

Partizipation und Gesundheit

Susanne Hartung • Rolf Rosenbrock

Einleitung

Partizipation – genauer die selbstbestimmte Teilhabe – an den subjektiv wichtigen Aktivitäten, Bezügen und Feldern des Lebens trifft als Konzept eines gelingenden Lebens auf einige Zustimmung. Die Qualität eines Gemeinwesens wäre danach daran zu bemessen, inwieweit es seinen Mitgliedern solche Teilhabe ermöglicht. Amartya Sen und Martha Nussbaum schlagen vor, den Wohlstand von z.B. Staaten nicht an – in vielerlei Hinsicht irreführenden – Ziffern wie dem Bruttoinlandsprodukt (BIP) etc. zu messen, sondern an den real gegebenen Teilhabemöglichkeiten, und zwar für alle Mitglieder bzw. Bewohner/innen. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Verminderung sozial bedingter – also durch Politik zu gestaltender – Ungleichheiten.

Aufgabe eines Gemeinwesens, das auf diese Weise seinen Wohlstand mehren will, wäre die Schaffung der Voraussetzungen für Teilhabe, also die Schaffung von Verwirklichungschancen. Nimmt man das Wissen um die sozialen Determinanten von Gesundheit ernst, darf man davon ausgehen, dass eine Gesellschaft, die nicht primär das BIP, sondern die Verwirklichungschancen mehrt, auch eine Gesellschaft mit mehr Gesundheit wäre. Denn die Verwirklichungschancen decken sich weithin mit den Voraussetzungen und Entwicklungsbedingungen jener Gesundheitsressourcen, die in den Gesundheitswissenschaften seit der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung (1986) und dem Aufkommen von New Public Health in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt sind:

- ein gutes und stabiles Selbstwertgefühl,
- das erfahrungsgespeiste Wissen, relevante Teile der Umwelt erkennen und beeinflussen sowie dies erlernen zu können,
- die Erfahrung von Gegenseitigkeit in stabilen Beziehungen und Netzwerken,
- die Erfahrung von Zielerreichung und Sinn.

Neben der materiellen Absicherung, der Reichtumsverteilung, der Bildung und dem Zugang zur Krankenversorgung (und in vielerlei Wechselbeziehungen mit diesen) gelten diese Faktoren weithin als Prädikatoren eines auch gesundheitlich gelingenden Lebens. Damit sind sie zugleich auch durch – subjektiv und objektiv ermöglichende – Interventionen zeitstabil zu beeinflussende Zustände.

Der Gedanke der Förderung von Gesundheitsressourcen – längst mehr als eine Hypothese – steht im Kern aller Ansätze des derzeit am weitesten entwickelten Typs der unspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung: der partizipativen Entwicklung von gesundheitsförderlichen Lebenswelten wie KiTas, Schulen, Betriebe, Stadtteile etc. (Settingansatz). Weithin unstrittig ist auch, dass diese Gesundheitsressourcen auch zur Bewältigung von Krankheit und Behinderung bedeutsam und hilfreich sind.

Theorien der Gesundheitsressourcen und Wirkung von Partizipation

Die Annahme, dass Partizipation positive Wirkungen auf gesundheitsrelevante Ressourcen – und damit auf Wohlbefinden und Gesundheit – von Individuen und Gruppen hat, prägt bereits heute das Vorgehen in vielen gesellschaftlichen Praxisfeldern, so z.B. in der Sozialen Arbeit, der Gesundheitsförderung und zum Teil auch in der Krankenversorgung. In der Praxis scheint Partizipation zunehmend als ein richtungweisendes Paradigma anerkannt zu sein, auch wenn die Annahme, dass Partizipation positive Wirkungen auf gesundheitsrelevante Ressourcen hat, in wissenschaftlichen Studien noch wenig untersucht worden ist. Es liegen nur wenige belastbare empirische Befunde vor. Dies begründet sich vor allem mit der langen Wirkungskette zwischen der Einflussnahme in Lebenswelten auf die Partizipation von Zielgruppen, der Wirkung auf gesundheitliche Ressourcen und dem dadurch kaum zu erbringenden Nachweis einer direkten Wirkungskette mit wenigen Variablen.

Einige theoretische und z.T. empirisch belegbare Erklärungsmodelle sollen an dieser Stelle kurz beschrieben werden. Um Partizipation eindeutiger zu beschreiben, wird Partizipation dabei als Teilhabe an Entscheidungen angesehen. Und Entscheidungsteilhabe wird als relevante Einflussgröße betrachtet für individuelle Gesundheit bzw. Gesundheitsressourcen. Die Analyse verschiedener Konzepte von Gesundheitsressourcen (Konzept der Einflussüberzeugung, Selbstwirksamkeit, Kohärenzgefühl und Gesundheitskompetenz) ergab, dass explizit die Konzepte des Kohärenzgefühls und der Gesundheitskompetenz von Partizipation sprechen und mögliche Wirkungen auf Gesundheit beschreiben.

Das Konzept der Salutogenese, in dem Antonovsky das Kohärenzgefühl beschreibt, beschäftigt sich – vereinfacht gesagt – mit der Frage nach den Ressourcen, die uns gesund erhalten bzw. die es uns ermöglichen, mit Herausforderungen und den ggf. damit einhergehenden Belastungen erfolgreich umzugehen. Mit dem Kohärenzgefühl meint Antonovsky eine »globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat« (Antonovsky 1997: 36; Herv. im Original). Dieses Vertrauen entwickelt sich in sozialen Interaktionen. Die positiven bzw. negativen Erfahrungen im Leben sind es, die das Niveau des Kohärenzgefühls bestimmen, welches zur stabilen Gesundheit beiträgt.

Für die Höhe des Kohärenzgefühls sind drei Komponenten wichtig:

- Verstehbarkeit der Erfahrungen,
- Handhabbarkeit d.h. die Erfahrung über Ressourcen zu verfügen, um Schwierigkeiten und Herausforderungen zu bewältigen,
- Bedeutsamkeit als die Erfahrung, an wichtigen Entscheidungsprozessen beteiligt zu sein.

Studien haben gezeigt, dass Menschen mit einem hohen Kohärenzgefühl erfolgreicher im Umgang mit Herausforderungen sind und sich dieser Erfolg wiederum selbst gesundheitsförderlich auswirkt. Ein starkes Kohärenzgefühl stärkt die Widerstandskräfte gegenüber chronischen Krankheiten und verringert nachweislich das Mortalitätsrisiko. Vor allem ist das Kohärenzgefühl mit der physischen Gesundheit verbunden. Studien zeigen, dass je stärker das Kohärenzgefühl ist umso weniger treten Symptome von Depression, Burnout, posttraumatischer Stress, Angst und Ärger auf und je mehr sind Faktoren wie Optimismus, Widerstandsfähigkeit, Selbstvertrauen, Selbstwirksamkeit, soziale Kompetenzen und erlernter Einfallsreichtum ausgeprägt. Das bedeutet, dass die Förderung von Gelegenheiten, bei denen man selbst die Erfahrung macht an wichtigen Entscheidungsprozessen beteiligt zu sein, gesundheitsförderliche Wirkung und damit Partizipation als Entscheidungsteilhabe positive Wirkungen auf Gesundheit haben kann.

Auch das Konzept der Gesundheitskompetenz trägt explizit zur Erklärung der gesundheitlichen Wirkung von Partizipation bei. »Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft ganz allgemein. Gesundheitskompetenz stärkt eine Person in der Selbstbestimmung und in ihrer Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit zu Gesundheitsfragen und verbessert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und somit Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen.« (Kickbusch/Hartung 2014) Partizipation setzt Gesundheitskompetenz, d.h. kognitive und soziale Fähigkeiten voraus und übernimmt im Konzept Gesundheitskompetenz die Rolle eines Mediators für das Streben nach guter Krankenversorgung und außerdem – so ließe sich schlussfolgern – auch für das Streben nach bedürfnisgerechter Gestaltung des eigenen Lebens. Von der Aufnahme von Informationen – als einer Vorstufe von Partizipation – bis hin zur tatsächlichen Teilhabe an relevanten Entscheidungen scheint sich Partizipation im Verständnis des Gesundheitskompetenz-Konzepts positiv auf Gesundheitsoutcomes auszuwirken. Die vermittelnden Größen der Gesundheitskompetenz für Gesundheit sind das Maß an Informationsaufnahme/-suche und eben auch die Teilhabe an Entscheidung.

Partizipation im Stadtteil

Im Bereich der nicht-medizinischen Gesundheitsförderung ist die Stärkung der Partizipation von Zielgruppen bzw. ihre Entscheidungsteilhabe ein mittlerweile weitgehend akzeptiertes Vorgehen. Der Stadtteil ist dabei eine der Lebenswelten, in denen Menschen mit besonderem Bedarf für Gesundheitsförderung erreicht werden können. Zusätzlich hat sie den Vorteil, dass im Rahmen des Gesunde Städte Netzwerks und des Bund-Länder-Programms »Soziale Stadt« bereits Handlungskonzepte zur Veränderung der Sozialstruktur, des Städtebaus und der sozialen Infrastruktur entwickelt wurden, die auf Partizipation Wert legen.

In einem Stadtteil existieren eine Vielzahl von Möglichkeiten echter Partizipation (Mitbestimmung, teilweiser Entscheidungskompetenz, Entscheidungsmacht) z.B. in Projekten, im Elternbeirat, Quartiersrat und Verfügungsfonds sowie Möglichkeiten für Vorstufen von Partizipation (Information, Anhörung, Einbeziehung) z.B. bei Bewohnerbefragungen und in der Bürgerbeteiligung zu Entwicklungsmaßnahmen (Bär 2012; Wright 2012). Partizipationsgelegenheiten werden zuerst von Bewohner/innen ergriffen, die sich auch andernorts wie Vereinen und im Elternbeirat engagieren und seltener aus schwierigen Lebenslagen kommen. Doch von den gesundheitsförderlichen Wirkungen der Partizipation sollen auch die Bewohner/innen profitieren, die stark belastet sind, wie z.B. Alleinerziehende mit geringem Einkommen, Familien mit Migrationshintergrund und geringen Sprachkenntnissen und auch weniger mobile arme ältere Menschen. Um vulnerable und benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu erreichen, haben sich zugehende Beteiligungsformen als hilfreich erwiesen. Angebote wie das der »Stadtteilmütter« und die »Familienhebamme« und z.B. auch die Arbeit des Berliner Vereins »Miteinander wohnen e.V.« sind Beispiele guter Praxis (diese und weitere Beispiele finden Sie auf: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>). Das Beispiel der Stadtteilmütter, die Familien mit ähnlichem Migrationshintergrund im Stadtteil unterstützen, zeigt, dass die Förderung von Selbstvertrauen, Handlungskompetenz und der Teilhabe an wichtigen Entscheidungen, die das eigene Leben betreffen, die Gesundheit der Familien verbessert. Mütter, die aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse und einer traditionell verankerten Aufgabenverteilung selten das Haus verließen und ihre Kinder wenig in ihrer Entwicklung unterstützen konnten, haben sich im Projekt als Stadtteilmütter ausbilden lassen, geben ihre Erfahrungen heute weiter und arbeiten aktiv im Stadtteil für andere Familien.

Ältere werden heute häufig als aktiv und als potenzielle Zielgruppe für freiwilliges Engagement angesehen, wie nicht zuletzt auch Bestrebungen der Bundesregierung zeigen, wenn das Bundesfamilienministerium Programme (z.B. Modellvorhaben »Aktiv im Alter«), Aktionswochen, Vorhaben und Initiativen für mehr bürgerschaftliches Engagement fördert. Doch geht dieses Konzept nicht immer auf, denn auch wenn die Lebenserwartung heute sehr hoch ist, so ist dies doch auch verbunden mit der Zunahme chronischer Krankheiten und vielfach

mit hoher Multimorbidität im Alter. Sind Ältere auch von Altersarmut betroffen werden ihre Handlungs- und Entscheidungsspielräume noch kleiner. Pflegebedürftigkeit verschärft die Frage des Zugangs zu bzw. Ausschluss von gesellschaftlichen Aktivitäten weiter, denn pflegebedürftige Menschen sind per definitionem in ihrem Alltag auf Unterstützung angewiesen. »Bereits hier wird deutlich, dass schon die Frage der individuellen sozialen Teilhabe häufig der Entscheidung (steilhabe) der Einzelnen entzogen ist – von der Entscheidungsteilhabe an kollektiven Entscheidungen ganz zu schweigen.« (Kümpers 2012: 199)

Der Verein »Miteinander wohnen e.V.« setzt mit seiner Arbeit in diesem Feld an: Er »verfolgt seit 1991 das Ziel, ältere Menschen im Berliner Kiez Friedrichsfelde zu betreuen, um ihnen ein selbstbestimmtes Leben im gewohnten Umfeld bis zum Lebensende zu ermöglichen und sie in ein soziales Netz einzubinden. Die Angebote des Vereins heben sich von Konzepten des ›betreuten Wohnens‹ oder der ›Wohnanlagen mit Service‹ ab. Es wird vielmehr ein ›begleitetes Wohnen‹ im Kiez für ältere Menschen organisiert, wozu auch verschiedene wohnbegleitende Dienstleistungen zählen. Das Projektteam sucht Hilfebedürftige in ihren Wohnungen auf und begleitet sie, stellt die professionelle Versorgung bei Bedarf sicher, macht den Menschen persönliche Ressourcen bewusst, leitet sie dazu an, diese aktiv zu nutzen, fördert das selbstbestimmte Leben und stärkt die Gesundheit der älteren Kiezbewohnerinnen und -bewohner z.B. mit diversen Bewegungsangeboten. Die Angebote können sowohl die Mitglieder des Vereins als auch die Anwohnerinnen und Anwohner des Kiezes nutzen.« (<http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-bei-aelteren/gute-praxis/partizipation/> Abruf: 22.04.2014)

Ausblick: Partizipative Gesundheitsforschung

Partizipation ist ein Kernelement der Gesundheitsförderung, dabei immer ein Entwicklungsprozess und kein Entweder/Oder (Wright 2013). Wichtig ist es die jeweils aktuell angemessene Variante von Partizipation zu realisieren sowie hemmende und fördernde Bedingungen für Partizipation zu beachten bzw. zu ändern, um eine Entwicklung voranzubringen. Die Partizipative Gesundheitsforschung gibt eine wissenschaftliche Grundlage für eine partizipative Praxis, indem sie auf »partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft, Praxiseinrichtungen und engagierten Bürger/innen [setzt], um gemeinsam neue Erkenntnisse zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung zu gewinnen. Besonders bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen hat sich die Partizipative Gesundheitsforschung bewährt, um innovative Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln, die die Auswirkungen sozialer Determinanten von Gesundheit lindern sollen.« (Wright 2012: 418) Damit gibt es eine Möglichkeit die Erforschung von Ursachen und Wirkungen mit der praktischen und zeitnahen Weiterentwicklung von Konzepten und Strategien der Gesundheitsförderung zu verbinden. Durch die Par-

tizipation sozial benachteiligter Zielgruppen gelingt es gleichzeitig gesundheitsförderlich zu wirken, da die Zielgruppe bereits an gesundheitsrelevanten Entscheidungen z.B. in ihrer Kommune beteiligt werden kann.

Anmerkungen

Der Abschnitt »Einleitung« ist eine stark gekürzte Version des Beitrags:

Rosenbrock, Rolf; Hartung, Susanne (2012): Gesundheit und Partizipation. Einführung und Problemaufriss. In: Rosenbrock, Rolf / Hartung, Susanne (Hg.): Handbuch Partizipation und Gesundheit, S. 8-26

Der Abschnitt »Theorien der Gesundheitsressourcen und Wirkung von Partizipation« enthält Textteile des Beitrags:

Hartung, Susanne (2012): Partizipation – wichtig für die individuelle Gesundheit? Auf der Suche nach Erklärungsmodellen. In: Rosenbrock, Rolf / Hartung, Susanne (Hg.): Handbuch Partizipation und Gesundheit, S. 57-78.

Literatur

Antonovsky Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erw. Hrsg. von Alexa Franke. Tübingen: Dgvt-Verlag. (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 36).

Bär, Gesine (2012): Vielfältige Partizipationsangebote und gesundheitsfördernde Beziehungsarbeit.

<http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/vielfaeltige-partizipationsangebote-und-gesundheitsfoerdernde-beziehungsarbeit/> Abruf: 22.04.2014.

Kickbusch, Ilona; Hartung, Susanne (2014/in Vorbereitung): Gesundheitsgesellschaft. (2. vollständig aktualisierte Auflage) Bern: Verlag Hans Huber.

Kümpers, Susanne (2012): Partizipation hilfebedürftiger und benachteiligter Älterer – die Perspektive der ‚Grundbefähigungen‘ nach Martha Nussbaum. In: Rosenbrock, Rolf / Hartung, Susanne (Hg.): Handbuch Partizipation und Gesundheit, S. 197- 211.

Rosenbrock, Rolf / Hartung, Susanne (Hg.) (2012): Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Verlag Hans Huber.

Wright, Michael (2012): Partizipative Gesundheitsforschung als wissenschaftliche Grundlage für eine partizipative Praxis. In: Rosenbrock, Rolf / Hartung, Susanne (Hg.): Handbuch Partizipation und Gesundheit, S. 418-428

Autorin und Autor

Dr. Susanne Hartung, Gesundheitswissenschaftlerin und Soziologin, ehemals Mitglied der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, freiberufliche wissenschaftliche Autorin zu den Themen Partizipation, Gesundheitsförderung, gesundheitliche Ungleichheit und Sozialkapital.

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Gesundheitswissenschaftler, Vorsitzender des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Forschungsschwerpunkte: Ökonomie und Politik der gesundheitlichen Versorgung, Sozialpolitik: sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen, Prävention und Gesundheitsförderung.

Kontakt:

Dr. Susanne Hartung

10405 Berlin

E-Mail: berlin.hartung@gmail.com

Redaktion

Stiftung MITARBEIT

Redaktion eNewsletter Wegweiser Bürgergesellschaft

Eva-Maria Antz, Ulrich Rüttgers

Ellerstr. 67

53119 Bonn

E-Mail: newsletter@wegweiser-buergergesellschaft.de