

Gesundheitsförderung als Handlungsfeld und als Identität der Selbsthilfe

Gesundheitsförderung wird oft als Zusatzaufgabe der Selbsthilfe begriffen. Der nachfolgende Beitrag argumentiert dagegen, dass das moderne Konzept der Gesundheitsförderung – abgeleitet aus der Ottawa-Charta und dem Ansatz des New Public Health – vielmehr die Identität der Selbsthilfe positiv herausarbeiten kann. Gerade der Vermittlungsansatz der Selbsthilfe ist ein entscheidender Beitrag. Wo es der Selbsthilfe gelingt, mit der empathischen Haltung die eigenen Zielgruppen zu aktivieren, setzt sie die Ottawa-Charta beispielgebend um.

Dies soll jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Selbsthilfe sowohl im politischen und öffentlichen Bewusstsein als auch in der Selbstwahrnehmung noch weit von dieser Gestaltungsrolle entfernt ist. Auch wird eine erhebliche Diskrepanz zu neuen Zielgruppen insbesondere aus dem Bereich von Migrant/innen oder sozial benachteiligten Gruppen empfunden. Der Beitrag argumentiert hier vor allem dahin, weniger das Trennende zu sehen als vielmehr die Bedeutung der Emanzipationserkenntnisse aus der Gesundheitsförderung zu vermitteln als Beitrag zum Empowerment der Gruppen.

Gesundheitsförderung – ein modernes Konzept der Gesundheitssicherung

Selbsthilfe, Gesundheitsbewegung und Gesundheitsförderung sind historisch eng miteinander verbunden. Selbsthilfe hat dabei in Deutschland eine besonders lange Tradition und ist auch heute bei uns stärker ausgeprägt als in irgendeinem anderen Land. Der häufig beklagte Föderalismus und Korporatismus in Deutschland mit seiner Vielzahl unterschiedlicher Interessen- und Trägerstrukturen begünstigt offenbar das starke Interesse an Eigenorganisation und Selbsthilfe, das in Deutschland schon in den 60er Jahren und damit im internationalen Vergleich früh ansetzte.

Die Selbsthilfe bot und bietet eine zentrale Voraussetzung für die Gesundheitsbewegung, die in Deutschland ihren Höhepunkt in den 80er Jahren erlebte. Hier ging es zunächst im Anschluss an die Studentenrevolten der Außerparlamentarischen Opposition / 68er Bewegung um eine Kritik an der Medizin und insgesamt der gesundheitlichen Versorgung. „Aus der Krankheit eine Waffe machen“, der Slogan des Heidelberger Sozialistischen Patientenkollektivs, steht sprichwörtlich für diesen Ansatz.

Die inhaltliche Substanz dieser Kritik ist in Deutschland aber auch besonders angebracht, da die gesundheitliche Versorgung fast ausschließlich kurativ ausgerichtet ist. Tatsächlich hat die Sozialhygiene – der historische Vorläufer der Gesundheitsförderung – im Westen Deutschlands keine Bedeutung mehr,

war sie doch durch ihre Pervertierung zur Rassenhygiene und die barbarische Mordpolitik im Nationalsozialismus diskreditiert.

Zentralstaatlich organisierte Gesundheitssysteme wie in England oder Skandinavien taten sich hier naturgemäß etwas leichter, denn sie konnten schon frühzeitig eine Umorientierung auf Gesundheitsförderung und Prävention einleiten. In der bundesdeutschen Trägervielfalt mit den traditionell starken Kartellstrukturen der Ärzteschaft ist dies bis heute blockiert.

Die Gesundheitsbewegten aus Deutschland mussten so in vielerlei Hinsicht einen Umweg gehen. Dies zeigt gerade die Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung, die wesentlich die Handschrift bundesdeutscher Autor/innen wie insbesondere der späteren WHO-Direktorin Ilona Kickbusch trägt. Aber auch der Aufbau von Public Health in Deutschland – nach der Zerschlagung der Sozialhygiene in gewisser Weise ein Re-Import, ist Public Health in seinen Grundzügen doch wesentlich begründet auf Vorkämpfer wie Rudolf Virchow oder Alfred Grotjahn – konnte nur erfolgen durch ein zunächst großzügig ausgestattetes Stipendien-Programm, das jungen, bundesdeutschen Akademiker/innen ein Masterstudium in den USA ermöglichte, bevor in den 90er Jahren mit dem Aufbau von Public Health-Forschungsverbänden in Deutschland begonnen wurde.

Von Old zu New Public Health

Ein viel zitiertes Modellbeispiel für ‚Old Public Health‘ liegt in der Kanalisierung Londons 1860. Mit dieser einschneidenden Maßnahme konnte die große Zeit der tödlichen Infektionskrankheiten in der britischen Hauptstadt beendet werden. Auch die britische und späte deutsche Gartenstadtbewegung – in Abgrenzung zu überbelegtem, unhygienischem und ungesundem Wohnen in den Mietblocks der frühen Industrialisierung – kulminierend in der Charta von Athen, in der Licht, Luft und Sonne als Leitbild modernen Wohnungsbaus skizziert wurde, bieten Beispiele dieser ersten Entwicklungsstufe von Public Health, die durch Sozialhygiene und eine sozialmedizinische Orientierung charakterisiert ist.

Eine zweite Stufe von Public Health orientierte stärker auf Gesundheitserziehung, davon ausgehend, dass Erziehung und Aufklärung die wesentlichen Methoden seien Menschen zur Gesundheit zu führen. Gerade im Bereich der Sexualaufklärung gab es die verbreitete Vorstellung, dass mit Informationen eine gewünschte Steuerung erreicht würde, hier speziell eine Senkung der Geburtenrate bei Benachteiligten und Behinderten. Das biomedizinische Risikofaktorenmodell bildete die Grundlage dieses Ansatzes, der in einer dritten Phase durch den Gemeindeansatz ergänzt wurde. Beispielhaft dafür steht die große deutsche Public Health-Studie des Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsprogramms der 70er und 80er Jahre, in der vor allem psychosoziale Orientierungen neben die biomedizinischen traten. Erst in den späten 80er Jahren setzte sich der Ansatz des New Public Health durch, der im Sinne eines sozialökonomisch-systemischen Modells Gesundheitsförderung propagiert als aktive Gestaltung von Lebensweisen und Lebenswelten. Gerade die Ot-

tawa-Charta von 1986 mit ihren fünf Handlungsfeldern steht für diese neue Orientierung, die mehr ist als Prävention. Sie kann als ressourcen- statt defizit-orientierte Strategie für die gesamte Gesundheitssicherung gesehen werden, die im pflegerischen und rehabilitativen Bereich ebenso gilt wie in der Kuration und bei der es längst nicht nur um die Krankheit geht (Pathogenese), sondern um aktive Herstellung von Gesundheit (Salutogenese). Dies entspricht dem Selbsthilfegruppen-Konzept als aktiver Bewältigungsstrategie und Gestaltungsform bei Krankheit und anderen Belastungen. ‚New Public Health‘ wird heute als moderner Ansatz synonym zum Begriff des Public Health verwendet.

Modellfall AIDS-Prävention

Das plötzliche Auftreten der Krankheit AIDS brachte in den 80er Jahren gleich einen wichtigen und hochpolitisierten Anwendungsfall für New Public Health. Tatsächlich war die Krankheit zunächst medizinisch nicht zu fassen, geschweige denn zu therapieren, was den zentralen Stellenwert der Prävention deutlich machte. In der bundesdeutschen wie auch internationalen Diskussion kam es hier zu zwei verschiedenen strategischen Ansätzen: während die einen im Sinne einer individuellen Suchstrategie möglichst umfassend menschliche Infektionsherde diagnostizieren und ‚stilllegen‘ wollten, setzte der Ansatz der gesellschaftlichen Lernstrategie auf Solidarität mit Betroffenen und verantwortliches Verhalten durch strukturelle Maßnahmen der Verhältnisprävention. Hier kam der Ansatz des ‚Community buildings‘ zum Tragen, mit dessen Hilfe erstmals Kommunikationsräume für die Hauptbetroffenen-Gruppen der schwulen Männer geschaffen wurden, davon ausgehend, dass sich solcherart gestärkte Kommunikation verhältnispräventiv im Sinne der bewussten Gefahrenreduktion auswirkt.

Um die Bedeutung dieses Paradigmenwechsels zu erkennen, muss man sich zunächst in Erinnerung rufen, in welcher diskriminierter Situation Homosexuelle damals lebten. Ihre Veranlagung galt nach WHO-Klassifizierung als Krankheit und stand, wenngleich zum Teil inzwischen abgeschwächt, vielerorts noch unter Strafe. Das schwule Leben fand am Rande der Legalität statt, in kassierten Clubs oder Zeitschriften, die sich bestenfalls in Andeutungen ergingen. Eine offene Risikokommunikation konnte in diesem Rahmen nicht stattfinden. Mit Geldern der AIDS-Prävention wurde beispielsweise das Berliner Stadtmagazin „Siegessäule“ als erste schwule Programmzeitschrift finanziert, und es wurden erstmals offene Kommunikationsorte (Beratungsstellen, Schwulenzentren, ‚Safer-Sex‘-Partys ...) geschaffen, die in der Folge den Boom der schwulen Kultur der 90er Jahre überhaupt erst begründeten. Dabei war es gerade das Zusammenwirken der Schwulenzentren mit den Inhalten der Gesundheit und der Freiheits- und Bürgerrechte, das diese große gesellschaftliche Emanzipation begünstigte.

Gesundheitsförderung als Kassenleistung

Die gesetzliche Etablierung der Gesundheitsförderung fand hingegen auf steinigern Pfaden statt. Zunächst wurde im Zuge der Blüm'schen Gesundheitsreform 1989 nebst zahlreichen Kostensenkungsmaßnahmen die Gesundheitsförderung den gesetzlichen Krankenkassen als Innovationsaufgabe übertragen. Wenngleich dies unisono als reine Kosmetik an einem Spargesetz kommentiert wurde, entwickelte sich in den Folgejahren ein erhebliches Kursangebot durch die Kassen. Diese machten sich im Zuge ihrer verstärkten Konkurrenzsituation untereinander (Gesundheitsstrukturgesetz 1993) zu Nutze, dass sie über die Gesundheitsförderung erstmals eine eigene Produktpalette anbieten konnten – im Gegensatz zu den durch Richtlinien des Bundesausschusses vorgeschriebenen Heilverfahren und -therapien. Entsprechend setzten die Krankenkassen die Kursangebote der Gesundheitsförderung vorrangig als Marketingmaßnahme ein zur Anwerbung und Bindung junger Gutverdiener, der so genannten ‚guten Risiken‘. Schon die Form, Gesundheitsförderung als Kursangebote (und nicht als Setting-Maßnahmen) anzubieten, schloss sozial benachteiligte Gruppen weitgehend aus. Diese Kurs- und Mittelschichtorientierung der Gesundheitsförderung machte es dem späteren Gesundheitsminister Seehofer leicht, diese Kassenleistung im Zuge eines weiteren Kostendämpfungsgesetzes 1997 zu streichen mit Verweis auf so genannte ‚Bauchtanzkurse‘, die nicht aus Kassenmitteln bezahlt werden dürften. Als die rot-grüne Bundesregierung diesen fatalen Schritt ihrer Vorgängerregierung revidierte, legte sie großen Wert darauf, dass die künftige Gesundheitsförderung sich nicht mehr auf die ‚guten Risiken‘ beziehen dürfe, sondern vor allem die hohen Präventionspotenziale bei benachteiligten Menschen heben müsse. Erwiesen hat sich hier, dass Menschen aus dem untersten Einkommensviertel aufgrund ihrer ungesunden Lebensverhältnisse und ihres dadurch geprägten Gesundheitsverhaltens zwischen fünf und zehn Jahren kürzer leben als Menschen des obersten Viertels. Im zum 1.1.2000 neu gefassten § 20 (1) des SGB V heißt es nun:

„Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur *primären Prävention* vorsehen, die die in den Sätzen 2 und 3 genannten Anforderungen erfüllen. Leistungen zur Primärprävention sollen den *allgemeinen Gesundheitszustand verbessern* und insbesondere einen *Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen* erbringen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen *gemeinsam und einheitlich* unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständes *prioritäre Handlungsfelder* und *Kriterien* für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik.“

Gesundheitsförderung und Selbsthilfe

Inwieweit bieten sich der Selbsthilfe durch diesen modernen Ansatz der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung neue Chancen und Möglichkei-

ten? Hier muss zunächst konstatiert werden, dass sich ja bereits organisatorisch ein erheblicher Teil der Selbsthilfe aus der Gesundheitsbewegung in Richtung dieses Ansatzes der Gesundheitsförderung entwickelt hat. Viele freie Träger haben sich gerade aus dem Selbsthilfebereich der chronischen Krankheiten gegründet, die AIDS-Hilfe ist hier ein besonders bekanntes Beispiel, aber auch Rheuma-Liga oder Kinderschutzbund sind Initiativen aus dem Bereich von Selbsthilfe und bürgerschaftlichem Engagement, die sich längst zu Anbietern von gesundheitlichen und sozialen Leistungen entwickelt haben. Sie alle sind heute Träger auch solcher primärpräventiven Maßnahmen, wie sie im § 20 (1) des SGB V vorgesehen sind.

Die Selbsthilfe in ihrer Breite – gerade auch die Selbsthilfekontaktstellen – konnte und / oder wollte Fördergelder von Krankenkassen lange Zeit nicht in Anspruch nehmen. Dabei war sie durch ihre oft prekäre finanzielle Lage angewiesen auf zusätzliche Mittel.

Auch stellt sich immer wieder die Problematik, dass die Selbsthilfearbeit keinen Raum lässt für die Bewältigung ständig neuer Anforderungen. Ehrenamtsbörse, Familienzentren, Patientenberatung, Anbieternetzung, Prävention ... dauernd werden die Selbsthelfer mit neuen Orientierungen konfrontiert. Entscheidend für die Integration neuer Arbeitsfelder kann nur die Frage der Stärkung eigener Identität sein, also: welche Rolle haben wir, hat die Selbsthilfe?

Identität der Selbsthilfe

Ein erster Ansatz aus dem klassischen Bereich der Gesundheitsbewegung sieht Selbsthilfe als ‚Gegenmacht‘. Selbsthilfe kann in diesem Sinne verstanden werden als Kern einer ‚Alternativ-Kultur‘ oder gar ‚Alternativ-Ökonomie‘, wie es beispielsweise im Konzept des Netzwerk Selbsthilfe e.V. mit seinen breiten Förderstrukturen in den 80er Jahren vorgesehen war. Aber auch der heute noch in der Politik formulierte Anspruch der Selbsthilfe als vierter Säule der gesundheitlichen und sozialen Versorgung – hier pikanterweise häufig alternativ zum Ansatz der Gesundheitsförderung und Prävention genannt – orientiert auf diese Vorstellung einer eigenständigen ‚Macht‘-Position der Selbsthilfe. Tatsächlich wird Selbsthilfe zwar als kostenlose Dienstleistung gerne gesehen. Als gegenseitige Hilfeleistung wird sie aber schon im Sozialrecht weitgehend ignoriert, und als institutionalisierte Form der Mitbestimmung ist sie schlechterdings unerwünscht.

Ein zweiter Bereich der Antworten auf diese Frage des Selbstverständnisses der Selbsthilfe liegt in der Mittlerrolle. Selbsthilfe kann sich dabei sehen als Vermittler für Ratsuchende und für Experten, zwischen Institutionen und sozialen Realitäten, zwischen den Generationen und den Kulturen. Vermittelt wird dann zwischen verschiedenen Themenfeldern wie beispielsweise dem Behindertenbereich mit dem Familienbereich, der Beförderung von Dialogen gerade auch zwischen verschiedenen Kulturen oder auch der Selbsthilfe in verschiedenen Sprachfeldern wie bei russischen Diabetikern oder polnischen Rheumatikern. Diese Fragestellung kann hier nur angerissen werden, interessant

und dringend notwendig für die Selbsthilfe und insbesondere die Selbsthilfekontaktstellen ist die genaue Betrachtung der jeweiligen Relevanz. In Berlin entsteht gerade eine eigene russische Gesellschaft. Auch arabische, türkische, griechische, afrikanische, asiatische Communities bilden und formieren sich. Können sie im Sinne des Ansatzes des Community buildings der AIDS-Prävention gesundheitlich-emanzipatorisch ausgerichtet sein? Kaum ein Akteur im Gesundheits- und Sozialwesen könnte einen solchen Ansatz derart authentisch vermitteln wie die Selbsthilfe!

Doch alleine schon die sprachliche Barriere scheint hier mitunter unüberwindbar. Gleichzeitig gibt es neue Ansätze wie die Gemeindedolmetschdienste, die ihrerseits wiederum kaum Zugang zum gesundheitlichen und sozialen Versorgungssystem finden. Dabei ist die Problematik der fremdsprachlichen Vereinzelung gegenüber dem Arzt offensichtlich. Relevante Fragen für die Selbsthilfe: Wie organisieren die Communities ihre Versorgung? und: Wie organisieren die Kontaktstellen die Sprachkompetenz? Es ist bedauerlich, dass diese Fragestellungen bislang weitgehend individualisiert von einzelnen Selbsthelfern betrachtet und bearbeitet werden und ein übergreifender Vermittlungsansatz fehlt.

Analog stellt sich auch die Diskussion zwischen den Generationen mit dem Leitziel einer Selbsthilfe von der Wiege bis zur Bahre: Von Eltern von Kindern mit Geburtsfehlern, Frühgeborenen, über die Infantilisierung der Armut bis hin zu Initiativen, die gemeinschaftliches Wohnen im Alter organisieren. Es mag dahingestellt sein, ob diese Generationenbreite Selbsthilfe schon immer ausgezeichnet hat oder eher erst im Zuge der eigenen Ergrauung der ersten Selbsthilfegeneration quasi ‚erwachsen‘ ist. Gerade die neuen Initiativen des Bundesfamilienministeriums zu Mehrgenerationenhäusern können gespeist und flankiert werden von den Erfahrungen der intergenerativen Selbsthilfe, die konzeptionell bislang noch unterentwickelt ist. Dabei sind die Kontaktstellen der Ort, in dem sich die unterschiedlichen Realitäten treffen – gerade aus Sicht der Wissenschaft ruft es danach, diese Schnittstelle der gesellschaftlichen Brüche zu erfassen und im Sinne eines praxisgeleiteten Theorielernens davon zu profitieren!

Grenzen der Selbsthilfe

Alf Trojan hat in den vergangenen Jahren mit seinen Studien einen wichtigen Beitrag zur Selbstreflexion der Selbsthilfe geleistet. Zentral sind dabei seine Fragen, ob wir eigentlich diejenigen erreichen, die wir erreichen wollen? Und: Gibt es spezielle Benachteiligungen gegenüber der Selbsthilfe?

Sich diesem Dilemma zu stellen bedeutet immer auch, in dem Widerspruch zu stehen, dass Kontaktstellen keine Sozialplaner oder Sozialarbeiter sind, sondern sie wollen unterstützend da tätig werden, wo schon Engagement vorhanden ist. Das unterstellt dann aber, dass alle von selber kommen. Der Grundkonflikt bleibt bestehen: tritt man als ‚Zwangsbeglücker‘ auf, der die bildungsfernen Schichten mit Selbsthilfeansätzen beschenkt? Oder kann die

Selbsthilfe den Vorwurf aushalten, die ‚wirklich‘ bedürftigen Gruppen links liegen zu lassen? Dass wir die bildungsfernen Schichten nicht erreichen? Diesem Widerspruch könnte durch eine Systematisierung der Arbeit in den Selbsthilfekontaktstellen vielleicht begegnet werden. Systematisierung meint hier einerseits eine selbsthilfefreundliche Politik und Forschung, die Bedarfe identifiziert und Potenziale stärkt. Andererseits bedürfte es im Sinne der Gesundheitsförderung – und nicht nur in der oben skizzierten Engführung auf primäre Prävention – eines sozialpolitischen Auftrages. Dies könnte den Kern des Selbsthilfedankens treffen: Bewegung zu erzeugen, Hilfeleistung zur Selbstorganisation anzubieten.

Zukunftsaufgabe Selbsthilfe und Gesundheitsförderung

‚Soziale Benachteiligung‘ ist ein oft fast mythisch verklärter Begriff, der mit Begriffen wie ‚Prekariat‘, ‚Hartz 4-Milieu‘ oder ‚bildungsferne Schichten‘ mehr vernebelt als geklärt wird. Tatsächlich handelt es sich um spezifische, schwierige Lebenslagen in konkreten Lebenswelten wie zum Beispiel in Schulen oder Stadtteilen. Formen der Partizipation können, wie ermutigende Beispiele in Quartiersmanagements im Rahmen des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“ oder gesundheitsfördernde Schulen zeigen, die Interessen der Betroffenen gut und klar herausarbeiten. Rolf Rosenbrock nennt solche Setting-Aktivitäten „künstlich induzierte Gesundheitsbewegungen“, und tatsächlich tragen die solcherart angeschobenen sozialen Bewegungen in aller Regel die Interessen wesentlich aus sozialen *und* gesundheitlichen Ansätzen heraus. Gerade für den gesundheitlichen Ansatz ist zu erkennen, dass praktisch alle Bewegungen mit gesundheitlichen Auswirkungen argumentieren, siehe Ökologie-, Friedens- oder Antirassismusbewegung.

Die viel beschworene „Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung“ stellt sich also meiner Meinung nach zentral darin, im Sinne des Diversity-Konzeptes die Unterschiedlichkeit der Lebenskonzepte benachteiligter Menschen zu verstehen und zum Ausgangspunkt von Selbstorganisationsprozessen zu nehmen. Der Setting-Ansatz ist dabei eine Methode, Bewegung in den Lebenswelten zu initiieren. Partizipationsformen können den Ausgangspunkt bilden und kulminieren idealtypisch in Selbstorganisation der Zielgruppen. Die Aufgabe der Gesundheitsförderer besteht dann nicht darin, den Menschen ihre Aktivitäten ‚abzunehmen‘, sondern diese im Sinne des Change Managements zu unterstützen. Enabling, Advocacy und Networking lauten dabei die in der Ottawa-Charta skizzierten Handlungsstrategien.

Selbsthilfe kann dabei mehr sein als der Träger solcher Maßnahmen – das können möglicherweise andere, speziell auf Partizipationsmethoden ausgerichtete Sozialmanager sogar besser leisten. Selbsthilfe kann aber in besonderem Maße den gesellschaftlichen Wandel antizipieren, aus dem die Selbsthilfe schließlich selber auch entsprungen ist. Selbsthilfe kann in diesem Sinne die neuen, zukunftsweisenden Themen der Gesundheitsförderung generieren und dabei helfen, die Gesundheitsförderung und insgesamt ein gesundheitsförderlich ausgerichtetes Gesundheitssicherungssystem vor Erstarrung und

Normierung zu bewahren, den immer wieder drohenden Paternalismus abzuwehren und durch die Verknüpfung zum bürgerschaftlichen Engagement positive Gestaltungsressourcen in die gesundheitlichen und sozialen Sicherungssysteme heranzuführen.

Und sie tut dies bereits, auch wenn es uns selber oft nicht bewusst genug ist: Schon allein mit öffentlichen Diskussionen bringen die Kontaktstellen hier viele Anregungen an die Öffentlichkeit. Ein Forum der Vermittlung in diesem Sinne der Gesundheitsförderung ist eine Schlüsselfunktion für Selbsthilfekontaktstellen, die weiter gestärkt und systematisiert werden sollte. Aus den eigenen Reihen, vor allem aber auch durch öffentliche, politische und finanzielle Unterstützung!

Raimund Geene ist Politik- und Gesundheitswissenschaftler und tätig als Professor für Kindergesundheit an der Hochschule Magdeburg-Stendal. Zuvor war er Geschäftsführer von Gesundheit Berlin. Seit 2007 ist er im Vorstand der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen. Sein Beitrag basiert auf einem Vortrag vom Juni 2007, gehalten auf der Jahrestagung der DAG SHG in Potsdam unter dem Motto „Selbsthilfekontaktstellen als Orte der Vermittlung und Begegnung“.