



Medikalisierte Lebensführung und soziale Ungleichheit: Kooperationsperspektiven von P4-Medizin und Sozialer Arbeit

Arne Dreßler und Oliver Dimbath

1 Einleitung

Die medizinische Aufklärung fällt in den Zuständigkeitsbereich von Ärzt:innen und erfolgt bisher im Rahmen der Arzt-Patient-Beziehung. Dieses kommunikative Arrangement gerät jedoch zunehmend an seine Grenzen. Sie werden erreicht, wenn es nicht mehr um konkrete Diagnostik geht, sondern zum Beispiel um Prävention und – damit verbunden – das Vermitteln von umfangreichem Gesundheitswissen sowie dessen lebensweltliche Einbindung. Wo die eigentlich erforderliche Interaktionsqualität der Arzt-Patient-Beziehung das bestehende System medizinischer Versorgung zu überlasten droht, gleichwohl aber der persönlichen Ansprache ein höherer Wirkungsgrad beigemessen wird, bietet sich zur Vermittlung gesundheitsbezogenen Wissens die Hinzuziehung auch von medizinischen Lai:innen an. Im Hinblick auf dieselbe Herausforderung hat die rheinland-pfälzische Landeszentrale für Gesundheitsförderung

A. Dreßler (✉)

Lehrstuhl für Systematische Theologie und Ethik, Ludwig-Maximilians-Universität,
München, Deutschland

E-Mail: arne.dressler@evtheol.uni-muenchen.de

O. Dimbath

Institut für Soziologie, Universität Koblenz, Koblenz, Deutschland

E-Mail: dimbath@uni-koblenz.de

© Der/die Autor(en), exklusiv lizenziert an Springer Fachmedien Wiesbaden
GmbH, ein Teil von Springer Nature 2023

T. Schübel und B. Friele (Hrsg.), *Medikalisierung und Soziale Arbeit*,
https://doi.org/10.1007/978-3-658-40507-6_12

das Projekt *ImpfLotsen* initiiert. Darin werden Impflots:innen quartierspezifisch eingesetzt, um auch diejenigen Milieus zu erreichen, die über die etablierten Kommunikationswege bislang nicht adressierbar und nicht selbst schon präventionsinteressiert sind. Im Vordergrund stehen Information und die Möglichkeit, Fragen zu klären, etwa im Hinblick auf die neuen Impftechnologien. Dem Programm liegt eine ansprachesensible Strategie zugrunde, weshalb vorwiegend nach Engagierten gesucht wird, die Erfahrungen im Bereich der Sozialen Arbeit aufweisen.¹

An diesem Beispiel zeigt sich, wie aufwendig es sein kann, medizinisches Wissen selbst für Themen zu vermitteln, die wie eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 oder Impfungen bereits eindeutig als medizinische Themen verstanden werden. Potenzieren dürfte sich dies, wenn ein Thema bisher nicht oder nur teilweise medizinisch definiert ist, also Medikalisierung erst bevorsteht oder noch nicht in der Breite durchgesetzt ist. Gesundheit ist ein solcher Fall. Zwar setzt sich die Weltgesundheitsorganisation seit ihrer Gründung im Jahre 1946 dafür ein, unter Gesundheit mehr als die Abwesenheit von Krankheit zu verstehen (World Health Organization, 2020, S. 1). Aber die in letzten Jahrzehnten zunehmenden Präventionsbemühungen zeigen, wie herausfordernd es ist, das lebensweltliche Verständnis von Gesundheit medizinisch zu wenden. Obwohl sich die Orientierung am Leitstern der Gesundheit (*healthism*) (Crawford, 1980) mittlerweile zum Lebensstil auszuwachsen scheint, wurde ihre Milieugebundenheit und damit die Grenzen ihrer Verbreitung von Beginn an gesehen (ebd., S. 366). Soll nun künftig das Leben der *gesamten* Bevölkerung stärker auf Gesundheit ausgerichtet werden, dürfte der mit fortschreitender Medikalisierung steigende Aufwand rund um Prävention und insbesondere die Überwindung ihrer sozialen Hürden zu einer systematischen Überforderung der ‚tradierten‘ Medizinberufe führen, was in einen ‚Amtshilfebedarf‘ seitens der sozialen Berufe münden könnte.

Essentiell und geradezu handlungsrelevant wird eine solche Kooperationsfrage für die sogenannte P4-Medizin, welche auf Grundlage der Digitalisierung und der kontinuierlichen Sammlung umfangreicher Gesundheitsdaten von möglichst vielen Menschen die Medizin vom Heilen aufs Vorbeugen umstellen und dies in der medizinischen Grundversorgung umsetzen will (Hood & Flores, 2012). Dabei dürfte es sich erweisen, dass die Ausrichtung des eigenen Lebens an Prävention und auf Gesundheit keineswegs sozialstrukturell gleichermaßen ausgeprägt ist, ja dass bestimmte Milieus medizinische Versorgung bislang überhaupt nur ‚in

¹Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz 2022

höchster Not⁴, also beispielsweise im Fall eines Unfalls oder einer schweren Erkrankung, aber nicht regelmäßig und schon gar nicht präventiv aufsuchen. Hier zeichnet sich ein neues Einsatzgebiet für die Soziale Arbeit ab, der die Aufgabe zukommen könnte, insbesondere präventives Gesundheitswissen milieudäquat zu vermitteln. Die Impflots:innen erscheinen vor diesem Hintergrund als Pioniere eines möglicherweise künftig systematischen Einsatzes.

Im vorliegenden Beitrag werden Kooperationsperspektiven von Medizin und Sozialer Arbeit als Bestandteil eines Medikalierungsprozesses am Fall der neuen, digitalisierten P4-Medizin diskutiert. Auf die Vorstellung des Programms der P4-Medizin (2) folgt die Darstellung ihres Medikalierungspotentials (3). Es beinhaltet die medizinische Reformulierung von Gesundheit als nur noch technikwissenschaftlich bestimmbar und ihre unmittelbare Verknüpfung mit Lebensführung, die dadurch eine deutliche Straffung erfahren dürfte. Nach der Einordnung dieses Befunds in den Medikalisierungsdiskurs und der Herleitung des von ihm bisher wenig beleuchteten Problems der interprofessionellen Zusammenarbeit (4) wird der Hauptbeitrag des Textes entfaltet. Er spiegelt die mögliche Kooperation von P4-Medizin und Sozialer Arbeit von beiden Seiten aus (5). Dabei zeichnen sich für die Soziale Arbeit unter Berücksichtigung ihrer jüngeren Entwicklung zwei Wege ab: einerseits die mit weiteren Professionalisierungschancen verbundene *Zuarbeit* zur P4-Medizin und andererseits die skeptische *Distanz* zu ihr mit dem Brustschild der Kritik. Das Fazit eröffnet verschiedene institutionelle Perspektiven, an welchen Stellen die Soziale Arbeit selbst dann mit dem angezeigten Medikalisierungseffekt zu tun haben wird, wenn sie sich gegen eine aktive Kooperation mit der P4-Medizin entscheidet (6).

2 P4-Medizin

P4-Medizin bezeichnet einen im Vergleich zur derzeit institutionalisierten Medizin radikal neuen Ansatz der medizinischen Versorgung, der einen massiven Anstieg des Bedarfes an gesundheitsbezogener Information, Beratung und lebensweltlicher Anleitung mit sich bringen wird. Der Zusatz P4 zeigt die vier Attribute der künftigen Medizin an: Sie soll *prädiktiv*, *präventiv*, *personalisiert* und *partizipativ* sein (Hood et al., 2012). Ausgangspunkt ist die aus der Systembiologie stammende Vorstellung, dass ‚das Leben‘ eines Organismus, d. h. seine kontinuierliche Veränderung, dann im Vollzug beobachtbar werde, wenn man sämtliche Ebenen in die Beobachtung einschließt, auf denen sich Einflüsse auf den Organismus ergeben: von der genetischen Ausstattung über die

aktuelle Zusammensetzung und Interaktion aller körpereigenen Eiweiße bis hin zur sozial geprägten Lebensweise. Werden alle relevanten Zusammenhänge identifiziert, periodisch über Messwerte überwacht und in ein digitales Netzwerk-Modell eingespeist, entsteht die Möglichkeit, nicht nur pathologische Entwicklungen kleinschrittig zu studieren, sondern diese auch für jeden Organismus individuell und differenziert vorherzusagen. Auf diese Weise wird Medizin *prä-diktiv*. Zugleich kommt sie nicht erst ins Spiel, wenn Krankheiten sich schon symptomatisch zeigen. Vielmehr kann sie pathologische Prozesse durch frühzeitige Intervention stoppen oder sogar wieder rückgängig machen. So wird Medizin *präventiv*, und zwar nun von Grund auf. Bekämpft werden dabei aber nicht mehr modellhafte, als Symptombündel gefasste Krankheitsarten, und auch nicht mehr mit Mitteln, die sich in klinischen Großstudien als durchschnittlich wirksam erwiesen haben. Gegenstand des Interesses sind vielmehr jene pathologischen Verschiebungen und Prozesse, die tatsächlich im einzelnen Organismus ablaufen und auf die nun Interventionen angesetzt werden, die passgenau auf die individuellen Bedingungen des Zielorganismus abgestimmt sind. Dadurch wird Medizin *personalisiert*.

Während die Systembiologie das erkenntnistheoretische Fundament dieser neuen Medizin liefert, setzt sie zur Erreichung ihrer Ziele konsequent auf Digitalisierung. So soll einerseits für jedes Individuum ein riesiger Datensatz entstehen, der mit anderen vergleichbar ist und deshalb auch in weltweite Datenbanken eingespeist werden kann, um darin mittels Data-Mining biomedizinische Muster zu finden. Andererseits soll der Schulterschluss mit der Informatik, Mathematik und Physik die Entwicklung notwendiger Technologien für die Messung, anwendungsbezogene Analyse von Daten und die verständliche Darstellung der Präventionsoptionen, die „actionable possibilites“ (Hood, 2017, Min. 11:03–11:04), sicherstellen. Dieser technikwissenschaftliche Kern (Vogt et al., 2016), der eine prädiktive, präventive und personalisierte Medizin erst ermöglicht, entstand als konzeptuell zusammenhängender Entwurf (Hood et al., 2004; Weston & Hood, 2004) in Abgrenzung zur Mikrobiologie, deren große Anwendungshoffnungen sich mit der Entzifferung des menschlichen Genoms als vorschnell und letztlich verfehlt erwiesen hatten. Erst mit einiger Verspätung wurde diesem Kern das vierte P hinzugefügt. Es weist die neue Medizin auch als *partizipativ* aus.

Der Partizipationsbegriff der P4-Medizin ist schillernd und durchzogen von sowohl instrumentellen als auch emanzipativen Noten (Prainsack, 2017, S. 190 ff.). Als Appell formuliert, werden durch ihn zwar prinzipiell alle Akteure, die sich in die P4-Medizin *einfügen* sollen, als Teilnehmende adressiert, darunter auch die Krankenkassen und der Gesetzgeber (Hood & Auffray, 2013, S. 110).

Aber zugleich hebt der Partizipationsbegriff den besonderen Stellenwert derjenigen hervor, denen die P4-Medizin unmittelbar nutzen soll. Sie werden als Nachfragende ihrer Dienstleistungen, Apps und zu Hause einsatzfähiger Medizintechnik nicht nur als Gegengewicht zur veränderungsfeindlich gedeuteten ärztlichen Profession und der weiterhin an großen Absatzmärkten für standardisierte Breitbandprodukte interessierten Pharmaindustrie aufgebaut (Hood & Flores, 2012, S. 619), sondern würden gegenüber diesen künftig auch eine gewisse Unabhängigkeit und Selbstbestimmung gewinnen (ebd., S. 620). Andererseits verlangt die P4-Medizin ganz grundsätzlich eine neue Art von Subjekten. Sie sollen nicht mehr „passive recipients of expert advice characteristic of pre-digital medicine“ (ebd., S. 619) sein. Erforderlich würden stattdessen aktiv(iert) e Individuen, welche die Erhaltung ihrer Gesundheit eigenständig in die Hand nehmen (Hood & Auffray, 2013, S. 110) und sich das dazu nötige Wissen aneignen (Hood & Flores, 2012, S. 619), ja sogar in einen Kreislauf sich verstärkender Motivation geraten, wenn sie sehen, wie ihre Lebensführung die physiologischen Werte verändert (Hood, 2017, Min. 43:55–44:03). Dies setzt insgesamt die bereitwillige Eingliederung in das Regime der kontinuierlichen Generierung von Daten sowie ihre Zurverfügungstellung für medizinischen Zwecke voraus. Dabei geht es *mindestens* um Genomanalysen, quartalsmäßige Blutabnahmen zur Kontrolle sogenannter Biomarker und regelmäßige digitale Selbstauskünfte zum gesundheitsrelevanten Handeln. Da diese Daten die Grundlage der neuen medizinischen Erkenntnisse bilden, wird es entscheidend an breiter Teilnahme hängen, ob die P4-Medizin überhaupt ihr eigenes Leistungsversprechen wird einlösen können (Hood & Flores, 2012, S. 620).

3 Das Medikalisierungspotential der P4-Medizin

Ziel der P4-Medizin ist die Verhinderung von möglichst vielen Erkrankungen, die nicht infolge von Unfällen, Infektionen oder körperlicher Abnutzung entstehen, darunter: Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs, Diabetes Typ II, Parkinson oder Alzheimer. Entscheidend dafür ist der umfassende datenbasierte Zugriff auf menschliches Leben in *all* seinen Facetten (Vogt et al., 2016). Engmaschig gewoben, reicht er von der Physiologie bis zur Lebensgestaltung, ist hochgradig individualisiert und bringt Medizin ins Spiel, lange bevor sie sich derzeit im Alltag zeigt. Doch nicht allein dadurch, dass für die P4-Medizin auch indikationslos Daten gesammelt werden, wird der Medizin jener Bereich – die Gesundheit – erschlossen, der für ihre kurative Stoßrichtung bisher stets entweder „nicht mehr oder noch nicht“ (Luhmann, 1990, S. 187) handlungsrelevant war. Auch liegt das

Medikalisierungspotential der P4-Medizin nicht bloß darin, dass sie Pathologien individuiert und viel feinkörniger erkennt, als es die Risikofaktorenmedizin jetzt schon tut. Vielmehr baut sich P4-Medizin vor allem deswegen als Kraft der weiteren und potenziell entscheidenden Medikalisierung von Gesundheit auf, weil die angestrebten umfangreichen Datensätze es der P4-Medizin ermöglichen könnten, Merkmale der Lebensweise mit organismischen Bedingungen und Prozessen erstmals *gleichrangig* ins Verhältnis zu setzen.

Gelingt dies, muss sich die Medizin nicht mehr mit den jetzt schon bekannten, aber eher allgemein gehaltenen Empfehlungen zur gesunden Lebensweise begnügen. Vielmehr kann sie dann individuelle Risikoprofile ermitteln, passgenaue Präventionsmaßnahmen ausgeben und deren Umsetzung in der Datenentwicklung minutiös nachvollziehen. Auf diese Weise wird nicht nur Gesundheit *vollständig* medizinisch definierbar, und zwar auf rein technikwissenschaftlicher Grundlage (Vogt et al., 2016) – ganz ohne lebensweltlichen Bezug und selbst gegen subjektives Erleben. Die P4-Medizin kann auch in einem Ausmaß, einer Genauigkeit und Direktheit auf *Lebensführung* zustoßen, wie dies der Medizin bisher unmöglich war (Dreßler & Dimbath, i. E.). Das heißt, mit dem Eintritt der P4-Medizin in das Leben eines Individuums kann jenes nicht mehr einfach so weitergelebt werden, wie es sich ergibt. Denn im Unterschied zur herkömmlichen Medizin bilden sich Abweichungen nun relativ zeitnah und genau in den Daten ab. Entsprechend verlangt das individuelle Präventionsregime *methodische* Umsetzung. Was sich also zunächst bloß als Medikalisierung von Gesundheit darstellt, vollzieht sich auch als Medikalisierung – und Straffung – der Lebensführung für diejenigen, die von P4-Medizin gesundheitlich profitieren.

4 Medikalisierungsforschung zwischen Kritik und Prozessanalyse

Obwohl der P4-Medizin ihre Fähigkeiten ausschließlich aufgrund ihrer biotechnologischen und informatischen Infrastruktur zuwachsen, zeigt sie unter Medikalisierungsgesichtspunkten eine der Theoriebildung zuwiderlaufende Besonderheit. Zwar beruht P4-Medizin genau auf jener Entwicklung, die unter dem Stichwort Biomedikalisierung diskutiert wird und die im Hinblick auf umfangreiche ökonomische, soziale und kulturelle Transformationen betrachtet werden soll (Clarke et al., 2010). Wie keine andere biomedizinische Innovation reartikuliert P4-Medizin aber zugleich das Motiv des *ursprünglichen* und durch die Forschung zu Biomedikalisierung in den Hintergrund geratenen Interesses an Medikalisierung, nämlich soziale Kontrolle (Zola, 1972; Conrad,

1979, 1992). Muss die P4-Medizin deshalb auch im Anschluss an die frühere Medikalisierungsliteratur analysiert werden?

Die sozialwissenschaftliche Thematisierung von Medikalisation – die Überführung von nicht-medizinisch definierten Fragen in medizinische (Conrad, 2007, S. 4) – war von Anfang an von der Absicht getragen, den sich abzeichnenden sozialen Wandel kritisch zu begleiten. Dabei hat sich unter den verschiedenen Projekten der Kritik (Dreßler & Dimbath, i. E.) jenes durchgesetzt, das bereit ist, Medikalisation als ein *ambivalentes* Phänomen wahrzunehmen. Dies bedeutet, dass sowohl die Vorteile als auch die Nachteile gesellschaftlicher Medikalisationsschübe in den Blick genommen werden (Zola, 1991; Conrad & Schneider, 1992; Conrad, 2007). Entsprechend der sozialwissenschaftlichen Selbstverortung der Medikalisationforschung beschränkt sich ihr Phänomenbereich indes auf die *sozialen* Folgen. Typischer Bezugspunkt der Überlegungen ist die Öffnung der Krankenrolle (Parsons, 1951) für ein bestimmtes Handeln oder Unterlassen. Eine Aufrechnung gegen medizinische Leistungen scheitert dagegen an den differierenden Fragestellungen von Medizin und Sozialwissenschaften. Möglich ist dies nur von einer dritten Position aus, wie sie die Ethik im Rahmen einer Güterabwägung einnimmt (Parens, 2013). Allerdings kommt wohl auch sie nicht um das Problem der „Standpunktgebundenheit“ (Peter & Neubert, 2016, S. 279) von Medikalisationsevaluierungen herum.

Die eigentliche Kernkompetenz der Sozialwissenschaften liegt hingegen bei der Aufklärung über die Entfaltung von Medikalisation als einem *sozialen Prozess*. Nach Conrad (1992, S. 211) kann sich dieser an drei Schauplätzen entfalten: erstens als die Einführung medizinischer Begrifflichkeiten in die Alltagssprache, zweitens als deren Berücksichtigung und Verwendung durch nicht-medizinische Organisationen und drittens als Einführung neuer Behandlungsangebote. Dabei ist die ärztliche Profession nur auf dem dritten Schauplatz zwingend involviert. Auf dem zweiten mag sie immerhin als Zertifizierungsinstanz auftreten, auf dem ersten kann sie ganz fehlen (ebd.). Diese Variation macht deutlich, dass die Betrachtung von Medikalisationsprozessen nur als erfolgreiche Einordnung Betroffener in die Krankenrolle und damit bloß als Suche nach den lebensweltlichen Betroffenheiten von Medikalisation zu kurz greift. Überhaupt scheint ein Denken vom Endergebnis her, wie es für die Bewertungsperspektive typisch ist, für die Betrachtung von Medikalisation als einem *sozialen Prozess* weniger vielversprechend zu sein als die Antizipation der anfangs immer nur schrittweisen, oft nachjustierungsbedürftigen und konfliktreichen Herstellung dauerhafter und belastbarer Arrangements kollektiven Handelns (Becker, 2008). In diesem Sinne lässt sich auch der Hinweis von Conrad und Schneider (1992, S. 244) auf die Zusammenarbeit lesen, in

die sich die medizinische Profession zuweilen mit anderen Berufen im Zuge von Medikalierungsprozessen begibt.

Einer solchen Beziehung soll im Folgenden nachgegangen werden: der möglichen Zusammenarbeit der P4-Medizin mit der Sozialen Arbeit. Wie ersichtlich werden wird, ist die Annäherung beider im Programm der P4-Medizin bereits angelegt, wenn auch nicht ausgeführt. Den Möglichkeitsraum im Sinne konvergierender, aber auch konfligierender Perspektiven zu diskutieren, entspricht nicht nur einem Analyseprogramm, das die Temporalität von Medikalierung im Sinne einer offenen Zukunft ernst nimmt. Es beleuchtet auch ein kritisches Potenzial, das nicht von außen an ein Medikalierungsszenario herangetragen werden muss.

5 P4-Medizin und Soziale Arbeit

Eine Zusammenarbeit mit der Sozialen Arbeit gehört bis jetzt nicht zum Programm der P4-Medizin. Im Rahmen der Auslegung des vierten, auf Partizipation zielenden ‚P‘ hat sich aber bereits die Überzeugung gebildet, dass die neue Gesundheitsorientierung und ihre Umsetzung im Alltag professioneller Begleitung bedarf. Dafür wird sogar ein eigener Beruf vorgesehen: der „healthcare and wellness coach“ (Hood & Auffray, 2013, S. 4). Sein Qualifikationsniveau soll zwischen akademisch ausgebildeter Pflege und Allgemeinmedizin liegen. Soziale Arbeit wird dabei zwar nicht ausdrücklich erwähnt. Sie ist aber nicht nur seit ihrer institutionellen Begründung mit dem Gesundheitswesen verbunden, sondern versucht auch selbst seit langem das Thema Gesundheit voranzubringen, und zwar immer schon mit einem handlungspraktischen Fokus (Sting & Zurhorst, 2000). In Bezug auf die Beschäftigtenzahlen sind bereits etwa ein Viertel der Sozialarbeiter:innen im Gesundheitswesen tätig (Homfeldt, 2010, S. 489), wiederum ein Viertel davon – und unter allen Ausrichtungen am schnellsten wachsend – mit Klinikanbindung (Blankenburg & Cosanne, 2021, S. 141). Tatsächlich zieht sich das Thema Gesundheit, wenngleich verschiedentlich akzentuiert und unterschiedlich stark etabliert, durch viele Handlungsfelder der Sozialen Arbeit. Diesbezüglich unterscheiden Homfeldt und Sting (2006, S. 17) zwischen „Gesundheitsarbeit im Sozialwesen“, „Sozialarbeit im Gesundheitswesen“ und „sozialpädagogische[r] Gesundheitsförderung“. Als fachlich spezialisierte Variante arbeitet zudem die Klinische Sozialarbeit – der Systembiologie nicht unähnlich und in gewisser Weise sogar komplementär – auf der Grundlage eines bio-psycho-sozialen Mehr-Ebenen-Modells, das den menschlichen Körper und seinen Geist vonseiten seiner sozialen Einbettung her

konzipiert (Pauls, 2013). Auch die P4-Medizin denkt über soziale Netzwerke nach (Hood & Flores, 2012, S. 620). Schließlich gibt es in der allgemeinen Diskussion zum Bezugsproblemen der Sozialen Arbeit bereits den Vorschlag, diese auf die Frage der Lebensführung auszurichten (Wirth, 2015).

Die Soziale Arbeit bietet sich aber nicht bloß aufgrund ihrer institutionellen und thematischen Nähe für P4-Medizin an, sondern auch hinsichtlich ihrer sozial-kommunikativen Kompetenzen, zumal auch Coaching zu ihrem Methodeninstrumentarium gehört (Schütte-Bäumner, 2021, S. 69). In Fällen aber, in denen es nicht lediglich um die Erhöhung der „Selbstgestaltungspotenziale, also des Selbstmanagements“ (Schreyögg, 2004, S. 951) geht, weil viel grundlegendere Probleme bestehen, beginnt Soziale Arbeit mit psychosozialer Beratung. Solche Fälle hat die P4-Medizin derzeit noch nicht im Blick. Früher oder später wird sie aber ebenso auf eine spezifische Variante des Präventionsparadox' stoßen: „die hohe Teilnahmekzeptanz bei wenig gefährdeten Adressatengruppen sowie die umgekehrt proportionale Ablehnung und fehlende Motivation bei [...] Risikogruppen“ (Bauer, 2005, S. 74). Dazu gehören insbesondere sozial Benachteiligte und Ausgeschlossene. Um auch sie zu erreichen, setzt Soziale Arbeit auf „niedrigschwellige, zugehende und psychosozial konstituierte Handlungsansätze“ (Schütte-Bäumner, 2021, S. 65). Was gegenüber den Pflege- und Heilberufen ein Alleinstellungsmerkmal darstellt, gehört für die Soziale Arbeit sogar zum Berufsethos. Auf Personen mit schwerwiegenden, multiplen Problemen hat sich die Klinische Sozialarbeit spezialisiert. Auch wenn die oft extremen Lebenslagen dieser Personen die Regelmäßigkeitserfordernisse P4-medizinkonformer Lebensführung stark erschweren, werden die Folgeprobleme sozialer Deprivation insgesamt die P4-Medizin an die Soziale Arbeit heranrücken. Soziale Ungleichheit produziert nicht bloß genau dort mehr gesundheitliche Probleme. Sie erschwert sogar das Greifen psychoedukativer Gegenmaßnahmen, sodass umfangreichere, lebensgeschichtlich früh ansetzende und sozialstrukturell sensible Anstrengungen notwendig werden (Bauer & Bittlingmayer, 2020).

Dass P4-Medizin die Zielgruppenspezifik von Gesundheitsförderung nicht berücksichtigt, liegt an ihrem Somazentrismus (Vogt et al., 2014). Im Mittelpunkt stehen körperliche Veränderungen; das Soziale ist nur ein weiterer Bereich, der über Daten eingefangen wird. Entsprechend reduziert fasst sie die Aufgabe der *healthcare and wellness coaches* gegenüber ihren Klient:innen: „look at the patient's data cloud and present it to them in a way that encourages them to use their data to improve their health“ (Hood & Auffray, 2013, S. 4). Wenn der Sozialen Arbeit diese Aufgabenbeschreibung naiv erscheint, so nicht deshalb, weil sie nichts mit datengetriebener Diagnostik anzufangen wüsste. Obgleich Soziale Arbeit seit jeher das fachliche Urteil stark vom persönlichen Eindruck

abhängig macht, ist sie, besonders bei Risikoabschätzungen, doch nicht frei von technischer Urteilsfindung, welche die Verwendung von Big Data entschieden ausbauen würde (Schrödter et al., 2020). Gleichwohl bleibt Soziale Arbeit anders als die P4-Medizin, die aufgrund ihrer Datenbankorientierung nichts mehr mit narrativen Informationen anfangen kann (Prainsack, 2018, S. 695) und deshalb das Anamnesegespräch überflüssig macht (Dreßler & Dimbath, i. E.), an das Erzählen gebunden. Der psychosozialen Beratung liefert es den Ausgangspunkt und übernimmt darin eine wertvolle Rolle, weil im Erzählen Reflexion und gleichsam narrativ vorwegnehmend eine größere Eigenmächtigkeit erprobt werden kann (Völzke, 2011). Doch die Differenz liegt tiefer. Denn Soziale Arbeit steht für einen Ansatz, der den Menschen nicht nur als Ziel heteronomer Bemühungen ansteuern, sondern ihn in seiner Autonomie stärken will, wobei sie zugleich *seinen* Blick auf Welt respektieren muss. Während der Holismus der P4-Medizin technikwissenschaftlich konstruiert wird (Vogt et al., 2016), ist jener der Sozialen Arbeit humanistisch geprägt. Er prädisponiert sie dazu, sich gegen einen instrumentellen Bezug auf ihre Adressat:innen zu stellen. Deswegen dürfte sich die P4-Medizin bei der an sich vorteilhaften Integration der Sozialen Arbeit in die P4-Welt auf Kritik und neue Konfliktlinien einstellen müssen.

Inhaltlich attraktiv könnte die Soziale Arbeit das Projekt der P4-Medizin aufgrund seines emanzipatorischen Gehalts finden. So verspricht sie zum einen, die P4-Nutzenden sowohl von der Expertokratie der ärztlichen Profession als auch vom Profitinteresse pharmazeutischer Großkonzerne zu entkoppeln und somit weitgehend ein Leben *außerhalb* des Krankheitsbehandlungssystems zu ermöglichen. Damit könnte – paradoxerweise – gerade die P4-Medizin einen Teil der Utopie der frühen Medikalisationkritik (Illich, 1981) ein Stück weit Wirklichkeit werden lassen. Zum anderen gehört es zum Credo der P4-Medizin, den *eigenen* Einfluss der P4-Nutzenden auf die Erhaltung ihrer Gesundheit zu betonen: „You can attribute by 30% of a person’s lifetime health outcome back to their genetics, about 60% of someone’s lifetime health refers back to their behavior and environment [...]; only 10% [...] can be attributed back to the healthcare system“ (Price, 2018, o. S.). Dies resoniert entschieden mit dem Empowerment-Ziel gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit, auch wenn diese gegenüber der P4-Medizin geltend machen würde, dass nicht alle soziale Lagen schon gleichermaßen gute Voraussetzungen für Empowerment bieten und sich auch nicht jeder Mensch empoweren lassen will (Morbach, 1997).

Akzeptierte die Soziale Arbeit die Aufgabe, wie sie von der P4-Medizin gestellt wird, würde sie freilich nicht bloß strukturell die Position der ärztlichen Profession erben, sondern interaktionsdynamisch zum Compliance-Problem geführt werden. Das heißt, die Soziale Arbeit würde in es eingespannt und zu

dessen Lösung mit ihren professionellen Mitteln beizutragen aufgefordert sein. Ausgetauscht würde dabei lediglich das Thema Krankheit gegen Gesundheit. Doch im Gegensatz zur P4-Medizin vertritt Soziale Arbeit ein demokratie- und bildungstheoretisch geformtes Verständnis von Partizipation (Schnurr, 2018). Dies schlägt sich etwa darin nieder, dass selbst gegen mangelnde Möglichkeiten im sonstigen Leben zumindest innerhalb der sozialarbeiterischen Beziehung Mit- und Selbstbestimmung erlebt werden soll. Geschehen soll dies über eine Beteiligung „bei der Festlegung von Rahmenbedingungen, Anlässen, Formen und Zielen“ (ebd., S. 1133) der Hilfe. Insofern würde sich Soziale Arbeit damit schwertun, Partizipation auf eine bloße *Teilnahme* an P4-Medizin im Sinne einer Konformität mit deren Präventionszielen zu reduzieren. Vielmehr würde sie mindestens im Gewissenskonflikt darüber sein oder sogar direkt daran arbeiten wollen, den P4-Nutzenden auch *Teilhabe* an und in ihr zu ermöglichen. Dies zeigt sich an der von der Sozialen Arbeit bevorzugten kommunikativen Gattung der Beratung. Denn sie zielt, jedenfalls jenseits der rechtlich geregelten Kontakte, nicht auf Umsetzung eines vorher feststehenden, nämlich medizinisch definierten Programms, sondern in dialogischer Weise auf „Klärungs- und Verständigungsprozesse“ (Scherr, 2008, S. 99) zuerst über Problemdeutungen, dann über mögliche Lösungen. Und dies bedeutet, eben „nicht von vornherein einzuschränken, worin jeweils Hilfsbedürftigkeit besteht und wie geholfen werden kann“ (ebd., S. 104). Entsprechend täte sich hier ein Konflikt auf: zwischen dem typisch medizinischen Drang nach Präventionsmaximierung einerseits und der lebensweltlich rückgebundenen Zielondierung für einen immer nur „gelingenderen Alltag“ (Thiersch, 2013) aufseiten der Sozialen Arbeit andererseits.

Zur Präferenzorientierung der Sozialen Arbeit gehört aber neben der unbedingten Lebensweltorientierung, einem emphatischen Partizipationsverständnis sowie der Schaffung von Verhältnissen und Erfahrungen, die förderlich für Empowerment-Prozesse sind, auch ein sozialräumlicher Horizont des sozialarbeiterischen Handelns (Franzkowiak, 2008, S. 211). Er reicht von sozialpolitischer Anwaltschaft über gesundheitsbezogene Stadtteilentwicklung und lokale Koordination sozialrechtlicher Leistungsträger bis hin zur Schaffung von Angeboten interpersoneller Vernetzung und konkreter Beziehungsarbeit. Dieses umfassende Interventionsinteresse heftet die Sympathien der Sozialen Arbeit noch stärker an das Modell der Gesundheitsförderung, in dem sie „überdeutliche Gemeinsamkeiten“ (Franzkowiak et al., 2011, S. 230) sieht. Entsprechend reserviert zeigt sie sich gegenüber Tendenzen der individualistischen Verengung des Zugangs, den die Soziale Arbeit am Modell der Prävention und seiner Prägung durch die biomedizinische Behandlung und das Denken in Risikofaktoren wahrnimmt (Franzkowiak, 1992, S. 253).

Skepsis gegenüber Prävention hat bei der Sozialen Arbeit schließlich die Reflexion über die ersten Kontakte mit Präventionsprogrammen Ende der 1980er Jahre hinterlassen. Dabei erschien Prävention unauflösbar mit den Kontingenzen sozialer Normierung verbunden (ebd., S. 258), in deren Ausgestaltung auch Interessen und Macht hineinwirkten (Franzkowiak et al., 2011, S. 225). Diesbezüglich dürfte die bioinformatische Grundlage der Präventionsempfehlungen der P4-Medizin die soziale Konstruktion der Prävention nur undurchsichtiger machen, letztlich aber nicht aufheben (Mützel et al., 2018; Häußling, 2020). Entsprechend dürfte sich Soziale Arbeit auch gegenüber der Verheißung der P4-Medizin, Gesundheit erstmals rein wissenschaftlich zu bestimmen (Price, 2018), für den lebensweltlichen Anteil von Gesundheit stark machen, die „zwischen Experten und Laien überhaupt erst einmal ausgehandelt werden muß“ (Franzkowiak, 1992, S. 258). Aber gerade weil die P4-Medizin Lebensstilwandel schon lange vor jedem subjektiven Leidensdruck erwirken will, wäre die Soziale Arbeit, sofern sie sich „in paramedizinischer Assistenz, Reparaturdienstleistung oder Einzelfallarbeit erschöpfe“ (Franzkowiak, 2008, S. 214), für die P4-Medizin nur der „psychosoziale Blockwart“ (Franzkowiak & Wenzel, 1989, S. 126).

Es ist bemerkenswert, dass dieser ausdrücklich kritische Blick, welcher die eher für Gesundheitsförderung denn Prävention plädierende gesundheitsbezogene Soziale Arbeit begleitet hat, in der Klinischen Sozialarbeit nicht fortgeführt wird. Während die noch unspezialisierte Soziale Arbeit bei der (Selbst-)Versicherung ihrer gesundheitsbezogenen Relevanz durchaus sah, dass Prävention auch mit „Verhaltenskontrolle“ (Franzkowiak, 1992, S. 257; o. Hervorheb.) einhergehe und sogar Medikalisierung (ebd., S. 263; Franzkowiak et al., 2011, S. 226) befördere, findet diese Perspektive keinen Eingang in die Diskussion um die Etablierung einer Fachsozialarbeit (Mühlum, 2001). Eine Medikalisierungsbeteiligung wird sogar ausdrücklich bestritten (Pauls & Mühlum, 2005, S. 6). Dies hängt an einer stark verkürzten Rezeption der Medikalisierungsliteratur – sie ist durchaus verbreitet (Wambach, 1992) –, im Zuge derer Medikalisierung als Zuständigkeitsausweitung nur des *ärztlichen* Handelns gedeutet wird (Illich, 1981). Verstärkend kommt hinzu, dass die Klinische Sozialarbeit sich von der Assoziation mit dem Krankenhaus lösen will und sich stattdessen unabhängig davon über die Kompetenz, sozialtherapeutisch wirksam zu werden, definieren will (Wendt, 1998). Ein weniger verkürztes Verständnis von Medikalisierung, das sich zurecht von ihrer anfänglichen Verengung auf die ärztliche Profession löst (Strong, 1979), müsste demgegenüber als Definitionskriterium die Relevanzausweitung des *medizinischen Modells* und mit ihm *soziale Kontrolle* unter medizinischen Vorzeichen heranziehen (Zola, 1972; Conrad, 1992). Selbst mit der Umstellung von Krankheit auf Gesundheit entkommt das Präventionsprojekt der P4-Medizin

diesem Kriterium nicht, weil ihr Ausgriff auf die individuelle Lebensführung diese ebenso medikalisiert.

Dass die Klinische Sozialarbeit selbst das immer (mindestens) doppelte Mandat aller Sozialer Arbeit aus Hilfe *und* Kontrolle (Böhnisch & Lösch, 1973) ausblendet, könnte daran liegen, dass selbstkritische Reflexion auf dem Weg der Verwissenschaftlichung als Lösung für die zunehmende Konkurrenz mit anderen Heil- und Pflegeberufen (Wendt, 1995) kaum hilfreich ist, vielleicht sogar die Zuschaustellung von Leistungsfähigkeit und die Monopolisierung der eigenen Kompetenzen torpediert. So lenkt das professionspolitische Projekt denn auch die kritischen Kräfte konsequent nach außen ab, wo sie zuerst die Einseitigkeit der Biomedizin – der Körper als alleiniger Fokus – ausmachen können, um ihr dann die eigene Stärke – das Psychosoziale – als Ergänzung für das Ausgesonderte anzubieten (Ortmann & Schaub, 2002). Die darauf angewiesene P4-Medizin dürfte bei einer Zusammenarbeit mit der Sozialen Arbeit die in der Klinischen Sozialarbeit immer wieder erhobene Forderung, die eigenen Konzepte und Methoden wissenschaftlicher Prüfung im Sinne einer „Evidenzbasierung“ (Gahleitner, 2019, S. 7) zu unterziehen, bereitwillig unterstützen.

6 Fazit

Das Aufkommen der P4-Medizin wirft für die Soziale Arbeit eine – eigentlich alte (Trojan & Waller, 1978) – Frage auf: Soll sie sich mit der Medizin zu beiderseitigem Vorteil zusammentun? Das Ziel, sozialstrukturell bedingte Ungleichheiten in der Krankheitsprävalenz abzubauen, teilt die Soziale Arbeit mit der Medizin ja in jedem Fall. Nun könnte aber die innerfachliche Umstrukturierung der Sozialen Arbeit durch Ausbildung einer professionalisierungsinteressierten Fachsozialarbeit den Ausschlag dafür geben, die bisherige Parteinahme für sozialräumlich ausgelegte Gesundheitsförderung gegenüber rein individualistisch orientierter Prävention brüchig werden zu lassen. Dabei dürfte das Problem der sozialen Kontrolle jene Achse sein, um die herum die Neuverhandlung der Kooperationsfrage mit der Medizin auszufechten sein wird. Hierfür dürfte die vorstehende Darstellung helfen, die Implikationen eines möglichen Engagements der Sozialen Arbeit für die P4-Medizin im Horizont der Medikalisierung von Gesundheit, die zugleich eine der Lebensführung ist, besser zu begreifen.

Für die P4-Medizin wird sich die Suche nach Kooperationspartnern früher oder später stellen. Abgesehen von einem sozialstrukturell ungleich verteilten Interesse an der Ausrichtung des eigenen Lebens an Gesundheit zeigt bereits das eingangs angeführte Beispiel der Impfplots:innen die Konsequenz einer Ent-

wicklung hin zu einer Komplexitätssteigerung medizinischer Fortschritte, die von Personen ohne tieferegehende medizinische Kenntnisse nicht mehr nachvollzogen werden kann. Je voraussetzungsreicher ärztliches Wissen wird, gerade durch die Einbeziehung hochkomplexer Datensätze, desto abstrakter erscheint auch die Begründbarkeit eines an Prävention ausgerichteten Verhaltens. Es bedarf also nicht nur einer umfassenden Neuausrichtung der medizinischen Aufklärung beziehungsweise des gesundheitsbewussten Verhaltens, sondern obendrein einer ‚Übersetzung‘, ‚Distribution‘ und damit ‚Vermittlung‘ dieses Wissens in unterschiedliche Bevölkerungssegmente. Insbesondere wenn Gesundheitsversorgung prädiagnostisch und präventiv – also nicht mehr kurativ an bereits subjektiv Kranken – erfolgen soll, müssen Handlungsmacht und -initiative auf die Individuen übertragen werden. Auf welchem Wege dies geschehen kann, scheint derzeit noch weitgehend offen zu sein. Denkbar sind erstens autoritative Lösungen einer Verpflichtung zu Gesundheitsvorsorge, zweitens ökonomische, die Verhalten beispielsweise über die Ausgestaltung von Versicherungsverträgen regulieren, und drittens sozial- oder fürsorgestaatliche im Sinne des Versuchs, Gesundheitsbildung auch in bildungsfernen Milieus zu tragen und dort Prozesse der Willensbildung – und auch des entsprechenden Verhaltens – anzustoßen.

Welcher Weg auch eingeschlagen wird, werden sich die Blicke auf die Soziale Arbeit richten, wenn es darum geht, die Konsequenzen der jeweiligen Maßnahmen ‚am Menschen‘ zu organisieren. Im autoritativen Kontext wird sie dem Polizieren vorzuschalten sein, wenn die Einzelnen den Aufforderungen zum Gesundheitshandeln nicht nachkommen. Im ökonomisierten Kontext wird sie beratend beispringen müssen, wenn die assekurativen Sanktionssysteme aufgrund von Überforderung oder Verweigerung nicht bedient werden und den Individuen unter die Arme gegriffen werden muss. Und im Bereich sozialstaatlicher Fürsorge ist zu erwarten, dass der Sektor gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit expandieren müssen. Während in den ersten beiden Fällen die Soziale Arbeit weiterhin damit beschäftigt ist, soziale Härten abzufedern, eröffnet sich ihr im dritten Bereich ein neues Betätigungsfeld, bei dem sie sich Position beziehen müssen: Kann sie weiterhin auch kritisch begleiten oder wird sie durch die Beauftragung zu einer milieuspezifischen Gesundheitsbildung zur Agentin medizinischer Interessen im weitesten Sinn? Innerprofessionell könnte diese Frage die sicher weniger zögernde Klinische Sozialarbeit in ein Spannungsverhältnis mit den Überzeugungen gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit bringen.

Setzt sich die P4-Medizin künftig durch, dürfte dies auf eine für die Soziale Arbeit günstige Bedarfsentwicklung hinauslaufen. Nicht allein ihr bereits bestehendes Engagement für Gesundheit wird expandieren. Die Medikalisierung der Gesundheit wird, um fortschreiten zu können, weit mehr neu definieren

müssen: nicht nur viele Grundroutinen der medizinischen Versorgung – insbesondere im Bereich der Vorsorge und Prävention –, sondern auch umfassende Aufgaben der Informationsweitergabe und -distribution ebenso wie neue Vermittlungskompetenzen für die Kommunikation zwischen Medizin und Bevölkerung. Dass diese Herausforderungen die Soziale Arbeit eher treffen werden als andere Tätigkeitsprofile, etwa eine aus der Medizin ausdifferenzierte Ausbildung oder eine Expansion des Geschäftsfeldes der Fitnesscoaches zu Gesundheitsberatern, ist zumindest vorübergehend anzunehmen. Langfristig schärfste Konkurrenz droht der Sozialen Arbeit wohl durch Absolvent:innen gesundheitswissenschaftlicher Studiengänge mit bisher nur allgemein kommunikationsorientierter Ausbildung (Schnabel, 2006). Als Einrichtung der Krisenintervention dürfte die Soziale Arbeit aber zuerst vor Ort sein, bevor andere gesellschaftliche Tätigkeitsverständnisse, etwa aus dem ökonomischen Feld, nachziehen und die Aufgabe in einen neuen Markt verwandeln. Mit dieser Entwicklung wäre dann allerdings auch wieder ein Rückbau einer vorübergehend expandierten Sozialen Arbeit zu erwarten.

Gefördert vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege durch das Forschungsprojekt DigiMed Bayern (www.digimed-bayern.de).

Literatur

- Bauer, U. (2005). *Das Präventionsdilemma: Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bauer, U., & Bittlingmayer, U. H. (2020). Zielgruppenspezifische Gesundheitsversorgung: Das Beispiel ungleicher Lebenslagen. In O. Razum & P. Kolip (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (7. Aufl., S. 710–735). Beltz Juventa.
- Becker, H. S. (2008). *Art Worlds* (2. Aufl.). University of California Press.
- Blankenburg, K., & Cosanne, E. (2021). Gesellschaftliche Trends und Beschäftigungszahlen in Praxisfeldern gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. In S. Dettmers & J. Bischkopf (Hrsg.), *Handbuch gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit* (2. Aufl., S. 138–146). Reinhardt.
- Böhnisch, L. & Lösch, H. (1973). Das Handlungsverständnis des Sozialarbeiters und seine institutionelle Determination. In H.-U. Otto & S. Schneider (Hrsg.), *Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit, Bd. 2*. (2. Aufl., S. 21–40). Luchterhand.
- Clarke, A. E., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R., & Fishman, J. R. (2010). Biomedicalization: A theoretical and substantive introduction. In A. E. Clarke, J. K. Shim, L. Mamo, J. R. Fosket, & J. R. Fishman (Hrsg.), *Biomedicalization: Technology, health, and illness in the U.S.* (S. 1–44). Duke University Press.
- Conrad, P. (1979). Types of medical social control. *Sociology of Health and Illness*, 1(1), 1–11.

- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209–232.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press.
- Conrad, P. & Schneider, J. W. (1992). *Deviance and medicalization: From badness to sickness* (erw. Aufl.). Temple University Press.
- Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*, 10(3), 365–388.
- Dreßler, A. & Dimbath, O. (i. E.). Radikale Medikalisierung: P4-Medizin als gesellschaftliches Modernisierungsprogramm. *Psychologie & Gesellschaftskritik*.
- Franzkowiak, P. (1992). Risikofaktoren und das „prinzipiell richtige“ Leben: Kritische Anmerkungen zum Konzept und einigen ethischen Problemen der Verhaltensprävention. In A. Trojan & B. Stumm (Hrsg.), *Gesundheit fördern statt kontrollieren: Eine Absage an den Mustermenschen* (S. 252–265). Fischer.
- Franzkowiak, P. (2008). Prävention im Gesundheitswesen: Systematik, Ziele, Handlungsfelder und die Position der Sozialen Arbeit. In G. Hensen & P. Hensen (Hrsg.), *Gesundheitswesen und Sozialstaat: Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit* (S. 195–219). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Franzkowiak, P., Homfeldt, H. G., & Mühlum, A. (2011). *Lehrbuch Gesundheit*. Beltz Juventa.
- Franzkowiak, P., & Wenzel, E. (1989). In Zukunft Gesundheit? Notizen zum einseitigen Liebeswerben der ‚neuen Prävention‘ um Sozialarbeit und Sozialpädagogik. In K. Böllert & H.-U. Otto (Hrsg.), *Soziale Arbeit auf der Suche nach Zukunft* (S. 113–128). Böllert KT.
- Gahleitner, S. B. (2019). Klinische Sozialarbeit: Stand der Entwicklungen in Deutschland. *Klinische Sozialarbeit*, 15(2), 6–8.
- Häußling, R. (2020). Daten als Schnittstellen zwischen algorithmischen und sozialen Prozessen: Konzeptuelle Überlegungen zu einer Relationalen Techniksoziologie der Datafizierung in der digitalen Sphäre. In S. Maasen & J.-H. Passoth (Hrsg.), *Soziologie des Digitalen – Digitale Soziologie?* (S. 134–150). Nomos.
- Homfeldt, H. G. (2010). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit: Ein einführendes Handbuch* (4. Aufl., S. 489–503). VS Verlag.
- Homfeldt, H. G. & Sting, S. (2006). *Soziale Arbeit und Gesundheit: Eine Einführung*. Reinhardt.
- Hood, L. (2017). Precision wellness – From big data to actionable information. Exponential Medicine. <https://www.youtube.com/watch?v=cV9fln3Tt4>. Zugegriffen: 10 Apr. 2022.
- Hood, L. & Auffray, C. (2013). Participatory medicine: A driving force for revolutionizing healthcare. *Genome Medicine*, 5. <https://doi.org/10.1186/gm514>.
- Hood, L., Balling, R., & Auffray, C. (2012). Revolutionizing medicine in the 21st century through systems approaches. *Biotechnology Journal*, 7(8), 992–1001.
- L Hood & M Flores. (2012). A personal view on systems medicine and the emergence of proactive P4 medicine: Predictive, preventive, personalized and participatory. *New Biotechnology*, 29(6), 613–624

- Hood, L., Heath, J. R., Phelps, M. E., & Lin, B. (2004). Systems biology and new technologies enable predictive and preventative medicine. *Science*, 5696, 640–643.
- Illich, I. (1981). *Die Nemesis der Medizin: Von den Grenzen des Gesundheitswesens*. Rowohlt.
- Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz. (2022). Impflotsen Rheinland-Pfalz. <https://www.lzgrlp.de/de/impflotsen-rheinland-pfalz.html>. Zugegriffen: 10. Apr. 2022.
- Luhmann, N. (1990). Der medizinische Code. In N. Luhmann (Hrsg.), *Soziologische Aufklärung 5* (S. 183–195). Westdeutscher.
- Morbach, J. (1997). Empowerment als professionelle Grundhaltung und Methode in Sozialarbeit und Gesundheitsförderung. In H. G. Homfeldt & B. Hünersdorf (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Gesundheit* (S. 155–174). Luchterhand.
- Mühlum, A. (2001). Wieviel Spezialisierung braucht – und verträgt – die Soziale Arbeit? Gesundheitsarbeit – Gesundheitssozialarbeit – Klinische Sozialarbeit ... *ForumSOZIAL*, 2(1), 12–15.
- Mützel, S., Saner, P., & Unternährer, M. (2018). Schöne Daten! Konstruktion und Verarbeitung von digitalen Daten. In D. Houben & B. Prietl (Hrsg.), *Datengesellschaft: Einsichten in die Datafizierung des Sozialen* (S. 111–132). Transcript.
- Ortmann, K., & Schaub, H.-A. (2002). Klinische Sozialarbeit – eine kritische Sicht auf ein neues Fachgebiet. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, 53(1), 66–72.
- Parens, E. (2013). On good and bad forms of medicalization. *Bioethics*, 27(1), 28–35.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. Free Press.
- Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit: Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung* (3. Aufl.). Beltz Juventa.
- Pauls, H., & Mühlum, A. (2005). Klinische Kompetenzen: Eine Ortsbestimmung der Sektion Klinische Sozialarbeit. *Klinische Sozialarbeit*, 1(1), 6–9.
- Peter, C., & Neubert, C. (2016). Medikalisierung sozialer Prozesse. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S. 273–285). Springer VS.
- Prainsack, B. (2017). *Personalized medicine: Empowered patients in the 21st century?* New York University Press.
- Prainsack, B. (2018). Personalised and precision medicine: What kind of society does it take? In M. Meloni, J. Cromby, D. Fitzgerald, & S. Lloyd (Hrsg.), *The palgrave handbook of biology and society* (S. 683–701). Palgrave Macmillan.
- Price, N. D. (2018). Scientific wellness as dominant paradigm of 21st century healthcare. <https://www.blog.hyperwellbeing.com/007-nathan-price-scientific-wellness-paradigm-of-21st-century-healthcare/>. Zugegriffen: 10. Apr. 2022.
- Scherr, A. (2008). Beratung als Form wohlfahrtsstaatlicher Hilfe. In R. Schützeichel & T. Brüsemeister (Hrsg.), *Die beratene Gesellschaft: Zur gesellschaftlichen Bedeutung von Beratung* (S. 95–110). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schnabel, P.-E. (2006). Gesundheitskommunikation auf dem Weg zum Beruf? In J. Pundt (Hrsg.), *Professionalisierung im Gesundheitswesen: Positionen – Potenziale – Perspektiven* (S. 127–145). Verlag Hans Huber.
- Schnurr, S. (2018). Partizipation. In H.-U. Otto, H. Thiersch, R. Treptow, & H. Ziegler (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit* (6. Aufl., S. 1126–1137). Reinhardt.

- Schreyögg, A. (2004). Coaching. In F. Nestmann, F. Engel, & U. Sickendiek (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung* (Bd. 2, S. 947–957). DGVT.
- Schrödter, M., Bastian, P., & Taylor, B. (2020). Risikodiagnostik und Big Data Analytics in der Sozialen Arbeit. In N. Kutscher, T. Ley, U. Seelmeyer, F. Siller, A. Tillmann, & I. Zorn (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Digitalisierung* (S. 255–264). Beltz Juventa.
- Schütte-Bäumner, C. (2021). Handlungswissen und Methodenkompetenz gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. In S. Dettmers & J. Bischof (Hrsg.), *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit* (2. Aufl., S. 65–72). Reinhardt.
- Sting, S., & Zurhorst, G. (2000). Gesundheit – ein Kernthema der Sozialen Arbeit? In S. Sting & G. Zurhorst (Hrsg.), *Gesundheit und Soziale Arbeit: Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit* (S. 7–11). Juventa.
- Strong, P. M. (1979). Sociological imperialism and the profession of medicine: A critical examination of the thesis of medical imperialism. *Social Science & Medicine*, 13, 199–215.
- Thiersch, H. (2013). Die Rede vom gelingenderen Alltag: Ein Essay. In M. Schilling, H. Gängler, I. Züchner, & W. Thole (Hrsg.), *Soziale Arbeit Quo Vadis? Programmatische Entwürfe auf empirischer Basis* (S. 180–194). Beltz Juventa.
- Trojan, A., & Waller, H. (1978). Sozialarbeit und Medizin: Möglichkeiten und Hindernisse der Kooperation im Rahmen gemeindeorientierter Versorgung. *Jahrbuch für kritische Medizin*, 3, 192–203.
- Vogt, H., Hofmann, B. & Getz, L. (2016). The new holism: P4 systems medicine and the medicalization of health and life itself. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 19(2), 307–323.
- Vogt, H., Ulvestad, E., Eriksen, T. E., & Getz, L. (2014). Getting personal: Can systems medicine integrate scientific and humanistic conceptions of the patient? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20(6), 942–952.
- Völzke, R. (2011). Das biographisch-narrative Beratungsgespräch – Kommunikatives Empowerment in der psychosozialen Praxis. In A. Lenz (Hrsg.), *Empowerment: Handbuch für die ressourcenorientierte Praxis* (S. 277–302). DGVT.
- Wambach, M. M. (1992). Medikalisation. In R. Bauer (Hrsg.), *Lexikon des Sozial- und Gesundheitswesens* (Bd. 2, S. 1331–1333). Oldenbourg.
- Wendt, W. R. (1995). Die Klinische Sozialarbeit braucht ein Profil. *Blätter der Wohlfahrts-pflege*, 142(10), 256–257.
- Wendt, W. R. (1998). Behandeln können: Klinische Kompetenzen in Praxisfeldern sozialer Arbeit. *Blätter der Wohlfahrts-pflege*, 145(9/10), 173–175.
- Weston, A. D., & Hood, L. (2004). Systems biology, proteomics, and the future of health care: Toward predictive, preventative, and personalized medicine. *Journal of Proteome Research*, 3(2), 179–196.
- Wirth, J. V. (2015). Soziale Probleme oder „Probleme der Lebensführung“? – Vorschlag zur Revision des Bezugsproblems Sozialer Arbeit. *Neue Praxis*, 45(6), 603–612.
- World Health Organization. (2020). Constitution of the world health organization. In World Health Organization (Hrsg.), *Basic Documents* (49. Aufl. S. 1–19). World Health Organization. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf.
- Zola, I. K. (1972). Medicine as an institution of social control. *The Sociological Review*, 20(4), 487–504.

Zola, I. K. (1991). The medicalization of aging and disability. In G. L. Albrecht & J. A. Levy (Hrsg.), *Advances in medical sociology: A research annual* (Bd. 2, S. 299–315). JAI Press.

Arne Dreßler, wissenschaftlicher Mitarbeiter im Projekt DigiMed Bayern am Lehrstuhl für Systematische Theologie und Ethik an der Ludwig-Maximilians-Universität München, Diplom-Sozialwirt.

Oliver Dimbath, Professor für Allgemeine Soziologie an der Universität Koblenz, Dr. rer. pol., Diplom-Soziologe.