



Department of Community Health (Hrsg.)

Community Health

Grundlagen, Methoden, Praxis

BELTZ JUVENTA

Department of Community Health (DoCH) (Hrsg.)
Community Health

Department of Community Health (DoCH) (Hrsg.)

Community Health

Grundlagen, Methoden, Praxis

BELTZ JUVENTA

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Der Text dieser Publikation wird unter der Lizenz **Creative Commons Namensnennung – Nicht kommerziell – Keine Bearbeitungen 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)** veröffentlicht. Den vollständigen Lizenztext finden Sie unter: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.de>. Verwertung, die den Rahmen der **CC BY-NC-ND 4.0 Lizenz** überschreitet, ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für die Bearbeitung und Übersetzungen des Werkes. Die in diesem Werk enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Quellenangabe/ Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-7799-6523-7 Print
ISBN 978-3-7799-5848-2 E-Book (PDF)

1. Auflage 2022

© 2022 Beltz Juventa
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Einige Rechte vorbehalten

Herstellung: Myriam Frericks
Satz: Datagrafix, Berlin
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein klimaneutrales Unternehmen (ID 15985-2104-100)
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Geleitwort	
<i>Christian Timmreck</i>	9
Vorwort	
<i>Beate Grossmann</i>	11
Einleitung	
<i>Department of Community Health an der Hochschule für Gesundheit Bochum</i>	13
I Was ist Community Health?	21
Community Health als neuronales Netz <i>Gudrun Faller, Christian Walter-Klose, Silke Betscher, Jennifer Becker</i>	22
Community Health – Stand und historische Entwicklung in Deutschland <i>Jennifer Becker, Heike Köckler, Michael Wessels</i>	36
Der Diversitätsansatz im Rahmen von Community Health <i>Christiane Falge, Christian Walter-Klose</i>	49
Leitkonzepte von Community Health <i>Anna Mikhof, Christian Walter-Klose</i>	56
II Ansätze, Perspektiven und Methoden von Community Health	69
Die Relevanz von Statistikverständnis, subjektivem Risikoempfinden und Gesundheitsbildung für die gesundheitskompetente Entscheidungsfindung am Beispiel der Covid-19-Pandemie <i>Marcus Kutschmann, Saskia Jünger, Renate Schramek</i>	70
Forschen mit und für Communities – Wissenschaft diversitätssensibel gestalten <i>Saskia Jünger, Marcus Kutschmann, Silke Betscher, Christiane Falge</i>	84
Beratung im Rahmen von Community Health: Herausforderungen und Chancen <i>Anna Mikhof, Leonie Wieners</i>	98
Begleitung – neue Wege zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Menschen im höheren Lebensalter <i>Petra Kolpak, Renate Schramek</i>	109

Der Beitrag von Community Health zu wirksamer Prävention und Gesundheitsförderung <i> Gudrun Faller, Anna Mikhof</i>	121
Organisationsentwicklung als methodischer Ansatz in Community Health <i> Gudrun Faller</i>	134
Heilsame Stadtgärten? „Community Gardening“ als kulturelle ökologische Praxis und deren Beiträge zur Gesundheit in der „Burnout-Gesellschaft“ <i> Jan Grossarth</i>	144
Die Perspektive der Ethnologie auf Community Health <i> Christiane Falge, David Johannes Berchem, Silke Betscher</i>	158
Psychologie und Bezüge zu Community Health <i> Anna Mikhof, Christian Walter-Klose</i>	172
Grundlagen der gesundheitsökonomischen Evaluation und deren Beitrag zu Community Health <i> Michael Wessels</i>	184
 III Ausgewählte Themen und Handlungsfelder von Community Health	 203
Gesundheitssystem <i> Michael Wessels</i>	204
Handlungsfeld Kommune <i> Raphael Sieber, Heike Köckler</i>	218
Kapazitätsentwicklung im Quartier <i> Martin Schieron, Tanja Segmüller</i>	228
Schule und Community Health <i> Christian Walter-Klose</i>	238
Arbeit aus der Sicht von Community Health <i> Gudrun Faller</i>	249
Freizeit und Community Health <i> Ina-Marie Jankowski, Jennifer Kelch, Christian Walter-Klose</i>	264
Community Health als postmigrantische Perspektive auf Migration und Gesundheit <i> Christiane Falge, Silke Betscher</i>	276

Geschlecht aus der Perspektive von Community Health <i>Anna Mikhof, Leonie Wieners, Elisa Merkel</i>	290
Behinderung und Inklusion <i>Christian Walter-Klose</i>	301
IV Community Health in der Praxis	313
Bochum-Wattenscheid Mitte: Integrierte gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung <i>Heike Köckler, Anna Lottermoser, Michael Sprünken</i>	314
Community Health in der Bochumer Hustadt: Wider eine vermeintliche Kultur der Schwer-Erreichbarkeit und der Nicht-Partizipation marginalisierter Communities <i>David Johannes Berchem, Christiane Falge, Yvonne Pajonk</i>	326
„Es geht darum, näher zu rücken und Netzwerke zu bilden!“ Altengerechte Quartiersentwicklung am Beispiel des Runden Tisches „Älter werden in Waltrop“ <i>Sebastian Flüter, Tanja Segmüller</i>	337
Beschäftigte in Privathaushalten: Ein Handlungsfeld für Community Health <i>Laura Geiger, Gudrun Faller, Beate Blättner †</i>	348
Community-Health-Forschung zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung: Das Dialog- und Transferzentrum Dymelie <i>Christian Walter-Klose, Anna Mikhof</i>	360
Partizipative Netzwerk-Evaluation als Methode der Qualitätsentwicklung in der Community-Health-Arbeit <i>Noemi Skarabis, Gudrun Faller, Hannah Meincke, Györgyi Bereczky-Löchli</i>	371
Das Potenzial achtsamkeitsbasierter Ansätze in Community-Health-Kontexten <i>Anna Mikhof, Leonie Wieners</i>	381
Vereinbarkeit von Pflege und Beruf <i>Christa Beermann, Tanja Segmüller</i>	392
Fluchtmigration – Demenz – Care Arbeit: Zur Integration von Menschen mit jüngerer Migrationsgeschichte in den deutschen Pflege- und Gesundheitssektor <i>David Johannes Berchem, Christiane Falge, Tanja Segmüller</i>	401

Innovationsräume für die partizipative Entwicklung digitaler nutzer*innenzentrierter Anwendungen <i>Wolfgang Deiters, Pascal Höcker, Alina Napetschnig, Lisa Preissner</i>	411
Fazit: Der Bochumer Community-Health-Ansatz: Stand und Perspektiven <i>Department of Community Health an der Hochschule für Gesundheit Bochum</i>	424
Die Autorinnen und Autoren	429

Geleitwort

Liebe Leser*innen,

seit ihrem Gründungsjahr 2009 hat sich die Hochschule für Gesundheit auf den Weg gemacht, mit ihren Studienangeboten und Forschungsprojekten nicht nur die Akademisierung und Professionalisierung der Gesundheitsberufe zu fördern, sondern insbesondere auch einen Beitrag zur Sicherstellung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung zu leisten.

In der aktuellen Pandemie hat sich zum einen gezeigt, dass die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens in Deutschland im internationalen Vergleich zwar überdurchschnittlich hoch ist, gleichzeitig wurde aber auch deutlich, dass nicht alle Bevölkerungsgruppen im gleichen Maße davon profitieren. Angesichts des demografischen Wandels werden zukünftig insbesondere zielgruppenspezifische Ansätze benötigt, um den unterschiedlichen gesundheitlichen Bedürfnissen aller Menschen in Deutschland gerecht zu werden. Im Hinblick auf diese Herausforderungen ist Community Health ein zukunftsweisendes Themen- und Handlungsfeld.

Vor diesem Hintergrund wurde im Jahr 2014 an der Hochschule für Gesundheit das Department of Community Health (DoCH) gegründet, bei dessen Aufbau großer Wert auf die Interprofessionalität des Teams gelegt wurde. So konnten Kolleg*innen aus unterschiedlichen Disziplinen gewonnen werden, die das Thema Gesundheit multiprofessionell bearbeiten. Aktuell werden im DoCH in drei Bachelor- und zwei Masterstudiengängen Absolvent*innen in gesundheitsrelevanten Themenfeldern wie Diversität, Sozialraum, Arbeit und Digitalisierung ausgebildet, die zukünftig an unterschiedlichen Stellen in der Gesellschaft zur Schaffung besserer gesundheitlicher Rahmenbedingungen für vielfältige Bevölkerungsgruppen beitragen werden. Das DoCH hat für einen praxisnahen Zugang zu den Menschen unter anderem ein Quartiersbüro eingerichtet und auch außerhalb der Hochschule Lernorte wie das Stadtteil-labor in der Bochumer Hustadt geschaffen, in denen geforscht, gelehrt und gelebt wird. Zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang zahlreiche weitere Forschungs- und Transferprojekte des DoCH, von denen teilweise in diesem Band berichtet wird.

Ich freue mich, dass die Kolleg*innen aus dem DoCH mit diesem Sammelband einen gleichermaßen wissenschaftlichen wie auch praxisnahen Beitrag zur Weiterentwicklung und Konturierung des innovativen Themenfeldes Community Health vorgelegt haben, der hoffentlich nicht nur in der wissenschaftlichen Community aufgenommen und diskutiert wird, sondern

zukünftig einen Beitrag für bessere und gerechtere gesundheitliche Lebens- und Arbeitsbedingungen aller Menschen in Deutschland und darüber hinaus leistet.

In diesem Sinne wünsche ich allen Leser*innen eine spannende und hoffentlich inspirierende Lektüre.

Bochum im August 2021

Prof. Dr. Christian Timmreck

Präsident der Hochschule für Gesundheit

Vorwort

Vor mehr als 30 Jahren schloss die Ottawa-Charta mit einer ermutigenden Perspektive:

„Die Konferenz ist der festen Überzeugung, dass dann, wenn Menschen in allen Bereichen des Alltags, wenn soziale Verbände und Organisationen, wenn Regierungen, die Weltgesundheitsorganisation und alle anderen betroffenen Gruppen ihre Kräfte entsprechend den moralischen und sozialen Werten dieser Charta vereinigen und Strategien der Gesundheitsförderung entwickeln, dass dann ‚Gesundheit für alle‘ im Jahre 2000 Wirklichkeit werden wird.“ (Ottawa-Charta 1986, S. 6)

Wir alle wissen und erleben, dass dieses Ziel, „Gesundheit für alle im Jahr 2000“, leider bis heute keine Wirklichkeit geworden ist – insbesondere nicht für vulnerable und sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen, wie uns die Corona-Pandemie aktuell vor Augen geführt hat.

Das sollte der Ottawa-Charta als regulativer Idee natürlich keinen Abbruch tun, sondern vielmehr Ansporn sein zu fragen, ob die bisherigen Konzepte und Vorgehensweisen in „Public Health“ sowie in „Prävention und Gesundheitsförderung“ nicht ergänzender Impulse in Forschung und Praxis bedürfen, um zur Lösung des ja hinreichend erkannten und wissenschaftlich gut belegten Problems der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit beizutragen.

Genau das versucht der Community-Health-Ansatz, ein Public-Health-Teilgebiet, das sich sowohl auf Prävention und Gesundheitsförderung bei als auch auf die gesundheitliche Versorgungssituation von sozialen Ziel- oder Dialoggruppen bezieht, die sich durch gemeinsame Eigenschaften wie z. B. Alter, Geschlecht, Zugehörigkeit zu einer bestimmten Kultur oder gemeinsame Wohnorte definieren.

Im vorliegenden Werk stellen sich die Herausgeber*innen und Autor*innen der Aufgabe, diesen vielversprechenden Ansatz in Theorie und Praxis ebenso umfassend wie detailliert aus der Sicht des Bochumer Department of Community Health darzustellen. Wenn auch aufgrund der hohen Diversität dieses Ansatzes keine einheitliche Antwort auf die Frage gegeben wird, was Community Health ist und wie sie gelingen kann, so wird doch eindrucksvoll gezeigt, wie Probleme partizipativ, interdisziplinär und interprofessionell definiert und Lösungen entwickelt werden können.

Die Pandemie hat „Gesundheit“ zu einem bedeutenden gesellschaftlichen und politischen Thema werden lassen. Und nahezu unisono wird bekundet, dass Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Beteiligung der Bürger*innen,

Versicherten und Patient*innen unabdingbar sind, um dem drängenden Änderungsbedarf in der gesundheitlichen Versorgung gerecht zu werden.

Neue Instrumente dafür liegen nun vor – nutzen wir sie!

Deshalb wünsche ich dem Community-Health-Ansatz die gebührende Aufmerksamkeit und Rezeption.

Bonn im August 2021

Dr. Beate Grossmann

Geschäftsführerin der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung
e.V.

Einleitung

Department of Community Health an der Hochschule für Gesundheit Bochum

Zu den am besten validierten Erkenntnissen der Public Health Forschung zählt die Feststellung, dass zwischen der sozialen Lage von Menschen und ihrer Gesundheit ein enger Zusammenhang besteht: Personen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status sind häufiger als jene aus besser situierten Verhältnissen gesundheitlichen Belastungen in der Arbeit, der Wohnumgebung und im engeren sozialen Umfeld ausgesetzt. Gleichzeitig verfügen sie in geringerem Maße über soziale und personale gesundheitsbezogene Ressourcen und können Belastungen schlechter bewältigen. Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status schätzen ihre eigene Lebensqualität und Gesundheit schlechter ein und sie weisen höhere Raten an Erkrankungen, Beschwerden, Funktionseinschränkungen und eine geringere Lebenserwartung auf (Lampert et al. 2018).

So gut belegt diese Zusammenhänge sind, als so schwierig hat es sich immer wieder erwiesen, diese Ungleichheiten zu verringern und die Situation benachteiligter Bevölkerungsgruppen zu verbessern. In der Vergangenheit hat sich mehrfach gezeigt, dass sich gesundheitliche Ungleichheiten intergenerativ reproduzieren; ein Phänomen, für das vor dem Hintergrund der Lebenslaufperspektive neue Erkenntnisse gewonnen werden konnten (Richter/Hurrelmann 2009). Ferner hat die Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung wiederholt gezeigt, dass Aktivitäten oft nicht die Personen erreichen, an die sie adressiert sind (Bauer 2005).

Der Community-Health-Ansatz hat zum Ziel, neue Antworten auf diese Fragen zu finden. Zu seinen Grundüberzeugungen zählt, dass Interventionen nicht pauschal zu konzipieren und allgemein zu verbreiten sind, sondern spezifisch auf den Kontext, sowie auf die konkreten Bedürfnisse, Deutungen und Alltagspraxis derjenigen Community ausgerichtet sein müssen, die im Fokus der jeweiligen Ansätze steht. Damit geht der Grundsatz einher, dass Veränderungen nicht *für die*, sondern *mit den* Betroffenen zu gestalten sind. Community-Health-orientierte Maßnahmen nehmen den Grundsatz der Partizipation ernst und beteiligen ihre Adressat*innen während des gesamten Prozesses der Interventionsgestaltung: von der Problem- und Zieldefinition über die Maßnahmenplanung und -umsetzung bis zur Evaluation und Ergebnisbewertung.

Gleichzeitig kann und will der vorliegende Band keine einheitliche Antwort auf die Frage geben, was Community Health ist und wie sie gelingen kann. Zu verschieden sind die Antworten und Lösungen der beteiligten Disziplinen, wobei

eben diese Diversität die Stärke des Bochumer Community-Health-Ansatzes ausmacht.

Das hier präsentierte Konzept von Community Health versteht sich als interdisziplinäres, netzwerkartiges Zusammenwirken, das verschiedene Professionen integriert, die – je nach Fragestellung monodisziplinär oder gemeinsam mit ausgewählten anderen Disziplinen und immer im Verbund mit den Adressat*innen – Probleme definieren und Lösungen entwickeln.

Dieses Selbstbild lässt sich gut anhand der Metapher des neuronalen Netzes illustrieren: Die Disziplinen und Akteur*innen, die an einem Thema arbeiten, wirken wie aktivierte Neuronen zusammen und können bei Bedarf weitere Verbindungen aufbauen. Wie ein Neuronennetz ist Community Health in der Lage, sich weiterzuentwickeln und zu lernen (vgl. Köckler et al. 2018).

Vor diesem Hintergrund skizziert der erste Teil des Bandes unter dem Titel „Was ist Community Health?“ das Selbstverständnis des Bochumer Community-Health-Ansatzes und erläutert dessen wesentliche Eckpunkte.

Dabei nimmt der Beitrag von Gudrun Faller, Christian Walter-Klose, Silke Betscher und Jennifer Becker mit dem Titel ‚Community Health als neuronales Netz‘ eine Standortbestimmung der Begriffe Community und Gesundheit in ihrer Verbindung zueinander vor und arbeitet die aus dieser Verknüpfung resultierenden Chancen und Risiken heraus.

In ihren Ausführungen zu „Community Health – Stand und historische Entwicklung in Deutschland“ zeichnen Jennifer Becker, Heike Köckler und Michael Wessels die aktuelle Situation von Community Health in Deutschland nach und erläutern ihr Zustandekommen vor dem Hintergrund der historischen Entstehungsbedingungen.

Christiane Falge und Christian Walter-Klose arbeiten ein zentrales Merkmal des Bochumer Community-Health-Ansatzes auf: das Bekenntnis zum Diversity-Ansatz, der gleichzeitig die Unterschiedlichkeit von Individuen herausstellt und dabei auf das Spannungsverhältnis zwischen der Community, die etwas eint, und dem Individuum mit individuellen und communitybezogenen Merkmalen verweist.

Neben der Diversity-Orientierung bestehen weitere Leitkonzepte von Community Health im Lebensweltansatz sowie in der Ausrichtung von Konzepten und Interventionen an den Grundüberzeugungen von Empowerment, Partizipation und Lebensqualität. Anna Mikhof und Christian Walter-Klose zeigen, wie diese Konzepte im Rahmen von Community Health ressourcenorientiert betrachtet und in verschiedenen Kontexten zur Entwicklung von Interventionen herangezogen werden.

Im zweiten Teil des Bandes wird das breite Spektrum möglicher Community-Health-Ansätze, Methoden und Perspektiven aufgefächert, das den Bochumer Ansatz kennzeichnet und keineswegs als abschließend zu betrachten ist. Neben

disziplinübergreifenden Ansätzen, die, wie eingangs ausgeführt, ein problembezogenes Zusammenwirken mehrerer Fachrichtungen implizieren, werden spezifische Beiträge ausgewählter Disziplinen zur Community Health ausgearbeitet.

Den Anfang dieses Buchteils bildet der Beitrag ‚Die Relevanz von Statistikverständnis, subjektivem Risikoempfinden und Gesundheitsbildung für die gesundheitskompetente Entscheidungsfindung am Beispiel der Covid-19-Pandemie‘ von Marcus Kutschmann, Saskia Jünger und Renate Schramek. Anhand konkreter Beispiele werden unterschiedliche Ebenen des ‚Verstehens‘, beleuchtet, die in ihrem Zusammenwirken für das Herstellen von Sinnhaftigkeit und (Selbst-)Vertrauen im Hinblick auf den Umgang mit Gesundheitsstatistiken wichtig sind.

Weitergehende Überlegungen zu den Besonderheiten, Herausforderungen und Spannungsfeldern der Community-Health-Forschung stellt das Kapitel ‚Forschen mit und für Communities – Wissenschaft diversitätssensibel gestalten‘ von Saskia Jünger, Marcus Kutschmann, Christiane Falge und Silke Betscher an. Vor dem Hintergrund einer kritischen Reflexion der einschlägigen methodischen Herangehensweisen laden sie zu einem Neu-Denken bezüglich methodologischer Entscheidungen und der Gestaltung von Forschungsprozessen ein.

Den Bogen von der Community-Health-Forschung zur Community-Health-bezogenen Anwendung schlagen Anna Mikhof und Leonie Wieners mit dem Thema ‚Beratung im Rahmen von Community Health: Herausforderungen und Chancen‘. In ihren Ausführungen machen sie deutlich, welche Potenziale Beratungsansätze, die kontext- und diversitysensible sowie ressourcenorientierte und personenbezogene Perspektiven und Interventionen integrieren, im Rahmen von Community Health bergen können.

Einen auf eine spezifische Community bezogenen Ansatz von Community-Health-Interventionen stellt der Text von Petra Kolpak und Renate Schramek mit dem Thema ‚Begleitung – neue Wege in der Gesundheitsförderung für Menschen im höheren Lebensalter‘ dar. Ihre Überlegungen machen deutlich, wie die Gesundheitskompetenz einer benachteiligten Gruppe durch Begleitung gestärkt werden kann.

Eine kritische Bestandsaufnahme der bisherigen Praxis in Prävention und Gesundheitsförderung nehmen Gudrun Faller und Anna Mikhof in ihrem gleichnamigen Artikel vor. Ausgehend von dem eingangs beschriebenen Problem der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit formulieren sie Desiderate und Ansatzpunkte einer gelingenden Community-Health-orientierten Prävention und Gesundheitsförderung.

Damit sich Communities etablieren und entfalten können, müssen sie bestimmten strukturellen und prozessualen Anforderungen genügen. Gudrun Faller skizziert mit dem Titel ‚Organisationsentwicklung als methodischer Ansatz in Community Health‘ Gestaltungsimpulse für eine diversity- und gesundheitsfördernde Entwicklung von Communities im Sinne einer Organisationsveränderung zugunsten von Gesundheit und Diversity.

Jan Grossarth stellt den Ansatz des Community Gardening in den Mittelpunkt seiner Überlegungen zur Community Health. Unter dem Titel ‚Heilsame Stadtgärten? „Community Gardening“ als kulturelle ökologische Praxis und deren Beiträge zur Gesundheit in der „Burnout-Gesellschaft“ adressiert er eine verbindende und verantwortungstiftende Tätigkeit im Kontext sowohl individueller Gesundheits- als auch globalökologischer Krisen und bietet eine Deutung an, die „Community Gardening“ weniger als Intervention, sondern als Rahmen angewandter Gesundheitskommunikation verstanden wissen will.

Der Buchteil II wird abgerundet durch eine Auswahl disziplinärer Perspektiven auf Community Health, beginnend mit dem Text von Christiane Falge, David Johannes Berchem und Silke Betscher, die ethnologische Perspektiven auf Community Health erläutern. Als besonders relevant werden dabei die im eigenkulturellen Kontext von Community Health entstehenden ethnologischen Perspektiven hervorgehoben, die ihren analytischen Fokus auf die Gesundheitsversorgung marginalisierter Communities im Hinblick auf strukturelle Ungleichheiten richten.

Die Reihe der disziplinären Beiträge zu Community Health wird mit der Psychologie und ihren Bezügen zu Community Health von Anna Mikhof und Christian Walter-Klose fortgesetzt. Anknüpfend an subdisziplinäre Arbeitsbereiche werden einige essentielle Konzepte wie Ressourcen und Risikofaktoren, soziales Miteinander sowie Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit mit Blick auf Community Health beschrieben. Dabei werden Fragen von Gemeinschaft und den dort auftretenden gesundheitlichen Ungleichheiten aus der psychologischen Perspektive aufgegriffen.

Auch der Aufsatz von Michael Wessels ‚Grundlagen der gesundheitsökonomischen Evaluation und deren Beitrag zu Community Health‘ beginnt mit einer Einführung in die disziplinären Begriffe und Ansätze – diesmal der Gesundheitsökonomie. Auf dieser Grundlage werden die besondere Verantwortung und der spezifische Beitrag, den die gesundheitsökonomische Evaluation zu den Zielen und Herausforderungen von Community Health leisten kann, herausgearbeitet.

Teil III des Bandes ist der Darstellung ausgewählter Themen und Handlungsfelder von Community Health gewidmet. Die Beiträge hier machen deutlich, dass sich Community Health stets in konkreten Interventionszusammenhängen und bezogen auf spezifische Gruppen manifestiert und sich ihre im ersten Teil des Bandes erläuterten Grundsätze erst in den alltäglichen Lebenszusammenhängen bestimmter Communities verwirklichen lassen.

Den Anfang bildet der Beitrag zum ‚Gesundheitssystem‘ von Michael Wessels. Seinen Überlegungen zufolge lässt sich der Erfolg von Gesundheitssystemen daran messen, wie gut es gelingt, gesundheitliche Ungleichheiten zu vermeiden oder dort, wo sie bereits eingetreten sind, zu reduzieren. Vor diesem Hintergrund stellt er verschiedene Modelle von Gesundheitssystemen vor und ordnet das bundesdeutschen Systems hier ein.

Die Kommune als kleinste politische Verwaltungseinheit stellt für Gesundheitsförderung eine Handlungsebene von besonders hoher Relevanz dar. Kommunal getroffene Entscheidungen haben einen unmittelbaren Einfluss auf die gesundheitliche Situation der Menschen vor Ort. Raphael Sieber und Heike Köckler beschreiben unter dem Titel „Handlungsfeld Kommune“ wie kommunale Steuerungsinstrumente diversitätsorientiert zum Einsatz kommen können, damit Gesundheitsförderung hier im Sinne des Community-Health-Ansatzes verwirklicht werden kann.

Ein weiteres, zentrales Handlungsfeld sind Stadtteile bzw. Quartiere. Mit ihren Überlegungen zur ‚Kapazitätsentwicklung im Quartier‘ beschreiben Martin Schieron und Tanja Segmüller, was Kapazitätsentwicklung im Wohnumfeld bedeutet und wie sie konkret gestaltet und evaluiert werden sollte, damit eine tatsächliche Verbesserung der Gesundheitsförderung vor Ort erreichbar wird.

Mit den Lebenswelten ‚Schule‘, ‚Arbeitswelt‘ und ‚Freizeit‘ folgen drei weitere Interventionsfelder von Community Health. In seinem Aufsatz ‚Schule und Community Health‘ stellt Christian Walter-Klose am Beispiel von Schüler*innen mit chronischen Krankheiten und Beeinträchtigungen zwei Ansätze vor, die sich einerseits mit der Anpassung der Lernumgebung an individuelle Bedarfe befassen und andererseits auf das Lernen einer heterogenen Schülerschaft fokussieren.

Der Beitrag ‚Arbeit aus der Sicht von Community Health‘ von Gudrun Faller macht deutlich, dass sich Arbeit je nach Zugehörigkeit zu bestimmten gesellschaftlichen Gruppen unterschiedlich konstituiert und diese Konstitution von Arbeit zu strukturell verankerten Ungleichheitsmustern beiträgt. Kontrastierend dazu stellt sie Überlegungen dazu an, wie eine, den spezifischen Anforderungen vielfältiger Gruppen dienende Vielfalt an Verwirklichungsoptionen im Bereich der Arbeit möglich werden könnte.

Der Artikel ‚Freizeit und Community Health‘ von Ina-Marie Jankowski, Jennifer Kelch und Christian Walter-Klose arbeitet die gesundheitsbezogenen Aspekte von Freizeit vor dem Hintergrund des Salutogenesekonzepts auf und stellt anhand der Beispiele Behinderung und langfristige Arbeitslosigkeit Unterschiede in der Bedeutung von Freizeit für verschiedene soziale Gruppen heraus.

In Abkehr von einer Fokussierung auf gesundheitsbezogene Defizite von Menschen mit Migrationserfahrung schlägt der Beitrag ‚Community Health als postmigrantisches Konzept auf Migration und Gesundheit‘ von Christiane Falge und Silke Betscher einen analytischen Fokus vor, der die Auswirkungen von Grenzregimen, Formen der Exklusion und Rassismus untersucht und einen Paradigmenwechsel durch einen postmigrantisches Community-Health-Blick anregt.

Community-Health-relevante gesundheitsbezogene Differenzen zeigen sich ferner im Hinblick auf unterschiedliche Geschlechtsperspektiven. Anna Mikhof, Leonie Wieners und Elisa Merkel diskutieren biologische, psychosoziale

und intersektionale Ansätze zur Erklärung des Gender Health Gap und zeigen die Notwendigkeit der geschlechtssensiblen Forschung und der Entwicklung adäquater Interventionen auf.

Auch im Kontext von Behinderung haben gesundheitsbezogene Fragen eine besondere Bedeutung – nicht zuletzt, weil die Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Dienste einerseits erforderlich ist, andererseits aber Barrieren deren Zugänglichkeit und Nutzbarkeit einschränken. Zur Verbesserung der Teilhabe und Inklusion im Gesundheitsbereich skizziert Christian Walter-Klose unter dem Titel ‚Behinderung und Inklusion‘ Anpassungserfordernisse und Gelingensbedingungen für Dienstleistungen im Sinne einer community-bezogenen Perspektive.

Der vierte Teil des Bandes ist der Community-Health-Praxis gewidmet. Anhand vielfältiger Beispiele, die alle aus den Forschungs- und Transferaktivitäten des Departments of Community Health an der Bochumer Hochschule für Gesundheit hervorgegangen sind, wird aufgezeigt, wie eine, den Grundsätzen von Community Health verpflichtete Interventionspraxis aussehen kann.

Eingeleitet wird der Buchteil mit dem Beitrag von Heike Köckler, Anna Lottemoser und Michael Sprünken. Unter dem Titel ‚Bochum-Wattenscheid Mitte: Integrierte gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung‘ stellen sie ein Stadtteilentwicklungskonzept mit Modellpotenzial für andere Kommunen dar und erläutern, wie eine gelingende Zusammenarbeit zwischen Hochschule und den Akteur*innen im Programmgebiet gestaltet sein kann.

Ein weiteres, stadtteilbezogenes Projekt präsentiert der Aufsatz ‚Community Health in der Bochumer Hustadt: Wider eine vermeintliche Kultur der Schwer-Erreichbarkeit und der Nicht-Partizipation marginalisierter Communities‘. Am Beispiel eines partizipativen Forschungsansatzes erläutern die Autor*innen David Johannes Berchem, Christiane Falge und Yvonne Pajonk, wie es gelingen kann, Menschen, die häufig als „integrationsunwillig“ gegenüber Präventionsangeboten bezeichnet werden für eine aktive Beteiligung an diversitätsspezifische Präventionsangeboten zu gewinnen.

Eine dritte Perspektive auf die Quartiersentwicklung konstituiert sich aus dem demographischen Wandel, der sowohl in urbanen wie ländlichen Regionen Fragen nach bezahlbarem Wohnraum, Vermeidung von Einsamkeit und einer mangelnden Infrastruktur für ältere Menschen aufwirft. Mit dem Titel „Es geht darum, näher zur rücken und Netzwerke zu bilden!“ stellen Sebastian Flüter und Tanja Segmüller eine altengerechte Quartiersentwicklung am Beispiel des Runden Tisches „Älter werden in Waltrop“ dar, die zentrale Bedürfnisse, Problemlagen und bestehende Angebotspotenziale in Bezug auf ältere Menschen analysiert.

Beschäftigte in Privathaushalten sind eine bislang in Forschung und Praxis noch weitgehend vernachlässigte Gruppe. Laura Geiger, Gudrun Fallner und Beate Blättner sehen hier ein innovatives Handlungsfeld für Community

Health und erläutern anhand eines laufenden Forschungsprojekts, welchen Benachteiligungsmerkmalen diese Personengruppe ausgesetzt ist und wie die Entwicklung bedarfs- und bedürfnisgerechter Interventionen gestaltet werden kann.

Dass Angebote gesundheitlicher Versorgung – wenn sie lebensweltorientiert gestaltet sind, vernetzt arbeiten und behinderungsspezifisches Fach- und Methodenwissen nutzen – die Autonomie von Menschen mit Behinderung fördern können, zeigt der Beitrag ‚Community-Health-Forschung zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung: Das Dialog- und Transferzentrum Dymelie‘ von Christian Walter-Klose und Anna Mikhof, indem die Vorgehensweise dieses Forschungs- und Entwicklungsprojektes in Kooperation mit einem Selbsthilfeverband erläutert wird.

Noemi Skarabis, Gudrun Faller, Hannah Meincke und Györgyi Bereczky-Löchli erläutern unter dem Titel ‚Partizipative Netzwerk-Evaluation als Methode der Qualitätsentwicklung in der Community-Health-Arbeit‘, wie in einem Projekt eine teilhabeorientierte Evaluation konzipiert und umgesetzt wurde und möchten auf diesem Weg ein Modell für die Evaluation von Community-Health-Projekten anbieten.

Anna Mikhof und Leonie Wieners arbeiten vor dem Hintergrund der wachsenden Bedeutung von Achtsamkeit im digitalen Zeitalter ‚Das Potenzial achtsamkeitsbasierter Ansätze in Community-Health-Kontexten‘ heraus und zeigen anhand verschiedener Beispiele Möglichkeiten auf, wie achtsamkeitsbasierte Elemente zielgruppenspezifisch adaptiert und für marginalisierte Bevölkerungsgruppen praktisch eingesetzt werden können.

Angesichts verschwimmender Grenzen von Berufstätigkeit, privater Sorgearbeit und Freizeit thematisieren Christa Beermann und Tanja Segmüller Fragen der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. In ihren Ausführungen stellen sie gute Lösungen zur Förderung der Vereinbarkeit vor und weisen auf die individuellen auch betriebs-, volkswirtschaftliche und gesellschaftliche Nutzeffekte hin, die entsprechende Interventionen bieten.

Im Beitrag ‚Fluchtmigration – Demenz – Care Arbeit: Zur Integration von Menschen mit jüngerer Migrationsgeschichte in den deutschen Pflege- und Gesundheitssektor‘ analysieren David Johannes Berchem, Christiane Falge und Tanja Segmüller anhand eines konkreten Projekts mögliche Problemkonstellationen interkultureller Öffnung und formulieren Handlungsempfehlung zur Einrichtung einer Stelle für Diversity Management mit dem Ziel, eine langfristige Sensibilisierung für ein couragiertes Eintreten für Menschlichkeit, Offenheit und Toleranz zu bewirken.

Den Abschluss der Aufsatzreihe bilden Wolfgang Deiters, Pascal Höcker, Alina Napetschnig und Lisa Preissner unter dem Titel ‚Innovationsräume für die partizipative Entwicklung digitaler nutzer*innenzentrierter Anwendungen‘. In ihren Ausführungen werden Rahmenbedingungen für eine nutzer*innenorientierte

partizipative Entwicklung (sozio-)technischer Lösungen diskutiert und die Voraussetzungen für deren Akzeptanz geklärt.

Die Autor*innen danken allen, die zum Gelingen dieses Herausgeberwerks beigetragen haben, vor allem denjenigen, die es durch ihre Mitwirkung in den genannten Projekten, aber auch in der Hochschullehre und der Forschung durch Fragen, Anregungen und Kritik ermöglicht haben, dass dieser Band entstehen konnte.

Mit der hier vorgelegten Positionierung in Form des Bochumer Community-Health-Ansatzes möchten die Autor*innen einen Auftakt für eine Diskussion geben, die Community Health in Deutschland weiterentwickelt und dazu beiträgt, ihre Potenziale für Menschen in benachteiligten Lebenslagen zu entfalten.

Literatur

- Bauer, U. (2005): Das Präventionsdilemma. Wiesbaden: VS.
- Köckler, H./Berkemeyer, S./Falge, C./Faller, G./Jahnsen, K./Fehr, J./Mikhof, A./Marla-Küsters, S./Naujoks, V./Schmidt, C./Schmidt, M./Segmüller, T./Trümner, D./van Essen, F./Wessels, M. (2018): Community Health: Ein zukunftsweisendes Themen- und Handlungsfeld etabliert sich in Deutschland. In: Sicher ist sicher 69, H. 4, S. 198-199.
- Lampert, T./Kroll, L.-E./Kuntz, B./Hoebel, J. (2018): Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland und im internationalen Vergleich: Zeitliche Entwicklungen und Trends. Journal of Health Monitoring 3 (S1) DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-019.
- Richter, M./Hurrelmann, K. (2007) Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen. APuZ 42:3-10.

I Was ist Community Health?

Community Health als neuronales Netz

Gudrun Faller, Christian Walter-Klose, Silke Betscher,
Jennifer Becker

Zusammenfassung

Die Notwendigkeit von Community Health, verstanden als spezifischer Teil von Public Health, begründet sich aus dem seit den Anfängen der Gesundheitsberichterstattung bekannten und nach wie vor ungelösten Problem des Zusammenhangs von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit sowie aus der Erfahrung, dass Interventionen ohne geeignete zielgruppenspezifische Ausrichtung kaum zu reichende Wirkung entfalten. Basierend auf dieser grundsätzlichen Legitimation nimmt der vorliegende Beitrag eine kritische Diskussion des Gesundheitsbegriffs aus der Perspektive von Community Health vor. Ferner skizziert er die Bedeutung der Community als Vermittlungsrahmen für die Entstehung von Gesundheit und arbeitet mögliche Interventionsebenen zu deren Erhaltung und Verbesserung heraus. Neben seinen unbestrittenen Stärken verbindet sich der Community-Health-Ansatz mit einer Reihe von Risiken, die – vor allem wenn sie unbemerkt bleiben – ein in hohem Maße destruktives Potenzial entfalten und daher von Community-Health-Akteur*innen sorgfältig reflektiert werden müssen. Der Beitrag schließt mit einem Blick auf den gleichermaßen inter- wie transdisziplinären Charakter von Community Health und greift die Metapher des ständig lernenden neuronalen Netzes auf, als das sich der Bochumer Community-Health-Ansatz versteht.

Abstract

The necessity of community health, understood as a specific part of public health, is based on the problem of the connection between social and health inequality, which has been known since the beginnings of health reporting and is still unsolved, as well as on the experience that interventions without suitable target group-specific orientation hardly have sufficient effect. Based on this fundamental legitimation, this article critically discusses the concept of health from the perspective of community health. Furthermore, it outlines the importance of community as a mediating framework for the emergence of health and elaborates possible levels of intervention to maintain and improve it. In addition to its undoubted strengths, the community health approach is associated with a number of risks, which – especially if they go unnoticed – have a highly destructive

potential and therefore need to be carefully reflected upon by community health actors. The article concludes with a look at the inter- as well as transdisciplinary character of community health and takes up the metaphor of the constantly learning neuronal network, as which the Bochum community health approach sees itself.

1. Bedeutung des Community-Health-Ansatzes heute

Unsere Gesellschaft wandelt sich: Aktuelle Megatrends lassen sich mit den Schlagworten ‚demografischer Wandel‘, ‚Digitalisierung‘, ‚Ausbeutung der natürlichen Lebensgrundlagen‘ und ‚pandemische Verbreitung von Infektionskrankheiten‘ umreißen. Diese, meist als krisenhafte Entwicklungen verlaufenden Dynamiken, sind von globaler Tragweite und manifestieren sich sozial ungleich verteilt: Ohnehin schon benachteiligte Bevölkerungsgruppen und Regionen sind von den negativen Auswirkungen in weit stärkerem Maße betroffen als besser situierte Personen, Kollektive und Regionen (z. B. Alvaredo et al. 2018; Lampert et al. 2018; Blättner 2020). Neben ethischen Prinzipien wie Gerechtigkeit und Humanität sind der Erhalt des sozialen Friedens und die Bewahrung der gemeinsamen Lebensgrundlagen existenzielle Gründe für die Notwendigkeit einer kritischen Reflexion und für Entscheidungen, die sich gegen den Mainstream eines ungebremsten menschen- und naturfeindlichen Wachstums richten.

Die Gesundheit von Menschen wird in hohem Maße von ihren jeweiligen sozio-ökologischen und sozio-ökonomischen Lebensbedingungen bestimmt. Indem diese Bedingungen erfasst und ggf. verändert werden, will man darauf hinwirken, dass alle Menschen gleichermaßen ihr größtmögliches Potenzial an Gesundheit verwirklichen können (WHO 1986). CommuHealth setzt sich vor diesem Hintergrund das Ziel, systematische Benachteiligungen von Gruppen zu identifizieren und durch geeignete, vor allem spezifische und bedarfsgerechte Konzepte und Maßnahmen für eine Verbesserung zu sorgen (vgl. den Beitrag Gudrun Fallers und Anna Mikhofs).

Nach einem verbreiteten Verständnis bezieht sich der Begriff der Community Health auf den Gesundheitsstatus einer definierten Gruppe von Menschen sowie auf die Voraussetzungen und konkreten Aktivitäten, die unternommen werden, um die Gesundheit dieser spezifischen Gruppe zu fördern, schützen und zu erhalten. Community Health versteht sich vor diesem Hintergrund als spezifischer Teil von Public Health (vgl. Köckler et al. 2018).

McKenzie und Pinger (2015, S. 6) zufolge ist Public Health ein inklusives Konzept, das weitere Ansätze einschließt, wobei sich letztere (etwa ‚Community Health‘, ‚Population Health‘ oder ‚Global Health‘) durch jeweils charakteristische Merkmale auszeichnen.

Die besondere Ausrichtung von Community Health besteht nach vorliegendem Verständnis darin, dass hier auf den Organisationsgrad oder die Ausprägung

einer gemeinsamen Identität von Communities Bezug genommen wird. Das entscheidende Merkmal dabei ist, dass die Definitionsmacht über diese ‚gemeinsame Identität‘ bei den Communities selbst liegt. Maßnahmen der Population Health zielen in Abgrenzung dazu auf die Gesundheit definierter Populationen ab, die sich nicht organisiert haben und sich selbst nicht notwendigerweise als Gruppe oder Gemeinschaft verstehen. Die gemeinsamen Merkmale werden der Population hier quasi „von außen“ zugeschrieben. Beide Konzepte – das Selbstverständnis im Sinne von Community Health, wie auch die externale Zuordnung kollektiver Eigenschaften im Sinne der Population Health – können sich überlagern.

2. Zum Gesundheitsbegriff aus der Sicht von Community Health

Hinsichtlich der Frage, was unter Gesundheit zu verstehen ist, besteht in den Gesundheitswissenschaften heute weitgehend Konsens dahingehend, dass Gesundheit nicht auf das Freisein von Krankheit und Gebrechen reduziert werden kann, sondern als ein mehrdimensionales Konstrukt zu verstehen ist, das körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden umfasst (WHO 1946). Zudem wird meist auf das auf Antonovsky (1979) zurückgehende Bild des Kontinuums verwiesen, dem zufolge Gesundheit und Krankheit nicht als eindeutig unterscheidbare Zustände interpretiert werden, sondern als Endpunkte auf einer Skala mit fließenden Übergängen. Breiten Zuspruch hat ferner die in Textbox 1 aufgeführte Definition von Hurrelmann und Franzkowiak gefunden, die Gesundheit als stets neu herzustellen Balance aus Risiko- und Schutzfaktoren sowie die darin enthaltene Dynamik betont.

Textbox 1: Gesundheitsdefinition nach Franzkowiak/Hurrelmann 2018 in Anlehnung an Hurrelmann/Richter 2013, S. 147

„Gesundheit bezeichnet den dynamischen Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich psychisch und sozial in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist das dynamische Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein dynamisches Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt.“

Nach dieser Auffassung setzt das Erreichen von Gesundheit eine „gelungene [...] Verbindung von zugleich (selbst-)bewusster und lustvoller Lebensführung“ voraus, zu deren zentralen Elementen „positive Einstellungen zu den alltäglichen Herausforderungen, Annahme des eigenen Körpers und der psychischen

Grundausrüstung, optimistische Erwartungen an die soziale Umwelt und insgesamt die Vorstellung von der Beeinflussbarkeit der eigenen Lebensführung“ zählen (Franzkowiak/Hurrelmann 2018).

An der zuletzt dargestellten Definition lässt sich kritisieren, dass eine vom Ideal der Selbstwirksamkeit und individuellen Bewältigungskompetenz ausgehende Gesundheitsvorstellung von der Deutungsmacht privilegierter Soziallagen geprägt ist und mittelschichtsgeprägten Narrativen der Selbstverwirklichung und pluripotenten Funktionstüchtigkeit folgt (vgl. Schmidt 2017).

In Gegensatz dazu ist die alltägliche Lebensrealität vieler benachteiligter Gruppen von zahlreichen Restriktionen geprägt. Wenn diese Menschen den eigenen Grad der Selbstwirksamkeit als gering einschätzen und behaupten, nicht viel Kontrolle über ihr Leben und ihren Gesundheitszustand zu haben, ist dies durchaus adäquat. Nach der oben angeführten Definition wären sie schon allein aufgrund dieser sozioökonomisch bedingten Situationsbewertung nicht gesund.

Community Health interessiert sich daher auch für die Frage, wie die Mitglieder spezifischer Communities über Gesundheit, Krankheit und Behinderung denken, und welche Konsequenzen sie für ihr alltägliches Verhalten daraus ableiten. Das Wissen über ihre subjektiven Gesundheitstheorien kann nicht nur zur Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Theorienbildung beitragen, sondern vor allem dazu, die Kommunikation zwischen Forschenden und Community-Mitgliedern zu erleichtern und zu verbessern (Franke 2012, S. 247).

Mit diesem Ansatz werden weniger strategische Absichten im Sinne einer geschickten Platzierung anschlussfähiger Gesundheitsbotschaften über „richtiges Verhalten“ und die Adaption von Gesundheitsstandards der bürgerlichen Mehrheitsgesellschaft verfolgt. Ziel einer transdisziplinären Community-Health-Forschung ist es vielmehr, die Lebensrealitäten, Sinnkonstruktionen und Erklärungsmuster von Communities und ihren Mitgliedern kennenzulernen, die Vielfalt an Gesundheitsdefinitionen als Ausdruck diverser Lebensbedingungen zu würdigen und gemeinsam mit den Communities Ideen zu entwickeln, wie diese Bedingungen einerseits für Gesundheit genutzt und andererseits gesünder gestaltet werden können¹.

3. Bedeutung von Community für Gesundheit

Der Begriff der Community wird in der sozialwissenschaftlichen Literatur unterschiedlich definiert und interpretiert; angeblich existieren 90 verschiedene Definitionen zu diesem Begriff (Hardcastle 2011, S. 95; Mini Pradeep/

1 Das hier skizzierte Spannungsfeld zwischen subjektiven versus etablierten Gesundheitskonzepten zeigt Anschlussfähigkeit an die sozialwissenschaftliche Debatte um anerkennungstheoretische versus kulturrelativistische Diskurse.

Sathyamurthi 2017, S. 59). Abgesehen davon, dass mit Community irgendeine Form von Gemeinschaft gemeint ist, die durch etwas Verbindendes zusammengehalten wird, existieren unterschiedliche Vorstellungen darüber, was dieses Verbindende ist (vgl. Mini Pradeep/Sathyamurthi 2017). Nachfolgend werden drei Zugänge zum Community-Begriff unterschieden: Der eigenschaftstheoretische, der sozialisationstheoretische und der sozialkonstruktivistische Ansatz.

3.1 Community als Gruppe mit gemeinsamen Merkmalen

McKenzie und Pinger (2015, S. 5) beschreiben eine Community im Kontext von Health als „a collective body of individuals, identified by common characteristics such as geography, interests, experiences, concerns or values“ (S. 5). Auch Cyber Communities werden von den Autor*innen unter den Community-Begriff gefasst.

Im Einzelnen benennen die Autoren für die Definition einer Community folgende Merkmale:

1. Mitgliedschaft im Sinne eines Gefühls von Identität und Zugehörigkeit,
2. Gemeinsame Symbolsysteme wie Sprache, Gewohnheiten und Rituale,
3. Geteilte Werte und Normen,
4. Gegenseitige Beeinflussung der Mitglieder untereinander,
5. Geteilte Bedürfnisse und das Zugeständnis, dass diese befriedigt werden müssen,
6. Geteilte emotionale Bezüge, z. B. gemeinsame Geschichte, Erfahrungen und gegenseitige Unterstützung.

3.2 Community als Sozialisationsraum

Aus einer sozialisationstheoretischen Perspektive stellen diese Merkmale einer Community den unmittelbaren Kontext dar, in dem Menschen interagieren und sich entwickeln. Nach Cohen lässt sich Community insofern verstehen als ein „system, of values, norms and moral codes which provoke a sense of identity to its members“ (p. 9), „community therefore is where one learns and continues to practice how to ‚be social““ (p. 15) (Cohen 1985, zit. nach Hardcastle 2011, S. 95).

Die Community fungiert so gesehen als Vermittlungsrahmen, in dem die in ihm wirkenden Akteure spezifische Handlungsdispositionen (Habiti) entwickeln, praktizieren und weitergeben (Bourdieu 1982). Für Community-Health-Akteur*innen ist diese Perspektive insofern wichtig, als Gesundheit niemals unabhängig vom sozialökologischen und sozialökonomischen Kontext eines Menschen gesehen werden kann: „The community practitioner’s mantra is context, context, context“ (Hardcastle 2011, S. 97). Diese Kontexte sind sowohl

physischer als auch sozialer Natur, und es ist wichtig, diese beiden Dimensionen in ihrer Verbundenheit und Interaktivität zu reflektieren.

3.3 Community als Konstruktion

Eine weitere Perspektive bringt der sozialkonstruktivistische Ansatz Frederik Barths (1969) in die Diskussion ein. Nach seiner Auffassung sind es nicht beobachtbare Unterschiede, die Communities konstituieren; vielmehr werden diese Unterschiede aufgrund bereits bestehender Gruppenabgrenzungen rekonstruiert. Ihm zufolge sollte es weniger darum gehen, Typologien von Gruppen zu beschreiben, sondern darum, die Prozesse zu beleuchten, die dazu beitragen diese Gruppen zu konstruieren und diese Konstruktion aufrechtzuerhalten. An der gängigen Fokussierung auf die Identifikation und Beschreibung von Unterschieden kritisiert Barth, dass sie nicht nur davon abhält, die Existenz (ethnischer) Gruppierungen und deren Lokalisierung in Kultur und Gesellschaft besser zu verstehen; mehr noch weil ein solcher Standpunkt dazu einlädt, die Unterschiedsperspektive als unproblematisch wahrzunehmen und soziale Spaltungen zu legitimieren.

3.4 Interventionen

Für die Frage, was diese Überlegungen für Community-Health-Interventionen bedeuten, gibt es je nach fachlicher Positionierung verschiedene Antworten. Delanty (2003, zit. nach Clark 2007, S. 5) hat in einer Übersicht über den einschlägigen Forschungsstand vier verschiedene Zugänge zu einer Community-Theorie herausgearbeitet:

1. den sozialräumlichen Ansatz: dieser interpretiert Communities beispielsweise als Nachbarschaften, kleinstädtische oder Stadtteilverbände. Er trägt dazu bei, dass sozialräumliche Problemlagen sichtbar gemacht und politische Diskurse befördert werden können,
2. den anthropologischen Ansatz: dieser fokussiert Fragen der Identitätsentwicklung, des subjektiven Zusammengehörigkeitsgefühls und der Abgrenzung nach außen,
3. den politischen Ansatz der radikalen Demokratie, der sich in Form politischer Mobilisierung gegen Ungerechtigkeit zur Wehr setzt,
4. den technologischen Ansatz, der die Möglichkeit generiert, soziale Kontakte in Form von virtuellen Communities und transnationaler Mobilität zu pflegen. Er trägt dazu bei, Vernetzung über große Entfernungen zu ermöglichen und jenseits traditioneller räumlicher Beschränkungen gemeinsame Interessen zu verfolgen.

Diese Unterscheidung ist nicht nur in theoretischer Hinsicht von Bedeutung; sie verweist auch unterschiedliche (disziplinäre) Zugänge, die mit dem Ziel der Erhaltung und Verbesserung von Gesundheit verschiedene Lösungen für die Erfassung, Planung und Intervention vorschlagen.

Quer zu diesen disziplinären Orientierungen ist in interventionstheoretischer Hinsicht noch eine weitere Unterscheidung relevant: So unterscheidet Laverack (2010, S. 56) zwischen top-down- und bottom-up-orientierten Zugängen zu Community Health. Dabei sind top-down-orientierte Ansätze dadurch gekennzeichnet, dass sie von außen (z.B. von Wissenschaftler*innen oder Entscheidungsträger*innen) an eine Gemeinschaft herangetragen, während die Ziele, Vorgehensweisen und Bewertungen in „bottom-up“-orientierten Programmen dadurch von der Community selbst entwickelt und formuliert werden. Empowermentorientierte Community-Health-Interventionen zeichnen sich nach Hawe (1994, S. 201) insofern dadurch aus, dass sie die Mitglieder der Community dazu anregen, selbstständig die eigenen Gesundheitsprobleme zu beschreiben, Veränderungsziele und -maßnahmen zu entwickeln, sich für die Durchsetzung zu engagieren und ihren Erfolg zu bewerten.

4. Chancen des Community-Health-Ansatzes

McKenzie und Pinger (2015) führen eine Reihe von Einflussfaktoren auf, denen Communities ausgesetzt sind, und die ihre Gesundheit systematisch beeinflussen. Dabei umfassen alle genannten Faktoren gesundheitsförderliche ebenso wie gesundheitskritische Einflüsse. Die Einflüsse ordnen sie den in Abbildung 1 aufgeführten Feldern zu:

Abb. 1: Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Communities (McKenzie/Pinger 2015, S. 7 f.)



- Physical Factors: die geografische Lage, die unmittelbare Umgebung, die Größe einer Community, der Stand der Technisierung, die Luftqualität oder Lärmbelastung.

- Social and Cultural Factors: Interaktionen zwischen Individuen und Gruppen innerhalb von Communities, Überzeugungen, Traditionen, Vorurteile, die lokale und die überregionale Wirtschaft und Politik, die Religion, soziale Normen und der sozioökonomische Status.
- Die Organisation einer Community im Sinne der demokratischen Qualität ihrer Strukturen und der Fähigkeit, Ressourcen zu bündeln und Probleme der Community zu lösen.
- Individuelles Verhalten in dem Sinne, dass die Gesamtheit individueller Verhaltensweisen den Charakter der Community prägt, ebenso wie im Hinblick auf die Entwicklung einer Herdenimmunität bei der flächendeckenden Inanspruchnahme individueller Impfungen.

Kritisieren lässt sich an dieser Unterteilung, dass sie künstliche Trennungen vollzieht, denn Faktoren wie Technisierung oder Umgebungsqualität manifestieren sich gleichermaßen auch als Effekte sozialer Interaktionen bzw. kultureller Werte und Normen. Dennoch ist sie als Analyseinstrument sowie als Grundlage für die Entwicklung von Problemlösungsstrategien sinnvoll.

Angesichts der dargestellten, vielfältigen Einflüsse wird leicht nachvollziehbar, welche Vorteile ein Community-Health-basierter Ansatz hat. Durch seine Bezugnahme auf konkrete Communities können

- die Ursachen gesundheitsbelastender Risiken und ihre Wirkungen konkreter identifiziert und spezifischer beschrieben werden,
- gesundheitsfördernde, präventive, kurative und palliative Interventionen besser auf die Bedürfnisse und Besonderheiten der jeweiligen Community abgestimmt werden,
- die Betroffenen besser an der Gestaltung von Analysen, Maßnahmen und Evaluationen beteiligt und diese nach den spezifischen Vorstellungen und Bedürfnissen der Community ausformuliert werden,
- die Betroffenen dazu animiert werden, sich selbst für die Verbesserung ihrer Bedingungen einzusetzen.

Ein zentraler gesundheitsfördernder Faktor ist darüber hinaus, dass Community-Health-Maßnahmen das gesundheitsfördernde Potenzial der sozialen Beziehungen in einer Gruppe gezielt nutzen und dieses durch gemeinsames Tun gleichzeitig stärken.

Die gesundheitswissenschaftliche Forschung hat seit den 1950er Jahren immer wieder belegt, dass Hilfen und Unterstützung, die aus dem sozialen Netzwerk eines Menschen stammen – vergleichbar einem psychosozialen Immunsystem – Gesundheit, positives Gesundheitsverhalten und Gesunderhaltung sowie eine verbesserte Krankheitsbewältigung fördern können, während eingeschränkte oder fehlende soziale Integration und

mangelnde soziale Unterstützung krankheitsfördernd wirken können (Franzkowiak 2018).

Insbesondere solche Projekte, die darauf gerichtet sind, dass die Problemdefinitionen, die Interventionsgestaltung und deren Evaluation durch die Mitglieder der Community selbst erfolgen (Hawe 1994), tragen dazu bei, dass Kommunikations- und Interaktionsprozesse zwischen den Beteiligten intensiviert werden und soziale Verbundenheit wächst.

5. Herausforderungen und Risiken des Community-Health-Ansatzes

Die Orientierung an partizipativen Ansätzen in der Community Health birgt die Gefahr der Verantwortungsverschiebung, weil viele, gerade benachteiligte, Communities nicht Teil einer sozial- und gesundheitspolitischen Entscheidungselite sind. Der auch stark wissenschaftsethisch begründete Ansatz des Empowerment durch partizipative Forschung kann mit Enggruber (2003) dahingehend kritisch hinterfragt werden, ob er nicht letztlich im Sinne einer „neoliberalen Umarmung des Empowerment-Konzeptes“ den Mythos einer Selbstregulierung von schein-autonomen Subjekten transportiert und damit reale Machthierarchien verschleiert. Zugespitzt könnte aus einer ungleichheitstheoretischen Perspektive gesagt werden: Die Verbesserung ihrer eigenen Lebenslagen wird mittels Förderung von Autonomie und Selbstermächtigung gerade an die Menschen delegiert, die zuvor [...] als „ohnmächtig“ adressiert wurden, weil sie in ‚ohnmächtig machenden‘ Strukturen von Armut, fehlender Macht und Einflussmöglichkeiten sowie sonstigen Bedingungen sozialer Ungleichheit leben“ (ebd., S. 3). Damit wird deutlich, wie stark sich Community Health ebenso wie die Soziale Arbeit innerhalb der structure/agency-Debatte² bewegt und sich hierin positionieren muss.

Neben dem grundlegenden Risiko der Verantwortungsverschiebung bzw. -delegation gehen mit der Community-Health-Perspektive weitere Herausforderungen einher:

So birgt der gruppenbezogene Fokus von Community Health das Risiko der Homogenisierung von Individuen, die dazu führt, dass interindividuelle Unterschiede von Gruppenmitgliedern übersehen und nicht weiter reflektiert werden. Dieser Fremdgruppen-Homogenitätseffekt (z. B. Jones, J. M./Dovidio, J. F./Vietze 2014) birgt gegenüber marginalisierten Gruppen die Gefahr, dass negative Zuschreibungen auf die individuellen Gruppenmitglieder übertragen

2 Die structure/agency-Debatte setzt sich mit dem Verhältnis individuellen Handlungsvermögens einerseits und den strukturell gegebenen Beschränkungen und sozialen Bedingungen dieser individuellen Möglichkeiten auseinander.

werden. Anti-Stigmatisierungskampagnen, der Labeling Approach oder das Othering-Konzept haben auf dieses Problem hingewiesen und die Tatsache hervorgehoben, dass solche Prozesse zu Exklusionsmechanismen werden und dadurch Identität und Teilhabe der Betroffenen am Leben in der Gemeinschaft behindern. Die positiven Effekte einer gruppenbezogenen Betrachtung können sich auf diesem Weg in ihr Gegenteil verkehren und Bemühungen der De- sowie Rekategorisierung erforderlich machen. Bei allen eine Community konstituierenden Gemeinsamkeiten und identitätsstiftenden Funktionen von Communities ist es daher wichtig, diese *zugleich* immer als zutiefst heterogene und durch Hybridität gekennzeichnete Ensembles von Individuen zu begreifen.

Ein weiteres Problem sind Widerstände: Besonders wenn es darum geht, benachteiligten Gruppen politisch Gehör zu verschaffen und ihre Lebensbedingungen zu verbessern, entstehen Reaktanzen auf unterschiedlichsten Ebenen. Privilegierte Gruppen fürchten um ihre Vorteile, politische Entscheidungsträger müssen Kosten rechtfertigen, sie haben Sorge vor öffentlicher Kritik und dem Verlust von Wählerstimmen u. a. m. Angesichts dieser Konstellationen ist es gerade für benachteiligte Communities schwierig, lange und aufwändige Entscheidungsprozesse durchzuhalten, sich von Rückschlägen nicht entmutigen zu lassen, sich einer überzeugenden Rhetorik zu bedienen und einflussreiche Fürsprecher*innen für ihre Belange zu gewinnen.

Nicht immer gelingt es, im Rahmen von partizipativen Ansätzen der Community Health, die Mitglieder zur aktiven Beteiligung zu motivieren oder diese gleichwertig einzubeziehen (z. B. bei Menschen mit Kommunikationsbeeinträchtigungen, Sprachbarrieren, geringer formeller Bildung, unzureichender Systemvertrautheit). Politische Entscheidungsprozesse sind langwierig und zäh, so dass es leicht zu Entmutigung und dem Rückfall in eine passive Haltung kommen kann.

Auch besteht keine Garantie dafür, dass partizipative Projekte die soziale Verbundenheit innerhalb von Communities stärken. Ebenso kann es passieren, dass sich ihre Mitglieder über die Ziele, Vorgehensweisen und Bewertungen von Veränderungen uneins sind, sich zerstreiten, in verfeindete Lager zerfallen u. a. m. Bei der Planung und Umsetzung von Community-Health-Aktivitäten ist es daher von Belang, dass Koordinator*innen der Projekte von Anfang an eine vermittelnde Haltung einnehmen, Kommunikationsregeln vereinbaren, auf die Bedeutung eines gemeinsamen Vorgehens hinweisen, aber auch, dass im Bedarfsfall Mediation und Vermittlungshilfen zur Verfügung stehen.

Risiken des Community-Health-Ansatzes bestehen jedoch auch noch in einer weiteren, grundlegenden Hinsicht: Zwar ist soziale Verbundenheit gesundheitsfördernd und die Zugehörigkeit zu einer Community stärkt das „Wir-Gefühl“, also Vertrautheit, Sympathie und Kooperationsbereitschaft ihrer Mitglieder; andererseits kann durch das ausgeprägte Gefühl von Zusammengehörigkeit auch eine Form von Gruppenidentität entstehen, die sich gegenüber

Nichtgruppenmitgliedern abgrenzt und Abwertungs- und Diskriminierungstendenzen auslöst oder verstärkt. Unreflektierte Community-Health-Aktivitäten können daher unbeabsichtigt solche abgrenzungsgeprägten Stabilisierungseffekte von Gruppen verstärken.

Für die so als Nichtmitglieder kategorisierten Personen trägt die Zuordnung zu einer Außenseitergruppe dazu bei, die Geltung sozialer Normen der In-group zu legitimieren und den sozialen Ausschluss von Personen aus der Gemeinschaft zu rechtfertigen (Kardoff 2010). Nach Wolf, Schlüter und Schmidt (2006) können gerade Menschen, die in prekäre soziale Lagen geraten, andere Gruppen verstärkt abwerten. Die Annahme dabei ist, dass subjektive Benachteiligungs- und Ausgrenzungsgefühle durch die Abwertung anderer kompensiert werden. Häufig wird davon ausgegangen, dass – unabhängig von der tatsächlichen wirtschaftlichen Lage – Verunsicherungen und Furcht vor sozialem Abstieg ausreichen, um feindselige und ablehnende Haltungen gegenüber anderen Gruppen hervorzurufen (ebda.).

Ursachen einer so gearteten Feindseligkeit sind also in den sozialen und psychischen Strukturen der jeweiligen Gruppe zu suchen, die einen Bedarf für ein Objekt erzeugen, an dem eigene Unzufriedenheit, Ressentiments bis hin zu Aggressionen und Hass ausagiert werden können (Adorno 1966; Heitmeyer 2012; Rospenda et al. 2005).

Community-Health-Aktivitäten müssen sich dieser Gefahr bewusst sein, entsprechende Tendenzen sensibel registrieren und frühzeitig reagieren. Der Nutzen einer gruppenbezogenen Betrachtung sollte daher gegenüber einer individuumbezogenen Betrachtung abgewogen werden. Insgesamt muss es das Ziel von Community Health sein, Toleranz, Offenheit und eine Kultur der Verschiedenheit zu fördern.

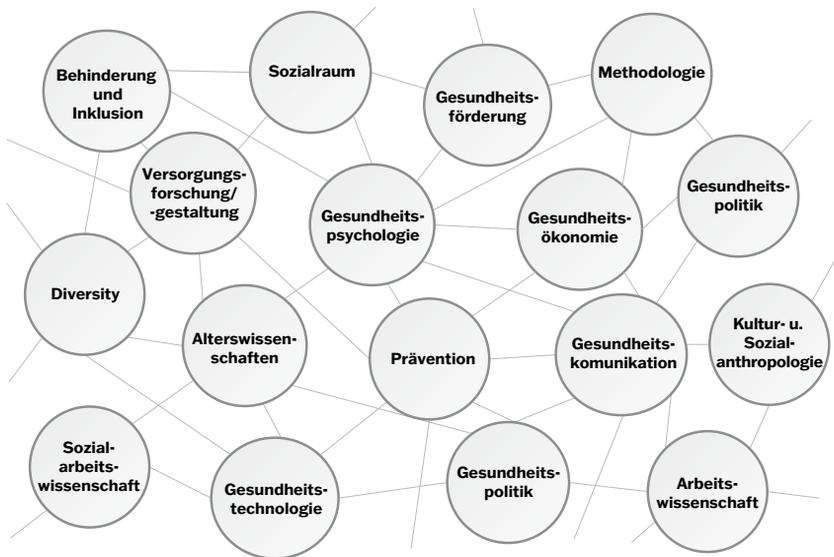
6. Inter- und transdisziplinäre Ausrichtung von Community Health

Wie die Komplexität der im vorletzten Abschnitt aufgeführten Themen deutlich macht, lebt Community Health von der Vielfalt der Perspektiven. Auf wissenschaftlicher Ebene spiegelt sich dies in der Tatsache wider, dass in Community-Health-Aktivitäten üblicherweise mehrere Disziplinen involviert sind.

Interdisziplinarität im vorliegend verstandenen Sinne beschreibt eine Praxis der Forschung, Lehre und Projektarbeit, an der mehr als eine herkömmliche Disziplin beteiligt ist. Im Gegensatz zur Multidisziplinarität, bei der ein Themenkomplex durch verschiedene Disziplinen bearbeitet wird, diese aber untereinander nicht interagieren, versteht sich Interdisziplinarität vorliegend als eine Zusammenarbeit von verschiedenen Disziplinen, bei der die Grenzen zwischen den Disziplinen zwar überschritten, aber nicht aufgehoben werden (Klein/Schneider 2010).

Wie interdisziplinäre Zusammenarbeit von Community Health funktioniert, lässt sich im Bild des neuronalen Netzes veranschaulichen (Abb. 2). Die einzelnen Neuronen (Disziplinen) des Netzes sind mit ihren Herkunftsdisziplinen (z. B. der Public Health, der Psychologie, Ethnologie oder der Raumwissenschaft) verbunden. Nicht immer sind alle Neuronen aktiv, vielmehr hängt es vom Thema ab, welche Neuronen sich aktivieren lassen. Je nach Bedarf können weitere Disziplinen zur Bearbeitung von Themen beitragen. Durch den interdisziplinären Austausch wird das Wissen der beteiligten Disziplinen angeregt und weitergetragen. Ein neuronales Netz zeichnet sich zudem durch seine Fähigkeit zu lernen aus. Das durch die Interaktion neu entwickelte Wissen zu Community Health kann die Disziplinen bereichern – gleichzeitig tragen die neuen Erkenntnisse zur Weiterentwicklung des gesamten neuronalen Community-Health-Netzes bei (vgl. Köckler et al. 2018).

Abb. 2: Interdisziplinarität von Community Health als neuronales Netz (vgl. Köckler et al. 2018, eigene Erweiterungen)



Mit dem Ansatz der Interdisziplinarität korrespondiert auf forschungsmethodischer Ebene derjenige eines Methoden-Mixes, der ausgehend von der zu bearbeitenden Forschungsfrage in der Lage ist, mehrere aufeinander bezogene disziplinäre Perspektiven zu integrieren und – je nach Eignung – das gesamte Spektrum der analytischen, interventions- und evaluationsbezogenen Methoden zu nutzen.

Eine weitere Eigenschaft des neuronalen Community-Health-Netzes ist die Transdisziplinarität. In dem, in diesem Band vertretenen, Community-Health-Ansatz wird Transdisziplinarität im Sinne einer Wissenszirkulation zwischen

Wissenschaft und Praxis verstanden. Dabei sind folgende zwei Prämissen maßgebend (vgl. Krainer/Lerchster 2016):

- den Anwendungsbezug in dem Sinne, dass sich die Community-Health-Forschung der Bearbeitung von konkreten Praxisproblemen verpflichtet fühlt,
- die Partizipation der Stakeholder aus der Praxis in der Form, dass letztere in alle Phasen des Forschungsprozesses involviert werden.

Das Einlösen dieser Forderungen bedeutet, dass sich Community-Health-Wissenschaftler*innen bei ihren Forschungsvorhaben in engem Kontakt mit Betroffenen arbeiten und Wissensbestände zueinander in Beziehung setzen und dabei entweder Impulse aufgreifen, die in Communities generiert wurden, oder Fragestellungen an Communities herantragen. Vorteile eines solchen partizipativen Vorgehens bestehen neben der Weiterentwicklung dialogischer Kompetenzen auf beiden Seiten vor allem in der Qualität und Bedarfsorientierung bei der operativen Umsetzung praxisrelevanter Ergebnisse (vgl. Krainer/Lerchster 2016). Community-Health-Forschung versteht sich demzufolge als Interventionsforschung, die Wissen generiert und zirkuliert, dass daraus eine Veränderung des Systems entsteht (vgl. Lerchster 2016).

Welche Beiträge dies sein können, und welche Veränderungen in diesem Sinne möglich waren und noch sein können, vermitteln die Beiträge in diesem Band.

Literatur

- Adorno, T. W. (1966): *Erziehung zur Mündigkeit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Alvaredo, F./Chancel, L./Piketty, T./Saez, E./Zucman, G. (2018): Bericht zur weltweiten Ungleichheit. Deutsche Kurzfassung. <https://wir2018.wid.world/files/download/wir2018-summary-german.pdf> (Abfrage: 12.11.2020).
- Antonovsky, A. (1979): *Health, stress and coping*. London: Jossey-Bass.
- Blättner, B. (2020): Covid-19 und gesundheitliche Ungleichheit: die Relevanz des HiAP-Ansatzes bei Pandemien. In: *Public Health Forum* 28, H. 3, S. 182-184.
- Barth, F. (1969): *Ethnic groups and boundaries*. Boston: Little, Brown and Company.
- Bourdieu, P. (1982): *Die feinen Unterschiede*, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Clark, A. (2007): *Understanding Community: A Review of Networks, Ties and Contacts*. University of Leeds, Economic and Social Research Council National Centre for Research Methods: Real Life Methods Working Paper Series 9/07.
- Enggruber, R. (2003): Kritische Notizen zum Empowerment-Konzept in der Sozialen Arbeit. [https://soz-kult.hs-duesseldorf.de/personen/enggruber/Documents/document\(3\).pdf](https://soz-kult.hs-duesseldorf.de/personen/enggruber/Documents/document(3).pdf) (Abruf: 21.03.2021).
- Franke, A. (2012): *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. 3. überarb. Aufl. Bern: Huber.
- Franzkowiak, P. (2018): Soziale Unterstützung. In: *BzGA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. Köln: BzGA. doi:10.17623/BZGA:224-i110-2.0.
- Franzkowiak, P./Hurrelmann, K. (2018): Gesundheit. In: *BzGA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. doi:10.17623/BZGA:224-i023-1.0 (Abfrage: 05.03.2021).

- Hardcastle, D. A. (2011): *Community Practice*. Third edition. Oxford: University Press.
- Hawe, P. (1994): Capturing the Meaning of „community“ in community intervention evaluation. Some contributions for community psychology. In: *Health Promotion International* 9, H. 3, S. 199-201.
- Heitmeyer, W. (2012): Gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit in einem entsicherten Jahrzehnt. In: Heitmeyer, W. (Hrsg.): *Deutsche Zustände 10*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 15-41.
- Jones, J. M./Dovidio, J. F./Vietze, D. L. (2014): *The psychology of diversity: Beyond prejudice and racism*. Hoboken, New Jersey: Wiley-Blackwell.
- Kardorff, v. E. (2010): Zur Diskriminierung psychisch kranker Menschen. In: Hormel, U./Scherr, A. (Hrsg.): *Diskriminierung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 279-306.
- Klein, J. T./Schneider, C. G. (2010): *Creating Interdisciplinary Campus Cultures: A Model for Strength and Sustainability*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Köckler, H./Berkemeyer, S./Falge, C./Faller, G./Jahnsen, K./Fehr, J./Mikhof, A./Marla-Küsters, S./Naujoks, V./Schmidt, C./Schmidt, M./Segmüller, T./Trümner, D./van Essen, F./Wessels, M. (2018): *Community Health: Ein zukunftsweisendes Themen- und Handlungsfeld etabliert sich in Deutschland*. In: *Sicher ist sicher* 69, H. 4, S. 198-199.
- Kraimer, L./Lerchster, R. E. (2016): *Interventionsforschung: Anliegen, Potentiale und Grenzen transdisziplinärer Wissenschaft – eine Einführung*. In: Lerchster, R. E./Kraimer, L. (Hrsg.): *Interventionsforschung*. Wiesbaden: Springer VS, S. 1-30.
- Lampert, T./Kroll, L./Kuntz, B./Hoebel, J. (Hrsg.) (2018): *Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland und im internationalen Vergleich: Zeitliche Entwicklung und Trends*. In: *Journal of Health Monitoring* 3, Special Issue 1, S. 1-28.
- Laverack, G. (2010): *Gesundheitsförderung & Empowerment*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Maraccini, A. M./Galiatsatos, P./Harper, M./Slonima, D. (2017): *Creating Clarity: Distinguishing Between Community and Population Health*. *The American Journal of Accountable Care*, H. 6, S. 32-37.
- McKenzie, J./Pinger, R. (2015): *An Introduction to community & public health*. 8th edition. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Mini Pradeep, K. P./Sathyamurthi, K. (2017): The ‚Community‘ in ‚Community Social Work‘. *Journal of humanities and social science* 22, H. 9, S. 58-64.
- Rospenda, K. M./Richman, J. A. (2005): *Harassment and Discrimination*. In: Barling, J., Kelloway E. K., Frone M. R. (Hrsg.): *Handbook of Work Stress*. Thousand Oaks: Sage, S. 149-188.
- Schmidt, B. (2017). *Exklusive Gesundheit*. Wiesbaden: Springer VS.
- WHO – Weltgesundheitsorganisation (1946): *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. Unterzeichnet in New York am 22. Juli 1946. Deutsche Übersetzung. https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_mimes_bbl/14/1402EC7524F81EDAB689B20597E1A5DE.PDF (Abfrage: 05.03.2021).
- WHO – Weltgesundheitsorganisation (1986): *Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung*. www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (Abfrage: 12.11.2020).
- Wolf, C./Schlüter, E./Schmidt, P. (2006): *Relative Deprivation. Riskante Vergleiche treffen schwache Gruppen*. In: Heitmeyer, W. (Hrsg.): *Deutsche Zustände. Folge 4*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 67-85.

Community Health – Stand und historische Entwicklung in Deutschland

Jennifer Becker, Heike Köckler, Michael Wessels

Zusammenfassung

Community Health befindet sich als junger Zweig der Gesundheitswissenschaften in Deutschland im Aufbau, etabliert sich jedoch zunehmend. Dabei ist Community Health untrennbar mit verschiedenen gesellschaftlichen Entwicklungen verbunden. In diesem Beitrag werden die historischen Hintergründe und Rahmenbedingungen der Entwicklung von Community Health in Deutschland dargelegt. Ausgehend von Entwicklungen des Gesundheitssystems und Perspektiven von Stadtentwicklung und Gesundheit zeichnen sich schlüssige Konsequenzen für die Entwicklung von Community Health in Deutschland ab, die einhergehend mit der Entwicklung der Gesundheitswissenschaften in Deutschland beleuchtet werden. Der Beitrag zeigt historische interdisziplinäre Perspektiven auf, skizziert die aktuelle dynamische Entwicklung und gibt einen Ausblick für Community Health in Deutschland.

Abstract

Community health is a young discipline in Public Health in Germany, which is becoming increasingly established. Community health is linked to various social developments. In this article, the historical background and framework conditions of the development of community health in Germany are presented. Based on developments in the health system and perspectives on urban development and health, conclusive consequences for the development of community health in Germany emerge. These are illuminated together with the development of Public Health in Germany. The article shows historical interdisciplinary perspectives, outlines the current dynamic development and gives an outlook for community health in Germany.

1. Einleitung

Community Health ist in Deutschland ein sehr junger Zweig der Gesundheitswissenschaften, der sich noch im Aufbau befindet, während er insbesondere in Nordamerika seit Jahrzehnten etabliert ist. Da Community Health als spezifischer Teil von Public Health zu verstehen ist, der die Perspektive auf Gruppen und Nachbarschaften lenkt (s. vorheriger Beitrag), ist die Entwicklung beider Zweige eng verwoben. Im angelsächsischen Raum wird bereits auf eine langjährige Forschungstradition im Bereich Public Health zurückgeblickt. International sind akademische Abschlüsse im Bereich Public Health etabliert und anerkannt. Sie können inzwischen auch zunehmend an verschiedenen Universitäten und Hochschulen im deutschsprachigen Raum erworben werden (Egger/Razum/Rieder 2018, S. 2 f.).

Public Health hat sich maßgeblich vor dem Hintergrund der sozialen Frage der Arbeiterschaft und deren prekären Lebensverhältnissen in den sich entwickelnden europäischen Städten etabliert, die sich in hohen Morbiditätsraten und einer geringen Lebenserwartung von Arbeiter*innen und ihren Familien niederschlugen. Das Verstehen und Bekämpfen sozialer Ungleichheit bei Gesundheit kann als die zentrale Frage von Public Health und somit auch Community Health angesehen werden. In Deutschland verlief die Entwicklung parallel zu den Bismarck'schen Sozialreformen und der Einführung der ersten Sozialversicherungen. Parallel zu diesen Sozialreformen wurden die prekären Lebensverhältnisse insbesondere in den Städten während der Industrialisierung durch die Akteur*innen der Stadtentwicklung gemeinsam mit Hygieniker*innen adressiert.

Community Health ist also historisch untrennbar mit unterschiedlichen gesellschaftlichen Entwicklung verbunden, die in diesem Beitrag dargelegt werden, um Hintergründe und Rahmenbedingungen der Entwicklung von Community Health in Deutschland besser verstehen zu können. Hierbei wird aufgrund ihrer Bedeutsamkeit auf die historische Entwicklung sozialer Sicherungssysteme sowie Stadtentwicklung eingegangen.

2. Soziale Sicherung als historisch gewachsener Rahmen des Gesundheitssystems in Deutschland

Einige Merkmale, die für das heutige Gesundheitssystem in Deutschland typisch sind, können bis zum Mittelalter zurückgeführt werden. So lassen sich sowohl das für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) strukturgebende Prinzip der *Solidarität* als auch das in der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) kennzeichnende Prinzip der *Subsidiarität* auf die Verwurzelung in der christlichen Religion zurückführen. Bereits im Mittelalter waren kirchliche Hospitäler tragende Institutionen der Krankenversorgung. Bis heute befinden sich

zahlreiche Einrichtungen der Gesundheitsversorgung in kirchlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft (Simon 2017, S. 16).

Vorläufer der heutigen gesetzlichen Krankenkassen waren die mittelalterlichen Zünfte und Gesellenbruderschaften, in denen sich Kaufleute und Handwerker zusammenschlossen. Auch die Bergleute schlossen sich in Knappschaften zusammen, die sie selbst mit dem sogenannten „Büchsenpfennig“ finanzierten. Die erste urkundliche Erwähnung einer Hilfe für Bergleute in Goslar datiert aus dem Jahr 1260 (Simon 2017, S. 23 ff.; Sozialverband VdK 2010). Im 19. Jahrhundert entstanden nach diesem Prinzip der Selbsthilfe freiwillige Arbeiterkrankenkassen, die als Vorläufer der heutigen Ersatzkassen gelten (vdek 2012, S. 9 ff.).

Vor dem Hintergrund der prekären Arbeits- und Wohnverhältnisse kam es zu sozialen Unruhen, wie beispielsweise dem Aufstand schlesischer Weber*innen im Jahr 1844 und der Deutschen Revolution in den Jahren 1848/1849. Nach der Reichsgründung im Jahr 1871 versuchte Otto von Bismarck dem Erstarken der Arbeiterbewegung zunächst mit dem sog. *Sozialistengesetz* („*Gesetz gegen die gemeingefährlichen Bestrebungen der Sozialdemokratie*“), das am 22. Oktober 1878 in Kraft trat und insgesamt viermal verlängert wurde, Einhalt zu gebieten. Dieses repressive Vorgehen wurde mit der sogenannten Kaiserlichen Botschaft vom 17. November 1881 flankiert, in der Kaiser Wilhelm I Gesetzesinitiativen zur Verbesserung der Lage der Arbeiterschaft ankündigte (Simon 2017, S. 21 ff.). Die in der Folge erlassenen Gesetze markieren die Geburtsstunde der Sozialversicherung: Die Krankenversicherung durch das *Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter, vom 15. Juni 1883*, die Unfallversicherung durch das *Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884* und die Rentenversicherung durch das *Gesetz, betreffend die Invaliditäts- und Alterssicherung, vom 22. Juni 1889* (Simon 2017, S. 22 f.).

Angesichts dieser Initiativen wird Otto von Bismarck als Vater der Sozialversicherung in Deutschland gefeiert. Auch wenn es sich zweifelsohne um einen weitreichenden Meilenstein in der sozialen Sicherung handelt, sollte nicht verklärt werden, dass diese Sozialreformen insbesondere vor dem Hintergrund drohender sozialer Unruhen entstanden sind und zweifelsohne das Ziel verfolgten, den inneren Frieden im Kaiserreich und damit die Monarchie selbst zu sichern. Besonders entlarvend ist in diesem Zusammenhang das folgende Zitat Bismarcks:

„Mein Gedanke war, die arbeitenden Klassen zu gewinnen, oder soll ich sagen zu bestechen, den Staat als soziale Einrichtung anzusehen, die ihretwegen besteht und für ihr Wohl sorgen möchte.“ (Gesammelte Werke, Friedrichsruher Ausgabe, 1924/1935)

Im Jahr 1911 wurde die Reichsversicherungsordnung (RVO) als erstes einheitliches Gesetzeswerk zur Bismarck'schen Sozialgesetzgebung eingeführt, die die gesetzlichen Ansprüche und Verfahren der Sozialversicherung konkretisierte. Auch wenn seit dem Ende des zweiten Weltkrieges die RVO sukzessive in die verschiedenen Sozialgesetzbücher überführt wurde, sind Teile der RVO bis heute in

Kraft, in denen beispielsweise noch Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft geregelt werden (AOK Bundesverband 2021).

Nach Ende des Kaiserreichs und infolge der Weltwirtschaftskrise, entstanden in der Weimarer Republik durch die zunehmende Arbeitslosigkeit und Inflation erneut soziale und wirtschaftliche Spannungen in weiten Teilen der Bevölkerung. Im Jahr 1927 wurde die Arbeitslosenversicherung als vierter Zweig der Sozialversicherung eingeführt, durch die auch Arbeitslose Versicherungsschutz durch die gesetzliche Krankenversicherung erhielten (Simon 2017, S. 25).

Der Kreis der Pflichtversicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde unter den Nationalsozialist*innen erweitert, indem Selbstständige aufgenommen und die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) eingeführt wurde. Nach der Machtübernahme im Jahr 1933 richteten die Nationalsozialist*innen die Gesundheitspolitik nach ihrer rassenhygienischen Ideologie aus. Mit dem „*Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses*“ vom 14. Juli 1933 wurde eine rechtliche Grundlage für Zwangssterilisationen geschaffen und ab dem Jahr 1939 wurden Menschen mit körperlichen und geistigen Behinderungen als „lebensunwert“ eingestuft und systematisch ermordet. Die Rassenideologie gipfelte neben den Massensterilisierungen schließlich in Massentötungen und Genozid (Simon 2017, S. 28; Egger/Fenner 2018, S. 7). Die Nationalsozialist*innen richteten sich letztlich gezielt gegen einzelne Bevölkerungsgruppen (Communities), wie beispielsweise Menschen jüdischen Glaubens, Sinti und Roma, homosexuelle Menschen sowie Menschen mit bestimmten politischen und religiösen Auffassungen. Auf diese Weise wurden Millionen Menschen von den Nationalsozialist*innen und ihren Unterstützer*innen gezielt ermordet. Die Tatsache, dass es parallel dazu auch präventive Aktivitäten gab, wie etwa Maßnahmen gegen das Rauchen, den Mutterschutz, die Arbeitszeitordnung von 1938 oder den Schutz vor Asbest am Arbeitsplatz lässt sich nur vor dem Hintergrund einer tiefgehenden Auseinandersetzung mit den sozioökonomischen und sozio-historischen Antinomien der nationalsozialistischen Ideologie interpretieren (Postone 1988).

Nach dem zweiten Weltkrieg entwickelten sich in der Besatzungszone der Westalliierten, der späteren Bundesrepublik Deutschland (BRD) und der sowjetischen Besatzungszone, der späteren Deutschen Demokratischen Republik (DDR) unterschiedliche Gesundheitssysteme. In der BRD wurde die Tradition der Bismarck'schen Sozialversicherung fortgesetzt, während in der DDR nach sowjetischem Vorbild ein zentralistisches staatliches Gesundheitssystem entstand (Simon 2017, S. 29 ff.). Das Gesundheitssystem in der BRD wurde mit der Wiedereinführung der Selbstverwaltung dezentral und liberal organisiert. Die gesundheitliche Versorgung wurde vorrangig an individuellen gesundheitlichen Bedarfen ausgerichtet. Dadurch geriet der Ansatz einer bevölkerungsbezogenen Gesundheit in den Hintergrund. Demgegenüber wurde in der DDR ein zentralistisches Gesundheitssystem implementiert, das der Prävention, der Gesundheitserziehung und dem betrieblichen Gesundheitsschutz eine größere Bedeutung zumaß (Egger/Fenner 2018, S. 8).

Die Gesundheitsversorgung in der DDR war durch eine planwirtschaftliche Steuerung des Gesundheitssystems gekennzeichnet und als ein System aus u. a. Polikliniken, (Land-)Ambulatorien und dem Betriebsgesundheitswesen gestaltet (für eine umfassende Übersicht: vgl. Henke 1990, S. 354). Die ambulante Versorgung war begleitet durch eine Dispensaire-Betreuung. Diese umfasste Beratungsangebote, die Therapie und Prophylaxe verzahnen und damit Versorgungsketten ermöglichen sollten (Ärztezeitung 2009).

Eine wichtige Säule und das Rückgrat der Gesundheitsversorgung auf dem Land stellten die Gemeindeschwestern dar. Sie waren in die medizinische und soziale Betreuung der Bevölkerung eingebunden. Ihre Arbeit wies eine starke interdisziplinäre Ausrichtung auf. Das vielfältige und komplexe Aufgabenspektrum reichte von der medizinischen und pflegerischen Versorgung über Beratung hin zu Aufgaben in der Prävention und Gesundheitsförderung. Insbesondere in der Dispensaire-Versorgung übernahmen die Gemeindeschwestern wichtige Schnittstellenfunktionen um eine durchgängige Versorgung im Sinne einer frühzeitigen Erkennung und Behandlung von Krankheiten bis hin zur Nachsorge und Rehabilitation zu ermöglichen. Nach der Wiedervereinigung wurde das Prinzip der Gemeindeschwestern jedoch nicht fortgeführt und die gesamten Aufgaben nicht durch andere Tätigkeitsprofile aufgefangen (vgl. Strupeit 2008, S. 172).

Zwar war im politischen System der DDR das Gesundheitswesen von Werten sozialer und gesundheitlicher Gleichheit geprägt, mit dem Ziel allen Bürger*innen einen Zugang zur Gesundheitsversorgung zu ermöglichen und gleiche Gesundheits- und Lebensbedingungen für alle zu schaffen (Ärztezeitung 2009), gleichzeitig war das Gesundheitssystem der DDR jedoch auch durch unzureichenden medizinischen technologischen Fortschritt und eine ungleiche gesundheitliche Versorgung geprägt. Durch fehlende Medikamente und technische Ausstattungsmängel im Vergleich zum Westen konnte die Gesundheitsversorgung der DDR nicht mehr mithalten (Braun 2019). Gleichzeitig kam es zu sozialen Unterschieden in der medizinischen Versorgung, weil Regierungsmitglieder und andere hohe Funktionäre durch ein Sonderversorgungssystem abgesichert waren (vgl. Kunzendorff 1993, S. 56-59).

Mit dem Wiedererlangen der deutschen Einheit am 3. Oktober 1990 wurde weniger eine gleichberechtigte Wiedervereinigung, als vielmehr der Beitritt der DDR zur BRD vollzogen. Dies führte dazu, dass der im DDR-Gesundheitswesen ausgeprägtere Präventions-Ansatz verloren ging und die Strukturen der BRD auch im Gesundheitswesen auf die fünf neuen Bundesländer übertragen wurden (Simon 2017, S. 45 ff.). Insofern kann festgehalten werden, dass in der BRD von einer seit der Gründung der sozialen Sicherungssysteme unter Otto von Bismarck starken Strukturkontinuität ausgegangen werden kann, während das Gesundheitssystem auf dem Gebiet der ehemaligen DDR zwei radikale Systembrüche (nach dem Zweiten Weltkrieg und nach der Wiedervereinigung) zu verzeichnen

hatte (Simon 2017, S. 43f.). Besonders erwähnenswert erscheint in diesem Kontext, dass Versorgungsansätze aus dem System der DDR inzwischen wieder in gesundheitspolitische Überlegungen Einzug gehalten haben: Beispielsweise weisen die in den letzten Jahren entstandenen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) große Übereinstimmungen mit den Polikliniken der DDR auf und auch das Projekt „Arztentlastende, Gemeinde-nahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention (AGnES)“ zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung in ländlichen Regionen durch Arztassistent*innen ist eine Reminiszenz an die Figur der gleichnamigen Gemeindegeschwester aus dem in der DDR populären Film „Schwester Agnes“ (Simon 2017, S. 44f.).

3. Stadtentwicklung und Gesundheit historisch eng verbunden

Zusammenhänge von Stadtentwicklung und Gesundheit reichen bis in die Antike zurück (Rodenstein 1988; Baumgart 2018) und finden ihre Grundlage in der Bedeutung von gebauter und natürlicher Umwelt als Verhältnisse, die die menschliche Gesundheit mitbestimmen. Ein Fokus in der gesundheitsbezogenen Stadtentwicklung liegt seit jeher auf der Gefahrenabwehr und dem Gesundheitsschutz: von Brandschutz über Ver- und Entsorgungsinfrastruktur, insbesondere im Hinblick auf Wasser und Abfall, sowie die Verringerung von Luft- und Lärmbelastung oder den Umgang mit Altlasten. So kommt auch Sieber in eine Analyse aktueller planerischer Instrumente und Verfahren zu dem Ergebnis: „Es wurde [...] mehrfach deutlich, dass das Gesundheitsverständnis in der Stadtplanung (sowohl in den gesetzlichen Grundlagen als auch der praktischen Anwendung) häufig einem pathogenen Ansatz verhaftet ist.“ (Sieber 2017, S. 304). Nicht zu verkennen, ist jedoch, dass die gesundheitsfördernde und rehabilitative Wirkung von gesicherter Luftqualität in Luftkurorten und die Errichtung von Volksparks sowie die Sicherung von Grünzügen im Ruhrgebiet in den Städten schon zur Zeit der Industrialisierung einen präventiven und gesundheitsfördernden Ansatz darstellen und bis heute zu gesundheitsförderlichen Verhältnissen beitragen.

Ebenso wie für die oben beschriebenen Bismarck'schen Reformen gilt auch für die Leiberbilder der Stadtentwicklung, dass sie in der Industrialisierung ihren Ausgangspunkt hatten und bis heute das Ziel verfolgen, mehr Lebensqualität und Gesundheit zu ermöglichen. Die von Zille geschilderten Lebensbedingungen in Berlin zeichnen ein entsprechendes Bild der damaligen Lebensbedingungen. Mosse und Tugendreich haben dies im Hinblick auf Krankheitslast, Kindersterblichkeit und geringer Lebenserwartung aus einer sozialmedizinischen Perspektive betrachtet und mit Ihrer Publikation aus dem Jahr 1913 (3. Neuauflage; Mosse und Tugendreich 1994) deutschlandweite regionale Unterschiede aufgezeichnet.

In Großbritannien ist angesichts der Lebensumstände insbesondere von Arbeiter*innen und ihren Familien mit dem Leitbild der Gartenstadt ein

Gegentwurf zu diesen städtischen Lebensbedingungen geschaffen worden. Dieser entstand vor dem Hintergrund verschiedener auch Public-Health-bezogener Aktivitäten zum Schutz der Arbeiter*innen. Baumgart (2018, S. 23 f.) arbeitet die Bedeutung des Public Health Act in England von 1848 für die Stadtentwicklung heraus. Das von Ebenezer Howard Ende des 19. Jahrhunderts entwickelte Leitbild der Gartenstadt wurde in seiner städtebaulichen und insbesondere bodenrechtlichen Idee zwar nie vollständig realisiert, prägte jedoch zahlreiche Entwicklungen, die bis heute eine hohe zumeist urbane Lebensqualität garantieren (Köckler 2010). Die Margarethenhöhe in Essen, ursprünglich für Mitarbeiter*innen der Kruppwerke entstanden, gilt hier als eines der herausragenden Beispiele.

Die massiven Umgestaltungen großer Städte wie Paris, Barcelona oder Berlin am Ende des 19. Jahrhunderts waren gleichwohl von Vorstellungen hinsichtlich Stadthygiene, Mobilität/Transport von Arbeiter*innen und dem Aufbau sozialer Infrastrukturen durch den Staat, und nicht mehr nur durch Kirche und Großunternehmen geprägt (Baumgart 2018, S. 23 f.).

Parallel zur zunehmend fordistisch, also arbeitsteilig, geprägten industriellen Produktion wurden auch Städte arbeitsteilig, nach den Funktionen Arbeiten, Wohnen, Erholung zониert. Die Nutzungstrennung diente über die Sicherstellung von Abständen insbesondere dem Schutz der Wohnbevölkerung ohne der Industrie immissionsschutz-technische Weiterentwicklung abzuverlangen. In der Charta von Athen wurde dieses Leitbild der funktionsgetrennten Stadt festgeschrieben. Es hat insbesondere den Wiederaufbau in vielen europäischen Städten sowie das deutsche Immissionsschutzrecht mit dem Trennungsgrundsatz unverträglicher Nutzungen geprägt. Gegenseitig begünstigt haben sich Funktionstrennung und Verfügbarkeit individuellen motorisierten Verkehrs für breite Bevölkerungsschichten, mit den Folgen für die globale Klimaerwärmung und Bewegungsmangel im Alltag, denen derzeit wiederum mit alternativen städtebaulichen Leiterbildern der Stadt der kurzen Wege oder dem Global Plan on Physical Activity (WHO 2018) versucht wird, entgegenzuwirken.

Ein Phänomen der Urbanisierung mit ihrer funktionsräumlichen Arbeitsteilung und der Ausprägung diverser Stadtgesellschaften ist Segregation. Segregation beschreibt das Phänomen unterschiedlicher Nachbarschaften in einer Stadt, die sich anhand sozio-demographischer Merkmale wie Einkommen, Ethnizität oder Alter voneinander unterscheiden. Insbesondere die sogenannte ethnische Segregation hat angesichts der Zuwanderung in die Bundesrepublik Deutschland seit den 1960er Jahren zugenommen. Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive relevant ist, dass nicht selten sozial benachteiligte Stadtteile von einer höheren gesundheitsschädlichen Umweltbelastung betroffen sind und weniger Zugang zu Ressourcen haben. Nicht selten handelt es sich um Mehrfachbelastungen (Köckler et al. 2020). Diese sozialräumliche Ungleichheit in der Verteilung von Umweltgüte wird als umweltbezogene Ungerechtigkeit bezeichnet.

Häufig sind identifizierbare Teilpopulationen hiervon betroffen. In den USA identifizieren sich Betroffene häufig auch selbst als Communities und verfolgen gemeinsam das politische Ziel von Environmental Justice für ihre Community.

Große Pandemien wie die Cholera oder Tuberkulose und derzeit die Covid-19-Pandemie waren und sind Anlässe einer engen Zusammenarbeit von Gesundheit und Stadtentwicklung in Forschung und Praxis. So hat Max von Pettenkofer als Chemiker und Pharmazeut das Fach Hygiene als Studienfach und Thema der Stadtentwicklung in Bayern vorangebracht und einen wesentlichen Beitrag zu Einführung von Trinkwasserversorgung und einer Schwemmkanalisation in München geleistet. Ähnliche Erkenntnisse zu mangelnder Hygiene erklären die Cholera Pandemie in Hamburg Ende des 19. Jahrhunderts zu deren Bekämpfung Robert Koch seinen Anteil hatte (Hornberg et al. 2018). Auch Howards Gartenstadt ist als Antwort auf die Cholera einzuordnen. In allen Ansätzen standen die Lebensumstände in ausgewählten Stadtteilen sowie Teilpopulationen im Fokus. Alle Pandemien hatten und haben auch eine Dimension sozialer Ungleichheit.

Auch die gegenwärtige Covid-19-Pandemie führt zu einer umfassenden Diskussion, die sich in Positionspapieren (ARL 2020) und Memoranden (NSP 2021) äußert. Das Thema der gesundheitsfördernden Stadtentwicklung mit einer Community-Health-Perspektive tritt hiermit aus einer Nischenbetrachtung in den Hauptdiskurs ein. Die Diskussion wird auch mit Aspekten von Prävention und Gesundheitsförderung verbunden und hat das Potential Gesundheit von Communities fest im Politikfeld Stadtentwicklung zu verankern. Hier können umfangreiche Arbeiten (Fehr 2020) genutzt werden (siehe auch den Beitrag Raphael Siebers und Heike Köcklers in diesem Band).

4. Community Health als Konsequenz historischer Entwicklungen

Vor dem Hintergrund der sozialen Sicherungssysteme und der Stadtentwicklung als historische Bezüge werden im Folgenden Community-Health-Bezüge als spezifischer Teil von Public Health herausgearbeitet.

Wenngleich sich Aktivitäten unter dem Begriff Community Health in Deutschland bisher nur vereinzelt finden, lässt sich eine eindeutige Entwicklung im Feld Community Health beobachten. So befassen sich verschiedene wissenschaftliche Disziplinen mit Community Health relevanten Fragestellungen, auch ohne, dass diese explizit als Community Health benannt und erkennbar sind.

Ihre Wurzeln hat Community Health, in einer, über die Medizin hinausgehenden, gesundheitswissenschaftlichen Perspektive. Häufig wird der Beginn der Gesundheitswissenschaften in Deutschland – vergleichbar mit anderen westeuropäischen und nordamerikanischen Ländern – auf den Beginn des 20. Jahrhunderts datiert (vgl. Hurrelmann/Laaser/Razum 2016, S. 16). Jedoch bereits

Jahrzehnte davor lassen sich wichtige Ereignisse und Erkenntnisse zu sozialen (Lebens-)Bedingungen und Gesundheit identifizieren. Konkrete Ereignisse umfassen beispielsweise erste Arbeiten zur Gesundheit von Arbeiter*innen in Frankreich und England, der erste Public Health Act in Großbritannien oder die Beschreibungen zu Kapitalismus und Gesundheit von Marx & Engels (Coordinating Committee of Spirit of 1848 1998; Krieger/Birn 1998). Parallel lassen sich hier auch die Anfänge der Sozialmedizin und Sozialhygiene in Deutschland datieren, die soziale Aspekte ungleicher Gesundheitschancen deutlich machten (Gostomzyk 2018). In diesen Analysen standen bereits einzelne Gruppen (Communities) im Fokus der Untersuchung, die sich auch selbst als Communities definiert haben und politisch aktiv waren, wie die Weber*innen in ihrem Aufstand von 1844.

Im 20. Jahrhundert erlebte Public Health in Deutschland durch den Nationalsozialismus einen erheblichen Rückschlag (vgl. Gerlinger et al. 2012, S. 763). Vor diesem Hintergrund wird auch die sprachliche Einordnung von Public Health als Volksgesundheit in Deutschland nicht verwendet, weil dieser Begriff während des Nationalsozialismus im Kontext der Eugenik und Rassenhygiene genutzt wurde und dadurch ideologisch belastet ist (Egger/Razum/Rieder 2018, S. 1) Im geteilten Deutschland lag der Fokus in der BRD überwiegend auf individualmedizinischer Versorgung und Krankheitsprävention, während in der DDR Ansätze sozialräumlicher Versorgung wie Stadtteilgesundheitszentren verfolgt wurden (vgl. Gerlinger et al. 2012, S. 763).

Eine Wiederbelebung erlebte Public Health in der Bundesrepublik Deutschland Ende der 1980er Jahre (vgl. Gerlinger et al. 2012, S. 763; vgl. Razum/Dockweiler 2015, S. 831). Die erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung im Jahr 1986 in Ottawa spielte für die Entwicklungen der Gesundheitsförderung eine prägende Rolle (vgl. Ruckstuhl 2020, S. 13). Im wiedervereinten Deutschland kennzeichnet die im Jahr 1992 begonnene Förderung der Public-Health-Forschung und die Bildung interdisziplinärer Verbände die Weiterentwicklung von Public Health (vgl. Gerlinger et al. 2012, S. 763; Rübiger 2011). Heute steht Public Health vor der Frage, wie eine bedarfsgerechte fachliche Weiterentwicklung gestaltet sein sollte. Generalistische Perspektiven treten zunehmend in den Hintergrund, während Teilthemen, Subdisziplinen und Spezialisierungen an Bedeutung gewinnen (vgl. Pundt/Dierks 2018, S. 193). Das Feld differenziert sich nach seiner Etablierung aus. Hier lässt sich auch die Entwicklung von Community Health einordnen.

Im Folgenden werden exemplarisch einzelne Ansätze skizziert, die die dynamischen Entwicklungen in diesem Feld sicherlich nicht abschließend abbilden.

Konkrete Ansätze zu Community Health in Deutschland finden sich zum Beispiel in der Methode des Community Health Assessment (Caesar et al. 2010; Kurka-Wöbking 2010), in den Ansätzen von solidarischen Stadtteil-Gesundheitszentren

bzw. Polikliniken, z. B. in Berlin, Hamburg, Leipzig, Dresden, Köln oder Gesundheitskiosks in Hamburg-Billstedt oder Vorarbeiten in Bochum-Wattenscheid (s. Beitrag Köckler, Lottemoser und Sprünken).

Auf Hochschulebene finden sich die Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health des Instituts für Community Medicine an der Universität Greifswald und das Department of Community Health der Hochschule für Gesundheit in Bochum. Die dort seit 2018 jährlich stattfindende Community Health Konferenz bietet eine Plattform die inter- und transdisziplinären Perspektiven auf Community Health in Deutschland zu vernetzen und zu befördern. An der Alice-Salomon Hochschule Berlin entstehen Perspektiven zu Partizipativen Ansätzen und Community Health (Bär/Schaefer 2021). An der Hochschule Fulda wurde im Projekt „CHANCE Community Health Management to Enhance Behavior“ eine Community-Health-bezogene Perspektive verfolgt und der Einfluss des Stadtteils auf die Gesundheit seiner Bewohner*innen untersucht. Deutlich stärker verbreitet zeigen sich Ansätze in verschiedenen Studiengängen. Studiengänge mit Bezug zu Community Health finden sich beispielsweise am Department of Community Health der Hochschule für Gesundheit in Bochum, am Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen oder im Rahmen der neuentwickelten Studiengänge zum Community Health Nursing.

Das von der Agnes-Karll-Gesellschaft mit Unterstützung der Robert Bosch Stiftung entwickelte Konzept für Community Health Nursing in Deutschland, wurde im November 2017 in Berlin vorgestellt. Darauf aufbauend wurden konzeptionelle Ansatzpunkte für ein Berufsbild und ein Curriculum für Community Health Nursing in Deutschland entwickelt (Agnes-Karll-Gesellschaft 2018). Inzwischen werden Masterstudiengängen im Bereich Community Health Nursing an fünf Hochschulen angeboten: An der Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar (PTHV), der Katholischen Stiftungshochschule München, der Universität Witten/Herdecke, der Evangelische Hochschule Dresden und der Universität Bremen (DBfK 2019, 2020).

Darüber hinaus verweisen die Beiträge im vorliegenden Band auf vielfältige Ansätze, in denen sich Community Health in Wissenschaft und Praxis verwirklicht.

5. Ausblick

Community Health als spezifischer Teil von Public Health kann wertvolle Impulse zur weiteren Entwicklung des Gesundheitssystems in Deutschland sowie Bekämpfung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit geben. Welche Impulse dies sein können, zeigen die Beiträge im vorliegenden Band in vielfältiger Weise auf.

Die Rolle des Staates in sozialen Sicherungssystemen und die Stadtentwicklung als zwei strukturell und organisatorisch sehr unterschiedliche Bereiche zählten in der Vergangenheit zu bedeutenden Elementen zur Verringerung sozialer Ungleichheit bei Gesundheit für spezifische Teilpopulationen. Eine Community-Health-Perspektive, die dies in den Blick nimmt, kann auch für neue Herausforderungen die erforderlichen Innovationen zur Systemoptimierung und Behebung sozialer Ungleichheit liefern. Das durch den Innovationsfonds geförderte Ziel regionalisierter Ansätze gesundheitlicher Versorgung bietet hier nur eine gute Möglichkeit, community spezifische Ansätze zu befördern (siehe auch Praxisbeispiel Wattenscheid).

Literatur

- Agnes-Karll-Gesellschaft (2018): Community Health Nursing in Deutschland. Konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum. Berlin.
- AOK Bundesverband (2021): Reichsversicherungsordnung. Online unter: https://aok-bv.de/lexikon/r/index_00132.html (Abfrage: 24.05.2021).
- ARL (Akademie für Raumforschung und Landesplanung) (2020): SARS-COV-2-Pandemie: Was lernen wir daraus für die Raumentwicklung? Positionspapier aus der ARL 118. Akademie für Raumforschung und Landesplanung. Hannover. Online unter: <https://shop.arl-net.de/sars-cov-2-pandemie.html> (Abfrage: 30.06.2021).
- Ärztezeitung (2009): Berufspolitik. Prinzipien, Finanzierung und Organisation des DDR-Gesundheitswesens. Online unter <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Prinzipien-Finanzierung-und-Organisation-des-DDR-Gesundheitswesens-373759.html> (Abfrage: 02.06.2021).
- Bär, G./Schaefer, I. (2021): Community Health und partizipative Forschung. In: Schmidt-Semisch, Henning/Schorb, Friedrich (Hrsg.): PUBLIC HEALTH. Disziplin – praxis – politik. [S.l.]: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 259-283.
- Baumgart, S. (2018). Räumliche Planung und öffentliche Gesundheit – eine historische Verknüpfung. In: Baumgart/Köckler/Ritzinger/Rüdiger (Hrsg.): Planung für gesundheitsfördernde Städte. Forschungsberichte der ARL 8. Hannover: Akademie für Raumforschung und Landesplanung. S. 20-36.
- Braun, J. (2019): Tagungsbericht: Sozialgeschichte des Gesundheitswesens der DDR. Reflektionen über Organisation, Politik und Akteure in der sozialistischen Gesundheitsversorgung, 09.07.2018-10.07.2018 Stuttgart. H-Soz-Kult.
- Caesar, S./Rameil, A./Schmedders, M./Hafner, V./Hoffmann, M. (2010): Community Health Assessment. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld.
- Coordinating Committee of Spirit of 1848 (1998): Spirit of 1848: a network linking politics, passion, and public health. In: Critical Public Health, H. 8, S. 97-103.
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2020): Studienangebote zu Community Health Nursing. online unter: <https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Ausschreibung/Studienangebote-CHN-in-Deutschland.pdf> (Abfrage: 07.11.2021)
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2019): Community Health Nursing – Was ist Community Health Nursing?, online unter: <https://www.dbfk.de/de/themen/Community-Health-Nursing.php?sn=sn069145f08893018d8a7b0341510cf3>, (Abfrage: 11.03.2019).
- Egger, M./Fenner, L. (2018): Geschichtliche Notizen. In: Egger, M./Razum, O./Rieder, A. (Hrsg.): Public Health Kompakt. 3. Aufl. Berlin/Boston: De Gruyter, S. 3-9.
- Egger, M./Razum, O./Rieder, A. (2018): Public Health: Konzepte, Disziplinen und Handlungsfelder, in: Egger, M./Razum, O./Rieder, A. (Hrsg.): Public Health Kompakt. 3. Aufl. Berlin/Boston: De Gruyter, S. 1-3.
- Egger, M./Razum, O./Rieder, A. (2018): Public Health Kompakt. 3. Aufl. Berlin/Boston: De Gruyter.

- Elkeles, T./Mielck, A. (1993). Soziale und gesundheitliche Ungleichheit. Theoretische Ansätze zur Erklärung von sozioökonomischen Unterschieden in Morbidität und Mortalität. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). WZB, Eigenverlag, Berlin, P93-208.
- Epkenhans, M./Kolb, E. (2019): Otto von Bismarck. Gesammelte Werke. Neue Friedrichruher Ausgabe. Band: IV.
- Fehr, R. (2020): Wie kommt Gesundheit auf die Agenda der Politikfelder? Das Beispiel der Stadtentwicklung. In: Böhm/Bräunling/Geene/Köckler (Hrsg.). Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden: Springer VS, S. 409-426.
- Gerlinger, T./Babitsch, B./Blättner, B./Bolte, G./Brandes, I./Dierks, M.-L./Faller, G./Gerhardus, A./Gusy, B. (2012): Situation und Perspektiven von Public Health in Deutschland – Forschung und Lehre. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Public Health e. V. In: Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 74, H. 11, S. 762-766.
- Gostomzyk, J. (2018): Sozialmedizin und Sozialhygiene in Deutschland: ein historischer Rückblick. In: Public Health Forum 26, H. 4, S. 357-360.
- Henke, K.-D. (1990): Das Gesundheitssystem im gesamtdeutschen Einigungsprozeß. In: Wirtschaftsdienst, Verlag Weltarchiv 70, H. 7, S. 353-358.
- Hornberg, C./Liebig-Gonglach, M./Pauli, A. (2018): Gesundheitsförderung – ein Konzept und seine Entwicklung in Deutschland. In: Baumgart/Köckler/Ritzinger/Rüdiger (Hrsg.): Planung für gesundheitsfördernde Städte. Forschungsberichte der ARL 8. Hannover: Akademie für Raumforschung und Landesplanung. S. 37-58.
- Hurrelmann, K./Laaser, U./Razum, O. (2016): Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften in Deutschland. In: Hurrelmann, Klaus/Razum, Oliver (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 6., durchgesehene Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 15-51.
- Krieger, N./Birn, A. E. (1998): A vision of social justice as the foundation of public health: commemorating 150 years of the spirit of 1848. In: Am J Public Health, H. 88, S. 1603-1606.
- Köckler, H. (2010): Grünflächen als Potenzial – Grün in der Stadt fördert Gesundheit, unterstützt Anpassung an den Klimawandel und ist durch Stadtplanung steuerbar. In: Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis. dgvt. H 2, S. 363-375.
- Köckler, H./Agatz, K./Flacke, J./Simon, D. (2020). Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung. Das SUHEI-Modell nutzt hierfür Indikatoren. In: Informationen zur Raumentwicklung, 47, Heft 1, S. 96-109.
- Kunzendorff, E. (1993): Soziale Differenzierungen in epidemiologischen und medizinsoziologischen Untersuchungen auf dem Gebiet der DDR. Gab es soziale Ungleichheit als medizinisch relevantes Problem? In: Mielck, Andreas (Hrsg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozial-epidemiologischen Forschung in Deutschland. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 53-92.
- Kurka-Wöbking, A. (2010): Community health assessment – Stadt Landshut. Wie versorgt die Stadt Landshut ihre älteren Mitbürger mit einem (potentiellen) Hilfe- und Pflegebedarf. Zugl.: Vallengard, Hochschule, Masterarb. Saarbrücken: VDM.
- Mosse, M./Tugendreich, G. (1994): Krankheit und soziale Lage. 3. Neuaufl. der Erstausg. München, 1913. Hrsg. Göttingen und Augsburg, Jürgen Cromm Verlag.
- NSP (Nationale Stadtentwicklungspolitik) (2021): Memorandum Urbane Resilienz. Berlin. online unter: https://www.nationale-stadtentwicklungspolitik.de/NSPWeb/SharedDocs/Blogeintraege/DE/memorandum_urbane_resilienz.html, (Abfrage: 24.06.2021).
- OECD – Organisation for Economic Cooperation and Development (1987): Financing and delivering health care: a comparative analysis of OECD countries. Organisation for Economic Cooperation and Development, OECD Publishing, Paris.
- Postone, M. (1988): Nationalsozialismus und Antisemitismus. Ein theoretischer Versuch. In: Diner, D. (Hrsg.): Zivilisationsbruch. Denken nach Auschwitz, Frankfurt am Main: Fischer. S. 242-254.
- Pundt, J./Dierks, M.-L. (2018): Public Health als akademische Ausbildung – wo stehen wir 2018? In: Public Health Forum 26, H. 3, S. 192-194.
- Räbiger, J. (2011): Das Public-Health Förderprogramm der Bundesregierung und was es bewirkt hat. In: Schott, Thomas/Hornberg, Claudia (Hrsg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre

- Public Health in Deutschland; Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, S. 127-144.
- Razum, O./Dockweiler, C. (2015): GeneralistInnen oder SpezialistInnen? Interdisziplinarität und fachliche Differenzierung innerhalb von Public Health in Deutschland. In: Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 77, H. 11, S. 831-833.
- Rosenbrock, R. (2001): Was ist New Public Health? Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz. 44. Springer. SW, S. 753-762
- Ruckstuhl, B. (2020): Gesundheitsförderung. Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health-Perspektive. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Schwartz, F.W. et al. (2012): Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen. 3. Aufl. München: Elsevier.
- Simon, M. (2017): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, 6. Aufl., Bern: Huber.
- Sozialverband VdK (2010): Die Wiege der Sozialversicherung steht in Goslar. 750 Jahre Knappschaft: Erste organisierte Sozialfürsorge der Bergleute ebnete der Kranken- und Rentenversicherung den Weg. Online unter: https://www.vdk.de/deutschland/pages/themen/24291/die_wiege_der_sozialversicherung_steht_in_goslar, zuletzt am 24.05.2021.
- Strupeit, S. (2008): Präventive und gesundheitsförderliche Aufgaben und Maßnahmen durch Gemeindeschwestern in der ehemaligen DDR – ein Rückblick. In: Pflege & Gesundheit 13, H. 2, S. 159-173.
- vdek – Verband der Ersatzkassen (2012): 100 Jahre vdek. Berlin.
- WHO (2018): Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030. More active people for a healthier world. Genf: WHO.

Der Diversitätsansatz im Rahmen von Community Health

Christiane Falge, Christian Walter-Klose

Zusammenfassung

Mit dem Diversity-Ansatz wird die Unterschiedlichkeit von Individuen herausgestellt und deutlich gemacht, dass jedes Individuum Träger*in vielfältiger Merkmale ist und aufgrund von Ähnlichkeit und Unterschiedlichkeit verschiedenen Gruppen zugeordnet werden kann. Der Diversitätsansatz stellt in diesem Sinne ein Verbindungsstück zwischen der Community, die etwas eint, und dem Individuum mit individuellen und communitybezogenen Merkmalen dar. Neuere Ansätze verweisen dabei auf Interaktionen zwischen Gesellschaft und Individuum, die die Relevanz spezifischer Differenzmerkmale in dem jeweiligen Kontext, der jeweiligen Situation herausstellen. Der Artikel erläutert diese Überlegungen und zeigt die Vorteile des Diversity-Ansatzes für Community Health auf.

Abstract

The Diversity-approach emphasizes the differences of individuals. It makes clear, that each individual carries various specificities and on the basis of similarities and differences can be assigned to different. The Diversity-approach therefore constitutes a connection between a unifying community and the individuum with its unique and community driven attributes. New approaches refer to interactions between society and individuum, which underline specific characteristics of difference within the particular context of a particular situation. The article is meant to clarify these considerations in order to grasp the benefit of the Diversity-approach for Community Health.

1. Entstehungshintergründe des Diversity-Konzepts

Die Community-Health-Perspektive ist in ihrem Anliegen, vulnerable Communities gesundheitlich zu fördern, eine stark gruppenbezogene Perspektive, wie im Eröffnungsbeitrag verdeutlicht wurde. Gleichzeitig erfordert Community Health aber auch eine differenzierte Herangehensweise, die auf die besonderen Bedürfnisse von Individuen eingeht und der Tatsache gerecht wird, dass sich Menschen in Gruppen stark unterscheiden. Für die dieser Perspektive innewohnende Ambiguität bietet der Diversitätsansatz eine Lösung.

Nach dem Diversitätsansatz wird die Unterschiedlichkeit von Individuen herausgestellt und berücksichtigt, dass jedes Individuum Träger vielfältiger Merkmale ist und aufgrund von Ähnlichkeit und Unterschiedlichkeit verschiedenen Gruppen zugeordnet werden kann. Der Diversitätsansatz stellt in diesem Sinne ein Verbindungsstück zwischen der Community, die etwas eint, und dem Individuum mit individuellen und communitybezogenen Merkmalen dar. Neuere Ansätze verweisen dabei auf Interaktionen zwischen Gesellschaft und Individuum, die die Relevanz spezifischer Differenzmerkmale in dem jeweiligen Kontext, der jeweiligen Situation herausstellen. Diese Überlegungen werden im Folgenden näher erläutert.

Der Begriff „Diversity“, der seit den 90er Jahren sowohl in profit-orientierten und in nicht profit-orientierten Unternehmen Einzug hält, ist seit den 2000er Jahren zunehmend auch in sozialen, klinischen und bildungsrelevanten Institutionen angekommen. Diversity-Beauftragte werden nicht mehr nur im Zuge von Anti-Diskriminierungs-Beschwerden berufen, sondern gehören oftmals von vornherein als wichtige Akteure zu Organisationen und Unternehmen, um Potenziale und Ressourcen der Vielfalt der Organisationsmitglieder und Beschäftigten zu nutzen und Chancengleichheit herzustellen. Obwohl insbesondere im Bildungskontext im Zusammenhang mit Chancengleichheit und inklusiver Bildung ein Wandel angestoßen wird, wird der Begriff „Diversity“ und damit einhergehende Konzepte im deutschsprachigen Raum mehrheitlich ökonomisch dominiert (vgl. Ehret 2011, S. 47). Nieswand (2020, S. 1 ff.) führt dies u. a. auf eine Verankerung in US-amerikanischen wirtschaftspolitischen und managementbezogenen Ansätzen zurück, die vor dem Hintergrund von Neoliberalisierung, Globalisierung und demografischen Wandel ein Vorteil im „Diversity Management“ sehen.

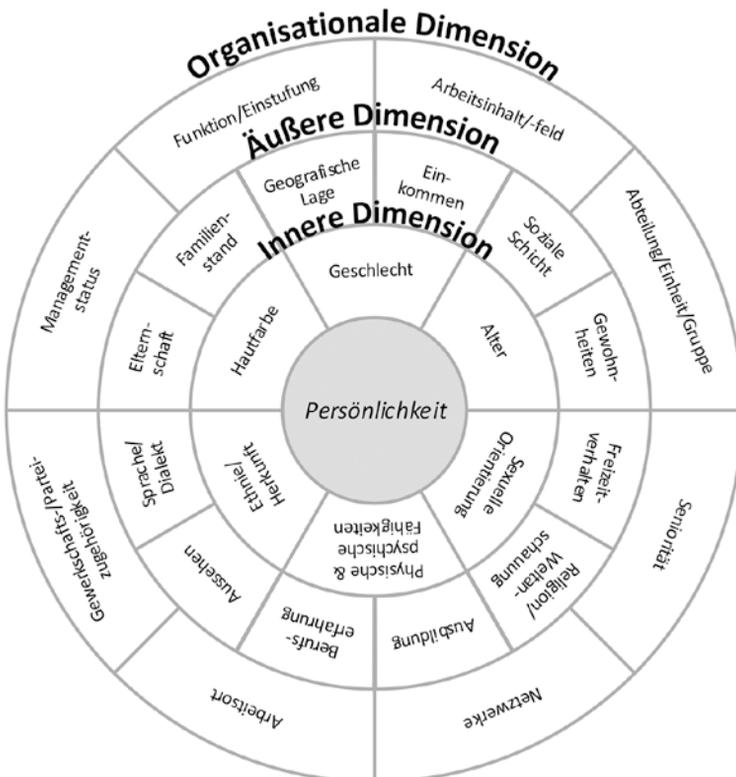
Auf europäischer Ebene spielten im Zusammenhang mit der Entwicklung des Diversitätsbegriff Fragen der Menschenrechtspolitik und des Zusammenlebens vielfältiger Nationen und Kulturen eine bedeutsame Rolle. So bezog sich Diversität nach dem zweiten Weltkrieg zunächst auf das Recht von Nationalstaaten auf eigene kulturelle Identität und war seit den 2000er Jahren zunehmend mit dem Schutz und der Wahrnehmung von Anerkennungsforderungen kultureller Minderheiten innerhalb von Nationalstaaten verbunden. Im Kontext zunehmender Einwanderung entwickelte sich daraus ein Spannungsverhältnis, in dem es auf nationalstaatlicher Ebene einerseits galt, kulturelle Minderheiten zu schützen und gleichzeitig gesellschaftliche Kohäsion zu erhalten (vgl. ebd.).

2. Diversität als Differenzvielfalt

Zur Frage des Umgangs mit gesellschaftlicher Diversität wurden unterschiedliche Diversitätsansätze entwickelt, die sich überwiegend mit der Darstellung von

Differenzvielfalt beschäftigen. So beschreiben Gardenswartz und Rowe (1994) mit ihrem Modell eine diversitätsdeterminierende Differenzierung in vier Ebenen. Ausgehend von der Persönlichkeit einer Person, die sich in vielfältigen Merkmalen von ihren Mitmenschen unterscheidet, benennen sie sechs demografische Kern-dimensionen von Diversität. Diese sind Geschlecht, Alter, Hautfarbe, Herkunft, Religion und Weltanschauung, sexuelle Orientierungen sowie Gesundheit und Beeinträchtigungen. Der sogenannte äußere Kreis unterscheidet in weitere funktionale Diversitätsmerkmale, die sich vor allem auf Aspekte der sozialen Identität und des sozialen Umfeldes beziehen und leichter veränderbar sind. Die organisationale Dimension der Diversität setzt vor allem Diversitätsmerkmale in den Fokus, die sich aus organisationstheoretischer Sicht in Arbeitskontexten ergeben (vgl. Hanappi-Egger 2012, S. 179 ff.). Die Durchkreuzung äußerer und innerer Diversitätsdimensionen bestimmen Teilhabe und wirken auf die Positionierung in Organisationen. Aus dieser Sicht ist es wahrscheinlich, dass eine alleinerziehende Migrantin in der Organisation Krankenhaus als Reinigungskraft positioniert ist und ein weißer Mann die Position des Chefarztes besetzt.

Abb. 1: Modell der vier Dimensionen von Diversität von Gardenswartz und Rowe (zit. nach Hanappi-Egger 2012, S. 184)



3. Diversität als kontingenzreduzierende Analysekatgorie

Ein neuer Diversitätsansatz mit Relevanz für Community Health wurde kürzlich von Nieswand konzipiert. Dieser Ansatz fragt nicht danach, ob die Welt – ein Stadtteil, eine Menschengruppe, eine Organisation – divers ist, sondern wie und nach welchen Maßgaben die Welt von den Gesellschaftsteilnehmer*innen beobachtet und in Kraft gesetzt wird, dass sie als divers gesehen und verstanden werden kann“ (vgl. Nieswand 2020, S. 16). In diesem Modell wird sowohl die Vielfalt der Differenzen als auch die auf diese gerichtete Pluralität der Perspektiven gesehen. Es integriert eine situationistische und interaktionale Perspektive und betrachtet Differenzen und Differenzkonfigurationen von Menschen, die durch „Vermittlungsinstanzen wie Personen, Bevölkerungen, Organisationen und gouvernementale Strukturen in den Gesellschaftsraum eingeschrieben und strukturell stabilisiert werden. Diversität als Konfiguration zu verstehen, soll betonen, dass die Relationierung personenbezogener Unterschiede ein praktisches Problem ist, für das Handelnde, einschließlich Sozialwissenschaftler*innen, andauernd kontextspezifische Lösungen finden müssen“ (vgl. Nieswand 2020, S. 22). Denn als Wesensmerkmal des Sozialen geht Differenz mit Kontingenz und Komplexität einher, da stets Entscheidungen über Differenzkategorien von Personen getroffen und verantwortet werden müssen. Anders als bei der Anwendung einfacher Algorithmen müssen Personen für jede Konfrontation mit Differenzkategorien Konfigurationsarbeit leisten, indem sie Kontingenz¹ absorbieren und auflösen. Einfach ausgedrückt geht es bei der Konfigurationsarbeit darum, auf Basis zugänglicher Informationen Merkmale und deren Verhältnisse festzulegen und zu akzentuieren, die den weiteren Verlauf einer Interaktion oder eines Falls strukturieren. Kontingent ist dies, weil stets auch andere Informationen herangezogen (absorbiert) oder die vorhandenen anders interpretiert (aufgelöst) werden könnten. Komplexität verweist an dieser Stelle vor allem darauf, dass sich die soziale Realität einer Person oder einer Familie nicht in einer Interpretationsweise oder Differenzkonfiguration erschöpft. Unter Komplexität fällt auch, dass uns die Welt oft als uneindeutig und ambig gegenübertritt, also gerade nicht in festgefügteten Kategorien. Aus dieser Perspektive, so Nieswand, kann der Diversitätsbegriff einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die Beziehung zwischen der Vielfältigkeit personenbezogener Differenzen und der Heterogenisierung von Bevölkerung theoretisch besser zu verstehen und empirisch zu erforschen (vgl. Nieswand 2020, S. 7).

1 Die Kontingenz von Differenzkategorien bezieht sich nach Hirschauer (2014, S. 170) auf die Konkurrenz und Temporalität solcher Kategorisierungen. Kontingent sind diese nicht nur, weil sie sozial hergestellt und aufgebaut, sondern auch, weil sie gebraucht, übergangen und abgebaut werden können.

4. Differenzkonstruktionen – ein Alltagsbeispiel

Im Vergleich zu den großen Ungleichheitstheorien wie die Gender-, Ethnicity-and-racial-, Disability-Studies-Theorien oder dem Intersektionalitätsansatz hat dieser Ansatz eine weniger statische Vorstellung von Gesellschaften und Personen, da er mehr als eine gewisse Anzahl ungleichheitsrelevanter Kategorien umfasst, die sich im Fall von Einzelpersonen überlagern können oder nicht. Er ermöglicht es aufzuzeigen, wie Subjekte situationsbedingt immer wieder durch Differenzzuschreibungen und deren Interaktionen in spezifischen situativen Kontexten hergestellt und rekonstruiert werden. Die Relevanz dieses Ansatzes soll anhand eines kurzen Einblickes in ein ethnografisches Fallbeispiel aus dem Bereich der Pflegestufenbemessung verdeutlicht werden:

Dem anderthalb Jahre alten Bilind wird kurz nach seiner Flucht aus Syrien nach Deutschland aufgrund einer schweren Nierenerkrankung eine PEG-Sonde zur künstlichen Ernährung in den Bauch eingesetzt, über die ihm Nahrung und Medikamente zugeführt werden. Die Eltern, sind ab dem Zeitpunkt nach der OP stark in die Versorgung ihres nun pflegebedürftigen Kindes eingebunden. Im Rahmen eines kollaborativen Forschungsprojekts werden sie ermächtigt und erwirken für ihren Sohn einen Pflegegrad. In diesem Prozess werden bei gleichbleibendem bzw. sich verbesserndem Gesundheitszustand des Kindes über einen Zeitraum von fünf Jahren aus unterschiedlichen Gründen nach und nach von unterschiedlichen Pflegegutachter*innen aufsteigende Pflegegrade abgelehnt, und dann nach mehreren Widerspruchsverfahren schließlich doch gewährt. So fand eine Begutachtung etwa mit dem Verweis auf Sprachbarrieren mit einer zu geringen Einbeziehung der Eltern statt oder eine Gutachterin reichte wichtige Dokumente nicht weiter. Die fehlende Finanzierung eines mobilen Pflegedienstes über die Pflegeversicherung und die Schwierigkeit nach Gewährung der entsprechenden Pflegestufe einen Pflegedienst für den Kindergartenbesuch zu finden, verzögerte auf diese Weise die Aufnahme des Kindes in den Kindergarten. Gleichzeitig verhinderte die anfallende, allein von der Familie zu bewältigende Pflege die Teilnahme der Mutter an einem Deutschkurs, wirkte sich die Ablehnung der Pflegeanträge demotivierend auf die Familie aus und bewirkt die Gesamtsituation eine schleppend verlaufende Integration der Familie in das deutsche Gesundheits- und Bildungssystem.

Mit Blick auf das Hilfesystem und die darin agierenden Akteur*innen ermöglicht der Diversity-Ansatz unterschiedliche Lesarten auf den Fall. Er verweist etwa darauf, wie die Begutachtenden mit Bezug zu den ihnen in den jeweiligen Situationen relevant erscheinenden Kategorien die Kontingenz auflösen und das Kind und seine Familie entlang von unterschiedlichen Differenzkategorien konfigurieren. Die Eingruppierung in einen Pflegegrad wird neben der Orientierung an Pflegemaßstäben durch situativ wahrgenommene Differenzen beeinflusst. Hier kann mit dem Diversity Ansatz nach Nieswand nach Strategien

der unterschiedlichen Akteur*innen gefragt werden und danach, inwiefern ihre jeweiligen Bilder über Familien und Menschen, Ressentiments und eine offensichtliche Diskriminierungsabsicht eine Rolle für Entscheidungen und Eingruppierungen spielen. Es kann gefragt werden, wie eine zu kurz angesetzte Begutachtungszeit oder die Nicht-Weiterleitung wichtiger Dokumente durch eine Gutachterin und die damit einhergehende zu niedrige Pflegegradbemessung zusammenhängen. Auch kann reflektiert werden welche Strategien und Bilder mit der Entscheidung mobiler Pflegedienste gegen den Einsatz in einem von Armut betroffenen multidiversen Stadtteil einhergehen. Und schließlich kann gefragt werden, vor welchem Hintergrund die Konfigurationsarbeit der letzten Pflegegutachterin zur Vergabe des höchsten Pflegegrades geführt hat.

5. Potenziale des diversitätskonstruierenden Ansatzes für Community Health

Der Diversitätsansatz nach Nieswand macht deutlich, dass die Art und Weise, wie wir Menschen in sozialen Begegnungen Unterscheidungen und Differenzierungen zu anderen Menschen vornehmen, mit vielfältigen Lesarten und Perspektiven verbunden ist. Er betont, dass unterschiedliche Akteur*innen im sozialen Kontext in unterschiedlichem Ausmaß Ambiguität und Kontingenzen aushalten und unterschiedliche Differenzkonfigurationen vornehmen. Für Community Health ergibt sich somit die Verantwortung, bei bestehenden oder vorgenommenen Unterscheidungen und Gruppenbildungen zu hinterfragen, in welchem Kontext durch welche Personen zu welchem Zweck eine Differenzierung vorgenommen wurde und welche gesundheitlichen Folgen mit der Differenzierung verbunden sind. Sie hat zudem die Aufgabe zu erfüllen, marginalisierte Perspektiven zu stärken und die Möglichkeiten und Grenzen von Expert*innenperspektiven zu erörtern. Die aus dieser Ambiguität erkennbar werdenden, hier nur angedeuteten mehrdimensionalen Erklärungsansätze für fehlende gesundheitliche Inklusion eröffnen somit einen diskursiven Raum, der Lösungsansätze für Community Health sichtbar werden lässt, statt Verhalten auf bestimmte Lesarten (Gender, Ethnizität, Behinderung usw.) zu reduzieren. Denn angesichts der Komplexität und Vielschichtigkeit von Interaktionen im Gesundheitswesen ist es oftmals nicht klar, welche Konfigurationen wann und warum mobilisiert werden und wie sie gesundheitliche Integration beeinflussen (vgl. für den Bereich Bildung: Jäger/Mantel 2021, S. 62). Vor dem Hintergrund einer Auseinandersetzung mit dem diskriminierenden Potential von Unterscheidungs- und Adressierungspraktiken, auf die dieser Ansatz verweist, weitet sich somit der analytische Fokus. Der Diversity Ansatz schafft mit dieser Herangehensweise diskursive Räume, die vielschichtige Lösungsmöglichkeiten als Voraussetzung für Community Health in einem von gesellschaftlicher Heterogenität geprägten Gesundheitssystem

aufzeigen. Aktuell fehlt es noch an sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Beschreibungen, die diese vielfältigen Lesarten und Perspektiven aufzeigen. Künftig könnten Ethnografien oder Lebensweltanalysen, die mit der Methode des Perspektivwechsels und ihrer tiefgehenden Durchdringung gesellschaftlicher Strukturen arbeiten, das Potential haben, Konfigurationsarbeiten sichtbar und für unterschiedliche Community-Health-Kontexte nutzbar zu machen.

Literatur

- Ehret, R. (2011): Diversity – Modebegriff oder eine Chance für den strukturellen Wandel? In: Joksimovic, D./van Keuk, G. (Hrsg.): Diversity. Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern. Stuttgart: Kohlhammer, S. 43-53.
- Gardenswartz, L./Rowe, A. (1994): Managing Diversity: Diverse Teams at Work. Capitalising on the Power of Diversity. Chicago: Verlag.
- Hanappi-Egger, E. (2012): Die Rolle von Gender und Diversität in Organisationen: Eine organisationstheoretische Einführung. In: Bendl, R./Hanappi-Egger, E./Hofmann, R. (Hrsg.): Diversität und Diversitätsmanagement. Stuttgart: UTB GmbH, S. 175-202.
- Hirschauer, S. (2014): Un/doing Differences. Die Kontingenz sozialer Zugehörigkeiten. In: Zeitschrift für Soziologie, 43, H. 3, S. 170-191.
- Jäger, U./Mantel, C. (2021): Reflexion^Reflexion in der Schule der Migrationsgesellschaft. In: Journal für LehrerInnenbildung 21, H. 1, S. 56-63.
- Nieswand, B. (Im Erscheinen): Die Diversität der Diversitätsdiskussion. In: Röder, Antje/Zifonum, D. (Hrsg.): Handbuch Migrationssoziologie. Wiesbaden: Springer, S. (noch keine Seitenzahlen vorhanden)

Leitkonzepte von Community Health

Anna Mikhof, Christian Walter-Klose

Zusammenfassung

Eine essentielle Grundlage für Community Health stellen zentrale, disziplinübergreifende Leitkonzepte dar, z. B. Lebenswelt- und Diversity-Orientierung, Empowerment, Partizipation und Lebensqualität. Im Rahmen von Community Health werden diese Konzepte stets ressourcenorientiert betrachtet und in verschiedenen Kontexten zur Entwicklung von Interventionen herangezogen. Der Fokus richtet sich sowohl auf subjektive Bedeutungen und individuelle Perspektiven als auch auf objektive und kontextuelle Aspekte sowie ihre Wechselwirkungen. Diese mehrdimensionale Perspektive ist den Leitkonzepten inhärent und ermöglicht eine integrative Betrachtung vor dem Hintergrund verschiedener Spannungsfelder und Rahmenbedingungen.

Abstract

An essential basis for community health are central, cross-disciplinary guiding concepts, e. g. lifeworld and diversity orientation, empowerment, participation and quality of life. In the context of community health, these concepts are always considered in a resource-oriented way and are used in different contexts to develop interventions. The focus is on subjective meanings and individual perspectives as well as on objective and contextual aspects and their interactions. This multidimensional perspective is inherent in the guiding concepts and enables an integrative view against the background of different areas of tension and framework conditions.

1. Community Health als Interventionswissenschaft

Community Health versteht sich als Interventionswissenschaft, die sich auf den Gesundheitsstatus einer definierten Gruppe von Menschen bezieht und das Ziel verfolgt, die Gesundheit dieser spezifischen Gruppe zu fördern, zu schützen und zu erhalten (vgl. Köckler et al. 2018). Sie verfolgt das Ziel, die Ursachen und Wirkungen gesundheitsbelastender Risiken für eine definierte Gruppe von Menschen zu erkennen, zu beschreiben und gesundheitsfördernde, präventive, kurative und palliative Interventionen besser auf die Bedürfnisse und

Besonderheiten der jeweiligen Community und ihrer Mitglieder abzustimmen (vgl. den Beitrag „Community Health als neuronales Netz“ von Faller et al. in diesem Band). Die gewonnenen Erkenntnisse werden genutzt, um die Situation der einzelnen Personen, der definierten Community sowie der Gesellschaft im Hinblick auf Gesundheit zu verbessern.

Dieser Ansatz erfordert eine konsequente Ausrichtung des Handelns am Individuum und seiner Einbettung in der sozialen und physischen Umwelt, sodass Konzepte und Methoden, die beide Dimensionen und ihre Wechselwirkungen betrachten, für Community Health unerlässlich sind. Einige disziplinübergreifende Grundüberzeugungen und Leitkonzepte werden im Folgenden vorgestellt.

2. Lebenswelt- und Diversity-Orientierung

Vor dem Hintergrund einer biopsychosozialen Perspektive von Gesundheit und dem Wissen um die Bedeutung individueller Faktoren im Rahmen einer Community- und Diversitätsperspektive (vgl. die Beiträge „Community Health als neuronales Netz“ von Faller et al. sowie „Der Diversitätsansatz im Rahmen von Community Health“ von Falge und Walter-Klose in diesem Band) ist eine Ausrichtung am Individuum und seiner Einzigartigkeit unerlässlich. Das Individuum ordnet sich aktiv Gruppen zu oder erlebt Effekte einer (auch fremdbestimmten) Zuordnung zu einer Gruppe. Erfahrungen, kulturelle Vorstellungen und auch Bedarfe von Individuen sind für Externe nicht immer zugänglich und können – wie Differenz- und Gruppentheorien aus Soziologie und Sozialpsychologie verdeutlichen – verdeckt sein, wenn Merkmale einer Gruppe auf die individuelle Person übertragen werden (Jones/Dovidio/Vietze 2014).

Für den Community-Health-Ansatz ergibt sich aus diesen Überlegungen die Notwendigkeit einer Grundhaltung, die von Offenheit, Neugier und Respekt den Community-Mitgliedern gegenüber geprägt und mit der Überzeugung verbunden ist, dass nur sie ihre Lebenssituation, ihre Ziele und individuellen Wünsche in ihrer subjektiven Bedeutung erfassen und beschreiben können. Diese Überlegungen gelten insbesondere mit Blick auf die besonderen Lebensbedingungen von marginalisierten Gruppen oder Personen, die sich in vieler Hinsicht von der Mehrheitsgesellschaft unterscheiden und/oder als anders wahrgenommen werden. Wissenschaftliches Handeln im Rahmen von Community Health erfordert in diesem Sinne ein hohes Maß an Selbstreflexion und die Bereitschaft, eigene Überzeugungen, Werte und Einstellungen sowie die darauf aufbauenden Handlungen kontinuierlich zu hinterfragen.

Konsequenterweise werden auf der Grundlage dieser Überzeugungen Maßnahmen und Konzepte relevant, die das Individuum und seine subjektive Wahrnehmung der Welt in den Fokus stellen. Sie sind mit dem Begriff der Subjekt- oder Personenorientierung verbunden und lassen sich in Ansätzen der vielfältigen,

mit dem Community-Health-Ansatz verbundenen Disziplinen finden. Beispielhaft sei hier die Perspektive der Lebensweltorientierung (z.B. Thiersch 2014) dargestellt. Diese richtet den Blick konsequent auf die subjektive Bedeutsamkeit der alltäglichen Lebenswelt in Wechselwirkung mit der Umwelt. Der Mensch wird in seiner individuellen Situation gesehen, die einerseits durch seine Stärken und Schwächen, Ressourcen, Erfahrungen sowie Problembeschreibungen und Lösungsversuche gekennzeichnet ist und andererseits durch Umweltverhältnisse und Gegebenheiten gerahmt wird. Somit kann die Lebenswelt als der Schnittpunkt des Objektiven und Subjektiven verstanden werden. Vor diesem Hintergrund gestaltet Community Health ihre Interventionen konsequent lebenswelt- und diversityorientiert, um die Lebensqualität in Communities auch durch die Optimierung soziokultureller, städtischer, quartiersbezogener, regionaler und gesellschaftlicher Gegebenheiten zu verbessern.

Die Diversity-Orientierung „zielt darauf ab, soziale Unterschiede in Geschlecht, ethnischer Herkunft, Alter, Religion, Schicht oder Lebensstil wahrzunehmen und für eine Weiterentwicklung von Gesellschaft [...] in Richtung einer bewussten Heterogenität“ (Hartmann/Judy 2005, S. 7) sowie im Sinne von Community Health für zielgruppenspezifische, ressourcenorientierte Gesundheitsförderung und Prävention, für die Stärkung des Empowerments und der Teilhabe sowie für die Optimierung der Lebensqualität in der Community zu nutzen. Um das Potential von Diversity zur Entfaltung kommen zu lassen, sind demnach diversityorientierte Kompetenzen unabdingbar: diversitybezogene Sensibilität, Empathie, die Fähigkeit, Kommunikation und Handlungen diversityorientiert zu gestalten, Wissen über Diversity, u. a. achtsames Wahrnehmen und Verstehen von individuell als auch organisational, kontextuell und gesellschaftlich verankerten Vorurteilen und der Umgang damit. Diversity-Kompetenzen umfassen insofern vorwiegend die Fähigkeit gegenüber der Unterschiedlichkeit und Individualität von Menschen und ihren Lebenssituationen sensibel zu sein, sie anzuerkennen und wertzuschätzen und sie als Ressource, z. B. im Kontext der Gesundheitsförderung, einzusetzen.

3. Ressourcenorientierung

Entsprechend dem von der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1986) vertretenen biopsychosozialen Verständnis von Gesundheit wird der Fokus verstärkt auf holistische Gesundheitsförderung gerichtet, sodass nicht nur Risiken, sondern in maßgeblichem Ausmaß Ressourcen Berücksichtigung finden. Diese stellen essentielle Merkmale von Resilienz dar, die als frei zugängliche Potenziale (s. Erläuterung zu Ressourcenpotenzialen von Menschen weiter unten) positive Veränderungen und persönliches Wachstum – je nach ihrer Ausprägung und Differenzierung unterschiedlich stark – fördern können (Petermann/Schmidt 2006, s. auch den Beitrag von Mikhof und Wieners in diesem Band).

Sie zeichnen sich sowohl durch einen für die Gesundheit protektiven als auch für die Belastung puffernden Charakter aus. In diesem Zusammenhang verweist Jerusalem (2009, S. 175) auf Folgendes:

„*Ressourcenorientierte Gesundheitsförderung* wird als *Empowerment-Strategie* verstanden, die Menschen befähigen soll, ihr Leben selbstbestimmt zu gestalten, alltägliche Anforderungen zu bewältigen und mit gesundheitlichen Risiken fertig zu werden, so dass Wohlbefinden und Gesundheit profitieren.“

Wenn man Ressourcen im weitesten Sinn als Kraftquellen auslegt, die alles zur Verfügung stellen, was für eine zufriedenstellende Lebensgestaltung benötigt wird, so sollte hierbei sowohl das objektive, faktisch verfügbare und damit potentiell einsetzbare als auch das tatsächlich verwendete Ressourcenreservoir im Blick behalten werden (Petzold 2012). Das Ressourcenreservoir enthält

„den aktuellen Ressourcenbestand im Hinblick auf Quantität und Qualität, Sortiertheit und Vielfalt, aber auch das *„Ressourcenpotential“*, d. h. Zugänglichkeit, Nachschubmöglichkeit und Erneuerbarkeit, also auch prospektive Bestände von Ressourcen. *„Ressourcenreservoir“* Ist [sic] nicht zuletzt bestimmt von der Bestandskenntnis und Bestandsbewertung [sic] des Ressourcenbesitzers und seiner Umgebung, wobei diese Bewertungen keineswegs deckungsgleich sein müssen.“ (ebd., S. 1)

Ressourcenorientierte Interventionen unterschiedlichster Art und Weise intendieren es, die Verfügbarkeit und damit die Nutzbarkeit von Ressourcen zu ermöglichen (z. B. durch die Vermittlung von Wissen, Fähigkeiten oder adäquater Bewertung) sowie die kontextuelle Zugänglichkeit oder Verwendbarkeit herzustellen.

Die Ressourcenförderung kann unterschiedlich ausgerichtet sein, indem sie individuelle Ressourcen (z. B. motorische oder soziale Kompetenz) oder umweltbezogene, systemische bzw. communitybezogene Ressourcen (z. B. Solidarität, Unterstützung oder Wohnumfeldqualität) in den Fokus nimmt. Zugleich kann eine allgemeine (z. B. interpersonale Beziehungsfertigkeit als zentrale Lebenskompetenz) oder eine gesundheitspezifische Förderung von Ressourcen (z. B. Umgang mit Gesundheitsrisiken wie Alkoholkonsum) erfolgen. Diese kann spezifisch risikobezogene Perspektiven (Ausrichtung der Intervention an einer Risikogruppe) oder generell populationsbezogene Herangehensweisen (Ausrichtung der Intervention an der gesamten Population) aufgreifen. Im Rahmen der Umsetzung von Programmen können sowohl eine verhaltensbezogene Ressourcenförderung als auch eine ressourcenorientierte Optimierung von Verhältnissen (z. B. Grünanlagen, Bewegungsangebote, Optionen zur Partizipation) initiiert werden (vgl. Jerusalem 2009). Mit der Aktivierung persönlicher Ressourcen soll insbesondere der Blick jedes Einzelnen für die eigene Gesundheitsverantwortung geschärft werden. Währenddessen sind für nachhaltige Erfolge zugleich gesundheitsförderliche

systemische Veränderungen erforderlich (s. Lengerke 2007). Hierbei sollten Lebenswelten hinsichtlich ihrer sozialen Möglichkeiten, Strukturen, kulturellen Gegebenheiten u. Ä. umfassend beachtet werden, sodass neben der individuellen Kompetenzstärkung auch gesundheitsförderliche Kontexte Ressourcen ermöglichen könnten (vgl. Jerusalem 2009).

Ressourcen werden als essentielle Komponenten von Resilienz, der psychischen Widerstandskraft, gesehen: „Unter Resilienz wird die Fähigkeit von Menschen verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen“ (Welter-Enderlin/Hildenbrand 2006, S. 13). Ein engeres Verständnis von Resilienz umfasst die Sichtweise, dass Resilienz nur dann als verfügbar einzuschätzen ist, wenn der Umgang mit ausgeprägten Risikofaktoren deutlich optimaler verläuft als es zu erwarten wäre (s. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2020). Eine weniger eng gefasste Auffassung von Resilienz inkludiert verschiedene Einzelkompetenzen, die nicht nur im Umgang mit belastenden Faktoren, sondern auch im Rahmen von erfolgreicher Bewältigung von Entwicklungsaufgaben essentiell sind. Diese bilden sich im Lebensverlauf durch (kritische) Erfahrungen heraus und entfalten in herausfordernden Situationen ihre Wirkung als Widerstandskraft (ebd.). Vor diesem Hintergrund werden unterschiedliche Konnotationen von Resilienz diskutiert: Als Resistenz gegenüber beanspruchenden Situationen im Sinne einer ausbleibenden Stressreaktion, als Regeneration im Sinne einer schnellen Wiederherstellung früherer Gesundheit und Leistung, als Rekonfiguration im Sinne einer Anpassung eigener Kognitionen, Emotionen, Coping- und Handlungsmuster nach einer schwerwiegenden Belastung sowie als nachhaltig wirkende Kraft im Sinne der Aufrechterhaltung von Lebenssinn und -freude (ebd.). Hierbei sollte das zeitliche Spektrum nicht unberücksichtigt bleiben, da die oben geschilderten Aspekte als Facetten von Resilienz in verschiedenen Lebensphasen unterschiedlich zum Ausdruck kommen können. Während eine kurzfristige Bewältigung durchaus erfolgreich verlaufen kann und damit eine ausgeprägte Resilienz signalisiert werden würde, könnten in einer längerfristigen Betrachtungsweise Belastungssymptome auftreten, die hinsichtlich einer konstanten und nachhaltigen Sichtweise der Resilienz Brüche aufzeigen würden. In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass Resilienz variabel ist, einen dynamischen Adaptationsprozess im Rahmen der Interaktion mit der Umwelt darstellt und mit ihren verschiedenen Facetten eine Kontextabhängigkeit aufweist, also in verschiedenen Bereichen unterschiedlich ausgeprägt sein kann (s. Petermann/Schmidt 2006; Wustmann 2004).

4. Empowerment

Empowerment stellt ein zentrales übergreifendes Leitkonzept von Community Health dar, da es die Ansätze der Personen- und Ressourcenorientierung in ein

Handlungskonzept für Gesellschaft und Sozialraum überführt. Seine Ursprünge finden sich im Ansatz des Community Organizing (Organisation der Stadtteilbevölkerung) wieder, das u. a. auf den Bürgerrechtler Alinsky (z. B. Alinsky 1989, zit. nach Wiggins 2011) zurückgeht und darauf zielt, kleine gesellschaftliche Einheiten in die Lage zu versetzen, ihre Probleme selbst zu lösen. Das Community Organizing umfasst Prozesse der Aktivierung, Mobilisierung, Partizipation und politischen Erwachsenenbildung. Die erste wissenschaftliche Disziplin, die diese Herangehensweise konzeptuell, methodisch und praxisbezogen integrierte, war Community Psychology bzw. die Gemeindepsychologie (s. den Beitrag „Psychologie und Bezüge zu Community Health“ von Mikhof und Walter-Klose). Die Verwendung des Konzeptes schlug anschließend ihre Wurzeln im Bereich der Arbeits- und Stressforschung sowie in der Public-Health-Sphäre (vgl. Wiggins 2011). Dabei handelt es sich um einen multidimensionalen Ansatz, der als „a social action process by which individuals, communities and organizations gain mastery over their lives in the context of changing their social and political environment to improve equity and quality of life“ (Wallerstein 2002, S. 73) beschrieben wird. Vor diesem Hintergrund wird Empowerment als die Entfaltung von Selbstbemächtigung, Selbstbefähigung und Autonomie – sowohl von Individuen als auch Gruppen, Organisationen oder Strukturen gesehen. Dabei besteht das Ziel des Empowerments darin, Ressourcen zu aktivieren und sowohl mit ihrer Hilfe als auch mittels eines gestärkten Kontrollbewusstseins die eigene Lebenswelt eigenverantwortlich mit zu formen und zu optimieren (s. Lenz 2011). In diesem Zusammenhang haben sich mehrere Aspekte des Empowerments herauskristallisiert, die den Handlungsspielraum von Menschen amplifizieren, z. B. in Bezug auf:

- „die Fähigkeit, eigene Entscheidungen zu treffen,
 - über einen Zugang zu Informationen und Ressourcen zu verfügen,
 - über verschiedene Handlungsalternativen und Wahlmöglichkeiten zu verfügen,
 - das Gefühl zu haben, als Individuum etwas bewegen zu können,
 - kritisch denken zu lernen und Konditionierungen zu durchschauen, [...]
 - Veränderungen im eigenen Leben und im sozialen Umfeld zu bewirken,
 - neue Fähigkeiten zu erlernen, die man selbst für wichtig hält,
- die Wahrnehmung anderer bezüglich der eigenen Handlungskompetenz und -fähigkeit zu korrigieren,
- das innere Wachstum und die innere Entwicklung als einen niemals abgeschlossenen, selbst beeinflussbaren und steuerbaren Prozess zu begreifen,
- sich ein positives Selbstbild zu erarbeiten und Stigmatisierungen zu überwinden“ (ebd., S. 14).

Die Empowermentpraxis berücksichtigt, bei der Unterstützung der Betroffenen als handelnde Subjekte ihre eigenen Bedürfnisse zu erkennen und angemessen

zu vertreten, konsequent sozialstrukturelle Bedingungen mit (Empowerment ist stets kontext- und populationspezifisch). Dabei wird davon ausgegangen, dass unabhängig von psychischer, sozialer, materieller und ökologischer Deprivation Menschen über ein für eine positive Lebensveränderung ausreichendes Stärken- und Ressourcenreservoir verfügen (s. den Beitrag von Mikhof und Wieners in diesem Band). Diverse professionelle Herangehensweisen zur Förderung des Empowerments beinhalten häufig Ansätze, die die Ressourcenentdeckung und -aktivierung auf verschiedenen Ebenen (individuumbezogen, sozial und kontextbezogen) ermöglichen, um Synergien zu erzeugen (Lenz 2011). Damit ist die Empowermentperspektive stets resilienzorientiert, ohne eine outrierte Fokussierung auf Stärken oder eine leugnende Nuancierung von komplexen Belastungen oder Krisen. Nichtsdestotrotz sind auch empowermentbezogenen Herangehensweisen insofern Grenzen gesetzt, als dass diese bei destruktiven und gewalthaltigen Gegebenheiten nicht zielführend sind.

Bei Verknüpfung der drei oben erwähnten Ebenen des Empowerments (Individuum, Gruppe und Lebens- oder Sozialraum bzw. gesellschaftliche Strukturen und Prozesse) mit der internalen oder externalen Verortung der Selbstbefähigung („locus of empowerment“, Wiggins 2011, S. 359) ergeben sich spezifische Kategorisierungen: So beinhaltet das internale Empowerment auf der individuellen Ebene den Glauben an die eigenen Fähigkeiten, während externes Empowerment sich darauf bezieht, diese Fähigkeiten so einzusetzen, dass Lebensräume selbstbestimmt gestaltet und verändert werden. Auf communitybezogener Ebene sind demokratische Entscheidungsfindungsprozesse als internale Faktoren des Empowerments anzusehen (horizontales Empowerment nach Wallerstein 2002), während das Eintreten für die Interessen, Bedürfnisse und Wünsche der Community zur Veränderung von strukturellen Bedingungen external zu verorten sind (s. Wiggins 2011). Die Komponenten des Empowerments sind nach Wallerstein (2002) und Wiggins (2011) sowohl prozessual als auch outcomebezogen zu verstehen. Empowerment-Outcomes können veränderte Strukturen umfassen, die ihrerseits zu einem verbesserten Gesundheitszustand beitragen (z. B. Zimmermann 2000, zit. nach Wallerstein 2002). Das verbindende Glied zwischen der individuellen und communitybezogenen Ebene stellt die Partizipation dar.

5. Teilhabe, Partizipation und Inklusion

Die Bedeutung des Einbezugs von Menschen im Rahmen der Community-Health-Perspektive ergibt sich zwangsläufig aus den bisherigen Ausführungen, um die subjektive Sichtweise von Individuen bzw. Gruppen von Individuen wahr und ernst zu nehmen. In diesem Sinne trägt die Einbeziehung von Menschen in gesellschaftliche Entwicklungsprozesse zu Empowerment bei, das Selbstvertretung und Autonomie ermöglicht.

Der Einbezug in die Gesellschaft wird aktuell mit den Begriffen Teilhabe, Partizipation und Inklusion verbunden, die sowohl synonym als auch unterscheidend verwendet werden. In der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) werden beide Begriffe „Teilhabe“ und „Partizipation“ gleichgesetzt und als „Einbezogenheit in eine Lebenssituation“ beschrieben (DIMDI 2005, S. 19), das vielfältige Lebensbereiche betreffen kann (vgl. den Beitrag „Behinderung und Inklusion“ von Walter-Klose in diesem Band). Dieses beinhaltet im Sinne der ICF stets den Bezug zur gesellschaftlichen Norm gleichaltriger Personen und umfasst Aspekte von Mitwirkung und Mitbestimmung.

Unterscheidungen der Begriffe Teilhabe und Partizipation sehen den Schwerpunkt des Teilhabebegriffs vor allem mit Blick auf das gleichwertige und gleichberechtigte Einbezogenheit in einen Lebensbereich in der Gesellschaft, während Partizipation zudem das aktive Mitbestimmen beinhaltet, wie es auch im Kontext von Empowerment thematisiert wurde. Vester (2012) sieht Partizipation in der Doppelbedeutung, die sich als „konsumierendes Teil-Nehmen und gestaltendes Teil-Haben“ (S. 40) beschreiben lässt. Ähnlich betont dies Niehoff (2013), der den Partizipationsbegriff in besonderem Maße mit Beteiligungs- und Mitwirkungsprozessen in Verbindung bringt, wie sie in der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung mit dem Slogan ‚Nichts über mich ohne mich!‘ (S. 263) auf den Punkt gebracht werden. Partizipation meint in diesem Sinne zusätzlich zur Teilhabe an den Lebensbereichen eine Teilhabe an Entscheidungsprozessen, sodass Hartung (2012) sie als Entscheidungsteilhabe definiert.

Ein im Kontext von Gesundheit und Gesundheitsförderung häufig in Anspruch genommenes und pragmatisches Modell differenziert verschiedene Stufen der Partizipation, die von Nicht-Partizipation und Nicht-Berücksichtigung der Sichtweisen von Menschen über Vorstufen wie Anhörung und Einbeziehung zu Mitbestimmung und Übertragung von Entscheidungskompetenz reichen. Die höchste Stufe von Partizipation stellt in diesem Ansatz die Entscheidungsmacht dar, bei der im Rahmen einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit alle „Akteure [...] an allen wichtigen Entscheidungen direkt beteiligt sind. Diese Personen bestimmen alle Aspekte der Maßnahme (Problemdefinition, Planung, Durchführung, Auswertung)“ (Wright/Block/Unger 2008, S. 751). Projekte z. B. der Gesundheitsförderung oder der Forschung sollen nicht mehr für eine Zielgruppe, sondern mit einer Zielgruppe entwickelt und durchgeführt werden (ebd.).

Wright und Kolleg*innen (2008) wollen mit ihrem Stufenmodell dazu beitragen, die Einbeziehung von Menschen im Bereich der Gesundheitsversorgung zu verbessern, ein Bemühen, das im Kontext von Diversity mit dem Begriff der Inklusion verbunden ist und Autonomie sowie gleichberechtigte und chancengleiche Teilhabe aller Menschen in ihrer Vielfalt sicherstellen soll. Inklusion richtet sich als Leitkonzept an alle Menschen – auch wenn es in den letzten Jahren vornehmlich im Kontext der Behinderung genutzt wurde. Sie kann definiert werden als *ein*

menschenrechtlich begründeter Prozess der Anpassung und Ausrichtung eines Angebots, einer Institution oder eines Lebensbereiches im Hinblick auf ein visionäres Ziel, nach dem alle Menschen in ihrer Unterschiedlichkeit jederzeit vollkommen gleichberechtigt und gleichwertig behandelt werden, so dass sie ihr Leben weitestgehend selbstbestimmt in der Gesellschaft leben können (vgl. Walter-Klose 2021, S. 15). Inklusion stellt in diesem Sinne einen Prozess dar, mit dem Ziel, gesellschaftliche Bedingungen zu verbessern, um Teilhabe und Partizipation zu ermöglichen.

Die Bedeutung von Teilhabe und Partizipation für die Gesundheit ergibt sich neben der Empowermentperspektive vor allem aus der existenziellen Bedeutung sozialer Beziehungen für den Menschen. Der Mensch ist als soziales Wesen auf sozialen Austausch, Teilhabe und Anerkennung angewiesen (z. B. Grawe 2004). Mit Blick auf marginalisierte Gruppen betont Hartung (2012) in diesem Zusammenhang: „Personengruppen, die aufgrund ihrer sozialen Lage häufig gesundheitlich benachteiligt sind, bilden die hauptsächlichen Zielgruppen von Interventionen der Gesundheitsförderung. Ein Mittel, gerade sozial und dadurch auch gesundheitlich benachteiligte Gruppen zu unterstützen, sie dazu zu befähigen, ihre Gesundheitschancen wahrzunehmen bzw. zu vergrößern, ist die Förderung von Entscheidungsteilhabe“ und somit der Partizipation (ebd., S. 75).

6. Lebensqualität

Neben der Unterstützung von Partizipation und Teilhabe liegt ein zentrales Ziel von Community Health in der Förderung von Lebensqualität insbesondere von benachteiligten Menschen, u. a. mittels der bereits skizzierten Leitkonzepte. So nimmt die Lebensqualität im Rahmen der Gesundheitsförderung (s. Hurrellmann/Klotz/Haisch 2014) und Community Health als Gesundheitsindikator (patient-reported outcome, RPO) eine essentielle Rolle ein.

Neben der sozialwissenschaftlichen Betrachtungsweise der Lebensqualität als populationsbezogene Größe, gekennzeichnet durch strukturelle Indikatoren wie z. B. gesundheitliche Versorgungsangebote oder Armutsrate, gibt es darüber hinaus einen Ansatz, der basierend auf der Definition der WHO das subjektive Verständnis stärker in den Fokus stellt: Lebensqualität ist

„an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person's physical health, psychological state, personal beliefs, social relationships and their relationship to salient features of the environment.“ (WHO 1997, S. 1)

Diese Definition betont mit der subjektiven Einschätzung der eigenen Lebensqualität im Vergleich zu den oben erwähnten Aspekten und unter Hinzunahme

sozialer, psychischer, physischer und ökologischer Komponenten die Perspektive, dass die betroffene Person selbst als Expert*in für das eigene Leben diese Beurteilung am besten vornehmen kann.

Trotz diverser, disziplinär und interdisziplinär verankerter Konzepte und Modelle zu diesem multidimensionalen Konstrukt lassen sich einige kongruente Aspekte identifizieren: Zum einen, anknüpfend an das biopsychosoziale Gesundheitsverständnis, die Berücksichtigung von physischem, psychischem und sozialem Wohlbefinden (Abgrenzung zu Wohlbefinden als primär psychologisches Konzept s. den Beitrag „Psychologie und Bezüge zu Community Health“ von Mikhof und Walter-Klose in diesem Band) und zum anderen das Hervorheben der Selbsteinschätzung für eine adäquate Lebensqualitätsmessung. Insbesondere die Definitionen von gesundheitsbezogener Lebensqualität prononcieren zudem neben dem Befinden die Funktionsfähigkeit (Bullinger/Ravens-Sieberer/Siegrist 2000). Nach Schumacher, Klaiberg und Brähler (2003) werden bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, die mittlerweile eine etablierte Relevanz als Evaluationskriterium in der Medizin aufweist, stärker krankheitsbezogene Aspekte in den Blick genommen. So beschreiben die Autor*innen die verschiedenen Dimensionen gesundheitsbezogener Lebensqualität wie folgt:

„(1) Krankheitsbedingte körperliche Beschwerden, die von vielen Patienten als primäre Ursache für Einschränkungen der Lebensqualität betrachtet werden. (2) Die psychische Verfassung im Sinne von emotionaler Befindlichkeit, allgemeinem Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit. (3) Erkrankungsbedingte funktionale Einschränkungen in alltäglichen Lebensbereichen wie Beruf, Haushalt und Freizeit. (4) Die Ausgestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen und sozialer Interaktionen sowie erkrankungsbedingte Beeinträchtigungen in diesem Bereich.“ (S. 3)

Ausgehend von einer stark individuumsbezogenen Perspektive als Ergebnis komplexer Beurteilungsprozesse über die verschiedenen Lebensqualitätsdimensionen mit ihren unterschiedlichen Ausprägungen hinweg dürften die Einschätzungen verschiedener Personen miteinander nicht vergleichbar, sondern vielmehr nur intraindividuell darstellbar sein. Um dennoch interpersonelle Unterschiede erfassen zu können, ist es empfehlenswert die Istwerte (z.B. die aktuell erlebte Realisierung der Lebensqualität) und die Sollwerte (gewünschte Lebensqualitätsgrößen) mit in den Blick zu nehmen, um hieraus anhand von Differenzwerten entsprechende Schlüsse ziehen zu können (Carr/Gibson/Robinson 2001; Schumacher/Klaiberg/Brähler 2003). Die Erfassung der Lebensqualität als Gesundheits- oder Outcome-Indikator im Rahmen diverser Interventionen sollte aufgrund von subjektiven, dynamischen Einschätzungs- und Adaptationsprozessen – sowohl bei kranken als auch bei gesunden Personen – stets änderungssensitiv erfolgen. Im Kontext von Community Health wird der Fokus primär auf die Aufrechterhaltung, Optimierung und Erweiterung der

Lebensqualität gelegt. Dabei werden sowohl individuumsbezogene Perspektiven der subjektiven Lebensqualität als auch objektive Kriterien (beispielsweise gesundheitsökonomische Herangehensweisen im Sinne von Kosten-Nutzwert-Analysen, sozioökonomische Aspekte wie Einkommen oder soziale und gesundheitliche Foki wie soziale Gerechtigkeit oder gesundheitliche Versorgung) einbezogen.

7. Fazit

Für das Verständnis und den fundierten und praxisnahen Einsatz der Interventionswissenschaft Community Health konnten mehrere Leitkonzepte als Orientierungsrahmen herausgestellt werden. Diese bilden in ihrer inhärent disziplinübergreifenden Bedeutsamkeit eine wesentliche Basis für communitybezogene Herangehensweisen. Die Darstellung zentraler Leitkonzepte erfolgte stets ressourcenorientiert und mit Blick auf die Ermöglichung klarer professioneller inter- und/oder transdisziplinärer Kommunikation und Abstimmung. Durch die Berücksichtigung der subjektiven Bedeutsamkeit in Wechselwirkung mit sozialen Kontexten greifen die Leitkonzepte die vielfache Komplexität von Community Health auf und eröffnen den Blick auf die Zusammenführung von Spannungsfeldern zwischen individuellen Optionen und communitybezogenen sowie gesellschaftlichen Gegebenheiten. Erst vor dem Hintergrund einer theoretischen Auseinandersetzung und der Profilierung wesentlicher Aspekte kann die Entwicklung eines zielgerichteten und disziplinübergreifend abgestimmten Handelns erfolgen.

Literatur

- Bullinger, M./Ravens-Sieberer, U./Siegrist, J. (2000): Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive. In: Bullinger, M./Ravens-Sieberer, U./Siegrist, J. (Hrsg.): Jahrbuch für Medizinische Psychologie. Göttingen: Hogrefe, S. 11-21.
- Carr, A. J./Gibson, B./Robinson, P. G. (2001): Measuring quality of life: Is quality of life determined by expectation or experience? In: British Medical Journal, H: 322, S. 1240-1243.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI (2005): ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln: DIMDI.
- Grawe, K. (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Hartmann, G./Judy, M. (Hrsg.) (2005): Unterschiede machen. Managing Gender & Diversity in Organisationen und Gesellschaft. Wien: Verband Wiener Volksbildung.
- Hartung, S. (2012): Partizipation – wichtig für die individuelle Gesundheit? Auf der Suche nach Erklärungsmodellen. In: Rosenbrock, R./Hartung, S. (Hrsg.), Handbuch Partizipation und Gesundheit, Bern: Verlag Hans Huber, S. 57-78.
- Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J. (Hrsg.) (2014): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Bern: Huber.
- Jerusalem, M. (2009): Ressourcenförderung und Empowerment. In: Bengel, J./Jerusalem, M. (Hrsg.): Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe. S. 175-187.

- Jones, J. M./Dovidio, J. F./Vietze, D. L. (2014): *The psychology of diversity: Beyond prejudice and racism*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- von Lengerke, T. (2007): *Public Health – Psychologie*. Weinheim, München: Juventa.
- Lenz, A. (2011): *Empowerment*. Handbuch für ressourcenorientierte Praxis. Tübingen: dgvt.
- Niehoff, U. (2013): Partizipation. In: Theunissen, G./Kulig, W./Schirbort, K. (Hrsg.): *Handlexikon Geistige Behinderung*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 262-263.
- Petermann, F./Schmidt, M. H. (2006): Ressource – ein Grundbegriff der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie? In: *Kindheit und Entwicklung* 15, S. 118-127.
- Petzold, H. (2012): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. In: *Integrative Therapie* 12, S. 1-29.
- Rönnau-Böse, M./Fröhlich-Gildhoff, K. (Hrsg.) (2020): *Resilienz und Resilienzförderung über die Lebensspanne*. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schumacher, J./Klaiberg, A./Brähler, E. (Hrsg.) (2003): *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Göttingen: Hogrefe.
- Thiersch, H. (2014): *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Vester, M. (2012): Partizipation, sozialer Status und Milieus. In: Rosenbrock, R./Hartung, S. (Hrsg.), *Handbuch Partizipation und Gesundheit*, Bern: Verlag Hans Huber, S. 40-56.
- Wallerstein, N. (2002): Empowerment to reduce health disparities. In: *Scandinavian Journal of Public Health* 30, H. 59, S. 72-77.
- Walter-Klose, C. (2021): *Erfolgreiches Miteinander an inklusiven Schulen. Tipps und Strategien für gemeinsames Lernen*. Weinheim: BELTZ.
- Welter-Enderlin, R./Hildenbrand, B. (Hrsg.) (2006): *Resilienz. Gedeihen trotz widriger Umstände*. Heidelberg: Carl Auer.
- World Health Organisation (WHO) (1986): *Ottawa Charta for Health Promotion*. Genf: World Health Organization.
- World Health Organisation (WHO) (1997): *Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. WHOQOL: measuring quality of life*. Genf: World Health Organization.
- Wiggins, N. (2011): Popular education for health promotion and community empowerment: a review of the literature. In: *Health Promotion International* 27, H. 3, S. 356-371.
- Wright M. T./Block, M./Unger, H. v. (2008): Partizipation in der Zusammenarbeit zwischen Zielgruppe, Projekt und Geldgeber. In: *Gesundheitswesen*, 70, S. 748-754.
- Wustmann, C. (2004): *Resilienz: Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Beiträge zur Bildungsqualität*. Weinheim und München: Beltz.

II Ansätze, Perspektiven und Methoden von Community Health

Die Relevanz von Statistikverständnis, subjektivem Risikoempfinden und Gesundheitsbildung für die gesundheitskompetente Entscheidungsfindung am Beispiel der Covid-19-Pandemie

Marcus Kutschmann, Saskia Jünger, Renate Schramek

Zusammenfassung

Das Verstehen, Bewerten und (kritische) Einordnen gesundheitsbezogener Statistiken spielen im Kontext einer gesundheitskompetenten Entscheidungsfindung eine wichtige Rolle – insbesondere angesichts inkonsistenter Informationen und unbeständiger Empfehlungen, wie im Zuge der Covid-19-Pandemie besonders offenkundig wurde. Anhand konkreter Beispiele beleuchtet der vorliegende Beitrag unterschiedliche Ebenen des ‚Verstehens‘, die in ihrem Zusammenwirken die Rahmenbedingungen für Risikoempfinden und Entscheidungsfindung bilden: (1) das Verständnis und die Interpretation statistischer Kennzahlen als Entscheidungs- und Handlungsgrundlage; (2) individuelle Erfahrungen, Bedeutungen und Lebenswelten als Rahmen subjektiven Risikoempfindens; sowie (3) die Relevanz eines bildungswissenschaftlichen und -politischen Ansatzes im Sinne einer umfassenden Gesundheitsbildung. Zur Förderung einer gesundheitskompetenten Entscheidungsfindung verdienen aus Community-Health-Perspektive alle drei Ebenen Berücksichtigung, um Orientierung, das Herstellen von Sinnhaftigkeit und (Selbst-)Vertrauen im Hinblick auf den Umgang mit Gesundheitsstatistiken zu stärken. Der Kommunikation kommt dabei eine zentrale Rolle zu; zum einen in Form einer angemessenen, verständlichen Darstellung gesundheitsrelevanter Statistiken sowohl im Gesundheitswesen als auch in den Medien; zum anderen im Sinne einer personenzentrierten, diversitätssensiblen Kommunikation über Risiken – im direkten Gespräch, in der medialen Berichterstattung sowie im öffentlichen Dialog.

Abstract

Understanding, evaluating and (critically) appraising health-related statistics play an important role in the context of health-literate decision-making – particularly

in the face of inconsistent information and variable recommendations, as became particularly evident in the course of the Covid-19 pandemic. Drawing on concrete examples, this paper highlights different levels of ‚understanding‘ that interact to form the framework for risk perception and decision-making: (1) the understanding and interpretation of statistical measures as a basis for decision-making and action; (2) individual experiences, meanings and lifeworlds as a frame for subjective risk perception; and (3) the relevance of an educational science and policy approach in terms of a comprehensive health education. To promote health-literate decision-making, from a community health perspective all three levels deserve consideration in order to strengthen orientation, the creation of meaningfulness, and (self-)confidence with regard to health statistics. Communication plays a vital role; on the one hand, in the sense of an appropriate, comprehensible presentation of health-relevant statistics both in the health system and in the media; on the other hand, in the form of person-centred, diversity-sensitive communication about risk – in direct conversation, in media reporting as well as in public dialogue.

1. Einleitung

Zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie werden in Deutschland zahlreiche Präventionsmaßnahmen ergriffen¹. Diese bestehen zum einen in Maßnahmen zur Kontaktbeschränkung und der Vorgabe von Hygieneregeln, deren Notwendigkeit hauptsächlich auf Grundlage statistischer Kennzahlen (wie z. B. der Reproduktionszahl oder der 7-Tage-Inzidenz) begründet wird. Zum anderen werden zur Pandemiekontrolle Tests auf Covid-19 durchgeführt und die Durchimpfung der Bevölkerung vorangetrieben. Auch in diesen Kontexten spielen statistische Kennzahlen (wie z. B. die falsch-positiv Rate oder Angaben zur Wirksamkeit der verwendeten Impfstoffe) eine wichtige Rolle.

Je größer das Verständnis der im Zusammenhang mit den Präventionsmaßnahmen berichteten und der sie begründenden Zahlen und Statistiken ist, desto größer ist die Akzeptanz dieser Maßnahmen in der Bevölkerung. Akzeptanz wiederum ist eine notwendige Voraussetzung für präventionsadäquate Verhaltensweisen und damit die Effektivität von präventiven Maßnahmen. Aber auch für die individuelle gesundheitskompetente Entscheidungsfindung sind das Verständnis und die korrekte Interpretation entsprechender Kennzahlen und Gesundheitsstatistiken von Bedeutung.

Im vorliegenden Beitrag werden das Verstehen, das Empfinden und das Handeln im Hinblick auf Gesundheitsstatistiken im Kontext der Covid-19-Pandemie auf drei verschiedenen Ebenen betrachtet. In Abschnitt 2 werden

1 Stand: April 2021

anhand zweier Beispiele typische Missverständnisse hinsichtlich komplexer statistischer Kennzahlen aufgezeigt. Zudem wird die Problematik verdeutlicht, diese richtig zu interpretieren und auf dieser Grundlage gesundheitskompetent zu handeln. Neben dem Verständnis von Zahlen und Statistiken haben auch individuelle Deutungen und das subjektive Risikoempfinden einen Einfluss auf die eigene Entscheidungsfindung, wie in Abschnitt 3 erläutert wird. In Abschnitt 4 werden aus bildungswissenschaftlicher Perspektive Ansatzpunkte für eine mehrere Ebenen umfassende Bildungsstrategie dargestellt, in der Lernen als grundlegender, eng mit dem Handeln verknüpfter Prozess gefasst ist, der statistische Bildung („statistical literacy“) als wichtigen Baustein einer umfassenden Gesundheitsbildung erkennt.

2. Verständnis und korrekte Interpretation statistischer Kennzahlen

„Zu den wichtigsten Werkzeugen im Kampf gegen die Corona-Pandemie gehören Tests.“ Laut Bundesgesundheitsministerium lassen sich beispielsweise durch den Einsatz von Antigen-Schnelltests auch Fälle identifizieren, „bei denen kein akuter Verdacht auf eine Infektion vorliegt. Werden Virusträgerinnen und -träger frühzeitig entdeckt, kann verhindert werden, dass sich Menschen anstecken, die möglicherweise ein hohes Risiko haben, einen schweren, schwersten oder gar tödlichen Verlauf zu erleiden“ (Bundesministerium für Gesundheit 2020).

Ein „Werkzeug“ ist allerdings nur in dem Maße von Nutzen, in dem es fachgerecht verwendet wird. Beim Einsatz von Antigen-Schnelltests gehört dazu die korrekte Interpretation der Testergebnisse. Sie gelingt nur dann, wenn relevante zahlenbasierte Informationen wie die Güte des verwendeten Tests und die Prävalenz von Covid-19 auf die richtige Art und Weise zueinander in Beziehung gesetzt werden. Ähnliche Schwierigkeiten bestehen hinsichtlich der Interpretation der Angaben zur Wirksamkeit von Impfstoffen gegen Covid-19, wie am Beispiel des von BioNTech/Pfizer entwickelten Vakzins verdeutlicht wird.

2.1 Tests auf Covid-19 und die Bedeutung des positiven Vorhersagewerts

Die Leistungsfähigkeit diagnostischer Testverfahren – und somit auch die der Antigen-Schnelltests auf Covid-19 – lässt sich mit den statistischen Gütekriterien Sensitivität und Spezifität beschreiben. Die Sensitivität ist die Wahrscheinlichkeit, dass der Test *positiv* ausfällt, *falls* die getestete Person tatsächlich *infiziert* ist; die Spezifität ist die Wahrscheinlichkeit, dass der Test *negativ* ausfällt, *falls* die getestete Person *nicht infiziert* ist (Altman/Bland 1994). Hersteller von

Antigen-Schnelltests berichten Werte von mindestens 96 % für die Sensitivität und mindestens 99 % für die Spezifität (Schlenger 2021).

Die meisten Personen, die positiv auf Covid-19 getestet werden, würden angesichts dieser hohen Werte ohne zusätzliche Informationen vermutlich mit „an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit“ davon ausgehen, dass sie tatsächlich infiziert sind. Allerdings beruht diese Annahme auf einem Denkfehler, der damit zusammenhängen kann, dass Sensitivität und Spezifität sogenannte „bedingte“ Wahrscheinlichkeiten sind, die sich intuitiv nur schwer erschließen lassen².

Fällt der Test auf Covid-19 positiv aus, so ist für die getestete Person eine weitere bedingte Wahrscheinlichkeit nun die eigentlich relevante: der positive Vorhersagewert. Er gibt die Wahrscheinlichkeit an, dass eine Person tatsächlich infiziert ist, falls der Test bei ihr positiv ausfällt (Hilgers/Bauer/Scheiber 2002). Ebenso wie bei der Definition der Sensitivität werden die Begriffe „infiziert“ und „positiv“ verwendet – allerdings in umgekehrter Reihenfolge. Dies ist vermutlich ein weiterer Grund für die oben genannte Fehlinterpretation. Zudem setzt die Berechnung des positiven Vorhersagewerts die Kenntnis der Prävalenz voraus, die die Wahrscheinlichkeit einer Krankheit in einer definierten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt darstellt (Kreienbrock/Schach 1997).

Bei Tests von Personen, die weder Symptome aufweisen noch Kontakte zu Infizierten hatten, ist eine Prävalenz von 1 % realistisch (RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung 2020). Dies bedeutet, dass von 10.000 getesteten Personen 100 infiziert und 9.900 nicht infiziert sind. Bei einer Sensitivität von 96 % (s. o.) werden 96 der 100 infizierten Person vom Test korrekt als solche erkannt; sie erhalten ein (richtig) positives Testergebnis. Den restlichen 4 Personen wird fälschlicherweise attestiert, dass sie nicht infiziert sind; sie erhalten ein (falsch) negatives Testergebnis. Bei einer Spezifität von 99 % (s. o.) erkennt der Test von den 9.900 nicht infizierten Personen 9.801 korrekt als nicht infiziert, so dass der Test bei ihnen (richtig) negativ ausfällt. Bei 1 % der nicht infizierten Personen ergibt sich fälschlicherweise ein positives Testergebnis; 99 Personen werden (falsch) positiv getestet.

Zur Berechnung des positiven Vorhersagewerts wird nun die Anzahl der richtig positiv getesteten Personen (das sind 96) ins Verhältnis zur Anzahl der insgesamt 195 (= 96 + 99) positiv getesteten Personen gesetzt, also: $96/195 = 0,49$. Der positive Vorhersagewert beträgt somit 49 % – das bedeutet, dass nicht einmal die Hälfte der positiv getesteten Personen auch tatsächlich mit Covid-19

2 Anders verhält es sich dagegen mit „einfachen“ Wahrscheinlichkeiten. So lässt sich beispielsweise leicht nachvollziehen, dass bei einem (fairen) Münzwurf die Wahrscheinlichkeit für „Kopf“ oder für „Zahl“ jeweils 50 % beträgt („fifty-fifty“).

infiziert ist³. Dies steht in einem deutlichen Widerspruch zur oben genannten Einschätzung (mit „an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit“ infiziert)⁴.

2.2 Impfstoffe gegen Covid-19 und die Interpretation von Wirksamkeitsangaben

Im April 2021 wurde von BioNTech/Pfizer berichtet, dass ihr Impfstoff gegen Covid-19 eine Wirksamkeit von gut 90 % besitze (Biontech 2021). Was aber bedeutet das? Oft wird angenommen, dass von 10.000 Geimpften fortan etwa 9.000 vor Covid-19 geschützt sind, während die restlichen Personen eine Infektion befürchten müssen.

Gemäß den Angaben von BioNTech/Pfizer wurden in der entsprechenden Wirksamkeitsstudie insgesamt ca. 23.000 Personen mit dem neu entwickelten Vakzin geimpft. Über sechs Monate nach der zweiten Impfung wurde bei 77 Personen eine Infektion mit Covid-19 nachgewiesen. Betrachtet man dieselbe Anzahl an Personen wie in der obigen Annahme (also 10.000 statt ca. 23.000), dann wären etwa 33 (= $77/2,3$) infiziert. 9.967 Personen wären dagegen nicht infiziert; das sind über 99 % – und nicht 90 %. Mit „Wirksamkeit“ muss also eine andere Größe gemeint sein.

Ein wichtiges Gütekriterium einer medizinischen Studie (wie z.B. einer randomisierten kontrollierten Studie) besteht u. a. darin zu überprüfen, inwieweit sich die Ergebnisse in der Interventionsgruppe (dies entspricht hier der Gruppe der geimpften Personen) von den Ergebnissen in einer geeigneten Vergleichsgruppe unterscheiden (Kabisch et al. 2012). Anderenfalls kann nicht mit hinreichender Sicherheit davon ausgegangen werden, dass ein vermeintlich beobachteter Effekt auf die Intervention (bzw. Impfung) zurückzuführen ist. Entsprechend wurden in der Wirksamkeitsstudie von BioNTech/Pfizer nicht nur ca. 23.000 Personen geimpft, sondern es wurde eine etwa gleich große Anzahl an Personen eingeschlossen, denen statt des Impfstoffs ein Placebo verabreicht wurde.

In der Placebogruppe war nun bei 850 der ca. 23.000 Personen eine Infektion zu beobachten. Im Vergleich dazu waren in der Impfgruppe 773 (= $850-77$)

3 Tatsächlich dürfte der Anteil falsch-positiver Testergebnisse noch größer sein. So haben Untersuchungen verschiedener Antigen-Schnelltests durch unabhängige universitäre Diagnostiklabore eine Leistungsfähigkeit gezeigt, die zum Teil deutlich unter den Herstellerangaben – und damit den im Beispiel verwendeten Werten für Sensitivität und Spezifität – liegt (Schlenger 2021).

4 Zu beachten ist, dass der positive Vorhersagewert stark von der Prävalenz abhängt: Wird die Prävalenz größer, verbessert sich auch der positive Vorhersagewert. Bei einer Prävalenz von z. B. 5 % beträgt der positive Vorhersagewert bereits 84 % (bei den im Beispiel verwendeten Werten für Sensitivität und Spezifität).

weniger Personen infiziert (Biontech 2021). Dies entspricht einer Reduktion um etwa 90 % ($773/850 = 0,9$). Die Aussage „zu 90 % wirksam“ bezieht sich also *nicht* auf die *Gruppe der Geimpften* (wie in der zu Beginn dieses Abschnitts berichteten Annahme), sondern auf die *Gruppe der Infizierten*.

Die beiden vorangegangenen Beispiele verdeutlichen, wie eine Komplexitätsreduktion statistischer Informationen zu verzerrten Interpretationen von Wahrscheinlichkeiten und zu Verunsicherung hinsichtlich der angemessenen Konsequenzen für das eigene Handeln führen kann. Eine Zielstellung entsprechender Kommunikation und Interaktion sollte daher auf ein Verstehen gerichtet sein, dass auch die Verhaltensebene einbezieht. Hierfür und um Missverständnissen hinsichtlich der Bedeutung statistischer (Risiko-)Maße vorzubeugen, werden im Rahmen der Initiative ‚Gute Praxis Gesundheitsinformation‘ (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin 2015) sowie der ‚Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation‘ (Lühnen et al. 2017) Empfehlungen für eine angemessene und verständliche Gesundheitskommunikation ausgesprochen. So werden beispielsweise interaktive Darstellungsformate und so genannte ‚Faktenboxen‘ empfohlen, damit Risiken und Nutzen bestimmter Bedingungen konkret miteinander verglichen werden können, um auf dieser Grundlage zu einer informierten Entscheidung zu gelangen.

Wie im folgenden Abschnitt dargelegt wird, spielen für eine gesundheitskompetente Entscheidungsfindung neben dem Verständnis der jeweiligen statistischen Kennzahlen und einer verständlichen Gesundheitskommunikation auch weitere individuelle und soziale Aspekte eine wichtige Rolle.

3. Relevanz des subjektiven Empfindens und sozialer Bezüge für die gesundheitskompetente Entscheidungsfindung

Risikokompetenz („risk literacy“) wird in der Regel gleichgesetzt mit dem im vorherigen Abschnitt geschilderten mathematisch-statistischen Verständnis von Gesundheitsinformationen (Cokely et al. 2012). Empirische Studien zum Verständnis von und Umgang mit Risikoinformationen zeigen jedoch, dass die individuelle Wahrnehmung und Entscheidungsfindung von den „objektiven“ gesundheitsrelevanten Wahrscheinlichkeiten oder Risikoprofilen abweichen können (Harzheim et al. 2020; Holmberg et al. 2015). So sind für die adäquate Einordnung von Gesundheitsstatistiken und eine gesundheitskompetente Entscheidungsfindung neben dem korrekten mathematischen bzw. statistischen Zahlenverständnis zwei weitere Perspektiven von Belang. Zum einen betrifft dies den Entstehungskontext gesundheitsrelevanter Statistiken und deren Bedingtheit vor dem Hintergrund der geltenden wissenschaftlichen Standards,

Vorannahmen und Relevanzsetzungen (vgl. Abschnitt 2). Zum anderen stellt sich für das Einordnen statistischer Informationen in den persönlichen Lebenskontext die Frage, welche Maßstäbe an eine „vernünftige“ Rezeption im Sinne des Verstehens, Interpretierens und Handelns angelegt werden sollten. Am Beispiel der Nutzen- und Risiko-Wahrnehmung im Hinblick auf Covid-19-Impfstoffe werden im Folgenden drei eng miteinander verwobene Argumente für gesundheitsbezogene Entscheidungen jenseits mathematisch-statistischer Kompetenzen dargelegt.

3.1 Risikowahrnehmung zwischen logisch-analytischer und affektiv-intuitiver Bewertung

In Anbetracht eines immer größeren Strebens nach Kontrolle gilt logisch-analytisches Denken als maßgeblich für die Einschätzung von Risiken; intuitives, narratives, erfahrungsbasiertes Wissen und affektiv geprägte Zugänge werden demgegenüber als „irrational“ abgewertet (Greenhalgh et al. 2015). Slovic et al. (2004) argumentieren hingegen, dass die beiden Systeme der Wahrnehmung und Informationsverarbeitung sich gleichberechtigt gegenseitig ergänzen. Vor diesem Hintergrund ist kritisch zu hinterfragen, inwiefern ein „rationales“ Verständnis allein auf Zahlen basiert. Ist beispielsweise eine 40-prozentige Wahrscheinlichkeit, in zehn Jahren eine Erkrankung zu entwickeln, als hoch oder niedrig zu bewerten? Gemäß einer medizinischen Risikoklassifikation kann es sich um ein „moderates“ Risiko handeln, während die mit diesem Risiko konfrontierte Person dies als nahezu „fifty-fifty“ – und damit als eher hoch und persönlich bedrohlich – einschätzen kann (Lorke et al. 2021). Und wie verhält es sich mit einem statistisch geringen Risiko – wie im Falle der Sinusvenenthrombose in potenziellem Zusammenhang mit einer Covid-19-Impfung – das jedoch aufgrund des möglicherweise tödlichen Ausgangs als gefährlich wahrgenommen werden kann? Selbst ein „individualisiertes“ Risikoprofil stellt eine komplizierte Handlungsgrundlage dar, da ein Modell, das oft auf statistischen Durchschnittswerten basiert, nicht vollumfänglich auf die vielschichtigen Besonderheiten einer individuellen Person zugeschnitten werden kann (Molewijk et al. 2008). Samerski (2010) spricht in diesem Zusammenhang sogar von einer „epistemischen Verwirrung“ als Folge des Versuchs, den eigenen Lebenskontext mit einer statistischen Wahrscheinlichkeit in Einklang zu bringen. Im Sinne einer personenzentrierten gesundheitskompetenten Entscheidungsfindung empfehlen Lorke et al. (2021) daher, der individuellen erfahrungsbasierten, lebensweltlich orientierten Interpretation des Risikos sowie der affektiv-intuitiven Bewertung im Rahmen der Risiko-Kommunikation (beispielsweise im Gespräch zwischen Arzt*Ärztin und Patient*in) Berücksichtigung zu schenken, wie im Folgenden näher dargelegt wird.

3.2 Narrative und lebensweltliche Perspektive auf Gesundheitsstatistiken

Risiken sind auf vielschichtige Weise mit der individuellen Lebensgeschichte verflochten und die mit dem Risiko konfrontierte Person steht vor dem Erfordernis komplexer Abwägungsprozesse. Um die persönliche Herstellung von Sinnhaftigkeit („meaning making“, Park/Folkman 1997) und Handhabbarkeit in Bezug auf gesundheitsrelevante Statistiken zu verstehen, bedarf es der Würdigung einer narrativen Komponente von Risiken, da diese seitens der damit konfrontierten Person möglichst kohärent in den Kontext ihrer individuellen Lebensgeschichte eingeordnet werden müssen. Ein und dieselbe statistische Wahrscheinlichkeit kann für zwei Menschen ganz unterschiedliche Bedeutung haben und zu unterschiedlichen Handlungsentscheidungen führen, abhängig von ihren biographischen Erfahrungen, individuellen Lebenszielen, Werthaltungen und Präferenzen sowie familiären und sozialen Konstellationen (Harzheim et al. 2020; Holmberg et al. 2015).

3.3 Risiken der Risikominimierung

Die individuelle Entscheidungsfindung in Bezug auf Gesundheitsrisiken wird zusätzlich dadurch verkompliziert, dass Maßnahmen der Risikominimierung wieder eigene, teils lebensbedrohliche Risiken mit sich bringen, wie z. B. die medikamentösen Therapien zur Senkung des Blutzucker- bzw. Cholesterinspiegels oder zur Prävention eines genetisch bedingten Brustkrebsrisikos. Während die Therapieempfehlungen auf dem aktuellen – möglicherweise nur temporär gültigen – medizinischen Kenntnisstand basieren, müssen Menschen doch Entscheidungen im Hinblick auf invasive Interventionen mit möglicherweise irreversiblen, lebenslangen Konsequenzen treffen. Am Beispiel der Covid-19-Impfung wird dies in besonders pointierter Weise deutlich: Die rasante Entwicklung der Impfstoffe, gepaart mit sich kontinuierlich überholenden und teils gegenseitig widersprechenden neuen Informationen zur Wirksamkeit, zu Risiken und zur Sicherheit erzeugt Skepsis im Hinblick auf deren Vertrauenswürdigkeit und nicht vollumfänglich absehbare langfristige Auswirkungen. Nicht zuletzt spielt in diesem Kontext auch der Verlust an Vertrauen in Medien und Wissenschaft eine Rolle (Grossarth 2021; Jünger et al. 2021), insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Unübersichtlichkeit, Komplexität, Widersprüchlichkeit und Schnelllebigkeit gesundheitsrelevanter Informationen die selbsteingeschätzte Sicherheit hinsichtlich des Verstehens und Einordnens beeinträchtigen, was sich im Kontext der Corona-Pandemie besonders deutlich gezeigt hat (Okan et al. 2020).

Die vorangehenden Abschnitte weisen auf die Notwendigkeit hin, Menschen in ihren Verstehens- und Reflexionsprozessen in der Kommunikation und Interaktion z. B. mit Fachleuten sowie im Verstehen von Gesundheitsstatistiken zu stärken und dabei lebensweltliche Bezüge und individuelle Risiken einzubeziehen. Dies verweist auf umfassende Lern- und Bildungsprozesse auf unterschiedlichen Ebenen: für jede*n Einzelne*n, für Fachpersonen, für Organisationen und Institutionen als Rahmengerber sowie auch für die Gesellschaft als Ganzes und auch im Sinne der gesellschaftlichen Steuerungsfunktion. Die hier mit Lern- und Bildungsprozessen verbundenen Aufgaben sind somit als gemeinsame Bemühung von Gesundheits- und Bildungspolitik zu sehen.

Gesundheitskompetenz entwickelt sich im Laufe des Lebens im Kontext von Erziehungs-, Lern- und Bildungsprozessen. Sie kann beispielsweise durch gezielte Interventionen, Programme, Angebote, Selbstbildung, in gezielten Reflexionsprozessen sowie in formalen Bildungskontexten wie Schule, Ausbildung etc. gefördert werden. Erfahrungen, individuelle Lebensziele, Werte, Haltungen und Vorstellungen sind Teil von Lern- und Bildungsprozessen und wirken in diese hinein. Die Bedeutung dieser Zusammenhänge für gesundheitsbezogene Lern- und Bildungsprozesse werden im Folgenden in den Blick genommen.

4. Statistische Kompetenz als relevanter Bestandteil einer umfassenden Gesundheitsbildung

Gesundheitsbildung als Teil der lebenslang dauernden Lern- und Bildungsprozesse wird im Erwachsenenalter als Teildisziplin der Erwachsenenbildung gefasst (vgl. Schrader 2014); im Kindes- und Jugendalter wird sie u. a. in Schulen als Teil der grundständigen Bildung vermittelt. Gesundheitsbildung intendiert einen auf Gesundheit, gesundes Leben und Verhalten bezogenen Wissenszuwachs und eine Stärkung gesundheitsförderlicher Fähigkeiten; dies wird auch als Gesundheitskompetenz (engl. „health literacy“) bezeichnet (vgl. auch Abschnitt 3 des Beitrags von Kolpak & Schramek in diesem Band). Sie umfasst die Fähigkeit, für die eigene Gesundheit relevante Informationen (z. B. Erkenntnisse zu Covid-19 und verfügbaren Impfstoffen) zu finden, zu verarbeiten, zu verstehen und deren Bedeutung in Bezug auf die eigene Person („Was bedeutet das für mich, meine Lebenswelt und meine Lebensrisiken?“) und die verschiedenen (auch eigenen) relevanten Gruppen („Was bedeutet das für die anderen und/oder uns gemeinsam?“) einzuschätzen, um auf dieser Grundlage eine adäquate Position einnehmen, Entscheidungen treffen und danach handeln zu können. Hieraus ergeben sich wichtige Voraussetzungen für die Bereitschaft sowohl einzelner als auch sozialer Gruppen, sich entsprechend den Empfehlungen zum Infektionsschutz (z. B. Einhalten der Hygieneregeln) zu verhalten.

Die Einordnung und Bewertung von Informationen setzt aber – wie oben dargelegt – oft statistisches (Fach-)Wissen voraus. So muss das Individuum statistische Angaben nachvollziehen und hinsichtlich ihrer Relevanz für eigene Entscheidungsprozesse einordnen und verstehen können. Expert*innen fordern daher seit Langem, statistische Kompetenz als Bestandteil von Gesundheitskompetenz zu fassen (vgl. Bodemer 2014; Gigerenzer 2019). Einschlägige Analysen zeigen jedoch, dass die Vermittlung entsprechender Fähigkeiten sowohl in der allgemeinen Grundbildung (Schule) als auch in der spezifischen Ausbildung in Berufsfeldern, die mit Gesundheit und Gesundheitskommunikation befasst sind, nicht ausreichend umgesetzt wird (vgl. Bodemer 2014, der statistische Fähigkeiten z. B. bei Mediator*innen, Berater*innen, Ärzt*innen, Journalist*innen und Politiker*innen fordert). Um dem entgegenzuwirken, wird auf der Ebene der institutionellen und formalen Bildung als ein wichtiger Ansatzpunkt die Veränderung von Lehrplänen und Curricula u. a. in der grundständigen Bildung gefordert (Gigerenzer 2021). Im Sinne eines über das Individuum hinausgehenden Verständnisses von Gesundheitskompetenz als relationale und organisationale Ressource sind Lernprozesse nicht nur für die*den Einzelne*n bedeutsam, sondern sie umfassen aus bildungs- und gesundheitspolitischer Sicht zudem die Ebene des professionellen Handelns, z. B. in der Interaktion und Kommunikation zwischen Fachleuten mit Patient*innen oder Klient*innen.

Zur systematischen Betrachtung der mit gesundheitsbezogener Bildung verbundenen Aufgaben und Dimensionen bietet sich ein ökologischer Mehrebenenansatz (z. B. Bronfenbrenner 1981) an. Dabei zeigt sich, dass die Entwicklung einer umfassenden Gesundheitskompetenz auch an eine weitreichende (Bildungs-) Strategie gebunden ist. Am Beispiel gesundheitsbezogener Lernprozesse, die zu Verstehen und Entscheidungskompetenz im Kontext der Covid-19-Pandemie führen, soll im Folgenden verdeutlicht werden, was dies für die unterschiedlichen Ebenen des Bildungssystems (Mikro-, Meso-, Exo- und Makroebene) bedeutet.

- Auf der *Mikroebene* (Individuum) ist die*der Einzelne auf passende Bildungsangebote und didaktisch aufbereitete Themen (wie z. B. in einer digitalen Online-Fortbildung zum Selbstschutz vor Covid-19) angewiesen, um in Bezugnahme auf sich selbst ein Verstehen und adäquates Verhalten entwickeln zu können. Dies bedeutet im Kontext der Covid-19-Pandemie beispielsweise, dass jede*r für sich die Frage beantworten kann: „Welche Relevanz haben Wahrscheinlichkeitsangaben für mich persönlich?“ und „Wie stehe ich selbst dem Impfangebot gegenüber?“. Grundlage dafür ist auch das Verstehen statistischer Fachbegriffe und die Erweiterung von auf Covid-19 bezogenem Wissen, um dieses in Abwägungsprozessen unter Beachtung eigener Werte, Haltungen und Lebensrisiken etc. einzuordnen, kritisch zu reflektieren und in Handlungen umzusetzen. Nachhaltig sind Lernprozesse hier, wenn jede*r Einzelne ein Verstehen erreicht und für sich einen Sinn erfasst.

- Auf der *Mesoebene* (Interaktion und Kommunikation mit Anderen, z. B. mit professionell Handelnden und Fachpersonen) bedeutet das: Fachpersonen müssen in ihrem berufsbezogenen Handeln ihr Fachwissen und die Fachbegriffe zielgruppenbezogen sowie mit Bezug auf das Individuum hinsichtlich der jeweils individuellen Bedeutung darstellen und zugleich Reflexions- und Entscheidungsprozesse begleiten bzw. moderieren können. Dies bedarf eigener statistischer Fähigkeiten und einer stetigen fachdidaktischen Weiterbildung. Zudem sind Kompetenzen im Bereich der Kommunikation und Moderation erforderlich. Interaktionen sind so zu gestalten und zu moderieren, dass die*der Andere Anregungen für eigenes Verstehen erhält, um so z. B. auch Fehlinformationen (Fake News zu Covid-19) in anderen Kontexten erkennen zu können. Nachhaltiges Lernen kann hier gelingen, wenn Fachpersonen in der Lage sind, Anregungen zur Erweiterung der Gesundheitskompetenz zu geben.
- Auf der *Exoebene* sind im Zusammenhang mit Covid-19 Organisationen, (Weiter-)Bildungsinstitutionen etc. aufgefordert, schnell und niedrigschwellig Konzepte und Angebote zu erstellen und für alle Gruppen zugängliche (digitale) (Fort-)Bildungsangebote z. B. zum Selbstschutz gegen eine Ansteckung sowie zudem Weiterbildungsangebote für Fachpersonen zu entwickeln. Grundsätzlich ist es hier erforderlich, vielfältige Ansätze zu verfolgen und verschiedene Konzepte auf den Weg zu bringen, um verschiedene Gruppen mit unterschiedlichen Merkmalen und Anforderungen zu erreichen. Im Sinne einer organisationalen Gesundheitskompetenz (Schaefer et al. 2019) bedarf es eines übergreifenden Rahmens für Lern- und Bildungsprozesse und damit verbundene Maßnahmen zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Bedingungen. Ein Beispiel hierfür sind im Kontext von Covid-19 die Informationen und Maßnahmen zu den AHA-Regeln⁵ im Alltag. Nachhaltigkeit gelingt hier, wenn eindeutige, sichere und verbindliche Rahmenbedingungen geschaffen werden.
- Auf der *Makroebene* (Gesellschaft) gilt es, Strukturen für Bildung und Weiterbildung zu schaffen und beides durch steuernde Maßnahmen zu fördern. Im Verlauf der Covid-19-Pandemie waren Instrumente für die Steuerung, Optionen und Regeln zu entwerfen, um z. B. Bildungsprozesse fortführen zu können, während gleichzeitig Kontakte beschränkt wurden und Institutionen schließen mussten. Die Herausforderung besteht somit darin, Bildung und Weiterbildung auch bei bestehenden Unwägbarkeiten zu sichern, so dass Einzelne, Fachleute und auch Gruppen mit unterschiedlichen Merkmalsausprägungen gelingend lernen und sich weiterbilden können. Nachhaltigkeit

5 Diese bezeichnet die in Deutschland zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie empfohlene Kombination von Vorsorge-Maßnahmen: AHA steht dabei für Abstand halten, Hygiene-maßnahmen ergreifen und Alltagsmaske tragen.

entsteht auf dieser Ebene durch den Ausbau von (Bildungs-)Strukturen, in denen Angebote zur grundständigen Bildung sowie zur Aus-, Fort- und Weiterbildung den Auftrag haben, Gesundheitskompetenz nicht nur grundsätzlich, sondern auch in Krisenzeiten – wie z. B. während der Covid-19-Pandemie – zu fördern.

Damit wird deutlich: Gesundheitsbildung hat viele Dimensionen – wobei die Gesundheitskompetenz Einzelner, von Fachpersonen, Organisationen, Institutionen und der Gesellschaft erst durch eine umfassende Bildungsstrategie nachhaltig verbessert werden kann.

5. Fazit

Die Relevanz von Zahlen- und Statistikkompetenz wird am Beispiel der Covid-19-Pandemie besonders deutlich, in der Begründungen für die Notwendigkeit einzelner Präventionsmaßnahmen zu ihrer Eindämmung nahezu ausschließlich auf Grundlage entsprechender Kennzahlen und Gesundheitsstatistiken erfolgen. Ihr Verständnis ist zum einen eine notwendige Voraussetzung für die Akzeptanz – und damit die Effektivität – dieser Maßnahmen, die nur dann in vollem Umfang greifen können, wenn sich große Teile der Bevölkerung weitgehend präventionsadäquat verhalten. Zum anderen ist dieses Verständnis – einschließlich des Herstellens von Sinnhaftigkeit und Vertrauen vor dem Hintergrund inkonsistenter Informationen sowie der Berücksichtigung lebensweltlicher Perspektiven – auch von Bedeutung für die individuelle gesundheitskompetente Entscheidungsfindung beispielsweise hinsichtlich der Frage, ob ein positives Ergebnis eines Antigen-Schnelltests auf Covid-19 mit einem PCR-Test abgesichert werden sollte.

Aus Community-Health-Perspektive wäre mit Blick auf die in den Abschnitten 2 und 3 angeführten Argumente im Sinne der Förderung einer gesundheitskompetenten Entscheidungsfindung zweierlei wünschenswert. Zum einen sollte angestrebt werden, durch eine angemessene und verständliche Gesundheitskommunikation sowohl im Gesundheitswesen als auch in den Medien die Rahmenbedingungen für ein mathematisch korrektes Verständnis von Gesundheitsstatistiken zu verbessern. Zum anderen ist es für einen personenzentrierten, diversitätssensiblen Zugang von Bedeutung, in der Kommunikation über Risiken auch narrativen, erfahrungsbasierten und intuitiven Zugängen einen Wert beizumessen, unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitsverständnisse zu würdigen und eine konstruktive Auseinandersetzung mit der Entstehung gesundheitsrelevanter Statistiken anzustoßen.

Die für diese konstruktive Auseinandersetzung notwendigen Fähigkeiten werden gegenwärtig allerdings weder in der allgemeinen Grundbildung noch in

der spezifischen Ausbildung in Berufsfeldern, die mit Gesundheit und Gesundheitskommunikation befasst sind, in ausreichender Weise berücksichtigt. Um dem entgegenzuwirken, ist bei der Erstellung von Lehrplänen und Curricula ein Umdenken erforderlich, um die Vermittlung von Zahlenkompetenz und Statistikverständnis unter Einbeziehung und Verknüpfung verschiedener Disziplinen nachhaltig zu gewährleisten.

Literatur

- Altman, D.G./Bland, J.M. (1994): Diagnostic tests 1 – sensitivity and specificity. In: *BMJ* 308, H. 6943, S. 1552.
- Biontech (2021): Pfizer and BioNTech confirm high efficacy and no serious safety concerns through up to six months following second dose in updated topline analysis of landmark COVID-19 vaccine study. www.investors.biontech.de/news-releases/news-release-details/pfizer-and-biontech-confirm-high-efficacy-and-no-serious-safety/ (Abfrage: 30.4.2021).
- Bodemer, N. (2014): Gesundheitsrisiken verstehen: Ein Bildungsproblem. Überlegungen zum risikokompetenten Bürger. In: *DIE Zeitschrift für Erwachsenenbildung*, H. 2, S. 33-35.
- Bundesministerium für Gesundheit (2020): Die nationale Teststrategie – Coronatests in Deutschland. www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/nationale-teststrategie.html (Abfrage: 29.4.2021).
- Bronfenbrenner, U. (1981): *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung*. 1. Auflage. Stuttgart: Klett.
- Cokely, E.T./Galesic, M./Schulz, E./Ghazal, S./Garcia-Retamero, R. (2012): Measuring risk literacy: the Berlin numeracy test. In: *Judgement and Decision Making* 7, H. 1, S. 25-47.
- Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (2015): Gute Praxis Gesundheitsinformation. <https://www.ebm-netzwerk.de/de/gggi> (Abfrage: 7.3.2021).
- Gigerenzer, G. (2019): Vom Umgang mit Risiko und Unsicherheit – Wie man die richtigen Entscheidungen trifft. Vortrag am 28. April 2019 im Deutschlandfunk. www.deutschlandfunknova.de/beitrag/risikokompetenz-statistiken-wie-wir-gute-entscheidungen-treffen (Abfrage: 7.3.2021).
- Gigerenzer, G. (2021): Viele Mediziner verstehen selbst grundlegende Statistiken nicht. www.spiegel.de/panorama/bildung/corona-impfung-warum-fehlende-mathekenntnisse-unter-aerzten-den-impferfolg-gefaehrden-a-8ce4fb92-69b9-4212-9064-cff9b8bbd4b0 (Abfrage: 7.3.2021).
- Greenhalgh, T./Snow, R./Ryan, S./Salisbury, S. (2015): Six 'biases' against patients and carers in evidence-based medicine. *BMC Medicine* 13, S. 200.
- Grossarth, J. (2021): Dem Relevanzverlust entgegenwirken – aber wie? Seriöse Ernährungskommunikation im digitalen Zeitalter. In: *Ernährung im Fokus* 1, H. 21, S. 36-42.
- Harzheim, L./Lorke, M./Woopen, C./Jünger, S. (2020): Health literacy as communicative action – a qualitative study among persons at risk in the context of predictive and preventive medicine. In: *International Journal on Environmental Research and Public Health*, H. 17, S. 1718.
- Hilgers, R. D./Bauer, P./Scheiber, V. (2002): *Einführung in die Medizinische Statistik*. 1. Auflage. Berlin: Springer.
- Holmberg, C./Waters, E.A./Whitehouse, K./Daly, M./McCaskill-Stevens, W. (2015): My lived experiences are more important than your probabilities: the role of individualized risk estimates for decision making about participation in the study of tamoxifen and raloxifene (STAR). In: *Medical Decision Making* 35, H. 8, S. 1010-1022.
- Jünger, S./Jannes, M./Bogedain, V./Woopen, C. (2021): Gesund im Netz – Orientierung im Umgang mit Gesundheitsinformationen im Internet. In: Rathmann, K./Dadaczynski, K./Okan, O./Messer, M. (Hrsg.): *Springer Referenzwerk Gesundheitskompetenz*. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Im Erscheinen.
- Kabisch, M./Ruckes, C./Seibert-Grafe, M./Blettner, M. (2011): Randomized controlled trials: part 17 of a series on evaluation of scientific publications. In: *Dtsch Arztebl Int* 108, H. 39, S. 663-668.
- Kreienbrock, L./Schach, S. (1997): *Epidemiologische Methoden*. 2. Auflage. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.

- Lorke, M./Harzheim, L./Rhiem, K./Wooopen, C./Jünger, S. (2021): „The ticking time-bomb“. Health literacy in the context of genetic risk prediction in familial breast and ovarian cancer – a qualitative study. In: *Qualitative Research in Medicine & Healthcare* 5, S. 9647.
- Lühnen, J./Albrecht, M./Mühlhauser, I./Steckelberg, A. (2017): Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation. www.leitlinie-gesundheitsinformation.de (Abfrage: 7.6.2021).
- Molewijk, B./Stiggelbout, A. M./Otten, W./Dupuis, H. M./Kievit, J. (2008): First the facts, then the values? Implicit normativity in evidence-based decision aids for shared decision-making. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 102, H. 7, S. 415-420.
- Okan, O./Bollweg, T. M./Berens, E.-M./Hurrelmann, K./Bauer, U./Schaeffer, D. (2020): Coronavirus-related health literacy: a cross-sectional study in adults during the COVID-19 infodemic in Germany. In: *International Journal on Environmental Research and Public Health* 17, H. 15, S. 5503.
- Park, C. L./Folkman, S. (1997): Meaning in the context of stress and coping. In: *Review of General Psychology* 1, H. 2, S. 115-144.
- RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (2020): Die richtige Einordnung von Schnelltests. www.rwi-essen.de/unstatistik/110/ (Abfrage: 7.3.2021).
- Samerski, S. (2010): Epistemische Vermischung: Zur Gleichsetzung von Person und Risikoprofil in genetischer Beratung. In: Liebsch, K./Manz, U. (Hrsg.): *Leben mit den Lebenswissenschaften. Wie wird biomedizinisches Wissen in die Alltagspraxis übersetzt?* Bielefeld: transcript.
- Schaefer, C./Bitzer, E. M./Dierks, M. L. (2019): Mehr Organisationale Gesundheitskompetenz in die Gesundheitsversorgung bringen! Ein Positionspapier des DNGK. www.dngk.de/gesundheitskompetenz/or-ganisationale-gesundheitskompetenz-positionspapier-2019/ (Abfrage: 14.6.2021).
- Schlenger, R. L. (2021): Der Coronatest in Eigenregie. In: *Deutsches Ärzteblatt* 1118, H. 10, S. A 494-A 500.
- Schrader, J. (Hrsg.) (2014): *Gesundheit. Bielefeld: DIE Zeitschrift für Erwachsenenbildung.*
- Slovic, P./Finucane, M. L./Peters, E./MacGregor, D. G. (2004): Risk as analysis and risk as feelings: some thoughts about affect, reason, risk, and rationality. In: *Risk Analysis* 24, S. 311-22.

Forschen mit und für Communities – Wissenschaft diversitätssensibel gestalten

Saskia Jünger, Marcus Kutschmann, Silke Betscher,
Christiane Falge

Zusammenfassung

Im vorliegenden Kapitel werden Besonderheiten, Herausforderungen und Spannungsfelder hinsichtlich der Gestaltung von Community-Health-Forschung beleuchtet und methodische Herangehensweisen reflektiert. Die zentrale Frage lautet hierbei, wie eine Kohärenz zwischen dem Anspruch und den Leitkonzepten von Community Health (vgl. den Beitrag zu Leitkonzepten) und der Umsetzung wissenschaftlicher Forschung gelingen kann – angefangen bei der Identifikation von Forschungsbedarfen und der Formulierung von Fragestellungen, über die Gestaltung von Forschungsbeziehungen, die Wahl der Methoden, die Analyse und Interpretation der Daten bis hin zur Nutzung und Veröffentlichung der Erkenntnisse. Es ist nicht der Anspruch dieses Beitrags, einen umfassenden Blick über Methoden zu geben; hierfür sei verwiesen auf die einschlägige Literatur zur Community-Health-Forschung. Vielmehr möchten wir zur Reflexion darüber anregen, welche Aspekte bei der Gestaltung des Forschungsprozesses zu bedenken sind, sowie zwei exemplarische methodische Ansätze vorstellen. Nicht zuletzt möchten wir dazu einladen, bewährte methodische Rezepte den Anforderungen des jeweiligen Forschungsgegenstands anzupassen und sie mutig weiterzuentwickeln.

Abstract

In the present chapter, special features, challenges and areas of tension with regard to the design of community health research are highlighted, and methodological approaches are reflected. The central question is how a coherence between the claim and the guiding concepts of community health (cf. the contribution on guiding concepts) and the implementation of scientific research can be achieved – starting with the identification of research needs and the formulation of questions, through the creation of research relationships, the choice of methods, the analysis and interpretation of data to the use and publication of findings. This contribution does not aim to provide a comprehensive overview of methods; for this purpose, we would like to refer to the relevant literature on community

health research. Rather, we would like to encourage reflection on which aspects need to be considered when designing the research process, and present two exemplary methodological approaches. Last but not least, we would like to invite the reader to adapt well-established methodological recipes to the requirements of the respective research object, and to courageously develop them further.

1. Forschung mit und für Communities – Wissenschaft diversitätssensibel gestalten

„[There is] a need to re-story the word research and draw from the diversity of knowledges in order to reimagine and understand our place in this world.“ (Hall/Etmanski/Dawson 2018, S. 309).

Im Zentrum der Community-Health-Forschung stehen soziale, strukturelle, ökonomische und ökologische Ungleichheiten im Hinblick auf Gesundheit (Israel et al. 1998). Sie versteht sich als partnerschaftlicher Ansatz mit dem Bestreben, die Mitglieder der Community, Vertreter*innen relevanter Organisationen und Institutionen sowie Forschende nach Möglichkeit aktiv und auf Augenhöhe in den Forschungsprozess zu involvieren (Israel et al. 2005, S. 5). Community-Health-Forschung vereint unterschiedliche Disziplinen (vgl. Köckler et al. 2018) und methodische Ansätze. Diese verbindet die Gemeinsamkeit, dass sie sich einer Forschung verpflichten, in der Deutungs- und Handlungsmacht mit den Partner*innen in der Community geteilt werden.

2. Erkenntnistheoretische und methodologische Prämissen

In der Geschichte der Forschung finden sich zahlreiche Hinweise darauf, wie in und durch Forschung Normen menschlichen Daseins, Ein- und Ausgrenzungen, Defizite, kulturelle Stereotype sowie Diskriminierung und Marginalisierung konstruiert und reproduziert werden (Henrich/Heine/Norenzayan 2010; von Unger/Odukoya/Scott 2016; Samerski 2019). Eine zentrale Frage im Hinblick auf erkenntnistheoretische und methodische Erwägungen in der Gestaltung von Community-Health-Forschung muss daher lauten, wie die wissenschaftliche Reproduktion von Ungerechtigkeit, Marginalisierung und Unterdrückung durchbrochen werden kann. Will eine Community-Health-Forschung ihrem Anspruch Rechnung tragen, sich an den Lebenswelten, Werten, Wissensverständnissen und Ressourcen von Communities zu orientieren, ist hier ein teils grundlegendes Umdenken (*re-storying the word research*) (Hall/Etmanski/Dawson 2018, S. 309) erforderlich. Der Fokus auf Ungleichheit impliziert das Erfordernis einer kritischen Neuorientierung – wenn nicht gar radikalen Dekonstruktion – im Hinblick auf

bestehende Machtverhältnisse nicht nur in der Gesellschaft, sondern auch in der wissenschaftlichen Forschung selbst (Pellegrino 1992). Als besonders kompatibel mit dieser Forderung kann eine erkenntnistheoretische Grundhaltung der kritischen Theorie und des Konstruktivismus betrachtet werden; ebenso wie ein salutogenetisches und systemtheoretisches Verständnis von Gesundheit. Die internationale Landschaft der Community-Health-Forschung ist stark geprägt durch ausschlaggebende Impulse und Ansätze wie beispielsweise der *decolonizing methodologies* indigener Gruppen in Australien, Nord- oder Südamerika (Smith 2017; Cain/Mill 2016), des *critical feminist research* (Wigginton/Lafrance 2019) oder der *queer studies* (Babka 2008), die ihren Ursprung in der Auflehnung gegen Unterdrückung haben.

Grundprinzipien der Community-Health-Forschung werden getragen durch eine Forschungshaltung kritischer Reflexivität sowie der Sensibilität gegenüber Normativität und Machtbeziehungen in der Wissenschaft (Caine/Mill 2016; Israel et al. 2005). Im Folgenden werden diese Prinzipien entlang der drei eng miteinander verwobenen Felder ‚Wissen‘, ‚Beziehungen‘ und ‚Methoden‘ ausgeführt.

2.1 Forschungshaltung

Grundlegend für die Community-Health-Forschung ist die Auseinandersetzung mit der Frage, wie ‚Community‘ definiert wird – und auch mit der Rolle als Forschende*r in Beziehung zu dieser Community. Fühle ich mich selbst der Community zugehörig und rührt meine Forschungsmotivation aus einem eigenen biographischen Interesse? Sehe ich meine Rolle eher als ‚Außenstehende*r‘, die*der von außen auf die Community blickt? Welche (forschungs-)politische Haltung leitet mein Erkenntnisinteresse und meinen methodischen Zugang? In einem gesundheitswissenschaftlich-biomedizinisch geprägten Forschungsumfeld werden diese Fragen in der Regel nicht expliziert, da die individuelle, subjektive, forschende Person im Idealfall hinter einer der Objektivität und Neutralität verpflichteten Wissenschaft verschwinden soll (Fine 1994; Heintz/Merz/Schumacher 2004). Die (selbst-)kritische Reflexion dieser Fragen ist jedoch von Belang, da das Forschen in und mit Communities die Gefahr der Reifizierung und Essenzialisierung sowie das Risiko des ‚Othering‘ birgt – also der Konstruktion, Verstärkung oder Festschreibung der Andersartigkeit, wie Michelle Fine es in ihrem einflussreichen Beitrag ‚Working the hyphens‘ (Fine 1994) darlegt. Das Prinzip der Reflexivität (von Unger 2012) ist hier von zentraler Bedeutung für die Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle sowie einer konstruktiven Aushandlung der Beziehungen zu den Mitgliedern der Community im Forschungskontext.

2.2 Wissen, Sprache, Definitionen und Ressourcen

Die Deutungshoheit und Definitionsmacht in der gesundheitswissenschaftlichen, biomedizinischen und Public Health Forschung liegt traditionell bei den Vertreter*innen der Wissenschaft; sie legen – auf der Basis wissenschaftlicher Evidenz – Kategorien, Grenzwerte und Normen für Gesundheit, Krankheit sowie für gesundheitsbezogenes Wissen und Handeln („Gesundheitskompetenz“) fest. Dies kann zur wissenschaftlichen Konstruktion von Defiziten führen, wenn beispielsweise Kriterien und Sollwerte innerhalb eines bestimmten Bezugsrahmens definiert werden (z.B. die Operationalisierung von „Gesundheitskompetenz“) und dann als Schablone über andere Kontexte gelegt werden, für die sie möglicherweise unpassend sind. In der Community-Health-Forschung als Raum gesundheitsbezogener Wissensproduktion gilt es daher zu überprüfen, inwiefern bestimmte Kategorien, Begrifflichkeiten und Normen unter dem Aspekt der Diversität vielfältigen Gruppen oder Kontexten gerecht werden.

Im Sinne einer kritischen Diskursanalyse sind Konzepte und Begriffe als Effekte von diskursiven Praxen zu begreifen, die „systematisch die Gegenstände bilden, von denen sie sprechen“ (Foucault 1981, S. 74). Denn Kategorisierungen prägen unser Denken und entfalten institutionelle, strukturelle und interpersonelle Machteffekte (von Unger/Odukoya/Scott 2016, S. 160). Aus der Perspektive der Community Health mit ihrem Anspruch der Diversitätssensibilität sind somit nicht nur die mit gesundheitsbezogenen Kategorien verbundenen Zuschreibungen kritisch zu hinterfragen, sondern auch das Zustandekommen ebendieser Kategorisierungen selbst.

Der Fokus in der Community-Health-Forschung richtet sich idealerweise auf die Ressourcen der Community, verbunden mit dem Anspruch des Empowerments. Welche Ressourcen, Stärken, Strukturen und Dynamiken kennzeichnen die Community und bilden damit den Ausgangspunkt für die Forschung sowie für die Entwicklung von Lösungsansätzen? Wie werden Gesundheit und Wohlbefinden verstanden und welche Praktiken und Rituale sind damit verbunden? Darüber hinaus ist im Sinne einer systemischen Perspektive ein gesellschaftskritischer Blick auf die sozialen Determinanten von Gesundheit von Belang, was eine partizipative Analyse von Herrschafts- und Machtbeziehungen einschließt.

Gleiches gilt für die Forschungsagenda, d.h. welche Themen und Fragestellungen als untersuchungswürdig gelten, da hier die Weichen für die Art des als ‚Evidenz‘ anerkannten Wissens gestellt werden. Bereits im Vorfeld der Forschung wird durch die Festlegung eines Forschungsgegenstands und die Formulierung der Fragestellung ein Rahmen für die Wissensproduktion geschaffen – beispielsweise, in dem in einer Studie bestimmte Gruppen oder Merkmale im Hinblick auf ein ‚inadäquates‘ Gesundheitsverhalten problematisiert werden. Auch die Communities selbst werden häufig von dieser Perspektive aus ‚identifiziert‘

und als epidemiologisches Problem konstituiert, beispielsweise als so genannte vulnerable Gruppen oder Personen mit besonders ausgeprägten Gesundheitsrisiken (Grabovschi et al. 2013; Falge 2018). Eine solche Fokussierung kann zu einer Essenzialisierung von gesundheitsbezogenen Phänomenen im Zusammenhang mit bestimmten Gruppen führen. Es empfiehlt sich daher, die Entwicklung einer Forschungsfrage als iterativen und kollaborativen Prozess zwischen Community-Partner*innen und akademischen Wissenschaftler*innen zu gestalten (Burke/Albert 2014, S. 246 ff.).

2.3 Beziehungen und Macht

Partnerschaftliche Beziehungen werden als Kern der Community-Health-Forschung beschrieben (Israel et al. 2005). Tragende Grundlage bildet der langfristige und nachhaltige Aufbau von Forschungspartnerschaften und -infrastrukturen als Gegenentwurf zu der im akademischen Setting üblichen ‚one-off‘-Forschung mit einer Ungleichverteilung von Macht und Kontrolle sowie einer fehlenden gegenseitigen Vertrauensbasis (Israel et al. 1998; vgl. die Beiträge zu Gesundheitssystem und Ethnologie in diesem Band). Hier sind kreative Lösungswege zu bedenken, um mit Konflikten zwischen den Rahmenbedingungen und Projekt-Logiken akademischer Forschung einerseits und dem Anspruch einer ‚echten‘ partnerschaftlichen Forschung andererseits umzugehen. Dies erfordert auch das Ausräumen von Ansprüchen wissenschaftlicher Rigorosität mit dem Anspruch der Demokratisierung von Wissenschaft, ebenso wie das Umgehen mit unterschiedlichen Grundannahmen, Perspektiven, Sprachen, Prioritäten und Werten (Blumenthal/Yancey 2004).

Die kritische Reflexion akademischer Machtstrukturen und der Rollen im Forschungsprozess sind hierfür eine grundlegende Voraussetzung; dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass Forschung bis dato zumeist von Personen ‚außerhalb‘ der Community initiiert wird. Forschende sind hier gefordert, ein reflektiertes Selbst-Bewusstsein zu erlernen. Ein Verständnis des Forschens als gegenseitiger Lernprozess sowie eine Haltung des Zuhörens aufseiten der akademischen Wissenschaftler*innen sind Voraussetzung für die Beziehungsgestaltung und für alle methodologischen Entscheidungen im Forschungsprozess (Israel et al. 2005, S. 10; Caine/Mill 2016, S. 51). Auch die Frage, wem die gewonnenen Erkenntnisse ‚gehören‘ und wie der Transfer zu für die Community hilfreichen Maßnahmen und Veränderungen gewährleistet werden kann, ist in diesem Kontext von zentraler Bedeutung (Israel et al. 1998; von Unger 2012).

Es empfiehlt sich daher, gemeinschaftlich abgestimmte Forschungsprinzipien, Zielsetzungen, Rollen- und Aufgabenverständnisse zu formulieren, die in einer gemeinsamen Absichtserklärung festgehalten werden. Aus einer forschungsethischen Perspektive kann der Anspruch einer kritischen Reflexion von

Machtbeziehungen auch dazu führen, sich bewusst gegen kollaboratives Forschen zu entscheiden, wenn ein Interagieren auf Augenhöhe aufgrund struktureller Ungleichheitsbedingungen nicht möglich ist (Betscher 2019).

2.4 Methoden

Das seit den 1990er Jahren für die biomedizinische und Public Health Forschung maßgebliche Paradigma der Evidenzbasierten Medizin (EBM)¹ impliziert eine Hierarchisierung von Methoden und Vorgehensweisen, die zur Generierung hochrangiger Evidenz geeignet sind (Pope 2003). Forschungsprozesse sind der Logik dieses Ansatzes folgend auf die Analyse quantitativ messbarer Parameter ausgerichtet, während qualitatives, erlebnis- und erfahrungsbasiertes Wissen eher außen vor bleiben. Zudem besteht die Gefahr, dass vorrangig solche Phänomene, Behandlungen und Ergebnisse („Outcomes“ bzw. „Endpunkte“) untersucht werden, die der Logik randomisiert-kontrollierter Studien (RCTs) folgen, während komplexe Interventionen, personenzentrierte Ansätze, individuelle Lebenswelten sowie qualitative und interpersonale Aspekte im Kontext von Versorgungsprozessen sich durch diese Art der Studien weniger gut oder gar nicht erfassen lassen. Dieser Bezugsrahmen ist prägend für Definitionen und Operationalisierungen von ‚Gesundheit‘, für die Beziehungsgestaltung im Forschungskontext sowie für die Qualitäts- und Legitimitätsdefinition von Forschung.

Israel et al. (1998) argumentieren, dass es diese Betonung von Objektivität und Expert*innen-tum ist, die der Trennung zwischen akademischer Forschung und lebensweltlicher Praxis in der Gesundheitsforschung zugrunde liegt. Im Sinne der Kohärenz sollten sich die methodischen Entscheidungen hingegen an den Grundverständnissen der Community Health orientieren (vgl. Teil 1 des Bandes). Dies bedeutet, dass das Forschungsdesign und die Methodik so gewählt werden, dass das Sinnverstehen, die Bedeutungen und die Lebenswelt der Community im Zentrum des Vorhabens stehen. Es wird daher eine methodologische Flexibilität im Einklang mit den Bedürfnissen und Interessen der Community gefordert sowie eine stärkere Bewertung der Güte und Validität der Forschung anhand der praktischen Relevanz (Cain/Mill 2004, S. 128; Israel et al. 1998) – *„multiple ways of knowing [demand for] alternative inquiry paradigms“* (Israel et al. 1998; S. 175). Hierzu eignen sich insbesondere partizipative und kollaborative Forschungszugänge, die den Fokus auf Teilhabe, Empowerment,

1 „Evidenzbasierte Medizin ist die gewissenhafte, explizite und umsichtige Nutzung der aktuell besten Evidenz bei der Entscheidungsfindung über die Versorgung einzelner Patienten. Die Praxis der evidenzbasierten Medizin bedeutet die Integration der individuellen klinischen Expertise mit der besten verfügbaren externen klinischen Evidenz aus systematischer Forschung.“ (Sackett et al. 1996)

Ressourcen- und Handlungsorientierung legen und die Anerkennung der Deutungshoheit sowie die Unterstützung der Handlungsmacht (*agency*) auf Seiten der Community als zentrales Element beinhalten. Diese Prinzipien sind während aller Phasen des Forschungsprozesses zu bedenken, angefangen von der Identifikation eines Forschungsbedarfs über die Formulierung der Forschungsfrage, die Wahl der Methodik, bis hin zur Interpretation, Veröffentlichung und Nutzung der Ergebnisse (von Unger 2012). Zudem wird eine Methodenpluralität unter Hinzuziehung unterschiedlicher Datenquellen, Methoden und Disziplinen empfohlen, um die Vertrauenswürdigkeit der Forschungsergebnisse zu stärken.

3. Communities in Zahlen, Worten und Bedeutungen – ausgewählte methodische Zugänge

Es würde den Rahmen dieses Beitrags sprengen, die gesamte Methodenvielfalt im Bereich Community-Health-Forschung abzubilden; ein Spektrum möglicher Ansätze findet sich in den unterschiedlichen Praxisbeispielen in diesem Sammelband sowie in der Literatur. Im Folgenden werden zwei ausgewählte methodische Zugänge vorgestellt, um beispielhaft darzulegen, wie die zuvor beschriebenen Überlegungen in der konkreten Umsetzung von Community-Health-Forschung Gestalt annehmen können. Der Fokus liegt hier auf der besonderen Eignung der jeweiligen Ansätze in diesem Kontext; für Einzelheiten der erkenntnistheoretischen und methodologischen Prinzipien, der konkreten methodischen Realisierung, sowie Varianten und Anwendungsbeispiele sei verwiesen auf die jeweils zitierte Literatur.

3.1 Ethnographie und kollaboratives Forschen

Der methodische Zugang der ethnografischen Methode ist disziplinär im Fachgebiet Ethnologie verortet und somit einer Wissenschaft „[that] asks large questions, while at the same time it draws its most important insights from small places.“ (Eriksen 2010, S. 3)

Der erkenntnistheoretische Zugang dieser Methode ist die detaillierte Erforschung kultureller Praktiken in einer bestimmten Gesellschaft oder in einem weniger klar begrenzten sozialen Kontext. Das ethnografische Erforschen detaillierter Innenansichten kultureller Praktiken erfordert dabei eine besondere Sensibilität für deren Sinnschichtung (Breidenstein et al. 2013). Im Zentrum des integrierten Forschungsansatzes der Ethnografie, der verschiedene Forschungsmethoden (audiovisuelle Daten, Interviews, Archivarbeit etc.) kombiniert, steht die teilnehmende Beobachtung. Für die ethnografisch Forschende gilt es dabei, sich das Forschungsfeld durch persönliches Aufsuchen selbst zu erschließen,

indem sie sich mit allen Sinnen darauf einlässt, Freundschaften schließt, Vertrauen zu den Feldteilnehmer*innen aufbaut und somit einen Perspektivwechsel ermöglicht. So wurden im Rahmen einer kollaborativen Forschung im Stadtteillabor Bochum (vgl. den Beitrag Berchems, Falges und Pajonks) etwa über zwei Jahre an drei Tagen pro Woche eine teilnehmende Beobachtung bei einer geflüchteten Familie durchgeführt und daraus Forschungsfragen generiert (Falge 2019, S. 62). Entgegen dem Paradigma einer evidenzbasierten Gesundheitsforschung mit der entsprechenden Hierarchisierung von Methoden und Vorgehensweisen zur Generierung ‚hochrangiger Evidenz‘ wird hier das Forschungsdesign nicht vorab festgelegt, sondern vielmehr im Kontext eines dynamischen Feldes bzw. mit den Feldteilnehmer*innen generiert. Über intensive Beobachtungen und die eigene Teilnahme am Leben der Beforschten wird der*die Feldforscher*in selber zum Forschungsinstrument. Im Vergleich zu den Laborwissenschaften mit den Forschungswerkzeugen Reagenzglas, Pipette usw. sind es die Ethnograf*innen selbst, die als verkörperte Forschungswerkzeuge mit all ihren Sinnen Erfahrungen machen und das implizite Wissen² der Feldteilnehmer*innen mittels des Verfassens und Analysierens ihrer Feldnotizen herausfiltern (vgl. Emerson et al. 1995). Dies umfasst auch eine stetige Reflexion wissenschaftlicher Grundannahmen und (multipler) Situiertheiten im Feld als „vergeschlechtlichte, rassifizierte Akademiker*innen“ (vgl. Haraway 1988; Hilger/Rose/Wanner 2018). Von besonderer Relevanz für Community Health ist zudem die abermals aus der Ethnologie hervorgegangene kollaborative Methode (Low/Merry 2010). Neben der interdisziplinären Zusammenarbeit der Ethnologie mit anderen Fachgebieten bezeichnet diese Methode vor allem das gemeinsame Forschen mit Nicht-Wissenschaftler*innen. Beginnend mit der gemeinsamen Erstellung eines Forschungsdesigns über die Datengenerierung bis hin zur Produktion und Veröffentlichung von Texten impliziert diese Methode das Streben nach Augenhöhe bei gleichzeitiger Anerkennung der strukturellen Ungleichheit und ihrer Effekte. Darüber hinaus zeichnet die kollaborative Methode eine unmittelbare Kausalität zwischen Forschung und Interventionen vor Ort aus, die im Sinne eines Wissenstransfers dem materiellen, sozialen und politischen Nutzen der Adressat*innen-gruppe dienen soll (vgl. Falge 2020, S. 399; Klocke/Daffa 2020, S. 21). Somit zielt die kollaborative Methode – ganz im Sinne von Community Health – darauf ab, die Stärken und Ressourcen der Feldteilnehmer*innen in den Blick zu nehmen und über die Entwicklung von Lösungsansätzen Ungleichheit zu verringern. Das kollaborative Forschen bewirkt *per se* bei den beteiligten Bürger*innen bereits einen Prozess des stetigen Empowerments. Gleichzeitig sind die auf der Basis des koproduzierten, situierten Wissens (Haraway 1988) generierten Interventionen

2 Mit implizitem Wissen sind die als selbstverständlich erachteten Normen und Werte der Feldteilnehmer*innen gemeint.

lokal relevant und werden von der oftmals als schwer erreichbar geltenden Adressat*innengruppe angenommen.

Im Wissen darum, dass klassische sozialwissenschaftliche Erhebungsmethoden Forschungspartner*innen eher befremden „und sie von ihren persönlichen Erfahrungen und potentiellen Quellen der Selbsterkenntnis und Veränderung distanzieren“ können (Gray et al. 2010), arbeitet die Ethnologie von Beginn an auch mit kreativen Methoden kollaborativer Wissensproduktion, wie z. B. ethnografischem Film oder Ethnofiction. Letzteres ist ein von Johannes Sjöberg (2008) systematisch beschriebenes filmisches Genre, das es ermöglicht, situierte und kollektive Erfahrungen, welche dokumentarisch nicht abbildbar sind, da sie sich im Verborgenen oder in abgeschotteten Räumen von Machtasymmetrien abspielen (z. B. bei Ärzt*innen oder in Behörden), szenisch mit Hilfe von anderen Personen nachzustellen. Die Betroffenen werden dabei als Expert*innen ihrer selbst zu Regisseur*innen und können durch Regieanweisungen implizites und inkorporiertes Wissen explizit und sichtbar machen.

3.2 Modellierung komplexer Systeme (Agent-Based Modelling)

Forschung und Praxis im Bereich Public Health basieren in der Regel auf einem kausalen Paradigma, verbunden mit dem Ziel, möglichst exakte und zugleich generalisierbare Vorhersagen für gesundheitsrelevante Aspekte in der Bevölkerung treffen zu können (Resnicow/Page 2008). Menschliches Verhalten und Gesundheit unterliegen jedoch oft nicht-generalisierbaren, nicht-linearen Dynamiken, wie sie in der Chaostheorie und der Theorie Komplexer Adaptiver Systeme beschrieben werden. Gesundheitsbezogenes Verhalten oder gesundheitsrelevante Phänomene ähneln demnach häufig eher einem hoch variablen, wenig vorhersehbaren Prozess mit vielfältigen Komponenten und Interaktionen, denn einem geplanten und planbaren Ablauf (ebd., S. 1382). Diese Form der Komplexität lässt sich durch die gängigen statistischen Verfahren der Gesundheitsforschung mitunter nur schwer erfassen. Zum einen basieren Analysemethoden wie beispielsweise die Regressionsanalyse auf bestimmten Vorannahmen sowie auf der statistischen Aggregation von Eigenschaften. Zum anderen besteht das Bestreben einer größtmöglichen Kontrolle von ‚Störvariablen‘; für nicht kontrollierbare Abweichungen wird ein Restfehler kalkuliert, während hier gerade die relevanten Aspekte individueller und kollektiver gesundheitsbezogener Phänomene verborgen liegen können. Selbst wenn in Betracht gezogen wird, Interaktionsterme höherer Ordnung in statistische Modelle einzubeziehen, um Wechselwirkungen zwischen Variablen im Modell Rechnung zu tragen, sind die Möglichkeiten diesbezüglich endlich.

Im Bereich der Community-Health-Forschung werden daher Formen der Modellierung als vielversprechend diskutiert, die der Annahme vielschichtiger

Wechselwirkungen multipler Faktoren in komplexen Systemen gerecht werden. Ein Beispiel dafür ist das agentenbasierte Modellieren (*Agent-Based Modelling, ABM*) (Grefenstette/Burke 2014). Dieses Verfahren erlaubt die Identifikation von Mustern und das Modellieren von Szenarien unter komplexen, nicht-linearen Bedingungen. Die Methode wird für unterschiedliche Zielsetzungen eingesetzt, beispielsweise zur Modellierung von Infektionsgeschehen, Gesundheitsverhalten, sozialepidemiologischen Fragestellungen, Dynamiken nicht-übertragbarer Krankheiten oder der Simulation unterschiedlicher Szenarien in Bezug auf Variationen einer bestimmten gesundheitsbezogenen Intervention (Tracy et al. 2018).

Hierzu werden Eigenschaften und das Verhalten von ‚Agenten‘ (von lat. ‚agens‘ = handelnd) im System simuliert (Badham et al. 2018). Agenten können dabei unterschiedliche Entitäten sein, beispielsweise Personen, Haushalte oder Versorgungseinrichtungen. Gemäß der Theorie Komplexer Adaptiver Systeme basiert ABM auf der Annahme einer gegenseitigen Beeinflussung von Agenten und System, da Agenten ihr Verhalten in Reaktion auf ihre Erfahrungen, ihre Interaktionen mit anderen Agenten und ihre Interaktionen mit der Umgebung anpassen, was wiederum Auswirkungen auf das gesamte System hat (Tracy et al. 2018).

Eine konzeptionelle und methodologische Stärke des Verfahrens liegt in seinem Bottom-Up-Ansatz, da ABM die Möglichkeit bietet, die einem Gesundheitsgeschehen zugrundeliegenden Mechanismen zu identifizieren. Zudem können Rahmenbedingungen für die Wirkung einer geplanten Intervention simuliert werden, einschließlich potenzieller nicht-intendierter Konsequenzen. ABM lässt sich mit anderen Methoden kombinieren; so können beispielsweise die Erkenntnisse aus qualitativen Studien in das Modell einfließen (Resnicow/Page 2008). Eine weitere Besonderheit ist das Potenzial der Beteiligung von Community-Partner*innen an der Modellentwicklung, da diese über das lebensweltnahe Wissen hinsichtlich der für das zu untersuchende Phänomen relevanten ‚Agenten‘ verfügen.

Eine Herausforderung von ABM besteht in der Balance zwischen Vereinfachung und Realitätsnähe des Modells. Zudem kann die zur Verfügung stehende Vorabinformation hinsichtlich der Eigenschaften und des Verhaltens der ‚Agenten‘ im System ungenau oder unvollständig sein, wenn beispielsweise zu gesundheitsrelevanten Aspekten nur Ergebnisse aus Querschnittstudien vorliegen und somit Annahmen über Entwicklungen im zeitlichen Verlauf schwer zu treffen sind. Hier ist seitens der Forschenden Offenheit sowie die Bereitschaft zur kontinuierlichen Anpassung und Weiterentwicklung des Modells gefordert.

4. Spannungsfelder und Herausforderungen

Neben den in diesem Beitrag geschilderten Potenzialen ist partizipative Community-Health-Forschung mit Herausforderungen und Grenzen verbunden.

Allen voran bedarf es Zeit und Ausdauer, um tragfähige Forschungspartnerschaften aufzubauen und auch den Abstimmungen im Forschungsprozess genügend Raum zu widmen.

Eine weitere zentrale Herausforderung betrifft das Spannungsfeld wissenschaftlicher Güte und Qualitätssicherung. Hier gilt es Konflikte bezüglich der Anforderungen im Hinblick auf Planbarkeit und Gütekriterien mit den Erfordernissen einer oft wenig vorhersehbaren Community-Health-Forschung zu antizipieren und konstruktive Umgangsweisen zu finden. Für alle Beteiligten bedeutet dies auch das stetige Aushandeln zwischen Forschen und Handeln, zwischen wissenschaftlicher Rigorosität und angemessener Teilhabe der Community.

Zudem sind – insbesondere in Deutschland – die institutionellen und (forschungs-)politischen Rahmenbedingungen häufig nicht für die auf Partnerschaft und Kollaboration basierende Art des Forschens ausgelegt. Partnerschaften bringen komplexe Aushandlungsprozesse mit sich; Zielsetzungen und Prioritäten können sich im Forschungsprozess verändern. Die mangelnde Planbarkeit der Forschung birgt Schwierigkeiten im Hinblick auf institutionelle Vorgaben wie beispielsweise Förderanträge oder Ethikanträge, die in der Regel eine detaillierte Vorausplanung aller Schritte voraussetzen. Darüber hinaus fehlt es gegenwärtig an entsprechenden Fördermöglichkeiten.

Nicht zuletzt stellt sich die Frage, ob und wie ‚echte‘ partnerschaftliche Zusammenarbeit im Forschungsprozess tatsächlich gelingen kann (Schaefer/Narimani 2021; Viswanathan et al. 2004; von Unger 2012). Im Forschungskontext treffen unterschiedliche Forschungs-, Kommunikations- und Wissenskulturen aufeinander – Partnerschaften benötigen also zunächst eine Grundlage für ‚interkulturelle‘ Verständigung. Akademische Wissenschaftler*innen fühlen sich nicht zwangsläufig mit den relevanten Kompetenzen ausgestattet, derer es für ein kollaboratives Forschen mit Community-Partner*innen bedarf; zudem bleibt aufgrund ihrer wissenschaftlichen Ausbildung und Sozialisation selbst bei hoher Motivation und Selbstreflexion vermutlich ein Ungleichgewicht bestehen. Umgekehrt kann die kritische Frage gestellt werden, ob und inwieweit Kooperation auf Augenhöhe praktikabel ist bzw. es überhaupt erstrebenswert wäre, dass Wissenschaftler*innen ihre professionelle Hoheit zurückstellen – ist nicht immerhin das Forschen Kern ihrer beruflichen Expertise?

Vor dem Hintergrund dieser Herausforderungen und offenen Fragen ist es mit Blick auf die Ausschöpfung der Potenziale der Community-Health-Forschung unabdingbar, einen Raum für Dialog zwischen Forschenden verschiedener Disziplinen, Vertreter*innen unterschiedlicher Communities sowie weiterer relevanter Akteur*innen aus der Praxis und der Politik zu schaffen, um förderliche Rahmenbedingungen gemeinsam zu gestalten und neues Terrain konstruktiv beschreiten zu können.

5. Fazit und Ausblick – Methoden für eine diversitäts- und machtsensible Wissensproduktion

Community-Health-Forschung hat das Potenzial, Erkenntnisse hervorzu- bringen, die in gelebten sozialen Erfahrungen gründen und Lebenswelten Rechnung tragen – und damit die Lücke zwischen Theorie, Forschung und Praxis zu verringern (Israel et al. 1998). Wie aber kann für die Forschung eine neue Geschichte geschrieben werden (*re-story the word research*) (Hall/Etmanski/ Dawson 2018, S. 309), die einer Diversität von Wissen gerecht wird? Es be- darf dazu Forscher*innen, die sich als Lernende verstehen und bereit sind, die Forschung als Begegnungsraum zu gestalten, innerhalb dessen gegenseitiges Zuhören und Aushandlungsprozesse mit Community-Partner*innen möglich werden. Wenn Wissen Macht bedeutet, so ist es wichtig, sich auf den Weg zu einer gleichberechtigteren Teilhabe an der Wissensproduktion zu machen – mit Implikationen für die Konstruktion von Gesundheitswirklichkeiten, von Norm- vorstellungen sowie von Stereotypen und ‚Problemgruppen‘ im Hinblick auf Gesundheit(-sverhalten). Insbesondere im Kontext von Community Health ist dies von zentraler Bedeutung, um den Ansprüchen an Diversität im Sinne einer Vielfalt an Lebenskontexten, Gesundheitsverständnissen und Werthaltungen gerecht zu werden. Damit einhergehend ist ein kritisches Hinterfragen an- gebracht, was als legitimes Gesundheitswissen zählt, welche Problemstellungen Anlass zu Forschung geben und wie die Fragestellungen in einem gemeinschaft- lichen Prozess unter Einbeziehung aller relevanten Interessensvertreter*innen formuliert werden können. Dies bedeutet auch ein Neu-Denken bezüglich methodologischer Entscheidungen und der Gestaltung von Forschungs- prozessen; hier möchten wir ausdrücklich dazu anregen, bewährte methodische Rezepte den Anforderungen der jeweiligen Community anzupassen und sie mutig weiterzuentwickeln.

Literatur

- Babka, A. (2008): Quer durch Queer. Queer Studies. Queer Theory. Judith Butlers Peformanz. In: Die Maske 3 (S. 31-34).
- Badham, J./Chattoe-Brown, E./Gilbert, N./Chalabi, Z./Kee, F./Hunter, R. F. (2018): Developing agent- based models of complex health behaviour. In: Health & place, H. 54, S. 170-177. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2018.08.022>
- Betscher, S. (2019): „They come and build their careers upon our shit“ oder warum ich 2014/15 nicht über Geflüchtete geforscht habe und sie dennoch maßgeblich zu meiner Forschung beitragen. In: Kaufmann, M./otto, L./Nimführ, S./Schütte, D. (Hrsg.): Forschen und Arbeiten im Kontext von Flucht. Wiesbaden: Springer VS, S. 237-259.
- Blumenthal, D. S./DiClemente, R. J. (2003): Community- Based Health Research: Issues and Methods. New York: Springer Publishing.
- Breidenstein, G./Hirschauer, S./Kalthoff, H./Nieswand, B. (Hrsg.) (2013): Ethnografie: Die Praxis der Feldforschung (1. Aufl.). Stuttgart: UTB GmbH.

- Burke, J.G./Albert, S.M. (2014): *Methods for Community Public Health Research*. New York: Springer Publishing.
- Caine, V./Mill, J. (2016): *Essentials of Community-Based Research*. London: Routledge.
- Denzin, N.K./Lincoln, Y.S. (1994): *Handbook of qualitative research*. New York: Sage Publications, Inc.
- Emerson, R.M./Fretz, R./Shaw, L.L. (2011): *Writing Ethnographic Fieldnotes* (2nd revised edition). Chicago: University of Chicago Press.
- Etmanski, C./Hall, B.L./Dawson, T. (2014): Conclusion: Walking on Thin Ice: Tensions and Challenges in Community-Based Research. In: Etmanski, C./Hall, B.L./Dawson, T. (Hrsg.): *Learning and Teaching Community-Based Research*. Toronto: University of Toronto Press, S. 308-316. <https://doi.org/10.3138/9781442699397>
- Falge, C. (2019): Dynamics of informal exclusion. Migrants' health as experienced in the City Lab Bochum. In: Kuehlmeier, K./Klingler, C./Huxtable, R. (Hrsg.). *Ethical, Legal and Social Aspects of Healthcare for Migrants: Perspectives from the UK and Germany*. Oxford: Taylor & Francis Routledge, S. 57-76.
- Falge, C. (2021): Medizinethnologie im Anwendungskontext: theoretische und methodische Orientierungen im Stadteillabor Bochum. In: *Handbuch Migration und Gesundheit*. Spallek, J./Zeeb, H. (Hrsg.). Göttingen: Hogrefe Verlag, S. 397-405.
- Fine, M. (1994): Working the Hyphens: Reinventing Self and Other in Qualitative Research. In N.K.Denzin & Y.S.Lincoln (Hrsg.): *Handbook of qualitative research*. New York: Sage Publications, Inc., S. 70-82.
- Foucault, M. (1981): *Archäologie des Wissens*. Frankfurt am Main: Fischer Verlag.
- Grabovschi, C./Fortin, M./Loignon, C. (2013): Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: a scoping review. In: *BMC Health Services Research*, H. 13. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-94>
- Gray, N./Oré de Boehm, C./Farnsworth, A./Wolf, D. (2010): Integration of creative expression into community-based participatory research and health promotion with Native Americans. In: *Family & community health*, H. 33, S. 186-192. <https://doi.org/10.1097/FCH.0b013e3181e4bbc6>
- Grefenstette, J.J./Burke, J.G. (2014): Agent-Based Modeling of Factors Influencing Community Health. In: Burke, J.G./Albert, S.M. (2014): *Methods for Community Public Health Research*. New York: Springer Publishing, S. 54-68.
- Haraway, D. (1988): Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. In: *Feminist Studies*, H. 14, S. 575-599.
- Heintz, B./Merz, M./Schumacher, C. (2004): Wissenschaft, die Grenzen schafft: Geschlechterkonstellationen im disziplinären Vergleich. Bielefeld: transcript. <https://doi.org/10.25595/379>
- Henrich, J./Heine, S.J./Norenzayan, A. (2010): The Weirdest People in the World? In: *RatSWD Working Paper Series*, H. 139.
- Hilger, A./Rose, M./Wanner, M. (2018): Changing Faces: Roles of Researchers in Real-world Laboratories. In: *GAIA*, H.27, S. 138-145.
- Israel, B.A./Eng, E./Schulz, A.J./Parker, E.A. (2005): *Methods in Community-Based Participatory Research for Health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Israel, B.A./Schulz, A.J./Parker, E.A./Becker, A.B. (1998): REVIEW OF COMMUNITY-BASED RESEARCH: Assessing Partnership Approaches to Improve Public Health. In: *Ann. Rev. Public Health*, H. 19, S. 173-202.
- Klocke-Daffa, S. (2019): Angewandte Ethnologie – Zwischen anwendungsorientierter Wissenschaft und wissenschaftsorientierter Praxis. In: Klocke-Daffa, S. (Hrsg.): *Angewandte Ethnologie. Perspektiven einer anwendungsorientierten Wissenschaft*. Wiesbaden: Springer, S. 3-76.
- Köckler, H./Berkemeyer, S./Falge, C./Faller, G., Jahnsen, K., Fehr, J., Mikhof, A., Marla-Küsters, S., Schmidt, C., Schmidt, M.-S., Segmüller, T., Simon, D., Trümner, A., van Essen, F. & Wessels, M. (2018): Community Health: Ein zukunftsweisendes Themen- und Handlungsfeld etabliert sich in Deutschland. In: *sicher ist sicher*, H. 69, S. 198-199.
- Low, S.M./Merry, S.E. (2010): Engaged Anthropology: Diversity and Dilemmas. An Introduction to Supplement 2. In: *Current Anthropology*, H. 51, S. 204-224.
- Michaels, J.A. (2020): Potential for epistemic injustice in evidence-based healthcare policy and guidance. In: *Journal of Medical Ethics*, S. 1-6. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106171>

- Pellegrino, E. D. (1992): *InterSections of Western Biomedical Ethics and World Culture: Problematic and Possibility*. In: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, S. 191-196.
- Resnicow, K./Page, S. E. (2008): *Embracing chaos and complexity: a quantum change for public health*. In: *American journal of public health*, H. 98, S. 1382-1389. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.129460>
- Sackett, D. L./Rosenberg, W. M./Gray, J. A./Haynes, R. B./Richardson W. S. (1996): *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. *British Medical Journal*, H. 312, S. 71-72.
- Samerski, S. (2019): *Health literacy as a social practice: Social and empirical dimensions of knowledge on health and healthcare*. In: *Social Science & Medicine*, H. 226, S. 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.02.024>
- Schaefer, I./Narimani, P. (2021): *Ethische Aspekte in der partizipativen Forschung – Reflexion von Herausforderungen und möglichen Beeinträchtigungen für Teilnehmende*. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, H. 64, S. 171-178. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03270-0>
- Sjöberg, J. (2008): *Ethnofiction: Drama as Creative Research Practice in Ethnographic Film*. In: *Journal of Media Practice*, H. 9, S. 229-242.
- Smith, L. T. (2017): *Decolonizing Methodologies: Research and Indigenous Peoples*. London: Zed Books Ltd.
- Tracy, M./Cerdá, M./Keyes, K. M. (2018): *Agent-Based Modeling in Public Health: Current Applications and Future Directions*. In: *Annual review of public health*, H. 39, S. 77-94. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-014317>
- Viswanathan, M./Ammerman, A./Eng, E./Gartlehner, G./Lohr, K. N./Griffith, D./Rhodes, S., Samuel-Hodge, C./Maty, S./Lux, L./Webb, L./Sutton, S. F./Swinson, T./Jackman, A./Whitener, L. (2004): *Community-based Participatory Research: Assessing the Evidence*. In: *Evidence Report/Technology Assessment (Summary)*, H. 99.
- von Unger, H. (2012): *Partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran?* In: *Forum Qualitative Sozialforschung*, H. 13, Artikel 7.
- von Unger, H./Odukoya, D./Scott, P. (2016): *Kategorisierung als diskursive Praktik: Die Erfindung der „Ausländer-Tuberkulose“*. In: S. Bosančić & R. Keller (Hrsg.): *Perspektiven wissenssoziologischer Diskursforschung: Theorie und Praxis der Diskursforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 157-176. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-13610-99>
- Wigginton, B./Lafrance, M. N. (2019): *Learning critical feminist research: A brief introduction to feminist epistemologies and methodologies*. In: *Feminism & Psychology*, S. 1-17. <https://doi.org/10.1177/0959353519866058>

Beratung im Rahmen von Community Health: Herausforderungen und Chancen

Anna Mikhof, Leonie Wieners

Zusammenfassung

Das etablierte Tätigkeitsfeld der Beratung ist durch interdisziplinäre und multiprofessionelle Herangehensweisen gekennzeichnet. Im Rahmen von Community Health entfalten insbesondere solche Beratungsansätze ein beachtliches Potential, die kontextsensible, diversity- und ressourcenorientierte sowie personenbezogene Perspektiven und Interventionen integrieren. Die Entwicklung von einer sogenannten diversity-sensiblen Beratung kann in diesem Zusammenhang vielversprechend sein. Erste Ansätze mit Bezug zu Community Health und Diversity werden kurz umrissen.

Abstract

The established field of counseling is characterized by interdisciplinary and multiprofessional approaches. In the context of community health, especially those approaches to counseling that integrate context-sensitive, diversity- and resource-oriented as well as person-centered perspectives and interventions unfold considerable potential. The development of so-called diversity-sensitive counseling can be promising in this context. Initial approaches related to community health and diversity are briefly outlined.

1. Die Ausdifferenzierung der Beratung als Tätigkeitsfeld

Beratung kann als eine „fachkundige Partnerschaft auf Zeit“ (Schubert/Rohr/Zwicker-Pelzer 2019, S. 17) verstanden werden. Dabei wird innerhalb eines psychosozialen, pädagogischen, bildungs- oder berufsspezifischen Kontextes Unterstützung bei der Lösung von Problem- und Konfliktsituationen, bei der Förderung und Entfaltung von Kräften und Potenzialen sowie bei der Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen angeboten. Vor dem Hintergrund dessen, dass sich die thematischen Inhalte der Beratung auf Fachgebiete der Psychologie, Soziologie, Philosophie, Pädagogik, Theologie, Politik- sowie Rechtswissenschaften u. a. erstrecken können, ist es empfehlenswert, Beratung

insbesondere ausgehend von einem interdisziplinären und multiprofessionellen Grundsatz zu verstehen (vgl. Moldaschl 2009).

Die Verortung in vielfältigen Domänen hat zur Folge, dass Beratung lange Zeit nicht als eine eigenständige Profession, sondern als ein Teilbereich größerer Disziplinen angesehen wurde. Erst 2004 schlossen sich diverse Fach- und Berufsgruppen zur Deutschen Gesellschaft für Beratung, kurz DGfB, zusammen, die einen Dachverband für aktuell 24 Fachverbände darstellt. Ihr Ziel ist die Etablierung eines theoretischen und praktischen Orientierungsrahmens für Beratungsangebote, die Ausweitung eines multidisziplinären Wissenschaftsverständnisses als Forschungsgrundlage und die Qualitätssicherung diverser Beratungsangebote durch Zertifizierungen und Weiterbildungen (DGfB 2003).

Zur Einordnung des Tätigkeitsfeldes der Beratungspraxis ist die Betrachtung der abgrenzenden Aspekte zur Therapie essentiell. Wurden Therapie und Beratung vor einiger Zeit noch als synonyme Begrifflichkeiten verwendet, sind sie spätestens seit der Einführung des Psychotherapeutengesetzes in Deutschland aufgrund der Schwere des auftretenden Krankheitswertes der jeweiligen Klientel deutlich voneinander zu unterscheiden (Grolimund 2017).

Klient*innen, die eine Beratung aufsuchen, unterscheiden sich von Therapie-suchenden durch einen durchschnittlich geringeren Leidensdruck sowie eine weniger intensive Einschränkung ihres alltäglichen Lebens. Auch zeigen sich typische Fragestellungen einer Beratung oftmals weitaus differenzierter, sodass anstatt eines schemenhaften Wunsches nach Symptomreduzierung (z.B. „Ich möchte weniger depressiv sein“), die Vorstellung besteht eine konkrete Veränderung in lebens- oder arbeitsbezogenen Situationen zu erreichen oder bestimmte Kompetenzen zu erlernen (z.B. „Ich möchte neue Kompetenzen als Führungskraft erlernen“ oder „Ich möchte eine Entscheidung für meinen akademischen Werdegang treffen“). Treten in einer Beratung starke psychische Belastungen zutage, ist es die Aufgabe der Berater*innen diese zu erkennen und an entsprechende Expert*innen zu verweisen (McLeod 2013).

Eine respekt- und verständnisvolle Gesprächsführung, die eine vertrauensvolle Atmosphäre zur Thematisierung persönlicher Probleme herstellt und die Lösung im Dialog sucht, ist sowohl einer beraterischen als auch einer therapeutischen Herangehensweise inhärent (Nestmann 1998). Anders als bei der Therapie, in der oftmals die zugrundeliegenden theoretischen Behandlungsmodelle namensgebend sind (z.B. Verhaltenstherapie, Schematherapie, Psychoanalytische Therapie), sind in der Beratung die inhaltlichen Konzepte bezeichnend. An Berater*innen werden zudem Erwartungen in Bezug auf Kenntnisse in einem bestimmten Fachbereich gestellt. So kann fachgerecht zu dem wahrgenommenen Grundproblem zum Beispiel eine Lebens-, Ehe-, Familien-, Schul-, Studien-, Berufs-, Ernährungs-, Unternehmens-, Schulden- oder Erziehungsberatung aufgesucht werden (Schubert/Rohr/Zwicker-Pelzer 2019).

Zusammenfassend können die Aufgabenfelder der Beratung folglich angesiedelt werden: 1) Prävention und Vorsorge, 2) Förderung von Kräften und Entwicklungspotenzialen sowie Lebenslaufbegleitung, 3) Unterstützung in Bewältigungs- und Rehabilitationsfragen und 4) Informationsvermittlung sowie Planungs- und Entscheidungshilfe (Nestmann 2007).

2. Beratungsansätze und ihre Bezüge zu Community Health und Diversität

In der Beratung Tätige können sich an einer Vielfalt von Ansätzen bedienen. Diese können aus einer psychosozialen Perspektive erfolgen, vermittlungs-, verhaltens- oder handlungsorientiert sein oder innerhalb eines systemischen Rahmens, also den Kontext oder alle Beteiligten berücksichtigend, verankert sein (Schubert/Rohr/Zwicker-Pelzer 2019). Mit Bezug dazu, dass die Ausgangslage der Klient*innen im Rahmen der Beratung nicht in ein diagnostisches Bild eingeordnet werden muss und anknüpfend an die Leitkonzepte von Community Health (s. den Beitrag dazu), kann die subjektive Lebenswelt der Beratungssuchenden durch die Erforschung von Bedürfnissen, Verhältnissen, Konflikten und Ressourcen kontextorientiert erkundet werden (z.B. McLeod 2013). Auch mit Blick auf die Methoden und ihre Ungebundenheit an ein zugrundeliegendes Theorem können Berater*innen und Klient*innen in gegenseitiger Abstimmung jegliche Ressourcen und Methoden auswählen, einsetzen und kombinieren, die sich aus der Betrachtung der individuellen Lebenswelt heraus ergeben (Sporré 2020). Die hierfür nötige Auseinandersetzung mit der individuellen Lebenswelt sowie der Verortung der Klient*innen in ebendieser erfährt jedoch nicht in allen Beratungsansätzen gleichermaßen Beachtung. Gerade solche Ansätze, die therapeutischen Schulen entstammen, sind vornehmlich individuumsbezogen ausgerichtet (eine Ausnahme bildet die systemische Beratung, s. Beitrag Berchem, Falge und Pajonk) und laufen Gefahr die Zusammenwirkung zwischen Individuum und Umwelt in den Hintergrund rücken zu lassen (Schubert/Rohr/Zwicker-Pelzer 2019).

Eine professionelle und unterstützende Beratung ist insofern mit dem Anspruch verbunden flexibel, kontextsensibel, ressourcenorientiert und personenbezogen auf das jeweilige Beratungsthema zu reagieren. Die vom raschen sozialen Wandel geprägte Gesellschaft stellt die Beratungsdienste vor bestimmte Herausforderungen: Durch die wachsende Diversität in der Bevölkerung und die Pluralität von Lebensentwürfen werden auch die Anforderungen an die professionelle Beratung immer komplexer. In Beratungsstellen finden sich Menschen unterschiedlicher ethnischer Herkunft, Kultur und Religion, unterschiedlichen Alters und Geschlechts, unterschiedlicher Bildungslevels und sozioökonomischer Status, von unterschiedlichen Behinderungen oder Beeinträchtigungen betroffen, inter- oder transgeschlechtlich lebend und von homo-, bi- oder heterosexueller

Orientierung ein (DGfB 2015; Weinrach/Thomas 1998). Hinzu kommt, dass die stetig zunehmende Komplexität in vielen Lebensbereichen sowie das Wegbrechen bisheriger gesellschaftlicher Orientierungsrahmen bei vielen Menschen zu Unsicherheit und Stress führen, was sich an dem Aufwärtstrend psychischer Belastungen in der Allgemeinbevölkerung beobachten lässt und mit einem zusätzlich erhöhten Beratungsbedarf einhergeht (DGfB 2015). Vor diesem Hintergrund ist es unabdingbar, dass Beratungsstellen die Aufgabe wahrnehmen, auf die Diversität der Lebenswelten ihrer Klient*innen zu reagieren, einen kompetenten, sensiblen und diversity-gerechten Umgang in der Beratungspraxis zu verankern und somit zielgruppenspezifische professionelle Hilfeleistungen für alle Klient*innen-Gruppen zu gewährleisten.

3. Aktuelle Herausforderungen beraterischer Herangehensweisen

Obwohl die Beratung in Deutschland eine lange Praxistradition vorweist, erfolgt die Eingliederung diversity-bezogener Aspekte in Aus- und Weiterbildungsstrukturen schleppend (z. B. Kunze 2018). Der Anspruch an eine ganzheitliche, kontextbezogene Perspektive bleibt für Minderheitsgruppierungen verschiedenster Art eher unerfüllt. Besonders sichtbar wird dies an den Defiziten in der zielgruppenspezifischen Arbeit mit Migrant*innen und Angehörigen ethnischer Minderheiten.

Die Gründe hierfür sind vielfältig. Zum einen müssen Möglichkeiten zur Überwindung von Sprachbarrieren gefunden werden, die sowohl den Zugang zu Beratungsmöglichkeiten als auch den praktischen Beratungsverlauf erschweren können. Lange Zeit war es beinahe unmöglich, eine bilinguale Beratung oder ein muttersprachliches Beratungsangebot für Klient*innen zu organisieren, selbst wenn diese einer der größeren Minderheitsgruppierungen in Deutschland angehörten (ebd.). Dieses Defizit wird erst in den letzten Jahren mit der stetigen Zunahme von Muttersprachler*innen ethnischer Minoritäten als u. a. Berater*innen aufgearbeitet. Einige Fachverbände, wie der Deutsche Arbeitskreis für Jugend-, Ehe- und Familienberatung, betonen deswegen die Relevanz für interdisziplinäre Teams, die diverse ethnische, kulturelle und religiöse Zugehörigkeiten aufweisen (DAKJEF 2009). Zum anderen mangelt es an der Berücksichtigung und Vermittlung kultursensibler Herangehensweisen sowohl im Rahmen von Beratungen zwischen deutschen Berater*innen und Klient*innen anderer ethnischer Zugehörigkeit als auch im Rahmen von Beratungen zwischen Berater*innen mit Migrationshintergrund und Klient*innen ohne Migrationshintergrund (Kunze 2018). Zudem erweisen sich die (implizit) praktizierte organisationale Kultur und entsprechende Normen, Präferenzen und Erwartungen in der psychosozialen Versorgung als Barrieren für die Berücksichtigung von und das Eingehen auf Diversität: Desai

und Kolleg*innen (2021) konnten zeigen, dass die organisationale Kultur von Gesundheitsversorgungseinrichtungen – trotz implementierter Innovationen – implizit auf Patient*innen und Klient*innen ausgerichtet war, die ein effizientes Funktionieren des etablierten Versorgungssystems ideal unterstützten. Beispielsweise gaben sie eine Krankheit zu, akzeptierten ohne Weiteres die angebotenen Dienstleistungen und hatten eine individuumsbezogene Orientierung. Dieser Bias kann dazu führen, dass Innovationsimplementierungen – sowohl patient*innen-zentrierte als auch auf Disparitäten ausgerichtete – beeinträchtigt werden. Im Rahmen diverser interkultureller Untersuchungen kristallisierte sich ebenfalls heraus, dass professionelle Beratungsangebote stark individuumszentriert und limitiert durch ein individualistisches Verständnis geprägt sind (z. B. Sickendiek 2006; Simon et al. 2011).

Sowohl Beratungs- als auch Therapieangebote werden u. a. aus den oben genannten Gründen nicht von allen Gruppierungen, die sich in ihrer ethnischen, kulturellen oder sozialen Zugehörigkeit unterscheiden, gleichermaßen aufgesucht (Eickhorst et al. 2016; Ta et al. 2015). Die ungleichmäßige Inanspruchnahme von Beratungsdiensten erschwert zusätzlich die Kenntniserwerb und Sensibilisierung für die Arbeit mit unterrepräsentierten Gruppen.

4. Anforderungen an eine diversity-sensible und Community-Health-orientierte Beratung

Im Zusammenhang mit den oben geschilderten Aspekten scheint Diversity-Kompetenz, als die generelle Fähigkeit, Klient*innen mit unterschiedlichen Herkünften oder Sozialisations- und Glaubenssystemen, die sich von unseren eigenen unterscheiden, zu verstehen und einzubeziehen, unabdingbar zu sein (z. B. Gaztambide 2019). Neben kulturellen Aspekten und Unterschieden sowie anderen Kategorien von Verschiedenheit (z. B. Geschlecht, Lebensalter, Bildung) als Teil von Diversität sollte nicht unberücksichtigt bleiben, dass auch systemische und wirtschaftliche Kräfte Themen und Probleme von Klient*innen prägen und Berater*innen-Klient*innen-Interaktionen beeinflussen können. So können strukturelle Ungleichheiten die Fähigkeit von Betroffenen beeinträchtigen, anderen zwischenmenschlich und im Rahmen von kulturell unterschiedlichen Kontexten zu vertrauen. In diesem Zusammenhang können Beratungsprozesse als Beziehungsprozesse darauf hinwirken, sowohl individuell als auch systemisch, Auswirkungen von Ungleichheit in den Blick zu nehmen und durch die Wiederherstellung von Vertrauen auf Veränderungen hinzuarbeiten (ebd.).

Im Rahmen von beraterischen und therapeutischen Prozessen erweist sich Diversity-Kompetenz vielfach als ein essentieller Faktor für den Erfolg der professionellen Unterstützung. So kann Diversity-Kompetenz die Effektivität von Interventionen erhöhen, indem eine kontextuelle Anpassung an kulturelle, soziale

und politische Wirklichkeiten der Klient*innen hergestellt wird und damit eine Annäherung hinsichtlich des Erlebens zwischen Klient*in und Berater*in oder Therapeut*in auf der Beziehungsebene erfolgen kann. Intrapersonell führt dies eher zu Verständnis, Vertrauen, Glaubwürdigkeit und Empowerment (Chu et al. 2016; Gaztambide 2019; Grimmitt et al. 2011). Demnach kann Diversity-Kompetenz als ein dynamischer Prozess verstanden werden, wobei soziale, kulturelle und historische Schemata und Mythen hinsichtlich des Problemthemas der Klient*innen gemeinsam respektvoll erforscht und überprüft sowie konstruiert und rekonstruiert werden. Empathie und die Anerkennung von Diversity-Erfahrungen der Klient*innen können hierbei zentral hinsichtlich des Erfolgs der Beratung sein, indem sie sowohl Klient*innen als auch Berater*innen für neue Sichtweisen sensibilisieren und öffnen, was zur Transformation, Neuordnung und Perspektiverweiterung des belastend Erlebten beitragen kann (Gaztambide 2019; Grimmitt et al. 2011).

Wesentliche Aspekte einer diversity-sensiblen Beratung sind vor diesem Hintergrund (1) Verständnis und Wertschätzung von Diversität, (2) die besondere Betonung der Erfahrungen und Ansichten von Klient*innen mit dem Fokus auf Ressourcenorientierung und Empowerment, (3) egalitäre Beziehungsgestaltung mit entsprechender Sensitivität für Machtverhältnisse und -asymmetrien, (4) Erforschung und Berücksichtigung sich überschneidender sozio-kultureller Identitäten, (5) Sensitivität für die eigenen (sozio-kulturellen) Prägungen und Befangenheiten sowie deren Auswirkungen auf die Beratungsarbeit mit Klient*innen, (6) Schwerpunktsetzung auf Veränderung statt auf Adaptation, (7) besondere Berücksichtigung des Zusammenwirkens von Individuum und Umwelt (Enns 2004, zit. nach Frey 2013; Kunze 2018).

4.1 Kultursensible Herangehensweisen

Die am häufigsten berücksichtigte Kategorie der Verschiedenheit in Beratungsansätzen bezieht sich auf kulturelle Kompetenz.

Alle Beratungstheorien und -ansätze können als Kulturprodukte angesehen werden, da sie durch die Wirklichkeitskonstruktionen und -deutungen aus der Entstehungskultur gefärbt sind (Rechtien 2014). Mittels Sprache, die „die grundlegenden Dimensionen menschlicher Erfahrung prägt: Raum, Zeit, Kausalität und die Beziehung zu anderen“ (Boroditsky 2012, S. 31), werden Realitätskonstruktionen in Entwicklungs- und Veränderungsprozesse der Beratung übermittelt. So können sprachliche Unterschiede essentiell das Erinnern, Bewerten sowie die Wiedergabe des Erlebten und des Thematisierten beeinflussen (Fausey et al. 2010, zit. nach Rechtien 2014). Bereits scheinbaren Selbstverständlichkeiten oder allgemein gültigen Konzepten wie Beziehung, Gesundheit oder Verantwortung können unterschiedliche Wirklichkeitskonstruktionen

zugrunde liegen. Dies kann sich auch in differierenden Erwartungen, z. B. hinsichtlich einer guten Berater*in-Klient*in-Beziehung, adäquater Ziele und der Einschätzung des Beratungserfolgs, niederschlagen (Rechtien 2014). Hier bedarf es kontinuierlich eines besonderen Bewusstseins und einer verstärkten Achtsamkeit seitens der Berater*innen, um Erfahrungskontexte adäquat und zielführend in Beratungsprozessen zu thematisieren und zu berücksichtigen. Dabei spiegeln die meisten Beratungsansätze als ursprünglich westliche Produkte vielfach den individualistischen Ethos der westlichen Welt. In diesem Zusammenhang erscheint es offenkundig, dass auch die Akzeptanz beraterischer Herangehensweisen stark kulturell gefärbt ist: Während beispielsweise in High-Context-Kulturen systemische Ansätze durchaus im Sinne der traditionellen Fokussierung auf Beziehungen und das Wir-Gefühl Anklang finden, erfahren individuumsbezogene Ansätze, die Selbstbestimmungsprozesse im Blick haben, weniger Resonanz (z. B. Simon et al. 2011). Dies kann in Beratungen insofern herausfordernd sein, als dass die Rollendefinition von nordamerikanischen und/oder westeuropäischen Berater*innen (Low-Context-Kulturen) mit ihrem Fokus auf Autonomie und Individualität in einer Kontroverse zum Selbstverständnis von Klient*innen aus Asien, Afrika oder Lateinamerika (High-Context-Kulturen), mit ihrer Ausrichtung auf Interdependenz und der Orientierung des eigenen Verhaltens an den Erwartungen und Bedürfnissen anderer (z. B. Mikhof 2016), stehen können. „Kulturspezifische Differenzen zu vernachlässigen, kann – etwas überspitzt gesagt – als eine Form kultureller Kolonisierung angesehen werden und ist ebenso problematisch wie der ‚gegenläufige‘ Prozess der Verdeckung sozialer Ungleichheit durch Ethnisierung.“ (Rechtien 2014, S. 339) Vor diesem Hintergrund sollten bei der Auswahl und Umsetzung beraterischer Herangehensweisen, Ansätze und Interventionen darauf geachtet werden, inwiefern diese geeignet, transferierbar und konfigurierbar für die Beratungssuchenden sind.

Nach Sue und Sue (2008) umfasst multikulturelle Beratungskompetenz drei Aspekte: Bewusstsein, Wissen und Fertigkeiten. Der erste Aspekt bezieht sich auf die Steigerung des Bewusstseins hinsichtlich eigener soziokultureller Prägungen und der damit einhergehenden implizit erlernten Weltanschauungen, Vorurteilen und Glaubenssätzen sowie auf das Zusammenspiel derselben mit den Prägungen der Klient*innen (Sue 2001, zit. nach Johnson/Jackson Williams 2015). Der zweite Bereich umfasst die Integration von Wissen über kulturelle Gruppen (z. B. sozio-politische Geschichte oder psychosoziale Normen) mit dem Wissen über Beratungstheorien (Sue/Sue 2008). Drittens sind Fähigkeiten essentiell, die es erlauben, mit kulturell diversen Klient*innen zu arbeiten, indem beraterische Interventionen entsprechend angepasst werden (ebd.). Chu und Kolleg*innen (2016) weisen darauf hin, dass kulturelle Beratungskompetenz insbesondere aufgrund von folgenden Aspekten ihre Wirkung entfaltet: Eine kontextuelle Übereinstimmung mit den Realitäten der Klient*innen, eine im Mikrosystem der beraterischen Beziehung erlebte Übereinstimmung und das Gefühl der

Klient*innen verstanden zu werden sowie Empowerment zu erfahren. Um kulturelle Kompetenz zu entwickeln, bedarf es „self-examination, commitment, and transformation“ (Fowers/Davidov 2006, S. 593).

4.2 Systemische Herangehensweisen

Mittels systemischer Beratungsansätze lässt sich in Kombination mit der oben erwähnten multikulturellen Kompetenz Diversität förderlich entfalten. Allerdings bedarf es hier vor dem Hintergrund des bewussten Umgangs mit Vielfalt, der dadurch aufkommenden Komplexitätssteigerung und Vielschichtigkeit sowie der stärkeren Vernetzung der zu berücksichtigenden Aspekte einer achtsamen Auswahl der Interventionen sowie ihrer eventuellen Modifikation. Eybl und Kaltenecker (2009) sprechen in diesem Zusammenhang von diversitätsbewussten Interventionen systemischer Beratung. Ein breites Repertoire an systemischen Fragen oder erlebnisorientierten Interventionen kann dynamisch dazu beitragen, unterschiedliche Perspektiven zu erkunden, sie förderlich und zielführend zu nutzen und damit die Möglichkeiten und den Aktionsradius im System produktiv zu amplifizieren. So können beispielsweise zirkuläre Fragen Optionen eröffnen, Dilemmata oder festgefahrene Problemmuster beweglich werden zu lassen. Währenddessen können hypothetische Fragen dabei behilflich sein, Regeln, Attributionen und ihre Wirkungen in sozialen Systemen offen zu legen sowie sie zu verflüssigen und neue Möglichkeiten und Perspektiven aufzuzeigen (z. B. von Schlippe/Schweitzer 2016).

Erlebnis- oder bewegungsorientierte Interventionen wie beispielsweise die Arbeit mit der Timeline oder mit vielfältigen Bodenankern, Aufstellungsarbeit oder Skulpturen erlauben es Exklusionserfahrungen, eingespielte Muster, Konflikte, schwierige und aufgeladene Situationen mit Blick auf Diversität lösungsermöglichend und konstruktiv anzugehen (Eybl/Kaltenecker 2009). Der Nutzen der systemischen Herangehensweisen kann im Zusammenhang mit Diversität durchaus umfassend sein:

„Ein systemtheoretisches Verständnis von Komplexität hilft beim Management diversitätsbedingter Konflikte.“ (Eybl/Kaltenecker 2009, S. 115)

„Ein systemisches Interventionsverständnis schafft die Basis für einen respektvollen Umgang mit Diversität.“ (Eybl/Kaltenecker 2009, S. 116)

„Die systemische Schleife [systemisches Fragen] hilft bei der diversitätsbewussten Gestaltung von Beratungsdesigns.“ (Eybl/Kaltenecker 2009, S. 117)

„Der systemische Einsatz von Interventionstechniken sorgt für wirkungsvolle Auseinandersetzungen mit Vielfalt.“ (Eybl/Kaltenecker 2009, S. 117)

Mittels systemischer Herangehensweisen lässt sich die Veränderungsresistenz in komplexen Systemen oder von bestimmten systemischen Elementen zwar nicht eliminieren, allerdings kann das Verpuffen intendierter oder beiläufiger Interventionen eher verringert werden, als wenn rein individuumsbezogene und an Diversität nicht angepasste Interventionen eingesetzt werden (ebd.).

4.3 Herangehensweisen des Peer-Counselings

Einen anderen wesentlichen Beratungsansatz mit Fokus auf Diversity bzw. die Bedarfe und Bedürfnisse von marginalisierten Gruppen stellt das Peer-Counseling dar. Dies ist eine Form der Beratung, bei der Menschen mit denselben Beeinträchtigungen und aus ähnlichen Lebenssituationen heraus mit ihrem Erfahrungswissen die Peers beraten, unterstützen und stärken. Der Ansatz greift den Gedanken auf, dass Betroffene über ihr Leben selbst bestimmen möchten und insbesondere solche Beratungen positiv annehmen, bei denen sie sich verstanden und ernst genommen fühlen (z. B. Janhsen/Mikhof/Walter-Klose/Herterich 2020). Diese Herangehensweise richtet ihren Fokus auf solche Elemente wie aktives Zuhören, Empowerment und bevormundungsfreier Support.

Das Peer-Counseling stellt eine wesentliche Säule in der gesundheitsbezogenen und sozialrechtlichen Unterstützung dar und stärkt im Sinne der Selbsthilfe und Selbstbestimmung die Betroffenen. Eine leicht zugängliche und gut nutzbare Peer-Beratung(-sstruktur), die eine kompetente und qualifizierte Unterstützung bietet sowie gleichzeitig ein Gefühl vermittelt, das nicht über die Betroffenen hinweg entschieden, geurteilt und gehandelt wird, ist trotz verschiedener Empowerment-Ansätze und der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung jedoch kaum vorzufinden (ebd.).

5. Zusammenfassung

Insgesamt zeichnet sich ab, dass im Rahmen von Community Health und Diversity insbesondere solche Beratungsansätze sich als produktiv und Zuspruch findend erweisen (ebd.), die im Sinne der Lebenswelt- und Diversity-Orientierung, des Empowerments sowie der Ressourcenorientierung (s. den Beitrag zu Leitkonzepten) ausgerichtet sind. Herangehensweisen des Peer-Counselings sowie diejenigen aus systemischer Sicht und mit Blick auf Kultursensibilität tragen besonders zur stärkeren Berücksichtigung von Diversity-Sensibilität in Beratungen bei. Durch das bewusste Wahrnehmen und Berücksichtigen der systemischen Charakteristik von Problemen können systemische Ungerechtigkeiten aufgedeckt werden. Mit Blick auf das Systemverständnis ist es möglich Interventionen zu

entwickeln und einzusetzen, die neben individuellen Veränderungen auch positive soziale Veränderungen und somit soziale Gerechtigkeit fördern.

Literatur

- Boroditsky, L. (2012): Wie die Sprache das Denken formt. In: *Spektrum der Wissenschaft* 4, S. 30-33.
- Chu, J./Leino, A./Pflum, S./Sue, S. (2016): A model for the theoretical basis of cultural competency to guide psychotherapy. In: *Professional Psychology: Research and Practice* 47, H. 1, S. 18-29.
- DAKJEF -Deutscher Arbeitskreis für Jugend-, Ehe- und Familienberatung (2009): Fachliche Empfehlungen für eine migranten- und kultursensible institutionelle Beratung. http://www.dakjef.de/pdf/Fachl_Empf_migrationsensible_Beratung.pdf (Abfrage: 20.03.2021)
- Desai, M./Paranamana, N./Restrepo-Toro, M./O'Connell, M./Davidson, L./Stanhope, V. (2021): Implicit organizational bias: Mental health treatment culture and norms as barriers to engaging with diversity. In: *American Psychologist* 76, H. 1, S. 78-90.
- DGfB – Deutsche Gesellschaft für Beratung e. V. (2003): *Beratungsverständnis*. http://dachverband-beratung.de/dokumente/DGfB_Beratungsverstaendnis.pdf. (Abfrage: 20.03.2021)
- DGfB – Deutsche Gesellschaft für Beratung e. V. (2015): *Mehr gute Beratung im Gesundheitswesen. Positionspapier*. https://dachverband-beratung.de/dokumente/DGfB_Positionspapier_Beratung_im_Gesundheitswesen.pdf. (Abfrage: 20.03.2021)
- Eickhorst, A./Schreier, A./Brand, C./Lang, K./Liel, C./Renner, I./Neumann, A./Sann, A. (2016): Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. In: *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 59, H. 10, S. 1271-1280.
- Eybl, S./Kaltenecker, S. (2009): „Walk a mile in my shoes“. Systemische Beobachtungen von Diversität. In: Abdul-Hussein, S./Baig, S. (Hrsg.): *Diversity in Supervision, Coaching und Beratung*. Wien: Facultas WUV Universitätsverlag, S. 92-120.
- Fowers, B. J./Davidov, B. J. (2006): The virtue of multiculturalism: Personal transformation, character, and openness to the other. In: *American Psychologist* 61, H. 6, S. 581-594.
- Frey, L. L. (2013): Relational-cultural therapy: Theory, research, and application to counseling competencies. In: *Professional Psychology: Research and Practice* 44, H. 3, S. 177-185.
- Gaztambide, D. J. (2019): Reconsidering culture, attachment, and inequality in the treatment of a Puerto Rican migrant: Toward structural competence in psychotherapy. In: *Journal of Clinical Psychology* 75, H. 11, S. 2022-2033.
- Grimmett, M. A./Locke, D. C./Rowley, A. S./Spencer, N. F. (2011): Multiculturalism and diversity in counseling. In: Palmo, A. J./Weikel, W. J./Borsos, D. P. (Hrsg.): *Foundations of mental health counseling*, 4. Auflage. Springfield, IL, US: Charles C Thomas Publisher, S. 114-134.
- Grolimund, F. (2017): *Psychologische Beratung und Coaching*. Bern: Hogrefe.
- Janhsen, K./Mikhof, A./Walter-Klose, C./Herterich, U. (2020): *Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines Konzeptes zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung für Menschen mit Dysmelie zur nutzer- und bedarfsorientierten Unterstützung in Zusammenhang mit Gesundheit und Pflege*. Bochum: Hochschule für Gesundheit.
- Johnson, A./Jackson Williams, D. (2015): White racial identity, color-blind racial attitudes, and multicultural counseling competence. In: *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology* 21, H. 3, S. 440-449.
- Kunze, N. (2018): *Kultur- und gesellschaftssensible Beratung von Migrantinnen und Migranten*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- McLeod, J. (2013): *An introduction to counselling*. 5. Auflage. Berkshire: Open University Press.
- Mikhof, A. (2016): *Selbstkonstruktion, Stress und Coping im Kulturvergleich: Ihre Bedeutung für die Partnerschafts- und Lebenszufriedenheit*. Hamburg: Dr. Kovač.
- Moldaschl, M. (2009): *Beratung als Wissenschaft, als Profession oder Kunst? In Möller, H./Hausinger, B. (Hrsg.): Quo vadis Beratungswissenschaft? Wiesbaden: VS-Verlag, S. 19-41.*

- Nestmann, F. (2007): Beratung im Gesundheitswesen – Maximen und Herausforderungen. In Matzick, S. (Hrsg.): *Zukunftsaufgabe Gesundheitsberatung. Strategien für Gesundheitsberufe. Perspektiven für Patienten und Verbraucher*. Lage: Jacobs Verlag, S. 17-38.
- Nestmann, F. (1998): Beratung als eigenständige Profession. https://dvb-fachverband.de/wpcontent/uploads/2020/07/Nestmann_98.pdf (Abfrage: 20.03.2021).
- Rechtien, W. (2014): Kulturelle Diversität und Realitätsdeutungen – Zur Reichweite von Beratungskonzeptionen. In: *Organisationsberatung, Supervision, Coaching* 21, H. 3, S. 329-341.
- Schubert, F.C./Rohr, D./Zwicker-Pelzer, R. (2019): *Beratung. Grundlagen – Konzepte – Anwendungsfelder*. Wiesbaden: Springer.
- Sickendiek, U. (2006): *Beratung und Diversität: Offenheit für verschiedene Weltansichten*. In: *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis* 4, S. 799-816.
- Simon, F.B./Haaß-Wiesegart, M./Zhao, X. (2011): „Zhong De Ban“ oder: Wie die Psychotherapie nach China kam. *Geschichte und Analyse eines interkulturellen Abenteuers*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Sporré, O. (2020): *Supervision für Mediatorinnen und Mediatoren*. Wiesbaden: Springer.
- Sue, D.W./Sue, D. (2008): *Counseling the culturally diverse: Theory and practice*. 5. Auflage. New York, NY: Wiley.
- Ta, T.M. T./Neuhaus, A.H./Burian, R./Schomerus, G./von Poser, A./Diefenbacher, A./Rössler, B./Dettling, M./Hahn, E. (2015): Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer Versorgung bei vietnamesischen Migranten der ersten Generation in Deutschland. In: *Psychiatrische Praxis* 42, H. 5, S. 267-273.
- Von Schlippe, A./Schweitzer, J. (2016): *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I. Das Grundlagenwissen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Weinrach, S.G./Thomas, K.R. (1998): Diversity-Sensitive Counseling Today: A Postmodern Clash of Values. In: *Journal of Counseling & Development* 76, H. 2, S. 115-122.

Begleitung – neue Wege zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Menschen im höheren Lebensalter

Petra Kolpak, Renate Schramek

Zusammenfassung

Für ältere Menschen mit chronischer Erkrankung ist es herausfordernd, das eigene Leben gesundheitsförderlich zu gestalten. Ihre Gesundheitskompetenz, als Ausdruck von Wissen und Fähigkeit zur Krankheitsbewältigung und -prävention, ist zumeist problematisch. Individuelle Werte, Immobilität, infrastrukturelle Barrieren und das sich stets verändernde Gesundheitssystem tragen zu geringerer Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Behandlungsangeboten bei. Eine Option zur Überwindung dieser Problematik können niedrigschwellige und zugehende Ansätze in Form von peer-gestützten Begleitungsansätzen sein. Auf bestimmte Erkrankungen und Gesundheitsthemen fokussierte Peer-Ansätze zielen auf die Förderung von Gesundheitskompetenz und damit auf die Gesundheitsförderung.

Abstract

Older people with chronic illness find it challenging to shape their own lives in a way that promotes health. Their health literacy, as expression of knowledge and ability to cope with and prevent illness, is mostly problematic. Individual values, immobility, infrastructural barriers and the ever-changing health system contribute to lower uptake of support and treatment services. One support to overcome this problem can be low-threshold and outreach approaches in the form of peer-supported accompaniment approaches. Peer approaches focused on specific diseases and health issues aim to promote health literacy and thus health promotion.

1. Community Health für Menschen im höheren Lebensalter

Community Health, definiert als Perspektive und Handlungsansatz mit dem Ziel gesundheitliche Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention im sozialen Raum oder von spezifischen Gruppen zu stärken, wird hier im Hinblick auf die Gruppe älterer Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf betrachtet. Die Gruppe älterer Menschen mit depressiven Erkrankungen gilt infolge der

spezifischen Merkmalsausprägung als schwer erreichbar („hard to reach“ group, vgl. Gühne et al. 2016, S. 109). Für die Versorgung und Gesundheitsunterstützung sind niedrigschwellige und zugehende Ansätze hilfreich. Mit dem Begleitungsansatz wird eine Interventionsmöglichkeit vorgestellt, die darauf zielt, gesundheitsbezogene Kompetenzen des Einzelnen bzw. in der Gruppe durch gezielte Unterstützung im häuslichen Umfeld zu stärken und so die Gesunderhaltung bzw. den Genesungsverlauf der oft zurückgezogen lebenden Menschen zu fördern. Der Ansatz bezieht sich auf eine Stärkung des Einzelnen in der eigenen Häuslichkeit. Bei der hier fokussierten Gruppe wird deutlich, dass die Lebenssituation durch die i. d. R. bestehende Multimorbidität charakterisiert ist und Unterstützung an den persönlichen Bedarfen und der individuellen Situation ansetzen muss. Der fokussierte Ansatz stammt aus der Geragogik (vgl. Schramek et al. 2021), ist auf seine Wirksamkeit hin beforscht und wird auch in der Gesundheitswissenschaft als passende Intervention eingeschätzt. Die Stärkung der Person und ein gesundheitsbezogenes Handeln werden in Begleitungsprozessen durch Lern- und Reflexionsprozesse angeregt.

2. Multimorbidität im Alter

Das Altern ist ein individueller Veränderungsprozess, der je nach Lebensphase mit neuen Herausforderungen, Entwicklungspotenzialen und Qualitäten einhergeht (vgl. Bubolz-Lutz et al. 2022, Kap. 4). Mit fortschreitendem Alter nehmen jedoch die Gesundheitsprobleme zu, insbesondere im Hinblick auf die Prävalenz von Erkrankungen und deren Genesungsverläufe (vgl. Kuhlmeiy 2015, S. 85 ff.). Oft zeigt sich eine höhere Komplexität aufgrund multipler Beeinträchtigungen – bezeichnet als Co- und Multimorbidität (vgl. Saß et al. 2009, S. 55 ff.). Dabei ist die Unterscheidung zwischen altersbezogenen und krankheitsbezogenen Veränderungen oftmals erschwert: So werden z. B. depressive Symptome im Alter häufiger als „normale“ Veränderung und nicht als pathologisch eingestuft (vgl. ebd., S. 52).

Die Zunahme chronischer Erkrankungen zusammen mit der demografischen Alterung (höhere Lebenserwartung) gilt als eine große Herausforderung für die gesundheitliche Versorgung: Ende 2019 waren rund 3.3 Millionen Menschen ab 65 Jahren im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) pflegebedürftig, fast zwei Drittel davon Frauen, wobei etwa 80 % davon zu Hause versorgt werden, meist durch informell Pflegenden (Angehörige, Familie), häufig ohne professionelle Unterstützung (vgl. Destatis 2020a; Destatis 2020b). Diese Zahlen und damit der Bedarf an Pflege und gesundheitlicher Versorgung werden in den nächsten Jahrzehnten zunehmen, denn der Anteil der über 65-Jährigen wird auf ein Drittel der Gesamtbevölkerung in Deutschland ansteigen (vgl. Hoffmann et al. 2009, S. 26 f.). Schätzungen gehen von über 5 Millionen pflegebedürftigen Menschen im Jahr 2050 aus (vgl. Schwinger et al. 2020, S. 10 f.). Dies untermauert die

Bedeutung tragfähiger Ansätze zur Versorgung und Förderung von Gesundheitskompetenz.

Dies zeigt, Menschen sehen sich im Alter vermehrt der Herausforderung gegenüber, mit unumkehrbaren und wechselhaften körperlichen Zuständen, Veränderungen, Einschränkungen und chronischen Verläufen umzugehen und die damit verbundene komplexe Situation zu bewältigen. Sie müssen Informationen, Hilfe- und Unterstützungsbedarfe erkennen, organisieren und koordinieren können; gleiches gilt für Therapiebedarf, Heil- und Hilfsmittel sowie die Medikamentengabe bzw. -einnahme etc. Erschwerend kommt die Problematik eines zunehmend unübersichtlicher werdenden Gesundheitssystems hinzu (vgl. Schaeffer 2017, Kap. 4.2), während zugleich von jedem Einzelnen erwartet wird, dass er sich als Akteur und Mit-Produzent von Gesundheit einbringt (vgl. Sachverständigenrat 2012, S. 46).

3. Gesundheitskompetenz als Kernkompetenz der Gesundheitsförderung

Als Gesundheitsförderung werden alle Maßnahmen zur Steigerung und Stärkung des größtmöglichen Gesundheitspotentials eines Menschen definiert. Neben der Einflussnahme auf Gesundheitsdeterminanten in Umwelt, Gesellschaft und Politik umfasst die Gesundheitsförderung auch die Stärkung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit (Ottawa-Charta der WHO 1987). In diesem Zusammenhang wird ausdrücklich auch auf die Notwendigkeit der Stärkung von Gesundheitskompetenz hingewiesen (Shanghai Declaration der WHO 2017).

3.1 Konzept der Gesundheitskompetenz

Seit der Einführung des Konzeptes der Gesundheitskompetenz (engl. health literacy) wurden verschiedene theoretische Ansätze formuliert (vgl. Schaeffer/Pelikan 2017; Sørensen et al. 2012). Im Folgenden schließen wir uns der weiten und umfassenden Definition des European Health Literacy Consortium (HLC) an. Demnach ist

„Gesundheitskompetenz [...] verknüpft mit Bildung und 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, welche die Lebensqualität im gesamten Lebensverlauf erhalten oder verbessern.“ (dt. Fassung Kickbusch et al. 2015, S. 6; Sørensen et al. 2012, S. 3)

Neben den persönlichen Fähigkeiten des Menschen zählen auch ein grundlegendes Verständnis der Strukturen des Gesundheitswesens sowie Wissen um Zugangsmöglichkeiten zu Präventions- und Versorgungsangeboten zur Gesundheitskompetenz. Damit bezieht sich diese auch auf das Gesundheitssystem und auf die Passung zwischen Individuen und System, wobei das Individuum vor die Situation gestellt ist, sich das stets vorläufige, weil durch Veränderung geprägte Systemwissen anzueignen.

3.2 Anforderungen an die Gesundheitskompetenz im höheren Lebensalter

Wie für alle Menschen geht es auch im höheren Lebensalter darum, die eigene Gesundheitskompetenz zu erhalten. Die besondere Herausforderung besteht für Ältere darin, dass mit den meist zunehmenden gesundheitlichen Problemen und der höheren Komplexität der eigenen Gesundheitssituation erhöhte Bewältigungsanforderungen bestehen, während die eigenen Ressourcen in der Tendenz abnehmen. Da die Gesundheit an einen gelingenden Ausgleich zwischen inneren und äußeren Anforderungen gebunden ist, der es dem Einzelnen ermöglicht, die Anforderungen im Alltag und im Lebensverlauf mit Lebensfreude zu bewältigen, sind Unterstützungs- und Pflegebedarf als Stressoren anzusehen, die diese Balance aus dem Gleichgewicht bringen können (vgl. Schaeffer/Büscher 2009, S. 449). Chronisch erkrankte Menschen brauchen zudem eine hohe Selbstmanagement-Kompetenz, um gleichsam selbstbestimmt mit ihrer Erkrankung umzugehen. Diese umfasst Fähigkeiten wie Ziele setzen, Probleme lösen, sich Ressourcen aneignen, Entscheidungen treffen und passend dazu handeln. Auch das Vermögen zur Introspektion, Antizipation, Widerstandsfähigkeit und die Aufrechterhaltung der Handlungsfähigkeit schätzt Schaeffer (vgl. 2017, S. 60) als relevante Kompetenzen ein.

Die Gesundheitskompetenz ist im Alter zudem an die jeweiligen Kontextfaktoren (z.B. Versorgungssystem, in Behandlungsprozesse eingebundene Professionen, Gesundheitsinformationen) gebunden und wird durch diese modifiziert (vgl. ebd., S. 60 ff.). Die eigene, durch Erfahrungen, Haltungen und Werte geprägte, im Lebensverlauf entwickelte Perspektive nimmt ebenso Einfluss. Das kann erklären, warum Menschen oder Gruppen aus ihrer Sicht nachvollziehbar bestimmte Entscheidungen treffen, Handlungen ausführen oder sich in bestimmte Situationen begeben: z. B. werden ältere Menschen mit Depression „schlecht erreicht“ und unter die „hard to reach“ groups subsumiert, wenn es um therapeutische Interventionen geht. Auch infrastrukturelle Barrieren oder Immobilität tragen zu geringer Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten bei (vgl. Gühne et al. 2016, S. 109).

3.3 Befunde zur Gesundheitskompetenz im höheren Alter

Im Jahr 2014 wurde im Rahmen des European Health Literacy Survey (HLS-EU) für Deutschland erstmals eine repräsentative Querschnittserhebung der deutschen Bevölkerung ab 15 Jahren zur Gesundheitskompetenz (HLS GER 1) durchgeführt (Schaeffer et al. 2017a). Diese wurde im Jahr 2020 wiederholt (Schaeffer et al. 2020b). Die Befunde beider Erhebungszeiträume belegen eine hohe Zahl chronisch Erkrankter mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz (2014: 72% gegenüber 2020: 75%) (vgl. Schaeffer et al. 2017a, S. 43 ff. und 2020b, S. 7). Weiter zeigt sich, dass die Gruppe der über 65-Jährigen im Vergleich zu anderen Altersgruppen zu beiden Messzeitpunkten jeweils über die geringste Gesundheitskompetenz verfügte (2014: 66% gegenüber 2020: 76%) (vgl. ebd. 2017a, S. 43 ff. und 2020, S. 6). Die erste Erhebung in 2014 weist zudem Unterschiede zwischen den über 65-Jährigen und der noch älteren Gruppe der über 75-Jährigen aus. Sie offenbart damit, dass Menschen im höheren Alter im Vergleich weit häufiger vor bedeutenden Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen stehen (vgl. Vogt et al. 2020, S. 410 f.). Doch es wird angenommen, dass die eingeschränkte Gesundheitskompetenz weniger mit dem Lebensalter, sondern vielmehr durch das Vorliegen chronischer Erkrankung bedingt sei (vgl. Schaeffer et al. 2020a, S. 839 ff.; Techniker Krankenkasse 2016, S. 7). Obwohl Menschen mit chronischen Erkrankungen infolge ihrer Krankheitssituation über eine spezielle Expertise im Umgang mit der Erkrankung und über einen Kompetenzgewinn verfügen müssten, fällt es ihnen offenbar schwer, ihre chronische Erkrankung (z. B. Depression) im Alltag zu bewältigen. Dies gilt insbesondere, wenn infolge der (chronischen) Erkrankung Pflegebedürftigkeit eintritt (vgl. Schaeffer et al. 2017b, S. 140). Gehen damit Selbstversorgungseinbußen einher, werden nahestehende Personen oft zur wichtigsten Betreuungs- und Versorgungsinstanz. Im Hinblick auf das Konzept der Gesundheitskompetenz kommen hier – also mit der Sorge für den Anderen und mit der Pflegeübernahme – relationale Aspekte in den Blick. Was dies bedeutet und wie diese Kompetenzen bspw. in (Familien)Beziehungen ausgeprägt sind – dazu besteht erheblicher Forschungsbedarf – wie auch Schaeffer konstatiert (vgl. 2017, S. 54 f. und 59).

3.4 Lernen im Alter

Die Förderung, Erhaltung und Erweiterung von Gesundheitskompetenz sind an Lern- und Bildungsprozesse gebunden (vgl. Schaeffer et al. 2017b, S. 130). Hier sind Aspekte des Lernens im Alter bzw. von älteren Menschen zu beachten. Die wissenschaftliche Disziplin, die sich damit befasst, ist die Geragogik (vgl. Bubolz-Lutz et al. 2022; Bubolz-Lutz et al. 2010).

Geragogik, als „Bildung im Alter“ bzw. „Altersbildung“, ist eine interdisziplinär ausgerichtete Wissenschaftsdisziplin, mit einer Nähe zur Pädagogik,

Bildungswissenschaft und Gerontologie (ebd. 2022). Bezugnehmend auf das konstruktivistische Paradigma wird Lernen im Alter gefasst als ein Prozess der Aneignung von Fähigkeiten, Fertigkeiten, Verarbeitung von Erfahrungen und Wissen. Das einschlägige Lernverständnis geht von den individuellen Erfahrungen, dem individuellen Erleben, dem eigenen Verstehen und Handeln aus und versteht sich als ein mit steigendem Alter zunehmend vom Lernenden initiiertes, selbstgesteuerter Prozess (vgl. Bubolz-Lutz et al. 2010, S. 15 f.).

Erwachsene und besonders Ältere haben oft das Anliegen, sich auf eine bekannte und bewährte Position zurückzuziehen. Diesem Bedürfnis wird in geragogischen Ansätzen mit dem Bemühen, „sichere und anregende Lernorte“ und eine „angenehme Lernatmosphäre“ zu schaffen, Rechnung getragen. Widerstände und Barrieren im Lernprozess und gegenüber der Aneignung und Erweiterung von Wissen und Fähigkeiten, die sich in Verhaltensänderungen oder Möglichkeiten veränderten Verhaltens niederschlagen, sollen so überwunden werden (vgl. Bubolz-Lutz et al. 2022). Das Lernen geht von den Lebensinteressen des Lernenden aus und erfolgt im sozialen Austausch mit der Umwelt (ebd.). Dabei sind verschiedene Wirkrichtungen denkbar: Lernen im Kontext von Suchbewegungen, zur Orientierung oder im Hinblick auf Wissens- und Kompetenzaaneignung, z. B. in der Interaktion und Konfrontation mit Anderen, durch Wahrnehmen neuer Perspektiven etc. So ist das Lernen in soziale Kontexte eingebunden und durch diese initiiert. Damit kann im Lernprozess eine Störung der bisher wirksamen Wirklichkeitskonstruktionen erfolgen, so dass eine neue Deutung (der vorhandenen Muster) möglich ist; und es kann sich ein neues, verändertes Selbstverständnis entwickeln (vgl. Bubolz-Lutz et al. 2010, S. 16 f.; Siebert 1998, S. 35 ff.). Das an Erfahrungen gebundene Lernen ist zugleich eine Reflexion der Erinnerungen und des bisherigen Selbstwirksamkeitserlebens (vgl. Arnold 2005).

4. Gelernte Begleitung – ein Ansatz zur Gesundheitsförderung

4.1 Förderung der Gesundheitskompetenz im höheren Lebensalter

In den Empfehlungen des „Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ (NAG) (vgl. Schaeffer et al. 2018) wird die Stärkung der Fähigkeit zum Selbstmanagement von Menschen mit chronischer Erkrankung und ihrer Familien als Ziel formuliert. Als Methode wird u. a. die Stärkung von Selbstmanagement durch die Qualifizierung und den Einsatz von „Peers“ zur Förderung der Gesundheitskompetenz genannt, unter Einbezug des Alltagsbereichs der Betroffenen, Familienangehörigen, Freunde und Nachbarschaften (vgl. ebd., S. 47 f.).

Zur Umsetzung der Empfehlungen des NAG und unter Berücksichtigung der Befunde der HLS GER1-Studie erscheint der in der Geragogik etablierte „Begleitungsansatz“ (vgl. Bubolz-Lutz 2022; Schramek et al. 2021) zielführend: Als

zugehendes Angebot angelegt, werden die Begleitenden (Peers) vor ihrem Einsatz entsprechend den spezifischen Anforderungen (Haltung, Kommunikation, Erkrankung etc.) qualifiziert. So können die Begleitenden ein fachliches Verständnis für die Lebenssituation und durch die eigene Erfahrung Glaubwürdigkeit und Authentizität einbringen bzw. aus eigener Erfahrung heraus motivieren (vgl. Backes/Lieb 2015, o. S.). Die Begleiteten werden in ihrer Kompetenzentwicklung und ihrem Selbstwirksamkeitsempfinden gestärkt (vgl. Arnold 2010, S. 174).

Der geragogische Begleitungsansatz zeichnet sich als eine auf die Potenziale und Ressourcen Betroffener gerichtete Begleitung Älterer aus. Zum Einsatz kommen ressourcenaktivierende, kreative, biografische und die Identität stärkende Methoden. Ausgangspunkt ist die Annahme einer lebenslangen Lernfähigkeit und Persönlichkeitsentwicklung, auch bei gesundheitlichen Einschränkungen (vgl. Kliegel et al. 2004). Im individuell gestalteten persönlichen Kontakt werden „Lernimpulse“ und Anregungen zur „Beziehungsarbeit“ gegeben. Dabei werden emotionale und psychosoziale Elemente (Trost, Ermutigung, Erfahrungsaustausch) und kognitive (Informieren, Vorbereitung auf ein Arztgespräch) sowie organisatorische Aspekte (Unterstützungs- und Hilfeleistungen, Einführung in die Nutzung hilfreicher technischer Systeme etc.) einbezogen. So vollzieht sich in der Begleitung ein individueller Lernprozess, der auf eine Kompetenzerweiterung zielt. „Bildung“ kann hier im eigentlichen Sinne erfolgen, insofern Verstehen und darauf bezogenes Handeln möglich werden (vgl. Bubolz-Lutz 2022).

4.2 Vielfalt in den Begleitungsprofilen

Der Begleitungsansatz umfasst ein breites Spektrum unterschiedlicher Profile, wobei sich hinsichtlich der Interventionsabsicht und des Qualifizierungsanspruchs abgestufte Formen finden (vgl. Klie 2013, S. 16 ff.) – nicht alle Formen richten sich auf das Ziel der Gesundheitsförderung durch Kompetenzförderung bzw. das Ansinnen Lernprozesse anzuregen. Mehrere psychosoziale Begleitungsansätze zielen nach einer qualifizierenden Vorbereitung der Begleitenden auf die Stärkung einer spezifischen Gruppe und somit auf Gesundheitsschutz im Bereich Community Health: z. B. „Pflegebegleitung“ zur Stärkung pflegender Angehöriger (vgl. Bubolz-Lutz et al. 2015b), „Patientenbegleitung“ zur Stärkung älterer alleinlebender Menschen (vgl. Bubolz-Lutz et al. 2015a), aufsuchende „Gesundheitsbegleitung“ zur Unterstützung chronisch erkrankter Menschen (vgl. Bertermann et al. 2021; Roth 2020). Letztere zielt vor allem auf die (Wieder-)Aufnahme gesundheitsförderlicher Aktivitäten und Stärkung chronisch Erkrankter. Demgegenüber fokussieren weitere Profile z. B. auf spezifische Erkrankungen wie Demenz oder Schlaganfall etc. oder auch auf bestimmte Themen wie z. B. Bewegungsförderung (vgl. Schaff 2019, o. S.).

4.3 Begleitung getragen durch Engagement

„Begleitung“ erweist sich als ein vielfältig entwickelter Ansatz, der als ganzheitlich angelegtes Konzept häufig im Bereich des freiwilligen Engagements angesiedelt ist und sich auf die Bedarfslagen und die Bedürfnisse der potenziell Nachfragenden ausrichtet. Angebunden sind Begleitungsangebote oftmals bei Trägern der Wohlfahrtspflege, in verbandlichen oder kirchlichen Strukturen, teils auch bei Vereinen oder kommunalen Trägern (z. B. kommunale Agenturen). Finanziert werden die Angebote bei einschlägiger Ausrichtung über § 45c-d SGB XI und als niedrigschwelliger Dienst abgerechnet (vgl. Bubolz-Lutz et al. 2015a, S. 32 ff.; Klie 2013, S. 16 ff.).

Gemeinsam ist allen Ansätzen – und das ist im Hinblick auf die Qualität der Angebote auch relevant –, dass die eigens qualifizierten freiwillig Engagierten für ihre oftmals komplexen Aufgaben und ihr praktisches Tun eine fortlaufende fachliche Begleitung brauchen, die z. B. im Rahmen weiterer Qualifizierung, Supervision, in einem Netzwerk etc. erfolgen kann (vgl. Bubolz-Lutz et al. 2015b). Einige Begleitungsprofile haben sich nach der geförderten Modellphase inzwischen regional etabliert. Die Trägerinstitutionen bieten dafür die notwendige strukturelle Anbindung und fördern die regionale Verbreitung und Qualifizierung. In der „Patientenbegleitung“ und der „Pflegebegleitung“ haben sich die einzelnen Initiativen zu einem bundesweiten bzw. landesweiten Netzwerk zusammengeschlossen. Die Gründung eines Dachverbandes ist aktuell in Vorbereitung (vgl. FoGera 2021).

4.4 Peer-to-Peer-Ansatz bei chronischer Erkrankung und als Genesungsbegleitung

Als Peer-to-Peer-Ansatz wird in der Gesundheitswissenschaft ein pädagogisches Konzept bezeichnet, bei dem speziell weitergebildete Laien als „Peer-Educators“ (vgl. Bertermann et al. 2021, S. 6) agieren und Wissen sowie Fertigkeiten zur Modifikation von Verhaltensweisen gemäß definierter Programmziele in nicht-formalen Lernumgebungen vermitteln (Heyer 2010). Als eine bisher noch weitgehend ungenutzte Ressource zur Förderung von Gesundheitskompetenz gilt der „peer-to-peer healthcare“-Ansatz (vgl. Haslbeck 2016). Er zielt auf die Unterstützung von Betroffenen durch gleichfalls selbst von der Erkrankung betroffenen Menschen. Grundlage für das Handeln ist das gegenseitige empathische Verstehen aufgrund gleicher Erfahrungen mit einer Erkrankung oder Behinderung sowie der Lernansatz des erfolgreichen Rollenmodells („Best Practice“-Modelle). Die Unterstützung bezieht sich auf Fragen zu therapeutischen Interventionen, ihre Wirkung, die Präferenzen der Nachfragenden etc. und kann dabei helfen, den Betroffenen Geltung und

Durchsetzung bei der Inanspruchnahme von Leistungen zu verschaffen. Auch dieses Konzept zielt auf die Stärkung der Person und will durch eine spezielle Art der Interaktion zur Befähigung, Ermächtigung und Vermittlung von Selbstwertgefühl beitragen. Abzugrenzen ist die Peerbegleitung von einer klassischen Selbsthilfe, bei der alle Teilnehmenden einer Gruppe gleichermaßen voneinander profitieren (vgl. Gühne et al. 2019, Kap. 9.4 und 9.5; Haslbeck 2016, S. 70).

4.5 Experten aus Erfahrung in der Genesungsbegleitung

Um über „Best Practice“ von Psychatrieerfahrenen in der psychiatrischen Versorgung zu informieren und gute Modelle in die psychiatrische Praxis zu überführen, wurde die „EX-IN-Ausbildung“ entwickelt. Hier werden psychiatrienerfahrene Menschen zu „EX-IN Genesungsbegleiter*innen“ qualifiziert, um andere Erkrankte bei ihrer Genesung zu begleiten. Die Ausbildung umfasst die Reflexion der eigenen Erfahrung, das gemeinsame Erarbeiten von Methoden und theoretischem Wissen. Auch werden die Themen „Empowerment“, „gesundheitsfördernde Haltung“, „Erfahrung und Teilhabe“ sowie „Recovery“ als Basismodule und darauf aufbauend „Betroffenen-Fürsprache“, „Bestandsaufnahme und Lebensplanung“, „Beraten und Begleiten“, „Krisenintervention“ sowie „Lernen und Lehren“ vermittelt (vgl. Utschakowski 2009, S. 82-84 und 87 f.).

Die Genesungsbegleiter*innen können für die Betroffenen als „Hoffnunggebende“ Modelle wirken und ihre eigenen Erfahrungen als anregende und wertvolle Impulse im Umgang mit Belastungen anbieten. Die Vorzüge der Intervention liegen in den Bereichen: soziale Kompetenz, Begegnung auf Augenhöhe, gegenseitigem Respekt, Achtung der Würde und entpathologisierendem Denken und Handeln. Auf dem „peer-to-peer healthcare“-Ansatz basierend, ist der Ansatz als Beitrag zur Gesundheitsförderung anerkannt, da praktisch und lebensnah Information und Kompetenz vermittelt sowie Brücken von Erkrankten zum Versorgungssystem gebaut werden (vgl. Haslbeck 2016, S. 67 f. und 71, Gühne et al. 2019, Kap. 9.5.4).

Die positiven Erfahrungen verweisen auf eine Weiterentwicklung z.B. für weitere Gruppen oder einen Transfer in neue Formate. Ausgehend von einer systematischen Analyse der Ist-Situation entstand daher ein „peergestützter Telefonischer Besuchsdienst“ für ältere Menschen mit Pflegebedarf und depressiver Erkrankung (Kolpak 2020). Hierbei sollen ausgehend von einer Peer-gestützten telefonischen Begleitung soziale Kontakte gestärkt und Hilfestellung bei der Krankheitsbewältigung gegeben werden, um die als „hard to reach“ erkannte Gruppe Betroffener auf ihrem Genesungsweg zu unterstützen. Die Aufgabe sollen als Peers qualifizierte EX-IN Genesungsbegleiter*innen übernehmen, um die Qualität in der Begleitung zu gewähren (ebd.).

5. Ausblick

Der aufgezeigte Begleitungsansatz und seine vielfältigen Ausprägungen stellen einen bedeutsamen Ansatz für eine umfassende Förderung von Gesundheitskompetenz im Bereich Community Health dar. Die Genesungsbegleitung/Begleitung kann dazu beitragen, dass schwer erreichbare Gruppen – wie z. B. alte und pflegebedürftige Menschen – auch mit psychischen Erkrankungen – soziale Kontakte ohne pathologisierende Erfahrungen erleben und pflegen können sowie Impulse zur Kompensation von Belastungen erhalten und eigene Ressourcen im Sinne von Empowerment und Hilfe zur Selbsthilfe mobilisieren und nutzbar machen können. Solche Konzepte z. B. für ältere Menschen mit Depression und Pflegegrad sind bedeutsam, da die hier vorliegende hohe Komplexität der Erkrankungssituation eine spezifische niedrigschwellige und zugehende Gesundheitsversorgung erfordert, während die Gruppe für regelmäßige ambulante Angebote der Gesundheitsversorgung meist schwerer zu mobilisieren ist, sich aber auf regelmäßige Peerkontakte eher einlassen kann (vgl. Kolpak 2020).

Literatur

- Arnold, R. (2005): Die emotionale Konstruktion der Wirklichkeit (Pädagogischer Konstruktivismus, Teil III). Grundlagen der Berufs- und Erwachsenenbildung, RLP. Sonderbeilage, S. IX-XII.
- Arnold, R. (2010): Konstruktivismus. In: Arnold, R./Nolda, S./Nuissl von Rein, E. (Hrsg.): Wörterbuch Erwachsenenbildung. 2. Auflage. Stuttgart: Verlag Julius Klinkhardt, S. 173-175.
- Backes H., Lieb C. (2015) Peer Education. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. www.dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i088-1.0 (Abfrage: 2021/05/24).
- Bertermann, B./Lechtenfeld, S./Kuhlmann, A./Eherls, A. (2022): Gesundheitsbegleitung. *Z Gerontol Geriatr*, 54, S. 3-12.
- Bubolz-Lutz, E. (2022): „Begleitung“ als Basiskonzept und Praxis der Geragogik – zur Bedeutsamkeit von Lernmotivationen und dem Prinzip der Wechselseitigkeit. In: Schramek, R./Kricheldorf, C./Steinfurt-Diedenhofen, J (Hrsg.): Altersbildung vielfältig und bunt. Bewährte und innovative Konzepte und Methoden. Stuttgart: Kohlhammer Verlag. Im Druck.
- Bubolz-Lutz, E./Cosack, A./Grote, S./Wattad, D. (2015a): Patientenbegleitung: Handbuch zum Aufbau von Initiativen zur Begleitung alleistehender Älterer in Übergangssituationen, Lengerich, Pabst Science Publishers.
- Bubolz-Lutz, E./Engler, S./Kricheldorf, C./Schramek, R. (2022): Geragogik: Bildung und Lernen im Prozess des Alterns. Das Lehrbuch, Stuttgart, Kohlhammer Verlag. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Im Druck.
- Bubolz-Lutz, E./Gösken, E./Kricheldorf, C./Schramek, R. (2010): Geragogik: Bildung und Lernen im Prozess des Alterns. Das Lehrbuch, Stuttgart, Kohlhammer Verlag.
- Bubolz-Lutz, E./Mester, B./Schramek, R.E./Streyl, H./Wenzel, S. (2015b): Pflegebegleitung: Handbuch zum Aufbau von Initiativen zur Stärkung pflegender Angehöriger; Impulse aus dem Projekt „Unternehmen Pflegebegleitung“, Lengerich, Pabst Science Publishers.
- Destatis (2020a): 4,1 Millionen Pflegebedürftige zum Jahresende 2019. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/12/PD20_507_224.html;jsessionid=493C143889A1500DF64D6583BE04F7A1.live711 (Abfrage: 2021/05/17).
- Destatis (2020b): Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade 2019. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/

- Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html;jsessionid=662DFD82D7C96A9A-7EBD31C321C04632.internet8721 (Abfrage: 2021/05/07).
- FoGera (2021): Ehrenamtliche Unterstützung und Begleitung für pflegende Angehörige. Düsseldorf: Forschungsinstitut Geragogik e. V. www.pflegebegleiter.de/ (Abfrage: 2021/05/17).
- Gühne, U./Stein, J./Riedel-Heller, S. (2016): Depression im Alter – Herausforderung langlebiger Gesellschaften. *Psychiatr Prax*, 43, S. 107-110.
- Gühne, U./Weinmann, S./Riedel-Heller, S. G./Becker, T. (2019): S3-Leitlinie psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin, Heidelberg, Springer-Verlag. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020l_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf (Abfrage: 2021/05/25).
- Haslbeck, J. (2016): Experten aus Erfahrung. *PADUA*, 11, S. 65-71.
- Heyer, R. (2010): Peer-Education – Ziele, Möglichkeiten und Grenzen. In: Harring, M./Böhm-Kasper, O./Rohlfis, C./Palentien, C. (Hrsg.): Freundschaften, Cliques und Jugendkulturen: Peers als Bildungs- und Sozialisationsinstanzen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 407-421.
- Hoffmann, E./Menning, S./Schelhase, T. (2009): Demografische Perspektiven zum Altern und zum Alter. In: Böhm, K./Tesch-Römer, C./Ziese, T. (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: RKI, S. 21-30.
- Kickbusch, I./Pelikan, J./Haslbeck, J./Apfel, F./Tsouros, A. D. (2015): Gesundheitskompetenz. Die Fakten, Zürich, WHO. www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/gesundheitskompetenz/who_health_literacy_fakten_deutsch.pdf (Abfrage: 2021/05/24).
- Klie, T. (2013): Engagementpolitische und sozialrechtliche Förderung des Engagements in der Pflege. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (Hrsg.) *Freiwilliges Engagement im pflegerischen Versorgungsmix*. Berlin, S. 14-19. www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Report_FreiwilligesEngagement.pdf (Abfrage: 2021/05/17).
- Kliegel, M./Moor, C./Rott, C. (2004): Cognitive status and development in the oldest old: a longitudinal analysis from the Heidelberg Centenarian Study. *Arch. Gerontol. Geriatr.*, 39, S. 143-156.
- Kolpak, P. (2020): Bildungskonzept gemäß § 45a SGB XI: „peergestützter Telefonischer Besuchsdienst für Menschen mit Depressionen und Pflegebedürftigkeit im Alter 60plus“. Bachelorabschlussarbeit. Hochschule für Gesundheit, Department of Community Health. Bochum. Unveröffentlicht.
- Kuhlmey, A. (2015): Altern – Gesundheit und Gesundheitseinbußen. In: Kuhlmey, A./Schaeffer, D. (Hrsg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Hans Huber, S. 85-96.
- Roth, K. (2020): Peer Support. Dortmund: Yael Elya Institut – Sozialkonstruktivistische Forschung und Praxis. www.yael-elya.de/Arbeitsgebiete/Peer-Support/0_530.html (Abfrage: 2021/05/24).
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Berlin. www.svr-gesundheit.de/gutachten/default-title/ (Abfrage: 2021/05/10).
- Safß, A.-C./Wurm, S./Ziese, T. (2009): Alter = Krankheit? Gesundheitszustand und Gesundheitsentwicklung. In: Böhm, K./Tesch-Römer, C./Ziese, T. (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: RKI, S. 31-61. www.dx.doi.org/10.25646/3145 (Abfrage: 2021/05/05).
- Schaeffer, D. (2017): Konzeptionelle Perspektiven auf Health Literacy: 4. Chronische Krankheit und Health Literacy. In: Schaeffer, D./Pelikan, J. (Hrsg.): *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven*. Bern: Hogrefe Verlag, S. 53-70.
- Schaeffer, D./Büscher, A. (2009): Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung. *Z Gerontol Geriatr*, 42, S. 441-451.
- Schaeffer, D./Griese, L./Berens, E.-M. (2020a): Gesundheitskompetenz von Menschen mit chronischer Erkrankung in Deutschland. *Gesundheitswesen*, 82, S. 836-843.
- Schaeffer, D./Hurrelmann, K./Bauer, U./Kolpatzik, K. (2018): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart Verlagsgesellschaft. www.nap-gesundheitskompetenz.de/ (Abfrage: 2021/05/21).
- Schaeffer, D./Klinger, J./Hurrelmann, K. (2020b): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020. Bielefeld, Berlin: Universität Bielefeld. Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK). www.doi.org/10.4119/unibi/2950303 (Abfrage: 2021/05/11).

- Schaeffer, D./Pelikan, J. (2017): Konzeptionelle Perspektiven auf Health Literacy: 1. Health Literacy. Begriff, Konzept, Relevanz. In: Schaeffer, D./Pelikan, J. (Hrsg.): Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Bern: Hogrefe Verlag, S. 11-18.
- Schaeffer, D./Vogt, D./Berens, E.-M./Hurrelmann, K. (2017a): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Ergebnisbericht. Bielefeld: Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften. www.doi.org/10.2390/0070-pub-29088450 (Abfrage: 2021/05/11).
- Schaeffer, D./Vogt, D./Berens, E.-M./Messer, M./Quenzel, G./Hurrelmann, K. (2017b): Empirische Befunde zur Erfassung von Health Literacy in der Bevölkerung und einzelnen Bevölkerungsgruppen: 8. Health Literacy in Deutschland. In: Schaeffer, D./Pelikan, J. (Hrsg.): Health literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Bern: Hogrefe Verlag, S. 129-143.
- Schaff, A. (2019): Projekt Präventive Gesundheitsförderung durch die Organisierte Nachbarschaftshilfe. Berlin: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/praeventive-gesundheitsfoerderung-durch-die-organisierte-nachbarschaftshilfe/ (Abfrage: 2021/05/17).
- Schramek, R./Reuter, V./Kuhlmann, A. (2021): „PuppetBegleitung“ – ein geragogisch fundierter Begleitungsansatz. *Z Gerontol Geriatr*, 54, S. 20-27.
- Schwinger, A./Klauber, J./Tsiasioti, C. (2020): Pflegepersonal heute und morgen. In: Jacobs, K./Kuhlmey, A./Grenz, S./Klauber, J./Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, S. 3-21.
- SGB XI 2020: Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) – Soziale Pflegeversicherung. Berlin: Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz.
- Siebert, H. (1998): Konstruktivismus-Konsequenzen für Bildungsmanagement und Seminargestaltung. Frankfurt am Main: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung. www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-1998/siebert98_01.pdf (Abfrage: 2021/05/17).
- Sørensen, K./Van Den Broucke, S./Fullam, J./Doyle, G./Pelikan, J./Slonska, Z./Brand, H. (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, S. 80 (1-13). www.bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-12-80 (Abfrage: 2021/05/21).
- Techniker Krankenkasse (2016): *Beweg Dich, Deutschland!* Hamburg: www.presse.tk.de. <https://www.tk.de/firmenkunden/service/gesund-arbeiten/gesundheitsberichterstattung/studie-beweg-dich-deutschland-2033566> (Abfrage: 2021/05/21).
- Utschakowski, J. (2009): Die Ausbildung von Experten durch Erfahrung. Das Projekt EX-IN. In: Utschakowski, J./Sielaff, G./Bock, T. (Hrsg.): Vom Erfahrenen zum Experten – Wie Peers die Psychiatrie verändern. Köln: Psychiatrie-Verlag, S. 82-90.
- Vogt, D./Berens, E.-M./Schaeffer, D. (2020): Gesundheitskompetenz im höheren Lebensalter. *Gesundheitswesen*, 82, S. 407-412.
- WHO (1987): Ottawa charta for health promotion. Kopenhagen: World Health Organization (WHO-) Regionalbüro für Europa. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (Abfrage: 2021/05/17).
- WHO (2017): Shanghai Declaration on Promoting Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development 2016. 9th Global Conference on Health Promotion, Shanghai 2016. Shanghai: World Health Organization (WHO). www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1 (Abfrage: 2021/05/17).

Der Beitrag von Community Health zu wirksamer Prävention und Gesundheitsförderung

Gudrun Faller, Anna Mikhof

Zusammenfassung

Ausgehend vom Problem der soziallyagenbedingten gesundheitlichen Ungleichheit und ihren komplexen Entstehungszusammenhängen diskutiert der vorliegende Beitrag die Legitimation ebenso wie die besonderen Herausforderungen, denen sich eine Community-Health-orientierte Forschung und Praxis in Prävention und Gesundheitsförderung gegenübersehen. Kontrastierend zu einer idealtypischen Darstellung der einschlägigen Konzepte sowie deren spezifischer Community-Health-Prägung folgen Ausführungen zu aktuellen Entwicklungstendenzen in Prävention und Gesundheitsförderung sowie eine Bestandsaufnahme einschlägiger Forschungsaktivitäten und deren Ergebnissen. Aus den sich daraus ergebenden Spannungsfeldern werden Schlussfolgerungen für eine wirksame Community-Health-orientierte Prävention und Gesundheitsförderung abgeleitet.

Abstract

Based on the problem of health inequalities caused by social conditions and their complex contexts of origin, this article discusses the legitimacy as well as the special challenges facing Community-Health-oriented research and practice in prevention and health promotion. Contrasting an ideal-typical presentation of the relevant concepts and their specific community health character, this is followed by explanations of current development trends in prevention and health promotion as well as an inventory of relevant research activities and their results. Conclusions for an effective Community-Health-oriented prevention and health promotion are derived from the resulting areas of tension.

1. Herausforderungen für Prävention und Gesundheitsförderung

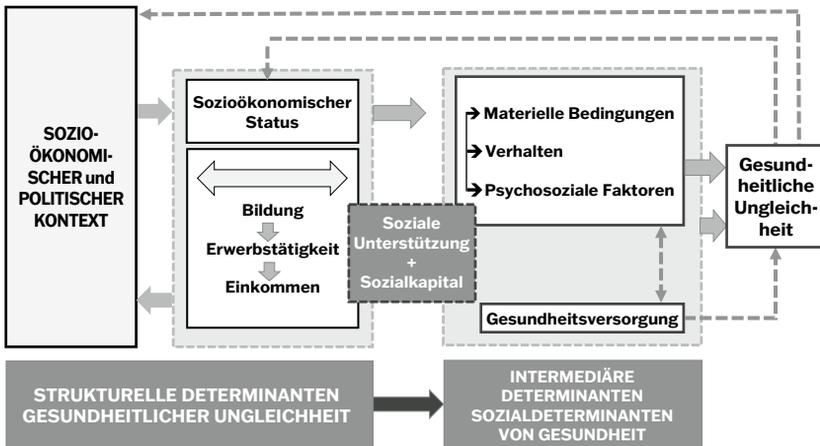
„Personen mit niedrigem Sozialstatus sind vermehrt von chronischen Krankheiten, psychosomatischen Beschwerden, Unfallverletzungen sowie Behinderungen betroffen. Sie schätzen ihre eigene Gesundheit schlechter ein und berichten häufiger von

gesundheitsbedingten Einschränkungen in der Alltagsgestaltung. Infolgedessen haben sie einen höheren Bedarf an Leistungen des medizinischen Versorgungssystems und an sozialer Absicherung im Krankheitsfall. Die Effekte der sozialen Benachteiligung kumulieren im Lebensverlauf und finden demzufolge auch in der vorzeitigen Sterblichkeit einen deutlichen Ausdruck“.

Dieses, auf der Webseite des Robert Koch Instituts (RKI o. J.) gezogene Fazit beschreibt eine grundlegende Public-Health-Erkenntnis, die sich seit den Anfängen der Gesundheitsberichterstattung immer wieder bestätigt (vgl. Spree 1981): Die durch die soziale Lage bedingte Ungleichheit gegenüber Krankheit und Tod.

Die Bedingungsbeziehungen zwischen den sozio-ökonomischen bzw. sozio-ökologischen Lebens- und Arbeitsbedingungen einerseits und der gesundheitlichen Situation von Menschen andererseits sind komplex: So geht eine defizitäre Ausstattung mit materiellen und immateriellen Ressourcen oft mit physischen und psychischen Gesundheitsrisiken einher. Sie beschränkt zudem die Möglichkeiten gesundheitsförderlichen Verhaltens und die Entwicklung von Bewältigungsressourcen. Schließlich verstärkt die Erfahrung von Benachteiligung und Anerkennungsdefiziten psychische Belastungen, was sich auf Dauer negativ für die somato-psycho-soziale Gesundheit auswirkt (Lampert et al. 2020; v. Scheve 2014). Je massiver und je früher diese Risiken und Benachteiligungen im Leben auftreten und je länger sie andauern, umso stärker wirken sie sich gesundheitlich aus (Power/Kuh 2008). Ergänzend kommt hinzu, dass die Versorgung von Menschen in benachteiligten Lebenslagen weniger gut greift (Huber/Mielck 2010; Steinhausen et al. 2008), sofern sie nicht bereits a priori mangelhaft ist. Umgekehrt kann defizitäre Gesundheit den sozialen Abstieg weiter beschleunigen und die beschriebenen Zusammenhänge verstärken.

Abb. 1: Soziale Gesundheitsdeterminanten (modifiziert nach Solar/Irwin 2010)



Im Modell der WHO-Expertenkommission „Social Determinants of Health“ (Solar/Irvin 2010) wurde versucht, diese komplexen Wirkungszusammenhänge grafisch darzustellen (vgl. Abb. 1). Neben den bisher genannten Kausalpfaden verweist das Modell auch auf den sozio-ökonomischen und politischen Kontext, der die Position von Individuen im strukturellen Gefüge der Determinanten der Gesundheit maßgeblich beeinflusst. Zusätzlich zu der Frage nach der Bedeutung gesundheitlicher Ungleichheiten stellen sich solche nach der Verteilung des gesellschaftlichen Wohlstands, der künftigen Entwicklung gesellschaftlicher Unterschiede und der Rolle der sozialstaatlichen Sicherungssysteme (Lampert 2020, S. 553).

Die zentrale Herausforderung für eine wirksame Prävention und Gesundheitsförderung besteht darin, Konzepte zu generieren und Programme umzusetzen, die in der Lage sind, konkrete Beiträge zur Reduktion der gesundheitlichen Risiken von Menschen in benachteiligten Lebenslagen zu leisten und Zugänge zum Aufbau von Ressourcen zu schaffen. Dem vorliegenden Beitrag liegt die These zugrunde, dass Community Health als ein sich entwickelndes Feld in Deutschland aussichtsreiche Optionen für diese Herausforderung bereithält. Die Definition von Community Health knüpft dabei an das Bochumer Begriffsverständnis an, welches sowohl den Gesundheitszustand einer definierten Gruppe von Menschen als auch entsprechende Aktivitäten und Bedingungen zur Förderung, zum Schutz und zur Erhaltung ihrer Gesundheit umfasst (vgl. Köckler et al. 2018).

2. Gegenüberstellung der Konzepte Prävention und Gesundheitsförderung

Auch wenn beide Ansätze auf die Verbesserung von Gesundheit und Lebensqualität zielen, folgen Prävention und Gesundheitsförderung unterschiedlichen Philosophien, Traditionen und disziplinären Logiken. Diese werden nachfolgend kurz skizziert und in ihren Community-Health-spezifischen Ausprägungen charakterisiert.

„Prävention ist der allgemeine Oberbegriff für alle Interventionen, die zur Vermeidung oder Verringerung des Auftretens, der Ausbreitung und der negativen Auswirkungen von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen beitragen. [...] Krankheitsprävention zielt in erster Linie auf Risikogruppen mit erwartbaren, erkennbaren oder bereits im Ansatz eingetretenen Anzeichen von Gesundheitsstörungen und Krankheiten. Ansatzpunkt und Bezug ist eine medizinisch oder psychiatrisch definierte und diagnostizierbare Gesundheitsstörung, d. h. eine manifeste Krankheit und deren Vorläufer. Wichtigste Voraussetzung für effektive Krankheitsprävention ist die wissenschaftliche und praktische Kenntnis pathogener Dynamiken“ (Franzkowiak 2018).

Prävention setzt damit Expertenwissen über Risikokonstellationen, deren Wirkungsmechanismen und Verhütungsmöglichkeiten voraus. Verhältnis-bezogene Community-Health-orientierte Präventionsansätze adressieren die Rahmenbedingungen und zielen darauf, das gesundheitsschädigende Potenzial von Einflüssen zu reduzieren, denen Gruppen von Menschen kollektiv ausgesetzt sind. Beispielsweise indem durch die Eindämmung des Autoverkehrs an einer Durchgangsstraße der Lärm, die Luftbelastung und Unfallgefährdung der Anwohner verringert werden. Die Definition als „Community“ erfolgt hier eher von außen durch die Zuschreibung gemeinsamer Merkmale (vgl. McKenzie/Pinger 2015, S. 7 ff.). Verhaltenspräventive Community-Health-Ansätze sind dagegen darauf gerichtet, die Gewohnheiten von Mitgliedern einer Community an die nach aktueller Expert*innenmeinung als gesundheitsdienlich geltenden Verhaltensstandards anzupassen. Der spezifische Beitrag der Community Health im zweiten Ansatz besteht darin, dass die internen Strukturen der Community als „Vermittlungsinstanzen“ für die Platzierung dieser Standards genutzt werden, beispielsweise indem Schlüsselpersonen und Statusträger der Community für die Verbreitung entsprechender „Gesundheitsbotschaften“ genutzt werden und die Botschaften dadurch in der Community Akzeptanz finden sollen (Hawe 1994).

Von entsprechend als expertokratisch wahrgenommenen Ansätzen grenzt sich die Gesundheitsförderung ab. Sie wird in der Ottawa-Charta (WHO 1986) als Prozess beschrieben, der darauf zielt, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie dadurch zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Die Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert (WHO 1997) geht noch weiter: Gesundheitsförderung ist demnach ein Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen. Eine so verstandene Gesundheitsförderung soll die Gesundheit durch Beeinflussung ihrer Determinanten (s. Abb. 1) verbessern.

Die Entwicklung des Konzepts der Gesundheitsförderung wurde Ende der 1970er, Anfang der 1980er Jahre durch mehrere parallel verlaufende gesellschaftliche Bewegungen und Trends geprägt. Hierzu zählen (vgl. Kaba-Schönstein 2018):

- die zunehmende Kritik an einer einseitigen biomedizinischen Ausrichtung im Umgang mit Krankheit und Gesundheit,
- die damit verbundenen Forderungen nach Modernisierung und Umorientierung der bis dahin expertokratisch geprägten Ausrichtung von Prävention und Gesundheitserziehung,
- die beginnende Erweiterung der Medizin und Prävention um psychosoziale Perspektiven und ein Verständnis der Prävention als Gemeinschaftsaufgabe, die psychosoziale und weitere Berufsgruppen einbezieht,
- erste Erfahrungen mit gemeindeorientierten Herz-Kreislauf-Präventionsstudien und -programmen in den USA, Skandinavien und Deutschland,

- Gesundheits-, Umwelt- und Verbraucherbewegungen, u.a. die Frauengesundheits- und Selbsthilfebewegung, die eine ganzheitlichere und differenziertere Betrachtungsweise von Krankheit und Gesundheit einforderten,
- eine zunehmende Bedeutung gesellschaftlicher Trends der Fitness, Wellness und Gesundheit.

Vor diesem Entstehungshintergrund versteht sich Gesundheitsförderung als ein intersektoraler, inter- und transdisziplinärer Ansatz, der unter Einbeziehung zahlreicher Akteur*innen – insbesondere der Betroffenen selbst – darauf zielt, Gesundheit und die für sie maßgeblichen Voraussetzungen zu stärken. *„Die in der Ottawa Charta formulierten Leitprinzipien Empowerment und Partizipation zeugen zudem vom emanzipatorischen Charakter des Dokuments: Menschen sollen in die Lage versetzt werden, ihre Gesundheit in die eigenen Hände zu nehmen und die sozialen Einflussfaktoren auf die Gesundheit mitzugestalten“* (Kolip 2020, S. 696).

Eine für die Gesundheitsförderung zentrale, aus der Ottawa-Charta hervorgegangene Strategie ist der Setting-Ansatz. Hartung und Rosenbrock (2015) definieren das Setting als einen *„Sozialzusammenhang, in dem Menschen sich in ihrem Alltag aufhalten und der Einfluss auf ihre Gesundheit hat“*. Der Settingansatz nimmt die Lebenswelt von Menschen in den Blick, also die Kontexte, in denen Menschen leben, lernen, arbeiten und lieben. Er ist eine Antwort auf die beschränkten Erfolge traditioneller Gesundheitserziehungsaktivitäten, die sich mit Information und Appellen darauf richten, individuelles Verhalten zu „verbessern“. Der Settingansatz trägt der Erkenntnis Rechnung, dass die Gesundheit von Menschen das Resultat wechselseitiger Beziehungen zwischen ökonomischer, sozialer und organisatorischer Umwelt, individueller und kollektiver Lebensstile und somato-psychoemotionaler Verarbeitungsmechanismen ist (Hartung/Rosenbrock 2015).

Die settingbezogene Gesundheitsförderung weist weitgehende Überschneidungen mit empowerment-orientierten Ansätzen von Community Health auf (z. B. Hawe 1994; Mini Pradeep/Sathyamurthi 2017). Entscheidendes Merkmal der Inbezugnahme des Community-Health-Gedankens ist dabei zum einen die Frage, inwieweit sich die Mitglieder eines Settings als Community mit einer gemeinsamen Veränderungsabsicht begreifen und zum anderen die Qualität ihrer Einbeziehung in alle Phasen eines Veränderungsprozesses – von der Auftragsklärung über die Bedarfsanalyse und konzeptionelle Planung bis zur Evaluation. Im Idealfall geht die Initiative von der Community selbst aus. Solchermaßen Community-Health-orientierte Ansätze der Gesundheitsförderung sind mit der Herausforderung konfrontiert, dass ihre Ergebnisse nicht plan- und kalkulierbar sind. Sie verstehen sich eher als Veränderungskonzepte im Sinne der Organisationsentwicklung, die unter aktiver Partizipation der betroffenen Gruppen an denjenigen Rahmenbedingungen ansetzt, die die Community als

problematisch bewertet und mit ihr zusammen einen nachhaltigen Entwicklungsprozess gestaltet (vgl. den Beitrag zur Organisationsentwicklung). Eine so verstandene Partizipation kann transformierend dazu beitragen, marginalisierte Gruppen zu stärken und zu emanzipieren (s. auch den Beitrag zu Leitkonzepten). Eine Community-Mobilisierung ohne die Berücksichtigung von Machtverhältnissen (Demokratisierung von Macht) kann dagegen Partizipation verzerren, bestehende Muster der Ausgrenzung verschärfen und Ungerechtigkeiten weiter verstärken (George et al. 2015).

3. Aktuelle Herausforderungen für eine wirksame Prävention und Gesundheitsförderung

Nach Bauer und Bittlingmayer (2020) werden von gängigen Ansätzen der Prävention und Intervention oft gerade solche Adressatengruppen nicht erfolgreich erreicht, die ein hohes Risikopotenzial und nur ein geringes Maß an protektiven Faktoren aufweisen. Diese Beobachtung beschreibt Bauer (2005) mit dem Begriff des „Präventionsdilemmas“.

Die Gründe für solchermaßen ins Leere laufenden Programme bilden die zu Beginn dieses Kapitels skizzierten, komplexen Interaktionsmuster aus Lebenslagen, Sozialisationsstrukturen und Handlungsorientierungen und die mit diesen verknüpften, ungleichen Verteilungsmuster aus Ressourcen- und Belastungsfaktoren.

Insbesondere Alleinerziehende, Familien mit vielen Kindern, Menschen mit Migrationshintergrund, Langzeitarbeitslose, Bezieher*innen geringer Renten und Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen erfahren eine alltägliche Lebensrealität, die gekennzeichnet ist von niedrigem Einkommen, Benachteiligungen in der Wohn- und Gesundheitssituation und Einschränkungen im gesellschaftlichen Leben (Der Paritätische Gesamtverband 2017; Schenk/Moser 2010). Diese macht es nicht nur schwer, sich so zu verhalten, wie es die Deutungsmuster der Selbstdisziplin und „pluripotenten Funktionstüchtigkeit“ privilegierter Soziallagen propagieren (Schmidt 2017, S. 7); sie lässt die davon Betroffenen zudem Gefühle der Beschämung, Ohnmacht und Einsamkeit erfahren. Sie erleben, dass ihnen gerade jene Ressourcen entzogen sind, die für den Umgang mit der belastenden Situation und den Erhalt der Gesundheit zentral sind: Freundschaft, die Erfahrung von Selbstwirksamkeit und Anerkennung (Schenk/Moser 2010; Selke 2015; Thuswald 2013).

Gut gemeinte Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme, die darauf zielen, den so genannten „benachteiligten Zielgruppen“ gesundheitskompetentes Ernährungs-, Bewegungs-, Bewältigungs- und Vorsorgeverhalten beibringen zu wollen, sind daher nicht nur unwirksam, sie setzen überdies das Gefälle der sozialen Ungleichheit fort, indem sie die Opfer der ungleichen Verhältnisse als „selbst schuld“ an ihren Gesundheitsproblemen etikettieren.

Mit Blick auf die aktuelle Entwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention ziehen Kaba-Schönstein und Trojan (2018) ein kritisches Fazit, indem sie einen zunehmenden Trend zur Subjektivierung konstatieren, der „auf Appelle an die „Eigenverantwortung“ der Bürger*innen für ihr Verhalten und ihre Gesundheit“ zielt. Manifestationen dieser Entwicklung zeigen sich in einem tendenziellen Zurückdrängen der Gesundheitsförderung zugunsten der Prävention in Recht, Strukturen und Terminologie sowie in der Dominanz kurativmedizinischer und ökonomistischer Sichtweisen.

Kolip (2020, S. 706) bemängelt in diesem Zusammenhang zudem die Beschränkung des Präventionsgesetzes auf die Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung als Mittelgeber, die überdies aus Wettbewerbsgründen vor allem ein Interesse an verhaltensorientierten Maßnahmen haben. Dem Ziel des Abbaus gesundheitlicher Ungleichheit steht, so die Autorin, eine solche Konstruktion im Weg, zumal Gesundheit hier nicht als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, sondern die eines ausgewählten Sozialversicherungsträgers gefasst ist.

Neue Entwicklungen wie die Digitalisierung, Diversifizierungsprozesse in der Gesellschaft und eine erhöhte Sensibilität für Umweltfragen bergen ein ambivalentes Potenzial. Einerseits eröffnen sie die Möglichkeit über vordergründige Problemlösungen hinauszudenken und die gesellschaftlich-strukturellen, ökologischen und ökonomischen Bedingungskonstellationen in den Blick zu nehmen, die die soziale Ungleichverteilung von Gesundheit mit bedingen und die Selbstorganisationsfähigkeit davon betroffenen Communities zu stärken, andererseits zeichnen sich auch hier Tendenzen einer einseitigen Subjektivierung und primär individuellen Verantwortungszuschreibung ab (u. a. Selke 2014).

Die gesellschaftlichen Risiken eines von Rationalität und Selbstdisziplin durchdrungenen Wertesystems sowie eines von Fitness und Leistungsfähigkeit geprägten Gesundheitsverständnisses bergen die Gefahr der Entsolidarisierung. Die Verknüpfung von Krankheit und Schuld unterhöhlt gesellschaftliche Solidarität, bedroht demokratische Werte und fördert Gewalt und Extremismus, weil sie aufseiten derjenigen, die die Normen nicht einhalten können oder wollen, zum Erleben von Beschämung und Diskriminierung führt (Heitmeier et al. 2012; Selke 2015).

4. Zum Stand der Community-Health-Forschung für Prävention und Gesundheitsförderung

Ein Überblick über den einschlägigen Forschungsstand zeigt, dass Interventionen in der Gesundheitsförderung und Prävention nur selten eine Community-Orientierung aufweisen. So verdeutlichen Übersichtsarbeiten (z. B. Craike et al. 2018; Ruiz-Perez et al. 2017; Wiggins 2011), dass es trotz eines enormen Bedarfs an wirksamer Prävention und Gesundheitsförderung in Communities

kaum Forschung zur Effektivität von Interventionen in Kooperation mit marginalisierten Gruppen gibt. Evaluationen der wenigen publizierten Interventionen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen (hauptsächlich in den USA und einigen anderen Ländern mit hohem Einkommen) sind nicht selten unzureichend. Zu den häufigen methodischen Einschränkungen gehören eine hohe Wahrscheinlichkeit von Selektionsverzerrungen, niedrige Rücklaufquoten und eine hohe Abbruchrate (vgl. Craike et al. 2018). Es fehlen Studien mit Follow-ups über einen längeren Zeitraum, um anhaltende Effekte zu evaluieren.

Auch mit Blick auf Deutschland zeichnet sich ein analoges Bild ab: Programme mit Fokus auf Prävention und Gesundheitsförderung für benachteiligte Bevölkerungsgruppen oder mit Community-Orientierung sind eher vereinzelt zu verzeichnen. Dabei werden lediglich fragmentierte Charakteristika marginalisierter Communities oder spezifische, selektierte Einzelaspekte beleuchtet, anstatt die Lebensrealität der Betroffenen insgesamt zu betrachten. Beispielsweise werden gängige Angebote oder Gemeinschaftsressourcen hinsichtlich ihrer Zugangsbarrieren für bestimmte Bürger*innen untersucht oder kulturelle oder religiöse Werte in die Kommunikation von Angeboten gegenüber Zielgruppen einbezogen, um Verhaltensänderungen zu erreichen (vgl. Netto et al. 2010; Timmerman 2007).

Was die Forschungslage zur Partizipation von Communities angeht, so zeigt sich, dass diese am häufigsten bei Interventionen zur Gesundheitsförderung stattfand, wenngleich der Grad der Beteiligung moderat war. So werden Communities insbesondere bei der Umsetzung von Maßnahmen und weniger bei der Identifizierung und Definition von Problemen einbezogen. Die damit einhergehenden Prozesse umfassen die Mobilisierung, das Empowerment und die Kollaboration (George et al. 2015). Allerdings wird meist nicht ausreichend aufgeschlüsselt, wer sich von der Community beteiligt (Cleland et al. 2012; Craike et al. 2018; George et al. 2015) und inwiefern es sich eventuell ohnehin um aktivere und motiviertere Community-Mitglieder handelt.

Trotz der insgesamt verbesserungsbedürftigen Forschungslage, zeichnet sich ab, dass die Berücksichtigung bestimmter Prämissen die Beteiligung von Communities an Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen erleichtern kann. Gemäß dem systematischen Review von George et al. (2015) gehören vertrauensfördernde Interventionen auf der Community-Ebene, das Anknüpfen an individuelle intrinsische Motivationslagen, Transparenz, offene Kommunikation und institutionelle Unterstützung zu den partizipationsfördernden Faktoren. Mit Blick auf kontextuelle Bedingungen hat es sich ferner als supportiv erwiesen, wenn Entscheidungsverantwortung dezentralisiert und soziale Bewegungen unterstützt werden. In den zugrundeliegenden Originalarbeiten wurden daneben partizipationserschwerende Faktoren benannt, die insbesondere auf der individuellen Ebene verortet werden. Zu diesen zählen Einschränkungen in den Bereichen Bildung, Fähigkeiten, Interesse, aber auch

fehlende Aufwandsentschädigung sowie ungenügende Informationen zu Rollen und Verantwortlichkeiten.

Vor dem Hintergrund dieser Evaluationsergebnisse bestätigt sich die oben ausgeführte Feststellung, dass sich die Gestaltung der Programme offenbar vielfach noch unzureichend an den tatsächlichen Partizipationsbedürfnissen, -wünschen und -kompetenzen von benachteiligten Gruppen orientiert.

Festhalten lässt sich ferner, dass wenn die Community-bezogenen Maßnahmen durch einen theoretischen Rahmen untermauert sind, sie sich eher durch Wirksamkeit auszeichnen (Cleland et al. 2012).

Angesichts der eingeschränkten Studienlage besteht ein dringender Bedarf für weitere Forschungsarbeiten, die Aufschluss darüber geben, inwieweit marginalisierte Gruppen im Kontext von Prävention und Gesundheitsförderung erreichbar sind, sich beteiligen und gestalten bzw. welche Wirkungen die Interventionen erzielen.

Dabei scheint der in der Forschung geltende Goldstandard zur Bestimmung der Effektivität von Interventionen, die randomisierte kontrollierte Studie (randomized controlled trial, RCT), für community-bezogene Interventionen nicht am besten geeignet zu sein (Cleland et al. 2012). Vielmehr kann die Fixierung auf RCTs als einzige Quelle der Evidenz die Wissensbasis einschränken, die für fundierte Entscheidungen über Prioritäten und Maßnahmen im Bereich von Community Health entscheidend sind (s. Craike et al. 2018). Für die Evaluation von Interventionen scheinen dagegen insbesondere Studien mit quasi-experimentellem Design (z.B. in natürlichen Umgebungen/Felduntersuchungen) bedeutsam zu sein, die nicht nur Aussagen über die Wirksamkeit erlauben, sondern auch ökologisch valide Evidenz liefern. Interventionen im Feld umfassen nicht selten mehrere Komponenten mit entsprechenden komplexen Wirkungspfaden, sodass ein RCT-Design weder durchführbar noch ethisch vertretbar sein kann (ebda.).

Empfehlungen für die Gestaltung communityorientierter Forschungsvorhaben in Prävention und Gesundheitsförderung lassen sich aus Metaanalysen und Reviews (z. B. Craike et al. 2018; George et al. 2015; Wiggins 2011) wie folgt ableiten: Sie sollten

- soziale, politische und wirtschaftliche Kontexte berücksichtigen, mit denen Communities konfrontiert sind,
- sorgfältig – unter Hinzunahme theoretischer Bezüge und Modelle – konzipiert und längerfristig angelegt sein,
- auf Designs basieren, in denen sowohl erkenntnistheoretische als auch politische Erwägungen Berücksichtigung finden,
- qualitative und quantitative Methoden sowie Mixed-methods-Designs zugrunde legen, die es erlauben tiefergehende und facettenreiche Erkenntnisse zu generieren.

Für Deutschland sind verstärkte Bemühungen zur Umsetzung qualitativ hochwertiger Forschung im Bereich community-bezogener Prävention und Gesundheitsförderung – mit besonderem Blick auf (langfristige) Effektivität von Interventionen – zu fordern. Eine der vielversprechendsten Optionen, gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern, liegt darin, Veränderungen auf kommunaler oder gesellschaftlicher Ebene zu initiieren (vgl. Wiggins 2011). Erste Erkenntnisse zu Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen mit Community-Orientierung unterstützen die Ansicht, dass ein solcher Ansatz lohnenswert ist.

5. Anforderungen an eine Community-Health-orientierte Prävention und Gesundheitsförderung

Die soziale und gesellschaftliche Notwendigkeit für eine wirksame Prävention und Gesundheitsförderung (Abschnitt 1) und die vielversprechenden Programmatiken der Prävention und Gesundheitsförderung (Abschnitt 2) stehen in einem auffälligen Kontrast zu den aktuellen Entwicklungen im Hinblick auf die Verantwortungszuschreibungen für Gesundheit (Abschnitt 3) sowie zu einer defizitären Forschungslage (Abschnitt 4).

Community-Health-orientierte Prävention und Gesundheitsförderung stehen im Spannungsfeld dieser widersprüchlichen Tendenzen. Ihre besondere Potenzialität besteht darin, Veränderungen zu bewirken, die in der Lage sind, an die Denk-, Gefühls- und Handlungsorientierungen gesundheitlich benachteiligter Gruppen anzukoppeln und gemeinsam mit ihnen Veränderungen auf der Ebene benachteiligungs-stabilisierender Handlungsorientierungen ebenso wie in Bezug auf limitierende Lebens-, Arbeits- und Sozialisationsbedingungen zu entwickeln.

Mit dieser Grundorientierung weist Community Health eine besondere konzeptionelle Nähe zum Paradigma der Gesundheitsförderung und den einschlägigen Konzepten des Settingbezugs, der Partizipation und des Empowerments auf. Gleichwohl haben im Feld von Community Health auch präventionsorientierte Ansätze ihre Berechtigung, vor allem dann, wenn sie darauf gerichtet sind, sozioökonomische Benachteiligungen zu verringern und Gesundheitschancen zu verbessern.

Die Antwort auf die Frage, ob Interventionen und Programme adäquat und wirksam sind, konstituiert sich aus Sicht von Community Health daher weniger in der Bevorzugung einer der beiden Alternativen, Gesundheitsförderung oder Prävention; vielmehr geht es darum, den Fokus auf die Qualität der beschriebenen Ansätze und ihre z. T. unterschiedlichen Gelingensfaktoren für die Verwirklichung von Gesundheitspotenzialen zu richten.

Die wichtigste Voraussetzung für gelingende Community-Health-orientierte Prävention und Gesundheitsförderung besteht darin, dass sie selbst ausreichend

gesellschaftlichen Rückhalt erfahren und in politischen, institutionellen und verbandlichen Strukturen die Bereitschaft besteht, ergebnisoffene partizipative Vorhaben gemeinsam mit marginalisierten Gruppen zu gestalten, diese zu finanzieren und deren Prozesse und Wirkungen zu evaluieren.

In diesem Sinne verlangen wirksame Prävention und Gesundheitsförderung eine Auseinandersetzung mit den konkreten Lebenslagen, den Bedingungen und Auswirkungen sozialer Benachteiligung, psychischer Überlastung und den aufseiten der Betroffenen empfundenen Diskriminierungserfahrungen (Bauer/Bittlingmayer 2020).

Diese Auseinandersetzung muss getragen sein vom Grundgedanken der Partizipation und dem Verzicht auf einen stigmatisierenden Umgang mit sozialen Gruppen, deren gewachsene Lebensstile und Wertvorstellungen sich von den Normen privilegierter Gesellschaftskollektive unterscheiden (Dieterich/Hahn 2012).

Sie müssen ferner ausgerichtet sein auf die Verbesserung von Gesundheitschancen, d. h. auf die Schaffung von Bedingungen, die Partizipation ermöglichen, anstatt vorgefertigte individuelle Verhaltensstandards vorzugeben. Sie sollten das Recht auf Nicht-Partizipation tolerieren und sich davor hüten, im Sinne einer implizit etablierten Selbstverantwortungsethik „Partizipationsversager*innen“ zu produzieren (ebda., S. 124).

Community-Health-basierte, partizipative Ansätze müssen sich dessen bewusst sein, dass Teilhabe mit Machtverschiebungen auf mehreren Ebenen verbunden ist. Damit verbunden ist eine kritische Reflexion des Verhältnisses zwischen Professionellen und den Adressat*innen der Interventionen, einschließlich der hier wirksamen Statusunterschiede (ebda., S. 124 f.).

Mit Machtdelegation und damit verbundenen Kontrollverlusten müssen sich ferner diejenigen auseinandersetzen, die in politischen, wirtschaftlichen und administrativen Kontexten Entscheidungsverantwortung tragen. Damit Veränderungsvorhaben nicht auf halbem Wege scheitern, müssen entsprechende Freiräume von Beginn an geklärt und mit den Verantwortlichen ausgehandelt werden.

Eine wirksame Verbesserung der Gesundheitsdeterminanten bedeutet Veränderungen in mehr als einem Lebensbereich. In dem vom Zukunftsforum Public Health erneut aufgegriffenen Ansatz der Health in All Policies (HiAP) wird zum wiederholten Male betont, dass „Gesundheit [...] nicht nur Thema des Gesundheitssektors, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe [ist], die in allen Bereichen des öffentlichen Handelns gefördert werden soll“ (Geene et al. 2019). Erforderlich ist zudem die Integration gesundheitsfördernder Politikansätze in den größeren und globalen Kontext der Nachhaltigkeitsziele und -entwicklung (Trojan 2020, S. 31 f.).

Zu hoffen ist, dass sich diese Ansätze nicht nur auf Ebene der Terminologie, sondern auch auf Ebene struktureller Veränderungen manifestieren. Denn

„Ungleichheit schadet, und zwar fast allen. Noch mehr Ungleichheit heißt noch mehr Krankheiten und noch geringere Lebenserwartung für Ärmere, mehr Teenager-Schwangerschaften, mehr Status-Stress, mehr Gewalt und mehr soziale Ghettos. Eine sozial polarisierte Gesellschaft bringt Nachteile nicht nur für die Ärmsten, sondern auch für die Mitte“ (Schenk/Moser 2010, S. 8).

Literatur

- Bauer, U. (2005): Das Präventionsdilemma. Wiesbaden: VS.
- Bauer, U./Bittlingmayer U. H. (2020): Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung. Das Beispiel ungleicher Lebenslagen. In: Razum, O./Kolip, P. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 7. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 710-735.
- Cleland, C.L./Tully, M. A./Kee, F./Cupples, M. E. (2012): The effectiveness of physical activity interventions in socio-economically disadvantaged communities: A systematic review. In: Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory 54, H. 6, S. 371-380.
- Craike, M./Wiesner, G./Hilland, T. A./Bengoechea, E. G. (2018): Interventions to improve physical activity among socioeconomically disadvantaged groups: An umbrella review. In: The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 15, S. 1-11.
- Der Paritätische Gesamtverband (2017): Menschenwürde ist Menschenrecht. Berlin: Der Paritätische Gesamtverband.
- Dieterich, A./Hahn, D. (2012): Partizipative Strategien zwischen Chancengleichheit, Individualisierung und Verantwortung. In: Hartung, S./Rosenbrock, R. (Hrsg.): Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Hans Huber, S. 114-126.
- Franzkowiak, P. (2018): Prävention und Krankheitsprävention. In: Bzga – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. doi:10.17623/BZGA:224-i091-2.0 (Abfrage: 01.03.2021).
- Geene, R./Gerhardus, A./Grossmann, B./Kuhn, J./Kurth, B. M./Moebus, S./v. Philipsbor, P./Pospiech, S./Matusall, S. (2019): Health in All Policies – Entwicklungen, Schwerpunkte und Umsetzungsstrategien für Deutschland. www.zukunftsforum-public-health.de/health-in-all-policies/ (Abfrage: 02.01.2021).
- George, A. S./Mehra, V./Scott, K./Sriram, V. (2015): Community participation in health systems research: A systematic review assessing the state of research, the nature of interventions involved and the features of engagement with communities. In: PLoS ONE 10, H. 10, S. 1-25.
- Hartung, S./Rosenbrock, R. (2015): Settingansatz/Lebensweltansatz. In: Bzga – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. doi:10.17623/BZGA:224-i106-1.0 (Abfrage: 18.05.2021).
- Hawe, P. (1994): Capturing the Meaning of „community“ in community intervention evaluation. Some contributions for community psychology. In: Health Promotion International 9, H. 3, S. 199-201.
- Huber, J./Mielck, A. (2010): Morbidität und Gesundheitsversorgung bei GKV- und PKV-Versicherten. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 53, S. 925-938.
- Kaba-Schönstein, L. (2018): Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986. In: Bzga – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. doi: org/10.17623/BZGA:224-i034-1.0 (Abfrage 18.05.2021).
- Kaba-Schönstein, L./Trojan, A. (2018): Gesundheitsförderung 8: Bewertung und Perspektiven. In: Bzga – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. doi:10.17623/BZGA:224-i054-1.0 (Abruf: 18.05.2021).
- Köckler, H./Berkemeyer, S./Falge, C./Faller, G./Jahnsen, K./Fehr, J./Mikhof, A./Marla-Küsters, S./Naujoks, V./Schmidt, C./Schmidt, M./Segmüller, T./Trümner, D./van Essen, F./Wessels, M. (2018): Community Health: Ein zukunftsweisendes Themen- und Handlungsfeld etabliert sich in Deutschland. In: Sicher ist sicher 69, H. 4, S. 198-199.

- Kolip, P. (2020): Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung: Begründung, Konzepte und politischer Rahmen. In: Razum, O./Kolip, P. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 7. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 686-709.
- Lampert, T. (2020): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Razum, O./Kolip, P. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 7. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 530-559.
- McKenzie, J./Pinger, R. (Hrsg.) (2015): An Introduction to community & public health. 8. Auflage. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Mini Pradeep, K. P./Sathyamurthi, K. (2017): The ‚Community‘ in ‚Community Social Work‘. In: Journal of humanities and social science 22, H. 9, S. 58-64.
- Netto, G./Bhopal, R./Lederle, N./Khatoun, J./Jackson, A. (2010): How can health promotion interventions be adapted for minority ethnic communities? Five principles for guiding the development of behavioural interventions. In: Health Promotion International 25, H. 2, S. 248-257.
- Power, C./Kuh, D. (2008): Die Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheiten im Lebenslauf. In: Siegrist, J./Marmot, M. G. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern: Huber, S. 45-76.
- RKI – Robert Koch-Institut (o.J.): Sozialer Status und soziale Ungleichheit. www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Sozialer_Status/sozialer_status_node.html;jsessionid=9ED2124D3C6714E6E3161EA41D727D8C.internet071 (Abfrage: 01.03.2020).
- Ruiz-Perez, I./Murphy, M./Pastor-Moreno, G./Rojas-García, A./Rodríguez-Barranco, M. (2017): The effectiveness of HIV prevention interventions in socioeconomically disadvantaged ethnic minority women: A systematic review and meta-analysis. In: American Journal of Public Health 107, H. 12, S. 13-21.
- Schenk, M./Moser, M. (Hrsg.) (2010): Es reicht! Für alle! Wege aus der Armut. Wien: Deuticke im Paul Zsolnay Verlag.
- Schmidt, B. (2017): Exklusive Gesundheit. Gesundheit als Instrument zur Sicherstellung sozialer Ordnung. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Selke, S. (2014): Lifelogging. Wie die digitale Selbstvermessung unsere Gesellschaft verändert. Berlin: Econ.
- Selke, S. (2015): Schamland. Die Armut mitten unter uns. Berlin: Ullstein.
- Solar, O./Irwin, A. (2010): A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: World Health Organization.
- Spree, R. (1981): Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod: Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs im Deutschen Kaiserreich. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Steinhausen, S./Kowalski, C./Janßen, C./Pfaff, H. (2008): Wechselwirkungen zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit und Gesundheitsversorgung. In: Public Health Forum 16, H. 2, S. 13-14.
- Thuswald, M. (2013): Armut und Kultur. In: Bakic, J./Diebäcker, M./Hammer, E. (Hrsg.): Aktuelle Leitbegriffe der Sozialen Arbeit. Ein kritisches Handbuch. Band II. Wien: Erhard Löcker, S. 11-28.
- Timmerman, G.M. (2007): Addressing Barriers to Health Promotion in Underserved Women. In: Family & Community Health: The Journal of Health Promotion & Maintenance 30, H. 1, S. 34-42.
- Trojan, A. (2020): Gesundheit in allen Politikbereichen: Die Entwicklungsgeschichte eines Kernkonzepts der Gesundheitsförderung. In: Böhm, K./Bräunling, S./Geene, R./Köckler, H. (Hrsg.): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Wiesbaden: Springer VS., S. 17-36.
- v. Scheve, C. (2014): Gefühlte Ungleichheit: Einige Zusammenhänge zwischen Sozialstruktur und Emotionen. In: Gebauer, G./Edler, M. (Hrsg.): Sprachen der Emotion: Kultur, Kunst, Gesellschaft. Frankfurt am Main: Campus, S. 267-289.
- WHO – Weltgesundheitsorganisation (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. Kopenhagen: WHO.
- WHO – Weltgesundheitsorganisation (1997): Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Kopenhagen: WHO.
- Wiggins, N. (2012): Popular education for health promotion and community empowerment: A review of the literature. In: Health Promotion International 27, H. 3, S. 356-371.

Organisationsentwicklung als methodischer Ansatz in Community Health

Gudrun Faller

Zusammenfassung

Damit sich Communities im Sinne der Organisationsentwicklung etablieren und entfalten können, müssen sie bestimmten strukturellen und prozessualen Anforderungen genügen. Sowohl aus den klassischen Ansätzen der Organisationsentwicklung als auch denjenigen des Change Managements lassen sich Gestaltungsimpulse für die diversity- und gesundheitsfördernde Entwicklung von Communities ableiten. Beide Ansätze weisen spezifische Stärken und Schwächen auf, die vor dem Hintergrund einer Community-Health-orientierten Ethik hinterfragt werden müssen. Der vorliegende Beitrag setzt sich mit entsprechenden Konzepten auseinander und formuliert Anforderungen an Community Health orientierte Grundsätze von Organisationsveränderungen.

Abstract

In order to be established and develop in the sense of organizational development, communities must meet certain structural and process-related requirements. Both the classic approaches of organizational development and those of change management can be used to derive design impulses for the diversity- and health-promoting development of communities. Both approaches have specific strengths and weaknesses that need to be questioned against the background of a Community-Health-oriented ethic. This article deals with the corresponding concepts and formulates requirements for Community-Health-oriented principles of organizational change.

1. Bedeutung der Organisationsentwicklung für Community Health

Die Gesundheit der Mitglieder einer Community wird nach McKenzie und Pinger (2015, S. 5) nicht nur von physischen Rahmenbedingungen, soziokulturellen Faktoren und dem individuellen Verhalten beeinflusst, sondern auch von der Qualität der Organisation dieser Community. Im Originaltext heißt es dazu:

„The way, in which a community is able to organize its resources directly influences its ability to intervene and solve problems, including health problems. Community organizing is ‚the process by which community groups are helped to identify common problems or change targets, mobilize resources, and develop and implement strategies for reaching their collective goals‘. It is not a science but an art of building consensus within a democratic process. If a community can organize its resources effectively into a unified force, it ‚is likely to produce benefits in the form of increased effectiveness and productivity by reducing duplication of efforts and avoiding the imposition for solutions that are not congruent with the local culture and needs‘. For example, many communities in the United States have faced community-wide drug problems. Some have been able to organize their resources to reduce or resolve these problems, whereas others have not.“ (McKenzie/Pinger 2015, S. 10)

Wenn es also einer Community gelingt, ihre Mitglieder dafür zu gewinnen, sich demokratisch an der Verwirklichung konstruktiver und gesundheitsfördernder Strukturen und Prozesse der Community zu beteiligen und dabei die vorhandenen Ressourcen effektiv zu nutzen, kann man von einer gelungenen Etablierung einer gesundheitsfördernden Organisation dieser Community sprechen. In diesem Sinne zielt eine gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung darauf, diese Kompetenzen einer Organisation im Sinne des organisationalen Lernens weiterzuentwickeln.

Die grundlegende Voraussetzung dafür, dass Organisationsentwicklung (OE) stattfinden kann, ist, dass Communities überhaupt Eigenschaften aufweisen, die sie als Organisation qualifizieren. In Anlehnung an Kieser und Walgenbach (2010, S. 6) wird Begriff der Organisation auf solche sozialen Gebilde bezogen, die dauerhaft ein Ziel verfolgen und eine formale Struktur aufweisen, mit deren Hilfe die Aktivitäten der Mitglieder auf das verfolgte Ziel ausgerichtet werden sollen.

Demzufolge ist nicht jedes Kollektiv bereits eine Community im Sinne einer Organisation. Wenn zum Beispiel Personen gemeinsame Merkmale aufweisen (etwa alle türkisch sprechenden Bewohner*innen eines Stadtteils), sie aber kein gemeinsames Ziel verfolgen und auch keine interne Struktur oder Arbeitsteilung aufweisen, handelt es sich zwar um eine Bevölkerungsgruppe (Maraccini et al. 2017), aber nicht um eine Community mit Merkmalen einer Organisation. Damit in einer Community Organisationsentwicklung stattfinden kann, müssen daher zunächst basale Organisationselemente, insbesondere ein gemeinsames Ziel und eine arbeitsteilige Struktur vorhanden sein, bzw. etabliert werden.

2. Definition und Hintergründe der Organisationsentwicklung

Nach der Begriffsdefinition von French und Bell (1982, S. 31) ist Organisationsentwicklung (OE) „eine langfristige Bemühung, die Problemlösungs- und

Erneuerungsprozesse in einer Organisation zu verbessern, vor allem durch eine wirksamere und auf Zusammenarbeit gegründete Steuerung der Organisationskultur – unter besonderer Berücksichtigung der Kultur formaler Arbeitsteams – durch die Hilfe eines OE-Beraters oder Katalysators und durch Anwendung der Theorie und Technologie der angewandten Sozialwissenschaften unter Einbeziehung von Aktionsforschung.“ Textbox 1 listet die in dieser Definition enthaltenen, zentralen Merkmale von Organisationsentwicklung auf.

Textbox 1: Merkmale von Organisationsentwicklung (nach French/Bell 1977)

- OE ist keine zufällige Form der Organisationsveränderung, sondern eine geplante Form des Wandels.
- OE ist langfristig (meist mehrjährig) angelegt und beschränkt sich nicht auf einmalige oder kurzfristige Interventionen.
- OE betrifft ganze Organisationen (Betriebe, Schulen, Krankenhäuser etc.) und nicht nur einzelne Abteilungen oder Gruppen.
- An OE-Prozessen sind die Betroffenen an den sie tangierenden Entscheidungen beteiligt.
- Der Wandel wird durch Lern- und Problemlöseprozesse herbeigeführt, wobei Lernen durch Verfahren der angewandten Sozialwissenschaften ausgelöst und unterstützt wird.
- Die Lernprozesse werden durch Berater*innen bzw. Katalysator*innen begleitet.
- OE will nicht lediglich die Produktivität steigern, sondern fokussiert primär die verbesserte Lebensqualität und Problemlösefähigkeit der Organisationsmitglieder.
- Eine zentrale Rolle spielen organisationskulturelle Faktoren.

Als historische Wurzeln der Organisationsentwicklung werden zumeist die Ansätze von Kurt Lewin aus der Gruppendynamik sowie die Erkenntnisse der soziotechnischen Systemtheorie angeführt (z.B. Grossmann/Bauer/Scala 2015; Nerdinger 2018).

Das Lewin'sche Phasenmodell der Veränderung veranschaulicht, wie sich Veränderungen bei Menschen und Organisationen vollziehen, nämlich in den Schritten „unfreezing – moving – refreezing“ (Abb. 1). Das ‚Auftauen‘ beschreibt das Infragestellen verfestigter Verhaltensweisen und Einstellungen. Es kann ausgelöst werden, indem Gruppen oder Einzelpersonen ein Feedback über sich selbst erhalten oder mit neuen Erfahrungen konfrontiert werden. Können anfängliche Abwehrreaktionen überwunden und die neuen Informationen angenommen und reflektiert werden, entsteht Veränderungsbereitschaft. Diese mündet in das Ausprobieren neuer Verhaltensweisen (moving), die sich allmählich stabilisieren (refreezing) (Nerdinger 2018). Viele spätere Veränderungsmodelle nehmen implizit auf dieses Modell Bezug, auch wenn sie den Veränderungsprozess zum Teil in modifizierter Form beschreiben.

Abb. 1: Modell der Veränderung von Menschen und Organisationen nach Lewin (1947)



Die ebenfalls auf Lewin zurückgehende Laboratoriumsmethode steht beispielhaft für ein Verfahren, das Veränderungen in Teams nicht durch Überzeugung und Vermittlung von Expertenwissen initiiert; vielmehr soll durch den Einsatz spezifischer Methoden das Erfahrungslernen in Gruppen angeregt und die selbstreflexive Auseinandersetzung der Gruppe gefördert werden. Die Aktionsforschung überträgt dieses Konzept auf größere Systeme und Organisationen: Um möglichst viele Mitarbeiter*innen in einen Veränderungsprozess einzubeziehen, werden Fragebögen eingesetzt und die ausgewerteten Ergebnisse mit dem Management und in den Teams ausführlich diskutiert, daraus gemeinsam Veränderungsimpulse abgeleitet und Maßnahmen geplant (Survey-feedback-Ansatz) (Grossmann/Bauer/Scala 2015, S. 18).

Mit diesen Vorgehensweisen verbindet sich ein gewandeltes Selbstverständnis der beteiligten Wissenschaftler*innen und Berater*innen. Im Verständnis der OE sind sie nicht mehr inhaltliche Expert*innen, wie in der traditionellen Forschung, sondern vor allem verantwortlich für den Prozess, während die inhaltlichen Schwerpunkte vom Klient*innensystem eingebracht werden.

Eine weitere Quelle der OE ist der vom Londoner ‚Travistock Institute of Human Relations‘ entwickelte ‚soziotechnische Ansatz‘. Er basiert auf empirischen Erkenntnissen, die im englischen Kohlebergbau zum Einfluss der Arbeitsorganisation auf Motivation, Leistung und Gesundheit von Arbeitnehmer*innen gewonnen wurden (Grossmann/Bauer/Scala 2015, S. 20). Ein hoher Stellenwert kommt nach diesem Ansatz der Selbststeuerung von Arbeitsteams zu. Die Zugehörigkeit zu einem arbeitsfähigen Team steigert die Arbeitszufriedenheit des Einzelnen ebenso wie das Leistungsniveau der Gruppe, weil elementare Bedürfnisse wie soziale Integration, emotionale Anerkennung und unmittelbare Rückmeldungen auf eigene Leistungen in der Gruppe befriedigt werden (Wimmer 2003, S. 14f.). Gleichzeitig ist darauf hinzuweisen, dass die hier beschriebenen positiven Effekte nicht per se mit der Selbststeuerung von Teams einhergehen, sondern ihrerseits an spezifische Bedingungen gebunden sind und im Kontext von Organisationsentwicklungsprozessen reflektiert werden müssen.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass die klassische Organisationsentwicklung auf einem normativen Menschenbild basiert, das Organisationsveränderungen

auf partizipativen Dialog, die Reflexion neuer Erfahrungen und gemeinsam getragene Entscheidungen gründet. Typische Themen von OE-Prozessen sind beispielsweise die Kommunikations- und Kooperationsqualität, die Teamkultur oder das Führungsverhalten (Wimmer 2003). Kritisiert wird an diesen Ansätzen, dass sie an die Entwicklungen einer globalisierten Wirtschaft mit ihrer schnelllebigen, wettbewerbsorientierten und der ständigen Restrukturierung unterworfenen Dynamik nicht mehr anschlussfähig seien, etwa weil die von Lewin (1947) postulierte Phase der Stabilisierung nicht mehr gewährleistet werden könne oder die hierarchiekritische Position der klassischen Organisationsentwicklung nicht mehr zeitgemäß sei (ebd.). Generell besteht eine Schwierigkeit darin, dass das Ideal autonom agierender Teams konträr zur den hierarchischen betrieblichen Strukturen gelagert ist und auf Autonomie ausgerichtete Prozesse nur innerhalb gewisser Grenzen toleriert werden (Faller 2017a).

3. Change Management

In Zusammenhang mit der Gestaltung von Organisationsveränderungen hat sich seit einiger Zeit der Begriff des Change Managements auch in sozialen Anwendungsfeldern etabliert (z. B. Bieker/Vomberg 2012; Böttcher/Merchel 2010; Hensen/Hensen 2011). Eichenberg et al. (2019, S. 203) definieren Change Management als die „Planung und Durchführung aller Aktivitäten, die Führungskräfte und Mitarbeiter auf zukünftige, veränderte Situationen vorbereitet“. Angesichts einer Situation des globalen Wettbewerbs wird Change Management als eine für die Überlebensfähigkeit des Unternehmens notwendige Strategie konzeptualisiert und zur Managementaufgabe erklärt. Dies bedeutet, dass Veränderungsprozesse gezielt, systematisch und kontrolliert gestaltet werden. Ergebnisse werden planmäßig erfasst und es wird großer Wert auf das Controlling gelegt. Die Unterschiede zu den oben dargestellten klassischen Ansätzen der Organisationsentwicklung liegen damit auf der Hand: Change Management ist geprägt von Zielorientierung, Planung und Steuerung, Effizienz und Wirtschaftlichkeit. Nach Eichenberg et al. (2019, S. 203) können diese Veränderungen für die Betroffenen „auch Schmerz, Zumutung, Unsicherheit und Angst bedeuten“.

Aufgrund der – im Vergleich zur klassischen Organisationsentwicklung – deutlich stärkeren top-down-Ausrichtung des Change Managements treten Fragen der Entstehung und Behandlung von Widerständen vehementer in Erscheinung. Häufige Themen, mit denen sich Management-Handbücher befassen, sind daher „Umgang mit Widerständen“, „Vermeidung von Managementfehlern“, „Risikomanagement“, aber auch „motivierendes Führungsverhalten“, „Unternehmenskultur“, „Partizipation und Kommunikation“ u. a. m. (z. B. Doppler/Lauterburg 2014; Kostka/Mönch 2009; Lauer 2019).

Da es angesichts oft langfristig angelegter Veränderungsprojekte in einer hochdynamischen wettbewerbsorientierten Gesellschaft mitunter sehr schwierig ist, Entwicklungen langfristig zu planen, hat der aus der Software-Entwicklung stammende Managementansatz „Scrum“ in den letzten Jahren einige Popularität gewonnen. Scrum erhebt den Anspruch, innovative Impulse im Umgang mit Veränderungen einzubringen. Anstelle eines langfristigen Plans werden bei der Anwendung von Scrum in Veränderungsprojekten lediglich Zwischenergebnisse für den jeweils nächsten Zyklus (den Sprint) definiert (das Sprint Backlog) und so Veränderungen sukzessiv und inkrementell entwickelt. Ziel ist die schnelle und kostengünstige Entwicklung hochwertiger Ergebnisse entsprechend einer vorher formulierten Vision. Anstelle hierarchischer Prozesse erhalten Teams große Freiräume für die Erledigung von Aufgaben. Für die Umsetzung und den Erfolg der ihnen vorgegebenen Zielvorgaben sind sie selbstverantwortlich (Sutherland/Schwaber 2017). In Fällen, in denen Projektverantwortliche die Voraussetzungen für den Erfolg der Veränderungen nicht beeinflussen können, erweist sich diese Selbstverantwortung als großes Risiko.

4. Organisationsentwicklung und Change Management im Kontext von Gesundheit

In der Ottawa Charta heißt es:

„Gesundheitsförderung wird realisiert im Rahmen konkreter und wirksamer Aktivitäten von Bürgern in ihrer Gemeinde: in der Erarbeitung von Prioritäten, der Herbeiführung von Entscheidungen sowie bei der Planung und Umsetzung von Strategien. Die Unterstützung von Nachbarschaften und Gemeinden im Sinne einer vermehrten Selbstbestimmung ist ein zentraler Angelpunkt der Gesundheitsförderung; ihre Autonomie und Kontrolle über die eigenen Gesundheitsbelange ist zu stärken.

Die Stärkung von Nachbarschaften und Gemeinden baut auf den vorhandenen menschlichen und materiellen Möglichkeiten der größeren öffentlichen Teilnahme und Mitbestimmung auf. Selbsthilfe und soziale Unterstützung sowie flexible Möglichkeiten der größeren öffentlichen Teilnahme und Mitbestimmung für Gesundheitsbelange sind dabei zu unterstützen bzw. neu zu entwickeln. Kontinuierlicher Zugang zu allen Informationen, die Schaffung von gesundheitsorientierten Lernmöglichkeiten sowie angemessene finanzielle Unterstützung gemeinschaftlicher Initiativen sind dazu notwendige Voraussetzungen.“ (WHO 1986, S. 4)

Die Ausführungen der hier zitierten Handlungsstrategie „Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen“ machen deutlich, dass sich die Grundgedanken der Gesundheitsförderung in den 1980er Jahren eng am Gedankengut

und der Ethik der Organisationsentwicklung orientieren. Seit damals haben auch in der Gesundheitsförderung zunehmend managementgeprägte Prinzipien Fuß gefasst und die einschlägigen Qualitätsvorstellungen geprägt. Insbesondere die Standards aus dem Qualitätsmanagement finden in der Gesundheitsförderung Anwendung. Als zentrale Qualitätsdimensionen gelten dabei die Orientierung am Projektmanagement-Zyklus sowie die Sicherung der Konzept-, Struktur- und Prozessqualität mit dem Ziel, hochwertige Ergebnisse in der Gesundheitsförderung zu erzielen (Kolip 2019; Tempel/Kolip 2011).

Auch wenn in der Praxis noch viel Optimierungsbedarf besteht, hat der Einsatz von Qualitätsmanagement und die Anwendung entsprechender Standards ganz wesentlich zur Qualitätsentwicklung in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention beigetragen. Zudem lässt sich die Wirksamkeit von Gesundheitsförderung nur dann nachweisen, wenn die durchgeführten Maßnahmen nach einem schlüssigen Konzept auf Basis eindeutig formulierter Hypothesen über das Zustandekommen von Gesundheit basieren. Dennoch weisen primär vom Managementgedanken geprägte Ansätze in der Gesundheitsförderung auch Schwächen auf. So ist es aus der Sicht von Community Health in hohem Maße problematisch, wenn die im Rahmen von Gesundheitsförderungs- und Präventionsvorhaben eingesetzten Instrumente der Planung, Steuerung, Kontrolle und Standardisierung im Vordergrund stehen, während die Frage, was eigentlich Gesundheit von Communities ausmacht, welche alltäglichen Lebens- und Arbeitsbedingungen sie prägen und was daran aus Sicht der Betroffenen geändert werden sollte, ausgeblendet wird.

Viele einseitig von Entscheidungsträger*innen oder Expert*innen top-down implementierten Maßnahmen der Gesundheitsförderung gehen unreflektiert von der Annahme aus, dass es darum gehen müsse, mittelschichtorientierte Verhaltensstandards durchzusetzen, anstatt nach den strukturellen Ursachen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit zu fragen und Veränderungsprozesse unter Beteiligung der Betroffenen zu gestalten. Change Management-Ansätze in Community Health haben dort ihre Berechtigung, wo sie darauf zielen, ungleiche Bedingungen für Gesundheit zu erfassen und ggf. unter Beteiligung der Betroffenen zu verändern, damit alle Menschen gleichermaßen ihr größtmögliches Potenzial an Gesundheit verwirklichen können (WHO 1986). Sie schaden aber, wenn sie auf diese grundlegenden Fragen der Community Health verzichten. Menschen in benachteiligten Lebenslagen sind nicht nur aufgrund ihrer schlechteren Ressourcenausstattung stärkeren physischen und psychischen Gesundheitsbelastungen ausgesetzt, sie erleben auch multiple Diskriminierungen und verfügen über geringere Möglichkeiten, sich gesundheitsfördernd zu verhalten (vgl. auch Beitrag Faller und Mikhof). Ansätze, die diese strukturell bedingten Ungleichheiten ausblenden, verstärken so gesundheitliche Ungleichheiten und machen die Opfer der Verhältnisse für ihre Situation verantwortlich (Faller 2017a, b).

5. Managing Diversity und Diversity Management

Prominente Ansätze, die sich gegen Ungleichbehandlungen zur Wehr setzten, gab es in den 60er Jahren in den USA mit der Bürgerrechtsbewegung und ersten ‚affirmative action-Programmen‘. Letztere zielen darauf, Chancengleichheit zu fördern, indem benachteiligte Gruppen gezielt bevorzugt werden (positive Diskriminierung) (Schwarzer 2015).

Eine systematische Vermeidung, Milderung und Beseitigung von Nachteilen, die einzelne Personen oder Personengruppen gegenüber anderen Personen oder Gruppen hinnehmen (müssen), umschreibt Becker (2016) mit dem Begriff des ‚Managing Diversity‘. Es kann bedeuten, Menschen gezielt ungleich zu behandeln, und zwar dann, wenn sich dadurch die primär schlechteren Lebensbedingungen der Ungleichbehandelten verbessern. Die gesetzliche Frauenquote oder die Ausgleichsabgabe bei Unterschreitung der Beschäftigungsquote von Menschen mit Behinderung in Betrieben sind Beispiele für solche „positiven Diskriminierungen“ (ebd.).

Vom Begriff des ‚Managing Diversity‘ grenzt der Autor das ‚Diversity Management‘ ab. Während er bei ersterem den Fokus auf die Interessen benachteiligter Gruppen gerichtet sieht, schreibt er letzterem eine primär wirtschaftlich-funktionale Orientierung zu. Verschiedenheit wird hier „benutzt“, um bestimmte, meist ökonomische, Ziele zu erreichen (ebd.). So werden unter dem Begriff ‚Diversity Management‘ zumeist Strategien gefasst, die darauf zielen, den Unternehmenserfolg zu steigern (z. B. Tümis 2007), etwa, indem im diversityorientierten Marketing vielfältige Kundengruppen erschlossen werden (Tomczak et al. 2007), Auslandsmitarbeiter*innen darauf trainiert werden, sich in anderen Kulturen erfolgsorientiert zu verhalten, Manager*innen und Führungskräfte Verhaltens- und Kommunikationsregeln für die Führung interkulturell gemischter Teams erwerben u. a. m. (vgl. Voigt/Wagner 2007).

Nach Ansicht von Schwarzer (2015) müssen sich Diversity-Management-Ansätze dem Vorwurf stellen, dass der Anspruch der Antidiskriminierung gegenüber der Gewinnerzielung in den Hintergrund tritt. Dabei wird das ursprüngliche Motiv des Diversity-Gedankens, die kritische Hinterfragung von ungleichen Machtverhältnissen, ausgeblendet – vielmehr wird der Diversity-Gedanke in den Dienst der Gewinnerzielung gestellt, was letztlich ökonomische Machtverhältnisse stabilisiert oder sogar weiter verschärft.

6. Fazit

Um in Communities gewollte strukturelle Veränderungen realisieren zu können, ist es notwendig, dass diese ein Mindestmaß an Organisationsmerkmalen – eine Zielformulierung sowie eine arbeitsteilige Struktur aufweisen. Daran ansetzende

Konzepte der Organisationsentwicklung sind aufgrund ihrer ausgeprägt partizipativen und machtkritischen Ausrichtung in hohem Maße kompatibel mit den Grundgedanken von Gesundheit und Diversity. Kritisiert wird an diesen Ansätzen jedoch, dass sie mit der Dynamik einer globalen Wettbewerbsgesellschaft nicht Schritt halten können, und ihre hierarchiekritische Ausrichtung unrealistisch sei. Die verstärkte Orientierung an Managementansätzen zur Förderung von Gesundheit und Diversity in Communities legt großen Wert auf ein zielorientiertes, systematisches und koordiniertes Vorgehen und hat durch entsprechende Impulse vielfach zur Qualitätssteigerung beigetragen. Aus der Sicht von Community Health verlieren entsprechende Ansätze jedoch dann ihre Berechtigung, wenn sie nicht dazu dienen, strukturelle Machtungleichheiten zu verringern, sondern (ökonomische) gesellschaftliche Ungleichheiten zu zementieren oder zu vergrößern.

Literatur

- Becker, M. (2016): Was ist Diversity Management? In: Fereidooni, K./Zeoli, A. P. (Hrsg.): *Managing Diversity: Die diversitätsbewusste Ausrichtung des Bildungs- und Kulturwesens, der Wirtschaft und Verwaltung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 291-317.
- Bieker, R./Vomberg, E. (Hrsg.). (2012): *Management in der Sozialen Arbeit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Böttcher, W./Merchel, J. (2010): *Einführung in das Bildungs- und Sozialmanagement*. Opladen et al.: Budrich.
- Doppler, K./Lauterburg, C. (2014): *Change Management: den Unternehmenswandel gestalten*. 13., aktualisierte und erw. Aufl. Frankfurt am Main u. a.: Campus-Verlag.
- Eichenberg, T./Hahmann, M./Hördt, O./Luther, M./Stelzer-Rothe, T. (2019): *Personalmanagement, Führung und Change-Management*. Oldenbourg: De Gruyter.
- Faller, G. (2017a): Vier Ansätze zum Erhalt und zur Förderung der Gesundheit im Betrieb. Beitragsreihe in: *Sicher ist sicher* 68 (6) S. 268-271; (7/8) S. 310-313; (9) S. 362-366; (10) S. 414-419; (11) S. 478-481.
- Faller, G. (2017b): Was ist eigentlich Betriebliche Gesundheitsförderung? In: Faller, G. (Hrsg.): *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. Bern: Hogrefe, S. 25-38.
- French, W./Bell, C. H. (1982): *Organisationsentwicklung*. 2. Aufl. Bern/Stuttgart: Paul Haupt.
- Grossmann, R./Bauer, G./Scala, K. (2015): *Einführung in die systemische Organisationsentwicklung*. Heidelberg: Carl Auer.
- Hensen, G./Hensen, P. (2011): *Gesundheits- und Sozialmanagement*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Kieser, A./Walgenbach, P. (2010): *Organisation*. 6., überarbeitete Aufl. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Kolip, P. (2019): *Praxishandbuch: Qualitätsentwicklung und Evaluation in der Gesundheitsförderung*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Kostka, C./Mönch, A. (2009): *Change Management*. 4. Aufl. München: Carl Hanser.
- Lauer, T. (2019): *Change Management. Grundlagen und Erfolgsfaktoren*, 3. Aufl. Berlin: Springer/Gabler.
- Lewin, K. (1947). *Frontiers in group dynamics. Concept, method and reality in social science. Social equilibria and social change*. In: *Human Relations* 1, H. 1, S. 5-41.
- Maraccini, A. M./Galiatsatos, P./Harper, M./Slonima, D. (2017): *Creating Clarity: Distinguishing Between Community and Population Health*. *The American Journal of Accountable Care* 26, H. 6, S. 32-37.
- McKenzie, J. P./Pinger, R. R. (2015): *An introduction to community & public health*, 8. Aufl. Burlington: Jones & Bartlett Publications.

- Nerdinger, F.W. (2019): Organisationsentwicklung. In: Nerdinger, F.W./Blickle, G./Schaper, N. (Hrsg.): Arbeits- und Organisationspsychologie. 4. Aufl. Berlin/Heidelberg: Springer-Lehrbuch, S. 179-191.
- Schwarzer, B. (2015): Ansätze für eine Diversity-sensible soziale Arbeit. In: Bretlaender, B./Köttig, M./Kunz, T. (Hrsg.): Vielfalt und Differenz in der Sozialen Arbeit, Stuttgart: Kohlhammer, S. 195-205.
- Sutherland, J./Schwaber, K. (2017): Der Scrum Guide. <https://www.scrumguides.org/docs/scrumguide/v2017/2017-Scrum-Guide-German.pdf> (Abfrage: 05.01.2021).
- Tempel, N./Kolip, P. (2011): Qualitätsinstrumente in Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Leitfaden für Praktiker in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: LiGA NRW.
- Tomczak, T./Schlögel, M./Koch, M. (2007): Akquisition von Diversity Zielgruppen – Management potenzieller Spill-over-Effekte. In: Wagner, D./Voigt, B.-F. (Hrsg.): Beiträge zum Diversity Management. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag/GWV Fachverlage, S. 211-248.
- Tümis, S. (2007): Die Bedeutung von Diversity Management für den Unternehmenserfolg. In: Wagner, D./Voigt, B.-F. (Hrsg.): Beiträge zum Diversity Management. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag/GWV Fachverlage, S. 39-58.
- Voigt, B.-F./Wagner, D. (2007): Diversity Management als Leitbild von Personalpolitik. In: Wagner, D./Voigt, B.-F. (Hrsg.): Beiträge zum Diversity Management. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag/GWV Fachverlage, S. 1-16.
- WHO – Weltgesundheitsorganisation (1986): Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (Abfrage: 05.01.2021).
- Wimmer, R. (2003): Hat die Organisationsentwicklung ihre Zukunft bereits hinter sich? Wittener Diskussionspapiere (125). Fakultät für Wirtschaftswissenschaft. Universität Witten/Herdecke.

Heilsame Stadtgärten?

„Community Gardening“ als kulturelle ökologische Praxis und deren Beiträge zur Gesundheit in der „Burnout-Gesellschaft“

Jan Grossarth

Zusammenfassung

Der Aufsatz diskutiert Gesundheitsbeiträge ökologischer Praktiken wie des (gemeinschaftlichen) Gärtnerns. Ökologie wird im weiteren Sinne auch als kulturelle Leitperspektive in Reaktion auf gesellschaftliche Krisen verstanden. Die Digitalisierung der Mediennutzung, Bedrohungen von Privatheit und Öffentlichkeit durch Digitalisierung und Individualisierung, sowie der damit einhergehende Leistungsdruck sind Stress- und Krankheitsfaktoren. Das Community Gardening adressiert als verbindende und verantwortungstiftende Tätigkeit sowohl die individuelle Gesundheits- als auch die globalökologische Krise (Biodiversitätsverlust, Bodengesundheit, Klimafolgen).

Dieser Doppelbeitrag harmoniert mit der hermeneutischen Erkenntnis, dass die anthropogene global-ökologische Krise von ihrem Beginn im 19. Jahrhundert an auch mittels Metaphern einer „Krankheit der Erde“ beschrieben wurde. Deren Bedeutung ist nicht nur naturwissenschaftlich zu fassen, sondern auch in der wiederkehrenden Erfahrung von Instabilität angesichts der Dynamiken des technisch-gesellschaftlichen Fortschritts. Das Gärtnern kann einen emotional ausgleichenden Effekt haben. Gärtnern als ökologische Handlung schafft und gestaltet urbane Räume, in denen Menschen ernsthaft und dauerhaft Verantwortung übernehmen können und vielseitigen öffentlichen Nutzen schaffen. Die Stadtplanung und Architektur haben Grünräume und Gärten als Lebens- und Wohlfühlräume bereits priorisiert.

Für die Gesundheitswissenschaften trifft das nicht zu. Die empirische Evidenz bezogen auf Gesundheitseffekte ist allerdings durchwachsen. Qualitative Forschung dokumentiert die wahrgenommenen Gesundheitsbeiträge, quantitative Studien finden oftmals keine Effekte oder weisen geringe positive Beiträge nach. Diese betreffen die Vermeidung von Burnout, Stress und zumindest situative Linderung von Isolationsleid. Wirksamkeit wird für individualistische, nicht aber für kollektivistische Kulturen nachgewiesen. Im Kontext der Community Health könnte „Community Gardening“ weniger als Intervention, sondern als Rahmen angewandter Gesundheitskommunikation verstanden werden. Der Aufsatz endet

mit einem Definitionsvorschlag von Gesundheitskommunikation, der die biographischen Erinnerungs- und praktischen Verantwortungsbezüge enthält, die sich im Blick durch das Vergrößerungsglas in den neuen Stadtgärten als soziale Defizite zeigen. Damit sind Forschungsdimensionen angeregt, die über das „Esst mehr Gemüse und Obst“ hinausgehen.

Abstract

Ecology here is discussed in a broader sense than the natural scientific. It is taken as a cultural guidance in the face of digitalization, individualization, rising pressure of performance and burnout levels. Community Gardening can be seen as local self-efficacy act in terms of the human health crisis as well as the global climate and biodiversity crisis. In that sense, also (metaphorical) perceptions of the global ecological crisis as a state of „unhealthiness“ are not only grounded in scientific evidence, but also human interpretation. Community gardening as a kind of sense-making de facto attends to cure both, environment and the individual emotional order. Gardening as „ecologic action“ re-creates urban spaces for individual holistic responsibility and „wholeheartedness“. While city planning and architecture are already considering garden spaces as important parts of it's objective of community wellbeing, especially qualitative research gives evidence about wellbeing effects of urban gardening. They are more effective in individualist than in collectivist cultures – supposable due to a higher dispersion of burnout, stress and isolation illnesses in the individualist cultures. Otherwise, quantitative empirical evidence about health effects of community gardening is weak sofar. Finally, more innovative research designs for gardening related community health projects are demanded. It should be considered not to take the community garden as a place for health intervention, but as a place for vital health communication.

1. Einführung: Ökologie und Gesundheit

„Gerda kannte jede Blume; aber wie viel deren auch waren, so war es ihr doch, als ob eine fehlte, allein welche, das wußte sie nicht.“ (HC Andersen, Die Schneekönigin)

Gärten sind nicht alles. Aber sie tun gut. In den Slums von Kapstadt, im Township Nyanga zum Beispiel, lernen die Menschen seit einigen Jahren in einem kommunalen Projekt wieder, was ihre Großeltern, die Bauern waren, noch beherrschten: den Gartenbau. Eines Tages lohnte sich das in Kapstadt nicht mehr, weil die Flächen schrumpften und die Nahrungsmittel im Supermarkt günstig

genug waren. Seit den 2010er Jahren kommt der Gartenbau zurück in die Townships (Tutmann 2019, S. 233-239). In Schulungen lernt die Slumbevölkerung, kleinste Flächen biologisch intensiv zu bewirtschaften mit Spinat, Salat, Kürbissen oder Frühlingszwiebeln. Für Projekte wie dieses gibt es viele Gründe: bis 2030 werden laut Prognosen sieben von zehn Menschen auf der Erde in Städten leben. Die Städte selbst werden mehr zur Vitamin- und Kalorienversorgung beitragen müssen. Dabei geht auch um würdige Arbeit, die Erfahrung von Selbstwirksamkeit und Gemeinschaft und um die Unabhängigkeit der Versorgung (ebd.).

Das Beispiel Nyanga zeigt die Relevanz von Gartenprojekten für die Community Health auf. Zahlreiche wissenschaftlich begleitete Gruppenexperimente zum Themenkreis Gesundheit und Gärten gab und gibt es auch in europäischen Ländern (vgl. Spano et al. 2020). Auch der Beitrag zur Biodiversität und einem gesunden Stadtklima ist ein Anliegen der urbanen Gartenprojekte. Neu ist das Ausmaß des wissenschaftlichen Interesses an dieser „angewandten Ökologie“ – weniger aber das kulturelle und politische Interesse an den Stadtgärten. Die Geschichte der Schrebergärten hat ihren Ursprung in den frühen Jahren der Industrialisierung. Neu sind aber auch die Möglichkeiten der digitalen Vernetzung in der Schulung und für den Austausch von Wissen und Erfahrung, und dass Garten und Landwirtschaft für viele Menschen in den Städten heute „Neuland“ sind. Der Gedanke, dass ökologische Gartenprojekte „multifunktional“ heilsam sein können, gewinnt wieder an Relevanz angesichts der Herausforderungen durch das globale Bevölkerungswachstum, durch den Klimawandel und die Urbanisierung. Abstrakter ausgedrückt lautet die Frage: Wie lassen sich Ökologie und Gesundheit sinnvollerweise in konkreten Projekten miteinander verbinden?

2. Begriffe und Semantiken von Ökologie und Gesundheit

Ökologie und Gesundheit – beide Konzepte sind erklärungsbedürftig und bis zur Unschärfe facettenreich. Hier wie da wären Engführungen auf das „rein Naturwissenschaftliche“ Verständnis ungenügend. Die Ökologie befasst sich mit stofflichen Gleich- und Ungleichgewichten in Ökosystemen. Sie ist die Wissenschaft der Stoffströme im Ökosystem (Kohlenstoff und Sauerstoff, Stickstoff und Phosphat, Wasser, Luft und Böden) und die Wissenschaft von der Rolle der Lebewesen darin, von den Mikroben bis zum Menschen. Diese naturwissenschaftliche Ökologie weiß zwar etwa, welche hervorragende Rolle die Vielfalt von Pflanzen und Lebewesen bezogen auf Produktivität und Stabilität von Ökosystemen spielt (vgl. etwa Mittelbach 2019, S. 38-60). Der Mensch erscheint hier eher als exogener Störfaktor. Diese naturwissenschaftliche Ökologie ist blind für das ökologische *movierte* Handeln des Menschen, für die kulturellen und psychologischen Aspekte, für das menschliche „ökologische Fühlen“. Die Gesundheitswissenschaft interessiert sich für das *menschliche* Wohlbefinden. Gewissermaßen

ist die medizinische Wissenschaft zunächst diejenige von den Stoffströmen im menschlichen Körper. Zur geistigen wie körperlichen Gesundheit kann auch ein persönlicher Umweltbezug beitragen (vgl. etwa Berman 2008). Letztlich ist auch der Mensch ein Ökosystem. Wann ist es intakt?

Nicht nur Messwerte, sondern auch kulturelle Vorstellungen davon, was „gesund“ und „krank“ bedeute, sind maßgeblich. Es gibt mindestens zwei Brücken, die von der Gesundheit zur Ökologie führen. Die erste ist die der Ernährung: der Nährstoffreichtum und die Schadstoffarmut des Essens und Trinkens als Voraussetzung von Gesundheit. Damit verbunden: die Nachhaltigkeit der Nahrungsproduktion. Die zweite Brücke aber ist in der Erfahrung begründet, als Mensch Umwelt so zu gestalten oder prägen (oder zu bewahren), dass sie bleibenden Wert hat und Freude macht.

2.1 Semantiken der kranken Umwelt

Nicht selten sprechen Menschen über ökologische Krisen des Planeten wie über Krankheiten. Semantiken der Krankheit kommen zum Ausdruck, wenn der Zustand der Umwelt beklagt wird. Die ökologische Krise wird in der populären Wissenschaftsliteratur und in den Massenmedien als Gesundheitskrise der Umwelt beschrieben (vgl. Grossarth 2018). Vom „kranken Planeten“ ist in Sachbüchern wie Zeitungsartikeln die Rede, von vergifteten Böden, verseuchten Meeren, dem „großen Sterben“ (der Insekten, Wildtierarten, Bauernhöfe oder Urwälder). Das „global warming“ schlägt sich in den „Fieberkurven“ der planetaren Durchschnittstemperaturen nieder. Die Erde leidet demnach unter einer „Stoffwechselstörung“. Das neue urbane Säen, Ernten und Gärtnern – diese angewandte ökologische Praxis – lässt sich vor dem Hintergrund solcher kultureller Deutungen als ein Versuch der „Selbstwirksamkeit“ begreifen. Mit anderen Worten: der eigenaktiven Heilung pathogener Umstände.

2.2 Die ökologische Krise

Viele Fakten beziffern die ökologische Krise. Mit der Urbanisierung setzte eine epochale stoffliche Trennung von Lebensmittelanbau und Verbrauch ein. Nährstoffe werden von Bergwerken (Phosphor, Kali) und Erdgasförderorten über Düngefabriken zu Kunstdünger, der die landwirtschaftliche Produktivität erhöht und überhaupt das Wachstum der Erdbevölkerung auf derzeit rund 7,5 Milliarden Menschen ermöglicht hat (vgl. Grossarth 2019). Tierhaltung und Düngung intensiver Ackerschläge führten zu veränderten Lebensbedingungen für Mikroorganismen der Böden, Pflanzen und Insekten. Der Insektenschwund (Biomasse wie Artenanzahl) wird je nach Region und empirischer Studie auf

Werte von rund 50 % und auf bis zu 75 % beziffert (vgl. etwa Hallmann et al. 2017). Die Grundwasserkörper weisen erhöhte Nitratwerte auf. Durch die Verbrennung fossiler Kraftstoffe für Industrie, Bau und Mobilität erhöhen sich CO₂-Konzentration der Atmosphäre und haben die globale Mitteltemperatur bereits um rund 1,5 Grad gegenüber dem vorindustriellen Zeitalter ansteigen lassen. Geologen und Erdhistoriker sprechen vom Anthropozän, dem menschengemachten Erdzeitalter (Cruzen 2006). Die Folgen veränderter klimatischer Bedingungen für die Lebensbedingungen auf der Erde sind gegenwärtig nicht absehbar. Die zivilisierte Menschheit hat in den vergangenen etwa 10.000 Jahren, seit Erfindung des Ackerbaus, kein anderes Erdzeitalter erlebt als das Holozän.

2.3 Die gesundheitliche Krise

Der Zusammenhang von ökologischer Krise und gesundheitlicher Situation ist ambivalent. Im historischen Maßstab haben die ökologisch problematische Industrialisierung der Landwirtschaft, aber auch die Technisierung der Medizin und Verfügbarkeit von modernen Arzneimitteln die Lebensdauer der Menschen im Durchschnitt deutlich steigen lassen (vgl. Aburto et al.2020). Industrialisierung und Globalisierung beendeten den vorindustriellen „Normalzustand“ des Mangels (für überwiegend agrarische Länder Afrikas und Südasiens gilt das mit teils starken Einschränkungen). Moderne Gesundheitssysteme und ausdifferenzierte und über staatliche Finanzierung unterhaltene vielfältige Netze von Expertinnen und Experten der Kuration, Prävention und Beratung, sind nur auf Grundlage des allgemein gewachsenen „industriellen“ Wohlstands ab den 1950er Jahren historisch zu verstehen.

Aber das gilt gleichfalls für Teilaspekte der gesundheitlichen Krise. In westlichen Industrieländern sind die sozialen Lebensverhältnisse zum Haupteinflussfaktor für den Gesundheitszustand der Menschen geworden (RKI 2012). Fehlernährung und Bewegungsmangel bedingen eine Zunahme von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Auch in Schwellen- und Entwicklungsländern nehmen die sogenannten Zivilisationskrankheiten zu (vgl. etwa Reddy 1998). Adipositas ist nicht mehr nur ein Massenphänomen der westlichen Länder, sondern auch der Megacities der Schwellen- und Entwicklungsländer mit ihren wachsenden Mittelschichten. Die fehlgeleiteten Nährstoffe führen zu regional, gruppen- und milieuspezifisch sehr unterschiedlichen menschlichen Stoffwechselstörungen.

2.4 Wahrnehmung von Instabilität als Stressfaktor

Ob medial oder wissenschaftlich von gekippten Gleichgewichten, „tipping points“, gestörten Kreisläufen oder kranker Umwelt die Rede ist: Die Schnittmenge

vieler ökologischer Krisenmetaphern ist die Instabilität. Instabilität lässt sich mechanisch wie organisch in Sprachbilder fassen, und organische Instabilität ist auch gemäß enger Definition stets Krankheit (Grossarth 2018, S. 331-376). Der metaphorischen Interpretation liegt personale oder kulturelle Erfahrung, Wahrnehmung und Deutung zugrunde. Die Wahrnehmung von ökologischer Instabilität (also bedrohlicher Veränderung der natürlichen Umwelt hin zu Einförmigkeit, Artenarmut, Nicht-Nachhaltigkeit, einseitiger Ver-Nutzung) ist im Grunde selbst ein Stressfaktor. Der Stress, unter dem die intensiv genutzte natürliche Umwelt steht, geht auf den problemsensiblen Menschen über. Nimmt man die „relationalen“ Anliegen und damit auch die diesbezüglich reiche Ideengeschichte der Ökologie ernst, dann ist auch der vielfältige, erfreuliche, aber ggf. auch leidvolle Austausch des Menschen mit der natürlichen Umwelt eine Bedingung würdiger Existenz. Anders herum gedacht, ist eine „vitale“, das heißt erlebnisintensive, gestalterische, als sinnvoll erfahrene Umweltbeziehung Voraussetzung für das Abwenden der ökologischen Krise – etwa für die Akzeptanz politischer Verbrauchs-Beschränkungen (Fernreisen, Zucker, Fleisch). Heilen Menschen sich selbst, wenn sie die Erde zu heilen versuchen? Das tun sie schon dann, wenn es ihnen guttut und gegebenenfalls sinnstiftende Gemeinschaftserfahrung verbunden ist. Denn Gesundheit ist schließlich, wie die WHO seit 1948 unverändert sagt, „a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO 1948).

2.5 Governance: „Food 2030“ und „EU Green Deal“

Die Politik der EU hat das ökologische Großprojekt „New Green Deal“ in Angriff genommen. Das zielt auch auf einen Wandel der globalen Ernährungssysteme ab („food systems“, vgl. EU 2020a). Die Schaffung neuer und klimastabiler „food systems“ ist allerdings eine weit größere politische größere Herausforderung, als die Energiewende. Sie beginnt beim Vorhaben, den Ackerbau wieder deutlich diverser zu gestalten: Fruchtfolgen, eine größere Vielfalt an koexistierenden Kulturen. Nur so können die Böden „gesund“, das heißt, wieder ein vielfältigeres natürliches Leben von Pilzen, Flechten und Mikroorganismen beherbergen, und so Kohlenstoff speichern, also Humus aufbauen. „Soil health and food“ werden von der EU-Kommission in einem Atemzug genannt (EU 2020b). Landwirtschaft befindet sich aber in einem prekären globalen Wettbewerb und ist angehalten, auch Ziele wie die nationale Ernährungssouveränität zu erreichen. Der Weg zu den „new food systems“ ist hochkomplex, bedarf fiskal- und zollpolitischer Steuerung („governance“) der nationalen und globalen Lieferketten – und am Ende der Kette, seitens der Verbraucherinnen und Verbrauchern, ein verändertes Konsumverhalten.

3. Reaktion auf die Krisen: Die kulturelle Hinwendung zur Ökologie

Seit den 2010er Jahren beobachten die Kultur- und Sozialwissenschaften eine gesteigerte Hinwendung zu Natur, Umwelt und Land (vgl. etwa Trummer/Decker 2020). Das betrifft Buch- und Zeitschriftenerfolge, von populären Philosophen wie Byung-Chul Han bis zu niedrighschwelligem Gartenmagazinen. Han schreibt über das Gärtnern gleichermaßen wie über Burnout (Han 2014; Han 2018). Die Ökologie ist in ihrem Zusammenhängen zur personaler und leiblicher Erfahrung der Umwelt auch das Anliegen zweier auch medial beachteter Philosophen: Gernot Böhme und Thomas Fuchs. Beide befassen sich bedeutend mit beiden Themenkreisen, der Ökologie und der Gesundheit. Ihre Zugänge sind die Philosophien der Atmosphären (Böhme 1995), des leiblichen Empfindens (Böhme 2019) bis zur „Ökologie des Gehirns“ (Fuchs 2005) oder der „Verteidigung des Menschen“ als gewissermaßen Leib gewordenem Erfahrungsspeicher, im Kontrast zum unter den Vorzeichen der Digitalisierung auch häufig auch auf den Menschen bezogenen Informationsspeicherkonzept der Informatik (Fuchs 2020).

Kulturelle Hinwendung zu Natur und Umwelt angesichts von Umbruchs- und Krisenerfahrungen sind keinesfalls neu, sondern vielmehr seit der frühen Industrialisierung immer wieder in Zyklen zu beobachten. Ihre esoterischen und eskapistischen Spielarten reichten von den Vegetarierkommunen auf dem Monte Verità im frühen 19. Jahrhundert über die Anthroposophie bis zu den politisch aus den Spätausläufern der 68er-Bewegung gespeisten „alternativen Landkommunen“ der 1980er Jahre (vgl. Reichardt 2014). Diese beschrieben sich selbst als Heilungsprojekt, aber wie so oft, wenn Gruppen sich von der „Mehrheitsgesellschaft“ radikal abkapseln und ihre Gemeinschaftsprojekte mit höchsten Heilsversprechen garnieren, glitten sie auch ins Sektiererische ab – oder versagten einfach kläglich in der landwirtschaftlichen Praxis, aus Mangel an Wissen, Durchhaltevermögen oder Fleiß (ebd.). In den 2010er Jahren bildeten sich ökologische Lebensgemeinschaften unter den Selbstbezeichnungen „transition town“ oder Ökodörfer (vgl. Rössel 2014; Bauermann 2018). Dem radikal politisch-sektiererischen (oder, selbsternannt: avantgardistischen), steht eine lange Breitengeschichte der Gartenkultur entgegen. Sie reicht von der Gründung der Landheime und Naturfreundehäuser im späten 19. Jahrhundert über die Geschichte der Schrebergartenvereine. Aber die Naturzuwendung der 2010er und 2020er Jahre steht in neuem Kontext: dem der Digitalisierung, einer (extremen) Individualisierung, aber eben auch der „handfesten“ wissenschaftlichen Evidenzen einer klimatischen, boden- und artenbezogenen Megakrise.

3.1 Ökologie als Naturwissenschaft oder kulturelle Praxis

An diesem Punkt bietet sich eine vertiefte Unterscheidung zwischen naturwissenschaftlicher und kultureller Ökologie an. Ökologie ist gewissermaßen auch kulturelle Praxis seit Beginn der Zivilisation. Eine Ernährung und eine Landwirtschaft, die natürliche Ökosysteme erhält, wurden immerhin schon als Grund der talmudischen Speisevorschriften des alten Israel identifiziert (Hüttermann 2002, S. 176 f.). Die naturwissenschaftliche Ökologie (im Wortsinn: Haushaltslehre) versteht sich als Wissenschaft der Stoffströme in vernetzten natürlichen Systemen (Ökosystemen). Ein funktionalistisches Konzept, das anschlussfähig an die Funktionslogik behördlicher und politischer Institutionen ist, ist die „Ökosystemdienstleistung“, die den Wert der natürlichen Umwelt in Geldeinheiten beziffert – etwa der „Bestäubungsleistung“ von Bienen für den Obstbau. Er wurde gelegentlich auf „kulturelle Ökosystemdienstleistungen“ erweitert, etwa Schönheit, Kultur- und Traditionspflege, und die damit verbundene Absicht, auch diese monetär zu quantifizieren, wurde wiederum kontrovers diskutiert (Kirchhoff 2018).

Die sozialen und kulturellen Bezugspunkte der Ökologie waren ihrerseits Gegenstand der sozialwissenschaftlichen Forschung (vgl. Günther et al. 1998). Es ist sinnvoll, daran zu erinnern und im Sinne dieser Vorarbeiten zwischen einem naturwissenschaftlichen Wissenschaftsverständnis der Ökologie und der Ökologie als kultureller Praxis zu unterscheiden. Aus philosophischer Perspektive ist die Ökologie eine Weise des „ganzheitlichen Denkens“ (Gloy 1996, S. 167). Die kulturelle Antriebskraft lässt sich als das ökologische Fühlen bezeichnen, dessen Motiv Freude, Hinwendung, Mitleid oder ökologische Krisenerfahrung sein kann. Ökologie als ganzheitlicher Anspruch an das menschliche Leben, gestaltend, kreativ umweltwirksam zu sein, ließe sich nahtlos in die WHO-Definition der Gesundheit einfügen. Dann wäre Gesundheit ein „a state of complete physical, mental and social[*-ecological*] well-being“. In der Betonung des Beziehungsgeschehens zwischen Mensch und Umwelt entspricht der kulturelle Begriff der Ökologie dem Anliegen dieses Aufsatzes besonders. In diesem könnte man von einer ethischen Lebensführung in Bezug auf die natürliche Umwelt sprechen. Der Ort der Begegnung ist im 21. Jahrhundert der urbane Garten.

3.2 Gartenliteratur, Burnout und Extrem-Individualisierung

In den Jahren nach der Weltfinanzkrise von 2008 zählten unter Magazinen wie Sachbüchern die Garten- und Landtitel zu den erfolgreichsten. Die Themenkonjunktur von Land, Dorf und Gärten wurde gelegentlich als Projektion einer „erschöpften Gesellschaft“ gedeutet (Nell/Weiland 2021). Hier eröffnet sich abermals

die als heilsam empfundene Selbstwirksamkeitserfahrung des Gärtnerns als Zusammenhang von Ökologie und Gesundheit. Sie erscheint gleichsam als Therapie. Vom „erschöpften Selbst“ schrieb Alain Ehrenberg 2015 – und weniger die Quantität der Arbeitsbelastung erscheint bei ihm als Hauptursache des Burnouts, sondern die Bedeutung der Arbeit für den Selbstwert des postmodernen Menschen (Ehrenberg 2015). Demnach geht der Verlust traditionsgebundener, institutioneller Einbindungen des Menschen und eine Ver-Oberflächlichung der sozialen Beziehungen mit steigenden Kompensationsdruck durch Konsum einher. Die Krankheitsfolgen erschöpfen sich nicht in der Erschöpfung. Zu Depressionen kommen neue Gaming-, Shopping- oder Pornosüchte der digitalen Welt. Sucherkrankungen nehmen zu (Bauch 2016, S. 133 f.). Zum Nexus „Kapitalismus“-Extremindividualismus-Erschöpfungskrankheit bieten sich als weitere zeitgenössische Problembeschreibungen die „Gesellschaft der Singularitäten“ und „Emotionskultur“ des Soziologen Andreas Reckwitz an. Der (oft konsumgestützten) Selbstinszenierung als einzigartige, leistungsfähige Individuen fällt eine historisch neue Rolle zu (Reckwitz 2019). Gesucht sind „Wege aus dem Ego-Tunnel“ (Fuchs 2015).

3.3 Krise der Institutionen und sozialer Stress

Zahlreiche für eine aufgeklärte Zivilgesellschaft orientierungsstiftende Institutionen werden unter den neuen soziokulturellen Umständen der Digitalisierung und Digitalität „zahnlos“, weil ihnen das Publikum schwindet. Die Öffentlichkeit als über viele Jahrhunderte erkämpfte kulturelle Errungenschaft scheint auf neuartige Weise bedroht (vgl. Gerhard 2018): „Unter den Bedingungen der Netzkommunikation droht die bislang konstitutive Trennung von privater und öffentlicher Sphäre verloren zu gehen“ (ebd., S. 527). Befürchtet wird der politische und pädagogische Relevanzverlust des Wertes der Privatheit an sich, und der Bedeutungsverlust der diesbezüglich maßgeblichen bürgerlichen Institutionen. Das sind vor allem Parteien, Qualitätsverlage, Hochschulen und etwa auch die modernen Kirchen.

Dabei basieren gesellschaftliche Ordnung und überhaupt das Funktionieren von komplexer Gesellschaft auf informellen wie formellen Institutionen (vgl. North 1990). Institutionen orientieren menschliches Denken, Reden und Handeln. Viele formale Institutionen werden vor dem Hintergrund des sozial-digitalen Wandels erklärungsbedürftig, suspekt oder störend, es sei denn, sie fügen sich in den veränderten Kontext ein. Weihnachtsmärkte „überleben“ zum Beispiel (da sie kapitalisiert „umgedeutet“ wurden), die Fronleichnamsprozession nicht (Hirschfelder 2014). Verlage, Universitäten, Parteien, Kirchen existieren nur noch „im Krisenmodus“ (Rosenfelder 2019), und auch bei Rosenfelder heißt es: aufgrund einer „Totalisierung der Kritik, wie sie sich in der digitalen Öffentlichkeit verwirklicht“. Die alte Ordnung der Institutionen erodiert. Die selektive Mediennutzung,

ebenfalls zunehmend unter dem Vorzeichen des Nutzwertes, des emotionalen und Unterhaltungswertes, mit dem dominierenden Nachrichtenwert des Bezugs zum Eigenen, nimmt Raum ein zulasten der verbindlichen Öffentlichkeit (Grossarth 2021). Der digitale Medienwandel erscheint gesellschaftliche Erosionserscheinungen vom historischen Ausmaß der Erfindung des Buchdrucks mit sich zu bringen, jedenfalls permanente Irritation (Pörksen 2018).

3.4 Naturgestaltung als verantwortliche Selbstwirksamkeitserfahrung

Ökologisch wirksame Praxiserfahrung – etwa in Form von Gartenarbeit – adressiert die beschriebenen Probleme auf vielfältige Art. Marktschreierische Heilungsversprechen sind hier zwar fehl am Platze, vor allem, weil die „praktische Ökologie“ die problematischen Umstände in ihrer Vielschichtigkeit in den meisten Fällen nicht ändert, sondern weil es Teil einer privaten Bewältigungsstrategie ist. Im Grenzfall kann die Hinwendung zu den Gärten sogar an die parallele Erscheinung in der „kleinbürgerlichen“ DDR erscheinen, als kollektiver Flucht aus der politischen Welt (vgl. Dietrich 2019). Der Eskapismus ist keine gesellschaftlich tragfähige Lösung. Die Grundsteine für eine gesunde biographische Entwicklung liegen nicht primär in der Garten- oder Pferdetherapie nach dem ersten Burnout, sondern schon in der frühen Kindheit (Schnabel 2014, S. 57). In diesem Bezugskreis sind die Heilungsversprechen von Gartenprojekten – wie von jeder Therapie oder Intervention – realistischer Weise einordnen.

Ungeachtet dieser Einschränkungen ist beispielsweise der Garten, der Bauernhof, der Wald oder die Wiese ein Ort, der Erfahrungen von Selbstwirksamkeit begünstigt – je früher, lustbetonter und je mehr mit Anerkennung von wichtigen Bezugspersonen verbunden, desto besser. Unter Selbstwirksamkeit versteht sich „das Empfinden, selbst verantwortlich und durch eigenes Verhalten ursächlich zu sein für eigene Gesundheit“ (vgl. Neumann/Renner 2017). Im Garten trägt die Gärtnerin die volle Verantwortung für die Gesundheit, das Wachstum und die Ernteerträge, für die Gesundheit der Pflanzen, und erfährt wiederum Gesundheit am eigenen Leib, der mit der natürlichen Umwelt in produktiven Austausch tritt. Der Garten wird gewissermaßen zum biographisch prägenden Ort der Vermittlung von Umwelt- wie Gesundheitskompetenz. Er ist ein Ort sinnlich reichen, kreativen Erwerbs von „Gesundheitsfähigkeit im Lebenslauf“.

Von der modernen Arbeitswelt betrachtet erschließt sich der salutogene Beitrag der Gartenarbeit. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer leiden unter einer systemischen Verantwortungslosigkeit. Der Psychoanalytiker Rainer Funk beschreibt – passgenau zu den oben zitierten Erschöpfungsdiagnosen –, wie im Arbeitsalltag sinngebende „atmosphärische, soziale, kreative, intuitive, sinnliche, empathische, persönliche Aspekte menschlicher Produktivität zugunsten

wirtschaftlicher Produktivität“ zurückzustehen haben (Funk 2011, S. 56). Dagegen rebellieren gewissermaßen die Körper, auch in Form von Krankheit, oder der Mensch reagiert – siehe Max Weber – mit Überanpassung. Demzufolge wäre die Gesellschaft in einer kollektiven ethischen Krise. „Community Gardening“ kann diese nicht heilen, jedoch einen vitalen Gegenbezug schaffen.

3.5 Empirische Evidenz

Interaktion mit der natürlichen Umwelt erhöht die Aufmerksamkeits- und Erinnerungsfähigkeit (Berman et al. 2008). Experimente offenbaren gemischte Erfolge von Gartenprojekten. So zeigte eine quantitative experimentelle Studie unter 66 französischen Männern nur geringe Effekte bezogen auf Gesundheitsparameter (Tharrey et al. 2020, S. 1): ein zwölfmonatiges sogenannte Jardins-Experiment brachte beim kleineren Teil der Teilnehmern eine Verbesserung sozialer Beziehungen, der Lebenszufriedenheit, der Ernährung oder Bewegung. Insgesamt mangelt es an quantitativen Studien, vor allem an solchen von längerer Dauer, großem Teilnehmendenkreis und originellem Design. Ein Großteil dessen, was die Wissenschaft über die Wirksamkeit konkreter Gartenprojekte weiß, basiert auf qualitativen Befragungsergebnissen oder Feldforschungen (Spano et al. 2020). Wenn positive Effekte auf das psychosoziale Wohlbefinden nachgewiesen wurden, dann in individualistischen Kulturen und weniger in kollektivistischen (ebd.). Dieser Befund fügt sich zu den obenstehenden Überlegungen über Individualisierung, Burnout, Emotionskultur und Überanpassung an arbeitsweltliche Leistungsnormen an. Kleinere quantitative Studien ergaben etwa positive Auswirkungen des urbanen Gärtnerns auf Lebensfreude und Optimismus, etwa in Singapur (Koay 2020). Gemeinschaftsgärten erhöhen Gesundheit und Wohlbefinden ihrer Nutzer und sollen der sozialen Integration diverser Gruppen dienen (Penny 2014, S. 490 f.). Mit entsprechender Intention wurden wissenschaftlich begleitete Gemeinschaftsgartenprojekte initiiert: zur Erhöhung der geistigen Gesundheit, zur Adipositas-Reduktion, mit dem Ziel einer Verringerung von Herz-Kreislauferkrankungen und des sozialen Ausschlussempfindens (Anderson et al. 2014).

Die Stadtplanung ist ein weiterer Ort, an dem das Gemeinwohl von Mensch und Umwelt zu berücksichtigen wäre. In diesem Sinne ist schon frühzeitig auf eine bürgergestaltete Anlage naturnaher Flächen in Städten zum Zweck der psychosozialen Stressreduktion hingewirkt worden (Nestmann 1982, S. 27). Ab der vergangenen Dekade aber wird die Gesundheit ausdrücklich zum Planungsziel ernannt (Fenton 2014, S. 485). Empirische Evidenz gibt es bezogen auf den Zusammenhang vom „grünen“ Wohnungsbau auf die Gesundheit: Schlechte Lüftung, übermäßige Hitze oder Kälte schaden nachweislich der Gesundheit – als Problem erscheint hier aber weniger der Stand der Wissenschaft oder ein Mangel an ambitionierten Architekturentwürfen, sondern vielmehr die große Kluft zur tatsächlichen Baupraxis,

die an niedrigen Kosten orientiert ist (Carmichael et al. 2020, S. 9). „Grüne“ Architektur berücksichtigt das menschliche Bedürfnis nach Begrünung, nach Frischluft und natürlichen Baumaterialien wie Holz oder Holzbaustoffen. Der Stadtgarten wird zur Inspiration von Architektur und Stadtplanung.

4. Schluss: Community Gardening als wirksame Gesundheitskommunikation

Der Garten ist ein hochinteressanter Lern- und Erfahrungsort. Er ermöglicht umwelt- und selbstbezogene Wirksamkeitserfahrung, allein oder in Gruppen. Durchwachsenen empirischen Ergebnisse bezogen auf die Wirksamkeit von „Community Gardening“ auf die Gesundheit steht eine überzeugende Literatur über die Bedeutung der leiblichen Naturerfahrung gegenüber, und über deren Mangel.

Ökologische Selbstwirksamkeitserlebnisse sind eine angemessene Reaktion auf Instabilitätserfahrungen aufgrund der digitalen Krise der öffentlichen Kommunikation und einem Bedeutungswandel einst orientierungsstiftender Institutionen. Diese Zusammenhänge sind in der bisherigen Forschung der Community Health über Gartenprojekte nicht hinreichend benannt worden.

Im Zuge des formulierten Forschungsdesiderats auch nach mehr quantitativen oder auch Mixed-Methods-Studien bieten sich etwa folgende Forschungsfragen an: Gibt es gruppenbezogene Affinitäten für eine kreative Umweltbeziehung? Wie erklärt sie sich? Sind Schulgartenprojekte ein geeigneter Ort, um erfreuliche Umwelterfahrung zu vermitteln, oder sind es eher kommunal geförderte, in der Freizeit genutzte Schrebergärten oder Kooperationen mit (geförderten) Landwirtinnen und Landwirten, die Parzellen vermieten? Wie lassen sich schwer erreichbare soziale Gruppen für das Engagement motivieren? Wie verhalten sich die Zielkategorien „Privatheit/Verantwortung“ und „Gemeinschaftserfahrung/Community“ zueinander? Welche Spezifizierungen des allgemeinen Begriffs „Community Gardening“ bieten sich in diesem Sinne an? Diese Fragen sollen Anregungen sein, nicht pauschal nach Gesundheitswirkungen zu fragen, sondern sehr differenziert nach Alter, Milieu und dem Grad der biographischen und kulturellen Umwelterfahrung.

Zumindest ist der Garten auch ein Ort wirksamer Gesundheitskommunikation. Community Gardening ist auch ein Kommunikationsprojekt. Und wo Spatzier beklagt, dass der „missing link“ zwischen Gesundheit und Kommunikation noch nicht gefunden sei (Spatzier/Signitzer 2014, S. 47), da könnte man ihm zum Abschluss dieses Aufsatzes folgende Definition anbieten:

Gesundheitskommunikation ist die Wieder-Herstellung des (in Erinnerung und Sprache auch leiblich nachempfundenen, verkörperten) biographischen oder kulturellen Gedächtnisses (an Lust/Unlust, Schmerz, Trauer, Freude, Wohlbefinden),

verbunden mit der produktiven, kreativen, selbstregulativen Bezugnahme darauf. Sie ist also weit mehr als nur die Vermittlung oder der Austausch gesundheitsbezogenen Wissens, sondern sie ist selbst ein Gesundheitsfaktor.

Auch in diesem Sinne folgt das kulturelle Projekt des Community Gardenings vielschichtiger Rationalität. Der Garten ist schließlich nicht nur ein persönlicher Erinnerungsort, sondern auch ein kulturgeschichtlich tiefes Symbol. Und hätte er eine vergleichbare Bedeutung in der religiösen Überlieferungsgeschichte erhalten, wenn sich Menschen in den Gärten nicht so glücklich fühlen würden, oder zumindest einmal gefühlt hätten – zugleich privat, wie auch in Gemeinschaft, mit diversen anderen Lebewesen?

Literatur

- Aburto, J. et al. (2020): Dynamics of Life Expectancy and Life Span Equality. In: Proceedings of the National Academy of Sciences 117, H. 10, S. 5250-5259.
- Anderson, W. et al. (2014): Planning for Public Health – Building the Local Evidence Base. In: Town and Country Planning, 83, H. 8, S. 341-347.
- Bauch, J. (2016): Sozialepidemiologie, in: Ders. (Hrsg.): Medizinsoziologie. München: De Gruyter, S. 133-151.
- Baumann, C. (2018): Idyllische Ländlichkeit: Eine Kulturgeographie der Landlust, Bielefeld: transcript.
- Berman, M. G. et al. (2008): The Cognitive Benefits of Interacting With Nature. In: Psychological Science, 19, H. 12, S. 1207-1212.
- Böhme, G. (1995): Atmosphäre. Essays zur neuen Ästhetik. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Böhme, G. (2019): Leib: Die Natur, die wir selbst sind. Berlin: Suhrkamp.
- Carmichael, L. et al. (2020): Healthy Buildings for a Healthy City: Is the Public Health Evidence Base Informing Current Building Policies? In: The Science of the Total Environment, 719, S. 137-146.
- Crutzen, P. (2006): The anthropocene. In: Ehlers, E./Krafft, T. (Hrsg.): Earth System Science in the Anthropocene, Berlin/Heidelberg: Springer, S. 13-18.
- Dietrich, G. (2019): Kulturgeschichte der DDR, Bd. 1, 1945-1957, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ehrenberg, A. (2015): Das erschöpfte Selbst: Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt am Main/New York: Campus.
- EU (2020a): Food 2030 Pathways for Action – the Microbiome World. Brüssel: European Commission.
- EU (2020b): Soil and Health: https://ec.europa.eu/info/research-and-innovation/funding/funding-opportunities/funding-programmes-and-open-calls/horizon-europe/missions-horizon-europe/soil-health-and-food_en (Abfrage 4.6.2021)
- Fenton, K. (2014): Now is the Time for a Renewed Focus on Health and Planning. Reuniting Health with Planning. In: Journal of the Town and Country Planning Association, 83, H. 11, S. 484-486.
- Fuchs, T. (2005): Ökologie des Gehirns. In: Der Nervenarzt, 76, H. 1, S. 1-10.
- Fuchs, T. (2015): Wege aus dem Ego-Tunnel. In: Deutsche Zeitschrift für Philosophie 63, H. 5, S. 801-823.
- Funk, R. (2011): Der entgrenzte Mensch. Gütersloh: Bertelsmann.
- Gerhardt, V. (2018): Öffentlichkeit. In: Voigt, R. (Hrsg.): Handbuch Staat. Wiesbaden: Springer. S. 519-529.
- Gloy, K. (1996): Die Geschichte des ganzheitlichen Denkens, Bd. 2, Das Verständnis der Natur, München: Beck.
- Grossarth, J. (2018): Die Vergiftung der Erde, Metaphern und Symbole agrarpolitischer Diskurse seit Beginn der Industrialisierung. Frankfurt am Main/New York: Campus.
- Grossarth, J. (2019, Hrsg.): Future Food. Die Zukunft der Welternährung. Darmstadt: wbg Theiss.

- Grossarth, J. (2021): Seriöse Ernährungskommunikation im digitalen Medienzeitalter. Oder: Dem Relevanzverlust entgegenwirken. In: Ernährung im Fokus, H. 1/21, S. 36-42.
- Günther, A. et al. (1998): Sozialwissenschaftliche Ökologie. Eine Einführung. Berlin/Heidelberg/New York: Springer.
- Hallmann, C. A. et al. (2017): More than 75 Percent Decline Over 27 Years in Total Flying Insect Biomass in Protected Areas. In: PloS one, 12, 10.
- Han, B.-C. (2014): The Burnout Society. Stanford: Stanford University Press.
- Han, B.-C. (2018): Lob der Erde: eine Reise in den Garten. Berlin: Ullstein.
- Hirschfelder, G. (2014): Kultur im Spannungsfeld von Tradition, Ökonomie und Globalisierung: Die Metamorphosen der Weihnachtsmärkte. In: Zeitschrift für Volkskunde, 110, H. 1.
- Hüttermann, A. (2002): Am Anfang war die Ökologie, Naturverständnis im Alten Testament. München: Kunstmann.
- Kirchhoff, T. (2018): Kulturelle Ökosystemdienstleistungen, Eine begriffliche und methodische Kritik. Freiburg/München: Karl Alber.
- Koay, W.I./Dillon, D. (2020): Community Gardening: Stress, Well-Being, and Resilience Potentials. In: International Journal of Environmental Research and Public Health, 17.
- Mittelbach, G./McGill, B. (2019): Community Ecology. Oxford: Oxford University Press.
- Nell, W./Weiland, M. (2021, Hrsg.): Gutes Leben auf dem Land? Imaginationen und Projektionen vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart, Bielefeld: transcript.
- Nestmann, L. (1982): Überlegungen zum Komplex des Stress in Großstädten – ein Beitrag zur medizinischen Ökologie und zur „Ökologie des Geistes“, o. O.
- Neumann, A./Renner, I. (2017): Barrieren für die Inanspruchnahme Früher Hilfen: die Rolle der elterlichen Steuerungskompetenz. In: Bundesgesundheitsblatt, 59, S. 1281-1291.
- North, D. C. (1990): Institutions, Institutional Change and Economic Performance. Cambridge: Cambridge University Press. Penny, R. (2014): Public Health Evidence to Support Green Infrastructure Planning. Reuniting Health with Planning. In: Journal of the Town and Country Planning Association, 83, H. 11, S. 490-493.
- Pörksen, B. (2018): Die große Gerechtigkeit: Wege aus der kollektiven Erregung. München: Hanser.
- Reckwitz, A. (2019): Das Ende der Illusionen: Politik, Ökonomie und Kultur in der Spätmoderne. Berlin: Suhrkamp.
- Reddy, K. S./Yusuf, S. (1998): Emerging Epidemic of Cardiovascular Disease in Developing Countries. In: Circulation, 97, H. 6, S. 596-601.
- Reichardt, S. (2014): Authentizität und Gemeinschaft Linksalternatives Leben in den siebziger und frühen achtziger Jahren. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- RKI (2012), Die Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland. Berlin: o. V.
- Rössel, J. (2014): Unterwegs zum guten Leben?, Raumproduktionen durch Zugezogene in der Uckermark. Bielefeld: transcript.
- Schnabel, P.-E. (2014): Soziologische Grundlagen der Gesundheitskommunikation. In: Hurrelmann, K./Baumann, E. (Hrsg.), Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Hans Huber.
- Spano, G. et al. (2020): Are Community Gardening and Horticultural Interventions Beneficial for Psychosocial Well-Being? A Meta-Analysis. In: International Journal of Environmental Research and Public Health, 17, 3584.
- Spatzier, A./Signitzer, B. (2014): Ansätze und Forschungsfelder der Gesundheitskommunikation, in: Hurrelmann, K./Baumann, E. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Hans Huber.
- Tharrey, M. et al. (2020): Improving Lifestyles Sustainability Through Community Gardening: Results and Lessons Learnt from the JArDiNs Quasi-Experimental Study. BMC Public Health, 20, 1798.
- Trummer, M./Decker, A. (2020, Hrsg.): Das Ländliche als kulturelle Kategorie. Aktuelle kulturwissenschaftliche Perspektiven auf Stadt-Land-Beziehungen. Bielefeld: transcript.
- Tutmann, L. (2019): Kleinbauern der Städte. In: Grossarth, J. (Hrsg.): Future Food. Die Zukunft der Welternährung. Darmstadt: wbv Theiss. S. 233-239.
- WHO (1948), Preamble to the Constitution of WHO. <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution> (Abruf 12.6.2021).

Die Perspektive der Ethnologie auf Community Health

Christiane Falge, David Johannes Berchem, Silke Betscher

Zusammenfassung

In diesem Artikel werden ethnologische Perspektiven auf Community Health vorgestellt. Zunächst wird auf den Paradigmenwechsel der Ethnologie von einer Erforschung und somit Markierung des oder der ‚Anderen‘ im kolonialen Kontext zu einer Erforschung, Beschreibung und eines Verstehens anderer Möglichkeiten, Lebensweisen und Möglichkeitsbedingungen von Alltagswirklichkeiten eingegangen. Dabei sind insbesondere die im eigenkulturellen Kontext von Community Health entstehenden ethnologischen Perspektiven von Relevanz, die ihren analytischen Fokus auf die Gesundheitsversorgung marginalisierter Communities im Hinblick auf strukturelle Ungleichheiten richten. Die Relevanz dieser Fokussierung wird neben ihrer inhaltlichen Ausführung durch eine Vorstellung des von der Ethnologie angewandten ethnografischen Methodeninstrumentariums präsentiert. Zudem werden drei relevante Bezüge der Ethnologie für Community Health hergestellt: 1. ethnologischer Kulturbegriff, 2. Medizinethnologie und 3. ethnologische Fragen und Methoden für Community Health.

Abstract

This article presents social-anthropological perspectives on Community Health. It starts by presenting the paradigm change of social anthropology from the delineation of ‚the Other‘ in the colonial context to doing research, describing and understanding other possibilities, life-ways and conditions of life possibilities. Of specific relevance are those social anthropological perspectives created in the intra-cultural contexts of Community Health who direct their analytical focus on the health care of marginalised communities with regard to structural inequalities. The relevance of these perspectives will next to their contentwise presentation underlined by their methodological toolkit ‚ethnography‘. Besides, three specifically relevant relations of social anthropology for Community Health will be outlined such as 1. The social-anthropological concept of culture, 2. Medical anthropology and 3. Social-anthropological questions and methods for Community Health.

1. Einführung

In diesem Artikel werden ethnologische Perspektiven auf Community Health dargestellt. Dies geschieht vor unserem disziplinären Verständnis, dass sich die Ethnologie in Bezug auf ihren Forschungsgegenstand, ihr methodisches Werkzeug und ihren besonderen ethnologischen Blick als spezifisch geeignet für Community-Health-Ansätze erweist. Denn sie erforscht kulturelle Alltagspraktiken von Menschen. Dabei bricht sie mit der in den Sozialwissenschaften geläufigen Annahme, Gesellschaft wäre ein immer schon vertrauter, verstandener und verfügbarer Forschungsgegenstand und ersetzt die Illusion eines unmittelbaren Verstehens flüchtiger Alltagspraktiken durch die empirische Erforschung sozialer Lebenswelten, kultureller Praktiken und institutioneller Verfahren (Breidenstein et al. 2013, S. 7), in dem sie sich insbesondere auf nicht Bekanntes einlässt und ihre Erkenntnisse aus der Differenz zwischen dem Bekanntem und dem Unbekanntem generiert. Das Wechselspiel aus Sich-Einlassen und Sich-Fremd-Machen kennzeichnet den Kern der ethnologischen Methode. Hierin geht es jedoch nicht mehr um die Erforschung des oder der ‚Anderen‘ wie in den Anfängen der Ethnologie, die zugleich häufig mit einer Markierung der ‚Anderen‘ als Teil des kolonialen europäischen Projektes einherging und vermeintliches ‚Wissen‘ lieferte, das die Ausbeutung und Unterdrückung der markierten, kategorisierten, inferiorisierten und infantilisierten Menschen legitimierte. Vielmehr geht es in den Worten der Sozial- und Kulturanthropologin Elisabeth Povinelli um eine „anthropology of the otherwise“ (Povinelli 2014)¹, also andere Möglichkeiten, Lebensweisen und Möglichkeitsbedingungen von Alltagswirklichkeiten zu erforschen, zu beschreiben und zu verstehen. Zum besseren Verständnis dieses grundlegenden Paradigmenwechsels folgt zunächst ein kurzer historischer Überblick zu seiner disziplinären Genese.

Die Ethnologie entstand im Kontext neuer Beziehungs- und Konfliktformen zwischen Kolonien und Kolonialmächten. In dieser vom Kolonialismus geprägten Zeitphase brachen Ethnolog*innen Mitte des 19. Jahrhunderts auf, um im Rahmen großer wissenschaftlicher Expeditionen Daten über Gesellschaften zu sammeln, die sie dann ähnlich wie der Naturwissenschaftler Darwin klassifizierten und miteinander verglichen. Im auf Menschen nicht übertragbaren

1 Im deutschsprachigen Kontext bezeichneten ‚Ethnologie‘ und ‚Anthropologie‘ lange Zeit zwei Disziplinen mit sehr unterschiedlichen Ausrichtungen. Die Anthropologie wurde hierzulande stärker als vermeintlich naturwissenschaftliche ‚Lehre vom Menschen‘ verstanden, die im Nationalsozialismus auch die sogenannte „Rassenlehre“ mit ihren Vermessungen beinhaltete. Im internationalen Kontext finden sich die Themen, Methoden und Fragestellungen der Ethnologie jedoch zumeist unter dem Sammelbegriff der Kultur- und Sozialanthropologie, weshalb sich auch die deutsche Fachgesellschaft 2017 von Deutsche Gesellschaft für Völkerkunde (DGV) in Deutsche Gesellschaft für Sozial- und Kultur-anthropologie (DGSKA) umbenannte.

Klassifizierungsgedanken lassen sich die Ursprünge rassistischen Gedanken-gutes über vermeintliche Kausalitäten zwischen Physiognomie und Verhalten verorten, die bis heute in Form von strukturellem Rassismus und Alltagsrassismus anhalten. Während heutige Ethnolog*innen ihren Forschungsinteressen unter Anwendung der ethnografischen Feldforschung nachgehen, vertraten damals zahlreiche Forscher*innen die sogenannte ‚Lehnstuhlethnologie‘. Dabei bezogen sie Informationen vor allem aus Reiseberichten, durch delegierte Forschungsreisende oder von Missionar*innen. Vor diesem Hintergrund sind Beschreibungen über Gesellschaften entstanden, die ihren Ursprung jedoch vorrangig in romantisierenden Vorstellungen der Ethnolog*innen statt in den Alltagspraktiken der so Beschriebenen hatten. Erst zur Wende des 20. Jahrhunderts nahmen Ethnolog*innen selber an Expeditionen teil. Das Ziel dieser Teilnahme war es, rasch Daten über Lebensformen, soziale Organisationen und materielle Kulturen indigener Bevölkerungen zu erhalten. In kurzer Zeit wurden mit diesem Ansatz viele Gesellschaften aufgesucht und befragt, wenngleich die Erkenntnisse jedoch nur auf der Grundlage von flüchtigen Kontakten mit ausgewählten Einheimischen entstanden. Erst Bronisław Malinowski begnügte sich nicht mehr mit diesem Second Hand Wissen und führte ab 1914 die erste wirklich mehrjährige Feldforschung durch. Damit begründete er die teilnehmende Beobachtung als zentrale Methode der Feldforschung mit ihrem Charakteristikum einer mehrjährigen Anwesenheit im Forschungsfeld im Sinne eines Sich-Aussetzens gegenüber dem Feld (Meyer/Schareika 2009). Das andere Kulturen Verstehen-Wollen bezog sich in dieser Phase vor allem auf kulturelle Alltagspraxen, auf Riten oder auf Verwandtschaftsbeziehungen.

Mit Franz Boas, Margaret Mead und Ruth Benedict entwickelte sich vor allem in den 1930er und 1940er Jahren eine Linie der Ethnologie, die in sozialkonstruktivistischer Perspektive nach den Machtrelationen in der Ausformung vermeintlich wissenschaftlicher Kategorien wie Race und Gender fragte, und sie als machtdurchsetzte kulturelle Kategorisierungspraxen benannte.

In den 1980er Jahren wurde innerhalb des Faches die Krise der ethnografischen Repräsentation debattiert, bei der es um zwei zentrale Dimensionen ethnologischer Forschung ging. Zum einen war dies die Macht ethnografischer Repräsentation, die sozialen Phänomenen kulturelle Eigenschaften zuschreibt. Zum anderen wurde die Unmöglichkeit einer objektiven Beschreibung kultureller Praktiken debattiert, die immer verdinglichend (verfremdend) sein muss, da die Positioniertheit der Forscher*innen die Wahrnehmung des Feldes beeinflusst (Gottowik 1997). Im Rahmen dieser Debatten zeigten Ethnolog*innen anhand von Literaturanalysen ethnografischer Texte, dass diese Texte mehr über die Kultur und narrativen Grundmuster der Ethnolog*innen als über die Lebensrealitäten der Beforschten aussagten. Denn Forschende hatten aus ihrer eigenen gesellschaftlichen Positioniertheit und mit ihren eigenen kulturellen Prägungen und Vorstellungen die Beforschten in einem Prozess des Othering (Fabian 1983)

vielfach völlig überzeichnet und homogenisiert. In der Writing-Culture-Debatte setzte sich die Ethnologie selbstkritisch mit scheinbar objektiven Repräsentationen auseinander und es wurden methodische und forschungsethische Strategien zum Umgang mit dem performativen Akt des ‚Sprechens über‘ entwickelt, um die beeinflussenden Positionierungen der Forscher*innen erkennbar zu machen. Im Anschluss an diese Debatte wandten Ethnolog*innen sich verstärkt der Erforschung ‚eigener Gesellschaften‘ zu. Die Fächergrenzen zwischen der Ethnologie und der Europäischen Ethnologie, die ihren Forschungsgegenstand im Gegensatz zur Ethnologie in den ‚eigenen‘/europäischen kulturellen Praktiken sah, weichten angesichts dieses Trends und im Zuge sich globalisierender und heterogenisierender Gesellschaften zunehmend auf. Zum einen leben die Nachfahren ehemals kolonialer Subjekte teilweise ‚vor der Tür‘ und zum anderen forschen sie bereits seit langem selber als Ethnolog*innen in ihren eigenen oder anderen, möglicherweise auch europäischen Gesellschaften (Welz 2013).

Im eigenkulturellen Kontext von Community Health, in dem der Blick auf zumeist marginalisierte Communities in Verbindung mit strukturellen und gesamtgesellschaftlichen Fragen der Gesundheitsversorgung gerichtet wird, ist die ethnologische Perspektive somit in mehrfacher Hinsicht relevant:

1. Communities sind im Sinne von Superdiversität (Vertovec 2007) als hochkomplexe, plurale Gewebe zu begreifen, die sich in Alltagspraxen realisieren und konstituieren. Für den Zugang zu diesen Alltagspraxen, die durch Binnenperspektiven und Eigenlogiken gekennzeichnet sind, verfügt die Ethnologie über ein besonders geeignetes methodisches Instrumentarium. Im Sinne einer Engaged Anthropology (Low/Merry 2010) ist die Disziplin durch den Aufbau von vertieften Feldzugängen und Vertrauensbeziehungen dazu imstande, zeitgleich sowohl detaillierte Einblicke in Mikroräume zu gewinnen als auch bedarfsorientierte Interventionen kollaborativ zu entwickeln.
2. Aus einer ethnologischen Perspektive wird auch jede Form von gesundheitsbezogenem Handeln als kulturell geformt begriffen, so dass auch Systeme und Organisationen der Gesundheitsversorgung in ihren Eigenlogiken und Handlungspraxen besser verstehbar werden. Aus diesem Verständnis lässt sich auch anwendungsbezogenes Wissen zur differenzsensiblen Veränderung von Organisationen ableiten.
3. Noch einen Schritt weitergehend führen ethnologische *Science and Technology Studies* (STS) zu einem tieferen Verstehen der Praxen zur Herstellung von gesundheitsbezogenem Wissen, da sie z. B. mithilfe der Akteurs-Netzwerk-Theorie (Latour 1996) Fragestellungen nachgehen, die das epistemologische Zusammenwirken technologischer Apparaturen, handelnder Menschen und kultureller Rahmungen untersuchen, welches zur Produktion bestimmter Wissensformen (wie z. B. dem medizinischen Fachwissen) führt.

Zur Verdeutlichung der ethnologischen Perspektive wird in diesem Artikel zunächst das von der Ethnologie angewandte Methodeninstrumentarium der Ethnografie und seine Relevanz für Community Health vorgestellt. Anschließend werden drei relevante Bezüge der Ethnologie für Community Health aufgezeigt. Der erste Bezug besteht in der Darstellung des ethnologischen Kulturbegriffes, der zweite in der Medizinethnologie und ihrer Relevanz für Community Health und der dritte in den Fragen, die sich aus dem Fach und der Methode für Community Health ableiten lassen.

2. Methoden: Forschungsinstrumentarium Ethnografie

„Rather than *studying people*, ethnography means *learning from people*.“ (Spradley 1980, S. 3, kursiv i. Orig.)

Das zentrale Forschungsinstrumentarium der Ethnologie ist die Ethnografie. Unter diesem qualitativen Ansatz wird ein methodisch versiertes Vorgehen zur empirischen Erhebung, Analyse und Beschreibung von kulturellen Phänomenen und sozialer Praktiken verstanden, das tief verwurzelt ist in der kognitiven Identität der Disziplin (Atkinson et al. 2001). Ethnografisches Vorgehen bedeutet, sich mit einem ‚*beginners mind*‘ auf Situationen einzulassen und durch das Wechselspiel von Sich-Einlassen und Sich-Fremd-Machen Muster und Strukturen innerhalb der sozialen Wirklichkeit zu entdecken. Im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses stehen kulturelle Versatzstücke und gesellschaftliche Praktiken, die durch ein zeit- und arbeitsintensives Vorgehen sowie unter Verwendung eines pluralen Methodenspektrums (vgl. den Beitrag zum Forschen in diesem Band) erhoben werden. Der explorative und induktive Erkenntnisstil wird von dem Gedanken geleitet, dass die Forscher*innen ihren Untersuchungsgegenstand erst noch entdecken müssen und Relevanzen aus dem Feld selbst heraus generieren. Somit gehören Neugier und Überraschungsbereitschaft zu den zentralen Grundhaltungen dieses methodischen Designs. Die Ethnolog*innen begegnen den zu untersuchenden kulturellen Sinnwelten, Situationen und Praktiken mit einer aufgeschlossenen Grundhaltung, bei der das Verstehen-Wollen im Zentrum steht.

In seinem Einführungswerk in die Sozial- und Kulturanthropologie plädiert der norwegische Ethnologe Thomas Hylland Eriksen für eine Fokussierung auf überschaubare Erprobungs- und Untersuchungsfelder, in denen menschliche Lebensformen anhand von mikroskopischen Detailerfassungen erschlossen werden (Eriksen 2010, S. 27 ff.). Oder anders formuliert: in Übertragung der historischen Perspektive von Walter Benjamin auf Untersuchungen der Gegenwart geht es darum, „in der Analyse des kleinen Einzelmoments den Kristall des Totalgeschehens zu entdecken“ (Benjamin 1983, S. 575). Benjamin

schlussfolgert an anderer Stelle weiter: „in den Falten erst sitzt das Eigentliche“ (Benjamin 2019, S. 13). Basierend auf kulturell eingebetteten Interpretationen lassen sich somit gesamtgesellschaftlich relevante große Aussagen ableiten, mit denen die Ethnologie die kulturelle Verfasstheit unserer komplexen Welt zu erklären imstande ist. Die Erhebungen von Daten an Ort und Stelle ihres Vorkommens werden durch eine partizipierende, immersive und multisensorische Feldpraxis realisiert. Dabei stellen der Aufbau von Vertrauensbeziehungen und die kritische Reflexion der Positioniertheit der Forscher*innen im Spannungsverhältnis von persönlicher Nähe und wissenschaftlicher Distanz zentrale Notwendigkeiten dar (Powdermaker 2012; Myerhoff 1978). Die tiefe Durchdringung der Lebenswirklichkeit der untersuchten menschlichen Praxis ist eine Grundbedingung für die ethnografische Kulturerfassung, die das nachvollziehende Verstehen von Kultur und Gesellschaft gewährleistet und kontextsensible Einblicke und Befunde aus den alltagskulturellen Zusammenhängen verspricht. Zudem sind Ethnograf*innen stets auf der Suche nach Innenperspektiven. Diese auch als emische Sichtweisen der Handlungsprotagonist*innen im Untersuchungsfeld bezeichnet Perspektiven weisen subjektive Selbstausslegungen, Deutungen sowie Sinn- und Bedeutungszuschreibungen auf. Nicht selten werden ethnografisch vorgehende Wissenschaftler*innen als *professional stranger* bezeichnet (Agar 1980). Als solche setzen sie sich fremden Lebenswelten und unvertrauten Praktiken dauerhaft körperlich und kognitiv aus. Kulturschockerlebnisse, Ängste, Irritationen, Emotionen, Identitätskrisen sowie die Erfahrung von Fremdheit werden dabei als wichtige Erkenntnisquellen genutzt, um Verstehensprozesse anzuregen und um Perspektivenwechsel zu ermöglichen (von Dobeneck/Zinn-Thomas 2014). Jane Guyer spricht auch vom epistemologischen Moment der Überraschung (Guyer 2013), in welchem nicht nur neue Erkenntnisse über das untersuchte Feld, sondern auch über eigene Vorannahmen enthalten sind. Dieser als disziplinäres Alleinstellungsmerkmal geltende ethnografische Ansatz besitzt ein Set an forschungsleitenden Maximen zur partizipatorisch-verstehenden Erschließung von Verhaltensweisen und Weltbildern, die allesamt auf die emische Durchdringung kultureller Alltäglichkeit in von Menschen gestalteten Mikroräumen abzielen. Der komplexe und zwischen „dichter Teilnahme“ und „teilnehmender Beobachtung“ (Spittler 2001, S. 12) oszillierende methodische Grundgedanke kann als zentrales Wesen der ethnologischen Kulturanalyse apostrophiert werden, die es sich in der Ethnologie auf die Fahnen geschrieben hat, das in ein „selbstgesponnene[s] Bedeutungsgewebe“ (Geertz 1999, S. 9) verstrickte Kulturwesen Mensch zu beschreiben und zu interpretieren. Im Zuge des empirischen Erhebungs- und Vertextungsverfahrens der „Dichten Beschreibung“ entwickeln Forscher*innen einen „ethnologischen Blick“, der insbesondere kulturelle Schlüsselszenen in gesellschaftlichen Wirklichkeitszusammenhängen in ihrer differenzierten Polyvokalität und Plurivalenz beleuchtet und die sinnverstehende Auslegung von Kultur ermöglicht. Resümierend betrachtet, gelingt

es den Ethnolog*innen mittels intensiver Partizipation „soziale Prozesse und Probleme in ihrer Entwicklung nachzuzeichnen und gesellschaftliche Orte und Situationen in ihrer historischen Topographie wie in ihrer kulturellen Architektur“ (Kaschuba 2012, S. 195) zu ergründen. Dabei kommen stets an dialogischen Lernkulturen und kollaborativen Wissensproduktionsstrategien (Hauer/Faust/Binder 2021, S. 8 ff.) orientierte Methoden zum Einsatz, die „nicht das numerisch Repräsentative, sondern das kulturell Signifikante und Charakteristische“ (Kaschuba 2012, S. 195) zum Vorschein bringen. Ethnografie ist somit ein Prozess des Fremdverstehens und der radikalen Reflexivität, der geprägt ist von der Prämisse, dass Alltagswirklichkeiten stets von Ambivalenzen, Mehrdeutigkeiten und „partial truth“ (Clifford 1986) geprägt sind.

3. Bezüge zu Community Health

3.1 Kulturbegriff

„Culture is something that happens, not something that merely exists; it unfolds through social process and therefore also inherently changes. It should have been a verb.“ (Eriksen 2014, S. 156)

Ulf Hannerz versteht die Ethnologie als eine „subversive discipline“, die mit ihren an unterschiedlichsten geografischen Lokalisationen des Planeten ans Licht gebrachten Wissensmaximen dahingehend ihre Expertise schärft, einen gesellschaftsrelevanten Beitrag zum Verständnis der Diversität des Menschen zu leisten (Hannerz 2010, S. 47). Ethnolog*innen sind sich bei diesem Vorhaben über einen Aspekt ziemlich einig: *culture matters!* Die Vertreter*innen der Ethnologie appellieren daran, das Kulturwesen Mensch und dessen im alltäglichen Lebensvollzug erzeugten Bedeutungen und symbolischen Semantiken in den Fokus der Betrachtungen zu rücken, um damit nicht zuletzt mit nah an der sozialen Lebenswirklichkeit angesiedelten kritischen Kulturanalysen die Schlüsselkompetenzen der eigenen Disziplin herauszustreichen (Breidenbach/Nyíri 2009, S. 73). Bei diesem Unterfangen besitzt der Kulturbegriff eine Zentralstellung. Als ein komplexes Gefüge aus Subjektivationen (Werten, Grundannahmen, Normen), Objektivationen (Handlungen, Verhaltensweisen, Sprache) und Materialisierungen (Objekte, Technologien, Architekturen), die sich der Mensch mittels sozialen Lernens aneignet, besitzt Kultur als Regulationsmodell die Funktion, eine sinn- und identitätsstiftende Verhaltensorientierung im Alltag zu gewährleisten. Mit Kurs auf einen „erweiterten Kulturbegriff“, der nicht mehr ausschließlich hochkulturelle Elemente wie Theater, Musik und Literatur zum Inhalt hat, sondern insbesondere die Kultur des Alltags von

bisher unterrepräsentierten und benachteiligten Akteur*innen in den Fokus des Interesses rückte, erfolgte innerhalb der Kultur- und Ethnowissenschaften ein umfassender Paradigmenwechsel. Die verstärkte Rezeption der Werke des US-amerikanischen Kulturanthropologen Clifford Geertz in den 1980er Jahre führte zur Durchsetzung der formelartigen Metapher von „Kultur als Text“. Der semiotische Kulturbegriff stellt den Menschen als aktiven Bedeutungsgeber in den Mittelpunkt, der in ein selbstgesponnenes Bedeutungsgewebe verstrickt ist, das Geertz Kultur nennt. Die von Mitgliedern einer Gesellschaft unter Verwendung von Ritualen, Symbolen und Wertevorstellungen ausgeübten kulturellen Handlungskomplexe bzw. die hierin eingeschriebenen Bedeutungen werden wie „Texte“ gelesen, so dass eine Entschlüsselung der kulturellen Kodierungen möglich wird (Gottowik 1997). Gerade aus einer ethnologischen Warte scheint es müßig, ständig neue Definitionsversuche auszuarbeiten, da Kultur vor dem Hintergrund einer immer pluraler, heterogener und fragmentiert werdenden Welt kein klar umrissenes und trennscharfes Konzept mehr sein kann. Eine Konkretisierung des Begriffs erweist sich nur dann als ergiebig, wenn der vom Menschen erzeugte Gesamtkomplex von Symbol- und Bedeutungssystemen auch im Hinblick auf die Konkretisierung und Realisierung von Machtrelationen innerhalb eines konkreten Forschungsfeldes berücksichtigt wird. Folglich ist Kultur als ein Feld der Erkenntnis zu verstehen, das sich durch Kriterien wie Offenheit, Dynamik, Gestaltbarkeit und Bedeutungsvielfalt auszeichnet (Hannerz 1992). Die diversen Determinanten, die das hoch variable, fragile und kontextabhängige Zeichensystem Kultur ausmachen, lassen keine andere Schlussfolgerung zu, als dass wir gegenwärtig mit einem theoretischen Konzept von Kultur arbeiten müssen, das in seiner Wesensart als ein dynamischer, offener und instabiler Aushandlungsprozess von Bedeutungen zu verstehen ist (Wimmer 2005, S. 32 f.). Ein essentialistisches, deterministisches, isoliertes und kohärentes Verständnis von Kultur (Container-Modell), das sich durch fragwürdige und zu hinterfragende Phänomene wie homogen gedachte ‚Leitkulturen‘, wandlungsresistente Kontinuität und raumgebundene Entitäten auszeichnet, wird den transnational aufgespannten Verflechtungen der Postmoderne nicht gerecht (Lentz 2016, S. 28). Bei der Lösung von signifikanten Fragen in unserem globalisierten Zeitalter, in dem immer mehr Menschen in hybride und transkulturelle Lebenswirklichkeiten eingebunden sind, verwehrt sich die Ethnologie gegen monokausale Erklärungsversuche, pauschalisierende Bewertungsallianzen und komplexitätsreduzierende Sichtweisen. Vielmehr benötigt es bei der Untersuchung kultureller Prozesse und Praxisformen ein sensibles Gespür für die Kontextualitäten, Wechselwirkungen und Widersprüchlichkeiten. Dieses Gespür kommt auch in der zentralen Prämisse der Medizinethnologie zum Tragen. Diese besagt, dass Phänomene und Praktiken des Menschen, die in einer direkten Verbindung stehen zu lebensweltlichen Kategorien wie „Gesundheit“, „Kranksein“ und „Heilung“, unter Einbezug verschiedenster Bedeutungsgewebe auf lokaler Ebene erklärt und ausgehandelt

werden. Dieser zweite ethnologische Bezug zu Community Health wird im Folgenden vertiefend erläutert.

3.2 Die kritische Medizinethnologie als Bochumer Community-Health-Perspektive

Mit ihrem Fokus auf die soziale und kulturelle Determiniertheit von Gesundheit, Kranksein, Körperlichkeit, Heilung und Wohlbefinden versteht und profiliert sich die Medizinethnologie im Rahmen der kritischen Bewertung und Einordnung von medizinischen Systemen und den daraus hervorgehenden Praktiken als eine Art „kulturwissenschaftliche[s] Gewissen“ (Pfleiderer 1993, S. 362f.), das den allgegenwärtig dominanten biomedizinischen Erklärungsmustern einer krankheitsorientierten Medizin plurale Deutungs- und Bewertungshorizonte zur Verfügung stellt. Globalisierungsdynamiken sowie Migration führen zu einer Pluralisierung der so genannten „Health Care Systems“ (Kleinman 1980), weil immer mehr Menschen im Kontext globaler Zirkulation in Kontakt miteinander treten und in Einwanderungsgesellschaften dabei diverse Wissensressourcen Techniken und Erfahrungen auf verschiedenen Ebenen zur Anwendung bringen (Kutalek 2009), die sowohl gesundheitliches Wohlbefinden fördern als auch Krankheiten zu diagnostizieren, zu heilen und vorzubeugen imstande sind. In diesem myriadischen Spektrum der global und transnational aufgestellten Gesundheits- und Medizinsysteme kritisieren die Vertreter*innen der Medizinethnologie den komplexitätsreduktionistischen Blickwinkel der „westlichen Medizin“ und ergänzen deren Sichtweise, indem auf die kulturelle Einbettung und die soziale Kontextualisierung von Gesundheit, Kranksein, Körperlichkeit, Heilung und Wohlbefinden hingewiesen wird. Die Sensibilisierung für die „soziokulturellen Dimensionen von Krankheit und Kranksein“ (Dilger/Hadolt 2012, S. 312) und die bei den gesundheitsbezogenen Handlungspraktiken erkennbaren „pluralistische[n] Heilungsordnungen“ (Dilger/Hadolt 2012, S. 314) stehen im Zentrum der medizinethnologischen Beweisführung. Im Zuge eines *global turn*, der unweigerlich zu hybriden Neuverhandlungen von (ethno-)medizinischen Wissensressourcen und Praktiken führt und ein relationales Denken in erweiterten Horizonten eines „*medical pluralism*“ (Noack 2017, S. 195, kursiv i. Orig.) notwendig macht, hat sich in der kultur- und ethnowissenschaftlich ausgerichteten Gesundheitsforschung unlängst das Konzept der „Medizin im Kontext“ (Dilger/Hadolt 2010) etabliert. Dieser bei der Untersuchung von Gesundheit, Kranksein, Körperlichkeit, Heilung und Wohlbefinden stets zu berücksichtigende Kontext umfasst nicht nur ein breites Spektrum von normativen Anschauungen, symbolischen Regulativen und kulturellen Kompetenzen, sondern ebenfalls Machtbeziehungen, interkulturelle Differenzen und identitäre Aushandlungsprozesse. Dies bedeutet z. B. konkret,

dass kulturalisierenden Tendenzen in der Interaktion mit Migrant*innen entgegengewirkt werden muss (Knipper 2014). Die auf die qualitative, passgenaue und nachhaltige Verbesserung der Gesundheitsversorgung des Menschen abzielende Teildisziplin der allgemeinen Ethnologie hat besonders die praxisbezogenen, anwendungsorientierten und interventionistischen Ansätze der *critical medical anthropology* internalisiert (Scheper-Hughes 1992). Allgemein gesprochen verfolgt diese praktische Herangehensweise zwei Grundgedanken. Einerseits leistet die kritische Medizinethnologie einen maßgeblichen Beitrag zur Erforschung von Bevölkerungsgruppen in urbanen Settings, die in neoliberalen, profitorientierten und am Effizienzdenken ausgerichteten Gesundheitssystemen in besonderer Weise von Machtasymmetrien, sozialer Ungleichheit, politischer Marginalisierung und Diskriminierung betroffen sind (Napier et al. 2014). Nixon hat im Kontext der Debatte um *environmental justice* deutlich gemacht, wie Ungleichheit in Form von *slow violence* nachhaltig wirksam ist und zugleich häufig unsichtbar bleibt (Nixon 2011). Dabei gehört das empirisch nachgewiesene Auftreten von „*social suffering*“ (Kleinman/Das/Lock 1997) infolge von *struktureller Gewalt* (Singer/Rylko-Bauer 2021, S. 11 ff.) in Kombination mit erhöhten Zugangsbarrieren zu Gesundheitsinstitutionen und deren Leistungsspektren für zahlreiche Menschen zu den alltäglichen Konstanten ihrer prekären Lebenswirklichkeit (Huschke 2013). Health-Care Bricolage, also eine Art und Weise des Zusammenbastelns von Gesundheitspraktiken, gehört in diesen Lebenswirklichkeiten zu den Anpassungsmechanismen und Coping-Strategien. Dieses Konzept ist jedoch nicht nur als improvisierte Reaktion auf einen Notstand (erschwerter Zugänge, fehlende Dolmetscher*innen, etc.) zu verstehen, sondern auch als Moment der Selbstermächtigung und des Eigensinns (Samerski 2019). Dabei sind es insbesondere die makrostrukturellen Rahmenbedingungen sowie die politischen, ökonomischen und sozialen Faktoren, die es aus Sicht der *critical medical anthropology* zunächst zu benennen und zu dokumentieren gilt. Die über qualitative und akteur*innenzentrierte empirische Methodenansätze generierten Erkenntnisse werden in einem weiteren Schritt durch gezielte und präventiv wirkende medizinethnologische Interventionen kollaborativ mit den lokalen Handlungsprotagonist*innen umgesetzt (vgl. den Beitrag Berchems, Falges und Pajonks in diesem Band), um die vorhandenen Ungleichheitsdimensionen und Machtasymmetrien im Kontext von Krankheit, Gesundheit und Wohlbefinden vor Ort zu verbessern und dauerhaft handlungsmotivierende und auf Selbstermächtigung abzielende Strukturen, Konzepte und Maßnahmen zu entwickeln, die auf ein positives gesundheitliches Wohlbefinden abzielen (Dilger/Falge 2019, S. 483 ff.). Gerade urbane Quartiere in der Metropolregion Ruhr, die angesichts des Strukturwandels, des verstärkten Zuzugs von Migrant*innen, einer überproportionalen Arbeitslosenquote sowie einer nicht unerheblichen Schuldenlast in den kommunalen Finanzhaushalten von einem erhöhten Ungleichheits- und Vulnerabilitätsindex geprägt sind (Falge 2019, S. 60), können

von den praxisnahen, anwendungsorientierten und kollaborativ gestalteten Interventionen einer *critical medical anthropology* profitieren. Dieser vor allem im Stadtteillabor Bochum (vgl. Kapitel 4.2) angewandte Ansatz ist somit als die medizinethnologische Umsetzung einer Bochumer Community Health zu verstehen.

3.3 Medizinethnologische Fragestellungen im Community-Health-Kontext

Die vorangegangenen Ausführungen stellten mit dem methodischen Bezug der Ethnologie zu Community Health und mit dem ethnologischen Kulturbegriff zwei Bezüge zu Community Health dar. Diese beiden Bezüge stehen für eine grundsätzliche Expertise, die Ethnolog*innen mit einer besonderen Sensibilität ausstattet, Forschungsfelder von vermeintlich schwer erreichbaren Gruppen zu durchdringen und nachvollziehend zu verstehen. Auf der Grundlage dieser Ausführungen wird nun der dritte Bezug hergestellt, der die sich daraus für Community Health ergebenden relevanten Fragestellungen thematisiert. Ausgehend von den Prämissen, dass strukturelle Verhältnisse die Gesundheit in marginalisierten Stadtteilen sowie von marginalisierten Gruppen beeinflussen und dass belastende bzw. prekäre Arbeits-, Wohn- und Lebensverhältnisse das gesundheitliche Wohlergehen dieser Menschen beeinträchtigen, lauten zentrale Fragen wie folgt:

1. Auf welche Weise werden Erfahrungen marginalisierter Menschen und Gruppen im Gesundheitssystem durch Wissen und Macht geformt und welche komplexen Effekte ergeben sich aus diesem Zusammenwirken für ihre gesundheitliche Versorgung?
2. Mit welchen Methoden der verhaltens- und verhältnisbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention werden marginalisierte Communities erreichbar?
3. Über welche gesundheitserhaltenden Ressourcen verfügen marginalisierte Communities und wie können diese gefördert werden?
4. Mit welchen Methoden der Gesundheitsförderung und Prävention können marginalisierte Communities gesundheitsbezogenes Empowerment erfahren?
5. Welche Zusammenhänge bestehen zwischen Grenzregimen, Herrschaftsverhältnissen, Rassismus und Gesundheit? (vgl. den Beitrag Falges und Betschers)
6. Welche Strukturen und Verhaltensweisen determinieren die besondere Betroffenheit marginalisierter Communities in Bezug auf erhöhte Corona-Inzidenzen und worin besteht hier möglicherweise ein Versagen nationaler und kommunaler Gesundheits- und Präventionspolitiken?

4. Fazit

Dieser Artikel hat die Perspektive der Ethnologie auf Community Health anhand der historischen Entwicklung des Faches, seiner besonderen methodischen Eignung und anhand der relevanten Community-Health-Bezüge Kulturbegriff, Medizinethnologie und Community-Health-Fragen aufgezeigt. Der Kulturbegriff stellt mit der Erkenntnis, dass sich angesichts zunehmender gesellschaftlicher Heterogenisierung und transnationaler Verflechtungen Kultur nicht mehr auf eine begrenzte Gruppe beziehen kann, sondern als hybride Kategorie im Sinne eines offenen Aushandlungsprozesses zu verstehen ist, einen ersten Anknüpfungsaspekt zu Community Health dar. Der zweite, medizinethnologische Bezug erklärt sich zunächst durch den Fokus auf kulturelle Determinanten von Gesundheit, Krankheit und Wohlbefinden und durch eine kritische Sichtweise auf eine krankheitsorientierte Biomedizin. Unter Einbeziehung sozio-ökonomischer Machtbeziehungen und ihrer Auswirkungen auf Gesundheit nimmt die Medizinethnologie u. a. diverse medizinische Systeme globalisierter Einwanderungsgesellschaften in den Blick. Somit widersetzt sie sich einerseits dem biomedizinischen Paradigma und verortet Gesundheit zugleich als soziale Frage. Die besondere Nähe zum Community-Health-Paradigma tritt hier in Form einer Perspektive auf *social suffering* infolge von *struktureller Gewalt* zutage. Denn im Fokus stehen oftmals urbane und marginalisierter Communities mit ihren gesundheitsbezogenen Alltagspraktiken. Der *critical medical anthropology* Ansatz zeigt dabei deutlich, dass eine medizinethnologisch-orientierte Community Health einerseits lokales Wissen und andererseits strukturelle sowie gesundheitsbehindernde Ungleichheiten in den Blick nimmt, damit Empowerment gewährleistet und Communities gesund werden können. Die daraus generierten medizinethnologischen Fragestellungen für Community Health, die im Bochumer Stadtteillabor und an anderen Forschungsorten von Ethnolog*innen bereits umgesetzt werden, sollen diese Perspektive an konkreten Fragen illustrieren und zu ihrer Beantwortung in Community-Health-Kontexten inspirieren.

Literatur

- Agar, M. (1980): *The Professional Stranger. An informal Introduction to Ethnography*. New York: Academic Press.
- Atkinson, P./Coffey, A./Delamont, S./Lofland, J./Lofland, L. (Hrsg.) (2001): *Handbook of Ethnography*. London: SAGE.
- Benjamin, W. (1983): *Das Passagenwerk*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Benjamin, W. (2019): *Werke und Nachlass. Kritische Gesamtausgabe, Band 11: Berliner Chronik/ Berliner Kindheit um neunzehnhundert* (Hrsg. Burkhardt Lindner, Nadine Werner), Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Breidenbach, J./Nyíri, P. (2009): *Seeing Culture Everywhere. From Genocide to Consumer Habits*. Seattle: University of Washington Press.

- Breidenstein, G./Hirschauer, S./Kalthoff, H./Nieswand, B. (2013): *Ethnographie. Die Praxis der Feldforschung*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
- Clifford, J. (1986): Introduction: Partial Truths. In: Clifford, J./Marcus, G. (Hrsg.): *Writing Culture. The Poetics and Politics of Ethnography*. Berkeley: University of California Press, S. 1-26.
- Dilger, H./Falge, C. (2019): Kollaboratives Forschen und Wissen für die Öffentlichkeit: Gesellschaftliche Interventionen der Medizinethnologie. In: Klocke-Daffa, S. (Hrsg.): *Angewandte Ethnologie. Perspektiven einer anwendungsorientierten Wissenschaft*. Wiesbaden: Springer VS, S. 479-497.
- Dilger, H./Hadolt, B. (Hrsg.) (2010): *Medizin im Kontext. Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt*. Frankfurt am Main: Lang.
- Dilger, H./Hadolt, B. (2012): *Medizinethnologie*. In: Beer, B./Fischer, H. (Hrsg.): *Ethnologie. Einführung und Überblick*. 8. Auflage. Berlin: Reimer, S. 309-329.
- Dobeneck, F. von/Zinn-Thomas, S. (2014): Statusunterschiede im Forschungsprozess. In: Leimgruber, W./Bischoff, C./Oehme-Jüngling, K. (Hrsg.): *Methoden der Kulturanthropologie*. Bern: Haupt, S. 86-100.
- Eriksen, T. H. (2010): *Small Places, Large Issues. An Introduction to Social and Cultural Anthropology*. Third Edition. London: Pluto Press.
- Eriksen, T. H. (2014): *Globalization. The Key Concepts*. Second Edition. London: Bloomsbury.
- Fabian, J. (1983): *Time and the Other. How Anthropology Makes Its Object*. New York: Columbia University Press.
- Falge, C. (2019): Dynamics of informal exclusion. Migrants' health as experienced in the City Lab Bochum. In: Kuehlmeier, K./Klingler, C./Huxtable, R. (Hrsg.): *Ethical, Legal and Social Aspects of Health Care for Migrants. Perspectives from the UK and Germany*. Abingdon: Routledge, S. 57-75.
- Geertz, C. (1999): Dichte Beschreibung. Bemerkungen zu einer deutenden Theorie von Kultur. In: Geertz, C.: *Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 7-43.
- Gottowik, V. (1997): *Konstruktion des Anderen. Clifford Geertz und die Krise der ethnographischen Repräsentation*. Berlin: Reimer.
- Guy, J. I. (2013): „The quickening of the unknown“. Epistemologies of surprise in anthropology. In: HAU: *Journal of Ethnographic Theory* 3, H. 3, S. 283-307.
- Hannerz, U. (1992): *Cultural Complexity. Studies in the Social Organization of Meaning*. New York: Columbia University Press.
- Hannerz, U. (2010): *Anthropology's World. Life in a Twenty-First-Century Discipline*. London: Pluto Press.
- Hauer, J./Faust, F./Binder, B. (2021): Zu Formen des Zusammenarbeitens in der ethnografischen Forschung: Hauer, J./Faust, F./Binder, B. (Hrsg.): *Kooperieren – Kollaborieren – Kuratieren. Zu Formen des Zusammenarbeitens in der ethnografischen Forschung*. Berliner Blätter 83. Berlin: Open Access, 3-17.
- Huschke, S. (2013): *Kranksein in der Illegalität. Undokumentierte Lateinamerikaner/-innen in Berlin. Eine medizinethnologische Studie*. Bielefeld: transcript.
- Kaschuba, W. (2012): *Einführung in die Europäische Ethnologie*. 4., aktualisierte Auflage. München: Beck.
- Kleinman, A. (1980): *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A./Das, V./Lock, M. (Hrsg.) (1997): *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press.
- Knipper, M. (2014): Vorsicht Kultur! Ethnologische Perspektiven auf Medizin, Migration und ethnisch-kulturelle Vielfalt. In: Coors, M./Grützmann, T./Peters, T. (Hrsg.): *Interkulturalität und Ethik. Der Umgang mit Fremdheit in Medizin und Ethik*. Göttingen: Ruprecht, S. 52-69.
- Kutalek, R. (2009): Migration und Gesundheit: Strukturelle, soziale und kulturelle Faktoren. In: Six-Hohenbalken, M./Tosic, J. (Hrsg.): *Anthropologie der Migration. Theoretische Grundlagen und interdisziplinäre Aspekte*. Wien: Fakultas, S. 302-321.
- Latour, B. (1996): On actor-network theory. A few clarifications. In: *Soziale Welt* 47, H. 4, S. 369-381.
- Lentz, C. (2016): *Kultur. Einige begriffliche Lockerungsübungen*. In: Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (Hrsg.): *Migration – Integration. Streitgespräch in der Wissenschaftlichen Sitzung der Versammlung der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften am 10. Juni 2016. Debatte 16*. Berlin: BBAW, S. 26-32.

- Low, S.M./Merry, S.E. (2010): Engaged Anthropology: Diversity and Dilemmas: An Introduction to Supplement 2. In: *Current Anthropology* 51, H. 2, S. 203-226.
- Meyer, C./Schareika, N. (2009): Neoklassische Feldforschung. Die mikroskopische Untersuchung sozialer Ereignisse als ethnographische Methode. In: *Zeitschrift für Ethnologie* 134, H. 1, S. 79-102.
- Myerhoff, B. (1978): *Number Our Days. A Triumph of Continuity and Culture Among Jewish Old People in an Urban Ghetto*. New York: Simon & Schuster.
- Napier, D. et al. (2014): Culture and Health. In: *The Lancet* 9954, H. 384, S. 1607-1639.
- Nixon, R. (2011): *Slow Violence and the Environmentalism of the Poor*. Cambridge: Harvard University Press.
- Noack, K. (2017): Gesundheit und Medizin. In: Kühnhardt, L./Mayer, T. (Hrsg.): *Bonner Enzyklopädie der Globalität*. Wiesbaden: Springer VS, S. 189-200.
- Pfleiderer, B. (1993): Medizinanthropologie: Herkunft, Aufgabe und Ziele. In: Schweizer, T./Schweizer, M./Kokot, W. (Hrsg.): *Handbuch der Ethnologie*. Berlin: Reimer, S. 345-374.
- Povinelli, E. A. (2014): „Geontologies of the Otherwise.“ Theorizing the Contemporary, *Fieldsights*, January 13. <https://culanth.org/fieldsights/geontologies-of-the-otherwise>
- Powdermaker, H. (2012): A Woman Going Native. In: Robben, A. C. G. M./Sluka, J. A. (Hrsg.): *Ethnographic Fieldwork. An Anthropological Reader*. Second Edition. Malden: Wiley-Blackwell, S. 92-102.
- Samerski, S. (2019): Health literacy as a social practice: Social and empirical dimensions of knowledge on health and healthcare. In: *Social Science & Medicine* 226, S. 1-8.
- Scheper-Hughes, N. (1992): *Death Without Weeping. The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.
- Singer, M./Rylko-Bauer, B. (2021): The Syndemics and Structural Violence of the COVID Pandemic: Anthropological Insights on a Crisis. In: *Open Anthropological Research* 1, S. 7-32.
- Spittler, G. (2001): Teilnehmende Beobachtung als Dichte Teilnahme. In: *Zeitschrift für Ethnologie* 126, H. 1, S. 1-25.
- Spradley, J.P. (1980): *Participant Observation*. Belmont: Wadsworth.
- Vertovec, S. (2007): Super-diversity and its implications. In: *Ethnic and Racial Studies* 30, H. 6, S. 1024-1054.
- Welz, G. (2013): Europa. Ein Kontinent – zwei Ethnologien? In: Bierschenk, T./Krings, M./Lentz, C. (Hrsg.): *Ethnologie im 21. Jahrhundert*. Berlin: Reimer, S. 211-227.
- Wimmer, A. (2005): *Kultur als Prozess. Zur Dynamik des Aushandelns von Bedeutungen*. Wiesbaden: Springer VS.

Psychologie und Bezüge zu Community Health

Anna Mikhof, Christian Walter-Klose

Zusammenfassung

Vielfältige disziplinäre Arbeitsbereiche der Psychologie können einen bedeutenden Beitrag zur Community-Health-Perspektive leisten. Ausdifferenzierungen der Teildisziplinen wie Community Psychology oder Community Health Psychology richten den Blick insbesondere auf die Gemeinschaft und auf die dort auftretenden gesundheitlichen Ungleichheiten. Vor diesem Hintergrund werden wesentliche Konzepte der Psychologie wie Ressourcen und Risikofaktoren, soziales Miteinander sowie Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit, die diverse Zweige der Psychologie erforschen, skizziert.

Abstract

Various disciplinary fields of psychology can significantly contribute to the community health perspective. Differentiations of sub-disciplines such as community psychology or community health psychology focus in particular on the community and on the health inequalities occurring there. Against this background, essential concepts of psychology such as resources and risk factors, togetherness, as well as well-being and life satisfaction, which diverse branches of psychology explore, are outlined.

1. Perspektiven der psychologischen Teildisziplinen

Die Psychologie vereint in sich verschiedene subdisziplinäre Arbeitsbereiche, deren primäres Anliegen darin liegt, mentale und affektive Prozesse sowie Verhaltensweisen zu beschreiben und zu erklären. Dabei lassen sich die psychologischen Arbeitsfelder in Grundlagendisziplinen (z. B. Kognitionspsychologie), die die Wissensbasis der Psychologie generieren, und angewandte Disziplinen (z. B. Umweltpsychologie), die sich den praktischen Herangehensweisen widmen, unterteilen. Im Folgenden werden einige Disziplinen der Psychologie skizziert, die mit Bezug auf Community Health substantielle Relevanz entfalten. Dabei wird eingehender auf die Gesundheitspsychologie und die Community Psychology sowie ihre Synthese „Community Health Psychology“ Bezug genommen.

Anschließend werden ausgewählte Konzepte mit Bezug zu Community Health näher in den Blick genommen.

Als eine relativ junge empirisch orientierte Wissenschaft und zugleich einer der am schnellsten wachsenden Bereiche innerhalb der angewandten Psychologie beschäftigt sich die Gesundheitspsychologie mit der Untersuchung der Rolle psychologischer Prozesse, die für Gesundheit, Beeinträchtigung (z.B. Krankheit und Behinderung) und Gesundheitsvorsorge von Individuen und Gruppen entscheidend sind. Ein zentrales Ziel der Gesundheitspsychologie liegt in der Beobachtung, Beschreibung, Erklärung, Vorhersage und Modifikation von Kognitionen, Emotionen und Verhaltensweisen, um die Gesundheit zu optimieren. Dabei richtet sie ihren Fokus im Rahmen von Theorien und Modellen sowohl auf risikoerhöhende als auch protektive und präventive Faktoren und ihre mutualen Einflüsse im Sinne einer biopsychosozialen Vorstellung, um Schlussfolgerungen hinsichtlich effektiver Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen ableiten zu können (z. B. Campbell/Murray 2004; Delshad Noghabi/Bayazi 2017; Schwarzer/Jerusalem/Weber 2002). In Abgrenzung zur Gesundheitspsychologie als intradisziplinäre Integrations- und Anwendungswissenschaft, die auf psychologischen Grundlagenbereichen aus z. B. der Sozial-, Entwicklungs-, Persönlichkeits-, Arbeits- und Sportpsychologie sowie der Biologischen, Allgemeinen und Pädagogischen Psychologie mit besonderem Blick auf körperliche Erkrankungen und Behinderungen aufbaut, beschäftigt sich die Klinische Psychologie hauptsächlich mit der Ätiologie, Klassifikation, Diagnostik, Linderung und Heilung von psychischen Erkrankungen und richtet dabei ihren Fokus auch auf psychische und psychosoziale Aspekte somatischer Erkrankungen und Beeinträchtigungen (vgl. Schwarzer/Jerusalem/Weber 2002).

Neben der Gesundheitspsychologie können auch andere psychologische Teildisziplinen im Rahmen von Community Health Relevanz entfalten: So hat die Entwicklungspsychologie die Entwicklung des Menschen von Geburt bis zum Lebensende im Blick. Dabei greift sie drei Perspektiven auf: Das Zusammenwirken der Gene mit subjektiven Erfahrungen hinsichtlich der menschlichen Entwicklung, die Untersuchung von kontinuierlichen und stufenweisen Entwicklungsprozessen sowie die Wandlung und Stabilität von verschiedenen Attributen über das Leben hinweg, mit dem Ziel des Verstehens und Beeinflussens menschlicher Veränderungen. Sie befasst sich beispielsweise mit der Frage, wie frühkindliche Erfahrungen das spätere Beziehungsverhalten beeinflussen und welche Bedeutung familiäre und gesellschaftliche Bedingungen für die menschliche Entwicklung haben (z. B. Myers 2013).

Auch die Differentielle Psychologie kann mit ihrem Fokus auf interindividuelle Unterschiede (z. B. hinsichtlich der Persönlichkeitsmerkmale wie Neurotizismus oder Optimismus) und auf die Variabilität im Erleben und Verhalten einen

Beitrag im Rahmen von Community Health leisten, indem sie die Relevanz erwähneter Differenzen für die Zufriedenheit, das Wohlbefinden und die Gesundheit berücksichtigt und untersucht.

Von weiterer prägender Bedeutung für den psychologischen Community-Health-Fokus ist die Sozialpsychologie. Sie befasst sich bei ihrer Erforschung des Erlebens und Verhaltens insbesondere mit interpersonellen Aspekten oder dem Bestandteil der Psychologie, der bestrebt ist zu verstehen, „how the thoughts, feelings, and behavior of individuals are influenced by the actual, imagined, or implied presence of others“ (Allport 1985, S. 3), wobei sowohl Gruppen als auch Individuen im Fokus stehen. So kommt beispielsweise der Untersuchung von Vorurteilen, Stereotypen und diskriminierendem Verhalten gegenüber marginalisierten Gruppen oder Menschen mit Gesundheitsproblemen eine besondere Bedeutung zu. Mit Blick auf Community Health können diese Erkenntnisse dazu beitragen, Ausgrenzungsprozesse zu verstehen und diese vor dem Hintergrund ihrer gesundheitsbeeinträchtigenden Wirkung abzubauen. In diesem Zusammenhang spielen das Teilgebiet der Sozialpsychologie, welches als „Psychology of Diversity“ bezeichnet wird (Jones/Dovidio/Vietze 2013), sowie die heilpädagogische Psychologie, die u. a. den Einfluss von Stigmatisierung und Diskriminierung auf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zum Gegenstand hat (z. B. Fries 2005), eine besondere Rolle.

2. Der spezifische Fokus der Community Psychology

Im Gegensatz zu den klassischen Herangehensweisen der Psychologie, die das Individuum oder die Gruppe ins Zentrum der Analyse stellen, greift Community Psychology (dt. Gemeindepsychologie) das Individuum oder die Gruppe immer unter Berücksichtigung des Kontextes bzw. der Gemeinschaft (community) und mit Blick auf gesundheitliche Ungleichheiten auf. Die Ursprünge der Gemeindepsychologie lassen sich in die 60er Jahre zurückverfolgen, in eine Zeit, die von vielfältigen sozialpolitischen Bewegungen geprägt war: Frauen-, Studenten-, Bürgerrechts-, Friedens- und Umweltbewegungen sowie Initiativen zur Psychiatriereform (z. B. Evans/Rosen/Nelson 2014; Keupp 1995). Als Community Psychology in den USA entstanden, schlug sie ihre Wurzeln in den 70er Jahren auch in Deutschland. Im Licht der Partizipation an den gesellschaftspolitischen Initiativen integrierte diese neue Teildisziplin der Psychologie in sich mehrere Ebenen: Neben der bis dahin in der Psychologie dominierenden Perspektive auf das individuelle Erleben und Handeln von Menschen bezog sie kontextberücksichtigende, (sozio-)kulturelle, gesellschaftliche, sozioökonomische und ökologische Betrachtungsweisen mit ein, sodass dem Begriff „community“ in diesem Zusammenhang ein breites Verständnis zugrunde gelegt wurde (ebd.). Im Einklang mit dem ökosystemischen Ansatz nach Bronfenbrenner (1986) fanden hier

mikrosystemische Aspekte (z. B. unmittelbare familiäre Interaktionen und Beziehungen), mesosystemische Perspektiven (z. B. Wechselbeziehungen zwischen Mikrosystemen, Vernetzungen, Bezüge zu gesellschaftlichem Leben) und makrosystemische Prozesse (z. B. gesellschaftliche Zusammenhänge wie die Verteilung von Ressourcen oder sozial geteilte Rollenerwartungen) Berücksichtigung.

Aus Sicht der Community Psychology entsteht psychosoziale Gesundheit als Folge von transaktionalen Prozessen im Sinne einer Passung von durch die Lebenswelt vorgegebenen Ressourcen (z. B. materiell, sozial) und den subjektiven Bedürfnissen oder Wünschen von Menschen. Bei einem ungünstigen Ergebnis des Zusammenspiels von Bedürfnissen und den verfügbaren Ressourcen können Belastungen und Krankheiten entstehen. Bei Vorliegen psychosozialer Belastungen oder bei Beeinträchtigung des Wohlbefindens regt die Community Psychology Interventionen und Gestaltungsprozesse an, die deprivierte (psycho-) soziale und materielle Gegebenheiten auflösen und den Zugang zu Ressourcen und damit die Verwirklichung selbstbestimmter Lebensgestaltung ermöglichen sollen (z. B. Evans/Rosen/Nelson 2014; Keupp 1995).

Die Ansätze von Community Psychology greifen beispielsweise folgende Akzentuierungen auf:

1. Community-fokussierte Sicht und lebensweltorientierte Herangehensweisen: Diese Perspektive eröffnet explizit den Blick auf die personbezogene Gemeinde (z. B. Sarason 1974) und die Pflege und Stärkung der Gemeinschaft im Sinne des „sense of community“ (ebd.). Darunter ist die Empfindung zu verstehen, in einen positiven und förderlichen Lebensraum integriert zu sein und dabei ein Gefühl der Zusammengehörigkeit, der Geborgenheit und der Vertrautheit zu erleben. Vor diesem Hintergrund werden im Rahmen von Interventionen Faktoren, die die gegenseitige Bindung und soziale Unterstützung in der Gemeinschaft stärken, besonders in den Fokus genommen.
2. Berücksichtigung sozialstruktureller Kontexte: Angesichts dessen, dass der sozioökonomische Status bedeutsam die Gesundheitschancen beeinflusst (z. B. Lampert et al. 2013) und bei erlebter sozialer Ungleichheit psychologisch ungünstige und belastende Erfahrungen (z. B. Isolation, Einsamkeit oder Hilf- und Machtlosigkeit) eher auftreten können, ist im Rahmen der Gesundheitsförderung der besondere Fokus auf Kontexte, in denen Menschen sozialisiert worden sind und leben, essentiell. Ungünstige sozialstrukturelle Kontexte wie unzureichende Gestaltungsräume, ökologische Gefährdungen, sozioökonomische Deprivation oder gesellschaftliche Heteronomie können individuelle Ressourcen und Bewältigungskompetenzen einschränken und erfordern Umstrukturierungen und Reformen, die städtische, quartiersbezogene, regionale und gesellschaftliche Strukturen und Gegebenheiten optimieren. Dies geschieht vor dem Hintergrund gegenwärtiger

gesellschaftlicher Wandlungsprozesse bzw. der aktuellen soziokulturellen Situation (z. B. Evans/Rosen/Nelson 2014; Keupp 1995).

3. Ressourcenorientierte Herangehensweisen: Zur Veränderung psychosozialer Probleme und zur Stärkung benachteiligter Individuen und Gruppen wird über die Anknüpfung an das Verständnis der Leidenszustände und die federführenden Konzepte der Belastung und Bewältigung hinaus der Blick hin zu eingehender Berücksichtigung und Förderung von (psycho-)sozial-ökologischen Ressourcen gepflegt (ebd.)
4. Fokus auf Empowerment (s. den Beitrag zu Leitkonzepten): Die Befähigung zum eigenen Handeln oder die Förderung von Handlungen aktiver Lebensgestaltung sind zentrale Anliegen der Gemeindepsychologie, die bereits im Laufe ihrer Entstehung ihren Beitrag vielfach im Sinne sozialer Bewegungen in der Gestaltung und Ausrichtung professioneller psychologischer Angebote sah, und zwar in dem Sinne, dass diese an den Bedürfnissen und Belastungen der benachteiligten Gruppe gestaltet sein sollten (ebd.).

So speist sich Community Psychology, andockend an das Verständnis der Aktionsforschung, aus der Integration der Erkenntnisse aus Forschung und Praxis: „The combination of generative-reflective practice and human science provides a powerful postpositivist rationale for community research and action.“ (Dokecki 1992, S. 26). Vor diesem Hintergrund ist es diesem Teilbereich der Psychologie inhärent, aktiv an der Optimierung sozialer Voraussetzungen für individuelle Lebensgestaltung mitzuwirken.

Im Rahmen wissenschaftlicher und praktischer Herangehensweisen deutet sich eine Synthese der Gesundheits- und Gemeindepsychologie an: Community Health Psychology oder die gemeindeorientierte Gesundheitspsychologie richtet ihren Blick mittels Theorien und Methoden auf die Arbeit mit Gemeinschaften zur Reduktion von Krankheiten und zur Förderung von Gesundheit. Besonders betont werden dabei die Community-Ebene als leitende Einheit für die Ausrichtung der Beurteilungs- und Handlungsprozesse, die Rolle der kollektiven Aktionen und Kooperationen hinsichtlich der Gesundheitsoptimierung in der Gemeinde sowie die psychosozialen Mediatoren zwischen der Partizipation in der Community und der Gesundheit (z. B. Campbell/Murray 2004).

3. Mit Blick auf Community Health: Ressourcen und Risikofaktoren aus Sicht der Psychologie

Bei der Betrachtung der psychischen Gesundheit über die Lebensspanne – auch im Kontext von Community Health – ist der Fokus auf Ressourcen und Risiken essentiell (s. den Beitrag zu Leitkonzepten). Während Ressourcen als unterstützende interne und externe Mittel (personal, sozial und materiell) für eine

günstige Entwicklung aufgefasst werden können, versteht man unter Risiken Faktoren, die eine günstige Entwicklung unterminieren oder reduzieren bzw. eine ungünstige Entwicklung nach sich ziehen.

Risikofaktoren stellen somit Charakteristika dar, die zum Beispiel einer Krankheit vorausgehen und das Eintrittsrisiko derselben erhöhen. Intrapersonelle, Risiko erhöhende Faktoren beziehen sich als Vulnerabilitätsfaktoren auf genetische Dispositionen oder bestimmte Attribute (physisch: z. B. instabile bio-physische Konstitution, psychisch: z. B. pessimistische Überzeugungen oder unangemessenes Coping, interaktionell: fehlende Widerstandsfähigkeit gegenüber Gruppendruck und ökonomisch: geringes Einkommen). Zu den umgebungsbezogenen Risikofaktoren gehören sozial-emotionale Attribute (z. B. fehlende Zugehörigkeit), soziale Aspekte (z. B. fehlende soziale Einbettung), sozial-ökologische Bedingungen (z. B. schlechte Infrastruktur oder Arbeitsplatzqualität) sowie sozialstaatliche und soziokulturelle Faktoren (z. B. eingeschränkter Zugang zu Bildungs-, Gesundheits- und sozialen Institutionen). Unveränderliche Risikofaktoren wie Geschlecht oder ethnische Zugehörigkeit werden als feste Marker gesehen (z. B. Jacobi/Fittig 2008; Scheithauer/Petermann 2006; zur Erläuterung s. auch den Beitrag zu Geschlecht). Dabei entfalten einige Risikofaktoren ihre Wirkung lediglich zeitlich begrenzt, während andere den gesamten Lebensverlauf bedeutsam prägen können (z. B. unsichere Bindung). Die Auswirkungen auf das Wohlbefinden und den Lebensverlauf bzw. der Schweregrad der Folgen von risikoerhöhenden Faktoren sind abhängig von ihrer Kumulation sowie ihrem Eintrittszeitpunkt, nicht von ihrer besonderen Charakteristik (vgl. Scheithauer/Petermann 2006).

Um interne und externe Lebensanforderungen bewältigen und meistern zu können, werden Ressourcen im Sinne von Attributen, Mitteln, Gegebenheiten und Merkmalen benötigt, deren Verfügbarkeit und Einsatz unabdingbar für das psychische und physische Wohlbefinden sowie die Erfüllung von Bedürfnissen und Wünschen sind (Willutzki 2008). Ressourcen können somit „über die Lebensspanne hinweg die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben, kritischen Lebensereignissen oder belastenden Entwicklungsübergängen erleichtern oder zu einer positiven Bilanz von Entwicklungsgewinnen und -verlusten beitragen“ (Brandtstädter/Meiniger/Gräser 2003, S. 49 f.). Essentiell für den zielführenden Einsatz von Ressourcen sind die subjektive Wahrnehmung derselben sowie ihre Bewertung als bedeutsam und effektiv für das Erreichen des Anvisierten, und zwar in Übereinstimmung mit den eigenen Werten und Einstellungen. Hierbei ist der Bezug zum Kontext vielfach entscheidend: Potentiale sind per se nicht mit Ressourcen gleichzusetzen, sondern können sich insbesondere im Zusammenhang mit sozialem, kulturellem, zeitlichem und situationalem Kontext zu einer Ressource entfalten (vgl. Brandtstädter/Meiniger/Gräser 2003; Willutzki 2008). Es wird zwischen persönlichen Ressourcen (physisch: z. B. starkes Immunsystem, psychisch: z. B. Kohärenzgefühl, interaktionell: z. B. Reziprozität und

ökonomisch: z. B. Einkommen) und Umweltressourcen (sozial-emotional: z. B. Anerkennung, sozial: z. B. soziale Unterstützung, sozial-ökologisch: z. B. Wohnumfeldqualität, sozialstaatlich und soziokulturell: z. B. Teilhabemöglichkeit) unterschieden.

Im Kontext von Community Health steht die Verfügbarkeit von Ressourcen vor dem Hintergrund von vielfältigen Risikofaktoren und Belastungen von marginalisierten Gruppen besonders im Fokus, da reale oder zugeschriebene Gruppenzugehörigkeiten sowie umweltbedingte Barrieren das Leben erschweren können. Die Beschreibung und Erklärung dieser Prozesse ermöglichen es präventive und gesundheitsfördernde Ansätze abzuleiten, die den Abbau von Belastungen und Risikofaktoren sowie den Aufbau von Ressourcen zum Gegenstand haben.

4. Persönlichkeitsentwicklung in sozialen Bezügen

Community Health stellt die Bedeutung sozialer Prozesse für die Gesundheit in besonderem Maße heraus. Soziale Beziehungen und das Eingebundensein in die Gemeinschaft sind in diesem Sinne sowohl Ressource und Schutzfaktor als auch Grundlage für das psychische Wohlbefinden und eine gesunde menschliche Entwicklung (Grawe 2004). So verweist die Forschung zur Bindungstheorie beispielsweise darauf, dass frühkindliche Interaktionserfahrungen und die in diesem Zusammenhang entstehende Bindung zwischen Kleinkind und Bezugspersonen die psychische Entwicklung nachhaltig beeinflussen (Wittchen/Hoyer 2011): Eine sichere Bindung stellt einen Schutzfaktor gegen viele Erkrankungen dar, während unsichere Bindungserfahrungen die Entwicklung von Gesundheitsproblemen begünstigen – eine Gefahr, die beispielsweise für Menschen mit körperlichen oder wahrnehmungsbezogenen Beeinträchtigungen deutlich erhöht ist (Sarimski 2005).

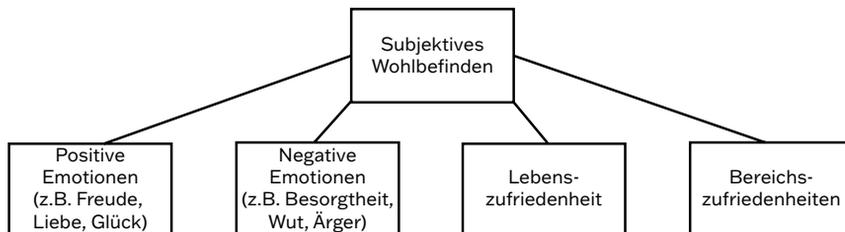
Neben der Risiko- und Schutzfaktorenperspektive werden soziale Beziehungen im Kontext von Community Health auch in ihrer Bedeutung für soziale Teilhabe und Persönlichkeitsentwicklung bedeutsam. Betrachtet man beispielsweise das Potenzial von Freundschaften und Gleichaltrigenkontakten – sie werden als zentrales Lern- und Entwicklungsfeld für soziale Kompetenzen und Quelle sozialer Unterstützung angesehen – ist diese Ressource für Personen, die sich von der Mehrheitsgesellschaft unterscheiden, häufig schwerer zugänglich. Die Gefahr von Ausgrenzung, Diskriminierung und Einsamkeit ist für Menschen, die sich in ihrem Aussehen oder Verhalten von gesellschaftlichen Normvorstellungen unterscheiden, deutlich erhöht. Hier sind spezifische Interventionen nötig, um Ausgrenzungen abzubauen und ein gelingendes soziales Miteinander zu unterstützen (Walter-Klose 2021).

Das Erleben von Ausgrenzung und Vorurteilen kann auch negative Folgen für die Identitätsentwicklung haben. Goffman (1975) beschreibt beispielsweise in seiner Stigmatheorie, wie Vorurteile und Stigmatisierungen dazu führen, dass eine Person ihr Selbstbild verändert und gesellschaftliche Zuschreibungen und Erwartungen in die eigene Identitätsvorstellung integriert. Auf diese Weise kann eine externe Merkmalszuschreibung, die mit einem gruppenbezogenen Vorurteil verbunden ist (z. B. Menschen mit einer psychischen Erkrankung seien weniger belastbar), dazu führen, dass eine Person diese Zuschreibung in ihr Selbstkonzept übernimmt: „Wenn meine Mitmenschen denken, ich sei weniger belastbar, dann wird dies wohl so sein.“ Anti-Stigmatisierungs-Kampagnen sowie psychologische Ansätze gegen unreflektierte Kategorisierung und Diskriminierung sind in diesem Zusammenhang wichtige Maßnahmen, um gesundheitsbeeinträchtigenden Wirkungen von Vorurteilen und gesellschaftlichen Barrieren entgegenzuwirken (Fries 2005).

5. Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit mit Community-Bezug

Zu dem für Community Health essentiellen Thema der Erhaltung und Förderung von Lebensqualität (vgl. den Beitrag zu Leitkonzepten) können psychologische Erkenntnisse zu Wohlbefinden und Lebensqualität als wesentliche Antriebskräfte für menschliches Handeln entscheidende Beiträge leisten (für einen Überblick s. Diener 1984). In der Psychologie gibt es eine große Bandbreite an Bezeichnungen für positive Zustände wie beispielsweise Glück, Wohlbefinden, Lebensqualität, Freude, Zufriedenheit, Glückseligkeit, wobei nicht selten die Begriffe wie *happiness*, *subjective well-being*, *life satisfaction*, *quality of life* und *welfare* synonym verwendet werden (z. B. Easterlin 2001). Trotz der teils unsystematischen Konzepte und des uneinheitlichen Gebrauchs derselben gibt es durchaus Differenzierungsansätze. Während die Lebensqualität in ihrer konzeptuellen Entwicklung stärker interdisziplinär verankert ist und zusätzlich objektive Maße aufgreift (s. den Beitrag zu Leitkonzepten), handelt es sich beim Wohlbefinden um ein initial psychologisches Konzept. So kann das subjektive Wohlbefinden als ein Hyperonym verstanden werden, das erst durch die Erfassung mehrerer Konstrukte konkretisiert werden kann. Einen Teil des subjektiven Wohlbefindens stellt die allgemeine Lebenszufriedenheit (general life satisfaction) zusammen mit den Bereichszufriedenheiten (domain satisfactions, z. B. hinsichtlich Arbeit, Beziehungen oder Freizeit) dar (Diener et al. 1999). Als kognitive Komponente steht sie den affektiven Anteilen gegenüber, die den anderen Teil des psychischen Wohlbefindens charakterisieren. Positive und negative Affekte beziehen sich auf momentane Zustände und sind somit variabel und wenig zeitstabil (ebd., s. Abb. 1).

Abb. 1: Modell des subjektiven Wohlbefindens (nach Diener/Scollon/Lucas 2009, S. 71)



Einen längerfristigen positiven emotionalen Zustand stellt das Glück dar, welches ähnlich wie die Lebenszufriedenheit als Trait-Komponente des subjektiven Wohlbefindens gesehen wird (DeNeve/Cooper 1998). Im Gegensatz zu affektiven Maßen wie positive Stimmung, Glück, Freude oder gute Laune bezieht sich die Lebenszufriedenheit auf eine bewusste kognitive Beurteilung der eigenen Lebenssituation unter Berücksichtigung vergangener und gegenwärtiger Lebensbedingungen sowie der Zukunftsperspektive. Zugleich erfolgt ein Vergleich der aktuellen Lebenssituation mit den eigenen festgelegten Lebenszielen, Wünschen und Plänen, aber auch mit der Situation der anderen Menschen (Diener et al. 1985). Neben emotionalen und kognitiven Komponenten des Wohlbefindens können physische und soziale Aspekte unterschieden werden, wobei diese sowohl aktuell als auch habituell betrachtet werden können (s. z.B. Strukturmodell des Wohlbefindens nach Becker 1994). Anknüpfend an die oben geschilderte Bedeutung sozialer Bezüge und mit Fokus auf Community Health lässt sich ebenfalls das Wohlbefinden von Mitgliedern in einer Community oder in einem bestimmten kulturellen Kontext in den Blick nehmen, wobei gesellschaftliche oder kontextuelle Bedingungen als Determinanten Berücksichtigung finden sollten. Diese können hinsichtlich ihrer Möglichkeiten und Ressourcen, sozialer, materieller und immaterieller Gegebenheiten für die Förderung des Wohlbefindens und der Lebenszufriedenheit grundlegend sein. In diesem Sinne betont Orford (2008) Folgendes:

„At the very heart of the subject is the need to see people – their feelings, thoughts, and actions – within a social context. It exhorts us, when thinking of people’s health, happiness and well-being, or when thinking about people’s distress and disorder, to „think context“ (S. XI).

Der Vergleich des Wohlbefindens in verschiedenen Kulturen und Ländern greift auf diesen Ansatz zurück. So zeigen kulturvergleichende Untersuchungen auf, dass die Lebenszufriedenheit als kognitive Komponente des Wohlbefindens durch soziale Normen und kulturelle Werte essentiell mitgeprägt wird (z.B. Diener/Diener/Diener 1995; Mikhof 2016; Suh et al. 1998).

In einer Untersuchung mit repräsentativen Stichproben aus 55 Kulturen kristallisierte sich heraus, dass die Lebenszufriedenheit mit Abstand am höchsten mit Individualismus ($r = .77$) assoziiert ist, und zwar auch unter Kontrolle der allgemeinen ökonomischen Entwicklung (Diener et al. 1995). Dies scheint insbesondere in individualistischen Kontexten mit einer freieren Lebensgestaltung und einer entsprechend höheren Wahrscheinlichkeit, die eigenen Ziele zu erreichen, im Zusammenhang zu stehen (ebd.). Dabei ist die persönliche Lebenszufriedenheit im Sinne der entsprechenden sozialen Norm vor allem Ausdruck des privaten Erlebens (Affektbalance, positive Emotionen, Zufriedenheit mit sich selbst und freie Lebensgestaltung) (Suh et al. 1998; s. auch Mikhof 2016). Kollektivistische Kontexte können das individuelle Urteil hinsichtlich der Lebenszufriedenheit aufgrund der Norm zur Bescheidenheit bzw. der Angemessenheit hoher Zufriedenheit oder zur Berücksichtigung der Zufriedenheit von Mitgliedern der In-Group entsprechend formen und abdämpfen (Diener et al. 1995; Suh et al. 1998; s. auch Mikhof 2016).

Mehr als die Hälfte der Varianz in der Lebenszufriedenheit zwischen den Nationen lässt sich durch soziale Bedingungen (politische Freiheit und Stabilität, Gesundheit, zivile und politische Rechte, Korruptionslevels oder Haushaltseinkommen) vorhersagen (The Economist Intelligence Unit 2004, zit. nach Diener/Inglehart/Tay 2013). Allerdings können auch hier Unterschiede je nach Entwicklungslevels der Länder festgestellt werden: Bei niedrigen Entwicklungslevels einer Nation sind die Bedingungen zur Befriedigung grundlegender Lebensbedürfnisse für die Lebenszufriedenheit zentral. Mit steigenden Levels ökonomischer und physischer Sicherheit sowie der Betonung emanzipativer Werte lässt sich ein geringerer Stellenwert finanzieller Zufriedenheit und eine größere Bedeutung der freien Wahloptionen für die globale Lebenszufriedenheit verzeichnen (ebd.).

Gerade der Ansatz von Community Psychology kann mit dem Fokus auf die Verknüpfung der psychologischen Merkmale von Individuen mit den sie umgebenden Kontexten und dem Blick auf die Förderung besserer Lebensbedingungen aus einer ökologischen, wertebasierten und gerechtigkeitsorientierten Perspektive, das Verständnis des primär subjektiven Wohlbefindens erweitern.

Aus Sicht der Community Psychology sollten folgende Aspekte zur Förderung des Wohlbefindens mitberücksichtigt werden: Soziale Beziehungen, Gemeinschaftsleben, Teilen und Teilhabe, Fürsorge, Gerechtigkeit und Überwindung von Ungleichheiten, Neudefinition der Beziehung zwischen Technologie und Umwelt sowie neue rechtliche Rahmenbedingungen für die Transaktion von Gütern und Ressourcen (Arcidiacono/Di Martino 2016, S. 18). So kann das Wohlbefinden in der Community nach einem aktuellen Ansatz – als eine Facette – im multidimensionalen Konzept des Wohlbefindens mit sechs weiteren Dimensionen eingeordnet werden: Allgemeines Wohlbefinden, interpersonales Wohlbefinden, berufliches Wohlbefinden, physisches Wohlbefinden, psychisches Wohlbefinden und ökonomisches Wohlbefinden (z. B. Prilleltensky et al. 2016).

6. Fazit

Im Rahmen der psychologischen Community-Health-Perspektive werden Individuen, Gruppen und Gemeinschaften mit Blick auf reale und gesellschaftlich zugewiesene Gruppenzugehörigkeiten unter Hinzunahme vielfältiger psychologischer Konzepte und Modelle betrachtet. Dabei verfolgt die Psychologie im Kontext von Community Health das Ziel, das Denken, Fühlen und Handeln des Individuums als Teil einer unterscheidbaren Gruppe sowie die Interaktionen vielfältiger Individuen und Gruppen zu verstehen, zu erklären und lebensqualitätssteigernd zu beeinflussen.

Die thematisierten Konzepte wie Ressourcen und Risiken, ein gelingendes soziales Miteinander, Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit nehmen im interdisziplinären Kontext von Community Health eine zentrale Bedeutung ein. Ihre Berücksichtigung im Rahmen von Interventionen trägt in besonderem Maße dazu bei, die Gesundheit der Menschen in ihrer Vielfalt zu schützen und zu fördern.

Literatur

- Allport, G. W. (1985): The historical background of modern social psychology. In: Lindzey, J./Aronson, E. (Hrsg.): Handbook of social psychology. 3rd ed. New York: Random House/Erlbaum, S. 1-46.
- Arcidiacono, C./Di Martino, S. (2016): *A critical analysis of happiness and well-being. Where we stand now, where we need to go.* Community Psychology in Global Perspective 2, H. 1, S. 6-35.
- Becker, P. (1994): Theoretische Grundlagen. In: Abele, A./Becker, P. (Hrsg.): Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik. Weinheim und München: Juventa, S. 13-49.
- Brandstädter, J./Meiniger, C./Gräser, H. (2003): Handlungs- und Sinnressourcen: Entwicklungsmuster und protektive Effekte. In: Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie 35, S. 49-58.
- Bronfenbrenner, U. (1986): Ecology of the Family as a context for human development: research perspectives. In: Developmental Psychology 22, S. 723-742.
- Campbell, C./Murray, M. (2004): Community Health Psychology: Promoting Analysis and Action for Social Change. In: Journal of Health Psychology 9, H. 2, S. 187-195.
- Delshad Noghabi, A./Bayazi, M. H. (2017): Health psychology and health promotion. In: Journal of Research and Health 7, H. 6, S. 1074-1076.
- DeNeve, K. M./Cooper, H. (1998): The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. In: Psychological Bulletin 124, S. 197-229.
- Diener, E. (1984): Subjective well-being. In: Psychological Bulletin 95, H. 3, S. 542-575.
- Diener, E./Diener, M./Diener, C. (1995): Factors predicting the subjective well-being of nations. In: Journal of Personality and Social Psychology 6, H. 5, S. 851-864.
- Diener, E./Emmons, R. A./Larsen, R. J./Griffin, S. (1985): The satisfaction with life scale. In: Journal of Personality Assessment 49, H. 1, S. 71-75.
- Diener, E./Inglehart, R./Tay, L. (2013): Theory and validity of Life Satisfaction Scales. In: Social Indicators Research 112, H. 3, S. 497-527.
- Diener, E. D./Scollon, C. N./Lucas, R. E. (2009): The evolving concept of subjective well-being: The multifaceted nature of happiness. In Diener, E. (Hrsg.): *Social indicators research series: Vol. 39. Assessing well-being: The collected works of Ed Diener.* London, UK: Springer. S. 67-100.
- Diener, E./Suh, E. M./Smith, H./Shao, L. (1995): National differences in reported subjective well-being: why do they occur? In: Social Indicators Research 34, H. 1, S. 7-32.

- Diener, E./Suh, E. M./Lucas, R. E./Smith, H. L. (1999): Subjective well-being: three decades of progress. In: *Psychological Bulletin* 125, H. 2, S. 276-302.
- Dokecki, P. (1992): On knowing the community of caring persons: A methodological basis for the reflective generative practice of community psychology. In: *Journal of Community Psychology* 20, S. 26-35.
- Easterlin, R. A. (2001): Income and happiness: towards a unified theory. In: *The Economic Journal* 111, H. 473, S. 465-484.
- Evans, S. D./Rosen, A. D./Nelson, G. (2014): *Community psychology and social justice*. In: Johnson, C. V./Friedman, H. L./Diaz, J./Franco, Z./Nastasi, B. K. (Hrsg.): *Social justice and psychology. The Praeger handbook of social justice and psychology: Fundamental issues and special populations; Well-being and professional issues; Youth and disciplines in psychology*. Santa Barbara: Praeger/ABC-CLIO, S. 143-163.
- Fries, A. (2005): Einstellungen und Verhalten gegenüber körperbehinderten Menschen – aus der Sicht und im Erleben der Betroffenen. Oberhausen: Athena.
- Goffman, E. (1975): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Grawe, K. (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Jacobi, C./Fittig, E. (2008): Psychosoziale Risikofaktoren für Essstörungen. In: Herpertz, S./de Zwaan, Martina/Zipfel, S. (Hrsg.): *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Berlin: Springer, S. 119-131.
- Keupp, H. (1995): Gemeindepsychologische Identitäten: Vergangenheiten und mögliche Zukünfte. In: Röhrle, B./Sommer, G. (Hrsg.): *Gemeindepsychologie. Bestandsaufnahmen und Perspektiven*. Tübingen: DGVV-Verlag, S. 5-24.
- Lampert, D. T./Kroll, L. E./von der Lippe, E./Müters, S./Stolzenberg, H. (2013): Sozioökonomischer Status und Gesundheit. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 56, S. 814-821.
- Lucas, R. E./Clark, A. E./Georgellis, Y./Diener, E. (2004): Unemployment alters the set point for life satisfaction. In: *Psychological Science* 15, H. 1, S. 8-13.
- Mikhoj, A. (2016): Selbstkonstruktion, Stress und Coping im Kulturvergleich: Ihre Bedeutung für die Partnerschafts- und Lebenszufriedenheit. Hamburg: Dr. Kovač.
- Myers, D. G. (2013): Entwicklung über die Lebensspanne. In: Myers, D. G. (Hrsg.): *Psychologie*. 3. Aufl. Berlin: Springer, S. 178-232.
- Prilleltensky, I./Dietz, S./Prilleltensky, O./Myers, N. D./Rubenstein, C. L./Jing, Y./McMahon, A. (2016): Assessing multidimensional well-being: Development and validation of the I Coppe Scale. *Journal of Community Psychology* 43, H. 2, S. 199-226.
- Sarason, S. B. (1974): *The psychological sense of community: Prospects for a community psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Sarimski, K. (2005): *Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Scheithauer, H./Petermann, F. (2006): Zur Wirkungsweise von Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. In: *Kindheit und Entwicklung* 8, H. 1, S. 3-14.
- Schwarzer, R./Jerusalem, M./Weber, H. (Eds.): *Gesundheitspsychologie von A bis Z*. Göttingen: Hogrefe.
- Suh, E./Diener, E./Oishi, S./Triandis, H. C. (1998): The shifting basis of life satisfaction judgments across cultures: emotions versus norms. In: *Journal of Personality and Social Psychology* 47, H. 2, S. 482-493.
- Walter-Klose, C. (2021): *Erfolgreiches Miteinander an inklusiven Schulen. Tipps und Strategien für gemeinsames Lernen*. Weinheim: Beltz.
- Willutzki, U. (2008): Klinische Ressourcendiagnostik. In: Röhrle, B./Caspar, F./Schlotke, P. F. (Hrsg.): *Lehrbuch der klinisch-psychologischen Diagnostik*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 251-272.
- Wittchen, H.-U./Hoyer, J. (2011): *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.

Grundlagen der gesundheitsökonomischen Evaluation und deren Beitrag zu Community Health

Michael Wessels

Zusammenfassung

Die gesundheitsökonomische Evaluation leistet einen wichtigen Beitrag für Community Health, indem sie Entscheidungsgrundlagen schafft, nach denen die knappen Ressourcen bedarfsorientiert und gerecht verteilt werden. Der Beitrag erläutert die Grundlagen der gesundheitsökonomischen Evaluation und geht auf die Unterscheidung zwischen direkten, indirekten und intangiblen Kosten ein. Ferner wird die Erfassung und Operationalisierung von Nutzengrößen dargestellt (natürliche, bzw. physikalischen Einheiten, gewonnene Lebensjahre, klinische Parameter, monetäre Einheiten oder Nutzwerte, die in der Lage sind, mehrere Dimensionen von Gesundheit in einem Index abzubilden, z. B. qualitätsadjustierte Lebensjahre). Auf Grundlage dieser Ausführungen weist der Beitrag darauf hin, dass eine stärkere Berücksichtigung benachteiligter Gruppen in der Gesundheitsökonomie erreicht werden könnte, wenn sich die Forschung zukünftig stärker auf diese communities bzw. deren Repräsentanten ausrichtet.

Abstract

Health economic evaluation contributes to community health by creating a basis for decision-making, according to which the scarce resources can be distributed in a needs-oriented and fair manner. The chapter explains the basics of health economic evaluation and deals with the distinction between direct, indirect and intangible costs. Furthermore, it presents the recording and operationalization of utility parameters (natural or physical units, years of life gained, clinical parameters, monetary units or utility values, that are able to map several dimensions of health in one index, e. g. quality-adjusted life years). Finally it is emphasized, that a greater consideration of disadvantaged groups in health economics could be achieved if future research is more oriented towards these communities or their representatives.

1. Einleitung

Ausgangspunkt für ökonomische Überlegungen ist die Knappheit. Die Tatsache, dass in Gesundheitssystemen weltweit nicht alle gesundheitlichen Maßnahmen und Ziele, die grundsätzlich wünschenswert und zielführend wären, auch finanzierbar sind, zwingt zum wirtschaftlichen Handeln. Insbesondere vor dem Hintergrund steigender Ausgaben infolge des demografischen Wandels einerseits und des medizinisch-technischen Fortschritts andererseits, stellt sich umso mehr die Frage, wie begrenzte Ressourcen in der Gesundheitsversorgung optimal eingesetzt werden können (Schwappach 2018, S. 107).

Um einen größtmöglichen Nutzen zu stiften, müssen begrenzte Ressourcen in Gesundheitssystemen so eingesetzt werden, dass Verschwendung vermieden wird. Weil unterschiedliche Möglichkeiten für die Verwendung der begrenzten Ressourcen bestehen, sind Entscheidungen über deren Verteilung zu treffen. Das gilt für alle Ebenen der Gesundheitsversorgung. Die verschiedenen Steuerungsebenen werden unterteilt in Makro-, Meso- und Mikroebene. So trifft beispielsweise der Staat im Rahmen der Gesetzgebung (Makroebene) Entscheidungen darüber, wie ein Gesundheitssystem grundsätzlich finanziert wird, d.h. beispielsweise über Steuern oder Beiträge. Entscheidungen über die konkrete Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgung erfolgen dann häufig korporatistisch, d.h. über Vertragspartnerschaften, in Deutschland beispielsweise im Rahmen der Selbstverwaltung (Mesoebene). Und schließlich entscheiden im Rahmen des konkreten Versorgungsgeschehens die beteiligten Akteur*innen, beispielsweise Leistungserbringer*innen und Patient*innen (Mikroebene) über einzelne gesundheitliche Maßnahmen (Wessels 2019, S. 208-213).

Bei diesen Entscheidungen kann nicht allein die *medizinische Wirksamkeit* (Effektivität) einer Maßnahme Grundlage zur Einschätzung des Nutzens sein. Vielmehr geht es darum, dass eine Maßnahme nicht nur unter Idealbedingungen im Rahmen einer klinischen Studie wirksam ist (*efficacy*), sondern auch im praktischen Versorgungsalltag (*effectiveness*). Neben der Wirksamkeit kommt es auf die Effizienz einer Maßnahme an, d.h. auch die Kosten sind zu berücksichtigen. Mehrere Maßnahmen können wirksam, d.h. *effektiv* sein, um ein gewünschtes Ziel zu erreichen, aber nur die Maßnahme, bei deren Durchführung die geringsten Kosten anfallen, ist *effizient* (Wessels 2019, S. 150 ff.; Schwartz/ Busse 2012, S. 555 f.).

Aufgabe bzw. Zielsetzung der gesundheitsökonomischen Evaluation ist demnach, einen Beitrag zur effizienten Ressourcenallokation zu leisten, indem Kosten und Nutzen der gesundheitlichen Versorgung gegenübergestellt werden. Entscheidungsträger*innen im Gesundheitssystem erhalten dadurch Informationen über die Kosten-Nutzenrelation unterschiedlicher präventiver,

akut-medizinischer, rehabilitativer oder pflegerischer Strategien bzw. Versorgungskonzepte.

Sowohl in der Krankenversicherung (§ 12 SGB V) als auch in der Pflegeversicherung (§ 29 SGB XI) hat der Gesetzgeber für die Entscheidungsträger als handlungsleitenden Maßstab das *Wirtschaftlichkeitsgebot* aufgenommen. So heißt es in § 12 SGB V:

„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“

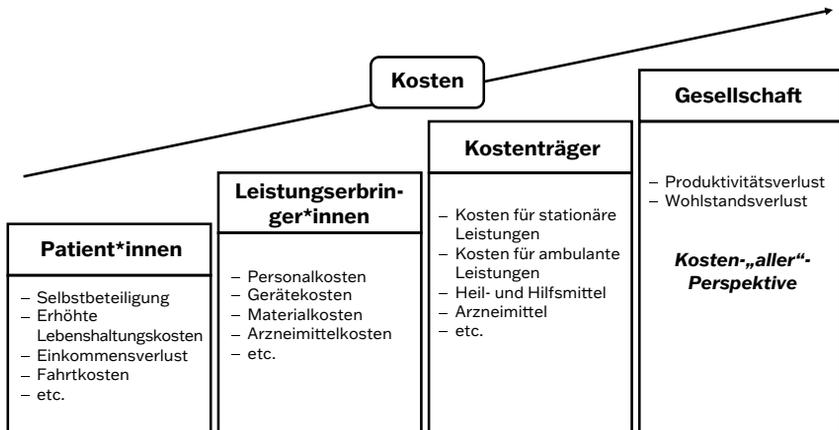
Insofern können gesundheitsökonomische Evaluationen insbesondere im Hinblick auf eine solidarische Finanzierung von Gesundheitsleistungen eine Grundlage für Entscheidungen liefern, welche in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen werden sollten. Denn Gesundheitsleistungen, die nicht im Leistungskatalog der GKV enthalten sind, dürfen nicht von der GKV finanziert werden, die Kosten müssten ggf. von den Patient*innen selbst getragen oder anderweitig finanziert werden.

Ergebnisse gesundheitsökonomischer Evaluationsstudien können je nach Perspektive unterschiedlich bewertet werden. Bei der Interpretation gesundheitsökonomischer Studien werden die folgenden Perspektiven unterschieden (Scherenberg 2018, S. 53):

- *Individuelle Perspektive*, d.h. Kosten und Effekte werden berücksichtigt, die aus Sicht einzelner Akteur*innen (Patient*innen, Ärzt*innen, Pflegenden, Therapeut*innen, etc.) relevant sind,
- *Betriebswirtschaftliche/Institutionelle Perspektive*, d.h. Kosten und Effekte werden berücksichtigt, die aus Sicht einzelner Institutionen (Kostenträger, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, etc.) relevant sind.
- *Volkswirtschaftliche/Gesellschaftliche Perspektive*, d.h. alle Kosten und Effekte werden berücksichtigt, unabhängig davon bei welchen Personen oder Institutionen und zu welchem Zeitpunkt sie anfallen.

Die unterschiedliche Berücksichtigung von Kosten je nach Perspektive wird in der folgenden Abbildung illustriert:

Abb. 1: Perspektiven gesundheitsökonomischer Evaluation (nach Scherenberg 2018, S. 53)



Der Umfang der berücksichtigten Kosten steigt mit zunehmender Aggregation (Abb. 1), bis in der gesellschaftlichen Perspektive schließlich sämtliche Kosten berücksichtigt werden. (Scherenberg 2018).

2. Grundlagen gesundheitsökonomischer Evaluationsstudien

Gesundheitsökonomische Evaluationen sollen einen Beitrag zur Entscheidungsunterstützung leisten, wenn mehrere Handlungsalternativen vorliegen. Soll beispielsweise zwischen unterschiedlichen Therapieverfahren entschieden werden soll, müssen deren Behandlungsergebnis (Effekte) und deren Kosten miteinander verglichen werden.

2.1 Tabellarische Entscheidungsmatrix

In Tabelle 1 werden exemplarisch die beiden Handlungsalternativen A und B gegenübergestellt. Daraus wird deutlich, dass in vielen Fällen die Bewertung anhand der Ergebnisse und der Kosten bereits eindeutig möglich ist, aber auch Situationen entstehen, in denen eine Entscheidung nicht eindeutig ist.

Tab. 1: Vergleich von Handlungsalternativen (nach Oberender et al. 2012, S. 61 und Rychlik 1999, S. 49)

Gegenüber Handlungsalternative Aist B teurer.	...ist B gleich teuer.	...ist B billiger.
...führt B zu einem besseren Ergebnis.	<i>Rangfolge unklar, d. h. weitere Analyse erforderlich</i>	<i>B ist besser</i>	<i>B ist besser</i>
...führt B zu einem gleich guten Ergebnis.	<i>A ist besser</i>	<i>Gleichwertige Alternativen (Indifferenz)</i>	<i>B ist besser</i>
...führt B zu einem schlechteren Ergebnis.	<i>A ist besser</i>	<i>A ist besser</i>	<i>Rangfolge unklar, d. h. weitere Analyse erforderlich</i>

Eine Handlungsalternative ist überlegen, wenn sie entweder zu einem besseren Ergebnis führt und gleich teuer oder billiger ist, oder wenn sie zu einem gleich guten Ergebnis führt, aber billiger ist. Hier ist das Ergebnis eindeutig: Die Handlungsalternative B wäre der Handlungsalternative A überlegen und daher vorzuziehen.

Von Indifferenz wird gesprochen, wenn Maßnahmen gleich teuer sind und zu einem gleich guten Ergebnis führen. Die Handlungsalternativen A und B sind dann gleichwertig.

Führt eine Handlungsalternative hingegen zu einem schlechteren Ergebnis und ist gleich teuer oder teurer, ist diese Handlungsalternative unterlegen. Gleiches gilt, wenn eine Handlungsalternative zwar zu einem gleich guten Ergebnis führt, aber teurer ist. Auch hier ist das Ergebnis eindeutig: Die Handlungsalternative B wäre der Handlungsalternative A unterlegen und daher Handlungsalternative A vorzuziehen.

Gleichzeitig kann aus Tabelle 1 entnommen werden, dass in zwei Situationen eine unklare Bewertung vorliegt: Zum einen wenn eine Handlungsalternative zwar zu einem besseren Ergebnis führt, aber auch teurer ist. Und zum anderen wenn die Handlungsalternative zwar billiger ist, aber eben auch zu einem schlechteren Ergebnis führt. Dann kann nicht unmittelbar entschieden werden und es sind weitere Analysen erforderlich.

2.2 Inkrementelle Kosten-Nutzen-Betrachtung

Die sogenannte *Inkrementelle Kosten-Nutzen-Relation (IKNR)* bzw. in der internationalen Bezeichnung die *Incremental-Cost-Effectiveness-Ratio (ICER)* wird

berechnet, um in vergleichenden ökonomischen Analysen sowohl die Kosten als auch den Nutzen zweier Handlungsalternativen miteinander zu vergleichen. Als Formel dargestellt:

$$IKNR = \frac{Kosten_A - Kosten_B}{Nutzen_A - Nutzen_B} = \frac{Inkrementelle\ Kosten}{Inkrementeller\ Nutzen}$$

Kosten und Nutzen der zu vergleichenden Handlungsalternativen A und B werden ins Verhältnis zueinander gesetzt. Die inkrementellen Kosten ergeben sich aus der Kostendifferenz der Handlungsalternativen. Der inkrementelle Nutzen ergibt sich aus der Nutzendifferenz der Handlungsalternative. Die IKNR ergibt sich aus der Differenz der Kosten der beiden Handlungsalternativen (inkrementelle Kosten), geteilt durch die Differenz des Nutzens (inkrementeller Nutzen) der beiden Handlungsalternativen.

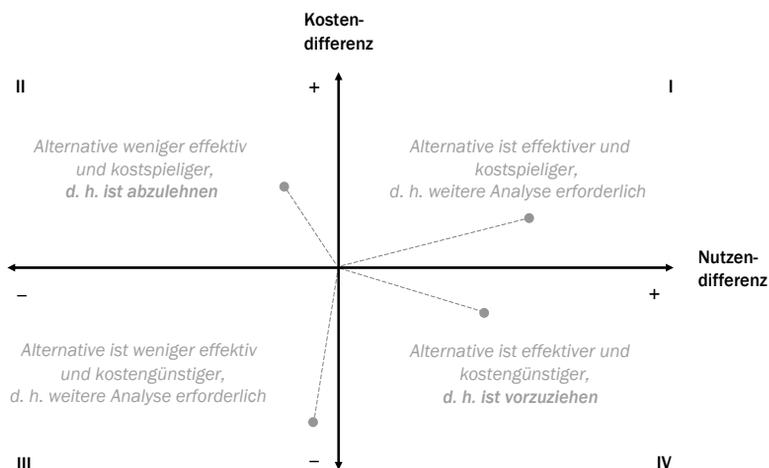
2.3 Kosten-Nutzen-Diagramm

Im Idealfall werden Entscheidungen evidenzbasiert, d.h. auf der Grundlage vorhandener Studien und Analysen getroffen. Da Studien in der Regel umfangreich und komplex sind, soll diese Komplexität für Entscheidungsträger*innen reduziert werden und Ergebnisse leicht verständlich und dennoch nachvollziehbar aufbereitet werden. Hierzu werden grafische Aufbereitungen in Form von *Kosten-Nutzen-Diagrammen*, in der Literatur auch als *Vier-Felder-Matrizen* bezeichnet, genutzt.

Sollen zwei Verfahren A (Standard-Therapie) und B (innovative Therapie) in einem Kosten-Nutzen-Diagramm miteinander verglichen werden, so werden auf der Abszisse die Nutzendifferenz und auf der Ordinate die Kostendifferenz abgebildet. Im Ursprung des Diagramms, also im Schnittpunkt von Abszisse und Ordinate, liegt Verfahren A, d.h. hier werden die von der Standard-Therapie A verursachten Kosten und der erzielte Nutzen angenommen. Mit „+“ wird jeweils eine positive Differenz und mit „-“ wird jeweils eine negative Differenz abgebildet.

Im Ergebnis sind dann vier unterschiedliche Situationen möglich, die sich entsprechend in den vier Quadranten des Kosten-Nutzen-Diagramms wiederfinden. Dabei werden die vier Quadranten gegen den Uhrzeigersinn fortlaufend gezählt, beginnend mit Quadrant I oben rechts.

Abb. 2: Kosten-Nutzen-Diagramm (Drummond et al. 2005, S. 40 und Schöffski 2012, S. 54)



Wie ein innovatives Verfahren B im Vergleich zur Standard-Therapie A nun zu bewerten ist, ist davon abhängig, in welchem Quadranten das Verhältnis der beiden Größen einzutragen ist. Das innovative Verfahren B kann im Vergleich zur bisherigen Standard-Therapie A effektiver und teurer sein (Quadrant I), weniger effektiv und teurer sein (Quadrant II), weniger effektiv, aber günstiger sein (Quadrant III) oder effektiver aber günstiger sein (Quadrant IV).

Liegt das innovative Verfahren B in den Quadranten II oder IV wäre die Entscheidung eindeutig. In der Gesundheitsökonomie wird dieses Ergebnis als *dominant* bezeichnet. Im Quadranten II ist Verfahren B weniger effektiv und teurer, d. h. die Standard-Therapie A wäre dominant gegenüber B und Therapie B demnach abzulehnen. Im Quadranten IV ist Verfahren B effektiver und kostengünstiger, d. h. Verfahren B dominiert und wäre gegenüber der bisherigen Standard-Therapie A vorzuziehen.

In den Quadranten I und III besteht hingegen keine eindeutige Dominanz. Hier sind weitere Abwägungen erforderlich.

In Quadrant I wäre das innovative Verfahren B zwar effektiver, aber auch kostspieliger. Hier wäre die Frage zu beantworten: *Wie viel wären wir (je nach Perspektive: die Individuen, die Solidargemeinschaft oder die Gesellschaft insgesamt) bereit mehr zu bezahlen, um ein besseres Ergebnis zu erhalten?*

Hingegen im Quadranten III wäre das innovative Verfahren zwar weniger effektiv, dafür aber auch kostengünstiger. Hier stellt sich die Frage: *In welchem Ausmaß sind wir (s. o.) bereit, ein schlechteres Versorgungsergebnis hinzunehmen, um dadurch Kosten zu sparen?*

Letztlich geht es in beiden Situationen um die grundlegende Frage: *Wie viel Ressourcen ist eine Gesellschaft bereit, für die gesundheitliche Versorgung aufzuwenden?*

Diese Fragen können jedoch nicht allein mit gesundheitsökonomischen Methoden beantwortet werden, sondern sind Gegenstand einer gesundheitspolitisch normativen Entscheidung. In der Gesundheitsökonomie wird dieser Prozess als Festlegung der Zahlungsbereitschaft (willingness to pay) bezeichnet.

3. Kosten und Nutzen

3.1 Kosten

In ökonomischen Evaluationen werden die Kosten gesundheitlicher Maßnahmen üblicherweise in direkte, indirekte und intangible Kosten unterteilt (Greiner/Damm 2012, S. 23-42).

Zu den *direkten Kosten* werden alle Aufwendungen gezählt, die im unmittelbaren Zusammenhang einer gesundheitlichen Maßnahme anfallen. Dazu zählt jeglicher Ressourcenverbrauch (beispielsweise die Personalkosten von Ärzten und Pflegenden, Materialkosten, Vorhaltekosten für Versorgungskapazitäten, etc.), auch wenn dieser nicht sofort, sondern zeitlich verzögert als unmittelbare Folge einer Maßnahme entsteht, beispielsweise durch Komplikationen oder Spätfolgen.

Als *indirekte Kosten* werden Verdienstaufschlag (individuelle Perspektive) oder Produktivitätsverluste (betriebs- bzw. volkswirtschaftliche Perspektive) gewertet (beispielsweise Verlust an Arbeitspotential, sowohl durch Arbeitsunfähigkeit oder verminderter Arbeitsfähigkeit als auch durch Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit).

Zur Bewertung indirekter Kosten wird häufig der sog. *Humankapital-Ansatz* genutzt, der zur Ermittlung aller zukünftigen Produktivitätsverluste das Einkommen der Betroffenen bis zur Berentung zugrunde legt. Da Personen ohne Einkünfte (z. B. Kinder, Hausfrauen und Hausmänner, Arbeitslose) hier nicht adäquat berücksichtigt werden, wird dieser Ansatz kritisch gesehen. Darüber hinaus entsteht durch den unterstellten Einkommensausfall bis zur Berentung eine Tendenz zur Überschätzung von Produktionsausfallkosten. Anstelle des Humankapital-Ansatzes wird daher zunehmend der *Friktionskosten-Ansatz* angewendet. Dieser geht davon aus, dass bei langfristiger Erwerbsunfähigkeit oder bei dauerhaften Ausfall von Mitarbeiter*innen Produktionsausfälle kompensiert werden können, indem andere Arbeitnehmer*innen die Tätigkeiten übernehmen. Kosten fallen danach nur während einer sog. Friktionsphase an, d. h. in einer Phase bis zur gleichwertigen Wiederbesetzung von Arbeitsplätzen durch andere Mitarbeiter*innen. (Breyer/Zweifel/Kifmann 2013, S. 48 ff.)

Von *intangiblen Kosten* wird gesprochen, wenn sich Kosten nicht unmittelbar bewerten lassen. Darunter fallen beispielsweise Schmerzen, Angst, Übelkeit, etc. sowie ein Verlust an Lebensqualität, der beispielsweise in Folge von Schmerzen, Behinderung oder Depressionen entstehen kann.

3.2 Nutzen

Der *Nutzen* gesundheitlicher Versorgung lässt sich daran bemessen, ob gesundheitliche Maßnahmen wirksam, d. h. in der Lage sind, eine Erkrankung zu heilen oder zumindest zu lindern bzw. deren Eintritt zu verhindern oder zumindest zu verzögern. Die Darstellung und Bewertung des Nutzens gesundheitlicher Versorgung ist insofern deutlich komplexer, als die Bewertung von Kosten. Sie erfolgen daher auf verschiedene Weise, und zwar

- in skalierten *natürlichen bzw. physikalischen* Einheiten klinischer Parameter (z. B. Veränderung der Lebenserwartung in Jahren, Senkung des Blutdrucks in mmHg, etc.).
- in *Geldeinheiten* (z. B. in Euro oder US-Dollar), was allerdings erforderlich macht, die Veränderung des Gesundheitszustandes oder die Verlängerung des Lebens finanziell zu bewerten.
- in Form von *Nutzwerten*, die mehrere Dimensionen von Gesundheit in einem Index abbilden (z. B. qualitätsadjustierte Lebensjahre).

Die Nutzenmessung in natürlichen bzw. physikalischen Einheiten ist vergleichsweise einfach möglich. Demgegenüber ist die Nutzenmessung in Geldeinheiten problematisch, weil sie die monetäre Bewertung von Gesundheitszuständen bzw. von Lebensjahren erfordert und daher häufig auf Skepsis und ethische Bedenken stößt. Die Erhebung von Nutzwerten (ohne monetäre Bewertung des Nutzens) ist zwar sehr aufwändig, stellt aber eine sinnvolle Alternative dar.

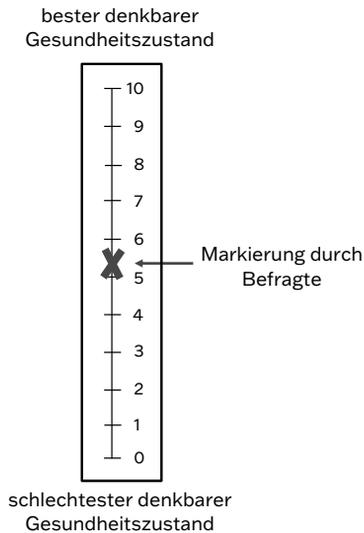
Nutzen kann einerseits rein quantitativ in Form einer Verlängerung der Lebenszeit beschrieben werden, andererseits kann Nutzen auch qualitativ als Einschränkung der Lebensqualität beschrieben werden (vgl. Kosten-Nutzwert-Analyse in Abschnitt 4). Der Entscheidung über die Auswahl des richtigen Indikators liegt die Frage zugrunde, was für ein Individuum (subjektiv) den höheren Nutzen stiftet: *Ein kürzeres Leben ohne Einschränkung der Lebensqualität oder ein längeres Leben mit eingeschränkter Lebensqualität?* Die Lebensqualität schließt dabei die Dimensionen physische Gesundheit, soziale Kontakte und emotionales Wohlbefinden ein (Schöffski 2012, S. 43-70).

3.3 Erhebung von Nutzwerten

Zur Erhebung von Nutzwerten müssen Gesundheitszustände bewertet und untereinander verrechenbar gemacht werden. Die drei wichtigsten Verfahren werden kurz vorgestellt: das ‚Rating-Scale-Verfahren‘, das ‚Standard-Gamble-Verfahren‘ und das ‚Time-Trade-Off-Verfahren‘.

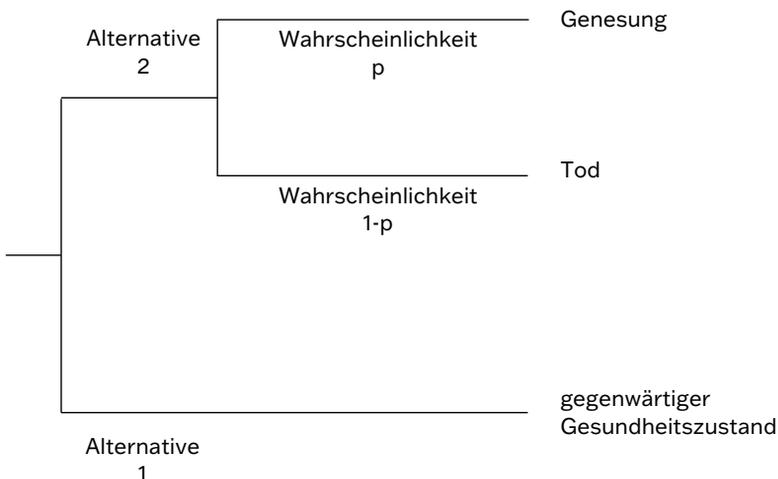
Beim *Rating-Scale-Verfahren* bewerten die Befragten ihren aktuellen Gesundheitszustand anhand einer *visuellen Analogskala (VAS)*, die häufig einem Thermometer gleicht (siehe Abb. 3). Dabei werden die Endpunkte als „bester denkbarer Gesundheitszustand“ und „schlechtester denkbarer Gesundheitszustand“ vorgegeben. Die Skalierung in Zahlen ist hingegen nicht fest vorgegeben, sie variiert in der Regel zwischen 0 bis 100 oder 0 bis 10. Derartige Analogskalen können von den Befragten in der Regel intuitiv und ohne aufwändige Erklärungen erfasst werden.

Abb. 3: Visuelle Analogskala (VAS)



Im *Standard-Gamble-Verfahren*, das auch als *Standardlotterie* bezeichnet wird, sollen die persönlichen Präferenzen der Befragten erfasst werden. Dazu wird ihnen eine hypothetische Entscheidungssituation vorgelegt, in der sie vor die Wahl gestellt werden, in ihrem aktuellen Gesundheits- bzw. Krankheitszustand zu verbleiben (Alternative 1), oder eine gesundheitliche Intervention in Anspruch zu nehmen (Alternative 2), die entweder zu einer vollständigen Genesung oder aber zum Tod führen kann. Dabei führt die Entscheidung für die Alternative 1 zu einem sicher eintretenden Ereignis, d. h. die befragte Person verbleibt in dem Gesundheitszustand, während die Entscheidung für die Alternative 2 zu einem unsicheren Ereignis führt, d. h. entweder tritt mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit (p) die vollständige Genesung ein, oder mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit ($1-p$) der Tod.

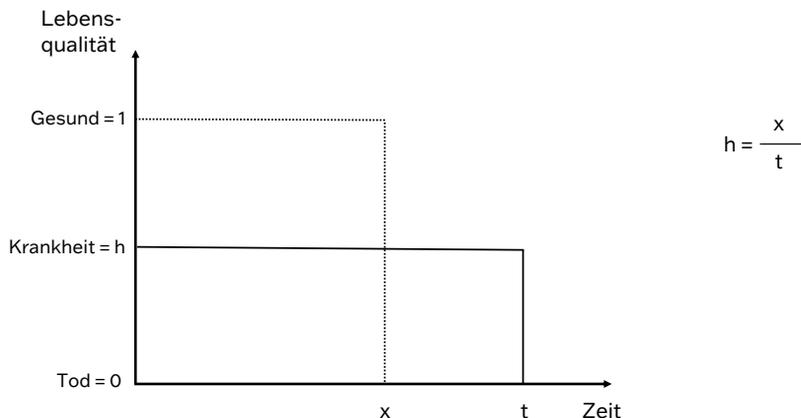
Abb. 4: Standard Gamble



Befragte geben mit diesem Verfahren indirekt an, wie stark sie in ihrem gegenwärtigen Gesundheitszustand an einer bestimmten Erkrankung leiden. Entschidet sich beispielsweise eine Person, die an einer Niereninsuffizienz erkrankt ist und regelmäßig einer Dialyse bedarf, selbst bei einer geringen Wahrscheinlichkeit für eine vollständige Genesung (z. B. $p=0,25$) für die Alternative 2, kann geschlussfolgert werden, dass sie stark an ihrer Erkrankung leidet, weil sie sich trotz des hohen Risikos zu versterben ($1-p=0,75$), für Alternative 2 entscheidet. Würden hingegen Befragte trotz einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit einer vollständigen Genesung ($p=0,9$) angeben, das Risiko zu sterben ($1-p=0,1$) nicht eingehen zu wollen und sich stattdessen für die sichere Alternative 1 entscheiden, die das Fortdauern des aktuellen Krankheitszustandes bedeutet, kann angenommen werden, dass diese Befragten ihre Lebensqualität trotz der Erkrankung als relativ hoch einschätzen.

Beim *Time-Trade-Off*-Verfahren, das auch als Verfahren des *Zeitausgleichs* bezeichnet wird, werden Befragte ebenfalls mit einer hypothetischen Entscheidungssituation konfrontiert, in der sie sich zwischen zwei Alternativen entscheiden sollen: Dabei stellt Alternative 1 einen Gesundheitszustand mit einer bestimmten Erkrankung (h) dar, die mit einer definierten Restlebenserwartung (t) einhergeht. Die Alternative 2 hingegen stellt einen vollständig unbeeinträchtigten Gesundheitszustand dar, der allerdings nur für eine geringere Restlebenserwartung (x) andauert (Abb. 5).

Abb. 5: Time Trade Off



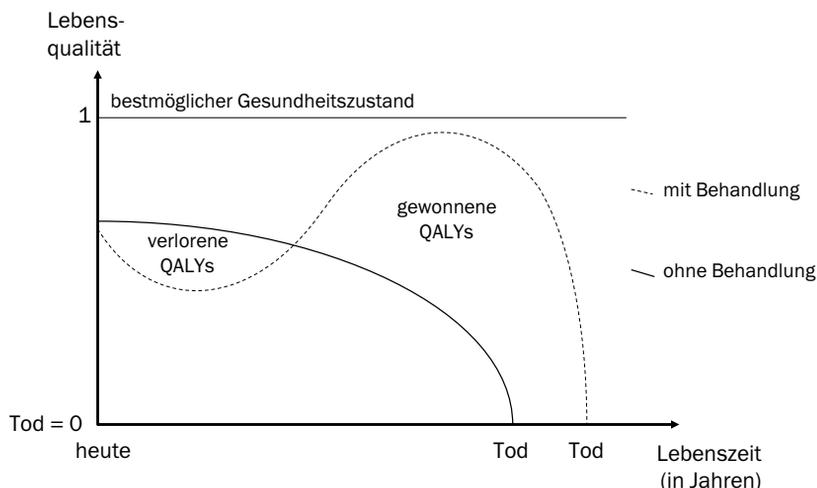
Für die Alternative 2 wird die Restlebenserwartung (x) in mehreren Stufen so lange variiert, bis die befragte Person sich nicht mehr zwischen den beiden Alternativen entscheiden kann. Damit kann ermittelt werden, auf wie viele Lebensjahre (mit einem reduzierten Gesundheitszustand) Befragte verzichten würden, wenn sie dafür die Krankheit nicht hätten bzw. vollständig gesund wären.

3.4 Qualitätsbereinigte Lebensjahre (QALY)

Das Konzept der *Quality Adjusted Life Years (QALY)* bzw. der qualitätskorrigierten Lebensjahre bezeichnen Schöffski und Greiner (2012, S. 71) als die wohl prominenteste sowie international am weitesten verbreitete Form der Nutzenbewertung. Das QALY-Konzept verfolgt einen Ansatz, der krankheits- und personenübergreifend die Kosten von gesundheitlichen Interventionen anhand eines Nutzwertes vergleichbar macht. Dazu werden der Verlauf der Lebensqualität ohne Intervention und der Verlauf der Lebensqualität mit Intervention gegenübergestellt. Um beide Verläufe miteinander vergleichen zu können, werden im Rahmen einer Kosten-Nutzwert-Analyse die QALYs als Vergleichsgröße herangezogen. Im Rahmen der ökonomischen Bewertung werden dann die *Kosten je QALY* miteinander verglichen.

Die Lebensqualität wird in einer Skala von 0 (= Tod) bis 1 (= bestmöglicher Gesundheitszustand) ermittelt. Entweder durch Befragung oder durch vorhandene Nutzwerte in sog. League Tabellen (Scherenberg 2018, S. 109 f.). So kann jedem Zeitpunkt der verbleibenden Lebenserwartung ein Wert für die Lebensqualität zwischen 0 und 1 zugeordnet werden, wodurch für die Lebensdauer mit dem jeweils zugeordneten Wert eine qualitative Gewichtung erfolgt. Dieser Wert wird dann als qualitätsadjustiertes Lebensjahr bezeichnet. (Abb. 6).

Abb. 6: Quality Adjusted Life Years (QALYs) (nach Schöffski/Greiner 2012, S. 78)



QALYs werden berechnet, indem die verbleibende Lebenszeit mit dem jeweils für die Lebensqualität zugeordneten Wert multipliziert wird:

$$QALY = \text{Lebenszeit (in Jahren)} * \text{Lebensqualität (zwischen 0 und 1)}$$

Beispielsweise ergeben sich für drei Jahre, die in vollständiger Gesundheit verlebt werden können, 3 QALYs (= 3 Jahre * 1,0). Für vier Jahre, die in einem reduzierten Gesundheitszustand von 0,75 verbracht werden, ergeben sich ebenfalls 3 QALYS (= 4 Jahre *

3.5 Diskontierung

Kosten und Nutzen gesundheitlicher Maßnahmen fallen in der Regel zu unterschiedlichen Zeitpunkten oder über Jahre verteilt an. So können bei einigen Versorgungsmöglichkeiten anfangs hohe Kosten und in den Folgejahren nur noch geringe oder keine Kosten entstehen (z. B. Präventionsprogramme), bei anderen Versorgungsmöglichkeiten fallen Kosten relativ gleichmäßig über mehrere Jahre verteilt an (z. B. Dialysen). Der Nutzen kann hingegen unmittelbar (z. B. Dialyse) oder zeitlich verzögert (z. B. Präventionsprogramme) eintreten.

Daher ist es erforderlich, Kosten und Nutzen, die zu verschiedenen Zeitpunkten anfallen, durch eine *Diskontierung* vergleichbar zu machen, d. h. es wird ein Barwert zu verschiedenen Zeitpunkten ermittelt. Denn zum einen verändert sich einerseits der Geldwert über die Zeit (Inflation) und andererseits ist auch der empfundene Nutzen einer Maßnahme vom Zeitpunkt des Eintritts abhängig.

4. Übersicht der Grundformen

Ein einheitliches oder gar allgemeingültiges Studiendesign für gesundheitsökonomische Evaluationen existiert nicht. Vielmehr hängt die Entscheidung für das jeweilige Studiendesign davon ab, welche Fragestellung im Rahmen der Evaluation beantwortet werden soll. Grundlegend können Studien in vergleichende und nicht-vergleichende Studien unterschieden werden und danach, ob ausschließlich die Kosten oder ob Kosten und Nutzen betrachtet werden.

Krankheitskosten-Analyse

Mit einer Krankheitskosten-Analyse bzw. Cost of Illness Analysis (CIA) sollen sämtliche Kosten erfasst werden, die von einer Krankheit verursacht werden, d. h. es werden sowohl direkte, indirekte als auch intangible Kosten erfasst. Diese werden dann in der Regel auf Bevölkerungsgruppen (Populationen) und nicht auf einzelne Personen bezogen. Mit einer Krankheitskosten-Analyse können die volkswirtschaftlichen Kosten verschiedener Krankheiten für eine Gesellschaft oder einzelne Populationen beziffert, also die Frage beantwortet werden: *„Welche Kosten werden durch eine Krankheit verursacht?“*

Kosten-Analyse

Eine Kosten-Analyse bzw. Cost Analysis (CA) stellt die einfachste Form einer gesundheitsökonomischen Evaluation dar. Mit ihr sollen alle Kosten, die bei einer gesundheitlichen Maßnahme anfallen, erfasst werden. Mit einer Kosten-Analyse soll die Frage beantwortet werden: *„Welche Kosten werden durch eine gesundheitliche Maßnahme verursacht?“*

Kosten-Minimierungs-Analyse

Kosten-Minimierungs-Analysen bzw. Cost Minimisation Analysis (CMA) werden auch als Kosten-Kosten-Analysen bezeichnet. Deren Ziel ist es, die jeweils kostengünstigere Alternative zu identifizieren. Mit einer Kosten-Minimierungs-Analyse soll daher die Frage beantwortet werden: *„Welche ist, unter der Annahme gleicher Ergebnisse, die kostengünstigere Maßnahme?“*

Ein Spezialfall der Kosten-Minimierungs-Analyse ist die sog. Budget-Impact-Analyse (Eisenreich et al. 2012, S. 181-193). Sie wird im Rahmen von Entscheidungsprozessen über die Erstattungsfähigkeit neuer medizinischer Therapien bzw. Versorgungsmaßnahmen hinzugezogen, um aus der Perspektive der Kostenträger zu ermitteln, welcher Anteil des vorhandenen (begrenzten) Budgets durch die Aufnahme einer Maßnahme in den Leistungskatalog verbraucht würde.

Kosten-Effektivitäts-Analyse

Mit Kosten-Effektivitäts-Analysen bzw. Cost Effectiveness Analysis (CEA) werden sowohl die Kosten erfasst als auch die Versorgungs-Effekte (Nutzen) erhoben (Gray et al. 2011). Die Kosten werden dabei in Geldeinheiten (z. B. in Euro) und der Nutzen in sogenannten „natürlichen Einheiten“ (z. B. die Senkung des Blutdrucks in mmHg) erhoben. Dadurch lässt sich ein Kosten-Effektivitäts-Verhältnis (z. B. in „Euro pro gesenktem mmHg“) ermitteln. Mit einer Kosten-Effektivitäts-Analyse soll die Frage beantwortet werden: *„Wie groß ist der objektive Nutzen, in Relation zu den Kosten der Versorgung?“*

Kosten-Nutzwert-Analyse

Während in einer Kosten-Wirksamkeits-Analyse rein quantitative Ergebnisgrößen (z. B. Kosten für eine Blutdrucksenkung um 10 mmHg) erhoben werden, soll die Kosten-Nutzwert-Analyse bzw. Cost Utility Analysis (CUA) diese um eine qualitative Dimension ergänzen, indem eine qualitätsbezogene Gewichtung (Qualitätsadjustierung) vorgenommen wird, z. B. in Form von Befragungsergebnissen zur subjektiven Lebensqualität. Durch Normierung von Ergebnissen in Form eines Nutzwertes lassen sich im Rahmen einer Kosten-Nutzwert-Analyse verschiedene gesundheitliche Maßnahmen vergleichen. Damit soll die Frage beantwortet werden: *„Wie groß ist der subjektive Nutzen, gemessen in Surrogatparametern der Lebenslänge und -qualität, in Relation zu den Kosten bei der Versorgung?“*

Die Kosten werden hier ebenfalls in Geldeinheiten (z. B. in Euro) erhoben, bei der Erfassung des Nutzens wird hingegen nicht nur die rein quantitative Dimension, beispielsweise die Verlängerung der Lebensdauer, sondern auch eine qualitative Dimension, d. h. eine Veränderung der Lebensqualität erhoben. Als der am weitesten verbreitete Nutzwert gilt das Konzept der Qualitätskorrigierten Lebensjahren bzw. *Quality Adjusted Life Years (QALYs)*. Im Ergebnis werden für unterschiedliche Maßnahmen die Kosten je Nutzwert, (z. B. Kosten je QALY) erhoben und miteinander verglichen.

Kosten-Nutzen-Analyse

Der Begriff Kosten-Nutzen-Analyse bzw. Cost Benefit Analysis (CBA) wird häufig als Oberbegriff für sämtliche ökonomischen Evaluationen im Gesundheitswesen verwendet. Im engeren Sinne wird eine Evaluation aber nur als Kosten-Nutzen-Analysen bezeichnet, wenn nicht nur sämtliche Kosten, sondern auch der gesamte Nutzen vollständig erfasst und in Geldeinheiten (z. B. Euro) bewertet werden (McIntosh et al. 2010). Mit einer Kosten-Nutzen-Analyse soll die Frage beantwortet werden: *„Wie groß ist der monetäre Nutzen in Relation zu den Kosten der Versorgung?“*

Der Vorteil der Kosten-Nutzen-Analyse besteht darin, dass Kosten und Nutzen vollständig in derselben Geldeinheit bewertet und miteinander verglichen werden können. Gleichzeitig besteht darin aber auch das zentrale Problem, weil es in der Regel gar nicht (oder nur mit erheblichem Aufwand) möglich ist, sämtliche Kosten und sämtlichen Nutzen, die von einer Maßnahme ausgehen, in Geldeinheiten zu bewerten. Denn beispielsweise ist es kaum möglich, den Nutzen einer Schmerzstillung, z. B. durch ein bestimmtes Medikament, in Geldeinheiten zu bewerten.

Tab. 2: Übersicht der Grundformen ökonomischer Evaluationen (nach Schöffski 2012, S. 68 ff. und Troschke/Stößel 2012, S. 150)

Studienform	Kostenvergleich	Bewertung der Kosten	Nutzenvergleich	Bewertung des Nutzens	Input-Output-Vergleich	Fragestellung
Krankheitskosten-Analyse Cost of Illness Analysis (CIA)	nein	monetär	nein	nein	nein	Welche Kosten werden durch eine Krankheit verursacht?
Kosten-Analyse Cost Analysis (CA)	nein	monetär	nein	nein	nein	Welche Kosten werden durch eine medizinische Intervention verursacht?
Kosten-Minimierungs-Analyse Cost Minimisation Analysis (CMA)	ja	monetär	nein	nein	nein	Welche ist, unter der Annahme gleicher Ergebnisse, die kostengünstigere Intervention bei der Behandlung einer Krankheit?
Kosten-Effektivitäts-Analyse Cost Effectiveness Analysis (CEA)	ja	monetär	ja	physische Einheiten	Kosten je Output-Einheit	Wie groß ist der objektive Nutzen, gemessen in medizinischen Ergebnisparametern, in Relation zu den Kosten bei der Behandlung einer Krankheit?
Kosten-Nutzwert-Analyse Cost Utility Analysis (CUA)	ja	monetär	ja	Nutzwert (z. B. QALY)	Kosten je Output-Einheit	Wie groß ist der subjektive Nutzen, gemessen in Surrogatparametern der Lebenslänge und -qualität, in Relation zu den Kosten bei der Behandlung einer Krankheit?
Kosten-Nutzen-Analyse Cost Benefit Analysis (CBA)	ja	monetär	ja	monetär	Nettokosten (=Kosten – Nutzen)	Wie groß ist der monetäre Nutzen in Relation zu den Kosten bei der Behandlung einer Krankheit?

5. Beitrag der Gesundheitsökonomie zu Community Health

Um die Notwendigkeit einer stärkeren Ausrichtung aus Community-Health-Perspektive bezogen auf konkrete gesellschaftliche Gruppen zu verdeutlichen wird abschließend exemplarisch auf spezifische Probleme der gesundheitsökonomischen Evaluation hingewiesen.

Da in Deutschland sowohl die Lebenserwartung der Menschen als auch der Anteil alter Menschen an der Bevölkerung steigt, wächst auch die Bedeutung präventiver Maßnahmen für ältere Menschen. Vor diesem Hintergrund haben Huter et al. (2018 und 2016) hinterfragt, inwieweit bisherige Studien den methodischen Herausforderungen für die ökonomische Evaluation der Gesundheitsförderung für ältere Menschen gerecht werden. Sie sehen eine starke Notwendigkeit zur Entwicklung von Richtlinien, die eine verbesserte Vergleichbarkeit entsprechender Studien ermöglichen und sicherstellen, dass Kategorien berücksichtigt werden, die für ältere Menschen relevant sind (Huter et al. 2018).

Die Versorgung in der Pflege und insbesondere in der Langzeitpflege unterscheiden sich maßgeblich von der Medizin. Dementsprechend haben Rothgang und Larisch (2014) darauf verwiesen, dass in der Pflege und Langzeitpflege für die ökonomische Bewertung einer pflegerischen Maßnahme andere Endpunkte relevant sind, als dies bei medizinischen Interventionen der Fall ist.

Insbesondere das Konzept der QALYs ist nicht unumstritten. Kritisch diskutiert wird unter anderem, dass die vorhandenen Nutzwerte in League-Tabellen nicht vollständig sind und eine unter Umständen nicht vorhandene Präzision implizieren. Als Hauptkritikpunkt wird eine mögliche Altersdiskriminierung angeführt, weil durch Interventionen in jungem Alter mehr QALYs erreicht werden können, als im fortgeschrittenen Alter. (Schöffski/Greiner 2012, S. 90 ff.) Darüber hinaus geht das *Institut für Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen (IQWiG)* in seinem Methodenpapier im internationalen Vergleich einen Sonderweg, indem es das Konzept der QALYs zwar nicht gänzlich ausgeschlossen, aber dennoch vorrangig auf das Konzept der Effizienzgrenze abgestellt hat (IQWiG 2020, S. 14 ff. und S. 81 ff.).

Community Health richtet ihren Fokus auf benachteiligte Gruppen in unserer Gesellschaft. Aufgabe der Gesundheitsökonomie im Kontext von Community Health ist es, ihre etablierten Ansätze und Methoden so auszurichten, dass die Gesundheitsförderungs-, Präventions- und Versorgungsbedarfe dieser Gruppen mit Blick auf eine gerechte Verteilung von Ressourcen bei Entscheidungsprozessen über die Verwendung der knappen Ressourcen angemessen berücksichtigt werden.

Dabei bedeutet gerechte Verteilung nicht zwangsläufig eine Gleichverteilung. Gerade mit Blick auf benachteiligte Gruppen kann es erforderlich und zielführend sein, für diese Gruppen mehr Ressourcen zur Verfügung zu stellen,

um kompensatorische Effekte zu erzielen. Gesundheitliche Ungleichheiten resultieren maßgeblich aus sozioökonomischen Ungleichheiten, wie beispielsweise schlechteren Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen. Hier ist es Aufgabe einer kritischen Gesundheitsökonomie die verschiedenen Ebenen und Perspektiven im Blick zu halten und aufzuzeigen und bewertbar zu machen (von der Schulenburg/Greiner 2007), dass gesundheitlicher Nutzen nicht ausschließlich direkt aus gesundheitlicher Versorgung, sondern auch indirekt aus präventiven Verhaltens- und Verhältnismaßnahmen entstehen kann.

Von besonderer Bedeutung ist, dass deutlich zwischen Perspektiven des individuellen und des kollektiven Nutzens unterschieden wird. Neben den oben beschriebenen etablierten Verfahren zur Nutzenmessung, existieren weitere Ansätze zur Präferenzmessung, wie beispielsweise Discrete Choice Experimente (DCE), bei denen ein Vergleich von (hypothetischen) Versorgungsalternativen vorgenommen und eine Wahlentscheidung von Befragten gefordert wird. Derartige Verfahren ermöglichen unter Berücksichtigung von Präferenzen die Bewertung und Saldierung von Nutzen. Sowohl Patienten- als auch Expertenpräferenzen können dabei im Hinblick auf verschiedene Versorgungsaspekte im Entscheidungsprozess berücksichtigt werden (Marsh et al. 2020; Mühlbacher et al. 2018).

Aus einer Community-Health-Perspektive sind bei der Bewertung von Qualität und Nutzen von Interventionen benachteiligte Gruppen bzw. deren Repräsentanten (z. B. die Selbsthilfe, die Wohlfahrtsverbände u. a. m.) zukünftig stärker einzubeziehen. Dementsprechend erscheint bei der Schaffung von Entscheidungsgrundlagen eine stärkere Beteiligung von Vertreter*innen diverser Communities in Politik, Verwaltung und Wirtschaft notwendig.

Literatur

- Breyer, F./Zweifel, P./Kifmann, M. (2013): Gesundheitsökonomik, 6., vollst. erw. u. überarb. Aufl., Berlin: Springer.
- Drummond, M.F./Sculpher, M.J./Torrance, G.W./O'Brien, B.J./Stoddart, G.L. (2005): *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, Third Edition, Oxford University Press.
- Eisenreich, S./Bierbaum, M./Sohn, S./Schöffski, O. (2012): Budget Impact Analysen, in: Schöffski, O./Schulenburg, J.-M. Graf von der (Hrsg.): *Gesundheitsökonomische Evaluation*, 4. Aufl., Berlin: Springer, S. 181-193.
- Gray, A.M./Clarke, P.M./Wolstenholme, J.L./Wordsworth, S. (2011): *Applied Methods of Cost-effectiveness Analysis in Health Care*, Oxford: University Press.
- Greiner, W./Damm, O. (2012): Die Berechnung von Kosten und Nutzen, in: Schöffski, O./Schulenburg, J.-M. Graf von der (Hrsg.): *Gesundheitsökonomische Evaluation*, 4. Aufl., Berlin: Springer, S. 23-42.
- Huter, K./Dubas-Jakobczyk, K./Kocot, E./Kissimova-Skarbek, K./Rothgang, H. (2018): Economic evaluation of health promotion interventions for older people: do applied economic studies meet the methodological challenges? *Cost Eff Resour Alloc* 16:14 (DOI 10.1186/s12962-018-0100-4)
- Huter, K./Kocot, E./Kissimova-Skarbek, K./Dubas-Jakobczyk, K./Rothgang, H. (2016): Economic evaluation of health promotion for older people-methodological problems and challenges, in: *The Author(s) BMC Health Services Research* 16 (Suppl 5): 328 (DOI 10.1186/s12913-016-1519-y)

- IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2020): Allgemeine Methoden, Version 6.0 vom 05.11.2020, <https://www.iqwig.de/ueber-uns/methoden/methodenpapier/> (Abfrage 27.06.2021).
- Marsh, K./van Til, J./Molsen-David, E. et al. (2020): Health Preference Research in Europe: A Review of Its Use in Marketing Authorization, Reimbursement, and Pricing Decisions – Report of the ISPOR Stated Preference Research Special Interest Group. *VALUE HEALTH*. 2020; 23 (7): S. 831-841
- McIntosh, E./Clarke, P.M./Frew, E. J./Louviere, J. J. (2010): *Applied Methods of Cost-Benefit Analysis in Health Care*, Oxford University Press.
- Mühlbacher, A./Kaczynski, A./Schmidt, K./Dintsios, C. (2018): Komplexe Entscheidungen im Gesundheitswesen: Die Bewertung und Saldierung von Nutzen und Schaden als Gegenstand der multikriteriellen Entscheidungsanalyse. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*; 23 (03): S. 129-141
- Oberender, P./Ecker, T./Zerth, J./Engelmann, A. (2012): *Grundelemente der Gesundheitsökonomie*. 3. Aufl., Bayreuth: P. C. O.
- Rothgang, H./Larisch, J. (2014): Pflegeökonomie – eine neue Subdisziplin der Gesundheitsökonomie? In: Matusiewicz, D./Wasem, J. (Hrsg.): *Gesundheitsökonomie. Bestandsaufnahme und Entwicklungsperspektiven*, Berlin, Dunker und Humboldt, S. 210-240.
- Rychlik, R. (1999): *Gesundheitsökonomie – Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Enke.
- Schwappach, D. (2018): *Gesundheitsökonomie*, in: Egger, M./Razum, O./Rieder, A. (Hrsg.). *Public Health Kompakt*. 3. Aufl. Berlin/Boston: De Gruyter. S. 107-116.
- Scherenberg, V. (2018): *Gesundheitsökonomische Evaluation kompakt. Für Studium, Prüfung und Beruf*, 3. Aufl., Bremen: Appolon University Press.
- Schöffski, O. (2012): Grundformen gesundheitsökonomischer Evaluationen, in: Schöffski, O./Schulenburg, J.-M. Graf von der (Hrsg.): *Gesundheitsökonomische Evaluation*, 4. Aufl., Berlin: Springer, S. 43-70.
- Schöffski, O./Greiner, W. (2012): Das QALY-Konzept als prominentester Vertreter der Kosten-Nutzwert-Analyse, in: Schöffski, O./Schulenburg, J.-M. Graf von der (Hrsg.): *Gesundheitsökonomische Evaluation*, 4. Aufl., Berlin: Springer, S. 71-110.
- Schöffski, O./Schulenburg, J.-M. Graf von der (2012): *Gesundheitsökonomische Evaluation*, 4. Aufl., Berlin: Springer.
- Schwartz, F.W./Busse, R. (2012): Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystem-forschung, in: Schwartz, F.W./Walter, U./Siegrist, J./Kolip, P./Leidl, R./Dierks, M. L./Busse, R./Schneider, N. (2012) (Hrsg.): *Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen*, München: Urban & Fischer.
- Schwartz, F.W./Walter, U./Siegrist, J./Kolip, P./Leidl, R./Dierks, M. L./Busse, R./Schneider, N. (2012) (Hrsg.): *Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen*, München: Urban & Fischer.
- von der Schulenburg, J.-M. Graf/Greiner, W./Jost, F. et al. (2007): *Deutsche Empfehlungen zur gesundheitsökonomischen Evaluation – dritte und aktualisierte Fassung des Hannoveraner Konsens, Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, Vol. 12, S. 285-290 (DOI 10.1055/s-2007-963505).
- von Troschke, J./Stöbel, U. (2012): *Grundwissen Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliche Gesundheitspflege*, 2. Aufl., Bern: Huber.
- Wessels, M. (2019): *Pflegeökonomie*. Berlin.

III Ausgewählte Themen und Handlungsfelder von Community Health

Gesundheitssystem

Michael Wessels

Zusammenfassung

Community Health verfolgt das Ziel, soziale und gesundheitliche Ungleichheiten zu minimieren. Aus dieser Perspektive lässt sich der Erfolg von Gesundheitssystemen daran messen, wie gut es gelingt, gesundheitliche Ungleichheiten zu vermeiden oder dort, wo sie bereits eingetreten sind, zu reduzieren. Um ein grundlegendes Verständnis für die Komplexität und Gegensätzlichkeit verschiedener Gesundheitssysteme zu legen, wird zunächst der Ansatz der OECD beschrieben, wonach marktwirtschaftliche, korporatistische und staatliche Gesundheitssysteme unterschieden werden. Im Anschluss erfolgt zunächst eine Einordnung des Gesundheitssystems in Deutschland, bevor abschließend ein Einblick in internationale Vergleiche von Gesundheitssystemen gegeben wird und exemplarische Ergebnisse derartiger Vergleiche vorgestellt werden.

Abstract

Community Health aims to minimize social and health inequalities. From this perspective, the success of health systems can be measured by how well they succeed in avoiding health inequalities or reducing them where they already occurred. To get a basic understanding of the complexity and contradictions of different health systems, the approach of the OECD, which differentiates market based, corporatistic and state health systems, is described first. This is followed by a classification of the health system in Germany, before finally an insight into international comparisons of health systems is given and exemplary results of such comparisons are presented.

1. Einleitung

Unter dem Begriff *Gesundheitssystem*, international auch als *health care system* bezeichnet, wird in diesem Kapitel die Gesamtheit aller institutionellen Regelungen und Maßnahmen subsummiert, die auf den Erhalt von Gesundheit, die Verhinderung gesundheitlicher Beeinträchtigungen und Krankheiten sowie auf die Wiederherstellung von Gesundheit ausgerichtet sind. Davon werden neben den handelnden Personen, wie beispielsweise Patient*innen, Ärzt*innen,

Therapeut*innen, Pflegende, etc. auch institutionelle Akteure, wie beispielsweise Krankenversicherungen, Krankenhäuser, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen, etc. umfasst (vgl. Schwartz/Busse 2012, S. 556; Wessels 2019, S. 199f.).

Die Begriffe *Gesundheitssystem* und *Gesundheitswesen* werden häufig synonym verwendet, können aber vor dem Hintergrund einer Verwendung im engeren oder weiteren Sinne voneinander abgegrenzt werden. Während der Begriff *Gesundheitssystem* im engeren Sinne auf alle Aktivitäten bzw. Maßnahmen abzielt, die sich unmittelbar auf die Prävention, Kuration oder Rehabilitation der Gesundheit von Menschen bezieht, umfasst der Begriff *Gesundheitswesen* im weiteren Sinne auch alle Aktivitäten und Maßnahmen, die indirekt zu besseren gesundheitlichen Lebensbedingungen der Menschen führen, wie beispielsweise Maßnahmen der Umwelt-, Wirtschafts- oder Sozialpolitik (vgl. Schwartz/Busse 2012, S. 556; Wendt 2013, S. 201). Als konkrete Beispiele können der Ausstieg aus der Energiegewinnung durch fossile Brennstoffe und die Förderung regenerativer Energien sowie die finanzielle Förderung von Fahrzeugen ohne Verbrennungsmotor genannt werden.

Als grundlegende Ziele bzw. Qualitätskriterien für die Ausgestaltung von Gesundheitssystemen wird formuliert (vgl. Egger 2018, S. 117f.), dass Leistungen

- wirksam und zeitgerecht erbracht werden (*Effektivität* und *Leistungsfähigkeit*),
- den Bedürfnissen der Bevölkerung gerecht werden (*Bedarfsgerechtigkeit* und *Zweckmäßigkeit*),
- zu angemessenen Ergebnissen führen und effizient erbracht werden (*Wirtschaftlichkeit* und *Finanzierbarkeit*), sowie
- allen Menschen unabhängig von Vermögen und sozialem Status zugänglich sind (*Chancengleichheit* und *Fairness*).

Zur Bewertung der Funktions- und Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen ist aus einer Community-Health-Sicht relevant, den von Elkeles und Mielck (1993) aufgezeigten Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit zu adressieren und zu untersuchen, wie gut es in einem Gesundheitssystem gelingt, gesundheitliche Ungleichheit zu vermeiden oder dort, wo sie bereits eingetreten ist, zu reduzieren.

2. Idealtypische Organisationsmodelle

Der einfachste und gebräuchlichste Ansatz zur Unterscheidung und Einordnung von Gesundheitssystemen wurde von der *Organisation für wirtschaftliche*

Zusammenarbeit und Entwicklung (Organisation for Economic Cooperation and Development – OECD) entwickelt und unterscheidet Gesundheitssysteme in drei Idealtypen (vgl. OECD 1987):

- *Marktwirtschaftliche* oder auch *Wettbewerbs-Systeme*, in denen das Leistungsgeschehen auf Märkten durch Angebot und Nachfrage koordiniert wird,
- *Sozialversicherungs-Systeme* (sog. „*Bismarck-Modell*“), in denen die Versorgung innerhalb eines vorgegebenen rechtlichen Rahmens durch die Akteure bzw. deren Verbände (Selbstverwaltung) korporatistisch, d. h. durch gemeinsame vertragliche Regelungen, ausgestaltet wird, und
- *Staatliche Systeme* (sog. „*Beveridge-Modell*“), in denen der Staat verbindliche Regelungen für die Versorgung definiert, z. B. durch Einrichtung eines nationalen Gesundheitsdienstes.

Zwar wird in der Realität kein Gesundheitssystem nur einem dieser drei idealtypischen Modelle vollständig entsprechen, sondern vielmehr existieren differenziert ausgeprägte Gesundheitssysteme mit jeweils unterschiedlichen Anteilen dieser idealtypischen Modelle. Letztlich bewegen sich Gesundheitssysteme kontinuierlich zwischen den beiden Extrempunkten „Freier Markt/Patientensouveränität“ auf der einen Seite, sowie „Staatsmonopol/Soziale Gleichheit“ auf der anderen Seite (vgl. Wessels 2019, S. 201).

Eine idealtypische Unterscheidung erscheint daher für ein besseres Verständnis der unterschiedlichen Strukturen und Anreizsysteme zielführend. Gleichzeitig wird darauf verwiesen, dass dieser Ansatz der OECD in der Literatur vielfach als vereinfachend und damit der Realität komplexer Gesundheitssysteme nicht gerecht werdend kritisiert und daher weiterentwickelt wurde (vgl. Schölkopf/Pressel 2014, S. 3 f.; Wendt 2013, S. 201 ff.). So gibt es inzwischen keinen Mangel an unterschiedlichen Typologien für Gesundheitssysteme (vgl. Böhm et al. 2013, S. 259) und es finden sich umfangreiche methodische Ausführungen zur Weiterentwicklung von Gesundheitssystemvergleichen (vgl. exemplarisch Gerber et al. 2009, Schwartz/Busse 2012, Böhm et al. 2012 und 2013 sowie Wendt 2006, 2009 und 2013). Allerdings hat sich bislang noch keine neue Typologie als einheitlich akzeptierter Standard durchsetzen können (vgl. Wessels 2019, S. 204).

2.1 Marktwirtschaftliche bzw. Wettbewerbs-Systeme

In marktwirtschaftlichen bzw. wettbewerblichen Gesundheitssystemen wird das Leistungsgeschehen zur gesundheitlichen Versorgung auf Märkten durch

Angebot und Nachfrage reguliert. Der Staat übernimmt lediglich die Aufgabe, die Rahmenbedingungen zu schaffen, damit Anbieter*innen von Gesundheitsleistungen (Leistungserbringer*innen wie beispielsweise Ärzt*innen, Pflegende, Krankenhäuser, etc.) als auch die Nachfrager*innen (Patient*innen) auf den Märkten untereinander im Wettbewerb stehen (vgl. Schölkopf/Pressel 2014, S. 2 ff.).

Diese Systeme gelten häufig als besonders effizient, weil nur die Gesundheitsleistungen produziert werden, die auch auf den Märkten nachgefragt werden. Gleichzeitig folgt daraus aber auch, dass die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung von der Zahlungsfähigkeit der Nachfrager*innen abhängt. Es besteht die Gefahr, dass Gesundheitsleistungen zu einem Luxusgut werden, das sich nur Menschen mit entsprechenden Einkommen bzw. Vermögen leisten können. Dies führt nicht nur zu einer ungleichen Gesundheitsversorgung, sondern auch zu einer nicht bedarfsgerechten (Unter-)Versorgung, wenn gesundheitlich notwendige Leistungen nicht in Anspruch genommen werden, weil die potentiellen Nachfrager*innen nicht über ausreichende finanzielle Möglichkeiten verfügen. Besonders betroffen sind Bevölkerungsgruppen, deren Fähigkeit zur Erzielung von Einkommen bereits durch gesundheitliche Beeinträchtigungen gemindert ist, wie beispielsweise bei chronisch Kranken oder Menschen mit Behinderungen.

Als Beispiel für marktwirtschaftliche Gesundheitssysteme wird in der Regel das Gesundheitssystem der USA angeführt. Auch wenn dort durchaus Ansätze staatlicher Fürsorge (Medicare und Medicaid) existieren, entspricht das Gesundheitssystem der USA am ehesten einer marktwirtschaftlichen Ausgestaltung (vgl. Schölkopf/Pressel 2014, S. 80-85).

2.2 Sozialversicherungs-System (Bismarck-Modell)

Das so genannte Bismarck-Modell geht auf seinen Namensgeber, den Reichskanzler *Otto von Bismarck* zurück, der im Jahr 1883 mit der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung den Grundstein für die Sozialversicherung in Deutschland legte. Kennzeichnend für das Bismarck-Modell ist das *Solidaritätsprinzip*, d.h. der Einzelne wird Mitglied einer Solidargemeinschaft, die ihn vor Krankheitsrisiken schützt. In dieser Solidargemeinschaft tragen alle nach ihrer Leistungsfähigkeit zur Finanzierung bei, indem die Beiträge prozentual aus dem Einkommen berechnet werden. Gleichzeitig können alle Mitglieder im Bedarfsfall die erforderlichen Leistungen in Anspruch nehmen. Der Leistungsanspruch richtet sich nach dem medizinischen Bedarf und ist nicht von der Höhe des gezahlten Beitrages abhängig (vgl. Simon 2017, S. 22-25; Gerber et al. 2009, S. 212 f.).

Weiteres strukturgebendes Prinzip ist die Selbstverwaltung. Der Staat schafft lediglich die gesetzlichen Rahmenbedingungen, die konkrete Ausgestaltung des Gesundheitssystems erfolgt durch die Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung, d.h. durch vertragliche Vereinbarungen zwischen Kostenträgern (Krankenkassen) und Leistungserbringern (z. B. Kassenärztliche Vereinigungen). Sie übernehmen damit als quasi hoheitliche Aufgabe, die ihnen vom Staat übertragen wurde, die Sicherstellung der Versorgung. Daher verfügen Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen in Deutschland über die Rechtsform einer *Körperschaft des öffentlichen Rechts (K. d. ö. R.)*.

Als Vorteil von Sozialversicherungssystemen wird angeführt, dass Gesundheitsleistungen von allen Mitgliedern der Solidargemeinschaft einkommensunabhängig in Anspruch genommen werden können. Durch das Solidaritätsprinzip kommt es zu einer Umverteilung zwischen Versicherten mit hohen und niedrigen Einkommen sowie zwischen Gesunden und Kranken. Zusätzlich kommt es bei der Möglichkeit einer (beitragsfreien) Familienversicherung auch zu einer Umverteilung zwischen Singles und Familien. Allerdings ist in Sozialversicherungen nicht immer die gesamte Bevölkerung abgesichert, sondern nur die Mitglieder der Versicherung. Aus einer Community-Health-Perspektive führt es nicht nur zu einer ungleichen Versorgung, wenn sich einzelne Bevölkerungsgruppen (z. B. Gutverdiener oder Beamt*innen) der Solidargemeinschaft entziehen können, sondern auch zu einer Schwächung der finanziellen Basis der Solidargemeinschaft.

Gesundheitssysteme nach dem Bismarck-Modell existieren insbesondere in Deutschland und Österreich (vgl. Schölkopf/Pressel 2014, S. 53-72).

2.3 Staatliche Systeme (Beveridge-Modelle)

Staatliche Gesundheitssysteme mit einem nationalen Gesundheitsdienst werden nach deren Entwickler, dem britischen Ökonomen *Sir William Beveridge*, als Beveridge-Modelle bezeichnet. In diesem Modell eines staatlichen Gesundheitssystems werden alle für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung bereitgestellten Ressourcen aus Steuern finanziert. Alle Bürger*innen haben grundsätzlich einen freien Zugang zu allen Leistungen des Systems, insofern ist im Beveridge-Modell die gesamte Bevölkerung abgesichert. Die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen wird durch einen nationalen Gesundheitsdienst, den National Health Service (NHS), staatlich organisiert. Leistungserbringer sind in der Regel beim Staat angestellt, Einrichtungen befinden sich in dessen Trägerschaft (vgl. Egger 2018, S. 118; Gerber et al. 2009, S. 213; Schölkopf/Pressel 2014, S. 13-14).

Der große Vorteil staatlicher Gesundheitssysteme liegt zweifelsohne darin begründet, dass die gesamte Bevölkerung abgesichert wird. Problematisch wird es allerdings, wenn der definierte Leistungskatalog nur zu einer minimalen Grundversorgung tendiert und Rationierung in Form von Wartelisten zum Regelfall wird. Dann wäre die Folge, dass über die Grundversorgung hinausgehende Leistungen durch private Zuzahlungen (*out of pocket*) oder durch private Zusatzversicherungen finanziert werden müssten, die dann in der Regel wieder nach marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten angeboten und nachgefragt werden und damit zu der bereits angeführten ungleichen gesundheitlichen Versorgung aufgrund unterschiedlicher Zahlungsfähigkeit führen. Aus einer Community-Health-Perspektive würde dies wieder zu Lasten von Bevölkerungsgruppen gehen, deren Fähigkeit zur Erzielung von Einkommen bereits durch gesundheitliche Beeinträchtigungen gemindert ist (z. B. chronisch Kranke oder Menschen mit Behinderungen).

Staatliche Gesundheitssysteme nach dem Beveridge-Modell mit nationalem Gesundheitsdienst existieren neben Großbritannien auch in Irland, Portugal und Griechenland (vgl. Schölkopf/Pressel 2014, S. 13-27).

3. Das Gesundheitssystem in Deutschland

In Deutschland sind neun von zehn Menschen (etwa 88 %) und damit über 73 Millionen Menschen in der GKV gesetzlich krankenversichert. Etwa 10,5 % der Bevölkerung sind privat krankenversichert, davon etwa die Hälfte im Rahmen einer Vollversicherung in der PKV und die andere Hälfte als beihilfeberechtigter Personenkreis mit einer anteiligen privaten Krankenversicherung. Weniger als 1,5 % der Bevölkerung sind anderweitig abgesichert, beispielsweise als Zeit- oder Berufssoldat*innen über die Freie Heilfürsorge, als Grenzgänger*innen in einer ausländischen Krankenversicherung oder als Gefangene im Rahmen des Strafvollzuges (vgl. GKV-Spitzenverband 2021).

Dementsprechend finanziert die GKV mit etwa 242 Milliarden Euro im Jahr 2020 auch den größten Teil der Gesundheitsausgaben (57%). Werden auch die Gesundheitsausgaben der übrigen Sozialversicherungszweige sowie der öffentlichen Haushalte einbezogen, werden im Jahr 2020 knapp drei Viertel (74,8 %) der Gesundheitsausgaben aus Sozialversicherungsbeiträgen bzw. öffentlichen Mitteln finanziert. Etwa ein Viertel der Gesundheitsausgaben werden damit im Jahr 2020 nicht aus öffentlichen Mitteln, sondern durch die Private Krankenversicherung (PKV) mit 8,2%, die Arbeitgeber mit 4,1 % sowie die privaten Haushalte (einschließlich privater Organisationen ohne Erwerbszweck) mit 12,9 % finanziert. Eine Übersicht zur Entwicklung Finanzierung der Gesundheitsausgaben seit dem Jahr 1992 kann Tabelle 1 entnommen werden.

Tab. 1: Finanzierung der Gesundheitsausgaben in Deutschland (eigene Berechnung nach Destatis 2021)

Gesundheitsausgaben (Mill. EUR)												
Jahr	1992	1995	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020*	2020*
Öffentliche Haushalte	17.866	20.176	13.906	13.894	14.451	16.150	17.784	16.554	16.936	17.595	18.220	18.220
Anteil	11,20%	10,70%	6,50%	5,70%	5,00%	4,70%	5,00%	4,40%	4,30%	4,30%	4,30%	4,30%
Gesetzliche Krankenversicherung	98.339	112.036	123.417	135.320	165.138	198.907	207.161	214.181	222.090	233.018	242.480	242.480
Anteil	61,70%	59,70%	57,50%	55,90%	56,70%	57,70%	57,70%	57,00%	56,70%	56,70%	57,00%	57,00%
Soziale Pflegeversicherung	5.274	16.639	17.805	17.805	21.428	27.808	29.431	37.207	39.529	42.124	45.902	45.902
Anteil	0,00%	2,80%	7,80%	7,70%	7,40%	8,10%	8,20%	9,90%	10,10%	10,30%	10,80%	10,80%
Gesetzliche Rentenversicherung	3.525	4.401	3.525	3.596	4.052	4.441	4.527	4.692	4.880	5.027	4.782	4.782
Anteil	2,20%	2,30%	1,60%	1,50%	1,40%	1,30%	1,30%	1,20%	1,20%	1,20%	1,10%	1,10%
Gesetzliche Unfallversicherung	2.800	3.362	3.637	3.929	4.610	5.426	5.642	5.798	6.006	6.377	6.489	6.489
Anteil	1,80%	1,80%	1,70%	1,60%	1,60%	1,60%	1,60%	1,50%	1,50%	1,60%	1,50%	1,50%
Private Krankenversicherung**	11.459	14.148	17.487	21.790	26.623	30.535	31.016	31.664	33.253	34.632	34.705	34.705
Anteil	7,20%	7,50%	8,10%	9,00%	9,10%	8,90%	8,60%	8,40%	8,50%	8,40%	8,20%	8,20%
Arbeitgeber	6.958	7.809	8.697	10.195	12.141	14.466	14.998	15.542	16.364	17.234	17.538	17.538
Anteil	4,40%	4,20%	4,10%	4,20%	4,20%	4,20%	4,20%	4,10%	4,20%	4,20%	4,10%	4,10%
Private Haushalte***	18.521	20.491	27.343	35.488	42.609	47.068	48.655	50.342	52.522	54.841	55.000	55.000
Anteil	11,60%	10,90%	12,70%	14,70%	14,60%	13,70%	13,50%	13,40%	13,40%	13,30%	12,90%	12,90%
Insgesamt	159.468	187.697	214.651	242.016	291.051	344.802	359.214	375.979	391.580	410.849	425.117	425.117
Anteil	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

* Auf Basis bereits vorliegender und fortgeschriebener Werte geschätzt. Stand: 06.04.2021

** Einschließlich privater Pflege-Pflichtversicherung.

*** Einschließlich privater Organisationen ohne Erwerbszweck

Tab. 2: Gesundheitsausgaben in Deutschland (eigene Berechnung nach Destatis 2021)

Jahr	1992	1995	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020*
BIP in Mrd EUR	1.702,06	1.894,61	2.109,09	2.288,31	2.564,40	3.026,18	3.134,74	3.259,86	3.356,41	3.449,05	3.332,23
Ausgabenträger insgesamt in Mrd EUR	159,49	187,7	214,65	242,02	291,05	344,8	359,21	375,98	391,58	410,85	425,12
Anteil am BIP	9,40 %	9,90 %	10,20 %	10,60 %	11,30 %	11,40 %	11,50 %	11,50 %	11,70	11,90 %	12,80 %
Ausgaben GKV in Mrd EUR	98,34	112,04	120,68	135,32	165,14	198,91	207,16	214,18	222,09	233,02	242,48
Anteil am BIP	5,80 %	5,90 %	5,70 %	5,90 %	6,40 %	6,60 %	6,60 %	6,60 %	6,60 %	6,80 %	7,30 %

* Auf Basis bereits vorliegender und fortgeschriebener Werte geschätzt. Stand: 06.04.2021

Insgesamt betragen die Gesundheitsausgaben im Jahr 2020 in Deutschland etwa 425 Milliarden Euro. Damit werden in Deutschland jeden Tag mehr als 1,1 Milliarden Euro für Gesundheitsleistungen ausgegeben.

Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandprodukts (BIP) ist in den letzten knapp 30 Jahren um 3,4 Prozentpunkte von 9,4 % im Jahr 1992 auf 12,8 % im Jahr 2020 gestiegen. Ähnlich fiel der Anstieg des Anteils der GKV-Ausgaben am BIP aus. In der GKV stieg der Anteil am BIP in den letzten knapp 30 Jahren um 1,5 Prozentpunkte von 5,8 % im Jahr 1992 auf 7,3 % im Jahr 2020.

Entgegen der häufig heraufbeschworenen Szenarien einer bedrohlichen Ausgaben- oder Kostenexplosion im Gesundheitswesen, kann vor dem Hintergrund dieser Zahlen festgehalten werden, dass es sich nicht um einen explosionsartigen und damit unkontrollierbaren Ausgabenanstieg gehandelt hat, sondern vielmehr um Steigerungen, die aufgrund des im selben Zeitraums ebenfalls gestiegenen Bruttoinlandprodukts vergleichsweise gut zu finanzieren waren (vgl. Reiners 2018, S. 19-35).

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist als ein „*gemischtes Gesundheitssystem*“ zu betrachten. Zwar fußt es in weiten Teilen auf einem Sozialversicherungssystem Bismarck'scher Prägung, weist zugleich jedoch auch in weiten Teilen des Gesundheitswesens durchaus verschiedene staatliche und marktwirtschaftliche Elemente auf.

Zum einen werden Gesundheitsleistungen aus der Sozialversicherung finanziert: Der *Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)*, der *Gesetzliche Unfallversicherung (GUV)*, der *Gesetzliche Rentenversicherung (GRV)* und der *Soziale Pflegeversicherung (SPV)*. Die *Gesetzliche Arbeitslosenversicherung (ALV)* finanziert Gesundheitsleistungen nur indirekt, beispielsweise indem Beiträge für den Krankenversicherungsschutz von Arbeitslosen an die GKV entrichtet werden.

Zum anderen erfolgt eine staatliche Finanzierung einzelner Bereiche aus Steuermitteln: Der Staat leistet nicht nur einen Steuerzuschuss in den Gesundheitsfonds zur Finanzierung der GKV, sondern finanziert auch Lehre und Forschung an Hochschulen und Universitäten aus Steuermitteln, beispielsweise die Studienplätze zur Ausbildung von Ärzt*innen, Pflegenden, Hebammen und Therapeut*innen. Auch im Rahmen der sog. „Dualen Finanzierung“ werden Krankenhaus-Investitionskosten aus Steuermitteln von den Bundesländern finanziert. Und schließlich werden Gesundheitsleistungen im Rahmen der Beihilfe oder der Freien Heilfürsorge aus Steuermitteln finanziert (vgl. Wessels 2019, S. 204f.).

Daneben existieren zahlreiche Bereiche im Gesundheitssystem in Deutschland, in dem Gesundheitsleistungen privat, d. h. über Märkte finanziert werden. Dazu zählen insbesondere die Prämien für Voll- und Zusatzversicherungen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung. Als private und damit marktwirtschaftliche Elemente sind im Grunde alle Gesundheitsleistungen anzusehen, die von Patienten selbst, also „aus der eigenen Tasche (*out of pocket*)“ finanziert werden. Dazu zählen beispielsweise Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen, die nicht nur bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen der GKV, sondern

auch bei individuellen Gesundheitsleistungen (*IGeL*), die nicht im gesetzlichen Leistungskatalog enthalten und daher vollständig privat zu finanzieren sind, anfallen. Ein weiteres Beispiel sind alle nicht erstattungsfähigen Arzneimittel, sog. OTC-Präparate (*over the counter*), die in Apotheken frei verkäuflich sind. Alle Leistungen, die nicht (oder nicht mehr) im gesetzlichen Leistungskatalog enthalten sind, beispielsweise Brillen, Wellness, Fitness, etc. werden ebenfalls privat finanziert (vgl. Wessels 2019, S. 204 f.).

Zusammenfassend kann daher festgehalten werden, dass unser Gesundheitswesen in Deutschland durch ein komplexes Nebeneinander von staatlichen, korporatistischen und wettbewerblichen Elementen gekennzeichnet ist (vgl. Wessels 2019, S. 205).

4. Internationale Vergleiche von Gesundheitssystemen

Internationale Vergleiche zur Leistungsfähigkeit (*performance*) von Gesundheitssystemen sind komplex und aufwändig. Häufig richten sich Vergleiche auf die strukturelle Organisation des Gesundheitssystems, die Ausgaben bzw. Kosten (*Input*) sowie die Qualität der Versorgung (*Outcome*). An dieser Stelle sollen lediglich unterschiedliche Ansätze vorgestellt und Hinweise für weitere Recherchen gegeben werden.

Beispielsweise beschreibt das *European Observatory on Health Systems and Policies* in der Reihe *Health Systems in Transition (HiT)* systematisch die Funktionsweise der Gesundheitssysteme in verschiedenen Ländern und stellt dabei aktuelle Reform- und Politikansätze vor. Die Reihe umfasst Beschreibungen von Ländern der Europäischen Region der WHO sowie einige weitere OECD-Länder, die regelmäßig aktualisiert werden (vgl. European Observatory on Health Systems and Policies 2021).

Die *Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation – WHO)* veröffentlicht regelmäßig Vergleiche zu verschiedenen Bereichen in den Gesundheitssystemen ihrer Mitgliedsländer, die als Reihe *World Health Report* publiziert werden. Im *World Health Report 2000* nahm die WHO beispielsweise einen Vergleich der Qualität und Wirtschaftlichkeit anhand der folgenden sechs Kriterien vor (vgl. WHO 2000; Egger 2018, S. 121 f.):

- Gesundheitszustand der Bevölkerung (durchschnittliche Anzahl an Lebensjahren bei guter Gesundheit)
- Ausmaß der Ungleichheiten im Gesundheitszustand der Bevölkerung
- Eingehen auf die Bedürfnisse der Bevölkerung (Patientenorientierung)
- Ausmaß der Ungleichheiten in der Patientenorientierung
- Verteilung der finanziellen Lasten (Finanzierungsgerechtigkeit)
- Höhe der Ausgaben für Gesundheit

Gesundheitszustand, Patient*innenorientierung und Finanzierungsgerechtigkeit wurden in der Gesamtbewertung in Beziehung zu den Ausgaben gesetzt. Nicht nur in Deutschland wurde dieser World Health Report intensiv und kritisch diskutiert. Zum einen, weil zum Teil aufgrund mangelnder Datenobjektivität Bewertungen durch eine Kommission vorgenommen wurden, und zum anderen, weil das Gesundheitssystem in Deutschland schlechter abschnitt als erwartet und in der Gesamtbewertung nur Platz 25 erreichte. Eine Neuauflage bzw. Aktualisierung dieser Studie ist leider bislang nicht erfolgt (vgl. WHO 2000; Egger 2018, S. 122).

Die *Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD)* erhebt ebenfalls anhand verschiedener Indikatoren regelmäßig die Qualität der gesundheitlichen Versorgung und erfasst standardisiert die Ausgaben der Gesundheitssysteme. Die OECD vergleicht dabei die folgenden Dimensionen mit jeweils unterschiedlichen Indikatoren:

Tab. 3: Dimensionen und Indikatoren der OECD (OECD 2019, S. 20)

Dimension	Indicator
Health status	Life expectancy – years of life at birth
	Avoidable mortality – deaths per 100.000 people (age standardised)
	Chronic disease morbidity – diabetes prevalence (% adults, age standardised)
	Self-rated health – population in poor health (% population aged 15+)
Risk factors for health	Smoking – daily smokers (% population aged 15+)
	Alcohol – litres consumed per capita (population aged 15+)
	Overweight/obese – population with BMI>=25 kg/m ² (% population aged 15+)
	Air pollution – deaths due to pollution (per 100.000 population)
Access to care	Population coverage – population eligible for core services (% population)
	Financial protection – expenditure covered by prepayment schemes (% total expenditure)
	Service coverage, primary care – needs-adjusted probability of visiting a doctor (% population aged 15+)
	Service coverage, preventive care – probability of cervical cancer screening (% population aged 15+)
Quality of care	Safe prescribing – antibiotics prescribed (defined daily dose per 1000 people)
	Effective primary care – avoidable asthma/COPD admissions (per 100.000 people, age-sex standardised)
	Effective secondary care – 30-day mortality following AMI (per 100.000 people, age-sex standardised)
	Effective cancer care – breast cancer 5-year net survival (% , age-standardised)
Health care resources	Health spending – per capita (US dollars based on purchasing power parities)
	Health spending share – as a % of GDP
	Doctors – number of practising physicians (per 1000 people)
	Nurses – number of practising nurses (per 1000 people)

Aus einer Community-Health-Perspektive sind insbesondere Vergleiche bzw. Daten zu einer ungleichen Gesundheitsversorgung interessant. Hier liefert der

OECD-Bericht vielfältige Hinweise: Beispielsweise bestehen in allen OECD-Ländern sozioökonomische Ungleichheiten

- in der Lebenserwartung (OECD 2019, S. 68),
- beim Zugang zu einem Arzt, wobei Einkommensunterschiede als Ursache für Unterschiede beim Zugang zu Fachärzten bzw. Spezialisten ausgeprägter sind als für den Zugang zu Hausärzten in der Primärversorgung (OECD 2019, S. 108 und 190),
- beim Zugang zu zahnärztlicher Versorgung (OECD 2019, S. 108),
- für die Inanspruchnahme von Krebsvorsorgeuntersuchungen, die bei den weniger Wohlhabenden deutlich geringer ausfällt, obwohl in den meisten OECD-Ländern Screening-Programme kostenlos angeboten werden (OECD 2019, S. 108),
- im Hinblick auf nicht versorgte Gesundheitsbedürfnisse („unmet needs“), für die als Ursache einkommensbezogene Ungleichheiten ausgeprägter sind, als die grundsätzliche Verfügbarkeit bzw. der Zugang zur Gesundheitsversorgung (OECD 2019, S. 110),
- bei Härtefallregelungen und Selbstbeteiligungen (OECD 2019, S. 112).

Im Ergebnis zeigen die aktuellen OECD-Daten, dass Deutschland bei den meisten Indikatoren nahe des OECD-Durchschnitts liegt. In der Dimension *Gesundheitsstatus* schneidet Deutschland allerdings bei der Diabetes-Prävalenz schlechter als der OECD-Durchschnitt ab (vgl. OECD 2019, S. 25). In der Dimension *Risikofaktoren* liegt Deutschland bei allen Indikatoren nahe des OECD-Durchschnitts (OECD 2019, S. 27). Besonders gut schneidet Deutschland in der Dimension Zugang zur Versorgung ab, weil Zugang für die gesamte Bevölkerung unterstellt wird und im Hinblick auf bedarfsgerechte Arztbesuche ein überdurchschnittlicher Leistungsumfang der Grundversorgung ausgewiesen wird (vgl. OECD 2019, S. 29). Bei der Qualität der Versorgung liegt Deutschland nahe des OECD-Durchschnitts, bei der sicheren Verschreibung von Antibiotika besser als der OECD-Durchschnitt (OECD 2019, S. 31). Im Hinblick auf die Ressourcen der Gesundheitsversorgung liegt Deutschland sowohl bei den Gesundheitsausgaben, deren Anteil am BIP als auch bei der Anzahl der Pflegekräfte über dem OECD-Durchschnitt, wohingegen Deutschland bei der Anzahl der Ärzte im OECD-Durchschnitt liegt (vgl. OECD 2019, S. 33).

Auch wenn Deutschland in einem derartigen globalen Gesundheitssystemvergleich zweifelsohne vergleichsweise gut abschneidet und damit die grundsätzliche Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems in Deutschland unterstrichen wird, darf dies nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch in Deutschland aus einer Community-Health-Perspektive weiterhin zahlreiche gesundheitliche Ungleichheiten existieren, die zukünftig verringert und wenn möglich beseitigt werden sollten.

Literatur

- Böhm, K./Schmid, A./Götze, R./Landwehr, V./Rothgang, H. (2013): Five types of OECD healthcare systems: Empirical results of a deductive classification. In: *Health Policy*, 113, S. 258-269.
- Böhm, K./Schmid, A./Götze, R./Landwehr, V./Rothgang, H. (2012): Classifying OECD Healthcare Systems: A Deductive Approach. In: *TranState Working Papers* 165.
- Egger, M. (2018): Einführung in das Gesundheitswesen, in: Egger, M./Razum, O./Rieder, A. (Hrsg.): *Public Health Kompakt*. 3. Aufl. Berlin/Boston: De Gruyter. S. 117-122.
- Elkeles, T./Mielck, A. (1993). Soziale und gesundheitliche Ungleichheit. Theoretische Ansätze zur Erklärung von sozioökonomischen Unterschieden in Morbidität und Mortalität. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). WZB, Eigenverlag, Berlin, P93-208.
- European Observatory on Health Systems and Policies (2021): Health system reviews (HiT series). <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/health-systems-reviews?publicationtypes=e8000866-0752-4d04-a883-a29d758e3413&publicationtypes-hidden=true> (Abfrage 30.05.2021).
- Gerber, A. et al. (2009): Methodische Grundlagen von Gesundheitssystemvergleichen, in: Lauterbach, K. W./Stock, S./Brunner, H. (Hrsg.): *Gesundheitsökonomie – Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe*, 2. Aufl. Bern: Huber, S. 209-219.
- GKV-Spitzenverband (2021): Zahlen und Grafiken – Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung. https://www.gkv-spitzenverband.de/service/zahlen_und_grafiken/zahlen_und_grafiken.jsp (Abfrage 30.05.2021).
- OECD – Organisation for Economic Cooperation and Development (2019), Health at a Glance 2019: OECD Indicators. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en> (Abfrage 30.05.2021).
- OECD – Organisation for Economic Cooperation and Development (1987) Financing and delivering health care: a comparative analysis of OECD countries. Organisation for Economic Cooperation and Development, OECD Publishing, Paris.
- Reiners, H. (2018): *Mythen der Gesundheitspolitik*, 3., vollständig überarbeitete Aufl., Bern: Hogrefe Verlag.
- Schölkopf, M./Pressel, H. (2017): *Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich – Gesundheitssystemvergleich und europäische Gesundheitspolitik*, 3. akt. und erweiterte Aufl., Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schwartz, F. W./Busse, R. (2012): Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung, in: Schwartz, F. W./Walter, U./Siegrist, J./Kolip, P./Leidl, R./Dierks, M. L./Busse, R./Schneider, N. (Hrsg.): *Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen*, München: Urban & Fischer, S. 555-582.
- Schwartz, F. W./Walter, U./Siegrist, J./Kolip, P./Leidl, R./Dierks, M. L./Busse, R./Schneider, N. (Hrsg.) (2012): *Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen*, München: Urban & Fischer.
- Simon, M. (2017): *Das Gesundheitssystem in Deutschland: Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise*. 6. vollst. aktual. u. überarb. Aufl., Bern: Huber.
- Wendt, C. (2013): Methodische Grundlagen von Gesundheitssystemvergleichen, in: Lauterbach, K. W./Stock, S./Brunner, H. (Hrsg.): *Gesundheitsökonomie – Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe*, 3. vollst. überarbeitete Aufl. Bern: Huber, S. 201-213.
- Wendt, C. (2009 b): Mapping European Healthcare Systems. A Comparative Analysis of Financing, Service Provision, and Access to Healthcare, *Journal of European Social Policy*, Vol 19, No. 5, S. 432-445.
- Wendt, C. (2006): Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich – Ein Überblick über den Forschungsstand, in: *Gesundheitswesen*, 68: S. 593-599.
- Wessels, M. (2019): Steuerung von Gesundheits- und Pflegesystemen. In: Wessels, M. (Hrsg.): *Pflegeökonomie*. Berlin, S. 199-215.
- WHO – World Health Organisation (2000): *The World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance* <https://www.who.int/publications/i/item/924156198X> (Abfrage 30.05.2021).

Online-Quellen

Health Systems in Transition (HiT):

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/health-systems-reviews?publicationtypes=e8000866-0752-4d04-a883-a29d758e3413&publicationtypes-hidden=true>

World Health Report:

<https://www.who.int/whr/previous/en/>

Health at a glance – OECD Indicators:

<https://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>

Handlungsfeld Kommune

Raphael Sieber, Heike Köckler

Zusammenfassung

Die Kommune als kleinste politische Verwaltungseinheit stellt für Gesundheitsförderung eine Handlungsebene von besonders hoher Relevanz dar. Kommunal getroffene Entscheidungen haben einen unmittelbaren Einfluss auf die gesundheitliche Situation der Menschen vor Ort. Dabei ist die Kommune geprägt durch höchste gesellschaftliche Vielfalt, welche sich in zahlreichen Communities widerspiegelt. Diese Vielfalt gilt es im politisch-administrativen Handeln zu berücksichtigen, damit sich im kommunalen Zusammenleben auch ein konkretes Zusammenwirken für Gesundheit entfalten kann. In den zahlreichen ressortspezifischen Handlungsfeldern ist es daher angeraten, kommunale Steuerungsinstrumente jeweils auch diversitätsorientiert zum Einsatz zu bringen. So kann ein wichtiger Beitrag zur Gesundheitsförderung im Sinne des Community-Health-Ansatzes geliefert werden.

Abstract

As the smallest administrative unit, the municipality represents a level of action of particularly high relevance for health promotion. Decisions made within the municipality have a direct impact on the health situation of the local people. The municipality is characterized by high social diversity, which is reflected in numerous communities. This diversity needs to be taken into account in political and administrative action so that specific interactions for health can develop in communal coexistence. In the numerous department-specific fields of action, it is therefore advisable to use governance instruments in diversity-oriented manners. This way, in the sense of the community health approach an important contribution to health promotion can be made.

1. Einleitung

Die Kommune stellt als kleinste administrative Verwaltungseinheit in Deutschland eine Handlungsebene von besonderer Relevanz für Community Health dar. Bereits die gemeinsame Wortherkunft (lat: communis, communitas = gemeinschaftlich, Gemeinde) lässt vielfältige Zusammenhänge zwischen kommunaler

Entwicklung und communitybezogener Gesundheitsförderung erahnen. Im Community Health Verständnis (vgl. Köckler et al. 2018) ist zu beachten, dass Kommunen häufig den gemeinsamen Sozialraum in Nachbarschaften umfassen. Zudem bieten sie einem interventionistischen Ansatz folgend angesichts der kommunalen Selbstverwaltung eine entscheidende Handlungsebene. So werden auf kommunaler Ebene grundlegende Rahmenbedingungen des gemeinschaftlichen Zusammenlebens gesteuert und damit einhergehend eine Vielzahl von Gesundheitsdeterminanten beeinflusst. Die soziale, politische und wirtschaftliche Vielfalt der über 10.000 Kommunen in Deutschland spiegelt sich dabei in unzähligen und unterschiedlichsten Lebenswelten wider. Diese sind geprägt durch Vielfalt, welche es im kommunalen Handeln diversitätssensibel zu berücksichtigen gilt. Kommunale Entscheidungen wirken sich häufig unmittelbar auf diese Lebenswelten aus, die jede für sich einen Ort darstellt, an dem Menschen dynamische Einflüsse auf ihre Gesundheit erfahren (wie z.B. durch Bauvorhaben, Verkehrsaufkommen, den lokalen Arbeitsmarkt oder auch Segregationsprozesse).

Ziel dieses Kapitels ist es, zunächst grundlegende Konzepte und Begriffe der kommunalen Handlungsebene zu erläutern, um anschließend einzelne kommunale Handlungsfelder sowie deren Steuerungsmechanismen zu skizzieren.

2. Kommunale Selbstverwaltung und gesundheitsfördernde Stadtentwicklung

Als Kommunen werden in Deutschland Gemeinden und Gemeindeverbände bezeichnet. Die Selbstverwaltungsgarantie im Art. 28 des Grundgesetzes sichert den Kommunen weitreichende Steuerungsbefugnisse zu. So muss ihnen „das Recht gewährleistet sein, alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung zu regeln“ (Art. 28 Abs. 2 Satz 1 GG). Die Kommunale Selbstverwaltung gewährleistet – im Rahmen des gesetzlich definierten Aufgabenbereichs – die Eigenständigkeit der kommunalen Gemeinschaft, überträgt ihr damit aber auch die Verantwortung für die Steuerung in Handlungsfeldern mit weitreichender Bedeutung für den Alltag und damit für die Gesundheit der Menschen.

Innerhalb der Kommune wird diese Verantwortung auf mehrere Schultern verteilt. Erstens besitzen Kommunalpolitiker*innen als gewählte Vertreter*innen der Bevölkerung das demokratisch legitimierte Mandat Entscheidungen zu treffen, die bindende (und ggf. gesundheitsrelevante) Wirkung für die örtliche Gemeinschaft haben können. Das kommunalpolitische Handeln führt idealtypischer Weise über den Ausgleich unterschiedlicher (Partikular-)Interessen zu Entscheidungen, die sich am Gemeinwohl orientieren. Zweitens übernehmen die Kommunalverwaltungen wichtige Aufgaben für das gemeinschaftliche

Zusammenleben, wie beispielsweise den Aufbau und die Erhaltung (auch gesundheitsrelevanter) Infrastrukturen. Das breite Spektrum des Verwaltungshandelns untergliedert sich in pflichtige und freiwillige Aufgaben – letztere können je nach Ressourcenausstattung einer Kommune mehr oder weniger intensiv wahrgenommen werden. Und drittens ist allen Einwohner*innen die Möglichkeit gegeben, aktiv die Entwicklungen in einer Kommune mitzugestalten. Dies kann z. B. über Wahlen, direktpolitische Elemente wie Bürgerentscheide, Beteiligung an Planungsverfahren oder Bürgerhaushalten, Engagement in Vereinen, Initiativen und gemeinwesentlichen Projekten sowie allgemein im öffentlichen, beruflichen und privaten Umfeld stattfinden.

Bereits seit längerem existiert die Erkenntnis, dass es für Politik und Verwaltung auch im kommunalen Handeln sinnvoll ist, nach Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit gesellschaftlichen Partner*innen Ausschau zu halten (vgl. Haus 2010), um komplexe Herausforderungen und Prozesse gemeinschaftlich zu steuern (Governance). Kommunen bieten in diesem Sinne die Möglichkeit, „das eigene Lebensumfeld in den verschiedenen Handlungsfeldern der Kommunalpolitik zu gestalten – als aktiver Bürger, als gewählter Repräsentant in der Politik bzw. Gemeindevertretung oder als Mitarbeiterin oder Mitarbeiter der Verwaltung“ (Frank/Vandamme 2017).

Die Bedeutung des kommunalen Handelns für die menschliche Gesundheit kann dabei als besonders relevant angesehen werden. Für die normative Zielsetzung einer explizit gesundheitsorientierten Ausrichtung der kommunalen Governance existiert der Begriff der gesundheitsfördernden Stadtentwicklung. „Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung bezeichnet Planungs- und Entwicklungsprozesse auf Ebene der Stadt oder städtischer Teilräume, welche auf einen Zugewinn an Gesundheit und Chancengleichheit zielen“ (Sieber 2017). Dieser Ansatz schließt Konzepte wie Empowerment (Brandes/Stark 2021) und Teilhabe sowie eine Orientierung am Gemeinwohl und an Gerechtigkeit ein. „Durch die Schaffung gesundheitsfördernder physischer, sozialer wie institutioneller Rahmenbedingungen in städtischen Lebenswelten (Settings), die Stärkung individueller wie gemeinschaftlicher Kompetenzen- und Ressourcen sowie die Teilhabe an Stadtentwicklungsprozessen wird die Selbstbestimmung der Stadtbewohnerinnen und -bewohner über die eigene Gesundheit verbessert.“ (Sieber 2017: 76., vgl. auch Köckler/Sieber 2020; Böhme et al. 2012)

Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung verfolgt dabei den Setting-Ansatz, nimmt also lokale Lebenswelten in den Blick. Die Kommune kann dabei als administrativ übergreifendes und koordinierendes, aber auch diffuseres „Dach“-Setting für konkretere, dort verortete Settings und Communities (wie Schulen, Kitas, Quartiere oder bestimmte Bevölkerungsgruppen) angesehen werden (vgl. Engelmann/Halkow 2008). So stellt kommunales Handeln für mehr Gesundheit letztlich ein Zusammenwirken verschiedenster gesellschaftlicher Akteure auf allen Ebenen und in unterschiedlichen Handlungsfeldern dar.

3. Handlungsfelder und Steuerungsmechanismen im Kontext Kommune

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung fordert, Gesundheit auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren auf die Tagesordnung zu setzen (WHO Europe 1986). Es soll nicht allein Aufgabe des Gesundheitssektors sein, für gesundheitliche Versorgung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung zu sorgen. Die Strategie, Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu verstehen, wird als Health in All Policies-Ansatz (HiAP) verstanden und findet auf der kommunalen Ebene auch in Deutschland Anwendung (vgl. Böhm et al. 2020a). Im Folgenden werden daher ausgewählte, auch über den Gesundheitssektor hinausgehende kommunale Handlungsfelder und deren gesundheitsrelevanten Steuerungsmechanismen aus einer Community-Health-Perspektive skizziert. Ein Grundverständnis von Sektoren ist relevant, um im Sinne des HiAP-Ansatzes ihre Potentiale zu erschließen (vgl. Böhm et al. 2020).

3.1 Öffentlicher Gesundheitsdienst

Ein zentraler Akteur für Gesundheit ist der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD). Auf kommunaler Ebene werden die Aufgaben des ÖGD durch die *unteren Gesundheitsbehörden* („Gesundheitsämter“) wahrgenommen. Gemäß den Gesetzen zum Öffentlichen Gesundheitsdienst der einzelnen Bundesländer (z. B. dem ÖGDG NRW) reicht das Aufgabenspektrum dabei von klassischem Gesundheitsschutz bis zu Ansätzen der Gesundheitsförderung. Im Einzelnen kann dies beispielsweise Infektionsschutz, Trinkwasser- u. Krankenhaushygiene, Umweltmedizin, Schuleingangsuntersuchungen, Impfangebote, Beratungs- und Unterstützungsleistungen, Durchführung von Projekten und Aktionen auf lokaler Ebene sowie Netzwerkarbeit umfassen (vgl. Reisig/Kuhn 2018). Eine weitere zentrale Aufgabe ist die Gesundheitsberichterstattung (GBE), mit der ein umfassender Überblick über Gesundheitszustand der Bevölkerung, die gesundheitliche Versorgung und die Maßnahmen im Rahmen von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung gegeben werden soll. Zusätzlich ist in einigen Bundesländern (z. B. NRW) das Einberufen und Koordinieren kommunaler Gesundheitskonferenzen Aufgabe der unteren Gesundheitsbehörden. Die Gesundheitskonferenzen sollen möglichst viele lokale Akteure aus Verwaltung, Verbänden, Selbsthilfegruppen und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung zusammenführen, um gesundheitliche Fragen auf lokaler Ebene gemeinsam zu erörtern. Dies entspricht dem oben skizzierten Governance Verständnis.

Als sog. Träger öffentlicher Belange (TÖB) wirken die unteren Gesundheitsbehörden zudem an räumlichen Planungs- und baulichen Genehmigungsverfahren mit (z. B. in NRW gem. § 8 ÖGDG NRW). Die Mitwirkung ist hier

im Sinne einer „Reaktion“ auf die Planungen Dritter (in der Regel in Form von Stellungnahmen) und nicht als eigenständiger, aktiv von der unteren Gesundheitsbehörde betriebener Planungsprozess zu verstehen. Einschränkend wird z. B. im ÖGDG NRW formuliert, dass die Mitwirkung nur erforderlich ist, wenn die Planungen für die Gesundheit von Bedeutung sind. Wie ermittelt wird, ob eine Planung gesundheitliche Belange berührt, bleibt an dieser Stelle offen. Proaktive Beiträge zu einer gesundheitsfördernden (räumlichen) Stadtentwicklung könnten die unteren Gesundheitsbehörden bspw. noch stärker im Rahmen sog. Fachpläne Gesundheit leisten (vgl. Baumgart/Dilger 2018).

3.2 Stadtentwicklung und -planung

Auch *Stadtentwicklung* (zu verstehen als allg. Entwicklung einer Stadt), *Stadtplanung* (enger zu verstehen als primär räumliche Planung) sowie *planerischer Umweltschutz* (verstanden im Wesentlichen als Schutz der Umwelt durch Immissions-, Gewässer- und Naturschutz sowie Landschaftsplanung) besitzen ein breites Instrumentarium (von dem hier nur ein kleiner Ausschnitt dargestellt werden kann), um die sozialräumlichen Verhältnisse in lokalen Lebenswelten gesundheitsförderlich zu gestalten. Dabei bilden Stadtplanung und -entwicklung „ein politisches Themenfeld öffentlichen Handelns, das sich zweifelsohne sowohl für die Förderung und den Erhalt menschlicher Gesundheit als auch für die gesundheitliche Versorgung anbietet“ (Köckler/Fehr 2018).

Im Kern der kommunalen räumlichen Planung steht das – so genannte, da gesetzlich geregelte – formelle Instrumentarium der Bauleitplanung. Bauleitpläne sind der vorbereitende Flächennutzungsplan und der konkretisierende, verbindliche Bebauungsplan, welche resultierend aus der kommunalen Planungshoheit von der Kommune aufzustellen sind. Im Flächennutzungsplan, welcher für das gesamte Stadtgebiet aufgestellt wird, ist die sich „aus der beabsichtigten städtebaulichen Entwicklung ergebende Art der Bodennutzung nach den voraussehbaren Bedürfnissen der Gemeinde in den Grundzügen darzustellen“ (§ 5 Abs. 1 BauGB). Der Bebauungsplan enthält für Teilräume der Stadt die „rechtsverbindlichen Festsetzungen für die städtebauliche Ordnung“ (§ 8 Abs. 1 BauGB). Aus beiden Plänen ergeben sich die Bodennutzungen im Stadtgebiet, somit bspw. die Lage von Wohn- u. Gewerbegebieten, Straßen und Grünflächen zueinander, was ihre gesundheitsbezogene Relevanz verdeutlicht. Im Rahmen der Aufstellung der Bauleitpläne sind Nutzungsansprüche unterschiedlicher Interessengruppen auszugleichen. Dabei sind z. B. „gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse“ (§ 1 Abs. 6 Nr. 1 BauGB) und die „sozialen und kulturellen Bedürfnisse der Bevölkerung, insbesondere die Bedürfnisse der Familien, der jungen, alten und behinderten Menschen“ sowie „unterschiedliche Auswirkungen auf Frauen und Männer“ (§ 1 Abs. 6 Nr. 3 BauGB) regelmäßig zu berücksichtigen. Die hier

beispielhaft aufgezählten Nutzungsansprüche sind nicht abschließend – im Einzelfall sind alle in der Sache relevanten Belange zu berücksichtigen, welche bei entsprechender Argumentation auch Diversitätsaspekte beinhalten können.

Weitere Instrumente der Stadtentwicklung und -planung besitzen einen eher informellen – da gesetzlich nicht vorgeschriebenen – Charakter. Von besonderer Bedeutung für communitybezogene Gesundheitsförderung sind die sog. Integrierten Handlungskonzepte (IHK). Diese kommen insbesondere in städtebaulich und sozialstrukturell benachteiligten Teilräumen einer Kommune zum Einsatz. Mit ihren integrierten, gebietsbezogenen Ansätzen sind IHKs besonders gut geeignet, um Gesundheit in lokalen Lebenswelten (Quartieren, Nachbarschaften) zu fördern. IHKs setzen dabei in erster Linie auf kooperative und konsensorientierte Vorgehensweisen und beziehen lokale Communities in Stadtentwicklungsprozesse ein. Sie besitzen die Möglichkeit, im Sinne des Community-Health-Ansatzes Diversität zu berücksichtigen und gesundheitliche Ungleichheiten zu adressieren, was insbesondere vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Heterogenisierung von Relevanz ist. Die Erstellung von IHKs ist eine zwingende Voraussetzung um als Kommune Finanzhilfen aus den Bundesländer-Programmen der Städtebauförderung zu bekommen. Insbesondere mit dem Programm „Sozialer Zusammenhalt – Zusammenleben im Quartier gemeinsam gestalten“ können Themen auf der Schnittstelle von Gesundheit, städtischer Umwelt und sozialräumlicher Ungleichheit bearbeitet werden. In diesen Programmgebieten können nach dem GKV Präventionsleitfaden auch Projekte kommunaler Gesundheitsförderung nach dem Präventionsgesetz gefördert werden. Ziel ist es, mit diesen gebietsbezogenen Ansätzen die Ressourcen verschiedener Ressorts und Investitionsträger zu bündeln, um so möglichst abgestimmt und integriert auf sozialräumliche Verbesserungen hinzuwirken.

3.3 Umwelt- und Naturschutz

Aufgabe eines *kommunalen Umweltamtes* ist es, die ökologische und nachhaltige Entwicklung im Gemeindegebiet zu steuern. Insbesondere die Freiraumsicherung, die Sicherung der Qualität von Gewässern, der Bodenschutz, der Schutz vor Lärm- und Luftverunreinigungen und der Klimaschutz gehören zu den Handlungsfeldern, mittels derer auf zahlreiche Gesundheitsdeterminanten eingewirkt werden kann. Das Umweltressort verfügt über unterschiedlichste Steuerungsinstrumente, die diese Gesundheitsdeterminanten schützen. So werden beispielsweise im Landschaftsplan Ziele und Maßnahmen des Naturschutzes und der Landschaftspflege dargestellt. Sie bilden den Handlungsrahmen für unbebaute Landschafts-, Wald- und Naturschutzflächen. Zudem werden mit dem Landschaftsplan besonders schützenswerte Gebiete langfristig gesichert, ihre Unterschutzstellung kann bspw. als Naturschutzgebiet erfolgen.

Weitere für die menschliche Gesundheit hochrelevante Instrumente des Umweltressorts sind die Umweltprüfungen. Zur Bewertung vieler Vorhaben (z. B. Infrastrukturbauten oder Industrieanlagen) ist verpflichtend eine Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP) durchzuführen. Bereits früher, d. h. im Planungsstadium (z. B. bei Bebauungsplänen) kann eine Strategische Umweltprüfung (SUP) notwendig werden. Beiden Umweltprüfungen ist gemeinsam, dass sie der „Ermittlung, Beschreibung und Bewertung der erheblichen Auswirkungen eines Vorhabens oder eines Plans oder Programms auf die Schutzgüter“ (§ 3 UVPG) dienen – zu den Schutzgütern zählt u. a. die menschliche Gesundheit. Die Ergebnisse der Umweltprüfung sind im weiteren Verlauf der Planungen oder Bauvorhaben zu berücksichtigen. Ein weiteres gesundheitsrelevantes Instrument des Umweltressorts ist die Lärminderungsplanung. Im Rahmen der Lärminderungsplanung sind Lärmkartierungen zu erstellen, die Öffentlichkeit über die Ergebnisse der Lärmkarten zu informieren und Lärmaktionspläne mit einem Maßnahmenprogramm zur Reduzierung der Lärmbelastung der Bevölkerung aufzustellen.

3.4 Soziales und Integration

Das Aufgabenspektrum der kommunalen Ressorts für Soziales wird definiert durch normative Vorgaben (wie Gesetze und kommunale Leitbilder), strategisch-planerische Tätigkeiten (wie der Sozialplanung) und operative Aufgaben (wie der nachsorgenden Leistungserbringung).

So können die Sozialämter z. B. zuständig sein für die allgemeine Sozialhilfe, die Alten- und Behindertenhilfe, die Wohnraumversorgung und die Wohnungsnothilfe. In diesen klassischen, „auffangenden“ Handlungsfeldern agiert die Kommune eher nachsorgend. Im Rahmen der Sozialplanung (und der Jugendhilfeplanung als Teil dieser) agiert die Kommune hingegen auch vorsorgend und proaktiv. Sozialplanung ist strategisch ausgerichtet und möchte ausgehend von Bedarfsermittlungen konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der sozialen Situation der Menschen in einer Kommune entwickeln. Mit integrierten und partizipativen Ansätzen versucht Sozialplanung sowohl die Einwohner*innen der Kommune als auch andere Ämter der Verwaltung (z. B. das Gesundheitsamt) in die Entwicklungsprozesse mit einzubeziehen. Ein beispielhaftes Handlungsfeld, welches im kommunalen Raum häufig ressortübergreifend aber unter Federführung der Sozialämter bearbeitet wird, ist das Thema Kinderarmut. Spezifische Konzepte, welche die Ressourcen verschiedener Ressorts bündeln, versuchen hier die Situation von Kindern aus benachteiligten Familien zu adressieren und nachhaltig zu verbessern. Weitere Beispiele für spezifische, community-bezogene Konzepte sind sog. Integrationskonzepte. Sie widmen sich bspw. der Lebenssituation schwer erreichbarer Bevölkerungsgruppen, der Unterbringung

von Geflüchteten oder der interkulturellen Öffnung der Verwaltungsarbeit. Die Kommunen entscheiden dem eigenen Bedarf entsprechend, welche spezifischen Konzepte vor Ort als sinnvoll und praktikabel erachtet werden. Alle genannten Handlungsfelder des Sozialressorts sind dabei gleichzeitig von hoher gesundheitlicher Relevanz. Im Sinne des Community-Health-Ansatzes wäre es damit einhergehend notwendig, stärker als bislang auf gesellschaftliche Vielfalt einzugehen. Im Rahmen des kommunalen Handelns kann dabei die Anerkennung von Diversitätsaspekten eine handlungsleitende Devise sein, welche die Lebenssituation vieler, bisher wenig betrachteter Gruppen stärkt.

3.5 Weitere Handlungsfelder

Weitere Ressorts auf kommunaler Ebene sind beispielsweise Schule, Kultur, Sport, Ordnung und Finanzen, die jeweils für sich über weitere Steuerungswerkzeuge verfügen (z. B. Schulentwicklungsplanung, Sportstättenentwicklungsplanung, etc.). Im Sinne des HiAP-Ansatzes ist auch hier jeweils die Koordination und Abstimmung der Aktivitäten der unterschiedlichen Ressorts zu beachten.

Von sehr grundsätzlicher Bedeutung für die gesundheitliche Situation in einer Gemeinde sind zudem technisch-infrastrukturelle Aufgaben, die häufig von kommunalen Eigenbetrieben übernommen werden. So gehören die Versorgung mit Trinkwasser und die Abfallentsorgung beispielsweise zu den kommunalen Pflichtaufgaben, der Betrieb von Schwimmbädern ist hingegen eine freiwillige Aufgabe. In finanzschwächeren Kommunen (insbesondere denjenigen in Haushaltssicherung) stehen die freiwilligen Aufgaben häufig zur Disposition, was Auswirkungen auf die gesundheitliche Situation der Bevölkerung haben kann. Des Weiteren erfüllen alle politischen Gremien, wie Stadtrat, Ausschüsse und Beiräte (z. B. Ausländer-, Senioren- u. Behindertenbeirat, Kinder-/Jugendparlament, Gleichstellungs- und Ombudsfunktionsträger*innen) wichtige kommunal organisierte und gesundheitsrelevante Funktionen der Interessenvertretung. Weitere Akteure, wie z. B. Vereine, Verbände und Religionsgemeinschaften steigern durch ihr gesellschaftliches Engagement die Pluralität der Interessenvertretung. Allerdings existiert auch eine Vielzahl von Communities, die nicht zivilgesellschaftlich institutionell organisiert sind bzw. ihre Interessen nur eingeschränkt gemeinschaftlich artikulieren können (bspw. Obdachlose). Auch kann nicht davon ausgegangen werden, dass im kommunalen Raum alle gesellschaftlichen Gruppen gleichermaßen in die Lage versetzt werden, positiven Einfluss auf ihre Gesundheit zu nehmen. Befähigende Maßnahmen können durchaus selektiv wirken. So kann es passieren, dass bspw. Migrant*innenvereine als empowernde Institutionen vernachlässigt werden. Die Kommune wäre aber gerade auch für diese Gruppen ein geeigneter Ort, um sie für Themen der Gesunderhaltung u. Gesundheitsförderung zu erreichen. Im Sinne des

Community-Health-Ansatzes wäre es wünschenswert gesundheitsfördernde Angebote in den Kommunen stets diversitätssensibel zum Einsatz zu bringen.

4. Fazit

Auf der kommunalen Ebene ist ein breites Spektrum an Handlungsfeldern abgebildet, in dem Gesundheit adressiert werden kann. Aufgrund der Selbstverwaltungsgarantie ist es Recht und Pflicht der Kommunen zugleich, in den Handlungsfeldern tätig zu werden, um die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten und zu fördern. Die Komplexität der Aufgaben korrespondiert dabei mit einer Vielschichtigkeit an Akteur*innen, die in den einzelnen Handlungsfeldern tätig sind. Um im kommunalen Raum umfassend und effektiv den gesundheitsbezogenen Herausforderungen begegnen zu können, bedarf es der Zusammenarbeit von öffentlichen und privaten Akteur*innen. Der ÖGD kann hier, beispielsweise vermittelnd über Kommunale Gesundheitskonferenzen, eine Leitfunktion übernehmen. Zudem ist es notwendig, dass allen Akteur*innen ihr Einfluss auf die Gesundheitsdeterminanten bewusst wird. Erst dann kann im Sinne des Health in All Policies-Ansatzes das große kommunale Potenzial zur Gesunderhaltung und -förderung in allen Handlungsfeldern aktiviert werden.

Literatur

- BauGB: Baugesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 3. November 2017 (BGBl. I S. 3634), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 8. August 2020 (BGBl. I S. 1728) geändert worden ist.
- Baumgart, S./Dilger, U. (2018): Fachplan Gesundheit – Entwicklung von Strategien über die bisherige Gesundheitsberichterstattung des öffentlichen Gesundheitsdienstes hinaus. In: Baumgart, S./Köckler, H./Ritzinger, A./Rüdiger, A. (Hrsg.): Planung für gesundheitsfördernde Städte. Forschungsberichte der ARL 08. Hamburg: Verlag der ARL, S. 200-212.
- Böhm, K./Bräunling, S./Geene, R./Köckler, H. (2020): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe – Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Springer VS.
- Böhm, K./Lahn, J./Köckler, H./Geene, R./Bräunling, S. (2020): Health in All Policies: Wo stehen wir und was braucht es für die weitere Entwicklung. In: Böhm, K./Bräunling, S./Geene, R./Köckler, H. (Hrsg.): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe – Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Springer VS, S. 427-434.
- Böhme, C./Kliemke, C./Reimann, B./Süß, W. (2012): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Bern: Verlag Hans Huber.
- Brandes, S./Stark, W. (2021): Empowerment/Befähigung. URL: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetischesverzeichnis/empowerment-befaeigung>. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Abruf: 28.06.2021).
- Engelmann, F./Halkow, A. (2008): Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung: Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Frank, E./Vandamme, R. (2017): Was ist eine Kommune? Zur Bedeutung von Kommunalpolitik heute. Informationen zur politischen Bildung Nr. 333/2017, Bundeszentrale für politische Bildung.

- GG: Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 u. 2 Satz 2 des Gesetzes vom 29. September 2020 (BGBl. I S. 2048) geändert worden ist.
- Haus, M. (2010): Von government zu governance? – Bürgergesellschaft und Engagementpolitik im Kontext neuer Formen des Regierens. In: Olk, T., Klein, A., Hartnuß, B. (Hrsg.) Engagementpolitik. VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 210-232.
- Köckler, H./Berkemeyer, S./Falge, C./Faller, G./Janhsen, K./Fehr, J./Mikhof, A./Marla-Küsters, S./Schmidt, C./Schmidt, M.-S./Segmüller, T./Simon, D./Trümner, A./van Essen, F./Wessels, M. (2018): Community Health: Ein zukunftsweisendes Themen- und Handlungsfeld etabliert sich in Deutschland, In: sicher ist sicher 69, H. 4, S. 198-199.
- Köckler, H./Fehr, R. (2018): Health in all Policies – Gesundheit als integrales Thema von Stadtplanung und -entwicklung. In: Baumgart, S./Köckler, H./Ritzinger, A./Rüdiger, A. (Hrsg.): Planung für gesundheitsfördernde Städte. Forschungsberichte der ARL 08. Hamburg: Verlag des ARL, S. 70-86.
- Köckler, H./Sieber, R. (2020): Die Stadt als gesunder Lebensort?! Stadtentwicklung als ein Politikfeld für Gesundheit. In: Bundesgesundheitsblatt 2020 H. 63, S. 928-935.
- ÖGDG NRW: Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen vom 25. November 1997, zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 19. Dezember 2019 (GV.NRW.S. 1032).
- Reisig, V./Kuhn, J. (2018): Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, S. 672-677
- Sieber, R. (2017): Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung: Eine Untersuchung stadtplanerischer Instrumente unter Einbeziehung des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung. Dortmund: Technische Universität Dortmund.
- UVPG: Gesetz über die Umweltverträglichkeitsprüfung in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. März 2021 (BGBl. IS. 540).
- WHO Europe, Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.

Kapazitätsentwicklung im Quartier

Martin Schieron, Tanja Segmüller

Zusammenfassung

Kapazitätsentwicklung ist ein Prozess, der die Entwicklung von Kompetenzen sowohl bei Personen, Organisationen oder auch der Gesellschaft im Allgemeinen beschreibt. Dieser Begriff beschreibt aber auch ein Handlungskonzept, das zur Verbesserung der Gesundheitsförderung vor Ort eingesetzt werden kann.

Der sprachlichen Einordnung dieses Konzeptes, von dem international als capacity building oder capacity development gesprochen wird, folgt ein Blick auf die Entwicklung zum Handlungskonzept – insbesondere für die Gesundheitsförderung im Quartier. Abschließend erfolgt die Vorstellung des Mess-Instrumentes „KEQ“, mit dessen Hilfe die Entwicklung von Strukturbildung im Quartier betrachtet und dargestellt werden kann.

Abstract

Capacity development or capacity building is first and foremost a process that describes the development of competencies in people, organizations or society in general. However, this term also describes a concept of action that can be used to improve health promotion.

The linguistic classification of this concept is followed by a look at its development into a concept of action – especially for health promotion. Finally, the „KEQ“ measuring instrument is presented, with the aid of which the development of structure formation in the neighborhood can be viewed and represented.

1. Kapazitätsentwicklung

Der Begriff *Kapazität* (lateinisch: *capacitas* = Fassungsvermögen) wird in unterschiedlichen Zusammenhängen inhaltlich anders gefüllt. So bezeichnet er beispielsweise in der Physik das mögliche Füllvolumen von Hohlkörpern. In der Datenverarbeitung wird damit u.a. die maximal auf einem Trägermedium zu speichernde Datenmenge beschrieben, während er in wirtschaftlichen Zusammenhängen Produktionsleistungen oder auch die Gesamtzahl von Produktionsstätten meinen kann. Auch werden Personen in Bezug auf ihre

Kenntnisse und Fähigkeiten in bestimmten Bereichen als *Kapazitäten auf ihrem Gebiet* bezeichnet. Gemeinsam ist diesen Wortbedeutungen, dass sie im weitesten Sinne Eigenschaften oder Fähigkeiten beschreiben.

Diese Sichtweise findet sich auch im Toolkit (Werkzeugkasten) der Europäischen Kommission zur Kapazitätsentwicklung. Einerseits wird Kapazität als *Fähigkeit* von Menschen, Organisationen und der gesamten Gesellschaft betrachtet, ihre eigenen Angelegenheiten erfolgreich regeln zu können, aber gleichzeitig auch als eine ihnen inhärente *Eigenschaft*.

„Capacity is the ability of people, organisations and society as a whole to manage their affairs successfully. Capacity is an attribute of people, individual organisations and groups of organisations.“ (Europäische Kommission 2011, S. 9)

Darüber hinaus wird im Toolkit beschrieben, dass Kapazität durch außenstehende Faktoren und Akteur*innen geformt wird und auf diese externen Einflüsse mit Anpassungen reagiert.

Kapazitätsentwicklung ist in diesem Sinne ein personen- oder organisationsinterner Veränderungsprozess, in dessen Verlauf Menschen, Organisationen oder die Gesellschaft ihre Kapazitäten aufbauen, stärken, anpassen und aktiv aufrechterhalten (vgl. Europäische Kommission 2011, S. 9).

2. Wurzeln von Kapazitätsentwicklung als Konzept

Als *reflexives Handlungskonzept*, in dem alle Beteiligten ihre Aktivitäten z. B. auf die Stimmigkeit von Zielen, Inhalten und Methoden reflektieren, ist *Kapazitätsentwicklung* dem derzeit noch bekannteren *Empowermentkonzept* inhaltlich eng verwandt. Sie wurzeln in teils identischen, teils in ähnlichen Ansätzen.

So wird als zentraler Bezugspunkt des modernen Empowerments einerseits die *kritische Sozialarbeit* Südamerikas – insbesondere die *Pädagogik der Unterdrückten* nach Paulo Freire – benannt (vgl. Gossens 2016, S. 87). Andererseits wird auf verschiedene US-amerikanische Entwicklungen verwiesen. Dies sind insbesondere die antirassistische und soziale *Bürgerrechtsbewegung* (1950/60er Jahre) und die davon beeinflusste *Independent-Living-Bewegung* (1960/70er Jahre). Aber auch spezielle Ansätze gemeindenaher Sozialarbeit wie die *Gemeindepsychologie* der 1970er Jahre gehören dazu (vgl. Rappaport 1985, S. 257f.). Letztere wird als Hauptwurzel der Kapazitätsentwicklung (Capacity Building, Capacity Development) betrachtet. Durch den Einsatz als Handlungskonzept in verschiedenen internationalen Entwicklungsprojekten wurde Kapazitätsentwicklung zu einem Konzept der Strukturbildung weiterentwickelt (Nickel/Trojan 2020). Dies wird im Folgenden beispielhaft für den Bereich Gesundheitsförderung aufgezeigt.

3. Gesundheitsförderung und Kapazitätsentwicklung

Im kanadischen Ottawa wurde 1986 auf der ersten internationalen Konferenz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Gesundheitsförderung die sogenannte Ottawa-Charta mit dem Ziel „Gesundheit für alle“ verabschiedet. Sie kann als Schlüsseldokument für die weitere Entwicklung der Gesundheitsförderung im Sinne der WHO betrachtet werden. Auf weiteren Konferenzen wird dieses Konzept seither kontinuierlich fortgeschrieben. So wurden beispielsweise 1997 auf der Konferenz von Jakarta fünf Prioritäten der Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert benannt. Als vierte Priorität wird dabei die „Stärkung der gesundheitsfördernden Potentiale von Gemeinschaften und der Handlungskompetenz des Einzelnen“ (WHO 1997b) aufgeführt. Hierbei werden sowohl das *Empowerment des Individuums* als auch die *Entwicklungen von Gemeinschaften* in den Blick genommen (vgl. Nickel/Süß/Trojan 2013, S. 163). Der englische Originaltext spricht hier von „Increase community capacity and empower the individual“ (WHO 1997a) und führt somit den *Capacity*-Begriff in Verbindung mit *Community* in die Gesundheitsförderungsstrategie der WHO ein.

Trotzdem findet zunächst nur *Empowerment* Eingang in das erstmalig 1998 veröffentlichte Gesundheitsförderungs-Glossar der WHO (WHO 1998). *Capacity Building* wurde erst 2006 mit der Aktualisierung des Glossars aufgenommen (vgl. Smith/Tang/Nutbeam 2006, S. 342). Eine Abgrenzung zum Empowerment fand dabei jedoch nicht statt (Nickel/Trojan 2020). Es kann jedoch festgehalten werden, dass Empowerment stärker auf die *politische Befähigung* der beteiligten Personen und Gruppen zielt. *Capacity Building* dagegen fokussiert eher *pragmatische Lernprozesse* eines Gemeinwesens (vgl. Trojan/Nickel 2008, S. 772).

4. Kapazitätsentwicklung als Konzept zur Strukturbildung in der Gesundheitsförderung

Trotz dieses eher pragmatischen Ansatzes ist Kapazitätsentwicklung in Deutschland als systematisches Konzept zur effektiven Gesundheitsförderung bisher kaum genutzt worden (vgl. Trojan/Nickel 2013, S. 218). Allerdings darf die pragmatische Ausrichtung auch nicht über die Komplexität des Konzeptes hinwegtäuschen. Kapazitätsentwicklung zielt auf die Ausbildung dauerhafter Strukturen und setzt dabei an drei Aktionsebenen an:

1. Bezogen auf einzelne Personen oder Gruppen steht die Förderung bzw. Entwicklung von Wissen und Fähigkeiten im Mittelpunkt. Hierbei werden sowohl potentielle Nutzer*innen gesundheitsfördernder Maßnahmen, aber auch diejenigen Personen/Institutionen, die beruflich oder ehrenamtlich gesundheitsfördernd tätig sind, adressiert. Wichtig ist an dieser Stelle zu erwähnen,

dass hier nicht die unmittelbare Verbesserung des Gesundheitszustandes im Fokus steht, sondern die pragmatische, aber nachhaltige Verbesserung guter Gesundheitsbedingungen (vgl. Zens et al. 2020, S. 729).

2. Bezogen auf Organisationen und Gemeinschaften im weitesten Sinne bildet der Aufbau und die weitere Unterstützung der Infrastruktur zur Gesundheitsförderung einen weiteren Konzeptschwerpunkt. Hier ist insbesondere der Aufbau dauerhafter Strukturen (z. B. Beratungs- und Bildungsangebote) und Systeme (z. B. zur Finanzierung) bedeutsam.
3. Partnerschaften für das Thema Gesundheit auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene zu entwickeln, wie dies z. B. für eine funktionierende Selbsthilfestruktur notwendig ist, bildet eine weitere Handlungsebene. Hier zeigt sich ein direkter Bezug zur ersten Ebene, da für die Entwicklung von Partnerschaften Führungskompetenz genauso notwendig ist wie die Stärkung der Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung für sich und andere Menschen (vgl. Smith/Tang/Nutbeam 2006, S. 343).

Insofern beschreibt *Kapazitätsentwicklung* verschiedene Ansatzpunkte zur dauerhaften Implementierung von Angeboten zur Gesundheitsförderung. Dabei betrachtet sie in jedem Setting die vorzufindenden Bedarfe und Ressourcen, um Kapazitäten zu identifizieren, die weiterentwickelt werden müssen. Das vorgefundene ‚Beziehungsgeflecht‘ aber auch die räumlichen Dimensionen des jeweiligen Settings bilden hier einen Orientierungsrahmen. Kapazitätsentwicklung in kommunalen Settings muss beispielsweise sowohl horizontal als auch vertikal integriert sein. Dies bedeutet, sie muss in den Strukturen der Kommune fest verankert sein, aber in der Breite wirken (z. B. über die Beteiligung unterschiedlichster Personen und Institutionen im Quartier). Darüber hinaus ist für eine Verstetigung bedarfsgerechter guter Gesundheitsbedingungen sowohl eine Angebots- als auch eine Strukturorientierung notwendig (vgl. Zens et al. 2020, S. 730). Dies impliziert beispielsweise, dass Angebote zur Gesundheitsförderung (z. B. Bewegungsprogramme) nicht nur innerhalb von Projektzeiträumen existieren, sondern in die Struktur des Quartiers fest und dauerhaft eingebunden sind.

5. Kernelemente der Kapazitätsentwicklung

Nickel und Trojan (2020) identifizieren ausgehend von den drei Aktivitätsebenen und den grundsätzlichen Annahmen insbesondere fünf grundlegende Kernelemente von Kapazitätsentwicklung:

- die Unterstützung von Prozessen partizipativer Einbindung von Mitgliedern einer Gemeinschaft in gemeinschaftliche Aktionen;

- die Befähigung zumeist professionell Tätiger im Bereich von Führungskompetenzen, um unterschiedliche Formen der Selbstorganisation von Gruppen und Organisationen unterstützen zu können;
- die im jeweiligen Setting vorhanden Ressourcen wie die Verfügbarkeit finanzieller Mittel oder auch Fähigkeiten und Fertigkeiten einzelner Akteur*innen;
- die im jeweiligen Setting vorhandenen formellen und informelle Beziehungsnetzwerke zwischen Personen und Institutionen;
- den Aufbau von Angeboten der Gesundheitsförderung sowie Strukturen, die schwer erreichbare Zielgruppen und die Überwindung von Zugangsbarrieren beachten.

In diesen Kernelementen ist ein wesentlicher Aspekt partizipativer Qualitätsentwicklung – das Wissen Beteiligter zu nutzen und diese dabei zu unterstützen, es zu anzuwenden, zu reflektieren und weiter auszubauen – vorhanden. Zudem werden Bürger*innenbeteiligung und die Vernetzung lokaler Akteur*innen als zentrale Dimensionen kommunaler Kapazitätsentwicklung deutlich (vgl. Nickel/Süß/Trojan 2013, S. 166).

Als Handlungskonzept für die Gesundheitsförderung hat sich Kapazitätsentwicklung vor allem für die kontinuierliche Qualitätsentwicklung, aber auch zur Evaluation längerfristiger Interventionen bewährt. Am Beispiel des Quartiers wird die Anwendung zur Evaluation nachfolgend dargestellt.

6. Quartiersorientierung

Entsprechend seines französischen Wortursprungs bezeichnet das *Quartier* ein Stadtviertel. Während ein Stadtteil geographisch oder verwaltungstechnisch definiert werden kann, ist dies für ein Quartier nicht so leicht möglich. Aus sozialgeografischer und lebensweltlicher Perspektive kann es als meist historisch gewachsenes, sozialräumliches Gebilde mit hoher Interaktionsdichte, formellen und informellen Aktivitäten und Zusammengehörigkeitsgefühl betrachtet werden (vgl. Fabian et al. 2017, S. 10). So qualifiziert es sich primär durch die subjektive Zuschreibung seiner Bewohner*innen und beschreibt eine Form von Nachbarschaft mit vielschichtigen sozialen Bindungen (vgl. Unfallkasse Nordrhein-Westfalen 2014, S. 8). Insofern kann *Quartier* auch als „der subjektiv empfundene Lebensraum (auch Viertel, Kiez) um die Wohnung herum verstanden“ (Zegelin/Segmüller/Bohnet-Joschko 2017, S. 14) werden, wo alltagsgebundene Aktivitäten wie Einkäufe oder Freizeitbeschäftigungen stattfinden. Es bildet also die direkte Wohn- und Lebensumgebung von Menschen.

Da Mensch und Raum sich gegenseitig bedingen, spielt das Quartier somit eine entscheidende Rolle für Gesundheit und insbesondere Gesundheitsförderung

(vgl. Fabian et al. 2017, S. 11). Lebensqualität – und darin eingeschlossen auch Gesundheit – hängen vielfach vom Nahraum ab. Daher kann die kleinräumliche Orientierung am Quartier quasi als Gegenentwurf zur Globalisierung betrachtet werden, die selbstverständlich auch Auswirkungen auf die Gesundheit hat (vgl. Zegelin/Segmüller/Bohnet-Joschko 2017, S. 13).

Die WHO greift bereits 1986 in der Ottawa-Charta die Stärkung von Nachbarschaften und Gemeinden zur Gesundheitsförderung auf. Denn „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“ (WHO 1986, S. 5) Darüber hinaus finden sich hier die benannten Handlungsebenen und Kernelemente des Kapazitätsentwicklungs-Konzepts wieder.

7. Rechtliche Grundlagen in Deutschland

Auch das deutsche Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) sieht die Umsetzung solcher Konzepte primär in den Lebenswelten der Menschen verortet. Insbesondere dort, wo Menschen sich tagtäglich aufhalten, sollen gesundheitsfördernde Strukturen neu geschaffen oder ausgebaut werden. Explizit werden diesbezüglich Kindertageseinrichtungen, Schulen, Betriebe und Pflegeeinrichtungen aber auch Quartiere genannt. Auch die Einbindung aller Beteiligten gemäß ihrer Aufgaben- und Verantwortungsbereiche wird ausdrücklich gefordert. Dies schließt Verantwortungstragende, Praktiker*innen in der Gesundheitsförderung, Nutzer*innen gesundheitsförderlicher Angebote und auch Kostentragende ein (Bundesministerium für Gesundheit, o. J.). Als Artikelgesetz führt das PräVG zur Erweiterung anderer Gesetze. So sieht beispielsweise die Ergänzung des Krankenversicherungsgesetzes (SGB V) die Finanzierung von Maßnahmen in Lebenswelten „des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports“ (§ 20a, SGB V) durch die Träger*innen der gesetzlichen Krankenversicherung vor. Aber auch die Träger*innen der gesetzlichen Renten- (SGB VI) und Unfallversicherung (SGB VII) sowie der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) sind vielfältig eingebunden. So auch im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz (§ 20e, SGB V), deren Hauptaufgabe die Fortschreibung der Nationalen Präventionsstrategie ist.

In ihrem ersten Bericht beschreibt die Nationale Präventionskonferenz (NPK) die kommunale Ebene als „wichtigsten Bezugsrahmen für die

einzelnen Lebenswelten“ (NPK 2019, S. 29) und legt hierbei den Schwerpunkt auf „quartiersbezogene kommunale Gesundheitsförderung“ (ebd., S. 105). Das Quartier manifestiert sich somit als Ort gesundheitsförderlicher Potentiale im kleinräumigen Bereich (vgl. Süß/Trojan 2020).

8. Kapazitätsentwicklung im Quartier (KEQ)

Auch wenn Kapazitätsentwicklung in Deutschland als Interventionsansatz zur Gesundheitsförderung in kommunalen Settings wie Stadtteilen und Quartieren im Vergleich zu anderen Konzepten bisher eher zurückhaltend genutzt wurden, findet sie zunehmend Einsatz (vgl. u. a. GKV Spitzenverband 2018, S. 15ff.; Trojan et al. 2013, S. 218ff.). Dies weist darauf hin, dass sie für die kommunale Gesundheitsförderung als Ziel- und Erfolgsgröße betrachtet wird. Es ergibt sich jedoch die Frage, wie Kapazitätsentwicklung gemessen und evaluiert werden kann.

Aufbauend auf internationalen Erkenntnissen wurde am Institut für Medizin-Soziologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf ein auf deutsche Verhältnisse angepasstes Erhebungsinstrument zur Messung von Strukturbildung (vgl. Nickel/Süß/Trojan 2013, S. 164) – der sogenannte KEQ-Fragebogen – entwickelt, erprobt und fortgeschrieben. Die Langfassung des Fragebogens besteht aus 51 Items, die anhand von Skalen zum Erfüllungsgrad vorgegebener Kriterien betrachtet werden, sowie 15 offenen Fragen zur Wahrnehmung der Situation im Quartier.

Folgende Dimensionen, die als zentral für Kompetenzentwicklung und Strukturbildung angesehen werden, können so beleuchtet werden:

- Bürgerbeteiligung (Ausmaß, Förderung, Eigeninitiative)
- Verantwortliche lokale Führung (Ausmaß, Kompetenzen)
- Vorhandene Ressourcen (materielle und soziale Ressourcen, Wissen und Informationen)
- Vernetzung und Kooperation (örtlich, überörtlich, Qualität)
- Gesundheitsversorgung (Ausmaß, Angebote etc.).

Um möglichst vollständige Informationen über das entsprechende Quartier zu erhalten, sollte eine ausreichende Anzahl der relevanten professionellen Akteur*innen befragt werden. Um diese identifizieren zu können, wurde eine Liste potentieller „Schlüsselpersonen“ (z. B. aus dem Bereich der Stadtteilentwicklung, aus Religionsgemeinschaften, Anbieter*innen von Gesundheitsdienstleistungen) entwickelt. Sozial engagierte und das Quartier gut kennende Bewohner*innen sollten die Liste der zu Befragenden ergänzen (vgl. Trojan/Nickel 2013, S. 219).

Erprobt wurde der Fragebogen 2006 in einem sozial benachteiligten Quartier in Hamburg – der sogenannten Lenzsiedlung (vgl. Trojan/Nickel 2008, S. 773).

Im Rahmen weiterer Projekterfahrungen wurde die Beteiligung der Bewohner*innen ausgebaut. Anstatt sie nur ergänzend zu den professionellen Akteur*innen zu befragen, wurde der KEQ-Fragebogen für ihre Bedarfe angepasst. So sollten sie stärker an der Evaluation beteiligt werden (vgl. Nickel/Süß/Trojan 2013, S. 164). Aktualisierungen und Anpassungen der Fragebögen erfolgen bei Bedarf bis heute.

Eine einmalige KEQ-Befragung eignet sich für eine Bestandsaufnahme im Quartier vorliegender Kapazitäten. Darauf aufbauend können Vorschläge für eine konkrete Verbesserung der Situation (z.B. durch neue Beratungs- und Unterstützungsangebote) erarbeitet und idealerweise auch umgesetzt werden.

Steht jedoch die (Bewertung von) Kapazitätsentwicklung im Fokus, ist eine einmalige Anwendung des Fragebogens nicht hilfreich. Um Entwicklungen darzustellen, müssen mindestens die Ergebnisse zweier Befragungen betrachtet werden. Dabei sollte die erste Befragung vor Planung und Umsetzung konkreter Maßnahmen durchgeführt werden (t 0). Die zweite Befragungsrunde sollte frühestens 1-2 Jahre nach Umsetzung der Maßnahmen und möglichst bei den gleichen Personen erfolgen (t 1). Die Wirkung umgesetzter Maßnahmen sowie die Veränderungen bezüglich der einzelnen Dimensionen im Quartier können so gut erfasst werden. Für die Auswertung werden Spinnendiagramme empfohlen, da die unterschiedlichen Befragungen so optisch gut dargestellt werden können (vgl. Trojan/Nickel 2013, S. 276)

Kapazitätsentwicklung im Quartier (KEQ) ist also ein Instrument zur *Messung von Strukturbildung* im Besonderen und der *Entwicklung von Kapazitäten* im Allgemeinen. Für den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene bietet der Ansatz zudem die Möglichkeit der Selbstbeurteilung. Alle notwendigen Materialien werden auf der Internetseite des Institutes für Medizin-Soziologie (https://www.uke.de/kliniken-institute/institute/medizinische-soziologie/forschung/ag_gesundheit.html) kostenlos zum Download zur Verfügung gestellt.

9. Fazit

Kapazitätsentwicklung als strukturbildendes und auf Beteiligung setzendes Handlungskonzept findet zunehmend Anwendung in der quartiersbezogenen Gesundheitsförderung. Während beispielsweise das ebenfalls in diesen Zusammenhängen angewendete Empowermentkonzept eher auf die politische Befähigung der Beteiligten zielt, richtet Kapazitätsentwicklung den Blick in erster Linie auf pragmatische Lernprozesse von Communities. Dies wird durch

gesellschaftspolitische Entwicklungen der letzten Jahre in Deutschland (z. B. PräVg) nicht nur unterstützt, sondern auch explizit gefördert.

Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit – BMG (o. J.). Fragen und Antworten zum Präventionsgesetz. www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praeventionsgesetz/fragen-und-antworten-zum-praeventionsgesetz.html (Abfrage: 27.05.2021).
- Europäische Kommission (2011). Toolkit for Capacity Development 2010. <https://doi.org/10.2783/59212> (Abfrage 27.05.2021).
- Fabian, C./Drilling, M./Niermann, O./Schnur, O. (Hrsg.) (2017). Quartier und Gesundheit. Heidelberg, Springer VS.
- GKV Spitzenverband (Hrsg.) (2018). Evidenzlage kommunaler Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung: Eine Literatur- und Datenbankrecherche (Rapid Review) – Ergebnisbericht. Berlin. Eigenverlag. Verfügbar unter www.gkv-buendnis.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Rapid-Review_Komm-Strategien_Quilling_2019.pdf (Abruf: 27.05.2021).
- Gossens, J. (2016). Empowerment – Wie können Pflegendе die Patienten in der Entwicklung von Gesundheitskompetenz unterstützen. In: R. E. Jurkowitsch, J. R./Schröder, G. (Hrsg.), *Edukation und Kommunikation im Gesundheitswesen*. facultas: Wien: S. 87-98.
- Nationale Präventionskonferenz – NPK (2019). Erster Präventionsbericht. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_npk/praeventionsbericht_1/NPK-Präventionsbericht_2019_WEB_barrierefrei.pdf (Abruf: 27.05.2021).
- Nickel, S./Süß, W./Trojan, A. (2013). Messung der Kapazitätsentwicklung als Ansatz für Quartiersbeteiligung. *Prävention und Gesundheitsförderung* 3.2013: 163-170. <https://doi.org/10.1007/s11553-013-0392-3> (Abruf: 27.05.2021).
- Nickel, S./Trojan, A. (2020). Capacity Building/Kapazitätsentwicklung. www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/capacity-building-kapazitaetsentwicklung/ (Abruf: 27.05.2021).
- Rappaport, J. (1985). Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des „empowerments“ anstelle präventiver Ansätze. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 2 (17), 257-278.
- Smith, B. J./Tang, K. C./Nutbeam, D. (2006). WHO health promotion glossary: new terms. *Health Promotion International*, 21 (4), 340-345. <https://doi.org/10.1093/heapro/dal033> (Abruf: 27.05.2021).
- Süß, W./Trojan, A. (2020). Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit. www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsbezogene-gemeinwesenarbeit/ (Abruf: 27.05.2021).
- Trojan, A./Nickel, S. (2008). Empowerment durch Kapazitätsentwicklung im Quartier – erste Ergebnisse und Einschätzung eines Erhebungsinstruments. *Gesundheitswesen* 2008; 70: 771-778.
- Trojan, A./Nickel, S. (2013). Konzept und Methode des Instruments zur Kapazitätsentwicklung. In Trojan, A./Süß, W./Lorentz, C./Nickel, S./Wolf, K. (Hrsg.), *Quartiersbezogene Gesundheitsförderung*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 218-227.
- Trojan, A./Süß, W./Lorentz, C./Nickel, S./Wolf, K. (2013). *Quartiersbezogene Gesundheitsförderung*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2014). *Aufbau von Netzwerken zum Gesundheitsschutz von pflegender Angehörigen*. Düsseldorf. Eigenverlag. Verfügbar unter: www.unfallkasse-nrw.de/fileadmin/server/download/praevention_in_nrw/praevention_nrw_54.pdf (Abruf: 27.05.2021).
- Weltgesundheitsorganisation – WHO (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (Abruf: 27.05.2021).
- Weltgesundheitsorganisation – WHO (1997a). *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. www.gesundheitsfoerderung-hochschulen.de/Inhalte/B_Basiswissen_GF/B9_Materialien/B9_Dokumente/Dokumente_international/1997jak_en_WHO.pdf (Abruf: 27.05.2021).

- Weltgesundheitsorganisation – WHO (1997b). Die Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert. www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_german.pdf (Abruf: 27.05.2021).
- Weltgesundheitsorganisation – WHO (1998). Health Promotion Glossary. www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1 (Abruf: 27.05.2021).
- Zegelin, A./Segmüller, T./Bohnet-Joschko, S. (2017). Quartiersnahe Unterstützung pflegender Angehöriger. Hannover. Schlütersche.
- Zens, M./Zarneh, Y. S./Dolle, J./De Bock, F. (2020). Digital Public Health – Hebel für Capacity Building in der kommunalen Gesundheitsförderung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 6.2020: 729-740. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03148-1> (Abruf: 27.05.2021).

Schule und Community Health

Christian Walter-Klose

Zusammenfassung

Aus Community-Health-Perspektive stehen Zusammenhänge zwischen Schule, Lernen und Gesundheit für spezifische Gruppen in besonderem Fokus. Am Beispiel von Schüler*innen mit chronischen Krankheiten und Beeinträchtigung werden zwei Ansätze vorgestellt, die sich einerseits mit der Anpassung der Lernumgebung an individuelle Bedarfe und personenbezogene Merkmale befassen und andererseits das Lernen einer heterogenen Schülerschaft fokussieren – ein Ansatz, der im schulischen Kontext mit dem Begriff Inklusion verbunden ist. Auf diese Weise kann Schule die gesundheitsbezogenen Bedarfe der Lernenden berücksichtigen, Stress und Diskriminierung reduzieren und den Aufbau von gesundheitsrelevanten Ressourcen und Kompetenzen unterstützen.

Abstract

From a community health perspective, there is a special focus on the connections between school, learning and health for specific groups. Based on the case of students with chronic illnesses and disabilities, two approaches are being presented which on the one side deal with the adaptation of learning environments to individual needs and personal characteristics and on the other side focus on creating learning environments for the variety of students – an approach that is connected with the term Inclusion. In this way, schools can take into account the health-related needs of learners, reduce stress and discrimination and support the development of health-related resources and skills.

Die Schule ist ein zentraler Bildungsort für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, mit dem Ziel, die Schüler*innen in ihrem Lernprozess zu unterstützen. Sie ermöglicht einerseits Lernen, Entwicklung und Begegnung und stellt andererseits einen Arbeitsplatz für Lehrkräfte und vielfältige Berufsgruppen z. B. aus den Bereichen Verwaltung, Pflege und Technik dar.

Die Community-Health-Perspektive richtet den Blick auf gesundheitsbezogene Herausforderungen, die im Rahmen des Zusammenlebens in einer diversen Gesellschaft bestehen. Mit Blick auf die Schule interessiert insbesondere, wie Individuen als Mitglieder einer vielfältigen Gesellschaft gesund lernen und

arbeiten können. Im vorliegenden Artikel wird dieser Ansatz dargestellt und mit Bezug zum Lernen von Schüler*innen mit chronischen Krankheiten und Beeinträchtigung¹ erläutert, so dass Handlungsmöglichkeiten sichtbar werden. Zu diesem Zweck wird ein Modell präsentiert, das sich auf Überlegungen zur schulischen Inklusion stützt und dieses um eine gesundheitsbezogene Dimension ergänzt.

1. Schule und ihre Aufgaben

Mit dem Begriff Schule wird in erster Linie ein zentraler „Lern- und Lebensraum für Kinder und Jugendliche [bezeichnet] [...], der über die eigentliche Schulzeit hinauswirkt, der maßgeblich über die weitere Biografie (mit-)entscheidet und somit Lebenswege präformiert“ (Harring/Rohlf/Gläser-Zikuda 2019, S. 11). Schule trägt dazu bei, dass sich Menschen im Bereich ihres Wissens, ihrer Kompetenzen aber auch in ihrer Persönlichkeit weiterentwickeln sowie soziale Beziehungen aufbauen und pflegen. Die Lernenden erwerben Grundlagen für ihr weiteres Leben. Schule hat in diesem Sinne eine Doppelfunktion: Mit ihr sollen einerseits gesellschaftliche Aufgaben erreicht werden. Andererseits soll sie zentrale Impulse für die Lern-, Sozial- und Persönlichkeitsentwicklung geben (Fend 2011).

Aus gesellschaftlicher Sicht ist Schule von essentieller Bedeutung. In einer Schule sind „Lehr-Prozesse institutionalisiert [...], die für den Fortbestand von Gesellschaft und Kultur eine grundlegende Bedeutung haben, durch unmittelbare Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben aber nicht tradiert werden können“ (Benner 2011, 7). Sie dient zur Bewahrung und Reproduktion vorhandenen Wissens und gleichzeitig als Ort des Wandels, in dem Grundlagen für zukünftige Veränderungen gelegt werden. Schratz (2019) fasst dies folgendermaßen zusammen: „Schule ist damit konfrontiert, dass sie heute über Strukturen von gestern junge Menschen zu mündigen Staatsbürgerinnen und -bürgern von morgen erziehen und bilden soll“ (ebd., S. 41).

In diesem Sinne unterliegt Schule staatlicher Regulation, die sich in Lerninhalten, Organisationsformen schulischer Bildung und in der Schulpflicht für Kinder und Jugendliche ausdrückt. Letztere führt dazu, dass sich in der Schule die gesellschaftliche Vielfalt abbildet, wie im Bereich der Grundschule

1 Die Auswahl des Analysefokus „chronische Krankheit und Beeinträchtigung“ für den vorliegenden Artikel erfolgt aus zwei Gründen: Sie ermöglicht neben dem Blick auf die schulische Teilhabe von Schüler*innen mit Krankheiten, Gesundheitsproblemen oder Beeinträchtigungen den Bezug zur Inklusionsentwicklung der letzten Jahre. Mitzudenken ist stets, dass sich Schüler*innen in vielen weiteren Merkmalen (z.B. Geschlecht, Religion, Migrationshintergrund) von ihren Mitschüler*innen unterscheiden und die Merkmale intersektional wirken.

besonders deutlich wird: Kinder, die unterschiedlich aussehen, unterschiedliche Kompetenzen, Wertevorstellungen, Erfahrungen und Haltungen haben und aus vielfältigen Familien und Nationen kommen, starten ihre Schullaufbahn gemeinsam, bevor Spezialisierungen in einem mehrgliedrigen Schulsystem stattfinden. Lediglich Kinder mit einer Beeinträchtigung und einem sonderpädagogischen Förderbedarf werden zum Teil bereits zu Beginn der Schullaufbahn in einer speziellen Förderschule unterrichtet.²

Die Beschäftigung mit der Individualisierung des Lernens in einer heterogenen Schulklasse findet in den letzten Jahren in besonderem Maße mit Blick auf Lernende mit sonderpädagogischem Förderbedarf statt, die im Jahr 2018 7,4% aller Schüler*innen ausmachten. Ein sonderpädagogischer Förderbedarf wird dabei bei Schüler*innen festgestellt, „die in ihren Bildungs-, Entwicklungs- und Lernmöglichkeiten so beeinträchtigt sind, daß sie im Unterricht der allgemeinen Schule ohne sonderpädagogische Unterstützung nicht hinreichend gefördert werden können“ (KMK 1994, 5). Insbesondere die UN-Behindertenrechtskonvention, die 2009 von der Bundesregierung ratifiziert wurde, stellt mit Bezug zum Leitprinzip der Inklusion ein Motor für die Veränderung des Schulsystems dar: Barrieren und Diskriminierung in Schulen sollen abgebaut und Zugänge zu Schulen geschaffen werden, die eine gleichwertige Bildung für Menschen mit sonderpädagogischem Förderbedarf ermöglichen – eine Perspektive, die im weiteren Verlauf vertieft wird.

2. Schule und Gesundheit

Auch wenn ein Schwerpunkt der Schule aus staatlicher Sicht auf Kompetenz- und Wissensvermittlung liegt, dürfen Aspekte der Entwicklung der Persönlichkeit und sozialer Kompetenzen nicht vernachlässigt werden. Die Schule ist eine der wichtigsten Lebensbereiche für Kinder und Jugendliche, in dem sie viel Zeit verbringen – und in optimaler Weise – mit Freude und Zufriedenheit lernen. Sie kann zu Wohlbefinden und Gesundheit beitragen und gesundheitsrelevante Kompetenzen und Ressourcen vermitteln (Hascher/Morinaj/Waber 2018). So können beispielsweise personale und soziale Schutzfaktoren aufgebaut und Selbstwirksamkeit erlebt werden, die nach Antonovsky (1979) aus salutogenetischer Perspektive für Gesundheit wichtig sind. Ergänzend zu der Gestaltung salutogenetischer Lernsituationen lassen sich auch Ansätze der Gestaltung einer gesunden Schule benennen, die baulich-räumliche Strukturen

2 Dies trifft auch für Kinder und Jugendliche mit Migrationserfahrung zu. Sie sind an Förderschulen deutlich überrepräsentiert. Laut Powell und Wagner (2014) trägt das deutsche Bildungssystem in diesem Sinne zu ethnisch-kultureller Ungleichheit bei.

oder die Informations- und Kompetenzvermittlung im Zusammenhang mit Ernährung, Bewegung, Drogenkonsum oder Konflikten betreffen (z.B. Wicki/Bürgisser 2008; Paulus 2010).

In der Praxis lässt sich allerdings bemängeln, dass die gesundheitsbezogene Bedeutung schulorganisatorischer Strukturen und Prozesse häufig nur unzureichend wahr- und ernstgenommen genommen wird und Lernende von hindernden Emotionen (z.B. Angst in der Schule), Stress und Überforderung, Diskriminierung, Mobbing oder Bullying berichten. Auch beim Vorliegen länger andauernder chronischer Krankheiten zeigt sich Schule häufig überfordert, insbesondere, wenn umfassendere Auswirkungen auf das Lernen vorliegen und spezielle Anpassungen notwendig werden (Hedderich/Tscheke 2017; Walter-Klose 2012). Mit Blick auf die Gesundheit der Lehrenden deuten vielfältige Be- und Überlastungen aufgrund großer Schüler*innenzahlen, hohem Zeitdruck, Rollenunklarheit, fehlender Lehr- oder Lernmittel, Überforderungen durch Curriculum und schulpolitische Reformen (Weiß/Kiel 2013; Hedderich 2018) auf einen gesundheitsbezogenen Handlungsbedarf hin.

3. Gesundes Lernen in der Schule aus Community-Health-Perspektive

Ergänzend zu der allgemeinen Betrachtung von Zusammenhängen zwischen Krankheit, Gesundheit und Schule rückt die Community-Health-Perspektive das Thema Diversität und Vielfalt in den Blick. Sie befasst sich mit der Gestaltung präventiver, gesundheitsförderlicher und gesundheitserhaltender Bedingungen für Menschen in ihrer Vielfalt und Diversität und bezieht Menschen mit Gesundheitsproblemen und Krankheiten explizit in ihre Betrachtung ein. Gesundheitsbezogenes Vorgehen im Kontext Community Health erfordert in diesem Sinne zwei Perspektiven:

1. Eine Fokussierung auf die Lebenssituation sowie die Bedarfe, Kompetenzen und Ressourcen eines Individuums vor dem Hintergrund seiner sozialen Einbettung und Zugehörigkeit zu vielfältigen Gruppen (Fokus Individuum).
2. Eine Fokussierung auf die Ermöglichung von gleichwertiger Teilhabe aller Individuen in ihrer Vielfalt sowie auf Möglichkeiten der Reduktion von pathogenen Barrieren sowie Ausgrenzungs- und Diskriminierungstendenzen (Fokus Vielfalt).

Im schulischen Kontext sind beide Strategien mit dem Begriff der Inklusion verbunden. Inklusion wird dabei in Bezug zur UN-Behindertenrechtskonvention verstanden als *ein menschenrechtlich begründeter Prozess der Anpassung und*

Ausrichtung eines Angebots, einer Institution oder eines Lebensbereiches im Hinblick auf ein visionäres Ziel, nach dem alle Menschen in ihrer Unterschiedlichkeit jederzeit vollkommen gleichberechtigt und gleichwertig behandelt werden, so dass sie ihr Leben weitestgehend selbstbestimmt in der Gesellschaft leben können. Die Umsetzung von Inklusion erfordert eine individualisierende Betrachtung von Lern- und Unterstützungsbedürfnissen, um Chancengleichheit und gleichwertiges Lernen zu ermöglichen sowie Methoden, die die Vielfalt der Bedarfe einer heterogenen Schüler*innenschaft in einer respektvollen, diskriminierungs- und barrierefreien Lernumgebung weitestgehend erfüllen.

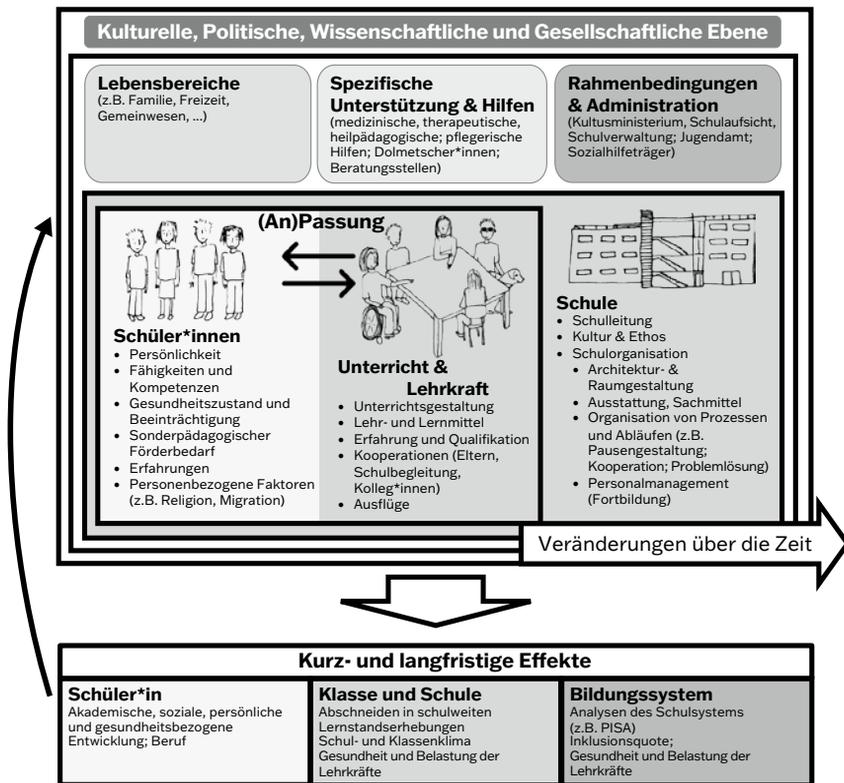
3.1 Inklusion und die Gestaltung gleichwertiger Angebote für alle

Die vermehrte Beschäftigung mit Inklusion und das damit verbundene Bemühen um die Ermöglichung gemeinsamer Lernsituationen einer heterogenen Schüler*innenschaft in den letzten Jahren wird u. a. in der Statistik der Kultusministerkonferenz zur sonderpädagogischen Förderung (KMK 2020) deutlich. Für das Jahr 2018 zeigt sich, dass 42,3 % aller Schüler*innen mit sonderpädagogischem Förderbedarf in allgemeinen Schulen unterrichtet wurden und 57,7 % eine Förderschule besuchten. Im Vergleich zum Jahr 2008 hat sich die Inklusionsquote damit von 18,4 % auf 42,3 % mehr als verdoppelt, wobei insbesondere Schüler*innen mit einem umfassenderen Unterstützungsbedarf in Förderschulen unterrichtet werden (Singer/Walter-Klose/Lelgemann 2016).

Im Folgenden soll ein Modell vorgestellt werden, welches erlaubt, das Zusammenspiel von Anpassungserfordernissen auf individueller Ebene und Gestaltungsmöglichkeiten der Schule sowie ihrer Organisation im Kontext Inklusion detailliert zu beschreiben und zu untersuchen. Es stellt die individuelle Situation der Schüler*innen den strukturellen und prozessualen Bedingungen von Unterricht und Schule gegenüber. Wenn auch es zunächst besonders auf Schüler*innen mit Beeinträchtigung ausgerichtet ist, ist eine Übertragung auf andere Diversitäts- und Differenzkategorien möglich.

Das Modell ist in Abbildung 1 dargestellt und basiert auf dem ökosystemischen Modell zur menschlichen Entwicklung von Bronfenbrenner sowie Modellen zur Qualität schulischer Bildung und empirischen Befunden zur schulischen Inklusion (Walter-Klose 2012).

Abb 1: Modell zur Qualität inklusiver Bildungsangebote (Walter-Klose 2021)



Schüler*innen mit unterschiedlichen Diversitätsmerkmalen (z. B. mit und ohne sonderpädagogischem Förderbedarf), Erfahrungen und Kompetenzen besuchen einen Bildungsort, in dem durch eine bzw. mehrere Lehrkräfte Unterricht angeboten wird, der kurz- und langfristige Entwicklungen im akademischen, sozialen, persönlichen und gesundheitsbezogenen Bereich ermöglicht und zu einem kompetenzentsprechenden Abschluss führen soll.

Der Unterricht wird von einer Lehrkraft gestaltet, die die Entwicklung jedes Individuums und die Gestaltung der Lernsituation für die heterogene Schüler*innenschaft im Blick hat. Zu diesem Zweck nutzt sie Methoden aus der allgemeinen, spezifischen und inklusionsorientierten Didaktik. Häufig kommen Formen des offenen Unterrichts sowie des selbstorganisierten Lernens zum Einsatz, bei dem sich Lehrkräfte als Lernbegleitung definieren und ein lernziel-differenzierter, individualisierter Unterricht angeboten wird (z. B. Sturm 2016). Dieser Unterricht berücksichtigt die Lernerfordernisse und Kompetenzen der Vielfalt der Schüler*innen und sorgt – in optimaler Weise – für eine respektvolle

und diversitätsgerechte Lernatmosphäre. Häufig ist neben einer Sensibilität für die besonderen Kompetenzen, Erfahrungen und Unterstützungsbedarfe der Lernenden, eine offene und wertschätzende Haltung sowie der Einbezug von Sonderpädagog*innen und spezialisierten Diensten und Methoden notwendig, z. B. wenn ein*e Schüler*in mit Beeinträchtigungen des Sprechens mit Hilfe eines Sprachcomputers kommunizieren lernt.

Im Sinne der ökosystemischen Betrachtung beeinflussen Merkmale der Schulorganisation den Unterricht. Räume in denen Angebote stattfinden können, die Zugang und gemeinsames Lernen begünstigen oder als Barriere einem gleichberechtigten Lernen entgegenstehen, haben Einfluss auf das Unterrichtsgeschehen. Auch spielen die Schulausstattung, vorhandene sächliche und organisatorische Strukturen und Prozesse eine wesentliche Rolle. Weitere relevante Organisationsebenen betreffen das Personal sowie die Schulkultur, die in optimaler Weise Individualisierung und Differenzierung sowie eine Wertschätzung der Vielfalt der Individuen unterstützt.

Die Möglichkeit, eine passende Lernumgebung für die Vielfalt der Lernenden herzustellen, beeinflusst die Ergebnisse schulischer Bildung im Bereich der leistungsbezogenen, persönlichen, sozialen und auch gesundheitsbezogenen Entwicklung. Auch werden das Klassenklima, die Zufriedenheit der Lehrkräfte sowie der Ruf der Schule und die Qualität des Bildungssystems als Ganzes durch die Gestaltung passender Lehr-Lern-Situationen in der Schule beeinflusst.

Mit Hilfe dieses Modells können beispielsweise Anpassungsanforderungen aus Sicht von Schüler*innen benannt und in ihren Effekten eingeordnet werden. Eine Grundüberlegung ist dabei, dass eine (subjektiv und objektiv) gute Passung von Schule zum Bedarf der*des Lernenden zu einer positiven Entwicklung der betreffenden Person führt, die sich in guten Noten, subjektiver Zufriedenheit mit Schule, sozialer Eingebundenheit und Gesundheit zeigt. Gelingt es ihr nicht, eine zielgruppenspezifische Passung herzustellen, kommt es zu Passungsproblemen, die zu Belastungen und Barrieren führen. Lelgemann und Kollegen (2012) konnten beispielsweise zeigen, dass Schüler*innen mit körperlichen Beeinträchtigungen einen inklusionsorientierten Unterricht verlassen, wenn die Entwicklung von Schulleistungen hinter den Erwartungen zurückbleibt und durch den Schulbesuch Probleme der sozialen Teilhabe und der Gesundheit entstehen. Auch ist häufig ein Zurückgreifen auf Unterstützung durch Eltern notwendig (vgl. Haupt/Wieczorek 2012) sowie die Einbeziehung externer Hilfen und Kooperationspartner*innen (z. B. Sonderpädagog*innen, Schul- und Inklusionsassistenzen, Gebärdendolmetschende, Therapeut*innen oder andere Akteure aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung), um einen gleichwertigen Unterricht für alle Schüler*innen im Sinne von Inklusion zu ermöglichen und gesundheitsgefährdende Belastungen für alle Akteur*innen im Kontext Schule zu vermeiden (für einen Überblick vgl. Walter-Klose 2012).

3.2 Soziale Teilhabe von Schüler*innen und ihre gesundheitsbezogene Wirkung

Inklusion erfordert die besonderen Bedarfe aller Individuen im Blick zu behalten und gleichzeitig ein soziales Miteinander und Klassenklima zu gestalten, das gleichwertige soziale Teilhabe fördert, negative (und gesundheitsschädigende) Einflüsse von Ausgrenzung und Diskriminierung verhindert und soziale Gesundheitsressourcen (z. B. soziale Unterstützung) ermöglicht (vgl. Rathmann/Hurrelmann 2018).

Die Notwendigkeit dieser Perspektive wird in empirischen Arbeiten deutlich, die die soziale Teilhabe von Menschen in den Blick nimmt, die z. B. aufgrund von Krankheiten oder ihres Aussehens nicht der Norm entsprechen. Pinquart (2017) konnte beispielsweise in seiner Metaanalyse zeigen, dass Schüler*innen mit chronischen körperlichen Erkrankungen, körperlichen Beeinträchtigungen und/oder wahrnehmungsbezogenen Beeinträchtigungen mit höherer Wahrscheinlichkeit Opfer von Bullying, Cyberbullying oder anderen Formen von bewusst diskriminierendem Verhalten sind. Schüler*innen mit Erkrankungen im Gesichtsbereich, mit Epilepsie, chronischen Kopfschmerzen, Sehschädigungen oder Übergewicht waren besonders von Diskriminierung betroffen.

Die gesundheitsbezogene Bedeutung von Ausgrenzungen und Diskriminierung ist vielfältig beschrieben und kann in schädigenden Prozessen von Ausgrenzungen, Stressverursachung und dem Ausbleiben salutogenetischer Effekte, sozialer Unterstützung und Teilhabe gesehen werden. Smokowski, Evans und Cotter (2014) fanden in diesem Sinne, dass Schüler*innen, die gegenwärtig, dauerhaft oder in der Vergangenheit Erfahrungen von Bullying gemacht haben, eine schlechtere psychische Gesundheit benannten und mehr Ängste, Depressionen sowie Aggressionen erlebten als ihre Mitschüler*innen ohne diese Erfahrungen.

Gasteiger-Klicpera und Klicpera (2008, S. 150f.) betonen in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit des Einsatzes spezifischer Methoden und die Reflexion von Barrieren und Förderfaktoren in der schulischen Lernumwelt. Sie stellen heraus, dass Lehrende nicht automatisch davon ausgehen können, „dass schon allein durch einen gemeinsamen Unterricht in einer Schulklasse die sozialen Beziehungen zwischen den Schülern soweit gefördert werden, dass Freundschaften entstehen und längerfristige Kontakte zwischen Kindern mit und ohne Behinderung bestehen bleiben. Wenn ein gemeinsamer Unterricht von behinderten und nicht behinderten Kindern zu einer Stärkung von Freundschaften und zu einer tatsächlichen Gemeinschaft führen soll, so sind dafür vielfältige Bemühungen notwendig“, die – so lässt sich ergänzen – die Schüler*innen, ihre Eltern sowie die gesamte Schule in den Blick nehmen müssen.

Mit der Herstellung angemessener Lernsituationen, in denen zusätzlich das Potenzial des sozialen Lernens genutzt wird, befasst sich die inklusionsorientierte

Pädagogik. Hier werden auf Basis pädagogischer und sozialpsychologischer Überlegungen Maßnahmen entwickelt, die den Unterricht, die Schulgestaltung und die Selbstreflexion der Lehrkräfte betreffen. Mit Bezug zu den Prinzipien der Gleichheit, Freiheit und Solidarität sowie der Auseinandersetzung mit interkulturellen, feministischen und integrationsorientierten Ansätzen entwickelt beispielsweise Prengel (2019) eine Pädagogik der Vielfalt, die als Grundlegung für pädagogische Begegnung in heterogenen Klassen dient. Auch Wocken (2012, S. 116 ff.) betont mit seinem didaktischen Ansatz die Passung der Lernbedürfnisse der Kinder und des Lernangebots in den Schulen. Er stellt heraus, dass alle Schüler*innen sich allgemeine Bildung mit aktiver pädagogischer Unterstützung aneignen können, wenn, neben einer Ausrichtung des Unterrichts an den Kompetenzen der Individuen, gemeinsame und differentielle Lernsituationen geschaffen werden, in denen die Schüler*innen „miteinander, füreinander und voneinander“ (ebd., S. 124) lernen können. Wie auch bei Prengel sind damit die Wertschätzung der Vielfalt und der Abbau diskriminierender Praxen verbunden, die auch in ihrer gesundheitsbezogenen Bedeutung hohe Praxisrelevanz haben (z. B. Walter-Klose 2021).

4. Abschließende Betrachtung

Schule hat den Auftrag ein gleichwertiges Angebot für alle Mitglieder der Gesellschaft anzubieten und – auch aus gesundheitsbezogener Betrachtung – die Lernenden in ihrer leistungsbezogenen, sozialen, persönlichen und gesundheitlichen Entwicklung positiv zu unterstützen. Dies gilt für alle Schüler*innen in ihrer Unterschiedlichkeit.

Die Community-Health-Perspektive richtet den Blick auf die Gesundheit der Menschen in ihrer Vielfalt und betrachtet insbesondere Personengruppen, die von Ausgrenzung und Diskriminierung betroffen oder bedroht sind. Mit Blick auf Schüler*innen mit sonderpädagogischem Förderbedarf wurde hier ein Ansatz präsentiert, der Adaptionsprozesse mit Blick auf das Individuum und das Leben in einer vielfältigen Gemeinschaft fokussiert, so dass spezifische Bedürfnisse berücksichtigt und gleichzeitig das Lernen in heterogenen Gesellschaft verbessert werden können. Analog zur Analysekategorie „chronische Krankheit und Beeinträchtigung“ können mit Hilfe des skizzierten Modells individuelle Anpassungserfordernisse auch für andere Analysekategorien wie z. B. Migration erkannt, besondere Bedarfe, Methoden und Unterstützungssysteme (z. B. bilinguale Angebote, interkulturelle Pädagogik, z. B. Döll 2018; Methoden der interkulturellen Öffnung, z. B. Panesar 2020) einbezogen und Inklusion ermöglicht werden.

Literatur

- Antonovsky, A. (1987): Health, Stress and Coping. London: Jossey-Bass.
- Benner, D. (2011): Schule und Bildung – Widerspruch oder Entsprechung? In: Hellekamps, S./Plöger, W./Wittenbruch, W. (Hrsg.): Schule. Handbuch der Erziehungswissenschaft 3. Stuttgart: UTB, S. 7-28.
- Döll, M. (2018): Migration und Bildung. In: Böhm, J./Döll, M. (Hrsg.): Bildungswissenschaften für Lehramtsstudierende: Eine Einführung in ihre Disziplinen. Stuttgart: UTB, S. 139-162.
- Fend, H. (2011): Die sozialen und individuellen Funktionen von Bildungssystemen: Enkulturation, Qualifikation, Allokation und Integration. In: Hellekamps, S./Plöger, W./Wittenbruch, W. (Hrsg.): Schule. Handbuch der Erziehungswissenschaft 3. Stuttgart: UTB, S. 41-54.
- Gasteiger-Klicpera, B./Klicpera, C. (2008): Förderung der sozialen Inklusion. In: Eberwein, H./Mand, J. (Hrsg.): Integration konkret. Begründung, didaktische Konzepte, inklusive Praxis Bad Heilbrunn: Klinkhardt, S. 137-153.
- Harring, M./Rohlf, C./Gläser-Zikuda, M. (2019): Bildung im schulischen Kontext – eine Einführung in die Thematik. In: Harring, M./Rohlf, C./Gläser-Zikuda, M. (Hrsg.): Handbuch Schulpädagogik. Münster: Waxmann, S. 11-17.
- Hascher, T./Morinaj, J./Waber, J. (2018): Schulisches Wohlbefinden: Eine Einführung in Konzept und Forschungsstand. In: Rathmann, K./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Leistung und Wohlbefinden in der Schule: Herausforderung Inklusion. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 66-82.
- Haupt, U./Wieczorek (2012): Schülerinnen und Schüler mit cerebralen Bewegungsstörungen – Eltern berichten über Erfahrungen mit der Schule ihrer Kinder. Düsseldorf: bvk.
- Hedderich, I. (2018): Burnout und Gesundheit von Lehrkräften in inklusiven Schulsettings. In: Rathmann, K./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Leistung und Wohlbefinden in der Schule: Herausforderung Inklusion. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 352-365.
- Hedderich, I./Tscheke, J. (2013): Auswirkungen chronischer körperlicher Erkrankungen auf Schule und Unterricht. In: Pinquart, M. (Hrsg.), Wenn Kinder und Jugendliche körperlich chronisch krank sind. Berlin: Springer, S. 119-133.
- Konferenz der Kultusminister KMK – Statistik (2020): Dokumentation 223: Sonderpädagogische Förderung in Schulen 2009-2018. Berlin: Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland.
- Konferenz der Kultusminister KMK (1994): Empfehlungen der Kultusministerkonferenz zur sonderpädagogischen Förderung in den Schulen der Bundesrepublik Deutschland. Beschluß der Kultusministerkonferenz vom 06.05.1004. Zeitschrift für Heilpädagogik, 45, S. 484-494.
- Lelgemann, R./Singer, P./Lübbecke, J./Walter-Klose, C. (2012): Qualitätsbedingungen schulischer Inklusion für Kinder und Jugendliche mit dem Förderschwerpunkt Körperliche und Motorische Entwicklung. Zeitschrift für Heilpädagogik, 63 (11), S. 465-473.
- Parnesar, R. (2020). Institutionen als Inklusionsförderer: Abbau von Bildungsbarrieren und Interkulturelle Öffnung von Schulen. In: Genkova, P./Riecken, A. (Hrsg.): Handbuch Migration und Erfolg. Heidelberg: Springer, 331-347.
- Paulus, P. (2010): Bildungsförderung durch Gesundheit: Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule: Weinheim und München: Juventa.
- Pinquart, M. (2017): Systematic Review: Bullying Involvement of Children With and Without Chronic Physical Illness and/or Physical/Sensory Disability-a Meta-Analytic Comparison With Healthy/Nondisabled Peers. Journal of Pediatric Psychology, 42 (3), S. 245-259.
- Powell, J.J./Wagner, S. J. (2014): An der Schnittstelle Ethnie und Behinderung benachteiligt. Jugendliche mit Migrationshintergrund an deutschen Sonderschulen weiterhin überrepräsentiert. In: Wansing, G./Westphal, M. (Hrsg.): Migration und Behinderung. Inklusion, Diversität, Intersektionalität. Wiesbaden: Springer, S. 177-199.
- Prenzel, A. (2019): Pädagogik der Vielfalt. Verschiedenheit und Gleichberechtigung in Interkultureller, Feministischer und Integrativer Pädagogik. Wiesbaden: Springer.
- Rathmann, K./Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2018): Leistung und Wohlbefinden in der Schule: Herausforderung Inklusion. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Schratz, M. (2019): Schule im 21. Jahrhundert. In: Harring, M./Rohlf, C./Gläser-Zikuda, M. (Hrsg.): Handbuch Schulpädagogik. Münster: Waxmann, S. 41-53.

- Singer, P./Walter-Klose, C./Lelgemann, R. (2016): Befragung zur Umsetzung der schulischen Inklusion in Bayern. In: Heimlich, U./Kahlert, J./Lelgemann, R./Fischer, E. (Hrsg.): *Inklusives Schulsystem. Analysen, Befunde, Empfehlungen zum bayrischen Weg*. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, S. 13-36.
- Smokowski, P./Evans, C./Cotter, K. (2014): The Differential Impacts of Episodic, Chronic, and Cumulative Physical Bullying and Cyberbullying: The Effects of Victimization on the School Experiences, Social Support, and Mental Health of Rural Adolescents. *Violence and Victims*, 29 (6), S. 1029-1046.
- Sturm, T. (2016): *Lehrbuch Heterogenität in der Schule*. München: Ernst Reinhardt Verlag; UTB.
- Walter-Klose, C. (2012): *Kinder und Jugendliche mit Körperbehinderung im gemeinsamen Unterricht. Befunde aus nationaler und internationaler Bildungsforschung und ihre Bedeutung für Inklusion und Schulentwicklung*. Oberhausen: ATHENA-Verlag.
- Walter-Klose, C. (2021): *Erfolgreiches Miteinander an inklusiven Schulen. Tipps und Strategien für gemeinsames Lernen*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Weiß, S./Kiel, E. (2013): *Lehrergesundheit – Belastung, Ressourcen und Prävention*. In Marchwaka, M. (Hrsg.): *Gesundheitsförderung im Setting Schule*. Wiesbaden: Springer, S. 347-364.
- Wicki, W./Bürgisser, T. (2008): *Praxishandbuch Gesunde Schule: Gesundheitsförderung verstehen, planen und umsetzen*. Bern: Haupt.
- Wocken, H. (2012): *Das Haus der inklusiven Schule*. Hamburg: Feldhaus.

Arbeit aus der Sicht von Community Health

Gudrun Faller

Zusammenfassung

Neben den inzwischen gut erforschten, unmittelbaren physischen und psychischen Einflussfaktoren, die aus der Arbeitsaufgabe, den Arbeitsmitteln und -gegenständen, der Arbeitsumgebung und der Arbeitsorganisation resultieren, gibt es – so die These dieses Beitrags – systematische Einwirkungen, die je nach Zugehörigkeit zu bestimmten gesellschaftlichen Gruppen die unmittelbaren arbeitsbedingten Belastungen prägen und darüber hinaus eine eigenständige Wirkung für die Gesundheit der Betroffenen entfalten.

Anhand der Dimensionen Migration, Gender und Behinderung wird vorliegend deutlich gemacht, dass die Art und Weise der heutigen gesellschaftlichen Konstitution von Arbeit zu diesen strukturell verankerten Ungleichheitsmustern beiträgt. Im Kontrast dazu besteht der Anspruch eines arbeitsweltbezogenen Community-Health-Ansatzes darin, dazu beizutragen, dass eine, den spezifischen Anforderungen vielfältiger Gruppen dienende Vielfalt an Verwirklichungsoptionen im Bereich der Arbeit möglich wird, ohne dass diese systematisch an bestimmte Zugangsbarrieren bzw. Risiken gebunden sind.

Abstract

In addition to the now well-researched, direct physical and psychological influencing factors resulting from the work task, the work equipment and objects, the work environment and the organization of work, there are – according to the thesis of this paper – systematic influences which, depending on membership of certain social groups, shape the direct work-related stress-factors and, in addition, have an independent effect on the health of those affected.

Using the dimensions of migration, gender, and disability, it is made clear in the present case that the way work is socially constituted today contributes to these structurally embedded patterns of inequality. In contrast, the aim of a community health approach to the world of work is to contribute to a diversity of options for realization in the field of work that serves the specific requirements of diverse groups, without these options being systematically linked to certain access barriers or risks.

1. Einleitung

Der vorliegende Beitrag stellt den Community-Health-Ansatz in den Kontext der Arbeitswelt und beschäftigt sich mit der Frage, welche Zusammenhänge zwischen der heutigen (westeuropäischen) Konstitution von Arbeit einerseits und den Gesundheitschancen spezifischer gesellschaftlicher Gruppen andererseits bestehen. Dazu wird im Anschluss an eine kurze Diskussion des Arbeitsbegriffs der Forschungsstand zu den so genannten atypischen Arbeitsverhältnissen sowie deren Risiken dargestellt. Anhand der Beispiele ‚Menschen unterschiedlicher Herkunft‘, ‚Menschen mit Behinderung‘ und ‚Menschen verschiedenen Geschlechts‘ wird aufgezeigt, dass je nach Zugehörigkeit zu einer dieser Gruppen, systematische Unterschiede beim Zugang zu bestimmten Arbeitsformen einschließlich ihrer sozialen und gesundheitlichen Risiken bestehen. Eine abschließende Passage stellt Überlegungen dazu an, welche Ansprüche aus Community-Health-Sicht an eine diversitätsfreundlichere und gerechtere gesellschaftliche Konstitution von Arbeit zu stellen wären.

2. Arbeit aus der Sicht von Community Health

Einer Erwerbstätigkeit nachzugehen gilt in unserer Gesellschaft als wichtig und gesundheitsrelevant. Dies bestätigt nicht nur die Tatsache, dass arbeitslose Menschen signifikant höhere Krankenstände aufweisen als Erwerbstätige (z.B. Knieps/Pfaff 2020, 100ff.), auch Ergebnisse von Umfragen, in denen die Mehrzahl der Befragten der Aussage „meine Arbeit hält mich gesund“ zustimmt, verweisen auf entsprechende Zusammenhänge (Badura et al. 2018; Brodersen/Lück 2017, 28).

Gleichzeitig gilt, dass Arbeit, je nachdem, wie sie gestaltet ist, Gesundheit auch maßgeblich schädigen kann. Zu den relevanten Einflussfaktoren zählen nicht nur arbeitsbedingte körperliche Einwirkungen wie ‚schweres Heben und Tragen‘ oder ‚Umgang mit Gefahrstoffen‘; zunehmend setzt sich die Erkenntnis durch, dass psychosoziale Belastungen aus der Arbeit erheblich zu Gesundheitsbeeinträchtigungen beitragen können (Rothe et al. 2017). Diese physio-psychosozialen Arbeitsbelastungen und ihre gesundheitlichen Wirkungen stehen nicht isoliert, sondern sind eingebettet in gesellschaftliche Konstellationen, die sich u. a. über Sozialstatus, Einkommen, soziale Integration oder soziale Sicherheit vermitteln. Letztere sind Ausdruck der gesellschaftlichen Konstitution von Arbeit.

Als Normalarbeitsverhältnis gilt hierzulande ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis, das in Vollzeit oder in Teilzeit ab 21 Wochenstunden und unbefristet ausgeübt wird. Ein*e Normalarbeitnehmer*in arbeitet direkt in dem Unternehmen, mit dem sie oder er einen Arbeitsvertrag hat. Arbeitnehmer*innen mit Normalarbeitsverhältnis sind voll in die sozialen Sicherungssysteme integriert. Das heißt, sie erwerben über die von ihrem Arbeitseinkommen abgeführten Beiträge

Ansprüche auf Leistungen (Statistisches Bundesamt 2020a). Meist genießen sie zudem die Sicherheit tarifvertraglicher Regelungen, einer Betriebsverfassung, einer Arbeitszeitregulierung sowie eines Kündigungsschutzes (Kendriza 2010).

Historisch ist ein solches Format von Erwerbstätigkeit verhältnismäßig jung. Die mit der beschriebenen Normvorstellung verbundene Verengung des vorher viel breiter angelegten Verständnisses von ‚Arbeit‘ auf ‚Erwerbsarbeit‘ bildete sich erst im Zuge der Industrialisierung des 19. und 20. Jahrhunderts heraus. Seit den 1880er Jahren dient die Erwerbsarbeit als Basis für die Errichtung des Sozialstaates. Adressaten der staatlichen Sozialversicherung waren und sind die Arbeitnehmenden – nicht die Armen (Kocka 2001). Die problematischen Folgen dieser, auf bestimmte Formen abhängiger Erwerbsarbeit begrenzten, Absicherung sozialer Risiken machen sich heute zunehmend bemerkbar, wenn sich Arbeit im Zuge von Flexibilisierung, Digitalisierung und Subjektivierung diversifiziert und Grenzen zwischen Privatleben und Erwerbsarbeit verschwimmen.

In diesem Kontext kommen bisher vernachlässigte Formen von Arbeit jenseits der Erwerbstätigkeit, beispielsweise in Haushalt, Kindererziehung, Angehörigenpflege und -betreuung als gleichermaßen zentrale Kerne menschlicher Existenz verstärkt in den Blick. In vielen Gesellschaften wurden und werden diese, meist unbezahlten, Tätigkeiten Frauen zugewiesen. Von wenigen Ausnahmen (z. B. Resch 1997, 1999) abgesehen, hat die Arbeitswissenschaft diese Themen lange Zeit ignoriert, und erst langsam finden sie Eingang in das Interesse der Forschung (vgl. Bröcheler 2019; Faller 2018; Faller/Geiger 2021).

Ein weiterer Kritikpunkt an der Konzentration auf das so genannte Normalarbeitsverhältnis ergibt sich aus einer globalen Perspektive, denn dieses Konstrukt spiegelt vor allem die Verhältnisse in Westeuropa und den USA wider und ist den meisten anderen Teilen der Welt eher die Ausnahme als die Regel (Eckert 2017).

Vor dem Hintergrund einer arbeitsweltbezogenen Ausrichtung von Community Health stellt der folgenden Textabschnitt dar, welche Formen der Arbeitsgestaltung sich parallel zum so genannten „Normalarbeitsverhältnis“ etabliert haben und inwieweit diese soziale und gesundheitliche Risiken bergen, um in einem weiteren Abschnitt auf die Frage einzugehen, ob sich zwischen atypischen Arbeitsformen und ihrer Zuordnung zu bestimmten gesellschaftlichen Gruppen systematische Verzerrungen bestehen.

3. Atypische Arbeitsverhältnisse und Gesundheit

Begriffsbestimmung

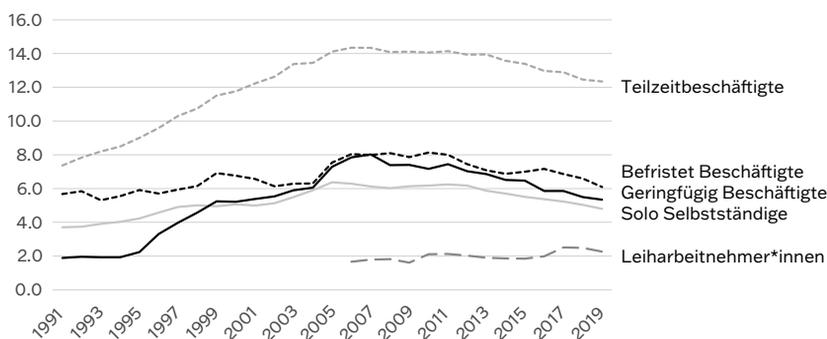
In offiziellen Statistiken werden Teilzeitbeschäftigungen mit 20 oder weniger Arbeitsstunden pro Woche, geringfügige und befristete Beschäftigungen sowie Leiharbeitsverhältnisse zu den atypischen Beschäftigungsverhältnissen gezählt (BT 2018b, S. 1).

Andere Quellen subsumieren auch Freiberufler, Werkvertragsbeschäftigte oder Solo-Selbstständige unter diesen Begriff (z.B. Hecker/Galais/Moser 2006; Bäcker/Schmitz 2017). Der Hauptunterschied zwischen atypischen und Normalarbeitsverhältnissen wird darin gesehen, dass erstere den eigenen und ggf. den Lebensunterhalt von Angehörigen nicht sicher gewährleisten können. Mit dem Argument, dass sie zusätzlich mindestens einer atypischen Beschäftigungsform nachgehen (müssen), rechnet Hünefeld (2016) ferner die Mehrfachbeschäftigten bzw. die so genannten Multijobber*innen den atypischen Beschäftigungsverhältnissen zu.

Entwicklung der atypischen Beschäftigungsformen

Abbildung 1 zeigt die prozentuale Entwicklung atypischer Arbeitsverhältnisse in der BRD. So kam es etwa ab den 1990er Jahren zu einem deutlichen Anstieg der Anteile atypischer Arbeitsverhältnisse, der bis gegen Ende der ersten Dekade des dritten Millenniums anhielt. Seitdem gehen die Prozentzahlen wieder moderat zurück. Die Ursachen für die Zunahme der atypischen Arbeitsverhältnisse ab 1990 lassen sich bis in die 1980er Jahre datieren, als eine erste Phase der Deregulierung unter der schwarz-gelben Regierungskoalition zu einer Flexibilisierung von Arbeitsbeziehungen in Verbindung mit einer Reduktion sozialer Sicherungsleistungen führte (Oschmianski/Kühl/Obermaier 2014). Vor dem Hintergrund hoher Arbeitslosenzahlen und steigender Sozialausgaben kam es mit den „Hartz-Gesetzen“ in der zweiten rot-grünen Legislaturperiode unter Bundeskanzler Gerhard Schröder zur Fortsetzung der Deregulierungspolitik. Erklärtes Ziel war der Ausbau des Niedriglohnssektors durch atypische Beschäftigungsverhältnisse. Insbesondere die Deregulierung der Leiharbeit, beispielweise durch die Abschaffung der Begrenzung der Höchstdauer und den Wegfall des Synchronisationsverbots (Verbot der Identität der Beschäftigungsdauer in Ver- und Entleihfirma), führte fast zu einer Verdreifachung der Leiharbeit (ebd.).

Abb. 1: Entwicklung atypischer Arbeitsverhältnisse in der BRD. Angaben in % aller Erwerbstätigen (Statistisches Bundesamt 2021b, eigene Berechnungen)



Gesundheitliche Situation

Die Gesundheitssituation von Beschäftigten in atypischen Verhältnissen muss der Metaanalyse von Hünefeld (2016) zufolge differenziert betrachtet werden. Während der allgemeine Gesundheitszustand bei Leiharbeit und Mehrfachbeschäftigung im Durchschnitt schlechter ist als bei Normalbeschäftigten, weisen Selbstständige und Solo-Selbstständige einen besseren allgemeinen gesundheitlichen Zustand auf. Was die psychische Gesundheit betrifft, zeigt die Studie, dass Leiharbeit, (Solo-)Selbstständigkeit und Mehrfachbeschäftigung häufiger mit Gesundheitsbeeinträchtigungen einhergeht, als dies bei Erwerbstätigen in einer Normalbeschäftigung der Fall ist. Im Gegensatz dazu weisen 65 % der Studien zu Teilzeitbeschäftigten eine bessere psychische Gesundheit im Vergleich zu Personen in einer Vollzeitbeschäftigung auf. Bei befristeten Beschäftigungsverhältnissen ergibt sich ein inkonsistentes Bild bezüglich der psychischen Gesundheit (Hünefeld 2018).

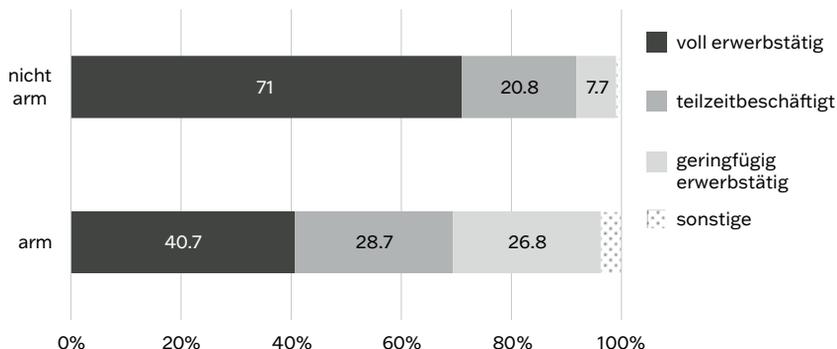
Diese Gegenüberstellung macht deutlich, dass atypische Beschäftigungsverhältnisse nicht durchgängig zu negativen gesundheitlichen Effekten führen. Vielmehr muss nach Beschäftigungsform sowie deren Ausgestaltung und Passung mit individuellen Anforderungen differenziert werden. Dennoch zeigt die Forschungslage, dass insbesondere Befristung oder Leiharbeit neben der erhöhten Arbeitsplatzunsicherheit häufiger mit schlechten Arbeitsbedingungen (eingeschränktem Handlungsspielraum, mangelnder Einbindung ins Unternehmen, Monotonie, gefährlichen Tätigkeiten) in Zusammenhang stehen (Hünefeld 2018).

Arbeitsbedingungen

Auch wenn atypische und prekäre¹ Arbeitsverhältnisse auf unterschiedlichen Definitionen basieren und daher nicht gleichzusetzen sind, zeigt die Empirie, dass atypische Erwerbsformen mit höherer Wahrscheinlichkeit mit Prekarität einhergehen, als solche, die als „normal“ gelten. So weist der Armutsbericht des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes 2018 aus, dass atypisch Beschäftigte zu höheren Anteilen von Armut betroffen sind (Aust et al. 2018, S. 29) (vgl. Abb. 2).

1 In Anlehnung an verschiedene Literaturquellen definiert Mauer (2009) den Begriff der prekären Beschäftigung anhand der Kriterien: fehlendes existenzsicherndes Einkommen bzw. Niedriglohn, fehlende soziale Sicherheitsgarantien, fehlende Beteiligungsmöglichkeiten und -rechte, eingeschränkter/fehlender Zugang zu Aus- und Weiterbildung, fehlende Integration in soziale und betriebliche Netze, Beschäftigungs- und Planungsunsicherheit.

Abb. 2: Armutsbetroffenheit nach Art der Erwerbstätigkeit (Aust 2018; Angaben in %)



Eine entscheidende Ursache für das erhöhte Armutsrisiko bei atypischer Beschäftigung ist die mangelhafte sozialen Absicherung. Die größten Lücken bestehen für Solo-Selbstständige und für geringfügig Beschäftigte, weil Teile der Sozialversicherung (z. B. die gesetzliche Rentenversicherung, die Arbeitslosenversicherung) nur dann Leistungen gewähren, wenn lange, lückenlos und beitragsstark eingezahlt wurde (Brenke/Beznoska 2016; Schulze-Buschhoff 2014). Zukunftsängste und Altersarmut können die Folge sein.

Auch weitere gravierende Benachteiligungen, wie erschwerte Teilnahme an Weiterbildungen, unregelmäßige Lohnzahlungen, fehlende Lohnfortzahlung bei Krankheit, ungünstige Arbeitszeiten oder Stellenstreichungen treffen atypisch Beschäftigte überproportional häufiger. Ferner sind z. B. Teilzeitbeschäftigte und Minijobber*innen in betrieblichen Interessenvertretungen unterrepräsentiert (Schulze-Buschhoff 2014). Für Solo-Selbstständige, die betriebliche Aufträge erledigen, besteht nach dem BetrVG überhaupt kein Mitbestimmungsrecht (Faller 2020).

Oft wird argumentiert, dass atypische Arbeitsverhältnisse eine Chance darstellten, überhaupt am Arbeitsleben teilzuhaben und Betroffene zudem über diesen Weg in ein Normalarbeitsverhältnis einmünden könnten (Polzer/Müller/Seiler 2015). Zwar waren 64 % der neu in ein Leiharbeitsverhältnis vermittelten Personen zuvor arbeitslos (BA 2019a) – allerdings ist das Risiko, arbeitslos zu werden, für diesen Personenkreis mehr als fünfmal höher, als für regulär Beschäftigte (BMAS 2017). Zudem liegt die mittlere (Median) Dauer des Beschäftigungsverhältnisses eines Leiharbeitnehmers bei 2,7 Monaten (BT 2018a) und nur 5 bis 12 % der Leiharbeitnehmer werden in ein festes Arbeitsverhältnis übernommen (Gensicke et al. 2010).

4. Arbeitskonstellationen spezifischer gesellschaftlicher Gruppen

Menschen mit Migrationshintergrund²

Im Mai 2020 betrug die Arbeitslosenquote bei Personen mit deutschem Pass 4,9%. Bei Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit lag sie im gleichen Monat bei 12,9% (BA 2019c). Unterschiede zeigen sich auch in Bezug auf Beschäftigungsformen: Im Jahr 2018 waren 21% der Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit atypisch beschäftigt (Teilzeit, Befristung, Leiharbeit) während dieser Anteil bei Beschäftigten mit anderer Staatsangehörigkeit 36% ausmachte (Becker/Faller 2019). Menschen mit einem anderen als dem deutschen Pass sind dabei offenbar besonders häufig geringfügig beschäftigt. Ebenfalls vergleichsweise höhere Quoten finden sich bei den Selbstständigen (MAIS NRW, S. 143). Weiter machen sich Unterschiede an der Branchenzugehörigkeit fest: So sind in der öffentlichen Verwaltung proportional weniger Menschen mit Migrationshintergrund tätig, während ihre Anteile in Handel, Gastgewerbe und Verkehr sowie im produzierenden Gewerbe erhöht sind (ebd.). In Bezug auf die berufliche Stellung ist bei Vorhandensein eines Migrationshintergrundes der Anteil der Arbeiter*innen vergleichsweise höher, derjenige der Beamt*innen erheblich geringer (ebd.).

Eine Auswertung der einschlägigen Literatur lässt zudem erkennen, dass Beschäftigte mit Migrationshintergrund häufiger körperlichen Belastungen bei der Arbeit (z. B. körperlich schwere Arbeit) sowie belastenden Einwirkungen aus der Arbeitsumgebung (Lärm, grelles Licht/schlechte Beleuchtung, Luftbelastungen, Kälte, Hitze, Nässe, Feuchtigkeit, Zugluft, Arbeiten mit Öl, Fett, Schmutz) ausgesetzt sind. Im Hinblick auf psychische Belastungen verweist die Forschungslage auf unterschiedliche Anforderungsprofile: Während Beanspruchungen durch Arbeitsintensivierung, Multitasking und große Arbeitsmenge häufiger bei Beschäftigten ohne Migrationshintergrund aufzutreten scheinen, überwiegen bei Beschäftigten mit Migrationshintergrund offenbar monotone und taktgebundene Arbeiten mit geringer Komplexität. In Bezug auf Zeitdruck und Unterbrechungen ist die Forschungslage inkonsistent (Becker/Faller 2019).

Nach übereinstimmenden Angaben verschiedener Quellen sind Beschäftigte mit Migrationshintergrund auch höheren sozialen Belastungen ausgesetzt. Vielfach liegen die Probleme noch vor dem eigentlichen Zugang zum Arbeitsmarkt.

2 Einschränkung ist darauf hinzuweisen, dass die empirische Erfassung des Migrationsstatus mit erheblichen Unsicherheiten verbunden ist. In Statistiken wird beispielsweise oft nur die Staatsangehörigkeit erfasst, die aber kaum eindeutige Rückschlüsse auf den Migrationsstatus zulässt. Ferner gibt allein der Begriff „Migrationshintergrund“ keine Auskunft darüber, aus welchem Land oder Kulturkreis oder in welcher Generation die Migration erfolgte.

So werden Diskriminierungserfahrungen bei Einstellungsverfahren, bei der Beschäftigung sowie im Hinblick auf Entwicklungs- und Aufstiegsmöglichkeiten berichtet (ebd).

Menschen mit Behinderung

Im Jahr 2017 betrug der allgemeine Bevölkerungsanteil der Erwerbstätigen im Alter von 18 bis 64 Jahren (Erwerbstätigenquote) bei Menschen ohne Beeinträchtigungen 81 %, bei Menschen mit Beeinträchtigungen³ lag er mit 53 % deutlich darunter (BMAS 2021, S. 225).

Im Jahr 2018 waren 157.000 Menschen mit Schwerbehinderung arbeitslos. Zwar zeigt sich im Zehnjahresvergleich ein Rückgang der Arbeitslosenquote bei Menschen mit Schwerbehinderung um 6 %, bei Menschen ohne Schwerbehinderung betrug das Minus im gleichen Zeitraum jedoch 29 % (BA 2019b).

Insgesamt ist die absolute Zahl der beschäftigten Menschen mit Behinderung in den letzten Jahren auf mehr als eine Million gestiegen, gleichzeitig hat sich ihr Beschäftigungsanteil jedoch von 4,7 % in 2016 auf 4,6 % in 2017 verringert. Damit wurde der in § 154 des neunten Buches Sozialgesetzbuch geforderte Anteil von 5 % der mit Menschen mit Behinderungen zu besetzenden Arbeitsplätze weiterhin unterschritten. Die Quote der beschäftigten Menschen mit Behinderung lag 2017 in privaten Unternehmen bei 4,1 %, in öffentlichen Verwaltungen bei 6,5 % (BA 2019b).

Darüber hinaus betrug der Prozentsatz derjenigen, die einer Vollzeitbeschäftigung (ab 32 h/Woche) nachgehen, im Jahr 2018 bei Menschen mit Behinderung 68 %, bei Menschen ohne Beeinträchtigung betrug er 77 %. Menschen mit Beeinträchtigungen arbeiten demnach eher in Jobs mit reduzierter Arbeitszeit. Dies gilt sowohl für Teilzeit (22 % vs. 17 %) als auch für Minijobs (10 vs. 6 %) (BMAS 2021, S. 234).

Einschränkungen oder das völlige Fehlen von Erwerbstätigkeit geht meistens auch mit einer prekären finanziellen Situation einher. So bestreiten mit 44 % deutlich weniger Menschen mit Behinderung ihren Lebensunterhalt aus einer Erwerbstätigkeit, während dies bei 76 % der Menschen ohne Behinderung der

3 Die Begriffe wurden so von den angegebenen Quellen übernommen. In Anlehnung an Artikel 1 Satz 2 der UN-Behindertenrechtskonvention bezieht sich der Begriff Beeinträchtigung im Allgemeinen auf die gesundheitliche Seite der Behinderung, während „Behinderung“ mehr die soziale Dimension und die gesellschaftlichen Barrieren adressiert. Der Begriff der Schwerbehinderung ist in § 2 Abs. 1 und 2 SGB IX definiert. Eine Schwerbehinderung liegt demnach vor, wenn die körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und (vor dem Hintergrund umweltbedingter Faktoren) die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist und wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 vorliegt.

Fall ist. In Zusammenhang damit betrug die Armutsrisikoquote bei Menschen mit Beeinträchtigungen im Jahr 2017 etwa 18 %, bei Menschen ohne Beeinträchtigungen lag sie bei 15 % (BMAS 2021).

Darüber hinaus schränkt geringes Einkommen soziale Handlungsspielräume ein und verstärkt das Risiko von Ausgrenzung und fehlender Anerkennung für den einzelnen Menschen mit Behinderung zusätzlich.

Insgesamt sind Menschen mit Beeinträchtigungen weniger zufrieden mit ihrer Arbeit als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Auf einer Skala von 0 (geringe) bis 10 (hohe Zufriedenheit) lag die Zufriedenheit von Menschen mit Beeinträchtigungen bei 6,4 und die Zufriedenheit von Menschen ohne Beeinträchtigungen bei 7,2 (BMAS 2021, S. 238).

Geschlecht

Männer im Alter zwischen 15 und 64 Jahren waren 2018 bei einer Quote von 80 % häufiger erwerbstätig als Frauen (72 %). Zwar ist die Erwerbstätigenquote der Frauen in den letzten 30 Jahren um knapp 30 % angestiegen, allerdings arbeitet knapp die Hälfte aller sozialversicherungspflichtig beschäftigten Frauen in Teilzeit. Bei den Männern macht der Prozentanteil der Teilzeitarbeitsverhältnisse nur 11 % aus (BA 2019d). Ebenso ist der Frauenanteil unter den Minijobs überproportional hoch; im Jahr 2018 betrug dieser 66 % (BA 2019d). Mit 71 % der beschäftigten Leiharbeitnehmenden (2019) wird das Gros der Zeitarbeit dagegen von Männern gestellt. Dies hängt vor allem damit zusammen, dass der Produktionssektor als typische Männerdomäne weiterhin einen großen Teil der Zeitarbeitnehmenden rekrutiert (BA 2020).

Was die Branchenverteilung angeht, so lässt sich festhalten, dass Frauen eher im Dienstleistungssektor, Männer eher in der Industrie und im Baugewerbe beschäftigt sind. An der Spitze der „Frauenbranchen“ steht das Gesundheits- und Sozialwesen mit einem Anteil von 77 % weiblicher Beschäftigter, gefolgt von Erziehung und Unterricht mit einem Frauenanteil von 72 %. Als typische Männerdomäne gilt das Baugewerbe mit 90 % männlichen Beschäftigten, gefolgt von der Branche ‚Bergbau, Energie, Wasser und Entsorgung‘ (BA 2019d).

Auch beim Faktor ‚Hierarchie‘ manifestieren sich geschlechtsrollenbezogene Unterschiede: Nur knapp jede dritte Führungskraft (29,4 %) war 2018 weiblich (Statistisches Bundesamt 2020b).

Weitere Unterschiede bestehen in Bezug auf das Einkommen: Der durchschnittliche Bruttostundenverdienst von Frauen lag 2018 um 21 % niedriger als derjenige der Männer (Statistisches Bundesamt 2020c). Neben familienbedingten Unterbrechungen und Teilzeit spielen bildungs- und branchenbedingte Einflüsse eine Rolle. Der um diese Faktoren bereinigte geschlechtsbezogene Einkommensunterschied (Gender Pay Gap) wurde für 2018 auf 6 % beziffert (Statistisches Bundesamt 2021a).

Sowohl im Hinblick auf Schichtarbeit als auch hinsichtlich einer Reihe physischer und arbeitsumgebungsbezogener Einflüsse sind Männer in höherem Maße Belastungen ausgesetzt. Im Bereich psychischer Anforderungen berichten beide Geschlechter von hohen Belastungen, wobei die Tendenz stärker in Richtung der Frauen geht. Einige Daten weisen darauf hin, dass Frauen sich bei gleicher Belastung stärker beansprucht fühlen als Männer (Faller/Becker 2020).

Üblicherweise werden die referierten Unterschiede hinsichtlich Belastungen und Beanspruchungen mit strukturellen Arbeitsmarktbedingungen, insbesondere der sektoralen sowie der hierarchie- und statusbezogenen Segregation, aber auch mit geschlechterrollenbedingten Doppelbelastungen erklärt (Gümbel/Nielbock 2012). Um diese Einflüsse empirisch zu validieren, wäre es künftig notwendig, bei Studien zu arbeitsbezogenen Belastungs- und Beanspruchungskonstellationen auch den Komplex der nichtbezahlten Sorgearbeit mit zu erheben.

Im Kontext der genderbezogenen Ungleichheitsdiskussion in der Arbeitswelt ist ferner auf die Lage von inter*, trans* und (anderen) sich nicht dem binären Geschlechterkonstrukt zugehörig fühlenden Menschen zu reflektieren. Nach dem Stand der bislang – noch unzureichenden – Forschungslage sind abinäre Menschen in erheblichem Maße mit strukturellen und institutionalisierten Diskriminierungen, aber auch mit Mobbing und Gewalterfahrungen konfrontiert, die oftmals bereits während der frühen Bildungslaufbahn ihren Anfang nehmen, Krankheit begünstigen und zu schlechteren Arbeitsmarktchancen beitragen (Fütty/Höhne/Casalles 2020).

5. Auswirkungen der Corona-Krise

Am Beispiel der Corona-Pandemie ist deutlich geworden, dass die bisher beschriebenen, strukturellen arbeitsbezogenen Benachteiligungen bestimmte Bevölkerungsgruppen unter Krisenbedingungen in besonders ausgeprägter Weise treffen können. So waren im Zusammenhang mit Covid-19 Teilzeitbeschäftigte, Selbstständige und befristet Beschäftigte (einschließlich Leiharbeitnehmende) überproportional in Sektoren beschäftigt, die unmittelbar von den Eindämmungsmaßnahmen betroffen wurden, wie etwa das Hotel- und Gastgewerbe (Bruckmeier/Konle-Seidl 2020).

Auch bei den geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen (Minijobs mit einem monatlichen Entgelt von weniger als 450 Euro) hat die Corona-Krise zu einem deutlich stärkeren Rückgang geführt als bei den sozialversicherungspflichtigen Jobs. Neben geringqualifizierten und jüngeren Beschäftigten sind hiervon insbesondere die ältesten Erwerbstätige betroffen, die neben der Rente oder zur Überbrückung der Zeit bis zum Rentenbeginn in einem Minijob tätig sind (Westermeier 2020).

Für Selbstständige, Solo-Selbstständige und Minijobber*innen hat die Corona-Krise nicht nur zu Job- und Einkommensverlusten geführt, sondern auch massive Lücken in der Absicherung gegen unerwartete Einkommensverluste aufgezeigt. Denn da in Deutschland Leistungen im Rahmen der Kurzarbeit üblicherweise aus dem allgemeinen Beitragsaufkommen der Arbeitslosenversicherung finanziert werden und Arbeitskräfte demzufolge in einem sozialversicherungsrechtlichen Arbeitsverhältnis stehen müssen, um Kurzarbeit zu beziehen, steht diese Möglichkeit Minijobber*innen und nicht versicherten Selbstständigen⁴ in der Regel nicht offen (Bruckmeier/Konle-Seidl 2020).

Doch selbst in Betrieben, in denen Beschäftigte nicht um ihr Einkommen fürchten müssen, lassen sich Anzeichen einer sozialen Diversifizierung erkennen. So zeigt eine gemeinsame Befragung des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin an 1.556 Betrieben zum Umgang mit den Corona-Schutzbestimmungen, dass die Betriebe zwar insgesamt eine Vielzahl der empfohlenen Maßnahmen eingeführt haben, insbesondere solche, die Verhaltensregeln etablieren und auf Hygiene und Reinigung abzielen; andere Interventionen, etwa die Einführung von Maßnahmen für besonders schutzbedürftige Beschäftigte und solche zur Berücksichtigung individueller psychischer Belastungen wurden dagegen deutlich seltener realisiert (Robelski/Steidelmüller/Pohlan 2020).

Eine neue, in Zusammenhang mit der Pandemie in Erscheinung getretene Ungleichheitskategorie scheint die Möglichkeit zur Inanspruchnahme von Homeoffice zu sein. So zeigt eine US-amerikanische Studie, dass Telearbeit nicht nur vor Infektionen schützt, sondern auch das Risiko eines Arbeitsplatzverlustes minimiert. Dabei sind es gerade gering verdienende Beschäftigte und solche mit niedrigem Ausbildungsstatus, die selten die Möglichkeit haben, von zuhause aus zu arbeiten (Angelucci et al. 2020). Erste Datenanalysen für die BRD unterstützen die Annahme, dass sich bestehende Muster der sozialen Ungleichheit im Kontext von Corona verstärken. Auch hier zeigt sich, dass die Möglichkeit, von zuhause aus zu arbeiten, ein Privileg der oberen Bildungsgruppen ist, und dass Personen mit geringem Verdienst eher von Freistellungen und Arbeitslosigkeit betroffen sind (Statistisches Bundesamt et al. 2021).

Weitere, sich im Rahmen der Pandemieprävention verschärfende Ungleichheitskategorien bestehen offenbar zwischen den Geschlechtern einerseits und der Betreuungsnotwendigkeit von Kindern andererseits. Besonders dann, wenn Eltern infolge geschlossener Kitas und Schulen kleinere Kinder betreuen und Schulkinder im Rahmen des Homeschooling anleiten müssen, führt dies leicht zu Entgrenzung und Überforderung. Alleinerziehende Mütter stehen besonders

4 Zwar können Existenzgründerinnen und -gründer freiwillig in der gesetzlichen Arbeitslosenversicherung bleiben, in der Praxis spielt diese Möglichkeit fast keine Rolle (Bruckmeier/Konle-Seidl 2020).

häufig vor der Herausforderung, einer Erwerbstätigkeit außer Haus nachgehen und gleichzeitig die Betreuung ihrer Kinder sicherstellen zu müssen. Doch auch in Paarbeziehungen trägt das Vorhandensein von Kindern unter Corona-Bedingungen zu einer Retraditionalisierung der Aufgabenteilung zwischen den Partnern bei (Bujard et al. 2020).

6. Was bedeuten die Unterschiede aus der Sicht von Community Health?

Wie anhand der Beispiele in den vorherigen Absätzen deutlich geworden ist, unterscheiden sich die Zugangsmöglichkeiten zu bestimmten Formen der Erwerbsarbeit sowie deren konkrete Ausgestaltung systematisch in Abhängigkeit von bestimmten gruppenbezogenen Merkmalen. Die Corona-Krise hat zudem gezeigt, dass diese Ungleichheiten unter Krisenbedingungen in verschärfter Form in Erscheinung treten. Die dargestellten Unterschiede korrelieren eng mit der allgemeinen gesellschaftlichen Verteilung von Chancen und Risiken. Zwar wäre eine, an den Bedürfnissen, Wünschen und Lebensentwürfen von Individuen orientierte Strukturierung von Arbeitsbedingungen, -vertragsformen und -anforderungen im Sinne des Gedankens der Vielfalt sehr zu begrüßen, problematisch erscheint jedoch die Tatsache, dass die beschriebenen Unterschiede oftmals nicht selbst gewählt und darüber hinaus mit gravierenden Benachteiligungen in Bezug auf Einkommen, soziale Absicherung und gesellschaftliche Anerkennung verbunden sind. Die Herausforderung für Community Health besteht darin, dazu beizutragen, dass eine, den spezifischen Anforderungen vielfältiger Gruppen dienende Vielfalt an Verwirklichungsoptionen im Bereich der Arbeit möglich wird, ohne dass diese systematisch an bestimmte Zugangsbarrieren bzw. Risiken gebunden sind.

Um einer solchen Utopie näher zu kommen, wäre eine Abkehr vom bisherigen Standardmodell der Erwerbstätigkeit und deren Kopplung mit den Strukturen sozialer Sicherheit erforderlich. Überlegungen dazu wurden von verschiedener Seite bereits diskutiert. So fordert etwa Klebe (2017), dass sich das Arbeitsrecht neuen Beschäftigungsformen öffnen und faire Bedingungen schaffen muss, indem der Arbeitnehmerbegriff neu definiert und das Heimarbeitsgesetz auf alle arbeitnehmerähnlichen Personen angewendet und modernisiert werden. Darüber hinaus wird ein Mindestentgelt für Soloselbstständige vorgeschlagen sowie die Einbeziehung von Selbstständigen in die Sozialversicherung. Ferner fordert der Autor einen Sozialversicherungsbeitrag, der durch Auftraggeber*innen bei Vergabe eines Werk- oder sonstigen Auftrags zu zahlen wäre.

Diese arbeitsrechtlichen Veränderungen wären erste Schritte, die an den Arbeitsbedingungen ansetzen. Damit es hier nicht zu neuen Ungleichheiten – quer zum Bereich der Erwerbsarbeit kommt – wäre es darüber hinaus wichtig,

auch an den systembedingten Ursachen der Ungleichbehandlung anzusetzen. Ein zentrales Thema in diesem Zusammenhang betrifft die Frage, wofür gesellschaftliche Ressourcen eingesetzt werden und welche Art der Ressourcenverteilung als ethisch vertretbar und gerecht gilt.

Eine prominente Rolle bei der gesellschaftlichen Bewertung von Arbeit spielt ihre materielle Quantifizier- und Transferierbarkeit in die Warenform. Als „Ware“ lässt sich Arbeit ökonomisch bewerten, mit ihr handeln und sie dazu verwenden, Machtverhältnisse zu stabilisieren. Nicht in diese Logik fügen sich Bereiche, die der Reproduktion des Lebens dienen, wie Kindererziehung, Pflege, Haushaltsführung etc. die letztgenannten Sparten von Arbeit erfahren weniger gesellschaftliche Anerkennung, sie werden der privaten Verantwortung zugerechnet und ihre Erledigung traditionell von Frauen erledigt (Scholz 2011).

Ohne eine kritische Bestandsaufnahme zu der Frage welche Bedeutung existenziellen Bedarfen in Produktion ebenso wie Reproduktion globalgesellschaftlich zugeschrieben wird, welche Bewertung diese Bedarfe erfahren und wem ihre Erfüllung nach welchen (impliziten Regeln) zugestanden wird, bleibt das Ziel einer gerecht(er)en Verteilung von Arbeit, Anerkennung und Einkommen bloße Makulatur.

Literatur

- Angelucci, M./Angrisani, M./Bennett, D./Kapteyn, A./Schaner, S. (2020): Remote Work and the Heterogeneous Impact of COVID-19 on Employment and Health. IZA Discussion Paper No. 13620.
- Aust, A./Rock, J./Schabram, G./Schneider, U./Stilling, G./Tiefensee, A. (2018): Wer die Armen sind. Der Paritätische Armutsbericht. Berlin: DPWW.
- BA – Bundesagentur für Arbeit (2019a): Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt. Aktuelle Entwicklungen der Zeitarbeit. Nürnberg: BA.
- BA – Bundesagentur für Arbeit (2019b): Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt. Situation schwerbehinderter Menschen. Nürnberg: BA.
- BA – Bundesagentur für Arbeit (2019c): Migrationsmonitor. Deutschland und Länder (Monatszahlen). www.statistik.arbeitsagentur.de/nn_32022/SiteGlobals/Forms/Rubrikensuche/Rubrikensuche_Form.html?view=processForm&resourceId=210368&input_=&pageLocale=de&topicId=1673482&year_month=aktuell&year_month.GROUP=1&search=Suchen (Abfrage: 14.06.2020).
- BA – Bundesagentur für Arbeit (2019d): Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt. Die Arbeitsmarktsituation von Frauen und Männern 2018. Nürnberg: BA.
- BA – Bundesagentur für Arbeit (2020): Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt. Aktuelle Entwicklungen der Zeitarbeit. Nürnberg: BA.
- Badura, B./Ducki, A./Schróder, H./Klose, J./Meyer, M. (Hrsg.) (2018): Fehlzeiten-Report 2018. Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit. Heidelberg: Springer.
- Bäcker, G./Schmitz, J. (2017): Atypische Beschäftigung in Deutschland. Ein aktueller Überblick. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Becker, J./Faller, G. (2019): Arbeitsbelastung und Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund. In: Bundesgesundheitsblatt 69, H. 9, S. 1083-1091.
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2017): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Berichtsjahr 2016. Unfallverhütungsbericht Arbeit. Dortmund, Berlin, Dresden: BAuA.
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2021): Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Bonn: BMAS.

- Brenke, K./Beznoška, M. (2016): Solo-Selbständige in Deutschland – Strukturen und Erwerbsverläufe. In: Forschungsbericht 465. Berlin: BMAS.
- Brodersen, S./Lück, P. (2017): Iga. Barometer 2016: Erwerbstätigenbefragung zum Stellenwert der Arbeit. In: iga-Report 36. Berlin: Initiative Gesundheit und Arbeit.
- Bröcheler, M. (2019): Haushaltsnahe Dienstleistungen für Familien. Planegg: Verlag Neuer Merkur.
- Bruckmeier, K./Konle-Seidl, R. (2020): Folgen der Corona-Krise für die sozialen Sicherungssysteme im Ländervergleich. www.iab-forum.de/folgen-der-corona-krise-fuer-die-sozialen-sicherungssysteme-im-laendervergleich/ (Abfrage: 02.11.2020).
- BT – Deutscher Bundestag (2018a): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, Sylvia Gabelmann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. Bt-Drs. 19/4148 vom 04.09.2018.
- BT – Deutscher Bundestag (2018b): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, Sylvia Gabelmann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. Bt-Drs. 19/4280 vom 12.09.2018.
- Bujard, M./Laß, I./Diabaté, S./Sulak, H./Schneider, N. F. (2020): Eltern während der Corona-Krise: Zur Improvisation gezwungen. BIB-Bevölkerungs-Studien (1). Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
- Eckert, A. (2017): Von der „freien Lohnarbeit“ zum „informellen Sektor“: Alte und neue Fragen in der Geschichte der Arbeit. In: Geschichte und Gesellschaft 43, H 2, S. 297-307.
- Faller, G. (2018): Beschäftigungsverhältnisse im Haushalt: Blinde Flecken im Arbeitsschutz und in der Forschung. In: Soziale Sicherheit 67, H. 11, S. 410-414.
- Faller, G. (2020): Atypische Beschäftigung – ein Handlungsfeld für Prävention und Gesundheitsförderung bei der Arbeit. In: Public Health Forum 28, H 2, S. 117-120.
- Faller, G./Becker, J. (2020): Prävention, Gesundheitsförderung und Verminderung geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: *Arbeit* 29, H. 1, S. 25-52.
- Faller, G./Geiger, L. (2021): Beschäftigungsverhältnisse in Privathaushalten: Zwischen Arbeitsmarktintegration und T-Effekt? In: Sicher ist sicher 72, H. 3, S. 138-143.
- Fütty, T.J./Höhne, M.S./Caselles E. L. (2020): Geschlechterdiversität in Beschäftigung und Beruf. Bedarfe und Umsetzungsmöglichkeiten von Antidiskriminierung für Arbeitgeber_innen. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes.
- Gensicke, M./Herzog-Stein, A./Seifert, H./Tschersich, N. (2010): Einmal atypisch, immer atypisch beschäftigt? Mobilitätsprozesse atypischer und normaler Arbeitsverhältnisse im Vergleich. In: WSI Mitteilungen 4, S. 179-184.
- Gümbel, M./Nielbock, S. (2012): Die Last der Stereotype. Geschlechterrollenbilder und psychische Belastungen im Betrieb. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Hecker, D./Galais, N./Moser, K. (2006): Atypische Erwerbsverläufe und wahrgenommene Fehlbelastungen. In: Forschungsbericht Fb 1075. Dortmund, Berlin, Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Hünefeld, L. (2016): Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt: Atypische Beschäftigung. Forschung Projekt F 2353. Dortmund, Berlin, Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Hünefeld, L. (2018): Atypische Beschäftigung und psychische Gesundheit. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin: ASU. In: Zeitschrift für medizinische Prävention 53, H. 12, S. 32-37, Projektnummer: F 2353.
- Kendriza, M. J. (2010): Der Aufstieg des Normalarbeitsverhältnisses in Deutschland – vom Ausbruch des Zweiten Weltkriegs bis zur Ölkrise 1973. In: IZA Discussion Paper N. 5364 www.ftp.iza.org/dp5364.pdf (Abfrage: 04.11.2020).
- Klebe, T. (2017): Arbeitsrecht 4.0. Faire Bedingungen für Plattformarbeit. In: WiSo 2017, H. 22. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Knieps, F./Pfaff, H. (Hrsg.) (2019): Psychische Gesundheit und Arbeit. BKK Gesundheitsreport 2019. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, BKK Dachverband e. V.
- Kocka, J. (2001): Thesen zur Geschichte und Zukunft der Arbeit. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 51, H. 21, S. 8-13.
- Mauer, H. (2009): Prekäre Beschäftigung und Arbeitnehmende mit Migrationshintergrund. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

- Oschmianski, F./Kühl, J./Obermaier, T. (2014): Das Normalarbeitsverhältnis. www.bpb.de/politik/innenpolitik/arbeitsmarktpolitik/178192/normalarbeitsverhaeltnis. (Abfrage: 04.11.2020).
- Polzer, C./Müller, A./Seiler, K. (2015): Veränderungen in der Arbeitswelt: Entwicklung atypischer Beschäftigungsverhältnisse und deren Auswirkung auf Arbeit und Gesundheit. In: LIA.nrw (Hrsg.). *LIA transfer*. Düsseldorf, S. 9-35.
- Resch, M. (1997): Hausarbeit. In: Luczak, Holger; Volpert, Walter (Hrsg.): *Handbuch Arbeitswissenschaft*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel, S. 669-673.
- Resch, M. (1999): *Arbeitsanalyse im Haushalt. Erhebung und Bewertung von Tätigkeiten außerhalb der Erwerbsarbeit mit dem AVAH-Verfahren*. Zürich: Verlag der Fachvereine.
- Robelski, S./Steidelmüller, C./Pohlan, L. (2020). *Betrieblicher Arbeitsschutz in der Corona-Krise*. <https://www.iab-forum.de/betrieblicher-arbeitsschutz-in-der-corona-krise/> (Abfrage: 02.11.2020).
- Rothe, I./Adolph, L./Beermann, B./Schütte, M./Windel, A./Grewer, A./Lenhardt, U./Michel, J./Thomson, B./Formazin, M. (2017): *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Wissenschaftliche Standortbestimmung*. 1. Auflage. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Scholz, R. (2011): *Das Geschlecht des Kapitalismus*. Bad Honnef: Horlemann.
- Schulze-Buschhoff, K. (2014): Teilhabe atypisch Beschäftigter: Einkommen, Sozialversicherungsrechte und betriebliche Mitbestimmung. In: *Arbeit* 23, H. 3, S. 211-224.
- Statistisches Bundesamt (2020a): *Normalarbeitsverhältnis*. www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Glossar/normalarbeitsverhaeltnis.html (Abfrage: 04.11.2020).
- Statistisches Bundesamt (2020b): *Frauen in Führungspositionen*. www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-1/frauen-fuehrungspositionen.html (Abfrage: 14.06.2020).
- Statistisches Bundesamt (2020c): *Qualität der Arbeit: Gender Pay Gap*. www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-1/gender-pay-gap.html (Abfrage: 16.06.2020).
- Statistisches Bundesamt (2021a): *Gender Pay Gap 2020: Frauen verdienten 18% weniger als Männer: Verdienstunterschied bei durchschnittlich 4,16 Euro brutto pro Stunde* https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/03/PD21_106_621.html (Abfrage: 21.03.2021).
- Statistisches Bundesamt (2021b): *Erwerbstätigkeit: Kernerwerbstätige in unterschiedlichen Erwerbsformen – Atypische Beschäftigung*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Tabellen/atyp-kernerwerb-erwerbstaetige-zr.html> (Abfrage: 21.03.2021).
- Statistisches Bundesamt/Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung/Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2021): *Datenreport 2021: Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Westermeier, C. (2020): *Trifft die Corona-Krise ältere Erwerbstätige stärker als jüngere?* www.iab-forum.de/trifft-die-corona-krise-aeltere-erwerbstaetige-staerker-als-juengere/?pdf=17160 (Abfrage: 02.11.2020).

Freizeit und Community Health

Ina-Marie Jankowski, Jennifer Kelch, Christian Walter-Klose

Zusammenfassung

Unter Berücksichtigung der Entwicklung der Freizeit und ihrer Bedeutung für den Menschen werden die vielfältigen Bereiche und Funktionen der Freizeit herausgearbeitet, um den Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Aspekten und dem Konzept der Salutogenese aufzuzeigen. Abschließende Ergänzungen aus Community-Health-Perspektive stellen die Unterschiede in der Bedeutung von Freizeit für verschiedene soziale Gruppen jeweils am Beispiel Behinderung und langfristiger Arbeitslosigkeit heraus.

Abstract

Considering the development of leisure and its importance, the diverse areas and functions of leisure are elaborated to reveal the connection to health-related aspects and the concept of salutogenesis. The examples of disability and long-term unemployment illustrate the meaning of free time for different social groups from a community health perspective.

1. Einleitung

Freizeit ist ein bedeutender und unverzichtbarer Teil des menschlichen Lebens. In ihr spiegelt sich unsere Persönlichkeit wider und sie beeinflusst unsere Lebensqualität. Wir definieren und verwirklichen uns selbst zu einem großen Teil in unserer Freizeit. Ob wir sie mit vielen Menschen gemeinsam oder lieber alleine, drinnen oder draußen, aktiv oder lieber gemütlich auf der Couch verbringen, all das lässt Rückschlüsse auf die individuellen Lebensweisen, kulturellen Zugehörigkeiten und Persönlichkeitsmerkmale zu und hat darüber hinaus unmittelbaren Einfluss auf unsere Gesundheit (z. B. Breckenkamp/Laaser 2011). In der Freizeit können wir uns entspannen, bewegen und Sport treiben, Freund*innen treffen und unseren Hobbies nachgehen.

Doch diese positive Betrachtungsweise des Freizeitbegriffs, in der bspw. Persönlichkeitsentfaltung, Selbstdarstellung, individuelle Interessen sowie kulturelle oder religiöse Praktiken und Feste im Fokus stehen, ist menschheitsgeschichtlich relativ neu. Bis in die Neuzeit und auch noch während der Industrialisierung gab

es ein solches Verständnis von Freizeit in den industrialisierten Ländern nicht, da die Arbeit im Mittelpunkt menschlichen Handelns stand. Die Zeit dazwischen diente lediglich der Regeneration der Arbeitskraft, also dem Schlafen und Essen (Markowetz 2016; Freericks 2012).

Während der Zusammenhang von Arbeit und Freizeit unter dem Schlagwort „Work-Life-Balance“ in der heutigen Zeit stets mitgedacht wird, sollen die einführenden Überlegungen die Bedeutung von Freizeit für die Gesundheit im Allgemeinen deutlich machen. Im vorliegenden Artikel sollen diese Beziehungen genauer herausgearbeitet werden. Dazu werden zunächst einführende Überlegungen zum Lebensbereich Freizeit angestellt, indem besonders die Entwicklung des westlichen Verständnisses des Freizeitbegriffs beleuchtet wird¹. Daraufhin werden verschiedene Bereiche sowie auf individuelle Bedürfnisse ausgerichtete Funktionen von Freizeit dargestellt und auf ihre Potenziale für die Gesundheit von Menschen untersucht. Freizeit zeigt sich in diesem Zusammenhang als ein sich in vielerlei Perspektiven entfaltender Bereich, der durch zahlreiche Faktoren beeinflusst wird. Um die Vielfältigkeit von Freizeit besonders aus Blickrichtung der Community-Health-Perspektive zu verdeutlichen, werden die verschiedenen Aspekte von Freizeit abschließend jeweils am Beispiel Behinderung und Arbeitslosigkeit diskutiert.

2. Freizeit

Die Beschäftigung mit den Potenzialen von Freizeit begann mit der Überwindung eines Freizeitbegriffs, der nur durch Abwesenheit von Erwerbsarbeit – man bezeichnet dies als negatives Freizeitverständnis – geprägt war. Nahrstedt differenzierte in den 70er Jahren zwischen einem weiten und einem engeren Freizeitbegriff. Demnach ist der weite Freizeitbegriff entsprechend der oben genannten dualistischen Trennung von Arbeitszeit und Freizeit definiert als alle freie Zeit außerhalb der Erwerbsarbeit (Freericks 2012). Dazu zählt dementsprechend auch alle Zeit, die für zweckbestimmte Tätigkeiten wie Schlafen, Essen, Verrichtung der Hausarbeit² verwendet wird. Sie wird deswegen auch

-
- 1 Anzumerken ist, dass es sich beim Freizeitbegriff um ein kulturelles bzw. milieuspezifisches Konzept handelt, welches sich in seinen Grundgedanken an einer „Arbeitsgesellschaft“ orientiert und nicht in allen gesellschaftlichen Milieus, Communities und/oder (sub-) kulturellen Gruppen gleichermaßen Anwendung findet (vgl. hierzu Müller 2013).
 - 2 Die Zuordnung von Hausarbeit zur sogenannten „Halbfreizeit“, als „zweckbestimmte Tätigkeit“ außerhalb der Erwerbsarbeit, folgt dem Verständnis eines Normarbeitsverhältnisses des Industriezeitalters mit tradierter Arbeits- und Rollentrennung zwischen Männern und Frauen und lässt Arbeitsformen jenseits der Erwerbsarbeit sowie neuere Erwerbsmodelle, wie z. B. haushaltsnahe Dienstleistung, außer Acht (vgl. hierzu bspw. Hämig/Bauer 2017; Faller/Geiger 2021).

„Halbfreizeit“ genannt (Dumazedier 1974). Der enge Freizeitbegriff umfasst dagegen nur die Zeit, in der freie Selbstbestimmung möglich ist, also die Zeit, die unter gegebenen gesellschaftlichen Umständen die größten individuellen Dispositionschancen eröffnet und die nicht zur Verrichtung lebensnotwendiger Tätigkeiten verwendet wird, sondern die man seinen selbst gewählten Zielen widmen kann (Freericks 2012; Rose 2016).

Eine weitere Definition, die nicht nur von einer negativen, arbeitspolaren Bestimmung von Freizeit absieht, sondern die Positivität von Freizeit hervorhebt, liefert Müller-Schneider. Ihm zufolge ist Freizeit eine „Vielfalt von Handlungen und Aktivitäten, die wegen ihrer erhofften positiven Wirkung auf den psychophysischen Zustand (Genuss, Freude, Entspannung, Spaß, Zufriedenheit u. ä.) ausgeübt werden“ (Müller-Schneider 2001, S. 227). Folglich findet Freizeit immer dann statt, wenn Tätigkeiten ausgeführt werden, von denen sich ein positiver Einfluss auf das eigene Wohlbefinden und die Gesundheit erhofft wird.

Ergänzend dazu stellt Freericks (2012) heraus, dass sich die starren gesellschaftlichen Zeitstrukturen immer weiter auflösen und sich, z.B. durch zunehmende Wochenendarbeit, flexible Arbeitszeitmodelle und Arbeit im Homeoffice, keine klaren Grenzen mehr zwischen Arbeitszeit und Freizeit ziehen lassen. Außerdem können sowohl Freizeitwerte wie Spaß und soziale Kontakte in die Arbeitszeit einfließen. Gleichzeitig können aber auch negative Empfindungen wie Stress oder Druck im Kontext Freizeit auftreten.

An dieser Stelle wird die Bedeutung des individuellen Erlebens von Freizeit offensichtlich: Es gibt nicht die eine Freizeit, die fest an die Abwesenheit der Erwerbsarbeit geknüpft ist, sondern ein individuelles, persönliches Verständnis von Freizeit, sodass deutlich wird, wie stark Freizeit durch kulturelle, milieubezogene, soziale und arbeitsbezogene Vorstellungen der Individuen geprägt ist – ein Zusammenhang, der im Rahmen von Community Health zu beachten ist. Was ein Mensch als Spaß oder Entspannung empfindet, kann bei einer anderen Person ganz andere Empfindungen auslösen. So ist zum Beispiel die Verrichtung der Gartenarbeit für einige Menschen ein entspannendes Hobby, für andere Personen ist sie nur eine notwendige Arbeit, die erledigt werden muss.

Aus den eben genannten Begriffsdefinitionen wird ebenfalls ersichtlich, dass sich die Begriffsbestimmung der Freizeit gewissermaßen umgekehrt hat: Für viele Menschen steht heute nicht mehr die Arbeit im Mittelpunkt des Lebens, vielmehr ist Arbeit für Sie zu einem Mittel geworden, durch das sie sich ein gutes Leben und viele Erlebnisse in der Freizeit ermöglichen können (Markowetz 2016).

Vor dem Hintergrund des individuellen Verständnisses von Freizeit gewann ein weiteres Modell an Bedeutung, welches gänzlich von der arbeitspolaren Begriffsbestimmung absieht und gleichzeitig als eines der etabliertesten Modelle in der Freizeitwissenschaft gilt. Das Lebenszeitmodell von Opaschowski unterteilt die gesamte Lebenszeit eines Individuums, je nach Grad der Selbstbestimmung, Handlungs- und Entscheidungsmacht, in drei Bereiche: Die Determinationszeit

ist definiert durch einen hohen Grad an Fremdbestimmung. Sie wird von äußeren Pflichten bestimmt und bietet kaum oder gar keinen Handlungsspielraum. Hierzu zählt z. B. die Arbeits- und Schulzeit und die Kindererziehung. Die Obligationszeit ist vergleichbar mit der oben dargestellten Halbfreizeit. Sie umfasst notwendige und zweckbestimmte Tätigkeiten, wie Schlafen und Essen, die aber in ihrer Lage und Dauer frei wählbar sind und mit anderen Tätigkeiten verknüpft werden können (z. B. Fernsehen während des Bügelns). Die Dispositionszeit ist die Zeit mit dem höchsten Grad an Selbstbestimmung. Sie kann für subjektiv schöne und bedeutsame Aktivitäten aufgewendet werden, wie etwa kreative Tätigkeiten, Sport oder Urlaub (Markowetz 2016; Freericks 2012).

Zu betonen bleibt jedoch, dass dieses Modell keine klaren Grenzen aufweist und die verschiedenen Zeiten jeweils miteinander verschwimmen können. So finden sich beispielsweise Tätigkeiten der Obligationszeit durchaus während des Urlaubs wieder und Anteile der Dispositionszeit können in zweckbestimmte Tätigkeiten miteinfließen.

Bereiche und Funktionen von Freizeit

Diese Überlegungen zur Bedeutung von Freizeit, die Selbstbestimmung und Individualität sowie Wohlbefinden und lustvolles Erleben in den Fokus stellen, deuten an, dass Freizeit in unzähligen vielen Bereichen stattfinden kann. Fromme (2001) führt in dem Zusammenhang die Bereiche Kultur, Sport, Tourismus, Medien, Spiel, Technik, Bildung, Konsum und Unterhaltung auf, verweist aber gleichzeitig auf die Möglichkeit der Unvollständigkeit dieser Liste. Auch in dieser Kategorisierung sind keine scharfen Grenzen zu ziehen. Verschiedene Bereiche, wie z. B. Sport und Spiel, können miteinander verknüpft werden. Darüber hinaus sind die Bereiche nicht ausschließlich der Freizeit zuzuordnen, sondern können ebenfalls im Kontext Schule bzw. Arbeit auftreten.

Nähert man sich an die zugrundeliegenden Funktionen von Freizeit an, lassen sich neben der Regeneration der Arbeitskraft vielfältige weitere Funktionen von Freizeit anführen, die unter anderem mit der Erfüllung individueller Bedürfnisse nach Selbstverwirklichung, Kreativität und Sinnerleben im Zusammenhang stehen. Im Allgemeinen können die Funktionen von Freizeit in drei Kategorien unterteilt werden: Freizeit als Eigenzeit, Sozialzeit und Bildungszeit (Freericks 2012). Zur Eigenzeit zählen sämtliche Aktivitäten der persönlichen Entspannung und des Wohlfühlens. Sozialzeit ist geprägt von sozialen Kontakten und gesellschaftlichen Ereignissen sowie von bürgerschaftlichem Engagement. Die Bildungszeit umfasst letztlich alle Aktivitäten zur persönlichen (Weiter-) Bildung im Sinne des lebenslangen Lernens und der kulturellen Bildung. Im Hinblick auf die gesellschaftliche Entwicklung und die zunehmende Digitalisierung lassen sich diese Kategorien noch um die Erlebniszeit und Konsumzeit ergänzen. Diese spielen im Alltag der Menschen eine immer bedeutendere Rolle, wie sich

anhand der wachsenden Bedürfnisse nach besonderen Erlebnissen sowie des Medienkonsums, insbesondere des Internets, in den letzten Jahrzehnten, beobachten lässt (Bonfadelli 2016; Freericks 2012).

Ähnlich verfolgt auch Opaschowski (2013) eine Unterscheidung von Freizeitfunktionen mit dem Ziel, vielfältige Bedürfnisse, die jeweils voneinander abhängig und miteinander verschränkt sind, zu erfüllen. Folgende acht Bedürfnisse führt er auf:

1. Erholung, Gesundheit und Wohlbefinden (Rekreation)
2. Ausgleich, Zerstreuung und Vergnügen (Kompensation)
3. Kennenlernen, Lernanregung und Weiterlernen (Edukation)
4. Ruhe, Muße und Selbstbesinnung (Kontemplation)
5. Mitteilung, Kontakt und Geselligkeit (Kommunikation)
6. Zusammensein, Gemeinschaftsbezug und Gruppenbildung (Integration/Inklusion)
7. Beteiligung, Engagement und soziale Selbstdarstellung (Partizipation/Teilhabe)
8. Kreative Entfaltung, produktive Betätigung und Teilnahme am kulturellen Leben (Enkulturation)

Diese an den Bedürfnissen ausgerichtete Darstellung von Freizeit macht deutlich, welche Bedeutung und Potenziale der Lebensbereich Freizeit für die einzelne Person und die Gesellschaft einnimmt. Zudem ermöglicht sie zu erkennen, inwiefern Unterschiede in der Gewichtung individueller Bedürfnisse sowie im Zugang zu den Freizeitbereichen für unterschiedliche Personengruppen in der Gesellschaft bestehen. Betrachtet man z. B. Personen, die als Rentner*innen aus dem Berufsleben ausscheiden, so verlagern sich die Möglichkeiten des Sinnerlebens, die vorher mit der Arbeit verbunden waren, in die Freizeit. Anstelle des Sinnerlebens durch die Berufstätigkeit können z. B. Freizeitangebote aus den Bereichen Bildung und Kultur, Tourismus oder Sport treten, sofern der Zugang zu entsprechenden Angeboten, z. B. vor dem Hintergrund des Gesundheitszustandes, möglich ist (Prahl 2010). Einer besonderen Bedeutung kommen in diesem Zusammenhang sogenannte „ernsthafte“ Freizeitbeschäftigungen zu. Diese kennzeichnen sich durch eine längere Dauer der Tätigkeit und einen organisationalen Kontext, wie z. B. ehrenamtliche Tätigkeiten, und können sogar ein höheres Potenzial des Sinnerlebens besitzen als die vorher ausgeübte Erwerbstätigkeit (Paul/Zechmann 2018), sodass die Vorbereitung des Übergangs vom Berufs- ins Rentenalter ein wichtiges gesundheitsbezogenes Handlungsfeld darstellt.

Mit Blick auf die Gruppe von Menschen mit Behinderung sieht Wilken (2016) einen pädagogischen und gesellschaftlichen Auftrag im Kontext Freizeit. Er stellt fest, dass sich der Lebensbereich Freizeit „als bedeutsames Segment umfassender individueller und gesellschaftlicher Kulturgestaltung entwickelt [hat], deren

humane Verwirklichung in normativ-sozialer und kritisch-reflexiver Perspektive eine zukunftsorientierte, transgenerationale Erziehungs- und Bildungsaufgabe darstellt“ (ebd., S. 258). In diesem Sinne fordert er den Einsatz für einen gleichberechtigten Zugang zu Freizeitangeboten für alle Menschen sowie Unterstützung und Empowerment von Menschen mit Behinderung, um ihren Freizeitbedürfnissen angemessen nachgehen zu können.

Im Rahmen dieser Ausführungen deutet sich an, dass Freizeit auch als Arbeitsfeld und Industriezweig zu betrachten ist, wie sich im Wachstum der Freizeitbranche in den letzten Jahren gezeigt hat und sich in Deutschland unter anderem im ehrenamtlichen Engagement von 31 Millionen Menschen ausdrückt (Fromme 2012; BMI 2019).

3. Freizeit aus gesundheitsbezogener Sicht

Versteht man Gesundheit in Anlehnung an die Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als das Freisein von Krankheit (WHO 1946) werden nach den vorherigen Ausführungen gesundheitsrelevante Bezüge von Freizeit und Gesundheit offenbar.

Das Erreichen eines möglichst guten Gesundheitszustandes formuliert die WHO als „äußerst wichtiges weltweites soziales Ziel, dessen Verwirklichung Anstrengungen nicht nur der Gesundheitspolitik, sondern auch vieler anderer sozialer und ökonomischer Bereiche erfordert“ (WHO 1978, o.S.). Mit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung folgte ein Konzept, das Gesundheit in allen Lebensbereichen als Teil des alltäglichen Lebens berücksichtigt und die Förderung der Gesundheit aller Menschen in den Fokus stellt. Neben der Zielsetzung gesundheitsrelevante Kompetenzen und Ressourcen, sowohl von einzelnen Personen als auch von Gruppen, zu stärken, verfolgt der Ansatz die Entwicklung notwendiger Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben. So heißt es in der Ottawa Charta: „Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen“ (WHO 1986, o.S.).

Betrachtet man Forschungsarbeiten und Theorien zu Zusammenhängen zwischen Gesundheit und Freizeit lässt sich feststellen, dass die Forschungslage in den Gesundheitswissenschaften eher segmentiert ist und enge Funktionen wie Erholung und Kompensation im Sinne von Work-Life-Balance betrifft. Im Bereich der Freizeitwissenschaften verhält es sich ähnlich. Hier werden gesundheitsbezogene Zusammenhänge eher mit Blick auf die Auswirkung von gesundheitsfördernden Maßnahmen, wie z. B. Sport und Bewegung, auf die Gesundheit sowie Effekte der zunehmenden Gesundheitsorientierung, z. B. in den

Bereichen Fitness, Wellness und Tourismus, auf die Freizeitindustrie betrachtet (z. B. Freericks/Brinkmann 2017). Zielgruppenspezifische Analysen von Freizeit lassen sich als dritter Bereich anführen, wobei hier eine gesundheitsbezogene Betrachtungsweise indirekt über Teilhabe, Wohlbefinden und Lebensqualität erfolgt (z. B. Maier-Michalitsch/Grunick 2012).

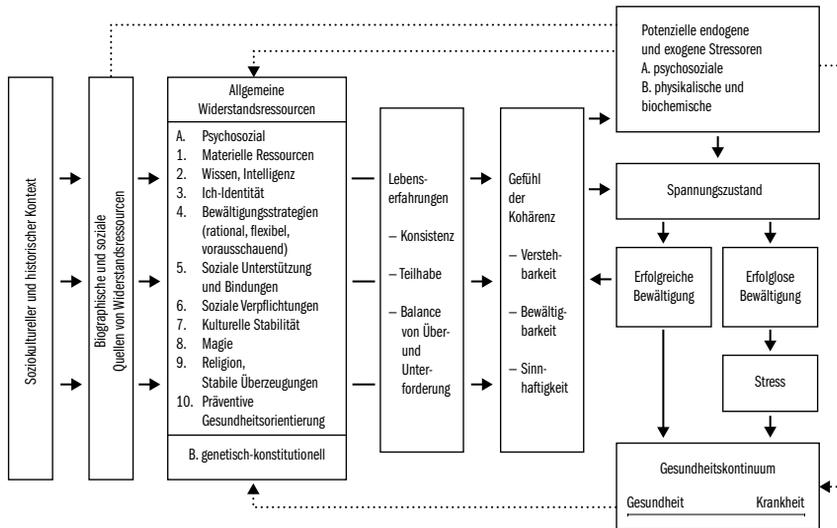
Insgesamt ergibt sich somit das Bild, dass wissenschaftliche Arbeiten und Ansätze, die sich umfassend mit der Wechselwirkung von Freizeit und Gesundheit befassen, nur bedingt vorliegen. Das Potenzial von Freizeit und ihre Bedeutung für die Gesundheit wird somit in der Regel nicht ausgenutzt. Im Folgenden sollen diese Überlegungen am Beispiel des Salutogenesemodells vertieft dargestellt werden.

Nach Antonovsky bewegt sich der Gesundheitsstatus eines Menschen individuell auf einem Kontinuum zwischen Krankheit und völliger Gesundheit. Im Gegensatz zur Pathogenese beschäftigt sich die Salutogenese nicht mit krankmachenden Faktoren, sondern mit der Frage, was die Menschen gesund hält bzw. welche Faktoren dazu beitragen, dass Menschen wirkungsvolle Bewältigungsstrategien entwickeln, sodass sie, trotz widriger Lebensumstände, eine gute subjektive Gesundheit und Lebensqualität empfinden (Lindström/Eriksson 2019).

Allgemeine Widerstandsressourcen, Lebenserfahrungen und das Gefühl von Kohärenz sind dabei wichtige Elemente in der Salutogenese. Widerstandsressourcen entstehen im Rahmen von sozialen und biographischen Lebenserfahrungen. Sie sind bedeutsam für die Bewältigung von Umwelthanforderungen und Belastungen und wirken somit positiv auf die Gesundheit. Hinter dem Begriff der allgemeinen Widerstandsressourcen verbergen sich Merkmale und Eigenschaften von Menschen oder Personengruppen, die als Widerstand gegen Belastungen – sog. „Stressoren“ – fungieren und zur Spannungsreduktion beitragen (Hurrelmann/Richter 2013). Faltermaier (2017, S. 75 ff.) benennt z. B. soziale Unterstützung, kulturelle Stabilität, die Ich-Identität sowie die Verfügbarkeit vielfältiger Bewältigungsstrategien. Das Kohärenzgefühl ist mit den Elementen der Verstehbarkeit, Bewältigbarkeit und dem Gefühl der Sinnhaftigkeit für die Gesundheit von zentraler Bedeutung. Menschen mit einem stark ausgeprägten Kohärenzgefühl sind davon überzeugt, dass Ereignisse der inneren und äußeren Umwelt vorhersehbar und erklärbar sind, dass sie über die nötigen Ressourcen verfügen, um besondere Ereignisse des Lebens zu bewältigen und dass die Überwindung dieser Herausforderungen einen Sinn in ihrem Leben erfüllt. Voraussetzung für ein starkes Kohärenzgefühl sind unter anderem Konsistenzerfahrungen, Teilhabe und Belastungsbalance (ebd.). Unter Konsistenzerfahrungen versteht man in dem Zusammenhang die Erfahrung, dass Lebensabläufe sich wiederholen und sich bei gleichen Bedingungen ähneln. Konsistente Lebenserfahrungen tragen somit zur Ausbildung der Verstehbarkeit bei. Unter der Erfahrung der Belastungsbalance versteht man die Ausgeglichenheit zwischen Überlastung und Unterforderung, die zur Stärkung der

Bewältigbarkeit beiträgt. Das Erleben von Teilhabe trägt zur Stärkung der Sinnhaftigkeit bei, indem das Gefühl erlebt wird, Einfluss auf seine Umwelt nehmen zu können (Franke 2012). Wie diese Erfahrungen zusammenwirken und bei der Bewältigung von Stress wirken, zeigt Abbildung 1, die Faltermaier mit Bezug zum Modell von Antonovsky erstellt hat.

Abb. 1: Das Modell der Salutogenese von Antonovsky (Faltermaier 2017, S. 76)



Das Modell macht offensichtlich, wie Freizeiterfahrungen die Gesundheit beeinflussen können. Alle von Opaschowski benannten Funktionen von Freizeit sowie die von Freericks (2012) skizzierte Schwerpunktsetzung auf Eigenzeit, Sozialzeit und Bildungszeit lassen sich dem Modell zuordnen, in dem sie als allgemeine Widerstandsressourcen wirken (z. B. auf die Ich-Identität) oder über die (generalisierte) Lebenserfahrung (z. B. die Teilhabe oder die Balance von Über- und Unterforderung) bzw. das Kohärenzgefühl die Bewältigung akuter Stressfaktoren beeinflussen. Gleiches gilt für das grundlegende Merkmal von Freizeit, selbst über seine Zeit und ihre Einteilung bestimmen zu können, welches einer Komponente der Bewältigbarkeit und somit dem Kohärenzgefühl zuzuordnen ist.

4. Die Community-Health-Perspektive im Bereich Freizeit

Ob und inwieweit die soeben aufgezeigten Gesundheitspotenziale von Freizeit ausgeschöpft werden können, ist abhängig von persönlichen Neigungen und Interessen, dem individuellen Freizeitverhalten sowie der persönlichen Gesundheitskompetenz. Auch ist entscheidend, wie Freizeit auf gesellschaftlicher und

kultureller Ebene verstanden und gestaltet wird, welche Freizeitangebote bestehen und ob diese gleichberechtigte Zugangsmöglichkeiten für unterschiedliche Personen und Gruppen bieten. An dieser Stelle knüpft Community Health an, indem sie aus einer individuellen und gruppenbezogenen Betrachtungsweise, Bedingungen einbezieht, die im Lebensbereich Freizeit Krankheit und Gesundheit beeinflussen.

Betrachtet man z. B. die Gruppe der Menschen mit Behinderung, verweist der dritte Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen aus dem Jahr 2021 auf vielfältige Zugangsschwernisse im Bereich Freizeit, Kultur und Sport. Folglich lässt sich in allen Bereichen von Urlaub, Kultur und Sportangeboten eine verminderte Nutzer*innenzahl im Vergleich zu Menschen ohne Beeinträchtigungen finden (vgl. BMAS 2021, S. 607 ff.). Auch werden Durchkreuzungen mit anderen Diversitätsmerkmalen sichtbar, wenn auffällt, dass eine erhöhte Unzufriedenheit mit der Freizeitgestaltung insbesondere von Personen mit Behinderung im Alter von 18 bis 49 berichtet wird. Insgesamt besteht für Menschen mit Behinderung somit eine deutliche Gefahr, im Freizeitbereich Teilhabe einschränkungen und Ausgrenzung zu erleben, sodass gesundheitsfördernde Widerstandsressourcen nicht erfahren und aufgebaut werden können (BMAS 2021).

Community Health befasst sich in diesem Sinne mit der Gesundheitsförderung und Herstellung von Chancengleichheit und Teilhabe für benachteiligte bzw. marginalisierte Gruppen innerhalb der Gesellschaft und stellt sich möglichen gesundheitsschädlichen Ausgrenzungs- und Diskriminierungsprozessen entgegen.

Ein weiteres Beispiel für communitybezogene Herausforderungen im Bereich Freizeit wird bei Menschen ohne Arbeit deutlich, insbesondere wenn sie soziale Ungleichheit und Stigmatisierung erleben oder sich die Teilnahme an Freizeitangeboten nicht leisten können. Arbeitslosigkeit kann sowohl Folge als auch Ursache von chronischen Erkrankungen sowie Ausgrenzung sein. Die Folgen, gerade bei andauernder Arbeitslosigkeit, sind eine (weitere) Verschlechterung der individuellen Lebenssituation in Bezug auf die soziale Teilhabe, Armut und Krankheit (Hollederer 2017; Krug et al. 2019; Siegrist 2009).

Arbeit dient in erster Linie der finanziellen Absicherung, erfüllt darüber hinaus aber auch eine Reihe gesundheitsrelevanter Funktionen, wie das Empfinden sozialer Eingebundenheit und Anerkennung, des Sinnerlebens und der Selbstverwirklichung, aktiver Betätigung und der zeitlichen Strukturierung des Alltags. Vor diesem Hintergrund führen der Verlust von Arbeit und insbesondere ein anhaltender Status der Arbeitslosigkeit zu sozioökonomischen Belastungssituationen, die Stressreaktionen auslösen und zu einem Empfinden von Hilflosigkeit, Überforderung und Kontrollverlust führen können (Herbig et al. 2013; Paul/Zechmann 2018). So kann Arbeitslosigkeit zu einer Beeinträchtigung des Kohärenzgefühls führen und eine gesunde, aktive Lebensführung erschweren

(Egger-Subotisch et al. 2014). Wie schwer die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit für einzelne Personen und die individuelle Lebensführung sind, ist u. a. abhängig von der persönlichen Arbeitsmotivation bzw. dem Wunsch nach Arbeit, dem Erfolg oder Misserfolg gewählter Bewältigungsstrategien im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit sowie ihrer zeitlichen Dimension im Hinblick auf die Lage im Lebensverlauf, ihrer Dauer und Stabilität (Egger-Subotisch et al. 2014; Herbig et al. 2013; Luedtke 2001). Zusätzlich spielen sozialpsychologische, organisationsbezogene und sozialstrukturelle Faktoren eine entscheidende Rolle für die Teilhabe am Arbeitsleben (Kardorff et al. 2013).

Der in der Regel unfreiwillige Zuwachs von Freizeit durch Arbeitslosigkeit bedeutet, dass neue Formen der Strukturierung, Organisation und Gestaltung im Alltag gefunden werden müssen. Vor dem Hintergrund der Auflösung gewohnter Strukturen und Routinen, wird Zeit zu einem regelrechten Problem. Den Ausführungen von Luedtke (2001) zu Folge, wird das Mehr an Freizeit zu einer „prekären Ressource“, die aus der Sichtweise einer Arbeitsgesellschaft als „unverdiente Freizeit“ wahrgenommen wird und auf Dauer zu einer Belastung werden kann, die bei den Betroffenen bspw. zu Gefühlen der Leere und Langeweile, dem unausgelastet oder nutzlos sein führt. Freie Zeit, die nicht selbst gewählt wird, ist in diesem Sinne keine Freizeit. Sie ist der weiter oben aufgeführten Determinationszeit nach Opaschowski zuzuordnen und kennzeichnet sich somit durch äußere Umstände und einen geringen Handlungsspielraum. So ist freie Zeit im Kontext von Arbeitslosigkeit weiterhin auf einer zur Arbeitszeit vergleichbaren Ebene anzusiedeln, der jedoch die gesundheitsrelevanten Funktionen von Arbeit sowie von tatsächlicher Freizeit weitestgehend fehlen.

Mit andauernder Arbeitslosigkeit kann sich bei Betroffenen außerdem das Gefühl entwickeln, dass die Möglichkeit für eine Rückkehr in die Arbeitswelt regelrecht davonlaufe, bis hin zu dem Gefühl des nicht mehr „Zurückkehren-Könnens“, welches Arbeitslosigkeit zu einem übermächtigen Umstand werden lässt. Erst wenn ein innerer Abschied von der Erwerbsarbeit vollzogen ist, ist es den Betroffenen möglich „neue Routinen mit einem veränderten Zeitgefühl“ zu entwickeln (Luedtke 2001, S. 89 f.). Während selbstbestimmte Freizeitgestaltung und die Ausschöpfung von Gesundheitspotenzialen dann wieder möglich werden, können die Zugangsmöglichkeiten zu Freizeitangeboten weiterhin eingeschränkt bleiben.

5. Fazit

In den vorliegenden Ausführungen wurde der Lebensbereich Freizeit mit seinen vielfältigen Funktionen und Bereichen dargestellt und in seinem Potenzial für die Gesundheit reflektiert. Neben der Erholung ermöglicht Freizeit individuelles, lebenslanges Lernen, soziale Teilhabe und Persönlichkeitsentwicklung. Die

Einflüsse, die Freizeit auf die Gesundheit von Menschen hat, sind vielfältig und differenzieren sich je nach Community und soziokultureller Zugehörigkeit. Der Bereich Freizeit stellt ein sich entwickelndes Handlungsfeld für die Gesundheitswissenschaften dar, insbesondere, wenn gruppenbezogene Effekte und Prozesse im Sinne von Community Health Berücksichtigung finden. Diesem sollte sowohl in der Wissenschaft als auch in der Praxis mehr Bedeutung zugerechnet werden.

Wissenschaftliche Forschungsarbeiten sollten sich dementsprechend intensiver und unter Berücksichtigung von sozial benachteiligten Personengruppen mit der Wechselwirkung von Freizeit und Gesundheit befassen, um praxisrelevante Ansätze für die Gesundheitsförderung und Herstellung von Chancengleichheit im Kontext Freizeit zu schaffen, die eine individuell optimale Ausschöpfung der Gesundheitspotenziale für alle Menschen gleichermaßen fördern.

Literatur

- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales). (2021): Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Bonn: BMAS.
- BMI (Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat). (2019): Das Ehrenamt. www.ehrenamt.bund.de (Abfrage 27.03.2021).
- Bonfadelli, H. (2016): Medien und Gesellschaft im Wandel. www.bpb.de/gesellschaft/medien-und-sport/medienpolitik/236435/medien-und-gesellschaft-im-wandel?p=all (Abfrage 27.03.2021).
- Breckenkamp, J./Laaser, U. (2011): Freizeitinteressen und subjektive Gesundheit. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BIB). nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-330772 (Abfrage 31.03.2021).
- Dumazedier, J. (1974): *Sociology of Leisure*. Amsterdam: Elsevier.
- Egger-Subotisch, A./Poschalko, A./Kerschbaumer, A./Wirth, M. (2014): Die Relevanz von Einstellungsveränderungen im Zuge von Arbeitslosigkeit und Rehabilitation vor dem Hintergrund der Reintegration in den Arbeitsmarkt. AMS report 100. Wien: Arbeitsmarktservice Österreich.
- Faller, G./Geiger, L. (2021): Beschäftigungsverhältnisse in Privathaushalten: Zwischen Arbeitsmarktintegration und T-Effekt? In: *Sicher ist sicher* 72, H. 3, S. 138-143.
- Faltermaier, T. (2017): *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Franke, A. (2012): Modelle von Gesundheit und Krankheit. Bern: Verlag Hans-Huber.
- Freericks, R. (2012): *Freizeitwissenschaft: Handbuch für Pädagogik, Management und nachhaltige Entwicklung*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Fromme, J. (2001): Die Stellung des Pädagogischen in der Freizeitwissenschaft. In: *Spektrum Freizeit* 23, H. 2, S. 60-68.
- Hämmig, O./Bauer, G.F. (2017): Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben – ein wichtiges Thema der Betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Faller, G. (Hrsg.): *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. Bern: Hogrefe, S. 309-322.
- Herbig, B./Dragano, N./Angerer, P. (2013): Gesundheitliche Situation von langzeitarbeitslosen Menschen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 110, H. 23-14, S. 413-419.
- Hollederer, A. (2017): und die, die draußen sind? Gesundheitsförderung für Arbeitslose. In: Faller, G. (Hrsg.): *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. Bern: Hogrefe, S. 425-431.
- Hurrelmann, K./Richter, M. (2013): *Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Kardorff, E./Ohlbrecht, H./Schmidt, S. (2013): *Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderung. Expertise im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes*. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes. www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/

- DE/publikationen/Experten/expertise_zugang_zum_allg_arbeitsmarkt_f_menschen_mit_behinderungen.html (Abfrage 27.03.2021).
- Krug, G./Wolf, C./Trappmann, M. (2019): Soziale Netzwerke Langezeitarbeitsloser und die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit. In: Zeitschrift für Soziologie 498, H. 5-6, S. 349-365.
- Lindström, B./Eriksson, M. (2019): Grundlagen der Salutogenese. Von der Anatomie der Gesundheit zur Architektur des Lebens – Salutogene Wege der Gesundheitsförderung. In: Meier Magistretti, C. (Hrsg.): Salutogenese kennen und verstehen. Konzepte, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung. Bern: Hogrefe, S. 25-92.
- Luedtke, J. (2001): Lebensführung in der Arbeitslosigkeit – Veränderungen und Probleme im Umgang mit der Zeit. In: Voß, G. G./Wehrich, M. (Hrsg.): tagaus – tagein: neue Beiträge zur Soziologie Alltäglicher Lebensführung. München: Hampp, S. 87-109.
- Maier-Michalitsch, N./J./Grunick, G. (Hrsg.). (2012): Freizeit bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen. Düsseldorf: verlag selbstbestimmtes leben.
- Markowetz, R. (2016): Freizeit. In: Hedderich, I./Biewer, G./Hollenweger, J./Markowetz, R. (Hrsg.): Handbuch Inklusion und Sonderpädagogik. Stuttgart: UTB GmbH: S. 459-465.
- Müller, H.-P. (2013): Werte, Milieus und Lebensstile. Zum Kulturwandel unserer Gesellschaft. In: Hradil, S. (Hrsg.): Deutsche Verhältnisse. Eine Sozialkunde. Frankfurt am Main/New York: Campus, S. 185-208.
- Müller-Schneider, T. (2001): Freizeit und Erholung. In: Schäfers, B./Zapf, W. (Hrsg.): Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands. Wiesbaden: VS Verlag, S. 227-237.
- Paul, K. I./Zechmann, A. (2018): Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf das Sinnerleben und die psychische Gesundheit. In: Badura B. et al. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2018. Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit. Heidelberg: Springer, S. 95-104.
- Prahl, H. W. (2010): Soziologie der Freizeit. In: Kneer, G./Schroer, M. (Hrsg.): Handbuch Spezielle Soziologien. Wiesbaden: VS Verlag, S. 405-420.
- Rose, J. (2016): Free Time. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Siegrist, J. (2009): Armut und Arbeitslosigkeit. In: Notfall Rettungsmed 12, S. 9-12.
- Wilken, E. (2016): Freizeit. In: Dederich, M./Beck, I./Bleidick, U./Antor, G. (Hrsg.): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Stuttgart: Kohlhammer, S. 258-260.
- WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1 (Abfrage 31.03.2021).
- WHO (1978): Erklärung von Alma-Ata. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf (Abfrage 31.03.2021).
- WHO (1946): Constitution of the World Health Organization. apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf (Abfrage 31.03.2021).

Community Health als postmigrantische Perspektive auf Migration und Gesundheit

Christiane Falge, Silke Betscher

Zusammenfassung

Dieser Artikel beschreibt eine postmigrantische Perspektive auf migrationsbezogene Gesundheitsaspekte aus einer Community-Health-Perspektive. Weg von der bisherigen Fokussierung auf vermeintliche Defizite von Migrant*innen in Bezug auf ihre relativ schlechten Gesundheitsergebnisse schlägt dieser Beitrag eine analytische Perspektive vor, die mit Blick auf Migration und Gesundheit die Auswirkungen von Grenzregimen, unterschiedlichen Formen der Exklusion und von Rassismus in den Fokus rückt. Mit Bezug zu diesem Gesundheits-Gap plädiert dieser Artikel für einen Paradigmenwechsel und eine postmigrantische Community Health-Perspektive auf Migrationskontexte. Der Artikel endet mit Empfehlungen zur Implementierung dieser Perspektive auf Migration und Gesundheit wie Forschungen zu den Verbindungen zwischen Rassismus und Gesundheit sowie die Einführung von Anti-Diskriminierungs-Maßnahmen und Diversity-Sensibilisierungstrainings in die Lehrpläne der medizinischen und gesundheitsbezogenen Hochschulen und Institutionen.

Abstract

This article presents a post migrant perspective on migration related health issues from a Community Health perspective. Moving away from a particularist focus on migrants' alleged deficits with regard to their often lower health outcomes the article promotes to shift to an analytical frame that includes the impact of border regimes, different forms of exclusion and racism. Against this background, the article promotes the need for a paradigm change towards a new postmigrant community health related focus on migration. It concludes with recommendations for the implementation of this undertaking such as increasing research on the interlinkages between racism and health and of anti-discriminative action and diversity-awareness training in the curricula of medical and health related schools and institutions and so on.

„Wenn auch Rassismus zwischen Deutschen und Ausländern und Araber und Kurden wenn es das nicht mehr gibt viel Stress geht weg und wir fühlen uns gesünder.“ (Nahira, Community Forscherin Stadtteillabor Bochum, 2020)

1. Einleitung

In diesem Artikel geht es um die Entwicklung einer Community-Health-Perspektive auf Migration, die sich unterscheidet von einer in Deutschland noch dominierenden ‚Migrantologie‘ im Sinne einer Migrationsforschung über fremde Minderheiten am Rande der Gesellschaft, die ihren Gegenpart – die (*weiße*) sesshafte Nation als Zentrum gleich mit konstruiert (Bojadžijev 2014, S. 10). Viele, auch aktuelle Studien kritisieren die Migrationsforschung für eine nach wie vor fehlende Auseinandersetzung mit macht- und herrschaftstheoretischen Fragestellungen (vgl. Glick Schiller 2016). Statt Migrant*innen dauerhaft als gesellschaftliche Randphänomene zu markieren oder ethnische Gruppen im Tunnelblick zu sezieren, (Glick Schiller 2012; Bojadžijev et al. 2014) plädiert Glick Schiller etwa für eine Migrationsforschung, die Migrant*innen im Kontext bestimmter globaler, regionaler und lokaler Ökonomien und Machtstrukturen versteht. So muss es auch in einer Community-Health-Perspektive auf Gesundheit darum gehen, wie sich Subjekte einer Gesellschaft unter bestimmten Herrschaftsbedingungen gegenseitig hervorbringen und hervorgebracht werden. Eine entmigrantisierende Perspektive zielt auf einen intersektionalen Ansatz zum Verständnis komplexer Problemlagen ab, impliziert jedoch nicht, die spezifischen Lebenssituationen und damit verbundenen Handlungsbedarfe von migrantischen Menschen aus dem Blick geraten zu lassen. Sie verweist damit auf eine Paradoxie, die in Bezeichnungspraktiken und Kategorisierungen über migrantisch gelesene Menschen zum Ausdruck kommt (vgl. Schramkowski 2018). Die Kategorie „Menschen mit Migrationshintergrund“ etwa, mag statistisch und soziologisch relevant sein. Sie macht Ungleichheitsverhältnisse in Bezug auf ‚Menschen mit Migrationshintergrund‘ darstellbar, messbar und benennbar und ermöglicht das Einfordern von Teilhabegerechtigkeit und Gruppenrechten. Aus einer postmigrantischen Perspektive ist sie jedoch problematisch (vgl. Castro Varela 2020). So kritisiert die Aktivistin Kübra Gümüşay diesen Akt des Benennens als eine Form der unrechtmäßigen Homogenisierung, der einer Unterwerfung der Benannten gleichkommt (Gümüşay 2020, S. 49). Der Vereinheitlichung der Kategorie „Menschen mit Migrationshintergrund“ lastet die Problematik einer Verschleierung an, da sie Menschen mit ihrer Kultur, ihren Sprachbarrieren und oftmals anderen als ‚Defizite‘ gelesenen Aspekten markiert und zugleich Ungleichheit produzierende Herrschaftsverhältnisse aus dem analytischen Fokus ausblendet.

Als empowerndes Konzept gegen diese defizit-orientierte Perspektive hat die Selbstbezeichnung BIPoC¹ zunehmend Eingang in öffentliche Diskurse gefunden. Diese Kategorie bezieht sich direkt auf die gesellschaftliche Position der so benannten im Zusammenhang mit den rassifizierenden Herrschaftsverhältnissen, die sie hervorbringen. Bisher handelt es sich dabei um eine politische, von einer relativ kleinen Gruppe genutzte Kategorie. Um der Ambivalenz, sowohl einer postmigrantischen, entmigrantisierenden Perspektive als auch den spezifischen Lebenssituationen und damit verbundenen Handlungsbedarfen von migrantischen Menschen gerecht zu werden, verwenden wir nachfolgend BIPoC und Migrant*innen und handeln uns zugleich ein neues Problem ein, da die Unterschiede in Bezug auf gesundheitliche Belastungen und Bedarfe entlang von Gender- und/oder anderen Differenzen darin zu verschwinden drohen. So organisieren sich z. B. zunehmend queere Geflüchtete und machen auf ihre spezifischen Erfahrungen von mehrdimensionaler Verletzbarkeit (vgl. Hutson 2014) aufmerksam.

Dieser Beitrag ist mit Max Czollek auch als ein Plädoyer für radikale Vielfalt zu lesen, indem er in einer Community-Health-Perspektive auf Migration sowohl individuelle und kollektive Bedürfnisse von BIPoC und Migrant*innen berücksichtigt, als dass er sich auch mit den Auswirkungen der ineinander verwobenen Aspekte von Herrschaftsverhältnissen, Rassismus und Grenzregimen auf die Gesundheit dieser Gruppe auseinandersetzt. Hierbei ist die Frage, wann und wie Menschen, die nach Deutschland migriert sind, ihren Weg hierher gefunden haben relevant, so dass sich ein weiterer Widerspruch in der Beschreibung auftut. Mit Hess et al. ist zunächst festzustellen, dass die kategoriale Trennung zwischen (Arbeits-)Migrant*innen und Geflüchteten höchst problematisch ist. Sie basiert auf der Trennung der Sphären des Politischen, Ökonomischen, Privaten und Alltäglichen, die den politischen Diskursen um Migration und ihren Ursachen und Legitimitäten eingeschrieben sind (Hess et al. 2014, S. 28). Hess et al. plädieren deshalb für ein Konzept der „Autonomie der Migration“, dass die „Figur des Migrant/der Migrantin nicht als strukturell ohnmächtig oder als kulturalisierten Anderen konzeptionalisiert“ (ebd., S. 30), sondern „Migration und Mobilität als soziale Bewegung und folglich als grundsätzlich politische, soziale und transformative Praxis begreift“ (ebd., S. 32). Somit wird Migration und Flucht gleichermaßen Teil eines grundlegenden Strukturmerkmals kapitalistischer Umwälzungsprozesse und Ressourcenzerstörung verstanden, die mit den Akkumulationsproblemen und -bedürfnissen des globalen Kapitalismus verknüpft sind (Hess et al. 2014, S. 17). Dieses kapitalistische Strukturmerkmal hat in seinen Auswirkungen auf die betroffenen Menschen eine zutiefst

1 Die Abkürzung BiPoC (Black, Indigenous and People of Colour) verbindet gruppenspezifische Rassismuserfahrungen von schwarzen Menschen, Indigenen sowie ehemals kolonialisierten oder versklavten Gruppen (Petrosyan 2020).

körperliche Dimension, in der die Rolle und Bedeutung der migrantischen Körper (als „Migrant*in“ oder als „Geflüchtete*r“) je nach historisch-ökonomischer und geografischer Situation veränderbar ist. Je nach Verortung ergeben sich unterschiedliche Konstruktionen von Vulnerabilitäten, von Gewalt und Macht und von Nicht-/Versorgung.

Wenn wir in den folgenden zwei Abschnitten also trotz des Plädoyers für die Aufhebung der kategorialen Trennung zwischen der Gruppe der sogenannten ‚Gastarbeiter*innen‘ und ihrer nachfolgenden Generationen und der Gruppe der nach Deutschland geflüchteten Menschen unterscheiden, so ist dies darin begründet, dass letztere den inzwischen hochmilitarisierten Grenzregimen anders ausgesetzt waren und sind, und dies mit entsprechenden gesundheitlichen Effekten und sich daraus ergebenden Konsequenzen für gesundheitliche Bedarfe einhergeht. Zudem hat diese Gruppe aufgrund der rechtlichen Restriktionen des Asyl- und Aufenthaltsrechts häufig ein im Vergleich zur ersten Gruppe und zur Gesamtbevölkerung deutlich eingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung. Im letzten Teil dieses Beitrags geht es um die Auswirkungen von Rassismus auf die Gesundheit von BIPOC und Migrant*innen im Kontext von Herrschaftsverhältnissen und Grenzregimen allgemein und die daraus entstehenden Community-Health-bezogenen Interventionsbereiche für die Gesundheit von BIPOC und Migrant*innen.

2. Formen der Exklusion bei Arbeitsmigrant*innen

Aus dieser herrschaftskritischen Perspektive betrachten wir im Folgenden die Teilhabebedingungen der nach Deutschland eingewanderten sogenannten ‚Gastarbeiter*innen‘ und ihrer Kinder und Kindeskinde:

Ein wichtiges Auswahlkriterium für die in den sechziger Jahren angeworbenen ‚Gastarbeiter*innen‘, die in den Fabriken, Minen und Häfen Arbeit für Ungelernte verrichteten, war neben Alter und Gesundheit, dass sie einen geringen Bildungsgrad hatten. Dass auch nach ihrer Einwanderung kaum Wert daraufgelegt wurde, ihnen Sprachkenntnisse oder Bildung zu vermitteln (Schneider et al. 2009, S. 48) begrenzte sie stark in ihren Teilhabemöglichkeiten. Anfängen von Arztbesuchen, bei denen ein Großteil der ersten Generation bis heute auf ihre dolmetschenden Kinder angewiesen ist, bis zu früheren Arbeitsunfähigkeiten und höheren Sterberisiken (bei älteren Migrant*innen ab 60 J.) aufgrund belastender Arbeits- und Wohn- und Lebensbedingungen wurden die eingewanderten Menschen mit einem hohen Maß an struktureller Ungleichheit auf verschiedenen Ebenen konfrontiert (Kohls 2011, S. 62 ff.). Die Folgen dieser Politik sind immer noch spürbar und prägen die Teilhabemöglichkeit der nachfolgenden Generationen bis heute mit. Da die Politik viel zu spät über die Konsequenzen der Anwerbung nachgedacht hatte und das Motto der Anwerbung

die baldige Rückkehr der Arbeitsmigrant*innen in ihre Herkunftsländer war, wurden keine integrationsfördernden Maßnahmen ergriffen. In vielen Bundesländern bestanden bis weit in die 1980er Jahre sogenannte „Türkenklassen“ an Schulen, in denen mehr Wert auf die türkische als die deutsche Sprache gelegt wurde. Denn das Ziel sollte die baldige Rückführung und Re-Integration in das Heimatland der Eltern und nicht die Integration in das Ankunftsland sein. Schneider et al. zeigen für die Kinder der Arbeitsmigrant*innen wie ein Schulsystem, das auf die elterliche Unterstützung zählt, einen stark negativen Zusammenhang zwischen dem Fehlen elterlicher Hilfe und erreichten Schulabschlüssen hervorbrachte und wie hart die nachfolgende Generation somit für den niedrigen Bildungsgrad ihrer Eltern ‚bestraft‘ wurde (Schneider et al. 2015, S. 49). Daraus folgte, dass die Kinder der „Gastarbeiter*innen“ öfter arbeitslos als ihre *weiß-deutschen* Altersgenossen waren, oftmals unter ihrem Ausbildungsniveau arbeiteten und bei der Stellenvergabe benachteiligt wurden – und zwar auch bei exakt der gleichen Qualifikation.

Diese Benachteiligung hat sich auch auf die nächsten Generationen übertragen, und die Nachfahren sind nach wie vor von struktureller Ungleichheit betroffen, was sich an zahlreichen Studien über Diskriminierung am Arbeitsmarkt (vgl. Lang/Pott/Schneider 2018; Wechselbäumer 2016), im Ausbildungsbereich und in der Schule (vgl. Bohnefeld/Dickhäuser 2018) aufzeigen lässt. Diese Formen der Diskriminierung manifestieren sich u. a. anhand einer sozialen Exklusion im Nah-Umfeld (vgl. Canan/Foroutan 2016), einer identifikativen Exklusion, einer Repräsentationslücke von Migrant*innen in beruflichen Personen und an Anerkennungs- und Zugehörigkeitsdefiziten im Generationenvergleich (vgl. Foroutan 2020). Die Auswirkungen dieser Anerkennungs- und Zugehörigkeitsdefizite erzeugen eine permanente kognitive Dissonanz, weil trotz des Gleichheitsversprechens des Grundgesetzes (Art. 3) Teilhabe nur geringfügig stattfindet (vgl. Foroutan 2019). Diesen Widerspruch gilt es zu adressieren. Stattdessen wird Migration pathologisiert oder der schlechtere Gesundheitszustand von Migrant*innen mit unüberwindbarer ‚kultureller Differenz‘ erklärt, während Belastungen durch (ausländer-)rechtliche Rahmenbedingungen und Diskriminierungserfahrungen als gesundheitliche Risikofaktoren kaum thematisiert werden (Razum et al. 2008; Velho 2011).

Die Migrationsforschung greift dies auf und es setzt sich hier zunehmend eine postmigrantische Perspektive auf Migration durch, die das Assimilationsparadigma mit dem Diversitätsparadigma im Sinne einer Forderung nach Ermöglichung von Anerkennung, Chancengleichheit und Teilhabe ersetzt (vgl. Foroutan 2019; Nieswand/Drotbohm 2014). Mit dem Diversitätsparadigma geht einher, dass neben kulturellen, ethnischen, religiösen oder nationalen Fragen auch Fragen von Milieu, Gender, Begehren und Lokalität in die Analyse von Migration einbezogen werden. Parallel hierzu sorgen politische Ereignisse in den 20er Jahren des 21. Jahrhundert für ein größeres Bewusstsein gegenüber

rassistischer Gewalt. Nach den NSU Morden, den Anschlägen in Hanau und Halle und dem Mord an George Floyd formierte sich eine weltweite Black-Lives-Matter-Bewegung, die insbesondere Anti-Schwarzen Rassismus thematisierte, in deren Zuge aber auch andere Formen von Rassismus und Antisemitismus verstärkt öffentlich diskutiert werden. Die Erkenntnis über institutionellen Rassismus und die starke Einschränkung der Teilhabegerechtigkeit von BIPOC und Migrant*innen unabhängig von ihrer Generationszugehörigkeit gelangt seitdem zunehmend in den öffentlichen Diskurs und sollte dringend auch in den Gesundheitswissenschaften einen größeren Raum einnehmen als bisher. Im Folgenden wenden wir uns nun der Betrachtung von Geflüchteten zu, als einer Gruppe, die noch stärker als Arbeitsmigrant*innen von Herrschaftsverhältnissen in Form von struktureller Ungleichheit, Diskriminierung und Grenzregimen betroffen ist.

3. Grenzregime

Globaler Kapitalismus erzeugt sowohl weltweite Migrationsströme als auch multiple Grenzregime, die diese begleiten und zu kanalisieren suchen. Dabei stellen Grenzregime komplexe Gefüge dar, in denen neben massiv militarisierten geopolitischen Staatsgrenzen auch innerstaatliche, rechtliche, institutionelle, kulturelle und soziale Grenzziehungen wirksam werden, die soziales Leben regulieren und ordnen. Um Grenzregime zu verstehen, müssen eine „Vielzahl von Akteur*innen, Institutionen, Ideen, Affekten, menschlichen und nicht-menschlichen Faktoren bezüglich ihrer ‚border work‘ [berücksichtigt werden], ohne die Diversität dieser Kräfte zu einer simplen Logik (wie einer ökonomistischen) oder versteckten Agenda (wie Arbeitskräftebedarf) zu vereinfachen“ (Hess et al. 2014, S. 33). Während Menschen ihre Herkunftsländer wegen Krieg, Klimawandel und Diskriminierung verlassen, erleben sie bei dem Versuch, von westlichen Staaten gegen den globalen Süden und Osten hochgezogene, militarisierte und kontrollierte Grenzen zu überschreiten unfassbare Schwierigkeiten, die sich in Schmerzen und Tod verkörpern. Grenzregime basieren im Kontext der Fluchtmigration auf Vulnerabilität und Verletzung körperlicher Integrität und müssen als Form der *Necropolitics* (Mbembe 2019), also von Politiken, die Tod produzieren, verstanden werden. D.h. die Produktion von Krankheit, Leiden und Traumata als politisch legitimierte Gewalt ist immanenter Bestandteil der Grenzregime und schreibt sich in die Körper von Geflüchteten ein, sowohl individuell biografisch als auch im Sinne eines kollektiven Bewusstseins und eines kollektiven Traumas.

In Abkehr von einem geografischen oder geopolitischen Verständnis von Grenze hat Schulze-Wessels aufgezeigt, dass sich Grenzziehungen in unterschiedlichen Formen auch nach Überschreitung von Staatsgrenzen permanent an geflüchteten Menschen vollziehen, bei Behörden, bei der Wohnungssuche, in

Arztpraxen und im Alltag (vgl. Falge 2021a). Geflüchtete als „epistemic object in construction“ (Malkki 1995, S. 497) werden zu „Grenzfiguren“ (Schulze-Wessels 2017), die die Grenze mit sich tragen. Während diese Grenzziehungen bei den einen von *Necropolitics* gekennzeichnet werden und damit die Gesundheit und das Leben der migrierenden Körper belasten, können dieselben Grenzen von Anderen recht einfach oder komplett sorglos überschritten werden. Globale Ökonomien vermischt mit und gebahnt durch koloniale und postkoloniale Prozesse sind von zentraler Bedeutung für diese ungerechten, oftmals widersprüchlichen rassifizierten Dynamiken, die die Bewegung von Einigen ermöglichen und beschleunigen und von Anderen entschleunigen und blockieren.

Aus dieser Perspektive birgt es einen Zynismus in sich, wenn Menschen mit Fluchterfahrungen nach der Überwindung von politisch gewollten, militarisierten, traumatisierenden und krankmachenden Außengrenzen, die zudem permanent konfrontiert sind mit Dauerstress verursachenden Grenzziehungen im Innern, zur Zielgruppe staatlicher gesundheitsbezogener Präventionsprogramme werden. Zynisch, so De Genova (2016), ist es auch, dass sie gleichzeitig mit einer unsichtbaren rassifizierten *colour line* konfrontiert werden, auf deren einer Seite *weiße*, gut situierte Europäer*innen leben, während auf der anderen Seite diejenigen verharren, die Europas physische Grenzen überwunden haben und nun auf der ‚anderen Seite‘ dieser *colour line* als Schwarz/muslimisch/von Armut betroffene Migrant*innen positioniert sind und gelesen werden (vgl. Falge 2021b). Dabei verweist De Genova zu Recht auf die Ironie, dass es sich bei den auf diese Weise Ausgeschlossenen um die Nachkommen kolonialer Subjekte handelt, die Europas Wohlstand mit aufgebaut haben, um nun durch rassifizierte Grenzen davon ausgeschlossen zu werden (De Genova 2016, S. 91). Dieser Ausschluss zeigt sich auch in den Lagersystemen, mit denen Grenzregime auf Fluchtmigration reagieren und die nicht selten in humanitaristische Diskurse eingebettet sind (vgl. Herscher 2017), während sie zugleich Orte der organisierten Desintegration (vgl. Täubig 2009) darstellen. Damit sind sie architektonische Manifestationen eines *Double Bind*s, aus dem sich auch für geflüchtete Menschen Effekte der kognitiven Dissonanz ergeben. Während das Grenzregime an den Außengrenzen mit humanitären Diskursen verbunden ist, in denen jede*r Tote zum Argument seiner Verschärfung wird (Hess et al. 2014, S. 10), steht die Erfahrung vom Leben im Flüchtlingslager in krassem Widerspruch zur proklamierten Willkommenskultur. Das Ankommen in Deutschland bedeutet auch, Coping-Strategien mit der fortgesetzten Konfrontation mit Grenzregimen im Innern der Gesellschaft zu entwickeln.

Ziel der hier eingenommenen postmigrantischen Perspektive, die Migrant*innen nicht mit ihren vermeintlichen Eigenarten in den Blick nimmt, sondern die Auswirkungen der oben beschriebenen Herrschafts- und Gewaltverhältnisse betrachtet, um daraus Rückschlüsse für Community Health zu ziehen, ist es, ein Fenster für Veränderungen zu öffnen. Aufgrund der

offensichtlichen Dominanz rassistischer Strukturen in Herrschaftsverhältnissen und Grenzregimen ist es daher notwendig, Rassismus und seinen Auswirkungen auf die Gesundheit von BIPOC in eine Community-Health-Perspektive auf Migration einzubeziehen. Zur Herausarbeitung der Community-Health-Perspektive auf Migration für den deutschsprachigen Raum folgt daher ein kurzer Einblick in die bisherige gesundheitswissenschaftliche Auseinandersetzung mit Rassismus und Gesundheit.

4. Community Health und Rassismus

Verschiedene Studien zeigen, dass der bei BIPOC und Migrant*innen oftmals geringere sozio-ökonomische Status (Razum/Saß 2015, S. 513; Knipper/Bildin 2009) in Kombination mit Diskriminierung die Gesundheit und das Wohlbefinden der Betroffenen im Vergleich zu einer gut situierten *weißen* Mehrheitsgesellschaft verschlechtert (Krieger et al. 2011). Dies geht einher mit Erkenntnissen aus dem Bereich der Umweltgerechtigkeit und den dort aufgezeigten Zusammenhängen zwischen gesundheitsbelastenden Wohn-, Lärm-, Luft- und Sicherheitsverhältnissen in marginalisierten Stadtteilen (Köckler 2017, S. 210). Wenngleich systematische Erhebungen auf Stadtteilebene fehlen, sind weitere Gesundheitsbelastungen im Zusammenhang mit marginalisierten, oftmals durch einen hohen Migrant*innenanteil gekennzeichnete Stadtteile zu vermuten, und zwar in Bezug auf eine schwache gesundheitliche Infrastruktur (Ärzt*innen-/Psychotherapeut*innendichte) (vgl. für Bremen: BTK: 2008, S. 166) und eine schlechtere Einzelhandelsinfrastruktur (vgl. für Bochum: Berchem et al. 2021, S. 42). Im Vergleich zur *weiß*-deutschen Bevölkerung, die in sozial vergleichbaren Situationen lebt, sind BIPOC jedoch zusätzlich unterschiedlichen Formen von Rassismen ausgesetzt, die sich strukturell, institutionell und interpersonell verschieden äußern. Die Bandbreite der Rassismen reichen dabei von Alltagsrassismen in Form von Mikroaggressionen² über institutionell ausgeübte Gewalt (z. B. rassistische Polizeipraxis wie *racial profiling* oder überproportional hohe Zahlen von BIPOC und Migrant*innen bei tödlichen Polizeieinsätzen) bis hin zu rechtem Terror in eliminatorischer Absicht (wie die NSU-Morde oder die Anschläge von Halle und Hanau). Innerhalb von migrantischen und BIPOC-Communities gibt es einerseits ein umfassendes Erfahrungswissen um die massiven Einschränkungen des eigenen Wohlergehens und Wohlbefindens durch Rassismus, zugleich findet dies nur langsam und erst durch eine verstärkte mediale Präsenz des Themas in Folge von Selbstorganisation Eingang in öffentliche Diskurse und Fachdebatten. Dementsprechend liegen noch keine systematisierten Studien vor,

2 Tagtägliche, wiederkehrende Konfrontationen mit Alltagsrassismus werden in der Rassismus-Forschung *racial microaggressions* genannt.

die die gesundheitlichen Effekte von Rassismus in seiner ganzen Bandbreite auf BIPOC und Migrant*innen untersuchen. So verweist Yeboah darauf, dass die gesundheitliche Versorgung der Menschen in Deutschland bislang ohne Datenerhebung hinsichtlich der Merkmale rassistischer Diskriminierung nach Art. 1 Abs. 1 ICERsD erfolgt³, was faktenbasierte Aussagen über die gesundheitlichen Auswirkungen von Rassismus auf Gesundheit erschwert (Yeboah 2017). Im deutschen Sprachraum steht die Beschreibung der allgemeinen gesundheitlichen Situation von Migrant*innen und ihrer gesundheitlichen Versorgung, basierend auf quantitativen Studien im Vordergrund (Brunett 2016, S. 54). In der aktuellen Gesundheitswissenschaft dominieren Studien über den schlechten Gesundheitszustand von Migrant*innen und teilweise veraltete, kulturalisierende Konzepte transkultureller Pflege auf der Basis nationaler, religiöser oder ethnischer Stereotype (Leininger 1998; Bose 2012). Qualitative Studien hingegen, in denen migrantisch situiertes Wissen (Haraway 1988, 2007) über Erfahrungen von Exklusion und Gewalt innerhalb dieser Gesellschaft und ihre Effekte auf individuelles und kollektives Wohlbefinden und Gesundheit aufgezeigt wird, gibt es kaum. D. h. die erlebte Realität von Rassismus wird in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung insgesamt und insbesondere in der Medizin, Psychologie, Psychosomatik und Psychiatrie in den immer noch *weiß* dominierten Gesundheitswissenschaften eher vernachlässigt (Yeboah 2017, S. 149).

Auch die Unterbringung in Lagern und Sammelunterkünften geht mit massiven gesundheitlichen Belastungen einher, wie eine Studie des RKI jüngst aufgezeigt hat (RKI 2021). Besonders augenfällig sind die gesundheitlichen Gefahren in Sammelunterkünften seit Beginn der Covid-19-Pandemie, die mit deutlich erhöhter Prävalenz in den Einrichtungen einherging (Betscher 2020). Kühne, die die gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus untersucht hat, kommt zu dem Schluss, dass bei dieser Gruppe eine signifikant schlechtere physische und psychische subjektive Gesundheit festzustellen ist, so dass es zu einer deutlich reduzierten Lebensqualität, hoher Krankheitslast und erhöhter Sterblichkeit kommt (Kühne 2014, S. 192). Der prekäre Aufenthaltsstatus und die Angst vor Abschiebung führen zu einer ungewöhnlich hohen Symptomtoleranz, in deren Folge es zu Chronifizierung und Verschlimmerung von Krankheiten kommt. Bislang fehlt auf Bundesebene eine geregelte gesundheitliche Versorgung illegalisierter Menschen in Deutschland, so dass nur einzelne Länder und Kommunen, insbesondere aber zivilgesellschaftliche Organisationen (Medibüros, Medinetze, Medizinische Flüchtlingshilfe und „Praxis ohne Grenzen“) Angebote machen.

Auch jenseits der mit Zuwanderung verbundenen Effekte der Grenzregime hat Rassismus massive Auswirkungen auf die Gesundheit von BIPOC

3 International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination: Internationales Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von rassistischer Diskriminierung.

und Migrant*innen. Die brennenden Unterkünfte und Wohnungen von Geflüchteten und Migrant*innen in den 1990er Jahren, die Morde des NSU sowie die rassistischen Anschläge in Halle und Hanau führen uns nicht nur die tödlichen Konsequenzen von Rassismus vor Augen, sondern auch die physischen und psychischen Gesundheitsbelastungen der Überlebenden und Opfer-Angehörigen (Şimşek 2013). Darüber hinaus beeinträchtigt rassistische Polizeigewalt, und zwar sowohl als real erlebte als auch als potentiell jederzeit mögliche, die Gesundheit von BIPOC und migrantisch gelesenen Menschen, in Deutschland. Lange Zeit als US-amerikanisches Problem externalisiert, werden rassistische Polizeipraxen zunehmend auch in Deutschland thematisiert. Dabei geht es nicht nur um organisierte rechte Strukturen innerhalb der deutschen Polizei, sondern auch um rassifizierende Polizeipraktiken, die von *racial profiling* bis hin zu Tötung führen können und zumeist nur durch zivilgesellschaftliche Initiativen thematisiert werden.⁴

Doch auch ohne unmittelbare Gewalterfahrung durch staatliche Institutionen bedeutet das Leben von BIPOC und Migrant*innen in einer rassifizierten Gesellschaft Stress. Ziegler und Beelmann (2009) sprechen hier von *Minoritäten-Stress* bzw. Minoritäten bezogener Stresserfahrung. *Minoritätenstress* wird durch *Mikroaggressionen* erzeugt, die sich als Alltagsrassismus in Form von offenen und verdeckten rassistischen Praktiken äußern, mit denen die Mehrheitsgesellschaft die Zugehörigkeit von BIPOC permanent in Frage stellt. Diese *Mikroaggressionen*, so verweist Yeboah, reichen von subtilen Formen der Ausgrenzung, beispielsweise mit Fragen wie: „Nein, aber wo kommst du wirklich her?“ bis hin zu aggressiven Formen der Diskriminierung wie beispielsweise: „Wir vermieten nicht an Schwarze!“ (Yeboah 2017, S. 147). Einige Daten verweisen auf einen Zusammenhang zwischen Rassismus, stressbedingten dauerhaft erhöhten Cortisolspiegeln und erhöhten Risiken für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlafstörungen, erhöhtem Blutdruck und erhöhter Mortalität während andere hier keine eindeutigen Zusammenhänge sehen (vgl. Brunett 2016, S. 59). Studien aus den USA haben nachgewiesen, dass wiederkehrende Konfrontationen mit rassifizierenden Mikroaggressionen Stressreaktionen aktivieren und die Entstehung von Depressionen, Angststörungen und die physische Desintegration bei BIPOC und Migrant*innen begünstigen. So verkörpern sich Exklusionsmechanismen als neurobiologische Reaktionen bei betroffenen Personen und werden von einigen als Akte der biologischen Vernichtung bezeichnet (vgl. Bauer 2006, zit. nach Yeboah 2017).

Insgesamt liegen jedoch nur wenige gesundheitswissenschaftliche Studien zu den physischen gesundheitlichen Effekten von Rassismus im deutschsprachigen Raum vor, während die anglo-amerikanisch Forschung jedoch Zusammenhänge nachgewiesen hat (siehe (Brunett 2016, S. 54 ff.)). Angesichts der hier

4 vgl. <https://deathincustody.noblogs.org/>; Belina 2016, Abdul-Rahman et al. 2020.

aufgeführten Tendenzen erstaunt es, dass gesundheitswissenschaftliche Ansätze im deutschsprachigen Raum in einer beschreibenden Betrachtung sozialer Ungleichheiten und damit einhergehenden zirkulären Bestätigung derselben verharren, anstatt zugrundeliegende strukturell rassistische Ursachen zu adressieren (Brunett 2016, S. 64). Rassismus findet auch im Präventionsbereich kein eigenes Handlungsfeld. Daher erscheint die Einbindung von Ansätzen aus der kritischen Medizinethnologie (s. den Beitrag zur Ethnologie), den postkolonialen Studien und aus der antirassistischen Bildungsarbeit für einen Community-Health-Ansatz auf Migration unabdingbar. Erkenntnisse aus US-amerikanischen gesundheitswissenschaftlichen Studien, die die Auswirkungen von gesellschaftlichen Verhältnissen auf Gesundheit bereits einbeziehen, geben hier wegweisende Einblicke. So verbindet Krieger in der von ihr entwickelten ökosozialen Theorie das Zusammenspiel von Verhältnissen und Ungleichheitsstrukturen im Wechselspiel mit biologischen und sozialen Faktoren auf verschiedenen Ebenen (2011, S. 214). Ihre Studien zeigen, wie sich Diskriminierung in Form von verkalkten Arterien in Körper einschreibt und sich als gesellschaftliche, verkörperte Ungleichheit darstellt. Kriegers ökosozialer Ansatz zeigt sehr deutlich den Vorteil einer Einbeziehung von Herrschaftsverhältnissen, Grenzregimen und Rassismus in die Betrachtung gesundheitlicher Ungleichheit und macht damit deutlich, wie Krankheitsmuster in sozialen, ökologischen und biologischen Kontexten erscheinen, Individuen von Krankheit unterschiedlich beansprucht werden und je nach sozioökonomischer Positionierung unterschiedliche Empfänglichkeiten und Resilienzen haben, und zwar in Abhängigkeit zu ihren individuellen Lebensverläufen, räumlich-zeitlichen Faktoren und Interaktionen mit Gruppen, Machtstrukturen, Diskriminierung und Ungleichheit.

5. Fazit

Mit dem Ziel, Lösungsmöglichkeiten zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit von Migrant*innen und BIPOC aufzuzeigen, entwickelt dieser Artikel, eine postmigrantische, herrschaftskritische Community-Health-Perspektive auf Migration und soziale Ungleichheit zu entwickeln. Diese Perspektive grenzt sich ab von der auf Minderheiten ausgerichteten US-amerikanischen Perspektive, indem sie den Blick abwendet von essentialisierenden Vorstellungen, die Ursachen für den schlechteren Gesundheitszustand von Migrant*innen im Alibi der kulturellen Differenz verortet. Aus einer Community-Health-Perspektive begegnet sie der Ambiguität des Community Begriffes vielmehr durch die Analyse kontextbezogener Differenzkonfigurationen und entwickelt darauf basierend Community Health Lösungen (s. den Beitrag zum Diversitätsansatz). Die Abgrenzung zur amerikanischen Community Health zeigt sich hier vor allem auch in der Berücksichtigung gesamtgesellschaftlicher Aspekte für Gesundheit und in

diesem Sinne möchten wir zu einem Paradigmenwechsel in den Gesundheitswissenschaften im Sinne einer kritischen Medizinethnologie (s. den Beitrag zur Ethnologie) aufrufen. Dieser Paradigmenwechsel beinhaltet, dass neben community-bezogenen Aspekten die hier behandelten Aspekte Herrschaft, Grenze und Rassismus aktiv in eine gesundheitswissenschaftliche Auseinandersetzung mit Migration einbezogen werden. Und er beinhaltet einen Perspektivwechsel, mit dem Selbstermächtigung, Empowerment, Selbstorganisation sowie „subversive Strategien der Selbstinklusion“ (Mecheril 2013) als gesundheitsfördernde Praktiken anerkannt und einbezogen werden. Ein Paradigmenwechsel würde sich auch darin zeigen, die gesundheitsbezogenen Praxen mit Samerski als *healthcare bricolage* zu beschreiben, in der sich das Zusammenbasteln nicht nur als improvisierte Reaktion auf einen Notstand darstellt, sondern ihr auch der Moment der Selbstermächtigung und des Eigensinns innewohnt (Samerski 2019). So ein Paradigmenwechsel würde sich wissenschaftlich und praktisch u. a. durch eine stärkere Einbeziehung der Auswirkungen von Grenzregimen und Herrschaftsstrukturen auf Gesundheit, die Durchführung qualitativer Studien zur Gesundheit von BIPOC und Migrant*innen von oder gemeinsam mit Vertreter*innen der betroffenen Gruppen und einen Fokuswechsel bei der Ursachenforschung über gesundheitliche Ungleichheit von kultureller Differenz als Alibi zu Diversitätssensibilität als Teilhabechance einleiten lassen.

Literatur

- Abdul-Rahman, L./Espín Grau, H./Klaus, L./Singelstein, T. (2020): Zweiter Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Körperverletzung im Amt durch Polizeibeamt*innen“ (KviAPol) Rassismus und Diskriminierungserfahrungen im Kontext polizeilicher Gewaltausübung, www.kviapol.rub.de/images/pdf/KviAPol_Zweiter_Zwischenbericht.pdf (Abfrage:29.05.2021).
- Belina, B. (2016): Der Alltag der Anderen: Racial Profiling in Deutschland? In: Dollinger, B./Schmidt-Semisch, H. (Hrsg.) Sicherer Alltag? Wiesbaden: Springer VS. www.doi.org/10.1007/978-3-658-07268-1_6 (Abfrage: 26.05.2021).
- Betscher, S. (2020): Refugees in Bremen fighting for protection: Vulnerability, power relation, and the double-standards of structural racism in Corona times, #WitnessingCorona: www.medizinethnologie.net/refugees-in-bremen-fighting-for-protection/ (Abfrage:26.05.2021).
- Bohnefeld, M./Dickhäuser, O. (2018): “(Biased) grading of students’ performance: Students’ names, performance level and implicit attitudes.” In: *Frontiers in Psychology* 9, S. 481.
- Bojadžijev, M./Römhild, R. (2014): Was kommt nach dem „transnational turn“? Perspektiven für eine kritische Migrationsforschung. In: *Berliner Blätter. Ethnographische und ethnologische Beiträge* 65: Vom Rand ins Zentrum. Perspektiven einer kritischen Migrationsforschung. Berlin: Panama-Verlag, S. 10-24.
- Brunett, R. (2016): Rassismus und Gesundheit. *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften*, Bd. 51. Hamburg: Argument, S. 54-69.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2008): Ergebnisse der Erhebung über die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund im Lande Bremen. In: *Psychotherapeutenjournal*, Nr. 2, S. 166.
- Castro Varela, M. d. M. (2020). *Postkoloniale Theorie. Eine kritische Einführung*. Bielefeld: transcript.
- De Genova, N. (2016): The European Question. In: *Social Text* 128, H. 34 (3), S. 75-102.

- Drotbohm, H. (2014): Einleitung. In: Nieswand, B./Drotbohm, H. (Hrsg.): Kultur, Gesellschaft, Migration. Die reflexive Wende in der Migrationsforschung. Wiesbaden: Springer VS, S. 1-37.
- Falge, C. (2021a): Medizinethnologie im Anwendungskontext: theoretische und methodische Orientierungen im Stadteillabor Bochum Migration und Gesundheit. In: Spallek, J./Zeeb, H. (Hrsg.): Migration und Gesundheit. Göttingen: Hogrefe Verlag, S. 397-405.
- Falge, C. (2021b): Migrating bodies in the context of health and racialization in Germany. In: Haukanes, H./Pine, F. (Hrsg.): Intimacy and mobility in the era of hardening borders: Gender, reproduction, regulation. Manchester: University Press, S. 105-122.
- Foroutan, N./Canan, C. (2016): The Paradox of Equal Belonging of Muslims. In: Islamophobia Studies Journal 3, S. 159-176.
- Foroutan, N. (2020): Rassismus in der postmigrantischen Gesellschaft. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 42-44, S. 12-18.
- Glick Schiller, N. (2006): Beyond the ethnic lens: Locality, globality, and born-again incorporation. In: American Ethnologist 33, H. 4, S. 612-633.
- Gümüşay, K. (2020): Sprache und Sein. Berlin: Hanser Verlag.
- Haraway, D. (1988): Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. In: Feminist Studies 14, S. 575-599.
- Herscher, A. (2017): Displacements. Architecture and Refugees, In: Hirsch, N./Miesgen, M. (Hrsg.), Critical Spatial Practice 9. Berlin: Sternberg Press.
- Hess, S. et al. (2014): Grenzregime II. Migration. Kontrolle. Wissen. Transnationale Perspektiven, Berlin, Hamburg: Assoziation A.
- Berchem, D. et al. (2021): Zwischenbericht zur Studie QUERgesund in der Bochumer Hustadt. Das Präventionsverhalten in einer multidiversen Nachbarschaft: Gesundheitsbezogene Ressourcen, Barrieren und Handlungsempfehlungen. https://www.hs-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Forschung/Zwischenbericht_hsg__QUERgesund.pdf
- Knipper, M./Bildin, Y. (2009): Migration und Gesundheit. Nürnberg, BAMF. Online.
- Köckler, H. (2017): Umweltbezogene Gerechtigkeit. Anforderungen an eine zukunftsweisende Stadtplanung. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Kohls, M., (Hrsg.) (2011): Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland. Forschungsbericht/Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 9. Nürnberg. Online.
- Krieger, N. (2011): Epidemiology and the People's Health. Theory and Context. Oxford: University Press.
- Kühne, A. (2014): Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Migranten ohne Aufenthaltsstatus, Dissertation UKE Hamburg. www.ediss.sub.uni-hamburg.de/handle/ediss/5624. (Abfrage: 26.05.2021).
- Lang, C./Pott, A./Schneider, J. (2018): Erfolg nicht vorgesehen. Sozialer Aufstieg in der Einwanderungsgesellschaft – und was ihn so schwer macht. Münster: Waxmann.
- Leininger, M. (1998): Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege Freiburg: Lambertus Verlag.
- Malkki, L. H. (1995): Refugees and Exile. From ‚Refugee Studies‘ to the National Order of Things. In: Annual Revue of Anthropology, H 24 (1995), S. 495-523.
- Mbembe, A. (2019): Necropolitics, Durham, London: Duke University Press.
- Mecheril, P./Thomas-Olalde, O. et al. (2013): Migrationsforschung als Kritik. Konturen einer Forschungsperspektive Wiesbaden: Springer VS.
- Razum, O. et al. (2008): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung 2008, Berlin, Robert Koch-Institut.
- Razum, O./Saß, A. C. (2015): Migration und Gesundheit: Interkulturelle Öffnung bleibt eine Herausforderung. Berlin: Springer.
- RKI: Journal of Health Monitoring, Monitoring der Gesundheit und Gesundheitsversorgung geflüchteter Menschen in Sammelunterkünften: Ergebnisse des bevölkerungsbezogenen Surveys RESPOND – Focus – JoHM 1/2021, www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloads/Focus/JoHM_01_2021_Gesundheit_Gefluechteter_RESPOND.html (Abfrage: 30.05.2021).
- Schneider, J. (2015): Bildung ist der Schlüssel zur Emanzipation. In: J. Schneider/M. Crul/F. Lelie. Münster, generation mix. Waxmann, S. 48-65.

- Schramkowski, B. (2018): Paradoxien des ‚Migrationshintergrundes‘, Von vorder- und hintergründigen Bedeutungen des Begriffes. In: Blank et al. (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft. Grundlagen – Konzepte – Handlungsfelder. S. 50.
- Schulze-Wessel, J. (2017): Grenzfiguren – Zur politischen Theorie des Flüchtlings. Bielefeld: transcript.
- Şimşek, S./Schwarz, P. (2013): Schmerzliche Heimat. Deutschland und der Mord an meinem Vater. Berlin: Rowohlt.
- Täubig, V. (2009): Totale Institution Asyl. Empirische Befunde zu alltäglichen Lebensführungen in der organisierten Desintegration. Weinheim und München: Juventa.
- Velho, A. (2011): Auswirkungen von Rassismuserfahrungen auf die Gesundheit, das Befinden und die Subjektivität – Ansätze für eine reflexive Berufspraxis. In: Landeshauptstadt München, Direktorium, Antidiskriminierungsstelle für Menschen mit Migrationshintergrund
- Weichselbaumer, D. (2016): Discrimination against Female Migrants Wearing Headscarves. Discussion Paper, Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit (IZA). DP No 12017.
- Yeboah, A. (2017): Rassismus und psychische Gesundheit in Deutschland. In: Fereidooni, K./El, M. (Hrsg.): Rassismuskritik und Widerstandsformen. Wiesbaden: Springer VS, S. 143-161.
- Ziegler, P./Beilmann, J. (2009): Diskriminierung und Gesundheit. In: Beilmann, J./Kai, J. (Hrsg.): Diskriminierung und Toleranz Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven. Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften, S. 357-378.
- Zogby, E. (2018): <https://www.newsweek.com/therapists-report-rise-anxiety-trump-was-elected-1046687>.

Geschlecht aus der Perspektive von Community Health

Anna Mikhof, Leonie Wieners, Elisa Merkel

Zusammenfassung

Mit Blick auf unterschiedliche Geschlechtsperspektiven werden Differenzen in Bezug auf die Gesundheit aufgezeigt, die im Rahmen von Community Health bedeutsam sind. Dabei werden biologische, psychosoziale und intersektionale Ansätze zur Erklärung des Gender Health Gap diskutiert. Die Betrachtung der Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten anhand von spezifischen Beispielen aus der Perspektive von Community Health zeigt geschlechtsspezifische Versorgungsbedarfe und die Notwendigkeit geschlechtssensibler Forschung zur Entwicklung adäquater Interventionen auf.

Abstract

With regard to different gender perspectives, differences in health that are significant in the context of community health are highlighted. Biological, psychosocial and intersectional approaches to explaining the gender health gap will be discussed. Examining the utilization of health services using specific examples from a community health perspective illustrates gender-specific care needs and the necessity for gender-sensitive research to develop adequate interventions.

1. Geschlechterdiversität über die Zeit

Auch wenn mittlerweile ein essentieller Grundbaustein zu Erkenntnissen darüber, dass Geschlecht einer von mehreren bestimmenden Faktoren von Gesundheit ist, vorliegt, sind die Grundzüge dazu vor nicht so langer Zeit, mit der Frauenbewegung Mitte des 20. Jahrhunderts, gelegt worden. Durch Bemühungen feministischer Forscherinnen, die auf die androzentrische Ausrichtung in der Gesundheitsforschung und der damit einhergehenden Orientierung als Gesundheitsstandard hinwiesen, entfaltete sich die Thematisierung von Gesundheit und Geschlecht mit Blick auf die Frauengesundheit (s. Bayne-Smith 1996, zit. nach Courtenay 2000a). Die Frauen- und Geschlechterforschung der 80er und 90er Jahre war durch ein binäres Geschlechtsverständnis geprägt, welches Männer

und Frauen anhand von zwei Merkmalen, der Sex-Gender-Unterscheidung, differenzierte: Dem biologischen Geschlecht, welches Menschen anhand von körperlichen Geschlechtsmerkmalen bei ihrer Geburt zugewiesen wird (*sex*) und dem sozialen Geschlecht, welches sich aus der Sozialisation sowie erlernten Rollenbildern und Erwartungen entwickelt (*gender*) (Bolte 2016). Letztere wird deshalb auch als Geschlechtsrolle mit einer gesellschaftlich zugeschriebenen, sozialen Bedeutung verstanden. Die geschlechterbezogene Gesundheitsforschung orientierte sich an der Annahme, dass sich Frauen und Männer in physischen, psychischen und sozialen Bedingungen, die zu Gesundheit oder Krankheit führen, den damit einhergehenden gesundheitlichen Risiken und Ressourcen sowie dem Umgang mit diesen unterscheiden. Der Fokus wurde verstärkt darauf gelegt, die Benachteiligung von Frauen, die sich in fast allen Arbeits- und Lebensbereichen abzeichnete, auch im Kontext der Gesundheitsversorgung aufzudecken. Dabei sollten systematische Fehler im medizinischen Verständnis sowie der darauf abgestimmten Versorgung, die durch die unzureichende Berücksichtigung von Geschlecht entstanden waren (*gender bias*), erforscht und ausgeglichen werden (Ruiz-Canterro et al. 2007). Vor diesem Hintergrund konnte lange Zeit kein analoges umfassendes Forschungsinteresse an der Gesundheit der Männer verzeichnet werden, bestand doch die Annahme, dass diese in der bisherigen, männlich-geprägten Gesundheitsforschung bereits genügend Berücksichtigung fand.

Mit der Weiterentwicklung der Frauen- und Geschlechterforschung in den 90er und 2000er Jahren wurde der Ruf nach einem neuen Geschlechtsverständnis laut, das die vielschichtigen Einflüsse des Geschlechts sowie deren Implikationen für eine zielgruppengerechte Gesundheitsversorgung zu verstehen sucht. Die vorherrschende binäre Geschlechterzuordnung zeigte sich dafür als unzureichend, da sie von zwei starren Grundannahmen geprägt war: Erstens wurde die Dualität von Geschlechtsidentitäten vorausgesetzt, in der genau zwei Geschlechter akzeptiert und dabei das biologische (*sex*) und das soziale Geschlecht (*gender*) unzweifelhaft miteinander gleichgesetzt wurden. Zweitens war in das ursprünglich konstruierte Geschlechtssystem eine sexuelle Selbstidentifikation eingebettet, in der die sexuelle Orientierung (*desire*) automatisch mit den entsprechenden dualen Geschlechtsidentitäten (*gender*) einhergeht. Heterosexualität wurde somit als eine selbstverständliche Norm angesehen (Degele/Winker 2011), sodass bedeutende gesundheitsrelevante Faktoren von anderen sexuellen Orientierungen übergangen worden sind (z. B. Hardacker/Ducheny/Houlberg 2019).

Eine größere Heterogenität wurde durch eine Geschlechtsperspektive ermöglicht, die anerkennt, dass sich Konzepte wie Sex und Gender auf einem Kontinuum mit mehreren Abstufungen (z.B. basierend auf genetischem, gonadalem, genitalem, psychischem oder sozialem Geschlecht) bewegen können, die wechselseitig miteinander interagieren (Rieder/Lohff 2008). Die Erweiterung des Geschlechtsbegriffs führte dazu, dass auch vermehrt Menschen

mit in den Blick genommen wurden, die nicht den Normvorstellungen der Zweigeschlechtlichkeit und Heterosexualität entsprachen. Die heutige Frauen- und Geschlechterforschung spricht von einer Geschlechtervielfalt, die diverse Geschlechtsvorstellungen und sexuelle Orientierungen der LGBTIQ Community (Lesbian, Gay, Bisexuals, Trans*, Inter* und Queer) miteinbezieht. Trans-* und inter*geschlechtliche Personen werden beispielsweise dabei unter der Gemeinsamkeit, sich nicht in die binäre Geschlechterordnung eingliedern zu können oder zu wollen, zusammengefasst, jedoch unterscheiden sich die Gruppen in ihren gesundheitsrelevanten Bedürfnissen stark voneinander. Während bei trans*geschlechtlichen Personen das bei der Geburt zugewiesene Geschlecht nicht der persönlichen Geschlechteridentität entspricht, lassen sich inter*geschlechtliche Menschen von ihren körperlichen Merkmalen ausgehend nicht in das duale Geschlechterverständnis einordnen (Bettcher 2015).

Courtenay (2000a) weist darauf hin, dass die ursprüngliche Fokussierung auf weibliche und männliche Geschlechtsrollen auch vor dem Hintergrund der großen Heterogenität innerhalb der Geschlechter zu einseitig sei und somit das Verständnis von vielzähligen konstruierten männlichen und weiblichen Rollen beschneide. Die Konstruktion von Geschlechtsrollen ist außerdem vorwiegend kulturell bedingt und entsteht in sozialen Transaktionen, sodass das soziale Geschlecht keine statische Kategorie darstellen kann. Vielmehr handelt es sich um sozial konstruierte Konzeptionen, die aufgrund von Überzeugungen und Handlungen weiterentwickelt, aufrechterhalten und reproduziert werden. Die übernommenen oder neu konstruierten Gesundheitsüberzeugungen und Gesundheitsverhaltensweisen können somit die Repräsentation von Geschlecht sowohl definieren als auch bewirken.

2. Der Gender Gap in Gesundheit und Mortalität

Mit Blick auf die Erforschung der geschlechtsbezogenen Gesundheit, die sich primär auf das binäre Geschlechtsverständnis bezog, zeichnete sich das sogenannte *Gesundheits-Geschlechter-Paradoxon* ab: Obwohl Frauen sich häufiger als krank einschätzen und durchschnittlich unzufriedener mit ihrer Gesundheit sind, sind es die Männer, die eher chronische Krankheiten und eine deutlich geringere Lebenserwartung aufweisen (z.B. Courtenay 2000a; Lange/Kolip 2015). Sowohl in Deutschland als auch in anderen Industrieländern liegt die durchschnittliche Lebenserwartung der Männer deutlich unter derjenigen von Frauen: Im Mittel bei etwa fünf bis acht Jahren (s. z. B. Camel 2019; Courtenay 2000a; Lange/Kolip 2015). Dabei zeichnet sich ab, dass diese Mortalitätsunterschiede hinsichtlich fast aller häufig auftretenden letalen Krankheiten festzustellen sind (RKI 2014; Statistisches Bundesamt 2015) und auch bei Veränderung der Lebenserwartung – unabhängig davon, ob nach oben oder nach unten hin sich modifizierend – weiterhin erhalten

bleiben (z. B. Lange/Kolip 2015; Sieverding 2005). Auch hinsichtlich der Morbidität, insbesondere mit Blick auf chronische Krankheiten (z. B. Herz-/Kreislauf-erkrankungen, Lungenkrebs, Leberzirrhose oder AIDS), lässt sich der Gender Gap zuungunsten von Männern verzeichnen (z. B. RKI 2014; Sieverding 2005). In marginalisierten Gruppen, die bekanntermaßen im Allgemeinen eine schlechtere Gesundheit und eine niedrigere Lebenserwartung aufweisen (z. B. Binder-Fritz/Rieder 2014; Lampert et al. 2013), findet sich ebenfalls die geschlechtsbezogene Divergenz hinsichtlich der Mortalität (z. B. Flynn/Slovic/Mertz 1994). Der entsprechende Gender Gap scheint dabei stärker ausgeprägt zu sein (Courtenay 2000b; s. Abschnitt 4.).

Mit Blick auf Trans*- und Inter*-Personen lassen sich noch deutlichere Unterschiede verzeichnen: Sie weisen im Vergleich zu cis-geschlechtlichen¹ Personen (infolge von heteronormativer Ausrichtung der strukturellen Gesundheitsversorgung, die für Trans*- und Inter* Personen eine Auseinandersetzung mit vielzähligen gesundheitlichen Risiken und Problemen mit sich bringt) eine deutlich schlechtere Gesundheit auf (Frederiksen-Goldsen 2014), die mit einer geringeren Lebenserwartung einherzugehen scheint (Hardacker/Ducheny/Houlberg 2019). Die Autorinnen argumentieren, dass transgeschlechtliche Menschen bereits ab dem 30. bis 40. Lebensjahr zu den „Senior*innen“ innerhalb ihrer Community gezählt werden, da eine durchschnittliche Lebenserwartung einer trans-geschlechtlich lebenden Person nur 30 bis 35 Jahre beträgt. Auch hinsichtlich der Morbidität zeichnen sich innerhalb der Transgender-Subpopulation Differenzen ab: Trans*-Männer weisen einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand auf als Trans*-Frauen und non-binäre Geschlechter (Cicero et al. 2020). Dabei scheinen Trans*-Personen mit heterosexueller Identität über eine bessere Gesundheit zu verfügen als Trans*Personen, die sich als sexuelle Minorität verstehen (ebd.). Angesichts dessen, dass über die Gesundheit der LGBTIQ-Community noch wenig bekannt ist und sich in kürzlich veröffentlichten Studien (z. B. Cicero et al. 2019; Cicero et al. 2020) spezifische Unterschiede abzeichnen, bedarf es eingehender Forschung, auch mit Blick auf die zukünftige Entwicklung community-adäquater Interventionen.

3. Biologische und psychosoziale Determinanten des Gender Health Gap

Die skizzierten Geschlechtsunterschiede werden durch vielfältige Aspekte geprägt. Zunächst soll auf mögliche Determinanten des Gender Health Gap im binären Verständnis eingegangen werden. So tragen biologische Prozesse – wie

1 Übereinstimmung von Geschlechtsidentität und dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht

die genetische Disposition oder die hormonellen Spezifika – einen Teil zu Geschlechtsunterschieden in der Morbidität und Mortalität bei (z. B. das Sexualhormon Östrogen als protektiver Faktor gegenüber Herzkreislauferkrankungen (Iorga et al. 2017) oder das Sexualhormon Androgen als Risikofaktor für Entzündungen (Klein 2000)). Interessante Erkenntnisse in diesem Zusammenhang zeichnen sich aus einer Klosterstudie von Luy (2002) ab, in der die Lebenserwartung von katholischen Ordensfrauen und -männern untersucht wurde: Unter identischen Lebensbedingungen lag der Geschlechtsunterschied lediglich bei einem Jahr zugunsten von Frauen. Diese Zeitspanne wird bisher als belegter biologischer Lebenserwartungsunterschied zwischen Männern und Frauen angenommen (Stiehler 2016). Biologische Aspekte scheinen nur knapp 20 % zur totalen Sterblichkeitsdifferenz beizusteuern (Wiedemann/Wegner-Siegmundt/Luy 2015) und können somit keinesfalls als Hauptbestimmungsfaktoren für die zu beobachtenden Geschlechtsdifferenzen angesehen werden.

Ein genauer Blick auf die Morbidität und Mortalität unterstreicht weiterhin die Auffassung, dass die Ursachen für den Gender Health Gap außerhalb der biologischen Domäne zu finden sind. So zeigt sich, dass vermeidbare Sterbefälle – also jene, die durch angemessene Prävention oder Therapie hätten verhindert werden können – insbesondere Männer betreffen (RKI 2014). Einen entscheidenden Beitrag zur Erklärung der Sterblichkeitsdifferenz zwischen Männern und Frauen leisten demnach psychosoziale und systemische Faktoren: Risikoreiches Verhalten, gesundheitsförderliche Gewohnheiten, gesundheitsbezogene Überzeugungen, die Wahrnehmung von und die Kommunikation in Bezug auf die gesundheitlichen Einschränkungen, der Umgang mit Krankheiten sowie soziale Praktiken, institutionelle Strukturen und Versorgungssysteme (Courtenay 2000a; Verbrugge 1989).

Kurz umrissen tendieren Männer eher zu ungesünderen Lebensstilen mit entsprechenden Überzeugungen und risikoreichen Verhaltensweisen (u. a. keine Vorsorge oder keine Inanspruchnahme medizinischer oder psychologischer Unterstützung bei bestehenden Gesundheitsproblemen, für eine Übersicht s. Courtenay 2000c), sie zeigen eher ein ungünstiges Copingverhalten (z. B. in Form von Vermeidungsreaktionen, Ersatzlösungen wie Alkohol oder Aggression bei Konflikten), zugleich sind sie weniger bereit sich Unterstützung zu suchen oder auf diese zurückzugreifen (Courtenay 2000a; RKI 2014). Männer zeigen im Vergleich zu Frauen weniger Interesse an Gesundheitsinformationen und verfügen zudem über weniger Wissen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit (Courtenay 2000a). Dies scheint primär in der traditionellen männlichen Geschlechtsrolle (mit der Betonung von Stärke und Dominanz) begründet zu sein, die gewisse Unverletzlichkeit suggeriert und somit als essenzieller Prädiktor für ungesundes Verhalten fungieren kann (z. B. Courtenay 2000b). Dies spiegelt sich wiederum im Gesundheits-Geschlechter-Paradoxon wider: Obwohl Männer ein höheres Mortalitätsrisiko aufweisen und häufiger an lebensbedrohlichen Erkrankungen leiden, nehmen sie sich in Bezug auf Gesundheitsprobleme

durchweg als weniger gefährdet wahr als Frauen (Flynn/Slovic/Mertz 1994; Lange/Kolip 2015; RKI 2014).

Im Zusammenhang mit marginalisierten Gruppen diskutieren Forscher die mögliche Rolle von Status, Macht und dem Zugang zu Institutionen und Technologien, die unmittelbar erlebte Vulnerabilität mitprägen können (z.B. Flynn/Slovic/Mertz 1994). Zugleich scheint sich der Grad der gesellschaftlichen Geschlechtergleichstellung positiv auf die Männermortalität des jeweiligen Landes auszuwirken: Je ausgeprägter die Gleichstellung zwischen Mann und Frau, desto geringer ist die Geschlechtsdifferenz in der Lebenserwartung (Kavanagh/Shelley/Stevenson 2017). Es ist zu vermuten, dass dies mit weniger ausgeprägten männlichen Geschlechtsstereotypen und den damit einhergehenden gesundheitsriskanten Handlungen assoziiert ist.

4. Intersektionale Ansätze

Neben biologischen und psychosozialen Determinanten sind auch solche Faktoren wie beispielsweise der wirtschaftliche Status oder die ethnische Zugehörigkeit mit Morbidität und Mortalität assoziiert (Binder-Fritz/Rieder 2014). Die Lebenserwartung von Frauen fällt im Vergleich zu Männern auch deswegen so groß aus, da es unter den Männern einen großen Anteil von Teilpopulationen gibt, die eine besonders hohe Mortalität aufweisen und somit die durchschnittliche männliche Lebenserwartung senken. Die Gruppierung mit der höchsten Mortalität stellen Männer mit einem geringen sozioökonomischen Status dar (Luy/Gast 2014). Hierbei zeichnet sich ab, dass die Bedeutung des Geschlechts hinsichtlich gesundheitsrelevanter Themen nicht isoliert von kontextuellen Lebensbedingungen konzeptualisiert und verstanden werden kann. Verwobene bzw. intersektionale Perspektiven von simultan zusammenwirkenden sozialen Ungleichheiten eröffnen die Berücksichtigung von Wechselwirkungen (Degele/Winker 2011).

In einer Vielzahl von Studien konnte gezeigt werden, dass Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status ihren persönlichen Gesundheitszustand als schlechter einstufen und ein erhöhtes Risiko für das Entwickeln chronischer Erkrankungen sowie eine höhere Mortalität aufweisen als Menschen mit einem hohen sozioökonomischen Status (z.B. Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2013; Lampert/Kroll 2014; Lampert et al. 2013). Wenngleich es hierbei geschlechtsbezogene Inkonsistenzen gibt, weisen einige Studien auf eine stärkere gesundheitliche Ungleichheit bei Männern hin (Lampert/Kroll 2014). Es können einerseits Zusammenhänge mit einer intensiveren Ausführung gesundheitsrisikoreicher Verhaltensmuster wie Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel und Bluthochdruck gefunden werden (Lampert et al. 2013). Andererseits lassen sich die Ursachen jedoch auch insbesondere auf struktureller Ebene auffinden, da die Zugangsmöglichkeiten zur Gesundheitsversorgung für verschiedene

Zielgruppen unterschiedlich verfügbar sind, was u. a. wiederum die tatsächliche Inanspruchnahme von Vorsorge- und Behandlungsangeboten prägt (z. B. Spallek/Razum 2007). Zum Beispiel sind Bürger*innen mit Migrationshintergrund durchschnittlich schlechter über Programme zur Krebsfrüherkennung als Bürger*innen ohne Migrationshintergrund informiert (Rommel et al. 2015). Dies scheint für Männer mit Migrationshintergrund besonders prekär ausgeprägt zu sein, sodass auch diejenigen der zweiten Folgegeneration kaum Unterschiede zur ersten aufweisen. Frauen mit Migrationshintergrund überwinden hingegen die Informationshürde schneller und verfügen in der zweiten Migrationsgeneration im Vergleich zu Männern über mehr Informationen zur Krebsprävention (ebd.).

Hinsichtlich der Trans*-Personen zeichnet sich eine Kombination aus vielfältigen, den Gender Gap begünstigenden Faktoren ab. Sie reichen von Abweisung, Isolation und dem damit zusammenhängenden Substanzmissbrauch (z. B. Agosto et al. 2019), über Diskriminierung, Gewalterfahrung, lebenslange Marginalisierung, Minoritäten-Belastungen bis hin zu eingeschränktem Zugang zu Bildung, Wohnraum und Arbeit sowie unzureichenden zielgruppenspezifischen Gesundheitsangeboten (z. B. Cicero et al. 2019).

Vor diesem Hintergrund sollte im Blick behalten werden, dass bestimmte strukturelle und institutionelle Lebensrealitäten (z. B. im Beruf) mit verstärkter Exposition gegenüber Gefahren und damit geringeren Handlungsmöglichkeiten zum Fortbestehen negativer Gesundheitspraktiken beitragen. Dies scheint eine robuste Erklärung besonders für den Gender Health Gap marginalisierter Gruppen zu sein (Dolan 2011). Gesellschaftliche Dynamiken und institutionalisierte Strukturen, die idealisierte Formen von Männlichkeit belohnen und stereotype Formen von Geschlechtsrollen kultivieren, (re)konstruieren gesundheitliche Ungleichheit dadurch, dass sie das Zurückstellen gesundheitlicher Bedürfnisse, das Eingehen von Risiken und das Praktizieren ungesunder Überzeugungen und Verhaltensweisen stützen. Letzteres kann dazu verleiten sich selbst in der zugeschriebenen sozialen Bedeutung (z. B. das „starke“ Geschlecht) zu legitimieren und auf diese Weise zur Aufrechterhaltung entsprechender Strukturen und des Gender Health Gap beizutragen (Courtenay 2000b). In marginalisierten Gruppen können hypermaskuline Konstruktionen zudem im Sinne der Kompensation eines geringeren Status fungieren und eine stärkere Gefährdung hervorbringen (ebd.).

5. Geschlecht aus der Community-Health-Perspektive

Bei der Betrachtung von Geschlecht aus der Community-Health-Perspektive kommen grundlegende Fragen auf, die insbesondere den folgenden Punkt tangieren: Ist Community Health angemessen aufgestellt, um den diversifizierten Bedürfnissen der Zielgruppen adäquat Rechnung zu tragen? Um dies zu beleuchten, wird im Folgenden auf zwei exemplarische Fragestellungen zurückgegriffen. Erstens

wird die Frage umrissen, inwiefern die Angebote von Community Health unterschiedlich stark von diversen Gruppen von Frauen und Männern genutzt werden und welche Aspekte hierbei bedeutsam sein können. Zweitens soll der Frage nachgegangen werden, ob Community Health ihre Angebote erweitern sollte, um geschlechtsspezifische gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern. Hierbei wird ein Blick auf die psychische Vulnerabilität junger Mütter geworfen.

5.1 Geschlechtsabhängige Nutzung von Community-Health-Angeboten

Bei der Betrachtung des Umstands, inwiefern Community-Health-Angebote, wie beispielsweise Präventionsmaßnahmen, geschlechterabhängig genutzt werden und welche Implikationen hieraus erwachsen, wird Folgendes offensichtlich: Wie sich bereits oben aus den Ausführungen zu geschlechterbezogenen Lebensstilen andeutet, greifen Männer trotz vermehrter Risikofaktoren nicht stärker auf Community-Health-Angebote zurück als Frauen, sondern sogar im Gegenteil deutlich seltener (z. B. Vos et al. 2013). So weisen Forschungsergebnisse, die beispielsweise eine regelmäßige Inanspruchnahme von Community-Health-Angeboten durch Frauen aufzeigen, auf eine doppelte Gefährdung von Männern hin: Erstens haben sie eine höhere Neigung zu gesundheitsschädlichem Verhalten und zweitens nehmen sie unterstützende Gesundheitsangebote kaum oder gar nicht wahr. Erst im höheren Alter (70-74 J.) nähern sich die Männer in der Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten dem Verhalten von Frauen an (ebd.). Ob diese geschlechterbezogenen Unterschiede im biologischen oder sozialen Geschlecht begründet sind, ist nach wie vor ungeklärt. Während in heterosexuellen Beziehungen v. a. die Frauen die gesundheitsrelevante Arbeit leisten, geschieht dies in gleichgeschlechtlichen Beziehungen wechselseitig (z. B. Bolte 2016; Reczek/Umberson 2012). Trans*-Personen nehmen allgemeine Gesundheitsangebote aufgrund erfahrener Diskriminierung, Stigmatisierung sowie fehlendem Verständnis und Unsicherheit seitens der Gesundheitsexpert*innen weniger häufig in Anspruch (Dorsen 2012). Entsprechende zielgruppenspezifische Angebote sind kaum bzw. nicht verfügbar (Hardacker/Ducheny/Houlberg 2019).

5.2 Community-Health-Angebote bei geschlechtsspezifischer Vulnerabilität

Im Rahmen von Community Health besteht demnach ein faktischer Bedarf nach Angeboten, die geschlechtsspezifische Vulnerabilität berücksichtigen. Exemplarisch soll dies mit Blick auf junge Mütter verdeutlicht werden: Obwohl die gesellschaftliche Erwartungshaltung vermittelt, dass die Geburt eines Kindes mit großer Freude

assoziiert sein sollte (Hansen 2012), zeigen psychologische Forschungsergebnisse, dass Personen mit kleinen Kindern eine niedrigere Lebenszufriedenheit und vermehrt depressive Symptome aufweisen als kinderlose Menschen (ebd.). Gerade bei jungen Müttern kann sich diese Symptomatik bis hin zu einem Burnout-Syndrom entwickeln (Roskam/Raes/Mikolajczak 2017). Dies liegt u. a. auch daran, dass immer mehr Frauen schnell wieder in den Beruf zurückkehren und so eine doppelte Last – kleine Kinder und die beruflichen Herausforderungen – schultern müssen, oft mit unzureichender Unterstützung durch das soziale System in Form von flexibler Kinderbetreuung bzw. flexiblen Arbeitszeiten. Meeussen und van Laar (2018) untersuchten die zugrundeliegenden psychologischen Prozesse dieser dualen Belastung und fanden heraus, dass insbesondere diejenigen Frauen, die ausgeprägte Karriereerwartungen hatten, auf der einen Seite den Drang verspürten, eine „perfekte Mutter“ zu sein, und auf der anderen Seite auch beruflich nicht kürzertraten. Hinzu kam die Tendenz „Gatekeeping“-Verhalten zu zeigen und die Kinderbetreuung nicht in signifikantem Ausmaß an ihre Partner oder andere Personen abzugeben. Hierbei sollte jedoch nicht unbeachtet bleiben, dass soziale Erwartungshaltungen und Normen an junge Mütter in bestimmten kulturellen Kontexten (Bild der perfekten Mutter, berufliche erfolgreiche Tätigkeit, simultane Erfüllung mehrerer, teils konfligierender Rollen) eine nicht unbedeutende Rolle spielen (Meeussen/Veldman/Van Laar 2016). Demnach sind junge Mütter unterschiedlichsten Stressoren ausgesetzt – durch den gesellschaftlichen Wandel heutzutage möglicherweise mehr als früher. Hierdurch steigen die Vulnerabilität und damit auch die geschlechtsspezifischen Bedarfe, die durch die Entwicklung unterstützender Community-Health-Angebote aufgegriffen werden sollten. Denkbar wären hier zugleich psychoedukative Ansätze zum Aufbau von Coping-Strategien, Präventionsprogramme und ein engmaschiges Netz unterstützender Angebote zur Kinderbetreuung auf der einen Seite sowie psychologischer Beratung junger Mütter und ihrer Partner*innen auf der anderen Seite (zur Wirksamkeit von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen s. Beitrag Faller, Mikhof).

Angesichts erhöhter Risikofaktoren und mit Blick auf eine niedrigere Lebenserwartung bestimmter Bevölkerungsgruppen, deutet sich an, dass zielgruppenbezogene, niedrigschwellige Angebote, eine früh ansetzende Gesundheitserziehung, eingehendere Forschung zur geschlechtsbezogenen Anpassung von Interventionen, kontextuelle, sozialstrukturelle und institutionelle Veränderungen mit geschlechtssensiblen Foki benötigt werden, um marginalisierte Geschlechter im Rahmen von Community Health adäquat im Sinne der Selbstbestimmung und Partizipation zu unterstützen.

Vor dem Hintergrund der Notwendigkeit geschlechtsspezifischer Gesundheitsversorgung sind die durch geschlechtssensible Forschung entwickelte bzw. adaptierte Programme, die jegliche Pathologisierung des Geschlechts vermeiden und spezifische Bedürfnisse marginalisierter Gruppen berücksichtigen, im Rahmen von Community Health unabdingbar.

Literatur

- Agosto, S./Reitz, K./Ducheny, K./Moaton, T. (2019): Substance use and recovery in the transgender and gender nonconforming (TGNC) older adult community. In: Hardacker, C./Ducheny, K./Houlberg, M. (Hrsg.): Transgender and gender nonconforming health and aging. Cham: Springer, S. 97-112.
- Bolte, G. (2016): Gender in der Epidemiologie im Spannungsfeld zwischen Biomedizin und Geschlechterforschung. Konzeptionelle Ansätze und methodische Diskussionen. In: Hornberg, C./Pauli, A./Wrede, B. (Hrsg.): Medizin-Gesundheit-Geschlecht. Wiesbaden: Springer VS, S. 103-124.
- Bettcher, T. M. (2015): Intersexuality, Transgender, and transsexuality. In: Disch, L./Hawkesworth, M. (Hrsg.): The Oxford handbook of feminist theory. Oxford: Oxford University Press, S. 407-430.
- Binder-Fritz, C./Rieder, A. (2014): Zur Verflechtung von Geschlecht, sozioökonomischem Status und Ethnizität im Kontext von Gesundheit und Migration. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 57, H. 9, S. 1031-1037.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013): Lebenslagen in Deutschland. Der Vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. https://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/SharedDocs/Downloads/Berichte/vierter-armuts-und-reichtumsbericht.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (Abfrage: 27.03.2021).
- Cicero, E. C./Reisner, S. L./Merwin, E. I./Humphreys, J. C./Silva, S. G. (2020): The health status of transgender and gender nonbinary adults in the United States. In: PLoS ONE 15, H. 2, S. 1-20.
- Cicero, E. C./Reisner, S. L./Silva, S. G./Merwin, E. I./Humphreys, J. C. (2019): Health care experiences of transgender adults: An integrated mixed research literature review. In: Advances in Nursing Science 42, H. 2, S. 123.
- Courtenay, W. H. (2000a): Engendering health: A social constructionist examination of men's health beliefs and behaviors. In: Psychology of Men and Masculinities 1, H. 1, S. 4-15.
- Courtenay, W. H. (2000b): Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. In: Social Science and Medicine 50, H. 10, S. 69-85.
- Courtenay, W. H. (2000c): Behavioral factors associated with disease, injury, and death among men: Evidence and implications for prevention. In: Journal of Men's Studies 9, H. 1, S. 81-142.
- Carmel, S. (2019): Health and well-being in late life: Gender differences worldwide. In: Frontiers in medicine 6, S. 218.
- Degele, N./Winker, G. (2011): Intersektionalität als Beitrag zu einer gesellschaftstheoretisch informierten Ungleichheitsforschung. In: Berliner Journal für Soziologie 21, S. 69-90.
- Dolan, A. (2011): *You can't ask for a Dubonnet and lemonade!*: working class masculinity and men's health practices. In: Sociology of Health and Illness 33, H. 4, S. 586-601.
- Dorsen, C. (2012): An integrative review of nurse attitudes towards lesbian, gay, bisexual, and transgender patients. In: Canadian Journal of Nursing Research 44, H. 3, S. 18-43.
- Flynn, J./Slovic, P./Mertz, C. K. (1994): Gender, race, and perception of environmental health risks. In: Risk Analysis 14, H. 6, S. 1101-1108.
- Fredriksen-Goldsen, K. I./Cook-Daniels, L./Kim, H. J./Erosheva, E. A./Emlet, C. A./Hoy-Ellis, C. P., Goldsen, J./Muraco, A. (2014): Physical and mental health of transgender older adults: An at-risk and underserved population. In: The Gerontologist 54, H. 3, S. 488-500.
- Hansen, T. (2012): Parenthood and happiness: A review of folk theories versus empirical evidence. In: Social Indicators Research 108, H. 1, S. 29-64.
- Hardacker, C./Ducheny, K./Houlberg, M. (2019): Transgender and gender nonconforming health and aging. Cham: Springer.
- Iorga, A./Cunningham, C. M./Moazeni, S./Ruffenach, G./Umar, S./Eghbali, M. (2017): The protective role of estrogen and estrogen receptors in cardiovascular disease and the controversial use of estrogen therapy. In: Biology of sex differences 8, H. 1, S. 1-16.
- Kavanagh, S. A./Shelley, J. M./Stevenson, C. (2017): Does gender inequity increase men's mortality Risk in the United States? A multilevel analysis of data from the National Longitudinal Mortality Study. In: SSM-Population Health 3, S. 358-365.
- Klein, S. L. (2000): The effects of hormones on sex differences in infektion: from genes to behavior. In: Neuroscience & Biobehavioral Reviews 24, S. 627-638.

- Lampert, T./Kroll, L. E. (2014): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. In: Robert Koch Institut (Hrsg.): GBE Kompakt 5, H. 2, S. 1-14.
- Lampert, D. T./Kroll, L. E./von der Lippe, E./Mütters, S./Stolzenberg, H. (2013): Sozioökonomischer Status und Gesundheit. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 56, S. 814-821.
- Lange, C./Kolip, P. (2015): Geschlechtsunterschiede in Lebenserwartung, Mortalität und Morbidität. In: Kolip, P./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Handbuch Geschlecht und Gesundheit – Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Huber, S. 136-151.
- Luy, M. (2002): Warum Frauen länger leben: Erkenntnisse aus einem Vergleich von Kloster- und Allgemeinbevölkerung. In: Materialien zur Bevölkerungswissenschaften 106, Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BIB).
- Luy, M./Gast, K. (2014): Do women live longer or do men die earlier? Reflections on the causes of sex differences in life expectancy. In: Gerontology 60, H. 2, S. 143-153.
- Meeussen, L./Van Laar, C. (2018): Feeling pressure to be a perfect mother relates to parental burnout and career ambitions. In: Frontiers in psychology 9, S. 2113.
- Meeussen, L./Veldman, J./Van Laar, C. (2016): Combining gender, work, and family identities: the cross-over and spill-over of gender norms into young adults' work and family aspirations. In: Frontiers in Psychology 7, S. 1781.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2014): Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Beiträge zu Gesundheitsberichterstattung des Bundes. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/maennergesundheits.pdf?__blob=publicationFile (Abfrage: 27.03.2021)
- Reczek, C./Umberson, D. (2012): Gender, health behavior, and intimate relationships: Lesbian, gay, and straight contexts. In: Social Science & Medicine 74, H. 11, S. 1783-1790.
- Rieder, A./Lohff, B. (2008): Gender Medizin: geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. 2. Auflage. Wien: Springer Science & Business Media.
- Rommel, A./Saß, A. C./Born, S./Ellert, U. (2015): Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 58, H. 6, S. 543-552.
- Roskam, I./Raes, M. E./Mikolajczak, M. (2017): Exhausted parents: Development and preliminary validation of the parental burnout inventory. In: Frontiers in psychology 8, S. 163.
- Ruiz-Cantero, M. T./Vives-Cases, C./Artazcoz, L./Delgado, A./García Calvente M. M./Miqueo, C./Montero, I./Ortiz, R./Ronda, E./Ruiz, I./Valls, C. (2007): A framework to analyse gender bias in epidemiological research. In: Journal of Epidemiology and Community Health 61, H. 2, S. 46-53.
- Sieverding, M. (2005): Geschlecht und Gesundheit. In Schwarzer, R. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie. Göttingen: Hogrefe, S. 55-70.
- Spallek, J./Razum, O. (2007): Gesundheit von Migranten: Defizite im Bereich der Prävention. In: Medizinische Klinik 102, H. 6, S. 451-456.
- Statistisches Bundesamt (2015): Anzahl der Gestorbenen 2015 nach ausgewählten Todesursachen. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/eckdaten-tu.html> (Abfrage: 27.03.2021)
- Stiehler, M. (2016): Gesellschaftliche Zuschreibungsprozesse und ihre Folgen für die Männergesundheit. In: Hornberg, C./Pauli, A./Wrede, B. (Hrsg.): Medizin-Gesundheit-Geschlecht. Wiesbaden: Springer VS, S. 51-70.
- Verbrugge, L. M. (1989): The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. In: Journal of Health and Social Behavior 30, S. 282-304.
- Vos, H. M./Schellevis, F. G./van den Berkmortel, H./van den Heuvel/L. G./Bor, H. H./Lagro Janssen, A. L. (2013): Does prevention of risk behaviour in primary care require a gender-specific approach? A cross-sectional study. In: Family practice 30, H. 2, S. 179-184.
- Wiedemann, A./Wegner-Siegmundt, C./Luy, M. (2015): Ursachen und Trends der Geschlechterdifferenz in der Lebenserwartung in Deutschland. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 91, H. 12, S. 494-498.

Behinderung und Inklusion

Christian Walter-Klose

Zusammenfassung

In Anlehnung an das Modell der Internationalen Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) werden die Begriffe Krankheit, Beeinträchtigung und Behinderung erläutert und Auswirkungen von Beeinträchtigungen auf das Leben von Menschen mit Behinderung dargestellt. Gesundheitsbezogene Fragen haben im Kontext von Behinderung eine besondere Bedeutung, da neben vorliegenden Krankheiten oder Multimorbiditäten vielfältige Belastungen die Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Dienste erforderlich machen, deren Zugänglichkeit und Nutzbarkeit allerdings häufig durch Barrieren eingeschränkt ist. Zur Verbesserung der Teilhabe und Inklusion im Gesundheitsbereich werden im Sinne einer communitybezogenen Perspektive Anpassungserfordernisse und Gelingensbedingungen für Dienstleistungen skizziert.

Abstract

According to the international classification of functioning disability and health (ICF) the terms disease, impairment and disability are differentiated and effects of impairments on the life of people with disability are presented. Health and health care are important for people with disability because of multimorbidities and multiple stress factors. Despite an increased need for health services access and usability are often hindered because of diverse limitations and barriers. To improve participation and inclusion this article depicts adaptational needs and facilitating conditions for health services from a community perspective.

1. Einleitung

Haben Sie sich schon mal gefragt, ob der Ort, an dem Sie sich gerade befinden barrierefrei zugänglich ist? Kann sich ein Mensch mit einer Beeinträchtigung seiner Bewegungs- oder Schffähigkeiten ungehindert an dem Ort bewegen oder sich – genauso wie Sie – bei Bedarf ein Getränk zubereiten, das Bad benutzen oder nach der Lektüre einen Einkauf in der Stadt erledigen?

Vielleicht bemerken Sie, dass Sie sich diese Frage noch nie gestellt haben. Es war noch nicht notwendig.

Vielleicht denken Sie aber auch schon über die Zugänglichkeit und Barrierefreiheit ihres Leseortes nach oder fragen sich, was Barrierefreiheit für die Gruppe der Menschen mit Bewegungs- oder Sehbeeinträchtigungen bedeutet. Vielleicht überprüfen Sie gerade, wie sich ein Mensch in einem Rollstuhl bei Ihnen fortbewegen würde oder wie es für einen Menschen wäre, der nicht mehr sehen kann. Sie nähern sich in ihrem Gedankenspiel an die Situation der Menschen mit Beeinträchtigung an – und müssen womöglich feststellen, dass die Vielfalt der Menschen und die Vielfalt, wie sich Beeinträchtigungen in dem Leben der Einzelnen zeigen, keine klare Antwort erlauben.

Vielleicht trifft auch die dritte Möglichkeit zu: Ihnen fällt eine konkrete Person ein – eine Person mit Behinderung oder eine ältere Person aus Ihrer Familie oder Umgebung und Sie stellen sich vor, wie sie sich in Ihrer Wohnung zurechtfinden würde. Vielleicht haben Sie aber auch selbst eine Beeinträchtigung und Ihre Wohnung an Ihre Bedarfe angepasst und Ihnen fallen Barrieren im Alltag ein sowie Wege, wie Sie mit den Erschwernissen umgehen. Doch erlauben diese Überlegungen eine Generalisierung für die Gruppe der Menschen mit ähnlichen Beeinträchtigungen?

Dieses Gedankenspiel lässt einige für den Community-Health-Ansatz zentrale Perspektiven und Zusammenhänge erkennen. Zum einen wird deutlich, dass viele Situationen im Alltag für und von „Normalbürger*innen“ geplant und konzipiert sind und besondere Bedarfe von Menschen mit Beeinträchtigung nicht automatisch mitgedacht werden.

Auf diese Weise können zweitens Situationen entstehen, die dazu führen, dass Menschen mit Beeinträchtigungen Gebäude nicht betreten oder Angebote nicht nutzen können.

Möchte man drittens diese Ausgrenzungen vermeiden und Barrieren abbauen, hilft eine Community-bezogene Perspektive: Unterstützungsbedürfnisse können für Gruppen von Menschen mit ähnlichen Beeinträchtigungen erkannt und Adaptionen geplant werden.

Community Health im Kontext von Behinderung fokussiert als Wissenschaft auf Menschen, die körperliche, psychische, wahrnehmungsbezogene oder kognitive Beeinträchtigungen haben, um besondere gesundheitliche Bedarfe dieser Personengruppe zu erkennen. Sie geht der Frage nach, wie sich Beeinträchtigungen des Körpers bzw. seiner Funktionen auf die Gesundheit auswirken und wie Gesundheit gefördert, geschützt und erhalten werden kann, wobei Wechselwirkungen mit der Umwelt maßgeblich berücksichtigt werden. In diesem Sinne befasst sie sich mit dem Bemühen um gleichwertige Teilhabe, den Abbau

von sozialer Ausgrenzung und dem Zugang zu Angeboten der gesundheitlichen Versorgung, wobei sie gruppenbezogene Betrachtungen nutzt, um die Lebenssituation des einzelnen Menschen mit Beeinträchtigung besser zu verstehen und seine Gesundheit zu erhalten und zu fördern.

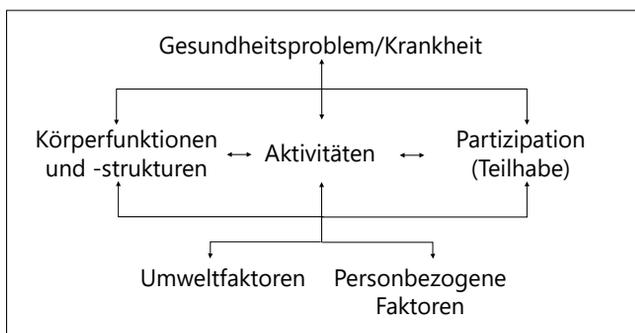
Im Kontext Behinderung wird aber auch die Paradoxie des Community-Health-Ansatzes deutlich: Durch die Fokussierung auf ein Diversitätsmerkmal (hier die Behinderung) besteht die Gefahr, dass die Vielfältigkeit des Menschen übersehen und der Mensch auf seine Beeinträchtigung reduziert wird. Seine vielfältigen weiteren individuellen und gruppenbezogenen Merkmale sowie ihre Überschneidungen und Wechselwirkungen können zudem bei einer Betonung von nur einem Merkmal in den Hintergrund treten und laufen Gefahr, nicht beachtet zu werden. Wird das relevante Diversitätskriterium weiterhin gesellschaftlich negativ bewertet, erzeugt der einseitige Fokus oftmals Barrieren im Leben des Betroffenen. Der Community-Health-Ansatz erfordert in diesem Sinne einen Umgang mit Diversität, der gruppenbezogene Betrachtungen von Beeinträchtigungsformen nutzt und gleichzeitig die Heterogenität der Gruppenmitglieder als Träger*innen vielfältiger Diversitätsmerkmale anerkennt. Er setzt sich für eine Gesellschaft ein, in der negative Bewertungen von Differenzkategorien hinterfragt und weitestgehend aufgelöst werden (vgl. den Beitrag zum Diversitätsansatz in diesem Band). Diese Gedanken werden im Folgenden vertieft.

2. Krankheit, Beeinträchtigung und Behinderung

Anders als im Alltagsverständnis, in dem die Unterschiede zwischen Krankheit und Behinderung in der Dauer der Beeinträchtigung und der Heilungsperspektive gesehen werden (Walter-Klose 2016), wird Behinderung in der Fachwelt heute als Interaktion zwischen Individuum und Umwelt verstanden: Eine Behinderung ist eine länger andauernde Folge einer Krankheit bzw. einer Gesundheitsstörung, die vor dem Hintergrund individueller und umweltbezogener Faktoren als Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigung deutlich wird.

Dieses Verständnis von Behinderung basiert maßgeblich auf dem biopscho-sozialen Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation, mit dem die Auswirkungen eines Gesundheitsproblems auf die Lebenssituation einer Person beschrieben werden kann (DIMDI 2005). Es ist in Abbildung 1 dargestellt.

Abb. 1: Das bio-psycho-soziale Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF (DIMDI 2005)



Ein Gesundheitsproblem oder die Krankheit einer Person beeinflusst die funktionale Gesundheit und zeigt sich in Schädigungen der Körperstrukturen sowie in Beeinträchtigungen der Körperfunktionen, der Aktivitäten und der Teilhabe an allen Bereichen des Lebens, wobei Kontextfaktoren wie Gegebenheiten der Umwelt oder personenbezogene Faktoren die Krankheitsfolgen beeinflussen.

Im Sozialgesetzbuch IX wird dieses Behinderungsverständnis folgendermaßen definiert:

„Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.“ (§ 2 Abs. 1 SGB IX)

Auf Grundlage dieser Definition kann eine Person in Deutschland einen Grad der Behinderung (GdB) beantragen, um ihren Leistungsanspruch zu dokumentieren und die Ausprägung der Behinderung zu bestimmen. Der Grad der Behinderung kann zwischen 20 und 100 liegen. Wurde ein Grad der Behinderung von mindestens 50 festgestellt, spricht man von Schwerbehinderung. Bei einem Grad der Behinderung zwischen 30 und 50 kann unter Berücksichtigung des Ausmaßes der Teilhabe Einschränkung eine Gleichstellung zur Schwerbehinderung bescheinigt werden.

3. Prävalenz und Ursachen

Betrachtet man die Prävalenz von Behinderung in der Bevölkerung wird diese im zweiten Teilhabebericht der Bundesregierung mit 16 % angegeben (vgl. BMAS 2017), wobei die Zahlen in den letzten Jahren steigen. So wird im dritten Teilhabebericht festgestellt, dass die Zahl der Menschen mit Beeinträchtigung von 2009 zum Jahr 2017 um 9 % auf 13,04 Millionen gestiegen ist – ein Effekt der insbesondere

auf die demografische Entwicklung einer alternden Gesellschaft zurückzuführen ist (BMAS 2021). Während bei 1,8 % der Kinder und Jugendlichen unter 15 Jahren und bei 5 % der Personen zwischen 15 und 44 Jahren eine Behinderung festgestellt wird, steigt die Prävalenz in den folgenden Altersgruppen kontinuierlich an: Von 19,1 % in der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen erhöht sich die Prozentzahl auf 33,7 % bei den 65- bis 79-Jährigen. In der Gruppe der Menschen, die über 80 sind, liegt der Anteil der Menschen mit Behinderung bei 50 % (ebd.).

Die Arten der Beeinträchtigung, die zu einer Teilhabebeeinträchtigung im Sinne einer Behinderung führen, können vielfältig sein. Für Menschen mit einer Schwerbehinderung werden diese vom statistischen Bundesamt erfasst. Körperliche Beeinträchtigungen sind mit 58 % insgesamt die häufigste Ursache für Schwerbehinderungen. Geistige und seelische Behinderungen wurden bei 13 % der Menschen mit Schwerbehinderung diagnostiziert und zerebrale Schädigungen bei 9 %. Eine Schwerbehinderung im Zusammenhang mit Sehbeeinträchtigungen lag bei 4 % vor. Auch bei Personen, die Hör-, Gleichgewichts- und Sprachbeeinträchtigungen hatten, wurde ein Anteil von 4 % berechnet. Als Ursachen für Schwerbehinderungen benennt das statistische Bundesamt bei 89 % der Betroffenen eine Krankheit und bei 1 % ein Unfall oder eine Berufskrankheit. Bei 3 % wurde die Schwerbehinderung bei Geburt beziehungsweise im ersten Lebensjahr festgestellt (DESTATIS 2020).

4. Leben mit Behinderung

Mit der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) können Beeinträchtigungen, die als Folge von Krankheiten, Entwicklungsstörungen und Gesundheitsproblemen auftreten, in ihrer Bedeutung für das Leben der Betroffenen beschrieben und der Zusammenhang mit Umweltbarrieren verdeutlicht werden. Gesundheitsbezogenes Handeln kann somit begründet und dargestellt werden, wie im Folgenden erläutert wird.

4.1 Beeinträchtigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen

Krankheiten, Entwicklungsstörungen und Gesundheitsprobleme, die beispielsweise mit der Internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD) der WHO klassifiziert werden, können alle Körperstrukturen und Körperfunktionen des Individuums betreffen. Die ICF unterscheidet die Körperfunktionen z.B. in die mentalen, wahrnehmungsbezogenen, bewegungsbezogenen oder kommunikativen Funktionen. Auch sind Funktionen der Organe und Körpersysteme (z.B. Atmung oder Verdauung) klassifizierbar. Analog zu den Funktionen lassen sich die jeweiligen Körperstrukturen mit der ICF beschreiben. Sie trägt damit der Tatsache

Rechnung, dass sich eine gleiche Krankheitsdiagnose bei verschiedenen Menschen unterschiedlich zeigen kann und körperliche Gesundheit die Funktionsfähigkeit des ganzen Organismus betrifft.

4.2 Umweltbedingungen

Doch wann betrachtet eine Gesellschaft eine Funktion als normal oder als beeinträchtigt? Was definiert eine Gesellschaft als gesund und krank? Faller (2016) stellt in diesem Zusammenhang fest, dass Krankheit je „nach Bezugssystem (Biomedizin, Person, Gesellschaft) [...] als Abweichung von biologischen, verhaltensmäßigen oder sozialen Normen definiert werden“ (ebd., S. 4) kann. Verändern sich diese Normvorstellungen, hat dies Einfluss auf die Feststellung von Krankheit: So wurde in den Krankheitsklassifikationen der Weltgesundheitsorganisation beispielsweise Homosexualität bis 1991 als Krankheit aufgeführt (Voss 2005) und als veränderungsbedürftiger Zustand benannt – eine Festlegung, die wir heutzutage in keiner Weise teilen können.

Die Folgen einer Krankheitsdiagnose sind i. d. R. das Bemühen um Vermeidung, Linderung und Heilung der Krankheit. Im Kontext von Behinderung, in der eine Beeinträchtigung körperbezogener Funktionen langandauernd oder lebenslang besteht, trägt diese Perspektive dazu bei, dass die Lebenssituation einer Person als negativ und normalisierungsbedürftig gesehen wird – und zwar losgelöst davon, ob eine Person aufgrund der individuellen Beeinträchtigung subjektiv Schmerzen, Leiden oder Erschwernisse empfindet.

Ein nicht gelungener gesellschaftlicher Umgang mit Diversität, Diskriminierungen sowie eine negative Bewertung von Krankheiten und Behinderung erschwert vielen Menschen mit Beeinträchtigungen das Leben, wobei Gefahren für die Identitätsentwicklung und Gesundheit gesehen werden. In der Psychologie wird diese Person-Umwelt-Interaktion mit sozialpsychologischen Ansätzen der Einstellungsforschung beschrieben (Fries 2005), um Handlungsmöglichkeiten für den Abbau von Vorurteilen abzuleiten. Für Akteur*innen der Disability Studies ist diese gesellschaftlich-kulturelle Dimension im Kontext Behinderung essentiell, da eine negativ aufgeladene Betrachtung von Behinderung, als „bearbeitungs- und normalisierungsbedürftiger Differenz“ (Dederich 2016, 286) das Leben der Menschen nachteilig beeinflusst und Behinderung mit-erzeugt. So fordern Akteur*innen gesellschaftlichen Wandel und ein Hinterfragen bestehender gesellschaftlicher Wert- und Partizipationsstrukturen.

Neben der Einstellung und Haltung der Gesellschaft gegenüber Menschen mit Behinderung werden in der ICF weitere baulich-räumliche, gesellschaftliche und medizinisch-therapeutische Umweltfaktoren benannt, die als Barrieren oder Ressourcen hinsichtlich des Einflusses auf das Leben der Person klassifiziert werden können.

4.3 Personenbezogene Faktoren

Mit den personenbezogenen Faktoren in der ICF wird der Blick auf die vielfältigen Merkmale des Individuums gerichtet, die nicht unmittelbar mit der Krankheit in Verbindung stehen, die krankheitsbedingten Beeinträchtigungen aber mitbeeinflussen. So können beispielsweise das Alter, das Geschlecht, biografische Erfahrungen, die aktuelle Lebenssituation, der Bildungsstand, die migrationsbezogene oder soziale Herkunft ebenso wie weitere physische und psychische Persönlichkeitsmerkmale Einfluss auf das Leben mit einer Krankheit und die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen nehmen. Diese personenbezogene Perspektive im Rahmen des ICF-Modells ermöglicht, den Menschen in seiner Vielfältigkeit und nicht nur aus Beeinträchtigungsperspektive wahrzunehmen. Die Person mit ihren individuellen Merkmalen, Kompetenzen, Bedürfnissen, Interessen und Wünschen sowie ihrer Einbettung in vielfältige gesellschaftliche Kontexte wird in den Fokus der Betrachtung gestellt.

Für Community Health ergibt sich aus dieser Betrachtungsweise die Notwendigkeit einer personenorientierten Perspektive, die den Menschen in seiner Lebenswirklichkeit versteht und gesundheitsbezogene Angebote und Strukturen individuell ausrichtet. Ein partizipatives Vorgehen und der Einsatz von personenorientierten Verfahren (z. B. Doose 2020) sind unerlässlich, um individuelle Bedarfe zu erfassen und die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigung zu ermöglichen.

4.4 Aktivitäten und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

Deutlich wird das Zusammenspiel der drei bisher skizzierten Faktoren mit Blick auf Aktivitäten und Teilhabemöglichkeiten in allen Lebensbereichen (vgl. auch den Beitrag zu Schule und Community Health).

Betrachtet man beispielsweise die Arbeits- und Erwerbssituation von Menschen mit Schwerbehinderung zeigt sich im aktuellen Teilhabebericht eine um 5 % erhöhte Arbeitslosenquote von 11,2 % seitens Menschen mit Behinderung im Jahr 2018 gegenüber Menschen ohne Behinderung (BMAS 2021). Gründe dafür liegen nach Kardorff, Ohlbrecht und Schmidt (2013) unter anderem in Vorurteilen und Berührungängsten, fehlendem Wissen über Behinderung sowie einer mangelnden Motivation zur Beschäftigung von Menschen mit Behinderung. Erstaunlicherweise sind unterstützende finanzielle und personale Strukturen, die eine gleichberechtigte Teilhabe ermöglichen sollen, im Unternehmen häufig nur wenig bekannt (Riecken/Jöns-Schnieder/Walk 2017).

Aus Sicht von Menschen mit Behinderung kann diese Situation dazu führen, dass ihnen die positiven Grunderfahrungen von Arbeit wie soziale Anerkennung und die Stärkung des Selbstwertes vorenthalten bleiben. Belastungen aufgrund von Diskriminierung – auch im Zusammenhang einer intersektionalen

Durchkreuzung vielfältiger Differenzkategorien – sowie Erschwernisse im Zusammenhang mangelnder Anpassung der Arbeitssituationen können die Wiedereingliederung in den Arbeitsplatz gefährden und zu neuen Krankheiten führen. Auch werden Potenziale für das Unternehmen leichtfertig verspielt: Vorhandene Erfahrungen und Netzwerke, bestehendes Fach- und Methodenwissen für die Ausführung der Arbeitstätigkeit gehen dem Unternehmen verloren und müssen neu aufgebaut werden (Walter-Klose 2020a).

5. Gesundheit und Behinderung

Wie in den bisherigen Ausführungen deutlich wurde, spielen die Themen Gesundheit und Krankheit im Kontext von Behinderungen aus mehreren Gründen eine entscheidende Rolle. Neben der Konzeption von Behinderungen als Folge eines Gesundheitsproblems oder einer Krankheit, wie dies mit der ICF beschrieben wurde, lässt sich weiterhin beobachten, dass im Kontext von Behinderung Multimorbiditäten gehäuft vorkommen (z. B. Haveman/Stöppler 2014). Beispielsweise treten bei Menschen mit Trisomie 21 vermehrt Herz-Kreislaufkrankungen, Osteoporose, Atemwegs- oder Schilddrüsenerkrankungen auf (Habermann-Horstmeier 2018).

Begleiterkrankungen können auch Folge von Belastungen oder Erschwernissen im Zusammenhang mit Ausgrenzungs- und Diskriminierungserfahrungen oder anderen Umweltbarrieren sein. Sie stehen auch in Zusammenhang mit Vulnerabilitäten, beeinträchtigungsbedingten Belastungen im Kontext der körperlichen Schädigung bzw. Krankheit wie z. B. Schmerzen oder können Nebenwirkung medizinisch-therapeutischer Maßnahmen sein (z. B. Dauermedikation, Operationen) (z. B. Peters et al. 2015).

Insgesamt lässt sich somit feststellen, dass Menschen mit Behinderungen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit an Begleit- und Folgeerkrankungen im Kontext der Behinderung haben und auf eine umfassende Nutzung von Angeboten der Gesundheitsversorgung angewiesen sind.

6. Inklusion und Gesundheit

Analysiert man allerdings die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Beeinträchtigung mit dem Fokus auf behinderungsbedingte Anpassungserfordernisse, lässt sich feststellen, dass vielfältige Barrieren eine gleichwertige Gesundheitsversorgung erschweren (vgl. Haveman/Stöppler 2014). Architektonische Barrieren wie zu enge Flure, fehlende Rampen oder Aufzüge können den Besuch eines Gesundheitsangebots ebenso behindern wie mangelnde Anpassungen der Behandlungen an die kommunikativen Kompetenzen der Patient*innen. Auch personale Faktoren wie fehlendes Fach- und Methodenwissen zu Ursachen und Auswirkungen von

Beeinträchtigungen und Behinderungen können den gleichberechtigten Zugang zu Angeboten der Gesundheitsversorgung erschweren (vgl. Mikhof 2020; Walter-Klose 2020b). Für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung geben Bössing, Schrooten und Tiesmeyer (2019) einen Überblick über Zugangsbarrieren im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung, medizinische Behandlung in Arztpraxen und Krankenhäusern sowie therapeutische, pflegerische und rehabilitative Angebote. Sie kommen in ihrer Arbeit zu dem Ergebnis, dass Barrieren im Bereich „der finanziellen, personellen, räumlichen und sachlichen Ausstattung von gesundheitsbezogenen Leistungsangeboten, [...] einem erhöhten Bedarf an einer individualisierten (auf spezifische Bedarfslagen einer Person abgestimmten) Form der gesundheitlichen Unterstützung nicht gerecht werden“ (ebd. 76).

Eine Strategie für ein zielgruppenspezifisches, passgenaues Versorgungsangebot stellen spezialisierte Gesundheitsangebote dar, in denen medizinische, therapeutische und psychologische Gesundheitskompetenz gebündelt wird, wie dies beispielsweise in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) oder Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) geschieht. Hier arbeiten Ärzt*innen, Psycholog*innen und Therapeut*innen zusammen, die auf Menschen mit Behinderung spezialisiert sind. Auch werden spezifische Behandlungsmethoden in einem möglichst passenden Setting angeboten. Abschließend lassen sich noch Spezialkliniken oder spezialisierte Stationen in Krankenhäusern nennen, die sich z. B. auf orthopädische oder psychiatrische Beeinträchtigungen von Menschen mit Behinderung spezialisiert haben (vgl. Walter-Klose 2020b). Ein Nachteil all dieser Angebote ist allerdings, dass die Nutzer*innen häufig lange Wege auf sich zu nehmen haben und diese die akutmedizinische sowie dauerhafte Behandlung vor Ort nicht ersetzen.

Auch widerspricht eine ausschließliche Behandlung von Menschen mit Behinderung in spezialisierten Einrichtungen dem Bemühen um Inklusion, wie sie im Zusammenhang mit der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) gefordert wird. Die UN-BRK verlangt eine gleichberechtigte und gleichwertige Teilhabe von Menschen mit Behinderung in allen Bereichen der Gesellschaft. Der Abbau von Zugangsbarrieren, Ausgrenzungen und Diskriminierungen sind in ihre ebenso verankert wie der Einbezug spezialisierter Dienste und Hilfen für Menschen mit Beeinträchtigung.

Inklusion lässt sich mit Bezug zur UN-BRK verstehen *als ein menschenrechtlich begründeter Prozess der Anpassung und Ausrichtung eines Angebots, einer Institution oder eines Lebensbereiches im Hinblick auf ein visionäres Ziel, nach dem alle Menschen in ihrer Unterschiedlichkeit jederzeit vollkommen gleichberechtigt und gleichwertig behandelt werden, so dass sie ihr Leben weitestgehend selbstbestimmt in der Gesellschaft leben können*. Inklusion meint somit, gesellschaftliche Systeme derart zu konzipieren, dass sie sich adaptiv an die Vielfalt der Menschen mit ihren Kompetenzen, Erfahrungen, Werten und kulturellen Hintergründen anpassen und kontinuierlich reflektieren, wie ihnen die Anpassung gelingt.

Für den Bereich der Gesundheitsversorgung bedeutet Inklusion mit besonderer Berücksichtigung der Lebenssituation von Menschen mit Beeinträchtigung, Prozesse und Strukturen in den Versorgungsangeboten zu etablieren, die einerseits möglichst wenige Zugangsvoraussetzungen erfordern. Dies gelingt, wenn bei der Einrichtungs- und Angebotsgestaltung, Konzepte der Barrierefreiheit sowie Ansätze des Universal Designs (z. B. Story 2001) berücksichtigt werden. Auch müssen – falls erforderlich – spezifische Technologien, Kommunikationsmethoden und Dienste sowie Beratung und Kooperationen mit Fachkolleg*innen anderer Disziplinen einbezogen werden, um eine Individualisierung des Angebots zu ermöglichen. Individualisierung bedeutet dabei auch, besondere Bedarfe, Kompetenzen und Erfahrungen des Gegenübers zu berücksichtigen und die alltägliche Lebenssituation im Kontext Behinderung (auch mit ihren Überschneidungen hinsichtlich anderer Diversitätskategorien) zu berücksichtigen. Dies erfordert in der Regel zusätzliche Zeit für alle Akteur*innen, die eingeplant und finanziert werden muss, sowie eine Anpassung organisatorischer Abläufe.

Im Rahmen einer Studie zu Unterstützungserfordernissen von Menschen mit Dysmelie (vgl. den Beitrag Walter-Kloses und Mikhofs) ergaben sich die in Tabelle 1 präsentierten Gelingensbedingungen für eine gleichwertige Versorgung im Bereich Medizin, Therapie und Pflege (vgl. Walter-Klose 2020b) mit Blick auf die behandelnde Person, die Behandlungssituation sowie mit Blick auf die Einrichtung, in der die Dienstleistung angeboten wird.

Tab. 1: von Expert*innen der Gesundheitsversorgung benannte Gelingensbedingungen für eine inklusive Gesundheitsversorgung für Menschen mit Dysmelie (vgl. Walter-Klose 2020b)

Behandelnde Person	<ul style="list-style-type: none"> • Bereitschaft, sich auf Begegnung und Behandlung einzulassen • Offenheit und Bemühen, das Gegenüber in seiner Lebenswelt zu verstehen • Aufbau einer wertschätzenden Arbeitsbeziehung • Akzeptanz der gesundheits- und behandlungsrelevanten Erfahrungen des Gegenübers • Fachwissen über die Beeinträchtigung und die Auswirkungen • Fach- und Methodenwissen über Diagnostik und Behandlung • Bereitschaft zu Interdisziplinarität und Kooperation mit Fachkolleg*innen
Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> • Individualisierung der medizinischen und therapeutischen Maßnahme • Einbezug und Nutzung spezifischer Technologien, Hilfsmittel und Unterstützungssysteme sowie Kompetenzen von Fachkolleg*innen • Barrierefreie Information und Kommunikation • Orientierung der medizinischen und therapeutischen Maßnahme am Alltag des Gegenübers • Autonomie und Teilhabeorientierung als zusätzliches Ziel von Behandlungen
Einrichtung	<ul style="list-style-type: none"> • Barrierefreie Architektur und Raumgestaltung • Angepasste Verwaltungsabläufe und Formulare, die der Vielfalt der Menschen gerecht werden • Fachwissen über Gesetzeslagen, Hilfesysteme und Kostenübernahme • Strukturell verankerte Kooperationen mit Schwerpunktkliniken und niedergelassenen Ärzt*innen, Assistenzen, Betroffenenverbänden und Angeboten des Peer-Supports • Berücksichtigung des zeitlichen und finanziellen Mehrbedarfs

7. Fazit

Die Themen Gesundheit und Behinderung sind in vielfältiger Weise eng miteinander verbunden. Community Health beschäftigt sich als Wissenschaft damit, diese Zusammenhänge zu erfassen, zu untersuchen und wichtige Erkenntnisse zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung zu gewinnen. Dabei sieht Community Health den Menschen als Träger*in vielfältiger Merkmale, die sowohl einzeln als auch in ihrem Zusammenspiel wirksam sind.

Ein Fokus auf das Merkmal Behinderung ermöglicht die Auswirkungen von körperlichen, wahrnehmungsbezogenen, kognitiven und seelischen Beeinträchtigungen auf die individuelle Lebenssituation und Gesundheit zu analysieren und Adaptionen abzuleiten, um mit dieser Perspektive zu einer gleichberechtigten Teilhabe aller Menschen am Leben in der Gesellschaft beizutragen. Diese Fokussierung auf das Thema Behinderung bringt Vor- und Nachteile mit sich. Ein Vorteil ist, dass besondere Bedarfe, die mit Beeinträchtigung oder Krankheiten in Verbindung stehen, bei der Gestaltung von gesundheitsbezogenen Angeboten erkannt, beforscht und berücksichtigt werden können. Diese Betrachtung ist aufgrund der Heterogenität von Krankheitsbildern und Beeinträchtigungsformen unerlässlich: Ein Mensch mit einer progredienten Beeinträchtigung benötigt andere Adaptionen als ein Mensch mit Tumorerkrankung, Sehschädigung oder Autismus.

Ein Nachteil ist allerdings, dass die besondere Fokussierung auf die Beeinträchtigung eine Vereinfachung darstellt, die einem Menschen mit seinen vielfältigen Merkmalen nicht gerecht werden kann und ihn – zum Zeitpunkt der Betrachtung – auf ein Merkmal reduziert. Sie befördert die Gefahr, dass sich diese Perspektive manifestiert und ein Mensch vornehmlich über die Kategorie „Behinderter“ wahrgenommen wird und in diesem Zusammenhang auch Vorurteile und Diskriminierung erlebt. Es entsteht eine paradoxe Wirkung.

Für Community Health erfordert diese Situation einen reflektierten Umgang mit den entstehenden Spannungen und Ambivalenzen und eine Handlungsstrategie, die den einzelnen mit seinen vielfältigen Diversitäts- und Individualitätsmerkmalen in den Fokus nimmt und gleichzeitig das vorurteilsfreie Zusammenleben der Menschen in ihrer Vielfalt befördert.

Literatur

- Bössing, C./Schrooten, K./Tiesmeyer, K. (2019): Barrieren in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Lernschwierigkeiten. In: Walther, K./Römisch, K. (Hrsg.): Gesundheit inklusive. Wiesbaden: Springer, S. 51-87.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2017): Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Berlin: BMAS.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2021): Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Berlin: BMAS.

- Cloerkes, G. (2007): *Soziologie der Behinderten*. Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- DESTATIS (2020): *Statistik der schwerbehinderten Menschen. Kurzbericht*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI (2005): *ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Köln: DIMDI.
- Dederich, M. (2016). *Disability Studies*. In: Dederich, M./Beck, I./Bleidick, U./Antor, G. (Hrsg.): *Handlexikon der Behindertenpädagogik*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 385-387.
- Doose, S. (2020): *I want my dream: Persönliche Zukunftsplanung*. Wasserburg: Verein zur Förderung der sozialpolitischen Arbeit.
- Faller, H. (2016): *Bezugssysteme von Gesundheit und Krankheit*. In: H. Faller/H. Lang (Hrsg.): *Medizinische Psychologie und Soziologie*. Heidelberg: Springer, S. 3-14.
- Fries, A. (2005): *Einstellungen und Verhalten gegenüber körperbehinderten Menschen aus Sicht und im Erleben der Betroffenen*. Oberhausen: Athena.
- Habermann-Horstmeier, L. (2018): *Gesundheitsförderung in Behindertenwohneinrichtungen*. Bern: Hogrefe.
- Haveman, M./Stöppler, R. (2014): *Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit geistiger Behinderung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kardorff, E. v./Ohlbrecht, H./Schmidt, S. (2013): *Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderungen*. Berlin: Antidiskriminierungsstelle.
- Mikhof, A. (2020): *Online-Befragung von Expert*innen aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung*. In: Janhsen, K./Mikhof, A./Walter-Klose, C./Herterich, U.: *Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines Konzeptes zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung für Menschen mit Dysmelie zur nutzer- und bedarfsorientierten Unterstützung in Zusammenhang mit Gesundheit und Pflege*. Bochum: Hochschule für Gesundheit, S. 138-154.
- Peters, K. M./Albus, C./Lüngen, M./Niecke, M./Pfaff, H./Samel, C. (2015): *Gesundheitsschäden, psychosoziale Beeinträchtigungen und Versorgungsbedarf von contergangeschädigten Menschen aus Nordrhein-Westfalen in der Langzeitperspektive*. Bielefeld: LZG. NRW.
- Riecken, A./Jöns-Schnieder, K./Walk, M. (2017): *Inklusion in Unternehmen – Status Quo und Quo Vadis*. In: Riecken, A./Jöns-Schnieder, K./Eikötter, M. (Hrsg.): *Berufliche Inklusion*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 71-116.
- Story, M. F. (2001): *Principles of Universal Design*. In Preiser, W.F.E./Ostroff, E. (Hrsg.), *Universal Design Handbook*. New York, NY: McGraw-Hill, S. 10.3-10.19.
- United Nations (UN) (2008): *Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung*. Bundesgesetzblatt, 2008, Teil II 35, S. 1419-1457.
- Voss, P. (2005): *Diskriminierung gibt es noch immer*. *Deutsches Ärzteblatt* (1/2005), S. 27-28.
- Walter-Klose, C. (2016): *Gesundheit und Krankheit in der Körperbehindertenpädagogik*. In: Jennesen, S./Lelgemann, R.: *Körper – Behinderung – Pädagogik*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 60-75.
- Walter-Klose, Christian (2020a): *Perspektiven für die Gestaltung inklusiver Arbeitswelten*. In: *Betriebliche Prävention* 132 (06/2020), S. 246-251.
- Walter-Klose, C. (2020b): *Interviews mit Expert*innen aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung*. In: Janhsen, K./Mikhof, A./Walter-Klose, C./Herterich, U.: *Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines Konzeptes zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung für Menschen mit Dysmelie zur nutzer- und bedarfsorientierten Unterstützung in Zusammenhang mit Gesundheit und Pflege*. Bochum: Hochschule für Gesundheit, S. 110-137.
- Walter-Klose, C. (2021): *Erfolgreiches Miteinander an inklusiven Schulen*. Weinheim und Basel: Beltz.

IV Community Health in der Praxis

Bochum-Wattenscheid Mitte: Integrierte gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung

Heike Köckler, Anna Lottemoser, Michael Sprünken

Zusammenfassung

Im vorliegenden Kapitel wird das integrierte Stadtteilentwicklungskonzept im Bochumer Stadtteil Wattenscheid und seine Umsetzung mit Mitteln des Programms „Soziale Stadt“ als ein Beitrag zu einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung beschrieben. Es wird auf die Zusammenarbeit zwischen dem Department of Community Health und lokalen Akteuren sowie ausgewählte Projekte eingegangen, die den gesundheitsbezogenen Charakter der Interventionen im Programmgebiet verdeutlichen und die Modellcharakter für andere Kommunen haben können.

Abstract

This chapter describes the comprehensive integrated urban development concept of Bochum-Wattenscheid and its implementation through the urban redevelopment programme „Soziale Stadt“. Different modes of co-operation between the Department of Community Health and different local stakeholder are explained as well as selected projects, which represent the health-related character of the interventions, which may have a best-practice character for others.

1. Entstehungshintergründe des Projekts

Über die Städtebauförderung unterstützt der Bund gemeinsam mit den Ländern seit den 1970er Jahren Kommunen finanziell bei der Herstellung nachhaltiger städtebaulicher Strukturen. Aus diesen Mitteln werden unter anderem städtebauliche Maßnahmen zur Behebung sozialer Missstände finanziert.

Für die Beantragung der umfangreichen Mittel ist die Erstellung integrierter Stadtentwicklungskonzepte (ISEKs) durch die Kommunen eine zwingende und zugleich zielführende Voraussetzung. Bei der Erstellung von ISEKs wird aus einer Bestands- und Stärken-Schwächen-Analyse ein Zielsystem mit Handlungsfeldern abgeleitet, für die konkrete Maßnahmen und ein Rahmenplan in einem festgelegten Programmgebiet zu entwickeln sind (BMUB 2016, S. 14). Die

Konzepte werden vom Rat der entsprechenden Kommune beschlossen und erhalten somit Behördenverbindlichkeit (vgl. den Beitrag Sieber, Köckler).

Die Städtebauförderung ist gesetzlich im Baugesetzbuch verankert und über Verwaltungsvereinbarungen landesspezifisch konkretisiert. Sie wird von den entsprechenden Ministerien und Ämtern von Bund, Land und Kommune umgesetzt. Die Mittel sind im Wesentlichen baulich investiv. Die Partizipation von Bewohner*innen, Eigentümer*innen und verschiedenen Stakeholdern im Programmgebiet ist eine zentrale Säule. Hier stellen das Quartiersmanagement vor Ort, der Verfügungsfonds zur Finanzierung von kleinen Projekten sowie der Stadtteilverfügungsfonds-Beirat, als ehrenamtliches Entscheidungsgremium, zentrale Elemente dar.

Gesundheitsbezogene Fragen wurden in diesem Programm bisher eher nachrangig oder implizit bearbeitet. Wenngleich das Programm ein großes Potential zur Gesundheitsförderung hat (Böhme/Spies/Weber 2018, S. 231 f.), wird eine deutlichere Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention in der Verwaltungsvereinbarung (VV) gefordert um dieses Potential zu heben (ARL 2014; Böhme/Spies/Weber 2018, S. 231 f.). Die Förderung von umweltbezogener Gerechtigkeit, in der Verwaltungsvereinbarung seit 2016 verankert und als Umweltgerechtigkeit bezeichnet, ist namentlich als Ziel für Maßnahmen der Städtebauförderung formuliert und stellt einen mittelbaren Bezug zu Gesundheit dar (siehe aktuelle VV BMI 2020: 10). Zu verschiedenen Themen gibt es sogenannte Partnerprogramme sowohl im Ressort der Stadtentwicklungspolitik als auch in anderen Ressorts. Diese dienen beispielsweise der Arbeitsmarktförderung und setzen die vor allem baulich investiven Mittel der Städtebauförderung weiter im Sinne der Quartiersentwicklung in Wert. Ein vergleichbares Programm des Gesundheitsressorts fehlt. Allerdings ist die finanzielle Förderung von Gesundheitsförderung und Prävention nach dem 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetz möglich (GKV-Spitzenverband 2020, S. 34) (vgl. den Beitrag Sieber, Köckler).

Die Stadt Bochum ist in der Nutzung des Potentials von Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich der Städtebauförderung als Vorreiterin zu sehen. Bochum verfügt wie andere Städte auch über eine langjährige Erfahrung mit der Städtebauförderung. Im Jahr 2012 bewarben sich unabhängig voneinander das Gesundheitsamt und das Stadtplanungsamt um die Mitgliedschaft im Gesunde Städte Netzwerk und wurden durch dessen Geschäftsstelle auf ihr unabgestimmtes aber doch ämterübergreifend vorliegendes Interesse verwiesen. Daraufhin kam ein Austausch beider Ämter zu gesundheitsfördernder Stadtentwicklung zustande. Im Jahr 2013 gab es parallele Impulse aus dem Stadtplanungsamt sowie dem Gesundheitsamt und der Kommunalen Gesundheitskonferenz einen innovativen Schritt im Sinne einer Health in All Policies, also Gesundheit in gesamtgesellschaftlicher Verantwortung, zu gehen: Im Bochumer Stadtteil Wattenscheid wurde ein ISEK mit einem eindeutigen Gesundheitsbezug auf den Weg gebracht. Das ISEK mit dem Titel „Gesundes

Wattenscheid – Familienfreundlich und generationengerecht“ wurde 2014 veröffentlicht. Dieser Schritt fiel zeitlich mit der Aufnahme des Lehrbetriebs im Department of Community Health zusammen. Diese Möglichkeit wurde und wird zu einer engen Zusammenarbeit zwischen dem Department of Community Health und den Verantwortlichen Akteure der ISEK Wattenscheid Mitte genutzt.

2. Ein Programmgebiet wird entwickelt

Wattenscheid ist im Westen Bochums gelegen und war bis zur kommunalen Neugliederung des Ruhrgebiets 1974 eine eigenständige Stadt. Wattenscheid war seit Mitte des 19. Jahrhunderts durch Montanindustrie geprägt, zu deren zentraler Produktionsstätte die Zeche Holland gehörte. Diese Zeche wurde über hundert Jahre betrieben und ebenfalls im Jahr 1974 geschlossen.

Wattenscheid ist in vielerlei Hinsicht typisch für einen vom Strukturwandel geprägten Sozialraum im Ruhrgebiet. Tabelle 1 zeigt ausgewählte Sozialindikatoren Bochums für die Gesamtstadt, den Bezirk Wattenscheid, den Ortsteil Wattenscheid-Mitte, der das Programmgebiet des ISEK beinhaltet (siehe Abb. 1). Als eine Referenz zum Verständnis sozialräumlicher Segregation innerhalb Bochums wird der im Süden gelegene Ortsteil Stiepel gewählt, welcher durch erfolgten Strukturwandel in der Nähe der Bochumer Hochschulen geprägt ist. Der Ortsteil Wattenscheid-Mitte ist im Hinblick auf (Langzeit-)Arbeitslosigkeit und Transferleistungen im relativen Vergleich stärker durch soziale Missstände geprägt. Wattenscheid ist zudem ein Stadtteil mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil von unter 18-Jährigen und anteilig vielen Großfamilien, definiert als Haushalte mit drei oder mehr Kindern. Hier ist zu betrachten, dass 65 % dieser Familien SGB II Bedarfsgemeinschaften darstellen. Typisch für einen ehemaligen Montanindustriestandort ist zudem ein hoher Anteil von Menschen mit einem Migrationshintergrund. Teilweise sind dies (Enkel-)Kinder der in der Montanindustrie tätigen „Gastarbeiter“, die im Ruhrgebiet ihre (zweite) Heimat gefunden haben und es als diverse Region prägen. Auch heute noch ist Wattenscheid-Mitte ein „Ankommensstadtteil“ im Sinne der Arrival City, der wegen seiner preisgünstigen Mieten und bestehenden Netzwerke für Neuzugewanderte attraktiv ist.

Charakteristisch für Wattenscheid sind ferner eine ausgeprägte Verbindung zum Sport mit einem Olympiastützpunkt und einer vielfältigen Vereinsstruktur sowie eine hohe Identifikation der Bewohner*innen mit ihrem Stadtteil. Die Zeiten der Fußballbundesliga mit SG Wattenscheid 09 sind zwar vorbei und fanden in der Auflösung der Herrenfußballmannschaft in 2019 einen Tiefpunkt, gleichwohl finden immer wieder berühmte Sportler*innen ihre Anfänge in der Wattenscheider Vereinsstruktur Leroy Sane für den Fußball und Sabine Braun für den Siebenkampf sind hier nur ausgewählte Beispiele mit internationaler

Berühmtheit. Die Identifikation vieler Bewohner*innen mit ihrem Stadtteil ist groß, was nicht nur für den Sport gilt, sondern auch von den Autofahrer*innen im Straßenbild durch eine große Zahl an WAT Autokennzeichen gezeigt wird.

Tab. 1: Ausgewählte Sozialindikatoren

Indikator	Sozialraum	Bochum	Wattenscheid	Wattenscheid-Mitte	Bochum Stiepel
Bevölkerung unter 18 Jahren (in % der Gesamtbevölkerung)		14,6 %	15,8 %	16,5 %	14,4 %
Haushalte mit drei Kindern und mehr (in % aller HH mit Kindern)		13 %	14 %	18 %	8 %
SGB II in Bedarfsgemeinschaften mit ≥ 3 Kindern (% aller HH mit ≥ 3 Kindern)		44 %	54 %	65 %	6 %
Arbeitslosenquote		7 %*	8,8 %*	12,6 %*	2,1 %*
Anteil Langzeitarbeitsloser an Arbeitslosen		43,4 %*	45,3 %*	47,0 %*	36,6 %*
Bewohner*innen mit Migrationshintergrund		23,3 %	23,2 %	31,2 %	7,7 %

(eigene Zusammenstellung aus Stadt Bochum (2021) alle Zahlen aus 2019, nur * = 2017; HH = Haushalt)

Die relative soziale Benachteiligung des Ortsteils wie sie mit den Indikatoren in Tabelle 1 dargestellt wird, steht für soziale Missstände im Sinne der Städtebauförderung und ist somit eine wichtige Argumentationsgrundlage für die Beantragung der entsprechenden Fördergelder. Im Falle der Ausgestaltung des Programmgebiets in Wattenscheid wurden daher auch Daten der Gesundheitsberichterstattung herangezogen, die belegen, dass die gesundheitliche Lage der Bevölkerung in Wattenscheid im Bochumer Vergleich oft schlechter ist. Kinder sind beispielsweise häufiger von Übergewicht, Sprach- und Sprechstörungen sowie Hörbeeinträchtigungen betroffen. (Stadt Bochum 2017)

Das ISEK wurde unter Beteiligung verschiedener Ämter, lokaler Akteure und Bürger*innen entwickelt. Es beinhaltet fachliche Grundlagen aus einer Vielzahl bestehender Pläne, Programme und Analysen (Dr. Jansen GmbH 2014: 16) und führt an der Erstellung beteiligte Akteure auf (ebd.: 12 f.). Das Gesundheitsamt war von Anfang an beteiligt und hat nicht nur mit Daten der Gesundheitsberichterstattung (GBE) zu den fachlichen Grundlagen der ISEK Erstellung beigetragen. Es hat Wattenscheid-Mitte auch als Ortsteil ausgewählt um den Beschluss der Kommunalen Gesundheitskonferenz vom Mai 2014 zur Umsetzung eines Fachplans Gesundheit mit einer teilräumlichen Umsetzung nachzukommen. Ein Fachplan Gesundheit ist ein informelles Instrument zur Verfolgung strategischer Ziele von Gesundheitsförderung, Prävention und gesundheitlicher Versorgung

(s. den Beitrag Sieber, Köckler). Von Anfang an war eines der großen Krankenhäuser vor Ort, das Martin-Luther-Krankenhaus, eingebunden.

Auf Grundlage der Analysen wurde das Programmgebiet, in dem die finanziellen Mittel der Städtebauförderung in Wattenscheid verausgabt werden können, abgegrenzt (s. Abb. 1). Im Maßnahmenkonzept werden drei Bereiche herausgearbeitet: die Gestaltung zentraler Parks und Plätze, ein Fassadenprogramms und der Aufbau eines gesundheitsbezogenen Stadtteilnetzwerks. Ein Potential für den Aufbau dieses Netzwerkes bildet die etablierte Sozialraumkonferenz in Wattenscheid in der verschiedene soziale Träger ihr Handeln sozialraumbezogen abstimmen.

Abb. 1: Programmgebiet „Soziale Stadt Wattenscheid-Mitte“



Seit 2016 ist ein Quartiersmanagement vor Ort eingerichtet, das im Auftrag des Stadtplanungsamtes gemeinsam von der Arbeiterwohlfahrt und der Planungsgruppe Stadtbüro betrieben wird. Es ist in einem Ladenlokal der Wattenscheider Fußgängerzone ansässig und dient als Anlaufstelle vor Ort für Bürger*innen und verschiedene Akteure im Stadtteil. Das Quartiersmanagement ist mit der Umsetzung des ISEK sowie der Akquise weiterer Fördermittel beauftragt und verfolgt Aktivitäten unter dem Motto „WAT bewegen“, was den Gesundheitsbezug implizit beinhaltet. Die implizite Bezugnahme auf Gesundheit fokussiert die positiven Aspekte des Programms, vermeidet Stigmatisierung und bietet ein hohes Vernetzungspotenzial mit verschiedenen Akteur*innen.

3. Ein Programmgebiet als gemeinsamer Lernort

Auf Initiative des damaligen Leiters des Gesundheitsamtes der Stadt Bochum wurde im Jahr 2015 ein Kreis von Bochumer Hochschulen mit Interesse an gesundheitlicher Versorgung und gesundheitsfördernder Stadtentwicklung gegründet. Die Koordination wurde vom Department of Community Health der Hochschule für Gesundheit in Bochum übernommen. Das Netzwerk versteht sich als gelebtes Beispiel des Netzwerks UniverCity Bochum, einem Zusammenschluss Bochumer Hochschulen und der Stadt Bochum. Das Netzwerk der Hochschulen verfolgt die Idee bestehende Forschung und Lehre mit den Arbeiten im Programmgebiet zu verbinden.

Eine Lehr-Lern-Kooperation mit Praxis, Wissenschaft und Studierenden wird im Studiengang „Gesundheit und Sozialraum“ im Department of Community Health durch die Professur Sozialraum und Gesundheit realisiert. Studierende beschäftigen sich in unterschiedlichen Lehreinheiten mit verschiedenen Perspektiven auf den Sozialraum Wattenscheid-Mitte. Oft werden hier kreative Lösungsideen entwickelt, die mit den Akteuren des Sozialraums geteilt werden. Teil der Lehr-Lern Kooperation ist, dass die Funktionsweise der Städtebauförderung am Beispiel des Programms „Soziale Stadt“ im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung im Setting Kommune nach dem Präventionsgesetz praktisch in konkreten Projekten vermittelt wird. Zudem gibt das Quartiersmanagement Einblick in seine alltägliche Arbeit und somit in ein mögliches Berufsfeld von Absolvent*innen. Ergebnisse studentischer Arbeiten werden den Akteur*innen vor Ort zur Verfügung gestellt und stehen teilweise in Verbindung mit den im Folgenden beschriebenen Projekten.

4. Projekte im Programmgebiet

Das Quartiersmanagement unterscheidet in der derzeitigen Umsetzungsphase verschiedene Projekte: a) bauliche Projekte, die der Gestaltung von Parks Plätzen und öffentlichen Gebäuden und der Restaurierung eines Fördergerüsts der Zeche Holland dienen, b) soziale Maßnahmen, die das nachbarschaftliche Zusammenleben stärken, c) Gebäudeförderung, die Gelder für private Eigentümer*innen insbesondere über das Fassaden- und Hofflächenprogramm sowie das Zukunftskonzept Wohnen bereitstellt und d) das Sofortprogramm Innenstadt zum Abbau von Leerstand. Alle Elemente haben große Potentiale einen Beitrag zur gesundheitsfördernden Stadtentwicklung zu leisten.

4.1 Masterplan bewegte und bespielte Stadt

Im ISEK wurde im Handlungsfeld „Grün und Freiraum“ festgelegt, dass ein eigener „Masterplan bewegte und bespielte Stadt“ für das Programmgebiet entwickelt

wird. Dieser wurde von einem Planungsbüro erstellt (Landschaftsarchitekturbüro Hoff 2017). Er arbeitet die Bedeutung des öffentlichen Raums und der Verhältnisse für Gesundheitsförderung heraus. Der Masterplan wurde in 2016 unter Beteiligung von Schulen, Senior*innen und den Akteuren der Sozialraumkonferenz aufgestellt. Das Gesundheitsamt war an der Erstellung beteiligt. Da es sich hier um eine der ersten engen Formen der Zusammenarbeit in einer konkreten Planung handelte, ist dieser Prozess aus Sicht des Gesundheitsamtes rückblickend als wertvoller Lernprozess in einer initialen Phase zu sehen. Teil des Masterplans ist eine qualitative und quantitative Bewertung der Frei- und Grünflächen und insbesondere der Spielflächen in Wattenscheid. Hierbei werden die im ISEK benannten zu entwickelten Parks und Plätze mit einbezogen. Der Masterplan bewegte und bespielte Stadt bietet mit seinem Rahmenplan und Maßnahmenkonzept eine weitere gesundheitsbezogene Plangrundlage zur Umsetzung des ISEK.

4.2 Wattenscheider Gesundheitswochen

Die Wattenscheider Gesundheitswochen dienen dem bereits im ISEK beschriebenen Ziel ein gesundheitsbezogenes Stadtteilnetzwerk aufzubauen. Impulse für die Durchführungen von Gesundheitswochen gingen auch auf die oben benannte Lehrkooperation zwischen dem Department of Community Health und dem Quartiersmanagement zurück.

In jedem Jahr werden zu einem thematischen Schwerpunkt Ideen und Projekte, die sich mit den Themen Gesundheit, Bewegung und Wohlbefinden beschäftigen, von Bildungseinrichtungen, Gesundheitsdienstleistenden und sozialen Träger*innen einem breiten Wattenscheider Publikum vorgestellt. Einige der Veranstaltungen finden auch an denjenigen Projektorten statt, die im Rahmen der Städtebauförderung gestaltet wurden und werden.

Das Quartiersmanagement richtet die Gesundheitswochen seit 2018 jährlich über mehrere Wochen im April und Mai aus. Bislang wurden die Schwerpunktthemen Bewegungsförderung (2018: gesund ist, WAT bewegt; 2020: gesund ist, WAT fit hält), Gesundheitskompetenz (2019: Wissen, WAT gesund macht) sowie Nachhaltigkeit und Umweltschutz (2021: natürlich WAT Nachhaltiges) gesetzt. Die ersten Gesundheitswochen wurden im Martin-Luther-Krankenhaus von den Leitern der Ämter für Gesundheit und Stadtentwicklung gemeinsam eröffnet. Akteure, die mit Angeboten zu den Gesundheitswochen beitragen, können bei Voraussetzung der Förderbedingungen Mittel des Verfügungsfonds für ihre Projekte verwenden.

Die Gesundheitswochen haben sich als festes Angebot des Quartiersmanagements etabliert und bieten verschiedenen Akteuren ein niedrigschwelliges Angebot sich in das Gesundheitsnetzwerk einzubringen. Durch den gemeinsamen Auftritt und die Festivalisierung wird das Thema Gesundheit für die

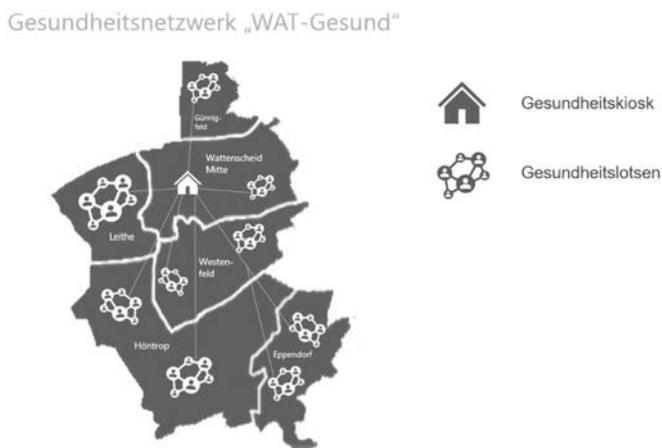
Öffentlichkeit als wichtiges Thema im Ortsteil erkennbar. Zugleich wird sowohl den Anbieter*innen als auch den Nutzer*innen deutlich, was es in Wattenscheid an gesundheitsbezogenen Angeboten gibt.

4.3 Gesundheitskiosk im Gesundheitsnetz „WAT-Gesund“

Die relativ schlechte gesundheitliche Lage der Wattenscheider Bevölkerung war ein Grund für die Ausweisung des Programmgebiets Soziale Stadt. Zwar verfügt Wattenscheid über mehrere Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte, dennoch zeigt die Erfahrung auch aus anderen Städten, dass es in sozialstrukturell benachteiligten Stadtteilen erforderlich ist durch zusätzliche community-spezifische Ansätze den Zugang zu Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung zu verbessern. Das im Innovationsfonds geförderte Projekt des Gesundheitskiosks in Hamburg-Billstedt und Horn, einem in der Sozialstruktur durchaus vergleichbaren Stadtteil, hat den Impuls gegeben, eine ähnliche innovative Versorgungsform in Bochum-Wattenscheid aufzubauen.

In Wattenscheid verfolgt seit 2018 ein Arbeitskreis den Aufbau des Gesundheitskiosks. Hieran sind das Gesundheits- und Stadtplanungsamt sowie das Quartiersmanagement, das Medizinischen Qualitätsnetzwerks Bochum (ein Zusammenschluss von niedergelassenen Ärzten), das Martin Luther Krankenhaus, die Arbeiterwohlfahrt, die Hochschule für Gesundheit sowie das Institut für Arbeit und Technik beteiligt. Für das Gesundheitsbüro wurden Bedarfe und Aufgaben ermittelt und mit Mitteln des Stadtplanungsamtes eine Konzeptstudie vergeben, die gemeinsam mit dem Arbeitskreis entwickelt wurde (Optimedis 2020).

Abb. 2: Vorgeschlagene Versorgungselemente des Gesundheitsnetzwerks „WAT-Gesund“ (Optimedis 2020: 28)



Der Gesundheitskiosk dient als Anlaufstelle für ein Netzwerk aus aufsuchenden Gesundheitslotsinn*en in Bochum Wattenscheid (s. Abb. 2). Dieses Netzwerk bezieht sich auf den gesamten Bezirk Wattenscheid und nicht nur auf das Programmgebiet der Sozialen Stadt in Wattenscheid Mitte (s. Abb. 1). Das Gesundheitsnetzwerk soll dem Konzeptvorschlag folgend unterschiedliche Angebote umfassen, die in Tabelle 2 dargestellt sind. Hierbei wird unterschieden zwischen Angeboten, die Nutzer*innen zur Verfügung stehen, die krankenversichert sind und sich aktiv einschreiben, sowie solchen, die allen Bewohner*innen zugutekommen. Ziel des letzteren Ansatzes ist eine über den Kern der gesundheitlichen Versorgung hinausgehende Vernetzung im Sozialraum Bochum-Wattenscheid in Form einer Zusammenarbeit zwischen den vielfältigen Akteur*innen vor Ort, die bspw. in der Sozialraumkonferenz organisiert sind, sowie die Kooperation mit dem im Folgenden beschriebenen Projekt „Fit in WAT“.

Tab. 2: Übersicht über mögliche Interventionen im Rahmen des Gesundheitsnetzwerks „WAT-Gesund“ (Optimedis 2020: 35)

<i>Interventionen für eingeschriebene Versicherte (patient*innen- und versichertenfokussiert)</i>	<i>Interventionen, die keine Einschreibungen erfordern (Wirkung auf eingeschlossene Versicherte)</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitslots*innen • Zielgruppenspezifische Versorgungsprogramme/ sektorenübergreifende Behandlungspfade • Case Management • Digital Health • Beratungen im Gesundheitskiosk 	<ul style="list-style-type: none"> • Etablierung eines Regionalen Kümmerers (Regionale Managementgesellschaft) • Datengestützte Versorgungsplanung und-Management • Fort- und Weiterbildung der Ärzt*innen und nicht-ärztlichen Mitarbeiter*innen sowie Fachberufe im Gesundheitswesen • Kampagnen und Programme zur Patientenaktivierung • Interdisziplinäre Fallkonferenzen und Qualitätszirkel • Aufbau von gesundheitsförderlichen Strukturen und Vernetzung des Gemeinwesens mit dem medizinischen Sektor

4.4 Fit in WAT

Das Projekt hat zum Ziel den öffentlichen Raum in Wattenscheid mit gesundheitsförderlichen Aktivitäten zu beleben und Bewegungsangebote für unterschiedliche Communities zu schaffen (StadtSportbund Bochum e. V. 2021). Dazu sollen Aktionen, Programme und Maßnahmen partizipativ mit Akteur*innen und Bewohner*innen im Stadtteil entwickelt werden. Es werden Vernetzungen zwischen Sozialraumakteuren, Sportvereinen, Verbänden, Stadtteil- und Seniorenbüro, Kitas, Schulen und anderen Fachbereichen und Anbietern gesundheitsförderlicher Maßnahmen in der Kommune vor Ort geschaffen. Zum Auftakt

des Projektes im Frühjahr 2020 wurden mehrere Informations- und Bewegungsangebote konzipiert. Diverse Wattenscheider Sportvereine haben zusätzlich ihre Angebote für ein breites Publikum geöffnet.

Das Projekt „Gesund durch Bewegung in Wattenscheid“ wird auf Grundlage des Präventionsgesetzes seit 2019 von der Techniker Krankenkasse im Rahmen des Programms „Gesunde Kommune“ für fünf Jahre gefördert. Es wurde vom Gesundheitsamt der Stadt Bochum und dem Quartiersmanagement gemeinsam mit dem Stadtsportbund und dem Department of Community Health der Hochschule für Gesundheit beantragt.

Ein Ladenlokal unmittelbar neben dem Büro des Quartiersmanagements wurde bezogen, ein Mitarbeiter ist vor Ort erreichbar und verfolgt die Umsetzung der Projektziele. Es gibt einen Geräteverleih, eine Internetpräsenz (www.fit-in-wat.de) und verschiedene Angebote im Bereich Bewegung, Netzwerkbildung und Ausbildung. Ein Projektziel ist die Ausbildung von Übungsleiter*innen, die selbst aus den Communities kommen, die bislang mit den Angeboten im (Ver-)Sport eher nicht erreicht werden.

5. Fazit aus der Perspektive von Community Health

In Bochum Wattenscheid wurde ein vielversprechender Prozess gestartet, der darauf ausgerichtet ist das Potential der Städtebauförderung für Gesundheitsförderung, Prävention und gesundheitliche Versorgung auf einer breiten Basis, und somit Community Health in seiner sozialräumlichen Dimension, zu verfolgen.

Auch wenn kein eigener Fachplan Gesundheit für Wattenscheid-Mitte entsteht, bieten die Projekte vielfältige Beispiele, wie eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung gestaltet sein kann. Die Interventionen stützen sich auf geeignete Datenanalysen, ergänzt um Befragungen und Zielformulierungen für die Themen Ernährung, Bewegung und Gesundheitskompetenz. Im Sinne von StadtGesundheit werden verhältnisbezogene Gesundheitsförderung und Prävention sowie Maßnahmen zur gesundheitlichen Versorgung vor Ort in konkreten Projekten auf den Weg gebracht. Die Erfahrungen sollen in den Prozess zur Entwicklung eines stadtweiten Fachplans Gesundheit einfließen.

Ansätze zur Integration und dem Empowerment diverser Communities sind in verschiedenen Projekten angelegt, aber noch nicht umfänglich realisiert.

Es gelingt trotz fehlender Partnerprogramme die Mittel des Präventionsgesetzes, wie mit dem Projekt FIT in WAT zur weiteren Inwertsetzung der baulichen Maßnahmen zu nutzen, indem beispielsweise konkrete Bewegungsangebote in den baulich neu gestalteten Parkanlagen und Straßenräumen umgesetzt werden. Hierbei steht eine community-spezifische Ansprache im Fokus, um auch diejenigen Menschen zu erreichen, die von sozialer Ungleichheit bei Gesundheit betroffen sind.

Die Nutzung von Erkenntnissen aus dem Innovationsfonds mit dem Aufbau eines Gesundheitskiosks als Teil einer integrierten Versorgung in einem Gesundheitsnetzwerk zeigt neue Ansätze einer Health in All Policies auf. Die Verwaltung arbeitet hier auf der Ebene der Ämter für Stadtplanung und Gesundheit sehr eng zusammen. Es ist zu erwarten, dass durch die Integration des Innovationsfondsansatzes in die Akteurskulisse eines Programmgebiets „Soziale Stadt“ auch eine insbesondere verhältnisorientierte Weiterentwicklung von Ansätzen sozialraumspezifischer Versorgung generiert wird. Der Innovationsfonds steht für institutionelle Innovationen im Gesundheitswesen und ist von der Logik her mit Experimentierklauseln in der Stadtentwicklung vergleichbar, die Gleiches über Erprobungen ebenfalls in realen Kontexten ermöglichen sollen. Eine integrierte Nutzung des Innovationspotentials beider Ansätze könnte die weitere Entwicklung befördern.

Das Gesundheitsnetzwerk bietet zudem ein Betätigungsfeld für Aboslvnt*innen des Department of Community Health und kann zur Profilierung von Berufsbildern in Community Health beitragen.

Deutlich wird aber auch, dass die Verwendung des Begriffs Gesundheit ambivalent ist und sich im Spannungsverhältnis von Stigmatisierung der Bevölkerung und Aktivierung von Akteuren bewegt. Die Zusammenarbeit zeigt immer wieder, dass sich Sprache und Handlungslogiken in Stadtentwicklung und Gesundheit deutlich unterscheiden. Dies kann zu Missverständnissen und Komplikationen führen, deren Überwindung aber möglich ist und gleichzeitig ein Feld für Reibung und Neugierde schafft, die an disziplinären Schnittstellen Innovation eröffnet.

Literatur

- ARL (Akademie für Raumforschung und Landesplanung) (2014): Umwelt- und Gesundheitsaspekte im Programm Soziale Stadt – Ein Plädoyer für eine stärkere Integration. Positionspapier aus der ARL 97. Hannover. Akademie für Raumforschung und Landesplanung.
- BMI (2020): Verwaltungsvereinbarung Städtebauförderung. Berlin: Eigenverlag.
- Böhme, C./Spies, G./Weber, D. (2018): Städtebauförderung: Ein Instrument zur Finanzierung gesundheitsfördernder Stadtentwicklung? In: Baumgart, S./Köckler, H./Ritzinger, A./Rüdiger, A. (Hrsg.): Planung für gesundheitsfördernder Städte. In: Forschungsberichte der ARL 08. Hannover: ARL., S. 215-234.
- Dr. Jansen GmbH (2014): Gesundes Wattenscheid – Familienfreundlich und generationengerecht. Integriertes städtebauliches Entwicklungskonzept für Bochum-Wattenscheid. Im Auftrag der Stadt Bochum. Köln: Eigenverlag.
- GKV-Spitzenverband (2020): Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. Berlin. (nur online verfügbar: www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp) (Abfrage: 16.05.2021)
- Landschaftsarchitekturbüro Hoff (2017): Masterplan bewegte und bespielte Stadt Wattenscheid. Im Auftrag der Stadt Bochum. Essen: Eigenverlag.

- OptiMedis (2020): Konzept zur Errichtung eines Gesundheitsbüros und des Gesundheitsnetzwerks „WAT-Gesund“ in Bochum-Wattenscheid. Für die Stadt Bochum, Gesundheitsamt. Hamburg: Eigenverlag.
- Stadt Bochum (2015): Gesundes Wattenscheid – Familienfreundlich und generationengerecht. Integriertes Städtebauliches Entwicklungskonzept. Zusammenfassung. Bochum: Eigenverlag.
- Stadt Bochum (2017): Basisgesundheitsbericht. Bochum: Eigenverlag.
- Stadt Bochum (2021): Bochumer Ortsteile kompakt. *bokinteraktiv.bochum.de/VSU/atlas.html* (Abfrage: 16.05.2021)
- Stadtsportbund Bochum e. V. (2021): *fit-in-wat.de/* (Abfrage: 16.05.2021)

Community Health in der Bochumer Hustadt: Wider eine vermeintliche Kultur der Schwer- Erreichbarkeit und der Nicht-Partizipation marginalisierter Communities

David Johannes Berchem, Christiane Falge, Yvonne Pajonk

Zusammenfassung

Das Kapitel befasst sich mit Community zentrierten Interventionen in einer marginalisierten und multidiversen Bochumer Nachbarschaft. Zielgruppe sind Menschen, die häufig als „integrationsunwillig“ gegenüber Präventionsangeboten bezeichnet werden. In dem hier vorgestellten partizipativen Projekt übernehmen einige der Community Mitglieder selber die Rolle von Stadtteilmforscher*innen. Zusammen mit Studierenden der Hochschule für Gesundheit wird Wissen auf Grundlage von partizipativen Forschungsmethoden mit dem Ziel koproduziert, diversitätsspezifische Präventionsangebote zu entwickeln. Im Folgenden werden die Vorteile von partizipativen Forschungsmethoden bei Interventionen in marginalisierten Communities und der damit verknüpften Koproduktion von Community-Health-Wissen hervorgehoben sowie eigene Forschungsergebnisse aus diesem Feld präsentiert. Abschließend werden Handlungsempfehlungen für diversitätssensible Community-Health-Ansätze gegeben, die auf einem konstruktivistischen Kulturverständnis basieren.

Abstract

This article presents a community-based health intervention in a marginalised, multidiverse neighbourhood in Bochum that targets people, often stigmatized as unwilling to ‚integrate‘ or to participate in prevention activities. In this participatory project, the members of the community itself take the role of community researchers. Together with the students of the University of Applied Health Sciences they co-create knowledge based on participatory research methods with the aim to develop diversity specific prevention offers. The article highlights the benefits of participatory methods for interventions in marginalised communities and with regard to the co-production of Community Health knowledge, presents research results and formulates recommendations for a diversity sensitive Community Health approach based on a constructivist concept of culture.

„Dass Frauen Sport machen, gehört nicht zu unserer Kultur. Das wird in der Hustadt nicht klappen.“ (Ali Iman, 24 Jahre, 2018)

1. Einleitung

Die vorliegende Abhandlung beschäftigt sich mit den Möglichkeiten und Chancen einer diversitätsspezifischen Community-Health-Intervention eines Bochumer Stadtteils, dessen Bewohner*innen einerseits von Mehrfachdiskriminierung, Armut und prekären Lebensverhältnissen geprägt sind, andererseits aber auch Ressourcen und ihre eigenen Vorstellungen von Gesundheit mitbringen. Die im Bochumer Stadtteil Querenburg gelegene Hustadt, in der das hier vorgestellte Stadtteillabor und ein dazugehöriges Präventionsprojekt angesiedelt sind, wird somit von einer für den Community-Health-Ansatz „exemplarischen“ Community bewohnt, die durch soziale und gesundheitliche Benachteiligung geprägt ist. Der hier zur Anwendung kommende Community Ansatz zeichnet sich durch ein konstruktivistisches Kulturverständnis aus. Diese Konzeption von Kultur beinhaltet nicht nur Vorstellungen über einende Potentiale innerhalb von Gruppen, sondern sieht auch die spezifische Heterogenität von Kollektiven, die auf handlungsfähige und selbstbestimmte Individuen innerhalb dieser Gruppen zurückzuführen ist. Als Normabweicher*innen tragen sie dazu bei, dass sich – entgegen der oben dargestellten Zuschreibung von Benachteiligung – Gruppen verändern können. Kultur wird somit als Prozess verstanden.

Um einen Überblick über die Besonderheiten der Hustadt Community und den von der Hochschule für Gesundheit (HS Gesundheit) dort umgesetzten Community-Health-Ansatz zu vermitteln, wird in einem ersten Schritt das Stadtteillabor präsentiert. Daran anknüpfend wird die kollaborative Methode vorgestellt, die eine Kommunikation „auf Augenhöhe“ mit der Community beansprucht und die praxisbezogenen Interventionen an Forschung koppelt. Der Beitrag gibt Einblick in partizipativ erhobene Ergebnisse über die von Community Mitgliedern gepflegte „Präventionspraxis“ und die vor dem Hintergrund des koproduzierten Wissens entwickelten diversitätssensiblen und präventiv wirkenden Gesundheitsangebote wie etwa ein digitaler Yogakurs und ein Angebot für interkulturelles Gärtnern. Ergebnisse aus der Evaluation der Angebote verweisen am Ende des Beitrags auf den Mehrwert der Interventionen bei der Bewältigung gesundheitlicher Risiken in der Hustadt Community. Abschließend werden Empfehlungen für die Schärfung eines Community-Health-Begriffes und sich daraus ergebende Handlungsstrategien für die Praxis aufgeführt.

2. Das Stadtteillabor in der Bochumer Hustadt¹

In dem 2015 etablierten und auf zwölf Jahre angelegten Bochumer Stadtteillabor wird Community Health durch die Vermittlung medizinethnologischer sowie kollaborativer² Ansätze realisiert und in Form von Lehr-Forschungsprojekten angewandt. Die Auswahl des Forschungsortes begründet sich dabei mit der besonderen Vulnerabilität der Bewohner*innen. Die Hustadt gehört zu den Bochumer Ortsteilen mit dem höchsten Index-Wert gesundheitlicher Herausforderungen (z. B. höchste Anteile an Schulanfänger*innen mit Sprach- und Sprechstörungen, niedrigste Anteile an Kindern mit wahrgenommener U9-Untersuchung, niedrigste Durchimpfungsrate bei Masern usw.) (Stadt Bochum 2017, S. 75). Die Hustadt ist zudem der jüngste Stadtteil Bochums und es erhalten mindestens 50 % der Community Transferleistungen (vgl. Feldnotizen Falge 2018). Die multidiverse Zusammensetzung der Bevölkerung aus über 40 Herkunftsländern geht zudem einher mit den von zahlreichen Studien nachgewiesenen strukturellen Diskriminierungen am Arbeitsmarkt, im Ausbildungsbereich und in der Schule (vgl. Foroutan/Canan 2016). Sie zeichnet aber auch das Vorhandensein gesundheitsförderlicher Ressourcen aus. So stellt sich der Stadtteil als ein Ort der Gemeinschaft dar, in dem, bei allen vorhandenen Konflikten, soziale Beziehungen quer zu identitätskonstruierenden Differenzkategorien auf einem geteilten Interesse an menschlichen Gemeinsamkeiten und solidarischer Unterstützung bestehen. Die Bevölkerung der Hustadt praktiziert *Gesundheitsversorgungs-Bricolage*. Dieser Begriff beschreibt die Art und Weise, mit der Einwohner*innen hochdiverser Nachbarschaften mit teilweise schwierigen oder begrenzten Zugängen zu kassenfinanzierten Gesundheitsdiensten ihre Gesundheitsversorgung „zusammenpuzzeln“. Diese hybride Gesundheitsversorgung schließt Selbstversorgung, Hilfe von Verwandten oder Freunden und Informationen aus dem Internet mit ein (vgl. Samerski 2020). Im Forschungsfeld des Stadtteillabors wird ein postmigrantischer und entmigrantisierender Ansatz verfolgt. Bei diesem Ansatz stehen nicht nur Menschen im Fokus, die eigene oder deren Vorfahren Migrationserfahrung besitzen, sondern ebenso Bewohner*innen, die seit vielen Generationen in Deutschland leben oder keine Migrationserfahrung haben. Beide Gruppen werden innerhalb desselben analytischen Rahmens betrachtet (vgl. Glick Schiller/Çağlar 2018). Nach diesem Community-Health-Ansatz übersieht der von vielen Forscher*innen konstruierte Gegensatz zwischen Migrant*innen

1 Teile aus diesem Kapitel wurden bereits an anderer Stelle veröffentlicht (vgl. Falge 2021).

2 Kollaborativ bezieht sich hier auf eine partizipative Methode, bei der Wissenschaftler:innen gemeinsam mit Bürger:innen auf Augenhöhe neues Wissen koproduzieren und daraus diversitätsspezifische Präventionsangebote entwickeln.

und der sogenannten Mehrheitsgesellschaft, dass nicht notwendigerweise Migration, sondern Armut die primäre Differenzkategorie für gesundheitliche Ungleichheit ist. Im Rahmen dieses Ansatzes werden Gesundheit und Krankheit im Stadteillabor im Kontext politisch-ökonomischer Machtbeziehungen und nicht *per se* als Ergebnis „migrantischen Fehlverhaltens“ betrachtet.

3. Methodische Zugänge für schwer erreichbare Gruppen

Oftmals ist die Teilnahme von Migrant*innen an herkömmlichen gesundheits- oder sozialwissenschaftlichen Erhebungen aus unterschiedlichen Gründen eher gering (vgl. Borde 2009). Diese Gründe hängen u. a. mit Herrschaftsverhältnissen, Grenzregimen, Sprachbarrieren, mangelndem Vertrauen in staatliche Institutionen und Diskriminierungserfahrungen etc. zusammen. Im Stadteillabor trug die kollaborative Methode (vgl. Klocke-Daffa 2019, S. 42 f.), die teilweise auch als partizipative Methode (vgl. von Unger 2012) bekannt ist und auf die im Beitrag dieses Buches über das Gesundheitssystem kurz eingegangen wurde, dazu bei, den Feldzugang zur Community und zu den Setting Akteur*innen herzustellen. Wichtig ist in diesem Prozess, dass Forschende mit ihren unterschiedlichen Rollen, Identitäten und deren Wirkung auf die im Forschungsprozess entstehenden Begegnungen und Resultate kritisch-selbst-reflexiv umgehen, um „auf Augenhöhe“ zu interagieren. Auch wenn sich dieser Ansatz sowohl aufgrund struktureller Ungleichheiten, Privilegien und Benachteiligungen als auch angesichts verinnerlichter Vorstellungen und Bilder nicht vollständig umsetzen lässt, geht es hierbei darum, Augenhöhe als Haltung einzunehmen. Der Ansatz versucht durch beständige Reflexion, Artikulation und aktives Gegenarbeiten, Machtgefälle zwischen Akademiker*innen und forschender Community zu reduzieren und bestehende Hierarchien transparent zu gestalten. Es geht somit um eine bestimmte Wirksamkeit auf alle Feldteilnehmer*innen, etwa indem sich die Stadtteil Community ernst genommen und gehört fühlt. Hierzu gehört als zentrales kollaboratives Moment auch die Vergütung der beteiligten Community. Beispielsweise wenn Community Mitglieder im Stadteillabor mit Studierenden in Methoden qualitativer Datenerhebung geschult werden, um gemeinsam als Community Forscher*innen Daten zu erheben. Auf diese Weise beteiligen sie sich an der Wissensproduktion für Transformationen im Stadtteil. Das im Stadteillabor generierte Wissen soll auf lange Sicht im Sinne einer angewandten Medizinethnologie verhältnispräventiv gesundheitliche Ungleichheit im Stadtteil verringern. Forschungsprojekte und daraus entstehende Interventionen werden, wie oben beschrieben, hier auch nicht entkoppelt (vgl. Napier-Moore 2010), sondern in Form von Interventionen vor Ort implementiert.

4. Angewandte Community Health: Vorgehensweisen und Ergebnisse des Präventionsprojektes QUERgesund

Aus den Erfahrungen des Stadteillabors wurde gemeinsam mit dem im Stadtteil ansässigen Verein für multikulturelle Kinder- und Jugendhilfe – Migrationsarbeit (IFAK e. V.) ein drittmittelbasiertes Präventionsprojekt für die Hustadt entwickelt. Hintergrund war die geringe Wahrnehmung von Präventionsangeboten der Bewohner*innen des Stadtteils sowie Hinweise auf gesundheitliche Ungleichheit. Das daraus entstandene und auf 3,5 Jahre angelegte krankenkassenfinanzierte Projekt namens QUERgesund verfolgt das Ziel, diversitätssensible Präventionsangebote im Stadtteil zu entwickeln, anzubieten und zu verstetigen. Diese direkte Kopplung von Interventionen an Forschung wirkt sehr positiv auf die Akzeptanz hochschulischer Präsenz im Stadtteil. Das auf diese Weise zum Ausdruck gebrachte Ziel der Hochschulvertreter*innen, sich im Stadtteil gegen gesundheitliche Ungleichheit zu engagieren, erzeugt ein Interesse der Bewohner*innen an Community Health. In den folgenden Passagen wird auf das Forschungsdesign, die Ergebnisse und die daraus entstandenen Interventionen des Projektes genauer eingegangen. Abschließend werden die Resultate der Evaluation der Gesundheitsangebote in der Hustadt kurz vorgestellt.

4.1 Projektstruktur und Vorgehen

Das Projekt QUERgesund wird durch die IFAK e. V. koordiniert. Die HS Gesundheit berät das Projekt wissenschaftlich und koordiniert die Datenerhebung und Auswertung. Ein Komitee, bestehend aus Hochschulprofessor*innen, den Projektkoordinator*innen, Vertreter*innen des Gesundheitsamtes Bochum und des Landesinstituts für Gesundheit (LZG), steuert die Projektabläufe und Arbeitsschritte. Ein Netzwerk aus Setting Akteur*innen und politischen Entscheidungsträger*innen begleitet die von den Projektkoordinator*innen umgesetzten Projektprozesse.

Für das Projekt QUERgesund wurden 11 Community Mitglieder ausgewählt, die im Frühjahr 2019 mit 12 Studierenden in Methoden der qualitativen Forschung zu Community Forscher*innen geschult wurden. Gemeinsam mit den im Projekt beteiligten Wissenschaftler*innen entwickelten sie einen Leitfaden zur Erhebung des Präventionsverhaltens und -bedarfs im Stadtteil, der Fragen zu den sechs Handlungsfeldern Prävention, Ernährung, Bewegung, Stress, Sucht sowie Diskriminierung beinhaltet. In Studierenden-Bewohner*innen Tandems wurden im Winter 2019 45 Interviews in mehreren Sprache geführt, übersetzt, transkribiert und ausgewertet. In einem anschließenden SMART-Workshop wurden die Ergebnisse vorgestellt und daraus Interventionen abgeleitet. Im

Folgenden werden die Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews zu den Handlungsfeldern Stress, Diskriminierung und Bewegung sowie zwei daraus entwickelte diversityspezifische Interventionen exemplarisch vorgestellt.

4.2 Interviewergebnisse

Die Ergebnisse aus dem Handlungsfeld Stress zeigen deutlich, dass Stresssituationen im Alltag bei den Befragten omnipräsent sind. Stressursachen werden von den Interviewten in der Vergangenheit, der Gegenwart sowie der für viele unsicheren Zukunft verortet. So spielt die Entfernung zu den eigenen Eltern im Herkunftsland und die damit einhergehende fehlende Unterstützung der Familie oft eine große Rolle. Hinzu kommen traumatische Erlebnisse auf der Flucht sowie Diskriminierungserfahrungen. Zusammenfassend sind sich die Befragten einig, dass sich der Stress negativ auf die psychische und physische Gesundheit auswirkt. Ressourcen sind jedoch in Form von Bewältigungsstrategien in der Community vorhanden. Diese sind individuell sehr unterschiedlich und stützen sich neben personalen Aktivitäten auch auf kollektive Bewältigungsstrategien in privaten Netzwerken und auf eine in der Hustadt besonders ausgeprägt praktizierte Konvivialität.

Ergebnisse aus dem Handlungsfeld Bewegung zeigen, dass sich physische Aktivitäten bei den meisten Befragten auf Hausarbeit oder tägliche Gänge beschränken. Hervorzuheben ist, dass fast alle Befragten berichten, dass ihre Kinder mehr Bewegung im Alltag hätten als sie selbst. Zusammenfassend lassen sich Hindernisse für Bewegung auf die Entfernung, fehlende Informationen, mangelnde Motivation oder Kompetenzen, Hürden beim Zugang zu Vereinen, Kosten, kulturelle Widersprüche sowie Krankheit und Depression zurückführen. Hervorstechende Kategorien waren Demotivation, Antriebslosigkeit und die Schwierigkeit, aufgrund von Stress Bewegung in den Alltag zu integrieren. Dabei nennen Mütter vor allem die Kinderbetreuung und andere Care-Arbeiten als ein zentrales Hindernis für die Teilnahme an Bewegungsangeboten. Spezifische Wünsche sind vor allem wohnortnahe sowie kostengünstige Angebote. In Bezug auf die Kategorie Community wurde der Wunsch nach quartierszentrierten Gemeinschaftsangeboten geäußert.

Aus den Ergebnissen der Datenerhebung ging insgesamt hervor, dass Mehrfachdiskriminierung, Alltagsrassismus und Formen der gruppenbezogenen Menschenfeindlichkeit für die Bewohner*innen der Hustadt lebensweltkonstituierende Konstanten sind. Die kontinuierliche Erfahrung und Erduldung von unterschiedlichen systemischen, strukturellen, intersektionalen und alltäglichen Diskriminierungsformen wirken sich nachhaltig negativ auf die Gesundheit der Menschen im Stadtteil aus (vgl. Scherr/El-Mafaalani/Gökçen Yüksel 2016).

Dieser kurze Einblick in die Ergebnisse verdeutlicht eindrucksvoll die Bedeutung und den Gewinn kollaborativer Datenerhebung für Community Health. Durch die Einbeziehung der Innenperspektive der Betroffenen konnte eine üblicherweise als „schwer erreichbar“ wahrgenommene Community gewonnen und relevantes Community-Health-Wissen gemeinsam mit Wissenschaftler*innen koproduziert werden. Im Anschluss sollen nun zwei der aus den Ergebnissen entwickelten diversitätsspezifischen Präventionsangebote vorgestellt werden.

4.3 Präventionsangebote

Eines der aus dem SMART-Workshop hervorgegangenen Angebote ist das „Interkulturelle Gärtnern“. Dieses in Kooperation mit den Betreiber*innen eines Gemeinschaftsgartens³ durchgeführte mehrwöchige Gesundheitsangebot wird seit dem Sommer 2020 realisiert. Unter Anleitung baute eine muslimische Frauengruppe aus der Hustadt in dem Gartenareal Gemüse und Kräuter an und erntete und kochte die Erträge gemeinschaftlich. Den Bewohner*innen der Hustadt wurde ein Erholungs- und Möglichkeitsraum zur kreativen Mit- und Ausgestaltung zur Verfügung gestellt, der durch die Verrichtung körperlicher Arbeit und das Initiieren eines interkulturellen Austausches⁴ ein temporäres Ausbrechen aus dem Alltag erlaubte.

Ein weiteres aus dem SMART-Workshop hervorgegangenes Angebot ist ein Yoga- und Entspannungskurs für Frauen, der wöchentlich online stattfindet. Die Übungsleiterin verknüpft einfache Yogapraktiken mit dem Erlernen von Atem- und Meditationstechniken. Die Entspannung und der Abbau von Stress stehen dabei im Fokus sowie das gemeinsame Zusammenkommen im virtuellen Raum in Zeiten der Pandemie. Durch die nicht-weiße Positionierung der Übungsleiterin wird die Gestaltung eines diversitätssensiblen Safe(r) Space angestrebt, der angesichts der erlebten Diskriminierungserfahrungen der Teilnehmerinnen zu einem Raum avanciert, der möglichst frei von Sexismus und Rassismus ist. Abschließend werden nun die Ergebnisse der Evaluationsforschung skizziert.

4.4 Evaluationsergebnisse

Anfang 2021 startete die Evaluation der vom Projekt QUERGesund offerierten sechs Gesundheitsangebote, die unter Anwendung eines qualitativen Methodendesigns

3 Gemeinschaftsgarten Hof Bergmann e.V. <http://derhof.eu/>, zuletzt konsultiert am 06.04.2021.

4 Mit interkulturellem Austausch ist hier der Austausch zwischen Menschen aus verschiedenen Herkunftsländern, mit und ohne Fluchtbiografie und Menschen der Mehrheitsgesellschaft gemeint.

durchgeführt wurde. Im Fokusgruppengespräch mit den Teilnehmer*innen des „Interkulturelles Gärtnerns“ wertschätzten die Befragten insbesondere die gelungene Kombination aus körperlicher Betätigung und Bewegung an der frischen Luft und einem gesellig-gruppenspezifischen Austausch während der Gartenarbeit sowie der Koch- und Zubereitungstätigkeiten. Der Gemeinschaftsgarten wird von der muslimischen Frauengruppe als grüner Entspannungs-, Entfaltungs- und Wohlfühlort wahrgenommen, der als kreativer Aktivitätsraum genutzt wird, um temporär dem Stress zu entfliehen, der von der familiären Care-Arbeit und den damit einhergehenden alltäglichen Verpflichtungen herrührt. Die körperlich beanspruchende Gartenarbeit, das Sammeln von neuen Erfahrungen über Kräuter, Gemüse, Obst und Pflanzen und nicht zuletzt das Einbringen der eigenen interkulturellen Wissensbestände aus den Herkunftsländern wurden von den Bewohner*innen der Hustadt als Bereicherung erlebt. Des Weiteren ist das Gartenareal für die Frauen ein regenerativer Ort, in dem sie durch ihre körperlichen Aktivitäten sowohl Energie verlieren und verbrauchen als auch Energie für ihren Alltag und dessen Bewältigung zurückgewinnen können.

Mit der Aussage „Ich fühle mich wie ein anderer Mensch“ wies eine Bewohnerin der Hustadt beim Fokusgruppengespräch darauf hin, dass sich ihre Lebenswirklichkeit und ihr Körperbewusstsein im Zuge der kontinuierlichen Teilnahme am Yogakurs und dem damit einhergehenden Entspannungstraining nachhaltig geändert hat. Die empirischen Erhebungen im Stadtteil verdeutlichen eine Vernachlässigung des Körpers, weil einer positiven gesundheitlichen Bewusstseinsbildung bei den Frauen in Anbetracht der prekären und von mannigfaltigen familiären Verpflichtungen charakterisierten Lebenswirklichkeit wenig Priorität zukommt. Das während der Corona-Pandemie via Zoom realisierte Yoga- und Entspannungstraining setzt sich zusammen aus mehreren Bewegungspraktiken, die das Einüben von Konzentration, Geduld, Kontemplation und Beweglichkeit ermöglichen. Für viele der befragten Frauen, insbesondere die Musliminnen unter ihnen, ist es angesichts der soziokulturell normierten Rollenzuschreibungen innerhalb der Familien schwierig, einen Freiraum im Alltag zu etablieren, in dem selbstbewusst und selbstbestimmt sportliche Betätigung, Entspannung, Ruhe und Konzentration ohne Störfaktoren aus dem privaten Lebensumfeld gewährleistet sind. Sport, Yoga und körperliches Awareness-Training gehörten vor dem Beginn des digitalen Gesundheitsangebotes nicht zur Lebenswirklichkeit der Teilnehmerinnen, so dass die von einer Frau bei der Befragung getätigte Aussage „Ich habe zum ersten Mal in meinem Leben meinen Körper gespürt“ als ein Indiz sowohl für eine gesteigerte Lebensqualität als auch für eine Transformation des körperzentrierten Gesundheitsbewusstseins interpretiert werden kann. Für die Frauen stellt der Yogakurs in einer über die Maßen beanspruchenden Pandemiezeit eine Insel der Entspannung im Alltag dar. Das wöchentlich stattfindende Gesundheitsangebot besitzt für die Frauen einen Ritualcharakter und ist in Pandemiezeiten oftmals die einzige Möglichkeit, sich

zu treffen. Besonders positiv hervorgehoben wird die Empathie, Zugewandtheit und persönliche Betreuung der Kursleiterin, die auf individuelles körperliches Schmerzempfinden, dessen Ursachen größtenteils auf Stress-, Diskriminierungs- und Ungleichheitserfahrungen zurückzuführen sind, eingeht und Informationen für gesundheitsbezogene Entspannungsübungen und Präventionsstrategien im Alltag zur Verfügung stellt.

4.5 Schlussfolgerungen

Die Evaluation der beiden Angebote zeigt, dass die Teilnehmer*innen der Hustadt Community sich aktiv in die Konzeptionalisierung diversitysensibler Präventionsangebote eingebracht haben, an ihnen teilnehmen und von ihnen profitieren. Neben den genannten wurden bereits zahlreiche weitere Angebote konzipiert, die starten, sobald die Pandemie es zulässt. Hierzu gehört auch ein Projekt, das durch einen Austausch zwischen Mitgliedern der Hustadt Community und Mitarbeiter*innen des Jobcenter Bochum explizit Diskriminierung vorbeugen soll. Insgesamt zeigen unsere Erfahrungen jedoch auch, dass für den Bereich der strukturellen Benachteiligung in einem Präventionsprojekt nur limitierte Interventionsmöglichkeiten gegeben sind. Die vom GKV Spitzenverband finanzierten Präventionsprojekte konzentrierten sich ausschließlich auf die Verhaltensprävention. Somit werden z. B. im Handlungsfeld Stress zwar Maßnahmen gefördert, die sich gegen die Auswirkungen von Stress richten, aber keine Programme, die die konkreten stresserzeugenden Verhältnisse targetieren. Es fehlen außerdem Präventionsstrategien, die explizit auf den Umgang mit gesundheitsbelastenden Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen ausgerichtet sind. In unserem kollaborativen Forschungsprojekt wurde durch die Einbeziehung des Themas in die Datenerhebung zumindest eine Grundlage für weitergehende Interventionen in diesem Bereich geschaffen.

5. Ausblick und Forderungen für die Praxis

Dieses Praxisbeispiel verdeutlicht exemplarisch eine Möglichkeit der Umsetzung des Bochumer Community-Health-Ansatzes im Sinne eines diversityspezifischen, partizipativen und gesundheitsfördernden Präventionsprojektes. Der Ansatz bezieht communityspezifische Vorstellungen von Gesundheit und Prävention in die Konzeptionalisierung diversityorientierter Angebote ein und führt zur Aktivierung einer als „schwer erreichbar“ definierten Community. Somit widerlegt er neben der allgemeinen Annahme der „Schwer-Erreichbarkeit“ auch die der „Nicht-Aktivierbarkeit“ dieser Community für Präventionsangebote. Das Anfangszitat des Artikels verweist einerseits auf die Heterogenität von

Gesellschaft und gleichzeitig auch auf die Prozesshaftigkeit von Kultur, die sich im Migrationskontext noch verstärkt. Die muslimischen Teilnehmerinnen des Yoga- und Entspannungsangebotes haben zum großen Teil erstmalig an Sportaktivitäten teilgenommen und damit die Vorstellung einer angeblich „sportlosen“ weiblichen muslimischen Kultur überwunden. Diese Erfahrung lässt sich als erster Schritt für daraus hervorgehende genderbezogene Veränderungen interpretieren. Eine weitere Erkenntnis des Projektes bezieht sich auf den von den Community Forscher*innen hergestellten Zusammenhang zwischen Diskriminierung/Rassismus und Gesundheit. Da der Leitfaden Prävention⁵ des GKV Spitzenverbandes dieses Handlungsfeld nicht berücksichtigt, wird hier angeregt, entsprechende Themen dort mit zu verankern. Im Folgenden werden nun die sich aus den Forschungsergebnissen ableitbaren Implikationen zur praxisnahen Schärfung eines Community-Health-Begriffes aufgeführt. Community Health fördert:

1. Empowerment Impulse für kulturellen Wandel
2. Interkulturellen Austausch (insbesondere im Kontext der Corona-Pandemie)
3. Raum und Motivation für Gesundheitsdiskurse in der Community

Community Health kann über die Etablierung kollaborativer sowie gesundheitsfördernder Stadtteillabore Communities besser erreichen und durch die damit einhergehende Erhöhung der Selbstwirksamkeit zu diversitätspezifischen und gesundheitsfördernden Verhältnissen beitragen.

Literatur

- Borde, T. (2009): Migration und Gesundheitsförderung – Hard to reach? Neue Zugangswege für „schwer erreichbare“ Gruppen erschließen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Migration und Gesundheitsförderung. Ergebnisse einer Tagung mit Expertinnen und Experten. Gesundheitsförderung konkret. Band 12. Meckenheim: Warlich, S. 18-31.
- Falge, C. (2018): Unveröffentlichte Feldnotizen im Rahmen einer ethnografischen Forschung in der Hustadt: 2016-2018.
- Falge, C. (2021): Medizinethnologie im Anwendungskontext: theoretische und methodische Orientierungen im Stadtteillabor Bochum. In: Spallek, J./Zeeb, H. (Hrsg.): Handbuch Migration und Gesundheit. Grundlagen, Perspektiven und Strategien. Bern: Hogrefe, S. 397-404.
- Foroutan, N./Canan, C. (2016): The Paradox of Equal Belonging of Muslims. In: Islamophobia Studies Journal 3, H. 2, S. 159-176.
- Glick Schiller, N./Çağlar, A. (2018): Migrants and City-Making: Dispossession, Displacement, and Urban Regeneration. Durham and London: Duke University Press.
- Klocke-Daffa, S. (2019): Angewandte Ethnologie – Zwischen anwendungsorientierter Wissenschaft und wissenschaftsorientierter Praxis. In: Klocke-Daffa, S. (Hrsg.): Angewandte Ethnologie. Perspektiven einer anwendungsorientierten Wissenschaft. Wiesbaden: Springer, S. 3-76.

5 https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp, zuletzt konsultiert am 06.04.2021.

- Napier-Moore, R. (2010): Research into Action. In: Alliance News. Principle and Practice. GAATW-IS Reflections on Feminist Participatory Action Research H. 34, S. 26-29.
- Samerski, S. (2019): Health literacy as a social practice: Social and empirical dimensions of knowledge on health and healthcare. In: *Social Science & Medicine* 226, S. 1-8.
- Scherr, A./El-Mafaalani, A./Gökçen Yüksel, E. (Hrsg.) (2017): *Handbuch Diskriminierung*. Wiesbaden: Springer.
- Stadt Bochum (2017): *Basisgesundheitsbericht Bochum 2017*. Dezernat für Soziales, Jugend und Gesundheit, Britta Anger. Gesundheitsamt Stabsstelle Gesundheitsberichterstattung/Gesunde Stadt Bochum Dr. Ralf Winter/Michael Sprünken.
- von Unger, H. (2012): Partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran? In: *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* 13 (1), Art. 7, www.nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs120176 (Abfrage: 31.03.2021).

„Es geht darum, näher zu rücken und Netzwerke zu bilden!“

Altengerechte Quartiersentwicklung am Beispiel des Runden Tisches „Älter werden in Waltrop“

Sebastian Flüter, Tanja Segmüller

Zusammenfassung

Der demographische Wandel macht sich in immer mehr Kommunen deutlich bemerkbar. Besonders im urbanen Raum, aber auch in ländlichen Regionen sehen sich ältere Menschen zunehmend mit Themen wie fehlendem bezahlbarem Wohnraum, Einsamkeit und einer mangelnden Infrastruktur konfrontiert. Die städtischen Verwaltungen sind in der Verantwortung die Quartiersentwicklung altengerecht zu gestalten. Daher hat die Stadtverwaltung Waltrop im Jahr 2019 den Runden Tisch „Älter werden in Waltrop“ gegründet, um möglichst viele Akteur*innen, die mit Senior*innen in Kontakt kommen, am Prozess partizipieren zu lassen. Der Start des Projekts wurde durch Studierende der Hochschule für Gesundheit wissenschaftlich begleitet. Mittels leitfadengestützter Experteninterviews wurden nicht nur die Ziele und Wünsche der Akteur*innen in Waltrop systematisiert, sondern auch zentrale Bedürfnisse, Problemlagen und bestehende Angebotspotenziale in Bezug auf ältere Menschen analysiert.

Abstract

The demographic change is clearly noticeable in more and more municipalities. Especially in urban areas, but also in rural regions, older people are increasingly confronted with issues such as a lack of affordable housing, loneliness, and a lack of infrastructure. The city administrations are responsible for designing the district development in a way that is appropriate for the elderly. That is why the city administration of Waltrop founded the round table „Älter werden in Waltrop“ in 2019 in order to allow as many actors as possible, who come into contact with senior citizens, to participate in the process. The start of the project was scientifically accompanied by students from the University of Health Bochum. Using guideline-based expert interviews, not only the goals and wishes of the actors in Waltrop were systematized, but also central needs, problems, and existing offers with regard to older people were analyzed.

1. Einleitung

Im Zuge des demografischen Wandels wird sich in Deutschland die Zahl der unterstützungs- und pflegebedürftigen älteren Menschen bis zum Jahr 2030 verdoppeln. Verschärft wird diese Entwicklung durch die abnehmende Anzahl von Angehörigen, welche Pflegeleistungen übernehmen (vgl. Hackmann/Lehmann 2014, S. 6). Die dementsprechende Verdopplung der bisherigen stationären Versorgungsangebote erscheint in diesem Zusammenhang utopisch. Das Vorgehen entspricht weder dem Wunsch der meisten älteren Menschen, noch ist dieses Vorgehen finanziell tragbar. Vielmehr müssen präventive Strukturen im Quartier älterer Menschen geschaffen werden, die das Risiko vor Krankheit und damit einhergehender Pflegebedürftigkeit verringern und folglich daraus aufwändige stationäre Versorgungsformen vermeiden (vgl. Trümper 2013, S. 11; Amrhein et al. 2015, S. 45).

Es gilt, gemeinsam mit den lokalen Akteur*innen¹ altersgerechte Quartierskonzepte umzusetzen, um älteren Menschen ein selbstbestimmtes Leben in ihrer vertrauten Umgebung zu ermöglichen (vgl. Zegelin et al. 2015). Durch den Ausstieg aus der Erwerbstätigkeit und auftretende gesundheitliche Einschränkungen wird der Aktionsradius älterer Menschen zunehmend kleiner und das Wohnquartier oft zur zentralen räumlich-sozialen Bezugsebene (vgl. Wolter 2017, S. 65; Kremer-Preis 2011, S. 55 f.). Eine altersgerechte Perspektive auf das Thema Quartiersentwicklung ist jetzt bereits eine der wichtigsten Herausforderungen auf kommunaler Ebene (vgl. Haug 2020; Falk/Wolter 2018, S. 144). Die von vielen Kommunen bereits initiierten Projekte bezüglich altersgerechter Quartiersentwicklung finden bisher, aufgrund des Pilotcharakters, meistens keine Integration und Verstetigung in die Handlungspraxis der zuständigen Akteur*innen (vgl. Hackmann/Lehmann 2014, S. 8).

Um diese Integration zu sichern und zugleich die Akzeptanz für Prozesse des altersgerechten Quartiers zu erhöhen, hat die Stadt Waltrop im Jahr 2019 den regelmäßig stattfindenden Runden Tisch „Älter werden in Waltrop“ ins Leben gerufen. Damit wird das Ziel verfolgt, sämtliche relevanten Akteur*innen an der altersgerechten Quartiersentwicklung partizipieren zu lassen, um Bedarfe älterer Menschen zu identifizieren und daraus resultierend Ideen und Maßnahmen effizienter umzusetzen. Zur Systematisierung und Ergänzung der bisherigen Ergebnisse des „Runden Tisches“, wurden die Akteur*innen im Rahmen eines studentischen Praxisprojektes der Hochschule für Gesundheit Bochum mittels qualitativer leitfadengestützter Telefoninterviews befragt.

1 Mit dem Begriff Akteur*innen sind in diesem Beitrag alle involvierten Entscheidungsträger und am Planungsprozess beteiligte Individuen und Gruppen gemeint, die an der Konzeption und Durchführung des Runden Tisches „Älter werden in Waltrop“ beteiligt sind.

2. Das Praxisprojekt Runder Tisch „Älter werden in Waltrop“

Laut der Bertelsmann-Stiftung (2014) hat die Stadt Waltrop eine der ältesten Bevölkerungen in ganz Nordrhein-Westfalen (NRW) und wird damit im Jahr 2030 ca. fünf Jahre über dem Altersdurchschnitt in NRW liegen. Das derzeit bei 46,3 Jahren liegende Durchschnittsalter klettert für das Jahr 2030 laut Prognose auf 49,8 Jahre (vgl. Bertelsmann Stiftung 2014, S. 5).

Um diesem Phänomen zu begegnen, ergriff die Stadtverwaltung Waltrop bereits vor einigen Jahren die Initiative und strebt mit Blick auf den skizzierten demographischen und gesellschaftlichen Wandel eine vorausschauende altersgerechte Gestaltung von Wohnquartieren an. Dabei wird nicht nur die Alterung der Bevölkerung in den Blick genommen, sondern auch die Interessen der unterschiedlichen Bewohner*innengruppen² (vgl. Krüger-Willim/Hanses/Leidecker 2018).

Die Stadtverwaltung ist für jede und jeden zugänglich und sichtbar, wodurch sie im Prozess der Quartiersentwicklung vor allem eine moderierende (neutrale) Funktion einnimmt, um die unterschiedlichen Interessen der Akteur*innen zu koordinieren.

Der „Runde Tisch“ soll die Akteur*innen der Stadt zusammenbringen, um am komplexen Prozess der altersgerechten Quartiersentwicklung zu partizipieren, die Akzeptanz zu erhöhen und die Effizienz der Maßnahmen zu steigern. Die durch die Kommune gebündelte Expertise kann die Qualität von bereits vorhandenen und zukünftigen Interventionen verbessern. Nach den ersten drei Veranstaltungen von Dezember 2019 – Februar 2020 wurden durch Gruppendiskussionen und Workshops Bedarfe und Probleme älterer Menschen in Waltrop identifiziert und zielgerichtet darauf Maßnahmen entwickelt.

Vor dem Start des „Runden Tisches“ ergab sich eine Kooperation zwischen der Stadt Waltrop und der Hochschule für Gesundheit Bochum. Es entstand die Idee eines begleitenden Praxisprojekts, durchgeführt durch Studierende (6. Fachsemester) des Bachelor-Studiengangs „Gesundheit und Diversity“ im Modul „GuD 19 b Alter“. Das Modul baut auf einem Basismodul im dritten Semester auf, in welchem die Studierenden bereits ein breites fachliches Wissen bezüglich altersgerechter Quartiersentwicklung aufbauen konnten. Ziel des Praxisprojekts war es, die Ermittlung der lokalen Bedarfe der Stadt Waltrop über eine umfangreiche wissenschaftliche Datenerhebung und Bestandsanalyse im Quartier zu unterstützen.³ Zugleich sollten die Studierenden die Möglichkeit bekommen, das fachliche Wissen in die Praxis zu transferieren, um eine möglichst

2 Familien und Alleinstehende, Deutsche und Ausländer*innen, Kranke und Gesunde usw.

3 Die wissenschaftliche Begleitung von Quartiersentwicklungsprogrammen wird von der PrognosAG in einem Evaluationsbericht von 2011 als Qualitätsindikator für Prozesse im Kontext einer altersgerechten Quartiersentwicklung aufgeführt (Hackmann/Lehmann 2011, S. 5f.)

große Handlungskompetenz im Lernprozess zu entwickeln. Werden in Lehrveranstaltungen handlungsorientierte Lernprozesse durchlaufen und das fachliche Wissen durch praktische Anwendungen in methodische und affektive Lernziele transferiert, wird die Wahrscheinlichkeit für Lernerfolge enorm erhöht.

3. Methodik

Die initiale Projektidee, die Bedarfe der Bewohner mittels „face-to-face-Interview“⁴ zu identifizieren, musste im März 2020 durch die Einschränkungen der Corona-Pandemie kurzfristig verworfen werden. In Absprache zwischen der Hochschule für Gesundheit Bochum und der Stadt Waltrop wurde die methodische Vorgehensweise unter Beibehaltung der festgelegten Ziele neu abgestimmt. Durch leitfadengestützte Telefoninterviews mit Expert*innen (= zentrale Akteure in der Stadt Waltrop) sollten die bisherigen Absprachen der „Runden Tische“ systematisiert, analysiert und ergänzt werden. Vor allem der anonyme und wissenschaftliche Charakter der Einzelbefragungen wurde als potentieller Mehrwert zu den bisherigen, fachöffentlichen Gruppendiskussionen der Veranstaltungen hervorgehoben.

Zu Beginn des Semesters (April 2020) wurde durch die Studierenden eine Literaturrecherche zum Thema altersgerechtes Quartiersmanagement in den Datenbanken Medline via PubMed, LIVIVO, google scholar und CINAHL durchgeführt. Ziel der Recherche war die Identifikation von bereits evaluierten Konzepten/Projekten bezüglich altersgerechter Quartiersentwicklung, um die Erkenntnisse in den eigenen empirischen Forschungsprozess zu integrieren. Zusätzlich wurden die bisherigen Protokolle der drei durchgeführten „Runden Tische“ mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse durch die Software MAXQDA⁵ kategorisiert und analysiert.

Auf dieser Grundlage entwickelten die Studierenden gemeinsam einen Leitfaden für die telefonischen Expert*innenbefragungen. Im Mai 2020 wurden durch studentische Kleingruppen⁶ zwölf leitfadengestützte Interviews mit einer jeweiligen Länge von 30-45 Minuten durchgeführt. Die Befragungsteilnehmer*innen kamen aus unterschiedlichen Einrichtungen⁷ mit divergierenden Angebotsschwerpunkten für ältere Menschen. Durch die maximale Variation der Teilnehmenden wurde die theoretische Reichweite der Interpretation der

4 Anders als bei telefonischen, postalischen und Online-Interviews treten sich beim face-to-face-Interview oder der persönlichen Befragung Interviewer und Befragter unmittelbar gegenüber.

5 MAXQDA ist eine Software zur computergestützten qualitativen Daten- und Textanalyse.

6 Die Kohorte wurde vorab in sechs Kleingruppen mit jeweils 2-3 Studierenden aufgeteilt.

7 Die Teilnehmer*innen kamen aus dem Bereich Wohnungsbau, Volkshochschule, Pflegeheim (ambulant und stationär), Kirchengemeinde, Pflegeverbände und Lebenshilfe

Ergebnisse gesteigert. Um diesem Anspruch vom Grundsatz her gerecht zu werden, war es weniger notwendig eine möglichst große Anzahl, als vielmehr eine möglichst große Variation von Fällen in das theoretische Sampling einzu-beziehen (vgl. Flick/von Kardorff/Steinke 2017, S. 53).

Die Interviews wurden mithilfe von Tonbandgeräten aufgenommen und mithilfe des Programms MAXQDA transkribiert⁸ und ausgewertet. Die qualitative Inhaltsanalyse (angelehnt an Kuckartz) stützte sich hauptsächlich auf deduktive Kategorien, welche aus der systematischen Literaturrecherche abgeleitet wurden. Direkt aus dem transkribierten Material entwickelte induktive Kategorien sicherten den explorativ ergänzenden Charakter des qualitativen Forschungsprozesses ab.

4. Ergebnisse

Die Daten der zwölf Interviews hatten einen Umfang von 456 Minuten Tonspur, welche auf 67 Seiten transkribiert wurde. Im Folgenden werden die Befragungsergebnisse anhand der Struktur der deduktiv/induktiv festgelegten Hauptkategorien dargestellt. Empirisch konnten sechs wichtige Bereiche identifiziert werden: 1) Bisherige Erfahrungen der Akteur*innen; 2) Ziele und Wünsche; 3) Bedarfe und Probleme älterer Menschen in Waltrop; 4) Angebote und Maßnahmen; 5) Netzwerkarbeit; 6) Nachbarschaftshilfe. Die befragten Akteure (Expert*innen im Quartier) werden im Rahmen der Ergebnisdarstellung als Teilnehmende benannt.

4.1 Bisherige Erfahrungen der Akteure

Die bisher durchgeführten „Runden Tische“ werden seitens der Teilnehmenden vorwiegend positiv aufgenommen, was sich auch in einer hohen Teilnahmebereitschaft an den Veranstaltungen zeigt. Der größte Mehrwert wird in der Netzwerkarbeit und Kontaktpflege untereinander benannt: *„Die Hauptaufgabe ist Vernetzung, Kontaktpflege, mehr Informationen übereinander und untereinander. Es geht darum näher zu rücken, NETZWERKE zu bilden!“* (IT2).

Die zusätzliche zeitliche Belastung schränkt die Teilnahmebereitschaft für viele jedoch ein. Eine Teilnehmerin äußert Sorge, dass durch zu viele Treffen die Zeit für die eigentliche Umsetzung der Maßnahmen fehlen könnte: *„Es verschlingt Zeit. Die Anzahl der Treffen müssen gut überlegt sein, damit für die*

8 Zur Transkription wurden die Regeln nach Kuckartz (2016) verwendet.

9 Aussage einer Teilnehmerin zum Grund ihrer Teilnahme an den Runden Tischen. Der Satz wurde als direktes Zitat in den Titel dieses Beitrags integriert.

Projektentwicklung noch Zeit bleibt“ (IT4). Viele Teilnehmende empfehlen die Reduktion auf zwei bis drei Treffen pro Jahr, in denen sich die Kleingruppen auch sozialpolitisch positionieren müssen.

Als problematisch wird häufiger die Kommunikation untereinander angesprochen. Ein belastender Faktor ist nach Aussage einer Teilnehmerin die mangelnde Offenheit untereinander: *„[...] es herrscht keine große Offenheit. Es gibt die großen Platzhirsche. Die vermitteln häufig den Eindruck bereits alles zu wissen [...] Kleinere Organisationen haben Angst vor einem Diskurs“ (IT7).*

4.2 Ziele und Wünsche

Alle Teilnehmenden betonen mehrfach das gemeinsame Hauptinteresse, sich an einem übergeordneten Leitbild zu orientieren, nämlich die gemeinsame Anstrengung die Versorgungssituation älterer Menschen in Waltrop zu verbessern.

Dabei wird auch der Wunsch nach Konzentration auf besonders benachteiligte Subgruppen deutlich: *„[...] Konzentration auf die TATSÄCHLICHEN Problemgruppen und nicht auf die, die am lautesten schreien. Menschen mit Demenz oder Beatmete können nicht fordern. Das Projekt soll diesen vergessenen Menschen eine Stimme geben. Alte Menschen äußern keine Kritik. Sie sind still [...] und werden nicht wahrgenommen“ (IT11).*

Die bisher gesetzten Ziele müssten nach Ansicht der Akteur*innen spezifischer behandelt werden. Die Arbeit in Kleingruppen, als Expertengruppe mit identischen Zielen, wird im Vergleich zur Großgruppe (Runder Tisch) mehrfach als effizientere Möglichkeit zur Zielerreichung beschrieben. Der „Runde Tisch“ wäre dann das große Austauschforum, in dem die Zielanstrengungen der Kleingruppen vorgestellt und diskutiert werden können.

Neben der gemeinsamen Zielanstrengung ist der Wunsch nach mehr Kooperation zwischen den Akteur*innen und der Stadt einheitlich groß, um mehr Einblicke in die Pläne der Stadt zu erhalten: *„Mir ist vor allem mehr Zusammenarbeit mit der Stadt wichtig, um gemeinsam Tipps und Anregungen auszutauschen“ (IT9).*

4.3 Bedürfnisse und Probleme älterer Menschen

Der Aspekt Mobilität/Barrierefreiheit wird nahezu von allen Teilnehmenden als gravierendstes Problem genannt. Auf Mikroebene wird die Lebensqualität älterer Menschen häufig durch nicht altersgerechte Wohnräume eingeschränkt – fehlende Pflegebetten und Wohnungsbarrieren scheinen Normalität zu sein. Das Thema Wohnraum wird ebenso häufig im Kontext der zu hohen Mieten und einem unzureichenden Bau von altersgerechten Wohnungen genannt. Hinzu

kommt die eingeschränkte Mobilität außerhalb der eigenen Wohnung durch mangelnde ÖPNV-Infrastruktur. Dadurch sind Innenstadt und Wochenmärkte für ältere Menschen häufig nicht zu erreichen. Fußläufige Wege stellen häufig nicht nur ein Hindernis dar, sondern sind nach Aussage eines Teilnehmers sogar gefährlich: *„[...] nicht rollstuhlfreundlich, Bordsteinkanten, Waltrop ist bekannt für kaum bewältigbare Wege. Wegen den Kopfsteinpflastern ist ein Bewohner schon im Rollstuhl umgekippt“ (IT9).*

Ebenso relevant erscheint der Aspekt der sozialen Isolation und Einsamkeit von älteren Menschen. Den Teilnehmenden fällt es teilweise schwer, die subjektive Einsamkeit der älteren Menschen zu beschreiben, die objektiv sichtbare soziale Isolation wird jedoch klar formuliert: *„Das gravierendste Problem ist die Einsamkeit. Mitarbeiter des Pflegedienstes sind oft die einzige Kontaktperson. Alte Menschen entwickeln Misstrauen. Viele trauen sich nicht auf andere zuzugehen und sind vollkommen isoliert“ (IT2).*

Das Thema Demenz wird bevorzugt von Teilnehmenden mit pflegerischem Bezug angesprochen und findet auch quantitativ den gleichen Stellenwert wie die Themen Barrierefreiheit, Wohnraum und Einsamkeit. Es fehlt neben mehr Beratungsangeboten und Ansprechmöglichkeiten auch an einer Ambulanz für akut Betroffene und deren Angehörigen. Das Gespräch bezüglich Demenz entwickelt sich mit einem Teilnehmer in eine emotionale Richtung. Dabei berichtet er auch über innerfamiliäre Probleme im Kontext Demenz: *„[...] die (Menschen mit Demenz) werden von Angehörigen oft als anstrengend empfunden und man will sich damit nicht beschäftigen- ist aber ein SEHR sensibles Thema [...] lassen wir das lieber“ (IT8).*

4.4 Angebote/Maßnahmen für ältere Menschen

In Waltrop haben sich durch bereits bestehende Initiativen der Akteur*innen bereits einige Angebote für ältere Menschen entwickelt. Neben Beratungs- und Schulungsangeboten gibt es zahlreiche Aktivitätsangebote: Senior*innen-Treffs, Senior*innen-Kino, Stadt- und Sommerfeste, Gymnastik im Park oder das Café Einstein, welches laut Aussage einer Teilnehmerin besonders die Interaktion zwischen den Generationen fördert: *„Die Bewohner hätten das Café gerne jeden Tag. Hier kommen ganz unterschiedliche Menschen zusammen. Eine neue Idee ist, dass die alten Menschen selbst backen, um das Gedächtnis zu aktivieren“ (IT4).* Unterstützt und durchgeführt werden viele Maßnahmen durch ehrenamtliche Helfer*innen, die auch zu Ärzt*innen oder Einkäufen begleiten.

Verbesserungspotenziale hinsichtlich der bestehenden Maßnahmen werden in der Öffentlichkeitsarbeit gesehen, um die Angebote für die älteren Menschen transparenter zu machen: *„Die bestehenden Angebote sind gut und in Ordnung. Leider werden die Angebote von älteren nicht angenommen. Viele kennen die*

Angebote nicht oder sind der Auffassung, dass sie keine Hilfe benötigen [...] Aufklärung über die Angebote ist wichtig“ (IT7).

Zwei Teilnehmende haben konkrete Vorschläge die bestehenden Angebote bezüglich Mobilität und Demenz auszubauen und zu verbessern. Hinsichtlich der Mobilität solle man sich doch an Bürger*innenbuskonzepten orientieren, welche bereits in einigen Städten implementiert worden sind. Für Menschen mit Demenz müssten die Beratungsansätze systematischer im Kontext des Expertenstandards¹⁰ angeboten werden- es geht um die Philosophie des personenzentrierten Ansatzes und der Validation.

4.5 Netzwerkarbeit

Bei der Bewertung der derzeitigen Netzwerkarbeit zeigt sich die größte Heterogenität in den Aussagen der Teilnehmenden. Viele berichten über eine bereits gut funktionierende Netzwerkarbeit zwischen den Akteur*innen. Der vor einiger Zeit von der Stadt implementierte kommunale E-Mail-Verteiler scheint den Informationsaustausch zwischen Stadt und Akteur*innen spürbar verbessert zu haben. Besonders effektiv läuft die Zusammenarbeit zwischen den Akteur*innen, welche die gleiche Zielgruppe ansprechen. Hierzu gehören zum Beispiel die Altenheime und ambulanten Pflegedienste untereinander, die wiederum auch die Schnittstellen zu den Krankenhäusern verbessert haben: *„Krankenhäuser, Seniorenheime und ambulante Pflegedienste sind durch die Sozialarbeiter oder Case Manger gut vernetzt [...] die Vorteile einer kleinen Stadt. Man kennt sich.“ (IT11)*

Die Aussagen anderer Teilnehmenden gehen eher in die entgegengesetzte Richtung. Hier wird eine Zusammenarbeit verneint, weshalb im „Runden Tisch“ große Potenziale gesehen werden. Meistens werden im gleichen Zug Verbesserungsvorschläge gemacht, denn der Bedarf an Austausch und Zusammenarbeit ist hoch: *„[...] ja halt mehr Arbeit in Kleingruppen oder Expertengruppen, die die gleichen Ziele verfolgen. Ich möchte Ideen schnell und effektiv umsetzen“ (IT12).* Der Wunsch nach noch mehr Kommunikation durch die Stadt, im Sinne einer Initiatorin, um die Netzwerkarbeit voranzutreiben ist groß: *„Der runde Tisch darf nur ein erster Schritt sein [...]“ (IT2).*

¹⁰ Gemeint ist der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“, welcher im Mai 2019 durch das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) veröffentlicht wurde.

4.6 Nachbarschaftshilfe

Die Nachbarschaftshilfe als niederschwelliger Zugang für ältere Menschen wird von den Teilnehmenden sehr ausführlich und vorwiegend positiv diskutiert. Nachbarschaftshilfe als Gegenspieler zum Gefühl der Fremdheit und Einsamkeit bei älteren Menschen. Die Corona-Pandemie scheint die in Waltrop schon vorher gut funktionierende Nachbarschaftshilfe noch einmal dadurch angetrieben zu haben, dass ältere Menschen die angebotene Hilfe nun auch häufiger annehmen: *„[...] die Menschen trauen sich nicht mehr einkaufen zu gehen. Sie nehmen die Hilfe jetzt in Anspruch. Nachbarschaftshilfe ist die große Hilfe in Zeiten von Corona“ (IT1)*. Jedoch scheint der Nachbarschaftszusammenhalt stark siedlungsabhängig und häufig noch verbesserungswürdig zu sein. Möglicherweise könnten hier Fortbildungsgebote und Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit helfen, die Strukturen in und zwischen den Siedlungen noch weiter aufzubrechen: *„außer der Facebook-Gruppe [...] ja die ist sehr erfolgreich, aber es müsste noch weitere Kommunikationsportale geben [...] oder Flyer. Das wurde zwar vor ein paar Monaten mal gemacht, aber es muss häufiger Werbung gemacht werden“ (IT3)*.

5. Fazit und Ausblick

Die Ergebnisse der Befragung wurden den Akteur*innen und den kommunalen Vertreter*innen der Stadtverwaltung Waltrop im September 2020 präsentiert. Dadurch konnten die interpretierten Ergebnisse direkt mit den Teilnehmenden validiert werden.

Die Akteur*innen meldeten zurück, dass Sie überrascht und auch beeindruckt vom Mehrwert des studentischen Praxisprojekts seien. Nach Präsentation der Ergebnisse sei noch klarer geworden, dass es keine allgemein gültigen Handlungsfelder für altersgerechte Quartiersentwicklung gibt, welche in jedem Quartierstyp angewandt werden können. Vielmehr sollten sich die Interventionserfordernisse an der jeweiligen räumlichen und sozialen Situation im Quartier orientieren. Zur Identifikation dieser Erfordernisse bedarf es zweifellos einer systematischen Analyse, welche im Kontext Waltrop durch das studentische Praxisprojekt im Modul „GuD19b“ durchgeführt wurde.

In den letzten Jahren sind in Waltrop bereits viele Konzepte, Maßnahmen und Ideen durch einzelne Dienstleistende umgesetzt worden- altersgerechte Quartiersentwicklung ist in Waltrop sicherlich keine ganz neue Initiative. Die effiziente Umsetzung der Interventionen auf Quartiersebene, welche auch spürbar bei der Zielgruppe ankommt, bedarf jedoch weniger einem bisher gelebten multidisziplinären, sondern eher einem interdisziplinären Ansatz verschiedener Akteur*innen, deren Aufgabenbereiche und Kompetenzen in das Themengebiet altersgerechtes Wohnen fallen. Die Interventionen der Akteur*innen

müssen koordiniert und gebündelt werden, um langfristig erfolgreich zu sein. Als neutrales Organ ist die Stadt Waltrop- auch im Rahmen der öffentlichen Daseinsvorsorge für ältere Menschen- für die Bereitstellung dieser koordinierenden Tätigkeit verantwortlich, um Bauliches, soziale Beziehungen und Kultur den Bedürfnissen der zunehmenden Anzahl älterer Menschen anzupassen und dabei den heterogenen Altersprozess im Blick zu halten. Die Stadt als Initiator, welcher dabei unterstützt zwischen den Akteur*innen im Quartier ein Netzwerk zu bauen, kristallisiert sich als das zentrale Bedürfnis der Befragungsteilnehmenden heraus. Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Netzwerk und untergeordnete spezialisierte Expert*innengruppen scheinen ein Schlüssel zu sein, um den zentralen Problemen älterer Menschen im Quartier Waltrop zu begegnen. Für einige zentrale Problemlagen wie Barrierefreiheit, Infrastruktur, Einsamkeit/ soziale Isolation und Demenz gibt es zwar bereits einige Angebote, jedoch bedarf es einer Nachjustierung in Form von zusätzlicher Öffentlichkeitsarbeit und einer Integration weiterer Akteur*innen.

Die ersten Rückmeldungen der Akteur*innen zeigen, dass der „Runde Tisch-Älter werden in Waltrop“ der erste richtige Schritt war. Der Tatendrang muss zukünftig gebündelt werden.

Der Prozess soll nach der ersten gelungenen wissenschaftlichen Begleitung durch Studierende der Hochschule für Gesundheit Bochum weiterhin unterstützt werden. Sobald möglich sollen die Bewohner*innen selbst befragt werden, um die bisherigen Ergebnisse durch eine bewohnerzentrierte Perspektive zu ergänzen.

Literatur

- Amrhein, L./Heusinger, J./Ottovay, K./Wolter, B. (2015): Die Hochaltrigen. Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter über 80 Jahren. 3. Auflage. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Bertelsmann Stiftung (2014): Demographiebericht – Waltrop (im Landkreis Recklinghausen). Ein Baustein des Wegweisers Kommune. www.wegweiser-kommune.de/kommunen/waltrop (Abfrage 12.03.2021).
- Bleck, C./van Rießen, A. e./Knopp, R. (2018): Alter und Pflege im Sozialraum. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Fabian, C./Drilling, M./Niermann, O./Schnur, O. (2017): Quartier und Gesundheit. Impulse zu einem Querschnittsthema in Wissenschaft, Politik und Praxis. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Falk, K./Wolter, B. (2018): Sozialräumliche Voraussetzungen für Teilhabe und Selbstbestimmung sozial benachteiligter älterer Menschen mit Pflegebedarf. In: Bleck, C./van Rießen, A./Knopp, R. (Hrsg.): Alter und Pflege im Sozialraum. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. S. 143-160.
- Flick, U./von Kardorff, E./Steinke, I. (2017): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 12. Auflage, Originalausgabe. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt's Enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Hackmann, T./Lehmann, K. (2014): Evaluation des KfW-Programms Altersgerecht Umbauen. www.kfw.de/PDF/Download-Center/Konzernthemen/Research/PDF-Dokumente-alle-Evaluationen/Prognos_Evaluation-KfW-Programm-Altersgerecht-Umbauen.pdf (Abfrage 08.03.2021).

- Haug, S./Vetter, M. (2020): Altersgerechtes Wohnen im Quartier. Das Beispiel Margaretenau Regensburg. In: Standort 45, S. 11-17.
- Kremer-Preiß, U. (2011): Wohnen im Alter. Marktprozesse und wohnungspolitischer Handlungsbedarf; ein Projekt des Forschungsprogramms „Allgemeine Ressortforschung“ des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS), betreut vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR). Bonn: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung.
- Krüger-Willim, C./Hanses, C./Leidecker, M. (2018): Handlungskonzept Wohnen. Stadt Waltrop. https://www.osp.de/waltrop/pdf/handlungskonzept_wohnen_waltrop.pdf (Abfrage 08.03.2021).
- Trümper, C. (2013): Altersgerechte Quartiersentwicklung und die Rolle gemeinschaftlicher Wohnformen. Hausgemeinschaft „Gemeinsam statt einsam. Generationswohnen in Arnstadt-Ost“. Diplomarbeit. München.
- Wolter, B. (2017): Gesundheitsförderliche Quartiere für alte Menschen – Herausforderungen und Barrieren. In: Fabian, C./Drilling, M./Niermann, O./Schnur, O. (Hrsg.): Quartier und Gesundheit. Impulse zu einem Querschnittsthema in Wissenschaft, Politik und Praxis. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. S. 61-78.
- Zegelin, A./Segmüller, T./Bohnet-Joschko, S. (2015): Quartiersnahe Unterstützung pflegender Angehöriger. Herausforderungen und Chancen für Kommunen und Pflege-Unternehmen. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Beschäftigte in Privathaushalten: Ein Handlungsfeld für Community Health

Laura Geiger, Gudrun Faller, Beate Blättner †

Zusammenfassung

Die Zahl der in haushaltsnahen Dienstleistungen Beschäftigten hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Über die Bedingungen, unter denen die Betroffenen arbeiten und deren gesundheitliche und soziale Auswirkungen ist allerdings kaum etwas bekannt. Die wenigen verfügbaren Informationen verweisen auf spezifische Benachteiligungsmerkmale und legen zielgruppengerechte Konzepte der Prävention und Gesundheitsförderung sowie Ansatzpunkte für eine menschengerechte Arbeitsgestaltung nahe. Das BMBF-geförderte Forschungsvorhaben „Gekonnt hanDeln“ (Gesund und kompetent in haushaltsnahen Dienstleistungen) umfasst eine multi-methodische Bestandsaufnahme, die als Basis für die Entwicklung bedarfs- und bedürfnisgerechter Interventionen dient. Im vorliegenden Beitrag wird zunächst die Bedeutung von Beschäftigungsverhältnissen in Privathaushalten dargestellt und der Bezug zum Community-Health-Ansatz herausgearbeitet. Im Anschluss werden das Projekt „Gekonnt hanDeln“ sowie Ergebnisse aus Leitfadeninterviews mit legal und nicht rechtskonform beschäftigten Haushaltshilfen vorgestellt.

Abstract

The number of people employed in household-related services has increased sharply in recent years. However, little is known about the conditions in which they work and about their health and social effects. The little information available points to specific disadvantage characteristics and suggests target group-oriented concepts of prevention and health promotion as well as starting points for a humane work design. The BMBF-funded research project „Gekonnt hanDeln“ (Gesund und kompetent in haushaltsnahen Dienstleistungen – Healthy and Competent in Household-Related Services) comprises a multi-method inventory, which serves as a basis for the development of needs- and requirement-oriented interventions. In the present contribution, the significance of employment relationships in private households is described and the relationship to the community health approach is elaborated. Subsequently, the project „Gekonnt hanDeln“ and results from guideline interviews with legally and non-legally employed domestic helpers are presented.

1. Zur Bedeutung von Beschäftigungsverhältnissen in Privathaushalten

Die Zahl der in Privathaushalten beschäftigten Minijobber*innen ist in den letzten Jahren deutlich angestiegen: Während sie im Jahr 2004 noch knapp 103.000 betrug, stieg sie in den Folgejahren stark an und erreichte zum Jahresende 2018 mit 306.873 angemeldeten Haushaltshilfen einen Spitzenwert (Minijob-Zentrale 2019a). In 2019 flachte die Kurve etwas ab und erreichte im Mai 2020 infolge der Corona-Krise mit 289.000 Personen einen vorübergehenden Tiefpunkt. Auch wenn die Zahl der angemeldeten Haushaltshilfen im weiteren Verlauf des Jahres 2020 gewissen Schwankungen unterworfen war und bis zum Jahresende 2020 mit 293.055 Arbeitskräften den Stand von 2018 nicht mehr erreichte, scheint der Corona-bedingte Einbruch in diesem Sektor verhältnismäßig milde ausgefallen sein: Während die Zahl der Minijobs im gewerblichen Sektor in 2020 im Vergleich zum Vorjahr um 12,9% schrumpften, war im Privatsektor nur ein Rückgang um 3,8% zu verzeichnen (Minijobzentrale 2020).

Zusätzlich zu den statistisch erfassten, legal beschäftigten Haushaltshilfen ist von einer großen Zahl nicht gemeldeter Arbeitsverhältnisse auszugehen. Laut einer Veröffentlichung des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln (IW Köln) arbeiten fast 90% der Haushaltshilfen nicht rechtskonform (Enste 2017, S. 7). Andere Quellen nennen einen Anteil von 80% für das Jahr 2016 (Enste/Heldmann 2017, S. 4).

Die augenscheinlich wachsende Bedeutung von Beschäftigungsverhältnissen in Privathaushalten steht im Kontext mehrdimensionaler gesellschaftlicher Entwicklungen, die sich gegenseitig überlagern. So nimmt mit der steigenden Zahl alleinlebender älterer Menschen der Bedarf an Unterstützung bei der Haushaltsversorgung zu. Einer repräsentativen Umfrage der Minijob-Zentrale in Zusammenarbeit mit dem Meinungsforschungsinstitut forsa zufolge beschäftigen 53% der über 65-Jährigen, die häusliche Unterstützung erhalten, eine Haushaltshilfe (Minijobzentrale 2019b).

Weiter sinkt infolge der demografischen Entwicklung der Anteil erwerbstätiger Personen und damit das Einnahmenvolumen von Steuern und Sozialabgaben. Um auch in Zukunft Infrastruktur und öffentliche Versorgung sicherstellen zu können, besteht ein erhebliches öffentliches Interesse an der Sicherung und Förderung von Erwerbstätigkeit. Neben der Unterstützung der Zuwanderung wird daher versucht, nicht ausgeschöpfte Erwerbspotenziale zu aktivieren. Hierzu zählen die Steigerung der Erwerbstätigkeit von Frauen und die Integration von geringqualifizierten Personen in den Arbeitsmarkt (BMAS 2017).

Private Beschäftigungsverhältnisse im Bereich haushaltsnaher Dienstleistungen gewinnen vor diesem Hintergrund doppelte Relevanz: Sie bieten Arbeits- und Einkommenschancen für geringqualifizierte Zielgruppen und sie schaffen Freiräume für die Teilnahme von Frauen am Erwerbsleben, die von Haushaltsaufgaben entlastet werden (Faller 2018).

Auch wenn Minijobber*innen per Definition in begrenztem Umfang und für geringen Lohn arbeiten und ihr Beitrag zur volkswirtschaftlichen Wertschöpfung bezogen auf die Einzelperson gering ausfällt, so trägt die Gesamtzahl der Minijobber*innen im Haushalt erheblich dazu bei. Für das Jahr 2015 haben Enste & Heldman (2017) eine Bruttowertschöpfung in Höhe von 761.418.255 Euro ermittelt. Hochgerechnet auf die Zahl an nicht angemeldeten Haushaltshilfen kommen sie auf einen hypothetischen Wert von 7,4 Milliarden Euro für das Jahr 2016.

2. Privat beschäftigte Haushaltshilfen – ein Thema für Community Health?

Eine der Stärken des Community-Health-Ansatzes besteht darin, dass sich damit Einflussfaktoren identifizieren und beschreiben lassen, denen Communities kollektiv ausgesetzt sind, und die ihre Gesundheit systematisch beeinflussen (vgl. McKenzie/Pinger 2015). Insofern erscheint es sinnvoll, die spezifischen Rahmenbedingungen zu erfassen und zu beschreiben, die für die Tätigkeit von Haushaltshilfen typisch sind und zu analysieren, wie die Betroffenen damit umgehen bzw. welcher Handlungsbedarf aus Community-Health-Sicht gegeben ist.

Im Rahmen eines Literaturreviews hat Faller (2018) den bis zum Jahr 2017 vorliegenden Forschungsstand zu den arbeitsbedingten Belastungen und Beanspruchungsfolgen von privat beschäftigten Haushaltshilfen ermittelt. Im Ergebnis stellt sie fest, dass über die Arbeitssituation, Ressourcen, Belastungsprofile, Bewältigungsmuster und arbeitsbedingten Gesundheitsfolgen von in Privathaushalten Beschäftigten kaum etwas bekannt ist, so dass aus der Sicht von Community Health in den genannten Punkten noch erheblicher Forschungsbedarf besteht.

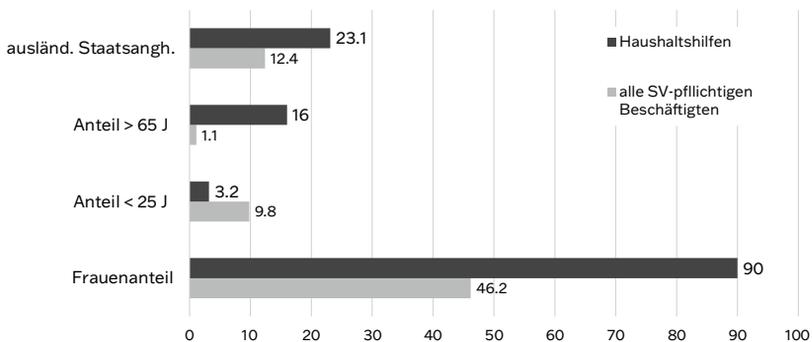
Trotz der bislang fehlenden spezifischen Erkenntnisse zu den arbeitsbedingten Einflüssen und Gesundheitsfolgen von privat beschäftigten Haushaltshilfen lassen sich dennoch einige Community-Health-relevante Arbeitsmerkmale und strukturelle Rahmenbedingungen beschreiben.

So ist zunächst festzuhalten, dass privat beschäftigte Haushaltshilfen in der Regel in geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen arbeiten. Diese Minijobs dürfen höchstens 450 Euro monatliches Arbeitsentgelt einbringen oder einen Arbeitseinsatz von maximal 70 Tagen pro Kalenderjahr umfassen. Durch teilweise fehlende Beiträge zu den Sozialversicherungen bieten Minijobs keine umfassende Absicherung gegen soziale Risiken (BA, o. J.).

Nach einer Befragung von Auftraggeber*innen, die eine private Haushaltshilfe beschäftigen, sind die Minijobber*innen am häufigsten für Putzen, Staubsaugen (je 98 %), Bügeln (78 %), Waschen (47 %) und Gartenarbeit (42 %) eingesetzt. Darüber hinaus werden Tätigkeiten wie Einkaufen, Alten- und Kinderbetreuung und Kochen ausgeübt (Pfeiffer/Metzger 2009).

Im Hinblick auf ihre demografische Zusammensetzung lässt sich festhalten, dass in privaten Haushalten Jobbende im Vergleich zu allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten eher weiblich sind, ein höheres Lebensalter haben und häufiger über einen anderen als den deutschen Pass verfügen. So betrug der Frauenanteil an den Haushaltshilfen am 30.06.2019 genau 90 %. Auch der Anteil der Personen jenseits der 65-Jahres-Grenze ist bei den Haushaltshilfen mit 16 % sehr ausgeprägt, während der Anteil der unter 25-Jährigen verschwindend gering ist. Ferner ist der Anteil von Personen mit einer anderen als der deutschen Staatsangehörigkeit fast doppelt so hoch wie bei allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (Minijobzentrale 2019a; statistisches Bundesamt 2020; eigene Berechnungen). Abbildung 1 gibt einen Überblick über die demografischen Anteile der genannten Gruppen im Vergleich.

Abb. 1: Anteile nach demografischen Merkmalen im Vergleich zwischen Haushaltshilfen und allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zum 30.06.2019 (Quellen: Minijobzentrale 2019a; statistisches Bundesamt 2020; eigene Berechnungen)



Die hier angeführten statistischen Daten erfassen nur Personen in angemeldeten Beschäftigungsverhältnissen. Über die Anteile dieser demografischen Daten für die Gruppe der nicht rechtskonform beschäftigten Haushaltshilfen lässt sich nur spekulieren.

Über die Gründe für den Verzicht auf eine Anmeldung von Haushaltshilfen ist kaum etwas bekannt. Abgesehen von dem vordergründigen Motiv, Steuern und Sozialabgaben „einzusparen“ schadet nicht rechtskonforme Beschäftigung nicht nur der Solidargemeinschaft, sondern auch den Betroffenen, denn sie sind zumeist zu schlechteren Lohn- und Arbeitsbedingungen tätig und kaum in der Lage, Ansprüche gegen ihre Auftraggeber*innen durchsetzen. Während für angemeldete Haushaltshilfen zumindest noch geringe Beiträge zur Kranken- und Rentenversicherung entrichtet werden, sind ihre nicht angemeldeten Kolleg*innen im Fall von Krankheit, Schwangerschaft oder Alter

ohne Versicherungsschutz. Dazu kommen Gewissensbelastungen sowie die Sorge vor dem „Entdeckt-Werden“.

Zumindest bei einem Teil der Betroffenen dürften Unkenntnis, die Angst etwas falsch zu machen oder die Intransparenz institutioneller Regelungen als Gründe für nicht rechtskonforme Beschäftigung in Frage kommen. Enste (2017) zitiert Berechnungen, denen zufolge ein höheres Maß an Transparenz bei gesetzlichen und institutionellen Regulierungen bis zu 500.000 Arbeitsplätze aus der Schattenwirtschaft in legale Beschäftigungsverhältnisse überführt werden können. Wichtiger als die bloße Bekämpfung durch härtere Strafen und mehr Kontrollen wäre daher die Ursachenbekämpfung und die Ermittlung der Gründe, warum Haushaltshilfen unangemeldet arbeiten.

Einen Benachteiligungsfaktor stellt die Situation des Arbeits- und Gesundheitsschutzes jedoch auch im Fall der legal in Privathaushalten Beschäftigten dar. Positiv ist zwar, dass die Bundesrepublik Deutschland das ILO-Übereinkommen 189 über menschenwürdige Arbeit für Hausangestellte unterzeichnet und sich damit u. a. verpflichtet hat, den Schutz vor Gewalt und Diskriminierung, das Recht auf faire Beschäftigung und menschenwürdige Arbeitsbedingungen, monatliche Entlohnung und den Schutz der Privatsphäre sicherzustellen. Zudem besteht über das Sozialgesetzbuch VII eine Absicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie über die Unfallverhütungsvorschrift DGUV Vorschrift 1 (Grundsätze der Prävention) eine den Regelungen des Arbeitsschutzgesetzes vergleichbare Verantwortung des privaten Auftraggebers für die menschenwürdige Gestaltung der der Arbeit. Allerdings verhindert die grundgesetzlich geschützte Unversehrtheit der Wohnung den Vollzug dieser Bestimmungen durch die zuständigen Behörden. Gerade in problematischen Fällen erfahren selbst legal beschäftigte Haushaltshilfen daher kaum institutionellen Schutz vor einer Gefährdung ihrer Sicherheit und Gesundheit.

Aus den bisherigen Ausführungen ergeben sich Hinweise dahingehend, dass in privaten Haushalten Beschäftigte potenziell als Angehörige einer vulnerablen Gruppe gelten können: Wie zuvor beschrieben sind Haushaltshilfen zumeist weiblichen Geschlechts, höheren Lebensalters und oft weisen sie einen Migrationshintergrund auf. Ein großer Teil von ihnen arbeitet nicht rechtskonform. Doch auch legal Beschäftigte sind im Hinblick auf ihren Schutz und ihre soziale Absicherung schlechter gestellt als ihre gewerblichen Kolleg*innen. Für eine Community-Health-orientierte Forschung ergeben sich aus dieser ersten Annäherung ausreichend Gründe, sich näher mit dieser Zielgruppe auseinanderzusetzen.

3. Haushaltshilfen im Fokus der Community-Health-Forschung: das Projekt „Gekonnt hanDeln“

Um adäquate Konzepte der Prävention und Gesundheitsförderung entwickeln und Ansatzpunkte für eine menschengerechte Arbeitsgestaltung identifizieren zu

können, ist es nach der Auffassung von Community Health wichtig, die Situation aus der Perspektive der Betroffenen zu erfassen und zu klären, wie privat beschäftigte Haushaltshilfen die Risiken und Herausforderungen, aber auch die Potenziale und Ressourcen ihrer Arbeit bewerten und welche Ansätze sich für Prävention und Gesundheitsförderung daraus ableiten lassen.

Dieses Anliegen wurde im Rahmen des BMBF-geförderten Forschungsvorhabens „Gekonnt hanDeln“ (Gesund und kompetent in haushaltsnahen Dienstleistungen) aufgegriffen¹. Im Laufe der knapp vierjährigen Projektlaufzeit erfolgt eine multimethodische Bestandsaufnahme von Ressourcen, Belastungen, Beanspruchungen und Beanspruchungsfolgen. Durch die Kombination qualitativer und quantitativer Erhebungsmethoden wird unter Beteiligung der Betroffenen eine umfangreiche Datenbasis erarbeitet. Hierzu wurden im ersten Schritt leitfadengestützte Interviews sowohl mit legal als auch nicht rechtskonform Beschäftigten in haushaltsnahen Dienstleistungen geführt, um so erste Einblicke in ihre Arbeitssituation zu erhalten. Aufbauend auf die explorative Datenerhebung folgt im weiteren Verlauf des Projektes eine standardisierte Befragung mittels Fragebogen, die die Ergebnisse der leitfadengestützten Interviews ebenso wie etablierte Skalen zur Messung von Ressourcen, Belastungen und Beanspruchungen einbezieht. Angestrebt werden möglichst repräsentative Aussagen zu den aufgeführten Aspekten. In einem weiteren Schritt werden im Rahmen partizipativer Workshops gemeinsam mit den Beschäftigten konkrete Belastungssituationen identifiziert und Lösungsansätze sowie Handlungsmöglichkeiten für eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung erarbeitet. Über eine Online-Wissensplattform sollen diese anschließend einem breiteren Adressatenkreis zugänglich gemacht werden. Die Wissensplattform wird dabei neben Sachinformationen auch Möglichkeiten des Erfahrungsaustauschs sowie Edutainmentformate u. a. m. bereithalten, um einen niederschweligen Zugang für die Zielgruppe und möglichst hohe Nutzungsanreize zu bieten.

4. Arbeitsbezogene Belastungen legal und nicht rechtskonform beschäftigter Haushaltshilfen: Erste Ergebnisse

In der ersten, qualitativ orientierten Phase der Datenerhebung im Projekt „Gekonnt HanDeln“ wurden insgesamt 17 leitfadengestützte Interviews mit nicht rechtskonform sowie mit legal Beschäftigten im haushaltsnahen Dienstleistungssektor geführt. Die Stichprobe setzt sich zusammen aus acht Personen, die ihre Tätigkeit im Rahmen einer geringfügigen Beschäftigung bei der Minijob-Zentrale angemeldet haben (legal Beschäftigte) sowie neun Personen, deren Beschäftigung

¹ Das Projekt wird in Kooperation mit der TH OWL, der Minijobzentrale der Knappschaft Bahn-See sowie der Unfallkasse NRW durchgeführt.

nicht angemeldet ist (nicht rechtskonform Beschäftigte). Die Interviews wurden zum Großteil in deutscher Sprache, zum Teil in syrischem Kurdisch und auch in russischer Sprache geführt. Die fremdsprachig durchgeführten Interviews wurden vor der Transkription von Muttersprachler*innen ins Deutsche übersetzt.

Der verwendete Leitfaden beinhaltete Fragen zum aktuellen Beschäftigungsverhältnis und den Vertragsbedingungen, zur Situation des*der Auftraggeber*in und dem Verhältnis zum*r Auftraggeber*in sowie zur Motivation für die Aufnahme der Tätigkeit. Des Weiteren wurde die subjektive Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes thematisiert, das Erleben physischer und psychischer Belastungen der Arbeit sowie Strategien zu deren individueller Bewältigung. Mit Blick auf eine bedarfsgerechte Gestaltung der geplanten Internetplattform wurde zudem das Mediennutzungsverhalten erfragt.

Die Auswertung der Interviews erfolgte durch den Einsatz der Framework Analysis nach Ritchie und Spencer (1996). Diese stark systematisierte Methode zur Auswertung verschriftlichter qualitativer Daten ermöglicht eine hohe Transparenz während des Auswertungsprozesses (Dunger/Schnell 2018). Im Rahmen der Framework Analysis wird auf Basis des zuvor indexierten Datenmaterials eine Matrix erstellt, die eine strukturierte, transparente Übersicht über den gesamten Datensatz bietet (Gale et al. 2013). Die Methode eignet sich insbesondere für die Auswertung größerer Datenmengen (Gale et al. 2013).

Das Alter der interviewten Haushaltshilfen rangierte zwischen 32 und 65 Jahren. Unter den Interviewpartner*innen fand sich ein männlicher Teilnehmer. Der hohe Frauenanteil in der Stichprobe spiegelt näherungsweise die Geschlechterverteilung der Grundgesamtheit wider. Auffällig häufig handelte es sich bei den interviewten Frauen um alleinerziehende Mütter. Viele der Teilnehmer*innen hatten ursprünglich einen anderen Beruf erlernt, den sie aus verschiedenen Gründen nicht ausüben konnten oder wollten. Hier sind zum einen Ausbildungsberufe von Bedeutung, die in Deutschland oder im Herkunftsland erlernt wurden, zum anderen auch Hochschulstudien, die zum Teil nur begonnen, zum Teil auch abgeschlossen wurden. Bei den in den Privathaushalten ausgeübten Beschäftigungen handelt es sich in den meisten Fällen um die Ausübung haushaltstypischer Tätigkeiten wie Putzen, Wischen, Aufräumen und dergleichen. In Einzelfällen betrafen die Aufgaben aber auch die Betreuung von Personen, die im Alltag Hilfe benötigen, das Zusammenbauen von Möbeln oder Gartenarbeit. Die Haushaltshilfen arbeiten durchschnittlich an ein bis zwei Arbeitstagen in der Woche für insgesamt zwei bis zehn Stunden, dabei erzielen sie ein Einkommen, welches oftmals unterhalb der Geringfügigkeitsgrenze von 450 € (Minijob-Zentrale 2021) liegt.

Die Auswertung nach der Framework Analysis nach Ritchie und Spencer (1996) gab Aufschluss darüber, welche arbeitsbezogenen physischen, psychischen und psychosozialen Faktoren die Haushaltshilfen als belastend empfinden. Tätigkeiten wie Wischen, Staubsaugen, schwere Gegenstände und

Arbeitsmittel tragen und das Arbeiten auf Leitern wird von einigen Haushaltshilfen als Belastung wahrgenommen, die mitunter zu muskuloskelettalen Beschwerden führen kann. Außerdem ergeben sich auch aus Arbeitsumgebungs-faktoren wie starker Hitze im Sommer, körperlich relevante Belastungen. Zur Kompensation wenden die Haushaltshilfen eine Reihe individueller Entlastungs-strategien an; bspw. befüllen sie Putzeimer nur halb, um den Rücken- und Nackenbereich zu schonen, sie verteilen Tätigkeiten nach Schweregrad auf verschiedene Arbeitstage oder treiben Sport in der Freizeit. Während die körperlichen Belastungen von den Interviewten klar benannt werden konnten, hatte die Darstellung von psychischen und psychosozialen Belastungen einen eher indirekten und situativ-illustrierenden Charakter. Auf Seiten der Forscher*innen entstand der Eindruck, dass die Artikulation psychischer und psychosozialer Belastungen mit Hemmschwellen verbunden ist.

Zu den häufigsten, von den Haushaltshilfen thematisierten Belastungen zählt ein stark ausgeprägtes Verantwortungsgefühl und der Wunsch, das seitens der Auftraggebenden entgegengebrachte Vertrauen nicht zu enttäuschen:

„Ich habe einen guten Eindruck gemacht. Dass ich zuverlässig bin. Ich habe meine Ausweiskopie gegeben, alles. Die wissen, wo ich wohne, (hm) wie ich heiße und ähm [...] verlassen auf mich, ich verlasse auf die Leute.“ (H6, S. 2)

Die Alleinarbeit in einem fremden Haushalt kann dazu führen, dass Gedanken an die Arbeit auch nach Feierabend präsent sind:

„[...] mache ich mir manchmal Sorgen, wenn ich schon Zuhause bin, oder im Auto, gucke ich nach durch meinen Kopf. Habe ich die Balkontüre zu gemacht? Habe ich das alles wohin gelegt, wo es sein soll? Habe ich dann Türe zugemacht? Solche Dinge kommen mir schon immer zu Kopf.“ (H6, S. 5)

Auch aus dem Umgang mit fremdem Eigentum und der Sorge, Gegenstände im Haushalt zu beschädigen sowie damit einhergehenden Schuldgefühlen können Belastungen resultieren. Die Mehrheit der Interviewpartner*innen berichtet von einem guten Verhältnis zu den im Arbeitgeber*innenhaushalt lebenden Personen, das gegenseitige Vertrauen zwischen Haushaltshilfe und Arbeitgeber*in hat dabei einen hohen Stellenwert. Jedoch ist die Fragilität solcher Vertrauensverhältnisse stets präsent:

„[...] ich würde ja auch nicht klauen oder irgendwas machen, um Gottes willen. Und deswegen ähm, und schön aufpassen. Ich passe auf, wenn ich dort bin. Ob alleine bin oder jemand da ist im Haus. Ich pass auf, genauso auf, ob ich auf meine Wohnung aufpassen würde (ja, ja). So gehe ich nicht am Telefon, das nicht, weil ähm, wenn mir gesagt wird, mache ich auch, aber sonst mache ich nicht, ne.“ (H1, S. 1)

„Auch wenn Sie, wenn die Geld rumliegen haben, so 50, oder 100 Euro oder eine Kunstfigur [...] lege ich das gut auf Seite, dass es nicht rumfliegt und dann ähm so, was Sachen nehmen, gehört nicht dazu (hm) weil [...] man hat dann ein schlechten Ruf.“ (H3, S. 3)

Um möglichen Konfliktsituationen zu entgehen, setzen die Haushaltshilfen vor allem auf Transparenz und eine offene Kommunikation mit dem/der Auftraggeber*in.

„[...] Da kann man offen reden (ja), wenn es irgendwelche Situationen gibt, die nicht in Ordnung sind [...] und ich bin vom Typ her auch jemand, der das klar und offen anspricht (ja) da können im Grunde erstmal gar keine Konflikte entstehen“ (H2, S. 7)

Eine weitere Belastungsquelle zeigt sich bei Beschäftigten, die nicht bei der Mini-jobzentrale gemeldet sind. Sie erleben eine Vielzahl an Ängsten, insbesondere die Angst vor Arbeitsunfällen oder die generelle Befürchtung, „aufzufliegen“ und die damit verbundenen negativen Konsequenzen für Arbeitgeber*innen und die eigene Person.

Auf Grundlage der geführten Interviews wird zwar deutlich, dass Arbeit im Allgemeinen einen hohen Stellenwert für die Haushaltshilfen hat. Gleichzeitig belastet einige der Interviewten der gesellschaftlich oftmals eher gering eingeschätzte Status, der mit ihrer Beschäftigung einhergeht. Die Tatsache, im Leben überhaupt einer Arbeit und damit einer sinnvollen Beschäftigung nachzugehen, wird von ihnen jedoch höher gewertet:

„Da ich keine andere Möglichkeit hatte außer das Putzen, ist es mir nicht wichtig, was meine Freunde und Familie darüber denken. Ich weiß, dass es in unserer Gesellschaft beschämend ist, als Reinigungskraft zu arbeiten, aber, wenn man es muss, dann wird es einem irgendwann gleichgültig was andere über einen denken.“ (TN3, S. 2)

Hinweise lieferten die Interviews auch hinsichtlich der zugrundeliegenden Motivation, einer Tätigkeit im Bereich haushaltsnaher Dienstleistungen nachzugehen und den Vorteilen, die die Beschäftigten in dieser Arbeit sehen. Neben finanziellen Motiven, die in jedem Fall eine Rolle spielen, betonen die Haushaltshilfen häufig die hohe Flexibilität im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit. Insbesondere dann, wenn gleichzeitig die Belastung durch familiäre Sorgearbeit hoch ist, weil bspw. kleine Kinder versorgt oder ältere Familienangehörige gepflegt werden müssen, bietet diese Beschäftigungsform die Möglichkeit spontaner Absprachen mit dem Arbeitgeber*innenhaushalt. Häufig genannt wird auch die persönliche Motivation, anderen Personen etwas Gutes zu tun:

„[...] Leute, die nicht viel Zeit haben, ein bisschen unterstützen.“ (H6, S. 3)

„Ich helfe diese Familie und irgendwann mal [...] kommt das zu mir. Tut man Gutes, [...] kriegt man das zurück.“ (H3, S. 3)

In einigen Fällen liegen der Entscheidung für eine Tätigkeit als Haushaltshilfe auch pragmatische Überlegungen zugrunde. Die Arbeit kann jederzeit und an jedem Ort ausgeübt werden, Vorkenntnisse sind kaum notwendig:

„Niemand überfordert [...]. Das ist die einfachste Arbeit, was man machen kann [...] eigentlich.“ (H3, S. 7)

„So wie der Charakter dieser Tätigkeiten in Deutschland ist kann jeder, eigentlich sogar ein Bär sich das selber beibringen.“ (I3, S. 4)

Beschäftigte mit einem Migrationshintergrund, die erst vor kurzer Zeit nach Deutschland migriert sind, erkennen in ihrer Tätigkeit oftmals die Chance der sozialen Integration und die Möglichkeit, auf diesem Wege die deutsche Sprache zu erlernen:

„Die Familie hat mir vorgeschlagen, sie zu unterstützen, ihnen zu helfen und dafür haben wir auf Deutsch gesprochen. Und nach meiner Arbeit hatten wir so eine Stunde bis anderthalb Stunden, um Deutsch zu lernen, um zu sprechen. Das hat mir geholfen, sich mehr zu integrieren.“ (I1, S. 2)

5. Handlungsbedarfe aus der Community-Health-Perspektive

Die auf Basis der geführten Interviews gewonnenen Erkenntnisse zeigen ein komplexes Bild aus miteinander verbundenen arbeitsbezogenen Belastungen und Ressourcen, persönlicher Motivlagen und individueller Erwartungen auf Seiten der Haushaltshilfen. Wie am Beispiel „Vertrauen und Verantwortung“ deutlich wird, lassen sich arbeitsbezogene Ressourcen und Belastungen oft nicht eindeutig voneinander trennen, sondern können je nach situativem Kontext gesundheitsfördernden bzw. -beeinträchtigenden Charakter annehmen. Deutlich wird dabei auch, dass die konkrete Ausgestaltung der Arbeitsverhältnisse und damit einhergehend die Belastungs- und Ressourcensituation der Haushaltshilfen zu einem Großteil vom jeweiligen Arbeitgeber*innenhaushalt abhängt. Dies verdeutlicht noch einmal die Relevanz einer Sensibilisierung der Arbeitgeber*innen für arbeitsbezogene Belastungen der von ihnen angestellten Personen, da die Berücksichtigung von Sicherheits- und Gesundheitsschutzanforderungen allein vom Verantwortungsbewusstsein der Arbeitgeber*innen abhängt (Faller/Geiger 2021). Ebenso individuell wie dieses sind auch die eingesetzten Bewältigungsstrategien der Haushaltshilfen, sie hängen ab von der

eigenen Kreativität, Sozialkompetenz und Distanzierungsfähigkeit (Faller/Geiger 2021). Die im Rahmen des Forschungsprojekts geplante, standardisierte Befragung einer größeren Stichprobe von Haushaltshilfen soll dazu dienen, die Ergebnisse der explorativen Forschung zu validieren und Aussagen auf repräsentativer Ebene treffen zu können.

Die durch die leitfadengestützten Interviews ermittelten Erkenntnisse belegen, wie wichtig die Entwicklung zielgruppenspezifischer Angebote im Beschäftigungsfeld der haushaltsnahen Dienstleistungen ist. Arbeitgeber*innenseitig bedarf es erhöhter Sensibilität für die Verantwortung einer gesundheits-schützenden bzw. -förderlichen Gestaltung des Arbeitsverhältnisses und einer positiv-vertrauensvollen Vertragsbeziehung. Die Beschäftigten selbst können möglicherweise von einem ressourcenstärkenden Ansatz profitieren, der ihnen geeignete Problembewältigungskompetenzen und ein Bewusstsein für deren gesundheitsrelevante Bedeutung vermittelt. Eine zentrale Rolle spielt dabei auch eine arbeitgeber*innen- sowie arbeitnehmer*innenseitige Aufklärung über die Risiken nicht rechtskonformer bzw. die Potenziale legaler Beschäftigung.

Weitere Implikationen auf Ebene der Intervention ergeben sich hinsichtlich der Frage nach sinnvollen und durch die Haushaltshilfen selbst initiierten Möglichkeiten der Peerkommunikation. Von Seiten der Community-Forschung wurde der Anspruch formuliert, dass es – um als Community zu gelten – nicht ausreicht, wenn sich ein Kollektiv nur durch gemeinsame Merkmale auszeichnet. Vielmehr wird der Anspruch erhoben, dass Ziele, Vorgehensweisen und Bewertungen von der Community selbst entwickelt und formuliert werden. Empowermentorientierte Community-Health-Interventionen zeichnen sich nach Hawe (1994, S. 201) dadurch aus, dass sie die Mitglieder der Community dazu anregt, selbstständig die eigenen Gesundheitsprobleme zu beschreiben, Veränderungsziele und -maßnahmen zu entwickeln, sich für die Durchsetzung zu engagieren und ihren Erfolg zu bewerten.

Erste Schritte dazu können im Aufbau der im Rahmen des Projektes ange-dachten Austauschplattform unternommen werden. Ebenfalls weitergedacht werden muss die Frage nach möglichen gesetzlichen bzw. strukturellen Ver-änderungen, um die – derzeit weitgehend auf individueller Gestaltungskompetenz der Beteiligten basierende – Situation der privat beschäftigten Haushaltshilfen nachhaltig zu verbessern.

Literatur

- BA – Bundesagentur für Arbeit (o. J.). Lexikon: Minijob. <https://www.arbeitsagentur.de/lexikon/mini-job> [23.02.2021]
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2017): Weißbuch Arbeiten 4.0. Berlin: BMAS.
- Dunger, C./Schnell, M. W. (2018): Was ist die Framework Analysis? In: Schnell, M. W., Schulz-Quach, C., Dunger, C. (Hrsg.): 30 Gedanken zum Tod. Die Methode der Framework Analysis Springer: Wiesbaden, S. 27-39.

- Enste, D. (2017): Schwarzarbeit und Schattenwirtschaft – Argumente und Fakten zur nicht angemeldeten Erwerbstätigkeit in Deutschland und Europa. IW Report-9/2017, Köln: Institut der Deutschen Wirtschaft.
- Enste, D.H./Heldmann, C. (2017): Arbeitsplatz Privathaushalt: Minijobs und Schwarzarbeit von Haushaltshilfen. Kurzexpertise für die Minijobzentrale. Köln: Institut der deutschen Wirtschaft.
- Faller, G. (2018): Beschäftigungsverhältnisse im Haushalt. Blinde Flecken im Arbeitsschutz und in der Forschung, Soziale Sicherheit H. 11, S. 410-414.
- Faller, G./Geiger, L. (2021): Beschäftigungsverhältnisse in Privathaushalten: Zwischen Arbeitsmarktintegration und T-Effekt? In: Sicher ist sicher 72, H. 3, S. 138-143.
- Gale, N.K./Heath, G./Cameron, E./Rashid, S./Redwood, S. (2013): Using the framework method for the analysis of qualitative data in multidisciplinary health research, BMC Med Res Methodol. 13, H. 117, S. 1471-2288.
- McKenzie, J./Pinger, R. (Hrsg.) (2015): An Introduction to community & public health. 8th edition. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Minijob-Zentrale (2019a): Aktuelle Entwicklungen im Bereich der Minijobs. 2. Quartalsbericht 2019. Essen: Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn-See.
- Minijob-Zentrale (2019b): Unabhängigkeit im Alter: Wie Haushaltshilfen die Senioren der Silver Society entlasten. https://www.minijob-zentrale.de/DE/02_fuer_journalisten/02_berichte_trendreporte/trendreporte/19_07_31_trendreport.pdf?__blob=publicationFile&v=3 [23.02.2021]
- Minijob-Zentrale (2020): Aktuelle Entwicklungen im Bereich der Minijobs. 4. Quartalsbericht 2020. Essen: Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn-See.
- Minijob-Zentrale (2021): Minijobs im Überblick. Eingesehen unter: https://www.minijob-zentrale.de/DE/01_minijobs/01_basiswissen/01_grundlagen/01_was_sind_minijobs/nod
- Pfeiffer, R./Metzger, H. (2009): Minijobs im Haushalt. Aus der Schmutzlecke zum Arbeitsmarkt. RV aktuell, H. 9, S. 304-312.
- Ritchie, J./Spencer, L. (1996): Qualitative data analysis for applied policy research. In: Bryman, A., Burgess, R. G. (Hrsg.): Analyzing Qualitative Data, London: Routledge, S. 173-194.
- Statistisches Bundesamt (2020): Beschäftigungsstatistik – Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort am 30.06. des Jahres für Frauen, Männer, insgesamt darunter Ausländer/-innen für die Jahre 1999 bis 2019. <https://www.destatis.de> [18.10.2020].

Community-Health-Forschung zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung: Das Dialog- und Transferzentrum Dysmelie

Christian Walter-Klose, Anna Mikhof

Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund vielfältiger gesundheitsbezogener Unterstützungsbedarfe von Menschen mit körperlichen Fehlbildungen erfolgte – unter wissenschaftlicher Begleitung – die Konzeption und Gestaltung des Dialog- und Transferzentrums Dysmelie (DUTZ) durch einen Selbsthilfeverband. Im Rahmen des Forschungs- und Entwicklungsprojektes wurde der Aufbau dieser Unterstützungseinrichtung beratend und durch eine multimethodale, multiperspektive Studie begleitet, deren Fokus neben der Evaluation von Unterstützungsangeboten auch auf Beratungsprozesse sowie Barrieren und Gelingensbedingungen erfolgreicher Versorgungsangebote für Menschen mit körperlichen Fehlbildungen und Behinderung gerichtet war. Die Ergebnisse zeigten, dass gelingende Angebote gesundheitlicher Versorgung lebensweltorientiert gestaltet sind, die Autonomie fördern, vernetzt arbeiten und behinderungsspezifisches Fach- und Methodenwissen nutzen.

Abstract

Against the background of diverse health-related support needs of people with physical malformations, the conception and design of the Dysmelia Dialogue and Transfer Center (DUTZ) was carried out by a self-help association – under scientific supervision. Within the framework of the research project, the establishment of this support facility was accompanied in an advisory capacity and by a multi-method, multi-perspective study, which, in addition to the evaluation of support services, also focused on counseling processes as well as barriers and conditions for the success of efficient health services for people with physical malformations and disabilities. The results showed that successful health care offers are designed in a lifeworld-oriented way, promote autonomy, are networked with each other and use disability-specific expertise and methodological knowledge.

1. Einleitung

Ein Kernmerkmal von Community Health ist der Blick auf die Gesundheit spezifischer Gruppen, mit dem Ziel, gesundheitsrelevante Strukturen und Prozesse aus einer Diversitätsperspektive zu beschreiben und zu analysieren. Auf Basis der Erkenntnisse kann Community Health einen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Situation der Menschen in der Gesellschaft leisten (Köckler et al. 2018). Dabei versteht sie sich als praxis- und anwendungsorientierte Interventionswissenschaft, die neben einer subjekt- und lebensweltorientierten Perspektive gesellschaftliche Bedingungen und ihre Auswirkungen auf die Gruppenmitglieder untersucht (s. Eröffnungsbeitrag).

Im Folgenden werden mit Bezug zur Gruppe der Menschen mit Dysmelie (Personen mit körperlichen Fehlbildungen) Ausschnitte eines Forschungsprojektes präsentiert, in dessen Rahmen der Aufbau einer zielgruppenspezifischen Unterstützungsstruktur begleitet wurde. Im Projekt wurden neben der Beratung durch Akteur*innen der Selbsthilfe, gesellschaftliche Bedingungen der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Dysmelie untersucht sowie Nutzer*innen und Anbieter*innen zur Umsetzung des Angebots befragt. Im Sinne einer formativen Evaluation konnten auf diesem Weg die Ergebnisse der Studie in den Entwicklungs- und Aufbauprozess eingespeist werden, so dass Potenziale und Verbesserungsbedarfe unmittelbar sichtbar wurden. Das Projekt zeichnete sich zudem dadurch aus, dass die Forschung neben einer subjekt- und lebensweltorientierten Perspektive grundlegend partizipativ ausgerichtet war: In der vorliegenden Studie wurden Forschungsinstrumente und -ansätze gemeinsam mit Menschen mit Conterganschädigung sowie den Akteur*innen der Beratungsstelle entwickelt.

Die Darstellung der Forschungsarbeit, die umfassend bei Janhsen, Mikhof, Walter-Klose und Herterich (2020) nachgelesen werden kann, beginnt mit einer grundlegenden Erläuterung zur Situation der Menschen mit Conterganschädigung. Anschließend werden einige Teilstudien der Mixed-methods-Arbeit skizziert. Das Forschungsvorhaben wurde in Kooperation mit dem Interessenverband Contergangeschädigter NRW e. V. durchgeführt und von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW gefördert.

2. Gesundheitliche Situation von Menschen mit Conterganschädigung und Konzepte zur Versorgung

Das Medikament Contergan wurde Ende der 1950er Jahren als Schlaf- und Beruhigungsmedikament in den Handel eingeführt und entwickelte sich „bis zum Frühjahr 1960 zu einem der meistkonsumierten Arzneimittel der Bundesrepublik Deutschland“ (Aerzteblatt 2016). Die Einnahme durch Schwangere führte bei

deren Kindern zu vielfältigen körperlichen Schädigungen wie Fehlbildungen der Arme (88%), der Beine und Hüfte (zusammen 60%) sowie der Wirbelsäule (91%). Ferner traten Fehlbildungen im Bereich des Hörens (mehr als 30%), des Sehens (40%) und der inneren Organe (62%) auf (Kruse et al. 2012). Die körperlichen Beeinträchtigungen erschwerten das Leben der Betroffenen in vielerlei Hinsicht. So zeigten Studien zur gesundheitsbezogenen Situation von Menschen mit Conterganschädigung, dass ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität im Vergleich zu Normstichproben deutlich eingeschränkt war (Kruse et al. 2012; Peters et al. 2015) und der von Menschen entsprach, die wenigstens 20 Jahre älter waren (Kruse et al. 2012). Die Ursachen dafür scheinen vielfach mit einer geringeren körperlichen Belastbarkeit, z. B. aufgrund von Beeinträchtigung der Muskelfunktionen, und mit dem Erleben von zum Teil enormen Schmerzen zusammenzuhängen. In den Studien zeichnete sich ab, dass sich die verminderte Lebensqualität auf diverse Bereiche bezog: Psychisches Wohlbefinden, emotionale Rollenfunktion, soziale Funktionsfähigkeit, Vitalität, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, physische Schmerzen, physische Rollenfunktion und physische Funktionsfähigkeit (Peters et al. 2015). Hinsichtlich der zuletzt benannten physischen Aspekte zeigten sich die stärksten Negativabweichungen (ebd.). Das psychische Wohlbefinden von Menschen mit Conterganschädigung war vorwiegend durch das Vorhandensein von Depressivität, die im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um beinahe 12% erhöht war, sowie einer bislang weitgehend guten sozialen Integration geprägt (letztere mit Ausnahme von Betroffenen mit niedrigem Einkommen, mit Vollerwerbsminderung oder mit einer hohen funktionellen Einschränkung) (z. B. Kruse et al. 2012). Neben diesen Beeinträchtigungen zeigten viele Menschen mit conterganbedingter Schädigung vielfältige psychische Stärken und Ressourcen (z. B. internale Kontrollüberzeugungen, hohe psychische Adaptationsfähigkeit, konstruktive Kommunikation, Kompensations- und kreative Lösungsorientierung sowie Einsatzbereitschaft für andere) sowie einen hohen Wunsch, ihr Leben mit Behinderung selbstbestimmt zu führen (ebd.) – letzteres insbesondere vor dem Hintergrund dessen, dass sie in der Vergangenheit viel Fremdbestimmung und Abhängigkeit im Rahmen gesundheitlicher Versorgung, Pharmaindustrie und Politik erlebt hatten.

Vor dem Hintergrund des erhöhten Ausmaßes an körperlichen und psychischen Problemen (z. B. Peters et al. 2015) wurde ein vermehrter Bedarf an Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung bei Menschen mit Conterganschädigung festgestellt. Gleichzeitig gaben 64,3% der von Peters und Mitarbeitenden befragten Personen an, mindestens ein Problem aufgrund von Barrieren im Gesundheitsangebot zu erleben. Die Autor*innen kamen vor diesem Hintergrund zu der Schlussfolgerung, dass Menschen mit Conterganschädigung „auf ein medizinisches Versorgungssystem [treffen], das auf diese Probleme nicht vorbereitet ist“ (Peters et al. 2015, S. 136). Als Konsequenz tritt eine Unter- und Fehlversorgung auf.

Derartige Barrieren im Bereich gesundheitlicher Versorgung sind auch für Menschen mit anderen Formen von Beeinträchtigungen festzustellen (vgl. Kap. 23). So trägt die vorliegende Forschung zu einer inklusiveren Gesundheitsversorgung bei, die sich neben einer zielgruppengerechten Regelversorgung auf begleitende Angebote der Selbsthilfe, des Peer Supports sowie spezialisierter Dienste und Versorgungszentren stützen kann.

3. Begleitforschung zum Aufbau des Dialog- und Transferzentrum Dysmelie

Das Forschungsprojekt verfolgte das Ziel, gemeinsam mit dem Interessenverband Congerangeschädigter NRW e. V., eine Beratungs- und Unterstützungsstruktur für Menschen mit Dysmelie zu entwickeln, zu implementieren und zu evaluieren, die Informations-, Beratungs-, Schulungs-, Vernetzungs- und Entwicklungsleistungen für Betroffene, ihre Angehörigen, Akteur*innen der Selbsthilfe sowie den Krankenkassen, Dienstleistenden der Gesundheitsversorgung und der Verwaltung zur Verfügung stellt. Im Vergleich zu medizinischen Zentren wie den MZEB (Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung) soll sie niederschwellig, kostenlos und ohne Notwendigkeit einer Überweisung allen zur Verfügung stehen und bei Fragen rund um Dysmelie und conterganbedingte Beeinträchtigungen unterstützen. Der Impuls für die Entstehung entstand aus den Angeboten der Selbsthilfe, die einen Bedarf an professioneller Unterstützung im Rahmen des Peer Supports festgestellt hat (für einen Überblick Janhsen et al. 2020).

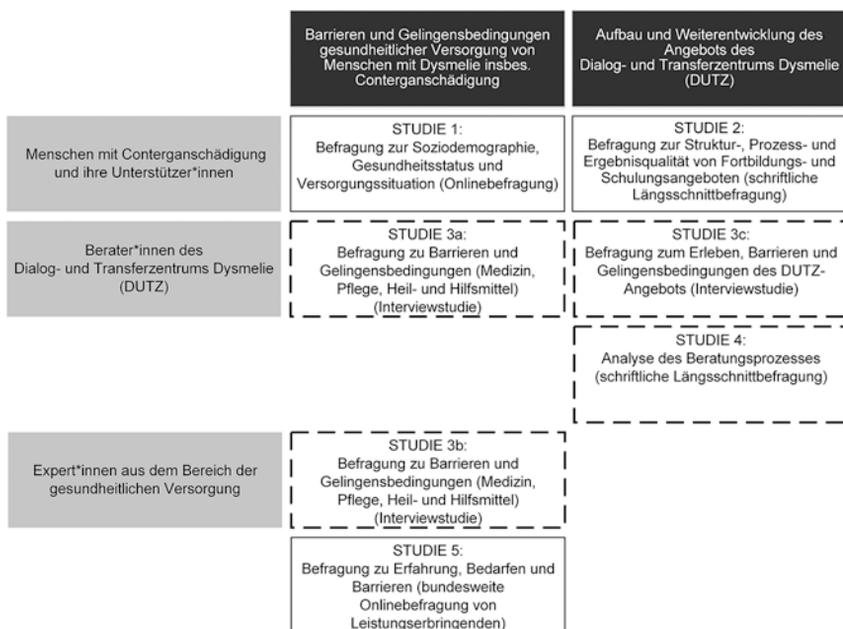
Der Interessenverband Congerangeschädigter NRW e. V. befasste sich primär mit dem Aufbau und der Organisation der Beratungsstruktur, die als Dialog- und Transferzentrum Dysmelie (DUTZ) bezeichnet wird. Neben Fragen der Einbettung und Abgrenzung der Beratungsstelle in die Angebote der Selbsthilfe, des Peer-Supports des Interessenverbandes sowie zu den Angeboten von MZEB wurde in einem ersten Schritt ein Beratungskonzept entwickelt. Zugleich wurden Berater*innen angestellt und qualifiziert. In gemeinsamen Reflexionen mit dem Forschungsteam der Hochschule für Gesundheit wurden die Aufbau- und Ablauforganisation geplant sowie Wege der Kontaktaufnahme, Vorgehen und Ablauf von Beratungskontakten strukturiert. Auch wurde Informationsmaterial zusammengetragen, ein Schulungskonzept für zielgruppenspezifische Fort- und Weiterbildung entwickelt sowie Beratungsmedien (z. B. Filme) erstellt.

Das Studienzentrum der Hochschule für Gesundheit war insbesondere für die Konzeption und Durchführung der Begleitforschung zuständig, mit der einerseits die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Dysmelie und insbesondere Congeranschädigung untersucht werden sollte. Mit dieser Perspektive sollten Stärken und Schwächen der Versorgung aus zielgruppenspezifischer Perspektive ermittelt und Gelingensbedingungen abgeleitet werden, die sowohl für die

Entwicklung des Beratungsangebots als auch für die Durchführung der Beratung bedeutsame Impulse bieten. Eine zweite Aufgabe bestand in der Evaluation der DUTZ-Angebote aus Nutzer*innen- und Berater*innensicht, die zur Weiterentwicklung der Angebote nutzbar gemacht werden sollten. In allen Teilschritten wurde Menschen mit Conterganschädigung durch den Interessenverband Contergangeschädigter einbezogen und es wurden Erhebungsinstrumente und -strategien reflektiert.

Insgesamt ergab sich somit eine multimethodale, multiperspektivische Studie, die in Abbildung 1 skizziert ist. Eine Auswahl der Teilstudien, mit der sowohl die Situation im Bereich der Gesundheitsversorgung als auch das ergänzende Beratungsangebot des DUTZ vorgestellt werden kann, wird im Folgenden präsentiert.

Abb. 1: Darstellung des multimethodalen und multiperspektivischen Forschungsansatzes der wissenschaftlichen Begleitstudie (die gestrichelt-umrandeten Teilstudien werden im Text vorgestellt)



3.1 Interviewstudie mit Expert*innen zu Barrieren und Gelingensbedingungen gesundheitlicher Versorgung

In Anlehnung an das Modell zur Qualität inklusiver Angebote von Walter-Klose (2017, 2020) wurde ein problemzentriertes Interview mit Fragen zur Versorgungssituation, zu Barrieren und Anpassungserfordernissen für

Angebote der gesundheitlichen Versorgung Interview konzipiert. Befragt wurden 19 Ärzt*innen, Therapeut*innen, Pflegende sowie Hilfsmittelversorger*innen, die nach Auskunft der Berater*innen des DUTZ als Expert*innen für die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Dysmelie galten und umfassende Erfahrung in der Versorgung dieser Zielgruppen hatten. Zusätzlich konnten die Erfahrungen der 6 Berater*innen des DUTZ, die sie als Therapeutin, Pflegende, Hilfsmittelberater oder Sozialpädagogin mit der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Dysmelie gesammelt haben, einbezogen werden.

Die Interviews ergaben Hinweise auf vielfältige Gelingensbedingungen. So war es aus Sicht der Interviewten besonders wichtig, Menschen mit Behinderung in ihrer individuellen Lebenssituation zu sehen und den jeweiligen Expert*innenstatus für die eigene gesundheitliche Situation anzuerkennen. Dies ist für Menschen mit Conterganschädigung insbesondere deshalb wichtig, da sie in ihrem Leben viele fremdbestimmende und übergreifige Erfahrungen gemacht haben. Ein*e Ärzt*in schilderte dies folgendermaßen:

„[...] Denn sie sind früher [...] in den Anfangszeiten, als sie Kind waren, [...] einfach in die Krankenhäuser gesteckt worden, und man hat mit ihnen gemacht. Ja. Sie sind nie gefragt worden. Und deswegen ist dieses Trauma bei den meisten auch entstanden. Das ist so ein klinisches Trauma, was da auftaucht.“ (Telefoninterview 18, Absatz 28)

Neben der Begegnung auf Augenhöhe und dem Verzicht auf hierarchisches Rollenverhalten wurde die Bedeutung von „Soft Skills“ wie Empathie und soziale Kompetenzen herausgestellt. Auch wurden die Bedeutung von Fachwissen über das Schädigungsbild, Wissen über Auswirkungen der Beeinträchtigungen auf die Lebenssituation der Menschen mit Beeinträchtigung sowie Wissen über spezifische Behandlungsmethoden betont. Zudem sind aus Sicht der Befragten Kooperationen mit anderen Professionen sowie der Einbezug von Fachkolleg*innen aus den Bereichen der Medizin, Pflege und Behindertenhilfe notwendig, um Maßnahmen zielgruppenspezifisch und individuell anpassen zu können. Eine alltagsnahe Ausrichtung mit Berücksichtigung der Ressourcen wurde insbesondere von den befragten Therapeut*innen als Gelingensbedingung herausgestellt. Eine Therapeutin beschrieb dies folgendermaßen:

„[...] Ich gucke mir das an, ich frage sie dann, wie machen Sie das denn? Wie essen Sie denn, wie schreiben Sie denn? Und beobachte dann einfach, wie sie es machen, was auch immer gut geklappt hat. Also, viele kommen ja damit auch noch gut zurecht [...]. Viele bücken sich zu weit zum Tisch runter beim Essen oder so. Und da dann einfach mal auf die Idee zu kommen, ok, wäre das was, da ein Hilfsmittel zu benutzen, um sich das Leben da ein bisschen leichter zu machen. Und die, diese Idee, dass sie da eine Hilfe brauchen, haben die manchmal gar nicht so. Erst, wenn sie die Hilfe bekommen haben, wissen sie, Mensch, das ist aber gar nicht so schlecht.“ (Telefoninterview 11, Absatz 30)

Weitere Ergebnisse der Befragung waren, dass Maßnahmen, die die Teilhabe der Betroffenen fördern und zur größtmöglichen Autonomie beitragen bzw. diese erhalten, von den Menschen mit Conterganschädigung besonders geschätzt wurden. Auch wurden negative Erfahrungen von Fremdbestimmung im Rahmen der Gesundheitsversorgung thematisiert, die zu Skepsis, Ablehnung und der bevorzugten Nutzung von Angehörigen und Partner*innen für pflegerische Unterstützung und Assistenz führten.

Abschließend kann noch auf eine barrierefreie Gestaltung der Behandlungsräume verwiesen werden sowie auf eine möglichst nutzer*innenfreundliche Organisation der Behandlungs- und Verwaltungsabläufe. Besonders das Wissen über conterganspezifische und rehabilitationsbezogene Hilfen für Menschen mit Behinderung sowie eine Kenntnis von Rehabilitations- und Unterstützungsstrukturen sollten in der Einrichtung vorhanden bzw. über Kooperationen abrufbar sein. Zudem – und dies wurde auch als gesetzliches Problem benannt – muss ein zeitlicher, organisatorischer und finanzieller Mehrbedarf berücksichtigt und refinanziert werden. Ein Überblick über die Ergebnisse gibt Tabelle 1.

Tab. 1: Überblick über Gelingensbedingungen für eine gleichberechtigte und gleichwertige Gesundheitsversorgung für Menschen mit Conterganschädigung

Behandelnde Person	<ul style="list-style-type: none"> • Bereitschaft, sich auf Begegnung und Behandlung einzulassen • Offenheit und Bemühen, das Gegenüber in seiner Lebenswelt zu verstehen • Aufbau einer wertschätzenden Arbeitsbeziehung • Akzeptanz der gesundheits- und behandlungsrelevanten Erfahrungen des Gegenübers • Fachwissen über die Beeinträchtigung und die Auswirkungen • Fach- und Methodenwissen über Diagnostik und Behandlung • Bereitschaft zu Interdisziplinarität und Kooperation mit Fachkolleg*innen
Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> • Individualisierung der medizinischen und therapeutischen Maßnahme • Einbezug und Nutzung spezifischer Technologien, Hilfsmittel und Unterstützungssysteme sowie Kompetenzen von Fachkolleg*innen • Barrierefreie Information und Kommunikation • Orientierung der medizinischen und therapeutischen Maßnahme am Alltag des Gegenübers • Autonomie und Teilhabeorientierung als zusätzliches Ziel von Behandlungen
Einrichtung	<ul style="list-style-type: none"> • Barrierefreie Architektur und Raumgestaltung • Angepasste Verwaltungsabläufe und Formulare, die der Vielfalt der Menschen gerecht werden • Fachwissen über Gesetzeslagen, Hilfesysteme und Kostenübernahme • Strukturell verankerte Kooperationen mit Schwerpunktkliniken und niedergelassenen Ärzt*innen, Assistenzen, Betroffenenverbänden und Angeboten des Peer-Supports • Berücksichtigung des zeitlichen und finanziellen Mehrbedarfs

3.2 Interviewstudie und Längsschnittbefragung mit DUTZ-Berater*innen zum Dialog- und Transferzentrum Dismelie

Im Sinne des multiperspektivischen Designs wurden die bereits erwähnten sechs Berater*innen des DUTZ auch zu ihrem Erleben des Beratungs- und Informationsangebots des DUTZ mittels eines problemzentrierten Interviews befragt. Darüber hinaus erfolgte eine longitudinale Befragung zur Einschätzung des Beratungsprozesses.

Im Rahmen des problemzentrierten Interviews sollten die Berater*innen erläutern, zu welchen Anlässen und Fragestellungen die Ratsuchenden sich melden und welche Merkmale aus ihrer Sicht zu einem Gelingen der Beratung beitragen. Das Interview endete mit Fragen zur Zufriedenheit und zu Verbesserungserfordernissen aus Sicht der Beratenden. Die Fragen orientierten sich an den Befunden zur Gesundheitsversorgung von Peters und Kolleg*innen (2015) sowie Kruse und Team (2012).

Die Auswertung der Interviews machte deutlich, dass das DUTZ das intendierte Angebot als Beratungs- und Informationsstruktur erfolgreich umsetzte. So wurden Fachkräfte aus Sicht der Befragten mit Hilfe von Schulungsvideos, Workshops und individueller Beratung ebenso unterstützt wie Menschen mit Dismelie, die im Zusammenhang mit psychosozialen Fragestellungen, bei der Beantragung von Hilfen, bei der Gestaltung des alltäglichen Lebens sowie dem Einsatz von Hilfsmitteln auf die Berater*innen zugehen. Weitere Inhalte der Begleitung waren Beratungen zu sozialrechtlichen Fragen, Pflegeangeboten und Behördengängen, Beratungen zu Hilfsmitteln, die Begleitung bei medizinischen und sozialrechtlichen Anträgen sowie die Vermittlung an Selbsthilfe und professionelle Stellen. Nicht weniger bedeutsam war aus Sicht der Beratenden die Möglichkeit der psychosozialen Unterstützung:

„[...] Der Hals ist dicht, die Tränen stehen schon hoch, und man braucht jemanden, welcher tatsächlich vielleicht das jetzt nicht in Behördensprache in Form des Briefes [formuliert], sondern tatsächlich im Gespräch [...]: Um das und das geht es. [...] Dass man das tatsächlich auch nur durch das Gespräch mit der Klientin [...] ein bisschen die Sorgen wegnimmt [...]: Du bist nicht alleine. Du musst da jetzt nicht alleine zu Hause sitzen und [dir] [...] Sorgen machen.“ (Interview 5+6, 00:03:54)

Für das Gelingen und die Akzeptanz des Angebots sahen die Berater*innen die Flexibilität und Niederschwelligkeit als besonders zentral, die sich u. a. in der Beratung vor Ort zeigte und passgenaue, alltagsnahe Hilfe möglich machte. Ein zweiter bedeutsamer Faktor war aus Sicht der Beratenden – ähnlich wie bei der Befragung zur Gesundheitsversorgung insgesamt (s. Abb. 1, Studie 5) – eine respektvolle Haltung, die die Autonomiebedarfe und Lebenswirklichkeiten der

Menschen mit Dysmelie berücksichtigt. Als dritter Erfolgsfaktor wurde die Vernetzung und Kooperation intern und extern herausgestellt.

Neben diesen Erfolgsfaktoren benannten die Interviewpartner*innen, dass sie im Laufe ihrer Beratungstätigkeit immer wieder mit Herausforderungen der Beratung konfrontiert waren, die sich beispielsweise in unrealistischen Hilfeerwartungen von Betroffenen zeigten oder in Problemen, passende Unterstützungsdienste, z.B. im Bereich Pflege und Assistenz für Menschen mit Conterganschädigung, zu finden.

„Leider im Moment noch zu wenig [...] Pflegedienste. Da ist es einfach sehr schwierig einen Pflegedienst zu finden, der so individuell auch auf die Leute und Bedürfnisse eingehen kann.“ (Interview 1, Abschnitt 28)

Als Schwächen des Angebots wurden befristete Arbeitsverträge, eine unsichere Beschäftigungssituation sowie eine zu geringe Personaldichte benannt. Letztere stellte aus Sicht der Interviewten auch ein Problem dar, da sie mangels vergleichbarer Beratungsangebote in Deutschland viele Anfragen von Betroffenen aus anderen Bundesländern erhalten würden.

Im Rahmen der Längsschnittbefragung zum Beratungsprozess wurden die im DUTZ implementierten Beratungstätigkeiten unter natürlichen Bedingungen über einen Zeitraum von etwa zweieinhalb Monaten mittels eines Fragebogens anonym evaluiert. Letzterer wurde – um eventuelle Unterschiede hinsichtlich der kontinuierlichen Teilnahme an der Längsschnittuntersuchung gering zu halten – prägnant konzipiert, und mittels partizipativer Austauschprozesse in einen bereits installierten Protokollierungsprozess im DUTZ implementiert. Das Ausfüllen wurde zusätzlich mit Hilfe eines Video-Tutorials unterstützt. Die professionellen Berater*innen (Sozialarbeiter*in, Krankenpflegekraft, Physiotherapeut*in, Hilfsmittelberater*in) nahmen während des Erhebungszeitraums nach jeder erfolgten (persönlichen und telefonischen) Beratung eine Beurteilung, u. a. hinsichtlich der eigenen Sachkundigkeit, der Zufriedenheit mit der eigenen Beratung, dem Gelingen und den Verbesserungsbedarfen in der Beratung sowie angesprochenen Versorgungsmängeln, vor.

Auf diese Weise konnten 212 Beratungssitzungen evaluiert werden, die von insgesamt 102 unterschiedlichen Klient*innen in Anspruch genommen wurden.

Bei der Einordnung der erfolgten Beratungen in den allgemeinen Beratungsverlauf des DUTZ erwies sich, dass sich die meisten Klient*innen (89.2%, $n = 83$) mit einem Erstanliegen an das DUTZ gewandt haben. Jede*r Berater*in hat dabei 13 bis 56 Beratungen ($M = 35$, $SD = 14.90$) zum Bereich durchgeführt, auf den er*sie sich spezialisiert hat (z. B. Pflegegradeinstufung und Pflegebegutachtung, Erwerbsminderungs- und Altersrentenbeantragung, Hilfsmittel zur Mobilität und Selbstversorgung im Haus und außer Haus oder Wohnumfeldgestaltung).

Insgesamt zeigte sich, dass die DUTZ-Berater*innen mit ihren jeweils durchgeführten Beratungen zufrieden waren und sich im Mittel als sachkundig bzw. gut vorbereitet einschätzten. Je stärker das erlebte Vorbereitetsein auf die Beratung war, desto höher war die Zufriedenheit mit derselben. Anhand der Längsschnittanalysen konnte ermittelt werden, dass die erlebte Sachkundigkeit der Berater*innen im Laufe der aufeinanderfolgenden Sitzungen tendenziell zunahm, während die Zufriedenheitseinschätzungen der eigenen durchgeführten Beratungen sich im Verlauf oszillierend entwickelten.

Bei der Betrachtung dessen, was die Einschätzung der Beratungszufriedenheit mitformte, erwiesen sich die das Gespräch charakterisierenden Aspekte (z. B. strukturierter Ablauf, Erschließung neuer Ansätze, Kommunikationsschwierigkeiten, örtliche und technische Gegebenheiten oder Unklarheiten hinsichtlich des Anliegens) als maßgeblich. Zudem wurden Aspekte, die die Klient*innen (z. B. Äußerungen, Handlungen oder Eigenschaften) und die Berater*in-Klient*in-Beziehung (z. B. vertrauensvoll) betrafen, die durch die Beratung ausgelösten Gefühle sowie das eigene Fachwissen in diesem Zusammenhang als erwähnenswert angesehen.

Mit Blick auf die Verbesserungsbedarfe, die im Rahmen eines Drittels der durchgeführten Sitzungen von den Berater*innen geäußert wurden, kristallisierten sich mehrere Bereiche heraus. So berichteten die DUTZ-Beratenden, für die Durchführung besserer Beratungen beispielsweise mehr Zeit oder mehr Informationen für die Vorbereitung, spezialisiertes Wissen, mehr Erfahrung, z. B. im Umgang mit den Klient*innen, eine bessere Vernetzung mit relevanten Akteur*innen (z. B. Kostenträger) und supervisorische Unterstützung zu benötigen.

Im Rahmen von etwa einem Fünftel der Beratungen wurden Versorgungsmängel eingehend angesprochen. Am häufigsten wurde dabei die fehlende Unterstützung bzw. Assistenz bemängelt. Darüber hinaus bezogen sich die Mängel darauf, dass hinsichtlich der Conterganschädigung erfahrene Expert*innen nicht verfügbar waren bzw. fehlten sowie die notwendige Barrierefreiheit in bestimmten Wohn- und Lebensbereichen nicht vorhanden war.

4. Fazit

Nimmt man die Ziele des Gesamtprojekts in den Blick, so zeigt sich, dass mit Unterstützung der vorliegenden kooperativen und partizipativen Forschung eine Beratungsstruktur aufgebaut und entwickelt wurde, die für Menschen mit Dysmelie, Angehörige, Akteur*innen der Selbsthilfe sowie Fachkräfte der Gesundheitsversorgung ein Beratungsangebot darstellt, das bei psychosozialen, fachlichen und administrativen Fragen beratend zur Seite stehen kann. Es ergänzt die bestehende Versorgungsstruktur und dient mit seinem alltagsnahen Angebot der Stärkung und dem Empowerment der Menschen mit Behinderung,

die im Alltag immer wieder auf Barrieren und Informationsdefizite treffen. Als Unterstützungsstruktur trägt das Angebot im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention zum Inklusionsprozess bei, da es in besonderem Maße die Erfahrungen, die Geschichte und die Lebenswirklichkeit der Menschen mit Congerganschädigung berücksichtigt und Wissen über spezifische Anpassungserfordernisse und -möglichkeiten bereithält, die es unterstützend in das System der Gesundheitsversorgung einbringen kann. Als Modell kann es zudem für die Entwicklung von Versorgungsangeboten für Menschen mit anderen Beeinträchtigungen dienen und im Sinne von Community Health zur Verbesserung der zielgruppenspezifischen Gesundheitsversorgung beitragen.

Literatur

- Aerzteblatt (2016): Congergan-Skandal ist ein Beispiel für staatliche Hilfslosigkeit. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/67696/Congergan-Skandal-ist-ein-Beispiel-fuer-staatliche-Hilfslosigkeit> (Abruf:14.05.2021).
- Janhsen, K./Mikhof, A./Walter-Klose, C./Herterich, U. (2020): Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines Konzeptes zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung für Menschen mit Dysmelie zur nutzer- und bedarfsorientierten Unterstützung in Zusammenhang mit Gesundheit und Pflege. Bochum: Hochschule für Gesundheit.
- Köckler, H./Berkemeyer, S./Falge, C./Faller, G./Janhsen, K./Fehr, J./Mikhof, A./Marla-Küsters, S./Naujoks, V./Schmidt, C./Schmidt, M./Segmüller, T./Trümner, D./van Essen, F./Wessels, M. (2018): Community Health: Ein zukunftsweisendes Themen- und Handlungsfeld etabliert sich in Deutschland. In: Sicher ist sicher 69, H. 4, S. 198-199
- Kruse, A./Ding-Greiner, C./Becker, G./Stolla, C./Baiker, D. (2012): CONTERGAN. Wiederholt durchzuführende Befragung zu Problemen, speziellen Bedarfen und Versorgungsdefiziten von contergangeschädigten Menschen. Endbericht an die Congergan-Stiftung für behinderte Menschen. Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg.
- Peters, K.M./Albus, C./Lüngen, M./Niecke, M./Pfaff, H./Samel, C. (2015): Gesundheitsschäden, psychosoziale Beeinträchtigungen und Versorgungsbedarf von contergangeschädigten Menschen aus Nordrhein-Westfalen in der Langzeitperspektive. Gutachten im Auftrag des LZG.NRW. Bielefeld: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW).
- Walter-Klose, C. (2017): Inklusion in der Erziehungsberatung? Aktuelle Situation und Perspektiven des Beratungsangebotes für Familien mit einem Kind mit Behinderung. Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN) (2/2017). S. 127-144.
- Walter-Klose, C. (2020): Perspektiven auf eine inklusionsorientierte Gesundheitsversorgung. Beitrag auf der 3. Community Health Tagung am 27.11.2020 in Bochum.

Partizipative Netzwerk-Evaluation als Methode der Qualitätsentwicklung in der Community-Health-Arbeit

Noemi Skarabis, Gudrun Faller, Hannah Meincke,
Györgyi Bereczky-Löchli

Zusammenfassung

In diesem Aufsatz wird anhand des trägerübergreifenden Netzwerkprojekts „Gesund. Stark. Erfolgreich. Der gemeinsame Gesundheitsplan“ (BKK Dachverband e. V. 2020)¹ gezeigt, welchen Beitrag die partizipative Evaluation zur Qualitätsentwicklung einer Community leisten kann. Das Projekt selbst befasste sich mit der Erprobung der trägerübergreifenden Zusammenarbeit mit dem Ziel der Verbreitung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement in kleinen und mittleren Unternehmen. Aufgrund der Parallelen, die ein freiwilliger Zusammenschluss von Netzwerkteilnehmer*innen mit dem bottom-up-Konzept von Communities aufweist, vertritt dieser Beitrag die These, dass die in dem hier vorgestellten Netzwerkprojekt gemachten Erfahrungen für die selbstreflexive Evaluation von Community-Health-Ansätzen fruchtbar gemacht werden können.

Es werden zunächst die Prinzipien, Ziele und Vorgehensweisen der Qualitätsentwicklung durch partizipative Evaluation dargestellt und anschließend erläutert, wie sie in dem genannten Netzwerkprojekt eingesetzt wurden. Abschließend werden aus den Erfahrungen des Projekts Implikationen für die Qualitätsentwicklung von Community-Health-Projekten abgeleitet.

Abstract

In this paper, the contribution of participatory evaluation to the quality development of a community will be demonstrated on the basis of the network project „Gesund.Stark.Erfolgreich. Der gemeinsame Gesundheitsplan“ (BKK Dachverband e. V. 2020). The project itself dealt with the testing of inter-institutional cooperation aiming at the promotion of occupational health management in small and medium-sized enterprises. Because of the parallels between a voluntary

1 Das Projekt wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gefördert.

association of network participants and the bottom-up concept of communities, this paper argues that the experience gained in the network project presented here can be made fruitful for a self-contemplating evaluation of community health approaches.

First, the principles, goals, and procedures of quality development through participatory evaluation are presented, followed by an explanation of how they were applied in the network project mentioned above. Finally, implications for the quality development of community health projects are derived from the experiences of the project.

1. Grundprinzipien der partizipativen Evaluation in Community Health

Der Begriff der Evaluation „beschreibt die systematische Sammlung und Analyse von Daten und Informationen über verschiedene Aspekte eines Projektes / einer Maßnahme und deren kritische Beurteilung“ (Kolip 2019, S. 31). Damit steht die Evaluation als Handlungskonzept in enger Verbindung zur Qualität. Letztere ist gemäß DIN EN ISO 9000:2015-11 als Grad, definiert, „in dem ein Satz inhärenter Merkmale eines Objekts Anforderungen erfüllt“. Die Qualität gibt somit an, in welchem Maße ein Gegenstand gegebenen Anforderungen entsprechen muss. Ein solcher Gegenstand kann ein gemeinsames Vorhaben oder Projekt sein. Auch bei der Netzwerkarbeit mit dem Ziel, die Bedingungen für Gesundheit zu verbessern, handelt es sich um ein solches Projekt.

Ausgehend von einem bottom-up orientierten Verständnis des Community-Begriffs (vgl. den ersten Beitrag dieses Bandes) ergeben sich für eine Community-Health-orientierte Evaluation spezifische Anforderungen. Diese basieren auf folgenden Prämissen:

- Die Evaluation hat das Ziel, die Arbeit der Community stetig zu reflektieren und ihre Qualität kontinuierlich weiterzuentwickeln. Diese Orientierung geht davon aus, dass es sich bei Qualität nicht um eine einmal erreichte Eigenschaft handelt, sondern dass sie sich je nach Bedürfnissen der Beteiligten während des Projektverlaufs wandeln und stetig verbessert werden kann. Dieses *dynamische Verständnis von Qualität* grenzt sich ab von einem statischen Qualitätsbegriff, der sich auf die Überprüfung einmal gesetzter Standards beschränkt.
- Die Evaluation findet in regelmäßigen Abständen und begleitend zur Arbeit in der Community statt (*formative Evaluation*). Auf diese Weise werden Verbesserungs- und Korrekturpotenziale bereits während des Projektverlaufes ermittelt, sodass rechtzeitig interveniert werden kann. Mit diesem Postulat wird die Bedeutung der partizipativen Community-Health-Evaluation

gegenüber einem Verständnis, nach dem ein Vorhaben erst dann bewertet wird, wenn es abgeschlossen ist (*summative Evaluation*) hervorgehoben.

- Die Evaluation wird von den Mitgliedern der Community selbst durchgeführt (*Selbstevaluation*). Damit ist sichergestellt, dass die Bewertungen sich an der Erfahrungswelt der Betroffenen orientieren und keine unrealistischen Maßstäbe angelegt werden. Gleichzeitig werden die Mitglieder der Community dazu angeregt, sich durch die Einübung einer kritischen Reflexivität weiterzuentwickeln (vgl. Wright 2012). Um den Nachteil zu umgehen, dass „blinde Flecke“ zu einer Fehleinschätzung führen, ist es jedoch auch wichtig, die Selbstevaluation von Zeit zu Zeit durch externe Einschätzungen zu ergänzen (Kolip 2019).
- Die Evaluation bindet die verschiedenen Sichtweisen und Interessenslagen der Mitglieder der Community ein (*Partizipation*). Dieses Kriterium stellt hohe methodische und moderative Anforderungen an die Planung und Umsetzung der Evaluation, weil es verlangt, dass alle Mitglieder der Community einbezogen und die verschiedenen Sichtweisen als Impulse für eine konstruktive Diskussion und Weiterentwicklung aufgegriffen werden.
- Evaluation integriert nach vorliegendem Verständnis verschiedene *Qualitätsdimensionen*, die aufeinander aufbauen. Damit bildet sie einen Kontrast zu einem Evaluationsverständnis, das lediglich die Ergebnisse eines Vorhabens, z. B. seine Effektivität und Effizienz bewertet, auch wenn diese Ergebnisindikatoren gleichermaßen Gegenstand der partizipativen Community-Health-Evaluation sind (vgl. den nächsten Abschnitt).
- Damit Evaluation die an sie gestellten Ansprüche an Partizipation, dynamische Qualitätsentwicklung und Prozessorientierung erfüllen kann, müssen die verwendeten Bewertungskriterien, Schritte und Ziele für alle Beteiligten transparent und abrufbar sein. Die Evaluation im Sinne von Community Health muss dazu ausreichend dokumentiert und die Dokumentation zugänglich sein.

2. Dimensionen des Qualitätsverständnisses von Community Health

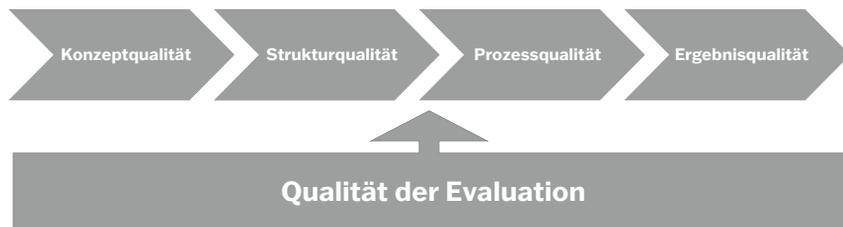
Wie ausgeführt, stehen die Begriffe „Qualität“ und „Evaluation“ in enger Verbindung zueinander. Evaluation kann als Aktivität verstanden werden, die dazu dient, die Qualität der Arbeit von Communities zu sichern und zu verbessern.

Angesichts der Vielfalt und Komplexität von Community Health orientierten Projekten kann ihre Qualität nicht eindimensional bestimmt, sondern muss für jedes Vorhaben spezifisch ausformuliert und unter verschiedenen Blickwinkeln bewertet werden. Deshalb ist es wichtig, auch die Evaluation auf diese verschiedenen Dimensionen zu beziehen.

In Anlehnung an das klassische Modell der Qualitätsdimensionen von Donabedian (1966) sowie an dessen Weiterentwicklung und Anpassung an

Belange der Gesundheitsförderung nach Ruckstuhl und Abel (2001) werden im Allgemeinen die vier Qualitätsdimensionen der Planungs-, der Struktur-, der Prozess- und der Ergebnisqualität unterschieden. Darüber hinaus empfiehlt es sich, zusätzlich die Qualität der Evaluation selbst zu bewerten. Man geht davon aus, dass zwischen den genannten Dimensionen kausale Abhängigkeiten bestehen, dass also eine gute Qualität der jeweils vorausgehenden Dimension eine gute Qualität der folgenden bedingt (vgl. Abbildung 1).

Abb. 1: Für die Evaluation relevante Qualitätsdimensionen



Nachfolgend werden die in der Abbildung aufgeführten Qualitätsdimensionen für Community Health erläutert. Die Darstellung orientiert sich an den Ausführungen des Landesentrums für Gesundheit (LZG) NRW (2019), passt diese jedoch an die Belange von Community Health an.

- *Planungs- oder Konzeptqualität* (auch „Assessmentqualität“) bezieht sich auf die Konzeptionsphase und nimmt die Definition von Zielen, die Planung des Vorgehens und den geplanten Zugang zu Betroffenen und Mitwirkenden in den Blick.
- *Strukturqualität* bezieht sich auf die Rahmenbedingungen eines Vorhabens, also zum Beispiel auf die personelle, technische oder finanzielle Ausstattung ebenso wie auf die Klarheit der Zuständigkeiten oder den Grad der Kommunikationsmöglichkeiten.
- *Prozessqualität* bezieht sich auf die Umsetzung einer Intervention. Vorab ist festzulegen, wie eine Maßnahme implementiert werden soll – zum Beispiel in einem detaillierten Ablaufplan oder einem Handbuch. Auch muss der Umsetzungsprozess systematisch dokumentiert werden.
- *Ergebnisqualität* bezieht sich schließlich auf die Frage, ob mit der Intervention auch das erreicht wurde, was angestrebt war. Es steht also die Wirkung im Vordergrund. Um die Ergebnisqualität zu überprüfen, ist es daher wichtig, bereits eine hohe Planungsqualität zu erreichen und konkrete Ziele zu definieren.

Ergänzend zu diesen Dimensionen wurde bereits vorgeschlagen, auch die Qualität der Evaluation selbst zu bewerten und kontinuierlich zu verbessern. Die Deutsche Gesellschaft für Evaluation hat für diesen Zweck Standards formuliert (DeGEval 2017). Die so genannte *Metaevaluation* hat den Zweck, sicherzustellen, dass gute Voraussetzungen für die Evaluation und deren Umsetzungsqualität gewährleistet sind.

Um den Grad der Erfüllung der vereinbarten Bewertungskriterien messen zu können, ist es wichtig, diese „Erfüllungsgrade“ vorab zu definieren. Eine hilfreiche Methode hierzu wurde von der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld entwickelt (Schaefer 2015).

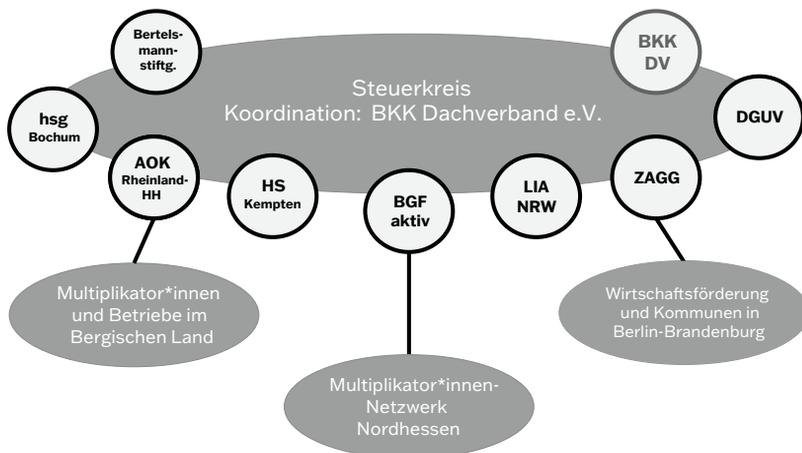
3. Hintergrund, Ziele und Verlauf des Projekts „Gesund. Stark. Erfolgreich. Der gemeinsame Gesundheitsplan“

Eine empirisch vielfach nachgewiesene Beobachtung ist, dass die Umsetzungswahrscheinlichkeit von Betrieblichem Gesundheitsmanagement parallel zur Unternehmensgröße abnimmt. Infolgedessen profitieren die mittleren, besonders aber der Klein- und Kleinstbetriebe sowie die dort beschäftigten Menschen sehr viel seltener von den positiven Wirkungen dieses Ansatzes (Faller 2018a, b).

Um die große Zahl der Klein- und Mittelbetriebe (KMU) sowie der Klein- und Kleinstbetriebe (KKU) mit Beratungs- und Unterstützungsleistungen zum BGM zu erreichen, bedarf es eines hohen Aufwandes, der von einem einzelnen Träger kaum zu leisten ist. Erforderlich sind deshalb abgestimmte und gut gesteuerte Kooperationsprojekte, in denen verschiedene überbetriebliche Akteur*innen, zusammenarbeiten und ihre Arbeit zugunsten der KMU und KKU gezielt koordinieren. Das Ziel des hier beschriebenen Projektes „Gesund. Stark. Erfolgreich. Der gemeinsame Gesundheitsplan“ bestand vor diesem Hintergrund darin, die institutionen- und trägerübergreifende Zusammenarbeit zugunsten der Förderung des BGM in KMU zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren. Als sichtbares Produkt der Zusammenarbeit entstand ein „Werkzeugkoffer“ der die aus dem Projekt hervorgegangenen, erfahrungsbasierten Empfehlungen für die Zusammenarbeit von Partner*innen in Netzwerken enthält.

Der strukturelle Aufbau des Projekts bestand aus zwei Ebenen: Zum einen aus einer Steuerungsgruppe, die den zweieinhalbjährigen Gesamtprozess koordinierte, sowie aus drei Pilotregionen, in denen unter Leitung jeweils eines Steuerkreismitglieds verschiedene Institutionen einer Region zusammenarbeiteten und einen Netzwerkansatz erprobten (vgl. Abbildung 2).

Abb. 2: Projektstruktur in zwei Ebenen

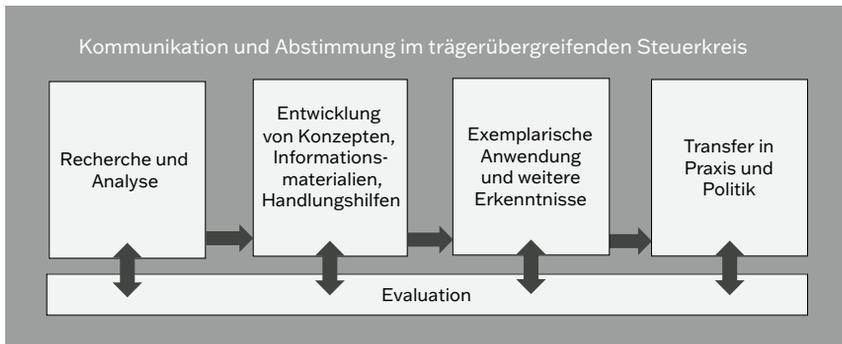


Die Steuerungsgruppe wurde von Vertreter*innen des BKK Dachverbandes e.V. koordiniert. Weitere Mitglieder waren die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), das Landesinstitut für Arbeitsgestaltung NRW als Repräsentant des Staatlichen Arbeitsschutzes, die Bertelsmann-Stiftung, die Hochschule Kempten, die Hochschule für Gesundheit (hsg) Bochum sowie die Koordinator*innen der drei Pilotregionen.

Die drei Pilotregionen waren sehr unterschiedlich konzipiert und differierten hinsichtlich Zusammensetzung, Zielorientierung und Vorgehen. Während eines der Netzwerke beispielsweise ein aktives Zugehen auf Betriebe unter Nutzung bereits bestehender Kontakte zu Institutionen der Wirtschaftsförderung verfolgte, setzte eine andere Modellregion stärker darauf, sich durch Veranstaltungen und Onlinemedien sichtbar zu machen und Betriebe so anzuregen, selbst aktiv auf das Netzwerk zuzugehen. Unterschiede zeigten sich ferner in der Zusammensetzung der Mitglieder (nur überbetriebliche Akteure oder auch Betriebe), in der Art der internen Netzwerkstruktur (z. B. das Vorhandensein eines Steuerungskreises), die Häufigkeit der Treffen oder in der Auswahl der den Betrieben angebotenen Dienstleistungen. Mit Hilfe dieser Diversität konnten unterschiedliche Netzwerkerfahrungen für die Projektergebnisse nutzbar gemacht werden.

Abbildung 3 gibt einen Überblick über den Projektverlauf. Dieser war in fünf Teilprojekte (TP) aufgeteilt. Während TP 1 bis 4 sukzessive aufeinander folgten, begleitete die Evaluation kontinuierlich den gesamten Prozess.

Abb. 3: Projektschritte (Teilprojekte) im Projekt „Gesund. Stark. Erfolgreich. Der gemeinsame Gesundheitsplan“ (eigene Darstellung)



Zu Beginn des Projekts legte die Hochschule Kempten eine Übersicht und Analyse bestehender Netzwerke vor (TP 1). Die auf diese Weise identifizierten Netzwerke bzw. ihre Koordinator*innen erhielten eine Einladung zu einem Workshop, in dessen Mittelpunkt die Identifikation von Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken der jeweiligen Netzwerktypen stand. Diese SWOT-Analyse stellte die Grundlage für die Ableitung erster Handlungsempfehlungen dar (TP 2). TP 3 umfasste die Durchführung und Erprobung der drei regionalen Netzwerkansätze sowie ebenfalls die Ableitung von Handlungsempfehlungen. Letztere konnten gesammelt und in Form eines multimedialen „Werkzeugkoffers“ ansprechend aufbereitet werden, so dass Interessierte und ihre Netzwerke von den Erfahrungen des Pilotprojekts breit profitieren können (TP 4) (Skarabis/Faller/Bereczky-Löchli 2021).

4. Durchführung der Netzwerkevaluation im Projekt

Parallel zu den quartalsweisen Treffen des Steuerungsgremiums begleitete die formative Konzept-, Struktur- und Prozessevaluation den gesamten Projektverlauf. Neben der sukzessiven Bewertung dieser drei Qualitätsdimensionen bewerteten die Steuerkreismitglieder die Ergebnisse jedes einzelnen Teilprojektes nach dessen Abschluss. Zusätzlich fand zweimal während des Projektverlaufs eine Metaevaluation statt. Alle Evaluationskriterien waren im Vorfeld mit den Teilnehmer*innen des Steuerungskreises abgestimmt worden. Zur Quantifizierung des Zielerreichungsgrades diente eine fünfstufige Skala. Die Antworten wurden deskriptiv nach prozentualer Häufigkeit ausgewertet und bei jeder Folgesitzung in den Steuerkreis zurückgespiegelt. Die dabei entstandenen Diskussionen wurden audiotekhnisch aufgezeichnet, transkribiert und nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet (Mayring 2015). Auch die Ergebnisse der

qualitativen Analysen wurden in den Steuerkreis rückgekoppelt und dienten der Selbstreflexion und Weiterentwicklung des Projekts.

Mit Ausnahme der Metaevaluation (diese fand nur auf Steuerkreisebene statt) wurde in zwei der regionalen Pilotnetzwerke ebenso verfahren. Zusätzlich wurden Leitfadeninterviews mit den Netzwerkkoordinator*innen geführt. Da das dritte regionale Netzwerk infolge der Covid-19-Pandemie erst mit einer erheblichen Verzögerung starten konnte, beschränkte sich der Datenpool hier auf ein Interview sowie auf eine vom Koordinator durchgeführte Erhebung an Institutionen der Wirtschaftsförderung als potenzielle Multiplikator*innen für BGM in KKK/KMU.

5. Schlussfolgerungen aus den Projekterfahrungen und Empfehlungen für Community-Health-Evaluationen

Die im Rahmen dieses Prozesses mit der Netzwerkevaluation gemachten Erfahrungen werden nachfolgend zusammengefasst und reflektiert. Die Verfasserinnen dieses Beitrags möchten auf diese Weise dazu beitragen, dass auch weitere Netzwerke von diesem Vorgehen profitieren und das Verfahren der partizipativen Evaluation zur Qualitätssteigerung ihrer Netzwerke einsetzen können. Aufgrund seiner Merkmale (partizipative Ausrichtung, formative Orientierung, dynamischer Charakter, Diversity-Offenheit, selbstreflexive Funktion, Kommunikationsintensität) eignet sich das Vorgehen zudem sehr gut für Evaluationsvorhaben in Community-Health-Projekten.

Als Voraussetzungen für eine erfolgreiche Durchführung und Nutzbarmachung des hier vorgestellten Evaluationsansatzes sind nach den Erfahrungen der Autorinnen jedoch folgende Aspekte wichtig:

- *Aufgeschlossenheit und Reflexionsbereitschaft der Mitglieder:* Als wichtigste Erfolgsvoraussetzung für eine begleitende partizipative Evaluation von Community-Health-Projekten ist die Bereitschaft der Beteiligten zu nennen, sich auf den Prozess einzulassen und sich selbstreflexiv-kritisch mit den Stärken und Herausforderungen der Projektentwicklung zu beschäftigen. Nur wenn die Projektbeteiligten an dieser konstruktiv-kritischen Auseinandersetzung mitwirken, ist gewährleistet, dass die damit verbundenen Feedbackprozesse ihr qualitätsförderndes Potenzial entfalten.
- *Vertrauens- und Akzeptanzkultur:* Um Verbesserungspotenziale offen anzusprechen und unterschiedliche Sichtweisen im Projekt formulieren und nutzen zu können, ist eine Kultur der Offenheit und Akzeptanz eine Grundvoraussetzung. Gleichzeitig wird Offenheit und Akzeptanz jedoch dadurch gefördert, dass sich Mitglieder authentisches und wertschätzendes Feedback

geben. Feedback und Vertrauenskultur bedingen sich also gegenseitig und stehen in einem wechselseitigen Wirkungsverhältnis.

- *Verantwortlichkeiten festlegen*: Damit angesichts der vielen, im Rahmen von neuen Vorhaben auftretenden Themen die Evaluation nicht ins Hintertreffen gerät, sollte eine konkrete Person mit dieser Aufgabe betraut werden. Ein*e „Evaluationsbeauftragte*r“ ist dafür zuständig, dass die unten beschriebenen Evaluationsfragen regelmäßig bei den Planungssitzungen des Projekts von allen Beteiligten bewertet, die ausgewerteten Ergebnisse und Einschätzungen diskutiert und Konsequenzen für die weitere Optimierung daraus abgeleitet werden. Auch um die Verbindlichkeit dieser Beschlüsse zu gewährleisten, ist es wichtig, dass konkret festgelegt wird, wer für die Erledigung der vereinbarten Schritte verantwortlich ist und der Stand der Erledigung beim nächsten Treffen nachgehalten wird. Diese Verbindlichkeit kann am besten von der oder dem Evaluationsbeauftragten eingefordert werden.
- *Ressourcen einplanen*: Das Beispiel hat gezeigt, dass das Erheben, Auswerten und Zurückspiegeln der Evaluationsdaten für alle Beteiligten eine Investition an Zeit und Ressourcen bedeutet. Eine erfolgreiche und nutzenbringende Durchführung einer partizipativen Projektevaluation setzt demnach voraus, dass bereits zu Beginn des Vorhabens die erforderlichen Zeit- und Personalkosten eingeplant werden.

Literatur

- BKK Dachverband e. V. (Hrsg.). (2020): Gesund. Stark. Erfolgreich. Der gemeinsame Gesundheitsplan. – Über das Projekt. Verfügbar unter <https://www.der-gesundheitsplan.de/ueber-das-projekt> (Abfrage: 04.11.2020).
- DeGEval-Gesellschaft für Evaluation. (2017): Standards für Evaluation, erste Revision 2016 (Vol. 1). Mainz: DeGEval.
- DIN EN ISO 9000 (2015): Qualitätsmanagementsysteme – Grundlagen und Begriffe. Ausgabedatum 2015-11. Berlin: Beuth Verlag.
- Donabedian, A. (1966): Evaluating the Quality of Medical Care. In: Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society, 44, S. 166-203.
- Faller, G. (2018a): Implementierung der Betrieblichen Gesundheitsförderung – Bedingungen und Herausforderungen. Public Health Forum, 26 (2), S. 134-136.
- Faller, G. (2018b): Umsetzung Betrieblicher Gesundheitsförderung/Betrieblichen Qualitätsmanagements in Deutschland: Stand und Entwicklungsbedarfe der einschlägigen Forschung. Das Gesundheitswesen 80, S. 278-285.
- Kolip, P. (2019): Praxishandbuch Qualitätsentwicklung und Evaluation in der Gesundheitsförderung. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Landeszentrum Gesundheit NRW (2019): Qualitätsdimensionen der Gesundheitsförderung Internetquelle: https://www.lzg.nrw.de/ges_foerd/qualitaet/leitfaden_selbstevaluation/grundlagen_qualitaetsdimensionen/index.html (Abfrage: 23.11.2020).
- Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz.
- Ruckstuhl, B./Abel, T. (2001): Ein Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung. In: Prävention 24 (2), S. 35-38.

- Schaefer, I. (2015): Leitfaden Goal Attainment Scaling (Zielerreichungsskalen). https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag4/GAS_Leitfaden.pdf (Abfrage 28.11.2020).
- Skarabis, N./Faller, G./Bereczky-Löchli, G. (2021): Gesund. Stark. Erfolgreich. Der gemeinsame Gesundheitsplan. Sicher ist sicher 72 (2), S. 100-101.
- Wright, M. T. (2012): Partizipation in der Praxis: die Herausforderung einer kritisch reflektierten Professionalität. In: Rosenbrock, R./Hartung, S. (Hrsg.): Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Huber, S. 91-101.

Das Potenzial achtsamkeitsbasierter Ansätze in Community-Health-Kontexten

Anna Mikhof, Leonie Wieners

Zusammenfassung

Obwohl achtsamkeitsbasierte Interventionen als wissenschaftlich fundierte Behandlungsansätze in der Medizin und Psychologie etabliert sind und mittlerweile im Rahmen eines Megatrends eine enorme Popularität im Mainstream aufweisen, wurden ihre Potenziale in Community-Health-Kontexten kaum berücksichtigt. Neben dem westlichen Verständnis von Achtsamkeit und ihrer Bedeutung im digitalen Zeitalter werden anhand verschiedener Beispiele Möglichkeiten aufgezeigt, wie achtsamkeitsbasierte Elemente zielgruppenspezifisch adaptiert und für marginalisierte Bevölkerungsgruppen praktisch eingesetzt werden können. Achtsamkeitskompetenzen zeichnen sich dabei als ein community-nahes Werkzeug ab, das Menschen zu einem verantwortungsvollen Umgang mit ihrer eigenen Gesundheit befähigen und so als eine wertvolle Ressource fungieren kann, um bestehenden gesundheitlichen Ungleichheiten entgegenzuwirken.

Abstract

Although mindfulness-based interventions are established as science-based treatment approaches in medicine and psychology and now enjoy enormous mainstream popularity as part of a megatrend, their potential in community health contexts has hardly been considered. In addition to Western understandings of mindfulness and its importance in the digital age, a variety of examples are provided to illustrate ways in which mindfulness-based elements can be adapted to specific target groups and used in practical ways for marginalized populations. Mindfulness skills emerge as a community-based tool that can empower people to deal with their own health responsibly and thus act as a valuable resource to challenge existing health inequalities.

1. Achtsamkeit im Westen

Als eine in der buddhistischen Psychologie schon seit über 2500 Jahren verwurzelte Orientierung (Black 2011) stellt Achtsamkeit im heutigen Verständnis

eine Form der bewussten Wahrnehmung des gegenwärtigen Moments dar, deren Ausrichtung durch Neugier, Offenheit und Akzeptanz gekennzeichnet ist, und damit eine Form der Selbstregulation hinsichtlich der Aufmerksamkeit darlegt (vgl. Bishop et al. 2004). Achtsamkeitsbasierte Herangehensweisen waren einst im Westen, auch im Zusammenhang mit der Meditation, als spirituelle Tätigkeit und Erfahrung verschrien. Zunächst wurde ihnen wenig Akzeptanz oder sogar Ablehnung entgegengebracht. In den letzten Jahrzehnten avancierten sie jedoch zu effektiven komplementären oder eigenständigen psychotherapeutischen Methoden. Um Achtsamkeit in dieser Form in die Gesundheitsversorgung und die westliche Psychologie zu integrieren, wurde ihr nicht-konzeptueller und non-dualer Charakter in eine Konnotation gebracht, die für Kliniker*innen, Wissenschaftler*innen und Gelehrte handhabbar war (u. a. nicht religiös und nicht dogmatisch). Damit einhergehend wurde sie den Menschen westlicher Kulturen mit Blick auf ihr enormes Potenzial zugänglich gemacht, sodass mehr Akzeptanz hinsichtlich achtsamkeitsbasierter Interventionen entstehen konnte. In diesem Zusammenhang legte der US-amerikanische Molekularbiologe Jon Kabat-Zinn mit seinem Kursprogramm „Mindfulness-Based Stress Reduction“ (MBSR, s. den Beitrag zum Gesundheitssystem) einen essentiellen Grundbaustein für die moderne Achtsamkeitslehre. Dabei definiert er Achtsamkeit als „eine besondere Art Aufmerksamkeit zu schenken: mit Absicht, im jetzigen Moment und nicht-verurteilend“ (Kabat-Zinn 1994, S. 4). Das Verständnis von Achtsamkeit umfasst jedoch sowohl einen Prozess im Sinne einer achtsamen Praxis als auch ein Ergebnis (achtsames Gewahrsein). Letzteres bezieht sich auf einen Zustand der Freiheit von Konditionierungen, Fehlinterpretationen, Konfusion und Voreingenommenheit. Achtsame Praxis bedeutet weit mehr als das bloße Praktizieren einer Technik, sondern stellt im weitesten Sinne eine innere Haltung dar, mittels derer die Menschen den Erfahrungen und Erlebnissen in ihrem Leben tagtäglich begegnen können (Cullen 2011; Shapiro 2009). Insofern lässt sich Achtsamkeit unter Hinzunahme dieser beiden Aspekte folglich definieren: „The awareness that arises through intentionally attending in an open, accepting, and discerning way to whatever is arising in the present moment.“ (Shapiro 2009, S. 556).

Das konzeptualisierte Verständnis von Achtsamkeit, welches häufig insbesondere im Zusammenhang mit dem Buddhismus gesehen wird, findet sich von seiner Phänomenologie her in unterschiedlichen Formen durchaus in den meisten religiösen, philosophischen und psychologischen Traditionen (Shapiro 2009). Das Inbezugsetzen der Achtsamkeit in einen westlich-psychologisch-medizinischen Rahmen bzw. ihre vornehmlich säkularisierte Konzeptualisierung in der Forschung, die Entwicklung von Programmen mit systematischen Achtsamkeitsanleitungen und die Implementation kontemplativer Interventionen in vielen Bereichen des Lebens (z. B. Kliniken, Schulen, Unternehmen oder Gefängnissen) führte in den letzten 30 Jahren zu einer exponentiellen Zunahme entsprechender Forschung und Anwendung in Mainstream-Kontexten (Cullen 2011). Die sich

schnell ausbreitende Studienlage führte wiederum dazu, dass Achtsamkeitsmethoden den Ruf als spirituell assoziierte Praktiken ablegten und sich rasant als wissenschaftlich fundierte Behandlungsansätze in konventionellen Institutionen der Medizin und Psychologie etablieren konnten.

2. Achtsam im digitalen Zeitalter?

Mittlerweile gehört Achtsamkeit neben der Digitalisierung zu einem Megatrend. Parallel zur immensen Zunahme von wissenschaftlichen Untersuchungen erlangte das Phänomen der Achtsamkeit auch in populärwissenschaftlichen Kreisen eine explosionsartige Beliebtheit.

Die Gründe hierfür sind vielschichtig. Ein wichtiger Aspekt, der dabei ins Gewicht fällt, bezieht sich darauf, dass die wachsende Popularität von Achtsamkeit seit den 2000er Jahren mit der Entstehung und Expansion der sozialen Medien zusammenfällt. In der heutigen von Beschleunigung, Digitalisierung und dauerhafter Erreichbarkeit geprägten Zeit ist eine stetige Zunahme von psychischen Belastungen, beispielsweise in Form von depressiver Symptomatik, zu verzeichnen (Bretschneider/Kuhnert/Hapke 2017). Achtsamkeit, die sich auf das Hier und Jetzt konzentriert, eine authentische Wahrnehmung von u. a. sich selbst und den eigenen Bedürfnissen fördert und damit ein gesundes Wohlbefinden unterstützt, stellt dabei beinahe ein Antidot dar; ihre gesellschaftliche Beliebtheit sowie die strukturelle Nutzung von Achtsamkeitsangeboten eine Gegenbewegung.

Vor dem Hintergrund der Popularität von Achtsamkeit und dem dadurch nicht selten vermittelten Eindruck von durchweg positiven Auswirkungen und unfehlbarer Effektivität achtsamkeitsbasierter Interventionen sollte nicht unbeachtet bleiben, dass dieses sich abzeichnende Bild der aktuellen Studienlage vorausgeht. Auch die Achtsamkeitsforschung ist mit einigen methodischen Herausforderungen konfrontiert, von denen viele junge Forschungsfelder ereilt werden. Etliche Studienlimitationen sowie sich stark unterscheidende Konzeptualisierungen und Operationalisierungen von Achtsamkeit erschweren durchweg valide Aussagen und stringente Schlussfolgerungen. Damit sind allgemein gültige Einschätzungen bezüglich der Effektivität nur begrenzt möglich (Schindler 2020). Die aktuelle Studienlage weist jedoch darauf hin, dass Achtsamkeit ein zuverlässiges Instrument zur Stressreduktion, Emotionsregulation sowie zur Steigerung von Entspannung, Lebensqualität und positiven interpersonellen Effekten sein kann (z. B. Mikhof 2018; Ruskin et al. 2017). Zugleich addizieren Hinweise zur gruppenübergreifenden Wirksamkeit sowie Möglichkeiten für niedrigschwellige Anwendungsangebote der Achtsamkeit das Potenzial, in der modernen Gesellschaft die Rolle einer Basiskompetenz einzunehmen, welche basierend u. a. auf Ressourcenaktivierung und Empowerment (s. dazu den Beitrag über Leitkonzepte) vielfältige, aussichtsreiche, die Lebensqualität erhöhende Optionen mit sich bringt.

3. Achtsamkeitsbasierte Interventionen

Zu den gängigsten und am besten untersuchten achtsamkeitsbasierten Interventionen zählen die Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR; Kabat-Zinn 1990) und die Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT; Segal et al. 2002), auf die im Folgenden kurz eingegangen werden soll, um anschließend ihre Relevanz für marginalisierte Gruppen und für Community Health zu adressieren.

3.1 Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)

Das von Jon Kabat-Zinn entwickelte Kursprogramm „Mindfulness-Based Stress Reduction“ (MBSR, Kabat-Zinn 1990), das etlichen, geläufigen achtsamkeitsbasierten Ansätzen zugrunde liegt, ist als ein achtwöchiger Kurs mit aufeinander abgestimmten Achtsamkeitsmeditationen und -übungen angelegt. Dies soll einen fundierten Einstieg in die Achtsamkeitspraxis ermöglichen. Den Kern des Programms bilden achtsame Bewegungen (Yoga), Body Scans und angeleitete Atemübungen, die den Kursteilnehmer*innen die Grundlagen der Achtsamkeit in Bezug auf den Körper, die Emotionen, den Geist und die Gedanken näherbringen sollen. Eine große Rolle spielt dabei der Transfer von Achtsamkeit in den Alltag, wobei diese in verschiedenen Aspekten des täglichen Lebens, z. B. durch das bewusste Ausführen von Tätigkeiten wie Essen, Trinken, Arbeiten, Sprechen oder dem Erledigen von Haushaltsaufgaben, erkundet wird (vgl. Cullen 2011). MBSR zählt bis heute zu den am besten wissenschaftlich untersuchten Achtsamkeitsansätzen. Dabei zeigen empirische Studien nachhaltige positive Effekte auf, die von der Reduktion von psychischem Stress, Angst, Depressionen und chronischen Schmerzen bis hin zur Steigerung der Lebensqualität, wachsendem Selbstvertrauen, einer besseren Emotionsregulation, einem effektiveren Umgang mit Stresssituationen und einem erhöhten Wohlbefinden reichen (Eberth/Sedlmeier 2012; Goyal et al. 2014). Aktuell sind achtsamkeitsbasierte Ansätze sowohl ambulant als auch stationär in zahlreichen medizinischen, psychologischen, sozialen und pädagogischen Settings verankert und stellen einen substanziellen Part einer ressourcenorientierten und ganzheitlich ausgerichteten Gesundheitsversorgung dar. Allerdings zeichnet sich ab, dass das Potential von MBSR nicht für alle Zielgruppen adäquat genutzt wird (s. Beitrag Schieron, Segmüller).

3.2 Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)

Eine der bekanntesten Adaptationen von achtsamkeitsbasierten Ansätzen für ein störungsspezifisches, klinisches Setting stellt die Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT; Segal et al. 2002) dar. Als achtsamkeitsbasierte

Rückfallprophylaxe richtet sie sich vorwiegend an Menschen, die von rezidivierenden depressiven Episoden betroffen sind bzw. sich in einer Remission befinden und ein erhöhtes Risiko für eine erneute Erkrankung aufweisen. MBCT integriert stressreduzierende und achtsamkeitsfördernde Elemente von MBSR mit kognitiv-behavioralen Therapietechniken für die Behandlung von Depressionen (Teasdale et al. 2000). Die Kombination der beiden Ansätze lehrt die Patient*innen ihre individuellen Frühwarnsignale besser zu erkennen und eher mit beispielsweise Selbstfürsorge zu reagieren. Durch Achtsamkeit wird eine Desidentifikation gegenüber depressionsfördernden Gedankenmustern ermöglicht. Destruktive Kognitions-, Emotions- und Verhaltensmuster können so eher bewusst wahrgenommen und unterbrochen werden. Eine achtsame Haltung beugt demnach exzessiver Rumination vor und fördert Entspannung und Ausgeglichenheit (z.B. Mason/Hargreaves 2001). Studien zeigen auf, dass unabhängig von demographischen Faktoren der Zielgruppe wie Geschlecht, Alter oder Bildungsabschluss MBCT das Risiko einer erneuten depressiven Episode nachweislich um 50 % reduzieren kann (z.B. Godfrin/Van Heeringen 2010; Teasdale 2000). Somit weist diese Herangehensweise eine analoge Effektivität wie die Behandlung mit Antidepressiva auf (Kuyken et al. 2016).

3.3 Soziale Ungleichheit und achtsamkeitsbasierte Ansätze

Komplementär zu anderen vorherrschenden Behandlungsformen nehmen bei achtsamkeitsbasierten Ansätzen das Empowerment der Patient*innen und die Ressourcenaktivierung eine essentielle Rolle ein. So werden den Anwender*innen Fähigkeiten an die Hand gegeben, mit deren Hilfe sie sich eigenständig mit ihrer Gesundheit auseinandersetzen und einen aktiven Part in ihrer Krankheitsgeschichte einnehmen können. Achtsamkeit ermöglicht es durch das bewusste Erleben des Moments aus destruktiven Gedankenkreisläufen herauszutreten und selbst in stressvollen Situationen den Blick auf die Wiederentdeckung und die selbstständige Aktivierung kraftgebender Ressourcen zu lenken. Achtsamkeitsbasierte Interventionen tragen insofern das Potential in sich, mittels Selbstbefähigung einen besseren Umgang mit Krankheiten, mit Leistungserbringer*innen und mit der gesundheitlichen Versorgung zu fördern (z.B. Gregg et al. 2007; Waldron et al. 2018). Die aktuelle Studienlage zeigt allerdings auf, dass die sich abzeichnenden Qualitäten von Achtsamkeit und die ihr inhärenten Effekte – trotz des Megatrends in der Gesellschaft – ungleich verteilt sind (z.B. DeLuca et al. 2018; Fuchs et al. 2013; Waldron et al. 2018). Minoritäten und benachteiligte Gruppen werden mit achtsamkeitsbasierten Angeboten schlechter erreicht (z.B. Paskett et al. 2008) und diese werden ihnen erst gar nicht bzw. nicht adäquat adaptiert zur Verfügung gestellt (z.B. DeLuca et al. 2018; Waldron et al. 2018). Aus anderen Forschungsbereichen ist bekannt, dass

häufige Herausforderungen beispielsweise strukturelle Barrieren wie Transportmöglichkeiten, fehlende Kinderbetreuung, sprachliche Gegebenheiten tangieren oder Exklusionseffekte aufgrund von Komorbiditäten, die bei marginalisierten Gruppen häufiger auftreten, zu Stande kommen (s. Jahnsen et al. 2020; Waldron et al. 2018). Weitere Einschränkungen hinsichtlich der Beteiligung von unterversorgten Bevölkerungsgruppen an Evaluationsstudien entstehen infolge von Misstrauen der Betroffenen gegenüber Gesundheitsdienstleister*innen und Forscher*innen (ebd.).

So zeigt ein systematisches Review auf, dass lediglich eine RCT-Studie die Evaluation achtsamkeitsbasierter Interventionen für ethnische Minderheiten oder Bevölkerungsgruppen mit niedrigem sozioökonomischen Status im Fokus hatte, und dabei keine der Studien die Überprüfung der Effektivität demonstrieren konnte (Waldron et al. 2018). Waldron und Kolleg*innen (2018) argumentieren, dass ethnische und einkommensschwache Minoritäten aufgrund höherer Morbiditätsraten (insbesondere hinsichtlich chronischer und schwerer psychischer Erkrankungen), einem unzureichenden Zugang zur Gesundheitsversorgung und geringerer Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten von adaptierten, communitybasierten Achtsamkeits-Verfahren erheblich profitieren könnten. Die Bedeutung dieser Ansätze würde vor allem darin liegen, Ungleichheiten hinsichtlich der Gesundheit und Gesundheitsversorgung adäquater anzugehen. Zugleich können essentielle Determinanten von Achtsamkeit wie das Nicht-Verurteilen, Akzeptanz, Offenheit und Selbstmitgefühl besonders für Menschen, die unterschiedliche Diskriminierungserfahrungen aufweisen, unterstützend sein (z. B. Witkiewitz et al. 2013, zit. nach Waldron et al. 2018).

Pilotstudien zu MBSR und MBCT weisen darauf hin, dass ein communitybasiertes Vermitteln von Achtsamkeits-Interventionen mit mehr Akzeptanz und einem stärkeren Verstehen der Wichtigkeit derselben assoziiert ist (z. B. Burnett-Zeigler et al. 2016; Dutton et al. 2013). Die Anwendung von achtsamkeitsbasierten Verfahren in Gruppen, der Austausch darüber und der kollektive Zusammenhalt stellen meistens einen Schlüsselfaktor für ein adäquates Erlernen und verantwortliches Praktizieren von Achtsamkeit dar (Cullen 2011). Zugleich liegt Achtsamkeit immanenterweise die subjektive Wahrnehmung (von Sinnesindrücken, Gefühlen, Kognitionen, Körperempfindungen und der unmittelbaren Umwelt) zugrunde. Vor diesem Hintergrund kann die Durchführung achtsamkeitsbasierter Interventionen in Communities oder mit einem Diversitätsfokus – eine angemessene Anpassung an die Zielgruppe (hinsichtlich der Struktur des Trainings, des Ablaufs, der Berücksichtigung zielgruppenspezifischer Charakteristika und Belastungen) vorausgesetzt – durchaus aussichtsreich sein. Innerhalb von Communities können sich dabei zusätzlich positive Effekte sozialer Unterstützung, gegenseitigen Commitments und stärkerer Empathie entfalten (Schellekens 2015).

4. Achtsamkeitsinterventionen für marginalisierte Gruppen

Diverse Akzeptanz- und multisensorische Achtsamkeitstechniken wurden von Hinton und Kollegen (2013) in eine kognitiv-behaviorale Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen und ethnischen Minderheiten integriert, wobei sie besonderen Wert auf die kulturelle Adaptation legten (z. B. hinsichtlich der Begriffsverwendung, der Übungen, der kulturellen Symbolik und des Transfers auf den Alltag). Die Wirksamkeit dieser Vorgehensweise, der Fokus auf körperzentrierte Achtsamkeitstechniken und auf psychologische Flexibilität erklären sie mittels eines nodalen Netzwerkmodells des Affekts. Dabei kann die Aktivierung eines Netzwerkknotens (z. B. Gefühlszustand oder episodisches Gedächtnis) durch eine entsprechende Aufmerksamkeitsverlagerung alle anderen Knoten im Netzwerk äquivalent färben und den Verarbeitungsmodus vorgeben. Die Autoren betonen, dass achtsamkeitsbasierte Herangehensweisen aus mehreren Gründen für Flüchtlinge und Minoritätspopulationen wertvoll sein können: Sie sind in der Lage, die psychologische Flexibilität zu erhöhen, Stress zu verringern, Grübeln zu reduzieren, Aufmerksamkeitsverzerrungen auf Bedrohungen zu minimieren und als Techniken zur Emotionsregulation zu fungieren. Auch wenn die bisherigen kulturellen Adaptationen insbesondere für lateinamerikanische und südostasiatische Flüchtlinge erfolgten, weisen die Forscher*innen darauf hin, dass Anpassungen für andere Zielgruppen möglich sind.

Dutton und Kolleg*innen (2013) fanden in ihrer Pilotstudie mit einkommensschwachen, überwiegend afroamerikanischen Frauen, die Gewalt in der Partnerschaft erlebt haben und chronische Traumata aufwiesen, dass ein MBSR-Programm als Intervention von den meisten Teilnehmerinnen interessiert angenommen und abgeschlossen wurde sowie zugleich eine Kongruenz und eine deutliche Relevanz hinsichtlich ihrer Bedürfnisse vorhanden war. Dabei waren bestimmte Aspekte im Zusammenhang mit dieser Zielgruppe beachtenswert: Zum einen der verstärkte Fokus auf die Wiederholung der Übungen, um die Achtsamkeitsskills für den Alltag ausreichend zu stärken; zum anderen logistische Unterstützung (z. B. Kinderbetreuung, Transport) sowie die stete Ermutigung zur Teilnahme mittels Erinnerungen. Ein weiterer wesentlicher Faktor war die kontinuierliche Partizipation der Betroffenen bei der Implementierung der achtsamkeitsbasierten Intervention im Sinne von Input und Feedback, um eine adäquate Anpassung des Ansatzes sowie das Engagement der Beteiligten zu fördern. Hierbei ist anzumerken, dass diese drei Faktoren vielfach auch für andere vulnerable Gruppen relevant sein können. Das Aneignen achtsamkeitsbasierter Skills unterstützt die Anwender*innen bei der Entwicklung positiver Stressbewältigungskompetenzen, sodass Entscheidungen nicht mehr im Sinne einer kurzfristigen reaktiven Handlung, sondern vielmehr als längerfristige, reaktionsfähige Planung erfolgen können. Dies ermöglicht einen besseren Umgang mit den erheblichen Belastungen, die durch ein Leben mit langwierig niedrigem

Einkommen entstehen, und erleichtert Perspektivoptionen, um aus diesem Kreislauf auszubrechen (Jiga et al. 2019). Dutton und Kolleg*innen konkludieren, dass MBSR sich durchaus als ein vielversprechendes Verfahren bei traumatisierten, unterversorgten und marginalisierten Bevölkerungsgruppen abzeichnet, welches zur Verringerung der Ungleichheit hinsichtlich psychischer Gesundheit beitragen kann.

Hinsichtlich einiger anderer vulnerabler Gruppen erwiesen sich achtsamkeitsbasierte Ansätze ebenfalls als durchaus vielversprechend: So war das Erlernen von achtsamem Essen und die Zunahme desselben über die Zeit bei adipösen Erwachsenen mit einem verringerten Verzehr von Süßigkeiten und geringeren Levels an Nüchtern glukose assoziiert (Mason et al. 2015). Adaptationen achtsamkeitsbasierter Verfahren oder die Integration derselben in umfassende Interventionen erwiesen sich darüber hinaus für ältere Menschen in Bezug auf die Plastizität des zentralen Nervensystems (Tang 2020), für adipöse, einkommensschwache schwangere Frauen hinsichtlich schlechter Schlafqualität und psychischer Belastung (Felder et al. 2018), für Menschen mit unterschiedlichen psychischen Störungen in Bezug auf das psychische Wohlbefinden (z. B. López-Navarro et al. 2015; Ragg et al. 2019), für stark überlastete junge Erwachsene in Bezug auf verschiedene Faktoren psychischen Befindens (Mikhof 2018); für obdachlose Jugendliche hinsichtlich psychischer Gesundheitsversorgung (Vitopoulos et al. 2017), für Menschen mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen hinsichtlich der Alzheimer Krankheit (Wong et al. 2016) und für einkommensschwache Community-Stichproben hinsichtlich emotionaler Gesundheit, sozialer Funktionsfähigkeit oder subjektivem Wohlbefinden (Burstein et al. 2020; Jiga et al. 2019) als aussichtsreich, praktikabel sowie im Kontext von präventiven Strategien als empfehlenswert.

Vor dem Hintergrund voranschreitender Digitalisierung erscheint auch der Fokus auf die Erprobung achtsamkeitsbasierter Interventionen über technische Hilfsmittel durchaus lohnenswert: Zautra und Kolleg*innen (2012) fanden heraus, dass die Vermittlung achtsamkeitsbasierter Kompetenzen an Erwachsene mit moderaten depressiven Symptomen aus einer Community durchaus über automatisierte Telefonnachrichten erfolgen kann, sodass robuste positive Effekte hinsichtlich psychischer und physischer Gesundheit feststellbar sind. Auch online-basierte Adaptationen von Achtsamkeitsinterventionen scheinen ein enormes Potential aufzuweisen. So haben Mikhof und Wieners (in Vorb.) aufzeigen können, dass bereits eine einmalige Online-Achtsamkeitsintervention für Peerberater*innen, welche im Rahmen von Suizidprävention selbst einer erheblichen Belastung ausgesetzt sind, sowohl den Stress reduzieren als auch das Wohlbefinden stärken kann.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Achtsamkeitsinterventionen mit Fokus auf marginalisierte Gruppen und eine communitybezogene Vermittlung von Achtsamkeitsskills ein enormes Potential aufweisen und sich

bei entsprechend adäquater Adaptation vielversprechend hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit und Effektivität erweisen können. Im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention könnten solche Interventionen aufgrund ihrer ausgeprägten Perspektive auf Empowerment und Ressourcenorientierung sowie der damit einhergehenden Ermöglichung wesentlicher Kompetenzen zum Umgang mit individuellen, sozialen und systemischen Belastungen, Fähigkeiten zum aktiven Engagement für die eigene psychische und physische Gesundheit sowie zu geplanten, reaktionsfähigen und informierten Entscheidungsprozessen eine essentielle Rolle einnehmen. Darüber hinaus könnten sie einen nützlichen Beitrag im Rahmen kommunaler Wohlfahrtspolitik leisten, sodass der Mainstream-Trend auch benachteiligte Gruppen erreichen kann.

Anpassungen achtsamkeitsbasierter Ansätze sollten zielgruppenbezogen erfolgen, jedoch jederzeit die Ursprungskezeption von Achtsamkeit im Blick behalten, um eine Community-Tauglichkeit um jeden Preis zu vermeiden. Zugleich sollten systemimmanente Probleme berücksichtigt werden, um Achtsamkeitsinterventionen nicht im Sinne einer Anpassung an ein krankmachendes oder an Ungleichheiten begünstigendes System einzusetzen. Vor diesem Hintergrund könnten achtsamkeitsbasierte Interventionen ein essentieller Bestandteil systemischer Ansätze zur Reduktion sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit sein.

Literatur

- Bishop, Scott/Lau, Mark/Shapiro, Shauna/Carlson, Linda/Anderson, Nicole/Carmody, James/Segal, Zindel/Abbey, Susan/Specia, Michael/Velting, Drew/Devins, Gerald (2004): Mindfulness: A Proposed Operational Definition. In: *Clinical Psychology: Science and Practice* 11, H. 3, S. 230-241.
- Black, David (2011): A brief definition of mindfulness. In: *Behavioral Neuroscience* 7, H. 2, S. 109.
- Bretschneider, Julia/Kuhnert, Ronny/Hapke, Ulfert (2017): Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland. In: *Journal of Health Monitoring* 2, H. 3.
- Burnett-Zeigler, Inger/Satyshur, Maureen/Hong, Sunghyun/Yang, Amy/Moskowitz, Judith/Wisner, Katherine (2016): Mindfulness based stress reduction adapted for depressed disadvantaged women in an urban federally qualified health center. In: *Complementary Therapies in Clinical Practice* 25, S. 59-67.
- Burstein, Sarah/Hawes, Elizabeth/Arroyo, Kelsey/Bodenlos, Jamie (2020): Facets of Mindfulness and Health Among a Predominantly Low-Income Community Sample. In: *Mindfulness* 11, S. 771-784.
- Cullen, Margaret (2011): Mindfulness-Based Interventions: An Emerging Phenomenon. In: *Mindfulness* 2, H. 3, S. 186-193.
- DeLuca, Sarah/Kelman, Alex/Waelde, Lynn (2018): A systematic review of ethnoracial representation and cultural adaptation of mindfulness-and meditation-based interventions. In: *Psychological Studies* 63, H. 2, S. 117-129.
- Dutton, Mary Ann/Bermudez, Diana/Matas, Armely/Majid, Haseeb/Myers, Neely (2013): Mindfulness-based stress reduction for low-income, predominantly African American women with PTSD and a history of intimate partner violence. In: *Cognitive and behavioral practice* 20, H. 1, S. 23-32.
- Eberth, Juliane/Sedlmeier, Peter (2012): The effects of mindfulness meditation: a meta-analysis. In: *Mindfulness* 3, H. 3, S. 174-189.

- Felder, Jennifer/Laraia, Barbara/Coleman-Phox, Kimberly/Bush, Nicole/Suresh, Madhuvan/Thomas, Melanie/Adler, Nancy/Epel, Elissa/Prather, Aric (2018): Poor sleep quality, psychological distress, and the buffering effect of mindfulness training during pregnancy. In: *Behavioral sleep medicine* 16, H. 6, S. 611-624.
- Fuchs, Cara/Lee, Jonathan/Roemer, Lizabeth/Orsillo, Susan (2013): Using mindfulness-and acceptance-based treatments with clients from nondominant cultural and/or marginalized backgrounds: Clinical considerations, meta-analysis findings, and introduction to the special series: Clinical considerations in using acceptance-and mindfulness-based treatments with diverse populations. In: *Cognitive and Behavioral Practice* 20, H. 1, S. 1-12.
- Godfrin, Karen/Van Heeringen, Cornelis (2010): The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. In: *Behaviour research and therapy* 48, H. 8, S. 738-746.
- Goyal, Madhav/Singh, Sonal/Sibinga, Erica/Gould, Neda/Rowland-Seymour, Anastasia/Sharma, Ritu/ Berger, Zackary/Sleicher, Dana/Maron, David/Shihab, Hasan/Ranasinghe, Padmini/Linn, Shauna/Saha, Shonaly/Bass, Eric/Haythornhwaite, Jennifer (2014): Meditation programs for psychological stress and well-being. In: *JAMA Internal Medicine* 174, S. 357-368.
- Gregg, Jennifer/Callaghan, Glenn/Hayes, Steven/Glenn-Lawson, June (2007): Improving diabetes self management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 75, S. 336-343.
- Hinton, Devone/Pich, Vuth/Hofmann, Stefan/Otto, Michael (2013): Acceptance and Mindfulness Techniques as Applied to Refugee and Ethnic Minority Populations with PTSD: Examples From „Culturally Adapted CBT“. In: *Cognitive and Behavioral Practice* 20, H. 1, S. 33-46.
- Janhsen, Katrin/Mikhof, Anna/Walter-Klose, Christian/Herterich, Udo (2020): Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines Konzeptes zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung für Menschen mit Dysmelie zur nutzer- und bedarfsorientierten Unterstützung in Zusammenhang mit Gesundheit und Pflege. Bochum: Hochschule für Gesundheit.
- Jiga, Karma/Kaunhoven, Rebekah Jane/Dorjee, Dusana (2019): Feasibility and efficacy of an adapted mindfulness-based intervention (MBI) in areas of socioeconomic deprivation (SED). In: *Mindfulness* 10, H. 2, S. 325-338.
- Kabat-Zinn, Jon (1994): *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York, NY: Hyperion
- Kabat-Zinn, Jon (1990): *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York: Delacorte Press
- Kuyken, Willem/Warren, Fiona/Taylor, Rod/Whalley, Ben/Crane, Catherine/Bondolfi, Guido/Hayes, Rachel/Huijbers, Marloes/Ma, Helen/Schweizer, Susanna/Segal, Zindel/Speckens, Anne/Teasdale, John/Van Heeringen, Kees/Williams, Mark/Byford, Sarah/Byng, Richard/Dalgleish, Tim (2016): Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: an individual patient data meta-analysis from randomized trials. In: *JAMA psychiatry* 73, H. 6, S. 565-574.
- López-Navarro, Emilio/Del Canto, Cristina/Belber, Miriam/Mayol, Antoni/Fernández-Alonso, Ovidio/Lluis, Josep/Munar, Enric/Chadwick, Paul (2015): Mindfulness improves psychological quality of life in community-based patients with severe mental health problems: A pilot randomized clinical trial. In: *Schizophrenia Research* 168, H. 1-2, S. 530-536.
- Mason, Ashley/Epel, Elissa/Kristeller, Jean/Moran, Patricia/Dallman, Mary/Lustig, Robert/Acree, Michael/Bachhetti, Peter/Laraia, Barbara/Hecht, Frederick/Daubenmier, Jennifer (2016): Effects of a mindfulness-based intervention on mindful eating, sweets consumption, and fasting glucose levels in obese adults: data from the SHINE randomized controlled trial. In: *Journal of behavioral medicine* 39, H. 2, S. 201-213.
- Mikhof, Anna (2018): *Lebensglück und Wohlbefinden kultivieren: Ergebnisse einer Befragungs- und einer Interventionsstudie*. Abstracts der 3. Konferenz der Deutschen Gesellschaft für Positiv-Psychologische Forschung. Ruhr-Universität Bochum, 46.
- Mikhof, Anna/Wieners, Leonie (in prep.): *An online mindfulness-based intervention for peer counsellors volunteering in a suicide prevention programme*.
- Mason, Oliver/Hargreaves, Isabel (2001): A qualitative study of mindfulness-based cognitive therapy for depression. In: *British journal of Medical psychology* 74, H. 2, S. 197-212.

- Paskett, Electra/Reeves, Katehrine/McLaughlin, John/Katz, Mira/McAlearney, Ann Scheck/Ruffin, Mack/Halbert, Chanita Hughes/Merete, Cristina/Davis, Faith/Gehlert, Sarah (2008): Recruitment of minority and underserved populations in the United States: The Centers for Population Health and Health Disparities experience. In: *Contemporary Clinical Trials* 29, S. 847-861.
- Ragg, Mark/Soulliere, Jacquie/Turner, Michael (2019): Drumming and mindfulness integrations into an evidence-based group intervention. In: *Social Work with Groups* 42, H. 1, S. 29-42.
- Ruskin, Danielle/Harris, Lauren/Stinson, Jennifer/Kohut, Sarah Ahola/Walker, Katie/McCarthy, Erin (2017): „I Learned to Let Go of My Pain“. The Effects of Mindfulness Meditation on Adolescents with Chronic Pain: An Analysis of Participants' Treatment Experience. In: *Children* 4, H. 12, S. 110.
- Segal, Zindel/Williams, Mark/Teasdale, John (2002): *Mindfulness-based cognitive therapy for depression – A new approach to preventing relapse*. New York, NY: Guilford Press.
- Shapiro, Shauna (2009): The integration of mindfulness and psychology. In: *Journal of clinical Psychology* 65, H. 6, S. 555-560.
- Schellekens, Melanie/Jansen, Ellen/Willemsse, Heidi/van Laarhoven, Hanneke/Prins, Judith/Speckens, Anne (2015): A qualitative study on mindfulness-based stress reduction for breast cancer patients: how women experience participating with fellow patients. In: *Support Cancer* 24, S. 1813-1820.
- Schindler, Simon (2020): Ein achtsamer Blick auf den Achtsamkeits-Hype. In: *Organisationsberatung, Supervision, Coaching* 27, H. 1, S. 111-124.
- Tang, Yi-Yuan/Fan, Yaxin/Lu, Qilin/Tan, Li-Hai/Tang, Rongxiang/Kaplan, Robert/Pinho, Marco/Thomas, Binu/Chen, Kewei/Friston, Karl/Reiman, Eric (2020): Long-Term Physical Exercise and Mindfulness Practice in an Aging Population. In: *Frontiers in psychology* 11, S. 358.
- Teasdale, John/Segal, Zindel/Williams, Mark/Ridgeway, Valerie/Soulsby, Judith/Lau, Mark (2000): Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. In: *Journal of consulting and clinical psychology* 68, H. 4, S. 615.
- Vitopoulos, Nina/Cerswell Kielburger, Leysa/Frederick, Tyler/McKenzie, Kwame/Kidd, Sean (2017): Developing a trauma-informed mental health group intervention for youth transitioning from homelessness. In: *Professional Psychology: Research and Practice* 48, H. 6, S. 499.
- Waldron, Elizabeth/Hong, Sunghyun/Moskowitz, Judith/Burnett-Zeigler, Inger (2018): A systematic review of the demographic characteristics of participants in US-based randomized controlled trials of mindfulness-based interventions. In: *Mindfulness* 9, H. 6, S. 1671-1692.
- Wong, Wee Ping/Coles, Jan/Chambers, Richard/Wu, David Bin-Chiac/Hassed, Craig (2017): The effects of mindfulness on older adults with mild cognitive impairment. In: *Journal of Alzheimer's disease reports* 1, H. 1, S. 181-193.
- Zautra, Alex/Davis, Mary/Reich, John/Sturgeon, John/Arewasikporn, Anne/Tennen, Howard (2012): Phone-based interventions with automated mindfulness and mastery messages improve the daily functioning for depressed middle-aged community residents. In: *Journal of Psychotherapy Integration* 22, H. 3, S. 206.

Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Christa Beermann, Tanja Segmüller

Zusammenfassung

Die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ist eine Herausforderung für beruflich Pflegende, aber auch für Unternehmen und die Gesellschaft. Die Folgen schlechter Vereinbarkeit sind vielfältig. Pflegende Frauen und die ca. 30 % pflegenden Männer müssen mit guten Lösungen zur Vereinbarkeit unterstützt werden, die den beruflichen Ausstieg verhindern. Betriebliche Lösungsangebote zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege bringen einen Gewinn für mehrere Seiten: Unternehmen und pflegende Beschäftigte aber auch für die Gesellschaft, die davon profitiert, dass Pflegebedürftige möglichst lange in ihrer eigenen Häuslichkeit versorgt werden und diejenigen, die sie pflegen, gesund bleiben und ihre Existenz sichern können – in der Pflegesituation und auch, wenn sie selbst im Rentenalter sind. Insofern haben Vereinbarkeitslösungen neben dem individuellen auch einen betriebs-, volkswirtschaftlichen und gesellschaftlichen Nutzen.

Abstract

Compatibility of work and informal care is a challenge for workers, companies and society. The consequences of missing compatibility are diverse. Informal careers are often women, ca. 30 % are men and they need good solutions otherwise they will leave their job. Solutions in the companies are a benefit for all sides. People who need care can stay longer at home when there are solutions for their working informal careers. All informal careers need support that they can stay healthy – either in their own aging and retirement. Compatibility solutions have an impact for microeconomic, national economy and society.

1. Pflegend Beschäftigte und Unternehmen

Die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ist eine der zentralen Herausforderungen im demografischen Wandel, der in Deutschland durch eine strukturelle Alterung geprägt ist (Vgl. Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf 2019). Es gibt nicht nur immer mehr ältere Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf, es gibt auch immer weniger jüngere Menschen im erwerbsfähigen Alter, die diese Unterstützung leisten und mit ihrem Beruf vereinbaren können. Angehörige von

pflegebedürftigen Menschen (nachfolgend pflegend Beschäftigte genannt) stehen im Erwerbsleben, sind Fachkräfte mit Familienpflichten jenseits der Kindererziehung und häufig eine wichtige Ressource für Unternehmen (Vgl. ZQP 2018).

Circa 70 % der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt, 67 % davon allein durch pflegende Angehörige und 33 % zusammen mit der Hilfe eines Pflegedienstes (Vgl. Zegelin et al. 2017). Wenn Pflegebedürftigkeit eintritt, reduzieren 47 % der Beschäftigten ihre Arbeitszeit, meistens um 5 bis 10 Wochenstunden, 17 % hören ganz auf zu arbeiten. Die durchschnittliche Pflegedauer beträgt mehr als acht Jahre und mehr als jede/r vierte Beschäftigte (28 %) wendet mehr als zwei Stunden täglich für die Betreuung von Angehörigen auf. „Pflege“ findet auch da statt, wo es keinen Pflegegrad gibt, und sie beschränkt sich nicht auf die Unterstützung von Eltern oder Großeltern. Auch jüngere Angehörige, Partner*innen oder Kinder können aufgrund von Krankheit, Behinderung oder Unfall pflegebedürftig sein (vgl. BMFSFJ 2019; Klaus/Tesch-Römer 2014).

Etwa 70 % der pflegend Beschäftigten sind Frauen. Sie versorgen oft gleichzeitig noch (kleine) Kinder und sind dafür aus dem Beruf ausgestiegen (Vgl. Keck 2012); einige wollten gerade wieder einsteigen oder hatten es eben erst zurück in den Beruf geschafft. Häufig müssen sie nun erneut beruflich zurückstecken und allein eine Doppel- und/oder Dreifachbelastungen in Kauf nehmen. Ein befriedigendes Berufsleben oder Karrierechancen treten zwangsläufig in den Hintergrund. Frauen tragen häufig allein die Konsequenzen, wenn sie auf Einkommen, materielle Sicherheit und Unabhängigkeit verzichten – im akuten Vereinbarkeitsdilemma und erst recht dann, wenn sie selber alt sind und möglicherweise Unterstützung benötigen (Vgl. wir pflegen e. V. 2019).

Dass Unternehmen, die Vereinbarkeitslösungen anbieten, davon profitieren, ist untersucht. Es gibt einen relevanten return on invest (vgl. Ahrends et al. 2013). Konkret bedeutet das für Unternehmen, die familienorientiert handeln, insbesondere folgende positiven Effekte: weniger Fluktuation und krankheitsbedingte Ausfälle, also Know-how-Erhalt, Bindung von Mitarbeiter*innen, höhere Motivation und Produktivität der Beschäftigten und Burn out- Prophylaxe und Gesunderhaltung der Beschäftigten. Die o. g. Effekte führt insgesamt zu einer nennenswerten Kostenersparnis für Unternehmen und Behörden/Kommunen (Vgl. Gerlach et al. 2013, S. 80).

2. Gesetzliche Rahmenbedingungen und darüber hinaus gehende Regelungen

Die relevanten gesetzlichen Regelungen zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege sind in verschiedenen Gesetzbüchern zu finden: im Pflegezeitgesetz (PflegeZG), im Familienpflegezeitgesetz (FPfZG), im Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) zur Sozialen Pflegeversicherung sowie im Gesetz zur Brückenteilzeit. In Abgrenzung

zu freiwilligen betrieblichen Unterstützungsangeboten sind sie sozusagen die „Pflicht“ für Unternehmen und Behörden/Kommunen (www.wege-zur-pflege.de). Hier werden Freistellungen und Lohnersatzregelungen für unterschiedliche Betriebsgrößen und Lebenssituationen pflegend Beschäftigter festgelegt und es gilt ein Kündigungsschutz. Erfahrungen im Rahmen der Kampagne zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege im Ennepe-Ruhr-Kreis zeigen: Am meisten genutzt und in der Praxis bewährt, hat sich die Freistellung bis zu 10 Tagen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation nach § 2 Pflegezeitgesetz.

Ergänzt werden diese rechtlichen Rahmenbedingungen durch unterschiedlich ausgestaltete regionale Beratungs- und Hilfestrukturen, sogenannte Pflegestützpunkte oder Pflegeberatungsstellen, die Bürger*innen in allen Kommunen zur Verfügung stehen müssen und in denen anonym, kostenlos und trägerneutral beraten wird.

Darüber hinaus gibt es für Unternehmen und Behörden/Kommunen vielfältige Möglichkeiten, mit denen sie ihre Beschäftigten dabei unterstützen können, Beruf und private Unterstützungs-/Pflegeaufgaben miteinander zu kombinieren. Wie sie diese „Kür“ ausgestalten, ist unter anderem abhängig von der Art und Größe der Unternehmen, den Bedarfen pflegend Beschäftigter, dem Willen und Engagement der Führungskräfte sowie deren Kreativität und Flexibilität. Als besonders effektive Vereinbarkeitsangebote haben sich im Rahmen der o. g. Kampagne erwiesen: Flexible Arbeitszeit- und -organisationsregelung, inklusive der Möglichkeiten zum Home-Office/mobilem Arbeiten; ein Vertretungsmanagement im Notfall; das zur Verfügung stellen zentraler Informationen, das Ermöglichen der Erreichbarkeit am Arbeitsplatz und ganz besonders das Benennen einer Ansprechperson für die pflegenden Beschäftigten im Unternehmen bzw. der Behörde (als Arbeitgeber).

3. Die Kampagne „arbeiten-pflegen-leben“ im Ennepe-Ruhr-Kreis

Allein im Ennepe-Ruhr-Kreis werden etwa 75 % der Pflegebedürftigen zuhause gepflegt (Pflegebericht 2020, S. 30) – meist von ihren Angehörigen, die oft noch mitten im Arbeitsleben stehen. Ein Blick in den aktuellen Pflegebericht (2020) und auf die Altersstruktur zeigt, dass die Herausforderung Beruf und Pflege zu vereinbaren, dringend angenommen werden muss.

Das – durch die Kreisverwaltung Ennepe-Ruhr koordinierte und vom MHKBG (Ministerium für Heimat, Kommunales, Bau und Gleichstellung des Landes NRW) geförderte – „Netzwerk W(iedereinstieg)“ hat dazu im Februar 2012 die Kampagne „arbeiten-pflegen-leben“ gestartet, die Unternehmen für die Herausforderungen der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege sensibilisieren und sie gleichzeitig motivieren will, sich für ihre pflegenden Beschäftigten zu engagieren.

Dabei vernetzt der Kreis als Impulsgeber und Moderator die regionalen Unternehmen untereinander und bringt sie auch mit den Akteur*innen der kommunalen Hilfestrukturen, wie Pflege- und Wohnberatung sowie Wohlfahrtsverbände, in Kontakt. Darüber hinaus knüpft die Kampagne „arbeiten-leben-pflegen“ direkt an den hohen Aufklärungs- und Qualifizierungsbedarfen bei vielen Unternehmen an, macht umfangreiche Serviceangebote, berät und qualifiziert sie zum Thema „Pflege“ und zu unterstützenden Angeboten.

Als die Kampagne 2012 startete, war nur eine Minderheit der angesprochenen Unternehmen sofort dabei. Andere winkten gleich ab und verwiesen darauf, dass in ihrer überwiegend männlichen Belegschaft gar kein Bedarf bestünde, oder es wohl keinen Bedarf gäbe, weil sie bislang keine Anfragen von pflegend Beschäftigten bekommen hätten. Bei den übrigen musste manchmal sehr viel Überzeugungsarbeit geleistet werden, ein ganz langer Atem war nötig. Inzwischen kommen Unternehmen sogar von sich aus auf die Verantwortlichen der Kampagne zu – auch aus anderen Regionen. Sie sind interessiert an den Erfahrungen anderer, den Möglichkeiten zum Austausch, zur Vernetzung, wollen wissen, was woanders wie funktioniert und so profitieren von Kompetenzen und Engagement anderer. Familienbewusstsein rechnet sich für Unternehmen und ist ein harter Standortfaktor im Wettbewerb um Fachkräfte. Außerhalb des Unternehmenskontextes können Kommunen außerdem durch vielfältige flankierende Maßnahmen wesentlich zur gelingenden Vereinbarkeit beitragen, beispielsweise durch eine gezielte Weiterentwicklung der kommunalen Hilfelandschaft und einer an den Bedürfnissen einer alternden Bevölkerung ausgerichteten Quartiersentwicklung.

Mittlerweile beteiligen sich 34 Unternehmen offiziell an der Kampagne, weitere aus der Region und darüber hinaus nehmen sporadisch Qualifizierungs- und Austauschangebote wahr und nutzen die eigens entwickelte Website www.arbeiten-pflegen-leben.de für aktuelle Informationen, Tipps und Servicematerialien. Engagiert sind Arbeitgeber*innen aus ganz unterschiedlichen Branchen wie Industrie, Verwaltung, Bildung, Pflege, medizinische Versorgung, Wohnungsbau, Finanzen, Energie, Wissenschaft und Forschung. Das bei der Kreisverwaltung angedockte „Netzwerk W(iedereinstieg)“ gibt Hinweise, moderiert Informationsaustausch und Vernetzung und sorgt dafür, dass das Thema auf der regionalen Agenda bleibt.

Die Erfahrungen im Rahmen der Kampagne zeigen, dass die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den Unternehmen und der lokalen Hilfelandschaft zurzeit noch nicht optimal ist. Bislang existieren nur wenige Berührungspunkte zwischen diesen Akteuren. Momentan fremdeln sie noch miteinander. Deswegen werden im Rahmen der Kampagne Impulse für die Vernetzung der beteiligten Unternehmen mit den Pflege- und Wohnberatungsstellen gesetzt und der Prozess moderiert und koordiniert. Beispielsweise wurde angeregt, dass regionale Pflegeberatungsstellen sich in Personalversammlungen vorstellen oder Beratungstermine

in den Unternehmen anbieten. Entsprechende Initiativen zu ergreifen, die an-gestoßenen Maßnahmen nachhaltig zu verankern und Impulse für weitere, auch unkonventionelle Allianzen, Kooperationen und Lösungsansätze zu geben, ist eine große Herausforderung. Kommunen sollten das Thema auf der Agenda behalten oder es darauf setzen. Dabei kann auch kommunale Wirtschaftsförderung einen wichtigen Beitrag leisten, wenn die Vereinbarkeit von Beruf und Familie als harter Standortfaktor und Instrument zur Fachkräftesicherung positioniert wird.

Von zentraler Bedeutung ist es, die Expertise der pflegenden Beschäftigten einzubeziehen, denn sie sind die Expert*innen, die sowohl die internen Abläufe am Arbeitsplatz als auch die häusliche Pflegesituation genau kennen. Beispielsweise durch eine schriftliche Befragung, können ihre Bedarfe herausgefunden und dann kommuniziert werden.

In Zusammenarbeit mit dem „Netzwerk Wiedereinstieg“, der Kampagnen-leitung beim Ennepe-Ruhr-Kreis und einer Steuerungsgruppe, in der sich auch Unternehmen engagieren, werden Ziele, Inhalte und Strategien der Kampagne festgelegt.

An der Kampagne beteiligte sowie interessierte Unternehmen und Kommunen werden eingeladen zu Veranstaltungen, Austauschtreffen, Qualifizierungen für (Führungs-)Verantwortliche und Schlüsselpersonen in Unternehmen. Zudem gibt es mehrmals im Jahr Austausch- und Qualifizierungstreffen speziell für Pfi-gelots*innen. Das sind Ansprechpersonen pflegend Beschäftigter in den Unter-nehmen, die die wichtigsten rechtlichen Rahmenbedingungen, regionalen Hilfe-strukturen und Unterstützungsangebote im Unternehmen beziehungsweise der Kommune kennen und ihre Kolleg*innen entsprechend informieren und beraten. Die Schulungen vermitteln die genannten Basisqualifikationen und informieren zu-sätzlich zu speziellen Themen, die die Teilnehmenden sich wünschen, wie beispie-lsweise zu demenziellen Erkrankungen oder vorsorgenden Regelungen. Außerdem bieten sie Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch und zur Vernetzung. Sie haben sich im Laufe der Zeit zu wichtigen Unterstützungsangeboten für die Unternehmen und Behörden entwickelt. (Über-)regionale Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit halten das Thema auf der Agenda und motivieren weitere Unternehmen und Kommunen zum Engagement für eine bessere Vereinbarkeit.

4. Effektive Instrumente der Vereinbarkeit und Erfolgsfaktoren aus Kampagnenerfahrung (Schaubild 1)

- Effektive Instrumente der Vereinbarkeit sind:
 - Ansprechpersonen pflegender Beschäftigter/Pfi-gelotse*innen
 - Flexible Arbeitszeit- und organisationsregelungen
 - punktgenau Infos
 - unternehmensspezifische Lösungsangebote

- Erfolgsfaktoren:
 - Top down Prinzip, Haltung der Leitung!
 - Als „Marathon“, Daueraufgabe begreifen
 - Transparenz und Kommunikation schaffen
 - Betroffene als Expert*innen miteinbeziehen
 - Externe als Expert*innen miteinbeziehen und (sich) vernetzen, z. B. mit Wohn- und Pflegeberatungsstellen und der freien Wohlfahrtspflege

5. Studentische Praxisprojekte im Masterstudiengang GunDA

Im Rahmen des Vollzeitstudiengangs „Gesundheit und Diversity in der Arbeit“ realisierten die Studierenden ein Praxisprojekt, in dem sie mit Unternehmen oder Behörden kooperierten, die sich beispielsweise im Rahmen der oben genannten Kampagne für Vereinbarkeitslösungen engagieren. Konkret haben sie für und mit ihnen einfache betriebliche Lösungsangebote zur Vereinbarkeit entwickelt und/oder die Situation im Unternehmen untersucht.

Im Teilzeitstudiengang haben die Studierenden das Unternehmen beziehungsweise die Behörde, in dem/der sie selbst tätig sind, analysiert: im Hinblick auf Angebote zur Kombination von Beruf und Pflege und gegebenenfalls Lösungsmöglichkeiten entwickelt.

Akquiriert wurden die Unternehmen und Behörden überwiegend durch die Leiterin der Kampagne im Ennepe-Ruhr-Kreis, die Kontakte vermittelte und während des Projektzeitraums die Partner*innen begleitete.

Die teilnehmenden Unternehmen und Behörden haben jeweils eine Ansprechperson genannt und Ideen für die Projekte entwickelt. Zu Beginn des Semesters wurden diese den Studierenden präsentiert und sie konnten sich interessenorientiert zuordnen, so dass jeweils drei bis fünf Studierende eine Arbeitsgruppe bildeten und Kontakt zum Unternehmen beziehungsweise der Behörde aufnehmen konnten.

In den Jahren 2019 bis 2021 wurde diese Hochschul-Praxis-Kooperation bereits viermal erfolgreich realisiert. Auch unter den erschwerten Bedingungen der Corona-Pandemie sind digital oder telefonisch hilfreiche praktische Angebote entwickelt und umgesetzt worden. Beispielsweise wurden Flyer konzipiert mit einer Übersicht über die Angebote im Unternehmen sowie Hilfsangebote in der Region; Leitfäden mit ausführlichen Informationen zusammengestellt; Fragebögen für eine Beschäftigtenbefragung ausgewertet; Informationen für Beschäftigte für das Intranet oder die Hausmitteilung erarbeitet.

Das Projekt sollte gleichermaßen ein Erfahrungs- und Erkenntnisgewinn für die Studierenden und ein praktischer Nutzen für die Unternehmen sein. Beteiligt haben sich Unternehmen und Behörden, die ihre pflegenden Beschäftigten dabei unterstützen wollten, Arbeit und Pflege besser zu kombinieren. Im Alltag fehlen

den Unternehmen oft die Zeit oder die personellen Ressourcen, um Angebote zu entwickeln – oder gute Ideen wurden von den alltäglichen Anforderungen von der Agenda verdrängt.

Die Studierenden erhielten durch das Projekt Einblick in die Praxis von Unternehmen, Prozesse, Herausforderungen, Notwendigkeiten, Abläufe, in die Bedarfe von pflegenden Beschäftigten aber auch von Führungs- und/oder Personalverantwortlichen sowie in die Mühen des betrieblichen Alltags mit notwendigen Abstimmungsprozessen und dem Ausbalancieren unterschiedlichster Interessen und Bedarfe.

6. Fazit

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf steht schon länger im öffentlichen Fokus. Viele Unternehmen bieten ihren Beschäftigten insbesondere bezogen auf den Aspekt „Betreuung von Kindern“ gute Unterstützung an. Der Bereich „Pflege von Angehörigen“ erscheint vielfach noch als „Blindstelle“. Dabei stehen zunehmend mehr Beschäftigte vor der Herausforderung, ihre Berufstätigkeit mit der Pflege einer/eines Angehörigen zu vereinbaren. Dies passiert für viele sehr plötzlich, von „jetzt auf gleich“. Bereits heute sind knapp 50 % der Angehörigen, die zu Hause pflegen, berufstätig (Vgl. ZQP 2018).

Doch nicht nur die Beschäftigten müssen sich dieser Herausforderung stellen. Sie ist gerade auch unter dem Aspekt des Fachkräftemangels (Aufgabe der beruflichen Tätigkeit, Krankenstand etc.) ein wichtiges Thema für die Unternehmen. Einige Unternehmen haben Pflegevereinbarkeit für sich bereits als relevantes Thema erkannt (vgl. u. a. Berliner Pflegekonferenz 2019, berufundfamilie Service GmbH 2019).

In NRW gibt es über 700.000 Kleinst-, Klein- und Mittlere Unternehmen (KMU) nach EU- Definition (Vgl. Europäische Union 2015, Institut für Mittelstandsforschung 2019). Es ist davon auszugehen, dass dort viele pflegend Beschäftigte arbeiten und zum Erfolg des Unternehmens beitragen. Bisherige Erfahrungen aus dem Austausch mit relevanten Akteur*innen (z. B. Wirtschaftsförderung der Kommunen, Netzwerke zur Vereinbarkeit) lassen darauf schließen, dass gerade Kleinst- und Kleinunternehmen oft nicht über die Ressourcen verfügen, sich selbstständig mit der Pflegevereinbarkeit zu beschäftigen. Sie benötigen Strukturen und Hilfe, um ihre Beschäftigten zu unterstützen und somit auch zu halten.

In den Pflegeberatungsstellen der Kommunen oder anderer Träger wird die Lebens- und Arbeitssituation sowie Gesundheit pflegender Angehöriger eher selten thematisiert (Vgl. u. a. Diakonie Gütersloh 2019 / Stiftung Wartentest 2019). In der Mehrzahl geht es dort um die akut notwendige Unterstützung bei der Organisation einer Pflegesituation. Dabei steht die pflegebedürftige Person im

Zentrum der Beratung. Andererseits muss vermutet werden, dass nicht alle Beratenden über ein Rundum-Wissen zum Thema Pflegevereinbarkeit verfügen. Gesetzliche Regelungen sind in der Regel bekannt und darüber kann informiert werden. Ob darüberhinausgehende Informationen vermittelt werden können, hängt von den einzelnen Beratenden sowie vom Vorhandensein und der Bekanntheit regionaler Projekte und Initiativen ab.

Die Bedeutsamkeit der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf wird auf politischer Ebene seit Jahren gesehen (z. B. Pflegezeitgesetz, Familienzeitgesetz). Die EU-Vereinbarkeitsrichtlinie vom 20. Juni 2019 zwingt die deutsche Politik, die bereits erlassenen Regelungen erneut zu betrachten und die Richtlinie in deutsches Recht umzusetzen. Doch nicht nur Sozialpolitiker sehen die Brisanz des Themas für die gesamte Gesellschaft. Auch die Wirtschaftspolitik ist sich bewusst, dass die Unvereinbarkeit dem Wirtschaftsstandort Deutschland schadet. Dieses Bewusstsein zeigt sich beispielsweise in der Zusammenarbeit von Landessozialministerien mit Einrichtungen der Wirtschaft (z. B. Bildungswerk der hessischen Wirtschaft e. V.; Unternehmerverband Nord in Schleswig-Holstein) bezüglich der Umsetzung des Konzeptes der betrieblichen Pflege-Lots*innen/Pflege-Guides.

Viele pflegend Beschäftigte sehen keinen anderen Ausweg, als zu Gunsten der Pflege ihre Beschäftigung aufzugeben oder stark zu reduzieren. Dies führt oft zu akuten Geldsorgen und wirkt sich auf zukünftige Renten aus. Der Zusammenhang von Pflegevereinbarkeit und Armutsrisiko (Vgl. wir pflegen e. V. 2019; Hielscher et al. 2017) und somit zwischen Wirtschafts- und Sozialpolitik ist unübersehbar.

Die Vernetzung vorhandenen Wissens, die Generierung neuer Erkenntnisse sowie insbesondere der Transfer praktikabler und erfolgreicher Beispiele und Initiativen in möglichst viele Unternehmen und somit in das Leben der Beschäftigten, stellt jedoch eine Herausforderung dar.

Literatur

- Arbeiten-pflegen-leben.de (2019). <https://www.arbeiten-pflegen-leben.de/start.html>.
- Ahrens, R./Schneider, A. K. (2013). „Ich bin dann mal weg“ – warum sich eine familienbewusste Personalpolitik lohnt. Personal im Fokus 5.
- Berliner Pflegekonferenz (2019). <https://berliner-pflegekonferenz.de/otto-heinemann-preis/>.
- berufundpflege Service GmbH (2019). <https://www.berufundfamilie.de/>.
- Beruf und Pflege vereinbaren (2019). <http://www.berufundpflege.hessen.de/pflege-guide>.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend – BMFSFJ (2019). <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/aeltere-menschen/vereinbarkeit-von-pflege-und-beruf>.
- Diakonie Gütersloh (2019). <https://www.diakonie-guetersloh.de/leistungen/senioren/pflegeberatung/inhalte-der-pflegeberatung/>.
- Ennepe-Ruhr-Kreis, Pflegebericht 2020. https://www.enkreis.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/54_1/Pflegebericht/Pflegebericht_2020.pdf.
- Europäisches Parlament und Rat (2019). Richtlinie(EU) 2019/1158 des europäischen Parlaments und des Rates vom 20. Juni 2019 zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben für Eltern und

- pflegende Angehörige und zur Aufhebung der Richtlinie 2010/18/EU des Rates <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?qid=1572874470100&uri=CELEX:32019L1158>.
- Gerlach, I./ Schneider, H./Schneider, A. K./Quednau, A./Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik (2013). Status quo der Vereinbarkeit von Beruf und Familie in deutschen Unternehmen sowie betriebswirtschaftliche Effekte einer familienbewussten Personalpolitik. Ergebnisse einer repräsentativen Studie. Münster, Berlin und Bochum.
- Hielscher, V./Kirchen-Peters, S./Nock, L. (2017). Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. <https://www.boeckler.de/5248.htm?produkt=HBS-006597&chunk=2&jahr=2017>.
- Institut für Mittelstandsforschung Bonn (IfM Bonn) (2019): <https://www.ifm-bonn.org/statistiken/unternehmensbestand/>.
- Keck, W. (2012). Die Vereinbarkeit von häuslicher Pflege und Beruf (Studien zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft), Bern: Huber.
- Klaus, D./Tesch-Römer, C. (2014). Pflegende Angehörige und Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: Befunde aus dem Deutschen Alterssurvey 2008 (DZA-Fact Sheet).
- Stiftung Warentest (2019). <https://www.test.de/Pflegeberatung-5176061-0/>.
- Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (2019). Erster Bericht des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Berlin.
- wir pflegen e. V. (2019). Positionspapier Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. <https://www.wir-pflegen.net/addons/hilfen-im-alltag-netzwerke/vereinbarkeit-von-pflege-und-beruf>.
- Zegelin, A./Segmüller, T./Bohnet-Joschko, S. (2017). Quartiersnahe Unterstützung pflegender Angehöriger (QuartupA): Herausforderungen und Chancen für Kommunen und Pflege-Unternehmen. Strategische Überlegungen und praktische Netzwerkarbeit. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG, Hannover.
- ZQP (Zentrum für Qualität in der Pflege) (2018). Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. <https://www.zqp.de/portfolio/beruf-pflege-unternehmen/>.

Fluchtmigration – Demenz – Care Arbeit: Zur Integration von Menschen mit jüngerer Migrationsgeschichte in den deutschen Pflege- und Gesundheitssektor

David Johannes Berchem, Christiane Falge, Tanja Segmüller

Zusammenfassung

Worin liegen die Herausforderungen beim Integrationsprozess von Geflüchteten in den Pflege- und Gesundheitssektor begründet? Hervorgehend aus den Daten einer wissenschaftlichen Begleitung des Projektes „Asylbewerber und Flüchtlinge als Potentialträger in Deutschland – ein Modellentwurf im Sozialwesen“ im St. Augustinus Memory Zentrum in Neuss durch die Hochschule für Gesundheit in Bochum, werden in diesem Beitrag die Problematiken der interkulturellen Öffnung analysiert. Dabei rücken das Tragen eines Kopftuches, die Subjektivierung von Care-Praktiken und das Wechselverhältnis von Gender, Pflege und Migration in den Mittelpunkt der Argumentation. Basierend auf den Forschungsergebnissen und im Hinblick auf die zunehmende Heterogenisierung von Pflegeeinrichtungen, erfolgt die Handlungsempfehlung zur Einrichtung einer Stelle für Diversity Management. Auf diese Weise soll einerseits xenophoben Orientierungen, rassistischen Vorurteilen, sozialen Schließungstendenzen entgegengewirkt und andererseits auf eine langfristige Sensibilisierung für ein couragiertes Eintreten für Menschlichkeit, Offenheit und Toleranz hingewirkt werden.

Abstract

What are the challenges when it comes to the integration of refugees into the healthcare sector? Based on the results from the scientific advisory board of the university of applied sciences Bochum for the project „Asylumseekers and refugees as high potential staff – a model design for social affairs“, at the St. Augustinus Memory Centre in Neuss this article discusses the problems arising in the context of an intercultural aperture with specific attention to the issues of headscarf, the subjectivation of care practices and the connection between gender and caregiving. Based on the research results and with regard to an increasing heterogenisation of care institutions the authors urgently recommend the establishment of a diversity management position. The implementation of these recommendations, it is argued

would on the one side counter xenophobic orientations, racist prejudice and tendencies for social exclusion and on the other side promote long-term sensitization of a courageous support for humanity, openness and tolerance.

1. Einleitung

Integration wird aus einer wissenschaftlichen Warte als multipler Prozess der Eingliederung von Minoritäten zur Teilhabe an den Strukturen und Ressourcen einer Mehrheitsgesellschaft definiert (Treibel 2015, S. 35 f.). Ohne Zweifel kann konstatiert werden, dass dieser auf Wechselseitigkeit ausgerichtete Prozess zu den wichtigsten Zukunftsaufgaben in Deutschland gehört. In allen Lebensbereichen und gesellschaftlichen Stratifizierungen zählt die Integration von Geflüchteten seit den Zuwanderungsdynamiken im Jahr 2015 zu den zentralsten gesellschaftlichen Herausforderungen (Treiber 2019).

Von der dauerhaften Entwicklung von Kontakt- und Aushandlungsarenen, in denen Migrant*innen, Menschen mit Migrationshintergrund und Einheimische konfliktiv Fragen der Zugehörigkeit aushandeln (El-Mafaalani 2018), im Dialog voneinander lernen, Differenzen überwinden und eine reziproke Anpassung als gemeinschaftliches Ziel formulieren, kann und will sich auch der Gesundheits- und Pflegesektor nicht verschließen. Bei zahlreichen Einrichtungen ist aus diversen Motivlagen heraus die Notwendigkeit zu erkennen, Menschen mit jüngster Fluchtbiografie eine soziale und kulturelle Teilhabe zu ermöglichen.

In diesem Beitrag wird ein Integrationsprojekt für Geflüchtete im Mittelpunkt der Auseinandersetzung stehen, in dem diese gesellschaftlichen Herausforderungen zusammengeführt und praxisnah gelöst werden. Im Fokus steht das im St. Augustinus Memory Zentrum in Neuss verortete Projekt „Asylbewerber und Flüchtlinge als Potentialträger in Deutschland – ein Modellentwurf im Sozialwesen“, das vom Bundesministerium für Gesundheit von 2017 bis 2020 gefördert wurde. Den Autor*innen dieses Beitrags oblag die wissenschaftliche Begleitung dieses Integrationsprojektes. Die Erkenntnisse dieser Forschung mündeten in einen Evaluationsbericht, der in erster Linie der kritischen Reflexion und Analyse der projektrelevanten Organisations- und Prozessstrukturen diene. Eine der wesentlichen Zielformulierungen dieser interdisziplinär und transsektoral ausgerichteten Untersuchung bestand darin, aus den Evidenzen konkrete Handlungsempfehlungen und Optimierungsvorschläge zur Verstetigung der Projektinhalte abzuleiten.

2. Das Integrationsprojekt für Geflüchtete

Die Struktur des Gesamtprojektes weist mit *Elderly Care* und *Care in a Cultural Context* zwei sich wechselseitig bedingende Teilvorhaben auf. Der

Ausgangspunkt von *Elderly Care* wird von drei gesellschaftlichen Realitäten beeinflusst:

1. dem eklatanten Fachkräftemangel im Pflege- und Gesundheitssektor;
2. einer älter werdenden Gesellschaft in Deutschland sowie die mit diesen demografischen Dynamiken verbundenen Folgeerscheinungen;
3. der Zunahme an zu qualifizierenden und integrierenden Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrungen.

Elderly Care versteht sich als Qualifizierungsmaßnahme für Asylbewerber*innen und Geflüchtete. Dieses Teilprojekt kombiniert theoretische und praktische Komponenten und wird nach 3-monatiger Kursdauer mit einem Zertifikat abgeschlossen, das den Teilnehmenden dokumentiert, dass sie „Alltagsbegleiter für Menschen mit Demenz“ (§ 45 SGB XI) sind. Das übergreifende Ziel besteht darin, die Geflüchteten nachhaltig zu sensibilisieren für eine unmittelbar an diese erste Graduierung anschließende Weiterqualifizierung im Pflege- und Gesundheitssektor.

In den ersten 2 Monaten durchlaufen die Kursteilnehmer*innen modularisierte Unterrichtseinheiten, in denen sowohl berufsbezogene Sprachkenntnisse als auch theoretisches und praktisches Grundwissen aus dem Pflegeberuf vermittelt werden. Nach dieser theoretischen Schulung wechseln die Teilnehmer*innen des Integrationsprojektes in die Praxis. In diesen Einheiten, die die Geflüchteten in den unterschiedlichen Abteilungen des St. Augustinus Memory Zentrums absolvieren, liegt der Lernschwerpunkt auf der Generierung von praktischen Wissens- und Erfahrungswerten. Während der Praktika werden die Migrant*innen individuell von Mentor*innen betreut. Ausgangspunkt für dieses Betreuungsverhältnis ist die Sicherstellung der Lerneffekte und die Minimierung der Fehlerquote in diesem von Effizienz und fachlicher Handlungsprofessionalität geprägten Arbeitsumfeld.

Care in a Cultural Context ist das zweite Teilprojekt, das zeitlich parallel zu *Elderly Care* realisiert wird und eine direkte Verzahnung mit der Geflüchtetenintegration aufweist. Es trägt als Qualifizierungsbaustein dazu bei, die Organisationsstruktur und die hausinternen Arbeitskulturen zugunsten von mehr Offenheit gegenüber kultureller Vielfalt und unterschiedlichen Heterogenitätsdimensionen zu entwickeln (Fereidooni/Zioli 2016). Die Mitarbeiter*innenschaft des Demenzzentrums wird für den interkulturellen Arbeitsalltag sensibilisiert und auf den Umgang mit fremdkulturellen Erfahrungen aufmerksam gemacht. Intendiert wird eine Schärfung von Wissensressourcen über eine antidiskriminierende und vorurteilsfreie Arbeitsorientierung, um eine chancengleiche Teilhabe aller Mitarbeiter*innen am Arbeitsplatz zu gewährleisten. Bei *Care in a Cultural Context* werden Integration, interkulturelle Kommunikation und Diversity Management als wechselseitige Prozesse bei der Neuausrichtung organisationaler Strukturen betrachtet. Im Mittelpunkt steht

hierbei die Konsolidierung und Verstetigung von Diversity- und Empowerment-Strategien sowie die Wertschätzung der Pluralität innerhalb der Belegschaftskultur. Die Reduktion von Diskriminierungseffekten, die Abschwächung von subjektiv wahrgenommenen Benachteiligungserfahrungen und der Abbau von Kulturalisierungsphänomenen werden in der Institution als ein Querschnittsthema definiert.

3. Herausforderungen und Handlungsfelder im Projektverlauf

Die in den folgenden drei Unterkapiteln exemplarisch vorgestellten Herausforderungen, Handlungsfelder und Prozessstrukturen des Integrationsprojektes stellen einen kleinen Ausschnitt aus den empirischen Erkenntnissen der Projektforschung dar.

3.1 Interkulturelle Öffnung und Kopftuch

Kopftuchtragende Musliminnen sind in der politischen und medialen Auseinandersetzung kontinuierlich Ausgangspunkt für Debatten über Integration, Multikulturalismus und die Grenzen einer offenen und pluralen Gesellschaft. In einer Gesellschaft, in der eine deutliche Zunahme islamophober Einstellungen und antimuslimischer Denkmuster zu beobachten ist, wird das Stück Stoff nicht selten instrumentalisiert als ein politisches und symbolisches Zeichen, das sinnbildlich für die Unterdrückung der Frau, die vorgebliche Rückständigkeit des Islams und patriarchalische Geschlechterverhältnisse steht. Die konträr zur Hegemonialgemeinschaft erzeugte Fremdheit wird als kulturelle Ausgrenzungskategorie verwendet, die einen unzeitgemäßen Umgang mit Mehrfachzugehörigkeiten und Bindestrich-Identitäten erkennen lässt.

Kopftuchtragende Kursteilnehmerinnen mit muslimischer Religionszugehörigkeit stellen auch das Integrationsprojekt vor einige Herausforderungen, die in erster Linie dem hausinternen Regelwerk der christlichen Trägergruppe geschuldet sind, das nur Ordensschwwestern das Tragen einer Kopfbedeckung gestattet. Während der Rekrutierungsgespräche werden Frauen mit Kopftuch, die Teilnahmeambitionen zeigen, auf dieses Regularium hingewiesen. Spätestens vor dem Beginn des Praxiseinsatzes ist das Ablegen des Kopftuches oder die Wahl einer anderen Bindeform eine unabdingbare Notwendigkeit. Zu Beginn der Qualifizierungsmaßnahme stellt das Tragen des Kopftuches in den Seminarräumen kein Problem dar. In der Praxis ist es aber sehr wohl eines. Nachdem eine Kandidatin bereits einen Großteil der theoretischen Unterrichtseinheiten in den ersten drei Monaten absolviert hatte, wurde sie angesichts des bevorstehenden Praktikumsbeginns von der Projektleitung auf das bestehende Regelwerk

hingewiesen. Die Kandidatin konnte sich für das Ablegen des Kopftuches beim Praxiseinsatz entscheiden und damit ihre Ausbildung weiterführen. Falls dies nicht infrage kommen sollte, würde sie von der Qualifizierungsmaßnahme ohne Erlangung des Zertifikats freigestellt.

Um diese Situation kommunikativ zu lösen, fanden mehrere Gespräche zwischen der Projektleitung und der Teilnehmerin statt. Der Projektleitung blieb in dieser Situation aber recht wenig Verhandlungsspielraum, weil die Richtlinien der St. Augustinus Gruppe für das Projekt nicht außer Kraft gesetzt werden durften. Ein Entgegenkommen seitens der Projektleitung war in Sachen Kopftuch insofern nicht möglich, auch wenn im Projektverlauf durchaus des Öfteren kreative Lösungen gefunden wurden. Die Projektleitung, die sich gegenüber den betrieblichen Richtlinien ihres Arbeitgebers in der Verpflichtung sah, verdeutlichte bei der Legitimation ihrer Entscheidung die Wechselseitigkeit beim Integrationsprozess. Die von beiden Seiten vertretenen Standpunkte führten dazu, dass die Teilnehmerin den Kurs frühzeitig verlassen musste. Die Projektleitung unternahm jedoch einige Anstrengungen, um die Teilnehmerin in eine Qualifizierungsmaßnahme einer anderen Trägergruppe zu vermitteln, deren Statuten keine Richtlinien zur Ausgrenzung kopftuchtragender Musliminnen aufweisen.

Für den nachhaltigen Umgang mit muslimischen Kopftuchträgerinnen und die diversitätsbewusste Öffnung des Demenzzentrums bedarf es struktureller Transformationsprozesse seitens der Konzernführung, die mit der Revision dieser Richtlinie einen Gegenpol zum Ausschluss von Minoritäten aus öffentlichen Arbeits- und Lebensbereichen schaffen würde. Gleichzeitig würde die Institution den Willen erkennen lassen, eine selbstkritische Auseinandersetzung über asymmetrische Machtverhältnisse und Formen der antimuslimischen Diskriminierung und Stigmatisierung im Pflege- und Gesundheitssektor zu führen (Talhout 2019, S. 12). Den hier erkennbaren gesellschaftlichen Schließungstendenzen und Ausgrenzungsdynamiken muss aktiv entgegengetreten werden, da eine Öffnung der Institution entlang der Qualitätskriterien der Vielfalt nicht an der vestimentären Identität der zukünftigen Pflegefachkräfte scheitern darf.

3.2 Subjektivierung von Care-Praktiken

In ihrer Untersuchung konnte Petra Schweiger zeigen, dass neben den bekannten Pflegetheorien insbesondere die subjektivierten Arbeitsstile der einzelnen Pflegekräfte zu einer Ausdifferenzierung und Heterogenisierung der pflegerischen Praxis führen (Schweiger 2011, S. 18 u. 63 ff.). Mit Rekurs auf die Untersuchungen von Dagmar Domenig über die transkulturellen „Pflegepraktiken“ muss auch von einem migrationsbedingten Transfer eines Wissens über „gute Pflege“ vonseiten der Geflüchteten ausgegangen werden (Domenig 2007, S. 172 ff.). Während der Qualifizierungsmaßnahme *Elderly Care* treffen nun unterschiedliche

Wissensressourcen im Hinblick auf Pflegepraxis sowie Gesundheit und Heilung aufeinander. Dabei muss in diesem Zusammenhang festgestellt werden, dass bei den Geflüchteten in aller Regel keine Kenntnisse über das deutsche Pflegesystem und die praktizierte Prozesspflege vorhanden sind. Untersuchungen haben zudem gezeigt, dass Migrant*innen weitestgehend „falsche“ Vorstellungen von einem beruflichen Tätigkeitsspektrum und einem praktischen Anforderungsprofil in der Pflegepraxis in Deutschland haben (Boeder/Dieterich/Slotala 2018, S. 61). Zumeist führen solche „falschen“ Annahmen über den Pflegeberuf und ein pluralisiertes Verständnis von Gesundheit und Kranksein zu Problemen und Irritationen.

Religiöse und kulturelle Konventionen der Geflüchteten können sich ebenfalls für die pflegerische Basisversorgung als hinderlich erweisen. Ein Geflüchteter aus Bangladesch berichtete in einem informellen Gespräch, dass er gleich am ersten Tag seines Praxiseinsatzes mit seiner Mentorin eine bettlägerige Frau entkleiden und waschen musste. Aufgrund seiner Sozialisation in einem mehrheitlich muslimisch geprägten Land besaß er zunächst große Berührungängste und Hemmnisse. Weitere Beispiele dafür zeigten sich im Zuge der teilnehmenden Beobachtung in den beiden Wohnbereichen, als zwei männliche Kursteilnehmer aus zwei unterschiedlichen Herkunftsländern bei ihrem Praktikum begleitet wurden. An den ersten beiden Tagen erfolgte die Gestaltung des Arbeitsalltags mit einem Geflüchteten aus Guinea, der keine Zugangsschwierigkeiten zu den an ihn herangetragenen Tätigkeiten aufwies und gemeinsam mit seinem Mentor grundpflegerische Arbeitsschritte durchführte. Nach einem Wechsel des Wohnbereiches erfolgte die teilnehmende Beobachtung mit einem Kursteilnehmer aus Syrien. In einem Gespräch mit der leitungsbefugten Pflegefachkraft wies diese darauf hin, dass sich der Praktikant gleich zu Beginn seines Arbeitseinsatzes gegen die Durchführung grundpflegerischer Tätigkeiten ausgesprochen hatte. Als Legitimation wurden religiöse, kulturelle und hygienische Gründe von ihm ins Feld geführt. Weil die Stammebelegschaft des St. Augustinus Memory Zentrums von der Annahme ausging, dass die an der Integration in den Pflege- und Gesundheitssektor interessierten Geflüchteten in allen Arbeitsbereichen einsetzbar seien, waren diese und ähnliche Entscheidungen der Migrant*innen eine Quelle für Frustration, Verärgerung und Demotivation beim Stammpersonal. Dennoch musste die Projektleitung mit der Initiierung von Mediationsgesprächen auf diese Subjektivierungen von Care-Praktiken, die transkulturelle Handlungsroutinen, Fähigkeiten, Arbeitsstile, Kompetenzen und Bedeutungszuschreibungen beinhalten, adäquat reagieren. Nach Absprache sowohl mit dem Kursteilnehmer als auch mit dem Mentor, kam es zu einer Änderung des ursprünglichen Tätigkeitsspektrums. Der Teilnehmer war nach der Unterredung verantwortlich für soziale Aufgaben, die den Bedürfnissen der Bewohner*innen nach geselliger Interaktion und Kommunikation Rechnung trugen. Um die hier ersichtlich werdenden Subjektivierungen von Care-Arbeit und die diversen

Pflegepraktiken der Migrant*innen bei der Verstetigung des Integrationsprojektes besser zu verstehen und optimaler steuern zu können, muss sowohl bei den Rekrutierungsgesprächen als auch bei den Theorieeinheiten das Berufsverständnis deutlich konturiert werden. Vor allem bei den theoretischen Schulungen vor dem Praktikum sind praxisbezogene Übungen zentral, die möglichst unter pflegerischen Echtzeitbedingungen durchgeführt werden sollten.

3.3 Gender, Pflege und globale Versorgungsketten

Dass weibliche Beschäftigte im deutschen Pflegesektor mit 85% im Vergleich zu den männlichen Angestellten deutlich überproportional vertreten sind, ist verschiedenen Faktoren geschuldet (Lobenstein 2017, S. 25). Vor allem sind es die traditionellen Wissensbestände über die vermeintlich geschlechtsspezifischen Rollenverteilungen innerhalb einer Gesellschaft. Diese besagen, dass Frauen in der Regel für die „drei C-Tätigkeiten“ (*care, cook, clean*) verantwortlich seien (Schwarz 2015, S. 7; Dammayr 2019, S. 127). Insbesondere bei Pflegetätigkeiten wird diese geschlechtsspezifische Arbeitsteilung revitalisiert (Metz-Göckel/Münst/Kalwa al. 2010, S. 185). Reproduktive Arbeit und emotionale Care-Arbeit werden also als quasinatürliche und als Frauen wesenseigene Betätigungsfelder betrachtet. Die Gender- und Migrationsforschung erbrachte den Beweis, dass für die Care-Arbeit im Bereich „Altenpflege“ gerne Migrantinnen nachgefragt werden. Die Sichtweisen auf die Migrantinnen sind geprägt von geschlechtsspezifischen Attributionen und ethnischen Zuschreibungen, die besagen, dass Migrantinnen vermeintlich geeignete Talente für die Pflegearbeit besitzen würden. Die Folge ist eine Retraditionalisierung dichotomer Geschlechterrollen und eine Persistenz der weiblichen Codierung von Care-Arbeit.

In den Interviews mit den weiblichen Geflüchteten entwickelten diese Narrative, über die sie ihr hohes Engagement bei den Beziehungs- und Fürsorgetätigkeiten zu legitimieren suchten. Die weiblichen Kursteilnehmerinnen führten in ihren Erzählungen aus, dass sie aufgrund ihrer Fluchtmigration Familienangehörige im Heimatland zurückgelassen hätten, für deren Fürsorge und Pflege sie verantwortlich gewesen seien. Auch in einem Großteil der Herkunftsländer bestehen gesellschaftlich kondensierte und kulturell imprägnierte Konventionen, die die Erbringung emotionalisierter Care-Tätigkeiten im Verantwortungsbereich der Frauen lokalisieren.

Gerade weil die Pflege- und Fürsorgearbeit der Familienmitglieder im Heimatland nun von Drittpersonen kompensiert werden muss, beeinträchtigt diese bedrückend wirkende Situation den Alltag der Frauen in Deutschland. Das fernabwesende *doing family* aus der geografischen und emotionalen Distanz (Liebelt 2015) erzeugt bei den weiblichen Geflüchteten nicht nur Gefühle wie Schuld und Reue, sondern bedingt ferner die Herausbildung einer

handlungsleitenden Bestrebung, das nun aufgrund der fluchtbedingten Wanderungsbewegung im Herkunftskontext fehlende Engagement bei der Pflege- und Fürsorgearbeit auf die Bewohner*innen des Demenzzentrums in Neuss zu übertragen. Die weiblichen Geflüchteten verbalisierten in informellen Gesprächen die Hoffnung, dass sich die Drittpersonen im Herkunftsland genauso aufopferungsvoll um ihre zurückgelassenen Familienangehörigen kümmern werden, wie sie sich um die betagten Menschen in Neuss sorgen.

Diese migrationsimmanente Konstellation veranschaulicht zwei Aspekte: Zum Ersten betrachten die weiblichen Geflüchteten ihre Fernabwesenheit als Ansporn für die zu verrichtende Care-Arbeit in Deutschland, da sie ihre eigenen Verpflichtungen im Herkunftsland durch einen emotionalen Mehraufwand kompensieren möchten. Zum Zweiten werden die pflegebedürftigen und demenziell erkrankten Bewohner*innen des Demenzzentrums durch die Care-Arbeit der weiblichen Migrantinnen integriert in ein transnationales und emotionales Versorgungsnetzwerk. In diesem transnationalen Netzwerk lassen sich im Hinblick auf Fürsorge- und Pfl egetätigkeiten unterschiedliche reziproke Interdependenzen erkennen (Parreñas 2001, S. 109 ff.), die eine globale Verlagerung von Care-Praktiken bedingen, die in erster Linie von Frauen erbracht werden. Diese Prozesse nahm die Soziologin Arlie Russell Hochschild als Grundlage zur Entwicklung des Konzeptes der „Globalen Betreuungsketten“ (Hochschild 2001, S. 158 ff.). Der Mehrwert an Liebe und Emotionen bei der Pflege der Bedürftigen in der Ferne wird hier verstanden als eine Kompensation der familiären Verantwortlichkeiten, die im temporär oder dauerhaft zurückgelassenen Herkunftskontext aufgrund der fluchtbedingten Fernabwesenheit nicht eigenständig verrichtet werden können. Die Liebe und Fürsorge, die ein weibliches Familienmitglied ihren direkten Angehörigen in der Heimat nicht durch persönliche Care-Arbeit zuteilwerden lassen kann, verschiebt sich auf die pflegebedürftigen Menschen im St. Augustinus Memory Zentrum. Die Potentiale und Wirkungslogiken, die angesichts dieser *global care chains* bei den weiblichen Care-Tätigkeiten freigesetzt werden, beeinflussen die Qualifizierungs- und Graduierungschancen der geflüchteten Frauen im deutschen Pflege- und Gesundheitssektor nachhaltig positiv.

4. Handlungsempfehlungen und Fazit

Im Rahmen der Evaluationsforschung wurde deutlich, dass die organisationsinterne Schaffung einer Mitarbeiter*innenstelle für Diversity Management das Gebot der Stunde ist. Die Etablierung einer Fachstelle bzw. einer Ansprechperson für Diversity Management würde für beide Teilprojekte zahlreiche Vorteile mit sich bringen. Zu einem zentralen organisationalen Betätigungsfeld bei der Etablierung von diversitätssensitiven Strukturen sowie Denk- und Handlungsweisen gehörten zunächst der Abbau von xenophoben Orientierungen,

rassistischen Vorurteilen, sozialen Schließungstendenzen einerseits und die langfristige Sensibilisierung für ein couragiertes Eintreten für Menschlichkeit, Offenheit und Toleranz in einer pluralen Gesellschaft andererseits. Der/die Diversity Manager*in sollte sowohl durch unterschiedlichste präventive Angebote als auch durch individuelle Prozessbegleitungen bei allen Mitarbeiter*innen des St. Augustinus Memory Zentrums die Herausbildung von Empathie, den Abbau von Vorurteilen, Stereotypen und Ressentiments sowie ein Wissen über die potentiellen Herausforderungen und Gefahrenlagen in einem Berufsfeld fördern, das durch intersektional wirkende Diversitätsfaktoren wie Geschlecht, Religion, Herkunft, Hautfarbe, Alter, Sprache, sozioökonomischer Status, Behinderung und sexuelle Orientierung geprägt ist.

Das von der Fachstelle Diversity Management offerierte Leistungsspektrum trüge zunächst ganz allgemein gesprochen zur Entfaltung und zur Implementierung einer „wertschätzenden *Grundhaltung* und Offenheit gegenüber Vielfalt“ (Fitzgerald 2010, S. 118, kursiv im Original) innerhalb der Organisationsstruktur bei. Zu den zentralen Aufgaben im Bereich Diversity Management und der diversitätsbewussten Organisationsentwicklung gehörte ferner die Festigung einer Wertebasis im Sinne einer verbindlichen Corporate Identity, die Ambiguitätstoleranz fördert, zum Perspektivenwechsel animiert und eine empathische Akzeptanz gegenüber diversen Ungleichheitsdimensionen etabliert. Die auf Dialog sowie hierarchieübergreifende Partizipation ausgerichtete Entwicklung einer derartigen Corporate Identity kann nur dann gewährleistet werden, wenn Fortbildungsprogramme sowie Bildungs- und Aufklärungsangebote für alle Mitarbeiter*innen der Pflege- und Gesundheitsinstitution weiterhin zur Verfügung gestellt werden.

Die Fachstelle Diversity Management wird des Weiteren mit der Problematik konfrontiert sein, in einem von unterschiedlichen Dynamiken charakterisierten Pflegesektor (Bsp. Kostendruck, Arbeits- und Zeitverdichtung, Taylorisierung, Fluktuationsraten, prekäres Arbeitsklima) eine Stärkung des immateriellen Wertes „Vielfalt“ zu organisieren. Die Förderung einer Sensibilität der Angestellten gegenüber „Vielfalt“ könnte zu einer vertrauensvollen und motivierenden Arbeitszufriedenheit in der Pflege führen. Dieses Mehr an Wissen über die unterschiedlichen Diversitätsdimensionen und der Zugewinn an interkulturellen Kompetenzen gewährleistet innerhalb der Teamstruktur darüber hinaus mehr emotionale Wertschätzung und Handlungssicherheit. Faktoren wie „kollektive Rücksichtnahme, Geduld, gegenseitige Hilfestellung und Ermutigungen bei bestehenden Schwierigkeiten“ sowie das „Entwickeln gemeinsamer Lösungsstrategien“ (Berg et al. 2018, S. 63) wirken sich automatisch auch auf die Qualität der pflegerischen Tätigkeiten im Arbeitsalltag aus. Dieses Instrument der organisationalen Präventionskultur könnte den „soziale[n] Fit“ (Fitzgerald 2010, S. 116) der Belegschaftsstruktur integrativer und partizipativer gestalten helfen, indem u. a. auf den Ressourcenreichtum durch Vielfalt sowie die dadurch erreichte erhöhte Kreativität bei der Lösungsfindung hingewiesen wird.

Literatur

- Berg, T. et al. (2018): Erfolgreiche und nachhaltige Integration zugewanderter Menschen in der Pflege. In: Die Schwester. Der Pfleger. Fachzeitschrift für die Pflege 57, H. 1, S. 60-63.
- Boeder, B./Dieterich, J./Slotala, L. (2018): „Und jetzt soll ich waschen?“ Pädagogische Herausforderungen der Arbeitsmigration von Pflegekräften. In: Padua. Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, Patientenedukation und -bildung 13, H. 1, S. 57-64.
- Dammayr, M. (2019): Legitime Leistungspolitiken? Leistung, Gerechtigkeit und Kritik in der Altenpflege. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Domenig, D. (2007): Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In: Domenig, D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. 2., völlig überarbeitete Auflage. Bern: Huber, S. 165-189.
- El-Mafaalani, A. (2018): Das Integrationsparadox. Warum gelungene Integration zu mehr Konflikten führt. 2. Auflage. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Fereidooni, K./Zeoli, A. P. (Hrsg.) (2016): Managing Diversity. Die diversitätsbewusste Ausrichtung des Bildungs- und Kulturwesens, der Wirtschaft und der Verwaltung. Wiesbaden: Springer VS.
- Fitzgerald, A. (2010): Diversity und Sozialkapital der Krankenhäuser. In: Badura, B./Schröder, H./Klose, J. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2010. Vielfalt managen: Gesundheit fördern – Potenziale nutzen. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Berlin und Heidelberg: Springer, S. 111-120.
- Hochschild, A. R. (2001): Globale Betreuungsketten und emotionaler Mehrwert. In: Hutton, W./Giddens, A. (Hrsg.). Die Zukunft des globalen Kapitalismus. Frankfurt am Main: Campus, S. 157-176.
- Liebelt, C. (2015): The Gift of Care: On Filipina Domestic Workers and Transnational Cycles of Care. In: Drotbohm, H./Alber, E. (Hrsg.): Anthropological Perspectives on Care. Work, Kinship and the Life-Course. New York: Palgrave Macmillan, S. 23-45.
- Lobenstein, C. (2017): Warum verdient Frau Noe nicht mehr? In: Die Zeit 51, S. 25-26.
- Metz-Göckel, S./Münst, A. S./Kałwa, D. (2010): Migration als Ressource. Zur Pendelmigration polnischer Frauen in Privathaushalten der Bundesrepublik. Opladen: Budrich.
- Parreñas, R. S. (2001): Servants of Globalization. Women, Migration and Domestic Work. Stanford: Stanford University Press.
- Schwarz, J. S. (2015): Globalisierte(s) Sorgen: „24-Stunden-Pflege“ und Transnationale Care Work. München: Herbert Utz.
- Schweiger, P. (2011): „Wir haben zwar Geduld, aber keine Zeit“. Eine Ethnografie subjektiver Arbeitsstile in der ökonomisierten Altenpflege. München: Herbert Utz.
- Talhout, L. J. (2019): Muslimische Frauen und Männer in Deutschland. Eine empirische Studie zu gesellschaftsspezifischen Diskriminierungserfahrungen. Wiesbaden: Springer VS.
- Treibel, A. (2015): Integriert Euch! Plädoyer für ein selbstbewusstes Einwanderungsland. Frankfurt am Main: Campus.
- Treiber, M. (2019): Ethnologie und Flüchtlingsarbeit – soft skills, hard facts und das Ding mit der Kultur. In: Klocke-Daffa, S. (Hrsg.): Angewandte Ethnologie. Perspektiven einer anwendungsorientierten Wissenschaft. Wiesbaden: Springer VS, S. 365-377.

Innovationsräume für die partizipative Entwicklung digitaler nutzer*innenzentrierter Anwendungen

Wolfgang Deiters, Pascal Höcker, Alina Napetschnig, Lisa Preissner

Zusammenfassung

Digitale Gesundheitsanwendungen können positive Aspekte für die gesundheitliche Versorgung haben. Entscheidend für deren Akzeptanz sind Nutzen und Nützlichkeit, die in einer partizipativen Entwicklung gesteigert werden können. In diesem Artikel werden Innovationsräume als Beitrag für eine solche nutzer*innenorientierte partizipative Entwicklung diskutiert.

Abstract

Digital health applications are seen as a means for improving health and care support. Usefulness of these tools heavily determines whether end users accept or do not accept the applications. Participation of users in the development has a considerable effect on the acceptance. In this paper innovation spaces are discussed as a building block for supporting participatory design and development of user oriented digital health applications.

1. Einführung in Digital Health: Nutzer*innenorientierung in der Versorgungsgestaltung

Die Digitalisierung hat inzwischen nahezu alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens durchdrungen und bestimmt heute soziale Kommunikation, Lebensführung (z.B. Einkaufen, Geldgeschäfte, Reiseorganisation) und berufliche Tätigkeiten. Mit einem zeitlichen Verzug ist das Thema auch für die Bereiche Gesundheit und Pflege in den Fokus gerückt (vgl. Hanika 2019, S. 74).

Eine Digitalisierung des Gesundheitswesens (digital health) gilt mittlerweile als Grundvoraussetzung für die Aufrechterhaltung einer effektiven Gesundheitsversorgung unter dem Blickwinkel von Kosten- und Qualitätssteigerung, Fachkräftemangel und demographischem Wandel. Über die Einführung

einer Telematik-Infrastruktur mit zugehörigen Diensten wie elektronischer Patient*innenakte, elektronischem Rezept, elektronischem Medikationsplan etc. wird in naher Zukunft ein durchgängiger Informationsfluss für die Verbesserung einer intersektoralen Versorgung möglich. Technische Assistenzsysteme versprechen eine längere selbständige Lebensführung oft bis ins hohe Alter (vgl. Hank et al. 2019, S. 213). Digitale Kranken- und Pflegedokumentationen können die Qualität der Versorgung steigern; Gesundheits-Apps können Prävention und Therapie positiv beeinflussen. Elektronische Entscheidungsunterstützungssysteme können Gesundheitsdaten, wie z.B. radiologische Daten analysieren, Auffälligkeiten erkennen und Massendatenverarbeitung (wie etwa bei Screeningverfahren) überhaupt erst ermöglichen.

Die Diskussion der Vorteile von digital health ist umfangreich, doch gerade sind auch eine Vielfalt von potentiellen Gefahren zu sehen und zu vermeiden. Einige Beispiele für Fragen und Herausforderungen lauten: Führen digitale Anwendungen zum*zur gläsernen Bürger*in, der*die aufgrund seiner*ihrer Transparenz in puncto Gesundheit möglicherweise benachteiligt wird? Weisen digitale Anwendungen Funktionalitäten auf, die von den betroffenen Nutzenden auch wirklich gewünscht werden oder werden sie in einem Entwurfsprozess von Dritten mit möglicherweise falschen Vorstellungen der Nutzenden gestaltet? Überträgt sich ein digital divide auch auf den Bereich des digital health, sodass eine Zwei-Klassen-Medizin entsteht oder vergrößert wird? Berücksichtigt digital health die Vielfalt in der Gesellschaft oder kann es vorkommen, dass algorithmische Entscheidungsunterstützungen auf der Basis von Daten spezifischer Zielgruppen getroffen werden und dann unzulässig auf andere Gruppen übertragen werden (algorithmic bias)?

Um den (Mehr-)Wert neuer digitaler Systeme erkennen, sie in ihrer Bedeutung bewerten und dann auch geeignet gestalten zu können, bedarf es einer Analyse verschiedener Faktoren. Zentral aus der Sicht von Community Health ist die Ausrichtung auf die nutzende Person, in ihrer Rolle als Zugehörige zu einer Community (etwa Ethnie, Altersgruppe, Behinderung, Quartierszugehörigkeit), insbesondere aber auch in ihrer Individualität. Was wollen Nutzende und wie sollen aus ihrer Sicht Systeme unter Abwägung der oben teilweise aufgeführten Vor- und Nachteile digitaler Systeme gestaltet werden? Diese Fragen können nur in Zusammenarbeit mit den Nutzenden geklärt werden.

Der folgende Beitrag diskutiert Fragestellungen der nutzer*innenorientierten Gestaltung digitaler Anwendungen für die gesundheitliche Versorgung. Dazu sollen zunächst Kriterien der Akzeptanz von Systemen und deren partizipative Gestaltung betrachtet werden. Auf dieser Basis werden Innovationsräume für die partizipative Entwicklung digitaler nutzer*innenzentrierter Anwendungen, vorgestellt. In einer darauffolgenden Diskussion wird über konkrete Erfahrungen

aus der Nutzung solcher Innovationsräume in konkreten Forschungsprojekten berichtet.

2. Methoden und Modelle zu Akzeptanz und Partizipation

Die Einführung neuer Technologien geschieht häufig als Pilotanwendung, sodass sich zunächst eine kleine Nutzer*innengruppe damit auseinandersetzt (vgl. Tegtmeier et al. 2019, S. 2). Es existieren in diesem Zusammenhang verschiedene Akzeptanzmodelle, die entscheidende Faktoren zur Technikakzeptanz beschreiben. Sie beinhalten Faktoren, die für die Annahme bzw. Ablehnung von Technologien entscheidend sein sollen. Dabei sind sie in ihrer Komplexität, ihrem Umfang sowie in den einzelnen Faktoren different. Einige Modelle fokussieren bestimmte Technologiegruppen oder einzelne Systeme, andere sind allgemeingültiger und umfassen viele Arten von Technologien (vgl. Rahimi et al. 2018, S. 605).

2.1 Die Bedeutung von Akzeptanz

Der Begriff Akzeptanz meint den Zustand einer nutzenden Person, der durch die Annahme und Verwendung des jeweiligen Zielobjektes ausgedrückt wird. Der Zustand kann im zeitlichen Verlauf variieren und sich in seiner Ausprägung verändern, die Motivation zur Akzeptanz kann extrinsisch oder intrinsisch sein (Leps 2016, S. 17).

Sie bezieht sich z. B. auf eine bestimmte Technologie und wird durch die Nutzer*innengruppe, durch „die Kommunikation mit anderen Personen und durch die Ausgestaltung selber geprägt“ (Hörold et al. 2015, S. 33). Akzeptanz ist abhängig von individuellen Merkmalen und kann zwischen Nutzenden variieren. Eine Technologie ist dann „akzeptiert“, wenn eine große Nutzer*innengruppe sie für sinnvoll hält und regelmäßig nutzt (Diers 2020, S. 25).

Erfahrungsgemäß ist Akzeptanz der nutzenden Person gegenüber (neuen) Technologien eine essentielle Voraussetzung, um sie in den partizipativen Entwicklungsprozess integrieren und bei dessen Gestaltung einbeziehen zu können. Akzeptanzmodelle versuchen die beobachtete Nutzung oder die Verweigerung von technischen Systemen zu erklären. Das Nutzungsverhalten eines nicht etablierten technischen Systems soll durch Modelle bzw. die Bestimmung einzelner Faktoren vorhergesagt werden. Akzeptanzmodelle sind statistischer Natur und überprüfen die Einflussfaktoren, die ausschlaggebend für die Nutzung des Systems sind (Hörold et al. 2015, S. 6).

2.2 Das Technik-Akzeptanz-Modell und das Task-Technology-Fit-Modell

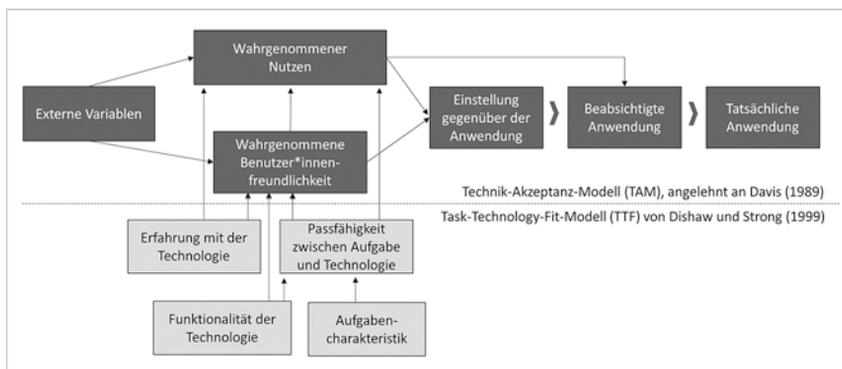
Das wohl bekannteste Modell stellt das Technologie-Akzeptanz-Modell (TAM) von Davis (1989) dar. TAM knüpft an die Theory of Reasoned Action (TRA) von Ajzen und Fishbein (1980) an (Abb. 1). Ausgangspunkt ist, dass die mentalen Zustände des Menschen Auswirkungen auf das Nutzungsverhalten haben. Die vorhandene Absicht zur Nutzung des Systems ist bedingt durch die positive Einstellung zum System. Das TAM beschreibt, dass die Einstellung der potentiellen Nutzenden zum Gebrauch einer Technologie hauptsächlich von der subjektiv wahrgenommenen *Nützlichkeit*, also dem empfundenen Nutzen für die Lösung der Aufgabe, und der *wahrgenommenen Benutzer*innenfreundlichkeit*, also dem Maß des Aufwandes für das Erlernen bzw. für den Gebrauch, abhängig ist. Die Nutzer*innenfreundlichkeit des Systems hat einen Einfluss auf das tatsächliche Nutzungsverhalten.

Das TAM ist in seiner Darstellung bzw. in seinen Inhalten umstritten. Soziale Einflüsse, die sich auf die Nutzungsabsicht auswirken können, werden im TAM nicht berücksichtigt. Auf verschiedene Einflussfaktoren, wie Alter, Geschlecht, Erfahrungen und gesellschaftliche Haltungen wird nicht eingegangen. Zudem wird ein Positivismus kritisiert, d.h. die Grundeinstellung gegenüber Technologien ist positiv. Das Modell kann als unvollständig angesehen werden, denn heutzutage ist man auf die Nutzung von Technologien teilweise angewiesen, auch wenn man den Kriterien des TAMs nicht zustimmt. Im Lebensalltag ist die Nutzung (neuer) technologischer Systeme in Industrienationen nahezu unverzichtbar, sei es bei Automaten für die Bahnfahrkarte oder bei der Vereinbarung von Terminen per Internet.

Der Einsatz von Technologien ist einerseits unumgänglich. Andererseits ist der Umgang mit digitalen Systemen teilweise so vertraut, dass ihre Nutzung kaum reflektiert wird (Tegtmeier et al. 2019, S. 1). Man könnte meinen, die Akzeptanz von Technologien ist vorhanden, der Nutzen bzw. die *Nützlichkeit* wird aber nicht immer hinterfragt. Die beiden Faktoren *Nutzen* und *Nützlichkeit* spielen eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung von Technologien und beeinflussen die Gestaltungsanforderungen und den Entwicklungsprozess.

Für die Bestimmung der Akzeptanz von Systemen veranschaulicht das Task-Technology-Fit-Modell (TTF) von Dishaw und Strong (1999) die Zusammenhänge zwischen den Komponenten, die für Akzeptanz und Performance der Nutzenden entscheidend sind. Das TAM-Modell wurde hierfür durch vier Faktoren ergänzt (vgl. Abb. 1). Entscheidend ist der Zusammenhang zwischen der Aufgabe der nutzenden Person und der Passfähigkeit der Technologie. Für eine partizipative Entwicklung von Systemen und Technologien ist dies ein elementarer Bestandteil.

Abb. 1: Darstellung der Technikakzeptanzmodelle nach Davis (1989) und Dishaw und Strong (1999) (nach Hörold et al. 2015, S. 7)



Die beschriebenen Modelle stellen wesentliche Aspekte für eine gelungene und akzeptierte Technologieentwicklung dar. Dabei ist festzustellen, dass eine zentrale Variable bei den Akzeptanzmodellen keine Berücksichtigung findet: Der gewünschte Grad an Interaktivität (Quiring 2006, S. 2). Die partizipative Mitgestaltung von sozio-technischen Systemen muss auf die Bedürfnisse der nutzenden Person eingehen. Wie aber lassen sich die Modelle in die Praxis übertragen?

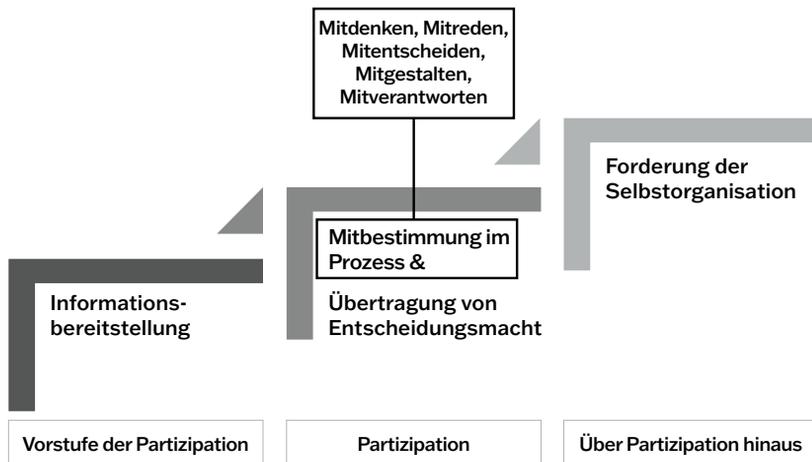
2.3 Zur Gestaltung von Partizipationsprozessen (in der Praxis)

Die Gestaltung von zielgerichteten Partizipationsprozessen in der Praxis wird durch verschiedene Merkmale definiert. Sie beschreiben eine gleichberechtigte und freiwillige Einbindung, Teilhabe und Mitbestimmung der Nutzenden bzw. der Community (vgl. BMZ 2021, o. S.). Partizipationsprozesse streben nach Veränderungen, indem Veränderungsprozesse analysiert und reflektiert werden (vgl. Allweiss/Cook/Wright 2021, S. 215). Dabei besteht der Wunsch nach Qualitäts- und Effektivitätssteigerung. Der Prozess wird als gemeinsamer Lernprozess verstanden, welcher genügend Zeit und Raum benötigt und Anliegen sowie Perspektiven der Community in den Fokus nimmt (vgl. Bethmann/Behrisch/von Peter 2021, S. 224 ff.). Innerhalb einer Community muss dennoch die Individualität jedes Einzelnen berücksichtigt werden.

Partizipationsprozesse lassen sich hinsichtlich ihres Teilhabepotentials differenzieren, was in der Literatur durch verschiedene Modelle veranschaulicht wird. Ein Modell stellt die „Stufen der Partizipation“ nach Wright, Block & Unger (2010) dar. In dem Stufenmodell ist die Informationsbereitstellung Grundlage, um Partizipationsprozesse zu gewährleisten. Sie ist jedoch nur die Vorstufe der Partizipation. Erst durch die Mitbestimmung am Prozess durch die Nutzenden und Übertragung von Entscheidungsmacht an diese, kann sich

der Partizipationsprozess entfalten. Daneben gibt es Bedingungen, die eine gleichberechtigte Rollenverteilung ermöglichen und Prozesse, die eine Selbstorganisation fördern. Ergänzt werden kann die Mitbestimmung durch den Beteiligungskreis nach Pluto (2007). Dort wird für Beteiligte Raum zum Mitdenken, Mitreden, Mitplanen, Mitentscheiden, Mitgestalten und Mitverantwortung gegeben (Abb. 2). Die beiden Modelle repräsentieren essentielle Bedingungen für partizipative Prozesse. Sie liefern noch keine Handlungsanweisungen, wie partizipative Entwicklungsprozesse konkret ausgestaltet werden können. Es fehlen noch Methoden, Techniken sowie Werkzeuge zur Ausgestaltung. Methoden können als Anleitungen betrachtet werden, welche die Organisation und Durchführung eines partizipativen Prozesses unterstützen. Techniken und Werkzeuge sind die Instrumente oder Hilfsmittel, die je nach Prozess individuell hinzugezogen werden können (Gallen 2018, S. 18). Ein Ansatz, der die Methodik sowie Techniken und Werkzeuge zur Ausgestaltung eines partizipativen Entwicklungsprozesses in den Fokus rückt, lässt sich durch sogenannte „Innovationsräume“ beschreiben, die im folgenden Kapitel nähere Betrachtung finden.

Abb. 2: Vereinfachte Darstellung des Stufenmodells nach Wright, Block & Unger (2010, S. 24 ff.) und des Beteiligungskreises nach Pluto (2007, S. 53)



3. Ein partizipativer Ansatz zur Entwicklung digitaler Anwendungen für die gesundheitliche Versorgung

Die dargestellten Modelle der Technikakzeptanz und Partizipation bilden die Ausgangslage für die Gestaltung von nutzer*innenorientierten Entwicklungsprozessen. Daneben gibt es spezifische Herausforderungen im Kontext

Digitalisierung (z.B. Unbekanntheit der Technologien, Berührungängste zu Expert*innen, Schwierigkeit bei der Technologiefolgenabschätzung). Wir sehen speziell auf diese Aspekte zugeschnittene Innovationsräume als geeignete Entwicklungsumgebungen und haben aus Projekten, in denen eine partizipative Entwicklung digitaler Anwendungen eine besondere Rolle gespielt hat, ein Vorgehensmodell zur Gestaltung von Innovationen abgeleitet (Abb. 3).

3.1 Innovationsräume für partizipative Entwicklungsprozesse digitaler Gesundheitsanwendungen

Eine allgemein eindeutige Definition für den Begriff „Innovationsraum“ existiert derzeit nicht. Er wird von vielen Unternehmen am ehesten als eine Räumlichkeit oder Atmosphäre angesehen, durch die Ideen gefördert und notwendige Werkzeuge bereitgestellt werden, um Innovationen zu strukturieren und zu entwickeln (Lang/Graffenberger/Vonnahme 2019, S. 7). An diese Auffassung schließen wir uns an, erweitern sie jedoch mit folgender bestimmter Klarlegung:

Unter einem „Innovationsraum für partizipative Entwicklungsprozesse für digitale Gesundheitsanwendungen“ (IPED) verstehen wir zum einen die *Bereitstellung von Räumlichkeiten und Ressourcen*, zum anderen aber auch einen organisierten und moderierten Prozess für eine partizipative, nutzer*innengetriebene Gestaltung von digitalen Anwendungen für die gesundheitliche Versorgung.

Zentral für eine Gestaltung eines IPED ist die Schaffung einer Atmosphäre, die als Basis für die kreative Gestaltung neuer, digitaler Anwendungen dienen soll. Dabei soll sowohl der Prozess des Kennenlernens der Technologien, die daraus resultierende Akzeptanz als auch die Möglichkeit des Ausprobierens, bis hin zur (begleiteten) Entwicklung des Endproduktes in Einklang gebracht werden. Losgelöst von der alleinigen Vorstellung eines real existierenden Raumes werden somit für die nutzende Person Entfaltungsmöglichkeiten, Zugang zu Informationen und Unterstützungen gegeben, sodass eine möglichst große Kreativität und letztlich Effektivität aus dem Konstrukt eines IPED erfolgt.

Dabei gilt es, mit Blick auf die Akzeptanz neuer Technologien (vgl. TAM-Modell) und der Identifizierung ihrer subjektiv wahrgenommenen Nützlichkeit (vgl. TTF-Modell), auch der Passfähigkeit zwischen den spezifischen Bedarfen der Nutzenden und der Technologie zu identifizieren und zunächst ein Verständnis über die Möglichkeiten neuer Technologien aufzubauen. Hierfür ist eine grundlegende, nutzer*innenorientierte Ausstattung eines IPED erforderlich. Dies kann einerseits physisch, als eine Werkstatt mit Möglichkeiten für 3D-Scan, 3D-Druck, Lasertechnik etc. sein (etwa für haptisch orientierte Nutzende), andererseits kann aber auch eine virtuelle Umgebung, die beispielsweise mittels

Virtual Reality (VR) simuliert wird, einen solchen IPED darstellen (etwa für abstrakt denkende Menschen). Zudem können bereits erstellte Endprodukte den Nutzenden ein besseres Verständnis für die Möglichkeiten der neuen Technologien geben und damit die Akzeptanz der jeweiligen Technologie steigern.

Da aufgrund der Komplexität und gegebenenfalls mangelnder Berührungspunkte seitens der Nutzenden mit den neuen Technologien ein Verständnis für die Anwendungsmöglichkeiten erschwert sein kann, sollte bereits dieser Prozess partizipativ gestaltet werden. Dementsprechend stellen neben der notwendigen Grundausstattung zudem unterstützende Personen eine Grundvoraussetzung eines IPED dar. Diese sollten sowohl die vorhandenen Technologien bedienen können und deren Potenziale kennen als auch diese Kenntnisse an die Nutzenden vermitteln können und sie bei Bedarf im Entwicklungsprozess unterstützen. Im Entwicklungsprozess sollten die Nutzenden die Möglichkeit zur Mitbestimmung, besser noch zur Selbstgestaltung haben, im besten Fall sogar die Entscheidungsmacht über den Entwicklungsprozess. Da aber z. T. aus Komplexitätsgründen die alleinige Nutzung einiger Technologien erschwert ist, sollten auch hier die Unterstützer*innen den Entwicklungsprozess nach Bedarf unterstützen.

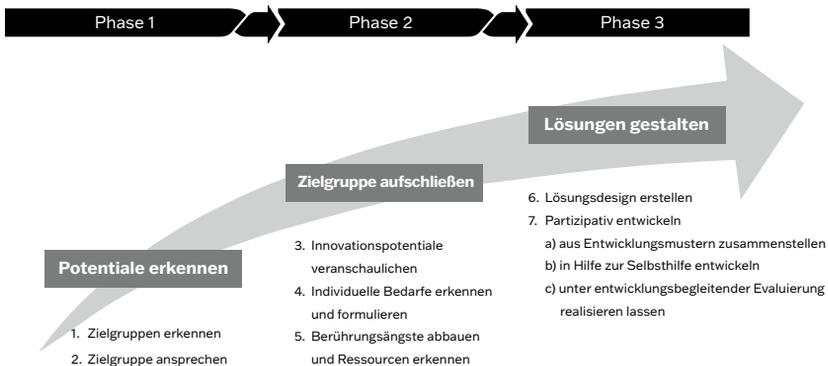
Die Unterstützung in konkreten Entwicklungsprozessen sollte demnach einerseits auf Kompetenzen der Nutzenden ausgerichtet sein, andererseits auch die für die Entwicklung des Endproduktes notwendigen Ressourcen bereitstellen. Zudem sollte ein IPED Möglichkeiten zur individuellen Entfaltung geben. Hierbei spielt das Ausprobieren der neuen Technologien (Testen/Kennenlernen/Entwicklung erster Prototypen etc.) eine genauso wichtige Rolle, wie die Möglichkeit zu scheitern, um somit eine Lernkurve aufzubauen. Dies erfordert einen möglichst großen Handlungs- und Gestaltungsspielraum für die Nutzenden und ein enges Zusammenwirken mit den Unterstützern.

3.2 Vorgehensmodell zur partizipativen Entwicklung in Innovationsräumen

Aus unseren Erfahrungen hat sich ein Vorgehensmodell zur partizipativen Entwicklung in den aufgezeigten IPEDs entwickelt (Abb. 3). Wir unterscheiden sieben Schritte, die in drei ineinander übergehenden Phasen durchgeführt werden. Zudem wird zwischen den Rollen Innovations-Enabler und Innovator unterschieden. Unter dem *Innovator* verstehen wir die Person, die die zu entwickelnde digitale Anwendung nutzt und den partizipativen Entwicklungsprozess möglichst selbst gestaltet und damit im Sinne einer weitreichenden Partizipation zum*zur Treiber*in (also zum Innovator) wird. *Innovations-Enabler* sind diejenigen Personen, die den Gesamtprozess managen und den Innovator im Gestaltungsprozess unterstützend begleiten. In den verschiedenen Schritten wechselt dabei die Führung der beiden Rollen. Zunächst ist der

Innovations-Enabler der Innovationstreiber, der Potentiale identifiziert, aufklärt und unterstützt. In weiteren Schritten nimmt er seine Führungsrolle zunehmend zurück und überträgt die führende Rolle auf den Innovator, steht dann eher als helfende Hand begleitend und bei Bedarf zur Seite. Der Innovations-Enabler sollte insbesondere dafür ausgebildet sein, verschiedene Zielgruppen mit ihren individuellen Vorkenntnissen und Hilfsbedarfen unterstützen zu können.

Abb. 3: Gestaltungsprozess zur partizipativen Entwicklung



In einer ersten Phase „*Potentiale erkennen*“ identifiziert der Innovations-Enabler zunächst potentielle Communities (Schritt 1: „Zielgruppen erkennen“), für die die Anwendung einer digitalen Technologie relevant sein könnte. Dabei werden allgemeine Nutzenkriterien zu einer ersten Bewertung herangezogen. Auf dieser Basis wird ein Kontakt zu der Zielgruppe gesucht (Schritt 2: „Zielgruppe ansprechen“). Dies kann über eine Direktansprache erfolgen, i. d. R. eine Ansprache über eine die Zielgruppe unterstützende Netzwerkstruktur (z. B. Patientenverbände, Quartiersmanagement, Selbsthilfestruktur). Hierzu wird für den Innovations-Enabler eine profunde Analyse der Community Struktur notwendig. Mit diesem Schritt geht der Gestaltungsansatz in die zweite Phase über.

In der zweiten Phase „*Zielgruppe aufschließen*“ gilt es zunächst, Nutzenpotentiale für die Betroffenen deutlich zu machen. Dazu ist häufig zuerst die zugrundeliegende Technologie zu erklären (Schritt 3: „Innovationspotentiale veranschaulichen“). Diese Erläuterungen sollten so konkret und anschaulich sein, dass sie zum einen erkennen lassen, welche Anwendungen gestaltbar sind, zum anderen aber auch einen Transfer auf vorstellbare und hilfreiche Anwendungen im konkreten Bedarfs-Anwendungsbereich der Betroffenen ermöglichen. Leitendes Kriterium der Präsentationen und Diskussionen ist die Identifikation von „Nützlichkeit“ aus der Sicht des*der Bedarfsträgers*in, die in Folge (Schritt 4: „individuelle Bedarfe erkennen und formulieren“) dazu beitragen muss, dass der Bedarfsträger konkrete Bedarfe identifizieren kann und eine Motivation

entwickelt, Innovator für die Umsetzung seiner Bedarfe werden zu wollen. Ein weiterer wichtiger Schritt in dieser Phase ist es dann, Nutzende zu motivieren, im Sinne der Partizipation nicht nur die Bedarfsanforderung zu formulieren, sondern auch in die Systemgestaltung einzusteigen (Schritt 5: „Berührungspunkte abbauen / Ressourcen erkennen“). Wichtige Instrumente im Innovationsraum sind dabei z. B. Show-Rooms, Erprobungen in Real-Laboren.

In der dritten Phase „*Lösungen gestalten*“ gilt es zunächst, ein Produkt-Design zu entwickeln (Schritt 6: „Lösungsdesign erstellen“). Hier können Muster aus Show-Rooms oder aus digitalen Plattformen hilfreicher Ausgangspunkt sein. Im Anschluss daran erfolgt die Entwicklung (Schritt 7: „partizipativ entwickeln“). Im Sinne einer möglichst hohen Partizipation und Unterstützung der Eigeninitiative des Innovators sollten möglichst Umgebungen mit Baumustern bereitgestellt werden (z. B. Plattformen wie thingiverse¹ für 3D-Druck), aus denen der Innovator seine Lösungen im Sinne einer Wiederverwertung und Anpassung existierender Muster bzw. der Konfiguration neuer Systeme aus bestehenden Mustern zusammenstellen kann (Schritt 7a). Für eine darüberhinausgehende Unterstützung des Innovators im Sinne einer Eigenentwicklung sollten personelle Ressourcen zur Verfügung stehen, die den Innovator in die Lage versetzen, zur Verfügung gestellte Produktionsmittel (3D-Drucker) zu nutzen. Hier sind Schulungen oder auch weitergehende Unterstützungen im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe zu verstehen (Schritt 7b). Für Entwicklungen, die Kompetenzen benötigen, die der Innovator nicht verfügbar hat, sollte die Entwicklung von entsprechenden Fachkräften aber unter entwicklungsbegleitender Evaluierung des Innovators (Schritt 7c) erfolgen.

4. Diskussion und Ausblick

Der hier skizzierte Entwicklungsprozess stellt kein uniformes Vorgehen dar. Durch Erfahrungen aus unseren Projekten haben wir gelernt, dass je nach Zielgruppe wie auch in Abhängigkeit der betrachteten Technologien eine angepasste kooperative Entwicklung erfolgen muss.

- Im Projekt *Health Reality*² steht die Entwicklung und Evaluierung von Augmented- bzw. Virtual Reality (AR bzw. VR) – Anwendungen mit Gesundheitsbezug im Fokus. Um die Potentiale von AR und VR kennenzulernen, bietet es sich an, die verschiedenen Anwendungen erst einmal auszuprobieren. Ein Zugang zu den Anwendungen kann hier durchaus virtuell erfolgen. Virtuell meint, dass neben der Möglichkeit einer Testung im Reallabor der

1 <https://www.thingiverse.com/>

2 <https://www.hs-gesundheit.de/forschung/aktuelle-projekte/health-reality>

hsg vor Ort als auch über die Nutzung verschiedener Plattformen^{3,4} Lösungen erprobt werden können. Vorteilhaft ist es, wenn der IPED selber eine solche Zugangsplattform anbietet. Die Entwicklung von AR bzw. VR-Inhalten ist eher komplex und für Personen, die keine tiefere Kenntnisse in der Informatik haben, oft herausfordernd. Dennoch bieten diverse Portale Möglichkeiten an, Inhalte von AR und VR selbst zu entwickeln⁵. Dementsprechend kommt dem Innovations-Enabler in der Phase der Entwicklung eine große Bedeutung zu, um den Innovator adäquat zu unterstützen.

- Im Projekt *Emscher-Lippe hoch 4 (ELA)*⁶ wurden soziale Innovationen angestoßen und digitale Fabrikationsmethoden für Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen erprobt. Realisiert wurde dies in einem Innovationsraum, welcher mit technischen Equipment wie 3D-Drucker, 3D-Scanner oder Laser-cutter ausgestattet ist, und Menschen mit Beeinträchtigungen (als Innovatoren) und Maker (Innovations-Enabler) zusammenbringen sollen. Genannt wird dieser Innovationsraum „Fabrikationslabor“ (FabLab), welches als eine öffentlich zugängliche High-Tech-Werkstatt verstanden werden kann. In dem Projekt konnten in diesem Setting verschiedene Hilfsmittel mit Betroffenen partizipativ realisiert werden. Hier wurde beobachtet, dass vor allem die Phase der Zielgruppenaufschlüsselung eine der größten Herausforderungen darstellte, wenn bisher noch keine Berührungspunkte mit einer Zusammenarbeit in solchen Innovationsräumen bestand. Meist schafften erst die Erfahrungswerte der allerersten Innovatoren das notwendige Vertrauen und Transparenz, damit sich weitere Betroffene für die Umsetzung eigener Projekte öffnen konnten. Bei der Lösungsgestaltung waren es vor allem die Ideenfindungen, die partizipativ umgesetzt wurden. Die Erkenntnis ist, Technologienutzung in diesem IPED noch niederschwelliger zu gestalten, um eine Hilfe zur Selbsthilfe weiter auszubauen und eine Partizipation weiter zu erhöhen.

Das Konstrukt eines IPEDs bietet nicht nur für den Entwicklungsprozess an sich eindeutige Vorteile, sondern kann auch allgemein positive Auswirkungen auf eine Digitalisierung aufzeigen. So können mit Hilfe eines IPED Ängste und Hemmungen reduziert werden, wodurch ein Anstieg der Akzeptanz neuer Technologien gefördert wird. Damit kann für die am Prozess beteiligten Personen der individuelle (Kennen-)Lernprozess unterstützt werden. Des Weiteren kann durch geeignete IPEDs die selbstbestimmte und partizipative Beteiligung von Nutzenden gefördert werden (was am Beispiel der Inklusion von Menschen mit Beeinträchtigungen deutlich gezeigt werden konnte).

3 Ein Beispiel für eine Plattform ist der Hersteller Oculus

4 Beispiele für Vertriebsplattformen sind Viveport und Steam

5 Beispiele zur Selbstgestaltung sind das Mobfish VR Studio und Thinglink

6 <https://el4.org/>

Um eine optimale Nutzung von IPEDs zu gewährleisten, besteht ein Bedarf an notwendigen weiteren Arbeiten. Initial stellt sich die Aufgabe, den Zugang zu und die Bekanntheit von solchen Umgebungen zu steigern. Dies erfordert eine geeignete Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Tag der offenen Tür, Karte existierender Innovationsräume, etc.)

Schon bei der Gestaltung eines IPEDs sollten verschiedene Zielgruppen einbezogen werden (z.B. ältere Menschen, Menschen mit Beeinträchtigungen, Nicht-Deutsch-Sprechende, Menschen mit geringer Technologieaffinität, etc.). So können deren Bedürfnisse quasi entwicklungsbegleitend berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang ist es auch wünschenswert, wenn der Entwicklungsprozess durch eine, an individuelle Bedarfe angepasste pädagogische Begleitung unterstützt wird. Dies hätte sicherlich eine Steigerung der internen Akzeptanz- und Entwicklungsprozesse zur Folge.

Letzten Endes stellt sich die Frage nach der finanziellen Umsetzung von IPEDs. Hier wäre es erstrebenswert, institutionelle finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen, um einen freien Zugang für alle gesellschaftlichen Gruppen zu einer Entwicklung und Nutzung digitaler Anwendungen zu gewährleisten.

Literatur

- Ajzen, I. (1991): The Theory of Planned Behavior. In: *Organizational Behaviour and Human Decision Process* 50, H.2, S. 179-211.
- Allweiss, T./Cook, T./Wright, M. T. (2021): Wirkungen in der partizipativen Gesundheitsforschung: Eine Einordnung in die Diskurse zum Forschungsimpact. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 64, H. 2, S. 215-222.
- Bethmann, A./Behrisch, B./von Peter, S. (2021): Förder- und Rahmenbedingungen für Partizipative Gesundheitsforschung aus Projektsicht. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 64, H. 2, S. 215-222.
- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) (2021): Partizipation. <https://www.bmz.de/de/service/lexikon/partizipation-14752> (Abfrage: 14.04.2021).
- Davis, F./Bagozzi, R./Warshaw, P. (1989): User acceptance of computer technology – a comparison of two theoretical models. In: *Management Science* 35, H. 8, S. 982-1003.
- Diers, T. (2020): Akzeptanz von Chatbots im Consumer-Marketing: Erfolgsfaktoren zwischen Konsumenten und künstlicher Intelligenz. Berlin: Springer-Verlag.
- Dishaw, M./Strong, D. (1999): Extending the technology acceptance model with task-technology fit constructs. In: *Information & Management* 36, H. 1, S. 9-21.
- Gallen, J. (2018): Social Design Guide – Prozesse planen und begleiten. https://socialdesign.de/wp-content/uploads/2020/10/180208_Masterarbeit_Social-Design-Guide_JGallen.pdf (Abfrage: 20.05.2021).
- Hanika, Heinrich (2019): Digitalisierung, Big Data und Big To-dos aus Sicht der Rechtswissenschaft. In: Pfannstiel, Mario/Da-Cruz, Patrick/Mehlich, Harald (Hrsg.) *Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen VI: Impulse für die Forschung*. Wiesbaden: Springer Gabler Verlag.
- Hank, K./Schulz-Nieswandt, F./Wagner, M. (2019): *Altersforschung: Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. Baden-Baden: Nomos Verlag.
- Höröld, S./Ruschin, D./Schubert, D./Zimmermann, U. (2015): Der „Faktor Mensch“ im Fokus der Entwicklung von 3D-Technologien. https://www.tu-chemnitz.de/mb/ArbeitsWiss/sites/default/files/forschung/projekte/ergebnisse/methodensammlung_faktor_mensch.pdf (Abfrage: 14.04.2021).
- Lang, T./Graffenberger, M./Vonnahme, L. (2019): *Innovationsräume*. Berlin: De Gruyter Oldenbourg.

- Leps, O. (2016): Nutzung und Akzeptanz von E-Government-Fachanwendungen in der öffentlichen Verwaltung: Eine empirische Analyse am Beispiel des europäischen Binnenmarkt-Informationssystem. Berlin: Logos Verlag.
- Pluto, L. (2007): Partizipation in den Hilfen zur Erziehung. Eine empirische Studie. München: DJI.
- Quiring, O. (2006): Methodische Aspekte der Akzeptanzforschung bei interaktiven Medientechnologien. Münchener Beiträge zur Kommunikationswissenschaft. https://epub.ub.uni-muenchen.de/1348/1/mbk_6.pdf (Abfrage: 14.04.2021).
- Rahimi, B./Nadri, H./Afshar, H.L./Timpka, T. (2018): A Systematic Review of the Technology Acceptance Model in Health Informatics. In: Applied Clinical Informations 9, H. 3, S. 604-634.
- Tegtmeier, P./Rosen, P./Tisch, A./Wischniewski, S. (2019): Sicherheit und Gesundheit in der digitalen Arbeitswelt. ERKENNEN. LERNEN. VERÄNDERN: Die Arbeit des Menschen in der digital vernetzten Welt. <http://www.gesellschaft-fuer-arbeitswissenschaft.de/inhalt/dokumente/gfa-herbstkonferenz-2019-programm.pdf> (Abfrage: 14.04.2021).
- Wright, M. T./von Unger, H./Block, M. (2010): Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Wright, Michael T. (Hrsg.): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Huber. S. 35-52.

Fazit: Der Bochumer Community-Health-Ansatz: Stand und Perspektiven

Department of Community Health an der Hochschule für
Gesundheit Bochum

Intention des Bandes

Während Begriff und Konzept von Community Health im englischsprachigen Raum als etabliert gelten können, besteht in Deutschland noch weitgehender Entwicklungsbedarf. Vor diesem Hintergrund präsentiert sich der Bochumer Community-Health-Ansatz mit dem vorgelegten Band erstmals einem breiten Kreis interessierter Menschen aus Wissenschaft und Praxis und verfolgt damit mehrere Ziele: In erster Linie soll Community Health auch im deutschsprachigen Raum die Bedeutung erhalten, die ihr aus Sicht der Autor*innen gebührt. Darüber hinaus versteht sich die hier vorgenommene Standortbestimmung als Wunsch und Einladung, in den Austausch mit anderen Akteur*innen zu treten, um Community Health weiterzuentwickeln und so ihre gesellschaftliche Wirksamkeit zu stärken.

Der Entstehungsprozess des vorliegenden Werks war geprägt von intensiven Diskussionen, inspirierenden Impulsen, ebenso wie von divergierenden Einschätzungen, differenten Positionen und konträren Bewertungen, beispielsweise zu der Frage, wie Communities zu definieren sind, welche Stärken, Schwächen und Risiken spezifische Community-Health-Ansätze bergen oder in welchem Verhältnis die einzelnen Handlungsfelder zueinander stehen.

Aus Sicht der Autor*innen versteht sich Community Health nicht nur als inter- und transdisziplinärer wissenschaftlicher Ansatz, der auf Basis disziplinübergreifender Interaktion und in Kooperation mit der Praxis neue Wissensbestände generiert, sondern auch als Haltung, die im vorliegenden Band ebenfalls Ausdruck finden soll.

Community Health nach dem Bochumer Verständnis versteht sich als spezifischer Teil von Public Health. Ihre besondere Leistung besteht darin, dass sie Impulse zur Weiterentwicklung gesundheitsrelevanter Prozesse und Strukturen in den Lebenswelten von Menschen ebenso wie in der Gesellschaft als Ganzes liefern kann. Dabei entfalten sich die Potenziale von Community Health nicht nur in dem als „Gesundheitssystem“ bezeichneten Zweig der Versorgungslandschaft, sondern gerade in den Bereichen, die auf den ersten Blick nicht mit „Gesundheit“ in Verbindung gebracht werden und die je nach Community sehr

unterschiedlich sind. Denn wie bereits die Ottawa Charter 1986 deutlich gemacht hat, wird Gesundheit „von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“.

Handlungsebenen von Community Health

Der besondere Fokus von Community Health richtet sich auf soziale und gesundheitliche Ungleichheiten und deren strukturelle Ursachen, die sich in unterschiedlichen gesellschaftlichen Gruppen auf vielfältige Weise manifestieren können. Wie die Beiträge in diesem Band eindrücklich zeigen, wird Community Health in sehr verschiedenen Handlungsfeldern aktiv.

Eine wichtige Handlungsebene für Community Health ist die Kommune als kleinste administrative Verwaltungseinheit in Deutschland. Die Kommunale Selbstverwaltung gewährleistet die Eigenständigkeit der kommunalen Gemeinschaft, überträgt ihr aber auch die Verantwortung für die Steuerung in Handlungsfeldern mit weitreichender Bedeutung für die Gesundheit der Menschen. Viele Aktivitäten von Community Health sind kommunal verankert und/oder werden auf Stadtteilebene aktiv.

Eine weitere Handlungsebene von Community Health ist die Arbeitswelt, die einen großen Einfluss auf Sicherheit und Gesundheit von Menschen ausübt und aktuell von massiven Veränderungen geprägt ist. Dieser permanente Wandel birgt Chancen und Risiken und schafft neue Gewinner*innen und Verlierer*innen, auf die Community Health ihr besonderes Augenmerk richtet.

Handlungsfelder von Community Health sind unterschiedliche Lebens- und Sozialräume, die alle Phasen der menschlichen Biografie umfassen. Hierzu gehören Orte des Aufwachsens ebenso wie Orte des Alterns, des Lernens wie auch Institutionen des Sozial- und Gesundheitssystems – letztlich alle Settings, in denen sich Menschen aufhalten, zusammenfinden und das gestalten, was in vielfältiger Weise unter Community verstanden werden kann.

Quer zu den bisher benannten, gesetzlich oder institutionell verfassten Handlungsebenen wird Community Health auch in Feldern aktiv, die bisher weniger als Lebenswelten wahrgenommen wurden. So gewinnt der virtuelle Raum zunehmende Bedeutung für die Lebenswirklichkeit von Menschen und wird zu einem zu gestaltenden gesundheitsrelevanten Umfeld.

Generell kommt der Handlungsebene der Gesundheitskommunikation – sowohl auf digitaler als auch analoger Ebene – wachsende Bedeutung zu: Neben einer verständlichen, auf unterschiedliche Adressat*innengruppen zugeschnittenen Informations- und Interaktionsgestaltung ist es das Ziel von Community Health, die Rahmenbedingungen für ein besseres Verständnis von gesundheitsrelevanten Informationen zu verbessern.

Spezifische Community Health Ausrichtung und Verantwortung

Wie die Beispiele in diesem Band zeigen, besteht die spezifische Ausrichtung von Community Health, und damit ihre Besonderheit gegenüber Public Health, darin, dass sie in den genannten Handlungsfeldern nicht pauschal tätig wird, ihre Interventionen also nicht an die allgemeine Bevölkerung oder bestimmte Bevölkerungsgruppen adressiert. Die Bedeutung entsprechender Public-Health-Ansätze wird damit keinesfalls in Frage gestellt.

Das Tätigwerden von Community Health orientiert sich am Selbstverständnis der spezifischen Communities innerhalb der genannten Handlungsebenen und gestaltet sich in Abstimmung auf ihre subjektiven Ressourcen und Bedürfnisse.

Community Health schafft Aufmerksamkeitsräume vor allem für diejenigen Personengruppen, die sonst wenig wahrgenommen werden. Sie will Inklusion für alle Menschen verwirklichen, indem sie auf die jeweilige Community ausgerichtete, spezifische Ansätze formuliert, die dazu beitragen, systematische, gruppenbezogene Benachteiligungen zu reduzieren, mithilfe bedarfsgerechter, partizipativer Konzepte zielgruppenbezogene Unterstützungsstrukturen zu etablieren und so Teilhabe an Entscheidungen über die Gestaltung ihrer Lebensräume zu ermöglichen.

Community Health legt großen Wert darauf, dass eine personenzentrierte, diversitätssensible Kommunikation – sowohl im direkten Gespräch als auch in der medialen Berichterstattung und im öffentlichen Dialog – möglich wird und die individuellen Erfahrungen der Community-Mitglieder dabei im Zentrum stehen.

Grundlegend für die Qualität von Community Health ist dabei die Auseinandersetzung mit der Frage, welches ‚Community‘-Verständnis bei den Forschenden selbst zugrunde liegt und wie sie ihre Beziehung zu dieser Community verstehen.

Community Health beinhaltet Potenziale und Herausforderungen: Insbesondere muss sich Community Health dessen bewusst sein, dass sie Diskriminierung verstärken, aber ihr auch entgegenwirken kann. Sie hat somit eine große Verantwortung, die sie dazu anregen sollte, Nutzen und Wirkung ihres gruppenbezogenen Ansatzes ständig kritisch zu reflektieren, problematische Entwicklungen wahr- und ernst zu nehmen und sich für Vielfalt in einer pluralistischen Gesellschaft einsetzen.

Community-Health-Forschung

Die Community-Health-Forschung identifiziert sich mit einem Forschungsverständnis, das auf Inter- und Transdisziplinarität im Sinne der Wissenszirkulation

basiert und das den Austausch sowohl zwischen verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen als auch zwischen Wissenschaftler*innen und Praktiker*innen sowie Repräsentant*innen der Communities fördert. Auf diese Weise ist eine stetige Weiterentwicklung von Erkenntnissen und Kompetenzen möglich.

Community Health interessiert sich insbesondere für die Frage, wie die Mitglieder einer Community über Gesundheit, Krankheit und Behinderung denken und welche Konsequenzen sie für ihr alltägliches Verhalten daraus ableiten. Wie dargestellt, versteht Community Health dies nicht nur als Forschungsgegenstand, vielmehr beteiligt sie die betreffenden Communities aktiv an ihrer Forschung.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass Gesundheitsinformationen für Menschen sehr divergierende Bedeutung haben und zu unterschiedlichen Handlungsentscheidungen führen können, jeweils in Abhängigkeit von biographischen Erfahrungen, individuellen Lebenszielen, Werthaltungen und Präferenzen oder familiären und sozialen Konstellationen.

Vor diesem Hintergrund setzt ein partizipatives Forschungsverständnis voraus, dass sich Forscher*innen auf neue und ggf. von ‚klassischen‘ wissenschaftlichen Gesundheitskonzepten abweichende Konstruktionen einzulassen.

Zusammengefasst versteht sich Community Health als Interventionswissenschaft: Aus ihren Analysen leitet sie Handlungen ab, die auf die Verringerung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit einerseits und auf das Empowerment diverser Communities andererseits abzielen. Ihre Methoden, Haltungen und disziplinären Zugänge schaffen dafür die Voraussetzungen.

Anforderungen an die Weiterentwicklung der Community-Health-Forschung

Um die vielversprechenden Ansätze der Community Health weiterentwickeln und ausbauen zu können, ist eine adäquate Unterstützung der spezifischen Community-Health-Forschung unverzichtbar. Hierzu müssen die derzeitigen institutionellen Rahmenbedingungen und Förderstrukturen für gesundheitsbezogene Forschung überdacht werden.

Beginnend mit der Identifikation von Forschungsbedarfen und der Formulierung von Forschungszielen, über die Gestaltung von Forschungsdesigns und -prozessen bis hin zur Veröffentlichung der Erkenntnisse und deren partizipativer Bewertung und Umsetzung werden kohärente, dem Anspruch und den Leitkonzepten von Community Health entsprechende Programme benötigt.

Nicht zuletzt wäre es wünschenswert, die Prämissen einer evidenzbasierten Gesundheitsforschung stärker mit den Anforderungen einer lebensweltorientierten Community-Health-Forschung in Einklang zu bringen. Mit ihrer Erweiterung des (erkenntnis-)theoretischen und methodologischen Rahmens kann die Community-Health-Forschung die praxisbezogene Evidenz

bereichern. Ihre größeren Handlungsspielräume bei der Methodenwahl tragen dazu bei, Forschungsvorhaben stärker an den Bedürfnissen und Interessen der Communities auszurichten. Auf diese Weise wird die Anschlussfähigkeit von Interventionen an die soziokulturellen Lebensbedingungen von Communities verbessert und damit ihre praktische Wirksamkeit erhöht. Zentral sind dabei Teilhabe, Empowerment sowie eine Ressourcen- und Handlungsorientierung auf Seiten der Community: Anforderungen, die sich insbesondere mit den Prinzipien partizipativer oder kollaborativer Forschungszugänge vereinbaren lassen.

Mehr Flexibilität sollte entsprechend auf relevanten Ebenen der Forschungslandschaft im Hinblick auf Forschungsansätze und -designs zugelassen werden, die der Diversität von Menschen und Gruppen Rechnung tragen. Dies betrifft beispielsweise institutionelle Rahmenbedingungen, akademische Gratifikationssysteme oder Fördermöglichkeiten, die zum gegenwertigen Zeitpunkt noch viel zu wenig für die Prämissen einer diversitätssensiblen, partizipativen/kollaborativen Community-orientierten Forschung ausgelegt sind.

Die unterschiedlichen Beiträge in diesem Band bieten wichtige Ausgangs- und Anknüpfungspunkte, von denen ausgehend die Rahmenbedingungen in der Forschungslandschaft, in der Förderpolitik sowie in vielfältigen gesundheitsrelevanten Handlungsräumen kritisch reflektiert und im Sinne einer diversitätssensiblen Community Health weiterentwickelt werden können.

Die Autorinnen und Autoren

Jennifer Becker arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Department of Community Health. Sie befasst sich in ihrer Arbeit vor allem mit der Entwicklung von Community Health als Wissenschaftsdisziplin und Berufsfeld in Deutschland.

Christa Beermann ist Diplom-Pädagogin, -Theologin und Systemische Coachin. Als Demografiebeauftragte im Ennepe-Ruhr-Kreis beschäftigt sie sich mit Fragen des demografischen Wandels und der Rolle von Kommunen. Sie koordiniert das Netzwerk *W(iedereinstieg)* und leitet die Kampagne zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege.

David Johannes Berchem ist promovierte Lehrkraft für besondere Aufgaben am Lehrstuhl für Ethnologie der Ruhr-Universität Bochum und wissenschaftlicher Mitarbeiter im Department of Community Health. Seine Arbeits- und Forschungsschwerpunkte umfassen Migration, Integration, Diskriminierungs- und Ungleichheitsforschung sowie ethnografische Methodenlehre.

Györgyi Bereczky-Löchli ist Sportwissenschaftlerin, sowie ausgebildete Beraterin für systemische Organisationsentwicklung und Changemanagement. Seit 2018 ist sie Referentin für Betriebliche Gesundheitsförderung beim BKK Dachverband und beschäftigt sich mit den Themen BGM 4.0, Gesundheitsnetzwerk für Betriebe, psychische Gesundheit in der Arbeitswelt und BGF in der Pflege.

Silke Betscher ist promovierte Ethnologin und Kulturwissenschaftlerin. Sie ist Vertretungsprofessorin für Gesundheit und Diversität im Department für Community Health sowie Lektorin am Institut für Ethnologie und Kulturwissenschaft der Universität Bremen. Ihre Forschung und Lehre bewegt sich an der Schnittstelle zwischen Ethnologie und Sozialer Arbeit zu den Schwerpunkten postmigrantisches Gesellschaft, Antidiskriminierung und Medien.

Beate Blättner (†) war von 2003 bis 2021 Professorin für Gesundheitsförderung im Fachbereich Pflege und Gesundheit an der Hochschule Fulda. Zu ihren Forschungsschwerpunkten zählten u. a. Theorie und Strategien der Gesundheitsförderung, Gewaltprävention, Klimawandel und Gesundheitsschutz sowie Evidenz und informierte Praxis in diesen Feldern.

Wolfgang Deiters ist Professor für nutzer*innenorientierte Gesundheitstechnologien im Department of Community Health. Er forscht zu Community bezogenen digitalen Gesundheitsdiensten, sozio-technischen und ressourcenorientierten alltagsunterstützenden Systemen für ein gesundes und langes Leben, digital unterstützten Versorgungsstrukturen sowie Lösungen zur digitalen Gesundheitskompetenz.

Christiane Falge ist seit 2014 Professorin für Gesundheit und Diversity am Department of Community Health und hat 2016 das Stadtteillabor Bochum gegründet, einem Ort langzeitbezogener, kollaborativer Forschung und Lehre. Ihre Arbeits- und Forschungsschwerpunkte sind Armut/Migration und Gesundheit, Medizinetnologie und Diversity.

Gudrun Fallner ist Gesundheitswissenschaftlerin und arbeitet als Professorin für Kommunikation und Intervention im Kontext von Gesundheit und Arbeit im Department of Community Health. Ihre Lehr- und Forschungsschwerpunkte umfassen u. a. Gesundheit und Arbeit sowie gesundheitsfördernde und diversityfreundliche Organisationsentwicklung.

Sebastian Flüter ist Doktorand im Department Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke (M.A.) sowie Lehrer für Pflege und Gesundheit an der kbs | Akademie für Gesundheitsberufe in Mönchengladbach. Seine Arbeitsschwerpunkte umfassen Versorgungsqualität in der Pflege, Gesundheitswissenschaften, Wissenschaftliches Arbeiten.

Laura Geiger ist Soziologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Department of Community Health. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Prävention, Arbeit und Gesundheit, insbesondere psychosoziale Gesundheit.

Jan Grossarth ist Professor für Bioökonomie und Zirkulärwirtschaft an der Hochschule Biberach. Zuvor war er Vertretungsprofessor für Gesundheitskommunikation im Department of Community Health. Seine Forschungsschwerpunkte sind u. a. Landwirtschaft und Ernährung sowie kommunikationsanalytische Fragen im Bereich Umwelt, Agrarwirtschaft und Gesundheit.

Pascal Höcker ist als Notfallsanitäter im Rettungsdienst tätig und arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Department of Community Health im Projekt „Emscher-Lippe hoch 4“, speziell im Umfeld der Konzeption von Hilfsmitteln im Kontext der Rehabilitation von Betroffenen nach Schlaganfällen.

Ina-Marie Jankowski studiert „Gesundheit und Diversity in der Arbeit“ an der Hochschule für Gesundheit. Als wissenschaftliche Hilfskraft wirkt sie an verschiedenen Projekten der Hochschule mit, in denen sie sich beispielsweise an der Entwicklung neuer Lernkonzepte beteiligt oder Fachtagungen mitgestaltet.

Saskia Jünger ist Gesundheitswissenschaftlerin und Professorin für Forschungsmethoden im Kontext Gesundheit (Schwerpunkt: Qualitative Methoden) im Department of Community Health. Ihre fachlichen Interessen umfassen erkenntnistheoretische und methodologische Fragen der Gesundheitsforschung sowie eine wissenssoziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit

Jennifer Kelch arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Department of Community Health. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen im Themenbereich der Inklusion im Kontext von Arbeit und Gesundheit sowie in den Bereichen Studiengangsentwicklung und Theorie-Praxis-Transfer.

Heike Köckler ist Professorin für Sozialraum und Gesundheit im Department of Community Health. Sie hat an der Universität Dortmund Raumplanung studiert und arbeitet zu Fragen umweltbezogener Gerechtigkeit und gesundheitsfördernder Stadtentwicklung.

Petra Kolpak ist Gesundheitswissenschaftlerin und Kooperationspartnerin des Departments of Community Health. Ihre Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte liegen im Bereich Kompetenzentwicklung im Kontext von Engagement, Versorgung und Altersdepression.

Marcus Kutschmann ist Diplom-Statistiker und seit Januar 2020 im Department of Community Health als Professor für Forschungsmethoden im Kontext Gesundheit (Schwerpunkt: Quantitative Forschung) tätig. Seine Arbeitsschwerpunkte liegen im Bereich der quantitativen Methoden der Gesundheits- und Sozialforschung.

Anna Lottermoser studierte Soziale Arbeit an der evangelischen Fachhochschule Bochum. Seit 2017 ist sie bei der Arbeiterwohlfahrt Ruhr-Mitte beschäftigt und als Stadtteilmanagerin der Sozialen Stadt Wattenscheid für die Projektentwicklung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention zuständig.

Hannah E. Meincke ist wissenschaftliche Hilfskraft und Masterandin im Studiengang Gesundheit und Diversity in der Arbeit im Department of Community Health. Ihre Arbeitsschwerpunkte befassen sich mit Themen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Elisa Merkel ist promovierte Psychologin und arbeitet als freie Lehrbeauftragte zu Themen der Sozialpsychologie, Gesundheitspsychologie, Diagnostik und Entwicklungspsychologie. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen im Bereich der Sozialen Kognition und der Sozialpsychologie.

Anna Mikhof hat die Professur für Gesundheitspsychologie über die Lebensspanne im Department of Community Health inne. Sie ist promovierte Psychologin und verfügt über verschiedene therapeutische Qualifikationen. Zu ihren Arbeitsschwerpunkten gehören Lebensqualität, psychische Gesundheit vulnerabler Gruppen, Kulturvergleiche und Interventionen Positiver Psychologie.

Alina Napetschnig arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt Health Reality im Department of Community Health. Ihre Forschungsschwerpunkte umfassen die wissenschaftliche Konzeption zur Bewertung nutzer*innen-orientierter Gesundheitstechnologien im Bereich VR/ AR.

Yvonne Abena Pajonk ist wissenschaftliche Hilfskraft im Department of Community Health und hat sich in verschiedene Projekte des Stadtteillabors Bochum eingebracht, wo sie auch als Yoga Trainerin für marginalisierte Frauen agiert. Zu ihren Arbeitsschwerpunkten gehören die kollaborative Sozialforschung, Migration, Gender sowie der Diskurs der Dekolonialisierung.

Lisa Preissner ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Department of Community Health. Sie hat sich im Projekt „Emscher-Lippe hoch 4“ mit partizipativen Ansätzen digitaler Fabrikationsmethoden befasst und koordiniert zurzeit den Studiengang „Gesundheitsdaten & Digitalisierung“.

Martin Schieron ist Gesundheits- und Krankenpfleger, Diplom-Pflegewissenschaftler (FH) und arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Department of Community Health. Zu seinen Arbeitsschwerpunkten zählen die Arbeitsbedingungen beruflich Pflegender sowie die Angehörigenpflege.

Renate Schramek ist Professorin für Gesundheitsdidaktik im Department of Community Health. Sie ist Pädagogin und Bildungswissenschaftlerin. Sie lehrt, forscht und publiziert zu individuellen Lern- und Bildungsprozessen sowie zu Engagement im Kontext von Gesundheit und Versorgung.

Tanja Segmüller ist Pflegewissenschaftlerin und Krankenschwester. Im Department of Community Health ist sie Professorin für Alterswissenschaften. Zu ihren Arbeits- und Forschungsschwerpunkten zählen Pflegende Angehörige,

Gesundheitsversorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen im Quartier sowie Patientenedukation.

Raphael Sieber hat in Raumwissenschaften promoviert und ist wissenschaftlicher Angestellter im Department of Community Health. Seine Forschungs- und Lehrtätigkeiten umfassen Bereiche der gesundheitsfördernden Stadtentwicklung, der Umweltgerechtigkeit und partizipativer Methoden der Sozialraumentwicklung.

Noemi Skarabis ist Gesundheitswissenschaftlerin und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Department of Community Health. Ihre Arbeitsschwerpunkte befassen sich mit Themen von Gesundheit im Kontext von Arbeit und Organisation.

Michael Sprünken ist Diplom-Sozialpädagoge. Seit 2003 ist er im Gesundheitsamt der Stadt Bochum als Geschäftsführer der Kommunalen Gesundheitskonferenz und Gesundheitsberichterstatter tätig.

Christian Walter-Klose hat die Professur mit dem Schwerpunkt „Behinderung und Inklusion“ inne. Er ist gelernter Diplom-Psychologe und Systemischer Therapeut. Er befasst sich mit der Gestaltung sozialer Systeme, die die Teilhabe von Menschen mit chronischen Krankheiten, Beeinträchtigungen und Behinderungen ermöglichen und Gesundheit fördern.

Michael Wessels ist Diplom-Gesundheitsökonom (univ.) und Professor für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik. Seit 2020 ist er Dekan des Departments of Community Health (DoCH). Er lehrt und forscht schwerpunktmäßig zu Themen des Gesundheitswesens, zur Gesundheits- und Pflegeökonomie sowie zur gesundheits- bzw. pflegeökonomischen Evaluation.

Leonie Wieners ist Psychologin (M. Sc.) und als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Department of Community Health tätig. Die Schwerpunkte ihrer Arbeit liegen auf der Förderung und dem Erhalt mentaler Gesundheit, dem damit zusammenhängenden Gesundheitsverhalten und der positiven Psychologie.