

1 Auftrag Sozialer Arbeit und gesundheitliche Chancengerechtigkeit



Überblick

Dieses Kapitel widmet sich dem Auftrag Sozialer Arbeit und der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit. Ausgehend von der Definition Sozialer Arbeit wird dargestellt, inwieweit Gesundheit als bio-psychosoziales Phänomen und subjektives Wohlbefinden wesentlicher Bestandteil des Alltags der Menschen ist. Dies ermöglicht eine unmittelbare Überführung in sozioökonomisch bedingte gesundheitliche Ungleichheit und die Klärung der Frage, inwieweit Soziale Arbeit, orientiert an den Menschenrechten und mit dem Ziel von Ermächtigung, einen Beitrag zu mehr gesundheitsbezogener Chancengerechtigkeit leisten kann.

Der Auftrag Sozialer Arbeit im Kontext gesundheitlicher Chancengerechtigkeit begründet sich über ihre internationale Definition (IFSW 2014, 2008; DBSH 2016) und die Definition von Gesundheit (Franzkiwiak, Homfeldt & Mühlum 2011: 59): »Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.« (WHO 1948) Weiter wird ausgeführt: »The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.« (WHO 1948)

Damit verweist die WHO auf

1. Gesundheit als mehrdimensionales, bio-psycho-soziales Phänomen,
2. ein positives Gesundheitsverständnis, welches Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit versteht,
3. ein subjektives Sich-Befinden in dem Begriff des Wohlbefindens (well-being) und
4. das Recht auf Gesundheit, unabhängig von Herkunft, Religion, politischer Gesinnung, ökonomischen oder sozialen Bedingungen der Menschen.

Obwohl die Gesundheitsdefinition der WHO nicht kritikfrei zu betrachten ist, erweist sie sich als anschlussfähig an den Auftrag Sozialer Arbeit. Sie begründet einen ganzheitlichen Ansatz, der die soziale Dimension von Gesundheit einbezieht, und fokussiert mit ihrer positiven Ausrichtung auf Gesundheit ein ressourcenorientiertes und befähigendes, empowerndes Handeln. Ein weiterer Aspekt ist in der Hervorhebung von Gesundheit als Wohlergehen (»well-being«) zu sehen, mit der die subjektive Perspektive in den Mittelpunkt gestellt wird (Rademaker 2018, S. 19). Dieses subjektive Wohlbefinden impliziert ein individuell und gesellschaftlich hervorgebrachtes Konstrukt von Gesundheit, das von der jeweiligen Perspektive beeinflusst wird. Was Gesundheit ist, kann nicht allein von Expert*innen definiert werden. Vorherrschende Expert*innenmeinungen über Gesundheit beeinflussen zwar subjektive Gesundheitskonzepte und Vorstellungen der Menschen, schlussendlich konstruiert aber jeder Mensch selbst, was zu einem *Sich-gesund-Fühlen* und der Gesundheit im Alltag beiträgt oder sie gefährdet (Faltermaier 2020). So kommen wir kaum umhin, Gesundheit in ihrer lebensweltlichen Bedingtheit zu betrachten (Rademaker 2018). Ein Symptom wie ein Hautausschlag oder eine Suchterkrankung können in einer Situation belastend und in einer ganz anderen nicht belastend für das Individuum erscheinen.

1.1 Subjektorientierte Alltagskonstruktionen von Gesundheit

Die subjektorientierten Alltagskonstruktionen von Gesundheit stehen in einem engen Zusammenhang mit den äußeren Bedingungen. Sie sind als subjektive Interpretationen von Gesundheit und Krankheit zu verstehen, als Theorien, wie Gesundheit und Krankheit im Alltag aufrechterhalten werden und was als gesundheitsförderliches Verhalten erachtet wird. Sie legen dar, welche Einstellungen und Motive Menschen in Bezug auf ihre Gesundheit bewegen, inwieweit sie sich als einflussmächtig auf ihre Gesundheit verstehen und welchen Wert Gesundheit für die Menschen in ihrem Alltag hat. Subjektorientierte Alltagskonstruktionen von Gesundheit bilden damit eine wesentliche Grundlage für die Menschen (bewusst oder unbewusst) zu entscheiden, ob und inwieweit sie in ihre Gesundheit investieren (Zeit, Engagement, Arztbesuche u. v. m.). Zudem beeinflussen sie, welche eigenen Fertigkeiten und Fähigkeiten (Kommunikationsfähigkeiten, Körperwahrnehmung, alltägliche Skills wie Einkaufen oder Kochen) sowie umweltbezogene Ressourcen (Freunde, Nachbarn, Angebote des Gesundheitswesens) den Menschen dabei helfen, sich als handlungsmächtig zu begreifen und Einfluss auf ihre Gesundheit zu nehmen.

Die Alltagskonstruktionen von Gesundheit entstehen einerseits vor dem Hintergrund individueller Wissensbestände, den Erfahrungen und dem Verständnis von Gesundheit einzelner Menschen und hängen andererseits von milieuspezifischen und habitualisierten Alltagsverständnissen und -praktiken ab. Diese bilden sich im Laufe des Lebens in einer dynamischen Mensch-Umwelt-Interaktion heraus und können z.B. über das alltägliche Verständnis des Zusammenspiels diagnostizierbarer Symptome und einer damit einhergehenden subjektiv wahrgenommenen Belastung oder Einschränkung im Alltag erforscht werden (Schramme 2012). Diese hybride Auffassung verweist darauf, Krankheit stärker in ihrer für das Individuum wahrnehmbaren Belastungswahrnehmung zu verstehen (siehe hierzu u.a. Flick 1998; Schütze 1973; Boltanski 1976; Vester 2009). Gesundheit rückt so in den Fokus eines Zusammenspiels gesellschaftlicher Wertvorstellungen, Medien, normativer Zwänge und

Beziehungen sowie Interaktionen im sozialen Milieu, in der Familie und in der Peer-Group. Die subjektorientierten Alltagskonstruktionen von Gesundheit bilden damit eine wichtige Perspektive für die Soziale Arbeit, um Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit besser zu verstehen.

1.2 Sozioökonomisch bedingte gesundheitliche Ungleichheit

Die Chancen auf Gesundheit sind in unserer Gesellschaft ungleich verteilt. Menschen, die in benachteiligten Lebenswelten leben, weisen oft auch einen riskanteren Lebensstil auf und befinden sich in riskanteren Lebenslagen. Beispielsweise nehmen Obdachlosigkeit, Flucht oder Gewalt wesentlich Einfluss auf die Möglichkeiten, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil pflegen und sich aktiv um die eigene Gesundheit kümmern zu können. In Zeiten gesellschaftlicher Transformationsprozesse und (multipler) Krisen nehmen diese und weitere gesundheitliche Ungleichheiten zu. Armut, Zugang zu Bildung, Arbeit, Wohnen und soziale Netzwerke beeinflussen wie wohlfahrtsstaatliche Sicherungssysteme, der Klimawandel, gesellschaftliche und räumliche Disparitäten, Rassismus und Demokratiefeindlichkeit die bio-psycho-soziale Gesundheit der Menschen. Wichtig für die Soziale Arbeit ist es demnach, gesundheitliche Risiken für bestimmte Gruppen von Adressat*innen zu kennen. Hierzu kann sie auf die regelmäßig erscheinende Gesundheitsberichterstattung (GBE) zurückgreifen.

Exkurs: Gesundheitsberichterstattung (GBE) in Deutschland

Seit 2008 führt das Robert Koch-Institut (RKI) ein kontinuierliches Gesundheitsmonitoring in Deutschland durch. Dadurch können Entwicklungen im Krankheitsgeschehen sowie im Gesundheits- und Risikoverhalten in Deutschland beobachtet (Kurth 2012) sowie Trends

und Veränderungen der gesundheitlichen Lage identifiziert werden. Das Gesundheitsmonitoring findet im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit statt. Die Studien liefern bundesweit repräsentative Gesundheitsinformationen, sowohl zu Kindern und Jugendlichen (KIGGS) als auch Erwachsenen (GEDA, DEGS) (Robert Koch-Institut 2021; Kurth 2012).

1. Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA): Bei GEDA handelt es sich um eine jährlich ein- bis zweimal durchgeführte telefonische Querschnittsbefragung der Wohnbevölkerung ab 18 Jahren. Dabei werden u.a. Zusammenhangsanalysen von sozioökonomischer Lebenslage, Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung durchgeführt. Der Vergleich der Daten mehrerer Jahre erlaubt Trendanalysen sowie eine rasche Bestandsaufnahme von Änderungen des Gesundheitszustands oder des Gesundheitsverhaltens.
2. Deutscher Erwachsenen-Gesundheits-Survey (DEGS): Bei dem DEGS handelt es sich um einen periodisch durchgeführten Befragungs- und Untersuchungssurvey zur Erhebung verschiedener gesundheitsrelevanter Personenmerkmale (Größe und Gewicht, Blutdruck, körperliche Funktionsfähigkeit, u.v.m.) und vertieften Bearbeitung spezifischer Gesundheits- oder Krankheitsprobleme. Es werden Quer- und Längsschnittstudien durchgeführt.
3. Kinder- und Jugendlichen-Gesundheits-Studie (KiGGS): Erstmals 2007 lagen Daten der Basiserhebung mit 17.641 teilnehmenden Jungen und Mädchen im Alter von 0 bis 17 Jahren vor. Die KiGGS wird seitdem als Kohortenstudie fortgeführt. Zusätzlich werden kontinuierlich neue Kinder in die Erhebung einbezogen, um im Ergebnis aktuelle Quer- und Längsschnittdaten über die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen von 0 bis 17 Jahren in Deutschland zu erhalten.

Die Studien des RKI ermöglichen Erkenntnisse zu Entwicklungen der gesundheitlichen Lage und zu Ursachen und Bedingungen gesundheitlicher Veränderungen. Gewonnene Daten werden für die For-

schung genutzt und fließen in die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) ein. Die Ergebnisse werden darüber hinaus dazu verwendet, um wissenschaftlich fundierte Entscheidungen treffen zu können, sowie zur Konzeption zielgerichteter Maßnahmen zur gesundheitlichen Vorsorge, Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention.

Sozioökonomisch bedingte gesundheitliche Ungleichheit

Die Daten des RKI zeigen einen eindeutigen Einfluss des sozioökonomischen Status auf die Gesundheit und Lebenserwartung. Personen mit niedrigem Sozialstatus sind vermehrt von chronischen Krankheiten, psychosomatischen Beschwerden, Unfallverletzungen sowie Behinderungen betroffen. Sie schätzen ihre eigene Gesundheit schlechter ein und berichten häufiger von gesundheitsbedingten Einschränkungen in der Alltagsgestaltung (Robert Koch-Institut 2021). Die KIGGS-Welle 2 (2018) zeigt, dass es bereits im Kindes- und Jugendalter einen engen Zusammenhang zwischen der sozioökonomischen und der gesundheitlichen Lage gibt. Obwohl die überwiegende Mehrheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland gesund aufwächst, belegen die Ergebnisse, dass Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischem Status (SES) einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand und häufiger gesundheitsbezogene Einschränkungen aufweisen.

Der unmittelbare Zusammenhang sozioökonomischer und gesundheitlicher Ungleichheit legt nahe, dass die Förderung der Determinanten von Gesundheit (► Kap. 2.2) explizite Gesundheitsförderung darstellt. Hierzu zählen insbesondere die Armutsbekämpfung, niedrigschwellige Zugänge und gerechte Bildungssysteme, Ausbildung und Arbeit, Wohnraum, der Zugang zu sozialen Sicherungs- und Versorgungssystem, Mobilität u.v.m. Diese kann auf individueller Ebene in der Förderung von Gesundheitsressourcen und Resilienz (► Kap. 2.5, ► Kap. 3.4) erfolgen, auf einer sozialraum- und lebensweltorientierten Ebene (► Kap. 3.2), strukturell in kommunalen Allianzen (► Kap. 3.8) und dem Settingansatz (► Kap. 3.5). Hinzu kommt die politisch-gesellschaftliche Ebene durch die Gesetzge-

bung und entsprechenden Rahmenkonzepte. Sie bereitet die strukturelle Grundlage für eine am Setting orientierte Gesundheitsförderung (► Kap. 5, ► Kap. 6, ► Kap. 7) und eine Stärkung der Gesundheit benachteiligter Bevölkerungsgruppen, z.B. über Maßnahmen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

1.3 Gesundheitliche Chancengerechtigkeit und der Capability Approach

Gesundheit wird zu einem menschlichen Grundrecht erklärt, das allen Menschen unabhängig von ihrer sozialen oder ökonomischen Lage zusteht: »The right to health is a fundamental part of our human rights and of our understanding of a life in dignity.« (OHCHR 2008) Daraus lässt sich umgekehrt eine gesellschaftliche Verpflichtung ableiten (Franzkowiak/Homfeldt/Mühlum 2011, S. 60), sich für die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit zu engagieren und die dafür erforderlichen bestmöglichen politischen, sozialen, ökologischen bzw. ökonomischen Voraussetzungen zu schaffen.

Health: a Social Work Issue

Die International Federation of Social Workers (IFSW) hält fest:

»Health is an issue of human rights and social justice. These two central social work values frame IFSW's understanding that all people have an equal right to enjoy the social conditions that underpin human health and to access services and other resources to promote health and deal with illness.« (IFSW 2008)

In der Menschenrechtserklärung der Vereinten Nationen (UN) werden fundamentale Rechte genannt, die für die Gesundheit von Bedeutung

sind (Allgemeine Erklärung der Menschenrechte [Resolution 217 A (III) der Generalversammlung der Vereinten Nationen vom 10. Dezember 1948]). Das Recht

- auf Leben, Freiheit und Sicherheit,
- zur Beteiligung an der politischen Entscheidungsfindung,
- auf Bildung und auf gerechte und günstige Arbeitsbedingungen,
- auf einen Lebensstandard, der die Gesundheit und das Wohlergehen der eigenen Person und der Familie gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnraum und medizinischer Versorgung sowie notwendiger sozialer Dienste,
- auf Sicherheit.

Das Leben und Wohlergehen der Menschen wird aufgrund der Bedingungen, unter denen sie aufwachsen, leben, wohnen und arbeiten, beeinflusst. Diese teils subtil im Alltag die Gesundheit formierenden Mechanismen gilt es zu identifizieren und besser zu verstehen. Hierzu kann als theoretisch-analytische Grundlage der auf Verwirklichung zu einem guten Leben ausgerichtete Capability Approach (CA) dienen (Nussbaum 2012; Ziegler 2011; Bittlingmeyer/Ziegler 2012). Dieser von dem indischen Wirtschaftswissenschaftler und Philosophen Amartya Sen begründete Ansatz eröffnet eine Analyse von sogenannten Realfreiheiten der Menschen, also den real zur Verfügung stehenden Optionen, im Alltag verschiedene *Functionings* verwirklichen zu können (Sen 2005). Diese *Functionings* verstehen sich als Einstellungen, Werte, Normen und Fertigkeiten, die Menschen mit guten Gründen wertschätzen können, wie z.B. sich gut zu ernähren, bilden und entwickeln zu können. Etwas mit guten Gründen wertschätzen zu können, bezieht Nussbaum, eine weitere prominente Vertreterin des CA, auf die Verwirklichung eines guten Lebens. Dabei geht es ihr einerseits um die subjektive Verwirklichung individuellen Wohls. Andererseits legt sie diesem individuellen Wohlbefinden eine Liste von normativ zu erreichenden sog. Grundfreiheiten zugrunde, die jedem Menschen in einer gerechten Gesellschaft ermöglicht werden sollten. Diese *Capabilities* sind dann die Freiheiten, *Functionings* tatsächlich verwirklichen zu können. Sie werden als verschiedene

Kombinationen von »beings and doings«, die eine Person erreichen kann, verstanden. Es handelt sich dabei um die ihr real zur Verfügung stehenden (Handlungs-)Optionen. Personale und soziale bzw. umweltbezogene Ressourcen können also helfen, alltäglichen Anforderungen zu begegnen. Sie allein reichen aber nicht aus, um (Handlungs-)Optionen und reale Freiheiten zu entfalten. Hierzu bedarf es eines kritischen Blicks in die Lebenswelt der Menschen, und inwieweit diese »doings and beings« begrenzt.

Grundfreiheiten

Nussbaum legt eine Liste von Grundfreiheiten zugrunde, die jede Gesellschaft für ihre Bürger*innen anstreben sollte und die bei Messungen der Lebensqualität eine Rolle spielen sollten (Nussbaum 2016, S. 200). Ihr geht es bei der Liste um einen normativen Rahmen für Anstrengungen zur Schaffung von Strukturen, die es den Menschen ermöglichen, Fähigkeiten und Handlungsweisen zu erreichen (die Liste ist nachzulesen in Nussbaum 2016, S. 200–202)

Der Capability Approach (► Abb. 1) fragt also nach der Erfassung und Bewertung von Lebensaussichten von Menschen unter Berücksichtigung ihrer Diversität. Er verweist dabei auf das komplexe Zusammenspiel von Infrastrukturen, verfügbaren und mobilisierbaren Ressourcen und den Verwirklichungschancen der Menschen im Sinne einer gesundheitsbezogenen Agency (Rademaker 2018).

Motive und Deutungsmuster der einzelnen Menschen mögen differieren, aber die Grundfreiheiten als Konzeption eines guten Lebens sind aus der gerechtigkeitstheoretischen Perspektive Nussbaums durch die Schaffung gesellschaftlicher Strukturen zu bewahren. Der CA erweitert damit den Blick von kulturellen und sozialen Praktiken der Menschen auf die Machtkonstellationen von Institutionen (Otto et al. 2013) und auf den »materiell und institutionell strukturierten Raum gesellschaftlicher Möglichkeiten zu einem akteursbezogenen Raum individueller Bedürfnisse und Handlungsbefähigungen mit Blick auf die Ermöglichung einer selbstbestimmten Lebenspraxis« (Ziegler 2009, S. 138). Der tatsächlich

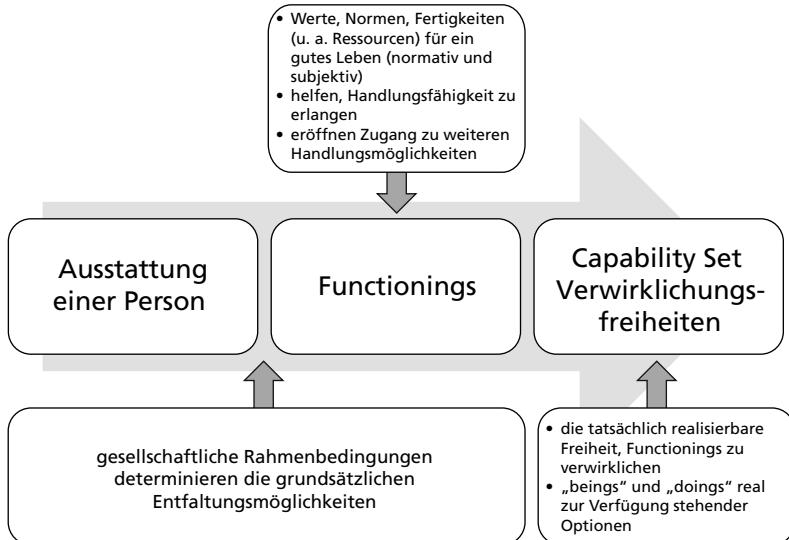


Abb. 1: Der Capability Approach (Ziegler 2011, 2009; in Anlehnung an Bittlingmeyer/Ziegler 2012)

realisierbare Möglichkeitsraum, Gesundheit im Alltag herzustellen, bildet sich heraus in Subjekt-Gesellschafts-Macht-Figurationen (ebd., S. 139), womit den Menschen keine Handlungsfähigkeiten abgesprochen werden, ihre Handlungsmöglichkeit aber kritisch an die strukturelle Begrenztheit ihrer Lebenswelt zurückgebunden wird. Damit erweist sich der CA als an den Ansatz von *Health in All Policies* (HiAP) anschlussfähig. Die Förderung von Gesundheit der Bevölkerung ist nicht allein Aufgabe des Gesundheitssektors. Politische Maßnahmen jedes Sektors, wie bspw. Bildung, Arbeit, Mobilität und Wohnen, können Auswirkungen auf die Gesundheit und Mechanismen zur Aufrechterhaltung gesundheitlicher Ungleichheit nehmen. Der HiAP-Ansatz zielt darauf ab, politische Maßnahmen anzugehen, die sich z.B. auf Verkehr, Wohnen und Stadtplanung, Umwelt, Bildung, Landwirtschaft, Finanzen, Steuern und wirtschaftliche Entwicklung auswirken, sodass sie die allgemeine Gesundheit und gesundheitliche Chancengerechtigkeit über alle Sektoren hinweg und ›lebensweltübergreifend‹ fördern.