



Gesine Bär, Annika Frahsa und Ina Schaefer

Community Health, partizipative Ansätze und Covid-19

Das Konzept von „Community Health“ wird in Deutschland selten partizipativ umgesetzt. Dabei könnte hierin v.a. in der aktuellen Pandemie-Bekämpfung eine Chance liegen. Die Corona-Pandemie hat viele Alltagsbereiche drastisch verändert, u.a. in Kitas und Schulen. Vielfach wird auf entstehenden und sich verschärfenden gesellschaftlichen Ungleichheitsverhältnisse hingewiesen. Wir verfolgen in unserem Beitrag die These, dass Communities für die ungleichheitssensible Gestaltung von Corona-Präventionsmaßnahmen zur Ressource werden können.

Die WHO legt den Community-Begriff breit und prozesshaft an (WHO 1998). Gemeint sind spezifische Gruppen mit gemeinsamen Werten, Normen, Überzeugungen und dem Bewusstsein einer gemeinsamen Identität. Ein gemeinsamer räumlicher Bezug ist häufig gegeben, muss es aber nicht sein. Communities können also über gruppenbildende gemeinsame Merkmale und ein Zugehörigkeitsgefühl bestimmt werden, wie es zum Beispiel aus Ausgrenzungserfahrungen resultieren kann.

Wir haben im Zuge einer Publikation recht breit recherchiert, wie sich der Begriff in Lehrbüchern und auch in der Praxis umsetzt (Bär und Schaefer 2021). Anders als in der Definition von „Community“ mehrdimensional angelegt, zeigt sich international (Nordamerika, Kanada, England), die Dominanz eines eher territorial geprägten Verständnisses. Community-Ansätze haben sich als Prinzip der kleinräumigen, flächendeckenden Gesundheitsversorgung gut und langjährig etabliert. Auch im deutschsprachigen Raum wird Community als konzeptioneller Ansatz in Bezug auf eine räumliche Verortung genutzt. In der Regel ist die Verwendung synonym für die lokale Bevölkerung bzw. für bestimmte, über einzelne Merkmale definierte Bevölkerungsgruppen.

Ein Bezug auf Communities, die auch ein Selbstverständnis als Gruppe haben, ist somit die Ausnahme in der deutschsprachigen Literatur zu „Community“ und „Health“. Andererseits lassen sich durch den Bezug auf Setting-/Lebensweltansätze oder auch der gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit“ Anknüpfungspunkte für mehrdimensionale community-bezogene Ansätze finden, die die Gemeinschaften über Merkmale wie gemeinsame Werte sowie ein Zugehörigkeitsgefühl bilden. Vor allem die gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit versucht, gleiche räumliche Bezüge mit anderen Community-Merkmalen zu vereinen. In der Folge der Umsetzung des Präventionsgesetzes lässt sich erneut eine erhöhte Aufmerksamkeit der Gesundheitspolitik für die Gemeindeebene erkennen, die sich auch in einer verstärkten wissenschaftlichen Auseinandersetzung widerspiegelt.

Die Gründe für mehr Partizipation in community-basierten Ansätzen lassen sich grob in emanzipatorische und nützlichkeitsbezogene Argumente aufteilen. Dies erklärt auch den recht breiten Konsens für Partizipative Ansätze. Partizipation ist ein zentrales Prinzip der Gesundheitsförderung, um die Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit zu stärken und damit ist sie bereits selbst eine Intervention.

Zugleich wird mit Partizipation die Stärkung gesundheitsbezogener Chancengleichheit verknüpft, d.h. sie gilt als Mittel gegen das **Präventionsdilemma**, indem sie z.B.

- die Herausbildung neuer Ideen,
- die Nachhaltigkeit der Ergebnisse und
- die Ausrichtung der Angebote am Bedarf der Adressatengruppen (und damit die Akzeptanz von Angeboten) fördert.

Aus Sicht des Sachverständigenrates Gesundheit kommt der Partizipation eine Schlüsselrolle für eine erfolgreiche Prävention zu (Sachverständigenrat Gesundheit 2007, S. 33, vgl. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf>). Die aus Sozial- und Gesundheitsberichterstattung abgeleiteten Interventionsmaßnahmen zeigen bislang aber nicht den erwünschten Erfolg auf die Verminderung von Ungleichheiten. Verschiedene Probleme liegen dem zu Grunde: Gesundheit wird häufig noch mit einer individuellen Verantwortungszuweisung (Responsibilisierung) verknüpft. Daraus resultiert eine Stigmatisierung derjenigen, die sich nicht an den gesundheitlich erwünschten Lebensstil anpassen. Weiterhin zeigt sich die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten als sozial selektiv, was die Ungleichheiten von Gesundheitschancen weiter verschärft.

Auch müssen Forschende wahrnehmen, wie sie durch die Produktion „sozialer Tatsachen“ selbst zur „Akteurin des Armutsgeschehens“ (Barlösius 2018, 35) werden. Auch Forschungsergebnisse können die Stigmatisierungsgefahr für die als arm markierten Gruppenmitglieder erhöhen bzw. können sich andere ggf. von der Armutsforschung übersehen fühlen. Gleichzeitig sind sozialstatistisch abgeleitete Armutslagen meist schwer in sozialpolitische bzw. sozialarbeiterische Interventionen überführbar. Armutsforschung muss diese sozialpolitische Nähe und ihre Produktion sozialer Tatsachen kritisch reflektieren.

Community-Ansätze in Verbindung mit Partizipation kommen hier als Gegenentwurf ins Spiel: Sie nehmen reale Gruppen an konkreten Orten in den Blick und setzen als Ausgangspunkt von Forschung und Intervention explizit an erlebten Ungleichheits-, Marginalisierungs- oder Diskriminierungserfahrungen an. Sie wollen zum Empowerment aller Beteiligten beitragen. Insofern können mehrdimensional definierte Community-Ansätze wichtige Beiträge für eine Forschung zu gesundheitlichen Ungleichheiten leisten und der (Re)Stigmatisierungsgefahr in der Ungleichheitsforschung wirksam begegnen.

Voraussetzung für eine benachteiligungssensible, kritische community-basierte Forschung sind (vgl. Bär/Schaefer 2021):

- Ein expliziter Bezug auf partizipative Ansätze, die konsequent aus der Perspektive von Marginalisierungs- und/oder Ausgrenzungs- und Diskriminierungserfahrungen her gedacht sind.
- Eine explizite Community-Definition.
- Eine gesamtgesellschaftliche Einbettung der Marginalisierungserfahrungen und der Forschungen in der CBPR-Partnerschaft (individuelle oder lokale Weiterentwicklungen allein reichen dabei nicht aus).

Die aktuelle Coronavirus SARS-CoV-2-Pandemie hat Ungleichheiten sichtbarer gemacht und auch vergrößert. Wie hier Community Health-Ansätze und partizipatives Arbeiten realisiert werden konnten, wurde aktuell im Rahmen eines ‚rapid review‘ (noch nicht publiziert) von einer der Autorinnen untersucht. Erste Ergebnisse werden nachfolgend vorgestellt.

Im Rahmen des Literatur Reviews wurde eine systematische Sichtung englischsprachiger Literatur schlüsselwortbasiert auf Pubmed und bei scholar.google durchgeführt. Es konnten seit 2020 insgesamt 437 Studien identifiziert werden. 54 Studien wurden nach Sichtung von Titel und Abstract

und Entfernung von Doppelungen in die Analyse eingeschlossen. Die Studien decken unterschiedliche Studientypen ab und bilden eine große Bandbreite an Studienländern und Weltregionen ab.

Im Ergebnis wurden zwei Schwerpunkte bei Publikationen identifiziert: (1) Relevanz partizipativer Ansätze in Community Health zur Adressierung der Pandemie und (2) partizipative Ansätze und Community Health während der Pandemie.

Eine große Mehrheit der Publikation beschäftigt sich dabei mit dem ersten Schwerpunkt und darin mit Chancen von partizipativen Ansätzen für die Prävention von Ausbrüchen, Infektionskontrolle und -surveillance, zum Co-Design von Produkten und zum *Community Outreach* von Vakzinierungsprogrammen. Eine deutliche geringere Anzahl der Publikationen hat dagegen partizipative Ansätze im Bereich Community Health während der COVID-19-Pandemie zum Gegenstand, die andere Gesundheitsfragen unter Pandemiebedingungen adressieren. Zudem kann festgehalten werden, dass der Community- Begriff in eingeschlossenen Studien selten explizit definiert wurde und teils auch alternierend mit Begriffen wie ‚Zielgruppe‘ oder ‚Risikogruppe‘ verwendet wird.

In den eingeschlossenen Studien waren vorwiegend Nützlichkeitsargumente für partizipative Ansätze zur Adressierung der Pandemie grundlegend:

- eine zielgruppenadäquate Praxis durch neue Kommunikationskanäle, vertrauensbasierte Netzwerkarbeit/Strukturen, kulturelle-sozial-sprachliche Lotsenarbeit,
- die Fortführung und Adaption bestehender Programme zum Ausrollen von Testungs- und Impfmaßnahmen,
- Steigerung von Effizienz und Effektivität durch verbesserte Risikokommunikation, Kontaktnachverfolgung und etwaiger Ausbruchskontrolle,
- Etablierung von neuen Austauschplattformen und Wissensformaten: zur Sicherung evidenzbasierter Pandemieinformationen in Communities, Einbindung besonders isolierter Gruppen in den Informationsfluss, aber auch Schaffung von formalen und informalen Austauschformaten zwischen Politik, Wissenschaft, Zivilgesellschaft oder Community-Vertretungen.

In einzelnen eingeschlossenen Studien wurden auch emanzipatorische Argumente angebracht, insbesondere zur Bedeutung von partizipativen Ansätzen im Bereich Community Health

- zur Überwindung sozialer Isolation während pandemiebedingter Restriktionen,
- als Beitrag zum Community-Building bzw. zur *Community resilience*,
- hinsichtlich einer notwendigen kritischen Reflexivität bzgl. Machtstrukturen (*colonial discourse, white savior complex*),
- als digitale bzw. remote Prozesse zur Sicherung von Partizipation und Empowerment von aktuell vor Ort nicht erreichbaren Communities sowie zur Stärkung demokratischer Prozesse unter Pandemiebedingungen.

Im Workshop auf A+G wurden dann konkret Herausforderungen und Potentiale von Community Health, partizipative Ansätze und Covid-19 herausgearbeitet.

Pandemiespezifische Herausforderungen zeigen sich dabei insbesondere mit Blick auf:

- Erarbeitung von Forschungsthemen und –fragen, die für Communities relevant sind.
- Vertrauensbildung: Auseinandersetzung mit bestehenden Machtverhältnissen, Diskriminierung und strukturellem Rassismus.
- Entscheidungsmacht von Communities in der Adressierung und Bekämpfung von COVID-19.

- Gestaltung des Beziehungsdreiecks zwischen Community, Praxis, und Wissenschaft in Zeiten des *physical distancing* bzw. in digitalen Formaten (technische Ausstattung, Privatsphäre etc.).
- Öffnung von Projekten für andere Communities (z.B. deutsch-türkisch-sprachiges Theater mit Älteren).
- Rolle/Relevanz von Forschung (wann brauchen partizipative Ansätze Forschung für strukturelle Veränderungen und verbesserte Praxis?).

Potentiale für eine partizipative Umsetzung von Community Health in Pandemiezeiten sind insbesondere zu sehen in Bezug auf:

- die Fortsetzung von bestehender vertrauensvoller Zusammenarbeit und Forschung,
- eine zunehmende Wahrnehmung von Communities als real existierende und ansprechbare Gruppen (z.B. afrikanische Kirchengemeinden) im Unterschied zu ‚Zielgruppen‘ oder epidemiologischen Risikogruppen,
- die Ermöglichung von sensibler Forschungspraxis und Gesundheitsarbeit in Form von Diversitätsorientierung anstelle Tendenzen zum *othering*.

Literatur- und Quellenangaben:

Bär, G./Schaefer, I. (2021): Community Health und partizipative Forschung. In: Henning Schmidt-Semisch und Friedrich Schorb (Hrsg.), Public Health. Disziplin – Praxis – Politik, Wiesbaden: Springer, S. 259-284.

World Health Organisation (WHO) (1998). Health Promotion Glossary.
<https://www.who.int/publications-detail/health-promotion-glossary> (S. 5). Zugegriffen: 15.04.2021.

Barlösius, E. (2004): Ungleichheitstheorien und Sozialstrukturanalyse - eine Einführung. In dies.: Kämpfe um soziale Ungleichheit. Machttheoretische Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag, S. 11 - 26.

Kontakt

Prof. Dr. Gesine Bär
 Alice Salomon Hochschule Berlin
 Alice Salomon Platz 5
 12627 Berlin
baer@ash-berlin.eu
<https://www.ash-berlin.eu/hochschule/lehrende/professor-innen/prof-dr-gesine-baer/>

Prof. Dr. Annika Frahsa
 Universität Bern
 Institut für Sozial- und Präventivmedizin
 Mittelstr. 43
 CH-3012 Bern
annika.frahsa@ispm.unibe.ch