



Sinje Gehr

Kompendium Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit

 hogrefe

Kompendium Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit

Kompendium Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit

Sinje Gehr

Programmbereich Gesundheitsberufe

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Gesundheitsberufe

Sophie Karoline Brandt, Bern; Jutta Berding, Osnabrück; Sinje Gehr, Göttingen; Heike Kubat, Feldbach;
Christiane Mentrup, Zürich; Sascha Sommer, Bochum; Ursula Walkenhorst, Osnabrück; Claudia
Winkelmann, Berlin

Sinje Gehr

Kompendium Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit

Mit einem Vorwort von Klaus Hurrelmann

Unter wissenschaftlicher Mitarbeit von
Alice James

Mitarbeitende aus dem GEHR LAB

Catharina Himmelskamp
Annalena Hartmann
Vanessa Goltz

Prof. Dr. Sinje Gehr, Professorin für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, Lehre in den Studiengängen B.A. „Soziale Arbeit im Gesundheitswesen“ und M.A. „Gesundheit und Innovation in der Sozialen Arbeit“ am Gesundheitscampus Göttingen (HAWK & Universitätsmedizin Göttingen).

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

All rights, including for text and data mining (TDM), Artificial Intelligence (AI) training, and similar technologies, are reserved.

Alle Rechte, auch für Text- und Data-Mining (TDM), Training für künstliche Intelligenz (KI) und ähnliche Technologien, sind vorbehalten.

Verantwortliche Person in der EU: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Merkelstraße 3, 37085 Göttingen, info@hogrefe.de

Anregungen und Zuschriften bitte an den Hersteller:

Hogrefe AG
Lektorat Gesundheitsberufe
z. Hd. Barbara Müller
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel. +41 31 300 45 00
info@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat: Barbara Müller
Herstellung: Daniel Berger
Umschlagabbildung: Delmaine Donson, Getty Images
Umschlag: Hogrefe intern
Satz: Claudia Wild, Konstanz
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Schleunungdruck GmbH, Marktheidenfeld
Printed in Germany

1. Auflage 2026
© 2026 Hogrefe AG, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-96298-6)
(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-76298-2)
ISBN 978-3-456-86298-9
<https://doi.org/10.1024/86298-000>

Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Die Inhalte dürfen nicht zur Entwicklung, zum Training und/oder zur Anreicherung von KI-Systemen, insbesondere von generativen KI-Systemen, verwendet werden. Das Verbot gilt nicht, soweit eine gesetzliche Ausnahme vorliegt.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	15
Teil 1: Die Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit	17
1 Auftakt	19
1.1 Transformationen	19
1.2 Beitrag der Sozialen Arbeit	21
1.3 Vielfalt	23
2 Die sieben Kerndimensionen der Vielfalt	25
2.1 Kerndimension geistige und körperliche Fähigkeiten	25
2.2 Kerndimension Geschlecht	26
2.3 Kerndimension sexuelle Orientierung	27
2.4 Kerndimension Alter	28
2.5 Kerndimension soziale Herkunft	30
2.6 Kerndimension ethnische Zugehörigkeit und Nationalität	31
2.7 Kerndimension Religion und Weltanschauung	35
3 Soziale Spaltung – Kollision der Diversitätsdimensionen	36
3.1 Differenzierung und Diskriminierung	36
3.2 Intersektionalität	36
3.3 Othering	37
3.4 Brandbeschleuniger Globalisierung	37
4 Soziale und gesundheitliche Ungleichheit als Folgen der sozialen Spaltung ...	39
4.1 Soziale Ungleichheit	39
4.1.1 Verteilungs- und Chancenungleichheit	39
4.1.2 Kategorien sozialer Ungleichheit	40
4.2 Soziale = gesundheitliche Ungerechtigkeit?	42

5	Soziale Kohäsion – Kitt für den demokratischen Sozialstaat	45
5.1	Was bedeutet Gemeinschaft?	45
5.2	Soziale Kohäsion messen	46
5.3	Soziale Kohäsion als Outcome der Gesundheitsfördernden Sozialen Arbeit	49
6	Soziale Arbeit und Gesundheit	51
6.1	Die Historie einer traditionell Gesundheitsfördernden Sozialen Arbeit	52
6.2	Aktueller Diskurs	60
7	Gesundheit und der Sozios Krankheit	66
7.1	Laienkonzepte von Gesundheit	67
7.2	Definitionen von Gesundheit	68
7.2.1	Die erste Definition von Gesundheit der WHO (1948)	68
7.2.2	Das biopsychosoziale Modell (1977) und das Salutogenese-Modell (1979)	69
7.2.3	Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (1977)	70
7.2.4	Determinanten der Gesundheit (1991)	76
7.2.5	Das Positive Health-Konzept (2011)	78
8	Gerechte Gesundheit	97
8.1	Gleichberechtigung oder Gleichstellung?	97
8.2	Gesundheitliche Gerechtigkeit messen	98
8.3	Die WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH)	99
9	Gesundheitsförderung	100
9.1	Auftakt	100
9.2	Nudging	105
9.3	Health Literacy/Gesundheitskompetenz	105
9.4	Der Settingansatz	107
10	Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit	109
10.1	Definition Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit	110
10.2	Modell der Gesundheitsfördernden Sozialen Arbeit (MoGS)	110
10.3	Konklusion	112
	Literatur	114
Teil 2: Globale Metaebene Planetare Gesundheit		129
11	Auftakt	131
12	Die Welt aus einer ökologischen Perspektive	133
12.1	Planetare Grenzen	133
12.2	Globale Süßwasserressourcen	133

12.3	Landnutzung und Biodiversitätsverlust	135
12.4	Hitze und Dürre	136
12.5	Klimagerechtigkeit	137
12.6	Globale Gesundheitskonzepte	138
12.7	Green Social Work	140
13	Die Welt aus einer politischen Perspektive	142
13.1	Politik	142
13.2	Globale Gesundheitspolitik	143
13.3	Globalpolitische Verantwortung für Klimagerechtigkeit	147
13.4	Soziale Arbeit international	148
14	Die Welt aus einer ökonomischen Perspektive	150
14.1	Weltwirtschaft	150
14.2	Imperiale Lebensweise	151
14.3	Wohlstand messen	152
14.4	Die Grenzen des Wachstums	153
14.5	Alternative Ansätze zum Wirtschaftswachstum	154
15	Migration und Flucht	155
15.1	Kriege und bewaffnete Konflikte	155
15.2	Migration	157
15.3	Flucht	158
15.4	Interventionen der Gesundheitsfördernden Sozialen Arbeit	160
	Literatur	160

Teil 3: Nationale Makroebene Öffentliche Gesundheit 169

16	Auftakt	171
16.1	Demokratie	172
16.2	Öffentliche Gesundheit	173
16.3	Der Öffentliche Gesundheitsdienst	174
17	Soziale Sicherung	176
17.1	Sozialstaatlichkeit	176
17.2	Armut	177
17.3	Die sozialstaatlichen Prinzipien	179
17.3.1	Versicherungsleistungen	179
17.3.2	Versorgungsleistungen	181
17.3.3	Fürsorgeleistungen	182

17.4	Ein Schutzwall der sozialen Sicherung im Krankheitsfall	183
17.5	Das Gesundheitssystem	185
17.6	Versorgungsleistungen	186
17.6.1	Ambulante Leistungserbringung	186
17.6.2	Stationäre Leistungserbringung	188
17.7	Arzneimittelversorgung	189
18	Patient Journey durch die Gesundheitsversorgung	193
18.1	Auftakt	193
18.2	Patient Journey zur Gesundheitsförderung & Krankheitsprävention	194
18.3	Patient Journey zur Kuration	200
18.4	Soziale Arbeit im Krankenhaus	205
18.5	Patient Journey zur Rehabilitation	206
18.5.1	Ablauf einer Rehabilitation	207
18.5.2	Arten der Rehabilitation	208
18.5.3	Interventionen der Gesundheitsfördernden Sozialen Arbeit	210
18.6	Patient Journey zur Palliation	211
18.7	Patient Journey zu digitalen Touchpoints	217
	Literatur	220

Teil 4: Kommunale Mesoebene Gesunde Lebenswelten **231**

19	Auftakt	233
19.1	Kommunen als kleinste Verwaltungseinheiten	235
19.2	Regionale Wohlstands- und Armutsverteilung	236
19.3	Mobilität	236
20	Lebenswelt Quartier	239
20.1	Auftakt	239
20.2	Umweltstressoren im Quartier	240
20.3	Benachteiligte Quartiere	241
20.3.1	Entstehung und Sozialstruktur benachteiligter Quartiere	241
20.3.2	Konfliktherde im Quartier	242
20.4	Quartiersmanagement	243
20.5	Smarte Quartiere	245
20.6	Soziale Gruppe: Nachbarschaft	246
20.7	Dritter Ort	246
20.8	Quartierssozialarbeit	247

21	Lebenswelt Wohnraum	249
21.1	Auftakt: Leben hinter der Tür	249
21.2	Gesundheitsressource Wohnraum	250
21.3	Wohnen in Deutschland	250
21.4	Familie und Partnerschaft	253
22	Lebenswelt Wohnungslosigkeit	256
22.1	Auftakt: Leben neben der Tür	256
22.2	Stigmatisierung und Diskriminierung	257
22.3	Gesundheitsrisiken der Wohnungslosigkeit	258
22.4	Soziale Arbeit im Wohnungslosenhilfesystem	259
22.5	Wohnen ist ein Menschenrecht: Housing first	260
23	Lebenswelt Virtueller Raum	262
23.1	Bedeutung des virtuellen Raums	262
23.2	Social Media & Smartphones	263
24	Lebenswelt Bildungseinrichtung	269
24.1	Kindertagesstätten	269
24.2	Schulen	270
24.3	Berufsbildende Schulen	274
24.4	Hochschulen	274
25	Lebenswelt Arbeitsplatz	277
25.1	Arbeitsformen	277
25.2	Schöne neue Arbeitswelt	278
25.3	Arbeitsbelastungen	279
25.4	Betriebliches Gesundheitsmanagement	283
25.5	Betriebliche Soziale Arbeit	286
26	Lebenswelt Erwerbslosigkeit	287
26.1	Armut in Deutschland	287
26.2	Psychosoziale Gesundheit von Erwerbslosen	289
26.3	Körperliche Gesundheit von Menschen im Grundsicherungsbezug	290
26.4	Lieber arm als stigmatisiert?	290
26.5	Interventionen der Gesundheitsfördernden Sozialen Arbeit	291
27	Lebenswelt Stationäre Pflegeeinrichtung	292
27.1	Auftakt	292
27.2	Gesundheitsfördernde Pflegeeinrichtungen	293

27.3	Gewalt in der Pflege	293
27.4	Soziale Arbeit in stationären Pflegeeinrichtungen	294
	Literatur	295

Teil 5: Personale Mikroebene Individuelle Gesundheit	309
---	------------

28	Auftakt	311
29	Klinische Ethik	312
29.1	Fünf Prinzipien der Klinischen Ethik	313
29.2	Klinische Ethikgremien	316
29.3	Klinische Ethikberatung als Handlungsfeld Gesundheitsfördernder Sozialer Arbeit	316
30	Erbanlagen	318
30.1	Erbkrankheiten	319
30.2	Epigenetik	320
30.3	Ethik der Genetik	323
31	Alter	324
31.1	Alterungsprozesse	325
31.2	Gesundheitsförderung über die Lebensspanne	327
31.2.1	Jugendalter	328
31.2.2	Erwachsenenalter	330
31.3	Das hohe Alter	331
32	Geschlecht	334
32.1	„Doing Gender“ und „Undoing Gender“	334
32.2	Biologische und soziologische Faktoren	335
32.3	Gender Health Gap	336
32.4	Gender Pay Gap	338
32.5	Gewalt an intersexuellen Kindern	339
33	Die Interventionen der Gesundheitsfördernden Sozialen Arbeit	340
34	Schwangerschaft und Geburt	341
34.1	Auftakt	341
34.2	Schwangerschaftsvorsorge und Beratung	341
34.3	Frühgeburt	343
34.4	Schwangerschaftsabbruch	343
34.5	Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit bei Schwangerschaft und Geburt	344

35	Sozialpädiatrische Versorgung	346
35.1	Auftakt	346
35.2	New Epidemics	347
35.3	Das sozialpädiatrische Zentrum (SPZ)	348
35.4	Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit in der sozialpädiatrischen Versorgung	348
36	Behinderung	350
36.1	Auftakt	350
36.2	Kognitive Beeinträchtigungen	351
36.3	Kognitive Beeinträchtigung am Beispiel AD(H)S	352
36.4	Kognitive Beeinträchtigung am Beispiel Demenz	353
36.5	Modelle von Behinderung	353
36.6	Ableismus	354
36.7	Gesellschaftlicher Wandel im Umgang mit Behinderung	355
36.8	Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit für Menschen mit Behinderung	356
37	Suchterkrankungen	359
37.1	Auftakt	359
37.2	Geschichte der Suchthilfe	360
37.3	Komorbidität	360
37.4	Arbeitsfelder der professionellen Suchthilfe	361
37.5	Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit bei Suchterkrankungen	362
38	Orthopädische Erkrankungen	364
38.1	Auftakt	364
38.2	Orthopädische Erkrankungen am Beispiel Rückenschmerzen	364
38.3	Arbeitsbedingte Muskel-Skelett-Erkrankungen	365
38.4	Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit bei orthopädischen Erkrankungen	366
39	Chronische Erkrankungen	368
39.1	Auftakt	368
39.2	Chronische Erkrankungen am Beispiel der Multiplen Sklerose	368
39.3	Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit bei chronischen Erkrankungen	369
40	Kardiovaskuläre Erkrankungen	371
40.1	Auftakt	371
40.2	Risikofaktoren	371
40.3	Kardiologische Erkrankungen am Beispiel Koronare Herzkrankheit	372
40.4	Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit bei kardiovaskulären Erkrankungen	373

41	Onkologische Erkrankungen	375
41.1	Auftakt	375
41.2	Onkologische Erkrankungen am Beispiel Hautkrebs	375
41.3	Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit bei onkologischen Erkrankungen	376
42	Neurologische Erkrankungen	379
42.1	Auftakt	379
42.2	Neurologische Erkrankungen am Beispiel Schlaganfall	379
42.3	Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit bei neurologischen Erkrankungen	380
43	Psychische Erkrankungen	382
43.1	Auftakt	382
43.2	Psychische Erkrankungen am Beispiel Depression	382
43.3	Wie kam die soziale Perspektive in die Psychiatrie?	383
43.4	Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit im Sozialpsychiatrischen Dienst (SPDi)	385
44	Kritische Lebensereignisse	387
44.1	Auftakt	387
44.2	Drei Typen kritischer Lebensereignisse	387
44.3	Ungleich verteiltes Auftreten von kritischen Lebensereignissen	388
44.4	Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit bei kritischen Lebensereignissen	389
45	Unfallversorgung	391
45.1	Auftakt	391
45.2	Unfallversorgung am Beispiel Polytrauma	391
45.3	Gesetzliche Unfallversicherung	392
45.4	Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit in der Unfallversorgung	393
46	Geriatrische Erkrankungen	395
46.1	Auftakt	395
46.2	Akutgeriatrie	395
46.3	Geriatrische Erkrankungen am Beispiel Demenz	396
46.4	Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit bei geriatrischen Erkrankungen	396
47	Gesundheitsförderung in eigener Sache: Selbstfürsorge	398
47.1	Auftakt	398
47.2	Entwicklung der Selbstfürsorge	399
47.3	Selbstfürsorge am Beispiel Burnout	400
47.4	Verhältnis- und Verhaltensprävention in eigener Sache	401

48 Ausklang	404
Literatur	405
Anhang	421
Danksagung	423
Glossar	425
Autorin und Mitarbeitende	434
Sachwortverzeichnis	436

Vorwort

Mit dem *Kompendium Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit* legt Sinje Gehr ein Werk vor, das das Verständnis der Sozialen Arbeit im Kontext von Gesundheit nachhaltig erweitern wird. Der Hogrefe Verlag hat in den vergangenen Jahren sein Programm im Bereich der interdisziplinären und interprofessionellen Gesundheitsversorgung sukzessive ausgebaut. Neben den klassischen Gesundheitsberufen – Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie – sind Gesundheitswesen, Public Health und Gesundheitswissenschaften zu zentralen Säulen des Programms geworden. Die Aufnahme der Sozialen Arbeit in diesen Zusammenhang war daher nicht nur folgerichtig, sondern längst überfällig.

Der Band von Sinje Gehr schafft es, diese Perspektiven nicht nur nebeneinanderzustellen, sondern inhaltlich wie strukturell miteinander zu verbinden. In der Ausrichtung an Gesundheitsförderung, Prävention, Versorgung und Public Health zeigt sich die Soziale Arbeit als das, was sie schon immer war: eine Profession, die als zentrale Care-Disziplin wirkt – gleichberechtigt neben Pflege, Ergo- und Physiotherapie, aber mit einem dezidiert psychosozialen Fokus. Dass dieser Fokus im interdisziplinären pädagogischen Diskurs längst anerkannt ist, verdeutlichen viele bereits vorliegende Arbeiten. Das Kompendium stellt diese Diskussion nun auf eine systematische, gesundheitswissenschaftlich begründete Basis.

Besonders hervorzuheben ist, dass Sinje Gehr ihr Modell der Gesundheitsfördernden Sozialen Arbeit konsequent aus der Evidenz der Gesundheitswissenschaften heraus entwickelt. Damit schließt sie eine zentrale Lücke im

deutschsprachigen Diskurs: Sie zeigt, dass die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen nicht nur mitwirkt, sondern eine originäre gesundheitsfördernde Profession ist – in der Prävention, in der Rehabilitation, im Bildungs- und Sozialwesen sowie in allen Lebenswelten, in denen Gesundheit entsteht.

Diese Perspektive führt zurück zu der grundlegenden Frage: Was ist Gesundheit eigentlich?

Ich definiere Gesundheit als das Ergebnis eines permanenten Balance- und Entwicklungsprozesses, in dem Individuen versuchen, die inneren und äußeren Anforderungen ihres Lebens möglichst gut miteinander in Einklang zu bringen. Dieser Prozess ist eingebettet in soziale, gesellschaftliche und materielle Bedingungen – und er gelingt nur dann, wenn Menschen über ausreichende innerpsychische, soziale und materielle Ressourcen verfügen.

Damit eng verbunden ist mein Modell der Produktiven Realitätsverarbeitung. Es beschreibt, wie Menschen im Verlauf ihrer Sozialisation aktiv und gestaltend mit den Anforderungen ihrer Lebenswelt umgehen, Stress verarbeiten, Handlungsspielräume nutzen und Identität ausbilden. Gerade dieser produktive Umgang mit Realität ist durch Krisen, Stressoren und soziale Ungleichheiten gefährdet. Und genau hier setzt die Soziale Arbeit an.

Die großen sozialen Problemlagen, in denen Soziale Arbeit traditionell wirkt – Flucht, Kinderarmut, Obdachlosigkeit, Bildungsbenachteiligung – sind zugleich gravierende Gesundheitsrisiken. Fluchterfahrungen stehen in engem Zusammenhang mit Angst, Depression und Traumafolgestörungen; Armut erhöht nach-

weislich das Risiko psychischer Auffälligkeiten; Obdachlosigkeit führt über vielfältige Lebenserschwernisse zu chronischen Erkrankungen; Bildungsarmut geht mit geringerer Lebenszufriedenheit, riskanten Lebensstilen und reduzierter Lebenserwartung einher. Die Epidemiologie bestätigt, was Sozialarbeitende täglich erleben: Ungleichheit macht krank.

Gerade deshalb ist die Soziale Arbeit eine der zentralen gesundheitsfördernden Kräfte unserer Gesellschaft. Sie wirkt dort, wo die Gestaltung der individuellen Gesundheit tatsächlich stattfindet: in den Lebenswelten der Menschen. Sie stabilisiert das psychosoziale Fundament unserer Gesellschaft und leistet damit einen unverzichtbaren Beitrag zur sozialen Kohäsion – und letztlich zur Demokratie. Sie bleibt präsent, wo andere Systeme an Grenzen stoßen. Und ohne es immer ausdrücklich zu benennen, erzeugt sie Gesundheit als sekundären Outcome im Bildungs- und Sozialwesen und als primären Outcome im Gesundheitswesen.

Dass dieses Potenzial bisher kaum systematisch erfasst wurde, liegt an zwei Faktoren: an einem Gesundheitswesen, das lange Zeit pathogenetisch – also vor allem auf Krankheit und Behandlung – ausgerichtet war, und an einer unzureichenden Verankerung gesundheitsfördernder Kompetenzen in Studium, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit.

Das vorliegende Kompendium schließt diese Lücke. Es schafft eine gemeinsame Sprache für Soziale Arbeit und Gesundheitswissenschaften, ordnet die verschiedenen Teilbereiche – Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, Klinische Sozialarbeit, gesundheitsbezogene Soziale Arbeit im Bildungs- und Sozialwesen – in ein neues konzeptionelles Gerüst ein und macht sichtbar, welchen Beitrag die Profession für die planetare, gesellschaftliche und individuelle Gesundheit leistet. Damit eröffnet es einen Diskursraum, der über die bisherige Fachliteratur hinausgeht.

Der Band zeigt eindrücklich: Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit ist nicht ein Randbereich, sondern ein Fundament sozialer Gerechtigkeit, sozialer Teilhabe und demokratischer Stabilität. Sie ist eine Profession, die in einer Krisengesellschaft unverzichtbar geworden ist.

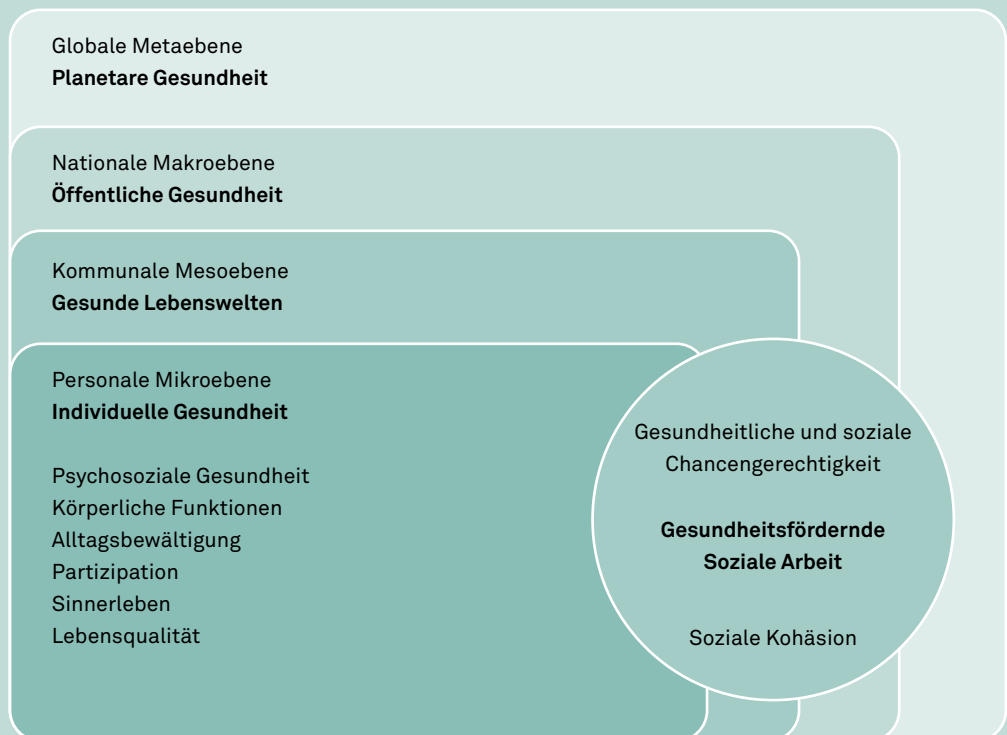
Ich wünsche diesem Buch viele Leserinnen und Leser – in Studium und Praxis, in Politik, Bildung, Gesundheit und Sozialwesen. Möge es den Blick dafür schärfen, welches enorme, bislang ungenutzte Potenzial in den mehr als 375.000 Sozialarbeitenden liegt, die in unserer Gesellschaft tagtäglich ganz praktische Beiträge zur Gesundheit leisten.

Prof. Dr. Klaus Hurrelmann, Berlin

Teil 1: Die Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit

The world is a never-ending cross-reference. (Cees Nooteboom)

Im ersten Teil des Kompendiums wird das Modell Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit hergeleitet. Wie entsteht soziale Spaltung und gibt es einen Kitt, um diese gesellschaftlichen Risse wieder zu heilen? Warum sind soziale und gesundheitliche Ungleichheit direkte Folgen? Und was ist das überhaupt: Gesundheit, und wie kann die Disziplin Soziale Arbeit diese fördern? Die Antworten dieser großen Fragen münden im Herzstück des Kompendiums: der Definition und dem Modell Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit (MoGS) im Kapitel 10.



1 Auftakt

Die Welt, die wir von unseren Vorfahren überreicht bekommen haben, hat sich verändert. Mehr noch: das Zusammenleben der Menschen wird durch die Metakrise der Moderne spürbar verschärft (Ratzenböck et al., 2023). Wenn gleich Krisen und Veränderungen kein Alleinstellungsmerkmal des 21. Jahrhunderts sind, so ist doch die Dynaxität, die kaum mehr zu überschauende Gemengelage aus Dynamik und Komplexität, völlig neu. Die von den Menschen verursachte Klimakrise, politische Radikalisierungen, Angriffskriege, Dürre und die Wasser- und Energieknappheit zwingen die Weltgemeinschaft zum Handeln. Gleichzeitig wird diese Polykrise von Megatrends wie der Globalisierung und Urbanisierung, der vierten und fünften industriellen Revolution, dem demografischen Wandel und der disruptiven Künstlichen Intelligenz (KI) überlagert. Vieles, was bisher als selbstverständlich und verlässlich galt, steht heute auf dem Prüfstand: Allianzen, Weltbilder, Machtpositionierungen, unsere eingeübten Arbeits- und Kommunikationsweisen.

Dem gegenüber steht das menschliche Bedürfnis nach Stabilität und sozialer Anerkennung. Durch die Verwandlung einer Welt, wie wir sie einmal kannten, hin zu einer ungewissen Zukunft, verlieren viele Menschen die Orientierung und fühlen sich machtlos, verunsichert, aber auch bedroht.

1.1 Transformationen

Die dynaxe Polykrise erfordert Transformationskompetenz, um kluge und agile Lösungen auf allen gesellschaftlichen Ebenen an allen Orten einer pluralistischen Welt zu entwickeln (Schnell, 2018).

Transformationskompetenz

Transformationskompetenz bedeutet, sich Veränderungen zu stellen, statt sie so lange wie möglich zu ignorieren. Sie geht mit einem Bewusstsein für Probleme als Voraussetzung für die Bearbeitung von Problemen einher (Becker et al., 2019). Transformationskompetenz beschreibt die Fähigkeit, große Umbrüche und Änderungen zu antizipieren und sich an diese nicht nur anpassen zu können, sondern Zukunft proaktiv mitzugestalten. In Anbetracht multipler, tiefgreifender Veränderungsprozesse ist es nicht nur für das eigene Kohärenzgefühl und die persönliche Integrität, sondern auch für Gesellschaften und Institutionen immens wichtig, Umbrüche nicht nur als Krisen, sondern stets auch als Chancen zu betrachten (Kramer & Dettmers, 2024).

Ein weiterer Aspekt von Transformationskompetenz ist die Fähigkeit der kreativen Zukunftsimagination, um aus dem Ist-Zustand einen wünschenswerten Soll-Zustand entwickeln zu können. Dieser Soll-Zustand kann nicht mit bekannten, bewährten Lösungen erreicht werden.

Zudem ist Perspektivenvielfalt ein relevanter Faktor transformativer Organisationen und Gesellschaften. Die Gesundheitsfördernde So-

ziale Arbeit kann hier ihre Advocacy nutzen, um die oftmals unberücksichtigten Sichtweisen von Adressat:innen mit an den Tisch zu bringen (Kramer & Dettmers, 2024).

Überforderte Menschen versuchen an vielen Orten dieser Welt, die „gute alte Zeit“, in der „die Welt noch in Ordnung war“ heraufzubeschwören und versprechen, Antworten auf die aktuellen Herausforderungen mit der Rückkehr zu altbekannten Strukturen mit vertrauten Lösungen zu finden. Warum nicht alles so machen wie früher, können wir uns nicht einfach wieder auf unser eigenes Wohl vor der eigenen Haustür konzentrieren? Dieser Lösungsansatz scheint in Zeiten gesellschaftlichen Umbruchs vertraut und handhabbar, er ist jedoch vor allem eins: realitätsfern und populistisch. Unterkomplexes Schwarz-Weiß-Denken negiert nicht nur die Herausforderungen und dabei gleichzeitig auch die vielfältigen Chancen des gesellschaftlichen Fortschritts, sondern verpackt rassistische, xenophobe, sexistische oder schlicht menschenverachtende, verfassungsfeindliche Narrative als einfache Lösungen für hochkomplexe Probleme, die in Wirklichkeit eine gemeinschaftliche, diplomatische Auseinandersetzung und besonnene Neuausrichtung unseres Denkens und Handelns erfordern (Deppisch, 2020).

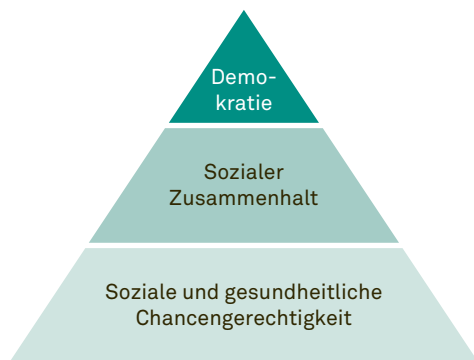


Abbildung 1: Soziale und gesundheitliche Chancengerechtigkeit als Fundament der Demokratie

Bereits 1998 führte Weidenfeld in „The Limits of Social Cohesion“ auf, dass der soziale Zusammenhalt von gesellschaftlichen Megatrends abhängt, vor allem aber begrenzt ist (Berger, 2018). Die aktuellen, komplexen Wandlungsprozesse bergen das Potenzial der sozialen Kippunkte, sie drohen also, die Gesellschaft langfristig sozial zu spalten. Wenn die Gesellschaft postfaktische Erklärungen wissenschaftlichen Erkenntnissen vorzieht, wird es nicht gelingen, intelligente Lösungen für die hochkomplexen gesellschaftlichen Herausforderungen der Zukunft zu entwickeln.

Damit dieser Zustand sich nicht manifestiert und uns handlungsunfähig für die Zukunft macht, braucht es einen sozialen Kitt, der die Gesellschaft zusammenhält und resistent gegen demokratiefeindliche Angriffe macht. Dieser, auch als sozialer Zusammenhalt oder soziale Kohäsion bezeichnete Zustand entsteht dann, wenn sich Gesellschaften auf gemeinsame Werte und Ziele einigen und es so gelingt, soziale Spaltungen gar nicht erst entstehen zu lassen oder diese wieder zu kitten. Sozialer Zusammenhalt fußt auf sozialen Beziehungen, Verbundenheit und Gemeinwohlorientierung – Merkmale, die sich gegenseitig bedingen und auf dem Fundament der sozialen und gesundheitlichen Chancengerechtigkeit stehen (**Abbildung 1**).

Unsere Staatsform der Demokratie steht maßgeblich für Meinungsfreiheit, freie Wahlen, Wissenschaftsfreiheit und politische Transparenz. Sie verlangt gleichberechtigte Partizipation an politischen, wirtschaftlichen und kulturellen Entscheidungen. Gleichzeitig basiert die Demokratie auf einem friedlichen Zusammenhalt und dem Prinzip der Menschenrechte bei relativem Wohlstand. Dies fördert die physische und psychische Gesundheit der Menschen (Global Psychology Alliance, 2024). Wer die Demokratie angreift, greift auch die Gesundheit der Menschen an.

Während sowohl das Gesundheits- als auch das Bildungs- und Sozialwesen Antworten auf die Auswirkungen der Polykrise suchen, stehen die Systeme gleichsam durch den demografi-

schen Wandel, den Anstieg psychischer Erkrankungen oder die wachsende soziale Ungleichheit vor enormen Herausforderungen. Ausgehend von den unzähligen Einflüssen auf alle gesellschaftlichen Bereiche wird deutlich, dass Antworten auf dynamische Transformationsprozesse nur interprofessionell gefunden werden können und es einer hohen Transformationskompetenz bedarf.

1.2 Beitrag der Sozialen Arbeit

Traditionell leistet die Soziale Arbeit einen relevanten Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung. Dieser Beitrag versteckt sich jedoch hinter Begriffen wie „Armut“, „soziale Ungleichheit“ oder „Bildungsungerechtigkeit“, sodass die gesundheitsfördernde Wirkung nicht auf den ersten Blick ersichtlich ist. Flucht, Kinderarmut, Obdachlosigkeit oder Bildungsarmut als klassische Einsatzgebiete der Sozialen Arbeit bergen eklatante Risiken für die Gesundheit. So stehen Fluchterfahrungen im direkten Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen wie Depression, Angst, Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und Psychosen (World Mental Health Report; World Health Organization (WHO), 2022). Von Armut betroffene Kinder haben im Vergleich zu Gleichaltrigen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, psychische Auffälligkeiten oder eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zu entwickeln (Kuntz et al., 2018). Obdachlosigkeit kann aufgrund von Witterung, Schlafproblemen, Ernährungsdefiziten, Gewalt, Angst und Stress zur Chronifizierung von Krankheiten führen. Wohnungslose Menschen haben ein erhöhtes Risiko für Atemwegs-, Verdauungs-, Herz-Kreislauf-, Haut- oder Zahnkrankheiten sowie psychische, Sucht- und Infektionskrankheiten (Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V., 2023). Bildungsarmut kann zu einer geringeren Lebenszufriedenheit, einem ungesunden Lebensstil und infolgedessen zu einer verringerten Lebenserwartung führen (Anger et al.,

2024) und stellt gleichzeitig eine Hauptursache für eine unzureichende Gesundheitskompetenz dar (Schaeffer et al., 2017). Kurz: Vulnerable Gruppen, die Klientel der Sozialen Arbeit, sind erheblichen Gesundheitsrisiken ausgesetzt.

Unsere Disziplin wirkt unmittelbar in den Lebenswelten der Menschen, in denen die individuelle Gesundheit gestaltet wird. Der Sozialen Arbeit ist die Gesundheitsförderung immanent. Durch ihr gesundheitsförderndes, systemrelevantes Einwirken auf die soziale und gesundheitliche Chancengerechtigkeit trägt die Soziale Arbeit entschieden zur sozialen Kohäsion bei und zementiert damit die Demokratie.

Die Soziale Arbeit engagiert sich seit jeher präventiv, indem sie soziale Problemlagen verhindert oder diese rehabilitativ gemeinsam mit Menschen in oftmals prekären Lebenslagen löst. Damit setzt sich die Soziale Arbeit für vulnerable Gruppen in Winkeln der Gesellschaft ein, für die viele andere Disziplinen blind bleiben. Wenn alle anderen schon weg sind, ist die Soziale Arbeit immer noch da. Und ohne sich dessen immer bewusst zu sein, stellt die Förderung der Gesundheit im Bildungs- und Sozialwesen ein sekundäres Outcome der Sozialen Arbeit dar. Gleichzeitig (**Abbildung 2**) zahlen die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und die Klinische Sozialarbeit direkt auf das primäre Outcome Gesundheit ein, indem sie eine Lotsenfunktion übernehmen und Menschen durch das Gesundheitssystem navigieren oder die soziale Teilhabe von erkrankten und behinderten Menschen fördern und verantworten (Dettmers, 2015).

Das soziale und gesundheitsfördernde Potenzial von knapp 375.000 Sozialarbeitenden, die vornehmlich im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen im direkten Kontakt mit Menschen in herausfordernden Lebenslagen tätig sind, wird bislang noch nicht hinreichend erkannt, geschweige denn gezielt erhoben. Das liegt einerseits an einem stark pathogenetisch, also auf die Entstehung und Behandlung von

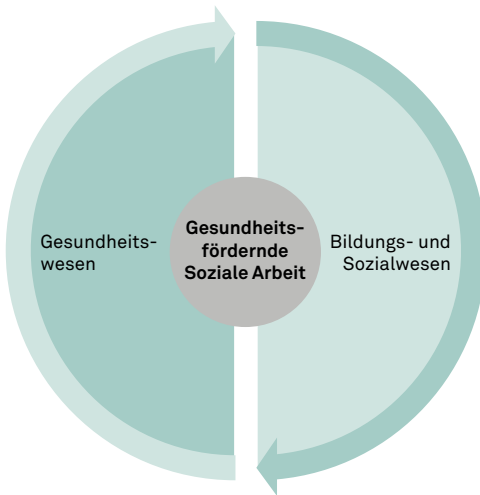


Abbildung 2: Handlungsfelder der Gesundheitsfördernden Sozialen Arbeit

Krankheiten ausgerichteten Gesundheitswesen. Andererseits fehlt es an Kenntnis zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention (Aner & Hammerschmidt, 2018). Die Disziplin Soziale Arbeit adressiert im Kontext des biopsychosozialen Modells insbesondere die psychosozialen Aspekte von Gesundheit und sichert ein stabiles, psychosoziales Gesellschaftsfundament als elementare Voraussetzung für eine funktionale Gesundheitsversorgung. Folglich kann sich Soziale Arbeit als Profession der Gesundheitsförderung verstehen und auch als solche wahrgenommen werden (Liel, 2019). In Studium, Praxis und Versorgungsforschung wird das gesundheitsfördernde Potenzial der Sozialen Arbeit jedoch nicht hinreichend thematisiert, weshalb in diesem Kompendium folgende Leitfragen beantwortet werden sollen: Was ist das eigentlich: Gesundheit? Und wie trägt die Soziale Arbeit zur Förderung der Gesundheit bei?

Die Antworten werden entlang des neuartigen Modells Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit (MoGS) aufbereitet (Abbildung 40), wobei durch die Einführung des Begriffs „Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit“ die Kluft zu den

Gesundheitswissenschaften geschlossen und der Beitrag der mutigen und demokratieschützenden Sozialen Arbeit von der planetaren bis zur individuellen Gesundheit des Menschen herausgearbeitet wird.

Das Modell öffnet zudem einen Diskussionsraum für die Einordnung der drei sich überschneidenden Teilgebiete innerhalb des Diskurses Sozialer Arbeit und Gesundheit:

- Soziale Arbeit im Gesundheitswesen,
- Klinische Sozialarbeit sowie
- Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit im Bildungs- und Sozialwesen.

Das Kompendium Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit zeigt die Rolle und Wirksamkeit der Sozialen Arbeit hin zu mehr gesundheitlicher und damit auch sozialer Chancengerechtigkeit als Fundament der sozialen Kohäsion und als demokratieförderndes Instrument auf. Gleichzeitig soll der Gesundheitsfördernden Sozialen Arbeit zu mehr Rückendeckung im interprofessionellen Schulterschluss verholfen werden. Das vorliegende Kompendium macht bestenfalls Lust auf die Auseinandersetzung mit der eigenen Disziplin aus einer gesundheitswissenschaftlichen Perspektive und ist Ausgangspunkt für tiefergehende Fragen und Recherchen.

Auf den folgenden Seiten wird aufgezeigt, dass sich Gesellschaften an den Dimensionen von Diversität sozial spalten können und entlang dieser Bruchkanten soziale und gesundheitliche Ungleichheit entsteht. An diesen Brüchen engagiert sich die Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit für soziale und gesundheitliche Chancengerechtigkeit. Eine gut verständliche Einführung in die Themen Gesundheit und Krankheit sowie deren Förderung und Prävention ebnet die Einführung des neuen Modells Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit. Anschließend wird der direkte und indirekte Beitrag der Sozialen Arbeit zur Förderung der Gesundheit von der Planetaren Gesundheit über den Demokratischen Sozialstaat und die Gesunden Le-

benswelten bis hin zur Individuellen Gesundheit des Menschen erläutert. Vor allem aber wird aufgezeigt, dass die mutige Soziale Arbeit traditionell einen relevanten Beitrag zur Gesundheitsförderung leistet und dieser eine Voraussetzung für den sozialen Zusammenhalt ist.

1.3 Vielfalt

Die Herausforderungen der Polykrise können nur aus vielfältigen Blickwinkeln gemeinsam verstanden und pluralistisch gelöst werden. Der Begriff „Diversität“ ist ein Synonym für Unterschiedlichkeit oder auch Vielfalt. Menschen unterscheiden sich nicht nur voneinander, sondern sie verändern sich auch im Laufe ihres Lebens (Liebers, 2023). „Je nach Kontext und Situation tritt die eine oder andere Dimension mehr in den Vordergrund“ (Chaabane, 2023, S. 21). Der Mensch ist komplex.

Erste Konzepte von Diversität wurden in den 1950er-Jahren in den USA im Zuge der Bürgerrechtsbewegung entwickelt, die zunächst in der gesetzlichen Anerkennung von Vielfalt durch den 1964 beschlossenen Civil Rights Act gipfelte. Daraufhin nahmen auch Organisationen die ökonomischen Vorteile eines Diversity-Konzepts wahr. In den 1970er-Jahren entwickelte das National Training Laboratories Institute for Applied Behavioral Science in Bethel die sieben Kerndimensionen von Diversität, welche heute auch als innere Dimensionen bezeichnet werden (SpringerPfleger, 2023). 1991 wurden diese von Marilyn Loden & Judy Rosener um äußere Diversitätsmerkmale erweitert und 1995 durch Lee Gardenswartz und Anita Rowe um die organisationale Dimension ergänzt (Abdul-Hussain & Hofmann, 2013).

Dieses Diversitätsmodell unterscheidet vier Ebenen der Diversität (**Abbildung 3**). Im Zentrum befindet sich die Persönlichkeit, die zwei-

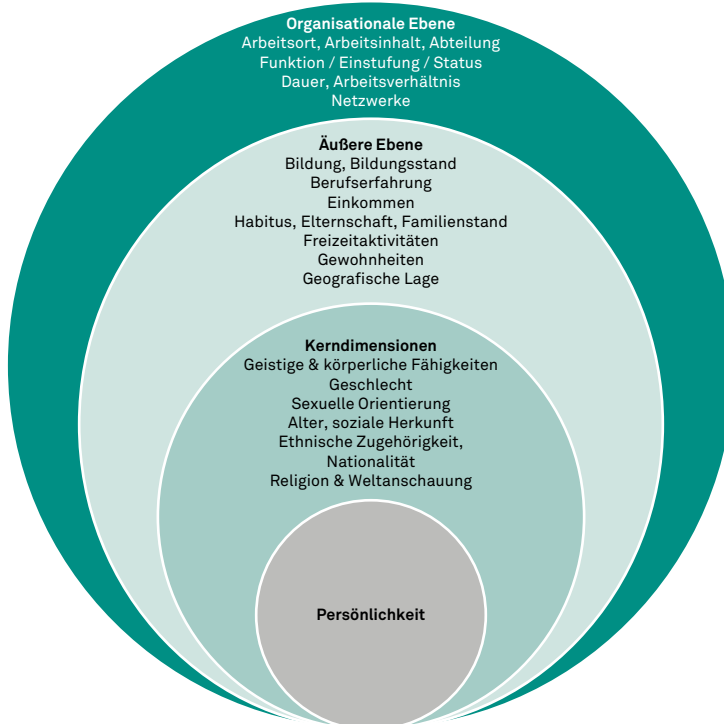


Abbildung 3: Ebenen der Diversität

te Ebene enthält Merkmale, die kaum bis gar nicht beeinflusst werden können wie beispielsweise das Alter oder die ethnische Herkunft. Die dritte Ebene beschreibt die äußere Ebene und umfasst veränderbare Eigenschaften, die Menschen stark charakterisieren wie beispiels-

weise die geografische Lage oder der Bildungsstand. Die vierte Ebene ist die organisationale Ebene, sie ist am stärksten veränderbar und beschreibt beispielsweise, welchen Status man beruflich inne hat (Franken, 2024).

2 Die sieben Kerndimensionen der Vielfalt

Menschen werden im Artikel 3 des Grundgesetzes explizit vor Diskriminierung geschützt, denn auch pluralistische Gesellschaften können entlang der sieben Merkmale der Kerndimensionen aufbrechen, und Menschen können kontextabhängige Diskriminierung (Strömel, 2024) aufgrund ihrer geistigen und körperlichen Fähigkeiten, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, des Alters, der sozialen Herkunft, der ethnischen Zugehörigkeit, Hautfarbe und Nationalität sowie Religion und Weltanschauung erfahren. Im Folgenden werden die sieben Kerndimensionen erläutert.

2.1 Kerndimension geistige und körperliche Fähigkeiten

Geistige und körperliche Fähigkeiten haben einen großen Einfluss darauf, wie wir von unseren Mitmenschen wahrgenommen werden und in welchem Maß wir an der Gesellschaft teilhaben können. Sehr viele Menschen in Deutschland sind des Lesens, Schreibens und Rechnens mächtig und in der Lage, körperliche oder geistige Tätigkeiten auszuführen, die zur Ausübung vieler Berufe, aber auch zur Verrichtung von Alltagsaktivitäten notwendig sind. Manche Menschen sind in einem Bereich leistungsstark und manche Menschen sind in einem anderen Bereich leistungsschwach. Einige Menschen können weder lesen noch schreiben oder haben Schwierigkeiten, sich allein selbst zu versorgen, vielleicht sind sie sogar auf dauerhafte Unterstützung angewiesen. Zwischen diesen Polen existiert ein Spektrum, auf dem sich die meisten

Menschen irgendwo in der Mitte befinden. Man spricht auch von der Normalverteilungskurve, die dazu führen kann, dass Menschen an den Enden dieser Kurve in der Gestaltung gesellschaftlicher Strukturen weniger wahrgenommen werden (Köbsell, 2022). Oftmals werden dabei Menschen vergessen, die nicht leistungsstark genug sind, um Strukturen nutzen zu können oder aufgrund ihrer Minderheit als unwichtig erachtet werden. Ein Grund dafür ist, dass die Hör- und Sichtbarkeit von Menschen mit Behinderungen in Deutschland noch sehr gering ist. Ein weiterer Grund ist, dass besonders schwerbehinderte Menschen mit starken kognitiven oder körperlichen Beeinträchtigungen institutionell bevormundet und ihrer Autonomie beraubt werden (Schallenkammer, 2016), wodurch sie es doppelt schwer haben, sich zu vernetzen und in öffentlichen Diskursen Gehör zu verschaffen. All dies sind Gründe, weshalb wir uns immer noch sehr schwer damit tun, Gesellschaftsstrukturen partizipativ zu entwickeln und behindertengerecht zu gestalten (Hirschberg & Köbsell, 2022).

Allen Menschen ist gemein, dass ihre Fähigkeiten kontextabhängig und im Laufe des Lebens variabel sind. Niemand ist ein Leben lang frei von Hilfsbedürftigkeit oder Behinderung (Mühlum & Gödecker-Geenen, 2003). Manche Personen sind besonders stark körperlich oder geistig eingeschränkt und benötigen somit Unterstützung, um ihren Lebensalltag zu bewältigen. Dies gilt für Neugeborene und Hochbetagte ebenso wie für Menschen mit kognitiven, psychischen oder körperlichen Handicaps; Menschen, die beispielsweise auf einen Roll-

stuhl, ein Hörgerät, Medikamente oder Betreuungspersonen angewiesen sind. Manche dieser Einschränkungen, wie starke körperliche Funktionseinschränkungen, sind für andere Personen sichtbar, andere, wie eine psychoaffektive Störung oder Lernbehinderungen, zunächst nicht. Je sichtbarer und stärker die Funktionseinschränkungen, desto offensiver können Menschen mit diesen Merkmalen stigmatisiert, ungerecht behandelt werden und sogar eine pauschale Unfähigkeitszuschreibung erhalten (Mühlum & Gödecker-Geenen, 2003; Wesselmann, 2022).

2.2 Kerndimension Geschlecht

Das Geschlecht ist ein relevantes Merkmal biopsychosozialer Identität (Abdul-Hussain & Hofmann, 2013). Mit dem Beginn der zweiten Frauenbewegung wurde in den 1960er-Jahren die Unterscheidung zwischen dem biologischen und dem sozialen Geschlecht eingeführt (**Abbildung 4**). Diese Entwicklung spiegelte die politische Diskussion wider, dass das soziale Geschlecht nicht von Geburt an festgelegt, sondern gesellschaftlich konstruiert und veränderbar ist. „Sex“ verkörpert hier die biologischen Geschlechtsmerkmale wie Geschlechtschromosomen, Hormone und die Entwicklung der Reproduktionsorgane (Manzei, 2018). Wenn das biologische Geschlecht nicht eindeutig

als männlich oder weiblich klassifiziert werden kann, spricht man von Intersexualität. Für die Diagnostik von Intersexualität sind umfangreiche Untersuchungen wie genetische Chromosomen- und Hormonanalysen notwendig (Regitz-Zagrosek, 2023).

„Gender“ umfasst hingegen die kulturell bedingten, sozialen Verhaltensweisen der Geschlechtsidentität, die Menschen über die Lebensspanne erlernen und die das biologische Geschlecht überlagern können (Manzei, 2018). Die Geschlechtsidentität spiegelt die individuelle Identifikation als weiblich, männlich, non-binär, agender oder anderweitig wider und kann sich über die Lebensspanne verändern. Die Art und Weise, wie Menschen Geschlecht verstehen und ausdrücken, hängt von gesellschaftlichen und persönlichen Normen, Erwartungen und Diskursen ab, die über die persönliche Sozialisation verinnerlicht werden (Regitz-Zagrosek, 2023).

Wenn Menschen sich nicht mit dem Geschlecht identifizieren können, das ihnen bei der Geburt aufgrund körperlicher Merkmale zugewiesen wurde, wird ihre innere Haltung als Geschlechtsinkongruenz, Transgender oder Genderdysphorie bezeichnet. Als *cis-geschlechtlich* werden Menschen bezeichnet, die sich mit ihrem von Geburt an zugeordneten Geschlecht identifizieren, als *transgeschlechtlich* all jene, die sich eben nicht mit dem Geschlecht identifizieren, das ihnen bei der Geburt zugewiesen

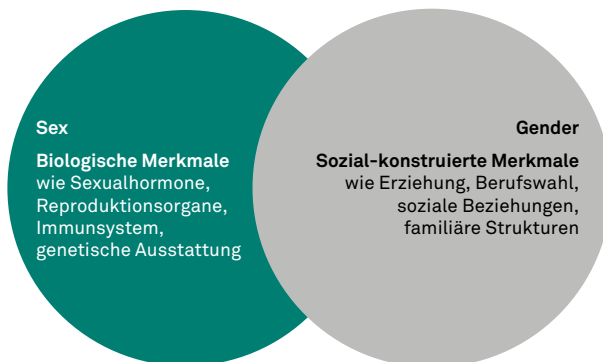


Abbildung 4:

Unterscheidung biologisches und soziales Geschlecht

wurde. Als *intergeschlechtlich* werden Menschen bezeichnet, deren biologische Körpermerkmale nicht eindeutig männlich oder weiblich sind und *nicht-binäre* Menschen fühlen sich manchmal eher dem männlichen und manchmal eher dem weiblichen Geschlecht zugehörig. *Agender*-Menschen fühlen sich keinem Geschlecht zugehörig (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2025). „Als Trans-Männer werden Personen mit ursprünglich weiblichem biologischem Geschlecht, die sich selbst als Männer empfinden, bezeichnet. Trans-Frauen sind Personen mit ursprünglich männlichem biologischem Geschlecht, die sich als Frauen fühlen“ (Regitz-Zagrosek, 2023, S. 10). Der Anteil inter- und transgeschlechtlicher Personen an der Gesamtbevölkerung wird auf 0,3–3 % geschätzt (Scobel, 2024; Thost, o.J.). Die Determinante Geschlecht ist folglich nicht so unveränderbar und starr wie lange angenommen.

Die Trennung zwischen biologischem und sozialem Geschlecht wird in gewisser Weise künstlich herbeigeführt, da Biologie und Verhalten einen wechselseitigen Einfluss aufeinander haben und miteinander verwoben sind (Oertelt-Prigione, 2023). Forschung und Gesellschaft verstehen erst langsam, dass das Geschlecht weniger als dichotomes Verhältnis, sondern als ein Spektrum anerkannt wird, auf dem die Geschlechtszuordnungen „männlich“ und „weiblich“ zwei gegensätzliche Pole darstellen können. Dazwischen gibt es unterschiedliche Geschlechtsausprägungen und -identitäten. Die geschlechtliche Prägung von Gehirn und Körper findet während der pränatalen Entwicklung zeitlich versetzt statt, und es konnten bereits signifikante Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Gehirnen festgestellt werden, bei denen transgeschlechtliche Menschen Positionen im Mittelfeld einnehmen (Scobel, 2024). Einige Studien verweisen sogar darauf, dass die Gehirne transgeschlechtlicher Personen eher dem Geschlecht entsprechen, mit dem sie sich identifizieren, als dem Geschlecht, auf das ihre äußeren körperlichen Merkmale zunächst schließen lassen

(Burke et al., 2014; Junger et al., 2014; Zhou et al., 1995). Es gibt aber auch Studien, die diesen Zusammenhang nicht bestätigen konnten (Guillamon et al., 2016; Hoekzema et al., 2015).

Auf der Metaebene ist die Feminisierung ein Megatrend, der die Ungleichheit zwischen den Geschlechtern durch sozial konstruierte geschlechtstypisierte Rollenbilder hinterfragt und deren Bedeutungsmacht erodieren lässt und auf der anderen Seite selbst ernannte „Modernisierungsverlierer“ laut werden lässt, die sich den Brandbeschleuniger Retraditionalisierung von Geschlechterrollen (Pelinka, 2022) wünschen und hier so einigen gesellschaftlichen Zuspruch erhalten.

2.3 Kerndimension sexuelle Orientierung

Wir unterscheiden uns nicht nur hinsichtlich unseres Geschlechts, sondern auch hinsichtlich unserer sexuellen Orientierung. Viele Menschen fühlen sich sexuell zum anderen Geschlecht hingezogen, sie bezeichnen sich als heterosexuell (ONS, 2023; Scharmanski et al., 2022). Dies entsprach bisher der gesellschaftlichen, kulturellen Norm, man spricht von „Heteronormativität“. Andere sexuelle Orientierungen sind die *Homosexualität*, wenn Menschen das gleiche Geschlecht lieben, *Bisexualität* (Menschen fühlen sich sowohl zu Männern als auch zu Frauen hingezogen), *Pansexualität* (das Geschlecht ist für die sexuelle Anziehung irrelevant, auch intergeschlechtliche Personen werden begehrt) und die *Asexualität* (Menschen, die kein Bedürfnis nach sexueller Interaktion verspüren) (BZgA, 2025).

Rund die Hälfte aller Schwulen und Lesben in Deutschland verheimlichen am Arbeitsplatz oder in anderen sozialen Kontexten ihre sexuelle Orientierung. Dies tun sie aus nachvollziehbaren Gründen, denn in einer Umfrage unter homosexuellen Menschen gaben knapp 80 % der Befragten an, schon einmal aufgrund ihrer sexuellen Orientierung diskriminiert wor-

den zu sein. Ein Viertel davon gab an, viele und 10 % sogar sehr viele Diskriminierungserfahrungen gemacht zu haben (Frohn, 2007). Hier gibt es große Schnittmengen mit der Inter- und Transgender-Community, die sich ebenfalls mit starker Diskriminierung im Alltag konfrontiert sieht. Der § 175 StGB, der Homosexualität unter Männern verbot, wurde zwar bereits in den Jahren 1969 und 1973 schrittweise entschärft, indem einvernehmliche Sexualität unter Männern straffrei wurde. Der Paragraph wurde jedoch erst im Jahr 1994 vollständig aufgehoben. Gesellschaftlich sind die Auswirkungen bis heute spürbar. Erst im Jahr 2017 wurde die gleichgeschlechtliche Ehe in Deutschland eingeführt. Menschen, die nicht der Heteronormativität entsprechen, werden heute noch auf dem Arbeitsmarkt oder im medizinischen Kontext benachteiligt und sind häufig Opfer von Gewalt (Scobel, 2024).

Die sexuelle Orientierung ist neben dem Geschlecht ein sehr wichtiger Teil der Persönlichkeit. Die gesellschaftliche Akzeptanz für die LGBTQ (Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transgender- und Queer)-Community in Deutschland steigt jedoch laut des sozioökonomischen Panels an. Während 2005 nur 56 % der Befragten angaben, dass homosexuelle Paare die gleichen Rechte haben sollten wie heterosexuelle, waren es im Jahr 2021 bereits 79 % der Befragten (Sozialbericht, 2024).

Wenn Menschen trotzdem immer noch – oder immer wieder – ihre Sexualität verbergen müssen, um alltäglichen Diskriminierungen vorzubeugen, bedeutet das für sie eine hohe psychosoziale Belastung, der heterosexuelle Menschen nicht ausgesetzt sind, da sie der gesellschaftlichen Norm entsprechen und sich dafür nie rechtfertigen oder positionieren müssen. Queere Jugendliche und junge Erwachsene nehmen deutlich häufiger psychosoziale Hilfe in Anspruch als cis-heterosexuelle Gleichaltrige, sodass von einem zusätzlichen Gesundheitsrisiko dieser Gruppen ausgegangen werden kann (Sozialbericht, 2024). Das bestätigen auch Daten aus dem sozioökonomischen Pa-

nel, nachdem queere Menschen signifikant häufiger psychischen Stress erleben als heterosexuelle Personen (Kroh et al., 2017). Gesundheitsfördernde Sozialarbeitende sind Allies (Bündnispartner:innen) für alle Menschen aus der LGBTQ-Community und schaffen Safe Spaces in den Lebenswelten.

Neben der Geschlechterlohnücke, dem sogenannten Gender Pay Gap, gibt es auch einen „Sexuality Pay Gap“, der insbesondere homo- und bisexuelle Männer betrifft. Während heterosexuelle Männer durchschnittlich 18,14 EUR pro Stunde verdienen, sind es bei homosexuellen Männern nur 16 EUR. Im Durchschnitt verdienen homosexuelle Frauen hingegen 16,44 EUR pro Stunde, während heterosexuelle Frauen mit nur 14,40 EUR den geringsten durchschnittlichen Stundenlohn erhalten. Diese Daten decken sich mit internationalen Studien (Kroh et al., 2017). Homosexuelle haben oftmals aufgrund biografischer Ereignisse, wie dem inneren und äußeren Coming-out, auch soziale und selbstreflexive Kompetenzen erworben, von denen ihr soziales Umfeld und potenzielle Arbeitgeber:innen sowie Kolleg:innen ebenfalls profitieren können. Führungskräfte und HR-Manager:innen sollten diese Potenziale begreifen und sich mit der LGBTQ-Community solidarisieren (Frohn, 2007).

2.4 Kerndimension Alter

Aufgrund des demografischen Wandels werden die Menschen in Deutschland immer älter. Die durchschnittliche Lebenserwartung betrug Ende des 19. Jahrhunderts bei der Geburt noch unter 40 Jahre, konkret 35,6 bei Männern und 38,5 bei Frauen. Im Jahr 2022/24 beträgt sie bei Jungen 78,5 und bei Mädchen 83,2 Jahre – die Lebenserwartung hat sich mehr als verdoppelt. Dieser Gewinn an Lebensjahren ist hauptsächlich auf die geringere Säuglingssterblichkeit und die bessere Gesundheitsversorgung zurückzuführen (Fuchs et al., 2022, Statistisches Bundesamt (Destatis), o. J.).

Im Vergleich zum vorindustriellen Zeitalter hat sich die Dauer des Erwachsenenlebens also deutlich verlängert. Daraus folgt, dass die soziale Sicherung nach Ende der Erwerbstätigkeit zu immer höheren gesamtgesellschaftlichen Kosten führt, denn mit der steigenden Lebenserwartung steigt auch die Pflegebedürftigkeit. Aktuell sind etwa 5,7 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig (Destatis, 2024), dies entspricht einem Anteil von knapp 6 % der Gesamtbevölkerung. Bis zum Jahr 2055 wird die Zahl der Pflegebedürftigen voraussichtlich auf 6,8 Millionen ansteigen. Dies wird auf die prognostizierte Zunahme der über 80-Jährigen zurückgeführt. Als Reaktion auf diese Entwicklungen wurde bereits 1995 die Pflegeversicherung eingeführt (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2017), welche jedoch schon seit Jahren nicht mehr ausreicht, um den stetig steigenden Bedarf finanziell zu decken (Greß & Jesberger, 2022). Hochrechnungen zufolge belaufen sich die gesamtgesellschaftlichen Kosten allein für die Pflege und Versorgung von Menschen mit Demenz auf rund 73 Milliarden EUR pro Jahr, während die direkten Krankheitskosten rund 34 Milliarden EUR betragen. Da Menschen in fortgeschrittenen Stadien der Demenz engmaschiger Betreuung bedürfen, sind die indirekten Kosten vor allem auf Einnahmeausfälle pflegender An- und Zugehöriger zurückzuführen. Somit zählen Demenzen zu den teuersten Krankheiten für das deutsche Gesundheitssystem (Georges et al., 2023).

Zieht man die Lebenserwartung als Indikator für die Gesundheit heran, zeigt sich ein sozialer Gradient (Kooperationsverbund gesundheitsziele.de, 2012), den man auch den Datenanalysen des sozioökonomischen Panels (SOEP) entnehmen kann. Dieser soziale Gradient zeigt das Verhältnis zwischen Schicht und Mortalität sowie Morbidität auf und wirft ein trübes Licht auf die soziale Chancengerechtigkeit. Die Aussichten, gesund alt zu werden, sind in der Gesellschaft keineswegs gleich verteilt (Kooperationsverbund gesundheitsziele.de, 2012), und sie hängen vor allem davon ab,

Der demografische Wandel

Der demografische Wandel beschreibt eine Entwicklung der Bevölkerung in Bezug auf die Altersstruktur, die Entwicklung der Lebenserwartung und Migration sowie die Zuzüge und Fortzüge (Gans, 2018). In Deutschland ist festzustellen, dass die Geburtenrate bereits seit 1970 niedriger ist als die Sterberate, weshalb sich die Bevölkerungszahl ohne Zuwanderung verringern würde (Bujard, 2022). Durch die Migration kann diese Entwicklung verzögert, aber nicht vollständig ausgeglichen werden (Friedrich Ebert Stiftung, 2017). Hinzu kommt eine steigende Lebenserwartung der Bevölkerung, was in Kombination mit der zurückgehenden Geburtenrate zu einem steigenden Altersdurchschnitt der Bevölkerung führt. Diese Entwicklungen bedeuten große Herausforderungen und neue Aufgaben für den Staat, die Gesellschaft und die Bürger:innen, beispielsweise bei der Rente.

Der demografische Wandel geht mit einem steigenden Kostendruck auf die Kranken- und Pflegeversicherung und einer längeren Lebensarbeitszeit einher. Für die Arbeitswelt bedeutet dies, dass eine Anpassung an die sich verändernden Bedürfnisse der Mitarbeitenden, wie beispielsweise altengerechte Arbeitsbedingungen und Maßnahmen zur altersgerechten Arbeitszeitflexibilisierung geschaffen werden (Bujard, 2022). Die „alternde Bevölkerung“ fordert den stillen Generationenvertrag, nämlich das Renten-, Gesundheits- und Sozialsystem heraus, da immer weniger Erwerbstätige für immer mehr ältere oder erkrankte Menschen aufkommen müssen (Bundesagentur für Arbeit (BfA), 2025). Ländliche Gebiete sind durch eine verstärkte Abwanderung junger Menschen stärker von diesen Entwicklungen der Überalterung betroffen (Gans, 2018). Der demografische Wandel erfordert eine vorausschauende Politik in den Bereichen Arbeitsmarkt, Bildung, Gesundheit und Stadtentwicklung, um künftige Herausforderungen bewältigen zu können (Gans, 2018).

wo wir geboren werden und unter welchen sozioökonomischen Bedingungen wir aufwachsen. Dieser soziale Gradient äußert sich beispielsweise darin, dass Männer aus der niedrigsten Einkommensgruppe durchschnittlich 8,6 Jahre und Frauen 4,4 Jahre kürzer leben als Menschen aus der höchsten Einkommensgruppe (Lampert et al., 2019).

2.5 Kerndimension soziale Herkunft

Die soziale Herkunft beschreibt, in welchem Sozialmilieu Menschen aufwachsen und sozialisiert werden. In der epidemiologischen Sozialforschung wird der sozioökonomische Status (SES) häufig herangezogen, um die soziale Schicht zu beschreiben (Lampert et al., 2013). Dabei handelt es sich um einen Index, der sich aus den vertikalen Variablen Bildung, Beruf und Einkommen errechnet (**Abbildung 5**). Diese vertikalen Merkmale unterscheiden sich von den horizontalen Merkmalen Geschlecht, Alter oder Staatsangehörigkeit insofern, dass sie hierarchisiert werden können (Vonneilich et al., 2022). Die soziale Herkunft übt einen bedeutenden Einfluss auf die Bildungs- und Berufschancen aus. Je höher der Bildungsabschluss, der berufliche Status und das Einkommen, desto höher ist in der Regel auch der sozioökonomische Status. Dieses Schubladendenken wird in der Gesellschaft kontinuierlich reproduziert und auch vererbt (Franken, 2024). Wenn die Eltern eine niedrige Bildung haben, ist die Wahrscheinlichkeit sehr gering, dass ihre Nachkommen einen höheren Bildungsabschluss erwerben und „sozial aufsteigen“ werden. Während 54 % der Kinder hochgebildeter Eltern die Fachhochschulreife erlangen, ist dies nur bei 17 % der Kinder niedriggebildeter Eltern der Fall.

Gleichzeitig bleiben 17 % der Kinder niedriggebildeter und lediglich 1 % der Kinder hochgebildeter Eltern gänzlich ohne Ausbildung (Kleinert et al., 2023). Wenn ein sogenanntes

„Arbeiterkind“ studiert, also mithilfe von Bildung in der sozialen Hierarchie aufsteigt, spricht man von vertikaler sozialer Mobilität (Gamper & Kupfer, 2024).

Schon im Schulsystem beginnt die Diskriminierung von Kindern und Jugendlichen anhand von Unterschieden der sozialen Klasse. Mit Schulnoten werden nicht nur Leistung und Fleiß, sondern auch die Allgemeinbildung, die Ausdrucksweise, der Habitus gemessen – Aspekte, die explizit nicht Teil des Schulplans sind (Franken, 2024). Nach dem französischen Soziologen Pierre Félix Bourdieu handelt es sich um ein „kulturelles Privileg“, das die Oberschicht genießt und mit der impliziten Abwertung von Habitus, Sprache und Lebensstil der Unterschicht einhergeht. Diese Art der Diskriminierung entlang sozialer Klassen nennt man Klassismus (Gamper & Kupfer, 2024). Gesundheitsbezogene Klassenunterschiede konnten auch während der Covid-19-Pandemie aufgezeigt werden: Beengte Wohnverhältnisse begünstigten eine schnellere Krankheitsübertragung – und dies betraf vorrangig Menschen mit geringerem Einkommen (Sprung, 2023).

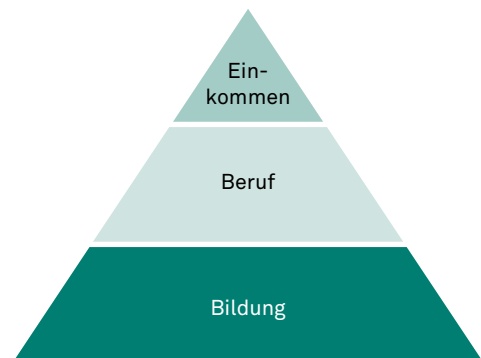


Abbildung 5: Vertikale Variablen des sozioökonomischen Status (SES)