



ANNEMARIE TREIBER

UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE ZUR GESUNDHEITS-
FÖRDERUNG SOZIAL BENACHTEILIGTER MENSCHEN

MACHT ARMUT KRANK?

Annemarie Treiber

Macht Armut krank?

**Unterstützungsangebote zur
Gesundheitsförderung sozial
benachteiligter Menschen**

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Impressum:

Copyright © Studylab 2021

Ein Imprint der GRIN Publishing GmbH, München

Druck und Bindung: Books on Demand GmbH, Norderstedt, Germany

Coverbild: GRIN Publishing GmbH | Freepik.com | Flaticon.com | ei8htz

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
2. Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen	7
2.1 Gesundheit und Krankheit.....	7
2.2 Soziale Determinanten von Gesundheit	13
3. Soziologische Handlungstheorien und deren Beiträge zur Erklärung von gesundheitsrelevantem Verhalten	15
3.1 Agency.....	15
3.2 Soziologische Handlungstheorien.....	16
3.3 Verknüpfung von Agency und Struktur	18
4. Soziale Lebenslagen und Gesundheit	21
4.1 Armut und soziale Ungleichheit.....	21
4.2 Zusammenhänge von Armut und Gesundheit	24
5. Die Notwendigkeit von Hilfsangeboten	32
6. Soziale Arbeit im Kontext von Armut und Gesundheit	38
6.1 Von der Gesundheitsfürsorge bis zur Gesundheitsförderung.....	38
6.2 Gesundheitsförderung.....	40
6.3 Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und die Soziale Arbeit	43
7. Gesundheitsfördernde und krankheitspräventive Unterstützungsangebote der Sozialen Arbeit	48
7.1 Frühe Hilfen: Begriffsbestimmung, Leitbild und Leitsätze.....	48
7.2 Das Netzwerk KiEZ	57
7.3 Die Teestube	64

8. Zusammenfassung	70
9. Ausblick	77
Abbildungsverzeichnis	78
Verzeichnis der Abkürzungen	79
Literaturverzeichnis	80

1. Einleitung

In Zeiten der Corona-Krise wird noch einmal offensichtlicher, wie viele Menschen von Armut betroffen sind und wie groß die Schere zwischen armen und reichen Menschen ist. Diese wird immer größer. So berichtete die Tagesschau über einen Beitrag der Brookings Institution, welchem nach aufgrund der Covid-19-Krise zahlreiche Haushalte in den USA von einer Nahrungsknappheit betroffen seien. Umfragen zufolge waren bis Ende April mehr als jeder fünfte Haushalt in den USA und zwei von fünf Haushalten mit Kindern unter 12 Jahren von Nahrungsknappheit betroffen. Nahrungsknappheit bedeutet in diesem Kontext, dass den Betroffenen ihre eingekaufte Nahrung nicht ausreichte und sie kein Geld hatten, um sich mehr Nahrung zu kaufen, beziehungsweise dass die Kinder in den Haushalten nicht genug aßen, da die Eltern sich nicht genügend Nahrung leisten konnten. Eine Umfrage, die sich an Mütter mit kleinen Kindern widmete, ergab, dass seit dem Ausbruch der Corona-Pandemie 40,9 Prozent der Mütter mit Kindern unter 12 Jahren von Ernährungsunsicherheit betroffen waren (vgl. Bauer 2020).

Auch in Deutschland hat die Covid-19-Pandemie erhebliche Folgen für die gesamte Wirtschaft und die Bevölkerung. Zahlreiche Menschen haben seit dem Beginn der Pandemie beispielsweise ihren Job verloren. Auch abseits der Corona-Pandemie lassen sich viele Hinweise auf eine Ungleichheit in den Lebensbedingungen der Menschen finden:

Trotz dessen, dass Deutschland zu den wohlhabendsten Ländern der Welt gehört und „über umfassende Systeme der sozialen Sicherung und der medizinischen Versorgung [verfügt]“ (Lampert 2016: 120), besteht zeitgleich eine starke Ungleichheit im Hinblick auf die Lebensbedingungen und die sozialen Teilhabechancen. Diese Ungleichheit hat in den vergangenen Jahren zugenommen: Hier ist unter anderem besonders auf die hohe und „in bestimmten Bevölkerungsgruppen steigende Armutsbetroffenheit, die fortschreitende Konzentration des Privatvermögens, die Zunahme überschuldeter Haushalte, die Ausweitung von prekären Beschäftigungsverhältnissen, den wachsenden Anteil älterer Menschen mit unzureichender Altersvorsorge, sowie den [...] stark ausgeprägten Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft und Bildungschancen“ zu verweisen (vgl. ebd.: 121). Doch Armut und soziale Ungleichheit bleiben nicht folgenlos. Wie beispielsweise die KiGGS-Studie belegt, gibt es Zusammenhänge zwischen Armut und der Gesundheit von Menschen. Armut soll krank machen. Dieser These soll in dieser theoretischen Literaturarbeit verschärft nachgegangen werden. Hierfür sollen Studien und bereits vorliegende Forschungserkenntnisse

herangezogen werden. Es werden also keine eigenen Daten erhoben. Hieran angeschlossen soll untersucht werden, inwiefern die Profession der (Gesundheitsbezogenen) Sozialen Arbeit durch Unterstützungsangebote zu einer Verbesserung dieser Umstände beitragen kann. Denn die Profession verfolgt nach ihrem Selbstverständnis das Ziel, soziale Benachteiligungen zu vermeiden und Menschen dazu zu befähigen und zu ermutigen, das Wohlergehen zu verbessern (vgl. DBSH 2016). Bei der Erforschung von Möglichkeiten der Unterstützung zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention bei von Armut betroffenen Menschen soll auf Angebote in der Landeshauptstadt Wiesbaden zurückgegriffen werden. Hieraus ergibt sich folgende Forschungsfrage für diese Arbeit:

„Inwiefern kann die Soziale Arbeit durch Unterstützungsangebote in Wiesbaden zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention bei von Armut betroffenen Menschen beitragen?“

Um diese zu beantworten, ist die Arbeit in zwei Teile gegliedert. Der erste Teil besteht aus Theorie und widmet sich unter anderem gesundheitswissenschaftlichen Grundlagen und Theorien, um zu erkennen, was Gesundheit ausmacht und wodurch sie beeinflusst wird. Auch sollen soziologische Handlungstheorien betrachtet werden, um nachvollziehen zu können, wie gesundheitsrelevantes Verhalten zustande kommt beziehungsweise beeinflusst wird und in Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken resultiert. Anschließend widmet sich die Arbeit den Zusammenhängen von sozialen Lebenslagen und Gesundheit sowie den Zusammenhängen von Armut und Gesundheit. Hierzu soll der aktuelle Forschungsstand hinzugezogen werden und durch Studien sowie die Sozialraumanalyse der Stadt Wiesbaden untermauert werden. In Anlehnung hieran sollen Gründe erforscht werden, warum Menschen in Armut geholfen werden soll. Hierfür soll auch das Selbstverständnis der Sozialen Arbeit hinzugezogen und anschließend die Rolle der Profession im Zusammenspiel mit Armut und Gesundheit untersucht werden. Anhand dieser Grundlagen folgt der zweite Teil dieser Arbeit, in dem drei gesundheitsfördernde und krankheitspräventive Angebote der (Gesundheitsbezogenen) Sozialen Arbeit in Wiesbaden vorgestellt und vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen Grundlagen aus dem ersten Teil dieser Arbeit und der Forschungsfrage analysiert werden. Anschließend werden weiterführende Fragen, die weiterer Erforschung bedürfen, benannt.

2. Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen

2.1 Gesundheit und Krankheit

Für die Begrifflichkeiten „Gesundheit“ und „Krankheit“ gibt es keine einheitlichen Definitionen. „Gesundheit“ und „Krankheit“ können sehr individuell ausgelegt und interpretiert werden – hierzu gibt es nicht nur in den Sozialwissenschaften, sondern auch in der Medizin Diskurse.

So äußert sich **Hucklenbroich** folgendermaßen:

„Trotz der Einheitlichkeit im Grundansatz der wissenschaftlichen Medizin („Schulmedizin“) hat sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts immer deutlicher herausgestellt, dass der *allgemeine* Begriff der Krankheit, im Sinne der *allgemeinen Unterscheidung zwischen Krankheit und Gesundheit*, fundamental ungeklärt und kontrovers ist. Dies betrifft Fragen der Art, ob es überhaupt einen allgemeinen Krankheitsbegriff – im Unterschied zu speziellen Krankheiten im Sinne von Krankheitseinheiten – gibt, ob und wie die Begriffe „Krankheit“ und „Gesundheit“ *definiert* oder anderweitig *eindeutig* charakterisiert werden können; welche Rolle bei der Charakterisierung dieser Begriffe Werte und Normen spielen; ob die Psychiatrie gegenüber der somatischen Medizin einen eigenen Krankheitsbegriff verwendet und/oder benötigt; und inwieweit ein allgemeiner Krankheitsbegriff soziokulturell invariant ist beziehungsweise nur kulturell relativ formuliert werden kann“ (2007: 77).

Franzkowiak, Homfeldt und Mühlum verstehen unter „Gesundheit“ und „Krankheit“ Begriffe, die sich auf biologische Grundlagen und menschliches Agieren beziehen. Ihrer Meinung nach sind Gesundheit und Krankheit Konstrukte der Gesellschaft, welche durch kulturelle Erwartungen in den Körper der Menschen kulturell integriert sind (vgl. 2011: 25).

Alfons **Labisch** unterstützt dies durch folgende Aussage:

„Die Normalität des Körpers geht unmerklich in eine Normativität, eine Wertbezogenheit des Körpers über. Im Begriff ‚Gesundheit‘ schlagen die Werte einer Gesellschaft gleichsam an der leiblich-körperlichen Oberfläche der Menschen in die innere Ordnung ihrer Leiblich-/Körperlichkeit um. Die jeweilige Deutung von Gesundheit vermittelt also zwischen den individuellen Körpern der Menschen und den gesellschaftlichen Anforderungen an ein bestimmtes Verhalten, soweit sich dieses in einem unendlichen, jeweils kulturell-zivilisatorisch erklärbaren Spektrum von Möglichkeiten auf biologische Grundlagen menschlichen Verhaltens beziehen lässt. Diese Verhaltenserwartungen werden in ihren Körpern gleichsam verdinglicht.“

Damit ist die Stelle markiert, an der sich gesellschaftliche Ordnung in die Ordnung des Leibes verwandelt. Ein „genuines“, sozusagen ´natürliches`, d.h. nicht durch Kultur vermitteltes Körpererleben gibt es nicht“ (1999: 481).

Indem menschliche Lebenserfahrungen und Lebensbereiche in den Fokus systematischer und medizinischer Erforschung und Verantwortung gerückt werden und hieraus eine umfassende Gesundheitsversorgung bis hin zum Lebensende resultiert, verschafft sich die Medizin ihre Deutungsmacht über den menschlichen Körper mit der Prophezeiung einer Lebensverlängerung. Andererseits nimmt die Medikalisierung des Lebens auch die Vorstellung über eine selbstverantwortliche Befugnis über den eigenen Körper. Hierbei wird die spirituelle Auslegung von Gesundheit jedoch vergessen. Diese findet ihren Ausdruck durch die Suche nach alternativen Heilmethoden sowie in Bemühungen zur Wiederaneignung des eigenen Körpergeschehens – mit dem Hintergrund, über die eigene Gesundheit und Krankheit stärker bestimmen zu können (vgl. Franzkowiak, Homfeldt, Mühlum 2011: 26).

Unter der spirituellen Betrachtungsweise von Gesundheit kann man sie nach Hawks et al folgendermaßen verstehen:

Gesundheit wird durch ein hohes Maß an Glauben, Hoffnung und Engagement in Bezug auf eine klar definierte Weltanschauung oder ein Glaubenssystem, das der eigenen Existenz Sinn und Zweck verleiht, bestimmt. Diese Erfüllung umfasst die Verbundenheit mit sich selbst, Anderen und einer höheren Macht oder größeren Gegebenheit¹ (vgl. Hawks et al 1995: 373).

Die pathogenetische Perspektive

Erklärungen, die auf einer pathogenetisch-medizinischen und/oder psychiatrischen Betrachtungsweise fußen, erklären Gesundheit durch die Abwesenheit von Krankheit und/oder Störungen. Historisch entspringt das Krankheitsverständnis der modernen Medizin aus einer mechanistischen Betrachtungsweise (vgl. Franzkowiak, Homfeldt, Mühlum a.a.O.: 61). J. Bengel, R. Schrittmatter und H. Willmann fassen dieses Krankheitsverständnis folgendermaßen zusammen:

¹ Deutsche Übersetzung nach A. Treiber