



Inhalt

Einleitung..... 9

Grundsätze von bio-psycho-sozialer Forschung

Hans Günther Homfeldt

Forschungsfacetten einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit
Orientierungspunkte – Einblicke – Aufgaben..... 15

Martin Hafen

Soziale Arbeit und Gesundheit – Chancen und Herausforderungen
an der Schnittstelle zweier Funktionssysteme 35

Silke B. Gahleitner

Forschung „bio-psycho-sozial“: Bestandsaufnahme und Perspektiven
aus Sicht der Sozialen Arbeit..... 49

Ressourcen und Potentiale zur Förderung von Gesundheit

Catherine Kaiser-Hylla

Kunst und Resilienz bei traumatisierten Kindern:
Ein Forschungsprojekt 67

Albert Lenz und Anna Lena Rademaker

Förderung psychischer Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen –
eine Aufgabe der Jugendhilfe 79

*Hildegard Müller-Kohlenberg, Sibylle Drexler, Christine Freitag,
Sarah Rölker*

Gesundheit als Merkmal ganzheitlicher Persönlichkeitsförderung
im Mentorenprojekt *Balu und Du* 97

Katrin Liel

Menschen in Langzeitarbeitslosigkeit
zu einem gesunden Lebensstil motivieren 115

Organisation, Personal und Netzwerke - Gesundheitsfördernd denken

<i>Armin Schneider</i> Gesunde und nachhaltige Organisationen.....	129
<i>Michael Böwer</i> Kinderschutzorganisationen und Zuverlässigkeit. Befunde und Anschlüsse empirischer Forschung im Kinderschutz.....	143
<i>Daniela Molnar</i> Gesundheit in der Sozialen Arbeit Arbeitsbelastungen in Kontaktläden	157
<i>Eva Brockmann</i> Durch Vernetzung Türen öffnen – Die Ausgestaltung der Kooperation in der Unterstützung der Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil.....	173

Gesundheitsförderung an der Schnittstelle von Medizin und Sozialer Arbeit

<i>Stefan Dettmers</i> Sozialarbeitsforschung mit SchlaganfallpatientInnen und ihren Angehörigen: Work in Progress	187
<i>Anne Taubert, Jürgen Walter, Dirk Jäger und Dominik Ose</i> Koordination psychosozialer Beratungsangebote in der onkologischen Versorgung Entwicklungsstand und Perspektiven.....	199
<i>Irmgard Vogt</i> Doing gender: Selbstdarstellung von süchtigen Männern und Frauen in qualitativen Interviews.....	209
Verzeichnis der AutorInnen.....	219

Martin Hafen

Soziale Arbeit und Gesundheit – Chancen und Herausforderungen an der Schnittstelle zweier Funktionssysteme

Einleitung

Der Bezug von Sozialer Arbeit und Gesundheit ist vielschichtig. Auf der einen Seite hat es die Soziale Arbeit mit Menschen zu tun, die mehr oder weniger gesund sind und deren Gesundheitszustand die Möglichkeiten und Grenzen der Sozialen Arbeit beeinflussen kann – insbesondere wenn gravierende Gesundheitsprobleme vorliegen. Weiter können solche Gesundheitsprobleme zu sozialen Notlagen führen, die Unterstützung durch Sozialarbeit bedingen. Schliesslich beeinflusst die soziale Lage den Gesundheitszustand eines Menschen in vielfacher Hinsicht, was darauf hinweist, dass Soziale Arbeit nicht nur durch bestehende Gesundheitsprobleme beeinflusst wird, sondern auch aktiv einen Beitrag zur Prävention und Früherkennung dieser Probleme leisten kann.

In diesem Text wird der vielschichtige Bezug zwischen Gesundheit und Sozialer Arbeit mit den Mitteln der soziologischen Systemtheorie (vgl. Luhmann u.a. 1984, 1997) beschrieben. Nach einem einleitenden Kapitel zu Gesundheitsbegriff und einem Kapitel zum Konzept der funktionalen Differenzierung werden Soziale Arbeit und Gesundheit als gesellschaftliche Funktionssysteme beschrieben, deren Schnittstellen nachfolgend herausgearbeitet werden.

„Gesundheit“ aus systemtheoretischer Perspektive

Wenn der Bezug von Gesundheit und Sozialer Arbeit beschrieben werden soll, ist es unabdingbar, den verwendeten Gesundheitsbegriff zu definieren. Ist ‚Gesundheit‘ lediglich Abwesenheit von Krankheit oder – um es mit den Worten von Leriche (1936) auszudrücken – „Leben beim Schweigen der Organe“? Oder ist Gesundheit ein ‚Zustand des vollständige körperlichen, mentalen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen‘ so wie es die Weltgesundheitsorganisation WHO (1948) in der Präambel zu ihrer Gründung propagiert?

Eine systemtheoretische Definition des Gesundheitsbegriffs (Hafen 2007a/b) zeigt, dass die genannten (und viele andere) Definitionen von ‚Gesundheit‘ wichtige Aspekte aufnehmen, aber nur ein unvollständiges und teilweise auch fragwürdiges Verständnis von Gesundheit ermöglichen. So kann Gesundheit kaum mit *vollständigem* Wohlbefinden gleichgesetzt werden, wie dies in der WHO-Definition geschieht und zudem ist sie weniger als *Zustand* denn als Prozess zu verstehen. In Anbetracht des beschränkten Umfangs dieses Textes wird auf eine weitergehende Analyse bestehender Gesundheitsdefinitionen verzichtet. Vielmehr sollen die wichtigsten Aspekte einer systemtheoretisch informierten Definition von ‚Gesundheit‘ zusammenfassend dargestellt werden (Hafen 2007b: 34):

- ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ sind beobachterabhängige Konstrukte, wobei sich die Beobachtung von ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ durch soziale Systeme wie die Medizin oder die Wissenschaft von der Beobachtung durch das Individuum unterscheiden kann (objektivierende vs. subjektivierende Sicht).
- Die Beobachtung von ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ erfolgt ausschliesslich anhand von (körperlichen, psychischen und sozialen) Symptomen, wobei die Symptomatik von Krankheiten viel differenzierter beschrieben ist als die Symptomatik von ‚Gesundheit‘. Diese lässt sich ausschliesslich anhand von subjektiven Symptomen wie Wohlbefinden oder Vitalität beschreiben, die auch bei gleichzeitig diagnostizierten Krankheiten vorkommen können.
- ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ sind demnach für sich nicht empirisch fassbar; sie entsprechen Konzepten, mit welchen die Symptome erklärt werden.
- Der Begriff ‚Gesundheit‘ bezeichnet keinen absoluten Zustand, sondern die sich laufend verändernde Positionierung eines Menschen auf dem Gesundheits-/Krankheitskontinuum, welches dem Verhältnis von Gesundheits- und Krankheitssymptomen entspricht.
- Es ist zwischen physischer und psychischer Gesundheit/Krankheit zu unterscheiden.
- Die Positionierung auf dem Kontinuum wird primär durch das Vorhandensein/die Absenz von physischen und psychischen Krankheiten bestimmt. Positive Gesundheitsmerkmale wie Wohlbefinden können die individuelle Sicht der Positionierung auf dem Kontinuum beeinflussen.
- Das Auftreten dieser Krankheiten wird beeinflusst durch Risikofaktoren (Stressoren), welche die Wahrscheinlichkeit von Krankheiten und Verletzungen erhöhen und Schutzfaktoren, welche die Wirkung der Risikofaktoren beschränken.
- Die Risiko- und Schutzfaktoren können in physische, psychische, soziale und physikalisch-materielle Faktoren unterteilt werden. Die physischen Einflussfaktoren wiederum können in endogene (z.B. das Immunsystem)

und exogene (verhaltensbedingte) Faktoren (z.B. Rauchen oder das Bewegungs- und Ernährungsverhalten) unterschieden werden.

- Streng genommen kann die Gesundheit aus der objektivierenden Sicht nur durch die Behandlung von Krankheiten *gefördert* werden, da nur eine erfolgreiche Behandlung der Krankheit (durch das Verschwinden der Symptome) die Positionierung des Individuums auf dem Kontinuum in Richtung Gesundheit verschiebt.
- Durch die Bekämpfung der Risikofaktoren und die Förderung der Schutzfaktoren verringern Prävention und Gesundheitsförderung die Chance für das Auftreten neuer Krankheiten und tragen damit dazu bei, dass sich die Positionierung der Zielpersonen auf dem Kontinuum nicht in Richtung Krankheitsseite verschiebt. Die Konzepte der Prävention und der Gesundheitsförderung unterscheiden sich aus der hier beschriebenen Perspektive (und in Widerspruch zur einschlägigen Fachliteratur) nicht.

Die Analyse am Schluss dieses Textes wird der Frage nachgegangen, welche Aspekte von Gesundheit für die Soziale Arbeit von besonderer Bedeutung sind. Es wird sich – so viel sei vorweggenommen – zeigen, dass die Soziale Arbeit nicht nur durch diagnostizierte Krankheiten und damit eine Positionierung auf der Krankheitsseite des Kontinuums beeinflusst wird; vielmehr kann sie selbst einen Einfluss auf Entstehen resp. Nicht-Entstehen von Krankheiten haben, wenn es ihr gelingt, Risikofaktoren für Krankheiten zu verringern resp. Schutzfaktoren zu stärken.

Funktionale Differenzierung

Um den Bezug von Sozialer Arbeit und Gesundheit möglichst präzise beschreiben zu können, soll in den nächsten drei Kapiteln mit den Mitteln der soziologischen Systemtheorie beschrieben werden, wie die (post-)moderne Gesellschaft den Umgang mit der Gesundheit und mit sozialen Problemen regelt. Den Anfang macht eine Einführung in das Konzept der funktionalen Differenzierung (Luhmann 1997: 743-776).

Aus der Perspektive der Systemtheorie lassen sich drei Gesellschaftsmodelle unterscheiden, die sich im Rahmen gesellschaftlicher Evolution über einen längeren Zeitraum durchgesetzt haben: das segmentäre, das geschichtete und das funktional differenzierte Gesellschaftsmodell. Die Frühzeit der menschlichen Entwicklung war durch kleinräumige, in sich geschlossene (segmentäre) Gesellschaften (z.B. Clans) geprägt, die sich weitgehend unabhängig voneinander entwickelten und kaum (und wenn, dann kriegerischen) Kontakt zueinander hatten. Mit der Herausbildung der so genannten Hoch-

kulturen in Mesopotamien, Ägypten, China etc. (ab 5000 v. Chr.), deren Bildung unter anderem durch die Erfindung der Schrift begleitet wird, kommt es zur Bildung grösserer Siedlungsräume in Form von Städten an strategisch günstigen Orten. Damit etabliert sich mit ‚Zentrum/Peripherie‘ eine neue Ordnungsdifferenz, wobei die Zentren neue Strukturen entwickeln müssen, um das Zusammenleben der Menschen zu regeln. Die Struktur, die sich in der Folge in den immer dominanteren Zentren durchgesetzt hat, ist die Schichtung oder Stratifikation: Eine zahlenmässig beschränkte Oberschicht (im europäischen Mittelalter z.B. repräsentiert durch Adel und Klerus) bestimmt die Regeln des Zusammenlebens und sorgt für ihre Durchsetzung. Das Bürgertum und vor allem die zahlenmässig bei weitem dominierende unterste Schicht (Bauern, Leibeigene etc.) haben verhältnismässig geringe Gestaltungsmöglichkeiten – umso mehr als die Zuordnung eines Menschen in eine Schicht durch die Geburt erfolgt und mit dem Willen Gottes begründet wird, was die Mobilität zwischen den Schichten weit gehend verunmöglicht.

Gerade für die Soziale Hilfe, aber auch für die Gesundheitsfürsorge ist entscheidend, dass das hohe Mass an Reziprozität der segmentären Gesellschaften in den geschichteten Gesellschaften mit ihren Zentren nicht mehr vorausgesetzt werden kann (Luhmann 1973). Da sich die BewohnerInnen der Städte anders als in segmentären Gesellschaften nicht mehr alle gegenseitig kennen, sinkt die Motivation jemandem zu helfen, da man nicht mehr davon ausgehen kann, dass man in einer Notlage auch Hilfe im Sinne einer Gegenleistung erfahren wird. Es müssen sich demnach neue Formen des Helfens herausbilden, welche die nach wie vor vorhandenen reziproken Hilfeformen (in Familie und Nachbarschaft) ergänzen. So steht im europäischen Kulturraum vornehmlich die Kirche für solche nicht-reziproken Hilfeformen ein, aber auch der Adel ist gehalten, seine durch Gott verfügte privilegierte gesellschaftliche Stellung zumindest ansatzweise durch Wohltätigkeit abzugelten. Für die Gesundheitspflege gilt Ähnliches, wobei sich hier in allen Gesellschaftsformen eher Sonderrollen (etwa Medizinmänner in segmentären Gesellschaften oder weise Frauen oder Bader im Mittelalter) herausbilden, die für die Gesundheit sorgen. Dabei versteht sich von selbst, dass die Gesundheitsfürsorge für die oberen Schichten sehr viel weiter ausgebildet war als für die weitgehend mittellose Mehrheit der Bevölkerung.

Ab der Mitte des letzten Jahrtausends setzt eine Entwicklung ein, die Luhmann (1997: 743-776) als funktionale Differenzierung bezeichnet.¹ Diese Entwicklung zeichnet sich dadurch aus, dass sich unterschiedliche Funktionsbereiche der Gesellschaft wie die Wirtschaft, die Wissenschaft oder die Politik als gesellschaftliche Grosssysteme zu schliessen beginnen und von

¹ Wie beim Wandel von mehrheitlich segmentären zu mehrheitlich geschichteten Gesellschaftsformen wird die gesellschaftliche Entwicklung massgeblich durch eine kommunikations-technologische Entwicklung beeinflusst: den Buchdruck.

den Schichtungsstrukturen zunehmend unabhängig werden. Als Beispiel zur Illustration soll die Wissenschaft dienen, die wahrheitsfähiges Wissen generiert. Während im europäischen Mittelalter die Kirche (mit Referenz auf Gott) das Wahrheitsmonopol hatte, wird Erkenntnis jetzt zunehmend mit wissenschaftlichen Mitteln und unabhängig von der Kirche gewonnen. Fälle wie jener von Galilei, der seine Befunde zum Sonnensystem noch vor einem kirchlichen Tribunal rechtfertigen (und letztlich widerrufen) musste, werden seltener und die Religion wird zunehmend auf den Status eines eigenen Funktionssystems zurück gestuft, das keinen allgemein gültigen Wahrheitsanspruch mehr geltend machen kann.²

Die Herausbildung von Universitäten als zunehmend eigenständige Anstalten der Lehre und Forschung ab dem 13. Jahrhundert dokumentiert einen evolutionären Prozess, der untrennbar mit der funktionalen Differenzierung verbunden ist: die zunehmende Herausbildung von Organisationen. Man kann sagen, dass die Herausbildung eines Funktionssystems an die Etablierung von Organisationen gebunden ist, welche die kommunikativen Prozesse der Funktionssysteme realisieren und zurechenbar machen: die Universitäten im Wissenschaftssystem, die Handelshäuser und Banken im Wirtschaftssystem, die Nationalstaaten in der Politik, die Gerichte im Rechtssystem. Wichtig ist dabei, dass die Organisationen nicht als Subsysteme von spezifischen Funktionssystemen verstanden werden, sondern in variierender Intensität mit unterschiedlichen Funktionssystemen gekoppelt sind. So erhalten und leisten Universitäten auch Zahlungen, sind also auch mit dem Wirtschaftssystem gekoppelt und nicht nur mit der Wissenschaft, die jedoch der Kopplungsfavorit bleibt (oder zumindest bleiben sollte³).

Die Funktionssysteme sind autonom, aber nicht autark. Das bedeutet, dass sie sich nach ihren eigenen Strukturen um die Erfüllung ihrer Funktion kümmern, aber gleichzeitig darauf angewiesen sind, dass andere Funktionssysteme ihre Aufgaben erfüllen. So ist die sich in der Renaissance ausdifferenzierende Wirtschaft darauf angewiesen, dass ein Rechtssystem besteht, welche für die dafür notwendige Sicherheit (z.B. auf den Handelsrouten) sorgt. Selbstverständlich können die Funktionssysteme versuchen, andere Funktionssysteme zu beeinflussen. Ihr Einfluss ergibt sich aber nicht direkt im System, sondern aus der Umwelt, denn keinem System ist es möglich, über seine eigene Grenze hinaus in ein anderes System zu intervenieren (Luhmann 1984: S. 25). Ein gutes Beispiel dafür die Drogenpolitik der letzten 100 Jahre: Trotz massiver Beeinflussungsversuche durch Politik und

2 Diese Einschränkung gilt im Übrigen auch für die Wissenschaft, denn auch sie generiert keine allgemein gültige, sondern einfach ‚wissenschaftliche‘ Wahrheit, die sich gegen andere Wahrheiten (z.B. die religiöse) durchsetzen muss und die zudem im Wissenschaftssystem selbst lediglich als ‚gültig, solange nicht widerlegt‘ beschrieben wird.

3 Im Kontext von ‚angewandter Forschung‘ kommt es dann zu sehr engen Kopplungen von Wirtschaft und Wissenschaft, was aus Wissenschaftsperspektive nicht unproblematisch ist, da wissenschaftliche Erkenntnis unabhängig von Zahlungen erreicht werden sollte.

Recht in Form von drakonischen Strafen und militärischen Operationen gelingt es nicht, im Wirtschaftssystem den Anbau und Handel von Heroin, Kokain und andern ‚Drogen‘ zu unterbinden. Die wirtschaftstypischen Strukturen ‚Angebot/Nachfrage‘ oder ‚Profitmaximierung‘ erweisen sich als zu beständig. Wenngleich die Beeinflussungsversuche der Politik im Wirtschaftssystem nicht die erwünschten Wirkungen erzeugen, so reagiert das System trotzdem mit Anpassungen, z.B. durch die Herausbildung von Schwarzmärkten oder der Etablierung von organisierter Kriminalität, was beides nicht im Sinn von Recht und Politik sein kann.

Die grundsätzlichen strukturellen Unterschiede ergeben sich aus ihrer unterschiedlichen Codierung. Die Funktionssysteme nutzen jeweils einen spezifischen binären Code (eine Leitunterscheidung), um die systemspezifischen Kommunikationen von denen anderer Systeme zu unterscheiden. So ist der binäre Code des Wirtschaftssystems ‚Zahlung/relevante Nichtzahlung (Schulden)‘. Das bedeutet, dass es im Wirtschaftssystem immer um Zahlungen geht, und um sonst nichts. So ist z.B. die Forderung nach ökologischer Nachhaltigkeit im Wirtschaftssystem nur dann anschlussfähig, wenn sich die ökologischen Probleme (z.B. Versicherungsleistungen bei Elementarschäden) oder die politischen Druckversuche zu ihrer Verhinderung (in Form von Bussen für nicht eingehaltene Vorschriften) in Zahlungen niederschlagen. Der binäre Code des Wissenschaftssystems wiederum ist ‚wahr/unwahr‘, da es in diesem System um die Generierung von wahrheitsfähiger Erkenntnis geht. Auf die binären Codes des Gesundheitssystems (‚krank/gesund‘) und des Systems der Sozialen Hilfe (‚Hilfe/Nichthilfe‘) wird in den entsprechenden Kapiteln näher eingegangen.

Zwischen den einzelnen Funktionssystemen gibt es keine hierarchische Ordnung.⁴ Das bedeutet, dass die unterschiedlichen Systemperspektiven nebeneinander stehen und es keinen Ort der (gesamt-)gesellschaftlichen Steuerung gibt, sondern jedes System nach seinen Maßstäben auf Steuerungsversuche anderer Systeme reagiert und selbst versucht, andere Systeme zu beeinflussen. Gesellschaftliche Entwicklung wird damit zu einem hyperkomplexen evolutionären Prozess, der als Summe aller Steuerungsversuche gedeutet werden kann und die Bedeutung einzelner Steuerungsversuche zwangsläufig relativiert. Die verzweifelten Versuche der Politik, die globale ‚Wirtschaftskrise‘ in den Griff zu bekommen, das weltweite Hungerproblem zu lösen oder die ökologischen Nebenfolgen des Kapitalismus zu bewältigen,

4 Wenn bisweilen der Eindruck entsteht, dass ‚die Wirtschaft‘ in der gesellschaftlichen Entwicklung eine dominierende Position einnimmt, so hängt das mit dem Umstand zusammen, dass heute praktisch jede Organisation (auch im Sozial- und Gesundheitsbereich) mit dem Wirtschaftssystem gekoppelt ist, während die Kopplungen zu andern Funktionssystemen selektiv sind. Andererseits muss man sich nur vorstellen, was mit der Wirtschaft passieren würde, wenn das Rechtssystem (z.B. im Falle eines Krieges) seine Funktionsfähigkeit verliert. Es ist zu vermuten, dass die heutige Wirtschaftsordnung unter diesen Bedingungen schnell zu einfachem Tauschhandel zurückentwickeln würde.

zeugen von dieser heterarchischen (im Gegensatz zur hierarchischen) Gesellschaftsordnung. Hierarchie kann sich ausschliesslich in Organisationen, nicht aber auf Ebene der Funktionssysteme etablieren und soziale Ungleichheit (Schichtung) hat sehr viel mit den individuellen Inklusionsprofilen zu tun, wobei der Inklusionsfähigkeit in Organisationen eine zentrale Bedeutung zukommt (Hafen 2011).

Die Einbindung (Inklusion) des Menschen in diese moderne und post-moderne funktional differenzierte Gesellschaft erfolgt jetzt nicht mehr durch Geburt, sondern vornehmlich durch Leistung. Dabei wird seit den gesellschaftlichen Selbstbeschreibung der Aufklärung (z.B. in Form der Maximen der französischen Revolution ‚Freiheit‘, ‚Gleichheit‘, ‚Brüderlichkeit‘ oder den davon abgeleiteten Menschenrechten) gefordert, dass die Inklusionsmöglichkeiten für alle Menschen gleich sein sollen, was in der Realität bei weitem nicht der Fall ist, da die Geburt (resp. die Stellung der Eltern) nach wie vor einen massgeblichen Einfluss auf die Inklusionsmöglichkeiten eines Individuums hat.

Das Funktionssystem ‚Gesundheit‘

Die Gleichheitsanliegen der Aufklärung tragen auch massgeblich zur Ausdifferenzierung des Gesundheitssystems und der mit ihm gekoppelten Organisationen bei (vgl. zum nachfolgenden historischen Rückblick auch Hafen 2007, S. 16ff.). Eine angemessene Gesundheitsfürsorge soll kein Privileg der Mächtigen und Reichen mehr sein, sondern allen Menschen zukommen. Naturwissenschaftliche Entwicklungen in der Epidemiologie und der klinischen Beobachtung im 16. und 17. Jahrhundert führen nach Rosen (1958: 84f.) zur Entdeckung von immer mehr Krankheiten, die bis dahin nicht beschrieben sind. Diese Krankheitsfokussierung verstärkt sich in dem Masse, als das Individuum im Laufe der Aufklärung gegenüber seiner Umwelt immer mehr aufgewertet wird und sich der Körper „zwischen das alte duale Verständnis von Mensch und Kosmos“ (Labisch 1992: 70) zu schieben beginnt – eine Entwicklung, die im philosophischen Leib/Seele-Dualismus von Descartes ihren Ausdruck findet. Descartes versteht den Körper als ausgedehnte Materie (res extensa), die mechanischen Gesetzen unterliegt, während er den Geist als denkende Materie (res cogitans) ohne räumliche Ausdehnung konzipiert (Labisch 1992: 74).

Durch die wissenschaftlichen Entdeckungen, die Entflechtung der unterschiedlichen Ebenen des Menschseins (Mensch/Kosmos, Geist/Körper, Subjekt/Objekt), die aufklärerische Forderung nach einem allgemeinen Recht auf Gesundheit und die im europäischen Kulturraum immer noch wachsende Bedeutung der Individualität des Menschen und der damit verbundenen

Dramatisierung des Todes (Foucault 1976: 207f.) kommt den medizinischen Erfindungen eine immer grössere Bedeutung zu – eine Entwicklung, die durch die zunehmende Eigendynamik von Wissenschaft, Medizin und Wirtschaft mit Nachdruck gefördert wird. Im Zuge dieser Entwicklung werden Krankheit und Gesundheit immer mehr getrennt. „Krankheit ist Feind der aufgeklärten Menschheit, der diese in tausend Formen an ihrer Grundpflicht und an ihrem Grundrecht hindert – an der Arbeit und am Genuss. Deshalb soll die Krankheit in allen Schlupfwinkeln aufgestöbert und schliesslich ausgerottet werden. Das Wunschziel ist der ‚gesunde Mensch‘.“ (Mitscherlich 1969: 120) Die Gesundheit wird dabei zunehmend als ‚normaler‘ Zustand betrachtet, Krankheit hingegen als Ausnahmezustand, der das Leben durch die erzwungene Passivität suspendiert. Damit wird die Gesundheit zum allgemeinen Lebensziel erklärt und die Krankheit im Gegenzug individualisiert, bekämpft und immer mehr von der „Bühne des Lebens“ entfernt (Basaglia 1985: 7ff.). So etabliert sich der bis heute gebräuchliche reduktionistische Gesundheitsbegriff, der Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit resp. als „la vie dans le silence des organes“ (Leriche 1936) definiert.

Angesichts der unbestreitbaren Erfolge der westlichen Medizin z.B. im Bereich der Bakteriologie, welche die Eindämmung von vielen zu Beginn des 19. Jahrhunderts immer noch grassierenden Seuchen wie Cholera oder Typhus ermöglicht, wird oft vergessen, dass die Fortschritte auf gesundheitlichem Gebiet (und die damit verbundene höhere Lebenserwartung) weniger den Errungenschaften der medizinischen Wissenschaft zu verdanken sind als der Verbesserung der äusseren Lebensbedingungen (sauberes Wasser, Kanalisationen, Arbeitssituation, Entsumpfung von Landschaften etc.), die zunehmend als Aufgabe der Gemeinden und später der sich neu bildenden Nationalstaaten wahrgenommen werden (Labisch 1992: 124ff.). Die Menschen sind – um es mit Dubos (1960) auszudrücken – zwar gesünder als ihre Vorfahren, aber nicht in erster Linie aufgrund dessen, was mit ihnen geschieht, wenn sie krank sind, sondern weil sie nicht krank werden; und sie werden nicht deshalb nicht krank, weil spezifische vorbeugende Therapien existieren, sondern weil sie in einer gesünderen Umwelt leben.

Was die Ausdifferenzierung des Gesundheitssystem betrifft, so sind es aber doch die Errungenschaften der Medizin, die – kombiniert mit der zunehmenden Glorifizierung von Gesundheit und Dämonisierung von Krankheit sowie dem marktwirtschaftlichen Potenzial der Gesundheitsfürsorge – zu einem massiven Ausbau der Organisationen führen, die sich im Kontext des Gesundheitssystems bilden und zur Stärkung des Systems beitragen. Obwohl das System seinen Schwerpunkt bei der Wiederherstellung von Gesundheit (über die Behandlung von Krankheiten) hat und daher eher ein ‚Krankheitssystem‘ als ein ‚Gesundheitssystem‘ ist, muss das Gesundheitssystem nicht wie bei Luhmann (1990) ausschliesslich als Medizinsystem gesehen werden. Vielmehr kann es als umfassendes Gesundheitssystem konzipiert werden, das

nicht nur die Behandlung, sondern auch die Prävention von Krankheiten systematisch betreibt (Hafen 2007a: 105). In der systemtheoretischen Begrifflichkeit formuliert: Neben der Leitunterscheidung (dem binären Code) ‚krank/gesund‘ des Systems kann man einen zusätzlichen (sekundären) Code ‚Prävention/Behandlung‘ plausibel machen, der sich auf die Verhinderung resp. Beseitigung von Krankheiten bezieht (Hafen 2007a, S. 102f.).

Schliesslich wird das Gesundheitssystem durch eine weitere Unterscheidung strukturiert: die Unterscheidung ‚professionell/nicht professionell‘ erbrachter Leistungen. Unter den nicht professionellen Tätigkeiten sind auf der einen Seite Selbstbehandlungen oder Pflege durch Angehörige zu verstehen, die im Behandlungssystem von grosser Bedeutung sind; auf der andern Seite ist das präventive Alltagshandeln zu verorten, das durch professionelle Präventionsaktivitäten gefördert wird und einen entscheidenden Beitrag zur Prävention von Krankheiten leistet.

Das Funktionssystem ‚Soziale Hilfe‘

Mit der Auflösung der herkömmlichen ‹gottgewollten› Schichten im Zuge funktionaler Differenzierung wird auch die soziale Hilfe neu geordnet. Hilfe, die nicht im sozialen Umfeld (zum Beispiel in der Familie) oder durch die geschwächten Kirchen geleistet werden kann, wird nach Luhmann (1973: 30) vermehrt durch den Staat übernommen und in der Form von Steuern durch die Gemeinschaft finanziert. Ab dem 19. Jahrhundert werden zunehmend Organisationen gegründet, die sich das Helfen zur Aufgabe machen. Damit wird die Hilfe für die Bedürftigen erwartbar, und diese Erwartbarkeit wird zusätzlich gestützt durch die zunehmende Zahl an Gesetzen, die vorschreiben, in welchen Fällen und in welchem Mass Hilfe geleistet werden soll (vgl. hierzu und nachfolgend auch Hafen 2005: 32ff.).

Hilfeorganisationen sind wie alle Organisationen soziale Systeme für sich. Das heisst: Sie reagieren auf die Veränderungen in ihrer Umwelt nach ihren eigenen Prinzipien. Sie bestimmen zum Beispiel durch Programme, für welche Art von Hilfe sie zuständig sind und wie sie diese Hilfe zu leisten gedenken. Wenn wir die professionelle Hilfe in den westlichen Staaten als Massstab nehmen, so stellen wir fest, dass die Organisation von sozialer Hilfe als staatliche Sozialhilfe und professionelle Soziale Arbeit im 20. Jahrhundert enorm zugenommen hat. Dies zeigt sich zum Beispiel daran, dass über die Organisationsbildung nicht nur unterschiedliche Themenbereiche Sozialer Arbeit wie Altershilfe, Jugendhilfe, Suchthilfe markiert werden, sondern dass es innerhalb dieser Bereiche zu weiteren organisierten Aufgabenteilungen kommt.

Parallel zu dieser durch Organisationsbildung gestützten Spezialisierung der Sozialen Arbeit wird (wie auch im Gesundheitssystem) versucht, die Personen, die in einem Bereich tätig sind, möglichst gut auf diese Tätigkeiten vorzubereiten. Im Rahmen von Aus- und Weiterbildungen wird also versucht, bei den Helfenden Bewusstseinsstrukturen zu bewirken, die sie in bestimmten (sozialen) Kontexten so handeln lassen sollen, wie es aus der Sicht der Auszubildenden erwartet wird. Voraussetzung dafür ist, dass die Entscheidung zu helfen oder nicht zu helfen nicht mehr eine „Sache des Herzens, der Moral oder der Gegenseitigkeit ist“ (Luhmann, 1973: 34).

Mit der Ausdifferenzierung von Ausbildungsgängen tut sich auch im Sozialhilfesystem eine neue Unterscheidung auf: diejenige von professioneller und nichtprofessioneller Hilfe wie zum Beispiel solcher, die ehrenamtlich geleistet wird. Damit ergibt sich in der modernen Gesellschaft eine ganze Palette von unterschiedlich konzipierten Hilfeformen: Auf der einen Seite steht neben der staatlichen Sozialhilfe und der Entwicklungshilfe die professionelle, bezahlte Hilfe (Soziale Arbeit), die sich in der Form von Disziplinen etabliert und sich bemüht, die Helfenden durch Aus- und Weiterbildungen möglichst umfassend auf ihre Aufgabe vorzubereiten; auf der anderen Seite gibt es nach wie vor ungezählte Formen unbezahlter Hilfe, was impliziert, dass die Helfenden für ihre Tätigkeit andere Gegenleistungen bekommen als einen (monetären) Lohn. Zu dieser nichtprofessionellen Hilfe wären auch Hilfeleistungen im Kontext der Familie und der sozialen Netzwerke zu rechnen, die – wie die nichtprofessionelle Hilfe generell – eine Pufferfunktion ausüben, wenn in den Organisationen der professionellen Hilfe (zum Beispiel auf Grund von fehlenden Finanzen) vermehrt auf ‚Nichthilfe‘ entschieden wird.

In der systemtheoretisch informierten Fachliteratur zur sozialen Hilfe beziehungsweise zur Sozialen Arbeit gibt es eine lebhaft diskutierte Diskussion darüber, ob die soziale Hilfe nun als Funktionssystem zu bezeichnen sei oder ob sie lediglich den anderen Funktionssystemen zudiene. Zudem teilen sich die Meinungen darüber, wie dieses System zu bezeichnen sei: als System der sozialen Hilfe, der Sozialen Arbeit oder gar der Sozialarbeit. Ohne diese Diskussion hier im Detail wiedergeben zu können, schliessen wir uns der Meinung von Luhmann (1997: 633) an, dass es sich beim System der sozialen Hilfe um ein Funktionssystem handelt, welches sich noch in einer frühen Phase der Ausdifferenzierung befindet. Eine Voraussetzung für die Bildung eines Funktionssystems haben wir weiter oben erwähnt: die Organisationsbildung, die unbestreitbar stattfindet. Ein zweiter Faktor, der nach der Systemtheorie als Merkmal eines Funktionssystems gegeben sein muss, ist die Verwendung eines binären Codes (‚Hilfe/Nichthilfe‘). Der binäre Code ist wie erwähnt eine Struktur, welche es dem gesellschaftsweit operierenden System erlaubt, die systemeigenen Operationen von den Operationen in seiner Umwelt zu unterscheiden. Der Code operiert demnach als Unterscheidung, die allen in

der Folge verwendeten Unterscheidungen vorangestellt ist. Eine Seite des Codes erscheint als Designationswert des Systems, als bevorzugte Seite. Die andere Seite fungiert als Reflexionswert, der den positiven Wert überhaupt erst identifizierbar macht. So schreibt Baecker (1994: 100) in Bezug auf den binären Code des Systems der sozialen Hilfe: «Das System sucht und wählt immer den positiven, den Anschlusswert. Es sucht nach Möglichkeiten zu helfen und verwendet dazu die Vorstellung der Möglichkeit der Nichthilfe.» Die Funktion des Systems der sozialen Hilfe kann so umschrieben werden, dass die staatliche Sozialhilfe und die professionelle Soziale Arbeit unter Einbezug des Codes Hilfe/Nichthilfe Inklusionsprobleme zu lösen versuchen, die sich unter anderem durch die Umstellung von einer stratifizierten auf eine funktional ausdifferenzierte Gesellschaftsordnung ergeben, und dass die Sozialhilfe und die Soziale Arbeit dabei durch nichtorganisierte Hilfeformen ergänzt werden. Die Handhabung der Differenz von professioneller und nichtprofessioneller Hilfe im Funktionssystem der sozialen Hilfe wird in der sozialen Umwelt des Systems beobachtet. So kann die Politik die Mittel der staatlichen Sozialhilfe und der professionellen Sozialen Arbeit zusammenstreichen und an Nachbarschaftshilfe und andere Formen von «Solidarität» appellieren oder sich auf sozialarbeiterische Konzepte wie ‚Empowerment‘ berufen, wenn sie ihre Budgetkürzungen für das kommende Jahr umsetzen muss.

Wie beim Gesundheitssystem kann schliesslich davon ausgegangen werden, dass der binäre Code des Sozialhilfesystems ‚Hilfe/Nichthilfe‘ durch einen sekundären Code ‚Prävention/Behandlung‘ ergänzt wird, denn auch im Sozialhilfesystem setzen nicht alle Massnahmen bei bereits existierenden Problemen an, sondern es wird mit den Mitteln der Sozialen Arbeit auch versucht, diese Probleme vorzeitig zu verhindern (Hafen 2005, S. 56f.).

Schnittstellen der Funktionssysteme ‚Soziale Hilfe‘ und ‚Gesundheit‘

Zum Abschluss soll ein Blick auf die wichtigsten Kopplungsbereiche der Funktionssysteme ‚Soziale Hilfe‘ und ‚Gesundheit‘ geworfen werden. Zuerst kann festgehalten werden, dass die Zuordnung von Problemen zu den beiden Funktionssystemen variieren kann. So kommt es im 19. Jahrhundert zu einer zunehmenden Medikalisierung von Problemen wie Trunksucht, die bis dahin eher als soziale denn als medizinische Probleme wahrgenommen werden. Weiter gibt es zahllose wissenschaftliche Belege dafür, dass die Bezugsprobleme der Sozialen Arbeit (Armut, Arbeitslosigkeit, soziale Isolation etc.) auf eine Häufung von Risikofaktoren für Krankheiten unterschiedlicher Art verweisen. So ist bekannt, dass Menschen mit einem tiefen sozioökonomischen

Status, von Arbeitslosigkeit betroffene Personen und mangelnde soziale Einbindung die Lebenserwartung verkürzen und die Zahl mit chronischen Krankheiten verbrachter Jahre erhöhen (vgl. dazu etwa WHO 2003). Wenn es im Kontext von professioneller Sozialer Arbeit oder nicht professionell geleisteten Hilfeleistungen gelingt, diese ‚sozialen‘ Probleme zu lösen, sie zu verhindern oder zu ihrer Früherkennung beizutragen, leistet das Sozialhilfesystem einen Beitrag zur Erfüllung der Funktion des Gesundheitssystems. Die Professionen der Sozialen Arbeit tun gut daran, diesen Zusatznutzen ihrer Arbeit zu betonen – nicht zuletzt, weil sie dadurch einen Beitrag zur Reduktion der Gesundheitskosten leisten.

Auf der andern Seite ist die professionelle Soziale Arbeit immer wieder durch die Bezugsprobleme des Gesundheitssystems betroffen. Gerade psychische Krankheiten (Sucht, Depression, Borderline etc.) beeinflussen die Beratungstätigkeit in allen Kontexten der Sozialen Arbeit und nicht nur in der ‚klinischen Sozialarbeit‘ (vgl. u.a. Dörr 2002). Die Arbeit mit krankheitsbelasteten KlientInnen erfordert ein ausreichendes Wissen über die Krankheitsbilder und ihre möglichen Auswirkungen auf die eigene Arbeit. Weiter ist eine umsichtige und sorgfältige Einschätzung der eigenen (Be-)Handlungskompetenzen unabdingbar, damit es nicht zu Grenzüberschreitungen kommt, was gerade im Kontext der Beratung immer wieder möglich ist. Schliesslich stellt die Zusammenarbeit mit den Professionen des Gesundheitssystems bisweilen einige Herausforderungen – gerade wenn sie im Kontext von Organisationen geleistet wird, die vornehmlich mit dem Gesundheitssystem gekoppelt sind (Spitäler, psychiatrische Kliniken etc.). Hier gilt es eine Haltung zu entwickeln, die sich durch eine ausgewogene Mischung von Bescheidenheit und Selbstbewusstsein auszeichnet. Die Bescheidenheit ist wie erwähnt notwendig, um die eigenen Grenzen in Hinblick auf den Umgang mit psychisch kranken KlientInnen angemessen zu ziehen; das Selbstbewusstsein brauchen die Sozialarbeitenden, um im Kontakt mit den Professionen (insbesondere der Ärzteschaft) zu bestehen und die eigenen professionelle Maximen nicht einfach vorbehaltlos unterzuordnen. Was es braucht, ist ein offener, gleichwertiger Diskurs zwischen Fachleuten dessen oberstes Ziel das Wohl der KlientInnen/PatientInnen ist – ein Wohl, das bei weitem nicht nur durch die adäquaten Leistungen des Gesundheitssystem, sondern auch durch die Leistungen der Sozialen Arbeit gefördert wird.

Abschliessende Bemerkungen

In diesem Text wurde gezeigt, dass Funktionssysteme in der Perspektive der soziologischen Systemtheorie eigenständige Systeme darstellen, die ihre Probleme mit ihren Strukturen angehen und sich dabei von den Systemen in

ihrer relevanten Umwelt nur bedingt beeinflussen lassen. Wir haben gesehen, dass die Funktionssysteme der Sozialen Hilfe und der Gesundheit eine Reihe von Ähnlichkeiten haben. So gibt es in beiden Systemen neben den professionellen Tätigkeiten zahllose nicht professionelle Aktivitäten, auf die die Systeme zwingend angewiesen sind und die einen angemessenen Umgang mit der Differenz von professionell und nicht professionell erbrachten Leistungen und den Personen bedingen, welche diese Leistungen erbringen. Weiter setzen beide Systeme einerseits an bestehenden Problemen (Krankheiten, sozialen Problemen) an (behandelnde Funktion); andererseits sind beide auch bestrebt, aktiv zur Verhinderung dieser Probleme beizutragen (präventive Funktion). Da die Probleme der beiden Systeme wechselseitig das Entstehen von Problemen im jeweils anderen System begünstigen, tun beide Systeme gut daran, das andere System bei der Erfüllung seiner Funktion nach bestem Wissen zu unterstützen. Damit das gelingen kann, braucht es ein wechselseitiges Verständnis der gegenseitigen Problemlagen sowie Behandlungs- und Präventionsmöglichkeiten. Ein solches Verständnis wird durch einen offenen, konstruktiven Diskurs zwischen den Professionen gefördert; es sollte aber zusätzlich auch ein Ziel von Aus- und Weiterbildung in beiden Funktionsbereichen sein, die entsprechenden Kenntnisse aktiv zu fördern.

Literatur

- Baecker, Dirk(1994): Soziale Hilfe als Funktionssystem der Gesellschaft. In: Zeitschrift für Soziologie, Jg. 23, Heft 2, S. 93–110.
- Basaglia, Franca O. (1985): Gesundheit, Krankheit. Das Elend der Medizin. Frankfurt am Main.
- Dörr, Margaretha (Hrsg.) (2002): Klinische Sozialarbeit. Hohengehren.
- Dubos, René J. (1965): Man adapting. New Haven (Conn.)/London.
- Foucault, Michel (1976): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt am Main/Berlin/Wien.
- Hafen, Martin (2005): Soziale Arbeit in der Schule zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Ein theorie-geleiteter Blick auf ein professionelles Praxisfeld im Umbruch. Luzern.
- Hafen, Martin (2007a): Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese. Heidelberg.
- Hafen, Martin (2007b): Was ist Gesundheit und wie kann sie gefördert werden? In: SozialExtra 5/6, S. 32-36.
- Hafen, Martin (2011): Inklusion und soziale Ungleichheit. In: Systemische Soziale Arbeit – Journal der dgssa 2 + 3, Netzwerke, Systemtheorie und Soziale Arbeit, 2011, S. 75-92.
- Labisch, Alfons (1992): Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt/New York.

- Leriche, René (1936): De la Santé à la Maladie ; La Douleur dans les Maladies; Où va la Médecine? In: Encyclopédie française, Band VI. Paris.
- Luhmann, Niklas (1973): Formen des Helfens im Wandel gesellschaftlicher Bedingungen. In: Otto, H.-U./Schneider, S. (Hrsg.): Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit. 1. Halbband. Neuwied, Berlin, S. 21-43.
- Luhmann, Niklas (1984): Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie. Frankfurt am Main.
- Luhmann, Niklas (1990): Der medizinische Code. In: ders.: Soziologische Aufklärung 5 – Konstruktivistische Perspektiven. Opladen, S. 183-195
- Luhmann, Niklas (1997): Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt am Main.
- Mitscherlich, Alexander (1969): Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin I. 5. Auflage. Frankfurt am Main.
- Rosen, George (1958): A History of Public Health. New York.
- World Health Organization WHO (1948): Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
- World Health Organization WHO, Europe Office (Hrsg.) (2003): Social Determinants of Health – The Solid Facts. 2nd ed. Copenhagen.