

Heiko Waller

Der Beitrag der Sozialen Arbeit zur Prävention gesundheitlicher Benachteiligung

1 Einleitung

Soziale Benachteiligung ist mit gesundheitlicher Benachteiligung in vielfacher Hinsicht vergesellschaftet. Das bedeutet für die Sozialarbeit, dass sie – in Theorie und Praxis – nicht nur mit den sozialen Problemen ihrer Klienten befasst ist, sondern auch mit den damit verbundenen gesundheitlichen Problemen. Mit der Verschärfung der sozialen Probleme in unserer Gesellschaft potenzieren sich auch die Gesundheitsprobleme. Soziale Arbeit muss deshalb auch (wieder) Gesundheitsarbeit werden, will sie nicht auf den Ganzheitlichkeitsanspruch ihrer Hilfen verzichten. Dies ist die zentrale These des folgenden Beitrags. Ausgehend von einigen Befunden über den Zusammenhang von Armut und Gesundheit sollen die Möglichkeiten der Sozialen Arbeit zur Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen Sozialer Dienste exemplarisch aufgezeigt werden.

2 Soziale und gesundheitliche Benachteiligung

Die größten Unterschiede im Gesundheitszustand der Bevölkerung gehen einher mit dem Grad der sozialen und ökonomischen Benachteiligung (vgl. z.B. Mielck 2000, Mackenbach/Bakker 2002, Helmert 2003). Als »armutsgefährdet« gelten in Deutschland 15 % der Bevölkerung (Personen gelten als armutsgefährdet, wenn ihr gewichtetes Pro-Kopf-Einkommen unter einem Schwellenwert von 60 % des Medians des Pro-Kopf-Einkommens liegt, vgl. Förster/Heitzmann 2002: 206). Akute Armut liegt vor, »wenn zu jenen oben beschriebenen beschränkten finanziellen Verhältnissen auch spürbare Einschränkungen zur Abdeckung grundlegender Lebensbedürfnisse treten. Dies wird dann angenommen, wenn – zusätzlich zu geringem Einkommen – zumindest eine der fünf folgenden Situationen auftritt:

- Substandardwohnung
- Rückstände bei Zahlungen von Mieten und Krediten
- Probleme beim Beheizen der Wohnung
- Unmöglichkeit, abgenutzte Kleidung durch neue zu ersetzen
- Unmöglichkeit, zumindest einmal im Monat nach Hause zum Essen einzuladen « (Förster/Heitzmann 2002: 188)

Danach sind ca. 40 % der armutsgefährdeten Bevölkerung als akut arm zu bezeichnen: das wären in Deutschland ca. 6 % der Bevölkerung. Die höchsten Risiken für Armutsgefährdung und akuter Armut existierten (in alphabetischer Reihenfolge) für folgende Bevölkerungsgruppen:

- Alleinerziehende
- Kinderreiche Familien
- Langzeitarbeitslose
- MigrantInnen
- Wohnungslose

Die genannten Bevölkerungsgruppen sind »klassische« Zielgruppen der Sozialen Arbeit. Wie sich ihre soziale Lage auf ihren Gesundheitszustand und ihre Gesundheitsversorgung auswirkt, ist Gegenstand der Sozialepidemiologie. Die bisherigen Ergebnisse lassen sich folgendermaßen zusammenfassen (vgl. Mielck 2000):

- Menschen in Armut haben einen schlechteren Gesundheitszustand und eine höhere Sterblichkeit als nicht-arme Bevölkerungsgruppen. Dies gilt für nahezu alle körperlichen und psychischen Erkrankungen (Ausnahmen sind z.B. Allergien und Brustkrebs).
- Menschen in Armut zeigen ein riskanteres Gesundheitsverhalten (hinsichtlich Rauchen, Ernährung, Bewegung etc) und beteiligen sich seltener an Vorsorgeuntersuchungen.
- Menschen in Armut nehmen die Angebote des Gesundheitswesens unterschiedlich wahr: während soziale Randgruppen wie z.B. Wohnungslose kaum erreicht werden, nehmen andere Armutsgruppen die hausärztliche und die stationäre Versorgung eher häufiger wahr.
- Menschen in Armut werden durch Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung kaum erreicht.
- Wohnbezirke mit einem hohen Anteil armer Bevölkerungsgruppen sind mit Einrichtungen der Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung häufig unterversorgt.

Elkeles/Mielck (1997: 140) haben ein Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit entworfen. Dabei stehen die Kausationseffekte (Armut macht krank) im Vordergrund. Selektionseffekte (Krankheit macht arm) spielen nur eine untergeordnete Rolle, sie sind aber gleichwohl in einem gewissen Ausmaß vorhanden und werden sich im Zuge des Abbaus der Sozialversicherungssysteme zwangsläufig verstärken. In der Sozialpsychiatrie sind solche krankheitsbedingten Selektionseffekte schon früh untersucht und als »Non-starter-Hypothese« oder »Drift-Hypothese« beschrieben worden.

Elkeles/Mielck unterscheiden folgende Aspekte der gesundheitlichen Ungleichheit:

- Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen
- Unterschiede in den Bewältigungsressourcen
- Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitsverhalten
- Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung

Zu allen genannten Aspekten gibt es inzwischen eine große Zahl von Untersuchungen, die die vermuteten Zusammenhänge bestätigen (vgl. z. B. die Übersichten in Marmot/Wilkinson 1999; Mielck 2000; Helmert 2003).

3 *Von der Sozialarbeit zur Gesundheitsarbeit*

Unter Sozialarbeit/Sozialpädagogik »wird eine Vielzahl von Einrichtungen und Maßnahmen zusammengefasst, die Menschen helfen sollen, sich in ihre Gesellschaft zu integrieren und in ihr ein Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht« (Müller 1996: 503). In diesem Verständnis haben sich SozialarbeiterInnen/SozialpädagogInnen auch immer um die gesundheitlichen Belange ihrer KlientInnen gekümmert. Wir bezeichnen diesen Bereich der Sozialarbeit heute als »gesundheitsbezogene Sozialarbeit« (vgl. Ortmann/Waller 2005).

Gesundheitsbezogene Sozialarbeit lässt sich in Sozialarbeit im Gesundheitswesen und Gesundheitsarbeit im Sozialwesen aufteilen. Sozialarbeit im Gesundheitswesen findet in Einrichtungen des Gesundheitswesens statt, also im Krankenhaus, im Gesundheitsamt, in der Suchtkrankenhilfe sowie in ambulanten und komplementären psychiatrischen Einrichtungen, um nur die wichtigsten Einrichtungen zu nennen. Derzeit wird die Zahl der im Gesundheitswesen beschäftigten SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen auf ca. 40 000 Personen geschätzt (das sind ca. 20 % aller diplomierten SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen), die sich zu etwa gleichen Teilen auf die Bereiche Krankenhaussozialdienst, öffentliches Gesundheitswesen, Suchtkrankenhilfe sowie ambulante und komplementäre psychiatrische Versorgung aufteilen (Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. unter www.dvsg.org).

Sozialarbeit im Gesundheitswesen entstand, um das mit Krankheit verbundene Risiko einer sozialen, beruflichen und finanziellen Benachteiligung zu vermeiden bzw. im Sinne der Tertiärprävention abzumildern. »Fürsorgerinnen« im Krankenhaus gehörten damit zu den ersten Fachkräften der Sozialen Arbeit, sowohl in den USA als auch in Deutschland. Der Krankenhaussozialdienst war eines der ersten anerkannten Handlungsfelder der Sozialen Arbeit (Reinicke 2003).

Sozialarbeit im Gesundheitswesen ist primär krankheitsorientiert, d.h. sie hat es überwiegend mit bereits erkrankten Menschen zu tun.

Das schließt jedoch eine gesundheitsfördernde Perspektive keineswegs aus: Soziale Unterstützung, Empowerment, Selbsthilfe, aber auch die Gestaltung gesundheitsfördernder Behandlungs- und Rehabilitationsbedingungen sind Beispiele für Maßnahmen aus der Sozialen Arbeit.

Gesundheitsarbeit im Sozialwesen dagegen ist primär gesundheits- und präventivorientiert. Sie findet (potentiell) in allen Sozialen Diensten statt, also z.B. in Kindertagesstätten, Jugendzentren, Beratungsstellen, Frauenhäusern, Stadtteiltreffs. Damit kommt der Sozialarbeit auch in Einrichtungen außerhalb des Gesundheitswesens eine wichtige gesundheitsbezogene Rolle zu. Dies gilt insbesondere für die Gesundheitsförderung und Prävention mit den oben skizzierten sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen, zu denen die Sozialarbeit über ihre eigenen Einrichtungen eine besondere Nähe aufweist (vgl. u.a. Brieskorn-Zinke/Köhler-Officerski 1997; Homfeldt/Hünerstorf 1997; Sting/Zurhorst 2000; Ortmann/Waller 2005).

Der AK Sozialarbeit und Gesundheit der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit hat 1997 unter der Federführung von Mühlum, Franzkowiak, Köhler-Officerski, Paulus und Zurhorst eine eindrucksvolle Positionsbestimmung zum Verhältnis von Sozialarbeit und Gesundheitsarbeit verfasst. Darin heißt es u.a.:

»Zweifellos wurde (...) die Ottawa-Charta (WHO) zum Motor eines neuen Gesundheitsbewußtseins, das die Gesundheitspolitik und -wissenschaft 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 medizinischen 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)«.

Die Autoren unterscheiden weiterhin in »generalisierte Gesundheitsarbeit (einschließlich Prävention)« und »spezialisierte Gesundheits-tätigkeit (clinical social work)«. Das entspricht in etwa unserer oben gemachten Unterscheidung der gesundheitsbezogenen Sozialarbeit in Sozialarbeit im Gesundheitswesen und Gesundheitsarbeit im Sozialwesen. In jeweils eigenen Artikeln haben Mühlum (1997, aus der

Position der Sozialarbeitswissenschaft), Homfeldt/Hünersdorf (1996, aus der Position der Sozialpädagogik), Franzkowiak (1998, aus der Position der Gesundheitsförderung) und Zurhorst (1997, aus der Position der Gemeindepsychologie) weitere Gedanken zu dieser Standortbestimmung beigetragen bzw. akzentuiert.

Gesundheitsarbeit ist also nicht als Übertragung der Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta in die Sozialarbeit zu verstehen, sondern sie ist eine nach eigenen theoretischen Konzepten im Rahmen einer anwendungsorientierten Sozialarbeitswissenschaft entwickelte Praxis.

Gesundheitsarbeit beinhaltet demnach

- die Wahrnehmung und Analyse gesundheitlicher Problemlagen
- die Erarbeitung angemessener Handlungskonzepte und
- ihre Umsetzung im Rahmen Sozialer Dienste.

Die Wahrnehmung und Analyse gesundheitlicher Problemlagen erfolgt im engen Kontakt mit den KlientInnen der Sozialen Arbeit sowie im Kontext ihrer ökopsychozialen Lebensbezüge und mit Hilfe sozialarbeitswissenschaftlicher Erhebungsmethoden. Die Erarbeitung angemessener Handlungskonzepte basiert auf der Basis sozialarbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse und Methoden wie Einzelfallhilfe, Gruppen- und Gemeinwesenarbeit, Case-Management, Förderung von Empowerment, Selbsthilfe und sozialen Netzwerken.

Die Umsetzung der Gesundheitsarbeit ist prinzipiell in allen Sozialen Diensten möglich. Einige ausgewählte Beispiele für eine erfolgreiche Gesundheitsarbeit in unterschiedlichen Settings und mit unterschiedlichen Zielgruppen zeigt Tabelle 1.

Am Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften (ZAG) der Universität Lüneburg, an dem der Autor tätig ist, wurde in den vergangenen Jahren ein Forschungsschwerpunkt zur »Gesundheitsarbeit in sozialen Diensten« aufgebaut. Fünf größere anwendungsbezogene Forschungsprojekte wurden bzw. werden zu diesem Themenkomplex durchgeführt:

- Gesundheitsförderung und Prävention mit sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen im Rahmen sozialer Dienste mit den Schwerpunkten Netzwerk Frauengesundheit und dem Gemeinwesenarbeitsprojekt PreisWerte Ernährung (überwiegend gefördert vom Ministerium für Wissenschaft und Kultur des Landes Niedersachsen)
- Armut und Gesundheit. Bestandsaufnahme, Bewertung und Entwicklung von gesundheitsbezogenen Interventionsprojekten in Niedersachsen (gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung)
- Gesunde Ernährung für Jugendliche. Förderung der Ernährungssituation benachteiligter männlicher Jugendlicher im Rahmen von

Jugendzentren (überwiegend gefördert vom Bundesministerium für Verbraucherschutz)

- Zur Lebenssituation alleinerziehender Frauen und ihrer Kinder unter besonderer Berücksichtigung ihrer Gesundheit (gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung)
- Gesundheitsarbeit mit Straßenkindern (gefördert vom Ministerium für Wissenschaft und Kultur des Landes Niedersachsen)

(Vgl. die Abschlussberichte in der Reihe »ZAG Forschungs- und Arbeitsberichte«, Lüneburg 2000- 2005 unter www.fhnon.de/zag).

Tabelle 1: Gesundheitsarbeit in Sozialen Diensten

Settings/Zielgruppen	ausgewählte Literatur
Kindergarten	Hoehne 2005
Kindertagesstätten	Altgeld 2003
Kinder in Problemfamilien	Fleischer 1997
Straßenkinder	Hartwig und Waller 2002
Jugendarbeit allgemein	Hildebrand 1992
Sozial benachteiligte männliche Jugendliche	Deneke 2005
Suchtprävention bei Jugendlichen	Marzinzik 2005
MigrantInnen	Collatz u.a.1997
Flüchtlinge, illegale Einwanderer	Waller 2004
Wohnungslose	Trabert 2005
Selbsthilfegruppen	Burmeister 2000
Arbeitslose	Müllensiefen 1991
Alleinerziehende Mütter	Walther, Deneke und Waller 2003
Sozial benachteiligte Stadtteile	Homfeldt 2005

Die Möglichkeiten der Gesundheitsarbeit im Rahmen der Sozialarbeit sollen im Folgenden beispielhaft an der sozialpädagogischen Familienhilfe skizziert werden:

Rechtliche Grundlage der sozialpädagogischen Familienhilfe bildet der § 31 im vierten Abschnitt des SGB VIII. Dieser Abschnitt beinhaltet die ambulanten und stationären Formen der Hilfen zur Erziehung, die dann in Anspruch genommen werden können, »wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig

ist« (§ 27 Abs. 1 SGB VIII). Neben der sozialpädagogischen Familienhilfe zählen Erziehungsberatung, Soziale Gruppenarbeit, Erziehungsbeistandschaften, Tagesgruppe sowie Vollzeitpflege und Heimerziehung (als stationäre Formen) zu den Hilfen zur Erziehung. Die sozialpädagogische Familienhilfe zeichnet sich gegenüber den anderen Hilfeformen dadurch aus, dass ausdrücklich die Familie in ihrer Gesamtheit Gegenstand der Betreuung ist (auch wenn das Wohl der/des jeweiligen Kinder/es das zentrale Anliegen bleibt). Bei dieser Hilfeform suchen SozialarbeiterInnen bzw.-pädagogInnen die Familie in der Regel mehrmals die Woche über ein halbes bis zu 2 Jahren hinweg auf und leisten Unterstützung in alltagspraktischen Fragen sowie bei der Lösung schwerwiegender emotionaler, sozialer, ökonomischer und gesundheitlicher Probleme. Bisher vorliegende diesbezügliche Daten zeigen, dass die sozialpädagogische Familienhilfe es in ihrer praktischen Arbeit in hohem Maße mit vielfachen, ineinander verschränkten sozialen Benachteiligungen zu tun hat, wozu zentral auch die gesundheitliche Benachteiligung gehört (Helming/Schattner/Blüml 2004). Interventionen im Sinne der Gesundheitsarbeit sind vielfältig: verhaltenspräventive Maßnahmen umfassen die Verbesserung des Gesundheitsverhaltens (Ernährungsverhalten, Umgang mit Suchtmitteln, Motivation zu Bewegung und Sport, Beteiligung an Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen) sowie die Verbesserung des Krankheits- und Patientenverhaltens (Abklärung von auffälligen Befunden, rechtzeitiges Aufsuchen medizinischer Hilfe, Unterstützung der Compliance bei therapeutischen Maßnahmen etc.). Verhältnispräventive Maßnahmen beinhalten den Abbau von Stressoren in den Bereichen Einkommen, Wohnung und Wohnumfeld, Arbeit und Schule. Gesundheitsfördernde Maßnahmen (auf der personalen Ebene) schließlich zielen auf die Förderung von Gesundheitswissen, Lebensfreude, Selbstbewusstsein, Kohärenzsinn, sozialen Kontakten etc.

Nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes (2004) wurden im Jahre 2004 bundesweit knapp 45 000 Familien mit insgesamt etwa 90 000 Kindern durch die sozialpädagogische Familienhilfe betreut; die Zahl der Betreuungen hat sich in den letzten 10 Jahren fast verdreifacht. Mit Blick auf die Sorgeberechtigten nehmen Alleinerziehende in deutlichem Ausmaß überproportional sozialpädagogische Familienhilfe in Anspruch (48 % gegenüber insgesamt ca. 10 % Alleinerziehende bundesweit; kinderreiche Familien (drei oder mehr Kinder) sind ebenfalls um ein Mehrfaches häufiger vertreten). Statistisch ausgewiesen wird ebenfalls, durch wen die Hilfe angeregt wurde. Danach sind es bei der sozialpädagogischen Familienhilfe in weniger als einem Drittel der Fälle die Eltern selbst, von denen die Initiative ausgeht; in gut 60 % geht die

Initiative vom Jugendamt aus, der Rest verteilt sich auf die freien Träger der Wohlfahrtspflege und sonstige Institutionen (Ärzte, Krankenhäuser u.ä., die Auffälligkeiten wahrnehmen). Insofern verweist die Verteilung der Initiation auf einen hohen Anteil an »Problemfamilien« mit häufig bereits längeren Problemgeschichten.

4 *Gesundheitsarbeit und Politik für Gesundheit*

Zur politischen Einordnung der gesundheitsbezogenen Sozialarbeit greifen wir einen Vorschlag von Mackenbach auf (1993; vgl. auch Rosenbrock/Bellwinkel/Schröer 2004). Mackenbach unterscheidet 4 Strategien zur Prävention gesundheitlicher Benachteiligung:

- Reduktion sozialer Unterschiede
- Minimierung krankheitsbedingter sozialer Ungleichheit
- Reduzierung ungesunder Lebensstile in unteren Sozialschichten
- Kompensatorische Gesundheitshilfen für untere soziale Schichten

Maßnahmen zur Reduktion sozialer Unterschiede gehören zu den Kernaufgaben der Sozialen Arbeit. Sie sind ihr als gesellschaftliche Aufgabe zugewiesen, finden in den oben erwähnten Handlungsfeldern statt und werden im Rahmen verschiedener Gesetze (Bundessozialhilfegesetz, Kinder- und Jugendhilfegesetz – um zwei der wichtigsten zu nennen – geregelt. Darüber hinaus sind Maßnahmen der Reduktion sozialer Unterschiede natürlich übergreifende Aufgaben unterschiedlicher Politikbereiche (wie z.B. der Arbeitsmarktpolitik, Tarifpolitik, Steuerpolitik etc) und gehen über die Zuständigkeit einzelner Professionen weit hinaus.

Die Minimierung krankheitsbedingter sozialer Ungleichheit ist die wichtigste Aufgabe der Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Der Krankenhaussozialdienst ist – wie oben kurz erwähnt – ja gerade deshalb eingerichtet worden. Die wenigen vorliegenden empirischen Untersuchungen bestätigen seine besondere Bedeutung für die Minimierung krankheitsbedingter sozialer Ungleichheit durch eine erfolgreiche soziale Rehabilitation und Nachsorge (vgl. z.B. Hedtke-Becker u.a. 1999).

Zur Reduzierung ungesunder Lebensstile in unteren Sozialschichten kann die Gesundheitsarbeit einen wesentlichen Beitrag leisten, insbesondere durch die Nähe der sozialen Dienste zu den unteren Sozialschichten. Wir sind darauf im 3. Abschnitt ausführlicher eingegangen.

Kompensatorische Gesundheitshilfen für untere soziale Schichten zu entwickeln und – z.T. gemeinsam mit der Medizin – umzusetzen, ist ebenfalls eine wichtige Aufgabe der Gesundheitsarbeit in Sozialen Diensten. Ein Beispiel für diese Strategie sind die vielen Aktivitäten zur

Verbesserung der Gesundheitsversorgung von wohnungslosen Menschen. Diese Aktivitäten haben ihre Wurzeln z.T. in der Obdachlosenarbeit und sind häufig auch dort institutionell verankert (vgl. Trabert 2005). Weitere Beispiele für kompensatorische Gesundheitshilfen bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen beziehen sich u.a. auf MigrantInnen und Flüchtlinge (Waller 2004).

Auch in anderen Ländern wird der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit immer häufiger zum Thema gemacht, und es werden – unter Einbeziehung der Sozialen Arbeit – neue Strategien für Angehörige unterer Sozialschichten entwickelt (vgl. z.B. das von Laughlin/Black (1995) herausgegebene Handbuch »Poverty and health – Tools for change« oder das Projekt von Ginzberg u.a. (1997) zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung armer Bevölkerungsgruppen in New York). In Europa arbeiten 13 Hauptstädte und Hauptstadtregionen im EU-geförderten Projekt »Megapoles« zusammen mit dem Ziel der Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit unter Beteiligung auch der Sozialen Dienste.

Folgende Städte sind mit folgenden Projekten am Netzwerk »Sozial benachteiligte Gruppen« beteiligt:

- Homelessness: Berlin, Dublin, Lissabon, Stockholm
- Prostitution and health care: Berlin, Lissabon, Madrid
- Drugabuse and rehabilitation: Dublin, Helsinki, Madrid, Stockholm
- Health among socially disadvantaged groups: London, Bruxelles
- Health care, trauma, crisis and social intervention among immigrants and refugees: Bruxelles, Lissabon, London, Madrid, Stockholm
- Information against domestic violence: Helsinki

In der Kurzfassung des Abschlussberichts von Cameron und Cranfield wird das Megapoles-Projekt folgendermaßen skizziert:

»As a result of broad economic, political and social change, many European cities are seeing rising numbers of immigrants, refugees, people from ethnic minorities, homeless people and people with drug addictions. All too often, these people suffer from social disadvantage and exclusion. In short, they find it more difficult to get work, education or training; and they have less access to health and care services. The lives of people in these groups are not separate from the lives of longer established citizens. People from all backgrounds mingle in the streets of European cities; and the concerns of different groups quickly become the concern of all. Accordingly, citizens, politicians and health professionals are finding it more and more difficult to ignore the fact that social disadvantage and exclusion have been shown to be linked with poverty, poorer health, more disability and premature death (...). With these complex issues, however, it is considerably easier to speak than to act. In thinking about how to achieve practical outcomes, policy makers, decision makers and health and social care professionals have all

been hampered by a lack of information, experience and good practice examples. For this reason, the Megapoles project was set up (...) with the aim of finding effective ways of promoting better health and reducing inequalities in health within the capital cities of Europe« (European Union o.J.).

5 Schlussbetrachtung

Wir haben versucht, den Beitrag der Sozialen Arbeit zur Prävention gesundheitlicher Benachteiligung darzustellen. Die besondere Kompetenz der Sozialen Arbeit in diesem Problembereich haben wir als Gesundheitsarbeit beschrieben. Diese Kompetenz gilt es auszubauen, u.a. im Rahmen der Aus- und Weiterbildung der SozialarbeiterInnen/Sozialpädagoginnen einschließlich spezieller Masterstudiengänge. Die Bedeutung der Gesundheitsarbeit wird in dem Maße zunehmen wie die sozialen Probleme in der Gesellschaft sich verschärfen und das Gesundheitswesen sich entsolidarisiert. Doch auch die Gesundheitsarbeit ist – als Teil der Sozialen Arbeit – denselben gesellschaftlichen Prozessen unterworfen. Sie wird ihrer gesundheitsbezogenen Aufgabe nur dann nachkommen können, wenn die gesellschaftliche Solidarität und das Netz sozialer Hilfen für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen bestehen bleiben.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiko Waller M.Sc.(London)
Fakultät Bildungs-, Kultur- und Sozialwissenschaften
Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften
Universität Lüneburg
Wilschenbrucherweg 84a
21335 Lüneburg
waller@uni-lueneburg.de

Literatur

- Altgeld, T.(2002): Kindertagesstätten. Ein vernachlässigtes Setting mit Handlungsbedarf und Zukunftspotenzial. Prävention 25: 81-84
Baltmannsweiler: Schneider 2005
Brieskorn-Zinke, M.; Köhler-Offierski, A. (1997): Gesundheitsförderung in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung für soziale Berufe. Freiburg: Lambertus
Burmeister, J.(2000): Gesundheit, Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung. In: S. Sting/G. Zurhorst (Hg.):
Collatz, J.(1997): Multikulturalität und Gesundheit. In: Homfeldt, G./Hünersdorf, B. (Hg.): Soziale Arbeit und Gesundheit. Neuwied etc: Luchterhand, 91-123

- Deneke, C. (2005): Gesundheitsarbeit in der Jugendhilfe. In: Ortman, K./Waller, H. (Hg.): Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Baltmannsweiler: Schneider, 114-127
- Elkeles, T., Mielck, A. (1997): Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. Das Gesundheitswesen 59, 137-143
- European Union (DG V) (o.J.): Project Megapoles. A public health network of Capital cities/regions. Working with socially disadvantaged groups (report written by M.Cameron and S.Cranfield), Luxemburg
- Fleischer, K.(1997): Gesundheitsförderung- eine Rückführung der Sozialpädagogischen Familienhilfe zu ihren historischen Vorläufern. In: Homfeldt, H.G.; Hünersdorf, B. (Hg.): Soziale Arbeit und Gesundheit.
- Förster, M.F., Heitzmann, K. (2002): Einkommensarmut und akute Armut in Österreich. In: Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen (Hg.) (2002): Bericht über die soziale Lage 2001- 2002. Wien, 187-209
- Franzkowiak, P.(1998): Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit zwischen Public Health und Gesundheitswissenschaft. Neue Praxis 28:171-179
- Gesundheit und Soziale Arbeit, Weinheim und München : Juventa, 71-78
- Ginzberg, E. et al (1997): Improving health care of the poor. The New York City experience. New York and London: Transaction Publishers
- Hartwig, J., Waller, H. (2002): Street youth in Germany. Vortrag gehalten auf dem European Seminar on Streetyouth. European Parliament, Brussels 23.5.2002
- Hedtke-Becker, A. et al.(1999): Interdisziplinäres Kooperationsmodell im Krankenhaus – das Forschungsprojekt
- Helmert,/et al. (Hg.) (2000): Müssen Arme früher sterben ? Weinheim: Juventa
- Helming, E., Schattner, H., Blüml, H. (2004): Handbuch Sozialpädagogische Familienhilfe. Stuttgart: Nomos
- Hildebrandt, H (1992):. Lust am Leben. Gesundheitsförderung mit Jugendlichen. Ein Ideen- und Aktionsbuch für die Jugendarbeit. 2. Auflage. Frankfurt/M.: Brandes&Apsel
- Hoehne, R.(2005): Gesundheitsarbeit im Kindergarten. In: Ortman, K./Waller, H. (Hg.): Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Baltmannsweiler: Schneider, 102-113
- Homfeldt, H.G.; Hünersdorf, B. (1996): Gesundheitsförderung und soziale Arbeit – ein Trendbericht.
- Homfeldt, H.G.; Hünersdorf, B. (1997) (Hg.): Soziale Arbeit und Gesundheit. Neuwied etc.:Luchterhand
- Homfeldt; H.G. (2005) : Gesundheitsarbeit im Stadtteil. In: Ortman, K./Waller,H. (Hg.): Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Baltmannsweiler: Schneider, 143- 160. In: Sozialwissenschaftliche Literaturreisenschau,145-166
- KISMED. DVSK-Rundbrief Forum, 47-48.
- Laughlin, S., Black, D. (eds.) (1995): Poverty and health – Tools for Change. The Public Health Alliance, Birmingham
- London and New York : Routledge
- Mackenbach, J. (1993): Inequalities in health in the Netherlands. European Journal of Public Health 3, 112- 118
- Mackenbach, J.; Bakker, M. (eds.) (2002): Reducing inequalities in health: a European perspective.
- Marmot, M., Wilkinson, R. G. (eds.) (1999): Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press
- Marzinzik, K. (2005): Soziale Gesundheitsarbeit: Perspektiven für eine lebensweltorientierte Prävention. Diss.phil. Universität Bielefeld
- Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern: Huber

- Mühlum, A. (1997): Soziale Arbeit und Gesundheit- Zum Verhältnis von Sozialarbeitswissenschaft und Gesundheitswissenschaft(en). Arbeitspapier für den Fachbereichstag Sozialwesen. Frankfurt/M.
- Mühlum, A. et al. (1997) : Sozialarbeit und Gesundheitsarbeit. Versuch einer Positionsbestimmung. Mitgliederrundbrief der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit. Dezember
- Müllensiefen, D. (1991) : Möglichkeiten und Grenzen sozialarbeiterischer Gesundheitsarbeit mit Arbeitslosen. In: Maier, K., Müllensiefen, D. (Hg.): Der Teufelskreis von Arbeitslosigkeit und gesundheitlichen Einschränkungen. Freiburg
- Müller, C.W. (1996): Sozialarbeit/Sozialpädagogik. In: Kreft, D./Mielenz, I. (Hg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. 4. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz, 503-506
- Neuwied etc: Luchterhand, 251-268
- Ortmann, K.; Waller, H. (Hg.) (2005): Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder.
- Reinicke, P. (2003): Sozialarbeit als Aufgabe bei Gesundheit und Krankheit. Freiburg: Lambertus
- Rosenbrock, R.; Bellwinkel, M.; Schröer, A. (Hg.) (2004): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliches Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW
- Statistisches Bundesamt (2004): Sozialpädagogische Familienhilfe in der Kinder- und Jugendhilfe
- Sting, S.; Zurhorst, G. (Hrsg.) (2000): Gesundheit und Soziale Arbeit. Weinheim und München : Juventa
- Trabert, G.(2005): Gesundheitsarbeit in der Wohnungslosenhilfe. In: Ortmann, K./Waller, H. (Hg.): Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Baltmannsweiler: Schneider 2005, 161- 177
- Waller, H. (2004): Gesundheitsarbeit mit sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen in Wien. Lüneburg: ZAG Forschungs- und Arbeitsberichte
- Walther, K.; Deneke, C.; Waller, H. (2003): Zur Lebenssituation allein erziehender Sozialhilfeempfängerinnen und ihrer Kinder unter besonderer Berücksichtigung ihrer Gesundheit. Lüneburg: ZAG Forschungs- und Arbeitsberichte
- Zurhorst, G. (1997): Soziale Arbeit und Gemeindepsychologie als Fundamente der Gesundheitsförderung- Wider den Verlust des Sozialen in der Gesellschaft. Journal für Psychologie 5, 13-21