

II-14 Soziale Arbeit als Gesundheitsberuf

Christoph Redelsteiner

1. Geschichtliche Aspekte der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen

Die Geschichte der Sozialen Arbeit ist traditionell eng mit Themen der Gesundheit verbunden. Beispielsweise gründete Jane Addams 1889 das Hull House in Chicago. Es diente als Begegnungsort für Menschen die in ungesunden Wohnverhältnissen lebten, kein Trinkwasser hatten oder schlechter Luft, mangelnder Ernährung, Lärm ausgesetzt waren, unter Alkohol- und Drogenkonsum litten und kaum Zugang zu Bildung hatten. Im Rahmen ihrer Settlement Bewegung entstanden z.B. organisierte Müllabfuhr, Badehäuser, Sanitätsabteilungen. Für die EinwanderInnen wurden Sprachkurse angeboten, um die Integration zu vereinfachen. Handwerkerkurse, Näh- und Kochkurse, Geschichts- und Rechtskundekurse vermittelten Bildung. Lange Jahre wurde sie in den USA als „gefährliche Frau“, die ArbeiterInnen unterstützt, angesehen. Jane Addams erhielt 1931 als zweite Frau nach Bertha von Suttner für ihren Kampf zur Unterstützung der Menschen den Friedensnobelpreis. (vgl. <http://www.hullhousemuseum.org>)

Ilse Arlt, Wegbereiterin der „Fürsorgewissenschaft“ (heute: Sozialarbeitswissenschaft) und professionellen Sozialen Arbeit in Österreich bildet ab 1912 die SozialarbeiterInnen in ihrer Schule unter anderem auch in gesundem und günstigem Kochen aus, damit diese Fertigkeiten an Menschen in prekären Situationen weitergeben können. Arlt beschreibt dreizehn Grundbedürfnisse: 1. Ernährung (ausreichend, frisch, nicht zu lange Kochzeit – sonst gibt es nur Wurst und Käse,...), 2. Wohnung (eigener Schlafplatz, gesicherter Platz zum Aufgabenschreiben, Sonnenlicht, trockene Wände,...), 3. Körperpflege (keine Badegelegenheit, Wasser am Gang, ein Handtuch für mehrere Personen, keine Zahnbürste,...), 4. Bekleidung (kein passendes Schuhwerk, keine Ausrüstung, um an Skiausflügen, Wandertagen mitzugehen,...), 5. Erholung (Nachruhe zu kurz, kein eigenes Bett, Hausarbeit statt freiem Spiel als Gegengewicht zu Schulanstrengungen,...), 6. Luft (Feuchtigkeit in Wohnung, schlechte Luft, wenig Erholung im Freien durch laufen, schwimmen,...), 7. Erziehung (Zeitmangel der Eltern, Sorgfältig nach guten Grundsätzen, Ausflüge mit Eltern als Gelegenheit zur Aussprache, Belohnung,...), 8. Geistespflege (Bildung, Bücher, Freude am Lesen, vorhandene Talente fördern,...), 9. Rechtsschutz (Durchsetzung von Ansprüchen,...), 10. Familienleben (Grundlage für Soziale Netzwerke), 11. Ärztliche Hilfe und Krankenpflege (guter Zahnstatus, Zugang zu regelmässigen Untersuchungen, ...), 12. Unfallverhütung und Erste Hilfe (gut beleuchtete Treppen, niemand muss in Küche, wo mit Gas gekocht wird, schlafen,..) 13. Ausbildung zur wirtschaftlichen Tüchtigkeit (Spiel als Vorläufer des Arbeitens, Anleitung,...) (vgl. Arlt 1958/2010: 65ff). Neben den klientInnenbezogenen Lebensbedürfnissen erkennt Arlt auch systemische bzw. strategische Herausforderungen im Gesundheitswesen, die sich negativ auf die soziale Situation von Menschen auswirken. Sie schreibt über die „geistige Isoliertheit und körperliche Überanstrengung des Landarztes“, ein „unwürdiges Tauziehen mit den Krankenkassen“ und stellt fest: „Für das Erhalten und Eingliedern der Erfahrungen von Ärzten außerhalb des akademischen Betriebes (Landärzte!) ist ebensowenig gesorgt, wie für die Bearztung dünnbesiedelter Gegenden“ (vgl. Arlt 1958/2010: 17). Sie weist auf die Forschungslücken im Bereich Frauengesundheit hin und erkennt neben diesem frühen Appell zur Gendermedizin die Sinnhaftigkeit von „Primärversorgungszentren“: „Schweden stellt in solche Landstriche

Pflegehäuschen, die so manchem Kranken helfen, braucht er mehr Behandlung, so holt ihn ein Rot-Kreuz-Flieger in ein Spital“ (vgl. Arlt 1958/2010: 34)

In Ermangelung einer adäquaten mobilen notfallmedizinischen Versorgung in Pittsburgh startete der Sozialarbeiter Morton Coleman zusammen mit Peter Safar, ein in Österreich geborener Notfallmediziner und Erfinder der Herz-Lungen-Wiederbelebung, das Freedom House Projekt. Dabei wurden langzeitarbeitslose schwarze BürgerInnen in EKG Diagnose, Infusionstherapie, Intubation (Setzen eines Schlauches in die Luftröhre) usw. ausgebildet. Sie waren 1967 weltweit die ersten Sanitäter („Paramedics“), die moderne invasive Notfallmedizin mobil auf die Straßen und in die Wohnungen der PatientInnen brachten (vgl. <http://www.freedomhousedoc.com>).

Die Sozialarbeiterin Naomi Feil entwickelte in den USA ab Mitte der 1960er Jahre für den Bereich der Altenarbeit das Konzept der Validation. Dabei wurden klassische sozialarbeiterische Haltungen wie die Akzeptanz der Menschen und ihrer konkreten Lebensumstände wie sie sind, auf desorientierte ältere Menschen angewendet. Theorie und Praxis wie z.B. die Anwendung verbaler und nonverbaler Kommunikationsmethoden sind heute im Bereich der Krankenpflege und Altenarbeit Stand der Betreuung („Technik“). (vgl. <https://vvalidation.org>)

Diese Aufgabenbereiche dieser ausgewählten PionierInnen zeigen die engste und unmittelbare Wechselwirkung von Gesundheit und Sozialem, deren Trennung erst durch Ressorts, Finanzierungstöpfen, Berufsgesetzen zur Abgrenzung in der Handlungspraxis im Alltag vollzogen wird. Gesundheit ist nicht der Überbegriff für Soziales, Soziales nicht der Überbegriff für Gesundheit – sie sind zwei Aspekte des Wohlergehens, des „Gedeihens“ wie Ilse Arlt wohl sagen würde.

2. Soziale Arbeit – Strafe oder praxisnahes Studium einer Sozial- und Gesundheitsprofession?

„Sozialarbeit“ wird noch oft als einfache, mit keiner oder geringer Ausbildung zu erbringende Tätigkeit gesehen, als Hilfeform die auch von Zivildienstleistenden ohne Ausbildung oder als Strafe zu der jemand nach einfachen Delikten verpflichtet oder gar verurteilt werden kann, gilt. Für jemanden sorgen, Pflege, Zuwendung, Anteilnahme zu leisten, scheinbar alltägliche häuslich-organisatorische Tätigkeiten sind oft als „Produkt“ bzw. Leistung schwer sichtbar, schwer messbar – sie waren und sind traditionell Teil oft unbezahlter familiennaher Frauenarbeit. Warum für Leistungen zahlen die nicht unmittelbar sichtbar sind und, weil ja ‚mit Herz‘ erbracht ohnehin unbezahlbar. Dieser Mangel an Wertschätzung ergibt Herausforderungen für bezahlte und inhaltlich professionalisierte Berufe der Hilfe, die sich SozialarbeiterInnen mit anderen Sozial- und Gesundheitsberufen teilen.

Die globale Definition der Profession Soziale Arbeit hält fest: Soziale Arbeit ist eine praxisbasierte Profession und akademische Disziplin die sozialen Wandel, Entwicklung, sozialen Zusammenhalt, Empowerment und die Freiheit von Menschen fördert. Soziale Gerechtigkeit, Menschenrechte, gemeinsame Verantwortlichkeit und Respekt für Diversität sind zentrale Prinzipien der Sozialen Arbeit. Gestützt von Theorien der Sozialen Arbeit, Sozialwissenschaften, Geisteswissenschaften und indigenem (lokalem) Wissen beteiligt Soziale Arbeit Menschen und Strukturen, um Herausforderungen des Lebens zu adressieren und Wohlbefinden zu steigern. (vgl. International Federation of Social Workers - IFSW 2014 Global Definition of Social Work Übersetzung Redelsteiner 2017). Die IFSW erklärt:

„Professionelle Soziale Arbeit in ihren verschiedenen Formen richtet sich an die vielfältigen und komplexen Beziehungen zwischen Menschen und ihrer Umwelt. Die Aufgabe ist es, Menschen zu befähigen ihre gesamten Möglichkeiten zu entwickeln, ihr Leben zu bereichern und Dysfunktionen vorzubeugen. Professionelle Soziale Arbeit arbeitet schwer- punktmäßig auf Problemlösung und Veränderung hin. Daher sind SozialarbeiterInnen AnwältInnen für Veränderung, die dazu dem/der Einzelnen ein Angebot unterbreiten. Professionelle Soziale Arbeit ist ein Netzwerk von Werten, Theorien und Praxis.“ (IFSW 2010)

International werden professionelle SozialarbeiterInnen auf Universitäten und Fachhochschulen ausgebildet, insbesondere in angloamerikanischen Nationen ist ein eigenes Doktorat in Sozialer Arbeit möglich. Die Ausbildung in Österreich besteht aus einem Bachelorstudium und einem Masterstudium an Fachhochschulen.

Die FH Studien enthalten direkt gesundheitsbezogene Fächer wie Casemanagement, medizinische Aspekte von (Volks-)krankheiten, psychiatrische Krankheiten in verschiedenen Altersgruppen, Public Health und Krisenintervention. (vgl. FH St. Pölten 2017b, vgl. FH Campus Wien 2017b). Die Bachelorausbildung Soziale Arbeit der FH St. Pölten bietet beispielsweise Lehrveranstaltungen in sozialraumorientierter Primärversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention, Sozialgeriatrie und Palliative Care und Case Studies in der Primärversorgung an (vgl. FH St. Pölten 2017b). Indirekt mit Gesundheitsthemen in Verbindung stehende Lehrveranstaltungen wie Soziale Arbeit mit älteren Menschen, Pädagogik der Lebensalter, Sozialversicherungsrecht, materielle Sicherung, Fallanalyse, Sozialpolitik, Interdisziplinäre Fallarbeit (vgl. FH St. Pölten 2017b vgl. FH Campus Wien 2017b) sorgen für eine breite Ausbildung in Bezug auf Gesundheitsthemen. Praktika im Bereich der Krankenversorgung werden z.B. in Suchtberatungseinrichtungen, ambulanten und stationären psychiatrischen Einrichtungen, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und Palliativteams absolviert.

Die FH St. Pölten bietet n im Masterstudium Soziale Arbeit neben „General Social Work“ einen Schwerpunkt „Casemanagement“ an, sowie einen Master Weiterbildungslehrgang „Suchtberatung und Prävention“, die FH Wien einen Schwerpunkt „klinische Soziale Arbeit“ im Masterstudium an (vgl. FH St. Pölten 2017a vgl. FH Campus Wien 2017a). Klinische Soziale Arbeit ist eine von der WHO anerkannte Fachdisziplin, die alle Bereiche der Sozialen Arbeit mit direktem KlientInnenkontakt unterstützt. Sie arbeitet insbesondere an der Schnittstelle von Sozial- und Gesundheitseinrichtungen. Die Studierenden erwerben dabei Kompetenzen zur Behandlung von hard-to-reach KlientInnen (vgl. FH Campus Wien 2017a).

Ein PhD Studium in Österreich ist nach einem Masterstudium Soziale Arbeit in Bezugswissenschaften wie Soziologie, Public Health, Pädagogik oder Politikwissenschaften möglich.

Wie die Auszüge aus den Kurrikula erkennen lassen, verfügen SozialarbeiterInnen über ein breites Querschnittswissen aus Bereichen wie Gesundheit, Medizin, Recht, Kommunikation, Netzwerkarbeit, Kooperation sowie auch Ressourcenkenntnisse über Hilfeinrichtungen aller Art. SozialarbeiterInnen sind darauf spezialisiert GeneralistInnen in der Zusammenarbeit mit KlientInnen zu sein. Sie reduzieren damit die Segmentierung der Betreuung durch unterschiedliche Berufsgruppen und Institutionen und versuchen Umwege von KlientInnen und somit Fehllenkungen von Menschen und Fehlallokationen von Mitteln zu reduzieren oder zu vermeiden.

„Soziale Arbeit befasst sich mit der Alltagsbewältigung, der Lebensführung und dem sozialen Netz von Einzelpersonen, Gruppen und dem Gemeinwesen. Über Beratung, Begleitung und Intervention unterstützt sie Menschen dabei, ihre Lebensplanung und -organisation sowie ihr Wohlbefinden zu erhöhen. Soziale Arbeit setzt dort an, wo Menschen mit ihrer Umgebung interagieren, ermöglicht soziale Veränderungen und erarbeitet lösungsorientiertes Vorgehen. Als Wissenschaft generiert der Studiengang mit modernen Methoden der empirischen Sozialforschung Wissen, Techniken und Instrumente für die Praxis (FH St. Pölten 2017c).“

3. Der Gesundheitsbegriff der Sozialen Arbeit

Die Bedeutung des Sozialen als Aspekt der Gesundheit ist bereits in der WHO Gesundheitsdefinition von 1948 festgehalten: „Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“ (zit. nach BMGF 2017 https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung)

Die wirtschaftliche und soziale Stellung beeinflusst die Gesundheit von Menschen nachhaltig. „Lieber arm und gesund als reich und krank“ sind ein frommer aber meist unerfüllbarer Wunsch: Im globalen und nationalen Vergleich korrelieren das pro Kopf Nettoeinkommen mit der durchschnittlichen Lebensdauer. Je geringer das Einkommen um so kürzer die Lebenserwartung (vgl. z.B: Wilkensen / Pickett (2008): Dysfunctional Societies. Why inequality matters). Akademiker leben bekanntlich am längsten. Bildung, Beruf und Einkommen sind daher wesentliche Aspekte die sich auf Gesundheit und Lebenserwartung auswirken. Dieses soziale Gefälle, auch „sozialer Gradient“ genannt zeigt sich schon innerhalb bestimmter Berufsgruppen. So haben ungelernete Arbeiterinnen eine kürzere Lebenserwartung wie angelernte ArbeiterInnen. Diese haben wiederum eine kürzere Lebenserwartung wie manuell tätige FacharbeiterInnen. FacharbeiterInnen die nicht manuell tätig sind leben wiederum länger als ihre ‚handwerklichen‘ KollegInnen. Es gibt also ein soziales Gefälle, einen sozialen Gradienten auch in Bezug auf Gesundheit zwischen den unterschiedlichen Klassen in Arbeit und Beruf (www.statistics.gov.uk zit. nach BZgA GF S 29).

Wesentlicher Aspekt der Gesundheit ist auch ein funktionierendes, unterstützendes und dichtes soziales Netzwerk. Dieser zentrale Aspekt ist in der Definition von Badura mit erfasst: „Gesundheit ist die Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives seelisches und körperliches Befinden und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten oder wiederhergestellt wird“ (Badura / Hehlmann 2003:18) Funktionierende soziale Netzwerke halten gesund – Einsamkeit macht krank. Das gilt nicht nur für ältere Menschen sondern ist auch für die Alterskohorten der 30 – 49 jährigen und der 50 – 59jährigen in einer kalifornischen Langzeitstudie festgestellt worden. Menschen, die keine engen sozialen Kontakte oder Bekanntschaften im Gemeinwesen hatten, versterben früher als jene mit guten Kontakten. Dieser Zusammenhang zwischen früherer Sterblichkeit und Dichte des sozialen Netzwerkes ist unabhängig von einem allgemeinen körperlichen Gesundheitszustand, vom sozioökonomischen Status und krankheitsfördernden Variablen wie Rauchen, Alkoholkonsum, Übergewicht, Bewegungsmangel und einem ausreichenden Ausmaß von Vorsorgeuntersuchungen (vgl. Bergmann, L.F, Same, S.L. Social networks,

host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents Am J Epidemiol. 1979 Feb;109(2):186-204)

Hurrelmann verwendet in seiner Definition den Art'schen Aspekt des Wohlbefindens: "Gesundheit bezeichnet den Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich körperlich, psychisch und sozial im Einklang mit den jeweils gegebenen inneren und äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist nach diesem Verständnis ein angenehmes und durchaus nicht selbstverständliches Gleichgewichtsstadium von Risiko- und Schutzfaktoren, das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut hergestellt werden muss. Gelingt das Gleichgewicht, dann kann dem Leben Freude und Sinn abgewonnen werden, ist eine produktive Entfaltung der eigenen Kompetenzen und Leistungspotentiale möglich so steigt die Bereitschaft, sich gesellschaftlich zu integrieren und zu engagieren" (Hurrelmann, Klaus (2010): Gesundheitssoziologie. 7. Auflage Juventa. Weinheim S. 7)

Zusammengefasst sind daher zentrale Determinanten für Gesundheit soziale Aspekte wie Bildung, Einkommen, Beruf, Zugang zu passenden (Hilfe-)Ressourcen und ein unterstützendes soziales Netzwerk, welche die Möglichkeit bieten, sein Leben in der Gesellschaft zu entfalten und damit integraler Teil einer Gemeinschaft zu sein – teil zu haben.

4. Soziale Arbeit – (auch) ein Gesundheitsfachberuf

Gesundheitsfachberufe wie ÄrztInnen, DiätologInnen, ErgotherapeutInnen oder KrankenpflegerInnen sind in Österreich durch jeweils eigene Berufsgesetze reguliert, die Zugang zur Ausbildung, Ausbildungsdauer- und inhalte, Dokumentation, Verschwiegenheit und erlaubte Kompetenzen genau festlegen. Die Gesetze dienen der grundlegenden Qualitätssicherung und der Abgrenzung gegenüber anderen Berufen. Diese Ausdifferenzierung führt einerseits zu einem notwendigen Expertentum. NeurochirurgInnen müssen beispielsweise riskante, hochinvasive Maßnahmen bei ausreichender Frequenz durchführen – begleitet von einer geringen Standardisierbarkeit und basierend auf mit zunehmender Ausbildungsdauer und Berufserfahrung steigender klinischer Erfahrung. Durch die geringe Möglichkeit der einfachen Reproduktion dieser spezifischen Maßnahmen (Operationen) durch andere ÄrztInnen oder Gesundheitsberufe sind ein hoher Status und ein hohes Einkommen gesichert. Bei Versorgungsprozessen im sozialen, pflegerischen und allgemeinmedizinischen Bereich, im Primärversorgungskontexten sind allerdings breites und interdisziplinäres Wissen gefragt, um erste Diagnosen und Clearings durchzuführen. Schon Ilse Artt erkannte die Gefahren der zunehmenden und zu hohen Spezialisierung in vielen Hilfsprofessionen: Sie forderte die Gründung einer eigenen Hochschule, in welcher der Forschung dienend „jede in einem Teil der Lebenspflege arbeitende Frau – Kindergärtnerin, Lehrerin, Anstaltsleiterin, Ärztin, Fürsorgerin – die Gesamtaufgabe kennen lerne. Denn, auf den Menschen angewendet, wirken sich Arbeitsteilung und Spezialisierung verheerend aus.“ (Artt 1958/2010: 127)

In Österreich werden Gesundheitsberufe häufig in ÄrztInnen und in „nichtärztliche Gesundheitsfachberufe“ - das sind alle anderen gesetzlich anerkannten Gesundheitsfachberufe – kategorisiert. Medizinische Aspekte sind natürlich ein wichtiger Teil von vielen Sozial- und Gesundheitsberufen, diese dann aber als nichtärztliche zusammenzufassen reproduziert mittlerweile veraltete Hierarchieverhältnisse im

Gesundheitswesen. Unsere ärztlichen KollegInnen sehen sich meist als Teil eines Teams, als ChefInnen der Medizin, nicht aber als Leader in allgemeinen Fragen der Gesundheit. Gesundheit ist per se ein transdisziplinärer Begriff der von keiner Berufsgruppe alleine reklamiert werden kann – nicht zuletzt tragen beispielsweise BautechnikerInnen, KöchInnen oder Installateure ebenso wesentlich zur individuellen und öffentlichen Gesundheit bei. (Analog würden SozialarbeiterInnen hoffentlich nicht auf die Idee kommen angrenzende und verwandte Fachberufe als „nicht-sozialarbeiterische Gesundheits- und Sozialberufe“ zusammenzufassen.)

5. Aufgabenbereiche der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen

5.1 ExpertInnen für „most vulnerable humans“ in komplexen Settings

SozialarbeiterInnen sind ExpertInnen für die „most vulnerable humans“, also für jene Menschen bzw. die in ihrem lebensweltlichen Kontext am meisten sozial, psychologisch oder physisch verletztlich bzw. gefährdet sind. Zielgruppen sind dabei primär Menschen, die von Exklusion betroffen sind oder in besonders prekären Situationen, in Armut, leben. Soziale Arbeit findet auf der Mikroebene mit individuellen KlientInnen, auf der Mesoebene mit Gruppen, Gemeinden (Communities im räumlichen oder auch sozialen Sinn) und auf der Makroebene also gesamtgesellschaftlich und politisch handelnd statt.

Soziale Arbeit im Gesundheitswesen kann in folgende Bereiche kategorisiert werden:

- Diagnosebezogene Soziale Arbeit: Unterstützung von Menschen mit chronischen Erkrankungen oder nach körperlichen Verletzungen wie Amputationsverletzungen, Krebs, Diabetes, Entwicklungsschwierigkeiten, HIV/Aids, Selbsthilfegruppen,...
- Soziale Arbeit im Bereich Mental Health: Hilfe für KlientInnen mit Demenz, Alkohol-/Drogensucht, Suizidgefahr, Schizophrenie, Paranoia, ...
- Soziale Arbeit für spezielle Populationen: Schwangere, Familien, hochbetagte Menschen, Menschen in wirtschaftlicher und sozialer Armut, Gefangene, Immigranten/Menschen auf der Flucht, Palliative Care, pflegende Angehörige,...
- Soziale Arbeit im Bereich Diversität: Natives, Minoritäten, LGBTQI (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Transsexual, Queer und Intersex Life),...
- Sozialraumorientierte Soziale Arbeit: Grätzelsozialarbeit, Sozialarbeit im Gemeinwesen z.B. durch Stärkung der BürgerInnenbeteiligung und Eigeninitiative der BewohnerInnen

Aus Sicht der Prävention ist Soziale Arbeit dabei je nach Bereich unterschiedlich stark in allen Kategorien der Prävention tätig. Im Bereich der Primärprävention, also wenn noch keine nachweisbare Schädigung eingetreten ist beispielsweise in Bereichen der Armutsbekämpfung, Gemeinwesenarbeit, frühe Hilfen für Familien, Unterstützung pflegender Angehöriger. Hier werden Früherkennung, frühzeitige Beratung, Anregungen für Lebensstilveränderungen geboten. Sekundärprävention adressiert konkrete gefährdete Populationen, versucht Menschen zu Vorsorgemaßnahmen wie Untersuchungen, Austesten von konsumierten (möglichen) Drogen, Einschätzung des Risikos im eigenen Sexualverhalten, Verstehen der Sinnhaftigkeit von Maßnahmen wie Medikation anzuleiten und zu motivieren. Ziel ist das Einleiten einer Frühbehandlung und die Senkung der Häufigkeit von fortgeschrittenen Erkrankungen. In der Tertiärprävention versuchen SozialarbeiterInnen Betroffenen von manifesten ‚Krankheiten‘ im Umgang damit zu begleiten, weitere Folgeschäden zu vermeiden wie Verlust des Arbeitsplatzes, der Wohnung,

Rückfälle im Bereich einer Sucht (Alkohol, Drogen, Spielsucht,..) zu verhindern oder abzumildern, mitzuhelfen trotz eingeschränkter Bedingungen ein autonomes Leben zu führen (vgl. Franzkowiak 2010: 32f).

5.2 Soziale Arbeit im Bereich Public Health

Die im deutschen Sprachraum oft verwendete Übersetzung von Public Health als „Gesundheitswissenschaften“ folgt die Soziale Arbeit nicht, da der Terminus um die „Öffentlichkeit“ beschnitten wird und zu einer Entpolitisierung des Begriffes führt. Gesundheit ist wesentlich auch ein öffentliches Gut: soziale und biologische Umwelt, Arbeitsbedingungen, Einkommen, soziale (Un-)gleichheit, Wohnort ergeben Lebensverhältnisse die mehr oder weniger gesund sind – und nicht nur durch rein individuelles gesundes Verhalten beeinflussbar sind. Als wesentliche Methode wird die „Soziale Epidemiologie“ angewandt. Die Epidemiologie (griech. epi – über/auf; demos – Volk; logos – Lehre) „untersucht die Verteilung von Gesundheitsproblemen und Risikofaktoren in der Bevölkerung oder in Untergruppen der Bevölkerung. Sie wendet das dabei gewonnene Wissen an, um die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern“ (Razum 2011:37). Die „soziale Epidemiologie befasst sich mit der Häufung, der Entstehung, der Auslösung und dem Verlauf von Krankheiten in Abhängigkeit von sozialen Variablen“ (Pflanz 1967:79 zit. in Mielck/Bloomfield 2001: 9). Soziale Epidemiologie analysiert, beschreibt und erklärt Wechselwirkungen zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit mit dem Ziel gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern. Sie hat also neben einem Forschungs- einen Handlungs- und Veränderungsanspruch. Die Analyse der sozialen Ungleichheit betrachtet die „vertikale soziale Ungleichheit“, also Unterschiede nach Bildung, beruflichem Status, Einkommen und Vermögen und die „horizontale soziale Ungleichheit, die beispielsweise Unterschiede nach Geschlecht, Familienstand, Nationalität beinhaltet. (vgl. Mielck/Bloomfield 2001: 9f). Weitere Aufgaben von „Public Health Sozial Arbeit“ sind strategische und klientInnennahe Tätigkeit im Rahmen von (betrieblicher) Gesundheitsförderung und Primärprävention. Diese versucht noch vor der erkennbaren körperlichen Beeinträchtigung Ursachen und spezifische Risikofaktoren zu identifizieren und reduzieren, Kompetenzen bei den Betroffenen zu entwickeln und Resilienz zu verstärken (lat. resilire - zurückspringen, abprallen). Resilienz ist die Fähigkeit von Menschen bzw. Gruppen Strategien und Ressourcen zur Krisenbewältigung einzusetzen, technisch gesprochen bei Ausfall eines Systemteils nicht völlig zu versagen sondern in weiten Bereichen funktionsfähig zu bleiben. Dabei adressiert Soziale Arbeit nicht alleine individuelles Verhalten im Sinne von Lebensstiländerung, die auch jeweils immanent eine Einschränkung der Persönlichkeit, Individualität und Autonomie beinhaltet. Soziale Arbeit adressiert dabei auch Verhältnisse, z.B. wirtschaftliche, berufliche, soziale Lebens- und Umweltbedingungen, die es Betroffenen erschweren oder verunmöglichen.

5.3 Sozialmedizinisches Zentrum SMZ Graz Liebenau VerfasserInnen Anahita Sharifgerami, BA Sozialarbeiterin, Gustav Mittelbach, Allgemeinmediziner

SMZ Graz Liebenau

In Graz gibt es seit 1984 - ausgehend von einer Praxisgemeinschaft von drei ÄrztInnen – langjährige und erfolgreiche Erfahrung mit der engen Verzahnung zwischen Sozialer Arbeit und niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen. Die SozialarbeiterInnen haben dort folgende Aufgabenschwerpunkte: Familienberatungsstelle Graz Süd; Beratung und

Begleitung von PatientInnen (der Praxis), insbesondere Unterstützung bei Anträgen wie z.B. Pflegegeld, Wohnunterstützung, Pensionsansuchen, Ansuchen um finanzielle Unterstützung; psychosoziale Gespräche wie ressourcenorientierte- und motivierende Gesprächsführung und Krisenintervention; Hilfe bei Schuldenregulierung, Wohnungssuche und -wechsel; Organisation von (mobiler sozialpsychiatrischer) Betreuung od. Pflege; Schuldenregulierung bzw. Vermeidung neuer Schulden. Weiters erfolgt ggfs. die Teilnahme an Arzt-PatientInnen-Gesprächen und Haus- und Krankenhausbesuche bei Bedarf mit den ÄrztInnen. Vernetzung mit anderen Einrichtungen. SozialarbeiterInnen haben eine offene Sprechstunde in der Praxis und im Stadtteilzentrum. Mit alkoholkranken Menschen und SuchtgiftpatientInnen werden Anamnesegespräche in der Praxis durchgeführt. Eingesetzte Methoden umfassen Case Management, Fallkonferenzen, Todesfall-Besprechungen. Die interne und externe Vernetzung mit anderen Professionen und Institutionen sind wesentlich für die Fallbegleitung bzw. ggfs für die Fallführung, das passiert z.B. via HelferInnenkonferenzen oder Teilnahme an Vernetzungstreffen (Drogenfachgremium,...). Primäre Ziele in der KlientInnenarbeit sind die Minimierung von Krisensituationen und Rückfällen, die Verringerung stationärer Aufenthalte, die Förderung psychischer Gesundheit, der Auf- und Ausbau sozialer Kontakte, mit der richtigen Unterstützung mitzuhelfen, dass Menschen möglichst selbstständig leben können. Neben der individuellen Arbeit von Menschen sind die SozialarbeiterInnen im SMZ auch in der klassischen Gemeinwesenarbeit aktiv. Das umfasst die Siedlungsbetreuung in zwei Bezirken, eine offene Sprechstunde im Stadtteil, ein niedrigschwelliger wöchentlicher „Brunch am Grünanger“, die Organisation und Teilnahme an Festen und Feiern, selbstorganisierte Ausflüge, Bezirksratssitzungen, SeniorInnen-Plattform usw.

5.4 Neue Wege erforderlich: Soziale Arbeit auf Rezept – die ärztliche Überweisung zur/zum SozialarbeiterIn

SozialarbeiterInnen verweisen regelmäßig und selbstverständlich KlientInnen zur ärztlichen KollegInnen. Der umgekehrte Fall ist noch eher die Seltenheit. PatientInnen die einsam sind, Schulden oder andere finanzielle Probleme haben, im Rahmen der Wohnungssituation suboptimal oder gefährdet sind würden eine Überweisung zur Sozialen Arbeit benötigen. Diese „Nebendiagnosen“ ergeben sich häufig nach mehrfachen Arztbesuchen, mit der Überweisung zu Sozialer Arbeit könnten sie auch zielgerichteter behandelt werden und das medizinische System entlasten. Bei enger räumlicher Nähe frühzeitiger Überweisung und erlernter, praktizierter und systematischer Kooperation zwischen „Medizin“ und „Sozialer Arbeit“ wäre es möglich diese schwierigen Lebenslagen zu adressieren bevor sie sich manifestieren bzw. „chronisch“ werden. Das Gemeinwesenzentrum in Bromley by Bow Centre (London) verwendet diesen Zugang seit Jahren. ÄrztInnen überweisen bei Bedarf ihre PatientInnen zu den SozialarbeiterInnen in der Einrichtung. Diese sind VerweisungsspezialistInnen und beraten selbst mit psychosozialen Hintergrund und leiten bei Bedarf zur Wohnberatung, Schuldnerberatung, Rechtsberatung oder psychologischer Unterstützung weiter. Es sind auch Referenzierungen zu Kunstangeboten, Gartenarbeit, Kochen, gemeinsames Erarbeiten gesunder Ernährung, Schwimmkurse, Yoga und andere Sportaktivitäten möglich. In unmittelbarer Beziehung zum Gemeinwesenzentrum gibt es 30 Angebote, im etwas weiteren Umfeld mehr als 1000 Möglichkeiten sich zu bilden, einzubringen, zu engagieren, sich Unterstützung zu holen, teil-zu-haben. Alleine hier den Überblick über Verfügbarkeit, Qualität und Passung dieser Ressourcen zu haben, erfordert spezifisches ExpertInnenwissen mit guten Kontakten im Gemeinwesen und zu anderen Berufsgruppen bzw. Institutionen. Die SozialarbeiterInnen initiieren auch immer wieder besondere Angebote um KlientInnen in „Alltagsaufgaben“ zu inkludieren. So übte beim

Besuch des Verfassers im Gemeinwesenzentrum eine Sängerin des Musicals Aida vor Ort, und beteiligte auch Interessierte in einer Singgruppe an ihrer Arbeit. (vgl. Cassells, Emma 2017, vgl. Leber, Werner, 2017, vgl. Kingsfund 2017). Ziel der „Soziale Arbeit auf Rezept“ ist BürgerInnen mit einer hohen Bandbreite an sozialen, emotionalen und praktischen Bedürfnissen zu unterstützen, der Fokus ist dabei auf einer Verbesserung der mentalen und körperlichen Gesundheit. Die Angebote sind vor allem für Menschen mit einfachen oder chronischen psychosozialen Erkrankungen, für vulnerable Gruppen, Menschen die einsam sind, hilfreich. Hauptzielgruppe sind „Heavy users“ also Menschen die mit hoher Frequenz praktische ÄrztInnen, FachärztInnen und Krankenhäuser aufsuchen. Bei etwa 8 von 10 PatientInnen kann durch soziale Überweisung die Besuchsfrequenz medizinischer Einrichtungen reduziert werden (ebd.).

5.5 Indikationen für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

Diagnosen sind für SozialarbeiterInnen eine (=1) Form des Informationsaustausches, für die konkrete Arbeit mit KlientInnen nicht unwichtig, aber nachrangig. Indikationslisten bauen auf Diagnosen auf, Soziale Arbeit kann und soll keiner strengen Indikationsliste folgen. Eine opportunistische Anlehnung an diagnosenorientierten Abrechnungssystemen würde die Bezahlung sozialarbeiterischer Leistung erleichtern und der üblichen Remunerationslogik folgen. Dieser Zugang würde immanent zur Exklusion von Menschen in besonders prekären Lebenslagen führen – „Einsamkeit“, „Armut“, „suboptimale Wohnverhältnisse“ sind keine abrechnungsfähigen Diagnosen und auch nicht alleine mit finanziellen Interventionen verbesserbar.

Soziale Arbeit hat auch eine Art „Jolly Joker“ Funktion. Sie versucht dort professionell Unterstützung und Hilfe zu substituieren wo andere Professionen sich für unzuständig erklären oder aber mit dem vorhandenen Methoden- und Interventionsspektrum an Grenzen stoßen. „Wunder“ und „Hoffnungslosigkeit“ sind keine Begriffe Sozialer Arbeit. Es wird versucht alltagsnahe und pragmatisch mit jenen Ressourcen zu arbeiten, die betroffene Menschen (noch) haben und versucht diese zu sichern und zu stärken. Anteilnahme, Empathie, Wahrung der Autonomie der Betroffenen sind wesentliche begleitende Haltungen in der praktischen Arbeit.

Grundsätze für Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich sind:

- Open Door Policy: Soziale Arbeit verfolgt einen „offene Tür“ Zugang für Menschen auf der Suche nach Hilfe.
- Aufsuchend: Soziale Arbeit sucht Menschen auch im Sozialraum und in ihren konkreten Lebenswelten und -wirklichkeiten auf.
- Nachgehend: Menschen, die besonders von Exklusion betroffen sind wird auch proaktiv im Sozialraum und in ihrem „Straßenleben“ nachgegangen.
- Indikationen für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, am Beispiel von Krankenhaussozialarbeit:
- „Heavy Users“ – DrehtürpatientInnen, die häufig Kontakt mit dem Gesundheitssystem suchen und bei denen die Selbsthilfe und Betreuungssituation nicht ausreichend ist.
- psychosoziale Krisenintervention (nach Unfall, Vergewaltigung,...)
- PatientInnen mit komplexen Multiproblemlagen die eines professionellen Casemanagements bedürfen

- „hard to reach“ – schwer erreichbare KlientInnen – Menschen „die auf Grund kultureller Distanz zu institutioneller Hilfe, wegen ihrer Bildungsstandes oder der gesellschaftlichen Marginalisierung ihres Lebensmilieus die Angebote des sozialen Hilfesystems gar nicht kennen, nicht als für sie gedacht wahrnehmen oder wegen wahrgenommener Zugangsschwellen nicht nutzen wollen“ (Großmaß 2010:173)
- Finanzielle Schwierigkeiten, unklarer Versicherungsstatus
- Informationsbedarf über rechtliche und finanzielle Ansprüche, Beihilfen, Sozialleistungen etc.
- Auswirkungen von Krankheit auf Beruf und umgekehrt
- Schwierigkeiten mit Wohnsituation
- Drogenmissbrauch / Alkoholismus
- Minderjährige PatientInnen (Teenagerschwangerschaften, Abtreibungswunsch, Schwierigkeiten mit Erziehungsberechtigten, ...)
- Kinderbetreuungsprobleme von PatientInnen
- Adoptionswunsch
- Abtreibungswunsch
- Sterilisierungswunsch
- Mobilitätsprobleme
- Verdacht auf Kindes-, Partner-, Altenmisshandlung oder -vernachlässigung
- Familienprobleme
- Beziehungsprobleme
- Verlust einer nahestehenden Person
- psychiatrische PatientInnen
- PatientInnen mit Suchterkrankungen
- Unterstützung in der autonomen Lebensführung – alternative Wohnformen
- PatientInnen, die offensichtlich ein geringes soziales Netzwerk haben
- PatientInnen, bei denen eine Vertrauensbildung durch Ärzte und Pflegepersonal nicht erfolgreich war und die weiterer Unterstützung bedürfen
- PatientInnen mit kontinuierlich körperlichen Beschwerden ohne medizinischer Grundlage
- PatientInnen, die nicht in der Lage sind eine ärztlichen Anweisung / Medikamentenvorschreibung zu verstehen bzw. dieser zu folgen
- Allgemeiner Wunsch des Patienten nach sozialarbeiterischer Unterstützung
- Allgemeine Sorgebekundung durch MitarbeiterInnen im Betreuungsteam

6. Methoden der Sozialen Arbeit

Die Methoden der Sozialen Arbeit werden allgemein adressatenbezogen in soziale Einzelfallhilfe, soziale Gruppenarbeit und Gemeinwesenarbeit kategorisiert. Soziale Arbeit verfügt über eine breite Palette allgemeiner und hochspezialisierter Methoden die über weiterführende Ausbildungen erworben werden können. Konkrete Methoden sind sozialarbeiterische Beratung, Grundsicherungsberatung, Vernetzung, Verweisung zu weiteren Hilferessourcen, unterschiedliche Formen der Gesprächsführung (motivierend, klientInnenzentriert, konfrontativ...), Empowerment, multiperspektivische Fallarbeit, Krisenintervention und Krisenmanagement, Case Management, Screening, Clearing, Behandlungsplanung, Monitoring, Mediation, Familientherapie, Conferencingmodelle wie Familienrat, Street Work, Sozialraumorientierung, Prävention, Supervision, Evaluationsverfahren, soziales Marketing, Sozialmanagement (vgl. Galuske 2013: 15 ff, 75-115). Kapazitätsbildung BürgerInnenbeteiligungsverfahren, Community involvement,

Vernetzung, Kooperation, Protest, Widerstand, Unterstützung, politische Einmischung sind weitere wesentliche Methoden der Sozialen Arbeit.

Alleine im Bereich der Sozialen Diagnostik gibt es mehr als 30 unterschiedliche Verfahren, die situationsbedingt zum Einsatz kommen können, z.B. Presented Problem Analyse (PPA), Global Assessment of Functioning Scale (GAF-Scale) im DSM IV, Integrachart, Sozialanamnese, Crossings, Luedtkes BlackBox, Zielplanungsraster, Inklusions-Chart (IC4), Netzwerkkarten, Ablaufdiagramm Interventionsgeschichte, Biografischer Zeitbalken, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), Family Group Decision Making, Personalliste, Person in Environment Classification System (PIE) etc (vgl. Pantuček 2012; vgl. Pantuček 2017).

Bei den meisten der Verfahren wird die Analyse in enger Kooperation und mit Beteiligung der KlientInnen erarbeitet, und sind daher auch bereits Interventionen.

Im Bereich der Gesundheitsförderung findet sich Soziale Arbeit in den Handlungsqualifikationen der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986) abgebildet. Schwerpunkte sind:

- **Advocacy - Interessen vertreten:** das gesundheitsfördernde Handeln zielt darauf ab, durch aktives anwaltschaftliches Eintreten für politische, ökonomische, soziale, kulturelle, biologische sowie Umwelt- und Verhaltensfaktoren, positiv zu beeinflussen und der Gesundheit zuträglich zu machen.
- **Enabling and empowerment - Befähigen und ermöglichen:** gesundheitsförderndes Handeln bemüht sich darum, bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen. Dies umfasst sowohl Geborgenheit und Verwurzelung in einer unterstützenden sozialen Umwelt, den Zugang zu allen wesentlichen Informationen und die Entfaltung von praktischen Fertigkeiten als auch die Möglichkeit, selber Entscheidungen in Bezug auf die persönliche Gesundheit treffen zu können. Menschen können ihr Gesundheitspotential nur dann weitestgehend entfalten, wenn sie auf Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können.
- **Mediation and networking - Vermitteln und vernetzen:** Der Gesundheitssektor allein ist nicht in der Lage, die Voraussetzungen und guten Perspektiven für die Gesundheit zu garantieren. Gesundheitsförderung verlangt ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Regierung, im Gesundheits-, Sozial-, und Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen und selbstorganisierten Verbänden und Initiativen sowie in lokalen Institutionen, in der Industrie, und den Medien. Menschen in allen Lebensbereichen sind daran zu beteiligen als einzelne, als Familien und als Gemeinschaften. Die Berufsgruppen und sozialen Gruppierungen sowie die Mitarbeiter des Gesundheitswesens tragen große Verantwortung für eine gesundheitsorientierte Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Interessen in der Gesellschaft. (Fonds Gesundes Österreich: 2017, vgl. Dür, Wolfgang: 2009)

Nicht zuletzt ist Forschung eine wesentliche Methode Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen. Beispielsweise wird im „Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung“ in den Forschungsschwerpunkten, Health and Social Care, Methodenentwicklung und Soziale

Diagnostik, Partizipation, Diversität und Demokratieentwicklung an Gesundheitsthemen geforscht. Aktuelle Projekte sind z.B. Sozialarbeitsgestützte Triage bei Notruf 144, Primary Care in the Center of the Community, Biographien des Essens, BRELOMATE - Breaking Loneliness With Mobile Interaction and Communication Technologies for Elderly, faire Gesundheitsförderung für Frauen, Inklusion von geflüchteten Menschen in Niederösterreich oder psychosoziale Gesundheit von Frauen. Ebenso leiteten Mitarbeiter des Department Soziales ein Entwicklungsprojekt für eine integriertere Ausbildung von Pflege- und Rettungsdienstpersonal (siehe Beitrag von Redelsteiner über RettungspflegerInnen in diesem Band Seite XY).

7. Fazit

Soziale Arbeit war und ist ein Gesundheitsberuf. Praktisch alle Handlungsfelder der Sozialen Arbeit sind in den unterschiedlichsten Bereichen der Prävention tätig, zahlreiche Handlungsfelder in der direkten Unterstützung, Behandlung und Betreuung von PatientInnen. Im Rahmen der Initiativen um eine Berufsgesetz für SozialarbeiterInnen wären auch die entsprechenden Regelungen im Sinne eines gesetzlich anerkannten Gesundheitsfachberufes festzuhalten.

SozialarbeiterInnen unterstützen und motivieren PatientInnen zur Selbsthilfe, versuchen das familiäre, nachbarschaftliche und gemeindenahes Netzwerk zu stärken und beraten PatientInnen in psychosozialen Fragen etc. Vor allem vernetzen und verbinden sie PatientInnen zwischen den vielen Versorgungsebenen, Institutionen und Berufsgruppen und sind daher eine der wenigen interdisziplinären Professionen. Dadurch wird die Treffsicherheit der Hilfe verbessert, menschliche Umwege (=Leiden) und Kosten werden reduziert. Im Sozialmedizinischen Zentrum Graz Liebenau und in Enns sind SozialarbeiterInnen fixer und bewährter Teil der Primärversorgungsteams. Sie werden im Primärversorgungsgesetz 2017 § 2. (3) indirekt als Berufsgruppe erwähnt, zur Sicherstellung der sozialen Unterstützung braucht es aber eine direkte Nennung der Profession „SozialarbeiterInnen“ im Gesetz. Auch international sind sie fester Teambestandteil im engeren Bereich des Krankenversorgungswesens wie Primary Care und in den Spitälern. SozialarbeiterInnen adressieren auch soziale Ungleichheit, diese politische Funktion ist für die KlientInnen, die Berufsgruppe selbst (nicht zuletzt für die Psychohygiene) als auch gesellschaftlich bedeutsam, trägt aber nicht immer zur Beliebtheit der Profession und ihrer ProponentInnen bei. In demokratischen Institutionen und Gesellschaften sollten diese Eigenschaften ja besonders erwünscht sein. Und nicht zuletzt: Im Spannungsfeld zwischen komplexen Problemlagen, multidisziplinären Ansprüchen, verschiedenen Handlungslogiken der Professionen, Standards zur institutionellen Absicherung, braucht Soziale Arbeit (und nicht nur diese) Zeit für Teamarbeit, Konzeption, Ausgleichsprozesse, Kreativität und ja: Spielräume. Diese Aspekte waren die Elastizität in der Betreuung von Menschen. In diesem Sinne: X&heit!

Quellen:

Artl, Ilse (1958/2010): Wege zu einer Fürsorgewissenschaft. Münster: LIT Verlag

Badura, Bernhard / Knesebeck, Olaf von (2012): Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, Klaus / Razum, Oliver (2012): Handbuch

Gesundheitswissenschaften. 5., vollständig überarbeitete Auflage, Weinheim: Beltz Juventa

BMGF Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2017): Gesundheit.

https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung

Cassells, Emma (2017): persönliches Gespräch mit Christoph Redelsteiner in Bromley-by-bow 19.07.2017. Frau Cassells ist Gemeinwesenarbeiterin/Sozialarbeiterin dieser Einrichtung.

Dür, Wolfgang (2009): Was ist Gesundheit?

Teil 3b: Interventionen für Gesundheit. VO SS 2009, 12.5.2009

http://lbihpr.lbg.ac.at/de/sites/files/lbihpr/docs/Galerie/Team/WD_LV_SS2009/VO_SS%202009_Gesundheit_3b.pdf

FH St. Pölten, Department Soziales (2017a): Bachelorcurriculum Soziale Arbeit Version 2017_1

FH St. Pölten, Department Soziales (2017b): Master Weiterbildungslehrgang „Suchtberatung und Prävention“ <https://www.fhstp.ac.at/de/studium-weiterbildung/soziales/suchtberatung-und-praevention>

FH St. Pölten, Department Soziales (2017c): Soziale Arbeit Bachelor Studiengang. Werte, Theorie und Praxis. <https://www.fhstp.ac.at/de/studium-weiterbildung/soziales/soziale-arbeit-bachelor>

FH Campus Wien (2017a): Lehrveranstaltungsübersicht Bachelorstudium Soziale Arbeit

<https://www.fh-campuswien.ac.at/studium/studien-und-weiterbildungsangebot/detail/soziale-arbeit-bachelor-vz.html>

FH Campus Wien (2017b): Überblick Masterstudium Sozialraumorientierte und Klinische Soziale Arbeit. [https://www.fh-](https://www.fh-campuswien.ac.at/departments/soziales/studiengaenge/detail/sozialraumorientierte-und-klinische-soziale-arbeit.html)

[campuswien.ac.at/departments/soziales/studiengaenge/detail/sozialraumorientierte-und-klinische-soziale-arbeit.html](https://www.fh-campuswien.ac.at/departments/soziales/studiengaenge/detail/sozialraumorientierte-und-klinische-soziale-arbeit.html)

Fonds Gesundes Österreich (2017): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.

http://www.fgoe.org/hidden/downloads/Ottawa_Charta.pdf

Franzkowiak, Peter (2006): Präventive Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. München

Galuske, Michael (2013): Methoden der Sozialen Arbeit. Beltz. Weinheim

Großmaß, Ruth (2010): Hard to reach – Beratung in Zwangskontexten. In: Christine Labonté-Roset, Hans-Wolfgang Hoefert & Heinz Cornel (Hg.) Hard to reach. Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit. Berlin: Schibri-Verlag 2010, 173- 185

Hurrelmann, Klaus (2010): Gesundheitssoziologie. 7. Auflage Juventa. Weinheim S. 7

International Federation of Social Workers (2014): Global Definition of Social Work Übersetzung Redelsteiner, Christoph 2017 <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work/>

International Federation of Social Workers – IFSW (2010): Neue Definition von Sozialarbeit.

Übersetzung von Molderings, Barbara http://www.sozialarbeit.at/files/definition-international_1.pdf

Leber, Werner (2017): persönliches Gespräch mit Christoph Redelsteiner in Bromley-by-bow 19.07.2017. Dr. Leber ist Allgemeinmediziner in dieser Einrichtung.

Kingsfund Organisation (2017): <https://www.kingsfund.org.uk/topics/primary-and-community-care/social-prescribing>

Mielck, Andreas / Bloomfield Kim (Hg.) (2001): Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim/München.

Pantuček, Peter (2012): Soziale Diagnostik: Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. Böhlau Studienbuch, Wien-Köln-Weimar. 3., aktualisierte Auflage

Pantuček, Peter (2017): Verfahren. <http://www.pantucek.com/index.php/soziale-diagnostik/verfahren>

Razum, O., Breckenkamp, J. & Brzoska, P. (2011): Epidemiologie für Dummies: Auf einen Blick: Gesundheitsrisiken erkennen, Gesundheitsprobleme untersuchen, Studiendesigns und Methoden durchschauen. S 31 – 42 (Kapitel Epidemiologen bei der Arbeit)

WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Ottawa: WHO