

Soziale Arbeit und Gesundheit

Versuch einer Positionsbestimmung - Stellungnahme des Arbeitskreises Sozialarbeit und Gesundheit

Von Albert Mühlum, Peter Franzkowiak, Alexa Köhler-Officerski,
Peter Paulus, Günter Zurhorst

- [1. Gesundheit als gesellschaftspolitisches Thema](#)
- [2. Gesundheit und Gesundheitsförderung in der Sozialen Arbeit](#)
- [3. Gesundheit in der Lehre an Fachhochschulen](#)
- [4. Handlungswissenschaften und Gesundheit](#)
- [5. Zum Verhältnis von Sozialarbeitswissenschaft und Gesundheitswissenschaft](#)
- [6. Fazit](#)
- [7. Literatur](#)
- [8. Thesen zur Standortbestimmung](#)

Der tiefgreifende soziale und mentale Wandel stellt Personen und Institutionen an der Jahrtausendwende vor neue Herausforderungen. Das gilt gewiß auch für Berufe, die nach Auftrag und Selbstverständnis die Lebensführung und Lebensbewältigung von Menschen beeinflussen. Und es trifft in besonderer Weise auf die Soziale Arbeit zu, die solche Unterstützungsleistungen ausdrücklich wegen individueller und gesellschaftlicher Benachteiligungen, Gefährdungen und Krisen anbietet.

Ein sich wandelndes Verständnis von Gesundheit stellt diese psychosozialen, soziokulturellen und politökonomischen Phänomene in einen Zusammenhang mit dem Gesundheitsthema, der nach neuen Antworten verlangt - innerhalb der Sozialarbeit selbst und in spezifischen Gesundheitsberufen. Das Verhältnis der Sozialen Arbeit zur Gesundheitsarbeit ist dazu in Praxis, Lehre und Wissenschaft neu zu bestimmen. Der Arbeitskreis Sozialarbeit und Gesundheit der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit bezieht dazu wie folgt Stellung und lädt zu einer disziplinübergreifenden Diskussion ein*.

1. Gesundheit als gesellschaftspolitisches Thema

Das Gesundheitsthema ist seit jeher ein zentraler Bestandteil der Theorie und Praxis Sozialer Arbeit, da "Gesundheit" eine der wichtigen natürlichen Grenzen der psychosozialen und politisch-ökonomischen Belastbarkeit sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen darstellt. Es ist daher unvermeidlich auch ein zentrales gesellschaftspolitisches Anliegen.

Mit der Herausbildung umfangreicher sozialstaatlicher Interventionsprogramme schien es vorübergehend so, als ob mit der Absicherung sozioökonomischer Standards der Lebensführung auch eine Entlastung hinsichtlich gesundheitlicher Störungen einher ging, zumal eine sich allmächtig gebärdende und für alle Bürger zugängliche Medizin Hoffnungen auf die zunehmende Überwindbarkeit aller Krankheiten nährte.

Zu Unrecht, wie immer deutlicher wird, denn weder ist die Gleichung aufgegangen, daß mit der tendenziellen Überwindung des ökonomischen Elends automatisch auch die psychosoziale Verelendung verschwinden würde, noch können die wichtigsten Zivilisationskrankheiten von der Biomedizin und dem darauf fußenden gesundheitlichen Versorgungssystem geheilt oder gar verhindert werden, da es sich um Krankheiten handelt, die stark in den sozialen Lebensweisen der Menschen und nicht einfach organisch verankert sind. Zudem stellt sich immer deutlicher heraus, daß es bei allen verbreiteten Krankheiten einen mehr oder minder ausgeprägten Gradienten gibt, der durch eine unsoziale Gesundheitspolitik noch verstärkt wird: Gesundheitliche und

soziale Ungleichheit gehen Hand in Hand, erzeugen destruktive Spiralen und tragen in erheblichem Ausmaß zur Gefährdung demokratischer Strukturen bei. Hinzu tritt eine gentechnologisch orientierte Variante moderner Biomedizin, die vorgibt, soziale Probleme und Konflikte demnächst durch prädiktive Medizin zu "lösen" (vgl. Zurhorst 1997). Sie weckt damit Befürchtungen, die alte Eugenik könnte im neuen Gewande Wirkung erzielen.

Angesichts dieser Trends und Sachverhalte muß sich auch die Soziale Arbeit in der Gesundheitsfrage theoretisch wie praktisch neu orientieren. Denn wenn es stimmt, daß Gesundheit und Krankheit immer auch ein Problem mangelnder Qualität von Lebensweisen und sozialer Ungleichheit sind, kann sie sich nicht länger als untergeordnetes Hilfsmittel für ein biomedizinisches Krankheitsverständnis verstehen. Sie müßte vielmehr die sozialökologischen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit freilegen sowie Handlungsansätze entwickeln und bereitstellen, die weniger von defizitorientierten Mustern der Krankheitsbekämpfung als von ressourcenorientierten Strategien der Gesundheitsförderung bestimmt sind.

Dazu gehört auch der Abschied vom Machbarkeitswahn biomedizinischer und sozialtechnologischer Expertenkonzepte, um stattdessen im Sinne eines Empowermentprozesses die sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen darin zu unterstützen, selbstverantwortlich Einfluß auf die eigenen gesundheitlichen Belange - die Lebensbedingungen in Familie, Betrieb, Kommune, Region etc. - zu nehmen. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, muß die Soziale Arbeit eine verlässliche Erkenntnisgewinnung, wissenschaftsgestützte Ausbildung und professionelle Anwendung sicherstellen.

2. Gesundheit und Gesundheitsförderung in der Sozialen Arbeit

Gesundheit als Anliegen der Menschen ist einerseits zeitlos, andererseits stark von Gesellschaft und Kultur geprägt. Wegen seiner prinzipiellen Gefährdung stand es von Anfang an auf der Agenda der Sozialreform und Sozialen Arbeit. Die frühe Ausformung der Gesundheitsfürsorge belegt das ebenso, wie der umfeldbewußte Ansatz einer dezidiert sozialen Diagnose und sozialen Therapie seit Beginn der Berufsgeschichte.

Ohne der Einführung "sozialhygienischer" Forschung zu folgen, war den Pionierinnen der Sozialarbeit der unmittelbare Zusammenhang von Armut und Gesundheit bewußt. Sie machten ihn daher konsequent zum Gegenstand der beruflichen Intervention - ohne damit den Staat aus der sozialpolitischen Verantwortung zu entlassen (vgl. die frühen Schriften von Ilse Arlt, Alice Salomon, Mary Richmond, Gordon Hamilton).

Weshalb das Gesundheitsthema derzeit wieder an öffentlicher Aufmerksamkeit gewinnt und neue Anforderungen aber auch Ansprüche entwickelt, hat mehrere Gründe, die in der Vorbemerkung nur angedeutet werden konnten. Zweifellos wurde jedoch die Ottawa-Charta (WHO) zum Motor eines neuen Gesundheitsbewußtseins, das die Gesundheitspolitik und Gesundheitswissenschaft am Ende dieses Jahrhunderts prägt. Für manche scheint das öffentliche Gesundheitsanliegen damit überhaupt erst zu beginnen, während doch die Charta selbst schon auf genuin sozialarbeiterische Ansätze, auf Gemeinwesenarbeit und Gemeindepsychologie zurückgreift - ohne diese allerdings beim Namen zu nennen. Dadurch konnte der Eindruck entstehen, bisher sei neben dem biomedizinisch dominierten Gesundheitssystem keine Gesundheitsarbeit geleistet worden, vor allem nicht in einem umfassenden Gesundheitsverständnis.

Tatsächlich war Gesundheit jedoch für die berufliche Sozialarbeit zwangsläufig immer ein Thema - intentional, funktional und institutionell - und zwar sowohl grundsätzlich (Konsequenz ihrer Ganzheitlichkeitsperspektive), als auch konkret in klar umschriebenen Arbeitsfeldern (z.B. öffentlicher Gesundheitsdienst, Sozialdienst in Kliniken, Suchtberatung, Rehabilitation).

Diese große Bandbreite von generalistischer Gesundheitsarbeit (einschließlich

Prävention) und spezialisierter Gesundheitstätigkeit (clinical social work) im Rahmen der Sozialen Arbeit sieht sich nun mit neuen Gesundheitsberufen - vereinzelt auch an Fachhochschulen - konfrontiert, die einen eigenständigen Beitrag zu Gesundheit und Wohlbefinden in der Gesellschaft leisten wollen. Daraus folgt ein Spannungsverhältnis, das von inhaltlich-fachlichen und methodischen Differenzen bis zur Konkurrenz um Stellen und Einfluß im Berufsfeld reicht. Die relative Unbestimmtheit der Berufsbilder und die von beiden Seiten proklamierte "Ganzheit" verstärkt die Unsicherheit noch, zumal die bisher formulierten Qualifikationsprofile der Gesundheitswirte und Gesundheitsberater allenfalls marginale Unterschiede zu denen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik aufweisen. (Um Mißverständnisse zu vermeiden sei betont, daß damit nicht die Pflegeberufe und Pflegewissenschaft gemeint sind, die ebenfalls gesundheitsförderliche Aspekte verfolgen, von der Sozialen Arbeit aber funktional deutlich unterschieden sind.)

Wenn Gesundheitsförderung mehr als ein Modebegriff sein soll, ist in systematischer Absicht zu klären, ob diese Aufgabe weiterhin als genuiner Bestandteil der Sozialen Arbeit gilt oder als ein variables Element durchaus unterschiedlicher Berufe oder gar als eigenständige Profession. Die Unschärfe des Begriffs und konkurrierende Modelle (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) 1997) erschweren diese Klärung. Soweit Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta - und im Unterschied zur eher "technologischen" Gesundheitserziehung - ganz auf Selbstbestimmung setzt, um Kompetenz, Autonomie und Selbstverantwortung von einzelnen Personen, Gruppen und Gemeinwesen zu stärken, plädiert der Arbeitskreis Sozialarbeit und Gesundheit in der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit weiterhin für ihre konsequente Einbeziehung in die professionelle Soziale Arbeit. Und zwar nicht als Ausfluß der Gesundheitswissenschaften (sozusagen als deren "angewandter" Teil), vielmehr nach eigenen theoretischen Konzepten im Rahmen einer anwendungsorientierten Sozialarbeitswissenschaft.

Gesundheitsförderung wäre dann als Kern einer sozialen Gesundheitsarbeit zu verstehen, deren sozialpolitische Dimension schon die Affinität zur Sozialen Arbeit erkennen läßt. (Zur Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung in der psychosozialen Praxis vgl. Paulus 1992)

Positiv an der jüngsten Auseinandersetzung ist zweifellos, daß der fachliche Diskurs belebt wird. Wie die Gesundheitsberufe eine gründliche Neubesinnung der Sozialarbeit unter dem Gesichtspunkt Gesundheit erzwingen, gilt umgekehrt, daß Gesundheitsarbeit den Fokus der Sozialen Arbeit - gesellschaftliche Benachteiligung und individuelle Überforderung - nicht ignorieren darf, wenn sie dem WHO-Anspruch gerecht werden will.

Anders formuliert: Eine integrierte Gesundheitsperspektive ist für die Sozialarbeit, eine Gerechtigkeitsperspektive für die Gesundheitsarbeit unerläßlich. Die neuen Gesundheitsberufe tendieren jedoch dazu, diesen Aspekt zu vernachlässigen.

Das bestärkt uns in der Überzeugung, die Soziale Arbeit weiterhin als den übergreifenden Praxis- und Berufsbereich zu verstehen, in dem die Gesundheitsförderung ihren systematischen Ort hat. Das hindert keineswegs die Herausbildung spezifischer Gesundheitsberufe, allerdings sollten diese auch zu ihrer Spezialisierung stehen, statt unterschiedslos die Einsatzfelder der Sozialen Arbeit zu beanspruchen.

3. Gesundheit in der Lehre an Fachhochschulen

Zweifellos ist eine verbesserte Kompetenz in Gesundheitsbelangen angesichts demographischer Veränderungen und eines dramatischen sozialen Wandels notwendig, aber auch abhängig vom gewählten Gesundheitskonzept. Dies entscheidet sich für professionelle Soziale Arbeit schon in der Lehre. Statt Krankheit und Gesundheit als strikte Gegensätze zu begreifen, verändert bereits die Vorstellung eines Kontinuums zwischen beiden, mit fließenden Übergängen,

den Erkenntnisansatz. Eine dialektische Betrachtung wird ebenso nach Anteilen von Gesundheit in Krankheit und von Krankheit in Gesundheit suchen, d.h. auch bedenken, welches Potential der Gesundung in Krankheit stecken kann und umgekehrt, inwiefern Krankheit eine geradezu gesunde Reaktion auf bestimmte Lebensbedingungen sein mag.

Wenn aber das eine ohne das andere gar nicht gedacht werden kann, stellt sich nicht nur die Frage nach der Zuständigkeit, sondern auch nach der Referenzdisziplin und schließlich nach eigenständigen Formen der Erkenntnisgewinnung, die auf eine fruchtbare Wechselbeziehung von Theorie und Praxis angewiesen sind.

Die Lehre hätte dann nicht nur den jeweiligen Wissensbestand an zukünftige Berufsrollenträger zu vermitteln, sondern auch die Aufgabe, diese Zusammenarbeit zu moderieren, Forschungsanliegen zu transportieren und wissenschaftliche Ergebnisse didaktisch und praxisgerecht aufzubereiten. Auch dies in jener doppelten Verpflichtung auf eine ganzheitliche Sicht (person-in-environment) und auf spezifische Probleme, Vorgehensweisen und Handlungsfelder der Sozialen Arbeit in gesundheitsfördernder Absicht (vgl. Brieskorn-Zinke/Köhler-Offierski 1997, Homfeldt/Hünersdorf [Hrsg.] 1997). Auf diesem Hintergrund ist eine Stellungnahme zur Einrichtung eigener Gesundheitsstudiengänge an Fachhochschulen notwendig, die ja nach Lage der Dinge nicht mit den Aufbaustudiengängen des Public Health, sondern mit den einschlägigen FH-Studiengängen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik konkurrieren.

Bisher gibt es keine überzeugende Begründung für solche Studiengänge. Außerdem durchkreuzt es die intendierte Ganzheitlichkeit der Sozialarbeit und das darauf gegründete Konzept der generalistischen Ausbildung, wenn Teile der bisherigen Zuständigkeit auf Spezialisten übertragen würden - immer auch verbunden mit der Sorge, damit könnte weiteren Spezialisierungen und Abspaltungen der Weg bereitet werden. Dies würde die Soziale Arbeit schließlich dazu nötigen, selbst weitere Ausdifferenzierungen in Studium und Berufspraxis zu verfolgen, sei es in Form von Schwerpunktbildung und Vertiefungsangeboten oder sei es als neue Studienrichtungen und Aufbaustudiengänge bis hin zur Entwicklung einer eigenen Fachsozialarbeit (z.B. Suchtberatung, Rehabilitationsberatung, psychiatrische Sozialarbeit) - Tendenzen, die sich schon anbahnen (Fachbereichstag Soziale Arbeit 1997).

Aber selbst bei prinzipieller Beibehaltung der Ganzheitsperspektive wird neu zu bestimmen sein, welche Bedeutung Fragen der Gesundheit künftig in der Lehre haben sollen. So skeptisch die unkoordinierte Einführung neuer Gesundheitsstudiengänge auch gesehen wird, halten wir doch die Theoriebildung im Hinblick auf Gesundheit und Gesundheitsförderung für notwendig. Die Handlungsorientierung zeigt, wie eng Soziale Arbeit und Gesundheitsförderung inhaltlich, normativ und methodisch beieinander liegen und aufeinander Bezug nehmen können - eine gute Voraussetzung für Zusammenarbeit und gemeinsame Handlungsstrategien, aber auch ein mögliches Hindernis für die je eigene Profilsuche und gesellschaftliche Plazierung.

Da wir "Gesundheit" als ein sich differenzierendes Aufgabengebiet der Sozialen Arbeit verstehen und eine fast zwingende Abfolge von Sozialarbeit - Gesundheitsanliegen - Gesundheitsförderung - Gesundheitswissenschaft sehen, sprechen wir uns auch in der Lehre für den Primat des Sozialen aus, dem der Gesundheitsaspekt zuzuordnen ist.

Wie für Profil, Selbstverständnis und gesellschaftliche Verortung der Professionen eine Klärung und verlässliche Abgrenzung notwendig ist, weil Grenzziehungen in systemischer Sicht ja Voraussetzung für Identität und Kooperation sind, muß auch in der Lehre an Fachhochschulen die Zuständigkeit klar definiert werden. Das gilt vorrangig für die Errichtung und das Profil von Studiengängen, es gilt aber auch für den Gesundheitsaspekt selbst, der historisch getrennt in Sozialarbeit und Sozialpädagogik und heute übergreifend in der Sozialen Arbeit thematisiert wird.

Soweit Gesundheitsförderung in der Lehre berücksichtigt wird, lassen sich einige Aufgaben gegenüber der Sozialarbeit abgrenzen, andere bilden eher eine gemeinsame Schnittmenge. Mit der Einsicht in die Bedeutung sozialer Phänomene (z.B. psychosoziale Probleme, Ausgrenzung und Benachteiligung) für ein zeitgemäßes Gesundheitsverständnis sind unvermeidlich Überlegungen zum Menschen und Mensch-Sein angesprochen, die nicht ohne Rückgriff auf Anthropologie und Ethik auskommen. Gleichzeitig steht das methodische und politische Handeln auf dem Prüfstand, da die Soziale Arbeit nach breiter Übereinkunft gleichzeitig das Verhalten von Menschen und die Verhältnisse, in denen sie leben, beeinflussen soll. Die Gesundheitsförderung hat analog dazu das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitsverhältnisse zum Gegenstand. Die damit erneut angesprochene berufs- und ausbildungspolitische Perspektive verlangt nach Modellen des Gesundheits- und Krankheitsverständnisses, auf die sich professionelles Handeln stützen kann. Und zwar in einer partnerschaftlichen, keineswegs hierarchischen Ausdifferenzierung. Dabei wird vor jeder Engführung gewarnt.

Die Fachhochschulen sind aufgerufen, diesem Postulat durch Verzicht auf Einzelfächer, Schaffung von Lernfeldern und Lernbereichen, Befähigung zu forschendem Lernen und selbstorganisierten Lernprozessen sowie insgesamt durch das Bemühen um ein integriertes Studium gerecht zu werden, wie es die jüngsten Studienreformen demonstrieren (vgl. Engelke [Hrsg.] 1996; Grohall 1997). Von entscheidender Bedeutung erweist sich dafür ein Zentralfach oder eine Leitdisziplin, die sich der Arbeitskreis in Übereinstimmung mit der Studienreformkommission nur als Sozialarbeitswissenschaft vorstellen kann. Sie müßte den Anforderungen an eine transdisziplinäre Wissenschaft gerecht werden und die Querverbindung zu den Bezugswissenschaften einschließlich der Gesundheitswissenschaft sicherstellen.

4. Handlungswissenschaften und Gesundheit

Da eine naturwissenschaftlich geprägte Medizin sich im wesentlichen mit Krankheit beschäftigt, sucht das Thema Gesundheit seit längerem nach einem eigenständigen wissenschaftlichen Ort. Das führte dazu, daß neben der Wissenschaft von der Sozialen Arbeit oder Sozialarbeitswissenschaft neuerdings mit Blick auf die Gesundheitsförderung auch eine angewandte Gesundheitswissenschaft diskutiert wird (die ihrerseits von den Gesundheitswissenschaften/Public Health zu unterscheiden ist).

Trotz markanter Unterschiede hinsichtlich Entstehung, Herleitung, Verbreitung und theoretischer Grundlegung von Sozialarbeitswissenschaft und Gesundheitswissenschaft, die im folgenden kurz angesprochen werden, sind auch Gemeinsamkeiten festzustellen. Beide beziehen sich auf eine sozialberufliche Praxis unter prekären individuellen oder gesellschaftlichen Bedingungen, verstehen sich als personenbezogene Dienstleistungen, die es zu verbessern gilt und wollen gleichzeitig das Verhalten von Menschen und deren Lebenswelt positiv beeinflussen. Sie verfolgen insofern Vorstellungen von einem gelingenden Leben und müssen sich selbst im sozialen, politischen und wissenschaftlichen Raum (neu) positionieren. Beide verfügen bisher aber auch noch nicht über eine allgemein akzeptierte wissenschaftstheoretische Basis und ihre gesellschaftliche Würdigung läßt zu wünschen übrig. Dies zwingt dazu, sich gründlicher miteinander und mit den jeweiligen theoretischen Grundlagen zu beschäftigen (vgl. Mühlum/Bartholomeyczik/Göpel 1997).

4.1 Sozialarbeitswissenschaft

Zum Handlungsfeld der Sozialen Arbeit gehören komplexe Lebensverhältnisse und konfliktreiche Situationen, in denen Menschen - zumeist unter erschwerten Bedingungen - ihr Leben führen, Alltag organisieren, Probleme bewältigen müssen und dafür professionelle Hilfe benötigen. Soziale Arbeit will darauf in der angedeuteten ganzheitlichen Sicht und einem umfassenden Ansatz antworten,

der die jeweiligen Lebensumstände und das soziale Umfeld einbezieht. Wohlbefinden, Gesundheit, Lebensbewältigung und soziale Gerechtigkeit sind ihre Schlüsselbegriffe.

Eine solche Praxis, die die Lebenswirklichkeit von Menschen als Leidende oder Hilfesuchende und als Helfende oder sozialberuflich Tätige umfaßt, benötigt eine reflexive Instanz, die das Leben und Arbeiten dort kritisch analysiert, Erkenntnisse gewinnt und Theorien formuliert, die für eine rational begründete und wissenschaftlich kontrollierte Vorgehensweise notwendig sind - eine Forderung, die nicht erst mit dem Professionsanspruch der 70er Jahre auftritt, sondern die lange Berufsgeschichte, die immer auch Theoriegeschichte war, seit ihrem Beginn begleitet.

Angesichts der komplexen Aufgabenstellung und der wachsenden gesellschaftlichen Bedeutung Sozialer Arbeit sowie ihrer Konsequenzen für die betroffenen Menschen und Lebenskreise etabliert sich die geforderte Reflexionsinstanz als eigenständige Wissenschaft, weil nur so eine einschlägige Lehre und Forschung für Soziale Arbeit gewährleistet und die Integration anderer sozialwissenschaftlicher Theorien in ihren Wissenskanon erwartet werden kann. Die Sozialarbeitswissenschaft beginnt sich gegen mancherlei wissenschaftspolitische Widerstände nun auch im deutschen Sprachraum zu profilieren. (vgl. Wendt [Hrsg.] 1994, Staub-Bernasconi 1995, Puhl [Hrsg.] 1996, Merten/Sommerfeld/Koditek [Hrsg.] 1996, VeSAD [Hrsg.] 1996, Mühlum 1996, Walter [Hrsg.] 1997).

Der Arbeitskreis ist davon überzeugt, daß eine solche Wissenschaft der Sozialen Arbeit notwendig, möglich und in Umrissen bereits vorhanden ist.

Sozialarbeitswissenschaft ist notwendig, weil die etablierten Disziplinen vor den Anliegen der Sozialarbeit fast durchgängig versagten. Sie ist notwendig für die bisher disziplin-lose Ausbildung, für die Berufspraxis und zur Überwindung der "disziplinären Heimatlosigkeit" in jenem Bereich gesellschaftlicher Wirklichkeit, der durch soziale Konflikte und psychosoziale Probleme bestimmt ist.

Sozialarbeitswissenschaft ist möglich, sofern sie als angewandte Sozialwissenschaft für einen abgrenzbaren Erkenntnisbereich entwickelt wird. Ihr Formalobjekt ist die Soziale Arbeit, die von keiner der etablierten Disziplinen bearbeitet wird. Als Wissenschaftstypus ist sie zu Recht an Fachhochschulen als Hochschulen für angewandte Wissenschaften angesiedelt.

Sozialarbeitswissenschaft ist in Umrissen bereits erkennbar, da der Bestand an theoretischem Wissen und empirisch fundierten Erkenntnissen für diesen Handlungsbereich beachtlich ist und mittels Sozialarbeitsforschung weiter wächst (vgl. Maier [Hrsg.] 1998). Notwendig ist allerdings eine Anbindung an das internationale "social work" als gemeinsame Basis für eine selbstbewußte Disziplin.

Sozialarbeitswissenschaft ist schließlich von anderen Sozialwissenschaften zu unterscheiden, weil ihr Erkenntnisprogramm auf Person und Lebenswelt gleichermaßen gerichtet ist. Der Fokus verschiebt sich sogar von der Person zur Person-Umwelt-Beziehung, die Funktionslogik vom Pädagogischen zum Systemischen und Sozialpolitischen.

Damit ist das neue Verständnis einer theoriegestützten Sozialarbeit umrissen, die ihr eigenes Forschungsprogramm und ihre eigenen Wissenschaftsgrundlagen zu entwickeln entschlossen ist.

4.2 Gesundheitswissenschaft(en)

Die politische und wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit gewinnt aufgrund des WHO-Programms eine neue Dynamik.

Ursächlich ist jedoch das gestiegene Interesse an Gesundheitsfragen aufgrund der angedeuteten Veränderungen postmoderner Gesellschaften. Da Gesundheit in den etablierten Humanwissenschaften bisher allenfalls marginale Bedeutung fand und sich auch die Medizin vorrangig als Krankheitslehre entwickelt, ist eine eigenständige wissenschaftliche Bearbeitung des Gesundheitsanliegens, die sich

insbesondere vom engen biomedizinischen Denkmodell löst, notwendig. Dafür bieten sich zum einen die neuen Gesundheitswissenschaften mit ihrem Blick auf Public Health (vgl. Badura 1994, Schwartz et al. [Hrsg.] 1998), zum anderen eine angewandte Gesundheitswissenschaft mit dem Fokus Gesundheitsförderung an (vgl. Waller 1995, Mühlum/Bartholomeyczik/Göpel 1997). Beide sind im Begriff, sich in der deutschen Wissenschaftslandschaft zu etablieren.

Im Unterschied zu den Gesundheitswissenschaften im Plural, die mit der Ansammlung einschlägiger Wissens- und Theorieelemente aus unterschiedlichen Fachdisziplinen ein eher summatives Wissenschaftsmodell repräsentieren und stärker makrosozial orientiert sind (vgl. Gesundheitssystemforschung und Public Health), geht eine integrative Gesundheitswissenschaft im Singular von einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit aus und ist mit Blick auf die Alltagsbewältigung von Menschen prinzipiell anwendungsorientiert. Ihre Konturen sind zuerst von H. Waller (1995) skizziert worden. Ihre Nähe zur Sozialen Arbeit ist offenkundig. (Zur pointierten Gegenüberstellung von Gesundheitswissenschaft und Gesundheitswissenschaften als "konkurrierende Stränge" vgl. Franzkowiak 1998).

Trotz ihres anders lautenden Anspruchs stehen die Gesundheitswissenschaften/Public Health in Gefahr, sich letztlich doch wieder mit Krankheitsthemen und Versorgungsaspekten, vor allem aber mit der Gesundheitssystemgestaltung zu beschäftigen.

Die Gesundheitswissenschaft dagegen will dem Leitkonzept der Salutogenese folgen und sich auf Gesundheitsförderung konzentrieren. Statt "Grundlagenwissenschaft" ist hier die praxisnahe Erkenntnisgewinnung, ihre Verwendung und Anwendung beabsichtigt. Ihr wissenschaftlicher Ort ist die Fachhochschule, die für eigenständige Erkenntnisprozesse auf handlungswissenschaftlicher Ebene prädestiniert ist. Handlungswissenschaften mit ihrer Nähe zu Alltag, Lebenswelt und sozialberuflichem Handeln müssen sich den sozialen und gesundheitlichen Anliegen und damit auch der Auseinandersetzung zwischen medizinischen und psychosozialen Fachkräften stellen und dies im Wissenschaftsprogramm berücksichtigen.

5. Zum Verhältnis von Sozialarbeitswissenschaft und Gesundheitswissenschaft

Die Sozialarbeitswissenschaft und das Projekt Gesundheitswissenschaft müssen sich gegen erhebliche Widerstände behaupten, mit dem Ziel, für ihren Ausschnitt der Wirklichkeit Wissenschaftswissen (vom Typus Erklärungswissen und Veränderungswissen) zu gewinnen, um praktisches Handeln verbessern zu können, - um also in guter wissenschaftlicher Tradition von der Erkenntnis zum Handeln zu gelangen.

In beiden Fällen führt die, von den etablierten Disziplinen enttäuschte, Hoffnung auf wissenschaftliche Fundierung zur Forderung nach eigenständiger Theoriebildung, von der handlungsleitende, statuserhöhende und identitätsstiftende Wirkung erwartet wird. Dies gilt um so mehr, als von einer Zentraldisziplin oder Leitwissenschaft schließlich auch die Anerkennung als Profession abhängt.

Gemeinsamkeiten gibt es in formaler, inhaltlicher und methodischer Hinsicht: Beide stehen am Beginn ihrer Entwicklung, beide sind für ihren Wirklichkeitsbereich im Sinne wissenschaftlicher Arbeitsteilung überfällig, beide haben wichtige Vorläufer im angloamerikanischen Raum und seit der Jahrhundertwende auch Theoriespuren hierzulande, die es aufzugreifen und zu entwickeln gilt.

Auch auf der Ebene der Theoriebildung sind strukturelle Gemeinsamkeiten evident: Beide verstehen sich als angewandte Wissenschaften, die sich an Fachhochschulen entwickeln und schon deshalb mit "Universitätsdisziplinen" in Konflikt geraten und beide vertreten das Wissenschaftskonzept einer empirischen und kritisch-normativen Wissenschaft. Einem monodisziplinären Alleinvertretungsanspruch stellen sie eine transdisziplinäre Ausrichtung

gegenüber, um die Integration des einschlägigen Theorienrepertoires und seine praxisnahe Weiterentwicklung zu ermöglichen. Sie verstehen sich selbst als Ergebnis der fortschreitenden wissenschaftlichen Arbeitsteilung, weil sie ein bis dato unbearbeitetes bzw. nicht adäquat bearbeitetes Thema zum Gegenstand und Erkenntnisobjekt wählen und machen gleichzeitig "Grenzüberschreitungen" zum Wissenschaftsprogramm, wenn sie um eine konsequent ganzheitliche Sicht bemüht sind.

Trotz des hohen Maßes an Übereinstimmung ist das Verhältnis der beiden allerdings auch konfliktträchtig. Im Handlungsfeld erschwert die mangelnde Trennschärfe von Sozialarbeit und Gesundheitsarbeit die Identifikation der Berufsrollenträger und fördert ein Profilierungsstreben auf Kosten der Gegenseite; auf der Theorieebene hemmt eine unklare Zuordnung die ohnehin schwierige Wissenschaftsentwicklung. Die Konzeptualisierung von Lebensbewältigung und sozialer Integration auf Seiten der Sozialarbeitswissenschaft und von Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden auf Seiten der Gesundheitswissenschaft wird als Differenzkriterium angeboten, - aber das eine ist nicht ohne Überschneidung mit dem anderen vorstellbar: Das Thema Lebensbewältigung kann nicht ohne Gesundheitsperspektive, das Thema Wohlbefinden nicht ohne psychosoziale Perspektive bearbeitet werden. Da z.B. professionelle Sozialarbeit vorzugsweise mit Menschen in Problemsituationen befaßt ist, werden hier auch spezifische Fragen zu Gesundheit und Gesundheitsanliegen formuliert, während sich die Gesundheitsförderung grundsätzlich an alle Bürger wendet, dabei aber stets auch auf die Beseitigung gesundheitlicher Ungleichheiten bedacht sein muß.

Schon die empirisch belegten Gesundheitsparadoxien - trotz objektiv schlechter Gesundheitssituation kann die subjektive Selbsteinschätzung positiv sein und umgekehrt - zwingen erneut zur Grenzüberschreitung oder, positiv formuliert, zur Kooperation. Sie lassen aber auch erkennen, daß die angewandten Wissenschaften im Unterschied zu den eher "wertfreien"

Grundlagenwissenschaften auf eine normative Komponente nicht verzichten können und wollen, weil sie immer auch Vorstellungen von einem wünschbaren oder besseren oder gelingenden Leben transportieren. Daher ist für beide sowohl das Thema Benachteiligung und (Un-) Gerechtigkeit vorgegeben, als auch die Befähigungs- und Empowermentperspektive.

Das macht deutlich, daß nicht allein menschliches Verhalten, sondern stets auch die umgebenden Verhältnisse in Theorie und Praxis zu berücksichtigen sind - Perspektiven, die ihrerseits auf Grundannahmen über den Menschen beispielsweise als biopsychosoziales Wesen basieren. All dies legt den Schluß nahe, daß sich beide "Disziplinen im Werden" in fachlichem Austausch weiterentwickeln sollten.

Kritisch ist für beide anzumerken, daß die relative Unbestimmtheit und die Verpflichtung auf "Ganzheit" nicht nur eine wissenschaftstheoretische Herausforderung ist, sondern auch unter dem Gesichtspunkt von Teil und Ganzem Irritationen auslöst. Offenbar sind zwei Positionen vorstellbar: Soziale Arbeit als das prinzipiell Übergreifende mit einem Teilaspekt Gesundheit(sförderung) oder eine umfassende Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta mit dem Teilaspekt Sozialarbeit.

Der Arbeitskreis hält ausdrücklich an der Sozialen Arbeit als dem weiteren Rahmen fest, ohne damit die Gesundheitsförderung zu kolonialisieren - auch wenn im umgekehrten Verhältnis bisher keineswegs immer mit der gleichen Behutsamkeit operiert wurde. Trotz mancher Bedenken sollten beide nach Auffassung des Arbeitskreises der ganzheitlichen Sicht- und Handlungsweise verpflichtet bleiben, um der weiteren Segmentierung und Instrumentalisierung von Erkenntnis und Handeln in der Gesellschaft entgegenzuwirken.

Unabhängig davon, ob Wohlbefinden (WHO-Definition), gesundheitliche Gleichheit (Ottawa-Charta und Folgedokumente), soziale Probleme und Problemlösung (Wendt, Staub-Bernasconi) oder Lebensführung und Lebensbewältigung (Feth, Mühlum) fokussiert werden, dürfte eine institutionelle

und wissenschaftliche Doppelstrategie sinnvoll sein. Wenn nämlich ein gelingendes Leben Ziel aller Sozial- und Gesundheitsarbeit ist, muß dies durch wirksame Elemente und Prozesse verfolgt werden, die sich wechselseitig ergänzen. Sozialpädagogische Hilfen, Gesundheitsförderung und sozialarbeiterische Interventionen sind dabei nicht die einzigen, aber wichtige Angebote, deren wissenschaftliche Fundierung von Sozialarbeitswissenschaft und Gesundheitswissenschaft als Handlungswissenschaften erwartet wird.

6. Fazit

Sozialarbeitswissenschaft und Gesundheitswissenschaft, wie auch die Studiengänge des Sozial- und Gesundheitswesens, sind eine wechselseitige Herausforderung: Sie können sich aneinander messen (und müssen sich messen lassen) und sie können sich kooperierend weiterentwickeln. Sie müssen sich allerdings auch neu justieren. So sind beispielsweise der Ganzheitsansatz und die generalistische Orientierung zu überdenken.

Solange jedoch weder Zuständigkeiten noch Grenzen und Kompetenzen hinlänglich geklärt sind, wird vermutlich Konkurrenzdenken das Verhältnis in Theorie und Praxis bestimmen. Im Interesse der Profession und der wissenschaftlichen Arbeitsteilung plädiert der Arbeitskreis daher für eine rasche Verständigung auf den drei Ebenen des Berufs, der Lehre und der Wissenschaft. Je nach Einschätzung ihrer inhaltlichen Nähe oder Distanz sind unterschiedliche Formen der Studien-, Berufs- und Wissenschaftsorganisation denkbar, die von strikter Trennung über partielle Kooperation bis zu gemeinsamer Entwicklung reichen können. Statt eines Konfrontationskurses zur Verteidigung eigener Positionen, Einflusssphären und Entwicklungschancen werben wir für einen Kooperationskurs mit dem Ziel fachlicher Klärung und - soweit möglich - einvernehmlicher Entwicklung, wozu auch die wechselseitige Unterstützung in Theorie und Praxis gehört. Diese wünschenswerte Form der Beziehung setzt allerdings ein Dreifaches voraus:

- daß die Lehre in den Studiengängen des Sozialwesens das Gesundheitsanliegen konsequent aufgreift und die Gesundheitsförderung als unverzichtbares Element der professionellen Sozialen Arbeit anerkennt und befördert;
- daß neue Studiengänge des Gesundheitswesens nur aufgrund eines klaren inhaltlichen und fachlichen Profils eingerichtet werden, das eine Unterscheidung gegenüber der Sozialarbeit/Sozialpädagogik und deren Gesundheitskompetenzen rechtfertigt;
- daß eine angewandte Gesundheitswissenschaft im Sinne der "Gesundheitsförderungswissenschaft" in klarer Unterscheidung zu den Gesundheitswissenschaften/Public Health einerseits und in inhaltlicher Abstimmung mit der Sozialarbeitswissenschaft andererseits entwickelt wird.

7. Literatur

Badura/Feuerstein 1994: Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Weinheim und München.

Bartsch/Meyer (Hrsg.) 1995: Chance: Gesundheit. Wieviel Gesundheit braucht die Gesellschaft? Hildesheim.

Brieskorn-Zinke/Köhler-Offierski 1997: Gesundheitsförderung in der Sozialen Arbeit. Freiburg im Breisgau.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung - BZgA (Hrsg.) 1997: Leitbegriffe zur Gesundheitswissenschaft. Bonn.

Engelke, E. (Hrsg.) 1996: Soziale Arbeit als Ausbildung. Studienreform und -modelle. Freiburg im Breisgau.

Franzkowiak, P. 1998: Soziale Arbeit und Gesundheitswissenschaft(en) - Anschlußstellen und Konfliktlinien. In: Prümel-Philippsen/Troschke/Larisch (Hrsg.): Bedarf und Transfer von Public Health-Forschung in der Praxis der Gesundheitsförderung. Freiburg im Breisgau (im Druck).

- Franzkowiak/Sabo (Hrsg.) 1993: Dokumente der Gesundheitsförderung. Mainz.
- Göpel/Schneider-Wohlfahrt (Hrsg.) 1995: Provokationen zur Gesundheit. Beiträge zu einem reflexiven Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Frankfurt am Main.
- Grohall, K.-H. 1997: Studienreform in den Fachbereichen für Sozialwesen. Freiburg im Breisgau.
- Herriger, N. 1997: Empowerment in der Sozialen Arbeit. Stuttgart.
- Homfeldt/Hünersdorf (Hrsg.) 1997: Soziale Arbeit und Gesundheit. Neuwied.
- Hurrelmann/Laaser (Hrsg.) 1993: Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim und Basel.
- Maier, K. (Hrsg.) 1998: Forschung an Fachhochschulen für Soziale Arbeit. Freiburg im Breisgau (in Vorbereitung).
- Merten/Sommerfeld/Koditek (Hrsg.) 1996: Sozialarbeitswissenschaft - Kontroversen und Perspektiven. Neuwied.
- Mühlum, A. 1996: Sozialpädagogik und Sozialarbeit. Ein Vergleich. Frankfurt am Main.
- Mühlum/Bartholomeyczik/Göpel 1997: Sozialarbeitswissenschaft - Pflegewissenschaft - Gesundheitswissenschaft. Freiburg im Breisgau.
- Paulus, P. (Hrsg.) 1992: Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. Köln.
- Puhl, R. (Hrsg.) 1996: Sozialarbeitswissenschaft. Neue Chancen für theoriegeleitete Soziale Arbeit. Neuwied.
- Schwartz, F.W. et al. (Hrsg.) 1998: Das Public Health Buch. München.
- Staub-Bernasconi, S. 1995: Systemtheorie, Soziale Probleme, Soziale Arbeit: lokal, national, international. Bern.
- Verein zur Förderung der Sozialen Arbeit als akademische Disziplin - VeSAD (Hrsg.) 1996: Symposium Soziale Arbeit. Beiträge zur Theoriebildung und Forschung. Köniz.
- Waller, H. 1995: Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. Stuttgart.
- Walter, J. (Hrsg.) 1997: Sozialarbeit/Sozialpädagogik als Studium und Wissenschaft. Freiburg im Breisgau.
- Wendt, W.R. (Hrsg.) 1994: Sozial und wissenschaftlich arbeiten. Status und Positionen der Sozialarbeitswissenschaft. Freiburg im Breisgau.
- Zurhorst, G. 1997: Soziale Arbeit und Gemeindepsychologie als Fundamente der Gesundheitsförderung. Wider den Verlust des Sozialen in der Gesellschaft. In: Journal für Psychologie 3/97, S. 13 - 21.

8. Thesen zur Standortbestimmung

1. Gesundheit ist zu einer "regulativen Leitidee" der modernen Gesellschaft geworden. Gesundheitsanliegen gewinnen daher gesellschaftspolitisch und wissenschaftlich an Bedeutung.
2. Das Verhältnis der Sozialarbeit zur Gesundheitsarbeit ist in Praxis, Lehre und Wissenschaft neu zu justieren. Dabei ist insbesondere der Zusammenhang von Gesundheit und Lebenslagen stärker zu berücksichtigen. Sozial- und Gesundheitsberufe müssen dementsprechend neu positioniert werden.
3. Gesundheitsförderung ist ein unverzichtbarer Bestandteil der Theorie und Praxis Sozialer Arbeit. Deshalb darf die Lehre an Fachhochschulen das Gesundheitsthema nicht länger vernachlässigen. Die Entwicklung einer "angewandten Gesundheitswissenschaft" mit dem Fokus Gesundheitsförderung könnte dabei hilfreich sein.
4. Neue Gesundheitsstudiengänge sind nur bei überzeugender Abgrenzung und Begründung sinnvoll.
5. Die Handlungswissenschaften Sozialarbeitswissenschaft und Gesundheitswissenschaft sollten als "Disziplinen im Werden" ihren Dialog verstärken.