

# Soziale Gesundheitsarbeit – gesunde Sozialförderung

## Wie finden Soziale Arbeit und Gesundheitsförderung zusammen?



Martin Staats

Soziale Arbeit und Gesundheitsförderung haben zentrale Verbindungslinien und nutzen gemeinsam grundlegendes „Handwerkszeug“. Hierbei stehen die Vernetzung von Akteuren, die gemeinsame Bearbeitung von übergreifenden Themen wie Empowerment, Partizipation, (Re-)Integration, Lebensweltansatz, Nachhaltigkeit etc. sowie die Notwendigkeit der Erfassung des Menschen als ganzheitliches Wesen in seinen Bedürfnissen, Motiven, Rahmenbedingungen und Gegebenheiten im Mittelpunkt. Eine wesentliche Gemeinsamkeit sind sozialwissenschaftliche Ansätze, die zentral für das Gelingen von Maßnahmen in beiden Bereichen sind und eine Basis für das Zusammenwachsen von Gesundheitsförderung und Sozialer Arbeit bieten.

Das Soziale und die Gesundheit von Menschen haben eine enge Verbindung und eine immense gesellschaftliche Bedeutung. Dennoch ist häufig ein Nebeneinander von gesundheitlichen und sozialen Positionen zu entdecken. Die Bedeutung des Sozialen und dessen Bearbeitung nehmen unter anderem durch das Auseinanderdriften von gesellschaftlichen Milieus, der darauf aufbauenden Verhärtung von deprivationsbedingten Folgeproblemen und der sozialpolitisch nicht adäquat begegneten Chancenungleichheit zu. Gesamtgesellschaftliche Herausforderungen, wie die Globalisierung und Digitalisierung von Arbeitsplätzen sowie Wirtschafts- und Finanzströmen, die Individualisierung von Interessen und Verantwortlichkeiten, die Pluralisierung von Lebenslagen sowie Lebensverläufen und der demografische Wandel erschweren es gerade für Menschen mit anderen als den gesellschaftlich als normal beschriebene Fähig- und Fertigkeiten, Teil der Gesellschaft zu werden oder zu bleiben. Diese Entwicklungen können für das Individuum einen potenziellen Verlust an biopsychosozialen Wohlbefinden bedeuten. Daher ist ein Zusammendenken und Zusammenwirken insbesondere gesundheitlicher und sozialer Aspekte unabdingbar, um gemeinsam für die Lebensqualität von Menschen einzustehen.

### **Gesundheitsverständnis – Soziales Wesen Mensch**

Das geistes- und sozialwissenschaftliche Verständnis vom Menschen als

biopsychosoziales Wesen hat sich seit Ende des 19. Jahrhunderts allmählich etabliert. In diesem Zusammenhang wurde das „Soziale“ als eine anerkannte Einflussgröße auf menschliches Verhalten, das Wohlbefinden und die Lebensqualität vielfach herausgearbeitet. Diese Einsicht hat sich folglich auch in der Gesundheitsdefinition der WHO (1946) niedergeschlagen. Neben der holistischen Betrachtung des Menschen zeigt sich durch die WHO-Definition auch die Erkenntnis, dass Gesundheit von weiteren Bedingungsfaktoren abhängt, wie beispielsweise Frieden, Sicherheit und soziale Beziehungen.

Vor diesem Hintergrund ist es nicht überraschend, dass Soziale Arbeit und Gesundheitsförderung eine inhaltliche und strukturelle Beziehung zueinander aufweisen. Gesundheitliche und soziale Aspekte sind zum einen seit Beginn der professionellen Sozialen Arbeit miteinander verbunden. „Sozialarbeiterisches Handeln im Gesundheitswesen steht auf einem breiten historischen Fundament. Die Gesundheitsfürsorge ist, gemeinsam mit der Armen- und der Jugendfürsorge, eine von 3 Säulen in der Entstehungsgeschichte der modernen Sozialen Arbeit“ (Franzkowiak 2006, S. 12). Darüber hinaus ist das Soziale ebenso in die Genese des Gesundheitsverständnisses, des Gedanken- und Handlungs-konstruktes der Gesundheitsförderung, nämlich der Ottawa-Charta, implementiert: „Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher

Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten“ (WHO 1986).

## **Sozialwissenschaftliche Ansätze von Gesundheitsförderung und Sozialer Arbeit**

Der folgende marginale Ausschnitt thematisiert was Gesundheitsförderung und Soziale Arbeit auf theoretischer sowie praktischer Ebene verbindet sowie potenziell verbinden könnte. Er soll als Anregung der weiteren Verzahnung verstanden sein.

■ **Individuum und Gesellschaft:** Soziale Arbeit und Gesundheitsförderung haben seit Beginn ihrer Entstehung (vgl. Franzkowiak 2006, S. 12 ff.) ein Bewusstsein für das Spannungsverhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft. Gleichzeitig besteht in beiden Bereichen der Auftrag zu individuellen und gesellschaftlichen Interventionen. Sie sollen also den Menschen dabei begleiten, sich in die Gesellschaft zu reintegrieren, aber auch gesamtgesellschaftliche Missstände anprangern, politische Schief lagen benennen und somit darauf hinwirken, dass gesellschaftliche Rahmenbedingungen so gestaltet sind, dass sie allen Menschen ein Höchstmaß an individueller und sozialer Entfaltung und Entwicklung bieten.

In der Gesundheitsförderung spiegelt sich diese Idee in dem Modell der Einflussfaktoren auf Gesundheit von Dahlgren und Whitehead (1991) wider. Hierbei werden die unterschiedlichen Ebenen der Einflussfaktoren auf Gesundheit von der Mikro- (individuelle Ebene), über die Meso- (soziale Netzwerke, Lebenswelt), bis zur Makroebene (allgemeine Lebensbedingungen) herausgearbeitet und in einem Gesamtkonzept vereint. Dieses verhaltens- und verhältnisbezogene Modell bringt zum Ausdruck, dass Gesundheit durch mannigfaltige endogene sowie exogene Faktoren beeinflusst wird und deshalb Interventionen der Gesundheitsförderung nicht nur am Individuum ansetzen können, sondern auch die Verhältnisse berück-

sichtigt werden sollten, die die Lebensqualität von Menschen bedeutend und nachhaltig beeinflussen.

Der in den Sozialwissenschaften verbreitete Capabilities-Approach bietet eine weitere theoretische Grundlage, das Verhältnis von Individuum und Gesellschaft in unterschiedlichen wissenschaftlichen Kontexten zu betrachten. Im Zentrum dieser Wohlfahrtsökonomietheorie (Sen 2009), steht das Verständnis, Menschen ein „gutes Leben“ (Nussbaum 1999; Röh 2013; Ziegler 2011) zu ermöglichen. Die dahinterliegende Grundannahme ist, dass Menschen unterschiedliche Ver-

haltensförderung. Wenn Menschen über Partizipation „handelnd an etwas“ (Nieß 2016, S. 67) teilnehmen, bewertet es die Soziale Arbeit vordergründig als Förderung der Sozialkompetenzen sowie einen Fortschritt bei der gesellschaftlichen Reintegration. Die Gesundheitsförderung betrachtet Partizipationsmaßnahmen als einen Faktor für einen direkten Gesundheitsgewinn (vgl. Rosenbrock und Hartung 2012). Partizipation bedeutet dabei praktisch gesehen das Rückgewinnen von Entscheidungs- und Entfaltungsräumen und damit eine Reintegration in soziale Gefüge, die Anerkennung, eine sinnstiftende Aufgabe sowie

## **Die Gesundheitsförderung betrachtet Partizipationsmaßnahmen als einen Faktor für einen direkten Gesundheitsgewinn.**

wirklichungschancen haben, um Lebensaufgaben und Herausforderung zu bewältigen. Die Verbindung zum Modell der Einflussfaktoren auf Gesundheit von Dahlgren und Whitehead (1991) zeichnet sich dadurch ab, dass eben genau diese Verwirklichungschancen zum einen durch die individuellen Fähig- und Fertigkeiten geprägt sind. Zum anderen haben aber auch die durch die Gesellschaft zur Verfügung gestellten Entfaltungsmöglichkeiten und die Befähigung diese nutzen zu können, einen entscheidenden Einfluss darauf, wie sich ein Mensch entwickeln, welche Fähig- und Fertigkeiten er ausbilden und welche Optionen er überhaupt wahrnehmen kann. Die Frage der Verteilung von Verwirklichungschancen führt dazu, dass heute diese mehrdimensionale Theorie zur Erklärung von Ungleichheit und Armut herangezogen wird.

■ **Empowerment und Partizipation:** Als weitere zentrale Grundhaltung Sozialer Arbeit und Gesundheitsförderung ist die Ermöglichung von Befähigung und Teilhabe zu nennen. Beteiligung und Befähigung sind zentrale Strategien in der Arbeit mit Zielgruppen der Sozialen Arbeit und Gesund-

heitlich Beziehungen bieten und damit die Lebensqualität beeinflussen können. Leben Menschen Jahre lang sozial isoliert, ist allein der Prozess der Öffnung für soziale Gefüge ein eigener Entwicklungspfad, der beschränkt werden muss. Dafür bedarf es eines öffnenden Prozesses.

Empowerment ist dabei eine Strategie, um Menschen zu oder auch nach einem partizipativen Prozess zu motivieren und zu ermächtigen (vgl. Herriger 2014; Meierjürgen und Warnke 2018). Der Prozess des Empowerments ist dann geglückt, wenn Menschen soweit befähigt sind, dass sie nicht mehr nur die potenzielle Entscheidungsmacht haben, sondern selbstbestimmt über Ressourcen, den Prozess und Entscheidungen wachen können oder wissen, wo sie diesbezüglich Unterstützung erhalten. Die Steigerung des Autonomiegrades, die Selbstwirksamkeitserfahrungen, das Gefühl der sozialen Eingebundenheit führen nicht nur zu einem direkten Gesundheitsgewinn, sondern Empowerment kann ganz praktisch dazu führen, dass beispielsweise Heranwachsende gesellschaftliche Verantwortung übernehmen oder Menschen nach schwerwiegenden Erkrankun-

gen durch klinische Sozialarbeit dazu befähigt und begleitet werden, wieder in ihre Lebenswelt zurückzukehren. Partizipation und Empowerment sind folglich unabdingbare handlungsleitende Prämissen in einer professionellen ganzheitlichen Haltung von sozialen und gesundheitsbezogenen Expert\*innen gegenüber zu unterstützenden Menschen.

■ **Gemeinwesenarbeit, Sozialraumorientierung und Settingorientierung:** Die Arbeit in der Lebenswelt von Menschen ist sowohl den Akteur\*innen Sozialer Arbeit, als auch der Gesundheitsförderung seit ihren Anfängen immanent. Die unterschiedlichen Ansätze, wie Gemeinwesen- und Quartiersarbeit, Sozialraum-, Lebenswelt- oder Settingorientierung, meinen vereinfacht etwas Ähnliches: Menschen in ihrer gewohnten, bedeutungsbefahenen und vertrauten Umgebung durch professionelle Angebote mit dem jeweilig intendierten Themenschwerpunkt zu begegnen.

Soziale Arbeit und Gesundheitsförderung nutzen kleinräumige Gebiete, beispielsweise Stadtteile oder anderweitig strukturierte städtische oder ländliche Sozialräume, da sie bezüglich bestimmter Eigenschaften eine Homogenität aufweisen und damit gezielt eine spezifische Gruppe von Menschen erreicht werden kann. In diesem Zusammenhang ist auf die unterschiedlichen Charakteristika von Quartieren im städtischen und ländlichen Raum hinzuweisen. Arbeit im Sozialraum heißt somit, dass zentrale Akteur\*innen miteinander zu einer bestimmten Fragestellung oder Herausforderung in einen gemeinsamen nachhaltigen Arbeitsprozess eintreten, um Bedingungen im (eigenen) Sozialraum weiterzuentwickeln, zu verändern und somit befähigende sowie partizipative Gestaltungsprozesse zu initiieren. Das Besondere am Sozialraum ist, dass er als direktes Identifikationsmedium dient, für welches die dort lebenden Menschen bereit sind, Energie, Zeit und weitere Ressourcen zu investieren, um selbst für einen unmittelbaren Zuwachs an Lebensqualität für sich und ihr Umfeld zu sorgen.



Arbeit im Sozialraum berücksichtigt strukturelle Unterschiede im städtischen und ländlichen Umfeld.

■ **Vernetzung:** Vernetzung ist ein zentraler Mechanismus, um die bisher geschilderten Aspekte nachhaltig, koordiniert und ganzheitlich umsetzen zu können. Vernetzung ist nicht nur essenziell, um Maßnahmen oder Akteur\*innen auf sozialräumlicher Ebene miteinander zu verzahnen, sondern um die bestehenden Angebote, gesellschaftliche Entwicklungen und andere Veränderungen kritisch, multiperspektivisch sowie multiprofessionell reflektieren zu können.

In der Gesundheitsförderung nennt man dies kommunale Gesundheitsförderung. Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) dient aktuell als Goldstandard für die Koordination sämtlicher gesundheitlicher Themen auf kommunaler Ebene. Als ein Qualitätsmerkmal in der kommunal vernetzten Arbeit ist der „Health in all policies-Ansatz“ (Kickbusch und Buckett 2010; Leppo et al. 2013) zu nennen. Dieser dient zur „Verankerung einer gesundheitsfördernden sektorenübergreifenden Politik auf kommunaler Ebene“ (Tuttner 2013) und hat somit das Ziel, Gesundheit in allen kommunalen Ressorts als Querschnittsaufgabe mitzudenken und durch gemeinsam getragene Entscheidungen und Maßnahmen in die Praxis zu implementieren. Darüber hinaus dient der

ÖGD idealtypisch als Verbindungs- und Koordinationsinstanz in die gesamte Kommune hinein und somit zu freien Trägern, Initiativen, Sozialversicherungsträgern etc., die in der Kommune aktiv sind. Das Ziel und somit die Aufgabe des ÖGD wäre es, integrierte kommunale Gesamtstrategien, sogenannte Präventionsketten bzw. -netze (vgl. LVGAFS 2013), zu initiieren, zu moderieren und zu begleiten. Kommunale Gesundheitsförderung bietet somit die Basis, Maßnahmen zu vernetzen, zentral zu steuern und somit Übergänge bzw. Schnittstellen zwischen den Settings und Lebenswelten der Zielgruppe abstimmen und gestalten zu können.

Auch im sozialen Bereich bestehen Netzwerke auf unterschiedlichen institutionellen Ebenen. Als Beispiel kann hier das „Nationale Zentrum Frühe Hilfen“ (☎ [www.fruehehilfen.de](http://www.fruehehilfen.de)) genannt werden, das durch eine Bundesinitiative entstanden ist, auf Landesebene koordiniert und auf Landkreisebene umgesetzt wird. Soziale Arbeit wirkt darüber hinaus auch auf sozialräumlicher Ebene, begleitet ein Gemeinwesen oder richtet beispielsweise in der Jugendsozialarbeit die Arbeit am Sozialraum aus. Dennoch scheint es eine äquivalente Instanz, die koordinieren-

de Aufgabe für die Gesamtheit des Sozialen auf kommunaler Ebene übernimmt oder für sich als Auftrag erkennt, im sozialen Bereich nicht zu geben. Sozial- oder Jugendamt auf Landkreisebene oder die entsprechenden Struktureinheiten auf kommunaler Ebene haben keine ganzheitlichen Koordinationsaufgaben für soziale Fragestellungen für die gesamte Kommune und nehmen diese auch nicht selbstbestimmt an.

### Auf dem Weg zu einer vernetzten Entwicklung in der Gesundheitsförderung und Sozialen Arbeit

Insgesamt bleibt zu konstatieren, dass die ganzheitliche Verbindung all dieser vorgestellten Denk- und Handlungslogiken, die sowohl Soziale Arbeit als

auch die Akteure der Gesundheitsförderung nutzen, eine zentrale Voraussetzung für das Gelingen von Maßnahmen in diesen Bereichen ist und eine Basis für das Zusammenwachsen von Gesundheitsförderung und Sozialer Arbeit bieten. Eine alleinige sozialräumliche Perspektive bringt für sich gesehen erst einmal noch keinen Gesundheitsgewinn oder soziale Integration von Menschen. Die sozialräumliche Intervention muss, soll sie nachhaltig Erfolg versprechen, die Menschen befähigen und beteiligen, sich und ihren Sozialraum als Ressourcen wahrzunehmen. Sie muss eine Vernetzung von Maßnahmen initiieren, die in das Spannungsfeld von Individuum und Gesellschaft interveniert, der Zielgruppe die Teilhabe am gesellschaftli-

chen Leben ermöglichen, sie für zentrale Entscheidungen befähigen, für sie anwaltschaftlich eintreten und ihr mit einer Haltung begegnen, die die Menschen in ihrem sozialen Nahraum mit ihren Bedarfen ernst nimmt und erreicht. Zu dieser vernetzenden Entwicklung wären noch weitere Akteur\*innen zu befähigen und zu beteiligen und es braucht überzeugte und visionäre Vorstreiter, die mutig, avantgardistisch und gestärkt auf den langen Weg mit viel Widerstand gehen.

■ *Martin Staats, M.A. Soziale Arbeit, derzeit Promotion Friedrich-Schiller-Universität Jena, Geschäftsstelle Landesrahmenvereinbarung, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V. – AGETHUR, © martin.staats@uni-jena.de*

## Literatur

Dahlgren, G.; Whitehead, M. (1991): **Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health**. Stockholm: Institute for Future Studies.

Franzkowiak, P. (2006): **Präventive Soziale Arbeit im Gesundheitswesen**. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Herriger, N. (2014): **Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung**. 5. erweiterte und aktualisierte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer-Verlag.

Kickbusch, I.; Buckett, K. (Hg.) (2010): **Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010**. Adelaide, South Australia: Department of Health, Government of South Australia.

Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (LVGAFS) (Hg.) (2013): **Werkbuch Präventionskette, Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen**. Online abrufbar: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/werkbuch-praeventionskette/> (03.02.2019)

Leppo, K.; Ollila, E.; Pena, S.; Wismar, M.; Cook, S. (2013): **Health in All Poli-**

**cies. Seizing opportunities, implementing policies**. Ministry of Social Affairs and Health: Finland.

Meierjürgen, R.; Warnke, A. (2018): **Empowerment**. In: Kohlmann, C.-W.; Salewski, Ch.; Wirtz, M. A. (Hg.): *Psychologie in der Gesundheitsförderung*. Bern: Hogrefe, S. 141–154.

Nieß, M. (2016): **Partizipation aus Subjektperspektive. Zur Bedeutung von Interessenvertretung für Menschen mit Lernschwierigkeiten**. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Nussbaum, M. C. (1999): **Gerechtigkeit oder Das gute Leben**. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

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

Rosenbrock, R.; Hartung, S. (Hg.) (2012): **Handbuch Partizipation und Gesundheit**. Bern: Verlag Hans Huber.

Sen, A. (2009): **The Idea of Justice**. Harvard University Press.

Tuttner, S. (2013): **Health in All Policies. Ansatzmöglichkeiten zur Verankerung einer gesundheitsfördernden sektorenübergreifenden Politik auf kommunaler Ebene**. Online abrufbar: <https://www.ooegkk.at/cdscontent/load?contentid=10008.576359> (01.02.2019)

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1946): **Verfassung der Weltgesundheitsorganisation**. Online abrufbar: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf> (15.07.2018)

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1986): **Ottawa-Charta**. Online abrufbar: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf) (12.07.2018)

Ziegler, H. (2011): **Soziale Arbeit und das gute Leben – Capabilities als sozialpädagogische Kategorie**. In: Sedmak, C.; Babic, B.; Bauer, R.; Posch, Ch. (Hg.): *Der Capability-Approach in sozialwissenschaftlichen Kontexten. Überlegungen zur Anschlussfähigkeit eines entwicklungspolitischen Konzepts*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 117–137.