

Marcel Hackbart [Hg.]

Gesunde Vielfalt pflegen

Band 2

Ansätze zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt
in Prävention, Intervention und Rehabilitation



edws

Edition Waldschlösschen Materialien

In der Edition Waldschlösschen Materialien veröffentlicht die Akademie Waldschlösschen Dokumentationen und Materialien. Auch Beiträgen von Kooperationspartner*innen des Waldschlösschens steht die in unregelmäßiger Folge erscheinende Schriftenreihe offen. Die Schriftenreihe wird herausgegeben von Dr. Rainer Marbach.

Herausgeber dieses Heftes

Marcel Hackbart

Projektmitarbeiter in der Akademie Waldschlösschen im „Kompetenznetzwerk zum Abbau von Homosexuellen- und Trans*feindlichkeit“



**Selbst.verständlich
Vielfalt**

**Kompetenznetzwerk zum Abbau von
Homosexuellen- und Trans*feindlichkeit**

Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher
Selbstbestimmung und Vielfalt!

www.selbstverstaendlich-vielfalt.de

Gefördert vom



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

im Rahmen des Bundesprogramms

Demokratie **leben!**

Marcel Hackbart [Hg.]

Gesunde Vielfalt pflegen

Band 2

Ansätze zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt
in Prävention, Intervention und Rehabilitation

Edition Waldschlösschen

Materialien

Heft 30

Impressum

Marcel Hackbart [Hg.]

Gesunde Vielfalt pflegen Band 2. Ansätze zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Prävention, Intervention und Rehabilitation.

Edition Waldschlösschen Materialien / Heft 30

© Waldschlösschen Verlag

Göttingen 2021

Umschlagfoto:

istock/congerdesign

Gestaltung und Herstellung:

neueform corporate designers

1. Auflage 2021

ISBN 978-3-937977-22-5

Herausgegeben von der Akademie Waldschlösschen im Rahmen des „Kompetenznetzwerks zum Abbau von Homosexuellen- und Trans*feindlichkeit – Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher Selbstbestimmung und Vielfalt!“ im Bundesprogramm „Demokratie leben!“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).

Die Veröffentlichung stellt keine Meinungsäußerung des BMFSFJ oder des Bundesamts für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) dar. Für inhaltliche Aussagen trägt der*die Autor*in bzw. tragen die Autor*innen die Verantwortung.

Melanie Misamer & Marcel Hackbart

7. Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit mit Bezügen zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt

„Die sozialen, ökonomischen und kulturellen Lebensverhältnisse prägen ganz offensichtlich die Chancen, die in der Folge dazu führen, eher günstige oder eher ungünstige Voraussetzungen für die Entwicklung einer Gesundheitsdynamik im Lebenslauf zu entfalten.“

(Hurrelmann, 2010, S. 33)

*„Gesundheit ist ein gesellschaftlicher Zentralwert.
Und doch ist sie äußerst ungleich verteilt.
Gesundheitliche und soziale Ungleichheit gehen Hand in Hand.“*

(Lützenkirchen, 2005, S. 7)

Warum Soziale Arbeit mit Gesundheitsbezug?

Die Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession kann auch als Gerechtigkeitsprofession bezeichnet werden, denn Soziale Arbeit bezieht sich u. a. auf Aspekte der Sozialpolitik, auf das demokratische Selbstverständnis und auf die hiermit verbundene kritische Haltung, die stets auf Achtung, Berücksichtigung und Einhaltung der Menschenrechte fokussiert. Hier sind Sozialarbeiter*innen – neben ihren Individualaufträgen mit Klient*innen, Familien, Gruppen – auch Akteur*innen gesellschaftlicher Teilhabe und Inklusion, die sich mit der selbstständigen Lebensführung für die Gesamtheit auseinandersetzt (Maaser, 2015). In ihren berufsethischen Prinzipien bezieht sich die Soziale Arbeit grundlegend auf die Beachtung der Menschenrechte (Berufsethische Prinzipien des Deutschen Berufsverbands für Soziale Arbeit (DBSH), 2014, und der National Association of Social Workers (NASW), 2017). Die Dienstleistungen Sozialer Arbeit werden unabhängig von z. B. Nationalität, Religion, Weltanschauung, Kultur und Geschlecht er-

bracht. Hierunter kann in einer weiten Auffassung auch die sexuelle Orientierung einsortiert werden, auch wenn sie explizit nicht genannt wird. Ferner wird sich für die Rechte von Menschen, die Förderung von Selbstbestimmung und Teilhabe sowie gegen Diskriminierung positioniert (DBSH, 2014) und das auch explizit im Gesundheitsbereich beispielsweise in der Rehabilitation (am Beispiel von der Fürsorge zur Selbstbestimmung/Teilhabe, Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG), o. J. b).

Soziale Arbeit, die unter Beachtung dieser berufsethischen Prinzipien arbeitet, strebt an, ein professionelles und gerechtigkeitsbasiertes Selbstverständnis zu entwickeln, um bestmöglich die Vorgaben der Sozialpolitik mit den individuellen Ansprüchen ihrer Zielgruppe in Einklang zu bringen. Das ethische Alltagsbewusstsein, das durch die tägliche, integrierte Arbeit mit berufsethischen Prinzipien ausgebaut wird, stärkt die professionelle Identitätsbildung von Sozialarbeiter*innen hin zu einer menschenrechtsachtenden und gerechtigkeitsbasierten Haltung (Maaser, 2015).

Die heutige biopsychosoziale Idee von Gesundheit – im Vergleich zur rein biomedizinischen Gesundheitsidee (→ [Salutogenese](#)) – beeinflusst die Berufsfelder und das Aufgabenspektrum Sozialer Arbeit. Es sind ca. 25 % der Sozialarbeiter*innen in Feldern des Gesundheitswesens beschäftigt (Homfeld, 2012). Diese Tendenz steigt allerdings (Blankenburg & Cosanne, 2019), so dass der Bedarf an Sozialarbeiter*innen im Gesundheitswesen stetig zunimmt. Ein Grund für die starke Beschäftigung von Sozialarbeiter*innen im Gesundheitsbereich sind gesundheitliche Ungleichheiten in gesundheitsbezogenen Handlungsfeldern (Homfeld, 2012).

In sozialen Arbeitsbereichen und Präventionskampagnen werden insbesondere vulnerable Personen(-gruppen) angesprochen und unterstützt (→ [Prävention](#)). Der Sozialen Arbeit ist es mit ihren Methoden gelungen, Menschen anzusprechen und zu unterstützen, die sozial verletzlich oder verletzt sind. Diese Menschen sind nicht immer in der Lage, (Arbeits-)Beziehungen aufzubauen, zu halten und haben zudem

großen Unterstützungsbedarf (Dettmers, 2015). Die Gesundheitssituation von Personen mit niedrigerem sozioökonomischem Status verbessert sich langsamer, ihre gesundheitlichen Chancen sind geringer und sie verbringen weniger Lebensjahre in Gesundheit als der Rest der Bevölkerung (Lampert, 2020; Richter & Hurrelmann, 2009). Dabei stehen schlechtere Ausgangssituationen in Zusammenhang mit dem Gesundheitsstatus und dem gesundheitsbezogenen Verhalten. Auffällig ist, so Hurrelmann (2010), dass eine verstärkte Verbreitung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen, wie Fehlernährung oder Rauchen, und eine höhere Morbidität hinsichtlich der meisten Krankheiten in ärmeren und sozial benachteiligten Gruppen zu finden sind (s.a. Lampert, 2020). Gleichzeitig gibt es vielfältige Angebote und Maßnahmen, die zur Förderung, zum Erhalt und der Wiederherstellung von Gesundheit dienen (Aner & Hammerschmidt, 2018), deren Zugang aus verschiedensten Gründen für gerade die o. g. Personengruppen jedoch erschwert ist.

Die gesundheitsförderlichen Angebote befassen sich im Kontext von gesundheitsbezogenen Hilfen beispielsweise mit Armut, Krankheit, Gefährdung, Behinderung und sozialer Benachteiligung (Homfeld, 2012) – wie sie auch bei queeren¹ Menschen vorzufinden sind (→ [Band 1 Gesundheit](#) → [Band 1 Intersektionalität](#) → [Band 1 Vielfalt](#)). Sie haben das Ziel, gesellschaftliche Teilhabe- und Bestimmungsmöglichkeiten zu erhöhen, um eben diese Ungleichheiten zu reduzieren (→ [Empowerment](#)). So richten sich die Angebote an erkrankte oder von Erkrankung bedrohte Menschen, damit diese ihre alltagsbezogene Balance halten oder erneut herstellen und in ihren lebensweltlichen Bezügen weiter agieren können. Durch lebensweltorientierte Unterstützung sind dabei eine Verbesserung der Lebensqualität und eine Verminderung der gesundheitlichen Ungleichheiten möglich (Homfeld, 2012).

¹ Unter dem Begriff „queer“ werden hier alle Menschen gefasst, die von heteronormativen Vorstellungen zu sexueller Orientierung, romantischer Orientierung, Beziehungsgestaltung und Geschlechtlichkeit abweichen (vgl. Henderson, 2019).

Worum geht es bei Sozialer Arbeit mit Gesundheitsbezug?

Die Definition von Sozialer Arbeit der International Federation of Social Workers (IFSW, 2014) lieferte die (ethische) Grundlage für die Richtlinien des DBSH (2014). Hierin ist festgelegt, dass Soziale Arbeit u. a. die Achtung der Vielfalt, die Menschenwürde und der Sozialen Gerechtigkeit in den Mittelpunkt ihrer Arbeit stellt. Bei Sozialer Arbeit mit Gesundheitsbezug geht es um die Förderung der sozialen Teilhabe von erkrankten bzw. von Erkrankung bedrohten Menschen, von Menschen mit Behinderung bzw. Beeinträchtigung und auch ihren Angehörigen – und das in ihrer jeweiligen Lebenswelt (Dettmers, 2015). Gesundheitlich vulnerable Personen(-gruppen) sollen u. a. mittels der Sozialen Arbeit unterstützt werden, so dass sie ihre sozialen Herausforderungen – die aus gesundheitlichen Beeinträchtigungen entstehen bzw. die zu Erkrankungen führen können – verhindern und/oder bewältigen können. Dabei sollen die Menschen in der Interaktion zur eigenen Lebensumwelt im Fokus stehen.

Es geht bei der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit auch um nicht-fallbezogene Tätigkeiten wie Vernetzung zwischen dem Sozial- und Gesundheitssystem, aber auch interprofessionelle Kooperation zwischen den verschiedenen Akteur*innen. Weitere nicht-fallbezogene Tätigkeiten sind Konzeptentwicklung und Forschung. Auch geht es um die Benennung psychosozialer Folgen von gesundheitlichen Einschränkungen für Betroffene, für ihre sozialen Netzwerke und für unsere Gesellschaft. Es sollen Bedingungen für soziale Teilhabe im Kontext von Integration und Inklusion vorangetrieben werden (Dettmers, 2019). Das kann beispielsweise die Beschäftigung mit Folgen sozialer Ungleichheit und Ausgrenzung sein, wie u. a. mehrdimensionale Diskriminierungserfahrungen queerer Menschen mit Behinderung bzw. Beeinträchtigung (→ [Beeinträchtigung](#)).

Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit ist in verschiedensten klassischen Arbeitsfeldern Sozialer Arbeit, aber auch in konkreten Feldern der Gesundheitsversorgung zu finden (Dettmers, 2015). Denn Soziale Arbeit weist für gesundheitsbezogene Themen vielfältige Kompeten-

zen auf (Daiminger, 2015). Dabei galt Soziale Arbeit bisher nicht als Gesundheitsberuf, obwohl inhaltliche Bezüge zu den Gesundheitsberufen als Bindeglied zur Gesundheitsförderung und der Krankenversorgung bestehen (Mitterlechner, 2016). Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit kann in direkter dyadischer Interaktion mit den Adressat*innen (z. B. in der Einzelfallhilfe mit der Erstellung sozialer Diagnosen, Hilfeplanung, Krisenintervention und Beratung) oder strukturbezogen aktiv sein (z. B. in der sozialen Gruppen- oder Gemeinwesenarbeit mit Sozialraumplanung; Dettmers, 2015).

Soziale Arbeit ist „nah dran“. Der Zugang zu Zielgruppen, der von anderen Professionen erst mühsam geschaffen werden muss, ist meist bereits vorhanden (Liel & Rademaker, 2018), wie z. B. im Kontext von HIV (u. a. Präventionsangebote für Männer, die Sex mit Männern haben → [Empowerment](#)). Zudem bietet Soziale Arbeit eine ergänzende Perspektive zur medikamentösen oder psychotherapeutischen Sichtweise, indem sie Lebenslagen und Lebensweisen in den Blick nimmt. Bezogen auf Erkrankungen (akut vorliegende wie auch chronische), sozialepidemiologische Ergebnisse, soziale und gesundheitliche Ungleichheiten sowie die Resilienz- und Salutogeneseforschung (→ [Salutogenese](#)) zur Gesundheitsförderung und Prävention (→ [Prävention](#)) erbringt Soziale Arbeit mit ihren Angeboten einen Beitrag zur multiprofessionellen Zusammenarbeit – insbesondere dann, wenn Teilhabechancen gesundheitlich eingeschränkte oder von Funktionsstörungen bedrohte Personen fokussiert werden (Dettmers, 2015; vgl. Wirtz, Kohlmann & Salewski, 2018).

Gerade in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit bedarf es evidenzbasiertes Wissen und Best-Practice-Konzepte der interdisziplinären Zusammenarbeit, damit diese wiederholt und Reibungsverluste zwischen den verschiedenen Disziplinen minimiert werden können. Der Geltungsbereich gesundheitsbezogener Sozialarbeit beinhaltet nach Dettmers (2015) die wesentlichen Settings Sozialer Arbeit in der Gesundheitsversorgung im medizinischen und psychologischen Bereich, wie z. B. medizinischen Akutversorgung (z. B. Psychiatrie, Psy-

chosomatik und Somatik), medizinische und sozialen Rehabilitation, Onkologie und Geriatrie, Sozial- und Gemeindepsychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychotherapie. Auch in klassischen Settings Sozialer Arbeit sind Gesundheitsbezüge zu finden, wie beispielsweise Jugendhilfe (Dettmers, 2015), Wohngruppenarbeit, Arbeit im Rahmen von Familienhilfe, Schulsozialarbeit, Arbeit im Rahmen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Behindertenhilfe (→ [Beeinträchtigung](#)), Beratung zu HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (→ [Empowerment](#)), Drogen- und Suchthilfe (→ [Sucht](#)), Arbeit im Rahmen von Frauengesundheitszentren sowie Hospizarbeit (Homfeld, 2012).

An der allgemeinen Darstellung der Handlungsfelder gesundheitsbezogener Sozialen Arbeit wird an einigen Stellen indirekt (wie Jugend- oder Familienhilfe), an anderen Stellen offensichtlich (HIV- und STI-Beratung) klar, dass sexuelle und geschlechtliche Vielfalt auch bedeutsam sind. Deshalb sollte dieser Vielfalt auch Rechnung getragen, stärker in den Blick genommen und nicht vernachlässigt werden, wenn es um soziale Gerechtigkeit und Menschenwürde aller geht, wie es in den Leitlinien der Sozialen Arbeit zu lesen ist (DBSH, 2014). Aktuell verweisen Studien jedoch immer noch auf viele Vorurteile gegenüber queeren Menschen (u. a. Beigang, Fetz, Kalkum & Otto, 2017; Decker & Brähler, 2020 → [Band 1 Vorurteile](#)), was mit besonderen psychischen Belastungen (→ [Minoritätenstress](#)) und einem schlechteren Gesundheitsstatus einhergeht (→ [Band 1 Gesundheit](#)). Somit ergeben sich für die Soziale Arbeit auch Aufgaben im Bereich der Antidiskriminierung und Vielfaltsförderung, in der Unterstützung queerer Menschen (z. B. beim Empowerment) sowie in der Gesundheitsförderung für queere Menschen.

Welche Ansatzpunkte ergeben sich zur Förderung queersensibler Sozialer Arbeit?

Die Gesundheitsförderung und die (Krankheits-)Prävention agieren interdisziplinär und betrachten biopsychosoziale Aspekte sowie die Lebenswelten der Adressat*innen (→ [Prävention](#) → [Salutogenese](#)). Es wird

auf (Selbst-)Ermächtigung abgezielt (→ [Empowerment](#)), jeweils ausgehend von den sozialen und materiellen Verhältnissen und den unterschiedlichen Lebenslagen der Adressat*innen, von Diversität (Vielfalt von Gruppen und deren Merkmalen) und von Pluralität (Koexistenz verschiedener Interessen und Lebensstile; DVSG, o. J. a).

Sozialarbeiter*innen müssen in all ihren Handlungsfeldern sensibel für sexuelle und geschlechtliche Vielfalt sein, um den berufsethischen Standards im Bereich der Achtung beziehungsweise Förderung der Vielfalt und Diversität wie auch der „wechselseitige[n] Toleranz für unterschiedliche Lebensentwürfe, Lebensformen und Lebensziele“ gerecht zu werden (DBSH, 2014, S. 24). So gehören je nach Schätzung etwa 10 % der Menschen einer sexuellen und/oder geschlechtlichen Minoritätengruppe an (vgl. Pöge et al., 2020 → [Band 1 Vielfalt](#)). Sozialarbeiter*innen in der Betreuung von Menschen beispielsweise in Wohneinrichtungen für Jugendliche und Erwachsene könnten sich folgende Fragen stellen: Werden partnerschaftliche Beziehungen und Sexualität tabuisiert? Wenn nicht, ist dies auch bei nicht-heterosexuellen Kontakten der Fall? Wie reagieren Klient*innen, aber auch Kolleg*innen in den Wohneinrichtungen und Vorgesetzte auf Menschen, die sich nicht heterosexuell verorten? Ist die Einrichtung trans*inklusiv? Oder gibt es eine ausschließlich binäre Einteilung von Geschlechtlichkeit (Mädchen/Frauen und Jungen/Männer)? Auch in den Bereichen der Familienbetreuung (z.B. Sozialpädagogische Familienhilfe, Erziehungsberatung) ist es wichtig, dass queeren Kindern und Jugendlichen ein Aufwachsen ermöglicht wird, das frei von Diskriminierung ist – insbesondere von Seiten der Eltern bzw. Bezugspersonen. Darüber hinaus spielt sexuelle und geschlechtliche Vielfalt eine besondere Rolle in der Beratung bei Schwangerschaft und Familienplanung (Teschlade, Peukert, Wimbauer, Motakef & Holzleithner, 2020 → [Gynäkologie](#) → [Band 1 Geburtshilfe](#)) sowie in der Sexuellen Bildung und der allgemeinen psychosozialen Beratung (Schmidt & Sielert, 2012).

Im Bereich rund um HIV und sexuell übertragbare Infektionen gibt es spezifische Angebote für queere Menschen – und das ins-

besondere für Männer, die Sex mit Männern haben, die gleichzeitig gefährdeter für sexuell übertragbare Infektionen sind (an der Heiden et al., 2020; Bremer, Dudareva-Vizule, Buder, an der Heiden & Jansen, 2017). Darüber hinaus werden auch andere queere Menschen fokussiert und das Empowerment queerer Menschen im Sinne der Strukturellen Prävention der Deutschen Aidshilfe unterstützt, z. B. durch die Stärkung queerer Begegnungsorte (Drewes, Gusy, Kraschl & Kleiber, 2010 → [Empowerment](#)). Dies ist ein positives Beispiel für jahrzehntelange queersensible Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich, die sich stetig hinsichtlich sexueller und geschlechtlicher Vielfalt reflektieren lernte. Auch in der Suchtberatung entstehen inzwischen spezifische Beratungsangebote, jedoch zumeist im städtischen Bereich (Graf, 2020). Hier bedarf es auch in allgemeinen Suchtberatungsstellen Sensibilität für sexuelle und geschlechtliche Vielfalt, um angemessen auf die Lebensrealitäten queerer Menschen reagieren zu können und nicht (unbewusst) zu diskriminieren. So unterscheidet sich nicht nur das mittlere Ausmaß des Substanzkonsums queerer Menschen von dem heterosexueller, endo, cis Menschen, sondern auch die Gründe (Graf, 2020 → [Sucht](#)).

Wie können Sozialarbeiter*innen queersensibel agieren? Ein verbreitetes Konzept ist die sogenannte „Regenbogenkompetenz“, die die Fähigkeit bezeichnet, „mit dem Thema der sexuellen Orientierung und der geschlechtlichen Identität professionell, vorurteilsbewusst und möglichst diskriminierungsfrei umzugehen“ (Schmauch, 2020, S. 308). Dies beinhaltet, dass sich die Soziale Arbeit als Profession mit den Rechten benachteiligter und diskriminierter Gruppen selbstkritisch auseinandersetzt. Professionell Tätige in der Sozialen Arbeit müssen stetig ihre Haltung in Bezug auf Vorurteile, Diskriminierung und Ausgrenzung hinterfragen und reflektieren. In Bezug auf sexuelle und geschlechtliche Vielfalt bedarf es verschiedener Kompetenzen, die sich nach dem Konzept der Regenbogenkompetenz in vier Bereiche aufteilen lassen (Schmauch, 2020, S. 309-310):

1. „Sachkompetenz: Wissen über die heterosexuelle Mehrheitsgesellschaft, über sexuelle und geschlechtliche Minderheiten, ihre Lebenslagen, Diskriminierungen und Ressourcen,
2. Sozialkompetenz: Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit im Bereich sexueller und geschlechtlicher Vielfalt,
3. Methodenkompetenz: Handlungsfähigkeit und Verfahrenswissen im Bereich sexueller Orientierung und geschlechtlicher Vielfalt
4. Selbstkompetenz: Reflexion eigener Gefühle, Werte und Vorurteile in Bezug auf sexuelle Vielfalt.“

An den Stellen, wo es um Selbstreflexion bezogen auf Willkür, Unterdrückung und die Ausräumung von Diskriminierungstendenzen geht (DBSH, 2014), aber auch an vielen anderen Stellen, spielt das Thema Macht, im negativen Fall auch das Hervorrufen oder Fördern von Ohnmacht, in der Sozialen Arbeit eine Rolle.

Welche Rolle spielen Macht und Ohnmacht in der Sozialen Arbeit?

Maaser (2015) macht auf einen „toten Winkel gesellschaftspolitischer Wahrnehmung“ (S.54) aufmerksam. Hierbei bezieht Maaser (2015) sich auf Situationen, die in der Regel nicht mitbekommen werden, weil sie hinter verschlossenen Türen passieren oder vor denen die Augen verschlossen werden – beispielsweise bei häuslichen Übergriffen allgemein oder gegenüber queeren Kindern und Jugendlichen. Bei Vorfällen hinter verschlossenen Türen ist, so Maaser (2015), Soziale Arbeit gefragt, denn sie muss in Fällen von Ungleichbehandlung oder fehlender Gerechtigkeit (mit behördlicher Rückendeckung) handeln.

Ein solches Beispiel zeigt, dass Soziale Arbeit mit Macht assoziiert ist. Sie ist es in konkret machtspezifischen Kontexten wie oben geschildert, aber auch diffiziler und indirekter da, wo es nicht auf den ersten Blick vermutet würde. Bezugspunkt berufsethischer Prinzipien Sozialer Arbeit (DBSH, 2014; NASW, 2017) ist daher der Umgang mit Macht. Sozialarbeiter*innen müssen sich der Macht, die sie über die vulnerable Gruppe der Adressat*innen haben, bewusst sein und

dürfen diese nicht missbrauchen. Das Wissen um Machtstrukturen ist unumgänglich, um z. B. Willkür, Unterdrückung und Diskriminierung zu identifizieren und gegen sie vorgehen zu können, um eine gerechte und respektvolle Zusammenarbeit mit Adressat*innen zu ermöglichen (DBSH, 2014 → [Band 1 Beziehung](#)).

Auch Gesundheit wird vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Machtverhältnisse betrachtet – so bedeutet Macht über Ressourcen verfügen zu können (Rademaker, 2016), z. B. über Gesundheitsressourcen. Das kann eine private im Vergleich zu einer gesetzlichen Krankenversicherung sein, die bessere Leistungen, schnellere Termine bei Spezialist*innen oder auch einen größeren Umfang an gesundheitlichen Leistungen ermöglicht. Es kann aber auch bedeuten, dass eine Person die Ressource hat, jemanden zu kennen, die*der Gesundheitsprozesse unkomplizierter, schneller oder reibungsloser ablaufen lassen kann, als es ohne diese Ressource der Fall wäre. Das Gegenteil, also Ohnmacht, kann im Gegensatz dazu fehlende Ressourcen bedeuten, z. B. dass benötigte oder sinnvolle Optionen und Hilfen trotz Suche und Bemühung nicht „in Reichweite“ kommen. Solche Defizite können sozial, psychisch oder körperlich sein (Staub-Bernasconi, 2019). Was macht eine*ein Klient*in, die*der sich sprachlich nicht verständlich genug ausdrücken kann, die*der unter Ängsten leidet und daher nicht aus dem Haus geht oder die*der nicht über entsprechendes Wissen über Handlungsoptionen verfügt, um Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen? Beispiele für fehlende Ressourcen im Kontext sexueller und geschlechtlicher Vielfalt wären mangelnde Rollenmodelle in der heteronormativen Gesellschaft für queere Menschen (→ [Band 1 Vielfalt](#)) und spezifischer der Zugang zu Gutachter*innen im Kontext einer Transition, welche immer noch notwendig sind (→ [Band 1 Rechte](#) → [Band 1 Trans*](#)).

Was ist Macht eigentlich genau? Macht kann als neutrales Potenzial betrachtet werden (Argyle, 1990), das auf die eine oder andere Weise von Sozialarbeiter*innen gegenüber Klient*innen angewendet werden kann (Misamer, 2019a):

- Konstruktive Machtanwendung: Machthandlungen zum Nutzen und mit einem Gewinn für Klient*innen
- Destruktive Machtanwendung: Machthandlungen explizit nicht zum Nutzen oder sogar zum Schaden der Klient*innen

Es wurde herausgefunden, dass die Art der Machtanwendung mit den (ethischen) Prinzipien in Zusammenhang steht (z.B. für Sozialarbeiter*innen Misamer, Hackbart & Thies, 2017; für Kindheitspädagog*innen Misamer & Scholl, 2021). Die Prinzipienorientierung steht dabei positiv mit konstruktiver und negativ mit destruktiver Machtanwendung in Zusammenhang (Misamer & Scholl, 2021). Bereits in der Ausbildung sollte daher eine Sensibilisierung für Machtmechanismen sowie für den Nutzen einer Prinzipienorientierung bezüglich der eigenen beruflichen Rolle vermittelt werden (Misamer & Scholl, 2021). Machtsensibilität beschreibt eine konstitutive bzw. grundlegende Empfindsamkeit gegenüber der Machtanwendung – sowohl der eigenen, aber auch der Machtanwendung anderer. Sie beinhaltet u. a. ein Wissen um den eigenen Status, um mögliche Korrumpierungsmechanismen, um das Eigenwirkpotenzial von Macht und um sich unterscheidende Wahrnehmungen der Machtausübung je nach Standpunkt sowie eigene Wahrnehmungsverzerrungen (Misamer, 2019b).

Machtsensibilität bezieht sich auch auf die Betrachtung individueller, aber auch strukturbezogener, gesellschaftlicher Gegebenheiten in Bezug auf die Ungleichbehandlung sozialer Gruppen (→ [Band 1 Intersektionalität](#)), die sich z. B. auf Basis der Heteronormativität ergeben. Heteronormativität beschreibt die Norm von Heterosexualität und der sich daraus ergebenden Zweigeschlechtlichkeit (Hartmann, 2018; Hartmann & Klesse, 2007 → [Band 1 Vielfalt](#)). Für Sozialarbeiter*innen ist es wichtig, kritisch mit Heteronormativität umzugehen und zu reflektieren, dass es „kein Außerhalb von Machtverhältnissen und damit kein völliges Heraustreten aus heteronormativen Verhältnissen geben kann – zumindest zum gegenwärtigen Zeitpunkt in den meisten Gesellschaften der (Post-)Moderne nicht. [...] Aus heteronormativitäts-kritischer Per-

spektive stellt es daher ein Qualitätsmerkmal dar, normative Machtverhältnisse selbst zu thematisieren, bewusst zu machen, für deren Funktionsweisen im Sinne eingespielter Mechanismen zu sensibilisieren – bzw. in ständiger Selbstreflexion dieser Mechanismen versuchen, sie zu minimieren“ (Hartmann, 2018, S.46). Staub-Bernasconi (2019) beschreibt, dass die Profession Soziale Arbeit (neben Wissenschaft) auf Ethik und Moral basiert und stellt den Zusammenhang zwischen einer ethisch-moralischen und einer kritischen Haltung her. Ein sich hieraus ergebender Aspekt ist, dass bei der Berufsausübung immer auf die Einhaltung und Verletzung menschlicher Rechte geachtet werden muss.

Fazit

Um Adressat*innen dabei zu unterstützen, ihre Menschenrechte auf dem höchstmöglichen Stand körperlicher Gesundheit und psychischen Wohlbefindens zu verwirklichen, mit Blick auf Machtsensibilität und stetige Selbstreflexion von Sozialarbeiter*innen bezogen auf Willkür, Unterdrückung und die Ausräumung von Diskriminierungstendenzen (DBSH, 2014), sind menschenrechtsreflektierende Perspektiven notwendig. Diese Perspektiven ermöglichen es, dass Sozialarbeiter*innen ihre Klient*innen in ihrer Vielfalt mit ihren jeweiligen Lebenshintergründen verstehen lernen und dadurch in der Folge besser erreichen können. Erste positive Beispiele für spezifische Angebote und Empowerment-Strategien für queere Menschen durch Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich gibt es bereits, wie die Stärkung queerer Begegnungsorte durch Aidshilfen (vgl. Drewes et al., 2010). Queersensible Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich, die sich hinsichtlich sexueller und geschlechtlicher Vielfalt selbst reflektiert und dadurch vermeidet (unbewusst) zu diskriminieren, gibt es jedoch insgesamt noch zu wenig. Die „Regenbogenkompetenz“ ist ein Konzept mithilfe dessen Sozialarbeiter*innen lernen können, queersensibel zu denken und zu agieren. Dabei setzen sich Sozialarbeiter*innen mit den Rechten benachteiligter und diskriminierter (Personen-)Gruppen selbstkritisch

auseinander (Schmauch, 2020) und zwar immer wieder, um eine professionelle Haltung in Bezug auf die Vermeidung von Vorurteilen und Diskriminierung in diesen Bereichen zu kultivieren. In Bereichen Sozialer Arbeit mit Bezügen zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt gibt es noch viel aufzuholen. Daher ist es für die Soziale Arbeit insgesamt, aber auch für spezifisch gesundheitsbezogene Angebote Sozialer Arbeit notwendig, einen Fokus auf die Bedeutung von sexueller und geschlechtlicher Vielfalt zu legen.

Literatur

- AN DER HEIDEN, M., MARCUS, U., KOLLAN, C., SCHMIDT, D., GUNSENHEIMER-BARTMEYER, B., & BREMER, V. (2020). Schätzungen der Zahl der HIV-Neuinfektionen im Jahr 2019 und der Gesamtzahl von Menschen, die Ende 2019 mit HIV in Deutschland leben. *Epidemiologisches Bulletin*, 48/2020, 1-16. <https://doi.org/10.25646/7213>
- ANER, K., & HAMMERSCHMIDT, P. (2018). *Arbeitsfelder und Organisationen der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. Wiesbaden: Springer VS.
- ARGYLE, M. (1990). Soziale Beziehungen. In W. Stroebe, M. Hewstone, J.-P. Codol & G. M. Stephenson (Hg.), *Sozialpsychologie. Eine Einführung* (S. 232-257). Berlin: Springer.
- BEIGANG, S., FETZ, K., KALKUM, D., & OTTO, M. (2017). *Diskriminierungserfahrungen in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung*. Baden-Baden: Nomos & Antidiskriminierungsstelle des Bundes. https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/expertise_diskriminierungserfahrungen_in_deutschland.html
- BLANKENBURG, K., & COSANNE, E. (2019). Gesellschaftliche Trends und Beschäftigungszahlen in Praxisfeldern gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. In S. Dettmers & J. Bischof (Hg.), *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit* (S. 137-146). München: Reinhardt.
- BREMER, V., DUDAREVA-VIZULE, S., BUDER, S., AN DER HEIDEN, M., & JANSEN, K. (2017). Sexuell übertragbare Infektionen in Deutschland. Die aktuelle epidemiologische Lage. *Bundesgesundheitsblatt*, 60, 948-957. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2590-1>
- DAIMINGER, C. (2015). Salutogenese als Analyseinstrument und Handlungsorientierung für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. In C. Daiminger, P. Hammerschmidt & J. Sagebiel (Hg.), *Gesundheit und Soziale Arbeit* (S. 55-74). München: AG SPAK.
- DECKER, O., & BRÄHLER, E. (HG.) (2020). *Autoritäre Dynamiken. Alte Ressentiments – neue Radikalität*. Gießen: Psychosozial-Verlag. <https://www.boell.de/de/2020/11/09/autoritaere-dynamiken-alte-ressentiments-neue-radikalitaet>
- DETTMERS, S. (2015). *Qualifikationskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit – QGSA*. Berlin: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. <https://dvsg.org/veroeffentlichungen/arbeitshilfen/qgsa/>
- DETTMERS, S. (2019). Spezifische Kompetenzen gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. In S. Dettmers & J. Bischof (Hg.), *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit* (S. 18-27). München: Reinhardt.
- DEUTSCHER BERUFSVERBAND FÜR SOZIALE ARBEIT (2014). Berufsethik des DBSH. Ethik und Werte. *Zeitschrift Forum Sozial. Die Berufliche Soziale Arbeit*, 4/2014, 3-43.

DEUTSCHE VEREINIGUNG FÜR SOZIALE ARBEIT IM GESUNDHEITSWESEN (o. J. a). Gesundheitsförderung und Prävention. Abgerufen am 01.08.2021 von <https://dvsg.org/themen/handlungsfelder/gesundheitsfoerderung-und-praevention/>

DEUTSCHE VEREINIGUNG FÜR SOZIALE ARBEIT IM GESUNDHEITSWESEN (o. J. b). Rehabilitation und Teilhabe. Abgerufen am 01.08.2021 von <https://dvsg.org/themen/handlungsfelder/rehabilitation-und-teilhabe/>

DREWES, J., GUSY, B., KRASCHL, C., & KLEIBER, D. (2010). Strukturelle Prävention – eine Betrachtung aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive. In J. Drewes & H. Sweers (Hg.), Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV (S. 13-26). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe. <https://www.aidshilfe.de/shop/strukturelle-praevention-gesundheitsforderung-kontext-hiv>

GRAF, N. (2020). Substanzkonsum unter LSBT*: Zwischen erhöhter Prävalenz und Defizitorientierung. In S. Timmermanns & M. Böhm (Hg.), Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. Interdisziplinäre Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis (S. 274-290). Weinheim: Beltz Juventa.

HARTMANN, J. (2018). Theoretisch fundiert handeln! Einführung in eine queere genderreflektierte Pädagogik. In A. Spahn & J. Wedl (Hg.), Schule lehrt/lernt Vielfalt. Praxisorientiertes Basiswissen und Tipps für Homo-, Bi-, Trans- und Inter*freundlichkeit in der Schule (S. 44-51). Göttingen: Waldschlösschen Verlag.

HARTMANN J., & KLESSE, C. (2007) Heteronormativität. Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht – eine Einführung. In J. Hartmann, C. Klesse, P. Wagenknecht, B. Fritzsche & K. Hackmann (Hg.), Heteronormativität. Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht (S. 9-15). Wiesbaden: VS.

HENDERSON, B. (2019). Queer Studies. Beyond Binaries. New York, NY: Harrington Park Press.

HOMFELD, H.-G. (2012). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In W. Thole (Hg.), Grundriss Sozialer Arbeit. Ein einführendes Handbuch (4. Aufl.) (S. 489-503). Wiesbaden: VS.

HURRELMANN, K. (2010). Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim: Juventa.

INTERNATIONAL FEDERATION OF SOCIAL WORKERS (2014). Globale Definition von Sozialarbeit. Abgerufen am 01.08.2021 von <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>

LAMPERT, T. (2020). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In O. Razum & P. Kolip (Hg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften (7. Aufl.) (S. 530-559). Weinheim: Beltz Juventa.

LIEL, K., & RADEMAKER, A. L. (September 2018). Gesundheitsförderung! Eine Praxis Sozialer Arbeit? Vortrag auf dem Bundeskongress der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, Bielefeld.

LÜTZENKIRCHEN, A. (2005). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Zielgruppen – Praxisfelder – Institutionen. Stuttgart: Kohlhammer.

MAASER, W. (2015). Lehrbuch Ethik. Grundlagen, Problemfelder und Perspektiven (2. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.

MITTERLECHNER, M. (2016). Das (unentdeckte) Potential Sozialer Arbeit in der Gesundheitsförderung am Beispiel von Primary Health Care. Masterarbeit, Fachhochschule Salzburg. https://primaerversorgung.org/wp-content/uploads/2018/09/2016_masterarbeit_mitterlechner_simone.pdf

MISAMER, M. (2019a). Macht und Machtmittel in der Schule: Eine empirische Untersuchung. Lage: Jacobs.

MISAMER, M. (2019b). Machtsensibilität bei Sozialarbeitern – Impulse aus pädagogisch-psychologischer Sicht. EREV – Fachzeitschrift Evangelische Jugendhilfe, 96, 164-173.

MISAMER, M., HACKBART, M., & THIES, B. (2017). Der Umgang mit Macht in der Sozialen Arbeit. Einschätzungen aus der Kinder- und Jugendhilfe. Soziale Arbeit, 12/2017, 450-456.

MISAMER, M., & SCHOLL, W. (2021). Eingeschätzte Machtanwendung in der Kindheitspädagogik. Zur Wichtigkeit von Prinzipienorientierung. Soziale Arbeit, 5/2021, 178-183.

NATIONAL ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS (2017). Code of Ethics. Abgerufen am 01.08.2021 von <https://www.socialworkers.org/About/Ethics/Code-of-Ethics/Code-of-Ethics-English>

PÖGE, K., DENNERT, G., KOPPE, U., GÜLDENRING, A., MATTHIGACK, E. B., & ROMMEL, A. (2020). Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. *Journal of Health Monitoring*, 5(S1), 1-30. <https://doi.org/10.25646/6448>

RADEMAKER, A. L. (2016). Soziale Arbeit mit Gesundheitsbezug. Auf dem Weg zur Profilierung einer Fachdisziplin? *Forum Sozialarbeit + Gesundheit*, 4/2016, 35-38.

RICHTER, M., & HURRELMANN, K. (2009). Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2. Aufl.) (S. 13-33). Wiesbaden: VS.

SCHMAUCH, U. (2020). Regenbogenkompetenz in der Sozialen Arbeit. In S. Timmermanns & M. Böhm (Hg.), *Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. Interdisziplinäre Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis* (S. 308-325). Weinheim: Beltz Juventa.

SCHMIDT, R.-B., & SIELERT, U. (2012). *Sexualpädagogik in beruflichen Handlungsfeldern*. Köln: Bildungsvlag EINS.

STAUB-BERNASCONI, S. (2019). *Menschenwürde – Menschenrechte – Soziale Arbeit. Die Menschenrechte vom Kopf auf die Füße stellen*. Opladen: Budrich.

TESCHLADE, J., PEUKERT, A., WIMBAUER, C., MOTAKEF, M., & HOLZLEITHNER, E. (2020). Elternschaft und Familie jenseits von Heteronormativität und Zweigeschlechtlichkeit. Eine Einleitung. *GENDER Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft, Sonderheft 5*, 9-27.

WIRTZ, M. A., KOHLMANN, C.-W., & SALEWSKI, C. (2018). Gesundheitsförderung und Prävention – die psychologische Perspektive. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hg.), *Psychologie in der Gesundheitsförderung* (S. 13-27). Bern: Hogrefe.

Autor*innen

Prof. Dr. Melanie Misamer ist Professorin für Methoden und Konzepte Sozialer Arbeit in der Gesundheitsförderung am Gesundheitscampus Göttingen, Fakultät Ingenieurwissenschaften und Gesundheit der Hochschule für Angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim/Holzminden/Göttingen. Ihre Arbeits- und Interessenschwerpunkte liegen in verschiedenen Bereichen der Machtanwendung, z. B. in sozialen und Gesundheitsberufen.

Kontakt: mail@melaniemisamer.de

Marcel Hackbart ist Diplom-Psychologe und Bildungsreferent bei der Akademie Waldschlösschen für das „Kompetenznetzwerk zum Abbau von Homosexuellen- und Trans*feindlichkeit – Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher Selbstbestimmung und Vielfalt!“, gefördert vom BMFSFJ im Rahmen des Bundesprogramms „Demokratie leben!“. Außerdem ist er Lehrbeauftragter und Doktorand am Institut für Pädagogische Psychologie der Technischen Universität Braunschweig.

Kontakt: marcel.hackbart@waldschloesschen.org / m.hackbart@tu-braunschweig.de