

## Urheberrechtliche Hinweise zur Nutzung Elektronischer Bachelor-Arbeiten

Die auf dem Dokumentenserver der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern (ZHB) gespeicherten und via Katalog IDS Luzern zugänglichen elektronischen Bachelor-Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit dienen ausschliesslich der wissenschaftlichen und persönlichen Information.

Die öffentlich zugänglichen Dokumente (einschliesslich damit zusammenhängender Daten) sind urheberrechtlich gemäss Urheberrechtsgesetz geschützt. Rechtsinhaber ist in der Regel<sup>1</sup> die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Der Benutzer ist für die Einhaltung der Vorschriften verantwortlich.

Die Nutzungsrechte sind:

- Sie dürfen dieses Werk vervielfältigen, verbreiten, mittels Link darauf verweisen. Nicht erlaubt ist hingegen das öffentlich zugänglich machen, z.B. dass Dritte berechtigt sind, über das Setzen eines Linkes hinaus die Bachelor-Arbeit auf der eigenen Homepage zu veröffentlichen (Online-Publikation).
- Namensnennung: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers bzw. der Autorin/Rechteinhaberin in der von ihm/ihr festgelegten Weise nennen.
- Keine kommerzielle Nutzung. Alle Rechte zur kommerziellen Nutzung liegen bei der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, soweit sie von dieser nicht an den Autor bzw. die Autorin zurück übertragen wurden.
- Keine Bearbeitung. Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

Allfällige abweichende oder zusätzliche Regelungen entnehmen Sie bitte dem urheberrechtlichen Hinweis in der Bachelor-Arbeit selbst. Sowohl die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit als auch die ZHB übernehmen keine Gewähr für Richtigkeit, Aktualität und Vollständigkeit der publizierten Inhalte. Sie übernehmen keine Haftung für Schäden, welche sich aus der Verwendung der abgerufenen Informationen ergeben. Die Wiedergabe von Namen und Marken sowie die öffentlich zugänglich gemachten Dokumente berechtigen ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen und Marken im Sinne des Wettbewerbs- und Markenrechts als frei zu betrachten sind und von jedermann genutzt werden können.

Luzern, 16. Juni 2010

Hochschule Luzern  
Soziale Arbeit



Dr. Walter Schmid  
Rektor

---

<sup>1</sup> Ausnahmsweise überträgt die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit das Urheberrecht an Studierende zurück. In diesem Fall ist der/die Studierende Rechtsinhaber/in.

**Die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit**

**empfiehlt diese Bachelor-Arbeit**

**besonders zur Lektüre!**

Tobias Bühlmann und Jasper Haubensak

# **Gesundheit und Soziokulturelle Animation**

Förderung von Gesundheit als Querschnittsthema der Soziokulturellen Animation



Bachelorarbeit der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

Ausbildungsgang Soziokultur

Kurs TZ 2006 - 2011

**Bachelorarbeit**  
Ausbildungsgang Soziokultur  
Kurs TZ 2006 - 2011

**Tobias Bühlmann**  
**Jasper Haubensak**

# **Gesundheit und Soziokulturelle Animation**

**Förderung von Gesundheit als Querschnittsthema der Soziokulturellen Animation**

Diese Bachelorarbeit wurde eingereicht im August 2011 in 4 Exemplaren zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Soziokulturelle Animation**.

---

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

---

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

---

Reg. Nr.:

## **Vorwort der Schulleitung**

Die Bachelorarbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelorarbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Soziokulturell-animatorisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelorarbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Soziokulturellen Animatorinnen und Animatoren mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2011

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit  
Leitung Bachelor

## Abstract

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dem Thema Gesundheit. Es wird der Frage nachgegangen, wie Gesundheit entsteht und von welchen Einflussfaktoren sie bestimmt wird. Schliesslich wird aufgezeigt, inwiefern die Soziokulturelle Animation einen Beitrag zur Förderung der Gesundheit ihrer Adressatenschaft leisten kann.

Gesundheit wird als komplexer Aushandlungsprozess von inneren und äusseren Anforderungen verstanden. Diese Anforderungen sind als Gesundheitsdeterminanten sowohl im Körper und der Psyche des Menschen, wie auch in der sozialen und physischen Umwelt zu finden. Je nach individueller Verarbeitung der Determinanten können diese zu Risiko- oder Schutzfaktoren werden. Soziale Ungleichheit geht mit gesundheitlicher Ungleichheit einher und stellt somit ein weitreichender Risikofaktor dar. Soziale Unterstützung, wie sie etwa in sozialen Netzwerken vorkommt, sowie eine positive Lebenseinstellung gelten als zentrale Schutzfaktoren für die Gesundheit.

Die Haupteckdaten aus der Auseinandersetzung mit der Gesundheit ist die Tatsache, dass durch die Förderung von Partizipation, sozialer Kohäsion und zivilgesellschaftlichem Engagement und der Stärkung der Ressourcen der Bevölkerung die Soziokulturelle Animation mit ihren Methoden und Ansätzen ihre gesundheitsförderliche Wirkung entfalten kann.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b>	9
1.1 Ausgangslage	9
1.2 Fragestellung	11
1.3 Ziele und Adressatenschaft	11
1.4 Aufbau der Arbeit	12
<b>2. Gesundheit</b>	13
2.1 Der Gesundheitsbegriff im Laufe der Zeit	13
2.2 Das Salutogenesekonzept nach Aaron Antonovsky	17
2.2.1 Einführung	17
2.2.2 Generalisierte Widerstandsressourcen	18
2.2.3 Das Konzept des Kohärenzgefühls	19
2.2.4 Coping	22
2.2.5 Kritik und Erweiterung des Salutogenesekonzeptes	24
2.2.6 Fazit	26
2.3 Gesundheitssoziologie nach Klaus Hurrelmann	27
2.3.1 Einführung	27
2.3.2 Sozialisationsmodell	28
2.3.3 Herleitung einer Definition von Gesundheit	30
2.3.4 Fazit	37
2.4 Ein Exkurs zu Identität und Gesundheit	38
<b>3. Determinanten der Gesundheit</b>	43
3.1 Von psychischer Gesundheit zu Determinanten von Gesundheit	43
3.2 Determinanten im gesundheitswissenschaftlichen Diskurs	46
3.2.1 Einführung	46
3.2.2 Definitionen von Determinanten der Gesundheit	47
3.2.3 Soziale Determinanten von Gesundheit	48
3.2.4 Fazit - Gesundheitliche und soziale Ungleichheit	54
<b>4. Erkenntnisse aus Kapitel 2 und 3</b>	55

<b>5. Soziokulturelle Animation</b>	58
5.1 Einführung - Eine gesellschaftliche und eine professionelle Perspektive	58
5.2 Auf der Suche nach einer Definition von Soziokultureller Animation	60
5.3 Die gesellschaftliche Verortung der Soziokulturellen Animation	65
5.4 Kohäsion - Die gesellschaftliche Aufgabe der Soziokulturellen Animation	66
5.4.1 Soziales Kapital	66
5.4.2 Integration	67
5.4.3 Solidarität	68
5.4.4 Partizipation	69
5.5 Funktionen der Soziokulturellen Animation	70
5.6 Tätigkeitsfelder und Zielgruppen der Soziokulturellen Animation	72
5.7 Ansätze, Prinzipien und Methodik der Soziokulturellen Animation	73
5.7.1 Offene Situation und Handlungsfeld	73
5.7.2 Das Handlungsmodell der Soziokulturellen Animation	75
5.7.3 Das Phasenmodell der Projektmethodik nach Alex Willener	78
<b>6. Gesundheit und Soziokulturelle Animation</b>	81
<b>7. Schlussfolgerungen für die berufliche Praxis</b>	88
<b>8. Literatur- und Quellenverzeichnis</b>	90

Die vorliegende Arbeit wurde gemeinsam und zu gleichen Teilen von Tobias Bühlmann und Jasper Haubensak erarbeitet.



## Abbildungsverzeichnis:

- Abbildung 0: Nebenfluss des Amazonas, Peru. (NZZ, 1978, S. 7)
- Abbildung 1: Widerstandsressourcen. Eigene Darstellung. (nach Franke, 2010, S. 167)
- Abbildung 2: Zusammenhang von Kohärenzgefühl und Stressverarbeitung nach Antonovsky. (Franke, 2010, S. 173)
- Abbildung 3: Ressourcenorientierte Erweiterung des Salutogenese-Konzeptes. (Franke, 2010, S. 176)
- Abbildung 4: Das Salutogenese-Konzept. Stark vereinfacht nach Antonovsky, 1978. (Hurrelmann, 2010, S. 125)
- Abbildung 5: Das Sozialisationsmodell. (Hurrelmann, 2010, S. 132)
- Abbildung 6: Soziale Faktoren, personale Faktoren und Gesundheitsverhalten als Determinanten des Gesundheitsstatus. (Hurrelmann, 2010, S. 139)
- Abbildung 7: Soziale Bedingungen als Möglichkeitsraum der personalen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit. (Hurrelmann, 2010, S. 140)
- Abbildung 8: Gesundheit und Krankheit als Gleichgewichts-/Ungleichgewichtsstadien. (Hurrelmann, 2010, S. 141)
- Abbildung 9: Gesundheit als gelungene Bewältigung von inneren und äusseren Anforderungen. (Hurrelmann, 2010, S. 143)
- Abbildung 10: Krankheit als nicht gelungene Bewältigung von inneren und äusseren Anforderungen. (Hurrelmann, 2010, S. 142)
- Abbildung 11: Die handlungstheoretische Grundlage der Modalen Strukturierungstheorie. (Husi, 2010, S. 113)
- Abbildung 12: Schema nach Petzold 1983. (Anthamatten et al., 2009, S. 3)
- Abbildung 13: Das Fünf-Säulen-Modell nach Petzold 1983. (Anthamatten et al., 2009, S. 5)
- Abbildung 14: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. (Kickbusch und Engelhardt, 2009, S. 28)
- Abbildung 15: Tätigkeitsfelder und Funktionen der Soziokulturellen Animation. (Hangartner, 2010, S. 287)
- Abbildung 16: Zielgruppen der Soziokulturellen Animation (nach Hangartner, 2010, S. 291)
- Abbildung 17: Leitprinzipien SKA nach Opaschovski 1996. Eigene Darstellung. (nach Hangartner, 2010, S. 289)
- Abbildung 18: Handlungsmodell nach Moser et al. (Hangartner, 2010, S. 298)
- :
- Abbildung 19: Das Handlungsmodell, ergänzt mit Zweck und Zielen der Adressatinnen und Adressaten. (Hangartner, 2010, S. 299)
- Abbildung 20: Vierphasenmodell (Hangartner, 2010, S. 300)

## Vorwort

Im Sommer 2010 machten wir uns mit viel Vorlauf auf die Suche nach einem Thema für unsere Bachelorarbeit. In zahlreichen Gesprächen näherten wir uns unseren gemeinsamen Interessen und Anliegen. Der Weg führte uns über Themen wie die frühkindliche Entwicklung, alternative Wohn- und Lebensformen hin zu Work-Life Balance, bis wir schliesslich bei der Gesundheitsthematik angelangt waren. Die Komplexität dieses Phänomens und das Interesse mehr über ein für das menschliche Dasein höchst relevantes Thema zu erfahren, motivierten uns diese Aufgabe anzupacken. Aus professioneller Sicht stach uns der Fakt, dass Gesundheit bzw. Krankheit eng mit sozialer Ungleichheit zusammenhängt, früh ins Auge und motivierte uns zusätzlich. Eine weitere fachliche Verknüpfung zum Thema bot sich aus der beruflichen Praxis eines Autors der vorliegenden Arbeit an. Das Praxisprojekt, das im Rahmen der Ausbildung Soziokulturelle Animation realisiert wurde, konnte durch das Institut für Sozial- und Präventivmedizin des Kantons Zürich mitfinanziert werden und wurde durch Vertreter des Sozialdepartementes der Stadt Zürich mit Interesse verfolgt. Somit war die Verbindung zwischen Soziokultureller Animation und Gesundheit schon vorgängig hergestellt.

Nach einem wohlbedachten Einstieg stellte sich schnell heraus, dass die Eingrenzung des Themas eine der grössten Herausforderung darstellen würde. Schliesslich haben wir den Versuch gestartet, eine Literaturarbeit zu schreiben, die eine in die Breite zielende, überblickartige Perspektive (Metaebene) einnimmt und diese Flughöhe über die ganze Arbeit beibehalten soll. Eine Vertiefung in die psychische und soziale Dimension von Gesundheit ist aus beruflicher Perspektive sinnvoll. Nicht vertieft behandelt wurden die physische und ökologische Dimension von Gesundheit.

Auf theoretischer Seite waren Abraham Maslow und Carl Rogers, zwei wichtige Vertreter der Humanistischen Psychologie, eine wesentliche Inspirationsquelle für die vorliegende Arbeit. Sie betrachten die Selbstverwirklichung als das eigentliche Ziel des Menschen, um seine Persönlichkeit gesund und schöpferisch zu entfalten.

Unserer Arbeit liegen dementsprechend die humanistischen Grundprinzipien des menschlichen Zusammenlebens zugrunde, bei denen die Persönlichkeit, Würde und das Leben eines jeden Menschen respektiert werden. Glück und Wohlergehen jedes Einzelnen und der Gesellschaft stellen dabei den höchsten Wert dar, an dem sich jedes Handeln orientieren soll. Somit wird dem Menschen die Fähigkeit zugestanden, sich zu bilden, sich weiterzuentwickeln und seine schöpferischen Kräfte zu entfalten. Die menschliche Gesellschaft soll in ihrer laufenden Entwicklung die Würde und Freiheit des einzelnen Menschen gewährleisten. Somit sollen psychische Störungen, die ihren Ursprung in äusseren Einflüssen haben und die Selbstentfaltung verhindern oder erschweren, vermieden werden. (Wolfgang Förster, 1997, S. 560-563)

Diese Sichtweise wird auch vom Standpunkt der kritischen Psychologie vertreten. So muss eine Analyse von subjektiven Problemen vom Standpunkt der Betroffenen ausgehen, um den konkreten Zusammenhang psychischer, sozialer und gesellschaftlicher Momente erfassen zu können. Anhand dieser Sichtweise schaffen Menschen gesellschaftliche Verhältnisse, die daher auch veränderbar sind. Diese Perspektive eröffnet dementsprechend auch die Möglichkeiten zum Handeln. So steht die subjektwissenschaftliche Analyse von Problemen im Gegensatz zu

einer kontrollwissenschaftlichen Darstellung, die nach Meinung der kritischen Psychologen die Grundlage darstellt, dass Menschen sich den Anforderungen und Zumutungen der kapitalistischen Gesellschaft fügen müssen. Die Reproduktion dieser kapitalistischen Macht- und Herrschaftsverhältnisse stehen dem Einzelnen somit übermächtig gegenüber und schränken ihn in seiner Handlungsmöglichkeiten ein. (Klaus Holzkamp, 1996, S. 7-112)

Weiter lehnen wir uns an den Kritischen Konstruktivismus der besagt, dass eine Wahrnehmung nicht ein Abbild der Realität liefert, sondern ein individuelles Produkt, bzw. eine individuelle Konstruktion darstellt, die aus den wahrgenommenen Reizen und derer kognitiven Verarbeitung entsteht. (Ernst von Glasersfeld, 1996, S. 209)

Mit diesen „Brillen“ machten wir uns auf die Suche danach, welchen Beitrag die Soziokulturelle Animation in Bezug auf die Gesundheit von jedem Einzelnen und der Gesellschaft leisten kann.

Wir möchten ein herzliches Dankeswort an folgende Personen aussprechen:

Simon Spinner für das Lektorat der Arbeit, Sabine Nadler für die Hilfe mit dem Layout, Simone Villiger und Martin Hafen für die wertvollen Fachpoolstunden, René Haubensak für die inspirierenden Ablenkungen von der Arbeit und die Möglichkeit sein Büro als Arbeits- und Übernachtungsort zu nutzen.

Tobias Bühlmann dankt all den lieben Menschen rund ums Bolo und der Maihof-WG für die vielen inspirierenden Stunden, die für einen kraftvollen Ausgleich sorgten.

Jasper Haubensak dankt insbesondere Patricia und Noah Kyori Vogelsang für ihre Geduld und ihr Verständnis, die moralische Unterstützung und die tagtägliche Lebensfreude.

# 1. Einleitung

## 1.1 Ausgangslage

„Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts.“

Arthur Schopenhauer

Wie es Menschen gelingt gesund zu bleiben, ist eine der grossen Fragen der Menschheit. Der Medizinsoziologe und Stressforscher Aaron Antonovsky wagte einen ersten Versuch diese Frage zu beantworten und löste mit dem 1979 erstmals veröffentlichten Konzept der Salutogenese den Grundstein für eine lang anhaltende Diskussion im Gesundheitsbereich. Das Konzept stellt heute laut Petra Kolip, Hans Wydler und Thomas Abel (2010) einen Perspektivenwechsel im Gesundheitsdiskurs dar, denn Antonovsky fokussiert sich erstmals auf die individuellen Ressourcen und Potentiale, die für die Gesundheit einer Person förderlich sind (S. 11-12). Klaus Hurrelmann (2010) griff Antonovskys Perspektive mit seinem Sozialisationsmodell auf und lenkte den Blick zusätzlich auf die sozialstrukturellen Bedingungen, die für die Gesundheit des Individuums relevant sind (S. 128).

Dieser Paradigmawechsel zeigt sich in den letzten Jahren vermehrt auch in der Gesundheitspolitik. So gibt der im Jahre 2009 erschienene Nationale Gesundheitsbericht Auskunft über den Stand der Gesundheit der Schweizer Bevölkerung. Er beschreibt die gesellschaftlichen Bedingungen und die Verhaltensweisen, welche die Gesundheit beeinflussen. Der Bericht zeigt, dass ein direkter Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status einer Person und der Gesundheit besteht und dass in der überwiegenden Mehrheit Personen mit tieferem sozioökonomischem Status benachteiligt sind. (Pascal Couchepin & Pierre-Yves Maillard, 2009, S. 11-12)

Illona Kickbusch und Katrin Engelhardt (2009) gehen im Bericht weiter darauf ein, dass neben sozioökonomischen Faktoren auch soziale und individuelle Ressourcen, wie zum Beispiel soziale Unterstützung sowie politische Partizipation und soziales Engagement für die Gesundheit einzelner Menschen und ganzer sozialer Gruppen von grosser Bedeutung sind (S. 29).

Die elfte nationale Gesundheitsförderungskonferenz der Gesundheitsförderung Schweiz vom 15. und 16. Januar 2009 in Pfäffikon/SZ kommt zu einem ähnlichen Schluss. Im Abschlussbericht wird betont, dass die Auswirkungen der persönlichen Lebensumstände bzw. sozialen Determinanten auf die Gesundheit bis anhin auf politischer Seite unterschätzt wurden. So ist eine ungleiche Gesundheit in der Schweiz nicht nur vom Schicksal abhängig, sondern auch auf ungleiche Chancen zurückzuführen. Im Bericht wird auch auf Lösungsansätze eingegangen, die vor allem auf politischer Ebene verortet werden. So ist das Thema Gesundheit momentan noch zu einseitig dem Gesundheitswesen zugeteilt. Da wie erwähnt auch das soziale Umfeld ein wichtiger Faktor für die Gesundheit darstellt, ist die Sozialpolitik wie auch andere Politikbereiche mit betroffen und gefordert. (Presseportal.ch, 2009)

Ausgehend vom nationalen Gesundheitsbericht fragte die SP-Nationalrätin Silvia Schenker am 1. Oktober 2010 in der Interpellation 10.3805 den Bundesrat, was er zum Thema soziale Ungleichheit und Gesundheit zu tun gedenke. Der Bundesrat antwortete unter anderem,

dass er bestrebt sei, der gesamten Wohnbevölkerung die gleiche Chance zu geben, in der Schweiz gesund leben zu können. Zusätzlich verfolgt der Bundesrat das Ziel, eine Politik zu erarbeiten, die Möglichkeiten und Massnahmen aufzeigt, mit denen die heute in der Schweiz bestehende ungleiche Verteilung der Chancen gesund zu bleiben und ein der durchschnittlichen Lebenserwartung entsprechendes Alter zu erreichen, überwunden werden kann. (Silvia Schenker, 2010).

Die Tatsache, dass die Erreichung gesundheitlicher Chancengleichheit auf die politische Agenda des Bundes gesetzt wurde, setzen wir in Zusammenhang mit fundamentalen Werten der Sozialen Arbeit. Im Berufskodex des Berufsverbandes der Sozialen Arbeit Schweiz (AvenirSocial, 2010) wird die Förderung des sozialen Wandels und die Ermächtigung und Befreiung von Menschen, mit dem Ziel ihr Wohlbefinden anzuheben, als Aufgabe der Sozialen Arbeit genannt (S. 8).

Martin Hafen (2009) nennt im sozialAktuell vom April 2009 die präventive und gesundheitsfördernde Wirkung der Disziplin als wichtiges Argument in der Diskussion um den gesellschaftlichen Nutzen der Soziokulturellen Animation (S. 27). Bemühungen, die gesundheitsfördernde Wirkung der Soziokulturellen Animation zu fördern und auszuweisen, hat in jüngster Zeit der Dachverband offene Jugendarbeit Schweiz (DOJ, 2009), mit ihrer Publikation Qualitätskriterien für Gesundheitsförderung in der Offenen Kinder- und Jugendarbeit (QuK), vorgenommen.

2010 erschien das neue Grundlagenbuch der Profession Soziokulturelle Animation, in welchem Bernard Wandeler die gesellschaftliche Aufgabe der Soziokulturellen Animation in der Förderung der Teilhabe- und Teilnahmemöglichkeiten (Partizipation) und des gesellschaftlichen Zusammenhaltes (Kohäsion) sieht. Agierend in und mit der Zivilgesellschaft leisten Soziokulturelle Animatorinnen und Animatoren in ihrer täglichen Arbeit einen Beitrag zu Solidarität und Demokratie. (S. 7)

Wir möchten nun darstellen, wie die Soziokulturelle Animation einen gesellschaftlichen Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung leisten kann.

## 1.2 Fragestellung

Abgeleitet von den Ausführungen der Ausgangslage formulieren wir die übergeordnete Hauptfragestellung unserer Arbeit wie folgt:

### **Inwiefern kann die Soziokulturelle Animation einen Beitrag zur Förderung der Gesundheit ihrer Adressatenschaft leisten?**

Die sich daraus ergebenden Unterfragen sollen als Leitlinien dienen und schliesslich helfen die Hauptfragestellung im Kapitel 7 beantworten zu können:

Wie wird Gesundheit definiert?

Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit?

Wie lässt sich die Soziokulturelle Animation definieren und wie kann sie positiv auf die Gesundheit einwirken?

## 1.3 Ziele und Adressatenschaft

Die vorliegende Bachelorarbeit richtet sich in erster Linie an Studierende und Professionelle der Soziokulturellen Animation. Ziel dieser Arbeit ist es, eine differenzierte Betrachtungsweise von Gesundheit bereitzustellen. Dabei soll mehr über die Wirkungsweise von Gesundheit und Krankheit in Erfahrung gebracht und kritisch betrachtet werden.

Mit dieser Arbeit möchten die Autoren einen Beitrag zur Profession und zur Berufsentwicklung der Soziokulturellen Animation leisten. Es geht der Autorenschaft um eine Sensibilisierung für die Relevanz des Themas in der soziokulturellen Praxis, denn mit der präventiven Aufgabe der Soziokulturellen Animation in Bezug auf die Soziale Arbeit erhält sie einen gesellschaftlichen Auftrag. Gesundheit bzw. Krankheit sind derart weitreichende Phänomene, dass es sich lohnt zu prüfen, ob diese als Querschnittsthema sowohl im Studium der Soziokulturellen Animation als auch in der institutionellen Praxis verankert werden sollen.

Diese Arbeit richtet sich auch an Professionelle der Gesundheitsförderung. Ihnen soll die Soziokulturelle Animation als verwandte Profession nähergebracht werden. Sowohl methodisch wie auch inhaltlich weisen die Gesundheitsförderung und die Soziokulturelle Animation zahlreiche Parallelen auf. So ist es denkbar, dass die Soziokulturelle Animation als Partnerin der Gesundheitsförderung in Projekten fungieren kann. Vermehrt tritt die Gesundheitsförderung auch als Auftraggeberin von Projekten im soziokulturellen Bereich auf. Diese Zusammenarbeit und gegenseitige Anerkennung gilt es zu stärken und auszubauen.

Darüber hinaus richtet sich diese Arbeit an Personen aus anderen Gesellschaftsbereichen, die sich für die Gesundheitsthematik und die Soziokulturelle Animation interessieren. In anbetracht der Tragweite des Themas Gesundheit dürften das sowohl Akteure aus den Bereichen Wirtschaft, Politik und Bildung, als auch aus den Bereichen Kunst und Kultur, Sport und Freizeit sowie Wohnen sein.

Wenn es der Soziokulturellen Animation gelingt, ihre gesundheitsfördernde Wirkung vermehrt auszuweisen, erhöht sie sowohl ihre politische, wie auch ihre gesellschaftliche Legitimität. Dazu soll diese Arbeit einen Beitrag leisten.

## 1.4 Aufbau der Arbeit

Um die Hauptfragestellung der vorliegenden Arbeit beantworten zu können, ist es vorerst zentral ein differenziertes Verständnis von Gesundheit zu erarbeiten. Entlang der Frage, wie Gesundheit definiert wird, erarbeiten die Autoren in Kapitel 2 zunächst einen historischen Abriss über die Entwicklung des Gesundheitsbegriffs (Kap. 2.1), um dann mit dem Salutogenese-Konzept von Aaron Antonovsky die individuelle Dimension von Gesundheit zu beleuchten (Kap. 2.2). Durch die anschließende Auseinandersetzung mit dem Sozialisationsmodell von Klaus Hurrelmann wird der Fokus dann mehr auf die sozialstrukturellen Bedingungen von Gesundheit gelegt und anhand von Hurrelmanns Maximen wird eine differenzierte und ganzheitliche Definition von Gesundheit hergeleitet (Kap. 2.3). Das Kapitel schließt mit einem Exkurs über die Konstruktion von Identität, welche in engem Zusammenhang mit der Funktionsweise der Gesundheit steht (Kap. 2.4).

Das Kapitel 3 behandelt die Frage, was die Gesundheit beeinflusst und widmet sich so den Einflussfaktoren, den sogenannten Determinanten von Gesundheit (Kap. 3.2). Einführend wird gezeigt, wie sich im gesundheitspolitischen Diskurs eine Verlagerung von der psychischen Gesundheit zu den sozialen Determinanten vollzieht (Kap. 3.1). Dieses Kapitel lenkt zudem die Aufmerksamkeit auf die vorherrschende gesundheitliche Ungleichheit und versucht Erklärungsansätze dafür zu finden.

Das Kapitel 4 ist als Zwischenfazit konzipiert und resümiert die Erkenntnisse aus den Kapiteln 2 und 3. Es dient als Vorbereitung für die Verknüpfung der Gesundheit mit der Soziokulturellen Animation im Kapitel 6.

Im Kapitel 5 wenden sich die Autoren anhand der aktuellen Fachliteratur der eigenen Profession zu. Zunächst wird die Entstehung der Soziokulturellen Animation mit Hilfe eines kurzen historischen Bezuges skizziert (Kap. 5.1), um die verschiedenartigen Definitionen wiedergeben zu können (Kap. 5.2). Aufgaben, Zielsetzungen und Handlungsfelder werden umrissen und auf handlungsleitende Ansätze und Prinzipien sowie auf die Methodik der Soziokulturellen Animation eingegangen (Kap. 5.3 bis 5.7).

Das Kapitel 6 verknüpft die Gesundheitsthematik mit der Praxis der Soziokulturellen Animation und zeigt auf, inwiefern die Soziokulturelle Animation einen gesellschaftlichen Beitrag zur Förderung der Gesundheit leisten kann.

Kapitel 7 zieht Schlussfolgerungen für die berufliche Praxis der Soziokulturellen Animation.

# 2. Gesundheit

## 2.1 Der Gesundheitsbegriff im Laufe der Zeit

Anhand eines kurzen historischen Abrisses des Gesundheitsbegriffes soll aufgezeigt werden, dass die reduktionistischen, auf körperliche Gesundheit beschränkten Vorstellungen von Gesundheit und die damit verbundene Fokussierung auf Krankheit (Pathogenese) eine Erfindung der (europäischen) Neuzeit sind.

Die Vorstellung, dass Gesundheit in ein Zusammenspiel von Körper, Geist, sozialer, ökologischer und spiritueller Umwelt eingebunden ist, erstreckt sich laut Martin Hafen (2007, S. 15) vom Altertum bis hin zur frühen Neuzeit. In der westlichen Welt wurde bereits 500 v. Chr. im antiken Griechenland Gesundheit als ein Zustand von Ausgeglichenheit, Gleichgewicht und Ausgewogenheit formuliert. Alexa Franke (2010) beschreibt das Homöostasemodell als eine der weltweit ältesten und dauerhaftesten Sichtweisen von Gesundheit. Demnach gilt Gesundheit als Ausdruck dafür, dass sich das Individuum sowohl im Zustand des inneren Gleichgewichts und der Harmonie als auch im Gleichgewicht mit der äußeren Welt befindet. Die bis heute noch gebräuchlichen Begriffe Hygiene und Diät sind auf das Werk Hippokrates (ca. 460-380 v. Chr.) zurückzuführen und zeugen davon, dass schon damals Einflussfaktoren auf die Gesundheit erkannt und gesundheitsförderliche Massnahmen ergriffen wurden. (S. 41)

Wie ganzheitlich Gesundheit im Mittelalter aufgefasst wurde, bezeugen die Ausführungen Georg Gressers (1998) über die Gesundheitslehre von Hildegard von Bingen (1098-1179). Sie proklamiert, so Gresser, dass die Ursache der Störung des natürlichen Gleichgewichts den ganzen Menschen erfassen muss und nicht nur den erkrankten Teil des Körpers (Hildegards Prinzipien der Heilkunst, ¶ 3).

Hafen (2007) sieht in der 1560 verfassten Gesundheitslehre Paracelsus' eine immer stärkere Fokussierung auf Krankheit, die durch naturwissenschaftliche Entdeckungen weiteren An Schub erfährt. Epidemiologische und klinische Beobachtungen führen laut Rosen (1958) im 16. und 17. Jahrhundert zur Entdeckung von immer mehr Krankheiten (zit. in Hafen, S. 16). Labisch (1992) bemerkt, dass im Laufe der Aufklärung das Individuum gegenüber seiner Umwelt eine starke Aufwertung erfährt und dies dazu führt, dass der Körper als weitere Ebene des Menschseins (neben Mensch und Kosmos) in den Fokus der Aufmerksamkeit gerät (zit. in Hafen, S. 16). Gleichzeitig wird Krankheit individualisiert und die Schuld am Kranksein hauptsächlich beim Individuum gesucht. (S. 15-16)

Folgt man Hafen (2007), kommt zu den wissenschaftlichen Entdeckungen, medizinischen Erfindungen und der Entflechtung der unterschiedlichen Ebenen des menschlichen Daseins hinzu, dass mit der aufklärerischen Forderung nach einem Recht auf Gesundheit und der wachsenden Bedeutung der Individualität des Menschen, die nach Foucault (1976) mit einer Dramatisierung des Todes (zit. in Hafen, S. 16) einhergeht, Krankheit und Gesundheit immer mehr getrennt werden und als Feind des Menschen eliminiert werden sollen. Indem der gesunde Mensch zum Wunschziel wird, erhält die Gesundheit zunehmend das Prädikat „normal“, während Krankheit als Ausnahmezustand gesehen wird. (S. 16-17)



So etabliert sich der bis heute gebräuchliche reduktionistische Gesundheitsbegriff, der Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit definiert. Dabei wird oft vergessen, dass die Fortschritte auf gesundheitlichem Gebiet laut Labisch (1992) weniger den unbestrittenen Erfolgen der medizinischen Wissenschaft, sondern vielmehr der Verbesserung der äusseren Lebensbedingungen (wie sauberes Wasser, Kanalisation etc.) zuzuschreiben sind (zit. in Hafen 2007, S. 17). Nach Hafen liegt der Fokus der europäischen (Schul-)Medizin trotzdem auf naturwissenschaftlich begründeten, empirisch belegbaren Diagnosen und Behandlungen von körperlichen Krankheiten, wodurch den sozialen und psychisch/spirituellen Einflussfaktoren weniger Beachtung geschenkt werden (S. 18).

Wie sehr Gesundheit und Krankheit gesellschaftliche Konstrukte sind, beweist das von Hafen (2007) angeführte Beispiel Foucaults (1969) zum Thema Alkoholkonsum. Während heutzutage der übermässige Alkoholkonsum und seine Folgen problematisiert werden, galt dieses Phänomen im Mittelalter als normal und wurde sogar ärztlich empfohlen (zit. in Hafen, S. 18). Emlein (1998) besagt, dass erst im Zuge der Reformation mit ihrem auf Enthaltbarkeit beruhenden Weltbild und der sich dynamisierenden Wirtschaft, die vermehrt auf „gesunde“, d.h. funktionsfähige Beschäftigte angewiesen ist, der Alkoholkonsum zu einem Problem wird (zit. in Hafen, S. 18). Die gesellschaftliche Zuschreibung verändert sich laut Spode (1994) dabei im Laufe der Zeit von individueller Schuld zu nicht individuell verschuldeter Krankheit, wodurch der Täter vermehrt zum Opfer wird (zit. in Hafen, S. 18). Diese offensichtliche Konstruktivität von Krankheit und Gesundheit zwingt uns laut Hafen dazu, danach zu fragen, durch wen und zu welcher Zeit die Konzepte von Krankheit und Gesundheit geprägt werden (S. 18-19).

Es kann also festgehalten werden, dass die Definitionen von Gesundheit und Krankheit sozial konstruiert sind. Weiter ist die wachsende Trennung von Krankheit und Gesundheit erkennbar, wobei Krankheit das individualisierte, mit allen Mitteln zu beseitigende Übel darstellt, während Gesundheit zum Lebensziel des „Homo Hygenicus“ (Labisch 1992, zit. in Hafen 2007, S. 19) emporstilisiert wird. Dieses medizinisch-wissenschaftliche Modell westlicher Prägung hat bis heute grossen Einfluss auf die professionelle und gesellschaftliche Sichtweise von Gesundheit und Krankheit.

Demgegenüber entstanden laut Haug (1991) schon Mitte des 19. Jahrhunderts Strömungen, die sich explizit von dieser reduktionistischen Auffassung distanzieren. Mit Jean-Jacques Rousseau als wichtigstem Vorbild vereinen sich unterschiedlichste Gruppierungen in der sogenannten deutschen „Lebensreformbewegung“, die die Idee „Zurück zur Natur“ vertritt und im Begriff „Lebenskraft“ den neuen Grundstein für gesundheitsförderliche Lebensweise legt. Zu dieser Bewegung gehören neben Natur- und Tierschutz-Organisationen und der Pfadfinderbewegung auch die anthroposophische Gesundheitslehre Rudolf Steiners und die bis heute aktive „alternativ-medizinische“ Bewegung. Das Gesundheitskonzept der „Kulturheilbewegung“ umfasst alle Lebensbereiche, einschliesslich der sozialen Beziehungen zu anderen Menschen. (zit. in Hafen 2007, S. 19-20)

Diese Tendenz hin zu umfassenderen Konzepten von Gesundheit wird nach dem zweiten Weltkrieg durch das Gesundheitskonzept der WHO verstärkt. Die WHO Definition von 1946 postuliert demnach: „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen

und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“ (WHO, 1946).

Sowohl die positivistische Definition von Gesundheit als auch der Terminus „Wohlbefinden“ sorgten in Fachkreisen für Furore, denn erstmals ging es um ein subjektives Empfinden und nicht mehr um ein von aussen bewerteter Zustand. Während auf der einen Seite befürchtet wurde, dass diejenigen, denen es wohl gehe, das Leben als blosses Vergnügen verstehen, nichts mehr leisten und sich ausschließlich darauf konzentrieren würden ihren persönlichen Spaß zu haben, weist Hans Schäfer (1980) darauf hin, dass jedes Lebewesen, sich in einer Welt voller Gefahren mühevoll seine Existenz sichern müsse und dass daher der Begriff „vollständiges Wohlbefinden“ utopisch sei (zit. in Franke 2010, S. 37). Franke meint, dass für diejenigen, die sich für eine stärkere Demokratisierung des Gesundheitswesens einsetzen, der Einbezug der subjektiven Ebene in die Gesundheitsdefinition wichtig ist, um Selbstbestimmung und Selbstverantwortung beim Individuum zu fördern. (S. 37)

Franke (2010) weist darauf hin, dass die WHO Definition, obwohl sie seither immer wieder heftig angegriffen worden ist, nichtsdestotrotz für sich in Anspruch nehmen kann, diejenige zu sein, auf die sich weltweit die größte Expertengruppe jemals hat verständigen und einigen können (S. 36).

Durch das erweiterte Verständnis von Gesundheit drängen zahlreiche Professionen wie die humanistische Psychologie, die Soziologie und die Pädagogik in die Gesundheitsdiskussion hinein und prägen diese mit. Vermehrt wird laut Haug (1991) der Trend hin zu einem prozesshaften Verständnis von Gesundheit und Krankheit erkennbar. Die Erweiterung der Interventionsbereiche vom Individuum über die Familie bis hin zu grösseren sozialen Systemen wie Firmen, Gemeinden oder dem Staat lässt die interdisziplinäre Sicht und eine ganzheitlichere Betrachtungsweise von Gesundheit erkennbar werden. (zit. in Hafen 2007, S. 20)

Laut Franke (2010) betonte Sigmund Freud mit seinem psychoanalytischen Modell die Ausgeglichenheit von somatischen und psychischen Faktoren als gesundheitsrelevant und deklarierte das spannungsfreie Zusammenspiel der drei Instanzen des psychischen Apparates (Ich, Es und Über-Ich) als für die seelische Gesundheit ausschlaggebend. Franke ordnet Freuds Modell den modernen Homöostasemodellen zu, die je unterschiedliche Systeme in Gleichgewicht zueinander setzen. (S. 42)

Folgt man Franke weiter (2010), so ist allen Gleichgewichtstheorien jedoch gemeinsam, dass sie eine Person als gesund betrachten, die sich in einem ausgewogenen Zustand befindet, und die sich nach jeder Störung der Ausgeglichenheit wieder in kürzest möglicher Zeit auf diese einpendelt. Während Gesundheit als Harmonie, Stabilität, Ordnung, Ausgeglichenheit oder Ruhe erachtet wird, gelten Krankheit, Unausgeglichenheit oder Veränderungen sowohl der Person als auch der Umwelt als Gefahren für die Gesundheit. In der westlichen Welt haben so in den letzten Jahren vor allem östliche Gleichgewichtstheorien wie die des Yin-Yang und Ayurveda recht viel Zuspruch gefunden. (S. 42)

Eng mit den Homöostasemodellen verwandt und doch das genaue Gegenteil ist die Vorstellung

vom gesunden Menschen als demjenigen, der in der Lage ist, den Störungen, mit denen er gezwungenermaßen konfrontiert ist, aktiv zu begegnen und sie zu überwinden. Laut Franke (2010) betonen die sogenannten Heterostasemodelle den Aspekt des dynamischen Sich-Weiter-Veränderns, wobei Krankheitsrisiken und Krankheitszustände als integrale Bestandteile von Gesundheit aufgefasst werden. Diese Modelle gehen gar soweit, dass sie den Zustand der Ausgeglichenheit mit Stagnation und Erstarrung gleich setzen und es als eine Notwendigkeit der menschlichen Entwicklung ansehen, Unausgeglichenheit und Krankheit als Teil des Lebens zu betrachten und mit Flexibilität darauf zu reagieren. (S. 43)

Das Salutogenesekonzept des israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky, auf das wir im Kapitel 2.2 vertiefter eingehen, ist das zentrale Heterostasemodell, das die pathogenetische Betrachtungsweise von Gesundheit um die Salutogenese grundlegend erweitert. Seine Hauptkritik an den Gleichgewichtstheorien ist laut Franke (2010) die, dass sie die Gesundheit als den Normalfall ansehen und Krankheit dementsprechend als Abweichung davon betrachten. Krankheiten, Leiden und Schmerzen werden von Antonovsky als integrale Bestandteile menschlicher Existenz erachtet, wobei der menschliche Organismus einem „Dauerbombardement von Stressoren“ ausgesetzt ist, denen gegenüber er sich ständig verteidigen muss. Der Normalfall ist also nicht die Ausgeglichenheit, sondern das ständige Bemühen Stressoren zu bewältigen, um gesund zu bleiben. Antonovsky konzipiert Gesundheit als Kontinuum, in dem weder Krankheit noch Gesundheit als absoluter Zustand betrachtet werden, sondern sich wechselseitig bedingen. (S. 43)

Aktuelle ganzheitliche Konzepte von Gesundheit berücksichtigen laut Hafén (2007) sowohl soziale wie auch physische Einflussfaktoren und gehen auf die Wechselwirkung von Körper und Psyche ein. So tritt vermehrt wieder die in der Antike, aber auch in östlichen Gesundheitslehren und in psychologischen und philosophischen Theorien vertretene These auf, dass die Ursache für körperliche und psychische Krankheit nicht nur im jeweiligen System, sondern auch im jeweiligen Bezugssystem und insbesondere im sozialen Umfeld zu suchen ist. (S. 22)

Klaus Hurrelmann (2003), einer der bedeutendsten Gesundheitssoziologen unserer Zeit, dessen Theorien im Kapitel 2.3 betrachtet werden, betont die transaktionalen und interaktiven Aspekte der Gesundheit: „Gesundheit ist dann gegeben, wenn eine Person konstruktiv Sozialbeziehungen aufbauen kann, sozial integriert ist, die eigene Lebensgestaltung an die wechselhaften Belastungen des Lebensumfeldes anpassen kann, dabei individuelle Selbstbestimmung sichern und den Einklang mit den genetischen physiologischen und körperlichen Möglichkeiten herstellen kann.“ (zit. in Gutzwiller & Paccaud 2007, S. 13)

Wie wir dargestellt haben, wird die Definition von Gesundheit und Krankheit immer gesellschaftlich konstruiert und ist abhängig vom subjektiven Empfinden. Eine differenzierte und ganzheitliche Betrachtungsweise ist erforderlich, um den unterschiedlichen Dimensionen von Gesundheit gerecht zu werden. Gesundheit und Krankheit sind keine absoluten Zustände, sondern sich wechselseitig bedingende Pole eines Kontinuums auf dem sich Individuen bewegen und laufend neu positionieren. Antonovskys Konzept der Salutogenese, das als Paradigmawechsel in der Gesundheitswissenschaft gilt, wird im nächsten Kapitel vertieft behandelt und dient uns als Grundlage für die weitere Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit.

## 2.2 Das Salutogenesekonzept nach Aaron Antonovsky

### 2.2.1 Einführung

(. . .) meine fundamentale philosophische Annahme ist, dass der Fluss der Strom des Lebens ist. Niemand geht sicher am Ufer entlang. Darüber hinaus ist für mich klar, dass ein Großteil des Flusses sowohl im wörtlichen als auch im übertragenen Sinn verschmutzt ist. Es gibt Gabelungen im Fluss, die zu leichten Strömungen oder in gefährliche Stromschnellen und Strudel führen. Meine Arbeit ist der Auseinandersetzung mit folgender Frage gewidmet: Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluss befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer? (Aaron Antonovsky, 1987/1997, S. 92)

Wie Gesundheit entsteht und wie es Menschen gelingt gesund zu bleiben, sind die dem Salutogenesekonzept des Medizinsoziologen und Stressforschers Aaron Antonovsky zugrunde liegenden Fragen. Es rückt die personalen Ressourcen und Potentiale, die für das Gesundsein einer Person förderlich sind, ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Das Konzept stellt laut Kolip et al. (2010) einen Perspektivenwechsel im Gesundheitsdiskurs dar und übt mit seinem Erscheinen 1987 Kritik am pathogenetisch ausgerichteten, auf krank machende Faktoren fokussierten, medizinischen und psychosozialen Versorgungssystem. Es bietet Anschlussmöglichkeiten für verschiedene Wissenschaften (Medizin, Sozial- und Gesundheitswissenschaften) und fordert diese dazu auf, sich neu mit dem Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriff auseinander zu setzen. (S. 12)

Das Salutogenesekonzept beruht auf zwei Grundannahmen. Heterostase (Ungleichgewicht) und ständiger Druck in Richtung zunehmender Entropie (Unordnung) ist nach Antonovsky (1987/1997) das prototypische Charakteristikum des lebenden Organismus (S. 22). Die Annahme, dass Krankheit also kein unübliches Phänomen ist, steht in diametraler Weise der pathogenetischen Orientierung gegenüber, die davon ausgeht, dass Krankheit eine Ausnahme des normalerweise homöostatischen und somit gesunden Zustandes darstellt.

Als zweite Grundannahme begreift Antonovsky (1987/1997) Gesundheit und Krankheit als Kontinuum und bezeichnet es im Originaltext als health-ease/dis-ease (HEDE-)Kontinuum. Anstatt Gesundheit und Krankheit als dichotome, unvereinbare Phänomene zu verstehen, werden sie als Endpunkte einer Achse definiert, auf der sich eine Person jederzeit verorten kann (S. 23). Folgt man der Vorstellung eines mehrdimensionalen Kontinuums, so weist jede Person zu Lebzeiten immer sowohl gesunde wie auch kranke Anteile auf. Somit wird die einseitige Fokussierung auf den Krankheitszustand aufgelöst und die Möglichkeit eröffnet durch ganzheitliche Betrachtung der Geschichte eines Menschen etwas über die Ätiologie (Lehre der Ursachen) des Gesundseins zu erfahren. (S. 24)

Antonovsky (1987/1997) geht also davon aus, dass Stressoren allgegenwärtig sind und, je nach Charakter des Stressors und deren Bewältigungsmöglichkeiten (Copingressourcen), unter Umständen auch positiv auf die Gesundheit einwirken können. Laut Antonovsky hat sich gezeigt, dass ein hohes Mass an Stressoren, bei einem gleichzeitigen hohen Mass an sozialer Unterstützung, sogar förderlich für die Gesundheit sein kann (S. 27). Somit versucht Antonovsky die Stressoren im menschlichen Leben zu rehabilitieren. Er definiert sie wertfrei als Herausforderungen, für die es keine unmittelbar verfügbare oder automatisch adaptive Antwort gibt. Dies erzeugt einen Spannungszustand, der eine Reaktion erfordert (S. 43). Spannung bedeutet nach Antonovsky „das Erkennen im Gehirn, dass ein Bedürfnis unerfüllt ist, dass man einer Forderung nachkommen muss, dass man etwas tun muss, wenn man ein Ziel realisieren will“ (S. 125).

Antonovsky (1987/1997) kommt zum Schluss, dass der Fokus auf der aktiven Adaptation (Anpassung) an eine mit Stressoren angefüllte Umgebung liegen muss und sieht im erfolgreichen Coping (engl. Bewältigung) eine Möglichkeit die Position auf dem Gesundheits-Krankheits Kontinuum entweder zu behalten oder sich auf den Gesundheitspol hin zu bewegen (S. 25).

### 2.2.2 Generalisierte Widerstandsressourcen

Das Augenmerk wird also bei der Salutogenese auf Gesundheitsfaktoren gelenkt. Damit sind Faktoren gemeint, die ausschlaggebend dafür sind, ob die Bewegung in Richtung Gesundheitspol gelingt. Sie sind entweder direkt gesundheitsförderlich oder sie schützen die Gesundheit bzw. puffern die Gefahr von Krankheit ab. Das Potenzial von Menschen mit den vielfältigen Belastungen konstruktiv, das heisst ohne gesundheitliche Beeinträchtigung zurechtzukommen, nennt Antonovsky (1987/1997) generalisierte Widerstandsressourcen (Generalized Resistance Resources, GRRs). Sie schaffen laut Antonovsky definitionsgemäss Lebenserfahrungen, die durch Konsistenz, Partizipation an der Gestaltung des Outcomes und einer Balance zwischen Überlastung und Unterforderung charakterisiert sind. Sie verursachen oder verstärken auf diese Weise ein starkes Kohärenzgefühl, auf das später detailliert eingegangen wird. (S. 43)

Laut Alexa Franke (2010) sind generalisierte Widerstandsressourcen sowohl im Individuum als auch im sozialen Umfeld zu finden (S. 167). Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die wesentlichen Widerstandsressourcen.

<b>Widerstandsressource</b>	<b>Zum Beispiel...</b>
Gesellschaftliche Widerstandsressourcen	Politische und ökonomische Stabilität, Frieden, intakte Sozialstrukturen, funktionierende gesellschaftliche Netze
Individuelle Widerstandsressourcen	<p>Kognitive Ressourcen: Wissen, Intelligenz, Problemlösefähigkeit</p> <p>Psychische Ressourcen: Selbstvertrauen, Ich-Identität, Selbstsicherheit, Optimismus</p> <p>Physiologische Ressourcen: Konstitution, anlagebedingte oder erworbene körperliche Stärken und Fähigkeiten</p> <p>Ökonomische und materielle Ressourcen: Geld, finanzielle Unabhängigkeit und Sicherheit, Zugang zu Dienstleistungen, sicherer Arbeitsplatz</p>

Abb. 1: Widerstandsressourcen. Eigene Darstellung. (nach Franke, 2010, S. 167)

Franke (2010) merkt an, dass generalisierte Widerstandsressourcen bestimmen, inwieweit eine Person der andauernden Konfrontation mit Stressoren gewachsen ist. Entweder führen sie dazu, dass eine Person einen konstruktiven Umgang mit einem Stressor findet oder deren Entstehung vermeiden kann. (S. 168)

Antonovsky (1987/1997) erweitert den Gedanken der Widerstandsressourcen mit der Dimension des Stressors, der auch als Abwesenheit einer generalisierten Widerstandsressource bezeichnet werden kann, und schlägt vor, von einem einheitlichen Konzept von „übergeordneten psychosozialen generalisierten Widerstandsressourcen-Widerstandsdefiziten (GRR-GRD)“ (S. 43) zu sprechen. Demzufolge wird ein Stressor als Merkmal definiert, der Entropie in ein System bringt, d.h. eine Lebenserfahrung schafft, die durch Inkonsistenz, Über- oder Unterforderung und fehlende Teilhabe an Entscheidungsprozessen charakterisiert ist. (S. 43-44)

### 2.2.3 Das Konzept des Kohärenzgefühls

Das Konzept des Kohärenzgefühls (SOC, „sense of coherence“) stellt nach Antonovsky (1987/1997) den Kern der Antwort auf die salutogenetische Frage dar, wie Menschen gesund werden oder bleiben. Er sieht im Kohärenzgefühl sowohl eine Hauptdeterminante für die Bestimmung der Position einer Person auf dem Gesundheits-Krankheits Kontinuum als auch dafür, dass man sich auf den Gesundheitspol zu bewegt. Er versteht das SOC als eine allgemeine Grundhaltung der Welt und dem eigenen Leben gegenüber. Folgende drei Komponenten bestimmen das Kohärenzgefühl: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. (S. 30-36)

Verstehbarkeit definiert Antonovsky (1987/1997, S. 34-35) als das Ausmass, in welchem man interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnimmt, als geordnete, konsistente, strukturierte, klare Information und nicht als Rauschen (chaotisch, ungeordnet, willkürlich, zufällig und unerklärlich). Eine Person mit einem hohen Ausmass an Verstehbarkeit geht davon aus, dass Stimuli, denen sie in Zukunft begegnet, vorhersagbar sein werden oder dass sie zumindest, sollten sie überraschend auftreten, eingeordnet und erklärt werden können. Verstehbarkeit ist laut Antonovsky auch dann gegeben, wenn „eine solide Fähigkeit, die Realität zu beurteilen“ (S. 34) besteht (kognitive Gewichtung) oder sich das „Gefühl von Vertrauen, die Dinge werden sich schon regeln“ (S. 35) einstellt (emotionale Gewichtung). Laut Franke (2010, S. 170) ist die Erfahrung von Konsistenz für die Ausbildung der Komponente Verstehbarkeit von grosser Bedeutung. Mit Erfahrungen der Konsistenz sind Erfahrungen der Wiederholung, der Ähnlichkeit von Abläufen unter vergleichbaren Bedingungen und das Überdauern von Dingen, Abläufen und Beziehungen gemeint.

Handhabbarkeit definiert Antonovsky (1987/1997, S. 35) als das Ausmass, in dem man wahrnimmt, dass man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen, die von den Stimuli, mit denen man konfrontiert wird, ausgehen. Es sind Ressourcen, die man selbst unter Kontrolle hat oder solche, die von legitimierten anderen (jemandem, dem man vertraut) kontrolliert werden. Menschen mit hohem Ausmass an Handhabbarkeit fühlen sich dementsprechend nicht in einer Opferrolle, sondern sehen sich den Anforderungen gewachsen. Um ein starkes Gefühl der Handhabbarkeit ausbilden zu können, sind laut Franke (2010, S. 170) Erfahrungen der Belastungsbalance notwendig. Eine Ausgeglichenheit zwischen Überlastung und Unterforderung ist dafür ausschlaggebend.

Bedeutsamkeit repräsentiert laut Antonovsky (1987/1997, S. 36) das motivationale Element. Er definiert es als das Ausmass an Lebensbereichen einer Person, bei denen die Person Sinnhaftigkeit erlebt, in die sie gerne investiert und die ihr am Herzen liegen. Ereignisse in diesen Bereichen werden als Herausforderungen wahrgenommen, insofern dass es wichtig genug erscheint, emotional in sie zu investieren und sich zu engagieren. Das Leben wird mit einem hohen Mass an Bedeutsamkeitsempfinden als emotional sinnvoll empfunden, wobei Probleme eher als Herausforderungen denn als Laster wahrgenommen werden. Für die Ausbildung der Bedeutsamkeitskomponente sind nach Franke (2010, S. 170) Erfahrungen der Partizipation wichtig. Damit ist gemeint, dass Erfahrungen der Einflussnahme auf die Welt um sich herum und das Mitwirken an der Gestaltung von Ergebnissen gemacht werden können. Antonovsky (1987/1997) definiert das Kohärenzgefühl (SOC) folgendermassen:

Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmass man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass erstens die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äusseren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind und dass zweitens einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen. Und drittens, dass diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen. (S. 36)

Ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl ermöglicht eine flexible Reaktion auf Anforderungen, während ein schwaches Kohärenzgefühl eher starre und rigide Reaktionen hervorbringt. Hans Günther Homfeldt und Stephan Sting (2006) merken an, dass das SOC die Copingstrategie eines Menschen bestimmt und somit auch die Stressverarbeitung beeinflusst, wobei Stress nicht per se als negativ betrachtet wird, sondern als neutrale Anregung und Aktivierung des Organismus sogar notwendig ist. Demnach werden für die salutogenetische Fragestellung Coping- oder Bewältigungsprozesse entscheidender als Stressfaktoren. (S. 78)

Das im Individuum verankerte Kohärenzgefühl bildet sich im Verlauf der menschlichen Entwicklung und ist nach Antonovsky (1987/1997) im Erwachsenenalter nur noch begrenzt beeinflussbar (S. 105). Wie sich das Kohärenzgefühl nach Antonovsky entwickelt, soll hier aufgezeigt werden.

Das Kleinkind verfügt nach Antonovsky (1987/1997) über ein natürliches Bedürfnis nach Stabilität. Konsistenz und Wiederholung sind aber nicht selbstverständlich vorhanden, sondern müssen durch Bezugspersonen und in sozialer und natürlicher Umwelt erfahren werden können. Das Kind lernt im Idealfall, dass die physikalische und soziale Umwelt sich nicht ständig verändert. Innere und äussere Stimuli und die Reaktionen darauf können so vertraut und zur Routine werden. Diese Erfahrungen bestimmen das Ausmass der Komponente Verstehbarkeit. (S. 95-96)

Für die Komponente der Bedeutsamkeit ist laut Antonovsky (1987/1997) die Qualität der Reaktion auf die Aktivitäten des Kindes ausschlaggebend. Die Reaktion kann zwar konsistent, muss aber nicht zwingend erfreulich sein. Das Kind ist ein proaktives Wesen, das auch die Umgebung mitgestaltet. Erfahrungen, die für das Erleben von Bedeutsamkeit förderlich sind, sind Teilnahme an Entscheidungsprozessen in sozial anerkannten Aktivitäten. (S. 96)

Ob dem Kind grundsätzlich die Entscheidungsmöglichkeit zugesprochen wird oder nicht, hat laut Antonovsky (1987/1997) signifikante Konsequenzen für seine Belastungsbalance. Zu den inneren Anforderungen des Kindes kommt hinzu, dass es in eine soziale Umwelt eingebunden ist, wo wiederum wechselseitige Anforderungen gestellt werden. Die zwangsläufig ungleich verteilte Macht bringt das Kind gegenüber seiner sozialen Umwelt in eine verletzbare und abhängige Position, welche aber Motivation dafür liefert, Verhaltensweisen, Fertigkeiten, Einstellungen und Werte zu erwerben, die helfen eine soziale Identität aufzubauen und einen eigenen Platz zu finden. (S. 97-99)

Das im Kindesalter aufgebaute SOC gerät nach Antonovsky (1987/1997) in der Adoleszenz durcheinander. Das Ausmass dieser Orientierungslosigkeit jedoch ist kulturabhängig, je nachdem wie gross die Diskontinuität zwischen dem Leben des Kindes und des Erwachsenen ist. (S. 100)

Zur Ableitung der drei Komponenten des SOC für die Phase der Adoleszenz bedient sich Antonovsky eines Zitates von Erik H. Erikson (1959). In der Adoleszenz, so Erikson, sieht sich ein Mensch mit der Entwicklungsanforderung konfrontiert „einen belebenden Realitätssinn aus dem Bewusstsein zu entwickeln, dass sein individueller Weg, die Erfahrungen zu meistern, eine erfolgreiche Variante des Weges ist, mit dem die anderen Menschen um



ihn herum ihre Erfahrungen meistern und solches Können anerkennen“ (zit. in Antonovsky 1987/1997, S. 101). „Erfolgreiche Variante“ und „Realitätssinn“ beinhaltet für Antonovsky die Komponente Verstehbarkeit, während „Können anerkennen“ Handhabbarkeit und „belebend, (. . .) Bewusstsein, (. . .) individuell“ Bedeutsamkeit implizieren. Antonovsky (S. 103) folgert daraus, dass es für Jugendliche viele Wege gibt, die Welt als verstehbar, handhabbar und bedeutsam zu erleben. Er fügt jedoch an, dass sich Jugendliche paradoxerweise vor allem mit der konsistenten Botschaft konfrontiert sehen, dass das Leben unvorhersehbar ist und dass es für sie keinen Platz bietet.

Antonovsky (1987/1997) vertritt die nicht unumstrittene Ansicht, dass das Kohärenzgefühl im Erwachsenenalter relativ stabil bleibt. Partizipation an gesellschaftlich geschätzten Entscheidungsprozessen nennt er als wichtige Komponente sowohl für die Zufriedenheit wie auch für das Zugeständnis, dass Entscheidungsspielräume existieren. Mit der Belastungsbalance spricht er die Verfügbarkeit von Ressourcen für Einzelne und Gruppen, die miteinander interagieren, und der Raum für die Nutzung vorhandener Potentiale für kreative Problemlösungsprozesse, an. Konsistenz ist dann gegeben, wenn Klarheit z. B. über das Arbeitsumfeld und die eigene Stellung darin und Vertrauen in die Sicherheit des Arbeitsplatzes besteht. Dies ist förderlich für die Kommunikation und das Feedback in sozialen Beziehungen. (S. 106-108)

Antonovsky (1987/1997) führt den Begriff der Grenzen in seine Konzeption des SOC ein und meint damit, dass nicht notwendigerweise das gesamte Leben als verstehbar, handhabbar und bedeutsam erlebt werden muss um ein starkes SOC zu haben (S. 39). Franke (2010) verweist darauf, dass es für Menschen entscheidend ist, gewisse Lebensbereiche zu haben, die von subjektiver Bedeutung sind, um ein Kohärenzgefühl aufzubauen. Gleichzeitig müssen Bereiche als irrelevant vernachlässigt werden, um das Leben als handhabbar betrachten zu können (S. 171). Folgende vier Lebensbereiche sind nach Antonovsky (S. 39) von solch hoher Signifikanz, dass sie nicht vernachlässigt werden können, da mit ihnen viele persönliche Energie und ein Teil des menschlichen Selbst verbunden sind: die eigenen Gefühle, die unmittelbaren interpersonellen Beziehungen, die wichtigste eigene Tätigkeit und existentielle Fragen wie Tod, Schuld, Isolation oder Scheitern.

## 2.2.4 Coping

Die Grundannahme des salutogenetischen Konzeptes der Heterostase impliziert nach Franke (2010, S. 171), dass eine Person permanent mit Reizen bombardiert wird. Diese Reize erzeugen einen Spannungszustand und eine Reaktion wird erforderlich. Diese Feststellung trifft auf alle Reize zu, unabhängig davon, ob ein Reiz als erfreulich oder potentiell gefährlich bewertet wird. Somit rückt die subjektive Bewertung in den Vordergrund. Diese subjektive Bewertung wird nach Antonovsky (1987/1997) in allen Phasen eines Bewältigungsprozesses entscheidend durch das Kohärenzgefühl beeinflusst. Menschen sind ihren Belastungen nicht passiv ausgeliefert, sondern tragen aktiv am Umgang mit ihnen bei, sodass dem Bewältigungsprozess, also dem Coping, grosse Bedeutung zu kommt. Nach Ralph M. Steinemann (2005) wird Coping als ein erfolgsunabhängiger Versuch verstanden, eine Stresssituation mittels verschiedener Strategien zu mildern, abzuändern, zu vermeiden oder zu beenden (S. 45).

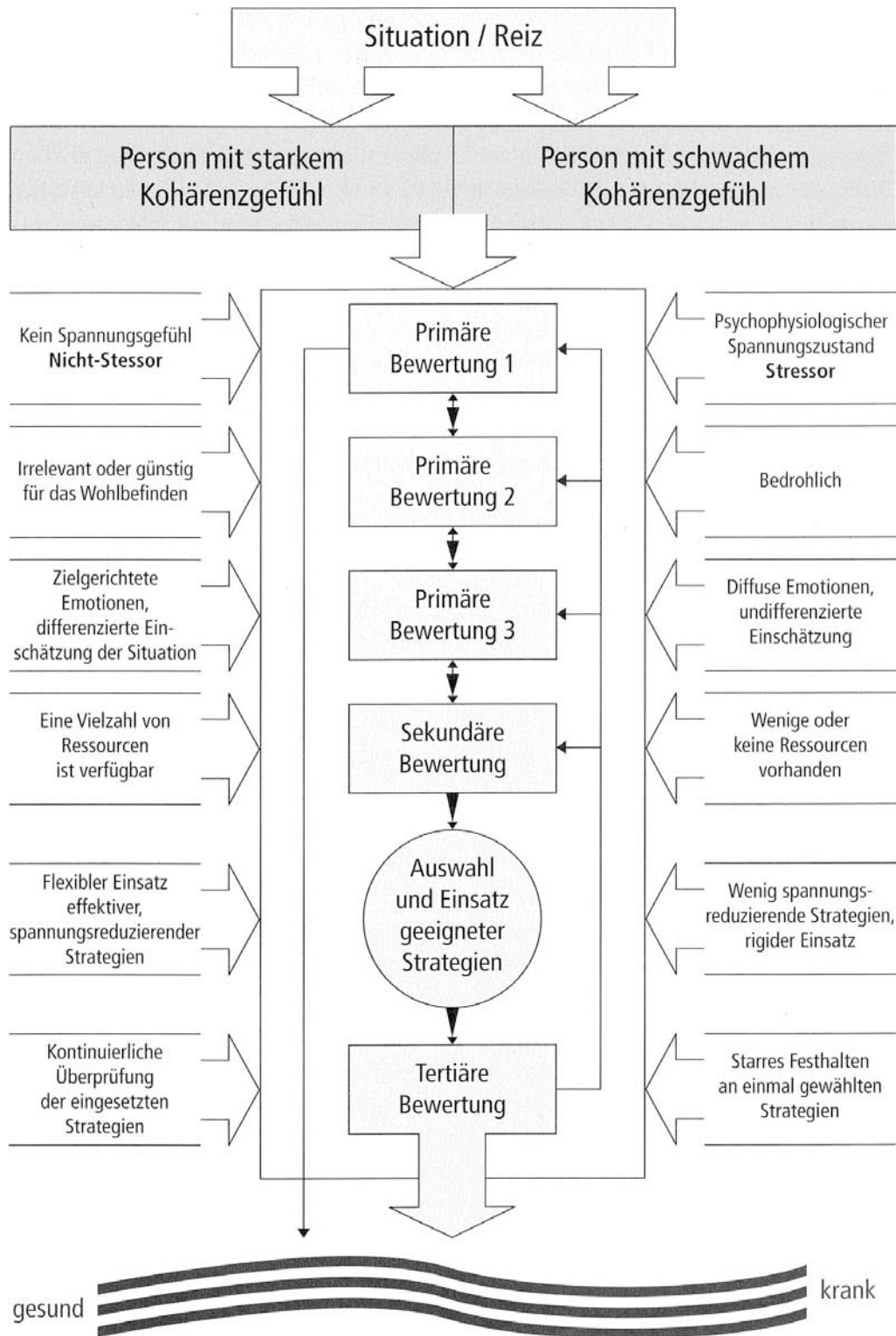


Abb. 2: Zusammenhang von Kohärenzgefühl und Stressverarbeitung nach Antonovsky. (Franke, 2010, S. 173)

Die Abbildung 2 zeigt den unterschiedlichen Umgang von Personen mit hohem und niedrigem Kohärenzgefühl in den von Antonovsky postulierten fünf Phasen des Bewältigungsprozesses. Franke (2010) führt aus, dass Personen mit einem starken Kohärenzgefühl Reize eher als Nicht-Stressoren definieren. Als Stressoren definierte Reize bewerten sie eher als positive Herausforderung oder als irrelevant denn als bedrohlich. Stresshafte Situationen nehmen sie eher geordnet und differenziert wahr und gehen davon aus, dass ihre Ressourcen ausreichen, mit der Anforderung umgehen zu können. Sie wählen aus dem großen Repertoire von verfügbaren Strategien die geeigneten aus und können durch deren flexiblen Einsatz die Spannung reduzieren. Franke nimmt weiter an, dass für Personen mit niedrigem Kohärenzgefühl mehr Reize häufiger als bedrohlich und seltener als interessante Herausforderung erlebt werden. Die entstandene Situation wird undifferenziert eingeschätzt und es kommt eher zu emotionaler Verwirrung. Mit weniger Ressourcen bestückt, stehen diesen Personen auch wenige spannungsreduzierende Strategien zur Verfügung. In der Folge werden diese wenigen Strategien tendenziell rigide eingesetzt und an einem einmal eingeschlagenen Lösungsversuch wird starr festgehalten. (S. 172)

Franke (2010) versteht somit das SOC als globale Stressbewältigungsressource, die eine kognitiv-emotional günstige Ausgangslage schafft, um flexibel die Widerstandsressourcen zu aktivieren, die am angemessensten für die Situation sind (S. 172).

## 2.2.5 Kritik und Erweiterung des Salutogenesekonzeptes

Im Folgenden soll auf die Kritik und die Weiterentwicklung des Salutogenesekonzeptes eingegangen werden.

Toni Faltermaier (2010) hebt vor allem zwei Mängel des Salutogenesekonzeptes hervor. Er weist einerseits darauf hin, dass die Subjektebene, die den Einfluss eines aktiven und handelnden Subjekts berücksichtigt, fehlt. Die subjektive Konstruktion von Gesundheit, welche durch die subjektiven Gesundheitsvorstellungen und das Gesundheitshandeln im Alltag geprägt ist, wird somit in ihrer Relevanz unterschätzt. Faltermaier nennt vor allem die Notwendigkeit, in Zukunft die subjektive Seite des Körpers stärker einzubeziehen und die Bezüge zu zentralen handlungsleitenden Prinzipien, wie z. B. dem Konstrukt der Identität, auszuarbeiten.

Laut Faltermaier (2010) sei vor der Berücksichtigung des SOC, als wichtige individuelle Ressource, jedoch den strukturellen Voraussetzungen des Gesundbleibens, die die elementaren Lebensbedürfnisse bedingen, Rechnung zu tragen. Daher erachtet er eine Förderung des SOC nur bei Menschen als ethisch vertretbar, deren objektive Lebensbedingungen ein für individuelle Mitgestaltung ausreichendes Mass an Handlungsfreiheit gewährleisten. (S. 200)

Andererseits stellt Faltermaier (2010) kritisch fest, dass die gesellschaftliche Ebene im Salutogenesekonzept zu wenig berücksichtigt werde. Gesellschaftliche und kulturelle Einflüsse und Wirkungsweisen müssten demnach stärker in das Konzept eingearbeitet und empirisch fundiert werden. Mit Verweis auf die soziale Organisation des Laiensystems (Freiwilligenarbeit) merkt er an, dass der soziale Kontext, der für das Individuum eine zentrale Ressource darstellen kann, nicht vernachlässigt werden sollte. (S. 189-194)

Homfeldt und Sting (2006), die das Salutogenese-Konzept in Bezug auf die Soziale Arbeit untersuchten, stellen die von Antonovsky angenommene relative Stabilität des Kohärenzgefühls im Erwachsenenalter in Frage. Sie argumentieren, dass in der Entwicklungspsychologie heute die Persönlichkeitsentwicklung als lebenslanger Prozess verstanden wird, in welchem die Identität auch im Erwachsenenalter markante Veränderungen und Diskontinuitäten durchlaufen kann. (S. 79)

Renate Höfer (2010) verweist auf die neuere Identitätsforschung, die argumentiert, dass die Betonung von Kontinuität, Kohärenz und Entwicklungslogik auf Grund der gesellschaftlichen Wandlungsprozesse ihre Passförmigkeit verloren hat und so das Kohärenzgefühl als Konzeption der Identität überholt sei. Vielmehr entsteht das Identitätsgefühl in der kontinuierlichen alltäglichen Identitätsarbeit, indem das Subjekt alltägliche Erfahrungen verarbeitet. Dies kann als permanente Passungsarbeit zwischen den inneren und äusseren Welten bezeichnet werden. Folgt man Höfer, so speist sich also das Identitätsgefühl aus zwei Quellen: dem Selbstgefühl, das Bewertungen über die Qualität und die Art der Beziehung zu sich selbst enthält und dem Kohärenzgefühl, das sich über die Bewertungen der Bewältigung alltäglicher Anforderungen bildet und in dem sich die Beziehung zur Welt ausdrückt. Weiter stellt Höfer die These auf, dass in der „reflexiven Moderne“ (S. 62) die Selbstreferenzialität (der Bezug zu eigenen Zielen) und die damit verbundenen Bewertungsprozesse eine wichtige Rolle für die Identitätsarbeit spielen. Sie versucht somit Kohärenz mehr als Prozess zu fassen und löst sich von der Vorstellung eines im Erwachsenenalter abgeschlossenen Konstruktes des Kohärenzgefühls. Sie nimmt an, dass je mehr selbstreflexive Prozesse mit der Qualität der beschriebenen Selbstreferenzialität ein Subjekt erfährt, desto stärker wird das Selbst- und Kohärenzgefühl. Höfer erklärt sich somit, warum das Kohärenzgefühl ein relativ stabiler und einflussreicher Faktor für die Gesundheit ist. Damit das SOC als Ergebnis vieler gelungener Identitätsprozesse entsteht, ist es ausschlaggebend, wie sehr es dem Subjekt gelingt, in seinen individuellen Projekten und Projektentwürfen subjektiv stimmige und authentische Verknüpfungen herzustellen. Gelingt dies, so entsteht gleichzeitig ein umso positiveres Identitätsgefühl und stärkeres Gefühl der Kohärenz. (S. 61-63)

Franke (2010, S. 174-175) weist darauf hin, dass das Salutogenese-Konzept von Antonovsky in seiner Fokussierung auf Coping im Grunde reaktiv bleibt und trotz salutogener Perspektive stress- und anforderungsorientiert ist. Sie kritisiert damit, dass positive Ressourcen, die direkt die Gesundheit fördern, vernachlässigt werden. Sie geht davon aus, dass Stressbewältigung nur ein Teil von gelungener aktiver Adaptation ist und gesundheits- und adaptionsfördernde Kognitionen, Emotionen und Verhaltensweisen nicht nur als Puffer gegen Stress wirken, sondern direkt zu Gesundheit und Anpassung beitragen. In eigenen Untersuchungen habe sie festgestellt, so Franke, dass die Fähigkeit zu geniessen und sich etwas Gutes tun, neben Humor, Optimismus und der Fähigkeit zu verzeihen, Ressourcen darstellen, die direkt zu einem grösseren Ausmass an Gesundheit beitragen. Somit bemüht sich Franke um eine ressourcenorientierte Erweiterung des Salutogenese-Konzeptes, das auf folgender Seite in Abbildung 3 dargestellt wird.

# HEDE – Kontinuum



Welche Faktoren sind daran beteiligt, dass Menschen ihre Position auf dem Kontinuum beibehalten oder sich zum gesunden Pol hin bewegen können?

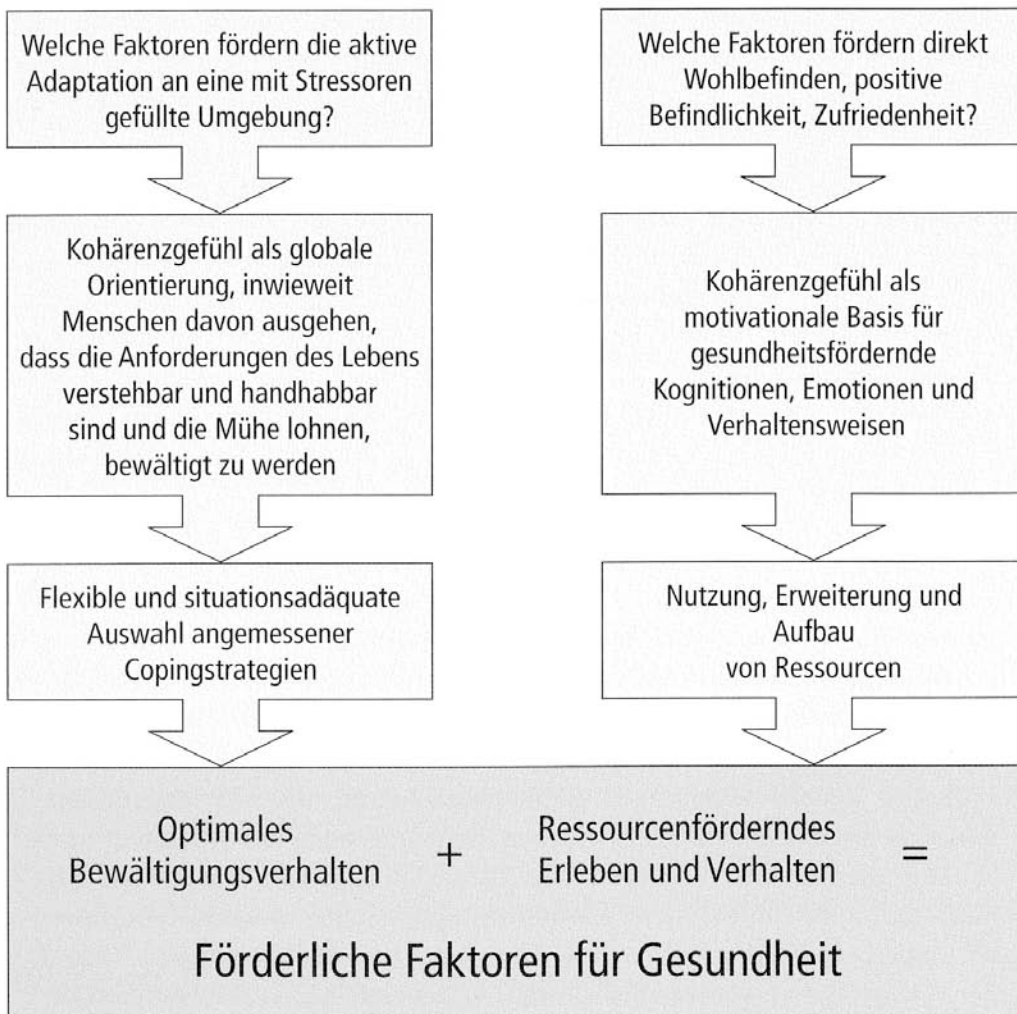


Abb. 3: Ressourcenorientierte Erweiterung des Salutogenese-Konzeptes. (Franke, 2010, S. 176)

## 2.2.6 Fazit

Antonovsky fokussiert sich mit dem Salutogeneskonzept auf die individuellen Ressourcen und Potentiale, die für die Gesundheit einer Person förderlich sind. Er definiert Gesundheit und Krankheit als Endpunkte einer Achse, auf der sich der Mensch dauernd positioniert. Durch die Vorstellung eines mehrdimensionalen Kontinuums, weist jede Person sowohl gesunde als auch kranke Anteile auf. Antonovsky geht weiter davon aus, dass der Mensch einem dauernden Bombardement von Stimuli ausgesetzt ist. Mithilfe des Kohärenzgefühls und einer persönlichen Bewältigungsstrategie (Coping) entscheidet sich, ob die Stimuli zu Stressoren werden und Spannungszustände auslösen, oder ob die Stimuli dank dem Kohärenzgefühl verstanden werden (Verstehbarkeit), die Person damit umgehen kann (Handhabbarkeit) und ob die Stimuli als bedeutsam erkannt werden und somit als Herausforderung auf dem Weg zu einem sinnhaften Leben angesehen werden können (Bedeutsamkeit). Unterstützt wird die positive Verarbeitung der Stimuli durch generalisierte Widerstandsressourcen, die als Potenziale betrachtet werden, mit denen der Mensch mit den vielfältigen Belastungen konstruktiv, das heisst ohne gesundheitliche Beeinträchtigung, zurecht kommen kann.

Im nachfolgenden Kapitel wird durch die Behandlung des Sozialisationsmodelles nach Klaus Hurrelmann (2010) der Blick auf die sozialstrukturellen Bedingungen für die Gesundheit des Individuums gelenkt, wobei Parallelen zum Salutogeneskonzept gezogen werden. Anhand von Hurrelmanns Maximen wird schliesslich eine der bedeutsamsten und differenziertesten Definitionen von Gesundheit hergeleitet, die in der Gesundheitswissenschaft breit anerkannt wird.

## 2.3. Gesundheitssoziologie nach Klaus Hurrelmann

### 2.3.1 Einführung

Klaus Hurrelmann (2010), mit dessen Erklärungsversuchen für Gesundheit wir uns nun im Folgenden auseinandersetzen werden, bringt Antonovsky (Abb. 4) wie folgt auf den Punkt:

Den Ausgangspunkt bilden Stressoren im psychosozialen, physischen und biochemischen Bereich, die als Herausforderungen der körperlichen, psychischen und sozialen Bewältigungskapazitäten wahrgenommen werden. Ihnen entgegen treten die Widerstandsressourcen in verschiedenen Bereichen. Deren Konstellation entscheidet darüber, ob die bedrohliche Wirkung der Stressoren angemessen verarbeitet werden kann, ob also die Spannungsverarbeitung erfolgreich ist oder nicht. Der entscheidende moderierende Faktor ist schliesslich das Kohärenzgefühl. Es erklärt massgeblich, wie die Position auf dem Kontinuum von Gesundheit und Krankheit für einen Menschen ausfällt. (S. 125)

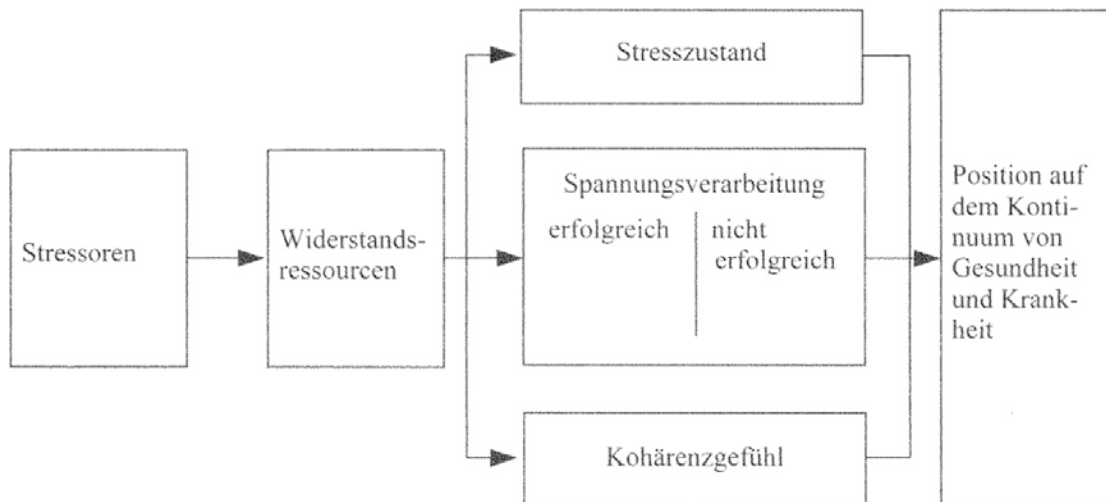


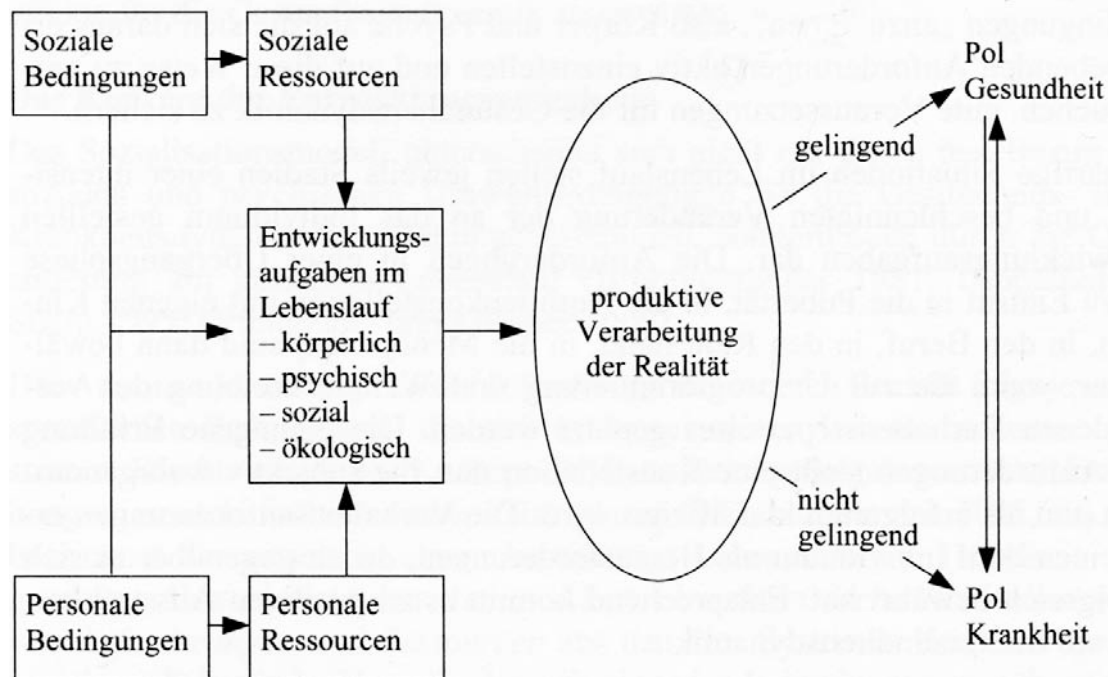
Abb. 4: Das Salutogenese-Konzept. Stark vereinfacht nach Antonovsky, 1978.  
(Hurrelmann, 2010, S. 125)

Hurrelmann (2010) beleuchtet mit seinem Sozialisationsmodell zusätzlich die gesundheitsrelevanten sozialstrukturellen und lebenslaufbezogenen Zusammenhänge (S. 128), die Faltermaier (2010) in seiner Kritik (vgl. Kapitel 2.2.5) vermissen lässt (S. 189). Durch die Hinzunahme des Lebenslaufbezuges bekommen die sozialen und personalen Bedingungen einen grösseren Wert in der Gesundheits- und Persönlichkeitsentwicklung. „Lebenslang suchend und sondierend in die Entwicklung der eigenen Persönlichkeit und die der sozialen und dinglichen Umwelt (. . .) einzugreifen“ (S. 128-129) ist laut Hurrelmann zentral für eine positive Persönlichkeits- und Gesundheitsentwicklung, und somit die entscheidende Weiterentwicklung gegenüber Antonovskys Konzept. Vergleicht man das Sozialisationsmodell mit dem Salutogenese-Konzept so werden die Gemeinsamkeiten und Hurrelmanns Erweiterungen offensichtlich.

### 2.3.2 Sozialisationsmodell

Zentral für Hurrelmanns (2010) Sozialisationsmodell (Abb. 5) ist die „produktive Realitätsverarbeitung“ (S. 128), die mit der Funktion des Coping im Salutogenese-Konzept vergleichbar ist. Je nachdem ob die Verarbeitung der Realität gelingt oder nicht, erfolgt eine Veränderung der Position auf dem Gesundheits-Krankheits Kontinuum. Die produktive Verarbeitung der Realität ist laut Hurrelmann gleichsam abhängig von der „äusseren Realität mit ihren sozialstrukturellen Vorgaben und ihren sozialen Ressourcen“ und der „inneren Realität, der subjektiven Lebenswelt und biografischen Lebenslagerung und den sich daraus ergebenden personalen Ressourcen“ (S. 131). Die genannten sozialen und personalen Ressourcen können mit den Widerstandsressourcen Antonovskys verglichen werden. Antonovskys Kohärenzgefühl findet sich bei Hurrelmann in der produktiven Realitätsverarbeitung eingebaut und entspricht der im folgenden Kapitel 2.3.3 erläuterten sechsten Maxime.

### Äußere Realität – objektive sozialstrukturelle Lebenslage



### Innere Realität – subjektive Lebenswelt und biografische Lage

Abb. 5: Das Sozialisationsmodell. (Hurrelmann, 2010, S. 132)

Sozialisation ist somit laut Hurrelmann (2010) die dauernde Auseinandersetzung mit der inneren und äusseren Realität, um die „eigene Persönlichkeit aufzubauen und weiterzuentwickeln und seine Integrität und Identität zu bewahren“ (S. 128). Die lebenslange Auseinandersetzung mit den körperlichen und psychischen Grundmerkmalen (innere Realität des Menschen) ist somit die Basis „für die weitere Entwicklung der Persönlichkeit auf allen Ebenen“ (S. 128) und setzt so auch positive Impulse für die Gesundheitsdynamik. Gelingt dies nicht, so entsteht laut Hurrelmann „eine negative Dynamik mit Krankheitsrisiken“ (S. 128). Hurrelmann weist weiter darauf hin, dass die Anforderungen der vier Systeme Körper, Psyche, soziale und ökologische Umwelt „über den gesamten Lebenslauf hinweg immer wieder in ein Gleichgewicht gebracht werden“ (S.129) müssen. So dürfen beispielsweise die körperlichen Anforderungen nicht in einem dauernden Widerspruch zu den psychischen Anforderungen stehen, weil so eine produktive Verarbeitung der inneren Realität und eine aktive Auseinandersetzung mit der äusseren Realität nicht zustande kommen kann. Eine Kernaussage von Hurrelmanns Sozialisationsmodell ist auch, dass „das Gleichgewicht zwischen körperlichen und psychischen Anforderungen (. . .) nur durch eine permanente Beobachtung und Diagnose der eigenen Anlagen und ihrer Veränderung im Laufe des Lebens möglich“ (S. 129) ist. Voraussetzung dafür ist die Fähigkeit Veränderungen im Körper und der Psyche sensibel wahrzunehmen und danach zu handeln. Gleiches hat auch für die Auseinandersetzung mit der sozialen und ökologischen Umwelt Gültigkeit. (S. 128-129)



### 2.3.3 Herleitung einer Definition von Gesundheit

Ausgehend von den zwei vorher beschriebenen integrativen Gesundheitsmodellen (Salutogenese und Sozialisationsmodell) möchten wir im folgenden Hurrelmanns (2010) Herleitung für eine konsensfähige Definition von Gesundheit darstellen, die „in der Gesundheitssoziologie und den angrenzenden Bereichen Gesundheitspsychologie, Gesundheitspädagogik, Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenschaften einsetzbar ist“ (S. 138). Hurrelmann formuliert zu diesem Zweck acht Maximen.

**Maxime 1:** „Gesundheit und Krankheit ergeben sich aus einem Wechselspiel von sozialen und personalen Bedingungen, welches das Gesundheitsverhalten prägt“ (S. 139).

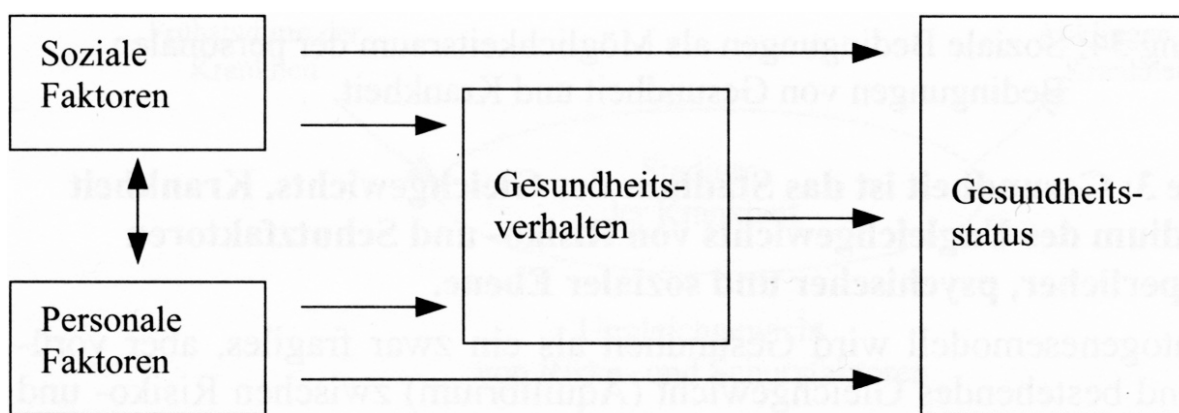


Abb. 6: Soziale Faktoren, personale Faktoren und Gesundheitsverhalten als Determinanten des Gesundheitsstatus. (Hurrelmann, 2010, S. 139)

Aus Hurrelmanns (2010) Sicht ist es sinnvoll die sozialen und personalen Faktoren in ein dynamisches Wechselverhältnis zu bringen, da beide Faktoren wichtige Kräfte darstellen (Abb. 6), „die für die Gesundheits- und Krankheitsdynamik eines Menschen während seines gesamten Lebenslaufs bedeutsam sind. Beide wirken auf das Gesundheitsverhalten von Menschen ein, das einen unmittelbaren Einfluss auf den Gesundheits- und Krankheitsstatus ausübt“ (S. 139). Als gesundheitsrelevantes Verhalten können insbesondere körperliche Aktivität, Ernährungsverhalten, Rauchen sowie der Konsum von Alkohol, Drogen oder auch Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial gezählt werden (Bundesamt für Statistik 2010, S. 29). Grundlage für diese erste Maxime sind empirische Befunde über die Bedingungen für Gesundheit und Krankheit, die Hurrelmann in folgendem Fazit zusammenfasst:

Die ökonomischen, sozialen und kulturellen Lebensbedingungen wirken als Gesundheitsverhältnisse direkt und indirekt (über das Gesundheitsverhalten) auf den Gesundheitsstatus einzelner Mitglieder der Gesellschaft und kollektiv auf den von ganzen Bevölkerungsgruppen. Die einflussreiche Schlüsselrolle (Moderatorfunktion) des Gesundheitsverhaltens konnte in vielen Einzelbefunden bestätigt werden. Starke Effekte gehen vor allem von der finanziellen, ökonomischen Position aus, ebenso von dem erreichten

Bildungsgrad und dem Ausmaß der sozialen Anerkennung und kulturellen Integration. Auch die berufliche und familiäre Eingliederung und der Migrationsstatus erweisen sich als bedeutsame Faktoren. Sie haben großen Einfluss auf die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen. Alle diese Faktoren wirken über den gesamten Lebenslauf hinweg, haben aber eine deutliche geschlechtsspezifische Ausprägung. (S. 64)

**Maxime 2:** „Die sozialen Bedingungen (Gesundheitsverhältnisse) bilden den Möglichkeitsraum für die Entfaltung der personalen Bedingungen für Gesundheit und Krankheit.“ (S. 139)

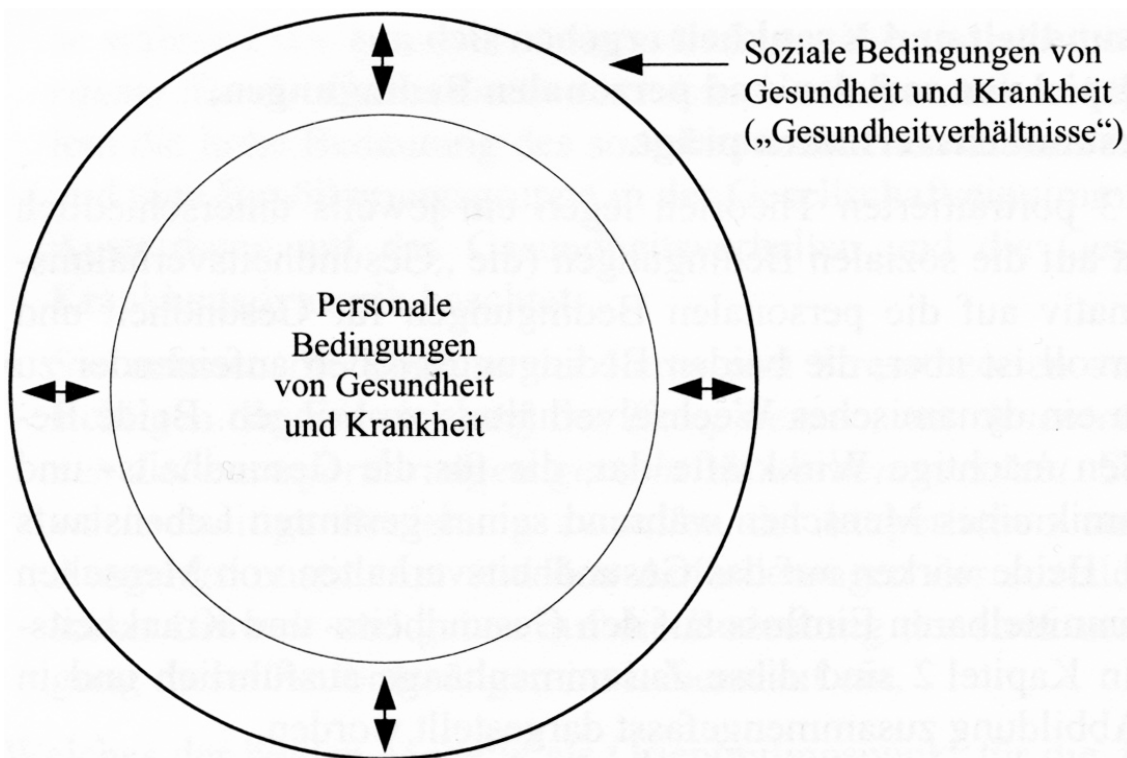


Abb. 7: Soziale Bedingungen als Möglichkeitsraum der personalen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit. (Hurrelmann, 2010, S. 140)

Hurrelmann (2010) führt aus, dass die sozialen Bedingungen die Grenzen der Möglichkeiten der personalen Bedingungen darstellen. „Entsprechend reflektiert die jeweilige Gestalt von Gesundheit und Krankheit bei jedem einzelnen Menschen und in der Gesamtbevölkerung den Entwicklungsstand der gesellschaftlichen Verhältnisse.“ So gibt es in der Geschichte einer Gesellschaft immer verschiedene Auslegungen von Gesundheit und Krankheit, „auch wenn die körperliche und psychische Konstitution der Menschen unverändert bleibt“ (S. 139). Hurrelmann geht nachfolgend in Maxime 5 vertiefter auf die Inhalte der sozialen Bedingungen ein. Sie entsprechen den äusseren Anforderungen, mit denen der Mensch konfrontiert wird.

**Maxime 3:** „Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts, Krankheit das Stadium des Ungleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene.“ (S. 140)

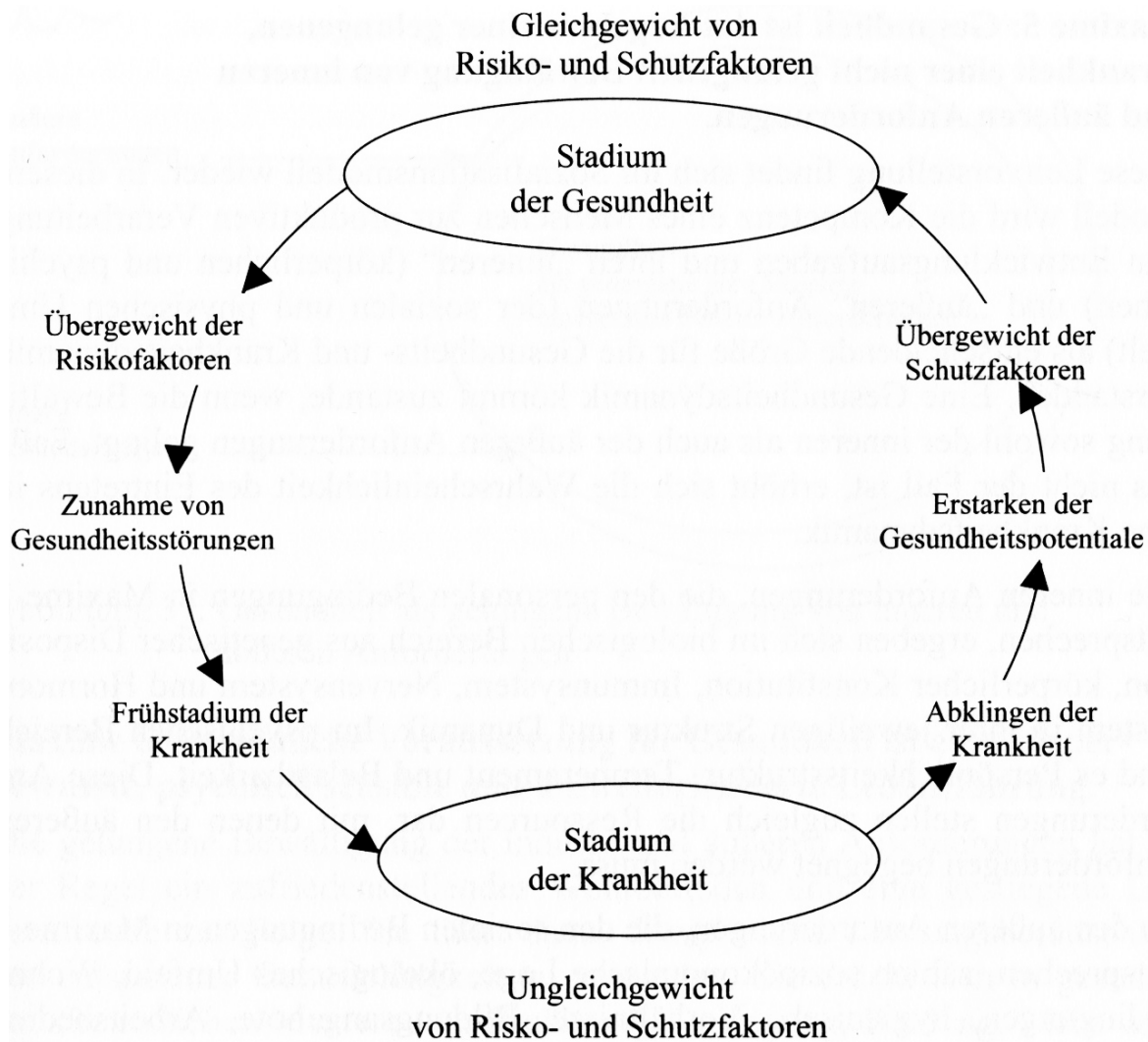


Abb. 8: Gesundheit und Krankheit als Gleichgewichts-/Ungleichgewichtsstadien. (Hurrelmann, 2010, S. 141)

Laut Hurrelmann (2010) bricht dieses Gleichgewicht dann zusammen, wenn die Risikofaktoren die Überhand gewinnen. Dadurch kann es zu einer mehr oder weniger langen Zeit von Krankheit kommen. Durch Selbststeuerung oder Hilfe von aussen kann die Krankheit überwunden werden und wieder in eine Zeitspanne der Gesundheit münden. (S. 140)

Hafen(2007, S.63) transferiert die von Antonovsky verwendeten Begriffe Widerstandsressourcen bzw. Widerstandsdefizite in eine, mit anderen Modellen kompatible Terminologie, in dem er Widerstandsressourcen mit Schutzfaktoren und Widerstandsdefizite mit Risikofaktoren gleich setzt. So wird auch hier sichtbar, wie stark sich Hurrelmann von Antonovskys Konzept inspirieren liess. Beide gehen davon aus, dass sich Gesundheit dann einstellt, wenn ein Gleichgewicht zwischen Widerstandsressourcen (Schutzfaktoren) und Widerstandsdefiziten (Risikofaktoren) vorherrscht.

Risiko- und Schutzfaktoren können gemäss Ralph M. Steinmann (2005) nach individueller und gesellschaftlicher Ebene unterschieden werden. Als wichtige Schutzfaktoren auf individueller

Ebene nennt Steinmann:

- Zuversicht (als positive Zukunftserwartung verstanden)
- ein stabiles Selbst, bzw. ein positives Selbstbild und Selbstwertgefühl
- die Überzeugung, die eigene Lebenslage sowie Lebenskonflikte meistern zu können
- eine positive soziale Orientierung
- Handlungskompetenzen zur aktiven Problembewältigung
- allgemeine Kompetenzen zur Lebensbewältigung (S. 85-86)

Auf gesellschaftlicher Ebene führt Steinmann folgende Schutzfaktoren auf:

- soziale Unterstützung
- Integration und Einbettung in starke soziale Netze
- Solidarität (inkl. Toleranz und Vertrauen in die Gesellschaft)
- ein stabiles Gefüge der engsten Beziehungen
- das Vorhandensein von Bezugs- bzw. Identifikationspersonen
- positive Rollenmodelle (S. 85-86)

Steinmann (2005, S. 85-86) streicht im speziellen positive Beziehungen und Erfahrungen, insbesondere in der Kindheit und Jugendzeit und die Chancengleichheit bzgl. Bildung, Erwerbstätigkeit, Geschlecht, sozioökonomischer Schicht, Alter und Migrationshintergrund als Schutzfaktoren heraus. Weitererwähnt er Wahl-, Entscheidungs- und Gestaltungsmöglichkeiten in allen Lebensphasen und -feldern, eine ganzheitliche Lebensorientierung sowie ein qualitativ hoch stehendes Bildungs- und Gesundheitssystem, eine stabile demokratische Staatskultur und eine intakte natürliche Umwelt als Grundvoraussetzungen für Gesundheit heraus.

Illés und Abel (2004) ergänzen diese mit dem materiellen Wohlstand und der Pluralisierung der Werte- und Normensysteme, die eine grössere Wahlfreiheit und Selbstbestimmung in der individuellen Lebensgestaltung zulassen, sowie mehr Möglichkeiten zur Verwirklichung eigener Potentiale, Ideale und Bedürfnissen eröffnen (S. 60).

**Maxime 4:** „Gesundheit und Krankheit als jeweilige Endpunkte von Gleichgewichts- und Ungleichgewichtsstadien haben eine körperliche, psychische und soziale Dimension.“ (S. 141)

Die Prozesse, des in der dritten Maxime präsentierten Wirkungszusammenhanges von Risiko- und Schutzfaktoren, spielen sich laut Hurrelmann (2010) auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebenen ab. Diese drei Dimensionen befinden sich in ständiger Wechselwirkung zueinander und beeinflussen die aktuelle Gleichgewichts- oder Ungleichgewichtssituation. So spielen auf körperlicher Ebene „die Leistungsfähigkeit der innerindividuellen Systeme (Nervensystem, Hormonsystem, Immunsystem) und die Anpassungsfähigkeit, Resistenz, Adaptionsfähigkeit und Plastizität des Organismus“ eine wichtige Rolle für die Auslösung einer gesundheitsförderlichen Dynamik. Auf der psychischen Ebene „sind es Selbstwirksamkeits-

und Kohärenzüberzeugungen“ sowie auf der sozialen Ebene „ein guter sozioökonomischer Status und ein hohes Ausmaß von sozialer Integration und Unterstützung“ die die Gesundheit positiv beeinflussen. (S. 141)

**Maxime 5:** „Gesundheit ist das Ergebnis einer gelungenen, Krankheit einer nicht gelungenen Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen.“ (S. 142)

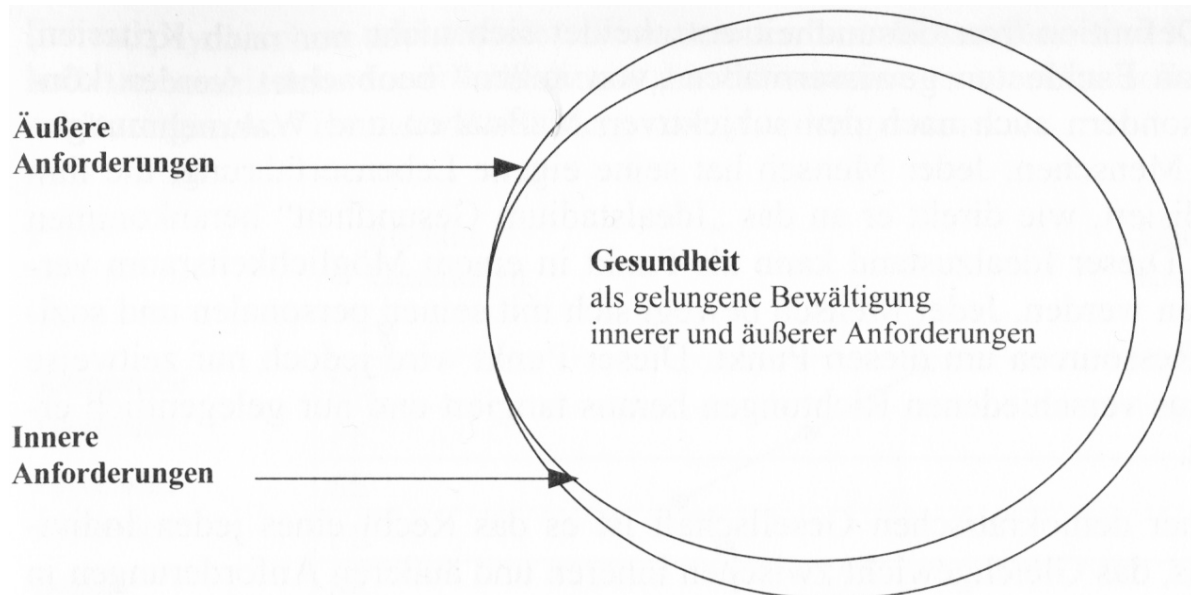


Abb. 9: Gesundheit als gelungene Bewältigung von inneren und äusseren Anforderungen. (Hurrelmann, 2010, S. 143)

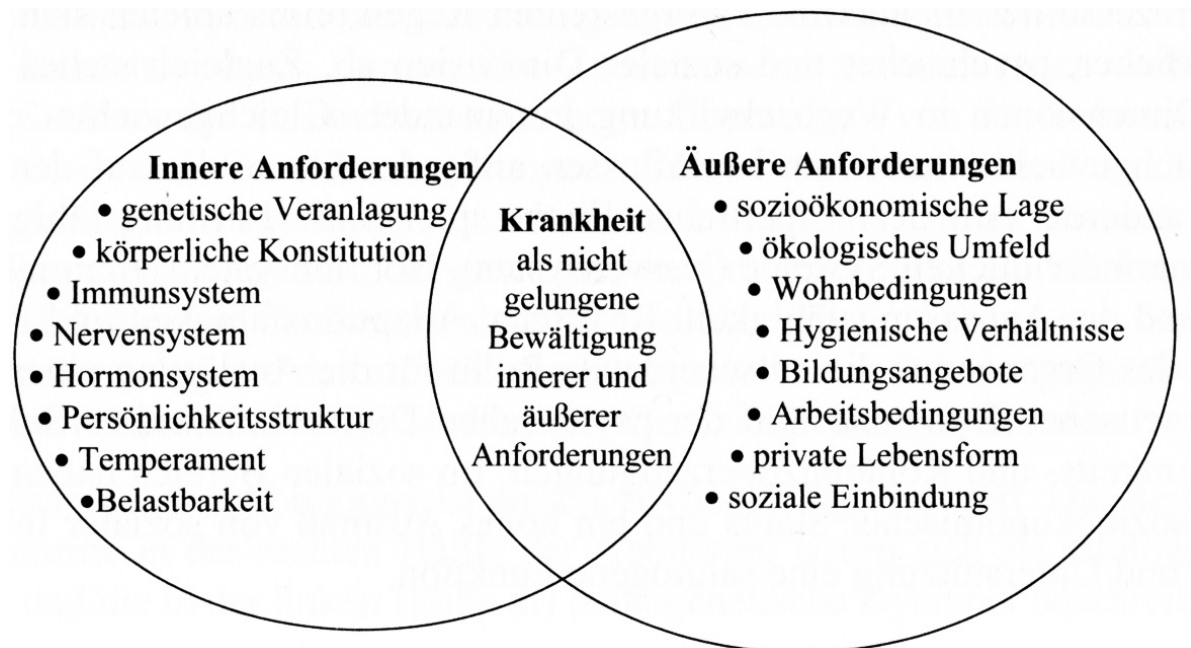


Abb. 10: Krankheit als nicht gelungene Bewältigung von inneren und äusseren Anforderungen. (Hurrelmann, 2010, S. 142)

Die Maxime 5 entspringt gemäss Hurrelmann (2010, S. 142) dem Sozialisationsmodell, in dem

die Kompetenz eines Menschen zur produktiven Verarbeitung von Entwicklungsaufgaben und ihren inneren (körperlichen und psychischen) und äußeren Anforderungen (der sozialen und physischen Umwelt) als entscheidende Größe für die Gesundheits- und Krankheitsdynamik verstanden wird. Gelingt die Auseinandersetzung mit den inneren und äusseren Anforderungen kommt eine Gesundheitsdynamik zustande (Abb. 9). Gelingt diese Auseinandersetzung nicht vergrößert sich die Wahrscheinlichkeit, dass sich eine Krankheitsdynamik entwickeln kann (Abb. 10). Hurrelmann beschreibt die inneren und äusseren Anforderungen wie folgt:

Die inneren Anforderungen, die den personalen Bedingungen in Maxime 1 entsprechen, ergeben sich im biologischen Bereich aus genetischer Disposition, körperlicher Konstitution, Immunsystem, Nervensystem und Hormonsystem in ihrer jeweiligen Struktur und Dynamik. Im psychischen Bereich sind es Persönlichkeitsstruktur, Temperament und Belastbarkeit. (S. 142)

Weiter weist er darauf hin, dass die inneren Anforderungen zugleich die Ressourcen darstellen, mit denen den äußeren Anforderungen begegnet werden muss. Die äusseren Anforderungen formuliert er wie folgt:

Zu den äußeren Anforderungen, die den sozialen Bedingungen in Maxime 1 entsprechen, zählen sozioökonomische Lage, ökologisches Umfeld, Wohnbedingungen, hygienische Verhältnisse, Bildungsangebote, Arbeitsbedingungen, private Lebensformen und soziale Einbindung. Auch diese Anforderungen bieten ihrerseits die Ressourcen, die ein Mensch zur Verfügung hat, um den inneren Anforderungen erfolgreich zu begegnen. (S. 142)

In den Abbildungen 9 und 10 wird Gesundheit vereinfacht als Grösse der Überschneidung der beiden Anforderungskreise abgebildet. So ergibt sich nach Hurrelmann aus einer großen Überschneidung eine gelungene, aus einer geringen Überschneidung eine nicht gelungene Bewältigung der jeweiligen Anforderungen. (S. 142)

**Maxime 6:** „Persönliche Voraussetzung für Gesundheit ist eine körperbewusste, psychisch sensible und umweltorientierte Lebensführung.“ (S. 143)

Hurrelmann (2010, S. 143) folgert, dass „die gelungene Bewältigung der inneren und äußeren Anforderungen (. . .) in der Regel ein zufriedenstellendes Wohlbefinden und eine gestiegene Lebensfreude zur Folge“ (S. 143) hat. Hurrelmann nennt folgende Elemente, die wichtig sind für eine gesunde Lebensführung:

- Eine positive Einstellung zu den alltäglichen Herausforderungen
- das Akzeptieren des eigenen Körpers und der psychischen „Grundausstattung“

- eine auf optimistische Hoffnung, Zuversicht und Neugier aufgebaute Erwartung an die soziale und physische Umwelt
- die Vorstellung von der Beeinflussbarkeit der wichtigsten Parameter für die eigene Lebensführung.

Die oben genannten Elemente entsprechen im Salutogenese-Konzept dem Kohärenzgefühl. Im Sozialisationsmodell werden die genannten Elemente mit der produktiver Realitätsverarbeitung in Verbindung gebracht.

**Maxime 7:** „Die Bestimmung der Ausprägungen und Stadien von Gesundheit und Krankheit unterliegt einer subjektiven Bewertung.“ (S. 143)

Die Definition, was Gesundheit und Krankheit ist, hängt im Wesentlichen von der Perspektive der Betrachtung ab. So richtet sich die Definition von Gesundheit nicht nur nach der Meinung von Fachleuten, sondern auch „nach den subjektiven Maßstäben und Wahrnehmungen eines Menschen“. So kann jeder Mensch mit seiner eigenen Lebensgeschichte auf Erfahrungen zurückgreifen, die ihm sagen, wie krank oder wie gesund er sich fühlt. (S. 144)

Hurrelmann (2010) führt weiter aus, dass in einer demokratischen Gesellschaft es das Recht eines jeden Individuums ist, „das Gleichgewicht zwischen inneren und äußeren Anforderungen in einer Weise herzustellen, die den eigenen Wünschen und Vorstellungen entspricht.“ Dies beinhaltet auch das Recht ein Leben zu führen, das nicht gesundheitsförderlich ist. „Zigarettenrauchen, kontrollierter Konsum illegaler Drogen und ungewöhnliche psychische Ausdrucksformen“ sind so lange tolerierbar, wie sie „keine Gefährdung der Gesundheit Anderer mit sich bringen.“ (S. 145)

**Maxime 8:** „Fremd- und Selbsteinschätzung von Gesundheits- und Krankheitsstadien können sich auf allen drei Dimensionen (körperlich, psychisch und sozial) voneinander unterscheiden.“ (S. 144)

Hurrelmann (2010) fügt an, dass die von Fachleuten festgelegte Definition von Gesundheit und Krankheit ganz anderen Kriterien folgt, als die jeweilige subjektive Einschätzung. So fließen in die Definition der Fachleute immer auch „normative Standards der jeweiligen wissenschaftlichen Bezugsdisziplin ein.“ So kann es zu unterschiedlichen Gewichtungen in der Charakterisierung einer Krankheit kommen. „Die Fremdeinschätzung kann in diesem Sinn zwar als professionell, aber nicht als objektiv bezeichnet werden“ (S. 144). Hinzu können zusätzlich noch gesellschaftliche Machtdimensionen eine grosse Rolle spielen. Wie stark Definitionen von Gesundheit und Krankheit von politischen Vorgaben abhängig sein können, zeigen Beispiele aus dem deutschen Nationalsozialismus wie auch aus dem sowjetischen Bolschewismus. In beiden Fällen „wurde mit der Definition „krank“ gearbeitet, um politisch missliebige Gesellschaftsmitglieder zu stigmatisieren, zu isolieren oder zu vernichten“ (S. 144). So entstehen Gesundheit und Krankheit immer auch im Zusammenhang mit gesellschaftlichen Machtstrukturen. So ist es durchaus denkbar, dass ein Mensch sich subjektiv körperlich krank fühlt, objektiv aber keine körperlichen Befunde nachweisbar sind. Ein Mensch kann aber auch chronisch krank sein und sich dennoch psychisch gesund fühlen. (S. 144-145)

Hurrelmann (2010) kommt anhand der oben dargestellten Gesundheitsmaximen zu folgender Definition von Gesundheit:

Gesundheit bezeichnet den Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich körperlich, psychisch und sozial im Einklang mit den jeweils gegebenen inneren und äusseren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist nach diesem Verständnis ein angenehmes und durchaus nicht selbstverständliches Gleichgewichtsstadium von Risiko- und Schutzfaktoren, das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut hergestellt werden muss. Gelingt das Gleichgewicht, dann kann dem Leben Freude und Sinn abgewonnen werden, ist eine produktive Entfaltung der eigenen Kompetenzen und Leistungspotentiale möglich und steigt die Bereitschaft, sich gesellschaftlich zu integrieren und zu engagieren. (S. 146)

#### 2.3.4 Fazit

Wie wir in diesem Kapitel gesehen haben ist Gesundheit von einem gelingenden Sozialisationsprozess abhängig. Dieser Prozess wird nach Hurrelmann (2010) als eine dauernde Auseinandersetzung mit der inneren Realität (Körper, Psyche) und der äusseren Realität (soziale und ökologische Umwelt) verstanden, die „über den gesamten Lebenslauf hinweg immer wieder in ein Gleichgewicht gebracht werden“ (S.129) muss, um eine positive Gesundheitsdynamik zu erzielen. Diese lebenslange Auseinandersetzung mit der inneren und äusseren Realität gilt auch als Basis für die Persönlichkeitsentwicklung (S. 128). So wollen wir uns im nächsten Kapitel mit dem Konstrukt der Identität auseinandersetzen, um eine zusätzliche Perspektive von der gesundheitsrelevanten Auseinandersetzung des Individuums mit sich selbst und seiner Umwelt zu erhalten.

### 2.4 Ein Exkurs zu Identität und Gesundheit

Hurrelmann (2010) weist darauf hin, dass unübliche Situationen im Lebenslauf „jeweils Stadien einer intensiven und beschleunigten Veränderung der an das Individuum gestellten Entwicklungsaufgaben“ (S. 131) darstellen. Weiter führt er aus, dass „die Anforderungen in einer Übergangsphase (. . .) dann bewältigbar [sind], wenn sie zur Umprogrammierung und Weiterschreibung des vorhandenen Verhaltensrepertoires genutzt werden“ (S. 131). Daraus folgert Hurrelmann aus sozialisationstheoretischer Sicht, dass „eine subjektive Kontinuität des Selbsterlebens auf der Grundlage des Selbstbildes“ (S. 133) für eine produktive Realitätsverarbeitung vorausgesetzt wird. Das Selbstbild wird so zum Spiegel für die individuelle Bewertung der körperlichen und psychischen Merkmale sowie der vergangenen Erfahrungen beim „Einsatz von Fertigkeiten und Fähigkeiten in der Auseinandersetzung mit den Entwicklungsaufgaben“ (S. 133). Diese Kontinuität des Selbsterlebens, die in direktem Zusammenhang mit der produktiven Realitätsverarbeitung steht, ist somit Verantwortlich für



einen positiven Ausschlag auf dem Krankheits-Gesundheits Kontinuum und „das Erleben des Sich-Selbst-Gleich-Seins kann als Identität bezeichnet werden“ (S. 133).

Die Verknüpfung mit der Identität als einem weiteren gesundheitsrelevanten Faktor macht auch Faltermeier (2010) in seiner Kritik an Antonovsky, indem er festhält, dass „die Bezüge zu zentralen handlungsleitenden Prinzipien wie z.B. dem Konstrukt der Identität“ stärker auszuarbeiten seien (S. 194).

Hurrelmann (2010) setzt Identität nun folgendermassen mit Gesundheit in Verbindung:

Identität setzt einen inneren Koordinationsprozess des Individuums voraus. Sie ist dann hergestellt, wenn die Auseinandersetzung mit der äusseren und der inneren Realität zu Lösungen führt, die miteinander vereinbar sind und die persönliche Überzeugung des Ich-Seins sichern. Die innere Vergewisserung muss dabei nicht in voller Übereinstimmung mit den gesellschaftlich definierten sozialen Erwartungen der Umwelt stehen. Die eigentliche Koordinationsleistung, die das Spezifikum von Identitätswahrnehmung ist, liegt darin, die unvermeidlichen Spannungen auszuhalten, auszugleichen oder aktiv zu bearbeiten, die sich aus der Diskrepanz zwischen eigenen Bedürfnissen und Kompetenzen (inneren Anforderungen) und den äusseren Anforderungen der sozialen und materiellen Umwelt ergeben. (S. 133)

Einen anderen Blick auf das Spiel der Diskrepanzen zwischen den inneren und den äusseren Anforderungen und dem inneren Koordinationsprozess wirft Gregor Husi (2010) mit seiner modalen Strukturierungstheorie. Elegant stellt er in der handlungstheoretischen Grundlage der modalen Strukturierungstheorie dar, wie die individuellen Spannungen der inneren und äusseren Anforderungen sich in der Lebenslage, den Lebenszielen und den Rollen vereinen, die sich schlussendlich in unserem Erleben und Handeln manifestieren und als Lebensgefühl und Lebensweise sichtbar werden (Abb. 11). Die Spannungen der äusseren und inneren Anforderungen werden bei Husi über die Modalverbenpaare dargestellt. So ergibt sich die Lebenslage aus den vorhandenen Mitteln und Zwängen, die im Verbenpaar „können und müssen“ zum Ausdruck kommt. Analog dazu ergeben sich die Rollen aus gegebenen Rechten und Pflichten, die sich im Verbenpaar „dürfen und sollen“ wieder zeigen. Die Lebensziele schliesslich formulieren sich laut Husi aus den Wünschen und Zielen, die im Verbenpaar „mögen und wollen“ ausgedrückt werden. Jedes Verbenpaar zeigt somit einen Spielraum zwischen Ermöglichung und Einschränkung an, indem sich der Mensch bewegt. Husi kommt zum Schluss, dass eine gelingende Balance zwischen Lebenslage, Lebenszielen, Rollen und Lebensweise die Grundlage für ein gutes Lebensgefühl darstellen, und diese Balance im besten Fall Glück bedeutet. (S. 112 - 114)

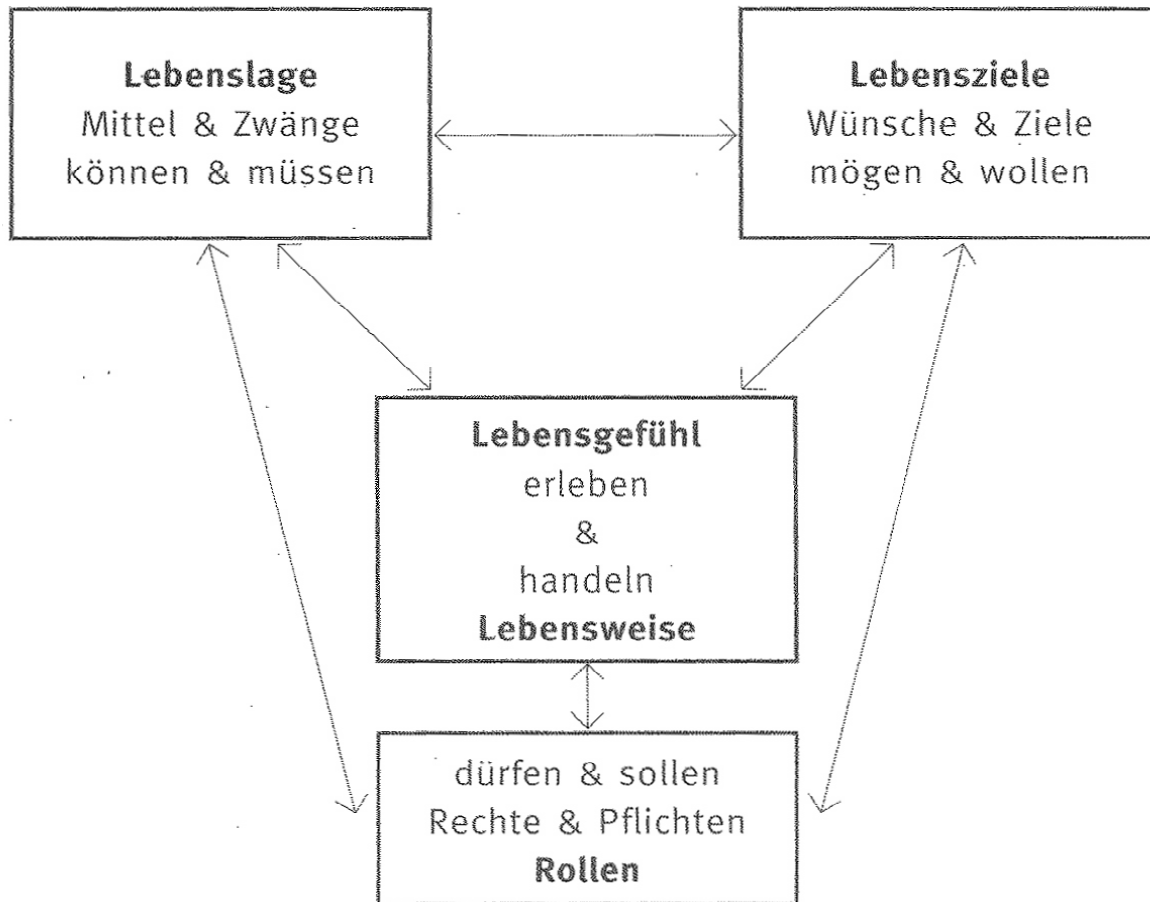


Abb. 11: Die handlungstheoretische Grundlage der Modalen Strukturierungstheorie. (Husi, 2010, S. 113)

Somit erhält Hurrelmanns (2010) Aussage, dass die dauernde Auseinandersetzung mit „der inneren und äusseren Realität, um die eigene Persönlichkeit aufzubauen und weiterzuentwickeln und seine Integrität und Identität zu bewahren,“ (S. 128) durch Husis Modalverbenpaare eine erweiterte Perspektive in der Möglichkeit der Selbststeuerung. Hurrelmann und Ulich (1999, zit. in Hurrelmann 2010, ) setzen sich auch mit der Frage auseinander, „wie ein Mensch mit seiner genetischen Ausstattung an Trieben und Bedürfnissen und seinen angeborenen Temperaments- und Persönlichkeitsmerkmalen zu einem selbständigen Subjekt mit der Fähigkeit zur Selbstreflexion wird und es schafft, dabei die Anforderungen von Kultur, Ökonomie und ökologischer Umwelt zu bewältigen“. René Anthamatten, Matthias Vogt und Marius Metzger (2009) beschreiben Identität „als selbstreflexives Scharnier zwischen der Innen- und der Außenwelt“ (S. 3). Weiter führen sie aus, dass Identität „eine Beziehungsleistung und nicht, wie die Umgangssprache meint, eine individuelle Eigenschaft“ ist. Sie weisen darauf hin, dass Identität ein Konstruktionsprozess darstellt, der „in dialogischen Erfahrungen in sozialen Netzen immer wieder von neuem in der ganzen Lebensspanne vollzogen wird“ (S. 3). Identität erhält so einen Doppelcharakter. „Sie soll das unverwechselbar Individuelle, aber auch das sozial Akzeptable darstellbar machen.“ Anders ausgedrückt birgt Identität „stets die Spannung zwischen Übernahme sozialer Rollen und individueller Besonderheit in sich“ (S. 3). Anthamatten et al. führen weiter aus, dass Identität in der Psychologie „als Übereinstimmung von subjektiver Selbsteinschätzung und der Beurteilung der eigenen Person durch relevante gesellschaftliche Umfelder gesehen“ (S. 3) wird. Somit ist Identität im wesentlichen Abhängig

von den zwei Dimensionen Selbst- und Fremdeinschätzung. Anthamatten et al. kommen zum Schluss, dass die Kernthemen der Identitätsentwicklung die „Vernetzung von Innen und Außen, Individuellem und Gesellschaftlichem, [die] eigene Verkörperung von Rollen und Rollenzuschreibung im Zeitkontinuum von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft“ (S. 3) sind.

Die folgende Abbildung nach Hilarion Petzold und Hildegund Heini (1983, S. 179) veranschaulicht diese Dimensionen der Selbst- und Fremdeinschätzung im Zeitkontinuum.

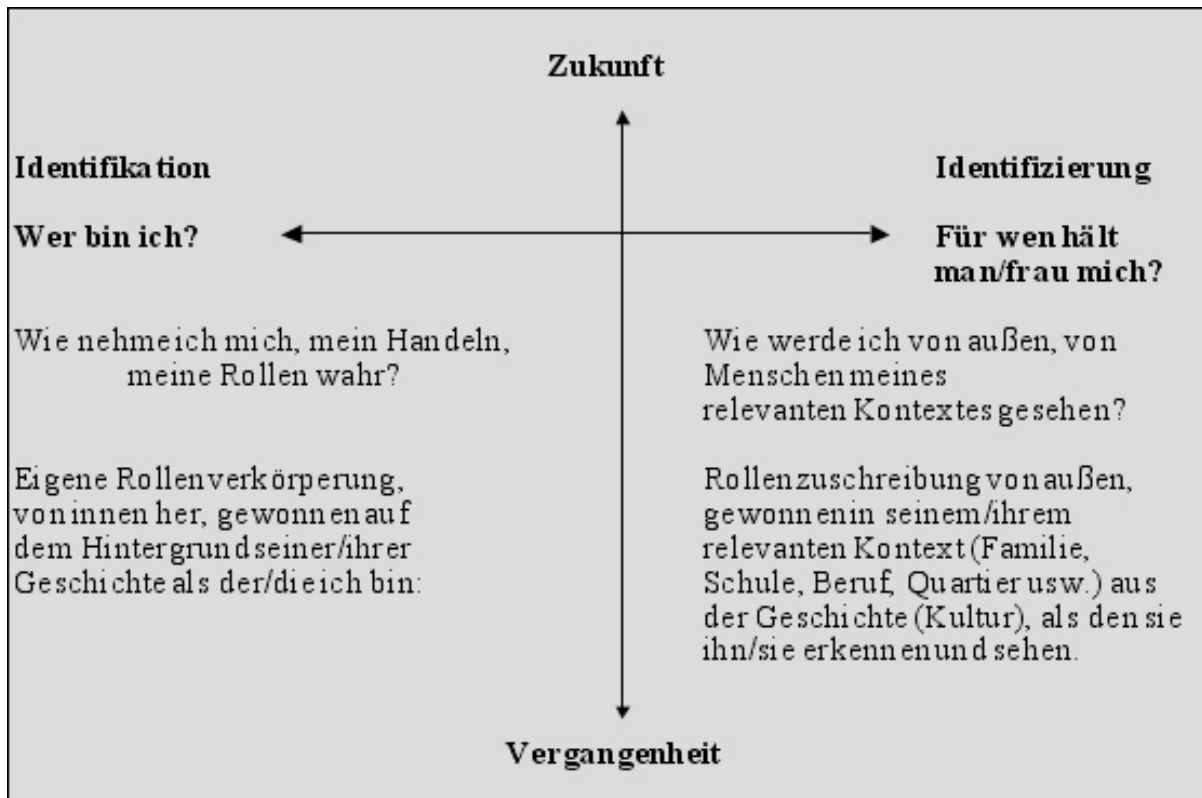


Abb. 12: Schema nach Petzold 1983. (Anthamatten et al., 2009, S. 3)

So wird nach Anthamatten et al. (2009) klar, dass „die Rollenzuschreibungen aus dem Aussenfeld (Identifizierung) [genau so wichtig ist] wie das eigene Identitätsempfinden (Identifikation)“ (S. 4). Abschliessend kann als das eigentliche Ziel von Identität, die Herstellung des „Passungsverhältnisses zwischen Innen- und Außenwelt“ (S. 4) gesehen werden, die Hurrelmann (2010) in seiner fünften Maxime folgendermassen mit Gesundheit in Verbindung bringt: „Gesundheit ist das Ergebnis einer gelungenen, Krankheit einer nicht gelungenen Bewältigung von inneren und äusseren Anforderungen“ (S. 142).

Heiner Keupp (1999) geht mit seiner Definition von Identität und der Auseinandersetzung des Subjektes mit seiner Umwelt zusätzlich noch auf den Ressourcenaspekt ein. „Identität findet stets in einem Aushandlungsprozess des Subjektes mit seiner gesellschaftlichen Umwelt statt. Dieser Prozess wird dabei ganz entscheidend von den Ressourcen geprägt, die ein Subjekt bei seiner Identitätsarbeit zu mobilisieren und zu nützen vermag“ (S.198).

Höfer (2010) setzt Identität und Selbstreflexion folgendermassen in Zusammenhang. Gemäss

ihrer Definition speist sich Identität aus zwei Quellen: dem Selbstgefühl, das Bewertungen über die Qualität und die Art der Beziehung zu sich selbst enthält und dem Kohärenzgefühl, das sich über die Bewertungen der Bewältigung alltäglicher Anforderungen bildet und in dem sich die Beziehung zur Welt ausdrückt. Weiter stellt Höfer fest, dass in der „reflexiven Moderne“ die Selbstreferenzialität, also der Bezug zu eigenen Zielen, Referenzpunkten und die damit verbundenen Bewertungsprozesse eine wichtige Rolle für die Identitätsarbeit spielen. Je mehr selbstreflexive Prozesse mit der Qualität der beschriebenen Selbstreferenzialität ein Subjekt erfährt, desto stärker wird das Selbst- und Kohärenzgefühl (SOC). Da das SOC als Ergebnis vieler gelungener Identitätsprozesse entsteht, ist es ausschlaggebend wie sehr es dem Subjekt gelingt, in seinen individuellen Projekten und Projektentwürfen, subjektiv stimmige und authentische Verknüpfungen herzustellen. Gelingt dies, so entsteht umso mehr ein positives Identitätsgefühl und ein umso stärkeres Gefühl der Kohärenz. (S. 62-63)

Wie stark sich Gesundheit und Identität gegenseitig bedingen, erläutern auch Petzold und Heini (1983) in ihrem Fünf-Säulen-Modell zur Identität (Abb. 13), indem sie sagen, dass „körperliches Wohlbefinden und Gesundheit (. . .) für die Identitätsbildung wichtig“ sind (S. 180). Jede dieser fünf Säulen der Identität ist von Identifikation und Identifizierung, von Innen- und Außenwelt, von Selbst- und Fremdwahrnehmung bestimmt (S. 180). Die erste Säule, die Petzold und Heini mit „Leib: Körper/Geist/Seele“ definieren, kann mit Hurrelmanns (2010) Verständnis der „inneren Anforderung“ (S. 142) gleichgesetzt werden, die mit einer gelungenen Bewältigung der „äusseren Anforderungen in Gesundheit mündet“ (S. 142). Hurrelmanns äussere Anforderungen können hier bei Petzold und Heini mit den restlichen vier Säulen (Soziales Netzwerk, Tätigkeit, Materielle Sicherheit und Werte und Normen) gleich gesetzt werden.

1. Säule	2. Säule	3. Säule	4. Säule	5. Säule
<b>Leib: Körper/ Geist/Seele</b>	<b>Soziales Netzwerk</b>	<b>Tätigkeit: Arbeit und Leistung</b>	<b>Materielle Sicherheit</b>	<b>Werte und Normen</b>
Der Leib ist der Anfang und das Ende der menschlichen Existenz.  Über den Leib ist der Mensch in der Welt verankert.  Körperliches Wohlbefinden und Gesundheit sind für die Identitätsbildung wichtig.	Ohne DU kein ICH: Menschliche Existenz ist nicht möglich ohne das Gegenüber.  Soziale Netze entstehen durch Begegnung und Auseinandersetzung mit Menschen im nahen sozialen Raum (Freunde/ Freundinnen, Nachbarschaft, Familie usw.).	Der Mensch verwirklicht sich durch sein Tätigsein, in seinem Tun. Durch seine Arbeit stellt er/sie sich dar.  Das Geschaffene (Arbeit und Beruf) wird anerkannt, belohnt und bezahlt.  Das Geschaffene schafft Identität.	Materielle Güter wie Wohnung, Nahrung, Geld usw. sind für die Befriedigung grundlegender Lebensbedürfnisse notwendig  Ökonomische Sicherheit und ökologisches Eingebundensein im Quartier, Dorf usw. schafft Identität.	Werthaltungen werden gesellschaftlich vermittelt, jedoch persönlich angenommen und verkörpert.  Jeder Mensch hat ein Menschenbild, eine Weltanschauung nach dem er/sie lebt.

Abb. 13: Das Fünf-Säulen-Modell nach Petzold 1983. (Anthamatten et al., 2009, S. 5)

Damit schliesst sich auch der Kreis wieder zu Antonovsky und Hurrelmann. Antonovsky fokussiert sich mit seinem Salutogeneskonzept auf die Sinnhaftigkeit und die Bedeutsamkeit der lebenslangen Herausforderung, sich konstruktiv mit den internen und externen Stimuli auseinander zu setzen und diese, abhängig von den personalen Ressourcen, als lohnende Herausforderung zu betrachten. Hurrelmann beleuchtet mit dem Sozialisationsmodell zusätzlich die sozialstrukturellen und lebenslaufbezogenen Zusammenhänge, die für eine produktive Realitätsverarbeitung relevant sind.

Abschliessend können wir anhand der betrachteten Gesundheitstheorien sagen, dass die Auseinandersetzung eines Menschen mit sich selbst und seiner Umwelt sowohl gesundheitsrelevant, wie auch massgebend für die Konstruktion von Identität ist.

# 3. Determinanten der Gesundheit

Im vorliegenden Kapitel werden wir einführend die gesundheitspolitische Verlagerung von der psychischen Gesundheit auf die sozialen Determinanten aufzeigen. Die Auseinandersetzung mit der psychischen Gesundheit der Schweizer Bevölkerung führte zur Erkenntnis, dass die Gesundheitsverhältnisse bzw. die sozialen Determinanten massgeblich zur Gesundheit der Bevölkerung beitragen und nicht nur jeder und jede Einzelne über sein Gesundheitsverhalten für sein Wohlbefinden verantwortlich ist.

## 3.1 Von psychischer Gesundheit zu Determinanten von Gesundheit

Das Bundesamt für Statistik (BFS) veröffentlichte 2010 eine Studie zur Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten in der Schweiz, die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 2007 zur psychischen Gesundheit auswertete. Das BFS stellt darin fest, dass psychische Probleme in der Schweiz weit verbreitet sind. Sie konstatieren, dass die unterschiedlichen Denk-, Gefühls- und Verhaltensstörungen und Störungen in der Beziehung zu Mitmenschen weitreichende Auswirkungen auf unterschiedlichen Ebenen haben. Die Störungen können so zu persönlichem Leid führen. Dies kann sich beispielsweise in der Beeinträchtigung der körperlichen Gesundheit durch eine Änderung der physiologischen Funktionen zeigen sowie durch übermässigen Konsum von Alkohol, Tabak oder anderen psychoaktiven Substanzen. Die Störungen können aber auch Auswirkungen im sozialen Bereich haben, wie beispielsweise eine zunehmende Isolierung oder das Fernbleiben vom Arbeitsplatz. (S. 16)

Im Strategiepapier *Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz* der Nationalen Gesundheitspolitik Schweiz [NGP] (2004) wird psychische Gesundheit „als Resultat komplexer dynamischer Interaktionen zwischen biologischen, psychologischen, sozio-ökonomischen, sozio-kulturellen und institutionellen Faktoren“ verstanden. Psychische Gesundheit wird demzufolge nicht als „ein Zustand, der sich als Folge von persönlicher Disposition und individuellem Verhalten manifestiert“ (S. 22) verstanden, sondern als ein differenzierter Prozess, „der neben individuellen Aspekten massgeblich von exogenen Faktoren beeinflusst wird“ (S. 22). Es wird herausgestrichen, dass psychische Gesundheit „neben dem Gefühl des Wohlbefindens“ (S. 22) auch bedeutet, „an den eigenen Wert und die eigene Würde zu glauben und den Wert der anderen zu schätzen“ (S. 22). Für dieses Verständnis von psychischer Gesundheit greifen die Autoren auf Definitionen der britischen „Health Education Authority“ (HEA, 1999) und des *World Health Report 2000. Mental health: New understanding, New Hope* der WHO aus dem Jahre 2001 zurück. Den Autoren ist es wichtig, dass im Mittelpunkt dieser Strategie Menschen stehen, „die sich nicht auf einzelne beeinflussbare Faktoren reduzieren lassen und die sozial, empfindungsfähig und vernunftbegabt sind“ (S. 22). Ihr Menschenbild wird weiter ausformuliert, in dem sie sagen, dass Jeder und Jede „einzigartig, unverwechselbar, aber verletzlich“ ist (S. 22).

An der Ministeriellen WHO-Konferenz über Psychische Gesundheit vom 12. bis 15. Januar 2006 in Helsinki erklärten die Gesundheitsminister der Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO,

dass psychische Gesundheit und psychisches Wohlergehen grundlegend für die Lebensqualität des einzelnen Menschen sowie von Familien, Gemeinschaften und Nationen sind und es den Menschen ermöglichen, ihr Leben als sinnvoll zu erfahren und sich als kreative und aktive Bürger zu betätigen. Wir glauben, dass das primäre Ziel der Aktivitäten im Bereich psychische Gesundheit das Wohlbefinden und Wirken der Menschen ist, indem auf ihre Stärken und Möglichkeiten gesetzt (. . .) wird und äussere schützende Faktoren gefördert werden. (WHO, 2006, S. 9)

Die WHO (2006, S. 18) formuliert somit, dass die psychische Gesundheit ein grundlegender Pfeiler für die Lebensqualität darstellt, die es den Menschen ermöglicht „ihr Leben als sinnvoll zu erleben und sich als kreative und aktive Bürger zu betätigen“ (S. 18). Weiter hält die WHO fest, dass „psychische Gesundheit (. . .) ein wesentliches Element des gesellschaftlichen Zusammenhalts (Kohäsion), der Produktivität und eines stabilen und friedlichen Lebensumfelds“ ist, und dass deren Förderung „die Lebensqualität und das psychische Wohlbefinden der gesamten Bevölkerung, einschließlich der Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und der sie Betreuenden“ verbessert. Sie folgern daraus, dass „die Entwicklung und Umsetzung von wirksamen Plänen zur Förderung der psychischen Gesundheit (. . .) das psychische Wohlbefinden aller steigern“ wird. (S. 18)

Die Strategie Psychische Gesundheit (NGP 2004, S. 8 & S. 23-24) richtet sich an Entscheidungsträger der Politik, Behörden des Bundes und der Kantone und Fachorganisationen im Gesundheits- und Sozialwesen. Sie soll eine Grundlage dafür bieten, um die psychische Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern. Die Strategie leitet folgend aufgeführte Grundwerte u. a. aus der schweizerischen Bundesverfassung ab; so die Rechtsgleichheit und der Respekt und Schutz der Menschenwürde und Privatsphäre. Weiter verweist sie auf die Europäische Menschenrechtskonvention, die UNO-Menschenrechtspakete, die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO, die Gesundheitsziele für die Schweiz und den Weltgesundheitsbericht der WHO.

**Autonomie:** Menschen sollen die Möglichkeit haben, ihr Leben auf der Basis gegenseitiger Achtung selbst bestimmen zu können. Partizipative Entscheidungsstrukturen, die Entwicklung von Selbstbewusstsein, die Wahrnehmung und Nutzung persönlicher und kollektiver Stärken sind wichtige Voraussetzungen dazu.

**Chancengleichheit:** Alle Menschen haben das gleiche Recht auf Zugang zu den für sie notwendigen Ressourcen zur Entwicklung und Wahrung ihrer physischen und psychischen Integrität. Dazu gehört der Zugang zu Angeboten zum Schutz, Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit. Ihnen soll ermöglicht werden, ihre Chancen auch zu nutzen.

**Toleranz:** Für das gesellschaftliche Zusammenleben ist das Verstehen von verschiedenem Anderem unentbehrlich (Saner, 2002). Die Akzeptanz für die Verschiedenheit anderer Menschen und Kulturen steigt, wenn offener mit Gefühlen umgegangen wird, Andersartigkeit als eine andere Normalität verstanden wird, und Stärken erkannt und genutzt werden.

**Solidarität:** Eine solidarische Grundhaltung ist für ein gegenseitiges Verantwortungsbewusstsein einzelner Menschen und innerhalb und zwischen Gemeinschaften nötig. Diese Grundhaltung beeinflusst die Lebensqualität aller in den verschiedenen sozialen Systemen. Gelebte Solidarität bedeutet gegenseitige Akzeptanz und Unterstützung.

**Soziale Integration:** Soziale Integration versteht sich als Prozess und nicht nur als Ziel und hängt von der Offenheit gegenüber anderen, den Freiräumen und den Entwicklungschancen ab. Es geht nicht primär darum, einen Idealzustand zu erreichen, sondern das erlebte Wohlbefinden jedes Einzelnen ist wichtig und trägt zur Lebensqualität einer Gemeinschaft bei. Nicht jeder Mensch hat die gleichen Voraussetzungen zur aktiven Mitgestaltung eines Integrationsprozesses. (S. 24)

Die hier formulierten Grundwerte lassen erkennen, dass in der nationalen Gesundheitsdiskussion eine Erweiterung der Perspektive stattfindet. Machte man vor einiger Zeit noch primär das Individuum verantwortlich für seine Gesundheit, „wer schlecht isst oder sich zu wenig bewegt, wird krank und ist letztlich selbst dafür verantwortlich“ (Obsan 2008, S. 5), so erfolgte in den letzten Jahren ein Wandel hin zur Erkenntnis, dass Gesundheit (NGP 2004) nicht nur „ein Zustand [ist], der sich als Folge von persönlicher Disposition und individuellem Verhalten manifestiert“ (S. 22), sondern als ein differenzierter Prozess verstanden wird, „der neben individuellen Aspekten massgeblich von exogenen Faktoren beeinflusst wird“ (S. 22). Dies wird auch aus der auf Seite 44 dargestellten Erklärung der WHO (2006, S. 9) zur psychischen Gesundheit deutlich, in dem sie herausstreichen, dass „das primäre Ziel der Aktivitäten im Bereich psychische Gesundheit das Wohlbefinden und Wirken der Menschen ist, indem auf ihre Stärken und Möglichkeiten gesetzt (. . .) wird und äußere schützende Faktoren gefördert werden.“



Katharina Meyer, Ilona Kickbusch, Walter Weiss und Stefan Spycher (2009) konstatieren, dass gesundheitspolitische Entscheidungen und Präventionsmassnahmen viele Jahre lang bei der verhaltensbedingten Verursachung von Krankheiten ansetzten und in den letzten Jahren vermehrt an ihre Grenzen stossen. Sie schreiben, dass in den letzten Jahren immer deutlicher wurde, dass „sozioökonomische Faktoren wie Bildung, Beruf und Einkommen sowie soziokulturelle Faktoren wie Geschlecht, ethnische Herkunft und gesellschaftlicher Status den grössten Einfluss auf den Gesundheitszustand haben“ (S. 13). Sie weisen weiter darauf hin, dass mit den unterschiedlichen sozialen Lebensbedingungen entsprechend auch verschiedenartige Lebensstile und Gesundheitsressourcen verbunden sind, die die Gesundheit im Verlaufe eines Lebens einerseits stärken und erhalten, andererseits aber auch schwächen können.

Ilona Kickbusch und Katrin Engelhardt (2009) ergänzen, dass in der Aufmerksamkeit auf die Gesundheitsdeterminanten sich die Veränderungen der Lebens- und Arbeitsbedingungen zu Beginn des 21. Jahrhunderts widerspiegeln. Die Dynamik der modernen Gesellschaft, die durch Globalisierung, Individualisierung und Differenzierung geprägt wird, zieht neue gesundheitsbezogene Herausforderungen nach sich, trotz stark verbesserter Lebensbedingungen und immenser Fortschritte der Medizin. Die Beschleunigung unseres Lebens, die neu strukturierte Arbeitswelt, die Veränderung unserer sozialen Beziehungen, die Veränderung unserer physischen Umwelt, unsere Ess- und Bewegungsgewohnheiten, die neuen sozialen Ungleichheiten, sie alle sind Teil eines veränderten Musters von Gesundheitsdeterminanten. Bedeutend ist in diesem Zusammenhang auch die grosse Zunahme von chronischen Erkrankungen (u. a. Diabetes und Adipositas) und die Zunahme von psychischen Erkrankungen mit ihrer ungleichen Verteilung in der Bevölkerung. (S. 21)

Wir widmen uns im Folgenden der aktuellen Diskussion über die Determinanten von Gesundheit.

## 3.2 Determinanten im gesundheitswissenschaftlichen Diskurs

„Arme leben kürzer als Reiche und sind auch häufiger krank.“ (WHO 2006, S. 4)

### 3.2.1 Einführung

Meyer et al. (2009) heben im Vorwort des Gesundheitsberichtes hervor, dass die Schweiz eines der ersten Länder Europas ist, das den neuen Ansatz der Gesundheitsdeterminanten aufgreift und damit verdeutlicht, dass Gesundheit in allen Bereichen der Gesellschaft eine Rolle spielt (S. 13).

Kickbusch und Engelhardt (2009) streichen weiter heraus, dass die jahrelange Beschäftigung mit den verhaltensbedingten Ursachen von Krankheit „allein nicht ausreicht, um die Verteilung von Gesundheit und Krankheit in der Gesellschaft zu fassen.“ Es wird nun immer mehr versucht ein besseres Verständnis für das Zusammenwirken von sozioökonomischen Faktoren (u. a.

Bildung, Beruf und Einkommen) und dem Gesundheitsstatus zu erhalten, um besonders die schichtspezifischen Unterschiede besser erfassen zu können. Zunehmend ins Blickfeld gelangen aber auch soziokulturelle Faktoren wie Gender, ethnische Herkunft und Status wie auch unterschiedliche Lebensstile. Ein weiterer Aspekt, der immer mehr an Bedeutung gewinnt, ist die Untersuchung der individuellen und sozialen Faktoren und Ressourcen, die im Lebensverlauf die Gesundheit stärken und erhalten können. (S. 20)

Katharina Meyer (2009) weist ergänzend darauf hin, „dass die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung nicht nur über das Gesundheitswesen allein zu fördern ist, sondern die verschiedensten Gesellschafts- und Politikbereiche des Landes mit einzubeziehen sind“. Diese Ausgangssituation führt laut Meyer dazu, dass die Gesundheitsdeterminanten, die sich aus den Lebensbedingungen und der Lebensweise von Bevölkerungsgruppen ergeben, nun ins Zentrum der Beschreibung von Gesundheit und Krankheit gerückt sind. (S. 17)

### 3.2.2 Definitionen von Determinanten der Gesundheit

Kickbusch und Engelhardt (2009) bezeichnen Gesundheitsdeterminanten allgemein als „jene Faktoren, die unsere Gesundheit wesentlich beeinflussen“. Weiter heben Kickbusch und Engelhardt hervor, dass die Gesundheitsdeterminanten in vielen gesellschaftlichen Strukturen, Lebensbedingungen und Gesundheitsverhalten verankert sind und sich so gegenseitig beeinflussen. Diese gegenseitige Beeinflussung lässt bestimmte Muster der Interaktion entstehen, in denen Determinanten zu Risiko- oder Schutzfaktoren werden können. (S. 19)

Steinmann (2005) definiert Determinanten als „neutrale Bedingungen oder Ausgangsvoraussetzungen für Gesundheit und Krankheit“. Er erweitert seine Definition folgendermassen, indem er sagt, dass die Determinanten „durch die Risiko- und Schutzfaktoren positiv oder negativ beeinflusst bzw. moderiert werden“ (S. 80). Er beschreibt, dass die gleiche Determinante (je nach Ausprägung und individueller Voraussetzung) sowohl Risiko- als auch Schutzfaktor sein kann. Als Beispiel fügt Steinmann die Determinante „Handlungsspielraum bzw. Wahl- und Gestaltungsfreiheit“ an. Er konstatiert, dass durch „die zunehmende Individualisierung des Lebenslaufes sowie die Pluralisierung der Lebensformen und Werthaltungen in der modernen Gesellschaft“ einerseits grosse Freiheiten entstehen, die für die einen als Schutzfaktor fungieren können. Für Jugendliche können sie andererseits „im Zusammenhang mit den Problemen der Berufswahl, dem Mangel verbindlicher Orientierungsrahmen und reeller Berufschancen rasch zu Überforderung führen und [zu einem] Risikofaktor werden“. (S. 80-81)

Kickbusch und Engelhardt (2009) gehen folgendermassen auf die Funktion der Determinanten als Risiko- und Schutzfaktoren ein, indem sie anfügen, dass ein Mangel zu einer Belastung für die Gesundheit werden kann (z. B. mangelnde soziale Unterstützung). Andererseits kann ihr Vorhandensein aber auch eine wichtige Gesundheitsressource darstellen (z. B. ein guter Bildungsstand). Die Forschung zeigt auf, dass sowohl strukturelle Determinanten (beispielsweise die Wohn- und Arbeitsbedingungen) wie auch individuelle Determinanten (unter anderem das persönliche Gesundheitsverhalten) bedeutsam sind, und dass diese häufig mit Faktoren wie Geschlecht und Alter verbunden sind. (S. 24)

### 3.2.3 Soziale Determinanten von Gesundheit

Die sozialen Bedingungen (Gesundheitsverhältnisse), in denen die Menschen leben und arbeiten, bestimmen laut Kickbusch und Engelhardt (2009) „nicht nur die individuelle Gesundheit, sondern auch die gesundheitliche Lage ganzer Bevölkerungen (. . .) massgeblich“ (S. 19). Diese sozialen Bedingungen, bzw. Gesundheitsverhältnisse werden als die sozialen Determinanten der Gesundheit bezeichnet. Wichtig ist es ihnen zu betonen, „dass es sich hierbei nicht nur um den Zusammenhang von Gesundheit und sozialen Ungleichheiten handelt, sondern auch um andere Faktoren des sozialen Umfelds, wie zum Beispiel das Eingebundensein in sozialen Netzwerken“ (S. 19).

Kickbusch und Engelhardt (2009) führen folgende soziale Gesundheitsdeterminanten auf, die von der Forschung als besonders wichtig erachtet werden. Sie finden zunehmend auch Eingang in die Gesundheitspolitik:

- Einkommen und sozialer Status
- Soziale Unterstützung und soziale Netzwerke
- Bildung und Ausbildung
- Teilnahme am Arbeitsmarkt, Arbeit und Arbeitsbedingungen
- Soziale Lebensumwelt
- Physische Lebensumwelt
- Persönliches Gesundheitsverhalten, Gesundheitskompetenz und Bewältigungsstrategien
- Gesunde frühkindliche Entwicklung
- Gender
- Kulturelles Umfeld (S. 19)

Nach Steinmanns (2005) Auflistung der sozialen und ökonomischen Hauptdeterminanten für Gesundheit, lässt sich Kickbuschs und Engelhardts (2009) Aufzählung durch folgende Determinanten ergänzen. Steinmann nennt unter der Kategorie der „Sozialen Integration“ auch noch die „Beteiligung an Aktivitäten von Gruppen und Gemeinschaften“ und „Bürger-Beteiligung“. Unter der Kategorie „Freiheit von Gewalt und Diskriminierung“ subsumiert er „Wertschätzung von Vielfalt“, „physische Sicherheit“ und „Selbstbestimmung und Kontrolle über das eigene Leben“. (S. 119)

Kickbusch und Engelhardt (2009) fügen weiter an, wie diese Einflussfaktoren häufig in Bezug auf die Verteilung von Gesundheitschancen wirken. Sie führen aus, dass „Menschen mit niedrigerem Einkommen häufig in Stadtteilen mit höherer Umweltbelastung“ leben, „was sich besonders bei Kindern negativ auf die Gesundheit auswirkt“ (S. 25). Die Bedingungen der Wohnumgebung sind also Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen. Als Beispiel fügen sie „die wahrgenommene Sicherheit in der Nachbarschaft, die Verkehrsanbindung, die Verkehrssicherheit, der Zugang zu Sporteinrichtungen und die abwechslungsreiche Flächennutzung“ (S. 25) an.

Kickbusch und Engelhardt (2009) folgern, dass eine der wichtigsten Herausforderungen im Konzept der Gesundheitsdeterminanten nun darin liegt, das Zusammenwirken der Determinanten aus der Gesundheitsperspektive aufzuzeigen. „So kann in beinahe allen Ländern ein statistischer Zusammenhang zwischen dem Gesundheitsstatus und der Einkommenshöhe nachgewiesen werden“ (S. 25).

Kickbusch und Engelhardt (2009) weisen jedoch auch darauf hin, dass dem Konzept der Gesundheitsdeterminanten „die Gefahr eines einseitigen Determinismus, in der die auch in schwierigen Situationen noch vorhandenen Handlungsspielräume der einzelnen Menschen unterschätzt werden“ (S. 25) innewohnt. Sie verweisen auf den Bericht der WHO-Kommission zu den sozialen Gesundheitsdeterminanten, der festhält, dass „ein Determinantenkonzept zu Beginn des 21. Jahrhunderts ein besonderes Augenmerk auf die Stärkung der persönlichen Ressourcen für Gesundheit – im Englischen Empowerment genannt – liegen muss“ (S. 25). Dies entspricht auch dem Konzept der Gesundheitsförderung, das darauf aufbaut, nicht nur gesündere Lebensumwelten zu schaffen, sondern der Bevölkerung auch ein höheres Mass an Selbstbestimmung und Gestaltungsfähigkeit zu ermöglichen. (S. 25)

## **Individuelle Ressourcen**

Kickbusch und Engelhardt (2009) betonen, dass individuelle Ressourcen für den Gesundheitszustand einzelner Menschen und ganzer sozialer Gruppen von grosser Bedeutung sind. Sie umfassen „personenbezogene Faktoren wie Kontrolle, Kohärenz, Autonomie und Selbstwertgefühl, aber auch Einstellungen, Wissen, Kompetenzen und Fähigkeiten sowie politische Partizipation und soziales Engagement. Zu den sozialen Ressourcen zählen Kriterien wie soziale Unterstützung, soziale Netzwerke und soziale Integration.“ Der Weg für diese Erkenntnisse ebnete Antonovsky mit seinem Forschungsansatz der Salutogenese, den wir im Kapitel 2.2 ausführlich behandelt haben. (S. 28-29)

Als weitere wichtige Ressource nennt die Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (NGP) (2004) das Ausmass der Wahl- und Gestaltungsfreiheit von Individuen und Bevölkerungsgruppen in allen Lebensbereichen. So ist die Möglichkeit auf bestehende gesellschaftliche, wirtschaftliche und politische Strukturen Einfluss zu nehmen und die eigene Lebenswelt aktiv mitzugestalten, eine bedeutende Ressource für die psychische Gesundheit. Umgekehrt ist eine eingeschränkte Selbstbestimmung, beschränkte Mitbestimmungsmöglichkeiten bei Entscheidungsprozessen oder eine eingeschränkte Zukunftsperspektive langfristig gesehen ein Risikofaktor. Laut der NGP kann die Diversifizierung der gesellschaftlichen Werte und Normen als Ressource für die psychische Gesundheit betrachtet werden, weil dadurch die Spielräume in der Gestaltung des eigenen Lebens erhöht werden. Ein rascher Verlust eines verbindlichen Orientierungsrahmens ist aber auch mit der Gefahr verbunden, dass „der soziale Zusammenhalt der Menschen untereinander schwächer wird“ (S. 30). Dies wiederum erhöht die Gefahr der sozialen Isolierung. Ausserdem setzen sich die vorherrschenden ökonomischen und materiell orientierten Werte immer mehr auf Kosten sinnstiftender Inhalte durch. Für die Erhaltung der Gesundheit ist ein Ausgleich zwischen den beiden Wertorientierungen existenziell. Weiter fügt die NGP an, dass tiefgreifende Gewalterfahrungen die Gesundheit von Täter und Opfer lebenslang verändern können. Desweiteren haben auch religiöse und spirituelle Einstellungen und dementsprechende Praktiken bei positiver Ausprägung einen verstärkenden Einfluss auf die

Gesundheit. Umgekehrt steigt bei einer negativen Gewichtung das Risiko für einen Menschen eine psychische Störung zu entwickeln. (S. 30-31)

## **Soziale Ressourcen**

Soziale Beziehungen und die im sozialen Netz verfügbare Unterstützung sind eine wichtige Voraussetzung für das Wohlbefinden. Umgekehrt sind häufige Einsamkeitsgefühle Merkmal eines gestörten (sozialen) Wohlbefindens. Während bestimmte soziale Ressourcen einen direkten Einfluss auf die Gesundheit haben, wirken andere vor allem indirekt, als eine Art „Puffer“ in Krisensituationen. (BFS, 2010, S. 25)

Gemäss der Studie (BFS 2010) sind Einsamkeitsgefühle der subjektive Ausdruck von mangelnden sozialen Ressourcen bzw. zeigen ein Bedürfnis „nach mehr oder nach anderen Formen von sozialen Kontakten“ (S. 27). Halten die Einsamkeitsgefühle über eine längere Zeit an, kann dies zu einer starken Belastung für die Gesundheit der Betroffenen werden. So fühlen sich 27% der Bevölkerung „manchmal“ und 3% „ziemlich häufig“ oder „sehr häufig“ einsam. Auffallend ist, dass Frauen in allen Altersgruppen sich häufiger einsam fühlen wie Männer (35% gegenüber 25%). Auch jüngere Personen bezeichnen sich häufiger als einsam wie Ältere. Es zeigt sich eine signifikante Korrelation zum Bildungsgrad. So berichten 38% der Personen ohne nachobligatorischem Schulabschluss über Einsamkeitsgefühle, im Gegensatz zu 26% der Personen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe. Dieser Zusammenhang ist zusätzlich bei Männern noch stärker ausgeprägt. Die Studie zeigt auch auf, dass das Gefühl der Einsamkeit abhängig ist von der Verfügbarkeit der sozialen Ressourcen. So berichten lediglich 3% der Personen, die in wöchentlichem Kontakt mit ihrer Familie stehen, einsam zu sein, wohingegen sich 16% der Personen ohne Kontakt zu ihrem familiären Umfeld einsam fühlen. Das Gleiche zeigt sich auch für die Kontakte zu Freunden oder Bekannten. 3% der Personen, die wöchentlich in Kontakt mit ihnen sind, verspüren oft Einsamkeit. Bei Personen ohne regelmässigen Kontakt zu Freunden beträgt dieser Anteil 20%. (S. 27)

Die Studie (BFS 2010) zeigt weiter auf, dass Vertrauenspersonen „eine der wichtigsten Komponenten des sozialen Netzes sind“ (S. 26). Als Vertrauenspersonen gelten Personen „zu denen man eine so gute Beziehung hat, dass man [mit ihnen] über alles sprechen kann“ (S. 26). Vertrauenspersonen sind für die Bewältigung von Krisensituationen besonders wichtig. Auch hier zeigt sich wieder ein Zusammenhang mit dem Bildungsniveau. So sinkt der Anteil der Personen ohne Vertrauensperson mit steigendem Bildungsniveau. Lediglich 3% der Personen mit einem Tertiärabschluss geben an keine Vertrauensperson zu haben, gegenüber 10% der Personen ohne nachobligatorischen Schulabschluss. Zudem bedauern 23% der Frauen das Fehlen einer Vertrauensperson gegenüber 17% der Männer. Dieser Trend verstärkt sich ab dem 45. Lebensjahr zusätzlich. (S. 26)

Dass soziale Beziehungen und Einsamkeitsgefühle einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit haben, ist eine weitere Erkenntnis der Studie (BFS 2010). Dies zeigt sich dadurch, dass 87% der Personen, die wöchentlich in Kontakt mit ihrer Familie stehen (Telefonanrufe oder Besuch), ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut bezeichnen. Wohingegen 62%

der Personen ohne Kontakt über einen schlechten Gesundheitszustand berichten. Weiter manifestiert sich dies auch darin, dass „Personen ohne familiäre Kontakte (. . .) häufiger starke körperliche Beschwerden (42%) [haben] als solche mit regelmässigen familiären Kontakten (24%)“ (S. 28).

## **Adoleszenz**

Pierre André Michaud und Joan-Carles Suris (2009) beschreiben die zahlreichen Einflussfaktoren, die die verschiedenen gesundheitlichen Probleme junger Menschen begünstigen oder aufhalten können. So wirken Faktoren persönlicher Art, aus dem Umfeld der Familie und der Gesellschaft, wo dies vor allem die Wohnsituation, die Schule und der Freundeskreis sind. Weitere Faktoren werden in tabellarischer Form aufgeführt:

- In gesundheitlicher Hinsicht bestehen Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Bei Mädchen und jungen Frauen treten psychische Probleme wie Depressionen, suizidales Verhalten oder Essstörungen häufiger auf und sie sind naturgemäss anfälliger für sexualmedizinische Probleme. Jungs und junge Männer hingegen neigen eher dazu, Konflikte in Form von gewaltsamem oder auffälligem Verhalten auszutragen; sie unterliegen dadurch einem erhöhten Risiko für Unfälle. Während es Mädchen und jungen Frauen leichter fällt, sich Hilfe zu holen oder zum Arzt zu gehen, begegnen ihre männlichen Altersgenossen Problemen häufiger mit Verleugnung und Schwierigkeiten, den ersten Schritt in Richtung Hilfe zu tun.
- Ungewisse Zukunftsperspektiven schlagen sich auf die Gesundheit vor allem bei denjenigen jungen Menschen nieder, die aus einem benachteiligten sozioökonomischen Umfeld stammen oder schulische Schwierigkeiten haben. Ab dem 15. Lebensjahr besteht ein deutlicher gesundheitlicher Unterschied zwischen Jugendlichen, die in das Ausbildungs- und Berufsleben integriert sind, und denen, die keine berufliche Perspektive haben. Diese Schere öffnet sich mit der Zeit immer weiter. Der sozioökonomische Status der Eltern verstärkt diese Benachteiligung zusätzlich: Junge Menschen aus ärmeren Familien haben grössere Schwierigkeiten, einen Arbeitsplatz zu finden. Der TREE-Studie (Transitions from Education to Employment) zufolge haben sieben Jahre nach Ende der obligatorischen Schule 20 % der PISA-Kohorte noch keinen Abschluss erworben; die Hälfte der Kohorte hat das Bildungssystem bereits verlassen. Ein überproportionaler Anteil dieser Fälle stammt aus einem benachteiligten Umfeld.

- Junge Menschen mit Migrationshintergrund stellen eine weitere Gruppe dar, die in bestimmten Bereichen erhöhten Risiken unterliegt. So haben minderjährige Mädchen der ersten Einwanderergeneration häufig grosse Schwierigkeiten, an Verhütungsmittel zu gelangen, und sie werden deutlich häufiger ungewollt schwanger als junge Mädchen schweizerischer Nationalität. (S. 58-59)

## **Erwerbstätigkeit**

Kickbusch und Engelhardt (2009) rezipieren Erkenntnisse neuerer Gesundheitsforschung, laut denen „es nicht nur die Menschen in der untersten Gesellschaftsschicht“ sind, die ein erhöhtes Krankheits- und Sterberisiko aufweisen. So zeigt sich, dass sich die „Beziehung zwischen sozialem Status und Gesundheit über alle Schichten hinweg bestätigt“. In der Gesundheitsforschung wird dies als der Einfluss des sozialen Gradienten bezeichnet. Dieser Forschungsansatz geht auf Michael Marmot zurück, der für englische Staatsangestellte einen deutlichen sozialen Gradienten in Bezug zur Lebenserwartung nachwies: Er zeigte in seiner Forschung, „dass mit jeder Hierarchiestufe im Staatsapparat die Lebenserwartung der betroffenen Hierarchiegruppe anstieg“ (S. 26). Er schlussfolgert, dass es sich also nicht um ein individuelles Phänomen handelt, sondern um einen sozialen Faktor. So hat die Qualität der Arbeitsstelle und die berufliche Stellung, sowie die damit verbundene gesellschaftliche Stellung, einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit. Dies wird in der modernen, flexiblen Arbeitswelt durch neue Arbeitsformen verstärkt, indem immer mehr Druck auf die Arbeitnehmer übertragen wird. Dies gilt auch für mittlere und gehobene berufliche Positionen, bei denen sich beispielsweise die Grenze zwischen Arbeit und Freizeit immer stärker vermischt. Ein anderer belastender Faktor am Arbeitsplatz kann die Kombination von hohen Leistungsanforderungen mit wenig Autonomie bei der Arbeit sein oder ein Ungleichgewicht zwischen Leistung und Gratifikation. So kann die Angst vor dem Arbeitsplatzverlust zu Burn-Out-Symptomen und damit zu einer gesundheitlichen Dauerbelastung werden und in einem Zusammenbruch enden. Negativ verstärkend können dabei ein mangelnder Ausgleich im privaten und familiären Bereich sowie eine mangelhafte soziale Unterstützung wirken. Aber auch fehlende Arbeit kann krank machen. So wird mit jeder längeren Arbeitslosigkeit die Wahrscheinlichkeit vergrössert, dass ein Mensch krank wird. So sind Bluthochdruck, chronische Bronchitis, Arthrose, Rückenschmerzen, Schwindel und Depression Gesundheitsprobleme, die bei Erwerbslosen besonders häufig anzutreffen sind. Auch hier zeigt sich eine Korrelation mit einer niedrigen Schulbildung, da diese Menschen stärker von Arbeitslosigkeit und Krankheit betroffen sind. (S. 26-27)

## **Gesundheitsdeterminanten im Migrationskontext**

Laut Denise Efonayi-Mäder und Chantal Wyssmüller (2009) geht aus unterschiedlichen Studien deutlich hervor, „dass in vielen Aufnahmeländern grosse Teile der Migrationsbevölkerung gegenüber der Mehrheitsbevölkerung sozioökonomisch benachteiligt sind, und dass dies das Risiko für Erkrankung und vorzeitigen Tod erhöht“ (S. 91). Weitere Einflussfaktoren in tabellarischer Form:

- Zunächst können spezifische Gegebenheiten im Herkunftsland oder während der Migration mit Gesundheitsvorteilen und -nachteilen verbunden sein. Zu denken ist etwa an den Einfluss von Umwelt- und Lebensbedingungen oder an die Erfahrung extremer Gewalt oder Verfolgung.
- Ferner stellt Migration im Leben eines Menschen in vielen Bereichen einen radikalen Bruch dar (Entwertung praktischen Handlungswissens, soziale Entwurzelung, Rollenkonflikte, Statusverlust usw.). Wird dieses kritische Lebensereignis subjektiv als belastend erlebt und fehlen Ressourcen zur Bewältigung, kann dies die Gesundheit der Betroffenen längerfristig beeinträchtigen.
- Dem sozioökonomischen und -professionellen Status im Aufnahmeland kommt in Zusammenhang mit gesundheitlicher Risikoexposition unbestrittenerweise ein hoher Erklärungswert zu. Schlechte Einkommensverhältnisse (und damit einhergehend oft auch suboptimale Wohnverhältnisse, Ernährungs- und Hygienemöglichkeiten) und gesundheitsschädigende Arbeitsbedingungen sind bedeutende gesundheitliche Risikofaktoren.
- Bei Migrantinnen und Migranten ergeben sich teilweise auch Benachteiligungen aus sprachlich bedingten Kommunikationsschwierigkeiten oder aufgrund ausländerfeindlicher oder rassistischer Diskriminierungen von Seiten der ansässigen Bevölkerung. Zu bedenken ist in diesem Zusammenhang auch die gesellschaftsstrukturierende Funktion ethnischer Zuschreibungen.
- Hinzu kommt häufig auch eine Benachteiligung aufgrund der spezifischen rechtlichen Situation. Zu denken ist etwa an sozial- und arbeitsrechtliche Beschränkungen, die im Aufenthaltsstatus begründet sind und an eingeschränkte politische Partizipationsmöglichkeiten.
- Mit dem Migrationshintergrund in Zusammenhang steht überdies ein dynamisches, vom Herkunfts- wie auch vom Aufnahmekontext beeinflusstes Gesundheitsverhalten (z. B. Ernährungsgewohnheiten, körperliche Aktivität und Einstellung zu Sport, Suchtmittelkonsum, Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen). (S. 91-92)



Efionayi-Mäder und Wyssmüller (2009) weisen darauf hin, dass sich infolge der verstärkenden Wirkung von spezifischen Determinantenkonstellationen eine erhöhte gesundheitliche Verletzlichkeit ergeben kann. Dies vor allem auch wenn diese über einen grösseren zeitlichen Horizont andauern. Zusätzlich belastend kann auch sein, dass „mit einem Migrationshintergrund unter Umständen auch eine vergleichsweise geringere Gesundheitskompetenz einher“ geht. Zu beachten ist aber, dass die Gesundheitschancen und -risiken auch innerhalb der migranten Bevölkerung ungleich verteilt sein können und sich „in Abhängigkeit des konkreten Integrationsverlaufs mit der sozialen und individuellen Ressourcenlage wesentlich verändern“ können. (S. 92-93)

### 3.2.4. Fazit - Gesundheitliche und soziale Ungleichheit

Abschliessend möchten wir ein Modell einführen, mit dem Kickbusch und Engelhardt (2009) die Wirkungsweise der sozialen Ungleichheit besser verständlich machen (Abb. 14). Es soll die Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit verdeutlichen. So ergeben sich aus sozialer Ungleichheit unterschiedliche Gesundheitschancen. Dies bedeutet eine ungleiche Verteilung von Gesundheitsressourcen und Gesundheitsbelastungen bzw. von Schutz- und Risikofaktoren. Zum andern ergeben sich in Abhängigkeit von der sozialen Ungleichheit verschiedene Lebenslagen und daraus auch unterschiedliche gesundheitsrelevante Lebensstile, die wiederum Auswirkungen auf die Gesundheitskompetenz haben. (S. 27-28)

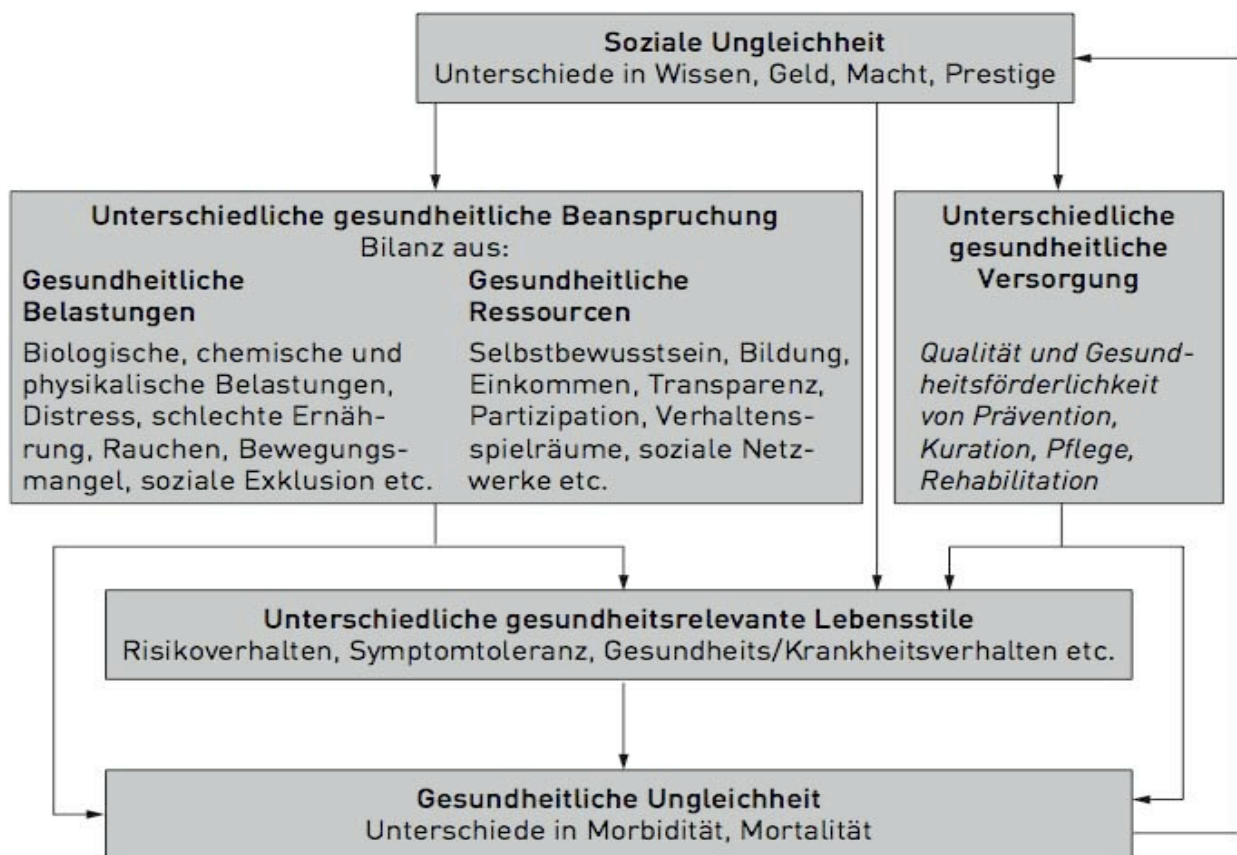


Abb. 14: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. (Kickbusch und Engelhardt, 2009, S. 28)

## 4. Erkenntnisse aus Kapitel 2 und 3

In der Auseinandersetzung mit Gesundheit haben wir gesehen, dass Krankheit nicht, wie die homöostatische und pathogenetische Sichtweise annimmt, als Ausnahme zu verstehen ist. Vielmehr stehen Gesundheit und Krankheit dauernd in einem Ungleichgewicht (Heterostase) und stellen die Pole eines Kontinuums dar, auf der sich der Mensch dauernd positioniert. So weist jede Person immer sowohl gesunde wie auch kranke Anteile auf.

Der durch Antonovskys Salutogeneskonzept ausgelöste Paradigmawechsel basiert auf der Fokussierung der individuellen Ressourcen und Potentiale, die für die Gesundheit einer Person förderlich sind. Hurrelmann ergänzt diese durch gesellschaftliche Faktoren und hält fest, dass Gesundheit mehrdimensional verstanden werden muss. So wird die dauernde Auseinandersetzung des Individuums mit den sich stellenden Entwicklungsaufgaben aus den Anforderungen der inneren Realität (Körper und Psyche) und der äusseren Realität (soziale und ökologische Umwelt) von Hurrelmann als Sozialisationsprozess bezeichnet. Zentraler Mechanismus in diesem Prozess ist die produktive Realitätsverarbeitung. Sie bestimmt, ob die anstehenden Entwicklungsaufgaben bewältigt werden können. Voraussetzung dafür ist die Fähigkeit, Veränderungen im Körper und der Psyche, wie auch in der sozialen und ökologischen Umwelt, sensibel wahrzunehmen und danach zu handeln. Gelingt dies, ist eine positive Dynamik für die Gesundheit zu erwarten. Hurrelmann nennt folgende Faktoren, von denen die produktive Realitätsverarbeitung abhängig ist:

- Eine positive Einstellung zu den alltäglichen Herausforderungen.
- Das Akzeptieren des eigenen Körpers und der psychischen Grundausstattung.
- Eine auf optimistische Hoffnung, Zuversicht und Neugier aufgebaute Erwartung an die soziale und physische Umwelt.
- Die Vorstellung von der Beeinflussbarkeit der wichtigsten Parameter für die eigene Lebensführung.

Diese Faktoren lassen sich mit Antonovskys Kohärenzgefühl (SOC) vergleichen, das er mit den bestimmenden Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit als eine allgemeine Grundhaltung der Welt und dem eigenen Leben gegenüber versteht. Zusammen mit der persönlichen Bewältigungsstrategie (Coping), die vom SOC bestimmt wird, und Hurrelmanns produktiver Realitätsverarbeitung entspricht, entscheidet sich, ob die Stimuli (Anforderungen) dank dem Kohärenzgefühl verstanden werden (Verstehbarkeit), ob die Person damit umgehen kann (Handhabbarkeit) und ob die Stimuli als bedeutsam erkannt werden und somit als Herausforderungen auf dem Weg zu einem sinnhaften Leben angesehen werden können (Bedeutsamkeit). Gelingt dies nicht, werden die Stimuli (Anforderungen) zu Stressoren und lösen Spannungszustände aus. Ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl ermöglicht so eine flexible Reaktion auf Anforderungen, während ein schwaches Kohärenzgefühl eher eine starre und rigide Reaktion hervorbringt. Franke weist auf folgende Faktoren hin, die das Kohärenzgefühl verstärken können. Es ist dies die Erfahrung von Konsistenz, die für die Ausbildung der Komponente Verstehbarkeit von grosser Bedeutung ist. Damit meint sie Erfahrungen der Wiederholung, der Ähnlichkeit von Abläufen unter vergleichbaren Bedingungen und das Überdauern von Dingen, Abläufen und Beziehungen. Weiter ergänzt Franke, dass die Gewissheit, den Anforderungen gewachsen zu sein (Handhabbarkeit), auch

von Personen, denen man vertraut, gestützt werden kann. Zusätzlich sind für die Ausbildung der Bedeutsamkeitskomponente Erfahrungen der Partizipation wichtig, wie die Einflussnahme auf die Welt um sich herum und das Mitwirken an der Gestaltung von Ergebnissen.

Eine andere Sichtweise auf die Entwicklungsaufgaben, die sich dem Individuum stellen, zeigen die behandelten Konstrukte von Identität. Höfer zeigt die Relevanz des Kohärenzgefühls für die Identität. Sie sagt, dass sich Identität aus zwei Quellen konstruiert: dem Selbstgefühl, das die Bewertungen über die Qualität und die Art der Beziehung zu sich selbst enthält und dem Kohärenzgefühl, das sich über die Bewertungen der Bewältigungsmöglichkeiten alltäglicher Anforderungen bildet. Keupp geht mit seiner Definition von Identität und der Auseinandersetzung des Subjektes mit seiner Umwelt zusätzlich noch auf den Ressourcenaspekt ein. So findet laut Keupp Identität stets in einem Aushandlungsprozess des Subjektes mit seiner gesellschaftlichen Umwelt statt. Dieser Prozess wird dabei ganz entscheidend von den Ressourcen geprägt, die ein Subjekt bei seiner Identitätsarbeit zu mobilisieren und zu nutzen vermag.

Über den Bezug zum Kohärenzgefühl (Höfer) und der Auseinandersetzung des Subjektes mit seiner Umwelt (Keupp) wird klar, dass Identität ein gesundheitsrelevantes Konstrukt ist.

Husi eröffnet mit seiner modalen Strukturierungstheorie zusätzlich einen unkonventionellen Zugang zur subjektiven Verarbeitung der inneren und äusseren Anforderungen, indem er mit den Modalverbenpaaren können und müssen, dürfen und sollen sowie mögen und wollen Spielräume zwischen Ermöglichung und Einschränkung aufzeigt, in denen sich der Mensch bewegen kann. Husi kommt hier zum Schluss, dass eine gelingende Balance zwischen diesen Verbenpaaren die Grundlage für ein gutes Lebensgefühl darstellt und im besten Fall Glück bedeutet.

Hurrelmanns Sozialisationsmodell und Antonovskys Salutogenesekonzept zeigen auf, dass für die Gesundheit sowohl individuelle wie auch gesellschaftliche Faktoren relevant sind. Aus Hurrelmanns Sicht ist es sinnvoll, diese beiden Faktordimensionen in ein dynamisches Wechselverhältnis zu bringen. Das aus diesem Wechselverhältnis resultierende Gesundheitsverhalten eines Menschen hat einen direkten Einfluss auf die Gesundheit. Die gesellschaftlichen Faktoren (auch ökonomische, soziale und kulturelle Lebensbedingungen) wirken als Gesundheitsverhältnisse direkt (und indirekt über das Gesundheitsverhalten) auf den Gesundheitsstatus einzelner Mitglieder der Gesellschaft und kollektiv auf ganze Bevölkerungsgruppen. So bilden nach Hurrelmanns zweiter Maxime die Gesundheitsverhältnisse den Möglichkeitsraum für die Entfaltung der personalen Bedingungen für Gesundheit und Krankheit.

Kickbusch und Engelhardt bezeichnen nun Faktoren, die unsere Gesundheit beeinflussen, als Gesundheitsdeterminanten. Da die Gesundheitsdeterminanten in vielen gesellschaftlichen Strukturen, Lebensbedingungen und Gesundheitsverhalten verankert sind und sich gegenseitig beeinflussen, können diese je nach individueller Voraussetzung und Ausprägung zu Risiko- oder Schutzfaktoren werden. Dabei spielt der Kohärenzsinn und das Coping bzw. die produktive Realitätsverarbeitung eine entscheidende Rolle. Nach Hurrelmann kann es zu einer Krankheitsdynamik kommen, wenn die Risikofaktoren gegenüber den Schutzfaktoren die

Überhand gewinnen. Durch Selbststeuerung oder Hilfe von aussen kann die Krankheitsdynamik überwunden werden und wieder in eine Zeitspanne der Gesundheit münden.

Risiko- und Schutzfaktoren tauchen in der Gesundheitsdiskussion immer wieder unter anderen Bezeichnungen auf. Die von Antonovsky benutzten Begriffe Widerstandsressourcen bzw. Widerstandsdefizite setzt Hafén mit Schutz- bzw. Risikofaktoren gleich, um eine mit anderen Theorien kompatible Terminologie zu generieren. Dies machen auch Kickbusch und Engelhardt, indem sie Gesundheitsressourcen und Gesundheitsbelastungen mit Schutz- und Risikofaktoren gleichsetzen.

In der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion stehen momentan zwei Themen im Fokus der Aufmerksamkeit. Die psychische Gesundheit und die Determinanten von Gesundheit. Psychische Gesundheit wird als Resultat komplexer dynamischer Interaktionen zwischen biologischen, psychologischen, sozioökonomischen, soziokulturellen und institutionellen Faktoren verstanden. Sie wird demnach nicht als Zustand, der sich als Folge von persönlicher Disposition und individuellem Verhalten manifestiert, verstanden, sondern als ein differenzierter Prozess, der neben individuellen Aspekten massgeblich von exogenen Faktoren beeinflusst wird. Im Unterschied zu Hurrelmanns Sozialisationsmodell, das eine allgemeingültige Funktionsweise von Gesundheit darstellen will, hat das Konstrukt der psychischen Gesundheit einen praktischen Nutzen für die Forschung. Es integriert die subjektive Bewertung von Gesundheit und Krankheit und die unterschiedliche Fremd- und Selbsteinschätzung von Gesundheits- und Krankheitsstadien in der körperlichen, psychischen und sozialen Dimension. So ist die psychische Gesundheit eine geeignete Messgrösse, um die selbstempfundene Wahrnehmung von Gesundheit zu bestimmen. Die WHO stellt dies in ihrer Definition zu psychischer Gesundheit auf verständliche Weise dar, indem sie sagt, dass psychische Gesundheit und psychisches Wohlergehen grundlegend für die Lebensqualität sowohl des einzelnen Menschen, wie auch von Familien, Gemeinschaften und Nationen ist und es den Menschen ermöglicht, ihr Leben als sinnvoll zu erfahren und sich als kreative und aktive Bürger zu betätigen. Die WHO glaubt, dass das primäre Ziel der Aktivitäten im Bereich der psychischen Gesundheit das Wohlbefinden und Wirken der Menschen ist, indem auf ihre Stärken und Möglichkeiten gesetzt wird und äussere schützende Faktoren gefördert werden.

Durch Analysen verschiedener Studien zur psychischen Gesundheit, hat sich in den letzten Jahren herausgestellt, dass neben individuellen Aspekten, massgeblich exogene Faktoren für die Gesundheit verantwortlich sind. Dadurch rücken die gesundheitsrelevanten Determinanten ins Blickfeld der Gesundheitspolitik. Auch in Schweizer Studien zeigte sich deutlich, dass äussere Anforderungen (soziale Determinanten), unter welchen Hurrelmann sozioökonomische Lage, ökologisches Umfeld, Wohnbedingungen, hygienische Verhältnisse, Bildungsangebote, Arbeitsbedingungen, private Lebensformen und soziale Einbindung subsumiert, als höchst gesundheitsrelevant aufscheinen. Deutlich hervor tritt der Fakt, dass soziale Ungleichheit zu unterschiedlichen Gesundheitschancen führt. Dies bedeutet, dass mit sozialer Ungleichheit eine ungleiche Verteilung von Schutz- und Risikofaktoren einhergeht. Daraus ergeben sich wiederum ungleiche Lebenslagen, was zu unterschiedlichen gesundheitsrelevante Lebensstilen führt, die dann in der Folge Auswirkungen auf die Gesundheitskompetenz haben.

# 5. Soziokulturelle Animation

Ziel dieses Kapitels ist es, die Entstehung der Soziokulturellen Animation anhand eines kurzen historischen Bezuges zu skizzieren und aktuelle Definitionen des jungen, stets im Wandel begriffenen Berufes wieder zu geben. Daraus werden Aufgaben, Zielsetzungen und Handlungsfelder abgeleitet. Zum Schluss werden auf handlungsleitende Ansätze und Prinzipien sowie auf die Methodik der Soziokulturellen Animation eingegangen.

## 5.1 Einführung - Eine gesellschaftliche und eine professionelle Perspektive

Soziokulturelle Animation ist laut Heinz Wettstein (2010) eine neue Erscheinung, die keine approbierte Geschichte hat, sondern Geschichten des Begriffs, der Institutionen, der Personen und der Aktivitäten in ihrem Zeichen. Wettstein verweist auf die gesellschaftliche Praxis der Soziokultur, indem er auch Initiativen nennt, die das Gleiche wie die Soziokulturelle Animation tun und wollen, sich selbst aber nie als Soziokulturelle Animation verstehen (S. 27). Er stellt somit den Bezug zu sozialen Bewegungen her, die für die Entstehung der professionellen Praxis von Bedeutung sind. An vorderster Front sind hier die sozialreformerische Settlement-Bewegung Ende des 19. Jahrhunderts und die Friedensbewegung in den USA um Jane Adams Ende der 20er Jahre des 20. Jahrhunderts zu nennen.

Der Begriff Soziokultur geht laut Heinz Moser, Emanuel Müller, Heinz Wettstein und Alex Willener (1999) auf die europäische Kulturdebatte der Siebzigerjahre zurück, die sich für eine Demokratisierung der Kultur im Sinne von „Kultur für alle“ und „Kultur von allen“ einsetzte und beinhaltet in Abgrenzung zum Begriff der Kultur, der ein Ist-Zustand beschreibt, vorwiegend eine Handlungs- und Veränderungsdimension (S. 99-100). Heinz Moser (2010) beschreibt die Anfänge der Soziokultur in Deutschland, die damals Teil einer Kulturbewegung war und die sich als Alternative zu den traditionellen Kulturinstitutionen und den bürgerlichen Kunstbetrieben sah (S. 80). Gerhard Schulze (1993) versteht Soziokultur als sparten- und generationsübergreifende kulturelle Aktivitäten mit sozialen Bezügen, die vorrangig den kommunikativen Prozess fördern sollen. Soziokultur ist nach Schulze geprägt durch eine breite Vielfalt sich überschneidender Kultur-, Bildungs- und Sozialarbeit, die insbesondere auch politisch aktuelle und gesellschaftlich relevante Themen und Probleme umfasst sowie auch gesellschaftskritische Ansätze kennt. (zit. in Moser et al., 1999, S. 100)

Auf die professionelle Praxis bezogen umfasst Soziokulturelle Animation (SKA) laut Moser et al. (1999) auch die Handlungsdimension, also die Interventionsebene jener Personen, die in diesem Bereich eine besondere Rolle einnehmen können (S. 35). Die SKA ist laut Wettstein (2010) immer in die gesellschaftliche Entwicklung eingelagert und somit direkten Auswirkungen dieser Entwicklung ausgesetzt. Daher erstaunt es wenig, dass im Zuge des fortschreitenden gesellschaftlichen Wandels auch die SKA als Beruf schwer zu fassen ist. Trotzdem, und gerade weil sie in die individualisierte, pluralisierte, enttraditionalisierte, globalisierte und erlebnisorientierte Gesellschaft eingebunden ist, muss sich die SKA an diesem Wandel orientieren und beteiligen. (S. 26-27)

Folgt man Moser (2010), so wurde die Soziokulturelle Animation geschichtlich aus dem Grundgefühl der 68er-Generation heraus konzipiert. Für die Jugendarbeit konstatierte

Nowotny (1983) ein gesellschaftskritisches und solidarisches Verständnis und setzte sich die Förderung von selbstbefreienden Kräften und das Anstossen von Veränderungen zum Ziel (zit. in Moser, S. 64). Moser stellt weiter fest, dass damals die Frankfurter Schule mit ihrer kritischen Theorie einen starken Einfluss auf das sozialwissenschaftliche Denken hatte, was sich in der Konzeptualisierung emanzipatorischer, sozialer und pädagogischer Arbeit niederschlug. Die Überlegungen von Jürgen Habermas (zit. in Moser, S. 65) zum Interessensbegriff waren leitend. Er hatte festgestellt, dass es neben persönlichen Interessen auch grundlegende soziale Interessen gibt, deren Verfolgung für den Menschen und sein Fortbestehen zentral sind. Als ein solches soziales Interesse nennt er die Mündigkeit, die zu einem Leitbegriff der damaligen (sozial-)pädagogischen Arbeit wurde. Moser erkennt die entscheidende Intention der 68er-Pädagogik darin, dass Chancengleichheit für die Unterprivilegierten der Gesellschaft durch die Befähigung zur Selbstbestimmung angestrebt werden muss. Über die Aufklärung von Vorurteilen und Zwängen sollte die Befreiung aus entfremdenden Abhängigkeiten erreicht werden. Die emanzipatorischen Konzepte von damals, so schreibt Moser weiter, scheinen aus heutiger Perspektive das Ausmass des gesellschaftlichen Wandels unterschätzt zu haben. Sowohl für Kinder wie auch für Erwachsene sind die grundlegenden Bedingungen anders geworden. So haben zum Beispiel die Sozialisationsbedingungen von Kindern, wie Familienstruktur, Wohnumfeld und Medien grundlegende Veränderungen erfahren. (S. 64-68)

Ein so tiefgreifender gesellschaftlicher Wandel verändert auch die Gesellschaftsbilder und zeigt seine Auswirkungen auf den Beruf der SKA. Die Aufgabe der SKA besteht laut Bernard Wandeler (2010) u. a. darin die vielschichtigen Anpassungsleistungen der Akteurinnen und Akteure, die der gesellschaftliche Wandel erfordert, zu begleiten und dafür zu sorgen, dass möglichst viele an der Gestaltung des Wandels teilhaben können (S. 7). Im Folgenden sollen überblickartig die gesellschaftlichen Entwicklungen skizziert werden.

Unter dem Titel „individualisierte Gesellschaft“ zeichnet Moser (2010) ein Bild der Pluralisierung von Lebenshaltungen, bedingt durch die Auflösung der allgemeingültigen Bedeutung von Normen und Werten. Es entsteht eine Gleichzeitigkeit verschiedener individuell-gültiger Lebensstile. Moser betrachtet es heute geradezu „als Anforderung, dass man sich selbst zu verwirklichen traut, seine Identität so stilisiert, wie man selbst gerne sein möchte“ (S. 69). So hält Moser fest, dass Identitäten früher tragende Lebenseinstellungen waren, die meist durch das berufliche Feld geprägt wurden, heute die Freizeitwelt aber an Einfluss gewonnen hat und die Identitäten über Accessoires auswechselbar geworden sind. In der Folge führt dies laut Moser dazu, dass die SKA ein Stück weit den individualisierten Lebensstilen entgegenkommen und sich stärker adressatenspezifisch ausrichten muss. (S. 69-70)

Unter der „enttraditionalisierten Gesellschaft“ versteht Moser (2010) die Auflösung der Vorbildfunktion traditioneller Gemeinschaften, welche sich in Organisationen und Personen manifestiert. Als Folge muss der Einzelne selbst entscheiden, was für ihn gilt, denn Normen und Werte haben ihre bindende Kraft verloren und eindeutige Orientierungshilfen fehlen. Für die SKA steht somit die Unterstützung ihrer Adressatenschaft im Sinne einer Befähigung (Empowerment) im Zentrum. Dadurch soll die Selbstverantwortung gefördert werden, um so für sich Bedürfnisse klären zu können und um zu Entscheidungen über Normen und Werte zu kommen, die längerfristig tragfähig und somit auch nachhaltig sind. (S. 70)

Ulrich Beck (1986, zit. in Moser, 2010, S. 70-71) verweist darauf, dass im Zuge der Individualisierung der Mensch von vielen Abhängigkeiten befreit wurde, sich nun aber mit neuen Abhängigkeiten konfrontiert sieht. Die Abhängigkeit von Arbeitsmarkt und somit von Bildung, Konsum, sozialrechtlichen Regelungen, Verkehrsplanung und Möglichkeiten und Moden in der medizinischen, psychologischen und pädagogischen Beratung und Betreuung führen zu einer erweiterten Risikolage der Gesellschaft. In Anbetracht der wachsenden Risikolagen sieht Moser eine weitere Aufgabe der Professionellen der SKA in einer klaren und realistischen Risikoabwägung (S. 71).

## 5.2 Auf der Suche nach einer Definition von Soziokultureller Animation

Die Profession der SKA ist laut Wettstein (2010) geschichtlich eng mit der Entwicklung der Sozialen Arbeit verbunden. Insbesondere die Gemeinwesenarbeit, aber auch die Soziokulturelle Arbeit in den Niederlanden und die Profession des Community Development im anglophonen Raum weisen beträchtliche Schnittmengen mit diesem jungen Beruf auf (S. 16). Hafén (2009) verweist auf die präventive Funktion der SKA als wichtigstes Zuordnungskriterium zum Funktionssystem Soziale Arbeit, obwohl die inhaltliche und methodische Nähe zum Funktionssystem Erziehung offensichtlich ist. Dies erstaunt laut Hafén wenig, wenn man beachtet, wie gross die Schnittstellen dieser beiden Disziplinen seit ihrer Ausdifferenzierung im 19. Jahrhundert immer waren und bis heute sind. (S. 27)

Die SKA ist neben der Sozialarbeit und der Sozialpädagogik ein Teilbereich der professionellen Sozialen Arbeit und wird als eine von drei Studienrichtungen an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit gelehrt. Des Weiteren wird die Disziplin SKA laut Berufsberatung.ch im Rahmen einer generalistischen Ausbildung an den Fachhochschulen in Bern, Basel, Olten, Siders und in Zürich angeboten (2011, ¶2).

Der Berufsverband der Sozialen Arbeit Schweiz, AvenirSocial, publizierte 2010 im Berufskodex folgende Übersetzung der IFSW Definition von Sozialer Arbeit:

Die Profession Soziale Arbeit fördert den sozialen Wandel, Problemlösungen in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen mit dem Ziel, das Wohlbefinden der einzelnen Menschen anzuheben. Indem sie sich sowohl auf Theorien menschlichen Verhaltens als auch auf Theorien sozialer Systeme stützt, vermittelt Soziale Arbeit an den Orten, wo Menschen und ihre sozialen Umfeldler aufeinander einwirken. Für die Soziale Arbeit sind die Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit fundamental. (S. 8)

AvenirSocial (2010) leitet ausgehend von der Menschenwürde und den Menschen- und Sozialrechten die Grundsätze der Gleichbehandlung, der Selbstbestimmung, der Partizipation, der Integration und der Ermächtigung ab (S. 8-9).

In der Einleitung zum neu erschienen Grundlagenbuch *Soziokulturelle Animation – Professionelles Handeln zur Förderung von Zivilgesellschaft, Partizipation und Kohäsion* verweist Wandeler (2010) auf das pluralistische und konstruktivistische Lehrverständnis, das verschiedene Betrachtungsweisen der Profession Soziokulturelle Animation zu lässt. Es ist also nicht mit einer einheitlichen Definition von Soziokultureller Animation zu rechnen. Einig sind sich die Autoren des Buches in dem Sinne, dass es für die Soziokulturelle Animation darum geht demokratische Prozesse zu initiieren und beizubehalten. (S. 6)

Historisch sind für die schweizerische Diskussion vor allem die Entwicklungen in Frankreich und Deutschland ausschlaggebend. Nachdem der Begriff der Animation im Frankreich der 60er-Jahre für verschiedene bereits bestehende Handlungen im soziokulturellen Bereich Verwendung fand, begannen nach Wettstein (2010) in den 70er- und 80er-Jahren die begrifflichen Definitionsversuche der Profession der Soziokulturellen Animation. Die Bandbreite reichte von unpolitischen, eher technischen bis hin zu ideologisch-kämpferischen Beschreibungen. Die „animateurs militants“, wie sich Letztere nannten, sahen sich als Agenten der Veränderung und Advokaten der Minderprivilegierten. Ihr deklariertes Ziel war das Aufbrechen von überholten Macht- und Sozialverhältnissen. Die Spannung zwischen der Rolle der parteilichen Unterstützung von Minderprivilegierten und derjenigen der gesellschaftlichen Normalisierung, die von ihren Auftraggebern aus Politik und Verwaltung gefordert wird, stellt nach Wettstein eine Variante des doppelten Mandates der Sozialen Arbeit dar. (S. 28-30)

Eine für Frankreich eher unpolitische Definition der SKA lieferte Pierre Besnard (1980), in dem er Soziokulturelle Animation als Ensemble von Praktiken, Aktivitäten und Beziehungen charakterisierte.

- Die Praktiken und Aktivitäten betreffen die von den Individuen in ihren sozialen und kulturellen Leben, besonders in ihrer Freizeit, gezeigten Interessen. Diese Interessen lassen sich wie folgt einteilen: künstlerische, intellektuelle, soziale, alltagspraktische und physische.
- Diese Praktiken reagieren auf Bedürfnis nach Einführung, Ausbildung und Handlung, das durch bestehende Institutionen nicht gedeckt wird. Sie befriedigen Funktionen der Erholung, Zerstreuung und Entwicklung.
- Diese Praktiken sind freiwillig (im Unterschied zu gewissen kulturellen Verpflichtungen in der Schule), ob es sich um die Ausführung einer Tätigkeit oder um die Teilnahme an einer Vereinigung handelt.
- Diese Praktiken und Aktivitäten sind im Prinzip offen für alle Kategorien von Individuen, welche auch immer ihr Alter, Geschlecht, ihre Abstammung, ihr Beruf etc. sind.
- Diese Praktiken und Aktivitäten setzen im Prinzip kein vorgängig zu erreichendes Niveau voraus.
- Diese Praktiken sind im Prinzip nicht auf das Erreichen einer Qualifikation oder eines Diploms ausgerichtet.



- Diese Praktiken werden im Prinzip in Gruppen ausgeübt, innerhalb einer der verschiedenen soziokulturellen Institutionen.
- Sie werden allgemein unter Mithilfe eines professionellen oder ehrenamtlichen Animators ausgeübt, der im Prinzip eine entsprechende spezielle Ausbildung bekommen hat und der vorwiegend Methoden der aktivierenden Pädagogik einsetzt. (zit. in Wettstein, 2010, S. 28)

In Deutschland war es laut Wettstein (2010) Horst Opaschovski, der die Diskussion um die Soziokulturelle Animation vorantrieb. Opaschovski (1990) versteht Animation als Begriff der Freizeitwissenschaft und der Freizeitpädagogik und spricht daher von Freizeit-Kultureller Animation. Er definiert sie folgendermassen: „Animation ist eine nicht-direktive Methode der Förderung der Kommunikation, kreativ-kultureller Selbsttätigkeit und sozialer Aktion“ (zit. in Wettstein, 2010, S. 31). Opaschovski verbindet diese Definition mit Zieldimensionen, wie sie der Rat für kulturelle Zusammenarbeit beim Europarat bereits 1973 formulierte. Demnach sind mit Animation Aktivitäten gemeint, die dem Individuum dazu verhelfen sollen,

- sich in ihrer Situation Bedürfnissen und Begabungen bewusst zu werden,
- mit anderen Menschen zu kommunizieren und so aktiver am Leben des Gemeinwesens teilzunehmen,
- sich anzupassen an Veränderungen in der sozialen, urbanen und technischen Umwelt und an kommende Veränderungen,
- ihre eigene Kultur zu vertiefen, was – genauer gesagt – umfasst: die intellektuellen Fähigkeiten, die Kräfte des Ausdrucks und der Kreativität, die körperlichen Fähigkeiten. (zit. in Wettstein, 2010, S. 31-32)

Für Wettstein (2010) geht in dieser Definition, auch durch die Einordnung der Animation in die Freizeitwissenschaft, der gesellschaftspolitische Bezug, der in Frankreich stärker gewichtet wird, etwas verloren (S. 32). Die Definition von Harald Michels (1995) aus dem deutschsprachigen Raum bezieht die methodische Ebene mit ein und enthält etwas mehr an „befreiender“ Perspektive. So umfasst die Animation im weiteren Sinne die Gesamtheit von Aktivitäten, Massnahmen und Interventionen,

- die auf freizeitbezogene „Zielfunktionen“ (Emanzipation, autonomes Handeln, Selbstverwirklichung, Spass und Erleben, kommunikative und kreative Prozesse usw.) gerichtet sind, und
- fungiert nach diesem Verständnis als globale Beschreibung der Tätigkeiten und Kompetenz im freizeitbezogenen Berufsfeld
- auf unterschiedliche Ebenen (Mikro- bis Makro-Ebene) des Handelns und
- in unterschiedlichen gesellschaftlichen (politischen, ökonomischen, sozialen, kulturellen, pädagogischen) Teilsystemen. (zit. in Wettstein, 2010, S. 32)

„Animation im engeren Sinne umfasst auf der konkreten Handlungs- und Interaktionsebene die intendierte Gestaltung und Beeinflussung der Wirksamkeit von materiellen und sozialen Umweltfaktoren auf das Erleben und Verhalten von Individuen, vor allem in Gruppensituationen.“ (zit. in Wettstein, 2010, S. 32)

Wettstein (2010) weist darauf hin, dass die schweizerische Diskussion um die Definition der SKA durch verschiedene Strömungen beeinflusst war und eine vermittelnde Rolle übernahm. So wurden 1989 in der „gemeinsamen Plattform der schweizerischen Schulen für soziokulturelle Animation (KOSSA)“ die bisher unterschiedlichen Diskussionsstränge wie folgt vereinigt:

- Animation ist somit eine soziale Aktion, welche behauptet, auf die Entwicklung der Gesellschaft und die Aktivitäten, die Einstellung und die Kommunikation von Individuen Einfluss zu nehmen.
- Mittels Animation werden verschiedene Gruppen von Menschen angesprochen (Initiativgruppen, Quartierbewohner usw.). Ihre eigentliche Wirkung entfaltet die Animation erst durch die Aktivität der angesprochenen Gruppen.
- Animation ermutigt solche Gruppen, gemeinsame Projekte zu realisieren und damit an den sie betreffenden Entscheidungen teilzunehmen. Ausgehend von sozialen Defiziten ermutigt Animation die Betroffenen, selbst zu handeln und zu entscheiden.
- Animation beruht somit auf sozialpädagogischen Ansätzen, die aktivierend wirken. (zit. in Wettstein, 2010, S. 35)

Abschliessend einigte man sich auf folgende Definition:

Soziokulturelle Animation ist eine soziale Aktion, welche sich in verschiedenen Aktivitäten ausdrückt, abhängig von den sozialen, kulturellen und politischen Bedingungen und Möglichkeiten der betroffenen Bevölkerung. Diese Aktion zielt darauf ab, die betroffenen Gruppen zu strukturieren und zu aktivieren, um die von diesen Gruppen beabsichtigten sozialen Veränderungen zu erreichen. Die Teilnahme beruht auf Freiwilligkeit, und die Aktion findet auf der Basis demokratischer Strukturen statt. Die Mittel der Aktion sind Methoden der aktivierenden Pädagogik, welche die Mitbeteiligung stimulieren. (zit. in Wettstein, 2010, S. 35)

Allen Definitionen gemeinsam und zentral ist nach Wettstein (2010) der Punkt, dass Soziokulturelle Animation Individuen und Gruppen aktiviert und ihnen somit etwas ermöglicht, das sie ohne professionelle Arbeit nicht erreichen würden. Die SKA hilft Einzelnen und Gruppen, gesellschaftliche Veränderungen und Entwicklungen zu verarbeiten und zu gestalten, indem aktive Lösungen für den Umgang mit Veränderungen gefunden und Handlungsmöglichkeiten für die Gestaltung des Wandels angeregt werden. (S. 39-40)

In dieser Formulierung enthalten sind eine gesellschaftspolitische und eine individualisierende Perspektive. Wettstein (2010) bezeichnet die gesellschaftspolitische Perspektive als Hauptströmung der Animation, da sie in allen nichtdeutschen Ländern, vor allem aber in Frankreich stärker vertreten ist. Diese Perspektive geht davon aus, dass viele Menschen durch die gesellschaftlichen Veränderungsprozesse ihre Wirkungsmöglichkeiten und Orientierung verlieren und es daher mit Hilfe der demokratiefördernden Methoden der SKA darum geht, Partizipation in allen Lebenszusammenhängen zu fördern. Die SKA will Demokratie vorleben, indem sie transparent agiert und echt kommuniziert. Sie orientiert sich zudem an den Bedürfnissen der Betroffenen und fördert die faire Austragung von Konflikten zur Verbesserung des Zusammenlebens in einem Gemeinwesen. Die individualisierende Perspektive setzt laut Wettstein bei der Entwicklung der Freizeit und deren sinnvoller Nutzung an. In erster Linie ist diese Nutzung auf individuellen Gewinn ausgerichtet und zielt auf die Steigerung von Lebensqualität durch Aktivitäten und Projekte, in denen die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Betroffenen effektiv zum Zuge kommen. (S. 40)

Die Diskussion über die Berufsentwicklung der SKA entwickelt sich nach Wettstein (2010) anhand folgender Themenstränge, die auch als Spannungsfelder aufscheinen:

- Welches ist die gesellschaftliche Funktion der Soziokulturellen Animation: Steht sie auf der Seite der Minderprivilegierten und versucht, parteilich deren Interessen zum Durchbruch zu verhelfen (animation militante), oder steht sie zwischen den Parteien um Kommunikation zu ermöglichen und faire Konflikt- und Interessenaushandlungsprozesse zu sichern (die Arbeit der gesellschaftlichen Mediation)?
- Setzt sie mehr bei den sozialen Defiziten einzelner besonders benachteiligter Bevölkerungsgruppen an oder geht sie davon aus, dass sämtliche Bevölkerungsgruppen vom technologischen, ökonomischen, politischen, sozialen und kulturellen Wandel betroffen sind, Partizipations- und Mitgestaltungsmöglichkeiten eher verlieren und darum entsprechender Unterstützung bedürfen?
- Zusätzlich klingt – gefördert durch die Praxis – auch immer wieder die Diskussion um die Entwicklung des Individuums und der Gesellschaft an, werden Animatorinnen und Animatoren doch mehrheitlich von politischen Institutionen beauftragt, die Interesse an Machterhaltung haben. Der Interessengegensatz zwischen Auftraggeber und Betroffenen, die zu Beteiligten der gesellschaftlichen Entwicklung gemacht werden sollen – in einem oft durchaus widerständigen Sinne –, ist mindestens seit den 60er Jahren konstitutiver Bestandteil der Diskussion um Animation in Frankreich und der Schweiz. Gillet bezeichnet dies als „Janussyndrom“, als nicht aufzulösendes Spannungsfeld, das von der Soziokulturellen Animation auszuhalten ist. (S. 36)

## 5.3 Die gesellschaftliche Verortung der Soziokulturellen Animation

Marcel Spierts (1998) umschreibt den/die Soziokulturelle/n Animator/in und ihre intermediäre, vermittelnde Position mit dem Bild des Gleichgewichtskünstlers, der zwischen Menschen und ihren Problemen, Menschen und anderen Menschen, Menschen und Instanzen sowie Gruppen und Instanzen vermittelt und mit gegensätzlichen Interessen und strukturellen Widersprüchen umgehen muss (S. 91).

Spierts (1998) bezeichnet die intermediäre Position der SKA weiter als Arbeit zwischen System und Lebenswelt. Laut Gabi Hangartner (2010, S. 277) bildet das System den Gegenpol zur subjektiven Lebenswelt. Es funktioniert zweckrational und stellt den Ort des strategischen Handelns, der instrumentellen Beziehungen, des marktkonformen Kalkulierens, der Produktion, des Marktes und der Herrschaft dar. Nach Spierts vermittelt die SKA z. B. zwischen Bürger und Behörde oder zwischen Individuum und Markt und setzt so auch Massstäbe. Im Systemkontext sind das kommunikative, im Lebensweltkontext ökonomische und verwaltungsrationelle Massstäbe (S. 89). Laut Hangartner (2010) teilt Spierts der SKA die Aufgabe zu, der Kolonialisierung der Lebenswelt durch das System entgegenzuwirken und sieht in der Vermittlung oder Mediatisierung zwischen System und Lebenswelt das zentrale Tätigkeitsfeld der SKA (S. 274). Somit greift Spierts das Konzept von Lebenswelt und System von Jürgen Habermas (1987, S. 193) auf. In seiner Theorie des kommunikativen Handelns bezeichnet Habermas (zit. in Hangartner, S. 276) den Begriff Lebenswelt als einsamen subjektiven Ort, welcher zum gemeinsam intersubjektiven Ort des kommunikativen Handelns wird. Die Lebenswelt ist verständigungsorientiert und basiert auf geteiltem Hintergrundwissen, sozialer Herkunft und Alltagserfahrungen. Soziokulturelle Animatoren und Animatorinnen erreichen laut Hangartner Menschen und Gruppen in ihrer Lebenswelt und aktivieren sie zur Beteiligung an Aktivitäten, Projekten und Prozessen, immer mit dem Ziel des schrittweisen Übergangs in eine Selbsttätigkeit (S. 304).

Neben Staat und Markt hat sich die Zivilgesellschaft laut Hangartner (2010) auch in sozialstaatlich orientierten Ländern wie der Schweiz und Deutschland als bedeutsamer Bereich etabliert, der sich durch Gemeinwohlbezug und partizipativen Charakter auszeichnet. Zusammengesetzt aus einer Vielzahl von Gruppierungen mit unterschiedlichen Organisationsformen, die auf Initiativen von Einzelpersonen, Familien, sozialen Bewegungen, Genossenschaften, Gewerkschaften, politischen und kirchlichen Organisationen zurückzuführen sind, steht die Zivilgesellschaft in einer langen Tradition der Gemeinnützigkeit, die sich hauptsächlich sozialen Anliegen widmet. Dabei stehen laut Hangartner Aktivitäten ausserhalb der Sektoren Staat und Markt als Praxis der gesellschaftlichen Selbstorganisation im Vordergrund. Somit sind zivilgesellschaftliche Organisationen wichtige Bestandteile einer umfassenden demokratischen Bewegung und können beispielsweise ein Korrektiv zu wirtschaftlichen Konzentrationsprozessen sein. Da für die SKA zivilgesellschaftliche Handlungsprinzipien wie Freiwilligkeit, Gemeinwohlorientierung, Öffentlichkeitsorientierung, Gemeinschafts- und Kooperationsorientierung, Selbstorganisation, Sozialkapitalbildung, Lernprozessorientierung sowie Kritik und Innovation wichtig sind, lässt sie sich nach Hangartner klar dem Sektor der Zivilgesellschaft zuordnen. (S. 271)

## 5.4 Kohäsion - Die gesellschaftliche Aufgabe der Soziokulturellen Animation

„Soziokulturelle Animation interveniert, wo Teile der Gesellschaft an bestimmten Orten zu bestimmten Zeiten nicht (mehr) zusammenhalten, und präveniert, wo dies zu geschehen droht. Ein Miteinander der Menschen soll das Nebeneinander, Übereinander und Gegeneinander ersetzen oder zumindest ergänzen.“ (Husi, 2010, S. 98)

Mit dieser These steigt Husi (2010) in seine Abhandlung im neuen Grundlagenbuch der SKA ein. Husi bestimmt die gesellschaftliche Aufgabe der SKA als die subsidiäre Förderung des zwischenmenschlichen oder auch mikrogesellschaftlichen Zusammenhalts (soziale Kohäsion). Angesichts der vielfältig differenzierten Gesellschaftsstruktur, die der Moderne eingeschrieben ist, fragt er danach, wieviel gesellschaftlicher Zusammenhalt nötig, wieviel sinnvoll ist (S. 121). Anhand der Sozialkapitaltheorie und der Integrationstheorie geht er der Ausrichtung der soziokulturell-animatorischen Praxis nach.

### 5.4.1 Soziales Kapital

Soziales Kapital als Eigenschaft von Individuen wird nach Bourdieu (1983, S. 190f) definiert als die „Gesamtheit der aktuellen und potentiellen Ressourcen, die mit dem Besitz eines dauerhaften Netzes von mehr oder weniger institutionalisierten Beziehungen gegenseitigen Kennens oder Anerkennens verbunden sind; (. . .) es handelt sich dabei um Ressourcen, die auf die Zugehörigkeit zu einer Gruppe beruhen“ (zit. in Husi, 2010, S. 121). Soziales Kapital ist laut Martin Diewald & Jörg Lüdicke (2007) insofern relevant, als dass es sowohl zur Gewährleistung sozialer Integration als auch zu instrumentellen und materiellen Unterstützungsleistungen beiträgt (zit. in Husi, 2010, S. 121-122).

Soziales Kapital wird zum anderen auch als Eigenschaft eines Gemeinwesens aufgefasst, obwohl Husi (2010) darauf hinweist, dass der wissenschaftliche Diskurs bis jetzt nach einem tragfähigen und einheitlichen theoretischen Fundament dafür sucht. Für die SKA sind zur Förderung des gesellschaftlichen Zusammenhalts Begriffe wie horizontale Netzwerke, schwache Beziehungen und brückenschlagendes Sozialkapital zentral. (S. 124)

Hanspeter Kriesi (2007) verweist auf die Erkenntnisse Putnams, der horizontale und vertikale Netzwerke der Kommunikation und des Austausches unterscheidet und fest hält, dass vertikale Netzwerke tendenziell das Vertrauen untergraben, auch wenn sie leistungsförderlich sind (zit. in Husi, 2010, S. 124-125). Husi merkt an, dass die SKA, arbeitet sie doch auf den horizontalen Charakter eines Netzwerkes hin, sich an den äusseren und inneren Merkmalen von Lebenslagen orientieren kann (S. 125).

Husi (2010) zitiert in einer eigenen Übersetzung Mark Granovetter (1973), der durch die Unterscheidung von starken und schwachen Bindungen bekannt wurde. Granovetter hält fest, dass starke Beziehungen eine Tendenz zur sozialen Schliessung aufweisen, während in schwachen Beziehungen mehr Informationen von aussen zirkulieren, da sie als Brücken

dienen können. Darin sieht er eine Stärke der schwachen Bindungen und formuliert seine Hypothese wie folgt: „Je mehr lokale Brücken und je höher deren Grad (d.h. die Verknüpfung mit anderen; Anmerkung Husis) in einer Community, umso kohäsiver und umso fähiger zum gemeinsamen Handeln die Community“. (zit. in Husi, 2010, S. 124-125)

Kriesi (2007) folgt Putnam in der Unterscheidung zwischen brückenschlagendem und bindendem Sozialkapital. Während brückenschlagendes Sozialkapital den Zugang zu externen Ressourcen und die Identitätsbildung in grossen Gruppen erleichtert, verstärkt das bindende Sozialkapital demgegenüber die Kohäsion und Identität kleiner Gruppen (meist auf verwandtschaftlicher oder freundschaftlicher Basis). Letzteres kann zu starker Abgrenzung nach aussen sowie Konformitätsdruck und Nivellierung im Innern führen (zit. in Husi, 2010, S. 125). Husi verweist darauf, dass die SKA die Bildung von brückenschlagendem Sozialkapital unterstützt, indem sie Menschen „unterschiedlicher Couleur“ zusammenbringt und dabei die Dimension der Nachhaltigkeit miteinbezieht. Es gilt dabei besonders Brücken über (System-) Grenzen von Klassen, Milieus und Lebensbereichen zu bauen (S. 126). Eine weitere Form des sozialen Kapitals, das die SKA darstellt und auch herstellt, ist die des „linking capital“ (Verbindungskapital). Es kennzeichnet nach Karstedt (2004) die Beziehung zwischen Einzelnen oder Gruppen zum institutionellen Bereich und meint damit das Netz von Organisationen wie Schulen, Sozialdiensten, Begegnungszentren etc. (zit. in Husi, 2010, S. 125).

#### 5.4.2 Integration

Der Begriff „Integration“, was dem lateinischen Wortstamm nach „Wiederherstellen“, „Vervollständigen“ bedeutet, wird von Sandra Hüpping und Wilhelm Heitmeyer (2008) folgendermassen umschrieben: „Prozess und (. . .) Ergebnis eines nicht-additiven Zusammenfügens von Teilen zu einer umfassenden Einheit. In Abgrenzung dazu wird der Zerfall einer Gesamtheit oder die Entkoppelung einer Einheit als „Desintegration“ bezeichnet“ (zit. in Husi, 2010, S. 126). Heitmeyer (1997, zit. in Husi, 2010, S. 127), in dessen Umfeld eine empirisch fundierte „Integrationstheorie“ erarbeitet wird, fragt explizit danach, was Gesellschaften zusammenhält und was sie aufzulösen droht. Er sieht in der durch Globalisierung und Neoliberalismus wachsenden gesellschaftlichen Konkurrenz „den zentralen Motor von Desintegration und damit der Auflösung des Sozialen“ (S. 127). Nach der Auffassung von Heitmeyer befindet sich die heutige Gesellschaft, neben anderen Krisen, auch in einer „Kohäsionskrise“ (S. 127). Diese führe dazu, dass Zugehörigkeit und die Bindekraft sozialer Beziehungen gelockert, die Möglichkeiten wechselseitiger Anerkennung geschmälert werden und Vereinzelung die Folge ist. Husi merkt weiter an, dass das Thema Integration, wie auch der erwähnte Begriff der „starken Bindungen“ zeigt, eines Balanceakts bedarf, denn Integration ist nicht per se anzustreben, sondern dessen Grad ist differenziert auf Vor- und Nachteile zu untersuchen. Laut Husi kann die SKA eine solche Balancekunst leisten, denn sie bildet in vielfältiger Hinsicht brückenschlagendes Sozialkapital, das wiederum die Sozialintegration in einer Gesellschaft entwickeln hilft. (S. 127-128)

### 5.4.3 Solidarität

Das Prinzip der Freiwilligkeit und die Bildung von Sozialkapital verweisen laut Hangartner (2010, S. 272) auf eine bestimmte Art von Solidarität, dessen Förderung im Grundlagenbuch Soziokulturelle Animation von Moser et al. (1999, S. 96) als eine der Funktionen der SKA aufscheint. Nach Kurt Bayertz (1998, zit. in Hangartner, 2010, S. 267-268), der die Entwicklungslinien des Solidaritätsbegriffes nachzeichnet, wurde im 19. Jahrhundert der Begriff „Brüderlichkeit“ der Französischen Revolution durch „Solidarität“ abgelöst. Zur selben Zeit führte Emile Durkheim den Begriff als „Zement“ in der Gesellschaft in die Soziologie ein. Unterschieden werden nach Bayertz zwei Grundtypen von Solidarität. Als Kampfsolidarität bezeichnet er die Erkämpfung und Verteidigung von Rechten gegen bestehende Strukturen. In der Arbeiterbewegung Ende des 19. Jahrhunderts findet dieser Typ ihre deutlichste Ausprägung. Der zweite Grundtyp nennt Bayertz Gemeinschaftssolidarität und meint damit den Inbegriff der wechselseitigen Bindungen und Verpflichtungen, die zwischen einer Gruppe von Menschen bestehen. Nach André Gorz (2000) bezeichnet man in der Soziologie Gemeinschaft als

eine Gruppe oder ein Kollektiv, deren Mitglieder als konkrete Personen durch gelebte und konkrete Solidarität miteinander verbunden sind. Die Basis von Gemeinschaft beruht auf etwas, das jedes ihrer Mitglieder als allen Gemeinsames anerkennt. Entweder haben sie es aus ihrem gemeinsamen Interesse heraus vergemeinschaftet (...) oder es ist ihnen ursprünglich und qua Geburt gemein (ihre Familie, ihre Sprache, ihre Kultur, ihr Land). (zit. in Hangartner, 2010, S. 268)

Hangartner (2010, S. 268) zeigt auf, dass die familiäre oder mechanische Solidarität durch die gesellschaftliche Entwicklung (Industrialisierung und Arbeitsteilung) aufgebrochen wird und eine Institutionalisierung des Solidaritätsprinzips stattfindet. Dies führt dazu, dass sich das gemeinschaftliche Leben, welches sich kommunikativ regelt, zurückzieht und der rechtlich geregelten und institutionalisierten Gesellschaft Platz macht. Die veränderten Abhängigkeiten werden dann mit dem organischen (oder sozialstaatlichen) Solidaritätsbegriff gesteuert, denn „das durch die Vergesellschaftung der Gemeinschaft entstehende mögliche Ungleichgewicht soll und muss mittels Solidarität der Stärkeren gegenüber den Schwächeren als systemstabilisierende Gegenkraft aufgefangen werden“ (S. 268). In der organischen Solidarität sieht Hangartner das Kohäsionsprinzip in der funktional differenzierten Gesellschaft. Eng verbunden mit dem Kohäsionsbegriff ist die Bildung von sozialem Kapital, welches nach Gorz (2000) einem Solidaritätsverständnis folgt, dass „auf der Differenz der Individuen und der Möglichkeit bewusster Zusammenschlüsse von Bürgerinnen und Bürgern als Grundlage demokratischer Organisationsformen sowie auf dem ständigen Bewusstsein und der Wahrnehmung dieser Differenz und der gegenseitigen Abhängigkeit“ beruht (zit. in Hangartner, S. 268).

Da sich das professionelle Handeln der SKA immer sowohl auf Individuen mit einer Idee oder einem Problem als auch auf Menschen richtet, die sich bereits in Gruppen in der Gesellschaft, beispielsweise durch ihre Andersartigkeit, formiert haben, ist es nach Hangartner (2010) für Berufspersonen der SKA essentiell, entlang der Gleichzeitigkeit von Differenz und Gleichheit zu arbeiten. Die Gleichzeitigkeit von Differenz und Gleichheit, welche letztlich eine Frage der Perspektive ist, stellt nach Rainer Zoll (2000) die Grundlage für organische Solidarität dar (zit. in Hangartner, S. 269). Wie im Kapitel 5.6 dargestellt liegen die Tätigkeitsfelder der SKA im Bereich der Zivilgesellschaft, welche durch Freiwilligkeit geprägt sind und deshalb nach Hangartner der Begriff „Solidarität der Interessen“ für die Arbeit der SKA zentral wird. Sie hält es für notwendig, dass Professionelle der SKA zukünftig versuchen Solidarität über die Grenzen der Gemeinschaft hinweg zu entwickeln. Der Ansatz dafür sieht sie in der Vermittlung zwischen Menschen und Gruppierungen und zwar im Lokalen, in konkreten Lebenswelten. (S. 270-271)

#### 5.4.4 Partizipation

Partizipation stellt für die SKA ein konstitutives Element dar, denn sie fungiert als eines der vier Funktionen der SKA (vgl. dazu Kapitel 5.5) und erscheint in der animatorischen Praxis gleichzeitig als methodisches Instrument um Bedürfnisse und Ressourcen zu erkunden und um eine nachhaltige Wirkung zu erzeugen.

Partizipation kann laut Colette Peter (2008) zunächst in informelle und formelle Partizipation unterschieden werden. Formelle Partizipation ist gesetzlich vorgeschrieben und kennt institutionalisierte Verfahren wie das Wahl- und Stimmrecht, Vernehmlassungen und weitere Mitwirkungsrechte (z. B. in Firmen). Die fortschreitende Individualisierung und der gestiegene Anspruch auf Selbstverwirklichung führt zu einem steigenden Bedürfnis nach Mitbestimmung, worauf seit den 90er-Jahren mit dem Ausbau von informellen, freiwilligen Partizipationsmöglichkeiten reagiert wird. (zit. in Hangartner, 2010, S. 285)

Nach dem Modell von Maria Lüthringhaus (2000, S. 60-72) werden vier Partizipationsstufen unterschieden, wobei die Möglichkeiten der höheren Stufen auf denjenigen der niedrigeren Stufe aufbauen. Die Adressatenschaft übernimmt folgende Rollen auf den jeweiligen Stufen:

Stufe 1: Beobachtung und Information

Stufe 2: Mitwirkung

Stufe 3: Mitentscheid

Stufe 4: Selbstverwaltung

Stufe 5: Eigenständigkeit

Professionelle der SKA sollen laut Hangartner (2010) partizipative Prozesse fördern, in denen die Teilhabe und Teilnahme aller – auch von formeller Mitwirkung ausgeschlossener – Menschen ermöglicht werden. So gesehen fungiert Partizipation als (politisches) Ziel, als



Arbeit an der Demokratie. In den Handlungsfeldern der SKA bedeutet dies das Einrichten von niederschweligen Partizipationsangeboten für fokussierte Zielgruppen, das Anbieten von Lernfeldern wie zum Beispiel im Rahmen von Projekten, das Initiieren und Durchführen von Mitwirkung bei der Gestaltung von Räumen, Orten und Spielplätzen in der Lebenswelt der jeweiligen Zielgruppen sowie das Fördern von grösstmöglicher Selbstorganisation. (S. 285)

## 5.5 Funktionen der Soziokulturellen Animation

Im Folgenden werden die vier Funktionen der SKA nach Hangartner (2010, S. 286-288) beschrieben. Die Abbildung 15 liefert dazu eine Übersicht.

### **Vernetzungs- und Kooperationsfunktion**

Durch die Anregung, die Förderung, Unterstützung und Begleitung im Aufbau von sozialen und kulturellen Netzwerken übernimmt die Soziokulturelle Animation diese Funktion. Die unterschiedlichen Akteure, die für eine erfolgreiche Zusammenarbeit von Bedeutung sind, werden durch Aktivierung und Einbezug zur Kooperation bewogen.

### **Partizipative Funktion**

Bestehende Formen der gesellschaftlichen und kulturellen Beteiligung werden aktiviert und neue Beteiligungsformen werden kreiert oder adaptiert, sodass die fokussierten Zielgruppen optimal beteiligt werden können.

### **Präventive Funktion**

Die Soziokulturelle Animation fördert die frühe Wahrnehmung, Thematisierung, Kommunikation gesellschaftlicher Problemlagen. Durch Information, Unterstützung und Ausgleich kann die Soziokulturelle Animation je nach dem bereits vor der Entstehung eines Problems präventiv auf eine Situation einwirken, sodass einer allfälligen Negativentwicklung vorgebeugt werden kann. SKA ist laut Hafén (2010) nicht auf Probleme beschränkt, sondern versucht, zum Beispiel im Bereich Schulsozialarbeit, sowohl psychosoziale Lernprozesse, wie etwa den Umgang mit Konflikten, als auch Rahmenbedingungen, wie das Schulklima, positiv zu beeinflussen, sodass soziale Probleme präveniert, d. h. ihnen zuvorgekommen werden kann. Während die Sozialarbeit und die Sozialpädagogik im Funktionssystem Soziale Arbeit eher auf die Problembehandlung ausgerichtet sind, so ist der SKA die Funktion der Prävention zuzuschreiben. Im Gesundheitssystem wird durch Prävention und Gesundheitsförderung, welche sich auf die Verhinderung von körperlichen und psychischen Problemen konzentriert, die Gesundheit zu bewahren versucht. (S. 176)

### **Integrative Funktion**

Durch das Initiieren, Ermöglichen und Stimulieren von Kommunikation zwischen Individuen und Gruppen oder Gemeinschaften verschiedener sozialer, kultureller, religiöser oder ethnischer Ausrichtung wird Integration gefördert. Dies geschieht einerseits durch Beziehungsarbeit innerhalb der Lebenswelt der Gruppierungen und andererseits durch Vermittlung zwischen der/den Lebenswelt/en und dem System.



## 5.6 Tätigkeitsfelder und Zielgruppen der Soziokulturellen Animation

Spierts (1998) verortet die Soziokulturelle Animation in den vier gesellschaftlichen Systemen Politik, Bildung, Kunst/Kultur und Soziales (S. 72-78). In der aktuellen Fachdiskussion werden diese Tätigkeitsfelder durch Hangartner (2010) um die Teilbereiche Sport, Tourismus und Freizeit sowie Wohnen und Wohnumfeld erweitert (S. 287). Der Fachpool Soziokulturelle Animation beschreibt auf seiner Website Institutionen, Organisationen und Projekte, wo Professionelle der SKA arbeiten: Kultur-, Gemeinschafts- und Seniorenzentren, Quartier- und Jugendtreffs, Spielplätze, Asyl-, Präventions- und Arbeitslosenprojekte, ausserschulische Bildungsarbeit, Gassenarbeit oder Heime (¶1).

Moser et al. (1999, S. 205-208) halten fest, dass unter Zielgruppen Bevölkerungsgruppen in einem bestimmten Raum verstanden werden, die durch ein Thema aus ihrer konkreten Lebenslage betroffen sind. Grundsätzlich können die Zielgruppen der SKA aus allen Bevölkerungsschichten stammen und werden als aktive Partner verstanden, da ohne ihre Partizipation die Arbeit der SKA erst gar nicht möglich ist. Es wird davon ausgegangen, dass alle Menschen ein Bedürfnis nach Entwicklung und Entfaltung haben und der gesellschaftliche Wandel hohe Ansprüche an sie stellt. Spierts (1998) ist der Ansicht, dass eine Konzentration oder gar eine Beschränkung auf bestimmte Zielgruppen gefährlich ist, da eine exklusive Aufmerksamkeit stigmatisierend wirken kann und dies zu Widersprüchen mit den Zielsetzungen der SKA wie Integration und Begegnung führen kann (S. 65). Trotzdem erhält die SKA laut Hangartner (2010) oft von ihren Auftraggebern einen Normalisierungsauftrag für eine fokussierte Gruppe, den es genau zu klären und gegebenenfalls abzugrenzen gilt. Wiederum ist es eine Vermittlungsaufgabe der SKA in der Zwischenposition, die abzuwägen versucht, ob eine Fokussierung angezeigt ist oder ob vielmehr auf das Prinzip der Offenheit geachtet werden muss. (S. 290-291)

Folgende Abbildung bietet nach Hangartner eine Übersicht über mögliche Zielgruppen und dient als Orientierungshilfe, die aber nicht als abgeschlossen betrachtet werden kann:

SKA vermittelt innerhalb oder zwischen	SKA ist tätig für und mit der Zielgruppe
Generationen	Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene, Erwachsene, ältere und ganz alte Menschen
Geschlechtern	Mädchen- und/oder Jungenarbeit, Arbeit mit Frauen und/oder Männern, Arbeit mit Frauen und/oder Männern mit Migrationshintergrund
Kulturen	Menschen mit und ohne Migrationshintergrund, einheimische und zugezogene Menschen im Quartier, im Stadtteil oder in der Gemeinde

Lebenswelten, Lebensstilen, Lebenslagen und sozialen Schichten	Gesunde Menschen und Menschen mit Behinderung, Menschen mit und ohne Erwerbsarbeit, freiwillig Tätige und professionell Tätige, Familien und Alleinerziehende, Lehrpersonen, Eltern und Kinder, Bewohnerinnen und Bewohner von Wohngenossenschaften
System(en) und Lebenswelt(en)	Akteure aus Politik, Verwaltung und Wirtschaft und Bewohnerinnen und Bewohner in Quartieren, Stadtteilen und Gemeinden ...

Abb. 16: Zielgruppen der Soziokulturellen Animation (nach Hangartner, 2010, S. 291)

## 5.7 Ansätze, Prinzipien und Methodik der Soziokulturellen Animation

### 5.7.1 Offene Situation und Handlungsfeld

Die offene Situation und das Handlungsfeld der SKA werden anhand einer Adaption eines Modells von Giesecke (2007, S. 47ff, zit. in Hangartner 2010, S. 292) erklärt. Ein Handlungsfeld ist demnach definiert als Lernfeld, das als relativ dauerhafter Kontext einer pädagogischen Situation dient und im institutionellen Rahmen eingebettet ist. Sowohl institutioneller Rahmen als auch handelnde Individuen und Gruppen im Feld prägen dieses und kreieren durch Sequenzen wechselseitigen Handelns eine prinzipiell offene Situation. Adaptiert auf die SKA entspricht die Offenheit des Modells für die handelnden Individuen und Gruppen laut Hangartner den Prinzipien Offenheit und Flexibilität der SKA, da sie auch bestrebt ist, für und mit ihren Zielgruppen Lernangebote und Erfahrungsräume zu schaffen. Das Lernangebot ist implizit zu verstehen und es bleibt der Adressatenschaft überlassen, ob und für welchen Lerninhalte sie es nutzen wollen. Fachleute der SKA unterbreiten ihnen das Arrangement lediglich als Verhandlungs- oder Weiterarbeitsbasis und passen es situationsabhängig an. Nach Hangartner können die zwei zentralen Grundformen des pädagogischen Handelns nach Giesecke, nämlich Arrangieren und Animieren, für die SKA übernommen und angewendet werden. Unter Arrangieren wird das Herstellen von Lernsituationen – auch Settings oder Arrangements genannt – verstanden, die durch Einrichten einer Struktur innerhalb eines Handlungsfeldes aktives und produktives animatorisches Handeln ermöglichen. Dabei wird in der SKA bei der Herstellung informeller oder impliziter (Lern-)Situationen Wert auf die partizipative Formulierung und gemeinsame Entwicklung der (Lern-)Ziele mit der Adressatenschaft gelegt. Mit Animieren ist das Motivieren zur Nutzung der Lern- oder Erfahrungsräume gemeint und wird laut Hangartner durch das zielgruppen- und situationsspezifische Arrangement erleichtert. Verstanden als nichtdirektive Anregung und Förderung in offenen Situationen und Handlungsfeldern, wird Kreativität freigesetzt, Gruppenbildungsprozesse gefördert und die aktive Teilnahme am kulturellen und

sozialen Leben erleichtert. Fachpersonen der SKA verstehen sich als Teil des Arrangements oder verkörpern gar mit ihrer physischen Präsenz und professionellen Haltung ein Arrangement, etwa bei der aufsuchenden offenen Jugendarbeit. (S. 292-295)

Opaschovski (1996) definiert die handlungsleitenden Prinzipien der SKA wie folgt (zit. in Hangartner, 2010, S. 289). Sie werden durch Hangartner um die Prinzipien der Niederschwelligkeit und der Nachhaltigkeit ergänzt:

Bedingungen der Teilnahme	Voraussetzung der Beteiligung	Möglichkeiten der Zielgruppen
Erreichbarkeit	Freie Zeiteinteilung	Wahlmöglichkeiten
Offenheit	Freiwilligkeit	Entscheidungsmöglichkeit
Aufforderungscharakter	Zwanglosigkeit	Initiativmöglichkeit
Niederschwelligkeit		Nachhaltigkeit

Abb. 17: Leitprinzipien SKA nach Opaschovski 1996. Eigene Darstellung. (nach Hangartner, 2010, S. 289)

## 5.7.2 Das Handlungsmodell der Soziokulturellen Animation

Das Handlungsmodell der SKA (Abb. 18) wurde von Moser et al. (1999) auf der Basis von Modellen aus den Niederlanden und Frankreich entwickelt und enthält die vier Interventionspositionen der SKA. Nach Moser et al. (1999) ist jede einzelne der vier Interventionspositionen Animation, Organisation, Konzeption und Vermittlung (früher Mediation) in Verbindung und Rückkoppelung mit den anderen zu sehen (S. 122).

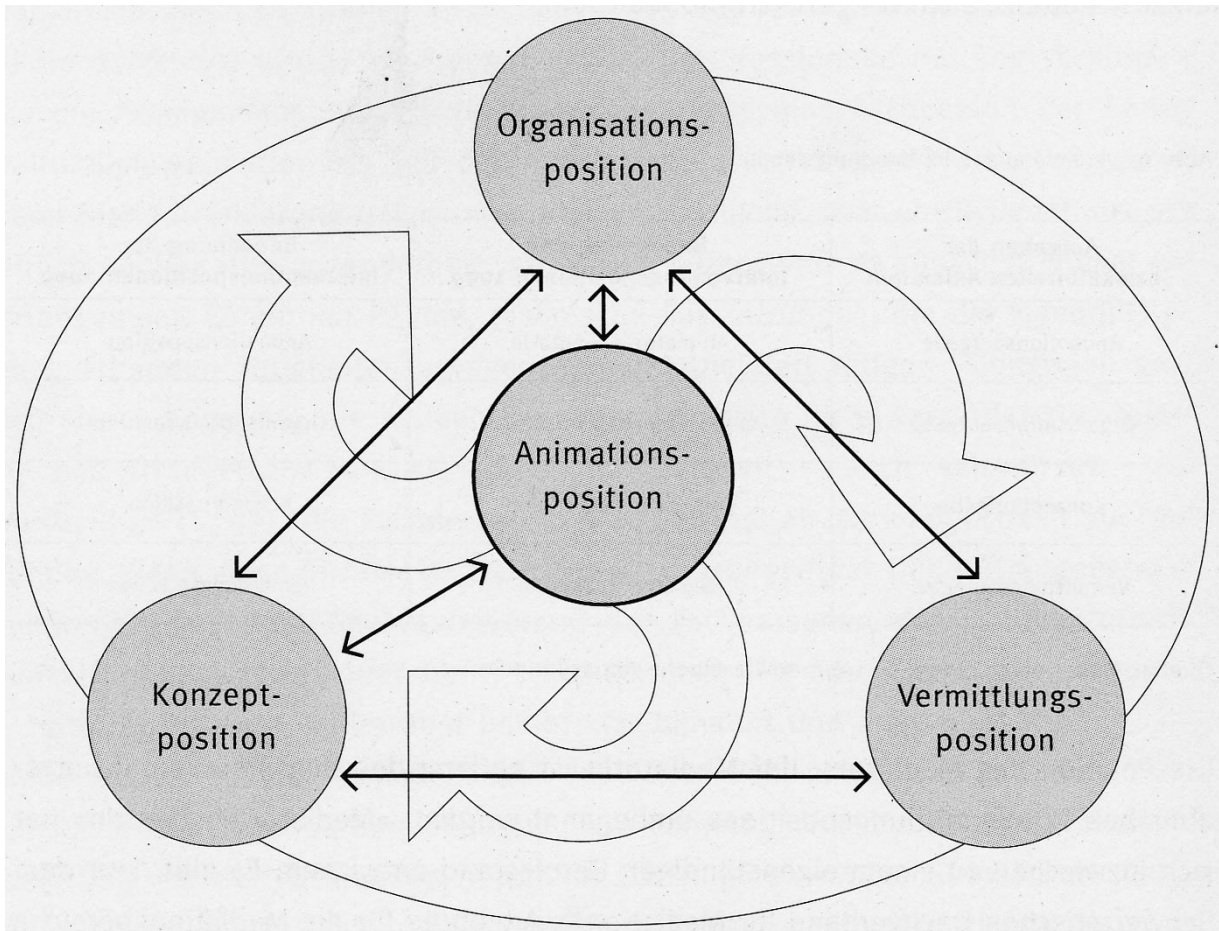


Abb. 18: Handlungsmodell nach Moser et al. (Hangartner, 2010, S. 298)

Hangartner (2010) spricht von spezifischen Aufgaben, Zielen, Aktivitäten und Methoden, die in jeder einzelnen der vier Interventionspositionen zentral sind (S. 298). Diese sollen nachfolgend beschrieben werden. Die Abbildung 19 soll dazu eine Übersicht geben:

<b>Interventionsposition</b>	<b>Aktivitäten der Fachpersonen</b>	<b>Zweck</b>	<b>Ziele der Adressatinnen und Adressaten</b>
<b>Animationsposition</b>	animieren arrangieren beteiligen	<b>Aktivierung</b>	<b>Selbsttätigkeit</b>
<b>Organisationsposition</b>	unterstützen planen durchführen auswerten	<b>Aktion Produktion</b>	<b>Selbstorganisation</b>
<b>Konzeptposition</b>	erforschen erkunden konzipieren	<b>Konzeptualisierung</b>	<b>Transformation</b>
<b>Vermittlungsposition</b>	problematisieren / thematisieren übersetzen verhandeln Konflikte lösen	<b>Vermittlung</b>	<b>Selbständigkeit</b>

Abb. 19: Das Handlungsmodell, ergänzt mit Zweck und Zielen der Adressatinnen und Adressaten. (Hangartner, 2010, S. 299)

### **Die Animationsposition**

Die Animationsposition steht im Zentrum des professionellen Handelns der SKA. Während etymologisch das Wort animieren auf die lateinische Wurzel „animare“ zurück geht und so viel wie „beleben“ bedeutet, enthält dieser Begriff für Spierts (1998) Bedeutungen wie ermuntern, anspornen, aktivieren, initiieren, ermutigen, motivieren, begeistern, beseelen, stimulieren, beleben etc. (S. 230).

Der von Moser et al. (1999) geprägte „Dreischritt der Animation“; anregen, ermutigen und befähigen, setzt nach Hangartner (2010) direkt bei den Menschen an und zielt je nach konzeptioneller Ausrichtung darauf, die Mitgestaltung der Lebenswelt, das kreative Erproben der eigenen Fähigkeiten oder die Veränderung der Lebenslage zu erreichen (S. 304). Zu beachten ist laut Moser et al., dass Aktivierung konkretes Tun bedingt und so Erfahrung ermöglicht. Diese Erfahrung wiederum kann eine Basis dafür schaffen, dass eine sich selbst zum Tun auffordernde Selbsttätigkeit erlangt wird, die Aussenanstöße obsolet macht. Die Animationsposition ist nur in Kombination mit einer der anderen Interventionspositionen handhabbar, da, wie Moser et al. es formulieren, eine Aktivierung an sich, ohne Intention, noch keinen Sinn macht. (S. 124 - 128)

### **Die Organisationsposition**

Der Animationsposition sehr nahe steht die Organisationsposition. Hangartner (2010) stellt fest, dass, während es bei der Animationsposition um das Animieren von offenen Situationen

geht, von der Organisationsposition aus eher im Handlungsfeld Möglichkeits-, Erfahrungs- oder Lernräume arrangiert werden. In dieser Position, so Hangartner, planen, realisieren und evaluieren Fachleute der SKA gemeinsam mit der Adressatenschaft Aktivitäten, Projekte und Prozesse und unterstützen diese in der Zielformulierung und nachhaltigen Verankerung des gemeinsamen Handelns. Unterstützen, planen, durchführen und auswerten sind dabei zentrale Aktivitäten der Fachpersonen, wobei das Ziel aus Sicht der Adressatenschaft eine möglichst weitgehende Selbstorganisation ist. Die Basis allen Handelns ist die Beziehungsarbeit, die dann zur Aktion führt. Durch die Aktion entsteht mehr Beziehung, wodurch eine erfolgreichere Aktion in Aussicht steht. (S. 304-305)

Folgt man Hangartner (2010, S. 306) so bieten sich die hypothetischen Modelle nach Jean-Claude Gillet als Orientierung für die Organisationsposition an. Das Konsum-Modell beschreibt die SKA als Dienstleistung, die der Adressatenschaft Produkte zum Konsum anbietet und so die Zielgruppen auf eine passive Haltung reduziert. Im Transfermodell wird ein Animationstyp beschrieben, der nebst dem Konsum von Produkten auch einen Ort der Kreation und des Austausches von symbolischen Werten ermöglicht. Die Teilnehmenden werden zu Akteuren der Gestaltung von sozialen Beziehungen, wobei die Prozesse, die in den sozialen Beziehungen spielen, in den Fokus rücken. Die Unterteilung in verschiedene Modelle ist idealtypisch und so spricht auch Gillet (zit. in Hangartner, S. 306) von einer Konstruktion, die als Beispiel dienen soll und nicht als eine vereinfachte Darstellung der Wirklichkeit.

### **Die Konzeptposition**

Nach Hangartner (2010, S. 310) sind die zentralen Aktivitäten einer Fachperson in der Konzeptposition das Erforschen, Erkunden und Konzipieren. Erkundet werden mögliche Zielgruppen und deren Bedürfnisse, die dann mit einer Einordnung der Fragestellung in einen gesellschaftlichen Kontext untermauert werden. Erforscht werden potentielle Handlungsfelder und offene Situationen. Aufgrund von erhobenen Daten, von Theorien und ausgewerteten, reflektierten Erfahrungen wird ein Konzept erstellt. In einem Konzept werden konkrete Mittel und Wege hin zu einem Ziel sowie handlungsleitende Normen aufgestellt. Laut Hangartner unterstützt und festigt die Konzeption die Verbindlichkeit aller Akteure und generiert eine Legitimation der Tätigkeiten der Fachpersonen nach innen und nach aussen. Aus Sicht der Adressatenschaft ist das Ziel die Transformation (im Sinne von Veränderung) oder Selbstvergewisserung, der Zweck ist die Konzeptualisierung. Moser et al. (1999) halten fest, dass Fachleute der SKA, neben dem animatorischen Umgang mit den zu erforschenden Menschen und deren Lebenswelten, auch den Zugang zum Wissenschaftssystem, das Analysen und Erkenntnisse generiert, beherrschen müssen. Somit können sie einen Beitrag zur gegenseitigen Verständigung von Wissenschafts- und Praxissystem leisten. (S. 158)

### **Die Vermittlungsposition**

Was von Moser et al. (1999) noch als Position des Mediators/der Mediatorin bezeichnet wurde, wird heute nach Hangartner (2010) Vermittlungsposition genannt, da sich in den letzten zehn Jahren die Mediation zu einem eigenständigen Beruf entwickelt hat. Im soziokulturellen Arbeitsfeld umfasst die Vermittlungsposition laut Hangartner die Konfliktbewältigung, die Kooperation und Vernetzung, die Verständigung, bevor es zu Konflikten kommt, und auch die Verhandlung mit den verschiedensten Akteuren. Im Gegensatz zu einer/m professionellen MediatorIn, die eine neutrale Rolle übernimmt, kann die Fachperson der



SKA nur eine allparteiliche Position übernehmen und für einen fairen Interessenausgleich sorgen, da sie Teil der Situation ist und nicht von aussen beigezogen wird. Nach Hangartner wenden Fachpersonen der SKA nichts destotrotz, unter Berücksichtigung des Kontextes, zielgruppen- und situationsgerechte Formen der Vermittlung und der Konfliktbearbeitung zwischen Individuen, Gruppen und Organisationen an. Dabei bauen sie Brücken zwischen den unterschiedlichsten Akteuren und antizipieren, lokalisieren und moderieren Konflikte mittels Übersetzungsleistungen und lösungsorientierter Gesprächs- und Verhandlungsführung. Um dem Ziel der Selbständigkeit näher zu kommen, geht es der SKA um die Befähigung der Akteure zum eigenständigen Handeln. (S. 315 - 316)

Moser et al. (1999) verstehen die Vermittlungsposition als Schlüsselposition der SKA, da diese einem speziellen gesellschaftlichen und soziokulturellen Bedürfnis entspreche. Es sind spezielle Handlungskompetenzen der Fachpersonen erforderlich um entlang dieser Position Möglichkeiten zu eröffnen, Beteiligte in eine grösstmögliche Selbstständigkeit zu führen. (S. 144-145)

Mit dem Trichtermodell von Moser et al. (1999), das Vermittlung (Mediation) im engeren und im weiteren Sinn unterscheidet, wird die präventive Wirkung der SKA verdeutlicht. Zwischen den Polen „Vermittlung im weiteren Sinn“ und der „Vermittlung im engeren Sinn“ führen Moser et al. die Positionen „Vermitteln als Problematisieren/ Thematisieren“, „Vermitteln als Übersetzen“, „Vermitteln als Interessenausgleich“ und „Vermitteln als Konfliktlösen“ auf, wobei letzteres dem Pol „Vermitteln im engeren Sinn“ am nächsten steht. Müller hält fest, dass je mehr Mediationsaufgaben im weiteren Sinne wahrgenommen werden, desto weniger stauen sich Konflikte, die dann nur noch mittels Konfliktlösung – also Vermittlung im engeren Sinn – angegangen werden können. (S. 149)

Die Vermittlungsposition verweist laut Moser et al. (1999, S. 145) auf die im Kapitel 5.3 beschriebene intermediäre Rolle der SKA, die einerseits zwischen System und Lebenswelt und andererseits innerhalb von Lebenswelten vermittelt.

### 5.7.3 Das Phasenmodell der Projektmethodik nach Willener (2007)

Projekte sind nach Hangartner (2010) in der SKA die herausragende Methodik, um mittels gezielter und zeitlich begrenzter Interventionen im soziokulturellen Feld tätig werden zu können. Die zentrale Rolle der Projektmethode lässt sich nach Moser et al. (1999) mit der Breite der Einsatzmöglichkeiten und einigen spezifischen Eigenschaften erklären:

- Projekte sind ideale Instrumente, um schnell auf neue Aufgabenstellungen und Herausforderungen reagieren zu können. Auf Grund des sozialen Wandels, der sich im soziokulturellen Feld bemerkbar macht, ist dies oftmals erforderlich.
- Die Projektmethodik ist vielseitig einsetzbar und lässt sich auf zahlreiche Situationen anwenden, unabhängig von ihrem Arbeitsfeld.

- Projekte haben die Möglichkeit, ungenutzte Ressourcen für bestimmte Anliegen zu mobilisieren.
- Projekte weisen den Vorteil auf, dass die Fachpersonen nicht zu lange mit der selben Thematik beschäftigt bleiben und sich so immer wieder neuen Anliegen zuwenden können. Die Projekte können auch ohne Fachkraft weitergeführt werden, sofern die Voraussetzung einer partizipativen Anlage gewährleistet wurde. (S. 162)

Alex Willener (2007) definiert ein Projekt als „ein grösseres, zeitlich befristetes, neuartiges Vorhaben, das interdisziplinär und/oder interorganisationell gelöst wird und dessen Zielsetzung aus einer klar definierten Aufgabenstellung oder einem ausgewiesenen Handlungsbedarf abgeleitet wird“ (S. 33). Projekte lassen sich laut Willener in Phasen einteilen um eine Strukturierung eines komplexen Geschehens vorzunehmen. Diese Phasen sind modellhaft zu verstehen, denn in der Praxis ist deren Ablauf oft nicht zeitlich hintereinander gereiht, sondern gehen ineinander über, verlaufen zirkulär oder laufen in einer anderen Reihenfolge ab. Das Phasenmodell beinhaltet vier Projektphasen. (S. 37-38)

Die Abbildung 20 liefert eine Darstellung der Phasen und zeigt auf, dass die Zielbezogenheit, die in allen Phasen gewährleistet werden muss.

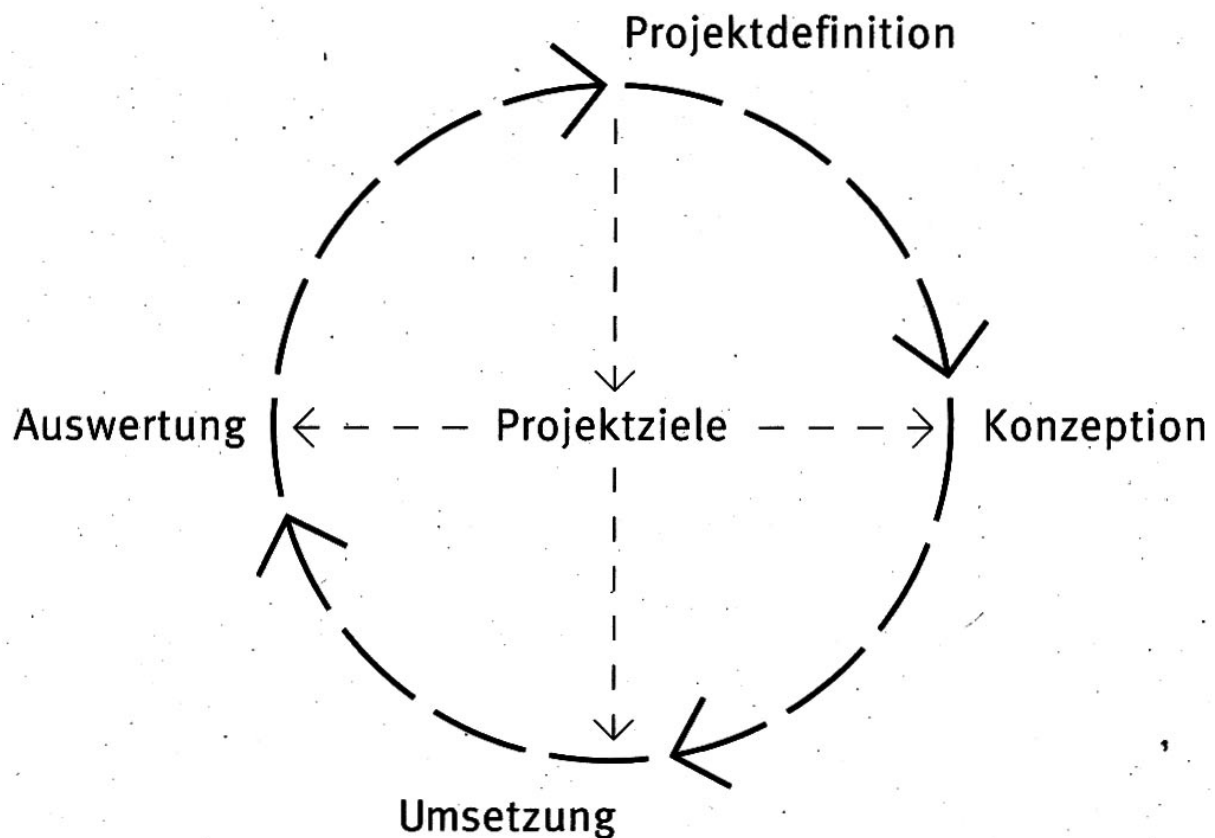


Abb. 20: Vierphasenmodell (Hangartner, 2010, S. 300)

In der Phase der Projektdefinition werden Aktivitäten darauf ausgerichtet die Ziele des Projektes fest zu legen. In der Konzept- und Umsetzungsphase gilt es Aktivitäten einzurichten, die zur Erreichung der Projektziele beitragen. Die Evaluationsphase ist dafür bestimmt, eine Überprüfung der Zielerreichung vor zu nehmen. (Willener, 2007, S. 38)

Willener (2007) schlägt vor, diesen Projektzyklus eher als spiralförmige Bewegung zu verstehen, um von einer idealtypischen Vorstellung der Linearität von Projekten abzukommen (S. 39). Hangartners (2010) ergänzende Bemerkung verweist darauf, dass mit diesem Verständnis der Nachhaltigkeit Rechnung getragen wird. Zwischen dem Handlungsmodell mit den vier Interventionspositionen und dem Vierphasenmodell der Projektmethodik bestehen Übereinstimmungen von Begrifflichkeiten und der damit verbundenen Tätigkeiten. Daher verknüpft Hangartner diese zwei Modelle und besagt, dass innerhalb jeder Position des Handlungsmodells methodisch entlang des Vierphasenmodells gehandelt wird und jegliches reflektiertes professionelles Handeln diesen Phasen folgen sollte. (S. 300-301)

# 6. Gesundheit und Soziokulturelle Animation

Wie wir in den Kapiteln 2 und 3 gesehen haben, ist ein lebenslanger Aushandlungsprozess von inneren und äusseren Anforderungen, der sich als Sozialisationsprozess und Auseinandersetzung mit den anstehenden Entwicklungsaufgaben manifestiert, relevant für die Gesundheit und die Identität des Menschen. Die sich an das Individuum stellenden inneren und äusseren Anforderungen beinhalten alle Determinanten von Gesundheit.

Soziale Determinanten, wie etwa sozioökonomische Lage, Wohnbedingungen, Bildungsangebote, private Lebensformen, Arbeitsbedingungen und soziale Einbindung, bestimmen in bisher unterschätzter Weise massgeblich die Gesundheit. Neben exogenen Faktoren sind persönliche Dispositionen und individuelles Verhalten als endogene Faktoren für die Positionierung des Individuums auf dem Gesundheits-Krankheits Kontinuum verantwortlich.

Studien führten im gesundheitswissenschaftlichen Diskurs zur Erkenntnis, dass neben dem Gesundheitsverhalten vermehrt auch das Gesundheitsverhältnis berücksichtigt werden muss. Es gilt als erwiesen, dass soziale Ungleichheit zu unterschiedlichen Gesundheitschancen, und somit zu einer ungleichen Verteilung von Schutz- und Risikofaktoren führt.

Wenn es, wie der Bund anstrebt, um die Auflösung von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit gehen soll, wird der Fokus in Zukunft vermehrt darauf gerichtet werden müssen, die Gesundheitsverhältnisse zu verbessern und den Menschen so zu stärken, dass ein Umgang mit den inneren und äusseren Anforderungen gelingt.

Michels definiert die Tätigkeit der Soziokulturellen Animation (SKA) auf der konkreten Handlungs- und Interaktionsebene als die intendierte Gestaltung und Beeinflussung der Wirksamkeit von materiellen und sozialen Umweltfaktoren auf das Erleben und Verhalten von Individuen, vor allem in Gruppensituationen. Um das Wohlbefinden des Menschen anzuheben, ist die Soziale Arbeit (und somit auch die SKA) bestrebt, den sozialen Wandel zu fördern und mit den Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit, die Gleichbehandlung, die Selbstbestimmung, die Partizipation, die Integration und die Ermächtigung jedes und jeder Einzelnen anzustreben und einzulösen.

Es zeigt sich also, dass die SKA als Profession durchaus geeignet ist, sich dem Thema Gesundheit anzunehmen und die Förderung von Gesundheit zu forcieren. Wie macht sie das nun konkret?

Die Soziokulturelle Animation...

...orientiert sich an gesellschaftlichen Entwicklungen

...fördert Soziales Kapital, Kohäsion, Solidarität, Integration und Vermittlung

...initiiert, arrangiert und begleitet Veränderungsprozesse

...beugt sozialen Problemen vor

...durch ihre professionelle Methodik

Die SKA stellt eine professionelle Dienstleistung dar, die in den gesellschaftlichen Feldern Politik, Bildung, Kunst und Kultur, Soziales, Sport, Tourismus und Freizeit sowie Wohnen und Wohnumfeld agiert. Ihre Verortung als Akteurin in der Zivilgesellschaft impliziert die Bedingung der Freiwilligkeit ihrer Zielgruppen, denn obwohl sie meistens in soziokulturelle Institutionen und/oder Organisationen eingebunden ist, schafft sie offene Situationen in einem konkreten Handlungsfeld, nämlich der Lebenswelt ihrer Adressatenschaft.

## **Gesellschaftliche Entwicklungen**

Die SKA orientiert sich an gesellschaftlichen Entwicklungen. Im fortschreitenden gesellschaftlichen Wandel haben sich die Lebenswelten grundlegend verändert. So sind die Menschen auf vielfältige Art und Weise gefordert sich den sozialen, urbanen und technischen Veränderungen zu stellen und gegebenenfalls anzupassen.

Die Pluralisierung von Werte- und Normensystemen eröffnet zwar eine grössere Wahlfreiheit und Selbstbestimmung in der individuellen Lebensgestaltung und bietet mehr Möglichkeiten zur Verwirklichung eigener Potentiale, Ideale und Bedürfnisse, führt aber auch dazu, dass oft ein verbindlicher Orientierungsrahmen fehlt. Der Spielraum für die Gestaltung seiner eigenen Identität gilt für die psychische Gesundheit eines Menschen als Ressource, während aber das Fehlen von verbindlichen Normen und Werten die Gefahr mit sich bringt, dass der soziale Zusammenhalt geschwächt wird und soziale Isolation vermehrt auftritt.

Es wird deutlich, dass solch tiefgreifende Veränderungsprozesse nicht unmerklich an Menschen vorbei ziehen. Um den negativen Auswirkungen vorzubeugen und entgegenzuwirken, sind demokratische Prozesse erforderlich, um möglichst viele Menschen an der Gestaltung des Wandels teilhaben zu lassen. Solche Prozesse, wie etwa Quartierentwicklungsprojekte, kann die SKA einrichten und begleiten und muss dafür eintreten, dass der Wandel ein sozialer Wandel wird.

Die SKA greift politisch aktuelle und gesellschaftlich relevante Themen und Probleme auf, sensibilisiert die Öffentlichkeit dafür und prangert ungerechte Praktiken an, denn Professionelle der SKA sind auch «Advokaten der Minderprivilegierten» und kennen auch gesellschaftskritische Ansätze.

Ein solches Thema ist die soziale Ungleichheit, welche mit vielfältigen gesundheitlichen Ungleichheiten einhergeht. Der sozioökonomische Status eines Menschen hat erheblichen Einfluss auf seine Gesundheit. So führt beispielsweise ein geringes Einkommen zu tieferen Gesundheitschancen, was eine erhöhte gesundheitliche Risikolage zur Folge hat. Umgekehrt gilt Chancengleichheit, die eine ethische Grundhaltung der Sozialen Arbeit darstellt, als Schutzfaktor für die Gesundheit.

## **Soziales Kapital - Kohäsion - Solidarität - Integration - Vermittlung**

Mit dem sozialen Kapital wird die Gesamtheit der aktuellen und potentiellen Ressourcen verstanden, die in Zusammenhang mit der Zugehörigkeit zu einem dauerhaften Netz von mehr oder weniger institutionalisierten Beziehungen des gegenseitigen Kennens oder Anerkennens stehen. Soziales Kapital wird so als eine Ressource verstanden, die auf die Zugehörigkeit von Menschen zu einer Gruppe beruhen. Da die SKA in und mit Gruppen arbeitet, hat sie das Potential, das soziale Kapital ihrer Adressatenschaft zu vergrößern.

Die heutige Gesellschaft befindet sich in einer Kohäsionskrise. Dies führt dazu, dass die Zugehörigkeit und die Bindekraft sozialer Beziehungen gelockert wird und somit auch die Möglichkeiten der wechselseitigen Anerkennung geschmälert werden. Die Folge davon ist eine vermehrte Vereinzelung, die in Studien zu psychischer Gesundheit als Einsamkeitsgefühle der subjektive Ausdruck von mangelnden sozialen Ressourcen (soziales Kapital) sind und das Bedürfnis nach mehr sozialen Kontakten aufzeigen. Halten diese Einsamkeitsgefühle über eine längere Zeit an, kann dies zu einer starken Belastung für die Gesundheit der Betroffenen werden.

Die SKA interveniert da, wo Teile der Gesellschaft an bestimmten Orten zu bestimmten Zeiten nicht (mehr) zusammenhalten und sie agiert präventiv, wo dies zu geschehen droht. So soll ein Miteinander das Nebeneinander, Übereinander und Gegeneinander der Menschen ergänzen oder bestenfalls ersetzen. Die gesellschaftliche Aufgabe der SKA ist so die subsidiäre Förderung des zwischenmenschlichen Zusammenhalts. Sie macht dies durch die Anregung, Förderung, Unterstützung und Begleitung des Aufbaus sozialer und kultureller Netzwerke und stärkt somit auch das soziale Kapital von Einzelnen und Gruppen.

Als Solidarität werden die Bindungen und Verpflichtungen verstanden, die zwischen einer Gruppe von Menschen bestehen. Die Art der Solidarität und auch die Zusammensetzung der Gruppe kann unterschiedlich sein. Ist die SKA im Bereich der Vermittlung zwischen Menschen und Gruppierungen im Lokalen, in den konkreten Lebenswelten tätig, so wird dies als Solidarität über die Grenzen der Gemeinschaft hinweg verstanden. Liegen die Tätigkeitsfelder im Bereich der Zivilgesellschaft, die meistens durch Freiwilligkeit geprägt ist, wird dies als Solidarität der Interessen bezeichnet.

Die SKA hat auch eine integrative Funktion. Durch Beziehungsarbeit innerhalb der Lebenswelt einer Gruppierung und durch Vermittlung zwischen Lebenswelten und/oder dem System kann die SKA durch das Initiieren, Ermöglichen und Stimulieren von Kommunikation zwischen Individuen und Gruppen oder Gemeinschaften verschiedener sozialer, kultureller, religiöser

oder ethnischer Ausrichtung die Integration fördern. Die Soziokulturellen Animatoren und Animatorinnen werden so zu Gleichgewichtskünstlern, die zwischen Menschen und ihren Problemen, Menschen und anderen Menschen, Menschen und Instanzen sowie Gruppen und Instanzen vermitteln und mit gegensätzlichen Interessen und strukturellen Widersprüchen der intermediären Position umgehen müssen.

Die integrierende Wirkung der SKA wird durch die vermittelnde Funktion unterstützt. So kann Vermittlung oder Mediation im engeren oder weiteren Sinn verstanden werden. Darin verdeutlicht sich auch die präventive Wirkung der Soziokulturellen Animation, denn je mehr Mediationsaufgaben im weiteren Sinne wahrgenommen werden, desto weniger stauen sich Konflikte, die dann nur noch mittels Konfliktlösung (also Vermittlung im engeren Sinn) angegangen werden können. Die SKA baut, durch das Antizipieren, Lokalisieren und Moderieren von Konflikten, Brücken zwischen den verschiedensten Akteuren. Sie fördert zudem die faire Austragung von Konflikten zur Verbesserung des Zusammenlebens in einem Gemeinwesen.

So zeigt sich, dass die SKA einen wichtigen Beitrag dazu leisten kann, soziales Kapital, Solidarität, Integration und Kohäsion zu fördern. Gesundheitlich relevant ist dies insofern, weil soziale Beziehungen und die im sozialen Netz verfügbare Unterstützung wichtige Voraussetzungen für das Wohlbefinden sind. Zusätzlich gelten Integration, Solidarität und die Einbettung in soziale Netze als Schutzfaktoren für Gesundheit.

## **Partizipation**

Die Förderung von Partizipation gilt als eine der zentralen Aufgaben der SKA und ist somit ein konstitutives Element der Profession. Die SKA ermutigt Menschen, gemeinsame Projekte zu realisieren und damit an den sie betreffenden Entscheidungen teilzuhaben. So macht sie Betroffene zu Beteiligten, die selbst handeln und entscheiden. Es entstehen demokratische Prozesse, die die aktive Teilhabe und Teilnahme aller, auch von formeller Mitwirkung ausgeschlossener Menschen, am Leben des Gemeinwesens ermöglichen, fördern und beibehalten. Dafür wird auf bestehende Formen der gesellschaftlichen und kulturellen Beteiligung zurückgegriffen und neue Beteiligungsformen kreiert oder adaptiert, sodass die fokussierten Zielgruppen bestmöglichst beteiligt werden können.

Partizipativen Charakter hat auch die Zivilgesellschaft, welche als Praxis der gesellschaftlichen Selbstorganisation gilt und sich durch Gemeinwohlbezug auszeichnet. Zivilgesellschaftliches Engagement sowie zivilgesellschaftliche Organisationen werden als zentrale Bestandteile einer umfassenden demokratischen Bewegung verstanden und verfolgen hauptsächlich soziale Anliegen. Aus diesen Gründen fördert die SKA die Zivilgesellschaft.

Partizipation ist für die SKA auch so bedeutsam, weil sie die Orientierung an den Bedürfnissen und Ressourcen ihrer Adressatenschaft impliziert und so in Projekten nachhaltige Wirkungen erzeugen vermag. Partizipative Projekte bei der Gestaltung von Räumen, Orten und Spielplätzen in der Lebenswelt der jeweiligen Zielgruppen führen eher zu tragfähigen Lösungen. Eine partizipative Spielplatzgestaltung mit Einbezug einer Kindergruppe kann sowohl für die

Spielplatzbauerin, wie auch für den siebenjährigen Jungen, einen Lernprozess darstellen und führt mit ziemlicher Sicherheit zu einem zufriedenstellenden Outcome.

In der salutogenetischen Gesundheitstheorie erscheint Partizipation als wichtige gesundheitsförderliche Grösse. Für die drei Komponenten des Kohärenzgefühls (SOC), Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit, ist sie ausschlaggebend. Die Erfahrungen der möglichen Einflussnahme auf die Welt um sich herum erhöht das Bewusstsein dafür, dass die physische und soziale Umgebung gestalt- und veränderbar ist, und das eigene Leben und die eigenen Aktionen bedeutsam und somit emotional sinnvoll sind.

So zeigt sich z. B., dass die Gewährleistung von Mitsprachemöglichkeiten am Arbeitsplatz, die Zufriedenheit und die Identifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhöht.

## **Prävention**

Durch frühe Wahrnehmung, Thematisierung und Kommunikation gesellschaftlicher Problemlagen und auf der Handlungsebene informierend, unterstützend und ausgleichend, kann die SKA vor der Entstehung eines Problems präventiv auf eine Situation einwirken, sodass eine drohende negative Entwicklung verhindert werden kann.

Im Funktionssystem der Sozialen Arbeit sind es die Professionen Sozialarbeit und Sozialpädagogik, die eher behandelnd auf Probleme einwirken, während die SKA Probleme präveniert. Wie gezeigt wurde, können soziale und gesundheitliche Probleme miteinander in einer Wechselwirkung stehen. Im Gesundheitssystem sind es die Prävention und die Gesundheitsförderung, die versuchen die Gesundheit zu bewahren. Sie konzentrieren sich auf körperliche und psychische Probleme.

In Bezug auf soziale Kohäsion bedeutet dies, dass die SKA da interveniert, wo Teile der Gesellschaft nicht (mehr) zusammenhalten und agiert präventiv, wo dies zu geschehen droht. Durch ihre vermittelnde Rolle kann sie ausgleichend auf sich anbahnende Problemlagen einwirken, sodass im besten Fall Konflikten, auf die dann mit Vermittlung als Konfliktlösung reagiert werden müsste, vorgebeugt werden kann.

Wenn man beachtet, wie gross der Einfluss der sozialen Determinanten auf die Gesundheit des Menschen ist, so wird deutlich, dass die SKA auch im Bereich der Gesundheit einen massgebenden Beitrag zur Förderung von Gesundheit leisten kann.

Mittels der Initiierung von psychosozialen Lernprozessen kann beispielsweise auf Rahmenbedingungen, wie etwa das Schulklima, positiv eingewirkt und der Umgang mit Konflikten gefördert werden. Während Ersteres als Verhältnisprävention verstanden wird, ist Zweiteres ein Beispiel für die Verhaltensprävention.

Das Verhalten einer Person, wie etwa körperliche Aktivität, Ernährungsverhalten, Rauchen sowie der Konsum von Alkohol, Drogen oder auch Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial, ist massgeblich gesundheitsrelevant. Auf das Gesundheitsverhalten kann durch die Förderung von Gesundheitskompetenz (Kompetenzen zur Lebensbewältigung) eingewirkt werden. Dies



umfasst beispielsweise die Vermittlung von gesundheitsrelevantem Wissen und die Förderung von persönlichen Stärken und Fähigkeiten, wie etwa die Problemlösefähigkeit.

## **Methodik**

Soziokulturelle Animatorinnen und Animatoren erreichen Menschen und Gruppen in ihrer Lebenswelt und richten sich in ihrer Arbeit an den zivilgesellschaftlichen Handlungsprinzipien Freiwilligkeit, Gemeinwohl-, Öffentlichkeits-, Gemeinschafts-, Kooperations- und Lernprozessorientierung, Selbstorganisation, Sozialkapitalbildung sowie an Kritik und Innovation. Durch zielgruppen- und situationsspezifische Arrangements werden Zielgruppen besser in ihren Bedürfnissen abgeholt. Verstanden als nicht-direktive Anregung und Förderung, wird Kreativität freigesetzt, Gruppenbildungsprozesse gefördert und die aktive Teilnahme am kulturellen und sozialen Leben erleichtert. Die Beteiligung an Aktivitäten, Projekten und Prozessen erfolgt immer mit dem Ziel des schrittweisen Übergangs in die Selbsttätigkeit (höchste Partizipationsstufe). So sind denn auch Selbstbestimmung und Kontrolle über das eigene Leben, wie auch die Beteiligung an Aktivitäten von Gruppen und Gemeinschaften, wichtige Faktoren für eine gelingende Gesundheit.

Die SKA ermöglicht es Einzelnen und Gruppen gesellschaftliche Veränderungen und Entwicklungen besser zu verarbeiten. Durch anregen, ermutigen und befähigen können aktive Lösungen für den Umgang mit Veränderungen und Handlungsmöglichkeiten für die Gestaltung des Wandels gefunden werden. Die Mitgestaltung der Lebenswelt durch Ermächtigung und Befreiung zielt so auf die Steigerung von Lebensqualität und die Förderung von selbstbefreienden Kräften. Dies mit dem Ziel, das Wohlbefinden der einzelnen Menschen anzuheben.

Die Aufgabe der Professionellen der SKA ist es zudem, die Selbstverantwortung der Zielpersonen zu fördern, damit sie ihre Bedürfnisse (und Begabungen) klären und für diese einstehen können. Um dem Ziel der Selbständigkeit näher zu kommen, geht es der SKA um die Befähigung der Akteure zum eigenständigen Handeln und um zu Entscheidungen über Normen und Werte zu kommen, die längerfristig tragfähig und somit auch nachhaltig sind.

So ist die Wahl- und Gestaltungsfreiheit, sowie die Möglichkeiten zur Verwirklichung eigener Potentiale, Ideale und Bedürfnisse, eine bedeutende Ressource für die Gesundheit. Gleichermassen ist auch die Möglichkeit auf bestehende gesellschaftliche, wirtschaftliche und politische Strukturen Einfluss zu nehmen, die eigene Lebenswelt aktiv mitzugestalten und die Selbstbestimmung in der individuellen Lebensgestaltung gesundheitsrelevant.

Grundsätzlich können die Zielgruppen der SKA als aktive Partner verstanden werden, da ohne ihre Partizipation die Arbeit der SKA erst gar nicht möglich ist. Da davon ausgegangen wird, dass alle Menschen ein Bedürfnis nach Entwicklung und Entfaltung haben und der gesellschaftliche Wandel hohe Ansprüche an sie stellt, können die Zielgruppen der SKA grundsätzlich aus allen Bevölkerungsschichten stammen.

Die SKA arbeitet primär mit den Werkzeugen der Projektmethodik. Projekte sind ein grösseres, zeitlich befristetes Vorhaben, das interdisziplinär und/oder interorganisationell gelöst wird und dessen Zielsetzung aus einer klar definierten Aufgabenstellung oder einem ausgewiesenen Handlungsbedarf abgeleitet wird. Projekte sind ideale Instrumente, um schnell auf neue Aufgabenstellungen und Herausforderungen reagieren zu können. Die Evaluationsphase am Schluss des Projektes ist dafür bestimmt, unter Miteinbezug der Beteiligten, eine Überprüfung der Zielerreichung vorzunehmen. Um von der idealtypischen Vorstellung der Linearität von Projekten abzukommen, wird ein Projektzyklus eher als spiralförmige Bewegung verstanden. Mit diesem Verständnis wird der Nachhaltigkeit Rechnung getragen, da ein Projekt nach Durchlauf eines Zyklusses nicht als beendet gesehen wird. Projekte können so auch ohne Fachkraft weitergeführt werden, sofern die Voraussetzung einer partizipativen Anlage gewährleistet wurde.

Die Selbstreferenzialität, also der Bezug zu eigenen Zielen, Referenzpunkten und die damit verbundenen Bewertungsprozesse spielen eine wichtige Rolle für die Identitätsarbeit. Je mehr selbstreflexive Prozesse ein Subjekt erfährt, desto stärker wird das Selbst- und Kohärenzgefühl (SOC). Da das SOC als Ergebnis vieler gelungener Identitätsprozesse entsteht, ist es ausschlaggebend wie sehr das Subjekt in seinen individuellen Projekten und Projektentwürfen eine subjektiv stimmige und authentische Verknüpfungen herzustellen vermag. Gelingt dies, so ergibt sich ein positiver Effekt für das Identitäts- und Kohärenzgefühl. Unter diesem Aspekt ist es wichtig, dass versucht wird Projekte nachhaltig auszurichten, da die Erfahrung von Konsistenz für die Ausbildung der Komponente Verstehbarkeit des SOC von grosser Bedeutung und somit relevant für die Gesundheit ist.

# 7. Schlussfolgerungen für die berufliche Praxis

Will die SKA ihre Arbeitsweise förderlich für die Gesundheit ausrichten, hat sie unterschiedliche Ansatzmöglichkeiten zur Auswahl.

Einerseits ist es nötig, dass die Soziokulturellen Animatorinnen und Animatoren sich selber über die Relevanz der Gesundheit in ihrer Arbeit im klaren sind. Andererseits wird es aber auch nötig sein, Auftraggeber und/oder Arbeitgeber über die Zusammenhänge der SKA und der Gesundheit zu sensibilisieren.

Die Erkenntnisse aus der Diskussion über die Gesundheitsdeterminanten, die einen direkten Einfluss auf die Gesundheitsverhältnisse haben, können direkt in die Arbeit der SKA einfließen. So soll das Bewusstsein gestärkt werden, dass für die Arbeit in und mit Gruppen die Gestaltung der Settings und Handlungsfelder enorm wichtig ist, um der Zielgruppe einen förderlichen Effekt auf die Gesundheit zu ermöglichen. In der Gestaltung der Settings soll berücksichtigt werden, dass die Gesundheitsverhältnisse das Gesundheitsverhalten direkt beeinflussen. Die SKA orientiert sich an den Bedürfnissen und Ressourcen ihrer Adressatenschaft und versucht sie dadurch zu stärken. Damit können physische, psychische und/oder soziale Probleme präveniert werden. Die Adressatinnen und Adressaten erhalten so die Möglichkeit, Teile ihrer Lebenswelt aktiv mitzugestalten und mehr Selbstbestimmung in ihrer individuellen Lebensgestaltung zu erlangen.

Ein weiterer wichtiger gesundheitsrelevanter Faktor ist die Partizipation der Zielgruppen in der Ausgestaltung der Projekte, sei dies bei der Formulierung von Zielen oder der Evaluation von Projekten. Ein weiterer wichtiger Faktor ist die Nachhaltigkeit von Projekten, da über die Erfahrung von Konsistenz gesundheitsrelevante Faktoren wie der Kohärenzsinn verstärkt werden können.

Die Gesundheitsdeterminanten geben aber auch Hinweise auf konkrete Handlungsfelder und mögliche Zielgruppen. So stellen beispielsweise der Arbeitsplatz, die Schule und das Wohnumfeld Tätigkeitsfelder dar, in denen die Förderung von Gesundheit durch die SKA ansetzen kann. Durch die Analyse der Determinanten können auch in Bezug auf die Gesundheit vulnerable Gruppen von Menschen, wie Kinder, Jugendliche, Seniorinnen und Senioren, Familien oder die migrante Bevölkerung, als mögliche Zielgruppen identifiziert werden.

Die Determinanten von Gesundheit geben weitere wichtige Hinweise auf gesundheitsrelevante Bereiche der täglichen Arbeit des Soziokulturellen Animators und der soziokulturellen Animatorin. So sind beispielsweise soziale Netzwerke, das kulturelle Umfeld, die Beteiligung an Aktivitäten von Gruppen und Gemeinschaften sowie soziale Integration und soziale Unterstützung relevante Faktoren für die Gesundheit. Durch die Pluralisierung der Werte- und Normensysteme, die eine grössere Wahlfreiheit und Selbstbestimmung in der individuellen Lebensgestaltung zulässt, sowie mehr Möglichkeiten zur Verwirklichung eigener Potentiale, Ideale, Kompetenzen, Fähigkeiten und Bedürfnisse eröffnen, ist die SKA gefordert, dies in ihrer Arbeit zu berücksichtigen und wenn möglich (und gewünscht) die Beteiligten ihren Potentialen und Bedürfnissen entsprechend miteinzubeziehen.

Eine weitere Erkenntnis aus der vorliegenden Auseinandersetzung mit der Gesundheit ist die Tatsache, dass die vorherrschenden ökonomischen und materiell orientierten Werte immer mehr auf Kosten sinnstiftender Inhalte in den Vordergrund treten. Das für die Erhaltung der Gesundheit ein Ausgleich zwischen den beiden Wertorientierungen existenziell ist und soziales Engagement, politische Partizipation und Bürgerbeteiligung personenbezogene Faktoren sind, die positive Effekte auf die Gesundheit haben, verstärken den gesellschaftlichen Wert der SKA. Diese Tatsache wird noch untermauert, indem die Möglichkeit auf bestehende gesellschaftliche, wirtschaftliche und politische Strukturen Einfluss zu nehmen und die eigene Lebenswelt aktiv mitzugestalten, weitere bedeutende Ressourcen für die psychische Gesundheit darstellen.

Wie wir aufzeigen konnten, ist die SKA tagtäglich mit Gesundheitsdeterminanten konfrontiert. Mit dem relevanten Wissen über die Wirkungs- und Funktionsweise von Gesundheit erhält ihre Arbeit eine erweiterte Perspektive. Für die Entfaltung ihrer „wahren“ gesundheitsfördernden Kompetenz müssen Professionelle der SKA die Relevanz der Gesundheitsthematik erkennen. Nur so könnte Gesundheit als Querschnittsthema in der SKA verankert werden.

## 8. Literatur- und Quellenverzeichnis

- Anthamatten, René; Vogt, Matthias & Metzger, Marius (2009). *Individuation und Sozialisation. Kurs Menschliche Entwicklung. Identität und Identitätsbildung*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Antonovsky, Aaron (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (Alexa Franke & Nicola Schulte, Übers.). Tübingen: dgvtv-Verlag. (engl. *Unraveling the Mystery of Health - How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco 1987).
- AvenirSocial – Professionelle Soziale Arbeit Schweiz (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz*. Bern: AvenirSocial.
- Berufsberatung.ch (2011). *Homepage des Schweizerischen Dienstleistungszentrums Berufsbildung, Berufs-, Studien- und Laufbahnberatung SDBB*. Gefunden am 2. Mai 2011, unter <http://www.berufsberatung.ch/dyn/1199.aspx?data=education&id=3013#>
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2010). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 2007. Schweizerische Gesundheitsbefragung*. Gefunden am 27. April 2011, unter <http://www.bfs.admin.ch>
- Couchepin, Pascal & Maillard, Pierre-Yves (2009). Geleitwort. In Katharina Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 11-12). Bern: Verlag Hans Huber.
- Dachverband offene Jugendarbeit [DOJ]. (2009). *QuK. Qualitätskriterien für Gesundheitsförderung in der Offenen Kinder- und Jugendarbeit* [Broschüre]. Moosseedorf: Autor.
- Efionayi-Mäder, Denise & Wyssmüller, Chantal (2009). Migration und Gesundheit. In Katharina Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 88-105). Bern: Verlag Hans Huber.
- Fachpool Soziokulturelle Animation (ohne Datum). *Homepage des Fachpools Soziokulturelle Animation*. Gefunden am 30. Jan. 2011, unter <http://www.fachpool.ch/5401.html>
- Faltermeier, Toni (2010). Die Salutogenese als Forschungsprogramm und Praxisperspektive. Anmerkungen zu Stand, Problemen und Entwicklungschancen. In Hans Wydler, Petra Kolip & Thomas Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (4. Aufl., S. 185-196). Weinheim: Juventa Verlag GmbH.
- Franke, Alexa (2010). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. (2., überarb. und erw. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.

- Förster, Wolfgang (1997). Humanismus. In Hans J. Sandkühler (Hrsg.), *Europäische Enzyklopädie zu Philosophie und Wissenschaften* (Band 2, S. 560-563). Hamburg: Felix Meiner Verlag.
- Gresser, Georg (1998). *Medizinische Ethik bei Hildegard von Bingen. Vorgetragen am ersten Symposium Medizin und Ethik 1998*. Gefunden am 13. März 2011, unter [http://www.medizin-ethik.ch/publik/medizinische\\_ethik\\_hildegard.htm](http://www.medizin-ethik.ch/publik/medizinische_ethik_hildegard.htm)
- Gutzwiller, Felix & Paccaud, Felix (2007). *Sozial- und Präventivmedizin. Public Health* (3., vollst. überarb. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Hafen, Martin (2007). *Die Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Hafen, Martin (2009). Soziale und psychische Gesundheit. Die präventive Funktion der Soziokulturellen Animation. *SozialAktuell*, Nr. 4, April 2009, 27-29.
- Hangartner, Gabi (2010). Ein Handlungsmodell für die Soziokulturelle Animation zur Orientierung für die Arbeit in der Zwischenposition. In Bernard Wandeler (Hrsg.), *Soziokulturelle Animation. Professionelles Handeln zur Förderung von Zivilgesellschaft, Partizipation und Kohäsion* (S. 265-322). Luzern: interact.
- Homfeldt, Hans Günther & Sting, Stephan (2006). *Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Höfer, Renate (2010). Kohärenzgefühl und Identitätsentwicklung. Überlegungen zur Verknüpfung salutogenetischer und identitätstheoretischer Konzepte. In Hans Wydler, Petra Kolip & Thomas Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (4. Aufl., S. 57-70). Weinheim: Juventa Verlag GmbH.
- Holzcamp, Klaus (1996). Texte aus dem Nachlass. *Forum Kritische Psychologie*, 36, 7-112.
- Hurrelmann, Klaus (2010). *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung* (7. Aufl.). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Husi, Gregor (2010). Die Soziokulturelle Animation aus strukturierungstheoretischer Sicht. In Bernard Wandeler (Hrsg.), *Soziokulturelle Animation. Professionelles Handeln zur Förderung von Zivilgesellschaft, Partizipation und Kohäsion* (S. 97-155). Luzern: interact.
- Keupp, Heiner (1999). *Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne*. Berlin: Rowohlt Verlag.

- Kickbusch, Ilona & Engelhardt, Katrin (2009). Das Konzept der Gesundheitsdeterminanten. In Katharina Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 19-33). Bern: Verlag Hans Huber.
- Kolip, Petra; Wydler, Hans & Abel, Thomas (2010). Gesundheit: Salutogenese und Kohärenzgefühl. Einleitung und Überblick. In Hans Wydler, Petra Kolip & Thomas Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (4. Aufl., S. 11-19). Weinheim: Juventa Verlag GmbH.
- Lüthringhaus, Maria (2000). *Stadtentwicklung und Partizipation. Fallstudien aus Essen, Katernberg und der Dresdner Äusseren Neustadt*. Bonn: Stiftung Mitarbeit.
- Meyer, Katharina; Kickbusch, Ilona; Weiss Walter & Spycher Stefan (2009). Vorwort. In Katharina Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 13-14). Bern: Verlag Hans Huber.
- Meyer, Katharina (2009). Einleitung. In Katharina Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 17-18). Bern: Verlag Hans Huber.
- Michaud, Pierre André & Suris, Joan-Carles (2009). Jugendalter. In Katharina Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 57-72). Bern: Verlag Hans Huber.
- Moser, Heinz; Müller, Emanuel; Wettstein, Heinz & Willener, Alex (1999). *Soziokulturelle Animation. Grundfragen, Grundlagen, Grundsätze*. Luzern: Verlag für Soziales und Kulturelles.
- Moser, Heinz (2010). Gesellschaftlicher Wandel und Animation. In Bernard Wandeler (Hrsg.), *Soziokulturelle Animation. Professionelles Handeln zur Förderung von Zivilgesellschaft, Partizipation und Kohäsion* (S. 63-94). Luzern: interact.
- Nationale Gesundheitspolitik Schweiz [NGP]. (2004). *Psychische Gesundheit. Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz*. Bern: Autor.
- Petzold, Hilarion & Heini, Hildegund (1996). *Psychotherapie und Arbeitswelt*. Paderborn: Junfermann-Verlag.
- Presseportal.ch (2009). *Medienmappe Gesundheitsförderung Schweiz. Schon die frühen Jugendjahre bestimmen unsere Gesundheit*. Gefunden am 13. Jan. 2011, unter <http://www.presseportal.ch/de/meldung/100576201/>
- Schenker, Silvia (2010). *Interpellation 10.3805. Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Was tut der Bund?* Gefunden am 21. Feb. 2011 unter, [http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaeft.aspx?gesch\\_id=20103805](http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaeft.aspx?gesch_id=20103805)

- Schopenhauer, Arthur (1976). *Aphorismen zur Lebensweisheit*. Frankfurt am Main: Insel Verlag.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium [Obsan]. (2008). *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Kurzfassung*. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
- Spierts, Marcel (1998). *Balancieren und Stimulieren. Methodisches Handeln in der soziokulturellen Arbeit*. Luzern: Verlag für Soziales und Kulturelles.
- Steinmann, Ralph M. (2005). *Psychische Gesundheit – Stress. Wissenschaftliche Grundlagen für eine nationale Strategie zur Stressprävention und Förderung psychischer Gesundheit in der Schweiz*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Von Glasersfeld, Ernst (1996). *Wege des Wissens. Konstruktivistische Erkundungen durch unser Denken*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Wandeler, Bernard (2010). Einleitung. In Bernard Wandeler (Hrsg.), *Soziokulturelle Animation. Professionelles Handeln zur Förderung von Zivilgesellschaft, Partizipation und Kohäsion* (S. 6-13). Luzern: interact.
- Weltgesundheitsorganisation [WHO]. (1946). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Für die Schweiz in Kraft getreten am 7. April 1948*. New York: WHO. Gefunden am 22. November 2010, unter [http://www.admin.ch/d/sr/c0\\_810\\_1.html](http://www.admin.ch/d/sr/c0_810_1.html)
- Weltgesundheitsorganisation [WHO], Regionalbüro für Europa. (2006). *Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Bericht über die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz*. Kopenhagen: Autor.
- Wettstein, Heinz (2010). Hinweise zu Geschichte, Definitionen, Funktionen. In Bernard Wandeler (Hrsg.), *Soziokulturelle Animation. Professionelles Handeln zur Förderung von Zivilgesellschaft, Partizipation und Kohäsion* (S. 15-60). Luzern: interact.
- Willener, Alex (2007). *Integrale Projektmethodik. Für Innovation und Entwicklung in Quartier, Gemeinde und Stadt*. Luzern: interact.



