

Ueli Merten  
Peter Zängl (Hrsg.)

# Ethik und Moral in der Sozialen Arbeit

Wirkungsorientiert - kontextbezogen -  
habitusbildend

Verlag Barbara Budrich  
Opladen • Berlin • Toronto 2016

## Ethische Orientierungen für Gesundheitsförderung und Prävention

Felix Wettstein

*Fachpersonen der Sozialen Arbeit übernehmen in Programmen und Aktivitäten zu Prävention oder zu Gesundheitsförderung sehr oft eine Schlüsselrolle. Sie leiten Projekte – häufig in Arbeitsteilung mit Angehörigen anderer Professionen – oder beraten Personen und Organisationen. In zahlreichen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit haben Gesundheitsförderung und Prävention eine wichtige und weiterhin wachsende Bedeutung, beispielsweise in soziokulturellen Einrichtungen, in der Schulsozialarbeit, in betrieblichen Sozialdiensten, in sozialpädagogischen Institutionen oder in der Führungs-, Beratungs- und Projektarbeit von Non-Profit-Organisationen. In allen diesen Handlungsfeldern ist das Handeln immer auch ein moralisches: ohne Wertorientierungen nicht denkbar.*

### 1 Einleitung

Sowohl Gesundheitsförderung als auch Prävention richten sich zur Hauptsache auf gesunde Menschen aus. Sie wenden sich entweder direkt an diese Individuen und Gruppen oder zielen auf deren strukturelle Lebensbedingungen. «Gesund» wird hier zunächst als Abgrenzungsbegriff verwendet. Es geht um Menschen, die aktuell nicht als krank diagnostiziert sind; die sich also nicht in der Rolle von Patientinnen und Patienten befinden und bei denen kein Bedarf nach Behandlung, Pflege oder Therapie besteht. Und wenn doch Personen mit einer Diagnose die Zielgruppe bilden, gilt das Interesse nicht der Behandlung im engeren Sinne, sondern der Stärkung weiterer Faktoren von Lebensqualität und Wohlbefinden.

Gesundheitsförderung und Prävention verfolgen unterschiedliche Ziele und lassen sich deshalb klar unterscheiden, selbst wenn sich ihre Themen und Handlungsweisen überlappen. Ziel von *Prävention* ist es, unerwünschte Zustände zu vermeiden oder wenigstens belastende Entwicklungen zu vermindern. Bei der Prävention geht es also darum, Auftreten, Ausbreitung und negative Auswirkungen von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen zu vermeiden oder zu verringern (vgl. Franzkowiak 2015). Was «unerwünscht», «belastend» und «negativ» ist, ist Ergebnis von gesellschaftlichen Aushandlungsprozessen. Diese wiederum sind Ausdruck von Wertorientierungen und moralischen Haltungen.

Das Ziel von *Gesundheitsförderung* hingegen ist der Auf- und Ausbau von Eigenschaften oder Bedingungen, die aus gesundheitlicher Sicht als wünschenswert und positiv eingestuft werden. Auch für Gesundheitsförderung gilt: Was als «wünschenswert» und «positiv» taxiert wird, ist Ergebnis von gesellschaftlicher Übereinkunft. Kennzeichnend für das Konzept «Gesundheitsförderung» ist die *salutogenetische Perspektive* mit der Fragestellung, wie und wodurch Gesundheit entsteht und wächst. In dieser Perspektive geht es um die Identifikation und gezielte Stärkung von Ressourcen, Fähigkeiten, Potenzialen und Faktoren von hoher Lebensqualität (vgl. Kaba-Schönstein 2011). Damit lässt sich ein Mehr oder Weniger an Gesundheit losgelöst vom Ausmass an Krankheit beschreiben. Auch ein Mensch mit einer Erkrankung kann in mancherlei Hinsicht gesund sein.

Sowohl Gesundheitsförderung als auch Prävention agieren mit der Absicht, Wirklichkeit zu steuern und zu verändern. Es handelt sich um *Akte der Intervention*, um ein absichtsvolles Eingreifen in die soziale Realität. Das trifft auch dann zu, wenn Gesundheitsförderung bloss bewahren will, wenn sie also vorhandene Voraussetzungen und Errungenschaften für eine gute Gesundheit sicherstellen will, eben weil diese gefährdet sein könnten und womöglich ohne gezielte Massnahmen verloren gehen würden. Müller (2012: 141ff.) unterscheidet mit Blick auf sozialpädagogisches Handeln verschiedene Interventionsmodi. Er verdeutlicht, dass «Angebot» und «Eingriff» Interventionen von unterschiedlicher Tragweite sind. Bei der Gesundheitsförderung und der Prävention handelt es sich vorwiegend um Angebote, insbesondere dann, wenn sie sich an Individuen richten, welche die Wahl haben, das Angebot anzunehmen oder nicht. Es gibt aber auch Interventionen, die den Charakter von Eingriffen haben und die keine (legale) Wahl lassen, beispielsweise gesetzliche Vorschriften wie die Gurtentrapflicht oder strukturelle Massnahmen wie die Fluoridierung von Salz und Trinkwasser mit dem Ziel und der Wirkung einer besseren Kariesprophylaxe.

Konkrete Massnahmen sollen einerseits wissenschaftsbasiert, andererseits im Hinblick auf ihre moralische Ausrichtung legitimiert sein. Dabei stellen sich Fragen wie: Was ist das Ziel der Intervention? Wie ist dieses Ziel zu rechtfertigen? Mit welchen Methoden und Zugangsweisen wird das Ziel erreicht? Wie sind die gewählten Mittel zu rechtfertigen? Die Herausforderung beginnt oft bereits dann, wenn begründet werden soll, ob überhaupt Handeln angezeigt ist. Ist Gesundheitsförderung, ist Prävention notwendig?

## 2 Pflicht, Tugend, Nutzen

Für die normative Ethik sind Moraltheorien wichtige Instrumente. Drei der meistdiskutierten sind der deontologische, der tugendethische und der konsequentialistische Ansatz. Diese drei Moraltheorien werden bei Bleisch/

Huppenbauer (2011: 53ff.) umfassend und anschaulich charakterisiert. Es wird dabei deutlich, dass nicht jede Moraltheorie zur Bearbeitung und Lösung jedes moralischen Problems gleichermaßen geeignet ist. Dies lässt sich auch an den Aufgabenstellungen von Prävention und Gesundheitsförderung zeigen.

Eine erste präzisierende Fragestellung lautet: Entspricht Gesundheitsförderung einem moralisch bindenden Gebot? Ist Prävention eine Pflicht, zum Beispiel des Staates? Wer dies bejaht, argumentiert im Sinne einer deontologischen Ethik oder *Pflichtethik*. Sie besagt, dass es eine moralische Pflicht gibt, bestimmte Handlungen zu tun oder zu unterlassen, unabhängig von den möglichen Folgen (vgl. a.a.O.: 59). Bezogen auf die Gesundheit, bedeutet dies beispielsweise: Der Staat hat die Pflicht, sich für das Wohlergehen der Bevölkerung einzusetzen, er muss u. a. Krankheiten vorbeugen und Gesundheit fördern. Mit einem Verzicht auf Prävention würde das Gemeinwesen gegen grundsätzliche Ansprüche seiner Mitglieder verstossen. Es gilt aber auch, Individuen zu respektieren und zu achten. Schützenswert sind gemäss dem deontologischen Verständnis insbesondere die Persönlichkeits- und Freiheitsrechte (vgl. ebd.). Es gehört zu den Pflichten, diese Grundrechte nicht zu verletzen. Im Zusammenhang mit der Förderung von Gesundheit kann dies beim Datenschutz relevant sein oder etwa bei der Frage, wer vor Gesundheitsschädigungen zu bewahren sei.

Auch die *Tugendethik* fokussiert auf die handelnde Person. Die zentrale Frage lautet aber nicht: «Was muss getan werden?», gefragt wird vielmehr, aus welcher Haltung heraus das Handeln erwachsen soll: «Wer oder wie soll ich sein?» (vgl. a.a.O.: 63). Der Fokus liegt auf Charakterzügen und Motivationen der Menschen, die sich zugunsten der Verbesserung von Gesundheit anderer und der Verminderung von gesundheitsrelevanten Belastungen einsetzen. Sie handeln tugendethisch, wenn sie ihr Handeln aus einer anzustrebenden Tugend heraus begründen. Dabei kann es sich um moralische Tugenden handeln, zum Beispiel Aufrichtigkeit, Selbstlosigkeit, Grosszügigkeit, Hilfsbereitschaft, aber auch um intellektuelle Tugenden, etwa Besonnenheit oder Weisheit (vgl. auch den Beitrag «Ethik – eine Annäherung» von Bruno Keller im vorliegenden Band). An Tugenden orientieren sich typischerweise Personen in einer verantwortlichen Rolle, zum Beispiel als Eltern, Lehrpersonen, Arbeitgebende, Betreuungspersonen oder als Funktionsträgerinnen und -träger bestimmter Organisationen und Institutionen.

Die dritte Art von Fragestellung schliesslich ist jene nach dem Nutzen des Handelns, nach den Konsequenzen und Folgen von Entscheidungen. Diese Frageart ist Ausdruck einer *konsequentialistischen beziehungsweise utilitaristischen Ethik* (vgl. a.a.O.: 54f.). Konkrete Überlegungen lauten beispielsweise: Wie sieht die volkswirtschaftliche Gesamtbilanz aus, je nachdem, ob Gesundheitsförderung stattfindet oder nicht? Lohnt sich Gesundheitsförderung? Das Abschätzen von Gesundheitsfolgen – die Bezeichnung verrät es

schon – ist Ausdruck einer konsequentialistischen Ethik. Häufig wird dabei mit Wahrscheinlichkeiten operiert: Was verspricht, angesichts von knappen fachlichen, zeitlichen und monetären Ressourcen, am meisten Wirkung für eine gesicherte oder gesteigerte Gesundheit? Zu klären ist auch, an wen sich die Erwartung zum Handeln richtet: an den Staat, an nichtstaatliche Organisationen, an bestimmte gesellschaftliche Funktionsträgerinnen und -träger?

Die klassische konsequentialistische Argumentation in der Prävention lautet: «Wenn wir in Prävention investieren, sinkt die Krankheitslast, und damit sinken auch die Kosten für die Behandlungen.» Wenn jeder in die Prävention investierte Franken zu einer Verminderung der Behandlungskosten von mehr als einem Franken führt, dann lohnt sich Prävention.

Allerdings muss eine Optimierung des gesellschaftlichen Gesamtnutzens nicht unbedingt das Geld als Massstab nehmen. Denkbar wäre beispielsweise auch die Summe des individuellen Glücks. Massnahmen, die an diesem Ziel ausgerichtet sind, können personenbezogen oder strukturell ausgerichtet sein, beispielsweise auf Wissenszuwachs und Stärkung der Identität (personenorientiert) oder auf verbesserte Wohn- und Arbeitsbedingungen (strukturorientiert). Gesundheitsförderung wäre damit legitimiert, dass sich die Summe des Glücks auf einen höheren Gesamtwert steigern lässt – unter Umständen sogar unter Inkaufnahme eines grösseren Unglücks Einzelner.

### 3 Orientierung an ethischen Prinzipien

Ethische Prinzipien sind den Moralthorien nachgeordnet und gelten als Theoriebezüge mittlerer Reichweite. Es gibt eine ganze Reihe ethischer Prinzipien, an denen sich gesundheitsförderliches oder präventives Handeln in der Sozialen Arbeit orientieren kann – und in der Praxis faktisch orientiert, auch wenn nicht immer darüber nachgedacht wird. Wie im Folgenden gezeigt wird, steht ein einzelnes Prinzip in der Regel nicht absolut. In konkreten Situationen des professionellen Handelns stehen meistens mehrere Prinzipien untereinander in einem Spannungsverhältnis: Es geht nicht ohne Abwägen und Aushandeln.

Bereichsethiken sind fachliche Ethikdiskurse, die sich an einem Bündel von konkreten Prinzipien orientieren (vgl. Schröder 2007: 104). Als Bereichsethik gelten beispielsweise die Medizinethik oder die Public-Health-Ethik. Gesundheitsförderung und Prävention stehen bisher nicht für einen gefestigten Bereich mit einer eigenen Ethik. Sie sind Teil von Public Health. Es liegt daher nahe, nach den *ethischen Prinzipien von Public Health* zu fragen.

Auch die Public-Health-Ethik ist ein vergleichsweise junges Anwendungsgebiet der Ethik (vgl. Egger/Razum 2012: 16). Sie wird zwar meist aus der Medizinethik hergeleitet, geht aber über diese hinaus, da sie nicht die

Arzt-Patienten-Beziehung beleuchtet, sondern das Verhältnis zwischen Staat beziehungsweise Institutionen und Bürgerinnen und Bürgern. Prägend für die (bio)medizinische Ethik haben Beauchamp/Childress (1995) vier ethische Prinzipien vorgeschlagen: *a) Respekt vor der Autonomie*, *b) das Prinzip des Nicht-Schadens*, *c) Gutes tun (Fürsorge)* und *d) Gerechtigkeit (in der Regel als Rechtsgleichheit und Zugangsgerechtigkeit verstanden)*.

Die Public-Health-Ethik interpretiert diese Prinzipien teilweise neu und ergänzt sie um weitere Aspekte, mit je nach Ansatz unterschiedlichen Akzenten. Rippe/Faisst (2007: 104ff.) greifen zum Beispiel in ihrer Konzeption die vier biomedizinischen Prinzipien auf, relativieren sie teilweise und ergänzen sie um das *Prinzip der Menschenwürde*. Strech, Neitzke und Marckmann (2012: 139) fügen als fünftes Prinzip jenes der *Nutzenmaximierung* bei. Ausserdem schlagen sie Bewertungskriterien vor, die sich zum Teil aus zwei Prinzipien zusammensetzen, etwa «Effizienz» als Kombination von Nutzenmaximierung und Gerechtigkeit. Auch bei Egger/Razum (2012: 17f.) sind die Prinzipien der Medizinethik in der Public-Health-Ethik enthalten, sie werden jedoch ergänzt um die *gegenseitige Abhängigkeit* (was die Autonomie relativiert), *Mitwirkung* (was die Fürsorge relativiert) sowie *wissenschaftliche Abstützung*. Schröder (2007: 109) schliesslich schlägt fünf zentrale Prinzipien einer Public Health-Ethik vor: 1) Maximieren des gesundheitlichen Gesamtnutzens (inkl. Bevölkerungsschutz), 2) Achtung vor der Menschenwürde, 3) Gerechtigkeit, 4) Effizienz, 5) Verhältnismässigkeit.

Die Erörterung verschiedener ethischer Prinzipien erweist sich auch für Gesundheitsförderung und Prävention als nützliches Arbeitsinstrument. Im Folgenden werden mehrere dieser Prinzipien konkretisiert, wobei auch auf mögliche Konflikte zwischen ihnen hingewiesen werden muss.

Das Prinzip *Respekt vor der Autonomie* erinnert stark an einen zentralen Grundsatz der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (WHO 1986): «Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein hohes Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen». Dank Selbstbestimmung, nicht dank Fremdenkung gelangen Menschen zu einer gestärkten Gesundheit. Dieses Postulat ist eine Herausforderung für die Fachwelt, denn es bedeutet auch, Entscheidungen von Individuen zu akzeptieren, selbst wenn sie der Gesundheit abträglich sind. Bedingung für Autonomie ist allerdings die informierte Zustimmung, was wiederum bedeutet, dass Informationen über Zusammenhänge, beispielsweise über die Schädlichkeit gewisser Verhaltensweisen, zur Verfügung stehen müssen (vgl. Rippe/Faisst 2007: 104).

Gleichzeitig ist aber auch daran zu erinnern, dass es Autonomie in einem absoluten Sinn nicht gibt: Menschen befinden sich immer in Abhängigkeiten, auch wechselseitig. Die alleinige Ausrichtung auf Autonomie und Selbstbestimmung würde dem Wesen des Menschen nicht gerecht. In diesem Sinne sind auch immer die *wechselseitigen Abhängigkeiten* (Egger/Razum 2012:

18) zu beachten. Es gibt zahlreiche Belege dafür, dass soziale Unterstützung und verlässliche Bindungen zu den elementaren Voraussetzungen für eine gute Gesundheit gehören.

Das *Fürsorgeprinzip* («*Gutes tun*») ist ein verbreitetes Motiv in der Gesundheitsförderung und Prävention, insbesondere in der Arbeit mit Minderjährigen. Es ist fürsorglich, sie vor Schaden zu bewahren. So werden zum Beispiel Programme zu Sucht-, Gewalt- oder Übergewichtsprävention bei Kindern und Jugendlichen begründet. Das Fürsorgeprinzip ist auch darauf ausgerichtet, Menschen mit Ressourcen auszustatten und sie beim Aufbau von gesundheitsrelevanten Fähigkeiten und Kompetenzen zu unterstützen. Dazu gehört auch Gesundheitskompetenz, verstanden als Fähigkeit, im alltäglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die eigene Gesundheit und auf die Gesundheit anderer auswirken (vgl. Abel/Sommerhalder/Bruhin 2015).

*Nicht schaden* als Prinzip für Prävention bedeutet beispielsweise, dass Interventionen mit präventiver Absicht möglichst keine belastenden Nebenwirkungen nach sich ziehen sollen. Eine solche Belastung wäre etwa gegeben, wenn eine Person von ihrem sozialen Umfeld isoliert würde, damit sich ein gesundheitsrelevantes Erleben oder Verhalten aufbauen und stabilisieren lässt.

#### *Spannungsfeld Autonomie versus Fürsorge*

Spannungsgeladen ist das Verhältnis zwischen den Prinzipien Autonomie und Fürsorge. Der Anspruch, Autonomie zu respektieren, ist eine deutliche Absage an eine paternalistische Haltung von Fachpersonen in der Gesundheitsförderung und Prävention. Demgegenüber ist im Sinne des Fürsorgeprinzips aus fachlicher Sicht von vornherein klar, was wem gut tut. Auffallend ist, dass Gesundheitsförderung oder Prävention, die sich am Fürsorgeprinzip orientiert, vorzugsweise Schulen, Betreuungseinrichtungen, Freizeitvereine von jungen Menschen als Handlungsfelder wählt. Zielgruppen sind dann nebst den Kindern und Jugendlichen die Betreuungs- und Lehrpersonen sowie die Eltern. Darüber hinaus gibt es in der Öffentlichkeit durchaus auch den Anspruch, zugunsten der Gesundheit Erwachsener «Gutes zu tun», allerdings in der Regel bloss für bestimmte Gruppen, beispielsweise für Migrantinnen und Migranten, Armutsbetroffene, Menschen mit Behinderungen, Suchtmittelabhängige. Es fällt auf, dass es sich dabei auch um klassische Zielgruppen der Sozialen Arbeit handelt. Die gedachten Akteure von Prävention und Gesundheitsförderung, das heisst diejenigen, welche die Massnahmen auslösen und verantworten, gehören nicht zu den Zielgruppen.

Prävention, die sich an Erwachsenengruppen richtet, die gemeinhin nicht zu den Gruppen in prekären Verhältnissen zählen, stösst vielerorts

auf Skepsis oder offene Ablehnung. Als Argument wird regelmässig die Freiheit verteidigt und die Tendenz zur Bevormundung kritisiert. Das ethische Prinzip des Respekts vor der Autonomie wird somit höher als andere Prinzipien gewichtet, auch auf das Risiko hin, dass die gesundheitliche Belastung steigt oder die Chancen auf eine gute Gesundheit noch ungleicher verteilt sind. Unterschlagen wird auch, dass Entscheidungsfreiheit nicht voraussetzungslos ist: Nur wer informiert ist, hat die Wahlfreiheit. Am Beispiel der Prävention von Tabak- oder Alkoholkonsum lassen sich diese Mechanismen beispielhaft verfolgen. Die Kritik gilt vorerst den am Individuum orientierten Handlungsansätzen: Information, Aufklärung, Beratung, Verhaltensbeeinflussung mit dem Ziel, nicht zu konsumieren (Tabak) oder höchstens mit Mass (Alkohol). Es wird bestritten, dass sich Weisungen oder Handlungsempfehlungen an mündige Erwachsene richten dürfen. Ebenfalls mit dem Verweis auf das Prinzip der Autonomie respektive mit dem Vorwurf der Bevormundung werden zudem strukturelle Massnahmen bekämpft, obwohl sie die Wahl- und Entscheidungsfreiheit respektieren: Erhöhung der Produktpreise (Besteuerung), Begrenzung der Verkaufsstellen oder der Konsumorte, Einschränkung der Werbemöglichkeiten. Es ist seit Langem bekannt, dass derartige Massnahmen, gemessen am Ziel einer Konsum- und Schadensreduktion, wirkungsvoll sind (vgl. Abelin/Borioli Sandoz/Jeanrenaud 2011). Gleichwohl haben sie einen schweren Stand.

Entscheidungsfreiheit und Eigenverantwortung werden also hoch gewichtet, und es stellt sich die Frage, ob jeder Mensch tatsächlich ohne Weiteres imstande ist, für seine bestmögliche Gesundheit Verantwortung zu tragen, oder ob es sich um eine zu erwerbende Fähigkeit handelt, die durchaus einer Unterstützung durch Dritte bedarf. Fachpersonen der Sozialen Arbeit stehen angesichts dieser Debatten um Eigenverantwortung und Selbstbestimmung in einer besonderen Verantwortung. Sie wissen aus ihrer praktischen Arbeit und gestützt auf ihr disziplinäres Wissen um die Grenzen dieses Anspruchs. Gomm (2013: 4) drückt es so aus: «Eigenverantwortung trägt auch leichter, wer sich in günstigen wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen befindet.» In der Tat sind die Chancen auf ein langes Leben bei guter Gesundheit für jene deutlich erhöht, die keine ökonomischen Sorgen haben und auf vielfältige soziale Unterstützung zählen können. Der blosser Appell an Eigenverantwortung als Basis für eine gute Gesundheit greift darum eindeutig zu kurz. Soziale Arbeit kann diesbezüglich in der öffentlichen Debatte und in der interprofessionellen Kooperation zu einer differenzierten Sichtweise beitragen.

Die *Maximierung des gesundheitlichen Gesamtnutzens*, als typisches Prinzip von Public Health entwickelt, kann für Gesundheitsförderung ein gutes Kriterium sein, insbesondere wenn es das erklärte Ziel ist, für eine möglichst gros-

se Anzahl Menschen ein möglichst hohes Mass an Glück, Wohlbefinden oder Lebensqualität zu erlangen. Allerdings darf dies nicht um den Preis einer massiven Schädigung oder Benachteiligung Einzelner geschehen: Jede Form der Kollektivethik findet ihre klare Grenze angesichts der Unantastbarkeit der Menschenwürde, wie Kuhn/Wildner (2015) betonen. Zur Nutzenmaximierung passt auch der Anspruch, dass Prävention und Gesundheitsförderung wissenschaftlich fundiert sein sollen. Sie sollen ihre Mittel bevorzugt dort einsetzen, wo sich statistisch eine bedeutende Verbreitung von gefährdenden Faktoren oder nicht entwickelten gesundheitlichen Chancen nachweisen lässt, die zudem beeinflussbar, also veränderbar sind.

Das erwähnte *Prinzip der Menschenwürde* steht in der Hierarchie der in Frage kommenden ethischen Prinzipien für Gesundheitsförderung und Prävention offenbar weit oben. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass auch die Vorstellungen von diesem Prinzip nicht einheitlich sind: Menschenwürde wird entweder verstanden als kontingente oder als inhärente Würde (vgl. dazu den Artikel «Menschenwürde – ein wichtiger ethischer Bezugspunkt der Sozialen Arbeit» von Sonja Hug im vorliegenden Band). Inhärente Würde wird allen Menschen unterschiedslos zugestanden, kontingente Würde ist jedoch an eine Leistung gebunden. Somit ist zu erwarten, dass auch dieses Prinzip in Konkurrenz zu anderen treten kann. Eine wichtige Maxime für die Prävention ist zweifellos der Anspruch, dass niemand lächerlich gemacht werden darf. Beispielsweise darf eine Kampagne zur Adipositasprävention übergewichtige Menschen nicht blossstellen.

*Gerechtigkeit* schliesslich hat in der Gesundheitsförderung und Prävention einen hohen Stellenwert, vor allem mit Blick auf gesundheitliche Chancengleichheit. Dieser normative Anspruch ist ebenfalls in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (WHO 1986) verankert:

«Gesundheitsförderung ist auf Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit gerichtet. Gesundheitsförderndes Handeln bemüht sich darum, bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr grösstmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen.»

Damit wird deutlich, dass Gerechtigkeit mehr ist als die Idee, dass alle in gleicher Weise Zugang zu gesundheitsförderlichen Angeboten haben oder präventiv auf gleiche Art «erreicht» werden sollen. Vielmehr ist eine Gesundheitsförderung denkbar, die bedarfsgerecht unterschiedlich ausgestaltet ist: Jene, die weiter entfernt von ihrem grösstmöglichen Gesundheitspotential sind, sollen überproportional profitieren können, sodass im Effekt die vermeidbaren Unterschiede verkleinert werden. Gerechtigkeit kann also auf verschiedene Weisen konkretisiert werden.

#### 4 Spannungsverhältnisse zwischen verschiedenen Gerechtigkeitsvorstellungen

Beim Anspruch auf Gerechtigkeit wird hauptsächlich entlang von drei Konzepten argumentiert. Die erste Vorstellung meint *Rechtsgleichheit*: Für alle Menschen gelten gleiche Rechte und Pflichten, zum Beispiel gleiche Rechts- oder Unterstützungsansprüche. Das zweite Konzept kann mit *Leistungsgerechtigkeit* umschrieben werden: Gerecht ist ein angemessenes Verhältnis von Leistung und Gegenleistung. Wer viel leistet, bekommt mehr. Das dritte Konzept geht davon aus, dass Gerechtigkeit dann eingelöst ist, wenn alle Menschen ihre grundlegenden Bedürfnisse bestmöglich erfüllen können, wenn allen wenigstens eine Mindestausstattung zusteht. Um dies einzulösen, bekommen nicht alle dasselbe zugeteilt. Vielmehr ist *Bedarfsgerechtigkeit* dann eingelöst, wenn diejenigen einen überproportionalen Anteil erhalten, die den grösseren Bedarf haben. Das Ziel ist eine Verringerung von (zu) grossen Ungleichverteilungen.

Damit liegt der Fokus auf der sozialen Gerechtigkeit, einem zentralen Punkt einer Ethik der Sozialen Arbeit. Soziale Gerechtigkeit kann einer Gesellschaft, einem Staat, einer Institution oder einzelnen gesellschaftlichen Zuständen zugesprochen werden (Ebert 2010: 38). Sie steht für eine angemessene Verteilung von Gütern, Ressourcen und Chancen, aber auch von Pflichten und Lasten. Angemessen ist die Verteilung dann, wenn sie geregelt und nicht willkürlich ist und wenn sie sozialethisch geboten ist (vgl. ebd.). Mit anderen Worten: Welches Mass an Ungleichheit tolerierbar und somit noch nicht ungerecht ist, lässt sich nicht objektiv festlegen.

Für das Schnittfeld von Sozialer Arbeit und Gesundheit ist der Anspruch auf «soziale Gerechtigkeit» nicht nur deshalb von Interesse, weil hier die soziale Bedingtheit von Gerechtigkeit angesprochen ist, sondern aus grundsätzlichen Überlegungen zum Verständnis von Sozialer Arbeit überhaupt. Im Jahr 2000 formulierte die International Federation of Social Workers IFSW ihr professionelles Selbstverständnis wie folgt:

Soziale Arbeit ist eine Profession, die sozialen Wandel, Problemlösungen in menschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen fördert, um ihr *Wohlbefinden zu verbessern*. Indem sie sich auf Theorien menschlichen Verhaltens sowie sozialer Systeme als Erklärungsbasis stützt, interveniert Soziale Arbeit im Schnittpunkt zwischen Individuum und Umwelt/Gesellschaft. Dabei sind die Prinzipien der Menschenrechte und *sozialer Gerechtigkeit* für die Soziale Arbeit von fundamentaler Bedeutung. (*Deutschsprachige Fassung gemäss Staub-Bernasconi 2013: 33; Hervorhebungen durch FW*)

Beachtenswert ist zum einen die Betonung des Prinzips der sozialen Gerechtigkeit. Beachtenswert ist aber auch die Zweckausrichtung der Profession, der es eben nicht nur um Problemlösungen geht, sondern darüber hinaus um Förderung und Befreiung mit der Perspektive «Wohlbefinden». Der englische Originaltext bringt dies besser zum Ausdruck als der deutsche Text: «to enhance well-being» (etwa «Anheben von Wohl-sein») meint weit mehr als bloss eine Befindlichkeit. Es umfasst das persönliche Wohlbefinden wie auch das Wohlbefinden anderer Menschen und kommt einem eigenständig-positiven Verständnis von Gesundheit sehr nahe.

Zurück zum Prinzip «soziale Gerechtigkeit»: Für Gesundheitsförderung oder Prävention liefern Ungleichheiten, die als sozial ungerecht empfunden werden, häufig die Begründung zum Handeln. Menschen, die materiell und/oder sozial benachteiligt sind, haben deutlich geringere Aussichten auf eine gute Gesundheit. Wegen dieses vielfach belegten ursächlichen Zusammenhangs ist eine gesundheitliche Benachteiligung als Folge der sozialen Verhältnisse im moralischen Sinne als ungerecht einzustufen (vgl. Rauprich 2010: 265).

Ein gesundheitsförderliches oder präventives Programm, das allen Personen der Programmzielgruppe den gleichen Rechtsanspruch zubilligt oder das sich «an alle» richtet, bewirkt per se noch keine Verringerung von Ungleichheit und somit keine Erhöhung der sozialen Gerechtigkeit. Als Beispiel: Eine Gemeinde bietet unentgeltlich einen Erwachsenenbildungskurs an. Alle Bewohnerinnen und Bewohner haben das Recht zur Teilnahme. Es nehmen aber nicht alle teil, weil möglicherweise andere Barrieren wirksam sind, z.B. sprachliche, soziale («das ist nicht meine Welt»), organisatorische («um diese Zeit kann ich nicht»). Wenn der Kurs sein Ziel eines Zuwachses an Gesundheit bei den Teilnehmenden erreicht, ist sehr wohl möglich, dass sich die gesundheitlichen Ungleichheiten sogar vergrössern, weil diejenigen nicht teilnehmen konnten oder wollten, die schon in der Ausgangssituation benachteiligt waren. Dieser Effekt lässt sich im Übrigen nicht nur bei personenbezogenen Interventionen (z.B. Weiterbildungsangeboten) beobachten, sondern auch bei strukturellen Interventionen zugunsten einer besseren Gesundheit, etwa beim Ausbau des Radwegnetzes. Wenn jedoch vor allem jene Menschen einen gesundheitlichen Gewinn haben, die bereits vor der Intervention bevorteilt waren, ist auch keine Erhöhung der sozialen Gerechtigkeit erreicht.

Bedarfsgerechtigkeit als Ausprägung von sozialer Gerechtigkeit einzulösen, stellt hohe Ansprüche an Programme von Prävention und Gesundheitsförderung. Es ist zunächst notwendig, Gruppen oder Einzelpersonen zu identifizieren, die mit Blick auf eine bestimmte gesundheitliche Ressource bisher benachteiligt sind. Dann gilt es, die Massnahmen so zu organisieren, dass sie gezielt diesen Gruppen oder Personen zukommen. Eine Herausforderung ist dabei die mögliche Stigmatisierung der «ausgewählten» Zielpopulationen.

Wenn eine personenzentrierte Handlungsweise gewählt wird (Aufklärung, Information, Beratung, Bildung usw.), können Vertrauenspersonen eventuell vermitteln. Mindestens so wirkungsvoll für die Förderung von Gesundheit können verhältnis- oder strukturorientierte Handlungsweisen sein, die gezielt die Lebensbedingungen verbessern; beispielsweise ein Gebäudesanierungsprogramm: Ältere Geschossbauten werden besser isoliert und mit Balkonen ausgerüstet – dies mit der durchaus stichhaltigen Begründung, dass sich so die Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner verbessern lässt.

Soziale Arbeit kennt Vergleichbares, wenn sie in «sozialen Brennpunkten» arbeitet. Wie dieser gemeinwesenorientierte Ansatz tragen auch Gesundheitsförderung und Prävention dann zur sozialen Gerechtigkeit bei, wenn es gelingt, Exklusion und Machtlosigkeit abzuwenden und bessere Integration sowie neue Erfahrungen von Gestaltungsfreiheit zu ermöglichen. Damit schliesst sich ein Kreis, denn eine so verstandene Orientierung an sozialer Gerechtigkeit trägt dazu bei, ein anderes ethisches Prinzip zu stärken: dasjenige des Respekts vor der Autonomie, die Möglichkeit zur Selbstbestimmung über die Gesundheit.

## 5 Fazit

Die Chancen auf eine hohe Gesundheit sind in der Bevölkerung ungleich verteilt. Es gehört zu den Aufgaben und Möglichkeiten der Sozialen Arbeit, die soziale Bedingtheit der gesundheitlichen Lage verstärkt ins Blickfeld zu rücken und einen Beitrag zur Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten zu leisten. Zu den Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit gehören Gesundheitsförderung und Prävention. Präventive oder gesundheitsförderliche Aktivitäten sind teilweise am Individuum ausgerichtet, teilweise strukturorientiert – idealerweise sind sie in dieser doppelten Orientierung verzahnt. Ethische Prinzipien sind beim Begründen und Handeln im Sinne von Gesundheitsförderung und von Prävention omnipräsent: manchmal bewusst, manchmal weniger. Sie vermehrt zu reflektieren zeugt von Professionalität.

## Literatur

- Abel, Thomas/Sommerhalder, Kathrin/Bruhin, Eva (2015): Health Literacy/Gesundheitskompetenz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. [www.bzga.de/leitbegriffe](http://www.bzga.de/leitbegriffe) [10.2.2016].
- Abelin, Theodor/Borioli Sandoz, Valérie/Jeanrenaud, Claude (2011): Neue Erkenntnisse zu Marketing und Werbung bei Tabakerzeugnissen. Eine Übersicht zu gesetzlichen Massnahmen und ihrer Wirksamkeit. Bern: BAG/Eidgenössische Kommission für Tabakprävention.

- Beauchamp, Tom L./Childress, James F. (1995): Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford University Press.
- Bleisch, Barbara/Huppenbauer, Markus (2011): Ethische Entscheidungsfindung. Ein Handbuch für die Praxis. Zürich: Versus.
- Ebert, Thomas (2010): Soziale Gerechtigkeit. Ideen, Geschichte, Kontroversen. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Egger, Matthias/Razum, Oliver (2012): Public Health: Zentrale Begriffe, Disziplinen und Handlungsfelder. In: dies. (Hrsg.), Public Health. Sozial- und Präventivmedizin kompakt (S. 1-21). Berlin: De Gruyter.
- Frankowiak, Peter (2015): Prävention und Krankheitsprävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. www.bzga.de/leitbegriffe [8.1.2016].
- Gomm, Peter (2013): Vorwort. In: Kanton Solothurn (Hrsg.), Sozialbericht 2013 Kanton Solothurn (S. 4–5). www.sozialbericht-so.ch/download/einzelne-kapitel [3.3.2016].
- Kaba-Schönstein, Lotte (2011): Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und -strategien. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. www.bzga.de/leitbegriffe [8.1.2016].
- Kuhn, Joseph/Wildner, Manfred (2015): Ethik in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. www.bzga.de/leitbegriffe [8.1.2016].
- Müller, Burkhard (2012): Sozialpädagogisches Können – Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit (7., überarbeitete und erweiterte Auflage). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Rauprich, Oliver (2010): Public Health als Beitrag zur sozialen Gerechtigkeit. In: Ethik in der Medizin, Jg. 22, H. 3, 263–273.
- Rippe, Klaus Peter/Faisst, Karin (2007): Public Health und Ethik. In: Felix Gutzwiller/Fred Paccard (Hrsg.), Sozial- und Präventivmedizin – Public Health (3., vollständig überarbeitete Auflage) (S. 101–113). Bern: Hans Huber.
- Schröder, Peter (2007): Public-Health-Ethik in Abgrenzung zur Medizinethik. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jg. 50, H. 1, 103–111.
- Staub-Bernasconi, Silvia (2013): Soziale Arbeit – eine verspätete Profession? In: Roland Becker-Lenz/Stefan Busse/Gudrun Ehlert/Silke Müller-Hermann (Hrsg.), Professionalität in der Sozialen Arbeit: Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven (3. Auflage) (S. 23–48). Wiesbaden: Springer VS.
- Strech, Daniel/Neitzke, Gerald/Marckmann, Georg (2012): Public-Health-Ethik: normative Grundlagen und methodisches Vorgehen. In: Friedrich W. Schwartz et al. (Hrsg.): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 137–141). München: Urban & Fischer.
- WHO (1986): Ottawa Charter for Health Promotion/Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. World Health Organisation. www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986 [3.3.2016].

## Ethische Fragen in der klinischen Sozialarbeit

Sonja Hug

*In den letzten Jahrzehnten hat sich für die Tätigkeit der Sozialen Arbeit mit und für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen auch im deutschsprachigen Raum der Begriff der klinischen Sozialarbeit etabliert. Durch ihre Ausrichtung auf die soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit ergeben sich spezifische normative Bezüge und ethische Herausforderungen. Es geht darum, ein eigenständiges professionsethisches Verständnis im Feld des Gesundheitswesens zu entwickeln. Dabei müssen Fragen nach dem Verständnis und Wert von Gesundheit ebenso beantwortet werden wie Fragen zu Selbstbestimmung und Selbstverantwortung von Klienten und Klientinnen mit gesundheitlichen Einschränkungen.*

### 1 Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit

In den letzten zwei Jahrzehnten hat sich innerhalb der Sozialen Arbeit unter dem Begriff der klinischen Sozialarbeit eine Fachdiskussion über die spezifischen Aufgaben der Sozialen Arbeit im Kontext der Beratung und Behandlung von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen entwickelt. Es wurden theoretische sowie methodische Grundlagen dazu erarbeitet (vgl. Hüttemann/Rüegger/Wüsten 2015: 334; Mühlum/Gahleitner 2010: 94–99; Ningel 2011; Sommerfeld et al. 2016). Klinische Sozialarbeit wird als eine von unterschiedlichen Fachsozialarbeiten verstanden. Sie hat es mit Menschen (jeden Alters) mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu tun. Die Klientinnen und Klienten der klinischen Sozialarbeit sind durch das Versorgungssystem oft schwer erreichbar, und ihre Multiproblemlage (z.B. Desintegrationsprozesse durch chronische Erkrankungen) erfordert Unterstützung über die biomedizinische Intervention hinaus (vgl. Hüttemann/Rüegger/Wüsten 2015: 334). Praxisfelder der klinischen Sozialarbeit sind zum Beispiel die Suchthilfe, ambulante und stationäre Versorgungsdienste der Psychiatrie, Sozialdienste in Kliniken sowie ambulante, auf bestimmte Erkrankungen spezialisierte Beratungsstellen (Krebsliga, Lungenliga, Beratungsstellen für traumatisierte Menschen usw.) (vgl. Hüttemann/Rüegger/Wüsten 2015: 334; Rüegger 2012:17). Das Wort «klinisch» bezieht sich nicht auf den Arbeitsort, sondern wird zur Bezeichnung der Tätigkeit verwendet. Es wird damit eine Sozialarbeit umschrieben, die sich unmittelbar, auf Basis sozialarbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse und mittels psychosozialer Beratung, mit gesundheitlich eingeschränkten Personen befasst (vgl. Ningel 2011: 41).