen, Standards und Veröffentlichungen, die die soziale Sicherung, soziale Unterstützung und persönliche Förderung und Unterstützung von gesundheitlich eingeschränkten Menschen und ihrer nächsten Angehörigen ermöglichen.

▲ **Offensive Professionalisierung und gemeinsame Zugänge in allen gesundheitsbezogenen Arbeitsfeldern:** Die DVSG integriert die fachlichen Innovationen im genannten Geltungsbereich Sozialer Arbeit und kooperiert mit relevanten Organisationen und Institutionen zur Förderung einer stärkeren öffentlichen Wahrnehmung gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. Dazu gehören die Mitwirkung an der Formulierung

der S3-Leitlinien, vermehrte Fort- und Weiterbildungen sowie die Bildung von Forschungsk Kooperationen, um die Profession Sozialer Arbeit in der Praxistätigkeit deutlich zu unterstützen.

In der Sozialen Arbeit ist der fachliche Zugang zu gesundheitlich beeinträchtigten Menschen auch mit den Einflussdeterminanten auf die Gesundheits- und Krankheitsentwicklung begründet. Diese geben einerseits Hinweise auf die Entstehung und andererseits auf die Folgen von gesundheitlichen Störungen. Diese Einflussfaktoren sind in dem Regenbogenmodell von *Dahlgren* und *Whitehead* (1991, S. 11 ff.) eingebunden und in der Praxis gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit zu berücksichtigen:

- ▲ personenbezogene Faktoren, zu denen zum Beispiel Geschlecht, Alter und genetische Dispositionen gehören;
- ▲ Gesundheitsverhalten, für das Lebensstil und Einstellungen relevant sind;
- ▲ soziale Netzwerke, die durch Familie, Freundschaften, Bekanntschaften und weitere Kontakte im Erwerbs- und Freizeitleben gebildet werden, aber auch Verbindungen zu professionellen Hilfsstrukturen und Personen;
- ▲ Lebens- und Arbeitsbedingungen wie Versorgung mit Wasser und Hygiene, Zugang zu Lebensmitteln, landwirtschaftliche Produktion, Chancen im Bildungssystem, Gesundheitssystem, Arbeiten und Wohnen, etc.
- ▲ allgemeine sozioökonomische, ökologische, rechtliche und kulturelle Rahmenbedingungen (*ebd.*).

### Anforderungen an Studium und Praxis |

Trotz der komplexen Anforderungen in der Praxis wird die generalistische Ausrichtung der grundständigen Bachelorstudiengänge Sozialer Arbeit (*Schäfer; Bartosch* 2016, S. 17) von der DVSG ausdrücklich begrüßt, um einen transdisziplinär geprägten professionellen Zugang zu den genannten Themen und Determinanten zu entwickeln. Gesundheitsorientierte Soziale Arbeit muss zur Erfüllung ihrer vielfältigen Aufgaben und ihrem transdisziplinären Grundverständnis entsprechend neben sozialarbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen weitere Wissensbestände gesellschafts-, natur- und humanwissenschaftlicher Disziplinen, gestützt durch eine eindeutig ethisch-kritisch fundierte Haltung, einbinden. „Dabei müssen die Wissensbestände aus den anderen Disziplinen in neue Erklärungsansätze transformiert werden“ (*Dettmers*

2018, S. 6). Eine Spezialisierung auf gesundheitsrelevante Themen erfolgt über weitere Qualifikationen und Fortbildungen in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit, einschließlich der Masterstudiengänge für Klinische Sozialarbeit. Der Anteil von Hochschullehrenden aus der Sozialen Arbeit zur Bildung einer stärkeren professionellen Identität ist dabei künftig unabdingbar. Durch die möglichen Qualifikationswege vom Bachelor über den Master bis zur Promotion scheint dieses Ziel realistisch, falls sich eine ausreichende Zahl von Absolventinnen und Absolventen für diese Karrierewege entscheidet.

Für die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in der Praxis müssen Fort- und Weiterbildungsangebote entwickelt werden, die sie auf den jeweils bestmöglichen fachlichen Stand bringen. Auch sollten die unterschiedlichen Qualifikationen je nach Niveau in die Praxis eingebracht werden. So werden beispielsweise die Projekt- und Forschungskompetenzen von Mastern bisher zu wenig von den Leistungsanbietern genutzt, innovative Impulse kommen eher von Hochschulen, Kostenträgern und Fachgesellschaften.

Die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit befindet sich insgesamt auf einem guten Weg zur Implementierung ihrer Fachlichkeit in der Gesundheitsversorgung. Als Königsweg zur Sicherung psychosozialer Leistungen bei gesundheitlichen Störungen erscheint für die DVSG die konsequente und empirisch gestützte Einbindung in Gesetze, Vorschriften, Zertifizierungen, Akkreditierungen und Ausführungsbestimmungen besonders zielführend. Daneben wird es darum gehen, über konsensuelle Verfahren die zentralen Ausrichtungen und Begriffsbestimmungen in der Sozialen Arbeit hauptsächlich durch eigene Vertreterinnen und Vertreter aus Praxis, Wissenschaft und Verbandsebene emanzipatorisch vorzunehmen.

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in allen Bereichen des Gesundheitswesens haben einen Anspruch auf breite Unterstützung zur Erfüllung ihrer Tätigkeiten mit gesundheitlich beeinträchtigten und benachteiligten Menschen. Und jene erwarten die bestmöglichen Interventionen und Unterstützungen durch die Fachkräfte der Sozialen Arbeit. Daraus kann sich eine noch produktivere multiprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen unter partizipativer Einbeziehung der Zielgruppen gesundheitsorientierter Sozialer Arbeit ergeben.

**Prof. Dr. phil. Stephan Dettmers (M.A.)** ist Sozialarbeiter und lehrt Klinische Sozialarbeit im Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit an der Fachhochschule Kiel. Er ist erster Bundesvorsitzender der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG).  
E-Mail: [stephan.dettmers@fh-kiel.de](mailto:stephan.dettmers@fh-kiel.de)

## Literatur

**Adolph, H.; Seibert, H.:** Annähernd 56.000. Die Zahl der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter im Gesundheitswesen ist schwer zu ermitteln. In: Forum Sozialarbeit und Gesundheit 4/2016, S. 29-33

**Ansen, H.:** Krankenhaus-Sozialarbeit. In: Hoefert, H.W. (Hrsg.): Patientenorientierung im Krankenhaus. Göttingen u.a. 2010, S. 81-96

**Birgmeier, B.:** Handlungswissenschaft Soziale Arbeit. Soziale Arbeit in Theorie und Wissenschaft. Wiesbaden 2014

**Dahlgren G.; Whitehead, M.:** Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm 1991

**Deller, U.; Brake, R.:** Soziale Arbeit: Grundlagen für Theorie und Praxis. Opladen 2014

**Dettmers, S.:** Soziale Teilhabe bei Menschen nach einem Schlaganfall. Eine explorative qualitative Analyse sozialer Netzwerke. Opladen u.a. 2014

**Dettmers, S.:** Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit und Teilhabe. In: Recht und Praxis der Rehabilitation 1/2018, S. 5-10

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

**Dettmers, S. u.a.:** Qualifikationskonzept gesundheitsbezogene Soziale Arbeit – QGSA. Berlin 2015 (<http://dvsg.org/fileadmin/dateien/08Service/Downloads/2015Qualifikationsprofil.pdf>); abgerufen am 24.5.2018)

**DGSA – Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit:** Kerncurriculum Soziale Arbeit. In: [https://www.dgsa.de/fileadmin/Dokumente/Aktuelles/DGSA\\_Kerncurriculum\\_final.pdf](https://www.dgsa.de/fileadmin/Dokumente/Aktuelles/DGSA_Kerncurriculum_final.pdf) (veröffentlicht 2016, abgerufen am 13.3.2018)

**Fachbereichstag Soziale Arbeit;** Deutscher Berufsverband Soziale Arbeit: Deutschsprachige Definition Sozialer Arbeit des Fachbereichstags Soziale Arbeit und DBSH. In: [https://www.dbsch.de/fileadmin/downloads/20161114\\_Dt\\_Def\\_Sozialer\\_Arbeit\\_FBTS\\_DBSH\\_02.pdf](https://www.dbsch.de/fileadmin/downloads/20161114_Dt_Def_Sozialer_Arbeit_FBTS_DBSH_02.pdf) (veröffentlicht 2016, abgerufen am 17.3.2018)

**Igl, G.:** Voraussetzungen und Anforderungen an die rechtliche Regulierung von Aufgaben und Tätigkeiten der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. In: <http://dvsg.org/publikationen/gutachten/rechtsgutachten-2014/> (veröffentlicht 2014, abgerufen am 13.3.2018)

**Marquardt, O.:** Cultural Studies. Konstanz 2008

**Pauls, Helmut:** Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung. Weinheim 2013

**Salomon, A.:** Frauenemanzipation und soziale Verantwortung. Ausgewählte Schriften. Band 3: 1919-1948. München 2004

**Schäfer, P.; Bartosch, U.:** Qualifikationsrahmen Soziale Arbeit – QR SozArb Version 6.0. In: [http://www.fbts.de/fileadmin/fbts/QR\\_SozArb\\_Version\\_6.0.pdf](http://www.fbts.de/fileadmin/fbts/QR_SozArb_Version_6.0.pdf) (veröffentlicht 2016, abgerufen am 17.3.2018)

**Scherr, A.:** Exklusionsindividualität, Lebensführung und Soziale Arbeit. In: Merten, R.; Scherr, A. (Hrsg.): Inklusion und Exklusion in der sozialen Arbeit. Wiesbaden 2004

**Seithe, M.:** Schwarzbuch Soziale Arbeit. Wiesbaden 2011

**Walther, C.; Deimel, D.:** Theorie Klinischer Sozialarbeit in der Psychiatrie. In: Bischkopf, J. u.a. (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Köln 2016, S. 38-58

**Wingenfeld, K.:** Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern 2005

## Über 30 Jahre dokumentierte Fachdiskussion Über 30 Jahre Sozialwissenschaftliche Literaturdokumentation

- ▶ Onlinezugang in über 200 Hoch- und Fachhochschulbibliotheken
- ▶ Individuelle Beratung und Recherche mit Dokumentenlieferung

DZI SoLit

Deutsches Zentralinstitut für soziale Fragen/DZI

[www.dzi.de](http://www.dzi.de)