

Gesundheitsförderung

Das Präventionsgesetz mit seinen Vorgaben bietet eine Chance für die Soziale Arbeit



Prof. Dr. Katrin Liel



Dr. Anna Lena Rademaker

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG), das am 25. Juli 2015 in Kraft getreten ist, wurde in Deutschland eine Entwicklung in Gang gebracht, die auch für die Soziale Arbeit Veränderungen mit sich ziehen wird. Die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) stellt sich dieser Entwicklung mit der Gründung des Fachbereichs „Gesundheitsförderung“. Mit dem Gesetz wird nicht nur die Zusammenarbeit der Akteure in der Prävention und Gesundheitsförderung gestärkt. Darüber hinaus werden die Krankenkassen und Pflegekassen künftig jährlich mehr als 500 Millionen Euro für Gesundheitsförderung und Prävention investieren. Bislang war die Verteilung von finanziellen Mitteln eher karg und überwiegend auf verhaltensbezogene Maßnahmen ausgerichtet. Die Nationale Präventionskonferenz (NPK) hat erstmals 2016 bundeseinheitliche trägerübergreifende Bundesrahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung in Lebenswelten und Betrieben verabschiedet, die in den jeweiligen Landesrahmenvereinbarungen umzusetzen sind. Hierzu werden zukünftig auch verstärkt Handlungsfelder der Sozialen Arbeit zählen.

Die Bundesrahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung in Lebenswelten und Betrieben legen den inhaltlichen Schwerpunkt auf Gesundheitsförderung in nichtbetrieblichen Lebenswelten wie Kita, Schule, Kommunen und Pflegeeinrichtungen und fokussieren die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit. Noch immer gilt in Deutschland wie in allen industrialisierten Gesellschaften: Wer arm ist, hat eine höhere Morbidität und Mortalität (Siegrist & Marmot 2006, Bauer/Bittlingmayer/Richter 2008, Janßen, 2011). Durch den Ausbau von Koordinierungsstellen in den Bundesländern sollen akteursübergreifende Aktivitäten und Strukturen in den Lebenswelten und für die in den Bundesrahmenempfehlungen genannten Zielgruppen mit einem klaren Fokus auf gesundheitliche Chancengleichheit initiiert und gestärkt werden. Der Ausbau der Koordinierungsstellen für gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) in den Ländern ist eine Chance um gesundheitliche Chancengerechtigkeit auf kommunaler Ebene zu stärken. Wichtiger Player ist dabei die Soziale Arbeit mit ihrem bedeutenden Potenzial, direkt in der Lebenswelt sozial benachteiligter Menschen anzusetzen und Gesundheit ausgehend dieser Lebenswelt zu stärken (Rademaker 2017a).

Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Menschen

Gesundheit ist konstitutiver Bestandteil des Alltags der Menschen, sie wird darin hergestellt und aufrechterhalten (Homfeldt 2010). Gesundheitsförderung kann damit nicht als „add on“ verstanden werden, sondern als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, allen Menschen in ihrem Alltag die Chance auf Gesundheit gleichermaßen gerecht zu ermöglichen (WHO 1986). Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Menschen ist auf eine kommunale Struktur angewiesen, die an dieser unmittelbaren Lebenswelt, im Thiersch'sen Sinne anknüpft. „lebensweltorientierte Soziale Arbeit geht von der Frage der Lebenswelt der Adressat*innen aus. Das ist eine triviale Feststellung, die natürlich für alle Soziale Arbeit und alle Arbeit gelten müsste. Sie versucht Menschen zu schützen, zu fördern und ihnen zu helfen. Dass dies in der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit aber als Maxime eigens betont wird, hat seinen Grund darin, dass gerade diese Selbstverständlichkeit immer in Gefahr steht, übergangen, vergessen, ja weggedrängt zu werden“ (Thiersch/Obert 2015, 11). Nun ist Gesundheitsförderung in Lebenswelten mit dem Präventionsgesetz (PräVG) erstmals gesetzlich normiert. Lebenswelten werden dabei in § 20a Absatz 1 PräVG definiert als „für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens,

in Lebenswelten



Foto: Prostock-studio, fotolia.com

Ist Gesundheitsförderung von der Lebenswelt der Menschen abgekoppelt, wird sie zum Gesundheitsdiktat und verfehlt ihre Wirkung.

der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports.“ Gesundheitsförderung müsste, nimmt man ihre Lebensweltorientierung tatsächlich ernst, ausgehend der realen Lebensalltagspraxis gedacht werden (Rademaker 2017a). Auswirkung auf die Gesundheit nehmen also nicht nur die individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten, sich für oder gegen ein bestimmtes Leben und Handeln in einem bestimmten Kontext zu entscheiden. Alleine das Verhalten ist ein zu eng gedachter Einflussfaktor, der zudem sehr ernüchternd sein kann. Schlimmstenfalls arbeitet man sich unentwegt am individuellen Versagen ab. Ernüchternd übrigens für beide Seiten – Betroffene und Helfer*innen.

Die Chancen auf Gesundheit werden in der Lebenswelt vor dem Hintergrund der aktuellen Lebenslage hervorgebracht; in der Sozialisation (Hurrelmann/Richter 2016; Lareau 2011), im Milieu (Vester 2009) und in der tatsächlich gelebten Alltagspraxis (Rademaker 2017b). Der gesundheit-

liche Preis, argumentiert Vester im Kontext milieuspezifischer Lebensführung und Gesundheit, ist sehr hoch: Belastungen, Stress, Wohn- und Arbeitsumfeld, berufliche und familiäre „Katastrophen“ und gesundheitliche Schicksalsschläge erschüttern je nach individueller Lebenslage und Möglichkeit unterschiedlich weitreichend (Vester 2009, 49). Sicherlich ist die Frage nach Ressourcen, also Fähigkeiten und Möglichkeiten Gesundheit im Alltag herzustellen, eine zentrale. Sie reicht aber alleine nicht aus. Was bringen uns gesundheitsfördernde Schulpausen mit Obst in der Mensa, wenn die Schüler*innen kein Geld haben, in die Mensa zu gehen, und sich stattdessen mit Toast und Nutella versorgen? Oder was bringen uns Stressbewältigungskurse für beruflich tätige Mütter, wenn alleinerziehende Minijobberinnen kaum ihren Alltag zwischen Beruf(en), Kita, Schule und Stress mit dem Vermieter bewältigen können?

Wahrscheinlich nehmen beide Angebote eher diejenigen wahr, die so-

wieso gesundheitsbewusst sind, und erhöhen zudem eher den Druck für diejenigen, die den gesellschaftlich gestellten Anforderungen an ein gesundes und gutes Leben ohnehin schon nicht gerecht werden können, um ein Gesundheitsdiktat. Die Umsetzung des PräVG im Sinne einer lebensweltorientierten Gesundheitsförderung sollte also einen klaren Settingbezug haben, zusätzlich zu einer weiterhin vorangetriebenen Verhaltensprävention eine Veränderung der Verhältnisse zum Ziel haben und so die realen Handlungsoptionen sozial benachteiligter Menschen erweitern.

Gesundheitsbezogene Agency

An dieses Dilemma knüpft die Debatte um Agency an. Agency ist „das zeitlich aufgebaute Handeln von Akteurinnen und Akteuren aus verschiedenen strukturellen Umwelten – den temporal-relationalen Handlungskontexten –, das im Zusammenspiel von Gewohnheit, Vorstellung und Beurteilung solche Strukturen gleichermaßen reproduziert wie transformiert, um interaktiv auf Problemstellungen

Info

DVSG-Fachbereich

GESUNDHEITS- FÖRDERUNG

Foto: REDPIXEL, fotolia.com

Der im Dezember 2017 gegründete Fachbereich „Gesundheitsförderung“ setzt sich zum Ziel, das Problem sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit im Fachverband (DVSG) aufzugreifen und für die Etablierung von Gesundheitsförderung als Teil der Praxis Sozialer Arbeit einzutreten. Der Fachbereich wird von Prof. Dr. Katrin Liel und Dr. Anna Lena Rademaker geleitet. Die beiden Ansprechpartnerinnen betonen: „Gesundheitsförderung verstehen wir als zentrale Aufgabe gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. Wir wollen zentrale Kompetenzen aus der Praxis, Forschung und Wissenschaft miteinander verbinden. Bei Interesse an der Mitwirkung nehmen Sie gerne Kontakt auf.“ Weitere Informationen unter: www.dvsg.org. (Die DVSG – Fachbereiche – Gesundheitsförderung).

zu reagieren, vor die sie wechselnde historische Situationen stellen“ (Emirbayer/Mische 2017, 147). Agency beschreibt die realen Handlungsoptionen der Menschen, sich für oder gegen ein Handeln zu entscheiden, und betrachtet diese Optionen in Relation zu dem situativen Kontext, in dem sie sich befinden. Optionen basieren auf eigenen Fähigkeiten, Möglichkeiten, Freiheiten, darüber hinaus aber zugleich auf Motiven, erworbenen und wertgeschätzten Umgangsformen, gesellschaftlichen Normen und vom Zeitgeist abhängigen Werten. Die Komplexität von Agency ist an die Lebenswelt der Akteure zurückzubinden.

Eine Anknüpfung an die gesundheitsbezogenen Agency verspricht Erfolg im Diskurs um Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Menschen (Rademaker 2017b). Diese impliziert eine Praxis von Gesundheitsförderung, die nicht nur Angebote in der Lebenswelt (dem Setting) implementiert, sondern diese ausgehend von der Lebenswelt der Menschen und mit diesen Menschen gemeinsam initialisiert. Thiersch und Obert

sehen eine wesentliche Schwierigkeit lebensweltorientierter Praxis darin, dass die Aktivitäten von Institutionen von je spezifischen Interessen bestimmt werden (Thiersch/Obert 2015, 11). „Diese Aktivitäten führen dazu, dass Probleme und Schwierigkeiten, in denen die Menschen agieren, in spezifischer Weise gesehen werden: Jeder hat eine Brille, seine spezifische Brille und sieht von da aus“ (ebenda). Institutionelle Angebote würden dazu neigen, eher von der Profession und Institution und deren Möglichkeiten aus geplant zu werden, und beispielsweise Gesundheitsförderung an den gesellschaftlich aufoktroierten Erwartungen, wie sich die Menschen im Alltag gesund zu halten haben, organisieren. Die situativen Handlungsvollzüge, individuelle Not und spezifische Interessenlagen von Adressat*innen laufen dabei Gefahr, ins Hintertreffen zu geraten. Diese sind aber vielfach die Ursache für gesundheitliche Einschränkungen, Störungen und Belastungen und erfordern eine mehrperspektivische Betrachtung von Gesundheit in der Lebenswelt aus dem Blickwinkel aller beteiligten Akteure.

Wenn Gesundheit gemeinsam in den jeweiligen Lebenswelten geschaffen werden soll, dann erfordert dies also eine zunehmende Verwirklichung von Partizipation. Die partizipative Praxis der Gesundheitsförderung entwickelt sich nach Wright, Block und von Unger (2007) systematisch in mehreren Stufen, beginnend von Vorstufen der Partizipation bis hin zu selbstorganisierten Gemeinschaftsaktionen Betroffener mit dem höchst möglichen Grad von Selbstbestimmung (ebenda). Im Rahmen dieses Entwicklungsprozesses müssen die Zielgruppen befähigt werden, ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen, daraus abgeleitete Wünsche zu formulieren und Ideen oder Vorstellungen einzubringen. Die professionelle Praxis verändert sich zu einer beratenden und unterstützenden Arbeit und agiert weniger nominierend. Partizipation steigert nicht nur die Bedarfsorientierung, Akzeptanz und Annahme von Angeboten, sondern weckt selbst gesundheitsfördernde Potenziale: Selbstwirksamkeit, Verantwortungsbewusstsein, Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten u.v.m. Der Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit hebt aus diesem Grund Partizipation als eines der 12 Good-Practice-Kriterien hervor (Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit, 2017).

Eine verstärkte Orientierung an der gesundheitsbezogenen Agency (Rademaker 2017b) vermag die lokal orientierte Praxis von Gesundheitsförderung in den Ländern deutlich zu verbessern. Sie fokussiert weniger auf die Verantwortung Einzelner, sondern hebt auf die Verhältnisse ab, in denen die Chancen auf Gesundheit im Alltag verteilt werden. Das bezieht sich insbesondere auf gelebte (Gesundheits-) Routinen, Ideale und Vorstellungen sowie normative Beurteilungen praktischer Handlungsmöglichkeiten im konkreten Lebensalltag (Löwenstein 2017). Eine konsequente Partizipation auf allen Ebenen (Planung, Durchführung, Evaluation) ermöglicht, Gesundheitsförderung vom konkreten Lebensalltag aus zu organisieren, und

stellt damit die Soziale Arbeit als zentrale Akteurin in der Lebenswelt sozial benachteiligter Menschen vor neue (alte) Herausforderungen.

Herausforderungen für die Soziale Arbeit

Der Sozialen Arbeit kommt eine wesentliche Schlüsselrolle in der kommunalen Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Menschen sowie in der Entwicklung von Agency für betroffene Zielgruppen zu. Die Einrichtung der KGC in den Ländern ermöglicht eine stärkere Kooperation von Akteur*innen aus dem Sozial- und Gesundheitswesen im unmittelbaren lokalen Raum als wesentliches Qualitätsmerkmal. Die kollektive Ko-Produktion lokaler sozialer Ordnung hat (...) einen empirisch nachweisbaren Einfluss auf die gesundheitlichen und sozialen Chancen der im Quartier arbeitenden und lebenden Menschen“ (Bär 2015, 6). Die Ausgestaltung dieser Kooperation bietet für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit glei-

chermaßen eine Herausforderung und Chance, sich selbstbewusst und professionell in diesen interdisziplinären Dialog einzubringen.

Es ist eine Herausforderung, sich nicht allein auf „leichter“ erreichbare Lebenswelten wie Kindergärten, Schulen und Betriebe zu beschränken. Gerade Kommunen mit ihren zumeist komplexen Strukturen sind die Lebenswelten, in denen vulnerable Gruppen wie Ältere, Familien oder Arbeitslose erreicht werden können (Altgeld/Sterner 2017). Hier gilt es, partizipative Projekte und Initiativen aus der Lebenswelt dieser Gruppen heraus zu entwickeln, die wirkungsvolle Gesundheitsförderung zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit entfalten können. Die Entwicklung von Präventionsketten, wie sie der „Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit“ und der Partnerprozesses „Gesund aufwachsen für alle!“ für die Zielgruppe der Kinder entwickelt hat, kann hier ein

Anfang sein (Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., 2013).

Und schließlich ist die Verwirklichung von Partizipationsmöglichkeiten ebenfalls als Herausforderung zu sehen. Es gilt, – ganz in der Tradition der Sozialen Arbeit als Menschenrechtsprofession (Staub-Bernasconi, 2007) – für die Rechte und Belange der sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen einzustehen und deren Recht auf Partizipation und Mitgestaltung ihrer Lebenswelt umzusetzen. Diese theoretisch ausgearbeitete Grundlage, die einerseits großen Konsens erfährt, muss jedoch andererseits lokal vor Ort immer wieder neu definiert und praktisch umgesetzt werden. Wenn das Prinzip der Partizipation ernst genommen wird, bedeutet dies umfassende Strukturänderungen. Es „müssen Räume zum Experimentieren und Reflektieren geschaffen werden, damit die Beteiligten lernen können, wie sich Parti-

Sächsisches Institut für methodenübergreifende Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (SIMKI) e.V. an der Hochschule Mittweida

Staatlich anerkannte Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Kombination mit dem akkreditierten Masterstudiengang (M.A.) der HS Mittweida „Therapeutisch orientierte Soziale Arbeit mit Kindern und Jugendlichen“

Zulassungsvoraussetzungen: Hochschulabschluss (Diplom, Bachelor, jeweils Uni oder FH) in Pädagogik, Sozialpädagogik oder Psychologie (BSc/MSc)

Entsprechend der aktuellen Gesetzeslage lässt SIMKI Absolventinnen und Absolventen sozialberuflicher Studiengänge mit Bachelorabschluss zur Ausbildung zu und empfiehlt die Kombinationsausbildung Approbation/Master.

Nächster Kursbeginn März 2019
Bewerbungsschluss 31. August 2018

Alle 2 Jahre beginnt ein
neuer Ausbildungsgang

Bitte fordern Sie Informationsmaterial vom Institut an.



SIMKI e.V.
an der Hochschule Mittweida

Tzschirnerplatz 6, 09648 Mittweida | Telefon 03727 9981550 | simki@hs-mittweida.de | www.simki.org



zipation am besten realisieren lässt. Partizipation fordert heraus, weil sie Zeit, Flexibilität, Zusammenarbeit auf Augenhöhe, die Bereitschaft, auch außerhalb von Hierarchien zu agieren, Vertrauensaufbau und Kontinuität in der Zusammenarbeit verlangt“ (Wright, 2016).

Damit Gesundheitsförderung und Prävention in sozial benachteiligten Bevölkerungsschichten ankommt, bedarf es einer strukturell verankerten Kooperation und Partizipation aller beteiligten Akteur*innen. Die sektorenübergreifende Zusammenarbeit auf kommunaler Ebene in den Bundesländern ist keine Frage, sondern eine klare und richtungsweisende Antwort für eine qualitative Verbesserung der Strukturen für Gesundheitsförderung und Prävention. Mit der Einrichtung der Kooperationsverbände Gesundheitliche Chancengleichheit in den Ländern ist eine Chance gegeben, die es nun qualitativ weiterzuentwickeln gilt. Hierbei ist die Soziale Arbeit in besonderem Maße gefragt, den Prozess zu gestalten.

Die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit kann hier einen wesentlichen Beitrag leisten, liefert sie doch im Sin-

Die sektorenübergreifende Zusammenarbeit auf kommunaler Ebene in den Bundesländern ist keine Frage, sondern eine richtungsweisende Antwort für eine Verbesserung der Strukturen für Gesundheitsförderung.

ne eines lebensweltorientierten Verständnisses von Gesundheit sowohl theoretische als auch praktische Anknüpfungspunkte. Die strukturellen und finanziellen Veränderungen durch das PrävG sind begrüßenswert, da sie einen längst notwendigen Schritt zur strukturellen Stärkung und zum Ausbau von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung beschreiten. Andererseits bleibt zu beobachten, ob bei dieser Umgestaltung die Soziale Arbeit ihren Platz

findet. Gelingt es ihr, wesentliche Impulse in der Debatte um die Ausgestaltung der lebensweltorientierten Gesundheitsförderung zu setzen und ihre Sichtweise auch auf Fachkongressen und in Publikationen zu vermitteln? Kann sie darüber hinaus im Sinne des Agenda-Settings ureigene Themengebiete als solche benennen und besetzen und ihre Rolle als politikgestaltende Profession im Sinne einer „policy practice“ wahrnehmen? Die Tatsache, dass diese durch das Präventionsgesetz angestoßene Entwicklung in vielen Aspekten erst am Anfang steht, kann eine Chance für die Soziale Arbeit sein.

■ Prof. Dr. Katrin Liel lehrt an der Fakultät Soziale Arbeit an der Hochschule Landshut, [© katrin.liel@haw-landshut.de](mailto:katrin.liel@haw-landshut.de)

■ Dr. Anna Lena Rademaker, M.A. Soziale Arbeit ist Lehrkraft im Fachbereich Sozialwesen an der Fachhochschule Bielefeld, und Referentin der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) in Berlin [© anna-lena.rademaker@fh-bielefeld.de](mailto:anna-lena.rademaker@fh-bielefeld.de)