

„Wir brauchen bessere Erklärungsmodelle“

Ein Gespräch mit Gesine Bär über neue Ansätze in der Gesundheitsförderung und alte Raumkonzepte

Das Interview führte Gabriele Schmidt.



Gesine Bär

Frau Dr. Bär, warum gewinnt das Stadtquartier an Bedeutung für die Gesundheitsförderung?

Seit ein paar Jahren bewegen sich die soziale Stadtteilentwicklung und der Bereich der Gesundheitsförderung aufeinander zu. Das liegt unter anderem daran, dass in den Gesundheitswissenschaften eine stärkere Fokussierung auf die sogenannten Lebenswelten vorgenommen wurde.

Was verstehen Sie unter Lebenswelten?

Da gibt es ein breites Definitionsspektrum, je nachdem, ob man in die Literatur der Sozialen Arbeit, der Stadtsoziologie oder der Gesundheitsförderung schaut. Der Begriff der Lebenswelt beinhaltet, wie ein gemeinsamer Erfahrungsraum gedacht und das Phänomen sozialer Integration verstanden werden kann. Wichtige Elemente sind die geltenden Wert- und Deutungsmuster, Normen sozialer Ordnungen sowie Sozialisationsprozesse und die unterschiedlichen Ressourcen und Netzwerke, auf die eine Person zurückgreifen kann.

Und warum wird in diese Lebenswelten eingegriffen?

Damit verbindet sich die Hoffnung, dass über eine Intervention in Lebenswelten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bedarfsgerechter, sozial gerechter und damit effektiver werden. Die dahinterstehende Annahme lautet, dass Gesundheit und Krankheit durch die sozial ungleichen Lebenswelten stark beeinflusst sind. Die WHO hat für diese Art der Intervention den sogenannten Setting-Ansatz geprägt.

Was genau verstehen Sie unter „setting“?

Die WHO fasst hierunter die Orte und Organisationszusammenhänge, in denen Menschen leben, arbeiten, spielen und ihre Freizeit verbringen. Der Sachverständigenrat spricht von relativ dauerhaften Sozialzusammenhängen, die einen Einfluss auf die gesundheitlichen

Ressourcen und Belastungen haben. Es geht also um Kitas, Schulen, Stadtteile, Betriebe, aber auch um Krankenhäuser, Gefängnisse oder Hochschulen.

Sie haben hierzu ein BMBF-Forschungsprojekt durchgeführt. Worum ging es dabei?

In diesem Projekt haben wir versucht, den Setting-Ansatz zur Gesundheitsförderung in den Programmgebieten der Sozialen Stadt einzuführen, wissenschaftlich zu begleiten und auszuwerten. Wir wollten herausfinden, was durch eine solche gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung bewegt werden kann. Ausgangspunkt war damals eine Empfehlung des „Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ von 2005. Da es zu diesem Zeitpunkt noch keine wissenschaftliche Expertise hierzu gab, wollten wir den WHO-Setting-Ansatz erst einmal in drei unterschiedlichen Stadtteilen erproben.

Wie groß ist der Einfluss des Wohnumfeldes in Relation zu anderen Einflussfaktoren?

Es gibt Studien, die versucht haben zu messen, wie hoch der Einfluss des Wohnumfeldes auf die Gesundheit ist im Vergleich zu anderen Faktoren wie z. B. dem sozio-ökonomischen Status oder dem Bildungsstand. Die Kontexteffektforschung der Stadtsoziologie hat dies zum Beispiel versucht. In diesen Studien wird der Einfluss des Wohnumfeldes – in der Stadtsoziologie als Kontext bezeichnet – z. B. über das Bewegungsverhalten oder die Nutzung von Grünflächen untersucht. Außerdem gibt es Studien zu den gesundheitlichen Folgen der Verkehrsbelastung in Wohnquartieren oder von Luftverschmutzung.

Die Forschungsergebnisse zeigen, dass der Einfluss des Wohnumfeldes auf die Gesundheit eigentlich relativ gering ist. Die meisten Studien geben ihn mit unter 10 Prozent an. Dabei ist häufig die Frage, wie die Daten er-

hoben werden. Meistens wird in den Befragungen nicht die tatsächlich messbare, sondern die wahrgenommene Belastung erhoben. So zum Beispiel bei der Nutzung von Grünflächen.

Unter 10 Prozent sind nicht sonderlich viel.

Als Stadtsoziologin überrascht mich dieses Ergebnis nicht besonders. Wir kennen ähnliche Ergebnisse auch für andere Faktoren. Man kann diese Forschungsergebnisse aber auch so verstehen, dass sie uns auffordern, die Zusammenhänge zwischen individueller Gesundheit und Umfeldfaktoren analytisch noch besser zu begreifen. Also: Wie können wir dynamische Faktoren und Wechselwirkungen in unserem Erklärungsmodell erfassen?

Ich habe Zweifel, dass das Forschungsdesign der Kontexteffekteforschung dem zu untersuchenden Phänomen gerecht wird. Diese Untersuchungen funktionieren eigentlich nur, wenn man von einer klaren Trennung ausgeht zwischen „wahren“ Kontextfaktoren und sogenannten „Handlungsfaktoren“. Und dies bezweifle ich.

Können Sie dies näher ausführen?

Ich gehe von einem viel stärkeren Zusammenhang zwischen Struktur und Handeln aus. Um bei den Begrifflichkeiten von eben zu bleiben: Es geht um die Dynamiken zwischen den genannten strukturellen Elementen der Lebenswelten und dem individuellen Handeln unter diesen Bedingungen. Und deswegen glaube ich, dass wir viel bessere Erklärungsmodelle brauchen, um den Einfluss des Raumes auf die Gesundheit bzw. die lokale Reproduktion besser zu verstehen.

Welches Verständnis von Raum liegt den von Ihnen genannten Studien zugrunde?

Es gibt sehr unterschiedliche Vorstellungen zum Raum. Hartmut Häußermann und Kollegen² haben in ihrem Band zur Stadtpolitik drei Verständnisse skizziert: die Container-Theorie, die Soziale-Lage-Theorie und die Kontext-Theorie. Der *Containerraum* wird von ihnen als ein Gehäuse beschrieben, in dem sich das Leben der Bewohner und damit das Soziale abspielt. Die Bewohner bzw. ihre Gesundheit wird von der Beschaffenheit des Containers – also zum Beispiel durch städtebauliche Mängel – beeinflusst. Die Prämisse lautet: Wenn ich die Eigenschaften, also die Beschaffenheit des Containers verbessere, dann verbessert sich automatisch die Gesundheit der im Container lebenden Menschen.

Diese Grundannahme gilt in gewissen Abschattierungen auch für den sogenannten *Kontextrraum*. Dieses Raumverständnis berücksichtigt aber stärker soziale Einflussfaktoren, wie z. B. die Zusammensetzung der

Bewohnerschaft. Es wird davon ausgegangen, dass das Wohnumfeld – vermittelt über soziale Einflussfaktoren wie z. B. Rollenvorbilder – einen negativen resp. positiven Einfluss auf die Bewohnerinnen und Bewohner hat. Die Annahme lautet: Wenn ich mit Menschen zusammenwohne, die keine positiven Rollenvorbilder sind, entwickle ich selbst ähnliche Verhaltensweisen. Auch wenn Kontextrraumtheorien also stärker soziale Einflussfaktoren berücksichtigen, lösen sie sich nicht richtig von der Gegenüberstellung zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern auf der einen und den Raumeigenschaften auf der anderen Seite.

Welches Raumverständnis haben Sie?

Ich denke, wir müssen stärker an die Idee von *Beziehungsräumen* anknüpfen. Dieser Begriff beinhaltet eine nicht eindeutig auflösbare Verbindung zwischen dem Wohnumfeld und dem Handeln der Menschen. Mit anderen Worten: Ich kann die Wirkung des Wohnumfeldes nicht unabhängig von den Interaktionsbeziehungen der lokalen Akteure beurteilen. Die Ressourcen des Wohnumfeldes sind in diesem Verständnis nicht für alle Bewohnerinnen und Bewohner dieselben. Schöne Flussauen oder ein Stadtbad werden zum Beispiel nicht von allen Menschen im Quartier gleichermaßen genutzt. In Bezug auf die bestehende soziale und gesundheitliche Ungleichheit muss man vielmehr darauf schauen, unter welchen Bedingungen diese Angebote für möglichst viele zur Ressource werden können. Sehr anschaulich finde ich das Beispiel des Schwimmbades: Die Nutzung hängt nicht allein vom Schwimmbad als solchem ab, sondern beispielsweise von seinen Öffnungszeiten, der Wassergewöhnung der Menschen, dem Vorhandensein von Badesachen, den Eintrittspreisen, der Organisation des Schulsports und des Vereinslebens oder etwa von angebotenen Frauenbadezeiten. Diese ganzen sozialen und institutionellen Faktoren bedingen, ob ein Stadtbad zur gesundheitlichen Chancengleichheit beiträgt oder eben nicht.

Zur Praxis: Berücksichtigen Projekte der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung die Vielschichtigkeit dieses Zusammenspiels von materiellen und sozialen Faktoren?

Hierauf muss ich eine ambivalente Antwort geben: Ich glaube schon, dass es in der Praxis ein ausgeprägtes Verständnis für die Komplexität dieses Zusammenhangs gibt. Aber die Praxis trifft auf eine Förderprogrammatik, die die Dinge oft sehr schlicht hält. Die Programme legen selten multidimensionale Förderziele fest, sondern heben nur auf eine Dimension ab, z. B. auf Bewegung, Ernährung oder Stressreduktion. Dadurch wird es relativ schwierig, angemessene Projekte der Gesundheitsförderung in der Praxis umzusetzen.

² Häußermann, Hartmut/Siebel, Walter (2007): Stadtpolitik. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Etwas anders sieht es bei den integrierten kommunalen Strategien aus, die jetzt bundesweit auch unter dem Titel „Präventionsketten“ im Kommen sind: Hier gab es seit 2012 viel Dynamik durch die Bundesinitiative „Frühe Hilfen“.

Was ist das?

Das Bild der Präventionskette steht dafür, dass die Kommune gemeinsam mit allen wichtigen Akteursgruppen ein breites Angebot an sozialer und gesundheitsfördernder Unterstützung organisiert. Auf diese Weise sollen für alle Kinder und Jugendliche positive Entwicklungschancen und Teilhabemöglichkeiten gewährleistet werden. Die Kinder- und Jugendhilfe legt mit den Netzwerken „Frühe Hilfen“ den Fokus auf die Vermeidung von Kinderschutzfällen. Sie verfolgt damit im Prinzip die gleiche Idee. Auch die Ähnlichkeiten zur Programmatik der Sozialen Stadt sind sehr deutlich.

Die integrierten kommunalen Strategien ermöglichen ein besseres Miteinander bestehender Angebote und bedarfsgerechtere Unterstützungsmaßnahmen. Die Hoffnung ist, dass damit sowohl besser mit heterogenen Bedarfen als auch mit komplexeren Ungleichheitsproblematiken umgegangen werden kann.

Wie beurteilen Sie die Praxis in Deutschland im internationalen Vergleich, z. B. mit Großbritannien?

Im englischsprachigen Ausland werden Themen der Stadtentwicklung viel enger mit Gesundheit und der Gesundheitsförderung zusammengedacht, als es hierzulande der Fall ist. In Deutschland gibt es eine große Distanz zwischen der Stadtsoziologie und den Gesundheitswissenschaften. Dies spiegelt sich auch in der Akteurslandschaft und der Interventionspraxis.

Natürlich gibt es einige Bereiche der Zusammenarbeit, so z. B. bei den Gesundheitshäusern oder in manchen Projekten der Selbsthilfe. Aber es gibt keine breite Bewegung.

In England ist dieses Zusammenspiel deutlich stärker im öffentlichen Bewusstsein verankert. Ein Meilenstein war der sogenannte Black Report von 1980, der das Phänomen der gesundheitlichen Ungleichheit deutlich ins öffentliche Bewusstsein gerückt hat. Es wurde gezeigt, dass die Lebenserwartung der untersten sozialen Schicht deutlich niedriger ist als die der obersten sozialen Schicht. In der Nachfolge gab es öffentliche Förderprogramme zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit. Dies hat sich entsprechend auch auf Programme der Urban Regeneration ausgewirkt.

In der sozialen Stadtteilentwicklung in Deutschland spielt das Handlungsfeld „Gesundheit“ hingegen immer eine Nebenrolle. Es ist nicht so stark mit Aktivitäten untersetzt wie andere Handlungsfelder.

Welche Aspekte sollten in der Gesundheitsförderung stärker berücksichtigt werden?

Die institutionelle Raumdimension sollte stärker in den Blick genommen werden, d. h. wir müssen uns die kollektiven Effekte auf der lokalen Ebene ansehen. Dabei geht es beispielsweise um folgende Fragen: Welche politisch-administrativen Vorbedingungen gibt es in diesen Gebieten? Neue Förderinitiativen setzen nicht bei null an, sondern es gibt immer schon Arbeitskreise, Netzwerke oder Verantwortliche, die die lokalen Bedingungen gestalten. Und es gibt immer schon vergangene Programme oder noch laufende Modellprojekte, mit denen die neuen Initiativen verknüpft werden können. Diese lokalen Spezifika müssen stärker beachtet werden.

Auch das Potenzial der Zivilgesellschaft sollte in den Blick genommen werden. Es gibt bereits theoretische Modelle, die diese kollektiven Ressourcen integrieren. Ein Beispiel hierfür ist die Studie von Sampson und anderen aus den 1990er Jahren zu Kriminalität und Gewalt in Chicago.³ In ihrer Studie zeigen sie, warum manche Quartiere in der Kriminalstatistik besser dastehen als andere. Und dies, obwohl die Quartiere eine ähnliche Sozialstruktur aufweisen. Sie führen die Unterschiede auf die sozialen Netze innerhalb der Bewohnerschaft sowie zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern und Institutionen zurück. Die Studie prägte den Begriff der „kollektiven Selbstwirksamkeit“ (collective efficacy). Außerdem zeigt sie, wie wichtig es ist, dass lokale Einrichtungen auf gesamtstädtische Ressourcen zurückgreifen können. Es geht also auch um die Frage der Ressourcenmobilisierung.

Dies sind die Zusammenhänge, denen wir uns stärker zuwenden müssen.

Welche Vorteile hat das von Ihnen präferierte Raumkonzept für die Praxis?

Der große Vorteil liegt darin, dass man mit einem solchen Raumverständnis keine einfach gestrickten und – so meine Unterstellung – unwirksamen oder sozial selektiv wirksamen Interventionen mehr durchführen kann. Die Zusammenhänge zwischen sozialem Handeln und Struktur sowie das lokale institutionelle Gefüge kommen in den Blick. Interventionen in der Praxis werden dadurch bedarfsgerechter.

³ Anmerkung der Redaktion: Frau Bär bezieht sich an dieser Stelle auf folgende Quelle: Sampson, Robert J. (2001): How do Communities undergird or undermine Human Development? Relevant Contexts and Social Mechanisms. In: Booth, Alan; Crouter, Ann C. (eds.): Does it take a Village. Community Effects on Children, Adolescents, and Families. Mahwah [et al.]: Lawrence Erlbaum, 3-30.

Gibt es auch Nachteile?

Wenn wir die Gegenüberstellung von räumlichen Einflussfaktoren und Bewohnerschaft auflösen, dann können wir auch den Zusammenhang von Ursache und Wirkung nicht mehr so einfach erfassen. Die Operationalisierung eines solchen Konzepts ist sehr komplex. Aber letztlich haben wir diese Schwierigkeiten bereits jetzt. Wir können im Feld der „settings“ keine Laborexperimente durchführen, es gibt immer intervenierende Einflussfaktoren. Die Wirksamkeitsmessung ist deswegen nicht ganz einfach und wird durch Beziehungsraumkonzepte eher schwieriger.

Hier müssen wir konzeptionell nachlegen. Mir ist es vor allem wichtig, dass man mit einem solchen Modell der verbreiteten Unterscheidung zwischen entweder *Verhaltensprävention* oder *Verhältnisprävention* eine klare Absage erteilt. Diese Vorstellung, dass man entweder die Menschen in Kursen zu einer gesünderen Lebensweise schult oder ausschließlich ihr Wohnumfeld gesundheitsförderlich verändert, in dem man z. B. einen Park anlegt, ein Rauchverbot in Kneipen einführt oder die Feinstaubbelastung absenkt, ist nicht ausreichend.

Mit dem relationalen Raumverständnis rücken komplexere Zusammenhänge in den Blick, auf die Wissenschaft, Politik und Praxis reagieren müssten.

Ich komme noch einmal auf Ihr BMBF-Projekt „Mehr als gewohnt. Stadtteile machen sich stark für die Gesundheitsförderung“ zurück. Sie haben drei Fallbeispiele untersucht. Welches der drei war am erfolgreichsten? Und warum?

Der Stadtteil, in dem bereits Erfahrungen mit ganzheitlichen, partizipativen Ansätzen vorhanden waren, hat deutlich besser abgeschnitten als der, der in dieser Hinsicht noch ganz am Anfang stand. Wenn man bedenkt, dass dieser Interventionsansatz zum Ziel hat, die sozialen Aspekte gesundheitlicher Ungleichheit abzumildern, ist dieses Ergebnis schon etwas bedrückend. Wir haben damit ein Phänomen gesehen, das typisch ist für die Gesundheitsförderung, aber für den Setting-Ansatz eigentlich nicht erwartet wird: Die Stärkeren profitieren mehr als die Schwächeren. Diesmal nicht auf individueller Ebene, sondern unter den Fallstudienstadtteilen.

Die Frage, warum der Stadtteil mit den schlechtesten Ausgangsbedingungen am wenigsten vom Interventionsansatz profitiert hat, hat mich lange beschäftigt. Fakt ist: Der Setting-Ansatz ist es kein niedrigrschwelliger Ansatz, sondern er ist sehr voraussetzungsvoll in der Umsetzung.

Aber unabhängig davon hängt der Erfolg der Maßnahmen auch davon ab, ob es den lokalen Akteuren gelingt, ein gemeinsames Förderverständnis zu entwickeln. Wenn der Abstimmungsprozess genutzt wird, um auf unterschiedliche Verständnisse aufmerksam zu werden,

diese zu diskutieren und sich einander anzunähern, ist das schon ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Dabei geht es um folgende Fragen: In welche Richtung wollen wir gehen? Welche Förderung brauchen wir? Wen wollen wir gezielt einbeziehen? Und welche sind unsere Zielgruppen? Diese lokal abgestimmte Haltung bzw. diese gemeinsame Programmatik oder integrierte Strategie hatte in den Fallstudien einen großen Einfluss darauf, ob die Stadtteile erfolgreich waren oder nicht. Sie hat zudem erheblich zur Ressourcenmobilisierung während und auch nach dem Auslaufen des Modellprojektes beigetragen. Manche Stadtteile waren dadurch in der Lage, ihre Koordinierungsstelle zu erhalten und weiterhin bei den Krankenkassen in größerem Umfang Mittel einwerben zu können.

Dies bringt mich zu einem weiteren Punkt: Die lokale Koordinierungsstelle ist ein wichtiger Erfolgsfaktor. Die initiierten Projekte waren allesamt sehr aufwendige Projekte, die ein hohes Maß an Koordination voraussetzten. Es mussten Ressourcen von unterschiedlichen Ebenen akquiriert und Akteure mit Institutionen im Stadtteil zusammengebracht werden. Dies erforderte viel Zeit und kommunikatives Geschick. Jene Stadtteile, die es geschafft haben, eine solche Koordinierungsstelle zu etablieren, konnten intensiver und langfristiger eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung betreiben.

Frau Dr. Bär, vielen Dank für das Gespräch!

Gesine Bär hat an der Humboldt-Universität zu Berlin und der Universität Bielefeld zum Thema „Gesundheitsförderung im Raum“ promoviert. Seit 2010 lehrt sie an der Alice Salomon Hochschule Berlin, seit 2014 in Vertretung der Professur „Partizipative Ansätze in den Gesundheits- und Sozialwissenschaften“.

Kontakt:

Gesine Bär ☎ 030 99245-543
baer@ash-berlin.eu