

Das Soziale der Gesundheit stärken

Soziale Arbeit als Profession der Gesundheitsförderung



Prof. Dr. Katrin Liel

Soziale Arbeit leistet einen bedeutenden Beitrag zur Ausdifferenzierung der sozialen Dimension des biopsychosozialen Modells. Das Soziale kann nicht einfach von anderen Professionen mitbehandelt werden, sondern ist ein zentraler Aspekt von Gesundheit. In einer stark individualisierten Gesellschaft wird der eigene Beitrag am Krank- und Gesundwerden betont. Gesellschaftliche Zusammenhänge und Benachteiligungen sowie deren Auswirkungen auf Gesundheit spielen weniger eine Rolle. Die Aufgabe von Sozialer Arbeit ist es hier, psychosozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen mehr Gewicht zu geben. So kann sie sich bewusst als Profession der Gesundheitsförderung einbringen.

Das biopsychosoziale Modell von Gesundheit kann als allgemein anerkannt gelten. Allerdings bleibt oft unklar, was genau der soziale Aspekt von Gesundheit umfasst und welche Rolle die Soziale Arbeit hierbei einnimmt. Es liegt auf der Hand, dass die (bio-)medizinische und die psychologische Dimension jeweils überwiegend von der Medizin und der Psychologie sowie von verwandten Professionen definiert werden. Was ist jedoch unter der sozialen Dimension von Gesundheit zu verstehen? Wird dieser Bereich nicht von den anderen Disziplinen mitbehandelt, bzw. kann man „das Soziale“ überhaupt von den anderen Bereichen trennen? Und: Wie kann das Soziale der Gesundheit gestärkt werden?

Zunächst einmal ist festzuhalten, dass sich die Soziale Arbeit als Profession zentral für das Thema Gesundheit zuständig fühlt. In der deutschen Übersetzung der globalen Definition für Soziale Arbeit der International Federation of Social Workers (IFSW) heißt es: „Soziale Arbeit fördert als praxisorientierte Profession und wis-

senschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen, soziale Entwicklungen und den sozialen Zusammenhalt sowie die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen. Die Prinzipien sozialer Gerechtigkeit, die Menschenrechte, die gemeinsame Verantwortung und die Achtung der Vielfalt bilden die Grundlage der Sozialen Arbeit. Dabei stützt sie sich auf Theorien der Sozialen Arbeit, der Human- und Sozialwissenschaften und auf indigenes Wissen. Soziale Arbeit befähigt und ermutigt Menschen so, dass sie die Herausforderungen des Lebens bewältigen und das Wohlergehen verbessern, dabei bindet sie Strukturen ein. (...)“ (DBSH 2016). In dieser Definition ist die Verbesserung des Wohlergehens von Menschen eine zentrale Zielsetzung der Sozialen Arbeit. Die Geschichte der Sozialen Arbeit zeigt von Beginn an ein ganzheitliches, mehrdimensionales Verständnis von Gesundheit (Franzkowiak et al. 2011). Beispielsweise geht Alice Salomon (1872–1948) von der Einheit der gesundheitlichen, erzieherischen und wirtschaftlichen Fürsorge aus, wenn sie schreibt: „Der

Mensch soll gesichert werden in seiner äußeren Existenz: in seiner Lebenshaltung, im Erwerbsleben, in körperlicher und geistiger Gesundheit, in der Selbstbehauptung gegenüber der Umwelt, als Glied der Kulturgemeinschaft des Volkes. Er soll, wenn er geschwächt oder gefährdet ist, dazu befähigt werden, seine Selbständigkeit und die Fähigkeit der Selbsthilfe zu erlangen“ (Salomon 1998, S.134).

Soziale Arbeit will sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit verringern

Im Zuge der Professionalisierung der Sozialen Arbeit in den letzten Jahrzehnten (u.a. Gahleitner et al. 2010) ist das Verständnis für Verantwortlichkeiten und Aufgabenfelder der Sozialen Arbeit immer weiter ausdifferenziert worden. Im Folgenden soll der Versuch unternommen werden, dies auf das Handlungsfeld der Gesundheitsförderung zu übertragen und damit die Soziale Arbeit als Profession der Gesundheitsförderung zu konturieren. Dabei scheint es sinnvoll, zunächst zwischen gesellschaftlicher (Makro-)Ebene und individueller (Mi-

kro-)Ebene zu unterscheiden und einige zentrale Aspekte herauszugreifen, um klarer fassen zu können, was „das Soziale“ der Gesundheit beinhaltet (Abb. 1).

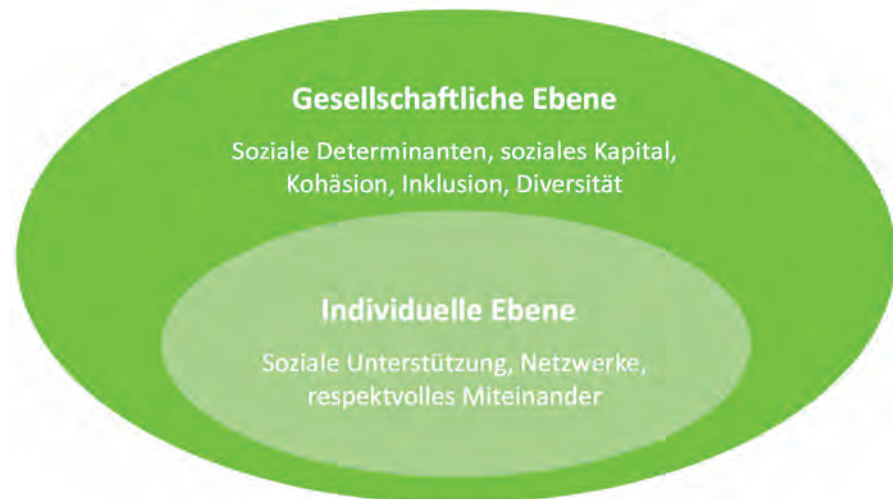
Gesundheit ist in den meisten westlichen Gesellschaften sozial determiniert. Das heißt, dass es gesellschaftliche Bedingungen gibt, die die individuelle Morbidität und Mortalität beeinflussen. Dies führt dazu, dass Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status häufiger krank werden und früher sterben (WHO 2005; Lampert 2005). Die Soziale Arbeit versucht, diese sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit zu verringern. Im Sinne eines politischen Mandats (Staub-Bernasconi 2018) treten Sozialarbeiter*innen für Menschenrechte und soziale Gerechtigkeit ein.

Weitere Aspekte der gesellschaftlichen Dimension von Gesundheit umfassen die Themen Kohäsion und soziales Kapital, wobei insbesondere letzteres mit Morbidität und Mortalität assoziiert ist (Siegrist et al. 2006). Eine hohe Einkommensungleichheit in einer Gesellschaft spiegelt sich beispielsweise in einem Anstieg an psychischen Erkrankungen inklusive Alkohol- und Drogenabhängigkeit wider (Wilkinson und Pickett 2009). Soziale Kohäsion bezeichnet eine bestimmte Qualität und Dichte zwischenmenschlicher Beziehungen in überschaubaren sozial-räumlichen Einheiten, die durch gemeinsam getragene Werte und Normen gekennzeichnet ist (Siegrist et al. 2006). Ein mit zunehmender gesellschaftlicher Ungleichheit assoziierter Rückgang an sozialer Kohäsion wird derzeit politisch sichtbar. Die damit verbundenen Aufgaben und Herausforderungen für die Soziale Arbeit im Spannungsfeld sozialer Kohäsion und gesellschaftlicher Wandlungsprozesse werden in Forschung und Praxis rezipiert (Borrmann et al. 2018).

Weiterhin sind Fragen der Inklusion bzw. Teilhabe und der Diversität, die aktuell vielfach gesellschaftspolitisch diskutiert werden, auf der Makroebene von Bedeutung, um die soziale Di-

Abbildung 1: Die soziale Dimension der Gesundheit

Quelle: eigene Darstellung



mension von Gesundheit zu erfassen. Soziale Teilhabe bedeutet in diesem Sinne die Ermöglichung von gesellschaftlicher und sozialer Eingebundenheit, die auf Freiwilligkeit beruht und Wahlmöglichkeiten/Partizipation umfasst. Darüber hinaus wird seit langem die Verankerung eines Diversitätskonzepts im Gesundheitssektor gefordert (Celik et al. 2008). Eine benachteiligungssensitive, intersektionale Sichtweise auf Diversität fordert zum aktiven Handeln auf, wobei der Umgang bzw. die Auseinandersetzung mit Unterschiedlichkeit auf struktureller und individueller Ebene stattfinden muss. Gesellschaftlich betrachtet führt eine zunehmende ethische Vielfalt jedoch zu einem Verlust von sozialer Kohäsion, da Vertrauen, Zufriedenheit, Gemeinsamkeit, Gegenseitigkeit und Solidarität sinken, wenn die Diversität steigt (Koopmans und Schaeffer 2014). Damit zeigt sich das Spannungsfeld gesellschaftspolitischer Themen, die zur Förderung von Gesundheit beitragen können.

Als Zwischenfazit bleibt festzuhalten, dass die Soziale Arbeit, wenn sie bürgerschaftliches Engagement fördert, wenn sie gezielt sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen Partizipation und Teilhabe ermöglicht, wenn sie einen Beitrag zur Steigerung von sozialem Kapital leistet, auf einer Makroebene zur Verbesserung von

Gesundheitschancen und damit zur Gesundheitsförderung beiträgt.

Soziale Unterstützung und Netzwerke fördern die Gesundheit

Auf individueller (Mikro-)Ebene sollen die Aspekte soziale Unterstützung, Netzwerke und respektvolles Miteinander herausgegriffen und in Bezug zu Gesundheitsförderung gestellt werden. Forschungsergebnisse zeigen seit den 1960er-Jahren, dass Menschen, die soziale Unterstützung erfahren, ein respektvolles Miteinander erleben und in zufriedenstellende Netzwerke eingebunden sind, gesünder sind und länger leben (Brinkmann 2014). In der Literatur wird soziale Unterstützung aus diesem Grund als soziales Immunsystem bezeichnet (Dehmel und Ortmann 2006). Psychobiologische Mechanismen zeigen, dass sich soziale Unterstützung – genau diametral zu Stress – positiv auf das Herz-Kreislaufsystem, das Stress-Hormonsystem und das Immunsystem auswirkt und damit zu einem Anstieg an Wohlbefinden und Gesundheit beiträgt (Brinkmann 2014).

Die Soziale Arbeit bietet ganz konkret Ansatzpunkte zur Diagnostik und Intervention bei niedriger sozialer Unterstützung. An dieser Stelle sei daher beispielhaft auf die 8-Felder-Tafel (Röh 2015) verwiesen, die es ermöglicht, wahrgenommene emotionale, infor-

Abbildung 2: Der ressourcenorientierte und lebensweltbezogene Blick Sozialer Arbeit kann soziale Gesundheit auf individueller Ebene fördern.



mationelle und instrumentelle soziale Unterstützung in 8 verschiedenen Bereichen, beispielsweise Familie, Verwandtschaft, Kollegen, Freunde, unter anderem zu visualisieren. Bereits das Thematisieren und Sich-bewusst-Werden über das eigene Ausmaß sozialer Unterstützung kann Interventions-Charakter haben. Die Soziale Arbeit liefert mit ihrem ressourcenorientierten und lebensweltbezogenen Blick einen Ansatzpunkt zur Förderung von sozialer Gesundheit auf individueller Ebene.

Auch die Gesundheitsselbsthilfe als unverzichtbarer Teil der gesundheitlichen Versorgung leistet einen bedeutenden Beitrag zur Förderung von sozialer Gesundheit – auf individueller sowie auch auf gesellschaftlicher Ebene. In der Bereitstellung von persönlicher Hilfe im Einzel- und Gruppensetting, im Aufbau und Erhalt von Netzwerken und in der gemeinsamen Stimme aus der Betroffenenperspektive kann die Gesundheitsselbsthilfe als gelebte soziale Gesundheit bezeichnet werden.

Individuelle Beziehungsfähigkeit fördern, Selbstwirksamkeit steigern
Zusammenfassend zeigt sich, dass die Soziale Arbeit die soziale Dimension von Gesundheit ins Zentrum rückt und sowohl auf gesellschaftlicher Ebene als auch auf individueller Ebene bedeutend dazu beitragen kann, dass das Soziale groß geschrieben wird. In der Ausdifferenzierung von Theorien der Sozialen Arbeit, die die

Soziale Arbeit hat die wissenschaftliche und praktische Expertise zur Behandlung des sozialen Aspekts von Gesundheit! Sie darf sich durchaus selbstbewusst als Profession der Gesundheitsförderung bezeichnen.

Basis des professionellen Handelns darstellen, zeigen sich klare Bezugspunkte, von denen hier nur einige genannt werden können. So ist beispielsweise die Förderung von Verwirklichungs-Chancen (Capabilities) ein bedeutender Bezugsrahmen, um auf gesellschaftspolitischer und individueller Ebene dafür einzutreten, dass Klient*innen der Sozialen Arbeit ein gutes Leben führen (Röh 2013). Die Theorie der Salutogenese (Antonovsky 1997), die für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit handlungsleitend ist, hat einen konsequent ressourcenorientierten Blick auf Gesundheit. Damit können individuell Beziehungsfähigkeit gefördert, die Selbstwirksamkeit gesteigert und soziale Gesundheit realisiert werden. Die So-

ziale Arbeit hat wie keine andere Gesundheitsprofession beschrieben, was unter Lebensweltorientierung (Thiersch et al. 2012) oder Partizipation und Empowerment (Brandes und Stark 2016) zu verstehen ist. Die aktuelle Debatte um Agency (Ziegler 2014), also um die realen Handlungsoptionen von Menschen, kann einen bedeutenden Beitrag dazu leisten, Menschen in ihren individuellen Möglichkeiten wahrzunehmen, zu begleiten und zu unterstützen. Nicht zuletzt trägt die Klinische Sozialarbeit als spezialisierte, gesundheitsbezogene Fachsozialarbeit (Pauls 2013) zur Ausdifferenzierung von sozialer Diagnostik gleichermaßen bei, wie zur Entwicklung und Evaluation von Beratungs- und Behandlungsprozessen. In diesem Sinne ist die eingangs gestellte Frage, ob das Soziale von anderen Professionen nicht „mitbehandelt“ werden könne, eindeutig zu verneinen. Die Soziale Arbeit hat die wissenschaftliche und praktische Expertise zur Behandlung des sozialen Aspekts von Gesundheit!

Aus diesem Grund kann konstatiert werden, dass die Soziale Arbeit sich durchaus selbstbewusst als Profession der Gesundheitsförderung bezeichnen darf. Sie leistet einen bedeutenden Beitrag zur Ausdifferenzierung der sozialen Dimension des biopsychosozialen Modells, das als Herausforderung und Zumutung gleichermaßen erscheint. Erschwerend kommt hinzu, dass eine neoliberale Gesellschaft wie die aktuelle, Gesund-

heit sehr stark individualisiert und den eigenen Beitrag am Krank- und am Gesundwerden betont. Das zeigt sich unter anderem in der Überbewertung der (individual-)medizinischen und psychotherapeutischen Hilfeleistungen, gegenüber der Gestaltung von psychosozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (Abb. 2).

Der Gedanke, dass Gesundheit eben nicht nur ein individuelles Problem ist, sondern ein Ausdruck dessen, wie wir als Gesellschaft unser Zusammenleben (unsere kollektive soziale Gesundheit) gestalten, ist in heutiger Zeit unpopulär. Eine Stärkung der Sozialen Arbeit mit ihren vielfältigen Ansatzpunkten auf gesellschaftli-

cher und individueller Ebene würde zwangsläufig eine Stärkung des sozialen Aspekts der Gesundheit mit sich bringen.

■ Prof. Dr. Katrin Liel,
Professorin für Soziale Arbeit
und Gesundheit, HAW Landshut,
© liel@haw-landshut.de

Literatur

Antonovsky, A. (1997): **Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit.** Tübingen: dgvt-Verlag.

Borrmann, S.; Fedke, Ch.; Thiessen, B. (Hg.) (2018): **Herausforderungen für die Profession Soziale Arbeit im Spannungsfeld sozialer Kohäsion und gesellschaftlicher Wandlungsprozesse.** Wiesbaden: Springer.

Brandes, S.; Stark, W. (2016): **Empowerment/Befähigung. BZgA Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.** Online verfügbar: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/empowerment-befaeahigung/?marksuchwort=1> (28.01.2019)

Brinkmann, R. (2014): **Angewandte Gesundheitspsychologie.** Hallbergmoos: Pearson.

Celik, H.; Abma, T. A.; Widdershoven, G. A.; van Wijmen, F. C. B.; Klinge, I. (2008): **Implementation of diversity in healthcare practices: barriers and opportunities.** In: Patient Educ Couns 71: S. 65–71.

DBSH (2016): **Deutsche Übersetzung der Definition Sozialer Arbeit des FBTS und DBSH.** Online verfügbar: <https://www.dbsch.de/profession/definition-der-sozialen-arbeit/deutsche-fassung.html> (28.01.2019)

Dehmel, S.; Ortmann, K. (2006): **Soziale Unterstützung (Social Support) – ein Verstehens- und Handlungskonzept für die gesundheitsbezogene Sozialarbeit.** Berlin; Leipzig: Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin, S. 4–25.

Gahleitner, S.B.; Effinger, H.; Kraus, B.; Miethe, I.; Stövesand, S.; Sagebiel, J. (2010): **Disziplin und Profession Sozialer Arbeit. Entwicklungen und Perspektiven.** Buchreihe Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit, Band 1. Opladen; Farmington Hills: Budrich.

Koopmans, R.; Schaeffer, M. (2014): **Perceptions of Ethno-Cultural Diversity and Neighborhood Cohesion in three Countries.** WZB Discussion Paper SP VI 2014–103. Berlin: WZB.

Lampert, T.; Saß, A.-C.; Häfelfinger, M.; Ziese, Th. (2005): **Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit.** Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: Robert Koch-Institut.

Pauls, H. (2013): **Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung.** Weinheim: Beltz Juventa.

Röh, D. (2013): **Soziale Arbeit, Gerechtigkeit und das gute Leben. Eine Handlungstheorie zur Daseinsmächtigen Lebensführung.** Wiesbaden: Springer VS Verlag.

Röh, D. (2015): **Analyse Sozialer Netzwerke im Rahmen Sozialer Diagnostik und Hilfeplanung.** In: Didaktische Bausteine und Übungen, Baustein 8. Gossmannsdorf: ZKS-Verlag, S. 9.

Salomon, A. (1998): **Grundlegungen für das Gesamtgebiet der Wohlfahrtspflege.** In: Thole, W.; Galuske, M.; Gängler, H.: KlassikerInnen der Sozialen Arbeit: Sozialpädagogische Texte aus zwei Jahr-

hundertern – ein Lesebuch. Neuwied: Luchterhand, S. 131–147.

Siegrist, J.; Dragano, N.; von dem Kneesebeck, O. (2006): **Soziales Kapital, soziale Ungleichheit und Gesundheit.** In: Richter M.; Hurrelmann, K. (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag, S. 167–180.

Staub-Bernasconi, S. (2018): **Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Auf dem Weg zu kritischer Professionalität.** 2. Auflage. Opladen; Toronto: Budrich.

Thiersch, H.; Grunwald, K.; Köngeter, S. (2012): **Lebensweltorientierte Soziale Arbeit.** In: Thole, W. (Hg.): Grundriss Soziale Arbeit. Wiesbaden: Springer VS Verlag für Sozialwissenschaften.

WHO (2005): **Commission on Social Determinants of Health. Final Report.** Geneva. Online verfügbar: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf;jsessionid=EBEB5B5C9E0B78FD436EFE25546D0C14?sequence=1 (28.01.2019)

Wilkinson, R.; Pickett, K. (2009): **The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better.** London: Penguin.

Ziegler, H. (2014): **Die Debatte um Agency.** Klinische Sozialarbeit. In: Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung, Jg. 10, Heft 3, S. 10–11.