

Braucht Gesundheit Soziale Arbeit?

Zur Beziehung von Gesundheitsarbeit und Sozialarbeit.

Braucht Gesundheit Soziale Arbeit, meine Damen und Herren? Zweifellos, werden Sie sagen, wenn sie gefährdet ist. Aber steht dafür nicht ein hochdifferenziertes Gesundheitswesen bereit? Nun ja, eher ein Krankenversorgungswesen -- und leider kommt Sozialarbeit darin nur marginal vor.

Deshalb verdient die nur scheinbar rhetorische Frage eine ernsthafte Antwort – auch wenn Manche sie als Provokation empfinden. Pro vocare – wörtlich: herausschreien zum Wettstreit – ist beim hohen Gut *Gesundheit* durchaus nötig. Wobei es an Argumenten für das Zusammenspiel von Sozial- und Gesundheitsarbeit gewiss nicht fehlt.

Ich versuche gar nicht, mit Daten zu belegen, was Sie ohnehin wissen (oder nachlesen können, etwa im Lehrbuch GESUNDHEIT von Franzkowiak/Homfeldt/Mühlum, das gerade bei Juventa erscheint). Stattdessen wähle ich einige Aspekte aus -- mit Vignetten und Metaphern als ‚Sprachbilder‘ anstelle von PowerPointPictures. Gegliedert im schlichten Dreischritt makro-, meso-, mikrosozial. Oder nach WHO-Systematik: *Gesundheitsförderung* per Politik, Setting, Verhalten.

1. **Die Makro-Ebene:** Schlüsselbegriff Soziale und gesundheitliche Ungleichheit (→ gesellschaftliche Verankerung von Gesundheit und Krankheit)

Von Königin Victoria wird berichtet, wie sie einst beim Ausritt versehentlich die Slumbezirke Londons streifte und - erschrocken über das Elend - ihren Fächer vor die Augen hielt. Der *Fächer der Königin* als hübsches Symbol für Verdrängung. Das Nicht-Wahrhaben-Wollen des Elends und der gesundheitlichen Not funktioniert auch heute, wie wir alle wissen. Probleme zu (er-)kennen ist jedoch die Voraussetzung jeder Verbesserungsmaßnahme.

Wer, wenn nicht die Soziale Arbeit, soll den Fächer beiseite schieben? Es gehört zu ihrem Auftrag, soziale Probleme zu erkennen und ggfs. zu skandalisieren, -- als personifiziertes *schlechtes Gewissen* der Gesellschaft. (Paradoxiertweise dient sie gleichzeitig der Entlastung und Rechtfertigung, wenn sie sozialen Sprengstoff entschärft und Systemloyalität fördert und so zum *guten Gewissen* des Sozialstaats beiträgt.)

Was aber haben soziale und gesundheitliche Ungleichheit miteinander zu tun? Und beide mit sozialer Gerechtigkeit? Unter ‚health inequalities‘ werden alle sozialen Unterschiede im Gesundheitszustand gefasst, ‚health inequities‘ sind dagegen nur die Unterschiede, die als ungerecht gelten. „Es kommt also darauf an, unter den vielen sozialen Unterschieden im Gesundheitszustand die wichtigsten herauszufinden und als (gesundheits-) politisches Problem zu definieren“ (Mielck 2011).

Bedeutsam sind die Determinanten Einkommen und sozialer Status, soziale Unterstützung und Netzwerke, Bildung und Ausbildung, Arbeit und Umwelt, aber auch Gesundheitsverhalten, Gesundheitskompetenz, Bewältigungsstrategien -- und

geradezu als *Leitkategorien*: Alter, Gender und Armut. So sind Arme häufiger von chronischen Krankheiten, Unfällen, Behinderungen und früher Sterblichkeit betroffen als besser gestellte Gruppen.

Empirische Belege für diesen Sozialgradienten von Gesundheit und Krankheit sind – wie Lampert/Mielck (2008) leicht ironisch vermerken,- nur noch von begrenztem Neuigkeitswert. Längst werden regierungsamtlich ([Armuts- und Reichtumsbericht 2008](#) , 13. [Kinder- und Jugendbericht 2009](#)) wachsende Benachteiligung und Ausgrenzung registriert. Die Auflösung sozialer Milieus und ein Individualisierungsschub, der die Unterschichten besonders hart trifft, korreliert mit soziokulturellen und ökonomischen Verwerfungen. Globalisierungsangst überwölbt diese Gemengelage mentaler und sozialer Probleme, die weit in die Mittelschichten hineinreichen. All dies wirkt sich auf das Befinden der Menschen und ihre Gesundheit aus.

Eine radikalisierte Moderne verspricht Autonomie, blockiert aber für viele den Zugang, ja verwandelt das Freiheitsverlangen in neue Abhängigkeiten -- von Erfolg, Schönheit, Fitness, Konsum. Diese „Sakralisierung des Selbst“ (Karl Gabriel) steht in schreiendem Gegensatz zur wachsenden Zahl der Verliererschicksale - „Looser“, nicht-fit, nicht-jung, nicht-clever - die sich nur zeitweise verdrängen oder mit wachsenden gesellschaftlichen Kosten ausgrenzen lassen.

Jedenfalls bestimmen *Soziale Gesundheitsdeterminanten* riskante und gesunde Lebensweisen. Krankheits-, Behinderungs- und Sterblichkeitsrisiken sind – auch - strukturell geprägt. Die Jakarta-Erklärung der WHO (1997) stellt lapidar fest: „Armut ist die mit Abstand größte Bedrohung für die Gesundheit.“

Hinzu kommt eine Medikalisierung sozialer Probleme: Abweichendes Verhalten wird als psychische Krankheit definiert, armutsgenerierte Krankheit moralisiert -- statt die *Gesundheitsverhältnisse* zu bessern. Dabei handelt es sich „nicht nur um ungleiche Zugänge zu materiellen Ressourcen, sondern auch um eine Bedrohung der Solidaritätsressourcen einer Gesellschaft“ (Heiner Keupp, 2007, S. 13 ff) – verstärkt durch die ‚strukturelle Rücksichtslosigkeit‘ gegenüber Familien (Franz Xaver Kaufmann). Die wichtigsten *Vulnerabilitätsfaktoren* sind Randständigkeit, Armut und fehlende soziale Unterstützung -- womit wir mitten in der Sozialarbeit wären.

Wenn die *soziale* Ungleichheit *gesundheitliche* Ungleichheit zeugt, stellt sich in aller Schärfe die Gerechtigkeitsfrage. Und die steht im Zentrum Sozialer Arbeit. Diese versucht, die oft schwerfällige Sozial- und Gesundheitspolitik zu bewegen – in Richtung Teilhabe- und Verwirklichungschancen ([A. Sen: Capability-Approach; vgl. a. Lampert, Hagen 2010; Franzkowiak 2011, Homfeldt/Sting 2006 und 2011; Franzkowiak/ Homfeldt/Mühlum 2011](#)).

Kritisch sei angemerkt: Leider gibt es keine völlig Leid freie „Gesundheits-Gesellschaft“ - trotz aller Versprechungen einer prädiktiven Medizin. Den Manipulationen der ‚Life Sciences‘ droht vielmehr die Sozialtechnologie der Social Sciences zur Seite zu treten - assistiert von der Sozialen Arbeit (Mühlum 2009). Wer dies als Horrorszenario empfindet, muss eine Vorstellung von der genuinen Würde des Menschen haben und bereit sein, dafür zu streiten -- für Gesundheit, aber auch

dafür, Krankheit, Sterben und Tod mit Würde und solidarisch zu tragen, soweit sie unabänderlich sind (SozA als *Menschenrechtsprofession*, Staub-Bernasconi 2007).

2. Die Meso-Ebene: Schlüsselbegriffe Lebenswelt und gefährdete Gesundheit (→ sozialräumliche Verankerung der Gesundheitsprobleme)

Von Aaron Antonovsky stammt die Metapher vom Fluss als Lebensdynamik. Dazu passt das Bild vom Arzt, der Menschen aus einem Strom rettet und damit so beschäftigt ist, dass er gar nicht fragt, warum immer wieder Menschen ins Wasser fallen (oder gar: wer sie hineinwirft). Sozialarbeiter-Humor spinnt die Geschichte weiter: Ein Passant fragt den emsigen Retter: "Was machen Sie denn da?" "Wiederbelebung!". Während er rhythmisch den Brustkorb des noch halb im Wasser Liegenden presst, kommt jedes Mal ein Schwall Wasser aus dem Mund. "Sie machen etwas falsch!". "Nein, ich bin Arzt", - wieder und wieder schwallt das Wasser. Nach kurzem Schweigen: "Herr Doktor, ich bin nur Installateur, aber solange sie den Mann nicht ganz aus dem Wasser ziehen, können Sie pumpen, bis der Fluss leer ist"

Gesundheit und Krankheit sind von äußeren Umständen mit bestimmt. Neben der subjektiven Einschätzung und Betroffenheit sind die o.g.

Gesundheitsindikatoren entscheidend, wie an Armut, Geschlecht, Wohnen, Migration gezeigt werden kann. Die „riskante Gesundheit“ der Betroffenen lässt sich an Parametern der Belastung, der Bewältigung, der gesundheitlichen Versorgung nachweisen. Die Langzeitstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen KIGGS (2007), die Deutsche Erwachsenen-Gesundheitsstudie DEGS (2009) und die Querschnittstudie Gesundheit in Deutschland aktuell GEDA (2010) belegen spezifische Gesundheitsprobleme sozial benachteiligter Gruppen. (Vgl. a. [Gesundheitsberichterstattung des Bundes und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts](#)).

Auch hier ist zu fragen, wer kümmert sich um diese vulnerablen, demoralisierten, oft schwer erreichbaren Menschen, -- wenn nicht die Sozialarbeit? Für die Meso-Ebene ‚Sozialraum‘ drückt es die Ottawa-Charta fast lyrisch aus:

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: Dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben“ (WHO Ottawa-Charta 1986).

Die Determinanten von Gesundheit erfordern schon wegen des Zusammenhangs von *Gesundheit-Krankheit-Lebensweise-Lebenslage* eigene Handlungsansätze, die statt von der Krankheitsbekämpfung von Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung bestimmt sind, - um die Bürger zu unterstützen, eigenverantwortlich Einfluss auf ihre gesundheitlichen Belange in Familie, Betrieb, Kommune zu nehmen.

Dieser von der WHO forcierte *Setting-Ansatz* (Naidoo/Wills 2010) überwindet die enge Gesundheitserziehung, versteht Gesundheitsförderung als Organisationsprinzip und setzt auf Sozialarbeit in Gesundheitsprojekten – *lebensweltorientiert, netzwerkfördernd, sozialraumgestaltend* (z.B. Healthy Cities, Health Promoting Schools, Health Promoting Hospitals). Dabei stehen Anerkennung, Teilhabe und Verwirklichungschancen der Akteure im Zentrum, wie jüngst das Agency-Konzept betont (Homfeldt/Schröer/Schweppe 2008). Hinweis: Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ mit Datenbank Good Practice: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de sowie ‚Netzwerk für Gesundheitsförderung D/A/CH‘, Wien 2011.

Kritisch sei angemerkt: Berufliche (Fremd-) Steuerung und Autonomie der Bürger sind spannungsreich.

„Ich bin Profi-Helfer, gehöre zu den helfenden Berufen – also bin ich korrupt“ – so beginnt Klaus Dörner (2008, 7) seine Streitschrift über „Helfende Berufe im Markt-Doping“. Er beklagt eine *Perversionskrise* des professionellen Hilfesystems (*Gesundheitsfalle*): Die quantitative Ausdehnung des Sozial- und Gesundheitswesens habe mehr schädliche als positive Folgen für die Gesundheit, Geld fließe nicht mehr zu den Hilfebedürftigsten, sondern zu den profitableren Gesünderen, und „alle Welt verkauft Gesundheit als höchstes Gut, um unter dieser Tarnung umso erfolgreicher alles Gesunde ... in Krankes und damit Behandlungsbedürftiges zu verwandeln“ (ebd., S. 8).

Sozialarbeiter wissen, dass KlientInnen Experten ihres eigenen Lebens sind und dass Problemlösungen nur in *Koproduktion* gelingen. Aber „die moralische Verarmung der Bürger, denen man das Helfen wegnahm“ so Dörner, könnte den Sozialstaat am eigenen Erfolg scheitern lassen – wie König Midas, der durch die Erfüllung seines sehnlichsten Wunsches alles was er berührte in Gold verwandelte - und verhungerte. Mit der Sorge für Andere und deren Ent-Sorgung in Heime entfielen auch soziale Anerkennung und Bindung, was den hilfsbereiten Menschen selbst und die Gesellschaft (be)schädige („soziale Atrophie“).

3. **Die Mikro-Ebene:** Schlüsselbegriff Gesundheitsverhalten (→ biografische Verankerung und subjektive Bewältigung)

Auf der **subjektiven** Nutzenskala steht Gesundheit an erster Stelle: „Hauptsache gesund“! Aber was der Einzelne - außer seinem Geld und dem der Mitbürger - für Gesundheit aufzuwenden bereit ist, stützt keineswegs diese These. Erinnerung sei an Trink- und Essgewohnheiten, Arbeits- und Freizeitverhalten oder auch an den Umgang mit Natur und Sexualität. Gesundheit als Konsumgut, das man/frau sich durchaus etwas kosten lässt. Der Arzt wird's schon richten - mit "*Skills or Pills*" (O'Leary). Das veränderte Krankheitspanorama (Stress, Unfälle, Chronifizierung) korreliert mit dem (Gesundheits-) Verhalten. Zudem fehlen oft elementare Fertigkeiten zur Alltagbewältigung. Einkommensarmut geht einher mit

Beziehungsarmut, Bildungsarmut, Ernährungsarmut, Erziehungsarmut – wodurch die prekäre Situation verfestigt und intergenerativ weiter gegeben wird.

Fallbeispiel

Sonja S., 25 Jahre alt, alleinerziehend, lebt in einer schäbigen Sozialwohnung, getrennt vom gewalttätigen Ehemann, schwanger mit dem zweiten Kind. Sie sucht schon länger erfolglos nach einer bezahlten Beschäftigung. Ohne Hauptschulabschluss und Ausbildung war sie sporadisch mit Hilfsarbeiten beschäftigt und bezieht „Hartz IV“. Ihr Allgemeinzustand ist schlecht, sie berichtet über depressive Episoden, Medikamentenabusus, Rücken- und Kreislaufprobleme. Ihre Haltung zur Schwangerschaft ist ambivalent, Beratung und Vorsorgeuntersuchung lehnt sie ab. Frau S. wuchs in einer Migrantenfamilie der zweiten Generation auf, ist stark übergewichtig, hat keine Freunde und außer dem familiären Umfeld kaum Kontakte. Der achtjährige Sohn lebt zeitweise bei der – früh traumatisierten - Großmutter, ist ebenfalls zu dick und motorisch sehr ungeschickt. Er neigt zu Gewalttätigkeit und ist wegen Verhaltensauffälligkeit in Behandlung. Mutter und Großmutter fühlen sich nicht nur in der Erziehung überfordert ...

Der Gesundheitsmangel ist Teil der sozialen Deprivation - mit Rückzug, fehlendem Selbstvertrauen, Gefühlen des Versagens und Ausgeliefertseins, mangelnder Selbstwirksamkeitsüberzeugung und untauglicher Problembewältigung, - bei höchst ungleicher Verteilung von Risiko- und Schutzfaktoren (vgl. Eurostat 2009).

Sozial Benachteiligte erkranken häufiger als Andere wg. der Rückkopplung von drei Belastungskomplexen: Unterschiede in den Gesundheitsbelastungen (z.B. am Arbeitsplatz), in den Bewältigungsressourcen (z.B. mangelnde soziale Unterstützung) und in der gesundheitlichen Versorgung (z.B. Zugang zur Behandlung).

Zusammen führt dies zu auffälligen Diskrepanzen beim Gesundheits- und Krankheitsverhalten und wirkt sich biographisch wie epidemiologisch als Ungleichheit in der *Morbidität und Mortalität* aus. Wobei ‚objektive Befunde‘ und ‚subjektives Befinden‘ nicht übereinstimmen müssen.

Wieder frage ich: Wer, wenn nicht die Soziale Arbeit, geht niederschwellig vom Alltag der AdressatInnen aus, nimmt sie als Subjekte mit eigenen Bedürfnissen und Fähigkeiten ernst und stärkt ihre Alltagskompetenz? Einer lähmenden *Defizitfixierung* setzt sie - ganz i.S. der Salutogenese (Köppel 2010; Franke 2010) - die Orientierung an *Gesundheitsressourcen* (körperlich-konstitutionelle, wirtschaftlich-materielle, persönlich-psychische, interpersonal-soziale und sozio-kulturelle) entgegen, um die Selbstverantwortung der Klienten zu fördern, deren *Demoralisierungssyndrom* ja das genaue Gegenteil von Kohärenzerfahrung ist.

Im Unterschied zum klinischen Blick des Arztes, der den Kranken seines sozialen Kontextes entkleidet, sieht die Sozialarbeit stets die "Person-in-der-Situation" und betont die psychosoziale bzw. *sozio-psycho-somatisch Perspektive*. Ihre Kompetenz für ‚das Soziale‘ ist im Gesundheitswesen unverzichtbar, -- komplementär zum biomedizinischen Paradigma.

Kritisch sei angemerkt: Menschen ganzheitlich zu sehen heißt auch, ihr Streben nach Glück und die Suche nach Sinn zu würdigen, - dennoch kommen diese

Kategorien in der beruflichen Sozialarbeit kaum und in ihren Theorien überhaupt nicht vor – trotz der neuen Volkskrankheit ‚Seelische Leiden‘. Diese machen schon 27 % aller sog. DALYS Disability-Adjusted-LifeYears aus, also Lebensjahre die durch Krankheit ‚verloren‘ gehen (WHO: Verlust an Lebensqualität oder Tod).

Daher zum Schluss noch eine kleine *Glücksbetrachtung*: "Glücklich ist, wer alles hat, was er will" so der Hl. Augustinus. Trivial oder genial? – es zwingt zum Weiterfragen: Was will ich im Letzten und was kann ich verlässlich haben? Philosophie beginnt, wenn wir darüber nachdenken. Erich Fromms „Haben oder Sein" (2005) ist ein solcher Versuch. Auch Elisabeth Lukas (2003) geht mit der Logotherapie davon aus, dass wir trotz eines Überschusses an *Haben* an einem Defizit des *Seins* leiden, das im Bezug auf ein *Sollen* inhaltlich anzureichern wäre, wenn das Leben glücken soll.

"Was willst Du?" Schon die Frage löst in Therapiegruppen heftige Gefühle aus, so Irving Yalom: Im Nu entstehe eine emotionsgeladene Atmosphäre. Männer und Frauen werden im Innersten aufgewühlt. Sie rufen nach den Menschen, die sie verloren haben - verstorbene oder entschwundene Eltern, Partner, Kinder, Freunde. "Ich will dich wiedersehen", "ich will, dass du stolz auf mich bist", "ich will die Kindheit erleben, die ich nie hatte", "ich will geliebt .. werden, will meinem Leben einen Sinn geben, will ... in Erinnerung bleiben" (Yalom 1999, 9f). So viele Sehnsüchte und Schmerzen. Sie erinnern daran, dass die tiefsten Wünsche unerfüllt - vielleicht unerfüllbar - sind. 'Glücklich ist, wer alles hat, was er will'?? - Was auf den ersten Blick wie eine "Anleitung zum Unglücklichsein" (Watzlawick 1983) klingt, birgt eine *spirituelle Weisheit*. Wir können unser Wollen ändern. Das ist mit Umkehr im biblischen Sinne gemeint und sollte bei jedem lösungsorientierten Vorgehen mit bedacht werden. Eine professionelle Variante ist das *Reframing*.

Die Antworten des Materialismus und des Utilitarismus bleiben immanent; unsere Sehnsucht nach Heil-Sein und Glück weist allemal darüber hinaus. Den Menschen auf seine biologische Natur, genetische Ausstattung, wirtschaftliche oder soziale Funktion zu reduzieren wäre ein *dürftiges Bild vom Menschen*. Was sollte dann daran hindern, auszumerzen was nicht gefällt? Kinder zu dressieren, statt zu bilden; Bürger zu manipulieren, statt zu beteiligen; Leidende umzubringen, statt ihnen die Hand zu halten? Leider fällt aber die *spirituelle Dimension* einer Wissenschaftsgläubigkeit zum Opfer, die selbst irrationale Züge trägt und die Sinnfrage verfehlt. Ein Gefühl der Sinnhaftigkeit aber ist z.B. im "Sense of Coherence"-Konzept das *wichtigste Kriterium subjektiver Gesundheit*. Auch deshalb ist das Demoralisierungssyndrom so verheerend.

Fazit: Weil der Mensch ein *soziales Wesen* ist, kann die soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit gar nicht überschätzt werden. Welcher Beruf wäre berufener, sozial Benachteiligte zu erreichen, zu fördern und solidaritätsstiftende Arrangements zu schaffen, als die Soziale Arbeit? Wer sonst ist präsent und kompetent genug, um Gesundheit sozial zu gestalten? Die Antwort ist: TINA = There Is No Alternative: Gesundheit braucht Soziale Arbeit -- mehr denn je.

Braucht Gesundheit Soziale Arbeit?

1. MAKRO-SOZIAL

Schlüsselbegriff: Soziale und gesundheitliche Ungleichheit

(→ gesellschaftliche Verankerung von Gesundheit und Krankheit)

Aber: Keine Leid freie 'Gesundheitsgesellschaft' möglich!

2. MESO-SOZIAL

Schlüsselbegriff: Lebenswelt und gefährdete Gesundheit

(→ sozialräumliche Verankerung der Gesundheitsprobleme)

Aber: Keine technische Machbarkeit!

3. MIKRO-SOZIAL

Schlüsselbegriff: Gesundheitsverhalten

(→ biografische Verankerung und subjektive Bewältigung)

Aber: Keine Entmündigung durch Experten!

**Fazit: TINA = There Is No Alternative:
Gesundheit braucht SoZA – mehr denn je!**