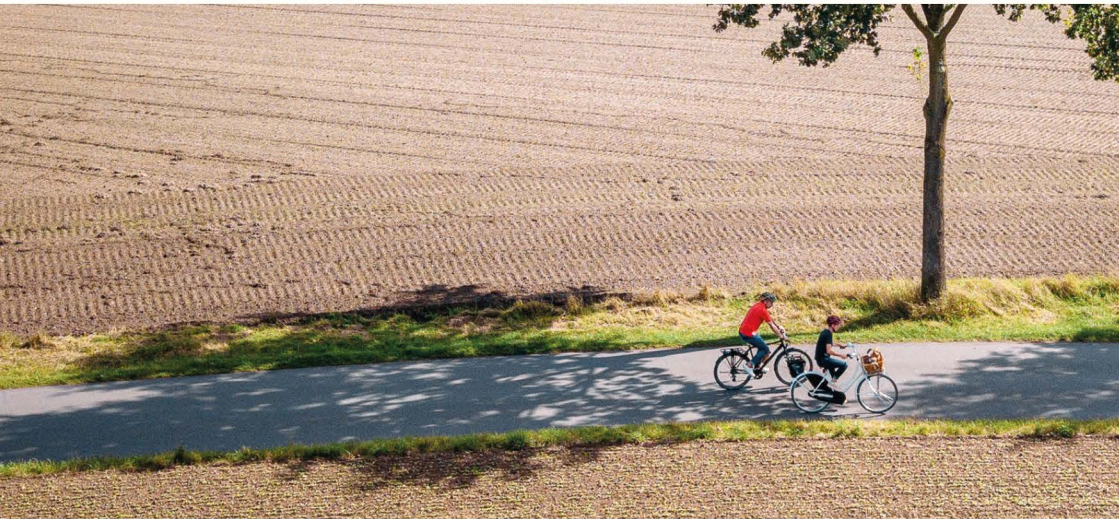


Jörg Rövekamp-Wattendorf  
Kolja Heckes (Hrsg.)  
**Gesundheit in  
regionaler Verantwortung**  
Beiträge zu Gestaltungsorten und  
Aushandlungspraxen  
in sozialen Lebensräumen



# Gesundheit in regionaler Verantwortung

# katho

Katholische Hochschule **Nordrhein-Westfalen**

Catholic University of Applied Sciences

## Schriften der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen

*Band 42*

Jörg Rövekamp-Wattendorf  
Kolja Heckes (Hrsg.)

# **Gesundheit in regionaler Verantwortung**

Beiträge zu Gestaltungsorten und Aushandlungspraxen  
in sozialen Lebensräumen

Verlag Barbara Budrich  
Opladen • Berlin • Toronto 2024

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über

<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

**Diese Publikation wurde gefördert durch:**

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen – Catholic University of Applied Sciences (katho)

Projekt „münster.land.leben“ der Fachhochschule Münster (gefördert im Rahmen der Bundesländer-Initiative „Innovative Hochschule“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung)

Forschungsverbund CareTech OWL der Hochschule Bielefeld (HSBI), im Rahmen des Projekts „Transformation in Care and Technology - TransCareTech“ (gefördert durch das Ministerium für Kultur und Wissenschaft des Landes NRW im Rahmen der Förderbekanntmachung „Profilbildung 2020“)

© 2024 Dieses Werk ist beim Verlag Barbara Budrich GmbH erschienen und steht unter der Creative Commons Lizenz Attribution 4.0 International

(CC BY 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Diese Lizenz erlaubt die Verbreitung, Speicherung, Vervielfältigung und Bearbeitung unter Angabe der Urheber\*innen, Rechte, Änderungen und verwendeten Lizenz.

Stauffenbergstr. 7 | D-51379 Leverkusen | [info@budrich.de](mailto:info@budrich.de) | [www.budrich.de](http://www.budrich.de)



Die Verwendung von Materialien Dritter in diesem Buch bedeutet nicht, dass diese ebenfalls der genannten Creative-Commons-Lizenz unterliegen. Steht das verwendete Material nicht unter der genannten Creative-Commons-Lizenz und ist die betreffende Handlung gesetzlich nicht gestattet, ist die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers für die Weiterverwendung einzuholen. In dem vorliegenden Werk verwendete Marken, Unternehmensnamen, allgemein beschreibende Bezeichnungen etc. dürfen nicht frei genutzt werden. Die Rechte des jeweiligen Rechteinhabers müssen beachtet werden, und die Nutzung unterliegt den Regeln des Markenrechts, auch ohne gesonderten Hinweis.

Dieses Buch steht im Open-Access-Bereich der Verlagsseite zum kostenlosen Download bereit (<https://doi.org/10.3224/84742682>).

Eine kostenpflichtige Druckversion (Print on Demand) kann über den Verlag bezogen werden. Die Seitenzahlen in der Druck- und Onlineversion sind identisch.

ISBN 978-3-8474-2682-0 (Paperback)

eISBN 978-3-8474-1854-2 (eBook)

DOI 10.3224/84742682

Umschlaggestaltung: Bettina Lehfeldt, Kleinmachnow – [www.lehfeldtgraphic.de](http://www.lehfeldtgraphic.de)  
Lektorat und Satz: Ulrike Weingärtner, Gründau – [info@textakzente.de](mailto:info@textakzente.de)

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	<b>9</b>
<i>Maria Klein-Schmeink, MdB, stellvertretende Fraktionsvorsitzende der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen</i>	
<b>Vorwort</b> .....	<b>10</b>
<i>Karl Josef Laumann, Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen</i>	
<b>Vorwort</b> .....	<b>11</b>
<i>Dr. Kai Zwicker, Landrat des Kreises Borken</i>	
<b>Einleitung</b> .....	<b>12</b>
<i>Jörg Rövekamp-Wattendorf &amp; Kolja Heckes</i>	
<b>I. Teil: Gestaltungsorte</b> .....	<b>19</b>
<b>Gesundheitskioske als Ausgangspunkt für die Entwicklung regionaler Gesundheitsverbesserung</b> .....	<b>21</b>
<i>Helmut Hildebrandt, Anja Stührenberg &amp; Daniel Dröschel</i>	
<b>Gesundheitsförderung und Prävention für älter werdende Menschen im Kontext von Quartiersentwicklung – das Projekt Gesundes GenerationenViertel Münster-Rumphorst</b> .....	<b>44</b>
<i>Marc Gottwald-Kobras</i>	
<b>Transfer und Innovation für die Gesundheitsregion – CareTechHUBs als Modell für die Verknüpfung von Versorgungspraxis, Technikentwicklung und Forschung in OWL</b> .....	<b>57</b>
<i>Kolja Heckes, Marcel Siegler &amp; Udo Seelmeyer</i>	
<b>Pflegebedürftige und Pflegedienste im Spannungsfeld der Gesundheitsökonomie</b> .....	<b>88</b>
<i>Philipp Leusbrock</i>	

<b>Erwerbstätige, sorgende Angehörige: Erkenntnisse über die Herausforderungen für Betriebe und deren Führungskräfte – dargestellt anhand einer Machbarkeitsstudie im Westmünsterland . . . . .</b>	<b>99</b>
<i>Thomas Oelschläger &amp; Andreas Schulte-Hemming</i>	
<b>Die Ortskirchengemeinde als Akteurin der regionalen Gesundheitsfürsorge – eine historische Bestandsaufnahme und gegenwärtige Perspektiven . . . . .</b>	<b>119</b>
<i>Manuel Stübecke</i>	
<b>„Keine Zeit für Kindereien“ – Eine Skizze zu Bildung und Gesundheit . . . . .</b>	<b>131</b>
<i>Ursula Tölle</i>	
<b>Gesund Aufwachsen in der Region – Rauman eignung als Zugang zur Perspektive von Kindern und Jugendlichen . . . . .</b>	<b>153</b>
<i>Ulrich Deinet &amp; Christian Reutlinger</i>	
<b>Patient:innen mit Behinderungen – eine besondere „Gruppe“ in einer Gesundheitsregion? . . . . .</b>	<b>166</b>
<i>Barbara Ortland</i>	
<b>Damit die (Lebens-)Welt nicht fremd bleibt – traumasensible Sozialräume als sichere Orte . . . . .</b>	<b>186</b>
<i>Ann-Kathrin Scholten</i>	
<b>Sozialraum- und teilhabeorientierte Gestaltung einer gesundheitsbezogenen, regionalen Versorgung von Menschen mit Beeinträchtigung . . . . .</b>	<b>209</b>
<i>Ursula Böing</i>	
<b>II. Teil: Aushandlungspraxen . . . . .</b>	<b>227</b>
<b>Gefangen im Kokon? Gesellschaftliche Konstruktion sozialer Probleme im Feld gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit . . . . .</b>	<b>229</b>
<i>Johanna Hofzumberge, Jörg Rövekamp-Wattendorf &amp; Sara Remke</i>	
<b>„Und jetzt haben wir das eben anders gemacht ...“ – Analyse subjektiver Gesundheitsvorstellungen und des Gesundheitshandelns pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz . . . . .</b>	<b>273</b>
<i>Sarah Hampel</i>	

<b>Integrierte und vernetzte Sorgelandschaften gestalten: Potenziale und Herausforderungen einer sozialraumorientierten Sozialpolitik</b> . . . . .	<b>301</b>
<i>Christian Heerd</i>	
<b>Transferability als prozessimmanenter Gradmesser in Gesundheitsregionen am Beispiel von erwerbstätigen sorgenden Angehörigen</b> . . . . .	<b>313</b>
<i>Kolja Heckes</i>	
<b>Thinking outside the box and ready for transition?</b> . . . . .	<b>348</b>
<i>Jörg Rövekamp-Wattendorf</i>	
<b>Gesundheit demokratisch gestalten</b> . . . . .	<b>389</b>
<i>Anna Hürten</i>	
<b>Förderung von Kindern psychisch und suchterkrankter Eltern in regionalen Verantwortungsgemeinschaften – Gesundheitsförderung und Prävention in Kooperation mit der Jugendhilfe</b> . . . . .	<b>414</b>
<i>Michael Rölver &amp; Emine Ibrahimi</i>	
<b>Angaben zu den Autor*innen</b> . . . . .	<b>441</b>



# Vorwort

*Maria Klein-Schmeink, MdB, stellvertretende Fraktionsvorsitzende der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen*

Gesundheitsregionen liegt die Idee zugrunde, dass Menschen dort am besten versorgt werden, wo Angehörige der Gesundheitsberufe und Pflegekräfte Hand in Hand arbeiten. Auch die Folgen des demografischen Wandels werden abgemildert, wenn durch die Bildung von Netzwerken und eine neue Aufgabenteilung zwischen den Gesundheitsberufen die Versorgung verbessert wird. Doch der Weg dahin ist steinig. Darum haben wir Grüne uns bei den Verhandlungen der Koalitionsverträge sowohl für die Ampel im Bund als auch in Nordrhein-Westfalen für bessere Rahmenbedingungen für die regionale Versorgung eingesetzt.

Dazu gehört die Etablierung von Community Health Nurses und Patientenslots genauso wie niedrigschwellige Beratungsangebote. Bevölkerungsbezogene Versorgungsverträge sollen attraktiver werden. Auch die Krankenhausreform, die derzeit zwischen Bund und Ländern beraten wird, enthält mit den Vorhaltepauschalen und den Leistungsgruppen wichtige Elemente, um eine gute Versorgung überall vor Ort sicherzustellen.

Auf Landesebene planen wir für Nordrhein-Westfalen ganz konkret den Aufbau von mindestens fünf bevölkerungsbezogenen, sektor- und berufsgruppenübergreifenden Gesundheitsregionen. Darin werden wir gemeinwohlorientierte, multiprofessionelle Gesundheitszentren als Modellprojekte fördern. Eine Landesagentur für regionale Gesundheitsversorgung unterstützt die Akteure vor Ort aktiv.

Für die Pflege gilt es, endlich zu mehr Beteiligung der Kommunen bei der Pflegeplanung und infolge zu mehr quaternahen Wohnformen zu kommen. Deren gemeinsame Förderung durch Bund, Länder und Kommunen werden wir im SGB XI verankern. In Nordrhein-Westfalen werden wir die Möglichkeit zur Nutzung der verbindlichen Pflegebedarfsplanung sukzessive weiter ausbauen und die Kommunen dabei unterstützen. Neben Angeboten und Infrastruktur für die umfassende Pflege werden auch andere pflegerischen Angebote und Versorgungsformen miteinbezogen.

Wenn wir das alles umgesetzt haben, sind wir einen großen Schritt weiter.

# Vorwort

*Karl Josef Laumann, Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen*

Liebe Leserinnen und Leser,

in den letzten drei Jahren musste unser Gesundheitssystem aufgrund der Coronapandemie diverse Herausforderungen meistern. Dies ist uns in Nordrhein-Westfalen weitgehend gut gelungen. Aber insbesondere bedingt durch den demografischen Wandel warten bereits neue Herausforderungen auf unser Gesundheits- und Sozialsystem. Den diesem Buch zugrunde liegenden Gedanken, die regionale Gesundheitsförderung genauer zu untersuchen, begrüße ich daher ausdrücklich.

Nicht nur auf Bundesebene wird die Stärkung innovativer Versorgungsformen diskutiert. Auch in Nordrhein-Westfalen sollen Gesundheitsförderung, gesundheitliche Versorgung und Sozialarbeit stärker miteinander verbunden werden. Versorgungsbedarfe werden zukünftig steigen. Vor allem im ländlichen Raum und in strukturschwachen Gebieten ist die Schaffung adäquater Angebote für eine alternierende Gesellschaft erforderlich, um keine Versorgungslücken entstehen zu lassen.

Noch besser ist es, wenn Gesundheit gestärkt wird und Krankheiten gar nicht erst entstehen. Damit dies gelingen kann, muss Gesundheit in allen Politikfeldern gedacht werden. Gesundheitsförderung ist demnach eine Aufgabe, die nicht nur von den Akteuren des Gesundheitssystems zu bewältigen ist. Gesundheit kann an vielen Orten in den Blick genommen werden, sei es in der Schule, im Sportverein, in Angeboten der Jugendhilfe oder in der Kirchengemeinde.

Es wird zukünftig mehr denn je erforderlich sein, dass sich lokale Akteure des Gesundheitswesens, aber auch darüber hinaus, vernetzen. Der geplante Umbau der Krankenhauslandschaft bietet die Chance zur besseren Verzahnung von ambulanten und stationären Behandlungsangeboten. Wichtig bleibt dabei natürlich die wohnortnahe Grundversorgung.

Die Beiträge von Fachautorinnen und -autoren, ehrenamtlichen Personen aus der Region und professionellen Akteuren beleuchten die regionale Gesundheitsförderung aus verschiedenen Perspektiven. Dies macht den besonderen Reiz des vorliegenden Buches aus.

Ich wünsche Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, viel Inspiration bei der Lektüre.

# Vorwort

*Dr. Kai Zwicker, Landrat des Kreises Borken*

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“ So heißt es in der bereits 1986 verabschiedeten Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO). „Individuellen Lebenswelten“ wie z. B. den Gemeinden, Städten und Kreisen wird dabei eine zentrale Bedeutung im Rahmen der Daseinsfürsorge zugeschrieben: Je lokaler und kleinräumiger der Bezugsraum, desto stärker beeinflusst die Gesundheitsplanung die Bürgerinnen und Bürger in ihrem Verhalten und in ihren Lebensverhältnissen.

Vor diesem auch heute unverändert aktuellen Hintergrund begrüße ich als Landrat des Kreises Borken die intensive Zusammenarbeit der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Münster, und der Fachhochschule Münster in diesem wichtigen Themenfeld gerade mit Blick auf die Situation bei uns im Westmünsterland sehr. Die Ergebnisse ihrer wissenschaftlichen Forschung sind nun im vorliegenden Herausgeberband „Gesundheit in regionaler Verantwortung – Beiträge zu Gestaltungsorten und Aushandlungspraxen in sozialen Lebensräumen“ zusammengetragen worden. Sie resultieren aus der engen Kooperation mit dem seit nunmehr fünf Jahren erfolgreich agierenden Netzwerk „reges:BOR – regionale Gesundheitsförderung im Kreis Borken“ und bieten aufschlussreiche Beiträge von Fachleuten, ehrenamtlich Engagierten und professionellen Akteuren unseres Raumes.

Ganz herzlich danke ich allen Beteiligten, insbesondere auch den Herausgebern des Bandes, Prof. Dr. Jörg Rövekamp-Wattendorf und Dr. Kolja Heckes, für das Zustandekommen. Möge ihr Werk auch anderen Regionen nutzbringenden Erkenntnisgewinn ermöglichen.

# Einleitung

Regionen bilden sich durch eine Vielzahl verschiedener Zusammengehörigkeiten der dort lebenden Menschen ab. Regionsintern heterogene Akteure können darin aber durchaus übergreifend verschiedene Beiträge in Form von Visionen und Potenzialen liefern, was auch zu einer Neubildung von Gesundheitschancen beiträgt. Dabei gilt: Je höher ein kooperatives Engagement, desto höher ist die dortige Lebensqualität. Dazu muss ein guter Zugang der Menschen zu diesen Chancen, aus der hier vertretenen Perspektive zum System Gesundheitsversorgung, gewährleistet sein, unabhängig von verschiedenen Determinanten wie Geschlecht, Biografie, Wohnverhältnisse (Stichwort Chancengleichheit). Gesundheitschancen lassen sich dabei tatsächlich nicht nur mittels Negativvariablen erfassen und analysieren wie etwa regionale Morbidität und Mortalität, sondern ebenso in *Settingentwicklungen* in Betrieben, Schulen, Gesundheitseinrichtungen usw. Uns interessieren dazu u. a. folgende Fragen: Wodurch kann Gesundheit gefördert werden? Wodurch gelingen gesunde Lebensbedingungen z. B. für Kinder und Jugendliche? Welche Merkmale muss eine gesundheitsfördernde Politik besitzen? Welche Menschen kann Schule in ihre Gesundheitsförderung einbeziehen? Wie wirken gesellschaftliche Deutungen und Zuschreibungen gesundheitlicher oder sozialer Probleme auf die Gesundheitsförderung? In diesem Band wird aber auch klar, wie stark die Wirkkraft einzelner Settings davon abhängig ist, ob Entscheidungstragende in kollaborativen Aushandlungspraxen verantwortungsvolle Zielsetzungen, Strategien und Methoden, trotz ihrer spezifischen Fokusse, erfüllen (wollen). Das beginnt bei einer partizipativen Sensibilisierung für die Mitwirkungsverantwortung.

Das innovative Potenzial solch einzulösender Gesundheitsverantwortung ist aber auch abhängig davon, wie umfänglich die gesamte Bevölkerung in einer Region einbezogen wird. Hier spielt die Ressourcenanalyse eine zentrale Rolle. Insbesondere im ländlichen Raum kommt der Verzahnung von vorhandenen Angeboten deshalb eine chancenreiche Rolle zu, weil die räumliche Größe homogene Bedingungen für die Menschen offenbart wie etwa Lage, Klima oder Erwerbsmöglichkeiten sowie wechselseitige verflochtene Abhängigkeiten vereint. Nicht zuletzt hängt deshalb die herausfordernde Gestaltung auch immer wieder vom verantwortungstragenden Engagement von Bürger\*innen, etwa im Ehrenamt, und ihren Ambitionen für Kooperationen ab (Stichwort Transprofessionalität, Kommunikationsinfrastruktur und systematische Kooperation). Der Nutzen: eine sektorielle Überwindung von Angebotsstrukturen, unabhängig davon, ob Profi oder Bürger\*in als intelligente Vernetzung eröffnet durch das Überwinden von Grenzen im Sinne

einer Bereitschaft zur abnehmenden Autonomie, die möglicherweise auch in den Köpfen der Akteure verortet sein mag, neue Möglichkeiten: Kontingenzen. Hierzu werden aber auch die Einflüsse der Politik auf die Gesundheitsentwicklung durch Politiker\*innen auf der Bundes-, Landes- und Regionalebene nicht nur von deren begeisterten Grundeinstellungen abhängig sein, sondern auch von deren Setzungen nachhaltiger Rahmenbedingungen. Doch wem mag die Tragfähigkeit eines solchen nachhaltigen sozialen Netzes nutzen? Eine hohe Zufriedenheit durch gute Versorgungsqualität ließe sich synergetisch mit Effizienzerwartungen, etwa durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen oder durch schnellere Hilfen durch diesen fächerübergreifenden Ansatz, erreichen, indem die vorhandenen Kräfte gebündelt werden. Darüber hinaus: Transdisziplinäre Zusammenarbeit mag als eine humanisierende Kooperationsbedingung auch Arbeitszufriedenheit erzeugen, z. B. durch das Profitieren von gemeinsamen Wissensbasen.

Dieser Band nahm seinen Anfang im Herbst 2021. Kolja Heckes war seinerzeit der Netzwerkentwickler eines regionalen Verbunds zur Gesundheitsförderung im Kreis Borken (westliches Münsterland), genannt „reges:BOR“. Dabei handelte es sich um ein Teilvorhaben des Großprojekts *münster.land.leben* der FH Münster. Jörg Rövekamp-Wattendorf war damals wie heute Professor für die Fachwissenschaft Soziale Arbeit an der katho NRW. Ein erster Funke, der die Auseinandersetzung seitens der Herausgeber mit der regionalen Verantwortung für Gesundheit auslöste, erfolgte damals im Rahmen einer interessanterweise auf eine bestimmte Zielgruppe zugeschnittenen Analysewerkstatt zu „erwerbstätigen pflegenden/sorgenden Angehörigen“. (Damit erklärt sich auch ein gewisser, wenngleich nicht ausschließlicher Schwerpunkt einiger der Beiträge auf dieser Adressat\*innengruppe). In seiner Netzwerkfunktion initiierte Heckes eine hochschulübergreifende Kooperation mit Rövekamp-Wattendorf; wissend, dass sich letzterer nicht nur bereits jahrelang auf dem Handlungsfeld des Gesundheitswesens bewegt, sondern die Gesundheitsförderung zu seinem Forschungsschwerpunkt zählte und ferner selbst aus dem Münsterland käme, mit den lokalen Eigenheiten also ebenfalls vertraut ist. Der immanente Fokus der Analysewerkstatt auf vorgenannte Zielgruppe, das Sich-Hefen an die Fersen der Adressat\*innen, warf überdies immer mehr Fragen auf, die vor allem an die „Region“ als entscheidend gesundheitsrelevantes, gleichsam eigenständiges System zu stellen wären:

Inwieweit kann sich eine Region dafür verantwortlich zeichnen, dass es ihren Menschen bestmöglich gelingt, ihre Gesundheit zu stärken? Welche naheliegenden, aber ggf. auch noch zu wenig erkannten Gesundheitsproduzent\*innen versammeln sich in der regionalen Arena? Welche Prozesse der Region an sich mitsamt ihren Akteuren lassen sich als Stärken herausarbeiten, und lässt sich das irgendwie bemessen? Welche Personengruppen bedürfen im Zuge regionaler Gesundheitssteuerung sensibilisierter Aufmerksamkeit? Lassen sich vor dem Hintergrund einer

gemeinsamen Verantwortung für die gemeinsame Region neue Kooperationskonstellationen initiieren, z. B. zwischen Sozial-/Gesundheitsberufen und lokaler Wirtschaft bzw. Lebenswelten? Sind regionale Umwelten ein geeignetes Surrounding für die Bestimmung des gesundheitsfördernden Einflusses anderer Artefakte (z. B. Technologien)? In welchen Modellen und Konzepten schlägt sich ein möglicher ‚turn‘ hin zur Gesundheitsregionalisierung nieder?

Wir Herausgeber und die Autor\*innen möchten einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung in Regionen leisten. Absicht dieses Bandes ist, praktische Beispiele innovativer Praxen und konkrete Konzeptionierungsideen für Entscheidungsträger\*innen aufzuzeigen. Wir möchten einen Einblick in aktuelle Entwicklungen, Herausforderungen und mögliche Entwicklungschancen geben. Die dargestellten Praxiserfahrungen der Autor\*innen mögen also Handlungsoptionen aufzeigen *und* als Theoriebeiträge interessante Erklärungsbeiträge liefern und damit die aktuelle Diskussion bereichern. Die Beiträge lassen sich entsprechend den zwei Begriffen Gestaltungsorte und Aushandlungspraxen zuordnen. Im ersten Buchteil lassen sich Beiträge finden, die sich mit vielfältigen Settings, in denen wir leben, lernen, spielen und arbeiten oder pflegen, gepflegt oder behandelt werden, beschäftigen. Es geht um Zugangswege, um verschiedene Bevölkerungsgruppen in der Region zu erreichen. Obwohl einzelne, relativ abgrenzbare Orte als Sozialzusammenhänge in den Kapiteln beschrieben werden, geht es uns darum, integriert Gesundheit in sämtlichen Bereichen zu denken.

- *Helmut Hildebrandt, Anja Stühnberg und Daniel Dröschel* stellen das Konzept des Gesundheitskiosks mit seinem gesundheitspolitischen Hintergrund vor und begründen – sinngemäß anschlussfähig an die Positionen von Heerdt und Gottwald-Kobras –, dass Gesundheitskioske im Sinne einer umfassenden regionalen Gesundheitsförderung in ein erweitertes multisektorales Netzwerk eingebettet werden müssen.
- *Marc Gottwald-Kobras* berichtet als ehemaliger Quartiersentwickler aus erster Hand über ein Quartiersprojekt im Nordosten der Stadt Münster, das seinerzeit im Rahmen des Masterplans Altengerechte Quartiere.NRW durchgeführt wurde und programmatisch einen Gesundheitsschwerpunkt verfolgte; dabei zeigt sich u. a., dass sich die Bewohnerinnen und Bewohner erst langsam von einem Gesundheitsverständnis als „Reparaturbetrieb“ lösen.
- *Kolja Heckes, Marcel Siegler und Udo Seelmeyer* beleuchten in ihrem Beitrag die Bedeutung von Caretechnologien für die Gesundheitsunterstützung in Ostwestfalen-Lippe und bringen hierzu zwei Ansätze miteinander in den Dialog, das Modell der „Gesundheitsregion“, wie es von Hildebrandt et al. ausgearbeitet wird, und lokale transdisziplinäre Einheiten aus Technik, Gesundheit und Sozialem (sogenannte CareTechHUBs).

- *Philipp Leusbrock* bezieht sich in seinem Beitrag auf die ambulante Versorgung pflegebedürftiger Menschen und deren Angehörigen. Er erläutert deren Situation in direkter Verbindung mit der von Pflegenden und Pflegediensten unter den aktuell herrschenden Bedingungen von Gesundheitsökonomie und den Auswirkungen des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG).
- *Thomas Oelschläger* und *Andreas Schulte-Hemming* befassen sich in ihrem Beitrag mit Mentorship-Prozessen zwischen Arbeitgebern der Region, die von- und miteinander lernen, wie sie die Gesundheit in häusliche Pflege eingebundener Mitarbeitender fördern können.
- *Manuel Stübecke* beschreibt die Ortskirchengemeinde als Akteurin in der regionalen Gesundheitsvorsorge; dazu zeichnet der Autor historische Geneselinien von Kirche und Sozialer Arbeit in Bezug auf regionale Gesundheitsverantwortung nach und kommt zu dem Schluss, dass – trotz vieler konfessioneller Wohlfahrts-träger – zwar eine wachsende Diskrepanz das Verhältnis von Kirche und Sozialer Arbeit unter Druck setzt, in der regionalen Gesundheitsvorsorge jedoch ein geteiltes Mandat besteht und damit eine kooperative Perspektive eröffnet.
- *Ursula Tölle* gibt einen Einblick in historische und aktuelle Entwicklungen hin zu einer gesunden Schule. Es wird ein weites Verständnis von Bildung und Entwicklung entfaltet, das Grundlage von Gesundheit und Gesundheitsbildung auch im Setting Schule ist. Bezüge zu „kinderleichten“ Texten von Astrid Lindgren und Erich Kästner sowie Praxisbeispiele illustrieren den Ansatz einer Subjektorientierung.
- *Ulrich Deinert* und *Christian Reutlinger* zeigen Chancen und Grenzen zur Gestaltung von Lebensräumen von Kindern und Jugendlichen auf. Soziale Räume, in denen ihre Interaktionen und ihr soziales Handeln stattfinden, insbesondere ihr Nahraum, entstehen zwar durch Aneignung, müssen aber gleichsam relational durch sozialraumbezogene Gesundheitsförderung erschließbar werden.
- *Barbara Ortland* fängt eindrückliche persönliche Erfahrungen über nicht nur soziale Barrieren in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit einer Beeinträchtigung ein. Damit eröffnet sie vor dem Hintergrund des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) die Thematik der verpflichtenden Verantwortung für die Umsetzung von Barrierefreiheit.
- *Ann-Kathrin Scholten* geht mit ihrer Arbeit zur Bedeutung traumasensibler sozialer Räume auf ein Thema ein, das ins Zentrum aktueller Diskussionen gehört: Die vernetzte Schaffung sicherer Umgebungen für Betroffene ist ein zentraler Schutzfaktor vor den Folgen von Traumatisierungen, wenn nicht nur Segmente, sondern der gesamte Sozialraum Betroffener zu einem sicheren Ort werden kann.
- *Ursula Böing* entwickelt zu einer teilhabeorientierten Gestaltung regionaler Räume aus einer kritischen Reflexion bestehender sozialräumlicher Planungs-

prozesse die Anforderung an eine grundlegende neujustierte Strategie, welche die gleichgestellte Perspektive von Menschen mit Behinderung als Disability Mainstreaming einnimmt.

Im zweiten Teil des Bandes finden sich Beiträge zu Verständnisrahmen und Perspektiven der Gesundheitsförderung. Darin laden die Autor\*innen zum Perspektivwechsel im Sinne einer erweiterten Deutung problematisch erscheinender gesundheitlicher Phänomene und Probleme ein. Ihre Beiträge beziehen sich auf Wahrnehmungen und Problematisierungen bzw. Entproblematisierungen sowie Bearbeitungsansätze und damit auf Rollen bei der Transformation gesundheitsbezogener Probleme. Sichtbar werden auch unterschiedliche Wirkungsvorstellungen, Implikationen und mögliche Organisationsformen für zukunftsfähiges gesundheitsförderndes Handeln.

- *Johanna Hofzumberge, Jörg Rövekamp-Wattendorf und Sara Remke* zeichnen Auswirkungen gesellschaftlicher Konstruktionen sozialer Probleme im Feld der Gesundheitsförderung nach. Wie entstehen aus Beobachtungen und Zuschreibungen gesellschaftlich anerkannte Probleme, und welche Mechanismen des Umgangs damit können identifiziert werden? In diesem Zusammenhang stellen sie die Frage, ob und inwiefern Soziale Arbeit die sehr verschiedenen Prozesse rund um soziale Probleme im Gesundheitssektor überhaupt jonglieren kann. Sie bieten den Leser\*innen mittels des Kokonmodells eine Kombination objektivistischer und konstruktivistischer Perspektiven an, um den Diskurs um Gesundheitsförderung sowie die Rollenanforderungen für diese junge Wissenschaft im Kontext von gesellschaftlichen Konstruktionen sozialer Probleme nachzuvollziehen.
- *Sarah Hampel* formuliert in ihrem empirischen Beitrag die Ausgangslage, dass „Gesundheit“ – hier bezogen auf pflegende Angehörige demenziell veränderter Menschen – weitestgehend durch eine Expert\*innenperspektive bestimmt ist, und geht der Frage nach, inwieweit die noch unterrepräsentierte Laienperspektive zur Wissenserweiterung zur Überwindung von Systembarrieren beitragen kann.
- *Christian Heerdt* kommt komplementär zu Hampels Beitrag zu der Einsicht, dass tragfähige regionale Sozialraumstrukturen im Sinne von Sorgelandschaften nicht von allein entstehen und einzelne Beratungsstellen die sozialrechtliche und akteursübergreifende Komplexität kaum steuern können; als ein Lösungsmodell diskutiert der Autor Agenturen der Sozialraumentwicklung und Sozialkapitalbildung.
- *Kolja Heckes* nimmt die Einschätzung vor, dass die „Gesundheitsregion“ aktuell an einem womöglich reduktionistischen Wirkungsbegriff rund um Mortalitätä-

ten, Diagnosehäufigkeiten und Kosten bemessen wird, und erkundet am empirischen Beispiel einer konkreten Adressat\*innengruppe (der erwerbstätigen sorgenden Angehörigen, als einer Gruppe zwischen teils konträren Ansprüchen; siehe Hampel als auch Oelschläger/Schulte-Hemming) alternative prozessimamente Wirkungsdimensionen.

- *Jörg Rövekamp-Wattendorf* prüft Gelingens- und Hemmnisfaktoren eines transprofessionell ausgerichteten Case Managements. Er spürt notwendigen transprofessionellen Kompetenzen für ein vernetzendes Bemühen nach, um Bürger\*innen Angebote einer Gesundheitsversorgung zugänglich zu machen, welche über Differenzierungs- und Spezialisierungstendenzen hinausgehen.
- *Anna Hürten* ergründet unter dem Titel *Gesundheit demokratisch gestalten* die Potenziale einer Demokratisierung des Gesundheitswesens. Zuvor wirft sie einen dezidierten Blick auf Defizite und Notwendigkeiten im Gesundheitssystem. Sie nimmt Hindernisse und Möglichkeiten eines ernsthaften Umgangs mit Vielfalt, Partizipation und Antidiskriminierung in den Blick und stellt Lösungsstrategien und best-practice Beispiele zur Diskussion.
- *Michael Rölver* und *Emine Ibrahimi* arbeiten in ihrem Beitrag unterschiedliche, aber auch verbindende Logiken zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen in Bezug auf Gesundheitsförderung heraus und plädieren zu einer Weiterentwicklung vor dem Hintergrund von „Health in all policies“ für eine gemeinsame regionale Verantwortungsgemeinschaft.

Die beiden Herausgeber haben ihre Verortung in der Sozialarbeitswissenschaft und sind jeweils sowie gemeinsam mit der Frage befasst, wie sich traditionelle, sozialraumorientierte Essenzen aus dem Repertoire der Sozialen Arbeit für den in dieser Form noch jungen Diskurs um Gesundheitsregion(-alisierung) transdisziplinär aufbereiten lassen. Wohlwissend, dass der besondere Wert von Gesundheitsregionen in der integrierten Perspektivenvielfalt liegt, soll es mit vorliegendem Band darum gehen, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, ein Mosaik zusammenzusetzen. Diesem Band ging kein weitgestreuter Call for Papers voraus. Vielmehr ging es den Herausgebern darum, Gäst\*innen zu Wort kommen zu lassen, mit denen in den vergangenen Jahren entlang des hier einleitend umrissenen Themas intensiv zusammen gedacht wurde. Umso mehr freuen wir uns über die hohe Perspektivenvielfalt und heterogenen Verortungen, wie sie den Diskurs um „Gesundheitsregionen“ bereichern.

Unser höchster Dank gilt somit den Autor\*innen aus Praxis und Wissenschaft für ihr bereicherndes Wissen und ihre reflektierten Erfahrungen. Außerdem danken wir Marcellus Bonato, Leiter von reges:BOR, und Marcus Flachmeyer, Projektentwickler ebenda, für den plastizierenden Austausch über die Eigenheiten und Besonderheiten der für diesen Band ausgangsstiftenden Region des Kreises Borken im

Westmünsterland. Ebenfalls bedanken wir uns bei Lukas Walbaum, ebenfalls von der FH Münster, für die Gestaltung des Covers dieses Bandes. Gemeinsam danken wir der Katholischen Hochschule NRW, der FH Münster sowie dem Verlag Barbara Budrich. Kolja Heckes dankt den Netzwerkpartner\*innen von reges:BOR für die intensive, vertrauensvolle und innovationsbegeisterte Zusammenarbeit, außerdem dankt er dem Team von reges:BOR an der FH Münster sowie dem Team von Care-Tech OWL an der Hochschule Bielefeld, insbesondere dankt er Hellen Brüggemann für die redaktionelle Arbeit, ferner gilt sein persönlicher Dank Johanna Burkhart. Jörg Rövekamp-Wattendorf dankt Carolin Leugers für die redaktionelle Arbeit sowie schließlich Barbara Rövekamp.

Münster, im September 2023

Jörg Rövekamp-Wattendorf & Kolja Heckes

# **I. Teil: Gestaltungsorte**



# Gesundheitskioske als Ausgangspunkt für die Entwicklung regionaler Gesundheitsverbesserung

*Helmut Hildebrandt, Anja Stührenberg & Daniel Dröschel*

## Ein Fallbeispiel

*Ein Kinderarzt im Bochumer Stadtteil Wattenscheid erkennt bei einer Routineuntersuchung eines sechsjährigen Jungen bereits ein massives Übergewicht, und die junge Mutter scheint mit der Erziehung rund um die Ernährung und Bewegung überfordert zu sein. Das Kind hat bereits Schwierigkeiten, Aktivitäten in der Schule mitmachen zu können, und wird zeitweise von Mitschüler\*innen aufgrund des Übergewichts ausgeschlossen. Der Arzt empfiehlt ihr, sich umfassend bei einer kindgerechten Ernährungsberatung vorzustellen. Weil die Mutter nicht weiß, wie sie eine geeignete Praxis finden und einen Termin bekommen kann, rät ihr der Arzt, sich im Gesundheitskiosk in der Nähe beraten zu lassen. Die Mitarbeiter\*innen dort haben viel Erfahrung mit Herausforderungen dieser Art in Familien und arbeiten eng mit Institutionen aus dem Bereich zusammen. Schon beim ersten Termin wird ihr viel klarer, welche Hilfe ihr Kind braucht und was nun zu tun ist. Sie wird vom Gesundheitskiosk an eine nahegelegene Praxis für Ernährungsberatung speziell für Kinder vermittelt. Außerdem wird ihr Sohn in ein Gruppenangebot für gesunde Ernährung und Bewegungseinheiten im Gesundheitskiosk aufgenommen, wo er regelmäßig mit gleichaltrigen Kindern zusammen in der Entwicklung gefördert wird und Spaß an Aktivitäten findet. Die Mutter fühlt sich im Gesundheitskiosk gut aufgehoben und beraten. Die Tipps für eine bessere Ernährung und die Motivation zu mehr Bewegung für ihren Sohn helfen ihr, selbst auch gesünder zu leben.*

Dieses Beispiel zeigt, wie niedrigschwellige Beratung gerade Menschen mit wenig Gesundheitskompetenz und Sprachbarrieren helfen und gleichzeitig das Gesundheitssystem insgesamt entlasten kann – ein Thema, das in Zeiten von knapper werdenden personellen Ressourcen im medizinischen und sozialen Sektor immer mehr an Relevanz gewinnt. Es müssen Lösungen gefunden werden, die alle Systemstrukturen in unserer Gesundheits- und Sozialversorgung adressieren und gleichzeitig nicht noch mehr Ressourcen verschwenden.

Gesundheitsversorgung für alle Menschen zugänglich machen, egal wie alt, krank oder gebildet sie sind, bleibt eine der wichtigsten Aufgaben unserer Zeit. Gesundheitskioske werden dabei eine große Rolle spielen, weil sie gut umzusetzen sind, die Menschen vor Ort wirklich erreichen, Gesundheit fördern, die Gesundheitsversorger merklich entlasten und nicht zuletzt auch politisch gewollt sind. Doch woher kommt diese Entwicklung, und warum stellen Gesundheitskioske ein sinnvolles Versorgungskonzept im regionalen Setting-Ansatz für die Gesundheitsverbesserung dar?

## **1 Von Modellprojekten zur Entwicklung weiterer Gesundheitskioske – die gesundheitspolitische Agenda**

### **1.1 Projekt INVEST Billstedt/Horn – Entwicklung des ersten Gesundheitskiosks in Deutschland und weiterer Projekte**

Der bundesweit erste Gesundheitskiosk wurde 2017 in den soziostrukturell benachteiligten Hamburger Stadtteilen Billstedt und Horn eröffnet. Die Entwicklungsarbeit begann jedoch bereits viel früher: OptiMedis hatte zusammen mit zwei lokalen Vertretern der Ärzteschaft bereits 2012 aufgrund zunehmender Versorgungsprobleme und des Wegzugs von Arztpraxen mit den Vorbereitungen begonnen und mit Unterstützung durch die Gesundheitsbehörde der Freien und Hansestadt die regionale Versorgungssituation beschrieben und eine Machbarkeitsstudie für die Verbesserung der Gesundheitssituation in diesen Stadtteilen entwickelt.<sup>1</sup> Darauf aufbauend wurde zusammen mit der AOK Rheinland/Hamburg, die auch Daten dafür bereitstellte, sowie einzelnen Ersatzkassen und unter Einbeziehung von sozialen Einrichtungen, Initiativen des Stadtteils und kommunalen Dienststellen ein Antrag an den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) entwickelt und ein Ärztenetz gegründet. Zwei Gründe ergänzten sich dabei für die Antragstellung zugunsten einer regionalen Gesundheits- und Versorgungsverbesserung: Im Verhältnis zu anderen, eher reicheren Hamburger Stadtteilen war die Versorgungsdichte in Billstedt/Horn ungünstig. Die Ärzt\*innen berichteten über einen Patientenansturm, dem sie nur durch Aufnahmestopps Herr zu werden glaubten. Gleichzeitig stellten sie erhebliche Verständigungsprobleme und eine geringe Gesundheitskompetenz vieler Patient\*innen fest.

---

1 OptiMedis, 2015, „Entwicklungs- und Handlungskonzept für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung in Billstedt und Horn. Kleinräumige Analyse der Bedarfssituation“ [https://optimedis.de/files/Publikationen/Studien-und-Berichte/2016/Billstedt\\_Horn\\_BGV\\_Analyse\\_Final.pdf](https://optimedis.de/files/Publikationen/Studien-und-Berichte/2016/Billstedt_Horn_BGV_Analyse_Final.pdf) [Zugriff 03.01.2023].

Zugleich konnte aus den Daten der AOK Rheinland/Hamburg abgeleitet werden, dass die Patient\*innen in der Region durchschnittlich mit bis zu 13 Jahren früher verstarben als in anderen Stadtteilen Hamburgs und gleichzeitig auch mit ungefähr dem gleichen Zeitabstand früher chronisch erkrankten.<sup>2</sup>

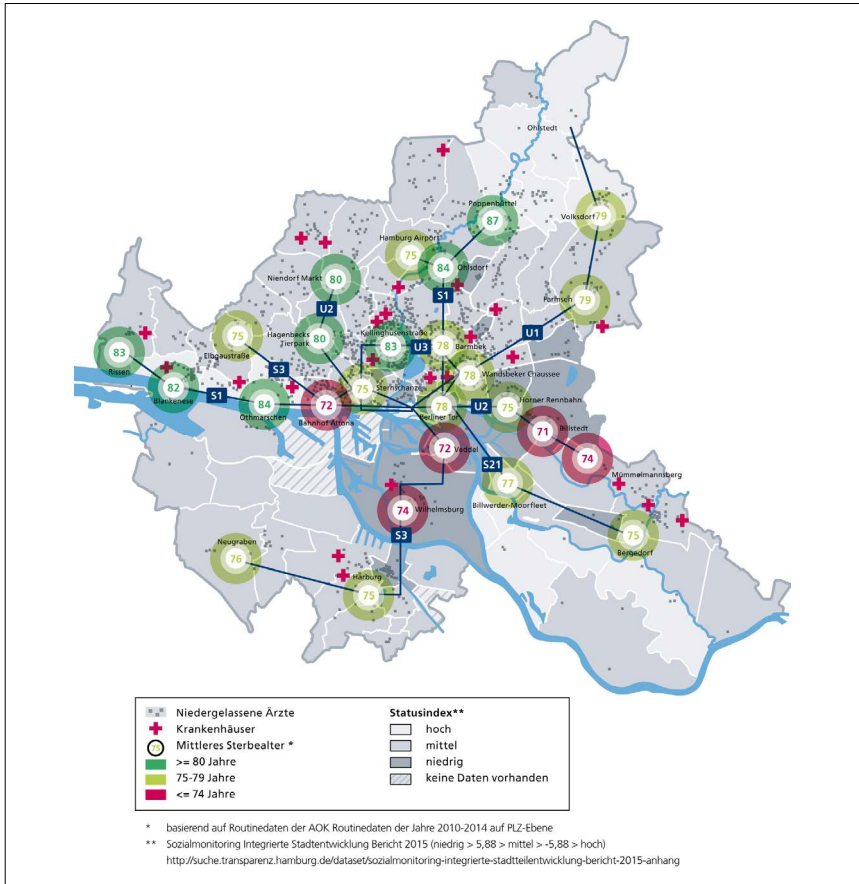


Abb. 1: Das durchschnittliche Sterbealter in den Stadtteilen Hamburgs auf Basis der Routinedaten der AOK von 2010–2014 (Quelle: OptiMedis)

2 Gesundheit Aktiv „Ein gesundes Projekt für einen benachteiligten Stadtteil“, [https://optimedis.de/files/Billstedt-Horn\\_GESUNDHEIT\\_AKTIV.pdf](https://optimedis.de/files/Billstedt-Horn_GESUNDHEIT_AKTIV.pdf) [Zugriff 04.01.2023].

Für die Umsetzung einer zielgerichteten regionalen Intervention wurde 2016 die regionale Managementgesellschaft „Gesundheit für Billstedt/Horn UG“ (GfBH) gegründet. Mithilfe von OptiMedis stellte die GfBH einen Antrag beim Innovationsfonds des G-BA für INVEST Billstedt/Horn, der bewilligt wurde. Mit dem Antrag verbunden war die vertragliche Verpflichtung der AOK und der GfBH, die Arbeit nach dem Förderzeitraum – auf Basis eines Einsparcontractingvertrags<sup>3</sup> – gemeinsam weiterzuführen. Die Einrichtung eines Gesundheitskiosks (mit einer weiteren Filiale in einer Großsiedlung) war eines der Interventionsmodule. Hinzu kamen die systematische Vernetzung der sozialen und medizinischen Akteure, deren digitale Verknüpfung sowie die gezielte Intervention zugunsten einer Gesundheitsoptimierung in der Region und die Entwicklung zahlreicher Kurs- und Trainingsangebote mit den sozialen Vereinen. Innerhalb des Förderzeitraums von 2017 bis 2020 wurden im Gesundheitskiosk zirka 10.000 Beratungen durchgeführt, ein Netzwerk mit zirka 140 Akteur\*innen aufgebaut und Kooperationen mit vier Krankenhäusern, vielen Ärzt\*innen im Netz und stationären Pflegeeinrichtungen geschlossen.<sup>4</sup>

## **Exkurs: Gesundheitskiosk – ein problematischer Name?**

Der Gesundheitskiosk in Billstedt/Horn sollte gleichzeitig Treffpunkt und Kursanbieter sein, mehrsprachige Unterstützung anbieten sowie für möglichst viele Bewohner\*innen der zwei Stadtteile, die sich mehrheitlich durch Menschen aus vielen unterschiedlichen Ländern auszeichnen, geeignet sein. Da stellte sich die Frage, welche Bezeichnung für ein solches Koordinations- und Beratungszentrum passend ist. Niedrigschwelligen Zugang sollte der Begriff suggerieren, außerdem für Menschen aus möglichst vielen Kulturräumen verständlich sowie kurz und knackig sein. „Kiosk“ bot sich dafür an, da er sowohl für die deutschsprachige als auch die russisch-, türkisch-, syrisch- und farsisprachige Bevölkerung verständlich war. Dagegen sprach die Befürchtung, dass der Kiosk als Verkaufsstelle verstanden werden könnte. Im Endeffekt entschieden wir uns für die Niedrigschwelligkeit und

---

3 Unter Einsparcontracting wird ein Vertrag verstanden, der eine Verbesserung des Gesundheitsstatus einer regionalen Bevölkerung belohnt. Hintergrund ist die Annahme, dass aus einem höheren Gesundheitsstatus geringere Versorgungskosten für die Bevölkerung resultieren. Technisch kann das so gelöst werden, dass die Steigerung der Gesundheitsausgaben pro Kopf einer Region für die Krankenkasse von Jahr zu Jahr, gemessen an einem Index zu einem Ausgangsjahr, mit anderen Regionen oder dem Bundesschnitt verglichen wird. Eine geringere Steigerung in der Interventionsregion führt im Erfolgsfall dann zu einem relativen positiven Ertrag der Krankenkasse, die diesen Ertrag zu einem Anteil an die Managementgesellschaft zur nachträglichen Vergütung ihres Aufwands teilen kann.

4 Gesundheit für Billstedt/Horn, „Ergebnisbericht“, [https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/139/2022-02-16\\_INVEST\\_Billstedt.Horn\\_Ergebnisbericht.pdf](https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/139/2022-02-16_INVEST_Billstedt.Horn_Ergebnisbericht.pdf) [Zugriff 04.01.2023].

die Kürze des Namens und setzten auf eine entsprechende Ausstattung und ein Design, das den Beratungscharakter (statt einer Verkaufsstelle) hervorhob. Auch für die gesetzliche Verankerung wird der Begriff weiterhin verwendet, wenngleich jede Betreibergesellschaft im Endeffekt selbst entscheiden kann, ob sie dem Versorgungskonzept auch diesen Namen gibt, denn geschützt ist er nicht. Je nach Verankerung im sozialen Raum, ob ländlich oder städtisch, bieten sich ggf. auch andere Bezeichnungen an.

Der Förderzeitraum wurde umfassend durch das Hamburg Center for Health Economics (HCHE) der Universität Hamburg wissenschaftlich begleitet und auf eine mögliche Übertragbarkeit in die Regelversorgung hin evaluiert. Zum Ende des Jahres 2019, nach vielen Jahren erfolgreicher Aufbauarbeit gemeinsam mit dem heutigen Ärztenetz Billstedt-Horn e. V., hat OptiMedis den Großteil der Gesellschafteranteile an der Gesundheit für Billstedt/Horn UG an den gemeinnützigen Verein Gesundheitskiosk e. V. Hamburg abgegeben. Damit wurde den sozialen Einrichtungen und Patientenvertretungen eine stärkere Rolle im Gesundheitsnetzwerk ermöglicht.

Weitere Projekte folgten seitdem – ganz aktuell hat OptiMedis mit der Stiftung Landleben im thüringischen Unstrut-Hainich-Kreis eine gemeinsame Gesellschaft gegründet – die „Gesundes Landleben GmbH“. Im ersten Schritt soll in fünf Gemeinden jeweils ein Gesundheitskiosk entstehen. In den nächsten Jahren wird damit eine Umgebung geschaffen, in der die Menschen vor Ort besonders niedrigschwellig in allen Fragen zur Gesundheit, zu sozialen Problemlagen und zur Gesundheitsförderung beraten werden. Dabei ist auch an eine Videoübertragung von Vitaldaten gedacht. So sollen Ärzt\*innen und Therapeut\*innen entlastet und der medizinische mit dem sozialen Bereich verknüpft werden.

Auch für den städtischen Kontext sind weitere Vorhaben geplant: In Bochum-Wattenscheid wird nach einer umfassenden Machbarkeitsstudie gemeinsam mit der AOK NordWest, der Stadt Bochum, der AWO Rhein-Ruhr und weiteren Netzwerkakteuren nach und nach der Grundstein für die Errichtung eines Gesundheitskiosks gelegt.

## **1.2 Vom Innovationsfondsprojekt zur Empfehlung in die Regelversorgung – Aufgreifen der Absichtserklärung aus dem Koalitionsvertrag**

Auf Basis der wissenschaftlichen Evaluation durch das HCHE hat sich der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) Anfang 2022 dafür ausgesprochen, Ansätze des Projekts „INVEST Billstedt/Horn – Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für eine integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen“ mit dem ersten Gesundheitskiosk Deutschlands

in die Regelversorgung zu übernehmen.<sup>5</sup> Die AOK Rheinland/Hamburg hat, nach dem Start in Hamburg, mittlerweile auch in weiteren Städten Gesundheitskioske aufgebaut – jeweils zusammen mit lokalen Partnern.<sup>6</sup> Unter anderem haben diese Erfahrungen in Hamburg, Essen, Köln oder Aachen dazu beigetragen, dass die Verhandlungspartner von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP eine Absichtserklärung in den Koalitionsvertrag 2021–2025 eingebracht haben.<sup>7</sup> Dort heißt es: „Zudem erhöhen wir die Attraktivität von bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen und weiten den gesetzlichen Spielraum für Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern aus, um innovative Versorgungsformen zu stärken. In besonders benachteiligten Kommunen und Stadtteilen (fünf Prozent) errichten wir niedrigschwellige Beratungsangebote (z. B. Gesundheitskioske) für Behandlung und Prävention.“

Der Empfehlung des Innovationsausschusses des G-BA folgend hatte die Gesundheitsministerkonferenz im Juni 2022 eine gesetzliche Hinleitung beschlossen und im August 2022 wurde durch das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zunächst ein Eckpunktepapier für die Gesundheitskioske vorgelegt.<sup>8</sup> Dem Eckpunktepapier folgend hat das Ministerium nun seit dem 15.06.2023 weitere Themenschwerpunkte im Referentenentwurf zum zum „*Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)*“ aufgenommen. Neben den Gesundheitskiosken sind hier auch Primärversorgungszentren, Gesundheitsregionen und kommunale Medizinische Versorgungszentren näher beschrieben. Was die Gesundheitskioske betrifft, so ist der Referentenentwurf recht nah am Eckpunktepapier geblieben.

Das Initiativrecht zur Errichtung und Gründung eines oder mehrerer Gesundheitskioske liegt zukünftig bei den Kreisen bzw. kreisfreien Städten, welche mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen und den privaten Krankenkassen scheidsamtsfähige Verträge schließen können. Die Verpflichtung der gesetzlichen und privaten Krankenkassen gilt jedoch nur, wenn sich der Kreis bzw. die kreisfreie Stadt an dem Versorgungskonzept beteiligen und eine enge Zusammenar-

---

5 Gemeinsamer Bundesausschuss, „Impulse für die Regelversorgung aus weiteren drei Projekten des Innovationsausschusses“, <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1023/> [Zugriff 16.03.2022].

6 „Regionale Versorgung: Gesundheitskiosk | AOK Rheinland/Hamburg | AOK Rheinland/Hamburg“, <https://www.aok.de/pk/cl/rh/inhalt/gesundheitskiosk-essen-geht-an-den-start/> [Zugriff 28.06.2022].

7 Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, „Koalitionsvertrag 2021“, Webseite der Bundesregierung | Startseite, 2022, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/koalitionsvertrag-2021-1990800> [Zugriff 07.04.2023].

8 „Gesundheitskiosk | BMG“, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/g/gesundheitskiosk.html> [Zugriff 15.12.2022]

beit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst gewährleistet wird. Die wesentlichen Punkte des neuen Gesetzesvorhabens sind zusammenfassend folgende:

### Gesundheitskiosk (§ 65g SGB V)

- Die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenkassen schließen gemeinsam und einheitlich mit einem Kreis oder der kreisfreien Stadt auf deren Verlangen einen Vertrag
- Die Verpflichtung besteht nur, sofern sich der Kreis oder die kreisfreie Stadt beteiligen und enge Zusammenarbeit mit dem ÖGD gewährleistet
- Voraussetzung in sozial benachteiligten Regionen, hier ist auch Unterversorgung relevant
- Die Leitung übernimmt perspektivisch eine Pflegefachkraft; die Trägerschaft ist nicht näher definiert, sinnvoll wäre wohl eine neutrale Trägereinrichtung z. B. über Dritte
- Die Aufgaben und Leistungen eines Gesundheitskiosks legen den Fokus auf Beratungs- und Unterstützungsleistungen zu verschiedenen Fragestellungen, sowie Koordinierungsaufgaben, Informationsbereitstellung und die Übernahme von kleineren medizinischen Routineleistungen im Rahmen ärztlicher Delegation
- Die Finanzierung soll zwischen 80% (74,5% GKV + 5,5% PKV) über die Krankenkassen über ein Umlagesystem und 20% über die Kommunen aufgeteilt werden. Eine Größenordnung pro Kiosk 400.000 € pro ca. 80.000 Einwohner und eine Personal- zu Sachkostenrelation von 80% zu 20% ist dabei bisher angedacht.
- Es hat eine wissenschaftliche Begleitevaluation zu erfolgen.

Auch wenn hier schon einige Details zur Initiierung, zum Aufbau und zur Finanzierung der Gesundheitskioske aufgelistet sind, ist zu erwarten, dass bis zum Inkrafttreten des Gesetzes noch einige Diskussionspunkte der adressierten Stellen wie von den Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den Kommunen eingebracht werden.

## **2 Ziele eines Gesundheitskioskes – Versorgungslücken schließen, Gesundheitschancen verbessern, Gesundheitskompetenz stärken**

Sind die genannten Beispiele aus Hamburg, NRW und Thüringen auch in der gegenwärtig durch finanzielle Knappheit herausgeforderten Situation des Gesundheitswesens zum Nachmachen geeignet? Wir finden ja, denn in den aktuellen

Diskussionen um Gesundheitskioske wird ein wichtiger Punkt außer Acht gelassen: Richtig ausgerichtet und incentiviert kann der Kiosk durch die Einbettung in ein Gesundheitsnetzwerk aus medizinischen und sozialen Versorgungsstrukturen dazu beitragen, dass Menschen – vor allem in vulnerablen Regionen – ihre Chancen auf gute Gesundheit verbessern. Mittel- und langfristig können sie damit die eigene Krankheitshäufigkeit verringern und verursachen gleichzeitig weniger Kosten für das Gesundheits- und Sozialwesen.

Allerdings reichen Gesundheitskioske allein nicht aus, um Gesundheitsförderung umfassend umzusetzen. Das Konzept muss ganzheitlich in ein multisektorales Netzwerk eingebettet werden – mit den Ebenen Fallberatung und -steuerung (Case und Care Management) sowie Organisation von Überleitungsprozessen (Systemmanagement). Gleichzeitig muss der Kiosk bzw. das Gesundheitsnetzwerk an bereits bestehende Konzepte und Angebote im Sozialraum angebunden werden, z. B. an Vernetzungsstellen Frühe Hilfen, Präventionsketten, integrierte kommunale Strategien, kommunales Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit, Pflegestützpunkte etc. Es gibt hierfür bereits eine große Anzahl kommunaler Projekte<sup>9</sup>, die vorbildlich integriert handeln, und das sollte genutzt werden.

Gesundheitskioske sind daher in ihrer Zielsetzung niedrigschwellige Versorgungseinheiten und Vernetzungsstrukturen, die insbesondere vulnerablen Bevölkerungsgruppen einen besseren Zugang zum Gesundheits- und Sozialsystem ermöglichen und in einem multiprofessionellen Netzwerk die Prozesse verbessern. Sie werden jeweils an die Region oder den Stadtteil angepasst. Es sollte immer mindestens eine zentrale Anlaufstelle geben, aber auch Filialen und Gesundheitsfachkräfte an anderen Standorten können einbezogen werden.

## 2.1 Kernelemente des Versorgungskonzepts

Kernelemente eines Kiosks sind ein am **Case-Management-Ansatz orientiertes Systemmanagement und Fallmanagement** durch Case Manager\*innen, die Stärkung der Gesundheitskompetenz von Klient\*innen und die Steuerung in zielgruppenadaptierte Angebote für Gesundheitsförderung sowie Prävention.

Dabei kann der Gesundheitskiosk bereits durch eine einmalige Beratung für Klient\*innen einen erheblichen Mehrwert für die Gesundheitskompetenz leisten oder auch an weitere notwendige Stellen im Gesundheits- und Sozialsystem vermitteln. Andere Klient\*innen benötigen wiederum eine intensivere Begleitung durch die Case Manager\*innen, so z. B. chronisch erkrankte Menschen mit multiplen sozial-psychiatrischen Problemen in ihrem Alltag. Hierbei kann der Gesundheitskiosk

---

9 Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, online: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/> [Zugriff 07.09.2023].

die Klient\*innen durch gezieltes Case Management begleiten, sie und ihr soziales Umfeld unterstützen, die richtigen Wege im Gesundheits- oder Sozialsystem einzuschlagen, und die Schnittstellen dabei an den wichtigen Wegpunkten einbeziehen. Gleichzeitig wird dabei der Patientenpfad, die sogenannte Patient Journey, effizienter gesteuert. Fehlallokation und eine Überinanspruchnahme von Leistungserbringern\*innen entlang des Behandlungspfades werden so vermieden.

Für die beteiligten **Netzwerkakteur\*innen**, Träger\*innen von Gesundheits- und Sozialinstitutionen und Expert\*innen der Gesundheitsfachberufe bietet sich mit den Gesundheitskiosken ein **Ankerpunkt für eine interprofessionelle Netzwerkarbeit** auf Augenhöhe. Daran lässt sich auch erkennen, wie die Akteur\*innen gleichermaßen an dem Konzept eines Gesundheitskiosks partizipieren und davon profitieren. Viele Institutionen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen sind bereits gut etabliert im regionalen Kontext, wissen jedoch zu wenig von den Ressourcen und fachlichen Kompetenzen untereinander. Durch neue Schnittstellen zwischen Gesundheits- und Sozialwesen werden die bestehenden Hilfs- und Versorgungsangebote anschlussfähig gemacht und nachhaltige regionale Kooperationen ermöglicht, z. B. mit der kommunalen Verwaltung, den Gesundheitsämtern und den Pflegestützpunkten. Der Gesundheitskiosk dient damit als aktivierendes Element zugunsten der Gesundheit der betreffenden Bevölkerung sowie als Versorgungselement zwischen den Akteur\*innen und Versorgungssektoren. Allerdings sollte auf eine Neutralität des Gesundheitskiosks und seiner Träger geachtet werden, um keine Herausforderungen bei Kooperationen mit den jeweiligen anderen Sektoren und Trägern zu schaffen. Für die **Bürger\*innen** bieten sich durch die Etablierung eines Gesundheitskiosks ebenfalls gute Möglichkeiten zu partizipieren. Das findet u. a. bereits in der Vorbereitungs- und Aufbauphase statt, indem das Konzept an den objektivierbaren Bedürfnissen der Bürger\*innen mitgeplant wird (Datenanalyse über Morbidität, Gesundheitsverhalten, Nutzungsrate von Gesundheitsangeboten). Aber auch in der Ausgestaltung und Weiterentwicklung ist die **Bürgerbeteiligung** essenziell, um den Kiosk in die Community einzubinden und mit Leben zu füllen. Community-Vertreter\*innen können sich beispielsweise über Beiratsfunktionen (Sozial-, Patienten- oder Seniorenbeiräte) und ehrenamtliche Tätigkeiten (Peer-to-Peer-Angebote) engagieren. Ihre Bedürfnisse zielgerichtet zu adressieren und sie zugunsten der regionalen wie persönlichen Gesundheitsentwicklung zu aktivieren, ist eine der entscheidenden Aufgaben und Herausforderungen.

## 2.2 Unterschiedliche Herausforderungen in Stadt und Land

Die Ausgestaltung eines Gesundheitskiosks variiert je nachdem, ob dieser in benachteiligten städtischen Quartieren oder ländlichen Räumen etabliert werden soll. Dabei können neben der zentralen Organisationseinheit und einer zentralen Anlaufstelle für die Beratung auch Gesundheitsfachkräfte (beispielsweise Gesundheitslots\*innen) an anderen Standorten einbezogen werden, um die weniger mobile Bevölkerung zu erreichen. „Gesundheitskiosk“ ist insofern vielmehr ein Begriff für ein „Netzwerk“ von Gesundheitskiosk-Angeboten als nur der Begriff für die zentrale Einheit.

Ausgerichtet auf die jeweilige Bevölkerungsstruktur **in städtischen Quartieren** wird auf Basis von geeigneten Kriterien zur Definition sozialer und medizinischer Vulnerabilität oder auch Deprivationsfaktoren das Leistungsangebot entwickelt. Der Gesundheitskiosk sollte zudem wohnortnah sein, aufsuchend und bzw. oder mit einem konkreten Quartiers- bzw. Gemeindebezug entstehen. Auch das Thema Niedrigschwelligkeit muss in Bezug auf die Versorgungsebenen geklärt werden, damit die Menschen in allen Fragen zur Gesundheit, zu sozialen Problemlagen und zur Gesundheitsförderung beraten werden können – und das in möglichst verschiedenen Sprachen. So kann das speziell geschulte Kioskpersonal im Sinne eines niedrigschwelligen Case- und Systemmanagements für die Klient\*innen z. B. Arztbesuche vor- und nachbereiten, die Versicherten zu mehr Selbstmanagement aktivieren, spezielle Gesundheitskurse und -programme anbieten (insbesondere für vulnerable Gruppen, Migrant\*innen und chronisch Kranke) und Hilfe im Stadtteil vermitteln. Ist der Gesundheitskiosk zusätzlich in ein lokales Netzwerk eingebettet, kann er dazu beitragen, die niedergelassenen Ärzt\*innen und die Notfallambulanz der Krankenhäuser zu entlasten und die Versorgungsqualität entlang des gesamten Behandlungspfades von Patient\*innen zu verbessern.

In einer städtischen Region eignen sich am besten stark frequentierte zentrale Plätze als Standorte für einen Gesundheitskiosk. Und auch hier kann es sinnvoll sein, weitere Filialen einzurichten, um weniger mobilen Menschen den Besuch zu ermöglichen. Gegebenenfalls können zudem alternativ die vorhandenen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung wie Arzt- und Therapiepraxen, Apotheken oder Pflegedienste genutzt werden. Auch die sozialen Einrichtungen könnten Räumlichkeiten und Beratungsstunden anbieten.



Abb. 2: Gesundheitskiosk im städtischen Raum, © OptiMedis, 2022

Auch **in ländlich geprägten Regionen** kann ein Gesundheitskiosk in anderer Ausgestaltungsform zur Verbesserung der Gesundheit einer ganzen Region beitragen. Die gesundheitlichen und sozialen Bedarfe der Menschen in ländlichen Regionen sind andere als im städtischen Raum und müssen insofern in der Entwicklung des Versorgungsangebots mitbedacht werden. Hier kann die zentrale Anlaufstelle kleiner sein als im städtischen Raum, gleichzeitig wird die dezentralisierte Ebene über die telemedizinische Anbindung an Kliniken, MVZ und niedergelassene Ärzt\*innen sowie den Einsatz von mobilen Gesundheitslots\*innen gestärkt.

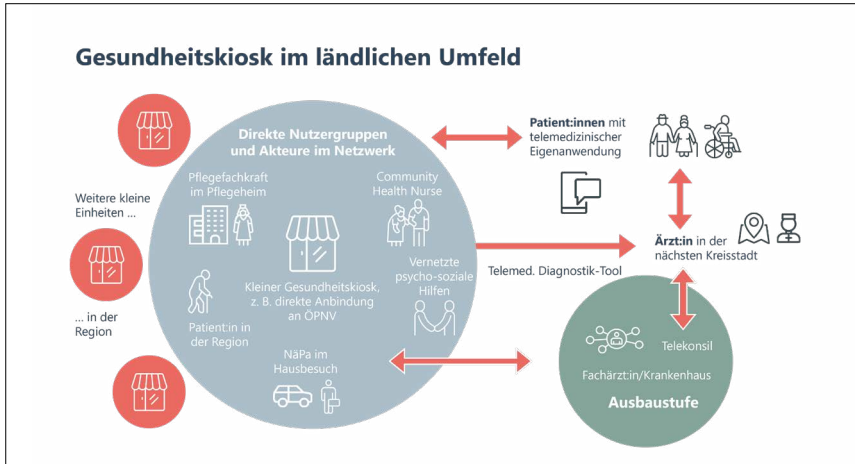


Abb. 3: Gesundheitskiosk im ländlichen Raum, © OptiMedis, 2022

### 2.3 Leistungen und Aufgaben – von Beratung über Fallsteuerung bis zum Systemmanagement

Inhaltlich können die Fachkräfte in einem Gesundheitskiosk verschiedene Aufgaben übernehmen: In Form eines Fallmanagements beraten sie z. B. rund um Gesundheit und soziale Problemlagen und vermitteln evidente Gesundheitsinformationen. Sie übernehmen außerdem fachübergreifend die Fallsteuerung der Klient\*innen und sind für das Systemmanagement zuständig. Dies schließt z. B. den Aufbau von Netzwerken, die Kommunikation und die Kooperation mit anderen Akteur\*innen und das Identifizieren und Schließen von Versorgungslücken ein.



Abb. 5: Leistungsportfolio im Gesundheitskiosk, © OptiMedis, 2022

Der Gesundheitskiosk darf nicht als Instanz verstanden und aufgebaut werden, die eine Arztpraxis ersetzt – auch wenn dort zukünftig, wie vom BMG vorgesehen, kleinere medizinische Routineleistungen durchgeführt werden könnten. Der Kern des Leistungsspektrums sollte auf das Case und Care Management durch die gezielte Fallberatung und -steuerung sowie das Systemmanagement gelegt werden, während die Arztpraxis sich dann auf die Aufgaben fokussieren kann, die einer spezialisierteren medizinischen Expertise zuzuordnen sind.

Der Zulauf der Menschen zum Gesundheitskiosk kann aus verschiedenen Richtungen geschehen. Zum einen können sie über niedergelassene Ärzt\*innen oder von nahegelegenen sozialen Einrichtungen an den Kiosk verwiesen werden, wenn ein Beratungs- und Unterstützungsbedarf über die medizinische Versorgung hinaus besteht. Umgekehrt kann eine Zuweisung vom Kiosk an Ärzt\*innen und soziale Einrichtungen ebenfalls erfolgen, wenn durch das Case Management ein zusätzlicher Unterstützungsbedarf in der medizinischen Versorgung oder im psychosozialen Bereich ermittelt wird. Zum anderen gehen Klient\*innen auf eigene Initiative in den Kiosk, indem sie bei Beratungs- und Unterstützungsbedarf diesen als erste Anlaufstelle wahrnehmen. Die Fachkräfte im Gesundheitskiosk übernehmen dann vielfältige Aufgaben im Rahmen des Care und Case Managements. Das kann von der Vor- und Nachbereitung von Arztgesprächen über Therapieempfehlungen bis zu Vermittlungsangeboten und zielgerichteter Fallberatung und Fallsteuerung gerade für chronisch Erkrankte mit multikomplexen Problemlagen reichen. Auch organisierte Veranstaltungen zu Gesundheits- und Sozialthemen sowie Präventionsan-

gebote können im Gesundheitskiosk angeboten werden. Immer relevanter werden auch Peer-to-Peer-Angebote, bei denen beispielsweise migrationsspezifische Themen von Peergroups geleitet und damit authentisch an die Zielgruppe vermittelt werden können.

## 2.4 Trägerschaft und Organigramm eines Gesundheitskiosks

Wichtig ist an dieser Stelle zunächst zu sagen, dass die organisatorische Ausgestaltung des Gesundheitskiosks auf Basis der bereits bestehenden Modelle und der heutigen Perspektive gedacht wird. Je nach gesetzlicher Ausgestaltung kann sich dieses Modell perspektivisch noch ändern. Als Träger können die verschiedensten Akteur\*innen oder Einrichtungen infrage kommen, wie z. B. Sozialverbände, Ärzte- und Gesundheitsnetze, Krankenhäuser oder Kommunen, genauso wie medizinische und soziale Einrichtungen oder Stiftungen. Wichtig ist dabei eine **ausgewogene Interessenvertretung**, und im besten Fall sollte es einen fachlichen Beirat oder je nach Rechtsform der Trägergesellschaft einen Aufsichtsrat geben. Dieser kann durch Vertreter\*innen der Ärzteschaft oder Hochschulen oder andere Akteur\*innen gestellt werden. Zudem ist es wichtig, dass die für die gesundheitliche und soziale Versorgung relevanten Akteur\*innen der Region in die Leistungserbringung und das Angebotsportfolio des Kiosks miteinbezogen werden. Das kann z. B. durch gemeinsame Kooperationen und Projekte geschehen oder durch Angebote der Akteur\*innen aus dem Netzwerk wie Kurse, Sprechstunden oder Beratung im Kiosk für Klient\*innen. Ein enger und regelmäßiger Austausch mit den relevanten Akteur\*innen zum Netzwerkaufbau und zur Weiterentwicklung ist daher unerlässlich, um einerseits die Entstehung von Parallelstrukturen zu vermeiden und andererseits die Versorgungspfade so effizient wie möglich zu gestalten. Häufig gibt es vor Ort bereits sehr gute Netzwerkstrukturen, etwa im Rahmen von regionalen und kommunalen Gesundheitskonferenzen, oder kommunalen Projekte, die vorbildlich integriert handeln. Daran sollten Gesundheitskioske anschlussfähig gemacht werden, um auch den Kontakt und die Verknüpfung mit den Vertretungen der lokalen Community und Bürgervertretungen zu wahren.

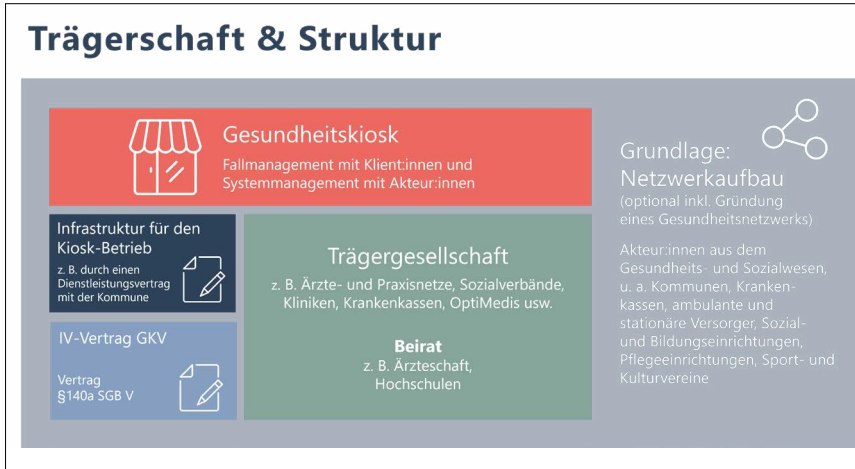


Abb. 6: Trägerschaft und Strukturaufbau eines Gesundheitskiosks auf Basis bisheriger Gesetzesstrukturen, © OptiMedis, 2022

Im Bereich der verschiedenen Organigramm-Ebenen sollte unter der Geschäftsführung eine pflegerische Leitungsebene (akademisierte Pflegefachkraft, perspektivisch Community Health Nurse) und darunter die Case-Management- bzw. Beratungsebene verortet sein. Auch eine administrative Stelle sollte hier im Organigramm bedacht werden. In einer weiteren Ausbaustufe des Gesundheitskiosks könnten die Case Manager\*innen weiterqualifizierte Gesundheitslots\*innen führen, die auf Honorarbasis arbeiten und in Einrichtungen aus der Region angestellt sind. Dieses Modell setzt OptiMedis bereits im Werra-Meißner-Kreis und im Schwalm-Eder-Kreis in Hessen um. Aber auch ehrenamtliche Lots\*innen oder Peers kommen hierfür infrage – z. B. baut OptiMedis aktuell ein Netzwerk von Ehrenamtlichen in der hessischen Werra-Kali-Region auf. Die Lots\*innen oder Peers können insbesondere Menschen ansprechen, die nur schwer erreichbar sind, z. B. Migrant\*innen oder vereinsamte ältere Menschen. Ziel dabei ist es, die Menschen zu motivieren, in den Gesundheitskiosk zu kommen oder andere Unterstützungsangebote anzunehmen. Bei einem solchen Ansatz arbeiten die Case Manager\*innen nicht mehr ausschließlich mit Klient\*innen, sondern auch mit relevanten Multiplikator\*innen. Der Gesundheitskiosk kann dadurch mehr Menschen erreichen und sein Netzwerk weiter auf- und ausbauen.

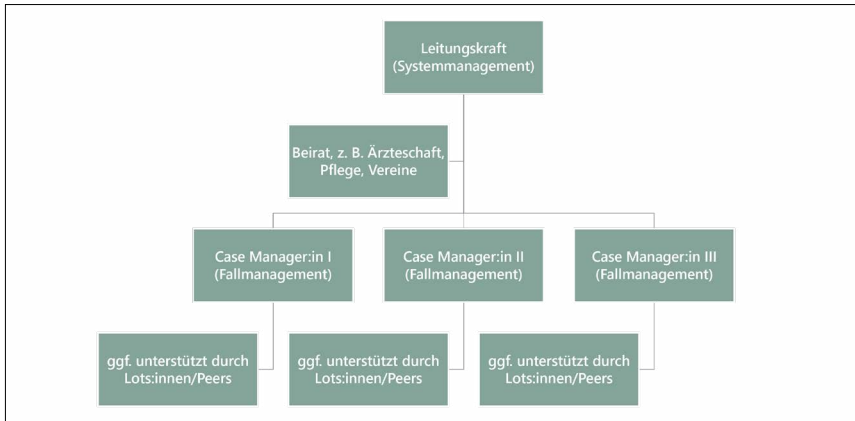


Abb. 7: Mögliches Organigramm eines Gesundheitskiosks, © OptiMedis, 2022

## 2.5 Exkurs Telemedizin im Gesundheitskiosk – Chancen für ländliche Regionen

Die digitale Anbindung der Kioske an Facharztpraxen oder Krankenhäuser der Umgebung kann gerade im ländlichen Raum sehr sinnvoll sein. Die Vitaldaten der Patient\*innen können so an die Versorgungseinheiten in größeren Städten weitergegeben werden, wodurch Fahrtwege, CO<sup>2</sup>-Emissionen und überflüssige Zeitaufwände eingespart werden. OptiMedis erarbeitet dafür gerade zusammen mit der Stiftung Landleben ein Verfahren. Dazu ein veranschaulichendes Fallbeispiel:

*Ein 65-jähriger Mann, der seit einiger Zeit durch den Tod seiner Ehefrau allein auf dem Land lebt, hat Schwierigkeiten, sozialen Anschluss in seiner Region zu finden. Außerdem hat er zunehmend Probleme, längere Strecken zu seinem Hausarzt für die regelmäßige Kontrolle seines Diabetes Typ 2 zu bewältigen. Der Hausarzt hat ihm daher ein telemedizinisches Monitoring für den Diabetes verschrieben, sodass er in der Regel nur noch alle paar Monate in die Praxis kommen muss und sich regelmäßig per Videosprechstunde mit ihm austauschen kann. Die Blutzuckerwerte und das Ernährungsprotokoll werden automatisiert an die Arztpraxis übermittelt. Der Patient stimmt diesem Vorhaben zu, ist jedoch gleichzeitig mit der Handhabung etwas überfordert und nimmt auf Anraten seines Arztes eine Beratung im nächstgelegenen Gesundheitskiosk im Gemeindezentrum in Anspruch. Hier kann ihm eine erfahrene Mitarbeiterin den Umgang mit den telemedizinischen Tools erläutern und bietet ihm auch an, die Videosprechstunden mit dem Hausarzt gemeinsam durchzuführen, da sie im Kiosk eng mit den umliegenden Arztpraxen zusammenarbeiten. Zusätzlich lädt sie ihn ein, einmal wöchentlich*

an einem Ernährungs- und Bewegungskurs in der Nähe des Kiosks für Senior\*innen teilzunehmen, was der Patient gerne ausprobiert. Er fühlt sich hier gut aufgehoben und knüpft durch die Treffen mit Gleichgesinnten neue Bekanntschaften. Zusätzlich hilft ihm ein monatlicher Besuch durch einen Gemeindepfleger, der mit ihm individuelle Probleme und Erfolge im Umgang mit seinem Diabetes bespricht. Der Gemeindepfleger arbeitet mit den Mitarbeiter\*innen des Kiosks und weiteren Akteur\*innen in der Region eng zusammen und koordiniert ebenfalls notwendige Kiosk- oder Hausarztbesuche.

Dieses Beispiel zeigt, wie ein Gesundheitskiosk mit all den notwendigen Netzwerkstrukturen und der telemedizinischen Komponente auch im ländlichen Umfeld die Versorgung verbessern kann. Gerade in diesem Kontext spielen weite Wege, geringere Infrastruktur und ein höheres Risiko für soziale Isolation bei älteren Menschen eine stärkere Rolle als in der Stadt. Auch hier gilt es, die Bedarfe der Region genau zu adressieren.

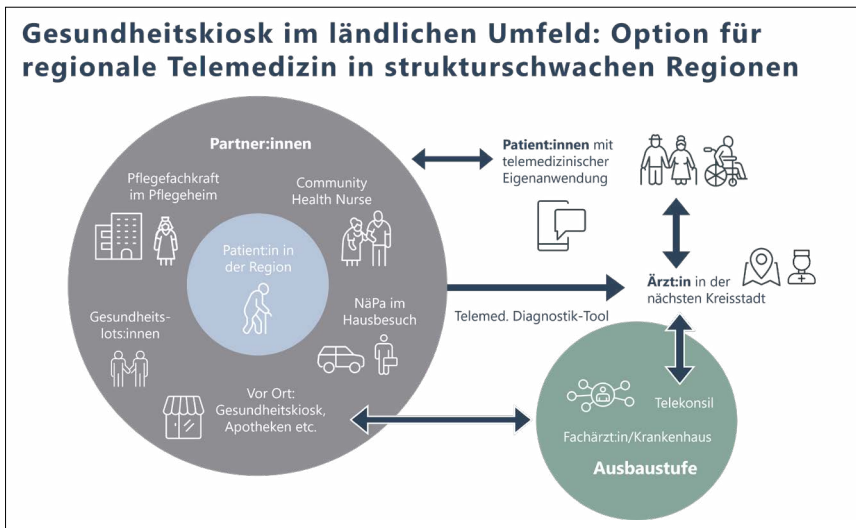


Abb. 8: Telemedizinische Komponenten für ländliche Gesundheitskioske, © OptiMedis, 2022

### **3 Gründung und Finanzierung eines Gesundheitskiosks – Anschub- und Betriebsfinanzierung**

#### **3.1 Vertragliche Ausgestaltungsmöglichkeiten nach Stand heute**

Die Trägergesellschaft eines Gesundheitskiosks kann nach Status quo (d. h. bereits vor Inkrafttreten eines eigenständigen Gesetzes zur Finanzierung von Gesundheitskiosken) bilaterale Verträge nach § 140a SGB V („Besondere Versorgung“) mit einzelnen oder mehreren Krankenkassen schließen. Solch ein bi- oder auch trilateraler Vertrag der Trägergesellschaft mit beispielsweise einer Krankenkasse und auch einer Kommune müsste ebenfalls nach § 140a SGB V abgeschlossen werden. Dieser Paragraph im SGB V sieht nicht nur vor, dass Verträge geschlossen werden können, die vom GBA-Innovationsfonds geförderte Versorgungsformen oder wesentliche Teile daraus fortführen (was beim Gesundheitskiosk der Fall ist), sondern auch, „dass Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen der Leistungserbringer und der Krankenkassen zur Versorgung der Versicherten im Rahmen der besonderen Versorgung durch die Vertragspartner oder Dritte erbracht werden“.

Ein solcher Vertrag sollte u. a. die Zielsetzung, Aufgaben und Pflichten der Trägergesellschaft, Leistungsbereiche des Gesundheitskiosks sowie Vergütung und Teilnahme der Versicherten regeln. Derartige Verträge sollten aber immer konkret mit den Verhandlungspartner\*innen der Krankenkassen zusammen entwickelt und ausformuliert werden.

#### **3.2 Zukünftige Pläne zur Finanzierung – Einsparcontracting als ergänzende Lösung**

Die im Eckpunktepapier und auch im Referentenentwurf vorgeschlagene Aufteilung der Finanzierung von Kiosken zwischen Kommunen (20 %), GKV (74,5 %) und PKV (5,5 %) trifft – nicht überraschend – bei einigen der genannten Akteur\*innen auf eine gewisse Zurückhaltung. So wünschen sich einige Krankenkassen, dass die Kommunen einen höheren Anteil als die avisierten 20 % der Kosten tragen. Allerdings ist schon dieser Anteil für die kommunalen Gebietskörperschaften, die Gesundheits- und Versorgungsprobleme bei ihrer Bevölkerung haben, nicht leicht zu erbringen. Dies sind üblicherweise eher die ärmeren Kommunen oder jene, die schon unter Haushaltsvorbehalt stehen. Die Verbindung des Initiativrechts zur Gründung eines Gesundheitskiosks bei den Kommunen, die dafür allerdings auch eine gewisse Eigenleistung erbringen müssen, macht dennoch viel Sinn. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Kommunen diese Eigenleistung u. a. auch durch Personalgestellungsverträge o. Ä. erbringen können (und vielleicht im Fall von wirklich notleidenden Kommunen ansonsten durch ein Landesförderprogramm ggf. noch

unterstützt werden). Auf der anderen Seite stellt der höhere Finanzierungsanteil für die gesetzlichen Krankenkassen diese ebenfalls vor Probleme, gerade angesichts der für 2024ff. erwarteten finanziellen Schwierigkeiten. Ein zeitlich etwas weiter auf die Outcome-Effekte in den nächsten Jahren ausgerichteter Blick kann dabei hilfreich sein. Denn selbstverständlich sollte das Ziel sein, kostspielige Folgen von Versorgungsfehlern und Krankheitskarrieren durch die Arbeiten und Initiativen des Gesundheitskiosks zu verhindern und die Bürger\*innen in der jeweiligen Region für ihre Gesundheit zu aktivieren.<sup>10</sup> In diesem Zusammenhang wäre es denkbar, dass die §-90a-Gremien der Länder sich ein gewisses Mitspracherecht sichern, um die Kioske wirklich auch in den Regionen zu etablieren, die künftige Engpässe und Morbiditätsprobleme aufweisen. Angemahnte Finanzierungslücken können auch dadurch geschlossen werden, dass die Logiken der einzelnen Sozialgesetzbücher mit Blick auf die Person und den Bedarf Anwendung finden, ähnlich der UN-Behindertenrechtskonvention und der Förderung der Gesundheit und Teilhabe der\*des Einzelnen.

Nachvollziehbar ist die Sorge einzelner Kritiker\*innen, dass damit eventuell neue Stellen und ggf. Doppelstrukturen geschaffen werden, die sich später aus einem Selbsterhaltungsinteresse der jeweiligen Träger\*innen auch ohne eigentlichen Bedarf weiterentwickeln können. Das Sozialsystem kennt durchaus solche Beispiele. Eine fixe Projektfinanzierung enthält immer den tendenziellen Anreiz für die jeweiligen Träger\*innen, innerhalb der zugesagten Finanzierung die Stellen im Sinne des Trägers möglichst „kosteneffizient“ zu besetzen, also mit kostengünstigem Personaleinsatz, und ansonsten mit allmählicher Vermehrung der Finanzierung die eigene Selbsterhaltung zu sichern.

Eine Einsparcontracting-Lösung würde diesen Anreiz um ein Investitionsinteresse der Betreiber\*innen von Gesundheitskiosken ergänzen. Wenn diese aus der Verringerung der Gesamtkostenentwicklung einen eigenen Benefit erhielten, hätten sie damit den Anreiz, im laufenden Jahr gezielt in die Verringerung von Morbidität und Krankheitskarrieren zu investieren, um in den Folgejahren daran durch die vergleichsweise geringeren Ausgaben der Kostenträger zu partizipieren. Dies ist keine Lösung für den Start eines Gesundheitskiosks, da anfänglich durch die Aufdeckung von Unterversorgung sogar noch zusätzliche Ausgaben auf die Krankenkassen zukommen. Insofern bedarf auch die Einführung einer Einsparcontracting-Lösung zunächst einer Anschubfinanzierung über die ersten Jahre.

---

10 Für ihre Gesundheit und Gesundheitsverbesserung aktivierte sind übrigens auch deutlich kostengünstiger für die Krankenkassen (vgl. Hibbard/Greene/Overton 2013).

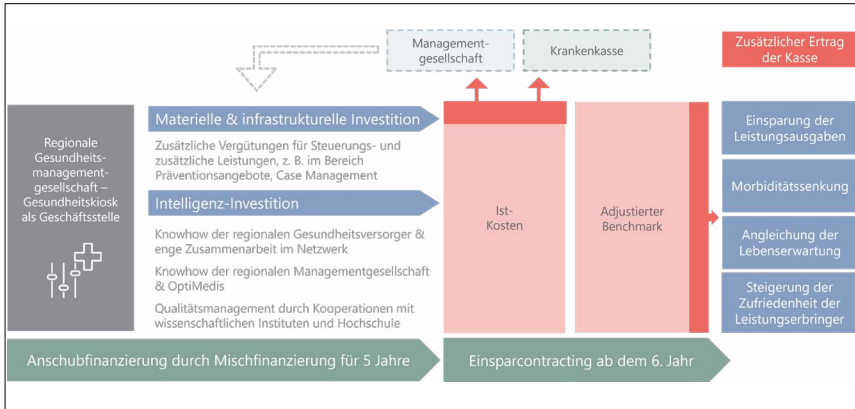


Abb. 9: Finanzierungsmodell nach dem Einsparcontracting, © OptiMedis, 2022

Ein Zeithorizont von fünf Jahren Festfinanzierung für die Anfangszeit erscheint hier sinnvoll. Dieser müsste nach dem bisher vom Bundesgesundheitsministerium vorgeschlagenen Modell gemischt finanziert werden. **Ab dem sechsten Jahr könnte man dann schrittweise je zu einem Viertel auf ein Einsparcontracting** anhand der Ergebnisse des Vorjahrs umswitchen und das Ganze mit **Qualitätskennzahlen** ergänzen, die z. B. das zeitliche Hinausschieben von Krankheitskarrieren, von Pflegebedürftigkeit und des Eintritts von chronischen Erkrankungen belohnen. Einsparcontracting hat zweifellos auch einige Herausforderungen – die für beide Seiten faire Methode der Erfolgsrechnung ist so eine. Eine andere ist das Problem der sehr spät erst im Folgejahr gesicherten Datenlage. Insgesamt überwiegen jedoch meist die Vorteile, insbesondere in der Ausrichtung der Anreize und damit der generellen Einführung von ergebnisabhängigen Vergütungen im Gesundheitswesen.

Da letztlich die **Krankenkassen den Hauptnutzen** an der Beratungs- und Unterstützungsarbeit der Gesundheitskioske erwarten können – zumindest mit der mittelfristigen Umwandlung auf ein Einsparcontracting – erscheint das angestrebte Finanzierungsverhältnis allerdings angemessen und eine logische Folge des weit über die Krankenbehandlung hinausgehenden Auftrags der Krankenkassen nach § 1 des Sozialgesetzbuchs V.

## 4 Gesundheitskioske als Teil der regionalen Gesundheitsversorgung

Wie sich anhand der Ausgestaltungsmöglichkeiten für Gesundheitskioske und auch den Besonderheiten für ländliche und städtische Regionen erkennen lässt, muss das Versorgungskonzept per se bereits gut in den regionalen Kontext eingebettet werden. Das plastische Konstrukt des Gesundheitskiosks kann daher primär als zentrale Anlaufstelle betrachtet werden, an dem sich Gesundheitsnetzwerke entwickeln und vermehrt dezentrale Verflechtungen aufbauen. Die dezentrale Ebene ist daher genauso wichtig wie die zentrale. Gleichermaßen ist eine regionale Abgrenzung des Netzwerks bzw. der definierten Gesundheitsregion wichtig, um die Versorgungsstrukturen so effizient wie möglich einzubinden und zu entlasten. Gesundheitskioske können daher an einer Bevölkerungsanzahl von 50.000 bis max. 80.000 Einwohner\*innen ausgerichtet werden. Viel wichtiger als die reine numerische Betrachtung der abgegrenzten Population ist jedoch die Analyse der Bedarfs- und Ressourcenlagen hierbei. Sofern wenige grundlegende Netzwerkstrukturen aus der medizinischen und sozialen Versorgung für eine Einbindung vorhanden sind und sich gleichzeitig ein hohes Maß an Vulnerabilität, geringer Gesundheitskompetenz und Morbidität zeigt, sollte die Versorgungskapazität des Gesundheitskiosks auch hieran orientiert werden, und es ergibt ggf. mehr Sinn, mehrere kleine Einheiten, statt einer größeren zentralen Einheit zu errichten.

Die Interaktion mit Akteur\*innen aus dem Gesundheits- und Sozialsystem sowie die Beteiligung der Bürger\*innen und ihrer Vertretungen ist also essenziell, um den Aufbau von Parallelstrukturen zu vermeiden, Synergieeffekte zu nutzen und eine kosteneffiziente Versorgungseinheit für das Gesundheits- und Sozialsystem zu schaffen, von dem sowohl die Bevölkerung als auch die Akteur\*innen selbst profitieren.

Idealerweise findet der Netzwerkaufbau bereits durch die Zusammenarbeit mit relevanten Stakeholder\*innen in der Aufbauphase eines Gesundheitskiosks statt. Gemeinsam mit den möglichen Akteur\*innen können Struktur und Organisation für die Trägergesellschaft ausgearbeitet werden. Um die Akteur\*innen für eine verbindliche bzw. institutionell verankerte Netzwerkarbeit zu gewinnen, bieten sich verschiedene Methoden an, die nach Aufbau- und Startphase des Gesundheitskiosks initial durch diesen fortgeführt werden können. Auch die Einbettung eines Gesundheitskiosks in ein bereits vorhandenes (informelles) Gesundheitsnetzwerk ist ideal, um an diese Strukturen andocken zu können.

Der Punkt der Vernetzung spielt auch in anderen Kontexten eine wichtige Rolle. In den USA geht man z. B. einen ähnlichen Weg über sogenannte „**Community Care Hubs**“, die eine Art Bindegewebe innerhalb einer Gemeinschaft darstellen, um die gerechte Funktion eines koordinierten Gesundheits- und Sozialsystems

sicherzustellen. Hier betreibt die zentrale Stelle, die den Hub verwaltet, die übergreifende Netzwerkstruktur – sehr ähnliche Ansätze also zur Einbettung des Gesundheitskiosks in ein Netzwerk.<sup>11</sup>

Eine wichtige Rolle spielen dabei auch sogenannte **Gesundheitslots\*innen**, die eine Art Multiplikatoren- und Steuerungsrolle übernehmen. Die Erfahrungen von „Gesundheit für Billstedt/Horn“ zeigen, dass mit einem Gesundheitskiosk in Form einer niedrighschwelligigen Komm-Struktur für Gesundheitsberatungen nur ein bestimmter Teil der Bevölkerung erreicht werden kann. Das ist zum einen der mobilere Teil der Bevölkerung, zum anderen sind es Menschen, die in direkter räumlicher Nähe zum Standort wohnen. Außerdem sind bestimmte Orte oft schon kulturell geprägt, das heißt, Menschen mit anderer kultureller Prägung vermeiden eventuell den Besuch im Gesundheitskiosk. Vor allem für schwer erreichbare oder mobilitätseingeschränkte Menschen wie z. B. chronisch Kranke sollte es weitere Zugänge zur Beratung geben. Hierfür eignen sich Gesundheitslots\*innen, die in den sozialen und gesundheitlichen Einrichtungen arbeiten und für die Beratung zusätzlich qualifiziert werden. Dieser Versorgungsansatz wird bereits im „Gesunden Werra-Meißner-Kreis“ und im „Gesunden Schwalm-Eder-Kreis+“ umgesetzt. Und auch in anderen Regionen finden sich ähnliche Modelle, die aber mehr auf bestimmte Indikationen oder Settings ausgerichtet sind, beispielsweise Schlaganfall-Lots\*innen oder betriebliche Gesundheitslots\*innen.

Diese Netzwerkstrukturen zusammen mit Gesundheitslots\*innen bilden bereits das größere Konstrukt einer ganzen Gesundheitsregion. Auch hier gilt nicht nur, die Grenzen auf Raumordnungsebene, sondern auch auf Versorgungsebene abzustecken, um die Zielpopulation einer Region adäquat versorgen zu können und dabei die Akteur\*innen entsprechend einzubinden. Das Ziel sollte dabei immer sein, mehr Gesundheit für die definierte Population zu produzieren, um damit gleichzeitig die Kostenträger\*innen zur Gesundheits- und Sozialversorgung zu entlasten und damit langfristig mit weniger Ressourcen mehr Outcome (bessere Gesundheit, geringere Kosten, höhere Qualität in der Versorgung) zu erreichen. Dafür sollte eine Gesundheitsregion im Idealfall eine Populationsgröße von 100.000 bis 120.000 Menschen nicht überschreiten. Das können daran gemessen bereits kleinere Landkreise oder auch Städte inklusive Landkreis sein, es gilt jedoch auch hier, nicht rein die Landkreisgrenzen zu betrachten, sondern wie auch bei der Einbettung eines Gesundheitskiosks die regionalen Besonderheiten und Bedarfe zu ermitteln und sich daran auszurichten.

---

11 Andre Chappell, Kelly Cronin und Kristie Kulinski, „Improving Health And Well-Being Through Community Care Hubs“, <https://doi.org/10.1377/forefront.20221123.577877> [Zugriff 29.11.2022].

## 5 Ausblick – Voraussichtliche Entwicklungen für das Jahr 2024 und die Zukunft

Die Reaktionen der Akteur\*innen aus dem Gesundheitswesen auf das Eckpunkte-papier und nun auch auf den Referentenentwurf fielen bislang sehr unterschiedlich aus. So plädieren die Krankenkassen im AOK-Verbund eher dafür, Gesundheitskioske in strukturschwachen Regionen zu etablieren. Sie wünschen sich eine paritätische Kostenteilung mit den anderen beteiligten Akteur\*innen.<sup>12</sup> Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat sich am 18. November 2022 ebenfalls positiv geäußert. So sollten Gesundheitskioske nach dem bestehenden Vorbild in Hamburg, aber auch in Thüringen und Nordrhein-Westfalen geplant werden, dabei allerdings auf die in Gesetzesentwurf vorgesehene kleinere medizinische Grundversorgung durch Pflegekräfte verzichtet werden. Die KBV sieht in einer solchen, durch Pflegekräfte organisierten medizinischen Grundversorgung den Aufbau von Doppelstrukturen zur ärztlichen Versorgung<sup>13</sup>. Die Ärzt\*innen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Pflegeverbände und das „Gesunde Städte-Netzwerk“ befürworten ebenfalls die Einrichtung von Gesundheitskiosken<sup>14</sup>, während die Ersatzkassen und einzelne andere Verbände die Gefahr von Doppelstrukturen fürchten und betonen, dass der Finanzierungsanteil der Krankenkassen angesichts der aktuellen Finanzentwicklung der Krankenkassen zu hoch und die Finanzierung der Gesundheitskioske keine originäre Aufgabe der Krankenkassen sei. Unabhängig von all den unterschiedlichen Diskussions- und Kritikpunkten zur Ausgestaltung und Umsetzung eines Gesetzes für die Gesundheitskioske und die weiteren darin adressierten Versorgungskonzepte wird das Inkrafttreten Anfang 2024 erwartet.

Wir sehen **Gesundheitskioske als ein Einstiegsmodell** in die transformatorische Weiterentwicklung zu einer ganzen Gesundheitsregion, in der auch die Organisationsstruktur von Krankenhäusern und interdisziplinären Gesundheitszentren unter dem Aspekt der Ressourcenverantwortung neu überdacht und reorganisiert wird.

---

12 „Reimann: Gesundheitskioske paritätisch finanzieren (31.08.22) | Statements | Positionen | AOK-Bundesverband“, [https://aok-bv.de/positionen/statements/index\\_25875.html](https://aok-bv.de/positionen/statements/index_25875.html) [Zugriff 21.12.2022].

13 Deutscher Ärzteverlag GmbH Ärzteblatt Redaktion Deutsches, „Bei Gesundheitskiosken bestehende Strukturen nutzen“, Deutsches Ärzteblatt, 18. November 2022, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/138980/Bei-Gesundheitskiosken-bestehende-Strukturen-nutzen>.

14 Reiner Stock, „Gesundheit aus dem Kiosk – Konzept ‚Gesundheitskiosk‘ – Stellungnahme des Gesunden Städte-Netzwerks Deutschland“, *Das Gesunde Städte-Netzwerk* (blog), <https://gesunde-staedte-netzwerk.de/gesundheit-aus-dem-kiosk-konzept-gesundheitskiosk-stellungnahme-des-gesunden-staedte-netzwerks-deutschland/> [Zugriff 21.12.2022].

# **Gesundheitsförderung und Prävention für älter werdende Menschen im Kontext von Quartiersentwicklung – das Projekt Gesundes GenerationenViertel Münster- Rumphorst**

*Marc Gottwald-Kobras*

## **Interdisziplinäre Ansätze im Handlungsraum Quartier**

Nicht ohne Grund hat die Handlungsebene des Quartiers in den vergangenen Jahren einen bemerkenswerten Bedeutungszuwachs in verschiedenen Disziplinen und Fachkontexten erlebt: Die Renaissance des Urbanen im neuen Jahrtausend wurzelt vielleicht sogar in der Entdeckung der Vielfalt der kleinteiligen, lebendigen Strukturen, die den Blick auf die anonymen, ausufernden Stadtlandschaften verändert hat. Damit einher ging eine veränderte Identifikation und Raumeignung vor allem jüngerer Bewohner\*innen: der Kiez, das Veedel, die migrantisch geprägte „Hood“ – der Quartiersbegriff „trendete“ von unten, bevor er bspw. auch von der Immobilienwirtschaft entdeckt wurde. Die Quartiersebene ist heute Hoffnungsträgerin für eine partizipatorische Raumentwicklung und Stärkung von Zivilgesellschaft und Zusammenhalt, die die Transformation unserer Städte angesichts großer Herausforderungen und anschwellender Krisen befördern könnten (Neue Leipzig-Charta 2020). Schon seit längerem ist das Anknüpfen an den erleb- und überschaubaren Lebenswelten ihrer Zielgruppen und das Überwinden der Versäulung der Hilfesysteme unter dem Stichwort Sozialraumorientierung für die Soziale Arbeit und zunehmend auch für die Gesundheitsversorgung ein zentraler Ansatz. Über die benachteiligten Stadtteile und die reine Krisenintervention hinaus verändern sich raumbezogene Handlungsansätze in Richtung eines präventiven Tätigwerdens und Anknüpfens an Potenziale, hier geht es auch um ein emanzipatorisches Momentum und Empowerment, zunehmend treffen die professionellen Akteur\*innen bereits auf bottom-up gewachsene Initiativen und Strukturen, die aus der Stadtgesellschaft heraus entstehen.

Eine der großen Herausforderungen sowohl für unsere Stadträume als auch die sozialen Systeme, die uns schon eine Weile begleitet, sich immer wieder neu

darstellt und sich räumlich sehr differenziert abbildet, ist der demografische Wandel (Gottwald/Löwer 2009). Eine der stabilsten und am besten abzuschätzenden Teilentwicklungen hierbei ist die (quantitative) gesellschaftliche Alterung, auch wenn Altersbilder sich ändern mögen. Der reguläre Renteneintritt der ältesten Babyboomer-Jahrgänge ab Anfang der 2020er-Jahre hat das noch einmal breit in die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit gerufen – und so auf die Situation hingewiesen, dass wir immer noch weitgehend ohne Bewältigungsstrategien in diese große demografische Verschiebung hineinlaufen. Die Coronapandemie hat zusätzlich ein Schlaglicht auf die Bedeutung sozialer Beziehungen und Solidarität im Nahraum der Nachbarschaft und die Gefahren der Vereinzelung und Vereinsamung geworfen.

## **Gesundheit für Ältere im Setting Quartier**

Im Zusammenhang aktueller Public-Health-Ansätze wird immer wieder Bezug genommen auf die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation WHO von 1986, die ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis (und Menschenbild) und neuere konzeptionelle Zugänge für die (globale) Praxis fruchtbar gemacht hat (Fabian/Drilling et al. 2016b: 11f.). Dabei kann die soziale Eingebundenheit in vielfältige Netzwerke hervorgehoben werden, die sich im Übrigen in postindustriellen Gesellschaften immer mehr von der Dominanz familiärer Bindungen löst: „Steigende Scheidungszahlen, aber auch die wachsende räumliche Mobilität – oft als Tribut an die sich verändernde Arbeitswelt – haben (...) Einfluss auf nachlassende innerfamiliäre Unterstützungspotenziale, die im Alter verfügbar sind“ (Kricheldorf 2015: 16). Die Charta betont auch die Bedeutung und Möglichkeiten „gesundheitsfördernder Lebenswelten“ im Sinne gestaltbarer lebensweltlicher Settings, in denen sich Menschen in ihrem Biografieverlauf alltäglich bewegen und antreffen lassen. Hier kommt nach Ende der Erwerbsphase dem Umfeld der Nachbarschaft und des Wohnquartiers eine besondere Rolle zu, auch wenn dieses Setting „in der Regel sehr viel komplexer und unüberschaubarer“ ist als andere (Bleck et al. 2015: 17). Nachdem der möglichst lange ‚Verbleib in der eigenen Häuslichkeit‘ und der Grundsatz „ambulant vor stationär“ (§ 3 SGB XI Vorrang der häuslichen Pflege) seit langem den Blick auf zunehmende Pflege- und Unterstützungsbedarfe im Alter prägen, ist der erweiterte Blick auf die Aufrechterhaltung der Eingebundenheit und Teilhabe sowie Stärkung der Selbsthilfe in bestehenden (ortsgebundenen) sozialen Netzwerken in Nachbarschaft und Quartier relativ neu.

## **Altengerechte Quartiersentwicklung in Nordrhein-Westfalen und der Stadt Münster**

Das Land Nordrhein-Westfalen, hier das ehemalige Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA NRW), hat von 2013–2019 im Rahmen des Landesförderplans Alter und Pflege mit dem sogenannten Masterplan altengerechte Quartiere.NRW einen deutlichen Förderimpuls gesetzt: Allen Kreisen und kreisfreien Städten in NRW wurde zum Auftakt die Finanzierung der altengerechten Entwicklung jeweils eines Programmgebiets angeboten (bei einem relativ geringen kommunalen Eigenanteil), dies betraf Personal- (im Umfang einer Vollzeitstelle) und Sachkosten (vgl. auch Behr/Gottwald-Kobras et al. 2023). Die Beantragung und Abwicklung oblagen den Kommunen; im Rahmen von Weiterleitungsverträgen konnten soziale Träger oder geeignete bewohnergetragene Organisationen im Quartier damit betraut werden. Förderanlass und quartiersbezogener Ansatz waren gut zu kommunizieren und nachvollziehbar: „Die meisten älteren Menschen wollen so lange wie möglich in ihrem vertrauten Wohnumfeld leben [...]. Darauf muss sich die gesamte Gesellschaft einstellen“; und: „Ziel des „Masterplans altengerechte Quartiere. NRW“ ist eine breite Unterstützung der Kommunen bei der Entwicklung örtlicher Strukturen, die älteren Menschen mit und ohne Pflegebedarf ein selbstbestimmtes Leben bei einem möglichst langen Verbleib im vertrauten Wohnviertel sichern“ (MGEPA NRW 2013).

Die Stadt Münster wurde selbst in einem ausgewählten Stadtbereich tätig (im Stadtteil Hilstrup-Ost), nahm den Impuls aber auch zum Anlass, diese und weitere Entwicklungen für die Zukunft mit einem eigenen „Masterplan altengerechte, inklusive Quartiersentwicklung“ konzeptionell zu rahmen. Die sinnvolle thematische Erweiterung ist im Zusammenhang ausgeprägter Netzwerke und Strukturen im Inklusionsbereich und einer starken Tradition der „Behindertenselbsthilfe“ zu sehen, die auch für Menschen mit Behinderung seit langem ein selbstbestimmtes Leben und Wohnen in einem unterstützenden Wohnumfeld einfordert. Ein Ausdruck dessen sind die sogenannten Quartiersstützpunkte des Vereins Ambulante Dienste e. V. (Ambulante Dienste e. V. 2023), die in Kooperation mit der kommunalen Wohnungsbaugesellschaft realisiert werden konnten. Sie sind ein wichtiger Trittstein im Quartier zur Schaffung von „Versorgungssicherheit für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf“ und haben als solche auch Eingang in den Instrumentenkasten des Landes NRW gefunden (Landesbüro o. J.). Darüber hinaus können sie auch soziale Mittel- und Treffpunktfunktionen entwickeln. Weitere Träger machten sich auf den Weg, quartiersbezogene Angebote in Münster zu entwickeln – ausgehend von stationären Pflege- und Wohneinrichtungen oder auch davon losgelöst, bspw. in Stadtteilen, in denen sie bereits die Stadtteilsozialarbeit und/oder zielgruppenspezifische Beratungsangebote leisten. Sie konnten auf weitere Förderansätze,

bspw. der landeseigenen Stiftung Wohlfahrtspflege oder der Stiftung Deutsches Hilfswerk, zurückgreifen. Und sie konnten in Münster auf gewachsene Netzwerkstrukturen der Altenhilfe und der Selbstvertretung von Seniorinnen und Senioren aufsetzen. Die Projekte und Vorhaben wurden bei der Sozialplanung der Stadt Münster begleitet und koordiniert.

Dabei ist gerade auch für den Bereich Alter darauf hinzuweisen, dass Münster hier ausgeprägte Netzwerkstrukturen von Selbstvertreter\*innen, Trägern der Altenhilfe und Seniorenarbeit und den städtischen Stellen mit entsprechenden Kompetenzen hat. So existiert bereits seit dem Jahr 2003 eine gewählte Seniorenvertretung (seit 2010 als „Kommunale Seniorenvertretung“) als Vertretung der über 60-Jährigen, die sich aus den Ehrenamtlichen von rund 35 Mitgliederorganisationen des „Runden Tisches – Seniorinnen und Senioren in Münster“ speist (das sind u. a. Selbsthilfestrukturen wie selbstgetragene Begegnungsstätten, Seniorenorganisationen von Parteien und Sozialverbänden). Sichtbarer Ausdruck ist die regionalisierte Struktur von zehn Stadtteil- bzw. Stadtbezirksarbeitskreisen „Älter werden in ...“, die die Strukturen der Altenhilfe in dieser Ebene vernetzen und weiterentwickeln. Sie werden auf Anregung der Stadt Münster i. d. R. von ein bis zwei größeren lokalen Trägern moderiert und bringen regelmäßig die in diesem Bereich professionell Tätigen sowie Mitglieder der Seniorenvertretung und ggf. weitere Ehrenamtliche zusammen. Sichtbarer Ausdruck für die Zielgruppe sind die entsprechenden Informationsbroschüren mit Anbieter\*innen und Angeboten in den Stadtteilen.



Abb. 1: Beispiel einer Stadtteilbroschüre eines Arbeitskreises „Älter werden in ...“

## **Altengerechte Quartiersentwicklung mit dem Schwerpunkt Gesundheit in Münster-Rumphorst**

Das Quartiersentwicklungsprojekt „Gesundes GenerationenViertel Münster-Rumphorst“ wurde entwickelt und getragen vom Beratungs- und BildungsCentrum der Diakonie Münster. Es konnte als zweites Projekt in Münster im Masterplan Altengerechte Quartiere.NRW platziert werden. Dies hing mit nichtabgerufenen Mitteln im Programm zusammen, die neu ausgeschrieben wurden. Bei dieser erneuten Ausschreibung wurde eine (experimentelle) Fokussierung der Quartiersarbeit auf ausgewählte Schwerpunkte, beispielsweise das Thema Gesundheit im Alter, gefordert. Diese Quartiere wurden besonders durch Austausch- und Qualifizierungsangebote des Landesentrums für Gesundheit NRW (LZG.NRW) unterstützt. Das Projekt startete am 1. Dezember 2016, der Verfasser konnte als Quartiersentwickler über die Projektgesamtlaufzeit von drei Jahren im Tandem mit jeweils einem\*iner Sozialarbeiter\*in tätig sein.

Münster-Rumphorst ist ein eher bürgerlich geprägter, „unauffälliger“ und wenig bekannter Stadtteil am nordöstlichen Rand des Stadtbezirks Münster-Mitte, welcher durch einen Grünring von den äußeren Stadtteilen getrennt ist. Dementsprechend weist er trotz Innenstadtnähe in großen Teilen einen eher suburbanen Charakter auf und ist in seinen Wohnbereichen durch mehrere Wachstumsphasen der Nachkriegszeit und hier primär Einfamilienhausbebauung geprägt. Am 31.12.2016 waren hier 8.168 Menschen gemeldet, davon 1.850 im Alter von 60 Jahren und älter, das entspricht 22,6 %, was nur leicht über dem Münsteraner Durchschnitt lag. Als problematisch anzusehen sind eine nur rudimentäre Versorgungs- und Sozialinfrastruktur – es gibt kein sichtbares Zentrum –, weite Wege für Mobilitätseingeschränkte und eine wenig ausgeprägte Stadtteilidentität mit Folgen für den sozialen Zusammenhalt, festzumachen bspw. daran, dass es keinen lokalen Sportverein gab und gibt. Als lokaler Ankerpunkt erwies sich ein römisch-katholischer Kirchenstandort(, der zu diesem Zeitpunkt bereits einer benachbarten, größeren Gemeinde zugeordnet worden war) mit den zugehörigen Infrastrukturen einer katholischen Grundschule sowie KiTa. Kirchhof und Schulhof liegen dabei im Übrigen halb hinter den Gebäuden verborgen, in der von den Hauptwegeverbindungen nicht einsehbaren Nebenlage einer Wohnsackgasse.

Das kollektive „Durchaltern“ der monofunktionalen Einfamilienhausbebauungen des 20. Jahrhunderts führt i. d. R. dazu, dass „Empty-Nesters“ zu zweit und irgendwann vielleicht alleine nicht barrierefreie, überdimensionierte Wohnimmobilien und Gärten bewirtschaften müssen, eine achtsame soziale Kontrolle und spontane Nachbarschaftshilfe sind bei ähnlich alten Menschen zwangsläufig irgendwann rückläufig. Die Münsteraner Innenstadt und umliegende, attraktive Quartiere

am Innenstadtring sind aus Rumphorst per Fahrrad leicht zu erreichen, für Ältere und andere Menschen mit eingeschränkter Mobilität wird das Viertel zur Falle.

## Hintergrund: Die Stadt Münster

Die Stadt Münster konnte im Jahr 2013 im Bürgerbüro Mitte ihre\*n 300.000. Einwohner\*in begrüßen, typischerweise eine neu zugezogene Studierende, und hatte am 31.12.2022 bereits 319.441 gemeldete Einwohner\*innen. Münster hat insbesondere aufgrund seiner Hochschulkapazitäten einen hohen Anteil junger Bevölkerung, das geringste Durchschnittsalter in Nordrhein-Westfalen und gilt als „Schwarmstadt“, also als attraktives Ziel für Zuziehende und wachsende Stadt. Dabei ist die auch touristisch bedeutende Stadt im Norden Nordrhein-Westfalens weiterhin solitäres Oberzentrum für das Münsterland und war und ist – neben der Wissenschaft – durch große Verwaltungsstandorte geprägt, der industrielle Besatz ist eher gering geblieben. Dies prägt die Bevölkerungsstruktur im Sinne eines recht hohen Bildungsniveaus und hoher lokaler Identifikation, es gibt eine breit engagierte Stadtgesellschaft. Münster ist flächenbezogen tatsächlich ähnlich groß wie München und in dieser Hinsicht in Nordrhein-Westfalen die zweitgrößte Stadt nach Köln. Dabei kennzeichnen akademische Milieus und eine alternativere, urbane Lebensart eher Münsters Mitte, während die lange selbstständigen Außenstadtteile weiterhin noch bürgerlicher und ländlicher geprägt sind und tendenziell ältere Bevölkerungsanteile aufweisen. Der demografische Wandel kann sich jedoch kleinräumig recht differenziert darstellen. Münster hat 2005 ein sogenanntes stadtteilbezogenes Demografie-Monitoring begonnen und Mitte 2008 ein „Handlungskonzept Demografischer Wandel in Münster“ vorgelegt. Auch wenn das anhaltende Wachstum gerade in der öffentlichen Wahrnehmung das Thema zu überlagern droht, wird diese Perspektive konsequent weiterverfolgt, insbesondere in einem regelmäßig stattfindenden internen Arbeitskreis, der beim Stadtplanungsamt angesiedelt ist.

## Zugänge der altengerechten Quartiersentwicklung

Der Masterplan Altengerechte Quartiere.NRW gab den geförderten Projekten einen Rahmen mit lediglich vier weitgefassten, aus Bewohner\*innensicht formulierten Handlungsfeldern mit: Wohnen, Sich-Versorgen, Gemeinschaft erleben, Sich-Einbringen (s. Abb. 2). Letzteres adressiert dabei die zentrale Rolle von Partizipation im Sinne des programmspezifischen Quartiersansatzes. In Münster-Rumphorst wurde viel Wert darauf gelegt, das Quartier behutsam aufzuschließen und verstehen zu lernen sowie die etablierten Akteur\*innen, ihre Netzwerke und Perspektiven kennenzulernen und sich vorzustellen. Dies sollte einer Stakeholder-Analyse

und der Identifizierung von Interessenschnittpunkten dienen und zugleich ein aktivierendes Momentum entfalten. Dazu wurden Interviews mit Expert\*innen und Schlüsselakteur\*innen geführt, wobei nach dem Schneeballprinzip um Vermittlung weiterer Gesprächspartner\*innen gebeten wurde. Zugleich wurde die für den Projektantrag vorgenommene, primär datenbasierte Raumanalyse vertieft. Dabei zeigte sich, dass die herausgearbeiteten Befunde und die Projektziele – im Kern ein möglichst langes, selbstbestimmtes Leben im Alter im Viertel – einen guten kommunikativen Zugang boten und von den Interviews geteilt wurden. Der neue Ansatz einer altengerechten Quartiersentwicklung, gerade mit dem Schwerpunkt und Zugang Gesundheit, erwies sich jedoch als sehr erklärungsintensiv. Es war nicht leicht, hier mit den Schlüsselakteur\*innen und potenziellen Partner\*innen zum einen mögliche Andockpunkte und zum anderen sogar einen Mehrwert für deren Arbeit vorstellbar zu machen, zumal die vorhandenen sozialen Infrastrukturen sich eigentlich durchgängig an Kinder und Familien richteten.



Abb. 2: Handlungsfelder Masterplan Altengerechte Quartiere.NRW (Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen e. V. 2013)

Das Gesundheitsthema zeigte sich damit in der Frühphase des Projektes zumindest als ambivalent. Die Quartiersentwickler\*innen wollten eine vorzeitige Verengung umgehen und strebten eine breite Beteiligung und einen Mehrwert für alle Quartiersbewohner\*innen an. Es sollte überaus deutlich werden, dass eine Veränderung ihres Lebensumfeldes nicht nur mit und für eine ausgewählte Teilgruppe der Menschen, die dort leben, erfolgen sollte und dass es eine essenzielle Frage des

generationenübergreifenden Miteinanders ist, wie wir mit älteren und unterstützungsbedürftigen Menschen umgehen.



Abb. 3: Informationsveranstaltung zur altengerechten Quartiersentwicklung in Rumpshorst, Juni 2017

Zugleich zeichnete sich ab, dass das Thema Gesundheit zur Ansprache Älterer und ihrer Angehörigen im Projektkontext sehr gut geeignet und zeitgemäß ist: Für viele, gerade akademisch gebildete Jüngere ist die Entwicklung und Pflege physischer Fitness und seelischer Balance heute Teil ihrer Lebensart. Und auch für alternde Menschen unschwer nachzuvollziehen ist der bestmögliche Erhalt der Gesundheit ein zentraler Schlüssel zu einem langen selbstbestimmten Leben im Alter in der eigenen Wohnung, der vertrauten Viertelumgebung. So kam es zum „Branding“ des Projektes unter dem Titel „Gesundes GenerationenViertel“ Münster-Rumpshorst.

## **Gesundheitsförderung in der altengerechten Quartiersentwicklung**

Ein wesentliches Projektziel der Anfangsphase war es, das Projekt und seine Ziele bekannt zu machen und einen Ort für Beratung und gesundheitsfördernde Angebote zu etablieren. Dies gelang in Kooperation mit dem Kirchenort Thomas-Morus der katholischen Kirchengemeinde St. Franziskus, in dessen Gemeindezentrum dies bald möglich wurde. Daneben gelang es, in Form halbjährlicher Quartierskonferenzen und monatlicher Arbeitsgruppen der Quartiersbewohner\*innen eine partizipative Struktur zu etablieren. Ende 2018 war es schließlich so weit, dass ein kleines Ladenlokal angemietet werden und mit dem „Rumpelstübchen“ (der Name ging aus einem Wettbewerb hervor) aus dem Projekt heraus ein Quartierstreff für verschiedenste Angebote entstehen konnte.

Dabei ist festzuhalten, dass der Aufbau eines lokalen Gesundheitsnetzwerks im Quartier mit dem Ziel der gesundheitlichen Prävention für das Alter im Grunde nicht gelungen ist. Es gab einen vielversprechenden Ansatz für ein breiteres Netzwerk mit der lokalen Ökonomie insgesamt. Der Zugang zu den Gesundheitsdienstleister\*innen blieb jedoch beschränkt, auch wenn die lokale Apotheke hier als Ausnahme hervorzuheben ist, die Inhaberin war übrigens im Viertel aufgewachsen. Sie trug mit wesentlichen Informationen zur gesundheitlichen Gesamtsituation ihrer älteren Kund\*innen dazu bei, Bedarfe einzuschätzen, und ermöglichte der Quartiersentwicklung, in und an der Apotheke regelmäßig Beratung und Information anzubieten bzw. auf Angebote aufmerksam zu machen. Darüber hinaus beschränkten die Angebotsstrukturen sich auf niedergelassene Ärzt\*innen und eine physiotherapeutische Praxis sowie vereinzelte Freiberufler\*innen. Gerade für die klassischen Anbieter\*innen war rasch zu erkennen, dass sie sich nicht in konzeptionelle und partizipative Formate wie bspw. die Quartierskonferenzen einbinden lassen oder besondere neue Angebote machen würden. Dabei spielten wahrscheinlich eine nur begrenzte Identifikation mit dem räumlichen Umfeld sowie knappe Personal- und Zeitressourcen eine Rolle, aber, so lässt sich erahnen, auch insgesamt eine mangelnde Motivation, über business as usual und die eigenen disziplinären Zusammenhänge hinauszugehen. Ähnliche Erfahrungen gerade mit klassischen inhabergeführten Arztpraxen liegen auch aus anderen Quartieren des Programms vor. Insgesamt befördert die hohe Nachfrage nach bestehenden Angeboten im hergebrachten medizinischen Bereich keine Veränderungsimpulse.

Umso wichtiger zeigten sich die stadtweiten Vernetzungen der Projektträgerin und der Quartiersentwicklung. Es gelang auf dieser Basis innerhalb kurzer Zeit, eine Vielfalt an Möglichkeiten aufzuzeigen und schließlich neue Angebote ins Quartier zu bringen. Nach dem Vorbild einer jährlichen zentralen Veranstaltung im Rathaus und einer im anderen Münsteraner AQ.NRW Quartier etablierten jährlich stattfin-

denden „Gesundheitsmeile“ konnte auch in Rumphorst ein eintägiger Gesundheitsmarkt verschiedenster Anbieter\*innen angeboten werden, der auf dem Gelände der Grundschule stattfand. Hier gab es zahlreiche Beratungsangebote, einen Fitness-test für das Alter und Vorträge. Leider litt dieses Event – wie verschiedene andere im Laufe der Quartiersarbeit – unter mangelnder Sichtbarkeit und geringem Publikumsinteresse.

Im Weiteren erwies sich zunächst eine andere Förderlinie des Landes NRW als hilfreich: „Bewegt ÄLTER werden“ heißt das Programm, das eigentlich (über Beauftragte der Kreis- und Stadtsporthünde) etablierten lokalen Sportvereinen nahelegen und Möglichkeiten aufzeigen soll, für ältere und hochbetagte Menschen passende und niedrigschwellige Angebote zu machen. Auch wenn hier von Sport im engeren Sinne nicht mehr gesprochen wird, ist *Bewegung* ein hochwirksames Mittel zum Erhalt der Gesundheit bis ins hohe Alter, dies zeigen eindrucksvolle physiologische Studien.

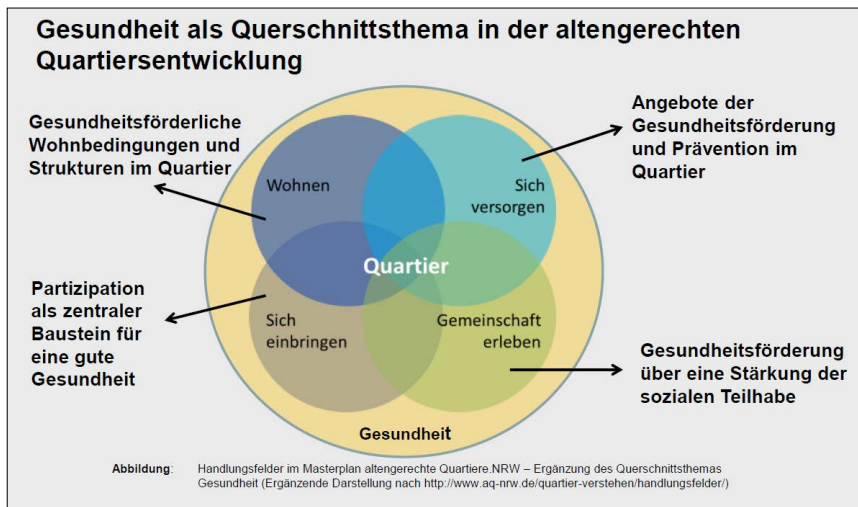


Abb. 4: Gesundheit als Querschnittsthema in der altengerechten Quartiersentwicklung (LZG NRW)

Nachdem der nächstgelegene klassische Sportverein nicht dazu bewegt werden konnte, sein Portfolio in dieser Hinsicht weiter zu denken, konnte rasch ein Angebot des stadtweit tätigen Vereins für Gesundheitssport Münster (VGS) e. V. zunächst im Gemeindezentrum, dann im Vierteltreff etabliert werden. Die Nachfrage stieg rasch

an. Jedoch, dies ist festzuhalten, kam diese nur von weiblichen Viertelbewohner\*innen. Das Angebot existiert bis heute.

Mit dem Start des Vierteltreffs Rumpelstübchen konnte zudem ein durch die Quartiersentwicklung organisierter wöchentlicher Mittagstisch etabliert werden. Auch dies ist – gerade unter Gesichtspunkten des Handlungsfelds „Gemeinschaft erleben“ – ein wichtiger Baustein. Insbesondere gilt dies für die Rolle des Mittagstisches als Plattform für die Festigung und den Ausbau sozialer Netzwerke der Bewohner\*innen. Im Zuge der Entwicklung dieses konkreten Angebots zeigten sich vorhandene nachbarschaftliche Netzwerke, auf die es zuvor keine Hinweise gab. Aus diesen konnten schnell Ehrenamtliche gewonnen werden, die die Umsetzung durch tatkräftige Hilfe in der Essensausgabe erst möglich machten. Dies lässt auf noch aktivierbare Ressourcen im Viertel schließen.

## Resümee

Leider führten das Ende der Landesförderung und schließlich die starken Einschränkungen der Coronapandemie dazu, dass ab 2020 die Angebote des kleinen Vierteltreffs nicht fortgeführt werden konnten. Die Auswirkungen auf die sozialen Netzwerke gerade der Älteren sind unklar. Hoffnungsvoll stimmt, dass sich aus dem Viertel (und den Ehrenamtlichen des Quartiersprojektes) ein Bewohnerverein gegründet hat. Mithilfe städtischer Förderung ist ein neuer Stadtteiltreff der Diakonie Münster entstanden, in dem ehrenamtliche und professionelle Angebote jetzt wieder unter einem Dach fortgeführt werden.

Für das Thema Gesundheit hat sich im Rahmen der altengerechten Quartiersentwicklung die lokale Dominanz (aber auch Überlastung) der klassischen Dienstleister\*innen gezeigt, die im Sinne eines älteren Begriffsverständnisses zugespitzt als „Reparaturbetrieb für Gesundheit“ gesehen werden können. Dies entspricht dem Verständnis vieler Älterer und erschwert – insbesondere bei älteren Männern, so die Erfahrung – einen Bewusstseinswandel hin zu mehr eigenverantwortlicher und kollektiver Gesundheitsförderung und Prävention zu erreichen. Die Pflege außerfamiliärer sozialer Beziehungen und Netze hätte in diesem eher bürgerlich(-distanziert) geprägten Stadtteil mit geringen Begegnungsmöglichkeiten einen vielversprechenden Gegenstand der weiteren Arbeit dargestellt. Gut waren in Münster jedoch die Bedingungen, zumindest punktuell oder temporär starke stadtweite Akteur\*innen mit vorbildhaften Projektansätzen einzubinden. Die mittelfristigen Erfolge können schwerlich beurteilt werden, da die Quartiersarbeit nach Wiederaufnahme nicht mit dem Fokus auf das Thema Gesundheit fortgeführt wird.

## Literatur

- Ambulante Dienste e.V. (2023): Unsere Geschichte. Münster. <https://www.ad-ms.de/geschichte/> [Zugriff 02.03.2023].
- Behr, Ingo/Gottwald-Kobras, Marc/Roeser, Markus/Schewerda, Anna (im Erscheinen 2024): Altengerechte Quartiersentwicklung. Erfahrungen und Empfehlungen aus der Praxis in Nordrhein-Westfalen. Münster (=Arbeitsgemeinschaft Angewandte Geographie Münster Arbeitsberichte H. 44).
- Bmi.bund (2020): Neue Leipzig Charta. Die transformative Kraft der Städte für das Gemeinwohl. [https://www.nationale-stadtentwicklungspolitik.de/NSPWeb/SharedDocs/Publikationen/DE/Publikationen/die\\_neue\\_leipzig\\_charta.pdf;jsessionid=A62C258A6B4FD723C82FD97E088AE99D.live21303?\\_\\_blob=publicationFile&v=7](https://www.nationale-stadtentwicklungspolitik.de/NSPWeb/SharedDocs/Publikationen/DE/Publikationen/die_neue_leipzig_charta.pdf;jsessionid=A62C258A6B4FD723C82FD97E088AE99D.live21303?__blob=publicationFile&v=7) [Zugriff 24.03.2023].
- Bleck, Christian/Knopp, Reinhold/van Rießen, Anne (2015): Sozialer Raum und Alter(n). Eine Hinführung. In: Bleck, Christian/Knopp, Reinhold/van Rießen, Anne (2015), Sozialer Raum und Alter(n). Zugänge, Verläufe und Übergänge sozialräumlicher Handlungsforschung, Wiesbaden: Springer VS, S. 1–12.
- Fabian, Carlo/Drilling, Matthias/Niermann, Oliver/Schnur, Olaf (Hrsg.) (2016a): Quartier und Gesundheit. Impulse zu einem Querschnittsthema in Wissenschaft, Politik und Praxis. Wiesbaden (=Reihe Quartiersforschung).
- Fabian, Carlo/Drilling, Matthias/Niermann, Oliver/Schnur, Olaf (2016b): Quartier und Gesundheit – Klärungen eines scheinbar selbstverständlichen Zusammenhangs. Eine Einführung in den Band. In: Fabian, Carlo/Drilling, Matthias/Niermann, Oliver/Schnur, Olaf (Hrsg.) (2016a): Quartier und Gesundheit. Impulse zu einem Querschnittsthema in Wissenschaft, Politik und Praxis. Wiesbaden (=Reihe Quartiersforschung), S. 9–37.
- Gottwald, Marc/Löwer, Markus (Hrsg.) (2009): Demografischer Wandel. Herausforderungen und Handlungsansätze in Stadt und Region. Münster (=Arbeitsgemeinschaft Angewandte Geographie Münster Arbeitsberichte H. 40).
- Kricheldorf, Cornelia (2015): Altern im Gemeinwesen aus sozialgerontologischer Perspektive. In: van Rießen, Anne et al. (2015), S. 15–30.
- Landesbüro altengerechte Quartiere.NRW (o.J.): Quartiersstützpunkte, Münster. Bochum. <https://www.aq-nrw.de/quartier-erleben/projektlandkarte/projekte/quartiersstuetzpunkte-muenster/> [Zugriff 27.02.2023].
- Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) (2023): Gesund älter werden. Bochum. [https://www.lzg.nrw.de/ges\\_foerd/ges\\_foerd\\_alter/index.html](https://www.lzg.nrw.de/ges_foerd/ges_foerd_alter/index.html) [Zugriff 28.02.2023].
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW) (2013): Pressemitteilung vom 13. Juni 2013: Ministerin Stefens: Masterplan altengerechte Quartiere.NRW gestartet – Landesbüro unterstützt Kommunen beim Umbau. Düsseldorf. <https://www.land.nrw/pressemitteilung/>

ministerin-steffens-masterplan-altengerechte-quartierenrw-gestartet-landesbuero [Zugriff 27.02.2023].

Stadt Münster, Sozialamt (o.J.): Seniorinnen und Senioren. Altengerechte, inklusive Quartiersentwicklung. Münster. <https://www.stadt-muenster.de/sozialamt/seniorinnen-und-senioren/altengerechte-quartiersentwicklung/rumphorst> [Zugriff 28.02.2023].

Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen e.V. (2013): StGB NRW-Mitteilung 452/2013 vom 18.06.2013: Masterplan altengerechte Quartiere.NRW. Düsseldorf. <https://www.kommunen.nrw/informationen/mitteilungen/datenbank/detailansicht/dokument/masterplan-altengerechte-quartierenrw.html> [Zugriff 28.02.2023].

van Rießen, Anne/Bleck, Christian/Knopp, Reinhold (Hrsg.) (2015): Sozialer Raum und Alter(n). Zugänge, Verläufe und Übergänge sozialräumlicher Handlungsforschung. Wiesbaden.

# Transfer und Innovation für die Gesundheitsregion – CareTechHUBs als Modell für die Verknüpfung von Versorgungspraxis, Technikentwicklung und Forschung in OWL

*Kolja Heckes, Marcel Siegler & Udo Seelmeyer<sup>1</sup>*

Die Ausgestaltung und Qualität von gesundheitlicher und sozialer Versorgung in einer Region sind von großer Bedeutung für Lebensqualität, Wohlergehen und Teilhabemöglichkeiten der dort lebenden Menschen. Sozial- und Gesundheitssysteme stehen jedoch seit langem finanziell unter Druck und sind zunehmend durch demografischen Wandel und Fachkräftemangel herausgefordert. Die Coronapandemie hat das hier tätige Fachpersonal nunmehr an seine Belastungsgrenzen geführt. Innovative technologische Ansätze – beispielsweise im Kontext von Digitalisierung oder Künstlicher Intelligenz – können zu Lösungen beitragen, sofern sie nicht nur aus einer technikgetriebenen Machbarkeitsperspektive entwickelt werden.

Der *Forschungsverbund CareTech OWL* an der Hochschule Bielefeld entwickelt vor diesem Hintergrund eine neue, integrierte Perspektive auf Versorgung und Technologie im Sozial- und Gesundheitswesen, welche darauf zielt, die Bedarfe von Fachpersonal, Klient\*innen und Angehörigen sowie organisatorische Rahmenbedingungen und gesundheitsökonomische Aspekte aufzugreifen und hilfreiche, zugleich finanzierbare Technik zu entwickeln, die am Ende auch in der Praxis ankommt. Voraussetzung hierfür sind einerseits eine ausgeprägte und wirklich gelebte Interdisziplinarität und andererseits Transdisziplinarität als enge Verbindung von Wissenschaft und Praxis bei Forschung und Entwicklung. Die im Forschungsverbund CareTech OWL an der Hochschule Bielefeld bereits seit vielen Jahren etablier-

---

1 Die Autoren arbeiten zusammen im Projekt „Transformation in Care & Technology – TransCareTech“ des Forschungsverbunds CareTech OWL der Hochschule Bielefeld. „TransCareTech“ wird vom Ministerium für Kultur und Wissenschaft des Landes Nordrhein-Westfalen in der Förderbekanntmachung „Profilbildung 2020“ gefördert. Der Beitrag stellt ein Ergebnis des Arbeits- und Diskussionsprozesses innerhalb des Forschungsverbunds CareTech OWL dar, an dem über die Autoren des Beitrags hinaus eine Vielzahl weiterer Personen beteiligt waren. Für die Inhalte dieser Publikation tragen gleichwohl die Autoren die Verantwortung.

te Interdisziplinarität zeigt sich in der breiten Beteiligung von Forschenden aus den Disziplinen Ingenieurwissenschaften, Informatik, Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Sozialarbeitswissenschaft und Pflege- und Gesundheitswissenschaften. Die Verbindung zwischen Wissenschaft und Praxis wird in einem gut aufgestellten und funktionierenden Netzwerk in der Region sichtbar. Durch den Aufbau von dauerhaften gemeinsamen Forschungs- und Entwicklungszusammenhängen werden einzelne Knotenpunkte dieses Netzwerkes in der Region OWL als sogenannte CareTechHUBs nunmehr auf eine neue Stufe der Kooperation gehoben.

Das im Folgenden skizzierte Konzept von „CareTechHUBs“ greift sowohl die vorhandenen Vernetzungen als auch die ausgeprägte Interdisziplinarität im Forschungsverbund CareTech OWL auf und entwickelt beides zu einer dauerhaften Arbeitsstruktur weiter, um das innovative Ökosystem in der Gesundheitsregion OWL auszubauen. CareTechHUBs sind neuartige Gesundheitszentren, in denen innovative Versorgungskonzepte sowie Technologien für Gesundheitsversorgung, Pflege und Sozialarbeit erforscht und entwickelt werden. Sie sind durch die Verbindung von vier Bereichen gekennzeichnet: (1) Versorgung, (2) Forschung und Entwicklung, (3) Anwendung in Kooperation mit Wirtschaft und Industrie und (4) Bildung. Somit stellen CareTechHUBs besondere Verbindungsknoten im Netz der regionalen Gesundheitsversorgung und Sozialdienstleistung in OWL dar, in denen Hochschule und Praxis eng zusammenarbeiten.

Wenn im Folgenden auf eine Gesundheitsregion OWL Bezug genommen wird, dann heben wir bei unserem Verständnis von *Gesundheitsregion* ab auf eine konzeptionelle Vorstellung, nach der Gesundheits- und Sozialversorgung sowie frühzeitige Gesundheitsförderung und Prävention, gerade unter dem verschärften Druck der o. g. gesellschaftlichen Herausforderungen, am besten aus „einer“ Hand interdisziplinärer, regional bzw. sozialräumlich vertrauter und miteinander im Netzwerk verbundener Integrations- statt einzelner Leistungseinheiten zu steuern sind (Hildebrandt et al. 2021). Die verschiedenen Sozial- und Gesundheitsdienstleister\*innen vor Ort, die ihre Region mit deren lokal-spezifischen Eigenheiten selbst am besten kennen (Hildebrandt et al. 2021: 9), werden so in ihrer agilen, autonomen Selbststeuerung gestärkt – statt zentralistisch verwaltet zu werden. Sie konstellieren sich hin zu vernetzten Verbänden und zeichnen sich nicht bloß für die reagierende Behandlung von Krankheit, sondern auch für die Stärkung von Gesundheit und damit eben für die vereinte Schaffung der Qualität einer „Gesundheitsregion“ gemeinsam verantwortlich (Hildebrandt et al. 2021).

Das wirft jedoch die Frage danach auf, wen es im Kreise dieser multi- bzw. interdisziplinären Integrationseinheiten denn nun braucht: Werden darin etwa auch *technologische* bzw. *digitale Ansätze* und entsprechende Akteure mitgedacht? Das Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen e.V. (o.J.) betont die Wichtigkeit des „[Brückenschlags] zu weiteren Innovationstreibern“. Care-Technologien können

ein solcher ‚Innovationstreiber‘ sein, vorausgesetzt, diese Lösungen funktionieren nicht nur „auf dem Papier“ oder im Labor, sondern gleichsam „in freier Wildbahn“, sprich in der konkreten Lebenswelt und Versorgungspraxis (Heckes et al. 2024).

## **Technologischer Fortschritt und soziale Professionen**

Das Sozial- und das Gesundheitswesen sind als Systeme unmittelbar am Puls des sozialen Wandels tätig. So ununterbrochen sich Gesellschaft kontinuierlich diversifiziert und neuformiert, so herausforderungsreich ist es für die Sozial- und Gesundheitssysteme, daran Anschluss zu halten: Was heute den sozialen Zusammenhalt bzw. die Gesundheit der Menschen stärkt, sozusagen als komprimiert formulierter Auftrag an Sozial- bzw. Gesundheitsprofessionen, kann sich schon morgen ganz anders darstellen. Im Zusammenhang mit diesem rasant voranschreitenden und weitreichenden gesellschaftlichen und sozialen Wandel stehen nicht zuletzt auch Digitalisierung und Technologien, die vielfach als „disruptiv“ wahrgenommen werden (Behm 2021: 1).

Jene Systeme, die professionell für Gesundheit und am Sozialen tätig sind, müssen die sich immer wieder neu konfigurierenden Disparitäten und Bedarfe, aber auch vermittelbaren Chancen und Unterstützungspotenziale konstant in Verbindung mit neuen technologischen und digitalen Möglichkeiten denken. Der Einzug neuer digitaler und technischer Artefakte in die Gesellschaft und in die Lebenswelten der Menschen ist gleichermaßen dazu imstande, neue Formen der Teilhabe zu generieren und die Alltagsbewältigung zu unterstützen, wie auch einzelne Menschen „abzuhängen“ und Ungleichheit zu produzieren. Für die Soziale Arbeit kommt digitalen und technischen Artefakten damit eine zentrale Bedeutung im Sinne von ‚Transferfaktoren‘ entlang von Exklusionsvermeidung und Inklusionsvermittlung zu (Bommes und Scherr 2012, 1996). Die Konsequenzen des digitalen und technologischen Fortschrittes für unterschiedliche Personengruppen und Milieus gehören somit auch zu zentralen sozialen Faktoren von Gesundheit.

Es verlangt den gesundheits- und sozialprofessionellen Akteuren bereits ein hohes Maß an Wissensaufbau, Anpassungs- und Modernisierungsfähigkeit ab, diese neuen technologischen Entwicklungen und ihre Folgen, Möglichkeiten und Risiken für Gesundheit und Soziales zu verstehen, zu bewerten und in der eigenen Arbeit zu integrieren (Zorn/Seelmeyer 2015; Freier et al. 2021). Technologische und digitale Produkte versprechen, das alltägliche Leben sicherer, sozial eingebundener und geprägt von höherem Wohlbefinden zu ermöglichen; dazu muss aber zunächst für deren ‚technische‘ Entwicklung verstanden werden, wie Lösungen auf der ‚sozialen‘ Ebene aussehen und was die technischen Artefakte und Systeme in diesem Zusammenhang leisten können.

Die noch komplexere Herausforderung entsteht allerdings da, wo Technik auf ihre Zielkontexte, die Milieus und Lebenswelten unterschiedlicher Personengruppen, trifft. Ebendiese Zielkontexte sind es, die „leben“; sie sind nicht nur durch technische, sondern auch und vor allem durch soziale Beziehungen charakterisiert“ (Wagner/Grunwald 2019: 262). Hier liegt dann auch die eigentliche Vermittlungsaufgabe von Sozial- und Gesundheitsprofessionen. Zugunsten einer Stärkung des Sozialen und von Gesundheit sind Innovationen immer nur so viel wert, wie ihr Transfer gelingt; „[einseitig] gerichtete Vorstellungen von Innovation [...] werden [...] von einer ergebnisoffeneren und verlaufsorientierten Perspektive abgelöst“ (Bormann 2011: 56). Wie werden Technologien in den Haushalten, Milieus, Sozialräumen oder Praxisfeldern angenommen respektive welche Widerstände werden hervorgerufen? Und wie verändern sich soziale Systeme wie familiäre oder auch professionelle Arrangements infolge des Einbezugs solcher Technologien? – Das muss keine Blackbox bleiben, denn zwecks Erhellung dieser Dynamiken und Folgewirkungen gilt es, wissenschaftliche, praxisbezogene und zivilgesellschaftliche Akteure miteinander zu vernetzen und auf Augenhöhe miteinander ins Gespräch zu bringen.

## **Technikentwicklung als integrierter und partizipativer Prozess**

Die in den CareTechHUBs anvisierte Form der Wissenschafts-Praxis-Kooperation eignet sich in besonderer Weise gerade auch dazu, bisherige Probleme der Technikentwicklung für den Sozial- und Gesundheitsbereich zu adressieren, werden Care-Technologien doch immer noch zu häufig von Ingenieur\*innen und Informatiker\*innen ohne angemessene Berücksichtigung und Einbindung (der Perspektiven) sowohl von Fachkräften als auch von Adressat\*innen entwickelt (Sagebiel/Pankofer 2021: 69; Beranek et al. 2019: 239). Gerade am Beispiel altersgerechter Assistenzsysteme (Ambient Assisted Living – AAL) ist sehr gut erkennbar, welche Problematiken damit verbunden sind – und auch, wie Forschungsförderung in der Vergangenheit darauf reagiert hat. Die Entwicklung von AAL-Technologien wurde angesichts der demografischen Herausforderungen seit Beginn des Jahrhunderts durch große Programme der Forschungsförderung sowohl auf Bundes- als auch auf EU-Ebene vorangetrieben. Zunächst waren Forschung und Entwicklung in diesem Bereich stark technikgetrieben – das, was technologisch denkbar und machbar war, entsprach aber zumeist nicht dem, was aus fachlicher Sicht hilfreich und geboten war, was von Menschen im hohen Alter gut nutzbar war und auf Akzeptanz stieß, und bisweilen auch nicht dem, was rechtlich zulässig, ethisch geboten oder im Rahmen sozialer Sicherungssysteme bzw. durch private Nutzer\*innen finanzierbar war. So wurde schließlich der Einbezug von ELSI (Ethical, Legal and Social Implications) verpflichtend, blieb jedoch meist eher Anhängsel und hat die Entwicklung nicht von

Beginn an geleitet, sodass mittlerweile eine „integrierte Forschung“ (BMBF) dies durchgehend leisten soll.

Die umfassende Berücksichtigung von Bedarfen und Perspektiven der Praxis konfliktiert jedoch (zumindest) im Feld der Technikforschung nicht selten mit herkömmlichen Förderlogiken, erfordern Innovationen im Sinne angemessener Problemlösungen für die Praxis doch oftmals gar keine *technologischen Innovationen* im engeren Sinne („Raketentechnologie“), sondern eher kluge, gebrauchstaugliche *Adaptionen vorhandener Technologien*. Zugleich stellen sich in Verbindung damit für Forschung und Entwicklung Fragen, wie die digitale Transformation auf der Ebene der Organisationen bezüglich der konzeptionellen, prozessualen und bildungsbezogenen Problemstellungen gestaltet werden kann (Schiffhauer/Seelmeyer 2020). Fördersystematiken müssten für solche sozialen Innovationen mittels erfolgreicher Adaption und Implementierung vorhandener Technologien stärker als bislang Anreizstrukturen schaffen. Erste Ansätze dazu sind erkennbar, z. B. die stärkere Betonung von sozialen gegenüber technologischen Innovationen im Entwurf zur neuen „Zukunftsstrategie Forschung und Innovation“ (BMBF 2023) der Bundesregierung, die die bisherige „Hightech-Strategie 2025“ (BMBF 2021) ablösen soll, wie auch in der geplanten Gründung der Deutschen Agentur für Transfer und Innovation (DATI).

Mit dem Konzept „integrierter Forschung“ wird für Technikentwicklung nunmehr zwar eine systematische Einbindung von Domänenexpert\*innen resp. Fachkräften – zumindest in weiten Teilen der Forschungsförderung – als Anspruch formuliert, allerdings unabhängig davon, inwieweit dies auch praktisch realisiert wird, bleibt doch das Primat der Wissenschaft bei der Definition von Bedarfen und Lösungsansätzen bestehen, ist doch der Gewinn an „Erkenntnis“ ein ausschlaggebendes Kriterium für die Forschungsförderung. Hingegen gilt es, schon die Problemdefinition aus den Perspektiven von Fachkräften und Adressat\*innen zu entwickeln, wenn Technik angemessen deren Perspektiven abbilden soll – eine spätere Einbeziehung und Partizipation können dies nur noch begrenzt erreichen (Rink/Weber/Seelmeyer im Erscheinen). Genau das sollen CareTechHUBs ermöglichen, indem in einem kontinuierlichen gemeinsamen Arbeitszusammenhang anstelle ausschreibungsgetriebener, projektförmiger Logiken nunmehr auch die Fragen und Herausforderungen der Praxis immer wieder neu den Ausgangspunkt bilden.

## CareTechHUBs – Konzeptuelle Elemente

Als Netzwerkknoten (engl. *hub*) nutzen CareTechHUBs sowohl bestehende als auch im Netzwerk der Partnerschaften neu entstehende Strukturen der Versorgung und verbinden diese intelligent mit der Erforschung, Entwicklung und Anwendung von

Technologien sowie mit praxisorientierter Bildung.<sup>2</sup> Kristallisations- und Ausgangspunkt für CareTechHUBs sind regionale Versorgungspartnerschaften mit einem Interesse an Forschungskooperation. Oftmals besteht zwar schon eine langjährige Zusammenarbeit, die sich allerdings entsprechend der vorherrschenden Forschungsförderlogiken immer nur auf inhaltlich eng umrissene Vorhaben bezog, diese projektförmig organisierte und damit zeitlich begrenzt war. Ziel ist es, sowohl solche Kooperationen als auch die mit Anwendungspartnern aus Industrie und Wirtschaft im Bereich von Health- und Care-Technologien mit den CareTechHUBs auf Dauer zu stellen und damit eine ganz andere Grundlage für Praxisentwicklung, Technikentwicklung und Transfer in der Gesundheitsregion OWL zu legen.

Die Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis in den im Aufbau befindlichen CareTechHUBs in OWL orientiert sich an neueren Konzepten von transdisziplinärer Forschung, die die Praxis nicht nur als Datenlieferanten oder „Gegenstand“ von Forschung sehen, sondern auf ein gleichberechtigtes Miteinander abheben, was z. B. auch die gemeinsame Identifizierung von Problem- und Fragestellungen umfasst, denen sich die CareTechHUBs widmen, welche also nicht einseitig von Wissenschaft oder Praxis festgelegt werden. Damit ist ein hoher Anspruch an die Ausgestaltung der CareTechHUBs verbunden. Erst in einigen Jahren wird sich bilanzierend feststellen lassen, ob, inwieweit bzw. an welchen Stellen dies gut oder eben auch nicht gelungen ist.

Unsere Kooperationsphilosophie für die Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis in den CareTechHUBs folgt dabei klaren Prinzipien:

- Alle Partnerschaften sollten einen klar benennbaren Nutzen aus der Kooperation ziehen. Dieser Nutzen sollte gemeinsam ausgearbeitet werden (*Partizipationsorientierung*).
- Praxis und Forschung begegnen sich auf Augenhöhe und unterstützen sich wechselseitig, um in ihren Feldern Entwicklung und Fortschritt zu ermöglichen (*Transdisziplinarität*).
- Kooperationskonzepte werden gemeinsam entwickelt, es gibt Gestaltungsfreiheiten für alle Beteiligten. Es herrscht eine offene Gesprächskultur, mögliche Probleme werden frühzeitig angesprochen. Die Partner agieren transparent in Bezug auf Ziele und Vorgehensweisen (*Dynamik, Offenheit und Transparenz*).
- Die Kooperation zielt auf die Lösung von Strukturproblemen im Sozial- und Gesundheitssystem und untersucht dabei insbesondere die Chancen und Risiken durch Technikeinsatz (*Transformationsorientierung*).

---

2 Das in diesem Abschnitt skizzierte Konzept der CareTechHUBs wurde 2022 von CareTech OWL in einem gemeinsamen Strategieprozess mit der auf das Gesundheitswesen bezogenen Konzeptagentur „Bittner & Thranberend“ entwickelt. Die Inhalte dieses Abschnitts basieren ganz wesentlich auf den seinerzeit von „Bittner & Thranberend“ verschriftlichten Ergebnissen des Prozesses.

Die Basis-Kooperation innerhalb eines CareTechHUBs besteht aus einem oder mehreren Leistungserbringern und CareTech OWL als Forschungsverbund der Hochschule Bielefeld. Sie wird erweitert durch regionale Akteure (z. B.: Kommunen), Wirtschaftsunternehmen, Kostenträger, zivilgesellschaftliche Akteure, Bildungsträger oder weitere Stakeholdern. Die Verbindung der CareTechHUBs untereinander wird über CareTech OWL organisiert. Hierdurch werden übergreifende Forschungs- und Entwicklungsprojekte und ein wechselseitiges Lernen von den Erfahrungen aus anderen CareTechHUBs möglich. Für entsprechende Fragestellungen werden an die Situation angepasste, zeitlich begrenzte Forschungs- und Experimentierformate umgesetzt.

Das Konzept der CareTechHUBs wird aktuell – statt es am „grünen Tisch“ weiterzuentwickeln – in Form der Etablierung erster CareTechHUBs praktisch erprobt, geschärft und angepasst. Neben ersten Schritten hin zu einer Vernetzung der Frühen Hilfen in und um Bielefeld entsteht ein CareTechHUB *Geriatric*, der unter anderem die Potenziale mobiler geriatrischer Rehabilitation in der regionalen Versorgungslandschaft einführen, wissenschaftlich begleiten und mittels Sensorik unterstützen will (Hartung-Klages et al. 2023). Weitere CareTechHUBs entwickeln wir rund um das Thema „Hilfsmittel und Assistive Technologien“ in enger Kooperation mit den von Bodelschwingschen Stiftungen Bethel und dem „GesundZentrum“ Bielefeld, im Bereich technikunterstützten, nachhaltigen Wohnens, digitaler Teilhabe und Nachbarschaftlichkeit im Quartier mit dem Kreisverband der AWO Bielefeld und der Wohnungsbaugesellschaft der Stadt Bielefeld BGW sowie im Kontext integrierter Versorgung, Reha 2.0 und Gesundheitsbildung mit der Stadt Bad Salzufen.

Die aktuelle Praxis zeigt, dass bei solchen Unterfangen immer auch verschiedene, noch offene, grundsätzliche Fragen zu klären und an die entsprechenden Gegebenheiten anzupassen sind. Es stellt sich beispielsweise die Frage nach der Ausgestaltung des Vertragskonstrukts und der Finanzierung bei entsprechenden Kooperationen. Ebenso stehen Fragen nach der Rechtssicherheit z. B. mit Blick auf die Haftung bei der Anwendung von Technologien im Raum. Hier ist zu prüfen, inwiefern bei transdisziplinärer Forschung das Verständnis von *Reallaboren* als Experimentierräumen im Sinne des BMWK genutzt und entsprechende Stakeholder in den Prozess eingebunden werden können.

Da CareTechHUBs offen für Vernetzungen mit technologisch ausgerichteten Wirtschaftsunternehmen sind, stellt sich die Frage nach deren prinzipieller Einbindung in die laufenden Prozesse. Je nach CareTechHUB ist zu erwarten, dass unterschiedliche Varianten der Einbindung erfolgen können. Für die beteiligten Technologiefirmen wird zudem erwogen, einen eigenen HUB auf dem Campus Bielefeld als „Care-Technologie-Entwicklungszentrum“ aufzubauen. Darüber hinaus stellen sich Fragen der räumlichen Ausgestaltung. So muss beispielsweise situationsadäquat und gemeinsam erörtert werden, welche Infrastruktur und räumlichen

Möglichkeiten es braucht, um Forschung und Entwicklung vor Ort adäquat durchführen zu können. Dies wird je nach CareTechHUB jeweils mit den beteiligten Partnern und dem inhaltlichen Programm entwickelt und ausgestaltet.

Für Fragen zur Organisation der Ausbildung von Studierenden und Fachkräften vor Ort kann auf unterschiedliche Formate (Exkursionen, Praxisforschungsprojekte, Entwicklungsprojekte, Praktika, Abschlussarbeiten) zurückgegriffen werden. Für Fachkräfte aus den HUBs, aber auch aus der Region können Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen durchgeführt werden, die sich insbesondere auf Innovationsschwerpunkte des HUBs beziehen. Neue Technologien sollen sowohl bei den Inhalten wie auch in der methodisch-didaktischen Umsetzung einen wichtigen Stellenwert haben.

Für dezentrale CareTechHUBs ist die räumliche Nähe zum Forschungs- und Entwicklungsfeld eine zentrale Voraussetzung. Dies bedeutet konkret, dass die Hochschule Bielefeld dort jeweils Räumlichkeiten nutzen kann, in denen Mitarbeiter\*innen vor Ort mit der Praxis Forschung und Entwicklung gestalten. Dies können je nach Versorgungskontext eher Büroarbeitsplätze, aber auch gemeinsam genutzte Laborflächen (z. B. zur Bewegungsanalyse etc.) sein. Voraussichtlich ist es sinnvoll, jeweils in den HUBs Multifunktionsflächen zu planen, die für Forschungszwecke als „Labor“ genutzt werden können, zu anderen Zeiten aber auch als Übungsräume, Gruppenräume, Aufenthaltsbereiche für Patient\*innen/Klient\*innen/Bürger\*innen.

Ein sehr wichtiger Aspekt der Kooperation von Wissenschaft und Praxis besteht zudem im Aufbau einer gemeinsamen Dateninfrastruktur, sodass einerseits in anonymisierter oder pseudonymisierter Form Daten aus der Versorgung für Forschungsfragen zur Verfügung stehen, aber andererseits auch Ergebnisse aus der Forschung und der Anwendung etwa von Ansätzen Künstlicher Intelligenz und maschinellen Lernens der Versorgungspraxis als zusätzliches Wissen verfügbar gemacht werden können. Dieser Teilaspekt der CareTechHUBs ist sehr voraussetzungsvoll und nur schrittweise realisierbar und kann an dieser Stelle nur erwähnt und nicht genauer ausgeführt werden.

CareTechHUBs ermöglichen also die Schaffung von Orten, an denen gute Gesundheitsversorgung mit der Erforschung, Entwicklung und Anwendung von neuen Technologien sowie mit einer praxisorientierten Bildung verbunden werden. Außerdem werden Strukturen geschaffen, in denen Akteure aus Versorgung, Wissenschaft und Wirtschaft gut zusammenarbeiten können. Somit stiften CareTechHUBs die Bedingungen für die Entwicklung von technologisch unterstützten Versorgungsinnovationen, die für breite gesellschaftliche Teilhabe und Wohlergehen der Menschen in OWL sorgen. Mit dem Bildungsansatz wird zudem eine qualifizierte Ausbildung von Fachkräften ermöglicht, die in enger Bindung an Praxis und Forschung zeitgemäße Kompetenzen erwerben.

Neben dem regionalen Bezug zeichnet sich unser Konzept durch zwei konzeptuelle Schwerpunkte aus: CareTechHUBs sollen Orte *transdisziplinärer Forschung* sein, in denen sich Wissenschaft und Praxis ernsthaft auf die jeweils anderen Logiken und Handlungsmuster einlassen. Sie sollen zudem Orte *transformativer Forschung* sein, indem sie einen Beitrag dazu leisten, strukturelle Probleme im Sozial- und Gesundheitssystem zu identifizieren und hierfür Lösungsbeiträge zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren. Sie leisten damit einen Beitrag zur dringend erforderlichen Transformation des Sozial- und Gesundheitssystems. Zugleich produzieren sie als Orte der *Transformationsforschung* auch Wissen dazu, wie sich die Strukturprobleme in der Praxis darstellen, welchen Beitrag verschiedene Lösungsansätze zur Überwindung dieser sogenannten persistierenden Probleme leisten können und was wir über gelungene Transformationsprozesse und erfolgversprechende Transitionspfade lernen können.

## **Gesundheit als vernachlässigter Gegenstand der Transformationsforschung – Zugänge für eine Care-Transformationsforschung**

Die Transformationsforschung lässt sich aufgrund der verschiedenen methodologischen Zugänge zu den Objekten ihrer Forschung, der unterschiedlichen Analyseebenen und Handlungsfelder sowie der teils stark divergierenden, potenziellen Forschungsergebnisse am ehesten als eine Forschungsperspektive bezeichnen, die Veränderungsprozesse in gesellschaftlichen Systemen oder Teilsystemen beschreibt, analysiert, evaluiert und auch gemäß bestimmter Kriterien initiiert (Wittmayer/Hölscher 2017: 40–47). Grundsätzlich werden Transformationen als „radikale, strukturelle und paradigmatische Umwandlungen von Gesellschaften und ihrer Teilsysteme verstanden, durch welche die funktionelle Ausrichtung eines (Teil-)Systems beziehungsweise die Art und Weise, wie diese erfüllt wird, grundlegend verändert wird“ (Wittmayer/Hölscher 2017: 45, dort zit. n. Jacob et al. 2015; Andrachuk/Armitage 2015).

Einerseits nähert sich die Transformationsforschung diesen Umwandlungen theoretisch-analytisch durch die Erhebung konzeptionellen Wissens, das sich in System-, Ziel- und Transformationswissen gliedert. Systemwissen bezieht sich auf die funktionelle Ausrichtung, persistente Probleme oder sich positiv/negativ verstärkende Dynamiken des erforschten Systems, Zielwissen auf die sozialpolitisch bzw. ethisch gewünschte oder gebotene funktionelle Ausrichtung des erforschten Systems und Transformationswissen auf die notwendigen strategischen Aktivitäten, um das erforschte System entsprechend der jeweils angestrebten Ausrichtung zu verändern. Die Transformationsforschung nähert sich gesellschaftlichen Wand-

lungsprozessen andererseits praktisch-transformierend, durch die Erhebung von Handlungswissen, das normative, strategische und vor allem praktische Fragen der Initiierung dieser Wandlungsprozesse adressiert und diese Wandlungen selbst auch umsetzt (Wittmayer/Hölscher 2017: 40–43). Aufgrund der aktuellen geopolitischen Lage und der drängenden Herausforderungen des anthropogenen Klimawandels fokussieren gegenwärtige transformativwissenschaftliche Ansätze vor allem das Thema Nachhaltigkeit.

Das Thema Gesundheit ist als Ziel sozialer und technischer Innovationen ebenfalls in die sozial-ökologische Nachhaltigkeitstransformation eingegliedert, aber bislang noch kaum bearbeitet worden. So lautet das dritte *sustainable development goal* der Agenda 2030: „Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“ (BMZ 2022). Aufgrund ihrer hohen operationalen Ausdifferenziertheit erfordern moderne Care-Systeme eine Transformationsforschung, die spezifisch auf ihre Eigenheiten und Dynamiken ausgerichtet ist. Hochspezialisierte Systeme wie das deutsche Gesundheits- und Sozialwesen weisen eine komplexe gesellschaftliche Einbettung, soziotechnische Fixierung und ein damit verbundenes Beharrungsvermögen gegenüber Veränderungen auf.

Auch wenn sich das deutsche Gesundheits- und Sozialwesen hinsichtlich seiner Komplexität und den konkurrierenden sozialen, politischen und wirtschaftlichen Interessenlagen verschiedener Akteursgruppen nicht grundsätzlich von anderen Gesellschaftssystemen unterscheidet, ist dessen Transformation vor allem einerseits durch dessen historische Gewordenheit (Simon 2021) und andererseits durch den Mangel breit in der Gesellschaft diskutierter Zielvorstellungen erschwert. Hinsichtlich der Ressourcennutzung und -schonung in Care-Systemen lassen sich zwar einigermaßen klare Ziel- und Aufgabenstellungen aus der Nachhaltigkeitsdebatte ableiten (Sherman et al. 2020). Schwerwiegendere strukturelle und persistente Probleme des deutschen Gesundheits- und Sozialwesens, beispielsweise der Anpassungsdruck durch den bereits genannten demografischen Wandel, die mangelhafte Digitalisierung in allen Bereichen, die Konkurrenz von privaten und gesetzlichen Krankenkassen, das vergleichsweise geringe Angebot gesundheitspräventiver Maßnahmen, die Überlastung und Exploitation systemrelevanter Berufsgruppen wie z. B. der Pflege, der damit verbundene, sich verschärfende Fachkräftemangel und die Pflegekrise, die geringere Integration bestehender präventiver, kurativer und rehabilitativer Maßnahmen sowie Fehlanreize bei der Finanzierung von Krankenhausleistungen über DRG (Gerlinger 2018, 2021; Beivers/Kramer 2019), streifen zwar den Nachhaltigkeitsdiskurs, erfordern aber eine eigens auf diese Probleme ausgerichtete Transformationsperspektive.

Basierend auf zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten verschiedenster Disziplinen, den Einschätzungen und Vorschlägen staatlicher Akteure (wie des *Sach-*

verständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen<sup>3</sup> und der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung<sup>4</sup> des Bundesgesundheitsministeriums), den Erkenntnissen von Initiativen und Stiftungen (wie bspw. *Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen*; Klapper/Cichon 2021<sup>5</sup> oder dem *Expert\*innennetzwerk 30 unter 40*<sup>6</sup>) sowie den Aktivitäten zivilgesellschaftlicher Bündnisse (wie *CareRevolution*<sup>7</sup> oder *Notruf NRW*<sup>8</sup>) existiert eine höchst heterogene Vielfalt an Ziel-, Transformations- und Handlungswissen darüber, wie sich das deutsche Gesundheits- und Sozialwesen entwickeln könnte, sollte und müsste.

Was zur praktischen Erprobung und Umsetzung dieses Wissens in vielen Bereichen jedoch fehlt, ist echte Transdisziplinarität im Sinne eines konstanten, problem- und lösungsorientierten, gesamtgesellschaftlichen Zusammenwirkens von Wissenschaft, Politik und Zivilgesellschaft auf allen Ebenen. Auf der Makroebene der Gesellschaft fehlt es an einer breit geführten Diskussion über die normativen Zielhorizonte einer Transformation des Gesundheits- und Sozialwesens, die sich mit Visionen eines gesunden und guten Lebens im sozialen Miteinander auseinandersetzt und dabei auch Nachhaltigkeitsaspekte miteinbezieht. Auf der Mesoebene der Versorgungs-, Steuerungs- und Finanzierungsinstitutionen bedarf es einer integrativen Translations- und Innovationspraxis, die die Bedarfe und Bedürfnisse von Sorgenden und Pflegenden sowie deren Klient\*innen in den Vordergrund stellt und dabei systemische Effekte nicht aus dem Blick verliert. Auf der Mikroebene der konkreten Care-Praxis bedarf es echter Zusammenarbeit aller Beteiligten auf Basis von Transparenz, demokratischem Diskurs und eines Verständnisses für Sachgemessenheit, statt Scheinpartizipation und eines rein ökonomischen Kalküls.

Die Care-Transformationsforschung im Kontext von CareTech OWL nähert sich diesem Problemkomplex in zweifacher Hinsicht. Einerseits über die Beschreibung, Analyse und Reflexion des Verhältnisses von Mensch und Technik. Mensch-Technik-Verhältnisse liegen auf allen Ebenen des deutschen Gesundheits- und Sozialwesens vor. Sie können bspw. professionelle Praxis, Innovation und Transformation hemmen, wenn unhinterfragte und divergierende Vorannahmen über das Wesen der Technik und ihre Rolle in Handlungskontexten im inter- und transdisziplinären Arbeiten nicht adressiert werden. Für die Um- und Neustrukturierung bestehender sowie die Formation neuer Mensch-Technik-Ensembles jenseits von technischem Instrumentalismus und Technikdeterminismus braucht es ein gemeinsames Nach-

---

3 Siehe hierzu: Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege (2023).

4 Siehe hierzu: Bundesministerium für Gesundheit (2023).

5 Siehe hierzu: Klapper, Bernadette; Cichon, Irina (2021).

6 Siehe hierzu: Bertelsmann Stiftung (o. J.).

7 Siehe hierzu: CareRevolution (o. J.).

8 Siehe hierzu: Notruf NRW (o. J.).

denken aller Beteiligten über die Medialität der Technik, die das Technische nicht in Artefakten oder Prozessen, in Mitteln oder Zwecken, sondern in der Art und Weise sucht, in der die realen, intellektualen und sozialen Möglichkeitsräume der Care-Praxis strukturiert sind (Hubig 2006; Hubig 2015; Grunwald 2018). Andererseits nähert sich die Transformationsforschung dem Gesundheits- und Sozialwesen über die transdisziplinäre Reflexion möglicher gewünschter, unerwünschter sowie ethisch, gesundheits- und sozialpolitisch gebotener soziotechnischer Zukünfte der Gesundheitsversorgung. Diese können als normative Zieldimensionen für eine Care-Transformation fungieren, die den gesellschaftlichen Diskurs bereichern und aus denen konkrete Handlungsziele abgeleitet werden können. Dazu gehört notwendigerweise auch die Identifizierung und Analyse persistenter Probleme, die als sozial reproduzierte negative Nebeneffekte der Erfolgsfaktoren komplexer Systeme Innovation und Transformation hemmen (Schuitmaker 2012).

Diese beiden Perspektiven auf Care-Transformationen fließen in die Arbeit der CareTechHUBs ein. In diesen real existierenden Praxisorten kann das notwendige System-, Ziel- und Transformationswissen kontextualisiert erhoben, ausformuliert und wieder umgesetzt werden. Die transdisziplinäre Zusammenarbeit in CareTechHUBs schafft sowohl ein gegenseitiges Verständnis für unterschiedliche Interessenlagen von Akteursgruppen als auch für die komplexen Anforderungen, die für Innovation und Transformation notwendig sind. CareTechHUBs stiften zugleich die Bedingungen für das Erproben von Innovationen, sodass die Möglichkeit von Transformation in der konkreten Versorgungspraxis nicht nur für beteiligte Akteursgruppen, sondern auch für die Öffentlichkeit erlebbar wird. Durch diese Praxisnähe ermöglichen CareTechHUBs eine produktive Auseinandersetzung mit den besonderen Herausforderungen einer Care-Transformation.

## **Reallabore als Wissenschaft-Praxis-Partnerschaft**

Durch die thematische Verknüpfung von Wissenschaft, Praxis und Zivilgesellschaft stellen CareTechHUBs zugleich bereits die notwendige Infrastruktur für die transdisziplinäre Forschung in Reallaboren bereit. Reallabore stehen zum einen für die Durchführung von Realexperimenten zu einer Forschungsfrage als Interventionen in einem real existierenden gesellschaftlichen Kontext. Dabei folgen sie den Prinzipien Transdisziplinarität, Wirkungsorientierung, Transformationsorientierung, Partizipationsorientierung. Angestrebt werden darüber hinaus eine Mehrdimensionalität der Ziele und eine hohe Dynamik und Offenheit für die jeweils aktuellen Entwicklungen im Feld, die dynamische Anpassungen erfordern (DiGulio/Defila 2020). Zum anderen kann eine Ausgestaltung des Reallabors im Sinne des Bundesministeriums für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWK) durch die Nutzung von

Experimentierklauseln den Rahmen für Realexperimente öffnen, die mit dem bestehenden Rechts- und Regulierungsrahmen nur bedingt vereinbar sind:

„Als ‚Testräume für Innovation und Regulierung‘ sind Reallabore durch drei Elemente gekennzeichnet.

- 1. Reallabore sind zeitlich und räumlich begrenzte Testräume, in denen innovative Technologien oder Geschäftsmodelle unter realen Bedingungen erprobt werden.** Häufig sind innovative Technologien oder Geschäftsmodelle nur bedingt mit dem bestehenden Rechts- und Regulierungsrahmen vereinbar. Schließlich waren sie bei der Schaffung der entsprechenden Gesetze häufig schlichtweg noch nicht absehbar. Daher:
- 2. Reallabore nutzen rechtliche Spielräume.** Experimentierklauseln oder andere Flexibilisierungsinstrumente machen es möglich, Reallabore auch dann durchzuführen, wenn die zu erprobenden Technologien oder Geschäftsmodelle im allgemein gültigen rechtlichen Rahmen noch nicht vorgesehen sind.
- 3. Reallabore sind mit einem „regulatorischen Erkenntnisinteresse“ verbunden.** Das heißt: Nicht nur die Innovation steht im Fokus, sondern auch die Frage, was der Gesetzgeber für die zukünftige Rechtsetzung lernen kann. Nur wenn mit Reallaboren ein regulatorischer Lernprozess verknüpft ist, können sie auch zu besseren Gesetzen führen.“

(BMWi, Freiräume für Innovationen. Das Handbuch für Reallabore 2019: 7)

„Reallabore“ bezeichnen unabhängig davon, welches dieser beiden Verständnisse nun primär zum Tragen kommt, real existierende Praxisorte, an denen Praxis zugleich unmittelbar mit Wissenschaft im Sinne einer geklärten und nachhaltig angelegten Partnerschaft zusammenwirkt: „Reallabore verfolgen damit eine doppelte Zielsetzung, die Produktion von Erkenntnissen und neuem Wissen [...] und das Anstoßen von Transformationsprozessen“ (Defila/DiGiulio 2018: 11). CareTechHUBs sind auf die von Beecroft (2018: 80) genannten fünf miteinander verbundenen Praxisziele von Reallaboren ausgerichtet: (1.) Anstoß transformativer Aktivitäten, (2.) Übertragung von Erkenntnissen in andere Kontexte, (3.) Förderung einer bestimmten Kultur bspw. der Nachhaltigkeit, Gesundheit, Kooperation, (4.) Stabilisierung der Zusammenarbeit von Akteuren, (5.) Empowerment aller Akteure.

Reallabore können so unterschiedlich verortet und strukturiert sein wie die entsprechenden Praxiskontexte selbst; um nur einige Variationen zu nennen: Neue Versorgungs- und Forschungszentren können unter Kooperation von wissenschaftlichen und praktischen Trägern gezielt organisational als Reallabore errichtet werden. Reallabore können aber auch „erschlossen“ und transdisziplinären Praxis-Forschungs-Verbänden zugänglich gemacht werden, indem etwa bestehende multiprofessionelle Netzwerke, die sich regional sozialräumlich erstrecken, empirisch rekonstruiert werden, um daraufhin zu identifizieren, wo Wissenschaft ihren part-

nerschaftlichen Platz findet. Vor dem Hintergrund einer sozialraumorientierten Gesundheitsversorgung können Reallabore in Kooperation mit Praxisakteuren zur Quartiersentwicklung mit Einflugschneise für Forschung, d. h. mit lokalisierbarem Postleitzahl-, Viertel- oder Nachbarschaftsbezug, beitragen. Reallabore können aber auch prozesshafter verortet sein und auf der transitionalen Schnittstelle zwischen Sektoren liegen.<sup>9</sup>

So oder so gilt aber: Es handelt sich in entscheidendem Maße weder um eine Simulation von „Praxis“ in einem Studio oder einer Kulisse, die störungsfreie Laborbedingungen für reine empirische Forschungserkenntnisse böte; noch ist die Rede von schlicht dienstleistender Auftrags- oder Evaluationsforschung. Auch wenn sich diese *Partnerschaft* und das vernetzte Zusammenwirken sowohl für Praxis wie auch für Wissenschaft klar erkennbar zu lohnen hat, handelt es sich genau genommen nicht bloß um ein Win-win-Verhältnis, in dem beide Seiten aus der Kooperation Erträge für sich generieren.<sup>10</sup> Vielmehr müsse diese Sicht erweitert werden um das konstitutive Merkmal der „Verantwortungsgemeinschaft“, so Stolz (2017: 113): „Selbst systemisch orientierte Berater verfehlen [die] [...] Perspektive [der Verantwortungsgemeinschaft] häufig – und zwar immer dann, wenn sie betonen, [...] essenzielle Gelingensbedingung sei die Schaffung von ‚Win/Win-Situationen‘ zwischen den Akteuren“.<sup>11</sup>

So gesehen hätten wir es nämlich gleichbleibend mit „zwei Seiten“ zu tun, die zwar voneinander profitieren, dabei jedoch unterschiedliche Währungen zugrunde legen. Eine solche koordinierte Kooperation könnte dann den paradoxen Effekt haben, dass sie die Differenz zwischen dem praktischen und dem wissenschaftlichen Lager gleichsam perpetuiert (Karafilidis 2009). Eine Partnerschaft entsteht nicht allein bereits dadurch, dass beide etwas davon haben – das gelte allenfalls für eine koordinative Kooperation, die dann aber eher eine „lose Kopplung“ (Bohnsack 2020: 21 im Anschluss an Helsper und Tippelt) zweier verschiedener Systeme dar-

---

9 Diese Variationsbreite in der Form und Struktur von Reallaboren zeichnet sich derzeit auch im Rahmen des CareTech OWL ab; sie deckt sich aber ferner auch mit der Clusterung, zu der McCroy et al. in ihrem Review zu Reallabormodellen kommen. Die Autor\*innen differenzieren zwischen space- (*where*), process- (*how*), und organization-getriebenen (*who*) Dimensionen in der Veranlagung von Reallaboren (2020: 9f.).

10 In dieser Anordnung oft zu beobachten im Rahmen klassischer kooperativer Praxisforschung, bei der für die wissenschaftlichen Partner\*innen publizierbare, an die scientific community anschlussfähige Erkenntnisdaten „rausspringen“ müssen (die in ihrer fachspezifischen Diktion für die Praxis kaum les-, geschweige denn verwertbar sind), während für die Praxis die üblichen ‚Handlungsempfehlungen‘ nachträglich abgeleitet werden (siehe zur Verhältnisbestimmung zwischen Wissenschaft, Praxis, und Praxisforschung: Hamburger 2010).

11 Stolz' Begriff der „Verantwortungsgemeinschaft“ kommt der Vorstellung einer geklärten und stabilen „Partnerschaft“ zwischen Wissenschaft und Praxis, wie sie hier beschrieben wird, nahe. Ähnlich bestimmen Parodi und Beecroft „vertrauensvolle Beziehungen“ in Reallaborcommitments als eines der zentralen Kriterien zur ‚Stabilisierung des Ganzen‘ (2021: 377).

stellte, bei der die Systeme sich dafür nicht entscheidend einander anpassen und jeweils „transformieren“ müssten. Letzteres ist aber das Entscheidende, das quasi systemübergreifend sozialisatorische Zusammenwachsen entlang des geteilten regionalen bzw. lokalen Raumes (Heckes in diesem Band), das aus Reallaboren eine transformationsförderliche „hybride Unternehmung“ macht (Parodi et al. 2016: 285). Kurzum: Das Entscheidende sind die transformativen Prozesse, durch die die unterschiedlichen Systeme von Praxis und Wissenschaft in engerer Partnerschaft als bisher und quasi hybriden Arbeitsmodi Verantwortung für die Bewältigung struktureller Probleme in Gesellschaft bzw. Gesundheits- und Sozialsystemen übernehmen.

## Struktur und Verortung von Reallaboren

Die hohe Varianz, in der Reallaborforschung mit einer Ausrichtung auf Soziales und Gesundheit in den CareTechHUBs verortet und strukturiert sein kann, begründet sich immanent zu den praktisch vorfindbaren Frage- und Problemstellungen. Natürlich lassen sich Reallabor-Arrangements im Sozial- und Gesundheitswesen ebenda auf die entsprechenden stationären Beratungs-, Betreuungs- bzw. Versorgungszentren ausrichten. Aber Soziale sowie Gesundheitsarbeit kann sich eben auch anders, *dezentraler* verorten. Die systemtheoretische Einordnung Sozialer Arbeit als „sekundäres Funktionssystem“ (Kleve 2007: 136) legt etwa nahe, dass die Sozialprofession oft gar nicht ihren „einen“ Ort hat; und das zeigt sich nicht nur disziplintheoretisch, sondern auch konkret regional-sozialräumlich.

Nehmen wir exemplarisch die „Frühen Hilfen“ als einen der entstehenden CareTechHUBs: Frühe Hilfen sind in ihrer Grundstruktur als multiprofessionelles Netzwerk angelegt. Innerhalb dieses Netzwerks nun einen singulären Ort als Setting für Reallaborforschung zu einer bestimmten Fragestellung, bspw. über mögliche Netzwerkeffekte der Sozialen Arbeit, festzulegen wäre nicht angemessen. Stattdessen wären die sich regionalweit erstreckenden Nutzer\*innenmilieus, korporativen Netzwerkstrukturen und regionalen bzw. teilgebietspezifischen Gegebenheiten und Unterschiede empirisch herauszuarbeiten, gemäß dem epistemischen Interesse die passenden transdisziplinären Forschungsformate auszuwählen und innerhalb des CareTechHUBs entsprechende Akteure und Infrastrukturen einzubinden. Das Reallabor wird also nicht nach einem Bauplan entworfen, sondern Empiriefortschritt leitet die Entwicklung an: Entlang der Erkenntnisse, wo bspw. welche Anbieterdichte resp. Angebotsengpässe zu verzeichnen sind, wo es Reallaborverbände mit Blick auf Anwohnende und Adressat\*innen ggf. leichter haben bzw. auf Widerstände stoßen dürften, wo Bedarfe sowie Innovationspotenziale kumulieren usw., lässt sich fundiert und vorausschauend entscheiden, ob, wo, wie und durch wen ein Reallabor-Arrangement zu etablieren ist. Andere – etwa klinische – Praxisfel-

der verfügen hingegen durchaus über einen zentralen, räumlich klar umrissenen Versorgungsort. Die Verortungsdimension in Sozial- und Gesundheitsfeldern kann sehr variantenreich ausfallen, und so tun es ergo Reallaborstrukturen.

Der zusammengesetzte Begriff des „Reallabors“ verleitet unter Umständen zu zwei Verkürzungen: ‚Real-‘ könnte dazu führen, dass jedwede Wissenschafts-Praxis-Kooperation vor Ort im Feld neuerdings als „Reallabor“ gelabelt wird, auch wenn die beteiligten Systeme gleichbleibend unbeirrt an ihrer Systemlogik und ihren gewohnten Routinen orientiert sind – ‚real‘ suggerierte dann Antiartificialität und der Eindruck entstünde, dass jeder organisierte Strukturaufbau doch nur die ‚Naturwüchsigkeit‘ störe; ‚labor‘ hingegen ruft ggf. das gleichsam unzutreffende Bild von kontrollierbar installierten Untersuchungsbedingungen hervor (mit ähnlicher Kritik: Parodi und Beecroft 2021: 374).

Was zeichnet also stattdessen die Schnittstelle von Praxis- und Wissenschaftssystem vor dem Hintergrund des Reallaboranspruchs aus? Es ist die Bereitschaft und das Potenzial, in Anbetracht des jeweils gegenüberliegenden Systems (Wissenschaft – Praxis) und im gemeinsamen Commitment zu einer gesellschaftlichen (resp. regionalweiten) Vision die eigenen Systemgrenzen zu verschieben und zusammen ein emergentes Neues zu erschaffen. So gesehen ist es also die Annahme, dass Funktions- und Professionssysteme im inter- sowie transdisziplinären Einander-ausgesetzt-Sein ihren Transformationsanlass und -impuls in dem Moment erhalten, wo sie sich einer gesellschaftlich strukturellen Herausforderung gemeinsam annehmen (siehe Heckes in diesem Band).

Von hier aus ist ersichtlich, dass reine Forschungsaktivität ohne reale Praxis keine ausreichende Kopplung mit entsprechendem Stimulus für praktische Akteure böte und dass ein zu managerialer Implementierungsanspruch unter unzureichender Empirie viele der Transformationspotenziale ungesehen ließe. Folglich, um diesen Entkopplungsrisiken zu entgehen: Erfolgt die Reallaborinitiative zunächst stärker praxisgetrieben, besteht die Verantwortung, das gemeinsame „Handwerken“ (das an sich bereits als *performativer Erfahrungsraum* zusammenschweißt; Bohnsack 2020) hinsichtlich sich reproduzierender ‚Gaps‘ kritisch zu analysieren; erfolgt die Anfangsinitiative aus dem System der Wissenschaft heraus, so können die Instrumente der Empirie dazu genutzt werden, den eigenen Platz innerhalb des Terrains der Praxis mit sensiblerer Genauigkeit zu identifizieren.

## **Reallabore durch Forschung erschließen und aufschließen**

Reallabor-Arrangements können durchaus auf die initiale Aktivität eines bestimmten Akteurs, beispielsweise einer Wissenschaftseinrichtung gründen – einer macht ja immer den Anfang. Ein einzelner Akteur kann sodann auch einen Großteil der Verantwortung für die Entwicklung von institutionellen Strukturen und Organi-

sationsformen übernehmen. Teilweise hat z. B. eine Hochschule dafür schlicht die Kapazitäten und bestimmte Praxispartner\*innen oder zivilgesellschaftliche Akteure nicht. Allerdings gilt bei transdisziplinären Unternehmungen wie Reallaboren in zentraler Weise, dass sie nicht einfach „aufgepfropft“, „übergestülpt“ werden können. Das Feld, auf das Reallabore zugesteuert werden, muss entscheidend als ein hochdynamisches, reaktives System mit sozialräumlichen, netzwerk- und akteur-simmanenten Eigensinnigkeiten und hoher Komplexität bei kaum möglicher Steuerbarkeit ernstgenommen werden (Wittmayer/Hölscher 2017: 62; Schäpke et al. 2017: 18). „[Transdisziplinäre Forschung] wird durch die [...] Synthetisierung [...] für die darin involvierten Akteur\*innen selbst zu einem Experiment“ (Hanschitz et al. 2009: 187). Die offen fragende, rekonstruktive Haltung von Forschung kann ein sukzessives, vorsichtiges Herantasten und Er- und Aufschließen in der Zusammenarbeit mit der regionalen Praxis bzw. Zivilgesellschaft anleiten und so einem etwaigen, vorschnellen ‚Managerialismus‘ im Aufbau von Reallaboren entgegenwirken.

Method(-olog-)ische Designs sollten angesichts des Gegenstandes „Reallabore“ zugleich der Raum-, der Netzwerk- sowie der heterogenen Akteursdimension gerecht werden. Dafür kommen etwa vor allem triangulative Verfahren infrage, die sozialraum- und netzwerkanalytische Kartierungen mit Methoden der Wirkungsforschung verbinden (hierzu finden sich Ansätze bei Richardt 2011, 2016; Klawe 2006; Jütte 2006; Schönhuth 2013). Der Clou dabei könnte sein, rekonstruktiv sichtbar zu machen: Wo entlang der Map befinden sich Einzugsgebiete, Strukturungleichheiten, lokale Eigenheiten, Inklusions- und Exklusionsanlässe etc.? (*Sozialraum-perspektive*). Wie entspannen sich über diese Karte hinweg die Angebotsnetze, wo gibt es Lagerbildungen, wo gibt es Doppelstrukturen oder strukturelle Löcher, wer hängt mit wem zusammen bzw. wer ist bislang nicht angeschlossen? (*Netzwerk-perspektive*). Und welche Wirkungsvorstellungen und Wirksamkeitserwartungen für die Region bzw. ihre Teilgebiete lassen sich verschiedenen Akteuren zuordnen? (*Perspektive der Wirkungsforschung*).

Auf Basis dieses triangulativ verknüpften Wissens lässt sich entsprechend fundiert bestimmen, wo Wissenschaft in der praktischen Landschaft ihre „Einflugschneise“ findet. Wissenschaft kann viel über das praktische Feld in Erfahrung bringen und die Ziel-, Wirkungs- und Transformationserwartungen der praktischen Partner\*innen ermitteln, um daraufhin präziser und sensibel orientiert am Gegenüber in die Partnerschaft einzusteigen. Im Umkehrschluss:

„Kurz gesagt, ist ohne belegbare Zielgüte keine Qualitätsentwicklung auf der Basis von Zielerreichung möglich, [...] wenn über die Qualität der jeweils entwickelten Ziele keine Einigkeit, sozusagen, ‚erzielt‘ werden kann“ (Richardt 2016: 245).

Nicht nur sind die sozial- und gesundheitsprofessionellen Organisationsformen variantenreich strukturiert, nicht minder heterogen fallen naturgemäß Adressat\*innenmilieus aus. Der Unterschiedlichkeit zwischen Milieus muss die Konzeption eines sodann spezifischen, adressat\*innenorientierten Reallaborkontexts ebenfalls Rechnung tragen. In Bielefeld haben wir es u. a. mit sozioökonomisch benachteiligten Milieus zu tun (Stadt Bielefeld 2022). Regionale soziale Ungleichheiten und Benachteiligungen werden in der Reallaborplanung bislang oft noch zu wenig berücksichtigt. Im Falle von CareTech-Lösungen – also Technologien zur Unterstützung sozialer, pflegerischer oder erzieherischer Systeme – können milieusensible Reallabore zudem den ‚Gap‘ reduzieren zwischen einer häufig noch eher technikgetriebenen Produktseite und der Adressat\*innenseite, die nicht zwingend technologieaffin ist.

Diesen disziplinär bzw. interdisziplinär – also zwischen Wissenschaftler\*innen (einer bzw. verschiedener Disziplinen) –, aber im Sinne von Transdisziplinarität eben ferner auch seitens Praxis und Zivilgesellschaft sozialräumlich und netzwerkimmanent bestimmten Zielen, an denen sich Reallaborarbeit orientiert, liegen entsprechend nicht nur theoretische/disziplinäre Probleme zugrunde, sondern dezidiert vor allem „Probleme aus der Lebenswelt“ (Jaeger/Scheringer 1998: 15). Für die wissenschaftlichen Disziplinen bedeutet das natürlich eine gewisse Umorientierung, weil mit diesen alltags- und lebensweltlich strukturierten Problemen neue, ggf. ungewohnte Zielmaßstäbe hinzukommen; so geht es dann um die „Berücksichtigung nicht-epistemischer Werte wie [...] Profitabilität“ (Lieven/Maasen 2007: 36), also nicht nur um die Frage nach objektiven Wirkungszusammenhängen, sondern nach subjektiven Wirkungserfahrungen im Alltag und in der Lebenswelt der Menschen; Ziele orientieren sich nicht mehr nur an statistischer Signifikanz, sondern an praktischer Bedeutsamkeit (Bortz 2005: 119f.). Das betrifft im Transdisziplinaritäts- und Reallaborkontext auch technologische und digitale Lösungen. Moritz Hardt, Direktor am Max-Planck-Institut für Intelligente Systeme, spricht entsprechend von „Informatik als Sozialwissenschaft“ (Hardt zit. n. Würz 2023: o. S.).

Transdisziplinär strukturierte Reallabore sind also besondere, *hybride* Arrangements, die an vielfältige und heterogene Eigenlogiken und Erwartungen der praktischen, zivilgesellschaftlichen, unternehmerischen und wissenschaftlichen Akteure etc. anschließen (müssen); eine empirisch orientierte, fragende Haltung macht diese „lauten“ und „leisen“ Kopplungsvoraussetzungen komplementär zum Verlauf des praktischen Organisationsaufbaus des Reallabors frühzeitig sichtbar und einbeziehbar.

## Transdisziplinäre Forschung in Reallaboren als Entwicklungschance

„Transdisziplinäre Forschung“ steht bei CareTech OWL für den Aufbruch hin zu einem neuen Level von Partnerschaft zwischen Wissenschaft und Praxis. CareTech-HUBs leisten dieser Forschung durch ihre Netzwerkbildung den nötigen Vorschub. Sofern „Reallabore“ die Qualität einer Partnerschaft zur engen, gemeinsamen Bewältigung gesellschaftlicher, sozialer und gesundheitlicher Bedarfe in der Region entwickeln, statt einer klassischen Praxisforschungskonstellation, aus der zwei Seiten die jeweils eigene ‚Währung‘ entnehmen, dann können sowohl Praxis als auch Wissenschaft das modernisierende und transformative Potenzial von Transdisziplinarität ausschöpfen.

Praxis kann ihre Handlungsfähigkeit erweitern, indem sie sich nicht mehr nur von der Wissenschaft beforschen und anschließend mit darauf beruhenden Handlungsempfehlungen eindecken lässt, sondern indem sie womöglich Forschung für sich als unmittelbares Steuerungsinstrument gewinnt und die Partnerschaft mit der Wissenschaft als Kompass zur strategischen Planung und Steuerung in einer sich stetig diversifizierenden Gesellschaft fest ins unternehmerische Profil integriert. Organisationen könnten unternehmerische Entscheidungen somit stärker im Modus Operandi wissenschaftlicher Erkenntnisproduktion treffen.<sup>12</sup> Mit dieser programmatischen Formulierung, dass Wissenschaft Praxis als „Kompassverstärker“ im gesellschaftlichen Felde dient, drückt sich eine verbreitete Hoffnung/Erwartung an „Transdisziplinarität“ aus. Inwieweit dies konkret möglich ist und wie dieses Zusammenwachsen aussieht, darüber herrscht allerdings ein Diskurs (siehe hierzu etwa Strohschneider 2014 und mit einer Kritik an selbigem Wehling 2022). Zu bemerken ist zumindest, dass gerade auch Tech-Innovator\*innen gerne zum Ausdruck bringen, wie Wissenschaftler\*innen zu denken. Neo-institutionalistisch betrachtet kann darin allerdings auch der Versuch bestehen, sich vor dem Hintergrund einer modernen Wissensgesellschaft als rationales Unternehmen auszuweisen (DiMaggio/Powell 2009). Inwieweit sich also wissenschaftliche Epistemologie wirklich substanziell mit stets unter Handlungsdruck stehender Praxis „hybrid“ verbindet, das ist eine entscheidende, offene Frage im Zuge des Projekts der Transdisziplinarität.

---

12 Eine solche Erhöhung der Anschlussfähigkeit von Wissenschaftsorientierung an Praxis wird dadurch attraktiv, dass der im Wissenschaftsapparat zuvor ‚herausgerechnete‘ Kontext wieder stärker berücksichtigt wird: „With its focus upon general principles, science tends to be viewed as context-free [...]. Nonetheless, evidence-based practice entails not only the query ‘can it work’ but also ‘will it work here?’ and ‘is it worth it in this case?’ [...]. [Experts] condition their judgments upon [...] context, supplementing their scientific knowledge with local experience, priorities, and needs“ (Rousseau/McCarthy 2007: 88; ferner ähnlich Rynes et al. 2007).

Wissenschaft kann sich transdisziplinär erweitern, indem sie durch Partizipation mit Praxis zu neuen, noch stärker praxisimmanenten Erkenntnissen gelangt. Hier steht Wissenschaft vor der Aufgabe, die besondere Güte partizipativ gewonnener Erkenntnisse innerhalb des eigenen Wissenschaftssystems zu beschreiben. Defila und DiGiulio (2018) monieren „Vorbehalte gegenüber den [transformativ] erzielten Ergebnissen in der Wissenschaft“ (ebd.: 23) und sind der Meinung, dass „es einer besonderen Anstrengung [bedarf], [...] [Realexperimente] mit Forschungsbedarfen zu ‚versöhnen‘“ (ebd.: 25). Der Gewinn einer solchen Etablierungsarbeit zugunsten der Anerkennung partizipativ erarbeiteter Erkenntnisse im Wissenschaftssystem liegt darin, dass sich Wissenschaft noch stärker als bisher als Funktionssystem bei der Bewältigung gesellschaftlicher Herausforderung einbringen kann, also ihr Mandat in der Gesellschaft stärkt (Stichwort *Third Mission*). Zugleich stehen Wissenschaftler\*innen dabei stärker in der Verantwortung, ihre disziplinäre Methodologie als notwendiges und zielführendes Rüstzeug zu betrachten, mit dem sie die gemeinsam beforschten Sachverhalte durch ihre Erkenntnisse bereichern können, ohne sie zugleich als Rüstung zu tragen, die zwar nach außen eine gewisse Wissenschaftlichkeit transportiert, jedoch den Schulterschluss zur Lösung gemeinsamer Probleme erschwert.

## **CareTechHUBs als Katalysatoren für die Gesundheitsregion OWL**

Das hier skizzierte Konzept der CareTechHUBs weist im Vergleich zu bisherigen Strukturen der Verbindung von Forschung und Entwicklung mit der Versorgungspraxis in Gesundheitsregionen eine Reihe von Vorteilen und Mehrwerten auf. So haben die CareTechHUBs das Potenzial, das Innovationsökosystem in der Region OWL als Ganzes zu stärken und das Wirkungsziel zu unterstützen, OWL zum Real-labor für eine grundlegende Transformation im Gesundheits- und Sozialsystem zu machen. Die CareTechHUBs entstehen dort, wo Versorgung bereits stattfindet oder aufgebaut wird – also im Quartier bei den zu versorgenden Menschen und somit auch mit vernetzt und interdisziplinär eingebettet in eine perspektivische ‚Gesundheitsregion‘ in OWL.

Gesundheitsregionale Integrationseinheiten als Versorgungsnuklei und CareTechHUBs als Innovationsökosysteme legen mit Sozialräumen in der Population von 100.000 bis 150.000 Einwohnenden (Hildebrandt et al. 2021: 37) zudem eine ähnliche Bezugsgröße zugrunde. Es geht beiderseits darum, neue Formen der Kooperation im echten Sozialraum zu erproben. Das ließe sich zusammendenken, sprich CareTechHUBs mit den Strukturen der Gesundheitsregion verbinden. In der Gegenüberstellung der Konzepte werden in hohem Maße die bestehenden Paralle-

len deutlich, aber auch die Besonderheiten und Alleinstellungsmerkmale des Konzeptes von CareTechHUBs als Ansatzpunkt für eine Gesundheitsregion.<sup>13</sup>

Gegenüberstellung zwischen ‚Gesundheitsregionen‘ (nach Hildebrandt et al. 2021) und CareTechHUBs

<b>Struktur-, Prozess-, Ziel- und Qualitätsdimensionen</b>	<b>Regionale Integrationseinheiten i. S. v. „Gesundheitsregionen“<sup>14</sup></b>	<b>Transdisziplinäre Kooperationsstrukturen i. S. v. „CareTechHUBs“</b>
<b>Initialer Akteur</b>	Initiale Akteure können, neben der Praxis <sup>15</sup> , im Hinblick auf dort vorhandene Expertisen und Transferpotenziale auch Hochschulen sein.	Hochschule (Forschungsverbund CareTech OWL) in Kooperation mit verschiedenen Praxisakteur*innen; die starke Transferorientierung kulminiert in der Haltung der „Transdisziplinarität“, d. h. der engen Wissenschaft(en)-Praxis-Partnerschaft.
<b>Trägerstruktur</b>	Da Gesundheitsregionen integrierte Versorgungsnetzwerke darstellen, bedarf es zur Vergütung durch die Krankenkassen einer gemeinsamen Trägergesellschaft	Die Netzwerkstruktur der CareTechHUBs verbindet (bestehende) reale Versorgungspraxis über konkrete Frage- und Problemstellungen mit Wissenschaft und stellt die notwendige Infrastruktur für Reallaborforschung bereit; die (ggf. auch gemeinsame) Gründung von Trägergesellschaften ist insbesondere dann erforderlich, wenn neue Versorgungsangebote geschaffen werden.

13 „Gesundheitsregion“ ist kein einheitlicher Begriff, unterschiedliche Stränge und Modelle lassen sich identifizieren (siehe hierzu Heckes in diesem Band, erste Fußnote). In diesem Beitrag legen wir das Konzept von „Gesundheitsregionen“ als populations- und sozialraumbegrenzte Integrationseinheiten zugrunde, das durch einige Vorreitermodellregionen (Gesundes Kinzigtal, Gesunder Werra-Meißner Kreis, Gesunder Schwalm-Eder Kreis) in der Praxis vor allem mit Hildebrandt/Opti-MedisAG assoziiert ist; dieses Konzept wurde 2021 aber ferner auch von 19 namhaften Autor\*innen auf rund 90 Seiten als „Neuausrichtung des deutschen Gesundheitssystems“ in „regionaler, vernetzter und patientenorientierter“ Weise vorgeschlagen und gilt innerhalb des heterogenen Diskursfeldes der „Gesundheitsregion“ als ein programmatischer Vorschlag von hoher Akzeptanz.

14 Diese Spalte fasst sich vor allem aus Hildebrandt et al. 2021, zusammen. Wir danken Dr. Helmut Hildebrandt auch für den persönlichen Austausch und die Bereitstellung von Präsentationsfolien.

15 Praktische Initiatoren von Gesundheitsregionen sind z. B. Ärztenetze, Wohlfahrtsverbände, Kommunen und Landkreise oder Krankenhäuser und Unikliniken.

<p><b>Zuschnitt der Angebotsstrukturen</b></p>	<p>Gesundheitsregionen steuern Angebotsstrukturen z. B. basierend auf bevölkerungs- und gesundheitsbezogenen Routinedaten, entsprechend orientieren sie sich nicht zuletzt in induktiver Offenheit an der Breite der ermittelten gesundheitlichen und sozialen Bedarfslagen.</p>	<p>Den CareTechHUBs liegt ein umfassendes und wissenschaftsbasiertes „Care“-Verständnis zugrunde. Entsprechend den bestehenden Forschungs- und Entwicklungsstärken werden jedoch bei der Bearbeitung von sozial- und gesundheitssystemischen Strukturproblemen insbesondere technologische Ansätze fokussiert.<sup>16</sup></p>
<p><b>Größenordnung</b></p>	<p>Der Begriff der Region suggeriert gegebenenfalls sehr große geografische Reichweiten. Aber Gesundheitsregionen müssen auch „managebar“ sein; Hildebrandt et al. (2021: 37) schlagen deshalb eine Größenordnung von 100.000–150.000 Einwohner*innen vor.</p>	<p>Die CareTechHUBs folgen der Idee, dass die Region OWL mit rund zwei Millionen Einwohner*innen zu groß und zu heterogen ist, um lokalimmanent zu arbeiten; die CareTechHUBs brechen das Verhältnis zwischen CareTech OWL und der Region OWL auf handhabbare, transdisziplinär strukturierte „Nuklei“ herunter.</p>
<p><b>Wissen über die Region</b></p>	<p>Gesundheitsregionen zielen auf eine besonders hohe regionale Passgenauigkeit, somit setzen Gesundheitsregionen ein vertieftes und mehrdimensionales Wissen über die Eigenheiten des jeweiligen Gebiets voraus. Für die regional präzisierete Angebotssteuerung im Rahmen einer Gesundheitsregion ist die Arbeit mit Daten und der Anschluss an wissenschaftliche Ergebnisse von hoher Bedeutung. Kommunale Akteure (etwa eine „Gesundheitskonferenz 2.0“; Hildebrandt et al. 2021: 44) steuern datenbasiert die regional zugeschnittene Gesundheitsarbeit.</p>	<p>CareTechHUBs profitieren von gewachsenen regionalen Netzwerken und zum Teil langjährigen Kooperationen einzelner Partner mit der Hochschule Bielefeld; durch Mitarbeitende aus vielfältigen disziplinären Kontexten wird gegenwärtig (u. a. in den zwei Großprojekten TransCareTech und Career@BI) vertieftes Wissen über lokale Bedarfs- sowie Versorgungsstrukturen produziert; Ostwestfalen-Lippe ist zudem eine ausgewiesene gesundheitsstarke Region – sie ist eine der sechs Gesundheitswirtschaftsregionen in NRW, die sich bis 2027 dem Schwerpunkt „Digitalisierung in der Gesundheitswirtschaft“ widmen (MWIKE.NRW, „Leitmarkt Gesundheitswirtschaft“).</p>

16 Im Rahmen von Gesundheitsregionen spielen Digitalisierung und z. B. telemedizinische Lösungen allerdings eine zentrale Rolle. Hierzu: „Die Digitalisierung erweist sich als eine ganz entscheidende Ressource. [...] Wichtig ist, [...] dass Angebote etabliert werden, die diejenigen Teile der Bevölkerung in der Nutzung digitaler Lösungen unterstützen, die sich heute [...] noch gar nicht herantrauen“ (Hildebrandt et al. 2021: 86).

<p><b>Lokale Stärken und Kompetenzschwerpunkte</b></p>	<p>Gesundheitsregionen bauen auf bereits vorhandenen Strukturen und Netzwerken auf und legen gebündelte regionale Stärken zugrunde.</p>	<p>Auch die CareTechHUBs gehen gezielt dahin, wo bereits kooperative Strukturen bestehen und verbinden dortige praktische Stärken mit vorhandener wissenschaftlicher Expertise. Entsprechende Reallabore setzen heterogene Verbände aus initiativen lokalen Partner*innen voraus, die aus den Bereichen Wissenschaft, Praxis und Zivilgesellschaft kommen.</p>
<p><b>Gemeinwohlorientierung</b></p>	<p>Populationsbezogene Ansätze in Gesundheitsregionen verfolgen im Kern gemeinwohlorientierte Zielsetzungen (CDU NRW und Bündnis 90/Die Grünen 2022: 96).</p>	<p>Transdisziplinarität ist stets gemeinwohlorientiert (Defila/Di Giulio 2018: 12) bzw. adressiert gesellschaftliche bzw. versorgungssystemische Strukturprobleme. Neben den epistemischen Zielen von Wissenschaft geht es hierbei ebenso um ethische und praktikable Ziele im Sinne des Gemeinwohls.</p>
<p><b>Intersektoralität</b></p>	<p>Gesundheitsregionen werden in der Kuration, der Gesundheitsförderung und Prävention, der Rehabilitation als auch der sozialen Hilftätigkeit; die Koalitionsvereinbarung NRW formuliert den Anspruch auf eine Verbindung von Versorgung, Prävention und Sozialarbeit (CDU NRW und Bündnis 90/Die Grünen 2022: 96).</p>	<p>Die in den CareTechHUBs konsequent gedachte Interprofessionalität spiegelt sich in der interdisziplinären und fachbereichsübergreifenden Struktur von CareTech OWL. Der „Care“-Begriff steht für ein umfassendes Bild von gesundheitlichen, pflegerischen, sozialen und erzieherischen Systemen.</p>
<p><b>Berücksichtigung der Lebensspanne</b></p>	<p>Gesundheitsregionen sind vom Bewusstsein getragen, dass Gesundheitsarbeit früh präventiv ansetzen muss. Es geht darum, den Anreiz zu schaffen, regionale bzw. lokale Sozialräume von Anfang an gesund zu erhalten (siehe hierzu auch Bonato et al. 2021).</p>	<p>Die sozialräumlich angebundene Position der CareTechHUBs in Verbindung mit wissenschaftlicher Arbeit ermöglichen es, teilweise auch durch Fokussierung einzelner Lebensphasen in den CareTechHUBs, lokale Gesundheitsrisiken frühzeitig zu erkennen und praktisch gezielt anzugehen.<sup>17</sup></p>

17 Ein Beispiel hierfür ist u. a. die entstehende Reallaborstruktur ‚Frühe Hilfen‘, aber auch am gegenüberliegenden Ende der Lebensspanne, im Reallabor ‚Geriatric‘, gilt es durch den Einsatz einer mobilen ambulanten Rehabilitation gesundheitlichen sowie sozialen Verschlechterungsprozessen frühzeitig entgegenzuwirken.

<p><b>Benachteiligte und vulnerable Milieus</b></p>	<p>Die Lokalisierung von Gesundheitsregionen berücksichtigt erhöhte Bedarfs- und benachteiligte Lebenslagen, wie z. B. Überalterung, Armut, gesundheitliche Vulnerabilitäten.</p>	<p>In der Region OWL und in Bielefeld haben wir es aufgrund von Strukturwandel mit erhöhten Armuts- und Arbeitslosigkeitszahlen zu tun, die sich insbesondere in bestimmten Teilgebieten verdichten.</p>
<p><b>Sozialraum- und Lebensweltorientierung</b></p>	<p>Die Bestimmung der zugrunde liegenden Sozialräume muss nicht streng postleitzahlbezogen erfolgen; vor allem entscheidend ist, dass die geografischen Einheiten mit einer Identifikation und Kultur der Anwohnenden und der professionellen Netzwerke verbunden sind.</p>	<p>Entscheidend für transdisziplinäre Arbeit ist nicht nur die Kooperation mit professionell Tätigen sondern gerade auch mit der Zivilgesellschaft; Transdisziplinarität ist im Kern Ausdruck davon, dass man große gesellschaftliche Probleme und Fragen eben nicht hinter verschlossener Türe von Profis und Forschenden bearbeitet, sondern zusammen mit den Menschen, die davon unmittelbar betroffen sind.</p>

Unser transdisziplinärer Ansatz der CareTechHUBs zeichnet sich durch eine regionale Verortung und Verankerung einer stark forschungsorientierten Innovation für das Gesundheitssystem aus. Er weist damit die in der Tabelle verdichtet dargestellten Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu Konzepten und Modellen für Gesundheitsregionen auf. So wird (1) die Rolle von Technik für Innovationen und Transformation im Sozial- und Gesundheitswesen als zentraler Ausgangs- und Bezugspunkt gewählt, (2) stehen statt des kompletten Versorgungssystems einzelne, konkrete Versorgungssettings als CareTechHUBs im Zentrum der gemeinsamen Arbeit und Entwicklungsprozesse und (3) verteilen diese sich in der Region „Ostwestfalen-Lippe“, die dem Regierungsbezirk Detmold entspricht. Mit etwa zwei Millionen Einwohner\*innen ist diese Region somit deutlich größer als Gebietseinheiten, die sonst als „Gesundheitsregionen“ modellhaft innoviert werden. Deshalb wird der Ansatz des CareTech OWL, der sich, wie im Namen angelegt, zunächst für die Region im Ganzen konzeptionell stark macht, mit den CareTechHUBs in entscheidender Weise auf bestimmbare Teilgebiete mit erkennbaren professionellen Schwerpunkten und tragfähigen Netzwerkstrukturen bzw. mit eigenen sozialräumlichen Kulturen und Identitäten heruntergebrochen – ganz ähnlich wie anlässlich gesundheitsregionaler Zuschnitte.

Mit diesen Besonderheiten bzw. Alleinstellungsmerkmalen gegenüber anderen Konzepten verbinden sich spezifische Chancen, aber auch Schwierigkeiten und Herausforderungen, die an dieser Stelle kurz benannt, aber nicht vertiefend diskutiert werden können: (1) Die Fokussierung auf Technik hat gute Gründe, greift sie doch einerseits vorhandene Expertisen und langjährige Forschungserfahrungen aus in-

terdisziplinären Projekten an der Hochschule Bielefeld auf und stellt gleichzeitig auch eines der Themenfelder dar, die aktuell von hoher Relevanz, ja sogar konstitutiv für Innovationen im Gesundheitssystem sind. Gleichzeitig ist damit jedoch auch ein Spannungsfeld verbunden: Während die mit der Fokussierung einhergehende Spezialisierung überhaupt erst eine kritische Masse an Expertise für leistungsfähige Innovationen bietet, so kann sie doch nur einen Teil der Frage- und Problemstellungen, die sich in der Praxis zeigen, besonders gut adressieren und bleibt damit zugleich an anderen Stellen Antworten auf Herausforderungen des Gesundheitssystems möglicherweise schuldig. (2) Auch wenn in den CareTechHUBs jeweils Fragen sektorenübergreifender Kooperationen, interprofessionellen Arbeitens etc. adressiert werden, so bleibt es doch immer nur ein Ausschnitt des gesamten Versorgungssystems, der hier in den Blick genommen und weiterentwickelt werden kann. Gleichwohl können insbesondere bei lokaler Nähe von CareTechHUBs auch einzelne Verbindungslinien übergreifend „bespielt“ werden – etwa wenn die drei CareTechHUBs mit Fokus auf mobile geriatrische Rehabilitation, quartiersbezogene Ansätze mit Fokus auf technikunterstütztes Wohnen und Technikbildung für ältere Menschen und ein Beratungs- und Transferzentrum zu Hilfsmitteln und assistiven Technologien zusammengebracht werden. (3) Noch weitestgehend offen und zu klären ist, ob und wie CareTechHUBs auch Teil einer umfassenderen Strategie sein können, mit der sich für einzelne Kommunen oder aber OWL als Ganzes ein umfassenderer Anspruch als modellhafte Gesundheitsregion umsetzen ließe.

CareTech OWL bleibt durch die neuen Impulse aus den CareTechHUBs innovationsoffen und agil. Außerdem ist der sukzessive Aufbau kleinerer CareTechHUBs im Management und mit Blick auf die notwendigen Investitionen sowie einzugehenden Verbindlichkeiten deutlich beherrschbarer als die Etablierung einer großen Struktur (auch hier: äquivalent zum Modell gesundheitsregionaler Integrationseinheiten). Indem durch mehrere CareTechHUBs eine diverse Kooperationslandschaft entsteht, werden die Risiken gestreut und zugleich reduziert. Darüber hinaus werden durch die heterogenen Versorgungskontexte vielfältige Erfahrungen und wechselseitiges Lernen befördert. Als besondere Knotenpunkte, an denen Kompetenzen aus Wissenschaft und Praxis durch innovativen Lebensweltbezug unter einer transformativen Perspektive zusammengebunden und verortet werden, stiften CareTechHUBs die Bedingungen für gelingenden Wissenschaft-Praxis-Transfer und eröffnen somit Möglichkeitsräume der strukturierten transdisziplinären Zusammenarbeit im Netzwerk der regionalen Gesundheits- und Sozialdienstleistungsversorgung in OWL. Das somit entstehende Geflecht ist keinesfalls geschlossen, sondern offen für weitere Knoten und Kanten, um auch neu entstehenden Problemlagen dynamisch und innovativ begegnen zu können.

## Literatur

- Beecroft, Richard/Trenks, Helena/Rhodijs, Regina/Benighaus, Christina/Parodi, Oliver (2018): Reallabore als Rahmen transformativer und transdisziplinärer Forschung: Ziele und Designprinzipien. In: Di Giulio, Antonietta/Defila, Rico (Hrsg.): Transdisziplinär und transformativ forschen. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 75–100.
- Behm, Moritz Erasmus (2021): Digitale Gesundheit. Patient Experience und Physician Experience im Rahmen der digitalen Transformation im deutschen Gesundheitswesen. Göttingen: Cuvillier Verlag.
- Beivers, Andreas/Kramer, Ulrike (2019): Die gesundheitsökonomische Perspektive am Beispiel der Kliniksozialdienste. In: Dettmers, Stephan/Bischkopf, Jeanette (Hrsg.): Handbuch Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 130–134.
- Bertelsmann Stiftung (o. J.): Expertennetzwerk 30 unter 40. <https://www.bertelsmannstiftung.de/de/unsere-projekte/der-digitale-patient/projektthemen/expertennetzwerk-30-unter-40> [Zugriff 24.02.2023].
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2023): Zukunftsstrategie Forschung und Innovation [https://www.bmbf.de/bmbf/de/forschung/zukunftsstrategie/zukunftsstrategie\\_node.html](https://www.bmbf.de/bmbf/de/forschung/zukunftsstrategie/zukunftsstrategie_node.html) [Zugriff 27.02.2023].
- Bohnsack, Ralf (2020): Professionalisierung in praxeologischer Perspektive. Zur Eigenlogik der Praxis in Lehramt, sozialer Arbeit und Frühpädagogik. Opladen: Verlag Barbara Budrich (UTB).
- Bommes, Michael/Scherr, Albert (1996): Soziale Arbeit als Exklusionsvermeidung, Inklusionsvermittlung und/oder Exklusionsverwaltung. In: Neue Praxis 26 (2), S. 107–122.
- Bommes, Michael/Scherr, Albert (2012): Soziologie der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in Formen und Funktionen organisierter Hilfe (2., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim/Basel: Beltz Juventa (Grundlagentexte Soziologie).
- Bonato, Marcellus/Dransfeld, Vivien/Gréa, Corinna/Heckes, Kolja/Stahl, Lisa/Thume, Julius (2021): Regionale Gesundheitsförderung im Kreis Borken (reges:BOR). In: Weidmann, Christian/Reime, Birgit (Hrsg.): Gesundheitsförderung und Versorgung im ländlichen Raum. Grundlagen, Strategien und Interventionskonzepte. Bern: Hogrefe, S. 279–308.
- Bormann, Inka (2011): Innovationen als ‚Wissenspassagen‘. Theoretische Grundlegung und Implikationen für die Analyse. In: DDS – Die Deutsche Schule 103 (1), S. 53–64.
- Bortz, Jürgen (2005): Statistik für Sozial- und Humanwissenschaftler (6. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin.
- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2022): Agenda 2030. 17 Ziele für nachhaltige Entwicklung. SDG 3: Gesundheit und Wohlergehen. <https://www.bmz.de/de/agenda-2030/sdg-3> [Zugriff 23.12.2022].
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2021): Bericht der Bundesregierung zur Hightech-Strategie 2025. Erfolgsmodell Hightech-Strategie für ein starkes Inno-

- vationsland Deutschland. [https://www.bmbf.de/SharedDocs/Publikationen/de/bmbf/1/138398\\_Bericht\\_zur\\_Hightech-Strategie\\_2025.pdf?\\_\\_blob=publication-File&amp%3Bv=5](https://www.bmbf.de/SharedDocs/Publikationen/de/bmbf/1/138398_Bericht_zur_Hightech-Strategie_2025.pdf?__blob=publication-File&amp%3Bv=5) [Zugriff 25.02.2023].
- Bundesministerium für Gesundheit (2023): Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/krankenhausreform.html> [Zugriff 13.01.2023].
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (o.J.): Zukunftsstrategie Forschung und Innovation. [https://www.bmbf.de/bmbf/de/forschung/zukunftsstrategie/zukunftsstrategie\\_node.html](https://www.bmbf.de/bmbf/de/forschung/zukunftsstrategie/zukunftsstrategie_node.html) [Zugriff 15.02.2023].
- CareRevolution (o.J.): Care Revolution Netzwerk. <https://care-revolution.org/> [Zugriff 13.01.2023].
- CDU NRW; Bündnis 90/Die Grünen (2022): Zukunftsvertrag für Nordrhein-Westfalen. Koalitionsvertrag von CDU und Grünen. [https://gruene-nrw.de/dateien/Zukunftsvertrag\\_CDU-GRUeNE\\_Vorder-und-Rueckseite.pdf](https://gruene-nrw.de/dateien/Zukunftsvertrag_CDU-GRUeNE_Vorder-und-Rueckseite.pdf) [Zugriff 24.02.2023].
- Defila, Rico/DiGiulio, Antonietta (Hrsg.) (2018): Transdisziplinär und transformativ forschen. Eine Methodensammlung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Research).
- Defila, Rico/DiGiulio, Antonietta (2018): Reallabore als Quelle für Methodik und Methoden – Einführung. In: Defila, Rico/DiGiulio, Antonietta (Hrsg.): Transdisziplinär und transformativ forschen. Eine Methodensammlung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Research), S. 9–35.
- DiMaggio, Paul/Powell, Walter (2009): Das „stahlharte Gehäuse“ neu betrachtet: Institutionelle Isomorphie und kollektive Rationalität in organisationalen Feldern. Nachdruck des Originalaufsatzes von 1983. In: Koch, Sascha/Schemmann, Michael (Hrsg.): NeoInstitutionalismus in der Erziehungswissenschaft. Grundlegende Texte und empirische Studien. Wiesbaden: VS Verlag, S. 57–84.
- Freier, Carolin/König, Joachim/Manzeschke, Arne/Städtler-Mach, Barbara (Hrsg.) (2021): Gegenwart und Zukunft sozialer Dienstleistungsarbeit. Chancen und Risiken der Digitalisierung in der Sozialwirtschaft. Wiesbaden: Springer VS.
- Gerlinger, Thomas (2018): Baustelle Gesundheitssystem. [bpb.de. https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/270312/baustelle-gesundheitssystem/](https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/270312/baustelle-gesundheitssystem/) [Zugriff 28.02.2023].
- Gerlinger, Thomas (2021): Vom versäulten zum integrierten Versorgungssystem: Reformbedarf und Handlungsempfehlungen (Working Paper Nr. 205). Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf: Forschungsförderung Working Paper.
- Grunwald, Armin (2018): Technik als Transformation von Möglichkeitsräumen. Technik anders gedacht. In: Möglichkeiten der Reflexion. Festschrift für Christoph Hubig. Baden-Baden: Nomos, S. 203–216.
- Hamburger, Franz (2010): Grundlagenforschung und Praxisforschung: Gegensatz oder unverzichtbares Wechselverhältnis? In: Maykus, Stephan (Hrsg.): Praxisforschung

- in der Kinder- und Jugendhilfe. Theorie, Beispiele und Entwicklungsoptionen eines Forschungsfeldes. Wiesbaden: Springer VS, S. 71–78.
- Hanschitz, Rudolf-Christian/Schmitz, Esther/Schwarz, Guido (2009): Transdisziplinarität in Forschung und Praxis. Chancen und Risiken partizipativer Prozesse. Wiesbaden: VS Verlag (Schriften zur Gruppen- und Organisationsdynamik, Bd. 5).
- Hartung-Klages, Bettina/Herzig, Tim Christian/Nauerth, Annette (2023): Transformationsprozesse in Care and Technology. Einblicke in die interdisziplinäre Versorgungspraxis im Reallabor Geriatrie der Fachhochschule Bielefeld. *Forum Sozialarbeit + Gesundheit*, 1/2023, S. 20–23.
- Heckes, Kolja (2022): Professionsgenese im Netzwerk. Das Hervorgehen Sozialer Arbeit aus der Palliative Care-Kooperation als Sozialisationsprozess. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Heckes, Kolja (2023): Zur Rekonstruktion der Profession Sozialer Arbeit und der empirischen Widerspenstigkeit ihrer Situiertheit im Netzwerk. In: Angela Wernberger (Hrsg.): *Professionalitätsforschung in der Sozialen Arbeit*. Opladen: Verlag Barbara Budrich, S. 122–145.
- Heckes, Kolja T./Siegler, Marcel/Wrona, Kamil J. (2024): Die Zugänglichkeit von Care-Technologien für benachteiligte Milieus in den Frühen Hilfen. In: Middendorf, Tim/Parchow, Alexander (Hrsg.): *Junge Menschen in prekären Lebenslagen – Theorien und Praxisfelder der Sozialen Arbeit*. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Hildebrandt, Helmut/Bahrs, Ottomar/Borchers, Uwe/Glaeske, Gerd/Griewing, Bernd/Härter, Martin/Hanneken, Jessica/Hilbert, Josef; Klapper, Bernadette/Klitzsch, Wolfgang/Köster-Steinebach, Ilona/Kurscheid, Clarissa/Lodwig, Volker/Pfaff, Holger/Schaeffer, Doris/Sturm, Heidrun/Schrappe, Matthias/Wehkamp, Karl-Heinz/Wild, Dorothea (2021): *Integrierte Versorgung – Jetzt! Ein Vorschlag für eine Neuausrichtung des deutschen Gesundheitssystems – regional, vernetzt, patientenorientiert*. In: Hildebrandt, Helmut/Stuppardt, Rolf/Augurzky, Boris (Hrsg.): *Zukunft Gesundheit – regional, vernetzt, patientenorientiert*. Heidelberg: medhochzwei Verlag, S. 3–95.
- Hubig, Christoph (2006): *Die Kunst des Möglichen I, Grundlinien einer dialektischen Philosophie der Technik Band 1: Technikphilosophie als Reflexion der Medialität* (1. Aufl.). Bielefeld: transcript.
- Hubig, Christoph (2015): *Die Kunst des Möglichen III, Grundlinien einer dialektischen Philosophie der Technik Band 3: Macht der Technik* (1. Aufl.). Bielefeld: transcript.
- Jaeger, Jochen; Scheringer, Martin (1998): Transdisziplinarität: Problemorientierung ohne Methodenzwang. In: *GAIA – Ecological Perspectives on Science and Society* 7(1), S. 10–25.
- Jütte, Wolfgang (2006): Netzwerkvisualisierung als Triangulationsverfahren bei der Analyse lokaler Weiterbildungslandschaften. In: Hollstein, Betina/Straus, Florian (Hrsg.): *Qualitative Netzwerkanalyse. Konzepte, Methoden, Anwendungen*. Wiesbaden: VS Verlag, S. 199–220.

- Karafilidis, Athanasios (2009): Entkopplung und Kopplung. Wie die Netzwerktheorie zur Bestimmung sozialer Grenzen beitragen kann. In: Häußling, Roger (Hrsg.): Grenzen von Netzwerken. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Netzwerkforschung, Band 3), S. 105–131.
- Klawe, Willy (2006): Multiperspektivische Evaluationsforschung als Prozess. In: Projekt eXe (Hrsg.): Wirkungsevaluation in der Kinder- und Jugendhilfe. Einblicke in die Evaluationspraxis. München: Deutsches Jugendinstitut, S. 125–142.
- Klapper, Bernadette/Cichion, Irina (2021): Neustart! Für die Zukunft unseres Gesundheitswesens. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. <https://www.neustart-fuer-gesundheit.de> [Zugriff 13.01.2023].
- Kleve, Heiko (2007): Postmoderne Sozialarbeit. Ein systemtheoretisch-konstruktivistischer Beitrag zur Sozialarbeitswissenschaft (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lieven, Oliver/Maasen, Sabine (2007): Transdisziplinäre Forschung: Verbote eines „New Deal“ zwischen Wissenschaft und Gesellschaft? In: GAIA – Ecological Perspectives for Science and Society 16(1), S. 35–40.
- McCrory, Gavin/Schäpke, Niko/Holmén, Johann/Holmberg, John (2020): Sustainability-oriented labs in real-world contexts: An exploratory review. In: Journal of cleaner Production 277. Gothenburg, Sweden: Elsevier.
- Ministerium für Wirtschaft, Industrie, Klimaschutz und Energie des Landes Nordrhein-Westfalen (o.J.): Innovation: Gesundheitswirtschaft. Websiterubrik. <https://www.wirtschaft.nrw/gesundheitswirtschaft> [Zugriff 24.02.2023].
- Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen e.V. (o.J.): Homepage – Landingpage. Rubrik: W.I.R. Wissen.Innovation.Region: Treiber für die Zukunftsbranche Gesundheit. <https://www.deutsche-gesundheitsregionen.de> [Zugriff 18.01.2023].
- Notruf NRW (o.J.): Notruf NRW. Gemeinsam stark für Entlastung. <https://notruf-entlastungnrw.de/> [Zugriff 13.01.2023].
- Parodi, Oliver et al. (2016): Das Konzept „Reallabor“ schärfen. Ein Zwischenruf des Reallabor 131: KIT findet Stadt. In: GAIA – Ecological Perspectives for Science and Society 25 (4), S. 284–285.
- Parodi, Oliver/Beecroft, Richard (2021): Reallabore als Möglichkeitsraum und Rahmen für Technikfolgenabschätzung. In: Bösch, Stefan/Grunwald, Armin/Krings, Bettina-Johanna/Rösch, Christine (Hrsg.): Technikfolgenabschätzung. Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Baden-Baden: Nomos (Edition Sigma), S. 374–387.
- Richardt, Vincent (2011): Die Welt der Wirkung: Qualitative und quantitative Zielerreichung in den Erziehungshilfen. In: Eppler, Natalie/Miethe, Ingrid/Schneider, Armin (Hrsg.): Qualitative und Quantitative Wirkungsforschung. Ansätze, Beispiele, Perspektiven. Leverkusen/Opladen: Verlag Barbara Budrich (Theorie, Forschung und Praxis Sozialer Arbeit, Band 2), S. 125–144.
- Richardt, Vincent (2016): Zielsicher im Sozialraum. Handeln und Bewerten in den Erziehungshilfen. Wiesbaden: VS Verlag.

- Rousseau, Denise/McCarthy, Sharon (2007): Educating Managers From an Evidence-Based Perspective. In: *Academy of Management Learning & Education* 6 (1). Academy of Management, S. 84–101.
- Rövekamp-Wattendorf, Jörg/Heckes, Kolja (im Erscheinen): Transformative Soziale Arbeit im regionalen Raum (Arbeitstitel). In: Breuer, Marc/Löwenstein, Heiko/Schönig, Werner/Gerards, Marion (Hrsg.): *Transdisziplinäre Theorieentwicklung Sozialer Arbeit*.
- Rynes, Sara/Giluk, Tamara/Brown, Kenneth (2007): The very separate Worlds of academic and practitioner Periodicals in Human Resource Management. Implications for Evidence-Based-Management. In: *Academy of Management Journal* 50 (5), S. 987–1008.
- Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege (2023): SVR Gutachten zur Resilienz des Gesundheitssystems in der Bundespressekonferenz vorgestellt. <https://www.svr-gesundheit.de/> [Zugriff 13.01.2023].
- Sagebiel, Juliane Beate/Pankofer, Sabine (2021): Digitale Medien, Macht und Soziale Arbeit. Ein Machtblick auf die digitale Mediatisierung in der Sozialen Arbeit. In: Hammerschmidt, Peter/Sagebiel, Juliane Beate/Hill, Burkhard/Beranek, Angelika (Hrsg.): *Big Data, Facebook, Twitter et Co. und Soziale Arbeit* (2., erweiterte Aufl.) Weinheim: Beltz (Aktuelle Themen und Grundsatzfragen der Sozialen Arbeit), S. 53–73.
- Schäpke, Niko/Stelzer, Franziska/Bergmann, Matthias/Singer-Brodowski, Mandy/Wanner, Matthias/Caniglia, Guido/Lang, Daniel (2017): Reallabore im Kontext transformativer Forschung. Ansatzpunkte zur Konzeption und Einbettung in den internationalen Forschungsstand. In: Leuphana Universität Lüneburg, Institut für Ethik und Transdisziplinäre Nachhaltigkeitsforschung (Hrsg.): *IETSR Discussion Papers – Transdisciplinary Sustainability Research*. Lüneburg: Eigenverlag.
- Schuitmaker, Tjerk Jan (2012): Identifying and unravelling persistent problems. *Technological Forecasting and Social Change*, 79(6), S. 1021–1031.
- Schönhuth, Michael (2013): Landkarten sozialer Beziehungen. Partizipativ-visuelle Datenerhebung mit haptischen und elektronischen Werkzeugen: Entwicklung – Typen – Möglichkeiten – Grenzen. In: Schönhuth, Michael/Gamper, Markus/Kronenwett, Michael/Stark, Martin (Hrsg.): *Visuelle Netzwerkforschung. Qualitative, quantitative und partizipative Zugänge*. Bielefeld: transcript (Sozialtheorie), S. 59–78.
- Sherman, Jodi D./Thiel, Cassandra/MacNeill, Andrea/Eckelman, Matthew J./Dubrow, Robert/Hopf, Harriet (2020): The Green Print: Advancement of Environmental Sustainability in Healthcare. *Resources, Conservation & Recycling* 161, S. 1–11.
- Simon, Michael (2021): *Das Gesundheitssystem in Deutschland* (7. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Stadt Bielefeld (2022): Messung von Armut mit Armutsgefährdungs- und Mindestsicherungsquoten. [https://www.bielefeld.de/sites/default/files/datei/2021/Bielefeld\\_Statistik\\_kompakt\\_102021\\_Armut.pdf](https://www.bielefeld.de/sites/default/files/datei/2021/Bielefeld_Statistik_kompakt_102021_Armut.pdf) [Zugriff 09.12.2022].

- Stolz, Heinz-Jürgen (2017): Theoretische Perspektiven. In: Olk, Thomas/Schmachtel, Stefanie (Hrsg.): *Educational Governance in kommunalen Bildungslandschaften*. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 100–127.
- Strohschneider, Peter (2014): Zur Politik der Transformativen Wissenschaft. In: Brodocz, André/Herrmann, Dietrich/Schmidt, Rainer/Schulz, Daniel/Schulze Wessel, Julia (Hrsg.): *Die Verfassung des Politischen*. Festschrift für Hans Vorländer. Wiesbaden: Springer VS, S. 175–192.
- Wagner, Felix/Grunwald, Armin (2019): Reallabore zwischen Beliebtheit und Beliebbarkeit. Eine Bestandsaufnahme des transformativen Formats. In: *GAIA – Ecological Perspectives for Science and Society* 28 (3), S. 260–264.
- Wehling, Peter (2022): Transdisziplinarität und Solutionismus: Ein verfehlter Vorwurf, aus dem sich trotzdem einiges lernen lässt. In: *GAIA – Ecological Perspectives for Science and Society* 31 (1), S. 19–23.
- Wissenschaftlicher Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen (Hrsg.) (2011): *Welt im Wandel: Gesellschaftsvertrag für eine Große Transformation; [Hauptgutachten]* (2., veränd. Aufl). Wiss. Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen. Berlin: WBGU.
- Wittmayer, Julia/Hölscher, Katharina (2017): *Transformationsforschung – Definitionen, Ansätze, Methoden*. Studie durchgeführt durch: Dutch Research Institute for Transitions (DRIFT). Herausgegeben vom Bundesumweltamt. [https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/1410/publikationen/2017-11-08\\_texte\\_103-2017\\_transformationsforschung.pdf](https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/1410/publikationen/2017-11-08_texte_103-2017_transformationsforschung.pdf) [Zugriff 01.03.2023]
- Wörz, Aaron (09.01.2023). Wo Schwaben Kalifornien sein will. Ethik für Künstliche Intelligenz. Artikel erschienen in der taz – die Tageszeitung. <https://taz.de/Ethik-fuer-Kuenstliche-Intelligenz/!5905840/> [Zugriff 12.01.2023].
- Zorn, Isabel/Seelmeyer, Udo (2015): Digitale Technologien in der Sozialen Arbeit – Zur Notwendigkeit einer technischen Reflexivität. In: *Der pädagogische Blick – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis in pädagogischen Berufen* 23 (3), S. 134–146.

# Pflegebedürftige und Pflegedienste im Spannungsfeld der Gesundheitsökonomie

*Philipp Leusbrock*

In Deutschland sind ca. fünf Millionen Menschen pflegebedürftig, 75 % werden in ihrer häuslichen Umgebung versorgt. Ambulante Pflegedienste übernehmen hier von die Versorgung von 1.047.000 pflegebedürftigen Menschen (Statistisches Bundesamt 2022). Von diesen Pflegediensten sind zwei Drittel in privater Trägerschaft. Nicht nur durch die Coronapandemie liegt seit einiger Zeit der Fokus stark auf der Pflege, sondern auch gezwungenermaßen durch den demografischen Wandel. Insbesondere der Personalmangel in der Pflegebranche ist ein großes Problem, da er zu einer Belastung der verbleibenden Mitarbeiter\*innen führt und die Qualität der Pflege beeinträchtigen kann. Schon jetzt übersteigt die Nachfrage an ambulanter Pflege die vorhandenen Kapazitäten (Pflegerot Deutschland 2020). Um den Beruf attraktiver zu gestalten, entstand im Jahr 2021 in der Politik die Idee, einen flächendeckenden Tarifvertrag einzuführen, dies scheiterte jedoch besonders am Widerstand der Caritas (Frankfurter Rundschau 2021). Um einen Ausweg aus dieser Situation zu finden, beschloss die große Koalition aus CDU und SPD im Jahr 2021 das GWVG (Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung). In diesem Gesetz findet sich die sogenannte Tariftreue wieder. Ab dem 1. September 2022 gilt: Nur noch diejenigen Unternehmen, die sich an die Tariftreue halten, bekommen einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen. Dies hat dramatische Auswirkungen Die ambulante Pflege ist bedroht, vor allem in wirtschaftlicher Hinsicht. Viele Pflegedienste stehen vor einer finanziellen Katastrophe, hinzu kommt der massive Personalmangel. Im Jahr 1993 hat meine Mutter einen privaten Pflegedienst gegründet. Heute im Jahr 2023 sind meine drei Geschwister und ich im Unternehmen tätig und führen dieses weiter. Vor uns stehen jedoch schwierige Zeiten. In diesem Text beschäftige ich mich mit den Gründen für diese kritische Situation und lege Vorschläge für eine bessere, zukunftsorientierte Herangehensweise dar.

## Warum ambulante Pflege?

Die ambulante Pflege hat eine große Bedeutung, da sie einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung in der Region leistet. Wenn Pflegebedürftige zu Hause versorgt werden können, entlastet das wiederum andere Strukturen wie z. B. Kran-

kenhäuser, Pflegeheime und Arztpraxen. Durch die ambulanten Dienste können Pflegebedürftige länger in ihrer vertrauten Umgebung bleiben und müssen nicht in Pflegeeinrichtungen untergebracht werden.

Die ambulante Pflege ermöglicht es auch, dass Menschen, die Angehörige pflegen, weiterhin ihrer Arbeit nachgehen können, ohne sich um die Pflege ihrer Angehörigen sorgen zu müssen. Dadurch bleibt die Erwerbstätigkeit in der Region erhalten und es wird vermieden, dass Arbeitnehmer\*innen aus familiären Gründen den Arbeitsmarkt verlassen müssen.

Durch die enge Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitseinrichtungen wie Arztpraxen und Krankenhäusern kann die ambulante Pflege dazu beitragen, dass Pflegebedürftige besser versorgt werden und sich schneller erholen. Auch die Prävention von Krankheiten und die Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagsproblemen gehören zu ihren Aufgaben. Dies trägt nicht nur zur Gesundheit der betreuten Personen bei, sondern auch zur Stabilität des Gesundheitssystems in der Region.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die ambulante Pflege eine wichtige Säule der regionalen Gesundheitsversorgung ist und in vielen Fällen eine unverzichtbare Unterstützung für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen darstellt.

Es ist daher gesellschaftlich umso wichtiger, dass die Unternehmen auf guten wirtschaftlichen Füßen stehen, um weiterhin diesen wichtigen gesellschaftlichen Beitrag leisten zu können.

## **Was unterscheidet Pflegedienste von herkömmlichen Dienstleistungsunternehmen?**

Bevor wir die Unterschiede von Pflegediensten zu herkömmlichen Unternehmen verstehen können, ist es hilfreich, zunächst zu schauen, wie ein wirtschaftliches Dienstleistungsunternehmen funktioniert.

Wenn wir von „Dienstleistungsunternehmen“ sprechen, haben diese alle einen Aspekt gemeinsam: Dienstleistungen sind immateriell und meist sehr personalintensiv. Die adäquat ausgebildete menschliche Arbeitskraft stellt im Regelfall die Dienstleistung dar. Dieser Faktor bestimmt daher auch maßgeblich den Preis der Leistung. In der Praxis ist es ähnlich zu folgendem Beispiel: Angenommen wir lassen unser Auto in einer Werkstatt reparieren: Wie setzen sich hier die Kosten unserer Rechnung zusammen? Wir zahlen zum einen die Ersatzteile, zum anderen müssen wir die Personalkosten für die Zeit, die die Reparatur in Anspruch genommen hat, bezahlen. In diese Kosten hat die\*der Betreiber\*in der Werkstatt bereits die Gemeinkosten, die Lohnnebenkosten und einen Gewinnaufschlag mit einberechnet. Die Werkstatt macht bei einer Reparatur im Regelfall also keinen Verlust (Frehner

2021). Vielmehr bleibt dem Unternehmen nach Abzug aller Kosten idealerweise ein Gewinn.

Zusätzlich hat der Markt enormen Einfluss auf die Bildung eines Preises für eine Leistung. Ist die Nachfrage hoch und das Angebot klein, steigt der Preis. Ist die Nachfrage klein und das Angebot hoch, fällt der Preis. Ist der Preis jedoch hoch, so nimmt auch meist die Nachfrage ab (Piekenbrock 2018). Die drei Faktoren stehen also in einem stetigen Wechselspiel.

Der Markt für ambulante Pflege unterscheidet sich von anderen Dienstleistungsmärkten durch besondere Rahmenbedingungen. Der Bedarf nach ambulanter Pflege steigt aufgrund der alternden Bevölkerung kontinuierlich. Hinzu kommt das Bedürfnis vieler pflegebedürftiger Menschen, in ihrem Zuhause bleiben zu wollen. Dies führt zu einem Ungleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage, da das Angebot an qualifizierten Pflegekräften begrenzt ist.

Die Besonderheit: Obwohl die Nachfrage nach ambulanter Pflege hoch ist und das Angebot knapp, können viele Pflegedienste dennoch nicht ausreichend wirtschaftlich arbeiten. Der Grund dafür ist, dass die Preise für Pflegeleistungen durch die Kranken- und Pflegekassen festgelegt werden und häufig nicht kostendeckend sind. Die Preise werden durch politische Entscheidungen und Gesetze reguliert und orientieren sich nicht an den tatsächlichen Kosten der Pflegedienste. Dies wird durch das GVWG und die Tarifreue noch verschärft, da nun auch die Personalkosten vorgegeben sind.

## **Die Finanzierung von ambulanten Pflegediensten**

Ein ambulanter Pflegedienst finanziert sich in erster Linie aus den Mitteln, die von den Kostenträgern wie den Kranken- und Pflegekassen bereitgestellt werden. Die meisten Leistungen erbringen Pflegedienste in den Bereichen der häuslichen Krankenpflegeleistungen nach dem SGB V und den Pflegeleistungen nach dem SGB XI. Paragraf 89 SGB XI regelt die Vergütung von ambulanten Pflegeleistungen. Die Vergütung soll im Grundsatz „leistungsgerecht“ sein und einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Führung ermöglichen, dass er nicht nur seine Aufwendungen, sondern auch ein unternehmerisches Risiko finanzieren kann. Weiter heißt es im SGB XI:

„Die Vergütungen können, je nach Art und Umfang der Pflegeleistung, nachdem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden“ (§ 89 SGB XI Grundsätze für die Vergütungsregelung, o. D.).

Im SGB-XI-Bereich hat sich eine Vergütung nach Leistungskomplexen durchgesetzt. Die Leistungskomplexe sind standardisierte Zusammenfassungen von pflegerischen Tätigkeiten, die in der ambulanten Pflege erbracht werden. Dabei wird jeder Leistungskomplex mit einem bestimmten Punktwert bewertet, der je nach Region und Verhandlung mit den Kostenträgern unterschiedlich ausfallen kann.

Exemplarisch wird hier der Leistungskomplex 1 dargestellt, Ganzwaschung aus dem Bundesland Nordrhein-Westfalen:

1. Waschen, Duschen, Baden
  2. Mund-, Zahn- und Lippenpflege
  3. Rasieren
  4. Hautpflege
  5. Haarpflege (Kämmen, ggf. Waschen)
  6. Nagelpflege
  7. An- und Auskleiden inkl. An- und Ablegen von Körperersatzstücken
  8. Vorbereiten/Aufräumen des Pflegebereiches
- (LfK – SGB XI: Landesverband freie ambulante Krankenpflege NRW e. V. o. J.).

Diesem Leistungskomplex sind 426 Punkte zugeschrieben. Im Fall unseres Pflegebetriebes ergibt sich daraus der Preis 27,09 Euro. Zusätzlich wird die Anfahrt mit vier Euro berechnet. Der monetäre Wert eines Punktes wird mit den Kostenträgern individuell verhandelt und unterscheidet sich daher bei den jeweiligen Pflegediensten. Diese können die Verhandlungen eigenständig oder über ihre Verbände führen. In der Vergangenheit ist es vorgekommen, dass die Pflegekassen über die Trägerverbände pauschale jährliche Steigerungen des Punktwertes angeboten haben, um Einzelverhandlungen zu vermeiden. Diese bewegten sich meist im Rahmen von ca. 2 %. Die Vergütung durch die Pflegekassen ist umstritten, da oftmals nicht ausreichend, um die Kosten für eine qualitativ hochwertige Pflege und das aktuelle Lohnniveau zu decken. Eine pauschale Steigerung von 2 % der Vergütung pro Jahr mag zwar einen gewissen Ausgleich schaffen, aber es ist fraglich, ob dies langfristig ausreicht, um die Pflegequalität aufrechtzuerhalten.

Des Weiteren finanziert sich ein ambulanter Pflegedienst zu einem großen Teil über Krankenkassenleistungen, die Ärzt\*innen ihren Patient\*innen verordnen und einem Pflegedienst übertragen, beispielsweise das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen, die Gabe von Insulinspritzen oder die Versorgung einer Wunde. Diese Leistungen werden im § 37 SGB V geregelt. Sie dienen beispielsweise der Sicherungspflege, „wenn die Krankenpflege das Ziel der ärztlichen Behandlung sichern soll“ (§ 37 SGB V – Einzelnorm o. J.). Die Kostenträger\*innen – in der Regel Krankenkassen – schließen meist kollektiv mit den Verbänden ambulanter Pflegedienste Vergütungsvereinbarungen ab. Eine Einzelverhandlung ist hierbei nicht

üblich. In diesen Vereinbarungen sind verschiedene Leistungsgruppen mit zugeordneten Tätigkeiten festgelegt. Es ist immer nur die höchste Gruppe abrechenbar. Ein ambulanter Pflegedienst kann beispielsweise bei einer ärztlichen Verordnung über das Anziehen von Kompressionsstrümpfen, die morgendlichen Medikamentengabe, das Messen des Blutdrucks und die Gabe von Augentropfen, nur das Anziehen der Kompressionsstrümpfe abrechnen, da dies in diesem Beispiel zur höchsten Leistungsgruppe gehört. Die An- und Abfahrt des Pflegedienstes sowie die Dokumentation sind in diesem Preis inbegriffen.

## **Wie entstehen Vergütungsvereinbarungen im SGB-XI-Bereich?**

An dieser Stelle möchte ich auf Grundlage meiner praktischen Erfahrung darlegen, wie diese Vereinbarungen entstehen bzw. auf welcher wirtschaftlichen Grundlage sie erstellt werden. Der Ablauf der Verhandlungen im SGB-XI-Bereich war in unserem Unternehmen meist ähnlich. Wir mussten die Personal- und Allgmeinkosten offenlegen und dem Kostenträger eine Forderung unterbreiten. Unsere Forderung war so kalkuliert, dass die damit anfallenden Kosten und auch ein unternehmerisches Risiko hätten gedeckt werden können. Was dann jedoch aufseiten der Kostenträger mit diesen Angaben passiert, war nicht nachvollziehbar. Wie es in Verhandlungen üblich ist, gibt der verhandelnde Kostenträger ein Angebot ab. Dieses Angebot ist in der Vergangenheit bei unseren Verhandlungen jedoch nie begründet gewesen und lag weit von der ursprünglichen Forderung entfernt. Wie unsere wirtschaftlichen Angaben in das Angebot der Kostenträger mit eingeflossen sind, war nicht ersichtlich, eine Kostendeckung nicht in Sicht. Vonseiten der Kostenträger wurde jedoch oftmals der Hinweis geäußert, dass ein Pflegedienst sich auch durch andere Leistungen (z. B. SGB-V-Krankenkassenleistungen) querfinanzieren würde.

Diese Vergütungen sollen die Kosten des Unternehmens bei betriebswirtschaftlicher Führung decken. Dies ist aber oftmals nicht der Fall. Querfinanzierung betitelt hier die Tatsache, dass wir Pflegedienste bei Kund\*innen oft Parallelleistungen aus dem SGB-V- und SGB-XI-Bereich erbringen, damit der Einsatz wirtschaftlich wird. Es ist problematisch, wenn Pflegedienste sich auf Querfinanzierung verlassen müssen, um kostendeckend zu arbeiten, insbesondere wenn beide Bereiche im Zweifel nicht kostendeckend sind.

Im Vergleich zu anderen Dienstleistungsunternehmen haben Pflegedienste nur begrenzte Freiheit bei der Preisgestaltung ihrer Dienstleistungen. Sie können ihre Preise nicht allein auf Basis ihrer Kosten kalkulieren und festlegen. Vielmehr sind sie auf die Zusammenarbeit und Verhandlungen mit den Kostenträgern angewiesen. Die Einnahmen eines Pflegedienstes stammen in der Regel zu über 90 % aus den Zahlungen der Kranken- und Pflegekassen. Dies führt zu einer eingeschränkten

unternehmerischen Steuerung und Entscheidungsfreiheit bei der Preisgestaltung (AOK-Bundesverband 2022).

Es gibt jedoch auch Bereiche innerhalb der Pflegedienstleistungen, in denen Unternehmen eigene Preise festlegen können. Hierbei handelt es sich insbesondere um den hauswirtschaftlichen Bereich und den Betreuungsbereich. In den letzten Monaten konnte eine Zunahme an Unternehmen beobachtet werden, die sich auf diese Bereiche spezialisiert haben und hier auch eigene Preise festlegen können.

## **GVWG und Tariftreue**

Ein wichtiger Bestandteil dieses Gesetzes ist die Tariftreue-Regelung für die Altenpflege. Unternehmen, die ab dem 1. September 2022 einen Versorgungsvertrag mit den Kostenträgern abschließen wollen, müssen sich einem Tarifvertrag, einer zugelassenen Arbeitsvertragsrichtlinie (AVR) wie z. B. der AVR der Caritas oder einem regional üblichen Entgelt anschließen.

Ziel dieser Regelung ist es, sicherzustellen, dass Mitarbeiter\*innen in der Altenpflege angemessen bezahlt werden und der Beruf dadurch attraktiver wird. Bis zum 1. September 2022 hatten Unternehmen die Wahl, welcher Variante sie sich anschließen möchten. Es wurden regionale Entgelttarife angeboten, wobei das regional übliche Entgelt einen Durchschnitt aller Tarifverträge im Pflegebereich darstellt.

Allerdings wurde die Berechnung des regional üblichen Entgelts dadurch erschwert, dass nicht alle Tarife oder AVRs gemeldet wurden. Nachdem sich die Unternehmen für eine Variante entschieden hatten, legten die Pflegekassen, je nach Wahl des Lohnmodells, ein pauschales Angebot für den Punktwert vor. In unserem Unternehmen entschied man sich für das regionale übliche Entgelt, allerdings war das Angebot der zuständigen Pflegekasse nicht kostendeckend und hätte das Unternehmen bereits nach kurzer Zeit in eine finanzielle Schieflage gebracht. Daher forderten wir die zuständige Pflegekasse zur Einzelverhandlung auf. Im Verlauf dieser Verhandlung musste unser Unternehmen alle Kosten und Einnahmen offenlegen, auch aus Bereichen, die nicht durch den Kostenträger finanziert werden. Letztendlich konnte eine Einigung erzielt werden, die für das Unternehmen zwar keine Insolvenz bedeutete, aber dennoch wirtschaftlich sehr herausfordernd ist.

## **Auswirkungen des GVWG auf die Pflegeunternehmen**

Das GVWG hat erhebliche Auswirkungen auf die Pflegebranche und insbesondere auf die ambulanten Pflegedienste. Die Tariftreuregelung hat dazu geführt, dass Unternehmen nur dann einen Versorgungsvertrag erhalten, wenn sie sich einem Tarifvertrag oder einem regionalüblichen Entgelt anschließen. Viele ambulante

Dienste haben sich für das regional übliche Entgelt entschieden, da dies als kostengünstiger angesehen wurde. Allerdings haben die pauschalen Angebote der Kassen zur Punktwertsteigerung in vielen Fällen nicht die tatsächlichen Kosten der Dienste gedeckt, was diese vor große finanzielle Herausforderungen gestellt hat.

Eine Umfrage des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V NRW zeigt, dass die Mehrheit der Unternehmen, die ihre wirtschaftliche Existenz zukünftig gefährdet sieht. 72 % der befragten Unternehmen konnten bereits in den ersten drei Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes signifikante negative Veränderungen feststellen. Einige Unternehmen haben sogar einen Insolvenzantrag gestellt. Im Zeitraum November 2022 bis einschließlich Januar 2023 haben 139 Pflegedienste ihre Tätigkeit eingestellt. Insgesamt haben diese Dienste ca. 6.895 Kund\*innen versorgt (Borchert 2022, 2023).

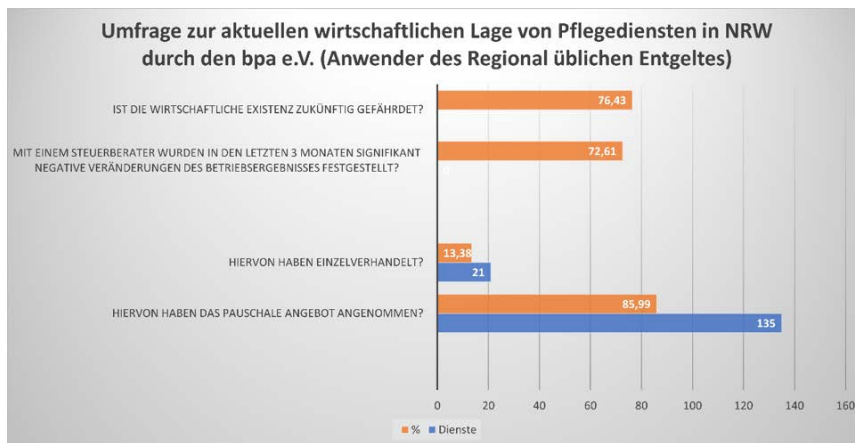


Abb. 1: Umfrage bpa NRW e.V. Dezember 2022

Während das Ziel der Tariftreuerregelung, die Bezahlung in der Altenpflege zu verbessern, absolut begrüßenswert ist, lässt sich insgesamt festhalten, dass das GVWG erhebliche negative Auswirkungen auf die Pflegebranche hat. Es wurde mit ihm zwar das Ziel verfolgt, die Bezahlung in der Altenpflege zu verbessern und damit die Attraktivität des Berufs zu steigern, jedoch haben viele Dienste Schwierigkeiten, die gestiegenen Löhne zu finanzieren. Die Unternehmen haben nur begrenzte Möglichkeiten, dieser wirtschaftlich schwierigen Lage entgegenzusteuern, da die Rahmenbedingungen sehr starr sind. Die einzigen Stellschrauben, an denen die Unternehmen drehen können, sind die Reduzierung von Allgemeinkosten, eine wirtschaftliche Tourenplanung, eine höhere Taktung der Kund\*innen (d.h. mehr Kund\*innen in einer bestimmten Zeit) sowie die Auswahl der Pflegebedürftigen

nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Die Tariftreueregelung zeigt hier auch Auswirkungen auf die Mitarbeiter\*innen in der Pflege. Die geschilderten Maßnahmen führen im schlimmsten Fall in den Betrieben zu einer Arbeitsverdichtung, die sich negativ auf die Arbeitsbedingungen in der Pflege auswirken wird. Auch werden diese Maßnahmen die schwerwiegenden Folgen des GVWG für die ambulanten Pflegedienste nur begrenzt abmildern können.

Die erschwerten wirtschaftlichen Bedingungen durch die Tariftreueregelung können dazu führen, dass sich in Zukunft grundsätzlich weniger Dienste gründen werden.

## **Gesellschaftliche Folgen**

Die wirtschaftliche Lage der ambulanten Pflegedienste hat auch Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und deren Angehörige. Insbesondere für Menschen mit hohem Pflegebedarf, die auf eine zeitintensive Pflege angewiesen sind, wird es schwieriger werden, einen passenden Pflegedienst zu finden. Im ländlichen Raum kommt zudem ein weiteres Problem hinzu: Die Fahrtkosten werden pauschal vergütet. Die Kund\*innen im ländlichen Außenbereich sind für den Dienst daher unwirtschaftlicher als Kund\*innen in der Stadt oder im Dorf, bei denen die Wegezeiten deutlich kürzer sind. Wir versorgen derzeit Menschen im Außenbereich, bei denen wir bis zu 15 Minuten Anfahrtszeit haben. Im städtischen Bereich liegt diese Zeit bei ca. fünf Minuten. Diese Daten basieren auf eigenen Auswertungen. Wir erhalten jedoch in beiden Fällen im SGB-XI-Bereich vier Euro für die Anfahrt. Im Fall der häuslichen Krankenpflege hingegen ist die Anfahrt bereits im Preis enthalten, hier wird nicht differenziert. Angesichts der wirtschaftlich schwierigen Lage der Branche können Unternehmen oft nicht anders, als ihre Kund\*innen auf der Basis von wirtschaftlichen Überlegungen auszuwählen. Dies bedeutet, dass insbesondere Menschen mit hohem Pflegebedarf und mit einem längeren Anfahrtsweg Schwierigkeiten haben werden, einen Pflegedienst zu finden.

Die ambulante Versorgung durch Pflegedienste hat auch eine gesamtgesellschaftliche Bedeutung (Emmert-Olscher et al. 2020). Wenn Pflegebedürftige – wie bereits erläutert – keine bedürfnisorientierte Versorgung mehr erhalten, so hat das nicht nur Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen selbst, sondern auch auf deren Umfeld, beispielsweise auf die Familienangehörigen. Diese müssen das fehlende Angebot an Pflegediensten kompensieren und selbst die häusliche Pflege übernehmen, im Zweifelsfall auch unter Reduzierung der eigenen Erwerbstätigkeit. Eine aktuelle vom VDK in Auftrag gegebene Studie der Hochschule Osnabrück zeigt ein weiteres Problem auf: Pflegenden Angehörige sind überdurchschnittliche von Armut betroffen (Büscher et al. 2021). Des Weiteren ist gerade im ländlichen Raum eine Unterversorgung von Hausärzt\*innen zu beobachten. Ärzt\*innen müssen hier deut-

lich mehr Patient\*innen versorgen als ihre Kolleg\*innen in der Stadt (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2023). Pflegedienste entlasten die Ärzt\*innen durch die Erbringung von medizinischen Leistungen wie das Messen von Vitalwerten oder die Versorgung von Wunden. Können die Unternehmen dies nicht mehr leisten, zieht dies eine Kettenreaktion nach sich: Die steigende Belastung der Hausärzt\*innen führt wiederum zu einem Versorgungsengpass in der hausärztlichen Versorgung.

Hier wird deutlich, dass die Unterversorgung durch Pflegedienste nicht nur die betroffenen Personen direkt beeinträchtigen, sondern auch Auswirkungen auf die Gesellschaft und die regionale Versorgung haben.

## Vision

Dass die Pflege mehr Anerkennung benötigt, gilt nicht nur für die Mitarbeitenden in der Pflege selbst, sondern auch die Unternehmen. Pflegedienste sind wie auch in unserem Fall oft familien- oder inhabergeführte Unternehmen. Diese Unternehmer\*innen gehen dieser Aufgabe mit Herzblut nach, stammen selbst meist auch aus einem pflegenden Beruf. Sie wollen ihren Mitarbeitenden gute Rahmenbedingungen bieten. Dies gelingt aber nur, wenn auch sie selbst unter guten Bedingungen wirtschaften können. Es bedarf, wie es das SGB XI und das SGB V auch vorsehen, einer leistungsgerechten Vergütung der erbrachten Leistungen durch die Kostenträger. Dieser Preis darf nicht nur die Kosten des Unternehmens decken, sondern muss auch einen Wagniszuschlag und einen Unternehmenslohn enthalten. Um hierhin zukommen, braucht es klare Regeln der Vergütungsverhandlung zwischen den Anbietern und den Pflegekassen. Es ist wichtig, dass alle Seiten offen kommunizieren und sich auf eine wirtschaftliche Grundlage für die Vergütungsvereinbarungen einigen, um sicherzustellen, dass die Pflegedienste die notwendigen Ressourcen haben, um qualitativ hochwertige Pflegeleistungen erbringen zu können. Denn nur so ist es diesen Anbietern möglich, gute Arbeitsplätze für Mitarbeitende in der Pflege zu schaffen und weitere Insolvenzen zu vermeiden.

Um jedoch den rasanten Anstieg von pflegebedürftigen Menschen angemessen handhaben zu können, bedarf es zugleich eines Zuwachses an Pflegekräften. Wir müssen es schaffen, dass mehr Menschen in dem Bereich der Pflege arbeiten. Aus meiner Sicht gelingt dies nur mit einem Dreisatz aus:

- Nachwuchsakquise,
- gezielter Zuwanderung und schneller (automatische) Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse sowie
- der Zulassung von angelegerten Kräften in bestimmten Bereichen der häuslichen Krankenpflege.

Auch die Reduzierung der Bürokratie und die Einführung digitaler Innovationen würden die Effizienz und Produktivität in der ambulanten Versorgung verbessern. Eine Möglichkeit wäre beispielsweise die einheitliche Einführung einer papierlosen Patientendokumentation. Darüber hinaus könnten digitale Assistenzsysteme wie z. B. KI-unterstützte Pflegedokumentation eingesetzt werden, um die Arbeit der Pflegekräfte zu unterstützen und diese zu entlasten.

Aktuelle Zahlen zeigen, dass sich immer weniger Menschen für eine stationäre Versorgung entscheiden. Dies ist grundsätzlich eine erfreuliche Entwicklung für die Gesellschaft, da durch die ambulante Versorgung eine größere Anzahl pflegebedürftiger Menschen insgesamt versorgt werden kann (Heger et al. 2021). Ambulante Pflege – Pflege von Menschen in ihrer eigenen Häuslichkeit – ist das Mittel, mit dem wir dem demografischen Wandel und dem Fachkräftemangel begegnen können. Wir können es uns daher nicht erlauben, diese wichtige Säule zu gefährden.

## Literatur

- § 37 SGB V (o. D.): Häusliche Krankenpflege. [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_37.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_37.html) [Zugriff 19.02.2023].
- § 89 SGB XI (o. D.): Grundsätze für die Vergütungsregelung. <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/89.html> [Zugriff 19.02.2023].
- AOK-Bundesverband (2022): Die soziale Pflegeversicherung. Fakten und Zahlen zur Pflege. [https://www.aok-bv.de/hintergrund/dossier/pflege/index\\_15431.html](https://www.aok-bv.de/hintergrund/dossier/pflege/index_15431.html) [Zugriff 19.02.2023].
- Borchert, Yannic (2022, 2023): Schließungen und Insolvenzen in der Pflege. <https://www.pflegemarkt.com/2023/02/17/anzahl-schliessungen-insolvenzen-pflege-2023/> [Zugriff 20.02.2023].
- bpa NRW – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (2023): Aktuelles Schock – Umfrage: Fast 70 % der Pflegeeinrichtungen wirtschaftlich bedroht. bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.: Schock-Umfrage: Fast 70 Prozent der Pflegeeinrichtungen wirtschaftlich bedroht [Zugriff 07.04. 2023].
- Büscher, Andreas/Peters, Lara/Stelzig, Stephanie/Lübben, Alena (Hrsg.) (2021): VdK Pflegestudie – Zwischen Wunsch und Wirklichkeit.
- Emmert-Olschar, Stefanie/Schnepf, Wilfried/Büscher, Andreas (2020): Unterstützung Angehöriger pflegebedürftiger Menschen – Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung von Angeboten in der ambulanten Pflege. In: Pflegewissenschaft, Hungen 23 (6), S. 383–391.
- Fleßa, Steffen/Greiner, Wolfgang (2020): Grundlagen der Gesundheitsökonomie: Eine Einführung in das wirtschaftliche Denken im Gesundheitswesen (4. Auflage). Berlin: Springer Gabler.
- Frankfurter Rundschau (2021): „Nach dem Klatschen kommt die Klatsche“: Caritas verhindert Tarifvertrag in der Altenpflege. <https://www.fr.de/politik/altenpflege-pfle->

- ge-caritas-verdi-tarifvertrag-heil-gewerkschaft-bvap-kritik-arbeitgeber-90220105.html [Zugriff 20.02.2023].
- Frehner, Max (2021): Handwerkerstunde: Was kostet ein Handwerker? <https://www.deutsche-handwerks-zeitung.de/handwerkerstunde-was-kostet-ein-handwerker-146071/> [Zugriff 16.12.2022].
- Hackmann, Tobias/Moog, Stefan (2010): Pflege im Spannungsfeld von Angebot und Nachfrage. In: Zeitschrift Für Sozialreform, Jg. 56 (1/2010), S. 113–138.
- Heiber, Andreas (2022): GVWG: Pflegereform und die Tarifsuche: Gut informiert in die Umsetzung starten (2. Auflage). Hannover: Vincentz.
- Heger, Dörte/Augurzky, Boris/Kolodziej, Ingo/Hollenbach, Johannes/Wuckel, Christiane (2021): Pflegeheim Rating Report 2022. Der Pflegemarkt unter Druck – Zeit für Veränderung, Heidelberg: med hochzwei.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2023): Gesundheitsdaten. Regionale Verteilung der Arztinnen und Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16402.php> [Zugriff 24.03.2023].
- Landesverband freie ambulante Krankenpflege NRW e. V. (LfK) (o. D.): Verträge SGB XI. <https://www.lfk-online.de/pflegedienste/downloads/existenzgruender/in-fossgbv0.html> [Zugriff 19.02.2023].
- Pflegenot Deutschland (2020): Personalmangel in der Pflege verschärft sich weiter. Arbeitsagenturen melden Engpässe. <https://www.pflegenot-deutschland.de/ct/personalmangel-pflege/> [Zugriff 19.02.2023].
- Piekenbrock, Dirk (2018): Nachfrage. <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/nachfrage-39103> [Zugriff 19.02.2023].
- Statistisches Bundesamt (2022): Pflegestatistik 2021 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/\\_publikationen-innen-pflegestatistik-deutschland-ergebnisse.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/_publikationen-innen-pflegestatistik-deutschland-ergebnisse.html) [Zugriff 19.02.2023].

# **Erwerbstätige, sorgende Angehörige: Erkenntnisse über die Herausforderungen für Betriebe und deren Führungskräfte – dargestellt anhand einer Machbarkeitsstudie im Westmünsterland**

*Thomas Oelschläger & Andreas Schulte-Hemming*

## **1 Ausgangspunkt: Eine Machbarkeitsstudie an der Fachhochschule Münster**

Die folgenden Ausführungen stellen die wesentlichen Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie an der Fachhochschule Münster dar, die im Zeitraum 01.04.–30.09.2022 unter dem Titel: „Erwerbstätige, pflegende Angehörige: Mentorship für Handwerksbetriebe“ im Kreis Borken, Westmünsterland (NRW) operativ umgesetzt wurde.<sup>1</sup> Das Vorhaben war Teil eines umfangreichen Projekts zur Förderung der Gesundheit im regionalen Raum.<sup>2</sup>

Die Studie adressierte klein- und mittelständische, handwerklich orientierte Betriebe

- mit ihrer ersten bzw. zweiten Führungsebene/Unternehmensleitung und
- geringen theoretischen wie praktischen Kenntnissen zum Thema erwerbstätige, pflegende Angehörige.

Die zentrale Fragestellung der Machbarkeitsstudie lautete, wie kleine und mittlere Unternehmen (KMU) die Situation und Bedarfe ihrer erwerbstätigen, sorgenden

---

1 Die Machbarkeitsstudie wurde von der Fachhochschule Münster, Fachbereich Gesundheit, in Kooperation mit HeurekaNet – Freies Institut für Bildung, Forschung und Innovation e.V. geplant und umgesetzt. Vgl. <https://www.heureka.net.de/projekte/machbarkeitstudie-epa-mentorship>. Infolyer: [https://www.heureka.net.de/fileadmin/user\\_upload/Dateien/Flyer\\_Mentoren-Projekt.pdf](https://www.heureka.net.de/fileadmin/user_upload/Dateien/Flyer_Mentoren-Projekt.pdf).

2 Zum Projekt reges:BOR vgl. <https://www.fh-muenster.de/hochschule/aktuelles/news/index.php?newsId=2344>

Mitarbeitenden besser kennenlernen und welche Ideen und Maßnahmen sie zu deren Unterstützung betriebsintern entwickeln können.<sup>3</sup>

Der Aufgabenstellung war immanent, welche möglicherweise rein betriebsspezifischen und welche allgemeingültigen Aspekte zum Thema festzustellen sind.

Es ist hervorzuheben, dass es bereits zahlreiche Strategien gab und gibt, die die Situation von erwerbstätigen, sorgenden Angehörigen zu verbessern versuchen. Zu nennen ist hier für Nordrhein-Westfalen beispielhaft das „Landesprogramm Beruf & Pflege“ mit seinen Angeboten „Pflegekoffer“ bzw. der Fortbildung zum betriebsinternen „Pflege-Guide“ bzw. „Pfleжелotsen“.

Darüber hinaus gibt es zahlreiche gesetzlich verankerte, verbandliche, kommunale und private Hilfsangebote, die die Situation erwerbstätiger, sorgender Angehöriger zu unterstützen versuchen.<sup>4</sup>

Was jedoch aus Sicht der Autoren häufig fehlt, ist das Know-how und Transferwissen in den Betrieben, wie betriebsintern Unterstützungsleistungen in Ergänzung zu den vorerwähnten externen Angeboten entwickelt und angeboten werden können.

Dabei kommt hinzu, dass es in den Unternehmen in der Regel keine Kenntnisse über die genaue Anzahl und Genese der Betriebsangehörigen gibt, die sorgende Angehörige sind. Entsprechend fehlen auch Kenntnisse über ihre individuellen und spezifischen Bedarfe. Wenn aber das Wissen fehlt, wer konkret mit welchen Bedarfen wie zu unterstützen ist, werden letztlich auch die Wahrnehmung und Wirksamkeit von unterstützenden Angeboten deutlich erschwert.<sup>5</sup>

## 2 Zur Methodik: Systemischer Zugang und Cross-Mentoring

Für die Durchführung der Machbarkeitsstudie wurde ein systemisch-konstruktivistischer Zugang gewählt. In der Umsetzung bedeutete dies, dass nach einer Akquise-Phase zunächst mit allen an der Machbarkeitsstudie interessierten Unternehmen einzeln Vorgespräche über den beabsichtigten strukturellen Ablauf geführt wurden, um ihnen ihre Teilnahme zu ermöglichen.

---

3 Zur begrifflichen Entwicklung „erwerbstätige, sorgende Angehörige“ innerhalb der Machbarkeitsstudie siehe das Kapitel 3.

4 Zur Problematik der Wahrnehmung und Nutzung der Angebote durch sorgende Angehörige und Betriebe siehe folgende Studien: Bohnet-Joschko et al. 2020; Felder et al. 2022; Auth et al. 2020; Heitmann-Möller et al. 2020 – Link zum NRW-Landesprogramm Beruf & Pflege: <https://berufundpflege-nrw.de/>.

5 Zur Problematik der erfassten und „unsichtbaren“ sorgenden Angehörigen siehe die Überlegungen bei Dohmeyer 2019.

In der ersten gemeinsamen Sitzung aller Teilnehmer\*innen wurde eine konkretisierende und priorisierende Bedarfsanalyse vorgenommen, die den Raum für die individuellen und inhaltlichen Bedarfe der beteiligten Unternehmen bot.

Die genannten Bedarfe individuell aufgreifend konnten damit verteilt auf die weiteren Sitzungen durch die Betriebe passgenaue und nicht normative erste Angebote entwickelt werden, die im Anschluss auch direkt auf ihre Tauglichkeit im Betrieb erprobt wurden.

Der Ansatz eines Cross-Mentorings sah vor, dass ein Unternehmen als Mentor sein Erfahrungswissen in der innerbetrieblichen Unterstützung seiner erwerbstätigen, sorgenden Angehörigen an Betriebe, hier als Mentees, weitergibt, die in der Eruierung und Unterstützung ihrer erwerbstätigen, sorgenden Beschäftigten weniger erfahren sind. Konzeptionell und vor Ort umsetzend wurde das Cross-Mentoring durch die beiden Autoren systemisch begleitet.<sup>6</sup>

Analog der vorangegangenen konzeptionellen Planung der Machbarkeitsstudie nahmen ein bis drei Vertreter\*innen jeweils aus der oberen Führungsebene des Mentor-Unternehmens und der vier ausgewählten Mentee-Unternehmen an der Machbarkeitsstudie dauerhaft teil. Unterstützt wurde die Durchführung durch die zeitweilige und in Teilen mit ihrer Expertise beratende Anwesenheit der Kreishandwerkerschaft und der Wirtschaftsförderung des Kreises Borken.

Insgesamt wurden gemeinsam mit allen Teilnehmer\*innen der Studie acht Veranstaltungen durchgeführt. Darunter befanden sich sechs moderierte Workshop-Module zu je zwei Stunden sowie zwei Trainingsworkshops zu je drei Stunden.

Thematische Schwerpunkte waren

- Erhebungsverfahren, um erwerbstätige, sorgende Angehörige in den Betrieben zu identifizieren,
- Kommunikationsverfahren, um mit den Mitarbeitenden thematisch agierend und nicht reagierend ins Gespräch zu kommen, sowie
- die optionale Etablierung von innerbetrieblichen Strukturen inklusive der Beachtung möglicher Stolpersteine, um unterstützende Angebote für die erwerbstätigen, sorgenden Angehörigen im Betrieb passgenau auf den Weg bringen zu können.

Zwischen den einzelnen Modulen der Machbarkeitsstudie war jeweils eine mehrwöchige Phase angesetzt, in denen die erarbeiteten Handlungsschritte erprobt werden sollten. Im jeweilig folgenden Modul war ein Zeitfenster etabliert, wo die in

---

6 Cross-Mentoring findet in der Regel bei der Führungskräfteentwicklung Anwendung. Siehe dazu: Domsch et al. 2017. Das in der vorliegenden Machbarkeitsstudie umgesetzte Cross-Mentoring zielte darüber hinaus auf die Entwicklung der beteiligten Organisation ab.

der Praxis gewonnenen Ergebnisse vorgestellt und im kollegialen Austausch eine weitere perspektivische Anwendung modifiziert werden konnte.

Auffallend war, dass es überall dort, wo diese handlungspraktischen Felder bedient wurden, zu einem positiven Feedback der Mitarbeitenden und nachfolgend erster konkreter, praxisorientierter Veränderungen auf der Kommunikationsebene in den jeweiligen Betrieben durch die an der Studie beteiligten Führungskräfte kam.

Entscheidend zu der erfolgreichen Generierung und Umsetzung dieser ersten betrieblichen Handlungsschritte war es, die beteiligten Unternehmen in dem gesamten Prozess der Machbarkeitsstudie als Expert\*innen ihrer selbst wahrzunehmen und ihnen dieses bewusst zu machen. Dies galt ausdrücklich auch für den Bereich der erwerbstätigen, sorgenden Angehörigen, auch wenn zu Beginn des Prozesses nur ein rudimentärer Kenntnisstand zum Thema festzustellen war.

Der gewählte methodische Zugang beinhaltete die Annahme, dass nur die Betriebe selber wissen können, welche Maßnahmen bezüglich erwerbstätiger, sorgender Angehöriger tatsächlich zum Betrieb passen, welche Strukturen zu berücksichtigen und gegebenenfalls zu verändern und welche Ressourcen vorhanden bzw. erforderlich zu erwerben sind. Damit war auch festgelegt, dass ein Miteinander- und kein Übereinander-Reden der verschiedenen Beteiligten – hier: Mentor-Unternehmen, Mentee-Unternehmen und begleitende Durchführende der Machbarkeitsstudie – zu etablieren war.<sup>7</sup>

### **3 Erwerbstätige, *pflgende* oder erwerbstätige, *sorgende* Angehörige?**

Bereits zu einem frühen Zeitpunkt der Studie stellte sich heraus, dass der Begriff und die damit einhergehende Definition von *erwerbstätigen, pflgenden Angehörigen* zu kurz greift, wenn die Situation in den Unternehmen bezüglich ihrer in einem sorgenden sozialen Kontext befindlichen Mitarbeiter\*innen in ihrer Gesamtheit betrachtet und nicht Teile dieser Mitarbeiter\*innen in den Unternehmen von vorneherein ausgeschlossen werden sollen.

Entsprechend wurde unmittelbar nach Beginn der Machbarkeitsstudie der Untersuchungsgegenstand auf *erwerbstätige, sorgende Angehörige* erweitert.

Dieser Paradigmenwechsel orientiert sich an einem Begriffsverständnis von Pflege, wie er im angelsächsischen Raum mit dem Ausdruck Care (Sorge) Anwendung findet:<sup>8</sup>

---

7 Diese Methodik ist für eine sozialpartnerschaftliche Weiterführung von ziel- und lösungsorientierten Maßnahmen innerhalb eines Betriebes als mitentscheidend für eine erfolgreiche Umsetzung von internen Unterstützungsangeboten anzusehen. Vgl. hierzu Kapitel 9.

8 Wir folgen damit dem Ansatz von Auth et al. 2018, 2020.

Zusätzlich zu der definierten klassischen medizinischen und (körperbezogenen) pflegerischen Unterstützung werden hier auch Aspekte der emotionalen und der sozialen Zuwendung und Teilhabe sowie der hauswirtschaftlichen und organisatorischen Aufgaben berücksichtigt.<sup>9</sup>

Übertragen auf den betrieblichen Kontext handelt es sich bei *erwerbstätigen, sorgenden Angehörigen* somit um Beschäftigte von Unternehmen, Betrieben und Einrichtungen, die sich zusätzlich zu ihrem Beruf um Verwandte, Partner\*innen oder Freunde in unterschiedlicher Weise und Intensität kümmern und dabei (un) mittelbare Sorgearbeit leisten.

Tatsächlich befinden sich viele Mitarbeiter\*innen in den Betrieben in einem solchen sorgenden Verhältnis, das über einen mittel- oder unmittelbar pflegenden Kontext deutlich hinausgeht und unterschiedliche oder verschiedene Aufgaben und Tätigkeiten bzw. Leistungen umfasst.

Diese in einem privaten Sorgerkontext zu verstehende Leistungserbringung hat aufgrund ihrer unterschiedlichen Belastungsgrade für die Betroffenen einen unterschiedlich gewichtigen Einfluss auf die Möglichkeit zur Erbringung ihrer beruflichen Arbeitsleistung.<sup>10</sup> Gleichzeitig berührt die Erbringung der Arbeitskraft durch die Beschäftigten im Betrieb die Bedarfe und Leistungsfähigkeit des Unternehmens mit seiner strategischen und personellen Planung.

## 4 Intrinsische Motivation der Unternehmen

Die Fragestellung der Personalentwicklung und damit der Leistungsfähigkeit eines Unternehmens stellte auch den Ausgangspunkt für die Beschäftigung mit dem Thema seitens der teilnehmenden Mentee-Unternehmen dar. Bereits in den Vorgesprächen konnten vier zentrale Herausforderungen identifiziert werden:

- Die Sicherung der bestehenden Verhältnisse im Betrieb mit dem Erhalt der Arbeitskraft erwerbstätigen, sorgenden Angehörigen,
- die Bindung der entsprechenden Fachkräfte an den Betrieb,
- die Bedienung sozialer und fürsorgender Aspekte durch die Unternehmensführung sowie

---

9 Einzelne Studien zeigen auf, dass diese „klassischen medizinischen und (körperbezogenen) pflegerischen Unterstützungsleistungen“ ungefähr ein Drittel der Gesamtsorgearbeit ausmachen, zudem sind es Leistungen, die in der Regel auch von ambulanten Pflegediensten erbracht werden. Siehe dazu z. B. Hielscher et al. 2017.

10 Studien zur Belastungssituation von sorgenden Angehörigen: Bohnet-Joschko/Bidenko 2019; Backhaus/Rose 2020; Hans-Böckler-Stiftung 2020; BMFSFJ 2019 und 2023 und auch Institut DGB-Index Gute Arbeit 2022. Zur finanziellen Belastungen von sorgenden Angehörigen: VDEK 2023; Ehrlich 2020; Geyer 2022.

- die Erhöhung der Attraktivität des Arbeitsplatzes für nachwachsende Generationen mit deren Erwartungen an das Unternehmen hinsichtlich der Vereinbarkeit von Privatleben und beruflicher Tätigkeit.<sup>11</sup>

In der ersten gemeinsamen Sitzung aller an der Machbarkeitsstudie teilnehmenden Unternehmen stellte sich heraus, dass sich diese bereits mit den gesellschaftlichen Entwicklungen bezüglich des aktuellen Arbeitsmarktes auseinandergesetzt hatten oder gerade im Begriff waren, diese Dimension und die möglichen zukünftigen Auswirkungen auf ihren eigenen Betrieb auf dem Arbeitsmarkt zu verstehen.

Ihnen war die Notwendigkeit einer bewussten Auseinandersetzung mit der Ressource Arbeitskraft im Betrieb somit bekannt. Zur Bedeutung einer Auseinandersetzung mit dem Anteil erwerbstätiger, sorgender Angehöriger im Unternehmen bestanden hingegen nur vage Vorstellungen.

In Bezug auf die eigene Teilnahme am Mentorship-Programm war allen Unternehmen dabei die Expertise des Mentor-Unternehmens ebenso wichtig wie die der Autoren als moderierende und Input gebende Begleitung. Dies wurde in Teilen auch als entscheidender Grund für die Teilnahme an der Machbarkeitsstudie benannt:

Die Mentee-Unternehmen erhofften sich damit, das festgestellte fehlende Know-How im Umgang mit erwerbstätigen, sorgenden Angehörigen im eigenen Betrieb fachkompetent auszugleichen und mit der angebotenen Unterstützung des Cross-Mentorings eigeninitiativ passende Instrumente entwickeln zu können, um dem eigenen betrieblichen Sorgeverständnis bezüglich der Mitarbeiter\*innen besser gerecht werden zu können.

Ziel war somit die Auflösung einer von den Betrieben identifizierten innerbetrieblichen Black Box zum Thema und die Erarbeitung eigener konkreter Lösungsansätze.

Das teilnehmende Mentor-Unternehmen zeichnete aus, dass es bereits jahrelange Erfahrung sowohl hinsichtlich eines vorangehenden Erkenntnisgewinns wie mit der nachfolgenden Etablierung betriebseigener Strukturen inklusive abgeordneter Ansprechpartner\*in für erwerbstätige, sorgende Mitarbeitende hat und in der Region als führendes Wirtschaftsunternehmen wahrgenommen wird.

Ihm war für die eigene Teilnahme an der Machbarkeitsstudie wichtig, dass über die Unterstützung der Mentee-Unternehmen hinaus die Region in ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit weiter gestärkt wird. Die Expertise des Mentor-Unternehmens wurde zudem dadurch unterstützt, dass es selber umfangreiche Kenntnisse zum Thema über eigene Fortbildungen aufweist.

An dieser Stelle sei festgehalten, dass es den Mentee-Unternehmen bewusst war, dass die etablierten Strukturen des Mentor-Unternehmens bezüglich seiner er-

---

11 Zu den gestiegenen Anforderungen an Vereinbarkeit der verschiedenen Generationen vgl. z.B. Brademann/Prior 2018; Mischler 2017; Klaffke 2014.

werbstätigen, sorgenden Angehörigen im Betrieb nicht unhinterfragt zu übernehmen sind, sondern lediglich als ein Diskussionsbeitrag für die Entwicklung eigener betrieblicher Strategien dienlich waren. Nicht im Widerspruch dazu standen die getätigten Anmerkungen der Mentee-Unternehmen, dass sie als Resonanzboden für ihre eigenen Ideen erfahrene Unternehmen, insbesondere auch mit dem Wissen und der Handlungsoptionen hinsichtlich möglicher Stolpersteine, bevorzugen.

## **5 Die obere Leitungsebene als Adressatin: Mindset und Führungsverständnis**

Der Machbarkeitsstudie lag die Vorannahme zugrunde, dass für die Beschäftigung und Entwicklung nachhaltiger Strategien in einem Unternehmen im Umgang mit erwerbstätigen, sorgenden Angehörigen die oberen Führungsebenen zu adressieren sind: Unternehmensleitung bzw. deren Führungskräfte schaffen verantwortlich den Raum für eine betriebsinterne Thematisierung und etablieren im günstigen Falle das Thema inhaltlich und personell nachhaltig im Unternehmen.

In ihrer Funktion prägen Führungskräfte so maßgeblich die Unternehmensphilosophie und -kultur auch auf dem Gebiet erwerbstätiger, sorgender Angehöriger und geben damit die strategische Ausrichtung vor, ob und inwieweit das Thema im Blickfeld des eigenen Betriebs steht oder nur beiläufig und situativ behandelt wird.<sup>12</sup>

Etablierte verlässliche Strukturen ermöglichen es erwerbstätigen, sorgenden Angehörigen, sich bei Bedarf auch initiativ und vereinfacht mit ihren Sorgen und Nöten vertrauensvoll an den Betrieb wenden zu können.

Für ein grundsätzliches auch theoretisches Verständnis der Anforderungen, die das Thema erwerbstätige, sorgende Angehörige mit sich bringt, wurden die teilnehmenden Führungskräfte der Machbarkeitsstudie für die konstruierten Wirklichkeiten und die verschiedenen Ausgangspositionen sensibilisiert, mit denen Unternehmen wie Beschäftigte nicht zuletzt in ihrer Kommunikation konfrontiert sind.

Ebenso wichtig war, die Beschäftigung mit der Thematik als einen notwendigen und integralen Bestandteil einer effektiven Unternehmenspolitik zu begreifen<sup>13</sup>: Auch wenn damit für Unternehmen ein personeller und damit auch ökonomischer Einsatz als innerbetriebliche Investitionen einhergeht: Die vorhandenen Ressourcen der Mitarbeitenden im Betrieb können so kooperativ deutlich effizienter und stabilisierender für beide Sozialpartner\*innen genutzt werden.

---

12 Zur Bedeutung der betrieblichen Führung siehe: Buchenau 2016, 2018, besonders S. 157–175.

13 Siehe dazu auch: Reichert 2016.

Mit einer initiativen innerbetrieblichen Transparenz über die optionalen Bedarfe von erwerbstätigen, sorgenden Angehörigen wird dabei präventiv vermieden, dass sich nicht betroffene Betriebsangehörige als benachteiligt empfinden und die Betriebshygiene möglicherweise destabilisiert wird.

Deutlich wurde, dass es grundsätzlich einer firmeninternen Diskussion und bewussten Entscheidung auf der oberen Führungsebene bedarf, um das Thema erwerbstätige, sorgende Angehörige im Unternehmen gestaltend und nachhaltig zu verankern. Dazu gehört auch die Erkenntnis, dass im Weiteren das persönliche Engagement von Vertreter\*innen der Führungsebene benötigt wird, sich dem Thema dauerhaft anzunehmen und sich nicht entmutigen zu lassen, wenn ggf. erste betriebsinterne Ansprachen und Veranstaltungen wegen beispielhaft mangelnder Teilnehmerzahl zunächst nur marginal angenommen werden.

Eine Erwartungshaltung der Unternehmensleitung im Sinne einer Kommunikationsstruktur reicht dabei nicht aus: deutlich förderlicher ist eine akzeptierende und Lösungen anbietende Hinwendung insbesondere bei einer anfänglichen Sensibilisierung für das Thema im Betrieb:

Es bedarf einer transparenten Kommunikation in der Firma durch die Führungskräfte, der verlässlichen Benennung von Ansprechpartner\*innen für die Beschäftigten und der Gestaltung von Räumlichkeiten und/oder Zeitfenstern für die Ansprache.

Dabei gilt es zu diskutieren, ob der\*die Ansprechpartner\*in aus Gründen der Vertraulichkeit und des Interessenschutzes möglicherweise nicht der Führungsebene angehören sollte, mit ihr aber – den Persönlichkeitsschutz der Mitarbeitenden beachtend – in stetigem Austausch steht. Da dies ggf. von mehreren Faktoren wie der Betriebsgröße u. a. abhängig ist, kann möglicherweise auch ein Outsourcing eines solchen Angebots dienlich sein.

Im Verlauf der Machbarkeitsstudie und in Gesprächen mit Multiplikator\*innen wie der Kreishandwerkerschaft, der Wirtschaftsförderung bzw. von Innungen wurde ersichtlich, dass bei den Unternehmensleitungen die Koppelung von Maßnahmen gegen einen drohenden Fachkräftemangel bzw. der Akquise neuer junger Mitarbeitenden und die praxisorientierte Beschäftigung mit dem Thema erwerbstätige, sorgende Angehörige im eigenen Betrieb nicht flächendeckend geschieht bzw. auch das Bewusstsein für die Notwendigkeit einer entsprechenden Auseinandersetzung fehlt.

Eine Offensive in der Öffentlichkeitsarbeit auch der angesprochenen Institution und weiteren Stakeholdern in Politik und Gesellschaft erscheint diesbezüglich dringend geboten.

## **6 Erkenntnisse und zielgerichtete Ideen der beteiligten Unternehmen im Rahmen der Studie**

An dieser Stelle sollen die zentralen Ergebnisse zusammenfassend dargestellt werden, die die teilnehmenden Unternehmen an der Machbarkeitsstudie in deren Verlauf erarbeiteten und die für weitere Betriebe zum Thema „Erwerbstätige, sorgende Angehörige: Herausforderungen für Betriebe und deren Führungskräfte“ zielführend sein können. Der Fokus liegt dabei auf den gewonnenen Fragestellungen zum Thema, den konkreten Notwendigkeiten und Möglichkeiten einer betriebsinternen Auseinandersetzung sowie der Entwicklung von entsprechenden Strukturen in den Unternehmen. Die dargestellten Ergebnisse sind damit nach Ansicht der Autoren auch anschlussfähig an die fachliche Auseinandersetzung mit der Thematik erwerbstätige, sorgende Angehörige in unserer Gesellschaft. Festzuhalten ist:

Die Beschäftigung mit der Thematik erwerbstätige, sorgende Angehörige und die Umsetzung möglicher personeller und inhaltlicher Maßnahmen muss jeweils betrieblich „passen“, ein individueller Zugang ist vonnöten und zu erarbeiten. Maßnahmen und Angebote „von der Stange“ sind gut gemeint, scheitern aber häufig an Passungengenauigkeiten und Umsetzungsfragen.

Es ist für die Akzeptanz externer Inputs in den Betrieben wichtig, bei einem Cross-Mentoring oder anderen begleitet unterstützenden Maßnahmen für Unternehmen keine wissenschaftlichen bzw. fachlichen Belehrungen (top-down), sondern eine gemeinsame Entwicklung von Lösungsideen zu etablieren. Dafür ist die Erkenntnis aller Beteiligten förderlich, dass hinsichtlich der Sensibilisierung und Unterstützung von Unternehmensleitungen zum Thema mehrere Expert\*innen in ihren Rollen gleichberechtigt am Tisch sitzen: Beim Cross-Mentoring beispielsweise die Mentee-Unternehmen (mit der Ressource des jeweiligen spezifischen betriebsinternen Wissens), die Mentoren-Unternehmen (mit der Ressource von erprobten und modifizierten Lösungsstrategien als Beispiele oder Diskussionsbasis) und die Mediator\*innen (mit der Ressource einer wissenschaftlichen Expertise zum Thema und methodischen Inputs zu Kommunikation, Zielorientierung etc.).

Eine intensive und praxisorientierte Beschäftigung mit dem Thema seitens der Unternehmensleitung gilt zunächst für einen ersten Aufschlag. Es wurde deutlich herausgestellt, dass im Anschluss oder zeitgleich die Vorstellungen der erwerbstätigen, sorgenden Angehörigen selbst unbedingt zu erheben und zu berücksichtigen sind.

Auch hier gilt zentral, nicht über die Betroffenen zu reden und Lösungsansätze zu konzipieren, sondern mit ihnen und gemeinsam Strategien zum Thema für eine Win-Win-Situation von Betrieb und Mitarbeitenden vor Ort passgenau zu entwickeln. Ein kooperativer Zugang minimiert die bekannten Transferhemmnisse von Unterstützungsangeboten und fördert neben innerbetrieblich struktureller Verläss-

lichkeit notwendige Nachhaltigkeitsprozesse sowohl für die Betriebe wie für ihre betroffenen Mitarbeiter\*innen.

Als entscheidend wurde festgestellt, dass Gelingens- und Verhinderungsfaktoren bezüglich einer Öffnung des Themas und der entsprechenden Bereitschaft der erwerbstätigen, sorgenden Angehörigen identifiziert werden müssen, damit sich diese mit ihren Bedarfen vertrauensvoll an die Unternehmensführung bzw. benannten Ansprechpartner\*innen wenden können.

Dies bedeutet dann in der praktischen Umsetzung die Beantwortung der Fragestellungen, in welchem Rahmen und welcher Kontextualität sich die jeweiligen erwerbstätigen, sorgenden Angehörigen bewegen, welche gegebenenfalls familiären, sozialen und soziokulturellen Begebenheiten etc. eine Rolle spielen, welche be- und verhindernden Glaubens- und Erlaubnissätze, Normen und Werte, internen und externen Erwartungshaltungen sowohl bei den erwerbstätigen, sorgenden Angehörigen als auch den zu Versorgenden selbst sowie dem sozialen Umfeld eine Rolle spielen.

Zu berücksichtigen ist für ein konkretes innerbetriebliches Unterstützungsangebot desweiteren, welche Belastungen und Entlastungen im Alltag der Betroffenen eine Rolle spielen, welche ziel- und lösungsorientierten Ressourcen bei den Beteiligten bereits vorhanden und/oder gegebenenfalls im sozialen Umfeld zu aktivieren sind. Nicht zuletzt ist auch die Frage aufgeworfen, welche Geschlechterstereotype insbesondere in männlich dominierten Betrieben eine Lösung erschwerende Funktion aufzeigen und wie dem in Angebot, Sprache etc. zu begegnen ist.

Insbesondere zu Letzterem können externe Angebote und die Nutzung fachspezifischer Netzwerke, die nicht berufsspezifisch orientiert sind, als thematischer Input und für Lösungsideen herangezogen werden. Hier wäre eine allen Unternehmen bekannte Anlaufstelle für die Weitervermittlung an ggf. externe Anbieter\*innen wichtig, wie sie theoretisch Innungen und/oder Kreishandwerkerschaften in ihrem Portfolio bieten können.

Führungskräfte in den Unternehmen müssen sich entsprechend nicht nur mit der Etablierung von Strukturen, sondern auch mit den inhaltlichen und sozialen Aspekten der Unterstützung von erwerbstätigen, sorgenden Mitarbeitenden auseinandersetzen. Ein wesentlicher Aspekt für die Akzeptanz, Nutzung und das Gelingen von innerbetrieblichen Unterstützungsleistungen betrifft dabei die emotionale Ebene der Betroffenen: Es gilt an dieser Stelle konkret die Hemmschwellen Angst und Scham zu überwinden: Wie reagiert der Betrieb, wenn ich mich öffne, wie vertrauensvoll werden meine Themen behandelt, wie sicher ist mein Arbeitsplatz, wenn ich eine vorgebliche Schwäche zeige?

Auch hierzu können externe und fachlich geschulte Anbieter\*innen zur Unterstützung herangezogen werden, falls die innerbetrieblichen Kenntnisse und Expertisen nicht ausreichen.

Aus den vorangegangenen Erkenntnissen entwickelte sich während der Machbarkeitsstudie der Wunsch nach und die Vorstellung von fachspezifischen Fortbildungsmaßnahmen für die jeweiligen (zukünftigen) innerbetrieblichen Ansprechpartner\*innen.

Die Vorstellungen dazu fokussierten sich auf die Aspekte

- wie Bedarfe zielgerichtet eruiert werden können,
- welche Kenntnisse über Gesprächsführung und Kommunikationsstrategien hinsichtlich der Thematik erwerbstätige, sorgende Angehörige notwendig sind,
- wie die emotionale Ebene der Betroffenen achtsam zu bedienen ist und
- wie eine Rahmung geboten und Lösungen kooperativ und zielgerichtet generiert werden können.

Für die Verstetigung und nachhaltige Etablierung von innerbetrieblichen Maßnahmen ist im Weiteren die Beantwortung der Frage wichtig, wie sich ein entsprechender „Erfolg“ für die Unternehmen und für die Mitarbeitenden (möglicherweise unterschiedlich und sich dabei dennoch nicht widersprechend) definiert und was damit verknüpft ist. Dies ist hinsichtlich der Vermeidung nicht passender Erwartungshaltungen und entsprechender Frustrationen von nicht unerheblicher Bedeutung. Damit kann auch die Gefahr einer zeitnahen Wiedereinstellung beginnender innerbetrieblicher Unterstützungsmaßnahmen aktiv minimiert werden.

Eine gesonderte Betrachtung galt kleineren Betrieben mit nur wenigen Mitarbeitenden: Sie können sich aufgrund der vorhandenen personellen und zeitlichen Ressourcen häufig nicht im gewünschten Umfang um das Thema kümmern. Es stellt sich die Frage, wie diese Unternehmen für interne betriebsspezifische Maßnahmen gefördert werden können. Hierzu wurden die bereits erwähnten Fortbildungsmaßnahmen bzw. ein Cross-Mentoring als eine Lösungsmöglichkeit positiv diskutiert.

Hingewiesen wurde in diesem Kontext auf die häufig zu beobachtende Strategie der unmittelbaren Kommunikation zwischen dem\*der Firmeninhaber\*in und seinen\*ihrer Mitarbeiter\*innen. Sie wurde als ebenso förderlich wie gegebenenfalls verhindernd identifiziert: Im positiven Fall bedeutet dies für die erwerbstätigen, sorgenden Angehörigen den kurzen lösungszentrierten Weg ohne Umschweife. Im negativen Fall und bei persönlichen oder beruflichen Konflikten ist genau dies ein Verhinderungsgrund. Die mögliche und eher familiär geprägte Vornahme einer Firmenleitung: „Ich bin jederzeit für alle meine Mitarbeiter\*innen Ansprechpartner\*in“ ignoriert dabei die eigenen Vorannahmen inklusive eigener prägender Normen, Werte und Glaubenssätze und setzt die persönliche Einschätzung als allgemeingültig an, was mindestens kritisch zu hinterfragen ist. Zudem besteht an dieser

Stelle die Gefahr einer Rollenvermischung zwischen „Firmeninhaber\*in mit Personalentscheidungskompetenz“ und „kollegialer\*m Zuhörer\*in auf Augenhöhe“.

Zusammenfassend wurde mit Blick auf die voranstehenden Ausführungen und in der Konsequenz der Aussagen und Ergebnisse die notwendige Teilhabe der Beschäftigten im Sinne eines sozialpartnerschaftlichen Lösungsansatzes als ein entscheidender Gelingensfaktor bei möglichen Unterstützungsangeboten für erwerbstätige, sorgende Angehörige im Betrieb deutlich formuliert.<sup>14</sup>

Insgesamt wurde erkennbar, dass es neuer und selbstkritischer, kreativer und kommunikativer Wege, ggf. über kooperative Verbünde von Unternehmen mit dem Ziel von Synergieeffekten bedarf, wobei sich je nach Betriebsgröße, personellen und räumlichen Ressourcen u. Ä. diverse Fragen nach Organisation, Ort, Zeitrahmen, externe (neutrale) Begleitung u. a. stellen. Es gilt „out of the box“ zu denken und nicht zuletzt für die kleineren Betriebe innovative wie realistische und damit umsetzbare Formate zu generieren.

Dies spricht auch Innungen, Kreishandwerkerschaften und andere berufsspezifische Institutionen an, um beispielhaft systemisch moderierte online-Formate als Austauschforen oder thematisch zentrierte Fortbildungsmaßnahmen zu den oben angeführten Themen anzubieten und verstetigend zu etablieren.

Abschließend soll noch ein Aspekt der Öffentlichkeitsarbeit benannt werden, den Unternehmen, die sich um ihre erwerbstätigen, sorgenden Angehörigen kümmern, unmittelbar etablieren können und der offenkundig häufig vernachlässigt wird:

Nur eine kleine Anzahl von Betrieben, die sich bereits um ihre erwerbstätigen, sorgenden Angehörigen kümmern, stellen diese Tätigkeit auch auf ihrer Website dar. Für eine nachwachsende Generation Z, deren Hauptaugenmerk auf einem veränderten Verständnis von Beruf und Sozialleben und deren Vereinbarkeit liegt, kann dies jedoch ein wesentlicher Aspekt zur Wahl des zukünftigen Arbeitsplatzes sein. Mit Blick auf den existierenden Fachkräftemangel stellt dieser Faktor ein nicht zu vernachlässigendes Argument dar.<sup>15</sup>

## 7 Exkurs: Anmerkungen zur Regionalität

Im Verlauf der Studie tauchte die Frage auf, welche Bedeutung ein rural geprägter gegenüber einem urban geprägten Raum bezüglich des Untersuchungsgegenstandes der Machbarkeitsstudie hat.

---

<sup>14</sup> Siehe hierzu ausführlich Kapitel 9.

<sup>15</sup> Siehe dazu die Hinweise in Fußnote 11 und 13.

Die regionale Verortung der Machbarkeitsstudie im Kreis Borken ordnet sich auf den ersten Blick den eher ruralen Räumen zu.<sup>16</sup> Es war nicht Teil der Studie herauszufinden, welche Aspekte typisch für einen bestimmten Raumtyp sind, sei er ländlich oder eher städtisch geprägt und inwieweit eine solche Unterscheidung überhaupt verifizierbar zu tätigen wäre.<sup>17</sup>

So soll an dieser Stelle nur der zentrale Aspekt in der Diskussion der beteiligten Unternehmen benannt werden, der für die Frage nach den regionalen Besonderheiten und inwieweit diese einen Einfluss auf die Umsetzung von innerbetrieblichen Angeboten für erwerbstätige, sorgende Angehörige haben, relevant sein kann:

Eine Reihe von Unternehmen, wirtschaftlichen Institutionen und Verbänden in der Region haben auf der oberen Leitungsebene über ihre beruflichen Kontakte hinaus teilweise langjährige und gewachsene Berührungspunkte auf der sozialen und privaten Ebene, sei es über eher dörflich geprägte Vereine, Ehrenämter oder lokale Festivitäten.

Diese soziokulturellen Gegebenheiten und Praktiken sind insbesondere für den informellen Austausch von Bedeutung. Hier bieten sich Möglichkeitsräume für die beteiligten Akteure auf direktem Wege an: Man „kennt sich“, und sofern die handelnden Personen mit den entsprechenden Unternehmen und Institutionen nicht einem reinen Konkurrenzdenken verhaftet bleiben, sondern an sinnvoller und effektiver Kooperation interessiert sind, bieten sich diese „kurzen Wege“ auch für einen Erfahrungsaustausch und für multiplizierende Tätigkeiten an.

Es stellt sich die Frage, inwieweit diese Konstrukte nicht ressourcengewinnend auch für das Thema erwerbstätige, sorgende Angehörige nutzbar gemacht werden können, ohne dass damit bereits eine normative Festlegung über die Art und Weise innerbetrieblicher Strategien und Unterstützungsangebote einhergeht.

Fruchtbare und konstruktive Wirkungen können diese „kurzen Wege“ hinsichtlich einer gegenseitigen Lernkultur und Netzwerkarbeit sowie des Erfahrungsaus-

---

16 Im Kreis Borken leben rund 380.000 Einwohner\*innen in 17 Gemeinden mit gut 154.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Auf den ersten Blick dem ruralen Raum zugeordnet, belegte der Kreis Borken im Verarbeitenden Gewerbe, dem Bausektor und im Handwerk in den letzten Jahren immer wieder die vorderen Plätze unter allen Kreisen und kreisfreien Städten in NRW und gilt als einer der innovationsstärksten Regionen Nordrhein-Westfalens. Wie im ganzen Bundesgebiet sehen sich die Unternehmen im Kreis Borken aber auch mit einem zunehmenden Fachkräftemangel konfrontiert. Lehrstellen bleiben immer häufiger unbesetzt. Es wird zugleich immer schwieriger, für Kolleginnen und Kollegen, die in den Ruhestand gehen, adäquaten Ersatz zu finden. Siehe: [https://kreis-borken.de/fileadmin/kbor/Kreisregion/Kreisentwicklung/Kompass\\_2035.pdf](https://kreis-borken.de/fileadmin/kbor/Kreisregion/Kreisentwicklung/Kompass_2035.pdf).

17 Das Zuordnungen in rurale oder urbane Räume zum Beispiel für einen Transfer in „alle“ rurale Räume gewinnbringend sind, wirft einige Probleme auf. Siehe dazu folgenden Studie: Fina et al. 2021.

tauschs mit der Entwicklung neuer Ideen innerhalb der Region zur gegenseitigen Unterstützung haben.

Werden diese Synergieeffekte sinnvoll genutzt und möglicherweise auch von der informellen Ebene in einen verlässlichen formellen Austausch überführt, kommen die positiven Effekte der Auseinandersetzung dem Betrieb, den Betroffenen und der Region als Wirtschaftsstandort selbst zugute.

Abschließend sei an dieser Stelle noch bemerkt: Erweitert sich der Blick über die Region hinaus, die im Rahmen der Machbarkeitsstudie von Interesse war, stellt sich die oben genannte Frage nach den Auswirkungen regionaler Besonderheiten und Mentalitäten auf den Umgang mit erwerbstätigen, sorgenden Angehörigen ggf. noch einmal gesondert:

Welche (gesellschafts-)politischen, soziokulturellen, ökonomischen und geschlechterspezifischen Aspekte, die gegebenenfalls in der Region meinungsbildend sind, müssen mit in den Blick genommen werden, um sich dem Thema erwerbstätige, sorgende Angehörige im Betrieb aus spezifisch unternehmerischer wie allgemein sozialpartnerschaftlicher Sicht zu nähern.<sup>18</sup>

## **8 Transferleistungen und Umsetzungskompetenz: Wissen allein reicht nicht**

Für eine gelingende Transferleistung, d. h., die praktische Umsetzung des Vorhabens, innerbetriebliche Unterstützungsleistungen zu etablieren, sind unabhängig von dem noch zu leistenden sozialpartnerschaftlichen Aspekt eine Reihe von Faktoren relevant.<sup>19</sup>

Es gibt einen offenkundigen Unterschied zwischen der Bereitschaft, einen Erkenntnisgewinn zu erlangen und der Bereitschaft, diesen Erkenntnisgewinn auch in der Alltagspraxis umzusetzen. Gleiches gilt für die Unterscheidung zwischen einen (Lösungs-)Weg zu kennen und einen (Lösungs-)Weg zu gehen.

Dies bedeutet für die Führungskräfte in den Unternehmen bzw. die obere Leitungsebene je nach Entscheidungskompetenz, dass für ein Gelingen des Prozesses zunächst eine eindeutige Positionierung eingenommen werden muss, welchen „(Stellen-)Wert“ das Thema erwerbstätige, sorgende Angehörige im eigenen Unternehmen bekommen soll.

---

18 Die Auseinandersetzung mit der Bedeutung von ruralen und urbanen Räumen auf die strategische Entwicklung innerbetrieblicher Unterstützungsangebote für erwerbstätige, sorgende Angehörige bleibt einer weiterführenden Forschung vorbehalten. Hier kann an die Überlegungen des Projekts Work & Care in Ost-Westfalen-Lippe angeknüpft werden. Siehe Borchers et al. 2021; zur Rolle der Kommunen als Unterstützer siehe auch Brüker et al. 2017.

19 Vgl. nachfolgendes Kapitel 9.

Die Beantwortung korrespondiert möglicherweise mit der Frage nach einer größeren Kultur- und Haltungsveränderung auf der Führungsebene des Unternehmens inklusive der Fragestellung, wie dies gelingen und etabliert werden kann. Es zieht auch die persönliche Auseinandersetzung der verantwortlichen Führungskräfte nach sich, was diese individuell konkret und praktisch bereit sind, für eine Etablierung des Themas im Betrieb zu tun und was konkret in der betrieblichen Struktur möglicherweise zu verändern ist.

Wird die Etablierung positiv beantwortet, werden die Aspekte Rollenklarheit des\*der Ansprechpartner\*in, Partizipation gegenüber den Mitarbeitenden und Überprüfung der etablierten Unterstützungsmaßnahme sowie die Sicherung der Abläufe relevant.

Gleichzeitig ist es für eine Akzeptanz und Bereitschaft zur Annahme des Angebots förderlich, wenn Informationen zur Thematik allgemein transparent, sicher und einfach formuliert gegeben und Informationsangebote an die Mitarbeiter\*innen adressengerecht aufbereitet und regelmäßig überprüft werden. Dies hat den bedeutsamen Nebeneffekt, dass eigene Gestaltungs- und Entwicklungsmöglichkeiten mit entsprechenden entlastenden Perspektiven aufgezeigt und am Arbeitsplatz integrieren werden können.

Für die unmittelbare praktische Arbeit mit den erwerbstätigen, sorgenden Angehörigen im Betrieb wird dann bei angemeldetem Bedarf und im Austausch mit dem\*der jeweiligen Ansprechpartner\*in

- ein Realitätscheck (Welche der Bedarfe und Lösungsstrategien sind tatsächlich real und in einem überschaubaren zeitlichen Rahmen umsetzbar?),
- die Praxiskompatibilität und Praxistauglichkeit (Welche Möglichkeiten für eine Lösung/Unterstützung können innerbetrieblich geleistet werden?),
- die Umsetzungskompetenz der Beteiligten (Welche Ressourcen werden mitgebracht, welche müssen geschaffen werden?) und
- die Erarbeitung einer Verstetigungskompetenz (Wie können erleichternde Transferprozesse von Unterstützungsleistungen im Betrieb und in der häuslichen/privaten Situation gelingen?)

bedeutsam und erfordert eine entsprechende Bearbeitung.

## **9 Schlussbemerkung: Sozialpartnerschaftlicher Ansatz bei der Ziel- und Lösungsorientierung erforderlich**

Die Ergebnisse der Studie zeigen auf, dass ein sozialpartnerschaftlicher, kooperativer innerbetrieblicher Ansatz erforderlich ist, um den Herausforderungen zu begegnen, die erwerbstätige, sorgende Angehörige sowohl für die Betriebe wie für die

Betroffenen selbst mit sich bringen. Deutlich wurde erkennbar, dass keine\*r der Sozialpartner\*innen im Betrieb zum Thema komplett isoliert, sondern vielmehr in seiner Wechselwirkung zu betrachten ist.

Anhand der Zielsetzung der Machbarkeitsstudie konnte dargelegt werden, inwieweit sich zunächst die Betriebe und ihre verantwortlichen Führungskräfte auf der Unternehmensebene konkret und praxisnah dem Thema erwerbstätige, sorgende Angehörige im Unternehmen in einem ersten Schritt nähern können. Dabei wurden diverse als relevant identifizierte Fragestellungen offengelegt und mit den teilnehmenden Führungskräften der oberen Leitungsebene diverse Möglichkeiten einer ersten Beantwortung erarbeitet.

Dargestellt wurde zudem, dass es eines verantwortlichen, agierenden und salutogenetischen Verständnisses der Unternehmensführung bzw. der Führungskräfte bedarf, um eine isolierte innerbetriebliche Strategieentwicklung ohne den Einbezug der Adressat\*innen für Unterstützungsmaßnahmen zu vermeiden und auch keine relevanten Transferhemmnisse bei dem entsprechenden Angebot entstehen zu lassen.

Der probeweise Einsatz einer nicht-repräsentativen Erstbefragung von Teilen der Belegschaft in den jeweiligen Betrieben bestätigte diesen Eindruck vollumfänglich: Die Tatsache, dass sich die Unternehmensleitungen im Verlauf der Machbarkeitsstudie initiativ auf die Beschäftigten zubewegten und nach den Bedürfnissen der Betriebsangehörigen hinsichtlich tatsächlicher oder möglicher Sorgkontexte fragten, wurde ausnahmslos begrüßt und zum Teil für direkte weitergehende Gespräche genutzt.

War die vorliegende Machbarkeitsstudie auf die Auseinandersetzung der Führungskräfte bzw. oberen Leitungsebene der Betriebe zum Thema erwerbstätige, sorgende Angehörige ausgerichtet, so ist es mit Blick auf den sozialpartnerschaftlichen Ansatz in einem zweiten Schritt erforderlich, die Bedarfe der Betriebsangehörigen analog zu den Unternehmen zu erheben, um ihre Problemlagen und tatsächlichen Bedarfe sichtbar zu machen.<sup>20</sup>

Ein folgender dritter Schritt brächte anschließend beide Sozialpartner\*innen mit ihren jeweiligen Erkenntnisgewinnen systemisch begleitet und neutral moderiert an einen Tisch, um im Sinne einer gelingenden Kooperation die jeweiligen betriebsspezifisch passende Strategien gemeinsam zu entwickeln.

---

20 Hier sind folgerichtig auch die Arbeitnehmervertretungen bzw. Betriebsräte einzubinden. Schon 2008 war es dem DGB-Vorstand ein Anliegen, das Thema Vereinbarkeit von Pflege und Beruf als Handlungsfeld für betriebliche Interessensvertretungen deutlich zu machen: siehe DGB-Vorstand 2008.

Mögliche Vorbehalte der Sozialpartner\*innen untereinander gilt es dabei abzubauen; hier wäre ein begründeter, nachvollziehbarer und akzeptierender Hinweis auf den Nutzen für beide Parteien aktiv zu führen.<sup>21</sup>

Ein solcher gelingender partizipativer Austausch kann sich auf die Bedarfe beider Sozialpartner\*innen konzentrieren und gemeinsame Ziele benennen, die den Erhalt der Arbeitskraft der erwerbstätigen, sorgenden Angehörigen mit seinen beruflichen, sozialen und gesundheitlichen Aspekten ebenso in den Fokus rücken wie die Leistungsfähigkeit der Betriebe und ihre Attraktivität auf dem Arbeitsmarkt.

Es erscheint aus Sicht der Autoren dabei zentral zu sein, nicht einer Ökonomie des Verhaltens zu verfallen und neue kreative und zeitgemäße Formen von Unterstützungsleistungen von vorneherein auszuschließen, sondern sie in Zeiten vielfältiger gesellschaftlicher Herausforderungen für alle Beteiligten vielmehr agierend zu suchen und zu erproben.

Der duale Ansatz, für erwerbstätige, sorgende Angehörige in den Unternehmen auf externe Angebote zur Unterstützung hinzuweisen und gleichzeitig bewusst und nachhaltig betriebsinterne zu kreieren und zu etablieren ist ein Baustein dieses notwendigen Prozesses.

## Literatur

- Auth, Diana/Brüker, Daniela/Dierkes, Mirjam/Leiber, Simone/Leitner, Sigrid/Vukoman, Marina (2015): Wenn Mitarbeiter Angehörige pflegen: Betriebliche Wege zum Erfolg. Ergebnisse des Projekts „Männer zwischen Erwerbstätigkeit und Pflege“ (MÄNNEP), gefördert von der Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Auth, Diana/Brüker, Daniela/Discher, Kerstin/Kaiser, Petra/Leiber, Simone/Leitner, Sigrid (2020): Sorgende Angehörige. Eine intersektionale Analyse. Münster: Verlag Westfälisches Dampfboot.
- Auth, Diana/Discher, Kerstin/Kaiser, Petra/Leiber, Simone/Leitner, Sigrid/Varnholt, Anika (2018): Sorgende Angehörige als Adressatinnen einer vorbeugenden Pflegepolitik. Eine intersektionale Analyse. FGW – Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung e. V. Düsseldorf (FGW-Studie Vorbeugende Sozialpolitik, 15).
- Backhaus, Nils/Rose, Uwe (2022): Beschäftigte mit Pflegeaufgaben im privaten Umfeld: Verbreitung und psychische Gesundheit. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (baua). Dortmund: baua: Fakten.

---

21 Die Autoren des Beitrags führen seit dem 1. April 2023 über einen Zeitraum von 36 Monaten ein durch das BMAS gefördertes und sozialpartnerschaftlich orientiertes Projekt zur Vereinbarkeit der Interessen und Bedarfe von Unternehmen sowie erwerbstätig sorgenden Angehörigen im Kreis Borken durch. Vgl. hierzu: <https://www.erwerbstaetig-sorgende-angehoerige.de/>.

- Bohnet-Joschko, Sabine/Bidenko, Katharina (2019): Pflegende Angehörige: Hoch belastet und gefühlt allein gelassen. In: Deutsches Ärzteblatt 116 (46), Artikel 20.
- Bohnet-Joschko, Sabine/Bidenko, Katharina/Liebelt, Len-Julian/Krah, Nina-Sofia/Tewes, Christin/Segmüller, Tanja (2020): Zielgruppenspezifische Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige (ZipA). Transferbericht des Projekts. Witten: Universität Witten/Herdecke.
- Borchers, Uwe/Evans, Michaela/Schnecke, Jan Hendrik/Völz, Silke (2021): Mit besserer Vereinbarkeit von Beruf und Pflege zu mehr regionaler Resilienz. In: Public Health Forum 29 (3), S. 191–193.
- Brademann, Isabell/Prior, Rüdiger (2018): Generation Z – Analyse der Bedürfnisse einer Generation auf dem Sprung ins Erwerbsleben. In: Hermeier, Burghard et al. (Hrsg.): Arbeitswelten der Zukunft. Wie die Digitalisierung unsere Arbeitsplätze und Arbeitsweisen verändert. Berlin: Springer Gabler, S. 345–360.
- Brüker, Daniela/Kaiser, Petra/Leiber, Simone/Leitner, Sigrid (2017): Die Rolle der Kommunen in der Pflegepolitik. Chancen und Grenzen einer vorbeugenden Perspektive. In: Zeitschrift für Sozialreform 63 (2), S. 301–332. Online verfügbar unter [https://soz-kult.hs-duesseldorf.de/forschung/forschungsaktivitaeten/forschungsprojekte/pflegeintersek/Documents/\[Zeitschrift%20fr%20Sozialreform\]%20Die%20Rolle%20der%20Kommunen%20in%20der%20Pflegepolitik.pdf](https://soz-kult.hs-duesseldorf.de/forschung/forschungsaktivitaeten/forschungsprojekte/pflegeintersek/Documents/[Zeitschrift%20fr%20Sozialreform]%20Die%20Rolle%20der%20Kommunen%20in%20der%20Pflegepolitik.pdf) [Zugriff 29.09.2023].
- Buchenau, Peter (Hrsg.) (2016): Chefsache Gesundheit II: Der Führungsratgeber fürs 21. Jahrhundert. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Buchenau, Peter (Hrsg.) (2018): Chefsache Gesundheit I: Der Führungsratgeber fürs 21. Jahrhundert. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2021): Pflegende Beschäftigte brauchen Unterstützung. 2. Auflage. Online verfügbar unter [https://www.erfolgsfaktor-familie.de/fileadmin/ef/Netzwerken/8\\_Wissensplattform/PDFs/2020\\_Leitfaden\\_Pflegende\\_Beschaeftigte\\_brauchen\\_Unterstuetzung\\_2.\\_Auflage.pdf](https://www.erfolgsfaktor-familie.de/fileadmin/ef/Netzwerken/8_Wissensplattform/PDFs/2020_Leitfaden_Pflegende_Beschaeftigte_brauchen_Unterstuetzung_2._Auflage.pdf) [Zugriff 29.09.2023].
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2019): Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Online verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/aeltere-menschen/vereinbarkeit-von-pflege-und-beruf/beirat-beruf-pflege> [Zugriff 29.09.2023].
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2023): Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Online verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/aeltere-menschen/vereinbarkeit-von-pflege-und-beruf/beirat-beruf-pflege> [Zugriff 29.09.2023].
- DGB-Bundesvorstand (2008): Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Ein Handlungsfeld für Betriebsräte. Frankfurt am Main.
- Dohmeyer, Hendrik (2019): Sorgende Angehörige. Online verfügbar unter <https://pflege-dschungel.de/sorgende-angehoerige/> [Zugriff 29.09.2023].

- Dosch, Erna (2016): „Neue Männer hat das Land“. Männer vereinbaren Pflege und Beruf. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 49 Jg., Heft 8, S. 679–684
- Ehrlich, Ulrike/Minkus, Lara/Hess, Moritz (2020): Einkommensrisiko Pflege? Der Zusammenhang von familiärer Pflege und Lohn. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 53 (1), S. 22–28. DOI: 10.1007/s00391-019-01666-5.
- Felder, Lars/Geyer, Johannes/Haan, Peter/Teschner, Mia (2020): Verteilungswirkungen von finanziellen Unterstützungsmodellen für pflegende Angehörige. DIW Berlin. Berlin: Politikberatung kompakt 186.
- Fina, Stefan/Fromhold-Eisebith, Martina/Volgmann, Kati (2021): Ungleiches Nordrhein-Westfalen. Gleichwertige Lebensverhältnisse für mehr Chancengerechtigkeit und starke Zukunftsperspektiven. Hrsg. von Friedrich-Ebert-Stiftung Nordrhein-Westfalen. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Gärtner, Debora/Lange, Katrin/Stahlmann, Anne (2020): Was der Gender Care Gap über Geld, Gerechtigkeit und die Gesellschaft aussagt. Einflussfaktoren auf den Gender Care Gap und Instrumente für seine Reduzierung. Hg. v. Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin (Bundesministerium). Online verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/154696/bb7b75a0b9090bb4d194c2faf63eb6aa/gender-care-gap-forschungsbericht-data.pdf> [Zugriff 29.09.2023].
- Geyer, Johannes (2022): Verteilungswirkungen von finanziellen Unterstützungsmodellen für pflegende Angehörige. Mikrosimulationsstudie im Auftrag des VdK. Unter Mitarbeit von Lars Felder, Peter Haan und Mia Teschner. Berlin: DIW Berlin.
- Hans-Böckler-Stiftung (2020): Hohe Arbeitsbelastung macht krank. Düsseldorf (Böckler Impuls, 17/2020). Online verfügbar unter <https://www.boeckler.de/de/boeckler-impuls-hohe-arbeitsbelastung-macht-krank-28161.htm> [Zugriff 29.09.2023].
- Heitmann-Möller, André/Hasseler, Martina/Ruppert, Sven-Nelson (2020): „Müssen Sie jedes Mal einen Urlaubstag opfern?“. Einblicke in die Care-Arbeit von Berufstätigen mit pflegerischer Verantwortung in der Perspektive einer kritischen Pflegewissenschaft. In: *Sozialer Fortschritt* 69, S. 307–323.
- Hielscher, Volker/Kirchen-Peters, Sabine/Nock, Lukas (2017): Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft. Unter Mitarbeit von Max Ischebeck. FF Forschungsförderung. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, S. 363.
- Institut DGB-Index Gute Arbeit (2022): Alle gesund? Wie die Beschäftigten ihre Arbeitsbedingungen und ihren Gesundheitszustand bewerten. Sonderauswertung der Repräsentativumfrage zum DGB-Index Gute Arbeit 2019 [Zugriff 29.09.2023].
- Klafke, Martin (Hrsg.) (2014): *Generationen-Management. Konzepte, Instrumente, Good-Practice-Ansätze*. Berlin: Springer Gabler.
- Lattek, Anne-Dörte/Seidl, Norbert/Büker, Christa/Marienfeld, Senta (2022): *Pflegende Angehörige: Genderspezifische Erwartungen an soziale Unterstützungssysteme*. Online verfügbar unter <https://eds-s-ebsohost-com.ezproxy.fh-muenster.de/>

eds/ebookviewer/ebook?sid=cf520865-8289-4cb8-8fd1-0473eb7a64ba%40redis&vid=0&format=EB [Zugriff 29.09.2023].

- Mischler, Till (2017): Die Attraktivität von Ausbildungsberufen im Handwerk. Eine empirische Studie zur beruflichen Orientierung von Jugendlichen. Berichte zur beruflichen Bildung. Hrsg. v. Bundesinstitut für Berufsbildung, Bonn.
- Reichert, Monika (2016): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege – (k)ein Thema für Unternehmen? In: Naegele, Gerhard/Olbermann, Elke/Kuhlmann, Andrea (Hrsg.): Teilhabe im Alter gestalten: Aktuelle Themen der Sozialen Gerontologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 251–264.
- Ruppert, Sven-Nelson/Heitmann-Möller, André/Hasseler, Martina (2019): Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Angehörigenpflege in kleinen und mittleren Unternehmen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 52 (6), S. 563–567. DOI: 10.1007/s00391-018-1442-4.
- VDEK (2023): Finanzielle Belastung einer/eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege. Berlin.
- Völz, Silke/Schnecke, Jan Hendrik (2021): Beruf und Pflege besser vereinbaren: individuelle und betriebliche Perspektiven als regionaler Gestaltungsansatz. In: Internet-Dokument. Gelsenkirchen: Institut Arbeit und Technik. Forschung Aktuell, Nr. 03/2021. Online verfügbar unter <https://www.iat.eu/forschung-aktuell/2021/fa2021-03.pdf> [Zugriff 29.09.2023].

# Die Ortskirchengemeinde als Akteurin der regionalen Gesundheitsfürsorge – eine historische Bestandsaufnahme und gegenwärtige Perspektiven

Manuel Stübecke

## 1 Vorbemerkung

Auch zum Jahresende 2022 kam es (wieder einmal) zu einem Paukenschlag: Der *Religionsmonitor 2023* der Bertelsmann Stiftung zeigte an (wie auch in den Vorjahren), dass zunehmend mehr Menschen den beiden großen Kirchen in Deutschland den Rücken kehrten und austraten – zumindest aus den Institutionen. Laut der Studie handelt es sich dabei um einen gesamt-gesellschaftlichen Trend. Doch eine dennoch den Glauben bejahende Angabe („sehr oder ziemlich stark an Gott zu glauben“) wurde von etwa 38 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie bestätigt. In der Studie wird erkannt, dass Kirchenmitgliedschaft und persönlicher Glaube voneinander zu unterscheiden sind, da 92 % der Personen mit Austrittswillen trotzdem der Antwortoption zustimmten, „man“ könne „auch ohne Kirche Christ sein“. Begründet werden Austritte oftmals mit einem „Vertrauensverlust in Kirchen“ (Bertelsmann Stiftung 2022, Online-Abruf, o. S.).

Aus den einstigen Volkskirchen sind immer mehr Minderheitenkirchen geworden. Die konfessionsfreie *Forschungsgruppe für Weltanschauungsfragen* berichtete im Juni 2022, dass die Mitglieder der römisch-katholischen Kirche sowie der Landeskirchen der Evangelischen Kirche in Deutschland insgesamt noch 49,7 % ausmachen würden und somit erstmals der Anteil der Kirchenmitglieder weniger als die Hälfte der Gesamtbevölkerung betrage (fowid, 27.06.2022, Online-Abruf, o. S.).

Deutschland bewegt sich dabei gegen den Trend, denn global betrachtet wächst das Christentum. Als wachsende Religionsgemeinschaft ist das Christentum „in Asien, Afrika und Lateinamerika“ auszumachen, insgesamt zwei Drittel der Gesamtchristenheit leben in diesen Regionen. Überwiegend handelt es sich dabei um jüngere Strömungen des Christentums, die teilweise aus dem Protestantismus hervorgegangen, aber erkennbarer konservativer als in Europa, sind (Lehming 2017, Online-Abruf, o. S.). Weltweite statistische Erhebungen des Jahres 2015 wiesen das Christentum als insgesamt größte religiöse Gruppe innerhalb der Weltbevölkerung

aus. Entsprechend den berücksichtigten Studien bekannten sich 31,2 % der Weltbevölkerung zum Christentum, gefolgt von rund 25 % muslimischer Menschen (Hackett/McClendon 2017, Online-Abruf, o. S.).

Zeugnis der historischen kirchlichen Relevanz in Deutschland geben u. a. die über 20.000 Kirchengebäude der evangelischen Landeskirchen (EKD 2019, Online-Abruf, o. S.) sowie die rund 10.000 Pfarreien (mit mutmaßlich mindestens einem Kirchengebäude) der Römisch-Katholischen Bistümer (DBK 2011: 3). Bei insgesamt 10.699 kommunalen Gemeinden (Dörfer und Städte) in Deutschland zum 31.12.2019 (Bundeswahlleiter 2011, Online-Abruf, o. S.) ist es nicht vermessen zu sagen, dass sich wohl in jedem Dorf und in jeder Stadt in Deutschland mindestens eine Kirche finden lässt. Zudem ist festzuhalten, dass es sich bei *Diakonie* (evangelisch) und *Caritas* (katholisch) mit um die größten Arbeitgeber in Deutschland handelt, die flächendeckend in der Infrastruktur des Sozialstaats eingebettet sind. Die institutionellen Wurzeln liegen in den konfessionellen Profilen, die durch die Säkularisierung der Gesellschaft stetig angefragt werden (Karic 2022: 60).

Trotz der anzunehmenden kirchlichen Präsenz – gerade im sozialen Bereich – durch benannte Institutionen kann dennoch deutlich angemerkt werden, dass „Sozialarbeit und Religion“, so der Titel eines Bandes von Ronald Lutz und Doron Kiesel, keineswegs *Hand in Hand* gehen. In seinem Vorwort gibt Lutz sogar an, dass durch die Verbindung Themenfelder – Sozialarbeit und Religion – mitnichten „neue Autoritäten“ in die Soziale Arbeit eingeführt werden sollen. Vornehmlich bezieht sich Lutz auf Religion im Sinne von Institutionen, im Sinne von individueller Religiosität sowie auf Religion als sinnstiftendes Narrativ (Lutz 2022a: 10).

Diese drei Kategorien – Religion als Institution, individuelle Religiosität, Religion als sinnstiftendes Narrativ – sollen im Folgenden bei den Betrachtungen mitgedacht werden. Eine Vergegenwärtigung zuvor genannter Zahlen (Kirchengebäude im Vergleich zu den Dörfern und Städten in Deutschland) führt zur titelgebenden Annahme, dass die Ortskirchengemeinde in der regionalen Gesundheitsfürsorge eine dezidierte Rolle als Akteurin einnimmt oder einnehmen kann (in Strukturen, in denen dies bislang noch nicht der Fall ist). Eingehender besprochen wird das Thema anhand der Gegebenheiten der evangelischen Landeskirche, um einer Zerfaserung in verschiedene (Rechts-)Formen christlicher Präsenz in Deutschland vorzubeugen. In Deutschland zählen die landeskirchlichen Gemeinden, entsprechend dem Parochialprinzip (eine Parochie ist eine Pfarrgemeinde), zu den Körperschaften öffentlichen Rechts, in denen Pfarrpersonen mit ehrenamtlichen Leitungsgremien (Presbyter) wirken. Verschiedene Parochien sind als Kirchenkreise (Verwaltungsbezirke) miteinander verbunden und bilden so die verschiedenen Gebiete einer Landeskirche (Munsonius 2015: 142ff.). Gerade diese kleinste Einheit – die Pfarrgemeinde – soll (nach einer historischen Erhebung) als Akteurin der

Gesundheitsfürsorge zur Förderung von Gesundheit im regionalen Raum in den Blick genommen werden – beispielgebend dient dazu das Seelsorgeangebot.

## 2 Biblischer und historischer Befund (exemplarisch)

„14 Ist jemand unter euch krank, der rufe zu sich die Ältesten der Gemeinde, dass sie über ihm beten und ihn salben mit Öl in dem Namen des Herrn. 15 Und das Gebet des Glaubens wird dem Kranken helfen, und der Herr wird ihn aufrichten; und wenn er Sünden getan hat, wird ihm vergeben werden. 16 Bekennt also einander eure Sünden und betet füreinander, dass ihr gesund werdet. Des Gerechten Gebet vermag viel, wenn es ernstlich ist.“ (Jakobus 5,14ff.)

Auch vor 2.000 Jahren war Kirche Akteurin im Sozialraum, wie beispielsweise der zitierte Auszug aus dem Jakobusbrief verdeutlicht. Dieser Brief wird den sogenannten Episteln, den Lehrbriefen im Neuen Testament, zugeordnet. Aktuelle Datierungen gehen von einem Abfassungszeitraum um die Jahre 43 oder 44 (nach der Geburt Christi/nach unserer Zeitrechnung) aus. Der Autor des Briefes richtet sich an „frühchristliche Gemeinden“, die womöglich in der *Diaspora* waren. Dies bedeutet, dass es sich nicht um Gemeinden in frühen christlichen Zentren handelte, sondern um Gemeinschaften, die in Gebieten anderer religiöser Majoritäten und/oder in Regionen religiöser Pluralität verortet waren (der altgriechische Begriff *διασπορά* bedeutet „Zerstreuung“). Obschon „klassische Briefcharakteristika [überwiegend] fehlen“, wird der historische Text gemeinhin in diese Gattung eingeordnet (Pflock 2019f.). Der Jakobustext zeugt von einer monotheistischen Weltanschauung, in welcher Jesus Christus<sup>1</sup> ein besonderer Platz eingeräumt wird, obwohl keine christologische Betrachtung das Thema des Textes ist. Vielmehr geht es um einen „handelnden Glauben“ und damit auch um das Gebet als Kommunikationsakt „zwischen Gott und Gläubigen“, zudem kommt es, im zuvor genannten Auszug, zu einer Krankensalbung, die – gemeinsam mit dem Gebet – zur Heilung führen soll (ebd.: 12ff.). Ein *handelnder Glaube* ist auch in den Evangelien (Evangelium = *frohe Botschaft*) erkennbar – beispielsweise in einer Rede im Matthäus-Evangelium, die Jesus zugeschrieben wird.

1 Gemeinhin wird Jesus von Nazareth, „Beiname Nazarener“, wahrscheinlich Träger „des hebräischen theophoren Eigennamens *Jeshua/Joshua* (Jahwe [Gott] hilft/rettet“, als Stifter des Christentums angesehen. Als jüdischer Prediger wurden ihm Hoheitstitel zugesprochen, so steht Christus für „Gesalbter“ (aus dem Griechischen), was dem hebräischen Begriff *משיח* („Messias“) entspricht. Seine Anhängerinnen und Anhänger (Jünger) sahen in ihm die Erfüllung jüdischer Prophezeiungen. Unter dem herrschaftlichen Titel „Sohn Gottes“ thematisieren die *Evangelien* im Neuen Testament der Bibel seine Wirkungsgeschichte (Evangelium von Griechisch *εὐαγγέλιον*). Für seine Historizität liegen überwiegend christliche Quellen vor (Dormeyer 2012: 2–5).

In dieser Rede sagt Jesus zu seinen Anhängern, den Jüngerinnen und Jüngern, Folgendes (nachfolgend als Auszug):

„Denn ich bin hungrig gewesen und ihr habt mir zu essen gegeben. Ich bin durstig gewesen und ihr habt mir zu trinken gegeben. [...] Ich bin krank gewesen und ihr habt mich besucht. Ich bin im Gefängnis gewesen und ihr seid zu mir gekommen. Dann werden ihm die Gerechten antworten und sagen: Herr, wann haben wir dich hungrig gesehen und haben dir zu essen gegeben? Oder durstig und haben dir zu trinken gegeben? [...] [Darauf antwortete Jesus:] Wahrlich, ich sage euch: Was ihr getan habt einem von diesen meinen geringsten Brüdern, das habt ihr mir getan.“ (Auszug aus Matthäus 25,31-46)

Auffällig am Auszug aus dem Jakobusbrief ist, dass bei Krankheit dazu aufgerufen wird, die „Ältesten der Gemeinde“ zu verständigen. Im Urtext ist an dieser Stelle von *πρεσβυτέρους*, von *Presbytern*, die Rede. Deutlich wird bei dieser Begrifflichkeit, dass jene Personen gemeint sind, welche der Gemeinde vorstehen, also die Leitung haben (Biblehub, o. J., Online-Abufr, o. S.). Somit ist die Kenntnis um die Erkrankung eines Gemeindeglieds bereits in frühchristlicher Zeit der Leitungsebene der Organisationseinheit des Zusammenschlusses von Gläubigen zugeordnet. Unabhängig von der jenseitigen Option, die mit der Aufforderung zum Gebet aufgetan wird (Heilung), liegt die diesseitige Perspektive darin, eine erkrankte Person darin zu bestärken, die Erkrankung nicht als Stigma zu begreifen, sich also nicht ausgegrenzt zu fühlen und sich nicht zu verstecken. Die Gesundung des erkrankten Menschen wird durch die Präsenz der Ältesten (und durch die spirituelle Fürbitte, ein *Sich-Einsetzen für* im Rahmen der monotheistischen Weltanschauung) in den Fokus der Gemeinde gerückt. Nicht zu unterschätzen ist dabei, dass den Gemeinden die Erzählungen um Jesus bekannt waren und somit womöglich auch Reden, wie die exemplarisch aufgeführte Stelle aus dem Matthäus-Evangelium, welche ausdrückt, dass die Sorge um einen Kranken oder einen Delinquenten auch die Umsorgung Jesu selbst sein kann, da Kerngedanke dieses *handelnden Glaubens* das Jesuswort ist: „Was ihr getan habt einem von diesen meinen geringsten Brüdern, das habt ihr mir getan.“ Dieser biblische Impetus sorgte für eine frühe Positionierung im System lokaler Akteurinnen und Akteure zur Förderung von Gesundheit im regionalen Raum. Dabei galten Bibelworte – gerade den frühen Gemeinden – stets als Richtschnur: Nicht zuletzt der Grundsatz der *Sola Scriptura* („Allein die Schrift!“) des Reformators Martin Luther (1483–1546)<sup>2</sup> bestärkte die (religionswissenschaftlich

---

2 Durch die Kritik des Mönchs und Theologen Martin Luther an der proklamierten kirchlich-päpstlichen Autorität zur „Sündenvergebung“ (Tilgung etwaiger religiöser Fehlritte gegen Gebühr/sogeannter *Ablasshandel*) sowie durch seine folgende Übersetzung der Bibel (zunächst das Neue und dann das Alte Testament in die deutsche Sprache) kam es zur kirchlichen Spaltung und damit zur Konstituierung von Kirchen reformatorischer (evangelischer) Prägung (siehe dazu: Jung 2017).

durchaus diskutierte) Ansicht, dass es sich beim Christentum um eine *Buchreligion* handelt (der Begriff geht zurück auf den Religionswissenschaftler Friedrich M. Müller, der diesen im Jahr 1873 prägte): Also eine Heilige Schrift als sinnstiftende Grundlage der Weltanschauung – wie auch im Judentum und im Islam (Voderholzer 2013: 39–42).

Bereits eingeführt (unter *Vorbemerkung*) wurde der Begriff der „[r]eligions-spirituelle[n] Narrative“, denen sich Ronald Lutz in einem Aufsatz widmet. Nach dem biblischen Prolegomenon (griechisch προλεγόμενον/Vorwort) soll darauf – unter der Berücksichtigung des Christentums als Buchreligion (im Sinne schriftlich-tradierter weltanschaulicher Handlungskonzepte) ein genauerer Blick geworfen werden. Entsprechende „Narrative“ sieht Lutz in seinen Ausführungen als ein Gegenüber der Sozialen Arbeit, da sozialarbeiterisch tätige Personen „im Alltag“ Personen begegnen, für welche diese Vorstellungen „bedeutsam“ sind; insbesondere bezieht Lutz dies auf „religiös motivierte Gewalt“ (Lutz 2022b: 19f.). Dennoch betont Lutz, dass die Soziale Arbeit „zu einem nicht unwesentlichen Teil“ durch „religiöse Erzählungen von Gerechtigkeit, Nächstenliebe, Barmherzigkeit und Hilfe“ geprägt sei, eine „Praxis“, die „zu einem nicht unbeträchtlichen Teil“ aus „Kirchen, Religionen und deren Sozialverbänden“ herrühre (ebd.: 43). Gleichwohl kann es aber als Warnung gelesen werden, wenn Lutz angibt, die Soziale Arbeit solle zwar „das Religiöse und Spirituelle menschliche Dasein [einbeziehen]“, diesem aber nicht „verfallen“. In seinen Betrachtungen bewegt Lutz die Frage, „wie eine Koexistenz von religiös-spirituellen Narrativen und Ordnungen sowie Sozialer Arbeit“ möglich sein kann; dies macht er u. a. in einem „Arrangieren“ der „Sozialen Arbeit sozialräumlich mit der Wohlfahrtserbringung von Religionsgemeinschaften“ fest, damit daraus „an lebensweltlichen Strukturen gearbeitet“ werden könne. Dabei betont er die Stärkung des „befreienden Potential[s] der Religionen“ als Antwort auf Formen religiös motivierter Gewalt (ebd.: 57).

Abschließend führt Lutz beispielgebend die Befreiungstheologie des brasilianischen Katholizismus an (ab den 1960er-Jahren) – diese sieht er als „völlige Neupositionierung der Kirche Gottes [...], die sich fortan an den Armen und deren Heil zu orientieren habe“ und damit auf eine diesseitige Hoffnung baue (ebd.: 59). Obschon Lutz religiöse Interpretamente als konstituierende Elemente („Narrative“) in der *Professionsgenese* der Sozialen Arbeit begreift<sup>3</sup>, sind es eben doch Narrative, weltanschauliche Grunderzählungen/-annahmen, welche in den ersten christlichen Gemeinden ein sich stetig professionalisierendes System helfender Personen herausgebildet haben. Diakoninnen und Diakone (vom griechischen Verb διακονέω/*dienen*) halfen in den frühen christlichen Gemeinden – auf Grundlage

---

3 Umfassend mit der *Professionsgenese der Sozialen Arbeit* hat sich Kolja Tobias Heckes auseinandergesetzt, siehe dazu seine Monografie (2022).

ihrer religiösen Überzeugungen, entsprechend religiös-spiritueller Narrative – anderen Mitgliedern der Gemeinde. Im ursprünglichen Sinne umfasst das Aufgabenfeld, das sich hinter dem Terminus verbirgt, keinen bestimmten Bereich. Tatsächlich existiert der Begriff auch nur im Maskulinum, doch antike Schriftzeugnisse legen nahe, dass der männliche Begriff *Diakon* auch diakonisch tätige Frauen einschloss (Hentschel 2011: 3f.). Ursprünglich wurden Diakone zum Predigtdienst eingesetzt oder in den Leitungsaufgaben frühchristlicher Gemeinden, aber auch für „die Fürsorge für die Menschen“, obschon „jedoch keine typische oder geprägte Bezeichnung für einen Beauftragten im sozial-karitativen Bereich“ in der Antike unter diesem Begriff subsumiert werden kann, wenngleich diese Zuordnung an einzelnen biblischen Belegstellen feststellbar ist (ebd.: 11), somit also entsprechende Gliederung der Gemeinde in der regionalen Gesundheitsfürsorge eingesetzt waren. Zunehmend wurde im Christentum, das im 4. Jahrhundert im Römischen Reich Staatsreligion wurde, diakonisches Handeln mit der Fürsorge und der Nächstenliebe gleichgesetzt. Sinnbildlich gilt hierfür etwa Martin von Tours (welcher wahrscheinlich in den Jahren 316 bis 397 lebte), der motiviert durch die Aussagen Jesu in den Evangelien („Was ihr für einen mehr geringsten Brüder getan habt“) zunächst als Soldat verarmten Menschen half und die Barmherzigkeit als späterer Bischof zu seiner Agenda erhob (Hammer 2013: 46ff.). Christliche Orden initiierten sowohl im Mittelalter, gerade zur Zeit der Kreuzzüge (11. bis 13. Jahrhundert), also religiös motivierter Feldzüge zur Sicherung religiöser Kulturgüter, als auch in Zeiten von Epidemien den Aufbau von Infrastrukturen der Krankenpflege (ebd.: 65–70). In der weiteren Professionalisierung des diakonischen Handelns entstand im 19. Jahrhundert die *Innere Mission*. Aufgrund tiefgreifender Erfahrungen sozialer Missstände durch die Industrialisierung suchte auch die Kirche nach Möglichkeiten, sich in der Armenfürsorge einzusetzen. Johann Hinrich Wichern gilt mit seinem *Central-Ausschuss für die Innere Mission der Deutschen Evangelischen Kirche* als Vordenker der Diakonie in Deutschland und seine Einrichtung als Vorläufer des Diakonischen Werks. Zu Wicherns Konzept gehörte ab dem Jahr 1848 ein „Programm der umfassenden Liebestätigkeit“. Bereits damals war die Kirche von Austritten erschüttert, dadurch sollte die „Verchristlichung der Gesellschaft“ einen neuen An Schub erfahren (Pöhlmann 2008: 125ff.). Im 20. Jahrhundert hat die Diakonie verschiedene Entwicklungen durchlaufen, was nach dem Zweiten Weltkrieg mit einer weiteren Professionalisierung des Diakonischen Werks einherging (unter zunehmender Berücksichtigung wirtschaftlicher Erwägungen). So sieht sich die organisierte Diakonie heute in einer *doppelten Loyalität* gegenüber der Kirche und dem Sozialstaat, in welchem sie – entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip – Aufgaben übernimmt (Fichtmüller 2019: 120f.).

### 3 Seelsorge als regionales Gesundheitsangebot

Zur weiteren Erschließung des Themenkomplexes ist nach dieser historischen und ideengeschichtlichen Erhebung eine organisationstheoretische Differenzierung notwendig: Es gibt die *Diakonie* (gemeint sind die Werke, die an das Diakonische Werk in Deutschland angeschlossen sind) sowie die *Gemeindediakonie*. Dies umfasst die Tätigkeit der Fürsorge, die „[i]n Anlehnung an das Parochialprinzip“ den Kirchengemeinden obliegt, also der „kleinste[n] organisierten Einheit“ innerhalb der Kirche. Die Kirchengemeinde ist Teil des Sozialraums „eines Dorfes oder eines Stadtteils“. Gemeinhin wird unter Gemeindediakonie der Betrieb evangelischer Kindergärten, Sozialstationen oder Hospizen (in Trägerschaft einer Kirchengemeinde) und insbesondere die *Seelsorge* begriffen (Fichtmüller 2019: 112).

Doch um was geht es bei der „Gemeindeseelsorge“, die an dieser Stelle beispielhaft als Gesundheitsangebot im Sozialraum besprochen werden soll, eigentlich? Wolfgang Drechsel unterscheidet in einer Arbeit zur Gemeindeseelsorge (2017) zwischen *ungeplanten* und *geplanten* Formen der Seelsorge. Letzteres sind vereinbarte Termine in einem gesetzten Setting, die dezidiert der Seelsorge dienen. Zur ersten Kategorie gehört etwas, das Drechsel die „Seelsorge am Gartenzaun“ nennt, also eine Seelsorge, die sich „bei Gelegenheit“ ergeben kann. So könne sich beim Einkaufen, bei einer zufälligen Begegnung, bei der ernstlich gemeinten Frage „Wie geht es Ihnen?“ durch die Pfarrperson (Pfarrerin oder Pfarrer) an das zufällig getroffene Mitglied der Gemeinde, ein Gespräch über belastende Themen ergeben. Darunter zu verstehen ist demnach eine „überraschend[e]“ Form der Seelsorge: Beispielsweise bei einem privaten Besuch im örtlichen Schwimmbad kann die Pfarrperson durch ein Gemeindeglied in der Rolle als Seelsorgerin oder Seelsorger angesprochen werden, eine Situation, die eine „hohe situative und seelsorgerliche Kompetenz“ verlange. Zudem habe die Seelsorge einen aufsuchenden Charakter, wenn etwa eine Pfarrerin oder ein Pfarrer einen Geburtstags- oder Krankenbesuch durchführt, Menschen in einer Krise begleitet oder es aufgrund einer geplanten Trauerfeier, Taufe oder Hochzeit zu einem Kontakt mit Familien kommt – ebenfalls in diesen Situationen können sich Seelsorgegespräche entwickeln (Drechsel 2017: 17–22). Nicht zu vergessen sind auch Einsätze als Notfallseelsorgerin oder Notfallseelsorger: Es gibt Landeskirchen, die eine enge Zusammenarbeit zu Rettungsdiensten anstreben und bestimmte Pfarrpersonen zu diesem Dienst beauftragen. Allerdings kann beispielsweise auch die Pfarrerin oder der Pfarrer einer Ortsgemeinde nachts zu einem Unfall gerufen werden – entweder um verunfallten Personen beizustehen oder um Einsatzkräfte in herausfordernden Situationen zu unterstützen (Kremer 2016: 13ff.). Im eigentlichen Sinne basiert christliche Seelsorge auf „basalen Glaubensannahmen“ und trägt zur „Lebensbewältigung“ und „Konfliktbearbeitung“ bei, dies bedeutet auch, dass Seelsorge erkennbare Über-

schneidungen zu Disziplinen wie der „(Sozial-)Psychologie“ aufweist (Ziemer 2020: 11ff.). Begründet wird der Auftrag zur Seelsorge aus dem „zentralen Gebot der Nächstenliebe“<sup>4</sup> (ebd.: 46). Historisch wurde die Seelsorge auch missionarisch als Werkzeug der Gemeindebildung begriffen<sup>5</sup> (ebd.: 141). Trotz aller Überschneidungen verschiedener seelsorgerlicher Ansätze zu Formen der Therapie und dem Einfluss psychologischer Erkenntnisse in die Pastoralpsychologie (als Feld der Pastoralmedizin) ist die Seelsorge keine Therapieform, sondern ist und bleibt *Seelsorge* (ebd.: 114). Damit seelsorgerlich tätige Personen den Anforderungen gerecht werden, wurde bereits in den 1920er-Jahren das *Clinical Pastoral Training* entwickelt (heute: *Klinische Seelsorgeausbildung*). Angelehnt an Prozesse in einer therapeutischen Ausbildung wurden (ursprünglich) Pfarrer postgradual (nach einer akademischen seelsorgerlichen Einführung im Theologiestudium) drei Monate in einer psychiatrischen Klinik geschult, zudem supervisiert sowie in Gruppenprozessen zur Reflexion des seelsorgerlichen Handelns angeregt. Mittlerweile wurde diese Form der Professionalisierung in die Aus- und Weiterbildungsangebote für Pfarrerinnen und Pfarrern von verschiedenen Kirchen übernommen (Zijlstra 1971: 7–10). Festzuhalten ist hier, dass der Begriff der *Seele* vom griechischen Terminus ψυχή (*psyche*) zu übersetzen ist. Durch das Robert Koch-Institut wird beispielsweise erklärt, dass die „psychische Gesundheit“ im Wesentlichen die „Voraussetzung von Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und sozialer Teilhabe“ darstellt. Die psychische Gesundheit könne in unterschiedlichen Graden beeinträchtigt werden, was zu „erheblichen individuellen und gesellschaftlichen Folgen“ führe (RKI, o. J., Online-Ab-ruf o. S.). Allerdings gilt für die Situation in Deutschland, dass es zunehmend an Therapieplätzen fehlt und sowohl Psychiatrien als auch ambulante therapeutische Angebote überlastet sind, was immer mehr auch Angebote für Kinder und Jugendliche betrifft (ZDF 2023, Online-Ab-ruf, o. S.).

- 
- 4 Ausgehend vom sogenannten *Doppelgebot der Liebe*, basierend auf einer Antwort zur Frage „nach dem höchsten Gebot“: „[Jesus antwortete:] Du sollst den Herrn, deinen Gott, lieben von ganzem Herzen, von ganzer Seele und von ganzem Gemüt[.] Dies ist das höchste und erste Gebot. Das andere aber ist dem gleich: Du sollst deinen Nächsten lieben wie dich selbst“ (Auszug aus dem Matthäus-Evangelium 22,37ff.).
  - 5 Eine alte Redewendung (vorfindlich in verschiedenen Regionen) drückt aus, dass eine Pfarrerin oder ein Pfarrer im Idealfall so lange in einer Gemeinde bleiben solle, bis sie oder er *tot von der Kanzel* falle; dahinter steht eine Art *Ideal*, dass eine Pfarrperson über Jahre die Menschen einer Gemeinde begleitet und somit durch Verkündigung (Predigt) und seelsorgerliches Handeln die ihm anvertrauten Christinnen und Christen prägt.

## 4 Gegenwärtige Entwicklungen

Kirchliche Einrichtungen – wie auch die Diakonie – gelten in Deutschland als sogenannte Tendenzbetriebe. Dies bedeutete über Jahrzehnte, dass beispielsweise für Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter oder pädagogische Fachkräfte in kirchlichen Einrichtungen die Kirchenmitgliedschaft als Voraussetzung galt. Inzwischen hat sich die Rechtslage geändert, sodass im Zweifelsfall Gerichte entscheiden müssen, ob die Mitgliedschaft in der Institution „für die konkrete Tätigkeit notwendig ist“ (Brackelmann 2018: Online-Abruf, o. S.). Daher wird auch zunehmend über einen „Abschied von der konfessionellen Identität“ bei Diakonie und Caritas gesprochen. Bei aktuellen Umfragen unter Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im pädagogischen Bereich christlicher Wohlfahrtsverbände wurde mehrheitlich ein Bekenntnis zum Christentum lediglich „als eine Möglichkeit unter verschiedenen anderen“ gesehen (Karc 2022: 72).

„Die christliche Wertbindung eines Trägers sollte aus Sicht der Fachkräfte für diese in einer übergeordneten Möglichkeit zur Erfahrung von Gemeinschaft, Hilfe, Schutz sowie Trost bestehen, nicht jedoch in ihrer Missionierung. Eine Reflexion der eigenen Werthaltungen wurde deshalb von Seiten der Fachkräfte als besonders wichtig angesehen.“ (ebd.: 73)

Überdies wurde in den Befragungen festgestellt, dass sich „Fachkräfte wiederholt von einem Bild der düsteren, bedrückenden sowie hierarchischen Kirche abzugrenzen“ versuchen, da mit der Kirche „überkommene Werte[, die] nicht mit der Lebensrealität der Menschen“ einhergehen, verbunden werden. (Es wird darauf hingewiesen, dass die „empirischen Einblicke [...] einen explorativen [...] Charakter“ haben, nicht „repräsentativ“ wären) (ebd.: 73). Während also die institutionalisierte Diakonie vor einem etwaigen „Abschied von der konfessionellen Identität“ steht, zeigen sich für die Gemeindediakonie, insbesondere aufgrund schrumpfender Mitgliederzahlen (siehe dazu die *Vorbemerkungen*) andere Herausforderungen: Gemeinden werden zusammengelegt, kirchliche Immobilien werden verkauft („Verkauf des Pfarrhauses“; somit fehlt die Option einer Dienstwohnung für die Pfarrperson vor Ort), unregelmäßig stattfindende Gottesdienste und eine generelle Abnahme von Infrastrukturangeboten insbesondere auf dem Land (es fehlen nicht nur Pfarrpersonen, sondern auch „Landärztinnen und -ärzte“), was zu einem „Verlust öffentlicher und sozialer Orte“ führt (Menzel 2014: 169). Kurzum: Die kirchlichen und öffentlichen Angebote zur Förderung von (mentaler) Gesundheit im regionalen Raum schwinden.

## 5 Perspektiven

Christliche Gemeinden sind einem weltanschaulichen Narrativ verbunden, ein *handelnder Glaube*, der zur Nächstenliebe anregt – zum *Präsent-Sein* für das Gegenüber. Gerade im Hinblick auf die psychische Gesundheit stellt damit die Seelsorge ein Wesensmerkmal der Kirchengemeinde als Akteurin regionaler Gesundheitsfürsorge dar. Auch wenn es sich bei der Seelsorge nicht um eine Form der Therapie handelt, kann diese dennoch als ein niedrighschwelliges Angebot dienen, um Menschen in Lebenssituationen zu begleiten und ihnen in (akuten) Konflikten (wie etwa durch die Notfallseelsorge) beizustehen. Der *handelnde Glaube*, welcher den christlichen Kirchen aufgrund ihrer Heiligen Schriften (Altes und Neues Testament) quasi ins Stammbuch geschrieben ist, führte zu einer Herausbildung und Professionalisierung unterstützender Infrastrukturen in Sozialräumen (seit dem frühen Christentum). Nicht nur die Kirchaustritte sorgen dafür, dass gerade im ländlichen Raum diese Angebote nur schwer aufrechterhalten werden können – generell verschwinden in ruralen Gebieten medizinische Angebote, aber auch Geschäfte und Banken. Aufgrund sinkender Mitgliederzahlen werden Kirchengemeinden fusioniert, sodass Seelsorgerinnen und Seelsorger für immer mehr Menschen zuständig sind. Einrichtungen, die an das Diakonische Werk angeschlossen sind, und damit an eine Institution, welche die kirchliche Hilfe in geschäftliche Strukturen übertragen hat, stehen vor einem Verlust der konfessionellen Identität. So wie nur noch eine Minderheit der deutschen Gesamtbevölkerung zugehörig zu einer der Kirchen ist, so ist es auch die Mitarbeiterschaft im sozialen Bereich. Zudem legen Umfragen unter Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nahe, dass (unabhängig eigener Weltanschauungen) mit der Kirche gehadert wird; der Vertrauensverlust in die Institutionen (ein Faktor der Austrittsbewegungen), führt demnach auch zu einem Verlust in das Vertrauen auf die weltanschauliche Basis christlicher Wohlfahrtsverbände. Obschon Lutz anerkannt hat, dass die Soziale Arbeit ursprünglich ebenfalls auf „religiöse Erzählungen“ um „Gerechtigkeit, Nächstenliebe, Barmherzigkeit und Hilfe“ aufbaue, scheint sich ein imaginärer Graben zwischen der Sozialen Arbeit und religiösen Formen professioneller Hilfe aufzutun und ein geteiltes Mandant kaum sichtbar zu sein (so spricht Lutz davon, zwar religiöse Interpretamente zu berücksichtigen, diesen aber nicht zu „verfallen“). Gerade aber die Seelsorge kann perspektivisch eine Brücke über diesen imaginären Graben darstellen: In der Begleitung von Menschen in komplexen Lebenslagen liegt ein Konsens zwischen Ortskirchengemeinde und sozialer Arbeit. Gerade weil die Kirchengemeinde vor Ort als Akteurin (mentaler) Gesundheitsvorsorge agiert, kann durch die gemeinsame Zielsetzung – *niedrighschwellig Menschen begleiten* – aus dem Nebeneinander ein Miteinander werden. Das Ziel sollte es also sein, gemeinschaftlich zu handeln – unabhängig vom weltanschaulichen Movens –, um die Gesundheitsförderung im regionalen Raum zu fördern.

## Literatur

- Bertelsmann Stiftung (2022): Jedes vierte Kirchenmitglied in Deutschland denkt über Austritt nach. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2022/dezember/jedes-vierte-kirchenmitglied-in-deutschland-denkt-ueber-austritt-nach> [Zugriff 10.01.2023].
- Biblehub (o.J.): πρεσβυτέριος. [https://biblehub.com/greek/presbyterous\\_4245.htm](https://biblehub.com/greek/presbyterous_4245.htm) [Zugriff 10.01.2023].
- Brackelmann, Bastian (2018): Kirchenmitgliedschaft nicht immer zwingend. <https://www.bund-verlag.de/aktuelles~Kirchenmitgliedschaft-nicht-immer-zwingend~.html> [Zugriff 11.01.2023].
- Bundeswahlleiter (2021): Bundestagswahl 2021, Deutschland. <https://www.bundeswahlleiter.de/bundestagswahlen/2021/strukturdaten/bund-99.html> [Zugriff 10.01.2023].
- Deutsche Bischofskonferenz (2021): Katholische Kirche in Deutschland, Statistische Daten. [https://www.dbk.de/fileadmin/redaktion/diverse\\_downloads/presse\\_2022/2022-101a-Kirchenstatistik-2021\\_Flyer.pdf](https://www.dbk.de/fileadmin/redaktion/diverse_downloads/presse_2022/2022-101a-Kirchenstatistik-2021_Flyer.pdf) [Zugriff 10.01.2023].
- Dormeyer, Detlev (2012): Jesus Christus. [https://www.bibelwissenschaft.de/fileadmin/buh\\_bibelmodul/media/wibi/pdf/Jesus\\_Christus\\_\\_2018-09-20\\_06\\_20.pdf](https://www.bibelwissenschaft.de/fileadmin/buh_bibelmodul/media/wibi/pdf/Jesus_Christus__2018-09-20_06_20.pdf) [Zugriff 10.01.2023].
- Drechsel, Wolfgang (2016): Gemeindeseelsorge. Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt (2. Aufl.).
- EKD (2012): Gebäude und Predigtstätten – Statistik zu Kirchen, Kindergärten und weiteren Gebäuden der Evangelischen Kirche in Deutschland. <https://www.ekd.de/statistik-kirchen-und-gebaeude-44296.htm> [Zugriff 10.01.2023].
- Fichtmüller, Matthias (2019): Diakonie ist Kirche – Zur Notwendigkeit der Genese einer Diakoniekirche. Baden Baden: Nomos.
- fowid (2022): Kirchenmitglieder: 49,7 Prozent. Kirchenmitglieder: 49,7 Prozent | fowid – Forschungsgruppe Weltanschauungen in Deutschland [Zugriff 10.01.2023].
- Hackett, Conrad/McClendon, David (2017): Christians remain world’s largest religious group, but they are declining in Europe. <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2017/04/05/christians-remain-worlds-largest-religious-group-but-they-are-declining-in-europe/> [Zugriff 10.01.2023].
- Hammer, Georg-Hinrich (2013): Geschichte der Diakonie in Deutschland. Stuttgart: Kohlhammer.
- Heckes, Kolja Tobias (2022): Professionsgenese im Netzwerk – Das Hervorgehen Sozialer Arbeit aus der Palliative Care-Kooperation als Sozialisationsprozess. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Hentschel, Anni (2011): Diakon – Diakonin. [https://www.bibelwissenschaft.de/fileadmin/buh\\_bibelmodul/media/wibi/pdf/Diakon\\_Diakonin\\_\\_2018-09-20\\_06\\_20.pdf](https://www.bibelwissenschaft.de/fileadmin/buh_bibelmodul/media/wibi/pdf/Diakon_Diakonin__2018-09-20_06_20.pdf) [Zugriff 08.04.2023].

- Jung, Martin (2017): Die Reformation: Wittenberg – Zürich – Genf 1517–1555. Wiesbaden: marixwissen.
- Karic, Senka (2022): Das christliche Profil der Caritas und Diakonie aus Sicht ihrer Fachkräfte. In: Soziale Passagen 14 (2022), S. 59–76.
- Kremer, Raimar (2016): Seelsorge im Blaulichtgewitter. Eine Pastoraltheologische Untersuchung zur Notfallseelsorge. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Lehming, Malte (2017): Zukunft der Religion – Das Christentum steht vor einer Revolution. <https://www.tagesspiegel.de/kultur/das-christentum-steht-vor-einer-revolution-6617482.html> [Zugriff 10.01.2023].
- Lutz, Ronald (2022a): Sinn als Ressource – Religiös-spirituelle Narrative und Ordnungen als Herausforderungen Sozialer Arbeit. In: Lutz, Ronald/Kiesel, Doron (Hrsg.): Sozialarbeit und Religion, Herausforderungen und Antworten. Weinheim, Basel: Beltz Juventa. 2. Aufl., S. 14–66.
- Lutz, Ronald (2022n): Vorwort zur zweiten Auflage. In: Lutz, Ronald/Kiesel, Doron (Hrsg.): Sozialarbeit und Religion, Herausforderungen und Antworten. Weinheim, Basel: Beltz Juventa. 2. Aufl., S. 9–13.
- Menzel, Kerstin (2014): Pfarrerinnen und Pfarrer im ländlichen Raum und ihre Kirchenbilder, Eine Reflexion pastoraler Praxis im kirchlichen Umbruch. In: Weyel, Birgit/Bubmann, Peter (Hrsg.): Kirchentheorie, Praktisch-Theologische Perspektiven auf die Kirche. Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt, S. 167–188.
- Munsonius, Hendrik (2015): Evangelisches Kirchenrecht. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Pflock, Andreas (2019): Jakobusbrief. [https://www.bibelwissenschaft.de/fileadmin/buh\\_bibelmodul/media/wibi/pdf/Jakobusbrief\\_\\_2020-01-30\\_16\\_07.pdf](https://www.bibelwissenschaft.de/fileadmin/buh_bibelmodul/media/wibi/pdf/Jakobusbrief__2020-01-30_16_07.pdf) [Zugriff 08.04.2023].
- Pöhlmann, Matthias (2008): Johann Hinrich Wicherns vergessenes Erbe – Impulse für eine evangelische Apologetik zwischen Innerer Mission und Publizistik. In: EZW-Materialdienst. 4/2008, S. 125–133.
- Robert Koch-Institut (o.J.): Psychische Gesundheit. [https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/P/Psychische\\_Gesundheit/Psychische\\_Gesundheit\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/P/Psychische_Gesundheit/Psychische_Gesundheit_node.html) [Zugriff 11.01.2023].
- Voderholzer, Rudolf (2013): Offenbarung, Tradition und Schriftauslegung – Bausteine zu einer christlichen Bibelhermeneutik. Regensburg: Friedrich Pustet.
- ZDF.de (2023): Jugendpsychiatrie überlastet. Zu wenig Therapieplätze für Kinder und Jugend. <https://www.zdf.de/nachrichten/video/panorama-kinder-depression-warteliste-100.html> [Zugriff 11.01.2023].
- Ziemer, Jürgen (2020): Seelsorgelehre, Eine Einführung für Studium und Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Zijlstra, Wybe (1971): Seelsorge-Training, Clinical Pastoral Training. München: Kaiser Grünewald.

# „Keine Zeit für Kindereien“<sup>1</sup> – Eine Skizze zu Bildung und Gesundheit

Ursula Tölle

## Einleitung

Wie sehr hat Pippi Langstrumpf auch heute recht: Wir haben wirklich keine Zeit für Kindereien, für nicht durchdachte pädagogische Prozesse, für Spielereien, die den Ernst der Lage verkennen oder ignorieren. Das stimmt dann, wenn Kindereien als kindisch, dumm oder gar blöd verstanden werden, unterhalb der Würde des vermeintlich klugen erwachsenen Denkens. Pippi allerdings kritisiert mit ihrem Satz die Lehrerin, die ihr blöde Fragen stellt, die kostbare Zeit verschwendet und Kinder für dumm hält. Diese Form von Schule wird als Kinderei bloßgestellt. Mit Pippi Langstrumpf kreiert Astrid Lindgren eine Figur, kein typisches Kind, keinen typisch erwachsenen Menschen, eigenständig und zugleich auf Beziehungen angewiesen, klug und auch verletzlich. Pippi Langstrumpf muss nicht in allem noch gebildet werden; sie verfügt bereits über Fähigkeiten und Stärken, sie stellt kluge Fragen und irritiert mit einem klaren Blick das scheinbar Selbstverständliche, sie hinterfragt selbst Autoritäten und nennt Ungerechtigkeiten beim Namen. Hervorstechend sind ihre Autonomie und ihr Streben nach Eigenständigkeit. Konsequenz ist, dass sie nur Subjekt eines Bildungsprozesses sein kann.

In diesem Sinne bestimmt Pippi Langstrumpf als Prototyp das im Folgenden vertretene Verständnis von Bildung. Spätestens seit Ellen Keys Schrift zum „Jahrhundert des Kindes“ aus dem Jahr 1902 steht das Kind als eigenständiges Subjekt mit der ihm eigenen Kraft im Mittelpunkt einer aufgeklärten, demokratischen Pädagogik. Bezüge zu Rousseau und Kant, auf Pestalozzi, Fröbel, Korczak und andere falten dies zu einem breiten Fächer der sogenannten Reformpädagogik aus. Die Geschichte der Pädagogik und konkret auch die Geschichte von Schule ist zu lesen als eine seit Jahrhunderten fortgeschriebene Auseinandersetzung mit den Polen von Eigenständigkeit und Autorität.

Der folgende Text wählt einige grundlegende Zugänge von Bildungs- und Entwicklungsprozessen, die einen Orientierungsrahmen bilden können für Konzepte und Methoden in den Bereichen allgemeiner, schulischer und gesundheitsbezoge-

---

1 Im Original lässt Astrid Lindgren ihre Figur Pippi Langstrumpf zu Schule sagen: „[...] aber ehrlich gesagt hab ich in Zukunft wahrscheinlich keine Zeit für solche Kindereien.“

ner Bildung. Die Auswahl der Aspekte ist bestimmt durch zwei zentrale Annahmen: Die erste definiert die prinzipielle Gleichzeitigkeit und die Interdependenz von einzelner Person und Gruppe, von Individuum und Gesellschaft. Das eine ist von dem anderen nicht zu trennen; beides definiert sich erst durch den Bezug auf das jeweils andere. Dies gilt im Einzelnen für Bildungsprozesse aller Art, für Gesundheitsförderung und das vernetzte Arbeiten in der Region. Dem widerspricht nicht die zweite Annahme, die die grundsätzliche Subjektorientierung in Entwicklungs- und Lernprozessen bestimmt. Aus psychologischer und didaktischer Sicht ist das Subjekt Ausgangspunkt der Entwicklung. Das schließt im o. g. Sinne zugleich die Orientierung an der Lebenswelt und auch dem Objekt ein.

Dies kann zusammengefasst werden in dem Begriff der Selbsteinordnung, eine in der Wirtschaft und Soziologie genutzte Bezeichnung für den Vorgang eines Subjekts, die Position im je eigenen Kontext und seinem kleineren wie größeren Umfeld wahrzunehmen und aktiv für eine temporär gültige Position zu entscheiden. Dass Selbsteinordnung auch Bezug nimmt auf Zuweisungen von außen betont den dialogischen Charakter solcher Prozesse im Spannungsfeld von Individuum und Gruppe und Gesellschaft.

## 1 Das Gemeinsame von Bildung und Gesundheit

Im Folgenden werden zunächst einige Verbindungen und wechselseitige Anschlussstellen von Bildung, Gesundheitsförderung und Sozialer Arbeit beleuchtet.

Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit; im Sinne der WHO wird Gesundheit verstanden als ein „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (Naidoo/Wills 2019: 46, 48). Wenn Gesundheit als alltäglicher Teil des Lebens verstanden wird, so bedeutet dies den Einfluss des Lebens auf die Gesundheit und auch umgekehrt deren Einfluss auf das Leben, sowohl des Einzelnen als auch seiner sozialen Bezüge und der Gesellschaft. Dies legt ein lebensweltorientiertes Verständnis von Gesundheit nahe so wie es Thiersch für die Soziale Arbeit geprägt hat, und das durchgängig die Verbindung zwischen der aktuellen und individuellen Situation mit dem sozialen Kontext herstellt. Dazu gehört auch der sozialräumliche Bezug im Sinne von Wohnort und Quartier sowie deren soziokulturellen, ökonomischen und politischen Rahmenbedingungen (vgl. u. a. Grundwald/Thiersch 2001: 1136ff.).

Körperliche Gesundheit ist von seelischen Vorgängen nicht zu trennen. Mit Victor von Weizsäcker „nähern (wir) uns auch dem an, was die Kranken oft selbst sagen, namentlich wenn sie nicht durch Bildung ihre Naivität verloren haben, wenn sie nämlich sagen, ich bin durch Sorgen krank geworden“ (Weizsäcker 2008: 42). Weiter führt er mit Bezug zur Psychoanalyse aus, dass „an der Pforte der Störung

ein Konflikt steht und dass der Konflikt zwischenmenschlicher Art ist“ (Weizsäcker 2008: 53). Weizsäcker korrigiert sich selbst und ergänzt, dass es dabei auch um „Konflikte der Ideen, der Gebote, der Treue zu ihnen, der Hingabe an sie“ geht (Weizsäcker 2008: 54). Davon ausgehend entwickelt von Weizsäcker seine Idee von „Sozialer Medizin“, die konsequent vom Subjekt aus die Störung, die Krankheit oder die Gesundheit definiert, denn in diesem einen Menschen treffen die verschiedenen Aspekte zusammen. Sie sind nur dann zu verstehen, wenn man sie in der Verbindung zu anderem wahrnimmt und das ganze Leben mit all seinen Bezügen im Blick hat. Auch dieses Verständnis von Gesundheit und Krankheit verweist auf den oben benannten Lebensweltbezug und stellt sich einer ausschließlichen Personalisierung entgegen.

Soziale Arbeit verbindet diese Perspektiven; im Mittelpunkt steht das Subjekt mit seinen Bedürfnissen und den Hindernissen, diese zu befriedigen. Der Mensch ist Individuum und zugleich Teil der Gesellschaft, eingebettet in soziale Bezüge komplexer Art. Den konkreten sozialpädagogischen Fall zu verstehen heißt, in einem „engagierten Dialog“ (Hege 1974) das komplexe Bezugssystem zu erschließen, so die Problemlagen zu verstehen und mit Blick auf das Bezugssystem Prozesse der Veränderung zu unterstützen. Das ist gemeint mit der Kontextualisierung. Verstehen eines Falls bedeutet, offene Fragen zum Verstehen zu stellen und gemeinsam zu erörtern, welche Funktion, welchen Sinn die Handlungen eines Menschen oder einer Gruppe im Kontext ihrer Lebenssituation erfüllen. Nicht die Suche nach Fehlern und Defiziten leitet das fachliche Handeln, sondern ein dialogischer Verständigungsprozess. Hilfeprozesse sind professionell begleitete Lern- und Entwicklungsprozesse, im weiteren Sinne also Bildungsprozesse. Sie umfassen das jeweilige Leben, die Lebenswelt und Gesellschaft und damit auch die Region, wie sie Gegenstand dieses Buches ist.

Bildung wird im Folgenden ebenfalls verstanden als ein subjektorientierter Entwicklungs- und Lernprozess, orientiert am Stand und an den Stärken des Individuums und eingebunden in die jeweilige Lebenswelt, die wiederum eingebettet ist in komplexe historische und aktuelle gesellschaftliche Prozesse auf der Makro-, Meso- und Mikroebene.

## 2 Bildung

Über Bildung etwas in Kurzform zu sagen, ist wie der unverhältnismäßige Versuch einer Halbgebildeten, etwas Gebildetes zu sagen, die jedoch die Begrenztheit dieses Vorhabens nicht realisiert. Das Risiko des Widerspruchs ist hoch, trotzdem wird der Versuch gewagt.

Es werden vier Leitideen von Bildung betont, die mit historischen Positionen begründet werden. Anschließend wird ihre aktuelle Plausibilität überprüft.

Der Aspekt von Gesundheit, der diesem Sammelband den roten Faden gibt, wird nun erweitert um den Begriff der Gesundheitsförderung. Ausgespart werden hier strukturelle, politische Vorhaben der Gesundheitsförderung z. B. in Gesundheitsdiensten. Fokussiert wird die Gesundheitsförderung des Menschen, die i. d. R. verkürzt verstanden wird als eine Erziehungsaufgabe. Erziehung ist ein Prozess der Einflussnahme in einer hierarchisch geprägten Beziehung. Im Sinne einer unten ausgeführten Vorstellung von Bildung wird diese hier unterschieden von einem ‚Heranziehen‘ im Sinne der Aneignung von Normen mit dem Ziel der Inkulturation bzw. Sozialisation. Gesundheitsförderung, verstanden als Bildungsaufgabe, zielt auf einen aktiven Entwicklungsprozess des bzw. der Einzelnen, von gesellschaftlichen Gruppen und der Gesellschaft insgesamt. Dies beinhaltet auch, dass nicht allein dem Individuum die Verantwortung für seine Gesundheit übertragen wird und dass es eine partizipative Aufgabe aller ist, Einfluss auf gesundheitsfördernde Prozesse in der Gesellschaft zu nehmen (vgl. u. a. Naidoo/Wills 2019: 135). Wie unmittelbar der Bezug zu Erfahrungen von Krieg, zu Kriegsängsten und die Verletzung physischer und seelischer Gesundheit ist, wird im aktuellen Ukraine-Krieg deutlich. Die WHO nimmt dazu und in gleicher Weise zur Bedeutung eines gesunden Klimas und gesunder Umwelt seit 1984 und besonders in der Charta von Ottawa aus dem Jahr 1986 deutlich Stellung (Naidoo/Wills 2019: 132). So betrachtet kann Gesundheitsförderung nur als umfassender Bildungsauftrag verstanden werden, der die wechselseitige Bezogenheit von Individuum und Gesellschaft kontinuierlich mitdenkt.

#### „Bilden kann sich jeder nur selbst.“

Auch wenn Bildungsprozesse sich immer in der Verwobenheit von Individuum und Gesellschaft vollziehen, so bleibt klar, dass ein persönlicher Lernprozess geprägt ist vom subjektiven Wollen. Die Rolle des\*r Lernenden beschäftigt die Geschichte von Bildung und die Erziehungswissenschaften seit Menschengedenken. Die Philosophie der Aufklärung im 18. Jahrhundert hat die Autonomie und Mündigkeit des Menschen in den Mittelpunkt ihres Bestrebens gestellt; spätestens seitdem ist der Subjektcharakter von Bildung nicht mehr zu ignorieren. Er fand verschiedene Ausprägungen, ob in der geisteswissenschaftlichen Pädagogik oder den Strömungen der Reformpädagogik, ob im Fokus von Maria Montessori auf das Kind im Mittelpunkt oder auf Heranwachsende und Erwachsene in demokratischen Modellen von Dewey und anderen.

Besonders plakativ hat Peter Bieri ein emanzipiertes Bildungsverständnis formuliert, weshalb einer seiner Leitsätze vielfach zitiert wird. „Bilden kann man sich nur selbst.“ So formuliert er in seiner Abschiedsrede „Wie wäre es, gebildet zu sein?“ in Bern im Jahr 2005, als er sich von der Universität Bern und seinem Lehrstuhl für Erziehungswissenschaften verabschiedete. Er kritisierte den von Drittmitteln

dominierten Betrieb und das Wissenschaftsmanagement als „Diktatur der Geschäftigkeit“, schrieb die Neue Züricher Zeitung 2007. Es sei nicht genügend Raum für Lehren und Lernen in seinem Verständnis von Bildung, „das Menschen mit sich und für sich machen: Man bildet sich. Ausbilden können uns andere, bilden kann sich jeder nur selbst“ (Bieri 2005: 1). Niemand, der die Dichte wirklichen Lernens erlebt, „wird Bildung mit Ausbildung verwechseln und davon faselnd, dass es bei Bildung darum gehe, uns ‚fit für die Zukunft‘ zu machen“ (Bieri 2005: 6). Bildung des Menschen sei, wenn „sein Selbstbild mit skeptischer Wachheit in der Schwebelage gehalten werden kann“ (Bieri 2005: 5). Sich immer neu im Sinne des hermeneutischen Zirkels mit einem vorläufigen Erkenntnisstand zu verstehen und das ein Leben lang, das ist anspruchsvoll und herausfordernd.

### Bildung ist mühsam und schmerzlich und braucht Hilfe

Platons Höhlengleichnis ist eine prägnante Darstellung des Entwicklungs- und Lernprozesses von Menschen aus dem 4. Jahrhundert vor Christus. Platon lässt seinen Lehrer Sokrates als literarische Figur vom Aufstieg des Menschen aus einer Höhle, Sinnbild der vergänglichen Welt, in das Licht der geistigen Welt erzählen (Prange 2008: 26ff.). Der Aufstieg der in der Höhle zeitlebens Gefangenen gelingt nur mit der Hilfe anderer. Weil sie es bisher nicht anders wahrnehmen konnten, halten sie die Schatten für reale Lebewesen und das Gesehene für Wirklichkeit. Sie müssen im wörtlichen Sinne entfesselt werden und sich umwenden, um Wirklichkeit von Schatten zu unterscheiden. Schmerzlich müssen sie beim Blick aus der Höhle heraus erkennen, dass die Wahrheit blendet und das Licht der Erkenntnis schmerzt.

Dieses zuerst auf den Erkenntnisfortschritt eines Philosophen bezogene Gleichnis wurde vielfach in der Philosophie, Theologie und auch der Pädagogik gedeutet. Die Lichtmetapher des Idealismus wird als das Ziel von Bildung und Erkenntnis gedeutet. Dies zu erreichen, ist mühsam und schmerzlich, denn lieb gewordene Scheinwahrheiten müssen aufgegeben werden, es entstehen Verunsicherung und Irritation. Der Beginn eines Lernprozesses setzt voraus, von Fesseln befreit zu werden, was nicht nur freiwillig geschieht. Bildung setzt zwar ein Kollektiv voraus, vollzieht sich aber in jedem einzelnen Menschen (vgl. u. a. Reichenbach 2007: 29ff.) Der Weg zur Erkenntnis ist nicht nur Freude, sondern auch in diesem Verständnis eine Anstrengung und Zumutung.

### Bildung heißt zu suchen, was man nicht kennen kann

Ein wiederkehrender Satz in pädagogischen Kreisen lautet: „Du kannst nur lernen, dass du das, was du suchst, schon selber bist.“ Auch dieser Satz geht auf einen fiktiven Dialog Platons zurück, in dem er den vornehmen Menon seinen Lehrer Sokrates fragen lässt:

„Und auf welche Weise willst du denn dasjenige suchen, Sokrates, wovon du überhaupt gar nicht weißt, was es ist? Denn als welches Besondere von allem, was du nicht weißt, willst du es dir denn vorlegen und so suchen? Oder wenn du es auch noch so gut träfest, wie willst du denn erkennen, dass es dieses ist, was du nicht wusstest? Sokrates: Ich verstehe, was du sagen willst, Menon! Siehst du, was für einen streitsüchtigen Satz du uns herbringst? Dass nämlich ein Mensch unmöglich suchen kann, weder was er weiß, noch was er nicht weiß. Nämlich weder was er weiß, kann er suchen, denn er weiß es ja, und es bedarf dafür keines Suchens weiter; noch was er nicht weiß, denn er weiß ja dann auch nicht, was er suchen soll.“ (Menon, S. 80ff.)

Menon zeigt auf, wie schwierig Lernen ist, wenn es sich nicht auf Bekanntes beziehen kann, und dass unklar ist, ob das scheinbar Neue nicht schon zuvor bekannt gewesen sein könne. Diese als „Menons Paradox“ in die Philosophie eingegangene Vorstellung beinhaltet die Annahme, dass im Menschen bereits „Wissen“ vorhanden ist, was in Vergessenheit geraten ist, und Lernen ein Erinnerungsvorgang sei.

Eine dritte Zumutung also, dass Bildung Fragen voraussetzt nach etwas, was man nicht wissen kann. Auch dies vermittelt dem lernenden Subjekt nicht Sicherheit, sondern einen unsicheren Stand des Nicht-Wissens.

#### Bildung als Prozess der „Selbsttätigkeit“

Die Zeit der Aufklärung wird auch als pädagogisches Jahrhundert bezeichnet. Im Jahr 1985, beinahe 200 Jahre nach Kant, plädiert Hartmut von Hentig

„für die Wiederherstellung der Aufklärung gegen einen autoritären Rationalismus und gegen einen daraus erwachsenden anachronistischen Okkultismus. In einer Welt, in der also vieles unberechenbar, unheimlich, unvernünftig bleibt, müssen wir umso mehr Kraft auf die Aufklärung verwenden, auf eine solche zumal, die unsere Blindheit gegenüber dem Ganzen, gegenüber der Zukunft aufzuheben verspricht; die uns vorsichtiger macht als die Regeln des kausalen Verstehens, die sich daraus scheinbar ergebende Berechenbarkeit der Folgen, die Verfügbarkeit der Mittel zum gegenwärtigen Zweck, die begriffliche und institutionelle Rettung der gewohnten Ordnungen.“ (Hentig 1985: 105)

Nicht im Sinne eines ahistorischen Transfers philosophischer Ideen in der Zeit des aufgeklärten Absolutismus hinein in die Pädagogik der Postmoderne wird hier an die Aufklärung erinnert. Vielmehr bildet der Aufruf Kants zum „Ausgang des Menschen aus seiner selbst verschuldeten Unmündigkeit“ (Kant 1783: 46) die Grundlage einer

„Überzeugung von der Gestaltbarkeit der Welt des Menschen, anders gesagt: von der Fähigkeit und Bestimmung des Menschen, sein individuelles und das gesellschaftliche Leben nach vernünftigen Grundsätzen zu ordnen.“ (Vierhaus 1987: 85)

In der Denklinie von Rousseau über Kant hat die deutsche Volksaufklärung ein Verständnis von Bildung entwickelt, das auf die Ziele von Selbstbestimmung, Freiheit, Vernunft und Selbsttätigkeit ausgerichtet ist. Die bedeutendsten deutschen Philanthropen Basedow, Salzmann, Becker und Campe setzten in Theorie und Praxis die Reformvorstellungen in Schulen um (Tölle 1994: 41ff.). Ihre Methoden zeichneten sich durch die Prinzipien der Anschauung und Selbsttätigkeit aus. Lernen sollte zu selbstständigem Denken anregen, Erkenntnisse durch konkrete Übungen verankert werden. Die Maxime einer umgebungsnahen Bildung entsprach dem Rousseau'schen Naturprinzip. Die Pädagogen sollten gleichermaßen auf eine ganzheitliche Entwicklung des jungen Menschen achten. Mitbegründet durch Basedows „Elementarwerk“ wird das Exempel zur zentralen Methode: Beispielhaft wird ein Element des Mikrokosmos veranschaulicht, um es dann als Teil des Ganzen zu erkennen.

Konsequenz dieser vier Aspekte für Bildungsprozesse aller Art, in Schulen, Hochschulen und anderen Bildungsprozessen ist, sie ausnahmslos an den Lernenden auszurichten. Sie sind die Akteur\*innen ihres eigenen Lernprozesses. Ausgangspunkt ist die Frage des lernenden Subjekts; Didaktik ist die Kunst, das Gegenüber bei der Entwicklung neugieriger Fragen zu unterstützen und dann bei der möglichst eigenständigen Beantwortung der Fragen begleitend zur Seite zu stehen. Die Lehrer\*innen, die Hochschullehrer\*innen, die Weiterbildner\*innen sind nicht wie die Omnibusfahrer\*innen, die vorne sitzen, alle sitzen dahinter, die Richtung der Fahrt ist vorbestimmt und alle fahren in der gleichen Richtung mit. Dass die konsequente Orientierung am Fragenden möglich ist, beweisen z. B. die Kinder der Grundschule „Freie UFA-Schule“ in Berlin. „Der Lernprozess, den Kinder und Erwachsene dabei machen, ist meist frei von allgemeingültigen Vorgaben oder Lösungsansätzen, sondern geprägt von der Unterschiedlichkeit der beteiligten Personen und vom ‚Raumgeben‘ für beziehungsorientierte Themen.“ Erwachsene „verstehen sich in erster Linie und im besten Sinne als Begleiter\*innen und Impulsgeber\*innen für die Kinder, was heißt, die Anliegen und Fragen der Kinder in den Mittelpunkt zu stellen und sie möglichst kompetent zu unterstützen“ (Freie Schule in Berlin 2018). Es wird nur das bearbeitet, wonach die Kinder fragen. Dazu haben sie sogenannte „Verabredungen“ mit den „Erwachsenen“.

„Der Lernwunsch, das Interesse und die Motivation des Kindes bestimmen erst einmal die Dauer und Häufigkeit, mit der es einer Beschäftigung nachgeht. Die Erwachsenen sind gefordert, die Kinder in ihren Absichten und Vor-

stellungen anzuhören und nach Möglichkeit zu unterstützen, aber auch ihre Erfahrungen und Vorschläge einfließen zu lassen“ (ebd.).

Statistiken der Schule belegen, dass sich die Übergangszahlen der Kinder zu weiterführenden Schulen nicht von denen anderer Schulen unterscheiden.

Solche offenen Lernprozesse brauchen einen verlässlichen äußeren Rahmen und tragfähige, professionelle Beziehungen. Auf sicherem Boden wird es möglich, Fragen über Ungewisses zu stellen und sich auf einen ergebnisoffenen, dialogischen Prozess der Auseinandersetzung einzulassen. Ein solcher dynamischer Prozess ist höchst anspruchsvoll, gerade in Zeiten, in denen wegen hoher Komplexität gesellschaftlicher Problemlagen der Wunsch nach eindeutigen und klaren Antworten auf Fragen besonders ausgeprägt ist. Doch erscheint es gerade dann erforderlich, die Prinzipien von Eigenverantwortung und Dialog im Sinne demokratischer Ziele konsequent zu verfolgen. In der Gesundheitsförderung haben Ansätze des Empowerments und der sozialen und politischen Veränderung eine besondere Bedeutung, weil sie die Partizipation der Adressat\*innen voraussetzen und Methoden nutzen, die auf gesellschaftlichen Wandel abzielen (vgl. u. a. Naidoo/Wills 2019: 167ff.).

### **3 Schule**

Schule hat eine Struktureigenschaft, die ihr besondere Möglichkeiten bietet: Sie organisiert Lernen in Beziehungen. Schüler\*innen sind als Teil ihrer Lerngruppen in Interaktion untereinander und zugleich mit denjenigen, die die Lernprozesse leiten und moderieren. Einbezogen sind Fachkräfte der Schulsozialarbeit, Erzieher\*innen und sogenannte nichtpädagogische Kräfte im System Schule. Jenseits aller Aufgaben der Wissensvermittlung und -aneignung ist dies ein umfassender wechselseitiger Austauschprozess auf sozialer Ebene mit vielfältigen Chancen.

Die Gruppe ist eine Grundform sozialen Lebens, im persönlichen wie im beruflichen Kontext. Sie ist sowohl Ort des je Eigenen als auch Raum für die Auseinandersetzung mit und der Orientierung an Anderem. Wenn es gelingt, dialogisch und offen, also frei von verordneten Normen und Weisheiten, Prozesse des Austauschs zu gestalten, so sind Gruppen gerade dann bedeutsam, wenn gesellschaftliche Meinungsbildung zunehmend stärker durch polarisierende, in sich abgeschlossene Gruppe bestimmt wird, wenn autoritär geprägte Positionen zur Verführung werden und die Fähigkeit zu Solidarität schwindet. Mit der Förderung personaler und sozialer Kompetenzen leistet Schule einen wesentlichen Beitrag zur Stärkung einer demokratischen Gesellschaft.

In Deweys Modellschule, die er noch vor den ersten reformpädagogischen Schulen 1896 zusammen mit seiner Frau in Chicago gegründet hatte, wurden Formen demokratischen Lernens, Konzepte der Selbsttätigkeit und des erfahrungsba-

sierten Unterrichts umgesetzt. Die Schüler\*innen sollten konsequent aktive Subjekte ihres Lernprozesses sein. Schule verstand er als eine Form von Gemeinschaft, die sich im Kern einer demokratisch verfassten Gesellschaft befindet. Sein Konzept des Lernens aus Erfahrung, wie er es in „Demokratie und Erziehung“ entfaltet, nimmt auch Bezug auf Platon.

„An die Stelle der Überzeugung Platons, dass ein Mensch glücklich und die Gesellschaft wohlorganisiert ist, wenn jeder einzelne mit dem beschäftigt ist, wofür er von Natur geeignet ist, können wir auch heute nichts Besseres setzen; das gleich gilt von der Auffassung, dass es die erste Aufgabe der Erziehung ist, diese seine eigentümliche Ausstattung jedem deutlich zu machen und ihn für ihre erfolgreiche Verwertung zu schulen.“ (Dewey 2011: 125)

Kritisch geht Dewey mit dem idealistischen und auf die eine „Gesellschaftsklasse“ gerichteten Blick Platons und der individualistischen Haltung des 18. Jahrhunderts ins Gericht und leitet daraus seine Ziele der Erziehung im Sinne der Demokratie „als Pflege der Fähigkeit, frei und voll an gemeinsamen Betätigungen teilzunehmen“ (Dewey 2011: 168), ab.

Louis Lowy, amerikanischer Professor für Soziale Arbeit, sah die Gruppe als Bollwerk gegen autoritäre Systeme. Louis Lowy (1920–1991), Sohn einer jüdisch-katholischen Familie, überlebte die KZs in Theresienstadt und Auschwitz sowie das Lager in Deggendorf. Seine Erfahrungen im Holocaust waren prägend für sein zentrales Grundprinzip: Die Gemeinschaft verpflichtet jeden Einzelnen zur Mitgestaltung und Verantwortung. Daraus entwickelte er Konzepte einer demokratischen Sozialarbeit und in der Konsequenz daraus eine Hochschuldidaktik, verankert im damaligen Curriculum der Katholischen Fachhochschule NW. Ähnlich wie an der Freien UFA-Schule in Berlin ging auch Lowy in seiner Lehre in den 1970er-Jahren von den Studierenden selbst aus. Sie erinnern sich daran,

„wie er ausging von dem Wissen und den Erfahrungen der Lernenden, wie er in Untergruppenarbeit unser eigenes Denken und das kollegiale Erarbeiten von Wissen anregte und wie er in den Plenumsveranstaltungen das von uns Erarbeitete aufgriff, einbezog in die Inhalte, die für uns neu waren. Er brachte das Neue mit dem, was wir wussten, und mit unserer Lebenserfahrung in Kontakt und ließ und so die Freiheit, und selbst in diesem Leben neu zu definieren.“ (Lammel zitiert Kersting 2018: 140)

Die Gruppe schafft den dafür erforderlichen Rahmen für Begegnung und Beziehung. Diese Beziehungen prägen die Souveränität des\*der Einzelnen und zugleich die Bezogenheit untereinander; im KZ Theresienstadt und in Deggendorf war Grup-

pe das Konzept zur Stärkung der Menschen und zur Förderung ihrer Handlungsfähigkeit.

Begründet im amerikanischen Pragmatismus und mit seinen Erfahrungen im schulischen Projektunterricht entwickelte er das Konzept der Projektarbeit mit selbstreflexiven Lernprozessen an der Hochschule. Wie Dewey setzt auch Lowy auf das Lernen aus Erfahrung. Besonders eindrucksvoll wird deutlich, wie seine Erfahrungen als Jude im Holocaust die Prinzipien von Demokratie in Lernprozessen prägten. Der Psychoanalytiker Paul Gaspar schreibt dazu: „Er war der Überzeugung, dass durch Vermittlung von Demokratie, Bildung und sozialen Einstellungen ein Bollwerk zu schaffen ist gegen autoritäre Systeme“ (Lammel zitiert Gaspar 2018: 137).

Für die Schule ist in diesem Sinne der kritisch-konstruktive Ansatz Klafkis prägend. In seiner Dissertation über Didaktik führt er den Begriff der kategorialen Bildung als Zusammenführung materialer und formaler Bildung ein. Die Entwicklung von Urteilskraft und Kritikfähigkeit sind zentrale Bildungsziele. Anders als in der Gesellschaft der 1980er-Jahre müsse es einen Leistungsbegriff geben, „der an der Lösung gemeinsamer Aufgaben und am Prinzip der Solidarität“ orientiert sei (Klafki 1996: 75f.). Die Betonung der „Befähigung zur Selbstständigkeit, Selbststeuerung und Selbstbeurteilung“ (Klafki 1996: 76) knüpft an Leitlinien an, wie sie sich besonders in der Zeit der Aufklärung und später in reformpädagogischen Ansätzen zeigen.

Zentral ist

„die im Bildungsbegriff enthaltene Auffassung von der dynamischen Beziehung des (sich entwickelnden) Menschen zur historischen Wirklichkeit“; diese versteht Klafki „als ein stets offen zu haltendes Vermittlungsverständnis zwischen ‚Subjekt‘ und ‚Objekt‘, einen aktiven Aneignungsvorgang, in dem sich geschichtliche Wirklichkeit für den sich bildenden Menschen ‚aufschließt‘, zugänglich, verstehbar, kritisierbar, veränderbar wird, und in dem sich das Subjekt gleichzeitig für geschichtliche Wirklichkeit ‚aufschließt‘, also Verständnis-, Handlungs- und Verantwortungsmöglichkeiten in sich entfaltet; beide Aspekte sind Momente eines einheitlichen Prozesses“ (Klafki 1996: 96).

Konsequenz für die Gestaltung von Lernprozessen in Schulen ist auch hier, die Selbstständigkeit im Lernprozess zu fördern. Dafür ist es erforderlich, an den jeweiligen persönlichen Voraussetzungen und dem Entwicklungsstand des Lernenden, insbesondere an seinen Interessen, anzuknüpfen (Klafki 1996: 146). Der Lernprozess müsse für alle Teilnehmenden hinsichtlich der Transparenz und Struktur nachvollziehbar sein (ebd.). Die Verbindung von exemplarischem Lernen mit der

notwendigen „pädagogischen Hilfe zum aktiven Lernen“ (Klafki 1996: 145) ist für den hier verfolgten Ansatz maßgeblich.

## **Exkurs: Pippi Langstrumpf und warum Schule „krank“ macht**

„Tatsache ist, dass ich nicht wiederkomme“ (Lindgren 2007: 42). Das sind Pippis letzte Worte, bevor sie das Schulgebäude an ihrem ersten und einzigen Schulbesuchstag verlässt. Vorausgegangen waren Erfahrungen insbesondere mit der Lehrerin, deren Bemühungen um Unterricht Pippi Langstrumpf als Kindereien titulierte.

Am Anfang des Schultages stand Pippis Wunsch nach Gerechtigkeit, denn so wie andere Kinder wollte auch sie in den Genuss von Ferien kommen (a. a. O.: 35f.). Schule selbst steht offensichtlich nicht im Mittelpunkt von Pippis Interesse. So ist es nur schlüssig, dass sie, auf dem Pferd reitend, zwei Stunden verspätet in der Schule ankommt (a. a. O.: 36). Sie bestimmt die Zeiten und auch die Umgangsformen. „Hallihallo!“, grölte Pippi und schwenkte ihren großen Hut. „Komme ich gerade richtig zur Plutimikation?“ (a. a. O.: 37). Sie wählt sich eigenständig eine Bank und lässt sich liegend darauf nieder. Sie ist nicht gewillt, sich der Autorität der Lehrerin und der Vorschriften zu beugen. Implizit kritisiert sie die wenig kindgerechte Form der aufgereihten Sitzordnung und das bewegungslose Sitzen.

Auch die Dialoge zwischen Pippi und der Lehrerin zeigen den Protest gegenüber der Macht der erwachsenen Lehrperson. Ausrufe wie der nach „Gerechtigkeit vor allem!“ (ebd.) erinnern an gewerkschaftliche Proteste oder den Einsatz für Menschenrechte. Fragen nach ihrem mathematischen Wissen kontert Pippi mit einer Degradierung der Lehrerin: „Ja, wenn du das nicht selbst weißt, denk ja nicht, dass ich es dir sage“ (ebd.). Das für Schulpädagogik lange Zeit gängige Frage-Antwort-Spiel wirkt absurd. Die Empörung der Lehrerin beantwortet Pippi mit Ignoranz. Die Lehrerin verbeißt sich in ihrer hilflos-autoritären Rolle, Selbstreflexion und flexible Reaktionen sind ihr nicht möglich. Erst als die Lehrerin bei einer neuen Aufgabenstellung verzweifelt auf enge Vorgaben verzichtet, lebt Pippi auf; sie legt sich zu friedlich auf den Boden und malt ihr Pferd, und weil das kleine Papier für das große Pferd nicht ausreicht, malt sie über das Blatt hinaus auf den Fußboden (a. a. O.: 40), ganz so, wie es wohl versunkene Kinder tun. Metaphorisch wird erkennbar, dass die engen Strukturen der Schule den freien Geist und den Gestaltungswillen von Pippi zu sehr einengen. Während die Schüler\*innen in einem eingeübten Lied singen, sie „wollen gerne brave, liebe, kluge Kinder sein, folgen wie die kleinen Schafe“ (ebd.), ruft Pippi dazu auf, „laute, kecke, starke Kinder [zu] sein“ (a. a. O.: 41), und meint, dass es jeder bereue, der ihnen dies verbaue.

## 4 Gesunde Schule

„Laute, kecke, starke Kinder“ (Lindgren 2007: 41) soll es in der Schule geben und niemand soll es ihnen verbauen, ruft Pippi Langstrumpf. Das gelingt an vielen Schulen, heute wohl mehr als früher. Aber noch zu viel macht Schule krank, Kinder wie Lehrkräfte und Eltern. Psychische Belastungen wie die Angst vor schlechten Noten, Versagensangst, Zeitdruck, Konflikte und Mobbing können zu psychischen Krankheiten werden (vgl. u. a. Singer 2020). Äußere Einflüsse wie Bewegungsmangel und falsche Sitzhaltungen, unphysiologische Zeitstrukturen des Tages, ungesunde Ernährung, Verletzungen und erhöhte Ansteckungsrisiken können körperliche Erkrankungen auslösen. Dies gilt für Schüler\*innen ebenso wie für Lehrkräfte und andere pädagogische Fachkräfte.

Das Konzept „Gute gesunde Schule“ des Landesprogramms Bildung in NRW (Landesprogramm Bildung und Gesundheit NRW o.J.) definiert eine gesunde Schule als einen „Beitrag zur Bildung für nachhaltige Entwicklung“. Dessen Ziele sind u. a. die Förderung der Bereitschaft von Schüler\*innen, „in einer sich verändernden Gesellschaft ein erfolgreiches und gesundes Leben zu führen“ (ebd.). Dies soll erreicht werden durch Unterricht und die Gestaltung des Schullebens. Es würden gleichermaßen zwei Entwicklungslinien verfolgt: „Qualifizierung von Gesundheit durch Bildung und als Qualifizierung von Bildung durch Gesundheit“ (ebd.) Dabei seien alle am Schulleben Beteiligten einzubeziehen. Dass Schulsozialarbeit einen spezifischen und wichtigen Beitrag insbesondere zur seelischen Gesundheit von Schüler\*innen leistet, ist inzwischen allgemein anerkannt.

Folgende Beispiele stehen stellvertretend für viele Schulen.

Gesundheitserziehung an der Marienschule Münster, einem bischöflichen Gymnasium für Mädchen, baut auf ein umfassendes Konzept von Wissensvermittlung und persönlicher Entwicklung. „Nach unserem Verständnis sollte Gesundheitserziehung Lebenskompetenzen vermitteln. **Lebenskompetent ist, wer sich selbst kennt und mag** (Herv. i.O.), wer sich in andere einfühlen kann, kritisch und kreativ denkt, wer erfolgreich kommunizieren, Probleme lösen und Stress bewältigen kann“ (Marienschule Münster o. J.).

Gesundheitserziehung soll Querschnittsaufgabe in allen Fächern aller Jahrgänge sein. Dies reicht aus Sicht der Schule nicht aus, um z. B. Suchterkrankungen vorzubeugen. Daher wird in den Jahrgangsstufen 5 bis 9 eine „Gesundheitswoche“ angeboten. Sie schafft Raum, um

„Phänomene wie Gruppendruck, Ausgrenzung und Fremdbestimmung, die bei einer Suchtkarriere eine Rolle spielen, zu reflektieren und sich damit auseinander zu setzen. Ziel ist es, die Persönlichkeit der heranwachsenden Schülerinnen so zu stärken, dass altersbedingte Risikobereitschaft und Verantwortung für sich selbst in Einklang kommen“ (ebd.).

Themen sind u. a. die Stärkung der Klassengemeinschaft, der Medienkompetenz, Drogenprävention und Sexualität. Alle Mitglieder der Schulgemeinschaft arbeiten in dieser Zeit gemeinsam an den Themen.

Der Ansatz der Marienschule zeigt damit eine komplexe Ausrichtung, denn über die Förderung der Persönlichkeit und damit der Gesundheit geht es um Entwicklungen in der Klasse als Gruppe und Prozesse und Strukturen der Schule als Organisation. Dieses Erleben und Lernen sind geeignet, Menschen in der Wahrnehmung ihrer gesellschaftlichen Rolle zu stärken. Es wird deutlich, wie Eichel es als Untertitel zu ihrem Buch formuliert, „warum sich die Zukunft unserer Kinder im Klassenzimmer entscheidet“ (Eichel 2014).

Die Schiller-Schule in Bochum wurde 2019 mit dem Deutschen Schulpreis geehrt, u. a. wegen ihres Leitwortes „Sog statt Druck“.

„Umgesetzt wird dies durch eine Lehr- und Lernkultur, die sich an den individuellen Ressourcen der einzelnen Schülerinnen und Schüler orientiert. Konsequenterweise wird das Schulprofil so ausgestaltet, dass sowohl dem individuellen Unterstützungsbedarf als auch der Förderung von besonderen Begabungen Rechnung getragen wird.“ (Robert Bosch Stiftung GmbH 2019)

Im Juni 2016 wurden 28 niedersächsische Schulen als Teilnehmer von „Schule auf Esskurs“ ausgezeichnet und erhielten für ihre gute Küche einen Stern.

„Das vielseitige Angebot der Mittagsverpflegung wurde durch saisonale Aktionswochen von Kürbis bis Kartoffel kulinarisch und optisch nochmal besonders in Szene gesetzt. Hier und bei weiteren Maßnahmen waren Schülerinnen und Schüler selber aktiv und gestalteten Ausstellungen und Verkostungsaktionen. Auch organisatorische Vorhaben, wie die Einrichtung jahrgangsübergreifender fester Mensadienste, wurden umgesetzt.“ (Geschwister-Scholl-Gesamtschule Göttingen 2016)

Auf dem Speiseplan der Integrierten Gesamtschule (IGS) Göttingen stehen in der Woche vor Weihnachten 2022 auf dem Speiseplan Möhrenbolognese mit geriebenem Hartkäse, Ofenkartoffeln mit Quark-Leinöl-Dip, Brokkoligemüse und Kichererbsen-Curry mit Bulgur (Georg-Christoph-Lichtenberg-Gesamtschule Göttingen-Geismar 2022).

Die Fridtjof-Nansen-Schule in Hannover erklärt Bewegung und Gesundheit zum roten Faden des Schulprofils, wofür sie den 1. Platz beim Deutschen Präventionspreis 2009 erhielt und im gleichen Jahr mit dem Integrationspreis 2009 des DFB prämiert wurde. Heute ist sie Pilotschule im „Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen“ der WHO, OPUS-Modellschule für offene Partizipation und Schulgesundheit u.v.m.

„Schulen ohne Gewalt“, „Schulen gegen Rassismus“, Schulen mit Courage bilden in den Bundesländern und auf Bundesebene ein breites Netzwerk. Jedes Jahr werden Schulen mit dem „Preis für demokratische Schulentwicklung – Demokratie-Erleben“ der Deutschen Gesellschaft für Demokratiepädagogik ausgezeichnet. Sie leisten einen Beitrag zur seelischen Gesundheit Einzelner und zur Solidarität und Partizipation in der Gesellschaft.

Die Liste herausragender Projekte und innovativer Schulen sowie von Programmen, Preisen und Ehrungen ließe sich weiter fortsetzen. Gleichwohl: Solche Konzepte gibt es nicht in der Fläche; sie sind nicht die Normalsituation schulischer Arbeit. Woran liegt das? Auf einige ausgewählte Aspekte wird im Folgenden eingegangen.

### *Es dauert so lange*

Es war das Jahr 1995, als die sogenannte Bildungskommission NRW unter der Leitung des damaligen Ministerpräsidenten Johannes Rau ihre Denkschrift zur „Zukunft der Bildung – Schule der Zukunft“ veröffentlichte. Ausgehend von gesellschaftlichen Veränderungen wurden Entwicklungsschwerpunkte für Schule als „Haus des Lernens“ formuliert, die sowohl Unterricht und Didaktik als auch das System, die Strukturen und die Leitung betreffen. Eigenverantwortung der Schüler\*innen in ihren Lernprozessen und auch der Freiraum der Schulleitungen im Team durchziehen die auf 350 Seiten entfalteten Reformvorstellungen. Diese wurden publiziert und in Tagungen landauf und landab diskutiert; kommunale Schulämter waren mit der sogenannten „Öffnung von Schule“ in Aufbruchstimmung. Der Rückblick auf die vergangenen fast 30 Jahre ernüchert. Auch wenn sich einzelne Schulen auf den Weg von Innovationen gemacht haben, auch wenn in einigen Schulräumen eine partizipative Didaktik praktiziert wird, das System einer hierarchischen Struktur und eines auf Ergebnisse und Noten ausgerichteten Lernens mit noch zu wenig Binnendifferenzierung und einem noch unzureichenden Blick auf Diversität und Chancengerechtigkeit für alle ist geblieben. Dies ist u. a. der Tatsache geschuldet, dass Bildung eine hoheitliche und damit staatlich verantwortete Aufgabe ist. Mit Blick auf die Verzweckung von Bildung im Nationalsozialismus ist dies ein notwendiger Schutz, bringt aber zugleich die Behäbigkeit bei der ebenfalls notwendigen Innovation mit sich.

Leuchttürme können Schulen sein, deren Besonderheit mit öffentlich anerkannten Preisen geehrt wird, so z. B. die Schulen, die den Deutschen Schulpreis erhalten haben, den die Robert Bosch Stiftung vergibt. Dass sich in der Bundesrepublik Deutschland große Stiftungen wie diese die Bertelsmann-Stiftung, die BMW-Group oder die von Porsche mit der Auslobung von Schulpreisen zeigen, dass sie die Kriterien entwickeln und die „Best-of“ auswählen, ist zu hinterfragen, denn die-

se Qualitätsentwicklungsprozesse verlaufen neben denen demokratisch gewählter Gremien auf Landes- und Bundesebene und sind nicht selbstverständlich mit den für Schulpolitik und Schulentwicklung verantwortlichen Ministerien abgestimmt. Der unmittelbare Einfluss der Wirtschaft entzieht sich staatlicher Kontrolle, fördert aber Entwicklungen, die in verkrusteten Strukturen scheinbar sonst nicht möglich sind.

Der Deutsche Schulpreis der Robert-Bosch-Stiftung definiert Kriterien für sechs Qualitätsbereiche: Leistung, Umgang mit Vielfalt, Unterrichtsqualität, Verantwortung, Schulklima, Schulleben und außerschulische Partner sowie Schule als lernende Institution (Robert Bosch Stiftung GmbH 2018). Eine zur aktiven Mitarbeit anregende Lernkultur, achtungsvoller Umgang miteinander, Verantwortungsübernahme u. a. m. sollen die Schule zu einem Lernort für Demokratie und gesellschaftlicher Teilhabe machen. Seit über 15 Jahren wurden im Wettbewerb die Preisträgerschulen ausgelobt. Die in den Jahren von 2006 bis 2015 mit dem ersten Preis geehrten Schulen waren Gegenstand eines Forschungsprojektes, das die spezifische Rolle der Schulleitungen für die Innovationsideen und -prozesse dieser Schulen untersuchte. Sie bestätigen, dass jenseits struktureller Rahmenbedingungen die Person des Schulleiters bzw. der Schulleiterin der entscheidende Motor für die Entwicklungen war. Interessant ist, dass die Biografien der Schulleiter\*innen Ähnlichkeiten aufweisen, was in weiteren Forschungen untersucht und veröffentlicht werden soll. Für diesen Zusammenhang bleibt festzuhalten, dass nicht die Offenheit von Schulaufsicht und Ministerien solche Leuchttürme zum Leuchten bringt, sondern besonders die Motivation, Kraft und Ausdauer von Lehrkräften und Schulleitungen.

### *Strukturelle Defizite*

Defizite in der Ausgestaltung der finanziellen, räumlichen und personellen Rahmenbedingungen gibt es viele. Die Ausgaben der öffentlichen Haushalte in Deutschland für Bildung stiegen in den vergangenen zehn Jahren zwar deutlich an (vgl. u. a. Statista GmbH 2023), sie bleiben aber mit 4,2 % noch immer unter dem OECD-Durchschnitt von 4,9 % und liegen z. B. hinter Frankreich (5,2 %), den USA (6,2 %) und Skandinavischen Ländern.

Hinzu kommen Hindernisse in komplexen Abläufen und Vorgaben von Schulverwaltung und Schulpolitik auf überregionaler und auch regionaler Ebene. An einem konkreten Handlungsbereich der Schule wird deutlich, welche Konsequenzen strukturelle Defizite für die Qualität von Bildung haben. Die Ganztagschule in NRW soll Kindern und ihren Familien ein verlässliches Angebot über die Unterrichtszeit hinaus machen. Der gebundene Ganztags als gute Möglichkeit für mehr Bildungsgerechtigkeit konnte sich nicht durchgängig durchsetzen, die sogenannte

Offene Ganztagsschule aber ist ein regelhaftes Angebot geworden.

Teams aus Sozialpädagog\*innen, Erzieher\*innen und Ergänzungskräften, meist angestellt bei einem freien Träger, begleiten Lerngruppen im Anschluss an die Unterrichtszeit mit Lernhilfen, Spielen und beim gemeinsamen Mittagessen. Diese Teams erfüllen ihre Aufgabe hoch engagiert und arbeiten i. d. R. weit über das bezahlte Soll hinaus; zugleich bleiben bei dieser pädagogisch anspruchsvollen Aufgabe die Qualifikation und fachliche Begleitung unter dem, was notwendig wäre; auch die Personalkapazitäten sind häufig zu gering. Wie problematisch das Arbeiten ist, wird hier an einem anderen Aspekt exemplarisch verdeutlicht, der unmittelbar mit dem Bereich der Gesundheit zusammenhängt. Das zuständige Ministerium für Schule, Jugend und Kinder des Landes Nordrhein-Westfalen macht in seinem sogenannten Grundlagentext Angabe:

„Gemeinsames Essen und Trinken ist wesentlich mehr als Sättigung. Es stärkt das soziale Miteinander und fördert die Kommunikation. Eine gute, gesundheitsfördernde Mittagsverpflegung unterstützt die Leistungsfähigkeit und Gesundheit der Schülerinnen und Schüler und kann außerdem der Entwicklung von Übergewicht und anderen Ernährungsproblemen vorbeugen. [...] Schulen haben einen Erziehungs- und Bildungsauftrag, der zur Mitwirkung in der Gesundheitsbildung verpflichtet. Eine hieraus erwachsene Ernährungsbildung ist nur dann nachhaltig und glaubwürdig, wenn sich die im Unterricht vermittelten Inhalte einer gesunden Ernährung in der Praxis der Mittagsverpflegung widerspiegeln. [...] Die Frage des Mittagessens in Ganztagschulen ist daher nicht nur als reine Organisationsfrage zu betrachten, die vorrangig unter Kostengesichtspunkten zu sehen ist. Eine zeitgemäße Schulverpflegung muss ernährungsphysiologisch ausgewogen, geschmacklich attraktiv und wirtschaftlich sein. [...] Aus ernährungsphysiologischen Gründen und wegen der Vorteile frisch zubereiteter Lebensmittel für die Sinnesbildung wird einem Frischkostsystem der Vorrang eingeräumt. Lassen die räumlichen Gegebenheiten und finanziellen Möglichkeiten dies aber nicht zu, kann ein anderes Verpflegungssystem gewählt werden.“ (Ministerium für Schule, Jugend und Kinder des Landes Nordrhein-Westfalen o. J.)

Dem steht häufig folgende Realität gegenüber: In der Schule gibt es nur eine begrenzte Zahl von Sitzplätzen für die Kinder; in Schichten müssen sie deshalb nacheinander in kurzer Zeit ihr Essen zu sich nehmen. Manche Kinder sitzen auf der Fensterbank, die Teller auf den Knien. Das Essen ist nicht frisch oder aus Konvektomaten, sondern kommt in Warmhaltebehältern, die längere Zeit stehen. Nach dem Essen müssen die Kinder schnell den Raum verlassen, um den nächsten Platz zu machen. Draußen stehen Kinder, deren Eltern den Kostenbeitrag für das Mittagessen nicht bezahlt haben, vielleicht auch nicht bezahlen konnten. Die Ganztags-

kräfte dürfen ihnen kein Essen geben, weil zwischen dem Lieferanten, dem Träger und der Schulleitung abgesprochen sei, die Eltern so an ihre Pflichten zu erinnern.

Es ist zu befürchten, dass sich solche Zustände, die durch falsche oder nicht getroffene pädagogische Entscheidungen entstehen, zukünftig angesichts des Fachkräfte- und Arbeitskräftemangels weiter verschärfen.

Aus Gründen der Aktualität und wegen der Bedeutsamkeit muss erwähnt werden, dass Grenzverletzungen und Gewalt ein weiteres Problem für die psychische und physische Gesundheit von Schüler\*innen und ggf. auch von Erwachsenen im Schulsystem darstellen. Die Vermeidung von Missbrauch und Vertuschung, die Aufdeckung systemischer Ursachen, die Präventionsarbeit, die Schutzkonzepte wären in diesem Zusammenhang zu erläutern. Dafür ist hier nicht der ausreichende Raum.

## 5 Schule im Sozialraum

Im Koalitionsvertrag der Landesregierung NRW von 2021 wird eine Entwicklung fortgeschrieben, die mit der bereits genannten Denkschrift der Bildungskommission NRW 1995 ihren Anfang nahm:

„Die Regionalen Bildungsnetzwerke sind durch die Einbindung verschiedener Akteure wesentlicher Bestandteil der Qualitätsentwicklung von Schule vor Ort. In staatlich kommunaler Verantwortungsgemeinschaft stärken wir die Regionalen Bildungsbüros und entwickeln das Bildungsmonitoring mit landesweiten Standards weiter. Die dafür erforderlichen Daten werden den Kommunen seitens des Landes zur Verfügung gestellt.“ (Regionale Bildungsnetzwerke Nordrhein-Westfalen 2023)

Die Aufgaben der Regionalen Bildungsnetzwerke in der Zusammenarbeit aller Bildungsakteure vor Ort werden in § 78a des neugefassten Schulgesetzes konkretisiert. Zuständigkeiten sollen erhalten bleiben, die Kommunikation verstärkt werden. Ein komplexes Organigramm von Lenkungskreis, Konferenz- und Behördenstrukturen spiegelt das Zusammenspiel wider. Am Beispiel der Stadt Münster konnte die Verfasserin dieses Textes als Akteurin im Feld beobachten, wie das Eigenleben und -interesse der jeweiligen Akteure offene Dialoge behinderte und am Ende trotz zusätzlich finanzierter Stellen das Interesse an regionaler Vernetzung zu gering war, um ein Bildungsbüro für diese Bildungsstadt einzurichten. Andere Städte und Kreise haben erfolgreichere Wege gefunden. Doch bleibt der Eindruck, dass der Begriff der Region für die Entwicklungsräume der Einzelschule zu weit gefasst ist. Bedeutsamer sind hier das jeweils konkrete Umfeld der Schule und damit die Lebenswelt der Schüler\*innen; der Stadtteil oder das Quartier bilden insbesondere für die Jüngeren den Bezugspunkt. Akteure in diesem Sozialraum sind möglicher-

weise bereits strukturell zusammengeschlossen über die Vernetzungsrunden eine Bezirksverwaltung. In Arbeitskreisen zu Schule, Jugendhilfe und Jugendarbeit verständigen sich die Institutionen vor Ort über ihre Angebote, über Schnittstellen und Kooperationen. Sie beobachten die Entwicklung ihrer Klientel und suchen bestenfalls gemeinsam nach Unterstützungsmöglichkeiten. Wie Bildungsnetzwerke auch im Zusammenspiel mit Sozialpolitik funktionieren, welche Bedingungen sie benötigen und welche Reichweite aber auch Begrenzungen sie haben, ist u. a. bereits nachzulesen bei Fischer/Kosellek (2013).

Zurecht bezeichnen Naidoo und Wills Wohnviertel und Quartier als die wichtigsten Settings zur Gesundheitsförderung (Naidoo/Wills 2019: 469) und benennen als Grund u. a. den Einfluss der Sozialstruktur. Programme wie das der „Sozialen Stadt“ in NRW sind geeignet, gesundheitsfördernde Strukturen im Wohnumfeld nachhaltig zu entwickeln. Doch beinhaltet das umfangreiche Lehrbuch der beiden Autorinnen weder an dieser noch einer anderen Stelle Hinweise auf die Bedeutung für Kinder und Jugendliche wie die Kindertagesstätten, die Schulen oder die Jugendarbeit. Auch niedrigschwellige Orte der Erwachsenenbildung finden keine Erwähnung. Eine Ergänzung wäre sinnvoll. Denn insbesondere die Schule ist gerade ein heimatlicher Ort für die Schüler\*innen, die in ihrem sozialen Umfeld sonst brüchige Beziehungserfahrungen machen. Hier wird, wie beispielhaft dargestellt, ein Ansatz für ganzheitliche Bildung inklusiver der Gesundheitsförderung bereits praktiziert.

## 6 Schluss

Erich Kästner schreibt zur Entstehung seiner Gedichtsammlung „Doktor Erich Kästners Lyrische Hausapotheke“, diese sei ein „der Therapie dienendes Taschenbuch. Ein Nachschlagewerk, das der Behandlung des durchschnittlichen Innenlebens gewidmet ist“ (Kästner 2021: II). Er zählt Krankheiten und entsprechende Medikamente auf. „Aber manchmal helfen keine Pillen“ (ebd.). Sie helfen nicht gegen trostlose Einsamkeit, Eifersucht oder Lebensüberdruß. Seine Gedichte sind „Pharmazie der Seele“ und für die Lektüre stellt er die Erfahrung in Aussicht, dass es anderen nicht besser gehe als einem selbst. Deshalb steht anstelle einer üblichen Zusammenfassung des vorangegangenen Textes, ergänzt um scheinbar kluge Ausichten in die Zukunft, ein Gedicht von Erich Kästner, das Zeile für Zeile zwei wesentliche Aspekte künstlerisch in Worte fasst: den Zusammenhang von Körper, Geist und Seele und die aufeinander wechselhaft bezogenen Sichten nach innen und außen.

### **Das Herz im Spiegel**

Der Arzt notierte eine Zahl.  
Er war ein gründlicher Mann.  
Dann sprach er streng: „Ich durchleuchte Sie mal“,  
und schleppte mich nach nebenan.

Hier wurde ich zwischen kaltem Metall  
zum Foltern aufgestellt.  
Der Raum war finster wie ein Stall  
und außerhalb der Welt.

Dann knisterte das Röntgenlicht.  
Der Leuchtschirm wurde hell.  
Und der Doktor sah mit ernstem Gesicht  
mir quer durchs Rippenfell.

Der Leuchtschirm war seine Staffelei.  
Ich stand vor Ergriffenheit stramm.  
Er zeichnete eifrig und sagte, das sei  
mein Orthodiagramm.

Dann brachte er ganz feierlich  
einen Spiegel und zeigte mir den  
und sprach: „In dem Spiegel können Sie sich  
Ihr Wurzelwerk ansehen.“

Ich sah, wobei er mir alles beschrieb,  
meine Anatomie bei Gebrauch.  
Ich sah mein Zwerchfell im Betrieb  
und die atmenden Rippen auch.

Und zwischen den Rippen schlug sonderbar  
ein schattenhaftes Gewächs.  
Das war mein Herz! Es glich aufs Haar  
einem zuckenden Tintenkleck.

Ich muss gestehen, ich war verstört.  
Ich stand zu Stein erstarrt.  
Das war mein Herz, dass dir gehört,  
geliebte Hildegard?

*Lass uns vergessen, was geschah,  
und mich ins Kloster gehen.  
Wer nie sein Herz im Spiegel sah,  
der kann das nicht verstehen.*

*Kind, das Vernünftigste wird sein,  
dass du mich rasch vergisst.  
Weil so ein Herz wie meines kein  
Geschenkartikel ist (Kästner 2021: 156f.)*

## Literatur

- Bieri, Peter (2005): Wie wäre es, gebildet zu sein. [https://www.hoffbauer-stiftung.de/fileadmin/user\\_upload/hoffbauer/content/bildung/fort\\_und\\_weiterbildung/echris/schulwesen-allgemein/Peter-Bieri-wie-wa\\_re-es-gebildet-zu-sein.pdf](https://www.hoffbauer-stiftung.de/fileadmin/user_upload/hoffbauer/content/bildung/fort_und_weiterbildung/echris/schulwesen-allgemein/Peter-Bieri-wie-wa_re-es-gebildet-zu-sein.pdf) [Zugriff 25.03.2023].
- Dewey, John (Hrsg.) (2001): Demokratie und Erziehung. Eine Einleitung in die philosophische Pädagogik (5. Aufl.). Weinheim/Basel: Beltz Taschenbücher.
- Eichel, Christine (2014): Deutschland, deine Lehrer. Warum sich die Zukunft unserer Kinder im Klassenzimmer entscheidet, München: Blessing.
- Freie Schule in Berlin e. V. (2018): Die Freie Schule in Berlin. <https://www.freie-schule-in-berlin.de/de/topic/2.konzept.html> [Zugriff 25.03.2023].
- Fischer, Jörg/Kosellek, Tobias (2013): Netzwerkorientiertes Handeln in der kommunalen Bildungs- und Sozialpolitik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Geschwister-Scholl-Gesamtschule Göttingen (2016): Die GSG-Mensa hat ihren ersten Stern. Sternstunde für Geschwister-Scholl-Gesamtschule. Mit „Schule auf EssKurs“ der Verbraucherzentrale zu einer besseren Schulverpflegung. <https://www.gsg-goettingen.de/schulservice/mensa> [Zugriff 25.03.2023].
- Georg-Christoph-Lichtenberg-Gesamtschule Göttingen-Geismar (2022): Speisepläne. <https://www.igs-goe.de/service/speiseplaene.html> [Zugriff 15.12.2022].
- Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans (2001): Lebensweltorientierung. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik (2. vollst. überarb. Ausg.). Neuwied: Luchterhand, S. 1136ff.
- Hege, Marianne (1974): Engagierter Dialog. München/Basel: Reinhardt.
- Hentig, Harmut von (1985): Die Erziehung des Menschengeschlechts. Ein Plädoyer für die Wiederherstellung der Aufklärung. In: Kiwus, Karin/Binder, Klaus (Hrsg.): Der Traum der Vernunft. Vom Elend der Aufklärung. Berlin: Eine Veranstaltungsreihe der Akademie der Künste.
- Kästner, Erich (2021/1936): Doktor Erich Kästners Lyrische Hausapotheke. Zürich: Atrium.

- Kant, Immanuel (1784d): Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung, Berlinische Monatsschrift, 12. Stück. In: Kants gesammelte Schriften (1923), herausgegeben von der Königlich Preußischen Akademie der Wissenschaften, Band 8. Berlin: Haude und Spener, S. 46ff.
- Klafki, Wolfgang (1996): Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik. Zeitgemäße Allgemeinbildung und kritisch-konstruktive Didaktik (5. Aufl.). Weinheim/Basel: Beltz.
- Lammel, Ute Antonia (2018): Erinnerungen an Louis Lowy und sein Erbe, In: Gerards, Marion/Lammel, Ute Antonia/Frieters-Reermann, Norbert/Krockauer, Rainer (Hrsg.): Aachens Hochschule für Soziale Arbeit. 100 Jahre Tradition-Reflexion-Innovation. Opladen/Berlin/Toronto: Verlag Barbara Budrich, S. 135–146.
- Landesprogramm Bildung und Gesundheit NRW (o.J.): Gute gesunde Schule. <https://www.bug-nrw.de/arbeitsfelder/gute-gesunde-schule> [Zugriff 25.03.2023].
- Lindgren, Astrid (2007): Ur-Pippi. Hamburg: Friedrich Oetinger Verlag.
- Marienschule Münster (o.J.): Gesunde Schule. Gesundheitserziehung an der Marienschule. <https://www.marienschulemuenster.de/unterricht-angebote/gesunde-schule> [Zugriff 25.03.2023].
- Ministerium für Schule, Jugend und Kinder des Landes Nordrhein-Westfalen (o.J.): Grundlagentext. Empfehlungen zur Mittagsverpflegung in Kindertageseinrichtungen und in Ganztagschulen sowie zum Verkauf von Speisen und Getränken in Schulen. <https://www.bug-nrw.de/arbeitsfelder/ernaehrung/grundlagentext> [Zugriff 25.03.2023].
- Menon: Platons Dialog mit Menon (Übersetzung von Friedrich Schleiermacher (1804–1811)). <http://12koerbe.de/pan/menon3.htm> [Zugriff 25.03.2023].
- Naidoo, Jennie/Wills, Jane (2019): Lehrbuch Gesundheitsförderung (3., akt. Aufl.) Bern: Hogrefe.
- Prange, Klaus (2008): Schlüsselwerke der Pädagogik, Band 1: Von Platon bis Hegel. Stuttgart: Kohlhammer, S. 26–37.
- Regionale Bildungsnetzwerke Nordrhein-Westfalen (2023): Aus dem Koalitionsvertrag. <https://www.regionale.bildungsnetzwerke.nrw.de/Regionale-Bildungsnetzwerke/index.html> [Zugriff 23.03.2023].
- Reichenbach, Roland (2007): Philosophie der Bildung und Erziehung. Eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Robert Bosch Stiftung GmbH (2018): Was macht eine gute Schule aus? <https://www.deutscher-schulpreis.de/was-macht-eine-gute-schule-aus> [Zugriff 25.03.2023].
- Robert Bosch Stiftung GmbH (2019): Schiller-Schule. Bochum, Nordrhein-Westfalen. Preisträger 2019. <https://www.deutscher-schulpreis.de/preistraeger/schiller-schule> [Zugriff 25.03.2023].
- Schulze Kökelsum, Anna (2021): Das Recht des Kindes auf Achtung – Wie Lindgrens Pippi Langstrumpf Korczaks Postulate in der Schule verdeutlichen kann. In: Tölle, Ursula (Hrsg.): Vorstellungen von Erziehung und Bildung in Kinder- und Jugendbüchern, Opladen/Berlin/Toronto: Verlag Barbara Budrich, S. 81–112.

- Singer, Kurt (2020): Wenn Schule krank macht, wie macht sie gesund und lernbereit. Weinheim: Beltz Taschenbuch.
- Statista GmbH (2023): Ausgaben der öffentlichen Haushalte in Deutschland für Bildung von 1995 bis 2022. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2526/umfrage/entwicklung-der-oeffentlichen-bildungsausgaben/> [Zugriff 25.03.2023].
- Tölle, Ursula (1994): Rudolph Zacharias Becker, Versuche der Volksaufklärung im 18. Jahrhundert in Deutschland. Münster/New York: Waxmann.
- Tölle, Ursula (2010–2020): Forschungsberichte zu Schulleitungsinterviews an innovativen Schulen (unveröffentlicht).
- Vierhaus, Rolf (1987): Deutschland im 18. Jahrhundert, Politische Verfassung, Soziales Gefüge, Geistige Bewegungen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Weizsäcker, Victor von (2008): Warum wird man krank? Ein Lesebuch. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

# Gesund Aufwachsen in der Region – Raumaneignung als Zugang zur Perspektive von Kindern und Jugendlichen

*Ulrich Deinet & Christian Reutlinger*

## 1 Einleitung

*Einführende Szene: Jugendliche in einem Dorf treffen sich am Freitagnachmittag vor dem Dorfladen und hängen da ab. Zu späterer Stunde ziehen sie weiter zum nahegelegenen Kinderspielplatz, wo sie auch Alkohol konsumieren und kiffen. Besonders nach langen Nächten an den Wochenenden ist der Spielplatz voller Müll, manchmal sind auch die Spielgeräte kaputt und für die Kinder nicht mehr verwendbar, bis der Gemeindegärtner sie wieder repariert. Unter der Woche fahren viele der Jugendlichen in die Kreisstadt zu einer weiterführenden Schule. Sie bekommen auch dort zunehmend Ärger, weil sie sich in der Schule besonders in den Pausen ähnlich aufführen wie im Dorf. Da ihnen in ihrem Dorf langweilig ist, bleiben sie auch nach Schulschluss auf dem Schulgelände und hängen dort ab, bis sie einen der letzten Busse ins Dorf nehmen. Die Schulsozialarbeit wird aufmerksam auf das Problem und bezieht die Mobile Jugendarbeit der Kreisstadt mit ein. Diese bezieht die Jugendlichen gezielt in ihre Aktionen ein, die besonders sport- und bewegungsorientiert sind. Es gelingt, die Jugendlichen zu aktivieren. Sie beteiligen sich auch an Sportaktivitäten, die am Wochenende in der Kreisstadt stattfinden. Außerdem nehmen sie an Ausflügen und Fahrten teil, die von der Mobilen Jugendarbeit organisiert werden. Sie sind jetzt auch am Wochenende mal unterwegs und die Entwicklung wirkt sich positiv auf das Leben im Dorf aus. Am Wochenende hängen weniger Jugendliche im Dorfrum. Sie haben ihr Handlungsspektrum erweitert, treiben Sport, bewegen sich. Sie sind zufriedener mit ihrer Situation, das wirkt sich auch auf ihre schulische Situation positiv aus.*

Die Szene zeigt:

- Kinder und Jugendliche sind auf den Nahraum angewiesen, je älter sie werden, umso wichtiger werden auch über das unmittelbare Umfeld hinausgehende Handlungsräume wie die Schule in der Kreisstadt, Sportangebote in der Region etc.

- In ihrem Dorf können die Jugendlichen kaum Substitute finden, sondern müssen das nehmen, was sie vorfinden, entscheidend ist deshalb, dass die vorfindbare physische Umwelt und die sozialen Möglichkeiten fördernd und nicht hinderlich oder einschränkend sind.
- Die Unmittelbarkeit ist wichtig, aber ebenso zentral ist die Wirksamkeit, die von ihrem Handeln ausgehen muss. Hier sind Sport, Action, Erlebnispädagogik die Schlüssel für die Erweiterung ihrer Handlungsoptionen und – damit verbunden – für die Verminderung ihrer Konflikte.
- Was im Beispiel eher zufällig geschieht: die Intervention der Mobilen Jugendarbeit in der Kreisstadt zeigt, wie wichtig es ist, Region als unterschiedliche Handlungsräume aufzufassen, die ineinandergreifen.

Mit diesem Beispiel der Szene sind unterschiedliche Dimensionen eines sozialräumlichen Zugangs für ein *gesundes Aufwachsen in der Region* angesprochen, die in der Folge genauer ausgeführt werden. Wie Gesundheitsdiskussionen seit den 1980er-Jahren mithilfe des Setting-Ansatzes verdeutlichen, sind „räumliche Aspekte von eminenter Bedeutung“ (Fabian 2016: 113) bei der Frage nach gesundem Aufwachsen und Leben. „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“ (Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986).

Zwar wird heute ein sozialökologisches Verständnis von Gesundheit „als das Ereignis der alltäglichen und aktiven Auseinandersetzung mit seiner ihm umgebenden Umwelt“ (Dadaczynski u. a. 2016: 214) vielfach vorausgesetzt. Insbesondere in der von der WHO propagierten und hierzulande in den vergangenen drei Jahrzehnten adaptierten Variante wird er als „ein aussichtsreicher Weg diskutiert, um verhaltens- und verhältnispräventive Elemente zu verbinden und gesundheitliche Chancengleichheit dort zu befördern, wo sich die Menschen aufhalten“ (Bär/Schaefer 2021: 269).

Dennoch existiert bislang keine „Einigkeit darüber, was genau unter einem Setting zu verstehen bzw. darunter zu subsummieren ist“ (Dadaczynski 2019: 405). Während auf der einen Seite eher mit weiter gefassten Definitionen von Settings gearbeitet wird, die unterstellen, dass „physische oder strukturelle Aspekte mögliche, jedoch keine hinreichenden und ausschließlichen Charakteristika von Settings darstellen“ (ebd.), begrenzen sich andere auf eng gefasste territoriale Beschränkungen.

„Die Fokussierung auf definierte Sozialräume [Herv. im Original], sei es das Quartier, der Betrieb, die Schule oder das Krankenhaus, ermöglicht es, die Zielgruppen und Akteure genauer zu bestimmen, adäquate Zugangswege zu definieren und die vorhandenen Ressourcen zu nutzen.“ (Altgeld/Kolip 2007: 45)

Ein solches auf einen bestimmten Ort oder Territorium beschränktes Sozialraumverständnis macht aus sozialgeografischer Perspektive nur bedingt Sinn, um zu verstehen, wie Kinder und Jugendliche sich die Welt aneignen und welches Potenzial für Gesundheitsfragen resultiert. Deshalb fußt die Sozialraumperspektive, welche wir vertreten, auf einem anderen Sozialraumverständnis, indem wir das Aneignen der Welt durch Kinder und Jugendliche an den Anfang unserer Überlegungen stellen und dann aufzeigen, wie sie dadurch Räume und Regionen (mit)herstellen. Damit setzen wir am Kern des Gesundheitsverständnisses der WHO an, in dem nicht nur Gesundheit im Fokus steht, sondern auch Sozialräume „im Alltag der Menschen, in deren Lebenswelten hergestellt und aufrechterhalten werden“ (Fabian 2016: 122).

Ein Ansatzpunkt ist für uns der Regionenbegriff, anhand dessen wir die sozialräumliche Perspektive und den Aneignungsansatz entwickeln und den Mehrwert für gesundes Aufwachsen darstellen wollen – denn der Setting-Ansatz verdeutlicht ebenfalls, dass ein solcher sozialer Zusammenhang nicht nur durch gleiche Lebenslagen und gemeinsame Werte gekennzeichnet ist, sondern sich auch durch „regionale Situationen (z. B. Kommune, Stadtteil, Quartier)“ (Hartung/Rosenbrock o. S.) und damit als ein „sozialräumliches System“ ausdrückt (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2021: 21).

## 2 Region – eine sozialräumliche Betrachtung

Das, was mit Region bezeichnet wird, verweist auf unterschiedliche räumliche, soziale und auch strukturelle, steuerungsrelevante Dimensionen. Darüber hinaus wird Region bloß metaphorisch verwendet (Region als Metapher). Die Sprechenden verfolgen mit der metaphorischen Verwendung unterschiedliche Gestaltungsabsichten oder -hoffnungen und sprechen von verschiedenen fachlichen, persönlichen oder strategischen Positionen aus (Reutlinger 2016). Man redet über „Region“, weil es modern ist, vermeintlich die lebensweltlichen Bezüge der Adressatinnen und Adressaten an den Ausgangspunkt jeglichen Handelns stellt und weil man darüber (wieder) handlungsfähig wird (Kessl/Reutlinger 2010). Weniger interessant ist hingegen die Frage, was eine Region ausmacht, wie sie begrifflich und konzeptionell zu fassen ist, um die Gestaltungsabsichten auch wirklich zu erreichen. Überspitzt könnte man sagen, dass es bei der metaphorischen Verwendung von Region um vieles geht, jedoch nicht um Region resp. um die Durchsetzung eines angemessenen, d. h. die unterschiedlichen raumrelevanten Gestaltungsebenen berücksichtigenden Verständnisses davon (Reutlinger 2016). Vor diesem Hintergrund wird Region pragmatisch gefasst und bestimmte, administrativen Logiken gehorchende Gebiete als Grundlage genommen, um eine Region festzulegen. Dies ist jedoch ein Phänomen, welches auch in anderen Diskursen zu Region festgestellt wurde.

„Region‘ hat nicht nur ein semantisches Feld mit ausgesprochen diffusen Rändern, sondern das Feld ist zugleich mehrdimensional, da der Regionsbegriff in unterschiedlichen fachlichen und inhaltlichen Kontexten und darüber hinaus metaphorisch verwendet wird. Ähnlich wie bei dem schwierigen Begriff ‚Raum‘ lässt sich oft kaum noch ausmachen, was ‚eigentlicher Sinn‘ und was Metapher ist.“ (Blotevogel 2000: 496)

Man kann sich einer Region sowohl aus der sozialwissenschaftlichen Perspektive als auch aus der Planungsperspektive nähern, einmal über die soziale, das andere Mal über die physisch-materielle Welt. Irgendwo dazwischen scheint die Region zu liegen. Indem beide Perspektiven eine „richtige“ Einheit suchen, sich selbst und die eigene Gestaltungsabsicht jedoch nicht explizieren, besteht die Gefahr, dass es lediglich darum zu gehen scheint, wie die beiden Schachteln, d. h. die soziale Raumschachtel und die Flächenraumschachtel, zu definieren und ineinander zu stellen sind, damit eine Region „richtig“ definiert wird. In Anlehnung an das von Ludger Pries in den Transmigrationsdiskurs eingebrachte Bild der „doppelt exklusiven Verschachtelung“ (Pries 2008: 116) von Flächen- und Sozialraum könnte man für die Rede von Region in der Inklusionsdebatte formulieren: In einem Gebiet oder lokalen Nahraum (territoriale Raumschachtel „Flächenraum“) liegt genau eine homogene und im Prinzip inkludierende soziale Einheit (soziale Raumschachtel „Sozialraum“), und jede soziale Einheit passt genau in einen lokalen Nahraum (siehe kritisch Hüllemann et al. 2015). Bildlich scheint es bei der sozialwissenschaftlichen Perspektive darum zu gehen, dass auf realräumlich gegebene, auf dem Globus fixierte Raumeinheiten (d. h. die vorher nach administrativen Kriterien bestimmten „Gebiete“) nun eine entsprechende soziale Einheit aufgestülpt oder eingeschrieben werden muss. Im Sinne eines sozialen Raumcontainers wird der „Sozialraum“ als homogen, einheitlich und im Prinzip für alle „darin“ wohnenden Personen – egal mit welchen individuellen oder sozialen Herausforderungen – als inkludierend beschrieben. Ist dieser soziale Raumcontainer einmal bestimmt, besteht die Herausforderung aus sozialpädagogischer Perspektive nur noch darin, wie man das gemeinschaftliche oder vergemeinschaftende Potenzial aktivieren, entfachen oder (er)wecken kann (kritisch Reutlinger et al. 2015). Neben dem Aktivieren dieser sozialen Einheit gilt es weiter, das Handeln aller professionellen Akteurinnen und Akteure auf diese Einheit auszurichten (Region als Orientierungsrahmen professionellen Handelns). Problematisch ist daran, dass durch diese system- und staatstragende Vorgehensweise die relevanten Fragen gar nicht auf den Tisch kommen. Vielmehr soll das banale Raumverständnis dazu führen, dass man weiterhin als Akteurin und Akteur handlungsfähig bleibt und dadurch die Systemlogik weiterträgt. Aus dem Blick geraten Perspektiven, welche sich mit der subjektiven Erschließung und Deutung nahräumlicher Zusammenhänge auseinandersetzen. Eine solche Perspektive wollen wir in der Folge mit dem Aneignungskonzept skizzieren und den

Mehrwert auf die sozialräumlichen Dimensionen des Aufwachsens in der Region herausarbeiten. Die später genauer ausgeführten sozialräumlichen Studien (Deinet et al. 2017, vgl., auch Deinet/Krisch 2009; Fritsche et al. 2011) verdeutlichen, dass über den subjektiven Blick die Möglichkeiten und Barrieren, die in Stadtteilen, aber auch außerhalb liegen, sichtbar werden. Werden Barrieren und Hindernisse sozialräumlich aufgeschlossen, wird deutlich, dass diese sowohl in physisch-materieller Art als auch in sozialer Hinsicht auftreten können, indem Milieus Ausgrenzungen befördern und Aneignungsprozesse erschweren, gegebenenfalls neue Barrieren aufbauen oder auch Lücken lassen.

### **3 Das Aneignungskonzept zum Verständnis jugendlicher Raum- und Regionen-Herstellung**

„Raumaneignung“ kann als Entwicklungsaufgabe formuliert werden, welche bei (kleinen) Kindern anfängt, sich bei Jugendlichen fortsetzt, bei Erwachsenen ebenfalls von Bedeutung ist und im Sinne eines lebenslangen Lernens bis ins Alter relevant bleibt bzw. auch aufgrund motorischer und anderer Einschränkungen eine besondere Herausforderung darstellt. Wird der Raumaneignung nicht ein absolutes, sondern ein relationales Raumverständnis hinterlegt, kann

„Aneignung nicht nur als Übernahme oder Auseinandersetzung mit dem Handeln vorgängigen Objekten oder Gegenständen gedacht werden kann, sondern immer auch das Moment der Produktion beinhaltet, dass durch die vorgängigen Strukturen – ermöglichend oder behindernd – beeinflusst wird. [...] Während mit einer absoluten Raumvorstellung der Aneignungsprozess nicht als wechselseitiger Vermittlungsprozess zwischen Subjekt und Welt (konkretisiert als Raum) gedacht werden kann, erzwingt eine relationale Raumvorstellung im Gegenteil, Aneignung in enger Verschränkung mit Produktionsprozessen von Raum als Wechselwirkung zwischen Subjekt und Raum zu denken.“ (Hüllemann et al. 2019: 391f.)

Wie diese Entwicklungsaufgabe im Sinne eines Bausteins einer gesundheitsfördernden Pädagogik konkretisiert und ausformuliert werden kann, wird in der Folge anhand einer Operationalisierung auf verschiedenen Ebenen dargestellt (vgl. auch Deinet/Derecik 2013):

Auf einer ersten Ebene wird *Aneignung als Erweiterung motorischer Fähigkeiten* im Umgang mit Gegenständen, Werkzeugen, Material usw. aufschließbar. Zentral ist hierbei die Idee von Leontjew resp. der materialistischen Aneignungstheorie, bei der der Begriff der „Gegenstandsbedeutung“ in den Mittelpunkt gestellt wird. Genauso wie im Prozess der Vergegenständlichung Personen und Gegenstände durch

das Ergebnis produktiver Arbeit miteinander verbunden sind, geht es im umgekehrten Prozess der Aneignung für das Kind oder den Jugendlichen darum, „einen Gegenstand aus seiner Gewordenheit“ (Holzkamp/Schurig 1973: XXV) zu begreifen und sich die in den Gegenständen verkörperten menschlichen Eigenschaften und Fähigkeiten anzueignen.

„Da die ‚objektive Logik‘ selbst der einfachsten Gebrauchsgegenstände vergegenständlichtes Ergebnis der Erfahrungskumulation der Geschichte ist, ist das erreichte ‚gegenständliche Niveau‘ der Tätigkeit zugleich der erste Schritt der praktischen Aneignung gesellschaftlicher Erfahrung.“ (Holzkamp/Schurig 1973: XL)

Betrachtet man die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, so scheint die Erweiterung ihres Handlungsraums besonders relevant – im Sinne einer dominanten Tätigkeit – zu sein, weshalb gerade für diese Lebensalter auf einer zweiten Ebene *Aneignung als Erweiterung des Handlungsraums* aufgeschlossen werden kann. Die Erweiterung des Handlungsraums bedeutet aneignungstheoretisch nicht nur die Inbesitznahme oder Nutzung eines vergrößerten Aktionsraumes, sondern meint auch die in einem erweiterten Handlungsraum liegenden Herausforderungen und Handlungsdimensionen im Sinne eines mit erweitertem Aktionsradius vergrößerten Handlungsrepertoires.

Siedlungsentwicklung, Verstärkerprozesse und das Verschwinden von funktionsoffenen Flächen führen jedoch zu Schwierigkeiten des Auslebens dieser dominanten Tätigkeit – nicht nur bei Kindern und Jugendlichen, sondern auch in anderen Lebensaltern und -lagen. Abzulesen ist dies bspw. in Phänomenen wie der sogenannten „Verinselung“ von Lebenswelten oder der „Verhäuslichung“ als Rückzug aus dem öffentlichen Raum in Institutionen oder das Zuhause. Im klassischen öffentlichen Raum, d. h. in den Freiflächen, Straßen, Plätzen, Grünflächen unserer Städte, konkurrieren Jugendliche immer mehr auch mit anderen Gruppen, insbesondere auch mit den Senior\*innen, die den öffentlichen Raum ebenfalls häufig nutzen. Hier gibt es zahlreiche Nutzungskonflikte auf Spielplätzen, in Parkanlagen etc., bei denen die Jugendlichen schon durch ihre Gesellungsform, z. B. ihr Auftreten in einer Clique, Schwierigkeiten bekommen.

Auf einer dritten Ebene kann *Aneignung als „Spacing“ und „Syntheseleistung“* operationalisiert werden. Mit Spacing resp. Spacingprozessen kann nach den raumsoziologischen Überlegungen Martina Löws „das Errichten, Bauen oder Positionieren“ (Löw 2001: 158) beschrieben werden, das immer „in Relation zu anderen Platzierungen“ (ebd.) geschieht.

Hingegen werden mit Syntheseleistungen „Wahrnehmungs-, Vorstellungs- und Erinnerungsprozesse“ (ebd.: 159) beschrieben, in denen „Güter und Menschen zu Räumen zusammengefasst“ (ebd.) werden. Anschließend an diese raumtheoreti-

schen Diskussionen setzt diese Operationalisierungsebene von Aneignung an der Tatsache an, dass Menschen sich die sozialen und räumlichen Gegebenheiten in vielfacher Weise aneignen und dadurch Räume herstellen (Hüllemann u. a. 2019). Die besondere Bedeutung der physisch-materiellen Dimension von Räumen wird beispielsweise bei Jugendlichen deutlich, die als Skater besonderen Wert auf befahrbare Flächen legen, oder bei älteren Menschen, für die Sitzmöglichkeiten, innerstädtische Grünanlagen etc. von Bedeutung sind. Neben der konkret-gegenständlichen Raumanneignung schaffen sich Menschen aber auch symbolisch und im übertragenen Sinne „Räume“ durch ihr Handeln, indem sie sich in Initiativen engagieren, eigene Wohnformen kreieren, für ihre Rechte eintreten, Parteien bilden, sich in Interessengruppen zusammenschließen etc. Die Ebenen der Thematisierung bzw. auch der Entwicklung gruppenspezifischer Aneignungsmuster können sehr verschieden und auch für andere Menschen unsichtbar sein. Eine wesentliche Dimension von Aneignung kann gerade für Jugendliche in der (sichtbaren) körperlichen Inszenierung (z. B. Skaten usw.) oder der Verortung in „Nischen, Ecken und Bühnen“ ausgemacht werden, aber auch in einer virtuellen Inszenierung in Medienwelten. Die so durch Handlungen geschaffenen „Räume“ können zudem einen gegenkulturellen Charakter annehmen (Scherr 2004). Für Jugendliche befinden diese dann notwendigen Räume zur Entwicklung von Handlungsfähigkeit gegenüber der Welt der Heranwachsenden. Solche Räume entstehen dann, wenn Jugendliche eine Möglichkeit finden, ihre Kulturen zu leben oder teilweise zur Geltung zu bringen. Gegenkulturelle Räume können aber auch ethnische Prägungen haben oder Räume sein, die sich Menschen mit besonderen Merkmalen schaffen. Das eigentätige Schaffen von Räumen ermöglicht es „neu über bildungspolitische und pädagogische Aspekte der Kämpfe, um Raum nachzudenken“ (Löw 2001: 245).

Ebenfalls anknüpfend an raumtheoretische Diskurse kann in einer vierten Ebene *Aneignung als Verknüpfung von Räumen* betrachtet werden: Kinder und Jugendliche wachsen heute in einer Welt auf, die als „verinselt“ (Zeiber/Zeiber 1994) und „mediatisiert“ (Röll 2014) beschrieben werden kann. Aktivitäten finden an unterschiedlichen Orten statt, die nicht miteinander verbunden sind und wie Inseln verteilt über den gesamten Aktionsraum von Heranwachsenden liegen. In der heutigen Mediengesellschaft verändern sich die Kommunikationsformen. Beides führt dazu, dass Kinder und Jugendliche nicht nur diskontinuierliche Raumvorstellungen entwickeln, sondern gleichzeitig auch die Fähigkeit erlernen, sich in unterschiedlichen Räumen gleichzeitig aufzuhalten. Sie stellen Verbindungen zwischen verschiedenen Räumen her, etwa dem konkret geografischen, an dem sie sich gerade befinden und der gegebenenfalls durch eine eigene Sinnbedeutung angeeignet wurde, und den entfernteren Orten und sozialen Zusammenhängen, mit denen sie jederzeit kommunizieren können (über Handy/Smartphone und soziale Netzwerke), sowie virtuellen Räumen im Internet.

## 4 Region – Bedeutung(en) aus der Perspektive von Jugendlichen

Die folgende Studie zur Bedeutung der Offenen Kinder- und Jugendarbeit in unterschiedlichen sozialräumlichen Kontexten untersucht die Frage, wie Jugendliche ihre Sozialräumen wahrnehmen, welche Möglichkeiten sie nutzen, was Jugendliche zum Aufwachsen brauchen, schätzen usw. Über die Rekonstruktion, wie Jugendliche ihre Wohnumfelder nutzen, aber auch welche Unterschiede es dabei in städtisch bzw. ländlich geprägten Lebenswelten gibt, kann das Aneignungsverhalten von Kindern und Jugendlichen sichtbar gemacht und gesundheitsfördernde Faktoren herausgearbeitet werden.

Bei dieser Studie in vier Kommunen in Nordrhein-Westfalen (Großstadt, Mittelstadt, Kleinstadt und Landkreis) wurden mehr als 1.500 Jugendliche in elf verschiedenen Stadtteilen in den dortigen Jugendeinrichtungen befragt (Deinet et al. 2017). Untersucht wurde bspw. die Präferenz im Freizeitverhalten, die Nutzung des Wohnumfelds oder die Verbundenheit mit dem jeweiligen Stadtteil bzw. der Siedlung, in der die Jugendlichen wohnen. Die Ergebnisse zeigen, welche Bedeutungen Jugendliche ihrem Nahraum zumessen, z. B. den Einkaufsmöglichkeiten, dem Vorhandensein von Spiel- und Bolzplätzen etc.

In der Bewertung ihres Wohnumfelds ergeben sich durchaus Unterschiede zwischen den Antworten der Schüler\*innen aus der Kleinstadt und dem Landkreis und den Antworten aus den beiden Großstädten. Nach der Einschätzung zu Orten, Plätzen und Angeboten in der Wohngegend befragt, geben 71 % der Schüler\*innen aus allen kleinstädtisch/ländlichen Stadtteilen an, mit den Orten und Plätzen, an denen man sich mit Freund\*innen treffen kann, zufrieden zu sein. Dieser leicht überdurchschnittliche Wert gilt aber nicht für alle kleinstädtisch/ländlichen Stadtteile. Die Zustimmung erreicht 67 % bis 79 %. In den Großstädten sind die Befragten weniger zufrieden (67 %), aber auch hier liegen die Werte je nach Stadtteil zwischen 61 % und 72 % (Deinet et al. 2017: 150).

Erwartungsgemäß sind viele Jugendliche aus kleinstädtischen/ländlichen Stadtteilen mit den Einkaufsmöglichkeiten ihres Wohnumfelds unzufrieden. Mit 56 % liegt die Zustimmung deutlich unter dem Durchschnitt. Allerdings gilt die Einschätzung nicht für alle Stadtteile gleichermaßen, die Werte variieren zwischen 46 % und 69 %. Die durchschnittlich positivere Bewertung in den Großstädten ist dabei ebenfalls nicht überall gleich. Je nach Stadtteil reichen die Werte von 61 % bis 77 %.

Die Sport- und Bolzplätze schneiden in der Bewertung bei den kleinstädtischen/ländlichen Stadtteilen deutlich besser ab als in den Großstädten. Bei den Jugendeinrichtungen zeigen sich dagegen kaum Unterschiede, wenn die Stadtteile jeweils aggregiert betrachtet werden. Hier lohnt sich daher besonders ein Blick

auf die Antworten im Einzelnen. Die „Gefällt mir“-Antwort erreicht mit 47 % einen Spitzenwert in einem kleinstädtischen Stadtteil, gefolgt von einem großstädtischen (42 %) und einem sehr ländlichen Stadtteil mit 40 % (ebd.: 152).

Bei den offenen Nennungen zu Faktoren, die ihnen in ihrer Wohngegend zusätzlich gut gefallen, geben die meisten Jugendlichen aus den kleinstädtischen/ländlichen Stadtteilen die Ruhe ihres Wohnortes an oder in einem anderen Fall „Landschaft, Felder, Wälder und die Natur“ bzw. „dass es ruhig ist“ oder auch häufig „dass viele Freunde in meiner Nähe wohnen“.

Zu den Gegebenheiten befragt, die nicht gut gefallen, erreichen in den kleinstädtischen/ländlichen Stadtteilen die Einkaufsmöglichkeiten mit Abstand die häufigste Negativbeurteilung, sie werden elfmal bemängelt. Viermal wird beanstandet, dass es kein Kino gibt.

Die Ergebnisse der Studie zeigen die Bedeutung des Nahraums für Jugendliche in ländlichen und städtisch geprägten Wohnumfeldern und Siedlungen. Treffpunkte, Spiel- und Bolzplätze, die tendenziell auch als Freiräume genutzt werden können, Gelegenheiten, sich mit der Gleichaltrigengruppe zu bewegen, infrastrukturelle Ausstattungen, Einkaufsmöglichkeiten spielen eine Rolle für die Einschätzungen der Jugendlichen.

Aneignungsräume entstehen bei Jugendlichen sowohl in ihrem direkten Wohnumfeld als auch durch die Erweiterung ihres Handlungsraums über ihren engen Nahraum hinaus; deshalb ist die Frage nach ihrer Mobilität, ihrer Nutzung von Verkehrsmitteln gerade für Jugendliche in ländlichen Regionen von großer Bedeutung.

## **5 Region, Rauman eignung Jugendlicher und sozialräumliche Gesundheitsförderung – ein Ausblick**

In der deutschsprachigen Diskussion um Prävention und Gesundheitsförderung hat sich in den vergangenen Jahrzehnten die Erkenntnis durchgesetzt, dass neben einer Verhaltensprävention (mittels Aufklärung, Erziehung, Beratung und mit Verhaltensanreizen das individuelle Handeln) eine Verhältnisprävention (mittels Kontrolle, Reduzierung oder Beseitigung von Gesundheitsrisiken in den Umwelt- und Lebensbedingungen, Lehmann 2004: 239) notwendig ist, um den Alltag der Menschen und die für sie bedeutsamen Orte gesundheitsfördernd zu beeinflussen. Hier setzen Interventionen nach dem so genannte Setting-Ansatz an, indem soziale Einflussfaktoren adressiert werden, „die auf einer verbindenden kollektiven Ebene angesiedelt sind und somit ein komplexeres sozialräumliches Verständnis von Gesundheit“ voraussetzen (Bär 2019: 621). Allerdings ist das „Feld der theoretischen Konzeptionen sozialraumbezogener Gesundheitsförderung“ noch weitgehend unbestellt (ebd.: 628) resp. stellt der Setting-Ansatz noch immer „die wohl bislang

größte ‚Black Box‘ der Gesundheitsversorgung“ (Kolip/Müller 2009: 8) dar. Angesichts der weiterhin feststellbaren „Raumblindheit“ der Gesundheitswissenschaften (Bittlingmayer et al. 2010) ist es nicht verwunderlich, dass recht diffus bleibt, was mit einem sozialräumlichen, gemeinwesenorientierten (community) oder regionalen Bezug genau gemeint ist (Bär/Schaefer 2021), welche räumlichen Dimensionierungen damit angesprochen werden. Meistens wird beim Ansinnen über die Veränderung der Verhältnisse die Gesundheit beeinflussen zu wollen mit recht einfachen Verständnissen vom Raum als vorausgesetztem Behälter gearbeitet, welcher mit gesellschaftlichen und gesellschaftsrelevanten Inhalten gefüllt ist resp. werden kann (kritisch Bär 2016).

Einen ganz anderen Blick nimmt der von uns vertretene sozialräumliche Zugang zum gesunden Aufwachsen in der Region ein, indem die Herstellungsprozesse von Sozialraum als historisch geformt und ständig sozial (re)produziertes „Gewebe sozialer Praktiken“ (Kessl/Reutlinger 2022: 29) im Mittelpunkt stehen. Kinder und Jugendliche eignen sich im Hier und Jetzt ihre Umwelt an und beteiligen sich dadurch mit an der Herstellung sozialräumlicher Zusammenhänge, was mit den empirischen Ergebnissen illustriert werden konnte. Diese relationale Sozialraumperspektive führt nicht nur dazu, dass Region raumrelational zu konzeptionieren ist, sondern dass auch Gesundheit „als sozial (re)produziertes Konstrukt verstanden werden“ muss (Bär 2019: 628; 2015: 104). Die Gegenüberstellung oder Addition von Verhaltens- und Verhältnisprävention zur Förderung eines gesunden Aufwachsens in territorial abgesteckten Raumcontainern greift zu kurz (so wie auch unser Anfangsbeispiel zeigt). Sozialpädagogische Ansätze, welche sozialräumliche Gesundheitsförderung im Blick haben und von permanenten (Re-) Produktionsprozessen von Sozialräumen ausgehen, zielen auf die permanente Erweiterung von individuellen sowie gruppen- oder milieuspezifischen Chancen und Handlungsmöglichkeiten. Wie im Beispiel geht es sowohl um die Nahräume von Jugendlichen als auch um die Möglichkeit der Erweiterung ihres Handlungsraums. Im Sinne von Aneignung können sich die verschiedenen räumlichen Ebenen auch gegenseitig beeinflussen.

Neben den ursächlichen benachteiligenden Faktoren auf lebensweltlicher Ebene, bspw. hinsichtlich der Qualität und Quantität sozialer Infrastruktur und Zu- und Übergängen zu einer Vielzahl von Bildungsorten, müsste eine sozialräumliche Gesundheitsförderungsperspektive auch darauf achten, dass die politisch-administrativen Rahmenbedingungen für ein bildungs- und gesundheitsermöglichendes Umfeld stimmen. Die Fachkräfte der Sozialen Arbeit haben die sozialräumlichen Zusammenhänge, in die sie selbst eingewoben sind und die sie (mit)gestalten, bewusst in den Blick zu nehmen. Oberstes Ziel wäre dann dahingehend zu formulieren, Aneignungsprozesse anzuregen und zu ermöglichen sowohl im unmittelbaren Nahraum der Jugendlichen als auch in ihren erweiterten Handlungsräumen, die

etwa durch den Besuch von Schulen außerhalb der Nahräume entstehen so wie im Beispiel in der Kreisstadt. Das Beispiel zeigt indirekt, dass rein nahräumliche Interventionen zu kurz greifen und der komplexen Lebenswelt von Jugendlichen in der Region nicht gerecht werden.

Je nach Fähigkeiten und Voraussetzungen (sowohl individuell-biografischer wie auch sozialer Art) müsste man sowohl individuell als auch gruppenspezifisch fragen, was konkrete Schritte einer weiteren persönlichen Entwicklung sein könnten, um Rauman eignung zu ermöglichen. Dabei ist zu konkretisieren, welche Handlungsräume erweitert und angeeignet, welche kulturellen Räume erobert werden sollen. Zentrales Ziel liegt in der „Ausweitung von Selbstbestimmungsmöglichkeiten über die sozialen Determinanten von Gesundheit“ (Bär 2015: 152). Mit diesem Aspekt ist auch die politische Dimension angesprochen, die in Aneignungsprozessen immer mitschwingt.

Auf unser Beispiel bezogen geht es also auch um die Frage des öffentlichen Auftretens von Jugendlichen, um die jugendpolitische Frage, wie Öffentlichkeit für die Belange Jugendlicher hergestellt und deren Aneignungsformen (ohne mögliche Konflikte zu übersehen) unterstützt werden können. Dazu ist z. B. die Mobile Jugendarbeit sehr gut geeignet, wie unser Beispiel zeigt. Gerade in der Zeit der Pandemie ist das öffentliche Auftreten von Jugendlichen sehr negativ etikettiert worden, sodass die Revitalisierung des öffentlichen Raums für und mit Kinder(n) und Jugendliche(n) als große Herausforderung für die Soziale Arbeit, aber auch die Kommunalpolitik gesehen werden kann.

## Literatur

- Altgeld, Thomas/Kolip, Petra (2007): Wirksame Gesundheitsförderung heute – die Herausforderungen der Ottawa-Charta. In: Schmidt, Bettina/Kolip, Petra (Hrsg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit. Weinheim u. a.: Juventa, S. 33–44.
- Bär, Gesine (2015): Gesundheitsförderung lokal verorten. Räumliche Dimensionen und zeitliche Verläufe des WHO-Setting-Ansatzes im Quartier. Wiesbaden: SpringerVS.
- Bär, Gesine (2019): Gesundheitsförderung als sozialraumbezogenes Handlungsfeld. In: Kessl, Fabian/Reutlinger, Christian (Hrsg.): Handbuch Sozialraum. Wiesbaden: Springer VS, S. 617–634.
- Bär, Gesine/Schaefer, Ina (2021): Community Health und partizipative Forschung. In: Schmidt-Selisch, Henning/Schorb, Friedrich (Hrsg.): Public Health. Wiesbaden: Springer VS, S. 259–283.
- Bittlingmayer, Uwe H./Bauer, Ullrich/Richter, Matthias/Sahrai, Diana (2010): Die Über- und Unterschätzung von Raum in Public Health. Überlegungen zur räumli-

- chen Dimension gesundheitlicher Ungleichheit. In: Deutsche Zeitschrift für Kommunalwissenschaften (DfK), (2/48). Berlin, S. 21–34.
- Blotevogel, Hans Heinrich (2000): Zur Konjunktur der Regiondiskurse. In: Informationen zur Raumentwicklung (9/10), S. 491–506.
- Dadaczynski, Kevin/Baumgarten, Kerstin/Hartmann, Thomas (2016): Settingbasierte Gesundheitsförderung und Prävention. Kritische Würdigung und Herausforderungen an die Weiterentwicklung eines prominenten Ansatzes. In: Prävention und Gesundheitsförderung (4/11), S. 214–221.
- Dadaczynski, Kevin (2019): Prävention und Gesundheitsförderung in Settings und Lebenswelten. In: Haring, Robin (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Heidelberg: Springer, S. 403–412.
- Deinet, Ulrich/Ahmet Derecik (2013): Das Konzept der sozialräumlichen Aneignung und die neuen Medien. In: Hartung, Anja/Lauber, Achim/Reißmann, Wolfgang (Hrsg.): Das handelnde Subjekt und die Medienpädagogik. Festschrift für Bernd Schorb, unter Mitarbeit von Bernd Schorb. München: kopaed, S. 73–88.
- Deinet, Ulrich/Icking, Maria/Nüsken, Dirk/Schmidt, Holger (2017): Potentiale der Offenen Kinder- und Jugendarbeit. Innen- und Außensichten. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Fabian, Carlo (2016): Der Beitrag partizipativer Prozesse bei der Freiraumentwicklung für die Gesundheit von Kindern – Eine theoretische Annäherung. In: Umweltpsychologie, (2/20) , S. 112–136.
- Fritsche, Caroline/Rahn, Peter/Reutlinger, Christian (2011): Quartier macht Schule. Die Perspektive der Kinder (1. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hartung Susanne/Rosenbrock, Rolf (2022): Settingansatz – Lebensweltansatz. <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebensweltansatz/> [Zugriff 04.04.2023].
- Holzcamp, Klaus/Schurig, Volker (1973): Zur Einführung in Alexejew Nikolajew Leontjews „Probleme der Entwicklung des Psychischen“. In: Leontjew, Alexejew Nikolajew/Holzcamp, Klaus (Hrsg.): Probleme der Entwicklung des Psychischen. Frankfurt am Main: Athenäum-Fischer-Taschenbuch-Verlag.
- Hüllemann, Ulrike/Reutlinger, Christian/Deinet, Ulrich (2019): Aneignung als strukturierendes Element des Sozialraums. In: Kessl, Fabian/Reutlinger, Christian (Hrsg.): Handbuch Sozialraum. Grundlagen für den Bildungs- und Sozialbereich. Wiesbaden: Springer VS, S. 381–398.
- Hüllemann, Ulrike/Brüschweiler, Bettina/Reutlinger, Christian (2015): Räumliche Aspekte von Nachbarschaft – eine Vergewisserung. In: Reutlinger, Christian/Lingg, Eva Lingg/Stiehler, Steve (Hrsg.): Soziale Nachbarschaften. Wiesbaden: Springer VS, S. 23–33.
- Kessl, Fabian/Reutlinger, Christian (Hrsg.) (2010): Sozialraum. Eine Einführung (2., Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kessl, Fabian/Reutlinger, Christian (Hrsg.) (2022): Sozialraum. Eine elementare Einführung. Wiesbaden: Springer VS.

- Kolip, Petra/Müller, Veronika (2009): Evaluation und Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention: Zentrale Fragen, vielfältige Antworten. In: Kolip, Petra/Müller, Veronika (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Huber, S. 7–20.
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. Köln/Berlin. Zugriff am 10.08.2023 unter [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Good\\_Practice/21-08-30\\_Broschuere\\_Good\\_Practice-Kriterien\\_neu\\_barrierefrei\\_01.pdf](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Good_Practice/21-08-30_Broschuere_Good_Practice-Kriterien_neu_barrierefrei_01.pdf).
- Lehmann, Manfred (2004): Verhaltens- und Verhältnisprävention. In: Franzkowiak, Peter/Kaba-Schönstein, Lotte/Lehmann, Manfred/Sabo, Peter (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Blickpunkt Gesundheit. Schwabenheim: Fachverlag Peter Sabo, S. 238–240.
- Löw, Martina (2001): Raumsoziologie (1. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Pries, Ludger (2008): Die Transnationalisierung der sozialen Welt. Sozialräume jenseits von Nationalgesellschaften. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Reutlinger, Christian/Stiehler, Steve/Lingg, Eva (2015): Die Nachbarschaft soll es richten – Allgegenwärtigkeit eines Konzepts. In: Reutlinger, Christian/Stiehler, Steve/Lingg, Eva (Hrsg.): Soziale Nachbarschaften. Wiesbaden: Springer VS, S. 11–21.
- Reutlinger, Christian (2016): Die Region, ein geeigneter Orientierungsrahmen professionellen Handelns? Anmerkungen zu den sozialpädagogischen Raum-Reden in der Inklusionsdebatte. In: Kratz, Dirk (Hrsg.): Region und Inklusion. Theoretische und praktische Perspektiven (1. Aufl.). Weinheim/Basel: Beltz Juventa (Inklusive Bildung), S. 43–66.
- Röll, Franz Josef (2014): Die Macht der inneren Bilder – Zum Spannungsverhältnis von virtueller und realer Aneignung von Wirklichkeit. In: Ulrich Deinet/Christian Reutlinger (Hrsg.): Tätigkeit – Aneignung – Bildung. Positionierungen zwischen Virtualität und Gegenständlichkeit. Wiesbaden: Springer VS, S. 259–271.
- Scherr, Albert (2004): Rückzugsräume und Grenzüberschreitungen. Wie sozialräumliche Jugendarbeit Bildungsprozesse unterstützen kann. In: Deinet, Ulrich/Reutlinger, Christian (Hrsg.): „Aneignung“ als Bildungskonzept der Sozialpädagogik. Beiträge zur Pädagogik des Kindes- und Jugendalters in Zeiten entgrenzter Lernorte. Wiesbaden: Springer VS, S. 161–174.
- Zeihe, Hartmut J./Zeiher, Helga (1994): Orte und Zeiten der Kinder. Soziales Leben im Alltag von Grossstadtkindern. Weinheim/München: Klett-Cotta.
- World Health Organization (1986): The Ottawa Charter for Health Promotion. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference> [Zugriff 04.04.2023].

# **Patient:innen mit Behinderungen – eine besondere „Gruppe“ in einer Gesundheitsregion?**

*Barbara Ortland*

Sind Menschen mit Behinderungen eine besondere „Gruppe“ von Patient:innen, die es in einer Gesundheitsregion besonders zu beachten gilt?

Die Antwort auf diese Frage lautet eindeutig „Ja“! Im nachfolgenden Beitrag werden Hinweise und Anregungen gegeben, die mögliche Besonderheiten dieser Patient:innen besser bei deren Gesundheitsversorgung berücksichtigen lassen können. Es handelt sich gerade bei Menschen mit schweren und mehrfachen Beeinträchtigungen um eine vulnerable Gruppe, die keine Lobby hat. Deshalb ist es mir wichtig, Hinweise zur Sensibilisierung des Personals in der Gesundheitsversorgung zu geben, damit vor allem Menschen mit schweren Behinderungen mit ihren Besonderheiten besser berücksichtigt werden. Die nachfolgenden Ausführungen können aufgrund der Vielfalt verschiedener Behinderungen, der Heterogenität von Biografien der Patient:innen und Anlässen, um medizinisch versorgt werden zu müssen, nur rudimentär sein. Im Fokus stehen Anregungen zur Reflexion und Weiterentwicklung.

Menschen, die ihr Leben unter der Bedingung von Behinderungen führen, können besondere Aspekte in die Beziehung zwischen Patient:innen und Ärzt:innen bringen. Es wird versucht, einige wenige Einblicke in mögliche Besonderheiten und Herausforderungen in der Begleitung der Personengruppe von Menschen mit Behinderungen zu geben sowie Bedarfe der verschiedenen Akteur:innen im Rahmen der Gesundheitsversorgung zu benennen. Es wird deutlich werden, dass die Forschungslage insgesamt als dürftig zu bezeichnen ist.

## **Menschen mit Behinderungen als Patient:innen**

Menschen mit Behinderungen schätzen ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter ein als Menschen ohne Behinderungen (infas 2022: 52ff.). Diese subjektive Einschätzung wird durch objektive Indikatoren unterstützt:

„So weisen die Statistiken bei den Menschen mit Beeinträchtigungen einen viel größeren Anteil an Menschen auf, die mit ärztlich attestierter Arbeitsunfähigkeit nicht am Erwerbsleben teilnehmen. Die höhere Anzahl an Arbeitsunfähigkeitstagen ist ein Hinweis auf einen schlechteren Gesundheitszustand von Menschen mit Beeinträchtigungen, sie stellt aber auch ein Risiko für die Teilhabe am Arbeitsleben dar.“ (BMAS 2021: 455)

Die Betrachtung dieses Risikos für die Teilhabe ist insofern von hohem Interesse, da Gesundheit und Teilhabe – an verschiedenen Lebensbereichen – in einem interdependenten Zusammenhang stehen: Mehr Gesundheit kann mehr Teilhabe ermöglichen, mehr (subjektiv positiv bewertete) Teilhabe kann zu mehr Gesundheit führen. Adäquate medizinische Versorgung ist ein relevanter Baustein für die Gesundheit und das subjektive Wohlbefinden eines Menschen.

Für die Realisierung gelingender medizinischer Versorgung sollte der Patient bzw. die Patientin mit seinen:ihren individuellen Besonderheiten aufgrund von Alter, Vorerkrankungen, Geschlecht, Ethnie usw. umfassend im Blick des Gesundheitspersonals stehen. Auf die Person und deren Gesundheitszustand abgestimmte Methoden der Untersuchung sowie der Behandlung erhöhen den Erfolg der ärztlichen Intervention. Manchmal ist es bei der Versorgung von Menschen mit schweren Behinderungen notwendig, kreative und individuelle Wege der Untersuchung und Behandlung zu finden. Dazu sind die Bereitschaft, sich in die Lebenssituation des anderen hineinzusetzen, sowie Zeit und Kreativität für individuell ausgestaltete Wege notwendige Voraussetzung.

Da die „Gruppe“ der Menschen mit verschiedenen Behinderungen höchst heterogen ist, kann allenfalls für mögliche Themen sensibilisiert werden. Es ist zu berücksichtigen, dass die Lebensbedingung „Behinderungen“ nur eine Differenzkategorie dieser Gruppe von Patient:innen ist. Sie sind eben nicht nur „Behinderte“, wie es oft vereinfacht gesehen und beschrieben wird, sondern ebenso Menschen verschiedenen Geschlechts, verschiedenen Alters, verschiedener Herkunft, vielfältiger Biografien usw. Das Leben in Einrichtungen, das vor allem Menschen mit kognitiven oder schweren psychischen Beeinträchtigungen führen, gilt dabei bspw. als ein Risikofaktor für Teilhabe und Gesundheit (Bössing et al. 2019).

## **Die Grundlage: UN-BRK**

Seit 2009 gilt auch in Deutschland das „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ (UN-BRK). Es hat zum Ziel die allgemeine Gültigkeit sowie Unteilbarkeit der Menschenrechte und Grundfreiheiten für Menschen mit Behinderungen uneingeschränkt zu gewährleisten:

Patient:innen mit Behinderungen – eine besondere „Gruppe“ in einer Gesundheitsregion?

„Zweck dieses Übereinkommens ist es, den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern.“ (Art. 1: Zweck)

In Art. 25 werden unter der Überschrift „Gesundheit“ die Forderungen für diese Lebensbereiche konkretisiert. Dabei werden unter u. a. genannt:

- uneingeschränkter Zugang zu gendersensiblen Gesundheitsdiensten,
- unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard wie bei anderen Menschen,
- Gesundheitsleistungen, die speziell wegen der Behinderungen benötigt werden,
- sowie Angebote der Gesundheitsleistungen so gemeindenah wie möglich.

In den Absätzen d und f wird deutlich, dass es zur Realisierung der Forderungen Änderungen im gesamten Gesundheitssystem und hier insbesondere der Haltung gegenüber dieser Patient:innengruppe braucht:

„d) erlegen die Vertragsstaaten den Angehörigen der Gesundheitsberufe die Verpflichtung auf, Menschen mit Behinderungen einer Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angedeihen zu lassen, namentlich auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung, indem sie unter anderem durch Schulungen und den Erlass ethischer Normen für die öffentliche und private Gesundheitsversorgung das Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen schärfen; [...]

f) verhindern die Vertragsstaaten die diskriminierende Vorenthaltung von Gesundheitsversorgung oder -leistungen oder von Nahrungsmitteln und Flüssigkeiten aufgrund von Behinderung.“

## **Die Gruppe, die keine Gruppe ist**

In der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen wird die Personengruppe für die diese Ausführungen gelten sollen, folgendermaßen beschrieben:

„Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigung haben, die in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren ihre volle und wirksame Teil-

habe gleichberechtigt mit anderen an der Gesellschaft behindern können.“  
(Art. 1: Zweck)

Schon aus der Beschreibung wird deutlich, dass Menschen mit Behinderungen keine homogene Gruppe sind – gehörlos zu sein, ist eine sehr andere Weise, sein Leben zu erleben als dies bspw. einer Rollstuhlfahrerin möglich ist. Selbst wenn der Fokus auf bestimmten Formen von Behinderungen, wie sie aufgezählt werden, liegt, sind sowohl die körperliche Ausgangssituation als auch die erlebten Wechselwirkungen zwischen Barrieren in der Umwelt und den Reaktionsmöglichkeiten der eigenen Person höchst different. Das, was beispielsweise für den einen eine Barriere darstellt, kann für den anderen eine hilfreiche Veränderung der Umwelt sein. Konkret ist eine Bordsteinkante für einen blinden Menschen eine mit dem Blindenstock gut erkennbare und wichtige bauliche Information, die deutlich macht, dass der Bürgersteig ein Ende hat und die Straße beginnt. Für einen Menschen im Rollstuhl ist der Bordstein eine hinderliche Barriere. Ein abgesenkter Bordstein erweist sich als deutlich hilfreicher, weil so ein Bürgersteig problemlos verlassen werden kann, um beispielsweise die Straßenseite zu wechseln.

Für den Bereich der medizinischen Versorgung lassen sich vergleichbar differente Erfahrungen und mögliche Veränderungsnotwendigkeiten beschreiben:

Menschen mit schwersten körperlichen Behinderungen und ohne verständliche Lautsprache berichten oft, dass sie aufgrund ihres Aussehens für geistig behindert gehalten werden. Es gehört zu ihren Erfahrungen, dass mit begleitenden Menschen (bspw. Assisten:innen) über ihren Kopf hinweg gesprochen wird, obwohl sie durch Hilfsmittel der Unterstützten Kommunikation die sie betreffende Auskunft geben können.

Gehörlose Menschen sind häufiger darauf angewiesen, dass das Gesicht des medizinischen Personals ihnen zugewandt und gut beleuchtet ist, sodass das Ablesen von den Lippen möglich ist. Aufregung beim Besuch von Arzt oder Ärztin oder die Nutzung unbekannter medizinischer Fachausdrücke kann diese Fähigkeit aber deutlich beeinträchtigen. So kann es passieren, dass auch diese Menschen so behandelt werden, als hätten sie kognitive Beeinträchtigungen.

Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen kann die Fähigkeit fehlen, ihre Beschwerden differenziert und verständlich zu beschreiben, sodass Arzt oder Ärztin eine wichtige Grundlage für weitere diagnostische Maßnahmen oder Behandlungsmöglichkeiten fehlt. Hier sind Betreuer:innen, Assistent:innen oder Familienangehörige, die den Menschen mit Behinderungen gut kennen, oft eine wichtige Quelle, um Verhaltensänderungen, hervorgerufen durch Schmerzen, zu benennen. Gleichzeitig besteht dadurch die Gefahr, dass über den Menschen hinweg gesprochen und entschieden wird.

Menschen aus dem Autismus-Spektrum können es durch Hypo- oder Hyper-sensibilität und weitere Wahrnehmungsbesonderheiten als schwierig erleben, Beschwerden eindeutig zu empfinden oder zu schildern. Es scheint eine Herausforderung zu sein, Reize aus der Umwelt von denen aus dem eigenen Körper eindeutig zu unterscheiden (Rickert-Bolg 2017: 17). Auch sind Gesichtsausdruck oder körperliche Erscheinung/Bewegung für Außenstehende nicht passend zum Ausmaß einer Erkrankung. Soziale Situationen können aufgrund fehlender Theory of Mind – also der Fähigkeit, sich in ein Gegenüber hineinzusetzen – schnell eine Überforderung darstellen.

„Und wenn ich als Mensch mit Autismus zum wiederholten Mal am Verständnis sozialer Situationen verzweifelt bin und immer wieder Ärger und Ablehnung oder zumindest das Gefühl erlebe, das mich niemand versteht und mir ständig Absichten unterstellt werden, die ich nie gehabt habe, dann werde ich kaum noch motiviert sein, mich auf Sozialkontakte einzulassen.“ (Rickert-Bolg 2017: 23)

Jeder Arztbesuch löst Stress aus, wie im folgenden Eintrag in einem Selbsthilfeforum von einem Menschen mit Asperger-Autismus (dort abgekürzt als AS) beschrieben wird.

„Mein Hausarzt weiß um AS und dass ich mitunter auch lächle, auch wenn es mir absolut beschissen geht. Lächeln liegt nicht nur an AS, überfordert zu sein, weil einen alle anstarren in der Praxis- bzw. viele, weil man eben wippt, summt oder sich anders bewegt (auffälliger Gang durch motorische Störungen). Wie auch immer – ich lächle oft auch bei Erkrankungen- bzw. starre nicht so elend wie viele in der Praxis, weil ich nicht so weiß, wie man da gucken muss und auch, weil ich einige Erkrankungen auch nicht so spüre, dass ich elend aussehen könnte von der Mimik her- denn blass bin ich schon manchmal. Als ich wegen starker Migräne 6mal zum Klo rannte um mich zu übergeben, zeitgleich einen grippalen Infekt hatte und die Auswertung der Blutwerte der Vorwoche einen akuten Folsäuremangel, Vitamin B12-Mangel und einen leeren Eisenspeicher anzeigten, muss ich elend ausgesehen haben- ich landete auf der Liege und am Tropf. Danach ging es mir wieder besser und ich musste wieder grinsen.“ (Jupiter84 2016)

Schon die Erkenntnis, dass die „Gruppe“ der Menschen mit Behinderungen keine „Gruppe“ ist, scheint ein erster wichtiger Schritt in Richtung barriereärmere und würdevollere Gesundheitsversorgung.

## Der Wunsch nach würdevoller Begegnung

Zentral für eine gelungene Begleitung von Patient:innen mit Behinderungen ist medizinisches Personal, das versucht offen für die besondere und andere Lebenssituation der Menschen zu sein. Durch nachfolgende Zitate aus autobiografischen Berichten von Menschen mit Körperbehinderungen wird ein kleiner Einblick in das persönliche Erleben gegeben.

Die Wissenschaftlerin Dorothee Kienle beschreibt ihre Erfahrungen als Frau mit Körperbehinderungen, die auf den Rollstuhl angewiesen ist, als zunächst grundlegend anders bzw. besonders:

„Ich bilde mir allerdings ein, mich ausschließlich durch, mit und vielleicht sogar über meine Behinderung zu definieren: denn eine andere Möglichkeit habe ich nicht. Ich kann meine Behinderung nicht einfach in einen Schrank schließen und sagen, so und jetzt definiere ich den Rest von mir unabhängig von meiner Behinderung. Ich bin als ganzer Mensch behindert, ja selbst mein Denken ist behindert: ich meine damit, dass ich nicht anders als eine Behinderte denken kann. Ich kann mir, selbst mit noch so großem Bemühen, nicht vorstellen, wie es ist, nicht behindert zu sein, genauso wenig wie ich mir anmaßen kann, mir vorzustellen, wie es ist, geistig behindert oder blind zu sein. Daher kann ich auch keinen Teil nichtbehindert betrachten, weder mein Aussehen, meine Außenwirkung noch mein Denken und damit auch weder mich noch mein Leben. Und in meiner Welt bedeutet das, etwas Besonderes zu sein. Denn ich lebe hauptsächlich unter Nichtbehinderten und da ist es etwas Besonderes, behindert zu sein. [...] Allein, wenn ich nur im Rollstuhl sitzen würde und die Behinderung sonst keinerlei Auswirkungen hätte, selbst dann würde ich mich deutlich von den anderen unterscheiden. Selbst dann hätte ich ständig eine andere Perspektive, solange die anderen stehen. Diese Differenz wird es immer geben. Auf mich wirkt ein Hund anders als auf jemanden, der steht. Mein Leben ist sozusagen von unten nach oben. [...] Ich will damit nicht behaupten, dass Körperbehinderte bestimmte Dinge gleich erleben. Und auch behaupte ich nicht, dass alle Nichtbehinderten Dinge gleich erleben.“ (Singer/Kienle 2010: 78f.)

Im Weiteren postuliert Frau Kienle, dass es trotz aller Individualität gemeinsam geteilte Erfahrungen von Menschen mit Körperbehinderungen gibt. Diese zeigen sich dann bspw. in Erkenntnissen aus entsprechenden empirisch abgesicherten Befragungen, auf deren Erkenntnisse im Verlauf des Beitrags exemplarisch eingegangen wird. Folgt man der schlüssigen Argumentation von Frau Kienle, so ist der Blick in die autobiografischen Texte eine Hilfe, um sich dieser möglichen Erfahrungen anzunähern und damit Sensibilität in der Begegnung mit Menschen mit Behinderungen und deren Lebenswelt zu entwickeln.

Alison Lapper, eine bekannte englische Künstlerin und Aktivistin für die Rechte von Menschen mit Behinderungen, beschreibt entwürdigende Erfahrungen aus ihrer Kindheit, die sie in einer Wohn Einrichtung für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen verbrachte:

„Bevor ich zur Schule ging, hatte mein Leben im Wesentlichen zwei Aspekte. Da war zum einen die häusliche Seite: essen, schlafen, waschen und spielen. Und dann gab es noch die medizinische Seite, d. h., wir wurden untersucht, beobachtet, fotografiert und von verschiedenen Ärzten, die regelmäßig zur Visite kamen, begutachtet. Eine Schwester betrat den Schlafsaal, konsultierte die Liste auf ihrem Klemmbrett und rief einzelne Namen auf. Die auserwählte Gruppe wackelte dann auf unsicheren Beinen nach draußen, wo eine Art Handkarren auf sie wartete. Er sah ein bisschen wie ein kleiner Traktoranhänger aus und hatte sehr hohe Seitenteile und kein Dach. Wenn man da drinnen saß und die hintere Klappe geschlossen war, konnte man nicht hinaussehen. Natürlich gab es keine Sicherheitsgurte oder andere Halterungen, und wir kullerten regelrecht herum, wenn die Hilfsschwestern uns zur Krankenstation fuhren.

Dort angekommen, half mir eine Krankenschwester auf einen Untersuchungstisch, auf dem ich dann nackt, manchmal vielleicht noch in meinem Höschen, lag, während zehn oder fünfzehn Ärzte sich um mich herum im Kreis aufstellten. Dann kniffen sie in einen Teil meines Körpers, zogen an einem anderen, oder sie nahmen meinen Fuß und drehten ihn in alle Richtungen, während sie die ganze Zeit über in dieser Medizinersprache miteinander redeten, die kein Mensch, der nicht selbst Arzt ist, versteht. Manchmal machten sie auch Fotos. Sie sprachen mich nur selten direkt an, und ich spürte, dass ich für Sie ein Objekt war, an dem sie ihre Wissbegier befriedigten, nichts weiter. Und selbst mit meinen vier Jahren empfand ich die Situation als unangenehm und fühlte mich vollkommen ausgeliefert. Zweifellos betrachteten sie mich mit einem distanzierten, rein wissenschaftlichen Interesse, aber etwas Merkwürdiges hatte es doch. Selbstverständlich fragte uns niemand um Erlaubnis. Wir waren einfach nicht menschlich genug, um gefragt zu werden, ob es uns vielleicht etwas ausmachte, vor einer Gruppe älterer Männer nackt auf einem Tisch zu liegen.

Das medizinische Personal war fortwährend damit beschäftigt, dafür zu sorgen, dass wir besser funktionierten oder besser aussahen. Für die Ärzte bedeutete das in den meisten Fällen, dass sie uns operierten.“ (Lapper 2005: 33f.)

Aus diesem autobiografischen Einblick werden entwürdigende Situationen deutlich, die den Menschen, hier das Kind, nicht oder zu wenig sehen. Gleichzeitig wird im Abschluss des Zitates implizit die Frage nach den Maßstäben medizinischer Ver-

sorgung gestellt. Frau Lapper erlebte in ihrer Kindheit eine sehr umfassende Versorgung mit Prothesen. Diese hat sie im Laufe ihrer Jugend als für sich nicht funktional und hilfreich und eher behindernd abgelegt. Eine medizinische Versorgung, die die Lebenswelt der Menschen mit Behinderungen und ihre Erfahrungen nicht nur ernst nimmt, sondern als einen relevanten Aspekt für medizinische Entscheidungen in den Blick nimmt, ist hier gefordert.

Sandra Schadeck erkrankt als junge Erwachsene an ALS (Amyotrophe Lateralsklerose) und beschreibt in ihrer Autobiografie die fortlaufende Veränderung ihres Lebens bei zunehmender körperlicher Einschränkung und Abhängigkeit von Pflegepersonen als persönlich große Herausforderung:

„Es war deprimierend, denn ich konnte ihnen einfach nicht helfen, mir zu helfen, und das endete wie so oft in einem Heulanfall. Ich schämte mich. Es war nach wie vor schlimm genug, vor den Augen meiner eigenen Familie die Kontrolle zu verlieren, aber vor anderen Menschen war es geradezu erniedrigend. Eigentlich hätte ich in Sachen Erniedrigung schon relativ abgestumpft sein müssen, denn es gab so viele beschämende Dinge, die ich im Beisein von „Fremden“ tun musste oder nur noch mit ihrer Hilfe tun konnte. Dabei waren weniger die Handlungen an sich so erniedrigend, sondern vielmehr die Tatsache, dass ich keine Wahl hatte.

Letzten Endes ist es etwas anderes, sich beispielsweise in einem Umkleide-raum selbst vor anderen auszuziehen, als von mehr oder weniger fremden Menschen ausgezogen zu werden. Es ist mir unangenehm, im Intimbereich gewaschen zu werden, mir von anderen Personen ein Tampon einführen oder mir auf der Toilette den Hintern abwischen zu lassen zu müssen. Es ist kein besonders schönes Gefühl, mit weit aufgerissenem Mund zu gähnen oder mich ständig vollzusabbern. Es ist unappetitlich, vor den Augen und Ohren anderer Leute mit geöffnetem Mund zu kauen, dabei komische Geräusche zu erzeugen und kleinere Teile des Essens zu verlieren. Es ist peinlich, sich anschließend die Essensreste aus den Zähnen entfernen zu lassen, beim Trinken die Hälfte zu verschütten und hinterher von der vielen geschluckten Luft aufstoßen oder – noch schlimmer – laut rülpfen zu müssen. Und es ist beschämend, in Gegenwart anderer Menschen zu pupsen, zu niesen oder zu weinen. Ich kann weder auf Abstand gehen noch die Sekrete auffangen und mir selbst die Nase putzen. Es ist eklig, dass andere Menschen mit Nasentampons und Wattestäbchen bewaffnet die tägliche Nasenreinigung durchführen müssen, dass sie mithilfe des Zungenreinerer mehrfach am Tag meine Zunge von zähem Schleim befreien und mir regelmäßig zur Darmentleerung Einläufe verpassen müssen.

Ich habe schon häufig darüber nachgedacht, warum das alles für mich so schwer zu ertragen ist. Zum einen ist meine Auffassung von Intimsphäre und Würde schuld daran, zum anderen meine Erziehung. Wer kennt nicht den

berühmten Satz „Das tut man nicht“? Allerdings liegt der Hauptgrund daran, dass ich mir nach wie vor zu viele Gedanken um die Gedanken anderer Menschen mache. Ich möchte nicht, dass sich jemand vor mir eckelt oder Sachen sehen, hören, riechen, berühren oder machen muss, die er lieber nicht tun möchte oder die ihm unangenehm sind – aber ich habe keine andere Wahl. Selbst wenn Pflegekräfte es vielleicht gewohnt sind, solche Dinge zu tun, ich bin es nach wie vor nicht.“ (Schadeck 2011: 230f.)

Der Erhalt von Würde in Situationen der Abhängigkeit ist für Frau Schadeck ein zentrales Thema ihrer Reflexion. Sicherlich kann es für Menschen, die von Geburt an auf Hilfe angewiesen sind, eine andere, da alltäglich gewohnte Situation sein als für Menschen, die im Laufe ihres Lebens durch eine fortschreitende Erkrankung oder einen Unfall immer mehr ihrer Selbstständigkeit, die sie entwickelt und erlebt haben, aufgeben müssen. Und trotzdem ist es für alle Betroffenen eine zentrale Forderung, Situationen der Pflege oder medizinischer Untersuchung so zu gestalten, dass sie möglichst würdevoll, mit Beachtung von Schamgefühl und unter Wahrung der Intimsphäre realisiert werden.

## **Der Wunsch nach Krankenhausaufenthalt in Sicherheit**

Die umfassende Versorgung während eines Krankenhausaufenthaltes bringt für alle Beteiligten besondere Herausforderungen mit sich. Dies gilt besonders für Menschen mit geistiger Behinderung oder Mehrfachbehinderung. Schmidt (2010: 39) formuliert es sarkastisch folgendermaßen: „Menschen mit einer geistigen und Mehrfachbehinderung stören im Krankenhaus, weil sie nicht in das System Krankenhaus passen.“

Hier findet sich die von Lapper schon benannte distanzierte Betrachtung durch die Mediziner:innen. Schmidt benennt verschiedene Faktoren als Ursachen für diese Problematik: Als Rahmenbedingungen werden fehlende zeitliche Ressourcen sowie die fehlende Finanzierung der über das übliche Maß hinausgehenden Versorgungsnotwendigkeit genannt. Dazu kommen die unzureichende Fachlichkeit bzw. Erfahrung des Personals in Umgang mit dieser Personengruppe sowie die Herausforderungen im Bereich der verbalen (z. B. über einfache oder leichte Sprache) als auch nonverbalen Kommunikation (z. B. durch Gestik, Mimik, Gebärden, Piktogramme oder elektronische Kommunikationshilfen, sogenannte „Talker“). Oft sind auch die Informationen, die über den Patienten/die Patientin vorliegen, unvollständig, sodass Diagnose und Therapie deutlich erschwert sind. Das Gesundheitspersonal wird nach wie vor noch zu wenig auf die besonderen Bedarfe und Notwendigkeiten in der Begleitung der Personengruppe vorbereitet.

Die Folge für Menschen mit Behinderungen, hier vor allem mit kognitiven Beeinträchtigungen oder Mehrfachbehinderungen, kann sein, dass sie große Angst und/oder extreme Stresssituationen im Krankenhaus erleben. Sie können durch die Vorgänge, die sie weder verstehen noch absehen oder einschätzen können und die oft mit Schmerzen verbunden sind, traumatisiert werden (Paulus 2010: 35). „Auch finden sich in den Biografien der einzelnen Menschen häufig traumatisierenden Erfahrungen im Krankenhaus und erschweren so einen erneuten Krankenhauskontakt“ (ebd.: 35f.).

Traumatisierungen durch Krankenhausaufenthalte lassen sich vergleichbar auch bei Menschen ohne Behinderungen finden. Hier sind es bspw. intensivmedizinische Behandlungen aufgrund kritischer Erkrankung, Transplantationen oder intraoperative Wachheit (Glaesmer/Rosendahl 2019), die Traumata auslösen können. Vergleichbar werden auch aus dem Bereich der Gynäkologie seelische Verletzungen als bedeutsames Thema beschrieben:

„Entscheidend für die Entstehung eines psychischen Traumas ist, dass die auslösende Situation oder das Ereignis mit einem subjektiv starken Erleben von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein einhergeht und dem Individuum zu diesem Zeitpunkt angemessene Bewältigungsstrategien fehlen.“  
(Schermann/Kersting 2019: 630)

Aus dieser Definition heraus ist nachvollziehbar, dass gerade Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen oder mehrfachen Behinderungen deutlich mehr gefährdet sind, im Krankenhaus bei nicht passender Begleitung traumatisiert zu werden.

Eine weitere Folge kann sein, dass die Betroffenen nach dem Krankenhausaufenthalt in ihrer gewohnten Umgebung Verhaltensweisen zeigen, die nicht erklärbar und verstehbar sind und so die begleitenden Personen vor neue Herausforderungen stellen. In einem persönlichen Bericht einer Mitarbeiterin einer Wohneinrichtung für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wurde mir der Fall einer Bewohnerin geschildert, bei der die Mitarbeitenden in der Wohngruppe durch fast unentwegtes Schreien der Klientin hoch belastet waren. Durch externe Beratung konnte herausgearbeitet werden, dass dieses sehr verzweifelt klingende Schreien der Klientin nach einem Krankenhausaufenthalt aufgetreten war. Es wurde als Ausdruck einer Traumatisierung gewertet. Durch differenzierte Beobachtung im Alltag konnten Trigger identifiziert werden, deren Vermeidung zu einer deutlichen Verbesserung der Situation der Klientin beitrug. Durch das Ausmaß der kognitiven Beeinträchtigung und sehr eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten war es der Klientin nicht möglich, die belastenden Erlebnisse aus dem Krankenhaus so mitzuteilen, dass es für die Mitarbeitenden verstehbar gewesen wäre. Auch ist sowohl durch ihre umfassende Beeinträchtigung der Kommunikations- und Reflexionsfähigkeit sowie

fehlende therapeutische Fachkräfte, die sich auf diese Personengruppe spezialisiert haben, eine Bearbeitung der traumatischen Erfahrung kaum möglich.

Paulus (2010) beschreibt als weitere Problematik, dass durch die Überforderung des Personals im Krankenhaus die betroffenen Patient:innen in manchen Fällen so früh entlassen werden, dass dies dem Genesungsprozess nicht zuträglich ist. Oder es werden Überleitungen von den Betroffenen zurück in ihre Wohneinrichtungen nicht genügend vorbereitet und abgestimmt, sodass Menschen mit Behinderungen nicht gut genug versorgt werden können und es möglicherweise zu erneuten Krankenhausaufenthalten kommen muss.

Reagieren die Menschen mit kognitiven Behinderungen im Krankenhaus mit sogenannten Verhaltensauffälligkeiten auf die extreme Ausnahmesituation, ihre Angst, Hilflosigkeit und Orientierungslosigkeit sowie die Schmerzen und das Gefühl des Verlorenseins (Schnepp/Budroni 2010: 60), so wird ihnen selten adäquat geholfen. Fixierungen oder Sedierungen sind eher hilflose Versuche des medizinischen Personals, um die Situation zu entspannen

Hans Joachim Stelzer (2011), der durch eine fortschreitende Muskelerkrankung im Laufe seines Lebens immer mehr motorische Fähigkeiten verloren hat, schreibt zu einem Zeitpunkt, an dem er schon umfassend auf Unterstützung angewiesen ist, über einen Krankenhausaufenthalt Folgendes und verdeutlicht damit anschaulich die Komplexität der Herausforderung für alle Beteiligten.

„Auch meine individuelle tägliche Betreuung hing von vielen Zufällen und Schwierigkeiten beim Einfühlen in meine besondere Situation ab. Das fing schon beim Ausschuchen der richtigen Matratze für das Krankenbett an. Um Druckstellen zu vermeiden, bat ich um eine entsprechende Matratze. Es dauerte gut zwei Tage, bis die harte Standardunterlage ausgetauscht wurde. Der regelmäßig notwendige Lagerungswechsel musste häufig von mir durch Betätigen der Alarmklingel angefordert werden. Und da tauchte auch schon ein weiteres Problem auf: die Alarmklingel. Da die Kraft und Feinmotorik in den Händen durch den progressiven Muskelschwund schon arg gelitten hatte, fiel es mir sehr schwer, die unhandliche Alarmklingel zu betätigen. Besonders in den Nächten achtete ich schon fast neurotisch darauf, die Klingel in der richtigen Position in der rechten Hand zu halten, ... nur nicht loslassen, um im Notfall mit dem Daumen den Hilfe bringenden Alarm auslösen zu können.

Durch meine extreme Bewegungsunfähigkeit ans Bett gefesselt, brauchte ich bei allen Verrichtungen die Hilfe der Krankenschwestern und Pfleger. Essen und Trinken waren da noch am schnellsten zu organisieren, das zählte zur täglichen Praxis auf der Station und das Personal sah die Notwendigkeit dieser Hilfestellung ein. Komplizierter und mit wesentlich mehr Überzeugungsarbeit verbunden musste ich die Handreichungen organisieren, die neben der Befriedigung meiner körperlichen Grundbedürfnisse notwendig waren:

Kopfhörer einstöpseln; Fernsehkanal wechseln; Telefon anreichen; Buch in die Hand geben; Haare kämmen; den Fuß entspannter lagern; für 1–2 Stunden in den Rollstuhl setzen, was leider nur unregelmäßig möglich war und nur dann klappte, wenn Witholt, ein befreundeter Bademeister aus der Krankenhausbäderabteilung, mithalf.

Für jede Hilfe musste ich klingeln und die Dringlichkeit erklären. Sehr drastisch spiegelte sich meine umfassende Abhängigkeit von fremder Hilfe im straffen Korsett des Stationsalltags. So deutlich und ungeschminkt empfand ich meine Hilflosigkeit selbst zu Hause nicht.“ (Stelzer 2011: 214f.)

Die Ausführungen von Herrn Stelzer ermöglichen einen Eindruck, welche Herausforderungen sich für alle Beteiligten im Alltag eines Krankenhauses ergeben, wenn ein Patient oder eine Patientin mit schwerster motorischer Beeinträchtigung nicht nur rudimentär im Sinne von satt und sauber, sondern gut und sicher im Sinne von angstfrei und angenehm versorgt werden soll.

## **Berechtigte Forderung: Barrierefreie Gesundheitsversorgung**

Bisherige Beispiele haben bereits gezeigt, dass Barrieren für Menschen mit Behinderungen sich sehr unterschiedlich zeigen können. Auch hier ist der Auftrag, den sich Deutschland durch die Unterzeichnung der UN-BRK gesetzt hat, eindeutig:

„Um Menschen mit Behinderungen ein selbstbestimmtes Leben und die volle Teilhabe in allen Lebensbereichen zu ermöglichen, treffen die Vertragsstaaten geeignete Maßnahmen mit dem Ziel, für Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen Zugang zur physischen Umwelt, zu Transportmitteln, Information und Kommunikation einschließlich Informations- und Kommunikationstechnologien und -systemen, sowie zu anderen Einrichtungen und Diensten, die der Öffentlichkeit in städtischen und ländlichen Gebieten offenstehen oder für sie bereitgestellt werden, zu gewährleisten. Diese Maßnahmen, welche die Feststellung und Beseitigung von Zugangshindernissen und Barrieren einschließen, gelten u. a. für

a) Gebäude, Straßen, Transportmittel sowie andere Einrichtungen in Gebäuden und im Freien, einschließlich Schulen, Wohnhäusern, medizinischer Einrichtungen und Arbeitsstätten“ (UN BRK, Art. 9 Abs. 1,1 a).

Um eine barrierefreie Gesundheitsversorgung zu ermöglichen, braucht es zum jetzigen Zeitpunkt noch viele Veränderungen. Die nachfolgenden Beispiele geben einen unvollständigen Einblick in notwendige Änderungen. Die Arztpraxen oder Krankenhäuser sollten über Rampen, sich selbst öffnende Türen auch für Menschen mit Körperbehinderungen zugänglich sein. Umkleidekabinen, wie sie vor manchen

körperlichen Untersuchungen genutzt werden, sollten so breit und gut zugänglich sein, dass sie auch für Menschen im Rollstuhl oder mit Gehhilfen komfortabel nutzbar sind. Untersuchungsliegen oder gynäkologische Untersuchungsstühle stellen gerade für Menschen mit Körperbehinderungen ohne entsprechende Assistenz kaum überwindbare Hindernisse dar. Die Zeit, die ein Mensch mit Beeinträchtigungen zusätzlich benötigen kann, um sich in einer engen Arztpraxis zu bewegen oder sich für Untersuchungen zu entkleiden, wird selten mit eingerechnet.

Für Menschen mit kommunikativen Beeinträchtigungen kann schon die Terminvergabe eine unüberwindbare Hürde darstellen. Immer häufiger bieten Praxen die Möglichkeit der Terminbuchung über das Internet an. Dies bietet Sprachfreiheit, benötigt jedoch entsprechende digitale Endgeräte und Kompetenzen in der Bedienung. Möglicherweise kann man neben dem regulären Wartezimmer ein weiteres Zimmer für Menschen reservieren, für die die Enge und viele Menschen schwer zu ertragen sind. Oder es gibt Termine in Randzeiten, die ohne Nutzung des Wartezimmers und mit mehr Zeit im Kontakt mit dem Arzt oder der Ärztin vergeben werden können.

Das Gespräch mit Arzt oder Ärztin kann bei eingeschränkten kommunikativen Möglichkeiten eine nächste Hürde sein. Es benötigt die Bereitschaft und Zeit der Mediziner:innen, um sich gegebenenfalls auf andere Kommunikationswege einzulassen. Alternativ können Assistent:innen, Angehörige oder Dolmetscher:innen (im Bereich der Gebärdensprache) die Patient:innen mit Behinderungen unterstützen. Allerdings hat dies zur Folge, dass die gesundheitsbezogenen Informationen aus dem Gespräch zwischen Arzt/Ärztin und Patient:in von einer weiteren Person gehört werden. So muss der Mensch mit Behinderungen letztlich in Kauf nehmen, dass die intime und private Situation der medizinischen Versorgung immer öffentlich ist.

Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen können häufig nicht differenziert genug Auskunft über ihre Beschwerden geben. Dies kann an eingeschränkten kommunikativen Fähigkeiten, fehlendem passendem Vokabular, veränderter Reflexions- und Wahrnehmungsfähigkeit oder Einschüchterung durch die Situation der Untersuchung liegen. Um die Herausforderung, für diese Personengruppe einen förderlichen und gelingenden Umgang mit Schmerzen zu erlangen, geht es in den nachfolgenden Überlegungen.

## **Herausforderung: Schmerzdiagnostik**

Ein häufiger Anlass für einen Arztbesuch sind erkannte körperliche Schmerzen. Schmerzen sind ein komplexes Phänomen, dessen Ausgestaltung und Intensität durchaus mehrere Noxen haben kann. Eine Eindeutigkeit der Zuordnung von Schmerz zu konkreter Ursache ist manchmal nicht möglich. Beispielsweise können sich chronische Schmerzen sogar ohne einen Organbefund als sehr beeinträchti-

gend darstellen. Lautenbacher (2009) beschreibt, dass Schmerz etwas ist, „worüber nur der Patient Auskunft geben kann, ob er ihn empfindet oder nicht“ (ebd. 183). Lautenbacher fragt in seinem Beitrag, in dem er den Schmerz bei Menschen mit schweren Behinderungen und dessen psychische Dimension betrachtet, inwieweit „Schmerz so erlebt und auch so kommuniziert (wird), wie wir das bei gesunden Personen kennen“ (ebd. 183). Das heißt, dass er davon ausgeht, dass Menschen ohne sogenannte Behinderungen Schmerz vergleichbar wahrnehmen und benennen können.

Unabhängig davon, ob diese Grundannahme wirklich auf alle Menschen ohne Behinderungen zutrifft, steht das Gesundheitspersonal vor der Herausforderung, Menschen zu behandeln, die eingeschränkt über ihre Schmerzen Auskunft geben können.

„Menschen mit einer geistigen Behinderung und Bedarf an unterstützter Kommunikation haben hier unter Umständen gleich zwei Handicaps: ihre kognitiven Fähigkeiten ermöglichen es ihnen nicht sich differenziert auszudrücken, und/oder ihre sprechmotorische Beeinträchtigung hindert sie an einer Verbalisierung.“ (Schellen 2014: 69)

Die Untersuchungssituation, Zeitdruck, Angst und Schmerzen können Stress auslösen, sodass die Mitteilungsmöglichkeiten unter Anspannung noch eingeschränkter werden.

Möglichkeiten der Unterstützung für diesen Personenkreis liegen bspw. in der langfristigen Vorbereitung von Krankheitssituationen. In entspannten und gesunden Zeiten kann mit den Betroffenen entsprechendes Vokabular zur Mitteilung des Gesundheitszustandes eingeübt werden. Doch dies hat deutliche Grenzen, da die Beschreibung verschiedener Schmerzarten (stechend, brennend, ziehend, flächig etc.) in diesem hohen Grad der Abstraktheit nur schwer zu vermitteln ist. Es kann aber die Benennung von Körperteilen eingeübt werden und die Vermittlung von Wissen über Untersuchungsabläufe Angst nehmen. Ebenso ist der Besuch einer Hausarztpraxis und das Kennenlernen von Ärzt:innen und Gesundheitspersonal hilfreich, um Sicherheit zu erleben und dann in der belasteten Situation der Krankheit hoffentlich weniger Stress zu empfinden. So könnten regelmäßige Besuche bei Arzt oder Ärztin Vertrauen aufbauen, auf beiden Seiten Sicherheit im Kontakt schaffen und das Einüben von förderlichem Verhalten bei Untersuchungen dann im Krankheitsfall Angst nehmen. Die Ärzt:innen haben durch mehr Wissen über die Menschen mehr Möglichkeiten der differenzierteren Diagnostik und Einschätzung der gesundheitlichen Situation sowie der Vorbereitung auf die Untersuchungssituation.

Um auch bei Menschen, die wenig Möglichkeiten haben, differenziert über ihre Schmerzen Auskunft zu geben, trotzdem Schmerzen gut zu identifizieren,

wurden Skalen entwickelt (z. B. EDAAP-Skala), die den „Vergleich des Verhaltens einer kranken Person vor und während schmerzhafter Krankheitsphasen“ (Schellen 2014: 69) ermöglichen. Damit wird eine große Verantwortung in die Hände entweder von Angehörigen oder Mitarbeitenden in Wohneinrichtungen gelegt. Es ist wichtig, im Alltag bei Verhaltensänderungen von Personen immer wieder Schmerz (bspw. Kopfschmerzen, Migräne, Menstruationsschmerzen, Zahnschmerzen) als eine mögliche Ursache für diese Veränderung in Betracht zu ziehen. Dies ist vor allem bedeutsam, um der Multimorbidität dieser vulnerablen Personengruppe gerecht zu werden.

## Behinderungen als Gesundheitsrisiko

Der Zusammenhang zwischen Gesundheit und allgemeiner Lebenszufriedenheit ist mittlerweile unbestritten. Die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen kann durch verschiedene Aspekte als beeinträchtigt und ggf. als leidvoll erlebt werden. „Leid ist stark vom Bewusstsein der Einschränkung oder des Scheiterns von Lebenserwartungen oder Zielvorstellungen geprägt“ (Huber 2009: 40).

Damit möchte ich in keinsten Weise aussagen, dass das Leben mit Behinderungen grundlegend mit Leid verbunden ist. Allerdings ergeben sich durchaus Lebenserschwernisse, die als bedrückend erlebt werden und subjektives Leiden verursachen können. Denn Schmerz ist nicht nur ein körperliches Phänomen mit einer eindeutig auszumachenden Gewebeschädigung. Huber (2009: 40f.) beschreibt drei weitere Formen des Schmerzes: seelischen Schmerz, sozialen Schmerz sowie spirituellen Schmerz. In Bezug auf die Konkretisierungen, die Huber vornimmt, finden sich die Lebenserfahrungen von Menschen mit Behinderungen aus den biografischen Beispielen sowie den nachfolgenden empirischen Ergebnissen:

„Seelischem Schmerz: [...]

- bei Scham, erlebter Missachtung, Unzufriedenheit, Kränkungen [...]

Sozialem Schmerz: [...]

- verursacht durch Ausgrenzung, Diskriminierung [...]
- verursacht durch die Unfähigkeit zu angemessener Kommunikation [...]
- beim Gefühl der Ohnmacht oder Machtlosigkeit“ (ebd.: 41).

Von Kardoff (2017) fasst zusammen, dass die Einstellungen der Bevölkerung gegenüber Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (von Kardoff schreibt von seelisch Beeinträchtigten) stark von Vorurteilen geprägt sind (ebd.: 571) sowie die Erfahrungen von Stigmatisierung und Diskriminierung zum Alltag der Menschen gehören. „Skeptisch-negativistische Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen und ihrer Behandelbarkeit“ (Gaebel et al. 2005: 23) finden sich allerdings

nicht nur in der Öffentlichkeit, sondern auch in der Ärzt:innenschaft. Zu der Gruppe der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu gehören, hat in der Regel Auswirkungen auf das

„Selbstbild, ihre sozialen Kontakte, ihre Stellung in der Arbeitswelt und ihre materielle Lage – Entwicklungen, die ihrerseits zur Verschlechterung und Chronifizierung psychischer Beeinträchtigung beitragen“ (Kardoff 2017: 572).

Dazu kommen weiterhin Verletzungen des eigenen Selbstwertes, Gefühle von Scham und Versagen sowie die Angst vor negativen Reaktionen des Umfeldes.

In vergleichbarer Form beschreibt dies Fries (2005) auf der Grundlage von 75 Interviews mit Erwachsenen mit Körperbehinderungen zu ihren diskriminierenden Erfahrungen. Nach deren Aussagen werden belastende diskriminierende Erlebnisse nicht dauerhaft, sondern punktuell erlebt. Fries konnte weiterhin feststellen:

„Schon allein das Wissen um die Tatsache der Zugehörigkeit zu einer Gruppe von Menschen (die auch heute noch im Alltag aufgrund ihrer Behinderung mehr oder minder subtil diskriminiert werden) ist im Bewusstsein behinderter Menschen emotional und kognitiv verankert und führt zu einer Belastung“ (ebd.: 347).

Schrötle (2012: 48f.) weist in den Ergebnissen ihrer repräsentativen Befragung von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen darauf hin, dass ein großer Teil der befragten Frauen „enge und Geborgenheit vermittelnde Beziehungen vermissen“ (ebd.: 49). Mit diesem Ergebnis müssen nicht zwangsläufig genitalsexuelle Beziehungen gemeint sein. Der allgemeine Bedarf an Beziehungen, die auch Grundbedürfnisse nach Nähe und Angenommensein erfüllen, wird aber deutlich. Schrötle benennt bezüglich der wahrgenommenen Defizite an sozialer Einbindung daraus möglicherweise resultierende gesundheitliche Konsequenzen:

„Diese wirken sich auf die Lebenssituation, das psychische Wohlbefinden und die Gesundheit der Frauen aus und können mit eine Ursache für gesundheitliche Beschwerden und psychische Probleme sein.“ (ebd.: 48)

Ebenso konnte sie nachweisen, dass die befragten Frauen mit Behinderungen schon als Kinder und Jugendliche in hohem Maße Betroffene von (sexualisierten) Gewalterfahrungen waren. Ihre Ergebnisse bestätigen den „wechselseitigen Zusammenhang von Gewalt und gesundheitlicher Beeinträchtigung/Behinderung“ (ebd.: 19):

„Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen haben nicht nur ein höheres Risiko, Opfer von Gewalt zu werden; auch umgekehrt tragen (frühere)

Gewalterfahrungen im Leben der Frauen häufig zu späteren gesundheitlichen und psychischen Beeinträchtigungen und Behinderungen bei“ (ebd.).

Aufgrund dieser nur wenigen Einblicke in entsprechende empirische Erkenntnisse muss kritisch gefragt werden, inwiefern das Leiden an Beziehungslosigkeit und möglicherweise Einsamkeit im Blick des Gesundheitspersonals ist. Aufgrund des immer dramatischer werdenden Fachkräftemangels in der Begleitung von Menschen mit Behinderungen, die in Einrichtungen leben, ist davon auszugehen, dass individuelle Angebote, die Abwechslung in den Alltag bringen, immer weniger realisiert werden können. Anrengungsarmut kann seelische Schmerzen verursachen. Menschen, die durch chronische Erkrankungen oder Unfälle im Laufe ihres Lebens eine radikale Veränderung ihrer Lebenssituation durch Behinderungen verarbeiten müssen, leiden durchaus an veränderten Lebenssituationen. Aber auch Menschen, die von Geburt an behindert sind, durchlaufen Prozesse der Akzeptanz ihrer Lebenssituation, wie Kathrin Lemler dies in ihrem autobiografischen Text „Über die Liebe in meinem Kopf“ beschreibt. Sie reflektiert, dass ihre Behinderung ein Hindernis für die Gestaltung einer Liebesbeziehung darstellen kann.

„Außerdem gibt es noch einen anderen Grund, warum ich meine Liebe geheim halte: meine Behinderung. Ich möchte, dass ein Mann von sich aus Gefühle für mich empfindet. Das klingt jetzt vielleicht arrogant, ist es aber keineswegs! Ich kenne mich. Ich weiß wie ich aussehe: ein kleines zappelndes etwas, dem der Speichel aus dem Mund läuft. Aufgrund meiner Behinderung wirke ich nicht gerade attraktiv! Ganz im Gegenteil: meine Behinderung hat eine abschreckende Wirkung.“ (Lemler 2010: 150)

An späterer Stelle führt sie weiter aus:

„Er muss sich quasi fragen, ob er mich und auch meine Behinderung liebt. Als ich mir darüber im Klaren war, wusste ich plötzlich, warum ich noch kein Freund gehabt hatte. Selbst ich habe lange gebraucht, um meine Behinderung als Teil von mir zu sehen. Wie sollen das dann andere so einfach können?“ (ebd.: 151)

## **Kein Mitleid, sondern Menschenrechte**

„Mir war und ist dabei wichtig zu betonen, dass mein Leben nicht von Leid geprägt ist, sondern bei allen Kämpfen, die es durchzustehen gilt, bin ich grundlegend sehr zufrieden und glücklich“ (Faßbender/Schlüter 2006: 70).

Mit diesem Zitat einer körperbehinderten Wissenschaftlerin soll zum Abschluss dieses Kapitels darauf hingewiesen werden, dass Menschen mit Behinderungen nicht in eine Kategorie bemitleidenswerter Menschen gepresst werden sollen. Es muss im Blick des Gesundheitssystems und der darin arbeitenden Personen sein, dass sie als Patient:innen in vielen Fällen von mehr Zeit, Offenheit für besondere Verhaltensweisen und Unterstützungsbedarfe profitieren sowie auf Barrierefreiheit angewiesen sind. Barrierefreiheit in umfassender Form für Patient:innen mit Behinderungen zu realisieren, ist kein freundliches Almosen, sondern die verpflichtende Umsetzung von Menschenrechten, wie sie durch die UN-BRK in Deutschland verankert sind.

## Literatur

- Bössing, Carina/Schrooten, Katrin/Tiesmeyer, Karin (2019): Barrieren in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Lernschwierigkeiten. In: Walther, Kerstin/Römisch, Kathrin (Hrsg.): Gesundheit inklusive. Gesundheitsförderung in der Behindertenarbeit. Wiesbaden: Springer, S. 51–88.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2021): Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Bonn: Eigenverlag.
- Fries, Alfred (2005): Einstellungen und Verhalten gegenüber körperbehinderten Menschen – aus der Sicht und im Erleben der Betroffenen. Oberhausen: Athena.
- Gaebel, Wolfgang/Zäske, Harald/Baumann, Anja Esther (2005): Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch Erkrankter als Herausforderung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland. In: Berger, Mathias/Fritze, Jürgen/Roth-Sackenheim, Christa/Voderholzer, Ulrich (Hrsg.): Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle Stellungnahmen der DGPPN 2003–2004. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, S. 21–28 [E-Book].
- Glaesmer, Heide/Rosendahl, Jenny (2019, 3. Auflage): Traumatisierungen im Kontext schwerer körperlicher Erkrankungen und medizinischer Behandlungen. In: Seidler, Günter H./Freyberger, Harald J./Glaesner, Heide/Gahleitner, Silke Brigitta (Hrsg.): Handbuch der Psychotraumalogie. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 618–629.
- Huber, Brigitte (2009): Ein Recht auf nicht leiden? Seelischer und körperlicher Schmerz bei Menschen mit schwersten (körperlichen und geistigen) Behinderungen. In: Maier-Michalitsch, Nicola (Hrsg.): Leben pur – Schmerz bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen. Düsseldorf: Verlag selbstbestimmtes Leben, S. 39–57.
- infas – Institut für angewandte Sozialwissenschaften (Hrsg.): Abschlussbericht Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Bonn 2022.

- Jupiter84 (2016): Allgemeine Arztbesuche. Selbsthilfeforum aspies.de. <https://aspies.de/selbsthilfeforum/index.php?thread/4067-allgemeine-arztbesuche/> [Zugriff 17.02.2023].
- Kardorff, Ernst von (2017): Diskriminierung von seelisch beeinträchtigten. In: Scherr, Albert/El-Mafaalani, Aladin/Yüksel, Gökçen (Hrsg.): Handbuch Diskriminierung. Wiesbaden: Springer, S. 565–592.
- Lapper, Alison (2005): Autobiografie einer Optimistin. München: Blanvalet Verlag.
- Lemler, Kathrin (2010): Über die Liebe in meinem Kopf. In: Fischer, Julia/Ott, Anne/Schwarz, Fabian (Hrsg.): mehr vom Leben. Frauen und Männer mit Behinderung erzählen. Bonn: Balance Verlag, S. 148–151.
- Lautenbacher, Stefan (2009): der Schmerz und seine psychische Dimension. In: Maier-Michalitsch, Nicola (Hrsg.): Leben pur – Schmerz bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen. Düsseldorf: Verlag selbstbestimmtes Leben, S. 183–186.
- Paulus, Michaela (2010): Die Situation von Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus aus Sicht von Einrichtungen. In: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (Hrsg.): Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus – Problemlagen und Lösungsperspektiven. Berlin: Eigenverlag, S. 34–37.
- Rickert-Bolg, Wolfgang (2017): Autismus verstehen. Autistische Symptome als Bewältigungsstrategie für eine abweichende kognitive Informationsverarbeitung. In: Rittmann, Barbara/Rickert-Bolg, Wolfgang (Hrsg.): Autismus-Therapie in der Praxis. Methoden, Vorgehensweisen, Falldarstellungen. Stuttgart: Kohlhammer, S. 15–27.
- Schadeck, Sandra (2011): Ich bin eine Insel. Gefangen im eigenen Körper. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Schellen, Julia (2014): Schmerzen kommunizieren können. In: Bienstein, Pia/Klauß, Theo (Hrsg.): Herausforderung Schmerzen. Ausgewählte Aspekte. Berlin: Eigenverlag, S. 68–78.
- Schermann, Silke/Kersting, Anette (2019): Die traumatisierte Patientin in der Gynäkologie. In: Seidler, Günther H./Freyberger, Harald J./Glaesner, Heide/Gahleitner, Silke Brigitta (Hrsg.): Handbuch der Psychotraumatologie (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta, S. 630–641.
- Schmidt, Christoph (2010): die Situation von Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus aus Sicht des Krankenhauses. In: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V.: Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus – Problemlagen und Lösungsperspektiven. Berlin, S. 38–48.
- Schrötle, Monika/Hornberg, Claudia/Glammeier, Sandra/Sellach, Brigitte/Kavemann, Barbara/Puhe, Henry/Zinsmeister, Julia (2012): „Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Eine repräsentative Studie.“ Ein Forschungsprojekt des Interdisziplinären Zentrums

- für Frauen- und Geschlechterforschung (IFF) der Universität Bielefeld im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin.
- Schnepp, Wilfried/Budroni, Helmut (2010): Die Problematische Situation von Patientinnen und Patienten mit Behinderung im Krankenhaus unter besonderer Berücksichtigung der ForseA-Studie. In: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V. (Hrsg.): Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus – Problemlagen und Lösungsperspektiven. Berlin: Eigenverlag, S. 57–63.
- Singer, Phillip/Kienle, Dorothee (2016): Einwurf: „Weil nicht (mehr) sein kann, was nicht sein darf“ – Erfahrung von Behinderung trotz inklusiver Zeiten?! In: Jennesen, Sven/Lelgemann, Reinhard (Hrsg.): Körper Behinderung Pädagogik, Stuttgart: Kohlhammer, S. 76–94.
- Stelzer, Hans-Joachim (2011): Mut zum Ich – der sprechende Kopf. Biografische Schlaglichter eines rettungslosen Optimisten. Berlin: Pro BUSINESS GmbH.

# Damit die (Lebens-)Welt nicht fremd bleibt – traumasensible Sozialräume als sichere Orte

Ann-Kathrin Scholten

## 1 Einleitung – Die Geschichte von Jonas

*Jonas ist neun Jahre alt und wohnt – seit seiner Inobhutnahme vor zwei Jahren und nach einer sechsmonatigen Phase in einer Bereitschaftspflegefamilie – in einer Wohngruppe eines Kinderheims. Mit ihm zusammen wohnen dort fünf weitere Jungen. Jonas sagt, dass es ihm in der Wohngruppe gefällt, er aber seine Eltern und großen Schwestern sehr vermisst und es ihm in der Bereitschaftspflegefamilie eigentlich besser gefallen hat. In seiner Herkunftsfamilie hat Jonas viel Gewalt erlebt. Durch seinen Vater oder seine zehn Jahre ältere Schwester wurde er regelmäßig verprügelt. Sein Vater schlug ihn dann auch mit einem Gürtel oder anderen harten Gegenständen. Von seiner Schwester berichtet Jonas: „Sie stand mal mit dem Messer vor mir und wollte mich abschlachten.“ In die Schule konnte Jonas nicht regelmäßig gehen. Vor allem, wenn Verletzungen durch Gewalt entstanden waren, verboten ihm die Eltern den Schulbesuch. Aber auch aus anderen – für Jonas nicht nachvollziehbaren Gründen – wollten die Eltern, dass er die Schule nicht besucht: Lernen sei nicht notwendig und nur für dumme Streber\*innen, Lehrer\*innen seien alle „Blödköpfe“ und würden mit „den Bullen unter einer Decke stecken“. Jonas selbst sagt, dass er gerne zur Schule ging und oft gebettelt hat, gehen zu dürfen, was oft in Schlägen und Bestrafungen wie Einsperren im Badezimmer endete. Es gibt zudem Hinweise darauf, dass Jonas durch seine Mutter sexualisierte Gewalt erlebt hat.*

*In der Wohngruppe ist Jonas ein aufgeweckter Junge, der vor allem an sportlichen Aktivitäten Spaß hat. Manchmal aber wirkt er in sich gekehrt und wie abwesend. Er reagiert dann nur einsilbig auf Ansprache und berichtet meist einige Zeit später, er hätte neben sich gestanden und sich wie ein „fremder Jonas“ gefühlt. Zu weiblichen Pädagoginnen vermeidet Jonas den Kontakt so gut es geht. Falls sich eine Pädagogin ihm zu sehr nähert, bleibt er wie angewurzelt stehen, zittert und kreischt. Jonas geht gerne zur Schule, kann sich dort aber oft nur schwer konzentrieren. Er steht während des Unterrichts mehrfach auf, läuft umher, zappelt mit den Beinen oder blickt starr aus dem Fenster und nimmt nicht wahr, was um ihn herum geschieht. Er ist oft traurig, wenn er seine Aufgaben nicht in der vorgegebenen Zeit erledigt hat oder nicht mehr*

*weiß, was die Lehrer\*innen gerade erklärt haben. Mit den anderen Kindern versteht er sich gut, allerdings bekommt er manchmal aus scheinbar unerklärlichen Gründen Wutausbrüche, schreit die anderen Kinder an, schlägt auf sie ein oder tritt zu. Deswegen schließen die anderen Kinder ihn oft aus ihren Spielen aus. Das Gleiche passiert Jonas beim Fußball, seiner liebsten Freizeitaktivität. Im Nachhinein tut ihm seine Wut leid, er steht dann ganz beschämt vor Kindern und Erwachsenen und sagt: „Ich wollte das nicht. Beim nächsten Mal passiert’s mir nicht mehr. Versprochen!“ Über sich selbst sagt Jonas häufiger, dass er ein ganz dummes und böses Kind sei, dass er nichts zustande bringe und es besser sei, er wäre nie geboren, dann würde er auch allen nicht solche Probleme bereiten und nur nerven. Die Mitarbeitenden der Wohngruppe, seine Lehrer\*innen und Trainer\*innen sind oft ratlos und wissen nicht, wie sie Jonas gut unterstützen können. Alle versuchen, bestmöglich auf ihn einzugehen, kommen aber schnell an ihre Grenzen – sie wünschen sich mehr Fachwissen und mehr gegenseitige Unterstützung.*

Alles, was über Jonas bekannt ist, beobachtet werden kann und was er erzählt, deutet darauf hin, dass die Erfahrungen in seiner Herkunftsfamilie für ihn traumatisch waren. Und es deutet darauf hin, dass diese Erfahrungen bis in sein heutiges Leben Auswirkungen haben, die ihn belasten. Kinder, Jugendliche und Erwachsene wie Jonas brauchen Sozialräume, die traumasensibel – das heißt abgestimmt auf ihre besonderen Bedürfnisse – gestaltet sind. Und sie brauchen Menschen in ihrer Umgebung, die Wissen über Traumatisierungen haben und gemeinsam Unterstützung anbieten. Der folgende Beitrag soll hierzu Hintergrundwissen vermitteln und praktische Anregungen geben. Nachdem zunächst Grundwissen über traumatische Lebenserfahrungen und deren mögliche Folgen Thema sind (Kap. 2), wird auf die Bedeutung traumasensibler Sozialräume eingegangen (Kap. 3). Impulse zur konkreten Gestaltung traumasensibler Sozialräume sollen daran anschließende Ausführungen zur „Pädagogik des sicheren Ortes“ und zur Bedeutung von Netzwerkarbeit bieten (Abschnitt 3.1. und Abschnitt 3.2.). Abschließend werden die Erkenntnisse auf das Fallbeispiel übertragen und in möglichen Maßnahmen konkretisiert.

## **2 Definitiorische Aspekte von psychischen Traumatisierungen**

Der Begriff „Trauma“ stammt ursprünglich aus dem Griechischen („traúma“) und bedeutet übersetzt „Verletzung“ oder „Wunde“. Zunächst wurde der Begriff vor allem in der Medizin genutzt, um physische Verletzungen zu bezeichnen. In der heutigen Zeit ist beispielsweise der Begriff Schädel-Hirn-Trauma noch geläufig. Ein psychisches Trauma bezeichnet eine „Verletzung der Seele“ oder „Wunde der Seele“ (Fischer/Riedesser 2020: 24).

Nach Fischer und Riedesser (2020: 88) lässt sich ein psychisches Trauma definieren als ein

Damit die (Lebens-)Welt nicht fremd bleibt – traumasensible Sozialräume als sichere Orte

„vitalen Diskrepanzerlebnis zwischen **bedrohlichen Situationsfaktoren** und den **individuellen Bewältigungsmöglichkeiten**, das mit Gefühlen von **Hilflosigkeit** und **schutzloser Preisgabe** einhergeht und so eine **dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis** bewirkt“ (Hervorhebung A.-K. S.).

Ob eine belastende Situation/eine schlimme Erfahrung für einen Menschen traumatisch ist, ist dementsprechend sehr individuell. Immer kommt es darauf an, wie ein Mensch die Bedrohung erlebt und welche Möglichkeiten der Verarbeitung ihm zur Verfügung stehen. Es konnten einige Faktoren ermittelt werden, die vor einem Trauma schützen (Schutzfaktoren) oder die ein Trauma verstärken (Risikofaktoren) können (vgl. dazu ausführlich Maercker/Pielmaier/Gahleitner 2019).

Als Schutzfaktoren erweisen sich häufig folgende Merkmale (Fischer/Riedesser 2020: 164):

- eine gute Beziehung zu mindestens einer engen Bezugsperson,
- das Aufwachsen oder Aufgewachsensein in einem Umfeld mit stabilen Beziehungen,
- ein sicheres Bindungsmuster,
- ein gutes „Ersatzmilieu“ z. B. in der Schule oder im Freund\*innenkreis,
- eine gute soziale Eingebundenheit,
- ein kontaktfreudiges und aktives Temperament,
- eine hohe Intelligenz.

Als Risiko können besonders folgende Faktoren wirken (Huber 2009: 83; Maercker/Pielmaier/Gahleitner 2019):

- eine geringe oder fehlende soziale Unterstützung vor und nach dem belastenden Ereignis,
- ein Leben in Armut/ein niedriger sozioökonomischer Status,
- dysfunktionale Familienstrukturen und vorherige Erfahrungen von Gewalt,
- mangelnde Anerkennung des traumatischen Erlebens durch die Gesellschaft,
- ein introvertiertes, stark gehemmtes Temperament,
- weibliches Geschlecht,
- eine schlechte körperliche Gesundheit oder vorherige psychische Erkrankungen,
- eine genetische Prädisposition für psychische Erkrankungen.

Wie stark die einzelnen Faktoren das Risiko eines Traumas erhöhen oder verringern ist von der individuellen Person und ihrer Lebenssituation abhängig. Das Vorhandensein bzw. das Fehlen von sozialer Unterstützung vor und nach dem traumatischen

Ereignis hat jedoch nach aktuellen Erkenntnissen den größten Einfluss darauf, ob eine Erfahrung für einen Menschen traumatisch wird oder nicht (Maercker/Pielmaier/Gahleitner 2019: 88f.). Ebenso gibt es Hinweise darauf, dass verschiedene Risikofaktoren sich gegenseitig verstärken können und sich damit auch das Risiko für die Entstehung eines Traumas erhöht (Fischer/Riedesser 2020: 166f.).

Insgesamt ist davon auszugehen, dass belastende Erfahrungen umso eher traumatisch sind,

- „je länger und häufiger sie auftreten,
- je intensiver die eigene Person körperlich und/oder psychisch bedroht ist,
- wenn sie durch bekannte Personen verursacht werden und je enger die Bindung an/die Beziehung zu diesen Personen ist,
- je früher im Leben die Erfahrungen gemacht werden,
- je mehr Erfahrungen mit traumatischem Charakter über die Lebensspanne gemacht werden“ (Scholten 2020: 151).

Bei aller Individualität lassen sich einige Erfahrungen benennen, die für viele Menschen traumatisch sind. Dazu zählen z. B.: körperliche, psychische, rituelle und sexualisierte Gewalt, Terror, Folter, Fluchterfahrungen, schwere Naturkatastrophen oder Unfälle, Todesfälle unter besonderen Umständen wie Morde oder Suizide (van der Kolk 2021: 31).

Entwicklungstraumatisierungen sind eine besondere Form von Traumatisierungen. Darunter wird das Aufwachsen unter gewaltvollen oder vernachlässigten Bedingungen verstanden. Auch wenn Eltern/Bindungspersonen nicht in der Lage sind, das Kind angemessen zu versorgen und ihm den nötigen emotionalen Halt zu geben, kann eine Entwicklungstraumatisierung entstehen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass diese

„Traumatisierung letztendlich eine Missachtung aller elementaren psychischen Bedürfnisse eines Kindes darstellt – wie z. B. des Bedürfnisses danach, wahrgenommen zu werden, des Bedürfnisses nach Gespiegelt- und Gehaltenwerden und des Bedürfnisses Schutz zu erfahren. Auch die Ausbeutung des Kindes zur eigenen Bedürfnisbefriedigung gehört dazu.“ (Wöller zit. n. Büttner 2021: 16)

Für Jonas aus dem obigen Beispiel kann demnach von einem hohen Risiko ausgegangen werden, dass seine Erlebnisse für ihn traumatisch waren. Er scheint schon seit seiner frühen Kindheit und dann langanhaltend verschiedene Formen Gewalt erlebt zu haben, wobei die Tatpersonen gleichzeitig seine engsten Bezugspersonen waren. Außerdem wird nicht von Unterstützungspersonen in seinem Umfeld be-

richtet. Im Gegenteil werden ihm soziale Kontakte, z. B. durch den Schulbesuch, zumindest zeitweise eher verwehrt als ermöglicht.

## 2.1 Mögliche Folgen/Symptome von traumatischen Lebenserfahrungen

Eine traumatische Erfahrung – also ein belastendes Erlebnis, das die individuellen Verarbeitungskräfte tatsächlich übersteigt – kann unterschiedliche Folgen für einen Menschen und seine Lebensgestaltung haben. Biologische Grundlage vieler Folgen und Symptome sind Veränderungen der neurobiologischen Verarbeitung von Reizen/Erfahrungen, der Aktivitäten der beiden Gehirnhälften, der Regulation des autonomen Nervensystems und/oder des Hormonhaushalts (vgl. dazu ausführlich Besser 2013; Lang 2016; Wingenfeld/Spitzer/Driessen 2019; van der Kolk 2021).

Bei allen nachfolgend benannten Folgen, Symptomen und Verhaltensweisen ist stets zu beachten, dass sie Überlebensleistungen eines Menschen in einer mit dem Leben und den individuellen Verarbeitungskräften nicht mehr vereinbaren Situation sind. Es sind Leistungen, die es mit höchstem Respekt anzuerkennen gilt. Jedes Symptom und jede Verhaltensweise haben einen guten Grund, der im Umgang mit dem Trauma liegt – auch dann, wenn sie aus der heutigen (sicheren) Perspektive als belastend und störend von Betroffenen selbst und dem Umfeld wahrgenommen werden (Lang/Lang 2013). So liegt vermutlich der gute Grund in Jonas Misstrauen gegenüber Frauen darin, dass er sich vor erneuter sexualisierter Gewalt schützen möchte. Vorsichtshalber lässt er daher kaum bis gar keinen Kontakt zu ihnen zu. Es wird deutlich: Ebenso vielfältig und individuell, wie Situationen sind, die traumatisch sein können, sind dies auch mögliche Folgen und Symptome. Sehr wichtig ist dahingehend die Grundhaltung der Personen im Umfeld. Immer sollte für Verhaltensweisen ein guter Grund angenommen werden, den es anzuerkennen und zu entschlüsseln gilt (Fachverband Traumapädagogik 2011).

### 2.1.1 Typische Traumafolgen

Auf traumatische Lebenserfahrungen folgen häufig Symptome, die sich drei großen Merkmalsbereichen zuordnen lassen und nachfolgend erläutert werden:

1. Überregungszeichen
2. überwältigende Erinnerungen und Flashbacks
3. Vermeidungsverhalten und Dissoziation

(Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf: Seidler 2013: 112f.; Krüger 2014: 46–48; Weiß et al. 2014; Hecker/Maercker 2015: 549; Herman 2018: 47–54; Wagner 2019: 212–219; van der Kolk 2021: 26–30).

## Überregungszeichen

Überregung meint, dass die Reaktionsbereitschaft eines betroffenen Menschen stark erhöht ist, um sich vor einer erneuten traumatischen Erfahrung zu schützen. Es wirkt so, als seien Betroffene in „Hab-Acht-Stellung“ oder „auf der Hut“ – wie Jonas im obigen Beispiel, der sich in der Schule nicht auf den Lernstoff konzentrieren kann und plötzliche Wutausbrüche während des Spiels mit Freund\*innen hat. Im Alltag kann sich Überregung beispielsweise zeigen in

- Schlafstörungen wie Ein- und Durchschlafproblemen,
- Konzentrationsschwierigkeiten,
- erhöhter Wachsamkeit,
- Schreckhaftigkeit,
- motorischer Anspannung,
- innerer Unruhe,
- Gefühls- und Stimmungsschwankungen,
- Reizbarkeit,
- Wut- und Impulsdurchbrüchen,
- chronischen Schmerzen,
- vegetativen Zeichen von Anspannung wie erhöhter Herzfrequenz, schneller Atmung und erhöhtem Blutdruck.

## Überwältigende Erinnerungen und Flashbacks

Betroffene können erleben, dass sich ihnen die Erinnerungen an das traumatische Geschehen immer wieder aufdrängen und Erinnerungen dabei sehr lebhaft – mit allen Affekten und Sinneseindrücken aus der traumatischen Situation – sind. Flashbacks sind eine besondere Form von Erinnerungen, bei denen Betroffene nicht mehr zwischen Vergangenheit und Gegenwart unterscheiden können und sich Erinnerungen anfühlen, als seien sie im aktuellen Moment vollkommen real. Flashbacks werden häufig durch Hinweisreize, sogenannte Trigger, ausgelöst. Dies können Geräusche, Gerüche, Personen, klimatische Verhältnisse, Körperwahrnehmungen und weitere Reize sein, die mit dem ursprünglichen traumatischen Ereignis einhergingen. Bei Jonas aus dem einführenden Beispiel scheint Nähe zu weiblichen Personen mit solch überwältigenden Erinnerungen oder Flashbacks einherzugehen. Diese können sich zeigen in:

- Gefühlen von Angst bis hin zu Todesangst,
- Panikattacken mit starken vegetativen Symptomen wie Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Zittern, Schwitzen, Herzrasen,
- Gefühlen von Ohnmacht und Bedrohung,

Damit die (Lebens-)Welt nicht fremd bleibt – traumasensible Sozialräume als sichere Orte

- Gefühlen von Betäubung und innerer Leere,
- Alpträumen oder traumatischen Träumen, bei denen sich das traumatische Geschehen in immer gleicher Form wiederholt und vollkommen real wirkt.

### **Vermeidungsverhalten und Dissoziation**

Vermeidungsverhalten und Dissoziationen sind Folgen/Symptome, die vor allem dem Schutz vor erneuten Gefahren oder dem „Zurückziehen“ aus der aktuell umgebenden Welt dienen. Vermeidungsverhalten kann vor allem vor Triggern schützen und zeigt sich häufig wie folgt:

- Situationen, Orte, Personen, Geschmäcker etc., die an das Trauma erinnern können, werden zu vermeiden versucht oder es wird sich gegen den Kontakt gewehrt.
- Hobbys und Freizeitaktivitäten werden aufgegeben und es findet ein sozialer Rückzug statt.
- Es wird vermieden, über mit dem Trauma in Verbindung stehende Erinnerungen zu sprechen oder entsprechende Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken – dies kann zu einer Entfremdung von anderen Personen und sich selbst führen.

Dissoziationen sind eine Sonderform von Vermeidung, die unbewusst eintritt und die Abspaltung von der eigenen Wahrnehmung bedeutet. Sie werden ebenfalls oft von Triggern ausgelöst. Bei Jonas aus dem Beispiel gibt das beschriebene Gefühl, „ein fremder Jonas“ zu sein, Hinweis auf eine Dissoziation. Zeigen können sich Dissoziationen z. B. in folgenden Formen:

- Depersonalisation als das Gefühl, „neben sich zu stehen“, „sich von außen zu betrachten“,
- Derealisation als das Gefühl, die Umgebung „wie in einem Film“ wahrzunehmen,
- Dissoziative Amnesie als Erinnerungslücken bezogen auf das traumatische Geschehen,
- Dissoziative Persönlichkeitsspaltung als Aufspaltung in verschiedene Ich-Anteile, die voneinander wissen,
- unwillkürliche Bewegungen bis hin zu unwillkürlichen Ortswechseln, unabsichtlichem Weglaufen,
- Taubheitsgefühle und Probleme mit der sensorischen Wahrnehmung,
- auf andere wie abwesend wirken.

Neben den beschriebenen typischen Symptomen können sich aufgrund traumatischer Lebenserfahrungen weitere Folgen und Besonderheiten zeigen, die auch als traumaassoziierte Symptome bezeichnet werden. Dazu zählen vor allem: Essstörungen, Suchterkrankungen, selbstverletzendes Verhalten, Psychosen, Angst- und Zwangserkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen (Reardon et al. 2014: 382; Dulz/Rönfeldt 2019).

### 2.1.2 Folgen von Entwicklungstraumatisierungen

Da Entwicklungstraumatisierungen schon ab der Geburt oder in der sehr frühen Kindheit das Leben prägen, haben sie besonderen Einfluss auf die Entwicklung eines Kindes und gehen häufig mit spezifischen Folgen einher. Terr (1991/1995) erforschte zuerst spezifische Folgen von Entwicklungstraumatisierungen und beobachtete vier Kennzeichen, die sich bei aller Individualität Betroffener häufig beobachten lassen (Fischer/Riedesser 2020: 323):

- wiederkehrende, sich aufdrängende Erinnerungen,
- repetitive Verhaltensweisen,
- traumaspezifische Ängste,
- negative Einstellung zu Menschen, zum Leben und zur Zukunft.

Van der Kolk (2021: 92f.) setzte die Forschungen im Bereich der Entwicklungstraumatisierungen fort und fand in seinen Untersuchungen bei betroffenen Kindern oft Merkmale aus drei Bereichen:

- Dysregulation von Gefühlszuständen/Emotionen,
- Aufmerksamkeits- und Konzentrationsprobleme,
- Probleme in der Beziehung zu sich selbst und zur Welt.

Auch bei Jonas weisen verschiedene Beobachtungen – wie seine negative Einstellung gegenüber sich selbst, aber auch seine Konzentrationsprobleme – auf Folgen von Entwicklungstraumatisierungen hin.

## 2.2 Traumatisierungen als Entfremdung von sich selbst und der Welt

Mit traumatischen Lebenserfahrungen und deren Folgen geht bei Betroffenen oft eine Erschütterung des Gefühls von (Selbst-)Sicherheit, Geborgenheit und Vertrauen in die Umwelt einher. Dies wird oft verstärkt durch ein Gefühl von Stigmatisierung durch andere: „Sie [die Betroffenen, Anm. A-K. S.] nehmen sich anders und isoliert von anderen wahr und haben das Empfinden, man müsse ihnen die Traumatisierung ansehen“ (Gahleitner/Loch/Schulze 2021: 30).

Diese Wahrnehmung wird häufig verstärkt durch eine gesellschaftliche Tendenz zur Tabuisierung traumatischer Lebenserfahrungen und ein (implizit vermitteltes) Verbot, über Erfahrungen zu sprechen. So bleiben Möglichkeiten sich mitzuteilen, sowie Erlebnisse im Dialog mit anderen real werden zu lassen und dadurch zu verarbeiten, aus. Wenn Betroffene erst nach einigen Monaten oder Jahren beginnen über Traumata zu berichten, begegnet ihnen bisweilen der Vorwurf, nicht eher gesprochen zu haben. Auch offene gesellschaftliche Marginalisierung, Ausgrenzung und Missachtung werden von einigen Personen mit traumatischen Lebenserfahrungen erlebt (Brandmaier/Ottomeyer 2016: 342; Gahleitner/Loch/Schulze 2021: 30f.).

Daraus ergibt sich, dass der Gesamtgesellschaft eine zentrale Rolle in der Verarbeitung von traumatischen Lebenserfahrungen zukommt. Die Anerkennung des Erlebten durch das Umfeld und damit dessen Entprivatisierung, die Wertschätzung Betroffener, die Bereitstellung bedarfsgerechter Unterstützung sowie das Ermöglichen von Teilhabe an der Lebenswelt können somit als soziale Verantwortung beschrieben werden (Kühn 2013: 34; Gahleitner/Loch/Schulze 2021: 10, 38).

„Pointiert formuliert: Gesellschaftliche Reaktionen auf traumatische Erfahrungen – Hinschauen, Menschen nach Traumatisierungen fürsorgliche Lebenswelten bereiten, benennen der Verantwortlichen etc. – sind für Kinder, Jugendliche und Erwachsene entscheidende Faktoren im Balanceakt zwischen resilienter Bewältigung traumatisierender Ereignisse und dem sozial isolierten – und damit nachhaltigen – Verbleiben in traumatischen Zuständen, das zum Ausbilden von Traumata führt.“ (Gahleitner/Loch/Schulze 2021: 11)

Mit Blick auf Jonas kann diese Übernahme gesamtgesellschaftlicher Verantwortung bedeuten, dass die Menschen in seinem Umfeld seine Erlebnisse in der Herkunftsfamilie anerkennen, seinen Erzählungen zuhören und sie nicht infrage stellen sowie die Verantwortung für das Geschehene klar den Eltern zuordnen. Jonas braucht wahrscheinlich immer wieder die Versicherung, dass seine Erlebnisse und sein Verhalten nicht eigene Schuld sind. Darüber hinaus tragen die Erwachsenen die Verantwortung, die anderen Kinder in Schule und Fußballverein – in Abstimmung mit Jonas – über seine Besonderheiten zu informieren. So kann Erfahrungen von Ausgrenzung und Mobbing aufgrund von Traumafolgesymptomen entgegengewirkt und gegenseitiges Verständnis unterstützt werden, was wiederum Grundlage für gelingende soziale Teilhabe sein kann.

### 3 Die Bedeutung traumasensibler Sozialräume

Aus den vorangegangenen Ausführungen ergibt sich, dass dem sozialen Umfeld mit seinen verschiedenen Organisationen – wie Schule, Freizeit und professionellen Unterstützungsangeboten – eine zentrale Bedeutung in der Verarbeitung traumatischer Lebenserfahrungen zukommt. Zumal, wenn davon ausgegangen werden kann, dass soziale Unterstützung ein zentraler Schutzfaktor ist (s. Abschnitt 2). Die Orientierung am Sozialraum kann hier eine hilfreiche Perspektive sein, um Bedarfe von Kindern wie Jonas, Jugendlichen und Erwachsenen in den Blick zu nehmen und umfassende Unterstützung zu gewährleisten. Denn dem vielschichtigen Bedarf Betroffener kann oft nur durch eine traumasensible Gestaltung einzelner Organisationen und gute Vernetzungsstrukturen zwischen den Organisationen begegnet werden, sodass jede einzelne Organisation sowie der gesamte Sozialraum für Betroffene zu einem sicheren Ort werden (Gahleitner/Homfeldt 2016: 321; Schulze 2021: 133).

Sozialraumorientierung wird im Rahmen des vorliegenden Beitrags als Gestaltung von Lebenswelt und Angeboten für Menschen verstanden, die sich in prekären Lebenssituationen [Folgen von traumatischen Lebenserfahrungen] befinden; die Inanspruchnahme soll in zugänglicher und selbstbestimmter Form möglich sein (Hinte 2006: 9; Grunwald/Thiersch 2018: 906). Der Sozialraum umfasst dabei das gesamte soziale Umfeld. Der Lebensort wie Familie oder Wohngruppe, die Schule oder das Arbeitsumfeld, Freizeitangebote wie Sportvereine, die Nachbarschaft oder Kirchengemeinde gehören dazu (Kessl/Reutlinger 2022a: 33). Bei Fokussierung des Sozialraums ist stets zu bedenken, dass „(Sozial-)Räume immer auch soziale und damit gesellschaftliche Zusammenhänge darstellen: Räume sind selbst soziale und gesellschaftliche Zusammenhänge“ (Kessl/Reutlinger 2022a: 10).

Räume als Sozialräume haben folglich immer eine territoriale und eine soziale Struktur.

Territorial haben Umgebungsbedingungen wie Verkehrswege oder die Verfügbarkeit sozialer Dienstleistungen Einfluss auf das Tun der Menschen und z. B. den Zugang zu Unterstützungsleistungen oder Freizeitangeboten (Kessl/Reutlinger 2022a: 12, 15, 25). In sozialer Hinsicht spielen kulturelle Traditionen, politische und sozialstrukturelle Bedingungen sowie damit einhergehende Macht- und Herrschaftsverhältnisse eine Rolle. Es rückt damit

„die Einsicht in den Fokus, dass Fachlichkeit und professionelles Tun notwendigerweise verortet ist und zu verorten ist. Die Frage der Verortung verweist auf institutionelle, gesellschaftliche, politische, ökonomische wie kulturelle Ordnungen und in diesem Zusammenhang immer auch auf physisch-materielle wie soziale Ordnungen, in die die beteiligten Akteur\*innen eingebun-

Damit die (Lebens-)Welt nicht fremd bleibt – traumasensible Sozialräume als sichere Orte

den sind und die sie zugleich durch ihr Tun kontinuierlich (re)produzieren“  
(Kessl/Reutlinger 2022a: 2).

Sozialräume sind damit auch Räume, in denen gesellschaftliche Verantwortung (für betroffene Menschen) übernommen werden kann und in denen Betroffene Respekt für ihre Erfahrungen erleben können. Gleichzeitig können Räume zur Entwicklung eröffnet und Anstöße für eine gelingendere Alltagsbewältigung gegeben werden (Grunwald/Thiersch 2018: 910). Allen Akteur\*innen kommt damit die Aufgabe zu, Zugehörigkeit zu vermitteln, Schutz und Sicherheit zu gewährleisten und darüber hinaus an der traumasensiblen Gestaltung des Sozialraums mitzuwirken (Schulze 2021: 138f.).

„Sozialräume sind immer wieder zu erneuern – nicht nur durch die professionellen Akteur:innen, sondern durch alle daran beteiligten Personen, auch die Adressat:innen und Nutzer:innen.“ (Kessl/Reutlinger 2022b: 34).

Zentral in Jonas Sozialraum scheinen seine Wohngruppe, die Schule und der Fußballverein zu sein – jeweils mit den entsprechenden territorialen und sozialen Aspekten, die diese Lebensräume beinhalten.

Mit Blick auf den territorialen Aspekt kann für Jonas beispielsweise wichtig sein, ob er allein (und damit selbstbestimmt) zur Schule und zum Fußballtraining fahren kann, wenn er das möchte, und sich auf dem Weg sicher fühlt, weil er ihn kennt und Verkehrswege so angelegt sind, dass er sie eigenständig nutzen kann. Sogenannte „Notinseln“ oder „Notnester“, die für Kinder/Menschen in Not in Geschäften, Apotheken oder Praxen eingerichtet sind, können das Sicherheitsgefühl im Ort darüber hinaus erhöhen. Möglicherweise wird für Jonas auch relevant, ob es in seiner Umgebung Angebote der Psychotherapie gibt, die er bei Bedarf nutzen kann.

Mit Blick auf die gesellschaftliche Verantwortung scheint es wichtig zu sein, dass alle erwachsenen Menschen in Jonas Umfeld mit ihrer Macht reflektiert umgehen und ihm durch Regeln und angemessene Grenzen einen sicheren Rahmen geben. Gleichzeitig braucht es Räume des Ausprobierens für Jonas, innerhalb derer er seine eigenen Wünsche und Interessen entdecken und umsetzen kann. Das kann z.B. bedeuten, ein neues Hobby auszuprobieren, Wahlpflichtfächer eigenständig auszusuchen oder AGs in der Schule wählen zu können – auch und gerade dann, wenn erwachsene Bezugspersonen vermuten, dass die gewählten Aktivitäten Jonas Interessen nicht entsprechen.

Laut Hinte können (2006: 9) fünf Prinzipien für die Sozialraumorientierung leitend sein:

1. Ausgangspunkt sind immer der Wille und die Interessen der Betroffenen.
2. Aktivierung hat immer Vorrang vor Betreuung.

3. Bei der Gestaltung von Unterstützung haben personale und sozialräumliche Ressourcen immer Vorrang.
4. Aktivitäten sind immer zielgruppen- und bereichsübergreifend angelegt.
5. Vernetzung der verschiedenen Akteur\*innen ist Grundlage für funktionierende Einzelfallhilfen.

Hilfreiche Impulse zur Gestaltung traumasensibler Sozialräume kann die „Pädagogik des sicheren Ortes“ bieten, in deren Konzeptualisierung sich auch einige Aspekte der Sozialraumorientierung widerspiegeln.

### **3.1 Die „Pädagogik des sicheren Ortes“**

Die „Pädagogik des sicheren Ortes“ ist eines der wesentlichen Konzepte der Traumapädagogik im deutschsprachigen Raum. Die Traumapädagogik selbst entstand in den 1990er-Jahren aus der pädagogischen Praxis der stationären Kinder- und Jugendhilfe heraus, nachdem immer deutlicher wurde, dass bisherige pädagogische Konzepte und Methoden dem komplexen Bedarf der betroffenen Kinder und Jugendlichen nicht gerecht wurden (Kühn 2013: 25; Schmid 2013: 46f.; Weiß 2016: 20f.).

„Der traumapädagogische Diskurs ist eine Antwort auf die Fragen, die lebensgeschichtlich belastete Mädchen und Jungen an ihre Bezugspersonen, an die Einrichtungen, in denen sie leben und lernen und an die Gesellschaft stellen.“ (Weiß 2013: 32).

Die „Pädagogik des sicheren Ortes“ wurde von Kühn (vgl. z.B. Kühn 2006; Kühn 2013) konzeptualisiert und von Baierl (2014a) weitergeführt. Deren Grundgedanken sind die Basis dieses Abschnitts. Baierl (2014a: 56) geht davon aus, dass es fünf sichere Orte braucht, damit Betroffene sich in der Welt und mit sich selbst (wieder) sicher fühlen können:

- äußerer sicherer Ort
- persönlicher sicherer Ort
- das Selbst als sicherer Ort
- Spiritualität als sicherer Ort
- innerer sicherer Ort

#### **Äußerer sicherer Ort**

Nach Kühn (2013: 33) braucht es einen äußeren sicheren Ort, damit das innere Sicherheitsgefühl bei Betroffenen wieder wachsen kann. Besonders bedeutsam ist da-

für das direkte Lebensumfeld, welches erfahrbar machen kann, dass es sich lohnt, wieder Vertrauen zu fassen. Konkret kann dies für den Sozialraum und alle für die Betroffenen relevanten Organisationen bedeuten, dass

- keine Gefahren drohen oder drohende Gefahren abgewehrt werden (z. B. Kontakt zu Tatpersonen),
- körperliche, psychische, soziale und spirituelle Grundbedürfnisse abgedeckt werden (z. B. ausreichend Nahrung und Getränke oder Möglichkeiten den Sportverein zu besuchen),
- Schutzfaktoren (wie enge Beziehungen) ermöglicht und Risikofaktoren (wie fehlende soziale Unterstützung) möglichst vermieden werden,
- die Umgebung Behaglichkeit und Beheimatung vermittelt und Lebensfreude ermöglicht (z. B. durch Angebote wie Kochen, Klettern, Musizieren, die Betroffenen individuell Freude bereiten),
- Transparenz, Vorhersehbarkeit, Berechenbarkeit und Kontrollierbarkeit herrschen (z. B. durch Rituale und Routinen) (Baierl 2014a: 57).

Der letztgenannte Punkt beinhaltet dabei sowohl haltgebende Strukturen und Rituale, die Sicherheit vermitteln und gleichzeitig ausreichend flexibel sind, sodass sie individuell angepasst werden können, als auch Möglichkeiten der Partizipation und Mitgestaltung der Organisation und ihrer Angebote (Kühn 2006: 15ff.; Baierl 2014a: 57). Territorial braucht es Räumlichkeiten, die die Sicherheit und eine Atmosphäre von Beheimatung unterstützen. Dazu kann gehören, auf die Intaktheit von Mobiliar und Materialien sowie eine (individuell) gemütliche und gepflegte Raumgestaltung zu achten. Durch Schließ- und Klingelvorrichtungen kann ein Schutz vor unerwünschten Personen möglich werden und Kommunikationsmittel, die unerwünschte Kontakte blockieren und erwünschte Kontakte ermöglichen, können zu Sicherheit im Alltag und sozialer Teilhabe beitragen. Im Wohnbereich helfen Betroffenen Gemeinschafts- und individuell gestaltbare sowie abschließbare Rückzugsräume, um ihre individuellen Bedürfnisse nach Kontakt und Alleinsein zu erfüllen (Baierl 2014a: 57f.).

„Betroffene brauchen einen Lebensraum mit klar definierten Grenzen und Strukturen, die sichere Erlebnisräume öffnen, in denen die Jungen und Mädchen heilsame Erfahrungen mit sich selbst, anderen Menschen und der Welt an sich machen können.“ (Baierl 2014a: 58)

Unterstützt werden kann die Etablierung eines äußeren sicheren Ortes durch entsprechende Verankerungen im Einrichtungsprofil. Ein verbindliches Leitbild sowie Handlungs- und Qualitätsstandards, die die besonderen Bedarfe Betroffener berücksichtigen sowie eine Leitungskultur mit flachen Hierarchien, Möglichkeiten

der Partizipation für Mitarbeitende und Möglichkeiten eines schnellen Kontakts zu Leitungspersonen können hier hilfreich sein (Kühn 2006: 20; Fachverband Traumapädagogik 2011).

### **Personaler sicherer Ort**

Ein personaler sicherer Ort ist eine Person oder Personengruppe (wie Familie oder Freund\*innenkreise), bei der bzw. in der Betroffene sich sicher und geborgen fühlen – auch und gerade dann, wenn äußere Gefahren drohen oder sich die Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen wegen ihrer Traumafolgen als gefährlich und „böse“ wahrnehmen (Baierl 2014a: 60). Dazu sollten Beziehungen möglichst langfristig sein und Wertschätzung, Wohlwollen und Unterstützung vermitteln. Die Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen werden respektiert und deren Grenzen geachtet, dies gilt insbesondere für Angebote von (körperlicher) Nähe, aber auch hinsichtlich Entscheidungen wie Schul- und Berufswahl oder Freizeitaktivitäten. Eventuelle Machtpositionen – z. B. zwischen Ausbilder\*innen und Auszubildenden oder Trainer\*innen und Spieler\*innen – werden reflektiert, und das Angebot von Nähe und Beziehung erfolgt um ihrer selbst Willen und nicht als Gegenleistung für Erfolge wie gute Noten oder sportliche Leistungen (Baierl 2014a: 61). „Jedwede Gewalt in Form von Übergriffen, Drohungen, anzüglichen Bemerkungen, Entwertungen, Entwürdigungen oder Ausgrenzungen wird nicht geduldet.“ (Baierl 2014a: 62).

Damit Menschen einen solchen personalen sicheren Ort – als Freund\*innen, Mitarbeitende der Jugendhilfe, Verwandte, Ehrenamtliche in Sportverein oder Kirchengemeinde – anbieten können, brauchen sie entsprechende Rahmenbedingungen für ihr Handeln (Kühn 2006: 18ff.; Kühn 2013: 34; Baierl 2014a: 60f.). Hierzu zählt ausreichend Fachwissen über Traumatisierungen sowie die dazugehörigen Folgen und Symptome. So können unterstützende Personen Verhaltensweisen Betroffener besser verstehen und einordnen, gewinnen Handlungssicherheit und können präventiv für sichere Bedingungen sorgen (z. B. Vermeidung von Triggern). Zudem braucht es sichere Arbeits-/Handlungsbedingungen. Diese umfassen beispielsweise unbefristete Arbeitsverträge, ausreichend Gehalt, Angebote zur Psychohygiene wie kollegiale Beratung oder Supervision, Standards für Handlungsabläufe und Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung (Kühn 2006: 19f.; Kühn 2013: 34). Auch die Kompetenz zur Selbstfürsorge kann zentral sein, um Belastungen durch den Kontakt mit Betroffenen gut begegnen zu können und einen Ausgleich zu finden. Treffen mit Freund\*innen, eigene Freizeitaktivitäten und Phasen der Entspannung können einen solchen Ausgleich bieten (Baierl 2014a: 60f.; Baierl 2014b).

## **Das Selbst als sicherer Ort**

Viele Betroffene sind nach traumatischen Lebenserfahrungen in ihrer Identität und in ihrem Selbst verunsichert. Um neue Selbstsicherheit zu gewinnen, brauchen sie die Erfahrung,

„ihr Leben selbst in der Hand zu haben, Herausforderungen eigenständig begegnen zu können, in der Lage zu sein, sich selbst zu schützen bzw. zu wehren, zu erleben, keine Gefahr für sich oder andere zu sein, und zu erleben, selbst wertvoll zu sein“ (Baierl 2014a: 68).

Eine klare Orientierung an den individuellen Stärken und Ressourcen kann dies unterstützen. Das kann heißen: Den Betroffenen immer wieder ihre Stärken und Kompetenzen zu vergegenwärtigen und diese hervorzuheben, Aktivitäten zu loben und Erfolgserlebnisse zu ermöglichen – z. B. im Rahmen von ehrenamtlichem Engagement, bei sportlichen oder kreativen Angeboten oder in Situationen, in denen im Alltag andere unterstützt werden können (Baierl 2014a: 68). Die Aufträge von sowie die Abläufe, Strukturen und Rituale in Organisationen des sozialen Umfelds zu kennen, ermöglicht einerseits Transparenz für die Betroffenen und gibt ihnen andererseits Gelegenheit, gestaltend mitzuwirken und sich als aktiv zu erleben. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass Entscheidungs- und Mitgestaltungsmöglichkeiten den Kompetenzen und der Entwicklung Betroffener entsprechen, sodass Erfahrungen des Kontrollverlusts, des Scheiterns und von Schuld vorgebeugt wird (Kühn 2006: 15; Baierl 2014a: 68). Um sich selbst wieder sicher zu fühlen und sich besser zu verstehen, kann es nicht zuletzt hilfreich sein, die eigene Traumatisierung und deren Folgen und Symptome besser zu verstehen. Hier sind vor allem pädagogische und therapeutische Fachkräfte in der Verantwortung. Aber auch alle anderen Menschen im Kontakt mit Betroffenen profitieren von diesem Wissen und können es bei Bedarf weitergeben. Eine traumasensible Grundhaltung gegenüber betroffenen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen kann sich entwickeln, wenn Symptome als Überlebensstrategien und als sinnhafte Kompetenzen verstanden werden, die das Überleben unter widrigen Bedingungen ermöglicht haben (Kühn 2006: 11; Kühn 2013: 33; Baierl 2014a: 68).

## **Spiritualität als sicherer Ort**

Gerade die Spiritualität wird häufig vernachlässigt oder vergessen. Spiritualität – verstanden als der Glaube an eine wie auch immer geartete höhere Macht, die als wohlgesonnen, behutsam lenkend, beschützend und Geborgenheit gebend wahrgenommen wird – kann das Sicherheitsgefühl stärken (Baierl 2014a: 69; Sauerer 2018: 144). Unterstützend kann die Einbindung in eine Gruppe sein, die die ei-

genen spirituellen Überzeugungen teilt. Unter anderem können Religionsgemeinschaften dafür im Sozialraum Verantwortung übernehmen, passende Angebote zu machen und eine Teilnahme und Teilhabe an Angeboten zu ermöglichen (Baierl 2014a: 69). Aber auch alle anderen Personen im Umfeld können die Entwicklung von Spiritualität unterstützen. Dazu kann gehören,

- die Ausübung von Religiosität/Spiritualität und den Kontakt zu anderen Menschen gleicher Religion/Spiritualität zu ermöglichen,
- gemeinsam spirituelle Erfahrungen zu reflektieren,
- Rituale zu übernehmen und/oder entsprechend den Überzeugungen Betroffener anzupassen.

Auch der Respekt vor verschiedenen Glaubensvorstellungen ist in diesem Rahmen wichtig. Ebenso gilt es, vor spirituellen Vorstellungen/Angeboten zu schützen, die Druck oder Angst vermitteln, sich auf strafende Mächte berufen oder Abhängigkeiten, Manipulationen oder Gewalt beinhalten (Baierl 2014a: 69f).

Eng verbunden mit der eigenen Spiritualität ist die Verantwortungsübernahme für die Welt und die Achtung/Unterstützung der anderen – Erfahrungen von Kompetenz und Selbstwert können in diesem Rahmen zu einem sicheren Selbst beitragen (Sauerer 2018: 142f.).

### **Innerer sicherer Ort**

Als innerer sicherer Ort wird ein Ort bezeichnet, den Betroffene sich imaginativ gestalten und an den sie sich mithilfe ihrer Vorstellungskraft zurückziehen können. Wichtig ist dabei, dass der Ort absolut sicher ist – z. B. vor unerwünschten Personen oder belastenden Einflüssen aus der Umwelt wie Triggern – und den Vorstellungen der Betroffenen bezüglich Geborgenheit und Wohlfühlen entspricht. Ein solcher innerer sicherer Ort kann bei Symptomen wie Flashbacks und Panikattacken, aber auch bei Überforderungsgefühlen im Alltag eine Rückzugsmöglichkeit bieten (Baierl 2014a: 70; Reddemann 2016: 57ff.). Bei Reddemann (2016: 57f.) findet sich eine Beschreibung für die Gestaltung eines inneren sicheren Ortes.

Für Organisationen und Personen im Sozialraum können die Elemente der „Pädagogik des sicheren Ortes“ hilfreich sein, um eigene Haltungen, Strukturen und Praktiken zu reflektieren und gegebenenfalls zu verändern, sodass Betroffene sich so weit wie möglich sicher fühlen. Das Ernstnehmen der Bedürfnisse Betroffener, die Ausrichtung der Angebote an ihren Bedarfen, die Ermöglichung von Eigenaktivität und Selbstbestimmung und die Ressourcenorientierung sind Elemente der „Pädagogik des sicheren Ortes“, die sich auch als Elemente der Sozialraumorientie-

rung wiederfinden (s. Kap. 3). Welche konkreten Ideen es in Jonas' Sozialraum gibt, um ihn zu einem sicheren Ort zu machen, wird in Abschnitt 4 ausgeführt.

### 3.2 Die Bedeutung von Vernetzung

Eine Betrachtung der einzelnen Organisation für sich innerhalb des Sozialraums greift jedoch zu kurz. Kinder, Jugendliche und Erwachsene wie Jonas sind in vielfältigen Bezügen in ihrem sozialen Umfeld unterwegs: Sie gehen zur Schule oder zur Arbeit, sie wohnen bei ihrer Familie oder in Wohngruppen, sie besuchen Angebote der Kirchengemeinde, nehmen Musikunterricht, gehen zum Sport usw.

Damit die Umgebung für Betroffene umfassend sicher werden kann, ist eine Vernetzung aller wesentlichen Personen und Organisationen im sozialen Umfeld von Bedeutung. Dazu zählen die Betroffenen selbst, die Familie sowie alle weiteren professionellen und privaten Personen (Baierl 2014a: 116). Man kann sagen,

„dass es Netzwerke im Sinne von Verantwortungsgemeinschaften braucht, um Kinder und Jugendliche [sowie Erwachsene, Anm. A.-K. S.] mit traumatischer Erfahrung unterstützend und korrigierend zu begleiten (Gies 2016: 327).

Die Betroffenen bilden bei der Netzwerkarbeit den Mittelpunkt der Überlegungen aller Beteiligten. Ziel ist, die Selbstbestimmung zu erweitern, Betroffene zu eigenem Handeln zu befähigen und Möglichkeiten der sozialen Teilhabe zu eröffnen (Gahleitner/Homfeldt 2016: 323f.). Dies kann dadurch gelingen, dass Betroffene zu Netzwerktreffen eingeladen werden oder Bezugspersonen im Vorhinein die Interessen und Wünsche erfragen und entsprechend einbringen. Falls Betroffene – z. B., weil sie noch sehr jung sind oder schwere Beeinträchtigungen haben – nicht selbst ihre Perspektive einbringen können, ist es die Verantwortung der Personen im Netzwerk, sich bestmöglich in die Position der Betroffenen einzudenken und stellvertretend für die Interessen einzustehen.

Als Rahmenbedingungen für möglichst gelingende Kooperationsverhältnisse lassen sich folgende Aspekte festhalten (Gahleitner/Homfeldt 2016: 322f.; Gies 2016: 328):

- gesicherte finanzielle, strukturelle und personelle Ressourcen,
- klare und transparente Strukturen wie Fallkonferenzen und Verabredungen zu Häufigkeit und Dauer der Treffen von Netzwerkpartner\*innen,
- kontinuierliche und in zeitlich angemessenen Abständen angesetzte Treffen,
- Absprachen zur Zugehörigkeit im Netzwerk,
- (Fach-)Wissen über den (präventiven) Nutzen von Vernetzung,

- Respekt gegenüber unterschiedlichen Personen/Organisationen und gegenseitige Anerkennung von Arbeitsaufgaben und Fachkenntnissen,
- Vertrauen in die weiteren Netzwerkpartner\*innen,
- transparente Absprachen zu Verantwortungsbereichen einzelner Netzwerkmitglieder,
- verlässliche Zusammenarbeit, die von allen gepflegt wird,
- Mindestmaß an gemeinsamen Zielen und Überzeugungen,
- Wille zu kooperieren, gemeinsam Lösungen zu finden und Einschätzungen anderer einzubeziehen,
- Netzwerkarbeit hat einen Gewinn für alle im Netzwerk Aktiven.

Neben dem, dass die Netzwerkarbeit einen sicheren Sozialraum für Betroffene ermöglichen kann, können die Netzwerkpartner\*innen selbst Unterstützung in ihrem Umgang mit den Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen erhalten. Verantwortung und Fachwissen können geteilt werden, Belastungen verteilen sich auf viele Schultern und der (Rück-)Halt durch andere Personen kann entlasten und neue Kraft für den Kontakt mit Betroffenen geben (Gies 2016: 328). Damit Personen sich gut einbringen können, sind ein sicheres (professionelles) Selbstverständnis und eine eigene Rollensicherheit wichtig. Dies beinhaltet die Klarheit über eigene Aufgaben, Aufträge, Ziele, Werte, Ressourcen, Methoden sowie die Grenzen eigener Leistungsfähigkeit und Leistungswilligkeit (Baierl 2014a: 116; Gahleitner/Homfeldt 2016: 322). Insgesamt ist Vernetzung als ein fortwährender Prozess zu verstehen, den es stets weiterzuentwickeln, neu zu denken, von allen Beteiligten zu pflegen und zu evaluieren gilt, um zum (aktuellen) Wohl und Gewinn aller Beteiligten zusammenzuwirken (Gahleitner/Homfeldt 2016: 323).

„Traumasensibel netzwerken heißt: [...] mit Macht offen und transparent umgehen, Machtmissbrauch stoppen, Kooperationen im mittleren Stresslevel führen, Kinder und Jugendliche [sowie Erwachsene, Anm. A.-K. S.] an deren Weiterentwicklung orientiert in den Mittelpunkt stellen, häufig auch Sprachrohr [...] sein, dabei transparent und wertschätzend bleiben.“ (Gies 2016: 329)

## 4 Abschluss – ein traumasensibler Sozialraum für Jonas

Welchen Wert sichere Umgebungen und Vernetzung für Betroffene von traumatischen Lebenserfahrungen haben können, wurde in den vergangenen Kapiteln deutlich. Was kann das für Jonas aus dem einführenden Fallbeispiel bedeuten? Welche (exemplarisch genannten) Ideen gibt es in seinem Sozialraum?

*In Jonas Wohngruppe werden alle Besucher\*innen vor dem Eintritt „überprüft“ und alle Kinder über anstehende Besuche in der Wohngruppe informiert. Jonas sieht seine Verwandten nur, wenn er das wünscht, und nur außerhalb seiner Wohngruppe, da er nicht möchte, dass sie seinen privaten Bereich betreten. Jonas Bezugserzieher Falk ist bei allen Besuchen dabei und passt auf Jonas auf – so hat Jonas es festgelegt. Außerdem wird darauf geachtet, dass möglichst immer eine männliche Ansprechperson in der Wohngruppe präsent ist. Wenn dies nicht möglich ist, wird Jonas darüber informiert, welche männliche Person gerade im gesamten Kinderheim im Dienst ist. An diese Person kann er sich dann wenden.*

*Jonas Lehrerin weiß um seine Lebensgeschichte. Wenn sie merkt, dass Jonas sich nicht konzentrieren kann, bietet sie ihm an, eine Runde um die Schule zu rennen. Das hilft ihm meistens. Wenn er traurig ist, weil er seine Aufgaben nicht rechtzeitig geschafft hat, ermutigt sie ihn und erinnert ihn daran, dass „sein Leben zu schaffen“ schon sehr viel Aufgabe ist. Mehr als jede Rechenaufgabe. Für den Fall, dass Jonas vor ihr als Frau Angst bekommt, gibt es die Absprache, dass der Lehrer der Nachbarklasse für Jonas da ist. Auch das Büro des Schulleiters steht für Jonas in solchen Fällen offen.*

*Wenn Jonas Wutausbrüche hat und beim Fußballspiel „ausrastet“, erinnert ihn sein Trainer daran, dass es logische Gründe dafür in seiner Lebensgeschichte gibt. Auch den anderen Kindern erklärt er das. Das gemeinsame Mannschaftsritual wird immer nach einem solchen Wutausbruch durchgeführt – so wird gezeigt, dass wieder alles in Ordnung ist.*

*Der Fußballtrainer, die Lehrerin, der Bezugsbetreuer und alle anderen wichtigen Personen im Kontakt mit Jonas treffen sich alle acht Wochen, um gemeinsam zu überlegen, wie sie Jonas unterstützen können und ob die aktuellen Hilfen für ihn ausreichend sind. Wenn Jonas sich das wünscht, kann er zu den Treffen dazukommen, zweimal im Jahr nimmt Bezugsbetreuer Falk ihn auf jeden Fall mit. Außerdem erzählt Falk Jonas immer im Nachhinein von den Gesprächen, sodass Jonas über alles informiert ist. Wenn Jonas möchte, dass Themen besprochen werden, kann Jonas Falk beauftragen, sie anzusprechen, oder selbst mit zum Netzwerktreffen kommen.*

*Die Mitarbeiterin des Jugendamts setzt sich zudem auf politischer Ebene in der Stadt für die Interessen von Betroffenen ein und nimmt Ideen aus den Netzwerktreffen für Jonas auf. So sollen zukünftig mehr „Notnester“ im Ort eingerichtet werden und die Stadt plant in Kooperation mit einem Träger der Jugendhilfe, dass mehr Fort- und Weiterbildungsangebote sowohl für professionell Tätige als auch für Ehrenamtliche angeboten werden können. Städtische Räumlichkeiten und ein Zuschuss aus der Kommune werden dazu zur Verfügung gestellt.*

*Ein Netzwerk für Jonas, das ihn hält!*

## Literatur

- Baierl, Martin (2014a): Mit Sicherheit ein gutes Leben: Die fünf sicheren Orte. In: Baierl, Martin/Frey, Kurt (Hrsg.): Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, S. 56–71.
- Baierl, Martin (2014b): Ist der Mitarbeiter gesund, freut sich das Kind: Mitarbeiterfürsorge und Selbstfürsorge für Mitarbeiter. In: Baierl, Martin/Frey, Kurt (Hrsg.): Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, S. 121–127.
- Besser, Lutz-Ulrich (2013): Wenn die Vergangenheit Gegenwart und Zukunft bestimmt. Wie Erfahrungen und traumatische Erlebnisse Spuren in unserem Kopf hinterlassen, Gehirn und Persönlichkeit strukturieren und Lebensläufe determinieren. In: Bausum, Jacob/Besser, Lutz-Ulrich/Kühn, Martin/Weiß, Wilma (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 38–53.
- Brandmaier, Maximiliane; Ottomeyer, Klaus (2016): Trauma und Gesellschaft. Zum Verhältnis von Bewältigung und Anerkennung. In: Weiß, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke Birgitta (Hrsg.): Handbuch Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Verlag, S. 342–350.
- Brisch, Karl Heinz (2018): Trauma ist nicht gleich Trauma. Die spezifischen Auswirkungen von Bindungstraumatisierungen auf Opfer, Täter und Behandler. In: Brisch, Karl Heinz (Hrsg.): Bindungstraumatisierungen. Wenn Bindungspersonen zu Tätern werden. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 12–22.
- Büttner, Melanie (2018): Einführung in die Thematik. In: Büttner, Melanie (Hrsg.): Trauma und Sexualität. Grundlagen und Therapie traumaassoziierter sexueller Störungen. Stuttgart: Schattauer, S. 3–59.
- Dulz, Birger/Rönfeldt, Johanna (2019): Persönlichkeitsstörungen und Trauma. In: Seidler, Günter H./Freyberger, Harald J./Glaesmer, Heide/Gahleitner, Silke Birgitta (Hrsg.): Handbuch der Psychotraumatologie. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 332–355.
- Fachverband Traumapädagogik Netzwerk für psychosoziale Fachkräfte e.V. (Hrsg.) (2011): Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. ein Positionspapier des Fachverbands Traumapädagogik e.V. <https://fachverband-traumapaedagogik.org/standards.html> [Zugriff 05.11.2022].
- Fischer, Gottfried/Riedesser, Peter (2020): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Gahleitner, Silke Birgitta/Homfeldt, Hans Günther (2016): Kooperation und psychosoziale Traumaarbeit. In: Weiß, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke Birgitta (Hrsg.): Handbuch Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, S. 320–326.

- Gahleitner, Silke Birgitta/Loch, Ulrike/Schulze, Heidrun (2021): Psychosoziale Traumatologie – eine Annäherung. In: Schulze, Heidrun/Loch, Ulrike/Gahleitner, Silke Birgitta (Hrsg.): Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, S. 6–53.
- Gies, Hedi (2016): Traumasensible Netzwerkarbeit. Ein Aufwand, der sich lohnt. In: Weiß, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke Birgitta (Hrsg.): Handbuch Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Verlag, S. 327–333.
- Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans (2018): Lebensweltorientierung. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans/Treptow, Rainer/Ziegler, Holger (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit. München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 906–915.
- Hecker, Tobias/Maercker, Andreas (2015): Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11. Beschreibung des Diagnosevorschlags und Abgrenzung zur klassischen posttraumatischen Belastungsstörung. In: Psychotherapeut. Jg. 60, H. 6, S. 547–562.
- Herman, Judith (2018): Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Hinte, Wolfgang (2006): Geschichte, Quellen und Prinzipien des Fachkonzepts „Sozialraumorientierung“ (Einleitung). In: Budde, Wolfgang/Früchtel, Frank/Hinte, Wolfgang (Hrsg.): Sozialraumorientierung. Wege zu einer veränderten Praxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 7–24.
- Huber, Michaela (2003): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Kessl, Fabian/Reutlinger, Christian (2022a): Sozialraum: eine Bestimmung. In: Kessl, Fabian/Reutlinger, Christian (Hrsg.): Sozialraum: Eine elementare Einführung. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 7–31.
- Kessl, Fabian/Reutlinger, Christian (2022b): Sozialräumliche Praxis und Sozialraumarbeit. In: Kessl, Fabian/Reutlinger, Christian (Hrsg.): Sozialraum: Eine elementare Einführung. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 33–56.
- Kühn, Martin (2006): Bausteine einer „Pädagogik des Sicheren Ortes“ – Aspekte eines pädagogischen Umgangs mit (traumatisierten) Kindern in der Jugendhilfe aus der Praxis des SOS-Kinderdorfes Worpsswede. [http://www.jugendsozialarbeit.de/media/raw/martin\\_kuehn.pdf](http://www.jugendsozialarbeit.de/media/raw/martin_kuehn.pdf) [Zugriff 01.11.2022].
- Kühn, Martin (2013): „Macht eure Welt endlich wieder zu meiner!“ Anmerkungen zum Begriff der Traumapädagogik. In: Bausum, Jacob; Besser, Lutz-Ulrich/Kühn, Martin/Weiß, Wilma (Hrsg.): Traumapädagogik: Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 24–37.
- Krüger, Andreas (2014): Kinder, Jugendliche und ihre Eltern nach seelischer Extrembelastung. Erkennen, gemeinsam verstehen und beraten. In: Krist, Marita/Wolcke, Adelheid/Weisbrod, Christina/Ellermann-Boffo, Kathrin (Hrsg.): Herausforderung Trauma. Diagnosen, Interventionen und Kooperationen in der Erziehungsberatung. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 40–56.

- Lang, Thomas/Lang, Birgit (2013): Die Grundhaltung der BAG Traumapädagogik. Die Annahme des guten Grundes als Grundhaltung. In: Lang, Birgit/Schirmer, Claudia/Lang, Thomas/Andreae de Hair, Ingeborg/Wahle, Thomas/Bausum, Jacob/Weiß, Wilma/Schmid, Marc (Hrsg.): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 107–112.
- Lang, Thomas (2016): Trauma und Körper. In: Weiß, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke Birgitta (Hrsg.): Handbuch Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Verlag, S. 394–405.
- Maercker, Andreas/Pielmaier, Laura/Gahleitner, Silke Birgitta (2019): Risikofaktoren, Resilienz und posttraumatische Reifung. In: Seidler, Günther H./Freyberger, Harald J./Glaesmer, Heide/Gahleitner, Silke Birgitta (Hrsg.): Handbuch der Psychotraumatologie. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 87–100.
- Reardon, Annemarie F./Brief, Deborah J./Miller, Marc W./Keane, Terence M. (2014): Assessment of PTSD and Its Comorbidities in Adults. In: Friedman, Matthew J./Keane, Terence M./Resick, Patricia A. (Hrsg.): Handbook of PTSD. Science and Practice. New York/London: The Guilford Press, S. 369–390.
- Reddemann, Luise (2016): Imagination als heilsame Kraft. Ressourcen und Mitgefühl in der Behandlung von Traumafolgen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sauerer, Anja (2018): Ich werde geliebt, weil ich bin. In: Weiß, Wilma/Sauerer, Anja (Hrsg.): „Hey, ich bin normal!“. Herausfordernde Lebensumstände im Jugendalter bewältigen. Perspektiven von Expertinnen und Profis. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 142–145.
- Schmid, Marc (2013): Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe: „Traumasensibilität und „Traumapädagogik“ In: Fegert, Jörg M./Ziegenhein, Ute/Goldbeck, Lutz (Hrsg.): Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 36–60.
- Scholten, Ann-Kathrin (2020): Sexuelle Entwicklung unter der Perspektive traumatischer Erfahrungen. In: Ortland, Barbera: Behinderung und Sexualität. Grundlagen einer behinderungsspezifischen Sexualpädagogik. Stuttgart: Kohlhammer, S. 148–172.
- Schulze, Heidrun (2021): Alltag als Kerndimension Sozialer Arbeit mit traumatisierten Menschen. In: Schulze, Heidrun/Loch, Ute/Gahleitner, Silke Birgitta (Hrsg.): Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, S. 115–150.
- Seidler, Günther H. (2013): Psychotraumatologie. Das Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer.
- Terr, Lenore C. (1995): Childhood Traumas. In: Everly, Georg S./Lating, Jeffrey M. (Hrsg.): Psychotraumatologie. The Springer Series on Stress and Coping. Boston: Springer, S. 301–319.

- Van der Kolk, Bessel (2021): Verkörperter Schrecken. Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann. Lichtenau/Westf: G.P. Probst Verlag GmbH.
- Wagner, Farina (2019): Die Posttraumatische Belastungsstörung. In: Seidler, Günther H./Freyberger, Hans Jürgen/Glaesmer, Heide/Gahleitner, Silke Birgitta (Hrsg.): Handbuch der Psychotraumatologie. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 212–226.
- Wingenfeld, Katja/Spitzer, Carsten/Driessen, Martin (2019): Psychoneuroendokrinologische Befunde zum Verständnis der Posttraumatischen Belastungsstörung. In: Seidler, Günther H./Freyberger, Hans Jürgen/Glaesmer, Heide/Gahleitner, Silke Birgitta (Hrsg.): Handbuch der Psychotraumatologie. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 59–71.
- Weiß, Wilma (2016): Traumapädagogik: Entstehung, Inspiration, Konzepte. In: Weiß, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke Birgitta (Hrsg.): Handbuch Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, S. 20–32.
- Weiß, Wilma (2013): Traumapädagogik – Geschichte, Entstehung und Bezüge. In: Lang, Birgit/Schirmer, Claudia/Lang, Thomas/Andreae de Hair, Ingeborg/Wahle, Thomas/Bausum, Jacob/Weiß, Wilma/Schmid, Marc (Hrsg.): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 32–44.
- Weiß, Wilma/Friedrich, Esther Kamala/Picard, Eva/Ding, Ulrike (2014): Als wär ich ein Geist, der auf mich runter schaut. Dissoziation und Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

# **Sozialraum- und teilhabeorientierte Gestaltung einer gesundheitsbezogenen, regionalen Versorgung von Menschen mit Beeinträchtigung**

*Ursula Böing*

## **1 Einleitung**

Menschen mit Beeinträchtigung werden im Kontext von Gesundheit bislang wenig adressiert. Für sie wird ein deutlich erhöhter gesundheitsbezogener Versorgungsbedarf bei einer – im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung – deutlich schlechteren gesundheitsbezogenen Versorgung konstatiert (Seidel 2015: 9). Die Sicherung einer auf Behinderung bezogenen, bedarfsgerechten Versorgung mit Leistungen zur Erhaltung und Herstellung der Gesundheit stellt insofern eine zentrale gesellschaftliche Aufgabe dar (Schmidt-Ohlemann 2015: 26f.). Als Barrieren einer bedarfsgerechten Versorgung lassen sich insbesondere strukturelle und politische Rahmenbedingungen identifizieren (Seidel 2015; Bössing et al. 2019).

Neben konkreten gesundheitsbezogenen Maßnahmen für beeinträchtigte Menschen erscheint es notwendig, die sozialräumlichen Bedingungen in den Blick zu nehmen, die geeignet erscheinen, gute Rahmenbedingungen für eine regionale gesundheitsbezogene Versorgung zu sichern. In diesem Beitrag wird insofern der soziale Raum in den Fokus gerückt und nach den sozialräumlichen Voraussetzungen und Bedingungen gefragt, durch die auf regionaler Ebene gesundheitsbezogene Teilhabemöglichkeiten hergestellt werden können.

Dazu wird in Abschnitt zwei, nach einer kurzen Skizzierung historischer Entwicklungspfade einer teilhabeorientierten Gestaltung des sozialen Raums, nach den Bedingungen der Herstellung des sozialen Raums und eines auf Teilhabe orientierten sozialen Handelns gefragt. Anschließend wird in Abschnitt drei dargestellt, wie durch eine sozialraumorientierte und auf Behinderung bezogene Kommunal- und Sozialplanung Gestaltungs- und Möglichkeitsspielräume eröffnet werden und welche Ambivalenzen und Widersprüche sich mit dieser Idee verbinden. Der Beitrag schließt mit einem kurzen Resümee in Abschnitt vier.

## 2 Teilhabeorientierte Gestaltung des sozialen Raums

### 2.1 Historische Entwicklungspfade

Der soziale Raum rückt immer stärker ins Bewusstsein eines auf Behinderung bezogenen sozialen Handelns. Sozialraumorientierung ist in diesem Diskurs eng verknüpft mit der Idee der Teilhabe.

Die Entwicklung einer auf Behinderung bezogenen teilhabe- und sozialraumorientierten Perspektive ist dabei historisch vor dem Hintergrund sozialgesellschaftlicher Bewegungen und bürgerrechtlicher Emanzipationsdiskurse in Wechselwirkung mit sozialrechtlichen und -politischen Entwicklungen sowie den fachwissenschaftlich-professionellen Diskursen einer sich entwickelnden Heil- und Sonderpädagogik zu lesen.

Das Normalisierungsprinzip und das Konzept der Lebensweltorientierung gelten als wesentliche (heil-)pädagogische Vorläufer eines sozialraumorientierten, an Teilhabe ausgerichteten Handelns (Theunissen 2012). In Verbindung mit dem auf sozialpolitischer Ebene Mitte der 1970er-Jahre verfassten Bericht der Psychiatrie-Enquete (Beck 2016: 42) begann in den 1980er-Jahren ein Prozess der Deinstitutionalisierung, d. h. des Umbaus großer Anstalten und Komplexeinrichtungen für als behindert erkannte Menschen und des Aufbaus gemeindeintegrierter, kleiner und offener Wohnformen, die eher dem Charakter des privaten Wohnens folgten (ebd.).

Maßgeblich vorangetrieben wurde diese Entwicklung durch die Initiative verschiedener Emanzipationsbewegungen wie der sogenannten Krüppelbewegung (vgl. u. a. Mürner/Sierck 2009) als Selbstvertretungsbewegung von Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen oder der Bundesvereinigung Lebenshilfe als Elternbewegung für Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung. Getragen von der Empowermentidee anderer Bürgerrechtsbewegungen dieser Zeit setzte sich insbesondere die sogenannte Krüppelbewegung unter dem Slogan ‚Nichts ohne uns über uns‘ gegen entmündigende und paternalistische Fürsorgekonzepte und für ein Recht auf Selbstbestimmung ein.

Im Community-Care-Ansatz verbinden sich die skizzierten Konzepte und Bewegungen. Community-Care zielt darauf, die ‚Sorge‘ für als behindert erkannte Bürger\*innen der Gemeinde und/oder regionalen Gemeinschaften zu übertragen. Unterstützungsleistungen sollen als allgemeine Dienstleistung in kommunaler Verantwortung gesteuert werden, um diese – jenseits etablierter Organisationen und überörtlicher finanzieller Zuständigkeiten – sozialraumorientiert und personenzentriert zu gestalten (Schablon 2010).

Begleitet werden diese Prozesse von einem sich verändernden Verständnis von Behinderung. Einen wesentlichen Entwicklungsschub hierzu leistet die UN-Behindertenrechtskonvention, die im Jahr 2009 durch Deutschland ratifiziert wurde.

Werden als behindert bezeichneten Menschen in einer medizinisch-psychiatrischen Sichtweise defizitäre Merkmale zugeschrieben und werden sie – in einer paternalistischen Haltung – als Fürsorgeempfänger\*innen betrachtet, so sind sie durch die UN-BRK als Träger\*innen von Rechten anerkannt, die das Recht auf volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft haben.

Mit der Hinwendung zu einem sozialwissenschaftlichen, relationalen Verständnis von Behinderung verbindet sich insofern die Idee, dass Behinderung durch ein „komplexes System von Einflussfaktoren [entsteht], die sich nur als Mischung individueller mit sozialen Faktoren begreifen lassen“ (Preuss-Lausitz 1981: 32, zit. nach Schädler 2002: 74).

Behinderung wird damit als Einschränkung der Teilhabemöglichkeiten und nicht als individuelles Defizit verstanden (Schädler 2018: 239).

Nicht der einzelne als behindert erkannte Mensch und seine ihm im Kontext eines medizinisch-psychiatrischen Behinderungsverständnisses zugeschriebene Förder- und Entwicklungsbedürftigkeit bilden in dieser Blickrichtung den Ausgangspunkt für sozialrechtliches und soziales Handeln. Vielmehr fordert ein sozialwissenschaftliches Verständnis von Behinderung, den Blick auf die allgemeinen gesellschaftlichen Bedingungen und die Lebenslagen von als behindert erkannten Personen zu richten sowie Teilhabebarrrieren und die Bedingungen des sozialen Raums zu analysieren, in dem diese Personen leben (Schädler 2018: 239).

Die skizzierten Entwicklungen, insbesondere die veränderte Perspektive auf Behinderung, setzten einen bis heute nicht abgeschlossenen Prozess der Neujustierung eines auf Behinderung bezogenen sozialrechtlichen Handelns und seiner konkreten Ausformungen auf unterschiedlichen Ebenen in Gang (vgl. hierzu Rohrmann 2016: 162ff.). Personenzentrierung und Sozialraumorientierung sind seither in der Sozialgesetzgebung wesentliche Eckpfeiler und durch das BTHG sozialrechtlich verankert.

Dennoch gilt kritisch zu konstatieren, dass der mittlerweile bereits 40 Jahre währende Prozess der Deinstitutionalisierung längst nicht als abgeschlossen gilt, der Community-Care-Ansatz nur sehr punktuell verfolgt wird und die aktuelle Sozialgesetzgebung und die damit verbundenen Sozialplanungsverfahren noch häufig wenig teilhabe- und sozialraumorientiert ausgestaltet sind (Müller 2022; Dobsław 2012).

Es scheint so zu sein, als erweisen sich u. a. die bisherigen, historisch gewachsenen Entwicklungspfade sozialplanerischen Handelns als Barriere für die Entwicklung eines als ‚inklusiv‘ bezeichneten Gemeinwesens (Rohrmann/Schädler et al. 2015; Rohrmann 2016: 170ff.) und damit auch als Barriere für die Entwicklung regionaler Gesundheitsstrukturen für als behindert bezeichnete Menschen. Bevor jedoch die Möglichkeiten und Herausforderungen kommunaler Teilhabeplanung in den Fokus genommen werden, sollen zunächst grundlegende Anmerkungen zum

Verständnis von sozialem Raum und Teilhabe und deren Anschlussfähigkeit an den Behinderungsbegriff skizziert werden.

## 2.2 Zum Verständnis von sozialem Raum und Teilhabe

Um die Bedingungen des sozialen Raums und seiner Konstituierung zu erhellen leistet ein relationaler Raumbegriff einen wertvollen Beitrag. In diesem wird der soziale Raum als sozial hervorgebracht betrachtet.

„Raum (kann) nicht länger als naturhaft gegebener materieller Hinter- oder erdgebundener Untergrund sozialer Prozesse unveränderbar und für alle gleichermaßen existent angenommen werden [...]. Vielmehr wird Raum selbst als sozial produziert, damit sowohl Gesellschaft strukturierend als auch durch Gesellschaft strukturiert und im gesellschaftlichen Prozess sich verändernd begriffen.“ (Löw/Sturm 2019: 4)

Der Raum spiegelt in diesem relationalen Raumverständnis durch die Art und Weise seiner Gestaltung die Strukturen der Gesellschaft wider. Er repräsentiert damit kulturelle Errungenschaften und gesellschaftliche Erfahrungen, sprich eine gesellschaftliche Ordnung, die durch das Handeln der Akteur\*innen hervorgebracht wird. Gleichzeitig strukturieren Räume jedoch auch das Handeln der Akteur\*innen. Räume sind demnach sowohl Folge des Handelns als auch dem Handeln vorgängig (Löw et al. 2007: 63).

Mit diesem Verständnis richtet sich der Fokus einerseits auf die Handelnden, durch die Räume entstehen, d. h. auf die Frage wer, mit welchem Recht und mit welcher Macht Einflussnahme auf die Gestaltung des sozialen Raums nehmen kann.

Andererseits richtet sich der Fokus auf die Prozesse der Aneignung von Räumen, d. h. auf die Frage, wie kulturelle Errungenschaften und gesellschaftliche Erfahrungen, die sich in Räumen materialisieren, von einzelnen Menschen erschlossen werden können. Der Begriff der Aneignung verweist auf die unumgängliche Notwendigkeit, den Raum durch die Art und Weise, wie er gestaltet ist, und durch die Art und Weise der Anordnung materieller Artefakte in seiner Bedeutung zu rekonstruieren und sich ihn damit aktiv zu erschließen (Deinet 2009: 35). Durch die tätige Auseinandersetzung mit seiner Umwelt eignet sich der Mensch die gegenständliche und symbolische Kultur an. Leontjew prägte bereits den Begriff der Gegenstandsbedeutung und meinte damit die vergegenständlichte gesellschaftliche Erfahrung, die im Aneignungsprozess erschlossen werden muss (ebd.: 28). Die Aneignung von Räumen findet demnach immer durch Tätigkeit statt. Sie ist ein schöpferischer Prozess der Erweiterung des eigenen Handlungsraumes und damit einhergehend ein Prozess der Bedeutungszuweisung und Erweiterung bzw. Veränderung räumlicher Ordnung.

Raumkonstitutionen werden nach Löw über Macht- und Herrschaftsverhältnisse ausgehandelt (Löw et al. 2007: 65). Verbunden mit einem relationalen Raumverständnis ist also die Frage nach der Repräsentation des Raums, d. h. der Frage, wer sich mit welchen Lebenserfahrungen durch einen bestimmten Ort repräsentiert sieht und welche Gruppen bzw. welche Interessen durch einen bestimmten Ort nicht oder nur marginal repräsentiert werden (May 2022: 191).

Empirische Arbeiten, die, ausgehend von einem relationalen Raumverständnis, auf die Konstruktion von Behinderung schauen, erkennen eine wechselseitige Verflechtung zwischen der Konstruktion von Raum und der Konstruktion von Behinderung (Modes 2016; Trescher/Hauck 2020a). Raum und Subjekt bringen sich dabei wechselseitig hervor (Trescher 2018; Buchner 2018; Köpfer/Böing 2020). Forschungsergebnisse zeigen, dass die Teilhabe an Aneignungspraxen von Raum für Menschen, die als behindert adressiert werden, erschwert sein kann (Trescher/Hauck 2020b).

Die empirischen Arbeiten verweisen insofern auf den Zusammenhang von Teilhabe und einem relationalen Raumverständnis.

Teilhabe beschreibt nach Bartelheimer et al. (2020: 43) ein Verhältnis zwischen Individuum und gesellschaftlichen Bedingungen. Teilhabe fokussiert dabei den Möglichkeitsraum, der aus der Wechselbeziehung zwischen persönlichen und gesellschaftlichen Bedingungen entsteht (ebd.).

Bartelheimer und Henke (2018, zit. nach ebd.: 27) haben im Anschluss an den Lebenslagen-<sup>1</sup> und den Befähigungsansatz<sup>2</sup> ein Grundmodell von Teilhabe entwickelt, in dem die Handlungsmöglichkeiten und Entscheidungsspielräume des Menschen in den Mittelpunkt gestellt werden. Danach setzt Teilhabe zunächst den Zugang zu materiellen Ressourcen voraus. Teilhabeoptionen ergeben sich dann aus dem Zusammenspiel von persönlichen und strukturellen Voraussetzungen, die der Person Entscheidungsmöglichkeiten eröffnen und es ihr ermöglichen, verschiedene Handlungsalternativen auszuloten (ebd.: 32f.). Menschen verwirklichen die Teilhabe an einem Lebensbereich oder den Einbezug in eine Lebenssituation – ähnlich wie im Aneignungsmodell – demnach vermittelt über ihre Aktivitäten, ihr Tätigsein (ebd.: 30).

Damit verweist der Teilhabebegriff einerseits auf die Notwendigkeit der Gestaltung sozialer Umwelten, um Handlungsmöglichkeiten und damit Teilhabechancen zu eröffnen, und andererseits auf die Notwendigkeit handelnden Akteur\*innen Aneignungsmöglichkeiten und Handlungsoptionen zur Bestimmung des sozialen Raums zu eröffnen. Der Zugang zu ausreichenden Ressourcen ist dabei wesentliche Grundbedingung.

---

1 Der Lebenslagenansatz wurde u. a. von Gerhard Weisser (1978) entwickelt.

2 Befähigungsansatz bzw. Capability Approach nach Nussbaum 1999.

## 3 Kommunale Planungsprozesse des sozialen Raums

### 3.1 Perspektiven kommunaler Teilhabeplanung

Sozialraumorientierung ist inzwischen zum zentralen Schlagwort professioneller politischer, gesellschaftlicher Akteur\*innen avanciert. Vorherrschend ist hier jedoch oft ein vornehmlich territorialer Raumbegriff, in dem Planungs- und Steuerungselemente auf einen abgrenzten territorial bestimmbaren Raum bezogen werden. Für Akteur\*innen in Politik und Verwaltung scheint dieses territoriale Sozialraumverständnis attraktiv, um einen Raum administrativ zu begrenzen und gezielt Maßnahmen zur Gestaltung zu implementieren. Diese Gleichsetzung eines territorialen Gebietes mit dem sozialen Handeln in diesem Gebiet birgt jedoch die Gefahr, den Fokus unzulässig zu verengen (Reutlinger 2022: 173).

Demgegenüber haben Reutlinger und Wigger (2010) unter Rückgriff auf die oben skizzierten raumsoziologischen Überlegungen ein Modell vorgelegt, in dem „unterschiedliche, für Sozialplanung relevante Gestaltungszugänge und damit verbundene Raumkonzeptionen sichtbar gemacht werden [können]“ (ebd.: 173).

Sie unterscheiden in Anlehnung an das sogenannte St. Galler Modell zur Gestaltung des Sozialraums zwischen den Ebenen der

- Sozialinfrastrukturplanung,
- Community-Planung und
- Territorialen Planung.

Die Sozialinfrastrukturplanung setzt an der öffentlichen Infrastruktur an. Dabei geht es darum, institutionelle Zusammenhänge zu steuern, zu organisieren und so die Infrastruktur und die notwendigen Ressourcen passgenau zu gestalten (ebd.: 179). Sozialinfrastrukturplanung leistet

„einen Beitrag zur Entwicklung von sozialpolitisch abgestimmten, sozialarbeiterisch-fachlich reflektierten und bedarfs- wie ressourcengerechten Infrastrukturen innerhalb politischer, sozialer u. a. Rahmenbedingungen sowie der vielschichtig herrschenden Machtverhältnisse“ (ebd.: 180).

Die Community-Planung zielt auf die Schaffung von „Räumen lokaler Gemeinschaften“ (Kessl/Reutlinger 2010 zit. nach ebd.: 183), d. h. auf „homogene soziale wie räumliche Einheiten in einem überschaubaren Nahraum“ (ebd.), die eine „integrative Basis“ (ebd.) für marginalisierte Menschen bieten und auf deren gesellschaftliche Teilhabe zielen. Community-Planung bezieht sich demnach auf die Menschen und die Lebensbedingungen bestimmter Gruppen an konkreten Orten. Im Fokus stehen Aneignungsprozesse der durch professionelle Arbeit adressierten Personen.

Sie sollen bestimmten Orten und Situationen eigene Bedeutungen zuweisen und diese gestalten können.

Die Territoriale Planung schließlich setzt bei der physisch-materiellen Welt an. Über ihre konkrete Gestaltung wird auf die in diesen Territorien lebenden Menschen bzw. auf deren Interaktionen Einfluss genommen. In den Planungsprozess, der als sozialer Prozess verstanden wird, sollen möglichst viele Akteur\*innen eingebunden werden. In die Erstellung physisch-materieller Orte fließen so „Bilder, Interpretationen und Handlungsweisen“ (ebd.: 182) unterschiedlicher Akteur\*innen ein.

Zusammenfassend intendiert dieses Modell zur Gestaltung des Sozialraums in Anlehnung an ein relationales Raumverständnis

„das Soziale bzw. Sozialräumliche über (veränderte) Steuerungsprozesse zu (re)organisieren, über die Veränderung der physisch-materiellen Welt zu gestalten oder über die Arbeit mit Menschen zu bearbeiten“ (Reutlinger/Wigger 2010 zit. nach ebd.: 179).

Insbesondere im Kontext von Behinderung scheint dieses Modell zur Sozialraumgestaltung geeignet, da es unmittelbar an ein relationales Verständnis von Behinderung anschließt, welches Behinderung in Abhängigkeit zu den jeweiligen Umwelten begreift. Die drei Dimensionen dieses Modells ermöglichen

„die Versorgungssysteme eines Planungsraumes im Hinblick auf ausgesuchte Themen- oder NutzerInnen-Felder bedarfsgerecht und ressourcenschonend weiter zu entwickeln“ (Böhmer 2015: 1 zit. nach ebd.: 180).

Insofern scheint es auch geeignet, gesundheitsbezogene Versorgungsstrukturen sozialraumorientiert aufzubauen und zu gestalten.

Erschwert werden diese Gestaltungszugänge jedoch dadurch, dass sozialpolitische Akteur\*innen, die für eine auf Behinderung bezogene Versorgung Verantwortung tragen, auf kommunaler Ebene wenig präsent sind. Insbesondere für den Bereich der Eingliederungshilfe hat sich historisch eine überregionale Zuständigkeit herausgebildet, um die Kommunen von der Finanzierung von Unterstützungsleistungen für als behindert markierte Bürger\*innen zu entlasten und diese an überörtliche Sozialbehörden zu delegieren (Schädler 2018: 241). Als Folge dieser Entwicklung sind Kompetenzen zur Planung sozialraumorientierter und auf Teilhabe bezogener Dienste im Kontext Behinderung auf der Ebene kommunaler Verwaltungen kaum ausgeprägt (Rohrman 2016: 152). Auch das BTHG hat diesbezüglich keine Reformen eingeführt und z. B. neue Verantwortlichkeiten durch die Festschreibung kommunaler Koordinations- und Planungszuständigkeiten geschaffen (Schädler 2018: 246).

Will man jedoch – in Anlehnung an den Community-Care-Ansatz – ein ‚inklusi-  
ves Gemeinwesen‘ entwickeln, so bedarf es einer Teilhabeplanung, die in den jewei-  
ligen Kommunen verankert ist und in der die Planungsprozesse unter Federführung  
der Kommune gestaltet werden. Dabei geht es keineswegs um eine kommunale ‚Be-  
hindertenpolitik‘, sondern um eine Kommunalpolitik, in der in allen Planungsberei-  
chen – ressort- und fachübergreifend – kommunale Strukturen und Verwaltungen  
sozialräumlich ausgerichtet werden. Dies umfasst die Bau- und Verkehrsplanung,  
die Schulentwicklungs- und Jugendhilfeplanung ebenso wie die Stadt- und Ge-  
meindeentwicklungsplanung und nicht zuletzt die Sozialplanung und die Planung  
der gesundheitlichen Versorgung.

Bisherige Fachplanungen sind bislang jedoch noch wenig miteinander ver-  
netzt und folgen den internen Logiken und der Perspektive des jeweiligen Fach-  
bereichs. Überschneidungen und Querschnittsthemen zwischen verschiedenen  
Fachbereichen, z. B. zum Thema Barrierefreiheit, werden so in mehreren Fach-  
plänen thematisiert, ohne dass Konzepte, Ziele und Maßnahmen, die sich aus den  
jeweiligen Perspektiven ergeben, miteinander abgestimmt sind. Um Fachplanun-  
gen sozialraumsensibel zu gestalten, müssen sie stärker räumlich strukturiert und  
miteinander enger verzahnt werden (Reichstein et al. 2022: 56). Es bedarf dazu  
einer abgesicherten Federführung für die damit verbundenen koordinativen Aufga-  
ben, die sinnvollerweise nicht in einem Ressort (z. B. Sozialressort) angesiedelt ist,  
sondern eine übergeordnete Position, z. B. bei der Verwaltungsführung, einnimmt  
(Rohrman/Schädler et al. 2015: 29).

Reichstein et al. (2022) plädieren in Bezug auf eine Region für die Gliede-  
rung eines Kreises in Planungsräume und den Aufbau analoger Anlaufstellen, um  
eine wohnortnähere Kontaktaufnahme durch Bürger\*innen mit unterschiedlichen  
Unterstützungsbedarfen zu erreichen (Reichstein et al. 2022: 55). Für jeden Pla-  
nungsraum sind „Teilhabe- und Pflegestützpunkte“ (TePS) mit Beratungs-, Koordini-  
erungs- und Lotsenfunktion einzurichten (Reichstein et al. 2022: 57).

Die Forderung nach einer gemeinsam abgestimmten, integrierten Sozialpla-  
nung zielt dabei nicht nur auf die Teilhabe von als behindert erkannten Menschen.  
Angesichts bestehender komplexer sozialer Herausforderungen (u. a. Zuwande-  
rung, Armutsentwicklung, demografischer Wandel) und intersektionaler Wech-  
selbeziehungen zwischen unterschiedlichen Diskriminierungsformen ermöglicht  
sie Menschen in unterschiedlichen marginalisierten Lebenslagen eine Aneignung  
und Gestaltung des sozialen Raums und wird insofern auch von der Kommission für  
‚Gleichwertige Lebensverhältnisse‘ empfohlen (Müller 2022: 90).

### 3.2 Sozialräumliche- und teilhabeorientierte Gestaltung gesundheitsbezogener Dienste

Rohrman et al. (2015: 24ff.) haben fünf Dimensionen identifiziert, welche für eine sozialraumorientierte kommunale und auf Behinderung gerichtete Politik und die Entwicklung eines ‚inklusive Gemeinwesens‘ von übergeordneter Bedeutung sind:

- Partizipation und Selbstvertretung von Menschen mit Beeinträchtigung,
- Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung,
- Gestaltung einer barrierefreien Infrastruktur,
- inklusive Gestaltung von Bildungseinrichtungen und anderer Einrichtungen für die Allgemeinheit,
- Planung und Entwicklung flexibler und inklusionsorientierter Unterstützungsdienste.

Diese orientieren sich in normativer Hinsicht an den Forderungen der UN-BRK und sind anschlussfähig an gesetzliche Vorgaben. Sie sind jedoch auch flexibel genug, um die jeweiligen „kommunalspezifischen Entwicklungspfade“ (Rohrman et al. 2015: 24) zu berücksichtigen.

Bezogen auf die sozialräumliche Gestaltung gesundheitsbezogener Leistungen und Dienste lassen sich, mit Blick auf als behindert bezeichnete Menschen, entlang dieser Dimensionen fördernde und hemmende Faktoren identifizieren.

Partizipation zielt auf die Aneignungsmöglichkeiten von Menschen mit Beeinträchtigung, auf die Möglichkeit des Empowerments und der Vertretung eigener Interessen im sozialen Raum. Formen partizipativer Beteiligung sind durch die UN-Behindertenrechtskonvention angemahnt. Das BTHG hat partizipative Strukturen z. B. im Hinblick auf Bedarfsermittlungsverfahren ausgeweitet.

Im Kontext gesundheitsbezogener Dienste sind Möglichkeiten partizipativer Beteiligung in NRW insbesondere durch kommunale Gesundheitskonferenzen strukturell verankert. Ihre Einsetzung gehört zu den Pflichtaufgaben einer Kommune (ebd.: 135). Kommunale Gesundheitskonferenzen beraten unter Einbezug von Selbsthilfegruppen gemeinsam interessierende Fragen der gesundheitlichen Versorgung auf örtlicher Ebene mit dem Ziel der Koordinierung und geben bei Bedarf Empfehlungen (§ 24 ÖGDG NRW).

Auch die Kompetenzzentren Selbstbestimmt Leben (KSL) in NRW unterstützen und ermöglichen gemäß §9 Absatz 3 IGG NRW partizipative Strukturen und informieren über gesundheitsbezogene Leistungen und Dienste.

Im ersten Staatenbericht der UN-Monitoringstelle (CRPD 2015) werden jedoch im Hinblick auf partizipative Strukturen viele Versäumnisse angemahnt. Insbesondere fehlt es an Möglichkeiten, beeinträchtigte Personen in Entscheidungen

über medizinische Maßnahmen einzubeziehen, es fehlt an Formen der Aufklärung und an Möglichkeiten der informierten und freiwilligen Einwilligung (MAGS NRW 2020: 153).

Partizipativen Prozessen ist auch ein gewisser Widerspruch inhärent. Einerseits ermöglichen sie die Beteiligung von als behindert bezeichneten Menschen. Als relevante politische Akteur\*innen erhalten diese damit Einfluss auf politische Entscheidungen, gestalten Stadtentwicklungsprozesse und entwickeln so soziale Räume.

Andererseits sind in einem als ‚Partizipation‘ bezeichneten politischen Beteiligungsprozess die Rollen festgelegt. Auf der einen Seite befinden sich diejenigen, die als Professionelle in Politik und Verwaltung diesen Prozess initiieren und dabei oftmals auch über die Vergabe von Ressourcen entscheiden. Auf der anderen Seite befinden sich diejenigen, die als partizipativ Beteiligte diese Prozesse mit begleiten und mitgestalten ‚dürfen‘ und damit immer auch auf das Wohlwollen der professionellen Entscheider\*innen angewiesen sind. Partizipative Prozesse setzen darüber hinaus den Fokus auf ein bestimmtes, zugeschriebenes und als bedeutsam erkanntes Merkmal der partizipativ Beteiligten – im Falle von Behinderung eben auf das Merkmal Behinderung – und stehen damit in der Gefahr, den Blick auf die beteiligten Akteur\*innen zu verengen. Damit laufen partizipative Prozesse Gefahr, Vorstellungen über Behinderung zu reproduzieren. Eine Fremd- oder auch eine Selbstzuschreibung als ‚Mensch mit Behinderung‘ darf also keinesfalls zur Bedingung werden, um Beteiligungsmöglichkeiten wahrzunehmen.

Sinnvoller ist es, andere Formen der partizipativen Beteiligung zu schaffen, z. B. eine themenbezogene Beteiligung aller interessierten Bürger\*innen. So kann auf eine vorherige Zuschreibung zu einer Gruppe verzichtet werden (Rohrman 2022). Solche themenbezogenen Veranstaltungen und Planungsforen können „an Orten wie Teilhabe-, Stadteil- oder Gemeinwesenszentren angedockt werden“ (ebd.: 256) und sollten nach den Kriterien der Barrierefreiheit gestaltet sein, um Interessierten mit unterschiedlichen Voraussetzungen eine Beteiligung zu ermöglichen.

Mit den oben genannten Dimensionen verbindet sich ein gesamtgesellschaftlicher Prozess, der als Disability Mainstreaming bezeichnet wird und ausdrückt, dass

„[j]edwedes politische [ ] und gesellschaftliche[ ] Handeln [...] danach befragt werden [soll], in welcher Weise es zur Gleichstellung und Teilhabe behinderter Menschen beiträgt oder sie verhindert“ (Grüber 2007).

Im Sinne eines Disability Mainstreaming gilt es, dass gesellschaftliche Bewusstsein im Hinblick auf Behinderungen zu schärfen und das Anliegen von Menschen mit Beeinträchtigung zu einem integralen Bestandteil von Prozessen in Politik, Verwaltung, Gesellschaft und Wissenschaft zu machen (ebd.). Die Bewusstseinsbildung bezieht sich dabei auf die Bekämpfung von Diskriminierung, auf die Stärkung der

Betroffenen sowie auf die Sensibilisierung der Gesellschaft. Geeignet sind alle Formen, in denen in sozialen Interaktionen und durch das Handeln bestimmter Akteur\*innen Konstruktionen von Behinderung irritiert und neue Deutungsmuster hervorgebracht werden (Rohrman et al. 2015: 91ff.).

In Bezug auf die gesundheitsbezogene Versorgung formuliert die UN-BRK in Artikel 25 das Recht von Menschen mit Beeinträchtigung auf den Genuss des erreichbaren Höchstmaßes an Gesundheit ohne Diskriminierung. Dazu zählt ein diskriminierungsfreier Zugang zu gemeindenahen medizinischen Behandlungsangeboten. Das medizinische Regelversorgungssystem ist fachlich, konzeptionell und organisatorisch so zu gestalten, dass es für alle Menschen, unabhängig von ihren je individuellen Voraussetzungen, zugänglich und nutzbar ist.

Kritisierend stellt die Monitoring-Stelle der UN-Behindertenrechtskonvention dazu in ihren Empfehlungen zur Umsetzung der Konvention in der aktuellen Wahlperiode (2022–2027) in NRW ein nicht ausreichendes Bewusstsein und Verständnis von behinderungsbedingten Bedarfen in Gesundheitsberufen fest (DIMR 2022: 7). Diskriminierende Strukturen zeigen sich in

„Barrieren wie unzugängliche[n] Arztpraxen, fehlende[n] Informationen in Leichter Sprache und Gebärdensprache, aber auch [in] negativen[n] Einstellungen und fehlende[n] Fachkenntnisse[n] der Fachkräfte im Gesundheitswesen.“ (ebd.)

Gefordert werden für die aktuelle Legislaturperiode diesbezüglich

„flächendeckende Sensibilisierungs- und Fortbildungsangebote zur inklusiven Gesundheitsversorgung für Fachkräfte (inkl. der Themen Selbstbestimmungsrecht, Recht auf informierte und freiwillige Einwilligung) sowie eine verpflichtende Aufnahme des Themas in die Studien- und Ausbildungs-Curricula der Berufsgruppen im Gesundheitswesen“ (ebd.).

Die zitierte Stellungnahme der UN-Monitoring-Stelle und das dort zugrunde gelegte relationale Verständnis von Behinderung zeigen, dass sich Barrieren – auch im Kontext einer sozialräumlichen Gestaltung gesundheitsbezogener Dienste – nicht auf physisch-bauliche Gegebenheiten und deren Beseitigung reduzieren lassen. Vielmehr sind Barrieren, in Anlehnung an ein relationales Raumverständnis, als Prozesse des „Doing Disability“ (Hirschauer 2020) zu betrachten.<sup>3</sup> Praktiken und Interaktionen sozialer Akteur\*innen führen zu sehr unterschiedlichen Zugangschancen oder Ausschlussmechanismen. Sie sind abhängig von Fähigkeits- oder Normalitätserwartungen, die sich an bestimmten Orten durch räumliche Anordnungen

3 Vgl. zusammenfassend Rohrman 2022: 247ff.

materialisieren. Exklusive Räume werden durch limitierende Zugangsvoraussetzungen oder/und durch implizite Fähigkeits- und Verhaltensregeln hergestellt.

Barrieren lassen sich insofern zusammenfassend charakterisieren als „Gegebenheiten, die bestimmte Raumnutzungen zulassen und andere ausschließen“ (Rohrmann 2022: 248). Dabei sind Prozesse der Herstellung von Barrierefreiheit immer auch ambivalent und mit Aushandlungsprozessen unterschiedlicher Interessengruppen verbunden.

Neben der Zugänglichkeit zu Einrichtungen und Diensten der allgemeinen gesundheitsbezogenen Versorgung betont die UN-BRK das Recht auf Gesundheitsleistungen, die von Menschen mit Beeinträchtigung speziell wegen ihrer Beeinträchtigung benötigt werden. Dies sind z. B. Leistungen der Früherkennung und Frühintervention sowie Leistungen, durch die körperliche Beeinträchtigungen möglichst geringgehalten oder vermieden werden können. Förderlich sind in diesem Zusammenhang regionale Versorgungsangebote und Unterstützungsdienste, die sich an der Lebenswelt der Betroffenen orientieren und einen niedrigschwelligen Zugang ermöglichen.

Als dienlich können sich in diesem Zusammenhang auch die mit dem BTHG eingeführten sogenannten ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatungen (EUTBs) erweisen, die in den Kommunen unabhängig von den Strukturen der Leistungsanbieter im Hinblick auf die Ausgestaltung der persönlichen Lebenssituation beratend tätig werden.

Als Angebote einer regionalen Versorgung stellen auch Konsulentendienste einen wichtigen Baustein dar, die als regionale Beratungs- und Kompetenznetzwerke insbesondere Menschen mit Lernschwierigkeiten, die zusätzliche psychische Beeinträchtigungen aufweisen oder denen herausfordernde Verhaltensweisen attestiert werden, eine Beratung anbieten (Bradl 2013). Sie sind interdisziplinär aufgestellt und beraten ihre Klient\*innen und deren Umfeld personenzentriert in ihrer Lebenswelt.

Spezialisierte Versorgungsstrukturen bieten darüber hinaus die ‚Medizinischen Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung‘ (MZEb) bzw. die ‚Sozialpädiatrischen Zentren‘ (SPZ) für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen. MZEbS und SPZs sind multiprofessionell aufgestellt und haben eine interdisziplinäre Ausrichtung. Sie arbeiten eng mit anderen behandelnden Ärzt\*innen, Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe und dem öffentlichen Gesundheitsdienst zusammen. Dennoch zeigt sich auch hier, dass insbesondere die MZEbS nicht flächendeckend ausgebaut sind. In NRW existieren aktuell insgesamt neun MZEbS mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung. Der Aufgabenbereich wird politisch begrenzt, sodass diese Zentren keine eigenen Therapieangebote vorhalten. Als hemmend erweisen sich weiterhin Schnittstellenproblematiken von Gesundheitsleistungen und Leistungen der Eingliederungshilfe (DIMR 2022: 7).

Zukünftig werden insbesondere Maßnahmen ausgebaut werden müssen, die eine Vernetzung unterschiedlicher Akteure befördern und flexible, niedrigrschwellige Unterstützungsstrukturen vor Ort ausbauen.

### 3.3 Kritische Reflexion kommunaler sozialräumlicher Planungsprozesse

Die in diesem Beitrag skizzierten Möglichkeiten einer Neuordnung des sozialen Raums bergen Chancen, um die Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit Beeinträchtigung im Rahmen gesundheitsbezogener regionaler Versorgung zu stärken und zu verbessern. Dennoch gilt es, damit einhergehende Spannungsfelder und Konflikte nicht auszublenden. Der soziale Raum ist immer ein Raum, auf den unterschiedliche, miteinander im Widerstreit stehende Interessen einwirken und insofern auch Machtverhältnisse und soziale Ungleichheiten (re-)produziert werden (vgl. u. a. Wansing 2017). Vorstellungen einer ‚inkluisiven‘ Gesellschaft mit und für Menschen, die als behindert bezeichnet werden, in denen Räume „per se als Orte der Zugehörigkeit, Teilhabe und wechselseitiger Anerkennung in Nachbarschaften“ (ebd.: 25f.) konstruiert werden, verkennen, dass ein sogenanntes inklusives Gemeinwesen „in einer dauernden Spannung zu Tendenzen der Ausgrenzung [steht], die unsere Gesellschaft in allen Lebensbereichen durchzieht“ (Rohrman et al. 2015: 22).

So zeigen soziologische Untersuchungen, dass die Toleranz- und Inklusionsbereitschaft der Gesellschaft begrenzt ist und in wirtschaftlich schwachen Zeiten abnimmt (Heitmeyer 2011).

Neben der Gefahr einer sozialromantischen Verklärung sozialraumorientierter Konzepte liegt ein weiteres kritisch zu reflektierendes Spannungsfeld in der Beziehung zwischen und dem Verhältnis von sozialstaatlichen Leistungen und zivilgesellschaftlichem Engagement. Sozialraumorientierte Konzepte werden durch Akteur\*innen in Politik und Verwaltung vielfach adaptiert. Sozialraumorientierung scheint als Steuerungsinstrument auch deshalb so attraktiv, weil mit ihm ökonomische Bestrebungen legitimiert werden können. Dahme und Wohlfarth (2019: 226) bezeichnen Sozialraumorientierung in diesem Zusammenhang als ein „Modernisierungsprogramm für die Verwaltung [...] das primär effizienz- und kostenorientierte Prozess- und Strukturmaßnahmen für die Verwaltung enthält“.

Sozialraumorientierung und die mit der Empowermentidee verbundene Aktivierung von marginalisierten Menschen und der Zivilgesellschaft bergen die Gefahr, soziale Problemlagen zu individualisieren sowie sozialstaatliche Verpflichtungen abzubauen und in den sozialen Nahraum zu verlagern. Damit einher geht die Gefahr, dass das grundlegende Ziel der Vergabe sozialstaatlicher Leistungen, die Schaffung gleichwertiger Lebensverhältnisse für alle, aufgegeben und durch punktuell wirksames, freiwilliges bürgerschaftliches Engagement ersetzt wird.

Ambivalent zu beurteilen ist auch die Betonung der kommunalen Verantwortung für eine Neuordnung des sozialen Raums (Rohrmann 2022: 250). Damit werden nationalstaatliche Verpflichtungen zunehmend an kommunale Gebietskörperschaften delegiert und die Verantwortung für sozialstaatliche Leistungen werden in die einzelnen Kommunen verlagert. Obwohl die Stärkung kommunaler Gestaltungsmöglichkeiten als grundsätzlich sinnvoll bewertet werden kann, gehen Kommunalisierungstendenzen und der damit verbundene Bedeutungszuwachs lokaler Netzwerke jedoch nicht gleichzeitig „mit einer tatsächlichen Stärkung der kommunalen Gestaltungsmacht“ (Brettschneider 2022: 100) einher. Brettschneider kritisiert, dass die

„Herunterzonung sozialpolitischer (Problem-)Zuständigkeiten in erster Linie der Entlastung des Bundeshaushalts und der Sozialversicherungssysteme dient und nicht mit entsprechenden Ressourcen- und Kompetenzübertragungen [auf kommunaler Ebene, Anm. U.B.] verbunden ist.“

Durch diese zunehmende Delegation der Verantwortung werden Kommunen tendenziell überlastet, wodurch sich lokale und regionale Ungleichheiten auch verschärfen können (Dahme/Wohlfahrt 2018: 156).

## 4 Resümee

Zusammenfassend gilt zu betonen, dass Prozesse der sozialraumorientierten Planung gesundheitsbezogener Teilhabe für als behindert adressierte Menschen im Sinne eines Disability Mainstreaming eine Neuordnung des sozialen Raums erfordern. Diese Neuordnung bedarf einer grundlegenden Neujustierung kommunaler Sozialplanungsstrukturen, wobei die Kommunen in die Lage gebracht werden müssen, die zunehmenden Aufgaben gestalten zu können. Sie lässt sich nicht darauf reduzieren, bestehende Sozialplanungsstrukturen im Hinblick auf eine bestimmte, vorab konstruierte Zielgruppe zu erweitern (May 2022: 190). Einzelne Maßnahmen, die sich an als behindert erkannte Menschen richten und deren Partizipation und Zugänglichkeit versprechen, sind zwar begrüßenswert, sie bergen jedoch die Gefahr, als Ersatz und Alibi für eine Gesamtentwicklung sozialräumlicher Veränderungen und kommunalpolitischer Strategien zu fungieren und Stigmatisierungen zu (re-)produzieren. Ziel einer sozialraumorientierten und auf Gesundheit bezogenen Planung ist es, soziale Räume so zu organisieren, dass Handlungsspielräume *für alle* im Sinne von Aneignungs- und Teilhabemöglichkeiten entstehen.

## Literatur

- Bartelheimer, Peter/Behrisch, Birgit/Daßler, Henning/Dobslaw, Gudrun/Henke, Jutta/Schäfers, Markus (2020): *Teilhabe – eine Begriffsbestimmung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Beck, Iris (2016): *Inklusion im Gemeinwesen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bössing, Carina/Schrooten, Katrin; Tiesmeyer, Karin (2019): *Barrieren in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Lernschwierigkeiten*. In: Walther, Kerstin/Römisch, Kathrin (Hrsg.): *Gesundheit inklusive. Gesundheitsförderung in der Behindertenarbeit*. Wiesbaden: Springer VS.
- Bradl, Christian (2013): *Konsulenten, Konsulentendienst*. In: Theunissen, Georg (Hrsg.): *Handlexikon Geistige Behinderung (2. Aufl.)*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 71–73.
- Brettschneider, Antonio (2022): *Kommunale Sozialpolitik*. In: Rund, Mario/Peters, Friedhelm (Hrsg.): *Schlüsselbegriffe der Sozialplanung und ihre Kritik*. Wiesbaden: Springer VS, S. 99–116.
- Buchner, Tobias (2018): *Die Subjekte der Integration. Biographie, Schule und Behinderung*, Bad Heilbrunn: Klinkhardt Verlag.
- CRPD Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2015): *Abschließende Bemerkungen über den ersten Staatenbericht Deutschlands. Dreizehnte Tagung 25. März–17. April 2015, Version vom 13. Mai 2015*. [https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/Weitere\\_Publikationen/CRPD\\_Abschliessende\\_Bemerkungen\\_ueber\\_den\\_ersten\\_Staatenbericht\\_Deutschlands.pdf](https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/Weitere_Publikationen/CRPD_Abschliessende_Bemerkungen_ueber_den_ersten_Staatenbericht_Deutschlands.pdf) [Zugriff 12.02.2023].
- Dahme, Heinz-Jürgen/Wohlfahrt, Norbert (2018): *Die kommunale Ebene Der Sozialpolitik*. In: Grunwald, Klaus; Langer, Andreas (Hrsg.): *Sozialwirtschaft. Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. Baden-Baden: Nomos, S. 145–158.
- Dahme, Heinz-Jürgen/Wohlfahrt, Norbert (2019): *Hilfe und Kontrolle in der Jugendhilfe*. In: Böllert, Karin (Hrsg.): *Kompodium Kinder- und Jugendhilfe*. Wiesbaden: Springer VS, S. 219–241.
- Deinet, Ulrich (2009): *„Aneignung“ und „Raum“ – zentrale Begriffe des sozialräumlichen Konzepts*. In: Deinet, Ulrich (Hrsg.): *Sozialräumliche Jugendarbeit. Grundlagen, Methoden und Praxiskonzepte (3. Aufl.)*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 27–58.
- Deutsches Institut für Menschenrechte (DIMR) (2022): *Empfehlungen zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in der 18. Wahlperiode in Nordrhein-Westfalen (2022–2027). Eckpunkte für eine menschenrechtlich ausgerichtete Inklusionspolitik*. [https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/user\\_upload/Publikationen/Stellungnahmen/Stellungnahme\\_Eckpunkte\\_Landtagswahl\\_NRW\\_2022.pdf](https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/user_upload/Publikationen/Stellungnahmen/Stellungnahme_Eckpunkte_Landtagswahl_NRW_2022.pdf) [Zugriff 12.02.2023].
- Dobslaw, Gudrun (2012): *Wenn Teilhabe das Ziel ist, muss auch Teilhabe der Weg sein!* In: *Teilhabe* 3/2012, Jg. 51, S. 100–103.

- Grüber, Katrin (2007): „Disability Mainstreaming“ als Gesellschaftskonzept. Annäherungen an einen vielversprechenden Begriff. In: Sozialrecht + Praxis 17, 7/2007, S. 437–444. <https://www.imew.de/de/barrierefreie-volltexte-1/volltexte/disability-mainstreaming-als-gesellschaftskonzept> [Zugriff 12.02.2023].
- Heitmeyer, Wilhelm (Hrsg.) (2008): Deutsche Zustände. Folge 6. Berlin: Suhrkamp.
- Hirschauer, Stefan (2020): Undoing Differences Revisited. In: Zeitschrift für Soziologie 49 (5-6), S. 318–334.
- Köpfer, Andreas/Böing, Ursula (2020): Bildungsforschung via Agency?! – Schülerinnen- und Schülerpraktiken in inklusiven Schulen aus raumtheoretischer Perspektive. In: Grosche, Micheal/Decristan, Jasmin/Urton, Karolina/Jansen, Nina/Bruns, Gunnar/Ehl, Birgit (Hrsg.): Sonderpädagogik und Bildungsforschung – Fremde Schwestern? Tagungsband DGfE Sektion Sonderpädagogik, Bad Heilbrunn: Klinkhardt-Verlag, S. 108–113.
- Löw, Martina/Sturm, Gabriele (2019): Raumsoziologie. Eine disziplinäre Positionierung zum Sozialraum. In: Kessler, Fabian/Reutlinger, Christian (Hrsg.): Handbuch Sozialraum (2. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS, S. 3–21.
- Löw, Martina/Steets, Silke/Stoetzer, Sergej (2007): Einführung in die Stadt- und Raumsoziologie. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- May, Michael (2022): Sozialraumentwicklung. In: Rund, Mario/Peters, Friedhelm (Hrsg.): Schlüsselbegriffe der Sozialplanung und ihre Kritik, Wiesbaden: Springer VS, S. 189–200.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (MAGS) (2020) (Hrsg.): Teilhabebericht Nordrhein-Westfalen 2020. Bericht zur Lebenssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen und zum Stand der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Düsseldorf. [https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/teilhabebericht\\_2020\\_nrw\\_barrierefrei.pdf](https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/teilhabebericht_2020_nrw_barrierefrei.pdf) [Zugriff 12.02.2023].
- Modes, Marie-Theres (2016): Raum und Behinderung. Wahrnehmung und Konstruktion aus raumsoziologischer Perspektive. Bielefeld: transcript.
- Müller, Franziska (2022): Integrierte Planung. In: Rund, Mario/Peters, Friedhelm (Hrsg.): Schlüsselbegriffe der Sozialplanung und ihre Kritik. Wiesbaden: Springer VS, S. 89–98.
- Mürner; Christian/Sierck, Udo (2009): Krüppelzeitung: Brisanz der Behindertenbewegung, Neu-Ulm: AK Spak Verlag.
- Reichstein, Martin F./Schädler, Johannes/Wissenbach, Lars (2022): Dezentral integrierte Planungs- und Angebotsstrukturen in Handlungsfeldern im Kreis Siegen-Wittgenstein. Ausgewählte Ergebnisse des Projektes ITP.Si-Wi. In: Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste (ZPE) Universität Siegen (Hrsg.): ZPE-Bericht 2020/2021, Siegen, S. 54–59. [https://zpe.uni-siegen.de/wp-content/uploads/2022/07/zpe-jahresbericht\\_2020\\_21.pdf](https://zpe.uni-siegen.de/wp-content/uploads/2022/07/zpe-jahresbericht_2020_21.pdf) [Zugriff 12.02.2023].
- Reutlinger, Christian (2022): Sozialraum. In: Rund, Mario/Peters, Friedhelm (Hrsg.): Schlüsselbegriffe der Sozialplanung und ihre Kritik. Wiesbaden: Springer VS, S. 171–189.

- Reutlinger, Christian/Wigger, Annegret (Hrsg.) (2010): Transdisziplinäre Sozialraumarbeit. Grundlegungen und Perspektiven des St.Galler Modells zur Gestaltung des Sozialraums. Berlin: Frank & Timme.
- Rohrmann, Albrecht (2016): Lokale und kommunale Teilhabepanung. In: Beck, Iris (Hrsg.): Inklusion im Gemeinwesen, Stuttgart: Kohlhammer, S. 145–183.
- Rohrmann, Albrecht (2022): Inklusion und kommunale Planung. In: Koenig, Oliver (Hrsg.): Inklusion und Transformation in Organisationen. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, S. 246–258.
- Rohrmann, Albrecht/Schädler, Johannes/Kempf, Matthias/Konieszny, Eva/Windisch, Marcus (2015): Inklusives Gemeinwesen Planen. Eine Arbeitshilfe, hrsg. vom Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2. veränd. Aufl.) Düsseldorf. [https://zpe.uni-siegen.de/wp-content/uploads/2022/04/inklusive\\_gemeinwesen\\_planen\\_final.pdf](https://zpe.uni-siegen.de/wp-content/uploads/2022/04/inklusive_gemeinwesen_planen_final.pdf) [Zugriff 12.02.2023].
- Schablon, Kai-Uwe (2010): Community Care: Professionell unterstützte Gemeinwesen-einbindung erwachsener geistig behinderter Menschen, Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- Schädler, Johannes (2002): Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe unter Bedingungen institutioneller Beharrlichkeit: Strukturelle Voraussetzungen der Implementation Offener Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. Dissertationsschrift. <https://dspace.ub.uni-siegen.de/bitstream/ubsi/853/1/schaedler.pdf> [Zugriff 12.02.2023].
- Schädler, Johannes (2018): Inklusion als Herausforderung für kommunale Teilhabepolitik. In: Hoffmann, Thomas/Jantzen, Wolfgang/Stinkes, Ursula (Hrsg.): Empowerment und Exklusion. Zur Kritik der Mechanismen gesellschaftlicher Ausgrenzung. Psychosozial-Verlag, S. 237–260.
- Schmidt-Ohlemann, Matthias (2015): Medizinnahe Leistungen als Bestandteil der Teilhabeförderung. In: Seidel, Michael (Hrsg.): Grundsätzliche und spezielle Aspekte der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung. Materialien der DGSG, Bd. 35, Berlin, S. 26–48.
- Seidel, Michael (2015): Regelversorgung und ergänzende Spezialangebote im Lichte von inklusiver Gesundheitsversorgung. In: Seidel, Michael (Hrsg.): Grundsätzliche und spezielle Aspekte der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung. Materialien der DGSG, Bd. 35, Berlin, S. 8–14.
- Theunissen, Georg (2012): Lebensweltbezogene Behindertenarbeit und Sozialraumorientierung. Eine Einführung in die Praxis. Freiburg: Lambertus Verlag.
- Trescher, Hendrik (2018): Ambivalenzen pädagogischen Handelns. Reflexionen der Betreuung von Menschen mit ‚geistiger Behinderung‘. Bielefeld: transcript.
- Trescher, Hendrik/Hauck, Teresa (2020a): Inklusion im kommunalen Raum: Sozialraumentwicklung im Kontext von Behinderung, Flucht und Demenz. Bielefeld: transcript.

- Trescher, Hendrik; Hauck, Teresa (2020b). Raum und Inklusion: Zu einem relationalen Verhältnis. *Zeitschrift für Inklusion*, 1(4). <https://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/432> [Zugriff 12.02.2023].
- Wansing, Gudrun (2017): Selbstbestimmte Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft – Normative Grundsätze und konzeptionelle Perspektiven. In: Wansing, Gudrun/Windisch, Matthias (Hrsg.): *Selbstbestimmte Lebensführung und Teilhabe. Behinderung und Unterstützung im Gemeinwesen*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 19–30.

## **II. Teil: Aushandlungspraxen**



# Gefangen im Kokon? Gesellschaftliche Konstruktion sozialer Probleme im Feld gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit

*Johanna Hofzumberge, Jörg Rövekamp-Wattendorf & Sara Remke*

## Einleitung

Abhängigkeitserkrankungen, Arbeitslosigkeit oder Armut sind nur drei Beispiele einer weitreichenden Auflistung gesellschaftlicher Phänomene, die innerhalb der Gesellschaft oftmals als „problematisch“, „störend“ oder sogar „schädigend“ wahrgenommen werden (Groenemeyer 2012). Aufgrund dieser Wahrnehmungen werden sie dabei in einer uneinheitlichen Weise als „Soziale Probleme“ bezeichnet.

Silvia Staub-Bernasconi dimensionierte bereits 1983 in ihrer Konzeptionierung „Soziale Probleme – Dimensionen ihrer Artikulation“ (1983: 119ff.) verschiedene Problemkreise und Lebensbereiche, in denen diese oder ähnliche soziale Probleme auftreten und „subjektives Leiden von Menschen in und an der Gesellschaft und Kultur“ (Staub-Bernasconi 1995: 105) erzeugen können, und schloss darin, wie auch in weiteren Veröffentlichungen das Thema Gesundheit explizit ein (Staub-Bernasconi 2018: 49, 52, 59, 484).

Soziale Probleme sind in gewisser Weise alltäglich und nahezu jedem Gesellschaftsmitglied bekannt, etwa durch eigene Betroffenheit oder die anderer Menschen im sozialen Umfeld, aus der medialen Berichterstattung oder auch durch Berührungspunkte im Laufe des eigenen Bildungsweges und der Berufslaufbahn (Schetsche 1996: 1). Soziale Probleme sind dabei keineswegs ein besonderes Phänomen der heutigen Zeit. Ihr Auftreten erstreckt sich von der Vergangenheit über die Gegenwart voraussichtlich bis in die Zukunft. Ihnen kommt dabei sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene häufig eine weitaus größere und weitreichendere Bedeutung zu, als zunächst abzuschätzen ist. Gesundheit kann mit der WHO grundsätzlich als ein „Zustand des umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ definiert werden (WHO 1946, zit. n. Naidoo/Wills 2019: 32). Aus dem Begriff „Wohlbefinden“ („well-being“) ist abzuleiten, dass sie definiert werden kann, und zwar entlang der Frage, inwieweit Bürger\*innen ein gutes Leben führen können (ebd.: 34). So werden interdependierende physische, psychische, soziale, sexuelle, spirituelle und emotionale Gesundheitsdimensionen sichtbar, und zwar in Wechselwirkung mit gesellschaftlichen Bedingungen, was

z. B. den Grad der sozialen Integration betrifft. Da sich eine Gesellschaft in stetigem Wandel befindet, ist davon auszugehen, dass sich soziale Probleme mit ihr verändern. Sie entstehen durch ihre Einflüsse, können aber auch bewältigt werden. Der Zusammenhang zwischen Wohlstandsunterschieden und gesundheitlicher Chancungleichheit (siehe: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health>), etwa hinsichtlich verschiedener Wohn- oder Arbeitsbedingungen, stellt sich in ähnlicher Weise dar wie die Verteilung materieller Güter in einer Gesellschaft, d. h.: Je gerechter die Verteilung der Ressourcen, desto ausgewogener und besser ist der Gesundheitszustand sämtlicher Bürger\*innen (Naidoo/Wills 2019: 39f.). Um diese Zusammenhänge zu verstehen und soziale Probleme möglichst reduzieren oder lösen zu können, muss als erste Frage gestellt werden, *wie die Gesellschaft überhaupt etwas zum sozialen Problem macht* und wie sie dieses ggf. auch *transformieren* kann.

Um sozialen Problemen mit ihren schädigenden Wirkungen entgegenzutreten zu können, sind verschiedene Instanzen innerhalb der Gesellschaft notwendig. Eine besondere Rolle kommt dabei der Sozialen Arbeit zu. Daraus ergibt sich die zweite Frage: *Welche Rolle kann Soziale Arbeit innerhalb dieser Prozesse rund um sich wandelnde soziale Probleme einnehmen?*

Es kann sich in diesem Beitrag lediglich um eine Annäherung an die sehr komplexe Thematik handeln. Der Schwerpunkt liegt dabei auf einer eher allgemeinen theoretischen Auseinandersetzung mit der Sozialen Arbeit als Profession im Sektor Gesundheit und nicht darauf, einzelne soziale Probleme und deren Besonderheiten zu untersuchen. Entsprechend wird stärker die gesellschaftliche Ebene (z. B. die gesellschaftlichen Strukturen und Gruppen) betrachtet und Gestaltungsorte sowie Aushandlungspraxen im Gesundheitssektor in einen professionstheoretischen Zusammenhang gestellt. Letztlich geht es um die Frage, inwieweit diese Gestaltungsorte und Aushandlungspraxen vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Problemdeutungen und -zuschreibungen wahrzunehmen sind.

Nach definierenden Erläuterungen „Sozialer Probleme“ folgen Ausführungen zu den beiden theoretischen Perspektiven der objektivistischen und konstruktivistischen soziologischen Strömungen, die im Laufe der Zeit nicht mehr bloß gegenübergestellt, sondern inzwischen auch kombiniert werden. Anhand des sogenannten Kokonmodells, das eine Kombination der beiden unterschiedlichen theoretischen Ansätze darstellt, werden die Entstehung und die Bearbeitung(sversuche) sozialer Probleme veranschaulicht. Darauf aufbauend wird anschließend der gesellschaftliche Umgang mit sozialen Problemen analysiert. Es wird die Rolle der Sozialen Arbeit in der gesellschaftlichen Transformation sozialer Probleme zu vier ausgewählten Zeitpunkten innerhalb des Prozesses beschrieben. Im Fazit werden die eruierten Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit und ihre Rolle zusammengefasst und für den Sektor Gesundheit fruchtbar gemacht.

## Einführung

### „Soziale Probleme“ als Alltagsbegriff

Unter einem Problem wird allgemein „die Wahrnehmung einer Diskrepanz zwischen einem angestrebten Ziel oder Wert, dem Soll-Zustand, und der tatsächlichen Situation, dem Ist-Zustand“ (Groenemeyer 2018: 1492) verstanden. In diesem Sinne könnte sich der Begriff „Soziales Problem“ auf eine solche Diskrepanz im Bereich des sozialen Lebens beziehen (Hondrich 1975b: 16). Er ist durch/in Diskussionen (Groenemeyer 2018), politischen Kontexten (z. B. Reden) und Medien (Groenemeyer 2012: 17) umgangssprachlich geworden (Groenemeyer 2018: 1492) und hat dabei kein klares Profil (Groenemeyer 2012: 17). Als Alltagsbegriff dient er als Zusammenfassung verschiedener, mit ihm assoziierter sozialer Phänomene, Bedingungen oder Verhaltensweisen (Groenemeyer 2018: 1492, 1496): z. B. Armut, sexueller Missbrauch, Ausgrenzungen aufgrund von Beeinträchtigungen (siehe z. B. Groenemeyer 2018: 1492; Bendel 2020: 179; Schilling/Klus 2022: 128; Kessler 2015: 293; Landhäußer 2015: 287; Staub-Bernasconi 2018: 199f.). Diese Phänomene werden „in irgendeiner Weise als Störung, Missstand, Krise, Leiden, Schaden und Ungerechtigkeit o. ä. wahrgenommen“ (Groenemeyer 2012: 17).

Zur Verdeutlichung: Naidoo und Wills stellen heraus, dass Laienkonzepte von Gesundheit und Krankheit in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Schichtzugehörigkeit entstehen. Krankheit und Gesundheit unterliegen also subjektiven Bewertungen, die jedoch insgesamt häufig alltagslogische Vorstellungen von Kontrolle und Freiheit enthalten, etwa wenn wir versuchen, z. B. Alkoholgenüsse zu disziplinieren, indem wir das gesundheitsbewusste Konsumieren und das bewusste Inkaufnehmen von Risiken balancieren (Naidoo/Wills 2019: 43f.).

### Soziologische Definitionsversuche von „Sozialen Problemen“

Bis heute existieren trotz intensiver wissenschaftlicher Auseinandersetzung mit der Thematik (Groenemeyer 2012: 27) weder eine einheitliche Definition noch eine einheitliche Theorie zu sozialen Problemen (ebd.: 17; Albrecht et al. 1999: 9; Merton 1975: 113). Das heißt, es „ist [weiterhin] völlig unklar, was ein soziales Problem ist“ (Groenemeyer 2012: 17). Stattdessen werden sehr verschiedene Vorstellungen und Fragestellungen mit sozialen Problemen in Verbindung gebracht und damit ein breites Spektrum unterschiedlicher Problemlagen als „Soziale Probleme“ benannt (ebd.). Bei der Suche nach Definitionen ergeben sich in unterschiedlichen Zusammenhängen aufgrund unterschiedlicher Schwerpunktsetzungen verschiedene Definitionen, die auf die konkreten Kontexte und Theorien abgestimmt und in diesen verständlich sind (ebd.: 27). Ein Grund für die Vielzahl an Definitionen resp. Definitionsversuche liegt wahrscheinlich darin, dass in der Soziologie gewöhnlicherweise

„zentrale Konzepte und Begrifflichkeiten ihre Bedeutung wandeln“ (ebd.: 17) und so auch im Themenbereich „Soziale Probleme“ Wandlungsprozesse stattgefunden haben und auch weiterhin stattfinden (ebd.). In soziologischen Kontexten wird mit „Sozialen Problemen“ somit kein konkretes soziales Phänomen betitelt, sondern Bezug auf „eine analytische Klasse oder Kategorie unterschiedlicher Phänomene [genommen], die zum Gegenstand der Analyse gemacht werden soll“ (Groenemeyer 2012: 18). Bei einem „Sozialen Problem“ handelt es sich daher vielmehr um „ein theoretisches Konstrukt der Soziologie“ (ebd.). Wenn soziale Probleme nicht in Bezug auf deren Gemeinsamkeiten untersucht werden (ebd., 26), wird der Begriff „Soziale Probleme“ zum „plakative[n] Sammelbegriff [H. i. O.]“ (ebd.).

### **Abgrenzung „Sozialer Probleme“ von individuell privaten Problemen**

In Abgrenzung zu anderen Problemlagen (wie z. B. nicht menschlich verursachten Naturkatastrophen) lassen sich soziale Probleme auf soziale Ursachen zurückführen (Groenemeyer 2012; Schetsche 1996: 4). Da diese sozialen Ursachen somit außerhalb individueller Handlungskompetenzen liegen (Kessl 2015: 293), „werden soziale Probleme als kollektiv interpretiert und über ihre Thematisierung eine kollektive Verantwortung bzw. eine politische oder gesellschaftliche Veränderung angemahnt“ (Groenemeyer 2018: 1492).

Anders als bei sozialen Problemen werden individuell-privaten Problemen „keine sozialen Ursachen zugeschrieben“ (Groenemeyer 2012: 26). Im Umkehrschluss wird also impliziert, dass diese im Rahmen der individuellen Handlungskompetenzen zu bearbeiten sind und somit keine kollektive Verantwortung und Zuständigkeit für die Bearbeitung gegeben ist (Groenemeyer 2018: 1492, 1502). Obwohl individuell-private Probleme oft unweigerlich in gesellschaftliche Strukturen eingebunden sind (ebd.: 1502f.), besteht anders als bei ihrer Interpretation als *soziale Probleme* kein Appell zur gesellschaftlichen Veränderung (ebd.: 1492).

Die Grenze zwischen individuell-privaten und sozialen Problemen kann „außerordentlich variabel“ (ebd.) sein: Einerseits kann ein individuell-privates auch zum sozialen Problem werden, wenn gesellschaftliche Strukturen dafür mitverantwortlich gemacht werden und/oder es zu einem öffentlichen Thema wird (ebd.: 1502f.). Aufgrund bestimmter Faktoren (z. B. institutionalisierter Werte) können öffentliche und politische Problem diskurse allerdings erschwert werden, sodass nicht jedes individuell-private Problem automatisch zu einem öffentlichen Thema gemacht werden kann (ebd.: 1503). Andererseits kann sich ein soziales Problem trotz vergleichsweise starker Eingebundenheit in gesellschaftliche Strukturen auch auf individuelle Weise bei Betroffenen zeigen und so zu einem individuell-privaten Problem werden. Insofern haben auch soziale Probleme individuelle Komponenten inne. Sozialepidemiologische Befunde legen klar den Zusammenhang

zwischen Morbidität und Schichtzugehörigkeit, also zwischen sozialen Problemen und privaten Problemen, offen. So geht Elke Kobbert bspw. auf den Zusammenhang zwischen ökonomischer Situation und Morbidität hinsichtlich der psychischen Gesundheit ein. Sie erläutert, dass „Männer aus der Unterschicht 2-mal häufiger und Frauen aus der Unterschicht 1,6-mal häufiger an einer Depression, als Männer und Frauen aus der Oberschicht“ leiden. Auch hinsichtlich der Mortalität zeigt sie auf, dass die Lebenserwartung von Männern der Armutsrisikogruppe bei 70 Jahren und die der Männer aus hoher Einkommensgruppe bei 81 Jahren liegt (Kobbert 2012: 176). Schichtspezifische Belastungen sind prekäre Arbeitsbedingungen, materielle Unterversorgung, schlechtere Wohnlage sowie sozial-emotionale Instabilität.

## **Aufgaben der Sozialen Arbeit in Bezug auf soziale Probleme**

Soziale Arbeit hat als „Oberziel die Vermeidung bzw. Minderung sozialer Probleme“ (Schilling/Klus 2022: 175). Daraus leiten sich die beiden Aufgabenbereiche (A) Prävention und (B) Problembearbeitung ab.

**(A) Prävention:** Die Soziale Arbeit versucht durch frühes und rechtzeitiges Eingreifen im Sinne ihres Präventionsgedankens, der Entstehung von sozialen Problemen vorzubeugen (Wendt 2021: 176; Schoneville 2015: 311). Der Zeitpunkt für ein Eingreifen der Sozialen Arbeit lässt sich jedoch nicht konkret und eindeutig vorhersagen, vielmehr handelt es sich dabei um ein Abschätzen und Abwägen mit dem Grundsatz, dass „weder zu früh, noch zu spät [Hilfe] gegeben werden [darf]“ (Mennemann/Dummann 2020: 52). Abhängig vom Zeitpunkt des Eingreifens Sozialer Arbeit (Wendt 2021: 176) lassen sich verschiedene Formen der Prävention unterscheiden (Mennemann/Dummann 2020: 52), die nicht nur als Vermeidung der Neuentstehung sozialer Probleme, sondern auch als „Auffangen“ bereits existierender sozialer Probleme zu verstehen sind (Schoneville 2015: 311). Dadurch ist der Übergang zum zweiten Aufgabenbereich – der Problembearbeitung – fließend. Dennoch eher vorsorgend, also prophylaktisch, stellen sich Arbeitsansätze gesundheitsfördernder Sozialer Arbeit in Abgrenzung zu metaphylaktischen, also eher bewältigenden Funktionsbestimmungen dar, wenn indiziert ist, verschärfenden gesundheitlichen Problemen vorzubeugen (Wattendorf 2007: 214ff.). In diesem Sinne können, mit Blick auf die multifaktorielle Genese, Verhaltens- und Verhältnisprävention unterschieden werden. Damit wird Soziale Arbeit zu einer frühen Akteurin auf kommunaler Ebene bis hin zur Bundesebene in Institutionen wie Schulen, Beratungsstellen, Krankenhäusern, Krankenkassen, Gesundheitsämter oder der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), um Gesundheitsförderung sowie Primärprävention (Verringerung der Erkrankungswahrscheinlichkeit) und Sekundärprävention (Frühtherapie im Sinne von Check-ups und Vorsorgeuntersu-

chungen) auf individueller sowie organisationaler und gemeinwesenmäßiger Ebene zu betreiben (Franzkowiak 2006).

**(B) Problembearbeitung:** Wenn trotz präventiver Bemühungen der Sozialen Arbeit (Schilling/Klus 2022: 241) sich soziale Probleme nicht (im ausreichenden Maße) abmildern lassen oder neue entstanden sind, kann sie versuchen, „auf institutionell geregelte Art und Weise Probleme [...] zu bearbeiten“ (Bendel 2020: 17). Innerhalb interaktiver Prozesse zwischen den Fachkräften der Profession Soziale Arbeit und der (problembetroffenen) Klientel wird anhand der festgelegten abstrakten Problemkategorien bei den Menschen zunächst eine Problembetroffenheit von einem bestimmten sozialen Problem festgestellt (Groenemeyer 2018: 1505). In diesem Zuge werden – verkürzt dargestellt – Menschen zu „Problembetroffenen“ (ebd.: 1504ff.).

Soziale Probleme primär im Rahmen der Einzelfallhilfe zu bearbeiten und zugleich ihrer Aufgabe als Vermittlung zwischen Individuen und Gesellschaft nachzukommen, stellt für die Soziale Arbeit jedoch eine Schwierigkeit dar (Menemann/Dummann 2020: 52), denn es birgt das Risiko, soziale Probleme zu individualisieren (Galuske 2015: 209f.). Daher geht Soziale Arbeit bei einem sozialen Problem nicht nur einzelfallbezogen, sondern besonders auch im Rahmen sozialräumlicher Arbeit strukturell vor. Im Sinne Franzkowiaks können hier gesundheitsbezogene Tertiärprävention (z. B. Koordination kurativer Maßnahmen, welche Verschlimmerungen und (auch soziale) Funktionsverluste verhindern sowie Leistungsfähigkeit erhalten sollen) und quartäre Prävention (d. h. im Sinne von Monitoring die Verhinderung von „Übertherapisierung“, was insbesondere das individuell Benötigte vor das Versorgungsmögliche stellt) unterschieden werden (Franzkowiak 2006). Als ein explizites Handlungskonzept gilt hier das Case Management.

## **Verhältnis von (Sozial-)Politik und Sozialer Arbeit**

Die Frage, inwieweit politische Anteile im Selbstverständnis Sozialer Arbeit enthalten sind, ist bis heute umstritten (Merten 2001: 9f.): Während manche davon ausgehen, dass die Soziale Arbeit nicht über ein politisches Mandat verfüge (Schilling/Klus 2022: 229), oder dieses sogar strikt ablehnen (Staub-Bernasconi 2019: 85), meinen andere, dass Soziale Arbeit (als Menschenrechtsprofession) „durch ihr eigenes professionelles Mandat politikfähig [wird]“ (Schilling/Klus 2022: 161). Trotz dieser unterschiedlichen Sichtweisen ist zumindest von einem wechselseitigen Verhältnis zwischen Sozialer Arbeit und (Sozial-)Politik auszugehen: Beide sollen zur

„Vermeidung von sozialen Konflikten“ (ebd.: 225) und somit auch zur Bearbeitung sozialer Probleme als deren gemeinsame Aufgabe beitragen (ebd.).

Die Wechselseitigkeit von Sozialer Arbeit und Politik besteht darin, dass die Rahmenbedingungen (u. a. Aufgaben, Qualität, Möglichkeiten und Legitimation) Sozialer Arbeit durch die (Sozial-)Politik resp. in politischen Prozessen (mit-)bestimmt werden (ebd.: 225, 230) und Soziale Arbeit auf bestimmte Themen aufmerksam wird und damit den Anstoß für politische Auseinandersetzungen und mögliche (gesellschaftliche) Veränderungen geben kann. In diesem Sinne ist Soziale Arbeit von politischen Prozessen, aber auch daran anknüpfenden ökonomischen Bedingungen und (machtvollen) gesellschaftlichen Einflüssen (ebd.: 230) in ihren Möglichkeiten und Grenzen bis zu einem gewissen Grad abhängig (Böhnisch/Schröer 2012: 9; Galuske 2015: 209) – allerdings kann die Soziale Arbeit auch bis zu einem gewissen Grad ihre Rahmenbedingungen, bspw. durch beratende Tätigkeit in politischen Ausschüssen, selbst beeinflussen, möglicherweise indirekt sogar mitbestimmen (Mennemann/Dummann 2020: 38).

Soziale Arbeit hat demzufolge die Möglichkeit, aktiv Einfluss auf die Politik zu nehmen, was nach Staub-Bernasconi in direktem Zusammenhang mit dem professionellen Mandat steht (Schilling/Klus 2022: 161, 231). Wenn sich Soziale Arbeit nicht (im ausreichenden Maß) (sozial-)politisch für ihre Klientel und auch für sich selbst (als Profession) einsetzt (Mennemann/Dummann 2020: 48) und sozialpolitischen Fragen nachgeht, besteht für sie das Risiko, von der (Sozial-)Politik instrumentalisiert zu werden, und für ihre Klientel das Risiko, oftmals eine noch größere Schwächung und Verunsicherung als bereits zuvor zu erfahren (Böhnisch/Schröer 2012: 12). Es handelt sich für die Soziale Arbeit also nicht um eine *Möglichkeit* zur politischen Einflussnahme (Schilling/Klus 2022; 231), sondern vielmehr um eine *Forderung*, sich an (sozial-)politischen Prozessen (bspw. zur Meinungs-/Beschlussbildung) zu beteiligen (Mennemann/Dummann 2020: 48). So formulierte Staub-Bernasconi bereits 1995 acht „Schlüsselqualifikationen“ (Staub-Bernasconi 1995: 175), zu denen sie neben Ressourcenerschließung und Bewusstseinsbildung auch die „öffentliche Diskussion bestimmter Sachverhalte [...], die zu einer massiven Benachteiligung der AdressatInnen führen“, zählt (Wattendorf 2007: 251). Politische Arbeit findet strategisch als eine Interessenvertretung statt und steht auch vor der großen Aufgabe, sich gegen mächtige Interessengruppen, z. B. bei der Lebensmittelkennzeichnung, durchzusetzen.

### *Zwei theoretische Perspektiven auf soziale Probleme*

Um der Frage nachzugehen, „wie soziale Probleme in die Welt kommen“ (Schetsche 1996: 3), und/oder Aspekte wie z. B. die Auftretenshäufigkeit, Entstehung, Stabilisierung, Lösung, Kontrolle oder „Verlaufsgeschichte“ eines sozialen Problems (Stallberg/Springer 1983a: 24f.) zu untersuchen, wurden unterschiedliche theoretische

Perspektiven/Ansätze entwickelt. Zwei dieser theoretischen Perspektiven sind die „objektivistischen“ und „konstruktivistischen“ Ansätze (Groenemeyer 2018: 1496f.). Im Wesentlichen geht es dabei um die Fragestellung, ob soziale Probleme real existieren oder ob (nur) soziale Phänomene existieren, die problematisch erscheinen und daraufhin eventuell als „soziale Probleme“ definiert werden (Staub-Bernasconi 2018: 199).

## **Objektivistische Ansätze**

Mithilfe objektivistischer Ansätze, die vor allem in den 1930er- bis 1960er-Jahren aufkamen (Schetsche 2014: 18), werden (objektive) Ursachen, Verläufe, Verbreitung, Betroffenengruppen und die Bearbeitung sozialer Probleme auf Basis von gesellschaftlichen Strukturen und Entwicklungen in den Blick genommen (Groenemeyer 2012: 26; Groenemeyer 2018: 1496f.; Staub-Bernasconi 2018: 199; Blumer 1975: 102f.).

Dabei werden soziale Probleme oftmals mit der klassischen Definition von Merton in Verbindung gebracht (Groenemeyer 2018: 1496), nach der sie eine „wesentliche [...] Diskrepanz zwischen sozial akzeptierten Standards und tatsächlich vorherrschenden sozialen Bedingungen“ (Merton 1975: 114) darstellen und anhand von fünf Bestandteilen auszumachen sind (Schetsche 1996: 3ff.; Merton 1975: 113). Soziale Probleme lassen sich dabei auf die (objektive und einheitliche) Ursache „Störungen der gesellschaftlichen Entwicklungen und sozialen Ordnung“ (Groenemeyer 2018: 1496) zurückführen (Hondrich 1975a: 95), die u. a. Leiden und Schädliches hervorrufen (Groenemeyer 2018: 1496; Blumer 1975: 102) und aus denen sich sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene verschiedene Reaktionen und ungleich verteilte Betroffenheiten (Groenemeyer 2018: 1499; Groenemeyer 2012: 29) ergeben.

Bei der Analyse von sozialen Problemen im Rahmen objektivistischer Ansätze sind außerdem zwei weitere Aspekte bedeutsam (Groenemeyer 2018: 1498f.): Zum einen haben soziale Probleme nicht nur negative Funktionen, anders als z. B. das Wort „Schaden“ zunächst impliziert, sondern sie können auch positive Funktionen erfüllen, die für gesellschaftliche Gruppen/Teilsysteme einzeln zu betrachten und bewerten sind (ebd.:1499). Zum anderen wird an die Analyse der Anspruch gestellt, dass soziale Probleme nicht auf Basis von Wertentscheidungen der (betroffenen) gesellschaftlichen Organisationen, sondern unabhängig davon diese als dysfunktionale Muster erkannt und bestimmt werden können (ebd.). Hierzu können verschiedene gesellschaftstheoretische Ansätze (Groenemeyer 2012: 29) „zur Bestimmung sozialer Probleme als gesellschaftliche Schadenskategorie oder Störung“ (Groenemeyer 2018: 1499) herangezogen werden, wie z. B. der Ansatz der sozialen Desorganisation, der sogenannte Strukturfunktionalismus, dem auch die voran-

gestellte Definition von Merton zuzuordnen ist, das Anomiekonzept und der Ansatz der Sozialpathologie (ebd.: 1497f.; Staub-Bernasconi 2018: 198).

Das Besondere der soziologischen Analyse mit diesen (objektivistischen) Ansätze ist es, „problematische gesellschaftliche Bedingungen oder Verhaltensweisen auch unabhängig von gesellschaftlichen oder politischen Thematisierungskonjunkturen zu identifizieren“ (Gronemeyer 2012: 58), also die objektive Beschaffenheit eines sozialen Problems zu analysieren (Blumer 1975: 103). Insofern stellt der Begriff „Soziale Probleme“ „eine wissenschaftlich analysier- und messbare“ (Groenemeyer 2018: 1496) Kategorie für Schäden oder Störungen dar (Groenemeyer 2012: 29).

Diese Störungen und somit auch soziale Probleme sollen prinzipiell vermieden werden (Groenemeyer 2018: 1496). Sofern sie bereits eingetreten sind, sollen für sie (technische) Lösungen entwickelt werden (ebd.: 1499), indem (in erster Linie) politische Maßnahmen bei der sozialen Realität ansetzen, um diese zu verändern (ebd.: 1496). Hierdurch zeichnet sich bei diesem Ansatz eine Nähe zu „Fragen der Politik, Kontrolle und Bearbeitung sozialer Probleme“ ab (ebd.). In ihrer Darstellung der Determinanten zur Verteilung der Todesursache von Herzerkrankungen zeigen Naidoo & Wills Unterschiede auf (56ff.). Danach sterben Frauen mit 43,3 % deutlich häufiger als Männer (35,7 %) an Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In diesem Zusammenhang gelten die genetischen Faktoren jedoch als weitgehend unveränderbar und der Einfluss der medizinischen Interventionen als eher gering. Damit soll deutlich gemacht werden, dass die Gesundheitsförderung, auch durch die Soziale Arbeit, die größten Wirkungskräfte, also Einflussmöglichkeiten auf Morbidität und Mortalität auf den Ebenen sozialer Gliederung (etwa Schicht, Geschlecht, Alter), der physischen und sozialen Umwelt (z. B. Zugang zu Gesundheitsdiensten, Wohnumfeld) und der Lebensführung (bspw. Ernährung, Bewegung, Rauchen), besitzt. Aus der angeführten Erhebung bestätigen die beiden Gesundheitswissenschaftlerinnen grundsätzlich einen Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozioökonomischem Status als Chancenungleichheit, etwa bei der Arbeit und dem Zugang zu Gesundheitsdiensten. Stichwort Arbeit: Sie ist zentrale Wirkgröße von Gesundheitsförderung, da sie Einkommenshöhe, Tagesabläufe sowie Selbstwertgefühle bestimmt. So zeigen die Autorinnen auf, dass etwa

„die soziale Hierarchie ein wichtiger Einflussfaktor für die Gesundheit ist und dass, je niedriger Individuen in dem Hierarchiegefüge angesiedelt sind, sie desto mehr aufgrund ihres niedrigen Status an Erkrankungen und vorzeitigem Tod leiden. Der Einfluss der sozialen Stellung auf die Gesundheit ist dabei vergleichsweise größer als der von Risikofaktoren, wie z. B. dem Rauchen“ (Naidoo/Wills 2019: 68).

Somit hat Soziale Arbeit einen Zugang zu objektiven Gesundheitsbedingungen.

## Konstruktivistische Ansätze

Anders als bei objektivistischen Ansätzen werden bei konstruktivistisch orientierten Ansätzen die Bedingungen und Prozesse der (öffentlichen) Thematisierung und Problematisierung sowie dazugehörige gesellschaftliche Aktivitäten (Groenemeyer 2018: 1497; Schetsche 1996: 11), durch welche Phänomene zu sogenannten „Public Issues“ (Groenemeyer 2018: 1497) werden, betrachtet. Soziale Probleme können mittels konstruktivistischer Ansätze mit den Definitionen von Spector und Kitsuse sowie Schetsche assoziiert werden (Schetsche 2018: 1497): Spector und Kitsuse bezeichnen die „Aktivitäten von Gruppen, die – ausgehend von unterstellten Bedingungen – Unzufriedenheit artikulieren und Ansprüche geltend machen“ (Spector/Kitsuse 1973; 1977 zit. n. Groenemeyer 2018: 1497) als „Soziale Probleme“. In der Definition von Schetsche wird hingegen weniger auf die gesellschaftlichen Aktivitäten, sondern vielmehr auf die Wahrnehmungen resp. Interpretationen von „Problematischem“ abgezielt (Groenemeyer 2018: 1497): „Ein soziales Problem ist [...] alles, was von kollektiven Akteuren, der Öffentlichkeit oder dem Wohlfahrtsstaat als solches angesehen und bezeichnet wird [H. i. O.]“ (Schetsche 1996: 2). Danach sind gesellschaftliche Strukturen und Prozesse an sich nicht allein problematisch, sondern ihnen wird durch Definitions- und Konstruktionsprozesse innerhalb der Gesellschaft das „Problematischsein“ resp. ein problematisches Wesen zugeschrieben (Staub-Bernasconi 2018: 198f.). Dieses wird kollektiv innerhalb eines politischen und gesellschaftlichen Raumes durch Interpretationen und Deutungsmuster kollektiver Akteur\*innen – weiter gefasst durch gesellschaftliche Diskurse und kollektives Handeln – immer wieder aktiv hergestellt, sodass stets soziale Probleme konstruiert werden (Groenemeyer 2018: 1493, 1497, 1500ff.; Hondrich 1975a: 94).

Soziale Probleme sind dabei nicht nur als „*Ergebnis* [Herv. d. V.] diskursiver Prozesse in einer Gesellschaft“ (Schetsche 2014: 15) aufzufassen, sondern sie bilden sich überhaupt erst durch Problematisierungsaktivitäten, sogenannte „claims making activities“ (Groenemeyer 2018: 1502), heraus, existieren und verändern sich also schon währenddessen und bestehen über diese weiterhin fort (ebd.). Somit kann es dabei „[e]ine „richtige“ Definition sozialer Phänomene als soziales Problem [...] nicht geben“ (ebd.: 1501). Soziale Probleme werden deshalb „nicht als in ihrem Charakter oder Wesen feststehende Sachverhalte aufgefasst“ (Groenemeyer 2012: 67), sondern vielmehr als Phänomene angesehen, die hinsichtlich ihrer Betroffenengruppen und der „Art der Problemdefinitionen“ (ebd.) historisch und sozial bedingt werden (ebd.).

Bei der Analyse sozialer Probleme anhand konstruktivistischer Ansätze wird nach dem „Problematischerwerden sozialer Phänomene“ (Groenemeyer 2012: 26) gefragt: „Wodurch und in welcher Weise werden bestimmte gesellschaftliche Phä-

nomene oder Handlungsweisen zu sozialen Problemen ‚gemacht‘?“ (Groenemeyer 2018: 1500). Zur Beantwortung dieser Kernfrage werden die Art und Weise der problematischen Darstellung und Konstruktion bestimmter sozialer Phänomene in der Gesellschaft sowie deren Wahrnehmung als soziale Probleme innerhalb von öffentlichen Diskursen näher untersucht (Groenemeyer 2012: 24). Hierzu wird der analytische Blick darauf gerichtet, wie kollektive Akteur\*innen ein soziales Phänomen (unterschiedlich) interpretieren und dieses als „Soziales Problem“ definieren – letztlich sind „soziale Probleme“ demzufolge Zuschreibungen (Groenemeyer 2018: 1502) resp. „Definitionssache“ (Hondrich 1975b: 15).

Im Rahmen konstruktivistischer Ansätze kann für die Bestimmung sozialer Probleme nur das betrachtet werden, was in Situationen resp. Interaktionen zwischen Gesellschaftsmitgliedern für die Interpretation, Definition und Durchsetzung sozialer Probleme implizit oder explizit geäußert wird (Groenemeyer 2018: 1500), soziologisch identifizierbare soziale Bedingungen sind nicht maßgeblich (ebd.: 1501).

Soziologische Fragestellungen anhand konstruktivistischer Ansätze zielen folglich darauf ab, Bedingungen und Problematisierungsprozesse, durch die soziale Phänomene resp. Sachverhalte durch gesellschaftliche Einflüsse öffentlich zu sozialen Problemen gemacht werden, (möglichst) zu rekonstruieren (ebd.: 1500). Schaut man sich etwa die Einflüsse der Sozialpolitik auf Gesundheit an, werden sozialstaatliche und wirtschaftspolitische Aktivitäten, auch bereits auf regionaler Ebene, nicht nur sichtbar, sondern ebenso deren zugrunde liegenden parteipolitischen Standpunkte und Werte erahnbar (Naidoo/Wills 2019: 211ff.). Die Ausrichtung daran bestimmt die Formen der Gesundheitspolitik. So mögen etwa Überzeugungen erkennbar werden, wie Gesundheit – und damit auch deren Förderung – in Abhängigkeit von bestimmten kulturellen Werten oder wirtschaftlichen Interessen gedacht wird. Ein politischer Standpunkt entscheidet dann z. B. über den angenommenen Grad der Eigenverantwortung von Individuen, über die Stärke des staatlichen Eingriffs und über die Bedeutungsgebung von Wirtschaftlichkeit bei der Umsetzung von Maßnahmen. So konstatieren die Gesundheitswissenschaftlerinnen:

„Vertreterinnen und Vertreter einer eher politisch konservativen Grundhaltung betonen das Selbstbestimmungsrecht des einzelnen Menschen und haben eine Antipathie gegenüber staatlichen Eingriffen, die nicht nur seine Freiheit einschränken, sondern auch die freie Marktwirtschaft behindern. Soziale Ungleichheiten werden nicht nur als unvermeidlich angesehen, sondern zugleich auch als nützlich, indem sie die Menschen stimulieren, diese zu überwinden und damit zu mehr Innovation und Produktivität führen.“ (ebd.)

## Das Kokonmodell als ausgewählter Kombinationsversuch beider theoretischen Perspektiven

Schetsche schlägt das sogenannte „Kokonmodell sozialer Probleme“ zur Beschreibung der Entstehungsprozesse eines sozialen Problems vor, in dem er Grundzüge beider Strömungen miteinander zu kombinieren versucht (Schetsche 1996: 12).<sup>1</sup>

Dieser Prozess der „Problemwerdung“ resp. die Problemkarriere beginnt damit, dass ein Sachverhalt (à *eher objektivistische Ansätze*), der innerhalb einer Gesellschaft möglicherweise noch gar nicht, oder in einer anderen Form wahrgenommen wurde, bereits bekannt oder neu konstatiert ist, von einem der kollektiven Akteur:innen als Problem gedeutet wird (à *eher konstruktivistische Ansätze*) (Schetsche 1996: 12; Schetsche 2014: 43). Ein solches Deutungsmuster lässt „diesen Sachverhalt wegen des Verstoßes gegen die von der Gesellschaft postulierten Werte als problematisch erscheinen“ (Schetsche 2014: 43). Darauf kann zunächst eine öffentliche Problemwahrnehmung und dann auch eine Anerkennung durch sozialstaatliche Instanzen folgen, die wiederum Maßnahmen zur Problembearbeitung initiieren können (ebd.) (à *eher konstruktivistische Ansätze*).

Wenn ein sozialer Sachverhalt auf diese Weise problematisiert wird, nimmt die Öffentlichkeit diesen nicht mehr als solchen (ebd.: 44), „sondern nur das mittels des erfolgreichen Problemmusters verbreitete Wissen über ihn“ (ebd.) wahr, und es werden nur (noch) die Zuschreibungen und die (eigene) Logik der jeweiligen Problemdeutung betrachtet (ebd.). Das bedeutet also, dass jedes Deutungsmuster einen (konkreten) Sachverhalt „mit einer Art ideellem Gespinst“ (ebd.) umgibt. Zur Veranschaulichung wird die Metapher „Kokon“ eingesetzt, mit der verdeutlicht werden soll, „welche spezifische Rolle *kollektive Wissensbestände* [Herv. i. O.] nach diesem Verständnis für die *Wahrnehmung* [Herv. d. V.] sozialer Probleme spielen“ (ebd.). Insofern handelt es sich dabei genauer um einen „*Wahrnehmungskokon* [H. i. O.]“ (ebd.). Abhängig von dem Ausmaß, in dem sich kollektive Akteur\*innen diskursiv auseinandersetzen, verdichtet sich dieser Kokon (Schetsche 1996: 12): Je länger der Zeitraum der anhaltenden öffentlichen Debatten über ein bestimmtes soziales Problem und je intensiver der Problemdiskurs ist, desto stärker verdichten sich die Fäden des Kokons, der dadurch – auch mit Blick auf eine Analyse – zunehmend schwieriger zu durchdringen resp. undurchdringlich wird (Schetsche 2014: 44).

Kollektive Akteur\*innen richten ihr Denken und Handeln also nicht mehr an dem Sachverhalt (Schetsche 1996: 12), „sondern an der zu einem *Wahrnehmungskokon* [H. i. O.] verdichteten Problemwahrnehmung, in welcher der Sachverhalt gleichsam eingesponnen ist“ (Schetsche 2014: 44), aus. Diese Problemwahrneh-

---

1 Die Grundzüge des Kokonmodells werden verkürzt dargestellt. Für eine umfangreichere Beschreibung und Darstellung ist z. B. auf die verwendeten Werke von Schetsche (1996, 2014) hinzuweisen.

mung breitet sich mittels der Massenmedien sowohl in der Gesellschaft als auch bei wohlfahrtsstaatlichen Instanzen aus (Schetsche 1996: 13). Da erst durch die öffentliche Anerkennung der Problemwahrnehmung der Status „Soziales Problem“ eintritt, verwenden die kollektiven Akteur\*innen bis zu diesem (Zeit-)Punkt jedoch unterschiedliche Diskursstrategien, um für ihre (jeweilige) Deutung zu mobilisieren, diese möglichst durchzusetzen und abzusichern (ebd.). Hat sich eine *Deutung als Problem* durchgesetzt, „entsteht – durch die alltägliche ideelle und faktische Reproduktion der Problemwahrnehmung – aus dem Wahrnehmungskokon schließlich eine Kokonrealität“ (ebd.). Dabei gilt:

„Je stärker ein Problemmuster seine ‚Konkurrenten‘ aus dem öffentlichen Diskurs und den Köpfen der Menschen verdrängt, desto unsichtbarer wird der **soziale Sachverhalt** [H. i. O.] selbst für die Akteure und die Individuen“ (ebd.:18f.).

Diese Prozesse bilden somit eine (Trans-)Formation von einem sozialen Sachverhalt hin zu einer (Kokon-)Realität „Soziales Problem“ ab, die durch die Gesellschaft resp. gesellschaftliche Einflüsse erwirkt und verändert wird (*à gesellschaftliche Transformation sozialer Probleme*).<sup>2</sup> In der Gesundheitswissenschaft sind entsprechend die Pole Gesund oder Krank „sozial strukturierte subjektive Wirklichkeiten“ (Naidoo/Wills 2019: 35). Gesund zu sein, wird von den Menschen in ihrem Alltag in Kommunikationsprozessen konstruiert. So bewertet möglicherweise ein Arzt die Bedeutung von Symptomen anders als seine Patientin, die sich gesund fühlen kann, obwohl dieser Krankheitszeichen erkennt. Die Vorstellungen der Krankenkassen zur Gesundheit spiegeln auch deren Wertungen wider, die ebenso auf eine spezifische Grundposition zurückgeführt werden können („*Wir zahlen in diesen Fällen keine Hepatitis-Impfung.*“). Diese bestimmen also maßgeblich, welche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung getroffen werden. Doch auch das politische Umfeld, also die Parteien mit ihrem

„System eng miteinander verbundener Ideen und Konzepte, die die wirtschaftlichen Interessen und kulturellen Werte einer bestimmten gesellschaftlichen Gruppe widerspiegeln und entsprechend fördern“ (ebd.: 211),

nehmen mit ihrer Problemwahrnehmung wiederum Einfluss, und es ist nachvollziehbar, dass sich diese verschiedenen Kokonrealitäten gegenseitig bedingen und

---

2 Schetsche weist nach einer Bilanzierung verschiedener Feinheiten seines Kokonmodells, die an dieser Stelle nicht näher thematisiert werden können, darauf hin, dass sein Modell keinen Integrationsversuch verschiedener theoretischer Ansätze darstellt (Schetsche 2014: 47), sondern es sich aus seiner Sicht um eine „*wissenssoziologische Reformulierung der klassischen konstruktivistischen Problemtheorie* [H. i. O.]“ (ebd.) handelt.

gleichzeitig darum ringen, den Umgang mit ihnen zu bestimmen. Beispielhaft können auch die sozialraumbezogenen regionalen Ansätze der Gesundheitsförderung, etwa der Gesundheitsregionen, angeführt werden, mittels derer Kommunen versuchen, gesundheitlichen Herausforderungen, unter den Bedingungen angeblich begrenzter Mittel sowie notwendiger nachhaltiger Sozialraumgestaltung, eine hohe Lebensqualität für die Bürger\*innen sicherzustellen, damit gleichzeitig auch die Attraktivität ihrer Region zu sichern und schließlich auch die Verantwortung zu teilen. Mit dem synergetischen Ziel, möglichst viele Einrichtungen an präventiver gesundheitlicher Arbeit aktiv zu beteiligen, entsteht damit eine zunehmende Verlagerung von public health auf sehr verschiedene regionale Akteur\*innen, was auch die Bürger\*innen zu zentralen Playern macht (ebd.: 216ff.).

## **Gesellschaftlicher Umgang mit problematisch erscheinenden sozialen Phänomenen und sozialen Problemen**

### **Transformationsprozess sozialer Phänomene zu sozialen Problemen und die besondere Bedeutung gesellschaftlicher Reaktionen**

Die Transformation eines problematisch erscheinenden sozialen Phänomens hin zu einem sozialen Problem wird unterschiedlich stark durch gesellschaftliche Einflüsse erwirkt. Nachfolgend werden acht Komponenten des Transformationsprozesses beschrieben:

1. **Wahrnehmung:** Zunächst wird ein soziales Phänomen, das sich auf individueller und/oder gesellschaftlicher Ebene als „problematisch“ abzeichnet (Thiersch 2015: 201), subjektiv wahrgenommen (Hondrich 1975b: 16).
2. **Aufmerksamkeit:** Die (individuelle) Wahrnehmung eines solchen Phänomens allein reicht jedoch nicht für die Transformation zu einem „Sozialen Problem“ aus, sondern bedarf es hierzu Aufmerksamkeit und eine Reaktion (Schetsche 1996: 18), z.B. in Form einer Versprachlichung und Verschriftlichung der Wahrnehmungen, um diese für mögliche anschließende (soziologische) Untersuchungen überprüfbar werden zu lassen (Staub-Bernasconi 2018: 200). Die auftretende Frage, *wie viel* Aufmerksamkeit die Gesellschaft einem problematisch erscheinenden sozialen Phänomen zukommen lässt (lassen kann), beeinflusst dabei den weiteren Transformationsprozess und die gesellschaftlichen Reaktionen.
3. **„Weichenstellung“:** Abhängig vom Ausmaß, in dem die Gesellschaft ihre Aufmerksamkeit auf ein problematisch erscheinendes soziales Phänomen richtet, kann dieses unter bestimmten individuellen und gesellschaftlichen Bedingungen (Staub-Bernasconi 2018: 195) entweder „unbeachtet bleiben oder thema-

tisiert werden“ (ebd.). Es wird nicht vom Individuum allein, sondern in kollektiven Prozessen darüber „entschieden“, ob ein bestimmtes problematisch erscheinendes soziales Phänomen (nicht) als ein „Soziales Problem“ zu sehen ist (Hondrich 1975a: 94). Insofern ist dieser Prozessschritt mit einer „**Weichenstellung**“ zu vergleichen, bei dem zwischen den beiden möglichen Umgangsweisen (A) „**Nicht-Beachtung**“ oder (B) „**Thematisierung**“ eines problematisch erscheinenden sozialen Phänomens „entschieden“ wird.<sup>3</sup>

(3 A) „**Nicht-Beachtung**“: Sofern ein solches Phänomen von und in der Gesellschaft keine Aufmerksamkeit erhält, scheint dies *zunächst* das Ende einer möglichen „Problemkarriere“ (Schetsche 1996: 12) im Sinne der konstruktivistischen Ansätze zu bedeuten. Es besteht aber die Möglichkeit, dass das Phänomen zu einem späteren Zeitpunkt wieder resp. ausreichend gesellschaftliche Aufmerksamkeit erfährt und thematisiert wird (Groenemeyer 2018: 1492), sodass dessen Transformationsprozess bei (3 B) „Thematisierung“ fortgesetzt werden kann.

(3 B) „**Thematisierung**“: Sofern ein solches, soziales Phänomen von und in der Gesellschaft (ausreichend) Aufmerksamkeit erhält, kann die Idee aufkommen, dieses als „soziales Problem“ zu definieren (Staub-Bernasconi 2018: 199). Der so eintretende kollektive Definitionsprozess prägt die „Entstehung“ eines sozialen Problems und auch dessen (Weiter-)Entwicklung von Beginn an maßgeblich (Schetsche 1975: 106). In modernen Gesellschaften werden bspw. soziale Ungleichheiten „mehr als je zuvor problematisiert“ (Bendel 2020: 181). Problematisierungen sind zunächst Beschreibungen, mit denen ein „Anlassproblem“ formuliert wird (Staub-Bernasconi 2018: 211). Diese können „von verschiedener Seite erfolgen“ (ebd.), z. B. von hilfeschuchenden (Problem-)Betroffenen selbst, Personen aus deren sozialen Umfeld, gesellschaftlichen Akteur\*innen oder auch (öffentlichen) Träger\*innen und verschiedenen Professionen (ebd.). Dabei können Problematisierungen verschiedener Akteur\*innen übereinstimmen (Staub-Bernasconi 2018: 211), sich aber auch – bedingt durch u. a. unterschiedliche Betroffenheiten (Groenemeyer 2012: 29), Auswirkungen einer potenziellen Problembearbeitung, Deutungsmuster und Weltbilder (ebd.; ders. 2018: 1499ff.) – stark unterscheiden (Staub-Bernasconi 2018; 211), sodass bei Letzterem ein „demokratischer Verständigungs- oder Aushandlungsprozess einzuleiten“ (ebd.) ist.

4. **Mobilisierung**: Um in diesem Prozess ihre Interessen und Problemdeutungen möglichst öffentlich durchzusetzen (Kessl 2015: 293; Groenemeyer 2018: 1503; Groenemeyer 2012: 32f.) und eine möglichst große Unterstützung bei

---

3 Inwiefern diese Wahl bzw. die Entscheidung für oder gegen die Kategorisierung als „soziales Problem“ von der Gesellschaft bewusst oder gar absichtlich getroffen wird, scheint eine andere Frage zu sein (siehe bspw. Groenemeyer 2012: 31f.; Staub-Bernasconi 2018: 199).

der Ausrichtung auf ein Ziel und die anzustrebenden Veränderungen zu erhalten (Groenemeyer 2018: 1501, 1503), setzen kollektive Akteur\*innen „verschiedene Ressourcen (Macht Geld, Aufmerksamkeit)“ (Groenemeyer 2012: 31) und auch (Diskurs-)Strategien ein, indem sie bspw. die Problemdeutungen resp. Problematisierungen affektiv aufladen (Kessl 2015: 293). Dadurch dass soziale Phänomene Unbehagen und Leid verursachen oder dieses zumindest über sie behauptet wird (Groenemeyer 2012: 32), werden sie bereits mit „einer moralischen Entrüstung, Empörung oder einem Gefühl der Ungerechtigkeit“ (ebd.) in Verbindung gebracht. Im Zuge von Problematisierungs- und Mobilisierungsaktivitäten (ebd.: 24; Groenemeyer 2018: 1502) werden diese affektiven Anteile sozialer Probleme (durch die kollektiven Akteur\*innen) über eine „Dramatisierung, Moralisierung, Skandalisierung und Produktion von Mythen“ (Groenemeyer 2018: 1503) aktiviert (ebd.).

Zusätzlich zur Aktivierung von affektiven Anteilen sozialer Probleme hängt die Durchsetzung einer Problemdeutung auch von kulturellen Mustern und Werten einer Gesellschaft ab (Groenemeyer 2012: 33). Für eine erfolgreiche Mobilisierung und ein „möglichst weitreichendes Verständnis“ (Groenemeyer 2018: 1501) erscheinen „möglichst weitgehend geteilte Werte und Weltbilder“ (ebd.) notwendig.

- 5. Vorstellung von Veränderbarkeit:** Verschiedene Problemdeutungen und Mobilisierungsaktivitäten unterschiedlicher kollektiver Akteur\*innen beinhalten implizit die „Vorstellung, dass die [zugrundeliegende, als problematisch wahrgenommene] Situation nicht so sein muss, sondern auch anders sein könnte“ (Groenemeyer 2012: 33). Diese „Vorstellung einer **gesellschaftlichen Veränderbarkeit** [Herv. d. V.]“ (ebd.: 34) dieser Situation sollte in der Gesellschaft verbreitet sein, um diese als „Soziales Problem“ von individuell privaten Problemlagen, aber auch von „einem fatalistischen Glauben an die Vorbestimmtheit des Schicksal [sic!]“ (Schetsche 1996: 6) oder an höhere Mächte (wie z. B. Gott/Götter) (ebd.) sowie von Ereignissen der Natur (Groenemeyer 2012: 34) abzugrenzen, bei denen eine Veränderungsmöglichkeit durch gesellschaftliche Handlungen nicht gegeben ist (ebd.).

Bei „Sozialen Problemen“ glauben Menschen hingegen daran, dass sie gegen diese etwas unternehmen können (Merton 1975: 125), sie also auch (gesellschaftliche) Möglichkeiten zur Veränderung sozialer Probleme besitzen (Merton 1975: 125). Eine Problembearbeitung, -reduzierung oder die vollkommene Eliminierung des sozialen Problems müssen dabei für die Gesellschaft „möglich erscheinen“ (ebd.).

- 6. Problembearbeitung:** Die Tatsache, dass versucht wird, soziale Probleme zu bearbeiten, setzt die **Annahme** voraus, dass **diese veränderbar sind**: Soziale Probleme müssen demzufolge mit und in ihrer (möglichen) Veränderbarkeit ge-

sehen werden; „sie sind *veränderlich* [H. i. O.]“ (Hondrich 1975b: 16). Durch das Anstreben einer Problembearbeitung/Problemlinderung resp. seine Eliminierung (Merton 1975: 125) wird das soziale Problem gesellschaftlich (**weitergehend**) **transformiert**:

„Solange es keine bearbeitende Stelle gibt, bleiben Problematisierungen [nämlich] vage, umstritten und können als nicht wirklich existent angesehen werden, zumindest sind sie gesellschaftlich kaum relevant.“ (Groenemeyer 2012: 35)

Für die Bearbeitung eines konkreten sozialen Problems werden daher nach der Durchsetzung einer konkreten Problemdefinition „Einrichtungen, Maßnahmen und Interventionen“ (Groenemeyer 2018: 1493) festgelegt und dieses so schließlich institutionalisiert. Dazu werden entsprechende (rechtliche und administrative) Problemkategorien und Zuständigkeiten bestimmt und (z. B. in Gesetzbüchern und Diagnosemanuals) dokumentiert, auf die dann bspw. Anspruchsberechtigungen, die Legitimation von Eingriffen und Kontrollen, Zugangsmöglichkeiten zu Ressourcen und im weiteren Sinne auch (professionelle) Umgangsweisen mit (problembetroffenen) Menschen zurückgehen (Groenemeyer 2012: 35).

Bei der „alltägliche[n] Problemarbeit des ‚doing social problems‘“ (ebd.: 81) werden die Problemkategorien dann durch Fachkräfte sowohl auf Personen als auch auf Situationen übertragen, sodass aus den zunächst allgemein formulierten Kategorien konkrete, entsprechend den institutionellen Vorgaben zu bearbeitende Fälle hervorgehen (ebd.: 35). Trotz dieser Vorgaben können sowohl individuelle als auch kollektivierte Versuche der Problembearbeitungen/-lösungen wenig erfolgreich sein resp. sogar scheitern (Staub-Bernasconi 2018: 210f.). Demzufolge sind soziale Probleme anscheinend also

„nicht unbedingt dazu da, gelöst zu werden, und politische Maßnahmen können durchaus andere Funktionen erfüllen oder Ziele verfolgen, als ihre Programmatik in Bezug auf die Bearbeitung sozialer Probleme angibt“ (Groenemeyer 2012: 35).

Dies wirft Fragen auf, wie dann ggf. weitergehend mit ihnen gesellschaftlich umgegangen wird resp. werden kann.

7. **Entproblematisierung**: Soziale Probleme können zwar bearbeitet werden, aber sie werden „eher selten“ (ders. 2018: 1492) gelöst. Stattdessen können soziale Probleme – umgekehrt zur Problematisierung eines als problematisch erscheinenden sozialen Phänomens hin zu einem sozialen Problem (Transformation) – auch wieder zu sozialen Phänomenen „entproblematisiert“ werden

(weitere Transformation) – so impliziert es die Vorstellung nach konstruktivistischen Ansätzen (ebd.: 1494). Die Entproblematisierung ist dabei über zwei Wege denkbar: Zum einen kann das „Soziale Problem“ resp. die als problematisch erachtete Verhaltensweise (ebd.) „zu einem allgemein tolerierten Bestandteil von Lebensstilen werden (z. B. Homosexualität)“ (ebd.), zum anderen können bestimmte (problembetroffene resp. -gefährdete) Gruppen durch politische und kulturelle Unterdrückungsmechanismen „an der Problematisierung ihrer Lebensbedingungen gehindert werden“ (ebd.), indem deren Problemlagen oftmals individualisiert und privatisiert (ebd.), aber nicht mehr zu öffentlich (weitergehend) zu bearbeitenden sozialen Problemen gemacht werden (Kessl 2015: 293) (*à Frage der gesellschaftlichen Aufmerksamkeit*).

**Erläuterndes Beispiel zu den sieben Komponenten:** Das subjektive Bild der Welt lässt kein reales Abbild der Wirklichkeit erkennen. Beispielsweise beginnt Gesundheitsförderung im Setting „Betrieb“ beim subjektiven Wohlbefinden der Mitarbeitenden, denn Arbeit hat zwar grundsätzlich einen positiven Einfluss auf Gesundheit, so Naidoo und Wills (2019: 441), d. h. Einrichtungen z. B. des Sozialwesens können die Gesundheit ihrer Beschäftigten positiv beeinflussen, sie sind darüber hinaus aber auch ein Ort der organisierten Gesundheitsförderung. Doch gleichzeitig nehmen Mitarbeitende arbeitsbedingte Schädigungen ebenso subjektiv wahr, sie leiden an Erkrankungen, von denen sie annehmen können, dass sie durch ihre Arbeit verursacht sind, dazu zählen solche des Bewegungsapparates, Stress, Depression oder Angstzustände (**1 Wahrnehmung**). Die gefühlte Belastung in sozialen Berufen lässt sich auch quantifizieren. Die Zahl der Krankheitstage bei den Beschäftigten in diesem Sektor liegt bei ca. elf Tagen jährlich (vier Tage pro Jahr bei allen Erwerbstätigen). Praktizierter Arbeitsschutz, betriebliche Gesundheitsförderung und betriebliches Gesundheitsmanagement sind Ausdruck der Erkenntnis, dass Gesundheit als ein betriebliches Ziel zu gelten hat. So wird veröffentlicht, dass sich etwa durch betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) höhere Arbeitszufriedenheit, bessere Produktivität und Innovationsoffenheit sowie die Abnahme der Krankentage erreichen ließen (ebd.: 442) (**2 Aufmerksamkeit**). Seit vielen Jahren stellt die Bundesregierung jährlich ihre Erhebung zur Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz zur Verfügung. Auch die Arbeitsbedingungen der Mitarbeitenden im sozialen Sektor, ihre Berufskrankheiten und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen werden erfasst. Einen zentralen Überblick gibt das „Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung“ (DNBGF) auf der Webseite <http://www.dnbgf.de>. Das Thema Stress am Arbeitsplatz findet seine Thematisierung u. a. in der Stressstudie der Techniker-Krankenkasse „Entspann Dich, Deutschland – TK Stressstudie 2021“ (<http://www.tk.de>) auf der Grundlage einer bundesweiten Umfrage bei über 1.000 Menschen, wonach Stress am Arbeitsplatz insbesondere durch Arbeitsverdichtung,

mangelnde Anerkennung, zu geringe Handlungsspielräume und fehlende Teamakzeptanz gekennzeichnet ist. Doch über die Konsequenzen und Verantwortlichkeiten bei den Arbeitnehmer\*innen und Arbeitgeber\*innen, der Gesetzgebung, den medizinischen Diensten und anderen Akteur\*innen wird diskutiert (**3 Weichenstellung**). Zur Erläuterung: Ein ganzheitlicher gesundheitsfördernder Ansatz schließt nicht nur Verhaltensänderungen der Mitarbeitenden, sondern auch die Veränderung der Betriebsorganisation, z. B. im Personalmanagement ein. Der INQA-Check des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (<http://www.inqa.de>) leitet z. B. Betriebe an, sämtliche Kriterien betrieblicher Gesundheitsförderung in den Blick zu nehmen. Diese „Initiative Neue Qualität der Arbeit“ eröffnet etwa den Blick auf gesündere Unternehmensstrategien und Arbeitsumfelder (**4 Mobilisierung**). Erträge wirksamer betrieblicher Gesundheitsförderung für die Betriebe sehen Naidoo und Wills in einer Senkung des Krankenstandes, einer Verringerung von Schadensersatzforderungen und einem theoretischen return of invest von 6:1 (Naidoo und Wills 2019: 460) (**5 Vorstellung von Veränderbarkeit**). Dennoch konstatieren die Gesundheitswissenschaftlerinnen, dass der Zusammenhang zwischen Gesundheit/Krankheit und Arbeitsumfeld stark vernachlässigt werde. Sie führen dazu politische Gründe der Tabuisierung an und ebenso, dass es an genügenden, nachweisbaren Effekten dieser Maßnahmen fehle (**6 Problembearbeitung**). Denn dann würden auch notwendige Mittel vonseiten der Arbeitgeber\*innen nicht bereitgestellt, wenn die Effekte nicht sichtbar würden (ebd.: 448). Obwohl die Fachkräfte im sozialen Bereich zu den Berufsgruppen mit dem größten arbeitsbedingten Stress zählen und ihre Berufskrankheiten nach BKV erfasst sind, beklagen die Autorinnen, dass die zugrunde liegenden Ursachen der Belastungen verdeckt blieben (ebd.: 449). Schlussfolgend können Einrichtungen des Sozialwesens zwar als Setting zur Förderung der Gesundheit der Beschäftigten beitragen. Ihre Maßnahmen stehen im Bündnis mit den Mitarbeitenden, Diensten und Beratungsstellen, Medien, staatlichen und kirchlichen Akteur\*innen den beruflichen Belastungen der Beschäftigten gegenüber (Rövekamp-Wattendorf 2020: 210). Die Verknüpfung ihrer Lösungsansätze als Maßnahmenbündel mag Mitarbeiter\*innen zur Gesunderhaltung befähigen, organisationale Problemlösungsfähigkeiten steigern, humanere Gestaltungsprozesse fördern, gesündere Umgangsformen mit widersprüchlichen Normen und Werten erarbeiten lassen, und primäre und sekundäre Prävention lassen das Augenmerk auf den Schutz von Gesundheit und des sozialen Wohlbefindens der Fachkräfte statt auf die Vermeidung ihrer Erkrankungen richten (Prophylaxeeffekt). Doch ob von den gesellschaftlichen Akteur\*innen Evaluationsstudien, welche die Wirksamkeit ganzheitlicher Gesundheitsförderung nachweisen, genutzt werden, bleibt für die Zukunft noch offen (**7 Entproblematierung**).

## 8. Mögliche gesellschaftliche Reaktionen auf soziale Probleme (und Problembetroffene):

*(I) Verdrängung und „Individualisierung“ sozialer Problemlagen:* Durch (politische) Unterdrückungsmechanismen (Groenemeyer 2018: 1494) kann dazu beigetragen werden, dass es manche sozialen Problemlagen angeblich „nicht mehr geben könne“ (Staub-Bernasconi 2018: 199). Deren Existenz kann geleugnet (Merton 1975: 122) und tabuisiert (Staub-Bernasconi 2018: 199) resp. verschwiegen (Höblich 2015: 90) und die mit ihnen verbundene Schädlichkeit (Stallberg/Springer 1983b: 13) „ohne weiteres ignoriert, verdrängt, unter Kontrolle gehalten oder gar den Betroffenen selbst angelastet werden“ (ebd.: 3). Auf diese Weise werden gesellschaftliche Problemlagen individualisiert und privatisiert (Groenemeyer 2018: 1494) und so die Gesellschaft „von Diskursen über Gerechtigkeit“ (Urban-Stahl 2015: 291) entlastet. Die Ausgliederungstheorie lässt etwa im Suchtverhalten arbeitsloser Menschen einen mglw. unfreiwillig erlebten Verlust sozialer Bezugssysteme als Grund ihrer Handlungen erkennen. Das Gefühl von Leistungsfähigkeit und Teilhabe gehen aufgrund der Arbeitslosigkeit zurück. Solche unbewältigbar erscheinenden Situationen mögen für Betroffene den Griff zum Suchtmittel begünstigen. Rollen- und Funktionsverlusten aufgrund von arbeitsbedingten Ausgliederungsprozessen aktiv entgegenzuwirken, überfordert jedoch, wenn notwendige integrative Maßnahmen sozial nicht mitverantwortet werden (Backes/Clemens 2013).

*(II) Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitsumlenkung:* Mit Bezug zum „Grad der öffentlichen Aufmerksamkeit“ (Merton 1975: 122) für ein bestimmtes Thema ist es möglich, dass bestimmte Themen mithilfe der (Massen-)Medien in den Hintergrund gerückt resp. dort absichtlich nicht thematisiert werden, um ein anderes Thema in ein besseres Licht stellen zu können (Staub-Bernasconi 2018: 199). Auf diese Weise kann ein Thema (zeitweise) zum „Blickpunkt öffentlicher Aufmerksamkeit“ (Merton 1975: 122) (intentional gemacht) werden, wenn es im Vergleich zu anderen gesellschaftlichen Problemlagen „als weit größer und weit folgenreicher angesehen“ (ebd.) wird. Naidoo und Wills spüren verschiedenen Strategien massenmedialer Kampagnen nach. Die Schaffung eines öffentlichen Klimas für gesunde Ernährung und damit die Erreichung von gesundheitlichen Verhaltensänderungen und gesunden Lebensweisen stehen jedoch möglicherweise im Konflikt mit Interessengruppen wie etwa der Tabakindustrie oder der Nahrungsmittelindustrie. Diese Interessendifferenzen begrenzen hingegen wiederum die Wirksamkeit von Gesundheitsförderung (Naidoo/Wills 2019: 126).

*(III) Stigmatisierung:* Soziale Problemlagen können auch mit Stigmatisierungen einhergehen, die von der Gesellschaft geteilt werden (Staub-Bernasconi 2018: 199). Es ist anzunehmen, dass Stigmatisierung in einem besonderen Ausmaß gegeben ist, wenn sich mehrere soziale Problemlagen häufen resp. überlagern – z. B. in sogenannten „sozialen Brennpunkten“, also Wohngebieten mit einer hohen Problemdichte (z. B. hohe Armuts- und Arbeitslosenquoten) (Landhäußer 2015: 286). Außerdem wird davon ausgegangen, dass gesellschaftliche Vorurteile statistische Erhebungen zu den einzelnen sozialen Problemen beeinflussen resp. verzerren können (Merton 1975: 114; Schetsche 1996: 4). Normabweichungen z. B. durch körperliche, psychische, soziale Merkmale führen nach Erving Goffman zu einer Stigmatisierung Betroffener durch Gruppen oder Organisationen mit der entlastenden Wirkung für die Letztgenannten, die Stigmatisierten zum Symbol für Andersartigkeit zu machen und ihnen moralische Schuld für gesellschaftliche Entwicklungen zu geben, bspw. arbeitslosen Menschen für eine sozialgesetzliche Kostenexplosion, statt die prädisponierenden strukturellen Bedingungen zu thematisieren. Auch berufsbedingte Krankheiten können zum Ausgang sozialer Stigmatisierung werden, etwa bei Depressionen (Goffman 1968; Rövekamp-Wattendorf 2020: 33).

*(IV) Ausgrenzung und Marginalisierung problembetroffener Gesellschaftsmitglieder:* Die Betroffenheit von einem sozialen Problem kann auch dazu führen, dass die problembetroffenen Gesellschaftsmitglieder gesellschaftlich ausgegrenzt werden. Dies stellt somit eine Erscheinungsform unterschiedlicher sozialer Probleme (z. B. von illegalem Drogenkonsum) dar (Stallberg/Springer 1983b: 16) und kann zu einer sozialen Marginalisierung von gesellschaftlichen Gruppen führen (Groenemeyer 2018: 1494). Howard Beckers Etikettierungsansatz erklärt diesen Reaktionsprozess: Fremdbildliche Zuschreibungen führen etwa Menschen mit Suchterkrankungen früher oder später zur Identifizierung mit diesen negativen Erwartungen (Fremdbildern) und im Zuge dessen zur Übernahme dieser in das Selbstbild im Sinne der selbsterfüllenden Prophezeiung. Drogenkonsum wird damit jedoch zu einer sozial unerwünschten persönlichen Schwäche, und Betroffene entsprechen damit dem Fremdbild. So werden sozial unerwünschte, „deviante“ Eigenschaften konstruiert, um damit ungelöste oder unlösbar erscheinende soziale Konflikte auf diese abzuwälzen (Peters 2002; Hohmeier 1978).

Diese vier exemplarisch ausgewählten gesellschaftlichen Reaktionen können sich wiederum auf die Aufmerksamkeit auswirken, die die Gesellschaft auf ein soziales Problem richtet: Zum einen ist ein **plötzliches** Auftreten sozialer Probleme in Diskursen sowie eine intensive Auseinandersetzung mit diesen in den Massenmedien in

Form von Diskussionen und Skandalisierungen, aber auch deren wissenschaftliche Untersuchung und politische Problembearbeitung möglich (ebd.: 1492). Zum anderen können – konträr dazu – soziale Probleme aber auch plötzlich an „Aufmerksamkeit [verlieren] und werden ‚vergessen‘, neu bewertet oder in ihrem Charakter uminterpretiert, eher selten werden sie sogar gelöst“ (ebd.). Durch Uminterpretationen, Problembearbeitung(sversuche) und gesellschaftliche Reaktionen kann das (anfängliche) problematisch erscheinende soziale Phänomen möglicherweise anders von der Gesellschaft wahrgenommen werden, sodass ihm daraufhin auch ein anderer Grad an Aufmerksamkeit zukommen und der weitere Prozess anders durchlaufen werden kann.

Die gesellschaftliche Transformation sozialer Probleme geht offensichtlich in beide Richtungen: vom sozialen Phänomen zum sozialen Problem (Problematisierung) und auch vom sozialen Problem zum sozialen Phänomen (Entproblematisierung). Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, dass sich ein Kreislauf im Sinne einer „diskursive[n] Zirkulation“ (Schetsche 1996: 2) einstellt.

Nun ist jedoch auffällig, dass „zu bestimmten Zeiten in bestimmten Gesellschaften bestimmte Tatbestände **regelmäßig** [Herv. d. V.] als Probleme ‚auftauchen‘“ (Hondrich 1975a: 95). Es gibt demzufolge also soziale Phänomene, die wiederkehrend von der Gesellschaft zu „Sozialen Problemen“ gemacht werden (ebd.). Dies erscheint vor allem mit Bezug zur Annahme konstruktivistischer Ansätze, dass Problemdeutungen der kollektiven Akteur\*innen prinzipiell beliebig formuliert werden können (ebd.), überraschend und erklärungsbedürftig. Es liegt die Vermutung nahe, dass hinter sozialen Phänomenen/Problemen – entgegen der Annahme konstruktivistischer Ansätze – doch (auch) „angebbare ‚objektive‘ Bedingungen stehen [müssen] – ein problemerkärender Faktor ‚objektivistischer‘ Art“ (ebd.). An dieser Stelle zeigt sich eine (geringe) Schnittmenge der beiden theoretischen Perspektiven (ebd.).

Im Endeffekt scheinen für die Gesellschaft soziale Probleme in vielerlei Hinsicht (z. B. Ansprüche, Rechtsnormen, materielle und symbolische Wirkungen auf Menschen) (Schetsche 1996: 11) (handlungs-)relevant zu sein. Sie sind dabei „weitgehend unabhängig von der Frage [...], ob es sich um ‚objektive‘ Probleme im Sinne Mertons oder ‚nur‘ um Ergebnisse erfolgreicher Skandalisierungskampagnen im Sinne von Kitsuse/Spector handelt“ (ebd.). Aus gesellschaftlicher Perspektive tritt die Frage, ob und inwiefern eine gesellschaftliche Problemdefinition auf objektive gesellschaftsstrukturelle Gegebenheiten zurückgeht oder auch nicht (ebd.), daher tendenziell in den Hintergrund, weil das soziale Problem eine eigene und veränderliche (Kokon-)Realität entwickelt (ebd.: 11, 13), die es zu betrachten gilt.

## **Die Rolle der Sozialen Arbeit in der gesellschaftlichen Transformation sozialer Probleme**

„Soziale Probleme – wann kommt Soziale Arbeit ins Spiel?“ (Staub-Bernasconi 2018: 210) – diese Frage ist nach den bisherigen Ausführungen noch offen. Zu deren Beantwortung wird nachfolgend die Rolle der Sozialen Arbeit innerhalb gesellschaftlicher Transformationsprozesse in Anlehnung an das Kokonmodell näher betrachtet.

Aufgrund der Annahme, dass sich die Rolle der Sozialen Arbeit abhängig von dem betrachteten Zeitpunkt im Transformationsprozess unterscheiden kann, wird die Rolle zu ausgewählten Zeitpunkten untersucht: (1) stark verdichteter Kokon mit bereits politisch anerkannter Problemdefinition, (2) sich verdichtender Kokon, (3) sich entwickelnder Kokon und (4) Anzeichen für die Entwicklung eines Kokons.

### **(1) Ein stark verdichteter Kokon mit bereits politisch anerkannter Problemdefinition**

Soziale Arbeit kann durch politische Prozesse den Auftrag erhalten, soziale Probleme zu lösen, wenn die gesellschaftlichen Thematisierungs- und Definitionsprozesse bereits weit fortgeschritten sind (Schilling/Klus 2022: 231) und – im Bild der Metapher – der Kokon bereits stark verdichtet ist.

Der Transformationsprozess sozialer Probleme kann dabei schon so weit vorangetrieben worden sein, dass längst eine Problemdeutung politisch anerkannt, also entsprechende Problemkategorien (in z. B. Diagnosemanualen, Gesetzen) eingeführt sowie Maßnahmen und Interventionen entwickelt wurden (Groenemeyer 2018: 1504). Soziale Arbeit kann über politische Verfahren frühzeitig oder auch später, wenn bisherige Bearbeitungsversuche fehlgeschlagen sind oder zumindest nicht den erwünschten Erfolg erzielen konnten (Bendel 2020: 17), ihre Zuständigkeit für die Problembearbeitung erhalten (Staub-Bernasconi 2018: 210f.). Sie legt dabei - ebenso wie andere problembearbeitende Institutionen (z. B. Arbeitsagenturen, Medizin, Polizei) – ihrem Handeln zunächst „ganz selbstverständlich“ (Groenemeyer 2017: 798) die durch gesellschaftliche Einflüsse geprägten, politisch festgelegten Problemkategorien zugrunde, um so „Fälle“ zu konstituieren (ebd.: 797f.), und ist „in diesem Sinne am Problematisierungsprozess im Alltag beteiligt“ (ebd.: 798). Unter der (vereinfachenden) Annahme, dass Personen, bei denen von außen anhand dieser Problemkategorien eine Problembetroffenheit festgestellt werden kann, auch hilfsbedürftig sind, „verstärkt“ sich auch die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit für die Bearbeitung sozialer Probleme (Groenemeyer 2018: 1504). Sie tritt somit als eine von mehreren (kollektiven und auch bearbeitenden) Akteur\*innen innerhalb des Transformationsprozesses auf, bei dem durch die Be-

arbeitungsversuche (beiläufig) die (gesellschaftlichen) Wahrnehmungen des sozialen Problems verändert werden (Schetsche 1996: 18) und sich dieses auch auf die Thematisierung (Groenemeyer 2018: 1504) und gesellschaftlichen Reaktionen auswirkt.

Wenn Soziale Arbeit bei der Bearbeitung sozialer Probleme allerdings die Problemkategorien wie eine Selbstverständlichkeit verwendet (ebd.: 2017: 797f.), also anscheinend auf kritisches Hinterfragen (und das Einbringen ihrer eigenen Fachlichkeit) „verzichtet“, lässt sie sich in Bezug auf die Problemdefinitionen von der Gesellschaft und auch (Sozial-)Politik abhängig machen resp. instrumentalisieren (Mennemann/Dummann 2020: 52; Staub-Bernasconi 2018: 196; Staub-Bernasconi 2019: 86). In dieser Hinsicht kann sie ihren eigenen Anspruch als Profession und auch das Tripelmandat (insbesondere ihr professionelles Mandat) nicht zufriedenstellend erfüllen (Staub-Bernasconi 2019: 86).

Diese Nachlässigkeit ist mit Risiken verbunden: Wenn Soziale Arbeit fraglos und instrumentalisiert nach den gesellschaftlichen und politischen Vorgaben handelt (ebd.), kann das zur Folge haben, dass sie als bearbeitende Stelle „einen Rahmen für Erwartungen und Interpretationen von Betroffenheit“ (Groenemeyer 2018: 1504) setzt und bestimmte Normalitätsvorstellungen der Bearbeitung zugrunde gelegt resp. durch diese angestrebt werden (ebd.). Bearbeitungsversuche der Sozialen Arbeit können insofern auch „Normalisierungsversuche“ darstellen, bei denen es im Sinne einer „Wiederherstellung oder Aufrechterhaltung von Normalzuständen“ (Galuske 2015: 209) darum geht, problembetroffene Individuen an die gesellschaftlichen Erwartungen anzupassen und ggf. diese aus deren Sicht „fremden“ Normalitätsvorstellungen zu unterwerfen (Wendt 2021: 177), denn auch die Sichtweisen problembetroffener Individuen können sich unterschiedlich stark von der öffentlich und politisch anerkannten Problemdefinition abheben (May 2005: 49).

Wenn die Bearbeitungsversuche Sozialer Arbeit gegen die Vorstellungen der problembetroffenen Individuen, „die Soziale Probleme als deren bittere Alltagsrealität erfahren“ (Staub-Bernasconi 2018: 200), ablaufen, kann dies als Enteignung und/oder Bevormundung empfunden werden. In diesem Fall kommt die Profession Soziale Arbeit dadurch, dass sie sich von den gesellschaftlichen Einflüssen hinsichtlich der Problemdefinition und entsprechenden -kategorien abhängig machen lässt, in erster Linie dem gesellschaftlichen Mandat nach und richtet ihr Handeln darauf aus. Weder die problembetroffenen Menschen noch ihre Fachlichkeit werden dabei angemessen berücksichtigt, das individuelle und das professionelle Mandat rücken somit in den Hintergrund (ebd.: 200ff.).

Staub-Bernasconi fordert entsprechend, dass Soziale Arbeit gerade nicht unhinterfragt und selbstverständlich gesellschaftlichen Problemdefinitionen und -kategorien folgt und diese verwendet (Groenemeyer 2017: 797f.), sondern sich

stattdessen „in den öffentlichen Problemdiskurs mit allerdings höchst ungewissem Ausgang einmischt“ (Staub-Bernasconi 2018: 202).

Soziale Arbeit sollte mit Blick auf ihren eigenen Anspruch als (unabhängige) Profession (Mennemann/Dummann 2020: 39) also nicht selbstverständlich die Problemkategorien, die durch die Thematisierungs- und Definitionsprozesse stark durch die Gesellschaft mindestens beeinflusst, ggf. sogar zu großen Teilen bestimmt wurden, anwenden und sich somit nicht mehr länger zur „untertänige[n] Handlangerin und Bearbeiterin ihr vorgegebener ‚Probleme‘“ (Bettinger 2008: 27) machen lassen, sondern reflektiert und kritisch vorgehen (IFSW, o. D., online).

Es ist allerdings unklar, ob Soziale Arbeit zu diesem vorangeschrittenen Zeitpunkt im Transformationsprozess mit möglichen Umdefinitionsversuchen noch öffentlichkeitswirksam die Masse der Gesellschaft mit einer anderen (fachlich begründeten) Problemdeutung erreichen und so die bereits anerkannte Problemdefinition und deren Kategorien noch verändern kann oder ob sie infolge der fremdbestimmten Vorgaben (z. B. durch politische, rechtliche und gesellschaftliche Einflüsse) (Mennemann/Dummann 2020: 58) (nur noch) eine reaktive resp. sogar nur ausführende Rolle mit scheinbar wenig eigeninitiierten Handlungsmöglichkeiten einnehmen kann.

Sie sollte sich deshalb bereits zu einem früheren Zeitpunkt in den Transformationsprozess resp. in die Entstehung eines Kokons (vor dessen Verdichtung) einbringen, um das Risiko der Bevormundung und Enteignung sowie der Etablierung unzutreffender Vorstellungen über soziale Probleme zu schmälern und einen eigenständigeren Standpunkt (als Profession) einnehmen zu können, mit dem ihr mehr Handlungsmöglichkeiten und mindestens eine „geringe Definitionsmacht“ (ebd.) zukommen kann. Die Organisationsform „Gesundheitsregion“ befindet sich im Aufschwung (Hildebrandt et al. 2021). Thematisierungs- und Definitionsprozesse um diesen neuen Ansatz werden bereits in dem damit verbundenen Diskurs insbesondere um quantifizierbare Problem- und Ergebniskategorien geführt, wie etwa der Senkung von Morbiditätsraten oder Versorgungskosten. Dieser Indikatorik kann eine sozialraumorientierte Soziale Arbeit aus ihrer eigenen Profession heraus jedoch etwas hinzustellen, um einen reduktionistischen Blick zu verhindern und den bereits verdichteten Kokon damit quasi zu erweitern. Denn seit jeher werden von ihr vielfältige Problemkategorien durch ihr sozialräumliches Denken und Agieren in einem kollektiven Prozess mit anderen Playern transformativ gewissermaßen gehoben (Rövekamp-Wattendorf/Heckes 2023). Deshalb ist ihr die transprofessionelle, konjunktive Kooperation (Bohnsack 2020) mit anderen Akteur\*innen als eine vernetzende Praxis, als ein emergenter Austauschprozess nicht fremd, sondern tatsächlich zu eigen. Sozialraumorientierung kann einen interdependenten Blick auf Gesellschaft, Region, Organisationen und Bürger\*innen als eigenen Beitrag, sozusagen als ihre spezifische Definitionsmacht in den Problemdiskurs einbringen.

Ebenso kann sie ihre Ressourcenorientierung in die Lösungsprozesse einbringen. Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit baut auf soziale und materielle Ressourcen der Menschen in einer Region auf, um deren Möglichkeiten der Selbsthilfe, der sozialen Unterstützung und ihrer Beteiligung zu fördern. Sozialarbeiter\*innen geht es um die sozialen Aspekte von Gesundheit, z. B. die Verbesserung von Wohnverhältnissen oder von Zugängen zu Gesundheitssystemen usw. Es kommt ihnen auf eine partizipative Arbeit als eine aktive Beteiligung an, die u. a. unmittelbar Ausgrenzungs- und Ohnmachtsgefühlen und struktureller Ungleichheit entgegenwirkt. Als gemeinwesenorientiertes Empowerment versteht Laverack einen Prozess,

„durch den die Menschen im Gemeinwesen mehr Kontrolle über die Entscheidungen in Ressourcen gewinnen, die ihr Leben beeinflussen, einschließlich der grundlegenden Determinanten der Gesundheit. Das Empowerment eines Gemeinwesens entwickelt sich vom Empowerment des Einzelnen über das der sozialen Gruppe bis hin zum Empowerment des gesamten Gemeinwesens, mit dem Ziel, soziale und politische Veränderungen herbeizuführen“ (Laverack 2010, zit. in Naidoo/Wills 2019: 343).

Die regionale Einbindung der Menschen als community-led gehört ebenso zu der Einstellung der Fachkräfte, auf Kompetenzen und Erfahrungen der Bürger\*innen zu bauen und sie mitwirken zu lassen. Die Anerkennung ihrer Erfahrungen setzt jedoch die Bereitschaft voraus, von ihnen lernen und Entscheidungen mit ihnen gemeinsam treffen zu wollen. Unter dem Stichwort „Soziale Gerechtigkeit“ versucht sozialraumorientierte Soziale Arbeit, u. a. die Förderung benachteiligter Gruppen durch eine Verbesserung ihrer Zugangschancen umzusetzen. Ein weiterer Aufgabenbereich ist der Aufbau von Netzwerken durch Kontaktherstellungen zwischen Bürger\*innen und Organisationen. Insgesamt wird eine zentrale notwendige Kompetenz deutlich, nämlich die Kommunikationsfähigkeit mit sehr unterschiedlichen Akteur\*innen. Arbeitshilfen dazu finden sich bei der BZgA (unter <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>). Naidoo und Wills stellen dieser Arbeit verschiedene positive Ergebnisse in Aussicht. Für den einzelnen Menschen in der Region sehen sie die Chance seiner wachsenden Gesundheitskompetenz und die Erfahrung sozialer Unterstützung, für den Sozialraum insgesamt den Ausbau von Zusammenhalt und damit langfristig bessere Lebensbedingungen sowie zivilgesellschaftliches Engagement und für die mitwirkenden Organisationen schließlich die Verbesserung des public-health (Naidoo/Wills 2019: 336). Abschließend nochmals auf den „stark verdichteten Kokon“ bezogen: Aus transprofessioneller Perspektive gilt es, die Vorstellung von klar abgegrenzten Thematisierungs- und Definitionsbereichen zurückzulassen und stattdessen das über Ausbildungs-, Wissen- und Fachsprachen hinausgehende Emergente ins Zentrum zu stellen, wozu auch das Erfahrungswissen von Bürger\*innen zählt, man könnte sagen, die Überschreitung von

Perspektivgrenzen. Dieser – der Sozialen Arbeit schon bekannte – Weitwinkel kann Wirkungen auf die beschriebenen konfliktfördernden Problematisierungsprozesse besitzen, was sich auch auf Status- und Positionsvorstellungen auswirken mag (Rövekamp-Wattendorf/Heckes 2023).

## **(2) Ein sich verdichtender Kokon**

Wenn der Kokon noch nicht stark verdichtet und bislang noch keine Problemdefinition politisch anerkannt ist, hat Soziale Arbeit voraussichtlich größere Chancen, durch entsprechende Bearbeitungsmaßnahmen sozialen Problemen entgegenzuwirken. Im Folgenden wird betrachtet, wie Soziale Arbeit (als Profession) diese Aufgabe möglicherweise angehen kann resp. unter Berücksichtigung ihres professionellen Mandates anzugehen hat. Dadurch soll eine (zu) starke Verdichtung des Kokons vermieden werden, die soziologische Untersuchungen und damit letztlich auch die Entwicklung von Bearbeitungsansätzen erheblich erschweren würde (Schetsche 2014: 44; Staub-Bernasconi 2018: 201).

Ausgangspunkt der Betrachtung ist also (zunächst), dass Soziale Arbeit einen von mehreren Kokons als ihren Gegenstand vorfindet, für dessen Bearbeitung sie zuständig ist (Staub-Bernasconi 2018: 195). Dabei wird die Veränderbarkeit sozialer Probleme nicht nur von der Gesellschaft, sondern auch von der Sozialen Arbeit vorausgesetzt, da ansonsten ihre Hinwendung zu sozialen Problemen und dazugehörige Bearbeitungsversuche (zur Abmilderung, Lösung und Verhinderung) (ebd.: 210) letztlich von vornherein als sinn- und nutzlos erscheinen würden.

Zur Bearbeitung eines sozialen Problems ist es für die Soziale Arbeit neben dieser Annahme notwendig (ebd.), die dazugehörigen „individuelle[n] und kollektivierte[n] Definitionsprozesse und Vorstellungen über deren Ursachen, über wünschbare Zustände und Interventionsoptionen“ (ebd.) zu kennen. Um den aktuellen Stand der Thematisierungs- und Definitionsprozesse zu erheben, kann Soziale Arbeit – um in der Metapher zu bleiben – zunächst die obersten Fäden (Umwicklungen) des Kokons, also Problemwahrnehmungen, -deutungen und -definitionen (à *konstruktivistische Ansätze*) betrachten und abwickeln. Auf diese Weise erhält sie aber noch längst kein umfangreiches Bild der vorangegangenen Prozesse und auch keine Angaben zum (wahrscheinlichen) Kern des Problems (à *objektivistische Ansätze*). Würde es die Soziale Arbeit an dieser Stelle belassen, bedeute dies, dass sie ihr Handeln auf die (oberflächlichen) gesellschaftlichen Problemdefinitionen kollektiver Akteur:innen (Fäden/Umwicklungen des Kokons) unhinterfragt abstimmt und sich somit auch von diesen abhängig macht. Da Soziale Arbeit jedoch aus ihrem Selbstverständnis heraus ihr Tripelmandat berücksichtigen und sich angesichts des sich zunehmend verdichtenden und somit immer weniger durchschaubaren Kokons auch der Gefahr bewusst sein sollte (ebd.: 201), dass man ohne ausreichendes Wis-

sen (zum Kern und zu den Fäden) „den ‚Kern‘, den realen Gehalt eines Sozialen Problems systematisch verfehlt“ (ebd.), bedarf es eines *frühzeitigen* Entwirrens aller Fäden. So bleibt der Kern „erreichbar“ und untersuchbar, was die Vermutung nahelegt, dass die Wahrscheinlichkeit des Verfehlens des Kerns (ebd.) geringer resp. die Erfolgschance der Problembearbeitung bei weniger stark verdichteten Kokons größer ist. Für eine möglichst erfolgreiche Problembearbeitung braucht es ein umfangreiches und geordnetes Bild über die entwirrten Fäden und den Kern eines sozialen Problems.

Es geht dabei auch um Prozesse der „Aufarbeitung“ und „Aufklärung“ auf der Suche nach dem (wahrscheinlichen) Kern des Problems (Schetsche 1996: 2). So soll sich schrittweise ein Gesamtbild aus Erkenntnissen sowohl konstruktivistischer als auch objektivistischer Ansätze zusammensetzen, um zunächst den Eigensinn des sozialen Problems erkennen und es daraufhin nicht nur „oberflächlich“, sondern tiefgehender und damit möglichst auch nachhaltiger bearbeiten zu können.

Das Entwirren des Kokons meint dabei, dass die Fäden, also die verschiedenen Sichtweisen resp. Problemdeutungen kollektiver Akteur\*innen, so sortiert werden, dass auch die verborgenen Fäden, die möglicherweise zu Beginn der Thematisierungs- und Definitionsprozesse um den Kern gewickelt wurden, offengelegt und *nebeneinander* betrachtet werden (May 2005: 49). In diesem Zuge werden Überlagerungen verschiedener Problemdeutungen (*unter- und übereinander* liegende Fäden) (Groenemeyer 2018: 1494) sichtbar, wodurch die Situation für die Soziale Arbeit aber auch komplexer wird: Zwischen verschiedenen Problemdeutungen resp. unterschiedlich mächtigen kollektiven Akteur\*innen sowie gesellschaftlichen und individuellen Interessen soll die Soziale Arbeit – mindestens in Anlehnung an ihr Doppelmandat – nun vermitteln resp. dieses bestmöglich versuchen (Menne-mann/Dummann 2020: 49) und daran anschließend möglichst gemeinsam sowohl mit den kollektiven Akteur\*innen als auch mit den problembetroffenen Menschen Bearbeitungsansätze entwickeln (DBSH o. D. a.; Staub-Bernasconi 2018: 210). Zusätzlich sollte sie im Sinne des Tripelmandates auch ihre Fachlichkeit und ggf. ihre eigenen Problemdeutungen einbringen.

Dabei stellt sich jedoch die Frage, wie sie die Fäden entwirren (Staub-Bernasconi 2018: 202) und zugleich als Akteurin ihre Fachlichkeit in diesen Prozess einbringen soll, wie sie also der Problemlage angemessen begegnen und diese steuern kann (Bullinger 2015: 293). An dieser Stelle zeigt sich klassischerweise das Spannungsfeld der Mandate, in dem sich Soziale Arbeit bewegt. Aber durch den Versuch des Entwirrens der Fäden kann Soziale Arbeit auch über Zuständigkeiten für die Problembearbeitung aufklären, da sich diese durch die jeweiligen Fäden (Problemdeutungen) unterschiedlich ergeben (Groenemeyer 2018: 1502).

Eine Schwierigkeit besteht darin, dass soziale Probleme fortlaufend durch die gesellschaftlichen Einflüsse transformiert werden, indem sich bspw. im Verständ-

nis konstruktivistischer Ansätze die Diskussionen um soziale Probleme verändern (Albrecht/Groenemeyer 2012: 9) und ggf. auch Versuche der Uminterpretation/-definition stattfinden (Staub-Bernasconi 2018: 207) – also möglicherweise neue Fäden oder bereits bekannte Fäden erneut um den Kern gelegt werden – und sich so Eigendynamiken fortsetzen, die trotz entsprechender Versuche wenig kontrollierbar erscheinen (Schetsche 1996: 8; Bendel 2020: 140). Dies setzt die Soziale Arbeit unter Handlungs- und Zeitdruck.

Da (Sozial-)Politik tendenziell „nur reaktiv und nicht sozial gestaltend wirken kann“ (Böhnisch/Schröer 2012: 13), kann auch Soziale Arbeit im strengen Sinne nicht sofort, sondern erst zeitversetzt, also nachdem sie durch politische Prozesse als zuständige Instanz bestimmt wurde und ggf. die Rahmenbedingungen entsprechend angepasst wurden, handeln. Insofern vollziehen sich die gesellschaftlichen Entwicklungen für eine (sozialarbeiterische) Problembearbeitung häufig zu schnell (Albrecht/Groenemeyer 2012: 9) und Soziale Arbeit kann erst zeitlich verzögert darauf reagieren und „hängt hinterher“. Demzufolge entwickelt, vergrößert und verdichtet sich der Kokon viel schneller als Soziale Arbeit die Fäden wieder „abnehmen“ und ordnen kann. Ihre Handlungsmöglichkeiten werden also – teilweise bedingt durch ihre politisch bestimmten Rahmenbedingungen – eingeschränkt (Mennemann/Dummann 2020: 38).

Sie steht somit vor der Herausforderung, immer wieder das „aufzuholen“, was die Gesellschaft zu sozialen Problemen macht und wie sie diese dann transformiert. Sie ist also in „Aufarbeitungsprozesse“ verwickelt, während soziale Probleme transformiert werden und die Gesellschaft darüberhinausgehend möglicherweise parallel ein anderes soziales Phänomen zum sozialen Problem macht resp. in der Zwischenzeit bereits gemacht hat. Dadurch entgehen ihr zeitgleich Möglichkeiten für eine präventive Ausrichtung (ebd.: 51) und ihr scheint eher eine reaktive (oder sogar zurückbleibende) Rolle zuzukommen (Schilling/Klus 2022: 175). In der Gesundheitsförderung spielt der Diversity-Ansatz eine zentrale Rolle. Grundsätzlich vermittelt dieser eine Sensibilität im Umgang mit gesellschaftlich heterogenen Dimensionen wie Alter, Geschlecht, Behinderung usw. Er ist deshalb geeignet, um „genauere Definitionen von Zielgruppen und eine stärkere Berücksichtigung deren Vielfalt“ zu ermöglichen oder einseitigen Problemwahrnehmungen, -deutungen und -definitionen entgegenzuwirken, statt mit Sozialer Arbeit nur eine begrenzte Klientel zu erreichen oder sich auf bestimmte Bearbeitungsansätze zu reduzieren (Naidoo/Wills 2019: 180). Er sensibilisiert Problembearbeitungen für verborgene oder in den Hintergrund gerückte Fäden des Kokons gesundheitlicher Bedingungen von Menschen und ist deshalb auch geeignet, um diskriminierenden gesundheitsbezogenen Angeboten entgegenwirken zu können, etwa hinsichtlich notwendiger Kultursensibilität. Ebenso können das soziale Marketing sowie die Interessenvertretung (Medienanwaltschaft) im Umgang mit sich verdichtenden Kokons nutz-

bar gemacht werden. Schlüsselbegriffe dieser Bearbeitungsansätze sind „health in all policies“ (Auswirkungen politischer Entscheidungen auf sämtliche Gesundheitsebenen), „healthy public policy“ (politische Verantwortung für gesundheitsförderliche Lebenswelten) und „health impact assessment“ (Analyse politischer Entscheidungen mit Blick auf deren Auswirkungen auf die Gesundheit). Da nämlich sämtliche gesellschaftliche Prozesse auch immer Auswirkungen auf die Gesundheit von Menschen besitzen, etwa wenn sich die Zunahme relativer Ungleichheit zwischen Menschen negativ auf den Gesundheitszustand der (Gesamt-)Bevölkerung auswirkt, sind Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter entlang des Tripelmandats aufgefordert, diese kritisch aufzuzeigen, etwa zur Ethik gesetzlicher Regelungen der Kostenreduktion in Krankenhäusern. Solche Strategien hinterfragen zu können, erfordert von Fachkräften der Sozialen Arbeit, beurteilen zu können, wie verträglich, zuträglich oder abträglich Auswirkungen, etwa für die Lebensqualität oder die Umweltqualität der Menschen sind. Sozialarbeiter\*innen können dann z. B. als Vertreter\*innen von Wohlfahrtsverbänden als Lobbyist\*innen anwaltlich auftreten und sich zu gegenwärtigen Gesundheitsproblemen aufklärend äußern.

### **(3) Ein sich entwickelnder Kokon**

Soziale Arbeit kann und sollte sich bereits möglichst früh in die gesellschaftlichen Thematisierungs- und Definitionsprozesse sozialer Probleme (Staub-Bernasconi 2018: 210) – also bereits bei den ersten Entwicklungen resp. Umwicklungen der Fäden des Kokons – einbringen, um von Anfang an mehr Handlungsmöglichkeiten für sich beanspruchen und damit letztlich auch mehr Unabhängigkeit und Wirkungsmacht erhalten zu können.

„Die Profession Soziale Arbeit ist Teil des gesellschaftlichen Handelns“ (Schilling/Klus 2022: 230) und sollte dies auch in Bezug auf die Transformationsprozesse sozialer Probleme auf unterschiedliche Weise zeigen: Schon vor dem rechtzeitigen Sortieren der Fäden kollektiver Akteur\*innen und dem Einbringen ihrer Fachlichkeit innerhalb von Aushandlungsprozessen resp. Konflikten ist nicht nur die Vermittlung zwischen verschiedenen Interessen (Mennemann/Dummann 2020: 49), sondern auch die „Interessenvertretung“ (Groenemeyer 2017: 798) bestimmter (bspw. sozial marginalisierter, hilfsbedürftiger) Gruppen Aufgabe der Sozialen Arbeit, wenn diese bspw. „über Mechanismen politischer und kultureller Unterdrückung [...] an der Problematisierung ihrer Lebensbedingungen gehindert werden“ (Groenemeyer 2018: 1494) oder wenn sie „keine eigene, zugleich öffentlichkeitswirksame Sprache für ihre Situation finden“ (Staub-Bernasconi 2018: 201f.). Letzteres kann möglicherweise mit ihren Thematisierungs- und Mobilisierungspotenzialen zusammenhängen, die aufgrund fatalistischer Werthaltungen häufig als

(zu) gering eingeschätzt werden (Groenemeyer 2018: 1503), um ihre Sichtweise selbstständig durchsetzen zu können.

In diesen Fällen, in denen die Wahrung ihrer (Menschen-)Rechte für die Gruppen nicht sichergestellt ist (Staub-Bernasconi 2019: 86) und sie kein Gehör und keine Berücksichtigung im gesellschaftlichen Diskurs erzielen können (ders. 2018: 202), sieht Soziale Arbeit es mit ihrem Verständnis als Menschenrechtsprofession als ihre „professionelle Aufgabe“ (Groenemeyer 2017: 798) an, die Perspektive dieser Gruppen stellvertretend einzunehmen, ihnen beizustehen (Staub-Bernasconi 2019: 86) und so letztlich auf ihre Bedürfnisse aufmerksam zu machen. Für sie sollte Soziale Arbeit daher als „Sprachrohr“ (problematische) Phänomene zur Sprache bringen, wenn die Aufmerksamkeit der Gesellschaft (noch) nicht in ausreichendem Ausmaß erzielt werden konnte oder diese Bedürfnisse und Phänomene bspw. unter sagt oder tabuisiert wurden.

Darüber hinaus gibt es (problembetroffene) Gruppen, die sich (bislang noch) gar nicht oder kaum eigeninitiativ zu ihrer Hilfsbedürftigkeit äußern. Soziale Arbeit muss diese erst als solche in ihrer problematischen Situation wahrnehmen, um überhaupt auf diese eingehen zu können. Dabei kann es sich um „unartikulierbares, verschämtes, gesellschaftlich nicht wahrgenommenes, sogar verleugnetes individuelles Leiden sowie gesellschaftlich verursachte, aber tabuisierte Nöte“ (Staub-Bernasconi 2018: 209) handeln, die Soziale Arbeit sensibel berücksichtigen sollte.

Ein professionelles Auftreten Sozialer Arbeit zeichnet sich daher sowohl durch Aufgreifen von Ausgesprochenem (z. B. Äußerungen zu Symptomen, Defiziten, Belastungen) als auch Unausgesprochenem aus, um die gesellschaftlichen Transformationsprozesse sozialer Probleme positiv zu beeinflussen (ebd.: 236; Groenemeyer 2018: 1505).

Schon im Wandlungsprozess von sozialen Phänomenen hin zu sozialen Problemen, wenn der Kokon sich zu entwickeln beginnt, ist die Zusammenarbeit zwischen Fachkräften der Profession Soziale Arbeit und (problembetroffenen) Gruppen, die i. d. R. zu ihrer Klientel werden (Groenemeyer 2018: 1505), besonders wichtig, um sich auf die Problemkarriere und den Erfolg einer möglichen Problembearbeitung (möglichst positiv) auswirken zu können (DBSH, o. D., online): Innerhalb von (professionellen) Interaktions- resp. Aushandlungsprozessen, an denen betroffene Personen trotz ungleicher Machtverhältnisse (Groenemeyer 2018: 1505) „aktiv beteiligt sind“ (ebd.), soll *gemeinsam* ein Ergebnis erarbeitet werden (DBSH, o. D., online), bei dem u. a. auch gesellschaftliche (Normalitäts-)Vorstellungen kritisch berücksichtigt werden (Schilling/Klus 2022: 160). Dies ist wichtig, damit dem Vorwurf, dass ebenso wie andere (kollektive) Akteur\*innen

„gar SozialarbeiterInnen besserwisserisch vordefinieren, woran sie [problem-betroffenen Individuen, Anm. d. Verf.] zu leiden und worauf sie allenfalls zu hoffen haben“ (Staub-Bernasconi 2018: 200),

etwas entgegengesetzt wird.<sup>4</sup> In diesem Vorwurf klingt auch das Risiko an, dass Soziale Arbeit sich zu stark von den gesellschaftlichen Einflüssen lenken (gesellschaftliches Mandat), sich ggf. sogar von diesen abhängig machen lässt und dabei das Individuum in Normalitätsvorstellungen hineingedrängt, aber nicht ausreichend mit seinem Hilfeauftrag gesehen werden könnte (ebd.: 207). Erst durch die „Arbeit mit [Herv. d. V.] und nicht [allein] für Menschen“ (IFSW o.D.) kann somit das Risiko für das Empfinden einer Bevormundung und Enteignung aufseiten der problem-betroffenen Gruppen (Staub-Bernasconi 2018: 200) deutlich verringert werden.

Darüber hinaus ist wichtig, dass Soziale Arbeit die Fachlichkeit, die sie zuzätzlich in diese Prozesse einbringen soll (Tripelmandat), ausdrücklich als *Deutungsangebote* formuliert (Groenemeyer 2012: 30f.), um Anzeichen für mögliche bevormundende Handlungen direkt auszuschließen und sowohl den Individuen als auch der Gesellschaft Entscheidungsmöglichkeiten zu geben – ob sie diese anerkennen möchten oder nicht. Dies birgt allerdings die Gefahr, dass Soziale Arbeit sich auch hier – wenn auch in einem geringeren Ausmaß – von der Gesellschaft, durch die für die Problembearbeitung erforderliche gesellschaftliche und politische Anerkennung ihrer Problemdeutung, abhängig machen kann (ebd.; Staub-Bernasconi 2018: 201).

Entgegen dem bisherigen Eindruck kann Soziale Arbeit auch maßgeblich dazu beitragen, dass etwas zum sozialen Problem gemacht wird. Zunächst scheint das im Widerspruch zu ihrem Oberziel und ihren beiden Aufgabenbereichen der Prävention und Bearbeitung sozialer Probleme zu stehen (Schilling/Klus 2022: 175), es steht allerdings im Zusammenhang mit ihren Mandaten: Soziale Arbeit kann auf der Basis ihrer Fachlichkeit nicht nur unterstützen, sondern theoretisch auch eigene Problemdeutungen in die Prozesse einbringen, also einen eigenen Faden für den Kokon spinnen. Dies ist denkbar, wenn Soziale Arbeit im Rahmen ihrer präventiven Bemühungen (ebd.: 241) die gesellschaftlichen Entwicklungen und auch Gruppen aufmerksam beobachtet oder im (alltäglichen) Umgang mit ihrer Klientel Auffälligkeiten entdeckt, sich bspw. verschiedene Problemlagen bei Individuen häufen und sich ähnliche, möglicherweise sogar gleiche (strukturelle) Ursachen andeuten.

Wenn die Gesellschaft ein bestimmtes soziales Phänomen noch nicht als problematisch wahrgenommen hat, darf Soziale Arbeit besonders mit Bezug zu ihrem

---

4 Letzteres widerspreche auch dem Verständnis Sozialer Arbeit, dass sie die Perspektive ihrer Klientel (bis zu einem gewissen Grad) annehmen, diese befähigen (IFSW, o. D., online) und sie u. a. bei der Loslösung aus ihren Abhängigkeiten unterstützen möchte, um so im weiteren Sinne Hilfe zur Selbsthilfe leisten zu können (Schilling /Klus 2022: 175).

Hilfefauftrag und ihrem Verständnis als Menschenrechtsprofession nicht wegsehen, sondern hat dieses aufzugreifen, um der Entwicklung eines Kokons entgegenzuwirken. Sie soll sich politisch einbringen (Bettinger 2008: 34), indem sie auf bis dahin noch nicht als „Soziale Probleme“ bezeichnete soziale Phänomene hinweist und im besten Fall dadurch eine Veränderung der Rahmenbedingungen für die Prävention und Bearbeitung sozialer Probleme initiiert.

Wie bei Problemdeutungen anderer kollektiver Akteur\*innen kann auch eine von der Sozialen Arbeit eingebrachte Problemdeutung dazu beitragen, dass ungewollte gesellschaftliche Reaktionen, z. B. Stigmatisierung und Marginalisierung, hervorgerufen werden. Diese „nichtintentionalen Nebenfolgen“ (Schetsche 1996: 6) sind von der Profession Soziale Arbeit vorausschauend in den Blick zu nehmen und zu reflektieren, ehe sie unbeabsichtigt (schädliche) Entwicklungen in Gang setzt und die Entwicklung neuer (sozialer) Probleme begünstigt (Groenemeyer 2012: 35). Dies betont erneut die Notwendigkeit eines frühzeitigen Eingreifens in gesellschaftliche Transformationsprozesse sozialer Probleme und auch Entwirrens der Fäden, damit sich der Kokon erst gar nicht so stark verdichten resp. entstehen kann und auch die o. g. gesellschaftlichen Reaktionen bestenfalls verhindert werden. Die Arbeit als „Sprachrohr“ von Schüler\*innen, aber auch von Lehrer\*innen im Setting „Schule“, um z. B. auf das Thema Ernährung aufmerksam zu machen, entspricht dem Empowermentmodell von Tones und Tilford (2001). Eine Kooperation zwischen Schulsozialarbeiter\*innen und Kindern/Jugendlichen, etwa wenn es um gesunde Ernährung geht, wirkt nur aktiv beteiligend, wenn gemeinsame Erfolge erzielt werden. Das Maß an Selbstbestimmung der Schüler\*innen wird dabei bestimmt von der Befähigung, gesundheitsbewusste Entscheidungen treffen (Gesundheitsbewusstsein, Selbstbestimmung) und Druck auf gesundheitspolitische Akteur\*innen ausüben zu können (Einwirkung auf Entscheidungsprozesse). Zentral ist dabei die Idee, Einzelne sowie Gruppen zu empowern. Denn empowerte, aktive Gruppen sind wirkmächtig gegenüber politischen Entscheidungsprozessen und empowerte Schüler\*innen verfügen über mehr Ressourcen politischer Einflussnahme hinsichtlich der Befriedigung ihrer Bedürfnisse (Wechselseitigkeit). Als prominentes Beispiel weisen Naidoo und Wills auf die durch den englischen Star Koch Jamie Oliver ausgelöste öffentliche Debatte über Schulmahlzeiten hin: [www.feedmebetter.com](http://www.feedmebetter.com). Es entstand ein Druck, ausgehend von Schüler\*innen, Eltern und Lehrer\*innen, „der zur Einführung von entsprechenden Standards und kostenlosen Schulmahlzeiten für alle Kinder in England führte“ (Naidoo/Wills 2019: 177). Zusammengefasst heißt das: Soziales Empowerment führt zu kritischem Bewusstsein, und das wiederum erhöht den Einfluss von Gruppen auf gesundheitsfördernde Politik. Die Theorie von Tones und Tilford ist in der Praxis anschlussfähig an das Verständnis der „Hilfe zur Selbsthilfe“ (Staub-Bernasconi 2011: 367), an die Arbeitsweise der Bewusstseinsbildung (Staub-Bernasconi 2018) und an das befähig-

gende Bildungsverständnis von Paulo Freire: „Der Mensch wird nicht als ein hilfebedürftiges Mängelwesen bezeichnet, sondern in der Möglichkeit, als kompetenter Akteur seiner eigenen Lebensgestaltung aufzutreten“ (Lambers 2018: 399). So treten zwei Ebenen hervor, nämlich „1. die Förderung kritischer und artikulierender Kompetenzen auf der individuellen Ebene 2. die Förderung sozialer Strukturen, die gesundheitsfördernd wirken“ (Rövekamp-Wattendorf 2020: 17). Daraus entsteht eine Gesundheitskompetenz des Erkennens, kritischen Deutens und Handhabens. Da die Schulzeit nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ großen Einfluss auf die Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen hat, wirkt ein empowertes aktives Schulwesen in Anlehnung an Straßburger und Rieger auch eigeninitiativ partizipationsfördernd von: Kinder informieren sich, über: Kinder bringen sich ein, folgend: sind Expert\*innen in eigener Sache und: bestimmen mit, bis hin zu: handeln nach eigener Befugnis (2014: 232f.).

#### **(4) Anzeichen für die Entstehung eines Kokons**

Der präventive Auftrag der Sozialen Arbeit besteht darin, dass soziale Probleme idealerweise vermieden werden (Schilling/Klus 2022: 175), der Kokon also erst gar nicht entsteht, indem sie bereits erste Anzeichen eines möglicherweise problematischen sozialen Phänomens registriert und frühzeitig entgegenwirkt. Zum einen kann sich präventives Handeln bezüglich des Zeitpunktes in verschiedene Arten der Prävention (generell, primär, sekundär und tertiär) unterscheiden (Mennemann/Dummann 2020: 52). In dieser Hinsicht besteht also grundsätzlich eine Zuständigkeit Sozialer Arbeit für problematisch wirkende soziale Phänomene, sich anbahnende und als solche bereits gesellschaftlich und politisch anerkannte soziale Probleme. Zum anderen ergeben sich Unterschiede bei der Prävention mit Bezug auf objektivistische und konstruktivistische Ansätze: Während Soziale Arbeit (im Sinne objektivistische Ansätze) auf struktureller Ebene die Möglichkeit hat, Zusammenhänge, Entwicklungen und deren Folgen achtsam und kritisch zu beobachten und zu reflektieren (IFSW o. D.; Bettinger 2008: 35), soll sie sich (im Sinne konstruktivistischer Ansätze), bedingt durch ihre Mandate (gesellschaftliches Mandat eingeschränkt) und ihren politischen Anspruch, in öffentliche Diskussionen sowie in nichtöffentliche Gespräche im (Arbeits-)Umfeld einbringen und „aufklärend“ vorgehen (Schetsche 1996: 5; Bettinger 2008: 35f.), indem sie z. B. Problemdeutungen, die mit Bezug zu soziologischem Wissen nicht angemessen erscheinen (Merton 1975: 122), in ihrer Verbreitung eingrenzt und ihnen somit die Substanz für mögliche Skandalisierungen möglichst früh nimmt.

Bei den Präventionsbemühungen anhand dieser Ansätze stellt sich jedoch die Frage, wie weitreichend Soziale Arbeit wirken kann. Es erscheint nicht nur sinnvoll, sondern auch erforderlich, dass sich Soziale Arbeit in politische Prozesse einbringt

(Bettinger 2008: 36) und sich an die (Sozial-)Politik richtet, um deren gemeinsame Aufgabe (rechtzeitig) gemeinsam anzustreben und so eine größere Reichweite für präventive Bemühungen und Maßnahmen zu erreichen (Schilling/Klus 2022: 225, 241). In dieser Hinsicht ist Soziale Arbeit also nicht nur aufgrund ihres Verständnisses als Menschenrechtsprofession *politikfähig* (ebd.: 161), sondern versteht „sich als (sozial-)politische Akteurin in der Arena des Staates“ (Bettinger 2008: 34) und kommt ihrem politischen Anspruch auch aktiv nach.

Bevor Soziale Arbeit präventiv vorgeht, indem sie z.B. gemeinsam mit der Soziologie frühzeitig strukturelle Auffälligkeiten offenlegt und kritisiert (Menne-mann/Dummann 2020: 48), sollte sie auch ihr präventives Handlungsvorhaben reflektieren und professionell verstehen (Schilling/Klus 2022: 173), um sich Risiken bewusst zu sein und zu umgehen. Ansonsten könnten präventive Angebote unbeabsichtigt und auf unzulässige Weise z.B. mit Stigmatisierung einzelner gesellschaftlicher Gruppen einhergehen und/oder Soziale Arbeit könnte dazu neigen, Normalitätsvorstellungen ohne Berücksichtigung der individuellen Vorstellungen zu verallgemeinern, deren Umsetzung anzustreben, dadurch auch zu bevormunden und sich politisch instrumentalisieren zu lassen (Wendt 2021: 178). Wie bereits dargestellt wurde, ist Schulsozialarbeit ein Praxisfeld und institutionelles Setting für Gesundheitsbildung. Franzkowiak weist ihm neben anderen Handlungsfeldern wie etwa den Frühen Hilfen den Auftrag vorbeugenden Vorsorgehandelns als Ansatzpunkt sozialpädagogischer Gesundheitsförderung zu (2009). Diesem Anspruch der Vermeidung sozialer Probleme werden Fachkräfte gerecht, wenn es ihnen gelingt, die Schüler\*innen (peer education), ebenso wie die Beschäftigten (betriebliches Gesundheitsmanagement), ressourcenorientiert bei der Schaffung gesunder alltäglicher Lebensbedingungen und dem Aufbau eines positiven Gesundheitsverständnisses (Person in Situation) zu unterstützen, was die Fachkräfte zur emanzipatorischen Befähigung ihrer Adressat\*innen mandatiert (Thiersch 1977: 129ff.).

Dabei geht es u.a. darum, Gesundheitskompetenzen aufzubauen, gesunde Lern- und Arbeitsverhältnisse und stabile Beziehungen zu fördern, die gesellschaftliche Anerkennung von Schule als Umwelt erlebbar zu machen. So kann z. B. mittels Information und Aufklärung mehr Wissen über persönliche Gesundheitsgefährdungen gewonnen werden. Ein Beispiel dazu ist die Umsetzung der AIDS-Kampagne der BZgA in Schulen. Im Gegensatz zum sehr ausgeprägten subjektfokussierten Verständnis der sogenannten „Gesundheitserziehung“ aus den 1960er-Jahren mit der ausschließlichen Ausrichtung auf Informationsvermittlung und den damit heute erkennbaren Gefahren der Stigmatisierung („victim blaming“), der Bevormundung oder der Sozialkontrolle werden aktuell die prädisponierenden Bedingungen, z.B. die ökologischen Bedingungen, mit in den Blick genommen (Naidoo/Wills 2019: 135). Dieses „Gesundheitsbildungsverständnis“ beginnt mit dem Umdenken in Richtung befähigender Arbeit, etwa was die Erschließung sozialer Räume be-

trifft (Deinet et al. 2022). Der Grad der individuellen Einflussnahme spielt dabei eine wichtige Rolle. Doch die angesprochene Reichweite dieser Arbeit erhöht sich noch um den Faktor der Politikfähigkeit, also der Beantwortung der Frage, inwiefern sich die Schulsozialarbeiter\*innen auch als politische Akteur\*innen für ihre „Mandant\*innen“ einbringen und strukturelle Auffälligkeiten tatsächlich möglichst frühzeitig aufdecken. Politisch denken und sich in politische Prozesse einbringen, bedeutet hier: Gesundheitsförderung hat mit politischen Werten zu tun, und Schulsozialarbeiter\*innen besitzen politische Einstellungen und stellen sich ihren beruflichen Aufgaben entlang dieser Werte. Glauben sie an die Gesundheitsziele für die Kinder und Jugendliche und verstehen sie sich empowernd, mögen sie an die Grenzen ihrer (arbeitsvertraglichen) Aufgaben stoßen. Dennoch: Dem Mandat der Schüler\*innen entsprechend verpflichtet Thierschs „Reflexionstheorie“ (Lambers 2018: 94) der Lebensweltorientierung sie zu Handlungsmaximen, zu denen auch „anwaltliche Vertretung“, „Organisationskritik“ und „Demokratisierung“ (ebd.: 93) zählen. Diesem Dilemma begegnen Naidoo und Wills:

„Viele Gesundheitsförderinnen und Gesundheitsförderer sind der Meinung, dass ihre Einflussmöglichkeiten zu begrenzt sind, um für ihre Klientel die notwendigen sozialen Veränderungen für mehr gesundheitliche Chancengleichheit durchzusetzen. Dennoch gibt es auch für diejenigen, die nur mit einzelnen Klienten und Klientinnen arbeiten, weit mehr Möglichkeiten, als nur zu informieren, zu beraten oder zuzuhören. Die Weltgesundheitsorganisation hat hierfür folgende drei Strategien vorgeschlagen: sich für die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger einzusetzen, sie zu befähigen und ihnen größtmögliche Gesundheitschancen zu ermöglichen und zu diesem Zweck zwischen den unterschiedlichen Interessen in ihrem sozialen Umfeld zu vermitteln und zu vernetzen“ (Naidoo/Wills 2019: 144).

## Fazit

Kann es ein realistischer Anspruch sein, dass Soziale Arbeit als umstrittene, junge Profession die verschiedenen Prozesse rund um soziale Probleme im Sektor Gesundheit angemessen kontrollieren, aktiv gestalten, bearbeiten und auch präventiv vorbeugen kann, und ist sie dazu bereits in der Lage, sich diesen herausfordernden Aufgaben zu stellen und ihnen unter Berücksichtigung ihrer verschiedenen Mandate gerecht zu werden (Bettinger 2008: 30)? Im Beitrag wird erläutert, dass soziale Phänomene durch die Gesellschaft zu „Sozialen Problemen“ zunächst formiert und fortlaufend auch transformiert werden. Dabei handelt es sich nicht um die *eine* gesellschaftliche Transformation sozialer Probleme, sondern es ist davon auszugehen, dass – bedingt durch die gesellschaftlichen Einflüsse, die jeweiligen Besonderheiten eines sozialen Phänomens und die sich daraus ergebenden Eigendynamiken – die

Transformationen bei unterschiedlichen sozialen Problemen (z. B. Abhängigkeits-erkrankungen, Arbeitslosigkeit und Armut) stets verschieden verlaufen.

Wenn Soziale Arbeit innerhalb von (Bearbeitungs-)Prozessen sozialer Probleme (ausschließlich) durch die Gesellschaft als problembearbeitende Instanz bestimmt wird und sie sich „nur auf gesellschaftlich erfolgreiche Problemdefinitionen“ (Staub-Bernasconi 2018: 207) bezieht, ist sie „relativ abhängig von zeitgeistbezogenen, gesellschaftlichen Vorgaben auf der Basis der gerade herrschenden Machtverhältnisse und politischen Wertvorstellungen oder Ideologien sowie von den über die Sozialgesetzgebung ‚zugelassenen‘ Problemen und Maßnahmen“ (ebd.: 208). Berücksichtigt man zudem bei den geschilderten (Transformations-)Prozessen, mit denen die Gesellschaft etwas zum sozialen Problem machen kann, auch die Tatsache, dass soziale Probleme wegen struktureller Zusammenhänge, aber auch teils wegen des zeitversetzten Eingreifens der Profession Soziale Arbeit kaum noch angemessen gelöst werden (können) und deshalb dauerhaft zu bearbeiten sind (Groenemeyer 2018: 1492), erscheint es nachvollziehbar, dass sich die Anzahl an sozialen Problemen (in Deutschland) vergrößert (Stallberg/Springer 1983b: 1; Schilling/Klus 2022: 231).

Ihre Zuständigkeit (für ein Entgegenwirken sozialer Probleme) sollte Soziale Arbeit mit Bezug zu den menschlichen Bedürfnissen und Menschenrechten allerspätestens beim Eintreten der gesellschaftlichen Reaktionen auf soziale Probleme (z. B. Marginalisierung, soziale Ausgrenzung, Unterdrückung) selbstständig erkennen und dieser nachgehen können (IFSW o. D.). Gemäß der Rollenbeschreibung Sozialer Arbeit zu verschiedenen Zeitpunkten im gesellschaftlichen Transformationsprozess sozialer Probleme hat sich allerdings gezeigt, dass sie sich frühestmöglich in die Prozesse einbringen sollte – bevor der Problem-Kokon bereits undurchdringlich geworden ist, sich verdichtet hat resp. bevor er überhaupt entstanden ist. Im Vergleich zu späteren Zeitpunkten kann sie durch ein früheres Einbringen wesentlich mehr Handlungsmöglichkeiten erhalten resp. für sich bewahren und abhängig vom Zeitpunkt der einsetzenden präventiven Maßnahmen das Risiko einer Bevormundung, Enteignung, des Vorwurfs des besserwisserischen Vordefinierens und des Verfehlens des Kerns des Kokons durch Bearbeitungsversuche verringern. Bei der Feststellung der vermeintlich „richtigen“ Zeitpunkte für ein Einbringen handelt es sich um einen Abschätzungs- und Abwägungsprozess verschiedener Faktoren mit dem Grundsatz, dass Hilfe „weder zu früh, noch zu spät gegeben werden [darf]“ (Mennemann/Dumann 2020: 52), was sich angesichts der Eigendynamiken sozialer Probleme als schwierig gestaltet.

Die Wahl passender Zeitpunkte zum Eingreifen ist auch insofern wichtig, als soziale Probleme für unterschiedliche Gruppen in verschiedenen Bereichen gleichzeitig Nutzen und Schaden darstellen können, also ein Bearbeitungsansatz für die eine gesellschaftliche Gruppe optimal erscheinen kann, während sich aus ihm für

die andere gesellschaftliche Gruppe überhaupt erst soziale Probleme ergeben können. Es besteht also das Risiko, dass Soziale Arbeit unbeabsichtigt und eventuell unbemerkt durch ihre Bearbeitungs- und Präventionsversuche Prozesse mit einer schädigenden Wirkung in Gang setzt und diese sich mit ihrer Eigendynamik zu selbstständigen drohen und zu neuen Problemen mit teilweise anderen Akteur\*innen und betroffenen Gruppen führen (Groenemeyer 2012: 35). In diesem Sinne handelt es sich eher um eine „Problemverschiebung“ als um eine nachhaltige Bearbeitung und Lösung sozialer Probleme.

Bezogen auf die (politisch gesetzten) Rahmenbedingungen der Profession Sozialer Arbeit (in Deutschland) erscheinen ihre Handlungsmöglichkeiten trotz Verbesserungen auch heute oftmals noch eingeschränkt. Es besteht somit weiterhin die Notwendigkeit, dass sie als Profession politisch und öffentlichkeitswirksam sowohl mit nicht ausreichend artikulations-/durchsetzungsstarken gesellschaftlichen Gruppen als auch für ihre eigenen Rahmenbedingungen Anliegen formuliert und sich in heutigen Zeiten (noch stärker) für diese einsetzt (DBSH, o.D.). Dabei stellt sich die Frage, inwieweit Soziale Arbeit Einfluss auf politische Kontexte nehmen kann und wie wirkmächtig hierzu vor allem auch der DBSH als „Anwalt der Menschen“ (DBSH, o.D.) innerhalb solcher Kontexte in Deutschland auftreten kann, um sich so für das Soziale einzusetzen (ebd.). Soziale Arbeit sollte sich daher (noch stärker) ihrer professionellen Perspektive und ihres politischen Anspruchs bewusst sein (Bettinger 2008: 34), um besonders mit Blick auf die zunehmende Anzahl und Vielfalt sozialer Probleme, die im Sinne einer Menschenrechtsprofession auch international zu betrachten sind,<sup>5</sup> zukunftsfähig handeln und ihre möglichen Potenziale ausschöpfen zu können. Hierzu ist es erforderlich, dass Soziale Arbeit (als Profession) fortlaufend ihre Vorgehens- und Arbeitsweisen (u. a. Handlungskonzepte) weiterentwickelt, was auch mit einer Veränderung der bisherigen Handlungsfelder Sozialer Arbeit verbunden sein kann (Schilling/Klus 2022: 241).

Die gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen spielen auch in ökonomischer Hinsicht (z. B. zur Kosten-Nutzen-Relationen) in die Bearbeitungsprozesse der Profession Soziale Arbeit hinein (Bendel 2020: 63; Schilling/Klus 2022: 231). Die Rahmenbedingungen der Sozialen Arbeit können unter Umständen so gesetzt werden, dass

„primär Maßnahmen durchgeführt werden, mit denen die vermeintlich günstigste Kosten-Nutzen-Relation verbunden ist, während die nachhaltige Bewältigung sozialer Probleme nur noch zweitrangig ist“ (Bendel 2020: 63),

die am ehesten durch präventives und frühzeitiges Agieren erreicht werden könnte. Im Sinne der Kokonmetapher werden offensichtlich nur wenige Mittel zur Verfü-

---

5 Siehe Schilling/Klus 2022; Mennemann/Dummann 2020; Albrecht/Groenemeyer 2012.

gung gestellt, um die Fäden rechtzeitig zu entwirren, nach dem Kern zu suchen und so den Kokon sich möglichst erst gar nicht vergrößern, verdichten und zu einem „Durcheinander“ werden zu lassen.

Insgesamt steht Soziale Arbeit durch die Bestimmung sozialer Probleme als ihrem Gegenstand vor weitreichenden Herausforderungen bei deren Prävention und Bearbeitung. Möglicherweise kommt deshalb auch die Tendenz auf, dass sich Soziale Arbeit teilweise von gesellschaftlichen Prozessen sozialer Probleme abhängig machen lässt. Um als umstrittene, junge Profession eigenständiger aufzutreten, ist es erforderlich, dass sie sich mit dem Verständnis als Menschenrechtsprofession politisch sowohl für ihre Klientel als auch für sich selbst hinsichtlich der Rahmenbedingungen für das eigene professionelle Handeln einsetzt, um der komplexen Situation zunehmend gerecht werden zu können. Da „Soziale Arbeit weitgehend, aber nicht vollständig professionalisiert“ (Mennemann/Dummann 2020: 38) ist, können ihre verschiedenen Rollen innerhalb der gesellschaftlichen Transformation sozialer Probleme für sie als Profession weitergehend bewirken, dass sie in der Gesellschaft präsenter wird und durch ihren Beitrag zu einer möglichst erfolgreichen Prävention und Bearbeitung sozialer Probleme (gemeinsam mit anderen problem-bearbeitenden Instanzen) mehr gesellschaftliche Anerkennung erhält und sich so als „Profession“ zunehmend „beweist“. In diesem Sinne kann Soziale Arbeit während der gesellschaftlichen Transformation sozialer Probleme auch eine eigene (professionelle) Transformation erfahren. Durch ein möglichst achtsames und vor allem rechtzeitiges Auftreten (ggf. innerhalb veränderter Rahmenbedingungen) könnte sie ihre Potenziale stärker ausschöpfen, um auch die zukünftigen, zunehmenden und vielfältiger werdenden sozialen Probleme angemessen angehen zu können. Soziale Arbeit hat – folgt man dem Kokon-Modell – die Aufgabe, aber auch die Kompetenz inne, Kokonentwicklungen und -transformationen wahrzunehmen, zu benennen und konstruktiv-kritisch, sprich letztlich politisch zu handeln. Dazu gehört eine starke Kommunikation und Vernetzung nicht nur innerhalb ihrer Profession und mit ihrer Klientel, sondern auch zu Entscheidungs- und Mandatsträger\*innen. Das Beispiel Gesundheit, wie in diesem Buch vielseitig beschrieben und diskutiert, liefert zahlreiche Argumente für diese Positionierung Sozialer Arbeit im politischen Feld.

## Literatur

- Albrecht, Günter/Groenemeyer, Axel (2012): Vorwort zur zweiten Auflage. In: Albrecht, Günter/Groenemeyer, Axel (Hrsg.): Handbuch soziale Probleme. Band 1 und Band 2 (2. überarb. Aufl.). Wiesbaden. Springer, S. 9–13.
- Albrecht, Günter/Groenemeyer, Axel/Stallberg, Friedrich (1999): Vorwort. In: Albrecht, Günter/Groenemeyer, Axel/Stallberg, Friedrich (Hrsg.): Handbuch soziale Probleme, Opladen/Wiesbaden: Springer, S. 7–10.
- Aronson, Elliot; Wilson, Timothy; Akert, Robin (2014): Sozialpsychologie (8. Aufl.). Hallbergmoos: Pearson Studium.
- Backes, Gertrud/Clemens, Wolfgang (2013): Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung (4. Aufl.). Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Bendel, Klaus (2020): Soziologie für die Soziale Arbeit (2. aktual. und erw. Aufl.). Baden-Baden: Nomos.
- Bettinger, Frank (2008): Auftrag und Mandat. In: Bakic, Josef/Diebäcker, Marc/Hammer, Elisabeth. (Hrsg.): Aktuelle Leitbegriffe der Sozialen Arbeit: Ein kritisches Handbuch. Wien: Löcker Verlag, S. 25–39.
- Blumer, Herbert (1975): Soziale Probleme als kollektives Verhalten. In: Hondrich, Karl-Otto (Hrsg.): Menschliche Bedürfnisse und soziale Steuerung: Eine Einführung in die Sozialwissenschaft: Mit einem Textanhang. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 102–113.
- Bohnsack, Ralf (2020): Professionalisierung in praxeologischer Perspektive. Zur Eigenlogik der Praxis in Lehramt, Sozialer Arbeit und Frühpädagogik. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Böhnisch, Lothar/Schröer, Wolfgang (2012): Sozialpolitik und Soziale Arbeit: Eine Einführung. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Bullinger, Hermann (2015): Soziale Netzwerke. In: Thole, Werner/Höblich, Davina/Ahmed, Sarina (Hrsg.): Taschenwörterbuch Soziale Arbeit (2. erw. Aufl.). Bad Heilbrunn: Verlag Barbara Budrich, S. 292–293.
- Deinet, Ulrich/Sturzenhecker, Benedikt/Icking, Maria (Hrsg.) (2022): Neustart – Offene Kinder- und Jugendarbeit über Corona hinaus gestalten. Empirische Erkenntnisse und neue Konzepte. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. V. (DBSH) (o.J.): Profession: Professionspolitik ist auch Gesellschaftspolitik. <https://www.dbsh.de/profession.html> [Zugriff 31.10.2022].
- Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. V. (DBSH) (o.J.): Sozialpolitik: Sozialpolitische Forderungen des DBSH. <https://www.dbsh.de/sozialpolitik.html> [Zugriff 31.10.2022].
- Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. V. (DBSH) (o.J.): Wir setzen Maßstäbe in der Sozialen Arbeit. <https://www.dbsh.de> [Zugriff 31.10.2022].
- Franzkowiak, Peter (2006): Präventive Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

- Franzkowiak, Peter (2009): Soziale Gesundheitsarbeit und Gesundheitsförderung – Standortbestimmung und Praxisübersicht. In: Prävention, Jg. 32, S. 66–69.
- Galuske, Michael (2015): Methoden der Sozialen Arbeit. In: Thole, Werner/Höblich, Davina/Ahmed, Sarina (Hrsg.): Taschenwörterbuch Soziale Arbeit (2. erw. Auflage). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, S. 208–211.
- Glinka, Hans-Jürgen (2015): Sozialpädagogische Kasuistik. In: Thole, Werner/Höblich, Davina; Ahmed/Sarina (Hrsg.): Taschenwörterbuch Soziale Arbeit (2. erw. Auflage). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, S. 306–307.
- Goffman, Erving (2020): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität (25. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Groenemeyer, Axel (2012): Soziologie sozialer Probleme – Fragestellungen, Konzepte und theoretische Perspektiven. In: Albrecht, Günter/Groenemeyer, Axel (Hrsg.): Handbuch soziale Probleme. Band 1 und Band 2 (2., überarb. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS, S. 17–116.
- Groenemeyer, Axel (2017): Soziale Probleme. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (Hrsg.): Fachlexikon der Sozialen Arbeit (8. überarb. und aktual. Aufl.). Baden-Baden: Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. S. 797–798.
- Groenemeyer, Axel (2018): Soziale Probleme. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans/Treptow, Rainer/Ziegler, Holger (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit: Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik (6. überarbeitete Auflage). München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 1492–1507.
- Hildebrandt, Helmut/Stuppardt, Rolf/Augurzky, Boris (Hrsg.) (2021): Zukunft Gesundheit – regional, vernetzt, patientenorientiert. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Hohmeier, Jürgen/Pohl, Hans-Joachim (1978): Alter als Stigma oder Wie man alt gemacht wird. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Höblich, Davina (2015). Frauenhäuser. In: Thole, Werner/Höblich, Davina/Ahmed, Sarina (Hrsg.): Taschenwörterbuch Soziale Arbeit (2. erw. Aufl.). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, S. 90–91.
- Hondrich, Karl-Otto (1975a): Erläuterungen zu den Texten. In: Hondrich, Karl-Otto (Hrsg.): Menschliche Bedürfnisse und soziale Steuerung: Eine Einführung in die Sozialwissenschaft: Mit einem Textanhang. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 94–102.
- Hondrich, Karl-Otto (1975b). Menschliche Bedürfnisse und soziale Steuerung als sozialwissenschaftliches Problem. In: Hondrich, Karl-Otto (Hrsg.): Menschliche Bedürfnisse und soziale Steuerung: Eine Einführung in die Sozialwissenschaft: Mit einem Textanhang. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 15–75.
- International Federation of Social Workers (IFSW)(o.J.): GLOBALE DEFINITION VON SOZIALARBEIT. <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/> [Zugriff 31.10.2022].

- Kessl, Fabian (2015): Soziale Probleme. In: Thole, Werner/Höblich, Davina/Ahmed, Sarina (Hrsg.): Taschenwörterbuch Soziale Arbeit (2. erw. Aufl.). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, S. 293–294.
- Kobbert, Elke (2012): Sozial schwach gestellte Menschen. In: Oelke, Uta (Hrsg.): In guten Händen – Gesundheits- und Krankenpflege, gesundheits- und Kinderkrankenpflege (1. Aufl., 3. Druck). Berlin: Cornelsen, S. 169–194.
- Landhäußer, Sandra (2015): Soziale Brennpunkte. In Thole, Werner/Höblich, Davina/Ahmed, Sarina (Hrsg.): Taschenwörterbuch Soziale Arbeit (2. erw. Aufl.). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, S. 286–287.
- Lambers, Helmut (2018): Theorien der Sozialen Arbeit. Ein Kompendium und Vergleich (4. überarbeitete und erweiterte Auflage). Opladen/Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- May, Michael (2005): Wie in der Sozialen Arbeit etwas zum Problem wird: Versuch einer pädagogisch gehaltvollen Theorie sozialer Probleme. Münster: LIT.
- Mennemann, Hugo/Dummann, Jörn (2020): Einführung in die Soziale Arbeit (3. aktual. und erw. Auflage). Baden-Baden: Nomos.
- Merten, Roland (2001): Soziale Arbeit im Strudel ihres (politischen) Selbstverständnisses? Eine Einleitung. In: Merten, Roland (Hrsg.): Hat Soziale Arbeit ein politisches Mandat? Positionen zu einem strittigen Thema. Opladen: Leske + Budrich, S. 7–11.
- Merton, Robert K. (1975). Soziologische Diagnose sozialer Probleme. In: Hondrich, Karl Otto (Hrsg.): Menschliche Bedürfnisse und soziale Steuerung: Eine Einführung in die Sozialwissenschaft: Mit einem Textanhang. Reinbek bei Hamburg: Rohwolt, S. 113–129.
- Naidoo, Jennie/Wills, Jane (2019): Lehrbuch Gesundheitsförderung (3. überarb. Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Peters, Helge (2002): Soziale Probleme und soziale Kontrolle. Wiesbaden: Springer VS.
- Rövekamp-Wattendorf, Jörg (2020): Berufliche Belastungen bewältigen. Psychosoziale Herausforderungen in helfenden Berufen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rövekamp-Wattendorf, Jörg/Heckes, Kolja Tobias (2023): Neue Sozialraumorientierungen im Gesundheitssystem als Transdisziplinaritätsanlass für die Soziale Arbeit. In: Breuer, Marc/Löwenstein, Heiko/Schönig, Werner/Gerards, Marion (Hrsg.) (Im Erscheinen): Transdisziplinäre Theorieentwicklung Sozialer Arbeit.
- Schetsche, Michael (1996): Die Karriere sozialer Probleme: Soziologische Einführung. München/Wien: De Gruyter Oldenbourg.
- Schetsche, Michael (2014): Empirische Analyse sozialer Probleme: Das wissenssoziologische Programm (2. aktual. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Schilling, Johannes/Klus, Sebastian (2022): Soziale Arbeit: Geschichte – Theorie – Profession (8. aktual. Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Schneider, Horst R. (1983): Strukturen und Prozesse der Besonderung und Individuierung sozialer Problemlagen. In: Stallberg, Friedrich-W./Springer, Werner (Hrsg.): Soziale Probleme: Grundlegende Beiträge zu ihrer Theorie und Analyse. Neuwied/Darmstadt: Luchterhand, S. 62–80.

- Schoneville, Holger (2015). Sozialraumorientierung. In: Thole, Werner/Höblich, Davina/Ahmed, Sarina (Hrsg.): Taschenwörterbuch Soziale Arbeit (2. erw. Aufl.). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, S. 310–311.
- Staub-Bernasconi, Silvia (1983): Soziale Probleme – Dimensionen ihrer Artikulation. Umriss einer Theorie Sozialer Probleme als Beitrag zu einem theoretischen Bezugsrahmen Sozialer Arbeit. Diessenhofen.
- Staub-Bernasconi, Silvia (1995): Systemtheorie, soziale Probleme und Soziale Arbeit: lokal, national, international. Oder: vom Ende der Bescheidenheit. Bern/Stuttgart: Haupt.
- Staub-Bernasconi, Silvia (2011): Macht und kritische Soziale Arbeit In: Kraus, Björn/Krieger, Wolfgang: Macht in der Sozialen Arbeit. Interaktionsverhältnisse zwischen Kontrolle, Partizipation und Freisetzung (2. überarb. und erw. Aufl.). Mannheim: Jacobs Verlag. S. 363–392.
- Staub-Bernasconi, Silvia (2018): Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft: Auf dem Weg zu kritischer Professionalität (2. überarb. und aktuel. Aufl.). Opladen/Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Staub-Bernasconi, Silvia (2019): Menschenwürde – Menschenrechte – Soziale Arbeit: Die Menschenrechte vom Kopf auf die Füße stellen. Opladen/Berlin/Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Stallberg, Friedrich/Springer, Werner (1983a): Soziale Probleme als Theoriegegenstand. In: Stallberg, Friedrich/Springer, Werner (Hrsg.): Soziale Probleme: Grundlegende Beiträge zu ihrer Theorie und Analyse. Neuwied/Darmstadt: Luchterhand, S. 23–31.
- Stallberg, Friedrich; Springer, Werner (1983b): „Soziale Probleme“: Zu ihrer Aktualität und Analyse. In: Stallberg, Friedrich/Springer, Werner (Hrsg.): Soziale Probleme: Grundlegende Beiträge zu ihrer Theorie und Analyse. Neuwied/Darmstadt: Luchterhand, S. 1–19.
- Straßburger, Gaby/Rieger, Judith (2014): Partizipation kompakt – Komplexe Zusammenhänge auf den Punkt gebracht. In: Straßburger, Gaby/Rieger, Judith (Hrsg.): Partizipation kompakt. Für Studium, Lehre und Praxis sozialer Berufe. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 230–240.
- Thiersch, Hans (2015): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In: Thole, Werner/Höblich, Davina/Ahmed, Sarina (Hrsg.): Taschenwörterbuch Soziale Arbeit (2. erw. Aufl.). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, S. 200–201.
- Thiersch, Hans (1977): Kritik und Handeln. Interaktionistische Aspekte der Sozialpädagogik. Gesammelte Aufsätze von Hans Thiersch unter Mitarbeit von Anne Frommann und Dieter Schramm. Neuwied/Darmstadt: Luchterhand.
- Tones, Keith/Tilford, Sylvia (2001): Health promotion. Effectiveness, efficiency and equity (3. Aufl.). Cheltenham: Nelson Thornes Ltd.
- Urban-Stahl, Ulrike (2015): Soziale Gruppenarbeit. In: Thole, Werner/Höblich, Davina/Ahmed, Sarina (Hrsg.): Taschenwörterbuch Soziale Arbeit (2. erw. Aufl.). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, S. 290–291.

- Wagner, Leonie (2015). Soziale Bewegungen. In: Thole, Werner/Höblich, Davina/Ahmed, Sarina (Hrsg.): Taschenwörterbuch Soziale Arbeit (2. erw. Aufl.). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, S. 285–286.
- Wattendorf, Jörg (2007): Erziehungsberatung zwischen Theorie und Praxis. Eine vergleichende Analyse professioneller Handlungsstrukturen. Berlin: Logos Verlag Berlin.
- Wendt, Peter-Ulrich (2021): Lehrbuch Soziale Arbeit (2. überarb. Aufl.). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

# **„Und jetzt haben wir das eben anders gemacht ...“ – Analyse subjektiver Gesundheitsvorstellungen und des Gesundheitshandelns pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz**

*Sarah Hampel*

## **1 Vorbemerkung: zur Zielgruppe pflegende Angehörige**

Im Laufe des Lebens haben Menschen eine nicht unerhebliche Wahrscheinlichkeit, irgendwann einmal in die Rolle des bzw. der pflegenden Angehörigen zu kommen, sei es, dass sie irgendwann einmal ihre\*n Partner\*in, ihre Eltern, Kinder oder nahestehende Personen auf eine Art und Weise bei auftretender Pflegebedürftigkeit begleiten. pflegende Angehörige spielen als Akteur\*innen in der Unterstützung und Begleitung pflegebedürftiger Menschen eine bedeutsame Rolle, die im öffentlichen Diskurs immer wieder angesprochen und deren Bedeutung für ein Gelingen der Versorgung im Rahmen des häuslichen Pflegesettings unterstrichen wird. Auch perspektivisch kann – in Zeiten von Fachkräftemangel im Gesundheits- und Pflegesystem – eher noch von einer Zunahme ihrer Bedeutung für die Begleitung von Personen mit Pflegebedarf ausgegangen werden. Diese fast schon altbekannten Entwicklungen zugrunde gelegt, lohnt es, sich mit der sehr heterogenen Zielgruppe der pflegenden Angehörigen auseinanderzusetzen. Denn obwohl deren Bedeutung für die Versorgung immer wieder hervorgehoben wird, gibt es einige Wissenslücken zu ihnen. Nicht zuletzt fehlt es an systematisch erhobenen Zahlen zur Gruppe generell. Es lassen sich aktuell nur Vermutungen anstellen, wie groß die tatsächliche Gruppe letztlich ist. Hierzu kann als einfachste Größe die Zahl der pflegebedürftigen Personen als Messgröße genutzt werden. Diese Zahl ist zu Ende 2021 erneut angestiegen und umfasst zu diesem Zeitpunkt 4,96 Millionen Personen, die Unterstützung im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes erfahren (Statistisches Bundesamt 2022).

Die Anzahl pflegender Angehöriger ist auch abhängig davon, welche Personen man unter diesem Begriff summiert. Die Unterscheidung in verschiedene Gruppen pflegender Angehöriger kann hilfreich sein, will man spezifische Rahmenbedingungen in die Analyse miteinbeziehen. Aus diesem Grund widmet sich der folgende

Beitrag auch nicht der Grundgesamtheit aller pflegenden Angehöriger, sondern fokussiert jene, die informell eine Person mit Demenz als Hauptpflegeperson (Pfleger mit vorhandenen Pflege- und Betreuungsfunktionen) unterstützen. Gerade mit Blick auf das spezifische Thema des Beitrags macht diese Eingrenzung Sinn, da sich speziell bei der Übernahme der Angehörigenpflege im Falle einer Demenzerkrankung ein schleichender Prozess ergibt, ab dem man von der Unterstützung eines Menschen mit Demenz im Sinne eines pflegenden Angehörigen sprechen kann (Ehlers 2010; Reichert et al. 2016). Auch krankheitstypische Symptome wie ein veränderter Tag-Nacht-Rhythmus und die kognitiven Einbußen können den Alltag und dessen Gestaltung beeinflussen.

## **2 Einleitung: zur Bedeutung der Gesundheit pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz**

Deutlich wird, dass mit Blick auf die Gestaltung von Strukturen, die zur Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger beitragen sollen, die Frage danach, wie pflegende Angehörige ihre Rolle gut absolvieren können, unabdingbar ist. Dazu gehört auch der konkrete Fokus auf deren Gesundheit. Dies gilt insbesondere für die Teilgruppe der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz. Denn: Vergleicht man pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz mit anderen Gruppen pflegender Angehöriger und gleichaltrigen Nicht-Pflegenden zeigt sich, dass sie stärker psychisch, physisch, sozial und finanziell belastet sind (Pinquart/Sörensen 2006a, b; Rothgang/Müller 2018; Wetzstein/Rommel/ Lange 2015). Die Übernahme der Pflege wirkt sich gerade zu Beginn deutlicher auf die psychische Gesundheit der pflegenden Angehörigen aus, was sich dann allerdings über den Zeitverlauf verändern kann durch Routinen (Rothgang/ Müller 2018; Schmitz/Westphal 2013). Dennoch gilt: Je länger die Pflege für eine\*n Angehörige\*n übernommen wird, desto häufiger lassen sich Einbußen vor allem des körperlichen, aber auch des psychischen Gesundheitszustands feststellen (Rothgang/ Müller 2018). Die Bandbreite der Auswirkungen von Angehörigenpflege auf die Gesundheit ist somit groß und reicht von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schwindelgefühlen, Belastungen von Muskel- und Skelettsystem (klassischerweise verbunden mit Rückenschmerzen). In der Gruppe der pflegenden Versicherten der BARMER litten 72,1 % an mindestens einer Erkrankung in diesem Spektrum. Hinzu kommen eine deutlich Erschöpfung und Müdigkeit (Rothgang/Müller 2018). Dies spielt insbesondere bei der Sorge für einen Menschen mit Demenz eine Rolle, wenn die Nachtruhe eingeschränkt ist. Beispiele für psychische Belastungen umfassen u. a. den Verlust einer Bezugsperson durch die Erkrankung selbst, die eine besondere Bedarfssituation für die pflegenden Angehörigen in darstellt, denn durch den fortschreitenden Charakter vollzieht sich

die Trauer auf Raten (Engel 2007). Diese Trauer wird oft auch von einer Einsamkeit begleitet, da man die\*den Pflegebedürftige\*n verliert, während sie\*er noch körperlich anwesend ist (u. a. Engel 2007; Andrén/Elmstahl 2008). Vor allem pflegende Angehörige, die alleine eine Pflege übernehmen, weisen schlechtere Gesundheitswerte auf als Personen, die sich Pflegeverantwortung teilen (Bestmann et al. 2014).

Die vorgestellten Auswirkungen auf die Gesundheit skizzieren das daraus resultierende Risiko, dass die häusliche Pflege aufgegeben werden muss, insbesondere wenn die starke informelle Unterstützung wegbricht oder generell fehlt (Rothgang/Müller 2018; Gräßel/Adabbo 2010; Budnick et al. 2012). Notwendig sind also neben der unmittelbaren Reduktion pflegebedingter Belastungen auch die Bereitstellung bzw. Entwicklung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention. Sie sind ein wichtiger Ansatzpunkt, pflegende Angehörige, insbesondere von Menschen mit Demenz, bei der Übernahme ihrer Aufgabe zu unterstützen, ihr Wohlbefinden zu verbessern, ihre Ressourcen zu stärken und damit deren Gesundheit positiv zu beeinflussen (Hampel 2021; Rothgang/Müller 2018). In der Vergangenheit wurden unterschiedliche Entlastungsangebote entwickelt, die ein solches Ziel innehatten. In Metaanalysen werden für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz nach Teilnahme daran teils Effekte wie eine kurzfristige Steigerung des subjektiven Wohlbefindens und/oder eine Reduktion depressiver Symptomen vorgefunden (u. a. Dräger/Blüher 2012; Pinquart/ Sörensen 2006a).

Viele Anstrengungen wurden in der Vergangenheit also bereits unternommen, um Angebote für pflegende Angehörige zu entwickeln und zu implementieren.<sup>1</sup> Allerdings existieren einige Barrieren für deren Inanspruchnahme: pflegende Angehörige setzen sich meist erst mit diesen auseinander, wenn ihre Belastung schon hoch ist und sich ihr Gesundheitszustand bereits verschlechtert hat. Vorher dominiert eher der Versuch, mit den bekannten Mitteln und Wegen den Alltag zu meistern. Nicht immer gibt es zu diesem Zeitpunkt überhaupt Ideen dazu, dass Angebote bestehen, die ihnen hier Abhilfe leisten können. Ist man selbst aber bereits hoch belastet und spürt den Druck durch die eigenen Aufgaben und Erwartungen auf den Schultern, verengt sich der Blick auf Möglichkeitsräume. Um Angebote sehen zu können, ist gerade diese Offenheit und der Raum, neue Angebote wirken zu lassen, wichtig (Hampel 2021). Sucht man sich in der Hochbelastungsphase Abhilfe, wird deutlich, dass gerade dann jedoch auch eine höhere Unzufriedenheit mit den Angeboten vorliegt. Außerdem passen existierende Strukturen teilweise schlecht in das individuelle Pflegearrangement und sind bei näherer Betrachtung stärker auf die Bedürfnisse und Versorgung der pflegebedürftigen Personen und weniger auf

---

1 Einen Überblick über verschiedene Arten von Maßnahmen und Angeboten, die zur Verbesserung der Gesundheit pflegender Angehöriger implementiert wurden, findet sich in der Arbeit von Hampel (2021).

die pflegenden Angehörigen selbst ausgerichtet (Blüher/Dräger 2011; Reichert et al. 2016; Rothgang/ Müller 2018).

Dies schlägt sich auf die Inanspruchnahme der Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Angehöriger über alle Leistungsarten nieder. Sie ist insgesamt sehr gering. Etwa die Hälfte der Betroffenen ist nicht in das System der Altenhilfe eingebunden (u. a. Schäufele et al. 2008; Jurk et al. 2010). In Deutschland lag der Wert bei ca. 22 % der dort Befragten, die mindestens einen Dienst im Bereich sozialer Dienstleistungen nutzten (Lamura et al. 2006). Knüpft man an diese Befunde an, wird deutlich, dass bisherige Angebote zur Entlastung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen noch Verbesserungspotenzial haben. Dies könnte bspw. dadurch erreicht werden, dass man die Wünsche der Zielgruppe, bezogen auf Maßnahmen, insbesondere zur Unterstützung und zum Erhalt ihrer Gesundheit, stärker berücksichtigt. Um diese Forschungslücke weiter zu schließen und explizit mit Fokus auf dem Thema Gesundheit der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz einen Beitrag zur Verbesserung der Ausgestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung zu leisten, wird in diesem Beitrag ein Perspektivwechsel bzw. eine Perspektiverweiterung in der Betrachtung des Themas Gesundheit für diese Zielgruppe vorgenommen.

### **3 Ansatzpunkt: eine Perspektiverweiterung**

Es stellt sich also die Frage, wie Angebote zur Unterstützung und Gesundheitsförderung von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz hinsichtlich ihrer Passung auf die Bedürfnisse der Zielgruppe verbessert werden können. Denn zwar setzen sich zahlreiche Theorien mit Fragen von Gesundheit und Krankheit auseinander. Doch was Gesundheit letztlich ist und welche Bezugspunkte dazu herangezogen werden, differenziert sich erst zuletzt immer weiter aus. Meist liegt den bisher verwendeten Ansätzen ein Expert\*innenverständnis von Gesundheit zugrunde. Das bedeutet, dass einzeln abgrenzbare Gesundheitskognitionen analysiert werden, aber selten das Gesamtbild und die Laintheorien einbezogen werden. Das Gesundheitsverhalten der zu untersuchenden Zielgruppe wird, basierend darauf, in Form einzelner Variablen gemessen, die als wichtige „Einflussfaktoren für nicht-übertragbare, chronische Krankheiten“ (Wetzstein et al. 2015: 70) gelten.

Statt des Expert\*innenbegriffs von Gesundheit wird nun das Hauptaugenmerk auf die Lai\*innenperspektive gerichtet (Hampel 2021). Bisherige Studien weisen eine zu geringe Beachtung der subjektiven Perspektive der pflegenden Angehörigen auf. Für diese Betrachtungsweise spricht, dass Ergebnisse früherer Studien vor allem aus dem Bereich der Gesundheitspsychologie zeigen, dass die Mehrzahl von gesundheitsbezogenen Aktivitäten im Alltag außerhalb von professionellen Strukturen vollzogen wird (u. a. Faltermaier 2017; Faltermaier et al. 1998). Darüber

hinaus werden so pflegende Angehörige eindeutiger als aktive und individuell agierende Subjekte verstanden, rücken ihre Vorstellungen von Gesundheit und daraus resultierende Handlungen zum Erhalt und zur Förderung von Gesundheit im Alltag in den Vordergrund (Geiß 2014; Hampel 2021). Durch diese Erweiterung des Gesundheitsverständnisses um die subjektive Sicht der Zielgruppe sollen neue Impulse für Prävention und Gesundheitsförderung abgeleitet werden.

Damit erfolgt eine theoretische Anlehnung an die Arbeiten von Faltermaier (2017) sowie Faltermaier, Kühnlein und Burda-Viering (1998), die in Ergänzung und Erweiterung von Antonovskys (1979) Salutogenese „subjektive, soziale und aktionale Einflüsse auf die Gesundheit“ (Faltermaier 2017: 197) im Alltag berücksichtigen. Die damit verbundene Erweiterung zum Grundkonzept Antonovskys (1979) wird deutlich in den Bereichen, die das Alltagshandeln der Menschen umfassen. Lai\*innen tragen im Alltag individuell und sozial abgestimmt zur Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit bei, ohne dabei Kontakt zum professionellen System haben zu müssen; sie sind vielfältig aktiv, um Krankheiten zu vermeiden, sie in ihrer Frühphase zu erkennen und selbst zu behandeln, und sie unterstützen, versorgen und pflegen kranke Menschen in ihrem Umfeld (Faltermaier 2015). Das Laiensystem arbeitet auf der Basis eines Alltagswissens und -systems an Vorstellungen, die zwar vielfach von Expert\*innen beeinflusst werden können, aber sich wesentlich eigenständig (weiter-)entwickeln. Auch die Identitätselemente aus dem salutogenetischen Modell müssen dafür nach Faltermaier (2017) um subjektive Aspekte erweitert werden. Diese Angliederung an Antonovskys (1979) Modell der Salutogenese wird im Diskurs nicht gänzlich unkritisch betrachtet. Das Gesundheitshandeln wird bspw. von Blättner und Waller (2018) als eine der Bewältigungsstrategien von vielen im Sinne Antonovskys verstanden, was eine Erweiterung des Modells nicht zwangsläufig notwendig macht. Allerdings wäre damit das intentionale Handeln der\*des Einzelnen nicht so deutlich betont, wie es im Sinne Faltermaiers (2017) ausgeführt wird.

Theorien der Expert\*innen sowie Theorien von Lai\*innen widersprechen sind nicht, sondern haben beide eine Bedeutung für den Gesundheitsdiskurs. Die parallele Existenz lässt sich anhand eines Beispiels von Franke (2015) illustrieren: Im Rahmen der medizinischen Versorgung verhalten sich Patient\*innen nicht immer so, wie Ärzt\*innen dies als wissenschaftlich korrekt verordnen. Regeln und Theorien werden von den Patient\*innen nur so weit befolgt, „wie sie mit ihren eigenen Vorstellungen übereinstimmen“ (ebd.: 216). Auch wenn man Professionellen Expertise zuschreibt, bleibt man selbst für die persönliche Gesundheit der\*die beste Expert\*in (Helfferich 2009). Um diese Perspektive im Gegensatz zu den beobachtbaren Gesundheitsverhaltensweisen und deren Orientierung an Kognitionen abzugrenzen, wurde der Begriff des Gesundheitshandelns entwickelt. Der Grund für das jeweilige Handeln wird in diesem Verständnis nicht in klar umgrenzten „indi-

viduelle[n] Überzeugungen oder Erwartungen“ (Faltermailer 2017: 253) gesehen, sondern geprägt von Gesundheitsvorstellungen (Flick 1998), subjektiven Konzepten und Theorien von Gesundheit und Krankheit (Faltermailer 2017) sowie vom Gesundheitsbewusstsein (Faltermailer 1994). Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht zwei unterschiedliche und aktuell geltende Ansätze, die allesamt Erklärungen für die Gesundheit von Menschen geben wollen und auch so im Konzept der integrativen Salutogenese berücksichtigt werden. Neben den subjektiven Ansätzen im oberen ist im unteren Bereich der Abbildung auch der professionelle Blick auf Gesundheit zu finden. Der Grad der Komplexität nimmt bei den subjektiven Ansätzen von oben nach unten zu (Faltermailer 2017).

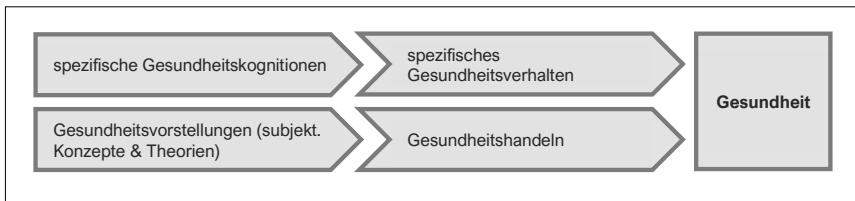


Abb. 1: Überblick über verschiedene Ansätze zur Beschreibung von Gesundheit (Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Faltermailer 2017)

Die zwei Kernbereiche für die Auseinandersetzung mit der veränderten Betrachtung von Gesundheit von pflegenden Angehörigen sind somit die sogenannten Gesundheitsvorstellungen und das daraus resultierende Gesundheitshandeln. Der Begriff „**Gesundheitsvorstellungen**“ ist ein Sammelbegriff für die unterschiedlichen Arten von Zugängen, Definitionen und Begriffen komplexer Repräsentationen der Gesundheit (Faltermailer 2017). Nach Flick et al. (2004) manifestieren sie sich in Form von subjektiven Konzepten von Gesundheit auf verschiedenen Ebenen. Auf die Frage hin „Was ist Gesundheit für Sie?“ ergeben sich unterschiedliche Arten von Antworten mit Bezug auf die eigene Gesundheit („Für mich ist Gesundheit, wenn ich ...“), die Gesundheit anderer Personen („Für mich ist der gesund, der ...“) sowie politisch/moralische Einschätzungen („Gesundheit als höchstes Gut“) (Flick et al. 2004). Sie sind somit eher komplex und subjektiv in einem sozialen Kontext entstanden (Faltermailer 2017). Wie das Beispiel Flick et al. (2004) verdeutlicht, handelt es sich bei Gesundheitsvorstellungen um einen multidimensionalen Zugang zu Gesundheit, der eng verknüpft ist mit Wertvorstellungen. Interessant ist, was medizinische Lai\*innen „unter Gesundheit verstehen und welche Einflüsse sie nach ihren Vorstellungen gesund erhalten oder krank werden lassen“ (Faltermailer 2017: 255).

Es ist vor allem wichtig, zwischen subjektiven Konzepten und Theorien zu unterscheiden. Während Konzepte die Beschreibung von Gesundheit fokussieren,

gehen Theorien darüber hinaus und inkludieren Einflussbedingungen, die eine Person in Bezug auf ihre (eigene) Gesundheit sieht. Da hier meist komplexe Ideen zu Verknüpfungen der Einflussfaktoren enthalten sind, werden sie analog zu wissenschaftlichen Theorien auch als Laientheorie bezeichnet. Alle Vorstellungen sind in einen Kontext eingebunden, der aus sozialen Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit besteht und deren Einbettung in sozial und kulturell geteilte Lebensbereiche berücksichtigt. Franke (2015) verdeutlicht die Regelgeleitetheit menschlichen Verhaltens in diesem Zusammenhang, da man nicht einfach im luftleeren Raum planlos agiert, sondern Absichten und Annahmen in das eigene Verhalten einfließen. Gerade mit Blick auf die Einflussfaktoren von Gesundheit wird die Bandbreite der Gesundheitsvorstellungen und das Zusammenspiel aus Person und Umwelt sichtbar. Die Vorstellungen eines Menschen von dem Begriff Gesundheit unterliegen somit einer Reihe von Einflussfaktoren und sind nicht nur individuell, sondern auch sozial bestimmt (Faltermaier 2017). Subjektive Vorstellungen haben also eine gesellschaftlich-kulturelle Prägung (Schmitt 2011). Es hängt also davon ab, unter welchen „allgemeinen und konkreten Umständen“ (Flick 1998: 8) sie zu einem Thema gemacht werden. Immer wieder genannte Einflussfaktoren sind Lebensphase, Alter, soziale Herkunft, Bildungsgrad, Geschlecht, Erziehung und die Strukturen des Gesundheitswesens. Je nachdem, welche bisherigen Erlebnisse und Erfahrungen man mit Gesundheit und Krankheit selbst gemacht hat, können sich subjektive Konzepte verändern. Sie stehen somit in engem Bezug zu der Biografie eines Menschen (Schmitt 2011). Die subjektiven Konzepte und Theorien müssen also vor dem Hintergrund des Selbst- und des Lebenskonzepts von Menschen verstanden werden (Faltermaier 2017). Umso wichtiger ist es, die Gesundheitsvorstellungen im konkreten Alltag der Personen zu untersuchen. Dafür eignet sich die Analyse des Gesundheitshandelns.

Während psychologische Disziplinen oder die Verhaltensmedizin traditionell stärker mit dem Verhaltensbegriff arbeiten, ist der Begriff des **Gesundheitshandelns** stärker in einer sozial- und subjektwissenschaftlichen Gesundheitsforschung verankert (u. a. Groeben et al. 1988; Faltermaier 2015). Es geht statt um einzelne Kognitionen und die Messung isolierter Indikatoren also mehr um subjektive Deutungen dessen, was Personen in ihrer Situation als Gesundheit(shandeln) verstehen. Das Gesundheitshandeln gehört in seiner Denkschule dem Salutogenesemodell an und unterstellt Menschen bei allem Handeln ein Gesundheitsmotiv, auch wenn nicht jedes Verhalten bewusst die Gesundheit im Vordergrund stehen hat. Handeln kann bewusst und absichtsvoll sein und ist subjektiv für die handelnde Person mit einem Sinn verbunden und eng mit der Lebenswelt der Person verknüpft. Gesundheitshandeln erstreckt sich (je nach subjektiver Konstellation) über einzelne bis hin zu unterschiedlichen Verhaltensebenen (bspw. Bewegung, Umgang mit Risiken und Belastungen, Pflege von sozialen Ressourcen), die zu einer Lebensweise zusammen-

gefügt werden und nicht zwangsläufig mit dem Expert\*innenwissen in Einklang stehen. Unterschiedliche Teilbereiche des Lebens erfordern zum gleichen Zeitpunkt möglicherweise unterschiedliche Handlungsweisen, bspw. wenn es um Reduktion von Stress im Erwerbsleben geht, gleichzeitig vielleicht daran gearbeitet wird, den eigenen Selbstwert zu steigern, und man versucht, eine harmonische familiäre Umgehung zu schaffen, in der man ebenso eine Stressreduktion erreichen kann (Faltermaier 2017). Hierdurch zeigt sich die Bedeutung der lebensweltlichen Situation, die sich in den einzelnen Teilhandlungen und Verhaltenselementen niederschlägt. Jede soziale Institution und Rolle (bspw. Arbeitswelt, Familie, Kommune) hat einen Einfluss auf das Individuum. In diesen Systemen werden gesundheitliche Fragen organisiert und mit einem (gesellschaftlichen) Wert abgebildet. Das Laiengesundheitssystem wirkt versteckt im Alltag, erbringt aber umfangreiche und nicht ersetzbare Leistungen zur Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung (u. a. Franke 2015; Faltermaier 2017). Durch das Einnehmen dieser subjektiven Forschungsperspektive können somit andere Befunde erwartet werden als durch die Verwendung der gängigen Gesundheitsverhaltensweisen. „Zentral ist nicht, welche einzelnen Verhaltensweisen eine Person zeigt, sondern wie die Gesamtbilanz ihrer Lebensweise und deren subjektive Begründung aussieht“, fassen Faltermaier et al. (1998: 195) zusammen.

Übertragen auf die Zielgruppe pflegender Angehöriger soll die Verwendung dieses Ansatzes dazu beitragen, die offenen Fragen zu schließen, die bei der Nutzung gängiger Maße zur Messung des Gesundheitszustands, die für die Erhebung der Situation pflegender Angehöriger verwendet werden, bestehen. Durch die stärkere Orientierung an der subjektiven Lebenswelt ergibt sich ein Laienblick jenseits der Systembarrieren, der möglicherweise hilfreich als Ausgangspunkt für Innovationen sein kann (Hampel 2021). Gefordert wird die stärkere Berücksichtigung von Bedarfen und Erwartungen pflegender Angehöriger und interdisziplinärer niedrigschwelliger Lösungen bereits länger (Hasseler & Görres 2005).

## 4 Methodisches Vorgehen und Stichprobe

Um einen Beitrag zur Erweiterung des Wissens zur Gesundheit pflegender Angehöriger zu leisten, wird ein Mixed-Methods-Design verwendet. Dafür wurde das **Erhebungsinstrument** des problemzentrierten Leitfadenterviews genutzt. Die Verwendung dieses Ansatzes als Methode der Wahl ergibt sich daraus, dass aus der Theorie Vorannahmen zu Gesundheitsvorstellungen und Gesundheitshandeln von Erwachsenen existieren, die jetzt allerdings für die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz überprüft und modifiziert werden. So ist der Forschungsansatz nicht im Sinne qualitativer Forschung vollkommen unvoringenommen und offen, sondern versucht, die aus der Theorie abgeleiteten Vor-

annahmen in Kategorien zu überführen und in einem Leitfaden zu fixieren. Der Gesprächseinstieg wurde bewusst mit einer offenen Frage begonnen („Wie fühlen Sie sich heute?“). Idee dessen war es, die Assoziationen der pflegenden Angehörigen, bezogen auf das Befinden, kennenzulernen. Die subjektive Einschätzung der Gesundheit wird dabei um ausgewählte standardisierte Instrumente zur Messung von Gesundheit und subjektivem Wohlbefinden (WHO-5) ergänzt. Denn nach dem offenen Einstieg wurde der aktuelle Gesundheitszustand mithilfe einer fünfstufigen Skala („sehr gut“ bis „schlecht“) erfasst, nach gesundheitlichen Problemen gefragt und der WHO-5-Wohlfühltest, ergänzend zur Messung des subjektiven Wohlbefindens, genutzt. Die Triangulation von quantitativen und qualitativen Instrumenten dient der Überprüfung der erhobenen Daten und damit deren Qualitätssicherung. Der Leitfaden wurde so wenig wie möglich vorstrukturiert, um das implizite Wissen der Befragten zu berücksichtigen, greift aber gleichwohl die maßgeblichen theoretischen Vorannahmen auf, um diese für die pflegenden Angehörigen zu überprüfen. Kern der Befragung waren daher die Vorstellungen von Gesundheit und gesundheitspezifischen Handlungsweisen innerhalb des Pflegealltags.

Für die **Auswertung** der offenen Fragen des Interviews wurde die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse verwendet (Kuckartz 2016). Aufgrund des Vorwissens zum Untersuchungsgegenstand zu anderen Personengruppen erfolgt mit dieser Methode eine Ableitung deduktiver Kategorien und Datenreduktion. Trotz der Nähe zu einer quantitativen Auswertung besteht damit für die Zielgruppe pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz auch die Möglichkeit, induktiv neues Wissen zu generieren (Kuckartz 2016). Kern der Auswertung ist die Entwicklung des Kategoriensystems, in dem die transkribierten Interviews in einem Kodierprozess in insgesamt elf Hauptkategorien mit Subkategorien unterteilt wurden (Hampel 2021).

Das Sampling erfolgte anhand des vorher festgelegten Begriffs **pflegender Angehöriger**: Im Zeitraum von September bis Dezember 2016 wurden 23 Personen befragt, die die Pflege eines Menschen mit Demenz zum Zeitpunkt der Interviews als Hauptpflegeperson im häuslichen Setting ausübten. Die Ansprache der Befragten erfolgte über Multiplikator\*innen aus den Bereichen der Demenzversorgung, -beratung und Interessenvertretung in Nord- und Westdeutschland. Es definierten sich 18 Befragte (78 %) als Frauen (die neun (Schwieger-)Eltern, zwei Großeltern und acht Ehepartner unterstützten) und fünf als Männer (die vier Ehefrauen und ein Elternteil unterstützten). Zum Zeitpunkt des Interviews waren die Interviewten zwischen 20 und 85 Jahren alt (Durchschnitt: 61,7 Jahre). 65 % wohnten mit dem Menschen mit Demenz in einem gemeinsamen Haushalt. Bei getrennten Haushalten gab es große Unterschiede hinsichtlich der Wohnentfernung (diese reichten von 10m bis 270km). 26,1 % der pflegenden Angehörigen waren zum Zeitpunkt des Interviews erwerbstätig. Diejenigen, die einer Erwerbstätigkeit nachgingen, wiesen

eine Heterogenität der Wochenarbeitszeit auf. Sie lag zwischen 15 und 70 Stunden. Rund zwei Drittel der Angehörigen gingen einer Teilzeitbeschäftigung (unter 25 Wochenstunden) nach.

Die Befragten kümmern sich um insgesamt 24 **Menschen mit Demenz**, zu denen im Folgenden ebenfalls zentrale Eckdaten vorgestellt werden. Wie man anhand der Zahlen sehen kann, gibt es in der vorliegenden Stichprobe eine pflegende Angehörige, die sich gleichzeitig um zwei pflegebedürftige Personen in der Familie kümmert.<sup>2</sup> Die Menschen mit Demenz im Rahmen dieser Arbeit sind im Durchschnitt 78 Jahre alt. Die Altersspanne ist hier erwartungsgemäß geringer als aufseiten der Angehörigen, aber dennoch sehr groß. Sie reicht von 47 bis 95 Jahren. Wie bereits aus dem Forschungsstand zu erwarten ist, war der Frauenanteil in der Gruppe der Pflegebedürftigen höher (66,7 %) als Männeranteil (33,3 %). Die Pflegebedürftigen sind bis auf eine Person alle zum Zeitpunkt des Interviews bereits in eine Pflegestufe<sup>3</sup> eingruppiert. Bei drei Befragten stand zum Zeitpunkt der Erhebung noch eine ärztliche Demenzdiagnose aus. Die Eingruppierung der Pflegestufe erfolgt hier aufgrund von körperlichen Einschränkungen.

Die **Dauer der übernommenen Pflege** weist ebenfalls eine große Spannweite auf und variiert von ein bis 13 Jahren. Die meisten der Befragten waren mit ihrem Pflegesetting an einem recht gefestigten Punkt und hatten bereits einige Erfahrungen machen können. Diejenigen, die noch nicht sehr lange pflegten (12,5 % der Befragten geben eine Pflegedauer bis zu zwei Jahren an), hatten im Vergleich zu den „Routiniers“ noch größere Unsicherheiten bzw. war ihr Alltag noch nicht so eingespielt. Für sie waren Erfahrungen wie der Prozess der Pflegegradeinstufung noch deutlich präsenter und gesprächsdominierender, da diese noch nicht so lang zurücklagen. Mitunter waren sie selbst noch auf der Suche nach einem neuen Alltag.

## 5 Darstellung der Ergebnisse: Der Vielfalt einen Namen geben

Der vorgestellte Perspektivwechsel hin auf die Laienperspektive der pflegenden Angehörigen versucht stärker die Kompetenzen und die Selbsthilfepotenziale der Zielgruppe zu berücksichtigen, um basierend darauf Angebotsstrukturen (weiter-)zuentwickeln. Dabei zeigt sich eine erstaunliche Vielfalt von Anknüpfungspunkten, die stark mit der Alltagsrealität der befragten Personen zusammenhängen und auch die Leser\*innen zu einem Perspektivwechsel für deren Angebotsgestaltung anregen möchte. Dafür werden ausgewählte Ergebnisse aus den geführten Interviews zum

---

2 Hierbei handelt es sich um die Großmutter und die Mutter der Befragten.

3 In den Ausführungen dieses Beitrags wird der mittlerweile nicht mehr aktuelle Begriff der Pflegestufe verwendet, der zum Zeitpunkt der Interviewdurchführung allerdings noch Geltung hatte und daher treffsicherer die rechtliche Eingruppierung trifft.

Gesundheitszustand der Befragten, deren Vorstellungen von und über Gesundheit, zugrunde liegende Kontrollüberzeugungen sowie das daraus resultierende konkrete Gesundheitshandeln im (Pflege-)Alltag vorgestellt (Hampel 2021).

## 5.1 Aktueller Gesundheitszustand

Der offene Gesprächseinstieg mit der Frage „Wie fühlen Sie sich heute?“ ermöglicht es, erste Assoziationen zum Thema zu schaffen und eine unverfängliche Gesprächssituation zu generieren. Darüber hinaus wird damit direkt die aktuelle gesundheitliche Situation ersichtlich und ein Eindruck gewonnen, wie Menschen über Gesundheit sprechen. Ein wichtiger Befund ist: Je gesünder sich die Befragten fühlen, umso weniger ausführlich werden Körper und Wohlbefinden angesprochen. Liegt eine negative Bewertung der eigenen Gesundheit vor, werden umfassendere Begründungen gegeben. Bei insgesamt acht Personen ist dies der Fall. Genannt werden z. B. akute gesundheitliche Probleme wie eine gebrochene Schulter bei einer Befragten, die dadurch starke Schmerzen hat, aber direkt im Nachgang betont: „Eigentlich bin ich immer Optimist [lacht] (I18).“ Bei den meisten pflegenden Angehörigen, die einen negativen aktuellen Gesundheitszustand angeben, dominieren Gründe, die (in)direkt mit der Pflege zusammenhängen, da sich bspw. bestehende Schmerzen seit Übernahme der Pflege „rapide verschlechtert“ (I18) haben, sie „erschöpft“ (I14) oder „angespannt“ (I17) sind. Pflege wird als Grund für den aktuellen Zustand in der Regel klar benannt: „Nur durch den Umstand jetzt, Pflege meiner Frau und Betreuung meiner Frau. Also die Annehmlichkeiten des Lebens sind damit ja gelaufen“ (I22). Die berichteten Krankheitsbilder und Einschränkungen lassen sich auf das bereits aus der Literatur vorgestellte Spektrum einordnen.

Betrachtet man die quantitativen Ergebnisse zur **subjektiven Gesundheit** der Zielgruppe zeigt sich, dass 56,5 % der Befragten ihre Gesundheit als mindestens gut einschätzen, 26 % der Befragten bezeichnen diesen als zufriedenstellend und 17,4 % als weniger gut oder schlecht. Im BARMER Pflegereport gibt es Vergleichszahlen zur subjektiven Gesundheit pflegender Angehöriger, allerdings für die Gesamtgruppe ohne nähere Klassifizierung der Erkrankung der zugehörigen pflegebedürftigen Person. Die dortigen Ergebnisse lassen sich durchaus vergleichen: Es finden sich dort ähnlich hohe Werte für Personen, die ihre Gesundheit als gut bis ausgezeichnet beschreiben (60,1 %). Im Pflegereport nennen 39,9 % ihre Gesundheit weniger gut bis schlecht, was deutlich höher als in der vorliegenden Studie ist (Rothgang/ Müller 2018). Interessant ist, dass trotz gesundheitlicher Einschränkungen, die in den qualitativen Ergebnissen zum Gesundheitszustand erwähnt werden, ein hoher Anteil die eigene Gesundheit dennoch als mindestens gut einstuft. Die Ergebnisse der standardisierten Instrumente und den vorangestellten offenen Antworten decken sich weitestgehend. Bei den Befragten, die ihre Gesundheit als

weniger gut bis schlecht einstufen, beginnt die Einschätzung in der offenen Herangehensweise tendenziell positiver, als es in der schlussendlichen standardisierten Bewertung wiederzufinden ist. Denkbar ist, dass der Prozess des Sich-Auseinander-Setzens mit der eigenen Gesundheit zu einer letztlich kritischeren Einschätzung in der standardisierten Befragung geführt hat.

Bei den Befragten handelt es sich um eine **hoch belastete Personengruppe**: 52,5 % der pflegenden Angehörigen weisen im WHO-5-Fragebogen einem Summenwert von unter 13 auf, was für eine mögliche Depression oder Überlastung spricht. Dies deckt sich mit den Werten für die subjektive Belastung durch Pflege, die von 53,5 % der Befragten als mindestens hoch eingestuft wird. Bei genauerer Unterscheidung wird deutlich, dass 43,5 % in die Kategorie „hohe Belastung“ fallen, 13 % der Befragten geben Werte einer größtmöglichen Belastung an. Dabei handelt es sich um Personen, die sich zum Zeitpunkt des Interviews in akuten Krisen befinden und die pflegerische Versorgung mit anderen Herausforderungen im Alltag (u. a. Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, Umzug sowie Sorge um andere Angehörige) vereinbaren mussten. Diese Fälle sind allesamt bereits mehrjährig in die Versorgung eines pflegebedürftigen Angehörigen eingebunden. Generell lassen sich sieben unterschiedliche Arten von Belastungssituationen bei pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz in dieser Untersuchung finden, die mit der Pflege verbunden sind. Dazu zählen Belastung durch

- Organisation der Pflege,
- Krankheitssymptome,
- Vereinbarkeit von Sozialleben und Pflege,
- Vereinbarkeit von Beruf und Pflege,
- Fehlenden Freiraum und schlechtes Gewissen,
- Verlust einer Vertrauensperson,
- sonstige Aspekte (die sehr individuell ausfallen).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es sich bei der hier integrierten Stichprobe um eine heterogene Gruppe pflegender Angehöriger handelt, die in der Art und Anzahl der Erkrankungen mit dem Forschungsstand vergleichbar ist. Die Belastungen vor allem im Bereich des subjektiven Wohlbefindens fallen im Vergleich etwas höher aus als bei der Gesamtgruppe aller pflegenden Angehörigen, was allerdings aufgrund der demenzspezifischen Symptomatik erklärbar scheint. In den Ausführungen zum aktuellen Gesundheitszustand werden über die offene Fragestellung bereits erste Hinweise für die Definition von Gesundheit gegeben. Gesundheit ist mehr als eine kurze Einschätzung und braucht eine Auseinandersetzung, für die pflegende Angehörige unterschiedliche Fixpunkte heranziehen. Welche das sind, lässt sich durch Gesundheitsvorstellungen verdeutlichen.

## 5.2 Wovon man spricht, wenn man Gesundheit meint

Damit verbunden ist die Annahme, dass in diesen Gesundheitsvorstellungen ein wesentlicher Teil des gesundheitsbezogenen Wissens der Bevölkerung liegt, der für die Ausgestaltung gesundheitspolitischer Maßnahmen ein wichtiger Gradmesser sein kann. Für ein besseres Verständnis davon, was das bedeutet, werden nun einige zentrale Ergebnisse zu den Gesundheitsvorstellungen pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz vorgestellt. Dabei werden in diesem Kapitel zunächst Einblicke in inhaltliche Gesundheitsbegriffe („Was bedeutet für Sie persönlich Gesundheit?“) vorgestellt und im darauffolgenden Kapitel subjektive Gesundheitstheorie („Wie kann Gesundheit beeinflusst werden und welche Kontrollüberzeugungen liegen diesen Annahmen zugrunde?“) betrachtet.

Anhand der inhaltlichen Gesundheitsbegriffe wird visualisiert, welche Themenbereiche zur Definition von Gesundheit von den Befragten herangezogen werden. pflegende Angehörige weisen mehrheitlich ein differenziertes Gesundheitsverständnis auf, bei dem vor allem physische, psychische und soziale Aspekte betont werden. Die erste Assoziation erfolgt in der Regel biomedizinisch konnotiert. Ausgehend davon differenzieren sich individuelle Definitionen:

„Gesundheit ist für mich nicht nur Blinddarm und n guter Blutdruck. Ja, diese ganze Umgebung. Die Luft, in der ich lebe. Das seelische Ausgewogen-Sein ist für mich auch Gesundheit [...] wenn ich innerlich vor 'nem Dreckhaufen stehe, funktionier ich auch nach außen nicht.“ (I6)

Es existieren sowohl positive als auch negative Gesundheitsbegriffe, wobei die positiven differenzierter und insgesamt vielfältiger sind. Basierend auf den Ergebnissen dieser Arbeit lassen sich vier positive inhaltliche Bestimmungen von Gesundheit herausarbeiten. Von diesen konzentrieren sich zwei auf das eigene Befinden der Personen und beschreiben eher Zustände (Gesundheit als Wohlbefinden & Gesundheit als Gleichgewicht), während sich die beiden anderen Kategorien (Gesundheit als Grundlage & Gesundheit als Aufgabe) eher auf die Handlungen und Tätigkeiten von Menschen beziehen. Zudem existieren zwei negative inhaltliche Bestimmungen von Gesundheit, die sich in der Schwere von Einschränkungen unterscheiden (Gesundheit als Störungsfreiheit bzw. Gesundheit als geringes Beschwerdemaß).

Es gibt allerdings in der überwiegenden Zahl der Fälle nicht nur reine Positiv- oder Negativdefinitionen. Gesundheit hat vielmehr sowohl positive als auch negative Aspekte, die sich in ihrer jeweiligen Begriffsbestimmung finden lassen und sich ergänzen, statt auszuschließen. Der siebte Gesundheitsbegriff ist daher auch ein eher neutraler Ansatzpunkt im Vergleich zu den zuvor vorgestellten und sieht „Gesundheit als Wertaussage“. Gesundheit wird als etwas verstanden, dass ein

Wechselspiel aus positiven und negativen Aspekten darstellt und wesentlich ausgeglichener und veränderbarer sein kann.

Die Aufteilung in verschiedene Bereiche von Gesundheit ist für pflegende Angehörige von großer Bedeutung. Schon bei der Frage nach ihrem Befinden weisen einige der Befragten explizit darauf hin, dass sich ihre Einschätzung von (der eigenen) Gesundheit je nach betrachtetem Lebensbereich unterscheide. Offene Formulierungen erweisen sich als hilfreich, um den individuellen Konzepten Raum zu bieten. Oft ist ein Prozess der Bewusstwerdung implizit bestehender Definitionen notwendig, da die Befragten im Alltag keine expliziten Vorstellungen ihres Gesundheitsbegriffs haben bzw. eher nach einem unbewussten Muster agieren, was sie selbst nicht ständig überprüfen (müssen).

Die vorgefundenen sieben subjektiven Begriffe von Gesundheit verdeutlichen unterschiedliche und eher grundlegende Orientierungen pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz, die Aufmerksamkeit erfahren. Nur bei einem kleinen Teil der pflegenden Angehörigen (13 %) besteht das inhaltliche Gesundheitskonzept ausschließlich aus einem einzelnen Gesundheitsbegriff: Gesundheit wird in diesen Fällen ausschließlich als Grundlage für etwas verstanden. Dann steht dabei die Leistungsfähigkeit im Vordergrund, mit der sie ein selbstbestimmtes Leben (I2) erhalten bzw. die Pflege eines Menschen mit Demenz (I3) sicherstellen wollen. Ein Befragter definiert Gesundheit ausschließlich als Wert, der nach seiner Einschätzung in Deutschland nicht respektiert wird (I5). Die Mehrheit der Befragten (86,9 %) hat jedoch ein mehrdimensionales komplexes Verständnis von Gesundheit, was für ein umfassendes biopsychosoziales Verständnis der Gruppe pflegender Angehöriger spricht. In diesem Zusammenhang können drei Gruppen von Gesundheitskonzepten unterschieden werden:

- multidimensionales Gesundheitskonzept mit (überwiegend) positiver Definition (30,4 %),
- multidimensionales Gesundheitskonzept mit positiver und negativer Definition (47,8 %),
- Multidimensionales Gesundheitskonzept mit (überwiegend) negativer Definition (8,7 %).

Das bedeutet, dass der altgediente Satz von „Gesundheit ist das Fehlen von Krankheit“ für eine Personengruppe, die in ihrem Alltag mit gesundheitlichen Einschränkungen im Alltag tagtäglich umgehen und (re)agieren muss, keine Deutungshoheit hat und sich dafür eher andere Arten der Ausgestaltung eignen.

Dafür lohnt es sich, die Erkenntnisse zu inhaltlichen Gesundheitsbegriffen in einen zeitlichen Kontext einzubetten, um zu analysieren, ob sich Gesundheit für den\*die Befragten innerhalb ihres Lebens verändert hat und wie Pflege hier mit

reinspielt. Daraus ergeben sich **dynamische Gesundheitskonzepte**, mit denen persönliche Wahrnehmungen eingeordnet werden. Auch darin unterscheiden sich pflegende Angehörige, was vor allem darin begründet liegt, ob die Bedeutung von Gesundheit in ihrem Lebenslauf als

- hoch (52,2 %),
- partiell hoch (30,4 %) oder
- gering (21,7 %)

von ihnen eingestuft wird. Gerade das retrospektive Bilanzieren von Gesundheit zeigt, dass hier der gängige Spruch „Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“ zum Tragen kommt. Dafür sind vor allem Unfälle oder Krankheiten bei sich selbst oder nahestehenden Personen markante Erinnerungspunkte, die auch handlungsweisend für die Lebensführung sein können:

„Gesundheit spielt für uns eine große Rolle, wir sind ja auch unser ganzes Leben lang nicht groß krank gewesen. Auch meine Frau nicht, die ist auch heute körperlich gesund. Nur das sie eben jetzt schlecht laufen kann und eben vergesslich ist. Sonst körperlich fehlt der nix. [...] Wir haben auch immer ein bisschen gesund danach gelebt. Gesundheit hat uns schon was bedeutet.“ (I3)

Die Laiengesundheitskonzepte weisen damit insgesamt Anknüpfungspunkte zur Salutogenese auf. In der hier vorliegenden Untersuchung geben sich Lai\*innen nicht mit einer Abgrenzung von Gesundheit und Krankheit zufrieden, sondern beziehen die Veränderung von Gesundheit und Krankheit und auch verschiedene Arten von Gestaltung dieser Prozesse mit ein. Lebensereignisse wie die Geburt von Kindern, aber auch die eigene Sozialisation oder das Auftreten von Krankheiten haben einen Einfluss auf die Art und Weise, wie Gesundheit konzeptualisiert und im Laufe der Zeit angepasst wird. Dieser Veränderungsprozess findet nicht immer bewusst statt und hat in vielen Fällen eine gewisse Selbstverständlichkeit.

Doch muss nicht immer auch aktiv versucht werden, Gesundheit herzustellen. In diesem Zusammenhang zeigen sich auch Beispiele für Lebensweisen von Personen, die Gesundheit eine geringe Bedeutung in ihrem Leben beimessen:

„Wenn ich Lust habe zu essen, dann esse ich. Wenn ich keine Lust habe, lass ichs. Wenn ich mal einen Sekt trinken will, dann trink ich ihn, wenn ich eine Zigarette rauchen will, dann rauche ich sie. Ich denke nicht über Gesundheit nach. [...] Die ist da und fertig“ (I14).

Wer in seinem Leben Gesundheit einen hohen Stellenwert einräumt, wird offener für Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention, da grundsätzlich mehr

Auseinandersetzung mit dem Thema vorgenommen wird. Für die befragte Person I14 hingegen müssen Angebote zu den jeweiligen aktuellen Bedürfnissen passen, ohne große Mehrarbeit zu bedeuten. Vielmehr muss ein Mehrwert deutlich sein.

Ein wesentliches Ergebnis der Auseinandersetzung mit Gesundheitsvorstellungen ist, dass die befragten pflegenden Angehörigen mehrheitlich ein differenziertes Gesundheitsverständnis besitzen und individuelle Bezüge dazu haben, was gut für die eigene Gesundheit sein kann. Besonders hervorzuheben ist, dass der Großteil der Befragten ein nicht ausschließlich positives oder negatives Bild von Gesundheit vertritt. Durch den offenen Zugang zu den subjektiven Begriffsbestimmungen wird vielmehr deutlich, dass einzelne Personen sowohl negative Definitionsaspekte wie die Abwesenheit von Krankheit ansprechen, allerdings auch gleichermaßen positive Formen des Gesundheitsverständnisses wie die Bedeutung von Wohlbefinden heranziehen. Diese Komplexität ist durch deren Leben gelernt und meist durch eine grundsätzliche Ausrichtung geprägt. Durch die Erhebung zeigt sich, wie die Aufmerksamkeit der Menschen auf Gesundheit gerichtet wird und welches mögliche markante Ereignisse sind, die einen Perspektivwechsel einleiten. Um das Bild von Gesundheitsvorstellungen abzurunden, müssen ebenfalls die subjektiven Gesundheitstheorien Berücksichtigung finden.

### **5.3 „Da muss man schon selber verantwortlich sein“ – Einfluss auf die Gesundheit und die Kontrollüberzeugungen**

Der Einfluss, den pflegende Angehörige auf ihre Gesundheit sehen, kann über die ihnen innewohnenden **subjektiven Theorien von Gesundheit** erklärt werden. Diese Einflussfaktoren auf die Gesundheit sind ebenso wie Kontrollüberzeugungen Teil dessen. Für den Erkenntnisgewinn innerhalb dieses Beitrags sind diese wichtig, um zu verdeutlichen, welche Personen und Lebensbereiche für die Gesundheit als relevant eingestuft werden und damit handlungsrelevant für die Ausgestaltung von Gesundheitsförderung und Prävention sein können. Die Frage nach der Verantwortung für die Gesundheit diene im Rahmen dieser Untersuchung als Messinstrument für Kontrollüberzeugungen.

Wichtig ist vorweg zu sagen, dass die im Folgenden beschriebenen Einflüsse auf die eigene Gesundheit, nicht zwangsläufig frei von Widersprüchen sind (Faltermaier et al. 1998). Ähnlich wie schon bei den subjektiven Gesundheitskonzepten benötigt man für deren Erfassung eine inhaltliche Komponente von Einflussbereichen, die mit der Analyse von Kontrollüberzeugungen herangezogen wird. Dies dient dazu, mehr über die persönliche Verwundbarkeit und die individuelle Vorstellung der Kontrollierbarkeit des Lebens zu erfahren. Die Einflussfaktoren auf die Gesundheit haben erneut eine dynamische Ebene. Es geht darum, zu erfassen, wie genau sich die pflegenden Angehörigen den Einfluss auf ihre Gesundheit vor-

stellen und welche Themen auf positive oder negative Art und Weise im Leben der Befragten auf die Gesundheit einwirken. So lernt man mehr über den Kontext der jeweiligen Lebenssituation. Darin liegen Potenziale für Anknüpfungspunkte von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention. In den Interviews werden die Kontrollüberzeugungen über die Frage nach der Verantwortung für die eigene Gesundheit gemessen. Die offene Formulierung der Frage ermöglicht auch Mehrfachnennungen.

Befragte haben grundsätzlich ein hohes Maße von **Eigenverantwortung** für ihre Gesundheit. Bei allen Nennungen, die neben der eigenen Verantwortung auch noch weitere Akteur\*innen einschlossen, nennen die pflegenden Angehörigen immer zunächst sich selbst, ehe sie andere aufzählen, was für die hohe Bedeutung der eigenen Person spricht:

„Eigentlich ich. (1) Nur ich. Also wenn ich, was weiß ich, rauchen und saufen würde. Da könnten andere reden, was sie wollen, das würde ja gar nichts bringen. Da würd' mir auch keine Kur was bringen, gar nichts. Also da muss man schon selber verantwortlich sein für, find ich.“ (12)

Sie selbst wissen am besten, was ihnen „guttut“ (I23) und können die eigenen Grenzen besser einschätzen. Aus der Lebenserfahrung heraus wird diese Perspektive bestätigt („Das macht keiner für mich“ (I21)) und gewinnt im Lebenslauf bspw. durch bestimmte Erlebnisse wie Krankheit eher noch an Bedeutung: „Da, da hab ich erst angefangen, so was dafür zu tun“ (I8). Bei den Kontrollüberzeugungen wird auch der Zusammenhang mit dem individuellen Gesundheitsbegriff deutlich. Eine Befragte, die selbst in Bezug auf die eigenen Kontrollüberzeugungen eine hohe Eigenverantwortung wie folgt benennt: „Ich, indem ich nichts tu“ (I14), beschreibt schon zuvor, dass Gesundheit in ihrem Leben keine große Rolle spiele. Ihr eigener Gesundheitsbegriff ist multidimensional und positiv ausgeprägt, allerdings bezeichnet sie im dynamischen Konzept Gesundheit eher als etwas ist, dass ihr passiert im Sinne eines Vakuums. Dies zeigt das Spannungsfeld von Gesundheitsbegriffen und die Bedeutung der umfassenden Analyse, da man bei der reinen Betrachtung von inhaltlichen Gesundheitskonzepten allein hätte annehmen können, dass die Befragte durch ihr multidimensionales Konzept ein hohes Potenzial für gesundes Leben mitbringt und wahrscheinlich im gesamten Lebenslauf auf Gesundheit achtete. Ihr könnte damit eine hohe Affinität für Angebote der Gesundheitsförderung attestiert werden, was allerdings nicht zum dynamischen Konzept und den Kontrollüberzeugungen passt, da diese wiederum durch Nichthandlung gekennzeichnet sind. Eine Ansprache dieser Person muss daher ganz klar den Benefit von Gesundheitsförderung herausstellen, der sie aus der eigenen Komfortzone herausbewegt. Dafür bieten sich aus dem differenzierten Gesundheitsbegriff dann unterschiedliche Ansatzpunkte.

Neben den pflegenden Angehörigen selbst und ihrer Eigenverantwortung werden Mitarbeitende im Gesundheits- und Pflegewesen (n=8), die Familie (n=2) sowie unbeteiligte Dritte (bspw. Autounfall, n=2) benannt, die einen Einfluss auf die Gesundheit haben können. Personen aus dem engen Familienumfeld haben durch ihre Anwesenheit einen beruhigenden Einfluss, animieren aber ebenfalls zu Aktivitäten. Auch weitere Verwandte, die ein enges Verhältnis zum\*zur pflegenden Angehörigen haben, zählen hierzu. Ein gutes Beispiel für die Bedeutung dieser Personen für die psychische Gesundheit wird in einem Interview mit einer pflegenden (Enkel-)Tochter erkenntlich, die sich um zwei pflegebedürftige Personen in der Familie kümmert:

„I: Ja und meine Nichte, ne? Die sagt dann auch irgendwann, ‚Es reicht jetzt auch mal‘, ne? Oder, wie meine Mutter ist ins Krankenhaus gekommen, da hatten wir hier Kirmes. Ich wollt net auf die Kirmes. Ich wollt partout nicht auf diese doofe Kirmes, ich hatte auch gar kein Bock auf diese Kirmes, ne? Donnerstag daheim, Freitag daheim und Samstag kam sie hierher, ‚Und du kommst jetzt mit‘. Ja scheiße, ne? [lachend] Was machste da, ne? Und natürlich geht man dann mit. Aber eigentlich wär’ ich nicht mitgegangen, aber was hätts mir gebracht? Gar nix. So hatt’ ich nen schönen Abend eigentlich dann noch, wenn er auch nicht so lang war, aber ich war mit. Ich wär’ nicht mitgegangen, wenn mich keiner hier abgeholt hätte.“ (I8)

Diese pflegende Angehörige beschreibt noch weitere vergleichbare Situationen, in der sie das eigene Gesundheitshandeln von der Anwesenheit anderer Personen aus ihrem Umfeld abhängig macht. Diese externe Motivation hat eine positive Auswirkung auf die Teilnahme an Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung. Der soziale Aspekt und das gemeinsame Erleben sind hier von Bedeutung. Ableitend bedeutet dies, dass ein solcher Anreiz über soziale Netzwerke eine denkbare Alternative bei der Ansprache sein kann (Gruppenangebote bzw. -ermäßigungen).

Neben den privaten sozialen Netzwerken werden allerdings auch Akteure dem großen Feld des Gesundheits- und Pflegewesens in einigen Interviews ein Teil der Verantwortung zugesprochen. Konkret handelt es sich um Krankenkassen, Ärzt\*innen, aber auch Pflege- und Betreuungskräfte. Dabei sei erwähnt, dass nur wenige Personen die Verantwortung für ihre Gesundheit ausschließlich bei anderen Personen bzw. Institutionen verorten. Gerade auf Akteur\*innen aus dem Gesundheits- und Pflegewesen wollen sich Angehörige ungern verlassen, weil sie häufig negative Erfahrungen mit der Bewilligung von Leistungen oder fehlender Flexibilität seitens der Kassen und auch der Fachpflege gemacht haben. Gerade hier ist der Wunsch nach flexibel reagierenden Unterstützungssystemen drängend und man sieht aktuell eher einen negativen Einfluss auf die Gesundheit und wendet sich weitestgehend ab:

„[...] krank werden dürfen Sie auch nicht. Klar, es gibt die Kurzzeitpflege oder die Verhinderungspflege. [...] Aber bis Sie da einen Platz kriegen, sind Sie wieder gesund. (3) Oder ihre Nerven machen mal schlapp und sie schreien ‚Hilfe‘, dann dauert das vier Wochen bis Sie einen Platz kriegen. Bis dahin schreien Sie nicht mehr.“ (I10)

Zusammenfassend kann hinsichtlich der Kontrollüberzeugungen festgehalten werden, dass pflegende Angehörige ein hohes Maß an Eigenverantwortung für ihre Gesundheit besitzen. Alles in allem werden viele Ansatzpunkte für eine Ansprache der Zielgruppe deutlich: Neben den Angehörigen selbst treten vor allem soziale Netzwerke aus dem Alltagsleben, aber auch professionelle Dienstleister\*innen als Handlungsbeeinflusser\*innen auf, wobei soziale Netzwerkakteur\*innen im Vergleich zu diesen wesentlich positiver bewertet werden. Daraus kann abgeleitet werden, dass eine Ansprache der Zielgruppe durch soziale Netzwerke möglicherweise erfolgsversprechend für Prävention und Gesundheitsförderung sein kann. Akteur\*innen aus dem Gesundheits- und Pflegewesen müssen vor allem an der Flexibilität der Angebote arbeiten; insbesondere bei Krankenkassen wird Verbesserungsbedarf und eine eher negative Grundeinstellung den pflegenden Angehörigen gegenüber durch diese vermutet. Es muss hier zunächst mehr in das Gewinnen von Vertrauen investiert werden.

Neben Kontrollüberzeugungen ist es interessant, die **Einflussfaktoren** zu betrachten, die pflegende Angehörige in Bezug auf die eigene Gesundheit in ihrem Alltag identifizieren. Insgesamt gibt es davon viele, die sowohl einen positiven als auch negativen Einfluss auf die Gesundheit haben. Dazu zählt insbesondere die Pflege einer bzw. eines Angehörigen und die in diesem Kontext empfundene Pflegeverantwortung. Der Alltag der pflegenden Angehörigen fokussiert sich hierauf sehr deutlich, weil sie viel Zeit damit verbringen.



Abb. 2: Einflussfaktoren auf die Gesundheit pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz, inkl. Häufigkeit der Nennung in den Gesprächen (Hampel 2021).

Bei der Angebotsgestaltung zur Gesundheitsförderung muss man diese Einflussbereiche berücksichtigen, werden sie doch von der Zielgruppe selbst als relevant erachtet. Auch diese Ergebnisse unterstreichen die thematische Vielfalt von Einflussfaktoren der Zielgruppe und die daraus resultierende Komplexität. Es spielen bei allen Befragten unterschiedliche Ansatzpunkte für den Einfluss von Gesundheit eine Rolle. Sie haben in der Regel mindestens zwei, meist eher drei bis vier unterschiedliche Einflussbereiche, die sich auswirken. Vor allem wird bei der Mehrzahl von ihnen der Einfluss ihres eigenen Handelns und der Pflege deutlich (Abbildung 2). Letztgenannte wirkt überwiegend negativ auf deren Gesundheit. In den Interviews selbst wird dies durch Belastungen, Symptome der Demenz und die Verantwortung, die mit der Rolle als pflegende Angehörige einhergeht, beschrieben. Doch finden sich durchaus auch Personen, die Pflege als positiv hinsichtlich ihrer Gesundheit beschreiben. Begründung dafür ist, dass sie durch die Aufgabe gezwungen werden, fit zu bleiben. Das bereits angesprochene eigene Handeln wird hingegen überwiegend als etwas Positives ausgeführt, da Befragte sich und ihre Entschlossenheit, etwas zu tun, als Ressource verstehen. Diese kann dann jedoch auch gemischt in ihren Auswirkungen ausfallen, wenn man bspw. sich zu viel zumutet oder Risiken aussetzt. Im Bereich derer, die Eigenverantwortung als Hauptmotiv ansehen, ist Stress der einzige Faktor, der sich ausschließlich negativ auf die Gesundheit auswirkt. Einige Personen, deren inhaltliche Gesundheitstheorie auf Eigenverantwortung als Leitmotiv basiert, sehen hinsichtlich einiger Lebensbereiche auch noch andere Akteur\*innen als relevant an, deren Einfluss ebenfalls sowohl positiv als auch negativ ausfallen kann.

Für die Ausgestaltung von Maßnahmen zur Unterstützung und dem Erhalt der Gesundheit pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz kann basierend

darauf abgeleitet werden, dass eine Vielzahl von Einflussfaktoren berücksichtigt werden muss. Grundsätzlich sehen sich die Befragten selbst als wesentliche Akteur\*innen, wenn es um ihre eigene Gesundheit geht. Man muss sie selbst ansprechen und auch in den Antworten ernst nehmen. Angebote sollten immer auch das soziale Gefüge im Alltag der Befragten berücksichtigen. Darin können Ressourcen, aber auch Barrieren für die Inanspruchnahme liegen und bei der Findung eines passenden Angebots gezielt eingeplant werden.

## 5.4 Typen von Gesundheitshandelnden

Doch welche Handlungsweise empfehlen sich nun, ableitend aus den Gesundheitsvorstellungen, die Ziele und Inhalte des Gesundheitshandelns im Alltag beeinflussen (Faltermaier 2017)? Für pflegende Angehörige lässt sich grundsätzlich ableiten, dass ihr Gesundheitshandeln trotz und während der Pflege stattfindet. Um offen in der Analyse von Aktivitäten zu sein, wird unter Gesundheitshandeln ganz jede individuelle und soziale Bemühung, Verhaltens- und Lebensweise verstanden, die von den pflegenden Angehörigen bewusst für ihre Gesundheit unternommen wird, also aus ihrer Sicht den Erhalt, die Förderung oder Wiederherstellung von Gesundheit begünstigen. Auch angesprochene unerfüllte Aktivitäten und Wünsche werden dabei berücksichtigt. Diese betreffen oft außerhäusige Unternehmungen, die meist seit Übernahme der Pflege weitestgehend reduziert oder letztlich ganz aufgegeben wurden.

So komplex die Gesundheitsbegriffe sind, so vielfältig ist auch die Anzahl an vorgefundenen Tätigkeiten: Bezogen auf pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz existieren insgesamt 23 unterschiedliche Kategorien. Darin enthalten sind krankheitsverhindernde und gesundheitsfördernde Aktivitäten, bspw. körperliche Aktivitäten wie Sport (maßgeblich Spaziergehen, aber auch Joggen) oder Gartenarbeit sowie der Versuch, sich gesund zu ernähren, und das Aufrechterhalten von sozialen Kontakten. Neben diesen bekannten Aspekten gehören zudem das Schaffen von Räumen für Entspannung sowie weitere Tätigkeiten, die von den Befragten als subjektiv gesundheitsfördernd eingestuft werden. Dazu zählen bspw. Bildung, Reisen, Fernsehen, aber auch Genussmittelkonsum. Hier geht es darum, sich selbst mit den eigenen Interessen in den Mittelpunkt zu rücken. In den Beschreibungen wird deutlich, dass die Handlungsweisen der Zielgruppe oft so gestaltet sind, dass sie maximale Flexibilität aufweisen. Gemeint ist dabei, dass man bspw. kurzfristige Treffen mit Freund\*innen vorzieht und mit Personen interagiert, die Verständnis für kurzfristige Planungsänderungen aufbringen, oder man bei sportlichen Aktivitäten eher auf Individualsport wie Joggen zurückgreift, anstatt sich in Kursangebote zu begeben, die auf eine regelmäßige Teilnahme setzen. Je weniger strikt die Rahmenbedingungen sind, desto besser lässt es sich für pflegende Angehörige umsetzen, da

deren Alltag nicht immer klar planbar ist und sie selbst merken, dass sie dadurch in die Lage versetzt werden, andere zu enttäuschen, oder das „Nicht-Schaffen“ von etwas zu Enttäuschungen führt.

Auch findet sich Gesundheitshandeln im Umgang mit Risiken und den eigenen (nicht) vorhandenen Ressourcen sowie im Falle von Beschwerden, die im täglichen Leben der Befragten auftreten. Dazu zählen bspw. das Wahrnehmen von Physiotherapie oder Wellness-Angeboten. Zudem konnten Handlungsweisen vorgefunden werden, die üblicherweise nicht als Empfehlungen für gesundes Verhalten gelten, bspw. Genussmittelkonsum. Für die Befragten zählten diese Handlungsweisen zu selbstgewählten Formen von Auszeiten, wenn sie bspw. mit einem großen Becher Eiscreme ein paar Stunden vor dem Fernseher saßen und sich ausweinen können. Andere pflegende Angehörigen berichteten, dass sie sich mit einem Glas Wein und einer Zigarette abends im Sommer raussetzten und die Ruhe genossen – Dinge, die symbolisch für Auszeiten stehen.

Gesundheit hat zwar eine hohe Bedeutung für Menschen. Gesundheitshandeln steht dennoch nicht immer und nicht für alle Befragten an erster Stelle im Alltag. Es können Unterschiede in der Anzahl subjektiver Handlungen und deren selbstberichteter Intensität festgestellt werden. Es muss unterschieden werden, ob Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Gesundheit bewusst oder eher unbewusst durchgeführt werden. Drei Typen von Gesundheitshandeln lassen sich bei pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz identifizieren:

- 1. Kaum ausgeprägtes Gesundheitshandeln im Alltag**  
(Mangel an Strategien)
- 2. Partiiell ausgeprägtes Gesundheitshandeln im Alltag**  
(Schwerpunktsetzung auf bestimmte Themen)
- 3. Ausgeprägtes Gesundheitshandeln im Alltag**  
(über verschiedene Themenbereiche hinweg)

Knapp die Hälfte der Befragten hat ein ausgeprägtes Gesundheitshandeln. Es bezieht sich auf unterschiedliche Lebensbereiche und wird oft bewusst durchgeführt. Sie haben in der Regel differenzierte Vorstellungen von Gesundheit, und das Gesundheitshandeln findet stärker eingeflochten im Alltag statt. Sie sind damit durchaus bereit, sich Spielräume für sich selbst zu schaffen und streben dies aktiv an. Ein weiteres Viertel der Befragten fokussiert sein Gesundheitshandeln auf einen spezifischen Lebensbereich, was ein klares Potenzial für Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention aufzeigt. Trifft man diesen Bereich mit seiner Ansprache, kann man bei der Zielgruppe mit Akzeptanz rechnen. Menschen, die das Gefühl hatten, nichts für ihre Gesundheit zu tun, finden sich in der Gruppe „kaum ausgeprägtes Gesundheitshandeln“ wieder (26,1 %). Jene Personen gaben häufig an,

dass es ihnen an Strategien zur Verbesserung ihrer derzeitigen Situation mangle. Ansätze zur Verbesserung ihrer Situation sollten vor Ort einen Schritt eher ansetzen und stärker daran arbeiten, Möglichkeitsräume aufzuzeigen und zu verdeutlichen, weshalb es vorteilhaft ist, etwas für sich selbst und die eigene Gesundheit zu tun. Gerade hier braucht es starke Beratungsstrukturen vor Ort, die begleitenden Charakter im Sinne eines Case Managements haben.

Vor allem mit Blick auf die Veränderung des Gesundheitshandelns über den Zeitverlauf kann dieser Befund zu unterschiedlichen Typen unterstrichen werden. Es zeigt sich, dass für einen nicht unerheblichen Teil der Befragten Gesundheitshandeln im Verlauf ihres Lebens Wandlungsprozessen unterworfen ist und (eigene) Erkrankungen, die Übernahme der Pflege, Familiengründungen und Änderungen in der Erwerbstätigkeit, also biografisch prägende Ereignisse, zu Änderungsprozessen führen. Die Reaktionen darauf sind unterschiedlich und hängen von den Widerstandsfähigkeiten und Ressourcen der Befragten ab. Um Bedeutungsverlust von Gesundheitshandeln und einem erlebten Freiheitsverlust in diesem Kontext vorzubeugen, muss Abhilfe durch Personen von außen früh geschaffen werden. Eine wesentliche Erkenntnis der Analyse des Gesundheitshandelns ist, dass man die unterschiedlichen Herangehensweisen von Menschen an Gesundheit für die Entwicklung von Maßnahmen beachten und die Ansprache anpassen muss. Es benötigt dabei den Einbezug des jeweiligen Alltagskontextes für das Gesamtbild der Handlungslogiken.

Die Analyse von Gesundheitshandeln verdeutlicht, dass ein breites Verständnis der Befragten davon existiert, welche Maßnahmen ihre Gesundheit erhalten bzw. verbessern. Diese Maßnahmen sind hochgradig individualisiert und zeigen in ihrer Diversität Wege, um Autonomie innerhalb der Alltagsgestaltung zu schaffen. Die vorgestellten Punkte sind typische pflegebezogene Kategorien. Der Einfluss der Pflege auf die Themen und die Einbettung des Gesundheitshandelns im Leben der Befragten werden sehr deutlich. Ein großer Teil der vorgefundenen Aktivitäten wird als bewusstes Instrument eingesetzt und ist fest als Bestandteil im Leben der Befragten verwurzelt. Hinzu kommen Dinge, die unbewusst bereits zum Zeitpunkt des Interviews als Gesundheitshandeln umgesetzt werden, aber erst durch die Auseinandersetzung mit dem Thema und das dadurch angeregte Reflektieren als solche realisiert werden. Jede Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit führt somit zu einer Selbstreflexion. Das bedeutet auch, dass innerhalb der Untersuchung unerfüllte Wünsche des Gesundheitshandelns vorgefunden werden. Erwartungsgemäß finden sich viele außerhäusige Aktivitäten darunter, die sowohl den Freizeit- als auch den Arbeitsbereich umfassen. Gründe dafür liegen vor allem in den fehlenden zeitlichen, finanziellen und personellen Ressourcen, die den Befragten, insbesondere bedingt durch die Übernahme der Pflege, fehlen. Darüber hinaus benötigen die Befragten Unterstützung, um sich überhaupt einen Überblick über ih-

nen zustehende Maßnahmen verschaffen zu können. Für die Verbesserung deren Situation ergibt sich, basierend auf diesen Ergebnissen, ein großer Spielraum von Anknüpfungspunkten und ein hoher Bedarf an Beratung und Unterstützung. Der Prozess des Reflektierens sollte allen pflegenden Angehörigen ermöglicht werden, da sich darin ein großes Entwicklungspotenzial für Maßnahmen zur Entlastung verbirgt und er gemeinsam mit Beratung zu einer Verbesserung der Situation führen kann.

## **6 Ausblick: Gesundheit im Pflegealltag unterstützen**

Die Auseinandersetzung mit subjektiven Gesundheitsvorstellungen und Gesundheitshandeln der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz verdeutlicht, dass diese Personengruppe einen differenzierten Blick auf Gesundheit hat und innerhalb ihres Alltags individuelle Strategien entwickelt, um die eigene Gesundheit zu erhalten bzw. (wieder-)herzustellen. Gesundheitshandeln vollzieht sich damit im Kontext eines Alltags- und Lebenskonzepts und steht in Zusammenhang mit den Gesundheitsvorstellungen der Menschen. Gerade die Übernahme der Pflege eines Menschen mit Demenz wirkt sich als biografischer Kontextfaktor sowohl auf die Gesundheitsvorstellungen als auch als Einfluss auf das Gesundheitshandeln aus. Dadurch verändert und erweitert sich das Verständnis davon, was Gesundheit bedeuten kann. Es führt dazu, dass man die eigene Gesundheit stärker als etwas definiert, was es zu erhalten gilt. Gleichzeitig schlägt sich Pflege bei der Auswahl des Gesundheitshandelns als rahmengebender Faktor nieder. Angebote finden bspw. tendenziell eher inner- als außerhäusig statt.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass die subjektiven Konzepte von Gesundheit den Bereich der Lebenswirklichkeit der Befragten verorten, der gesundheitsrelevant ist, und die subjektiven Theorien verdeutlichen, in welche Richtung ein Handeln der pflegenden Angehörigen ausgehend davon denkbar ist. Daraus ergeben sich neben bekannten Aspekten wie körperlicher Aktivität, sozialer Interaktion und Entspannung weitere und vielfältige Tätigkeiten, die von den Befragten als subjektiv gesund eingestuft wurden, aber der gängigen Praxis der Unterstützung der Zielgruppe wenig bis nicht entsprechen. Dies führt bspw. dazu, dass klassisches Risikoverhalten wie Rauchen (operationalisiert in der Subkategorie Genussmittelkonsum) von den Befragten als gesund ausgelegt wurde, wenn es in ihrer subjektiven Deutung zur Entspannung beiträgt.

Pflegende Angehörige haben ein hohes Verantwortungsgefühl und streben daher nach dem Erhalt bzw. der Verbesserung ihrer Gesundheit. Dies ist ihnen besonders deshalb wichtig, weil sie um ihre Bedeutung für das Aufrechterhalten des häuslichen Pflegearrangements wissen und ihrer Rolle darin auch gerecht werden wollen. Sie wissen, dass sie selbst auch dann noch agieren müssen, wenn Unterstüt-

zungsstrukturen wegbrechen, was auch zu einer großen Last der Verantwortung werden kann. Gleichzeitig sind ihr Handeln und die Pflege selbst die Bereiche, die den Möglichkeitsraum für Handeln am stärksten beeinflussen. Während für Pflege bereits deren überwiegend negativer Einfluss auf Gesundheit beschrieben wird, wird eigenes Handeln überwiegend positiv eingeschätzt. Also sollten Maßnahmen der Gesundheitsförderung versuchen, genau hier anzusetzen. Auch die Familie und das weitere Umfeld von Vertrauenspersonen kann unterstützend wirken, um die Gesundheit zu fördern bzw. Krankheit zu verhindern. Die Gesundheitstheorien der Befragten sind damit von einer ähnlich hohen Komplexität geprägt wie die Gesundheitsbegriffe der Befragten. Dies unterstreicht, dass es sich bei dem hier einbezogenen Personenkreis um Menschen handelt, die sich differenziert mit dem Thema Gesundheit beschäftigen und deren Vorstellungen vielfältig sind. Um Gesundheit zu erhalten, benötigt es somit ein Vorgehen, welches sich verschiedener Komponenten bedient, Vielfalt berücksichtigt und das Individuum in den Mittelpunkt rückt. Dafür kommt den subjektiven Theorien eine wichtige Funktion zu. Sie bieten Impulse für die Maßnahmengestaltung in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung, da sie den Blick erweitern und mehr auf die Lebenswirklichkeit der Zielgruppe eingehen. Denn entlastende Angebote für pflegende Angehörige müssen diese individuellen Bedürfnisse und Laientheorien berücksichtigen sowie flexibel und ressourcenorientiert ausgerichtet sein, um Aktivitätsräume zu öffnen. Dafür muss man im Gespräch mit denjenigen bleiben, die Angebote ansprechen sollen, und sie aktiv mit ihrer subjektiven Sicht einbeziehen. Wichtig ist, dass es dafür keine allgemeingültige Lösung geben kann, sondern Angebote müssen die Vielfalt der Gruppe pflegender Angehöriger berücksichtigen. Hierfür braucht es Beratungs- und Begleitstrukturen, die gute Kenntnisse über Unterstützungsangebote (vor Ort) haben und hinsichtlich der Bereiche Pflege, aber auch Gesundheit thematisch breit aufgestellt sind. Denn Angebote für pflegende Angehörige sind mehr als solche, die gleichwohl die Verbesserung der Situation der pflegebedürftigen Person anstreben und zeitliche Freiräume für pflegende Angehörige schaffen. Denn es braucht auch exklusive Angebote, die sich der Gesundheit der pflegenden Angehörigen selbst widmen und diese in den Mittelpunkt stellen, im Sinne einer Gesundheitsberatung und -begleitung.

Diese Ergebnisse bedeuten nicht automatisch, dass, basierend auf den vorgefundenen Gesundheitsvorstellungen, überhaupt ein Handeln des\*der Einzelnen stattfinden wird. Auch ist nicht klar, dass dies in allen genannten Bereichen stattfindet und Handeln in der individuellen Situation immer sinnvoll und möglich ist. Doch wird durch eine Perspektiverweiterung der Raum für Ansatzpunkte erweitert und damit werden mehr Möglichkeiten geschaffen für eine Unterstützung pflegender Angehöriger vor Ort, die in bestehende Angebote idealerweise integriert werden kann, bspw. in Pflegeberatungsstrukturen oder in Angebote der Pflegeselbsthilfe,

die originär mit der Zielgruppe in Kontakt kommen und Expertise besitzen. Hierfür gilt es, offen bestehende Strukturen vor Ort zu überprüfen, Weiterentwicklungspotenziale in Bezug auf die Laientheorien von pflegenden Angehörigen zu identifizieren und bestehende Strukturen miteinander zu vernetzen, um Strukturen für die Zielgruppe pflegende Angehörige zu schaffen, die deren Bedarfen passgenauer entsprechen.

## Literatur

- Andrén, Signe/Elmståhl, Sölve (2008): The relationship between caregiver burden, caregivers' perceived health and their sense of coherence in caring for elders with dementia. In: *Journal of clinical nursing* 17 (6), S. 790–799.
- Antonovsky, Anton (1979): *Health, stress, and coping*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- Bestmann, Beate/Wüstholtz, Elisabeth/Verheyen, Frank (2014): *Pflege. Belastung und sozialer Zusammenhalt*, Hamburg: Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG).
- Blüher, Stefan/Dräger, Dagmar (2011): Ältere Menschen als Pflegende: Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung und Prävention. In: Schott, Thomas/Hornberg, Claudia (Hrsg.): *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland; Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft*. Wiesbaden: VS Verlag, S. 644–667.
- Budnick, Andrea/Kummer, Karin/Blüher, Stefan/Dräger, Dagmar (2012): Pflegende Angehörige und Gesundheitsförderung. Pilotstudie zur Validität eines deutschsprachigen Assessments zur Erfassung von Ressourcen und Risiken älterer pflegender Angehöriger (ARR). *Z Gerontol Geriatr* 45 (3), S. 201–211.
- Dräger, Dagmar/Blüher, Stefan (2012): *Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige. Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines Assessments zur Primärprävention in vernetzten Strukturen*. BMBF, Berlin.
- Engel, Sabine (2007): *Belastungserleben bei Angehörigen Demenzkranker aufgrund von Kommunikationsstörungen*. Münster: Lit (Erlanger Beiträge zur Gerontologie, Bd. 7).
- Faltermaier, Toni (2017): *Gesundheitspsychologie*. Kohlhammer, Stuttgart.
- Faltermaier, Toni (2015): *Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsverhalten-krankheitsverhalten-gesundheitshandeln/> [Zugriff 15.12.2018].
- Faltermaier, Toni/Kühnlein, Irene/Burda-Viering, Martina (1998): *Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung*. Weinheim/München: Juventa.

- Flick, Uwe/Walter, Ulla/Fischer, Claudia/Neuber, Anke (2004): *Gesundheit als Leitidee? Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Ärzten und Pflegekräften*. Bern: Huber.
- Flick, Uwe (Hrsg.) (1998): *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. Weinheim: Juventa.
- Franke, Alexa (2015): *Salutogenetische Perspektive*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. [www.bzga.de/leitbegriffe/?id=angebote&idx=164](http://www.bzga.de/leitbegriffe/?id=angebote&idx=164) [Zugriff 12.05.2015].
- Geiß, Ramona (2014): *Subjektive Gesundheitsvorstellungen von häuslichenpflegenden Angehörigen am Beispiel von Apoplexie*. HaW Hamburg, Hamburg. <http://edoc.sub.uni-hamburg.de/haw/volltexte/2015/2855/> [Zugriff 12.05.2015].
- Gräßel, Elmar; Adabbo, Raffaella (2011): *Perceived Burden of Informal Caregivers of a Chronically Ill Older Family Member*. *GeroPsych* 24 (3), S. 143–154.
- Hasseler, Martina/Görres, Stefan (2005): *Was Pflegebedürftige wirklich brauchen... Zukünftige Herausforderungen an eine bedarfsgerechte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung*. Hannover: schlütersche (Pflegebibliothek: Berliner Schriften).
- Hampel, Sarah (2021): *Subjektive Gesundheitsvorstellungen und Gesundheitshandeln häuslich Pflegenden. Eine Analyse am Beispiel pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz*. Dissertation. TU Dortmund, Dortmund. <http://dx.doi.org/10.17877/DE290R-22430> [Zugriff 21.12.2022].
- Helferich, Cornelia (2009): *Subjektive Konzepte (reproduktiver) Gesundheit von Frauen als Gegenstand der Forschung: Das Schweigen der Organe und der poröse Körper*, In: Neises, Mechthild/Weidner, Kerstin (Hrsg.): *Qualitative Forschungsansätze und Ergebnisse in der psycho-somatischen Frauenheilkunde*. Lengerich u. a.: Pabst, S. 47–63.
- Jurk, Ricarda/Amanatidis, Eva/Matthes, Claudia/Schuster, Mirjam/Schützwohl, Matthias (2010): *Behandlungsbedürfnis und Inanspruchnahmeverhalten bei Demenzerkrankungen (BIADEM)*. *Versorgungsforschung für Patienten und ihre pflegenden Angehörigen*. [https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/BIADEM\\_Abschlussbericht.pdf](https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/BIADEM_Abschlussbericht.pdf) [Zugriff 20.04.2015].
- Kruse, Jan (2014): *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Kuckartz, Ulrich (2016): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 3., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz Juventa.
- Lamura, Giovanni/Mnich, Eva/Wojszel, Zyta Beata/Nolan, Mike/Krevers, Barbro/Mestheneos, Elizabeth/Döhner, Hanneli (2006): *Erfahrungen von pflegenden Angehörigen älterer Menschen in Europa bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen: Ausgewählte Ergebnisse des Projektes EUROFAMCARE*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39 (6), S. 429–442.
- Pinquant, Martin/Sörensen, Silvia (2006a): *Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects?* In: *Int Psychogeriatric* 18 (4), S. 577–595.

- Pinquart, Martin/Sörensen, Silvia (2006b): Gender Differences in Caregiver Stressors, Social Resources, and Health: An Updated Meta-Analysis. In: *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 61 (1), S. 33–45.
- Reichert, Monika/Hampel, Sarah/Reuter, Verena (2016): Mobile Demenzberatung als niedrigschwelliges Hilfeangebot für pflegende Angehörige. In: *Z Gerontol Geriatr* 49 (3), S. 181–186.
- Rothgang, Heinz/Müller, Rolf (2018): Barmer GEK Pflegereport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. BARMER, Berlin.
- Schäufele, Martina/Köhler, Leonore/Teufel, Sandra/Weyerer, Siegfried (2008): Betreuung von demenziell erkrankten Menschen in Privathaushalten: Potenziale und Grenzen. In: Schneekloth, Ulrich/Wahl, Hans-Werner (Hrsg.): *Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote*. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, S. 103–145.
- Schmitt, Svenja (2011): *Subjektive Gesundheitskonzepte und Gesundheitsförderung im Alter*. Bremen, Universität Bremen.
- Schmitz, Hendrik/Westphal, Matthias (2013): Short- and medium-term effects of informal care provision on female caregivers' health. In: *Journal of health economics* 42, S. 174–185.
- Statistisches Bundesamt (2022): *Pflege – Deutschlandergebnisse*. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/\\_publikationen-innen-pflegestatistik-deutschland-ergebnisse.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/_publikationen-innen-pflegestatistik-deutschland-ergebnisse.html) [Zugriff 21.12.2022].
- Wetzstein, Matthias/Rommel, Alexander/Lange, Cornelia (2015): *Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst*. In: *GBE kompakt*. <http://edoc.rki.de/series/gbe-kompakt/6-3/PDF/3.pdf> [Zugriff 21.12.2022].

# **Integrierte und vernetzte Sorgelandschaften gestalten: Potenziale und Herausforderungen einer sozialraumorientierten Sozialpolitik**

*Christian Heerdt*

## **Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile: Die Notwendigkeit integrierter Netzwerkentwicklung durch Sozialraumagenturen**

Die Lebenserwartung steigt weltweit kontinuierlich an (Riley 2005). Ein ausschlaggebender Aspekt ist die zunehmend bessere gesundheitliche Versorgung im Lebensverlauf und insbesondere die Weiterentwicklung von care und cure<sup>1</sup> in späten Lebensphasen. Der Prozess des Alterns findet in zunehmend diversen Formen statt und verläuft heterogen (Schulz-Nieswandt 2006). Das Phänomen kollektiver Hochaltrigkeit und zunehmender Langlebigkeit in Kombination mit sinkenden Fertilitätsraten wird als demografischer Wandel seit über 40 Jahren debattiert. Kaum ein alters- und alternerspezifisches Thema hat in den vergangenen Jahren derart Einzug in die gesellschaftliche und politische Diskussion gefunden wie der demografische Wandel und die sich daraus ergebenden Folgen (Europäische Kommission 2014, 2020; Baeten et al. 2018).

Im Zentrum der gesellschaftlichen, politischen und wissenschaftlichen Auseinandersetzung stehen in der Regel die Konsequenzen in Bezug auf das soziale Sicherungssystem (Schmid 2011; Europäische Kommission 2020) und die damit eng verknüpften ökonomischen Auswirkungen (Bonin/Arnds 2003). Besondere Aufmerksamkeit erfährt hierbei insbesondere die Defizitbetrachtung: Fachkräftemangel, Rentenlast, Armut durch Pflege u.v.m. Sozialpolitische Reformen der vergangenen Jahre – insbesondere im SGB XI – folgen analog zumeist einer deskriptiven Umverteilungslogik. Sie setzt vor dem Hintergrund einer selbst geschaffenen Marktorientierung gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung auf den Balanceakt, die vermeintlich standardisierte Qualität kosteneffektiv und mutmaßlich ge-

---

1 Zur Differenzierung und Einordnung aus pflegewissenschaftlicher Perspektive siehe vor allem Hoberg/Klie 2015.

nerationengerecht bei rückläufigem Humankapital durch Um- und Neu-Verteilung aufrechtzuerhalten.

## **Vernetze und Integrierte Sorgelandschaften als Chance: Sozialpolitik als Gesellschaftspolitik**

Eine grundständige Pflege- sowie Gesundheitsreform als Teil einer integrierten Sozialpolitik bleibt (bislang) aus (Schulz-Nieswandt 2020). Demzufolge hat sich über Jahre bei der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung ein marktorientiertes Wettbewerbssystem etabliert, in dem Angebot und Nachfrage asymmetrisch verteilt und Anreizstrukturen für Innovations- und Kooperationsmärkte der Wohlfahrtsproduktion trotz eines pluralen Systems kaum vorhanden sind. Dabei sind die zentralen Ansatzpunkte am Beispiel einer Pflegereform als Gesellschaftsreform (Schulz-Nieswandt 2020) und einer Neuausrichtung des deutschen Gesundheitssystems (Hildebrandt et al. 2021) zumindest aus Sicht der Forschung und Begleitevaluation erfolgreich erprobter Entwicklungsansätze klar skizziert und Herausforderungen benannt.

Im Rahmen kommunaler Daseinsvorsorge müssen Möglichkeitsräume für ein gelingendes Altern<sup>2</sup> (Rowe/Kahn 1997; Hank 2011 sowie Hank/Erlinghagen 2008) geschaffen werden. Ausgehend vom „Ankerpunkt“ des privaten Wohnens müssen fließende Übergänge in einer vernetzten und sozialräumlich integrierten sozialen Architektur geschaffen werden, die personenbezogen die Rahmenbedingungen unterschiedlicher Settings und Regionen aufgreift und nach dem Prinzip der Miteinanderverantwortung und Miteinanderfreiheit (Schulz-Nieswandt 2022) die Wohlfahrtsproduktion von cure und care im Hilfe-Mix sorgender Gemeinschaften zulässt (Heerdt 2021).

## **Sozialraumgestaltung und die Genese sorgender Gemeinschaften: Ein Steuerungsdilemma**

Für eine gelingende und gerechte<sup>3</sup> Gestaltung ist jedoch eine bedarfsgerechte Steuerung entscheidend:

„Die Hauptprobleme liegen auch hier in den Defiziten der lokalen/regionalen Steuerung optimaler (wohnnaher, abgestufter und zugleich integrierter

- 
- 2 Für eine gelungene kritische Reflexion der Begriffe des „gelingenden“ und „gesunden“ Alterns siehe vor allem Ehni 2020. Zum Thema subjektive Gesundheitsvorstellungen und Gesundheits Handeln siehe insbesondere den Beitrag von Sarah Hampel in diesem Band.
  - 3 Für Fragen der Gerechtigkeit im Rahmen sozialpolitischen Handelns siehe vor allem Rawls (1971).

[medizinisch, pflegerisch, sozial] sowie netzwerkzentrierter) Pflegeversorgungslandschaften, in denen die sorgenden Gemeinschaften eingefügt sind. Die diesbezügliche Sicherstellung wird im Mehr-Ebenen-System von Bund, Ländern und Kommunen nicht bedarfsgerecht gewährleistet.“ (Schulz-Nieswandt 2017: 30)

Sowohl ordnungsrechtlich als auch gesellschaftspolitisch entstehen weder Sozialräume noch vernetzte und koordinierte und damit an Sollbruchstellen der Sektorengrenzen integrierte Infrastrukturen von allein. Im Mehr-Ebenen-System der Sozialraumentwicklung sind zwar häufig die einzelnen Bausteine vorhanden, für die Gestaltung von Möglichkeitsräumen einer gelingenden gesundheitsfördernden, präventiv ausgerichteten und sorgenden Architektur braucht es hingegen ermöglichende Rahmenbedingungen als Teil praktischer Sozialpolitik und Agenturen zur Sozialkapitalgenese und vernetzten Regionalentwicklung (Heerdt 2022). Die zentrale Gestaltungsaufgabe hierbei ist zum einen die Auflösung des einleitend benannten Steuerungsdilemmas vernetzter Sorgelandschaften. Zum anderen geht es um die Genese gesundheitsfördernder und personenzentrierter lokaler Netzwerke in diesem von Wechselwirkungen und Schnittstellen geprägten Mehr-Ebenen-System von *cure* und *care* als Hilfe-Mix, durch die die Potenziale einer möglichst integrierten Versorgungsinfrastruktur im Sozialraum zusammengeführt und entwickelt werden (vgl. u. a. Schulz-Nieswandt 2017: 31f.).

Im Weiteren stellt dieser Diskussionsbeitrag, aufbauend auf den vorangegangenen Arbeiten des Autors (Heerdt 2021; Heerdt 2022), die Idee von Agenturen der Sozialkapitalentwicklung und Sozialraumgenese als Gestaltungselement praktischer Sozialpolitik zur Entwicklung integrierter Sorgelandschaften an den Schnittstellen von *cure* und *care* vor. Zunächst wird die notwendige Interventions- und Gestaltungslogik praktischer und an Teilhabechancen sowie am Sozialraum orientierter Sozialpolitik dargelegt. Darauf aufbauend wird die Idee des Agenturmodells in der Topografie von Netzwerkbildung und Sozialraumgenese skizziert. Der Beitrag schließt mit einem Diskussionsbeitrag zu möglichen Potenzialen dieses Ansatzes.

## **„The natural distribution is neither just nor unjust“: Handlungskorridore praktischer Sozialpolitik als Infrastrukturinvestition und Regionalentwicklung**

Entwicklungs- und Teilhabechancen sind im Lebensverlauf ungleich verteilt. Die Interventionspunkte sind entsprechend vielfältig. Im Diskurs sind zwei Interventionscluster deutlich hervorzuheben: der Bedarf vernetzter und akteurs- und sektorenübergreifender integrierter Sorgelandschaften von *cure* (Hildebrand et al. 2021)

und *care* (Heerdt 2022) als Hilfe-Mix und Sozialräume als Teil lokaler und regionaler Daseinsvorsorge (Schulz-Nieswandt 2017; BMFSFJ 2016). Ausgehend von der Person in Wechselwirkung mit ihrer Umwelt entfaltet sich die soziale Wirklichkeit im Mehr-Ebenen-System hierarchisch. Die Interventionsmechanismen – hier insbesondere Netzwerkbildung – praktischer Sozialpolitik sind daher ebenso über Mikro-, Meso- und Makroebene und ihre Steuerungseinheiten verteilt. Der sozialpolitische Handlungskorridor muss daher die vertikale sowie horizontale Vernetzung von Akteuren in den Fokus nehmen.

Ein wesentliches Element – gerade mit Blick auf die Allokationsprinzipien von Ressourcen im Lebensverlauf und die Reproduktion sozialer Ungleichheit (Bourdieu 1983) – für eine gelingende Entfaltung, Teilhabe und Teilgabe, ist die individuelle Gesundheit einer Person. Gesundheitliche Ungleichheit (Mielck 2005) bleibt jedoch ein zentraler Faktor und der starke Einfluss der sozialen Lage auf die Gesundheit einer Person und damit auf die Teilhabechancen im Lebensverlauf und das individuelle Versorgungsrisiko in späteren Jahren sind unverändert dominant. Bei der Reflexion der Rolle von vernetzten Infrastrukturen, Sozialräumen und Gesundheitsregionen<sup>4</sup> im Rahmen einer praktischen Sozialpolitik muss daher eine Lebenslaufperspektive mit ihren jeweiligen Interdependenzen berücksichtigt werden (Schulz-Nieswandt 2006). Eine integrierte Versorgung (Sterly/Hasseler 2012) ist in diesem Verständnis und Handlungsansatz nicht eine bloße Versorgungsform im Gesundheitswesen, sondern Ergebnis einer lebensweltorientierten Sozialpolitik. Patientensorientierte interdisziplinäre medizinische Versorgung ist hierbei nicht nur präventiv auf Lebenslauf und Lebenssetting bezogen, sondern intra- und intersektoral mit sorgenden und teilhabeorientierten Professionen verzahnt. Leistungsrechtliche Gestaltungsfolien finden sich u. a. bereits in § 140a SGB VI<sup>5</sup>, § 92b SGB XI sowie § 7c SGB XI (Heerdt 2022). Die Komplexität dieser Aufgabe liegt nicht zuletzt aufgrund der system- und institutionenimmanenten Pfadabhängigkeiten auf der Hand: Für eine gestaltende Sozialpolitik braucht es daher eine orientierungsgebende Leitidee, die Netzwerkbildung ermöglicht und Sektorengrenzen überwindet bzw. gar nicht erst entstehen lässt. Hierbei rücken insbesondere die Teilhabechancen der Person in Bezug auf vernetzte Sorgelandschaften in den Mittelpunkt.

## Sozialpolitik als Investition in Teilhabechancen

Praktische Sozialpolitik ist personenzentriert und stellt eine Intervention in die Lebenslage einer Person dar. Hierbei geht es nicht um die einleitend bereits kritisch

---

4 Vgl. hierzu den Beitrag von Kolja Heckes in diesem Band.

5 Kritisch hierzu am Beispiel der Chirurgie Kisch (2022). Zur Übersicht und reflektierten Auseinandersetzung Brandhorst et al. (2017).

benannte Redistribution von Ressourcen, sondern um die praktische Gestaltung von Möglichkeitsräumen, die Teilhabechancen, losgelöst von sozialer Lage, ermöglichen. Legt man den Capability-Ansatz (Sedmak et al. 2011) zugrunde, wird das übergeordnete Ziel praktischer Sozialpolitik noch einmal deutlich hervorgehoben: Der Fokus liegt auf Infrastrukturinvestitionen vernetzter sorgender Gemeinschaften als Teil gelingender Regionalentwicklung.

Diese so gestalteten Investitionen sind grundrechtlich verortet und vor dem Hintergrund der Capability-Logik moralisch normiert. Es geht somit um Inklusion, die selbstgelenkte Teilhabe und Ausgestaltung der Möglichkeitsräume und Chancen im Kontext regionaler und lokaler Gemeinschaften und Infrastrukturlandschaften (Schulz-Nieswandt 2020; Klie 2018). In den Artikeln 1 und 2 GG sind sowohl Würde als auch das Recht auf freie Entfaltung der Person zugrunde gelegt. Eine sozialraumorientierte Sozialpolitik muss daher die gerechten Zugangsmöglichkeiten und Teilhabechancen und die interaktive Nutzung von Möglichkeitsräumen der aktiven und selbstwirksamen Teilhabe sicherstellen. Deutlich wird dies, wenn man diese Grundüberlegungen auf praktische sozialraumorientierte Sozialpolitik bezieht: der Sozialraum generiert sich aus wechselseitigen Beziehungen im Rahmen sozialer Netzwerke und kann hinsichtlich seiner Potenziale nur dann gelingend wirken, wenn entsprechende Teilhabechancen und das Grundrecht auf Teilhabe vorab vorhanden sind (Schulz-Nieswandt 2017: 19ff.). Mit dieser Werteorientierung gilt es dann die vernetzten Sorgelandschaften im Mehr-Ebenen-System sozialräumlich zu gestalten.

## **Status quo: Fragmentierung statt Integration am praktischen Beispiel**

Betrachtet man den Ist-Zustand der sozialpolitischen Gestaltung integrierter gesundheitlicher und pflegerischer Sorgelandschaften als Möglichkeitsräume, werden die Herausforderungen schnell deutlich: Weder auf Bundes- noch auf Landesebene sind sektorenübergreifende Angebote und Rahmenbedingungen vorhanden, die eine integrierte Versorgung im Spannungsfeld von Gesundheit und Pflege umsetzen bzw. nachhaltig ermöglichen. Die Potenziale einer ganzheitlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und insbesondere Unterstützung und Förderung der informellen Sorgetätigkeiten pflegender Angehörige durch eine ressourcenorientierte und gesundheitsfördernde Unterstützung und Begleitung werden daher gar nicht bis kaum genutzt. Erfolgreiche Ansätze schaffen es kaum oder nur in reduzierter Form den Transfer in die Fläche und in die Regelversorgung bzw. Gesetzgebungsprozesse.

Ein plastisches Beispiel ist die integrierte Versorgung von Menschen mit Demenz und die begleitende Unterstützung von pflegenden Angehörigen in vernetzten und akteursübergreifenden Sorgesystemen. Durch die kognitiven sowie körperlichen Veränderungen sind alle Lebensbereiche der Person von Veränderungen betroffen, in denen sich zudem noch die eigene Wahrnehmung und die Wiedererkennenskompetenz von Vertrautem verändert. Die Selbstständigkeit, das eigene Wohnumfeld, Familie und Partnerschaften u.v.m. sind betroffen, und es braucht lebensweltumspannende Netzwerke, um die Lebenslage und die Teilhabechancen von Menschen mit demenziellen Erkrankungen aufrechtzuhalten und zu verbessern (Heerdt/Besselmann 2019). Den Erfolg und die nachhaltige Wirkung von Demenznetzwerken zeigt u. a. die DemNet-D Studie (DZNE 2016). Ein Förderbaustein zur Finanzierung von (Versorgungs-)Netzwerken ist inzwischen in § 45c Nr. 9 SGB XI vorhanden. Eine langfristige Integration in die lokalen Infrastrukturen und ein entsprechender gesetzlicher Rahmen bzw. Auftrag fehlen hingegen. Im Ergebnis entstehen bzw. verfestigen sich so lokal, aber fragmentiert – und damit in Bezug auf Chancengerechtigkeit ungleich verteilt – Sorgenetzwerke. Vergleicht man die Situation mit europäischen Nachbarländern, zeigt sich gerade die Bedeutung der Steuerungsprozesse auf lokaler wie nationaler Ebene für eine gelingende integrierte Versorgung.

In der Folge finden gesundheitsbezogene und pflegerische Leistungen getrennt statt, und es kommt auf infrastruktureller Ebene zu ineffizienten und an den Rahmenbedingungen scheiternden Doppelstrukturen der Beratung von Ratsuchenden. Potenziale einer bspw. auf den individuellen Gesundheitspotenzialen pflegender Angehöriger ausgerichteten Nutzung bestehender Angebote der Gesundheitsförderung, Vorsorge, Prävention und Rehabilitation bleiben daher häufig ungenutzt. Gleiches gilt für die Potenziale eines erfolgreichen Care Managements, das interprofessionell agiert und sektorenübergreifende Versorgungspfade erschließt (Challis et al. 2002; Thyrian et al. 2017).

## **Miteinander gestalten: Netzwerkbildung als kommunale Daseinsvorsorge**

Kooperation, Professionen und akteursübergreifende Zusammenarbeit, der Hilfe-Mix mit informellen Hilfen müssen daher kleinräumig entwickelt und verbindlich gesteuert werden. Dabei sind gerade sozialrechtliche Leistungsansprüche häufig so komplex, dass eine einzelne Beratungsstelle kaum den Anspruch einer integrierten Fachberatung erfüllen kann, die Gesundheits- sowie pflegebezogene Beratungsangebote abdeckt. Im Ergebnis werden entsprechende Angebote nicht genutzt, es kommt zu Weiterleitungssystemen und Zugangsbarrieren. Die Sektoralisierung ei-

ner bestenfalls ganzheitlichen und integrierten Versorgung setzt sich entsprechend bei Kostenträgern, gesetzlichen und untergesetzlichen Rahmenbedingungen und den Versorgungssystemen fort (Heerdt 2021).

Damit ist eine gelingende integrierte Versorgung ganzheitlich betrachtet zentral im Rahmen kommunaler Daseinsvorsorge verortet. Hier können eine integrierte Sozialplanung (Schubert 2019), Case- und Caremanagement (Klie et al. 2021), die sozialräumlich bezogenen Beratungs-, (Wohnungs-)Bau- und Wohlfahrtsproduktionsprozesse durch entsprechende Kriterien gestaltet werden – sofern lokale, regionale und nationale Regelungen dies zulassen und – wie grundsätzlich angelegt – subsidiär ineinandergreifen. Die Hilfe-Mix-Idee ist bereits in § 8 SGB XI zentral verortet. Ordnungspolitisch ist zumindest bis hier die kooperative Integration informeller und formeller Ressourcen intendiert. Zugleich wird durch den siebten Altenbericht die Bedeutung von lokalen sorgenden Gemeinschaften als Teil einer nachhaltigen Sorgelandschaft hervorgehoben. Das Potenzial von caring communities entfaltet sich in der Idee einer integrierten und vernetzten Versorgung aber nur dann effektiv, wenn diese in der kommunalen (regionalen) Gewährleistung professioneller sozialer Infrastruktur eingebettet ist und entsprechend gefördert wird (BMFSFJ 2016: VIII). Folgt man Art. 28 GG Abs. 2, liegt Gewährleistungsverantwortung lokaler Daseinsvorsorge bei den Kreisen und kreisfreien Städten, die hierzu in die Lage zu versetzen sind, „denen aber die zentrale Steuerungsmacht zur Sicherstellung nachhaltiger integrierter Sozialraumentwicklung fehlt“ (Schulz-Nieswandt 2017: 36).

## **Sozialraumbildung als Sozialkapital lokaler Lebenswelten in regionalen Infrastrukturen**

Der Sozialraum (Spatscheck/Wolf-Ostermann 2016) als Verwirklichungsort ist kein feststehender geografischer Container. Er muss zunächst gebildet werden. Hier wird die lokale Lebenswelt als personenzentriertes Netzwerk gestaltet, das wiederum im Mehr-Ebenen-System sozialer und regionaler Infrastrukturen eingebunden ist. Es ist der Kristallisationsraum, in dem sich das Sozialkapital (Portes 1998) als Netzwerkressource bildet und im Prozess des Gebens und Nehmens zeigt. Durch die soziale Qualität erst wird der Sozialraum zum Ort integrierter Unterstützung und sozialer Integration (Heerdt/Schulz-Nieswandt 2022). Wirkt sozialpolitische Intervention sozialraumorientiert, entstehen die bereits zuvor dargestellten Möglichkeitsräume, und gelingende Kooperation und integrierter Versorgung werden möglich, wenn die Steuerungsfrage und vor allem der Aspekt der Netzwerkbildung geklärt sind.

Hier setzt die Idee von Agenturen der Sozialraumentwicklung und Sozialkapitalbildung an (Heerdt 2021). Sie sind verortet im Mehr-Ebenen-System der Sozialraumentwicklung, das Abb. 1 zeigt, und stellen Katalysatoren der Netzwerkbildung und damit Gestaltungsmotoren sozialraumorientierter Daseinsvorsorge im Setting sozialer Infrastrukturen dar. Je nach Verortungsebene setzen sie als Agenten der Netzwerkbildung an der Gestaltung der individuellen Lebenswelt an und verzahnen diese konzentrisch mit den Akteuren regionaler Infrastrukturen.

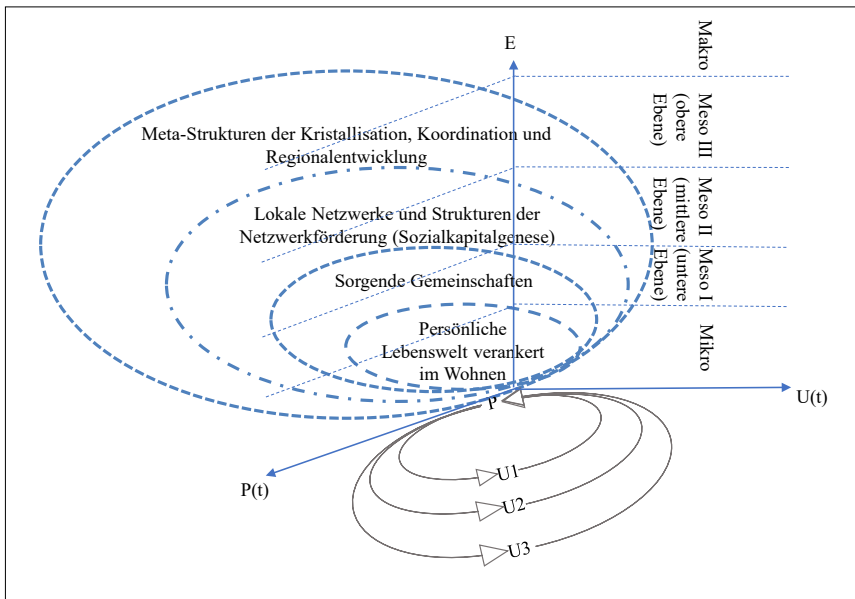


Abb 1: Sozialraumentwicklung im Mehr-Ebenen-Modell (Heerdt 2022: 48)

Im Mittelpunkt steht die Person (P) in Wechselwirkung mit ihren Umwelten ( $U_n$ ) zu den jeweiligen Zeitpunkten (t) des Lebensverlaufs. Die lokale Lebenswelt ist im Wohnen verankert und mit den regionalen Infrastrukturen der jeweiligen Ebenen (E) verzahnt. Die Netzwerkbildung findet sowohl vertikal innerhalb der konzentrischen Kreise als auch zwischen den Ebenen statt und Agenturen der Sozialraumbildung setzen je nach Verortung an den jeweiligen Steuerungsproblematiken und Netzwerkanforderungen an (Heerdt 2022: 144ff.).<sup>6</sup>

6 Ausführlich ebd.

## Chancengerechtigkeit und gute Lebensbedingungen: Ein Kommentar

Praktische Sozialpolitik gestaltet vernetzte Sorgelandschaften in der sozialen Infrastruktur. Sie ist dabei subsidiär und sozialräumlich orientiert. Die Welt wird nicht nur zunehmend diverser, sie wird im Rahmen des Fortschritts zunächst auch häufig komplexer. Chancengerechte Versorgungsinfrastrukturen lassen sich daher nicht paternalistisch, sondern nur durch gute Rahmenbedingungen und Anreizstrukturen schaffen, die durch die Förderung von Kooperation, Innovation und Inklusion gute Lebensbedingungen schaffen. Dies ist keine Aufgabe für Einzelakteure, sondern eine gesamtgesellschaftliche, und weder durch reine Redistribution noch durch bloße Übernahme von Leistungserbringung umsetzbar. Die häufig kritisierte Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung und Pflegelandschaft kann nicht zielführend durch ein staatliches Monopol substituiert werden. Die gelingenden Beispiele zeigen, dass ein Mehrwehrt nicht nur aus vernetzter Zusammenarbeit und effektiv gestalteten Versorgungspfaden allein, sondern aus der Akteurs- und Kompetenzvielfalt eine zusätzliche Qualität entsteht. So wird das Ganze tatsächlich mehr als die Summe seiner Teile.

Dieser Diskussionsbeitrag plädiert für eine aktiv gestaltende sozialraumorientierte und vernetzte Lebenswelten generierende Sozialpolitik. Damit werden sich die Pfadabhängigkeiten und systemimmanenten Interessen von Personen und Körperschaften nicht plötzlich auflösen. Ohne Strukturinvestitionen wird es nicht gehen. Eine Paradigmenwechsel kann nur dann erfolgreich sein, wenn sich das Paradigma tatsächlich verändert. Durch Reformen, die ideen- und wertegeleitet sind und Pflege- und Gesundheitspolitik als Gesellschaftspolitik praktizieren, können Rahmenbedingungen grundsätzlich neu ausgerichtet werden. Gemeinwohlorientierung, Freiheit und Verantwortung im Miteinander als Produktionsprinzipien, eine sozialraumorientierte vernetzte Zusammenarbeit – inter- und intrasektoral organisiert und nonprofitbasiert – können implementiert werden.

Das in diesem Beitrag häufiger angesprochene Steuerungsdelta der vernetzten regionalen Entwicklung lässt sich zum Vorteil umkehren, bspw. durch die Implementierung neutraler und an den Schnittstellen der koordinierten Zusammenarbeit ansetzenden Agenturen der Sozialkapitalentwicklung und Sozialraumgenese im Mehr-Ebenen-System. Die Umsetzungspraxis zeigt auch hier den Mehrwehrt von Vielfalt. Agenturmodelle sind häufig versteckt (Heerdt 2022: 122ff.). Niedrigschwellige Formate wie Gesundheitskioske<sup>7</sup>, Pflegestützpunkte, formalisierte Netzwerkverbände, stationäre Pflege- und Gesundheitseinrichtungen u.v.m. können sozialraumbildend als Netzwerkagenturen agieren, wenn die sozialpolitischen

---

7 Siehe hierzu ausführlich Helmut Hildebrandt in diesem Band.

Rahmenbedingungen und die kommunale Daseinsvorsorge entsprechend aufgestellt sind. Der gesellschaftlich-demografische Wandel wird nicht darauf warten.

## Literatur

- Baeten, Rita/Spasova, Slavina/Vanhercke, Bart/Coster, Stéphanie (2018): Inequalities in access to healthcare. A study of national policies. European Social Policy Network (ESPN). Brüssel: Europäische Kommission.
- BMFSJF (Hrsg.) (2016): Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung. <https://www.bmfsfj.de/blob/120144/2a5de459ec4984cb2f83739785c908d6/7--altenbericht--bundestagsdrucksache-data.pdf> [Zugriff 27.11.2022].
- Bonin, Holger/Arnds, Pascal (2003): Arbeitsmarkteffekte und finanzpolitische Folgen der demographischen Alterung in Deutschland. IZA Discussion Papers. <https://www.econstor.eu/handle/10419/20827> [Zugriff 27.11.2022].
- Bourdieu, Pierre (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Kreckel, Reinhard (Hrsg.): Soziale Ungleichheiten. Soziale Welt, Sonderband 2. Göttingen: Verlag Otto Schwarz, S. 183–198.
- Brandhorst, Andreas/Hildebrandt, Helmut/Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.) (2017): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Gesundheit. Politik – Gesellschaft – Wirtschaft, Wiesbaden: Springer VS.
- Challis, David/von Abendorff, Richard/Brown, Pamela/Chesterman, John/Hughe, Jane (2002): Care management, dementia care and specialist mental health services: an evaluation. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 17, S. 315–325.
- DZNE (2016): Multizentrische, interdisziplinäre Evaluationsstudie von Demenznetzwerken in Deutschland (DemNet-D). [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/Zukunftswerkstatt\\_Demenz/A3\\_1\\_1a\\_2\\_3\\_Abschlussbericht\\_DZNE-Greifswald\\_\\_Witten\\_Berlin\\_IfaS.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Zukunftswerkstatt_Demenz/A3_1_1a_2_3_Abschlussbericht_DZNE-Greifswald__Witten_Berlin_IfaS.pdf) [Zugriff 19.12.2022].
- Enhi, Hans-Jörg (2020): „Gelingendes“ und „gesundes“ Alter(n) in der Pluralistischen Gesellschaft Systematische Übersicht ethischer Fragen – Schlussbericht. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/1\\_Abschlussbericht\\_\\_Gelingendes\\_\\_und\\_\\_gesundes\\_\\_Alter\\_\\_n\\_\\_in\\_der\\_pluralistischen\\_Gesellschaft.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/1_Abschlussbericht__Gelingendes__und__gesundes__Alter__n__in_der_pluralistischen_Gesellschaft.pdf) [Zugriff 12.12.2022].
- Europäische Kommission (2014): Population ageing in Europe: facts, implications and policies Outcomes of EU-funded research. Brüssel: Europäische Kommission.
- Europäische Kommission (2020): Bericht der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen über die Auswirkungen des demografischen Wandels. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DC0241&from=DE> [Zugriff 27.11.2022].

- Hank, Karsten (2011): Societal Determinants of Productive Aging: A Multilevel Analysis across 11 European Countries. In: *European Sociological Review* 27(4), S. 526–541.
- Hank, Karsten/Erlinghagen, Marcel (2008): Produktives Altern und informelle Arbeit. In: Hank, Karsten/Erlinghagen, Marcel (Hrsg.): *Produktives Altern und informelle Arbeit in modernen Gesellschaften. Theoretische Perspektiven und empirische Befunde*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaft, S. 9–24.
- Heerdt, Christian (2021): Die Zukunft der Langzeitpflege. Agenturmodelle der Sozialraumentwicklung im Mehr-Ebenen-System. Theoretische Grundlagen und praxisbezogene Fundierung. In: *Zeitschrift für Gemeinwirtschaft und Gemeinwohl* 44 (3), S. 383–405.
- Heerdt, Christian (2022): Sozialraumagenturen in der Langzeitpflege. Das Agenturmodell als versteckte Idee im KDA-Projekt „Förderung bürgerschaftlichen Engagements durch Pflegestützpunkte“. Nomos: Baden-Baden.
- Heerdt, Christian/Besselmann, Klaus (2019): Landesinitiative Demenz-Service NRW. Ein Rückblick auf 15 Jahre Regionalentwicklungsnetzwerk. In: *ProAlter* 2019(4), S. 36–39.
- Heerdt, Christian/Schulz-Nieswandt, Frank (2022): Das Grundrecht auf Sozialraumbildung im Lichte des Menschenbildes der „sozialen Freiheit“ des bundesdeutschen Grundgesetzes. Lehren aus der Corona-Krise. In: *Sozialer Fortschritt* 71(10), S. 771–789.
- Hildebrandt, Helmut/Bahrs, Ottomar/Borchers, Uwe/Glaeske, Gerd/Griewing, Bernd/Härter, Martin/Hanneken, Jessica/Hilbert, Josef/Klapper, Bernadette/Klitzsch, Wolfgang/Köster-Steinebach, Ilona/Kurscheid, Clarissa/Lodwig, Volker/Pfaff, Holger/Schaeffer, Doris/Sturm, Heidrun/Schrappé, Matthias/Wehkamp, Karl-Heinz/Wild, Dorothea (2021): Integrierte Versorgung – Jetzt! Ein Vorschlag für eine Neuausrichtung des deutschen Gesundheitssystems – regional, vernetzt, patientenorientiert. In: Hildebrandt, Helmut/Stuppardt, Rolf/Augurzyk, Boris (Hrsg.): *Zukunft Gesundheit – regional, vernetzt, patientenorientiert*. Heidelberg: medhochzwei Verlag, S. 3–95.
- Hoberg, Rolf/Klie, Thomas (2015): Strukturreform Pflege und Teilhabe: Erster Teil: Zwischen Cure und Care, Kommunen und Sozialversicherung. In: *Sozialer Fortschritt* 64(1/2), S. 27–33.
- Kisch, Tobias (2022): Evaluation der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V. Studie zu ambulanten Operationen in Plastischer Chirurgie und Handchirurgie. Wiesbaden: Springer Gabler Wiesbaden.
- Klie, Thomas (2018): Auf gute Nachbarschaft. In: *Häusliche Pflege* 27 (9), S. 18–19.
- Klie, Thomas/Ranft, Michael/Szegan, Nadine-Michéle (2021): ECKPUNKTE Strukturreform Pflege und Teilhabe II – Pflegepolitik als Gesellschaftspolitik. Ein Beitrag zum pflegepolitischen Reformdiskurs. Berlin: Kuratorium Deutsche Altershilfe. [https://kda.de/wp-content/uploads/2021/03/Reform\\_II.pdf](https://kda.de/wp-content/uploads/2021/03/Reform_II.pdf) [Zugriff 29.11.2022].
- Mielck, Andreas (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern u. a.: Verlag Hans Huber.

- Portes, Alejandro (1998): Social Capital. Its Origins and Applications in Modern Sociology. In: Annual Reviews of Sociology 24(1998), S. 1–24.
- Rawls, John (1971): A Theory of Justice. Cambridge: Belknap Press/Harvard University Press.
- Riley, James C. (2005): Estimates of Regional and Global Life Expectancy, 1800–2001. In: Population and Development Review 31, S. 537–543.
- Rowe, John W./L. Kahn, Robert (1997): Successful Aging. In: The Gerontologist 37(4), S. 433–440.
- Schmid, Josef (2011): Soziale Dienste und die Zukunft des Wohlfahrtsstaates. In: Evers, Adalbert/Heinze, Rolf G./Olk, Thomas (Hrsg.): Handbuch soziale Dienste. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 117–144.
- Schubert, Herbert (2019). Integrierte Sozialplanung für die Versorgung im Alter. In: Schubert, Herbert (Hrsg.): Integrierte Sozialplanung für die Versorgung im Alter. Perspektiven Sozialwirtschaft und Sozialmanagement. Wiesbaden: Springer VS, S. 1–16.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2006): Sozialpolitik und Alter. Grundriss Gerontologie Band 5. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2017): Kommunale Daseinsvorsorge und sozialraumorientiertes Altern. Zur theoretischen Ordnung empirischer Befunde. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2020): Pflegepolitik gesellschaftspolitisch radikal neu denken. Gestalt-fragen einer Reform des SGB XI. Grundlagen, Kontexte, Eckpunkte, Dimensionen und Aspekte. Berlin: KDA. [https://kda.de/wp-content/uploads/2020/01/Grundlagentext\\_Schulz-Nieswandt.pdf](https://kda.de/wp-content/uploads/2020/01/Grundlagentext_Schulz-Nieswandt.pdf) [Zugriff 01.12.2022].
- Schulz-Nieswandt, Frank (2022): Die Vision einer neuen Kultur des Wirtschaftens der Care-Felder als Grundlage einer Miteinanderfreiheit in Miteinanderverantwortung. In: ProAlter 4/22, S. 5–8.
- Sedmak, Clemens/Babic, Bernhard/Bauer, Reinhold/Posch, Christian (Hrsg.) (2011): Der Capability-Approach in sozialwissenschaftlichen Kontexten: Überlegungen zur Anschlussfähigkeit eines entwicklungspolitischen Konzepts. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Spatscheck, Christian/Wolf-Ostermann, Karin (2016): Sozialraumanalysen. Ein Arbeitsbuch für soziale, gesundheits- und bildungsbezogene Dienste. Opladen und Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Sterly, Carsten/Hasseler, Martina (2012): Integrierte Versorgung. In: Thielscher, Christian (Hrsg.): Medizinökonomie. FOM-Edition/FOM Hochschule für Oekonomie & Management. Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Thyrian, Jochen René/Hertel, Johannes/Wucherer, Diana/Eichler, Tilly/Michalowsky, Bernhard/Dreier-Wolfgramm, Adina/ Zwingmann, Ina/Kilimann, Ingo/Teipel, Stefan/Hoffmann, Wolfgang (2017): Effectiveness and Safety of Dementia Care Management in Primary Care: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry 2017, 74(10), S. 996–1004.

# Transferability als prozessimmanenter Gradmesser in Gesundheitsregionen am Beispiel von erwerbstätigen sorgenden Angehörigen

Kolja Heckes

## Einleitung: Ein sozialwissenschaftlicher Blick auf die Wirksamkeit in Gesundheitsregionen

Losgetreten ist eine gesundheitspolitische und -organisatorische Entwicklung hin zu einer Regionalisierung von Gesundheit und die sozialräumliche Organisationsform „Gesundheitsregion“ gewinnt kontinuierlich mehr Fürsprecher:innen<sup>1</sup> (Weidmann/Reime 2021: 15; Hildebrandt/Stuppardt/Augurzky 2021a: 534; SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP 2021: 84; Hilbert/Rambow-Bertram 2021; Huss

1 Wie eine kondratjew-zyklische neue organisationale Evolutionsstufe legen sich Formen der integrierenden Gesundheitsvernetzung auf die zuletzt bzw. zugleich immer weiter funktional ausdifferenzierten Versorgungs- und Hilfesysteme (Heckes 2016: 59, frei nach Luhmann; auch Hildebrandt 2021 sieht in Gesundheitsregionen eine prozesshafte *evolutionäre* Entwicklungsstufe). „Der Typus ‚Gesundheitsregion‘ ist [...] derzeit eine lebhaft diskutierte Schwellen-Organisationsform. Er steht an der Schwelle, aus dem zuallermeist projekthaften Innovations- und Experimentierstadium herauszuwachen und Einzug zu erhalten in die langfristig geförderte Versorgung“ (Rövekamp-Wattendorf/Heckes, im Erscheinen). Dabei lassen sich Gesundheitsregionen in vielfältiger Form beobachten und unterscheiden: Ärztenetze, Gesundheitswirtschaftscluster, Präventionsverbände, Casemanagement-Strukturen oder Quartiersentwicklungen, Reallabore etc. (Hilbert/Rambow-Bertram 2021: 51). Grob ist festzustellen, dass Netzwerkstrukturen in der medizinisch-pflegerischen Gesundheitsversorgung formal enger im Sinne von Versorgungspfaden strukturiert sind, während Netzwerke in der Gesundheitsförderung und Prävention offener und dynamischer gehalten sind, was damit zusammenhängt, dass die Frage, was *gesund* hält, eine stärker lebensweltlich-subjektive Kontur hat als die Frage nach einer effektiven Versorgung von *Krankheit*. Ferner lässt sich eine Differenzierung zwischen „Gesundheitsregionen“ als einerseits unternehmensbezogener Marketing- und Branchenförderung (wie teils durch die Definition als ‚Leitmarkt‘ c/o MWIKE.NRW oder im Rahmen der Verbandsarbeit des Netzwerkes Deutscher Gesundheitsregionen e.V.) sowie andererseits populationsbezogener Versorgungseinheiten (u.a. nach dem Konzept der OptiMedisAG, unter Leitung von Hildebrandt) vornehmen. Diese Erscheinungsformen als medizinische Versorgungszentren, als Gesundheitsförderungsinitiativen, oder als Brückenschlag zu Unternehmen (siehe hierzu Heckes, Seelmeyer & Siegler in diesem Band) sind zugleich nicht trennscharf zu kriegen; *Gesundheitsregion* bleibt ein uneindeutiger Begriff.

2021) – trotz dessen, dass die bis dato installierten Wirkungsabfragen das erwartbare Potenzial dieses ambitionierten Netzwerkprojekts noch nicht vollständig zu registrieren vermögen (Schubert et al. 2021). Seitens der Kostenträger, darunter vor allem der unter Wettbewerbsdruck stehenden Krankenkassen, werden gesundheitsbezogene Sozialraumkonzepte angesichts nicht oder nicht signifikant quantifizierbar nachweisbarer Entlastungseffekte auf Kosten, Inanspruchnahmen bis hin zu Mortalitätsraten immer wieder grundsätzlich infrage gestellt (Holleder et al. 2016). Dabei ließe sich genauso gut fragen, ob die Messinstrumente und der an Quantifizierbarkeit ausgerichtete Wirkungsbegriff überhaupt einzig und allein geeignet sind, den Wert und Nutzen von Gesundheitsregionen zu dokumentieren. Hierzu zwei Denkanstöße:

1. Modelle wie Gesundheitsregionen sind oft an einem breiteren Verständnis von Gesundheit orientiert, eine hohe Bedeutung kommt – noch unterhalb definierter Diagnosen und enger Zielgruppen, wie wir sie aus der Versorgung kennen – der Gesundheitsförderung zu, und zwar im Sinne der Frage: Wie kann die Region mit ihrer Angebots- und Infrastruktur (...also die *Verhältnisse*) ihre Bürger:innen gesund erhalten? Realistisch gesehen: Die Wirkweisen und sich damit verbindenden praktisch nutzbaren Möglichkeitsräume und Potenziale sind doch viel zu komplex und mannigfaltig, um sich, zumal angesichts der oft doch eher kleinen Grundgesamtheiten quasi postleitzaahlbezogener Regionen, im Abgleich zu einer Kontrollregion bereits nach kurzer Zeit in so signifikanten Ergebnisindikatoren wie Mortalitätsraten oder Inanspruchnahmezahlen sichtbar niederzuschlagen.
2. Aus der Sozialen Arbeit ist die Erfahrung bekannt, dass z. B. beim Einsatz in der offenen Kinder- und Jugendarbeit letztlich nicht mit technologischer Genauigkeit festgestellt werden kann, ob die positive Entwicklung, die z. B. ein\*e Jugendliche\*r nimmt, letztlich auf diesen oder jenen kooperierenden Anbieter zurückzuführen ist – oder vielleicht auch auf vermeintlich „zufällige“ Einflüsse im privaten Umfeld des/der Adressat:in. Man würde deshalb aber nicht den Einsatz der Sozialen Arbeit in der offenen Kinder- und Jugendarbeit infrage stellen. In der praxeologischen Sozialarbeitsforschung wird sich deshalb auf die Rekonstruktion der dynamischen Wirkprozesse konzentriert (Bohnsack 2020; Wernberger 2023). Dieser Blickwinkel erscheint auch für Gesundheitsregionen aufschlussreich. Denn Gesundheitsregionen tragen ihren Vorteil ja gerade darin, dass sie eben nicht auf monodirektionale, sondern auf systemisch komplexe, polylaterale und intersektionale Wirkungsentfaltung abzielen. Wir sollten daher auch Gesundheitsregionen nicht vorschnell auf einseitige, kausale Wirkungszusammenhänge reduzieren, sondern vielmehr die Wirkungs dynamiken entlang von Netzwerken rekonstruieren.

Im vorliegenden Beitrag werden sozialwissenschaftliche Überlegungen angestellt bzw. wird ein empirisch-qualitativer Zugang im Hinblick darauf ausprobiert, ob sich nicht bereits im Vorfeld der finalen Frage nach dem eintretenden oder eben nicht eintretenden „harten“ Vorteil gegenüber der Kontrollregion bestimmte Prozessmerkmale rekonstruieren lassen, von denen sich der Reifegrad/das Potenzial der Gesundheitsregion schon frühzeitig und sozusagen „auf dem Weg“ ablesen ließe.

Diesen Reifegrad möchte ich an der „*Transferability*“ festmachen (dem Grad der Transferpotenzialität). Es ist ja nicht bloß eine Frage der reinen Kartierung, welche Angebotsstrukturen eine Region vorrätig hat und was noch im Portfolio fehlt. Unter dieser Frage ließe sich vielleicht noch die eine oder andere Innovationen gezielt in die Region hineinsteuern. Komplexer wird es allerdings entlang der Fragen: Wie wachsen die unterschiedlichen Akteure und Strukturen, die zusammengenommen erst die Region ausmachen, eigentlich wirksam zusammen? Kommt es zu fließenden Austauschprozessen zwischen Angebotsstrukturen, Lebenswelten und regionalen Gegebenheiten, sodass Bürger:innen- und Profisysteme koproduktiv „gemeinsam älter“ werden (Bohnsack 2020: 47) – oder bleiben Bürger:innen und Anbieter mit ihren Eigenlogiken jeweils unter sich? Ist die Region ein dicht verbundener Wirkungsraum mit (ko-)produktiven, partizipativen und transdisziplinären Interdependenzen oder eine fragmentierte Landschaft?

Wenn anstelle von bzw. besser: komplementär zu der Frage nach letztlichen Ergebnisindikatoren das regionale Level der *Transferability* als eine Art prozessualer Reifegrad rekonstruiert werden soll, dann dürfen wir „Transfer“ nicht exklusiv an einer der Seiten festmachen, sondern sollten diesen als genuin relationales Ereignis einlösen. Wir müssen uns für Kopplung interessieren, für das Miteinander-Reagieren zwischen Systemen, für das Präfix „Trans-“<sup>2</sup>. Wir müssen uns also für das gesamte Areal und erst in Verbindung/Abhängigkeit damit für die vereinzelt Akteure interessieren.

Um zu erfahren, wie es sich als eine Anspruchsgruppe durch eine (Gesundheits-) Region bewegen lässt und von welchen unterschiedlichen sozial-ökologischen Dimensionen aus Hilfestellungen und Lösungsarrangements in diese subjektive Lebenswelt und -führung hineinzutransferieren sind, erscheint es lohnenswert, sich an die Fersen einer ausgewählten Anspruchsgruppe zu heften (siehe hierzu auch Hampel in diesem Band). Eine aufschlussreiche Adressat:innengruppe sind erwerbstätige pflegende bzw. sorgende Angehörige.<sup>3</sup> Was diese Gruppe exemplarisch für den vorliegenden Beitrag und generell für Netzwerk- und Sozialraumtheorien spannend macht, ist, dass es sich bei diesen Menschen um „Weltenwandler:innen“ handelt. Schließlich müssen sie den Spagat vollziehen zwischen fortbestehender beruflicher Verpflichtung, der häuslich-familialen Pflege eines/r Angehörigen, eige-

2 So wie etwa: Transfer oder transdisziplinär.

3 Siehe hierzu Oelschläger und Schulte-Hemming in diesem Band.

ner Lebensführung und Gesundheitssorge etc. Ich formuliere die Hypothese, dass sich das Level der Transferability einer Region darin zeigt, wie gut es diese Übergänge zulassen, von den Betroffenen sowie Beteiligten gemanagt zu werden. Das heißt: Es geht nicht nur darum, wie gut die Betroffenen darin sind, diese Übergänge zu managen (das wäre eine Viktimisierung), sondern wie gut es die Übergänge selbst zulassen, von ersteren gemanagt zu werden. Zeigen sie sich ‚transferready‘ oder als starr und unbeweglich?

Dabei ist im Zuge des vorliegenden Beitrags allerdings weniger die Frage des „Ob“ von Interesse – ist die Region nun von hoher oder geringer Transferability? Ist sie oder ist sie *nicht* „transferready“? – als vielmehr des „Wie“: Wie geben sich solche Transferprozesse substanziell zu erkennen? Von welcher Art von Elementen sind stattfindende Transferprozesse ablesbar?<sup>4</sup> – Es soll hierbei nicht nach Eigenschaften gesucht werden, die exklusiv einseitig zuzuordnen sind. Einzulösen ist der relationale Prozess, ergo suchen wir Elemente, die im *Dazwischen* liegen (Grundmann/Höppner 2020), nämlich am Ort des Transfers an und für sich, und genau von dort aus, im *Dazwischen*, ihre transferrelevante Funktion erfüllen. Hierzu gilt es sich in Netzwerken nicht nur Knoten (also feste Akteure), sondern entsprechend die Kanten (Relationen) zwischen den Knoten anzusehen.

## Boundaryobjects als Transferindikatoren im Netzwerk

Gesundheitsregionen sind als Netzwerke strukturiert. Die Ordnungsbildung *Netzwerk* trägt prädestiniert sogenannte ‚Boundaryobjects‘, also Grenzgänger-Entitäten (Heckes 2022, mit einem Begriff von Star/Griesemer<sup>5</sup>) – *Grenzgänger* deshalb, weil es sich um Phänomene handelt, die auf der Kante zwischen sozialen Welten bzw. Systemen balancieren. Von ihrer Strukturiertheit her sind diese Phänomene entsprechend ambig, kompromisshaft-funktional, interpenetrativ etc. – das meint im Kern nichts anderes, als dass Phänomene, anhand derer verschiedenlogische

---

4 Hierzu in einem derzeit entstehenden Beitrag: „Letztlich entscheidet sich die Daseinsberechtigung solcher sozial- und regionalräumlich adressierten Modelle darin, ob sie sich nachweislich messbar auf die Patient\*innen- bzw. Populationsgesundheit auswirken und sich folglich auch volks- und versicherungswirtschaftlich rentieren; das heißt aber nicht, dass die vorgelagerten Prozessqualitäten nicht ebenfalls bereits beachtenswert wären: Welche positiven Erfahrungen sammeln die teilnehmenden Akteure vor dem Hintergrund ihrer über die gemeinsame Raumzuständigkeit integrierten Verbundenheit? [...] Die sich mit der Erfahrung [...] eines Sozialraummodells verbindenden Wirkungsprioritäten der Planer\*innen und Gestalter\*innen vor Ort dürften sich nicht in einem dichotomen Outcome – ‚wirkt‘ oder ‚wirkt nicht‘ – erschöpfen“ (Rövekamp-Wattendorf/Heckes, im Erscheinen).

5 Diese Konzeption von Boundary Objects im Anschluss an Star/Griesemer wird als ein Ergebnis entlang der gesamten Arbeit vorgenommen. Ab Kapitel 6.5 (S. 151ff.) wird das Konzept sukzessive eingeführt. Star/Griesemer selbst definieren Boundaryobjects prägnant in: 1989: 393.

Systeme interagieren, die Eigenlogiken der jeweiligen Systeme integrieren und koordinieren müssen (ebd. passim). Phänomene von der Strukturiertheit eines ‚Boundaryobjects‘ gewährleisten die Koexistenz von Eigensinnigkeiten (Ambiguität), schlagen artefakthaft „Brücken“ (kompromisshafte Funktionalität), leiten die kokonstitutive Transformation der eigentlich differenten Systeme an (Interpenetration) etc. (ebd.).

Netzwerke sind aufgrund ihrer besonderen Form der Ordnungsbildung, als agile Gebilde und Optionalitätsräume, prädestiniert, solche ‚Boundaryobjects‘ auszuhalten und aufrechtzuerhalten, während Organisationen wohl darauf drängen, die Inkonsistenz zu bereinigen und gemäß den eigenen Organisationsschemata Eindeutigkeit zu konstruieren (ebd.). Verbunden damit bieten Netzwerke das Potenzial, bezogen auf solche Phänomene einen „Spagat“ zu vollziehen, die Kooperation ebenso erfordern wie Rücksicht auf individuelle Eigensinnigkeiten (ebd.). Und ebendies braucht es auch in Gesundheitsregionen, das zeigt sich etwa am Beispiel von pflegenden bzw. sorgenden Angehörigen, die sich tagtäglich durch ihre von Doppelbelastung und Ambiguitäten geprägte Situation bewegen und unterschiedliche Anforderungen integrieren müssen. Deshalb wird hier dafür plädiert, keinen jeweils einzeln organisationszentrierenden Blick einzunehmen (einzelne Knoten), sondern die gesunde Region als Netzwerk anzunehmen und darin in der Frage nach Wirkprozessen nach grenzverbindenden Elementen zu suchen (sogenannte Boundaryobjects), die die Differenz zwischen Profisystemen und Lebenswelten transferfördernd überbrücken. Könnte von ebensolchen Elementen sich nicht das Transferpotenzial einer vernetzten Gesundheitsregion bereits im Prozess ablesen lassen?

## Zur Relevanz von ‚Transfer‘ am Beispiel häuslicher Pflegesettings

Die *professionelle* Zusammenarbeit mit *häuslichen* Pflegearrangements stellt eine solche Konstellation dar, die Kooperation bei zugleich differenten Eigenlogiken zwischen Angehörigen und Profis austarieren muss, insofern es hier immer wieder

„zu Schwierigkeiten und Reibungen in der Koproduktion [kommt], weil der Versuch der Transformierung einer vorgefundenen häuslichen Ordnung in einen [...] [versorgungssystemischen] Raum nach professionellen Maßstäben mit der häuslichen Ordnung zugleich auch die damit verbundenen Konstellationen der darin institutionalisierten psychosozialen Abwehr der [...] Erkrankten und ihrer An- und Zugehörigen betrifft“ (May/Schütte-Bäumner 2018: 524).<sup>6</sup>

6 May und Schütte-Bäumner beziehen sich hierbei spezifisch auf SAPV-Einsätze und die transformative Herstellung eines *palliativen* Raumes. Womöglich intensivieren sich die oben genannten

Die Konstellation, dass Profis in die Häuslichkeit eintreten, bedingt eine sensible Situation aus Hilfe und Unterstützung einerseits und hervorgerufenen Abwehrreaktionen aus Angst um die lebensweltlich familiären Eigenlogiken andererseits. Hieran zeigt sich, wie wichtig gerade die Dimension des „Transfers“ für das Gelingen von *Bürger\*innen-Profi*-Konstellationen ist (in Anlehnung an Dörner 2007). Nicht zuletzt die von wechselnden Legislaturperioden abhängigen Förderprogramme motivieren allerdings oft eher dazu, dass sich Organisationen betriebsintern und sozusagen am Reißbrett eines Antragstemplates neue, findige Projekte einfallen lassen, statt ausdauernd und unter geduldiger Einbeziehung der Adressat\*innen-Systeme die Transfergrade sukzessive partizipativ-koproduktiv zu optimieren. Ein neuer, innovativer Projektantrag, aus der Feder der Organisationsroutinen und zielgerichtet entlang von Fördergeberleitfäden abgetippt, erarbeitet sich nunmal schneller als die naturgemäß langwierigen, feinen Anpassungs- und Transformationsprozesse zwischen Profi- und Adressat\*innen-Systemen, die dazu geeignet wären, den Transfer Stück für Stück noch ein paar Grad höher zu hieven. Unter den sozialräumlichen Lösungen sind *Quartiersentwicklungen* ein Beispiel für einen Ansatz, der als Förderthema politisch „beliebt“ war, dem allerdings in vielen Fällen nicht die langfristige Finanzierung und somit Zeit gegeben wurde, seine Wirkungen zwischen Angebots- und Zielkontext noch besser zu transferieren.<sup>7</sup>

Der auch in der Sozialwirtschaft populäre und dabei mitunter technologisch konnotierte Begriff der ‚Innovation‘, als Konzipierung von etwas ganz Neuem, ist so doch eben nicht selten Ausdruck eines innerunternehmerischen Ringens um die möglichst neue, eigene Idee – und damit immer auch ein Rekurs auf sich selbst, auf die eigene Funktionslogik; die Dialektik der Angehörigen-Profi-Interaktion zeigt dagegen die Wichtigkeit des Transferprozesses insofern, dass, gemessen an der (intra-)organisationalen Funktionslogik, noch so „clevere“ Ideen im gegenüberliegenden lebensweltlich-familialen System nichtsdestoweniger auf Abwehr stoßen, wenn die professionelle Orientierung auf Selbstreferenz statt auf strukturelle Kopplung mit „dem Anderen“, hier dem System der Pflegebedürftigen und deren sorgenden Angehörigen, gerichtet ist (Kleve 2007: 197). Kurz gesagt: Im Sozial- und im Gesundheitswesen sind kontinuierliche Anpassung und Modernisierung unerlässlich, um der sich immer weiter diversifizierenden Gesellschaft und den sich vervielfältigenden Identitätswürfen, aber auch den damit verbundenen sozialen und Inklusionsproblemen überhaupt gerecht zu werden. Der Bereich der ‚Gesundheitsförderung‘ spiegelt dies prägnant wider, insofern Gesundheitsförderung, also die offene Frage, was Menschen in ihrem Lebensumfeld gesund hält, die ganze Kom-

---

„Reibungen“ zwischen Profi- und Angehörigenlogiken angesichts von tödlichen Erkrankungen zusätzlich, der Grundkonflikt dürfte jedoch nicht erst Palliativsituationen betreffen, sondern sich generell mit der professionellen Kooperation mit pflegenden familiären Angehörigen verbinden.

7 Zur Spannung zwischen Transfer und Innovation siehe auch Bormann 2011.

plexität der sozialen Determinanten von Gesundheit, Wohlbefinden und Teilhabe usw. tangiert – Gesundheitsförderung setzt mit Blick auf soziale Probleme und Ressourcen gegebenenfalls eine höhere Offenheit voraus als diagnosegeleitete Versorgungspfade. Der Ärztin dient zur Problemlokalisierung immerhin die Diagnose, die Quartiersentwicklerin bspw. muss sich erst grundlegend fragen, was ihr Aufschluss und Mandat hinsichtlich der (sozialen) Probleme gibt. Angesichts dieser Offenheit und Diversifizierung „des Sozialen“ können sich professionelle sozialarbeiterische Systeme nicht auf einfache Schemata beschränken. Sie müssen in Bewegung bleiben und einen transferorientierten Blick behalten, der darin dann wiederum auch innovativ ist. *Innovation* bedeutet dabei aber nicht, nur für sich genommen, sozusagen am Reißbrett innovativ zu sein und eine besonders clevere neue Idee zu haben, sondern innovativ darin zu sein, mit den sich schnell in Bewegung befindlichen Logiken des Sozialen und der heutigen sozialen Probleme mitzuhalten und kontinuierlich die Transfergrade zu verbessern.

## **Begriff: Transfer(?!) – Was ist das überhaupt und wie kriegt man das empirisch gefasst?**

Mit dem Begriff *Transfer* wird eine Bewegung protokolliert. Eben die Übertragung vom Einen ins Andere. Rogga et al. (2014: 18) halten hierzu fest:

„Ganz allgemein kann von einer ‚Übertragung‘ von Informationen oder Dingen zwischen einem Sender und einem Empfänger gesprochen werden, die teilweise in spezifischen sozialen Kontexten agieren.“

Prozesse und Dinge in Bewegung lassen sich empirisch schwerer abbilden als ihr Objektstatus vorher oder nachher, die eigentlich interessanten *dynamischen* Ereignisse ›dazwischen‹ lassen sich also für sich genommen kaum scharfstellen – was aber geht, ist, die Merkmale der Transferierbarkeit (vorher) bzw. Spuren eines stattgefundenen Transfers (nachher) von den anfänglichen bzw. letztlichen „Objekten“ abzulesen (Heckes 2022: u. a. 341ff., im Anschluss an Hacking sowie Grundmann/Höppner). *Objekte* bezeichnen hierbei nicht notwendigerweise etwas Materielles, sondern es können ebenso Rituale, Glaubenssätze, Logiken etc. sein, es geht vielmehr darum zu betonen, dass selbst hochdynamische und ambivalente Prozesse schlussendlich in einer bestimmten Form zum Stillstand kommen respektive sich in – erhebbarer! – Eigenschaften kondensieren. Heißt: Der Transferprozess an sich ist eine inter- und transaktive Bewegung, wobei die Betonung auf „inter-“ bzw. „trans-“ als einer Relation liegt, die (Bewegung) kaum empirisch einzufrieren ist; allerdings ist der Transferprozess ja kein Selbstzweck, sondern Träger der Bewirkung von Veränderung, und zwar kontinuierlich, sprich: Während der Prozess zwischen

Angebots- und Zielkontext unaufhörlich pendelt, hinterlässt er Veränderungen sozusagen in der strukturellen DNA auf beiden Seiten. Und von den hinterlassenen Veränderungen lässt sich rückschließen sowohl auf den jeweils gegenüberliegenden Kontext (mit dessen DNA sich die eigene verbindet) als auch auf das Potenzial des Transferprozesses an sich, der im allerbesten Sinne von transdisziplinärer Transformation grundstrukturell mutationsanregend fungiert.

Somit muss dem Interessengegenstand „Transfer“ nicht lediglich als einem eigentlich nun mal kaum fixierbar dynamischen, „struktureigentümlichen“ (Elias 2014 [1970]: 155, 80) Prozess empirisch uneinholbar „nachgerannt“ werden, sondern *Transfer* lässt sich anhand der Objekte bewerten/analysieren, die da eben zu transferieren sind, transferiert wurden bzw. im Mittelpunkt eines laufenden Transferprozesses zwischen „Sender“ und „Empfänger“ oszillieren.<sup>8</sup> Will man also *Transferprozesse* anhand dessen in den *Transferobjekten* hinterlassenen Spuren/Merkmalen diskutieren, erscheint zentral, dass diese Elemente bewusst nicht als stringente „basic social processes“ gezeichnet und der einen oder anderen Seite zugeordnet werden.<sup>9</sup> Die hinsichtlich von *Transfer* tatsächlich ausschlaggebenden Elemente sind jene, die in ihrer Strukturiertheit, wie gesagt, *ambig, kompromisshaft-funktional, interpenetrativ* sind, also ‚Boundaryobjects‘. Aber auf welchen Ebenen können in dieser Weise strukturierte Objekte aufgespürt werden? Beziehungsweise in Bezug auf die Transferkonstellation zwischen professionellen Interventionen und häuslichen Pflegesituationen: Sind Transfererelemente in der Häuslichkeit, im professionellen System, in der Intervention selbst oder in der umliegenden „Sozialökologie“ (Bronfenbrenner 1981) zu finden? – Hierzu bedarf es eines weiteren Kompasses:

Es kann sich also bei der Suche nach transferrelevanten Boundaryobjects zunächst wieder auf das konzentriert werden, „was“ da eigentlich transferiert werden soll, nämlich Interventionen der Gesundheitsförderung. Derer bezüglich gibt es Anhaltspunkte und Evaluationserkenntnisse, wo sich bei der Implementierung von Interventionen üblicherweise Barrieren verorten. Im Umkehrschluss könnten ebendort auch Schleusen bestehen, die unter bestimmten zu analysierenden Umständen Gesundheitsinterventionen erfolgreich(er) transferieren lassen. Gesundheitsregionen sollten weniger darin gemessen werden, wie gut eine einzelne Intervention dieser oder jener Netzwerkpartner\*in dazu geeignet ist, etwa Mortalitätsraten oder Diagnosehäufigkeiten zu verbessern – dafür ist die jeweilige am gesundheitsregionalen Netzwerk beteiligte Organisation selbst verantwortlich –, die Gesund-

---

8 Die klassisch kommunikationstheoretische Vorstellung von „Sendern“ und „Empfängern“ stellt, wenn man sie systemisch betrachtet, eine Verkürzung dar. Deshalb kann sie an dieser Stelle nur ein modellhaftes Eingangsprovisorium darstellen.

9 Als Begriff der klassischen Grounded Theory Methodology, vor allem nach Glaser'schem Einschlag; Strübing (2007: 166) kritisiert diese Metapher eines ‚Idealtypus‘.

heitsregion kann aber darin unterstützen, dass eine in der Grundanlage eigentlich geeignete Maßnahme zumindest nicht an mangelndem Transfer verbleibt. Weil Transfer eben keine technologische Installation ist, sondern ein sukzessiver, wechselseitiger Anpassungs- und Modellierprozess, bis hinein in die eigene DNA-hafte Strukturierungslogik beider Seiten (Angebots- und Zielkontext), lässt sich eine Gesundheitsregion am Ehesten als *Sozialisationsförderer* konzeptualisieren. Sozialisation ist dann am besten von den „Schleusen“ abzulesen und zeigt sich darin, ob beide sich so aufeinander zu entwickeln, dass die Angebote von der Adressat\*innen-seite bestmöglich verwertet werden können, ohne dass das lebensweltliche System seine Eigenlogik aufgeben müsste (...das wäre ja eine Symbiose mit dem Profisystem, die zu vermeiden ist). Sozialisation ist kokonstitutives Wachsen.

Sozialisationstheoretisch gelesen ist dieses Moment der Aushandlung zwischen grundlogisch differenten Systemen und Erfahrungshintergründen der Impuls und Ausgangspunkt für Neues (Grundmann 2015; Grundmann/Wernberger 2014; Heckes 2022). Von diesen neuralgischen Knotenpunkten, also Transferschleusen, lässt sich sodann bereits ablesen, wie sich die eine als auch die andere Systemlogik miteinander ins Verhältnis setzen, welche neuen Artefakte dazu geschaffen werden, und in welche zukünftige Richtung sich die gemeinsame Zusammenhangstruktur voranzuschieben beginnt. Der Prozess des *Transfers* und die Konstruktion transfertragender bzw. -vermittelnder Schleusen sind so gesehen stets eine Kokonstruktion und als koordinatives Artefakt als emergente Praxis zu verorten. Als nur einer Seite exklusiv zuordenbare Konstruktionsleistung wären transferrelevante Schaltstellen auch gar nicht denkbar – schließlich exkludiert dies die Eigenlogik des jeweils gegenüberliegenden Systems. Bei transferjustierenden Objekten ist diese Verzahnung der Logiken, systemisch betrachtet, die Kopplung, daher das – folglich auch in Analyseverfahren aufspürbare – originäre Strukturmerkmal.

Wie Gesundheitsregionen und -netzwerke im Kern wirken, ist deshalb derart schwer in dessen praxeologischem Vollzug empirisch scharfzustellen, weil es sich um einen kokonstitutiven Sozialisationsprozess handelt: Sozialisationsprozessen in Gänze wird mit empirischen Querschnittsdesigns letztlich stets nachgeeilt (Grundmann 2018: 1445). Was in Querschnittsanalysen jedoch getan werden kann, ist die über den system-koppelnden Vorgang aufschlussgebenden Spuren auszugraben, die der Sozialisations- und Transferprozess hinterlässt, während dieser durch die (Grenz-)Objekte gewissermaßen hindurchgeschleust wird. Um die dynamische Wirkweise in Gesundheitsregionen, -netzwerken und Sozialräumen in ihrer Prozessstruktur rekonstruieren zu können, muss auf *Boundaryobjects* fokussiert werden, die auf dem Weg hinterlassen werden, also Objekte, die uns ambig vorkommen, die scheinbar gegensätzliche Logiken bündeln und daher ambivalent daherkommen (Lüscher 2005: 62). Um die Relation im Transfer zwischen dem System des häuslichen Pflegearrangements und dem professionellen Unterstützersystem

herauszuarbeiten, sind gezielt Grenzobjekte in den Blick zu nehmen, denn Grenzen spiegeln fast paradoxerweise Relationen wider (Karafillidis 2009). Grenzobjekte integrieren Unterschiede und sind somit Voraussetzung für Relationen und relationale Transferoperationen. Auf diese Weise lässt sich dem Verstehen näherkommen, wie Gesundheitsregionen eigentlich in ihrem dynamischen Transfer- und Transformationspotenzial wirken.

## Das PIET-T-Modell – Ein Kompass für transfer-relevante Boundaryobjects

2018 publizierten Schloemer und Schröder-Bäck auf der Grundlage einer beachtlich umfangreichen Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed, Embase, CINAHL und PsycINFO und letztlich unter detaillierter Auswertung von 37 einschlägigen Artikeln zum Thema „Transfer- und Übertragbarkeitskriterien“ eine aus insgesamt 44 Gelingensfaktoren zusammengesetzte Analyseheuristik zwecks der Einschätzung des Transfer-Erfolgspotenzials bei Gesundheitsinterventionen: das „PIET-T-Process-Modell“ („Process model for the assessment of transferability“) (ebd.: 9).

Unter den Buchstaben P, I, E und T sortieren sich die für die Frage nach einem gelingenden Transfer entscheidenden Gelingensfaktoren bzw. Transferhemmnisse ein, entsprechend ihrer Verortung in den Dimensionen „Populations- und Zielgruppenmerkmale“ (P = Population), „Qualität der Interventionsmaßnahme“ (I = Intervention), „Eigenschaften des lokalen oder organisationalen Settings“ (E = Environment) und bereits angelegte „Transferanteile“ (T = Transfer). Das zweite „T“ steht sodann dafür, dass die Frage nach dem Gelingen einer Gesundheitsintervention nicht nur an den Eigenschaften des Senders hängt, sondern eben eine koproduktive Wechselbeziehung zwischen *Primary- und Targetcontext* (ebd.: 7) bezeichnet, also bezogen auf die hier beispielhaft vorliegende Konstellation: zwischen Profisystem und häuslich-familiärem Pflegearrangement (T-T =  $T \Leftrightarrow T$ ). Das PIET-T-Modell stellt mit seiner Auflistung von Transferfaktoren, vor allem aber mit seiner Auffächerung von Ebenen, auf denen sich erstere verorten, eine geeignete heuristische Schablone dar, um im empirischen Datenmaterial nach Boundaryobjects zu suchen, in denen sich Transferprozesse und -potenziale spiegeln. Das ist deswegen hilfreich, weil Boundaryobjects aufgrund ihrer genuin inkonsistenten Strukturiertheit bereits schwer genug zu lokalisieren sind.

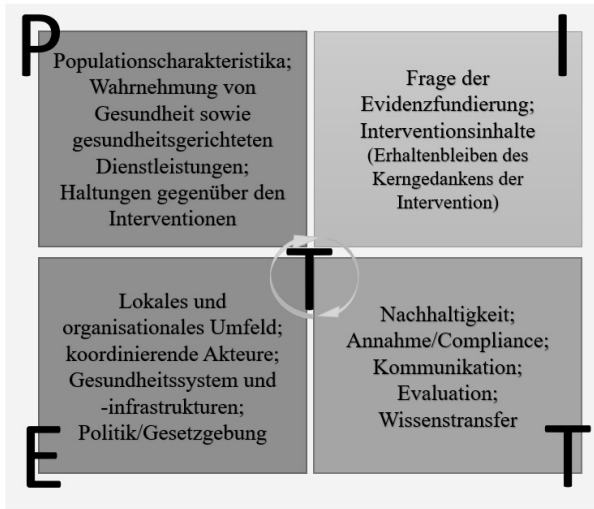


Abb. 1: eigene Darstellung, übersetzt und nachgebaut nach Schloemer/Schröder-Bäck 2018, „Figure 3“

## Die Datenbasis: Die Berücksichtigung lebensweltlicher Bewältigungsstrategien

Der nachfolgenden Analyse liegen Transkriptionen aus halbstandardisierten qualitativen Interviews mit Beschäftigten einer städtischen Verwaltungseinrichtung zugrunde, die im Rahmen des Netzwerkprojekts „reges:BOR“ erhoben wurden. Bei den Interviewten handelt es sich um erwerbstätige sorgende Angehörige. Im Mittelpunkt der Interviewführung stand das Interesse an Fragen der Vereinbarkeit von familiärer Angehörigenpflege und fortbestehender Erwerbstätigkeit, vor allem aber auch die Frage nach den eigenen Bewältigungsstrategien der betreffenden (erwerbstätigen) sorgenden Angehörigen.<sup>10</sup> Dieser Blickwinkel auf eigens entwickelte Ressourcen und Bewältigungsstrategien wurde bewusst gewählt, da allzu oft sorgende Angehörige, insbesondere diejenigen, die parallel einer Erwerbstätigkeit nachgehen, fälschlicherweise in eine passive, belastete Opferrolle hineingedeutet werden, während die vielfach überaus resilienten eigenen Bewältigungsstrategien

<sup>10</sup> Der Interviewleitfaden wurde im Rahmen des von der Bund-Länder-Initiative „Innovative Hochschule“ (BMBF) geförderten Projekts „reges:BOR“ der Fachhochschule Münster, Fachbereich Gesundheit, und in Orientierung an Kuckartz (2018) federführend von der damaligen wissenschaftlichen Mitarbeiterin Dr.<sup>in</sup> Corinna Gréa entwickelt. Die Interviews wurden von C. Gréa zusammen mit studentischen/wissenschaftlichen Hilfskräften geführt und transkribiert. Eine erste Analyse dieser Daten nahmen Gréa/Heckes et al. (2023) vor.

hingegen nicht rekonstruiert werden (Frewer-Graumann 2014: 191 mit dem Erkennen eines für ihre Studie ausgangsstiftenden Desiderats). Ausgehend von einer solchen defizitorientierten Anordnung würden Transferbewertungen zwangsläufig einseitig ausfallen, und zwar stets monolinear als paternalistische Leistungsimplementierung seitens der Profis hinein in die Häuslichkeit.

Systemisch betrachtet wäre dies problematisch, schließlich liegt im Falle der Profi-Adressat\*innen-Konstellation kein technologischer Herstellungsprozess, sondern ein reziprok strukturiertes professionalisiertes Milieu vor (Bohnsack 2020: vor allem Kap. 8). Eine *systemische* Betrachtung des Transferbegriffs bietet hier die Chance, keine einseitige Implementierungsvorstellung zu reproduzieren ( $a \Rightarrow b$ ), sondern die Komplexität der wechselseitigen Transformationen und darin gelegener Wirksamkeiten ( $a \Leftrightarrow b$ ) – einschließlich der des häuslichen Pflegearrangements selbst – zu bestimmen. Dieser Produktion des Hilfearrangements als einem komplexen kooperativen Milieu kommt insbesondere dann besondere Bedeutung zu, wenn nicht nur die isolierte Intervention selbst für sich genommen betrachtet wird, sondern die interaktionale Dynamik, entlang derer das Hilfearrangement – in Netzwerken, Gesundheitsregionen und Sozialräumen zudem in *multilateraler* Hinsicht – erst gemeinsam konstruiert, an die lebensweltlichen Bedarfe angepasst und erfolgreich transportiert wird. Und ebendieser soziale Prozess ist schwer zu bemessen. Und genau das gerät der Gesundheitsregionen-Lobby zum eigenen Erkenntnis- und Reflexions-, aber auch zum Legitimationsproblem. Gesundheitsregionen werden dann nämlich unpräziserweise lediglich an den einzelnen Interventionen ihrer Mitgliedsorganisationen bemessen, statt darin, worin ihr eigentliches Potenzial besteht, nämlich in Transferförderung. Und bei einer solchen, ersteren Betrachtung nach der Logik, dass Interventionen für sich genommen erfolgreich oder nicht erfolgreich zu installieren seien, wird auch die Bedeutung des Adressat\*innensystems, hier der durchaus ressourcenvollen häuslichen Angehörigenpflegearrangements, auf einen bloßen passiven Anwendungskontext reduziert.

## Ein Beitrag zur Frage der Messbarkeit von integrierten Gesundheitsregionen<sup>11</sup>

Welches Bewusstsein und welche Hoffnungen seitens der praktischen Planer\*innen und Entscheider\*innen liegen dem aktuellen Aufschwung der Organisationsform „Gesundheitsregion“ eigentlich zugrunde? – Diese Frage stellt sich doch insofern,

11 Die Fertigstellung dieses Beitrags lag vor der Veröffentlichung des Referentenentwurfs des BMG für das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune. Die im Folgenden aufgeworfene Frage nach den Wirkungszielen ist jedoch nicht weniger aktuell, da entscheidende Fragen der Zielsetzung, Wirkung und Adressierung weiterhin den heterogen vernetzten Akteur\*innen vor Ort und deren Verständigung und Ausgestaltung überlassen bleiben.

als der Konjunktur von Gesundheitsregionen das Verstehen derselben scheinbar hinterherhinkt. Der Diskurs um die Bedeutung von Gesundheitsregionen wird im Kern davon dominiert, ›ob‹ sich dadurch nachweislich harte, quantifizierbare Kennzahlen wie Inanspruchnahmestatistiken oder Mortalitätsraten senken lassen. Es liegt auf der Hand, dass dies für Kassen und für kassenabhängige Akteure einen maßgeblichen Messwert darstellt.

Doch zum einen: Liegt in dieser Kausalitätserwartung allein bereits die Hoffnung, die den Trend von Gesundheitsregionen begründet? Und zum anderen: Ist realistisch gesehen überhaupt erwartbar, dass konkrete Inanspruchnahme- und Mortalitätssenkungen zuverlässig auf Gesundheitsregionen rückbezogen werden können? Den Planer\*innen und Entscheider\*innen dürfte bewusst sein, dass sich Gesundheitsregionen nicht betriebssicher in diesen harten Kennziffern abbilden lassen; nichtsdestoweniger erlebt die Gesundheitsregion ihren Aufschwung. Das wirft zwei Fragen auf: 1. Verbinden sich in der Intuition der Planer\*innen und Entscheider\*innen vielleicht noch andere Strategien mit dem Modell „Gesundheitsregion“? 2. Wie können noch vor der (womöglich reduktionistischen) Frage nach vermeintlich validen Ergebnisindikatoren Prozessdynamiken erfasst werden, welche die Planer\*innen/Entscheider\*innen, ob bewusst oder unbewusst, womöglich als das eigentlich Wertvolle im Falle von Gesundheitsregionen empfinden? – Und was könnte das sein?

Organisational ist vorstellbar, dass es Phänomene wie Transprofessionalität und die Flexibilisierung von Professionsgrenzen sind, die entlang von netzwerk-basierten Gesundheitsregionen als potenziell gewinnbringend erlebt werden (...das hieße dann aber, es wäre zu rekonstruieren, inwiefern Gesundheitsregionen solche Phänomene entfalten). In Bezug auf den Gegenstand, „Gesundheit“, ist vorstellbar, dass sich „unterhalb“ der o. g. Administrationslogik um Inanspruchnahmen und Mortalitätsraten bei den Planer\*innen, Entscheider\*innen und Gestalter\*innen das Bewusstsein breitmacht, dass *Gesundheit* mehr ist als niedrige Inanspruchnahme- und Mortalitätsraten (...das hieße sodann, zugunsten des Verstehens der positiven Wirkweisen von Gesundheitsregionen müssen traditionelle Reduktionismen innerhalb von ›Gesundheit‹ – nämlich Gesundheitsförderung vs. -versorgung, eindeutige Zielgruppen und Diagnoseträger\*innen – überwunden werden).

Wenn die Organisation von *Gesundheit* es den gestaltenden Praktiker\*innen in dieser Zeit der – so ließe sich vielleicht sagen – ‚Postmoderne‘ abverlangt, sich ‚out of the box‘ ihrer klassisch ontologischen Professionsrepertoires zu bewegen sowie sich hinsichtlich von Gesundheit an etwas zu orientieren, das vielmehr eine Frage der subjektiv-strukturierten Narrationen in den Lebensführungen und Sozialräumen als eines quantifizierbar messbaren Status ist, dann muss die Analyse der Wirkungsweisen in Gesundheitsregionen ebendiese wertvollen Flexibilisierungsdynamiken im Sinne von Möglichkeitsräumen mitberücksichtigen. Die Wirkungsana-

lyse darf im Umkehrschluss ihrerseits nicht ausschließlich pseudo-technologische (Luhmann/Schorr 1982 mit einer Kritik) Messskalen reproduzieren und in die eigentlich auf eine andere, viel dynamischere und transformative Art als produktiv empfundenen Gesundheitsregionen hineinprojizieren.

Im Aufschlag zu ihrem programmatischen Sammelwerk *Zukunft Gesundheit* betonen Hildebrandt et al. (2021a: 8), Gesundheit sei

„primär ein lokales und regionales Gut. [...] Erst recht, wenn man die Entstehungsbedingungen von Gesundheit und Krankheit sowie die lokalen Interventionsmöglichkeiten ins Blickfeld rückt. Die Region als die unterste Einheit für die Entwicklung von Gesundheit [...] muss deshalb in das Zentrum der Reformen geführt werden“.

Die Autor\*innen betonen dabei die Wichtigkeit einer aktiven Beteiligung der Adressat:innen: Bei integriert versorgenden, vernetzten Gesundheitsregionen wie dem „Gesunden Kinzigtal“ in Wolfach, Baden-Württemberg, zeige sich,

„dass schon mit einem Drittel der Versicherten [...] Erfolge erzielt werden können. [...] Eine aktive Beteiligung der Bürger, [...] die Einbeziehung von Patientenorganisationen und der Selbsthilfe [...] sowie die Herstellung eines konkreten Nutzens für die Patienten und ihre Angehörigen würden [...] belohnt“ (ebd.: 72).

Daraus folgt ein Plädoyer für „ein System, das von seinen Anreizen anders als heute auf die Produktion von Gesundheit ausgerichtet ist. [...] Gewinn wird es [...] dann erzeugen, wenn es gesellschaftliches Gemeinwohl generiert“ (ebd.: 78).<sup>12</sup> Hildebrandt und seine Co-Autor\*innen greifen einen erwartbaren Einwand gegen diese Vorstellung von einer gemeinwohlorientierten Gesundheitsregion selbst auf:

„Einer der grundlegendsten Einwände gegen einen Wechsel von einer Vergütung, die auf Leistungsmengen ausgerichtet ist, zu einer Vergütung, die sich auf den erzielten Gesundheitsnutzen bezieht, ist die Annahme der fehlenden Messbarkeit.“ (2021a: 79f.)

Dieses denkbare Gegenargument hinterfragen die Autor\*innen, indem sie hervorheben, dass an die Stelle der

„Bezugsgröße [...] der Patientenschaft einer einzelnen Praxis oder eines einzelnen Krankenhauses [die regionale Population]“ (ebd.: 80)

---

12 Siehe zum Gemeinwohlbegriff Heckes, Seelmeyer und Siegler in diesem Band.

rückt. Es ginge also nicht um einzelne Leistungseinheiten und ihre Patient\*innen, sondern es müsse doch genereller um „die regionale Population“ gehen. Dieser Paradigmenwechsel für das deutsche Gesundheitswesen hin zu lokalen bzw. regionalen Einsatzgebieten, einer aktiven Partizipation von Patient\*innen und deren Angehörigen, Gemeinwohlorientierung und Sozialraumpopulation statt Fixierung auf einzelne Leistungseinheiten und Versicherte setzt zentral auf Settings, Verhältnisse und Netzwerke statt auf lose Angebote, „rational choice“-verhaftete Verhaltensveränderungserwartungen und partikulare Dienstleister. Wie Hildebrandt und Co. plausibel antizipieren, ist die Frage der Messung von Wirksamkeit dabei aber naturgemäß knifflig.

Folglich muss es zunächst darum gehen, grundsätzlich die Strukturiertheit der Interaktionsdynamik und der Wirkflüsse zu systematisieren, wie sie sich vor dem Hintergrund einer solchen integrierten Versorgungskonstellation nunmal anders gerichtet – nämlich zirkulärer, relationaler – darstellt als nach dem klassischen top-down-zentristischen ›Leistungserbringer-Leistungsempfänger‹-Schema. Wie und in welche Richtungen und von welcher Art entfalten sich Wirkungen und Effektivitäten mit Blick auf koproduktive *Milieus* (Bohnsack 2020) und gesundheitsförderliche Regionen statt auf punktuelle, einseitig gerichtete Leistungseinheiten?

Der insbesondere auch hinsichtlich der gesundheitspolitischen Förderung offenbar entscheidenden Frage der Messbarkeit von Qualität und Zielerreichung im Zuge von integrierten Gesundheitsregionen und -netzwerkentwicklungen hinterliegt so gesehen die analytisch zunächst auf grundsätzlichere Weise relevante Frage: Nicht, welche Output- und Zielquoten zeitigen einzelne Leistungseinheiten, sondern offener gefragt: Welche Wirkflüsse entfalten sich überhaupt im Sinne eines koproduktiven, ja emergenten Produkts zwischen den beteiligten institutionellen und lebensweltlichen Systemen, welche die Gesundheitsregion erst gemeinsam gründen? Es geht nicht um die Messung, wie gut Lösung A im vermeintlich vordefinierbaren Problemkontext B performt, sondern darum, wie es Kontext A und Kontext B gemeinsam schaffen, ein Hilfearrangement zu modellieren (frei nach Bohnsack 2020).

Anhand der Triade der Profisysteme, der Pflegebedürftigen sowie der sorgenden Angehörigen (die im vorliegenden Fall zudem noch im System ihrer fortbestehenden Erwerbstätigkeit involviert sind) lässt sich dieser Frage im Folgenden nachgehen. Wichtig erscheint dabei, dass sich bei der rekonstruktiven Analyse an solchen neuralgischen Punkten orientiert wird, die tatsächlich den Transfer *dazwischen*, also zwischen den Systemen, widerspiegeln – und nicht hingegen als vermeintlich eindeutig zuordenbare Exklusivitätsmerkmale *entweder* der Profisysteme *oder* des Angehörigensystems kategorisiert werden. Diese neuralgischen Knotenpunkte zwischen den Systemen sind konzeptionell als ‚Boundaryobjects‘ zu verstehen. Erst so gewinnt man die verbindende Transferperspektive: Denn Boundaryobjects gehören

nicht diesem oder jenem Akteur – nein, sie sind Element und zugleich Konstituent der gesamten Situation als solcher (ähnlich Clarke 2012 [2005]), ergo der als Netzwerk strukturierten Gesundheitsregion an sich.

## Empirische Analyse

Die bis hierhin entfaltete Analyseprogrammatik nochmal auf den Punkt gebracht: Das Erkenntnisinteresse gilt dem „Transfer“. *Transfer* wird im Folgenden jedoch nicht als Prozess im Längsschnitt rekonstruiert; stattdessen wird die Natur der Prozesshaftigkeit von *Transfer* direkt von den im Transfer begriffenen Elementen abgelesen. Letztere finden sich punktuell in den Interviewtranskripten, vorausgesetzt, es wird gezielt nach Elementen „gefahrenet“, deren Strukturiertheit als ambig, kompromisshaft-funktional, interpenetrativ etc. einen Standort im „Dazwischen“ (Grundmann/Höppner 2020) lokalisieren lässt, sprich: Elemente, die eben noch nicht angekommen und gesetzt sind (*und somit als ›uneindeutig‹ konstruiert*), sondern die unterschiedliche – etwa lebensweltliche und institutionelle – Systeme wie ein ‚Scharnier‘ (Wernberger 2018: 2; Wernberger 2014: 39) in die Lage einer gemeinsamen Praxis versetzen (*und somit funktional ›uneindeutig‹ konstruiert sind*) (Heckes 2022: 154, im Anschluss an Star). Als Suchheuristik für ebensolche Elemente dient die Figur eines ‚Boundaryobjects‘:

„This is an analytic concept of those scientific objects which both inhabit several intersecting social worlds [...] and satisfy the informational requirements of each of them. [...] Boundary objects are objects which are both plastic enough to adapt to local needs and the constraints of the several parties employing them, yet robust enough to maintain a common identity across sites. They are weakly structured in common use, and become strongly structured in individual-site use. [...] They have different meanings in different social worlds but their structure is common enough to more than one world to make them recognizable, a means of translation. The creation [...] of boundary objects is a key process in developing and maintaining coherence across intersecting social worlds“ (Star/Griesemer 1989: 393).

*Boundaryobjects* identifizieren also jene Aspekte, Stellschrauben und Achsen, die alle beteiligten Seiten sowohl jeweils für sich genommen als auch koordinativ miteinander modellieren, also modifizieren und verfeinern können. Wie bei einer Gliederpuppe befinden sich an den beweglichen Gelenken die nutzbaren Transferpotenziale, die vor allem gemeinsam partizipativ genutzt werden können, weil sie es ermöglichen, von eigentlich unterschiedlichen Seiten kooperativ gestaltet zu werden. Gerade diese beweglichen Achsen zu lokalisieren ist für die erfolgreiche Trans-

feranbahnung entscheidend.<sup>13</sup> Solche Boundaryobjects können potenziell überall stattfinden. Also überall dort, wo es zu Transferprozessen kommt. Der Transfer läuft quasi durch die Boundaryobjects hindurch. Die Boundaryobjects kennzeichnen die Schleusen für den Transfer.

Das bereits eingeführte PIET-T-Modell von Schloemer und Schröder-Bäck (2018) verhilft nun dazu, den Suchblick zu weiten und auf unterschiedliche Transferdimensionen zu lenken. Entlang der Buchstaben P, I, E und T lassen sich die Transferebenen nacheinander „durchforsten“. Die von Schloemer und Schröder-Bäck unter den transferdimensionalen Blöcken – P(opulation), I(ntervention), E(nvironment) & T(ransfer) – im Rahmen ihrer Metastudie zusammengetragenen Transferbarriers und -facilitators werden nun im Folgenden mit der Analysefigur von Boundaryobjects kombiniert, um, angewandt auf das vorliegende Transkriptmaterial, herauszuarbeiten, von welch stabilisierendem und/oder flexibilisierendem, d. h. nach Star und Griesemer plastisch-dehnbarem und/oder robustem, also modifizierendem und/oder institutionalisierendem Gewicht sich diese Kriterien auf den Transfer auswirken.

Im Folgenden geht es darum, die bis zu diesem Punkt entworfene theoretisch-konzeptuelle bzw. methodologische Programmatik einmal konkret exemplarisch am angekündigten empirischen Material zur Anwendung zu bringen: Inwieweit findet sich im Datenmaterial ein solcher ambig neuralgischer Knotenpunkt von der Strukturiertheit eines Boundaryobjects, über den justiert wird, unter welchen Umständen der Transfer von Unterstützungsangeboten nun im lebensweltlichen System Einzug erhält – oder dort „auf Grund läuft“? Boundaryobjects verweisen hierzu sinngemäß auf die „contiguos zone“ (Karafillidis 2009: 117) und jene darin eine nichtsdestoweniger belastbare geteilte Handlungspraxis gewährleistenden (Grundmann 2018: 1447; ausf. Grundmann 2015) grenzkoordinierenden konstruktiven Artefakte, die sich in ihrer wechselseitig sozialisatorischen Funktion vorgestellt werden können wie ein ‚Scharnier‘ (a. a. O.) zwecks Kopplung zwischen unterschiedlich gearteten Systemen. Dadurch dass Boundaryobjects den Knoten

13 Ein ungewöhnlich anmutendes praktisches Bild kann diesen Prozess vielleicht etwas plastischer machen: Eine beliebte Aufwärmübung im Rahmen virtuell organisierter Gruppenarbeitsprozesse ist das gemeinsame Zeichnen einer Figur ohne die Möglichkeit verbaler Verständigung, also nur durch performative wechselseitige Ergänzung und Reaktion. Mit jeweils eigenen Vorstellungen vor Augen und ohne diese untereinander kommunikativ transparent machen zu können, arbeiten die Beteiligten interaktiv an einer gemeinsamen virtuellen Leinwand, um die Figur zeichnerisch „herzustellen“. Im Ergebnis entspricht diese Figur letztlich nicht dem Entwurf eines einzelnen Teilnehmenden. Sie ist originär emergent. „Jedoch [ist sie] funktional“ (Star 2017: 146) darin, mehr oder minder als diese Figur wiedererkennbar zu sein („yet robust enough to maintain a common identity“; a. a. O.), und noch wichtiger, einen gemeinsamen Arbeitsprozess trotz ursprünglich und *fortwährend* unterschiedlicher Vorstellungen koordiniert zu haben („plastic enough to adapt to local needs“; a. a. O.). So wie diese interaktiv gezeichneten Figuren kann man sich im übertragenen Sinne Boundaryobjects vorstellen.

am Punkt der Überkreuzung von Lebensbereichen (und, aus Gesundheitsförderungsperspektive, den sowohl damit verbundenen Ressourcen als auch Defiziten) darstellen, leiten selbige eine intersektionale Perspektive an. Wobei es nach Winker und Degele (2009: 13) das Bild der ‚Kreuzung‘ nicht trifft, wonach sich die Lebensbereiche lediglich irgendwo punktuell mal überschneiden – vielmehr, und ebendiese wirkmächtige Potenzierung wird entsprechend auch durch Boundaryobjects hindurchgeschleust, erhalten die vermeintlich unterscheidbaren Lebens- und Umweltbereiche ihre stärkende bzw. vulnerabilisierende Ausstattung erst entlang der Interdependenz *zwischen* den Bereichen.

Eigentlich wären hierzu längsschnittliche Studien besonders interessant, die Menschen von Anfang an begleiten, die als Angehörige – nach Klinikaufenthalten nicht selten von jetzt auf gleich (aus Entlassmanagement-Perspektive siehe Czerwonka et al. 2015: 244ff.; Eble et al. 2018: 154f.; Lebeda 2016) – neu in eine häuslich-familiäre Pflegesituation kommen. Dadurch könnte prozessrekonstruktiv sukzessive nachgezeichnet werden, wie sich die Logiken des lebensweltlichen Systems, das im Sinne seiner „Vollinklusion“ (Luhmann 1990: 208; Kleve 2004 mit einem Revisionsversuch) immer schon da ist und ad hoc agieren muss, und die Logik des institutionellen Systems, das mit einer eigenen formalen Logik und zeitversetzt erst implementiert werden muss, im Verlauf der häuslichen Pflegesituation übereinanderschoben und dabei im Verhältnis zueinander aber letztlich *notorisch diskrepant* bleiben (Bohnsack 2017: 51; Bohnsack 2020). Im Prozess der Aushandlung eines koproduktiven Milieus kommt diese Diskrepanz dann in den wechselseitigen Abwehrreaktionen zum Ausdruck, die Schütte-Bäumner und Müller (2015: 7) daher ernstgenommen wissen wollen.

Die im Folgenden herangezogenen Interviewsequenzen entsprechen in ihrer Struktur jedoch einer retrospektiven Reflexion; Interviews sind immer bereits eine konsolidierte Konstruktion (...*dritten Grades*; Przyborski/Wohlrab-Sahr 2008: 27f.) und geben den Längsschnitt dieses systemübergreifenden Sozialisationsprozesses zwischen lebensweltlichem und institutionellem System nicht direkt wieder (Grundmann 2018: 1445). Infolge dieses Sich-Übereinanderschobens, dieses letztlich dialektischen (...weil *notorisch diskrepanten*<sup>14</sup>, zugleich aber koproduktiven) Hybridisierungsprozesses zwischen der bereits „organisch“ bestehenden familiären Innerlogik und den nachträglich hinzukommenden institutionell-schematischen Funktionslogiken bleiben Artefakte zurück (nach Habermas, *Ablagerungen*; 1988: 96), in denen wie Spuren die Merkmale von Boundaryobjects eingeprägt sind. Und diese artefakthaften Elemente lassen sich nach dem Suchschema von Boundaryobjects, wenn man also gezielt nach uneindeutigen, nach *ambigen, kompromisshaft-funktionalen, interpenetrativen* Relationen Ausschau hält, auch punktuell in den querschnittlich angelegten Interviews finden, statt erst den ganzen Längsschnitt

14 Nach Bohnsack (2020).

des koproduktiven Sozialisations- und Hybridisierungsprozesses an sich erheben zu müssen.

## Population: ‚Definition: krank‘ als Wertorientierung

*„Also ich halte das für ganz, ganz wichtig, dass man auch sagt, die Menschen sollen auch zuhause bleiben, weil zuhause kannst du nicht ersetzen. Das ist einfach so und das war für uns auch Maßstab unseres Handelns. Wir haben immer gesagt, wenn es gesundheitlich nicht mehr geht, dass man es nicht mehr verantworten kann, dann muss man meine Mutter ins Heim geben. [...] weil letztendlich wäre sonst die Konsequenz gewesen, ich hätte meinen Beruf aufgeben müssen, gut, das stand jetzt für mich auch nicht zur Debatte, muss ich sagen. Aber das hätte meine Mutter auch nicht gewollt. Also dass man so ein Hilfesystem innerhalb des Hauses [gemeint ist die eigene Betriebsstätte; Anm. KH], dass man den Austausch hat hier innerhalb des Hauses... Wie gesagt direkt mit den Kollegen haben wir das gemacht und jetzt ist ein anderer Kollege, da mache ich das auch mit.“ (Transkriptdokument ID\_81, #01:10:00-0#).*

Von der vorangegangenen Interviewsequenz ist abzulesen, dass die Wertorientierung von ID\_81 in der Funktion eines Boundaryobjects den Entscheidungsregler dafür darstellt, welche Unterstützungsstruktur ins Haus gelassen wird. Grundlegend gilt für ID\_81, dass die häuslich-familiäre Pflege nicht lediglich eine Kompensationsstruktur für das ansonsten kapazitätsmäßig insuffiziente professionelle Pflegesystem darstellt, sondern „Zuhause“ einen unersetzbaren Eigenwert besitzt. Die Grenzsetzungskonstruktion verläuft entsprechend dort, wo für den Einsatz der institutionell-stationären Versorgung die Voraussetzung angelegt wird, dass „es gesundheitlich nicht mehr geht“. Die Heimversorgung ist also lediglich für bzw. ab ‚Krankheit‘ zuständig. Darüber hinaus besteht eine Wertorientierung darin, dass ID\_81 die eigene Erwerbstätigkeit nicht aufgeben muss. Diese Herausforderung der Vereinbarkeit von Angehörigen- und fortbestehender Erwerbstätigkeit wird allerdings dort gelöst, wo sie auch entsteht: im Bereich der Berufstätigkeit, der eigenen Betriebsstätte. Hier hat sich eine informelle Supportstruktur darin gebildet, dass Kolleg\*innen, die voneinander wissend in derselben Situation sind, füreinander die Sorge tragen und einspringen.

Eine im Rahmen von Gesundheitsregionen zu koordinierende Angebotsstruktur, die sich nicht erst auf isolierte Zielgruppen konzentriert (wie diejenigen überlasteten sorgenden Angehörigen), sondern neben Versorgungsangeboten („ab Krankheit“) zugleich auch mit settingbezogener Gesundheitsförderung das Bild einer „gesunden Region“ komplettiert, könnte in Arrangements bestehen, die etwa auch die lokalen arbeitgebenden Betriebe in ihrer Bedeutung für die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden involviert. Eine Gesundheitsregion, die ihren Anreiz darin findet, die Populationsgesundheit optimal lokal zu stärken (...statt mit einzelnen

Leistungseinheiten vereinfacht gesagt auf Diagnosen zu reagieren), ist viel freier und motivierter darin, neben den im engeren Sinne Gesundheitsdienstleistern auch lebensweltliche Systeme wie die Arbeitgeber vor Ort „mitspielen“ zu lassen und damit Gesundheit auch entlang sozialer, alltäglicher Determinanten frühzeitig zu fördern. Die Performance der Gesundheitsregion bestände in dem Zuge u. a. darin, wie „geschmeidig“ (Fürst 2007: 361) es gelänge, diese – systemtheoretisch ausgedrückt – funktional „differenten“ Logiken etwa seitens von Betrieben in das ferner aus Gesundheitsplaner\*innen und -profis zusammengesetzte Netzwerk zu integrieren. Oelschläger und Schulte-Hemming (in diesem Band) setzten z. B. ein bewusst offenes, kontextsensibles, systemisch moderiertes Mentorship-Format ein, um die ressourcenstärkenden Potenziale innerhalb und vor allem in der Eigenlogik der Betriebswelten zu heben und zu empowern.

## Intervention: Das Soziale als Problem oder Offenheit?

*„Tatsächlich empfinde ich, dass sich nicht immer über meine Mutter unterhalten zu müssen [...] – Ich vermeide das jetzt auch, wenn ich mit meinen Geschwistern oder im Verwandten-, Bekanntenkreis dieses Thema Pflege auch nicht mehr so dominant werden zu lassen. Dass dieses Thema nicht immer präsent ist. Weil wenn man da tatsächlich mit zu tun hat, gibt es kaum noch etwas anderes. [...] [Dann] kommen die Geschwister, die möchten noch etwas machen oder etwas anders machen. Also das empfinde ich tatsächlich als entlastend, etwas zu haben, dass man sich nicht immer damit beschäftigen muss. Und sei es, dass man zum Sport geht, dass man etwas Musik hört oder etwas Künstlerisches macht. Oder einfach mit Leuten zusammenkommt, die nicht immer danach fragen: ‚Wie geht es deiner Mutter?‘“ (Transkriptdokument ID\_71, #00:34:30-0#). Und weiter im Text: „Also ich empfinde das tatsächlich so, weil ich irgendwann auch zu meinen Geschwistern gesagt habe: ‚Bitte lass uns nicht jedes Treffen immer damit beginnen: Mutter.‘ Da kommt man schnell genug drauf, aber ich finde, es gibt auch etwas daneben. Und das sollte man, wenn man solche Entspannungstechniken anbietet oder irgendwelche kreativen Kurse anbietet, nicht immer das Thema dann ‚Pflege‘, sondern einfach nur das, was für qualitative Zeit ist für den, der dann mal raus aus diesem Dunstkreis möchte“ (ebd., #00:35:57-0#).*

ID\_71 reklamiert für sich, als sorgende Angehörige eben nicht nur die belastete Pflegeperson zu sein, sondern Entlastung und Stärkung wiederum daraus zu ziehen, sich auch mal auf eigene Anteile und Lebensbereiche zu konzentrieren und „sich nicht immer über meine Mutter unterhalten zu müssen“.<sup>15</sup> Im Hinblick auf die hier

<sup>15</sup> Hieran wird sichtbar, dass sich Boundaryobjects nicht immer eindeutig lokalisieren lassen – diese Weichenstellung, die sich in der von ID\_71 vorgenommenen Setzung manifestiert, ließe sich auch unter der vorangegangenen Dimensionierung „Population(-seigenschaften)“ subsumieren. Wie grundlegend etwa auch im Rahmen der Methodologie der Grounded Theory ist es letztlich

zentrale Frage nach den *Transferhemmnissen und -faszilitatoren bei der Implementierung von Gesundheitsförderung* (Schloemer/Schröder-Bäck 2018) lässt sich an dieser Stelle ein entscheidender Faktor herausarbeiten, der im Ansatz der „Intervention“ selbst liegt: Bei Adressat:innen wie ID\_71 würden Interventionen, die im Kern auf die Rolle als Hauptpflegeperson abzielen, etwa Pflegekoffer und dergleichen, unter Umständen nicht auf Anklang stoßen. Die Interviewte formuliert einen Bedarf nach Entlastungs- und Stärkungsangeboten, die sie nicht auf die belastete Hauptpflegeperson reduzieren, sondern für ihre übrigen Anteile Raum bieten. Fast paradoxerweise bieten sich externe, institutionelle Angebote für solche offenen Räume, die die Zielgruppen und Bedarfe nicht bereits funktional vordefinieren, unter Umständen sogar besonders an. Denn das lebensweltliche System kann das eben oft nicht. Da sich z.B. mit den Geschwistern ein (Familien-)System geteilt wird, kommt man früher oder später eben immer wieder auf die ohnehin kontinuierlich präsente Pflegesituation zu sprechen („da kommt man schnell genug drauf“).

Gesundheitsförderung liegt vor einer möglichen Gesundheitsversorgung. Im Kern handelt es sich um die Frage, was Menschen in ihrem Lebensumfeld gesundhält. Und das schließt Dimensionen wie Sozialleben und Wohlbefinden etc. explizit ein. Es kann sich also nicht wie in der Versorgung ausschließlich auf Diagnosen und Problembereiche konzentriert werden. Ähnlich wie Behr et al. (im Erscheinen; ferner Gottwald-Kobras in diesem Band) zu Recht schreiben, dass vorausgesetzte Zieldiktate in der sozialräumlich orientierten Arbeit wenig hilfreich seien, betonen Scheu und Atrata (2011: 46): „[Das] Zusammenleben von Menschen existiert nicht nur in seinen Problemlagen. [...] Würde das Soziale nur als Problem bestehen, wäre ein Zusammenleben der Menschen wohl kaum wünschbar.“

Die Kunst in der gesundheitsförderungsbezogenen Interventionsplanung besteht also darin, mit institutionellen Mitteln einen angemessenen Raum für das Lebensweltliche aufzuspannen, ohne letzteres mit der eigenen Systemlogik zu überziehen (frei nach Habermas 1988 [1981]), also das Lebensweltliche und Gesunde zu unterstützen, ohne es dazu zunächst zum Problem zu machen.<sup>16</sup> Für sozialarbeiterische Systeme mag dies mitunter zunächst kontraintuitiv erscheinen. Diese Operation, das Lebensweltliche institutionell zu berücksichtigen, ist somit ein kniffliger, aber offenbar entscheidender Zusammenhang im Sinne eines „Boundaryspannings“ zwischen Profisystem und Lebenswelt (Manitius 2016: 19; Windeler 2001: 195f.). Die Frage lautet: Wie kann Soziale Arbeit, die sich

---

also auch eine Frage des Erkenntnisinteresses und der Position des Forschenden, wo und wie die Dinge liegen (Clarke 2012 [2005]: 191).

16 In der Diskussion um das Präventionsgesetz wird immer wieder darauf hingewiesen, dass der Verzicht auf ausgewiesene Zielgruppen und die Orientierung an gemeinsamen Settings auch ein Merkmal von Diskriminierungsfreiheit sei. Es bleibt zu hoffen, dass diese Ausrichtung durch die im Koalitionsvertrag angekündigte Nachbesserung des Präventionsgesetzes (SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP 2021: 86) weiter gestärkt wird.

traditionell in der Bezugnahme auf soziale Probleme strukturiert (Baecker 1994; Scheu/Autrata 2018 mit einer Kritik), dass „Unproblematische“ und Stärkende mit reinholen, ohne es zu institutionalisieren, zu funktionalisieren bzw. unter den vermeintlich überhaupt erst anlassstiftenden Problemkontext zu stellen? (ähnlich auch Zimpel 2013). Anhand neuerer, sozialräumlicher Organisationsformen – womöglich auch Gesundheitsregionen – zeichnet sich gegenwärtig ein Wandel des sozialarbeiterischen Auftrags ab, hin zu einer stärkeren Rolle als Unterstützer der gesamten sozialen und „kulturellen Melange“ (Beck 2004: 10), z. B. ganzer Nachbarschaften oder Quartiere statt einzig der Orientierung an Zielgruppen hier und einer vermeintlichen Normal- und Mehrheitsbevölkerung dort (ähnlich Grunwald/Thiersch 2008: 5f.; Oelschlägel 2012).

## Environment: Die Intersektionalität der Sozialökologie

*„Und weiß ich nicht, [...] ob man Arbeitgebern sagen könnte, wie wäre es, können wir mal ein paar Plätze reservieren für städtische Bedienstete. [...] Oder dass man sagt, ja hier im Haus, wer könnte denn auch nochmal helfen, so einen alten Menschen vielleicht nachmittags zu betreuen. Dass man innerhalb der Behörde mal fragt, wer hat Ressourcen? Zum Beispiel ich hätte ja jetzt auch meine Ressource, würde mir ja nichts ausmachen vielleicht auch mal einen Nachmittag oder zwei, wenn ein Kollege einen Engpass hat oder Kollegin, so was. Klar, die müssen mit alten Leuten umgehen können, aber es gibt ganz viele, die das auch können, dafür muss ich auch nicht besonders ausgebildet sein, sondern ich muss einfach eine Empathie haben. (...) Aber manchmal ist es ja auch, du trinkst mal einen Kaffee mit demjenigen, dann kann der andere Mal in Ruhe vielleicht eine Stunde, zwei Stunden was besorgen. Das man so ein Hilffssystem innerhalb des Hauses... Weil vom Gesetzgeber, ich sage mal (...): Das können Sie und wir alle hier auch nicht ändern, dafür müssten wir eine größere Initiative starten, dass man (...) alles nur auf Darlehensbasis. Da muss man ganz ehrlich sagen, die pflegenden Angehörigen leisten so viel, gerade auch das, was den Sozialstaat ja entlastet das Sozialsystem finde ich/, also ist das echt nicht angebracht.“ (Transkriptdokument ID\_81, #01:08:27-0#).*

Es setzt eine Teilhabe an sozialen Kontexten voraus, Mitmenschen zu finden, die mit Rat und Tat solidarisch aushelfen und mit denen sich informelle Hilfe vor Ort pragmatisch koordinieren lässt. So fällt in der sozial-ökologischen Betrachtung das fortbestehende System der Erwerbstätigkeit nicht nur unter Doppelbelastungsbedingungen in den Blick. Natürlich ist es aber zugleich auch eine hinzukommende Belastung. Inwieweit die Vor- oder Nachteile überwiegen, das hat dann vor allem damit zu tun, wie die Betroffenen sozial-ökologisch und ökonomisch aufgestellt sind oder ob ein weiteres System wie der Sozialstaat mit ins Feld tritt und etwa ein Darlehen gewährt.<sup>17</sup>

17 Es ließen sich weitere Interdependenzen konstellieren, die das ‚große Bild‘ insgesamt verschieben (in Anlehnung an Clarke 2012 [2005]: 123).

An dieser Stelle sollte zunächst vor allem illustriert werden, dass im Hinblick auf die Frage nach gesundheitsfördernden oder -schwächenden Faktoren auf der Ebene der Umgebung eine singularisierende, additive Kartierung nicht die eigentlich entscheidende *Dynamik* offenbart. Will also gewusst werden, welche Gemengelage um die erwerbstätigen pflegenden Angehörigen herum nun von gesundheitsförderlicher oder -schwächender Wirkung ist, darf nicht bloß pauschal Erwerbstätigkeit als Belastung und etwa keine Erwerbstätigkeit als Entlastung verstanden werden. Es geht um intersektionale Wechselwirkungen zwischen verschiedenen alltagsimmanenten und institutionellen Faktoren. Dazu passt auch, dass sich Hansen et al. (2011) in einem umfangreichen Review auf Patient\*innen zum Zeitpunkt von 30 Tagen nach der Krankenhausentlassung und auf die Frage konzentriert haben, wie sich klinische Wiederaufnahmen reduzieren ließen (...im Umkehrschluss: wie es sich zuhause/ambulant stabilisieren lässt); als wirksam bestimmen ließen sich hierzu weniger einzelne Interventionen für sich genommen als vielmehr bestimmte Angebotsbündel und -kombinationen. *Gesundheitsregionen*, mit der Konzeption von gemeinsam lokal verantwortlichen Integrationseinheiten (Hildebrandt et al. 2021a; ferner Heckes/Siegler/Seelmeyer in diesem Band), böten die Chance, Angebotsstrukturen koordinativ zu kombinieren und sogar individualisiert mit den jeweiligen lebensweltlichen Situationen zusammenzubringen. Sodass verschiedene Angebotsstrukturen sowie lebensweltliche Bezüge nicht strukturell konfliktieren.<sup>18</sup>

---

18 Damit würde tatsächlich ein beharrliches Strukturproblem des Sozialsystems adressiert werden. Bezogen auf die mit erwerbstätigen sorgenden Angehörigen zumindest in Teilen vergleichbaren Gruppe der Alleinerziehenden im Spannungsfeld zwischen verschiedenen Administrationen erklären Reis et al. (2010: 40), dass Ämter und Stellen „sachfremde“ Aspekte definierten. In einem entstehenden Beitrag kommentiere ich dazu: „Die [...] funktionale Komplexitätsreduktion seitens der organisationalen Systeme dürfte [...] dazu führen, dass das Jobcenter auf die Integration in den Arbeitsmarkt fokussiert. Die Adressatin soll schnell wieder auf den Arbeitsmarkt, raus aus der Erwerbslosenstatistik. Genau das steht aber gegebenenfalls in einem Diskrepanzverhältnis zur [...] Fokussierung des Jugendamtes, für welches das Kindeswohl handlungsleitend ist, das durch eine zu schnelle Integration in Arbeit wiederum als potentiell gefährdet angesehen werden könnte. Die Diskrepanzen steigern sich weiter, wenn zusätzliche institutionelle Anspruchsgruppen einbezogen werden: Nehmen wir z. B. an, die alleinerziehende Frau ist ferner Asylbewerberin, dann erhöht die Ausländerbehörde den Druck, indem sie die Arbeitserlaubnis an den Aufenthaltstitel knüpft – und neben einer Berufstätigkeit die Frage zu stellen ist, wie da noch der Sprachkompetenzerwerb danebenpasst“ (Heckes, im Erscheinen; i. O. nach einer Theorie von Luhmann).

## Transfer: Das Aufeinandertreffen familiärer und professioneller Systeme

*„Also begonnen hat es damit, dass meine Schwiegermutter im November letzten Jahres einen Schlaganfall hatte. Die [...] sitzt im Rollstuhl, ist allerdings geistig noch immer gut dabei. [...] Ja, da kann man sich vorstellen, [...] also wir haben dann auch einen Pflegedienst, der morgens und abends kommt. [...] Hat sich alles auch erst im Laufe der Zeit ergeben. Anfangs war das ein ganz schönes Chaos, wenn man so von jetzt auf gleich mit so einer Pflegesituation konfrontiert wird.“ (Transkriptdokument ID\_41, #00:05:56-0#).*

Und wenig später im selben Transkriptdokument: *„[Vom] Arbeitgeber wurden auch schon mal so Seminare angeboten: Plötzlich pflegen. So was. Da hatte ich schon im Vorfeld mal auch teilgenommen, das hat mir sehr gut geholfen und dann habe ich mich natürlich auch an [das] [...] Seniorenbüro gewandt. Das ist schon eine gute Sache, ja. Und dann natürlich über die Krankenkasse, also über die Pflegekasse und so weiter bekommt man dann auch noch Informationen. Aber das ist, wie gesagt, alles so ein bisschen nach und nach. Das dauert einige Wochen, bis man damit durch ist. In der Zwischenzeit [lacht] ist das dann immer schon schwierig, weil die Situation ist ja einfach da.“ (ebd., #00:05:56-0#)*

In der vorangestellten Interviewsequenz zeigt sich ein solcher Zusammenhang von der Konstellation eines Boundaryobjects darin, wie ID\_41 beschreibt, dass an verschiedenen Stellen Hilfen in Anspruch genommen werden und nach und nach dazukommen, dass sie selbst aber letztlich Herr über das Chaos bleiben und die Fäden zusammenhalten muss. ID\_41 beschreibt also ein hybrides häusliches Pflegearrangement, das robust genug ist, um ein funktionales System zu sein, in dem aber zugleich sowohl die familiäre als auch die institutionelle Hilfe trotz ihrer verschiedenen Logik jeweils ihren Platz findet (Star/Griesemer 1989: 393). ID\_41 äußert sich in diesem Gesprächsausschnitt dezidiert zu Transfervoraussetzungen. Dabei wird deutlich, dass der Transfer von Gesundheitsförderung in ihr heimisches System jedoch keiner geradlinigen „Installation“ entsprechen kann.

Bohnsack (2020: vor allem Kap. 8) beschreibt, dass Profis der Sozialen Arbeit eine kontinuierliche Moderationsaufgabe haben: Sie müssen in ihrer Klient\*innenarbeit ein Milieu methodisch aufrechterhalten, das die zueinander fortwährend diskrepanten Logiken von Organisationsnormen und Lebenswirklichkeit der Adressat\*innen nichtsdestoweniger koproduktiv zusammenwirken lässt; von professioneller Qualität wäre ein solches Milieu, wenn es gelingt, dass das Arbeitsbündnis nicht zerreißt und zugleich die Spannung nicht einseitig aufgelöst wird (etwa durch Unprofessionalität oder aber durch institutionelle Überformung der Lebenswelt) (ebd.). Sorgende Angehörige sind keine Profis, explizit nicht. Aber auch sie moderieren entlang ihres Alltagsmanagements ein Milieu und verantworten sowohl die Koordination verschiedener Hilfebezüge und -angebote als auch die Si-

tuation, dass das Zuhause das Zuhause bleibt. *Gesundheitsregionen* könnten diese Alltagssteuerungskompetenz der sorgenden Angehörigen partizipativ stärker in die Systemsteuerung einbeziehen.<sup>19</sup>

## Ein prozessimmanenter Blick auf die Wirkprozesse in Gesundheitsregionen: Schlussbetrachtung

Es gibt durchaus bereits Hinweise auf die positiven Effekte infolge von Gesundheitsregionen (Hildebrandt et al. 2021a: 72; Weidmann/Reime 2021: 15). Andere Untersuchungen zeichnen bisweilen ein anderes Bild (Schubert et al. 2021). Und immer wieder taucht dazwischen die Frage auf, ob wir eigentlich die richtigen Indikatoren anlegen bzw. zum richtigen Zeitpunkt messen (Hildebrandt et al. 2021b). Die mit diesem Beitrag konzipierte Heuristik, gesundheitsförderungsrelevante Transferstellen herauszuarbeiten, stellt der komplizierten Frage nach der letztlichen *Wirksamkeit* in Bezug auf Populationsgesundheit einen Analysevorschlag in Bezug auf die *Wirkweise* auf der Netzwerkebene gegenüber. Die letztliche Wirksamkeit ist ja gerade deshalb so schwer zu bestimmen, weil sich populationsbezogene Gesundheitseffekte erst mit viel Verzögerung in messbaren Kennzahlen niederschlagen und es rückblickend kaum noch kausal bestimmbar ist, auf welche Aspekte Gesundheitsverbesserungen eigentlich zurückgehen. Deshalb erscheinen Boundaryobjects in diesem Kontext als aufschlussreiche heuristische Ergänzung, weil sie in ihrer genuin *ambigen, kompromisshaft-funktionalen, interpenetrativen* Strukturiertheit den Transfer direkt widerspiegeln.

Das Verbundformat „Gesundheitsregion“ ist nicht die Summe der Angebotsmaßnahmen seiner Netzwerkpartner\*innen. Letztere sind, so komplex sich diese Aufgabe evaluationstechnisch in Sozial- und Gesundheitssystemen darstellt, am naheliegendsten an ihrer Wirksamkeit für die Adressat\*innen zu bemessen; und natürlich sollen Gesundheitsregionen letztendlich auch auf diesen Zielzusammenhang, die Angebotsmaßnahmen und ihre adressat\*innenorientierte Wirksamkeit, einzahlen. Aber sollte man deshalb gleich einen entscheidenden Zwischenschritt – die Frage nach der Wirkweise von Gesundheitsregionen selbst – überspringen und selbige gleichsetzen mit der Effektivität der Maßnahmen ihrer Mitglieder? (...Wo doch bereits im direkten Verhältnis zwischen individuellem Dienstleister, Adressat\*in und der

---

19 Hierzu in einem aktuell entstehenden Beitrag: „Es lässt sich [als System] von den eigenen Adressat\*innen lernen, indem gefragt wird: Wie kriegen diese Menschen es eigentlich hin, [...] bei allen widersprüchlichen an sie gerichteten Erwartungen von Gesellschaft sowie Institutionen, bei all diesen [...] Kräfteverhältnissen ihren Alltag trotz alledem selbstbestimmt zu ‚managen‘? Was sind dabei, aus subjektiver Perspektive der Betroffenen selbst, interne sowie externe Barrieren aber auch Ressourcen? Und wie kann ein als Netzwerk integriertes Hilfesystem ebenda andocken und im besten Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe unterstützen?“ (Heckes, im Erscheinen).

Wirksamkeit die Kausalität so schwer zu identifizieren ist). Der vorgelegte Beitrag ist der Versuch, für Gesundheitsregionen, sozusagen als Zwischenschritt, eine andere Messlatte anzulegen als jene, die mit der Wirksamkeit im Adressat\*innensystem teils vielleicht erst Dekaden später quantifizierbar wird – bis dahin nämlich hätten wir uns, fällt uns vorher kein (provisorischer) alternativer Wirkungsindikator ein, auch von diesem Sozialraummodell längst wieder verabschiedet.<sup>20</sup> Wir müssten die Anstrengung der Sozialraumentwicklung nicht auf uns nehmen, stände nicht am Ende des Tunnels die Aussicht auf einen Gewinn für die Adressat\*innen. Bis dies so weit ist, leisten Gesundheitsregionen allerdings zunächst etwas für die Leistungsfähigkeit des regionalen Netzwerks. Und das kann empirisch anhand von Grenz- und Transferobjekten als transdisziplinäre Transformation beschrieben werden.<sup>21</sup> Von Vorteil auswirken wird es sich auch für die Adressat\*innen – zu einem späteren Zeitpunkt und als indirekte Folge.

Der ‚turn‘ der sogenannten „Gesundheitsregion(-alisierung)“ folgt nämlich der Überzeugung, dass das Wissen darüber, was Menschen gesund hält, im lokalen Radius vorhanden ist (Hildebrandt et al. 2021a: 9); die dort als reichhaltig und spezifisch erkannten lokalen Wissensbestände sollen also zunehmend der Gesundheitssteuerung zugrunde liegen. Entscheidend ist dabei aber zu sehen, dass entlang lokaler Reichweite deutlich verschiedene und zunächst vielfach untereinander hierarchisierte und asymmetrische Wissensbestände aufeinandertreffen. DAS lokale Wissen gibt es nicht. Den „Boundaryspanners“ um gesundheitsbezogene Soziale Arbeit und Public-Health-Professionen kommt die Bedeutung und der Druck zu, zwischen den Wissensbeständen von multidisziplinären Profis, aber auch Adres-

---

20 Ziegler (2022: 16) formuliert, dass „ökologische Interventionen nicht *pädagogisch* sein müssen, aber umgekehrt pädagogische Interventionsformen [...] immer *auch* einen infrastrukturellen Charakter haben“ Weiter sagt der Autor: „[Ein] weiterer Bedeutungsgewinn [...] ist zu erwarten, allerdings in einer Form, die sich an den Kriterien einer wirkungsorientierten Steuerung bemessen muss“ (ebd.: 21). Interventionen – auch solche, die unmittelbar oder indirekt mit ökologischen Infrastrukturen in Verbindung stehen – sind letztlich immer entlang von Wirkungsmodellen zu konzipieren, wenn sie zukünftig Bestand haben sollen.

21 In einem in Vorbereitung befindlichen Beitrag konkret in Bezug auf das Transformationspotenzial der Professionen in der vernetzten Gesundheitsregion: „Transformativität ist bei Sozial- und Gesundheitsprofessionen, die sich der [...] Dynamik des Sozialen bzw. von Gesundheit kontinuierlich anpassen und ferner im kooperierenden Miteinander das Soziale/Gesunde in eine geteilt handhabbare Einordnung übersetzen müssen [...], von gewichtigem Potential an sich. Es bedarf also [bei Gesundheitsregionen] nicht einzig der Messung, ob sich kurzfristige Kennziffern der Populationsgesundheit bessern (ja, – das auch), sondern Gesundheits- und Sozialsysteme setzen sich nicht zuletzt aus ihren Professionen zusammen und folglich lässt sich auf die Leistungsfähigkeit dieser Systeme auch anhand der Transformativität ihrer Professionen rückschließen. Denn Spezialisierung allein wird erst zu Professionalisierung durch ferner Transformativität – andernfalls führte Spezialisierung in die Entkopplung und somit in die Fragmentierung eines Systems, das dessen Bezugsgegenstand des Sozialen und der Gesundheit doch überhaupt erst *integriert* [...] gerecht wird“ (Rövekamp-Wattendorf/Heckes, im Erscheinen, teils im Anschluss an Star/Griesemer).

sat\*innen und Zivilgesellschaft zu vermitteln. Die Chiffre „Transdisziplinarität“, auf die sich gegenwärtig hohe Erwartungen projizieren, steht für eine „hybride Unternehmung“ (Parodi et al., 2016: 285), in der sich Wissenschaftswissen mit Wissen um Praktikabilität in der Lebenswelt bzw. im Praxisfeld verbinden soll (Defila und DiGiulio 2018: 12). Mehr als lediglich mit den bisherigen Instrumenten und Indikatoren letztliche Ergebnisoutcomes zu messen, ohne dass man die transformativen Wirkweisen und -prozesse umfassend rekonstruiert hätte, gelte es womöglich, systematisch zu reflektieren, worin sowohl die Facilitatoren als auch die Barrieren bei der Kopplung verschiedener Wissensprovenienzen bestehen, und davon abzuleiten, welche Anforderungen im Sinne von ‚Boundaryspanning‘ dies an eine transdisziplinär orientierte gesundheitsbezogene Soziale Arbeit vor dem Hintergrund der losgetretenen Regionalisierung von Gesundheit stellt.

## Ausblick: Professionelle Konsequenzen

In der Diskussion um Wirkungsmaßstäbe ist abschließend zu beachten, dass wir es mit mindestens drei relevanten Ebenen zu tun haben: Zum einen ist der Nachweis verbesserter Werte im Vergleich zur Kontrollregion gemäß bestimmter, von der Entscheidungs- und Finanzierungsebene beeinflusster, ergo „politisch-normativer“ (Ziegler 2012: 94) Indikatorensets entscheidend für die langfristige Legitimation und Daseinsberechtigung solcher „neuen“ Gesundheitsregionen-Modelle (der gesundheitspolitische Diskurs verweist hier auf die Makroebene); quasi unterhalb davon ist die Frage, an welcher Wirkungsorientierung die Praxis der Gesundheitsregion denn bemessen wird, gleichsam wichtig für die Sozial- und Gesundheitsprofessionen, die entsprechend den Kanon an qualifiziertem Wissen bereitstellen (wenn man so will, die Mesoebene); ferner tangiert es natürlich auch die konkreten operativ tätigen Fachkräfte, wodurch man im Rahmen einer Gesundheitsregion als ‚erfolgreich‘ gilt (die Mikroebene).

Mit Blick auf die Mesoebene, auf die Sozial- und Gesundheitsprofessionen lässt sich „die Gesundheitsregion“ als *Transdisziplinaritätsereignis bzw. -anlass* identifizieren. Sprich: Der wissenschaftlich-fachdisziplinäre Kanon im Inneren der Professionen erhält im Moment der Konfrontation mit dieser „neuen“ Praxis einen transformativen Stimulus. „Neu“ ist diese Praxis (die der Gesundheitsregion) nämlich vor allem darin, dass sie noch in weiten Teilen atheoretisch, also entlang des theoriegeleiteten Verstehens unzureichend erschlossen ist. Die Wirkungskategorien und -indikatoren, auf die es sich im von bestimmten politischen Interessen geprägten Diskurs gegenwärtig verengt, stellen für Professionen, die das Qualifizierungswissen zur professionellen „Beherrschung“ dieses Gegenstandes/Handlungsfeldes bereitzustellen haben, keine ausreichend umfassende Wirklichkeits- bzw. Praxisbeschreibung dar. Folglich sehen sich Sozial- und Gesundheitsprofessionen unter dem

Druck, ihre disziplinären Wissensbestände an der voranschreitenden Praxis einem Gegenwartstest zu unterziehen und an entsprechenden, standardisiert expliziten wie auch fachkulturell impliziten Stellen anzupassen und zu modernisieren (analog zu Bohnsack 2020).

Berufsgruppen wie die Soziale Arbeit agieren als „Boundaryspanner“ (a. a. O.) an den Grenzen zwischen sich ausdifferenzierenden „sozialen Welten“ (Strauss 1978: 124) mit deren in multipler Weise an die heutigen Individuen gerichteten Erwartungsstrukturen. Die in diesem Beitrag skizzierten Grenzobjekte eröffnen einen Einblick in Knotenpunkte, an denen verschiedene Ansprüche und Erwartungen zur Verschränkung herausfordern. Sozial- und Gesundheitsprofessionen unterstützen am Ort dieser Vereinbarkeits- und Integrationsanforderungen. Dazu ist erforderlich, dass sich etwa Soziale Arbeit *ohne feste Eigenschaft* (siehe ursprünglich Kleve 2000), durch die sie sich auf eine der Seiten schlägt, darstellt.

Disziplinär besteht Soziale Arbeit aus explizit fundiertem Verstehenswissen (... auch wenn dieses nie abgeschlossen ist; Winkler 1988: 31; mit einer Einordnung Winklers: Lambers 2018: 113), als Profession muss sie zugleich situatives Handeln nach einem implizit-habituellen Orientierungsrahmen gewährleisten. Soziale Arbeit besteht also aus expliziten Wissenskanons, aber auch aus traditionellen und kulturellen, also sozialisatorischen Wissensbeständen (nach Bohnsack 2020). Als Grenzgängerin kann sich Soziale Arbeit nur in dieser Konfiguration von fundiertem, explizitem Wissen und habitualisiertem Erfahrungswissen entfalten. Angesichts „neuer“ regionaler Gesundheitsmodelle muss Soziale Arbeit beides gleichermaßen weiterentwickeln. Diese transdisziplinäre Transformationsanforderung verlangt Sozialer Arbeit deshalb eine tiefe eigene Introspektion ab, weil zunächst nicht alle diese Wissensbestände explizit sind und bearbeitbar auf dem Tisch liegen.

## Literatur

- Baecker, Dirk (1994): Soziale Hilfe als Funktionssystem der Gesellschaft. In: Zeitschrift für Soziologie 23 (2), S. 93–110.
- Beck, Ulrich (2004): Der kosmopolitische Blick. Oder: Krieg ist Frieden. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Behr, Ingo/Gottwald-Kobras, Marc/Roeser, Markus/Schewerda, Anna (im Erscheinen 2023): Altengerechte Quartiersentwicklung. Erfahrungen und Empfehlungen aus der Praxis in Nordrhein-Westfalen. Münster (=Arbeitsgemeinschaft Angewandte Geographie Münster Arbeitsberichte H. 44).
- Bohnsack, Ralf (2017): Praxeologische Wissenssoziologie. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Bohnsack, Ralf (2020): Professionalisierung in praxeologischer Perspektive. Zur Eigenlogik der Praxis in Lehramt, Sozialer Arbeit und Frühpädagogik. Opladen.

- Bormann, Inka (2011): Innovationen als ‚Wissenspassagen‘. Theoretische Grundlegung und Implikation für die Analyse. In: DDS – Die Deutsche Schule 103, 1, S. 53–64.
- Bronfenbrenner, Urie (1981): Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Natürliche und geplante Experimente. Mit einem Vorwort von Kurt Lüscher. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Czerwonka, Anna; Herridge, Margaret/Chan, Linda/Chu, Leslie Michele/Matte, Andrea/Cameron, Jill (2015): Changing support needs of survivors of complex critical illness and their family caregivers across the care continuum: A qualitative pilot study of Towards RECOVER. *Journal of Critical Care*, 30(2), S. 242–249.
- Clarke, Adele E. (2012 [2005]): Situationsanalyse. Grounded Theory nach dem Postmodern Turn. Wiesbaden: Springer VS.
- Defila, Rico/DiGiulio, Antonietta (2018): Reallabore als Quelle für Methodik und Methoden – Einführung. In: Defila, Rico; DiGiulio, Antonietta (Hrsg.): *Transdisziplinär und transformativ forschen. Eine Methodensammlung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Research), S. 9–35.
- Dobos, Gustav/Paul, Anna (2019): *Mind-Body-Medizin. Integrative Konzepte zur Ressourcenstärkung und Lebensstiländerung*. 2. Aufl. München: Urban & Fischer.
- Dörner, Klaus (2007): *Leben und sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem*. Neumünster: Paranus Verlag.
- Dresing, Thorsten/Pehl, Thorsten (2011): *Praxisbuch Transkription. Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen*. Marburg: Dr. Dresing und Pehl GmbH. 2. Aufl.
- Eble, Susanne/Miedke, Jens/Khan, Naseer (Hrsg.) (2018): *Entlassmanagement: Konzepte, Methoden, Umsetzung*. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Elias, Norbert (2014 [1970]): *Was ist Soziologie?* Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Frewer-Graumann, Susanne (2014): *Zwischen Fremdfürsorge und Selbstfürsorge. Familiäre Unterstützungsarrangements von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen*. Wiesbaden: Springer VS.
- Fürst, Dietrich (2007): *Regional Governance*. In: Benz, Arthur/Lütz, Susanne/Schmank, Uwe/Simonis, Georg (Hrsg.): *Handbuch Governance. Theoretische Grundlagen und empirische Anwendungsfelder*. Wiesbaden: VS Verlag, S. 353–365.
- Gréa, Corinna/Heckes, Kolja/Bonato, Marcellus/Böhmer, Anna Carlotta/Kipp, Verena/Rövekamp-Wattendorf, Jörg (2023). *Zwischen Ressourcen und Herausforderungen – Eine Interviewstudie zur Situation erwerbstätiger pflegender Angehöriger im ländlichen Raum in der COVID-19-Krise*. In: *QuPuG – Journal für qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheitswissenschaft* 10 (1)
- Grundmann, Matthias (2015): *Das Modell von Sozialisation als Beziehungspraxis*. In: Hurrelmann, Klaus/Bauer, Ullrich/Grundmann, Matthias/Walper, Sabine (Hrsg.): *Handbuch Sozialisationsforschung*. Weinheim, Basel: Beltz (8. Aufl.), S. 162–179.
- Grundmann, Matthias (2018): *Sozialisation*. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans/Treptow, Rainer/Ziegler, Holger (Hrsg.): *Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der*

- Sozialarbeit und Sozialpädagogik. München: Ernst-Reinhardt-Verlag (6. Aufl.), S. 1441–1452.
- Grundmann, Matthias/Höppner, Grit (Hrsg.) (2020): Dazwischen – Sozialisationstheorien reloaded. Weinheim: Beltz.
- Grundmann, Matthias/Wernberger, Angela (2014): Das sozialisationstheoretische Paradigma mikrosoziologisch beleuchtet. In: Enzyklopädie Erziehungswissenschaft Online (EEO). [www.beltz.de/de/fachmedien/erziehungs\\_und\\_sozialwissenschaften/enzyklopaedie\\_erziehungswissenschaft\\_online\\_eeo.html?tx\\_beltz\\_educationencyclopedia%5Barticle%5D=15044&tx\\_beltz\\_educationencyclopedia%5Baction%5D=article&tx\\_beltz\\_educationencyclopedia%5Bcontroller%5D=EducationEncyclopedia&cHash=cd5c6eb63ebb08b88ed0b2d53976e3cb](http://www.beltz.de/de/fachmedien/erziehungs_und_sozialwissenschaften/enzyklopaedie_erziehungswissenschaft_online_eeo.html?tx_beltz_educationencyclopedia%5Barticle%5D=15044&tx_beltz_educationencyclopedia%5Baction%5D=article&tx_beltz_educationencyclopedia%5Bcontroller%5D=EducationEncyclopedia&cHash=cd5c6eb63ebb08b88ed0b2d53976e3cb) [Zugriff 18.11.2021].
- Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans (2008): Praxis lebensweltorientierter sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. 2. Aufl. Weinheim: Juventa.
- Habermas, Jürgen (1988): Nachmetaphysisches Denken. Philosophische Aufsätze. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Habermas, Jürgen (1988 [1981]): Theorie des kommunikativen Handelns. Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft. Band 2. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hacking, Ian (1999): Was heißt „Soziale Konstruktion“? Zur Konjunktur einer Kampfvokabel in den Wissenschaften. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch.
- Heckes, Kolja (2016): Vernetzte Gesundheitswirtschaft im Münsterland. Überlegungen zur Architektur, zu Gelingensfaktoren und Fallstricken regionaler Gesundheitsnetzwerke. In: Pfannstiel, Mario A./Focke, Axel/Mehlich, Harald (Hrsg.): Management von Gesundheitsregionen, Band 1. Bündelung regionaler Ressourcen zum Wachstum und zur Sicherung der Gesundheitsversorgung. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 57–66.
- Heckes, Kolja (2022): Professionsgenese im Netzwerk. Das Hervorgehen Sozialer Arbeit aus der Palliative Care-Kooperation als Sozialisationsprozess. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Heckes, Kolja (im Erscheinen): Lernende Organisationen in lehrreichen Netzwerken: Netzwerke als Ermöglichungsraum, in dem das Hilfesystem von seinen Adressat:innen lernen kann. In: Wernberger, Angela (Auth.): Einelternfamilien und Soziale Arbeit.
- Hansen, Luke/Young, Robert/Hinami, Keiki/Leung, Alicia/Williams, Mark (2011). Interventions to reduce 30-day rehospitalization: a systematic review. In: *Annals of Internal Medicine* 155(8), S. 520–530.
- Hilbert, Josef/Rambow-Bertram, Petra (2021): Regionale Versorgung: Kooperation vor Ort wird relevanter. In: *Deutsches Ärzteblatt* 118, S. 51–52.
- Hildebrandt, Helmut (2021): „Down to earth“ – von der „gutmütigen Utopie“ zur realen Welt. Erwiderung zu bisher erschienenen Beiträgen zum Diskurs „Integrierte Versorgung als regionale Regelversorgung“. *Observer 4.0 – die Datenbank*. <https://observer40.de/>

- server-gesundheit.de/down-to-earth-von-der-gutmuetigen-utopie-zur-realen-welt/ [Zugriff 18.01.2023].
- Hildebrandt, Helmut/Bahrs, Ottomar/Borchers, Uwe/Glaeske, Gerd/Griewing, Bernd/Härter, Martin/Hanneken, Jessica/Hilbert, Josef/Klapper, Bernadette/Klitzsch, Wolfgang/Köster-Steinebach, Ilona/Kurscheid, Clarissa/Lodwig, Volker/Pfaff, Holger/Schaeffer, Doris/Sturm, Heidrun/Schrapppe, Matthias/Wehkamp, Karl-Heinz/Wild, Dorothea (2021a): Integrierte Versorgung – Jetzt! Ein Vorschlag für eine Neuausrichtung des deutschen Gesundheitssystems – regional, vernetzt, patientenorientiert. In: Hildebrandt, Helmut/Stupparadt, Rolf/Augurzky, Boris (Hrsg.): Zukunft Gesundheit – regional, vernetzt, patientenorientiert. Heidelberg: medhochzwei Verlag, S. 3–95.
- Hildebrandt, Helmut/Löschmann, Christoph/Tillack, Dörte/Gröne, Oliver (2021b): Hintergrundartikel zur Evaluation Integrierter Versorgung. Prävention von Pflegebedürftigkeit und vorzeitigem Versterben sowie weitere Outcome-Kriterien für den Erfolgsnachweis einer populationsorientierten, integrierten Versorgung – am Beispiel Gesundes Kinzigtal. [https://optimedis.de/files/Hintergrundartikel\\_Evaluation\\_Integrierter\\_Versorgung.pdf](https://optimedis.de/files/Hintergrundartikel_Evaluation_Integrierter_Versorgung.pdf) [Zugriff 08.12.2021].
- Hildebrandt, Helmut/Stupparadt, Rolf/Augurzky, Boris (2021a): Fazit der Herausgeber. Was nun, was tun? In: Hildebrandt, Helmut/Stupparadt, Rolf/Augurzky, Boris (Hrsg.): Zukunft Gesundheit – regional, vernetzt, patientenorientiert. Heidelberg: medhochzwei Verlag, S. 529–536.
- Hildebrandt, Helmut/Stupparadt, Rolf/Augurzky, Boris (Hrsg.) (2021b): Zukunft Gesundheit – regional, vernetzt, patientenorientiert. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Hollederer, Alfons/Eicher, Albert/Pfister, Folrian/Stühler, Karina/Wildner, Manfred (2016): Gesundheitsregion plus in Bayern. In: Pfannstiel, Mario A./Focke, Axel/Mehlich, Harald (Hrsg.): Management von Gesundheitsregionen, Band 1. Bündelung regionaler Ressourcen zum Wachstum und zur Sicherung der Gesundheitsversorgung. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 1–9.
- Huss, Nikolaus (2021): Innovationstreiber Regionalisierung. In: Hildebrandt, Helmut/Stupparadt, Rolf/Augurzky, Boris (Hrsg.): Zukunft Gesundheit – regional, vernetzt, patientenorientiert. Heidelberg: medhochzwei Verlag, S. 159–174.
- Karafilidis, Athanasios (2009): Entkopplung und Kopplung. Wie die Netzwerktheorie zur Bestimmung sozialer Grenzen beitragen kann. In: Häußling, Roger (Hrsg.): Grenzen von Netzwerken. Wiesbaden: VS Verlag, S. 105–131.
- Kleve, Heiko (2000): Die Sozialarbeit ohne Eigenschaften. Fragmente einer postmodernen Professions- und Wissenschaftstheorie Sozialer Arbeit. Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Kleve, Heiko (2004): Die intime Grenze funktionaler Partizipation. Ein Revisionsvorschlag zum systemtheoretischen Inklusion/Exklusion-Konzept. In: Merten, Roland/Scherr, Albert (Hrsg.): Inklusion und Exklusion in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 163–187.

- Kleve, Heiko (2007): Postmoderne Sozialarbeit. Ein systemtheoretisch-konstruktivistischer Beitrag zur Sozialarbeitswissenschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kuckartz, Udo (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (4. Aufl.).
- Lambers, Helmut (2018): Theorien der Sozialen Arbeit. Ein Kompendium und Vergleich. 2. Aufl. UTB. Opladen: Barbara Budrich.
- Lebeda, Dorothee (2016): Pflegetrainings als Element der Versorgungskontinuität im Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Versorgung. In Gröning, Katharina/Sander, Brunhild/von Kamen, Ruth (Hrsg.): Familiensensibles Entlassungsmanagement: Was Krankenhäuser für die Sicherstellung der häuslichen Pflege tun können. Festschrift zu zehn Jahren Modellprogramm ‚Familiale Pflege unter den Bedingungen der DRG‘. Mabuse-Verlag, S. 55–69.
- Luhmann, Niklas (1990): Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Luhmann, Niklas/Schorr, Karl-Eberhard (1982): Das Technologiedefizit der Erziehung und die Pädagogik. In: Luhmann, Niklas/Schorr, Karl-Eberhard (Hrsg.): Zwischen Technologie und Selbstreferenz. Fragen an die Pädagogik. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 11–40.
- Lüscher, Kurt (2005): Ambivalenz. Eine Annäherung an das Problem der Generationen. In: Jureit, Ulrike/Wildt, Manuela (Hrsg.): Generationen. Zur Relevanz eines wissenschaftlichen Grundbegriffs. Hamburg: Hamburger Edition, S. 53–78.
- Manitius, Veronika (2016): Netzwerkmanagement als Boundary Spanning – Das Beispiel der regionalen Bildungsbüros. In: Suthues, Bettina (Hrsg.): Kommunales Bildungsmanagement und Netzwerkgestaltung: Potenziale und Herausforderungen vernetzter Bildung in der Kommune. Münster: ISA Eigenverlag, S. 19–21.
- May, Michael/Schütte-Bäumner, Christian (2018): Macht- und Wissensverhältnisse in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. In: Stehr, Johannes/Anhorn, Roland/Rathgeb, Kerstin (Hrsg.): Konflikt als Verhältnis – Konflikt als Verhalten – Konflikt als Widerstand. Widersprüche der Gestaltung Sozialer Arbeit zwischen Alltag und Institution. Wiesbaden: Springer VS, S. 519–531.
- Oelschlägel, Dieter (2012): Gemeinwesenarbeit – Chancen, Möglichkeiten und Voraussetzungen. Der Text entspricht dem Vortrag am 08. September 2011 in Köln vor Stadtverordneten aller Fraktionen im Rahmen einer Sondersitzung von Sozialausschuss und Jugendhilfeausschuss. Hrsg. v. stadtteilarbeit.de. <https://www.stadtteilarbeit.de/gemeinwesenarbeit/grundlagen/gemeinwesenarbeit-chancen-moeglichkeiten-und-voraussetzungen> [Zugriff 10.11.2022].
- Parodi, Oliver/Albiez, Marius/Beecroft, Richard/Meyer-Soylu, Sarah/Quint, Alexandra/Seebacher, Andreas et al. (2016): Das Konzept „Real-labor“ schärfen. Ein Zwischenruf des Reallabor 131: KIT findet Stadt. In: GAIA – Ecological Perspectives for Science and Society 25 (4), S. 284–285.

- Przyborski, Aglaja/Wohlrab-Sahr, Monika (2008): *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. München: Oldenbourg.
- Reis, Claus/Geideck, Susan/Hobusch, Tina/Kolbe, Christian/Wende, Lutz (2010): *Produktionsnetzwerke und Dienstleistungsketten. Neue Ansätze nachhaltiger Unterstützungsstrukturen für Alleinerziehende*. Hrsg. v. Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin: Eigenverlag. <http://docplayer.org/18925387-Produktionsnetzwerke-und-dienstleistungsketten.html> [Zugriff 08.03.2022].
- Rogga, Sebastian/Weith, Thomas/Aenis, Thomas/Müller, Klaus/Köhler, Thomas; Härtel, Lisette; Kaiser, David Brian (2014): *Wissenschaft-Praxis-Transfer jenseits der „Verladerampe“*. Zum Verständnis von Implementation und Transfer im Nachhaltigen Landmanagement. Diskussionspapier Nr. 8. [http://modul-b.nachhaltiges-landmanagement.de/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/Diskussionspapiere/8\\_\\_Rogga2014\\_Transfer-Implementation.pdf](http://modul-b.nachhaltiges-landmanagement.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Diskussionspapiere/8__Rogga2014_Transfer-Implementation.pdf) [Zugriff 18.11.2021].
- Rövekamp-Wattendorf, Jörg; Heckes, Kolja: *Transformative Soziale Arbeit im regionalen Raum (Arbeitstitel)* (im Erscheinen). In: Breuer, Marc/Löwenstein, Heiko/Schönig, Werner/Gerards, Marion (Hrsg.): *Transdisziplinäre Theorieentwicklung Sozialer Arbeit*.
- Scheu, Bringfriede/Autrata, Otger (2011): *Theorie Sozialer Arbeit. Gestaltung des Sozialen als Grundlage*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Scheu, Bringfriede/Autrata, Otger (2018): *Das Soziale. Gegenstand der Sozialen Arbeit*. Wiesbaden: Springer VS.
- Schloemer, Tamara/Schröder-Bäck, Peter (2018): *Criteria for evaluating transferability of health interventions: a systematic review and thematic synthesis*. In: *Implementation Science* 88. <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-018-0751-8> [Zugriff 30.11.2023].
- Schubert, Ingrid/Stelzer, Dominikus/Siegel, Achim/Köster, Ingrid/Mehl, Claudia/Ihle, Peter/Günster, Christian/Dröge, Patrik/Klöss, Andreas/Farin-Glattacker, Erik/Graf, Erika/Geraedts, Max (2021): *10-Jahres-Evaluation der populationsbezogenen integrierten Versorgung „Gesundes Kinzigtal“*. In: *Deutsches Ärzteblatt* 118, 27-28, S. 465–472.
- Schütte-Bäumner, Christian/Müller, Falko (2015): *Psychosoziales Können in der ambulanten Sterbebegleitung. Professionelle und lebensweltliche Orientierungen in der aufsuchenden Palliativversorgung*. In: *Klinische Sozialarbeit* 11, 1, S. 6–7.
- SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP (2021): *Koalitionsvertrag 2021-2025. Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit*. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/gesetzesvorhaben/koalitionsvertrag-2021-1990800> [Zugriff 01.12.2021].
- Strauss, Anselm (1978): *A Social World Perspective*. In: *Studies in Symbolic Interaction*, 1, S. 119–128.

- Star, Susan Leigh (2017): Die Struktur schlecht strukturierter Lösungen. Grenzobjekte und heterogenes verteiltes Problemlösen. Nachdruck des Originalaufsatzes von 1988/89. In: Star, Susan Leigh (Hrsg.): Grenzobjekte und Medienforschung. Bielefeld: transcript, S. 131–150.
- Star, Susan Leigh/Griesemer, James (1989): Institutional ecology, „translations“ and boundary objects: Amateurs and professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907–1939. In: *Social Studies of Science* 19, 3, S. 387–420.
- Strübing, Jörg (2007): Glaser vs. Strauss? Zur methodologischen und methodischen Substanz einer Unterscheidung zweier Varianten von Grounded Theory. In: *GE-SIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (Hrsg.): Historical Social Research, Supplement* 19, S. 157–173.
- Weidmann, Christian/Reime, Birgit (2021): Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Versorgung im ländlichen Raum: eine Einleitung. In: Weidmann, Christian/Reime, Birgit (Hrsg.): *Gesundheitsförderung und Versorgung im ländlichen Raum. Grundlagen, Strategien und Interventionskonzepte*. Bern: Hogrefe, S. 11–18.
- Wernberger, Angela (2014): Einelternfamilien im ländlichen Raum. Eine sozialisationstheoretische Perspektive auf die Praxis einer Lebensform. Angenommene Dissertation. Universität Münster.
- Wernberger, Angela (2018): Transformationen alltäglicher Lebensführung. Konzeptionelle und zeitdiagnostische Fragen. Manuskript zum Vortrag „Alltägliche Lebensführung und Sozialisation – Überlegungen zur konzeptionellen Weiterentwicklung“. [www.isifo-online.de/TransformationenLebensf%C3%BChrungWernbergerText.pdf](http://www.isifo-online.de/TransformationenLebensf%C3%BChrungWernbergerText.pdf) [Zugriff 26.11.2021].
- Wernberger, Angela (Hrsg.) (2023): *Professionalitätsforschung in der Sozialen Arbeit. Praxeologisch-rekonstruktive Perspektiven*. Opladen: Barbara Budrich.
- Windeler, Arnold (2001): *Unternehmensnetzwerke. Konstitution und Strukturierung*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Winker, Gabriele/Degele, Nina (2009): *Intersektionalität. Zur Analyse sozialer Ungleichheiten*. Bielefeld: transcript.
- Winkler, Michael (1988): *Eine Theorie der Sozialpädagogik. Über Erziehung als Rekonstruktion der Subjektivität. Konzepte der Humanwissenschaften*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ziegler, Holger (2012): Wirkungsforschung – über Allianzen von Evaluation und Managerialismus und die Möglichkeit erklärender Kritik. In: Schimpf, Elke/Stein, Johannes (Hrsg.): *Kritisches Forschen in der Sozialen Arbeit. Gegenstandsbereiche – Kontextbedingungen – Positionierungen – Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag, S. 93–106.
- Ziegler, Holger (2022): Zweieinhalb Debattenstränge zur Infrastruktur. Kinder- und Jugendhilfe aus Sozialinvestitions- und garantistischer Perspektive. In: *Soziale Passagen* 14(2), S. 13–22

Zimpel, André Frank (2013): Die Lernenden helfen einander. In: Zeitschrift für Inklusion (2). <https://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/20> [Zugriff 01.12.2022].

# Thinking outside the box and ready for transition?

## Regionale Gesundheit als Transformationsanlass für das Case Management?

*Jörg Rövekamp-Wattendorf*

### 1 Einleitung

Gesundheits- und Sozialprofessionen betreten in der „Gesundheitsregion“ ein Handlungsfeld, in welchem sie auf sehr verschiedene Akteure und deren Vorstellungen davon treffen, wie die Gesundheit der dort lebenden Menschen sichergestellt und gefördert werden kann. Soziale Arbeit, Heilpädagogik und Gesundheits- und Krankenpflege etwa sehen sich dabei beispielsweise mit Aushandlungsprozessen zwischen qualitäts- und quantitätsorientierten Indikatoren fachlichen Handelns konfrontiert. Als Teile des Sozial- und Gesundheitswesens tragen und gestalten sie wichtige Rollen in ganz verschiedenen Settings. Fachkräfte dieser drei Professionen stehen auch in der Rolle als Case Manager\*innen vor der Aufgabe, einerseits subjektorientiert danach zu fragen, wie Gesundheit regional für betroffene Menschen gut arrangiert werden mag, und andererseits nicht auszuklammern, kooperativen Erfordernissen Rechnung zu tragen. Zahlreiche Weiterbildungen in Zertifikatskursen zur\* zum Case Manager\*innen bereiten Fachkräfte aus diesen Professionen in Handlungsfeldern wie der Altenhilfe, Behindertenhilfe, Eingliederungshilfe usw. auf dieses Handlungskonzept vor, doch was sind aktuelle Herausforderungen angesichts der Entwicklung regionaler Netzwerke der Gesundheitsförderung?

Netzwerkarbeit bedeutet in diesem Zusammenhang, davon auszugehen, dass ihre Handlungsweisen in einem umfassenden, vierteiligen, verflochtenen und folgelastigen Zusammenhang zu sehen und zu gestalten sind, mit Handlungen der Bürger\*innen und anderen professionellen Playern. Der aktuelle Anspruch, Gesundheitsversorgung in einer Region transprofessionell zu denken, setzt einen besonderen Arbeitsprozess voraus, in dem es darum gehen muss, trotz Differenzierungen und Spezialisierungen das gemeinsame Denken und Handeln in den Mittelpunkt zu stellen. Die Frage ist: Welche emergentistischen Merkmale besitzt ein

transdisziplinäres Case Management in seinen (professionellen) Bezügen zwischen Bewahrung und Kopplung? Eine Antwort auf diese Frage würde einen Beitrag leisten, um den von Silvia Staub-Bernasconi geprägten Begriff „Spezialisierte(r) Generalistin oder Generalist“ (Staub-Bernasconi 1995: 103) transprofessionell zu füllen. Der folgende Beitrag sucht also Antworten auf die von Helmut Hildebrandt et al. aufgeworfene Frage, ob das Case Management eine „denkbare Ordnungsstruktur“ (2022: 169) für die Produktion von Gesundheit in einer Region sei. Es wird dabei, in Anlehnung an Helmut Lambers geklärt, wie und durch wen „die in einem Fall nötigen sozialen Dienste und Unterstützungsleistungen möglichst wirksam und wirtschaftlich einzurichten und zu koordinieren“ (Lambers 2020: 161) sind. Eine förderliche soziale Emergenz zwischen den regionalen Akteuren entstände, wenn sich zwischen ihnen ein solches konjunktives kollektives Wissen entwickelt, welches über die jeweiligen Spezialisierungen hinaus auch eine reflexive Antizipation und Adaption des Fachwissens anderer Expert\*innen und explizit des Erfahrungswissens der Bürger\*innen ermöglichte. Transprofessionalität mag also das Label für die Antwort auf die Frage sein, wie Vernetzungsaktivität gestaltet werden muss, um gemeinsame Schnittmengen zu erhöhen, und dabei spielt auch der Einbezug der Bürger\*innen eine große Rolle, weil transprofessionelles Case Management deren „wicked problems“, den vielschichtigen und miteinander verwobenen Hindernissen förderlicher Gesundheitsversorgung nur beteiligend entgegenwirken kann.

Im folgenden zweiten Teil werden verschiedene Aspekte von Transprofessionalität aufgezeigt, die als Anforderungen an ein so genanntes Case Management bezeichnet werden können. Der dritte Teil legt die seit jeher auf Austauschbeziehungen angelagerten Kernelemente des Case Managements frei. In der Konklusion schließlich wird nachgezeichnet, welche kollaborativen, grenzüberschreitenden und verbindenden Entwicklungslinien ein transprofessionelles Case Management markieren.

## **2 Transprofessionalität als Veränderungsanlass für Case Management?**

Sebastian Rogga et al. beschäftigen sich seit Jahren mit innovativen Chancen nachhaltiger transdisziplinärer Verbünde, sie nutzen dazu ein systemisch orientiertes Transfer-Verständnis und erhoffen sich von diesen auch „Impulse für eine Transformation der Gesellschaft in Richtung eines gemeinschaftlichen, normativen Ziels“, nämlich Nachhaltigkeit (2014: 7). Verbunden mit einer Begriffsklärung wird von ihnen zunächst erläutert, warum ursprünglich disziplinspezifische Wissensbasen durchaus durch disziplinübergreifende und damit kontingente Elemente ergänzt werden können, was übrigens auch Auswirkungen auf die Selbstbilder deren

Community-Mitglieder habe. Die Idee des Transferierens zwischen Wissenschaftler\*innen wird auch von Helmut Hildebrandt et al. (2020) als ein Merkmal für eine nachhaltige Weiterentwicklung des Case Managements vorausgesetzt. Rogga et al. beschreiben einen Transfer als Prozess, in dem „monodisziplinäre Handlungsweisen transzendiert oder zumindest reflektiert werden“ (2014: 12). In Anlehnung an Beckers wird entsprechend ein Wissenstransfer zwischen Menschen als „ein Prozess [...], in dem Wissen (bzw. Information) qua eines bestimmten Mediums (Medien) inter- und intrapersonal externalisiert und vermittelt wird“ (Beckes 2012, zit. in Rogga et al. 2014: 18), definiert. Folgt man nun Rogga et al., gilt für diese Untersuchung, dass eine nachhaltige regionale gesundheitliche Verantwortung eine Gestaltungskompetenz braucht, die daran zu messen ist, ob

- möglichst unterschiedliche Perspektiven wertschätzend und empathisch berücksichtigt werden, was auch das Zusammenführen – nicht nur disziplinärer – Perspektiven, sondern auch des Erfahrungswissens der Bürger\*innen einschließt, und
- ein Perspektivwechsel hinsichtlich des Problem-Lösung-Zusammenhangs vollzogen wird, denn, je komplexer das Problem erkannt wird, desto notwendiger werden rhizomatisch verbundene Lösungsansätze.

Diese Einschätzung teilen auch Oliver Lieven und Sabine Maasen. Sie vermuten in Anlehnung an Michel Foucault (1977), dass dieser „new deal“ zwischen regionalen Akteuren auf die unausweichliche Notwendigkeit hinauslaufe, Entscheidungen (nicht nur im Bereich Gesundheit) nicht länger dezisionistisch zu treffen, sondern indem divergierende Perspektiven quasi kooperativ ausgehandelt werden. Dies verlange jedoch die Integration von Wissensbasen unterschiedlicher Disziplinen sowie von partizipativ eingewobenem außerwissenschaftlichem Erfahrungswissen und damit verbundenen Wertehaltungen. Auch ihr Text stellt in Aussicht, dass ein solcher, dringend anzustrebender Prozess den Ansprüchen von Nachhaltigkeit und Gerechtigkeit genügen könne (2007: 36). Mit Blick auf die Grenzen zwischen Wissensbasen rücken sie die Chancen der Aushandlungsprozesse zwischen diffundierenden, aber nicht durchbrechenden Systemgrenzen ins Zentrum ihrer Betrachtung. Verbunden mit ihrer Interpretation des Begriffs des „boundary-works“ (Prietl/Ziegler 2016) attestieren sie einer reflexiven Responsibilisierung von Kooperationen einerseits große Chancen, etwa durch die Partizipation von Bürger\*innen an der Steuerung dieser Prozesse, weil dadurch (Wissenschafts-)Quellen kokonstruktiv emergieren könnten. Ermöglichung des „Anderen“ und gleichzeitig Charakterisierung des „Eigenen“ setzt auch Selbstreflexivität voraus, unhinterfragte Wissensübernahmen sowie das Beharren auf dem eigenen Vorrat an Erfahrungen laden nicht ein, die eigene Reflexivität zu üben. In diesem Zusammenhang mögen

Konzepte, welche noch auf dezisionistische Kommunikation von sogenanntem Expert\*innen setzen, überwunden werden. Andererseits – so die beiden Autor\*innen – werde gerade die „Abkehr vom linearen Modell des Wissenstransfers [...] von Wissenschaftler(inne)n [...] häufig angeboten, jedoch vom Publikum aber keineswegs immer nachgefragt“ (ebd.: 37).

So machen sie es zur Obliegenheit eines Schnittstellenmanagements (also vielleicht des Case Managements), „Aushandlungsräume für heterogene Kommunikation“ zu schaffen, um anschlussfähige Arbeiten an den Grenzen von Systemen zu ermöglichen als „Selbstverpflichtung der Teilnehmenden“ (ebd.: 38). Ob Lieven und Maasen mit ihrer These richtig liegen, dass ein ökonomisch orientiertes Management durchaus an eine partizipative Konzeptionierung anschlussfähig sei, wenn sie schreiben, dass mit „emanzipatorisch orientierten Verfahren der selbstverantwortlichen Steuerung, vor allem durch Partizipation [...] zugleich auch Wissens-, Werte, und Schnittstellenmanagement betrieben [...] wird, und] umgekehrt [...] diese Aktivitäten als genuiner Ausweis von Teilhabe“ (ebd.: 38) gelten mag, bleibt zu untersuchen. Gelänge eine solch transitorische „responsibilisierte Wissensproduktion“ (ebd.: 38) in dem Sinne, dass Akteure, die prozesshaft und kooperativ an der Bildung/Herstellung und an den Resultaten von Gesundheit, also vom Anwendungskontext gedacht statt vom (berufs-)spezifischen Kontext, beteiligt sind, dann vollzöge sich in solchen koppelnden Foren Transprofessionalität. So erführen sich nicht nur Case Manager\*innen in ihren Aushandlungspraxen in einem sozialen Entwicklungsprozess in Wechselwirkung mit ihrer Umwelt und in Abhängigkeit von gesellschaftlichen Einflüssen hinsichtlich ihrer persönlichen Identität (Eigenschaften und Handlungsmuster) und ihrer sozialen Identität (Erwartungen oder Zuschreibungen) auf eine besondere Art.

Die für diese Analyse ebenso gewinnbringende Arbeit von Bianca Prietl und Armin Ziegler zu disziplinaren und *professionalen Grenzziehungen*, für die Thomas Gieryn den o. g. Begriff des „boundary-work“ prägte (Gierin 1983 in Prietl/Ziegler 2016: 9), mag zur Beantwortung der Frage, wie „transfer ready“ das Case Management ist, beitragen, wenn es um die Qualität des Wechselspiels der vielfältigen *Kräfteverhältnisse* zwischen den professionellen Akteuren in ihren sozialen Beziehungen geht. Es geht dabei genaunommen um beruflichen Status, Ansehen, exklusives Wissen, eigene Fachsprache, gesellschaftliches Ansehen, Machtgefälle, Anordnungs-kompetenz, Vormachtstellung. Man darf entsprechend fragen: Arbeiten professionelle Akteure eigentlich mittels ihnen zur Verfügung stehendem, exklusivem Wissen in einem abgeschlossenen Prozess von Analyse, Diagnose und Behandlung? Und: Legitimieren sie darüber zurecht ihre Profession und/oder Zuständigkeit? Sie schaffen damit auf jeden Fall ihre eigene Soziologie. Boundary-work ist, so könnte man verkürzt sagen, dass Sich-selbst-Erklären der eigenen Perspektive. Im Kontext zu anderen professionellen Akteuren mögen hier jedoch Konkurrenzen statt

Kooperationen zwischen Teilarbeitsfeldern wahrscheinlich werden, die auch als „Revierkämpfe“ (Prietsl/Ziegler 2016: 3) bezeichnet werden können. Diese offenen oder verdeckten Grenzkämpfe lassen sich auf den miteinander (lose) verbundenen Ebenen der Öffentlichkeit („Wie werden die Akteure wahrgenommen?“), der gesetzlichen Verankerung („wer besitzt wem gegenüber eine Anordnungs-kompetenz?“) und der Zusammenarbeit („wer besitzt die federführende Vormachtstellung hinsichtlich von berufs-, leistungs- und haftungsrechtlichen Regelungen und wer entscheidet und wer führt aus?“) erkennen. Zentral ist aber die vermittelte Erkenntnis: „Professionen sind somit weder als stabile noch als einheitliche Gebilde zu verstehen“ (ebd.: 4), sie speisen sich vielmehr daraus, auf welche exklusiven, eher reklamierten, aber förmlichen Wissensbasen („rationality, logic, and science“ (Abbott 1988, zit. in Prietsl/Ziegler 2016: 4) sie seit einer längeren Zeit (ausschließlich) zurückgreifen (können). Interprofessionale Konflikte zwischen Wissenschaften – so kann abgeleitet werden – sind auch von der Wahrnehmung der Menschen abhängig, die mit diesen in Berührung kommen (z. B.: „Für welche Probleme sind eigentlich die Case Manager\*innen zuständig?“) Sie verlangen nach bemühenden stabilisierenden und legitimierenden Antworten, je mehr die Notwendigkeit wahrgenommen wird, sich als Akteur\*innen positiv verorten zu müssen. Genaugenommen bemüht sich jede\*r professionelle Akteur\*in konstituierend, ein Milieu durch eigenes boundary-work zu prägen, in welchem durch Interaktion die Grenzziehung permanent (re)produziert wird (ebd.: 6). Insofern können Regionen als Sozialräume bezeichnet werden, in denen bereits relativ stabile Musterbilder existieren, was von Abbott als „proto-boundary“ (ebd.) bezeichnet wird – es existieren schon Selbst- und Fremdbilder zu den einzelnen Berufen. Doch können sich solche Muster auch ändern? Wenn sich alte Grenzen gebildet haben, mittels derer etwa Tätigkeitsbereiche einer Professionen inside oder outside derer verortet wurden, mag es auch gelingen, dass sich die Relevanzen alter boundaries verändern, Akteure „kollaborieren oder neue Koalitionen gebildet werden“ (Abbott 1995, zit. in Prietsl/Ziegler 2016: 6), indem angeeignete oder zugeschriebene Eigenschaften infrage gestellt und verändert werden. Möglich würde dies, wenn einerseits auf Dauer angelegte Prozesse offen würden, etwa mit Blick auf Arbeitsweisen oder Ausbildung, und andererseits gesetzte Markierungen nicht mehr nötig werden, um in der Fremd- oder Selbstakzeptanz Bedeutsamkeit zu generieren – so die beiden Autor\*innen. Damit würden Regionen zu konkreten Arenen, in denen sich transitorische Anlässe eines boundary-work von Case Manager\*innen im Interaktionszusammenhang mit anderen regionalen Playern konturieren ließen.

Aus einer konstruktivistischen Perspektive kann mit Thomas Gieryn formuliert werden, dass wissenschaftliches Wissen eine Konstruktion ist (Gieryn 1983 in Prietsl/Ziegler 2016: 9). Entsprechend wäre zu fragen, durch *wen* und *wie* Wissenschaften und Wissenschaftler\*innen Eigenschaften zugeschrieben werden und

wie die Vertreter\*innen für sich beanspruchen können, auch in Abgrenzung etwa zum Erfahrungswissen von Bürger\*innen, Autorität, also Ansehen und Geltung, zu besitzen. Formale Autorität beruht auf ihrer Position, abhängig von Erwartungen, Voraussetzungen und Ausstattungen. Fachliche Autorität beruht hingegen auf ihren fachlichen Eigenschaften wie etwa Kompetenzen. Persönliche Autorität geht von ihrer Wirkung aus, was als Ausstrahlung erlebt werden kann. Schließlich wird Autoritätsgläubigkeit spätestens seit den 1960er-Jahren kritisch diskutiert, wenn es um die Bereitschaft geht, Autoritäten fraglos zu folgen. Mündigkeit hingegen bedeutet im Gesundheitswesen, Autoritäten infrage zu stellen. Eine Kartografie von Regionen hat entsprechend nicht nur eine räumliche Perspektive, sondern auch eine kulturelle. Das heißt, professionelle Akteure reklamieren für sich umso erfolgreicher ein Territorium von Errungenschaften und Ressourcen, besonders bei anderen Entscheidungsträger\*innen, je mehr sie sogenanntes gesichertes Wissen für sich beanspruchen können. Dies mag aber auch für das Erfahrungswissen sämtlicher Bürger\*innen gelten. Dieser eigeninteressengeleitete Ressourcenkampf, auch als eine sprachlich vermittelte Selbst- und Fremddarstellung von Kompetenzen sichtbar und innerhalb eines permanenten rhetorischen Prozesses kommuniziert, vermittelt im Sinne Foucaults (1977) macht- und herrschaftsanalytischer Perspektive jedoch nur temporär Stabilität im Wechselspiel der vielfältigen Kräfte zwischen den Menschen und Organisationen in ihren Beziehungsgefügen, und vielleicht mögen die o. g. innovativen Chancen nachhaltiger transdisziplinärer Verbünde darin zum Ausdruck kommen, dass Ansprüche auf Deutungshoheiten und Wissensproduktionen für die Bürger\*innen sowie für professionelle Akteure einer neuen Idee zur Transformation in Richtung eines gemeinschaftlichen, normativen Ziels, nämlich nachhaltiger Gesundheitsversorgung, weichen können. Denn den von Gieryn analysierten vier Funktionen von vollzogenem boundary-work als „Monopolisierung“, als „Expansion“, als „Ausschluss der (potenziellen) Konkurrenz“ und als „Wahrung der eigenen Autonomie und epistemischen Autorität“ (Prietl & Ziegler 2016:11) stellen Prietl und Ziegler eine alternative Funktion hinzu: Der Ansatz des „border-work“ von Horlick-Jones und Sime bliebe, so heißt es in ihrem Beitrag, „nicht länger an der Ziehung von Grenzen [...verhaftet], sondern [...rückte] deren Überbrückung“ (Prietl & Ziegler 2016:12) in Richtung auf die Transdisziplinarität in den Blick. Damit setzt ein kultureller Wandel des Zusammenwirkens von Menschen in Regionen ein.

### **3 Zentrale Aspekte des Case Managements**

Case Management stimmt in Deutschland seit den 1980er-Jahren verschiedene Dienste dahingehend aufeinander ab, dass sämtlichen individuellen Gesundheitsbedürfnissen ihrer Adressat\*innen mittels zur Verfügung gestellter Ressourcen

Rechnung getragen werden soll (Mennemann/Dummann 2020). Es werden Bedarfe abgeleitet und festgestellt und dann in netzwerklicher Zusammenarbeit abgestimmte Angebote konzipiert. Hier stellt sich die Frage, wenn Case Management in Gesundheitsregionen zur Produktion des „Gesunden“ beiträgt, ob Transprofessionalität wiederum etwas dazu beisteuern kann, diese „methodische Perspektive“ (Kleve 2021: 41) zu bereichern. Als Reaktanten dieses „agogischen“ (Mennemann 2008: 55) „Handlungskonzepts“ (Mennemann et al. 2009; Wendt 2020) müssen die *Vorgehensweise* und damit verbundene *Kompetenzanforderungen* und *Wissensbasen* untersucht werden. Wo könnte die transitorische Aktivierungsenergie freigesetzt werden? Wenn Gesundheit im Sinne von Hildebrandt et al. „nicht auf die Profession der Produzenten“ (2020: 161) schaut, sind sämtliche Beteiligte eingeladen, sich folgenden drei herausfordernden Fragen zu stellen:

1. Welche Unterstützungspotenziale sind mir in der Region bekannt und vernetzbar?
2. Besteht „die Gefahr einer partiellen Dequalifizierung“ wenn man „sich außerhalb seiner direkten professionellen Expertise“ bewegt?
3. Wie ist die Schaffung eines solchen Systems finanzierbar? (ebd.: 169)

Zunächst einmal: Wer ist Case Manager\*in? Mit dieser Frage beschäftigt sich Sandra Altmeppen (2012: 465) und ordnet das Berufsbild von „Fallmanager\*innen“ insbesondere weitergebildeten helfenden Grundberufen zu, die zu großen Teilen aus Pflegekräften, Sozialarbeiter\*innen sowie Heil- und Inklusionspädagog\*innen bestehen. Im Gesundheitswesen finden sie sich etwa in Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen oder in der hospizlichen Arbeit als kollaborative Schnittstellenkoordinator\*innen zwischen verschiedenen Berufsgruppen und den Adressat\*innen sowie deren Bezugspersonen (Kollack/Schmidt 2019; Herrlein 2009; Große/Müller 2022). Hugo Mennemann und Jörn Dummann führen beispielhaft und mit Blick auf die demografische Entwicklung und der damit verbundenen Zunahme pflegebedürftiger Menschen die Aufgabenstellung hinzu, „standardisierte, möglichst effektive und effiziente Lösungswege zu finden, [jedoch mit der Frage verbunden,] wie die Hilfe von unterschiedlichen Akteuren zusammengeführt und gebündelt werden kann“ (ebd.: 177).

Helmut Lambers weist dem Psychologen Wolf Rainer Wendt eine zentrale sowie aktuelle Rolle bei der Einführung und Entwicklung dieser Methode in Deutschland zu. Wendt verwende den Begriff des „Unterstützungsmanagements“, so Lambers, welches notwendig würde, wenn die „Kompetenzen“ und „Ressourcen“ zur „Bewältigung“ der individuellen „Lebenslage“, Lebensführung und -gestaltung als „Selbstorganisation“ einer „Unterstützung“ bedürften (Lambers 2020: 153ff.). Wendt selbst postuliert folgendes fachliches Erfordernis an Case Manager\*innen:

„Beruflich werden generalistisch orientierte Praktiker für Humandienste (human services) gebraucht, die sich auf die umsichtige Begleitung, vielseitige Förderung und Unterstützung der Lebensführung von Menschen in Krisen, in Konflikten, bei Belastungen und bei Beeinträchtigungen verstehen.“ (Wendt 2010: 22)

An anderer Stelle fordert er, im Sinne eines Sowohl-als-auch, die Verständnisse von Care Management und Case Management sowie des Community Care als eine „transprofessionelle Orientierung“ (Lambers 2020: 37) miteinander zu verbinden. Zusammen mit Peter Löcherbach schließt er auch an anderer Stelle daran an. Das System des Gesundheitswesens sei darauf reformerisch verwiesen, Gesundheit nicht nur innerhalb seiner Strukturen zu denken, sondern ebenso außerhalb. Gesundheitsförderung fände entsprechend weder nur in Krankenhäusern noch ausschließlich fachgebietspezifisch oder durch lediglich professionelle Akteure statt. Sie fände vielmehr in häuslicher Versorgung, Vernetzung von Diensten, in sozial-räumlichen Bezügen, durch das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung – als deren „Praxis der Lebensführung“ (ebd.: 16) – also außerhalb, mit anderen Worten jenseits von Akteurgrenzen statt. Diese Erkenntnis mündet in einer Suchhaltung der beiden Autoren nach transdisziplinären Ausrichtungen und nach transprofessionellen Versorgungsstrukturen. Verbunden mit dem Begriff der „Multiprofessionalität“ wird die Aussicht entworfen, Kompetenzen verschiedener Berufsgruppen hinsichtlich der komplexen gesundheitlichen Problemlagen von Menschen synergetischer als nur „nebeneinander“ und „nacheinander“ zu „ergänzen.“ Insofern würde es notwendig, abhängig voneinander, quasi ergänzend und abstimmend, (disziplinäre) Sichtweisen auszutauschen, was „freiwillig engagierte“ Menschen sowie die „unmittelbar betroffene Person“ (ebd.: 17) einschliesse, um einem „lebensweltlichen Zuschnitt“ der Hilfe Vorrang vor fachdisziplinärer Segmentierung zu gewähren – was Mennemann 2008 bereits als Paradigmenwechsel von der Angebots- zur Adressatenorientierung bezeichnete (Mennemann 2008: 56) und was weniger auf der Einzelfall-, wohl aber auf der Systemebene Kommunikationsstrukturen voraussetze, welche das umsichtige Interesse über Fachdomänen hinaus wachriefe und die Forderung nach „generalistisch ausgebildete[n] Berufsgruppen“ (ebd.: 19) laut werden lasse, die bereit wären, eine Gatekeeperrolle zu übernehmen. Ergänzend kann Silvia Staub-Bernasconis Verständnis „Spezialisierte(r) Generalistin oder Generalist“ (1995: 103) dem Erfordernis Rechnung tragen, neben den verschiedenen fachlichen Zugängen ebenso selbst spezialisierte Wissensbestände bereitstellen zu können. Aber:

- Wie kann vielfältiges Wissen, etwa über gesetzliche Regelungen, Organisationsabläufe beteiligte Organisationen, Erkrankungen, Vernetzungen, kurative, palliative oder rehabilitative Maßnahmen etc. erlangt und vernetzt werden?

- Welche Kooperations- Koordinations- und Kommunikationskompetenzen werden nötig, um diesen Mix aus Profis und Bürger\*innen, z. B. mit Ehrenamtlichen der Hospizbewegung, mit Palliativärzt\*innen, ambulanten Pflegeeinrichtungen, Kliniken usw. zu managen?
- Wie kann ein so breites Qualifikationsspektrum im Rahmen arbeitsteilig organisierter und differenzierter sowie spezialisierter Berufsstände gehoben werden?
- An welche Organisationen können Case Manager\*innen angedockt werden?
- Wie ist mit Konkurrenzen zwischen den verschiedenen Akteur\*innen hinsichtlich von Ressourcenzugängen, Statusunterschieden oder Kompetenzansprüchen zu verfahren?

Hugo Mennemann ist gegenwärtig Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC). Als Mitautor der Rahmenempfehlungen zum Handlungsfeld Case Management formulierte er bereits 2009 dazu fünf zentrale Obliegenheiten für ein gelungenes Case Management, dazu zählt er die „Steuerung der Hilfeleistungen im regionalen Versorgungsgefüge“ (Mennemann et al. 2009: 2), die Kooperationssuche nach anderen Akteuren im „Welfare Mix“ (ebd.: 3), die „Lebensweltorientierung“ und die „Ressourcenorientierung“ (ebd.: 10). An anderer Stelle nimmt er die Case Manager\*innen in die Pflicht, verantwortlich sowohl auf institutionellen Netzwerkebenen als auch auf der Einzelfallebene tätig zu werden.

Gesundheits- und Sozialprofessionen als sogenannte helfende Berufe (Roevekamp-Wattendorf 2020) koordinieren bzw. „orchestrieren“ in der Rolle als Case Manager\*in abgestimmt ihre Eigenleistungen mit den Leistungen anderer Akteure, wenn sie im Sinne einer Integrationslösung mit den Worten von Helmut Hildebrandt et al., in der Lage sind, „die jeweiligen Leistungserbringer zu motivieren, stärker auf die individuellen Bedürfnisse und Präferenzen der Patienten einzugehen, ihre medizinischen Anforderungen zu erfüllen und gleichzeitig die Kosten der Versorgung zu managen“ (2020: 164). Darüber hinaus wird von anderen Autor\*innen die Bedeutung der Bürger\*innen als Leistungserbringer\*innen betont, die regional aktiv sind und auf verschiedenen Ebenen, nicht nur im klassischen Ehrenamt, zur Gesundheit in einer Region beitragen. Sie werden als sogenannte Co-Produzent\*innen von Gesundheit in diesem dynamischen Wechselspiel angesehen. Für Heiko Kleve ergibt sich daraus eine Kopplungsaufgabe für die Case Manager\*innen, nämlich professionelle und lebensweltliche Unterstützungsressourcen so aufeinander zu beziehen, dass im Sinne des Subsidiaritätsprinzips das Primat der Hilfe im Bürger-Profi-Mix aufseiten der Bürger\*innen liege (2021: 47). Mit Klaus Dörner wird noch ein Aspekt dieser spezifischen Kopplung klar: Case Manager\*innen können Menschen nicht integrieren, sondern nur fördernd dazu beitragen, dass Menschen einander (besser) integrieren (2007). Damit verdeutlicht er eindeutig die Verwiesenheit der Profihelfer\*innen auf die Arbeit *mit* den Menschen im sozialen Raum, sie sind für

ihn eine zentrale Ressource. Die von Hildebrandt et al. angeführten Umsetzungsbeispiele gelungener transprofessioneller Arbeit verdeutlichen folgende Erwartungen an ein sozialressourcenorientiertes fachliche Handeln. Die *Beteiligung* von krankheitsgefährdeten Menschen und ihren Zugehörigen findet ihre konkrete Umsetzung in einer *gemeinsamen motivationsfördernden Zielsetzung des Hilfeplans*, Stichwort Partizipation. Die Ausrichtung der Hilfe am Prinzip der *Selbsthilfe/Selbstbefähigung* konkretisiert sich in der passgenauen Unterstützung zur selbstständigen Verbesserung der Alltagssituationen durch Aktivierung vieler Beteiligter. Unterstützungsmanagement schließt auch die Aktivierung von *Selbsthilfegruppen* ein, damit eine Vernetzung von durch Belastungen betroffener Menschen mit nachempfindenden Mitmenschen sichergestellt wird (Befähigung zur Selbstbefähigung). Doch um den rhizomatisch verbundenen, kumulierenden Problemlagen von Menschen auf biopsychosozialer Ebene entgegenwirken zu können, eignen sich *vernetzende Lösungsversuche*, die nicht nur auf einzelne Belastungsfaktoren fokussieren, sondern welche netzwerkartig durch das Zusammenwirken unterschiedlicher Strategien in einem gemeinschaftlichen Prozess diesen entgegengestellt werden können. Gesundheitskompetenz wird damit um eine *empowerbare* soziale Ressource als funktionale Widerstandsquelle, als unterstützende sozialstrukturelle, sozialisierende Gemeinschaft erweitert, welche dysfunktionalen Verhaltensmustern engagiert entgegenwirken mag (Rövekamp-Wattendorf 2020: 15). Die Koordination eines nun ebenso rhizomatischen Welfare-Mixes unter besonderer Aktivierung des sozialen Kapitals einer Region kann als zeitgemäßes Case Management (Hildebrandt et al. 2020: 169) und als Kennzeichen „sozialer Systeme definiert werden, das die Leistungsfähigkeit und Gesundheit der darin lebenden Menschen fördert. Je befriedigender und hilfreicher die *persönlichen Netzwerke* (H. d. V.) eines Menschen sind, umso geringer wird die Wahrscheinlichkeit seelischer und körperlicher Leiden“ (Naidoo/Wills 2019: 473).

Für Kleve ist klar, dass „das Case Management *radikal ressourcenorientiert*“ und dessen Bezugsrahmen grundsätzlich „die Lebenswelt der Klienten“ ist (2021: 47). Er lädt Fachkräfte der Gesundheits- und Sozialprofessionen ein, nach persönlichen, sozial-lebensweltlichen, gemeinwesenmäßigen und sozioökonomischen Ressourcen ihrer Klientel Ausschau zu halten. Diese alle beförderten die Selbsthilfe und hebelten das Hilfeparadoxon aus. Eine (einseitige) Abhängigkeit der Ratsuchenden von den Manager\*innen und damit verbundene professionelle Fremdherrschaft würden vermieden. Ressourcenaktivierung gilt entsprechend als heilsversprechendes Mittel gegen Gesundheitsprobleme. In ähnlicher Weise argumentiert auch Dieter Röh. Unter dem Stichwort der erlernten Hilflosigkeit weist er darauf hin, wie bedeutsam Hilflosigkeits- und Ohnmachtsgefühle sind, denn, ist man erstmal betroffen, verschwinden die Ressourcen aus der Wahrnehmung. Deprimierende Erfahrungen lähmen/blockieren persönliche Initiative zugunsten eines Fatalismus.

Aus Krankheiten resultierende internalisierte paralysierende Vorstellungen führen zu „subjektiven Beschränkungen der Handlungsfreiheit“ (2013: 206). Doch ressourcenorientierte Auswege auf den genannten Ebenen erhöhten wieder subjektive Handlungsfreiheit und Gestaltungswillen, so der Gesundheitswissenschaftler.

Case Manager\*innen gelten als Ressourcensucher\*innen – ein kurzer historischer Abriss dazu: Geschichtlich geht dieser methodische Ansatz in Deutschland auf die Implementierung des amerikanischen Social Work in der Nachkriegszeit des Zweiten Weltkrieges zurück. Nicht allein eine geringe Anzahl qualifizierter Fachkräfte stand in schlecht ausgestatteten Einrichtungen einem stetig wachsenden Bedarf an professioneller Hilfe, etwa durch Krankheit, Arbeitslosigkeit und Kriminalität ausgelöst, gegenüber. Infolgedessen wurden im Verlauf der 1950er-Jahre nicht nur in der Jugendhilfe eben auch neue fachliche Anleihen aus den USA und England gesucht, deren Zielperspektive auf die Potenzialverbesserung der Person-Umwelt-Beziehung sowie auf die fähigkeitsorientierte Persönlichkeitsunterstützung der Klient\*innen fokussiert waren (Wattendorf 2007: 16f.). Nach dem Ende des Nationalsozialismus trug diese Phase der Methodenentwicklung in der Sozialarbeit (Wattendorf 2007: 17; Schilling/Klus 2018: 177ff.) mit ihren klassischen Arbeitsformen des Social Casework, dem Social Groupwork und der Social Community Organisation bereits transformierend durch die deutlichen Relationen zu den Bezugswissenschaften und verbunden mit Begriffen wie Akzeptanz der Adressat\*innenperspektive und Partnerschaftlichkeit dazu bei, den Sozialisationsprozess der Fachkräfte in Richtung Transprofessionalität zu gestalten, auch indem ebenso dem Erfahrungswissen der „Klient\*innen“ große Bedeutung beigemessen wurde (Rövekamp-Wattendorf/Heckes 2024).

Als zentraler ökosozialer Ansatz der 1980er-Jahre gilt die Arbeit der US-Amerikaner\*innen Carel Germain und Alex Gitterman (Lambers 2020). Sie betonen in ihrem Praxismodell für die Soziale Arbeit die Bedeutung von „Coping-Ressourcen“ (ebd.: 153) auf persönlicher und umweltlicher Ebene und bedienen sich theoretischer Grundlagen Freuds, Eriksons und Kohlbergs und ihre Ausarbeitungen sind auch anschlussfähig an das Konzept der Salutogenese (Antonovsky 1997), denn sogenannte „life events“ veranlassen ihrer Ansicht nach Menschen zu einer aktualisierenden Ausbalancierung ihres Person-Umwelt-Verhältnisses in Richtung körperlichem, psychischem, sozialem und mithin gemeinschaftlichem und gesellschaftlichem „Wachstum“ (Lambers 2020: 157). Die ausdifferenzierte Begleitung ihrer „Klient\*innen“ verstehen die US-Amerikaner\*innen auch als Arbeit am sozialen Selbst, also an deren Sozialbeziehungen (Scheu/Autrata 2011; Lambers 2020). Insofern vermittelt ihr Ansatz auch ein Verständnis vom Menschen über den Objektstatus hinaus als Subjekt im Umgang mit Lebensstressoren. Gitterman, Knight und Germain schreiben:

„In helping individuals, families, and groups with their life stressors, social work practitioners routinely encounter a lack of fit between people’s needs and the resources available in communities, organizations, and the broader society. The life-modeled practitioner must assume professional responsibility for mobilizing community resources to influence the quality of life in the community, for influencing unresponsive organisations to develop responsive policies and services, and for influencing local, state, and federal legislation and regulations to improve the lives of their clients.“ (2021: 544)

Lambers resümiert:

„Das Modell setzt auf das Vorhandensein von Gemeinschaftsgefühl und Selbstentwicklung [...]. Es ist dem Gedanken der Selbstermächtigung und Selbstwirksamkeit und der Praxis eines selbstgesteuerten Zuwachses hierzu notwendiger Fähigkeiten verpflichtet (Empowerment).“ (2020: 158)

Entlang des Begriffs der „Selbstbefähigung“ machten Mennemann et al. bereits 2009 die Aktivierung von Eigenkräften zu einem Leitprinzip des Case Managements (2009: 10).

Auch im US-amerikanischen Gesundheitssystem wurde bereits ab den 1970er-Jahren dazu übergegangen, Patient\*innen gezielt zu unterstützen, medizinische, therapeutische, pflegerische Maßnahmen, aber auch finanzielle Sozialleistungen für sich zugänglicher/nutzbarer zu machen. Beispielsweise gewann in der Psychiatrie die rehabilitative Perspektive mit ihrer Ausrichtung auf funktionale Einschränkungen und damit der Bewältigung subjektiver Anforderungen der Alltagsgestaltung, z. B. im Beruf oder in der Familie, anstelle der ehemals starken Symptombehandlung an Bedeutung. Pflegende übernahmen die Rolle einer\*eines Bezugspflege-Care-Manager\*in, in der es ihnen darum ging, individuelle Ressourcen und soziale Bedingungen besser abzustimmen. Neben die Pflegearbeit trat die Koordination von Leistungsträgern sowie die Schulung und Beratung der Patient\*innen und Angehörigen (Gold/Geiermann 2022). Aktuelle Care-Rezeptionen sieht Peter-Ulrich Wendt heute u. a. bei Pflegestützpunkten, Gesundheitskiosken und Hausarztmodellen zur integrierten Versorgung (ebd.: 351).

So definiert sich, abschließend formuliert, aktuelles Care und Case Management in der Erklärung der Case Management Society of America als

„ein kooperativer Prozess, in dem Versorgungsangebote und Dienstleistungen erhoben, geplant, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert werden, um so den individuellen Versorgungsbedarf eines Klienten mittels Kommunikation und verfügbaren Ressourcen abzudecken“ (Wendt 2021: 350).

### 3.1 Die besondere Doppelperspektive: Zur handlungsleitenden Relationierung zwischen Stärkenorientierung und Ökonomisierung

Die Bedeutung der ökonomischen Orientierung im Case Management bei der „Produktion (H. d. V.) von Gesundheit“ (Hildebrandt et al. 2020: 161) wird dort erkennbar, wo beispielsweise darauf zu achten ist, Dienstleistungen bei knappen ökonomischen Ressourcen (kurz- bis mittelfristig) finanzierbar zu machen. Das Problem: Es besteht seit Jahren eine unbalancierte Dynamik im Gesundheitswesen zwischen steigenden Gesundheitskosten z. B. aufgrund von aufwendiger werdenden Therapien, gestiegenen Ansprüchen der Patien\*innen sowie der Zunahme chronischer Erkrankungen einerseits und relativ konstanten bis vermutlich sinkenden Einnahmen durch die Sozialversicherungen andererseits. Krankenkassen bezahlen entsprechend wirtschaftlich sinnvolle, nicht aber immer wünschenswerte Maßnahmen. Output- statt Outcome-Ergebnisse bestimmen dann die Etikettierung von Gesundheits- und Sozialleistungen, die aber leistungsfähig und zugleich individuell abgestimmt sein sollen. Klar ist, kurzfristig gedachte betriebswirtschaftliche Denkstrukturen prägen das Gesunde, wenn Ökonomisierung langfristige Effekte in ihren Wirkungen ausblendet und Verantwortliche sich aufgefordert fühlen, sich lediglich mit der Frage auseinanderzusetzen, welche Angebote für welche Zielgruppe effizient und welche Resultate alsbald erwartbar sind. Die Strukturierung von Gesundheit nach den Prinzipien des Marktes fordert die professionellen Akteur\*innen auf, nachzuweisen, welcher „social return of investment“ (Wendt 2021: 347) möglich sei. In entsprechender Weise wächst die individuelle Verantwortung auch der Bürger\*innen selbst, zur Bewältigung ihrer Problemlagen wirkungsvoll beizutragen, sie werden damit ebenso zu ökonomischen Akteuren. Doch lässt sich inzwischen feststellen, dass eine rein quantifizierbare Leistungserfassung und die Suche nach quantifizierbaren Ergebnisindikatoren (Rövekamp-Wattendorf/Heckes 2024) den wicked problems gesundheitlicher Versorgung nicht gerecht wird. Konsequenz: Output-Prinzipien der Ökonomisierung sind im Gesundheitswesen nur begrenzt anwendbar. Beispiele: Empowerment, das lediglich als Aktivierung zur individuellen Gesundheitsherstellung gedacht ist statt als Befähigung zur autonomen Lebensführung, oder die trügerische Berücksichtigung des Sozialraums als nutzbarer Ressourcenpool statt als ein *geteilter* Lebensraum handlungsfähiger Subjekte stellen einen engen Orientierungsrahmen dar. Ein solches Verständnis stünde auch im Gegensatz zur Theorie der Lebensweltorientierung, wie sie von Hans Thiersch geprägt wird (Lambers 2020: 98ff.; Kleve 2021: 41ff.), oder zur Berufsordnung des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) (Schroeder 2018) oder dem Positionspapier der Fachgruppe Rehabilitation und Inklusion zum Case Management für Menschen mit Behinderung im Kontext der Eingliederungshilfe (Falta et al. 2017).

Johannes Schilling und Sebastian Klus stellen diesem Dilemma relationierend eine gesellschaftskritische und offensiv parteinehmende Ausrichtung des Case Managements gegenüber: Sie beschreiben die Notwendigkeit zur Ausrichtung an kritischer Reflexivität den professionellen Umgang mit gesellschaftlichen Mandatierungen betreffend, etwa bezüglich des Umgangs mit Norm und Abweichung oder Gesund und Krank und hinsichtlich freiwilliger Mitbestimmung, die als Partizipation dialogisch zu verstehen sei und schließlich die Regionalisierung, welche als infrastrukturelle Vernetzungsarbeit erkennbar wird, als zentrale Merkmale dieses Handlungskonzeptes (2018: 143ff.).

Der professionelle Umgang mit dieser dissonant erscheinenden Doppelperspektive zwischen Ökonomie und Lebensweltorientierung (Kleve 2021: 44), etwa einerseits Leistungsträgern quantifizierbare Ergebnisindikatorik liefern zu müssen und andererseits adressat\*innenbezogenen Unterstützungsleistungen (Wunsch und Wille der Adressat\*innen in ihrer Lebenswelt) zu bieten, stellt Anforderungen an die Professionsgenese (Harmsen 2014) oder mag zur dauerhaften beruflichen Belastung werden, etwa als Coolout (Rövekamp-Wattendorf 2020). Heiko Kleve ist es wichtig, diese Ambivalenz als eine Integrationsanforderung beider Auffassungen zu verstehen, er deutet sie als geradezu vorteilhaft für Case Manager\*innen. Aber: Wie relationiert sich ein gemeinsamer Orientierungsrahmen beider Perspektiven?

Wie schon in den historischen Bezügen hergeleitet, gilt die Stärkenperspektive als zentraler Bestandteil. Case Management findet in der angloamerikanischen Sozialen Arbeit folgende Anleihe: Als Strengths Perspective gilt im US-amerikanischen social work die persönliche Stärkung des Individuums, verbunden mit der Stärkung des sozialen Umfeldes zur koordinierten (gesundheitlichen) Versorgung der Adressat\*innen. Walter Kisthardt, Professor an der Park University in Kansas City entwirft dazu im Herausgeberband seines Kollegen Dennis Saleebey sechs „principles of the strengths persepektive“ als Arbeitsprinzipien. Darin heißt es:

1. „The initial focus of the helping process is on the strengths, interests, desires, hopes, dreams, aspirations, knowledge, and capabilities of each person, not on their diagnoses, deficits, symptoms, and weakness as defined by another.“ (Kisthardt 2013: 59)
2. „The helping relationship becomes one of collaboration, mutuality, and partnership – power with another, not power over another.“ (ebd.: 60)
3. „All human beings have the inherent capability to learn, grow, and transform. The human spirit ist incredibly resilient. People have the right to try, to succeed, and to experience the learning which accompanies falling short of the goal.“ (ebd.: 62)
4. „All human beings have the inherent capacity to learn, grow, and transform. People have the right to try, the right to succeed, and the right to fail.“ (ebd.)

Thinking outside the box and ready for transition?

5. „Helping activities in naturally occurring settings in the community are encouraged in a strength-based, person-centred approach.“ (ebd.: 64)
6. „The entire community is viewed as an oasis of potential resources to enlist on behalf of service participants. Naturally occurring resources are considered as a possibility first, before segregated or formally constituted ‚mental health‘ or “social services.“ (ebd.: 65)

Diese stärkenfokussierte Perspektive von Kisthardt auf *Person und Situation* fordert Case Manager\*innen, im Sinne einer Haltung, eindeutig dazu auf, die Ressourcen ihrer Adressat\*innen in den Situationen zu aktivieren, in denen sie eingesetzt werden können. Ihre Rolle beinhaltet dabei nicht nur planende und koordinierende oder anwaltliche, sondern auch unterstützende (supportive) Verhaltensweisen und somit auch beziehungsgestaltende Verantwortung. Sein Kollege Dennis Saleebey plädiert – in Anlehnung an Carl Rogers – für die Bedeutung der Fremdakzeptanz, die als Aktualisierungsanlass zur Selbstakzeptanz werden mag und damit zu einer positiven Selbstwirksamkeitserwartung der Adressat\*innen beitrüge:

„The connoisseur, the grandparent of thinking about helping relationships and healthy ones generally, was Carl Rogers. This is, what he said about the qualities of these relationships vis-à-vis the client. “The client should experience or perceive something of the therapist’s congruence, acceptance, and empathy. It is not enough that these conditions exist in the therapist. They must, to some degree, have been successfully communicated to the client.“ (Rogers 1961: 284; zit. in Saleebey 2013: 6)

Diese Aussage schließt unmittelbar an die Arbeit von Bonnie Benard und Sara Truebridge an. Die Autorinnen betonen ebenso die Bedeutung von Beziehungsarbeit im Case-Management-Prozess, wenn sie schreiben,

„that a client’s self-efficacy, the perception and belief of his or her own abilities and capability for learning and change, can positively or negatively be affected by a social workers perceptions and beliefs.“ (Benard/Truebridge 2013: 206f.)

Die zweite Aufforderung sprechen die Vertreter\*innen der Strengths Perspective dahingehend aus, Netzwerkarbeit zu betreiben. Professionelle Akteure und Bürger\*innen in Sozialräumen unterstützen gemeinsam Menschen, „stark“ zu sein. Damit diese den wicked problems erfolgreich begegnen können, brauche es befähigende akteursübergreifende Netzwerke von Teamarbeit. Die „Heilkraft der sozialen Netze“ hänge von der Beschaffenheit der sozialen Beziehungen ab. Dabei gehe es darum, sämtliche Player zu stärken, um die gesundheitsfördernde Wirksamkeit der Netze zu verbessern, indem diese dialogisch kooperativ und partizipativ angelegt

sind. Dieser Auftrag ist wiederum an die lebensweltliche Perspektive anschlussfähig, denn

„[im] wachsenden allgemeinen Bedarf an Hilfe bei der alltäglichen Bewältigung von Normalität bezieht sich Soziale Arbeit nicht mehr nur auf die Arbeit mit den klassischen Zielgruppen [...], sondern vertritt eine Ausweitung ihrer Aufgaben als generelles Hilfsangebot für alle“ (Grunwald/Thiersch 2008, S. 15f.)

und er ist konsensfähig, und zwar deutschlandweit als Zielvereinbarung, „gesellschaftliche [...], soziale Entwicklungen und den sozialen Zusammenhalt sowie die Stärkung der [...] Selbstbestimmung [...] von Menschen [zu fördern]“ (DBSH/FBTS Soz. Arb. 2016: 2) sowie international als „Förderung des sozialen Wandels [...] und des sozialen Zusammenhalts sowie die Stärkung und Befreiung des Menschen“ (IASSW zit. n. Leupold 2016: 57).

Corinna Ehlers (2019) elaboriert die o. g. widersprüchlich erscheinende Herausforderung im Case Management als eine Differenz zwischen einer linearen und einer systemischen Denkweise in den Unterstützungsprozessen. Zur Erläuterung: Eckard König und Gerda Volmer-König (2020) führen zwei sich widersprechende Modelle an: das Eigenschaftenmodell, nachdem menschliches Handeln auf relativ stabilen persönlichen Eigenschaften basiert, sowie das dieser Sichtweise widersprechende Systemmodell, was den Blick auf die Zirkularität und Kontextualität menschlichen Verhaltens legt. Case Manager\*innen stehen nach Ehlers einerseits in der Verantwortung, den interdependendierenden Beziehungsgefügen in deren Wirkung auf die Menschen Rechnung zu tragen, und sich andererseits mit relativ einfachen Korrelationen linearer Abfolgen, die sich teilweise exakt messen und planen lassen, also linearen Denkstrukturen von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen auseinanderzusetzen, die auch von Akteur\*innen im Feld favorisiert werden, deren Wunsch nach quantifizierbarer Ergebnisindikatorik vorherrscht. So entfaltet die Gesundheitswissenschaftlerin das tägliche Dilemma der Case Manager\*innen, zwischen einer unzureichenden Output-Orientierung, deren Ziel es sei, „Versorgungssysteme und -abläufe effizienter zu gestalten“ (ebd.: 20), und der Outcome-Orientierung, welche „die Lebenszufriedenheit oder subjektives Wohlbefinden“ (ebd.: 21) erfasse, regulieren/balancieren zu müssen. Wenn sich Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens von einem schnellen arbeitsergebnisheischenden „Output-Paradigma“ lösen wollen, so die Autorin, um sich „an den Interessen und Wünschen der KlientInnen (und auch der MitarbeiterInnen)“ zu orientieren, würde sich „das Verständnis von Effektivität und Effizienz verändern“ müssen (ebd.: 23).

Mennemann et al. sehen diese Ambivalenz vor dem Hintergrund der Verpflichtung zur Leistungstransparenz als auflösbar an. Wirksamkeit und Haushaltlichkeit von Mitteln – so kann das Autor\*innenteam verstanden werden – erfüllten

sich nämlich durch kooperative Klarheit gegenüber anderen Akteur\*innen, etwa Kostenträgern und Kooperationspartner\*innen (Mennemann et al. 2009: 11). An anderer Stelle warnt Mennemann davor, dass Case Management durch eine rein ökonomische Anwendung falsch gebraucht werden könne, und empfiehlt deshalb, die Outcome-Orientierung im jeweiligen Leitbild zu verankern, um der wirtschaftlichen Perspektive eine ebenso zentrale adressat\*innenorientierte Perspektive anbeistellen zu können (2008: 58). Auch Heiko Kleve ist darum bemüht, im Sinne einer kooperativen Praxis, eine Integrationsleistung beider Auffassungen emergierend zu vollziehen. Sein integratives Verständnis soll einladen, die Ressourcenaktivierung bei Adressat\*innen und ihrer Umwelt durch die Case Manager\*innen dahingehend zu prüfen, ob sich dieser Prozess tatsächlich an „Selbsthilfe und Subsidiarität“ in der Art orientiert, dass „Unabhängigkeit und Selbständigkeit“ erhalten bleiben, statt die „Selbsthilfepotentiale“ (ebd.: 49f.) von Menschen geradezu zu schwächen, indem diese durch die Hilfe selbst reduziert werden. Er lenkt den Blick auf die Potenziale von Ökonomisierung, mit der Absicht, aus Wirklichkeitsgewohnheiten zu wecken, welche gegenüber deren kreativen Natur blind machen mögen. Durch diesen „Kunstgriff“ würden beide Aspekte im Sinne eines „Sowohl-als-auch“ vorteilhaft integrierbar. Case Management appelliere an die Eigenverantwortungskompetenz der Bürger\*innen. Kleve plädiert deshalb für diese Form der Selbstermächtigung, die auch als ein aktivierendes Empowerment bezeichnet werden könne – Stichwort Bürgeraktivierung. Damit wird Empowerment zu einem Leitmotiv (Löcherbach/Puhl 2016) der Arbeit, nach welchem Menschen über Möglichkeiten verfügen, kompetent ihr Leben zu gestalten (Selbstverantwortung). Case Manager\*innen unterstützen eher zurückhaltend, partizipativ und selbstwirksamkeitsfördernd dabei, diese individuellen Wege zu finden. Lambers verwendet in Anlehnung an Herriger den Begriff der „Selbststeuerungsmacht“ (2020: 401), die es in diesem Sinne eröffnend zu aktivieren gälte. Norbert Herriger bietet die Begriffe „Selbstbefähigung“, „Selbstermächtigung“ und „Stärkung von Eigenmacht und Autonomie“ (2020: 13) an.

Des Weiteren betont diese Methode die ausgeprägte Arbeit an den sozialen Bezügen – Netzwerkarbeit. Ganz grundsätzlich versteht Wolf Rainer Wendt darunter:

„Soziale Netzwerke sind Beziehungsgeflechte, die auf Grund eines gemeinsamen Interesses bestehen und von irgendeiner Stelle aus bei Bedarf aktiviert werden können. Es gibt sie auf der institutionellen Ebene und auf der Ebene persönlicher Kontakte und Verbindungen. Ein Case Manager baut, schon bevor er für eine einzelne Person tätig wird, ein möglichst weitreichendes und dichtes Netz von Beziehungen auf, so dass er bei Bedarf Ansprechpartner hat und weiß, wo Hilfen zur Verfügung stehen.“ (Wendt 2010: 110)

Empowerment vollzieht sich nun im Kontext von Case Management nach Herriger mittels vier Strategien, nämlich erstens als „embedding“ als soziale Unterstützung: „Empowerment zielt zum einen auf das Stiften von neuen Netzwerken und Zugehörigkeitsgemeinschaften [...] einer solidarischen Vernetzung“ und zweitens auf der Ebene kollektiver Selbstorganisation im Rahmen von „Bürgerengagement“ (ebd.: 160), „Solidargemeinschaften“ (ebd.: 163) als Unterstützungsressourcen. Herriger schreibt dazu:

„Die Netzwerk-Forschung nimmt an, daß die Befriedigung dieser sozialen Bedürfnisse wie eine Art psychosozialer Schutzschild wirkt. Soziale Unterstützung erfüllt dort, wo sie vom Subjekt als befriedigend erlebt wird, allgemeine präventive und salutogenetische Wirkungen. Sie ist Gegengift gegen Einsamkeit, Depression und resignativen Rückzug.“ (Herriger 2020:174)

Eine dritte Strategie ist das Empowerment auf der institutionellen Ebene. Bürger\*innen erlangen gestaltende Teilhabe u. a. an „Dienstleistungsgestaltung und Entscheidungsfindung im Kontext von Verbänden, Sozialverwaltungen und kommunalpolitischen Gremien“ (ebd.: 184). Eine vierte Ebene ist das ehrenamtliche Engagement, welches sich neben den „psychosozialen Domänen [...] in den Bereichen Erziehung, Pflege und Betreuung [...] auf] Arbeitsfelder wie Ökologie und Umweltschutz, Friedensarbeit und die Betreuung der Opfer von Krieg, Vertreibung und Gewalt“ (ebd.: 188) erstreckt.

Zusammengefasst setzt empowerndes Case Management *mit* den sozialen Bezügen nach Kleve auf die „Aktivierung der Selbsthilfepotenziale in der Lebenswelt“ (ebd.: 56) mit dem effizienten Ertrag, professionelle Ressourcen zu schonen bei gleichzeitig hohem Nutzen für die Bürger\*innen. Damit gewännen Aufgaben wie Steuerung (gatekeeping) und Vermittlung (brokering) im Verhältnis zu einer – nach seiner Vorstellung – eher reduzierteren, „eher distanzierte[n]“ (57) Beziehungsarbeit (supporting) an Bedeutung. Schließlich führt Kleve das Argument an, dass einer „Überschneidung verschiedenster Unterstützungsangebote“ (57), wie sie durch Spezialisierung und Differenzierung von Berufsgruppen entstehen mag, und, das darf mit Altmeyen ergänzt werden, einen (zumindest teilweisen) Ausschluss von bestimmten Adressat\*innen von z. B. therapeutischen, pflegerischen oder ressourcenmäßigen Leistungen zur Folge haben dürfte, weil sich diese im Gesundheitssystem gar nicht zurechtfinden, (461) durch eine koordinierte Kooperation als Schnittstellenmanagement effektiv entgegengewirkt werden könne.

## 3.2 Salutogenetische Gesundheitsförderung

Für Hildebrandt et al. steht fest:

„[...] die Aufgabe [...] der Case Manager:innen besteht primär darin, die bestmögliche Entfaltung der salutogenen Ressourcen des Patienten und der Unterstützungsumgebung zu ermöglichen“ (2020: 165).

Doch worin mag eine „salutogenetische Wirkung“ (Herriger 2020: 174) liegen?

In ihrem Werk mit dem Titel „Lehrbuch der Gesundheitsförderung“ bieten Jennie Naidoo und Jane Wills die bei der salutogenen Spurensuche zunächst wichtige Definition des Begriffs *Gesundheit* als einen „Zustand des umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Behinderung“ an (WHO 1946, zit. in Naidoo/Wills 2019: 32). Sie stellen fest, dass Gesundheit oder Krankheit tatsächlich schwer exakt festzulegen wären. Deshalb schlagen sie vor, individuelle Gesundheit, („well-being“) (ebd.34) in verschiedenen sich bedingenden Dimensionen zu betrachten, bestehend aus physischer, psychischer, emotionaler, sozialer, spiritueller und sexueller Gesundheit und Einflussfaktoren

- auf der gesellschaftlichen Ebene, wozu etwa Wohnen, Nahrung, Einkommen und Integration gezählt wird,
- auf der umweltlichen Ebene, zu welcher der Lebensraum, Verkehr, Hygiene und Nahrung zählen und
- auf der globalen Ebene.

Aus der Perspektive einer Case Manager\*in ergibt sich die Frage, was aber nun „Wohlbefinden“ ausmachen mag, dass es anzustreben gilt. Naidoo und Wills antworten: „Sich wohlfühlen und geistig fit zu sein sind wichtige Merkmale psychischer Gesundheit. Dies führt zugleich zu einer besseren physischen Gesundheit, höherer Produktivität“ (2019: 34) und, so die Autorinnen weiter, mit Blick auf die „Beteiligung am Gemeinschaftsleben“ wiederum zu Wohlbefinden (ebd.). Insofern kann Wohlbefinden als eine sozial determinierte individuelle Wirklichkeitskonstruktion verstanden werden, deren Genese sich im Alltag der Menschen vollzieht.

Klar wird damit, gesundheitsförderndes Case Management muss im Sinne des Kulturkritikers Ivan Illich einer klinisch (z. B. unangepasster Umgang mit Medikamenten), sozial (z. B. mangelnde Gesundheitserhaltung) und kulturell (z. B. schädliche Heilserwartungen durch eine medikalisierte Mentalität) konstruierten Iatrogenese entgegenwirken, die Wohlbefinden sogar verhindern kann (Illich 2007). Ebenso wird mit Norbert Herriger deutlich, dass Defizitperspektiven ins-

gesamt, etwa durch die Inszenierung von Hilfebedürftigkeit und damit verbundener erlernter Hilflosigkeit, vorgebeugt werden muss. Zwar seien „Erfahrungen der Hilflosigkeit, der Demoralisierung und der Ohnmacht [...] immer wieder das Ausgangsmaterial für die institutionalisierte helfende Beziehung [...] und so fordern] Erfahrungen von Krisen und subjektiver Notlage“ (Herriger 2020: 65) Fachkräfte auf, alltagstheoretisches Erfahrungswissen freizulegen und zu würdigen, etwa zu Ursachen von Krankheiten oder zu den Gründen misslungener Krankheitsbewältigung, doch brauche es unbedingt den reflexiven Verzicht auf „entmündigende Expertenurteile über die Definition von Lebensproblemen“ (ebd.: 77).

Case Manager\*innen folgen deshalb dem Erfahrungswissen der Menschen und bieten darüber hinaus weitere, kontingenzfördernde fachliche Perspektiven zum individuellen Krankheitsverstehen an.

Ergänzend zu einem medizinischen Modell, mittels dessen sich Gesundheit als Absenz von Krankheit zeigt, stellt das Modell der Salutogenese (Antonovsky 1997) dessen pathogenetischen Fokussierung auf Erkrankungsursachen und Risikofaktoren eine für Case Manager\*innen nutzbare Perspektive anbei, wenn es sie zu der Frage einlädt, warum Menschen, trotz Krankheitserfahrungen, gesund bleiben. Mittels dieses Blickwinkels wird ebenso erkennbar, dass Gesundheit und Krankheit auch psychosozialer Natur sind.

Nehmen Case Manager\*innen diese Perspektive ein, folgt daraus,

- dass Gesundheit eine Gemengelage aus verschiedenen Faktoren ist,
- dass Prävention eine zentrale Rolle spielt,
- dass (soziale) Selbsthilfe zentraler Arbeitsansatz wird und
- dass ein selbstbestimmter Umgang mit Gesundheit und Krankheit erreicht werden kann.

Ihre subjektorientierte, supportive Arbeit zielt damit besonders auf Gesundheitsbildung ab, die als ein empowernder Auftrag verstanden werden mag (Gollner et al. 2018: 43). Dabei geht es um eine bewusstseinsfördernde Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Problemen sowie möglichen Lösungen (Coping),

„indem

- Belastungssituationen verständlich analysiert werden,
- Vertrauen in die eigene Gesundheitsförderung verstärkt wird,
- Lösungsmöglichkeiten erprobt werden können und
- Erfolge sichtbar gemacht werden“ (Rövekamp-Wattendorf 2020: 14).

Diese aktivierende Rolle der Fachkräfte als sogenannte Supporter schließt ein,

- das individuelle Problemverständnis (Wirklichkeitskonstruktion) der Adressat\*innen zu treffen und dann zu erweitern,
- lebensweltliche und hilfesystemmäßige Voraussetzungen zugänglich zu machen (soziale Ressourcenarbeit),
- an vorhandenen Stärken/Kompetenzen anzuschließen (psychische Ressourcenarbeit) und
- symmetrische Kommunikation zu fördern (z.B. im Umgang mit Fachsprache oder Fachwissen).

Das Salutogenesemodell vermittelt also ein Verständnis davon, warum Menschen, trotz gesundheitlicher Probleme, es vermögen, gesund zu sein. Ein Mensch bewegt sich nach dem Modell Antonovskys in einem

„Kontinuum zwischen Gesund/Wohlbefinden und Krank/Missemmpfinden unter dem Einfluss stressender Herausforderungen (Stressoren) und abhängig von zwei Faktoren: seinem Kohärenzsinn und seinen Widerstandsquellen“ (Rövekamp-Wattendorf 2020: 15).

Die Förderung des Kohärenzsinns als Gefühl, die herausfordernde Situation verstehen zu können und auch die Fähigkeit zu besitzen, diese bewältigen, sowie die damit verbundenen Herausforderungen gestalten zu können, gehört zu den supportiven Aufgaben.

Des Weiteren: Die Arbeit an den funktionalen Widerstandsquellen als unterstützende soziale Struktur verlangt, in der Rolle der Gatekeeper\*in Zugänge zu Unterstützungssystemen freizumachen, in der Rolle der Advocates im Umgang mit Herausforderungen die Interessen der Menschen zu vertreten, in der Rolle der Implementer und Broker gesundheitsfördernde Infrastrukturen zu schaffen und zu koordinieren.

Vermittels des Homöostase-Begriffs mögen Menschen gemeinsam Fähigkeiten entwickeln, einen dynamischen, regulativen Zustand gegenüber Anforderungen im Sinne einer Health-Ease zu balancieren (Rövekamp-Wattendorf et al. 2018: 176). Einhergehend mit dem Ziel des selbstbestimmten Umgangs mit Gesundheit und der Erlangung dazu notwendiger Fähigkeiten wird von Case Manager\*innen erwartbar – quasi „bottom-up“ – die Rolle als Expert\*innen durch die Rolle der Unterstützer\*innen zu ersetzen, welche Gesundheitsförderung in Gang bringt, begleitet und in Selbstverantwortung entlässt, im Vertrauen auf die (re-)aktivierten Selbstregulationsfähigkeiten der Menschen. Mit anderen Worten: Ihre Handlungen empoweren die Adressat\*innen sowie sämtliche anderen Bürger\*innen in der Region, durch nondirektive Beratung hinsichtlich der Aktivierung ihrer Stärken auf persönlicher

wie sozialer Ebene, wozu auch Öffentlichkeitsarbeit zu zählen ist. Dazu schreiben Mennemann et al. (2009: 11):

„Die Ziele berücksichtigen den individuellen und gesellschaftlichen Kontext [... der] Veränderung der Adressaten-/Klientenumgebung und externer Leistungserbringung [... um am] Alltag der Bezugsgruppe teilhaben [zu] können (Teilhabe am Arbeitsleben, am Leben in der Gemeinschaft und am kulturellen Leben.“

Naidoo und Wills schlagen beispielhaft dazu folgendes methodisches Vorgehen in der Arbeit mit den Adressat\*innen vor: Mittels biografischer Analysen gelänge es zunächst, Erinnerungen wachzurufen, die als Ressourcen nutzbar seien. Auf sozialräumlicher Ebene schlagen sie vor, „soziale Gruppen [...] zu empowern, ihre gesundheitlichen Probleme zu artikulieren, und gemeinsam mit ihnen einen Aktionsplan zur Lösung ihrer Probleme zu erarbeiten“ (2019: 167).

Damit stellen sie, in Anlehnung an die Arbeit von Peter Franzkowiak (2006), die Chancen in Aussicht, mittels sozialräumlich präventiver Maßnahmen

- gesundheitsfördernde Politik zu etablieren,
- bürgerschaftliches Engagement zu unterstützen und
- Öffentlichkeitsarbeit zu entwickeln.

Hierbei bieten sie zwei Maßnahmenstränge an. Als strukturbildend werden dabei u. a.

- Gesundheitsentwicklungspläne,
- Gesundheitskonferenzen,
- Gesundheitstreffpunkte und
- Gesundheitsberatungsstellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes

möglich.

Als zielgruppenorientierte Maßnahmen schlagen sie u. a. vor:

- Ernährungsberatung,
- kultursensible Gesundheitsberatung oder
- Angebote der Bewegungsförderung.

Die Gesundheitswissenschaftlerinnen postulieren, dass der Empowermentansatz in der Gesundheitsförderung als gesetzt gilt (Naidoo/Wills 2019: 164ff.). Grundsätzliche gälte, dass sich der Einfluss und die Macht von Menschen im Umgang mit

Gesundheit auch auf die Gestaltung ihrer Lebensverhältnisse beziehen müsse. Empowernde und partizipative sozialräumliche Ansätze, wozu auch darin eingebundene politische Bildung zu zählen sei, trügen dazu gesundheitsfördernd bei, Bedingungen zu verändern. Somit sei etwa die Initiierung eines community developments ein Beitrag, mittels Zugehörigkeit und Identifikation sowie eines gemeinsamen Interesses, Wohlbefinden zu erhöhen, etwa in Selbsthilfegruppen. Diese gelten als social capital, also als gesundheitsförderliche Ressourcen, die sich in sozialen Netzwerken entwickeln. Sie wirken u. a. partizipativ, kohärenz- und engagementfördernd sowie vertrauensbildend. Zusammengefasst heißt das:

„Soziales Kapital beschreibt den Grad des sozialen Zusammenhalts, der innerhalb von Gemeinschaften zu finden ist. Soziales Kapital bezieht sich auf Prozesse zwischen Menschen, die Netzwerke, Normen und soziales Vertrauen hervorbringen sowie Koordination und Zusammenarbeit erleichtern.“ (WHO zit. nach Knesebeck 2015 in Naidoo/Wills: 330)

So wird das Erfordernis deutlich, Gesundheitsförderung auch als einen unverzichtbaren Beitrag von Bürger\*innen in sozialen Räumen, z. B. in Regionen, zur Verbesserung von Lebensqualität aus vier Gründen zu denken:

1. Soziale Verbundenheit wirkt sich auf individuelle Gesundheit aus.
2. Partizipative Arbeit wirkt Machtlosigkeitserfahrungen und Ausgrenzung entgegen.
3. Partizipation erschließt kontingente Ressourcen sozialer Netzwerke.
4. Sämtliche Gesundheitsdienste können mittels Vernetzungsaktivität eine gesundheitsfördernde Umwelt schaffen.

Insofern können adressat\*innenorientierte, gruppenfördernde und sozialraumentwickelnde sowie gesundheitsdienstverbessernde Anforderungen an Case Management mit dem Sozialraum zusammenfassend festgehalten werden. Sie gelten in Gänze der Förderung der Gesundheitskompetenz und des Selbstmanagements, der Verbesserung des sozialen Zusammenhalts und des Zugehörigkeitsgefühls, der Mobilisierung von Interessenvertretung und Ehrenamtlichkeit sowie der organisationalen Verbesserung der Kooperation professioneller Akteure. Hierzu stellen Michael Katzer und Sabine Schäper fest, dass Partizipation nicht nur „ein Grundelement politischen und sozialen Lebens“ (2019: 181) sei, sondern, um der Verschiedenartigkeit der Bedürfnislagen und „Teilhabewünsche“ (ebd.: 180) von Menschen gerecht zu werden, es strukturell verankerte und zugängliche Beteiligungsverfahren brauche. Diese wären dann Lern- und Erfahrungsfelder, die auch Case Manager\*innen zu besonderen Kooperationsbeziehungen einladen. Katzer und Schäper stellen deshalb u. a. aufsuchende Beteiligungsverfahren vor, wozu auch Sozial-

raumerkundungen gezählt werden, die verschiedenen Partizipationsbarrieren wie etwa gesellschaftlichen Marginalisierungen, negativen Rollenattributen, aber ebenso biografischen Barrieren als negative Beteiligungserfahrungen sowie sozioökonomischen Barrieren entgegenwirken (ebd.: 157).

Deutlich wurde in diesem Absatz, dass die ausgeprägte Ressourcenorientierung des Case Managements nach Naidoo und Wills auch eine entsprechende Sozialraumentwicklung einschließt (ebd.: 339). Gesundheit hängt in einem hohen Maße von den Zugangsvoraussetzungen und den Aufenthaltsbedingungen von Regionen ab. Insofern interdependieren Wohnsituationen, soziale Bezüge und soziale Teilhabe. So weist Bianca Rodekohl (2019: 86ff.) vor dem Hintergrund selbstbestimmter Lebensführung laut Art. 19 UN-BRK (Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft) in diesem Zusammenhang darauf hin, dass eine inklusiv ausgerichtete Sozialplanung Menschen mit einer Behinderung Ressourcen erschließen kann, die es diesen wiederum möglicher machen, Teilhabe und Selbstständigkeit sicherzustellen. Deshalb tritt sie für die Erfordernisse ein, mittels inklusiver Quartiersanalysen die Bedürfnisse dieser Zielgruppe nicht nur politisch sicht- und kommunizierbar zu machen, sondern ebenso sozialräumliche Netzwerke auszubauen und dabei nachhaltige Beteiligungsprozesse zu forcieren. Statt entlang von „Versorgungsmängeln“ Dienste top-down zu implementieren, würde es vor dem Hintergrund des salutogenetischen Konzepts zum Ziel, zunächst gesundheitsfördernde Strukturen in ihrer Wirkung auf die Kompetenzen der Menschen zu erfassen (soziales Kapital) und diese dann entsprechend in ihrer Aktivität zu unterstützen. Daraus resultiere wiederum das Erfordernis, das Erfahrungswissen der Bürger\*innen zu integrieren, „die Bereitschaft von ihnen zu lernen“ und diese community led geböte es, diesen Wissensbasen „entsprechende Geltung zu verschaffen“ (Naidoo/Wills 2019: 344).

Schließlich lässt sich aus diesen Verständnisrahmen auch ein berufliches Rollenverständnis ableiten, welches Case Manager\*innen reflektieren mögen. Zu ihrer Obliegenheit würde es, die in ihren jeweiligen spezifischen Ausbildungen angeeigneten Fachsprachen, exklusiven Wissensbestände und Zuständigkeitsbereiche zu erweitern. Spezifisches Expertenwissen ist um das Erfahrungswissen der Bürger\*innen zu erweitern. Für Thomas Olk (1986) ist der Abschied vom Expertenwissen zugunsten der Förderung bürgerschaftlichen Engagements auch ein Aufbruch zu einem alternativen Professionsverständnis in dessen Zentrum die Aufgaben der Vermittlung, Befähigung und Unterstützung stehen. Ebenso wird es notwendig, ein generalisiertes Wissen anderer Berufsgruppen zu erlangen. Silvia Staub-Bernasconi bereits genannter Begriff „Spezialisierte(r) Generalistin oder Generalist“ (1995: 103) mag dazu dienen, das Dilemma des Boundary-work zu lösen. Einer zu engen fachlichen Wissensbasis könnte entgegengewirkt werden, wenn spezialisierte Wissensbestände erstmal zur Verfügung stehen und wenn dann, im Sinne transprofes-

sioneller Kommunikation, Beiträge anderer Akteure in die eigenen Wissensbasen Einzug fänden. Ein solches, transformatives Milieu wäre geprägt von dem Wunsch, andere Zugänge zu verstehen und zu einem gemeinsamen Verständnis zu kommen. Zu den notwendig werdenden prozessorientierten Kompetenzen gehören z. B. Organisationsentwicklung, Kommunikationsfähigkeit und Evaluationskompetenzen. Notwendig wird dazu eine transitorische, antizipative und adaptive Aktivierungsenergie.

Zusammengefasst mögen Case Manager\*innen folgende Vor- und Nachteile salutogenetischer, ressourcenorientierter, sozialräumlicher Handlungsanforderungen hinsichtlich der Gestaltung eines so ausgerichteten Berufsrollenverständnisses abwägen: Ist die Nutzbarmachung eines sozialen Kapitals durch transprofessionelle Vernetzungsaktivität den Betroffenen wirklich dienlich und ist eine solche regionale Kultur der Kooperation dauerhaft aufbaubar? Vorteilhaft mag es sein, ein Netzwerk für Menschen zu initiieren, in welchem ein Bewusstsein vom Konnex zwischen sozialen Bedingungen und Gesundheit oder Krankheit existiert. Doch innerhalb welcher Größenordnungen ist solch ein Netz sinnvoll gestaltbar? Zwar mag der Beteiligungsprozess der Adressat\*innen an dieser Netzwerkarbeit befähigend wirken und Selbstvertrauen fördern, doch: Wie erschließen sich ihnen solche Gesundheitsnetzwerke regional? Netzwerkprozesse mögen nachhaltig Fähigkeiten wie etwa Kommunikation, Selbstvertrauen, soziale Zuversicht bei Beteiligten fördern, welche generell zur sozialen Vernetzung genutzt werden können, doch: Wie viel Erwartung kann erfüllt werden hinsichtlich einer dauerhaften Implementierung, etwa ehrenamtlicher Netzwerke? Verantwortungen auf politischer Ebene können durch Lobbyarbeit erkannt und eingelöst werden, z. B. wenn individualisierte Problemzuschreibungen vor dem Hintergrund sozialer Verantwortung zugunsten eines umfassenderen Verständnisrahmens verlieren. Allerdings benötigt die praktische Umsetzung solcher transprofessionellen Vernetzungsaktivitäten nicht nur zeitliche Ressourcen, die Ergebnisse der Arbeit sind evaluativ nicht leicht feststellbar, was auch die Finanzierung erschwert, und zudem: Die Rollen sämtlicher Beteiligter wandeln sich. Hier mag es zu Konflikten in der kooperativen Zusammenarbeit kommen, wenn Vormachtstellungen oder Statusdifferenzen gegenüber anderen Berufen nicht aufgegeben werden. Eine konkrete Frage könnte dann lauten: „Mögen die Beteiligten überhaupt ihr Wissen und Können teilen?“ Die oben genannte Doppelperspektive von Ökonomie und Lebenswelt wird nicht ohne weiteres aufgelöst, wenn die Anforderungen von Leistungstragenden einer regionalen Sozialraumorientierung widersprechen, wenn z. B. Krankenkassen oder Behörden in der Vernetzungsarbeit wenig Sinn sehen, obwohl die Pflicht zur Förderung von Chancengleichheit besteht (Naidoo/Wills 2019: 351ff.) und ebenso attestiert Norbert Herriger dem empowernden Ansatz den Verlust seiner „emanzipatorischen Kraft“ und damit seiner fachlichen Wirkung, wenn es Gesundheitsfördernden nicht gelänge, sich gegen

solche Vereinnahmungen und Instrumentalisierungen zu wehren, welche lediglich auf effiziente Behandlungsstrategien setzten (Herriger 2020: 85). So fügt sich die Vernetzungsaktivität nicht ohne weiteres in die Arbeit von Case Manager\*innen ein, obwohl von ihnen erwartet werden mag, gesundheitsbezogene Versorgung sozial-räumlich zu etablieren.

Dennoch: Untersuchungen hinsichtlich des Effektes kooperativer Zusammenarbeit, z. B. auch zur Arbeitszufriedenheit der professionellen Player, könnten Klärung bringen. Bestünde Raum, tatsächlich effektiv prädisponierende Einflussfaktoren zu verändern statt metaphylaktisch Probleme einzelner Adressat\*innen zu bearbeiten, wäre es mit Naidoo und Wills spannend zu klären, ob nicht nur Case Manager\*innen dann mit ihren „erzielten Ergebnissen vollauf zufrieden“ (2019: 356) sein können. Kritisch resümierend stellen die beiden Gesundheitsforscherinnen jedoch gleichfalls fest, dass sich die Erfolgsquoten solcher Maßnahmen aufgrund ihrer besonderen Wirkweise schlecht evaluieren lassen. Ob es entsprechend nachweisbar sei, dass vorgestellte Interventionsmaßnahmen tatsächlich Einfluss auf Gesundheit haben oder ob die „mit dem Empowermentansatz erzielten, positiven Ergebnisse vage und schwer spezifizierbar“ (ebd.: 168) bleiben, wäre im Gegensatz zu quantifizierbarer Ergebnisindikation noch zu dokumentieren.

### 3.3 Funktionen und Rollen als Case Manager\*in

Als Intervention kann mit Wolf Rainer Wendt die „Tradition der Humanberufe, mit ihrem Handeln in das Leben von Menschen einzugreifen“ (Wendt 2010: 42), bezeichnet werden. Doch für welche fachlichen Handlungen entscheiden sich Case Manager\*innen in ihren vielfältigen Rollenanforderung?

Aktuell dokumentieren zahlreiche Veröffentlichungen zum Case Management zum einen hohe Bedeutungsgebungen, zum anderen aber auch recht heterogene Umsetzungsvorstellungen zum fachlichen Handeln (Wendt 2010; Pfannstiel et al. 2017; Altmeppen 2012; Lambers 2020; P. U. Wendt 2021; Kleve 2021). Beispielsweise dokumentieren Munshi et al. ihre positiven Erfahrungen mit konnektierenden „einrichtungübergreifenden Gesundheits- und Patientenakte[n]“ (2017: 15), mit denen sie darauf abzielen, Gesundheitsdienste stärker zu vernetzen. Andere Beiträge zu Entwicklungsperspektiven, etwa von Gesundheitskiosken, oder zur Förderung von Selbsthilfegruppen für chronisch kranke Menschen prognostizieren eher eine hohe gesundheitspolitische Ausrichtung fachlichen Handelns (Hildebrandt et al. 2021).

Im Folgenden soll zunächst ein mehrphasiges, zirkuläres Modell eines Regelkreises des Unterstützungsprozesses nachgezeichnet werden (Altmeppen 2012; Kleve 2021; Mennemann et al. 2009), das in Anlehnung an Peter-Ulrich Wendt (2021) acht Elemente als *Arbeitsweisen* enthält, welche in einer rhizomatischen

Weise verbunden sind und in denen bestimmte *Techniken* zur Prozesssteuerung zum Einsatz kommen können (Müller 2021: 71ff.):

1. Im ersten Schritt des Outreach geht es um proaktive, kontaktaufnehmende Maßnahmen, die einen Zugang zur Hilfe ermöglichen sollen. Von besonderer Bedeutung ist dabei u. a. die sozialräumliche Nähe, um Unsicherheiten verursachende, also hemmende Schwellen zu reduzieren, indem durch regionale Vertrautheit Hilfeangebote zugänglich werden. So mag es dann wahrscheinlich werden, in ersten Gesprächen den dargelegten Fall, etwa einen besonderen Versorgungsbedarf, gemeinsam identifizieren zu können.
2. Die genaue Einschätzung und die Bewertung der Ausgangssituation/Lebenssituation findet im Assessment statt. Einer kooperativen biopsychosozialen Gesamtbedarfsermittlung folgt ein Ressourcencheck. Hierzu werden objektive Kriterien wie etwa Bewertungsskalen und Expertisen der Fachkräfte sowie hermeneutisch gehobenes Erfahrungswissen der Menschen zusammengebracht. Umfängliches Assessment setzt also, quasi notwendigerweise, integrative Transdisziplinarität voraus. Müller weist auf die Nutzbarmachung der Techniken des Psychodramas, auf die Arbeit mit der Netzwerkkarte und die Netzwerk-Ethnografie hin (ebd.). Eine partizipative Erschließung kontingenter Ressourcen sozialer Netzwerke darf nicht fehlen.
3. Das Planning führt zur gemeinsam ausgehandelten Festlegung von Zielen und zur Handlungsvorbereitung/Arbeitsplanung. Soll diese Phase transdisziplinär angelegt sein, muss auch hier die lebensweltliche Gesamtsituation erfasst werden, um nachhaltige Veränderungen anzuregen. So erwächst die Anforderung, nicht nur adressat\*innenorientierte, sondern auch gruppenfördernde und sozialraumentwickelnde und gesundheitsdienstvernetzende Vorgehensweisen zu planen. Des Weiteren wird es notwendig, im Sinne eines negotiable boundarywork, vermeintliche Disziplinargrenzen zu überwinden, um die Koproduktion von Versorgung zwischen sämtlichen Akteuren zusammenspielend sicherstellen zu können (transformatives Milieu). Für eine operationalisierte Zielplanung schlägt Müller das Arbeiten mit konkreten schriftlich fixierten Vereinbarungen zur Zielbenennung sowie als Visualisierungshilfe die Sechs-Feldkarte vor, mittels derer ein Ablaufplan für das Arbeitskonzept entsteht (ebd.: 75ff.).
4. Die konkrete Umsetzung der Maßnahmen wird unter dem Begriff Intervention zusammengefasst. Darunter werden mittels eines transprofessionellen Anspruchs die Zielsetzungen und Handlungspläne der Profis verschiedener Dienstleistungen sowie der Bürger\*innen vernetzt zu koordinieren sein (Kultur der Kooperation). Peter-Ulrich Wendt betont für diese Phase ausdrücklich bürger-schaftliche Mitwirkungsverantwortung (Wendt 2021: 352). Zur Koordination

der Maßnahmen entwirft Müller Begleitbögen, mit denen auch bereits kleine Fortschritte dokumentiert werden können (Müller 2021: 77).

5. Monitoring oder Linking stehen als Begriffe dafür, dass der Hilfeprozess fortschreitend hinsichtlich der Qualität der Entwicklung der Einzel- wie der Gesamtmaßnahme und der Zusammenarbeit kontrolliert werden muss, was auch die Effizienz betrifft. Wendt betont, dass im Sinne von „reassessment“ (Wendt 2021: 354) eine fortschreitende Bewertung des Hilfeprozesses in einer Neudefinition von Bedarfen, Ressourcen usw. münden und somit neu an die zweite Phase des Regelkreises anschließen kann.
6. Kleve weist auf die vielschichtige Bedeutung von Advocacy, also der Sensibilisierung sämtlicher Menschen für die Belange der Adressat\*innen, hin (Kleve 2021: 55) Eine solche strategische Einflussnahme als Sprachrohr, als Organisator massenmedialer Kampagnen, insbesondere für benachteiligte Bevölkerungsgruppen, also gezielte Kampagnen, auch das Auslösen öffentlicher Debatten gegenüber Politik und Verwaltung beschreibt ebenso Staub-Bernasconi als ein Teilziel von Öffentlichkeitsarbeit: Es gehe um „die Schaffung und Unterstützung des Zugangs von Individuen und Gruppen zu den gesellschaftlichen Teilsystemen Bildung, Wirtschaft, Politik, Kultur, Gesundheits- und Sozialwesen und damit soziale Integration [sowie] die Überwindung von individueller oder gruppenbezogener Ohnmacht, verursacht durch die Verweigerung der Erfüllung von legitimen Ansprüchen und Forderungen [und] die Einmischung in öffentliche Diskurse zwecks Thematisierung von privatisierten Nöten, verletzten Menschenrechten und einer allfälligen Diskrepanz zwischen Legalität und ethischer Legitimität von Verfassungen und Gesetzgebungen“ (Staub-Bernasconi 2018: 282).
7. Die Evaluation klärt, so Kleve (2021: 55f.), Verlauf und Ergebnisse des Hilfeprozesses hinsichtlich Effektivität und Effizienz. Sie mag neben einer abschließenden Auswertung auch prozesshaft an verschiedenen anderen Stellen der Hilfe (Zwischenevaluation) sinnvoll durchgeführt werden. Mittels einer dreiteiligen Skala lassen sich nach Müller verschiedene Stufen der Zielerreichung durch Indikatorenbildung sichtbar machen (Müller 2021: 78f.).
8. Den Abschluss der Hilfe bezeichnet Wendt als „Disengagement“ (2010: 353). Case Manager\*innen ziehen sich aus den Aktivitäten zurück und werden gleichzeitig auch von anderen Beteiligten davon entbunden. Dieser Rückzugsprozess mag auch von den Bürger\*innen als Gewinn betrachtet werden.

Eine Kompetenzanalyse macht erkennbar, welche *Rollenanforderungen* als Fähigkeiten, Kenntnisse, Erfahrungen und Haltungen an Case Manager\*innen gerichtet werden können.

Im Gegensatz zum Überleitungsmanagement und zu klinischen Behandlungspfaden bietet für die regionale Arbeit das kontinuierliche Unterstützungsmanagement, also als community development eine geeignete Form des Case Managements, weil die Begleitung des sozialen Umfeldes „über den gesamten Betreuungsprozess“ gedacht wird, der Unterstützungsbedarf so lange gilt, bis die Umgebung insgesamt „dauerhaft stabilisiert“ ist, die Hilfe kontinuierlich auf den „Einzelfall ausgerichtet“ und individuell angepasst wird und schließlich „Sektorengrenzen“ der Kooperation überwindet, so Sandra Altmeyen (2012: 463). In der „Rolle“ der Case Manager\*innen werden dazu spezifische Verhaltensweisen notwendig, an welche bestimmte Kompetenzen gebunden sind, um bestimmte Funktionen im Prozess zu erfüllen. Mit den bereits o. g. englischsprachigen Begriffen assoziiert Wolf Rainer Wendt (2010: 42ff.) bestimmte Kompetenzanforderungen:

1. In der Funktion von Gatekeeper\*innen wird es den Fachkräften zur Aufgabe, den Adressat\*innen die Zugänge zu den vielfältigen Versorgungssystemen freizumachen. In einem kollaborativ ausgerichteten Entscheidungsprozess über mögliche Hilfen wird es wichtig, Informationen zu filtern, zu modifizieren und zu reduzieren. Hierbei spielen folgende Aspekte eine wichtige Rolle: die Form der fachlichen Autorität, die Überzeugungsarbeit als Mittel eines beteiligten Entscheidungsprozesses, der Umgang mit der Wissensmacht und der sprachlichen Macht. Quasi als Lotsen wachen die Case Manager\*innen über die gesamte Versorgung und entscheiden mit den Adressat\*innen über Inanspruchnahmen.
2. Die Funktion der Broker verlangt von Case Manager\*innen Kompetenzen im Bereich Beratung. Mögliche Hilfen werden nach Prüfung als Vorschläge unterbreitet, wenn notwendig initiiert, vermittelt und verknüpft. Zur Obliegenheit wird aber auch die Koordination der Dienstleister im Auftrage. Dies setzt auch regionale Kenntnisse voraus, wenn es darum geht, Angebot und Nachfrage zu vermitteln – es geht um die Erschließung unterschiedlichster Ressourcen.
3. Anforderungen an die Rolle als Advocat beginnen bei den individuellen Bedürfnissen der Menschen und nicht bei den Angeboten, z. B. der Profis, wenn es nötig wird, die Interessen der unterstützten Menschen zu vertreten. Diese anwaltliche Aufgabe kann auch stellvertretend wahrgenommen werden. Ein Kontrollaspekt dieser vertretenden Rolle schließt zudem ein, die Mitwirkung der Adressat\*innen im Hilfeprozess im Blick zu behalten.
4. Die Rolle der Supporter ist grundlegend auf die Unterstützung der Menschen in der Form ausgelegt, diese in ihrer (wiederherzustellenden) Autonomie stark zu machen. Klar ist geworden: Empowern meint, die Menschen anzuregen, sich für ihre eigene Gesundheitsförderung einzusetzen, aber ebenso, im Sinne eines spezifischen Verständnisses von „Hilfe zur Selbsthilfe“, diese befähigend zu bilden, etwa den Kontakt zu anderen Menschen in der Region kompetent zu ge-

stalten. Hier haben Case Manager\*innen zwei Ebenen im Blick: die Perspektive der Adressat\*innen und verstärkt die Förderung gesundheitsfördernder Strukturen im Sinne der partizipativen Entwicklung, Erschließung und Kontrolle eines Unterstützungsnetzwerkes (Rövekamp-Wattendorf 2020: 17). Die Qualität des Supports schließt entsprechend Partizipationsförderung ein, die sich nach Straßburger und Rieger (2014: 232f.) auf sechs Niveaus vollziehen kann, von denen die ersten drei Stufen lediglich Vorstufen von Partizipation sind.

5. Kompetenzen als Implementer besitzen Case Manager\*innen, wenn sie notwendige Hilfen in ihrer Umsetzung tatsächlich realisieren können, indem sie festgelegte Strukturen schaffen (Regeln), um vereinbarte Ziele zu realisieren. Womit in der Rolle von Guides auch eine aktivierende Realisierung von Handlungsschritten aufseiten der Adressat\*innen gemeint ist. Peter-Ulrich Wendt beschreibt die Rolle mit „fördern und fordern“ (2021: 354).
6. Schließlich „sorgen sie“ in der Rolle der Systemagenten „dafür (und kontrollieren sie), dass die im Einzelfall auch vertraglich übernommenen Aufgaben zielwirksam ausgeführt werden“ (ebd.: 353).

Die Arbeit von Britta Haye und Heiko Kleve mit dem Titel „Systemische Schritte helfender Kommunikation, Sechs-Phasen-Modell für die Falleinschätzung und die Hilfeplanung“ (Haye/Kleve 2021: 104ff.) bietet für einen dritten konzeptionierenden Schritt ein *fallstrukturierendes* Angebot für ein systemisch orientiertes Case Management. Die dort beschriebenen Schritte lassen sich rhizomatisch auf verschiedene Phasen wie etwa Assessment oder Planning beziehen.

#### Zum 1. Schritt: Kontextualisierung

Zu kontextualisieren bedeutet, dass „Gesundheit“ in Beziehung gesetzt wird zu anderen Inhalten, die mit dieser in einem Zusammenhang stehen, z.B. den Gesundheitsvorstellungen der Adressat\*innen. Case Manager\*innen gewöhnen sich konstruktivistisch an, Annahmen und Aussagen zur Gesundheit aus dem Kontext der Bedeutungsgebungen und Handlungen verschiedener Problembeteiligter zu verstehen. Insofern sind sie gut beraten, Bedeutungsgebungskontexte von Adressat\*innen genauso wie von Spezialist\*innen oder von Hausärzt\*innen, von Verwandten oder anderen Betroffenen miteinzubeziehen. Haye und Kleve unterscheiden grundsätzlich zwei soziale Kontextformen, also soziale Rahmen und Zusammenhänge, in denen problematisierte Situationen gezeigt werden (2021: 106), nämlich den lebensweltlich-familiären Kontext als ein sozialer Raum, der Probleme und Ressourcen der Menschen mitbestimmt, und den Unterstützungskontext, in welchem die beteiligten Hilfesysteme sichtbar werden. Gesundheitliche Sachverhalte oder Vorstellungen stehen demnach immer in einer Beziehung, in einem Zusammenhang zu anderen Inhalten und Vorstellungen in beiden Kontexten. So sind

dort vertretene Annahmen nur aus dem jeweiligen Kontext heraus zu verstehen. Kontextualisierung ist also auch ein vernetztes Denken. Case Manager\*innen reflektieren einerseits mit den Adressat\*innen deren Einstellungen und Handlungen vor dem Hintergrund von sozial getauschten Bedeutungsgebungen in beiden Kontexten, sie reflektieren andererseits die Auftragsklärung als eine Wirklichkeitskonstruktion ihrer Adressat\*innen und weiterer Beteiligter über Probleme, Erfahrungen und Lösungschancen, sie denken dabei auch über ihre Rolle, z. B. in der eigenen Institution, nach.

### Zum 2. Schritt: Problembeschreibungen und Ressourcen

Menschen können Probleme, so Haye und Kleve, auf einer biologischen, psychischen und sozialen Ebene erleben und ihnen kooperativ erfolgreich begegnen, wenn Veränderungsbereitschaft und -einsicht vorliegen. Dem Postulat des Stärkenansatzes folgend differenzieren sie „vier Ressourcendimensionen“, nämlich die persönliche (z. B. Gesundheit, Bildung, Geschick, Hobbys, Coping-Strategien), die sozial-lebensweltliche (die z. B. durch wertschätzende Kommunikation, gute Beziehungen, konstruktive Konfliktlösungen gekennzeichnet ist), die gemeinwesenmäßige (wozu auch Arbeitsplatz, Wohnraum, Mitgliedschaften, Solidaritäten, Grünflächen, Märkte, Infrastrukturen und (gesundheitliche) Versorgungssysteme zählen) und die sozioökonomische (etwa Arbeit und Besitz) Ebene. Alle Ressourcen lassen sich unter der Prämisse erkunden, dass sie auffindbar sind, z. B. mittels Ressourcenplänen und Netzwerkarten. Die Ressourcenorientierung erfordert jedoch das Training von Wahrnehmungs-, Definitions-, Umdeutungs- und Interaktionskompetenzen.

### Zum 3. Schritt: Hypothesenbildung

Gemeinsam mit Problembeteiligten können verschiedene Erklärungen gesucht werden, warum biopsychosoziale Probleme bestehen. So reduzieren sich aus unendlichen Handlungsmöglichkeiten bereits Anhalts- und Orientierungspunkte hinsichtlich des Vorgehens. Um der komplexen Verbundenheit der Problemebenen gerecht zu werden, sollten Hypothesen diese Bereiche ebenso verbindend einschließen, denn problematische Sachverhalte haben beziehungs-dynamische, persönliche, sozioökonomische Faktoren, die sich um den aktuellen Anlass herum etablieren. „Sie dienen dazu, weitere Überlegungen (vor allem bezüglich der Problemlösung/Handlungsplanung) anzuregen“ (Haye/Kleve 2021: 113). Hypothesen sind quasi Sondierungen nach Möglichkeiten, wie Probleme oder Ressourcen mit Adressat\*innensystemen verbunden sein können. Sie sind zirkulär angelegt, wenn sie verschiedene Ursache-Wirkungs-Hypothesen vereinen, und nützlich, wenn sie anregend wirken. In einem spiralförmigen Prozess leiten sie mögliche Hilfen, welche, über Feedbacks kontrolliert, wieder zur Modifizierung der Hypothesen führen können.

#### Zum 4. Schritt: Zielfindung und Auftragsklärung

In einer kooperativen und partnerschaftlich angelegten Unterstützung sind die „Ziele der KlientInnen in den Mittelpunkt zu stellen“ (2021: 117), so Hays und Kleve. Case Manager\*innen sollte klar sein, dass ihre Adressat\*innen das Recht haben, zu wissen, was Inhalt der Hilfe ist, denn Ziele eröffnen ihnen die Zukunft und sind ebenso Grundlage für einen konkreten (Be-)Handlungsplan. Erkennbar wird damit ihr motivierender und strukturierender Charakter. Wichtig sei, bei der Auftragsklärung darauf zu achten, inmitten des „Einigungs- und Kooperationsprozesses“ (ebd.:119) hinsichtlich von Effektivität nur erfolgsrealistische Ziele festzulegen und in Nah- und Fernziele zu unterteilen. Ziele besitzen darüber hinaus einen partizipativen und evaluativen Charakter und leiten automatisch zur nächsten Frage: „Wer macht was?“ – und damit zu konkreten Handlungsschritten. Deshalb sollten sie subjektiv bedeutsam, vielleicht positiv formuliert, aber auf jeden Fall konkret und realistisch sein.

#### Zum 5. Schritt: Handlungsplanung

Selbsthilfe bedeutet für Hays und Kleve, solche Handlungsschritte gemeinsam mit den Menschen zu definieren, die auch „Emanzipations- bzw. Verselbständigungsprozesse“ (ebd.: 120) anregen. So können diese Vorstellungen davon entwickeln, wie und in welche Richtung sich Probleme verändern mögen, auch um Verbesserungen erleben zu können. Die Stärken der Menschen sollen dabei den Weg aufzeigen, auf welchem sich ein problematischer Sachverhalt ändern kann. Handlungspläne dienen der Selbstbefähigung und Verselbständigung auch bei der Erschließung kontingenter Ressourcen sozialer Netzwerke. Die verschiedenen Handlungsschritte beteiligter Personen und Organisationen effektiv zu koordinieren und zu dokumentieren sowie gegenüber Trägern zu kommunizieren, hat für Peter-Ulrich Wendt auch einen überwachenden Anhauch.

#### Zum 6. Schritt: Evaluation

Mit den Begriffen Effektivität und Effizienz verbunden, geht es im möglicherweise letzten Schritt darum, eine reflexive Bewertung vorzunehmen. Tatsächliche Ergebnisse zeigen sich auf verschiedenen Ebenen, in verschiedenen Zeitintervallen und aus verschiedenen Perspektiven. Anfangs vereinbarte Ziele können verändert werden und den Case-Management-Prozess (z. B. modifiziert) ein weiteres Mal durchlaufen, wenn „neue Fakten hinzukommen, sodass der Fall neu eingeschätzt werden muss“ (ebd.: 125). Evaluationsansätze und -methoden fangen Effekte umfänglich ein, wenn sie ausgewogen die Perspektiven sämtlicher an Gesundheitsmaßnahmen Beteiligter berücksichtigen.

## 4 Konklusion

Der vorliegende Artikel unternimmt den Versuch, anlässlich der Entwicklung gesundheitsbezogener regionaler Versorgungsnetzwerke, Case Management als Konzept und Methode für Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dessen Chancen in Richtung Transprofessionalität mittels einer literarturbasierten Analyse zu untersuchen. Es zeigt sich, dass ein solcher „new deal“ in der Region für Casemanager\*innen im Kontakt zu anderen Profis sowie den Bürger\*innen vor Ort bereits auf historischen Wurzeln fußt. Beispielsweise wurde deutlich, dass seit jeher weniger der\*die Einzelne in Not, im Fokus stand, sondern die zugrunde liegenden, stets zugleich sozialen wie gesellschaftlichen Zusammenhänge bereits traditionell im Blick der Fachkräfte waren und sind. Als Modus Operandi bestand und besteht bereits eine Praxisform dieses Handlungskonzepts als Denkschema und Leitgedanke von der Kooperation mit Menschen in ihren Bezügen (Thiersch 1977: 130). Insofern ist Case Management schon immer verwiesen auf wechselseitigen Austausch.

Ein analysiertes Werk war der Herausgeberband von Kleve et al. Darin spricht sich der Herausgeber in seinem Resümee eindeutig für das Case Management aus. Er führt die Chance an, dass Fachkräfte hiermit hochstrukturiert, lebensweltorientiert, aktivierend, vernetzend, ökonomisch und lösungsorientiert arbeiten können, und begründet die Erfolgsaussicht des Konzepts eben mittels dessen dialogischem Verständnis (2021: 56). Seine Ausführungen legen nahe, dass die eingangs formulierte These, dass transprofessionelles Case Management den sogenannten „wicked problems“, den vielschichtigen und miteinander verwobenen Hindernissen einer förderlichen Gesundheitsversorgung, entgegenwirken kann, zutrifft, wenn eine koordinierte Abstimmung sämtlicher am Hilfeprozess zu beteiligenden Menschen das gegenseitige Aushebeln oder Kollidieren von Handlungsmöglichkeiten verhindert, zugunsten des Zustandekommens eines komplexen wechselseitigen kontingenzfördernden Kommunikationsprozesses. So ist mit Kleve klar geworden: „Differenzierung und Spezialisierung machen zwischen Patient\*innen, ihren sozialen Bezügen, fachärztlichen Perspektiven einem Mix, eine Kooperation und Koordination [...] notwendig“ (ebd.: 57), was das Erfordernis einer „transitiven Ordnungsstruktur im „Erfahrungs- und Professionsmix“ (Hildebrandt et al. 2020: 169) erkennen lässt. Die im weiteren Verlauf dargestellten Rollen, Funktionen und Handlungsschritte laden ein, Emergenz bei den Beteiligten durch Adaption und Antizipation vielleicht sehr verschiedener Wahrnehmungs-, Denk- und Bewertungsschemata zu fördern.

Transprofessionalität als eine besondere Form von Teamwork stellt jedoch alle beteiligten (professionellen) Akteure an einem Hilfeprozess vor interaktionale Herausforderungen, indem spezialisierte Wissensbestände, aber auch persönliche Erfahrungen reflexiv-emergentistisch getauscht werden, um übergreifende Lösungen zu finden (Schmitz/Schmohl 2021: 357ff.). Daraus erwächst quasi ein Erfordernis:

*community led*, die „Bereitschaft von ihnen zu lernen“ (Naidoo/Wills 2019: 344). Das „well-being“ mag dabei als Lebensqualität übersetzt werden, welche in sämtlichen Dimensionen dargestellt wurde. Lebensqualität existiert salutogenetisch als ein Zusammenwirken von guten objektiven Bedingungen und subjektivem Kohärenzsinn, was von Bingle, Leßmann und Nußbaum (2017: 76f.) wiederum als ein zentraler Faktor gesunder Regionen bezeichnet wird. Das Konzept der Salutogenese zeigt sich also anschlussfähig an das transitive Managen von Gesundheitsregionen. Tradierte Zuständigkeiten, Statusdifferenzen, Rollenanweisungen, Expertisenfelder hingegen oder, wie Herriger schrieb, „entmündigende Expertenurteile über die Definition von Lebensproblemen“ (2020: 77) mögen dazu aufgegeben werden, zugunsten eines multilateralen wertschätzenden und empathischen (Rogga et al. 2014) Austausches.

Über Professions- und Erfahrungsgrenzen hinaus bringt Transprofessionalität auf der Grundlage spezialisierter Wissensbasen und Kompetenzen sowie Alltagsverständnissen ein ganzheitliches Wissen hervor. Ein(e) „Spezialisierte(r) Generalistin oder Generalist“ (Staub-Bernasconi 1995: 103) mag einen hohen Nutzen ihrer/seiner Zusammenarbeit für die Adressat\*innen, etwa hinsichtlich langanhaltender Wirksamkeit von Maßnahmen, für sich selbst und andere Berufsangehörige, z. B. hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit sowie des wirtschaftlichen Nutzens aufgrund von Synergieeffekten, erfahren. Das heißt, spezialisierte Felder bleiben durch konzentrierte Ausbildungen zwar erhalten, doch darüber hinaus ergeben sich, quasi durch neue Lernfelder, Schnittmengen des Voneinander- und Miteinander-Lernens, die zum integrativen Konzept jenseits eigener Grenzen werden mögen. Der Kontext Gesundheit lädt ein, transperspektivische Konzepte zu generieren. Damit können auch neue, transprofessionelle Arbeitsweisen in die Ausbildung zu Case Manager\*innen implementiert werden. So konnte bei Wolf Rainer Wendt dazu passend die Forderung nach fachübergreifenden generalisierten und transprofessionellen Allroundern mit fluiden Professionsgrenzen gefunden werden. Diese Anforderung wurde z. B. in der Gatekeeperrolle sichtbar.

Das transitive Rollenverständnis einer „vermittelnden Profession“ verändert den Rollensatz und die dazugehörigen Erwartungen und Rollenbeziehungen. Case Manager\*innen erfahren sich als Rollenträger\*innen in der Interaktion zu anderen Menschen dann neu, wenn Professionsgrenzen überschritten und vielleicht Konfliktpotenziale verringert werden, indem Hierarchien überdacht, exklusives Wissen geteilt, Machtgefälle abgebaut und Vormachtstellungen gegenüber anderen Berufsgruppen aufgegeben werden. Alten Professionsverständnissen tritt eine Professionalisierung entgegen, mittels derer in einer reflexiven Responsibilisierung von Kooperation spezifisches Wissen antizipierend und adaptierend (Schmitz/Schmohl 2021: 363) getauscht wird, mit Auswirkungen auf Selbstbewusstsein Handlungsautonomie und vielleicht Zufriedenheit?

In entsprechender Weise steht transprofessionelles Case Management aber auch vor der Aufgabe zu beweisen, dass die Dekonstruktion von boundaries, und damit von Kompetenzgrenzen, nicht Fehlentscheidungen oder fehlende Entscheidungen zur Folge hat, z. B. weil Organisationen normativen zweckorientierten Programmen folgen mögen, die durch diese Form von Teamwork zunächst irritiert sind. Denn ein transprofessionelles Versorgungsmodell mag effizienter arbeiten können, Synergieeffekte wie etwa sinkende Fahrtkosten, Reduktion von Krankenhauseinweisungen usw. sind nachweisbar. Auch wird transitives boundary-working im Sinne eines diffusionsoffenen border-work statt Distinktion und Differenzierung nachhaltiger wirken können und mit Nutzen verbunden sein – für Adressat\*innen durch eine hohe Versorgungsqualität, für die verschiedenen Berufsangehörigen durch Humanisierung von Arbeitssituationen (Lützenkirchen 2005; Rövekamp-Wattendorf 2020) für Organisationen vermittelt effizienzverbessernder Synergieeffekte und für Regionen durch community development, aber dies gilt es zu beweisen.

Olk forderte unter dem Motto „Abschied vom Expertenwissen“ zu einem alternativen Professionsverständnis auf. Dieses wird jedoch vor verschiedenen Schwierigkeiten stehen, wie sie auch bei Ewers und Schaeffer thematisiert werden. Als „Kapitäns-Doktrin“ pointieren die beiden Gesundheitswissenschaftler bspw. traditionelle dezisionistische Entscheidungsprozesse aufgrund von Berufsrollen, Tätigkeitsfeldern und Geschlechterverhältnissen. Sie fordern:

„Auf jeden Fall wären die Reflexion herkömmlicher Gender- und Machtregime und die Offenlegung der unterschweligen, geschlechtsspezifisch wirksamen Zuschreibungen wesentliche Voraussetzungen, um berufliche Rahmenbedingungen verändern und neue Formen der Aufgaben- und Verantwortungsteilung zwischen den Gesundheits- und Sozialprofessionen etablieren zu können, die für alle Beteiligten einen höheren Grad an Autonomie und größere Arbeitszufriedenheit mit sich bringen.“ (2019: 64f.)

Der ehrgeizige Anspruch an Transprofessionalität geht – so wurde klar – einher mit dem Überdenken von beruflicher Sozialisation, was z. B. den grenzüberschreitenden Kompetenzausbau (auch in den Ausbildungen und damit in der Didaktik und den Lehrplänen) betrifft. Hier werden neue Wege auch in der Ausbildung der Fachkräfte zu beschreiten sein.

Ein weiteres Erschwernis: Naidoo und Wills weisen auf die Gefahr hin, dass sich Gesundheitsförderer einer empowernden Netzwerkarbeit weniger stark verpflichtet fühlen, wenn diese als ineffektiv, z. B. zu zeitaufwendig, empfunden wird. Sie entspreche dann weniger den festgelegten Prioritäten ihrer Arbeit. So ist zu folgern, dass, wenn die ressourcenmäßige Würdigung genau dieser Arbeit begrenzt würde, sich Transprofessionalität in der Praxis kaum vollziehen wird.

Transprofessionelles Case Management lädt ein, deutlich über institutionelle Netzwerkebenen hinaus, auch die bürgerschaftlichen Netzwerke einzubeziehen. Die Lebensweltorientierung als ein zentrales „Leitprinzip“ vollzieht sich durch den Schritt der Expert\*innen, ihre wörtliche „Bezugnahme“ auf die Lai\*innen, im Sinne eines „common ground“ (Schmitz/Schmohl 2021: 362). Kleve sieht die Bürger\*innen in der Rolle der Co-Produzent\*innen von Gesundheit (2011). Vereinbar mit dem Leitgedanken der Subsidiarität versteht er das Primat des Case Managements als einen Bürger-Profi-Mix. Einer Entfremdung vom common ground durch containerartige Ausbildungen würde zwar durch eine partizipative Mitgestaltung der Bürger\*innen entgegengewirkt (Ewers/Schaeffer 2019: 60f.). Aber Differenzierungs- und Spezialisierungsprozesse entwickeln sich durch neue Technologien und neues Wissen weiter, und Spezialisierungen gehen einher mit dem Verlust des Überblicks über Tätigkeitsfelder. Die Etablierung eines gemeinsamen Wissensraums zwischen den Akteur\*innen steht deshalb vor dem Problem, Perspektiven von Kommunikationspartnern zu berücksichtigen, die sich daran nicht beteiligt fühlen. Gesundheitliche Versorgung bottom up anerkennt die Sichtweisen der Bürger\*innen – eine Entwicklung, die zu mehr Partizipation führen mag.

Die Bildung transprofessioneller Teams gelingt über das vielfältige Zusammenwirken unterschiedlicher Professionen unter den Voraussetzungen von Fachlichkeit, Kommunikation, Kreativität und Kooperation. Die Teams benötigen dazu aber klare Ziele und einen hohen Qualifizierungsgrad, weniger Lenkung und hierarchische Strukturen, jedoch dialogisch-kooperative Arbeitsstile. Organisationskonflikte durch auftretende Interessenkonflikte erfordern statt Unterdrückungen oder Umleitungen von Wert-, Ziel- oder Statuskonflikten nicht nur Kompetenzen, sondern auf institutioneller Ebene eine gute Konfliktkultur als Merkmal lernender Organisationen (z. B. betriebliches Gesundheitsmanagement).

Um über eine parallele oder serielle Versorgung hinauszukommen, braucht es ein border-work, das Wissensbasen teilt, um emergierende, synergetische Potenziale voll auszuschöpfen. Adressat\*innen als Expert\*innen in eigener Sache sowie weitere Player vervollständigen dann diese Gruppe zu einer transprofessionellen Gemeinschaft. Transprofessionalität entsteht zwischen Menschen. Interaktionsdynamisch macht Transprofessionalität Sinn, weil sie kaum Rücksicht nehmen muss auf das, was sich hauptsächlich in deren Köpfen befindet: die Grenzen zwischen Wissensbasen.

## Literatur

- Altmeyden, Sandra (2012): Case Management. In: Oelke, Uta (Hrsg.): In guten Händen – Gesundheits- und Krankenpflege, gesundheits- und Kinderkrankenpflege /1. Aufl., 3. Druck). Berlin: Cornelsen Verlag, S. 460–465.
- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen: dgvt-Verlag.
- Benard, Bonnie/Truebridge, Sara (2013): A Shift in Thinking: Influencing Social Workers' Beliefs About individual and Family Resilience in an Effort to Enhance Well-Being and Success for All. In: Saleebey, Dennis (Hrsg.): The Strengths Perspective in Social Work Practice (6. Aufl.). Boston: Pearson, S. 203–220.
- Bingel, Katharina/Leßmann, Grit/Nußbaum, Jens (2017): Lebensqualität als Standortfaktor von Gesundheitsregionen. In: Pfannstiel, Mario/Focke, Axel/Mehlich, Harald (Hrsg.): Management von Gesundheitsregionen II. Regionale Vernetzungsstrategien und Lösungsansätze zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung, Wiesbaden: Springer Gabler, S. 71–80.
- Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. V.; Fachbereichstag Soziale Arbeit (2016): Deutschsprachige Definition Sozialer Arbeit. [https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/2019/07/20161114\\_Dt\\_Def\\_Sozialer\\_Arbeit\\_FBTS\\_DBSH\\_01.pdf](https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/2019/07/20161114_Dt_Def_Sozialer_Arbeit_FBTS_DBSH_01.pdf) [Zugriff 10.11.2022].
- Dörner, Klaus (2007): Leben und sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Neumünster: Die Brücke.
- Ehlers, Corinna (2019): Stärken neu denken. Die Kunst der stärkenfokussierten Zielarbeit in sozialen Handlungsfeldern. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Ewers, Michael/Schaeffer, Doris (2019): Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten auf holprigen Wegen. In: Ewers, Michael/Paradis, Elise/Herinek, Doreen (Hrsg.): Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten. Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 55–84.
- Falta, Gerlinda/Rieß, Andreas (2017): Case Management für Menschen mit Behinderung im Kontext der Eingliederungshilfe. In: Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (Hrsg.): Positionspapier Fachgruppe Rehabilitation und Inklusion. [https://www.dgcc.de/wp-content/uploads/2013/02/2017\\_Positionspapier\\_FG-Inklusion.pdf](https://www.dgcc.de/wp-content/uploads/2013/02/2017_Positionspapier_FG-Inklusion.pdf) [Zugriff 08.01.2023].
- Foucault, Michel (1977): Die Machtverhältnisse durchziehen das Körperinnere. Ein Gespräch mit Lucette Finas. In: Foucault, Michel (Hrsg.): Dispositive der Macht. Berlin: Merve Verlag Berlin, S. 104–107.
- Franzkowiak, Peter (2006): Präventive Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Gitterman, Alex; Knight, Carolyn; Germain, Carel (2021): The Life Model of Social Work Practice. Advances in Theory and Practice, Columbia: Columbia University Press.

- Göppner, Hans-Jürgen (2017): Damit „Hilfe“ Hilfe sein kann. Soziale Arbeit in Theorie und Wissenschaft, Wiesbaden: Springer VS.
- Gold, Kai/Geiermann, Sabrina (Hrsg.) (2022): Pflege konkret – Neurologie und Psychiatrie (7. Aufl.). München: Urban & Fischer in Elsevier.
- Gollner, Erwin/Szabo, Barbara/Schabel, Florian/Schnitzer, Barbara/Thaller-Schneider, Magdalena (2018): Gesundheitsförderung konkret. Ein forschungsgeleitetes Lehrbuch für die Praxis. Wien: Holzhausen Verlag.
- Große, Lisa; Müller, Matthias (2022): Sozialarbeiterisches Case Management in der qualifizierten Assistenz, In: Giertz, Karsten/Große, Lisa/Röh, Dieter (Hrsg.): Soziale Teilhabe professionell fördern. Grundlagen und Methoden der qualifizierten Assistenz. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 158–172.
- Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans (2008): Das Konzept Lebensweltorientierte Soziale Arbeit – einleitende Bemerkungen. In: Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans (Hrsg.): Praxis Lebensweltorientierter sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern (2. Aufl.). Weinheim: Juventa, S. 13–39.
- Harmsen, Thomas (2014): Professionelle Identität im Bachelorstudium Soziale Arbeit. Konstruktionsprinzipien, Aneignungsformen und hochschuldidaktische Herausforderungen, Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Haye, Britta/Kleve, Heiko (2021): Systemische Schritte helfender Kommunikation. Sechs-Phasen-Modell für die Falleinschätzung und die Hilfeplanung. In: Kleve, Heiko/Haye, Britta/Hampe-Grosser, Andreas/Müller, Matthias (Hrsg.): Systemisches Casemanagement. Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag, S. 104–126.
- Herriger, Norbert (2020): Empowerment in der Sozialen Arbeit (6. aktual. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Herrlein, Paul (2009): Handbuch Netzwerk und Vernetzung in der Hospiz- und Palliativversorgung – Theorien, Strategien, Beratungs-Wissen. Wuppertal: hospizverlag.
- Hildebrandt, Helmut/Gröne, Oliver/Pimperl, Alexander (2020): Gesundheit schaut nicht auf die Profession der Produzenten: Trans- bzw. Interprofessionalität als Katalysator für die Produktion von Gesundheit in Integrierter Versorgung und Gesundheitsnetzen. In: Löcherbach, Peter/Wendt, Wolf Rainer (Hrsg.): Care und Case Management. Transprofessionelle Versorgungsstrukturen und Netzwerke. Stuttgart: Kohlhammer, S. 161–176.
- Hildebrandt, Helmut/Bahrs, Ottomar/Borchers, Uwe/Glaeske, Gerd/Griewing, Bernd/Härter, Martin et al. (2021): Integrierte Versorgung – jetzt! Ein Vorschlag für eine Neuausrichtung des deutschen Gesundheitssystems – regional, vernetzt, patientenorientiert. In Hildebrandt, Helmut/Stuppardt, Rolf (Hrsg.): Zukunft Gesundheit – regional, vernetzt, patientenorientiert. Heidelberg: Medhochzwei, S. 3–150.
- Illich, Ivan (2007): Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens (5. Aufl.). München: C.H. Beck.
- Katzer, Michael/Schäper, Sabine (2019): Partizipation. In: Schäper, Sabine/Dieckmann, Friedrich/Rohleder, Christiane/Rodekohr, Bianca/Katzer, Michael/Frewer-

- Graumann, Susanne: *Inklusive Sozialplanung für Menschen im Alter. Ein Manual für die Planungspraxis*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 146–181.
- Kisthardt, Walter E. (2013): *Integrating the Core Competencies in Strengths-Based, Person-Centered Practice: Clarifying Purpose and Reflecting Principles*. In: Saleebey, Dennis (Hrsg.): *The Strengths Perspective in Social Work Practice* (6. Aufl.). Boston: Pearson, S. 53–78.
- Kleve, Heiko (2007): „Auf gleicher Augenhöhe!“ Vom autoritären zum dialogisch-kooperativen Implementieren. In: *Sozialmagazin* (09/2007), S. 24–29.
- Kleve, Heiko (2021): *Case Management. Eine methodische Perspektive zwischen Lebensweltorientierung und Ökonomisierung Sozialer Arbeit*. In: Kleve, Heiko/Haye, Britta/Hampe, Andreas/Müller, Matthias (Hrsg.): *Systemisches Casemanagement. Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag, S. 41–57.
- König, Eckhard; Volmer-König, Gerda (2020): *Einführung in das systemische Denken und Handeln* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.
- Kollack, Ingrid/Schmidt, Stefan (2019): *Fallübungen Care und Case Management* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Lambers, Helmut (2020): *Theorien der Sozialen Arbeit. Ein Kompendium und Vergleich* (5. Aufl.). Opladen/Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Leupold, Michael (2016): *Gelingendes Leben unter Berücksichtigung Sozialräumlichen Handelns*. In: Begemann, Verena/Heckmann, Friedrich/Weber, Dieter (Hrsg.): *Soziale Arbeit als angewandte Ethik. Positionen und Perspektiven für die Praxis* (1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer, S. 56–72.
- Lieven, Oliver/Maasen, Sabine (2007): *Transdisziplinäre Forschung. Vorbote eines „New Deal“ zwischen Wissenschaft und Gesellschaft?* In: *GAIA – Ecological Perspectives for Science and Society*, Jg. 16 (1/2007). München, S. 35–40.
- Löcherbach, Peter/Puhl, Ria (2016): *Einladung zur Sozialen Arbeit. Studium, Beruf und Alltag einer jungen Disziplin*. Baden-Baden: Nomos.
- Lützenkirchen, Anne (2005): *Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung im Gesundheitswesen – eine aktuelle Bestandsaufnahme*. In: *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, Jg. 36 (3/2005), S. 311–324.
- Mennemann, Hugo (2008): *Casemanagement. Adressatenorientierte Planung und Vernetzung von Hilfen*. In: *DHG-Schriften: Sozialraumorientierung in der Behindertenhilfe. Dokumentation der DHG-Tagung Dezember 2007*, Bonn/Jülich: DHG Schriften, S. 54–58.
- Mennemann, Hugo/Dummann, Jörn (2020): *Einführung in die Soziale Arbeit* (3. Aufl.). Baden-Baden: Nomos.
- Mennemann, Hugo/Kanth, Eva/Monzer, Micheal/Podeswik, Andreas (2009): *Rahmenempfehlungen zum Handlungskonzept Case Management*. In: *Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management* (Hrsg.): Heidelberg: Medhochzwei.
- Munshi, Sukumar/Heinze, Oliver/Szecsényi, Joachim/Bergh, Bjoern (2017): *Intelligente Vernetzung in der Gesundheitsregion Rhein-Neckar*. In: Pfnannstiel, Mario/Focke,

- Axel/Mehlich, Harald (Hrsg.): Management von Gesundheitsregionen II. Regionale Vernetzungsstrategien und Lösungsansätze zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 11–20.
- Müller, Matthias (2021): Verfahren (Techniken) und Strukturen im Case-Management-Prozess. Theorie – Praxis – Handreichungen. In: Kleve, Heiko/Haye, Britta/Hampe, Andreas/Müller, Matthias (Hrsg.): Systemisches Casemanagement. Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag, S. 58–90.
- Naidoo, Jennie/Wills, Jane (2019): Lehrbuch Gesundheitsförderung (3., aktual. Aufl.). Bern: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Olk, Thomas (1986): Abschied vom Experten. Sozialarbeit auf dem Weg zu einer alternativen Professionalität. Weinheim: Juventa.
- Pfannstiel, Mario/Focke, Axel/Mehlich, Harald (Hrsg.) (2017): Management von Gesundheitsregionen II. Regionale Vernetzungsstrategien und Lösungsansätze zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Prietl, Bianca/Ziegler, Armin (2016). Machtvolle Grenzen als konstitutive Momente des Sozialen. In: Moebius, Stephan/Ploder, Andrea (Hrsg.): Handbuch Geschichte der deutschsprachigen Soziologie. Wiesbaden: Springer Reference Sozialwissenschaften, S. 1–16.
- Rodekohr, Bianca (2019): Quantitative Quartiers- und Sozialraumanalyse. In: Schäper, Sabine/Dieckmann, Friedrich/Rohleder, Christiane/Rodekohr, Bianca/Katzer, Michael/Frewer-Graumann, Susanne (Hrsg.): Inklusive Sozialplanung für Menschen im Alter. Ein Manual für die Planungspraxis. Stuttgart: Kohlhammer, S. 86–119.
- Röh, Dieter (2013): Soziale Arbeit, Gerechtigkeit und das gute Leben. Eine Handlungstheorie zur daseinsmächtigen Lebensführung. Wiesbaden: Springer.
- Rövekamp-Wattendorf, Jörg; Heckes, Kolja (2024, im Erscheinen): Neue Sozialraumorientierungen im Gesundheitssystem als Transdisziplinaritätsanlass für die Soziale Arbeit. In: Breuer, Marc/Löwenstein, Heiko/Schönig, Werner/Gerards, Marion (Hrsg.): Transdisziplinäre Theorieentwicklung Sozialer Arbeit.
- Rövekamp-Wattendorf, Jörg (2020): Berufliche Belastungen bewältigen. Psychosoziale Herausforderungen in helfenden Berufen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rövekamp-Wattendorf, Jörg/Technau, Johannes/Heckes, Kolja (2018): Verstrickt gehetzt oder gesund vernetzt? – Mitarbeiterbe- und entlastung in Altenhilfesettings heute. In: Pfannstiel, Mario/Focke, Axel/Mehlich, Harald (Hrsg.): Management von Gesundheitsregionen IV. Bedarfsplanung und ganzheitliche regionale Versorgung und Zusammenarbeit. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 173–192.
- Rogga, Sebastian/Weith, Thomas/Aenis, Thomas/Müller, Klaus/Köhler, Thomas/Härtel, Lisette/Kaiser, David Brian (2014): Wissenschaft-Praxis-Transfer jenseits der „Verladerampe“. Zum Verständnis von Implementation und Transfer im Nachhaltigen Landmanagement. Diskussionspapier Nr. 8. [http://modul-b.nachhaltiges-landmanagement.de/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/Diskussionspapiere/8\\_\\_Rogga2014\\_Transfer-Implementation.pdf](http://modul-b.nachhaltiges-landmanagement.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Diskussionspapiere/8__Rogga2014_Transfer-Implementation.pdf) [Zugriff 30.11.2022].

- Saleebey, Dennis (2013): Introduction. In: Saleebey, Dennis (Hrsg.): *The Strengths Perspective in Social Work Practice* (6. Aufl.). Boston: Pearson, S. 1–24.
- Scheu, Bringfriede/Autrata, Otger (2011): *Theorie Sozialer Arbeit. Gestaltung des Sozialen als Grundlage*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Schmitz, Daniela/Schmohl, Tobias (2021): Transprofessionalität. In: Schmohl, Tobias/Philipp, Thorsten (Hrsg.): *Handbuch transdisziplinäre Didaktik*. Bielefeld: transcript, S. 357–367.
- Schroeder, Wolfgang (2018): *Interessenvertretung in der Altenpflege. Zwischen Staatszentrierung und Selbstorganisation*. Wiesbaden: Springer.
- Staub-Bernasconi, Silvia (1995): *Systemtheorie, soziale Probleme und Soziale Arbeit: lokal, national, international. Oder: vom Ende der Bescheidenheit*. Bern/Stuttgart: Paul Haupt.
- Staub-Bernasconi, Silvia (2018): *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Soziale Arbeit auf dem Weg zu kritischer Professionalität* (2. vollst. überarb. u. aktual. Aufl.). Opladen/Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Straßburgern, Gaby/Rieger, Judith (2014): Partizipation kompakt – Komplexe Zusammenhänge auf den Punkt gebracht. In: Straßburger, Gabi/Rieger, Judith (Hrsg.): *Partizipation kompakt. Für Studium, Lehre und Praxis sozialer Berufe*. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 230–240.
- Thiersch, Hans (1977): *Kritik und Handeln: interaktionistische Aspekte der Sozialpädagogik. Gesammelte Aufsätze*. Neuwied/Darmstadt: Luchterhand.
- Wattendorf, Jörg (2007): *Erziehungsberatung zwischen Theorie und Praxis. Eine vergleichende Analyse professioneller Handlungsstrukturen*. Berlin: Logos Verlag.
- Wendt, Peter-Ulrich (2021): *Lehrbuch Methoden der Sozialen Arbeit* (3. Aufl.). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Wendt, Wolf Rainer (2010): *Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Freiburg im Breisgau: Lambertus*.
- Wendt, Wolf Rainer (2020): Care Strukturen innerhalb und außerhalb des Systems der Versorgung. In: Löcherbach, Peter/Wendt, Wolf Rainer (Hrsg.): *Care und Case Management*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 23–38.
- Wendt, Wolf Rainer; Löcherbach, Peter (2020): Zur Einführung: transprofessionell kooperieren. In: Löcherbach, Peter/Wendt, Wolf Rainer (Hrsg.): *Care und Case Management*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 15–22.

# Gesundheit demokratisch gestalten

## Potenziale einer Demokratisierung des Gesundheitswesens

*Anna Hürten*

### Einleitung

Die Verortung von Demokratie sollte sich nicht auf den Bundestag beschränken. Im Gegenteil: Demokratie ist ein vielschichtiger Begriff, und sie kann nur dann wirksam funktionieren, wenn sie in allen Bereichen der Gesellschaft vorkommt, wenn sie nicht nur als Staatsform, sondern auch als Gesellschafts- und Lebensform verstanden wird. Ein zentraler Ort für Demokratie ist das Gesundheitswesen. Die Gesellschaftsstruktur ist maßgeblich dafür verantwortlich, wie Medizin praktiziert wird und welche Auswirkungen sie hat. Obwohl diese Erkenntnis schon alt ist, bekommt dieser Zusammenhang in Debatten über Gesundheitspolitik wenig Raum (Ahls et al. 2018: 154).

„Bei gleichem wirtschaftlichen Entwicklungsstand geben demokratisch regierte Länder etwa 20 bis 30 Prozent mehr für die öffentliche Gesundheitsvorsorge aus. Bei privaten Gesundheitsausgaben finden sich hingegen keine Unterschiede zwischen Demokratien und Diktaturen.“ (ifo Institut – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität München e. V. 2022: o. S.)

Es scheint so zu sein, dass Demokratien stärker am Wohlergehen ihrer Bürger\*innen<sup>1</sup> interessiert sind und im Vergleich zu Diktaturen mehr Wert darauf legen, gleichen Zugang zu gesundheitlicher Versorgung für alle sicherzustellen (ifo Institut – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität München e. V. 2022: o. S.). Dabei investieren Demokratien nicht nur mehr in ihr Gesundheitswesen, sondern darüber hinaus sind demokratische Strukturen und Institutionen „ein zentrales Element [...], um die Widerstandsfähigkeit von Gesundheitssystemen zu stärken“ (ifo Institut – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität München e. V. 2022: o. S.).

---

1 In diesem Beitrag wird im Sinne einer inklusiven Sprache mit Genderstern geschrieben, wo es den Lesefluss erheblich erleichtert, wird das Generische Femininum genutzt.

Je demokratischer, desto besser ist das Gesundheitssystem. In diesem Beitrag soll das deutsche Gesundheitssystem auf seine demokratischen Defizite sowie auf Möglichkeiten der zunehmenden Demokratisierung untersucht werden. Wie kann ein gleichberechtigter Zugang zu medizinischen Versorgungsangeboten für alle Menschen, unabhängig von Kultur, Sprache, Religion, ethnischer Zugehörigkeit, Geschlecht oder sexueller Orientierung usw., gewährleistet werden? (Steger 2020: 5). Demokratische Werte, die hier zugrunde liegen, sind Gleichberechtigung, Partizipation und Diversität. Diese Werte können und sollen in der Diskussion über die Demokratisierung des Gesundheitssystems handlungsleitend sein. Auch andere Werte wie beispielsweise Religionsfreiheit haben einen zentralen Stellenwert in der Diskussion über das Gesundheitssystem. Ein Beispiel dafür ist der Konflikt zwischen individueller Entscheidungsfreiheit und der Fürsorgepflicht der Ärzt\*innen, etwa wenn es um Bluttransfusionen, die von einigen Religionsgemeinschaften abgelehnt werden, geht. Hier sollen dennoch die oben genannten Werte primär von Bedeutung sein. Dieser Beitrag ist in erster Linie aus der Perspektive von Nutzer\*innen des Gesundheitssystems geschrieben.

## **Defizite und Notwendigkeit der Demokratisierung im Gesundheitssystem**

Gesellschaftliche Verhältnisse bilden sich im Gesundheitssystem bzw. in dessen Strukturen ab. Gleichzeitig reproduzieren und verstärken die Strukturen des Gesundheitssystems gesellschaftliche Strukturen und Machtverhältnisse und stabilisieren diese so, anstatt diese Verhältnisse zu kritisieren und zu verändern (Ahls et al. 2018: 154). Der Zusammenhang zwischen Demokratie und Gesundheitswesen ist also wechselseitig. Das bedeutet, dass auf der einen Seite eine Demokratie nur so gut sein kann, wie ihr Gesundheitswesen ist, und auf der anderen Seite, dass zunehmende Demokratisierung für das Gesundheitssystem von Vorteil ist. Ahls et al. fassen diese Korrelation wie folgt zusammen: „Auf mehreren Ebenen vermittelt, erscheint die gesundheitliche Situation der Bevölkerung als ein im menschlichen Körper sichtbarer und spürbarer Ausdruck dieser Verhältnisse“ (Ahls et al. 2018: 154). Herrschaftsstrukturen beispielsweise lassen sich also direkt in die Gesundheitsversorgung und daraus resultierend auch in die Gesundheit der Individuen übersetzen: Niedrigere Lebenserwartung und höheres Krankheitsaufkommen sind die Folgen für die von diesem System Benachteiligten (Ahls et al. 2018: 154).

Drei zentrale Aspekte, in denen Defizite wahrgenommen werden, sind die Machtverhältnisse im Gesundheitswesen, die Ökonomisierung desselben sowie strukturelle Diskriminierung.

## Machtverhältnisse

Im Gesundheitswesen finden sich sehr viele verschiedene Machtkonstellationen mit unterschiedlichen Hierarchien und Akteur\*innen. Das erste Machtverhältnis, das hier betrachtet wird, ist das zwischen Ärzt\*innen und Patient\*innen. „In ‚traditional‘ practice [...], 50 % of patients may leave office visits without an adequate recall or understanding of what the physician has told them“ (Esch et al. 2016: 9). Berührungspunkte zwischen Individuen und dem Gesundheitssystem finden häufig dann statt, wenn Patient\*innen sich in besonders vulnerablen Lebenssituationen befinden. Sie sind in diesen Momenten auf Unterstützung aus dem System angewiesen und häufig hilf- und orientierungslos. Dass gerade in derartigen Lebenssituationen das Machtverhältnis in der Ärzt\*innen-Patient\*innen-Beziehung dafür sorgt, dass etwa die Hälfte der Patient\*innen nach der Konsultation ohne ausreichende Information verbleibt, ist besorgniserregend. Unzureichende Transparenz und Kommunikation zwischen Ärzt\*innen und Patient\*innen können in einen Teufelskreis führen: Patient\*innen, die nicht ausreichend informiert werden, können sich „zu wenig beachtet, ungenügend aufgeklärt oder mit Fachbegriffen zugeschüttet“ (Begenau/Schubert/Vogd 2010: 7) fühlen. Daraus resultiert, dass diese Patient\*innen sich nicht oder nicht gut an ärztliche Ratschläge und Therapiepläne halten, was wiederum zu Frustration und Unzufriedenheit aufseiten der Ärzt\*innen führt. Dazu sei gesagt, dass Ärzt\*innen häufig auch selbst unzufrieden sind mit dem Ausmaß an Transparenz, das sie aufgrund knapper zeitlicher Ressourcen anbieten können (Begenau et al. 2010: 7–8). Das Zusammenspiel von Ärzt\*innen und Patient\*innen ist also eines der ersten Felder, deren demokratische Defizite Beachtung verdienen. Lange Zeit war die Beziehung zwischen Ärzt\*innen und Patient\*innen eine stark paternalistische, deren zentrales Wesensmerkmal eine starke Wissensasymmetrie war: auf der einen Seite die unwissende Patientin, auf der anderen Seite die allwissende Ärztin (Tezcan-Güntekin 2010: 95f.). In den letzten Jahrzehnten beginnt dieses Verhältnis sich zu verändern. Neben wissenschaftlichen Erkenntnissen, die zu einer ganzheitlicheren Konsultationspraxis aufrufen, wie beispielsweise, dass „Gesundheit [...] nur in der vielfältig verflochtenen Interaktion mit den Patienten entstehen“ (Hildebrandt et al. 2020: 165) kann, verändert sich auch das Selbstbild von Ärzt\*innen stetig weiter in Richtung einer anwaltschaftlichen Rolle. Durch den starken Wandel der Ärzt\*innen-Patient\*innen-Beziehung der letzten Jahre sind Spielräume für demokratische Begegnungen entstanden, die jedoch bisher häufig noch ungenutzt bleiben.

Ein weiteres relevantes Machtverhältnis im Gesundheitswesen zeigt sich auf institutioneller Ebene, sowohl im Hinblick auf das Personal und dessen Besetzung als auch im Hinblick auf die Strukturen von medizinischen Einrichtungen und den übergeordneten Systemen. So kann bezüglich des Personals im Gesundheitssystem beispielsweise eine mangelnde Diversität beobachtet werden. Diversität im medi-

zinischen Personal ist jedoch wünschenswert und relevant für ein inklusives und weniger diskriminierendes Gesundheitssystem. Im besten Fall spiegelt sich die Diversität der Bevölkerung in der Diversität des medizinischen Personals wider. Es zeigt sich jedoch, dass für ausländisches Fachpersonal vergleichsweise schlechtere Arbeitsbedingungen herrschen als für deutsches Personal, vor allen Dingen in Bezug auf verschiedene Aspekte der Arbeitsorganisation (Theobald 2018: 51–55). Darüber hinaus haben ausländische Fachkräfte häufig mit ausländischerfeindlichen Ressentiments und Rassismus zu kämpfen (Steger 2020: 14). Auch in Bezug auf das Geschlecht der Angestellten sind Defizite zu verzeichnen:

„[D] Gesundheitswesen [ist] durch ein ungleiches Geschlechterverhältnis bei den Mitarbeiter\*innen, durch organisatorische Hindernisse in der Karriereentwicklung von Frauen und durch eine Unterrepräsentation von Frauen in Entscheidungsgremien gekennzeichnet“ (Steger 2020: 16).

Diese beiden Beispiele skizzieren die Problematik der Landschaft derer, die das Sagen haben im Gesundheitswesen: Sie ist zu homogen und sie reproduziert Machtverhältnisse.

Die Aufgabenbereiche und Rollen der verschiedenen Akteur\*innen des Gesundheitssystems unterliegen den Logiken übergeordneter Systeme wie den Krankenkassen. Hausärzt\*innen beispielsweise dienen als Gatekeeper, um die Patient\*innen innerhalb des Systems zu verteilen und haben damit eine enorme Macht über die Zugänge ihrer Patient\*innen zu weiteren Versorgungsleistungen. Wenn sie in dieser Position bestimmte Fachärzt\*innen empfehlen oder sogar mit ihnen zusammenarbeiten, wird diese Kooperation inzwischen per Gesetz als Korruption geahndet (Ahls et al. 2018: 172). Während in anderen Branchen die Vorteile von Kooperation und Synergien längst weit bekannt sind und gerne genutzt werden, ist es in der medizinischen Versorgung ein No-Go. Das führt auch dazu, dass Patient\*innen mit dem Überweisungsschein in der Hand bei der Suche nach Fachärzt\*innen auf sich allein gestellt sind. Hier tritt das Wohl der Patient\*innen in einigen Fällen hinter ökonomischen Interessen zurück. Auch das Abrechnungssystem der Krankenkassen funktioniert in erster Linie nach ökonomischen Richtlinien, es richtet sich weniger nach in der Medizin logischen Abläufen. Dies sind zwei Beispiele für Machtverhältnisse im Gesundheitssystem, die weniger der Demokratie als vielmehr dem Kapitalismus dienen (mehr dazu im nächsten Abschnitt über die Ökonomisierung des Gesundheitssystems).

## Ökonomisierung als Gefahr

Gesundheitssysteme weltweit und auch das Gesundheitssystem in Deutschland erleben eine immer stärker werdende Ökonomisierung. Es ist davon auszugehen, dass die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitssystems die bestehenden Ungerechtigkeiten sogar noch verschärft und auch von der Gesellschaft immer kritischer wahrgenommen werden wird (Schröder 2020: 89). Durch die Ökonomisierung werden die zeitlichen Ressourcen, die Ärzt\*innen für einzelne Patient\*innen aufwenden können, stetig knapper. Diese Zeit wird jedoch gerade für den Ausgleich sozioökonomischer Ungerechtigkeiten dringend benötigt, um wichtige Aufklärungsarbeit zu leisten, darüber Unsicherheiten abzubauen und Orientierung zu schaffen. Schröder weist darauf hin, dass die Erforschung dieser bestehenden Ungerechtigkeiten im Gesundheitssystem von großer Relevanz ist, da die Verstärkung derselben zu einer Unzufriedenheit mit dem Sozialversicherungssystem in Deutschland führen könnte (Schröder 2020: 105f.).

„Demokratische Vorstellungen einer gemeinwohlorientierten, bedarfsge-  
rechten und solidarischen Gesundheitsversorgung treffen auf die kapitalisti-  
sche Logik, die gegenwärtig ihre Struktur ausmacht.“ (Ahls et al. 2018: 155)

Die voranschreitende Ökonomisierung zeigt sich in den Abrechnungssystemen der ambulanten sowie stationären Versorgungszentren: „Abrechnungsmodalitäten und Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern und ambulanten Praxen fügen neue Spannungsfelder hinzu“ (Begenau et al. 2010: 8). Ebenso zeigt sie sich im Krankenkassensystem, das sich neben der Unterscheidung von Privat- und Pflichtversicherungen auch durch Zusatzversicherungen immer weiter ausdifferenziert. Dominanz privatwirtschaftlicher Interessen in der Medizin dient der Aufrechterhaltung der ungleichen Verteilung von sozialem, kulturellem und finanziellem Reichtum, was wiederum demokratische Ideen sabotiert (Ahls et al. 2018: 74f.).

Kapitalistische Logiken führen in Krankenhäusern zu antidemokratischen Zuständen. Das System und die Logik der Fallpauschalen zwingen Institutionen des Gesundheitswesens, insbesondere Krankenhäuser, dazu, die Arbeitsdichte zu steigern, d. h., die Fall- und Stückzahlen zu erhöhen – in kürzerer Zeit mehr Fälle zu bearbeiten. Das führt zu einer „skandalösen Fehl- und Unterversorgung genauso wie zu Überversorgungsphänomenen, also zu medizinisch nicht notwendigen Eingriffen und diagnostischen Maßnahmen“ (Ahls et al. 2018: 168). Medizinische Behandlungen werden nicht mehr nach ihrem Sinn oder ihrem Nutzen für die Heilung der Patientin beurteilt, sondern vielmehr danach, wie gut sie sich abrechnen lassen (Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte 2017: o. S.). Darüber hinaus ist damit zu rechnen, „dass sich die Profiteure der ungleichen Verteilung von Macht,

Eigentum und Gesundheit nicht daran beteiligen werden, diese Missstände zu verändern“ (Ahls et al. 2018: 174).

Das Zwei-Klassen-Krankenversicherungsprinzip ist ebenfalls ein Hindernis für ein demokratisches Gesundheitssystem, das allen Menschen den gleichen Zugang und die gleiche Versorgung garantiert. So lassen sich Ärzt\*innen bevorzugt in Regionen nieder, in denen viele Privatversicherte wohnen. Dies befördere „auf das gesamte Gesundheitswesen bezogen eine Über-, Fehl- und Unterversorgung“ und konterkariere „eine demokratische Bedarfsplanung“ (Ahls et al. 2018: 164).

Eine demokratische Bedarfsplanung müsste gerade dort ansetzen, wo Menschen in sozial schwachen Verhältnissen leben: ärmere Städte, Stadtteile und ländliche Regionen. Hier gibt es bereits verschiedene Ansätze, die später dargestellt werden. Darüber hinaus gibt es auch innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherungen Strukturen, die ökonomisch schlechter aufgestellte Patient\*innen benachteiligen. Menschen mit höherem Einkommen werden bei der Beitragsbemessung bevorzugt, während fixe Zuzahlungen Menschen mit niedrigerem Einkommen benachteiligen. Ahls et al. nennen das „Entsolidarisierungsprozesse“ (Ahls et al. 2018: 164).

Ärzt\*innen berichten davon, dass Patient\*innen und ihre Krankheitsbilder in pauschale Fallbeschreibungen gepresst werden müssen, um abrechenbar zu sein. Durch die Ökonomisierung des Gesundheitssystems besteht die Gefahr, dass „der Patient in die bürokratischen Prozeduren der Behandlung wie ein Werkstück in eine Drehbank eingepasst“ (Schubert 2010: 145) wird. Weiter führt dies dazu, dass die Bürokratie mitunter ärztlichem Ethos entgegenläuft. Cornelius Schubert beschreibt diese Situation und Handlungsmöglichkeiten in seinem Artikel „Zwischen Bürokratie und Ökonomie – Oder: Wie man die Verwaltung täuscht, Patienten behandelt und auch wieder loswird“. Unter anderem wird dargestellt, dass ärztliches Personal durch bürokratische Vorgaben mitunter gezwungen ist, diese Vorgaben zu umgehen, zu täuschen oder zu ignorieren, sofern der ärztliche Ethos gewahrt bleiben soll. So kann also die medizinisch beste Entscheidung durchaus gegen die eigene Verwaltung gehen (Schubert 2010: 146f.). Ein pragmatischer Weg, mit den Zwängen des zunehmend ökonomisierten und bürokratisierten Gesundheitssystems umzugehen, kann sein, nicht den Menschen und dessen medizinische Belange selbst, sondern vielmehr die Dokumentation darüber dem System gefügig zu machen. Auf diese Art und Weise wird das System gefüttert und befriedigt, während Patient\*innen die bestmögliche individuelle Behandlung erfahren und Ärzt\*innen ethisch handeln (Schubert 2010: 146f.). „So wird der Körper gar nicht so sehr in die bürokratische Form der Dienstleistung eingepasst, sondern vor allem die Dokumentation über den Körper“ (Schubert 2010: 147).

Es ist jedoch fraglich, ob das die vom System gewollte Lösung sein kann, hat man doch dann Dokumentationen, d. h. Krankenakten, die mitunter nicht wahr-

heitsgemäß und präzise die Situation der Patientin beschreiben. Darüber hinaus ist es geradezu erschütternd, dass medizinisches Personal sich zu derartigen Lösungen genötigt fühlt, weil andernfalls die kapitalistischen Ansprüche nicht mit den medizinischen vereinbar scheinen. Hier tut sich also ein großes Defizit auf, das durchaus negative Konsequenzen für Patient\*innen nach sich ziehen kann.

## Strukturelle Diskriminierung

Die Stabilisierung der bestehenden Verhältnisse meint nicht nur ökonomische Verhältnisse, sondern bezieht sich ganz zentral auch auf Formen der strukturellen Diskriminierung. „Medizinische Kontakte und Behandlungen finden nicht im luftleeren gesellschaftlichen Raum statt“ (Schubert 2010: 144). Im Gegenteil: Auch medizinische Begegnungen bewegen sich in einem gesellschaftlich strukturierten Raum, der bedingt ist durch allerlei gesellschaftliche Muster: strukturelle Diskriminierung, Moralvorstellungen und auch kulturelle Erwartungen und Gegebenheiten. Diskriminierung macht nachweislich krank und beeinflusst alle Lebensbereiche – auch die Gesundheit der Menschen und das Gesundheitswesen an sich (Bertelsmann Stiftung 2018: 124–131). Menschen, die unter struktureller Diskriminierung leiden, erfahren dies im Gesundheitswesen ebenso wie in anderen Bereichen des öffentlichen Lebens. Es wird zwar aufgrund des im internationalen Vergleich gut abschneidenden deutschen Krankenversicherungs- und Sozialsystems gerne davon ausgegangen, dass in der Versorgung sozial unterschiedlich gestellter Menschen und Gruppen keine Unterschiede gemacht würden, dies entspricht jedoch nicht der Realität (Schröder 2020: 89). Sara Lena Schröder definiert die Ungleichheit im Gesundheitswesen so:

„Wenn sich die Erbringung gesundheitlicher Versorgungsleistungen aufgrund von Diversität, also unterschiedlichen persönlichen Voraussetzungen aufgrund demographischer Merkmale, wie zum Beispiel Geschlecht, Alter, sozialer Status, Wissen und Erfahrungen, Migration oder sexueller Orientierung, unterscheidet, spricht man im Allgemeinen von Chancengleichheit.“ (Schröder 2020: 89)

Schröder unterscheidet in Bezug auf Chancengleichheit drei Aspekte der Versorgung: *Zugang*, *Inanspruchnahme* und *Qualität*. Die Versorgung, die Menschen erhalten, hat also erstens damit zu tun, inwieweit sie *Zugang* zu Angeboten und Institutionen haben, dazu gehören beispielsweise auch notwendige Zuzahlungen zu Leistungen oder auch Wartezeiten, dies bezieht sich also vor allen Dingen auf die Seite des Angebots. Zweitens spielt die *Inanspruchnahme* eine Rolle; dieser Aspekt bezieht sich auf die Nutzer\*innen des Gesundheitssystems, die Patient\*innen: Welche Angebote werden in Anspruch genommen, wie oft werden ärztliche Praxen

oder Krankenhäuser aufgesucht, welche Therapieangebote werden angenommen – und warum? Der dritte Aspekt bezieht sich auf die *Qualität* der Angebote: Hier geht es um die Kommunikation und Beziehung zwischen Ärzt\*innen und Patient\*innen, die Lebensqualität der Patient\*innen, die Mortalität (Schröder 2020: 90).

In Bezug auf die Qualität zeigt sich:

„Angehörige von Minderheiten laufen Gefahr, in der Gesundheitsversorgung nicht dieselbe Qualität bei Diagnose, Behandlung und bei Präventivmaßnahmen zu erhalten wie die durchschnittliche Bevölkerung.“ (Migrant-Friendly-Hospitals Projektgruppe o. J.: 1)

Angehörige marginalisierter Gruppen sind in doppelter Hinsicht im europäischen Gesundheitswesen benachteiligt: Einerseits erhalten sie grundsätzlich durchschnittlich schlechtere Versorgung, andererseits sind sie statistisch gesehen häufiger von Krankheit betroffen und wären somit tendenziell sogar überdurchschnittlich stark auf funktionierende Gesundheitssysteme angewiesen (Steger 2020: 12f.). Soziale Herrschaftsstrukturen sind also im Gesundheitswesen ebenso wie in anderen Teilbereichen der Gesellschaft ein zentraler Einflussfaktor für die Teilhabe und Fürsorge, die Menschen zuteilwird (Ahls et al. 2018: 155). Konkret soll diese Ungerechtigkeit hier an drei Dimensionen struktureller Diskriminierung skizziert werden: Rassismus, Sexismus und Queerfeindlichkeit sowie Klassismus.

*Rassismus*: Menschen, die von rassistischen Zuschreibungen betroffen sind, erhalten im Gesundheitssystem eine andere Versorgung als weiße Menschen. Der Gesundheitszustand von Migrant\*innen und ethnischen Minderheiten ist häufig schlechter als der durchschnittliche Gesundheitszustand. Gründe für einen schlechteren Gesundheitszustand dieser Gruppen können sein: eine schwächere sozioökonomische Stellung, traumatische Migrationserlebnisse und auch das Fehlen einer ausreichenden sozialen Unterstützung (Migrant-Friendly-Hospitals Projektgruppe o. J.: 1). Migrant\*innen berichten beispielsweise von fehlendem oder unvollständigem Wissen in Bezug auf europäische Gesundheitseinrichtungen, Zugänge dazu und Notwendigkeiten der Prävention und Heilung von Krankheiten. Dieser Mangel an Informationen kann eine Hürde darstellen, das Gesundheitssystem und seine Angebote zu nutzen (Migrant-Friendly-Hospitals Projektgruppe o. J.: 1). Auch der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist für diese Personengruppen häufig erschwert, dies ist begründet in „politischen, administrativen und kulturellen Ursachen“ (Steger 2020: 13). Weitere Hindernisse können „unzureichende rechtliche Ansprüche, sprachliche Barrieren, unterschiedliche Konzepte von Gesundheit und Krankheit oder schlichtweg Rassismus“ (Steger 2020: 13) sein.

Statistiken zeigen ebenfalls, dass Schwarze<sup>2</sup> Menschen häufiger erkranken und verletzt sind sowie eine niedrigere Lebenserwartung haben (Trawalter/Hoffman 2015: 146). Darüber hinaus zeigen Studien, dass Schwarze Patient\*innen häufig in ihrem Schmerzempfinden weniger ernst genommen werden als weiße Patient\*innen. Grund dafür sind rassistische Vorurteile bei medizinischem Personal, beispielsweise Annahmen über biologische Unterschiede zwischen Schwarzen und weißen Menschen. Dies führt z. B. dazu, dass Schwarze Patient\*innen trotz gleicher Selbsteinschätzung bezüglich ihrer Schmerzen mit geringerer Wahrscheinlichkeit Schmerzmedikation erhalten, und wenn sie diese erhalten, dann in niedrigeren Dosen oder niedrigerer Quantität. Diese Ergebnisse treffen auch auf Kinder zu (Hoffman et al. 2016: 4296). Unbehandelter Schmerz ist Leid. Dieses Leiden kann ernsthafte Konsequenzen für die Gesundheit der Patient\*innen nach sich ziehen. Unbehandelter Schmerz steht erwiesenermaßen in Verbindung mit Depressionen, Schlafstörungen, Hautproblemen und Gewichtsverlust. Darüber hinaus kann unbehandelter Schmerz bereits bestehende psychische und physische Problematiken verschlimmern und zu chronischem Stress führen (Trawalter/Hoffmann 2015: 146).

Obwohl sich in den letzten Jahren und Jahrzehnten das Bewusstsein über und auch der Umgang mit Rassismus verbessert haben, herrschen auch heute noch viele rassistische Strukturen und Ideen vor. Diese Vorurteile mögen heute vielleicht häufiger unbewusst oder unintentional sein, sie sind jedoch real und wirkmächtig (Trawalter/Hoffman 2015: 148). Rassistische Annahmen über biologische Unterschiede zwischen Schwarzen und weißen Menschen in der Medizin können beispielsweise sein, das Blut Schwarzer Menschen gerinne schneller als das Blut weißer Menschen, Schwarze Menschen hätten dickere Haut oder weniger sensible Nervensysteme als weiße Menschen (Hoffman et al. 2016: 4297). Derartige rassistische Annahmen verändern den Umgang mit und die Diagnosen von Schwarzen Menschen. Im Gesundheitssystem sind diese Diskriminierungen nicht nur Symptome individueller rassistischer Einstellungen, sondern zeugen vielmehr von einem strukturellen Rassismus (Hoffman et al. 2016: 4297).

*Sexismus und Queerfeindlichkeit:* Sexismus ist eine weitere Dimension, die für strukturelle Ungerechtigkeit im Gesundheitswesen sorgt. Sexuelle Orientierung sowie geschlechtliche Identität sind auch hier Auslöser für Diskriminierung. Gründe hierfür können beispielsweise sexistische, heteronormative oder queerfeindliche Einstellungen von medizinischem Personal sein (Steger 2020: 16). In Bezug auf das Geschlecht ist der Gender Data Gap ein immer wichtigeres Thema. Noch bis vor kur-

---

2 Schwarz wird hier – dem aktuellen Stand der antirassistischen Debatte folgend – großgeschrieben, um eine soziopolitische Positionierung zu verdeutlichen. Schwarz ist hier nicht als Farbe gemeint, sondern ist die Selbstbezeichnung der betreffenden Gruppe. Mehr dazu beispielsweise bei Tupoka Ogette oder hier: [www.diversity-arts-culture.berlin](http://www.diversity-arts-culture.berlin) [Zugriff 30.08.2023].

zer Zeit wurden die meisten klinischen Forschungen ausschließlich an männlichen Versuchspersonen durchgeführt, und wenn Frauen inkludiert wurden, so wurden die Ergebnisse nicht geschlechtsspezifisch getrennt (Blair 2007: 23). Ergebnisse von medizinischer Forschung, die nur an Männerkörpern durchgeführt worden ist, wurden schlicht auf Frauenkörper übertragen (Hofmann 2014: 41). Diese Vorgehensweisen sorgen noch heute für eine große geschlechtsspezifische Ungleichheit in den vorliegenden Daten über Wirksamkeit, Nebenwirkungen und Dosierung von Medikamenten, aber auch im Wissen über Symptome und Krankheitsbilder. Über die Pharmakologie von Arzneimitteln bei Männern ist bisher sehr viel mehr bekannt als bei Frauen, „da Frauen traditionell in klinischen Studien unterrepräsentiert sind“ (Nieber 2014: 70).<sup>3</sup>

Sexuelle Orientierung ist Auslöser für Diskriminierung im Gesundheitssystem, nicht nur für Patient\*innen, sondern auch für das Personal. Studien zeigen, dass queere Menschen nicht nur Benachteiligung im Gesundheitswesen befürchten, sondern auch tatsächlich erleben (Plöderl/Winkler 2020: 308). „Queere Menschen leiden im Vergleich zu heterosexuellen Menschen häufiger an physischen oder psychischen Störungen“ (Plöderl/Winkler 2020: 301f.), was ein hinreichender Grund sein dürfte, um im Gesundheitssystem eine besondere Sensibilität für gendersensible und queere Fragestellungen zu erwarten. 85 % der Medizinstudierenden geben allerdings an, im Studium nichts über die Sensibilität für sexuelle Orientierung gelernt zu haben (Plöderl/Winkler 2020: 309).

Während queere Menschen im Sozial- und Gesundheitswesen überdurchschnittlich stark repräsentiert sind, berichten in einer Studie aus dem Jahr 2020 29,7 % der befragten queeren Personen über Diskriminierung am Arbeitsplatz (Vries et al. 2020: 622f.). Beispiele für Formen von Diskriminierung aus Studien mit Patient\*innen sind:

„Diskriminierung, Mikroaggressionen, Zurückweisungen, Verweigerungen einer Behandlung, Versuche die sexuelle Orientierung zu ändern, Tabuisierung von sexueller Orientierung und (un)bewusste Vorurteile.“ (Plöderl/Winkler 2020: 308)

Dass die Repräsentation queerer Menschen im Gesundheits- und Sozialwesen so stark ist, ist ein guter Anfang. Der hohe Anteil der Menschen, die am Arbeitsplatz Diskriminierung erfahren, sollte jedoch in Kombination mit der überdurchschnittlichen Repräsentation auch ein Weckruf sein: Gerade im Gesundheitswesen sollten Arbeitgeber\*innen großen Wert darauf legen, Arbeitsumfelder diskriminierungs-

---

3 Die Binarität dieses Abschnittes ist zurückzuführen auf die Binarität in den zugrunde liegenden Studien und soll keinesfalls das breite Spektrum geschlechtlicher Identitäten und auch biologischer Geschlechter infrage stellen.

frei zu gestalten und Mitarbeitende zu schulen, sowohl im Sinne der Angestellten als auch im Sinne der Patient\*innen. Gendersensibilität muss daher zu den Grundpfeilern einer inklusiven und gleichberechtigten Gesundheitsversorgung gehören und eine Selbstverständlichkeit des Gesundheitssystems sein. Medizinisches Personal, d.h., nicht nur Ärzt\*innen, sondern darüber hinaus auch alle anderen medizinischen Angestellten, müssen sich Kompetenzen im Bereich der geschlechtsspezifischen und sexuellen Unterschiede aneignen, um diese wahrnehmen und in ihre Behandlung einbinden zu können. Steger schreibt, Gendersensibilität könne die Qualität medizinischer Versorgung und den Zugang der Patient\*innen zur Gesundheitsversorgung verbessern, im anderen Fall führe dies zu einer Diskriminierung und schlechten Gesundheitsversorgung von Minderheitengruppierungen (Steger 2020: 16).

*Klassismus:* Der soziale Status ist eine weitere Dimension, die bedeutenden Einfluss auf die Qualität und den Zugang zu medizinischer Versorgung haben kann. Zwischen dem sozialen Status und einer Migrationsgeschichte gibt es häufig Überschneidungen. Dennoch ist der soziale Status und die damit einhergehende klassistische Diskriminierung im Gesundheitssystem als eigene Dimension zu beachten. Viele Studien zeigen, dass Menschen mit einem niedrigeren sozialen Status höhere Risiken haben, zu erkranken und auch bis zu zehn Jahre früher sterben als Menschen mit einem höheren sozialen Status (Schröder 2020: 88f.).

Konkret zeigt sich die klassistische Benachteiligung im Gesundheitssystem vor allen Dingen an drei Stellen: Erstens wird fachärztliche Betreuung weniger häufig von Menschen mit einem niedrigen sozialen Status in Anspruch genommen. Zweitens kommen Angehörige dieser Personengruppen grundsätzlich später und erst in einem höheren Schweregrad/Krankheitsstadium der Erkrankung zu einer Diagnose. Drittens bestehen starke Versorgungsungleichheiten im Bereich der Vorsorge- und Präventionsangebote sowie im ambulanten Sektor (Schröder 2020: 92f.). Schröder weist auf die mangelhafte Forschung zu den Hintergründen und Ursachen dieser alarmierenden Zustände hin, weshalb eine abschließende Erklärung zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich ist. Die Ursachen der Ungleichheiten, die den Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozioökonomischem Status erklären, sind facettenreich und können in „materielle und strukturelle Faktoren, psychosoziale Ressourcen und Belastungen sowie gesundheitsrelevantes Verhalten unterteilt werden“ (Schröder 2020: 88f.). Verstärkt werden diese Faktoren unter Umständen durch Ungleichheiten in der Versorgung. Ein Beispiel hierfür ist die unterschiedliche Inanspruchnahme von Präventions- und Gesundheitsmaßnahmen (Schröder 2020: 88f.). Ein wichtiger weiterer Faktor ist die meist große Differenz im Bildungsstand zwischen Ärzt\*innen und Patient\*innen mit niedrigerem sozialem Status: Ärzt\*innen verfügen in der Regel allein aufgrund ihres Bildungsstandes über einen hohen sozialen Status, weshalb die Diskrepanz zwischen dem eigenen sozialen und

gesellschaftlichen Standpunkt der Ärzt\*innen und dem der Patient\*innen hoch ist. Dies zeigt sich beispielsweise auch in der Sprache und den genutzten Sprachcodes. Dies kann die zum Abbau von klassistischen Ungerechtigkeiten wichtige Kommunikation zwischen Ärztin und Patientin erschweren (Schröder 2020: 106).

Rassismus, Sexismus, Klassismus und auch andere Formen von struktureller Diskriminierung sind keine separaten Phänomene, die sich voneinander abgrenzen lassen. Es gibt Überschneidungen von diesen Phänomenen, die zu intersektionaler Diskriminierung führen können. Eine Schwarze Frau oder eine behinderte trans Person erleben beispielsweise Formen von Diskriminierung, die nicht ausschließlich auf ihr Schwarz-Sein, ihre geschlechtliche Identität oder ihre Behinderung zurückzuführen sind. Intersektionalität beschreibt, dass Menschen, die mehreren diskriminierten Gruppen angehören, häufig zusätzlich von Diskriminierungen betroffen sind, die über die Diskriminierungen aufgrund der einzelnen Gruppenzugehörigkeiten hinaus gehen. Auch im Hinblick auf das Gesundheitssystem ist dies eine Perspektive von höchster Relevanz, die an dieser Stelle jedoch nicht weiter ausgeführt werden kann.<sup>4</sup>

## Potenziale einer Demokratisierung

Wie gezeigt wurde, ist die Liste der Defizite und Notwendigkeiten zur Demokratisierung im Gesundheitswesen lang, ohne hier vollständig benannt worden zu sein. In Bezug auf Diskriminierung im Gesundheitssystem fordert Florian Steger in der Einleitung zu seinem Sammelwerk „Diversität in der Medizin“: Um einer heterogenen Patient\*innenpopulation gerecht zu werden und einen hohen Standard bei der medizinischen Versorgung zu erreichen, sei eine avancierte Strategie zur Bewältigung der sich durch die Diversität stellenden Herausforderung im Gesundheitswesen erforderlich. Der erste Schritt für eine effektive Strategie bestehe darin, Hindernisse und Möglichkeiten für einen ernsthaften Umgang mit Vielfalt im Gesundheitswesen in den Blick zu nehmen und Lösungsstrategien zur Diskussion zu stellen (Steger 2020: 16). Potenziale, die sich zur Demokratisierung im Gesundheitswesen auftun, d. h., an welchen Stellen das Gesundheitswesen sich verändern kann, um demokratischen Ansprüchen gerecht(er) zu werden und somit eine bessere medizinische Versorgung zu gewährleisten, werden hier vorgestellt.

Es ist allerdings auch zu beachten, dass die Vereinigung des Gesundheitssystems mit demokratischen Anforderungen gleichzeitig ein Zusammenprall ver-

---

4 Näheres ganz allgemein zu Intersektionalität beispielsweise bei Ilse Lenz (Lenz 2010) sowie bei Kimberley Crenshaw, die als Mitbegründerin des Begriffs gilt (Crenshaw 2013). Konkreter in Bezug auf Medizin beispielsweise bei Martina Dören: „Gender, Diversity und Intersektionalität als Herausforderung für die Medizin“ (Dören 2007).

schiedener Wertesysteme bedeutet. So entsteht beispielsweise ein Konflikt, wenn „die Konzepte der individuellen Entscheidungsfreiheit und pluralistischen Gesellschaftsordnung mit den Pflichten der Medizin, wie dem verantwortlichen und fürsorglichen Handeln, in Einklang zu bringen sind“ (Steger 2020: 11). Es ist damit zu rechnen, dass eine fortschreitende Demokratisierung des Gesundheitssystems auch systeminhärente Fragen aufwerfen wird und Widerstände sichtbar macht. Ein Bewusstsein darüber ist wichtig, um einen dahingehenden Prozess richtig anstoßen und begleiten zu können.

Die Forderung nach Demokratisierung bezieht sich einerseits auf die Interaktion zwischen Patient\*innen und Ärzt\*innen, andererseits auch auf das Organisationssystem des Gesundheitswesens, beispielsweise im Hinblick auf die Besetzung des Personals oder auch in Bezug auf Abrechnungs- und Krankenkassen-Systeme. Außerdem werden Möglichkeiten der Demokratisierung in Bezug auf strukturelle Diskriminierung betrachtet. Die hier aufgeführten Vorschläge sind exemplarisch und befinden sich in einem Prozess. Die Forderungen haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Auch die Frage nach der Realisierbarkeit ist nicht Teil dieser Darstellung. Vielmehr geht es darum, einen Einblick in eine Vision anzubieten: Wie können wir demokratische Ideale und Ziele auch im Gesundheitssystem verwirklichen, welche Anknüpfungspunkte kann es geben und welche Formate gibt es bereits?

## Alternative Institutionen und ökonomische Umstrukturierung

Felix Ahls, Nadja Rakowitz und Bernhard Winter benennen Medizinische Versorgungszentren als eine Möglichkeit, ganzheitliche Ansätze zur Demokratisierung von Gesundheitsversorgung, vor allen Dingen von sozial schwachen Personen weiter zu fördern (Ahls et al. 2018: 173). Medizinische Versorgungszentren und andere ähnliche Projekte haben einerseits zum Ziel, den Zugang zu medizinischer Versorgung niedrigschwelliger zu gestalten, und andererseits, das Gesundheitssystem zu entlasten, indem nachrangige Aufgaben medizinischer Versorgung, wie beispielsweise die Wundversorgung, ausgelagert werden können.<sup>5</sup> Ein zentraler Aspekt dabei ist die Finanzierung derartiger Projekte. Ärztekammern und Krankenkassen betonen immer wieder die Gefahr, diese Projekte könnten von Kapitalgesellschaften und privaten Investoren übernommen werden, sodass sie am Ende doch die Kapitalisierung statt der Demokratisierung vorantreiben. Stattdessen müssen diese Projekte alternativ finanziert werden, denkbar wären Kommunen oder

5 Weitere Ansätze sind beispielsweise *Gesundheitskioske* oder *Community (Health) Nurses*. Mehr zum Konzept der Gesundheitskioske und Community Health Nurses beispielsweise bei Klaus Balzer: *Der Gesundheitskiosk in Hamburg* (Balzer 2022), oder auch bei Miriam Primig und Bernd Reuschenbach: *Community Health Nursing in der Gemeinde* (Primig/Reuschenbach 2020).

Genossenschaften als Träger (Ahls et al. 2018: 163). Auch Anwohner\*innen und Patient\*innen könnten in die Zentrumsorganisation mit eingebunden werden. Ahls et al. sehen außerdem große Relevanz darin, auch den Kontext der gesundheitlichen Versorgung zu betrachten: Wie können auch „die sozialen Determinanten von Gesundheit angegangen werden [...]? Warum nur die Krankenversorgung verbessern, wenn die gesellschaftlichen Bedingungen krank machen?“ (Ahls et al. 2018: 173).

Die politischen Aspekte und Rahmenbedingungen dieser Projekte müssen eine Rolle spielen. Die gesellschaftlichen Bedingungen, innerhalb derer Gesundheit stattfindet, müssen bearbeitet und transformiert werden, um sinnvoll demokratisch Gesundheit zu gestalten (Ahls et al. 2018: 173). An der Finanzierung von Institutionen der Gesundheitsversorgung setzt eine sehr zentrale Kritik von Ahls et al. an: ein Mindestkriterium für die Demokratisierung des Gesundheitssystems ist es, dieses der kapitalistischen Logik zu entziehen, also die Rückführung von Krankenhäusern in gesellschaftliches Eigentum (Ahls et al. 2018: 165). Dieses erste Mindestkriterium ist Teil eines Kriterienkatalogs, der sechs Forderungen enthält: Weiter wird gefordert, „[d]ie Planung der Zahl und Art der Krankenhäuser müsste nach Kriterien des Bedarfs der Bevölkerung geschehen und von demokratisch legitimierten politischen Instanzen betrieben werden“ (Ahls et al. 2018: 165). Beschäftigte und Patient\*innen müssten die innere Organisation von Krankenhäusern führen und es dürfte keine Hierarchie zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen geben; der Zugang zu Krankenhäusern müsste für alle Menschen gleich sein, dazu müssten diskriminierungssensible Aspekte in die Planung einfließen, sodass gesellschaftliche Diskriminierungsstrukturen hier nicht reproduziert werden; „sinnwidrige[n] und künstlich aufrecht erhaltenen Sektorengrenzen“ (Ahls et al. 2018: 165) müssten abgebaut werden, um eine effektive Versorgung und Inanspruchnahme sicherzustellen, und zuletzt fordern die Autor\*innen, dass pflegerische und medizinische Versorgungsleistungen von ihrem materiellen Wert getrennt und Ressourcen schonend genutzt werden, sodass Patient\*innen sicher sein können, dass ihr Wohl jederzeit an erster Stelle steht und nicht mit kapitalistischen Ansprüchen konkurriert (Ahls et al. 2018: 165f.). Dieser Kriterienkatalog kann eine solide Grundlage sein, um die ökonomische Gestaltung des Gesundheitssystems zu hinterfragen und neu zu strukturieren. Medizinische Versorgungszentren sind dabei nur eine von vielen Möglichkeiten einer alternativen Organisation von medizinischen Institutionen mit dem Ziel, Gesundheit zu demokratisieren, d. h., gerechter anzubieten und zu gestalten.

Eine interessante Frage, die hier jedoch zu weit führt, ist, ob Demokratisierung sogar vorteilhaft sein könnte aus ökonomischer Sicht. Ist ein demokratisches Gesundheitssystem sogar ökonomisch sinnvoller? Sind positive Aspekte einer Demokratisierung vielleicht nicht nur eine bessere Versorgungslage und eine stärkere

Erfüllung des Ideals der Demokratie, sondern sogar gute monetäre Bilanzen? Ist also Demokratisierung am Ende sogar aus ökonomischer Sicht vorteilhaft?

## Transparenz und Information

Aus soziologischer Sicht wird die Ärzt\*innen-Patient\*innen-Beziehung als grundsätzlich asymmetrisch beschrieben. Dennoch – oder gerade deshalb – haben Patient\*innen ein hohes Bedürfnis an Aufklärung. Etwa 80 % der Krankenhauspatient\*innen haben beispielsweise das Bedürfnis nach vollständiger Aufklärung. Ärzt\*innen kommen dem häufig nicht nach, sei es aus Zeitmangel oder Unwissenheit über dieses Bedürfnis (Begenau et al. 2010: 7). Dabei ist erwiesen, dass Transparenz und beispielsweise Einblick in die eigene Krankenakte den positiven Effekt haben können, dass Patient\*innen an Therapien besser mitwirken und nachhaltiger daran festhalten (Patrick 2014: 811). So kann eine Umgestaltung der Ärztin-Patientin-Beziehung unter demokratischen Gesichtspunkten dazu führen, dass Versorgungsleistungen effektiver sind und damit die Gesundheit der Patient\*innen gesteigert wird.

Ein Ansatz für diese Umgestaltung sind Open-Notes-Projekte. Open Notes bedeutet, dass Patient\*innen digital Einblick in ihre eigene Krankenakte erhalten. Information ist der erste Schritt für Demokratie bzw. Partizipation. So können Wissenshierarchien abgebaut, Mitspracherecht ermöglicht und selbstbestimmte Entscheidungen getroffen werden (Hildebrandt et al. 2020: 168). Neben diesen positiven Effekten gibt es noch weitere gute Gründe für Open Notes: Wenn Individuen beispielsweise umziehen oder auch nur die medizinische Betreuung wechseln, können damit lückenhafte Krankenakten einhergehen. Lückenhafte Krankenakten wiederum können zur Folge haben, dass keine optimale Versorgung garantiert ist (Patrick 2014: 811). Open Notes wurde bereits in einigen Forschungsphasen in verschiedenen Settings erprobt. Sorgen der Teilnehmenden vor Beginn des Projektes waren aufseiten der Ärzt\*innen u. a. ein erhöhter Zeitaufwand, um Krankenakten für Patient\*innen ohne medizinisches Wissen verständlich zu verfassen, sowie eine Verunsicherung der Patient\*innen, wenn sie detaillierte Informationen über ihren Gesundheitszustand lesen würden. Diese Sorgen bestätigten sich nicht (Delbanco et al. 2012: 466). Eine Testperson sagte in einem Interview nach Ende des Projekts: „My fears: Longer notes, more questions, and messages from patients. In reality, it was not a big deal“ (Delbanco et al. 2012: 467).

Der (geringe) zusätzliche Zeitaufwand, der bei einigen Ärzt\*innen für umfangreicheres oder detailliertes Schreiben der Krankenakte anfiel, wurde sogar als positiv bewertet, weil so die Akte auch für sie selbst übersichtlicher wurde (Delbanco et al. 2012: 466). Negative Effekte, Verunsicherungen oder Angst, die durch den Zugang zu Informationen über den eigenen Gesundheitsstatus entstehen könn-

ten, traten nicht auf. Nur eine kleine Minderheit hat negative Konnotationen mit dem Lesen der eigenen Krankenakte verknüpft. Die Tatsache im Hinterkopf, dass Patient\*innen lesen werden, was über sie geschrieben wird, könnte sogar ein zusätzlicher Ansporn für medizinisches Personal sein, die Einträge respektvoll und verständlich zu formulieren (Patrick 2014: 811).

Patient\*innen äußerten auf der anderen Seite eine begründete Sorge und Skepsis aufgrund des Datenschutzes ihrer sehr sensiblen und intimen Daten. Es ist jedoch davon auszugehen, dass Gesundheitsdaten und Krankenakten mit den gleichen Mechanismen und ebenso gut geschützt werden könnten, wie es mit Bank-, Steuer- und Versicherungsdaten schon lange üblich ist. Wie auch mit anderen sensiblen Daten bedarf es in Bezug auf die Krankenakte Aufklärung über den Umgang mit diesen Daten (Patrick 2014: 811).

Open Notes hat auch auf die Ärzt\*innen-Patient\*innen-Beziehung einen positiven Effekt. Es wurde von „enhanced trust, transparency, communication, and shared decision making“ (Delbanco et al. 2012: 466) berichtet. Studien haben gezeigt, dass nach den Testphasen nahezu alle Patient\*innen, die an diesem Projekt teilgenommen hatten, weiterhin von dem Angebot Gebrauch machen wollten. Ebenfalls waren alle beteiligten Ärzt\*innen willens, dieses Angebot weiterhin bereitzustellen. Von einer unverhältnismäßigen Belastung des Systems ist nicht auszugehen (Patrick 2014: 811). Eine weitere Studie hat sich mit den Erfahrungen von Patient\*innen beschäftigt, die Einsicht in mehrere Dokumentationen ihrer ärztlichen Behandlung genommen haben. Diese Studie stellte fünf zentrale Bereiche der Behandlung heraus, die durch die Einsicht positiv beeinflusst wurden „understanding, relationship, quality, self-care and improvements for the future“ (Esch et al. 2016: 5). Für Patient\*innen mit psychischen Erkrankungen ergaben sich noch weitere Aspekte:

„[...] better communication with their doctors, better care coordination, and increased ability to self-manage and self-coordinate (including decreased feelings of stress/challenge or distraction during visits).“ (Esch et al. 2016: 5)

Diese Studie zeigte ebenfalls, dass nichtweiße Patient\*innen von Open Notes noch stärker profitieren als weiße Personen, was bemerkenswert und ein wichtiges Forschungsergebnis ist, da Open Notes sich damit gegebenenfalls sogar als Instrument eignet, um rassistischer Diskriminierung im Gesundheitssystem entgegenzuwirken (Esch et al. 2016: 5).

Ein letzter Aspekt in Bezug auf die Frage nach Transparenz und Information im Gesundheitswesen soll noch ein Blick in die gynäkologische Praxis sein. In gynäkologischen Behandlungen sind einige Eckpunkte einer demokratischeren Ärzt\*innen-Patient\*innen-Beziehung Standard, die in anderen medizinischen Settings noch vermisst werden. So nennen Gynäkolog\*innen beispielsweise als ein

zentrales Ziel in ihren Behandlungen die Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmung ihrer Patient\*innen. Volle Transparenz, umfassende Aufklärung und die Möglichkeit, Untersuchungen jederzeit abzubrechen, sind hier wertvolle Normalität, die Befindlichkeiten und Bedürfnisse der Patient\*innen werden nicht nur gewahrt, sondern aktiv erfragt (Begenau 2010: 54–55). Aufgrund des sehr intimen Settings scheinen gynäkologische Praktiken die Frage nach Transparenz und Information sehr viel ernster zu nehmen und bereits gute Techniken entwickelt zu haben, um die Begegnung mit Patient\*innen demokratischer zu gestalten. Diese Praktiken können Vorbild sein für andere medizinische Settings, in denen diese Thematik noch nicht so sensibel mitgedacht wird.

## Partizipation

Partizipation kann die Zufriedenheit von Patient\*innen in ihrer medizinischen Versorgung steigern (Hildebrandt et al. 2020: 165). Der Murrhardter Kreis (ein Arbeitskreis, der sich mit der Neugestaltung der Mediziner\*innenausbildung beschäftigte) legte einen Vorschlag zur Veränderung der Ärzt\*innen-Patient\*innen-Beziehung vor. Die bisherige Asymmetrie sollte durch eine partnerschaftliche Begegnung ersetzt werden (Begenau et al. 2010: 12). Auch die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, die 1986 auf der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung verabschiedet worden ist, ruft dazu auf, Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen (World Health Organisation 1986: 1). Dafür gibt es verschiedene Ansätze und ganz unterschiedliche Möglichkeiten. So können Patient\*innen beispielsweise in die Entscheidungsfindung über die Therapie miteinbezogen werden. Niedrigschwelliger ist beispielsweise das Projekt „Ask me Three“, durch das Patient\*innen ermutigt und bestärkt werden sollen, sich Informationen über ihre Erkrankung und deren Behandlung aktiv einzuholen. Auch Selbsthilfegruppen können eine wertvolle Möglichkeit sein, um Selbstwirksamkeit und Partizipation am eigenen Heilungsprozess zu unterstützen (Hildebrandt et al. 2020: 166).

Das Projekt „Ask me Three“ ermutigt Patient\*innen, ihren Ärzt\*innen drei Fragen zu stellen: „Was habe ich?“, „Wie kann es behandelt werden?“ und „Warum ist das wichtig für mich?“. Dies geschieht über Plakat- und Flyer-Kampagnen, die in Praxen aushängen und -liegen. Studien haben gezeigt, dass die Konsultationszeit durch diese Fragen nicht verlängert wird, während die Beziehung zwischen Ärztin und Patientin verbessert sowie die Befähigung zum Selbstmanagement verdreifacht wird. Demokratische Ziele dieses Projektes sind Partizipation, Selbstwirksamkeit und Autonomie (Hildebrandt et al. 2020: 167). Mit diesem Projekt wird eine erste sehr wichtige Grundvoraussetzung für Partizipation geschaffen: Information. Besonders vulnerable Gruppen profitieren von der Nutzung der Fragen, was vor allem

unter Aspekten von Gerechtigkeit und Minderheitenschutz große Demokratie-Relevanz zeigt und dieses vermeintlich simple Instrument zu einem sehr wertvollen für die Demokratisierung des Gesundheitswesens macht (Hildebrandt et al. 2020: 167).

*Shared Decision Making* oder auch *Partizipative Entscheidungsfindung* ist ein weiteres Konzept zur Steigerung der Partizipation von Patient\*innen an ihrem Heilungsprozess. Die Partizipation von Patient\*innen an ihrer Behandlung hat schon einen weiten Weg hinter sich. Bis hinein in die 1950er-Jahre mussten Patient\*innen nicht ihr Einverständnis zu einer Therapie oder einem medizinischen Versuch abgeben. Nach dem Zweiten Weltkrieg hat sich dieses Verständnis gewandelt: „[...] der sogenannten *Informed Consent*, wurde zum Maßstab einer gelungenen Arzt-Patient-Beziehung“ (Begenau et al. 2010: 12). Heute will man über den *Informed Consent* hinaus noch mehr: Patientin und Ärztin sollen auf Augenhöhe und nach gegenseitigem Informationsaustausch gemeinsam über die sinnvollste Therapie- und Behandlungsmöglichkeit entscheiden. Die *Partizipative Entscheidungsfindung* (PEF) wird definiert als ein „Interaktionsprozess mit dem Ziel, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Patient und Arzt auf Basis geteilter Information zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu kommen“ (Giersdorf et al. 2004: 974).

Ziele dieser gemeinsamen Entscheidungsfindung und auch Verantwortungsübernahme ist eine stärkere Verbindlichkeit gegenüber dem Behandlungsplan aufseiten der Patient\*innen und eine damit verbundene gesteigerte Erfolgchance. Außerdem haben sich Erwartungen von Patient\*innen an ihre medizinische Betreuung gewandelt. Patient\*innen erwarten nicht nur, dass ihre Ärzt\*innen auf Grundlage der neusten wissenschaftlichen Erkenntnisse arbeiten, sondern erwarten darüber hinaus, umfassend informiert und in die Entscheidung mit eingebunden zu werden (Hamann et al. 2006: 1071). *Shared Decision Making* oder auch *Partizipative Entscheidungsfindung* ist also auch als Reaktion auf diese veränderten Ansprüche und Wünsche von Patient\*innen an ihre medizinische Versorgung und Betreuung zu verstehen. In diesen Wünschen gibt es Unterschiede in Bezug auf den sozialen Status von Patient\*innen. Es hat sich gezeigt, dass Menschen mit höherem sozialem Status eine gemeinsame Entscheidung mit der Ärztin bevorzugen, während Menschen mit niedrigerem sozialen Status eine paternalistische Entscheidung von der Ärztin bevorzugen (Schróder 2020: 97, 102). Jutta Begenau, Cornelius Schubert und Werner Vogd schreiben dazu:

„Viele Patienten geben gerne die Entscheidung über Art und Verlauf von Therapien ab, was Ärzten zunächst nur recht ist. Diese gemeinsam gewollte Asymmetrie kann aber zu ungewollten Effekten führen. Denn Verantwortungsabgabe kann trotz ausführlicher ärztlicher Instruktion dazu führen, dass Patienten später den ärztlichen Anweisungen nicht Folge leisten. Eine

Einbeziehung in die therapeutische Entscheidung ist aber vor allem bei Patienten mit komplizierten Therapieplänen unabdingbar, zumal dann, wenn langfristige Verhaltensänderungen notwendig werden – beispielsweise bei Diabetes oder Suchtverhalten.“ (Begenau et al. 2010: 8)

Auch hier zeigt sich also wieder eine Falle klassistischer Diskriminierung, die beachtet werden sollte: Offensichtlich trägt partizipative Entscheidungsfindung zu einer besseren Versorgung bei, gleichzeitig scheint sie ein Instrument zu sein, das Menschen in niedrigerem sozialem Status eher abschreckt. So reproduziert sich auch hier die Versorgungsungleichheit aufgrund von klassistischer Diskriminierung.

Grundsätzlich sind verschiedene Formen von partizipativen Konzepten jedoch positiv für die Bekämpfung von klassistischer Diskriminierung zu werten: Eine verbesserte Kommunikation in der Ärzt\*innen-Patient\*innen-Beziehung ist ein wichtiger Bestandteil des Abbaus von Hürden und Verantwortungsübernahme für die eigene gesundheitliche Versorgung von sozial niedrig gestellten Personen. Ärzt\*innen können hier eine wichtige Rolle als Lots\*innen im Gesundheitssystem übernehmen: Mit umfangreicher und sinnvoller Kommunikation können Ärzt\*innen dafür sorgen, dass Patient\*innen sich besser im Gesundheitssystem orientieren können und so möglicherweise ihr Zugang zu und ihre Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten verbessert wird (Schröder 2020: 106). Diese Rolle ist eine sensible, weil Ärzt\*innen hier eine große Macht haben, die auch schnell dazu führen kann, dass sie nicht mehr nur Lotsin, sondern wieder Gatekeeper\*in sind und so nicht mehr anwaltschaftlich, sondern machtvoll handeln. Umfangreiche Kommunikation und Unterstützung sind also maßgeblich für das Gelingen dieser Rolle.

## Antidiskriminierung

Strukturelle Diskriminierung im Gesundheitswesen soll abgebaut werden, um dem demokratischen Parameter der Gleichberechtigung und dem Recht auf Gesundheit aller gleichermaßen Rechnung zu tragen. Zunächst ist anzumerken, dass es stark an empirischen Untersuchungen zu sozialen Ungerechtigkeiten, die sich im Gesundheitswesen reproduzieren, mangelt. Es gibt zwar einige deskriptive Studien, die zumindest die Existenz der Problematik aufzeigen, sowohl an Ursachenforschung als auch an Untersuchungen darüber, wie dieser Problematik begegnet oder sie sogar behoben werden könnte, mangelt es jedoch drastisch (Schröder 2020: 94f.). Dennoch soll hier ein Versuch unternommen werden, einige Möglichkeiten zur Bekämpfung von Diskriminierung im Gesundheitswesen zu skizzieren.

Bildung und Information sind zwei wichtige Grundpfeiler, um sowohl fremdsprachigen Patient\*innen als auch von Klassismus betroffenen Patient\*innen einen

besseren Zugang zu gewährleisten. Die Bereitstellung von Informationsmaterial in verschiedenen Sprachen sowie das Angebot von professionellen Dolmetschdiensten könnten Zugangsbarrieren beispielsweise verringern (Steger 2020: 13). Ganz grundsätzlich können gesundheitliche Aufklärung und Bildung über Krankheitsbilder sowie über Versorgungsmöglichkeiten dazu führen, die Versorgung von sozioökonomisch schlechter gestellten Personengruppen zu verbessern (Schröder 2020: 105f.).

Eine Möglichkeit, um Sexismus und Queerfeindlichkeit im Gesundheitswesen entgegenzuwirken, ist die Sensibilisierung von Mitarbeitenden durch Trainings. Ziele solcher Trainings können die Etablierung einer queerfreundlichen Kultur in den Institutionen, verbesserte Kommunikation, eine inklusivere Sprache und die Kenntnis und Berücksichtigung queerspezifischer (medizinischer) Fragestellungen und Themen sein (Plöderl/Winkler 2020: 310). Derartige Angebote provozieren unter den Mitarbeitenden mitunter die Äußerung egalitärer Haltungen: Gender oder sexuelle Orientierung spiele für sie keine Rolle oder mache für sie keinen Unterschied. Derartige Haltungen deuten jedoch viel eher auf starke eigene Privilegien hin, die es dieser Person erst möglich machen, Dimensionen von Diskriminierung einfach „auszublenden“. Dies ist Betroffenen nicht möglich, weil ihre Lebensrealität sie immer wieder dazu zwingt, diese Dimensionen und die Diskriminierung zu sehen, zu erleben und auch zu thematisieren (Plöderl/Winkler 2020: 302). Es ist also gerade hier notwendig, Mitarbeitende über die Relevanz von queerspezifischen Themen aufzuklären und diese zu vermitteln.

Eine weitere, praxisnahe Möglichkeit, das Gesundheitssystem weniger queerfeindlich zu gestalten, ist Kritik an der Heteronormativität, die in Anamnesebögen und -gesprächen noch immer vorherrscht. Fragen nach Ehepartner\*innen oder Sexualverhalten beispielsweise bringen queere Personen in eine soziale Drucksituation, in der sie entscheiden müssen, ob sie sich outen oder ihr Gegenüber in der vermeintlich natürlichen, aber falschen Annahme lassen, sie seien heterosexuell (Plöderl/Winkler 2020: 304). Martin Plöderl und Roman Winkler<sup>6</sup> schlagen vor:

„Mitarbeiter:innen in Gesundheitsberufen sollten die Heterosexualitätsannahme verwerfen und bewusst eine inklusive Sprache verwenden, die auch LSB [lesbische, schwule, bisexuelle] Menschen einschließt, etwa ‚leben Sie in einer Partnerschaft?‘ oder noch direkter, wie etwa ‚weiß Ihr Partner oder Ihre Partnerin davon, falls Sie in einer Partnerschaft leben?‘“ (Plöderl/Winkler 2020: 304)

---

6 Die beiden Autoren haben Leitlinien zum sensiblen Umgang mit queeren Patient\*innen entwickelt (Plöderl/Winkler 2020: 315–317).

Als Best-practise-Beispiel skizzieren Marcel Hackbarth und Barbara Thies beispielsweise einen Prozess, in dem Leitbilder, Richtlinien und Trainings für das Personal bereitgestellt wurden:

„Positive Effekte ergaben sich insbesondere durch Richtlinien zum diskriminierungssensiblen und inklusiven Umgang – Beratung, Pflege, Visiten – mit allen Patient\*innen und Mitarbeitenden sowie Trainings für eine queerorientierte, affirmative Pflege. Gesundheitsfachkräfte sollten Heteronormativität reflektieren, also dass ihre Gegenüber nicht zwangsläufig cis- und endogeschlechtlich sowie heterosexuell sind. Sogenannte Othinging-Praktiken – Diskriminierung durch Zuschreibung von ‚Andersartigkeit‘ – sollten vermieden werden, um Patient\*innen nicht systematisch auszuschließen.“ (Hackbart/Thies 2022: 12)

Ebenso wie in Bezug auf sexistische und queerfeindliche Strukturen muss das Gesundheitssystem sich auch eigeninitiativ mit strukturellen Rassismen, die im Gesundheitswesen wirken, auseinandersetzen. Auch hier benötigt das Personal Schulungen, um rassistische Vorurteile zu erkennen, die Konsequenzen derer zu verstehen und alternative Handlungsoptionen kennenzulernen. Außerdem sollte sich das Gesundheitswesen aktiv der bereits erprobten Instrumente bedienen, die erwiesenermaßen gerade von Rassismus betroffenen Menschen zugutekommen, wie das Open-Notes-Projekt, das von BIPoC-Patient\*innen häufig als Grund für zunehmendes Vertrauen und Sicherheitsgefühl benannt wird. Darüber hinaus ist interkulturelle Kompetenz ein zentrales Mittel, um den Zugang zu Gesundheitsversorgung für Menschen mit Migrationsgeschichte zu verbessern (Steger 2020: 14). Dazu gehört auch, Wissen über strukturellen Rassismus sowie seine Auswirkungen in die Ausbildung und das Studium medizinischer Berufe zu inkludieren. Die kritische Reflexion der eigenen Haltung muss selbstverständlicher Bestandteil dessen sein.

In Bezug auf die Ebene des Personals im Gesundheitswesen muss sich das System die Frage stellen, wie marginalisierte Gruppen im Personal des Gesundheitswesens besser repräsentiert werden können. Im besten Fall spiegelt die Zusammensetzung des medizinischen Personals im Gesundheitswesen die Zusammensetzung der Bevölkerung wider (Steger 2020: 14). Dem Diversity Management kommt hier eine besondere Bedeutung zu (Hackbart/Thies 2022: 12). Ein diverseres medizinisches Personal trägt dazu bei, strukturellen Rassismus im Gesundheitswesen abzubauen.

## Fazit

Das Gesundheitswesen ist komplex, Demokratie vielschichtig und so viel mehr als ein System, das installiert werden kann. Die Demokratisierung des Gesundheitssystems ist daher als anhaltender Prozess zu verstehen, dessen Ziele und Fokus sich ebenso verschieben und entwickeln können, wie es auch gesamtgesellschaftlich geschieht. Dieser Beitrag soll einen Anstoß geben, hinzuschauen, um Defizite sichtbar zu machen und den Blick zu lenken sowie Lösungsideen anzubieten.

Demokratie und Gesundheitssystem müssen zwingend gemeinsam gedacht werden. Es gibt etliche wechselseitige Dynamiken und Einflussfaktoren. Politische Themen und gesellschaftliche Schwachstellen finden sich im Gesundheitssystem wieder. Gesundheitliche Faktoren beeinflussen gesellschaftliches Zusammenleben sowie politische Entscheidungen; das ist erst kürzlich während der Coronapandemie offensichtlich geworden. Wenn Demokratie gesamtgesellschaftlich als Lebensform erkannt und sich damit von abstrakten Vorstellungen lösen würde, dass Demokratie ausschließlich in Institutionen der formalisierten Politik stattfindet, könnte Wandel passieren. Ohne die Verantwortung von Regierungen nehmen zu wollen, scheint es doch wichtig zu erwähnen, dass auch Individuen Verantwortung für eine Demokratisierung ihres direkten Umfeldes tragen können. Nur wenn beides Hand in Hand geht, eine Systemveränderung und eine Anstrengung der Einzelnen, sich als handlungsfähig zu erkennen, kann das Gesundheitssystem – wie auch alle anderen Bereiche der Gesellschaft – nachhaltig verändert werden. Die Defizite des Gesundheitswesens ebenso wie die Potenziale und Veränderungs-/Demokratisierungsmöglichkeiten setzen auf allen Strukturebenen des Gesundheitswesens an. Das Gesundheitssystem zu demokratisieren, stellt sich also als extrem komplexe Herausforderung dar. Wie gezeigt, gibt es jedoch viele sehr konkrete und praxisnahe Ansätze, um diesen Prozess anzustoßen und weiterzubringen.

Können die Veränderungen auf struktureller Ebene nur top-down passieren? Muss das Krankenkassen-System diese Veränderungen anordnen, oder gibt es Spielräume, wie regionale Akteur\*innen Wege finden können, Bottom-up-Strukturen zu verändern? Woher kommt die Finanzierung für diese Veränderungen, sind überhaupt zusätzliche finanzielle Mittel notwendig? Viele Fragen werden sich erst in der Praxis stellen und auch nur dort beantwortet werden können.

Die Vision eines demokratischen Gesundheitssystems ist wirkmächtig: Ein Gesundheitssystem, in dem allen Menschen die gleiche Versorgung zuteilwird, in dem struktureller Diskriminierung aktiv entgegengewirkt wird, in dem Versorgung auf Augenhöhe stattfindet und das Grundrecht der Menschen auf Gesundheit und körperliche Unversehrtheit schwerer wiegt als kapitalistische Interessen, ist erstrebenswert und möglich.

## Literatur

- Ahls, Felix/Rakowitz, Nadja/Winter, Bernhard (2018): Das demokratische Potenzial des Gesundheitssystems in Deutschland. In: Demirović, Alex (Hrsg.): Wirtschaftsdemokratie neu denken. Münster: Westfälisches Dampfboot, S. 154–176.
- Balzer, Klaus (2022): Der Gesundheitskiosk in Hamburg. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen: Aufgaben und Potentiale (3), S. 89–95.
- Begenau, Jutta (2010): „Es gibt so viele Klippen“: Die Ärztin-Patientin-Beziehung. In: Begenau, Jutta/Schubert, Cornelius/Vogt, Werner (Hrsg.): Die Arzt-Patient-Beziehung, Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 34–60.
- Begenau, Jutta/Schubert, Cornelius; Vogt, Werner (2010): Einleitung: Die Arzt-Patient-Beziehung aus soziologischer Sicht. In: Begenau, Jutta/Schubert, Cornelius/Vogt, Werner (Hrsg.): Die Arzt-Patient-Beziehung, Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 7–33.
- Bertelsmann Stiftung (2018). Faktensammlung Diskriminierung. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/faktensammlung-diskriminierung-2018/> [Zugriff 07.04.2023].
- Blair, Martha L. (2007): Sex-based differences in physiology: what should we teach in the medical curriculum? *Advances in physiology education* 31 (1), S. 23–25.
- Crenshaw, Kimberlé (2013): Die Intersektion von „Rasse“ und Geschlecht demarginalisieren: Eine Schwarze feministische Kritik am Antidiskriminierungsrecht, der feministischen Theorie und der antirassistischen Politik. In: Lutz, Helma/Vivar, María Teresa Herrera/Supik, Linda (Hrsg.): Fokus Intersektionalität. Bewegungen und Verortungen eines vielschichtigen Konzeptes (2. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS, S. 35–58.
- Delbanco, Tom/Walker, Jan/Bell, Sigall K./Darer, Jonathan D./Elmore, Joann G./Farag, Nadine/Feldman, Henry J./Mejilla, Roanne/Ngo, Long/Ralston, James D./Ross, Stephen E./Trivedi, Neha/Vodicka, Elisabeth/Leveille, Suzanne G. (2012): Inviting patients to read their doctors' notes: a quasi-experimental study and a look ahead. *Annals of Internal Medicine* 157 (7), S. 461–470.
- Dören, Martina (2007): Gender, Diversität und Intersektionalität als Herausforderung für die Medizin. In: Krell, Gertraude (Hrsg.): Diversity Studies. Grundlagen und disziplinäre Ansätze. Frankfurt am Main: Campus, S. 109–122.
- Esch, Tobias/Mejilla, Roanne/Anselmo, Melissa/Podtschaske, Beatrice/Delbanco, Tom/Walker, Jan (2016): Engaging patients through open notes: an evaluation using mixed methods. *BMJ open* 6 (1), S. 1–11.
- Giersdorf, Nadja/Loh, Andreas/Bieber, Christiane/Caspari, Cornelia/Deinzer, Anja/Doering, Thorsten/Eich, Wolfgang/Hamann, Johannes/Heesen, Christoph/Kasper, Jürgen/Leppert, Karna/Müller, Knut/Neumann, Tim/Neuner, Bruno/Rohlfing, Hartmut/Scheibler, Fritz/Oorschot, Birgitt van/Spies, Claudia/Vodermaier, Andrea/Weiss-Gerlach, Edith/Zysno, Peter/Härter, Martin (2004): Entwicklung eines

- Fragebogens zur Partizipativen Entscheidungsfindung. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 47 (10), S. 969–976.
- Hackbart, Marcel/Thies, Barbara (2022): Diversitätsgerecht führen. Pflanzezeitschrift 75 (6), S. 10–13.
- Hamann, Johannes/Loh, Andreas/Kasper, Jürgen/Neuner, Bruno/Spies, Claudia/Kissling, Werner/Härter, Martin/Heesen, Christoph (2006): Partizipative Entscheidungsfindung. Implikationen des „shared decision making“ für Psychiatrie und Neurologie. Der Nervenarzt 77 (9), S. 1071–1078.
- Hildebrandt, Helmut/Gröne, Oliver/Pimperl, Alexander (2020): Gesundheit schaut nicht auf die Profession der Produzenten: Trans- bzw. Interprofessionalität als Katalysator für die Produktion von Gesundheit in Integrierter Versorgung und Gesundheitsnetzen. In: Löcherbach, Peter/Wendt, Wolf Rainer (Hrsg.): Care und Case Management. Transprofessionelle Versorgungsstrukturen und Netzwerke. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 161–174.
- Hoffman, Kelly M./Trawalter, Sophie/Axt, Jordan R./Oliver, M. Norman (2016): Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 113 (16), S. 4296–4301.
- Hofmann, Annegret (2014): Einblick. Warum braucht geschlechtsspezifische Medizin breite Öffentlichkeit? Überlegungen zu einem Paradigmenwechsel. In: Bondio, Mariacarla Gadebusch/Katsari, Elpiniki (Hrsg.): Gender-Medizin. Krankheit und Geschlecht in Zeiten der individualisierten Medizin, Greifswalder Kolloquium. Bielefeld: transcript, S. 39–46.
- ifo Institut – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität München e.V. (2022): Demokratien investieren mehr ins Gesundheitssystem als Diktaturen. ifo Institut – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität München e.V. <https://www.ifo.de/pressemitteilung/2022-03-09/demokratien-investieren-mehr-ins-gesundheitssystem-als-diktaturen> [Zugriff 15.12.2022].
- Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VdÄÄ) (2017): Krankenhaus statt Fabrik. <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/100> [Zugriff 16.12.2022].
- Lenz, Ilse (2010): Intersektionalität: Zum Wechselverhältnis von Geschlecht und sozialer Ungleichheit. In: Becker, Ruth/Kortendiek, Beate (Hrsg.): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Migrant-Friendly-Hospitals Projektgruppe (o.J.): Die Amsterdamer Erklärung. Für migrantInnenfreundliche Krankenhäuser in einem ethnisch und kulturell vielfältigen Europa. [https://www.humanisten.at/wp-content/uploads/2019/09/fp\\_promotion\\_2002\\_annex7\\_14\\_de.pdf](https://www.humanisten.at/wp-content/uploads/2019/09/fp_promotion_2002_annex7_14_de.pdf) [Zugriff 13.12.2022].
- Nieber, Karen (2014): Bedeutung von geschlechtsspezifischen Unterschieden für die Arzneimitteltherapie. In: Bondio, Mariacarla Gadebusch/Katsari, Elpiniki (Hrsg.): Gender-Medizin. Krankheit und Geschlecht in Zeiten der individualisierten Medizin, Greifswalder Kolloquium. Bielefeld: transcript, S. 69–86.

- Patrick, Kirsten (2014): Patients and their medical records: it is time to embrace transparency. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne* 186 (11), S. 811.
- Plöderl, Martin/Winkler, Roman (2020): Sexuelle Orientierung im Gesundheitswesen. Umgang mit einer unsichtbaren Diversity-Dimension. In: Steger, Florian (Hrsg.): *Diversität im Gesundheitswesen*, Baden-Baden: Verlag Karl Alber, S. 299–317.
- Primig, Miriam/Reuschenbach, Bernd (2020): Community Health Nursing in der Gemeinde: Mittendrin statt nur dabei. *Pflegezeitschrift* 73 (11), S. 54–57.
- Schröder, Sara Lena (2020): Diversität in der gesundheitlichen Versorgung. Die Herausforderung sozialer Ungleichheiten. In: Steger, Florian (Hrsg.): *Diversität im Gesundheitswesen*, Baden-Baden: Verlag Karl Alber, S. 88–106.
- Schubert, Cornelius (2010): Zwischen Bürokratie und Ökonomie – Oder: Wie man die Verwaltung täuscht, Patienten behandelt und auch wieder los wird. In: Begenaus, Jutta/Schubert, Cornelius/Vogt, Werner (Hrsg.): *Die Arzt-Patient-Beziehung*, Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 143–159.
- Steger, Florian (Hrsg.) (2020): *Diversität im Gesundheitswesen*, Baden-Baden: Verlag Karl Alber.
- Tezcan-Güntekin, Hürrem (2010): „Da muss ich denen erst mal den Wind aus den Segeln nehmen!“ – Wie Ärzte mit informierten Patienten umgehen. In: Begenaus, Jutta/Schubert, Cornelius/Vogt, Werner (Hrsg.): *Die Arzt-Patient-Beziehung*, Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 95–111.
- Theobald, Hildegard (2018): *Pflegearbeit in Deutschland, Japan und Schweden. Wie werden Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und Männer in die Pflegearbeit einbezogen?* Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Trawalter, Sophie/Hoffman, Kelly M. (2015): Got Pain? Racial Bias in Perceptions of Pain. *Social and Personality Psychology Compass* 9 (3), S. 146–157.
- Vries, Lisa de/Fischer, Mirjam/Kasprowski, David/Kroh, Martin/Kühne, Simon/Richter, David/Zindel, Zaza (2020): *LGBTQI+-Menschen am Arbeitsmarkt: hoch gebildet und oftmals diskriminiert*. In Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (DIW Berlin), 36 (87), S. 619-628. [https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw\\_01.c.798177.de/20-36-1.pdf](https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.798177.de/20-36-1.pdf) [Zugriff 07.04.2023].
- World Health Organisation (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986*. [https://intranet.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](https://intranet.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf) [Zugriff 07.04.2023].

# Förderung von Kindern psychisch und suchterkrankter Eltern in regionalen Verantwortungsgemeinschaften – Gesundheitsförderung und Prävention in Kooperation mit der Jugendhilfe

*Michael Rölver & Emine Ibrahim*

## Einleitung

Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern<sup>1</sup> sind in besonderem Maße gefährdet, im Verlauf ihres Lebens ebenso entsprechende Störungsbilder zu entwickeln. Gleichzeitig sind sie wie alle jungen Menschen auf Begleitung und Unterstützung im Prozess des Aufwachsens angewiesen. Sie stehen daher im Fokus verschiedener Ansätze zur Prävention (Clemens et al. 2018: 1262f.).

In der Sozialgesetzgebung der Bundesrepublik Deutschland findet sich eine Vielzahl von Maßnahmen, Angeboten und Rechtsansprüchen zur Unterstützung dieser Zielgruppe in verschiedenen Lebenslagen. Die Schnittstelle von SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) und SGB V (gesetzliche Krankenversicherung) erfordert mit Blick auf die Ausgestaltung von Präventionsangeboten für Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern besondere Aufmerksamkeit. Beide Rechtskreise enthalten nicht nur Maßnahmen zur Bewältigung von Krankheit oder psychosozialen Krisen, sondern verfügen über einen Grundgedanken der Förderung, der junge Menschen in ihren Lebenswelten mit ihren Ressourcen und Bedürfnissen anerkennt und berücksichtigt.

Junge Menschen stehen diesbezüglich sowohl im Fokus von Maßnahmen des SGB VIII als auch des SGB V. Diese rechtskreisübergreifende Adressierung hat jedoch Abstimmungs- und Zuständigkeitsproblematiken zur Folge. Es zeigen sich verschiedene Förderlogiken, die im besten Fall zu einer sich ergänzenden transsek-

---

1 In der psychologischen Forschung werden die Begriffe ‚psychische‘ bzw. ‚substanzbezogene Störung‘ verwendet, in der einschlägigen Literatur zur Prävention von Kindern aus belasteten Familien wird weiterhin auch von ‚psychischen Erkrankungen‘ gesprochen. Im Verlauf des Artikels werden die Begrifflichkeiten ‚psychische Störung‘ und ‚psychische Erkrankung‘ synonym verwendet.

toralen Förderstruktur beitragen können. Zur Etablierung entsprechender Strukturen bietet sich die Ebene der Region an.

Es handelt sich bei Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von Kindern psychisch und suchterkrankter Eltern um Ermessensleistungen, die sowohl einer praktischen Auslegung des SGB V als auch des SGB VIII bedürfen (Meysen 2019: 95). Für die Umsetzung und Entwicklung entsprechender Maßnahmen in der Praxis bedarf es der Interpretation der ihnen zugrunde liegenden Gesetzestexte, diesbezüglich bestehen immer auch Ermessensspielräume, die es im Sinne der Zielgruppe zu nutzen gilt (Rölver 2023: 85). Notwendig ist es, die unterschiedlichen Finanzierungswege der Sektoren Jugendhilfe und Gesundheitsförderung zu berücksichtigen. Kostenträger der Jugendhilfe sind die Kommunen, die Gesundheitsförderung wird primär durch Beiträge zur gesetzlichen Krankenkasse finanziert. Zielführend ist es, auf Modelle der Kofinanzierung hinzuwirken (Gahleitner et al. 2012: 265–266; Arbeitsgruppe „Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern“/AFET-Bundesverband für Erziehungshilfe e. V. 2020: 15–17).

Es wird im Folgenden vorgeschlagen, eine regionale Förderperspektive einzunehmen, die Kinder, Jugendliche und ihre Familien in ihren konkreten Lebenswelten zum Ausgangspunkt macht und gesundes Aufwachsen zum Ziel hat. Junge Menschen werden im Prozess des Aufwachsens mit verschiedenen Herausforderungen und Gefährdungen konfrontiert. Für die Entwicklung regionaler Verantwortungsgemeinschaften ist es daher zielführend, den Fördergedanken ins Zentrum zu rücken statt zu pathologisieren und den bereits in der Kinder- und Jugendhilfe angelegten Ansatz der Inklusion in der Kooperation mit dem Gesundheitssektor weiterzuentwickeln.

Im Folgenden werden zunächst die Zielgruppe sowie die Handlungsfelder Gesundheitsförderung und Jugendhilfe vorgestellt. Danach folgen eine systematische Darstellung der zentralen Herausforderungen und Gemeinsamkeiten für die Kooperation der Sektoren Jugendhilfe und Gesundheit. Schließlich werden Strategien zur Entwicklung regionaler Verantwortungsgemeinschaften zur Gesundheitsförderung von Kindern psychisch und suchterkrankter Eltern skizziert.

## **Ausgangspunkt und Handlungsfelder**

### **Die Zielgruppe: Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern**

Kinder psychisch kranker Eltern sind in besonderem Maße gefährdet, selbst psychisch zu erkranken, gleichzeitig handelt es sich nicht um „ein absolutes Hindernis für eine gesunde Entwicklung“ (Lenz/Kuhn 2011: 272). Es wird davon ausgegangen, dass etwa ein Drittel dieser Gruppe keine pathologischen Auffälligkeiten entwickelt, bei einem weiteren Drittel temporär Auffälligkeiten auftreten und für das

verbleibende Drittel persistierende psychiatrische Störungen<sup>2</sup> zu verzeichnen sind (ebd.: 273).

In Deutschland wachsen drei bis vier Millionen Kinder mit einem psychischen oder suchterkrankten Elternteil auf (Kölch et al. 2021: 11). Laut dem Statistischen Bundesamt (2020) lebten 2019 rund 13,7 Millionen Minderjährige in 8,2 Millionen Familien. Somit lässt sich festhalten, dass etwa jedes vierte Kind mit einem psychischen oder suchterkrankten Elternteil aufwächst (Kölch et al. 2021: 12). Das Leiden und die Beeinträchtigung der Eltern durch psychische Gesundheitsprobleme hat Folgen für die Selbstfürsorge, die Versorgung ihrer Kinder, den Bindungsaufbau und ihre Erziehungskompetenz (Richter-Werling 2022: 9).

Elterliche psychische Erkrankungen können sich in vielfältiger Weise auf die Entwicklung junger Menschen auswirken. Kinder und Jugendliche psychisch erkrankter Eltern zeigen drei- bis siebenfach höhere Auffälligkeiten im Verhalten gegenüber Kindern gesunder Eltern. Zudem besteht eine schlechtere Lebensqualität (Wiegand-Grefe 2022: 35). Besonders belastet durch die Folgen der elterlichen Erkrankung sind sowohl Kleinkinder als auch Jugendliche (Arbeitsgemeinschaft – AGJ 2010: 5). Familiäre Rahmenbedingungen sind wesentlicher Faktor für Bewältigungsmöglichkeiten der Kinder. Die Belastung der Familien ist besonders hoch, wenn zusätzlich soziale Problemlagen kumulieren, z. B. ein niedriger sozioökonomischer Status, Einelternfamilien oder geringe Bildungsressourcen.

Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern stellen daher eine vulnerable Zielgruppe dar, die präventiv ausgerichteter Unterstützungsmaßnahmen und Angebote bedarf (Kölch et al. 2021: 12). Sie werden bislang nicht ausreichend in der Regelversorgung berücksichtigt, da psychisch erkrankte Erwachsene in ihrer Rolle als Eltern kaum wahrgenommen werden. Das Gesundheitssystem in Deutschland ist individuumszentriert und bietet keine familienorientierte Versorgung an (Wiegand-Grefe 2022: 36).

Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern fallen noch viel zu häufig durch das Versorgungsnetz. Vor allem Erwachsene, die durch ihre Erkrankung schwer beeinträchtigt sind, nehmen Hilfsangebote oft nicht wahr, obgleich sie sich durchaus Unterstützung für ihre Kinder wünschen (Wiegand-Grefe 2022: 37). Es gibt viele Ängste aufseiten der Eltern, z. B. vor der Institution Jugendamt oder vor antizipierten negativen Reaktionen aus dem sozialen Umfeld. Zudem stellt auch die „Kommstruktur“ der öffentlichen Hilfsangebote eine Hürde für diese Eltern dar. Junge Menschen sind daher gezielt anzusprechen; in der frühen Kindheit stehen mit der Bindungsqualität familiäre Faktoren im Zentrum, wohingegen in der Adoleszenz

---

2 Dabei kann es auch zu kindlichen psychischen Störungen kommen, dazu zählen externalisierende Verhaltensstörungen wie z. B. Störung des Sozialverhaltens (Clemens et al. 2018: 1264). Externale Verhaltensstörungen können durch das Fehlen von Feinfühligkeit, emotionaler Zuwendung und Akzeptanz vonseiten der Eltern entstehen.

mit der Frage der Einbindung in Netzwerke von Gleichaltrigen soziale Faktoren schwerpunktmäßig zu adressieren sind. Um die gefährdeten Kinder und Jugendlichen und ihre Eltern zu erreichen und rechtzeitig Hilfsmaßnahmen etablieren zu können, bedarf es eines aktiven Zugehens auf die Betroffenen und einer engen Vernetzung innerhalb der professionellen Hilfsstrukturen (Geiger et al. 2021: 625 f.).

## Gesundheitsförderung und Prävention

Unter Prävention wird die „Verhinderung und Vermeidung von Krankheitsrisiken“ verstanden und unter Gesundheitsförderung die „Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns“ (GKV-Spitzenverband 2021: 12). Durch diese Unterscheidung eröffnen sich unterschiedliche Perspektiven, es lassen sich Risiko- und Schutzfaktoren genauer in den Blick nehmen, zwischen denen komplexe Wechselwirkungen bestehen (Bürger/Kaess 2020). Neben der individuellen Handlungsebene setzen entsprechende protektive Maßnahmen auch in den Lebenswelten der Adressat\*innen an. Einzelne „Maßnahmen können individuell, kollektiv und in Populationen umgesetzt werden“ (Franzkowiak 2022: 1). Ausgangspunkt der gesetzlichen Regelung der Gesundheitsförderung und Prävention ist der dritte Abschnitt des SGB V, § 20-24.

Bei Ansätzen der Prävention lassen sich zwei Klassifizierungsmodelle unterscheiden: a) das Strukturmodell hinsichtlich des Zeitpunktes und b) das Spezifitätsmodell bezüglich der Zielgruppe. Das Strukturmodell unterscheidet zwischen Maßnahmen, „die zur Verhinderung und Verminderung von Krankheiten (= primäre Prävention), zur Früherkennung von Krankheiten (= sekundäre Prävention) und zur Milderung von Krankheitsfolgen sowie zur Verhinderung der Verschlimmerung von Krankheiten (= tertiäre Prävention) beitragen“ (Kölch et al. 2021: 9). Das Spezifitätsmodell unterscheidet zwischen universeller Prävention, die sich an die gesamte Bevölkerung wendet, spezifischer Prävention, die sich auf Gruppen mit vermutlich erhöhtem Risiko richtet und indizierte Prävention, die Menschen mit vorhandenen Risiken und spezifischen Diagnosen adressiert (Franzkowiak 2022: 8f.). In den USA ist dieser Ansatz im Bereich der klinischen Sozialen Arbeit und der Psychologie bereits etabliert, in Deutschland wird er u. a. im Bereich der Frühen Hilfen aufgegriffen. „Strukturmodell und Spezifitätsmodell stehen nicht in einem logischen Widerspruch zueinander: sie sind vielmehr *komplementär*“ (Franzkowiak 2022: 9).

Darüber hinaus lässt sich zwischen zwei Ansatzpunkten der Intervention unterscheiden: a) dem individuellen Verhalten und b) den strukturellen Verhältnissen (Bürger/Kaess 2020: 6). Die Verhaltensprävention richtet sich auf das jeweilige Gesundheitsverhalten einzelner Personen und wird etwa durch Informationskampagnen oder Gruppenangebote adressiert. Die Verhältnisprävention zielt auf die

Schaffung von gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen in der Gesellschaft und in den Lebenswelten der Menschen. Hier wird auch deutlich, dass zwischen Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung fließende Übergänge bestehen (Franzkowiak 2022: 6). Unterstreichen lässt sich an dieser Stelle, dass es mit Blick auf die Zielgruppe deutliche Übereinstimmungen in der Zielsetzung der Gesundheitsförderung und der Jugendhilfe gibt.

## **Kinder- und Jugendhilfe**

Die Kinder- und Jugendhilfe (KJH) ist im SGB VIII gesetzlich geregelt. Ihr Auftrag besteht darin, für alle Kinder und Jugendlichen die Gestaltung eines gelingenden Aufwachsens zu gewährleisten. „Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer selbstbestimmten, eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ (§ 1, Abs.1, SGB VIII).

Diesem Auftrag folgend, zählt auch die Förderung von Gesundheit im Sinne des seelischen, sozialen und körperlichen Wohlbefindens durch die Bereitstellung entsprechender Angebote zu den Aufgaben der Jugendhilfe. Die grundsätzliche Zuständigkeit liegt beim öffentlichen Träger der Jugendhilfe, den Kommunen. Gemäß dem Subsidiaritätsprinzip besteht jedoch bei der Erbringung von Leistungen ein Vorrang für freie Träger, das können beispielsweise regional verankerte Vereine oder bundesweit aktive Wohlfahrtsverbände sein. Das SGB VIII enthält keine spezifischen Leistungen für Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern und ihre Familien (Meysen et al. 2019: 7). Grundsätzlich relevante Leistungen für Gesundheitsförderung und Prävention finden sich im ersten und vierten Abschnitt des Gesetzes, sie müssen bei Bedarf auf die soziale Situation im Einzelfall abgestimmt werden. Maßnahmen der Jugendförderung (§ 11-15) wie etwa Jugendarbeit, Jugendsozialarbeit, Schulsozialarbeit oder Kinder- und Jugendschutz sind mögliche Ansatzpunkte. Aber auch die darüber hinaus im vierten Abschnitt dargestellten unterschiedlichen Hilfen zur Erziehung (§ 27-35) sind ein denkbarer Zugang für gesundheitliche Prävention. Mit der Reform des SGB VIII (Gesetz zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen) betont der Gesetzgeber die zentrale Bedeutung der Prävention sowie die lokale Verortung von Angeboten der Jugendhilfe (BMFSFJ 2021).

Die Kinder- und Jugendhilfe verfolgt das Ziel der Unterstützung aller Kinder und Jugendlicher in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung sowie den Abbau von Benachteiligung und den Schutz vor Gefahren für das Kindeswohl (§ 1 Abs. 3, SGB VIII). Darüber hinaus geht es um Angebote, die sich an konkrete Bedarfe und Bedürfnissen der jeweiligen Zielgruppe und an ihren Lebenswelten orientieren (Mavroudis 2020: 56). Im Zentrum steht dabei der Leitgedanke vom Kind bzw. Jugendlichen her zu denken (ebd.). „Kinder und Jugendliche sind entsprechend ih-

rem Entwicklungsstand an allen sie betreffenden Entscheidungen der öffentlichen Jugendhilfe zu beteiligen“ (§ 8, Abs. 1, SGB VIII).

Durch frühzeitige Angebote soll Teilhabe, Partizipation und Selbstständigkeit junger Menschen ermöglicht und gefördert werden. Die Akteur\*innen der Kinder- und Jugendhilfe sind in allen Politikfeldern hinweg Vertreter\*innen der Kinder und Jugendlichen und somit vertreten sie auch deren Interessen (Mavroudis 2020: 56). Damit geht der Auftrag zur Kooperation und Vernetzung mit relevanten Akteur\*innen aus anderen Bereichen und Sektoren einher. Der Auftrag zur Zusammenarbeit mit allen Akteur\*innen, die für ein gelingendes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen verpflichtet werden, ist explizit in § 81 SGB VIII verankert. Dieses allgemeine Kooperationsgebot bezieht ausdrücklich „Einrichtungen und Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und sonstige Einrichtungen des Gesundheitsdienstes“ mit ein (Wiesner 2012: 241).

Insbesondere die Jugendämter werden nach § 80 Abs. Abs. 4 verpflichtet, ihre Planungen mit relevanten Akteur\*innen abzusprechen (§ 80 Abs. Abs. 4, SGB VIII). Damit ergibt sich eine gesetzliche Grundlage für die Kinder- und Jugendhilfe, mit den Akteur\*innen des Gesundheitswesens zusammenzuarbeiten. Den Jugendämtern kommt die Aufgabe zu, in allen biografischen Phasen Kooperationsmöglichkeiten zwischen den Professionen, Trägern, Einrichtungen etc. zu prüfen, koordinieren und zu verankern (Mavroudis 2020: 61). Ein Kooperationsgebot findet sich jedoch nur aufseiten der Jugendhilfe (Gahleitner et al. 2012: 247; Wiesner 2012: 241).

## **Gesundheit als Querschnittsthema: Health in all Policies**

Gesundheit wird zunehmend als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen (Böhm et al. 2020). Dabei ist es wichtig, dass der Blick auf eine übergreifende Zusammenarbeit gerichtet wird und die „Versäulung“ (ebd.: 3) in den Hintergrund rückt. Das Gesundheitsverständnis von „Health in All Policies“ (HiAP, deutsch: „Gesundheit in allen Politikfeldern“) betrachtet Gesundheit als gesellschaftliche Verantwortung. Gesundheit beinhaltet nicht allein die Abwesenheit von Krankheit, sondern soll als „ein mehrdimensionaler Zustand körperlichen, sozialen und seelischen Wohlbefindens, der mit einem selbstbestimmten Leben einhergeht“ verstanden werden (Böhm et al. 2020: 4). Seit der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation gilt gesundheitsfördernde Gesamtpolitik als zentrale Handlungsstrategie (Trojan 2020: 17). In der Ottawa-Charta heißt es, die Verantwortung für die Gesundheitsförderung liege nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen (WHO 1986). Durch die Einbeziehung aller Bereiche, die für die Gesundheit wichtig sind, und durch die Zusammenarbeit über Systemgrenzen hinweg kann eine gesamtgesellschaftliche

Verantwortung für Gesundheit gelingen (Böhm et al. 2020: 4). Im Folgenden werden Herausforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten der Kooperation zwischen dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe dargestellt.

## **Zentrale Herausforderungen und Gemeinsamkeiten der beiden Sektoren**

Aus Sicht der Gesundheitsförderung kommt der Kinder- und Jugendhilfe die Aufgabe zu, die verschiedenen Zielgruppen sozialpädagogisch zu unterstützen. Dabei geht es um Angebote und Leistungen, die die Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien stärken (Mavroudis 2020: 59). Mavroudis (2020) schreibt dazu: „Es geht um Verwirklichungschancen, um die Befähigung zu einem selbstständigen und gesunden Leben“ (ebd.). Trotz der vielfältigen eigenen Leistungsangebote ist es der Kinder- und Jugendhilfe alleine nicht möglich, gesundes Aufwachsen zu erreichen. Aus diesem Grund ist die Kooperation mit Akteur\*innen aus dem Gesundheitsbereich von größter Relevanz. Die Gesundheitsförderung ist in der kommunalen Präventionskette konzeptionell verankert und stellt einen festen Bestandteil dar (ebd.: 60). Die kommunale Präventionskette ist ein Handlungskonzept, welches alle bedeutsamen Politikbereiche zu gleichen Anteilen in die Verantwortung nimmt. Die integrierten kommunalen Handlungsstrategien, die Angebote und die Leistungen basieren auf unterschiedlichen Handlungs- und Politikfelder und orientieren sich an den Biografien des Aufwachsens von Kindern, Jugendlichen und Familien in der Lebenswelt Kommune (Mavroudis 2020: 58). Die Zusammenarbeit von Gesundheitsförderung und Kinder- und Jugendhilfe weist Herausforderungen auf und gleichzeitig bietet sie auch Raum für Gestaltungsmöglichkeiten. Im Folgenden werden zunächst die Herausforderungen erläutert, dann Gemeinsamkeiten dargestellt und im Anschluss Gestaltungsmöglichkeiten entwickelt.

## **Herausforderungen in der Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe**

Die Kinder- und Jugendhilfe und das Gesundheitssystem verfügen über ein breites Spektrum an Angeboten, Hilfen und Leistungen. Diese erreichen die betroffenen Kinder, Jugendlichen und ihre Eltern aber nicht ausreichend bzw. sind für sie nicht adäquat. Es besteht ein Bedarf an zugänglichen und besser vernetzten Hilfen (Arbeitsgruppe Kinder psychisch und suchtkrankter Eltern 2020). Die beiden Sektoren weisen jedoch unterschiedliche Handlungsansätze und Logiken auf (Homfeldt 2020: 92). Die sich daraus ergebenden Herausforderungen für die Etablierung ei-

ner Zusammenarbeit werden im Folgenden dargestellt und in drei Kategorien aufgeteilt:

In der Kategorie *professionelle Herausforderung* geht es um unterschiedliche Fachsprachen und Arbeitsverständnisse. Begriffe mit Bezug zum Thema Gesundheit weisen unterschiedliche Lesarten auf. Der Terminus Prävention wird beispielsweise im Gesundheitswesen als „Vorbeugung oder Verhinderung gesundheitlicher Probleme und Krankheiten“ (Mavroudis 2020: 60) verstanden. Hierbei handelt es sich eher um eine Defizitorientierung. Wohingegen in der Kinder- und Jugendhilfe die „Förderung von Stärken und Teilhabechancen“ (ebd.) und die Ressourcenorientierung vermehrt in den Fokus rückt (ebd.: 61). Die verschiedenen Präventionsverständnisse verdeutlichen die unterschiedlichen Denk- und Handlungsmuster. Unterschiedliche professionelle Logiken werden zur Herausforderung. Das Gesundheitswesen zeichnet sich durch schnelle, hierarchisch strukturierte Entscheidungswege aus, bei denen es zu klären gilt, welche Erkrankungen welcher Behandlung bedürfen. Sie arbeiten schnell und evidenzbasiert. Demgegenüber steht das prozessorientierte Denken der Kinder- und Jugendhilfe. Ziel ist es, die gesamte Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in den Blick zu nehmen; unterschiedliche Fälle benötigen verschiedene Lösungsansätze (ebd.: 39). Aus Sicht des Gesundheitswesens dient die Kooperation zur Lösung eines Problemfalls, während die Kinder- und Jugendhilfe Kooperation als Prozessqualität ansieht (Mavroudis 2020: 62). Auch die methodischen Ansätze stellen eine professionelle Herausforderung dar. Im Gesundheitswesen geht es dabei um hoch standardisierte und ausdifferenzierte Methoden, die vor allem in der Diagnostik und Therapie zum Einsatz kommen und medizinischen und psychologischen Konzepten folgen. Diese Ansätze richten sich an das Individuum. Methodische Ansätze in der Kinder- und Jugendhilfe beruhen auf sozialwissenschaftlichen Perspektiven und berücksichtigen das Wissen über Differenzierung von sozioökonomischen und materiellen Verhältnissen sowie Bildungshintergrund, Geschlecht, kultureller Hintergrund und Identität (Homfeldt 2020: 262f.).

Eine *institutionelle Herausforderung* ist das Professionsverständnis der beiden Sektoren, welches deutliche Unterschiede aufweist. Die Berufsfelder Psychologie und Medizin genießen ein hohes gesellschaftliches Ansehen (Schilling/Zeller 2008: 258). Soziale Arbeit wird in Teilen des professionstheoretischen Diskurses als Semiprofession bezeichnet (Königter 2010: 80). Eine Herausforderung hinsichtlich des professionellen Selbstverständnisses Sozialer Arbeit besteht darin, dass im Fachdiskurs Uneinigkeit darüber herrscht, was die Professionalität der Sozialen Arbeit genau ausmacht (Wernberger 2023: 7). Das Fehlen eines einheitlichen Verständnisses und ein ganzheitlich-verstehender sozialwissenschaftlicher Ansatz sind auch Gründe für ein im Vergleich möglicherweise geringeres fachliches Selbstbewusstsein unter Sozialarbeiter\*innen. Ärzt\*innen handeln im Vergleich oftmals selbstbewusst-

ter und autonomer (Seithe 2010: 26). In den Studiengängen Soziale Arbeit oder Pädagogik spielt Wissensvermittlung zu klinischen und psychiatrischen Themen eine große Rolle. In Studiengängen der Medizin und Psychologie fehlt hingegen eine Heranführung an sozialpädagogische Themen (Homfeldt 2020: 262f.).<sup>3</sup> Als weitere institutionelle Herausforderung ist die hohe Arbeitsbelastung zu nennen, die sowohl in der Kinder- und Jugendhilfe als auch im Gesundheitswesen herrscht. Auch aus diesem Grund ist es schwer, neue Ansätze zu implementieren und Veränderungen herbeizuführen; es kommt zu Abwehrreaktionen (Fischer/Gene 2019: 33f.). Ein unterschiedliches Kooperationsverständnis innerhalb der Bereiche selbst stellt ebenfalls eine institutionelle Herausforderung dar. Formen der Zusammenarbeit bleiben an der Stelle des Reagierens auf Problemlagen stehen und entwickeln sich nicht in die Richtung der Prävention. Oft geht es hierbei um Intervention und weniger um Prävention (ebd.).

*Strukturelle Herausforderung* liegen in der Zuständigkeit der beiden Sektoren. Bei der Finanzierung der jeweiligen Hilfen zeigen sich deutliche Unterschiede. Die Kinder- und Jugendhilfe ist durch das Jugendhilfesystem, also die Jugendämter der Kommunen oder des Kreises, staatlich finanziert. Im Gesundheitswesen erfolgt die Finanzierung über das Gesundheitssystem, zu dem Gesundheitsämter, gesetzliche Krankenkassen oder gewerbliche Anbieter\*innen zählen (Mavroudis 2020: 62). Ein weiterer Unterschied liegt in der Zuständigkeit der beiden Bereiche. Für die Kinder- und Jugendhilfe sind Kommunen und die freien Träger verantwortlich, während das Gesundheitswesen in der Verantwortung von Verbänden, Ärzt\*innenschaft, Kliniken oder Krankenkassen liegt (ebd.). Das Gesundheitswesen wird primär nicht kommunal gesteuert und geregelt, zudem unterliegt das Gesundheitswesen keinem gesetzlichen Auftrag zur Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe. Anders verhält es sich bei der Kinder- und Jugendhilfe. Die Kinder- und Jugendhilfe ist zur Zusammenarbeit mit dem Gesundheitswesen verpflichtet, in § 81 SGB VIII Abs. 5 ist dieser Auftrag gesetzlich verankert (Mavroudis 2020: 62).

---

3 Die Jugendhilfe als mögliches Arbeitsfeld für Psychotherapeut\*innen bleibt weitestgehend unberücksichtigt. Insbesondere die fehlende Möglichkeit, in der Jugendhilfe die praktische Tätigkeit als angehende Kinder- und Jugendpsychotherapeut\*innen zu absolvieren, ist hier zu nennen (vgl. Homfeldt 2020: 263).

Tabelle 1: Zentrale Herausforderungen

Unterschiede zwischen Logiken der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen			Herausforderung für Kooperation
	Kinder- und Jugendhilfe	Gesundheitswesen	Kinder- und Jugendhilfe/Gesundheitswesen
<b>Professionelle Herausforderungen</b>	Prävention: Förderung von Stärken und Teilhabechancen, Ressourcenorientierung	Prävention: Verhinderung von gesundheitlichen Problemen und Krankheiten, Defizitorientierung	Unterschiedliche Verständnisse von Fachbegriffen
	Zu behandelnde Menschen = Adressat*innen Junge Menschen als autonome Subjekte, Erziehung, Schutz und Autonomieförderung → Förderung der individuellen und sozialen Entwicklung	Zu behandelnde Menschen = Patient*innen Krankheit der Menschen behandeln, heilen oder lindern → Erhaltung, Wiederherstellung oder Besserung des Gesundheitszustandes	
	Blick auf die gesamte Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, Lebensweltorientierung, Prozessorientiertes Denken	Schnelle und strukturierte Entscheidungen, Welche Krankheit braucht welche Behandlung? Lösung eines Problemfalls	Verschiedene Logiken in der Arbeitsweise
	Wissen über Benachteiligung und salutogenetische + ressourcenorientierte Ausrichtung (Beratung, Begleitung, Unterstützung) Verstehende Diagnostik/Fallverstehen	Hochstandardisierte und ausdifferenzierte Methoden (Behandlung und Therapie), Klassifizierende Diagnostik	Unterschiedliche methodische Ansätze
<b>Institutionelle Herausforderungen</b>	Uneinigkeit im Professionsverständnis, Geringeres fachliches Selbstbewusstsein	Profession der Medizin und Psychologie genießt hohes Ansehen, Fachliche Selbstbestimmung und Autorität	Unterschiedliches Professionsverständnis
	Hohe Arbeitsbelastung, Möglichkeit des Entstehens einer Abwehrhaltung		Hohe Arbeitsbelastung/wenige Kapazitäten
	Internes Kooperationsverständnis: Reagieren auf Probleme, Intervention statt Prävention		Internes Kooperationsverständnis mit Fokus auf Intervention

<b>Strukturelle Herausforderungen</b>	Verantwortung für Förderung der individuellen und sozialen Entwicklungen von Kindern und Jugendlichen, Rechtliche Verortung im SGB VIII	Verantwortung für Erhaltung, Wiederherstellung oder Besserung des Gesundheitszustandes von Kindern und Jugendlichen, Rechtliche Verortung im SGB V	Unterschiedliche rechtlichen Grundlagen und Logiken
	Staatliche Finanzierung über das Jugendhilfesystem (Jugendämter der Kommunen oder der Kreise)	Finanzierung über das Gesundheitssystem (Gesundheitsämter, Gesetzliche Krankenkassen)	Unterschiedliche Finanzierungswege
	Zuständigkeit und Verantwortung der Kinder- und Jugendhilfe liegt auf kommunaler Ebene → gesetzlich geregelt im SGB VIII	Zuständigkeit und Verantwortung des Gesundheitswesens liegt bei den Verbänden der Ärzteschaft, der Kliniken und Krankenkassen → fehlende Eindeutigkeit bezüglich der Kooperation mit anderen Sektoren	Unterschiedliche Zuständigkeiten, Verpflichtungen und Verantwortung  Auftrag zur Kooperation nur einseitig vorhanden

Quelle: eigene Darstellung

## Gemeinsamkeiten der beiden Sektoren bei Prämissen und Anforderungen

Neben den Herausforderungen lassen sich grundlegende Anknüpfungspunkte und Gemeinsamkeiten identifizieren. Im Folgenden werden drei gemeinsame Prämissen in den Versorgungslogiken herausgearbeitet und skizziert.

### Individuelle und strukturelle Perspektive

Komplexe Herausforderungen im Rahmen der Gesundheitsförderung machen es notwendig, sowohl individuelle als auch strukturelle Aspekte zu berücksichtigen. In der Gesundheitsförderung ist von Verhaltens- und Verhältnisprävention die Rede. In der Theoriebildung Sozialer Arbeit werden entlang individueller Bewältigungsmöglichkeiten und struktureller Rahmenbedingungen Möglichkeiten und Grenzen des fachlichen Handelns diskutiert.

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention nehmen im SGB V sowohl das individuelle Verhalten von Menschen in den Blick als auch gesundheits-

förderliche Strukturen bzw. gesellschaftlichen Herausforderungen wie etwa soziale Benachteiligung. Im Leitfadens Prävention wird daher ausdrücklich auf die Bedeutung der Verhaltens- und Verhältnisprävention verwiesen (GKV-Spitzenverband 2021: 17) „Während die Verhaltensprävention primär auf Veränderung auf der Ebene der persönlichen Einstellung und des individuellen Gesundheitsverhaltens zielt, nimmt die Verhältnisprävention die Lebens- und Kontextbedingungen in den Blick“ (Kölch et al. 2021: 9).

Im Theoriediskurs der Sozialen Arbeit wird auf die Notwendigkeit verwiesen, für Adressat\*innen „subjektive Befähigungen und strukturelle Verwirklichungschancen aufzuzeigen“ (Böllert 2019: 487). Zum einen geht es um die Handlungsfähigkeit junger Menschen und zum anderen um sozioökonomische Rahmenbedingungen und ihre Grenzen. Vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Prozesse der Individualisierung ist daher auch zu berücksichtigen, dass die einzelnen Adressat\*innen zunehmend herausgefordert sind, sich eigenverantwortlich selbst zu organisieren (Stecklina/Wienforth 2020: 16). Dies führt immer wieder auch zu Überforderungen in der Lebensführung.

Mit Blick auf Gesundheitsförderung von Kindern psychisch oder suchterkrankter Eltern lässt sich festhalten, dass es notwendig ist, sowohl das individuelle Verhalten der Kinder und ihrer Eltern in den Blick zu nehmen als auch sich mit den Rahmenbedingungen der lokalen Lebenswelten und den gesetzlichen Regelungen auseinanderzusetzen.

## **Lebenswelt als Handlungsbezug**

Dem Begriff Lebenswelt kommt sowohl in der Gesundheitsförderung und Prävention als auch in der Jugendhilfe eine zentrale Bedeutung zu. Im Folgenden wird zunächst auf Unterschiede in der Rezeption verwiesen, um schließlich ein gemeinsames Potenzial herauszuarbeiten.

Im SGB V findet das Konzept im § 20a „Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten“ Verwendung. Verwiesen wird damit auf die Verankerung der entsprechenden Maßnahmen in den jeweiligen sozialen Kontexten, etwa des Wohnens, des Lernens, der medizinischen Versorgung oder der Freizeit. Die Einbindung von Gesundheitsförderung und Prävention in den sozialen Nahraum soll gewährleisten, dass Personengruppen vor Ort erreicht werden, die ansonsten schwer erreichbar sind. Der Begriff Lebenswelt wird in Anlehnung an die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung als Übersetzung des englischsprachigen Begriffs „setting“ verwendet (GKV-Spitzenverband 2021: 20)

Im SGB VIII findet demgegenüber der Begriff Lebenswelt keine direkte Verwendung. Gleichwohl werden mit dem Lebensweltansatz verschiedene sozialwissenschaftliche Konzepte verbunden, die in der Sozialen Arbeit von Bedeutung sind.

Ausgangspunkt sozialarbeiterischer Interventionen sind demnach die „alltäglichen Deutungs- und Handlungsmuster“ der Adressat\*innen und ihre Ressourcen zur Bewältigung von Herausforderungen der jeweiligen Lebenslagen (Thiersch/Grunwald 2015: 327). Mit dem Konzept der Lebensweltorientierung angesprochen ist eine Ausrichtung der Kinder- und Jugendhilfe an den alltäglichen Erfahrungen der jungen Menschen in den spezifischen Kontexten des Aufwachsens. Statt herausfordernde Ansätze der Alltagsbewältigung zu pathologisieren oder zu stigmatisieren, werden diese konstruktiv aufgegriffen (Thiersch/Grunwald 2015: 343).

Mit der Fokussierung auf die Lebenswelten junger Menschen und der Berücksichtigung der jeweiligen Erfahrungen und Handlungsweisen der Zielgruppe ist es möglich, passgenaue und an den Bedürfnissen ausgerichtete Präventionsangebote zu konzipieren. Meysen et al. weisen jedoch darauf hin, dass der Begriff „Lebenswelt“ in den beiden Sektoren nicht deckungsgleich verwendet wird (2019: 97–98). Zum einen wird mit dem Setting-Ansatz ein spezifisches Handlungsfeld in den Blick genommen, zum anderen wird durch eine Lebensweltorientierung ein Anschluss an die in diesem Kontext vorherrschenden Erwartungen und Bewältigungsansätze ermöglicht. Hier zeigen sich jedoch Anknüpfungspunkte für eine vertiefte Kooperation.

## **Gemeinsame Anforderung, vulnerable Zielgruppen und Stigmatisierung**

Im Gesundheitssektor und der Sozialen Arbeit haben es Fachkräfte in erhöhtem Maße mit vulnerablen Zielgruppen zu tun, die auf unterschiedliche Formen der Unterstützung angewiesen sind. Zudem haftet sowohl psychischen Störungen als auch Maßnahmen der Jugendhilfe aus Sicht der Betroffenen häufig ein Stigma an (Berkemeyer 2012: 93). Psychische Erkrankungen sind für Betroffene oftmals mit Scham verbunden und werden unter Umständen in den Familien tabuisiert. Angebote der Erziehungshilfen und Kontakt zum Jugendamt sind zunächst häufig begleitet von der Angst, die Kinder könnten aus der Familie herausgenommen werden.

Das empfundene Stigma ist eine Ursache, die dazu führt, dass gerade vulnerable Zielgruppen besonders schwer erreichbar sind. Die Zahl unbehandelter psychischer Erkrankungen in Deutschland ist hoch, nur ca. 40 % aller akuten psychischen Störungen werden im Versorgungssystem behandelt (Wittchen 2006: 76). Für die Jugendhilfe wird auf der anderen Seite immer wieder eine Niedrigschwelligkeit von Angeboten reklamiert, um entsprechende Zielgruppen erreichen zu können (Gahleitner et al. 2012: 253; BMFSFJ 2021). Für Präventionsprojekte im Bereich der Jugendhilfe erscheint es daher notwendig, neben einem problemorientierten Zugang den allgemeinen Ansatz der Förderung junger Menschen sowie daraus abgeleitete Rechtsansprüche stärker ins Zentrum zu rücken.

Mit Blick auf Präventionsangebote für Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern ist das sogenannte Präventionsdilemma besonders zu berücksichtigen. Als Präventionsdilemma wird bezeichnet, dass Personengruppen mit niedrigem Risiko oftmals leichter zu adressieren sind als Gruppen mit hohem Risiko (Franzkowiak 2022: 20f.). Adressat\*innenkreise mit hohem Risiko partizipieren weniger an Präventionsangeboten und sind häufig aufgrund komplexer psychosozialer Problemlagen schwerer zu erreichen. Die psychische Erkrankung der Eltern ist für Kinder ein erhöhtes Risiko für ihr gesundes Aufwachsen, welches durch komplexe soziale Problemlagen noch verstärkt wird (Kölch et al. 2021: 12). Deutlich wird, dass mit Blick auf schwer erreichbare junge Menschen sozialpädagogische und sozialarbeiterische Fachkompetenz einen notwendigen Beitrag leisten. Um eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Adressat\*innen und Fachkräften des psychosozialen Hilfesystems zu ermöglichen, ist es sinnvoll, Präventionsangebote in reguläre Förderstrukturen und Unterstützungsangebote einzubinden.

## **Konzeptioneller Bezugsrahmen für die Gestaltung der Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe**

Im folgenden Kapitel werden zentrale Gestaltungsmöglichkeiten für die Entwicklung einer gelungenen Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe zusammengetragen. Die praktischen und theoretischen Aspekte des konzeptionellen Bezugsrahmens werden zunächst diskutiert und abschließend in einer Tabelle dargestellt.

### **Praktischer Bezugsrahmen: Gemeinsame Verständigungsperspektive und Menschenbild, Prozessorientierung und Differenzakzeptanz**

Die Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen gehen mit einer hohen Komplexität einher, weshalb es mehrere Professionen und Akteur\*innen braucht, um die Erfolgsaussichten und die positive Wirkung auf die Zielgruppe zu erhöhen (Mavroudis 2020: 63). Fischer und Geene (2019) empfehlen eine Handlungslogik, die „vom Kind und Jugendlichen her zu denken“ ist und damit einhergehend eine adressat\*innenorientierte Ausrichtung der Angebote und Leistungen (ebd.: 64) ermöglicht.

Eine wichtige Grundlage für eine Kooperation ist die *Entwicklung eines Menschenbildes*, das auf einem ganzheitlichen Ansatz beruht und eine gemeinsame *Verständigungsperspektive* ermöglicht. Dies bedeutet, Kinder und Jugendliche auf Grundlage ihres biopsychosozial begründeten Verhaltens und ihrem sowohl physischen als auch psychischen Befinden wahrzunehmen und zu verstehen (Homfeldt

2020: 92). Das Verhalten von Kindern und Jugendlichen wird als Ergebnis ihrer bisherigen Lern-, Bildungs- und Sozialisationsprozesse begriffen, und es gilt den subjektiven Sinn darin zu entschlüsseln. Die Idee der Autonomie und der Selbstbildung des Subjekts muss sowohl im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe als auch im Bereich des Gesundheitswesens der Ansatzpunkt von Unterstützungsangeboten sein (Ader/Klein 2011: 26f.). Herausfordernde Lebenslagen, in denen Kinder und Jugendliche aufwachsen (Armut, Vernachlässigung, Diskriminierung etc.), müssen in den Blick der Akteur\*innen genommen werden, genauso wie die vorhandenen Ressourcen, die es zu nutzen und zu erweitern gilt (Mavroudis 2020: 64).

Die Kooperation zwischen dem Gesundheitswesen und der Jugendhilfe muss als ein Entwicklungsprozess verstanden werden, der von Flexibilität, Dialog und Ressourcenstärkung geprägt ist. Bereits im Jahr 2013 empfiehlt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in einem Bericht die Schaffung interdisziplinärer Qualitätszirkel mit dem Fokus auf die Stärkung der Ressourcen, die Förderung des Selbsthilfepotenzials und die Weiterentwicklung von Strukturen (Fischer/Geene 2019: 35f.). *Prozessorientierung* erfordert Zeit, die für die gemeinsame Analyse der Befunde und Erkenntnisse sowie das Herausarbeiten von Bedarfslagen und damit für die Ableitung von geeigneten fachlichen Handlungen benötigt wird. Darüber hinaus braucht es starke soziale Beziehungen zwischen den Akteur\*innen. Fischer und Geene (2019) verweisen auf die bewusste Herbeiführung von einzelnen Aktionen wie z. B. die Vorbereitung und Durchführung eines Fachtages oder langfristige Kampagnen, die gemeinsames Handeln erfordern (Fischer/Geene 2019: 37). In der gemeinsamen Fallarbeit entsteht die Möglichkeit, Entwicklungsverläufe zu diskutieren und bewusste Entscheidungen herbeizuführen, um somit Sensibilität, bezogen auf mögliche abwehrende Haltung, in der Kooperation zu entwickeln (ebd.: 35).

Wichtig ist es darüber hinaus zu lernen, Differenzen im professionellen Selbstverständnis wechselseitig zu akzeptieren. Im besten Falle trägt eine solche *Differenzakzeptanz* dazu bei, dass sich die fachlichen Kompetenzen der beiden Sektoren sinnvoll ergänzen. Klassifikation und Diagnostik von Erkrankungen sowie die Methoden der Behandlungen spielen dabei eine wichtige Rolle. Damit wird es möglich, eine gemeinsame Perspektive, die partizipativ-dialogisch ausgerichtet ist und sowohl die Perspektive des Gesundheitswesens als auch die der Kinder- und Jugendhilfe einschließt, zu entwickeln (Gahlleitner/Homfeldt/Fegert 2012: 295).

## **Theoretischer Bezugsrahmen: Resilienz, Lebensbewältigung und Salutogenese**

Das Konzept der *Resilienz* ist über Fachgrenzen hinweg Gegenstand gesellschaftspolitischer Debatten. Gleichzeitig ist der Ansatz der Lebensbewältigung ein Kon-

zept Sozialer Arbeit, das auf die Wiederherstellung subjektiver Handlungsfähigkeit in herausfordernden Lebenslagen abzielt. Ähnlich verhält es sich mit dem Ansatz der Salutogenese, der Gesundheit als Auseinandersetzung mit Stressoren begreift. Die genannten Ansätze werden im Folgenden kurz dargestellt und im Hinblick auf die Zielgruppe diskutiert.

Resilienz ist für junge Menschen ein wesentlicher Faktor zur Bewältigung von Herausforderungen, die sich aus dem Umgang mit der psychischen Erkrankung ihrer Eltern ergeben. Sie beruht auf kompensatorischen Prozessen der Adaption und kann als „psychische Robustheit“ verstanden werden (Lenz/Kuhn 2011: 273). Resilienz bezeichnet die Fähigkeit, mit entsprechenden Belastungen umgehen zu können. Das Fehlen von Resilienz hat zur Folge, dass Risikofaktoren voll zum Tragen kommen können. Familienzentrierte Angebote und Jugendarbeit eignen sich aufgrund ihrer resilienzfördernden Potenziale besonders für die Förderung der Zielgruppe (Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2021; Gharabaghi 2013). Hier zeigen sich große Schnittmengen von Gesundheitsförderung und Jugendhilfe.

Resilienzförderung lenkt den Blick auf die Vermeidung von Risikofaktoren und fokussiert die Förderung von Schutzfaktoren. Hierbei geht es um eine Ressourcen- statt um eine Defizitorientierung (Freitag 1999: 168). Neben der Stärkung der Bewältigungsstrategien handelt es sich bei der Resilienzförderung der Kinder- und Jugendhilfe auch um das Schaffen von Angeboten und Atmosphären in Familien, Schulen und in der Kommune, damit Kinder und Jugendliche Entwicklungs- und Möglichkeitsräume haben, um sich entfalten zu können – dabei brauchen sie Menschen, die ihnen Mut machen und Unterstützung anbieten (Fröhlich-Gildhoff 2021: 3f.).

Der Ansatz der *Lebensbewältigung* richtet sich auf das Wiedererlangen von Handlungsfähigkeit und geht zurück auf Rezeptionen des Coping-Ansatzes in der Sozialen Arbeit (Böhnisch 2019). In herausfordernden Lebenslagen sind Selbstwirksamkeitserfahrungen ein Ansatzpunkt für Bewältigungshandeln. Abweichendes oder eigensinniges Verhalten wird dabei nicht pathologisiert, sondern es wird nach dem Sinn und der Funktion dieses Verhaltens gefragt (Böhnisch 2019: 14). Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang das Kohärenzgefühl, also ein positives Bild der eigenen Handlungsfähigkeit [...], die vom Gefühl der Bewältigbarkeit von externen und internen Lebensbedingungen [...] getragen ist“ (Böhnisch 2019: 32). Angebote der Jugendhilfe sind demnach ausgerichtet auf die subjektive Bedeutung von Bewältigungshandlungen und die Ermöglichung alternativer Erfahrungen und die Entwicklung angemessener Bewältigungsstrategien.

Der Ansatz der *Salutogenese* fragt, was Menschen trotz ungünstiger Rahmenbedingungen gesund sein lässt. Hierbei handelt es sich um einen Zusammenhang aus Gesundheit und Krankheit, der eine Verortung auf einem Kontinuum von „mehr

oder weniger‘ ermöglicht. Gesundheit wird in ständiger Auseinandersetzung mit inneren und äußeren Herausforderungen reproduziert (Homfeldt 2020: 86).

Homfeldt bezieht sich auf Antonovsky und spricht von „Widerstandsressourcen“, die eine Abwehr gegen interne und externe Stressoren gewährleisten (2020: 87). Diese werden in der Folge in drei Ebenen unterteilt. Die erste Ebene ist die der Person. Sie basiert auf persönlichen Bewältigungsstrategien und Bildungsprozessen, die auf Anerkennung, Vertrauen und einem Zugehörigkeitsgefühl aufbauen. Auf gesellschaftlicher Ebene verankert sind soziale und materielle Sicherheiten wie Arbeit, Einkommen und soziale Sicherung. Der kulturellen Ebene lassen sich Werte und Überzeugungen zuordnen. Fehlen zentrale Ressourcen, so kann es zu „generalisierten Widerstandsdefiziten“ kommen und damit einhergehend zu einer Erhöhung gesundheitlicher Beeinträchtigungen (ebd.).

Entscheidend ist es, nicht nur die vorhandenen Ressourcen zu erkennen, zu stärken und zu aktivieren, sondern sie auch in umfassender Weise zu nutzen (ebd.). Diese Fähigkeit wird als Kohärenzgefühl bezeichnet, welches ebenfalls für den Ansatz der Lebensbewältigung zentral ist. Der salutogenetische Ansatz erlaubt es, Gesundheit als immer wiederkehrende Auseinandersetzung mit Stressoren zu sehen, bei der es verschiedener Widerstandsressourcen bedarf, um die Herausforderungen zu bewältigen. Durch die Bewältigungsfähigkeit entsteht ein stabiles Kohärenzgefühl im Subjekt, womit die Welt und damit das eigene Leben als steuerbar erlebt werden und somit ein Gefühl der Handlungsautonomie entsteht.

Das beschriebene gesundheitswissenschaftliche Konzept der Salutogenese, der sozialwissenschaftlichen Ansatz zur Lebensbewältigung und das Konzept der Resilienz weisen Ähnlichkeiten auf. In allen drei theoretischen Ansätzen wird dem Menschen, bezogen auf Gesundheit und Krankheit, eine aktive Rolle zugesprochen. Somit ist der Mensch kein passives Wesen, „das externen Kräften ausgesetzt ist, sondern [...] Subjekt, das im Rahmen vorhandener Bewältigungsressourcen sein eigenes Leben aktiv beeinflusst“ (13. Kinder- und Jugendbericht 2009: 60).

Die folgende Tabelle ermöglicht einen Überblick über wichtige praktische und theoretische Aspekte für die Gestaltung und das Gelingen einer Kooperation. Die Ansätze der Resilienz, der Lebensbewältigung und der Salutogenese stiften die Grundlage für einen theoretischen Bezugsrahmen. Damit eine Kooperation praktisch gelingen kann, braucht es gemeinsame fachliche Verständigungsperspektiven, die Akzeptanz von Differenzen und eine Prozessorientierung. „Dies kann gelingen, wenn das ‚Risiko‘ eingegangen werden darf, dass jeweils andere System kennen- und verstehen lernen zu dürfen, Geduld zu haben, Fehler machen zu dürfen und den Mut zu haben, immer wieder, auch immer ‚besser‘ scheitern zu können“ (Ader/Klein 2011: 28).

Tabelle 2: Gestaltungsmöglichkeiten und konzeptioneller Bezugsrahmen für die Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe

<b>Gemeinsame Verständigungsperspektiven</b>	<b>Differenzakzeptanz</b>	<b>Prozessorientierung</b>
Gemeinsame Fachsprache, Übersetzung, Glossar etc.	Voneinander lernen: manualbasierte Ansätze in der Sozialen Arbeit und ganzheitliche Perspektiven in der Gesundheitsförderung – Annäherung der praktischen Logiken der Systeme	Gemeinsame Wissensbasis: Journal Club/Learning Communities (persönliches Kennenlernen und inhaltliches Briefing)
Adressat*innenorientierte Ausrichtung („Vom Kind und Jugendlichen aus denken“)	Erkennbare Identität der Sektoren und ein respektvoller Dialog	Kooperation ist institutionalisiert und strukturell langfristig in die Arbeitsprozesse und Einrichtungsbudgets eingebettet
Gemeinsames Verständnis eines Menschenbildes	Einbindung in Gremien, Institutionalisierung, Verantwortliche Personen identifizieren	Interdisziplinäre Qualitätszirkel
Verständnis für prekäre Lebenslagen und sozioökonomische Aspekte	Informationskultur, Information statt Belehrung	Fachtage und längerfristige Kampagnen gemeinsam planen
Gemeinsame Ziele	Regelmäßigkeit und Kontinuität in der Mitwirkung von Professionellen	Klarer Auftrag und entsprechende zeitliche und finanzielle Ressourcen
Gemeinsame Sprache	Gleichberechtigung in der Zusammenarbeit	Fachliche Basis
<b>Theoretischer Bezugsrahmen als gemeinsame Grundlage: Resilienz, Lebensbewältigung und Salutogenese</b>		

Quelle: eigene Darstellung

Die Qualität des Zusammenspiels aus Gesundheitsförderung und Jugendhilfe ist entscheidend für die Qualität der erbrachten Unterstützungsleistung für die Zielgruppe (Gahleitner et al. 2012: 259). Entsprechende Weiterentwicklungen der Kooperation bedürfen einer verbindlichen Zusammenarbeit auf regionaler Ebene. Neben der Entwicklung einer gemeinsamen Verständigungsperspektive und der Akzeptanz von Differenzen sind gemeinsame Strategien zur Implementierung konkreter Maßnahmen und Förderangebote für Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern sinnvoll. Sie werden im Folgenden dargestellt.

## **Anstelle eines Fazits: Strategien der Gesundheitsförderung in regionalen Verantwortungsgemeinschaften**

Zielführend ist es, auf regionaler Ebene auf die jeweiligen Stärken der beiden Versorgungssysteme zu setzen wie auch entsprechende Entwicklungsbedarfe zu adressieren. Es wird daher vorgeschlagen, zum einen Präventionsangebote gezielt über die Versorger\*innen der erkrankten Eltern zu vermitteln und zum anderen, dem Ansatz der Inklusion folgend, die Partizipation von Kindern psychisch und suchterkrankter Eltern an den bereits existierenden Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe weiterzuentwickeln und zu erhöhen.

### **Zugang über die Versorger\*innen der Eltern**

Um die Zielgruppe für Präventionsangebote zu erreichen, ist es sinnvoll, auf regionaler Ebene die Kontaktaufnahme auch über die psychisch erkrankten Eltern aufzubauen. Ein Problem in der Unterstützung der Familien liegt darin, dass im Rahmen der therapeutischen Versorgung der Eltern die Perspektive der Kinder rechtlich gesehen nur am Rande eine Rolle spielt (Meysen et al. 2019: 8). Auf der anderen Seite ist diese Risikogruppe über die Eltern besonders gezielt zu erreichen. Ein solcher Zugang erlaubt es, die Genauigkeit indizierter Diagnosen im Fall der Eltern mit dem universellen Charakter von Angeboten der Jugendförderung und der Erziehungshilfen zu verbinden und somit eine spezifische Zielgruppe passgenau zu adressieren.

Der Zugang über die Versorger\*innen (niedergelassenen Therapeut\*innen, Psychiatrien etc.) gewährleistet eine höhere Treffsicherheit als Präventionsmaßnahmen in der Gesamtbevölkerung. Der selektive Zugang ermöglicht es, eine spezifische Gruppe in den Blick zu nehmen, die nicht bereits über eine indizierte psychiatrische Diagnose verfügt. Die spezifische Situation der Kinder wird als eine Reaktion auf familiäre Interaktionsprozesse verstanden und ermöglicht so Präventionsangebote und Fördermaßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe. Ansatzpunkte sind die Lebenswelten der Zielgruppe. Es ist sinnvoll, die in der Region befindlichen Angebote für junge Menschen in den Vermittlungsprozess miteinzubeziehen.

Angebote der Jugendhilfe richten sich sowohl auf Entwicklungsaufgaben als auch auf den Ausgleich von Beeinträchtigungen und Benachteiligungen. Diese Perspektive reicht über den Bereich psychischer Erkrankungen hinaus und adressiert etwa soziale Problemlagen oder familiäre Konflikte. Entsprechende Angebote wirken resilienzfördernd in die verschiedenen Lebenswelten von Familie, Kita, Schule, Vereinen etc. hinein und tragen somit allgemein zu guten Bedingungen des Aufwachsens bei und unterstützen im konkreten Einzelfall junge Menschen in ihrer spezifischen Lebenslage (Steinebach/Gharabaghi 2013).

Der Zugang über die Versorgung der Eltern erzeugt bei der Vermittlung von Präventionsangeboten gleichzeitig auch einen Arbeitsaufwand aufseiten des Gesundheitssystems. Zu berücksichtigen ist, dass die einzelfallbezogene Koordinierung von Unterstützungen zwischen unterschiedlichen sozialen Sicherungssystemen im Rahmen der gesetzlichen Krankenkasse nur in Ausnahmefällen möglich ist (Meysen et al. 2019: 19–20). Grundsätzlich wird jedoch ein verstärkter Einbezug von Vertragsärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen in die Früherkennung von Gefährdungslagen bei Kindern und in der Folge die Einbindung in Fallbesprechungen und Hilfeplanverfahren im Kinderschutz im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen durch entsprechende Änderungen im SGB V forciert (Walhalla Fachredaktion 2021: 239–240). Bei der Versorgung von Heimkindern konnten beispielsweise auf regionaler Ebene bereits Kooperationsvereinbarung zwischen Jugendämtern, Arztpraxen und niedergelassenen Psychotherapeut\*innen getroffen werden, die eine enge Zusammenarbeit, etwa durch gemeinsame Fallbesprechungen, ermöglichen (Walhalla Fachredaktion 2021: 240). Gestaltungsspielräume für den Aufgabenbereich der Gesundheitsförderung und Prävention sind hier erkennbar. Meysen et al. weisen darauf hin, dass es sich in den meisten Fällen bei Präventionsleistungen um Ermessensansprüche handelt, die je nach Satzung der Krankenkassen variieren und weiterentwickelt werden können (Meysen et al. 2019: 95). Auf regionaler Ebene bietet es sich daher an, Kooperationsprozesse auch vonseiten der Jugendhilfe mit zu initiieren. Die Einbindung der Versorger\*innen der Eltern kann zunächst im Einzelfall je nach Bedarf erfolgen. Dieser Ansatz sollte perspektivisch jedoch auch zu einer Weiterentwicklung der präventiven Versorgungslage beitragen, die durch das Gesetz zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen bereits erkennbar geworden ist.

## **Anknüpfungspunkt Inklusion**

Da die Hürden zur Inanspruchnahme psychosozialer Hilfen hoch sind, sind ein verständnisvoller Umgang und ein empathisches Vorgehen im direkten Kontakt mit den Adressat\*innen zielführend. „Die Erleichterung des Zugangs zu Leistungen nach SGB VIII ist für Hilfen in Familien mit psychisch kranken Eltern besonders relevant, um elterlichen Ängsten vor der Inanspruchnahme von Hilfen und ihren Schwierigkeiten bei der eigenen Aktivierung von Unterstützung begegnen zu können“ (Meysen et al. 2019: 13). Zur Adressierung der Zielgruppe ist es daher sinnvoll, nicht nur Risiken und Defizite in den Blick zu nehmen, sondern auch die alterstypischen Entwicklungsaufgaben. Es ist darüber hinaus ebenso zielführend, die Teilhabe an bestehenden Förderangeboten und Unterstützungsleistungen zu erhöhen. Ansatz gelungener Prävention ist es, eine spezifische Gruppe in die regulären Angebote einzubinden und Zugangsbarrieren abzubauen. Folglich zielen strukturelle Verände-

rungsprozesse nicht primär auf die Schaffung exklusiver Angebote, sondern auf die Einbindung aller Kinder und Jugendlichen. Der Ansatz der Inklusion wird so zu einem Leitgedanken für die Kooperation von Jugendhilfe und Gesundheitsförderung.

Inklusion bezeichnet zunächst vom Wortsinn die ‚Einbindung‘ oder den ‚Einchluss‘ in einen bestimmten Zusammenhang. Im Hinblick auf die Sektoren bzw. Systeme der Sozialen Arbeit und der Gesundheit meint Inklusion die gleichberechtigte Teilhabe an Versorgungsleistungen. Diese Möglichkeit beruht zumeist auf einer Anspruchsberechtigung, die sich aus der Staatsbürgerschaft der Adressat\*innen speist (Kastl 2018: 668). Im Rahmen der Salamancaerklärung einer UNESCO-Konferenz von 1994 wurde die Einbindung aller Kinder, ausdrücklich auch derjenigen mit Behinderungen, in das reguläre Schulsystem als Ziel formuliert (Kastl 2018: 666). Der analytische Ansatz der Inklusion ermöglicht es, entsprechende Zugangshemmnisse zu Unterstützungsleistungen auch als transsektorale Herausforderung zu verstehen. Zugangsbarrieren liegen demnach auch in den unterschiedlichen Förderlogiken der beiden Sektoren. Gahleitner et al. verweisen auf die Bedeutung der „Förderung von Inklusion“ im Rahmen der Weiterentwicklung der Kooperation von Jugendhilfe und Gesundheitswesen (ebd. 2012: 253).

Darüber hinaus wird mit dem Begriff der Inklusion auch ein verständnisvoller, empathischer Zugang verbunden (Kastl 2018: 666), der mit der Berücksichtigung lebensweltlicher Kontexte und dem jeweiligen Entwicklungsstand einhergeht. Damit wird auch Förderung, sektorübergreifend und nicht exklusiv, als Leitgedanke der Kooperation adressierbar, um so der oftmals empfundenen Stigmatisierung entgegenzuwirken. Der Fördergedanke versucht einen positiven Ansatz zu etablieren, der mit Blick auf Selbst- und Fremdwahrnehmung der Betroffenen nicht die Vermeidung von etwas Schlechtem, sondern die Ermöglichung von etwas Gutem ins Zentrum rückt.

Eine Herausforderung für die Zielgruppe liegt im Zugang zu passgenauen Präventionsangeboten. Dem Grundgedanken der Inklusion folgend, geht es darum, die Förderangebote der Jugendhilfe so weiterzuentwickeln, dass sie für die Zielgruppe passend und erreichbar sind. Zur Verdeutlichung lässt sich auf die Metapher eines barrierefreien Bahnhofs verweisen, demzufolge geht es nicht primär um das Einsetzen neuer Züge, sondern um die Installation von Aufzügen und Bodenleitsystemen.

Grundsätzlich ist die Jugendhilfe stärker auf Kooperation und Inklusion ausgerichtet, oftmals ist den beteiligten Fachkräften aber auch klar, dass sich hier andere Systeme stärker zurücknehmen und der Jugendhilfe die Funktion des ‚Lückenbüßers‘ zukommt (Meysen et al. 2019: 17). Es ist daher wichtig, die Kooperation von Jugendhilfe und Gesundheitsförderung für beide Seiten verbindlich zu gestalten. Auch wird es so möglich, dass die fachlichen Kompetenzen beider Systeme in ergänzender Weise ihre Wirkung zu entfalten.

## Weiterentwicklung möglicher Unterstützungsleistungen

Es ist von großer Bedeutung, den Zugang zu Leistungen des SGB VIII für Familien mit psychisch erkrankten Eltern zu erleichtern, um den Eltern Ängste vor dem Jugendamt zu nehmen und gleichzeitig die Inanspruchnahme zu erleichtern. Niedrigschwellige Zugänge sind oft eine fachliche Herausforderung. Die Gestaltungspotenziale, die der Rechtslage nach bestehen, werden nicht vollständig ausgeschöpft, beispielsweise der Einsatz von Lots\*innen zur Unterstützung bei der Orientierung in den Versorgungssystemen (Meysen et al. 2019: 13). Die betroffenen Familien brauchen einen niedrigschwelligen Zugang zu Leistungsangeboten um die bereits existierenden Hilfen nutzen zu können. Nach Schmenger und Schmutz (2018: 27) weisen gute Angebote folgende Kriterien auf:

- Systematische Zusammenarbeit der Professionen und Leistungserbringer findet statt.
- Angebote sind an kommunale Strukturen angebunden/weisen Schnittstellen zum Regelsystem auf.
- Angebote verfügen über eine (gesicherte) Finanzierung.
- Angebote fokussieren das gesamte Familiensystem (psychisch erkrankte Eltern und deren Kinder).

Die nachfolgende Darstellung vermittelt einen Überblick über bestehende Angebotsformate, die in der Praxis erfolgreich umgesetzt werden. Ebenso dargestellt werden die damit verbundenen Ziele:

Tabelle 3: Erprobte Angebotsformen

Angebotsformate	Ziel
Gruppenangebote für betroffene Kinder und Jugendliche, ggf. mit Eltern	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Förderung von Ressourcen und Schutzfaktoren der Kinder und Jugendlichen</li> <li>• Enttabuisierung der Erkrankung der Eltern</li> <li>• Vermittlung von altersangemessenen Informationen</li> <li>• Stärkung der emotionalen Wahrnehmung und des Selbstwertgefühls</li> <li>• Entlastung von Schuldgefühlen</li> <li>• Austausch untereinander und Solidarität</li> </ul>
Patenschaften (Vertrauensperson/Lots*innen/Mentor*innen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verlässliche Bezugsperson neben dem psychisch erkrankten Elternteil für die Kinder und Jugendlichen</li> <li>• Ansprechperson für Kinder und Jugendliche</li> </ul>

Angebotsformate	Ziel
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientierung bei der Freizeitgestaltung</li> <li>• Übernahme von Betreuungs- und Versorgungsaufgaben insbesondere in Krisenzeiten</li> <li>• Förderliches Zusammenleben der Familie trotz Beeinträchtigungen durch die elterliche Erkrankung gewährleisten</li> </ul>
<p>Multimodale Ansätze (z. B. Screenings, Interventionen, Erziehungsberatung, Verbesserung der Bewältigungskompetenzen, Stabilisierung der familiären Situation)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Förderung und Aktivierung von personalen, familiären und sozialen Ressourcen sowie von spezifischen Schutzfaktoren</li> <li>• Sowohl kinder- bzw. elterntzentriert als auch familienorientiert</li> </ul>
<p>Gemeinsame Fallbesprechungen, Förderkonferenzen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Initiierung akteursübergreifender Kooperation</li> <li>• multiprofessionelle Fallkonferenzen</li> <li>• Vermittlungsstruktur zwischen den psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandler*innen und den Kindern ihrer Patient*innen entwickeln</li> </ul>

Quelle: in Anlehnung an Meysen et al. 2019; Schmenger/Schmutz 2018

Für die Etablierung regionaler Verantwortungsgemeinschaften ist es zielführend, vor Ort verbindliche Absprachen zur transektoralen Zusammenarbeit zu treffen und diese in einer Kooperationsvereinbarung vertraglich festzuhalten. Auf lokaler Ebene lassen sich Förder- und Präventionsangebote im Hinblick auf die Zielgruppe weiterentwickeln. Die praktische Implementierung einer regional verankerten Kooperation des Gesundheitssektors und der Jugendhilfe erfordert neben einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung der jeweiligen Fachkräfte auch kontinuierliche Reflexionsprozesse hinsichtlich der unterschiedlichen und zum Teil widersprüchlich erscheinenden Logiken der beiden Sektoren.

Die sektorübergreifende Zuständigkeit für die jeweiligen Fälle und die sektorübergreifende Finanzierung sind nach wie vor zentrale Herausforderungen. Bei der Gewährung und Ausgestaltung konkreter Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bestehen jedoch Ermessensspielräume (Meysen 2019: 95). Diese Spielräume im Sinne der Zielgruppe und für die Entwicklung neuer Förderkonzepte zu nutzen, ist Ziel der vorausgegangenen Überlegungen. Die in diesem Artikel skizzierten und in den drei Tabellen dargestellten Herausforderungen, Gestaltungsmöglichkeiten und Angebotsformate möchten daher einen systematischen Beitrag zum regionalen Auf- und Ausbau transektoraler Förderstrukturen leisten.

## Literatur

- Ader, Sabine/Klein, Martin (2011): Die organisierte Verantwortungslosigkeit. Kooperation von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie als bleibende Herausforderung. In: Sozial Extra 35 (5/6), S. 24–28.
- Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ (2010): Kinder von psychisch erkrankten und suchtkranken Eltern. Diskussionspapier der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe. AGJ Hamburg.
- Arbeitsgruppe „Kinder psychisch- und suchterkrankter Eltern“/AFET-Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. (2020): Abschlussbericht der Arbeitsgruppe „Kinder psychisch- und suchterkrankter Eltern“. Berlin.
- Berkemeyer, Anke (2012): Der Spagat zwischen Prävention und Intervention und die Bedeutung von verlässlicher Kooperation für Kinder in Familien mit einem psychisch kranken – Ein Beitrag aus Sicht des Jugendamtes. In: Bauer, Ulrich/Reinisch, Anke/Schmuhl, Miriam (Hrsg.): Prävention für Familien mit psychisch erkrankten Eltern. Wiesbaden: VS Verlag, S. 87–102.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht. Berlin.
- Böhm, Katharina (Hrsg.) (2020): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden: Springer VS.
- Böhm, Julia (2010): Resilienz und ihre Bedeutung für eine positive Entwicklung von Kindern. Bachelorarbeit. Fachhochschule Potsdam, Potsdam.
- Böhnisch, Lothar (2019): Lebensbewältigung. Ein Konzept für die Soziale Arbeit (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Böllert, Karin (2019): Fortschrittsgedanken und Krisengewitter. Zur Lage und Situation der Sozialen Arbeit in Deutschland. In: neue praxis 49 (6), S. 487–490.
- Bürger, Anne/Kaess, Michael (2020): Universelle und selektive Prävention. In: Jörg Fegert/Franz Resch/Paul Plener/Michael Kaess/Manfred Döpfner/Kerstin Konrad/Tanja Legenbauer (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Clemens, Vera/Berthold, Oliver/Fegert, Jörg Michael/Kölch, Michael (2018): Kinder psychisch erkrankter Eltern. Auch ein Thema im Rahmen des Kinderschutzes. Berlin: Springer Medizin Verlag.
- Fischer, Jörg/Geene, Raimund (2019): Gelingensbedingungen der Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen. Handlungsansätze und Herausforderungen im Kontext kommunaler Präventionsketten. In: Klammer, Ute/Jepkens, Katja (2019): FGW-Studie. Vorbeugende Sozialpolitik 19. Düsseldorf: Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung e.V.
- Franzkowiak, Peter (2022): Prävention und Krankheitsprävention. <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praevention-und-krankheitspraevention/> [Zugriff 26.10.2022].

- Freytag Andreas (1999): Kann das Resilienzparadigma integrierende Funktion für die konzeptionelle Weiterentwicklung der Frühförderung übernehmen? In: Opp, Günther/Michael, Fingerle/Andreas, Freytag (Hrsg.): Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München: Ernst Reinhardt, S 166–169.
- Fröhlich, Klaus/Rönnau-Böse, Maike (Hrsg.) (2021): Menschen stärken. Resilienzförderung in verschiedenen Lebensbereichen. Wiesbaden: Springer Fachmedien..
- Gahleitner, Silke B./Homfeldt, Hans Günther/Fegert, Jörg M. (2012): Gemeinsam Verantwortung für Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf übernehmen? Gemeinsam Verantwortung für Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf übernehmen? Hindernisse und Lösungswege für Kooperationsprozesse. In: Silke Birgitta Gahleitner (Hrsg.): Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste (1. Aufl.) Weinheim: Beltz Juventa, S. 247–272.
- Geiger, Emilia (Hrsg.) (2021): Kinder psychisch kranker Eltern. Ausbau der Versorgung einer oft vergessenen Risikogruppe. <https://www.researchgate.net/publication/35578204> [Zugriff 10.12.2022].
- Gharabaghi, Kiaras (2013): Erziehung: Professionelle Hilfen im Jugendalter. In: Steinebach, Christoph/Gharabaghi, Kiaras (Hrsg.): Resilienzförderung im Jugendalter. Praxis und Perspektiven. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin, S. 21–31.
- GKV-Spitzenverband (2021): Leitfaden Prävention nach § 20 Abs. 2 SGB V und Leitfaden Prävention nach § 5 SGB XI. Berlin.
- Homfeldt, Hans Günther (2020): Gesundes Aufwachsen. In: Stecklina, Gerd/Wienforth, Jan (Hrsg.): Handbuch Lebensbewältigung und Soziale Arbeit (1. Auflage). Weinheim/Basel: Beltz Juventa (Übergangs- und Bewältigungsforschung), S. 85–93.
- Kastl, Jörg Michael (2018): Inklusion. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans/Treptow, Rainer/Ziegler, Holger (Hrsg.): Handbuch. Soziale Arbeit. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Klein, Martin/Ader, Sabine (2011): Praxis aktuell: Unterlassene Hilfeleistung. Die organisierte Verantwortungslosigkeit. Kooperation von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie als bleibende Herausforderung. Sozial Extra.
- Kölch, Michael/Breucker, Gregor/Schmutz, Elisabeth/Ziegenhain, Ute (2021): Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern. Handlungsrahmen für eine Beteiligung der Krankenkassen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. GKV-Spitzenverband. Berlin. [https://www.gkv-buendnis.de/fileadmin/user\\_upload/Publicationen/Handlungsrahmen\\_KpsE\\_barrierefrei.pdf](https://www.gkv-buendnis.de/fileadmin/user_upload/Publicationen/Handlungsrahmen_KpsE_barrierefrei.pdf) [Zugriff 04.04.2023].
- Könteger, Stefan (2010): Sozialpädagogische Professionsforschung. In: Brandstetter, Manuela/Vyskouzil, Monika (Hrsg.): Soziale Arbeit im Wissenschaftssystem. Von der Fürsorgeschule zum Lehrstuhl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 78–102.
- Lenz, Albert/Kuhn, Juliane (2011): Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung? Überblick über Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung. In: Wiegand-Grefe, Silke/Mattejat, Fritz/Lenz, Albert (Hrsg.): Kinder mit

- psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung: mit 55 Tabellen. Göttingen/Oakville: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 269–298.
- Paul, Mechthild/Backes, Jörg/Renner, Ilona/Scharmanski, Sara (2018): Vom Aktionsprogramm über die Bundesinitiative zur Bundesstiftung Frühe Hilfen. *JuKiP Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege*, 07 (04), S. 157–161.
- Seithe, Mechthild (2010): *Schwarzbuch Soziale Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Meysen, Thomas/Rixen, Stephan/Schönecker, Lydia (2019): Rechtsexpertise. Ist-Analyse zu Hilfe und Versorgung in Familien mit Kindern psychisch kranker Eltern. SOCLEs International Centre for Socio-Legal Studies, Heidelberg. Arbeitsbereich SOCLEs Inklusion, Erziehung und Teilhabe.
- Mavroudis, Alexander (2020): Die Perspektive der Kinder- und Jugendhilfe auf gesundes Aufwachsen. In: Böhm, Katharina et al. (Hrsg.): *Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland*. Wiesbaden: Springer VS, S. 55–67.
- Rölver, Michael (2023): Ermessensspielräume als Gegenstand professioneller Praxis. In: Wernberger, Angela (Hrsg.): *Professionalitätsforschung in der Sozialen Arbeit. Praxeologisch-rekonstruktive Perspektiven*. Schriften der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen. Band 38. Opladen/Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich, S. 85–108.
- Schilling, Johannes/Zeller, Susanne (2007): *Soziale Arbeit. Theorie – Profession* (3. Auflage). München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Schmenger, Sarah/Schmutz, Elisabeth (2018): Expertise: Überblick über Angebote, Initiativen und Unterstützungsmaßnahmen zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem psychisch erkrankten oder suchterkrankten Elternteil. Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz gGmbH (ism). Mainz. <https://www.ag-kpke.de/wp-content/uploads/2019/02/Gute-Praxis-1.pdf> [Zugriff 04.04.2023].
- Schulze, Ulrike M. E./Kliegl, Katrin M./Mauser, Christine/Rapp, Marianne/Allroggen, Marc/Fegert, Jörg M. (2014): *Echt stark! Ein Manual für die Arbeit mit Kindern psychisch kranker und suchtkranker Eltern* [plus Extras online. Berlin, Heidelberg: Springer. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=1731219> [Zugriff 04.04.2023].
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020): Familien mit minderjährigen Kindern in der Familie nach Lebensform und Kinderzahl. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Tabellen/2-5-familien.html> [Zugriff 03.12.2022].
- Stecklina, Gerd/Wienforth, Jan (2020): Das Lebensbewältigungskonzept. Grundlagen und Perspektiven. In: Stecklina, Gerd/Wienforth, Jan (Hrsg.): *Handbuch Lebensbewältigung und Soziale Arbeit* (1. Auflage). Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Übergangs- und Bewältigungsforschung), S. 15–45.

- Steinebach, Christoph/Gharabaghi, Kiaras (Hrsg.) (2013): Resilienzförderung im Jugendalter. Praxis und Perspektiven. Berlin: Springer.
- Thiersch, Hans/Grunwald, Klaus (2015): Lebensweltorientierung. In: Hans Thiersch (Hrsg.): Soziale Arbeit und Lebensweltorientierung: Konzepte und Kontexte. Weinheim: Beltz Juventa, S. 327–363.
- Thole, Werner (2002): Soziale Arbeit als Profession und Disziplin. Das sozialpädagogische Projekt in Praxis, Theorie, Forschung und Ausbildung – Versuch einer Standortbestimmung. In: Thole, Werner (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch (3. Auflage). Opladen: Leske + Budrich, S. 13–59.
- Trojan, Alf (2020): Gesundheit in allen Politikbereichen: Die Entwicklungsgeschichte eines Kernkonzepts der Gesundheitsförderung. In: Böhm, Katharina et al. (Hrsg.): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden: Springer VS. S. 17–37.
- Walhalla Fachredaktion (2022): KINDER- UND JUGENDSTÄRKUNGSGESETZ. Weiterentwicklung des SGB VIII. Gesetzesmaterialien und Erläuterungen. Regensburg: Walhalla Fachverlag.
- WHO (World Health Organization) (1986): Ottawa-Charta. <https://www.who.int/europe/home?v=welcome> [Zugriff 28.02.2023].
- Wernberger, Angela (2023): Professionalitätsforschung in der Sozialen Arbeit. Praxeologisch-rekonstruktive Perspektiven. Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen. Band 38. Opladen/Berlin/Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Wiegand-Grefe, Sillke (2022). Unterstützung für Kinder und Jugendliche mit psychisch erkrankten Eltern im „Children of mentally ill parents –network“. Psychotherapeut 67, S. 34–41.
- Wiesner, Reinhard (2012): Rechtliche Perspektiven zu den Kooperationsnotwendigkeiten der sozialen Dienste. In: Gahleitner, Silke Brigitta (Hrsg.): Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste (1. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa, S. 234–246.
- Wittchen, Hans-Ulrich (Hrsg.) (2006): Klinische Psychologie & Psychotherapie. Heidelberg: Springer.

# Angaben zu den Autor\*innen



Foto: privat

**Ursula Böing**, Dr. paed., ist Professorin für Heilpädagogik und Teilhabe an der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Münst. Ihre Lehr- und Forschungsschwerpunkte umfassen Fragen von Behinderung und Inklusion in unterschiedlichen gesellschaftlichen Feldern, insbesondere im Bereich inklusiver Schulforschung, Schulassistenz, Professionalisierung und der Teilhabe von Menschen mit zugewiesener schwerer Behinderung und hohem Unterstützungsbedarf.



Foto: privat

**Ulrich Deinet**, Dr. rer.soc. bis 2021 Professor für Didaktik/Methoden der Sozialpädagogik an der Hochschule Düsseldorf, Co-Leiter der Forschungsstelle für sozialraumorientierte Praxisforschung und -Entwicklung FSPE (<https://soz-kult.hs-duesseldorf.de/fspe>); Mitherausgeber des Online-Journals „sozialraum.de“ ([www.sozialraum.de](http://www.sozialraum.de)). Co-Leiter des Instituts ISPE e.V. (<https://ispe-net.de/>), freiberuflicher Kindheits- und Jugendforscher, Seminarleiter, Berater und Referent. Themen: Kooperation von Jugendhilfe und Schule, Schulsozialarbeit, Ganztagsbildung, Offene Kinder- und Jugendarbeit, Sozialraumorientierung, Konzept- und Qualitätsentwicklung.



Foto: privat

**Daniel Dröschel** ist Leiter Versorgungsinnovationen & Geschäftsentwicklung bei der OptiMedis AG. Der Gesundheitsökonom ist für die Bereiche Geschäfts und Projektentwicklung, als Leiter Digitale Transformation sowie für die Produkte myFORTA und FORTA\_Epi zuständig. Seine Schwerpunkte liegen in digitalen Transformation im öffentlichen Gesundheitswesen und in der Gesundheitsversorgung, Verhandlungsführung und Coaching, der Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Versorgungsmanagementansätzen, der Konzeption intersektoraler und integrierter Versorgungsmodelle, in der Entwicklung von innovativen Versorgungslösungen, der Projektleitung von Market Access Projekten, sowie Gesundheitsökonomischen Modellen und Projekte mit Bezug zu den sogenannten DACH Ländern.



Foto: privat

**Marc Gottwald-Kobras**, Dipl.-Ing. Raumplanung, Abschluss mit einer Arbeit über den Dritten Sektor in der Sozialen Stadt, ehem. wiss. Beschäftigter am Institut für Geographie der Universität Münster, AG Stadt- und Regionalforschung, war bis Ende 2019 Quartiersentwickler für einen sozialen Träger (im Tandem mit einer Sozialarbeiter\*in) im Rahmen des Programms Altengerechte Quartiere.NRW. Zuvor entwickelte er für die Stadt Münster einen „Masterplan Altengerechte, inklusive Quartiersentwicklung“. Heute ist er für die Stadt Münster im Bereich der Strategischen Stadtentwicklung tätig.



Foto: KDA

Dr. **Sarah Hampel** ist Gerontologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Sie entwickelt und begleitet dort Modell- und Forschungsprojekte aus den Bereichen Alter, Pflege und Demenz. Sie leitet aktuell die Fach- und Koordinierungsstelle der Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz und Kontaktbüros Pflegeselbsthilfe NRW und ist Teil des Servicezentrums Pflegevereinbarkeit. Schwerpunkte ihrer Arbeit sind die Themen häusliche Pflege, Pflegenden Angehörige, Demenz und Pflegeselbsthilfe.



Foto: FH Münster

Dr. **Kolja Heckes** ist Sozialarbeiter (M.A.) und war zum Zeitpunkt der Manuskriptfinalisierung Postdoc für „transdisciplinary care research“ im CareTech OWL an der Hochschule Bielefeld. Heute ist er Professor für Fachwissenschaft Soziale Arbeit an der katho. Zuvor war er Netzwerkmanager bei reges:BOR an der FH Münster. Er forscht zu sozial- und gesundheitsbezogenen Netzwerkstrukturen sowie Sozialräumen und gesunden Regionen. Insbesondere interessiert ihn, wie sich Sozial- und Gesundheitsprofessionen innerhalb geteilter, lokaler Netzwerke transformieren. Dieser Frage folgt Heckes auch in seiner Beschäftigung mit „Transdisziplinarität“, einer besonderen Verbundsform zwischen Wissenschaft, Praxis und Zivilgesellschaft.



Foto: privat

**Christian Heerdt** ist Sozialwissenschaftler (M.Sc.) und studierte empirische Sozialforschung und Sozialpolitik an der Universität zu Köln. Nach Forschungstätigkeiten für das Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung und das Institut für Soziologie und Sozialpsychologie an der Universität zu Köln ist er seit 2012 beim KDA beschäftigt. Er erforscht und entwickelt Versorgungskonzepte und Lösungsansätze in der Altenhilfe. Als Fachbereichsleiter verantwortet und steuert er die inhaltliche Arbeit sowie die Forschungs- und Entwicklungsprojekte zu den Themenkomplexen Pflege und Gesundheit, Demenz und Versorgungsforschung im KDA.



Foto: privat

Dr. rer. medic. h. c. **Helmut Hildebrandt** ist Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG. Sein Schwerpunkt liegt im Aufbau und Management regionaler populationsbezogener IV-Systeme. So war er z.B. von 2005 bis 2018 neben seiner Vorstandstätigkeit bei der OptiMedis AG Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH, die Integrierte Versorgung im Ortenaukreis in Baden-Württemberg verantwortet. Zudem ist er Geschäftsführer der Gesunder Werra-Meißner-Kreis GmbH in Nordhessen. Der Apotheker und Gesundheitswissenschaftler hat viele Jahre für die Weltgesundheitsorganisation gearbeitet und über 30 Jahre Krankenkassen, Verbände, Unternehmen und Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft in Organisation, Strategie und Systementwicklung beraten. Er wurde 2022 außerdem mit dem Vordenker-Award ausgezeichnet.



Foto: privat

**Johanna Hofzumberge**, Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin B.A., studierte an der Katho in Paderborn. Sie ist sowohl beruflich in der Jugendarbeit als auch ehrenamtlich in verschiedenen Jugendgruppen tätig.



Foto: Dana Schmidt

**Anna Hürten** (Soziale Arbeit B.A., Philosophie, Politikwissenschaft M.A. und Gender Studies M.A.) ist beruflich in der politischen (Erwachsenen-)Bildung zu Demokratisierung und Diversität in der Gesellschaft tätig. Als Lehrbeauftragte an verschiedenen Hochschulen thematisiert Anna Hürten die Schnittstelle zwischen demokratischen Werten und professioneller Praxis.



Foto: privat

**Emine Ibrahim** ist Erziehungswissenschaftlerin (M.A.) und hat an der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster studiert. Am Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (AKiP) in Köln absolviert sie die Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin. Im Bereich der sozialpädagogischen Familienhilfe und somit im Handlungsfeld der Kinder- und Jugendhilfe verfügt sie über langjährige Erfahrungen. Als wissenschaftliche Mitarbeiterin hat Emine Ibrahim an der Fachhochschule Münster im Fachbereich Gesundheit gearbeitet. Ihre berufliche Identität speist sich aus dem Bereich der Psychotherapie, der Kinder- und Jugendhilfe und den Sozialwissenschaften.

## Angaben zu den Autor\*innen



Foto: privat

**Philipp Leusbrock**, ist Gesundheits- und Krankenpfleger, in Hannover absolvierte er eine Ausbildung zur examinierten Pflegedienstleitung. Zusammen mit seinen drei Geschwistern führt er das von der Mutter gegründete Unternehmen, die LeusbrockPflege GmbH, fort. Der Pflegedienst versorgt im Münsterland ca. 550 Menschen in deren Zuhause und betreibt darüber hinaus zwei Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz sowie eine Tagespflegeeinrichtung.



Foto: privat

**Thomas Oelschläger**, Diplom-Pädagoge; Systemischer Berater, Supervisor und Coach, Lehrender für Systemische Beratung (SG); Durchführung von Führungskräfte trainings in Unternehmen und Wohlfahrtsverbänden sowie Workshops zum Thema Kommunikation; wissenschaftlicher Mitarbeiter bei HeurekaNet – Freies Institut für Bildung, Forschung und Innovation e.V., hier Ansprechpartner für den Arbeitsbereich Gesundheit und Pflege.



Foto: katho/Marion Koell

Prof.in Dr.in **Barbara Ortland** ist Sonderpädagogin und hat nach dem Referendariat Erfahrungen sowohl an Förderschulen als auch in inklusiven Settings gesammelt. Nach 10 Jahren an der TU Dortmund in der Rehabilitation und Pädagogik bei Körperbehinderung ist sie seit 2009 Professorin für heilpädagogische Methodik und Intervention an der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Münster. Ihre inhaltlichen Schwerpunkte liegen im Bereich der sexuellen Selbstbestimmung Erwachsener mit Behinderungen (inklusive der Beratung von Teams in Wohneinrichtungen), der Prävention sexualisierter Gewalt sowie der Unterstützten Kommunikation.



Foto: privat

**Sara Remke**, Dr. phil., ist Professorin für Theorien und Konzepte der Sozialen Arbeit an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen in Paderborn. Ihre Arbeits- und Forschungsschwerpunkte sind philosophische und ethische Grundlagen der Sozialen Arbeit, Geschichte und Theorien der Sozialpädagogik und der Sozialen Arbeit, Freiheit und Digitalisierung (in) der Sozialen Arbeit



Foto: privat

**Christian Reutlinger**, Dr. phil. Habil., Erziehungs- und Sozialwissenschaftler, ist Professor für Stadt und Gesundheit am Institut für Sozialplanung, Organisationaler Wandel und Stadtentwicklung (ISOS) und am Institut für Soziale Arbeit und Gesundheit (ISAGE) an der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW). Arbeitsschwerpunkte: Soziale Nachbarschaften und Wohnen, gesunde Quartiere, soziale Arbeit im öffentlichen Raum, community-orientierte Ansätze in Spanien und Lateinamerika, Sozialgeographien der Kinder und Jugendlichen.



Foto: privat

**Michael Rölder**, M.Sc. ist Diplom-Sozialpädagoge/Dipl.-Sozialarbeiter und hat in Münster und Göteborg, Schweden studiert. Als Doktorand am Lehrstuhl für Sozialisation des Instituts für Soziologie der Universität Münster befasst er sich mit der Bedeutung von Ermessensspielräumen in Fallbesprechungen der Jugendsozialarbeit. Im Hinblick auf rechtskreisübergreifende Kooperationen in der Sozialen Arbeit verfügt er über umfangreiche fachpolitische und praktische Erfahrungen. Im Bereich der regionalen Gesundheitsförderung arbeitet Michael Rölder als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Fachhochschule Münster. Seit 2012 ist er als Lehrbeauftragter an der katho NRW tätig.



Foto: privat

**Jörg Rövekamp-Wattendorf**, Dr. phil., ist Professor für Theorien und Konzepte der Sozialen Arbeit an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen in Münster. Seine beruflichen Handlungsschwerpunkte und Lehr- und Forschungsschwerpunkte umfassen Kinder- und Jugendhilfe, Soziale Altenarbeit, Palliative Care und Gesundheitsmanagement; j.rovekamp-wattendorf@katho-nrw.de



Foto: privat

**Anja Stührenberg** (Project & Healthcare Managerin) hat den Studiengang der interdisziplinären Gesundheitsversorgung und Management (BA) und ein Masterstudium in Gesundheitsmanagement an der IU Fernhochschule abgeschlossen. Zudem hat sie fünf Jahre Berufserfahrung als Gesundheits- und Krankenpflegerin in der stationären Akutversorgung und im ambulanten Praxismanagement sammeln können. Zu ihren Tätigkeiten bei OptiMedis gehören regionale und kommunale Bedarfsanalysen sowie die Konzeption, Planung und Umsetzung von Versorgungskonzepten mit dem Schwerpunkt der settingbezogenen Gesundheitsförderung. Zudem ist sie zentrale Ansprechpartnerin für die Themen Gesundheitskiosk und Case Management als Versorgungselement in Gesundheitsnetzwerken.



Foto: privat

**Andreas Schulte-Hemming**, Studium in den Fächern Soziologie, Geschichte, Psychologie und Erziehungswissenschaft; geschäftsführende Tätigkeiten in der Erwachsenenbildung; Leitung diverser Personalentwicklungsprojekte; wissenschaftlicher Mitarbeiter bei HeurekaNet – Freies Institut für Bildung, Forschung und Innovation e.V., hier Ansprechpartner für die Arbeitsbereiche Lebenslanges Lernen und Gender Diversity.



Foto: privat

**Ann-Kathrin Scholten** studierte Heilpädagogik (B.A./M.A.) an der Katholischen Hochschule NRW (katho NRW), Abteilung Münster. Aktuell ist sie Referentin für Gleichstellungsfragen an der katho NRW und Lehrbeauftragte für Traumapädagogik in (heil-)pädagogischen Handlungsfeldern. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Traumapädagogik und ihre Anwendungsbereiche in der Begleitung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit traumatischen Lebenserfahrungen sowie Trauerbegleitung für Kinder und Familien.



Foto: privat

Prof. Dr. **Udo Seelmeyer** (Dipl. Päd.) ist Professor für Sozialarbeitswissenschaft an der Hochschule Bielefeld und Sprecher des fachbereichsübergreifenden Forschungsverbunds CareTech OWL – Zentrum für Gesundheit, Soziales und Technologie. Er forscht zu organisations- und professionsbezogenen Fragen der Digitalität in Sozialer Arbeit und Sozialen Berufen und leitet interdisziplinäre Projekte zur Entwicklung und Erprobung digitaler Technologien und Assistenzsysteme in den Feldern von Sozialer Arbeit, Gesundheit und Pflege.



Foto: privat

**Marcel Siegler** forscht an der Schnittstelle von Technikphilosophie und Transformationsforschung. Er promovierte am DFG-geförderten interdisziplinären Graduiertenkolleg KRITIS und arbeitet aktuell im Rahmen des Projekts „Transformation in Care & Technology“ (CareTech OWL) als Postdoktorand an der Hochschule Bielefeld zu Fragen rund um die Transformation des deutschen Gesundheitssystems.



Foto: Maciej Szymula

**Manuel Stübecke** ist Kulturwissenschaftler und Theologe (M.A./M. Th.St.). Nach mehrjähriger Tätigkeit als Lehrer und Journalist absolvierte er nach einem zweiten Master in evangelischer Theologie den pfarramtlichen Vorbereitungsdienst. Seit dem 01. November 2023 ist er als Pastor im Pfarrdienstverhältnis auf Probe (Pastor collaborans) der Evangelisch-Lutherischen Landeskirche Schaumburg-Lippe in der Gemeinde Bückeberg (Niedersachsen) tätig. Zudem promoviert Stübecke nebenberuflich in evangelischer Theologie.



Foto: privat

Prof. Dr. **Ursula Tölle**, Erziehungswissenschaftlerin, Professorin für Theorien und Konzepte Sozialer Arbeit an der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Münster. Schwerpunkte: Pädagogikgeschichte, Bildung und Schule, Nähe und Distanz, Arbeit mit Gruppen. Zusatzqualifikationen: Supervisorin (DGSv); Gruppenanalytikern i.A. (D3G).

Die Verantwortung für Gesundheit und das Soziale wird zunehmend auf die regionale Ebene umgelagert. Damit verbinden sich Potentiale, wie eine gestärkte Orientierung an Partizipation und dem Transfer in die spezifischen sozialräumlichen Gegebenheiten sowie integrierte Netzwerkarbeit. Zugleich rückt die gesunde Region ins Zentrum von Diskursen, Wirkungsvorstellungen und Organisationsformen von durchaus unterschiedlicher Implikation. Dieser Band versammelt Perspektiven, Meinungen, Vorschläge und Erfahrungen zur Regionalisierung von Gesundheit und des Sozialen.

**Die Herausgeber:**

**Prof. Dr. Jörg Rövekamp-Wattendorf**, Professor für Theorien und Konzepte Sozialer Arbeit, katho NRW, Abtg. Münster

**Dr. Kolja Heckes**, Netzwerkentwicklung, FB Gesundheit FH Münster  
University of Applied Sciences, Münster

ISBN 978-3-8474-2682-0



9 783847 426820

[www.budrich.de](http://www.budrich.de)