

Präventionspolitik in Deutschland

Chancen und Herausforderungen für die Soziale Arbeit

PROF. DR. ALFONS HOLLEDERER

ist Professor für Theorie und Empirie des Gesundheitswesens am Institut für Sozialwesen der Universität Kassel.

alfons.hollederer@uni-kassel.de
www.uni-kassel.de/go/gesundheit

Die Soziale Arbeit ist nicht nur unverhältnismäßig stark von Covid-19 betroffen (gewesen), sondern auch Burnoutgefährdet. Die Gesundheitsförderung gewinnt daher für die Soziale Arbeit selbst, aber auch in ihren Praxisfeldern stark an Bedeutung. Die soziallagenbezogene Gesundheitsförderung stellt eine der wichtigsten Zukunftsaufgaben in der Präventionspolitik dar.

»Vorbeugen ist besser denn heilen«

Der alte Präventionsgrundsatz trifft im Sozial- und Gesundheitswesen nicht nur für Patientinnen und Patienten bzw. die Klientel, sondern auch auf die Sozialberufe selbst zu. Das zeigt sich schmerzhaft im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen in der Corona-Pandemie. Wie die Routinedaten in den Gesundheitsreports der gesetzlichen Krankenversicherungen belegen, sind die Sozialberufe am stärksten von Covid-19 betroffen, dicht gefolgt von den Gesundheits- und Pflegeberufen. In der Berufsgruppe »Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege« gingen 16,5 % der Arbeitsunfähigkeitsfälle auf eine Covid-19-Diagnose im Jahr 2020 nach dem BKK Gesundheitsreport 2021 (BKK 2021) zurück. Die Arbeitsunfähigkeitsanalysen zu Covid-19-Diagnosen legen auch die besonders betroffenen Wirtschaftsgruppen offen: 1. Kindergärten und Vorschulen, 2. Arztpraxen, 3. Alten- und Behindertenwohnheime, 4. Pflegeheime, 5. Krankenhäuser etc. (BKK 2021)

Die Ausbrüche und COVID-19-Fälle sind nach § 33 Infektionsschutzgesetz (IfSG) für Kitas, Kinderhorte, Schulen und sonstige Ausbildungseinrichtungen, Heime und Ferienlager meldepflichtig. Dies bezieht sich sowohl auf die betreuten Menschen als auch auf das Personal. Bis zum 16.07.2021 wurden offiziell 987 Tätige dieser Einrichtungen mit COVID-19 als hospitalisiert und 37 als verstorben an das Gesundheitsamt gemeldet (RKI 2021). Es geht

damit auch um vermeidbare, vorzeitige Sterblichkeit.

Das volle Ausmaß der gesundheitlichen Konsequenzen ist mit Blick auf Post-Covid und Berufskrankheiten noch nicht absehbar. Die Corona-Pandemie ist die größte Gesundheitskrise zu Lebzeiten. Das Ende ist noch offen und eine weitere Corona-Pandemie-Welle wird erwartet. Die Sozial- und Gesundheitsberufe sind soziale Interaktionsberufe mit vielen Kontakten zu anderen Menschen und damit per se von Infektionskrankheiten gefährdet. Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen in der Corona-Pandemie wirft jedoch tiefergehende Fragen zur Verhaltensprävention, aber auch der Verhältnisprävention hinsichtlich betrieblichem Infektionsschutz, Hygiene- und Belüftungskonzepten, betriebsmedizinischer Versorgung und persönlicher Schutzausrüstung auf. Das Sozialwesen war schlecht auf die Corona-Pandemie vorbereitet, die schonungslos die Defizite im System aufdeckte. Dabei hätte das Sozialwesen durch frühere Pandemien gewarnt sein müssen, insbesondere nach dem Auftreten des Influenza-A-Virus H1N1 (»Schweinegrippe«) in 2009. Damals wie heute gilt: »Nach der Pandemie ist vor der Pandemie! Welche Lehren werden aus diesen Gesundheitskrisen gezogen? Ist die vorhandene personelle und organisationale Gesundheitskompetenz im Sozialwesen angemessen? Die hohen Covid 19-Infektionsraten der Sozialberufe müssen Rückwirkung auf die Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention haben!

Die überproportional hohe Morbiditätslast der Sozial- und Gesundheitsberufe beschränkt sich jedoch nicht nur auf Covid-19 und Krankheiten des Atmungssystems. Wie die Abbildung demonstriert, hat bei AOK-versicherten Sozialarbeitenden die Diagnosestellung Burnout während der Corona-Pandemie in Deutschland so zugenommen, dass sie erstmals die am häufigsten betroffene Berufsgruppe in dieser Gesundheitsstatistik darstellen. Die näheren Ursache-Wirkungszusammenhänge sind noch unerforscht. Die sich stark verschlechternden Arbeitsbedingungen unter Pandemiebedingungen, Corona bedingte Sorgen und hohe Covid-19-Infektionsraten wären allerdings plausibel und theoriekonform mit Anforderungs-Kontroll-Modellen zu Burnout. Die Steigerung der Arbeitsunfähigkeitstage je Fall in der Abbildung deutet auf schwerwiegendere Krankheitsverläufe hin. Wie eine Auswertung der repräsentativen BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018 von Holleder (2022) ergab, waren die Sozialarbeitenden schon vor der Corona-Pandemie signifikant häufiger emotional erschöpft als andere Berufe in Deutschland. Abhilfe könnten die gesetzlich vorgegebenen Gefährdungsanalysen leisten, die aber in Deutschland bisher wenig implementiert wurden. Im Vorfeld könnte auch Gesundheitsförderung ansetzen.

»Nach der Pandemie ist vor der Pandemie«

Die Gesundheitsförderung zielt nach der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1986 »auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.« Dieser Prozess ist an den Lebenswelten orientiert. Die Gesundheitsförderung hat Alltags- und Arbeitsweltbezug. Die Handlungsprinzipien der Gesundheitsförderung sind Empowerment, Partizipation, Vernetzung und Interessensvertretung. Sie sind kompatibel zur Sozialen Arbeit, weil sie sich an deren professionellen Methoden implizit anlehnen.

Prävention und Gesundheitsförderung bieten als Handlungsansatz einerseits große Chancen in der Sozialen Arbeit, bergen andererseits Herausforderungen, auf die nachfolgend eingegangen wird.

Betriebliche Gesundheitsförderung für alle

Die obigen empirischen Befunde lassen einen sehr großen Bedarf an Betrieblicher Gesundheitsförderung und integriertem Gesundheitsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen erkennen. Die

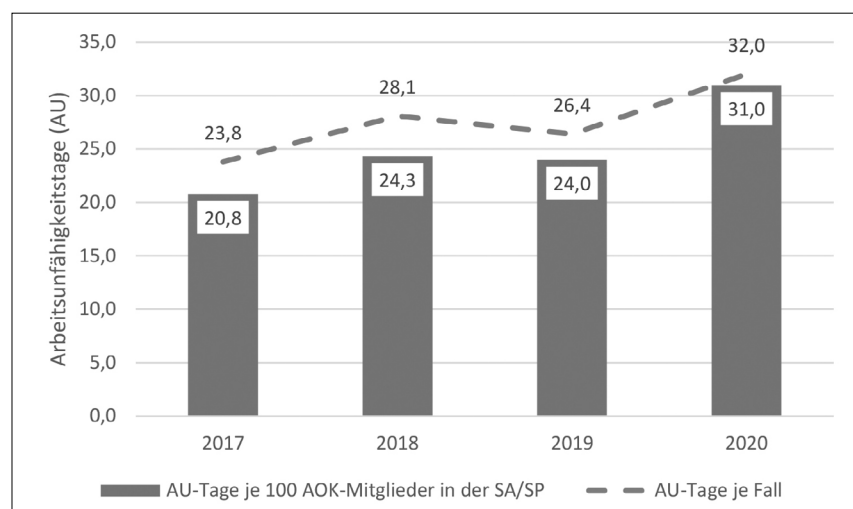
Betriebliche Gesundheitsförderung wurde in Deutschland erst 1989 als Handlungsauftrag der Gesetzlichen Krankenversicherung im § 20 SGB V verankert. Sie ergänzt den gesetzlich vorgegebenen Arbeits- und Gesundheitsschutz durch freiwillige Aktivitäten von Arbeitgebern und Erwerbstätigen. Die Effektivität und Effizienz der Betrieblichen Gesundheitsförderung gilt als wissenschaftlich abgesichert. Eine Sekundäranalyse von Holleder (2021a) der BIBB-/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018 zeigt eine moderate Ausbreitung der Betrieblichen Gesundheitsförderung bei zurückgehender Inanspruchnahme in Deutschland. Die Betriebliche Gesundheitsförderung wird aber nur circa der Hälfte der Erwerbstätigen angeboten, die es dann mehrheitlich wahrnehmen. In der Betrieblichen Gesundheitsförderung ist lediglich eine Minderheit der Betriebe in Deutschland engagiert. Die Umsetzung der Betrieblichen Gesundheitsförderung liegt auch im Gesundheits- und Sozialwesen (Holleder 2021a) und speziell bei Sozialarbeitenden (Holleder 2022) nicht viel über dem Durchschnitt.

Arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken sind sozial ungleich verteilt. Die Arbeitsunfähigkeitsanalysen der Krankenkassen belegen gesundheitliche Ungleichheiten in der Arbeitswelt. Die krankheitsbedingten Fehlzeiten von Erwerbstätigen liegen nach dem BKK Gesundheitsreport 2021 umso niedriger, je höher die Schul- bzw. Berufsabschlüsse sind (BKK 2021). Betriebliche Gesundheitsförderung ist deshalb besonders wichtig. Die BIBB-/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018 (Holleder 2021a) zeigt jedoch große Disparitäten in der Betrieblichen Gesundheitsförderung nach Betriebsmerkmalen und soziodemografischen Charakteristika auf. Kleinst- und Kleinbetriebe beteiligen sich relativ wenig. Erwerbstätige mit niedrigem sozioökonomischen Status werden schlecht von Angeboten der Betrieblichen Gesundheitsförderung erreicht. Gesundheitsförderung ist offenbar mit der »Gesundheitskultur« im Betrieb verbunden und korreliert mit der Arbeitszufriedenheit.

Gesundheitsförderung in der Sozialen Arbeit

Prävention und Gesundheitsförderung ist in vielen Praxisfeldern der Sozialen Arbeit von großer Relevanz. »Klassische« Hand-

Abbildung: Burnout-bedingte Fehlzeiten bei Berufen in der Sozialarbeit und Sozialpädagogik in Deutschland



Anmerkung: AU-Tage und -Fälle mit der ICD 10 Zusatz-Diagnosegruppe Z73. Eigene Darstellung.

Datenquellen: Badura, B. et al. (2018-2021): Fehlzeitenreport 2018(-2021). Berlin: Springer-Verlag.

lungsfelder der Sozialen Arbeit sind hier die Suchtprävention in den Kommunen oder die kommunale Gesundheitsförderung im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Die Soziale Arbeit ist prädestiniert für die Gesundheitsförderung in den nach § 20a SGB V benannten Lebenswelten, insbesondere in Kindertageseinrichtungen, sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, in Schulen sowie Lebenswelten älterer Menschen. Hier geht es um die Verbesserung der gesundheitlichen Situation und die Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten. Das Gesetz sieht auch im Interesse von arbeitsuchenden Menschen, deren berufliche Eingliederung auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen besonders erschwert ist, eine engere Zusammenarbeit der gesetzlichen Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit bzw. den Grundsicherungsstellen vor. In den letzten Dekaden entwickelte sich die arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung bei Qualifizierungs- und Beschäftigungsträgern (Hollederer 2021b). Bezüge zur Gesundheitsförderung gibt es darüber hinaus in der Schulsozialarbeit, Flüchtlingssozialarbeit und Betriebssozialarbeit. Seit kurzem ist auch die Gesundheitsförderung mit und für Menschen mit Behinderungen (und nicht nur für Gesunde) als Krankenkassenaufgabe möglich. Eine weitere Innovation ist die Entwicklung der Gesundheitsförderung in der stationären Pflege.

Neben dem so genannten »Setting-Ansatz« der Gesundheitsförderung, der auch auf die Personal- und Organisationsentwicklung abzielt, ist für die Soziale Arbeit der Individualansatz nach § 20 SGB V interessant. Dabei handelt es sich um Präventionskurse zu den Bereichen Bewegungsgewohnheiten, gesunde Ernährung, Stressbewältigung/Entspannung und Suchtmittelkonsum. Im Jahr 2020 förderten die gesetzlichen Krankenkassen über eine Million Teilnahmen an individuellen Kursangeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland. Die Vorgaben für die Qualifikation der Kursleitungen umfassen wichtige personale Kompetenzen und Fachkompetenzen. Die personalen Kompetenzen werden über den staatlich anerkannten handlungsfeldbezogenen Studien- oder Berufsabschluss nachgewiesen. Bei der geforderten fachwissenschaftlichen Kompetenz gibt es eine inhaltliche Schnittmenge mit Sozialpädagogik.

Zentrale Herausforderungen in der Präventionspolitik

Das Präventionsgesetz 2015 hat zu einem systematischen Ausbau der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland in den letzten Jahren beigetragen. Das reichte von der Etablierung neuer Präventionsstrukturen und der nationalen Präventionsstrategie über die Ausweitung der Präventionsbudgets bis hin zur trägerübergreifenden Präventionsberichterstattung.

Trotz dieser Erfolge sind zentrale Herausforderungen in der Präventionspolitik geblieben. Dazu zählen

- a) die Koordination und Steuerung,
- b) heterogene Konzept-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität,
- c) die Dominanz verhaltensorientierter Präventionsansätze und
- d) der Erreichungsgrad von sozial benachteiligten Menschen.

Die Gesundheitsförderung hat häufig Probleme, vulnerable soziale Zielgruppen zu erreichen. Die Soziale Arbeit dagegen beschäftigt sich per Auftrag mit »Hard to reach«-Personengruppen. In diesem Bereich sind methodisch folgende Herangehensweisen empfohlen (Hollederer 2020):

1. Die proaktive Öffnung von Gesundheitsförderungsangeboten für sozial benachteiligte Zielgruppen: Hier braucht es als Voraussetzung eine Sensibilisierung der Verantwortlichen für die Diversität in den Zielgruppen, um die vorhandenen Möglichkeiten in ihrer vollen Bandbreite zu nutzen. Bisher adressierten die Settings und Inhalte der Gesundheitsförderung die sozial benachteiligten Zielgruppen wenig. Selbstbeteiligung, Vorauslage und Gebühren sind ebenso wie wohnortferne Angebote praktische Hemmnisse bei der Inanspruchnahme.
2. Übertragungen von evidenzbasierten Gesundheitsförderungsansätzen auf vulnerable Zielgruppen mit spezifischen Angeboten: Die Herausforderungen liegen vor allem darin, die Konzepte auf die sozial benachteiligten Zielgruppen und ihre Lebenswelten hin passgenau zu spezifizieren. Die Weiterentwicklung erfordert die Partizipation der Zielgruppe, gute Kenntnisse ihrer sozialen Lage sowie auch Forschung über differenzielle Wirkungsweisen.

Soziallagenbezogene Gesundheitsförderung stärken

Eine der größten Herausforderungen liegt derzeit in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. Es ist wissenschaftlich abgesichert, dass bei Personengruppen mit niedrigem sozioökonomischem Status die höchsten Risiken für Morbidität und vermeidbare Mortalität und damit unausgeschöpftes Präventionspotenzial bestehen. Der § 20 SGB V Abs. 1 legt deshalb für die Krankenkasse fest, dass die Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung »insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen und kind- und jugendspezifische Belange berücksichtigen [sollen].«

Trägt die Gesundheitsförderung zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen in Deutschland tatsächlich bei? Diese zentrale Fragestellung lässt sich seit ihrer Verankerung als Krankenkassenaufgabe in § 20 SGB V mit den Daten im etablierten Berichtssystem derzeit nicht befriedigend beantworten. Die großen Fragen zur soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung sind daher noch offen (Hollederer 2020):

- Wie viele sozial Benachteiligte werden absolut und relativ in Deutschland erreicht?
- Welche Zielgruppen partizipieren nicht?
- Welche Gesundheitseffekte werden erzielt?
- Gibt es differenzielle Wirkungsweisen zwischen verschiedenen sozialen Gruppen?
- Welche Maßnahmenarten und Settings werden in welcher Interventionsstärke und Qualität durchgeführt?
- Wie ist die regionale Verteilung, die Bedarfs- und Bedürfnisgerechtigkeit?
- Wie ist die Kosten-Nutzen-Relation?

Diese Fragen richten sich nicht nur an die gesetzliche Krankenversicherung, sondern im Wesentlichen an alle Präventionsträger. Die Antworten sollten in den zukünftigen Präventionsberichten der Nationalen Präventionskonferenz zusammengeführt werden.

Bei der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung kommt der Sozialen Arbeit ein weiteres Mandat im Sinne

der WHO-Charta (1986) zu: Interessen anwaltschaftlich vertreten. In der Präventionspolitik fehlt eine starke Stimme für soziale Zielgruppen. Die ist aber notwendig, da es im doppelten Wettbewerb um »gute Versichertenrisiken« zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und der privaten Krankenversicherung um freiwillig Versicherte marketing-orientierte Fehlanreize im System gibt.

Fazit

Die Prävention und Gesundheitsförderung gewinnt für die Soziale Arbeit stark an Bedeutung. Das betrifft sowohl die Soziale Arbeit selbst als auch ihre Zielgruppen. Ihre Umsetzung erfordert eine wesentlich stärkere Mitverantwortung und Mitwirkung im Sinne der Hand-

lungsprinzipien der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (WHO, 1986) mit 1. Interessen vertreten, 2. befähigen und ermöglichen sowie 3. vermitteln und vernetzen. Die soziallagenbezogene Gesundheitsförderung stellt eine große Zukunftsaufgabe dar. ■

Literatur

Badura, B. et al. (2018-2021): Fehlzeitenreport 2018 (-2021). Berlin: Springer-Verlag.

Hollederer, A. (2020): Trotz sinkender Erwerbslosigkeit steigende Herausforderungen in der Gesundheitsförderung. In: *impulse*, 106, 14-15.

Hollederer, A. (2021a): Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland für alle? Ergebnisse der BIBB-/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018. In: *Das*

Gesundheitswesen (efirst). <https://doi.org/10.1055/a-1658-0125>

Hollederer, A. (Hg.) (2021b):

Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. Fachhochschulverlag, Frankfurt a.M.

Hollederer, A. (2022): Working conditions, health and exhaustion among social workers in Germany. In: *European Journal of Social Work*, Ahead-of-print, pp. 1-12. <https://doi.org/10.1080/13691457.2022.2063813>

Knieps, F. / Pfaff, H. (2021): Krise – Wandel – Aufbruch: BKK-Gesundheitsreport 2021. BKK-Dachverband. Berlin.

Robert Koch Institut (RKI) (2021): Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). 16.07.2021 – aktualisierter Stand für Deutschland. Berlin.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Genf.