

**Stellungnahme
der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)
zu den
Leitlinien und Empfehlungen für eine Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung**

Die Leitlinien und Empfehlungen zur Guten Praxis der Gesundheitsberichterstattung (GBE) sind absolut begrüßenswert. Sie stellen eine gute fachliche Orientierung dar und werden zur Qualität und Etablierung der nationalen GBE deutlich beitragen. Ebenfalls sehr zu begrüßen ist das Stellungnahme-Verfahren, um die bereits geleistete Arbeit der interdisziplinären Arbeitsgruppe durch Kommentare, Hinweise und Verbesserungsvorschläge weiterer Expert*innen (-gruppen) weiter zu entwickeln. Als Fachverband für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit kommen wir diesem Aufruf aus unserer fachlichen Expertise gerne nach.

Gesundheit ist ein konstitutiver Bestandteil des Alltags (WHO 1986, 1997) und muss auch als dieser erfasst werden. Aus Sicht einer lebensweltorientierten Perspektive steht der Alltag der Menschen damit im Fokus. Dies impliziert insbesondere eine sozialraumorientierte und sektorenübergreifende sowie partizipative Praxis in der GBE.

„Damit Gesundheitspolitik und Programme der Gesundheitsförderung jedoch effizient und effektiv sind sowie gleichzeitig gemeindenah und bürgerorientiert, muss kommunale GBE den Bürger partizipieren lassen“ (Homfeldt/Steigleder 2003, 180). Standardisierte Verfahren vermögen es kaum, die Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit im Alltag - aus dem der lebensweltorientierten Perspektive zugrunde liegendem subjektorientierten Verständnis - zu erklären. Gesundheit ist ein subjektives „Sich-Befinden“ (WHO 1948), das von Individuen in Wechselwirkung mit ihrer Umwelt hergestellt wird. Die GBE bedarf daher einer Ergänzung um alltagsweltnahe, subjektive Daten.

Die Leitlinien sollten diesen Punkt zwingend beachten: Aus unserer Sicht sind daher nicht nur quantitativ erhobene Daten notwendig, sondern dringend auch qualitative Daten, die dazu geeignet sind, die subjektive Lebenslage und Situation zielgruppenspezifisch zu analysieren und zu interpretieren. Selbstverständlich ist eine beschreibende Analyse wichtig, um die Gesundheitssituation der Bevölkerung zu erfassen, allerdings vermag es nur eine erklärende Analyse zudem ableiten zu können, wie Gesundheit in der Lebenswelt der Menschen hergestellt wird, welche Strategien die Menschen verfolgen und was sie dazu motiviert im Alltag gesundheitsachtsam - oder eben nicht - zu handeln. Sie bietet also einen direkten Zugang für die kommunale Gesundheitsförderung und Prävention.

Die kommunale GBE kann genau diese kleinräumige Datenerhebung und zielgruppenspezifische Auswertung übernehmen; sie könnte Bindeglied zwischen Politik als Entscheidungsträger und betreffenden Menschen werden (Homfeldt/Steigleder 2003, 186). Um das Bild der GBE möglichst realistisch werden zu lassen, ist es notwendig, die entsprechenden Bürger*innen daran partizipieren zu lassen. Dies ermöglicht es an die wirklichen Probleme in den Wohngebieten ausgehend vom Alltag der darin lebenden Menschen anzuknüpfen,

„denn nur sie kennen durch ihr Alltagsleben die wirklichen Probleme in ihrem Wohngebiet, die vielleicht ganz woanders liegen, als die ‚vermeintlichen Experten für diesen Stadtteil‘ es annehmen“ (ebd., 187). Eine wohngebietsnahe GBE ermöglicht es Verbesserungsvorschläge gemeinsam mit Akteur*innen und Bürger*innen zu identifizieren und zu implementieren, so können Maßnahmen effektiver und die Gesundheitspolitik effizienter werden; im Idealfall trägt dies zu einer Vernetzung mit der Kommunalpolitik bei, die „über die Reichweite gesundheitspolitischer Maßnahmen hinaus zum Beispiel durch städtebauliche Maßnahmen zu einer Verbesserung der Lebensqualität möglichst vieler Bewohner beitragen kann“ (ebd.).

Entsprechende Ressourcen liegen vor. In den vergangenen Jahren hat sich beispielsweise das Netzwerk zur Qualitativen Gesundheitsforschung (<http://www.qualitative-gesundheitsforschung.de>) und der Forschungsverbund Partizipative Gesundheitsforschung (<http://www.partnet-gesundheit.de>) gebildet. Zudem liegen rekonstruktive Untersuchungen vor (z. B. Flick/Röhnisch 2008, 2011; Rademaker 2017a, b, 2018 in Erscheinung; Homfeldt/Steigleder 2003), die zur Etablierung neuer Möglichkeiten der GBE hinzugezogen werden können. Die DVSG ist daran interessiert, diese Entwicklung mit voran zu treiben und Gesundheitsförderung aus der Praxis Sozialer Arbeit zu stärken. Die GBE ist hierbei ein wesentlicher Dreh- und Angelpunkt, den wir mit unserer Expertise stärken wollen.

Mit Blick auf die vorliegenden Leitlinien haben wir folgende Anmerkungen und Ergänzungen:

▪ **Leitlinie 1 (Ethik), Empfehlung 1.2:**

Anstatt von „sozialen Milieus“ zu sprechen ziehen wir den Begriff „Diversität“ vor. Dieser impliziert deutlicher die vertikalen und horizontalen Unterschiede der Gesundheit der Menschen und wird weniger mit einer „Arm-Reich-Differenzierung“ assoziiert. Zudem rückt damit die diverse Lebenswelt der Menschen mehr in den Fokus.

▪ **Leitlinie 3 (Public Health):**

An diesem Punkt setzt unsere primäre Kritik an. Eine expertokratische Interpretation der GBE-Daten reicht nicht aus. Sie ist um rekonstruktive Verfahren zu ergänzen, die lokal, subjektorientiert und partizipativ die Lebensphase und -lage der Bewohner*innen einer Kommune analysieren. Gesundheit in der Kindheit ist von der in der Jugend, dem Übergang in den Berufsmarkt und andere Lebensphasen zu unterscheiden. Gesundheit in der Stadt kann weit von der auf dem Land abweichen. Menschen mit körperlichen Einschränkungen haben vielleicht andere Bedarfe als Menschen mit psychischen Erkrankungen. Je nach Lebensphase und -lage sind unterschiedliche Themen von Relevanz. Das bedeutet Gesundheit im Lebensalltag zu analysieren und davon ausgehend Handlungsfelder für die Gesundheitsförderung abzuleiten. Chancengleichheit und -gerechtigkeit in der Gesundheitsförderung ist nur umsetzbar, wenn die Menschen dort erreicht werden, wo sie ihre Gesundheit aufrechterhalten und wiederherstellen. Insbesondere rekonstruktive Verfahren können dies erfassen, wie die oben exemplarisch benannten Untersuchungen aufgezeigt haben.

▪ **Leitlinie 5 (Arbeitsgrundlagen), Empfehlung 5.3:**

Auch mit standardisierten Verfahren können regionale Vergleiche an Grenzen kommen. Sie sind daher durch rekonstruktive Verfahren zu ergänzen und zu validieren, da damit die lokalen Spezifika besser zu erklären sind. Diese Tatsache verweist unmittelbar darauf, qualitative Methoden in der GBE stärker zu forcieren, um Maßnahmen effektiver und die Gesundheitspolitik effizienter zu gestalten.

▪ **Leitlinie 8 (Interpretation):**

Die Interpretation und kritische Diskussion der Ergebnisse ist Aufgabe von Expert*innen. Sie sollte jedoch zudem zwingend in einer sektorenübergreifende Form und unter Beteiligung der lokalen Akteur*innen erfolgen.

▪ **Leitlinie 10 (Kommunikation):**

Je stärker die GBE mit den lokalen Akteur*innen vernetzt erfolgt und unter Beteiligung der Bürger*innen durchgeführt wird, desto mehr steigt auch ihre Bürgernähe und Wahrnehmung über die Gesundheitspolitik hinaus. Die lokale Vernetzung sowie Partizipation von Akteur*innen und Bürger*innen darf keine Frage bleiben, sondern muss zum Standard in der GBE werden.

Literatur

Flick, Uwe/Röhnisch, Gundula (2008): Gesundheit auf der Straße. Gesundheitsvorstellungen und Umgang mit Krankheit im Kontext von Jugendobdachlosigkeit. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Flick, Uwe/Röhnisch, Gundula (2011): „(...) da bin ich eigentlich der Außenseiter, und das ist das Schlimmste.“ Krankheitserleben und -verhalten von chronisch kranken obdachlosen Jugendlichen. In: Oelerich, Gertrud/Otto, Hans-Uwe (2011): Empirische Forschung und Soziale Arbeit. Ein Studienbuch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften und Springer Fachmedien, S. 151-164.

Homfeldt, Hans Günther/Steigleder, Sandra (2003): Gesundheitsvorstellungen und Lebenswelt: Subjektive Vorstellungen von Bewohnern benachteiligter Wohngebiete über Gesundheit und ihre Einflussfaktoren. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Rademaker, Anna Lena (2017b): „Also ich finde es gibt eigentlich nur Schulstress!“ – empiriebasierte Implikationen für eine lebensweltorientierte Praxis schulischer Gesundheitsförderung. In: Zeitschrift für Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Ergebnisse aus Psychotherapie, Beratung und Psychiatrie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag. Jg. 66, Heft 10, S. 791-806.

Rademaker, Anna Lena (2017c): Agency & Gesundheit in der Lebenswelt junger Menschen. In: Thiersch, Hans/Otto, Hans-Uwe (Hrsg.): neue praxis. Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik. Lahnstein: Verlag neue praxis GmbH, 47. Jg., Heft 5, S. 401-419.

Rademaker, Anna Lena (2018, in Erscheinung): Agency und Gesundheit in jugendlichen Lebenswelten. Herausforderungen für die Soziale Arbeit. Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag.

World Health Organization (WHO). 1948. Constitution of the World Health Organization.

World Health Organization (WHO). 1986. *Ottawa-Charta for Health Promotion*.

World Health Organization (WHO). 1997. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)
Berlin, 28. März 2018