



Leseprobe aus Rademaker, Agency und Gesundheit in jugendlichen Lebenswelten,  
ISBN 978-3-7799-3678-7

© 2018 Beltz Juventa in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel  
[http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?  
isbn=978-3-7799-3678-7](http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-3678-7)

### 3 Agency und Gesundheit in jugendlichen Lebenswelten – Herausforderungen für die Soziale Arbeit

Gesundheit ist integraler Bestandteil des Lebensalltags junger Menschen. Sie wird im Alltag junger Menschen hergestellt und aufrechterhalten, ist Ausgang alltäglichen Wohlbefindens und nimmt Einfluss auf ihre Möglichkeiten, sich nach eigenen Vorstellungen zu verwirklichen. Vor diesem Hintergrund widmet sich das vorliegende Buch der Agency und Gesundheit in jugendlichen Lebenswelten und den sich daraus abzeichnenden Herausforderungen für die Soziale Arbeit. Im Zentrum steht dabei die Frage nach der Lebens- und Gesundheitswelt junger Menschen und wie die Kinder- und Jugendhilfe davon ausgehend die Gesundheit junger Menschen in ihrer Praxis fördern kann. Im Kern dessen steht gesundheitsbezogene Agency als die reale Handlungsmöglichkeit junger Menschen, in konkreten Alltagssituationen Gesundheit herzustellen und langfristig aufrechtzuerhalten.

Das sogenannte *Soziale* an der Gesundheit ist zentraler Bestandteil von Gesundheitsförderung, um „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO 1986). Dabei bezieht sich Gesundheitsförderung insbesondere auf die Förderung gesundheitsbezogener Lebensqualität durch die Stärkung von Gesundheitspotenzialen der Menschen unter Berücksichtigung der sozialen Determinanten von Gesundheit (Mielck 2005). Nach der Maxime gesundheitlicher Chancengleichheit soll Gesundheitsförderung bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustands verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen schaffen, damit Menschen befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotenzial zu entfalten (WHO 1986). Insbesondere die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten und Gemeinschaftsaktionen, die Förderung persönlicher Gesundheitskompetenzen sowie die Neuorientierung der Gesundheitsdienste, dienen diesem Ziel (ebenda). Gesundheitsförderung wird zur Querschnittsaufgabe einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, die weit über das Gesundheitswesen hinausgeht. Hierbei rückt sozial bedingte gesundheitsbezogene Chancengleichheit in das Interesse und damit der Handlungsspielraum Sozialer Arbeit und das *Soziale* an der Gesundheit aus Perspektive Sozialer Arbeit.

Für die Kinder- und Jugendhilfe von besonderer Relevanz sind der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts (RKI) (2007, 2013, 2015), der 13. Kinder- und Jugendbericht (KJB) (BMFSFJ 2009) sowie die

(inter)nationale Kinder- und Jugendgesundheitsberichterstattung der WHO (2011, 2014), die einheitlich darlegen, dass eine große Vielzahl gesundheitsbezogener Problemlagen Heranwachsender eng mit ihrer sozialen Herkunft zusammenhängen. Darüber hinaus verschiebt sich das Erkrankungspanorama von akuten Erkrankungen zu chronischen und psychosomatischen Auffälligkeiten. Eine Entwicklung, die langfristige Beeinträchtigungen der Gesundheit Heranwachsender nach sich zieht und sich auf alle Lebensbereiche junger Menschen auswirken kann. Als Empfehlungen für die Kinder- und Jugendhilfe konstatiert der 13. KJB eine stärkere Beteiligung an einer qualitativen Verbesserung der gesundheitlichen Chancen von Kindern und Jugendlichen, eine nachhaltig wirksame Beteiligung der Kinder- und Jugendhilfe an der Gesundheitsförderung, den Auf- und Ausbau verbindlicher Kooperationen und Netzwerke der Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitsversorgung und Eingliederungshilfe sowie konkrete Herausforderungen an die Politik, zu formulieren (BMFSFJ 2009). „Die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen muss ein Ziel fachlichen Handelns in der Kinder- und Jugendhilfe werden. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen darf nicht als Voraussetzung der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe verstanden werden; vielmehr muss die Frage im Mittelpunkt stehen, wie in dem jeweiligen Handlungsfeld, ggf. im Zusammenspiel mit anderen Akteuren, altersgerecht die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gefördert und gesundheitliche Belastungen vermieden werden können.“ (ebenda, 254) Als Herausforderung für die Soziale Arbeit zeichnet sich ab, junge Menschen zu mehr Selbstbestimmung und Autonomie über ihr Leben und ihre Gesundheit im Alltag zu befähigen, um möglichst allen Heranwachsenden Ressourcen zu ermöglichen, die zur Erreichung solch normativer Zielvorstellungen notwendig sind (ebenda, 247). Zur Bewältigung dieser Herausforderung baut die Kommission des 13. KJB ihre Argumentation sowie die Ableitung von 12 Leitlinien auf dem salutogenetischen Blick als konzeptionellen Rahmen für Gesundheitsförderung und Prävention auf und verfolgt damit, diese ressourcenorientierte Perspektive als Fachstandard in der Kinder- und Jugendhilfe zu konkretisieren (ebenda, 250).

Trotz dieser durchaus anschlussfähigen Perspektive scheint es in der Kinder- und Jugendhilfe noch nicht befriedigend zu gelingen, Gesundheit und damit auch Gesundheitsförderung als konstitutiven Bestandteil ihrer Praxis umzusetzen. Dabei wäre sie doch, nimmt man es genau, prädestiniert, die Gesundheit ihrer Adressat\_innen in ihrer Lebenswelt zu stärken. Sie setzt dort an, wo junge Menschen ihren Alltag verbringen, an ihren konkreten Handlungsvollzügen, und vermag es besonders gut, ihre Interventionen davon ausgehend zu planen. Sie arbeitet ressourcenorientiert mit dem Anliegen, die Handlungsoptionen ihrer Adressat\_innen zu erweitern und ihnen damit mehr Handlungsmacht zu ermöglichen und richtet ihren Blick dabei kritisch auf die ihren Adressat\_innen tatsächlich in ihrer Lebenswelt zur Verfügung stehenden Ver-

wirklichungschancen. Nur leider, so macht es den Anschein, bezieht sie Gesundheit noch zu wenig explizit in ihre Handlungspraxis mit ein. Natürlich ist Gesundheit beinahe immer auch Bestandteil der Arbeit in der Kinder- und Jugendhilfe, bleibt dabei aber oft implizit. Egal in welchem Handlungsfeld leiden sozial benachteiligte junge Menschen an diversen gesundheitlichen Einschränkungen, Problemen und Beschwerden. Hier geht es eher um den Blickwinkel auf ebendiese gesundheitliche Benachteiligung, der sich aus Perspektive der Sozialen Arbeit auf das *Soziale* an der Gesundheit, insbesondere an der *Agency* junger Menschen, ihren Möglichkeiten, Gesundheit im Alltag herzustellen und aufrechtzuerhalten, orientieren sollte. Damit geht der Blick Sozialer Arbeit über das medizinische Verständnis von Gesundheit (und ihrer sozialen Determinante) hinaus und fokussiert auf die in der Lebenswelt junger Menschen real zur Verfügung stehenden Chancen und Möglichkeiten sich gut und gesund zu verwirklichen. Damit eine so ausbuchstabierte Perspektive auf Gesundheit nicht Gefahr läuft zwischen den Disziplingrenzen und Zuständigkeiten des Sozial- und Gesundheitswesens zu *verwässern*, ist Eindeutigkeit in der Sozialen Arbeit klar geboten. Sie ist nicht nur Vernetzerin und Koordinatorin im Schnittfeld Medizin – Psychiatrie – Sozialarbeit, auch wenn diese Aufgabe sehr wichtig bleibt, sondern ihr liegen eigene gesundheitsbefähigende Potenziale inne, die sich insbesondere auf die Chancen und Grenzen der Herstellung und Aufrechterhaltung von Gesundheit im Alltag junger Menschen beziehen.

Die Lebenswelt der Menschen beeinflusst ihre Gesundheit und die Gesundheit ihre Chancen, sich in ihrer Lebenswelt gesund zu verwirklichen. Gesundheit ist in die alltägliche Lebenspraxis, soziokulturelle Praktiken und alle Lebensbereiche menschlichen Alltags verwoben. Wenn im 13. KJB davon gesprochen wird, dass Gesundheit keine Voraussetzung sein sollte, wird damit auf das Verständnis von Gesundheit abgehoben, das sich von dem einer, wie Kickbusch und Hartung konturieren, „Gesundheitsgesellschaft“ abhebt (Kickbusch 2006; Kickbusch/Hartung 2014). „Gesundheitsförderung“, darf sich nicht „auf persönlich verantwortete Aktivitäten mit einer sich gleichzeitig ausdifferenzierenden Kommerzialisierung“ zentrieren (Homfeldt 2014a, 4) und Gesundheit nicht als moralische Last verstanden werden. Dieses Verständnis ist weit vom gesundheitsförderlichen Anliegen der Sozialen Arbeit entfernt, fügt sich eher in die Denke eines aktivierenden Sozialstaates ein, der dann fördert, wenn sich der Einzelne fordern lässt (ebenda). Gesundheit wird so zur Pflicht und Gesunderhaltung der Verantwortung Einzelner zugeschrieben. Die Grenzen von gesunder Verwirklichung und dass diese Grenzen nicht alleine in individuellen Fähigkeiten und Kompetenzen zu finden sind, gerät dabei in Vergessenheit. Eine wesentliche Herausforderung für die Soziale Arbeit ist es, diesem aktivierenden „Gesundheitsdiktat“ (Homfeldt 2014a) entgegenzuhalten und Gesundheit als Produkt der Subjekt-Gesellschafts-Macht-Konfigurationen aufzugreifen. Ihre Perspektive auf die Agency und Gesundheit in jugendlichen Lebenswelten kann

wesentlich dazu beitragen die Gesundheitschancen junger Menschen zu stärken und sie zu mehr Gesundheit in ihrem Alltag zu ermächtigen. Für diese Praxis ist es wichtig, die realen Gesundheitschancen junger Menschen in ihrer Lebenswelt wahr- und ernst zu nehmen, sie als Konstrukteur\_innen ihrer Lebens- und Gesundheitswelt anzuerkennen und ausgehend ihrer Belange und Bedarfe, Mängellagen, Benachteiligungen und Diskriminierungen, ihre realen Handlungsoptionen dahingehend zu erweitern, sich gut und gesund zu verwirklichen.

## 4 Entwicklungslinien von Sozialer Arbeit und Gesundheit

Um den Zusammenhang von Sozialer Arbeit und Gesundheit besser zu verstehen, lohnt sich ein Blick in die Vergangenheit. Bei den heute verstärkten öffentlichen Diskursen um das *Soziale* in/an der Gesundheit handelt es sich um keinerlei innovative Wende, sondern eher ein Wiederaufgreifen vergangener Themenschwerpunkte Sozialer Arbeit: unter Aufgaben *früher* Sozialarbeit wurden Gesundheitsfürsorge und Hygieneerziehung noch unter genuine Handlungsfelder sozialer Interventionen subsumiert (Franzkowiak et al. 2011). 1928 verweist Alice Salomon in ihrer „Grundlegung für das Gesamtgebiet der Wohlfahrtspflege“ auf die Zusammenhänge von Gesundheit im Kontext menschlicher Lebensführung, die heute so aktuell wie damals zu sein scheinen:

„Aber es (die Wohlfahrtspflege) bezieht sich auf alle Seiten des menschlichen Daseins, auf alle menschlichen Bedürfnisse. (...) Sie soll nicht nur die materielle Lebenshaltung, sondern Gesundheit, geistiges und sittliches Leben unsern Kulturideen entsprechend erhöhen und vervollkommen. Sie hat es daher auch mit Erziehungs- und Bildungsaufgaben, gesundheitlicher Fürsorge und Förderung zu tun.“ (Salomon 1928, zit. nach Thole et al. 1998)

Gesundheit wird schon damals als wesentlicher Bestandteil menschlichen Daseins verstanden und völlig selbstverständlich auch auf die gesellschaftliche Wohlfahrtspflege bezogen. Diese umfasste die Absicherung individueller Lebensführung und des Erwerbslebens, bezieht sich auf die körperliche und geistige Gesundheit und die Selbstbehauptung gegenüber der Umwelt (ebenda). Diese *Grundlegung Sozialer Arbeit* ändert sich ab Beginn des 20. Jahrhunderts. Gesundheitsfürsorge zählte um 1900 zu einem wesentlichen Segment Sozialer Arbeit, das sich in Deutschland jedoch insbesondere im und nach dem zweiten Weltkrieg und der dort praktizierten Gesundheitsfürsorge, die bis hin zur Rassenhygiene führte, immer weiter dem Kerngeschäft Sozialer Arbeit entfernte (Franzkowiak et al. 2011; Homfeldt 2010b, 2010d, 2013). Das Soziale wird stärker im Sozial- und das Körperlich-Psychische im Gesundheitswesen bearbeitet. Aber noch immer ist die Förderung individuellen Wohlbefindens, im ganzheitlichen Verständnis einer individuell wertgeschätzten Lebensbalance, als Gegenstand ihrer Profession zu verzeichnen (Ziegler 2009). Vor dem Hintergrund verstärkter öffentlicher Diskurse sozial bedingter gesundheitsbezogener Chancenungleichheit und einer damit einhergehenden *neuen Morbidität* sozial Benachteiligter (Homfeldt 2010b), überwindet das Soziale in/an der Gesundheit

seit den 1980er Jahren wieder zunehmend sein Schattendasein (Homfeldt 2010d, 2013) und hält Einzug in den gesundheitswissenschaftlichen Diskurs.

## 4.1 Gesundheit im Wandel der Zeit

Mit Rückblick auf Fragmente der Geschichte von Gesundheit, zeigen sich im westlichen Diskurs immer wieder Dualität vom Sozialen und der Gesundheit. Insbesondere in den Arbeiten von Rene Descartes (\*1596) wird diese Differenzierung von Körper und Geist zugrunde gelegt. Descartes Philosophie war durchzogen von der konsequenten Idee zweier Substanzen, dem Geist als ein *unräumliches* und *unkörperliches* (intellektuelles) Denken und dem Körper als *durchsichtige* und *rationale* und damit *wahre* Erscheinungsform (Störig 2013). Die Arbeit von Descartes zieht eine folgenreiche Trennung nach sich – den Leib-Körper-Dualismus. Der Körperwelt wird Realität unterstellt und der menschliche Leib, in Abgrenzung zum Seelenleben, zu einer Maschine degradiert (ebenda). Folgenreich, da sich diese Denkweise weit verbreitet und zumindest in westlich-medizinisch geprägten Ländern noch bis heute ihre Nachwirkungen zeigt. Dem Objektivierbaren (Körperlichen) wird Wahrheit zugesprochen und dem Psychosozialen eher ein Randdasein, das erst in Verbindung mit dem Körperlichen existiert. Krankheit besteht, wenn ein dinglicher Stoff (*etwas*) *fehlt*, wenn das Körperliche unvollkommen, erkrankt oder mangelentwickelt ist und durch Hinzufügen eines anderen dinglichen Stoffes (*Medikament*) oder Veränderung der Organstruktur (*Operation*) wiederhergestellt werden muss (Schramme 2012). Ein Einfluss psychosozialer oder gar soziokultureller Determinanten auf die Gesundheit, wie sie sich im Lebensstil und der Lebenswelt abbilden, wird vernachlässigt. In der westlichen Medizin findet diese Annahme Bestätigung und entwickelt sich exponentiell, mit zunehmender Spezialisierung sowie expandierenden Möglichkeiten medizinischer Forschung über die menschliche Anatomie. Folglich können Symptome noch differenzierter an mikroskopischen Veränderungen der Organstruktur festgemacht werden und drängen Erklärungsversuche psychosozialer Einflussfaktoren auf die Gesundheit immer mehr an die Seite: Dualität reproduziert sich, sodass das Körperliche vornehmlich im somatisch orientierten Gesundheitssektor, das Soziale im Sozialwesen behandelt wird (Hafen 2013). Ersteres orientiert sich stärker an *messbaren* Erkenntnissen und wertet das Objektive gegenüber Einflüssen der sozialen Lebens- und Umwelt auf (ebenda). Im Sozialwesen hingegen, so scheint es, rücken Körper und Leib als soziale Realitäten eher aus dem Blick lebensweltorientierter Sozialer Arbeit (Homfeldt 2013).

Gesundheit aber ist und bleibt ein interpretativer Begriff, dessen Verständnis sich vor dem Hintergrund individueller, zeitlich-historischer und gesell-

schaftlicher Weltanschauung herausbildet. Je nach vorherrschender definitivischer Macht und Ideologie tendiert er in den vergangenen Jahrhunderten auf einem Kontinuum zwischen subjektiven und medizinisch-objektivierbaren Dimensionen (Trojan 1992). Während jüngste Bestimmungen sich an einem subjektiven Gleichgewicht von Körper, Geist und Seele orientierten, trugen der Fortschritt in Wissenschaft und Forschung der Vergangenheit zu einer Fokussierung objektivierbarer Kategorien von Gesundheit bei. Gesundheit kann heutzutage anhand messbarer Indikatoren auf mikrobiologischer Ebene bestimmt werden und eine Unterscheidung zwischen gesund und krank ist daher medizinisch-wissenschaftlich augenscheinlich exakt bestimmbar. Eine solche kategoriengeleitete Definition von Gesundheit und Krankheit verspricht nicht nur Wahrheit (wie Rene Descartes sie bereits 1600 propagiert), sondern auch Erklärung. Dieses Verständnis nimmt nicht nur in den wissenschaftlichen Diskurs, sondern gleichermaßen die subjektorientierten Alltagskonstruktionen (siehe hierzu Kapitel 7) weitreichenden Einfluss. Die Lebenswelt, in der sich Gesundheit herstellt, rückt in den Hintergrund. Gesundheit wird – in definitivischer Macht medizinischen Expertentums – im Laufe des Fortschritts zunehmend anhand eines Freiseins von organischen Beeinträchtigungen verstanden.

Erst wieder mit Einführung der WHO-Definition von Gesundheit beginnt eine somatische Wende, die der Lebenswelt und Lebenslage mehr Einfluss auf die Gesundheit zugesteht. Gesundheit wird nun als ein Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur dem Freisein von Krankheit und Gebrechen definiert (WHO 1948) und rückt die subjektive Ebene des *Sich-Befindens* wieder mehr in den Mittelpunkt – die subjektorientierte Relativität von Gesundheit wird betont. Wohlbefinden wird, betont die WHO-Definition es auch als ein dynamisches Zusammenspiel der drei Determinanten, als Zustand eines *völligen* körperlichen, geistigen und sozialen Freiseins von Beschwerden verstanden. Die WHO-Definition stößt damit an zwei wesentliche Grenzen: Einerseits spricht die Beschreibung von Gesundheit als ein *Zustand* gegen dynamische Auffassungen von Gesundheit, wie sie bspw. in der Salutogenese zu verstehen ist, und andererseits scheint eine Übereinkunft über Gesundheit als *völliges* Wohlbefinden als weitaus zu optimistisch (Waller 2006; Hafen 2007; Whiteback 2012). Es bleibt unumstritten, dass eine jede Person ein gewisses Mindestmaß an Gesundheit benötigt, um sich gesund zu fühlen. Es sollte aber auch unumstritten bleiben, dass ein Zustand völligen biopsychosozialen Wohlbefindens in der Realität wohl kaum zu erreichen ist (Callahan 2012). Es geht also vielmehr darum, „...über die psychophysiologische Befähigung zu verfügen, in unterschiedlichen Situationen angemessen handeln oder reagieren“ (Whiteback 2012, 205) und so immer wieder positiv Einfluss auf das individuelle Gleichgewicht von Gesundheit und Krankheit ausüben zu können. Gesundheit erklärt sich in hybrider Betrachtung einerseits durch eine wahrgenommene körperliche Dysfunktion und andererseits eine individuelle