

Silja Samerski

Lebenswelten und Erfahrungen verstehen



Freepik / cookie_studio

Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, wissenschaftliche Gesundheitsinformationen zur Grundlage persönlicher Entscheidungen zu machen.

Gesundheitskompetenz gilt als ‚Schlüssel‘ zu einem patientenorientierten Gesundheitswesen (vgl. Jordan 2019) und als „Schlüsselkompetenz für ein gesundes Leben“ (Lenartz et al. 2014). Ursprünglich waren mit dem englischen Pendant „Health Literacy“ die Fähigkeiten des Lesens und Schreibens gemeint als Voraussetzung dafür, dass Patient*innen im Gesundheitssystem Therapiemaßnahmen einhalten können (Compliance). Heute wird von Patient*innen allerdings nicht mehr erwartet, dass sie ‚gehorsam‘ sind,

sondern dass sie informierte Entscheidungen treffen (vgl. Samerski 2002; 2015). Neuere Definitionen von ‚Gesundheitskompetenz‘ beschreiben gesundheitskompetente Bürger*innen daher als diejenigen, die Informationen verarbeiten und rationale Entscheidungen treffen. Viele US-Institutionen haben beispielsweise eine Definition übernommen, die Gesundheitskompetenz beschreibt als „degree to which individuals have the capacity to obtain, process and understand basic health information and services to make appropriate health deci-

ons“ (U.S. Department of Health and Human Services 2010, S. 1). Auch das „EU Health Literacy Project“ definiert Gesundheitskompetenz als Fähigkeit, Informationen zu suchen und zu verarbeiten:

„Gesundheitskompetenz umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen in Bezug darauf, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die die Lebensqualität im gesamten Lebensverlauf erhalten oder verbessern“ (Sørensen et al. 2012, S. 3, übersetzt von Bitzer/Sørensen 2018).

Als der Begriff „Health Literacy“ in den USA geprägt wurde, ging man davon aus, dass Patient*innen im Gesundheitssystem zumindest grundlegende Gesundheitsinformationen brauchen und in der Lage sein sollten, diese zu verstehen. Heute dagegen wird Gesundheitskompetenz als allgemeine Lebenskompetenz diskutiert, als etwas, das alle Menschen im Alltag haben sollten, um „gesunde Entscheidungen“ zu treffen. Am deutlichsten illustriert Ilona Kickbuschs Definition diese Ausweitung: Sie definiert Gesundheitskompetenz als „ability to make sound health decisions in the context of everyday life – at home, in the community, at the workplace, the health care system, the marketplace and the political arena“ (Kickbusch/Maag 2008, S. 206).

Lebensweltorientierung

Gesundheitskompetenz ist so von einer spezifischen Anforderung an Patient*innen im Gesundheitssystem zu einer allgemeinen Anforderung an

alle Bürger*innen mutiert (vgl. Vogt et al. 2016). Gleichzeitig meint Gesundheitskompetenz weiterhin die Fähigkeit, Entscheidungen auf „relevante Gesundheitsinformationen“ zu gründen, womit nicht der ‚Ratschlag der Freundin oder der Großmutter‘ gemeint ist, sondern Informationen von Expert*innen. Wissenschaftlich generierte und lizenzierte Gesundheitsinformationen werden so zur Voraussetzung für jede Form von gesundheitsbezogenem Handeln, sowohl im Krankenhaus als auch zuhause, sowohl bei der Blinddarm-OP als auch bei der Pflege des erkälteten Kindes oder bei der Entspannung nach der Arbeit.

Diese Anforderung, wissenschaftliche Informationen zur Grundlage für persönliches Handeln zu machen, widerspricht zentralen Ansätzen und Theorien der Sozialen Arbeit. Das professionelle Selbstverständnis der Sozialen Arbeit ist u. a. geprägt durch das Konzept der Lebensweltorientierung. „Lebenswelt“ meint den Alltag und die Erfahrungen aus der Sicht der Menschen selbst. Lebensweltorientierung in der Sozialen Arbeit bedeutet, von ebendiesen Alltagsverhältnissen und den Erfahrungen auszugehen. „Das Konzept Lebensweltorientierung besagt, dass der Ausgang aller Sozialen Arbeit in den alltäglichen Deutungs- und Handlungsmustern der AdressatInnen und in ihren Bewältigungsanstrengungen liegt“ (Grunwald/Thiersch 2016, S. 24) – das heißt, die Soziale Arbeit lässt sich ein auf die Lebenswelt ihrer Klient*innen, und zwar offen, verstehend und parteilich. Sie geht von deren Zielen und Problemdefinitionen aus.

Der lebensweltorientierte Ansatz ist auch in der Gesundheitsförderung nicht neu. Bereits 1986 formuliert die Ottawa-Charta das Ziel, die Selbstbestimmung von Menschen in Sachen

i
Gesundheitskompetenz ist definiert als die Fähigkeit, wissenschaftliche Gesundheitsinformationen zur Grundlage persönlicher Entscheidungen zu machen. Die Soziale Arbeit hat dagegen einen ressourcen- und lebensweltorientierten Ansatz; um hier fruchtbar zu werden, bräuchte es eine entsprechende Weiterentwicklung des Konzeptes.

Gesundheit zu stärken und sich an ihrem ‚Setting‘ zu orientieren. Das Englische ‚setting‘ wird im Deutschen in der Regel mit ‚Lebenswelt‘ wiedergegeben (vgl. Hartung/Rosenbrock 2022). Der lebensweltorientierte Ansatz stößt in der Gesundheitsförderung jedoch auf ein großes Hindernis: In Sachen Gesundheit hat bis heute die Medizin ein Deutungsmonopol. Was als krank und was als gesund gilt, wie Krankheiten behandelt und wie Gesundheit gefördert werden sollen, das bestimmen in erster Linie Mediziner*innen und Gesundheitswissenschaftler*innen. Dieses Deutungsmonopol wird auch bei den Diskussionen um Gesundheitskompetenz sichtbar: Gesundheitskompetenz wird daran gemessen, wie gut Menschen – nach eigener Einschätzung – mit den Anforderungen von Expert*innen zu recht kommen. Surveys fragen u. a. nach der Schwierigkeit, über Impfungen zu entscheiden oder über die Einholung einer Zweitmeinung oder die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennung. Diese Surveys stellen regelmäßig alarmierende Defizite fest (vgl. WHO Europe 2013) und bescheinigen der Mehrheit der Bevölkerung eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz. Insbesondere Menschen mit Migrationshintergrund, mit geringem Bildungsniveau, mit niedrigem Sozialstatus, mit chronischen Krankheiten und höherem Alter, alles Zielgruppen der Sozialen Arbeit, wird eine

schlechte Gesundheitskompetenz bescheinigt (vgl. Schaeffer et al. 2016; 2017; Quenzel/Schaeffer 2016).

Gesundheitswissen

Allerdings sagen diese Surveys mehr über den Mindset von Gesundheitswissenschaftler*innen aus als über die Befragten selbst. Die Lebenswelt der Befragten kommt hier nicht vor. Ihre Fähigkeiten werden stattdessen an den Erfordernissen des Gesundheitssystems gemessen. Ein lebensweltorientiertes Konzept von Gesundheitskompetenz dagegen würde den Befragten kein Defizit zuschreiben, wenn sie Entscheidungen über Früherkennungsuntersuchungen, mentale Gesundheit oder Impfungen schwierig finden, sondern würde versuchen, diese Schwierigkeiten vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen, Wahrnehmungen und Problemdefinitionen zu verstehen. Wie Napier et al. (2014) argumentieren, gibt es nicht ein universelles Konzept von Gesundheit, das für alle Menschen Gültigkeit beanspruchen kann. Gesundheitsvorstellungen „vary widely across societies and should not merely be defined

by measures of clinical care and disease. Health can be defined in worldwide terms or quite local and familiar ones” (Napier et al. 2014). Gesundheitswissen beruht auf sozialen Praktiken, die in soziale Netze, Erfahrung und Fragen von Macht und Anerkennung eingewoben sind (vgl. Mol 2008; Papen 2009; Samerski 2019). Menschen, die im Internet nach Gesundheitsinformationen recherchieren, suchen beispielsweise nicht nur Fakten, sondern auch Trost, Orientierung und soziale Unterstützung (vgl. Doyle 2013; Mol 2008). Für viele Menschen sind die wichtigsten Ratgeber*innen in Gesundheitsfragen vertraute Personen, beispielsweise der Ehemann, die Tochter oder ein*e Freund*in. Hier erwarten sie keine objektive Information, sondern Orientierung, Unterstützung und einen konkreten Ratschlag (vgl. Samerski 2019). Ethnographische Forschungen zeigen, dass lebensweltliches Gesundheitswissen mehrdimensional ist. In der Regel kombinieren Menschen verschiedene Wissensquellen und verschiedene Fürsorgepraktiken. Manche davon sind ‚Informationen‘ im eigentlichen Sinne, also medizinisches Fachwissen aus dem In-

ternet oder aus anderen Expert*innenquellen. Daneben spielt das Erfahrungswissen eine wichtige Rolle, ebenso wie überliefertes oder religiöses Wissen. *Eine junge Frau beispielsweise, deren Eltern aus der Türkei nach Deutschland eingewandert sind, kennt sich im Gesundheitssystem gut aus, weil sie regelmäßig Freund*innen und Bekannte in die Arztpraxis begleitet, aber bittet auch ihre Mutter um ein Gebet, wenn es ihr schlecht geht. Eine tunesische Mutter, deren Tochter schwer krank ist, recherchiert im Internet, aber zieht auch das tunesische Fernsehen und den Koran zu Rate* (vgl. Samerski 2019).

Ethnographische Haltung

Die Soziale Arbeit hat bereits eine lange Tradition, Menschen in ihrer Lebenswelt zu verstehen und mit ihnen auf Augenhöhe zusammenzuarbeiten. Nicht nur die Lebensweltorientierung, auch die Sozialraumorientierung, das Empowerment oder das Community Organizing orientieren sich am Willen und an der Lebenswelt der Betroffenen. Es käme sowohl benachteiligten Menschen als auch Praktiker*innen und der wissenschaftlichen Forschung zugute, wenn das Konzept der Gesundheitskompetenz sich stärker für diese Ansätze öffnen würde. Es ist an der Zeit, das derzeitige medizinorientierte Verständnis weiterzuentwickeln hin zu einem lebensweltorientierten Verständnis von Gesundheitskompetenz. Ein solcher lebensweltorientierter Ansatz setzt voraus, Menschen nicht zu beurteilen und zu bewerten, sondern verstehen zu wollen. Dazu braucht es eine ethnographische Haltung der Offenheit und Parteilichkeit, wie sie für die lebensweltorientierte Soziale Arbeit grundlegend ist.

Der französische Soziologe Pierre Bourdieu beschreibt diese Haltung für die soziologische Forschung fol-



Trost, Orientierung und soziale Unterstützung



Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Silja Samerski

Jg. 1970; Studium der Biologie (Humangenetik) an der Universität Tübingen, sozialwissenschaftliche Dissertation zur genetischen Beratung an der Universität Bremen; viele Jahre wissenschaftliche Mitarbeiterin an verschiedenen Universitäten und als Referentin im Gesundheitswesen, seit Oktober 2018 Professur für „Soziale Arbeit mit dem Schwerpunkt Gesundheit“ an der Hochschule Emden/Leer.

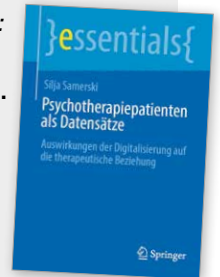
gendermaßen: „Diese Offenheit [...] bewirkt, dass man die Probleme des Befragten zu seinen eigenen macht, diese Fähigkeit, ihn zu nehmen und zu verstehen, wie er ist, mit seiner ganz besonderen Bedingtheit“ (Bourdieu et al. 2002, S. 791). Auf der Grundlage von Forschung mit einer solchen ethnographischen Haltung könnten auch die Gesundheitsberufe und -institutionen befähigt werden, die Lebenswelten und Erfahrungen von Patient*innen zu verstehen. Diese Forschung würde vermutlich zeigen, dass auch Menschen, denen eine ‚inadäquate‘ oder ‚problematische‘ Gesundheitskompetenz nachgesagt wird, verschiedenste kreative Wissens- und Gesundheitspraktiken haben, mit denen sie sich erfolgreich um sich und andere kümmern können (vgl. Samerski 2019; Papen 2009). Defizite liegen nicht bei ihnen selbst, sondern in einem ökonomi-

sierten, undurchdringlichen und hierarchischen Gesundheitsbetrieb sowie in einer Gesellschaft, in der soziale Ungleichheit und systematische Benachteiligungen weiterhin zunehmen.



LITERATUR

Samerski, Silja (2022): **Psychotherapiepatienten als Datensätze. Auswirkungen der Digitalisierung auf die therapeutische Beziehung.** Wiesbaden: Springer Fachmedien.
ISBN Print: 978-3-658-36246-1.
ISBN E-Book: 978-3-658-36247-8.



Ausführliche Literaturliste unter:
www.sp-impulse.at

auszeit

*Alle, jede*r einzelne auf dieser welt hat kompetenzen, die sein leben (überleben) sichern sollen. So ist es, liebe freund*innen. Manche mehr, manche weniger, aber alle haben sie.*

Unsere kompetenzen erwerben wir durch beobachtung anderer und durch ausprobieren, d. h. durch sammeln eigener erfahrungen. In jungen jahren spielt das ausprobieren eine wesentliche rolle. Mit welchem äußeren, kleidung, frisur, make-up werde ich wie und von wem wahrgenommen? Was nützt mir da am meisten? Viele ahmen ihre unmittelbare umgebung nach: die elten, die älteren geschwister. Auch, wenn diese ein gesellschaftlich wenig anerkanntes verhalten an den tag legen, kann es sein, dass es übernommen wird, wie z. b. gewalttätiges verhalten.

*Als lebenskompetente*r ist es von größtem vorteil, wenn ich mich selber kenne – mich und meine fähigkeiten einschätzen kann. So bin ich in der lage, mich in andere hi-*

neinversetzen zu können. Wenn ich auch noch in der lage bin, kreativ und kritisch zu denken, kann ich entscheidungen treffen, die für mich und auch für andere gut sind. Zu den lebenskompetenzen gehören auch beziehungsfähigkeit, ein guter umgang mit den eigenen gefühlen und mit stresssituationen.

*Uns als sozialpädagog*innen interessiert speziell die frage, wie wir unseren schützlingen möglichst viel an lebenskompetenzen vermitteln können. Wenn sie zu uns kommen, sind sie bereits lebenskompetenzmäßig vorgebildet: Sie haben bereits strategien entwickelt, mit denen sie durch ihr bisheriges leben gekommen sind. An diesen müssen wir ansetzen. Wir können durch uns und unsere fähigkeiten ihre kompetenzen erweitern, um sie vor sucht, gewalt und delinquenz zu schützen. Die aufgabe stellt immer eine herausforderung dar, aber mit kreativität und problemlösungsfähigkeit kann sie gelingen.*

Peter Fleischmann

