



1	Einleitung.....	3
2	Darstellung eines holistischen Gesundheitsverständnisses .....	5
2.1	Salutogenese .....	6
2.1.1	Gesundheits-Krankheits-Kontinuum .....	6
2.1.2	Kohärenzgefühl .....	7
2.1.3	Übergeordnete psychosoziale Widerstandsressourcen- Widerstandsdefizite.....	8
2.1.4	Identifizierung gesundheitsförderlicher Aspekte Sozialer Arbeit .	9
2.2	Definitionen von Gesundheit .....	10
3	Sozial bedingte Gesundheitsungleichheit in Deutschland .....	12
3.1	‚Zahlen, Daten, Fakten‘ .....	13
3.2	Kritische Betrachtung der gesundheitspolitischen Debatte und Agenda .....	15
3.3	Erklärungsmodell sozial bedingter Gesundheitsungleichheit.....	18
4	Der Setting-Ansatz.....	20
4.1	Konzeption des Setting-Ansatzes .....	21
4.2	Gesundheitsförderung und Prävention .....	24
5	Theorie der Sozialpädagogik nach Winkler.....	26
5.1	Das sozialpädagogische Handeln.....	27
5.2	Das Subjekt .....	29
5.3	Der Ort.....	30
5.3.1	Der dritte Typus des sozialpädagogischen Ortes .....	32
5.3.2	Der vierte Typus des sozialpädagogischen Ortes.....	32
5.3.3	Der fünfte Typus des sozialpädagogischen Ortes .....	33
5.4	Parallelen zum Setting-Ansatz und Anknüpfungspunkte an das salutogenetische Gesundheitsverständnis.....	34
6	Lebensweltorientierte Soziale Arbeit nach Thiersch.....	35
6.1	Die Strukturmaximen der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit..	37
6.2	Die Handlungsmaximen der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit .....	38
6.3	Parallelen zum Setting-Ansatz und Anknüpfungspunkte an das salutogenetische Gesundheitsverständnis.....	39

7 Soziale Arbeit als Gesundheitsarbeit .....	40
7.1 Anforderungen auf politischer Ebene .....	41
7.2 Anforderungen auf wissenschaftlicher Ebene .....	42
7.3 Anforderungen auf der Handlungsebene .....	42
8 Fazit.....	43
9 Danksagung .....	46
10 Literaturverzeichnis .....	47
11 Abbildungsverzeichnis.....	51
12 Tabellenverzeichnis .....	51
13 Eidesstattliche Erklärung .....	52

## 1 Einleitung

Im Rahmen meiner Bachelor-Thesis möchte ich herausarbeiten, dass das Themenfeld der sozial bedingten Gesundheitsungleichheit ein originäres Handlungsfeld der Sozialen Arbeit darstellt, da sie vielfältige gesundheitsförderliche Aspekte aufweist. In den aktuellen Debatten innerhalb der Wissenschaft der Sozialen Arbeit erscheinen beide Annahmen unterrepräsentiert. Die Soziale Arbeit muss sich innerhalb der Debatte um sozial bedingte Gesundheitsungleichheit selbstbewusst und parteiisch für die benachteiligten Personengruppen einbringen, da sie sowohl in ihrer theoretischen Konzeption als auch in ihrer praktischen Ausgestaltung gesundheitsförderliche Elemente aufweist.

Einleitend wird Gesundheit anhand der Salutogenese und den Definitionen der Weltgesundheitsorganisation sowie Klaus Hurrelmanns dargestellt, um so zu einem umfassenden Verständnis von Gesundheit zu gelangen. Dieses geht über eine rein körperliche und psychische Betrachtung hinaus und bezieht soziale Aspekte wie Teilhabe, Einflussmöglichkeiten auf die Gestaltung der unmittelbaren Umwelt oder die Beziehung zwischen Ver-

halten und Verhältnissen als den Gesundheitszustand mitbestimmende Faktoren ein.

Im Weiteren werden Forschungsergebnisse aus verschiedenen Disziplinen zum Themenfeld der sozial bedingten Gesundheitsungleichheit erläutert. An dieser Stelle wird nicht nur der aktuelle 'Stand der Dinge' bezüglich des konkreten Phänomens in der bundesdeutschen Gesellschaft dargestellt, also anhand von Studien faktisch in das Thema eingeführt, sondern auch werden zum einen die politische Diskussion und Agenda zu diesem Thema kritisch beleuchtet, zum anderen ein Erklärungsmodell zum Zusammenhang zwischen Lebenslage, kleinräumigen Kontext und Gesundheit aus der Gesundheitsgeographie vorgestellt.

Geleitet durch diese Erkenntnisse, also der erheblichen Bedeutung sozialer Faktoren für den Gesundheitszustand von Menschen, entstand, entwickelt und politisch gefordert von der WHO, in den letzten zwei Jahrzehnten der Setting-Ansatz als Interventionsform innerhalb der Gesundheitsförderung. Dieser wird dargestellt und innerhalb der Interventionsformen der Gesundheitsförderung eingeordnet.

Insgesamt soll im ersten Teil der Arbeit durch die Darstellung eines ganzheitlich orientierten Gesundheitsverständnisses deutlich werden, dass Gesundheit zu einem großen Teil sozial bedingt und hergestellt wird. Anschließend lässt sich dies anhand der Darstellung der bundesdeutschen Situation bezüglich der sozial bedingten Gesundheitsungleichheit faktisch nachvollziehen.

Im Anschluss werden in den nächsten beiden Kapiteln der Arbeit die Theorie der Sozialpädagogik von Michael Winkler mit dem Fokus auf seinen Ausführungen zum Subjekt und zum Ort als den beiden Grundelementen sozialpädagogischen Handelns sowie der Ansatz der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit von Hans Thiersch dargestellt, um darauf aufbauend Parallelen zum Setting-Ansatz und Anknüpfungspunkte an das salutogenetischen Gesundheitsverständnis aufzuzeigen.

So wird deutlich gemacht, dass Soziale Arbeit auch als Gesundheitsarbeit verstehbar ist, da sie, nachvollziehbar gemacht durch die vorherige Darstellung der sozialen Bedingtheit von Gesundheit, durch ihre Expertise, in der Lebenswelt von Menschen unterstützend und ermächtigend tätig zu sein und Partizipation, Teilhabe und Einflussnahme sicher zu stellen, erhebliche Potentiale zur Verbesserung des Gesundheitszustandes sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen birgt. Hierzu fehlt jedoch nach Ansicht des Autors noch das Selbstverständnis innerhalb der Disziplin.

Die Arbeit schließt dementsprechend mit dem Wagnis der Skizzierung von Anforderungen an die Soziale Arbeit, um sich auf politischer, wissenschaftlicher und Handlungsebene als gesundheitsförderliche Disziplin verstehen und positionieren zu können.

## 2 Darstellung eines holistischen Gesundheitsverständnisses

Um die gesundheitsförderlichen Potentiale der Sozialen Arbeit im Kontext sozial bedingter Gesundheitsungleichheit über den ‚Umweg‘ der Gesundheitsförderung in Settings herausarbeiten zu können, ist es grundlegend, sich zunächst dem Begriff ‚Gesundheit‘ anzunähern. Hierbei ist anzumerken, dass eine abschließende Definition, falls überhaupt, jedenfalls nicht im Rahmen dieser Arbeit zu erbringen ist. Dennoch bieten die im Folgenden vorgestellten Sichtweisen auf Gesundheit aufgrund ihres ganzheitlichen Ansatzes einerseits eine geeignete Einführung zum Verständnis des weiteren Verlaufs der Arbeit, andererseits werden bereits hier erste Anknüpfungspunkte für das Aufzeigen gesundheitsförderlicher Aspekte der Sozialen Arbeit deutlich.

## 2.1 Salutogenese

Das salutogenetische Modell Aaron Antonovskys ergänzt den pathogenen Blick, also das Aufspüren von Krankheitsverursachern, um eine ganzheitliche Sichtweise und beinhaltet dabei drei elementare Konzepte; das ‚Gesundheits-Krankheits-Kontinuum‘, das ‚Kohärenzgefühl‘ sowie die ‚Übergeordneten psychosozialen generalisierten Widerstandsressourcen-Widerstandsdefizite‘, welche folgend dargestellt werden. Grundlegend muss vorweg gesagt werden, dass Antonovsky davon ausgeht, dass „Heterostase, Unordnung und ständige[r] Druck in Richtung auf zunehmende Entropie [...] prototypische[s] Charakteristikum des lebenden Organismus“ (Antonovsky 1997, 22) ist. Mithin sieht er Krankheit, oder genauer Krankheitsanteile, als etwas Naturgegebenes im Leben eines jeden Menschen an.

### 2.1.1 Gesundheits-Krankheits-Kontinuum

Antonovsky versteht den gesundheitlichen Zustand eines Menschen als eine momentane Position auf dem von ihm postulierten Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Auf diese Weise löst sich die dichotome Betrachtung sowohl der gesundheitsorientierten als auch der pathogenen Sichtweise des Gesundheitszustandes einer Person auf (vgl. Antonovsky 1997, 22 f.). Pointiert formuliert haben Menschen zu jedem Zeitpunkt ihres Lebens sowohl Krankheits- als auch Gesundheitsanteile inne. Weiter plädiert er dafür, den pathogenen Blick, der sich auf die Ätiologie einer Krankheit richtet, um einen Blick, der die Geschichte der einzelnen Person, sozusagen die Ätiologie des Patienten, zu ergänzen (vgl. Antonovsky 1997, 23 f.). So erweitert sich der Blick auf individuelle Gesundheits- und Risikofaktoren; „die salutogenetische Orientierung [...] veranlasst, über die Fakto-

ren nachzudenken, die zu einer Bewegung in Richtung auf das gesunde Ende des Kontinuums beitragen.“ (Antonovsky 1997, 25).

Um diese Unterschiedlichkeit im Umgang mit Gesundheit und Krankheit, im Umgang mit im Leben auftretenden Stressoren nachzuvollziehen und zu erklären, entwickelt Antonovsky das Konzept des ‚Kohärenzgefühls‘, welches ich folgend darstelle.

### 2.1.2 Kohärenzgefühl

Antonovsky ist „davon überzeugt, dass das Kohärenzgefühl eine Hauptdeterminante sowohl dafür ist, welche Position man auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum erhält, als auch dafür, dass man sich in Richtung des gesunden Pols bewegt.“ (Antonovsky 1997, 33). Es gliedert sich in die drei zentralen Komponenten ‚Verstehbarkeit‘, ‚Handhabbarkeit‘ und ‚Bedeutsamkeit‘ und wird definiert als:

„Eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind [Verstehbarkeit];
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen [Handhabbarkeit];
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen [Bedeutsamkeit].“ (Antonovsky 1997, 36).

Entscheidende Bedeutung bei der Positionierung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum misst Antonovsky der dritten Komponente, also der ‚Bedeutsamkeit‘ bei, da sie als motivationales Element grundlegend erscheint, um sich beim Aufkommen neuer Anforderungen nicht nur auf diese einzulassen, sondern sich auch die zu ihrer Bewältigung nötigen Ressourcen zu erschließen (vgl. Antonovsky 1997, 38).

### 2.1.3 Übergeordnete psychosoziale Widerstandsressourcen- Widerstandsdefizite

Zum Abschluss der Darstellung des salutogenetischen Modells wird an dieser Stelle auf das Konzept der ‚Übergeordneten psychosozialen generalisierten Widerstandsressourcen-Widerstandsdefizite‘ eingegangen. Als Widerstandsressourcen benennt Antonovsky beispielhaft Wissen, Ich-Identität, flexible Copingstrategien, soziale Unterstützung und Verbundenheit, Kontinuität, Kohäsion, Kontrolle, kulturelle Stabilität oder eine gesundheitsbewusste Orientierung (vgl. Antonovsky 1997, 200, Übers. d. Verf.). Es ist grundlegend zu erwähnen, dass der Menschen auch hier als sich auf einem Kontinuum befindend verstanden wird und dass Menschen den in ihrem Leben unvermeidlich auftretenden Stressoren unterschiedlich entgegen; unterschiedliche Strategien und Erfolge des Copings haben. Die Widerstandsdefizite werden nicht näher charakterisiert sondern sind zu verstehen als ein mehr oder weniger stark ausgeprägter Mangel an den unterschiedlichen Widerstandsressourcen. Je höher die Position eines Menschen auf diesem Kontinuum ist, als desto wahrscheinlicher postuliert Antonovsky Lebenserfahrungen, die der Ausbildung eines starken Kohärenzgefühls dienlich sind (vgl. Antonovsky 1997, 44). Ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl wiederum ermöglicht und erleichtert, wie oben beschrieben, eine Bewegung in Richtung des gesunden Pols des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums.

Antonovsky definiert Stressoren als:

„Ein Merkmal [...], das Entropie in das System bringt, das heißt eine Lebenserfahrung, die durch Inkonsistenz, Unter- oder Überforderung und fehlende Teilhabe an Entscheidungsprozessen charakterisiert ist.“ (Antonovsky 1997, 44).

Sie werden von Antonovsky im weiteren Verlauf der Entwicklung seines salutogenetischen Modells in drei Typen unterteilt (chronische Stressoren, wichtige Lebensereignisse, tägliche Widrigkeiten), auf die ich an dieser

Stelle nicht vertiefend eingehen möchte. Für den weiteren Gang der Arbeit ist entscheidend, dass die Bewertung von im Leben auftretenden Stimuli als Stressoren von der Qualität des Kohärenzgefühls abhängt (vgl. Antonovsky 1997, 126). Ein stärker ausgeprägtes Kohärenzgefühl versetzt in die Lage, sich auftretenden Stimuli anzupassen und diese als positive Lebenserfahrungen zu erleben, wohingegen im gegenteiligen Fall eines schwach ausgeprägten Kohärenzgefühls Stimuli wahrscheinlicher als Stressoren wahrgenommen werden. Ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl wird vermittelt durch das Vorhandensein vielfältiger psychosozialer Widerstandsressourcen.

#### 2.1.4 Identifizierung gesundheitsförderlicher Aspekte Sozialer Arbeit

Anhand des bis hier hin knapp zusammengefassten salutogenetischen Modells wird deutlich, wie sehr der Gesundheitszustand eines Individuums nicht nur von seiner individuellen körperlichen und psychischen Situation, sondern auch von ihm umgebenden Faktoren, hier ausgedrückt als Stimuli, abhängt. Entscheidend ist dabei die Bewertung der Stimuli aufgrund eines unterschiedlich stark ausgeprägten Kohärenzgefühls, welches in Abhängigkeit zu den in unterschiedlichem Ausmaß vorhandenen Widerstandsressourcen beziehungsweise Widerstandsdefiziten steht. Antonovskys Konzept bietet mehrere Anknüpfungspunkte für das Verständnis der Sozialen Arbeit als eine gesundheitsförderliche Profession, die mit Handlungskonzepten wie ‚Lebensweltorientierung‘ oder ‚Gemeinwesenarbeit‘ auf eben diese äußere, das Individuum umgebende Umwelt einwirkt und gleichzeitig an der Erschließung neuer beziehungsweise Verfestigung und Stärkung vorhandener Widerstandsressourcen arbeitet. Dies tut sie, indem sie beispielsweise Bildungsprozesse initiiert und begleitet oder durch partizipative Prozesse soziale Kohäsion unterstützt. Ebenso ermöglicht sie beispielsweise durch pädagogische Familienhilfe oder die Arbeit in einem Nachbar-

schaftstreff die Erschließung neuer (Widerstands-)Ressourcen auf der Mikroebene, die Erweiterung interpersoneller Netzwerke oder die Versteh-, Nachvollzieh- und Handhabbarkeit von beispielsweise formellen Anforderungen durch Institutionen. Es lassen sich also unter Verwendung des salutogenetischen Modells zum Verständnis von Gesundheit gesundheitsförderliche Aspekte aus hier nur stichwortartig genannten Interventionsformen der Sozialen Arbeit ableiten.

## 2.2 Definitionen von Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation hat im Rahmen ihrer Verfassung Gesundheit definiert als:

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. 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.“

„Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist eines der Grundrechte des Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“ (WHO 1946, 1, Übers. d. Verf.).

Bereits an dieser Stelle wird deutlich, dass ein rein individueller Blick auf Gesundheit ungenügend ist und sie auch auf sozialer Ebene entsteht. Wichtig für den weiteren Verlauf der Arbeit ist der Hinweis, dass diese Definition, ganz im Geiste der Aufklärung, zum einen utopischen Charakter hat, wenn sie von ‚vollständigem Wohlbefinden‘ spricht und zum anderen statischen, polaren Charakter, wenn sie von Gesundheit und Krankheit als einem Zustand spricht (vgl. Kickbusch/ Hartung 2014, 51 f.).

Mit der Verabschiedung der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung im Jahr 1986 hat die Weltgesundheitsorganisation dann eine dynamische,

prozesshafte Definition entwickelt, die Gesundheit auch als alltägliche Handlung begreift und die wechselseitige Beziehung zwischen Mensch und Umwelt, oder anders ausgedrückt Verhalten und Verhältnissen, berücksichtigt (vgl. Kickbusch/ Hartung 2014, 52):

„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 eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“ (WHO 1986, 5).

Anhand der beiden hier aufgeführten Definitionen wird deutlich, dass das Verständnis davon, was Gesundheit ausmacht, sich verändert hat in der Hinsicht, dass eine dichotome Betrachtungsweise ungenügend ist und ein erheblicher Teil dessen, was Gesundheit ausmacht, von der den Menschen umgebenden Umwelt und seiner Interaktion mit derselben abhängt. Bemerkenswert ist außerdem, dass die WHO mit der zweiten Definition die Gesellschaft dazu auffordert, die Gesundheit ermöglichende Bedingungen in ihr herzustellen. Daraus wird, wie auch im späteren Verlauf der Arbeit gezeigt wird, der Handlungsauftrag an die Politik abgeleitet, in ihren Entscheidungen und Maßnahmen immer auch deren gesundheitlichen Auswirkungen mitzudenken.

Zum Abschluss dieses Kapitels wird der Vollständigkeit halber die von Klaus Hurrelmann entwickelte Definition von Gesundheit vorgestellt, da sich ihre Verwendung in der Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitspolitik durchgesetzt hat:

„Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperliche und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist gegeben, wenn eine Person sich psychisch und sozial in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Sie ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt.“ (Hurrelmann 2006, 145).

Die Parallelen zur Definition der WHO sind hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Individuum und der Auseinandersetzung mit seiner Umwelt augenscheinlich. Ebenso offensichtlich mangelt es dieser Definition jedoch der politischen Komponente, also der Aufforderung zur gesamtgesellschaftlichen Herstellung gesundheitsförderlicher Bedingungen. Daher wird sie als Bezugspunkt für die weiteren Ausführungen verworfen. Der im Verlauf der Arbeit vorgestellte Setting-Ansatz orientiert sich notwendigerweise an der Gesundheitsdefinition der Ottawa-Charta, da er im gleichen Zuge von der WHO konzipiert wurde. Die weiteren Ausführungen zu den gesundheitsförderlichen Aspekten Sozialer Arbeit sind am salutogenetischen Zugang zu Gesundheit orientiert, da er einerseits konzeptionelle Grundlage oben genannter Definitionen ist, andererseits differenzierter dargestellt worden ist.

### 3 Sozial bedingte Gesundheitsungleichheit in Deutschland

Von der im vorherigen Teil herausgearbeiteten Erkenntnis geleitet, dass Gesundheit in einem hohen Maße sozial bedingt ist und die Soziale Arbeit mithin auch gesundheitsförderliche Aspekte aufweist, wird in diesem Teil die sozial bedingte Gesundheitsungleichheit in der Bundesrepublik Deutschland anhand verschiedener Studienergebnisse dargestellt. Im Anschluss daran wird eine kritische Betrachtung der gesundheitspolitischen Debatte, Agenda und Entwicklung vorgenommen. Das Kapitel schließt mit der Darstellung eines umfassenden Erklärungsmodells zur Entstehung sozial bedingter Gesundheitsungleichheit.

In der Bundesrepublik Deutschland wird „gesundheitliche Chancengleichheit [...] als ein wesentliches Element der sozialen Gerechtigkeit verstanden.“ (Lüngen/ Passon/ Lauterbach 2011, 18). Dies spiegelt sich vor allem

in den solidarischen Prinzipien des Zugangs, der Finanzierung und des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung wider (vgl. Lün- gen/ Passon/ Lauterbach 2011, 18). Dennoch herrscht in der Bundesre- publik Deutschland eine sozial bedingte Gesundheitsungleichheit vor, die sich nicht nur durch das unterschiedliche, individuelle Gesundheitsverhal- ten der unterschiedlichen sozialen Statusgruppen erklären lässt.

An dieser Stelle wird zunächst einmal der Begriff der sozial bedingten Ge- sundheitsungleichheit zum Verständnis des Fortgangs der Arbeit definiert. Wenn Unterschiede im Gesundheitsstatus unterschiedlicher sozio- ökonomischer Gruppen einer Bevölkerung nachweisbar sind, kann von ei- ner notwendigen Bedingung für das Vorhandensein sozial bedingter Ge- sundheitsungleichheit gesprochen werden (vgl. Franzkowiak/ Homfeldt/ Mühlum 2011, 39). Darüber hinaus müssen jedoch folgende Kriterien gel- ten:

„Solche Unterschiede müssen systematisch und konsistent sein; sie sind nicht biologisch-genetisch festgelegt, vielmehr primär sozial (ko-)produziert; sie werden ethisch wie politisch als unfair und damit ungerecht bewertet. Zudem können sie [...] durch Eingriffe politischer und gesundheitsbezogener Art ver- ändert werden.“ (Franzkowiak/ Homfeldt/ Mühlum 2011, 39 f.).

### 3.1 ‚Zahlen, Daten, Fakten‘

Besonders deutlich wird dies bei der Betrachtung der Lebenserwartung von Erwachsenen. Werden „fünf Einkommensgruppen unterschieden [...], dann leben die Männer aus der oberen Gruppe ca. 10 Jahre länger, als die Männer aus der unteren Gruppe“ (Mielck 2011, 83).

„Vergleicht man die in Gesundheit verbrachten Lebensjahre, sind die Un- terschiede mit 14 [...] Jahren noch größer.“ (Huster 2011, 56).

Es gibt eine Vielzahl von Arbeiten, die nachweisen, dass „Personen mit niedrigem sozialen Status zumeist einen besonders schlechten Gesund- heitszustand aufweisen“ (Mielck 2011, 81).

Nun liegt der Schluss nahe, dass diese Unterschiede in Mortalität und Morbidität dem individuellen Gesundheitsverhalten (unter anderem Rauchen, Ernährung und Bewegung) zuzuschreiben wären. Jedoch weisen verschiedene Studien nach, dass „etwa 50 Prozent der gesundheitlichen Ungleichheit [...] sich nicht durch das Gesundheitsverhalten erklären [lassen].“ (Mielck 2011, 87).

Folglich muss diese ‚zweite Hälfte‘ durch die Lebensverhältnisse, vorrangig die Wohn-, Umwelt- sowie Arbeitsverhältnisse, zu erklären sein, denn „die durchschnittliche Lebenserwartung steht weder mit der Höhe des Brutto-sozialprodukts noch mit der Höhe der Gesundheitsausgaben in einer Beziehung“ (Huster 2011, 57), sobald ein „gewisse[s] Niveau – etwa 5000 Dollar Bruttosozialprodukt pro Kopf“ (Huster 2011, 57) in einer Gesellschaft erreicht worden ist.

Bisher liegen in Deutschland jedoch nur wenige Studien vor, die die Umweltbelastungen, also die Verhältnisse des Wohnumfeldes auf den gesundheitlichen Zustand einer Population auswerten. Zumindest zeigt sich jedoch, dass die Belastungen durch Luftverschmutzung und Lärm in der unteren Statusgruppe besonders hoch ist (vgl. Mielck 2011, 88). Hier besteht noch erheblicher empirischer Forschungsbedarf.

Der Einfluss der Arbeitsverhältnisse auf den gesundheitlichen Zustand hingegen ist relativ gut erforscht. Grundsätzlich lassen sich die Belastungsfaktoren ‚Umgebungsbelastung‘, ‚körperliche Belastung‘, ‚psychische und psychosoziale Belastungen‘ und ‚Unfallgefahr‘ unterscheiden (vgl. Mielck 2011, 89). Hier zeigt die Public-Health-Forschung, dass „die unteren Statusgruppen von [...] psychosozialen Arbeitsbelastungen besonders stark betroffen sind.“ (Mielck 2011, 89). Kombiniert man die unterschiedlichen Belastungen in einer gemeinsamen Analyse, lässt sich nachweisen, dass sich bei Männern etwa 60 Prozent der gesundheitlichen Ungleichheit, bei Frauen etwas weniger, dadurch erklären lassen (vgl. Mielck 2011, 89 f.).

Selbst anhand dieses kurzen Überblicks zeigt sich der starke Einfluss des sozioökonomischen Status auf den Gesundheitszustand. Viel stärker als augenscheinlich anzunehmen, ist der Einfluss der Verhältnisse auf die Gesundheit. Auf den Themenkomplex, wie die „soziale Vorwelt [...] auf die Menschen [wirke], [...] Menschen [...] die Inhalte der Sozialwelt deuten sowie in ihr wirken.“ (Schütz 2003, zit. n. Engelmann/ Halkow 2008, 14) und dass „die Kultur der Gruppe [...] mitbestimmend [sei] für die Bedingungen des sozialen Lebens.“ (Schütz 2003, zit. n. Engelmann/ Halkow 2008, 14), also wie sehr die kulturellen Normen und Werte, teilweise geprägt wiederum durch die gegebenen Verhältnisse, auf das Verhalten in den unterschiedlichen sozioökonomischen Statusgruppen und damit auch auf den Gesundheitszustand wirken, kann ich, ohne den Rahmen dieser Arbeit zu sprengen, nicht eingehen. Dieser Hinweis soll genügen.

### 3.2 Kritische Betrachtung der gesundheitspolitischen Debatte und Agenda

Trotz der im vorherigen Teil dargestellten Erkenntnisse des erheblichen Einflusses des sozioökonomischen Status und der dadurch bedingten Lebensverhältnisse auf die Gesundheit, wird ihnen in der bundesdeutschen gesundheitspolitischen Debatte und Entwicklung wenig Beachtung geschenkt. Dies wird im Folgenden kurz dargestellt und kritisch betrachtet.

1986 wurde im Rahmen der Ottawa-Charta Gesundheitsförderung im Sinne einer umfassenden, gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, die nicht nur im originären Gesundheitssektor ansetzt, zum wichtigsten Aspekt von Gesundheitspolitik gesetzt (vgl. WHO 1986, 3). Dieser Ansatz findet immer noch mangelnde Beachtung und Verankerung in der bundesdeutschen Debatte um und Ausgestaltung von Gesundheitspolitik und die Verantwortung für ein gesundheitsförderndes Leben wird weiterhin überwiegend dem einzelnen Individuum zugeschrieben.

Flankiert wird diese Sicht der individualisierten Verantwortung für Gesunderhaltung und Krankheitsvermeidung und -linderung von einer Reorganisation der Zuständigkeiten der gesellschaftlichen Akteure Staat, Markt und Zivilgesellschaft. Die neoliberal geprägte Ideologie eines ‚schlanken, aktivierenden‘ Staates äußert sich auf der Gegenseite, also aufseiten des Individuum in neuen Anforderungen. Jeder einzelne Bürger und jede einzelne Bürgerin hat die Pflicht zur Minimierung von Krankheitsrisiken und Maximierung der selbstständigen Bewältigung die Gesundheit betreffender Probleme (vgl. Schmidt 2007, 84). Schlagworte wie ‚Eigenverantwortlichkeit‘, ‚Autonomie‘ und ‚Mündigkeit‘ umschreiben die in der aktuellen Debatte herrschenden Idealvorstellungen moderner Bürgerinnen und Bürger (vgl. Dieterich 2010, 143). Gesundheitsbezogene Leistungen müssen sich, ganz kapitalistisch-marktwirtschaftlicher Duktus, lohnen und basieren zunehmend auf dem Prinzip ‚Leistung – Gegenleistung‘. Jede und jeder Einzelne jedoch, die beziehungsweise der „der universellen Pflicht zur Gesundheit nicht nachkommt, verwirkt zunehmend das Recht auf solidarische Unterstützung“ (Schmidt 2007, 85).

Ungenügend im Blickfeld der aktuellen Debatte sind jedoch die sozialen Faktoren, die einerseits direkt Gesundheit und Krankheit beeinflussen (Einkommen, Wohn- und Arbeitsbedingungen) und andererseits indirekt die Fähigkeiten und Möglichkeiten zur eigenverantwortlichen Gesunderhaltung mitbestimmen (Status und Macht, Bildung, soziale und kulturelle Ressourcen). „Mehr oder weniger implizit droht hier gleichzeitig als neue ‚Kehrseite‘, dass Krankheit als individuelles Versagen und Schwäche schuldhaft erlebt wird.“ (Dieterich 2010, 149). Solidarität wird also, überspitzt formuliert, nur solchen gewährt, die sich konform mit diesen Vorstellungen verhalten.

Absolut kritisch wird hier insbesondere die Tatsache gesehen, dass die laufende gesundheitspolitische Debatte und damit die zurzeit gängigen Vorstellungen und Entwicklungen in der Gesundheitspolitik von jenen geführt und geprägt werden, die „über hinreichende finanzielle, soziale und

kulturelle Ressourcen verfügen und eines umfassenden sozialen Sicherungssystems nicht zwingend bedürfen.“ (Schmidt 2007, 88). Führt dies doch auch dazu, dass „riskante Lebensweisen, die in den niedrigen sozialen Schichten weit verbreitet sind, mit allgemeiner Aufmerksamkeit beachtet werden, und dass riskante Lebensweisen, die in den hohen sozialen Schichten weit verbreitet sind, eher im Hinblick auf ihre gesundheitlichen Potentiale betrachtet werden“ (Schmidt 2007, 90).

Fokus der gesundheitspolitischen Debatte und konkreten Ausgestaltung von Gesundheits- und Sozialpolitik, dem Ansatz der Ottawa-Charta folgend sogar jeder Politik, sollte also vielmehr die gesellschaftliche Struktur und ihre krankheits- und gesundheitsbedingenden Aspekte sein. Dazu gehört auch die Entwicklung neuer, die sozialen Einflussfaktoren berücksichtigenden Präventionsprogramme (vgl. Rakowitz 2004, 15), um die ungleiche und ungerechte Verteilung von Möglichkeiten und Fähigkeiten, allgemeiner Ressourcen, zur Entfaltung maximaler Gesundheitspotentiale bestmöglich abzumildern.

Denn der eingangs erwähnte formell gleiche Zugang zum Gesundheitssystem und seinen Leistungen kann den ungleich verteilten Gesundheitsrisiken und deren Bewältigungsmöglichkeiten wie oben dargestellt offensichtlich nicht ausreichend Rechnung tragen (vgl. Rosenbrock/ Gerlinger 2012, 1048).

Darüber hinaus erscheint der Umstand, „dass das professionelle Medizinsystem ein Definitionsmonopol über Gesundheits- und Versorgungsprobleme erringen konnte“ (Rosenbrock/ Gerlinger 2012, 1049) als Hemmnis, um eine Neuorientierung der Gesundheitspolitik auf die Stärkung verhältnispräventiver Maßnahmen einzuleiten.

Dieses Definitionsmonopol des Medizinsystems trägt nämlich dazu bei, dass sich trotz einer Veränderung der gegebenen gesundheitlichen Problemlagen hin zu chronischen Erkrankungen und zunehmender Armut die Gesundheitspolitik auf die Kurativmedizin fokussiert. Die Bewältigungs-

möglichkeiten bleiben so ineffizient und können nur in geringem Ausmaß effektiver gestaltet werden (vgl. Rosenbrock/ Gerlinger 2015, 1048).

Die aktuelle Entwicklung des und Debatte um das Gesundheitssystem der BRD steht diesen Erkenntnissen jedoch (immer noch) entgegen. Es droht die Gefahr einer zweifachen Diskriminierung großer Bevölkerungsteile einerseits in dem Sinne, dass Verantwortung und Schuld für Gesundheit und Krankheit dem Individuum zugeschrieben werden und andererseits, indem eine bedarfsgerechte Versorgung verweigert wird (vgl. Schmidt 2007, 90).

Dies geht einher mit dem Versuch, eine intrinsische Gesundheitsmotivation in der Bevölkerung zu verankern, kritisch formuliert mit dem Ziel eines „gesellschaftskonformen sozialverträglichen und marktförmigen Lebensstil[s].“ (Schmidt 2007, 97).

### 3.3 Erklärungsmodell sozial bedingter Gesundheitsungleichheit

Es ist deutlich geworden, dass die in der Bundesrepublik Deutschland herrschende sozial bedingte Gesundheitsungleichheit erstens von gewichtigem Ausmaß ist, zweitens die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung durch einen Fokus auf die Effektivitätssteigerung kurativer medizinischer Maßnahmen wenn nicht annähernd erschöpft, doch zumindest weit geringere Potentiale bietet als eine Umorientierung des Gesundheitssystems und der dazugehörigen politischen Agenda auf gesundheitsförderliche Maßnahmen. Drittens zeigt sich, welche gesellschaftlichen und politischen Machtkonstellationen und Interessenslagen solch einer Umorientierung entgegenstehen.

Folgend wird ein umfangreiches und detailliertes Erklärungsmodell sozial bedingter Gesundheitsungleichheit vorgestellt, um die bisherigen Ausführung gewissermaßen ‚auf den Punkt‘ zu bringen.

Es wurde ausgewählt, da es nach Kenntnisstand des Autors sämtliche Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand berücksichtigt und diese zumindest einmal schlaglichtartig dargestellt werden sollen, um einer Überbetonung der sozialen Einflussfaktoren auf Gesundheit entgegen zu wirken.

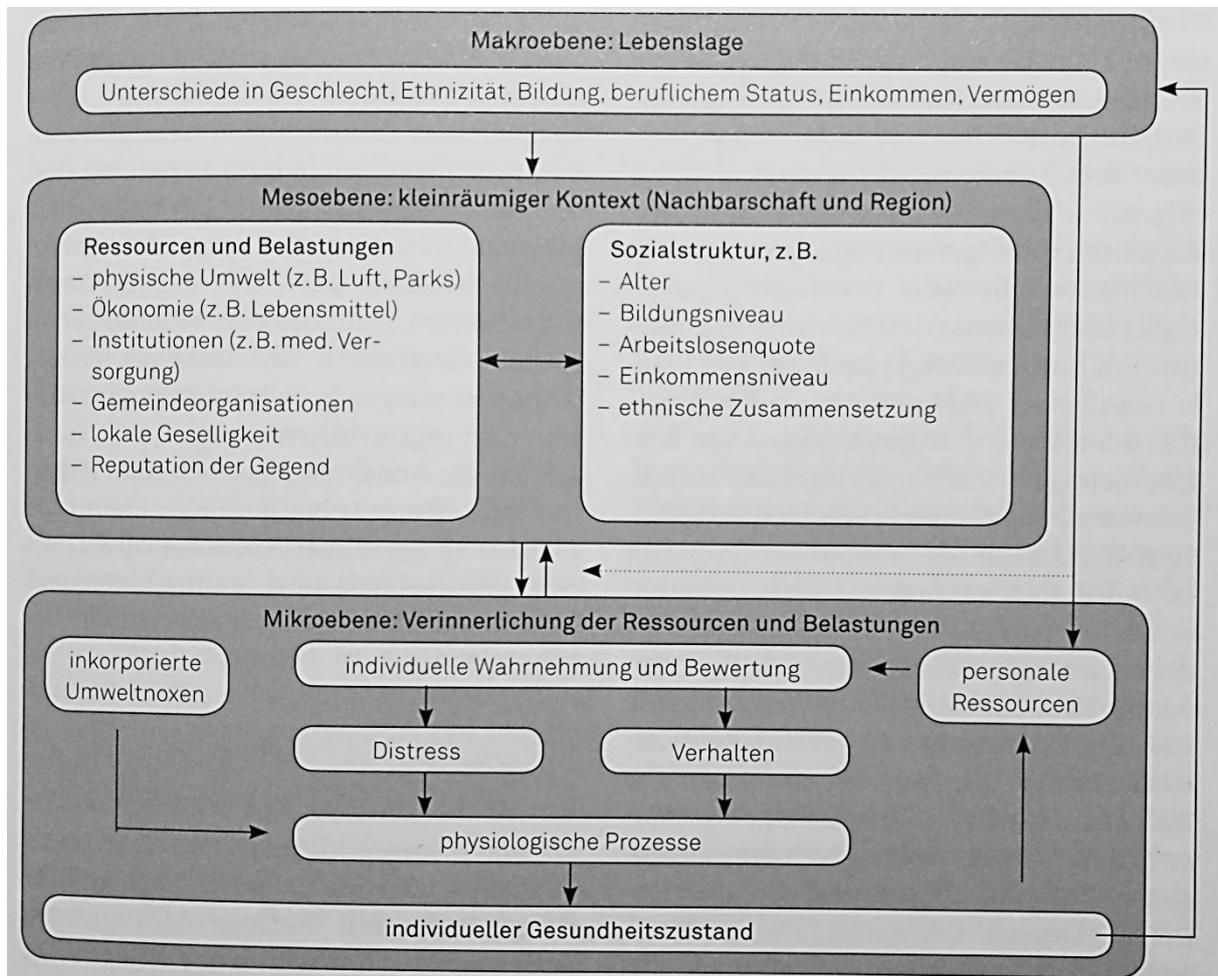


Abbildung 1: Erklärungsmodell zum Zusammenhang von Lebenslage, kleinräumigen Kontext und Gesundheit (Voigtländer 2017, 37).

Dieses Modell spiegelt die Erkenntnisse des ersten Kapitels der Arbeit, also die soziale Bedingtheit von Gesundheit, anschaulich wider, geht jedoch noch weiter und berücksichtigt neben physischen Wirkfaktoren auf der Ebene des Nahraums auch die Versorgungslage im Nahraum.

Das im vorherigen Kapitel ausgeführte Kohärenzgefühl findet sich hier auf der Mikroebene als individuelle Wahrnehmung und Bewertung wieder,

während die dargestellte Widerstandsressourcen und Widerstandsdefizite auf selbiger Ebene als personale Ressourcen gekennzeichnet sind.

Darüber hinaus wird der Einfluss individueller Merkmale (hier auf der Makroebene verortet) auf ebendiese Ressourcen veranschaulicht, während diese wiederum die individuelle Wahrnehmung und Bewertung gesundheitlicher Herausforderungen, also das Kohärenzgefühl, vermitteln.

Insgesamt werden die vielfältigen Wechselwirkungen zwischen den einzelnen die Gesundheit bestimmenden Faktoren deutlich, also dass jeder einzelne Faktor wiederum Einfluss auf die Ausgestaltung der anderen nimmt.

#### 4 Der Setting-Ansatz

Da Gesundheit, wie beschrieben, zu einem großen Teil durch die Lebensverhältnisse beeinflusst wird; direkt durch Wohn-, Umwelt- und Arbeitsverhältnisse, indirekt durch Prägen des Gesundheitsverhaltens, versprechen „Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit [...] daher vor allem dann Erfolg [...], wenn sie bei den Lebensverhältnissen ansetzen.“ (Mielck 2011, 84 f.). Grundlegend für etwaige gesundheitsfördernde Maßnahmen zu beachten ist, dass Interventionen, die sich an die Gesamtbevölkerung richten, zu einer Vergrößerung der sozial bedingten Gesundheitsungleichheit beitragen, weil sie vor allem die oberen Statusgruppen erreichen (vgl. Mielck 2011, 87 f.). Diesem Paradoxon trägt der im Folgenden dargestellte Setting-Ansatz Rechnung, indem er „die Chance [bietet], ein möglichst breites Spektrum an Personen zu erreichen. Dadurch erreicht Gesundheitsförderung diejenigen, die unter ungünstigen sozialen Rahmenbedingungen leben“ (MDS 2009, 17). Dies erscheint zunächst widersprüchlich, löst sich jedoch anhand der weiter unten darge-

stellten drei zentralen methodischen Elemente des Setting-Ansatzes auf. Entscheidend ist an dieser Stelle die Erreichbarkeit der Zielgruppen der unterschiedlichen Interventionsformen.

In der theoretischen und methodischen Konzeption des Setting-Ansatzes, welche „immer noch unscharf, im Detail sogar kontrovers [ist]“ (Engelmann/ Halkow 2008, 26) finden sich Parallelen zur Theorie der Sozialpädagogik von Michael Winkler und der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit nach Hans Thiersch. Daher werden im späteren Verlauf der Arbeit ebendiese Konzeptionen vorgestellt, jedoch auch, weil in weiten Teilen der hier zitierten Literatur auf die Soziale Arbeit sowohl als Bezugswissenschaft als auch als geeignete Handlungswissenschaft mit umfangreicher Expertise und vielfältigen Konzepten, Theorien, Modellen und Handlungserfahrungen, die gesundheitsförderliche Aspekte aufweisen, kaum Bezug genommen wird.

Somit sind ihre gesundheitsförderlichen Potentiale nicht nur in der theoretischen Konzeption gesundheitsförderlicher Interventionen unterrepräsentiert, sondern es ist auch Aufgabe der Profession Soziale Arbeit, sich verstärkt in die gesundheitspolitische Debatte, Entwicklung und daraus ergebende Handlungsfelder und Interventionsformen einzubringen.

#### 4.1 Konzeption des Setting-Ansatzes

Der Begriff Setting ist, ebenso wie Gesundheit, nicht abschließend zu definieren. Ausgehend von der Ottawa-Charta bezeichnet er:

„The place or social context in which people engage in daily activities in which environmental, organizational and personal factors interact to affect health and wellbeing. [...] Settings can normally be identified as having physical boundaries, a range of people with defined roles, and an organizational structure.“

„Den Raum oder sozialen Kontext, in dem Menschen alltägliche Handlungen vornehmen, in dem umweltbedingte, organisationale und individuelle Faktoren mit einem Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden interagieren. [...] Settings können normalerweise dadurch identifiziert werden, dass sie physikalisch be-

grenzt sind, sich durch Beteiligte mit verschiedenen Rollen auszeichnen und über eine Organisationsstruktur verfügen.“ (WHO 1998, 19, Übers. d. Verf.).

Eine weitere Annäherung an den Begriff nimmt Rosenbrock vor:

„Demnach ist ein Setting ein relativ dauerhafter Sozialzusammenhang, der durch formale Organisation, regionale Situation und/ oder gleiche Erfahrung, Lebenslage oder Werte definiert und den Nutzern/ Bewohnern auch subjektiv bewusst ist. Von diesem Sozialzusammenhang gehen wichtige Impulse auf die Wahrnehmung von Gesundheit, auf Gesundheitsbelastungen und Gesundheitsressourcen aus.“ (Rosenbrock 2004, zit. n. Engelmann/ Halkow 2008, 29).

Den bisherigen Ausführungen entsprechend, begreift der Setting-Ansatz nicht nur die individuelle Person, sondern vor allem auch die umgebenden Strukturen als Objekt seiner Intervention. Hierzu bedient er sich vor dem Hintergrund der Ottawa-Charta drei zentraler methodischer Elemente: Der Vermittlung von Lebenskompetenzen, Empowerment und Partizipation sowie der Entwicklung gesundheitsfördernder struktureller Rahmenbedingungen.

Ziel der Vermittlung von Lebenskompetenzen ist „die individuelle Befähigung, die Lebensbedingungen zu verstehen und Herausforderungen aktiv und positiv anzunehmen und zu bewältigen.“ (Kilian/ Geene/ Philippi 2004, zit. n. Engelmann/ Halkow 2008, 43). Damit trägt der Setting-Ansatz an dieser Stelle auch dem von Antonovsky entwickelten Modell des Kohärenzgefühls in der Form Rechnung, dass er an den drei oben genannten Kernelementen arbeitet und eine Verbesserung ebendieser anstrebt.

Ziel von Empowerment ist die Befähigung der Beteiligten, ihre Lebensumwelt in Eigenaktivität selbstbestimmt gesundheitsförderlich zu gestalten. Dies geschieht durch die Vermittlung der Lebenskompetenzen und Aufdecken von individuellen, familiären und nachbarschaftlichen Ressourcen (vgl. Engelmann/ Halkow 2008, 44 ff.).

Dies wird begleitet durch partizipative Prozesse, die zum Ziel haben, dass die Beteiligten ihre eigenen Interessen bei der Planung, Gestaltung und

Durchführung gesundheitsfördernder Maßnahmen und Umgestaltungen im Setting auf der politischen Ebene nicht nur vertreten, sondern über diese Maßnahmen mitentscheiden (vgl. Engelmann/ Harkow 2008, 49 f.).

Es wird deutlich, wie der Setting-Ansatz erstens der sozialen Bedingtheit von Gesundheit und zweitens der schlechten Erreichbarkeit gerade der untersten Statusgruppen durch die Beteiligung bei Analyse, Entwicklung und Durchführung gesundheitsförderlicher Interventionen Rechnung trägt. Somit löst sich der eingangs aufgedeckte scheinbare Widerspruch auf.

Die Entwicklung gesundheitsfördernder struktureller Rahmenbedingungen als übergeordnetes Element des Setting-Ansatzes hat zum Ziel, eine gesunde physische, psychische und soziale Umwelt zu schaffen, Gesundheitsförderung, Bildung und Erziehung in die Alltagsprozesse zu integrieren und Netzwerke und Allianzen mit anderen Settings zu bilden (vgl. Barric/ Conrad 1999, zit. n. Engelmann/ Harkow 2008, 50 f.). Hier realisiert sich auf kleinräumlicher Ebene die Forderung, die die WHO mit ihrem Konzept der gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik an die politischen Entscheidungsträger auf gesamtgesellschaftlicher Ebene stellt.

Da sich offensichtliche Parallelen zur Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit aufzeigen, wird diese ebenso wie die Theorie der Sozialpädagogik von Michael Winkler, da sie neben dem Subjekt den Ort als Grundelement sozialpädagogischen Handelns betont, im weiteren Gang der Arbeit beispielhaft für die Geeignetheit der Profession Sozialen Arbeit, sich vermehrt auf den Ebenen der Gesundheitsförderung und -politik einzubringen, dargestellt und diskutiert. Somit werden die gesundheitsförderlichen Aspekte Sozialer Arbeit aufgezeigt.

Vorweg findet eine Einordnung des Setting-Ansatzes innerhalb der Gesamtheit gesundheitsförderlicher Interventionen statt.

## 4.2 Gesundheitsförderung und Prävention

Einführend werden die beiden Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention voneinander abgegrenzt. Gesundheitsförderliche Maßnahmen haben zum Ziel, sowohl individuelle als auch soziale Ressourcen, die den Gesundheitsstatus positiv beeinflussen, zu erweitern. Dies geschieht idealerweise in Verbindung mit einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik, um sowohl auf der Verhaltensebene als auch auf der Ebene der Verhältnisse die Gesundheitspotentiale möglichst vieler Menschen zu verbessern (vgl. Hurrelmann/ Laaser/ Richter 2012, 665). Es wird also einen salutogenetisch geprägter Blick auf die Verbesserung des Gesundheitsstatus eingenommen.

Prävention hingegen ist durch einen pathogenen Blickwinkel auf Gesundheit geprägt, beschreibt der Begriff doch „Interventionshandlungen, die sich auf die Vermeidung oder Verringerung von Gesundheitsschädigungen [...] richten.“ (Hurrelmann/ Laaser/ Richter 2012, 665). Ziel dieser Handlungen ist es, bei Bevölkerungsteilen mit zu erwartender oder bereits entstandener Gesundheitsstörung, das Auftreten oder Fortschreiten derselben zu verhindern. Darüber hinaus zielen Präventionsmaßnahmen auch auf die Verringerung von Folgeerkrankungen und die Verhinderung die Krankheit begleitender Störungen der Psyche und des Sozialstatus (vgl. Hurrelmann/ Laaser/ Richter 2012, 665).

Es lässt sich erkennen, dass beide Interventionsformen sich nicht gegenseitig ausschließen, sondern im Gegenteil ergänzendes Potential haben, da sich letztendlich beide, wenn auch unter unterschiedlichem Blickwinkel, auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes richten. Jedoch sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass, wie im vorherigen Kapitel dargestellt, die Ausweitung gesundheitsförderlicher Interventionsformen ein größeres Potential zur Verbesserung des Gesundheitszustandes haben.

Beide Interventionsformen lassen sich anhand ihrer Interventionsschritte, aufgegliedert in Zeitpunkt, Zielgruppe und Zielsetzung, anhand folgender Tabelle zusammengefasst darstellen.

	primordial	primär	sekundär	tertiär
Interventionszeitpunkt	im Gesundheitszustand	bei erkennbaren Risikofaktoren für Krankheit	im Vor- oder Frühstadium einer Krankheit	nach akuter Krankheitsbehandlung
Zielgruppe	Gesamtbevölkerung	Risikogruppen	(potentielle) Patienten	Rehabilitanden
Zielsetzung	Beeinflussung von Verhältnissen und Lebensweisen	Beeinflussung von risikobezogenen Parametern	Beeinflussung der Krankheitsauslöser und -folgen	Vermeidung von Folgestörungen und Folgeerkrankungen

Tabelle 1: Unterscheidung von vier Interventionsschritten (Hurrelmann/ Laaser/ Richter 2012, 666)

Primordiale Interventionen richten sich an Menschen mit einem guten Gesundheitszustand, also grundsätzlich alle, und zielt darauf, ab die Lebensbedingungen gesundheitsförderlich zu beeinflussen. Eine gängige alternative Bezeichnung hierfür ist Verhältnisprävention; oft wird Gesundheitsförderung als (nur) diese Interventionsform verstanden (vgl. Hurrelmann/ Laaser/ Richter 2012, 665 f.).

Primäre Interventionen zielen auf „das Zurückdrängen definierbarer Risikofaktoren vor Eintritt einer biologischen oder psychischen Schädigung“ (Hurrelmann/ Laaser/ Richter 2012, 666). Alternativ wird von Primärprävention beziehungsweise gezielter Gesundheitsförderung gesprochen werden.

Sekundäre Interventionen wenden sich bei bereits bestehenden Gesundheitsstörungen dem Auffinden und der Verminderung ihrer Ursachen und Folgen zu (vgl. Hurrelmann/ Laaser/ Richter 2012, 665). Sie werden parallel als sekundäre Präventionsmaßnahmen bezeichnet.

Schließlich zielen tertiäre Interventionsformen auf die „möglichst weitgehende Wiederherstellung von Funktionsfähigkeit und Lebensqualität nach einem einschneidenden Krankheitsereignis“ (Hurrelmann/ Laaser/ Richter 2012, 665) ab. Hier findet alternativ die Bezeichnung tertiärer Prävention Verwendung.

Es sei an dieser Stelle die Bemerkung erlaubt, dass die Fachtermini im Bezugsrahmen von Gesundheit und vor allem ihr inhaltliches Verständnis in der dieser Arbeit zugrundeliegenden Literatur uneinheitlich verwendet werden.

Der Setting-Ansatz lässt sich überschneidend sowohl als primordiale als auch als primäre Interventionsform einordnen, da in seiner Konzeption sowohl die Beeinflussung der Lebensumwelt und ihrer Strukturen zur Verbesserung gesundheitsförderlicher Bedingungen sowie das Anstoßen von Bildungsprozessen zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweise im Sinne des Erwerbs von neuen Lebenskompetenzen vorgesehen sind (primordiale Ebene). Auch beinhaltet die Konzeption als klares Ziel, die untersten Statusgruppen zu erreichen, die, wie im vorherigen Kapitel gezeigt, erhöhten Gesundheitsbelastungen und -risiken ausgesetzt sind (primäre Ebene).

## 5 Theorie der Sozialpädagogik nach Winkler

An dieser Stelle der Arbeit ist die Bedeutung des sozialen Status, unmittelbaren Lebensumfeldes und damit auch des Alltags für den Gesundheitszustand des Menschen herausgearbeitet worden. Es ist deutlich geworden, dass nicht nur das individuelle Verhalten, sondern auch Umweltfaktoren und dort wiederum nicht nur die Arbeitsbedingungen sowie Umweltbelastungen im ökologischen Sinne, sondern auch Aspekte wie Partizipation

und Einflussnahme an politischen und gesellschaftlichen Prozessen, die eben dieses Lebensumfeld betreffen, nachweisbar Einfluss auf den Gesundheitszustand von Menschen haben. Die Grenzen der kurativen Medizin sind aufgezeigt worden. Nun wendet sich der Text zwei sozialpädagogischen Theorien zu, die sich eben dort, also im alltäglichen Leben, verorten lassen. Zunächst und grundlegend wird im Folgenden die Theorie der Sozialpädagogik von Michael Winkler mit Fokus auf seine Ausführungen zum sozialpädagogischen Handeln, welches nach seiner Ansicht immer das Subjekt sozusagen ‚im Ort‘ berücksichtigen muss, vorgestellt, um die Verknüpfung von Sozialer Arbeit und ihren gesundheitsförderlichen Potentialen im Kontext sozialer bedingter Gesundheitsungleichheit aufzunehmen. Im nächsten Kapitel folgt dann die Darstellung des Konzepts der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit von Hans Thiersch.

## 5.1 Das sozialpädagogische Handeln

Michael Winkler definiert das sozialpädagogische Handeln als aus den Komponenten Subjekt und Ort bestehend, welche in den nächsten beiden Abschnitten genauer erläutert werden. Dies begründet er dermaßen, als dass Sozialpädagogik zum Ziel hat „Lebensbedingungen zu schaffen, welche den Individuen [...] Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten eröffnen, die schließlich zu einem selbstbestimmten Leben führen“ (Winkler 1988, 265).

Sozialpädagogisches Handeln wird erstens charakterisiert als Vereinigung von Aktivitäten zweier Akteure, also dem beziehungsweise der pädagogisch Tätigen und dem Klienten beziehungsweise der Klientin. Zwar gibt der oder die pädagogische Tätige einen Impuls, jedoch setzen sich die Klienten letztendlich selbstständig mit diesem auseinander. Im Anschluss interpretiert der oder die pädagogisch Tätige die Handlungen der Klienten, um so wiederum neue Aneignungsangebote machen zu können (vgl. Winkler 1988, 271 f.).

Als zweites Charakteristikum bestimmt Winkler, dass sozialpädagogisches Handeln zwar subjektbezogen ist, sich aber dadurch, dass es zum Ziel hat, dem Subjekt die Verfügung über seine Lebensbedingungen zu erweitern und sich dadurch weiter zu entwickeln, objektiv begründen lässt. Und zwar in dem Sinne, als dass das Subjekt in den ihn umgebenden, objektiven gesellschaftlichen Rahmenbedingungen verstanden werden muss (vgl. Winkler 1988, 273). Das Erreichen einer „subjektiv hinreichenden Position in der Gesellschaft“ (Winkler 1988, 274) beziehungsweise „die Voraussetzungen zu schaffen, die diesem [dem Subjekt] den Zugang zur Gesellschaft eröffnen und ein Leben in dieser ermöglichen“ (Winkler 1988, 274) sind Ziel des pädagogischen Handelns.

Dieses Mitdenken beziehungsweise dieser Blick auf die objektiven gesellschaftlichen Rahmenbedingungen birgt jedoch die Gefahr, das Subjekt diesen auszuliefern. Insofern entwickelt Winkler als weiteres Charakteristikum sozialpädagogischen Handelns, dass es die Lebenslage des Subjekts in den Blick nimmt, in der sich nämlich „reale Bedingungen und ihre subjektive Wahrnehmung und Verarbeitung [verknüpfen]“ (Winkler 1988, 274). So lässt sich einerseits die Reallage, in dem das Subjekt lebt, erkennen, gekennzeichnet erstens als die „tatsächliche Stellung eines Individuums im gesellschaftlichen Reproduktionsprozess und die Auswirkungen der durch das politische System gesteuerten Maßnahmen auf seine Lebensführung“ (Winkler 1988, 274) und zweitens durch die individuelle Geschichte, vor allem aber den individuellen Charakter seiner Verarbeitungsformen der Wirklichkeit (vgl. Winkler 1988, 274 f.). Andererseits kann so die Ideallage des Subjekts, die „Vorstellung seiner künftigen Lebensweise, schließlich auch seine Lebensperspektive“ (Winkler 1988, 275) rekonstruiert und verstanden werden. Die Ideallage ist ferner von dynamischen Charakter, da „die Komposition des eigenen Selbstbildes und die Antizipation der künftigen Lebensumstände wechselseitig aufeinander [wirken]“ (Winkler, 1988, 275). Zusammenfassend ausgedrückt, ermöglicht also das sozialpädagogische Handeln durch erweiterte Aneignungs-

möglichkeiten der Wirklichkeit dem Subjekt nicht nur eine Veränderung seiner gesellschaftlichen Position, sondern auch seines Selbstbildes und der denkbaren zukünftigen Lebensweise.

Schließlich charakterisiert Winkler sozialpädagogisches Handeln, dass es zwar auf die Verwirklichung einer Zukunft gerichtet ist, diese jedoch nicht vorgibt, sondern im Gegenteil dem Subjekt sowohl die Entwicklung einer Zukunftsperspektive als auch die Umsetzung dieser Verwirklichung überlässt (vgl. Winkler 1988, 276 f.). Es muss „die Gegenwart des Subjekts so strukturieren, dass in ihr eine offene Zukunft [...] entsteht“ (Winkler 1988, 276).

Im folgenden Abschnitt möchte ich versuchen, Winklers Annahmen über die Besonderheiten des Subjekts sozialpädagogischen Handelns pointiert zusammenzufassen, um so nach der anschließenden Darstellung seines Verständnisses des sozialpädagogischen Ortes sowohl Parallelen zum vorgestellten Setting-Ansatz als auch Anknüpfungspunkte zum eingangs erarbeiteten holistischen Gesundheitsbegriff ausarbeiten zu können. Auf diese Weise werden die gesundheitsförderlichen Aspekte sozialer Arbeit verdeutlicht.

## 5.2 Das Subjekt

Der beziehungsweise die pädagogisch Tätige sieht sich laut Winkler in Bezug auf das Subjekt seines pädagogischen Handelns mit einem Paradox konfrontiert. Dies ist dadurch gekennzeichnet, dass sich das Subjekt einerseits „in seiner Subjektivität allen anderen Subjekten unterschiedslos gleicht“ (Winkler 1988, 270), sich dabei jedoch andererseits „in seiner Subjektivität von allen anderen Subjekten [unterscheidet]“ (Winkler 1988, 270). Daraus folgt, dass der beziehungsweise die pädagogisch Tätige „die individuelle und konkrete Existenz des Subjekts als die ihm aktuell zugängliche und verfügbare Normalform seines Lebens“ (Winkler 1988, 270)

zu verstehen hat. Somit darf kein normatives Verständnis von Normalität ihm beziehungsweise ihr seine Interventionsformen und deren Intentionen gewissermaßen vorgeben, sondern der beziehungsweise die pädagogisch Tätige „muss also mit der Normalität des Unterschiedes rechnen“ (Winkler 1988, 279).

Als weiteres Charakteristikum des Subjekts führt Winkler die Selbsttätigkeit des Subjekts an, „es setzt sich auf seine individuelle Art und Weise [...] mit seiner Umwelt auseinander“ (Winkler 1988, 270). Es wird somit betont, dass jedes Subjekt sozialpädagogischen Handelns sich nicht nur mit den umgebenden Lebensbedingungen auseinandersetzt (und damit auch mit dem beziehungsweise der pädagogisch Tätigen selbst) und versucht, sich in diesen zurechtzufinden; sich diese anzueignen. Auch bedeutet dieses Charakteristikum, dass das Subjekt lernfähig ist und darüber hinaus durch sein konkretes Handeln sozusagen ‚Lernarbeit‘ leistet und vor allem, dass es sich durch eben diese ‚Lernarbeit‘ weiterentwickelt (vgl. Winkler 1988, 270 f.). Somit bilden „die subjektiven Entwicklungsprozesse [...] den entscheidenden Bezugspunkt sozialpädagogischer Handlungen“ (Winkler 1988, 271).

### 5.3 Der Ort

Um die kurze Darstellung Winklers Theorie der Sozialpädagogik abzuschließen, wird nun sein Verständnis des Ortes als eine der beiden Komponenten sozialpädagogischen Handelns zusammengefasst vorgestellt.

Den Ort des sozialpädagogischen Handelns versteht Winkler als einen, „an welchem Subjekte bestehen können“ (Winkler 1988, 278). Er ist also nicht nur konkret zu denken als Lebensort, sondern darüber hinaus als eine Lebenssituation, in der eine Grundlage für eigene Bildungsanstrengungen des Subjekts geschaffen werden, die Begegnung mit Anderen stattfinden

kann und die darüber hinaus von diesem kontrolliert werden kann (vgl. Winkler 1988, 278 f.).

Auch wird er verstanden als ein „von gesellschaftlicher Determination freie[r] Raum“ (Winkler, 1988 279), wodurch der beziehungsweise die pädagogisch Tätige zu einem „Kritiker der Gesellschaft“ [wird], da er ihre Ausgrenzungsprozesse durchbricht und die so entstandenen Plätze einer Aneignung wieder zugänglich macht“ (Winkler 1988, 279).

Darüber hinaus wird dem Ort die zentrale Funktion zugeordnet, dass er das Subjekt in seiner Existenz sichert und zwar erstens in materieller Hinsicht, zweitens in Bezug auf die körperliche Versorgung und drittens ihm auch emotionale Gewissheit verschafft (vgl. Winkler 1988, 280). Der diese existentielle Sicherung des Subjekts besorgende Ort muss jedoch notwendigerweise zur Aneignung, das heißt sozusagen zur Übernahme ‚zurück‘ in die alltägliche Lebenswelt des Subjekts konzipiert sein, um das Subjekt nicht in einem Abhängigkeitsverhältnis zu ihm bestehen zu lassen. Somit besteht im Gegensatz viel mehr ein Abhängigkeitsverhältnis der pädagogisch Tätigen gegenüber den Subjekten ihrer Handlungen in der Hinsicht, dass diese sich auch tatsächlich den bereitgestellten Ort selbstständig und selbstorganisiert aneignen (vgl. Winkler 1988, 280 f.).

Von Winkler werden im weiteren Verlauf fünf verschiedene Typen dieses Ortes entwickelt, wobei, um das Anliegen der vorliegenden Arbeit zu verdeutlichen, an dieser Stelle nicht vertiefend auf jeden Typus eingegangen werden braucht. Jedoch werden seine Ausführungen zum dritten, vierten und fünften Typus im Folgenden zusammengefasst, da sich offensichtliche Parallelen zur Konzeption des Setting-Ansatzes und Anknüpfungspunkte an das salutogenetischen Gesundheitsverständnis auf tun.

Vorweg sei darauf hingewiesen, dass sich erstens keine klare Grenzziehung zwischen den unterschiedlichen Typen ergibt, sondern die Übergänge zwischen ihnen fließend sind und zweitens, dass sich ausgehend vom

ersten Typus (Anstalt, Heim) der Grad der Einbettung in der Lebenswelt der Subjekte erhöht (vgl. Winkler 1988, 296).

### 5.3.1 Der dritte Typus des sozialpädagogischen Ortes

Die Funktion dieses Typus wird als Stützung eines bereits vorhandenen Ortes beschrieben. Das bereits vorhandene soziale Bezugssystem des Subjektes wird erhalten und gesichert mit den Vorteilen, dass das Verbleiben in den Lebensbezügen möglich ist und sich dadurch ein niedriger Grad an Diskriminierung ergibt sowie an bereits bestehende Beziehungen angeknüpft werden kann. Dies birgt jedoch den potentiellen Nachteil in sich, dass gegebenenfalls auch dysfunktionale Bezugssysteme gestützt werden können (vgl. Winkler 1988, 300 f.).

### 5.3.2 Der vierte Typus des sozialpädagogischen Ortes

Im Gegensatz zum dritten Typus zeichnet den vierten Typus das Schaffen neuer Orte in der Lebenswelt des Subjekts aus, die mit

„der Absicht geschaffen [werden], dass sie sich, vermittelt durch die betroffenen und beteiligten Subjekte selbst, mit dem Alltagsleben verbinden und so eine neue Form sozialer Praxis ermöglichen.“ (Winkler 1988, 301).

Innerhalb dieses Typus werden drei Formen unterschieden. Erstens in Form von Angeboten, die sich an den Bedürfnissen der Lebenswelt der Subjekte orientieren und damit sowohl betreffend der Steuerung als auch des Inhalts der Angebote prozesshaft und in engem Austausch mit den Subjekten gestaltet werden müssen. Dies schließt allerdings auch die Möglichkeit mit ein, dass aufgrund mangelnder Ressourcen und Kompetenzen die Angebote dieser Form des sozialpädagogischen Ortes gar nicht

wahrgenommen werden können oder er gegebenenfalls gar nicht entstehen kann (vgl. Winkler 1988, 301 f.).

Der zweiten Form innerhalb dieses Typus ordnet Winkler eine Übergangsfunktion vom ersten Typus (Anstalt, Heim) zurück in die alltägliche Lebenswelt zu (vgl. Winkler 1988, 302). Auf ihn muss im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter eingegangen werden.

Die Beschreibung der letzten Form dieses Typus bleibt vage; nur die Nähe zur Selbsthilfe wird genannt. Gekennzeichnet wird er dadurch, dass die Subjekte sich in ihm durch den Erwerb neuer Ressourcen und Kompetenzen neue Lebenszusammenhänge und damit auch einen neuen, veränderten Alltag erschließen. So werden sie gewissermaßen sich selbst gegenüber zu pädagogisch Tätigen (vgl. Winkler 1988, 302).

### 5.3.3 Der fünfte Typus des sozialpädagogischen Ortes

Dieser Typus schließlich wird durch Winkler insbesondere dadurch gekennzeichnet, dass eine Trennung zwischen der alltäglichen Lebenswelt der Subjekte und dem pädagogischen Ort selber nicht mehr vollzogen werden kann (vgl. Winkler 1988, 302). Auch hier bleiben seine weiteren Ausführungen vage. Hervorzuheben ist seine Annahme, dass in diesem Typus „ein Prozess gemeinsamer Vergesellschaftung einerseits, ein Übergang zu einer politischen Praxis andererseits eintritt“ (Winkler 1988, 303).

Als problemhaft an diesem Typus identifiziert Winkler, dass sich zwar auf die individuellen Deutungsmuster der (nunmehr kaum so zu nennenden) Subjekte eingelassen wird, darüber hinaus aber die Gefahr besteht, auch deren Normalitätsverständnis unreflektiert zu übernehmen. So würden dann nämlich unter Umständen auch die Schwierigkeiten der Subjekte in der Aneignung ihrer Lebenswelt übernommen werden (vgl. Winkler 1988, 303).

An dieser Stelle widerspricht sich Winkler scheinbar zu einem gewissen Maße selbst, fordert er doch zuvor, dass sich pädagogische Tätige auf eben genau diese Normalitätsvorstellungen der Subjekte einlassen und nicht mit ‚fertigen‘ Vorstellungen von Normalität an die Subjekte herantreten. Dies lässt sich auflösen, indem man seine vorgestellten Ausführungen zur Reallage und Ideallage bedenkt. Nur erscheint es in diesem Typus des sozialpädagogischen Ortes schwierig, sich als pädagogisch Tätiger beziehungsweise Tätige nicht in die Reallage der Subjekte ‚verwickeln‘ zu lassen, sondern den Ort so zu gestalten, dass die Ideallage nicht aus dem Blick gerät und damit Aneignungs- und Entwicklungsmöglichkeiten für die Subjekte zur Verfügung gestellt werden können.

#### 5.4 Parallelen zum Setting-Ansatz und Anknüpfungspunkte an das salutogenetische Gesundheitsverständnis

Zunächst einmal lässt sich der Setting-Ansatz nicht nur einem der von Michael Winkler entwickelten Typen sozialpädagogischer Orte zuordnen, da er ja als eine Interventionsform konzipiert ist, die sowohl auf individueller als auch sozialer Ebene ansetzt. Somit sind sowohl unterstützende und aufsuchende Interventionsformen denkbar, die eher dem dritten Typus zuzuordnen sind, als auch die Etablierung neuer sozialer Einrichtungen wie beispielsweise ein Nachbarschaftstreff, der der ersten und dritten Form des vierten Typus zuzuordnen wäre. Denn solch eine Interventionsform schafft einen neuen Ort innerhalb der Lebenswelt der Subjekte, bezieht diese in der Ausgestaltung des Ortes mit ein und bietet darüber hinaus Möglichkeiten zur Selbsthilfe. So wird eine neue soziale Praxis ermöglicht. Auch lässt sich eine konzeptionelle Nähe zum fünften Typus ausmachen, hat der Setting-Ansatz doch zum Ziel, eine gesundheitsförderliche Umwelt zu schaffen und gesundheitsförderliche Prozesse in den Alltag zu integrieren. Gelingt dies und eine neue soziale (hier gesundheitsförderliche) Pra-

xis ist entstanden, lösen sich die getroffenen Maßnahmen gewissermaßen in der Lebenswelt der Subjekte auf.

Das zweite Charakteristikum sozialpädagogischen Handelns, also der gesellschaftliche Bezug und auch das Ziel der Veränderung der gesellschaftlichen Bedingungen, in denen die Subjekte leben, findet sich deckungsgleich in der Konzeption des Setting-Ansatzes wieder.

Das abschließende Charakteristikum sozialpädagogischen Handelns, die Ermöglichung einer offenen Zukunftsgestaltung, weist eine inhaltliche Nähe zum im Setting-Ansatz beschriebenen Empowerment auf, da auch hier das Ziel die Selbstbestimmung der Lebensumstände ist.

Die Zielformulierung sozialpädagogischen Handelns, also die Lebensbedingungen der Subjekte derart zu verändern, dass Lern- und Entwicklungsprozesse hin zu einem selbstbestimmten Leben möglich werden, weist eine Nähe zum salutogenetischen Gesundheitsverständnis auf. Denn somit werden die übergeordneten psychosozialen Widerstandsressourcen der Subjekte erweitert und damit das Kohärenzgefühl gestärkt. Eine Verbesserung im Umgang mit den im Leben auftretenden Stressoren wird möglich und damit eine Verbesserung des Gesundheitszustands der Subjekte.

## 6 Lebensweltorientierte Soziale Arbeit nach Thiersch

Ebenso wie der Setting-Ansatz lässt sich lebensweltorientierte soziale Arbeit auf die komplexen sozialen Zusammenhänge des Alltags ein, um der Vielfältigkeit und Komplexität von Lebenserfahrungen und -problemen Rechnung zu tragen (vgl. Thiersch 2005, 28). Sie „orientiert [sich] an den Grunddimensionen der Lebenswelt, der Zeit, dem Raum und den sozialen Bezügen.“ (Thiersch 2005, 30). Dieses grundsätzliche Paradigma konkrete-

siert sich in insgesamt neun Struktur- und Handlungsmaximen, die im Anschluss an diese Einführung dargestellt werden.

Die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit nimmt also ihren Ausgangspunkt in der gelebten Normalität der Menschen und geht zum einen davon aus, dass Menschen in dieser Normalität nicht als isolierte Wesen zu verstehen sind, sondern immer in Bezug zu anderen Menschen, mit denen sie ihre alltägliche Lebenswelt teilen und auch verändern (vgl. Thiersch 2016, 2). Zum anderen geht es in dieser Normalität „um den Raum der unmittelbaren Erfahrungen, der je eigenen Deutungen, der eigenen Verständnis- und Erklärungsmuster“ (Thiersch 2016, 2), also darum, dass Menschen innerhalb ihres alltäglichen Lebens versuchen, ihre Schwierigkeiten zu bewältigen (vgl. Thiersch 2016, 3). Ferner wird davon ausgegangen, dass Menschen in ihrer alltäglichen Lebenswelt und der Bewältigung ihres Alltags auch in Konflikte geraten und „die, die unterdrückt, eingeordnet, übergangen oder beschämt werden, leiden, sie denken und fühlen, dass es vielleicht auch anders sein könnte“ (Thiersch 2016, 3). Also, eine weitere zentrale Annahme des Konzepts der Lebensweltorientierung, ein Wunsch nach positiver Veränderung besteht, nach einem gelingenderen Alltag. Schließlich wird betont, dass diese alltägliche Normalität mit ihrem Bezug auf andere Menschen, dem Wunsch nach Bewältigung von Schwierigkeiten innerhalb ihrer selbst, ihrem Konfliktpotential und der aus ‚verlorenen‘ Konflikten entstehenden Sehnsucht nach einem anderen, gelingenderen Alltag bedingt ist durch die gesellschaftlichen Strukturen. Mithin muss, und dies sei betont, Aufgabe Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit ebenso die Arbeit an der Veränderung der gesellschaftlichen Gegebenheiten, also politische Arbeit, sein (vgl. Thiersch 2016, 4).

Das Konzept der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit wurde aufgrund seines Stellenwertes innerhalb der Profession Soziale Arbeit ausgewählt und weil es, ebenso wie der Setting-Ansatz, zu einer Orientierung an und Bearbeitung gegebener Problemkonstellationen, hier die sozial bedingte Gesundheitsungleichheit, in der alltäglichen Lebenswelt auffordert, jedoch

darüber hinaus ebenso zu struktureller, also politischer Arbeit. Es lassen sich auch hier, wie zum Abschluss dieses Kapitels gezeigt wird, gesundheitsförderliche Aspekte Sozialer Arbeit ableiten.

Im Folgenden werden kurz die fünf Strukturmaximen sowie die vier Handlungsmaximen der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit vorgestellt.

### 6.1 Die Strukturmaximen der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit

Die Maxime der Prävention geht von der Annahme aus, dass „schwieriges, problematisches Verhalten immer als Verhärtung, als Zuspitzung von allgemeinen Lebensproblemen, [...] im Prozess [...] gesehen werden muss“ (Thiersch 2005, 30). Dementsprechend sollen Hilfen frühzeitig, möglichst vor ebendieser Verhärtung angeboten werden, um „Lebensressourcen und Chancen den gegebenen, so vielfältig zerrissenen Verhältnissen abzutrotzen, Lebensverhältnisse lebbar zu machen“ (Thiersch 2005, 30).

Die Maxime der Dezentralisierung „zielt auf die Regionalisierung der Angebote, also auf die Erreichbarkeit und Kooperation [...] im Stadtteil, in der Stadt, in der Region“ (Thiersch 2005, 31). Zuständigkeiten sollen an die Basis verlegt werden, was bedingt, dass Planung und Kooperation notwendigerweise im Kontext des jeweiligen sozialen Raums, oder auch Settings, stattfinden (vgl. Thiersch 2005, 31).

Alltagsorientierung als Strukturmaxime „insistiert [...] darauf, dass das Verhältnis von alltagsorientierten und spezialisierten Arbeitszugängen verschoben werden muss“ (Thiersch 2005, 32). Institutionen, die sich in der alltäglichen Lebenswelt der Menschen befinden, sollen sich diesen öffnen und Ressourcenarbeit leisten, also individuelle, materielle, soziale und regionale Ressourcen organisieren (vgl. Thiersch 2005, 32).

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit zielt auf „Nichtabsonderung, Nichtisolation, also auf Integration.“ (Thiersch 2005, 32). Dies bezieht Thiersch sowohl auf Probleme von Menschen mit Migrationshintergrund, ebenso auch auf Menschen mit Behinderung. Er fordert eine Erweiterung der Erörterung von Integrationsproblemen über den Kontext Kindergarten und Schule hinaus (vgl. Thiersch 2005, 33).

Schließlich zielt die Maxime der Partizipation, der „heutigen Lebenswelt mit ihren Ungleichheiten, ihrer Pluralität, ihren individualisierten Zumutungen“ (Thiersch 2005, 33) Rechnung tragend, auf Mitbestimmungsmöglichkeiten in allen Ebenen von Interventionen (Planung, Gestaltung, Durchführung) und verlangt die Kooperation aller Beteiligten (vgl. Thiersch 2005, 33 f.).

## 6.2 Die Handlungsmaximen der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit

Die vier Handlungsmaximen der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit sind Planung und Vernetzung, Einmischung, Aushandeln und Reflexion.

Bei der Planung und Vernetzung benennt Thiersch die Gefahr, dass das „Nebeneinander unterschiedlicher Arbeitsansätze zu einem Gegen- und Nebeneinander [führt], in dem Kräfte überflüssig verschlissen werden“ (Thiersch 2005, 35). Daher wird es als notwendig erachtet, durch koordinierte Planung die unterschiedlichen Hilfsangebote effektiver zu gestalten. Dies natürlich unter Berücksichtigung der oben genannten Strukturmaximen, also vor allem im partizipativen Prozess mit den Beteiligten, wobei damit in diesem Fall auch die anderen in der Lebenswelt vertretenen sozialen Dienstleister gemeint sind (vgl. Thiersch 2005, 35).

Um der immer wieder drohenden Nachrangigkeit sozialarbeiterischer Dienstleistungen gegenüber anderen Ressorts wie dem Bildungs- oder Arbeitsressort entgegenzuwirken, fordert er zur Einmischung auf der poli-

tisch, also strukturellen Ebene sowie auf der Ebene lokaler Unternehmungen mit dem Ziel der Erweiterung der Zuständigkeiten Sozialer Arbeit auf. Denn nur so können die in der Lebenswelt entstandenen Probleme auch nachhaltig bearbeitet werden können (vgl. Thiersch 2005, 35).

Im Weiteren wird die Handlungsmaxime des Aushandelns derart konkretisiert, als für einen „Ausbau jener wechselseitig gleichberechtigten, offenen Kooperation, wie er an einigen Stellen ja hocheffektiv bereits praktiziert wird“ (Thiersch 2005, 36), plädiert wird. Eine trennscharfe Unterscheidung zur ersten Handlungsmaxime fällt schwer.

Schließlich wird die Notwendigkeit der kontinuierlichen, selbstkritischen Reflexion der eigenen Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit im Sinne ihrer Zielsetzungen aber auch Wirkungsweisen betont. Reflexion wird somit zu einem notwendigen methodischen Element, um „die Grenzen und die Notwendigkeiten des Handelns in der Situation deutlich zu machen“ (Thiersch 2005, 39) und um darüber hinaus dieses Handeln in den gegebenen politischen, juristischen und materiellen Rahmenbedingungen einordnen zu können (vgl. Thiersch 2005, 40). Nur so kann einer sozialpolitischen Instrumentalisierung im Sinne von kontrollierendem Handeln entgegen gewirkt werden und Lebensweltorientierte Soziale Arbeit ihren Ausgangspunkt in der alltäglichen Normalität der Klienten mit ihren Problemen und Veränderungswünschen behalten.

### 6.3 Parallelen zum Setting-Ansatz und Anknüpfungspunkte an das salutogenetische Gesundheitsverständnis

Auch anhand dieses recht knappen Abrisses zur Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit werden Parallelen zum Setting-Ansatz deutlich. Die Beachtung der konkreten und unterschiedlichen Lebensverhältnisse und deren Deutung, die Einbeziehung aller an der ausgemachten Problemsituation Beteiligten, aber auch der Blick auf die individuellen Ressourcen ,fallen ins

Auge'. Weiter ist die Strukturmaxime der Partizipation herauszustellen, die deckungsgleich im Setting-Ansatz ihre Entsprechung findet. Darüber hinaus finden die beschriebenen Handlungsmaximen der Planung und Vernetzung, Einmischung und des Aushandelns ihre Entsprechung in der Konzeption des Setting-Ansatzes, werden doch dort als Mittel zur Entwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen Vernetzung und das Bilden von Allianzen mit anderen Setting, um dieses Ziel zu erreichen, genannt.

Ebenso lässt sich eine Verbindung zum früher vorgestellten Kohärenzgefühl und den es vermittelnden übergeordneten psychosozialen Widerstandsressourcen-Widerstandsdefiziten herstellen, wenn Hans Thiersch dazu auffordert, Menschen zu einem gelingenderen Alltag zu verhelfen, indem sie an Planung, Ausgestaltung und Durchführung der Interventionen beteiligt werden und diese Interventionen in Kooperation mit anderen in der Lebenswelt vorhandenen Akteuren stattfindet. Denn somit werden erstens die Komponenten Versteh- und Handhabbarkeit des Kohärenzgefühls beispielsweise durch dafür notwendige Bildungsprozesse direkt gestärkt und zweitens die Widerstandsressourcen, da so soziale Unterstützung und Kohäsion erlebbar und Kontrolle und Kontinuität vermittelt werden.

## 7 Soziale Arbeit als Gesundheitsarbeit

Anhand der aufgezeigt Parallelen zweier zentraler Theorien der Sozialen Arbeit zum Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung sowie den diskutierten Anknüpfungspunkten an das salutogenetische Verständnis von Gesundheit sind im Rahmen dieser Arbeit die gesundheitsförderlichen Potentiale Sozialer Arbeit aufgezeigt worden. Daraus werden in den folgenden Abschnitten Anforderungen auf politischer, wissenschaftlicher und Hand-

lungsebene an die Profession Soziale Arbeit abgeleitet. Damit wird die These einer nötigen Neupositionierung der Sozialen Arbeit als gesundheitsförderliche Disziplin untermauert.

### 7.1 Anforderungen auf politischer Ebene

Auf politischer Ebene ist es Aufgabe Sozialer Arbeit, das Definitions- und Versorgungsmonopol des Medizinsystems aufzubrechen, da die zentralen Determinanten für gesundheitliche Ungleichheit außerhalb dieses Systems liegen. „Sie muss ihre Expertise nutzen, um im Namen ihrer AdressatInnen sich in die politischen und zivilgesellschaftlichen Auseinandersetzungen einzumischen“ (Thiersch 2016, 16).

Da sich Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession versteht, ist die Überantwortung gesundheitlicher Probleme auf die individuelle Ebene nicht hinnehmbar. Denn aufgrund ungleich verteilter sozialer Ressourcen sind auch die Gesundheitschancen ungleich verteilt. Sie hat damit die Aufgabe, auf politischer Ebene ein Interesse dafür zu wecken, diese Ungleichheiten abzubauen.

„Denkbar wäre dies, wenn größere Bevölkerungsgruppen entsprechende Schritte fordern würden und die politischen Eliten sich im Falle einer Nichtbeachtung derartiger Initiativen hohen Legitimationsrisiken ausgesetzt sähen oder wenn die Existenz gesundheitlicher Ungleichheit Quelle sozialer bzw. politischer Konflikte wäre.“ (Gerlinger 2008, zit. n. Franzkowiak/ Homfeldt/ Mühlum 2011, 29).

Zwar wird in der bearbeiteten Literatur wiederholt Gesundheitspolitik beziehungsweise das Einwirken auf die Gesundheit betreffende Politiken als Aufgabe Sozialer Arbeit benannt, hinsichtlich konkreter Maßnahmen bleibt sie jedoch vage.

## 7.2 Anforderungen auf wissenschaftlicher Ebene

Auf wissenschaftlicher Ebene erscheint es folgerichtig zu fordern, die etablierten Forschungsmethoden Sozialer Arbeit auf das Themenfeld Gesundheit anzuwenden. Herauszustellen ist hier zunächst die theoretische Herleitung der Gesundheitsbezüge Sozialer Arbeit. Darüber hinaus sind der Zusammenhang zwischen dem sozialen Status, gesundheitlichem Status und den sich daraus ergebenden Schwierigkeiten in der Lebensbewältigung zu erforschen (und nicht nur theoretisch zu konzeptionieren) (vgl. Homfeldt/ Sting 2006, 215).

Darüber hinaus mangelt es an evidenzbasierter Forschung hinsichtlich der Wirksamkeit von gesundheitsförderlichen Interventionen im kleinräumigen Setting (vgl. Bär, 2015 308). Dies erscheint unter Berücksichtigung der Komplexität des Gegenstandes, genauer „etliche[r] nicht-kontrollierbarer Wirkungszusammenhänge“ (Engelmann/ Halkow 2008, 91) und angesichts diverser an der Gesundheitsförderung beteiligter Disziplinen als schwierig. Genau dies bietet jedoch auch die Möglichkeit, auf die Forschungsmethoden der unterschiedlichen Disziplinen zurückzugreifen und so eine ‚breite Front‘ an Forschungsergebnissen zu produzieren.

Die multiprofessionelle Disziplin Soziale Arbeit hat also die Aufgabe, sich anderen Disziplinen hinsichtlich des Forschungsgegenstandes zu öffnen und sich gleichzeitig auf sich selbst zu richten und ihren Gesundheitsbezug zu reflektieren.

## 7.3 Anforderungen auf der Handlungsebene

Sozialer Arbeit hat eine Schlüsselposition in der Bearbeitung sozial bedingter Gesundheitsungleichheiten inne, da sie mit ihren Interventionsformen

sowohl auf der Verhaltensebene als auch auf der Ebene der Verhältnisse ansetzen kann. Dies ist im Verlauf der Arbeit bereits verdeutlicht worden.

Ihre Beteiligung an gesundheitsförderlichen sowie präventiven Maßnahmen und der Gesundheitsbildung erscheint vor dem Hintergrund der herausgearbeiteten Erkenntnisse der sozialen Bedingtheit von Gesundheit und damit der gesundheitsförderlichen Aspekte Sozialer Arbeit vonnöten.

Besonders die Verbindung der klassischen Methodentrias von Einzelfallhilfe, Gemeinwesenarbeit und sozialer Gruppenarbeit verspricht bei der Bearbeitung dieses Themenfeldes der Komplexität Rechnung zu tragen.

Darüber hinaus ist eine enge Vernetzung mit anderen im Lebensumfeld agierenden, gesundheitsrelevante Faktoren direkt oder implizit beeinflussenden Akteuren wie Bildungseinrichtungen, Ärzten, Behörden, (Sport-)Vereinen, Polizei, sozialen Einrichtungen aber auch Arbeitgebern oder religiösen Einrichtungen sowie der Nachbarschaft notwendig.

## 8 Fazit

Anliegen der vorliegenden Arbeit war es, die gesundheitsförderlichen Aspekte der Sozialen Arbeit vor dem Hintergrund der sozial bedingten Gesundheitsungleichheit in Deutschland herauszuarbeiten und daraus eine Erweiterung des Selbstverständnisses der Disziplin zu entwerfen sowie die damit verbundenen Aufgaben zu skizzieren.

Dazu wurde anhand des salutogenetischen Modells und unter Verwendung der Gesundheitsdefinitionen der WHO und Klaus Hurrelmanns zunächst eine holistische Annäherung an den Begriff ‚Gesundheit‘ vorgenommen. Hierbei ist deutlich geworden, dass Gesundheit zu einem hohen Maße sozial bedingt ist.

Anschließend wurde die in der Bundesrepublik Deutschland vorzufindende ‚Soziale Gesundheitsungleichheit‘ faktisch dargestellt und eine kritische Betrachtung des vorherrschenden gesundheitspolitischen Diskurses vorgenommen, um nachzuvollziehen, wie die politische Agenda sich entwickelt hat und sich konkret auf die Lebenswirklichkeit auswirkt. Auch anhand des vorgestellten Erklärungsmodells wurde deutlich, dass eine veränderte Bearbeitung gesundheitlicher Probleme vonnöten ist, da der Fokus auf kurative Maßnahmen und der formal gleiche Zugang zum Gesundheitswesen diesem Problem offensichtlich nicht hinreichend begegnen kann. Dem wirken jedoch die Überantwortung der Zuständigkeit für Gesunderhaltung auf den beziehungsweise die Einzelne und das Definitionsmonopol des Medizinsystems entgegen.

Folgerichtig wurde anschließend der im Rahmen der Ottawa-Charta entworfene Setting-Ansatz vorgestellt, der eine Bearbeitung gesundheitlicher Belange unter Einbezug der Betroffenen nicht nur auf individueller Ebene, sondern auch die Schaffung einer gesundheitsförderlichen Umwelt fordert und damit der sozialen Bedingtheit von Gesundheit Rechnung trägt.

Um die gesundheitsförderlichen Potentiale Sozialer Arbeit zu identifizieren, wurden zunächst die Theorie der Sozialpädagogik Michael und das Konzept der Lebensweltorientierten Soziale Arbeit von Hans Thiersch vorgestellt. Es zeigten bei sich in beiden Theorien besonders hinsichtlich partizipativer Momente und der Forderung der Einflussnahme auf die strukturellen Rahmenbedingungen deutliche Parallelen zum Setting-Ansatz. Die in beiden Theorien beinhaltete Erweiterung der Lebensbewältigungskompetenzen wurde als Erweiterung der Widerstandsressourcen und damit Stärkung des Kohärenzgefühls im Sinne des salutogenetischen Gesundheitsverständnisses identifiziert.

Somit wurde der Nachweis erbracht, dass Soziale Arbeit auch als Gesundheitsarbeit verstehbar ist. Dementsprechend wurde eine Neupositionierung des Selbstverständnisses Sozialer Arbeit als gesundheitsförderliche

Disziplin gefordert und dies anhand von dafür notwendigen Aufgaben skizziert. Als Menschenrechtsprofession muss sie auf politischer Ebene für eine Reduzierung der Ungleichverteilung sozialer Ressourcen eintreten. Auf wissenschaftlicher Ebene ist zunächst eine Besinnung auf ihre gesundheitsförderlichen Potentiale vonnöten und darüber hinaus eine Vernetzung mit anderen Forschungsdisziplinen in diesem Kontext. Auf der Handlungsebene erscheint im gesundheitsförderlichen Kontext eine Integration der methodischen Vielfalt ‚vor Ort‘ sowie verstärkte Vernetzung mit den vorzufindenden sozialen Akteuren als vielversprechend.

Abschließend möchte ich noch zwei Stellungnahmen abgeben und zwar zum einen zur Wahl des Themas und zum anderen zur Literaturlage.

Um es kurz zu machen: Das Thema ist für eine Bachelor-Thesis zu komplex. Um den gewählten Themenkomplex einigermaßen erschöpfend aufzubereiten, wäre wohl eine Doktorarbeit beziehungsweise ein Buch vonnöten. In dieser Arbeit wurden viele den Themenkomplex betreffende Bereiche wie die Struktur des deutschen Gesundheitssystems oder §20, SGB V kaum oder gar nicht diskutiert. Ebenso wäre es zum tieferen Verständnis lohnenswert gewesen, die wechselseitige Beeinflussung von Verhalten und Verhältnissen beispielsweise anhand systemtheoretischer und kognitionspsychologischer Überlegungen vertiefend zu betrachten. Eine ausführliche Gerechtigkeitsdebatte wäre ebenso angemessen gewesen. Anstatt den gewählten Theorien hätten genauso gut der Capability-Approach oder Theorien aus der Gemeinwesenarbeit herangezogen werden können. Von Bourdieu ganz zu schweigen.

Mit der Literaturlage verhält es sich ähnlich. Die Literaturlage ist schier unüberschaubar. Problemlos hätte ich dutzende weitere Bücher aus Wissenschaftsbereichen wie Gesundheitsgeographie, Public Health, Sozialarbeitswissenschaft, Gesundheitswissenschaft, Medizinsoziologie, Psychologie, Soziologie, Politologie oder Jura auswählen und aufbereiten können.

Diese beiden Tatsachen haben mir sowohl die Bearbeitung der Literatur als letztendlich auch die Erstellung der Bachelor-Thesis deutlich erschwert, was ich sehr bedauere, weil ich das gewählte Thema weiterhin grundsätzlich als äußerst spannend, diskussionswürdig und darüber hinaus als aktuelles und im Fachdiskurs der Sozialen Arbeit unterrepräsentiertes Thema wahrnehme.

## 9 Danksagung

Mein Dank gebührt an allererster Stelle Christina Witt sowie Frank Gödecke, Constanze Hennings und außerdem Markus Gätje, Kai und Henner Jansen von der Boje, ohne deren intensive Begleitung und die gemeinsame Arbeit in den letzten zweieinhalb Jahren ich unter Umständen nie in die Situation gekommen wäre, die vorliegende Arbeit anzufangen geschweige denn abzuschließen.

Weiter möchte ich an dieser Stelle Lydia Käufer dafür danken. Auch der intensive und ehrliche Austausch und das Zusammenleben mit ihr haben mich durch diese Zeit getragen.

Mein Dank gebührt außerdem meiner Partnerin Karen Diederichsen, die sich in den letzten Tagen vor Fertigstellung dieser Arbeit liebe-, verständnis- und rücksichtsvoll um mich bemüht hat und es außerdem geschafft hat, dass ich mich trotz maximaler Fokussierung zwischendurch auf die Zeit ,danach` freuen konnte, was mich immer wieder motiviert hat.

Schließlich möchte ich mich bei Florian Henke bedanken, der mir zur rechten Zeit und vor allem als gäbe es nichts Selbstverständlicheres ,auf Arbeit` den Rücken frei gehalten hat.

## 10 Literaturverzeichnis

Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Dt. erw. Hrsg. von Alexa Franke, Dt. Übers. von Alexa Franke und Nicola Schulte, Tübingen: dgvt-Verlag.

Bär, Gesine (2015): Gesundheitsförderung lokal verorten. Räumliche Dimensionen und zeitliche Verläufe des WHO-Setting-Ansatzes im Quartier, Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Baric, Leo/ Conrad, Günter (1999): Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Settingansatzes in der Gesundheitsförderung, Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Dieterich, Anja (2010): Krankenversorgung als Hilfe zur Selbsthilfe? Risiken und Nebenwirkungen von Idealvorstellungen eigenverantwortlicher Patient/-innen für die Versorgungsgestaltung, in: Bauer, Ulrich [u.a.] (Hg.): Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 46. Verantwortung – Schuld – Sühne, Hamburg: Argument Verlag, S. 143 – 161.

Engelmann, Fabian/ Halkow, Anja (2008): Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

Franzkowiak, Peter/ Homfeldt, Hans Günther/ Mühlum, Albert (2011): Lehrbuch Gesundheit, Weinheim: Juventa Verlag.

Gerlinger, Thomas (2008): Gesundheitspolitik und gesundheitliche Ungleichheit. Anmerkungen über Unterlassungen und Fehlentwicklungen gesundheitspolitischen Handelns, in: Bauer, Ullrich/ Bittlingmayer, Uwe/ Richter, Matthias (Hg.): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 530 – 546.

Homfeldt, Hans Günther / Sting, Stephan (2006): Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung, München: Ernst Reinhardt Verlag.

Hurrelmann, Klaus (2006): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, 6. Aufl., Weinheim: Juventa Verlag.

Hurrelmann, Klaus/ Laaser, Ulrich/ Richter, Matthias (2012): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, in: Hurrelmann, Klaus/ Razum, Oliver: Handbuch Gesundheitswissenschaften, 5. Aufl., Weinheim: Juventa Verlag, S. 661 – 691.

Huster, Stefan (2011): Soziale Gesundheitsgerechtigkeit. Sparen, umverteilen, vorsorgen?, Berlin: Verlag Klaus Wagenbach.

Kickbusch, Ilona/ Hartung, Susanne (2014): Die Gesundheitsgesellschaft. Konzepte für eine gesundheitsförderliche Politik, 2. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber.

Kilian, Holger/ Geene, Raimund/ Philippi, Tanja (2004): Die Praxis der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte im Setting, in: Rosenbrock, Rolf/ Bellwinkel, Michael/ Schröer, Alfons (Hg.): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm ‚Mehr Gesundheit für alle‘, Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft (Gesundheitsförderung und Selbsthilfe Band 8), S. 151 - 230.

Kolip, Petra/ Schmidt, Bettina (2007): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und sozialer Arbeit, Weinheim: Juventa Verlag.

Lüngen, Markus/ Passon, Anna Marie/ Lauterbach, Karl (2011): Nachweise der Zweiklassenmedizin, in: Schieren, Stefan (Hg.): Gesundheitspolitik. Hintergründe, Probleme und Perspektiven, Schwalbach am Taunus: Wochenschau Verlag, S. 11 – 30.

MDS (2009): Präventionsbericht 2009. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung, Berichtsjahr 2008, online unter: [https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Praevention/09-11-4503\\_Praeventionsbericht\\_2009\\_gV\\_2\\_.pdf](https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Praevention/09-11-4503_Praeventionsbericht_2009_gV_2_.pdf) (Zugriff: 26.01.2018).

Mielck, Andreas (2011): Gesundheitspolitik und soziale Ungleichheit, in: Schieren, Stefan (Hg.): Gesundheitspolitik. Hintergründe, Probleme und Perspektiven, Schwalbach am Taunus: Wochenschau Verlag, S. 81 – 106.

Rakowitz, Nadja (2004): Klassen-Medizin: Die Gesundheitsreform als Instrument der Umverteilung, in: Widersprüche, 24. Jg., Heft 94, S. 9 – 24.

Rosenbrock, Rolf (2004): Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – Problemskizze und ein Politikvorschlag zur Umsetzung des §20 Abs.1 SGB V durch die GKV, in: Rosenbrock, Rolf/ Bellwinkel, Michael/ Schröer, Alfons (Hg.): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm ‚Mehr Gesundheit für alle‘, Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft (Gesundheitsförderung und Selbsthilfe Band 8), S. 7 - 149.

Rosenbrock, Rolf/ Gerlinger, Thomas (2012): Gesundheitspolitik, in: Hurrelmann, Klaus/ Razum, Oliver: Handbuch Gesundheitswissenschaften, 5. Aufl., Weinheim: Juventa Verlag, S. 1009 – 1052.

Schieren, Stefan (2011): Gesundheitspolitik. Hintergründe, Probleme und Perspektiven, Schwalbach am Taunus: Wochenschau Verlag.

Schmidt, Bettina (2007): Von der Gesundheitsförderung zur Gesundheitsförderung, in: Kolip, Petra/ Schmidt, Bettina (Hg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und sozialer Arbeit, Weinheim: Juventa Verlag, S. 83 – 94.

Schmidt, Bettina (2007): Von der Gesundheitsförderung zur Selbstoptimierung, in: Kolip, Petra/ Schmidt, Bettina (Hg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und sozialer Arbeit, Weinheim: Juventa Verlag, S. 95 – 104.

Schütz, Alfred (2003): Strukturen der Lebenswelt, in: Endreß, Martin/ Srubar, Ilja (Hg.): Alfred Schütz Werkausgabe, Band 5, Konstanz: UVK, S. 327 – 347.

Thiersch, Hans (2005): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel, 6. Aufl., Weinheim: Juventa Verlag.

Thiersch, Hans (2016): Die Bedeutung von Lebensweltorientierung und sozialräumlicher Vernetzung in der Gesundheitsförderung, online unter: [https://www.gutdrauf.net/fileadmin/user\\_upload/Startseite/Jahrestagung\\_2016/Allgemein/Vortrag\\_Prof\\_Thiersch\\_160909.pdf](https://www.gutdrauf.net/fileadmin/user_upload/Startseite/Jahrestagung_2016/Allgemein/Vortrag_Prof_Thiersch_160909.pdf) (Zugriff: 26.01.2018).

Voigtländer, Sven (2017): Erklärungsansätze und Erklärungsmodelle zum Zusammenhang von Raum und Gesundheit, in: Augustin, Jobst/ Koller, Daniela (Hg.): Geografie der Gesundheit. Die räumliche Dimension von Epidemiologie und Versorgung, Bern: Hogrefe Verlag, S. 30 – 43.

WHO (1998): Health Promotion Glossary, online unter: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf> (Zugriff: 26.01.2018).

WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, online unter: [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) (Zugriff: 26.01.2018).

WHO (1946): Constitution of the World Health Organization, online unter: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf) (Zugriff: 26.01.2018).

Winkler, Michael (1988): Eine Theorie der Sozialpädagogik, Stuttgart: Klett-Cotta.

## 11 Abbildungsverzeichnis

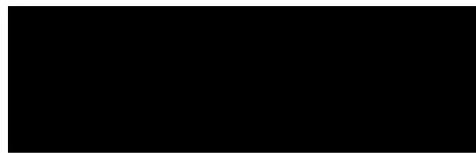
Abbildung 1: Erklärungsmodell zum Zusammenhang von Lebenslage, kleinräumigen Kontext und Gesundheit (Voigtländer 2017, 37), Seite 19.

## 12 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Unterscheidung von vier Interventionsschritten (Hurrelmann/Laaser/ Richter 2012, 666), Seite 25.

### 13 Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.



Hamburg, 30.01.2018

Ort, Datum

---

Unterschrift