



# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	1
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>2</b>
<b>2 Einblick in die Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession nach Silvia Staub-Bernasconi .....</b>	<b>5</b>
2.1 Soziale Arbeit, Menschenrechte und das Tripelmandat .....	6
2.2 Individuum versus Gesellschaft.....	9
2.3 Die vier Dimensionen sozialer Probleme .....	12
2.4 Der transformative Dreischritt – von der Theorie zur Praxis .....	16
<b>3 Einblick in das Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky.....</b>	<b>18</b>
3.1 Salutogenetische Sicht auf Gesundheit und Krankheit und die salutogenetische Frage .....	19
3.1.1 Die Antwort auf die salutogenetische Frage: das Kohärenzgefühl .....	21
3.1.2 Das Kohärenzgefühl entwicklungstheoretisch betrachtet .....	24
3.2 Salutogenetisches Coping.....	27
3.3 Salutogenetische Ressourcen.....	30
<b>4 Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession und Salutogenese – der Vergleich.....</b>	<b>31</b>
4.1 Vergleich der Grundaussagen.....	32
4.1.1 Ganzheitliche Sicht auf das Individuum .....	32
4.1.2 Bedürfnisse, Erwerbsarbeit, Spannungszustand und Bewältigung .....	33
4.2 Vergleich der Ressourcen.....	37
4.3 Fazit des Vergleichs.....	38
<b>5 Altersarmut in der Bundesrepublik Deutschland im Kontext von Gesundheit und Krankheit - mit der Salutogenese im transformativen „Zwei“-schritt. ....</b>	<b>39</b>
5.1 Erster Schritt: Beschreibung und Entstehung des Problems .....	40
5.1.1 Für wen besteht das Risiko der Altersarmut?.....	41
5.1.2 Wie ist die Einkommenssituation der Betroffenen?.....	43
5.1.3 Wie ist die Situation und das Empfinden der Betroffenen? .....	44
5.1.4 In welchem Wohnumfeld leben Betroffene? .....	47
5.1.5 Wie sieht das soziale Netzwerk von Betroffenen aus?.....	48
5.2 Relationierung der Fakten .....	49
5.2.1 Relationierung sozialer Probleme der ersten Dimension .....	50

5.2.2	Relationierung sozialer Probleme der zweiten Dimension .....	50
5.2.3	Relationierung sozialer Probleme der dritten Dimension .....	52
5.2.4	Relationierung sozialer Probleme der vierten Dimension.....	53
5.3	Wohin tendiert die Situation, falls nicht interveniert wird? .....	55
5.4	Zweiter Schritt: Erste handlungstheoretische Arbeitshypothesen .....	55
<b>6</b>	<b>Fazit / Ausblick.....</b>	<b>57</b>
	<b>Literatur- und Quellenverzeichnis .....</b>	<b>60</b>
	<b>Eidesstattliche Erklärung .....</b>	<b>69</b>

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Die W-Fragen im transformativen Dreischritt .....	17
--	----

# 1 Einleitung

In der Bundesrepublik Deutschland waren im Jahr 2018 circa 2.572.800<sup>1</sup> Menschen von Altersarmut betroffen<sup>2</sup>. Einer Studie des Paritätischen Gesamtverbands zufolge verfügen Menschen in dieser Situation meistens über „keinerlei finanzielle Rücklagen“, weisen „vielfache Versorgungslücken und Entbehrungen“ auf und sind „schließlich hinsichtlich der Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben ‘fundamental eingeschränkt‘“ (vgl. DPWV 2019, 4). Die Armutsschwelle betrug im Jahre 2018 1.035,00 EUR für Singlehaushalte (ohne Kinder) sowie 1.553,00 EUR für Paarhaushalte (ohne Kinder)<sup>3</sup> (vgl. a.a.O., 6). Die Armutsquote in der Gruppe 65 Jahre und älter lag 2018 bei 14,7 Prozent, wobei bei Männern eine niedrigere Quote (12,7 Prozent) als bei Frauen (16,4 Prozent) festgestellt wurde (vgl. a.a.O., 35). Zu erwähnen ist hier der Anstieg der Quote um 33,1 Prozent im Vergleich der letzten zehn Jahre (vgl. a.a.O., 34). Es ist davon auszugehen, dass in Zukunft noch mehr Menschen von Altersarmut betroffen sein werden (vgl. Brettschneider/Klammer 2016, 328).

Das soziale Problem der Altersarmut bildet eine soziale Ungleichheit in der Gesellschaft ab. Soziale Ungleichheit „beschreibt die ungleiche Verteilung von Lebenschancen zwischen Bevölkerungsgruppen einer Gesellschaft“ (vgl. Hradil 1999, 102ff., zit. n. BMFSFJ 2017, 54) und wird zum einen über die vertikale Dimension - „über den Beruf, die Bildung und/oder das Einkommen der Personen“ - gemessen (vgl. Richter/Hurrelmann 2006, 14). Zum anderen werden Merkmale der horizontalen Dimension wie zum Beispiel „Alter, Geschlecht, Migration, Familiengröße und Wohnort“ berücksichtigt (vgl. ebd.). Vor allem die Faktoren Einkommen, Bildung und Beruf haben Auswirkungen auf den Gesundheitszustand von Menschen (vgl. a.a.O., 11). Dieser Zusammenhang wird auch gesundheitliche Ungleichheit genannt (vgl. z.B. Mielck 2005, zit. n. Richter/Hurrelmann 2006, 11).

Die Lebenserwartung ist in denjenigen Staaten am höchsten, in denen die geringste Einkommensungleichheit gemessen wird (vgl. Heinzl-Gutenbrunner 2001, 40, zit. n. Hradil 2006, 38). In der Bundesrepublik Deutschland liegt der Vermögensanteil der reichsten zehn Prozent der Bevölkerung schätzungsweise zwischen 63 und 74 Prozent des gesamten

---

<sup>1</sup> Laut dem Paritätischen Wohlfahrtsverband (2019, 36) waren im Jahr 2018 gesamt 12,8 Millionen Menschen (aller Altersstufen) von Armut betroffen. Die Gruppe der von Altersarmut Betroffenen (65 Jahre und älter) machte einen Anteil von 20,1 Prozent aus, das entspricht 2.572.800 Menschen (vgl. a.a.O., 36).

<sup>2</sup> Die Anzahl der in der Bundesrepublik Deutschland von Armut betroffenen Menschen wird auf der Basis der relativen Einkommensarmut berechnet. Das durchschnittliche Haushaltseinkommen der Bevölkerung dient dabei als Bemessungsgrundlage. Mit 60 Prozent dieses mittleren Wertes (Median) ist die Schwelle zur Armut erreicht.

<sup>3</sup> Im Haushalt älterer Menschen leben in der Regel keine Kinder mehr.

Nettovermögens (vgl. BMAS 2017, 131). Im Vergleich dazu sind 9,7 Prozent der Gesamtbevölkerung auf den Bezug von Mindestsicherungsleistungen angewiesen (vgl. a.a.O., 566). Diese Zahlen weisen auf eine höhere Einkommensungleichheit hin, in der Folge erhöhen sich die Krankheitsrisiken der unteren Schichten (vgl. Heinzl-Gutenbrunner 2001, 40, zit. n. Hradil 2006, 38).

Die International Federation of Social Workers (2008) sieht Gesundheit als einen wesentlichen Bestandteil der Menschenrechte an, welcher jedem Menschen zugänglich gemacht werden muss:

„IFSW asserts that health is an issue of fundamental human rights and social justice and binds social work to apply these principles in policy, education, research and practice. All people have an equal right to enjoy the basic conditions which underpin human health. These conditions include a minimum standard of living to support health and a sustainable and health promoting environment. All people have an equal right to access resources and services that promote health and address illness, injury and impairment, including social services. IFSW will demand and continue to work for the realisation of these universal rights through the development, articulation and pursuit of socially just health and social policies.“

Die „Wiederherstellung der Würde, Selbstachtung wie der Selbständigkeit“ von Betroffenen „sowie die Veränderung menschenfeindlicher und Erhaltung oder Schaffung menschengerechter Sozialstrukturen in Familien, Gruppen, sozialräumlichen Gemeinwesen, Organisationen usw.“ gehören zu den übergeordneten Aufträgen der Sozialen Arbeit als Menschenrechtsprofession (vgl. Staub-Bernasconi 2007, 39).

Die Bearbeitung des sozialen Problems der Altersarmut stellt ein konkretes Mandat dar. Was sind die Ursachen, die zu der sozialen Ungleichheit der Altersarmut und somit zu gesundheitlicher Ungleichheit führen? Und welche Lebensbedingungen und Ressourcen wirken sich auf Gesundheit beziehungsweise Krankheit aus? Die Kontextualisierung von Gesundheit und Krankheit kann Soziale Arbeit nicht aus dem eigenem Fach heraus erklären, dazu bedarf es einer gesundheitswissenschaftlichen Disziplin. Als interdisziplinärer Ansatz wird das Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky gewählt, da es „anspruchsvoll und deutlich genug ist, um eine echte Diskussion hervorzurufen. Das Konzept beinhaltet Wissen aus verschiedenen Disziplinen und eignet sich daher für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit.“ (Schumacher 2011, 117). Die Salutogenese sucht nach gesundheitsfördernden Faktoren. Diese Faktoren beeinflussen die Position eines Individuum auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum.

Die vorliegende Abschlussarbeit beschäftigt sich mit der Frage, inwiefern das Mandat im Hinblick auf Altersarmut in der Bundesrepublik Deutschland im Kontext von Gesundheit und Krankheit unter Zuhilfenahme der Theorie Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession nach Silvia Staub-Bernasconi sowie des Konzepts der Salutogenese nach Aaron Antonovsky konkretisiert werden kann. Welche Übereinstimmungen lassen sich identifizieren und wie lassen sich diese explizit anwenden? Welche konkreten Erkenntnisse ergeben sich daraus für die Soziale Arbeit?

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wird in vier Schritten vorgegangen.

Zunächst wird in Kapitel 2 die Theorie „Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession“ nach Silvia Staub-Bernasconi betrachtet. Die Einblicke in die Menschenrechte, das Tripelmandat und das Verhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft sollen zu einem besseren Verständnis der theoretischen Grundzüge beitragen. Die Darstellung der vier Dimensionen sozialer Probleme sowie die Veranschaulichung des transformativen Dreischritts stellen die Grundlage für die in Kapitel 5 bearbeitete Forschung dar.

Im Anschluss wird in Kapitel 3 das Konzept der „Salutogenese“ vorgestellt. Es wird geklärt, was die wesentlichen gesundheitsförderlichen Faktoren sind und wie sich diese entwickeln. Darauf folgt eine Übersicht der salutogenetischen Ressourcen und ein Einblick in die Mechanismen salutogenetischen Copings.

In Kapitel 4 werden die beiden Theorien miteinander verglichen und hinsichtlich ihrer Übereinstimmungen analysiert. Die Entsprechungen werden im Fazit des 4. Kapitels zusammengefasst. Dies schafft die Voraussetzung für die in Kapitel 5 zu bearbeitende Forschungsfrage.

Das 5. Kapitel befasst sich mit der Untersuchung des sozialen Problems der Altersarmut in der Bundesrepublik Deutschland im Kontext von Gesundheit und Krankheit. Der transformatorische Dreischritt wird für die Analyse zugrunde gelegt, allerdings werden für die vorliegende Arbeit lediglich die ersten beiden Schritte genutzt. Die herausgearbeiteten Faktoren, welche die Entstehung von Altersarmut bedingen, werden in den vier Dimensionen sozialer Probleme interpretiert und mit den salutogenetischen Erkenntnissen relationiert. Daran anschließend werden erste handlungstheoretische Arbeitshypothesen vorgestellt.

Den Abschluss dieser Arbeit bildet das Fazit und ein Ausblick. In diesem Kapitel werden die Ergebnisse im Hinblick auf die Beantwortung der Forschungsfrage diskutiert.

## **2 Einblick in die Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession nach Silvia Staub-Bernasconi**

Silvia Staub-Bernasconi hat ihre Ausbildung zur Sozialarbeiterin in Zürich absolviert. Nach dem Studium Social Work (UNO-Stipendatin) in den USA studierte sie „Soziologie, Sozialethik und Pädagogik an der Universität Zürich“ (vgl. Engelke/Borrmann/Spatscheck 2018, 445), dort promovierte sie zur Dr. phil. Als Dozentin ist Staub-Bernasconi seit 1967 tätig (Zürich, Trier, Siegen, Fribourg, Berlin, Wien), parallel hält sie zahlreiche Vorträge im In- und Ausland (vgl. ebd.).

Ihre Theorie „Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft“ versteht sie als Anleitung für eine ganzheitliche Ausführung der Sozialen Arbeit. Dies meint zum einen, dass Individuen dazu befähigt werden, ihre Bedürfnisse weitgehendst selbständig zu befriedigen und für ein entsprechendes Wohlbefinden zu sorgen. Zum anderen hat Soziale Arbeit das Ziel, „behindernde, menschenverachtende Machtstrukturen“ im Umfeld der AdressatInnen „in begrenzende, menschengerechte Machtstrukturen“ zu transformieren (vgl. Staub-Bernasconi 2018a, 231). Silvia Staub-Bernasconis theoretischer Zugang, das systemische Paradigma, ist eng angelehnt an „die wissenschaftlichen Arbeiten von Werner Obrecht und das systemphilosophische und -theoretische Werk von Mario Bunge [...]“ (vgl. Engelke/Borrmann/Spatscheck 2018, 450).

Angesichts der Diskussionen um die Professionalisierung der Sozialen Arbeit im Verhältnis zum hippokratischen Eid wurde das doppelte Mandat von Staub-Bernasconi zum Tripelmandat weiterentwickelt (vgl. Staub-Bernasconi 2018a, 112). Die Inhalte diverser Schriften der Berufsverbände der Sozialen Arbeit fundamentierten diese Ergänzung (vgl. a.a.O, 113). Neben den Mandaten der „AdressatInnen“ sowie der „Gesellschaft und/oder Träger“ ist nun auch das Mandat der eigenen Profession berücksichtigt (vgl. a.a.O. 113f.). Die ethischen Inhalte dieses Mandats beziehen sich auf die von den Vereinten Nationen beschlossenen Menschenrechte (vgl. Staub-Bernasconi 2008, 22). Die aus dem dritten Mandat abgeleiteten wissenschaftlichen und ethischen Kenntnisse über soziale Probleme sollen sowohl „öffentlichen Entscheidungsträger[n] zugänglich“ gemacht als auch für aktive politische Mitwirkung genutzt werden. So könne sich Soziale Arbeit an den „(sozial)politischen“ Strukturprozessen beteiligen (vgl. Staub-Bernasconi 2018a, 231).

## 2.1 Soziale Arbeit, Menschenrechte und das Tripelmandat

Am 10. Dezember 1948 verkündete die Generalversammlung der Vereinten Nationen (2020) die „Universal Declaration of Human Rights“ mit insgesamt 30 Artikeln. Die hier deklarierten Menschenrechte wurden „als nicht einklagbare Rechte festgehalten“ und sind somit „höchst teilbar“ (vgl. Staub-Bernasconi 2007, 29). Gleichzeitig werden sie jedoch als sogenannte Realutopien betrachtet, da sie einer kollektiven Vorstellung des Wünschbaren entsprechen und „vage bis sehr konkrete Vorstellungen bestehen, unter welchen Bedingungen, mit welchen Ressourcen und Verfahren sie verwirklicht werden können“ (vgl. ebd.).

Die heutige professionelle Soziale Arbeit basiert auf eben diesen Menschenrechten, „ihre Werte gründen auf der Achtung der Gleichheit, dem Wert und der Würde aller Menschen“ (vgl. Engelke/Spatscheck/Borrmann 2016, 255). Dies findet sich in Artikel 1 der UN-Menschenrechtskonvention: „Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. Sie sind mit Vernunft und Gewissen begabt und sollen einander im Geist der Brüderlichkeit begegnen“ (Vereinte Nationen 2020). Das Bestreben der Sozialen Arbeit als Menschenrechtsprofession ist es zum einen, die Menschenwürde von Individuen sicherzustellen, individuelle Bedürfnisbefriedigung zu gewähren, um Wohlbefinden zu generieren, sowie auch Lernprozesse zu unterstützen. Zum anderen gehören „gesellschaftliche Integration, soziale Gerechtigkeit sowie sozialer Wandel in Anbetracht menschenverachtender sozialer Strukturen und Kulturmuster“ zu den Zielen der Sozialen Arbeit (vgl. Staub-Bernasconi 2007, 29). Der Anspruch auf die hier genannte soziale Gerechtigkeit findet sich in Artikel 25 der Menschenrechte:

„1. Jeder Mensch hat Anspruch auf eine Lebenshaltung, die seine und seiner Familie Gesundheit und Wohlbefinden einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Betreuung und der notwendigen Leistungen der sozialen Fürsorge gewährleistet; er hat das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität, Verwitwung, Alter oder von anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände.“ (Vereinte Nationen 2020).

Bereits 1992 wurde die Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession angesehen (vgl. Engelke/Spatscheck/Borrmann 2016, 263). In einer entsprechenden Proklamation der IFSW (International Federation of Social Workers), der IASSW (International Association of Schools of Social Work) sowie VertreterInnen des „Center of Human Rights“ der Vereinten Nationen in Genf wird darauf verwiesen, dass das „Organisationsprinzip der Bedürfnisorientierung“ um die Menschen- und Sozialrechte ergänzt wird (ebd.). In einer 1994 veröffentlichten Schrift halten die IFSW und die IASSW in Zusammenarbeit mit der UNO fest, dass „die Menschenrechte [...] untrennbarer Bestandteil der Theorie, Wert- und Moralvorstellungen

sowie der Praxis der Sozialen Arbeit“ sind (vgl. United Nations 1994, 15, zit.n. Staub-Bernasconi 2007, 28).

Im Juli 2014 wurde die globale Definition des Berufs der Sozialarbeiter von der IFSW und der IASSW wie folgt genehmigt:

“Social work is a practice-based profession and an academic discipline that promotes social change and development, social cohesion, and the empowerment and liberation of people. Principles of social justice, **human rights**, collective responsibility and respect for diversities are central to social work. Underpinned by theories of social work, social sciences, humanities and indigenous knowledge, social work engages people and structures to address life challenges and enhance wellbeing. The above definition may be amplified at national and/or regional levels”  
(IFSW 2020; Hervorheb. S.E.).

Menschenrechte sind, so Staub-Bernasconi (2007, 12), „eine philosophische, religiöse, ethische und schließlich politisch-revolutionäre Antwort auf Unrechtserfahrungen und die Machtlosigkeit von Individuen wie Gruppierungen und sozialer Kategorien (Minderheiten), sich selber Recht zu verschaffen.“ Sie verweist hier des Weiteren auf die Situation des Individuums im heutigen Neo-Liberalismus, wenn sie auf „reale Abhängigkeits- und mithin Machtproblematiken“ rekurriert, welche durch den/die Einzelnen eben nicht durch „Selbstmanagement[ ], Selbstermächtigung, Selbstwirksamkeit usw.“ aufgelöst werden können (vgl. ebd.). Auch Seithe (2012, 319) kritisiert, dass der „aktivierende Sozialstaat“ es nicht als seine Aufgabe ansieht, die aus einer ungenügenden Ressourcenausstattung entstehenden Problematiken zu lösen, gleichwohl strukturelle Gründe (z.B. Diversität) eine gesellschaftliche Spaltung herbeiführen und betroffene Individuen isoliert werden und zu den „gesellschaftlichen Verlierern“ gehören. Die Menschenrechte sind dort notwendig, wo es gilt die Würde des einzelnen Menschen vor den Menschen zu schützen, an der Schnittstelle zwischen Individuum und Gesellschaft, dort wo „soziale [ ] Regeln oder Normen der Machtstrukturierung [...] strukturelle Gewalt [ ] ermöglichen [...]“ (vgl. Staub-Bernasconi 2008, 13, Hervorheb. im Original).

Das Ziel der Profession Soziale Arbeit ist es, vorgegebene Machtstrukturen und Unterdrückungsmechanismen in der Gesellschaft zu identifizieren und diese zu beheben. Denn die primären „Handlungsleitlinien sind die Wiederherstellung der Würde, Selbstachtung wie der Selbständigkeit der Hilfesuchenden sowie die Veränderung menschenfeindlicher und Erhaltung oder Schaffung menschengerechter Sozialstrukturen in Familien, Gruppen, sozialräumlichen Gemeinwesen, Organisationen usw.“ (Staub-Bernasconi 2007, 39).

Um dieses Ziel erreichen zu können, hat Staub-Bernasconi das Tripelmandat entwickelt. Der Begriff „Mandat“ ist aus dem lateinischen „mandare“ oder auch „manus“ abgeleitet und

bedeutet „beauftragen“ oder auch „übertragen“ (vgl. a.a.O., 111; Röh 2006, 442). Böhnisch und Lösch (1973) definierten den Auftrag der Sozialen Arbeit als „Doppelmandat“ (zit. n. Staub-Bernasconi 2018a, 113). Für die Soziale Arbeit als Beruf bedeutet das die Ausübung von „Hilfe und Kontrolle“ unter Berücksichtigung der rechtsstaatlichen Verfassung sowie der geltenden Gesetze, denn die Mandatgeber sind auf der einen Seite der Staat beziehungsweise die Gesellschaft, auf der anderen Seite die Klientel<sup>4</sup> (vgl. ebd.). Dieser Fakt ist zugleich Ausgangspunkt für das Dilemma, in welchem sich die Soziale Arbeit aufgrund des doppelten Mandats befindet. Denn einerseits soll die Soziale Arbeit Hilfe leisten und „Ressourcen (materielle, sozialer Art)“ zur Verfügung stellen, welche den AdressatInnen eine eigenständige Lebensführung in der bestehenden Gesellschaft ermöglichen (Hilfe). Andererseits übernimmt sie als Repräsentatin der Gesellschaft die Funktion, die AdressatInnen durch Angleichung an die normativen Vorstellung der Mehrheitsgesellschaft in diese wieder einzubinden (Kontrolle) (vgl. Seithe 2012, 69). Die Profession Soziale Arbeit hat jedoch nicht den Anspruch, Individuen an die vorherrschenden Vorstellungen eines normativen Lebens anzupassen, sondern ihnen „ein Leben in Würde, im Schutz ihrer Rechte und mit den notwendigen Teilhabechancen zu [...]“ ermöglichen (vgl. ebd.).

Das Tripelmandat beinhaltet neben den Mandaten der AdressatInnen und der Gesellschaft ein professionseigenes Mandat. Das Mandat der Kontrolle darf eben nicht der unhinterfragten Anpassung des betroffenen Individuums an die Gesellschaft dienen, sondern muss im Hinblick auf Machtkonstruktionen „[...] fremd- und je nachdem selbstschädigendes Verhalten [...]“ verhindern und/oder abschaffen (vgl. Staub-Bernasconi 2018a, 115). Die gesetzlichen Vorgaben sind dabei einzuhalten, allerdings wird durch das dritte Mandat der Sozialen Arbeit zum einen verhindert, dass das Eingreifen in die Lebenszusammenhänge der Betroffenen unreflektiert erfolgt, eben lediglich auf Basis bereits bestehender Ungerechtigkeiten beziehungsweise Ungleichheiten. Zum anderen sollen vorhandene ungleiche Machtkonstruktionen dekonstruiert werden (vgl. ebd.).

Das professionseigene Mandat der Sozialen Arbeit wird von Staub-Bernasconi auf die Kurzformel „nach bestem *Wissen* und *Gewissen*“ gebracht (vgl. a.a.O., 114, Hervorheb. im Original). Das Wissen basiert sowohl auf der Aneignung von für die Soziale Arbeit relevanten Kenntnissen diverser Theorien und Ideologien, als auch auf der Auseinandersetzung mit eben diesen Kenntnissen. Darauf aufbauend können Handlungsleitlinien entwickelt werden, welche

---

<sup>4</sup> Das Mandat der AdressatInnen erfolgt jedoch in den wenigsten Fällen auf freiwilliger Basis, sondern aufgrund staatlicher Repressionen (vgl. Röh 2006, 445).

wissenschaftlich fundiert, diskutierbar, kontrollierbar und überprüfbar sein müssen (vgl. ebd.). Das Gewissen steht für den ethisch-moralischen Aspekt in diesem Mandat. Mit dem dritten Mandat soll nicht nur eine unabhängige Einschätzung der vorhandenen Situation vorgenommen werden, sondern kann auch ein selbstdefinierter Auftrag gebildet werden. Dieser wäre in der Folge unabhängig von möglicherweise illegitimen Aufträgen seitens der Auftraggebenden beziehungsweise illegitimen Ansprüchen seitens der Klientel (vgl. Staub-Bernasconi 2007, 41). Gerade an der Schnittstelle zwischen Individuum und Gesellschaft ist es notwendig, soziale Probleme zu erkennen, zu analysieren und in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten zu lösen. Denn das Eingreifen in Lebenssituationen von Betroffenen kann unter Umständen zu Verletzungen ihrer Würde beitragen, sofern der Kontroll- und Hilfeauftrag lediglich als Aufforderung zur Anpassung an vorhandene Strukturen verstanden würde.

## **2.2 Individuum versus Gesellschaft**

Im systemischen Paradigma setzt sich die Welt als System aus diversen Systemen sowie Subsystemen zusammen, welche sich reziprok zueinander verhalten, „Soziale Systeme bestehen aus menschlichen Individuen“ (Bunge 1989, 1999, 2017, zit. n. Staub-Bernasconi 2018b, 370). Gleichzeitig befindet sich alles in einer Entwicklung, „ist vergänglich und veränderbar und somit Prozessen unterworfen [...]“ (vgl. Engelke/Borrmann/Spatscheck 2018, 450). Das Individuum wird als Mensch-in-der Gesellschaft gesehen, beide Systeme (Mensch und Gesellschaft) interagieren miteinander und reagieren aufeinander (ebd.).

Der Mensch wird als „bio-psycho-sozial-kulturelles“ und somit hochkomplexes System beschrieben (vgl. Staub-Bernasconi 2018a, 174). Jedes Individuum ist Mitglied in mindestens einem gesellschaftlichen System, meistens jedoch in mehreren. Dadurch entsteht die Komplexität der einzelnen Realitäten, basierend auf Verhaltens- und Deutungsmustern in je eigenen Systemen und Subsystemen (vgl. Staub-Bernasconi 2012, 270). Das Individuum handelt nicht nur egoistisch und nüchtern, sondern auch an die Gemeinschaft denkend und emotional, da es ausgestattet ist mit „biologischen, psychischen, sozialen und kulturellen Bedürfnisse[n]“ sowie „Wünschen und komplexen, über Gehirnaktivitäten gesteuerten affektiven, normativen und kognitiven Lernprozessen in einem sozialkulturellen Umfeld [...]“ (vgl. Staub-Bernasconi 2007, 31). Die Befriedigung seiner Bedürfnisse kann das Individuum nur „in Austauschbeziehungen mit seiner gesellschaftlichen Umwelt“ erreichen (vgl. Staub-Bernasconi 2018a, 176f.).

Die gesellschaftliche Umwelt beziehungsweise „(Welt-)Gesellschaft“ wird im systemischen Paradigma ebenfalls als „hochkomplexes soziales System“ betrachtet, welches „nach schichtspezifischen, funktionalen, sozialräumlichen, niveaunalen, alters- und geschlechtsbezogenen sowie ethnisch/kulturellen Kriterien differenziert ist“ (vgl. Staub-Bernasconi 2007, 32, Hervorheb. im Original). Das Individuum wird in seinem Verhalten, laut Staub-Bernasconi, vor allem durch Mitgliedschaften in folgenden Systemen beeinflusst: „Bevölkerungssystem“, „territoriale[s]“ System, „sozialräumliche[s]“ System, „Statussubsysteme[ ]“, „funktionale“ Systeme, „Systemebenen“, „ethnische/kulturelle/religiöse“ Systeme, „sprachlich-kulturelle“ Systeme, „lebenszeitliche“ Systeme, „geschlechtsbezogene“ Systeme, „Aufenthaltsstatus“-Systeme (vgl. Staub-Bernasconi 2018a, 187). Individuen sind zur Bedürfnisbefriedigung sowie zur Realisierung ihrer Wünsche auf die Mitgliedschaften in diesen diversen Systemen und Subsystemen angewiesen. Gleichzeitig sind die Individuen aber auch Akteure in der Gestaltung und Aushandlung sozialer Regeln und Strukturen der Gesellschaft (vgl. a.a.O., 185). Dabei unterscheidet Staub-Bernasconi hinsichtlich der Systeme zwischen veränderbaren beziehungsweise feststehenden Merkmalen. Veränderbare Merkmale sind zum Beispiel Bildung, Einkommen sowie Beschäftigungsart, wobei bereits bei diesen Aspekten die „soziale Herkunft“ eine entscheidene Rolle spielt. Dahingegen handelt es sich bei „geschlechtsbezogene[n], sexuelle[n], ethnisch-kulturelle[n] (inkl. Hautfarbe), [...] lebenszeitliche[n], [...] und behinderungsbezogene[n] Differenzierungen“ um feststehende Merkmale. Vereinigt ein Individuum mehrere dieser unveränderbaren Aspekte, erhöht sich die Möglichkeit der Diskriminierung beziehungsweise Privilegierung (vgl. a.a.O., 188). Die Regeln und Strukturen der Systeme „ermöglichen individuelle Bedürfnisbefriedigung, aber auch -einschränkungen wie Bedürfnisverletzung infolge struktureller und kultureller Gewalt“ (vgl. Staub-Bernasconi 2007, 32) und können somit „menschengerecht oder menschenungerecht bis menschenverachtend“ sein und die menschliche Würde verletzen (vgl. Staub-Bernasconi 2018a, 185).

Der Begriff der menschlichen Würde findet sich sowohl in Artikel 1 der Präambel der „Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte“ (vgl. Vereinte Nationen 2020), als auch in Artikel 1, Abs. 1 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen

Gewalt.“<sup>5</sup> Im „systemische[n] Menschenrechtsparadigma“ basiert die Würde des Menschen auf der Fähigkeit des Menschen zur Rationalität sowie auf seiner Vulnerabilität (vgl. Staub-Bernasconi 2007, 33, Hervorheb. im Original). Daraus ergibt sich, dass der Mensch „vor dem Würdegriff des (Mit)Menschen geschützt werden muss“ (vgl. a.a.O., 34). Würde steht zwingend jedem Menschen zu - losgelöst von seinen „zuschriebenen[...] und erworbenen Einstellungs- und Verhaltensmerkmalen“ - und beinhaltet den „Anspruch auf Achtung und Wertschätzung“. Das Fundament menschlicher Würde bilden Werte wie „Freiheit, Gerechtigkeit und Partizipation sowie Nachhaltigkeit angesichts des sorglosen Umgangs mit den Ressourcen der Natur.“ (vgl. ebd.). Um die menschliche Würde jedes Individuums durch Bedürfnisbefriedigung zu sichern, wird folgender Imperativ vorgeschlagen: „Erfreue Dich des Lebens und ermögliche den anderen, sich ebenfalls des Lebens zu erfreuen!“ (ebd.). Damit wird gleichzeitig impliziert, dass die Erfüllung eigener Bedürfnisse nicht zu Lasten anderer erfolgen darf (ebd.).

Im systemischen Paradigma wird davon ausgegangen, dass der Wunsch nach Bedürfnisbefriedigung inhärenter Bestandteil menschlichen Lebens ist (vgl. Staub-Bernasconi 2018a, 176). Sofern sich das Individuum in einem Spannungszustand aufgrund eines entstandenen Bedürfnisses befindet, wird es durch sein Nervensystem dazu motiviert, das „entstandene[ ] Defizit[ ]“ zu kompensieren durch ein „nach außen gerichtetes Verhalten“ (vgl. Obrecht 1999, 23-99ff., zit. n. Staub-Bernasconi 2018a, 176<sup>6</sup>).

Bedürfnisse bestehen aus drei Komponenten: Die biologische Komponente beschreibt das Bedürfnis nach Unversehrtheit des Körpers. Die psychische Komponente beinhaltet das Bedürfnis nach innerer wie äußerer Stimulation sowie den Austauschprozess mit der inneren und äußeren Umwelt. Die soziokulturelle Komponente bezieht sich auf die aktive wie reflexive Interaktion mit den Menschen in der Umwelt (vgl. Obrecht 2009, 2007, 2005, zit. n. Staub-Bernasconi 2018a, 178f.<sup>7</sup>). Die biologische Komponente gilt als unelastisch, da bei Nichtbefriedigung der Kollaps des Organismus droht. Die psychischen und soziokulturellen Komponenten werden als elastisch angesehen, allerdings kann es auch hier bei langanhaltender Nichterfüllung der Bedürfnisse zu gesundheitlichen und psychischen Schäden kommen (vgl. ebd.). Als Folgen wären hier psychische Labilität und Depression zu nennen, welche sich aus einer anhaltenden Perspektiv- und Sinnlosigkeit ergeben können (vgl. a.a.O., 181).

---

<sup>5</sup> GG Art. 1 Abs. 1.

<sup>6</sup> Im Literaturverzeichnis von Silvia Staub-Bernasconi 2018 fehlt die Quellenangabe zu Obrecht 1999.

<sup>7</sup> Im Literaturverzeichnis von Silvia Staub-Bernasconi 2018 fehlt die Quellenangabe Obrecht 2007.

Es gibt weder eine perfekte Gesellschaft, welche „alle auftretenden Bedürfnisse gleichermaßen befriedigt“, noch das perfekte Individuum, welches zur Befriedigung nicht „auf Hilfe und Unterstützung angewiesen ist“ (vgl. Engelke/Spatschek/Borrmann 2016, 236). Die Erfüllung von Bedürfnissen hängt unmittelbar mit der soziokulturellen Umwelt zusammen, da Individuen auf die Mitgliedschaft in sozialen Systemen angewiesen sind und diese Einfluss auf die Bedürfnisregulation haben.

Innerhalb der Systeme gelten Regeln, welche, wenn sie menschengerecht sind, „Kooperations- und Verteilungsprozesse“ steuern, „Lernprozesse [...] fördern“, „Sinn-, Zukunfts- und Handlungsperspektiven eröffnen“ sowie Teilhabe an Gestaltungsprozessen ermöglichen (vgl. Staub-Bernasconi 2018a, 210). Findet eine erfolgreiche Bedürfnisbefriedigung statt, stellt sich beim Individuum ein interner Zustand ein, welcher als „*Wohlbefinden* registriert wird“ (vgl. Obrecht 2009, zit. n. Staub-Bernasconi 2018a, 212, Hervorheb. im Original). In diesem Zusammenhang wird die Bedeutung von Erwerbsarbeit erwähnt, welche „eine ganze Reihe von Bedürfnissen befriedig[ ] [en] [...] [kann], so dasjenige nach Stimulation, Sinn, affektiv besetzten Zielen, Kooperation, sozialer Zugehörigkeit und je nach Arbeitsplatz auch dasjenige nach Abwechslung, Anerkennung, Fairness und Austauschgerechtigkeit.“ (vgl. a.a.O., 181).

Sind Regeln jedoch menschenverachtend, kann es zum Ausschluss von Individuen führen. Ist deren Bedürfnisbefriedigung nicht gewährleistet, können bei den Betroffenen Spannungszustände entstehen. Halten diese über einen längeren Zeitraum an, kann es zu „gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Ängstlichkeit, Hoffnungslosigkeit, Gefühlen von Minderwertigkeit, des Abgelehnt-, Verachtetseins; ferner zu Erschöpfungszuständen, Depressionen, Selbstbeschuldigungen, selbstzerstörerischem Suchtverhalten usw. führen“ (vgl. a.a.O., 212). Menschenverachtende Strukturen beinhalten soziale Probleme, welche Gegenstand der Sozialen Arbeit sind (vgl. ebd.).

### **2.3 Die vier Dimensionen sozialer Probleme**

Als Grundlage für die Disziplin und Profession Sozialer Arbeit benennt Staub-Bernasconi (2018a, 153) den Gegenstand, „nämlich Soziale Probleme“. Aus disziplinärer Sicht sind soziale Probleme „zu beschreibende und erklärende Sachverhalte“, ebenso aus professioneller Sicht, in diesem Zusammenhang spricht man von „‘Diagnose’“ (vgl. ebd.). Zur Bewertung, Kritisierung und Veränderung sozialer Probleme bedarf es eines transdisziplinären Erklärungswissens. Dieses bildet als Beschreibungs- und Erklärungswissen, ergänzt um das Menschen- und

Gesellschaftsbild, die „Grundlage für die Erklärung Sozialer Probleme“. Auch für die Diagnose sowie „die Bewertung sozialer Problemkonstellationen, für die sich daraus ergebende Bestimmung von möglichen Zielsetzungen und für die Transformation von Beschreibungs- sowie Erklärungswissen in handlungstheoretische Arbeitshypothesen und Handlungsleitlinien“ wird das Erklärungswissen herangezogen (vgl. a.a.O., 154).

Im systemischen Paradigma werden interdisziplinäre Erklärungsansätze berücksichtigt (z.B. aus „der Physik/Chemie, Biologie/Psychobiologie, Sozialpsychologie/Soziologie (inkl. Ökonomie, Politologie) und der Kulturtheorien“), da das Individuum Einfluss auf seine Umgebung hat und die Umgebung wiederum Einfluss auf das Individuum nimmt (vgl. Staub-Bernasconi 2012, 273). Die daraus entstehenden Gesellschaftsstrukturen können problematisch und somit nachteilig für Individuen sein (vgl. ebd.). Darüber hinaus zählen „[...], Ethik, Rechtswissenschaften, Pädagogik, Psychologie, [...], Medizin, [...], Politikwissenschaften, Geschichte, Philosophie und Theologie [...] zur Gruppe der Bezugswissenschaften der Sozialen Arbeit, da sie sich alle in irgendeiner Form mit dem Verhindern und Bewältigen sozialer Probleme befassen.“ (vgl. Engelke/Spatscheck/Borrmann 2016, 271).

Staub-Bernasconi (2018a, 210) unterscheidet soziale Probleme in vier Dimensionen. Ausgehend davon, dass soziale Systeme „durch die Interaktion ihrer Mitglieder, kulturelle Leitbilder und soziale Regeln zusammengehalten“ werden, können eben diese Leitbilder und Regeln auch „*menschenverachtend*“<sup>8</sup> sein. In der ersten Dimension wird der „Zugang von Individuen und Gruppen (sozialkultureller Kategorien) zu Ressourcen der Bedürfnisbefriedigung und Wunscherfüllung“ beschränkt oder behindert. In der zweiten Dimension werden „Lernprozesse und die Entwicklung von Fähigkeiten“ vernachlässigt, behindert oder sogar vereitelt. In der dritten Dimension wird „die Entwicklung von Selbstbewusstsein“ verhindert. In der Vierten Dimension wird die „soziale Integration und Partizipation“ unmöglich gemacht (vgl. ebd.).

Soziale Probleme können aus individuellen Ausstattungsproblemen, problematischen Austauschbeziehungen, Machtquellen und problematischen Regeln der Sozialbeziehungsweise Machtstruktur entstehen.

---

<sup>8</sup> Hervorheb. im Original.

Individuelle Ausstattungsprobleme beziehen sich auf das Eingebundensein des Individuums in soziale Strukturen, welche die Erreichbarkeit von Ressourcen verhindern bis unmöglich machen können. Sofern die Bedürfnisse nicht befriedigt werden, können sich folgende Probleme ergeben:

- „Verletzung des Bedürfnisses nach physischer Integrität, nach den für die Reproduktion des Organismus erforderlichen Austauschstoffen, nach sexueller Aktivität, sozialer Anerkennung trotz `Abweichungen´ von der biologischen oder gesellschaftlichen Norm“,
- „Verletzung des Bedürfnisses nach relativer Autonomie, gesellschaftlich relevanten, sozialkulturellen Mitgliedschaften, subjektiv relevanten Zielen, sozialer Anerkennung; ferner ästhetisch schönen Formen“,
- „Verletzung des Bedürfnisses nach emotionaler Zuwendung, nach wahrnehmungsgerechter, sensorischer Stimulation, nach orientierungs- und handlungsrelevanter Information – nach Verstehen, was in einem und um einen herum vorgeht“,
- „Verletzung des Bedürfnisses nach Sinn, nach subjektiv relevanten Zielen und Hoffnung auf deren Erfüllung; nach Unverwechselbarkeit, Selbstachtung und sozialer Anerkennung, ferner nach subjektiver Gewissheit in den subjektiv relevanten Fragen“,
- „Verletzung des Bedürfnisses nach Fertigkeiten und Regeln zur Bewältigung von wiederkehrenden wie unvorausehbaren Situationen; nach Abwechslung, Leistung, Kooperation; nach Kompetenz/Kontrolle der für das Individuum relevanten Situation und Ereignisse“,
- „Verletzung des Bedürfnisses nach sozialen Mitgliedschaften, nach Identität aufgrund sozialkultureller Zugehörigkeiten, nach sozialer Anerkennung, Austauschgerechtigkeit“.

(vgl. a.a.O., 213).

Problematische Austauschbeziehungen beschreiben die asymmetrische Interaktion zwischen Menschen und die dauerhaft nachteilige Position des/der Unterlegenen:

- „Verletzung des Bedürfnisses nach sexueller Aktivität und physischer Integrität“,
- „Verletzung des Bedürfnisses nach sozioökonomischer Austauschgerechtigkeit“,
- „Verletzung des Bedürfnisses nach emotionaler wie kognitiver Zuwendung, Orientierung, Liebe“,

- „Verletzung des Bedürfnisses nach Unverwechselbarkeit/Einmaligkeit; Liebe, sozialer Anerkennung im Sinne der Gleichwertigkeit aller Menschen/Verstanden-Werden“,
  - „Bedürfnis nach Hilfe, Anerkennung und Belohnung von Leistungen, Kooperation; leistungsbezogene, das heißt meritokratische Austauschgerechtigkeit“.
- (vgl. a.a.O. 215).

Machtquellen umfassen die Möglichkeit beziehungsweise fehlende Möglichkeit des Individuums, Kontrolle und Macht ausüben zu können durch:

- „Körpermacht“, welche z.B. eingesetzt werden kann bei Demonstrationen oder (Hunger-)Streik,
- „sozioökonomische Machtquellen“ (z.B. „Geld/Vermögen/Kapital, Bildungstitel, Landbesitz“ u.ä.),
- „Artikulationsmacht“ (z.B. Erkenntnis-/Sprachkompetenz u.ä.),
- „Definitionsmacht“ (z.B. „Wissen, Werte, Rechtskenntnisse, Glaubenssysteme“ u.ä.),
- „Positionsmacht“ („Ausstattung mit Handlungskompetenzen als Quelle für die Anerkennung persönlicher Autorität dank Kompetenzausweis“),
- „informelle oder formelle Organisationsmacht“ (Zugehörigkeit in soziale Netzwerke, welche individueller wie auch organisationeller Art sein können).

Befindet sich ein Individuum dauerhaft in einer machtlosen Position, kann dies zur „Erlernen Hilfllosigkeit“ führen (vgl. a.a.O., 217).

Problematische Regeln der Sozial- beziehungsweise Machtstruktur beschreiben die strukturellen Machtkonstruktionen, welche institutionellen Charakter haben:

- „soziale Regulierung der Ressourcenverteilung“ („sozial problematische Machtstrukturen sind hier Kasten-, Klassen-, diskriminierende Schichtungsstrukturen sowie die innerfamiliäre Vererbung von Vermögen aufgrund (neo)feudaler Regeln“),
- „soziale Regulierung der Verteilung von Befehlschancen und -rechten“ („Herrschafts- und Unterdrückungsformen mit paternalistischem, autokratischem Charakter bis hin zu Diktaturen und Terrorregimes“),

- „soziale Regulierung der Legitimation von ungerechter Schichtung“ („z.B. Natur(recht), biologische Erbfolge, Geschlecht; Geschichte, die `Totalität`, Gott als autokratischer Gesetzgeber, religiöse oder ethnisch-kulturell begründete Traditionen“ usw.),
  - „soziale Regulierung der Kontroll- und Sanktionsbefugnisse“ (z.B. „Erzwingung von Loyalität, Konformität, Gehorsam ohne Widerrede [...] bis hin zur legalisierten Gewaltausübung und Folter zur Erzwingung von Unterwerfung“).
- (vgl. a.a.O., 218).

Aufgabe der Sozialen Arbeit ist es, Betroffene bei der Bewältigung von Problemen zu unterstützen, Ressourcen zu erschließen und menschenverachtende Strukturen zu dekonstruieren. Das Wissen um die sozialen Probleme, deren Entstehungsmechanismen und Auswirkungen auf das Individuum und die Gesellschaft muss von der Disziplin (Theorie) der Sozialen Arbeit in die Profession (Praxis) der Sozialen Arbeit vermittelt werden, damit entsprechende Handlungsleitlinien erstellt werden können.

## **2.4 Der transformative Dreischritt – von der Theorie zur Praxis**

Die wissenschaftlichen und ethischen Elemente des dritten Mandats Sozialer Arbeit bilden die Basis für den Transfer von theoretischem Wissen in eine handlungsorientierte Praxis (vgl. Staub-Bernasconi 2018a, 234). Dabei zeigt eine „kritisch-normative Handlungswissenschaft [...] Wege auf, die Welt nicht nur zu interpretieren, sondern beispielsweise interaktions- und machttheoretisch auch zu kritisieren, zu bewerten und daraus Konsequenzen für eine Veränderung zu ziehen.“ (vgl. a.a.O., 243). Die Beantwortung von insgesamt neun Fragen (W-Fragen) soll ExpertInnen dabei helfen, Ursachen und Hintergründe sozialer Probleme zu erforschen und ins Verhältnis miteinander zu setzen. Im Anschluss daran können mit Hilfe von Hypothesen konkrete Vorgehensweisen konstruiert werden, welche nach der Durchführung evaluiert werden sollen (vgl. a.a.O., 234 ff).

Tabelle 1: Die W-Fragen im transformativen Dreischritt

<b>W-Frage</b>	<b>Antwort</b>
Was ist die Ausgangssituation?	Beschreibungswissen, welches das Bild des Problems und des entsprechenden Kontexts kontinuierlich ergänzt
Warum oder weshalb ist diese Problematik entstanden?	Erklärungswissen, Beantwortung in Hypothesenform mit Hilfe von einzel- und transdisziplinärem Bezugswissen
Wohin tendiert die Situation, falls nicht interveniert wird?	Trendaussagen / Prognosen, Identifikation von Risikofaktoren
Was ist (nicht) gut? Was sollte sein?	Zusammenfassung von zukünftigen, erwünschten Sachverhalten / damit verbundene Werturteile
Woraufhin sollen welche Ziele formuliert werden?	Zielvereinbarungen unter Berücksichtigung der Erreichbarkeit / Überprüfbarkeit
Wer soll was verändern?	Bestimmung eines zu vernetzenden Akteur-Systems mit entsprechendem Ziel-Zeitrahmen
Womit, mit welchen Ressourcen soll die Veränderung ermöglicht werden?	Zusammenfassung der individuellen und gesellschaftlichen Ressourcen aller involvierten und veränderungswilligen Akteure
Wie soll die Veränderung herbeigeführt werden?	Geeignete Handlungsleitlinien und Arbeitsweisen / Methoden
Wurden die Ziele erreicht?	Evaluationswissen über Wirksamkeit und (un)erwünschte Nebenfolgen der Veränderung (inklusive Evaluation über Einsatz von Zeit, Personal und Ressourcen)

Quelle: eigene Darstellung, Staub-Bernasconi 2018a, 234f.

Dieses Vorgehen wird als transformativer Dreischritt bezeichnet (vgl. a.a.O., 235). Im ersten Schritt des transformativen Dreischritts wird zum einen das Problem beschrieben, zum anderen wird mit Hilfe wissenschaftlicher Daten herausgearbeitet, warum dieses Problem entstanden ist und was bei einer Nichtbearbeitung des Problems zukünftig folgen könnte (vgl. a.a.O., 236). Im zweiten Schritt werden die Akteure und ihr jeweiliger Handlungsrahmen benannt, jeweils in Relation zu den im ersten Schritt herausgearbeiteten Erkenntnissen. Hierbei handelt es sich um „*handlungstheoretische Arbeitshypothesen*“ (vgl. a.a.O., 237, Hervorheb. im Original). Im sogenannten „*normativen Zwischenschritt*“ wird die Frage nach dem Status Quo ethisch beantwortet (was ist (nicht) gut, was sollte sein). Die im Berufskodex der Sozialen Arbeit festgehaltenen Werte der Menschenwürde, Menschenrechte sowie der sozialen Gerechtigkeit bilden dabei eine Hilfe für die Professionellen, um die „*empirischen Befunde*“ ethisch-moralisch beurteilen zu können (vgl. a.a.O., 238, Hervorheb. im Original). Mit dem ethisch-moralischen Aspekt wird eine Grundlage geschaffen, welche es ermöglichen soll, eine unabhängige Sichtweise gegenüber ideologischen, populistischen oder manipulativen Methoden zu generieren (vgl. ebd.).

Im dritten Schritt werden optionale Handlungsleitlinien erarbeitet, welche ergänzt werden um entsprechende Theorien und Methoden. Zur Entwicklung dieser Handlungsleitlinien bedarf es einer empirischen Grundlage, damit das Resultat in der Realität umgesetzt werden kann (vgl. a.a.O., 239). Die im zweiten Schritt generierten Hypothesen werden so zu Handlungsleitlinien transferiert.

Die jeweilige Besonderheit des sozialen Problems bestimmt dabei die Art der professionellen Bearbeitung, nicht die zu dem Zeitpunkt „gerade verfügbaren oder modischen Methoden“. Außerdem muss der soziokulturelle Bezugsrahmen jederzeit berücksichtigt werden (vgl. 241f.). Des weiteren ist für die Bearbeitung eines sozialen Problems die Frage nach dem Mandatsgeber wichtig, um auf den entsprechenden Vermittlungsebenen die richtigen Methoden anwenden zu können (vgl. Staub-Bernasconi 2012, 278). Sämtliche involvierten Akteure sind bei der Bearbeitung des sozialen Problems weitestgehendst mit einzubeziehen, das betrifft die

„Problembetroffenen, Problemverursacher, soziale Bewegungen, Selbsthilfe- und Aktionsgruppen, Parteien und Gewerkschaften, Justiz, sozialverantwortliche Wirtschaftsunternehmen; private wie öffentliche Träger des Sozialwesens, Nichtregierungsorganisationen usw.“ (vgl. a.a.O., 275).

Der Prozess des transformativen Dreischritts wird in der Regel durch die Betroffenen, aber auch durch andere Professionelle begleitet, welche auf die Beantwortung der Fragen ebenso Einfluss nehmen wie die wissenschaftlich fundierten Erkenntnisse (vgl. Staub-Bernasconi 2018a, 235). Die Reflexion und Auseinandersetzung mit dem bisher erworbenen Wissen basiert die systematische Erforschung und Bearbeitung eines sozialen Problems. Ebenso nehmen neue Erkenntnisse sowie praktische Erfahrungen Einfluss auf die Problem-Analyse, da möglicherweise eine neue Perspektive eingenommen werden kann (vgl. a.a.O., 244).

### **3 Einblick in das Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky**

Aaron Antonovsky, geboren 1923 in Brooklyn, studierte zunächst in den USA Geschichte und Wirtschaft. Nach einer kriegsbedingten Unterbrechung führte er sein Studium im Bereich der Medizinsoziologie und Stressforschung weiter. Nach der Leitung der Forschungsabteilung des Anti-Diskriminierungsausschusses des Staates New York übernahm er von 1959-1960 eine Professur für Soziologie an der Universität in Teheran. Mit seiner Frau Helen, einer Entwicklungspsychologin, emigrierte er 1960 nach Israel, hier trat er eine Stelle als Medizinsoziologe am Institut für angewandte Sozialforschung an. Parallel zu seinem Lehrauftrag widmete er sich der Stressforschung sowie „der Erforschung latenter Funktionen

der Institutionen des Gesundheitswesens“. Besonderes Interesse hatte er unter anderem an: „[...] ethnische[n] Unterschiede[n] in der Verarbeitung der Menopause bei in Israel lebenden Frauen, die in nationalsozialistischen Konzentrationslagern überlebt hatten.“ (vgl. Franke 1997b, 13). Das Verhalten dieser Frauen erforschte er von 1960 bis 1970. Als eines der Ergebnisse dieser Untersuchung erwies sich, dass sich eine „nicht unerhebliche Minderheit der Frauen“ erstaunlich gut an die mit der neuen Lebensphase eintretenden Umstände angepasst hatten. Zuvor war die These aufgestellt worden, dass sämtliche Frauen, welche die Shoah überlebt hatten, deutlich größere Herausforderungen mit der Anpassung haben müssten (vgl. Lorenz 2016, 19). Antonovsky verstand dieses erstaunliche Ergebnis als „Wunder des Gesundbleibens“, welches er von da an intensiver erforschte (vgl. Franke 1997b, 13). Die Tatsache, dass tatsächlich 29 Prozent der Überlebenden von Konzentrationslagern über eine „gute psychische Gesundheit“ verfügten, veranlasste Antonovsky (1997, 15) dazu, die salutogenetische Frage zu formulieren: „Warum befinden sich Menschen auf der positiven Seite des Gesundheit-Krankheits-Kontinuums oder warum bewegen sie sich auf den positiven Pol zu, unabhängig von ihrer aktuellen Position?“

Das Konzept der Salutogenese konnte von Antonovsky nicht mehr vervollständigt werden, er starb am 07. Juli 1994 in Beer-Sheba (Israel) (vgl. Franke 1997b, 13). Er hinterließ mit seinem bis dahin verschriftlichten Wissen „ein befruchtendes, aber methodisch und empirisch nicht abschließend gesichertes Konzept“ (vgl. Klemperer 2015, 69). Die Ansätze seiner theoretischen Arbeit werden jedoch rezipiert und weiter beforscht (vgl. u.a. Franke 1997a, 11). Im Folgenden werden die für die vorliegende Arbeit wesentlichen Erkenntnisse des Konzepts der Salutogenese vorgestellt.

### **3.1 Salutogenetische Sicht auf Gesundheit und Krankheit und die salutogenetische Frage**

Die Begriffe Gesundheit und Krankheit können nicht eindeutig definiert werden, was zu einer Vielzahl von möglichen Interpretationen führt (vgl. Naidoo/Wills 2010, 4 f.). Negativ betrachtet ist Gesundheit das Fehlen von Krankheit, in der positiven Konnotation wird Gesundheit als „Zustand des Wohlbefindens“ identifiziert (vgl. a.a.O., 5). Dies findet sich auch in der Satzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2006) von 1948: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ Dieses idealistische Bild von Gesundheit wird kritisiert, da es absolute Zustände beschreibt, welche in der Realität nicht zu finden sind (vgl. bzga 2009, 15f.). Als positiv wird jedoch die

Berücksichtigung von psychischen wie sozialen Faktoren beurteilt, da diese wesentlichen Einfluss auf den Gesundheitszustand von Menschen ausüben (vgl. a.a.O., 17). Dieses bio-psycho-soziale Medizinmodell führt den Gesundheitsstatus eines Individuums nicht nur auf biomedizinische Ursachen zurück, sondern betrachtet Gesundheit als „das Ergebnis sozialer, biologischer und physischer Umweltfaktoren“ (vgl. Naidoo/Wills 2010, 10).

Antonovsky (1993, 6) bewertete dieses Modell als „intellektuellen und praktischen Beitrag zum Verständnis und zum Umgang mit Krankheit“. Die Pathogenese gehe jedoch von einer Homöostase aus, in der sich Gesundheit und Krankheit dichotom gegenüber stehen, sprich der Mensch sei also entweder gesund oder krank. Darüber hinaus wäre Gesundheit im pathogenen Konzept der normative Zustand und Krankheit als Abweichung davon zu betrachten (vgl. a.a.O., 8). Erst mit der Erweiterung durch die salutogenetische Sicht könne der Blick auf psychische und soziale Faktoren zu effektiven Ergebnissen führen (vgl. a.a.O. 6).

In seinem salutogenetischen Konzept ging Antonovsky (1997, 23) davon aus, dass sich die Zustände von Gesundheit und Krankheit auf einem Kontinuum befinden und kein Mensch vollkommen gesund beziehungsweise vollkommen krank sei, denn „[w]ir sind alle sterblich. Ebenso sind wir alle, solange noch ein Hauch von Leben in uns ist, in einem gewissen Ausmaß gesund.“. Die Suche nach den Faktoren, die für eine Hinwendung zum gesunden Pol sorgen, war Kern seiner Forschung (vgl. a.a.O., 25). Der lebende Organismus befände sich nicht im ständigen Gleichgewicht, sondern sei einer permanenten Veränderung, Unordnung und Druck ausgesetzt und bewege sich irreversibel auf den unausweichlichen Tod hin (vgl. a.a.O. 22). Die salutogenetische Ausrichtung unterscheidet sich deutlich von der Pathogenese, welche zum einen danach fragt, was Menschen krank macht und zum anderen von einer Dichotomie zwischen Gesundheit und Krankheit ausgeht (vgl. Lorenz 2016, 24). Allerdings betrachtete Antonovsky (1997, 30) sein Konzept der Salutogenese als Ergänzung, denn auch die pathogenetische Orientierung hatte aus seiner Sicht wichtige Aufträge zu erfüllen, beispielweise die weitere Erforschung von Krebs und die Entwicklung von Therapien. Dass es der Entwicklung von Antonovskys Konzept bedurfte, attestiert auch Lorenz (2016, 29). Dieser bezeichnet den damaligen pathogenetischen Ansatz als „einseitig ausgerichtet und damit obsolet“.

Zusammenfassend betrachtete Antonovsky (1997, 29f.) die Salutogenese:

- als Möglichkeit Gesundheit und Krankheit mehrdimensional zu betrachten.
- In der Salutogenese wird die ganze Geschichte des Menschen berücksichtigt und nicht nur die Entstehung einer bestimmten Krankheit.

- Außerdem können Bewältigungskonzepte und die entsprechenden Ressourcen eruiert werden, welche dem Menschen dazu verhelfen, die Konstellation im Kontinuum beizubehalten oder zu verbessern.
- Mit Hilfe der Salutogenese können unterschiedliche Stressoren und ihre positiven wie negativen Einflüsse ausfindig gemacht und wertvolle Eingaben gesucht werden, welche auf das soziale und physikalische Umfeld einwirken, aber auch auf den Organismus und seine einzelnen Systeme<sup>9</sup>.
- Die pathogenetische Forschung kann genutzt werden, um nach den abweichenden Fällen zu suchen<sup>10</sup>. Diese Fälle werden mit der salutogenetischen Brille untersucht, um gesundhaltende respektive -machende Faktoren zu ermitteln

Im Konzept der Salutogenese wird davon ausgegangen, „daß Heterostase, Ungleichgewicht und Leid inhärente Bestandteile menschlicher Existenz sind, ebenso wie der Tod.“ (vgl. Antonovsky 1993, 6). Auch bei einer schweren Erkrankung gibt es in diesem Kontext gesunde Dimensionen, da man Gesundheit als einen „dynamischen Zustand [verstehen kann], der stets verbessert werden kann, selbst in der Sterbephase.“ (vgl. Klemperer 2015, 70). Unter Berücksichtigung von systemtheoretischen sowie handlungstheoretischen Zugängen kann Gesundheit in diesem Sinne als ein Prozess verstanden werden, in welchem das Individuum schützende Faktoren nutzt, um Widerstand gegen „potenziell krank machende[ ] Einflüsse[ ] der physikalischen, biologischen und sozialen Umwelt“ zu leisten (vgl. Lorenz 2016, 34). Somit stelle sich nicht die Frage, was Menschen krank macht. Die salutogenetische Frage sucht nach der Antwort, warum sich einige eher auf den Gesundheits-Pol im Gesundheits-Krankheits-Kontinuum hin bewegen (vgl. Antonovsky 1993, 7). Als Antwort auf diese Frage entwickelte Antonovsky (1997, 16) das SOC (sense of coherence), das Konzept des Kohärenzgefühls<sup>11</sup>.

### 3.1.1 Die Antwort auf die salutogenetische Frage: das Kohärenzgefühl

„Meine fundamentale philosophische Annahme ist, daß der Fluß der Strom des Lebens ist. Niemand geht sicher am Ufer entlang. Darüber hinaus ist für mich klar, daß ein Großteil des Flusses sowohl im wörtlichen wie auch im übertragenen Sinn verschmutzt ist. Es gibt Gabelungen im Fluß, die zu leichten Strömungen oder in gefährliche Stromschnellen und Strudel führen. Meine Arbeit ist der Auseinandersetzung mit folgender Frage gewidmet: Wie wird man, wo immer man sich in dem

<sup>9</sup> Von Antonovsky als negative Entropie bezeichnet (1997, 27).

<sup>10</sup> Beispielhaft: „Immunsuppressive Auswirkungen von Schockbehandlungen an Ratten unter verschiedenen psychosozialen Bedingungen“ (Antonovsky 1997, 21).

<sup>11</sup> Für das SOC werden in den deutschen Übersetzungen diverse Begriffe angeführt, zum Beispiel Kohärenzgefühl, Kohärenzsinn, Kohärenzempfinden und auch Kohärenzerleben (vgl. Franke 1997a, 12; Lorenz 2016, 36). Für die vorliegende Arbeit wird als Übersetzung der Begriff Kohärenzgefühl gewählt, analog zu den soeben genannten AutorInnen.

Fluß befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?“ (Antonovsky 1997, 92).

Das SOC ist ein wesentliches Element im Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. In seiner Fluss-Metapher bleibend ging Antonovsky (ebd.) davon aus, dass das SOC essenzielle Auswirkungen auf die Qualität des Schwimmens, also auf die Lokalisation auf dem Kontinuum hat.

Das Kohärenzgefühl entwickelte Antonovsky aus der Analyse des Datenmaterials, welches er aus der Befragung von 51 Frauen generierte, welche die Schrecken des Konzentrationslagers überstanden hatten und dennoch angaben, ihr Leben gut bewältigen zu können (vgl. a.a.O., 34). Bis dahin beschrieb er das SOC als eine “‘Art, die Welt (...) als vorhersehbar und verstehbar wahrzunehmen““, er schrieb über „Form und Struktur“, über ‘Gesetzmäßigkeit““ (vgl. ebd.). Mit den vorliegenden Ergebnissen konnte er die Komponenten, aus denen das SOC besteht, konkretisieren und nannte sie „Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit“ (vgl. ebd.). Antonovsky fasste diese drei Bestandteile zu einer übergeordneten Orientierung zusammen, welche einer generellen Lebenseinstellung des Individuums entsprechen, allerdings keine besondere Bewältigungs-Strategie seien (vgl. Lorenz 2016, 37). Diese Orientierung drückt das Ausmaß aus,

*„in welchem [...] man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß 1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus einer inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; 2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; 3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“* (Antonovsky 1997, 36, Hervorheb. Antonovsky).

Der Faktor Verstehbarkeit bezieht sich auf die Wahrnehmung des betroffenen Individuums. Bei einer starken Ausprägung dieses Faktors wird eine durch interne wie externe Stimuli ausgelöste Situation als geordnet, strukturiert und konsistent wahrgenommen. Die betroffene Person nimmt an, dass zukünftige Ereignisse prognostiziert beziehungsweise eingeschätzt und bestimmt werden können (vgl. a.a.O., 34). Bei schwacher Herausbildung würde die Situation als „chaotisch, willkürlich, zufällig [...] [und] unerklärlich erlebt werden“ (vgl. Lorenz 2016, 37). Basis der Verstehbarkeit ist die Möglichkeit des Individuums, ein Problem subjektiv und rational bewerten und einordnen zu können, um „den Stimuli ihre Willkür und Zufälligkeit zu entziehen“ (vgl. ebd.).

Die Komponente der Handhabbarkeit beschreibt die Zuversicht des Individuums, dass ihm adäquate Mittel zur Verfügung stehen, um den mit den Stimuli verbundenen Herausforderungen begegnen zu können. Diese Mittel werden von dem Individuum selbst kontrolliert oder von „legitimierten anderen [...] - vom Ehepartner, von Freunden, Kollegen, Gott, der Geschichte, vom Parteiführer oder einem Arzt - von jemanden, auf den man zählen

kann, jemandem, dem man vertraut.“ (vgl. Antonovsky 1997, 35). Basis der Handhabbarkeit ist die Zuversicht des Individuums, dass es den Ereignissen nicht machtlos gegenübersteht, sondern diese aufgrund von vorhandenen Ressourcen in gewissem Maße kontrollierbar sind (vgl. ebd.).

Die Bedeutsamkeit als dritte und letzte Komponente des SOC stellt das „motivationale Element“ dar (vgl. ebd.). Individuen mit einem starken Kohärenzgefühl schreiben gewissen Lebensbereichen eine wichtige Bedeutung und Sinnhaftigkeit zu. Die Bedeutsamkeit wird als ausgeprägt emotionaler Aspekt bezeichnet, damit grenzt sie sich zu den eher rationalen Faktoren Verstehbarkeit und Handhabbarkeit ab (vgl. ebd.). Antonovsky (a.a.O., 39) hat vier Lebensbereiche herausarbeiten können, welche er als konstitutiv und somit nicht ersetzbar angesehen hat, es sind: „die eigenen Gefühle, die unmittelbaren interpersonellen Beziehungen, seine wichtigste eigene Tätigkeit und existenzielle Fragen (Tod, unvermeidbares Scheitern, persönliche Fehler, Konflikte und Isolation)“. Darüber hinaus gibt es weitere Bereiche, welche allerdings austauschbar und somit individuell sind. Die Basis der Bedeutsamkeit ist das Empfinden des Individuums, dass bestimmte Herausforderungen „es wert sind, daß man Energie in sie investiert, daß man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, daß sie eher willkommene Herausforderungen sind als Lasten, die man gerne los wäre.“ (vgl. a.a.O., 35f.). Antonovsky setzte die drei Komponenten miteinander in Beziehung und konstatierte, dass der Faktor Bedeutsamkeit als motivationales Element an erster Stelle stehe, gefolgt von der Verstehbarkeit und der Handhabbarkeit. Zu Beginn steht also die Erkenntnis, dass etwas sinnhaft ist und dass es sich lohnt, Energie zu investieren. Mit dem Verstehen der Situation wird der Rahmen für die Bewältigung des Problems geschaffen, denn mit dem Überblick über den Kontext offenbart sich, welche der zur Verfügung stehenden Ressourcen eingesetzt werden können (vgl. a.a.O., 38).

Ein Mensch mit einem gut aufgestellten SOC ist in der Lage, neue Situationen zu reflektieren und seine Bewältigungsmöglichkeiten anzupassen. „[...] Selbstannahme und eine Einsicht darin, dass die gegebenen Verhältnisse und die eigenen Lebensmöglichkeiten einen Sinn haben [...]“ resultieren aus einem starken Kohärenzgefühl (vgl. Lorenz 2016, 39). Individuen, die mit einem schwachen SOC ausgestattet sind, fühlen sich eher wie ein „Pechvogel“, dem „ausnahmslos unglückselige Dinge“ zustoßen, deren Bewältigung es nicht in der Hand hat (vgl. Antonovsky 1997, 35). Ein schwaches Kohärenzgefühl würde so auch bei zukünftigen Ereignissen bewirken, dass das Individuum nicht tätig wird, weil es aufgrund der bisherigen negativen Erfahrungen keinen Sinn in entsprechenden Anstrengungen sieht und sich seiner Ressourcen nicht bewusst ist.

### 3.1.2 Das Kohärenzgefühl entwicklungstheoretisch betrachtet

Jeder Mensch hat ein individuelles Muster von Lebenserfahrungen, welches sich aus diversen Komponenten zusammensetzt und Einfluss auf die Ausbildung eines stärkeren oder schwächeren SOC hat (vgl. Antonovsky 1997, 93). Diese Komponenten sind zum Beispiel „männlich oder weiblich, schwarz oder weiß, zur Ober- oder Unterschicht gehörend, Kanadier oder Kambodschaner, Kubaner oder Costa-Ricaner – mit all dem, was diese sozialen Kategorien implizieren.“ (vgl. ebd.). Den Umgang mit den aus diesen Kategorien entstehenden permanenten Stimuli, welche auf das Individuum wirken, definierte Antonovsky als die generalisierten Widerstandsressourcen (GRR's). Die drei herausgearbeiteten Kennzeichen der GRR's - „[...] Konsistenz, eine Balance zwischen Überlastung und Unterforderung sowie Partizipation an der Gestaltung des Ergebnisses [...]“ – waren die Grundlage für Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit (vgl. ebd.). Die Summe der Lebenserfahrungen, bestehend aus Stressoren und generalisierten Widerstandsressourcen, findet sich im SOC wieder, ist allerdings auch bei jedem Menschen unterschiedlich (vgl. a.a.O., 95).

Die Entwicklung des Kohärenzgefühls beginnt laut Antonovsky im Säuglingsalter und ist mit dem 30. Lebensjahr abgeschlossen (vgl. Lorenz 2016, 46). Begleitet wird die Entwicklung immer von den Lebenserfahrungen in den Bereichen „Konsistenz, Belastungsbalance und Partizipation“, welche durchaus in der Realität nicht immer lehrbuchmäßig stattfinden, sondern sich als inkonsistent, über- oder unterfordernd und als fremdbestimmt erweisen können (vgl. Antonovsky 1997, 95).

Unter Bezug auf die Bindungstheorien von Bowlby (1969) und Boyce (1985) wies Antonovsky (ebd.) auf die Bedeutung der Ausbildung einer stabilen Beziehung zwischen dem Säugling und seinen Bezugspersonen hin. Eine zuverlässige Bindung sorgt bei dem Kleinkind dafür, dass es Stimuli und die Reaktionen darauf als Routine wahrnimmt. Es erfährt zum Beispiel, dass seine Mutter wiederkommen wird, auch wenn sie einmal den Raum verlässt. Daraus resultiert eine Verstehbarkeit, dass sich die „physikalische und soziale Welt nicht ständig verändern“ wird (vgl. a.a.O., 96). Der Säugling nimmt sich darüber hinaus als mitgestaltendes Wesen wahr, welches an Entscheidungsprozessen teilhaben kann. Er wirkt auf seine Umwelt durch Handlungen ein und erfährt entsprechende Reaktionen, wenn er zum Beispiel weint und daraufhin von seiner Mutter getröstet wird (vgl. a.a.O., 97). Diese Erfahrungen dienen der Entwicklung der Bedeutsamkeit (vgl. ebd.). An dieser Stelle hob Antonovsky hervor, dass Reaktionen auf Handlungen des Säuglings durchaus auch negativ ausfallen können in Form von „Kälte, Feindseligkeit und Mißachtung“. Die Entwicklung der Handhabbarkeit erfolgt aus

den Möglichkeiten, welche der Säugling beziehungsweise das Kleinkind für sich entdeckt. Aktion und Feedback (Säugling schreit, Mutter reagiert mit Trösten oder alternativ mit Ignoranz) spielen dabei eine Rolle, ebenso aber eigene gestalterische Elemente des Ausprobierens oder auch Forderns von anderen im Umfeld des Kindes. Das Kind bildet dabei seine soziale Rolle und entwickelt seine Identität. Gleichzeitig lernt es, mit Grenzen umzugehen, da es sich in einem ungleichen Machtgefüge befindet. Die ungleiche Verteilung von Autorität lässt im Kind den Wunsch entstehen, „Verhaltensweisen, Fertigkeiten, Einstellungen und Werte zu erwerben, die helfen, eine soziale Identität aufzubauen und seinen eigenen Platz kennenzulernen.“ (vgl. a.a.O., 98). Laut Antonovsky (1979, zit. n. Antonovsky 1997, 99) bedarf es für eine positive Ausprägung des SOC ausgeglichener Reaktionen auf die Handlungen des Kindes, um Überlastung und Unterforderung zu vermeiden. Er weist hier hinsichtlich der Eltern auf „[...] eine[ ] Ausrichtung in Richtung auf Komplexität und Flexibilität, Alternativen und Selbststeuerung, Bedeutung, Konsistenz, Wahlmöglichkeiten und Erleben, daß Probleme handhabbar und lösbar sind (...)“ hin. Der Aspekt der Konsistenz ist für Antonovsky in der Entwicklung des SOC der wichtigste, da „durch widerspruchsfreie Interaktionen [...] eine zuversichtliche und durch Vertrauen getragene Haltung des Individuums gefördert [wird].“ (vgl. Lorenz 2016, 47).

Während der Adoleszenz steht das Individuum Herausforderungen wie Anpassung, Kontrolle (extern wie intern), Identitätsentwicklung innerhalb des kulturellen Kontextes und Konstruktion eines Realitätssinns gegenüber. Antonovsky bezog sich hier auf Erikson (1959, 89) und dessen Beschreibung des vordringlichen Problems, mit welchem sich Jugendliche aller Kulturen auseinandersetzen müssen (vgl. Antonovsky 1997, 101). Lorenz (2016, 48) beschreibt die Adoleszenz als eine Zeit, die „für die jungen Menschen durch eine spezifische Vulnerabilität gekennzeichnet [ist] [...]“. Auch während dieser Phase des Heranwachsens bildet Konsistenz eine wesentliche Grundlage, aber auch die Belastungsbalance und die Möglichkeit der Entscheidungs-Partizipation in sozial anerkannten Bereichen (vgl. ebd.).

Mit dem Eintritt in das Erwachsenenalter wird das bisher entwickelte SOC durch „langfristige Verpflichtungen an die Person, soziale Rollen und Arbeit“ weiter gefördert oder auch geschwächt (vgl. Antonovsky 1997, 105). In dieser Phase beginnen viele Menschen das Berufsleben und verbringen viel Zeit bei der Arbeit. Antonovsky ging davon aus, dass die verrichtete Arbeit an sich große Bedeutung für die Ausbildung des Kohärenzgefühls habe, da das Individuum sowohl das Unternehmen sozial bewertet, als auch die eigene Rolle innerhalb des Unternehmens (vgl. a.a.O., 108). Auch die Option des Mitspracherechts nimmt einen wesentlichen Part ein. Sofern das Individuum selbst entscheiden kann oder aber

Entscheidungen von legitimierten Dritten getroffen werden, entsteht das Bewusstsein, dass es partizipieren kann, was sich wiederum positiv im Sinne der Bedeutsamkeit auf das SOC auswirkt (vgl. ebd.). Der Aspekt der Handhabbarkeit spiegelt sich in der Verfügbarkeit der Ressourcen wider beziehungsweise in dem Wissen des Individuums über „die Fertigkeiten, die Materialien und das zur Verfügung stehende Rüstzeug“ (vgl. a.a.O., 109). Neben den eigenen Ressourcen werden in dieser Phase jedoch auch soziale Beziehungen zu einer Quelle von Mitteln zur Bewältigung von Problemen (vgl. ebd.). Sofern das Individuum die Erfahrung macht, dass es seine Potenziale ausschöpfen kann, gefordert ist und ihm die nötigen Mittel zur Verfügung stehen, wird das SOC gestärkt. Bei Über- oder Unterbelastung jedoch verliert das Individuum das Vertrauen in die Handhabbarkeit der Welt, da die Belastungsbalance nicht eingehalten werden kann (vgl. ebd.). Die Konsistenz im Erwachsenenalter in Form von immer wieder kehrenden, einzuordnenden Erfahrungen führt zu einer erhöhten Verstehbarkeit (vgl. a.a.O., 110). Dabei hat laut Antonovsky (a.a.O., 111f.) die Arbeit wieder eine wesentliche Rolle inne. Arbeitsplatzsicherheit, Rituale und eine eigene Sprache im Unternehmen, positives Feedback auf gesendete Signale vermitteln Ordnung und Sicherheit und sorgen für Stabilität. Aber auch weitere soziale Rollen determinieren Lebenserfahrungen und gestalten somit das SOC mit (vgl. a.a.O., 113). Bei diskriminierten Menschen tritt die Arbeitsrolle darüber hinaus in den Hintergrund, da die maßgeblichen Eigenschaften der diskriminierten sozialen Rollen dominant sind (vgl. ebd.).

Wie bereits erwähnt nahm Antonovsky an, dass die Entwicklung des SOC mit dem 30. Lebensjahr abgeschlossen sei und eine feste Position auf dem Kontinuum erreicht wäre. Lediglich umfassende Veränderungen von „institutionellen, sozialen und kulturellen Settings“ könnten auch im fortgeschrittenen Alter für eine positive Bewegung auf dem Kontinuum sorgen (vgl. a.a.O., 118). Antonovsky konnte seine Forschung in diesem Bereich nicht mehr beenden, er starb im Alter von 71 Jahren (vgl. Lorenz 2016, 19).

Lorenz (a.a.O., 75) entwickelte die entwicklungstheoretische Perspektive hinsichtlich des Kohärenzgefühls weiter. Er kritisierte die Annahme Antonovskys, dass das SOC eine „stabile Persönlichkeitseigenschaft“ sei und sich ab dem 30. Lebensjahr nicht mehr verändern würde. Lorenz rekurriert hier auf die Identitätsentwicklung und das Selbstwertgefühl des Individuums. Antonovsky ging im Bezug auf seine Forschung von Eriksons (1959, 1973) Identitätsmodell und dessen normativem Stufenmodell aus. In diesem Phasenmodell ist die Entwicklung der Identität mit dem Ende der Adoleszenz abgeschlossen und stabil (vgl. Lorenz 2016, 75). Aus heutiger Sicht wird dieses Modell abgelöst von der Annahme, dass die Identitätsentwicklung

„[...] lebensfortschreitend, also bis an das Lebensende stattfindet.“ (vgl. ebd.). Die Herausbildung der Identität erfolgt über die Selbsteinschätzung sowie über die Reflexion mit der sozialen Außenwelt. Dieser Prozess findet fortwährend über den gesamten Lebenszeitraum eines Menschen statt (vgl. a.a.O., 73). Unter Bezugnahme auf Petzold (2003) beschreibt Lorenz die „fünf Säulen der Identität“ als 1. Leiblichkeit („u.a. körperliche Unversehrtheit, Gesundheit, Leistungsfähigkeit und auch erfüllte Sexualität“); 2. Soziales Netzwerk, 3. Arbeit, Leistung, Freizeit (Selbstverwirklichung); 4. Materielle Sicherheiten; 5. Werte und Werthaltungen (vgl. 2016, 73f.). Diese Bereiche wirken strukturell auf die Identitätsentwicklung ein, vor allem das Element der Arbeit wird auch hier wieder herausgestellt (vgl. a.a.O., 74). Die Auseinandersetzung mit und die entstehenden Anspannungen in diesen Bereichen (extern wie intern) fördern die Entwicklung der Identität und des Selbstwertgefühls, das Kohärenzgefühl begleitet diese Entwicklung „als das Gefühl [...], welches die Beziehung zur Welt darstellt“ (Antonovsky 1979, zit. n. Lorenz 2016, 76). Das SOC resultiert aus den Identitätsgestaltungsprozessen und unterliegt somit ebenfalls einem lebenslangen Prozess. Folglich ist es auch im fortgeschrittenen Alter noch formbar beziehungsweise veränderbar (vgl. Lorenz 2016, 76f.).

### **3.2 Salutogenetisches Coping**

Antonovsky (1997, 124f.) ging davon aus, dass das menschliche Leben permanent diversen Reizen ausgesetzt ist, welche aus der internen sowie externen Umgebung stammen. Die Reaktion auf diese Reize ist ein Spannungszustand und die Erkenntnis, dass ein Problem besteht, mit welchem umgegangen werden muss, da sich ein Bedürfnis als unerfüllt darstellt und befriedigt werden muss. Die Bewältigung erfolgt auf zweierlei Weisen, instrumentell und emotional. Der instrumentelle Aspekt bezieht sich auf die Wahl der Ressourcen zur Lösung des Konflikts, die emotionale Relation greift die Frage nach dem eigenen Wert auf (vgl. a.a.O., 125). Der Spannungszustand kann als „emotionales Phänomen“ betrachtet werden, Emotionen spielen eine wesentliche Rolle im Bewältigen von Problemen (vgl. a.a.O., 138). Die Art des Umgangs wird determiniert von der Ausprägung des SOC, dabei ist das Kohärenzgefühl nicht als bestimmter Copingstil zu verstehen, sondern als eine dispositionale Orientierung, eine Grundlage der Persönlichkeit, welche sich im Laufe des Lebens entwickelt (vgl. a.a.O., 164f.). Das Ausmaß des SOC hat entscheidenden Einfluss auf die Wahl der Mittel, welche zur Bewältigung des Problems genutzt werden beziehungsweise nicht genutzt werden. Menschen mit einem ausgeprägten Kohärenzgefühl wählen aus einem „Repertoire generalisierter und

spezifischer Widerstandsressourcen, die ihr zur Verfügung stehen, die Kombination aus, die am angemessensten zu sein scheint“, um das entstandene Problem auf geeignete Weise zu lösen (vgl. a.a.O., 130). Verweisend auf Bandura (1977, 193) stellte Antonovsky (1997, 127) heraus, dass sich Spannung nicht als Problem darstellt, wenn man „die Überzeugung [hat], daß man erfolgreich das Verhalten ausüben kann, das notwendig ist, um das [erwünschte] Ergebnis zu erzielen“. Ist die betroffene Person sich seiner selbst sicher und mit einem hohen SOC ausgestattet, deutet sie die Spannung als positiv beziehungsweise bedeutungslos und ist überzeugt, dass sie diese ohne zusätzlichen Aufwand von Ressourcen bewältigen kann beziehungsweise dass sie um ihre zur Verfügung stehenden Copingressourcen weiß, mit deren Hilfe sie die Spannung aufzulösen vermag (vgl. a.a.O., 129).

Ein Problem wird als solches definiert, wenn das betroffene Individuum einen das Gehirn erreichenden Stimulus als Stressor beurteilt und in einen Spannungszustand gerät. Dieser Vorgang der Bewertung wird als „*primäre Bewertung-I*“ bezeichnet (vgl. a.a.O., 125, Hervorheb. im Original). Die Einordnung des Stressors erfolgt dann in der „*primären Bewertung-II* [...] als für das eigene Wohlbefinden bedrohlich, günstig oder irrelevant“ (vgl. a.a.O., 126). Sofern das Individuum in der ersten oder aber auch in der zweiten Phase der Bewertung den Stressor als Nicht-Stressor beziehungsweise günstig/irrelevant empfindet, wird es über ein hohes SOC verfügen (vgl. a.a.O., 127). Die „*primäre Bewertung-III*“ wird als „Wahrnehmung der Emotionsregulierung und instrumenteller, durch einen Stressor ausgelöster Probleme“ beschrieben (vgl. a.a.O., 129, Hervorheb. im Original). In der sekundären Bewertung spielen die Komponenten Bedeutsamkeit, Verstehbarkeit und Handhabbarkeit sowie die „Auswahl geeigneter Ressourcen für das Coping mit dem Stressor“ eine Rolle (vgl. a.a.O., 136). Unter der tertiären Bewertung des Problems wird die Rückmeldung zur Einschätzung des Problems beziehungsweise zum Handeln verstanden, dabei kann es sich um internes sowie externes Feedback handeln (vgl. ebd.).

Ein Spannungszustand wird immer instrumentell, aber auch emotional reguliert, unabhängig davon, ob der zugrunde liegende Stressor internal oder external entsteht. Emotionen können in drei Dimensionen unterschieden werden: in qualitativer Hinsicht, in ihrem Ausmaß des Bewusstwerdens sowie in der Möglichkeit der Schuldzuweisung (vgl. a.a.O., 139). Ist das Individuum mit einem ausgeprägten SOC ausgestattet, werden motivationale Emotionen wie „Traurigkeit, Furcht, Schmerz, Wut, Schuld, Kummer oder Sorge“ gefördert, bei einem schwach ausgeprägten SOC entstehen paralyisierende Emotionen wie „Angst, Wut, Scham,

Verzweiflung, Verlassenheit und Verwirrung“ (vgl. a.a.O., 129). Haben Emotionen einen eher motivationalen Charakter, können zu bewältigende Probleme genauer definiert werden und somit eher verstehbar werden. Die daraus resultierende Klarheit verschafft einen Überblick über die zur Verfügung stehenden Ressourcen, mit welchen das Problem gehandhabt werden kann. Dies beschreibt die drei Komponenten des Kohärenzgefühls: Bedeutsamkeit (motivationale Komponente), Verstehbarkeit und Handhabbarkeit (vgl. ebd.). Bei einem niedrigen SOC konzentriert sich die betroffene Person auf den Umgang mit den Emotionen (z.B. Unglücklichsein), kann die Situation nicht entwirren, wird aufgrund des nicht kontrollierbaren chaotischen Zustands aufgeben und externe Umstände verantwortlich machen, was zu einem wirkungslosen Abwehrmechanismus führt (vgl. a.a.O., 139). Bei einem hohen SOC wird die betroffene Person das Problem als Herausforderung betrachten, sich einen Überblick verschaffen, mit bereits vergangenen Situationen abgleichen und sich auf die zur Verfügung stehenden Ressourcen konzentrieren, welche zur Bewältigung genutzt werden können (vgl. a.a.O., 131f.). Sofern andere Umstände oder Personen für das Problem verantwortlich gemacht werden können, wird die Person mit einem hohen SOC dies auch tun. Anderenfalls werden die eigenen Strategien überprüft und gegebenenfalls für die Zukunft neu konfiguriert (vgl. a.a.O., 139). Die Coping-Strategien sind flexibel und der jeweiligen Situation angepasst. Je höher das SOC, desto höher höher die Flexibilität in der Auswahl beziehungsweise Kombination der verfügbaren Ressourcen (vgl. a.a.O., 132). Antonovsky (a.a.O., 136) wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass ein hohes SOC keine Garantie dafür sei, dass jedwede Situation erfolgreich bewältigt werden könne, jedoch sei die Chance fehlgeleiteten Copings bei einen starken SOC geringer.

Ein gut ausgeprägtes SOC fundiert die erfolgreiche Regulierung von Spannungszuständen, dies wiederum wirkt sich positiv auf den Gesundheitszustand aus (vgl. a.a.O., 142). Ein guter Gesundheitszustand hat „einen positiven Einfluß auf die globale Einschätzung des eigenen Wohlbefindens [...]“ (vgl. a.a.O., 163). Viele der GRR's, welche für ein starkes SOC sorgen können, hängen mit dem Wohlbefinden zusammen (z.B. Intelligenz, Ich-Stärke, finanzielle Unabhängigkeit usw.) (vgl. a.a.O., 162f.). Die Stärke des SOC und seine Auswirkung auf die Gesundheit nimmt somit auch Einfluss auf das Wohlbefinden (vgl. a.a.O., 163).

Auch negative Emotionen<sup>12</sup> können gesundheitsfördernd sein, sofern sie als sinnmachend, herausfordernd und handhabbar eingestuft werden (vgl. a.a.O., 146). Damit wollte er deutlich machen, dass aus salutogenetischer Sicht nicht nur positive Phänomene wie „Zufriedenheit,

---

<sup>12</sup> Zum Beispiel „Furcht, Kummer, Unsicherheit, Aufregung [...]“ (Antonovsky 1997, 146).

Sicherheit, Gefühl der Kontrolle, Entspannung [...]“ (Solomon 1985, 14, zit. n. Antonovsky 1997, 146) als immunfördernd betrachtet werden können, sondern eben auch auf auf den ersten Blick nachteilig erscheinende Phänomene (vgl. Antonovsky 1997, 146). Antonovsky setzte sich mit diversen Forschungen aus dem Bereich der Psychoneuroimmunologie auseinander und konstatierte, dass das zentrale Nervensystem auf das Immunsystem einwirkt und sich positiv auf die Gesundheit des Individuums auswirken kann (vgl. a.a.O., 145f.). Die aus dem SOC entstehenden Coping-Möglichkeiten könnten durch ihre Spannungsregulationsmechanismen somit auch zu einer verbesserten Immunkompetenz führen (vgl. ebd.).

### **3.3 Salutogenetische Ressourcen**

Im Konzept der Salutogenese gibt es Stressoren, welche intern und extern auf das Individuum einwirken und im Zusammenhang mit dem SOC zur Bewältigung von Problemen beitragen können. Aus der salutogenetischen Perspektive werden Stressoren nicht ausschließlich als Erzeuger von Stress und Krankheit betrachtet (wie in der Pathogenese), sondern als potenziell gesundheitsförderlich, sofern ein erfolgreicher Umgang mit ihnen stattfindet (vgl. Antonovsky 1993, 10). Stressoren werden als ein Merkmal definiert, „das Entropie in das System bringt, das heißt eine Lebenserfahrung, die durch Inkonsistenz, Unter- oder Überforderung und fehlende Teilhabe an Entscheidungsprozessen charakterisiert ist.“ (vgl. Antonovsky 1997, 44). Entropie, das Maß für Unordnung, war für Antonovsky ein wesentliches Charakteristikum im Hinblick auf den Zustand des Individuums auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (vgl. a.a.O., 22). Der lebende Organismus ist permanent Veränderungen ausgesetzt, mit welchen er sich auseinandersetzen muss (vgl. ebd.).

Zusammengefasst werden Stressoren als „übergeordnete[ ] psychosoziale[ ] generalisierte[ ] Widerstandsressourcen-Widerstandsdefizite[ ]“(GRR-GRD)“ bezeichnet (vgl. Antonovsky 1997, 44). Widerstandsressourcen stellen Lebenserfahrung bereit, „die die Entwicklung und Erhaltung eines starken SOC fördern“ (vgl. a.a.O., 123). Als generalisierte Widerstandsressourcen werden „Geld, Ich-Stärke, kulturelle Stabilität, soziale Unterstützung und dergleichen, also jedes Phänomen, das zur Bekämpfung eines weiteren Spektrums von Stressoren wirksam ist“ bestimmt (vgl. a.a.O., 16). Außerdem zählen (u.a.) Wissen und Intelligenz, physikalische und biochemische Faktoren, materiellen Wohlstand, Flexibilität und Weitsichtigkeit beim Lösen von Problemen dazu (vgl. Antonovsky 1979, 99).

Widerstandsdefizite können aus Anforderungen entstehen, welche auf chronischen Stressoren oder auch aus wichtigen Lebensereignissen entstehenden Stressoren basieren (vgl. Antonovsky 1997, 44). Ein chronischer Stressor entspricht einem permanenten und/oder expandierendem Mangel, Verlust o.ä. Kann dieser aufgrund fehlender Ressourcen nicht adäquat bewältigt werden, liegt ein schwacher SOC zu Grunde oder wird ausgebildet. Damit wäre der Stressor ein Widerstandsdefizit. Bei erfolgreichem Coping allerdings würde es sich um eine Widerstandsressource handeln (vgl. ebd.). Als ein wichtiges Lebensereignis wird z.B. der „Tod eines Angehörigen, Scheidung, Kündigung, Familienerweiterung, Karrieresprung, Pensionierung“ bezeichnet (vgl. ebd.). Diese Ereignisse sind zwar erwartbar und nur für sich genommen nicht fundamental, allerdings entstehen aus ihnen von Stress begleitete Konsequenzen. Wenn die daraus resultierende Anspannung vom Individuum erfolgreich bewältigt werden kann, liegt das wiederum an einem hohen SOC, welches durch den Erfolg weiter gestärkt wird. Sofern die Anspannung aufgrund eines niedrigen SOC nicht aufgelöst werden kann, kann es für die betroffene Person schädlich sein (vgl. a.a.O., 45). Tägliche Widrigkeiten spielen für Antonovsky im Zusammenhang mit dem SOC keine wesentliche Rolle. Als Beispiele führt er unter anderem „das Durchfallen bei einer Führerscheinprüfung, ein ungewöhnliches Kompliment oder eine Beleidigung von seinem Vorgesetzten [...]“ an (vgl. ebd.). Diese Vorkommnisse hätten aus Antonovskys Sicht keinen Einfluss auf das Kohärenzgefühl.

#### **4 Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession und Salutogenese – der Vergleich**

Aaron Antonovsky (1997, 142) stellte die Hypothese auf, dass „die Stärke des SOC *direkte* physiologische Konsequenzen hat und dadurch den Gesundheitsstatus beeinflusst“ (Hervorheb. im Original). Es lägen jedoch noch zu wenige Daten vor und in diesem Bereich sei noch zu wenig geforscht worden, um valide Erkenntnisse vorlegen zu können. Allerdings merkte er in diesem Zusammenhang an: „Nichtsdestotrotz, wenn irgendein Fortschritt gemacht werden soll, müssen Sozial- und Naturwissenschaftler lernen, miteinander zu sprechen.“ (vgl. ebd.).

Das von Silvia Staub-Bernasconi (2018a, 114) entwickelte dritte Mandat der Sozialen Arbeit beinhaltet neben den ethisch-moralischen Aspekten auch die „Wissenschaftsbasierung der professionellen Praxis“. Für die wissenschaftliche Erklärung sozialer Probleme werden unter anderem Kenntnisse aus den Gesundheitswissenschaften berücksichtigt.

Im Folgenden werden das Konzept der Salutogenese<sup>13</sup> und die Theorie der Sozialen Arbeit als Menschenrechtsprofession miteinander verglichen. Es wird geprüft, inwiefern es Übereinstimmungen hinsichtlich der Grundaussagen und vor allem hinsichtlich der Ressourcen für ein gelingendes und gesundes Leben gibt. Mit Antonovskys Worten: Sozialwissenschaft (Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession) und Naturwissenschaft (Salutogenese) „sprechen“ in diesem Kapitel miteinander. Dabei wird die salutogenetische Brille aufgesetzt, denn Staub-Bernasconi beschreibt in ihrer Theorie vor allem die Elemente, welche die Ressourcen betreffen, in negativer Form, da das Fehlen bestimmter Ressourcen zu Problemen führt. Der abweichende Fall<sup>14</sup> wäre in diesem Zusammenhang das Wissen um Ressourcen beziehungsweise Bedürfnisse, welche nicht zur Verfügung stehen beziehungsweise verletzt werden können und in dieser Konsequenz zu sozialen Problemen führen könnten.

## **4.1 Vergleich der Grundaussagen**

Im Folgenden werden die für die vorliegende Thesis als wichtig erachteten Übereinstimmungen in den Grundaussagen der beiden Theorien herausgearbeitet.

### **4.1.1 Ganzheitliche Sicht auf das Individuum**

a) Die ganzheitliche Sicht auf den Menschen liegt beiden Theorien zu Grunde.

Antonovsky: Antonovsky kritisierte das bio-psychisch-soziale Medizinmodell, denn das pathogene Modell frage schließlich nach den krankmachenden Faktoren in den entsprechenden Bereichen (vgl. Antonovsky 1993, 6). Die salutogenetische Orientierung indes fragt nach den gesundhaltenden/-machenden Ressourcen, welche in diesen Bereichen zu suchen und zu finden sind. Seiner Ansicht nach müssten sämtliche Merkmale hinterfragt werden, welche zum Wohlbefinden einer Person beitragen (vgl. a.a.O., 9). Er war sich sicher, dass die Berücksichtigung der jeweiligen ganzen Geschichte von PatientInnen erheblichen Einfluss auf deren Behandlung haben würde (vgl. Antonovsky 1997, 28).

Staub-Bernasconi: Mit Verweis auf das systemische Paradigma beschreibt Staub-Bernasconi das Individuum als „bio-psycho-sozial-kulturelles“ System, welches hochkomplex ist (vgl. Staub-Bernasconi 2018a, 174). Sie bezieht sich dabei auf das „bio-psycho-soziale“ Modell der

---

<sup>13</sup> Im Folgenden wird die Salutogenese für eine vereinfachte Darstellung als Theorie bezeichnet.

<sup>14</sup> Der Ausdruck „abweichender Fall“ wird hier sehr weit ausgelegt, Antonovsky untersuchte in den abweichenden Fällen, warum Menschen gesund bleiben, obwohl in der pathogenetischen Forschung aufgestellte Hypothesen als bestätigt angesehen werden (vgl. Antonovsky 1997, 29).

Gesundheitswissenschaften und kritisiert, dass „die kulturelle Dimension“ fehle. Denn „auch religions-, schicht-, alters-, geschlechtsspezifische, politische und sozialräumliche Subkulturen [gilt es] zu berücksichtigen, die ein sehr unterschiedliches Bild von ‚Individuum und Gesellschaft‘, Gesundheit und Krankheit, von Sozialen Problemen usw. haben können.“ (vgl. ebd.).

b) Die Mitgliedschaft eines Individuums in mindestens einem gesellschaftlichen System und die daraus resultierenden komplexen Verhältnissen werden von beiden TheoretikerInnen anerkannt.

Antonovsky: Bei Antonovsky ist der Bezug z.B. in seiner entwicklungstheoretischen Sicht auf die Entstehung des SOC zu finden. Die individuellen Muster von Lebenserfahrungen setzen sich aus diversen Komponenten wie z.B. „männlich oder weiblich, schwarz oder weiß, zur Ober- oder Unterschicht gehörend, Kanadier oder Kambodschaner, Kubaner oder Costa-Ricaner – mit all dem, was diese sozialen Kategorien implizieren [...]“ zusammen (vgl. Antonovsky 1997, 93). Außerdem verstand Antonovsky die Salutogenese unter anderem als Möglichkeit, die ganze Geschichte des Menschen zu berücksichtigen als nur die Entstehung einer Krankheit (vgl. a.a.O., 29).

Staub-Bernasconi: Staub-Bernasconi beschreibt dieses Faktum z.B. mit der dadurch entstehenden Komplexität der einzelnen Realitäten, basierend auf Verhaltens- und Deutungsmustern in je eigenen Systemen und Subsystemen (vgl. Staub-Bernasconi 2012, 270). Diese Systeme sind bei Staub-Bernasconi unter anderem: „Bevölkerungssystem“, „territoriale[s]“ System, „sozialräumliche[s]“ System, „Statussubsysteme[ ]“, „funktionale“ Systeme, „Systemebenen“, „ethnische/kulturelle/religiöse“ Systeme, „sprachlich-kulturelle“ Systeme, „lebenszeitliche“ Systeme, „geschlechtsbezogene“ Systeme, „Aufenthaltsstatus“-Systeme (vgl. Staub-Bernasconi 2018a, 187).

#### **4.1.2 Bedürfnisse, Erwerbsarbeit, Spannungszustand und Bewältigung**

##### Stichwort Bedürfnisse

Antonovsky: Aus salutogenetischer Sicht gestalten sich Bedürfnisse derart, als dass für das Individuum in Interaktion mit seiner Umwelt eine ausgeglichene Konsistenz, Belastungsbalance sowie Partizipation Grundlage für das Entstehen von Wohlbefinden sind. Das Individuum in seinen diversen sozialen Rollen agiert und lernt reziprok mit und in seiner Umwelt, wie es seine Bedürfnisse (z.B. Entwicklung der Identität, des Selbstwerts, Zugehörigkeit usw.) befriedigen kann (vgl. Antonovsky 1997, 93ff.).

Staub-Bernasconi: Im systemischen Paradigma wird davon ausgegangen, dass der Wunsch nach Bedürfnisbefriedigung inhärenter Bestandteil menschlichen Lebens ist (vgl. Staub-Bernasconi 2018a, 176). Bedürfnisse bestehen aus drei Komponenten: biologische Bedürfnisse (unelastisch, bei Nichtbefriedigung Kollaps des Organismus<sup>15</sup>), psychische Bedürfnisse und sozialkulturelle Bedürfnisse (elastisch, können über einen längeren Zeitraum unerfüllt bleiben) (vgl. Obrecht 2009, 2007, 2005, zit. n. Staub-Bernasconi 2018, 178f.<sup>15</sup>). Damit die Bedürfnisse erfüllt werden können, ist das Individuum darauf angewiesen, sozialen Systemen anzugehören und deren Regeln zu kennen und anwenden zu können (vgl. Staub-Bernasconi 2018a, 210). Findet eine erfolgreiche Bedürfnisbefriedigung statt, stellt sich beim Individuum ein interner Zustand ein, welcher als „*Wohlbefinden* registriert wird“ (vgl. Obrecht 2009, zit. n. Staub-Bernasconi 2018a, 212, Hervorheb. im Original).

#### Stichwort Erwerbsarbeit:

Antonovsky: Antonovsky rekurrierte im Kontext der Bedürfnisbefriedigung auf Erwerbsarbeit als mögliche Basis für eine erfolgreiche Erfüllung des Bedürfnisses nach u.a. Stabilität (Arbeitsplatzsicherheit), sozialer Zugehörigkeit (Rituale und eine eigene Sprache), Anerkennung und Austauschgerechtigkeit (positives Feedback auf gesendete Signale, Option des Mitspracherechts) (vgl. Antonovsky 1997, 108-111).

Staub-Bernasconi: Staub-Bernasconi konstatiert, dass durch die Erwerbsarbeit das Bedürfnis nach „Stimulation, Sinn, affektiv besetzten Zielen, Kooperation, sozialer Zugehörigkeit und je nach Arbeitsplatz auch dasjenige nach Abwechslung, Anerkennung, Fairness und Austauschgerechtigkeit“ befriedigt werden kann (vgl. Staub-Bernasconi 2018a, 181).

#### Stichwort Spannungszustand:

Antonovsky: Aus salutogenetischer Perspektive entstehen Spannungszustände als Antwort des Individuums auf interne wie externe Reize, welche als Problem wahrgenommen werden, da sich ein Bedürfnis als unerfüllt darstellt und befriedigt werden muss (vgl. Antonovsky 1997, 124f.). Ein guter Gesundheitszustand hat „einen positiven Einfluß auf die globale Einschätzung des eigenen Wohlbefindens [...]“ (vgl. a.a.O., 163). Ein gut ausgeprägtes SOC wiederum fundiert die erfolgreiche Regulierung von Spannungszuständen, dies wiederum wirkt sich positiv auf den Gesundheitszustand aus (vgl. a.a.O., 142). Kann die Spannung erfolgreich abgebaut werden, vertiefen sich als Resultat der positiven Erfahrung bei dem betroffenen Individuum die

---

<sup>15</sup> Im Literaturverzeichnis von Silvia Staub-Bernasconi 2018 fehlt die Quellenangabe Obrecht 2007.

Aspekte der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit<sup>16</sup>. Das Individuum sieht zukünftigen Ereignissen positiv entgegen auf Basis des Vertrauens in eigene Ressourcen, welche zur Bewältigung benötigt werden (vgl. Lorenz 2016, 39). Kann die Spannung aufgrund eines niedrigen SOC nicht abgebaut werden, würde sich das betroffene Individuum als „Pechvogel“ bestätigt fühlen, dem „ausnahmslos unglückselige Dinge“ zustoßen, deren Bewältigung es nicht in der Hand hat (vgl. Antonovsky 1997, 35).

Staub-Bernasconi: Staub-Bernasconi unterscheidet zwischen elastischen und unelastischen Bedürfnissen, weist jedoch darauf hin, dass es auch bei langanhaltender Nichterfüllung von elastischen Bedürfnissen zu gesundheitlichen und psychischen Schäden kommen kann (vgl. Staub-Bernasconi 2018a, 178). Zu einer Nichterfüllung der Bedürfnisse kann es durch menschenverachtende Regeln/Strukturen kommen, welche Individuen ausschließen und ihnen die Möglichkeit der Bedürfnisbefriedigung nicht gewähren. Kommt es dadurch bei den Betroffenen zu länger anhaltenden Spannungszuständen, kann es zu „gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Ängstlichkeit, Hoffnungslosigkeit, Gefühlen von Minderwertigkeit, des Abgelehnt-, Verachtetseins; ferner zu Erschöpfungszuständen, Depressionen, Selbstbeschuldigungen, selbstzerstörerischem Suchtverhalten usw. führen“ (vgl. a.a.O., 212).

#### Stichwort Bewältigung:

Antonovsky: Die Salutogenese bietet die Möglichkeit, Bewältigungskonzepte und die entsprechenden Ressourcen zu eruieren, welche dem Menschen dazu verhelfen, die Konstellation im Kontinuum beizubehalten oder zu verbessern (vgl. Antonovsky 1997, 30). Die Ausstattung mit einem hohen SOC garantiert laut Antonovsky nicht, dass jedwede Situation erfolgreich bewältigt werden könne, jedoch sei die Chance fehlgeleiteten Copings bei einem starken SOC geringer (vgl. a.a.O., 136). Das Kohärenzgefühl ist dabei nicht als bestimmter Copingstil zu verstehen, sondern als dispositionale Orientierung, eine Grundlage der Persönlichkeit, welche sich im Laufe des Lebens entwickelt (vgl. a.a.O., 164ff.). Das SOC besteht aus den drei Komponenten „Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit“ (vgl. a.a.O., 34). Basis der Verstehbarkeit ist die Möglichkeit des Individuums, ein Problem subjektiv und rational bewerten und einordnen zu können, um „den Stimuli ihre Willkür und Zufälligkeit zu entziehen“ (vgl. Lorenz 2016, 37). Basis der Handhabbarkeit ist die Zuversicht des Individuums, dass es den Ereignissen nicht machtlos gegenübersteht, sondern diese aufgrund von vorhandenen Ressourcen in gewissem Maße kontrollierbar sind (vgl. Antonovsky 1997,

---

<sup>16</sup> Diese machen das SOC aus, vgl. Antonovsky 1997, 34.

35). Die Basis der Bedeutsamkeit ist das Empfinden des Individuums, dass bestimmte Herausforderungen „es wert sind, daß man Energie in sie investiert, daß man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, daß sie eher willkommene Herausforderungen sind als Lasten, die man gerne los wäre.“ (vgl. ebd.).

#### Staub-Bernasconi:

Auch bei Staub-Bernasconi finden sich die drei Komponenten des SOC:

Die psychischen Bedürfnisse beinhalten das Bedürfnis nach Austauschprozessen mit der inneren und äußeren Umwelt,

„nach einem der gewünschten Situation angemessenen **Code** (Bedürfnis nach epistemischem ‘Sinn’, d.h. nach dem Verstehen dessen, was in einem und um einen herum vorgeht und mit einem geschieht, insofern man davon Kenntnis hat [...]); [...] nach subjektiv relevanten (affektiv besetzten) Zielen und Hoffnung auf deren Erfüllung (Bedürfnis nach **subjektivem ‘Sinn’**); [...] nach **effektiven Fertigkeiten** (Skills), Regeln und (sozialen) Normen zur Bewältigung von (wiederkehrenden) Situationen in Abhängigkeit der subjektiv relevanten Ziele (Kompetenz- oder Kontrollbedürfnis über die eigenen Lebensumstände) [...]“ (vgl. Obrecht 2009, 2007, 2005, zit. n. Staub-Bernasconi 178f.<sup>17</sup>, Hervorheb. S.E.).

Der Code wäre mit der Verstehbarkeit gleichzusetzen, der subjektive Sinn mit der Bedeutsamkeit und die Fertigkeiten etc. mit der Handhabbarkeit.

Außerdem finden sich die Komponenten bei der Aufzählung individueller Ausstattungsprobleme:

Verstehbarkeit: „Verletzung des Bedürfnisses nach emotionaler Zuwendung, nach wahrnehmungsgerechter, sensorischer Stimulation, nach orientierungs- und handlungsrelevanter Information – nach Verstehen [Verstehbarkeit, Anmerkung S.E.], was in einem und um einen herum vorgeht“.

Handhabbarkeit: „Verletzung des Bedürfnisses nach Fertigkeiten und Regeln zur Bewältigung von wiederkehrenden wie unvorausehbaren Situationen [Handhabbarkeit, Anmerkung S.E.]; nach Abwechslung, Leistung, Kooperation; nach Kompetenz/Kontrolle der für das Individuum relevanten Situation und Ereignisse“ .

Bedeutsamkeit: „Verletzung des Bedürfnisses nach Sinn [Bedeutsamkeit, Anmerkung S.E.], nach subjektiv relevanten Zielen und Hoffnung auf deren Erfüllung; nach Unverwechselbarkeit, Selbstachtung und sozialer Anerkennung, ferner nach subjektiver Gewissheit in den subjektiv relevanten Fragen“.

(vgl. Staub-Bernasconi 2018a, 213).

---

<sup>17</sup> Im Literaturverzeichnis von Silvia Staub-Bernasconi 2018 fehlt die Quellenangabe Obrecht 2007.

Mit der salutogenetischen Brille gelesen<sup>18</sup> ergeben sich daraus Ressourcen, welche zur Bewältigung von Spannungszuständen genutzt werden können.

## 4.2 Vergleich der Ressourcen

Antonovsky (1997, 16) bestimmte als generalisierte Widerstandsressourcen „Geld, Ich-Stärke, kulturelle Stabilität, soziale Unterstützung und dergleichen, also jedes Phänomen, das zur Bekämpfung eines weiteren Spektrums von Stressoren wirksam ist“. Außerdem zählen (u.a.) Wissen und Intelligenz, physikalische und biochemische Faktoren, materiellen Wohlstand, Flexibilität und Weitsichtigkeit beim Lösen von Problemen dazu (vgl. Antonovsky 1979, 99).

Bei Silvia Staub-Bernasconi (2018, 213ff.) findet sich im Vergleich dazu:

Geld: die „sozioökonomische Ausstattung (Geld/Vermögen/Kapital, Bildungstitel, Landbesitz)“

Ich-Stärke: Bedürfnis nach „Unverwechselbarkeit/Einmaligkeit; Liebe, sozialer Anerkennung im Sinne der Gleichwertigkeit aller Menschen/Verstanden-Werden“

Kulturelle Stabilität: Bedürfnis nach „sozialen Mitgliedschaften, nach Identität aufgrund soziokultureller Zugehörigkeiten, nach sozialer Anerkennung, Austauschgerechtigkeit“

Soziale Unterstützung: a) Bedürfnis „nach emotionaler wie kognitiver Zuwendung, Orientierung, Liebe“, b) Bedürfnis „nach Hilfe, Anerkennung und Belohnungen von Leistungen, Kooperation“

Wissen und Intelligenz: Ausstattung mit „Erkenntniskompetenzen“, „Artikulationsmacht“, „Definitionsmacht“

Physikalische und biochemische Faktoren: Bedürfnis „nach physischer Integrität, nach den für die Reproduktion des Organismus erforderlichen Austauschstoffen, nach sexueller Aktivität, sozialer Anerkennung trotz ´Abweichungen´ von der biologischen oder gesellschaftlichen Norm“

Materieller Wohlstand: Bedürfnis „nach sozioökonomischer Austauschgerechtigkeit“

Flexibilität und Weitsichtigkeit: a) Bedürfnis nach „Handlungskompetenzen als Quelle für die Anerkennung persönlicher Autorität dank Kompetenzausweis oder/und für formale, organisationelle Positionsmacht“, b) Bedürfnis „nach Fertigkeiten und Regeln zur Bewältigung von

---

<sup>18</sup> Mit der salutogenetischen Brille wird die Verletzung der Bedürfnisse aufgehoben, in der Folge werden die in diesem Bedürfnis enthaltenen Ressourcen im Sinne des SOC (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Bedeutsamkeit) lokalisiert.

Wiederkehrenden wie unvorausehbaren Situationen; nach Abwechslung, Leistung, Kooperation; nach Kompetenz/Kontrolle der für das Individuum relevanten Situationen und Ereignisse“

### **4.3 Fazit des Vergleichs**

Eine deutliche Übereinstimmung ergibt sich unter dem Stichwort der Bewältigung. Der Kern der Salutogenese ist das Kohärenzgefühl mit seinen drei Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. Diese drei Elemente finden sich bei Staub-Bernasconi sowohl bei den psychischen Bedürfnissen als auch in der Aufzählung der individuellen Ausstattungsprobleme. Die Umkehrung von Staub-Bernasconis Problemanalysen ins Positive zeigt auf, dass sich nach der Theorie der Sozialen Arbeit als Menschenrechtsprofession unter anderem bei Erfüllung des Bedürfnisses nach Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit für das Individuum Wohlbefinden einstellt. Sofern die psychischen Bedürfnisse erfüllt würden und es nicht zu den Bedürfnisverletzungen käme, könnte das Individuum über eben jene elementaren Komponenten des SOC verfügen.

Auch hinsichtlich der Ressourcen ist eine deutliche Übereinstimmung zu finden: Während in der Salutogenese die Verfügbarkeit von Ressourcen Voraussetzung ist für ein entsprechend großes Vertrauen in die Handhabbarkeit von Herausforderungen, weist Staub-Bernasconi darauf hin, dass es bei einem Mangel der entsprechenden Ressourcen zu sozialen Problemen und in der Folge auch zu einer Schädigung der Gesundheit kommen kann. Den von Antonovsky herausgestellten Ressourcen stehen bei Staub-Bernasconi durchweg Entsprechungen gegenüber.

In beiden Theorien findet sich der ganzheitliche und mehrdimensionale Ansatz in der Betrachtung des Menschen. Mit der Berücksichtigung sämtlicher auf das Individuum einwirkender Einflüsse ergibt sich ein Bild, welches die Realität annähernd abbildet. So ist der Mensch nicht nur Patient oder alleiniger Verantwortlicher seiner Probleme. Das Individuum befindet sich im Gefüge von diversen Systemen, welche Einfluss auf sein Wohlbefinden nehmen.

Weiterhin kennzeichnen sowohl Antonovsky als auch Staub-Bernasconi die Bedürfnisbefriedigung als Grundlage des Wohlbefindens. In beiden Theorien findet sich zudem auch der Spannungszustand als Ergebnis unerfüllter Bedürfnisse und in diesem Zuge als Auslöser von Krankheit, sofern die Spannung nicht aufgelöst werden kann. Hinsichtlich der Bedürfniserfüllung konstatieren sowohl Antonovsky als auch Staub-Bernasconi, dass Erwerbsarbeit in diesem Zusammenhang als eine wichtige Quelle angesehen werden kann.

Die Theorie der Sozialen Arbeit als Menschenrechtsprofession stimmt mit den für die vorliegende Arbeit als wesentlich erachteten Bestandteilen der Theorie der Salutogenese überein. Das nun folgende Kapitel setzt sich mit der Frage auseinander, inwiefern diese Übereinstimmungen auf das soziale Problem der Altersarmut in der Bundesrepublik Deutschland im Kontext von Gesundheit und Krankheit angewendet werden können und welche Erkenntnisse sich daraus ergeben.

## **5 Altersarmut in der Bundesrepublik Deutschland im Kontext von Gesundheit und Krankheit - mit der Salutogenese im transformativen „Zwei“schritt.**

Soziale Ungleichheit kann sich auf den Gesundheitszustand von betroffenen Individuen auswirken. Das Risiko chronisch zu erkranken, ist für in Armut lebende Menschen im Vergleich zu denjenigen, welche nicht von Armut betroffen sind, dreimal so hoch (vgl. Walther 2018, 152). Neben Multimorbidität sowie einer häufigeren Komplexität und Massivität der Krankheitsverläufe ist eine Häufung der mit den Krankheiten einhergehenden Funktionsbeeinträchtigungen zu beobachten, sowohl auf der physischen Ebene („beispielsweise Sinnes- oder Bewegungsbeeinträchtigungen“) als auch auf der psychischen Ebene („z.B. Antriebslosigkeit, Freudlosigkeit, Bewusstseinsstörungen“) (vgl. ebd.). Bei Menschen in niedrigen sozialen Positionen werden außerdem „deutlich häufiger [...] psychische [ ] Störungen“ attestiert (vgl. ebd.). Die Auswertungen zahlreicher empirischer Untersuchungen haben zudem ergeben, dass die Morbiditäts- und Mortalitätsrate zunimmt, „je niedriger die Schicht ist, der die Menschen angehören“ (vgl. Hradil 2006, 37). Von Armut betroffene Menschen sterben früher als wohlhabende Personen (vgl. Pohlmann 2019, 458f.). An dieser Stelle bildet sich auch ein geschlechtsspezifischer Unterschied der gesundheitlichen Ungleichheit ab: Unter Armut leidende Männer sterben im Schnitt 10,8 Jahre früher als wohlhabende Personen, Frauen sterben im Schnitt circa 8 Jahre früher (vgl. ebd.)<sup>19</sup>.

Die Ausprägung des Kohärenzgefühls hängt von den aus Lebenserfahrungen generierten Faktoren „[...] Konsistenz, eine[r] Balance zwischen Überlastung und Unterforderung sowie [der] Partizipation an der Gestaltung des Ergebnisses [...]“ ab, (vgl. Antonovsky 1997, 93).

---

<sup>19</sup> Die durchschnittliche Lebenserwartung von Männern und Frauen unterscheidet sich auch losgelöst vom Problem der Altersarmut. Männer werden durchschnittlich 78,5 Jahre alt, Frauen werden im Durchschnitt 83,3 Jahre alt (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2020).

Die daraus entwickelten Komponenten des SOC - Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit – bestimmen die Position des Individuums auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Der Faktor Bedeutsamkeit hat Einfluss auf die Verstehbarkeit sowie auf die Handhabbarkeit von Situationen. Ist der Faktor Bedeutsamkeit niedrig, wird das betroffene Individuum „bald mit seinem Verständnis in Verzug geraten und die Verfügungsgewalt über seine eigenen Ressourcen verlieren“ (vgl. a.a.O., 38). Ein schwaches SOC in Kombination mit wenig zur Verfügung stehenden Ressourcen kann zu den oben genannten physischen wie psychischen Erkrankungen, also zu einer schwachen Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum führen, da ein salutogenetisches Coping zum Abbau von Spannungen nicht möglich erscheint.

Wenn Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession die Mechanismen sozialer Ungleichheit beziehungsweise gesundheitlicher Ungleichheit identifizieren und sie mit Hilfe von Handlungsleitlinien mildern beziehungsweise aufheben kann, ergäben sich dadurch Grundlagen für die Annahme, dass sich dies positiv auf das Kohärenzgefühl und in dieser Konsequenz auch auf die Gesundheit der Betroffenen auswirken könnte?

Mit Hilfe des Tripelmandats wird versucht, sich der Problematik der Altersarmut im Kontext von Gesundheit und Krankheit zu nähern, die ersten zwei Schritte des transformativen Dreischritts werden dabei als Grundlage genutzt. Als Auftraggeber werden die Betroffenen sowie die Profession selbst verstanden.

Altersarmut stellt sich als multidimensionales soziales Problem mit entsprechend vielen Einfluss nehmenden Faktoren dar. Für die vorliegende Theses wurde die Auswahl auf fünf Kriterien begrenzt, welche als hauptursächlich für die Problematik angesehen werden. Die herausgearbeiteten Sachverhalte werden in Relation zu den Ergebnissen aus dem in Kapitel 4 vorgestellten Theorie-Vergleich gesetzt mit dem Ziel, das Mandat der Sozialen Arbeit hinsichtlich der salutogenetischen Ergänzung zu überprüfen.

## **5.1 Erster Schritt: Beschreibung und Entstehung des Problems**

In diesem Schritt werden ausgewählte Fakten genannt, welche das Problem der Altersarmut im Kontext von Gesundheit und Krankheit beschreiben. Die Fakten beziehen sich auf folgende Kriterien: Risikogruppen; Einkommen; Situation und Verhalten der Betroffenen; Wohnumfeld und soziale Netzwerke. Es folgt jeweils ein Erklärungsansatz.

### 5.1.1 Für wen besteht das Risiko der Altersarmut?

Im siebten Altenbericht der Bundesregierung (2017, 58f.) werden als Risikogruppen „Geringverdienerinnen und Geringverdiener“, „Menschen mit Migrationshintergrund“, „Alleinlebende – insbesondere Frauen“, „Hochaltrige Frauen“ und „Menschen mit chronischen Erkrankungen“ genannt.

Auch Brettschneider und Klammer (2016, 332) haben im Zuge ihres Forschungsprojekt „Grundsicherungsbedürftigkeit und finanzielle Abhängigkeit im Alter- eine Analyse aus der Perspektive lebenslauforientierter Alterssicherungspolitik“<sup>20</sup> folgende Risikogruppen darstellen können: „familienorientierte Frauen“, „ehemalige Selbständige“, „zugewanderte Personen (Gastarbeiter, Aussiedler und jüdische Kontingentflüchtlinge)“, „umbruchsgeprägte Ostdeutsche“ und „komplex Diskontinuierliche“. Nahezu fünfzig Prozent der Interviewten berichteten von gesundheitlichen Problemen („Unfälle, chronische Krankheiten und oft auch psychische Probleme“) (vgl. ebd.). Lediglich ein kleiner Teil der Befragten „bezieht Leistungen aus betrieblichen oder privaten Vorsorgesystemen“ (vgl. a.a.O., 331).

#### Erklärungsansatz

Ziel der Untersuchung von Brettschneider und Klammer war es, die Mehrdimensionalität der individuellen „Erwerbs- und Lebensverläufe, die in die Armut geführt haben“, zu analysieren. Aus den Ergebnissen sollten sowohl signifikante Risiko- und Belastungsfaktoren sowie „gesellschaftliche Risikogruppen“ abgelesen werden können (vgl. a.a.O., 328). Anlass war die bis dahin dürftige Datenlage, denn es war davon auszugehen, „dass sich aus der Analyse der biografischen Determinanten der Altersarmut von heute wertvolle zusätzliche Hinweise für die Begrenzung der Altersarmut von morgen gewinnen lassen“ (vgl. ebd.).

In der Gruppe der familienorientierten Frauen sind „nahezu ausschließlich westdeutsche[ ]“ Frauen. Mit nur wenigen oder gar ohne eigene Rentenanwartschaften sind sie hinsichtlich des Haushaltseinkommens und der Altersvorsorge von ihren Partnern abhängig. Das „Scheitern der Erwerbskarriere des Ehepartners“ sowie das „Scheitern der Ehe“ werden als hauptsächliche Risiken angesehen. Der Wiedereinstieg in ein Berufsleben nach einer andauernden Familienpause gestaltete sich als schwierig<sup>21</sup> bis unmöglich (vgl. a.a.O., 332).

---

<sup>20</sup> 2013 und 2014 wurden „49 biografisch-problemzentrierte Interviews mit grundsicherungsbedürftigen Seniorinnen und Senioren der Geburtsjahrgänge 1938-1947“ geführt (vgl. Brettschneider/Klammer 2016, 329).

<sup>21</sup> Vor allem „geringfügige und/oder zeitlich befristete Beschäftigungsverhältnisse“ (vgl. Brettschneider/Klammer 2016, 333).

Fast alle Befragten in der Gruppe der „ehemaligen Selbständige[n]“ waren zu Beginn abhängig beschäftigt mit überdurchschnittlichen Verdiensten. In der folgenden Selbständigkeit traten sie aus der gesetzlichen Rentenversicherung aus und investierten in „privaten Vorsorgeformen (in erster Linie Lebensversicherungen)“. Nach anfänglich wachsenden „Verdiensten, Investition und Expansion“ traten negative Veränderungen im Geschäftsverlauf ein, welche in der Folge oft zur privaten Insolvenz und zum kompletten Verlust der Vorsorgeersparnisse führte. Da der Wiederaufbau des Unternehmens größtenteils ohne Erfolg war, kehrten die Betroffenen in die abhängige Beschäftigung zurück. Dies hieß jedoch oft „Langzeitarbeitslosigkeit, Niedriglohn und prekäre Beschäftigung“. Das Einkommen im Alter beruht bei den ehemalig Selbständigen auf den „eher bescheidenen Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung, die in der ersten Phase der Erwerbsbiografie erworben wurden“ (vgl. ebd.f).

In der Gruppe der zugewanderten ArbeitsmigrantInnen zeigt sich ein ähnliches traditionelles Ernährermodell<sup>22</sup>, wie bei den familienorientierten Frauen. Allerdings hatten die „Familienernährer“ schlechtere Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt und waren „erhöhten Gesundheits- als auch Arbeitslosigkeitsrisiken ausgesetzt, die nicht selten eingetreten sind“. Nach 1996 zugewanderte (Spät-)AussiedlerInnen im fortgeschrittenen Alter tragen ein großes Armutsrisiko, da sich die unsprünglich vereinbarte rentenrechtliche Bewertung geändert hat und sich die Ansprüche nicht mehr auch auf die im Ausland erworbenen Versicherungspunkte beziehen. Für die jüdischen Kontingentflüchtlinge besteht kein Anspruch auf „Leistungen nach dem Fremdrentengesetz“. Sie haben häufig „keine oder nur geringfügige Rentenansprüche“ aus ihren Herkunftsländern („überwiegend Russland, Ukraine und Kasachstan“) und konnten aufgrund der Zuwanderung im meist „rentennahen Alter [...] [und] trotz ihres vergleichsweise hohen durchschnittlichen Bildungsgrads auch in Deutschland kaum noch Altersanwartschaften erwerben [...]“ (vgl. a.a.O., 333f.)

Die Befragten der Gruppe der „umbruchsgeprägte[n] Ostdeutsche[n]“ haben zu Beginn der 1990er Jahre im Alter zwischen 43 und 52 Jahren ihre Beschäftigung verloren und konnten daraufhin nicht mehr konstant in den Arbeitsmarkt integriert werden. „Die dauerhafte Ausgrenzung aus dem Arbeitsmarkt und die damit verbundenen psychischen und sozialen Belastungen haben in einigen Fällen zudem zum Eintritt einer vorzeitigen Erwerbsminderung geführt.“ (vgl. a.a.O., 334).

Die Biografien der zu der Gruppe der „komplex Diskontinuierlichen“ gehörenden Menschen sind äußerst unterschiedlich sowie „in besonders hohem Maße von Statuswechseln, Brüchen

---

<sup>22</sup> Überwiegend „bei Zuwanderern aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien“ (vgl. Brettschneider/Klammer 2016, 333).

und Verwerfungen gekennzeichnet“. Substanzmissbrauch, Devianz, Wohnungslosigkeit „und persönliche Schicksalsschläge spielen hier eine wichtige Rolle.“ Obwohl die Biografien dieser Menschen sehr heterogen sind, liegt bei nahezu allen Befragten eine unglückliche Kinder- und Jugendzeit vor, „die durch einen Mangel an emotionaler Zuwendung und familiärer Unterstützung gekennzeichnet ist.“ (vgl. a.a.O., 335).

### **5.1.2 Wie ist die Einkommenssituation der Betroffenen?**

Ältere Menschen in Armut haben Anspruch auf Grundsicherung, welche im SGB XII (Sozialhilfe) geregelt ist. Im vierten Armuts- und Reichtumsbericht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (2013, 296) wird die Grundsicherung als Teil des Absicherungssystems für das sozio-kulturelle Existenzminimum erwähnt. Der Bezug dieser Leistung sei jedoch nicht gleichzusetzen mit Armut, sondern sichere eine „würdige und unabhängige Existenz“ und bekämpfe die „verschämte Altersarmut“ (vgl. ebd.). Im siebten Altenbericht des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (2017, 57) wird diese Aussage allerdings revidiert. Dort heißt es, dass das „Niveau der Grundsicherung [...] unterhalb der Armutsrisikoschwelle [liegt] und sogar unterhalb der Schwelle für die Bemessung ´strenger Armut´ [...]“. Im Jahr 2019 betrug die Grundsicherung für Alleinstehende 424,00 EUR, „für jede erwachsene Person, wenn sie in einer Wohnung mit einem Ehegatten oder Lebenspartner oder in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft mit einem Partner zusammenlebt“ 382,00 EUR (vgl. BMAS 2020b)<sup>23</sup>. Zusätzlich zur Grundsicherung können Wohngeld und die Übernahme von Heizungskosten, eventuelle „Mehrbedarfe, wie z.B. bei einer Gehbehinderung (Merkzeichen G im Schwerbehindertenausweis) sowie die Übernahme von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen, Zusatzbeiträgen und Vorsorgebeiträgen“ beantragt werden (vgl. BMAS 2020a). 566.000 Menschen haben im Jahr 2019 diese Leistung bezogen, „gut drei Prozent aller Personen ab der Regelaltersgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung“ (vgl. Buslei et al. 2019, 910). Studien haben allerdings ergeben, dass die Gruppe der Anspruchsberechtigten deutlich höher liegt, da circa 60 Prozent der Berechtigten die Grundsicherung nicht beantragen würden (vgl. a.a.O., 911). Circa 1,2 Millionen Menschen hätten demnach einen Anspruch auf Grundsicherung<sup>24</sup>. Man spricht hier von einer hohen verdeckten Altersarmut (vgl. a.a.O., 910) oder auch von einer „Dunkelziffer der Altersarmut“

---

<sup>23</sup> Für das Jahr 2020 sind die entsprechenden Regelsätze 432,00 EUR beziehungsweise 389,00 EUR (vgl. BMAS 2020b), die Regelsätze gelten für erwachsene Personen, welche in einer Wohnung leben (vgl. BMAS 2020b).

<sup>24</sup> Der Anteil der Nichtinanspruchnahme liegt bei etwa 625.000 Privathaushalten (vgl. Buslei et al. 2019, 910).

(vgl. Naegele 2018, 99). Vor allem diejenigen Menschen, welche nur einen geringen Anspruch auf die Grundsicherung haben, nehmen von ihrem Anspruchsrecht keinen Gebrauch, obwohl selbst die geringen Beträge einen positiven Effekt auf die Einkommenssituation hätten und weitere strukturelle Vorteile entstünden<sup>25</sup> (vgl. Buslei et al. 2019, 916).

### Erklärungsansatz

Dass so viele Betroffene keine Grundsicherung beantragen, kann verschiedene Gründe haben. Zum einen ist die Beantragung mit „einer diskriminierend wirkenden Bedürftigkeitsprüfung“ verbunden (vgl. Butterwegge 2017, 15) und der Antrag muss von den Leistungsberechtigten selbst gestellt werden (vgl. Buslei et al. 2019, 210). Die Komplexität des Antrages und die damit verbundene Bürokratie kann sich überfordernd auf die Betroffenen auswirken (vgl. a.a.O., 917). Hinzu kommt die meist unbegründete Angst vor einem „Rückgriff auf das Einkommen der Kinder“<sup>26</sup> (vgl. ebd.). Fehlende Informationen sowie Gefühle von Scham und Stolz sind ebenfalls anzunehmende Gründe für die hohe Dunkelziffer (vgl. Butterwegge 2017, 23). Aber auch Stigmatisierung und ein niedriger Bildungsstatus können ursächlich sein (vgl. Buslei et al. 2019, 917).

### **5.1.3 Wie ist die Situation und das Empfinden der Betroffenen?**

Betroffene verfügen über „weniger Ressourcen in wichtigen Lebensbereichen (u.a. Einkommen, Wohnen, Gesundheit, Bildung, soziale Beziehungen)“ (vgl. Breckner/Güntner 2017, 101f.). Zudem mangelt es ihnen „an Status, sozialer Position und Machtquellen, ihre Bedürfnisse angemessen zu befriedigen“ (vgl. Sagebiel 2009, 112). Damit einher gehen auch „belastende[ ] Erfahrungen von verminderten Möglichkeiten, die eigenen Interessen zu verwirklichen und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben“ (vgl. Walther 2018, 154). In einem durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales initiierten Workshop berichteten Armutsbetroffene<sup>27</sup> von gefühlter Ausgrenzung und eingeschränkter Teilhabe (vgl. BMAS 2017, 106). Die „Erfahrungen von Ausgrenzung, Stigmatisierung und Entmündigung beeinflussten die Lebensführung und Lebensplanung.“ (ebd.). Des weiteren bestünde „Angst vor sozialer Ausgrenzung und dem Verlust der Menschenwürde“ und daraus resultierend der Verlust der „Befähigung zur Selbsthilfe“ (vgl. ebd.).

---

<sup>25</sup> Z.B. Befreiung von der Rundfunkgebühr, „ermäßigter öffentlicher Nahverkehr oder ermäßigter Eintritt in Museen“ (vgl. Buslei et al. 2019, 917).

<sup>26</sup> Erst ab einem Mindest-Gesamteinkommen von 100.000,00 EUR/Jahr erfolgt der Rückgriff auf die Kinder (vgl. BMAS 2020a).

<sup>27</sup> Rund 30 Menschen nahmen an diesem Workshop teil, detaillierte Informationen hinsichtlich Alter u.ä. liegen nicht vor (vgl. BMAS 2015).

Betroffene sind mobilitätseingeschränkt, nehmen am privaten wie öffentlichen Leben weniger teil und verfügen über „wenige nach außen gerichtete soziale Kontakte verbunden mit einem niedrigeren Kommunikationsniveau“ (vgl. Naegele 2018, 102).

### Erklärungsansatz

Das Armutsrisiko wächst für die Gruppe der älteren Menschen stärker als für die anderen Altersgruppen, gleichzeitig zeigen sich die Akteure der Politik diesbezüglich eher desinteressiert und gleichgültig (vgl. Butterwegge 2017, 12). Daher werden unter anderem die Armuts- und Reichtumsberichte des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales bezüglich der Formulierungen und Darstellungen des Problems der (Alters-)Armut kritisiert (u.a. Butterwegge 2018, 364). Konkret kritisiert wurde zum Beispiel, dass das Bundesministerium für Arbeit und Soziales das Problem beziehungsweise Risiko der Altersarmut sowohl im 4. wie auch im 5. Armuts- und Reichtumsbericht als „kein Problem“ beziehungsweise als „deutlich niedriger als in der Gesamtbevölkerung“ betrachtete (vgl. a.a.O., 369). Des Weiteren wurde der Begriff „Altersarmut“ häufiger in Anführungszeichen verwendet, was zu einer Verharmlosung der Problematik führt (vgl. ebd.) und beschwichtigend wirken soll (vgl. Butterwegge 2017, 24). Weiterhin konstatieren die Berichte eher eine Selbstverschuldung des Individuums („Erwerbslosigkeit, Trennung bzw. Scheidung vom (Ehe-)Partner oder (Früh-)Invalidität“) und blenden strukturelle Ursachen der sozialen, sozioökonomischen und politischen Umwelt aus (vgl. Butterwegge 2018, 368). Der „aktivierende“ Sozialstaat weitet das Programm des „Förderns und Fordern“ auch auf das Alter aus, wenn es heißt „erfolgreiches Alter(n)“<sup>28</sup>, „lebenslange[ ]s Lernen[ ]“ oder „das Leitbild des ´aktiven und produktiven Alter(n)s“<sup>28</sup> (vgl. Hildebrandt/Kleiner 2012, 20). Auch hier wird gleichzeitig impliziert, dass das Individuum für seine Situation selbst die Verantwortung trägt. Dabei wird jedoch übersehen, dass nicht jeder Mensch über die „gesellschaftlich geforderten Potenzial[e] des erfolgreich alternden Menschen verfü[ ]t“ (vgl. a.a.O., 21). Im Hinblick auf den demografischen Wandel weist die Bundesregierung in ihrem vierten Armuts- und Reichtumsbericht auf die Wichtigkeit der „zusätzliche[n] private[n] Vorsorge“ hin (vgl. BMAS 2013, 298). Es bleibt allerdings unerwähnt, ob die im gleichen Absatz genannten Niedrigverdiener<sup>28</sup> während der Erwerbsphase aufgrund ihrer finanziellen Situation überhaupt eine Möglichkeit haben, in eine private

---

<sup>28</sup> „Gerade bei Niedrigverdienern kann es trotz langjähriger Beitragszahlung zur gesetzlichen Rentenversicherung zu nur relativ geringen Rentenansprüchen kommen. Liegen keine weiteren Einkünfte vor, kann auch bei längerer Erwerbsdauer Hilfebedürftigkeit im Alter entstehen.“ (vgl. BMAS 2013, 298). An dieser Stelle ist anzumerken, dass der Bundestag am 02.07.2020 die Einführung der von der SPD vorgeschlagenen Grundrente ab dem 01.01.2021 beschlossen hat (vgl. Deutscher Bundestag 2020). Als Zugangsvoraussetzung „müssen mindestens 33 Jahre Grundrentenzeiten vorliegen, das sind vor allem Zeiten, in denen Pflichtbeiträge aufgrund einer Beschäftigung, Kindererziehung oder Pflgetätigkeit an die gesetzliche Rentenversicherung gezahlt wurden“ (vgl. ebd.).

Vorsorge zu investieren (vgl. ebd.). Zudem sind es „oftmals nicht [nur] mangelnde Vorsorgefähigkeit und mangelnde Vorsorgebereitschaft“, welche die Betroffenen daran hindern, „Leistungen aus betrieblichen oder privaten Vorsorgesystemen“ zu beziehen. Denn „zumindest in einem Teil der Fälle [ist es] zu einem Scheitern der individuellen Vorsorgestrategie, zu einer vorzeitigen Aufzehrung oder gar einer kompletten Verlust der Vorsorgeersparnisse gekommen“ (vgl. Brettschneider/Klammer 2016, 331).

Im gesellschaftlichen Bereich sind Phänomene wie „kollektiv 'weg zu schauen'“ und „die wachsende soziale Ungleichheit als individuelles Versagen zu deuten“ zu beobachten (vgl. Sagebiel 2009, 112). Pfandflaschensammelnde ältere Menschen gehören in vielen Orten „bereits zum 'normalen' Stadtbild“ (vgl. Butterwegge 2018, 370) und werden somit teilweise auch übersehen, „vielleicht schlicht aus Unbedachtheit, vielleicht aus Verachtung und Arroganz gegenüber denjenigen, die es nicht schaffen, vielleicht aus Ekel und Abscheu vor dem Geruch der Armut, vielleicht aus Angst, die Armut könnte sie anstecken.“ (vgl. Sagebiel 2009, 112). Dennoch ergab der fünfte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, dass „jüngere Befragte das Risiko der Altersarmut deutlich dramatischer einschätzen als Seniorinnen und Senioren selbst“, wobei die Ursache für diese Einschätzung nicht erklärt werden konnte (BMAS 2017, 110). Die Mehrheit der Bevölkerung indes kann nicht nachvollziehen was es heißt, von Altersarmut betroffen zu sein, „am Existenzminimum zu leben, Einschnitte und Einschränkungen hinnehmen zu müssen“ (vgl. Cohrs 2018, 380). Stattdessen wird die Schuld bei den von Armut Betroffenen gesucht, da sie nicht selbst für ihr Alter vorgesorgt hätten (vgl. Butterwegge 2017, 27). Dabei geht die Möglichkeit der Teilhabe am gesellschaftlich gut entwickelten „Wohlstand, sozialer Sicherheit, Bildung und gesundheitlicher Versorgung“ einher mit erhöhten Anstrengungen, um sich „den gewünschten Lebensstandard zu sichern“ (vgl. Walther 2018, 150). Das Risiko, selbst zu der Gruppe der von Armut betroffenen Menschen zu gehören, war in dem vom 5. Armuts- und Reichtumsbericht untersuchten Zeitraum jedoch für circa 32 Millionen Menschen sehr real, sie „waren nur eine Kündigung oder eine schwere Krankheit von der Armut entfernt“ (vgl. Butterwegge 2018, 367).

Die gesellschaftliche Wertschätzung der von Armut betroffenen SeniorInnen schwindet. Sie werden für ihre Situation selbst verantwortlich gemacht, da sie sich nicht ausreichend um ihre Alterssicherung gekümmert hätten (vgl. Butterwegge 2017, 27). Altersarmut wirkt auf die betroffenen Menschen „deprimierend, diskriminierend und demoralisierend“, da sie sich entwürdigt fühlen und ihnen „der Lohn für ihre Lebensleistung vorenthalten wird“ und sie eine

Veränderung der Einkommenssituation nicht aus eigener Kraft herbeiführen können (vgl. ebd.). Butterwegge bezeichnet Altersarmut als „politisch erzeugt“. Dies entspräche ob der Missachtung der Menschenwürde „struktureller Gewalt“ (Johan Galtung)[,] [welche] bisher von der Öffentlichkeit [nicht] als solche erkannt, geschweige denn von einer Bundesregierung ernsthaft bekämpft worden ist“ (Butterwegge 2016, 11f., zit. n. Butterwegge 2017, 26). Betroffene haben das Gefühl, „aus der Gesellschaft ausgeschlossen zu sein“ (vgl. Bundesregierung 2016, 451, zit. n. Breckner/Güntner 2017, 103). Ihr Selbstbild kann durch das Erleben von Armut insofern gestört werden, als dass der Verlust von „Identitätsressourcen“ zu „einem ‚Risiko [führen kann], die Kontrolle über das eigene Leben verlieren zu können““ (vgl. Sedmak 2012, 33, zit.n. Breckner/Güntner 2017, 102) und somit Handlungsspielräume nicht mehr ausnutzen zu können. Betroffene ergeben sich ihrer Situation und müssen aufgrund fehlender materieller Ressourcen in vielen Bereichen ihres Lebens starke Einschränkungen hinnehmen (vgl. Cohrs 2018, 380). Die Auswirkungen der Erfahrung von Altersarmut spiegeln sich in Gefühlen wie „‚Abgehängtsein‘ [...] und „Perspektivlosigkeit“ sowie in „dem Gefühl von Verachtung und Minderwertigkeit“ für die eigene Person wider (vgl. Walther 2018, 154).

#### **5.1.4 In welchem Wohnumfeld leben Betroffene?**

Für einen Großteil der älteren Menschen ist das Leben in der vertrauten eigenen Wohnung ein zentrales Anliegen (vgl. Wolter 2017, 61). Jedoch wohnen vor allem von Altersarmut betroffene Menschen in einem Umfeld, welches zum Beispiel „Barrieren [...], unzureichende Wohnbedingungen, Lärm- oder Schadstoffemissionen, Nachbarschaftskonflikte oder soziale Ausgrenzung“ beinhaltet (vgl. a.a.O., 63). Ungünstige Bedingungen im Wohnumfeld können sich jedoch massiv einschränkend oder gar gesundheitsgefährdend auswirken (vgl. a.a.O., 63). Die Mobilität nimmt mit zunehmendem Alter ab, der Radius älterer Menschen begrenzt sich zunehmend auf die eigene Wohnung als räumlicher Lebensmittelpunkt (vgl. BMFSFJ 2017, 221).

Auch der Standort wirkt sich als Indikator auf die Gesundheit aus. Sowohl die funktionale als auch die subjektive Gesundheit ist bei älteren Menschen in strukturschwachen Gebieten schlechter als bei Personen der gleichen Altersgruppe in strukturstarken Regionen (vgl. a.a.O., 135f.). Außerdem berichteten Betroffene aus strukturschwachen Regionen von einer „höhere[n] Depressivität“ mittlerer beziehungsweise hoher Ausprägung (vgl. a.a.O., 137). Des weiteren sind die sozialen Netzwerke Älterer in von schwacher Ökonomie gekennzeichneten Regionen häufiger klein als in den Vergleichsgebieten (vgl. a.a.O., 138).

### Erklärungsansatz

Der Zugang zu und die Chance auf „alter[n]sgerechten Wohnraum“ spiegelt soziale Ungerechtigkeit wider. Attraktive, gut erreichbare und strukturell gut ausgebaute Wohnorte sind aufgrund der finanziellen Voraussetzungen für bestimmte Bevölkerungsgruppen nicht erschwinglich (vgl. a.a.O., 101). Die Kosten für die Miete einer Wohnung entsprechen oft der Hälfte des monatlichen Haushaltsnettoeinkommens älterer, in Armut lebender Menschen<sup>29</sup> (vgl. a.a.O., 230).

Der Umbau der Wohnung zu einem barrierefreien Umfeld ist für 67 Prozent der MieterInnen in sehr hohem Alter nicht möglich (vgl. a.a.O., 232). Begründet wird dieser Fakt damit, dass diese Gruppe viele Frauen repräsentiert, welche oftmals lediglich über „geringe Alterseinkünfte [und somit] nur über eingeschränkte materielle Ressourcen verfügen“ (vgl. ebd.).<sup>30</sup>

Ein gutes Wohnumfeld nimmt Einfluss auf die Handlungsstrategien älterer Menschen. Dabei sind „drei Teilhabeformen von Bedeutung: mit Anderen auf ein bestimmtes Ziel hin kooperieren, Anderen helfen und Hilfen von Anderen annehmen“ (vgl. Levasseur et al. 2010, zit. n. BMFSFJ 2017, 226). Diese Teilhabeformen beziehen sich auf soziale Netzwerke.

### **5.1.5 Wie sieht das soziale Netzwerk von Betroffenen aus?**

Ältere Menschen, welche von Armut betroffen sind, haben ein höheres Risiko von sozialer Isolation betroffen zu sein, sie „verfügen durchschnittlich über kleinere soziale Netzwerke und geringere soziale Unterstützung“ (vgl. Weyers et al. 2008, zit. n. BMFSFJ 2017, 76). Vor dem Hintergrund einer niedrigeren Bildung nehmen Menschen „häufiger eine geringere soziale Unterstützung durch ihr soziales Umfeld wahr“ (vgl. Borgmann/Rattay/Lampert 2017, 121).

### Erklärungsansatz

Soziale Kontakte werden als ein Faktor für das psychische wie physische Wohlbefinden angesehen (vgl. Kleiner 2012, 30). Dies geht auch aus den aus der Berliner Altersstudie (Berlin Aging Study) abgeleiteten Forschungsergebnissen von Fiori, Smith und Antonucci (2007, zit. n. Ellwardt/Hank 2019, 345) hervor: „Gesundheit und Wohlbefinden standen positiv in Verbindung mit diversen, familienfokussierten und wenig eingeschränkten Netzwerken.“ Die

---

<sup>29</sup> „Während 65- bis 85-jährige Mieter mit einem monatlichen Haushaltsnettoeinkommen von unter 1.000 EUR fast die Hälfte (46 Prozent) dieses Einkommens für Miete und Nebenkosten bereithalten müssen, schlagen die monatlichen Wohnkosten bei den Gleichaltrigen mit einem Haushaltseinkommen von mehr als 4.000 EUR monatlich mit einem Anteil von nur 22 Prozent zu Buche“ (Generali Zukunftsfonds 2012, 85ff., zit. n. BMFSFJ 2017, 230).

<sup>30</sup> 44,7 Prozent der Frauen ab 65 Jahren leben alleine, dagegen nur 18,6 Prozent der Männer ab 65 Jahren (vgl. RKI 2015, 425).

aus sozialen Kontakten resultierende Unterstützung kann außerdem „die gesundheitsschädigenden Auswirkungen anderer psychosozialen Belastungen ab[ ]mildern (Puffereffekt).“ (House 1981, zit. n. Peter 2006, 115). Besteht kein ausreichender Rückhalt, kann dies „als eigenständiger Belastungsfaktor wirken und das Gesundheitsrisiko erhöhen.“ (vgl. ebd.).

Am niedrigsten ist das Wohlbefinden von älteren Menschen mit „kleinen, sozial isolierten, eingeschränkten Netzwerken“ (vgl. Ellwardt/Hank 2019, 346). Bei dieser Gruppe sind häufiger depressive Symptome feststellbar als in der Gruppe älterer Menschen „mit großen und diversen Netzwerken“ (vgl. a.a.O., 349). Die mentale Gesundheit hängt ebenfalls von der Struktur des sozialen Umfelds ab. Je komplexer die Struktur ist, desto länger bleiben die kognitiven Fähigkeiten<sup>31</sup> erhalten (vgl. ebd.).

Aus sozialen Netzwerken kann soziale Unterstützung generiert werden, welche „eine wichtige Ressource für die Gesundheit“ darstellt (vgl. Borgmann/Rattay/Lampert 2017, 117). Der emotionale Teil sozialer Unterstützung umfasst Fürsorge, Zuneigung und Verständnis, der instrumentelle Teil zeigt sich im Hinblick auf aktive Hilfe bei „der Bewältigung konkreter Aufgaben des Alltags“ (vgl. ebd.). Fehlt soziale Unterstützung, können vermehrt „chronischer Stress [...], körperliche Beschwerden und Krankheiten [...] und [...] ein erhöhtes Mortalitätsrisiko“ auftreten (vgl. a.a.O., 118).

Die aus der Altersarmut entstehenden Erfahrungen können dazu führen, dass sich die Betroffenen aus Scham über ihre Situation zurückziehen und in der Folge die Anzahl der sozialen Kontakte abnimmt (vgl. Clemens/Naegele 2004, zit. n. Kleiner 2012, 27). Der Rückzug „aus sozialen Aktivitäten“ tritt aber auch häufig in Folge vermehrt auftretender gesundheitlicher Limitierungen auf. Dies wiederum kann zu einer Abnahme der Netzwerkgröße oder der „Kontakthäufigkeit“ führen (vgl. Ellwardt/Hank 2019, 348).

## **5.2 Relationierung der Fakten**

Dem sozialen Problem der Altersarmut im Kontext von Krankheit und Gesundheit liegen alle vier Dimensionen sozialer Probleme zugrunde. Die Fakten werden in den jeweiligen Dimensionen mit der Theorie der Sozialen Arbeit als Menschenrechtsprofession sowie der Salutogenese relationiert.

---

<sup>31</sup> Dazu gehören unter anderem „die Dimensionen Sprachfähigkeit, Gedächtnis, Problemlösen und Orientierung“ (vgl. Ellwardt/Hank 2019, 349).

### **5.2.1 Relationierung sozialer Probleme der ersten Dimension**

Es bestehen folgende Probleme durch die struktureller Beschränkung beziehungsweise Behinderung des Zugangs zu Ressourcen für die Bedürfnisbefriedigung/Wunscherfüllung:

- Die Betroffenen aller genannten Risikogruppen erreichen aufgrund geringer oder fehlender eigener Rentenanwartschaftszeiten die Standardzugangsrente nicht. Mit dem Bezug der Grundsicherung liegt das Einkommen „unterhalb der Armutsrisikoschwelle und sogar unterhalb der Schwelle für die Bemessung `strenger Armut‘“ (vgl. BMFSFJ 2017, 57). Eine fehlende sozioökonomische Ausstattung sowie fehlende sozioökonomische Austauschgerechtigkeit verhindern den Zugang zu Ressourcen, welche die Befriedigung von Bedürfnissen und Wünschen gewährleisten.
- Dies betrifft auch die Wohnsituation, welche ebenfalls abhängig ist von finanziellen Voraussetzungen. Die mit dem Wohnumfeld verbundenen Nachteile („Barrieren [...], unzureichende Wohnbedingungen, Lärm- oder Schadstoffemissionen, Nachbarschaftskonflikte oder soziale Ausgrenzung“) verletzen das Bedürfnis nach relativer Autonomie und gesellschaftlich relevanten, sozialkulturellen Mitgliedschaften.
- Limitierte soziale Netzwerke können ein Ergebnis der aus der Altersarmut entstehenden Erfahrungen sein und resultieren in einem niedrigen Wohlbefinden. Hier wird das Bedürfnis nach sozialen Mitgliedschaften, nach Identität aufgrund sozialkultureller Zugehörigkeiten, nach sozialer Anerkennung und Austauschgerechtigkeit verletzt.

Aus salutogenetischer Perspektive fehlen hier die generalisierten Widerstandsressourcen Geld, materieller Wohlstand, soziale Unterstützung und Ich-Stärke.

#### Relationierung der Ergebnisse:

Die Probleme der ersten Dimension sind hauptsächlich auf das Fehlen materieller Ressourcen zurückzuführen. Eine Bewältigung der Situation ist aufgrund der durch den Mangel entstehenden verminderten Handhabbarkeit erschwert. Die Bedürfnisse in den Bereichen Wohnumfeld und soziales Netzwerk können dadurch nicht befriedigt werden.

### **5.2.2 Relationierung sozialer Probleme der zweiten Dimension**

Es bestehen folgende Probleme durch die Vernachlässigung, Behinderung und/oder Vereitelung von Lernprozessen beziehungsweise der Entwicklung von Fähigkeiten:

- Sofern Lernprozesse und die Entwicklung von Fähigkeiten bei den Betroffenen der Gruppe der „komplex Diskontinuierlichen“ strukturell behindert worden sind, wurde das Bedürfnis nach Fertigkeiten und Regeln zur Bewältigung von wiederkehrenden wie unvorausehbaren Situationen verletzt. Ebenso das Bedürfnis nach Kompetenz und Kontrolle der für das Individuum relevanten Situationen und Ereignisse. Bei nahezu allen Betroffenen wurde in der Kindheit und Jugend das Bedürfnis nach emotionaler Zuwendung und nach Verstehen der inneren und äußeren Umwelt verletzt. Des weiteren möglicherweise das Bedürfnis nach Sinn, subjektiv relevanten Zielen und Hoffnung auf deren Erfüllung, nach Selbstachtung und sozialer Anerkennung.
- Politik und Gesellschaft stigmatisieren Betroffene nicht nur, sondern unterstellen ihnen parallel, selbst verantwortlich für ihre Situation zu sein. Hier kann von einer Verletzung des Bedürfnisses nach Fertigkeiten und Regeln, Sinn, Unverwechselbarkeit, Selbstachtung sowie wahrnehmungsgerechter, sensorischer Stimulation ausgegangen werden.
- Hinsichtlich des sozialen Netzwerks der von Altersarmut Betroffenen gibt es einen Zusammenhang zwischen niedriger Bildung und der Wahrnehmung einer geringeren sozialen Unterstützung durch das soziale Umfeld. Dies deutet auf eine fehlende Artikulationsmacht hin.
- Durch die negativen Auswirkungen eines kleinen sozialen Netzwerks kann das Bedürfnis nach emotionaler und kognitiver Zuwendung, Orientierung und Liebe verletzt werden.

Aus salutogenetischer Sicht lassen sich hier soziale Unterstützung, Ich-Stärke, Wissen und Intelligenz sowie Flexibilität und Weitsichtigkeit als fehlende generalisierte Widerstandsressourcen vermuten.

Es kann angenommen werden, dass das Kohärenzgefühl der „komplex Diskontinuierlichen“ aufgrund der fehlenden emotionalen Zuwendung und Unterstützung während der Kindheit beziehungsweise Jugend schwach ausgeprägt ist. Bei den Betroffenen dieser Gruppe könnten fehlende Konsistenz, fehlende Balance sowie fehlende Partizipation zu einem schwachen SOC geführt haben.

Der politische und gesellschaftliche Umgang mit Altersarmut führt zu Stigmatisierung und Ausgrenzung. Die Betroffenen fühlen sich in ihren Möglichkeiten eingeschränkt, verachtungswürdig und minderwertig sowie abgehängt. Ihr Selbstbild wird gestört und die

Identität in Frage gestellt. Die Handlungsspielräume und Mittel zur Bewältigung der Situation verringern sich.

#### Relationierung der Ergebnisse:

Die Probleme der zweiten Dimension sind hauptsächlich auf eine fehlende soziale Unterstützung zurückzuführen. Dies betrifft nicht nur die familiäre, sondern auch die politische und gesellschaftliche Ebene. Neben dem emotionalen Aspekt (z.B. fehlende emotionale Zuwendung, Stigmatisierung) sind auch strukturell benachteiligende Faktoren erkennbar (z.B. fehlende Konsistenz im Sinne des Verstehens der inneren und äußeren Umwelt).

### **5.2.3 Relationierung sozialer Probleme der dritten Dimension**

Es bestehen folgende Probleme durch die Verhinderung der Entwicklung von Selbstbewusstsein:

- Für die umbruchsgeprägten Ostdeutschen kann sich der Verlust des Arbeitsplatzes und die gescheiterte Re-Integration in den Arbeitsmarkt auf das Selbstbewusstsein ausgewirkt und eine positive Entwicklung verhindert haben. Dann wäre das Bedürfnis nach sozialer Anerkennung und gesellschaftlich relevanten Mitgliedschaften verletzt. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass auch für diese Gruppe die in Kapitel 5.2.2 beschriebenen sozialen Probleme der „komplex Diskontinuierlichen“ zutreffen. Davon ausgenommen sind jedoch die aus Kindheit und Jugend entstandenen Zusammenhänge. Das Bedürfnis nach „Stimulation, Sinn, affektiv besetzten Zielen, Kooperation, sozialer Zugehörigkeit und je nach Arbeitsplatz auch dasjenige nach Abwechslung, Anerkennung, Fairness und Austauschgerechtigkeit“ (Staub-Bernasconi 2018a, 181) wurde möglicherweise aufgrund der negativen Erfahrungen in der zurückliegenden Erwerbsarbeit nicht befriedigt.
- Die für die Beantragung der Grundsicherung notwendige Bedürftigkeitsprüfung wirkt diskriminierend. Hier wird im Zuge eines asymmetrischen Machtverhältnisses das Bedürfnis nach sozialer Anerkennung im Sinne der Gleichwertigkeit aller Menschen verletzt. Die mit dem Antrag verbundene Bürokratie, Komplexität und Angst spiegelt fehlende Information und fehlendes Wissen wider, was einer fehlenden Erkenntniskompetenz, fehlender Artikulationsmacht, fehlender Definitionsmacht sowie fehlender informeller/formeller Organisationsmacht entspricht. Sofern der Antrag aus

Scham nicht gestellt wird, kann hier von einer Verletzung des Bedürfnisses nach Sinn, Selbstachtung und sozialer Anerkennung ausgegangen werden.

- Von Altersarmut Betroffene fühlen sich ausgegrenzt, stigmatisiert und entmündigt. Es mangelt ihnen an Status und Machtquellen. Hier wird das Bedürfnis nach sozialer Anerkennung, sozialen Mitgliedschaften, Identität, soziokultureller Zugehörigkeit und sozioökonomischer Austauschgerechtigkeit verletzt. Auch das Bedürfnis nach Unverwechselbarkeit/Einmaligkeit und sozialer Anerkennung im Sinne der Gleichwertigkeit aller Menschen wird verletzt. Als mangelnde Machtquellen können hier Artikulationsmacht und Definitionsmacht genannt werden.

Aus salutogenetischer Sicht fehlen als generalisierte Widerstandsressourcen die Ich-Stärke, kulturelle Stabilität, soziale Unterstützung sowie Wissen und Intelligenz.

Das Bedürfnis nach u.a. Stabilität (Arbeitsplatzsicherheit), sozialer Zugehörigkeit (Rituale und eine eigene Sprache), Anerkennung und Austauschgerechtigkeit (positives Feedback auf gesendete Signale, Option des Mitspracherechts) könnte in der zurückliegenden Erwerbsarbeit verletzt worden sein.

Die Nichtinanspruchnahme der Grundsicherung und die Gefühle des Ausgegrenztsein/der Stigmatisierung deuten darauf hin, dass die Ausprägung der Verstehbarkeit und Handhabbarkeit vermindert sein könnte.

#### Relationierung der Ergebnisse:

Die Probleme der dritten Dimension sind hauptsächlich auf eine verringerte Verstehbarkeit zurückzuführen, welche sich aus der Verhinderung der Entwicklung einer stabilen Identität und fehlendem Wissen ergibt. Die Situation wird von den Betroffenen möglicherweise als durcheinander, wahllos und nicht beeinflussbar wahrgenommen, die Problematik kann in der Folge nicht subjektiv und rational bewertet werden.

#### **5.2.4 Relationierung sozialer Probleme der vierten Dimension**

Es bestehen folgende Probleme durch die Verhinderung sozialer Integration und Partizipation:

- Die hinsichtlich der Verwirklichung von Interessen sowie der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben verminderten Möglichkeiten der Betroffenen entsprechen sowohl einer fehlenden sozioökonomischen Machtquelle, als auch einer fehlenden

informellen/formellen Organisationsmacht. Zudem wird das Bedürfnis nach Autonomie durch eine fehlende sozioökonomische Ausstattung verletzt.

- Die Erfahrung der Ausgrenzung, Stigmatisierung und Entmündigung, die damit verbundene Angst vor Verlust der Menschenwürde sowie Gefühle des Abgehängtseins und der Perspektivlosigkeit verletzen das Bedürfnis nach Sinn, nach Verstehen und Bewältigung, nach sozialen Mitgliedschaften, nach Anerkennung und Belohnung von Leistungen und stehen für eine beschädigte Identität.
- Die Struktur der sozialen Netzwerke (klein, sozial isoliert, eingeschränkt) verletzt das Bedürfnis nach emotionaler wie kognitiver Zuwendung, nach wahrnehmungsgerechter Stimulation, nach orientierungs- und handlungsrelevanter Information und nach Liebe.
- Sofern die Voraussetzungen für die standardisierte Rentenanwartschaftszeit nicht erfüllt sind und auch keine anderen finanziellen Mittel zur Verfügung stehen, hat das betroffene Individuum starke materielle Einschränkungen. Dies entspricht einer problematischen Regel der Sozial- beziehungsweise Machtstruktur. Die Höhe des Regelbedarfs für die Grundsicherung bewegt sich unterhalb der Armutsschwelle.

Aus salutogenetischer Perspektive fehlen hier als generalisierte Widerstandsressourcen die Ich-Stärke, die soziale Unterstützung sowie materieller Wohlstand. Die Beschädigung der Identität kann sich auf die Bedeutsamkeit auswirken. Die Ausweglosigkeit der Situation könnte dazu führen, dass zukünftige problematische Umstände nicht als Herausforderung betrachtet werden, da von vornherein ein negativer Ausgang angenommen wird. Das SOC könnte dadurch geschwächt werden.

#### Relationierung der Ergebnisse:

Die Probleme der vierten Dimension können hauptsächlich auf eine verringerte Bedeutsamkeit zurückgeführt werden. Die durch Mangel an Ressourcen entstehende Verhinderung der Partizipation führt bei den Betroffenen zu einem Gefühl der Perspektivlosigkeit, Anstrengungen werden als nicht mehr lohnenswert empfunden. Daran anschließend entstehen Zweifel, dass zukünftige Ereignisse bewältigt werden könnten und ausreichend Ressourcen zur Verfügung stünden.

### **5.3 Wohin tendiert die Situation, falls nicht interveniert wird?**

Aufgrund des demografischen Wandels wird zukünftig der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung höher sein<sup>32</sup> (vgl. bpb 2020). In der Bundesrepublik Deutschland korrelieren die sozialen Sicherungssysteme mit dem Erwerbssystem und der Arbeitsmarktordnung (vgl. Brettschneider/Klammer 2016, 327). Brüche in der Erwerbsbiografie, aber auch Abweichungen von der standardisierten Rentenanwartschaftszeit haben unmittelbare Auswirkungen auf das Einkommen im Alter, denn das Rentenversicherungssystem setzt stabile Beschäftigungsverhältnisse mit „möglichst kontinuierlicher sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung“ sowie „zusätzlicher betrieblicher und weiterer privater Vorsorge voraus“ (vgl. Rock 2017, 35).

Zukünftig ist mit „einer deutlichen Zunahme prekärer Alterseinkommen und einem entsprechenden Anstieg der Grundsicherungsbedürftigkeit im Alter zu rechnen.“ (vgl. Brettschneider/Klammer 2016, 328). Die Gruppe der „Gastarbeiter“, Zuwanderer und der jüdischen Kontingentflüchtlinge wird sich zwar zahlenmäßig reduzieren, ebenso die Gruppe der „familienorientierten Frauen“. Dafür werden „ehemals Selbständige“ sowie „umbruchsgeprägte Ostdeutsche“ zukünftig häufiger auf Grundsicherung angewiesen sein. Auch neue Gruppen werden dazu kommen: „Personen mit jahrzehntelanger atypischer bzw. prekärer Beschäftigung und perforierten Erwerbsbiografien (‘Patchwork-Biografien’)“ sowie „langjährig Versicherte mit niedrigem Durchschnittseinkommen“ (vgl. a.a.O., 335). Das Netto Rentenniveau wird zudem bei gleichbleibenden Entgeltpunkten „zwischen 2005 und 2030 [wahrscheinlich] um 20 Prozent sinken“ (vgl. BMFSFJ 2017, 58).

Auch zukünftig wird es zu prekären Wohnverhältnissen für von Armut betroffene ältere Menschen kommen, da in diversen „Regionen, Kommunen und Wohngebieten die Wohnkosten [...] deutlich“ ansteigen (vgl. a.a.O., 229).

Schlussfolgernd wird zukünftig auch mit einem Anstieg der aus sozialer Ungleichheit einhergehenden gesundheitlichen Ungleichheiten und ihren Auswirkungen zu rechnen sein.

### **5.4 Zweiter Schritt: Erste handlungstheoretische Arbeitshypothesen**

Die Höhe des Einkommens, welches sich durch die vorangegangene Erwerbsarbeit ergibt, bestimmt maßgeblich die Situation von Individuen im höheren Lebensalter. Die fehlende

---

<sup>32</sup> Die demografische Entwicklung hängt von der Zu- oder Abwanderung, der Geburtenrate und der Sterblichkeit ab. Für das Jahr 2060 wird prognostiziert, dass jeder/jede Dritte mindestens 65 Jahre alt sein wird (vgl. bpb 2020).

sozioökonomische Ausstattung beeinflusst die untersuchten Faktoren von Altersarmut (Risikogruppen; Situation und Verhalten der Betroffenen; Wohnumfeld und soziale Netzwerke) unmittelbar. Die politischen Akteure wollen älteren Menschen ein eigenständiges und selbstbestimmtes Leben ermöglichen und die soziale Teilhabe älterer Menschen fördern und sichern (vgl. BMFSFJ 2017, V). Den Kommunen kommt in diesem Vorhaben eine besondere Aufgabe zu, denn „handlungsfähige Kommunen [sind] von zentraler Bedeutung [...], um im demografischen Wandel die Politik für ältere und mit älteren Menschen vor Ort wirkungsvoll weiterzuentwickeln“ (ebd.). Dies könne jedoch nur im Verbund mit weiteren Akteuren wie „staatlichen Institutione[n], Wohlfahrtsverbände[n], zivilgesellschaftliche[n] Organisationen, professionelle[n] Akteure[n] sowie Bürgerinnen und Bürger[n]“ gestaltet werden (ebd.). Die politischen und finanziellen Handlungsmöglichkeiten der Kommunen sollen gestärkt werden, darauf würde die Bundesregierung hinwirken (vgl. ebd.).

Konkrete Handlungsleitlinien für die Kommunen schlägt Naegele (2018, 103) vor. Angesichts der begrenzten Wirksamkeit von Transferzahlungen (zum Beispiel Grundsicherung) müssten Kommunen im Zusammenspiel mit Akteuren „aus dem gesundheits- und wohnungspolitischen sowie zivilgesellschaftlichem Bereich“ Handlungsspielräume für die Betroffenen erwirken, zum Beispiel durch:

- eine mehr dem Thema Altersarmut zugewandte „örtliche Verbraucher- oder Schuldnerberatung“<sup>33</sup> (vgl. ebd.)
- Einführung von zusätzlichen „Tafeln“, welche auch für mobil eingeschränkte ältere Menschen zugänglich sind (vgl. a.a.O., 104).
- „Pässe für die verbilligte Nutzung des ÖPNV oder des Freibads, Übernahme von Mitgliedsbeiträgen für Sportvereine etc.“, dies könnte die „Sicherung von sozialer Teilhabe“ unterstützen (vgl. a.a.O., 105).
- „Aufklärung, zugehende Beratung [...] [der kommunalen] Dienste und Einrichtungen, bspw. Grundsicherungsämter, Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD) / Kommunaler Sozialdienst (KSD) oder Spezialdienste“, dadurch könnte die „Quote der Inanspruchnahme von Grundsicherungsangeboten“ gesteigert werden (vgl. ebd.).
- Eine „Leitbildentwicklung mit dem Ziel einer erweiterten Konzeptualisierung rund um das Thema `Altern in den Kommunen‘“, um Stigmatisierung vorzubeugen und

---

<sup>33</sup> Hier bezieht er sich auf Vorschläge von Maïke Cohrs (2018). Sie plädiert für veränderte Strukturen in der Schuldnerberatung, um dem besonderen Hilfebedarf von älteren, in Armut lebenden Menschen gerecht zu werden (vgl. 380-386).

Altersarmut anzuerkennen (vgl. Naegele 2010, zit. n. Naegele 2018, 105, Hervorheb. im Original).

- Die Anwendung des differenzierenden Lebenslagenansatzes, um die Entwicklung der Altersarmut und die damit verbundenen prekären Lebenssituationen erfassen zu können (vgl. Naegele 2018, 105f.).
- Die Gewährleistung eines ausreichenden Angebots von Gütern und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs, Verbesserung der Infrastruktur sowie die „Bereitstellung ausreichenden und preiswerten *Wohnraums*“ (vgl. a.a.O., 106).

Um die Quote der Nichtinanspruchnahme der Grundsicherung zu verringern, schlagen Buslei et al. (2019, 917) als Handlungsleitlinie vor, das Verfahren der Beantragung zu vereinfachen. Zum Beispiel könnte die Einkommensprüfung schon durch den Träger (Sozialhilfe/Rentenversicherung) mit sämtlichen bekannten Daten der Antragsstellenden vorausgefüllt sein. Auch die Verlängerung der Bewilligungsphase (derzeit 12 Monate) könnte in diesem Kontext hilfreich sein.

Die Stärkung der „Unterstützungssysteme in der Nachbarschaft, im Quartier und in der Kommune“ in Form von aufsuchenden Diensten wird von Berner et al. (2019, 142) vorgeschlagen. Dies soll der Isolation vorbeugen.

## **6 Fazit / Ausblick**

Der Vergleich der beiden Theorien (Kapitel 4) hat gezeigt, dass sich deutliche Übereinstimmungen hinsichtlich der Kernelemente des salutogenetischen Kohärenzgefühls ergeben. Das Kohärenzgefühl nimmt direkten Einfluss auf die Position des Individuums im Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Ein starkes Kohärenzgefühl zeichnet sich dadurch aus, dass das Individuum bestimmte Herausforderungen nicht als Schwierigkeiten wahrnimmt, sondern die entstehende Anspannung mit Hilfe einer subjektiven und rationalen Bewertung der Situation sowie der Gewissheit über zur Verfügung stehende Ressourcen bewältigen können wird. In der Theorie der Sozialen Arbeit als Menschenrechtsprofession wird ebenfalls angenommen, dass die im Vergleich analysierten, dem Kohärenzgefühl entsprechenden Ressourcen Einfluss auf den gesundheitlichen Zustand eines Individuums nehmen. Sofern die biologischen, psychischen sowie soziokulturellen Bedürfnisse über einen längeren Zeitraum nicht befriedigt werden, kann der dadurch entstehende Spannungszustand zu gesundheitlichen und psychischen Schäden führen. Sofern jedoch die Bedürfnisse erfüllt werden, kann der

Spannungszustand bewältigt werden und es stellt sich Wohlbefinden ein - sowohl aus salutogenetischer Sicht als auch aus Sicht der Sozialen Arbeit als Menschenrechtsprofession. Die erfolgreiche Regulierung von Spannungszuständen wirkt sich positiv auf den Gesundheitszustand aus.

Dass das Kohärenzgefühl sich auch noch im höheren Alter sowohl positiv als auch negativ entwickeln kann, ist anhand der in Kapitel 3.1.2 geschilderten Ausführungen von Lorenz nachvollziehbar. Die „fünf Säulen der Identität“ finden sich in den in Kapitel 5 untersuchten und analysierten Kriterien wieder:

1. Leiblichkeit: Die aus der Altersarmut entstehenden Nachteile in den untersuchten Bereichen haben Einfluss auf den Gesundheitszustand.
2. Soziales Netzwerk: Das soziale Netzwerk ist bei von Altersarmut betroffenen Menschen klein, dies kann zu einem niedrigen Wohlbefinden verbunden mit einer eingeschränkten mentalen Gesundheit führen.
3. Arbeit, Leistung, Freizeit (Selbstverwirklichung): Zumindest für einen Teil der vorgestellten Risikogruppen kann angenommen werden, dass die während der Phase der Erwerbsarbeit möglichen Bedürfnisse nicht befriedigt werden konnten (Gruppe der „komplex Diskontinuierlichen“; „umbruchsgeprägte Ostdeutsche“). Die Lebensleistung wird nicht anerkannt und kann nicht eingefordert werden. Die Selbstverwirklichung im Bereich der Freizeit ist aufgrund der beschränkten materiellen Mittel nur begrenzt bis gar nicht möglich. Die Teilhabe am soziokulturellen Leben ist stark eingeschränkt.
4. Materielle Sicherheiten: Die sozioökonomische Ausstattung der Betroffenen ist stark eingeschränkt, Geld und materieller Wohlstand fehlen durchgehend als Ressourcen zur gesellschaftlichen Teilhabe.
5. Werte und Werthaltungen: Der politische und gesellschaftliche Umgang mit Altersarmut und die Wahrnehmung der Problematik kumulieren in Stigmatisierung und Ausgrenzung der Betroffenen. Die eigene Identität wird hinterfragt, Identitätsressourcen gehen verloren und Handlungsspielräume verkleinern sich. Gefühle von Perspektivlosigkeit und Abgehängtsein resultieren aus einem Mangel an Status, sozialer Position und Machtquellen.

Die hier genannten Bereiche haben strukturelle Auswirkungen auf die Identitätsentwicklung und somit auch auf das Kohärenzgefühl. Da die genannten Problematiken nicht vorübergehend sind, sondern der daraus entstehende Spannungszustand permanent vorhanden ist, liegt hier

chronischer Stress zugrunde, welcher sich negativ auf das Kohärenzgefühl und folglich auf die Gesundheit auswirken kann.

Die Relationierung der Ergebnisse (Kapitel 5.2.1 bis Kapitel 5.2.4) zeigt auf, dass nicht nur ein Mangel an Ressourcen besteht, sondern dass die aus Altersarmut entstehenden Konsequenzen auch negativen Einfluss auf die Faktoren Bedeutsamkeit, Verstehbarkeit und Handhabbarkeit nehmen. Als Resultat wird eine Schwächung des Kohärenzgefühls angenommen, was sich wiederum negativ auf den Gesundheitszustand der Betroffenen auswirken kann.

In Kapitel 5.4 wurden erste handlungstheoretische Arbeitshypothesen benannt, welche sich auf die Reduzierung der aus den akuten prekären Lebensumstände entstehenden Nachteile beziehen.

Die in Kapitel 5.3 beschriebene Tendenz der Situation zeigt, dass zukünftig ein erhöhtes Risiko der Altersarmut besteht, da es vermehrt prekäre Erwerbsbiografien geben wird. Als Auslöser wird die aktuelle Arbeitspolitik gesehen. Um Altersarmut vorzubeugen, müssten die strukturellen Bedingungen der Arbeitspolitik untersucht und soziale Ungleichheiten analysiert werden, um in der Folge entsprechende Handlungsleitlinien zu erstellen. In diese Handlungsleitlinien wiederum müssten auch die politischen Akteure mit einbezogen werden.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit, dass dem Auftrag der Sozialen Arbeit als Menschenrechtsprofession auch ein salutogenetisches Mandat zugrunde liegt. Inwiefern sich die Umsetzung der in Kapitel 5.4 genannten Arbeitshypothesen auf das Kohärenzgefühl der Betroffenen auswirkt, müsste jedoch in Form einer Langzeitstudie und zum Beispiel unter Anwendung des differenzierenden Lebenslagenansatzes erforscht werden.

Auch sollten weitere Kriterien im Kontext von Altersarmut und Gesundheit und Krankheit untersucht werden. Diese wären zum Beispiel Geschlecht, Bildung, Gesundheitsverhalten, Migration und Vererbung von Armut. Die Gruppe der „komplex Diskontinuierlichen“ ist in diesem Zusammenhang besonders interessant, da aufgrund der Komplexität der Lebensläufe von einer Intersektionalität und damit verbundener sozialer Ungleichheit ausgegangen werden kann.

## Literatur- und Quellenverzeichnis

Antonovsky, Aaron (1979): Health, Stress and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, Aaron (1993): Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke, Alexa/Broda, Michael (Hg.): Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. Tübingen: dgvt-Verlag, 3-14.

Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: dgvt-Verlag.

Bandura, Albert (1977): Self-Efficacy: Toward an Unifying Theory of Behavioral Change. In: Psychological Review, 84, 191-215.

Berner, Frank/Vogel, Claudia/Wettstein, Markus/Tesch-Römer, Clemens (2019): Frauen und Männer im Verlauf der zweiten Lebenshälfte: Eine Gesamtbetrachtung der empirischen Befunde. In: Vogel, Claudia/Wettstein, Markus/Tesch-Römer, Clemens (Hg.): Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte. Älterwerden im sozialen Wandel. Wiesbaden: Springer VS, 133-143.

Böhnisch, Lothar/Lösch, Hans (1973): Das Handlungsverständnis des Sozialarbeiters und seine institutionelle Determination. In: Otto, Hans-Uwe/Schneider, Siegfried (Hg.): Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit. Neuwied: Luchterhand, 21-40.

Borgmann, Lea-Sophie/Rattay, Petra/Lampert, Thomas (2017): Soziale Unterstützung als Resource für Gesundheit in Deutschland. In: Robert Koch Institut: Journal of Health Monitoring, (04) 2017. Online unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Journal-of-Health-Monitoring\\_04\\_2017\\_Inanspruchnahme\\_medizinischer\\_Leistungen.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Journal-of-Health-Monitoring_04_2017_Inanspruchnahme_medizinischer_Leistungen.pdf?__blob=publicationFile) (Zugriff: 24.08.2020).

Bowlby, John (1969): Attachment and Loss. New York: Basic Books.

Boyce, W. Thomas (1985): Social Support, Family Relations, and Children. In: Cohen, Sheldon/ Syme, S. Leonard (Hg.): Social Support and Health. Orlando: Academic Press, 151-173.

Breckner, Ingrid/Güntner, Simon (2017): Wenn Handlungsspielräume enger werden: Individuelle Erfahrungen mit Altersarmut in einer reichen Stadt. In: Wicher, Klaus (Hg.): Altersarmut:

Schicksal ohne Ausweg? Was auf uns zukommt, wenn nichts geändert wird. Hamburg: VSA: Verlag, 101-122.

Brettschneider, Antonio/Klammer, Ute (2016): (Lebens-)Wege in die Altersarmut: Anforderungen an die Weiterentwicklung des deutschen Arbeitsmarkt- und Alterssicherungssystems. In: Bäcker, Gerhard/Lehndorff, Steffen/Weinkopf, Claudia (Hg.): Den Arbeitsmarkt verstehen, um ihn zu gestalten. Festschrift für Gerhard Bosch. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 327-339.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013): Lebenslagen in Deutschland. Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung. Der Vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Online unter: [https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen-DinA4/a334-4-armuts-reichtumsbericht-2013.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen-DinA4/a334-4-armuts-reichtumsbericht-2013.pdf?__blob=publicationFile) (Zugriff: 24.08.2020).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2015): Armuts- und Reichtumsbericht. Workshop mit von Armut Betroffenen. Online unter: [https://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/SharedDocs/Downloads/dokumentation-workshop-von-armut-betroffenen.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/SharedDocs/Downloads/dokumentation-workshop-von-armut-betroffenen.pdf?__blob=publicationFile&v=2) (Zugriff: 24.08.2020).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016): Lebenslagen in Deutschland - der fünfte Armuts- und Reichtumsbericht, Entwurfsfassung vom 13.12., Berlin.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2017): Lebenslagen in Deutschland. Der Fünfte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Online unter: [https://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/SharedDocs/Downloads/Berichte/5-arb-langfassung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=6](https://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/SharedDocs/Downloads/Berichte/5-arb-langfassung.pdf?__blob=publicationFile&v=6) (Zugriff: 24.08.2020).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2020a): Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Online unter: <https://www.bmas.de/DE/Themen/Soziale-Sicherung/Sozialhilfe/grundsicherung-im-alter-und-bei-erwerbsminderung.html#a2> (Zugriff: 24.08.2020).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2020b): Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Regelbedarf. Anlage zu §28 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII). Online unter: [https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/regelbedarfsstufen.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=9](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/regelbedarfsstufen.pdf?__blob=publicationFile&v=9) (Zugriff: 24.08.2020).

Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (2017): Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung. 2. Aufl. Online unter:

<https://www.bmfsfj.de/blob/120144/2a5de459ec4984cb2f83739785c908d6/7--altenbericht---bundestagsdrucksache-data.pdf> (Zugriff: 24.08.2020).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2009): Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6. Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Erweiterte Neuauflage. Köln: Bundeszentrale für Gesundheitsförderung.

Bundeszentrale für politische Bildung (2020): Demografischer Wandel. Online unter: <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/demografischer-wandel/> (Zugriff: 24.08.2020).

Bunge, Mario (1989): Treatise on basic philosophy. Dordrecht, Boston, Lancaster: Reidel. 8 Bände.

Bunge, Mario (1999): The sociology-philosophy connection. New Brunswick, London: Transaction Publishers.

Bunge, Mario (2017): Doing science in the light of philosophy. Singapur: World Scientific.

Buslei, Hermann/Geyer, Johannes/Haan, Peter/Harnisch, Michelle (2019): Starke Nichtinanspruchnahme von Grundsicherung deutet auf hohe verdeckte Altersarmut. In: DIW Wochenbericht, 2019 (49), 909-917.

Butterwegge, Christoph (2016): Reichtumsförderung statt Armutsbekämpfung. Eine sozial- und steuerpolitische Halbzeitbilanz der Großen Koalition. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Butterwegge, Christoph (2017): Hartz IV bis zum Tod? Was bei Armut im Alter droht. In: Wicher, Klaus (Hg.): Altersarmut: Schicksal ohne Ausweg? Was auf uns zukommt, wenn nichts geändert wird. Hamburg: VSA: Verlag, 12-29.

Butterwegge, Christoph (2018): Krise und Zukunft des Sozialstaates. 6., aktualisierte Aufl. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Clemens, Wolfgang/Naegele, Gerhard (2004): Lebenslagen im Alter. In: Kruse, Andreas/Martin, Mike: Enzyklopädie der Gerontologie. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, 387-404.

Cohrs, Maike (2018): Arm und verschuldet im Alter. In: Schäfer, Gerhard K./Montag, Barbara/Deterding, Joachim (Hg.): „Arme habt ihr immer bei euch“. Armut und soziale Ausgrenzung wahrnehmen, reduzieren, überwinden. Unter Mitarbeit von Heike Moerland. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.

Deutscher Bundestag (2020): Bundestag beschließt die Einführung der Grundrente. 2./3. Lesung. Online unter: <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2020/kw20-de-grundrente-695108> (Zugriff: 24.08.2020).

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V. (2019): 30 Jahre Mauerfall – ein viergeteiltes Deutschland. Der Paritätische Armutsbericht 2019. Online unter: <https://www.der-paritaetische.de/schwerpunkt/armutsbericht/> (Zugriff: 24.08.2020).

Ellwardt, Lea/Hank, Karsten (2019): Soziale Netzwerke im Alter. In: Hank, Karsten/Schulz-Nieswand, Frank/Wagner, Michael/Zank, Susanne (Hg.): Altersforschung. Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 339-356.

Engelke, Ernst/Borrmann, Stefan/Spatscheck, Christian (2018): Theorien der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 7., überarb. und erw. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Engelke, Ernst/Spatscheck, Christian/Borrmann, Stefan (2016): Die Wissenschaft Soziale Arbeit. Werdegang und Grundlagen. 4., überab. und erw. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Erikson, Erik H. (1959): Growth and Crises of the Healthy Personality. In: Psychological Issues, 1, 50-100.

Erikson, Erik H. (1973): Identität und Lebenszyklus: 3 Aufsätze. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Fiori, Katherine L./Smith, Jacqui/Antonucci, Toni C. (2007): Social network types among older adults: A multidimensional approach. In: Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 62(6), 322-330.

Franke, Alexa (1997a): Vorwort zur deutschen Herausgabe. In: Antonovsky, Aaron: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: dgvt-Verlag, 11-12.

Franke, Alexa (1997b): Über den Autor. In: Antonovsky, Aaron: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: dgvt-Verlag, 13.

Generali Zukunftsfonds (Hrsg.) (2012): Generali Altersstudie 2013. Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch-Verlag.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2020): Lebenserwartung von ... Jahren. Online unter: [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/\\_XWD\\_FOR;PROC?TARGET=&PAGE=\\_XWD\\_2&OPIN-DEX=3&HANDLER=\\_XWD\\_CUBE.SETPGS&DATA-CUBE=\\_XWD30&D.001=1000001&D.003=43](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FOR;PROC?TARGET=&PAGE=_XWD_2&OPIN-DEX=3&HANDLER=_XWD_CUBE.SETPGS&DATA-CUBE=_XWD30&D.001=1000001&D.003=43) (Zugriff: 24.08.2020).

Heinzel-Gutenbrunner, Monika (2001): Einkommen, Einkommensarmut und Gesundheit. In: Mielck, Andras/Bloomfield, Kim (Hg.): Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim und München: Juventa Verlag, 39-49.

Hildebrandt, Johanna/Kleiner, Gabriele (2012): Altersbilder und die soziale Konstruktion des Alters. In: Kleiner, Gabriele (Hg.): Alter(n) bewegt. Perspektiven der Sozialen Arbeit auf Lebenslagen und Lebenswelten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 15-21.

House, James S. (1981): Work stress and social support. Boston: Addison-Wesley Publishing Company.

Hradil, Stefan (1999): Soziale Ungleichheit in Deutschland. 7. Aufl. Opladen: Leske und Budrich.

Hradil, Stefan (2006): Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 33-52.

International Federation of Social Workers (2008): HEALTH. Online unter: <https://www.ifsw.org/health/> (Zugriff: 24.08.2020).

International Federation of Social Workers (2020): Global Definition of Social Work. Online unter: <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/> (Zugriff: 24.08.2020).

Kleiner, Gabriele (2012): Alter(n) zwischen Partizipation und sozialer Ungleichheit. In: Kleiner, Gabriele (Hg.): Alter(n) bewegt. Perspektiven der Sozialen Arbeit auf Lebenslagen und Lebenswelten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 22-34.

Klemperer, David (2015): Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. 3., überarb. Aufl. Bern: Hogrefe Verlag.

Levasseur, Mélanie/Richard, Lucie/Gauvin, Lise/Raymon, Emilie (2010): Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities. In: Social Science and Medicine 71 (12), 2141-2149.

Lorenz, Rüdiger-Felix (2016): Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler. 3. Aufl. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Mielck, Andreas (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

Naegele, Gerhard (2010): Kommunen im demografischen Wandel. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 43 (2010), H. 2, 98-102.

Naegele, Gerhard (2018): Lebenslagenarmut im Alter. In: Schäfer, Gerhard K./Montag, Barbara/Deterding, Joachim (Hg.): „Arme habt ihr immer bei euch“. Armut und soziale Ausgrenzung wahrnehmen, reduzieren, überwinden. Unter Mitarbeit von Heike Moerland. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.

Naidoo, Jennie/Wills, Jane (2010): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Obrecht, Werner (2005): Ontologischer, Sozialwissenschaftlicher und Sozialarbeitswissenschaftlicher Systemismus – Ein integratives Paradigma der Sozialen Arbeit. In: Hollstein-Brinkmann, Heino/Staub-Bernasconi, Silvia (Hg.): Systemtheorien im Vergleich. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 93-172.

Obrecht, Werner (2009): Umriss einer biopsychosozialen Theorie menschlicher Bedürfnisse. Wien: Typoscript MBS der Wirtschaftsuniversität Wien.

Peter, Richard (2006): Psychosomatische Belastungen im Erwachsenenalter: Ein Ansatz zur Erklärung sozialer Ungleichverteilung von Gesundheit? In: Richter, Matthias/Hurrelmann,

Klaus (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 109-123.

Petzold, Hilarion (2003): Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie. Bde. 1, 2 und 3. 2. Aufl. Paderborn: Junfermann.

Pohlmann, Stefan (2019): Diversität und Gestaltbarkeit von Gesundheit und Krankheit im Alter. In: Haring, Robin (Hg.): Gesundheitswissenschaften. Wiesbaden: Springer-Verlag GmbH, 457-465.

Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (2006): Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 11-31.

Robert Koch Institut (2015): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und destatis. Gesundheit in Deutschland. Online unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit\\_in\\_deutschland\\_2015.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile) (Zugriff: 24.08.2020).

Rock, Joachim (2017): „Die im Dunkeln sieht man nicht...“: Armutsrisiko Alter. In: Wicher, Klaus (Hg.): Altersarmut: Schicksal ohne Ausweg? Was auf uns zukommt, wenn nichts geändert wird. Hamburg: VSA: Verlag, 12-29.

Röh, Dieter (2006): Die Mandate der Sozialen Arbeit. In wessen Auftrag arbeiten wir? In: Soziale Arbeit, 55. Jg., 442-449.

Sagebiel, Juliane (2009): Der professionelle Umgang mit Armut nach der Handlungstheorie von Silvia Staub-Bernasconi. In: Maier, Konrad (Hg.): Armut als Thema der Sozialen Arbeit. Freiburg, FEL-Verlag Forschung Entwicklung Lehre, 111-130.

Schumacher, Thomas (Hg.) (2011): Die Soziale Arbeit und ihre Bezugswissenschaften. Stuttgart: Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft mbH.

Sedmak, Clemens (2012): Arm zu sein, bedarf es wenig. Eine Betrachtung des Armutsdiskurses. In: Gillich, Stefan/Keicher, Rolf (Hg.): Bürger oder Bettler. Soziale Rechte von Menschen in Wohnungsnot. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 21-38.

Seithe, Mechthild (2012): Schwarzbuch Soziale Arbeit. 2., durchgesehene und bearbeitete Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Solomon, George Freeman (1985): The Emerging Field of Psychoneuroimmunology – with a special note on AIDS. In: *Advances: Journal of the Institute for the Advancement of Health*, 2 (1), 6-19.

Staub-Bernasconi, Silvia (2007): Soziale Arbeit: Dienstleistung oder Menschenrechtsprofession? Zum Selbstverständnis Sozialer Arbeit in Deutschland mit einem Seitenblick auf die internationale Diskussionslandschaft. In: Lob-Hüdepohl, Andreas/Lesch, Walter (Hg.): *Ethik Sozialer Arbeit – Ein Handbuch: Einführung in die Ethik der Sozialen Arbeit*. Paderborn: Ferdinand Schönigh GmbH & Co. KG, 20-54.

Staub-Bernasconi, Silvia (2008): Menschenrechte in ihrer Relevanz für die Soziale Arbeit als Theorie und Praxis. Oder: Was haben Menschenrechte überhaupt in der Sozialen Arbeit zu suchen? In: *WIDERSPRÜCHE. Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich*, 28. Jg. 2008 (Nr.1), 9-32.

Staub-Bernasconi, Silvia (2012): Soziale Arbeit und soziale Probleme. Eine disziplin- und professionsbezogene Bestimmung. In: Thole, Werner (Hg.): *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch*. 4. Aufl. Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH, 267-281.

Staub-Bernasconi, Silvia (2018a): *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Soziale Arbeit auf dem Weg zu kritischer Professionalität*. 2. Aufl. Opladen & Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Staub-Bernasconi, Silvia (2018b): Soziale Probleme – Themen einer systemtheoretisch begründeten Handlungswissenschaft. In: Graßhoff, Gunther/Renker, Anna/Schröer, Wolfgang (Hg.): *Soziale Arbeit. Eine elementare Einführung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH, 369-386.

United Nations (1994): Professional Training Series No. 1. Human Rights and Social Work. A Manual for Schools of Social Work and the Social Work Profession. Online unter: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/training1en.pdf> (Zugriff: 24.08.2020).

Vereinte Nationen (2020): Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. Online unter: <https://unric.org/de/allgemeine-erklaerung-menschenrechte/> (Zugriff: 24.08.2020).

Walther, Kerstin (2018): Krankheit ist niemals fair, doch Gesundheit ist ungerecht verteilt. In: Schäfer, Gerhard K./Montag, Barbara/Deterding, Joachim (Hg.): „Arme habt ihr immer bei

euch“. Armut und soziale Ausgrenzung wahrnehmen, reduzieren, überwinden. Unter Mitarbeit von Heike Moerland. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.

Weyers, Simone/Dragano, Nico/Möbus, Susanne/Beck, Eva-Maria (2008): Low socio-economic position is associated with poor social networks and social support: Results from the Heinz Nixdorf Recall Study. In: International Journal for Equity in Health, 7 (13), 1-13.

Wolter, Birgit (2017): Gesundheitsförderliche Quartiere für alte Menschen – Herausforderungen und Barrieren. In: Fabian, Carlo/Drilling, Matthias/Niermann, Oliver/Schnur, Olaf (Hg.): Quartier und Gesundheit. Impulse zu einem Querschnittsthema in Wissenschaft, Politik und Praxis. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 61-78.

World Health Organisation (2006): Constitution of the World Health Organisation. Online unter: [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf) (Zugriff: 24.08.2020).

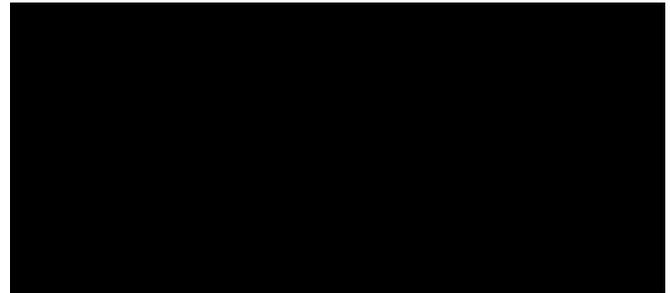
### Eidesstattliche Erklärung

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

■■■■■, 26.08.2020

---

Ort, Datum



---

Unterschrift