



Thema

Gesundheitsförderung, Prävention und vulnerable Personengruppen in der Pandemie

Aus dem Inhalt

*Petra Hofrichter,
Claudia Duwe*
Gesundheitsförderung,
Prävention und Vulne-
rabilität (nicht nur)
in Corona-Zeiten

*Gerda Holz,
Antje Richter-Kornweitz*
Corona-Chronik –
Gruppenbild ohne
(arme) Kinder. Eine
Streitschrift.

*Milli Schroeder,
Philipp Dickel*
Zu Solidarität und
Community in Zeiten der
Corona-Pandemie und
darüber hinaus



Liebe Leser*innen,

Mensch sein schließt ein, verletzlich zu sein. Diese grundsätzliche Vulnerabilität wird üblicherweise nicht jederzeit wahrgenommen, obwohl es vielerlei alltägliche Risiken für physische und psychische Gefährdungen gibt. Die Corona-Pandemie hat das Empfinden von Verletzbarkeit verstärkt bewusst gemacht. Das Virus mit der Bezeichnung SARS-CoV-2 bedroht Gesundheit und Leben aller Menschen weltweit – allerdings nicht in gleichem Maße. Das ungleiche Risiko beruht einerseits auf individuellen biologischen und physiologischen Unterschiedlichkeiten wie Alter, genetischer Disposition, Vorerkrankungen usw. Es prägt sich andererseits aufgrund sozio-ökonomischer Aspekte verschieden aus. Generell ist das Erkrankungsrisiko höher, je geringer das Einkommen und der Bildungsstand sind; damit zusammen hängen Risikolagen wie Wohnumfeld und Wohnbedingungen, Lebensstil und soziale Lage, Tätigkeiten mit unzuträglichen Belastungen u.Ä.m. Der Beitrag von Hofrichter und Duwe formuliert die Notwendigkeit eines ganzheitlichen Präventionsansatzes als „Health in All Policies“ (HiAP). Dass Vulnerabilität von Personengruppen auch eine zugeschriebene – und damit individuell stigma-

tisierende – Rollendefinition sein kann, beschreiben Ziegler et al. und fordern einen achtsamen Umgang mit normativen Aussagen. Denn, und das wird in den Beiträgen von Schroeder und Dickel ebenso deutlich wie in den Interviews mit Rosenbusch und Jakobi von den lokalen Vernetzungsstellen für Prävention: In Gruppen mit einem höheren Vulnerabilitätsrisiko gibt es vielerlei Solidarität, gegenseitige Unterstützung und individuelle wie kollektive Resilienzen. Diese heben den Grad der Betroffenheit nicht auf, zeigen jedoch, dass Gesundheitsförderung in besonderen Lebenslagen gelingt. Auch die weiteren Beiträge in diesen Stadtpunkten bieten Information und Impulse für eine gesunde und nachhaltige Stadt.

Wir wünschen Ihnen, liebe Leser*innen, eine anregende Lektüre.

Bei allen Autor*innen bedanken wir uns herzlich für ihre Beteiligung an dieser Ausgabe.

Das Redaktionsteam

Inhalt

- 2 Editorial
- 3 Thema
- 3 Gesundheitsförderung, Prävention und Vulnerabilität (nicht nur) in Corona-Zeiten
Petra Hofrichter, Claudia Duwe
- 5 Vulnerabilität definieren – denn Vulnerabilität definiert!
Sandra Ziegler, Florence Samkange-Zeeb, Sylvia Agbih, Jutta Lindert, Myriam Ueberbach, Kayvan Bozorgmehr
- 6 Corona-Chronik – Gruppenbild ohne (arme) Kinder. Eine Streitschrift.
Gerda Holz, Antje Richter-Kornweitz
- 8 Die gesunde Stadt
Anne Caplan, Carolin Baedeker, Anja Bierwirth, Franziska Stelzer
- 9 Nachhaltige StadtGesundheit in Corona-Zeiten
Rainer Fehr, Alf Trojan
- 11 Gutes Altern durch Vorsorge
Karin Haist, Doris Kreinhöfer
- 12 Wohnungslose: eine vulnerable Zielgruppe – nicht nur in Zeiten von Corona
Luisa T. Schneider
- 14 Zu Solidarität und Community in Zeiten der Corona-Pandemie und darüber hinaus
Milli Schroeder, Philipp Dickel
- 15 Lokale Vernetzungsstellen für Prävention – Zugänge und Zusammenarbeit in der Pandemie
Bettina Rosenbusch, Christine Jakobi, Henrieke Franzen
- 17 Gemeinsam psychosoziale Gesundheit in der Stadt stärken
Claudia Duwe, Michael Deuschle
- 19 Mediothek
- 19 Impressum

Bestellen Sie unseren Newsletter „Stadtpunkte Aktuell“: newsletter@hag-gesundheit.de oder unter www.hag-gesundheit.de. Er informiert Sie sechs Mal im Jahr über Aktivitäten und Veranstaltungen der HAG sowie über gesundheitspolitische Themen und Termine in Hamburg und auf Bundesebene.

Gesundheitsförderung, Prävention und Vulnerabilität (nicht nur) in Corona-Zeiten

Petra Hofrichter, Claudia Duwe



Seit Monaten lebt die Welt in einem Ausnahmezustand. Die Corona-Pandemie trifft alle Staaten und die dort lebenden Menschen – jedoch wirkt sich das Virus in Gesellschaften mit großen sozialen Unterschieden ungleich bedrohlicher für vulnerable Personengruppen aus. Die Zusammenhänge zwischen der sozialen Lage von Menschen und ihren Chancen, gesund diese Krise zu bewältigen, werden auf allen Ebenen deutlich: sowohl beim Infektionsrisiko, beim Umsetzen von Schutzmaßnahmen als auch beim Krankheitsverlauf von infizierten Menschen. Es gilt: keine Gesundheitssicherheit ohne soziale Sicherheit (Kickbusch 2020). Welche Rolle Institutionen wie die HAG in der Pandemie spielen können, wird in diesem Artikel dargestellt.

Die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) verfolgt – wie die Landesvereinigungen in anderen Bundesländern auch – das Ziel, das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden der Bevölkerung sowie die gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern. Die HAG orientiert sich mit ihrer Arbeit an der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Diese definiert Gesundheitsförderung als Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie so zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

Die HAG hat – bezogen auf die aktuelle Situation – Mitglieder ihrer Netzwerke, Arbeitskreise und Bündnisse nach Gelingensfaktoren und Herausforderungen gefragt, die sich in der Gesundheitsförderung und Prävention für vulnerable Personengruppen identifizieren lassen. Entlang der Fragestellung „Woran kann die HAG als Einrichtung der Gesundheitsförderung in Hamburg anknüpfen, welche Ansätze sollten ausgebaut werden?“ soll die Arbeit – aktuell, mittel- und langfristig – weiterentwickelt werden. Orientiert an den Handlungsfeldern der Ottawa-Charta, skizzieren die Autorinnen Ergebnisse und Impulse aus unterschiedlichen Arbeitszusammenhängen.

Nicht alle Netzwerke haben in der Pandemie ihre gemeinsame Arbeit fortsetzen können: Mehr als die Hälfte haben sich nicht oder seltener als sonst getroffen, ergab die Befragung von Teilnehmer*innen auf dem Digitalworkshop des Paktes für Prävention.

Die HAG wird in Zukunft verstärkt zu Netzwerkarbeit beraten und qualifizieren.

1. Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln

Das Leben mit Corona ist ein zentrales Thema für Gesundheitsförderung und Prävention, und zwar fach- und ebenenübergreifend, also im Sinne des Health-in-All-Policies-Ansatzes. Gemeinschaftliches Handeln in allen Politik- und Gesellschaftsbereichen ermöglicht die Bewältigung komplexer Herausforderungen wie der aktuellen Pandemie (Zukunftsforum Public Health 2020). Der Ende September 2020 von Bundesregierung und den Ländern beschlossene „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ (ÖGD) bietet eine Chance für HiAP, Gesundheit in Co-Produktion mit anderen Politik-

bereichen gemeinsam zu verbessern (Kickbusch 2020). Die Landesvereinigungen für Gesundheit können als vermittelnde Struktur diesen Prozess mit ihren Erfahrungen unterstützen, z.B. bei der Entwicklung von adressat*innengerechten Informationen, der Förderung sektorenübergreifender Vernetzung und bei der Stärkung von sozialogenbezogener Qualitätsentwicklung. Für die Umsetzung des Paktes für den ÖGD ist es notwendig, lokale Strukturen stärker einzubeziehen.

2. Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen

Der Stadtteil ist ein zentrales Setting für Gesundheitsförderung. Vor dem Hintergrund der Pandemie wird deutlich, wie wichtig etablierte Netzwerkstrukturen auf lokaler Ebene (wie z.B. lokale Vernetzungsstellen für Prävention, lokale Demenz-Netzwerke) und integrierte kommunale Strategien sind. Sie bilden die Grundlage für eine gute Zusammenarbeit in den Bereichen Gesundheit und Prävention und stellen den Kontakt zu den Institutionen und den Bewohner*innen des Stadtteils her.

Zu den Lebenswelten zählen auch niedrigschwellige Einrichtungen und Gemeinschaftsunterkünfte für suchterkrankte und wohnungslose Menschen. Die Mitglieder des HAG-Arbeitskreises Wohnungslosigkeit und Gesundheit berichteten, dass sich ihre Einrichtungen während der Pandemie als Orte des Vertrauens, der Gesundheitsförderung und des Infektionsschutzes bewährt haben. Die Klient*innen fühlten sich in ihrer Lebenslage ernst genommen und geschützt, engagierten sich für ihre Gesundheit und zeigten Interesse an der Mitgestaltung. Folgende Fragen werden im Arbeitskreis erörtert: Wie können diese Erfahrungen für die zukünftige Ausgestaltung der Gesundheitsförderungsangebote aufgegriffen werden? Wie können die Settings Wohnungslosen- und Suchthilfe ihre Ansätze im Bereich der Prävention und Partizipation bei Gesundheitsthemen weiterentwickeln und Angebote (wie z.B. HIV-Prävention, Impfen, Sexualaufklärung) adressat*innengerecht gestalten? Die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit greift mit ihrer Veranstaltungsreihe „Vulnerabilität und Auswirkungen der Corona-Pandemie“ diese Erfahrungen auf und lädt zum Austausch ein (www.hag-gesundheit.de).

3. Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen

Die lokalen Vernetzungsstellen für Prävention sind eine zentrale Struktur für die Unterstützung von gesundheitsrelevanten Gemeinschaftsaktionen im Sozialraum. (Siehe auch die Beiträge auf den Seiten 14 bis 17) Sie vernetzen Akteure



zu gesundheitsbezogenen Themen im Stadtteil und beteiligen Bewohner*innen.

Die HAG macht für die lokalen Vernetzungsstellen Angebote zur praxisbegleitenden Qualitätsentwicklung mit dem Fokus: Stärkung der Netzwerkarbeit sowie Partizipations- und Empowerment-Prozesse. Potenzial für die Arbeit der HAG gibt es im Ausbau von Expertise und Strategien für Beteiligung und Dialog zwischen Professionellen und Bürger*innen. Dazu gehört eine adressat*innengerechte Ansprache. Das Ziel sollte sein, Hamburger Bürger*innen zu befähigen, sich für die Gesundheit in ihrem Stadtteil einzubringen. Wie sich Beteiligungsprozesse zukünftig auch digital umsetzen lassen und diese dabei auch die Chancengerechtigkeit berücksichtigen, wird eine spannende Entwicklungsaufgabe der Gesundheitsförderung sein.

4. Persönliche Kompetenzen entwickeln

Die Stärkung der psychischen Gesundheit spielt im Kontext der Pandemie eine besonders wichtige Rolle. Isolations- und Quarantänemaßnahmen können sich negativ auf die psychosoziale Gesundheit auswirken, z.B. durch erhöhte Depressivität, Stresserleben oder Einsamkeit (Kompetenznetz Public Health COVID-19 2020). Besonders betroffen sind unter anderem Mitarbeiter*innen im Gesundheitswesen sowie Menschen mit psychischen Vorerkrankungen (ebenda). Andere vulnerable Personengruppen sind beispielsweise (arme) Kinder und Jugendliche, Alleinerziehende, geflüchtete Menschen, Wohnungs- und Obdachlose, Menschen mit körperlichen und kognitiven Einschränkungen oder isoliert lebende ältere Menschen und Pflegebedürftige.

Die HAG bildet im Eltern-Programm Schatzsuche (Setting Kita) und im Projekt Landungsbrücke 2 (Setting Berufsvorbereitung) Fachkräfte fort, um das seelische Wohlbefinden von Kindern, Jugendlichen und Eltern zu stärken.

Im Eltern-Programm Schatzsuche richtet sich die Aufmerksamkeit der Erwachsenen auf die Stärken und Schutzfaktoren der Kinder; das soll die Resilienz der Kinder fördern. Auch ist die konstruktive Zusammenarbeit zwischen Fachkräften in der Kita und Eltern eine wichtige Voraussetzung. In Schatzsuche-Kitas profitieren in der Corona-Pandemie alle Beteiligten vom Fundament der Zusammenarbeit, das vor der Krise gelegt wurde.

Mit dem neuen Angebot MHFA Ersthelfer Kurse für psychische Gesundheit, MHFA steht für Mental Health First Aid, befähigt die HAG zukünftig Menschen, psychische Belastungen zu erkennen und betroffene Bürger*innen in bestehende professionelle Hilfesysteme und Peer-Angebote zu vermitteln. (Siehe Seite 17.)

Die Netzwerkbefragung ergab, dass beispielsweise Menschen, die in sozial belastenden Lebenslagen, in Unterkünften für Geflüchtete oder Pflegeeinrichtungen leben, weniger über ausreichende digitale Ausstattung oder Kompetenzen verfügen.

Digitalisierung im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention umfasst die Entwicklung einer bedarfsgerechten, adressat*innenorientierten (persönlichen wie digitalen) Ansprache, die an den Themen und Kommunikationswegen der spezifischen Adressat*innengruppen bzw. Communities ansetzt. Für die Arbeit der HAG ergeben sich hier Perspektiven für die nähere Zukunft.

5. Die Gesundheitsdienste neu orientieren

Gemäß der Ottawa-Charta sollen die Gesundheitsdienste ein Versorgungssystem entwickeln, das über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinaus auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist und sich an den Bedürfnissen der Menschen als ganzheitlichen Persönlichkeiten orientiert (s. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung der BZgA). So empfiehlt es sich, dass die Akteure der Gesundheitsdienste ihre interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit ausbauen. In Hamburg finden sich gute Ansätze etwa in den Frühen Hilfen, in der Poliklinik Veddel oder im Gesundheitskiosk Billstedt. Hinzu kommen in Zukunft interdisziplinäre Stadtteilgesundheitszentren (ISGZ), in denen Sozialberatung und Gesundheitsversorgung miteinander verknüpft sind (Koalitionsvertrag Hamburg 2020). Gesundheitsdienste sollten zudem ihre Angebote von den Adressat*innen her denken und überprüfen, ob die Angebote für alle zugänglich sind.

Beim Digitalworkshop des Paktes für Prävention hat eine Abfrage ergeben, dass ein Drittel der Fachkräfte im Lockdown nur wenige Menschen erreichen konnte. Die HAG wird auch weiterhin gute Praxisansätze zum Thema Zugänge kommunizieren.

Ausblick

Die Befragung von Fachkräften und Mitgliedern in Netzwerken, Arbeitskreisen und Bündnissen hat gezeigt, welche Herausforderungen bei der Bewältigung der Pandemie bestehen. Die Ansatzpunkte, lokale Strukturen und intersektorale Zusammenarbeit zu stärken, Fachkräfte zu beteiligen, zu beraten, zu qualifizieren und gute Praxis sichtbar zu machen, wird die HAG zukünftig weiter ausbauen. Die HAG setzt sich für die Stärkung des HiAP-Ansatzes ein, da Gesundheit in den Verantwortungsbereichen aller Politikfelder liegt. Des Weiteren wird die HAG gemeinsam mit Akteuren der Gesundheitsförderung das Thema Vorbereitung auf Notfall und Krise in den Blick nehmen, um künftigen Herausforderungen besser – im Sinne von resilienter – begegnen zu können.

Autorinnen: Petra Hofrichter, Claudia Duwe, Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG), petra.hofrichter@hag-gesundheit.de, claudia.duwe@hag-gesundheit.de, www.hag-gesundheit.de

Vulnerabilität definieren – denn Vulnerabilität definiert!

Sandra Ziegler, Florence Samkange-Zeeb, Sylvia Agbih, Jutta Lindert, Myriam Ueberbach, Kayvan Bozorgmehr

Der Vulnerabilitätsbegriff hat Hochkonjunktur. Er wird häufig verwendet, seltener jedoch wird definiert, was genau damit gemeint ist, wenn Menschen als „vulnerabel“ bezeichnet werden. Dieser Beitrag möchte zum Nachdenken und zum multidisziplinären Diskurs über den Vulnerabilitätsbegriff anregen und dazu einladen, den Begriff mit Bedacht zu verwenden.

Im weitesten Sinne kann Vulnerabilität als eine Grundkonstante menschlichen Daseins verstanden werden: Alle Menschen sind als leiblich verfasste (bio-psycho-soziale) und sterbliche Wesen grundsätzlich vulnerabel. Wir sind physisch und psychisch verwundbar bzw. verletzlich, haben Bedarfe und Bedürfnisse und sind damit abhängig von Ressourcen wie Nahrung, Schutz oder Sozialkontakt usw. In einem enger gefassten Verständnis verweist der Vulnerabilitätsbegriff auf spezifische Verletzlichkeiten oder eine erhöhte Risikofähigkeit von Personen oder Gruppen, welche anhand bestimmter beobachtbarer und/oder zugeschriebener Kriterien identifiziert werden.

Kritik an Vulnerabilitätszuschreibungen

Der Begriff „Vulnerabilität“ wird in verschiedenen Wissenschaften (z.B. Sozial- und Gesundheitswissenschaften, Theologie, Philosophie, Ökologie, Geografie) sowie in sozialpolitischen und praktischen Kontexten verwendet und dort unterschiedlich definiert. Begriff und Verwendung werden zunehmend kritisch diskutiert (Brown et al. 2017; Durocher 2016; Luna 2018; Mackenzie et al. 2014; Wrigley/Dawson 2016). Wesentliche Kritikpunkte sind, dass die unterschiedlichen Konzeptualisierungen die Vergleichbarkeit von Studien erschweren und dass ein inflationärer Gebrauch das Konzept „Vulnerabilität“ unbrauchbar zu machen droht.

Im Kontext der Gesundheitsversorgung bezeichnen wir häufig dann Personen oder Personengruppen als besonders „vulnerabel“, wenn wir fehlende Hilfeleistung ankreiden oder mehr Unterstützung bewirken möchten. Doch mit unserer Zuschreibung gehen möglicherweise Stigmatisierungen einher. Die Betroffenen werden auf eine von Abhängigkeit geprägte Opferrolle festgelegt, die sie nahezu notgedrungen reproduzieren müssen, z.B. da nun erwartet wird, dass sie sich entsprechend bedürftig verhalten, um Hilfe zu bekommen. Unsere Unterscheidung zwischen einem „Wir“ und den „Anderen“ – d.h. den „Vulnerablen“ (auch als „Veränderung“ oder „Othering“ bezeichnet), kann zur sich selbst erfüllenden Prophezeiung werden. Die Möglichkeiten der Bezeichneten, anderweitig – als durch erwartetes Verhalten – soziale Anerkennung zu erwerben, werden eingeschränkt, und häufig werden auch ihre Selbst- und Mitbestimmungsmöglichkeiten eingeschränkt. Gerade im Kontext der Gesundheitsversorgung können Paternalismus und Stigmatisierungen sowie Ausgrenzungsprozesse aufgrund verschiedener Diversitätsaspekte (wie Geschlecht, Alter, sexuelle Orientierung, natio-ethno-kulturelle Zuschreibungen, psychische und physische Verfassung, Bildungsstand, Einkommen, Gewohnheiten etc.) eine Dynamik entwickeln, die geeignet erscheint, „Vulnerabilität“ zu verstärken und damit langfristig gesundheitliche Ungleichheit herzustellen und zu verfestigen.

Denkanstöße

- Können Gruppen bzw. Personen wirklich per se vulnerabel sein oder werden sie durch (politische, gesellschaftliche, sozioökonomische) Strukturen und situative Bedingungen vulnerabel gemacht?
- Wer hat die Definitionsmacht? Wer wird von wem als vulnerabel bezeichnet?
- Welche Verletzlichkeiten sind nicht sichtbar oder werden übersehen?

Reflektierter Einsatz des Vulnerabilitätsbegriffes

Der Vulnerabilitätsbegriff konfrontiert uns mit einer grundsätzlichen Problematik defizitorientierter Sprache: Die Bezeichnung „vulnerabel“ kann – durch sprachliche Nähe zu Begriffen wie „bedürftig“, „schwach“, „anfällig“ u.v.a. – unterschwellig sehr viele negative Konnotationen mitführen. Soll mit „Vulnerabilität“ normativ argumentiert werden, sollte dies explizit und gut begründet erfolgen. Zuvor hilft es, sich mitunter Folgendes zu fragen:

- Was möchte ich mit dem, was ich sage und schreibe, erreichen? Welche Rolle spielt der Vulnerabilitätsbegriff dafür?
- Brauche ich tatsächlich den Begriff „Vulnerabilität“ bzw. die Kategorie „vulnerable Gruppe/Sub-Population“? Wofür genau? Wozu dient er mir?
- Welche Vorstellung von „Vulnerabilität“ habe ich? Mache ich diese explizit?
- Wen betrachte ich als „vulnerabel“? Warum? Inwiefern genau sind die betreffenden Personen meiner Ansicht nach vulnerabel? Was genau macht sie vulnerabel (Strukturen, Bedingungen, Situationen)? Benenne ich diese Faktoren?
- Habe ich mit den Bezeichneten selbst gesprochen oder nur über sie? Wie sieht die Selbstbeschreibung der Bezeichneten aus? Nehmen sie sich selbst als vulnerabel wahr? Wie möchten sie wahrgenommen werden?
- Welche Ressourcen bringen die Bezeichneten trotz ihrer tatsächlichen oder von mir angenommenen Vulnerabilität mit?
- Welche Wirkungen und Nebenwirkungen oder Chancen und Risiken bringt meine Zuschreibung von Vulnerabilität mit sich?
 - Wie wirkt sie sich auf den politischen und öffentlichen Diskurs aus?
 - Wie wirkt es sich auf die öffentliche Wahrnehmung aus, wenn ich z.B. unbegleitete minderjährige geflüchtete Mädchen als „vulnerabel“ bezeichne, welche Wirkung hat dies auf die Wahrnehmung von volljährigen geflüchteten Männern?

**Literatur:**

Ahmad A et al.: What does it mean to be made vulnerable in the era of COVID-19? *The Lancet* 2020.

Brown K et al.: The Many Faces of Vulnerability. *Social Policy & Society* 2017; 16 (03): 497–510.

Durocher E et al.: Understanding and Addressing Vulnerability Following the 2010 Haiti Earthquake: Applying a Feminist Lens to Examine Perspectives of Haitian and Expatriate Health Care Providers and Decision-Makers. *Journal of human rights practice* 2016; 8 (2): 219–238.

Katz AS et al. Vagueness, power and public health: use of ‚vulnerable‘ in public health literature. *Critical Public Health* 2019: 1–11.

Lancet (Editorial): Redefining vulnerability in the era of COVID-19. *The Lancet* 2020; 395 (10230): 1089.

Luna F: Identifying and evaluating layers of vulnerability – a way forward. *Developing world bioethics* 2018; 19: 86–95.

Mackenzie C et al.: Introduction: What Is Vulnerability and Why Does It Matter for Moral Theory? In: Mackenzie C, Rogers W, Dodds S (Hrsg.): *Vulnerability*. Oxford 2014; 1–33.

Virokannas E et al.: The contested concept of vulnerability – a literature review. *European Journal of Social Work* 2020; 23 (2): 327–39.

Wisner B: Vulnerability as Concept, Model, Metric, and Tool. In: Cutter SL, editor. *Oxford research encyclopedias*. Oxford: Oxford University Press, 2016.

Wrigley A, Dawson A: Vulnerability and Marginalized Populations. In: Barrett DH et al. (Ed.): *Public Health Ethics: Cases Spanning the Globe*. Cham: Springer International Publishing, 2016: 203–240.

- Können meine Inhalte und Argumente missinterpretiert werden? Wie habe ich sichergestellt, dass diese nicht fehlgedeutet oder in einer Weise politisch instrumentalisiert werden, die ich nicht bezweckt habe?

„Vulnerabilität“ ist keine Eigenschaft bestimmter Personen oder Gruppen, sondern eine Grundbedingung menschlicher Existenz, mit der wir alle leben. Unter bestimmten Bedingungen tritt diese Bedürftigkeit und Verletzlichkeit deutlicher hervor, da sie aktualisiert und mitunter verstärkt wird. (1) Die anthropologische Grundbedingung, (2) spezifische Verletzlichkeiten/Risikoanfälligkeiten sowie (3) Kontext-, Struktur- und Situationsfaktoren stehen in Wechselwirkung miteinander. Wenn wir über „die“ „Vulnerabilität“ (anderer) sprechen und schreiben, gilt es, dieses gesamte Wirkungsgeflecht ins Auge zu fassen und zu beschreiben.

Autor*innen: Sandra Ziegler (Anthropologie, Universitätsklinikum Heidelberg), Florence Samkange-Zeeb (Sozialepidemiologie, Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie, Bremen), Sylvia Agbih (Philosophie, Universität Bielefeld), Jutta Lindert (Gesundheitswissenschaften, Hochschule Emden/Leer), Myriam Ueberbach (kath. Theologie, Universität Münster), Kayvan Bozorgmehr (Sozialepidemiologie, Universitätsklinikum Heidelberg, Universität Bielefeld)

Kontakt: sandra.ziegler@med.uni-heidelberg.de

Corona-Chronik – Gruppenbild ohne (arme) Kinder. Eine Streitschrift.

Gerda Holz, Antje Richter-Kornweitz

Als ab Januar 2020 über Fälle einer neuen Infektionskrankheit in China berichtet wird, ist nicht absehbar, welche rasanten Veränderungen bevorstehen. Die Erkrankungen an COVID-19 entwickeln sich zu einer weltweiten Pandemie, der Schutz der Gesundheit des*der Einzelnen und der Bevölkerung wird oberstes Ziel und stellt die Staaten vor enorme Aufgaben. Auch in Deutschland werden weitreichende Einschränkungen des privaten, sozialen, wirtschaftlichen und öffentlichen Lebens eingeleitet. Damit verbunden sind staatliche Maßnahmen, welche die Wirtschaft unterstützen und die Bevölkerung sozial absichern sollen. Der folgende Lockdown zwingt individuell wie kollektiv zum aktiven Umgang mit einem Ausnahmezustand.

Im Verlauf des bisherigen Geschehens rücken einzelne gesellschaftliche Gruppen und Themen in den Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit. Die Perspektive der Kinder und Jugendlichen – insbesondere der armutsbetroffenen – fehlt fast komplett. Wenn überhaupt, werden Einzelaspekte thematisiert, und dies auch erst sehr spät in der Chronologie.

Aus diesem Grund wurde die Streitschrift verfasst. Die Intention ist, Kinder und Jugendliche – und insbesondere arme und weitere sozial benachteiligte – mehr in den Mittelpunkt des Corona-Geschehens zu rücken, als dies in den vergangenen Monaten der Fall war. Denn die politische Debatte über notwendige Maßnahmen wird in der Zeit von März bis Mai 2020 nahezu vollständig aus der Perspektive von Erwachsenen geführt.

Der Text skizziert komprimiert und auch grafisch (siehe Grafik) eine Chronologie von Krisenmaßnahmen des Bundes mit dem Fokus auf diese Gruppe der Kinder und Jugendlichen. Es werden Fehlsteuerungen genannt und fachliche Impulse gegeben, damit die Kinder-, Jugend- und Familienperspektive mehr und anders in die Krisenbewältigung einfließen kann. Ziel ist – mitten in der Krise –, Ankerpunkte für einen anderen Umgang und für sozial inkludierende Handlungsstrategien durch Politik und Praxis zu nennen. Ziel ist nicht, die grundsätzliche Tatsache des Lockdowns zu kritisieren.

Vielmehr werden Fakten und Meinungen zu elementaren, bislang zu wenig beachteten Themen benannt. Dazu gehört u.a. das Zurück-geworfen-Sein auf die Familie, ebenso wie die Frage, was es bedeutet, in der Corona-Krise ein Kind zu sein.

Chronologie von Corona-Pandemie und wirtschaftlichen und sozialen Gegenmaßnahmen durch den Bund

Situation

- 11. März 2020**
WHO stuft den Ausbruch des Corona-Virus als Pandemie ein.
- 13. März 2020**
Schulen und Kitas werden auf Beschluss der Bundesländer (zunächst bis Ende der Osterferien) geschlossen.
- Mehr und mehr soziale und öffentliche Einrichtungen schließen, darunter auch die Bundesagentur für Arbeit, Jugendämter...
- 15. März 2020**
Grenzkontrollen, Grenzsicherungen, weltweite Reisewarnungen
- 22. März 2020**
Die Beschränkungen sozialer Kontakte, für Restaurants, Friseure etc. treten in Kraft.
- März 2020**
Kurzarbeit in den Monaten März/April für rd. 10,66 Mio. Personen¹
Kinderzuschlag (KiZ): rd. 138.000 Familien mit rd. 374.000 Kindern, was u. a. als eine leichte Verringerung der zuvor hohen Dunkelziffer gesehen wird²
- April 2020**
Zahl der Familien mit Notfall-KiZ steigt auf rd. 182.000 mit rd. 488.000 Kindern, was u. a. als Folge der neuen Zugangsregelungen bei wachsendem Bedarf eingeordnet wird.³
- Mai 2020**
Zahl der Kurzarbeiter*innen beläuft sich auf 1,14 Mio. Menschen.⁴
- Juni 2020**
Die Zahl der Bezieher*innen von Hartz IV steigt im Vergleich zum Juni 2019 um 152.000 an.⁴
- Juli 2020**
Zahl der Arbeitslosen steigt im Vergleich zum Vorjahr um 637.000 an.⁵
Zahl der Kurzarbeiter*innen umfasst geschätzt 5,6 Mio. Personen.
Zahl der Familien, die den Notfall-KiZ beziehen, steigt auf rd. 393.500 mit 942.000 Kindern.⁶

Februar
März
April
Mai
Juni
Juli
August
September

Reaktion – die Hervorhebungen zeigen die armuts-spezifischen Maßnahmen für Kinder und Jugendliche

- Ende Februar 2020**
Gesundheitsschutz gegen das Corona-Virus
Einsetzung eines gemeinsamen Krisenstabs von BMG und BMI
- 9. März 2020**
Im Eilverfahren beschließt Bundesregierung erste Hilfen für die Wirtschaft sowie Erleichterungen beim Kurzarbeitergeld.
- 27. März 2020**
Sozialschutzpaket I des BMAS soll die sozialen und wirtschaftlichen Folgen der Pandemie abfedern, u. a. wird/werden
 - soziale Dienstleister und Einrichtungen der Fürsorge nach intensivem Aus-handlungsprozess als „systemrelevant“ eingestuft (Sozialdienstleister-Einsatz-gesetz – SodEG)
 - Zugang zum Kinderzuschlag (Notfall-KiZ) erleichtert
 - Verdienstausschlag von Eltern infolge der Schließung von Kitas und Schulen erstattet
 - Kündigungsschutz bei Mietrückständen aufgrund der Corona-Pandemie eingeführt
- 23. April 2020**
Um das Homeschooling von Hartz-IV-Kindern zu sichern, wird ein Zuschuss in Höhe von 150 € für den Kauf eines Computers/Tablets beschlossen, den die Schulen – nicht die Eltern – ausgezahlt bekommen.
- 28. Mai 2020**
Sozialschutzpaket II des BMAS soll die sozialen Folgen der Pandemie abfedern, u. a. wird/werden
 - für Eltern stufenweise Erhöhungen des Kurzarbeitergeldes eingeführt (bis 31.12.2020)
 - Arbeitslosengeld für einen Teil der Anspruchsberechtigten um drei Monate verlängert
 - Hinzuverdienstmöglichkeiten für Kurzarbeiter*innen gelockert

Kommunen können nun Kindern aus Familien im Hartz-IV-Bezug das ihnen als BuT-Leistung zustehende kostenlose gemeinschaftliche Mittagessen in Schulen oder Kitas – die ja bereits seit mehr als zwei Monaten geschlossen sind – nach Hause liefern oder es abholen lassen.

 - Nachbesserungen beim SodEG – z. B. Ausweitung auf den Bereich der Frühförderung
- 3. Juni 2020**
Strukturelles Konjunkturprogramm für Kitas: Umbau und weitere Ausstattung zur Verbesserung der Hygienesituation
- 17. Juni 2020**
Strukturelles Konjunkturprogramm für Bundesländer: Ausbau der Ganztagsbetreuung in Grundschulen, Beteiligung an Betriebskosten für Ganztagsplätze und digitale Ausstattung an Schulen
- 9. Juli 2020**
Maßnahmenpaket für die soziale Infrastruktur, insbesondere für die das Kinder- und Jugendhilfesystem tragenden gemeinnützigen Organisationen, mit drei Säulen:
 - Unterstützung durch Darlehen
 - Überbrückungshilfen als Zuschüsse
 - Strukturstärkung durch Sonderprogramm für die Kinder- und Jugendhilfe (ab September 2020)
- 16. August 2020 // Verlängerung des Kurzarbeitergelds wird angedacht.**
- September/Oktober 2020**
Der Mitte Juni 2020 beschlossene Kinderbonus in Höhe von 300 € für jede Familie wird im September und Oktober ausgezahlt.
Der Kinderbonus bleibt in den Sozialsicherungssystemen anrechnungsfrei.
Für Betreuungskosten werden Steuerentlastungen speziell für Alleinerziehende beschlossen.



¹ www.arbeitsagentur.de/presse/2020-34-der-arbeitsmarkt-im-juni-2020; erfahrungsgemäß wird Kurzarbeit nicht in allen angezeigten Fällen realisiert, weshalb die Bundesagentur mit den Betrieben verzögert abrechnet.
^{2/3} Vgl. https://statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche_Formular.html?topic_f=famka-kiz-mz. Monatszahlen
⁴ Vgl. www.arbeitsagentur.de/presse/2020-34-der-arbeitsmarkt-im-juni-2020; www.zeit.de/wirtschaft/2020-07/kurzarbeit-bundesagentur-fuer-arbeit-corona-krise-anstieg
⁵ www.arbeitsagentur.de/presse/2020-34-der-arbeitsmarkt-im-juni-2020
⁶ Vgl. https://statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche_Formular.html?topic_f=famka-kiz-mz. Monatszahlen

© Dr. Antje Richter-Kornwetz, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin e.V. (LVG & AFS Nds. e. V.), www.gesundheit-nds.de; Gerda Holz, Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (ISS), www.iss-ffm.de



Außerdem wird thematisiert, wer zu Corona-Zeiten (zuerst) in die Kita darf und ob und wie Schule unter digitalen Vorzeichen im Endeffekt (noch) mehr Bildungsungleichheit schafft. Vor allem aber wird angesprochen, was Corona für besonders vulnerable Gruppen, wie Kinder und Jugendliche in Armutslagen und ihre Familien, bedeutet und was gebraucht wird. In diesem Sinn werden abschließend auch Fragen formuliert, die dringend überzeugende Antworten erfordern.

Grundlage des Textes ist eine eigene Recherche zur Entwicklung zwischen März und August 2020, die auf rund 60 Publikationen (wissenschaftliche Untersuchungen, Stellungnahmen und Positi-

onspapiere, Reportagen, Praxis- sowie Presseberichte) beruht. Die Auflistung dieser Publikationen ist ebenfalls Inhalt der Streitschrift. Der Download kann von den Websites des Programms Präventionsketten Niedersachsen sowie des Institutes für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. erfolgen.

Autorinnen: Gerda Holz, Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V., Frankfurt, <https://www.iss-ffm.de/>;
Dr. Antje Richter-Kornweitz, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., <https://gesundheit-nds.de/>

Die gesunde Stadt

Erkenntnisse aus der COVID-19-Pandemie für eine nachhaltigere und resilientere Stadtentwicklung

Anne Caplan, Carolin Baedeker, Anja Bierwirth, Franziska Stelzer

Die COVID-19-Pandemie rückt aktuell das (öffentliche) Gesundheitswesen, aber auch kommunale öffentliche Strukturen als systemrelevante Größen¹ für eine resiliente und kompetente Gesellschaft in den Fokus. Gerade diese Sektoren unterlagen in den letzten Jahren einem starken Kosten-, Effizienz- und damit oft Privatisierungsdruck und waren durch zunehmend belastende Arbeitsbedingungen gekennzeichnet. Der vorliegende Beitrag wirft darum einen kurzen Blick auf die gesunde Post-Corona-Stadt.

Die COVID-19-Pandemie zeigt drastisch die notwendigen Verbindungen zwischen einer „nachhaltigen“ und der „gesunden“ Stadt (Fehr/Hornberg 2018) auf. Zum einen zeigen sich Herausforderungen des demografischen Wandels² wie durch ein Brennglas (Einsamkeit in modernen Gesellschaften, Isolation von Älteren im Sinne des Infektionsschutzes). Zum anderen entstehen viele Initiativen, die Solidarität in der Gesellschaft und den Zusammenhalt in der Krise stärken. Viele Menschen setzen frei gewordene Zeit ein, um für Risikopatientinnen und Risikopatienten Einkäufe zu erledigen, telefonische Kaffeekränzchen³ oder Video-Chat-Dinner⁴ durchzuführen.

Sozial-ökologisch differenzierte Lagen berücksichtigen

Die COVID-19-Pandemie trifft aber auch andere vulnerable Gruppen. Einkommensschwächere Haushalte spüren mehr als zuvor die Auswirkungen von Wohnraumarmut, Energiearmut, Bildungsarmut, Mobilitätsarmut und Digitalarmut. Dies zeigt sich auch im Bezug auf sozial-ökologisch differenzierte Lagen im urbanen Raum, die sich sehr unterscheiden. Einkommensstärkere Haushalte haben in Zeiten der Pandemie Rückzugsmöglichkeiten in ihre Gärten, nahe Parks oder Wälder und sind auch sonst weniger Lärm- und Luftbelastungen ausgesetzt. Die sozial-ökologisch differenzierten Lagen der Menschen müssen demnach wesentlich stärker in die Planung resilienterer Post-Corona-Städte einbezogen werden.

„Städte müssen nicht nur in der Lage sein, Krankheiten zu bekämpfen. Sie sollten vor allem auch Orte sein, wo Gesundheit erhalten bleibt“ (Blogbeitrag von Anja Bierwirth auf www.zukunftskunst.eu).

Petra Thürmann vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der

Entwicklung im Gesundheitswesen verweist darauf, wie stark die individuelle und bevölkerungsbezogene Gesundheitskompetenz durch den sozioökonomischen und den Bildungsstatus als zwei soziale Determinanten beeinflusst wird (wpn2030, SDSN Germany 2020: 8).

Kommunales Resilienzmanagement

Um Ungleichheiten, die durch die Pandemie entstanden sind oder verstärkt wurden, besser zu identifizieren und ihnen entgegenzuwirken, empfehlen die Wissenschaftsplattform Nachhaltigkeit 2030 und SDSN Germany u.a. ein verbessertes Regelwerk zur Datenerhebung (im Gesundheitswesen), sodass die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie mit Faktoren der sozialen Lagen der Betroffenen („social determinants of health“ = disaggregierte Daten nach Alter, Geschlecht, Wohnort, Bildungsstand und sozioökonomischem Status) verbunden werden können (wpn2030, SDSN Germany 2020: 2). Weiter fordert das Papier ein Netzwerk von Städten und Kommunen, um die Pandemieerfahrung für die Lebenslagen gemeinsam zu analysieren, Daten auszutauschen und so ein auf Gesundheit ausgerichtetes kommunales Resilienzmanagement zu ermöglichen (ebd.: 3).

Gesundheitsfördernde Umgebungen

Menschliche Gesundheit und eine gesunde Umwelt bzw. gesundheitsfördernde Umgebungen hängen unmittelbar zusammen.⁵ Viele Stadtentwicklungsansätze dienen gleichzeitig sowohl der Nachhaltigkeit / dem Klimaschutz als auch der Gesundheitsvorsorge. Sogenannte „walkable cities“ mit weniger motorisiertem Individualverkehr und mehr Grünflächen verringern beispielsweise die Lärm- und Luftbelastung, fördern „gesunde Bewegung und schaffen öffentliche Aufenthaltsräume für

jene, die nicht über einen eigenen Balkon oder Garten verfügen: „Hier gilt es, ausgleichende Funktionen in den Städten selbst

Literatur:

Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit (2020): Wir schafft Wunder. Fortschritt sozial und ökologisch gestalten. Berlin.

Fehr, Rainer/Hornberg, Claudia (Hrsg.): Stadt der Zukunft – Gesund und nachhaltig. Brückenbau zwischen Disziplinen und Sektoren. Oekom, München 2018.

Fischedick, Manfred, Carolin Baedeker, Katrin Bienge, Justus von Geibler, Lukas Hermwille, Dagmar Kiyar, Georg Kobiela, Thorsten Koska, Christa Liedtke, Steven März, Annika Rehm, Sascha Samadi, Dorothea Schostok, Dietmar Schüwer, Melanie Speck, Stefan Thomas, Oliver Wagner, Timon Wehnert, Henning Wilts (2020): Konjunkturprogramm unter der Klimaschutzlupe: viele gute Impulse, aber Nachbesserungen für nachhaltige Wirkung erforderlich?! Eine erste Bewertung des Konjunkturprogramms der Bundesregierung unter besonderer Berücksichtigung des Klimaschutzes. Wuppertal.

Schneidewind, Uwe, Carolin Baedeker, Anja Bierwirth, Anne Caplan, Hans Haake (2020): „Näher“ – „Öffentlicher“ – „Agiler“. Eckpfeiler einer resilienten „Post-Corona-Stadt“. Wuppertal.

<https://www.sinus-institut.de/veroeffentlichungen/meldungen/detail/news/jetzt-erhaeltlich-sinus-jugendstudie-2020/news-a/show/news-c/NewsItem/>

<https://www.tagesschau.de/inland/coronavirus-obdachlose-109.html>, zuletzt geöffnet 4.9.20., zuletzt geöffnet 4.9.20.

Nature | Vol 583 | 16 July 2020 | Time to revise the Sustainable Development Goals.

Wissenschaftsplattform Nachhaltigkeit 2030 (wpn2030) und SDSN Germany (Eds.) (2020): „Impulse für die Überarbeitung der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie: OhnenachhaltigeEntwicklungkeineGesundheit, ohne Gesundheit keine nachhaltige Entwicklung“. Impulse von: V. Clemens, J. M. Fegert, S. Gottschall, C. Liedtke, P. von Philipsborn, P. Thürmann, D. Weller, M. Voss. Unter Mitarbeit von: A. Ellersiek und A. Kloke-Lesch

zu schaffen und dies für den sozialen Ausgleich und Zugang zu gestalten. Städtische Gesundheits-, Sozial-, Umwelt- und Grünflächenpolitik sollten künftig noch stärker zusammengedacht und auch institutionell in Stadtverwaltungen noch enger aufeinander bezogen werden.“ (Schneidewind et al. 2020: 8)

Erste Impulse wie auch finanzielle Unterstützung für die Umsetzung derartiger Strukturen liefert das aktuelle Konjunkturprogramm der Bundesregierung⁶. Im Zuge der Weiterentwicklung der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie müssen jedoch Anregungen und Grundlagen eingearbeitet werden, die Kommunen befähigen, die Stadtplanung in Richtung mehr Bewegung, Gesundheit und Klimagerechtigkeit zu entwickeln (wpn2030, SDSN Germany 2020: 3).

Anmerkungen

¹ Eine Privatisierung dieser systemrelevanten Bereiche erfordert künftig klarere öffentliche Vorgaben oder eine öffentliche (Teil-)Steuerung (Schneidewind et al. 2020: 7).

² Schon vor COVID-19 entstand die Initiative Silbernetz in Berlin, die Älteren Wege aus der Isolation anbietet: <https://www.silbernetz.org>, zuletzt geöffnet 4.9.20.

³ Siehe zum Beispiel: <https://www.caritas-wetzlar-lde.de/aktuelles/pressemitteilungen/kreative-aktionen-und-ideen-in-zeiten-von-corona-532638b1-6d4b-4022-a936-e31b6eccc6a6>, zuletzt geöffnet 4.9.20.

⁴ <https://www.intergeneration.ch/de/blog/sozialleben-der-corona-krise-ideen-fuer-soziale-kontakte>, zuletzt geöffnet 4.9.20.

⁵ Wie die Sinus-Jugendstudie offenbart, sind die Themen Umwelt und Gesundheit bedingt durch Herausforderungen der COVID-19-Pandemie und die Bedrohungen durch eine globale Klimakrise derzeit auch besonders zentral für Jugendliche (Sinus-Institut, 2020).

⁶ Siehe dazu Fischedick, M. et al. 2020

Autorinnen: Dr. Anne Caplan, Dr. Carolin Baedeker, Anja Bierwirth, Dr. Franziska Stelzer

Kontakt: Dr. Carolin Baedeker, Wuppertal Institut, carolin.baedeker@wupperinst.org, www.wupperinst.org

Nachhaltige StadtGesundheit in Corona-Zeiten

Rainer Fehr, Alf Trojan

Nachhaltige StadtGesundheit ist ein neuer Erkenntnis- und Handlungsansatz, der an Urban Health und an Sustainable Development im Sinne der UN-Nachhaltigkeitsziele anknüpft und von dem in den HAG-Stadtpunkten schon mehrfach die Rede war (z.B. Nov. 2018, Heft 2). Grundlage ist der humanökologische Blick auf Gesundheit, der auch der Ottawa-Charta zugrunde liegt; die beiden Leitprinzipien sind „Blickfelderweiterung“ für das Erkenntnisprogramm und „Brückenbau“ für das Handlungsprogramm.

Da es nicht nur um interdisziplinäre und intersektorale fachliche Zusammenarbeit, sondern auch um die Beteiligung der Zivilgesellschaft geht, wurde bei der Hamburger Patriotischen Gesellschaft von 1765 eine neue Themengruppe gegründet, die seit ihrem Start im Frühjahr 2019 dafür wirbt, Gesundheit

als ein zentrales Thema der Stadtgesellschaft umfassend zu diskutieren und Anstöße zum Handeln zu geben.

Am 27. Februar 2020 trat in Hamburg eine erste bestätigte Corona-Erkrankung auf. „Gesundheit“ wurde in kürzester Zeit ein Hauptthema auch in der Hansestadt. Nach und nach wurde



klar, dass es sich bei dieser Pandemie um ein Geschehen historischen Ausmaßes handelt. Corona-Themen einschließlich epidemiologischer Daten erscheinen täglich in den Medien. Die Pandemie trifft sozial benachteiligte Gruppen mit besonderer Härte. Auf allen politischen Ebenen erfolgen umfangreiche Reaktionen, die ihrerseits das gesellschaftliche Leben nachdrücklich verändern.



Corona in allen Stadtsektoren

Ohne es bei diesem Namen zu nennen, ist das Konzept „Gesundheit in allen Politikbereichen“ (Health in All Policies, s. Stadtpunkte, Nov. 2018, Heft 2) jetzt nahezu universell akzeptiert. Die Verflechtung von Arbeit, Bildung, Kultur, Verkehr und Wirtschaft mit „Gesundheit“ ist überdeutlich, wobei Wirkungen in beiden Richtungen erfolgen: Alle Stadtsektoren sind von der Pandemie betroffen, und das Reagieren oder Nicht-reagieren auf Corona in allen Sektoren hat Einfluss auf den weiteren Verlauf. Eine Einsicht, die noch vor einem Jahr oft auf Unverständnis stieß, ist Alltagswissen geworden. Nicht nur der Gesundheitssektor, sondern alle Stadtsektoren sind gezwungen zu überdenken, wie sie ihre Funktionen unter den veränderten Verhältnissen am besten wahrnehmen können. „Corona in allen Stadtsektoren“ verlangt bspw. Anpassungen von Schulunterrichtsformen (ohne Benachteiligte „abzuhängen“), der Arbeitsorganisation in Unternehmen, temporäre und nachhaltige Baumaßnahmen in Kultureinrichtungen (z.B. Belüftungsanlagen), Änderungen von Einkaufsvorgängen, von Freizeitangeboten und -verhalten, Reisen und Veranstaltungsmanagement.

Was wir erleben, lässt sich als ein unfreiwilliges und unwillkommenes „Praktikum“ zum Thema „Gesundheit in allen Politikbereichen“ interpretieren. Dieses psychologische Großexperiment können wir leider nicht abwählen; jedoch können wir versuchen, auch positive Denkanstöße und Veränderungen für nachhaltige Stadtgesundheit daraus mitzunehmen.

„Blickfelderweiterung“ und Corona

Wie selten zuvor sind historische Rückblicke auf frühere Epi- und Pandemien jetzt gefragt. Enorm gewachsen ist der Bedarf an Vorausschau und Vorsorge. Die Menschen fragen sich: Wie wird es weitergehen? Welche Gruppen werden in

welcher Weise betroffen sein? Was können wir aus historischen und aktuellen Erfahrungen lernen? Breiteres Wissen über die Anwendung und Interpretation gesundheitlicher Modellierungsverfahren für Pandemieverläufe wäre jetzt hochwillkommen. Räumliche Vergleiche zwischen Städten, Regionen, Ländern können ebenfalls helfen, werden auch laufend durchgeführt, jedoch meist in wenig zuverlässigen „Einfachversionen“. Die aus der Perspektive von Stadtgesundheit empfohlene „Blickfelderweiterung“ umfasst auch den vermehrten und systematischen Einsatz modellgestützter Zukunftsszenarien und die Nutzung fundierter und langfristiger Vergleiche, z.B. im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung. Diese Empfehlungen bekommen unter Pandemie-Bedingungen verstärkte Gültigkeit.

„Brückenbau“ und Corona

Ähnliches gilt für das Leitprinzip „Brückenbau“. Wir sehen (bisher) in der Corona-Krise einen großen Zusammenhalt in der Gesellschaft, mehr Anerkennung für die koordinierende Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie auch neue Kooperationen, z.B. von Fachgesellschaften. Wie gut an der Nahtstelle von Wissenschaft und Politik der Austausch u.a. über Trends, Prognosen und die Wirksamkeit durchgeführter Maßnahmen funktioniert, ist nicht immer leicht zu erkennen. Unverkennbar besteht ein großer Bedarf, erwartbare Haupt- und Nebenwirkungen von Maßnahmen im Vorwege abzuschätzen. Mit umwelt- und gesundheitsbezogenen Folgenabschätzungen im Sinne von „Was wäre, wenn“-Analysen hat man sich in Wissenschaft und Praxis bisher schwergetan; eine entsprechende Kultur ist wenig entwickelt. Die Sicht von Stadtgesundheit legt es nahe, das ganze Spektrum der öffentlichen Handeln („governance“) unterstützenden Analysen – einschließlich Bedarfsanalysen, Folgenabschätzungen und Evaluationen – forciert zu entwickeln, um bei Bedarf besser gewappnet zu sein. Auch diese Empfehlung bekommt unter Pandemiebedingungen besonderes Gewicht.

Corona und Nachhaltigkeit

Die Auswirkungen der aktuellen Entwicklung auf Gesellschaft und Umwelt zeichnen sich erst allmählich ab. Über gesundheitliches Leid, soziale Härten und wirtschaftliche Notlagen hinaus gehört hierzu auch ein großer Aufwand an zumeist umweltschädlichen Wegwerf-Materialien, z.B. an Masken und Schutzkleidung. Gleichzeitig erfolgt aus verschiedenen Gründen (Verminderung von Ortsbewegung, Produktion und Konsum) eine deutliche Reduktion gesundheits- und klimabelastender Emissionen. Die Zahl der Verkehrstoten ist zurückgegangen. Die Erde stellt sich sogar seismisch als deutlich „ruhiger“ dar. Der beginnende Klimawandel erfordert ähnlich radikal neue Prioritäten, wie sie jetzt zu beobachten sind. Es ist ermutigend, durch die Corona-Krise zu erkennen, in welchem Maße auch positive Veränderungen in kürzester Zeit politisch und finanziell machbar sind. Gleichwohl stellt das Umschwenken auf nachhaltigen Klima-, Umwelt- und Gesundheitsschutz eine immens große, ungelöste Aufgabe dar.

Resümee

Dass wir künftig auf Pandemien und andere gesundheits- und gesellschaftsbedrohliche Ausnahmesituationen besser vorbereitet sein müssen, steht außer Frage. Das Wissen über die Verschränkung von Gesundheit mit allen Stadtsektoren sollte bewahrt werden und eine Grundlage auch für Prävention und Gesundheitsförderung bilden. In Corona-Zeiten erscheint es besonders wichtig, neben allen Einzelaufgaben auch das „Gesamtbild“ im Blick zu behalten und unser

methodisches Repertoire im Sinne der genannten Anregungen zu ergänzen.

Autoren: Prof. Dr. Dr. Rainer Fehr, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, www.stadt-und-gesundheit.de, www.urban-health.de;

Prof. Dr. Dr. Alf Trojan, Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, www.uke.de/kliniken-institute/institute/medizinische-soziologie/index.html

Gutes Altern durch Vorsorge

Einsamkeit rechtzeitig verhindern und mit der Endlichkeit leben lernen

Karin Haist, Doris Kreinhöfer

Alter ist keine Krankheit, auch wenn gesundheitliche Beschwerden jenseits von Mitte 70 und verstärkt ab 80 zunehmen. Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Gesundheit ein Zustand körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen. Die große Mehrheit der Menschen zwischen 64 und 85 fühlt sich gesund. Trotzdem heißt älter werden auch, mit der eigenen Verletzlichkeit leben zu lernen. Und dazu gehört Gesundheitsvorsorge ebenso wie die Auseinandersetzung mit der Endlichkeit. Und auch Alterseinsamkeit ist am besten durch Prävention zu verhindern.

Vorsorge – das leuchtet bei vielen Alterserkrankungen unmittelbar ein, so zum Beispiel einem Diabetes durch entsprechende Ernährung vorzubeugen oder durch Bewegung prophylaktisch das Risiko von Sturzunfällen zu mindern. Aber es macht auch Sinn, dass sich ältere Menschen, das Gesundheitssystem und die Gesellschaft als Ganzes früh und präventiv mit dem Thema Alterseinsamkeit beschäftigen – schon heute ist Einsamkeit ein Thema, das viele alte Menschen betrifft, über das aber niemand gern spricht. Das ist aber nötig und sinnvoll – denn die Zahlen von Einsamkeit im Alter werden in den nächsten Jahren steigen: Mit den Babyboomern, den geburtenstarken Jahrgängen der 50er- und 60er-Jahre, kommt bald mehr als ein Drittel der Gesellschaft in ein einsamkeitsgefährdetes Alter.

Was ist Alterseinsamkeit und wen betrifft sie?

Einsamkeit ist ein negativer und stressreicher emotionaler Zustand. Auch wenn immer häufiger von der „Volkskrankheit“ Einsamkeit zu hören ist, fühlt sich nicht jede*r einsam, der*die allein ist. Nur wenn das Ausmaß der sozialen Kontakte nicht dem persönlichen Wunsch nach Einbindung entspricht, leidet ein Mensch an Einsamkeit. Im Lebenslauf sind Menschen mit 30 und wieder mit 60 Jahren von Phasen leicht erhöhter Einsamkeit betroffen. Die Kurve steigt ab 75 Jahren steil und stetig an. Bei Menschen zwischen 65 und 84 liegt laut des deutschen Alterssurveys die Quote derer, die unter regelmäßiger und tiefer Einsamkeit leiden, bei rund acht Prozent. In internationalen Studien gibt aus der Gruppe zwischen 85 und 89 Jahren ein Drittel an, unter entsprechenden Phasen zu leiden, und aus der Gruppe der 90- bis 94-Jährigen schon die Hälfte. In Deutschland dürfte das ähnlich sein, allerdings werden kaum Menschen über 85 in Studien einbezogen. Ein Missstand, der Gesundheitsfürsorge für Hochaltrige grundsätzlich sehr erschwert!

Literatur:



„(Gem)einsame Stadt? Kommunen gegen soziale Isolation im Alter.“ Spotlight Demografie 4 (kostenfrei bestellbar bei der Körber-Stiftung)

Studie „Auf ein Sterbenswort: Wie die alternde Gesellschaft dem Tod begegnen will“ (bestellbar beim Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung)

Was Einsamkeit begünstigt – und was präventiv möglich ist

Wer gegen Einsamkeit bei Älteren ankämpfen will, muss die Risikofaktoren kennen. Armut z.B. sorgt für Einsamkeit – Menschen mit niedrigem sozialökonomischen Status sind von vielen Aktivitäten ausgeschlossen. Ein fataler Befund, denn Altersarmut wird zunehmen. Oft resultiert Armut auch aus geringer Bildung, und die ist selbst ein lebenslanger Einsamkeitsverstärker. Menschen mit höherem Bildungsniveau gelingt es eher, stabile Beziehungen aufzubauen. Auch Krankheit isoliert im Alter. Gegen Isolation wirkt hingegen die Einbindung von Menschen in der Nacherwerbsphase in familiäre oder nachbarschaftliche Netzwerke und in sinnvolle Aufgaben. Die gesellschaftlichen Trends weisen hier in verschiedene Richtungen: Die nächste Altersgeneration, die Babyboomer, geht aktiv und mit hoher Motivation zu partizipieren, in Richtung Alter – aber rund ein Drittel ist dabei alleinstehend. Für die Abkehr von traditionellen Familienmodellen und ihre



hohe Mobilität zahlen sie als Singles im Alter oft den Preis der Einsamkeit.

Die Maßnahmen zur Vermeidung von Einsamkeit leiten sich direkt aus den Ursachen ab. Es gilt – individuell wie gesellschaftlich –, stabile soziale Beziehungen und die aktive Teilhabe älterer Menschen am Gemeinschaftsleben zu fördern. Und zwar langfristig und präventiv. Wer einmal vereinsamt und isoliert ist, das haben zuletzt die Erfahrungen in der Corona-Krise gezeigt, ist kaum mehr erreichbar. Das hat auch damit zu tun, dass Einsamkeit als Stigma empfunden wird, als „Krankheit“, mit der man eben nicht zum Arzt geht. Um Menschen vorsorglich sozial einzubinden, ist Engagementförderung so sinnvoll wie auch die politische Ermöglichung von Arbeit im Alter. Das Wohnumfeld Älterer sollte eines „mit Anschluss“ sein: zu Mitbewohner*innen, Nachbar*innen und ins Quartier. Menschen müssen in ihrem Nahbereich Angebote zur Begegnung finden – und soziale Orte ohne Konsumzwang. Die Prävention vor Ort lohnt sich, denn Alterseinsamkeit kostet auch. Den*die Einzelne*n oft seine*ihre Gesundheit, denn Einsamkeit kann zu Bluthochdruck, Depressionen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen. Die Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken, steigt um 40 Prozent; und einsame Menschen werden früher pflegebedürftig.

Einsamkeit im Alter zu verhindern ist also ganz wesentlich ein Thema für Prävention – und die sollte jede*r Einzelne spätestens im frühen Alter starten. Ebenso ist auch der Umgang mit dem Tod ein Thema, das mitten im Leben Platz haben sollte.

Gut alt werden durch das Bewusstsein der eigenen Endlichkeit

Beim Thema „gut alt werden“ und „Prävention“ an das Sterben zu denken mutet erst einmal seltsam an. Der offenkundige Zusammenhang erschließt sich aber schnell. Der viel zitierte Satz darüber, dass wir alle alt werden, nicht aber alt sein wollen, deutet in die Richtung der Erklärung. Wir wollen alt werden – also möglichst lange leben. Aber wir wollen nicht alt sein, denn damit verbinden wir Abbau, Erkrankungen, Verluste, Hilfsbedürftigkeit – und eben Sterben und Tod. Viele entscheiden sich, sich mit diesen unangenehmen Themen nicht zu beschäftigen, denn sie kommen ja „früh genug“. Warum kann es dennoch sinnvoll und sogar hilfreich sein, hier genauer hinzuschauen? Erst einmal ist es unumstößliche Tatsache, dass wir alle ster-

ben werden. Ohne Ausnahme. Ein großer Vorteil der Akzeptanz der eigenen Hinfälligkeit beginnt schon beim Umgang mit ersten gesundheitlichen Einschränkungen. Jeder Mensch wird Verluste erfahren. Hör- oder Sehvermögen, Beweglichkeit, Erkrankungen. Und jeder und jede hat darüber die alleinige Deutungshoheit. Der Entwicklung zum schlechteren Sehen kann man mit Frustration und Ärger begegnen und den Verlust beklagen. Oder man registriert, dass sich hier eine Veränderung anbahnt, deutet diese als normale Entwicklung und freut sich über ein zum Typ passendes Brillenmodell.

Genauso macht auch die Beschäftigung mit der eigenen Endlichkeit und der Austausch darüber erst klar, welche Vorstellungen und Wünsche man zum Sterben hat – und sie verdeutlicht auch den Wert des eigenen Lebens und führt zu mehr Zufriedenheit. Setzt man sich mit Sterben und Tod auseinander und spricht darüber, dann hat man auch einen anderen Zugang zum Sterben und zur Trauer anderer. Sprachlosigkeit, die uns oft an der Stelle solcher Begegnungen erfasst, kann überwunden werden, und jeder Mensch kann hilfreiche*r Freund*in sein für den*die, welche*r einen Verlust erlitten hat. Und diese Begegnungen nehmen im Alter stark zu.

In der Studie „Auf ein Sterbenswort. Wie die alternde Gesellschaft dem Tod begegnen will“, die 2020 vom Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung für die Software AG Stiftung und die Körber-Stiftung durchgeführt wurde, wird aufgezeigt, dass sich Wünsche und Realität zum Sterben in Deutschland deutlich unterscheiden. Drei von vier Menschen wollen im Kreise ihrer Vertrauten sterben. In der Realität stirbt aber ein erheblicher Anteil von Menschen im Krankenhaus, viele haben keine Vertrauten. Hier kommen die Themen Einsamkeit und Sterben zusammen. Es braucht aber keine neuen Gesetze und Strukturen, um etwas zu ändern. Es braucht gesellschaftlichen Zusammenhalt, ein lebenslanges Pflegen der eigenen Kontakte und ein präventives Vorausschauen auf das eigene Ende, damit man eigene Wünsche kennt und diese auch den Vertrauten gegenüber benennen kann – und damit Fürsorge trägt für ein gutes Altern und selbstbestimmtes Sterben.

Autorinnen: Karin Haist leitet die Projekte demografische Zukunftschancen der Körber-Stiftung; Doris Kreinhöfer verantwortet die Projekte zur Vulnerabilität des Alters in der Körber-Stiftung, www.koerber-stiftung.de

Wohnungslose: eine vulnerable Zielgruppe – nicht nur in Zeiten von Corona

Luisa T. Schneider

Die COVID-19-Pandemie ist nicht nur medizinische, sondern auch soziale Krise, die das Risiko mit sich bringt, bestehende soziale und wirtschaftliche Ungleichheiten dramatisch zu vergrößern, wenn dem nicht entschieden entgegengewirkt wird. Als Sozialanthropologin forscht die Autorin seit Oktober 2018 zu Wohnungs- und Obdachlosigkeit in Leipzig, wo sie teilnehmende Beobachtungen mit Betroffenen durchführt.

Gesundheitskrisen dienen als Mikrokosmos für gesamtgesellschaftliche Verhältnisse. Denken Sie zum Beispiel an den Stellenwert, den Wohnraum in unserer Gesellschaft

eingenommen hat. Nicht nur ist dieser zentral für soziale Teilhabe und Zugehörigkeit, sondern auch für Rückzug und Sicherheit. Zudem ist die Wohnung Dreh- und Angelpunkt

zahlreicher Grund- und Menschenrechte, die die Häuslichkeit, Familie, das Privatleben und die Intimsphäre betreffen. Oft sind es hier die Wände einer Wohnung, die die Grenze zwischen öffentlichem und privatem Raum ziehen. Unser Lebensrhythmus ist um Wohnungen herum errichtet. Auch in der Pandemie nahm die Wohnung eine Schlüsselrolle ein. Sie war der sichere – teilweise auch einengende oder gewaltvolle, aber nichtsdestotrotz lebenswichtige – Hort, in den wir uns zurückziehen sollten, um uns und andere zu schützen. Die Wohnung wurde zum Versorgungslager und Kommunikationshub. Doch während sich unsere Welt physisch verkleinerte und virtuell ausdehnte, gab es Menschen, die sich von diesen Maßnahmen vollkommen ausgeschlossen fühlten: obdach- und wohnungslose Menschen. Nicht nur können sie Schutzmaßnahmen wie soziale Distanzierung, wiederholtes Händewaschen und die Aufforderung, zu Hause zu bleiben, unmöglich realisieren, ihre prekäre Situation am Rande der Gesellschaft wurde noch einmal entschieden verstärkt.

Wenn Einsamkeit und Unsicherheit wachsen

Durch die Kontaktbeschränkungen sind viele soziale Netzwerke und Versorgungsketten unter wohnungslosen Menschen zusammengebrochen. „Seit Corona bin ich vollkommen allein. Ich bin bestimmt der einsamste Mensch auf der ganzen Welt“, antwortet Lena, eine wohnungslose Frau Mitte zwanzig, auf meine Frage, wie es ihr geht. Die Unsicherheit ist ebenso groß wie die Einsamkeit. Gleichzeitig ist die Pandemie nur eines von vielen Problemen, mit denen Wohnungslose zu kämpfen haben, jedoch eines, das lebenswichtige Einnahmequellen – wie das Betteln oder Flaschensammeln – zum Erliegen brachte und das soziale Nöte und Zukunftsängste entschieden verstärkte. Viele Menschen, die ich begleite, haben Kinder, die in staatlicher Fürsorge sind und die sie monatelang nicht mehr besuchen durften. Gerichtstermine und Haftantritte wurden verschoben und viele Menschen wissen nicht, wann es wie wo weitergehen wird.

Soziale Teilhabe und die Ausgrenzung wohnungsloser Menschen

Ein entscheidender Leidensfaktor wohnungsloser Menschen ist das Gefühl, nicht zur Gesamtgesellschaft dazuzugehören, nicht beachtet und ausgegrenzt zu werden. Die Pandemie hat dies noch einmal verschärft. Deutschland hat keine nationale Strategie eingeschlagen, um wohnungslose Menschen zu schützen. Dadurch verstärkte sich das Gefühl, dass ihre Probleme nicht gesehen werden. Stattdessen haben Kommunen und Städte diese Aufgabe übernommen, unter anderem durch Öffnung von Notschlafstellen, Schaffung von vorübergehenden Unterkünften oder durch verstärkte aufsuchende Straßensozialarbeit. Durch abgebaute Zugangsbarrieren konnten zahlreiche obdachlose Menschen zum ersten Mal unterkommen. Hierdurch hat sich ihre Situation entschieden verbessert. Gleichzeitig sehen sie, dass es möglich ist, sie unterzubringen, wodurch das Verständ-

nis dafür, warum es solche Hilfen außerhalb der Pandemie nicht gibt, immer weiter sinkt. Sobald die Infektionszahlen sanken, wurden auch Krisenhilfen zurückgefahren und jene, die nun seit Jahren zum ersten Mal wieder ein warmes Bett, eine Dusche, einen sichereren Raum und einen Lagerort für Lebensmittel hatten, sahen sich wieder unter freiem Himmel. Zudem wird der öffentliche Raum verstärkt überwacht, wohnungslose Menschen von öffentlichen Plätzen verwiesen, Camps und Lager geräumt. Es wirkt fast so, als wolle man die leergefegten Straßen der ersten Welle bewahren, nur ohne Betroffenen die notwendigen Alternativen zu geben.

„Corona zeigt uns nur, was eigentlich schon immer klar war. Die Armen sind der Politik egal. Was sie uns Pennern gegeben haben, haben sie getan, um sich selbst zu schützen. Sobald sie sich sicher fühlen, können wir wieder schauen, wo wir bleiben“, fasst Ben (56) die Situation zusammen. Gleichzeitig sinken die Temperaturen, während die Fallzahlen wieder steigen. Auf die Frage, was passieren wird, hat niemand eine Antwort.

Hoffnungsschimmer und Abgründe

Doch es zeigte sich auch ein anderer Trend. Die Vulnerabilität Wohnungsloser und die Tatsache, dass Wohnungslosigkeit lebensbedrohlich ist, ist stärker ins Bewusstsein gerückt. Zivilgesellschaftliches Engagement ist entschieden gestiegen. Engagierte Menschen haben Gabenzäune mit Lebensmitteln und Gebrauchsgegenständen errichtet. Wieder andere haben für wohnungslose Menschen in ihrer Nachbarschaft mitgekocht. Hierdurch wurde der Graben zwischen wohnungslosen und wohnenden Menschen verkleinert.

Es bleibt zu hoffen, dass es sich hier nicht um eine Krisenmaßnahme handelt, sondern um ein langfristiges Umdenken. Solange Wohnungs- und Obdachlosigkeit als individuelles und nicht als gesamtgesellschaftliches Problem verstanden wird, werden Betroffene weiter leiden. Die Pandemie kann zu einem Umdenken bewegen, wenn wir als Gesellschaft unsere Verantwortung, psychosoziales Leid, Trauma und Schmerz sozial abzufangen, ernst nehmen. Denn dies sind die Parameter, die wohnungslos machen und Betroffene in dieser Situation halten. Es liegt bei uns.

Wie die Pandemie unsere Gesellschaften formen wird, hängt von unserer Fähigkeit ab, uns gegenseitig zu unterstützen, Stigmatisierung und Ausgrenzung entgegenzuwirken sowie zunehmende Armut und Ungleichheit zu dokumentieren und entschieden zu bekämpfen. Um dies möglich zu machen, müssen wir uns bei Maßnahmen und Veränderungen fragen, wie sie jene treffen, die keine Wohnung haben, und wie auch diese Menschen die Unterstützung bekommen können, die sie dringend benötigen, jetzt und wenn wir die Pandemie überstanden haben.

Autorin: Dr. Luisa T. Schneider, Assist. Professor in Kultur- und Sozialanthropologie, Vrije Universiteit Amsterdam; Research Partner Max Planck Institut für ethnologische Forschung, l.t.schneider@vu.nl



Zu Solidarität und Community in Zeiten der Corona-Pandemie und darüber hinaus

Milli Schroeder, Philipp Dickel

Kate Pickett und Richard Wilkinson, zwei der führenden Sozialepidemiolog*innen unserer Zeit, betonen seit Jahren, wie wichtig der soziale Zusammenhalt für die Gesundheit der Bevölkerung ist. Gut funktionierende Communities, in denen Menschen sich begegnen und sich solidarisch aufeinander beziehen, verbessern das Selbstwertgefühl und vor allem die psychische Gesundheit. Was aber braucht es für eine gut funktionierende Gemeinschaft? Und wie kann Zusammenhalt und gelebte Solidarität entstehen, wenn aufgrund einer Pandemie physische Distanz als Modus Operandi notwendig wird?

Nach den Osterferien waren auch auf der Veddel die sozialen Einrichtungen und Treffpunkte von einem auf den anderen Tag geschlossen. Es begann eine neue Zeit der Unsicherheit.

Im Folgenden skizzieren wir anhand von vier Beispielen solidarisches Engagement auf der Veddel in der Corona-Pandemie und darüber hinaus. Uns interessieren dabei vor allem die Fragen nach den Möglichkeiten und auch nach den Grenzen des solidarischen, gemeinschaftlichen Handelns.

Nachbarschafts-Hotlines

Auf der Veddel entstanden parallel gleich zwei Hotlines für Nachbarschaftshilfe: eine von der islamischen Gemeinde, die andere von New Hamburg, der Stadtteildiakonie, der Poliklinik Veddel und Nachbar*innen. Die Welle der Solidarität war unglaublich und ein ermutigendes Signal: Innerhalb kürzester Zeit kontaktierten uns 250 Menschen aus dem Viertel, die ihre Hilfe anboten.

Über die Hotline wurden Unterstützungsangebote wie Einkaufen, Essensversorgung, Fahrrad- und Autoverleih sowie Begleitungen zu Ärzt*innen oder ins Krankenhaus organisiert.

Anlaufstelle für neue Veddeler*innen aus der albanischsprachigen Community

Kurz nach Beginn des Lockdowns wandten sich zwei engagierte Nachbar*innen mit albanischem Bezug an die Stadtteildiakonie/New Hamburg und die Poliklinik Veddel, da ihnen über ihre sozialen Netzwerke die Notsituation einiger neu angekommener Veddeler Nachbar*innen bekannt geworden war. Durch den Lockdown fielen viele informelle Arbeitsmöglichkeiten von einem Tag auf den anderen weg, Kurzarbeitergeld gab es hier natürlich nicht. Die finanziellen Reserven waren schnell aufgebraucht, der Gang zum Sozialamt aufgrund der Melde-



Bist du erkrankt, hast wegen des Virus Angst nach draußen zu gehen oder bist du in Quarantäne zu Hause? Wir organisieren jemanden, der oder die für dich einkauft oder zur Post und Apotheke geht.

Lebst du alleine und auch das Café oder die Kneipe hat jetzt geschlossen? Wir finden jemanden, der oder die dich täglich anruft und mit dir eine Runde klönt.

Hast du Sorge, dass du dich um deinen Hund nicht kümmern kannst? Es gibt bestimmt jemanden, der oder die mit deinem Hund einen Spaziergang macht.

Fehlt dir die Kraft zu kochen? Wir suchen jemanden, der oder die für dich kocht.

Du hast Zeit, deine Nachbar*In zu unterstützen? Melde dich bei uns!

Du hast noch mehr gute Ideen oder brauchst andere Hilfe? Sag uns Bescheid.

Ruf einfach an!
Tel: 01520 2563582

pflicht an die Ausländerbehörde oft keine Option – wo also schlafen, womit was zu essen kaufen? Die Nachbar*innen öffneten für die Zeit des Reiseverbots eine Anlaufstelle, informierten die Ratsuchenden über die noch geöffneten Hilfsangebote und teilten Lebensmittelgutscheine aus. Unterkünfte konnten bis auf wenige Ausnahmen nicht vermittelt werden – in den Veddeler Wohnungen ist einfach kaum Platz.

Versorgung von nicht versicherten Patient*innen in der Poliklinik Veddel

Im Stadtteilgesundheitszentrum wurden schon vor der Pandemie viele nicht versicherte Menschen mitversorgt. Infolge des COVID-19-Lockdowns mussten viele medizinische Hilfs- und Unterstützungsstrukturen für Unversicherte zumindest vorübergehend schließen. Diese Auswirkung der Krise ist in der Poliklinik deutlich zu spüren, die Zahl der nicht versicherten Patient*innen ist enorm angestiegen und sprengt teilweise unsere Kapazitäten. Doch gerade in dieser Notsituation ist das Wegschicken dieser Nachbar*innen keine Option.

Die Schließung der Folgeunterkunft An der Hafentbahn

Schon 2019 wurden die Pläne veröffentlicht: Die jetzige marode Unterkunft von fördern und wohnen An der Hafentbahn soll abgerissen werden und bis 2024 an ihrer Stelle der neue Wohnkomplex Hafentbahnpark mit 350 Wohneinheiten entstehen. Entgegen den Zusagen von fördern und wohnen, die Familien frühzeitig über die Planung zu informieren und sie einzubeziehen, erhielten diese Anfang Oktober 2020 einen Brief, in dem die Umverteilung in andere (Gemeinschafts-) Unterkünfte an unterschiedliche Ränder Hamburgs kurzfristig bis Ende Oktober angekündigt wurde. Ein Mitspracherecht gab es nicht. Zur Klarstellung: Die Situation in der Ha-

fenbahn war alles andere als gut. Doch trotzdem gab es eine wichtige Ressource, auf die die Bewohner*innen zurückgreifen konnten: den Communitysupport in der Hafensbahn sowie das solidarische Unterstützungsnetzwerk in der Veddeler Nachbarschaft. Diese Ressource wird durch die Art der öffentlichen Unterbringung und die Hamburger Wohnungsbaupolitik im Vorbeigehen vernichtet.

Was bedeuten diese Beispiele in der gegenwärtigen Krise?

Trotz der relativ glimpflich verlaufenden ersten Pandemie-Phase auf der Veddel und des vielfältigen nachbarschaftlichen Engagements ist es wichtig zu betonen, dass die Veddel weit davon entfernt ist, gut auf eine zweite Pandemie-Phase, geschweige denn einen breiten Community-Spread von SARS-CoV-2, vorbereitet zu sein. Dies betrifft besonders vulnerable Gruppen, wie die Hafensbahnbewohner*innen, in noch höherem Maße. Je länger die Pandemie andauert, desto stärker zeigt sich, dass es sich nicht nur um eine schwere gesundheitliche, sondern auch um eine schwere gesellschaftliche Krise handelt. Die Pandemie wirkt wie ein Brennglas auf die bestehenden eklatanten sozialen Ungleichheiten. Wer privilegiert ist, kann sich besser schützen. Ärmere Men-

schen sind dagegen häufiger Risikofaktoren für eine Infektion ausgesetzt und zeigen bei einer Infektion häufiger schwere Verläufe.

Vor diesem Hintergrund wird schnell klar, dass solidarische Nachbarschaftsstrukturen nicht ausreichen, um die Krise aufzufangen. Die anfangs erwähnte Community-Resilienz zielt darauf ab, lokale Gemeinschaften darin zu bestärken, ihre vorhandenen Ressourcen so zu nutzen, dass sie auch im Katastrophenfall funktionsfähig bleiben und mit der Krise leben lernen. Wer Prävention in einer Pandemiesituation allerdings ernst meint, muss über Armut, Unrecht und Ungleichheit sprechen und diese bekämpfen. Auch Wilkinson und Pickett betonen, dass die Qualität der sozialen Beziehungen in einer Community bzw. Gesellschaft direkt von den Einkommensungleichheiten abhängt. Insofern ist und bleibt die beste Prävention und der erfolgversprechendste Ansatz zur Verwirklichung von gesundheitlicher Chancengleichheit innerhalb und außerhalb von Infektionskonjunkturen die Umverteilung von Reichtum.

Autor*innen: Milli Schroeder und Philipp Dickel, Poliklinik Veddel, info@poliklinik1.org, <http://poliklinik1.org>

Lokale Vernetzungsstellen für Prävention Zugänge und Zusammenarbeit in der Pandemie

Bettina Rosenbusch, Christine Jakobi, Henriette Franzen

Zu Beginn der Corona-Pandemie hat die HAG im Rahmen von regelmäßigen Telefonkonferenzen die Koordinatorinnen der lokalen Vernetzungsstellen für Prävention nach ihren aktuellen Herausforderungen und Unterstützungsbedarfen befragt. Durch diesen intensiven Austausch hat die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) Hamburg in der HAG e.V. einen ganz besonderen Einblick in die Arbeit der Fachkräfte vor Ort gewinnen können (s.a. https://www.hag-gesundheit.de/fileadmin/hag/data/Leben_Mit_Corona_hag.pdf). Vor diesem Hintergrund wollte die KGC, nun einige Zeit später, mehr darüber wissen, was die Koordinatorinnen in den letzten Monaten dazugelernt haben mit Blick auf die Zugänge und die Zusammenarbeit mit den Menschen, die im Stadtteil leben. Dazu hat die KGC zwei Koordinatorinnen schriftlich befragt: Bettina Rosenbusch von der lokalen Vernetzungsstelle für Prävention MüHoBi und Christine Jakobi von der lokalen Vernetzungsstelle für Prävention Hohenhorst und Rahlstedt-Ost.

Stadtpunkte Thema: Welche Personengruppen im Stadtteil haben Sie in der Zeit der Pandemie (zu Beginn und auch heute) als vulnerabel empfunden? Wurden ggf. andere Gruppen sichtbarer als bisher (vor Beginn der Pandemie)?

Bettina Rosenbusch: Die lokale Vernetzungsstelle „MüHoBi – immer in Bewegung“ arbeitet im Hamburger Osten in den Stadtteilen Mümmelmannsberg, Horn und Billstedt. Hier leben über 100.000 Menschen, ungefähr die Hälfte von ihnen (Billstedt: 51 Prozent, Horn: 45 Prozent) hat einen Migrationshintergrund. Ebenfalls haben wir einen hohen Anteil von Ausländer*innen (Billstedt und Horn: 23 Prozent). Das sind sowohl Geflüchtete, die in Wohnunterkünften in der Region leben, als auch EU-Bürger*innen, z.B. aus Polen, Rumänien und Bulgarien. Viele Bewohner*innen sind – aufgrund ihrer geringen sprachlichen Kompetenzen und ihres Bildungshintergrunds – verunsichert: Was ist erlaubt, was wird empfohlen, wie soll man sich ver-

halten usw.? Uns ist aufgefallen, dass viele Bewohner*innen ihre Informationen aus Quellen beziehen, in denen Falschmeldungen verbreitet werden. Zum Beispiel haben relativ viele Frauen in der Zeit der Kita- und Schulschließung gedacht, dass ihre Kinder die Wohnung überhaupt nicht verlassen dürfen. Dies hat die Kinder, die durch die Situation sowieso schon hoch belastet sind, unnötigerweise noch weiter belastet, zumal aufgrund der geringen Einkommen viele Familien unserer Region in kleinen Wohnungen leben. Ein weiteres Problem ist die prekäre finanzielle Situation vieler Bewohner*innen aufgrund von sowieso vorhandener Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit oder Kündigung von 450-Euro-Jobs aufgrund der Pandemie. In unseren Stadtteileinrichtungen waren die Mitarbeiter*innen intensiv damit beschäftigt, in verständlicher Sprache telefonisch zu informieren, zu ermutigen und zu beraten. Dabei haben sie vor allem Kontakt zu denjenigen gehabt, die normalerweise als Besucher*innen in die Stadtteileinrichtungen kommen.



Christine Jakobi: Der Lockdown hat die Familien in den Flüchtlingsunterkünften sehr getroffen. Sie waren plötzlich von allem abgeschnitten. Für die Familien war es schwierig zu verstehen, was passierte. Da die Sozialdienste nicht erreichbar waren, hatten sie kaum Möglichkeiten, sich zu informieren. Viele andere Anlaufstellen waren ebenfalls geschlossen. Ich habe wahrgenommen, dass Familien Angst hatten – auch wegen der Sprachbarrieren – und dass sie mit falschen Informationen konfrontiert waren. Zunehmende Aggressivität in und zwischen den Familien war spürbar.

Aus Angst sind Eltern und Kinder in den engen Unterkünften geblieben und kaum vor die Tür gegangen. Sie haben Lebensmittel und Bedarfe des täglichen Lebens gehortet aus Angst, dass es bald nichts mehr zu kaufen geben könnte. Familien kamen in finanzielle Notlagen, weil zum Beispiel Lebensmittel deutlich teurer wurden und die Kinder aufgrund des fehlenden Kita-Essens zu Hause versorgt werden mussten.

In den Unterkünften gab es mit dem Internet Probleme, die wegen der Pandemie nicht zu beheben waren. So hatten die Kinder kaum die Möglichkeit, ihre Schulaufgaben zu machen. Die meisten Kinder haben zu Hause keinen Computer, nur die Handys der Eltern. Sie haben auch nicht die Möglichkeit, Hausaufgaben auszudrucken oder zu bearbeiten, wodurch ihre schulischen Leistungen stark abfielen.

Auch Familien mit ALG-II- und Sozialgeld-Bezug hatten mit ähnlichen Problemen zu kämpfen. Den Kindern fehlten Anlaufstellen, wie z.B. das Trollhaus, das Haus der Jugend oder die Spielhaus-Galaxie.

Da die Tafeln ihren Betrieb längerfristig einstellen mussten, gerieten viele Familien in Not bei der Versorgung mit Lebensmitteln. Hier konnten wir helfen: Erziehungshilfe e.V. holte bei umliegenden Supermärkten Ware ab und verteilte diese.

Prekär war auch die Situation für die Menschen, welche über den § 16i SGB II (Teilhabe am Arbeitsmarkt) im Haus am See eingestellt wurden. Sie hätten ihren Job verloren, wenn nicht Erziehungshilfe e.V. schnell reagiert hätte, um ihnen Arbeit zu beschaffen. Ebenfalls als schwierig haben wir die Situation der Solo-Selbstständigen wahrgenommen. Antragstellungen und Beratungen waren nicht immer unproblematisch.

Stadtpunkte Thema: Wie sind Sie vorgegangen, um zu erfahren, welche Bedarfe die Menschen haben – und über welche Ressourcen sie verfügen?

Bettina Rosenbusch: Die Kontakte zu den Besucher*innen der – aufgrund der Pandemie geschlossenen – Stadtteileinrichtungen (Elternschulen, Jugendtreffs, Sportvereine, Beratungseinrichtungen, Sprachkursanbieter, Kitas, Schulen und andere) erfolgten überwiegend telefonisch, teilweise auch über Video. Viele Bewohner*innen sprachen über hohe persönliche und familiäre psychische Belastungen aufgrund des Lockdowns und über coronabedingte Probleme, Ängste und Unsicherheiten. Gleichzeitig berichteten sie über Hilfsangebote, die sie für Nachbar*innen, ältere Bewohner*innen und andere machen, z.B. Einkaufsdienste.

Christine Jakobi: Zunächst habe ich meine direkten Kontakte vor allem zu den Nachbarschaftsmüttern und den Streetwor-

kern genutzt, welche trotz Corona auf den Straßen unterwegs waren. Per Handy habe ich von Beginn an versucht, in Kontakt zu bleiben. Außerdem habe ich alle Personen, die im Haus am See angerufen haben, befragt, wie es ihnen geht und wie ihre Lage ist. Mir war es wichtig, erreichbar zu bleiben, um wenigstens telefonisch zu unterstützen und für gute Laune und Aufklärung zu sorgen. Die Menschen waren sehr dankbar für die guten und aufmunternden Worte. Zudem habe ich alle Kontaktpersonen vom Runden Tisch Gesundheit und Inklusion kontaktiert, um zu erfahren, wie die Situation aussieht.

Stadtpunkte Thema: Was haben Sie anders gemacht? Welche neuen Wege sind Sie gegangen, um diese Menschen zu erreichen und ihnen Unterstützung anzubieten?

Bettina Rosenbusch: Der persönliche Kontakt zu den Besucher*innen in den Stadtteileinrichtungen ist normalerweise zentral für die Arbeit der Mitarbeiter*innen und für die Kommunikation zwischen den Besucher*innen. In der Zeit des Lockdowns mussten diese persönlichen Kontakte durch telefonische Kontakte und teilweise Video-/WhatsApp-Kontakte ersetzt werden, was natürlich nicht so gut ist, wenn man sich nicht im Gespräch ansehen kann.

Neu ist, dass eine Kollegin aus einem Projekt der Quartiersentwicklung spezielle, aufgrund der Corona-Pandemie entstandene Angebote von Einrichtungen, Behörden, Vereinen usw. zur Unterstützung und Beratung, Veranstaltungshinweise, Spiel-Tipps und mehr in einer umfangreichen Liste zusammengestellt hat. Diese Liste wurde anfangs mehrmals pro Woche, später wöchentlich aktualisiert und an alle Stadtteileinrichtungen gemailt, sodass die Mitarbeiter*innen die Informationen an die Bewohner*innen weitergeben konnten.

Außerdem haben mehrere Stadtteileinrichtungen Aktivitäten gestartet, um den Kontakt zu den Bewohner*innen aufrechtzuerhalten und sie zu unterstützen. Zum Beispiel hat eine Einrichtung Anleitungen für Spiele und zum Malen, Kochrezepte sowie Pflanzensamen zum Verschönern der Umgebung in kleine Beutel verpackt und diese zum Mitnehmen an die Fensterscheiben geklebt.

Die Projekte der lokalen Vernetzungsstelle „MüHoBi – immer in Bewegung“ mussten im Frühjahr und Sommer überwiegend pausieren. Einige Kursleiter*innen haben den Teilnehmer*innen Videos über WhatsApp oder YouTube mit Übungen zugesandt, sodass zum Beispiel die Teilnehmerinnen des Seniorinnen-Tanzkurses zu Hause die Tanzschritte und -choreografien ausprobieren und einüben konnten. Die Organisator*innen von ParkSport im Öjendorfer Park haben mit sehr viel Engagement – und unter Einhaltung aller Hygieneempfehlungen – so schnell wie möglich Bewegungsspiele für Jung und Alt angeboten.

Christine Jakobi: Alle Institutionen im Haus am See haben im Verlauf des Lockdowns per Videokonferenz zusammengearbeitet, um Aktivitäten für das Quartier zu planen. So haben wir bei der Aktion „Das Abendblatt hilft“ Gutscheine angefordert und diese an die bedürftigen Familien verteilt.

Wir haben einen kostenfreien Mittagstisch und eine kostenfreie Lebensmittelausgabe jeweils an zwei Tagen in der Woche

organisiert. Diese Angebote hat eine Kirchengemeinde über eine Spende großzügig finanziert. Und Aktion Mensch hat einen Antrag bewilligt, um die Lebensmittelausgabe und den Mittagstisch längerfristig gewährleisten zu können.

Um mit Laptops und Druckern Kinder einen Lernort bieten zu können, haben wir einen Antrag bei der Joachim Herz Stiftung gestellt, Personal für den Lernort akquiriert und einen Experten gefunden, der uns die Laptops mit Freeware bespielt. Wir haben über telefonische Beratungen, WhatsApp und E-Mail den Kontakt gehalten und auf diesem Weg auch Dokumente bearbeitet.

Stadtunkte Thema: Was hat Sie überrascht in dieser Zeit?

Bettina Rosenbusch: Nicht überrascht, aber sehr beeindruckt hat mich das Engagement der Mitarbeiter*innen der Stadtteileinrichtungen. Mit großer Kreativität, viel Energie und viel Geduld haben sie die Bewohner*innen dabei unterstützt, mit den umfangreichen coronabedingten Herausforderungen umzugehen.

Christine Jakobi: Positiv überrascht hat mich

- der gute Zusammenhalt im Haus am See und auch im Quartier. Alle Institutionen zeigten sich bemüht, das Beste für die Menschen zu tun,
- die Kirchengemeinde aus Alsterdorf, welche auf die Schnelle fast 2.000 Euro gesammelt hat, um zu helfen,
- die schnelle Reaktion bei Aktion Mensch, unseren Antrag binnen einer Woche zu bewilligen,
- die Unterstützung durch das Hamburger Abendblatt mit der Aktion „Das Abendblatt hilft“,
- die großzügige Spende der Joachim Herz Stiftung, mit welcher wir die Laptops für den Lernort und das Trollhaus kaufen und einrichten konnten und
- die wohlthuende Entschleunigung.

Als herausfordernd habe ich wahrgenommen beispielsweise die Erschöpfung der Menschen oder individuelle Egoismen. Als schwierig habe ich manche Kommunikationsprozesse mit Institutionen bezüglich Verfahren, Bewilligungen oder zeitnahe Umsetzung empfunden.

Manche Familien sind akut von Obdachlosigkeit bedroht, da

ihnen wegen ausbleibender Zahlungen die Wohnung fristlos gekündigt wurde.

Stadtunkte Thema: Was haben Sie für sich und Ihre Arbeit daraus gelernt? Was nehmen Sie mit für die kommende Zeit?

Bettina Rosenbusch: Alle gemeinsam haben wir in den Stadtteileinrichtungen und natürlich auch in unserer lokalen Vernetzungsstelle für Prävention eine größere Vielfalt darin entwickelt, neue Methoden und Herangehensweisen auszuprobieren – sowohl was die Kommunikation und Absprachen zwischen den Stadtteileinrichtungen angeht als auch was die Ansprache und das Entwickeln neuer Angebote für die Bewohner*innen betrifft. Insbesondere bei niedrigschwelligeren Angeboten zur Unterstützung in sozialen und gesundheitlichen Fragen sind viele neue Ideen entstanden, in denen auch digitale Tools eingesetzt werden: zum Beispiel ein Telefonangebot zum Gedächtnistraining für Senior*innen, Choreografie-Anleitungen per Video im Tanzkurs für Seniorinnen und ein Kurs für Eltern mit Bewegungsangeboten für ihre Kinder. In nächster Zeit werden wir diese zusammenstellen und untereinander austauschen, um daraus weitere Impulse für gute Angebote in unseren Stadtteilen zu entwickeln.

Christine Jakobi: Für die Zukunft scheint es mir wichtig, dass wir durchgehend Hilfsangebote bereithalten und für gute Information in vielen Sprachen sorgen. Eine zentrale Aufgabe ist auch, den Kontakt zu halten und dafür zu sorgen, dass die Informationsketten stabil sind. Neben Tipps und Ideen sollte auch immer seelische Unterstützung – wenn möglich in Einzelberatungen – angeboten werden. Und über allem steht: Netzwerken, Netzwerken, Netzwerken.

Autorinnen: Bettina Rosenbusch, Lokale Vernetzungsstelle für Prävention MüHoBi, bettina.rosenbusch@billenetz.de;
 Christine Jakobi, Lokale Vernetzungsstelle für Prävention Hohenhorst und Rahlstedt-Ost, jakobi@erziehungshilfe-hamburg.de;
 Henrieke Franzen, Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) Hamburg, henrieke.franzen@hag-gesundheit.de

Gemeinsam psychosoziale Gesundheit in der Stadt stärken

MHFA Ersthelfer – Kurse für psychische Gesundheit in Hamburg

Claudia Duwe, Michael Deuschle

„Ich glaube, mit ihm stimmt was nicht.“ Ob bei Freund*innen, Bekannten oder Arbeitskolleg*innen: Häufig haben wir ein gutes Gespür dafür, wenn es Mitmenschen nicht gut geht oder er*sie sich ungewöhnlich verhält. Doch selbst wenn der Wunsch da ist, nachzufragen und zu helfen, wissen wir in der Situation oft nicht, was wir sagen oder raten sollen, fühlen uns überfordert oder lassen uns durch Scham und Unsicherheit abhalten. Ein Ersthelfer*innen-Kurs für psychische Gesundheit wurde konzipiert, um Menschen zu schulen, auf Betroffene zuzugehen und ihnen Unterstützung anzubieten.

Ausgangslage

Ein wesentliches Erfordernis für Lebensqualität und soziale Teilhabe ist psychische Gesundheit. Störungen der psy-

chischen Gesundheit sind häufig. Mehr als jede*r vierte Erwachsene erfüllt in Deutschland im Zeitraum eines Jahres die Kriterien einer psychischen Störung (Jacobi et al. 2016).



Zu den häufigsten Erkrankungen zählen Angststörungen und Depressionen (RKI 2020). Aktuell gibt es Hinweise, dass Kontaktsperren und soziale Isolierung im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie Menschen sowohl psychisch gefährden als auch schwerere psychische Belastungen mit sich bringen können (DGPPN 2020).

Da diese Störungen so häufig auftreten, kommen viele Laien, also Menschen, die keine Ausbildung im Zusammenhang mit Psychiatrie und Psychotherapie haben, in Kontakt mit Menschen, die von psychischer Krankheit betroffen sind oder waren (Steel et al. 2014). Die Früherkennung von psychischen Krisen und Erkrankungen ist bedeutsam für die Therapie und den weiteren Verlauf (Lambert et al. 2013). Allerdings bestehen nach wie vor viele Unsicherheiten und Vorurteile im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen (Angermeyer et al. 2017).



MHFA – Mental Health First Aid

Erste Hilfe bei körperlichen Verletzungen ist weit verbreitet. Analog dazu bildet das Programm „MHFA – Erste Hilfe für psychische Gesundheit“, Laien zu Ersthelfer*innen für psychische Gesundheit aus. Das Programm MHFA Ersthelfer ist die deutsche Version des australischen „Mental Health First Aid (MHFA)“-Programms, das dort im Jahr 2000 ins Leben gerufen wurde. Mental Health First Aid International ist eine gemeinnützige Organisation mit Sitz in Australien, die diese akkreditierten Trainingsprogramme für psychische Gesundheit entwickelt, verbreitet und evaluiert. Die Kursinhalte wurden gemeinsam von Betroffenen und Expert*innen konzipiert. Bisher wurden über vier Millionen Menschen weltweit in MHFA trainiert. Das lizenzierte, evidenzbasierte, in 24 Staaten weltweit aktiv angewandte und gemeinnützige Angebot wird in Deutschland in Trägerschaft des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit (ZI) in Mannheim und in Partnerschaft der Otto Beisheim Stiftung umgesetzt.

Ziele der MHFA-Kurse

Die Kurse haben einen Umfang von zwölf Stunden. Dabei erfolgt zunächst die Vermittlung von Basiswissen zu psychischen Störungen. Daran anknüpfend sollen die Ersthelfenden lernen zu entscheiden, ob es sich in der jeweiligen Situation um eine akute Krise handelt und somit sofortige professionelle Hilfe

MHFA Ersthelfer – Kurse für psychische Gesundheit:
www.mhfa-ersthelfer.de/de/

hinzugezogen werden muss. Alternativ kann auf mögliche Ansprechpartner*innen verwiesen oder persönliche Hilfestellung bei sich entwickelnden psychischen Gesundheitsproblemen angeboten werden, bei gleichzeitiger Wahrung der Grenzen der betroffenen Person. Dafür werden Erste-Hilfe-Maßnahmen durch praktische Übungen von Gesprächstechniken und Rollenspielen verfestigt. Teilnehmende lernen, rechtzeitig Probleme zu erkennen, Zugang zu Betroffenen zu finden und anderen dabei zu helfen, eine psychische Krise zu bewältigen. Zudem erfahren Ersthelfende, wie sie gezielt unterstützen, informieren und Ressourcen aktivieren können. Ein weiterer Baustein ist die Vermittlung von Anlaufstellen, das heißt, Kursteilnehmer*innen erhalten konkrete Informationen über lokale und deutschlandweite Hilfsangebote und werden darin geschult, Betroffene zu professioneller Hilfe zu ermutigen.

Zielgruppe für MHFA

Jede*r Erwachsene kann MHFA-Ersthelfende*r werden. Die MHFA-Kurse sind sinnvoll für alle, die Angehörigen, Kolleg*innen oder Freund*innen Erste Hilfe für psychische Gesundheit leisten möchten. Die Kurse sind zudem sinnvoll für Bildungseinrichtungen, Betriebe, medizinische Erstversorger*innen und andere Organisationen.

Projektförderung für MHFA in Hamburg

Im September 2017 fand ein Kongress des Paktes für Prävention zum Thema „Gemeinsam psychosoziale Gesundheit stärken!“ statt. Ein wichtiges Ergebnis war, dass es Lots*innen für niedrigschwellige Zugänge zu psychosozialer Unterstützung braucht.

In Hamburg kooperieren im Rahmen des Paktes für Prävention die Sozialbehörde, die Psychotherapeutenkammer und die HAG e.V., um die Umsetzung von MHFA zu unterstützen. Die Ausbildung von Ersthelfenden in Hamburg wird für drei Jahre gefördert. Allen drei Kooperationspartner*innen ist es wichtig, dass durch diesen niedrigschwelligen Ansatz betroffene Menschen so früh wie möglich Kontakt zu bestehenden Hilfsangeboten bekommen.

Die HAG verbreitet die Information zu MHFA über ihre Netzwerke und Strukturen. Sie führt die Ausbildung von Ersthelfer*innen durch (ein Kurs pro Quartal). Weiterhin koordiniert sie den regelmäßigen Erfahrungsaustausch für Ersthelfer*innen, der im Rahmen der Projektförderung in Hamburg angeboten werden kann. Die Psychotherapeutenkammer unterstützt diesen Austausch fachlich. Es gibt keine Verpflichtung, an dem Erfahrungsaustausch teilzunehmen.

Autor*innen und Literatur: Claudia Duwe, HAG e.V.,
www.hag-gesundheit.de/arbeitsfelder/pakt-fuer-praevention
claudia.duwe@hag-gesundheit.de;
Prof. Michael Deuschle, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit,
Mannheim, michael.deuschle@zi-mannheim.de

Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Das erste Standardwerk zum Thema „Health in All Policies (HiAP) in Deutschland“ beschreibt Idee und Grundanliegen sowie Kernmerkmale von HiAP und skizziert die gesetzlichen und politischen Rahmenbedingungen sowie die aktuelle Umsetzung. Der Sammelband beschreibt die Perspektive unterschiedlicher Politikfelder (z.B. Bildung, Umwelt, Verkehr) auf Gesundheit und gibt einen Einblick in Potenziale, Hindernisse und Chancen einer

gesamtgesellschaftlichen Berücksichtigung. Er enthält zahlreiche Praxisbeispiele und zeigt auf, wie Gesundheit zu einem wesentlichen Leitbild in allen Politikbereichen werden kann.

Böhm, K., Bräunling, S., Geene, R., Köckler, H. (Hrsg.) (2020). Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden: Springer VS.

Partizipative Forschung

Partizipative Forschung im Kontext von Gesundheit ist ein hochaktuelles Thema. International wird dieser Forschungsansatz in Wissenschaft, Politik und Gesellschaft proklamiert, angewendet und darüber berichtet. Seit einigen Jahren gewinnt er auch in Deutschland an Bedeutung. Doch es gibt kaum deutschsprachige Publikationen, die methodische Aspekte partizipativer Forschung diskutieren und den Spagat zwischen einer systematischen, regelgeleiteten Anwendung einer Forschungsmethode und den oftmals notwendigen Anpassungen im Rahmen eines partizipativen Forschungsprozesses so transparent machen, wie es in dem Sammelband von Susanne Hartung, Petra Wihofszky und Michael Wright geschieht. Die Herausgeber*innen geben einen Einblick in aktuelle Entwicklungen ausgewählter partizipativer Methoden im Bereich der Gesundheitsforschung und diskutieren an Fallbeispielen Konzepte, Vorgehen und Potenziale. Sie scheuen sich dabei nicht, auch Unerwartetes und Unangenehmes offenzulegen. Die Herausgeber*innen schließen damit eine große Lücke in der deutschsprachigen Publikationslandschaft.

Der Sammelband beinhaltet acht Artikel. Die ersten drei Artikel widmen sich konzeptionellen und reflektierenden Aspekten partizipativer Forschung. Anschließend rücken vier Methoden in den Fokus: Photovoice, Community Mapping, Appreciative Inquiry und Fokusgruppen. Der letzte Artikel enthält einen Leitfaden zur Durchführung einer Photovoice-Studie. Die meisten der Fallbeispiele stammen aus den Teilprojekten von PartKommPlus, einem Forschungsvorhaben des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, an dem die Herausgeber*innen und Autor*innen beteiligt sind.

Der Sammelband richtet sich durch die Vielfalt der Beispiele und den methodischen Schwerpunkt insbesondere an Wissenschaftler*innen, Anwender*innen, Methodeninteressierte und Studierende der Gesundheitswissenschaften oder benachbarter Disziplinen. Die Lektüre macht Mut zum partizipativen Forschen! Auch wenn nicht immer alles läuft wie geplant, können wertvolle wissenschaftliche Erkenntnisse generiert und wichtige Empowerment- und gesellschaftliche Transformationsprozesse unterstützt werden.

Autorin: JProf. Dr. Marlen Niederberger, Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd

Hartung, S., Wihofszky, P. & Wright, M. (2020). Partizipative Forschung. Ein Forschungsansatz für Gesundheit und seine Methoden. Wiesbaden: Springer VS.

Impressum

Herausgeberin

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG)
 Hammerbrookstraße 73 | 20097 Hamburg
 Telefon: 040 288 03 64-0 | Fax: 040 288 03 64-29
 E-Mail: buero@hag-gesundheit.de
 Internet: www.hag-gesundheit.de
 V.i.S.d.P.: Petra Hofrichter



Redaktion: Claudia Duwe | Henrieke Franzen
 Dörte Frevel | Petra Hofrichter

Beiträge: Sylvia Agbih | Dr. Carolin Baedeker | Anja Bierwirth | Dr. Anne Caplan | Prof. Dr. Michael Deuschle | Philipp Dickel | Claudia Duwe | Prof. Dr. Dr. Rainer Fehr | Henrieke Franzen | Karin Haist | Petra Hofrichter | Dr. Gerda Holz | Christine Jakobi | Doris Kreinhöfer | Jutta Lindert | Prof. Dr. Marlen Niederberger | Dr. Antje Richter-Kornweitz | Bettina Rosenbusch | Florence Samkange-Zeeb | Dr. Luisa T. Schneider | Milli Schroeder | Dr. Franziska Stelzer | Prof. Dr. Dr. Alf Trojan | Myriam Ueberbach | Sandra Ziegler

Koordination: Dörte Frevel

Satzerstellung: Christine Orlt

Druck: Drucktechnik

Auflage: 2500

ISSN: 1860-7276

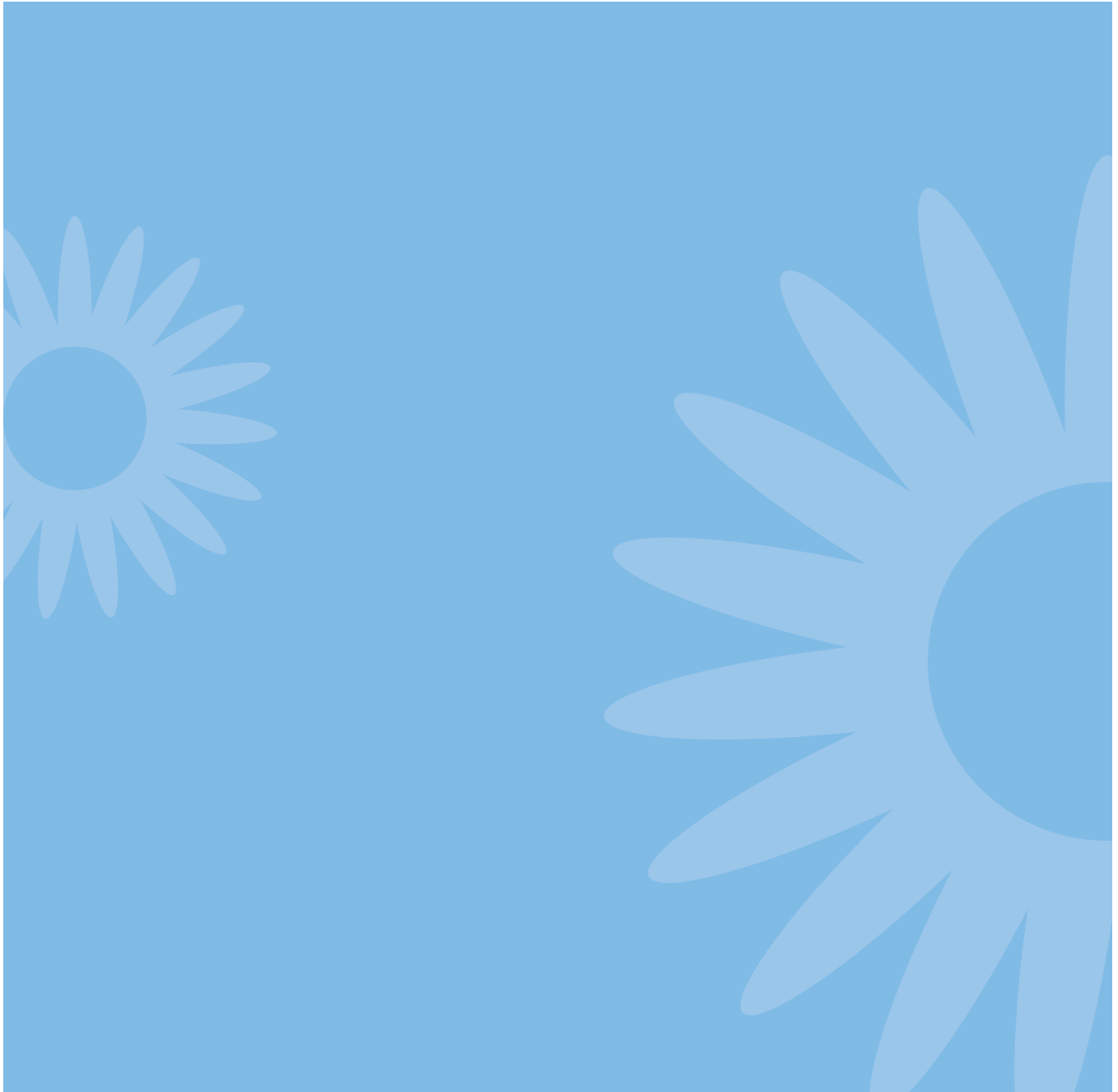
Erscheinungsweise: 2x jährlich (Mai und November)

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die Meinung des*der Autor*in wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

Fotos/Grafiken: S. 9 BettinaF/pixelio.de,
 S. 18 isayildiz

Sie können StadtpunkteThema kostenlos bestellen: per Telefon, Fax oder E-Mail.

In Hamburg aktiv und gesund



Die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) macht sich für soziallyagenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten stark. Sie arbeitet auf Grundlage der Ottawa-Charta. Ihr Ziel ist, das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden der Hamburger Bevölkerung zu stärken.

Als landesweites Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung organisiert sie Netzwerke, koordiniert fachlichen Austausch, berät Institutionen, Einrichtungen und Initiativen,

bietet Qualifizierungsangebote, unterstützt Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung, informiert zu aktuellen Fragen und fördert Projekte von Dritten.

Die HAG ist unabhängig und gemeinnützig. Ihre Arbeit wird finanziert aus Mitteln der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde) sowie aus Projektmitteln von Krankenkassen (GKV) und anderen Trägern.

www.hag-gesundheit.de