

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department: Soziale Arbeit

Studiengang: B.A. Soziale Arbeit

Lebensweltorientierte Gesundheitsförderung und Prävention für und mit Menschen im Party- und Festivalsetting

Zur Anschlussfähigkeit des § 20a SGB V im Spannungsfeld sozialpädagogischer
Lebensweltorientierung und rauschbezogener Freizeitkulturen

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 05.06.2025
Vorgelegt von: Sophie Catherine Keßler
Matrikelnr.: 
Adresse: 

Betreuende Prüferin: Grit Lehmann
Zweiter Prüfer: Prof. Dr. phil. Jens Weidner

Inhaltsverzeichnis

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG	1
2. GESUNDHEIT UND KRANKHEIT IM GESELLSCHAFTLICHEN KONTEXT	2
2.1 VON DER PRÄVENTION ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG	3
2.1.1 DIE KRANKHEITSPRÄVENTION: RISIKOMINIMIERUNG UND KOMPETENZSTÄRKUNG	4
2.1.2 DIE GESUNDHEITSFÖRDERUNG: LEBENSWELT UND RESSOURCENORIENTIERUNG	5
2.2 GESETZLICHE RAHMENBEDINGUNGEN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION	6
2.3 SOZIALE FAKTOREN UND IHRE ROLLE FÜR DIE GESUNDHEIT UND KRANKHEIT	7
2.4 GESUNDHEIT IN EIGENVERANTWORTUNG DER MENSCHEN	10
2.5 ZIELGRUPPENSPEZIFISCHE PRÄVENTION: HERAUSFORDERUNGEN UND SOZIALE IMPLIKATIONEN	11
3. DAS PRÄVG ZUR STÄRKUNG DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION	12
3.1 FINANZIERUNG UND UMSETZUNG DES PRÄVG	13
3.2 DIE LEBENSWELT IN §20A SGB V	14
3.3 ENTWICKLUNGSBEDARF DER LEBENSWELTORIENTIERTEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG	15
4. LEBENSWELTORIENTIERTE GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION	16
4.1 DIE GESUNDHEIT IM MODELL DER PRODUKTIVEN REALITÄTSVERARBEITUNG	16
4.1.1 ENTWICKLUNGSAUFGABEN IM MODELL DER PRODUKTIVEN REALITÄTSVERARBEITUNG	17
4.1.2 KRITISCHE EINORDNUNG DES MODELLS	18
4.2 DIE LEBENSWELTORIENTIERUNG DER SOZIALEN ARBEIT	19
4.2.1 DAS GESUNDHEITSVERSTÄNDNIS DER LEBENSWELTORIENTIERUNG	21
4.2.2 SUBSTANZKONSUM UND DROGENPRÄVENTION ALS TEIL EINER ALLTAGSBEWÄLTIGUNG	22
4.2.3 HERAUSFORDERUNGEN UND GRENZEN DER LEBENSWELTTHEORIE	23
4.3 PERSPEKTIVEN DER PRODUKTIVEN REALITÄTSVERARBEITUNG UND LEBENSWELTORIENTIERUNG IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION	25
5. THEORETISCHE BETRACHTUNG DES PARTYSETTINGS	27
5.1 FESTE ALS RÄUME DER GEGENWART, EKSTASE UND IDENTITÄTSBILDUNG	27
5.1.1 VOM FEST ZUR MASSENPRODUKTION: KULTURINDUSTRIE IM ZEITALTER DER EVENTISIERUNG	29
5.1.2 HETEROTOPIEN DER CLUBKULTUR	30
5.2 SOZIALE BEZIEHUNGEN: ZUGÄNGE ZU VERGEMEINSCHAFTUNGEN IM PARTYKONTEXT	31
5.2.1 SZENEGEMEINSCHAFTEN IM PARTYKONTEXT	32
5.2.2 GEMEINSCHAFTSBILDUNG AM BEISPIEL DER TECHNOSZENE	34
5.2.3 TEMPORÄRE FORMEN DER VERGEMEINSCHAFTUNG	36
5.3 DISKUSSION: RAUM, ZEIT UND SOZIALE BEZIEHUNGEN IM PARTYSETTING	39

6.	<u>GESUNDHEIT IN DER LEBENSWELT VON PARTYGÄNGER:INNEN</u>	40
6.1	RITUALISIERUNG DES RAUSCHES	41
6.2	SUBSTANZKONSUM ZWISCHEN NORMALITÄT UND RISIKO	42
6.3	ILLEGALE SUBSTANZEN UND DIE SOZIALE DIMENSION VON GESUNDHEIT	44
6.4	ZWISCHENFAZIT	46
7.	<u>LEBENSWELTORIENTIERTE GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION IM PARTYSETTING</u>	47
7.1	DROGENPRÄVENTION ZWISCHEN ÖFFENTLICHER VERANTWORTUNG UND FREIER TRÄGERSCHAFT	47
7.2	GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN SELBSTORGANISATION VON TECHNIDEN PARTYPROJEKTEN	49
7.3	RECHTLICHER RAHMEN: § 20A SGB V UND SEINE BEDEUTUNG FÜR DAS PARTYSETTING	51
8.	<u>FAZIT</u>	53
	<u>LITERATURVERZEICHNIS</u>	55

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: „Suck on this!": Comic zum Gesundheitsverständnis in der Technopartyszene (Bringmann/ Kopetzki 2025).....	1
---	---

Abkürzungsverzeichnis

BtmG	Betäubungsmittelgesetz
BzGA	Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
KV	Krankenversicherung
MDMA	Hauptbestandteil von Ecstasy-Tabletten
NpSG	Neues-psychoaktive-Substanzen-Gesetz
PrävG	PräventionsGesetz
RKI	Robert-Koch-Institut
StVO	StraßenVerkehrsordnung
SGB	Sozialgesetzbuch
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1. Einleitung

Feste, Feiern und Partys sind für viele Menschen ein zentraler Bestandteil ihrer Freizeitgestaltung und sozial-kulturellen Teilhabe. Sie erfüllen im urbanen Raum nicht nur eine bedeutende Funktion innerhalb der Kulturwirtschaft, sondern stellen auch spezifische Sozialräume dar, in denen Zugehörigkeit, Ausdruck und Gemeinschaft erlebt werden. Allgemein verfolgt die Soziale Arbeit das Ziel, das Wohlbefinden von Menschen zu fördern – unter Prinzipien wie Partizipation, Empowerment und Sozialraumorientierung (vgl. DBSH 2016, 2). Sie ist demnach dazu befähigt, die individuellen und sozialen Ressourcen auch in spezifischen Milieus wie der Partykultur zu erkennen und zu stärken. Schroers beschreibt die Lebenswelt von Partygänger:innen insbesondere als „In between Situation“ (Schroers 2005, 212) – sie leben zum einen in „einem erlebnisintensiven »Partykosmos« und zum anderen in der von einigen jungen Menschen [...] resignativ erlebten Alltagswelt“ (ebd.). In dieser Zwischenwelt spielen neben Musik und Tanz auch psychoaktive Substanzen eine zentrale Rolle für das individuelle Erleben und die Gestaltung der kollektiven Räume (vgl. Damm/Drevenstedt 2020, 20), was zugleich gesundheitliche Risiken birgt. Eine satirische

Comiczeichnung der technoszenenahen Künstler Bringmann und Kopetzki veranschaulicht auf humorvolle Weise genau diese Spannungsverhältnisse: Das Wochenende in Feierkulturen steht einerseits sinnbildlich für rauschhafte Erlebnisse und andererseits für ein Ausbrechen aus den verhandelten und verinnerlichten Gesundheitsmaximen – wenn dieses Ausbrechen die Herstellung eben jenes Erlebnisses stützt (Bringmann/Kopetzki 2025). Diese Darstellung verweist darauf, wie Gesundheit in der freizeitlich geprägten Partykultur in einer Ambivalenz zu gesellschaftlich etablierten Werten verhandelt wird – und unterstreicht die Notwendigkeit, sich im Rahmen Sozialer Arbeit und des offenen Gesundheitswesens mit der Lebenswelt von

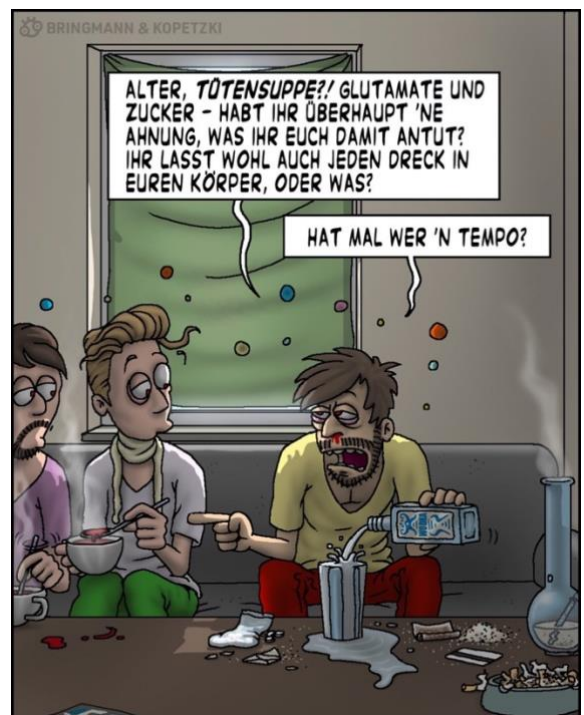


Abb. 1: Suck on this! [sic] (Bringmann/ Kopetzki 2025)

Partygänger:innen gezielt auseinanderzusetzen um Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention so zu gestalten, dass sie an den Alltag und die Lebensrealitäten dieser Zielgruppe anschlussfähig sind.

2015 wurde mit dem Präventionsgesetz (PrävG) und insbesondere §20a SGB V eine gesetzliche Grundlage geschaffen, die explizit auf lebensweltbezogene Gesundheits-

förderung zielt. Die zentrale Fragestellung dieser Bachelorarbeit lautet daher: Inwieweit kann § 20a SGB V als Grundlage für die lebensweltorientierte Gesundheitsförderung und Prävention in Partysettings genutzt werden? Angesichts der Perspektive der Lebensweltorientierung offenbart sich die Notwendigkeit der Befassung mit der sozialen Prägung des individuellen sowie kollektiven Gesundheitsverhaltens innerhalb der Vergemeinschaftungen des Partysettings. Die Arbeit widmet sich daher ebenfalls der Frage, inwiefern sich diese Verhaltensweisen im Spannungsfeld der Lebenswelt und einer institutionalisierten Prävention und Gesundheitsförderung begreifen lassen.

Die vorliegende Arbeit ist eine theoriegeleitete Literaturarbeit. Sie stützt sich insbesondere auf die Lebensweltorientierung nach Thiersch sowie ergänzend auf das Modell der produktiven Realitätsverarbeitung nach Hurrelmann. Diese theoretischen Zugänge dienen dazu, das Partysetting als spezifische Lebenswelt im differenzierten Spannungsfeld zwischen Umwelt und Individuum zu analysieren. Im Anschluss an die theoretische Fundierung erfolgt eine lebensweltorientierte Analyse des Partysettings entlang seiner räumlichen, sozialen und zeitlichen Dimensionen. Darauf aufbauend werden Gesundheitsverhalten, gesundheitliche Risiken und Ressourcen im Kontext rauschhafter Freizeitgestaltung beleuchtet. Abschließend wird diskutiert, inwiefern aktuelle Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Sinne des § 20a SGB V Potenziale, aber auch Grenzen aufweisen – insbesondere im Hinblick auf ihre Wirksamkeit und Passung zu den Lebensrealitäten von Partygänger:innen.

2. Gesundheit und Krankheit im gesellschaftlichen Kontext

„Gesundheit ist kein eindeutig definierbares Konstrukt. [...] Ebenso wie Krankheit wird Gesundheit individuell *und* sozial produziert, konstruiert und organisiert“ (Franzkowiak/Hurrelmann 2022). Franzkowiak und Hurrelmann betonen damit die vielschichtige Entstehung von Gesundheit und Krankheit im Zusammenspiel individueller, sozialer und gesellschaftlicher Faktoren. Ebenso verdeutlichen sie sowohl die Nähe zu kollektiven Werten und Normen als auch die aktive Rolle des Individuums in deren Aushandlung. Gesundheit ist für sie damit ein „relatives und relationales Phänomen“ (ebd.), welches auf kulturellen, gesellschaftspolitischen und ökologischen Ebenen fortlaufend reproduziert und neu verhandelt wird (vgl. ebd.). Im Gegensatz zu dieser umfassenden Perspektive dominiert in der klassischen Gesundheitsversorgung sowie in der Theorie und Praxis der Medizin das biomedizinische, pathogenetische Erklärungsmodell der Gesundheits- und Krankheitsentstehung. Dieses konzentriert sich primär auf messbare Erreger und physiologische Ursachen, die zum Erhalt von Gesundheit oder der Entstehung von Krankheit beitragen. Allerdings erweist sich dieses Modell insbesondere bei der Diagnose und Behandlung nicht-übertragbarer sowie psychischer Erkrankungen als

unzureichend. Auch ist es nicht in der Lage, soziale oder gesellschaftliche Rahmenbedingungen auf die Krankheitsentstehung zu berücksichtigen (vgl. Holst 2022). In solchen Fällen bieten biopsychosoziale Modelle eine erweiterte Perspektive, da sie biologische, psychologische und soziale Faktoren gleichermaßen berücksichtigen und deren Wechselwirkungen analysieren (vgl. Pauls 2013, 18/Beushausen 2024).

Obwohl biopsychosoziale Ansätze von vielen Akteur:innen im Gesundheits- und Sozialwesen vertreten werden, zeigt sich in der Praxis häufig eine selektive Anwendung je nach fachlicher Ausrichtung. So wird in der Psychotherapie der Einfluss sozialer Faktoren mitunter vernachlässigt, während in der Sozialen Arbeit biologische und psychologische Aspekte eine geringere Rolle spielen (vgl. Pauls 2013, 18-20). Die unterschiedlichen Gesundheits- und Krankheitsmodelle zeigen, dass es keine einheitliche Begriffsbestimmung gibt. Vielmehr spiegeln sie verschiedene theoretische und praktische Perspektiven wider, die biologische, soziale und kulturelle Prozesse in unterschiedlichem Maße berücksichtigen. Erkennbar wird, dass die Themen Gesundheit und Krankheit nicht nur von der medizinischen Wissenschaft und Praxis geprägt werden, sondern durch Individuen sowie durch Akteur:innen aus dem Sozialwesen, der Psychologie, der Politik und dem allgemeinen gesellschaftlichen Diskurs fortlaufend verhandelt werden.

2.1 Von der Prävention zur Gesundheitsförderung

Die Bedeutung prophylaktischer Maßnahmen als wesentliches Mittel zur Erhaltung der Gesundheit erkannte Hippokrates bereits in der Antike (vgl. Werdecker/Esch 2021, 161). Der Begriff der „Krankheitsprävention“ fand jedoch erst im 19. Jahrhundert öffentliche Beachtung. Das Ziel der Prävention wurde darin gesehen, das Entstehen von Krankheiten durch ein Zurückdrängen ihrer Ursachen zu verhindern. Dabei standen zunächst naturwissenschaftliche und medizinische Erklärungsmodelle im Fokus, auch wenn die Auswirkungen belastender Lebens- und Arbeitsverhältnisse auf die Entstehung von Krankheiten zunehmend diskutiert wurden (vgl. Hurrelmann/Klotz/Haisch 2014, 13f.). Im Gegensatz zur Krankheitsprävention greift der neuere Ansatz der Gesundheitsförderung weiter: Er rückt gesundheitspolitische Diskurse in den Vordergrund, die Gesundheit nicht mehr auf eine bloße Abwesenheit von Krankheit definieren, sondern die biopsychosozialen Einflüsse auf die Krankheitsentstehung berücksichtigen (vgl. ebd.). Eine zentrale Akteurin stellt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) dar, welche den Diskurs um die Gesundheit und die Gesundheitsförderung seit Mitte des 20. Jahrhunderts begleitet (vgl. Hurrelmann/Richter 2013, 148f.). Sie beschreibt Gesundheit als einen „Zustand des völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens“ (World Health Organization 2005, 1 - Übersetzung von S.K.). Sowohl die Prävention als auch die Gesundheitsförderung haben das Ziel eines Gesundheitsgewinns. Die Krankheitsprävention bedient sich hierbei

weitestgehend der biomedizinisch-naturwissenschaftlichen Deutung und adressiert vorrangig die Verhinderung des Ausbruchs, während die Gesundheitsförderung sozialwissenschaftlichen Perspektiven entspringt und eine allgemeine Besserung des Wohlbefindens durch die Stärkung von Ressourcen anstrebt (vgl. Hurrelmann et al. 2014, 27f.).

Der Entwicklung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sollte jeweils eine Befassung mit den Einflüssen auf das jeweilige Gesundheits- und Krankheitsverhaltens vorangehen. Verhaltensweisen, welche einen positiven, als auch negativen Einfluss auf die Gesundheit der Menschen nehmen können, erwähnt Faltermaier dabei insbesondere in Bezug auf den Schlaf, die Ernährung, dem Tabak- und Alkoholkonsum, dem individuellen Sexualverhalten und der Menge und Art an Bewegung. Diese Faktoren können beispielsweise im negativen Sinne zur Entwicklung chronisch-degenerativer Erkrankungen beitragen. Eine Beeinflussung des Krankheits- und Gesundheitsverhaltens zielt folgend darauf ab, Menschen zu einem gesunden Lebensstil zu befähigen und zeitgleich Verhaltensrisiken zu minimieren, um die Erkrankungs- und Sterblichkeitsraten innerhalb der Bevölkerung zu verringern. Voraussetzung für die Änderung des Verhaltens ist im Kern abhängig von der individuellen Wahrnehmung des Risikos, daraus ableitend einer Absicht der Änderung in Verbindung zu einer positiven Erwartung an das Ergebnis und an die Umsetzbarkeit (vgl. Faltermaier 2024). Auch muss die „Umsetzung der Verhaltensziele konkret geplant und kontrolliert werden“ (ebd.) und bedarf einer Selbstreflexion sowie einer Beachtung etwaiger Hürden. Da das Gesundheitsverhalten auch durch soziale Strukturen geprägt ist, benötigt der Prozess zudem den Einbezug des sozialen Umfeldes (vgl. Faltermaier 2024).

2.1.1 Die Krankheitsprävention: Risikominimierung und Kompetenzstärkung

Die Krankheitsprävention erfordert ein fundiertes Wissen über Risikofaktoren, die die Entstehung von Erkrankungen begünstigen. Auf dieser Grundlage werden spezifische Maßnahmen abgeleitet, welche die Ausbreitung von Krankheiten verhindern sollen (vgl. Hurrelmann et al. 2014, 13f.). Zur Argumentation von Maßnahmen werden statistische Daten herangezogen, welche die Verbreitung von Erkrankungen in (Sub-)Populationen aufzeigen. Genetische, physiologische und psychische Ursachen nehmen dabei Einfluss auf den Verlauf und die Entstehung von Erkrankungen. Bestimmte Verhaltensweisen, andauernde psychische Belastungen, Stress und ökologische Ursachen wie Umweltgifte können zudem einen Krankheitsverlauf verursachen und beeinflussen (vgl. Hurrelmann/Richter/Klotz/Stock 2018, 26).

Strategisch unterschieden werden kann zwischen verhaltens- und verhältnispräventiven Interventionen. Die Verhaltensprävention befasst sich mit dem individuellen (Risiko-

)Verhalten, den Risiken und der Beeinflussung der Motivation von Menschen – beispielsweise durch Kampagnen, Bildungsangebote oder Impfungen. Eine Verhältnisprävention hingegen zielt auf eine Änderung der sozialen, ökologischen, ökonomischen und kulturellen Faktoren ab, um Krankheit zu verhindern. Dies tut sie insbesondere durch Gesetzgebungsmaßnahmen oder durch die Verbesserung von (Arbeits-)Bedingungen. Oftmals wird die Verhaltensprävention als Synonym für die Prävention verwendet und die Verhältnisprävention mit der Gesundheitsförderung übersetzt (vgl. Leppin 2018, 52) – eine trennscharfe Abgrenzung der unterschiedlichen Begriffe besteht demnach nicht. Präventive Maßnahmen zielen nach Hurrelmann auf die direkte „Beeinflussung personaler Faktoren“ (Hurrelmann 2010, 152) ab. Insbesondere in den Bereichen „Gesundheitserziehung, -bildung, -aufklärung und -beratung“ (ebd.) setzt sie sich für die individuelle Stärkung von Kompetenzen ein (vgl. ebd.).

Präventionsmaßnahmen können des Weiteren darin differenziert werden, an welchem Zeitpunkt der Erkrankung sie wirken sollen: Während die primäre Prävention durch die Eliminierung von Risiken bereits vor Entstehung einer Erkrankung wirken soll, interveniert die sekundäre Prävention hingegen erst bei beginnenden Anzeichen einer Erkrankung, um dadurch einen schädigenden Verlauf zu verhindern und die Genesung zu beschleunigen. Typische Maßnahmen einer Primärprävention sind etwa Schutzimpfungen, die Sekundärprävention umfasst beispielsweise Screenings zur Früherkennung sowie Empfehlungen zur Verhaltensanpassung nach Auffälligkeiten, die auf eine Erkrankung oder Belastung hinweisen, um dadurch eine mögliche Manifestation zu verhindern. Bei manifesten Erkrankungen wirkt eine tertiäre Prävention, indem sie Folgeschäden und langfristige Verläufe abmildert (vgl. Franzkowiak 2022a).

2.1.2 Die Gesundheitsförderung: Lebenswelt und Ressourcenorientierung

Die Gesundheitsförderung konzentriert sich in Theorie und Praxis auf eine Verbesserung der sozialen, ökonomischen, politischen und ökologischen Rahmenbedingungen, da diese einen maßgeblichen Einfluss auf die Gesundheit ausüben (vgl. Hurrelmann/Richter 2022). Im Fokus steht die Aktivierung und Stärkung von Ressourcen, um das ganzheitliche Wohlbefinden der Individuen zu fördern (vgl. Hurrelmann et al. 2014, 13f.). Diese ressourcenorientierte Perspektive entspricht dabei dem Konzept der Salutogenese (vgl. Hurrelmann et al. 2018, 27), welches sich mit den Schutzfaktoren befasst, die Krankheiten verhindern oder deren Auswirkungen abmildert. Die Salutogenese geht davon aus, dass Menschen im Alltag kontinuierlich krankheitserregenden Einflüssen ausgesetzt sind, Krankheiten jedoch nur unter bestimmten Bedingungen tatsächlich ausbrechen. Durch diese vielen Faktoren seien Gesundheit und Krankheit eher als dynamisches Kontinuum zu verstehen. Mithilfe einer Stärkung von Schutzfaktoren sollen demnach Bedingungen

geschaffen werden, welche das Individuum im Gesundheitserhalt positiv beeinflussen (vgl. Antonovski 1997, 29f.). Antonovski bezeichnet Schutzfaktoren in diesem Zusammenhang als „Quellen der negativen Entropie, die die aktive Adaption des Organismus an seine Umgebung erleichtern können“ (ebd., 30): also solche, die dem Individuum innerhalb der Unordnung seiner Umwelt Hilfen zur Ordnung und Anpassung bieten und daher die Herstellung eines Gleichgewichts erleichtern. Diese Schutzfaktoren zielen demnach nicht nur auf eine Verbesserung biomedizinischer Aspekte der Gesundheit ab, sondern beziehen die Lebensbedingungen der Menschen mit ein. Für Hurrelmann et al. entsprechen Schutzfaktoren insbesondere den sozialen, wirtschaftlichen und ökologischen Bedingungen, den psychischen Dispositionen und Verhaltensweisen (vgl. Hurrelmann et al. 2018, 27). Eine Gesundheitsförderung zielt demnach, anders als die (Verhaltens-)Prävention, nur indirekt auf das gesundheitsbezogene Verhalten der Individuen ab. Hurrelmann erwähnt hierzu die vorrangige Förderung der sozialen Bedingungen für den Gesundheitserhalt (vgl. Hurrelmann 2010, 152) in dem „Ziel einer Stärkung der im Gemeinwesen und in den sozialen Organisationen verankerten ‚kollektiven Fähigkeiten‘“ (ebd.). Hurrelmann erwähnt diese Vorgehensweise dabei gleichbedeutend zu einer Verhältnisprävention.

Ein zentrales Konzept in der Gesundheitsförderung ist der Setting- oder Lebensweltansatz. Dabei werden Menschen in ihrem Alltag adressiert und partizipativ in der Entwicklung gesundheitsförderlicher Maßnahmen einbezogen. Diese Interventionen sollen sowohl individuelle Bedürfnisse berücksichtigen als auch strukturelle Rahmenbedingungen adressieren, die zur sozialen Lage beitragen (vgl. Hartung/Rosenbrock 2022). Hartung und Rosenbrock bezeichnen diesen Ansatz als „Antwort auf die beschränkten Erfolge traditioneller Aktivitäten zur Gesundheitserziehung, die sich mit Information und Appellen an Einzelpersonen wenden“ (ebd.) und formulieren den Settingansatz demnach in einer Kritik an verhaltenspräventiven Interventionsgrundsätzen. Deutlich wird die enge Verflechtung der zunächst gegensätzlich erscheinenden Herangehensweisen von Gesundheitsförderung und Prävention, welche auf die Notwendigkeit hinweist, beide Perspektiven in die Entwicklung von Interventionen einzubeziehen um der komplexen Struktur von Gesundheit und Krankheit auch in der Praxis gerecht zu werden.

2.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung und Prävention

Mit Unterstützung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) fand 1986 die erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung statt. Auf dieser wurde die „Ottawa-Charta“ verabschiedet, ein Dokument, welches international zu einer gesundheitsfördernden Ausrichtung der Gesundheitspolitik aufrief. Die Charta orientiert sich an dem Prinzip der sozialen Gerechtigkeit sowie an der Befähigung von Individuen und Gemeinschaften (vgl. WHO 1986, 1ff.). Aus diesem Dokument lassen sich drei grundlegende Strategien

herauslesen: die Interessenvertretung, die Befähigung und Ermöglichung, sowie die Vermittlung und interdisziplinäre Vernetzung aller Akteur:innen, die an den gesundheits- und sozialpolitischen Zielen der Ottawa-Charta beteiligt sind. Die Charta ruft zu einer ganzheitlichen Entwicklung auf, die verschiedene Ebenen umfasst. Die Veränderung politischer Rahmenbedingungen, die Neuausrichtung von Gesundheitsdiensten, der Einbezug verschiedener Lebenswelten durch gesundheitsfördernde Gemeinwesenarbeit sowie die Kompetenzförderung von Individuen und die Stärkung von Gruppen durch Empowerment und Vernetzung werden hier genannt (vgl. WHO 1986, 2-6).

Während die Ottawa Charta einen bedeutenden Beitrag zur Entwicklung globaler Strategien einer salutogenetisch orientierten Gesundheitspolitik leistet, liegt die konkrete Umsetzung auf nationaler Ebene zu einem wesentlichen Teil bei den gesetzlichen Krankenkassen (GKV). Das deutsche Gesundheitssystem ist dabei vorrangig auf die Behandlung diagnostizierter Krankheiten ausgerichtet, wie bereits die etymologische Betrachtung des Wortes „Krankenkasse“ vermuten lässt (vgl. Hurrelmann et al. 2014, 18f.). Die biomedizinische Wissenschaft nimmt dabei auch in der bundesdeutschen Umsetzung eine zentrale Rolle in der Definition von Krankheiten ein. Infolgedessen orientiert sich das System primär an medizinisch-diagnostischen Kategorien, aus denen es spezifische Behandlungsmaßnahmen ableitet. Hinter dieser Einteilung steckt die Bearbeitung der Frage nach der jeweiligen Zuständigkeit, denn nur in diagnostizierbaren Erkrankungen sieht die Krankenkasse einen Auftrag für sich. Die Gesundheit bleibt in diesem Modell ein abstraktes, weniger einbezogenes Konzept (vgl. Stollberg 2012, 642; Bär 2018, 43f.).

Diese Perspektive spiegelt sich auch in der Verteilung der Leistungsausgaben der Krankenkassen wider: 2023 entfielen die größten Anteile auf Medikamente, der ambulanten medizinischen Versorgung und auf Krankenhausbehandlungen. Nur etwa 1,28 Prozent der Ausgaben (insgesamt 3,7 Milliarden Euro) wurden für Prävention und Selbsthilfe aufgewendet (vgl. VDEK 2024). Betrachtet man die Entwicklung zwischen 2007 und 2017, ist der Anteil der Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung durch die GKV im Verhältnis zu den steigenden Gesamtkosten sogar leicht rückläufig (vgl. Wanek/Schreiner-Kürten 2021, 153). Trotzdem bleibt die GKV die größte Finanzgebende für Krankheitspräventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen (vgl. ebd.,155f.). In den letzten Jahren wurde mithilfe von Gesundheitsreformen eine Verbesserung der rechtlichen Rahmenbedingungen der gesundheitsfördernden Versorgung umgesetzt (vgl. Hurrelmann et al. 2014, 18f.), auf die im dritten Kapitel näher eingegangen wird.

2.3 Soziale Faktoren und ihre Rolle für die Gesundheit und Krankheit

Die Verbesserung der medizinischen Versorgung sowie allgemein bessere hygienische Bedingungen in sozioökonomisch hoch entwickelten Ländern haben zu einem Rückgang von

akuten Infektionserkrankungen geführt. Gleichzeitig hat die steigende Lebenserwartung die Zahl an chronisch-degenerativen Erkrankungen und die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens zu erkranken, erhöht. Diese Erkrankungen sind meist nicht auf monokausale Ursachen zurückzuführen, sondern stehen mit vielen Risikofaktoren in Verbindung. Soziale Determinanten wie ungleich verteilte Ressourcen, der soziale und kulturelle Status sowie das individuelle Verhalten nehmen dabei einen großen Einfluss auf die Entstehung von Krankheiten (vgl. Hurrelmann/Ottová-Jordan/Ravens-Sieberer 2015, 691-693).

Geschlechtsspezifische Rollenerwartungen prägen zusätzlich das Krankheitsspektrum: Während sich exemplarisch viele Erkrankungen bei Jungen und Männern aus einer sozialisationsbedingten hohen Risikobereitschaft, schweren Arbeitsbelastungen und einer geringen Selbstwahrnehmung ergeben, zeigen Mädchen und Frauen erhöhte Risiken, die auf eine negative Wahrnehmung und Bewertung ihres Körpers und einem geringen Selbstwertgefühl zurückzuführen sind (vgl. ebd., 694f.; Stollberg 2012, 647). Nach Dippelhofer-Stiem wird selbst die eigene Deutung, welche Auffälligkeit und Abweichung als Krankheit gewertet wird und welche nicht, durch die inkorporierten Werte der Gesellschaft mitbestimmt: „Die gesellschaftlich tradierten Vorstellungen [...] erlauben ihnen [den Menschen, S.K.] zu entscheiden, welche Erscheinungsformen als Gesundheit oder Krankheit zu kategorisieren sind. Sie modellieren die Regeln bei welchen Symptomen Kranksein sozial legitimiert ist [...]“ (Dippelhofer-Stiem 2008, 28). Hierdurch lassen sich auch die genderspezifischen Unterschiede in der Wahrnehmung von Krankheit und dem eigenen Körper erklären.

Wippermann und Möller-Slawinski arbeiten ferner in einer quantitativ-repräsentativen Studie zu Gesundheitseinstellungen und dem Risikoverhalten Unterschiede in sozialen Milieus heraus (vgl. Wippermann/Möller-Slawinski 2011, 34). Gesundheit sei „in jedem Milieu je anders eingebettet [und hätte] [...] eine eigene Bedeutung und Funktion“ (ebd.). Dies Sorge für unterschiedliche Gesundheitsverhalten, Empfinden und die unterschiedliche Nutzung von Angeboten des Gesundheitsversorgungssystems. Sie beziehen sich in der Studie auf die Einteilung nach den SINUS-Milieus. Während Milieus der Oberschicht und oberen Mittelschicht auch im Alltag auf Gesundheit achten, sich aktiv um ihre Gesunderhaltung kümmern und eigenständig informieren, antworteten Befragte aus Milieus der unteren Schicht und unteren Mittelschicht weniger zustimmend zu diesen Aspekten (vgl. ebd., 29, 35ff.).

Jedoch wiesen sie nicht bloß Gesundheitsunterschiede nach der sozialen Lage nach, sondern zeigten des Weiteren eine Abhängigkeit zu schichtabhängigen Grundorientierungen der Menschen. So stellten Wippermann und Möller-Slawinski in der Gruppe der „Hedonisten“, welche sich in subkultureller Abgrenzung zur bürgerlichen Werten der Leistungskultur verhält, eine starke Ausblendung von Gesundheitsrisiken fest. Das Milieu

richtet sein Leben in einem intensiven Erlebnis der Gegenwart im Freizeitsektor aus (vgl. Wippermann/Möller-Slawinski 2011, 41) welches es in Abgrenzung zum monoton empfundenen Arbeitsalltag führt. Es verfügt über wenig ökonomisches Kapital und es findet nur wenig Identifikation mit den Werten der Leistungsgesellschaft und dem beruflichen Alltag statt (vgl. ebd., 284). Wippermann und Möller-Slawinski stellten fest, dass „Gesundheitsbewusstsein bzw. eine gesunde Lebensführung [...] in krassem Widerspruch zum Freiheitsdrang und zum Bedürfnis der Hedonisten sich auszuleben [stehe]. Man schieb[e] allerdings auch die Gedanken daran konsequent zur Seite oder leugne [...] falsches Verhalten“ (ebd., 285). Auch die bildungsstarken, jungen „Experimentalisten“ die ein hohes Maß an kulturellem Kapital besitzen, jedoch oftmals über wenig finanzielle Mittel verfügen, leben eine intensive Gegenwart, welche Gesundheitsrisiken nicht ausschließt, wenn sie ihnen einen erlebnisintensiven Ausbruch aus den Routinen des Alltags ermöglichen. Sie zeigen jedoch, anders als die Hedonisten, ein stärkeres Bewusstsein über die Auswirkungen von Gesundheitsrisiken und sind mehr an Vorsorge und Präventionsmaßnahmen interessiert, auch wenn ihre finanziellen Mittel diese teilweise begrenzen. Krankheit bedeutet für diese Gruppe einen immensen Verlust an Lebensqualität (vgl. ebd., 261-270). „Ein ‚gesundes Leben‘ w[erde] von vielen Experimentalisten auf die Zukunft verschoben, für das Heute zähl[e] Abwechslung und Intensität; Selbsterfahrung und das Ausleben von Bedürfnissen h[ätten] Priorität über Selbstschutz“ (ebd., 264). Anhand dieser Studie wird deutlich, inwieweit ein reflektiertes Risikobewusstsein im Widerspruch zu dem individuellen und auch kollektiven risikoverhalten Gesundheitsverhalten stehen kann. Soziale Determinanten tauchen dabei nicht nur in Zusammenhang zu Krankheitsrisiken auf. Sie können zudem als Schutzfaktoren dienen, indem sie soziale Ressourcen bereitstellen, welche das Ausbrechen von Krankheiten verringern können. Neben individuellen Ressourcen, wie einem ausgeprägten Selbstwirksamkeitserleben und einer optimistischen Zukunftsperspektive, reduziere demnach auch ein stabiles, wertschätzendes soziales Umfeld die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung. Unterstützung kann dabei in verschiedener Form auftreten: Neben emotionalem Rückhalt und sozialen Netzwerken spielen finanzielle Ressourcen sowie Bildungs- und Informationsangebote eine wesentliche Rolle (vgl. Hurrelmann et al. 2015, 697f.). Auch wenn der nachgewiesene Einfluss der sozialen Determinanten auf das Gesundheitsempfinden, Verhalten und milieuspezifischen Risiken die Grenze des biomedizinischen Krankheitsmodells aufzeigen, erschwert nach Werdecker und Esch der lang vorherrschende kurativ-pathogenetische Fokus innerhalb der Gesundheitsversorgung den Wandel hin zu einer systematisch verankerten Gesundheitsförderung (vgl. Werdecker/ Esch 2021, 163f.). Notwendigkeit wird demnach auch in Zukunft eine kritische Beleuchtung der dominierenden biomedizinischen Perspektive.

2.4 Gesundheit in Eigenverantwortung der Menschen

Durch Ökonomisierungsprozesse innerhalb der Gesellschaft erfolgte der allmähliche Umbau zu einem aktivierenden Sozialstaat, welcher die Gesundheit und den Wohlstand aus dem staatlichen Verantwortungsbereich auf die Eigenverantwortlichkeit der Individuen übertrug (vgl. Hanses 2008: 13). Diese Perspektive wird auch in der Praxis von Gesundheitsinterventionen sichtbar, da diese häufig auf eine Verhaltensprävention abzielen (vgl. Hanses 2008, 14; Franzkowiak 2022a). Diese Herangehensweise an gesundheitliche Probleme der Gesellschaft fördert jedoch Individualisierungstendenzen, da Gesundheit hier in der Anerkennung der Eigenverantwortung der Individuen formuliert wird. Verhaltenspräventive Maßnahmen stehen in der Kritik, die soziale Ungleichheit zu fördern, da fehlende Ressourcen der Individuen die Einhaltung von Verhaltensempfehlungen erschweren können, während Menschen mit vielen Ressourcen von diesen Interventionsarten profitieren (vgl. Franzkowiak 2022a).

Durch die Ökonomisierung der Gesundheitsfragen im Rahmen der Institutionalisierung der wettbewerbsorientierten Krankenkassen rückt nach Hanses vor allem die präventive Behandlung derjenigen Erkrankungen in den Fokus, welche nachgewiesenermaßen hohe finanzielle Schäden im (zukünftigen) Gesundheitssystem verursachen. Eine Verhaltensänderung der Subjekte wird hier vor allem hinsichtlich des Schutzes vor der finanziellen Überlastung des Gesundheitssystems reflektiert, anstelle die Interaktion unterschiedlicher Milieus zum Gesundheits- und Sozialsystem und dessen Einflussnahme auf die individuelle Gesundheit zu hinterfragen. Es fehlt demnach an der Behandlung der Frage, weshalb Menschen in sozial benachteiligten Milieus besonders an bestimmten Erkrankungen leiden, stattdessen wird jeder Mensch gleichermaßen damit beauftragt für seinen Gesundheitserhalt zu sorgen (vgl. Hanses 2008, 14f.).

Diese Verantwortungsübertragung an die Individuen wird auch in der aktuellen Gesetzgebung zur gesetzlichen Krankenversicherung deutlich: So formuliert bereits §1 S.2 SGB V die individualisierende Perspektive der Eigenverantwortung der Versicherten für ihre Gesundheit. Gemäß §1 S.3 SGB V wird diese in der Aufforderung zur Mitwirkung der Menschen zum gesundheitsbewussten Verhalten, die Teilnahme an Vorsorgemaßnahmen und an Behandlungen und Rehabilitationsprozessen ausgeführt. Ihre eigenen Bestrebungen sieht die GKV dabei gemäß §1 S.2 SGB V in der Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und der Eigenverantwortung der Versicherten. Die Verantwortung für die Gesundheit wird demnach primär auf das Verhalten der Versicherten übertragen, anstatt strukturelle, gesellschaftliche oder umweltbedingte Einflussfaktoren stärker zu berücksichtigen. Nach Dippelhofer-Stiem gelangt die Gesundheit in ihrer Anerkennung in Eigenverantwortung der Individuen in das Wertesystem der Gesellschaft (vgl. Dippelhofer-Stiem 2008, 24) und wird so zu einem „zentralen Mechanismus der sozialen Integration“

(Dippelhofer-Stiem 2008, 24). Das eigene Gesundheitsverhalten bestimmt dementsprechend über Einschluss- und Ausschlussmechanismen innerhalb der Gesellschaft und soziale Ungleichheit wird folgend durch die Individuen reproduziert.

Um die gesundheitliche und soziale Ungleichheit zu vermindern, fordert das Zukunftsforum Public Health daher insbesondere mehr Forschung und Praxisbestrebungen in verhältnisbezogenen Interventionen (vgl. De Bock/Geene/Hoffmann/Stang 2017, 2). Nach Hanses bleibt jedoch fraglich, ob die Umsetzung verhältnispräventiver Strukturen hinsichtlich der individualisierenden Ausrichtung des aktivierenden Sozialstaats überhaupt zu erwarten wäre (vgl. Hanses 2008, 14).

2.5 Zielgruppenspezifische Prävention: Herausforderungen und soziale Implikationen

Um eine zielgruppenspezifische Umsetzung zu gewährleisten, haben sich unter der Abwägung von Kosten, Nutzen und Risiken die universellen, selektiven und indizierten Präventionsmaßnahmen entwickelt. Die Häufigkeit von Erkrankungen innerhalb der jeweiligen Zielgruppe, die Risiken, die durch die Interventionen entstehen, sowie die finanziellen und zeitlichen Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Maßnahme stehen, werden hierbei einbezogen, um den Rahmen abzustechen. Während die universelle Prävention die Gesamtpopulation adressiert, da sie auf der breiten Ebene als wirksam und nützlich gewertet wird, zielt die selektive Prävention lediglich auf grob umrissene Bevölkerungsgruppen ab, denen nachgesagt wird, eine gewisse Verbindung zu Risiken aufzuweisen. Maßnahmen, die lediglich eine kleine Adressat:innengruppe erreichen sollen, welche ein nachweislich hohes Erkrankungsrisiko besitzt, werden im Rahmen einer indizierten Prävention behandelt (vgl. Franzkowiak 2022a). Universelle Maßnahmen erwirken in der Gesamtheit der diversen Lebenslagen einen geringen Nutzen, während risikogruppenbezogene Interventionen keinen gesamtgesellschaftlichen Effekt erzielen. Empfohlen wird dementsprechend eine Mischung von Maßnahmen, welche die Allgemeinheit und spezielle Hochrisikogruppen adressieren (vgl. ebd.). Hochrisikogruppen werden dabei als „epidemiologisch-abstrakte Konstruktionen“ (ebd.) definiert. Eine Kombination an allgemeinen und besonderen Hilfen nach epidemiologischer Wichtigkeit verstärkt jedoch die soziale Ungleichheit, da soziale Determinanten aus der Analyse der Vulnerabilität ausgeblendet werden. Menschen mit hohen sozialen und Bildungsressourcen profitieren durch die allgemeinen Hilfen besonders, während vulnerable Gruppen keine zusätzlichen Interventionen erhalten, solange sie epidemiologisch nicht auffällig werden (vgl. Franzkowiak 2022b).

Des Weiteren kommt es innerhalb von indizierten Hochrisikostategien in den Lebenswelten mitunter zu Stigmatisierungen aufgrund von Zuschreibung von pathogenen Risikomerkmale innerhalb einer Gruppe (vgl. Faltermaier 2018, 109). Hurrelmann erwähnt daher die

sozialräumliche Ausrichtung als eine Methode, um den Stigmatisierungen aufgrund von Lebenslage und Herkunft entgegenzuwirken (vgl. Hurrelmann et. al. 2018, 32). Die Notwendigkeit der Zielgruppendefinition wird zudem anhand einer Analyse ihrer Lebensweise und Lebenssituation und nicht anhand einer Beschränkung auf Schutz- und Risikofaktoren empfohlen, da diese monokausale Grundlage keine Informationen über tatsächliche, individuelle Risiken enthält. Aufgrund der Heterogenität von Adressat:innengruppen braucht es daher kultursensible Ansätze, die nicht nur eine Bedarfsanalyse sondern auch eine Bedürfnisanalyse voraussetzt (vgl. Faltermaier 2018, 109f.).

Abschließend konnte festgestellt werden, dass das individuelle Gesundheitsverhalten stark von Gruppen- und Milieudynamiken abhängig ist und ein Risikobewusstsein nicht direkt zu der Abänderung des Gesundheitsverhaltens führt. Neben individuellen Förderungen nimmt auch das soziale Umfeld einen hohen Einfluss auf den Verlauf einer Erkrankung, weshalb ableitend die Förderung und der Einbezug des Umfeldes zentraler Bestandteil der Entwicklung von Präventionsmaßnahmen sein sollte.

3. Das PräVG zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention

Mit der Begründung des demographischen Wandels und der Zunahme von chronisch-degenerativen und psychischen Krankheiten in der Bevölkerung¹ wurde im Jahr 2015 das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (PrävG) verabschiedet. Es stellt demnach eine Antwort auf die Behandlung der Frage bereit, inwiefern der Zunahme der Erkrankungen begegnet werden kann, an welchen das biomedizinische, strukturell vorherrschende Krankheitsmodell scheitert. Die neue Zielformulierung des SGB V besteht seit dem in einer Förderung von Eigenverantwortung und der individuellen Gesundheitskompetenzen der Bürger:innen (vgl. Illing 2017, 321).

Präventionsleistungen wurden als gesetzlich verankerte Pflichtaufgabe der Krankenkassen aufgenommen. Nach §20 Abs. 4 SGB V werden insbesondere Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention (Nr.1), zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (Nr.2) und zur Gesundheitsförderung in Betrieben (Nr.3) umgesetzt. Ein wesentliches Ziel des PräVG liegt dabei in einer Stärkung der intersektoralen Zusammenarbeit im Gesundheits- und Sozialwesen, welche durch eine bessere Koordination der unterschiedlichen Strukturebenen erreicht werden soll. Hierfür werden gemäß §20d SGB V unterschiedliche Sozialleistungsträger beauftragt, eine gemeinsame

¹ Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) v. 11.3.2015, BT-Drucks. 18/4282, S.1

ationale Präventionsstrategie zu erstellen, die einheitliche Bundesrahmenempfehlungen sowie einen regelmäßigen Entwicklungsbericht umfasst. Gemäß §20 Abs.2 SGB V müssen sich die Krankenversicherungen bei der Konzipierung von Maßnahmen an dem Leitfadens des GKV-Spitzenverbandes orientieren, welcher unter Einbezug diverser Professionen wie der Gesundheitswissenschaft, der Medizin, der Psychologie, der Suchtprävention und der Erziehungs- und Sozialwissenschaft einheitliche Handlungsfelder und Kriterien festlegt. Innerhalb dieses Leitfadens wird für das Verhältnis von Prävention und Gesundheitsförderung ein integratives Konzept zwischen Pathogenese und Salutogenese vertreten, die gleichermaßen auf Risiko- als auch auf die Schutzfaktoren eingeht (vgl. GKV-Spitzenverband 2024a, 22f.).

3.1 Finanzierung und Umsetzung des PräVg

Durch die Vernetzung von Akteur:innen, Schulung von Multiplikator:innen, der Beratung sowie durch die zielgerichtete Übermittlung von Informationen und Kompetenzen durch unterschiedliche Angebote in Einrichtungen innerhalb der Lebenswelten soll eine interaktive Umsetzung der Verhaltens- und Verhältnisprävention erfolgen (vgl. GKV-Spitzenverband 2024a, 22f.). Nach §20a Abs.1 S.3 SGB V sollen dabei im Austausch zu den Individuen, den Kommunen und den Lebenswelt-Akteur:innen Erhebungen zu Gesundheitszustand in den jeweiligen Settings vorgenommen und Maßnahmen unter Berücksichtigung der spezifischen Risiko- und Schutzfaktoren entwickelt, begleitet und unterstützt werden. Die Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen soll dabei nach §20 Abs.1 S.4 SGB V nicht auf den jeweiligen Versichertenkreis des Krankenversicherungsträgers beschränkt werden, sondern kassenübergreifend erfolgen. Sichtbar wird hier ein alternativer Ansatz zu dem Krankenkassen-Wettbewerbsgrundsatz nach §4a SGB V.

Insgesamt soll nach §20 Abs.6 S.2 SGB V von den Krankenkassen mindestens ein Betrag von 2,15 Euro pro Versicherten für Leistungen in Lebenswelten nach §20a SGB V aufgewendet werden. Ferner sollen die Länder nach §20f SGB V in Landesrahmenvereinbarungen eigene Ziele setzen die mit den Bundesempfehlungen übereinstimmen und sind beauftragt, die konkrete Umsetzung zu koordinieren. Leistungen nach §20a SGB V sind zwar gesetzlich vorgesehen und auch die Höhe der Förderung ist rechtlich geregelt, dennoch besteht gemäß §20a Abs. 2 kein Anspruch auf Finanzierung und Unterstützung einer spezifischen Maßnahme. Sie ist abhängig von der Bereitschaft der Verantwortlichen zur Umsetzung von Interventionen und verlangt nach einer angemessenen Eigenleistung im Rahmen der Durchführung der jeweiligen Landesrahmenvereinbarungen.

Die Hamburger Landesvereinbarung verweist hier insbesondere auf eine Eigenleistung im Sinne eines Engagements der politischen und Lebensweltakteur:innen innerhalb der Maßnahmen, in Bezug auf die Relevanz einer intersektoralen Zusammenarbeit sowie

hinsichtlich der Ausrichtung an einer dauerhaften Umsetzung (vgl. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz 2016, 7). An der konkreten Umsetzung von Interventionen sind neben den gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen diverse Akteur:innen aus unterschiedlichen Professionen verantwortlich: Neben Mediziner:innen, Pflegenden und Therapeut:innen nimmt dabei auch die Sozial- und Gesundheitspädagogik eine Rolle ein (vgl. Werdecker/Esch 2021, 162). Durch vielschichtige Aufgabenzuteilung und Koordination an Zuständigkeiten, Aufgaben und des Austausches sowie dem interprofessionellen Anspruch in der Erstellung und Durchführung einer Bedarfs- und Bedürfniserhebung wird daher eine starke Bezugnahme zum biopsychosozialen Gesundheitsbegriff sichtbar.

3.2 Die Lebenswelt in §20a SGB V

Der §20a SGB V befasst sich mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. In ihm wird der Lebensweltbegriff erstmals sozialrechtlich ins deutsche Gesundheitssystem integriert. Nach §20a Abs.1 SGB V entsprechen Lebenswelten hier den für die Gesundheit bedeutsamen, abgrenzbaren sozialen Systemen. Im Wortlaut des §20a Abs.1 S.1 SGB V werden dabei die einzelnen Lebenswelten „des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports“ herausgehoben. Im Leitfaden des GKV-Spitzenverbandes werden zudem neben jeweiligen öffentlichen Bildungs- und Erziehungseinrichtungen „insbesondere Kommunen [...], Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, stationäre Einrichtungen der Jugendhilfe, Jugend-, Frauen- und Seniorenzentren sowie Vereine und andere Einrichtungen der Freizeitgestaltung“ (GKV-Spitzenverband 2024a, 22) als weitere Lebenswelten aufgeführt. Lebenswelten werden zudem in ihrer Dynamik in Hinblick auf spezifischen Rollenerwartungen und Kompetenzen erwähnt (vgl. ebd.).

In der Definition von Hartung und Rosenbrock wird die Lebenswelt in ihren beständigen sozialen Systemen beschrieben, in denen sich Individuen in ihrem Alltag aufhalten. Diese Systeme umfassen Subsysteme wie Organisationen, regionale, kulturelle und soziale Zugehörigkeiten, Interessen und Vorlieben sowie geteilte Lebenslagen (vgl. Hartung/Rosenbrock 2022). Die WHO sieht die Gesundheit ebenfalls nicht als isoliertes Konzept, sondern bindet diese in dem Zusammenhang mit der alltäglichen Lebenswelt ein. Daraus leitet sie ihre Maßnahmen in der Mehrebenen-Strategie einer Gesundheitsförderung ab (vgl. WHO 1986, 1). Hierdurch wird deutlich, inwieweit die Lebensweltorientierung zum Kernkonzept des gesundheitsfördernden Paradigmas wird.

Für Hartung und Rosenbrock benötigt die gute Umsetzung einer Gesundheitsförderung und Prävention innerhalb bestimmter Settings oder Lebenswelten eine ausreichende Partizipation der Adressat:innen, eine fortlaufende, gute Koordinierung (vgl.

Hartung/Rosenbrock 2022), die „Entwicklung gesundheitsförderlicher Kontextbedingungen [sowie einer] Stärkung von Kompetenzen, Ressourcen, Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten“ (ebd.). In der Praxis wird jedoch unter einer „settingbezogenen Gesundheitsförderung“ sowohl der idealtypisch partizipative und systematische Prozess verhandelt als auch Maßnahmen, welche Menschen lediglich in ihrer jeweiligen Lebenswelt erreichen, um dort verhaltenspräventive Maßnahmen zu etablieren. In der Praxis bleiben diese zwei Arten schwer voneinander zu trennen (vgl. ebd.). Ob die idealtypische Umsetzung auch innerhalb von Interventionen nach §20a SGB V umgesetzt wird, muss für Hartung und Rosenbrock „kritisch begleitet werden“ (ebd.). Die Lebensweltdefinition des §20a SGB V, der von Hartung und Rosenbrock als auch der WHO ähneln sich in ihrer programmatischen Ausrichtung anhand spezifischer sozialer Systeme, erkennbar wird jedoch ein Fehlen des expliziten Bezugs zum Alltag innerhalb der Gesetzgebung. Gleichzeitig führt die beispielhafte Nennung einzelner Lebenswelten zu einer inhaltlichen Verengung auf bestimmte gesellschaftliche Teilsysteme. Eine offenere, inklusivere Formulierung, die der tatsächlichen Vielfalt sozialer Kontexte besser gerecht würde, bleibt hier aus.

3.3 Entwicklungsbedarf der lebensweltorientierten Gesundheitsförderung

Zwar fordert das Präventionsgesetz eine stärkere Beteiligung unterschiedlicher Akteur:innen und Perspektiven an gesundheitspolitischen Diskursen, dennoch bleibt die Umsetzung dieser intersektoralen Ausrichtung eine Herausforderung hinsichtlich der langen kurativ-pathogenetischen Prägung. Um das Gesundheitsförderungsziel eines ganzheitlichen Wohlbefindens auch in der bundesdeutschen Praxis nachhaltig zu verankern, braucht es eine stärkere interdisziplinäre Handlungsausrichtung. Diese muss die Verzahnung der Gesundheitsdeterminanten in die Praxis integrieren und sich von dem Fokus einer biomedizinischen und individualisierenden Perspektive in der Maßnahmenentwicklung lösen. Soziale Determinanten in den Fokus einer lebensweltorientierten Gesundheitsförderung zu setzen, wie es §20a SGB V seit dem PräVG zum Ziel hat, bedeutet, die komplexen und diversen Lebenswelten der Menschen in eine umfassende Risiko- und Schutzfaktoren-Analyse einzubeziehen und hierbei die Vielfalt multivariater Lebenslagen und -weisen zu berücksichtigen. Dafür ist eine praxisnahe Auseinandersetzung mit sozialwissenschaftlichen Theorien erforderlich, welche die spezifischen Bedarfe und Bedürfnisse einzelner sozialer Milieus mit ihren jeweiligen Rollenerwartungen, Werten und Normen analysiert und Risiken und Schutzfaktoren im Alltag von Adressat:innen erkennen kann. Da milieuspezifische Unterschiede im Gesundheitsverhalten existieren, braucht es insbesondere zielgerichtete und effiziente Maßnahmen, die vulnerable Lebenswelten erreichen und sie in ihren alltäglichen, sozialen Feinheiten im Gesundheitsverhalten und Empfinden verstehen.

Aktuelle gesundheitsbezogene Interventionen folgen häufig der Logik, Gesundheit primär in der Eigenverantwortung der Individuen zu begreifen. Um die Reproduktion sozialer Ungleichheit zu vermeiden, wird eine stärkere Befassung mit den Verhältnissen in ihrem Einfluss auf die Gesundheit der Menschen benötigt. Die Folgerung für die Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention besteht demnach in der stärkeren Ausrichtung an einer Verhältnisprävention und einer selektiven Prävention in Lebenswelten, die mit einer Vulnerabilität in Verbindung gebracht werden können, jedoch nicht als explizite epidemiologisch-komplexe Hochrisikogruppen erwähnt werden. Erst durch diese Erweiterung der bisherigen Praxis können soziale Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung überwunden werden.

4. Lebensweltorientierte Gesundheitsförderung und Prävention

Mithilfe des Modells der produktiven Realitätsverarbeitung wird eine differenzierte Betrachtung der biopsychosozialen Bedingungen möglich. Sie ebnet daher eine praktische und multiperspektivische Sichtweise auf den Gesundheitsbegriff (vgl. Hurrelmann et al. 2015, 690f.) und bietet demnach eine Grundlage für eine umfassende Risiko- und Schutzfaktorenanalyse. Ferner bietet die Lebenswelttheorie von Hans Thiersch praxisorientierte Impulse auf die Alltäglichkeit des Gesundheitsverhaltens, indem sie den Alltag der Menschen als Ausgangspunkt nimmt. Mit ihren Strukturprinzipien zeigt sie Wege auf, inwieweit eine Unterstützung alltagsnah und im Sozialraum der Adressat:innen gestaltet werden kann und rückt auch die professionelle Mitwirkung an politischen, gesellschaftlichen Prozessen in den Mittelpunkt der Arbeit in Lebenswelten (vgl. Grunwald/Thiersch 2016, 33, 44ff.). Sie weist daher eine gute Grundlage für die verhältnispräventive Perspektive auf und bietet die Möglichkeit, diese milieuspezifisch an den Bedarfen und Bedürfnissen auszurichten. Durch die Kombination beider Theorien kann demnach eine multiperspektivische, praxisorientierte Perspektive auf eine lebensweltorientierte Gesundheitsförderung und Prävention realisiert werden, die eine Verzahnung von Verhaltens- sowie Verhältnisprävention enthält.

4.1 Die Gesundheit im Modell der produktiven Realitätsverarbeitung

Während frühere Sozialisationstheorien vor allem die Vergesellschaftung in den Mittelpunkt stellen, indem sie Individuen primär als Objekte der Anpassung an gesellschaftliche Normen und Werte betrachteten, rücken neuere Perspektiven hingegen das autonome Subjekt in den Fokus und betonen die aktive Gestaltung der Umwelt durch das Individuum – häufig jedoch unter Vernachlässigung struktureller Rahmenbedingungen (vgl. Hurrelmann/Bauer 2015a, 91-95). Hurrelmann und Bauer argumentieren, dass sowohl Vergesellschaftung als auch Individuation zentrale Prozesse in der Entwicklung des Verhältnisses zwischen Individuum

und Gesellschaft darstellen (vgl. Hurrelmann/Bauer 2015a, 95). Das Modell der produktiven Realitätsverarbeitung verbindet daher Ansätze aus der Neurobiologie, Psychologie und Soziologie, um die wechselseitige Durchdringung individueller und gesellschaftlicher Prozesse multiperspektivisch zu erfassen (vgl. ebd., 90f.; Abels/König 2010, 194f.). Gesundheit entspricht in dem Modell dem „Stadium des Gleichgewichtes von Risikofaktoren und Schutzfaktoren“ (Hurrelmann 2010, 146) und entsteht durch die produktive Abstimmung der inneren und äußeren Realität (ebd.). Die innere Realität umfasst physische und psychische Prozesse, während die äußere Realität den Anforderungen der sozialen und physischen Umwelt, samt ihrer Werte und Normen widerspiegelt (vgl. Hurrelmann/Bauer 2015a, 98f.; Hurrelmann 2010, 128).

Der Mensch befindet sich in einem ständigen Prozess der Abstimmung dieser Einflüsse. Er bewertet Informationen und integriert sie in sein Selbstbild. Dabei müssen Widersprüche und Ambiguitäten zwischen den gesellschaftlichen Anforderungen und eigenen Bedürfnissen ausgehalten oder aktiv bearbeitet werden (vgl. Hurrelmann et al. 2015a, 705). Gelingt diese Herstellung einer Kohärenz nicht, kann es zu Problemen in der Persönlichkeitsentwicklung kommen, die das biopsychosoziale Wohlbefinden und demnach die Gesundheit beeinträchtigen können (vgl. Hurrelmann/Bauer 2015b, 151; Quenzel 2015, 239).

Konflikte zwischen individuellen Bedürfnissen und gesellschaftlichen Erwartungen können Bewältigungsprobleme verursachen. Diese werden durch fehlende Ressourcen und Kompetenzen, übermäßige Anforderungen oder innere Rollenkonflikte verstärkt (vgl. Quenzel 2015, 240ff.). In solchen Fällen entwickeln Individuen oft alternative, schädigende Bewältigungsstrategien – beispielsweise Substanzmissbrauch, Gewalt oder Vermeidungsverhalten (vgl. Hurrelmann/Bauer 2015a, 113f.). Dabei ist zwischen vorübergehenden Bewältigungsproblemen, die als Teil des Entwicklungsprozesses gelten und chronifizierten Bewältigungsproblemen, die langfristig negative Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung nehmen, zu unterscheiden (vgl. Quenzel 2015, 245f.).

4.1.1 Entwicklungsaufgaben im Modell der produktiven Realitätsverarbeitung

In erster Annäherung lassen sich Entwicklungsaufgaben in vier zentrale Bereiche unterteilen:

1. **„Qualifizieren“** umfasst den Erwerb von Kompetenzen, die auf berufliche Anforderungen vorbereiten und eine eigenständige ökonomische Existenz ermöglichen.
2. **„Binden“** beschreibt die Entwicklung sozialer Fähigkeiten und die Bewältigung von Aufgaben, die den Aufbau sowie die Pflege zwischenmenschlicher Beziehungen unterstützen.

3. „**Konsumieren**“ bezieht sich auf den reflektierten Umgang mit materiellen und kulturellen Konsumangeboten, einschließlich Medien, Freizeitgestaltung und Lebensstilentscheidungen.
4. „**Partizipieren**“ bedeutet, sich mit politischen und gesellschaftlichen Themen auseinanderzusetzen, eigene Standpunkte zu entwickeln und aktiv an sozialen Prozessen mitzuwirken (vgl. Hurrelmann/ Bauer 2015a, 107f.).

Je nach Lebensphase lassen sich differenziertere Entwicklungsaufgaben in den verschiedenen Bereichen identifizieren, deren Bewältigung durch Unterstützung des sozialen Umfeldes, sowie der personalen Ressourcen umgesetzt werden muss (vgl. Hurrelmann et al. 2015, 703f.). In der Jugendphase stehen beispielsweise die Themen der Ablösung vom Elternhaus, der Entwicklung einer beruflichen, politischen Identität und eines sozialen Netzwerks zu Gleichaltrigen, sowie eines bewussten Umgangs mit den Konsumangeboten im Mittelpunkt, während einige Kernthemen der Erwachsenenphase in der Familiengründung, der Weiterführung sozialer Kontakte und der Berufstätigkeit liegen (vgl. Hurrelmann/Bauer 2015a, 107f.). Für die Bearbeitung bestehen für Quenzel "optimale Zeitfenster" (Quenzel 2015, 246) innerhalb des Lebenslaufes und eine „Bewältigung außerhalb dieser Zeitfenster [erfolgt] unter erschwerten Bedingungen“ (ebd.).

Hurrelmann beschreibt jedoch, dass es „[i]m Zuge der Vielfalt von Wertorientierungen und Lebensstile [...] nur wenige allgemein gültige und explizit ausformulierte soziale und kulturelle Erwartungen [gibt], wie die Bewältigung konkret zu erfolgen hat“ (Hurrelmann 2012, 96), weshalb Adressat:innen darin unterstützt werden müssen, ihren individuellen Weg in der Vielzahl an möglichen Vorgehensweisen und Perspektiven zu finden. Dennoch erwähnt Hurrelmann auch die Einflussnahme der jeweiligen Lebenswelt auf die Deutung, ob und inwieweit eine Entwicklungsaufgabe erfüllt wurde. Je nach Lebenswelt ergeben sich demnach unterschiedliche Anforderungen (vgl. ebd.).

4.1.2 Kritische Einordnung des Modells

Die gegenwärtigen gesellschaftlichen Veränderungen – insbesondere die Individualisierung und Enttraditionalisierung – führen zu einem Wegbrechen stabiler Orientierungsmuster. Individuen sind zunehmend auf sich allein gestellt bezüglich grundlegender Lebensentscheidungen. Während das Modell der produktiven Realitätsverarbeitung von einem aktiven Identitätsbildungsprozess ausgeht, können gesellschaftliche Prozesse Individuen auch in diese Rolle drängen, sodass die Eigenverantwortung weniger eine Wahl als eine Notwendigkeit ist.

Ein zentraler Kritikpunkt ist daher, dass das Modell die strukturellen Zwänge, unter denen die Identitätsbildung stattfindet, möglicherweise unterschätzt (vgl. Abels/König 2010, 203f.). In der Milieustudie von Wippermann und Möller-Slawinski werden verschiedene Grundorientierungen sowie Ausprägungen von Bewältigungsproblemen je nach sozialer Schicht und Milieu deutlich, weshalb sie unterstützend zu dieser Kritik auftritt. Vor allem in der Gruppe der Hedonisten, die sich in einer Abgrenzung zu bürgerlichen Werten versteht, ist fraglich, ob die Auseinandersetzung mit normativen Entwicklungsaufgaben präsent ist. Auch Quenzel erwähnt die Herausforderung für die Zukunft in einer notwendigen stärkeren Befassung mit unterschiedlichen Milieus (vgl. Quenzel 2015, 247) und sieht eine aktuelle Schwierigkeit in der „starken Mittelschichtorientierung“ (ebd.). Ebenfalls sieht Quenzel Entwicklungsbedarf im Einbezug der „subjektive[n] Wahrnehmung, Deutung und Verarbeitung von Entwicklungsaufgaben“ (ebd.). Die Kritiken an der produktiven Realitätsverarbeitung zeigen die Grenzen des Modells auf und beziehen sich auf die Notwendigkeit der weiterführenden Befassung mit Theorien, welche auf sozialräumliche und strukturelle Feinheiten sowie subjektive Perspektiven eingehen kann.

4.2 Die Lebensweltorientierung der Sozialen Arbeit

Als Konzept, welches insbesondere auf sozialräumliche Feinheiten und die Subjektivität von Perspektiven eingehen kann, bietet sich die Lebensweltorientierung von Thiersch an. Thiersch bezeichnet die Lebenswelt als „Bühne auf der Menschen in einem Stück, in Rollen und Bühnenbildern – nach den bühnenspezifischen Regeln – miteinander agieren“ (Thiersch/Grunwald/Königter 2012, 185). Die Lebenswelt verweist daher auf eine Abhängigkeit zu den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, den sozialen Netzwerken mit ihren unterschiedlichen, teils widersprüchlichen Anforderungen, als auch zu den individuellen Dispositionen und Verhaltensweisen, sowie den biografischen Erfahrungen der Menschen. Im Fokus seiner Lebenswelttheorie steht der Alltag, in welchem sich der Mensch als Individuum innerhalb seiner Umwelt verortet (vgl. Grunwald/Thiersch 2016, 33). Dieser ist geprägt von den politischen, wirtschaftlichen, rechtlichen und sozialen Strukturen (vgl. ebd., 35) und gekennzeichnet durch unterschiedliche „Alltagswelten“. Soziale Systeme wie die Familie, Freund:innenschaften oder Geschlechter, die mit spezifischen Werten, Normen und Erwartungen in Verbindung gebracht werden (vgl. ebd., 34). Zwischen diesen Alltagswelten entstehen „Spannungen und Widersprüche“ (ebd.), die durch Menschen aktiv bearbeitet werden müssen. Innerhalb des Alltags werden Herausforderungen unter Zuhilfenahme der Mechanismen der Gewöhnung, der Routinisierung und der Ritualisierung bewältigt. Diese Strategien helfen, die steigende Komplexität und die Belastungen des neokapitalistischen, digitalisierten Systems auszugleichen (vgl. ebd., 36).

Viele Herangehensweisen und Entscheidungen entstehen dabei situativ und folgen einer pragmatischen Logik (vgl. Grunwald/Thiersch 2016, 33f.). Auch folgen Alltag und Alltagsbewältigung einer subjektiven Perspektive (vgl. ebd., 34). Unterschiedliche Lebensphasen, soziale Netzwerke, infrastrukturelle Bedingungen und individuelle Ressourcen beeinflussen, wie Menschen ihren gegenwärtigen Alltag gestalten und bewältigen (vgl. Thiersch/Grunwald/Königeter 2012, 187). Wenn die Anforderungen an das Individuum nur mit Mühe bestritten werden können oder es an ihnen scheitert, reagiert es mit abweichendem Verhalten (vgl. Grunwald/Thiersch 2016, 35). Diese schädigenden Bewältigungsstrategien nehmen aufgrund der Komplexität der Verhältnisse in breiten Teilen der Bevölkerung zu. Gesellschaftliche Stigmatisierungen und Diskriminierung verschärfen diese Prozesse (vgl. ebd.:36).

Thiersch beschreibt insbesondere eine dialektische Struktur des Alltags: Einerseits ist er durch Routinen geprägt und bietet darin wenig Raum für neue Einflüsse und Veränderung. Andererseits eröffnet er Imaginationsräume in denen Menschen in ihm Sehnsüchte und Wünsche wahrnehmen. Durch bewusste Ausbrüche aus den erlernten und verinnerlichten Routinen können demnach Veränderungen angestoßen werden (vgl. ebd., 34). Der Alltag wird somit nicht bloß reproduziert, sondern in seiner Ritualisierung ständig reflektiert und aktiv (um-)gestaltet. Ziel besteht darin, Menschen unter Einbezug und Bearbeitung der alltäglichen Spannungen zu einer gelingenderen Alltagsbewältigung zu verhelfen (vgl. Thiersch/Grunwald/Königeter 2012, 187). Thiersch arbeitet grundsätzliche Strukturprinzipien heraus, die für eine lebensweltorientierte Praxis zentral sind. Die Prävention hilft, Krisen zu bewältigen oder vor ihnen zu bewahren. Primärpräventiv bietet sie Unterstützung in alltäglichen Herausforderungen. Die sekundäre Prävention setzt hingegen bei bereits bestehenden psychosozialen Belastungen an und bietet gezielte Hilfen, um größere Krisen abzuwenden. Darüber hinaus berücksichtigt die lebensweltorientierte Soziale Arbeit auch präventive Ansätze im Kontext besonderer Krisensituationen und Übergangsphasen, um Adressat:innen frühzeitig auf Veränderungen vorzubereiten und deren Bewältigung zu erleichtern (vgl. Grunwald/Thiersch 2016, 43). Durch das Prinzip der Einmischung wird eine fortlaufende Positionierung und kritischen Hinterfragung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und sozialen Bezüge umgesetzt (vgl. ebd., 42ff.).

Hilfen sollen im Rahmen der Alltagsnähe direkt in der Lebensrealität der Adressat:innen integriert sein. Anstatt bestehende Strukturen zu ersetzen, sollen diese gestärkt und genutzt werden, um nachhaltige Bewältigungsstrategien zu ermöglichen. Thiersch betont hier die Bedeutung einer lebensweltorientierten Diagnostik, die den Alltag der Adressat:innen in seinen räumlichen, zeitlichen und sozialen Bezügen analysiert und dabei auch Widersprüche und Ambivalenzen in der individuellen Lebensführung berücksichtigt (vgl. ebd., 44). Darüber hinaus sind die Prinzipien der Regionalisierung und Sozialraumorientierung von Bedeutung,

die eine verhältnispräventive Perspektive einnehmen. Sie fokussieren sich auf die Verbesserung sozialer Strukturen und setzen an den unterschiedlichen Bedarfen innerhalb eines Sozialraums an, um gezielte, lebensweltnahe Unterstützung zu leisten (vgl. Grunwald/Thiersch 2016, 44f.). Abschließend nennt Thiersch die Prinzipien der Partizipation und Inklusion. Partizipation ermöglicht es Menschen, aktiv an der Gestaltung ihrer Lebensbedingungen mitzuwirken und durch Selbstwirksamkeitserfahrungen Anerkennung zu erfahren. Inklusion bedeutet dabei nicht nur die formale Einbindung marginalisierter Gruppen, sondern auch die gleichwertige Anerkennung unterschiedlicher Bewältigungsstrategien, die sich aus individuellen Dispositionen und sozialen Differenzen ergeben (vgl. ebd., 45).

4.2.1 Das Gesundheitsverständnis der Lebensweltorientierung

Das Verständnis von Gesundheit innerhalb der Lebensweltorientierung ist durch gesellschaftliche Werte und Normen geprägt. Individuelle Wahrnehmungen des Gesundheitszustands stimmen dabei nicht immer mit objektiven, medizinischen Parametern überein: So können sich Menschen gesünder fühlen, als es ihre Diagnose nahelegt, umgekehrt können sie sich krank fühlen, obwohl keine medizinischen Befunde vorliegen (vgl. Wanner 2016, 202). Diese Subjektivität des Gesundheitsempfindens beeinflusst auch das individuelle Handeln zur Vermeidung von Krankheiten oder Förderung der Gesundheit (vgl. ebd., 202f.). Das gesundheitsbezogene Verhalten der Menschen ist dabei oft in die Routinen und den Pragmatismus der Alltagsbewältigung eingebunden, weshalb Alltagsgewohnheiten nicht unbedingt an Gesundheitsmaximen ausgerichtet sind (vgl. ebd.: 203).

Für Wanner wird in der heutigen Übersetzung der Gesundheit in der Eigenverantwortung der Menschen die Gesundheitsförderung zunehmend als Mittel der Selbstdarstellung vertreten und im Rahmen einer inkorporierten Anforderung einer gesunden Lebensführung als Teil des Alltags aufgegriffen (ebd., 204f.). Die Gesundheit erscheint daher gestaltbar, jedoch liegt hier auch ein Risiko des Scheiterns, da nicht alle Faktoren individuell beeinflussbar sind (vgl. ebd., 204f.; Hanses 2006: 15f.). Der Gesundheitszustand ist für Wanner „in hohem Maße sozial bestimmt“ (Wanner 2016: 206), weshalb auch hier ein „Scheitern“ oftmals im Zusammenhang mit prekären Lebenslagen entsteht (vgl. ebd.). So führen ungleich verteilte Ressourcen zu unterschiedlichen Gesundheitschancen und erschweren insbesondere für Menschen in schwierigen sozialen Lebenslagen die Bewältigung individualisierter Gesundheitsanforderungen. Die Intersektion von Stigmatisierungs- und Ausgrenzungsprozessen verstärkt diese Herausforderungen zusätzlich. Beispielsweise können mangelhafte Wohnverhältnisse und gesundheitsschädigende Verhaltensweisen die Gesundheit beeinträchtigen, während sie zugleich häufig das Ergebnis sozialer Ausgrenzungsmechanismen sind (vgl. ebd., 206f.). Die Gesundheit nimmt somit Einfluss auf

den Alltag und wird in den alltäglichen Bewältigungsmustern der Menschen sichtbar (vgl. Wanner 2016, 209).

Als Ableitung muss die lebensweltorientierte Perspektive für Wanner die „subjektive[n] und biographische[n] Konstruktionen einbezieh[en]“ (Wanner 2016, 209), die Dimensionen Zeit und Raum in eine Analyse einnehmen und die individuellen Handlungsmechanismen verstehen können. Vor allem öffnet diese Perspektive die unterschiedlichen Verständnisse der Individuen über die subjektive Wahrnehmung der Gesundheit. Untersucht werden muss, welchen Stellenwert Gesundheit für unterschiedliche Personen hat. Wanner insistiert dabei auf eine Sensibilität für die „subjektiven Strategien im Umgang mit Gesundheit“ (ebd., 209) in Einbezug der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (vgl. ebd.).

4.2.2 Substanzkonsum und Drogenprävention als Teil einer Alltagsbewältigung

Im Rahmen der Lebensweltorientierung ist die Perspektive auf den Konsum psychoaktiver Substanzen geprägt von einem Verständnis für dessen tiefgehende kulturelle und soziale Verwurzelung. Während der Konsum im gesellschaftlichen Diskurs allmählich „rationalisiert und an [die] Selbstdisziplin und Selbstkontrolle“ (Füssenhauser 2013, 212) geknüpft wurde, sieht die Lebensweltorientierung den Rausch und das Streben nach Ekstase in ihrer Einbettung in den Verlauf der Menschheitsgeschichte und in Interaktion zu den jeweiligen Werten und Normen der Gesellschaft (vgl. Füssenhauser 2013, 212). Den Konsum von psychoaktiven Substanzen betrachtet Thiersch als etabliertes Bewältigungsmuster innerhalb der Verhältnisse (vgl. Thiersch 1995, 120f.). Er spricht daher von der „süchtigen Gesellschaft“ (ebd., 119) anstelle Drogenprobleme zu individualisieren.

Drogen sind in das Konkurrenzparadigma der modernen, nach Erlebnissen und Ausbrüchen strebenden Leistungsgesellschaft eingebunden und werden als „charakteristische Spielart des typisch modernen Konzepts von Lebensbewältigung“ (Thiersch 1995, 130) beschreibbar. Füssenhauser beschreibt Substanzkonsum dabei als „eigensinniges‘ Bemühen, den eigenen Alltag zu bewältigen und sich mit den Herausforderungen des Alltags zu arrangieren““ (Füssenhauser 2013, 214). Mit Blick auf die Herausforderungen des Alltags wird die Vielfältigkeit an subjektiven Gründen für den Konsum deutlich: Soziale Zugehörigkeit, Bewältigung von Herausforderungen der Arbeitswelt, zur emotionalen Entlastung und Kompensation, zum Abbau von Ängsten und Hürden oder zur Verdrängung (vgl. Füssenhauser 2013, 214; Thiersch 1995, 122f.). Drogen bieten eine Möglichkeit, sich im Rausch aus „dem okkupierenden, oft frustierend-banalen Alltag zu erheben, um etwas Besonderes zu erfahren und zu sein“ (Thiersch 1995, 123). Dies verweist auf eine inhärente Divergenz der Konsumgründe, die einerseits der Bewältigung von Alltagsbelastungen und andererseits der Flucht aus dem Pragmatismus der Alltagswelt dienen (vgl. Füssenhauser 2013, 214). Konsummuster und Ursachen sind in die subjektive Lebenswelt der Individuen

eingebunden und unterscheiden sich nach den jeweiligen umgebenden Werten, Normen und Anforderungen der sozialen, kulturellen Umwelt und den bestehenden Netzwerken (vgl. Füssenhauser 2013, 215).

Eine lebensweltorientierte Soziale Arbeit richtet ihre Theorie an einem Verständnis der individuellen Deutungen und Bewältigungsanstrengungen der drogenkonsumierenden Adressat:innen aus (vgl. Füssenhauser 2013, 216). Es findet dabei keine Fokussierung auf die Konsumpraktik statt, anstelle dessen wird eine ganzheitliche Orientierung an der Lebenswelt der Adressat:innen vorgenommen. So geht es ihr um den Einbezug, die Bereitstellung von und die Vernetzung mit sozialräumlichen, kulturellen, gesundheitsbezogenen Angeboten (vgl. ebd., 217). Thierschs Verständnis einer Drogenprävention ist dabei nicht von der pathogenen Einteilung in primär-, sekundär- und tertiär-Prävention abgeleitet, sondern bezieht sich auf die „Herstellung stabiler, belastbarer Verhältnisse in denen sich Suchtmittelmißbrauch nicht ausbilden muß“ (Thiersch 1995, 133). Er überführt das Präventionskonzept daher in eine gesundheitsfördernde Perspektive und richtet dieses einerseits an der Umgestaltung und Weiterentwicklung von Rahmenbedingungen aus, um so die Entlastung in den Lebenswelten zu schaffen und bezieht sich andererseits auf die Unterstützung zur Entwicklung von individuellen Kompetenzen, welche der erleichterten Konfliktbewältigung dienen und den Adressat:innen helfen soll, andere Wege zum Umgang mit Krisen zu finden (vgl. ebd., 133ff.). Besonders erwähnt er hier die Förderung von „Selbstbewußtsein, Phantasie und Widerstandsfähigkeit“ (ebd.135).

In Verbindung zum Gesundheitsverständnis der Lebensweltorientierung bedarf es in der gesundheitsbezogenen Arbeit mit der Zielgruppe von Drogenkonsument:innen einer lebensweltorientierten Diagnostik, welche die jeweiligen zeitlichen und räumlichen Spezifika einbezieht. Hier benötigt es einer Analyse der individuellen Handlungsmechanismen sowie der jeweiligen Lebenslage, um sowohl individuelle und gruppenbezogene Kompetenzen fördern zu können als auch verhältnispräventive Interventionen zu entwickeln.

4.2.3 Herausforderungen und Grenzen der Lebenswelttheorie

Die Lebensweltorientierung hat sowohl in der Theorie als auch in der Praxis der Sozialen Arbeit an Bedeutung gewonnen. In der Folge haben sich Diskurse entwickelt, welche ihre Potenziale, Grenzen und praktische Umsetzung kritisch reflektieren. Nüberlin weist in diesem Zusammenhang auf strukturelle Herausforderungen zur Ausrichtung der Sozialen Arbeit an Prinzipien der Lebensweltorientierung hin, indem sie ein Risiko in der unzureichenden Bearbeitung der Rahmenbedingungen erwähnt. Der präventive Ansatz der Lebensweltorientierung könne dazu führen, dass Menschen lediglich an ihre belastenden Lebenslagen angepasst werden, anstatt diese strukturell zu verändern. Ferner laufe in der

Orientierung an einem „gelingenderen Alltag“ Gefahr, lediglich kleinere Anpassungen innerhalb bestehender Verhältnisse vorzunehmen, anstatt tiefgreifende Veränderungen anzustoßen. Insbesondere die starke Fokussierung auf eine Ressourcenorientierung könne zu einer Individualisierung von Problemlagen führen, obwohl nachhaltige Verbesserungen nur durch eine strukturelle Bearbeitung der gesellschaftlichen Bedingungen erzielt werden könne (vgl. Nüberlin 1997, 67-70).

Zudem erfolgt die Analyse der Lebenswelt in der Praxis häufig nicht im konsequenten Einbezug der subjektiven Erfahrungen der Adressat:innen. Stattdessen werde sich oftmals mit einer Analyse der Rahmenbedingungen zufriedengegeben, in welchen sich Individuen bewegen (vgl. Kraus 2019, 111). Kraus kritisiert diesbezüglich die „naiv positivistische Annahme, man könne die Lebenswelt des Klientel tatsächlich ‚objektiv‘ erkennen und dann den fachlichen Notwendigkeiten (Wünschen) entsprechend gestalten“ (ebd., 111). In Weiterentwicklung schlägt er daher eine systemisch-konstruktivistische Perspektive auf die Lebenswelt vor. In dieser wird die Lebenswelt als „subjektiv wahrgenommene Welt eines Menschen“ (ebd., 112) übersetzt, welche sich unter den „jeweiligen Bedingungen seiner Lebenslage konstruiert“ (ebd.). Die Lebenslage umfasst hierbei sowohl die physischen und psychischen Dispositionen, als auch die rechtlichen, sozialen, ökologischen und ökonomischen Bedingungen der Umwelt (vgl. ebd., 113).

Aus konstruktivistischer Perspektive umfasst die Realität die individuellen Ausstattungsmerkmale der Individuen und der umgebenden Umwelt, welche in Differenz zu der Wirklichkeit der Menschen als „subjektive Erlebniswelt“ (ebd., 113) steht. Menschen haben keinen direkten Zugang zur Realität, sondern erhalten nur über den Umweg ihrer subjektiven Wirklichkeitskonstruktion einen Zugang zu ihr (vgl. ebd., 113). Ihre individuelle Perspektive muss jedoch mit den Bedingungen der Realität in Einklang sein. Nach Kraus ist die subjektive „Konstruktion, nur dann erfolgreich [...], wenn sie der Realität nicht widerspricht“ (ebd., 114). Aus dieser Perspektive nimmt die subjektive Konstruktion der Lebenswelt Bezug zu der Realität als Lebenslage. Aufgabe der Sozialen Arbeit ist demnach die Bearbeitung der Bedingungen innerhalb der Lebenslage, da sie keine sicheren Informationen über das Erleben der Menschen haben kann (vgl. ebd., 113-115). Nach Kraus ist die „Lebenswelt eines Menschen [...] in letzter Konsequenz so unhintergebar wie unerreichbar subjektiv“ (ebd., 115). Im Eingeständnis dieser Grenzen liegt die Folgerung nahe, sich in der lebensweltorientierten Praxis die Frage zu stellen, „wie ein Mensch diese Rahmenbedingungen wahrnimmt“ (ebd., 115) und sich nicht auf die objektive Analyse der Rahmenbedingungen zu konzentrieren (vgl. ebd.). Eine Bewertung von Lebenslagen und Beziehungen der Klient:innen fällt demnach nicht in den Möglichenbereich der Sozialen Arbeit. Kraus folgert nun: „Die geforderte Lebensweltorientierung bedeutet [...] nicht, dass man die Lebenswelt eines anderen Menschen tatsächlich erfassen kann, sondern vielmehr,

dass man der grundsätzlichen Subjektivität der Lebenswelt Rechnung trägt“ (Kraus 2019,115f.).

Während Ergebnisse von präventiven (verhaltensbezogenen) Maßnahmen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit leichter nachzuweisen sind, fallen Ergebnisse innerhalb von settingbezogenen Maßnahmen abstrakter aus (vgl. Hanses 2008: 18). Bereits die, an das Wohlbefinden gekoppelte Gesundheitsdefinition der WHO wird anlehnend daran kritisiert: Sie sei methodisch unzureichend spezifiziert und in ihrem Zugang in der Praxis nur eingeschränkt geeignet (vgl. Hurrelmann et al. 2015, 690). Die Lebensweltorientierung zeigt demnach strukturelle Probleme in einer fehlenden Möglichkeit der konkreten Nachweiserbringung ihrer Wirksamkeit. Hanses beschreibt diese Perspektive jedoch als „strukturelle Dilemmata“ (Hanses 2008: 18) der Gesundheitsförderung und sieht die unzureichende Begriffsbestimmung des Settingansatzes ursächlich (vgl. ebd. 18f.). Folgend sieht er eher die Notwendigkeit einer neuen „Konzeptualisierung von Evaluation“ (ebd.) um die Lücken zu schließen.

4.3 Perspektiven der produktiven Realitätsverarbeitung und Lebensweltorientierung in der Gesundheitsförderung und Prävention

Sowohl die produktive Realitätsverarbeitung nach Hurrelmann als auch die Lebensweltorientierung nach Thiersch verdeutlichen die subjektive Perspektive auf Gesundheit. Gesundheit ist kein objektiver Zustand, sondern individuell unterschiedlich erlebt und gestaltet. Zudem betonen beide, dass Menschen mit einer Vielzahl an Herausforderungen konfrontiert sind und dass eine Überforderung in schädigende Bewältigungsmechanismen übergehen kann.

Die produktive Realitätsverarbeitung basiert jedoch auf der (individuellen) Bewältigung normativer Entwicklungsaufgaben. Das Modell macht zwar keine Vorgaben zur Bewältigung dieser Aufgaben, setzt jedoch einen vordefinierten Rahmen, der festlegt, welche Herausforderungen als zentral gelten. Hurrelmanns Modell sieht vor, dass eine soziale Unterstützung insbesondere darauf abzielt, Kompetenzen zu stärken, um Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Zwar werden gesellschaftliche Rahmenbedingungen thematisiert, jedoch fehlt ein kritischer Anspruch an die Praxis, sich aktiv in politische Strukturen einzumischen. Dadurch besteht die Gefahr, dass die Verantwortung für die Bewältigung von Herausforderungen einseitig auf das Individuum geladen wird, anstatt strukturelle Ursachen stärker in den Blick zu nehmen. Das Modell der produktiven Realitätsverarbeitung zeigt daher eine strukturelle Nähe zu der Perspektive der Gesundheit in Eigenverantwortung, welche die Entwicklung von gesundheitsförderlichen Strukturen behindert.

Die Lebensweltorientierung geht stärker auf diese gesellschaftliche Dimension von Problemlagen ein und verwendet einen erweiterten Ressourcenbegriff, der nicht nur individuelle Fähigkeiten, sondern auch gesellschaftliche Strukturen und Ungleichheiten in den Mittelpunkt der Bearbeitung setzt. Sie entspricht demnach eher dem verhältnispräventiven, gesundheitsfördernden Ansatz. Thierschs Lebenswelttheorie setzt öffentliche Strukturen in die Verantwortung zur Bearbeitung sozialer und gesundheitlicher Probleme und kann daher als Gegenpol zu den Individualisierungstendenzen der Gesellschaft gelesen werden. Während Hurrelmanns Modell nahelegt, dass Individuen an der eigenen Bewältigung scheitern können, betrachtet Thiersch dieses Scheitern als sozial konstruiert. Auch die Anforderungen an Gesundheit sind gesellschaftlich geprägt, und Thiersch geht so weit, die Gesellschaft selbst als "süchtige Gesellschaft" zu bezeichnen – ein Hinweis darauf, dass Probleme nicht allein beim Individuum liegen, sondern strukturelle Ursachen haben. Thiersch erkennt zudem die Bedeutung individueller Kompetenzbildung an, in seinem Modell wird jedoch die Stigmatisierung stärker vermieden, da nicht das Individuum als „Problemträger“ im Mittelpunkt steht, sondern dessen Lebenswelt und die damit verbundenen Barrieren.

Hier zeigt sich auch die praktische Relevanz der Sozialen Arbeit in der Entwicklung von lebensweltbezogenen Interventionen: Während Hurrelmanns Modell vorrangig theoretische Entwicklungsaufgaben definiert, beschäftigt sich Thiersch stärker mit praktischen Handlungsstrategien, insbesondere mit der Frage, wie Individuen erreicht werden können und welche strukturellen Hürden entgegenstehen. Kraus' Erweiterung der Lebensweltorientierung reflektiert zudem die Grenzen des Anspruchs der Beachtung einer subjektiven Perspektive des:der Adressat:in innerhalb der Lebensweltorientierung. Durch Nüberlin wird deutlich, dass die Soziale Arbeit ihren Anspruch auf gesellschaftliche Einmischung nicht nur theoretisch formulieren, sondern auch praktisch umsetzen muss. „Alleine die Stärkung von Skills und Fähigkeiten bleibt obsolet, wenn dabei die Lebenswelt vergessen wird, also die Alltagswelt, in der Gesundheit Tag um Tag aufrechterhalten und wiederhergestellt wird“ (Rademaker 2018). Hinter dieser Aussage, welche im Rahmen einer Stellungnahme zur stärkeren Befassung der Gesundheitsförderung aus der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) heraus formuliert wurde, wird diese Kritik an der aktuellen Praxis der Gesundheitsförderung ableitbar. So bezieht sich die Autorin auf perspektivische Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit, die zu einer praxisleitenden Lösung von Stigmatisierungsprozessen und Barrieren verhelfen könnte. Dafür muss auch in den Praxisformulierungen des §20a SGB V ein stärkerer Bezug zu den Routinen des Alltags ausgearbeitet werden und mehr Arbeit in ein Verstehen der Feinheiten der jeweiligen Lebenswelt gelegt werden.

5. Theoretische Betrachtung des Partysettings

In Anlehnung an die gesundheitsfördernde Perspektive der DVSG richtet sich der Blick dieses Kapitels auf die alltägliche Lebenswelt von Partygänger:innen. Ziel ist es, den lebensweltlichen Feinheiten nachzugehen, um somit ein tieferes Verständnis für individuelle sowie kollektive Gesundheitspraktiken im Kontext von Feierkulturen zu ebnet. Zugrunde liegt die Theorie der Lebensweltorientierung nach Thiersch, die mit ihrem Fokus auf subjektive Bedeutungen, strukturelle Bedingungen und biografische Kontexte eine hilfreiche Grundlage bietet, um das Partysetting als relevanten Bestandteil von Alltagswelten ernst zu nehmen. In Anlehnung an die lebensweltorientierte Diagnostik werden zeitliche, räumliche und soziale Faktoren des Partysettings näher beleuchtet, um die dort geltenden Normen, Werte und Routinen sichtbar zu machen. Diese werden im Hinblick auf kulturelle, politische und soziale Verhältnisse betrachtet, um bestehende Spannungsfelder und Widersprüche sichtbar zu machen. Da es sich um eine literaturbasierte Arbeit handelt, werden die Perspektiven der Adressat:innen lediglich theoretisch vermittelt. Die gewonnenen Einsichten sind daher nicht auf konkrete Zielgruppen oder Einzelpersonen übertragbar, sondern bedürfen einer fortlaufenden reflexiven Einordnung. Um, in Anlehnung an Knaus' Lebenswelttheorie einer Verabsolutierung im Sinne einer objektivierenden Lebenslagenanalyse entgegenzuwirken, versteht sich die Arbeit als Annäherung, statt abschließende Antworten zu geben.

5.1 Feste als Räume der Gegenwart, Ekstase und Identitätsbildung

Die Postmoderne ist allgemein durch ein Aufbrechen traditioneller Strukturen gekennzeichnet. Der Glaube und verbindliche soziale Gemeinschaften wie die Familie und die Nachbarschaft verlieren zunehmend an Bedeutung (vgl. Hitzler/Honer/Pfadenhauer 2008, 9). Damit verliert auch die Vorstellung eines klar vorgezeichneten Lebensweges an Bedeutung – stattdessen rückt die Anforderung in den Vordergrund, das eigene Leben aktiv und flexibel zu gestalten. In einer Zeit in der die Individualität der Menschen als neugewonnene Freiheit propagiert wird, sehnen sich Menschen dabei nach persönlicher Entfaltung (vgl. Prisching 2008, 37ff.). „Der Einzelne kann tun, was er will - Im Rahmen seiner Möglichkeiten und Grenzen“ (ebd., 37). Sichtbar wird eine zunehmende Individualisierung, die sich durch die Vielfalt biografischer Verläufe und Lebensentwürfe zieht.

Gleichzeitig ist die Gegenwart durch eine Verdichtung globaler Krisen gekennzeichnet. Neben der Klimakrise und den Folgen der COVID-19-Pandemie verschärfen seit 2022 auch der russische Angriffskrieg auf die Ukraine sowie der eskalierende Konflikt in Israel und Gaza seit 2023 die globale Lage. Kennzeichnend ist heutzutage insbesondere eine Verschachtelung der Krisen, die Gabriel als „hyperkomplex“ bezeichnet: Die

unterschiedlichen Krisen bedingen sich dabei gegenseitig und sind nicht mehr klar voneinander trennbar (vgl. Gabriel 2024, 78). Die Zunahme an Krisen steht dabei auch im Zusammenhang zu dem Gefühl der Verunsicherung innerhalb der Bevölkerung, wie exemplarisch die Mitte-Studie der Friedrich-Ebert-Stiftung ermittelte (vgl. Zick/Sandal-Önal 2023, 227f.) Die Shell Jugendstudie aus dem Jahr 2023 verdeutlicht, wie sich diese Krisen auf das Sicherheitsempfinden junger Menschen auswirken: 81 % der Befragten geben an, Angst vor einem Krieg in Europa zu haben, 67 % äußern Sorgen vor Armut. Auch die Herausforderungen der Klimakrise und die Sorge vor zunehmendem Rechtsextremismus und gesellschaftlicher Spaltung sind stark präsent (vgl. Albert/Quenzel/de Moll Verian 2023, 13ff.).

Inmitten gesellschaftlicher Komplexität und individueller Verunsicherung suchen Menschen nach Momenten, in denen sie der Begrenztheit des Alltags entfliehen können. Feste eröffnen solche Räume: Sie durchbrechen Routinen, und bieten die Erfahrung von Ekstase - einem Zustand intensiver Gegenwärtigkeit, in dem Sorgen, Zukunftsängste und die eigene Endlichkeit für einen Moment ausgeblendet werden (vgl. Szabo 2011, 54-59). Die Nachtkultur eint dabei die zeitweilige Distanz zum Alltäglichen (vgl. Damm/Devenstedt 2020, 20). Feste sind daher sinnstiftend zur Bewältigung des Alltags und bieten gleichzeitig die Möglichkeit, eine Distanz zur Alltagswirklichkeit herzustellen. So zeigen sie einen entlastenden Charakter innerhalb der komplexen Anforderungen des Alltags. Sie bieten Menschen die Möglichkeit, für die Dauer des Ereignisses in der Gegenwart zu leben, ohne Vergangenes oder Zukünftiges betrachten zu müssen (vgl. Gebhardt 2015, 418f.). Die unterschiedlichen Zuschreibungen der sozialen Rollen des Alltags sind für die Zeit von Festen ausgehebelt und Teilnehmende erleben so eine „Vollwertigkeit des Seins“ (Gebhardt 2015, 420). So wird das Fest zu einer Spielwiese der Identitätsbildung. Die allgemeine Ordnung des Alltags für die Dauer des Festes besteht nicht. „Verstöße [gegen die alltägliche Ordnung, S.K.] sind entweder explizit erlaubt oder werden wohlwollend geduldet“ (ebd., 419). In dem gemeinsamen Erleben werden „Schranken des Alltags nieder[-gebrochen], gemeinsam entflieht man seiner Monotonie“ (Gebhardt 2015, 419). Somit geht es nicht um ein Ausscheren einzelner Individuen, sondern um das gemeinsame Verletzen von Normen, was demnach nicht nur für die individuelle Identitätsentwicklung förderlich ist, sondern auch das Identitätsgefühl der feiernden Gruppe bestärkt (vgl. ebd., 419f.).

Für Deile zeigt sich im Fest „eine Gemeinschaft lebensbejahend Bedeutung in besonderen äußeren Formen“ (Deile 2004, 9). Er betont damit die Bedeutung kultureller kollektiver Praktiken und der ästhetischen Form der Austragung. Auch für ihn stellt die Ekstase eine zentrale Rolle - diese würde durch unterschiedliche Elemente (psychoaktive Substanzen, Essen, Musik, Tanz) herbeigeführt (vgl. Deile 2004, 10f). In der modernen Feierkultur stehen vor allem die Elemente der lauten Musik und des Tanzes im Vordergrund. Auch

psychoaktive Substanzen stellen ein bedeutendes Element zur heutigen Intensivierung der Ekstase dar (vgl. Damm/Drevenstedt 2020, 20).

Die Energie der kollektiven Dynamik der Vergegenwärtigung entgegen geltender Werte und Normen lässt sich besonders eindrücklich in subkulturellen Feierpraktiken beobachten. In der afroamerikanischen und homosexuellen Clubkultur der späten 1970er Jahre in den USA wurden Clubs zu Schutzräumen vor der normativen Gewalt rassistischer und homophober Ordnungen. In der Intensität der kollektiven Gegenwelt entstand ein Zusammengehörigkeitsgefühl das auch in heutigen Club-Communities überschneidendes Merkmal ist (vgl. Wicke 2001, 268f.). „Der Club wurde zu Kirche, Schlafzimmer und Familie in einem“ (ebd., 269). Auch diese Funktion als „Schutzraum“ für die feiernde Community lässt in der heutigen Clubkultur erkennen (vgl. Damm/Drevenstedt 2019, 16).

Feste und Clubevents vermögen allgemein die Individualisierungstendenzen der Postmoderne und die Ängste der Menschen für den Moment auszuhebeln und die Krisen der Zeit zu vergessen. Sie sind also nicht bloß gesellige Unterbrechungen, sondern gesellschaftlich und individuell bedeutsame Räume, in denen Menschen sich und andere neu erfahren. Die kollektive Grenzüberschreitung wird dabei zur Quelle eines Gemeinschaftsgefühles. Sie stiftet nicht nur Zugehörigkeit, sondern auch Bedeutung – in einem Modus, der sich den Routinen des Alltags widersetzt und dabei gesellschaftliche Dissonanzen für einen Moment außer Kraft setzt. Aus der Perspektive der Lebensweltorientierung stellt das Fest einen Raum dar, der als Nährboden für den bewussten Ausbruch aus dem Alltag dienen kann. Daher begünstigt er den persönlichen und gesellschaftlichen Wandel und darf in seinem Ressourcengehalt für Individuen und Kollektive nicht unterschätzt werden.

5.1.1 Vom Fest zur Massenproduktion: Kulturindustrie im Zeitalter der Eventisierung
In der Gegenwart erleben wir einen Anstieg von musikalischen Events (vgl. Gebhardt 2015, 415). Gebhardt spricht hierbei von einer regelrechten „Eventisierung“ (ebd., 416), da außeralltägliche Ereignisse zunehmend zu festen Bestandteilen des Alltags geworden sind (vgl. ebd.). Während früher das Zusammenbringen von Menschen und das Zelebrieren von Bräuchen und Traditionen im Vordergrund stand, rücken heute häufig kommerzielle Interessen in den Vordergrund. Das Fest wird professionalisiert und zum kapitalistischen Produkt (vgl. ebd., 425). Um finanziell erfolgreich zu sein besteht nun das Ziel darin, besonders reizintensiv und besonders außeralltäglich zu sein – die Inszenierung tritt dadurch zunehmend vor den Inhalt (vgl. ebd., 425; Prisching 2008, 38). Diese Einbindung des Außeralltäglichen in den Alltag der Menschen führt dabei zu einer „Erhöhung der Erlebnisgeschwindigkeit auf Kosten der Erlebnistiefe“ (Schulze 2005, 434). Für Szabo ist das bloße Versprechen eines Erlebnisses Kennzeichen der modernen „Party“ (vgl. Szabo 2011,

88). In diesem Versprechen liegt „einerseits [...] die Hoffnung und die Sehnsucht, etwas zu erleben und andererseits garantiert es eben auch genau die Befriedigung des Erlebnishungers“ (Szabo 2011, 88). Er argumentiert folgend: „Es ist das prototypische posttraditionale Fest der Erlebnisgesellschaft“ (ebd.).

Auch Adorno und Horkheimer kritisierten in ihrer Theorie der Kulturindustrie die Vermarktung von Kunst als Massenprodukt. Diese Industrie reproduziere immer wieder dieselben vertrauten Muster, wobei Innovation auf technologische Verfeinerung des Bestehenden beschränkt bleibt, anstatt tatsächlich Neues zu schaffen (vgl. Horkheimer/Adorno 2006, 144). Kultur erscheint in ihren Augen als ein Ausdruck individueller Anpassung an die Wettbewerbslogik – neue Erfahrungsräume werden nicht eröffnet (vgl. ebd., 164). Für Besucher:innen soll das Event dabei vorrangig Erholung bieten und helfen, von dem Alltag abzuschalten. Die Erwartung an Rituale und Verbindlichkeiten nimmt ab (vgl. Gebhardt 2015, 425). Diese Entwicklung führt zu einer Reduzierung des identitätsstiftenden Potenzials von Festen, da das gemeinschaftliche Erleben nur noch während des Events besteht und kaum in den Alltag übergeht (vgl. ebd., S. 426f.). Auch für Adorno und Horkheimer erstarrt das Vergnügen in dieser Form „zur Langeweile, weil es, um Vergnügen zu bleiben, nicht wieder Anstrengung kosten soll“ (Horkheimer/Adorno 2006, 145). Konsument:innen nehmen dabei eine passive Rolle ein. Um Anstrengung zu vermeiden, beziehen sich kulturelle Veranstaltungen direkt auf die umgebende Wirklichkeit – sie fungieren lediglich als deren Abbild, auch wenn sie ihren Besucher:innen einen Ausbruch aus ebendieser versprechen (vgl. ebd., S. 148). Für sie stellt „Amusement die Verlängerung der Arbeit unterm [sic] Spätkapitalismus“ (Horkheimer/Adorno 2006, 145) dar. Es werde „[...] von dem gesucht, der dem mechanisierten Arbeitsprozeß ausweichen will, um ihm von neuem gewachsen zu sein“ (ebd.).

Aus dieser Perspektive erscheint das Fest nicht nur als Moment der Entlastung, sondern auch als stabilisierendes Element ökonomischer Verhältnisse: Es hilft, bestehende Belastungen zu bewältigen, verhindert jedoch, dass Widerstand gegen die zugrunde liegenden, als ungerecht empfundenen Strukturen entsteht. Die therapeutische, alltagsentlastende Funktion des modernen Events zielt demnach nicht darauf ab, die Ursachen gesellschaftlicher Belastungen zu hinterfragen, sondern beschränkt sich darauf, diesen Belastungen positive, jedoch flüchtige Erlebnisse entgegenzusetzen.

5.1.2 Heterotopien der Clubkultur

Entgegen der verhältnisstützenden, entlastenden Funktion stellen Clubs und Veranstaltungsräume nach Damm und Drevenstedt auch Erkundungsorte fernab der Alltagswelt dar, welche sich im Foucaultschen Sinne als Heterotopien beschreiben lassen (vgl. Damm/Drevenstedt 2020, 33). Sie sind reale, jedoch von der Alltagsrealität

abweichende Räume, in denen alternative Gesellschaftsformen innerhalb eines bestimmten zeitlichen und räumlichen Rahmens erlebbar werden (vgl. Foucault 1991, S. 39f.). Ein Beispiel dafür sind die queeren Lebensrealitäten, die sich in den 1970er Jahren in den Heterotopien afroamerikanischer Homosexuellenclubs herausbildeten. Auch heutige Party- und Festivalkontexte greifen diese Idee auf und versuchen, gesellschaftliche Freiräume zu schaffen – teilweise verbunden mit einem alternativen Verständnis von Wirtschaft und Gemeinschaft. So formuliert der Verein Kulturkosmos, der das jährlich stattfindende Fusion-Festival organisiert, das Ziel eines „selbstbestimmten Lebens abseits kapitalistischer Zwänge und Verwertungsinteressen“ (Kulturkosmos o. J.). Für die Veranstalter:innen und Besucher:innen sollen „Utopien im Hier und Jetzt erlebbar und im Modellversuch realisierbar“ (ebd.) gemacht werden. Auch das Kollektiv hinter dem Festival „Keine Knete trotzdem Fete“ (KKtF) beschreibt sich als „Gegenpol zu herrschenden Verhältnissen“ und als ein „Stück lebendige Utopie“ (KKtF e.V. o. J.). Partys und Festivals erscheinen hier als ideologisch motivierte Projekte, die sich bewusst in Opposition zu kapitalistischen Strukturen positionieren. Allerdings basieren viele dieser antikapitalistischen Formate auf ehrenamtlichem Engagement (vgl. Kulturkosmos o. J.; KKtF e.V. o. J.). Das führt zu einer paradoxen Situation: Die Beteiligten müssen ihren Alltag weiterhin innerhalb der kapitalistischen Konkurrenzgesellschaft organisieren – außerhalb der zeitlich und räumlich begrenzten Heterotopie.

Zudem sind selbst solche Projekte nicht frei von den strukturellen Zwängen des Systems, das sie kritisieren: Bürokratische Anforderungen, finanzielle Aufwände und politische Regulierungen erfordern eine gewisse Anpassung an bestehende ökonomische Rahmenbedingungen. So beschäftigt der Kulturkosmos mittlerweile 30 Festangestellte, da die Organisation des Festivals längst nicht mehr rein ehrenamtlich zu bewältigen ist (vgl. Kulturkosmos o. J.). Dies verdeutlicht: Selbst antikapitalistische Projekte stehen in Wechselwirkung mit kapitalistischen Strukturen – und sind teilweise von ihnen abhängig. In diesen Heterotopien spiegeln sich somit nicht nur Wünsche nach gesellschaftlicher Veränderung, sondern auch die Grenzen eines möglichen Einverständnisses mit den Verhältnissen durch das Vergnügtsein – wie bereits von Adorno und Horkheimer kritisch reflektiert wurde.

5.2 Soziale Beziehungen: Zugänge zu Vergemeinschaftungen im Partykontext

Um sich dem vielschichtigen Thema der sozialen Beziehungen innerhalb von Partygemeinschaften anzunähern, lohnt sich ein Zugang aus zwei Perspektiven: Zum einen erlaubt die Auseinandersetzung mit Szenen, soziale Beziehungen im Rahmen ästhetisch stilisierter Gruppenstrukturen innerhalb der komplexen Struktur moderner Gesellschaften nachvollziehen zu können (vgl. Hitzler 2008, 55ff.). Zum anderen lohnt sich ein differenzierter

Blick auf kollektive Dynamiken, die sich jenseits etablierter Szenestrukturen entfalten. Während Szenegemeinschaften durch längerfristige Zugehörigkeit, geteilte Werte und ästhetische Codierungen geprägt sind (vgl. Hitzler/ Niederbacher 2010, 17), lassen sich im Partykontext auch Formen der Vergemeinschaftung beobachten, die vor allem temporär, offen und stark am Moment des Erlebens orientiert sind. Die zwei theoretischen Zugänge, die Konzepte der rauschhaften Vergemeinschaftung (Niekrenz) und der situativen Event-Gemeinschaft (Gebhardt), ermöglichen es, dieses soziale Erleben im Ausnahmezustand näher zu fassen.

5.2.1 Szenegemeinschaften im Partykontext

Inmitten einer komplexen Gesellschaft die zunehmend auf Individualisierung, Pluralisierung und Flexibilisierung ausgerichtet ist, sucht das Individuum nach Gemeinschaft, um der Vereinzelung moderner Lebensformen zu entfliehen (vgl. Prisching 2008, 35ff.). Während traditionelle Vergemeinschaftungen eine enge Bindung zu der sozialen Stellung der Mitglieder und zu sozialmoralischen Themen aufwiesen, rücken heute geteilte Interessen und Neigungen in den Vordergrund (vgl. Hitzler/Niederbacher 2010, 183). Gesucht werden flexible, unverbindliche Gemeinschaftsformen, die der Selbstentfaltung und der individuellen Freiheit nicht mit Verpflichtungen im Wege stehen (vgl. Prisching 2008, 37). So bilden sich Szenen, welche einen spezifischen freizeitlichen Lebensstil ausdrücken (vgl. Hitzler/Niederbacher 2010, 183). Diese versprechen den Individuen die gesuchte unverbindliche Gemeinschaft ohne Verpflichtungen (vgl. Hitzler 2008, 55f). Sie sind als freiwillig gewählte Zusammenschlüsse zu verstehen, die in Form offener, lockerer Netzwerke organisiert sind (vgl. Hitzler/Niederbacher 2010, 15f). Die Verbindung untereinander erfolgt dabei über ein geteiltes Thema, das sich vor allem ästhetisch ausdrückt. Rund um dieses Thema entsteht ein spezifischer Lebensstil, der sich beispielsweise in Sprach- und Kommunikationsmustern, spezifischen Szeneorten und -events sowie gemeinsamen Ritualen zeigt (vgl. Hitzler 2008, 64).

Grundlage der Vergemeinschaftung in Szenen bildet die spezifische kollektive Interaktion: „[I]hre Existenz ist gebunden an die ständige Erzeugung und Vergewisserung gemeinsamer Interessen seitens ihrer Mitglieder“ (Hitzler/Niederbacher 2010, 184). Für Schulze sind Szenen dabei Orte, an denen „alltagsästhetische Schemata in einer gemeinsamen Aufführung der Beteiligten auf die Bühne gebracht werden. Jeder ist gleichzeitig Zuschauer und Darsteller“ (Schulze 2005, 466). In solchen performativen Settings werden kollektiv szenetypische Normen verhandelt und das eigene Verhalten wird folgend auf dieses Szenewissen ausgerichtet (vgl. ebd., 467). „In Szenen werden alltagsästhetische Schemata öffentlich anschaulich und damit immer wieder kollektiv homogenisiert und stabilisiert“ (ebd., 467). Sichtbar werden Distinktionsmechanismen, da die ästhetischen Codes der Szene eng

über den Einschluss und Ausschluss referieren (vgl. Schulze 2005, 466). Auch für Hitzler und Niederbacher entsprechen Szenen dem Netzwerk von Menschen, in dem „bestimmte materiale und/oder mentale Formen der kollektiven (Selbst-)Stilisierung [geteilt werden] und diese Gemeinsamkeiten kommunikativ stabilisier[t], modifizier[t] oder transformier[t werden]“ (Hitzler/Niederbacher 2010, 17).

Während der Zugang in die Szene niedrigschwellig ist, erfordert die vollständige Teilhabe die Kenntnis und Anwendung von szenespezifischem Wissen und Kenntnissen, welches nicht ausschließlich sozial vermittelt wird, sondern auch die persönliche Auseinandersetzung und Aneignung erfordert (vgl. Hitzler/Niederbacher 2010, 18). Während sich die Mitglieder innerhalb der Gruppen kennen, findet das Erkennen außerhalb über Szenemerkmale und die typische Interaktion statt (vgl. ebd., 20). Die Struktur der Szene zeigt sich dabei als ein loses Netzwerk segmentierter Gruppen mit einem Kern besonders aktiver Akteur:innen (ebd., 23). Für ihre Mitglieder übernehmen Szenen Funktionen eigenständiger Sozialisationsinstanzen und können als Orte der Identitätsbildung und des Kompetenzerwerbs nachhaltig positiv zur Lebensbewältigung ihrer Mitglieder beitragen (vgl. ebd., 26). Da sie im Aufbau offen, dynamisch und einem ständigen Wandel unterzogen sind, muss die Forschung Kriterien zur Beschreibung von Szenen flexibel anpassen. Zudem besitzen sie nur eine begrenzte Quantifizierbarkeit (ebd., 27f.).

Allgemein benötigen Szenen Treffpunkte, die als zentrale Orte der Begegnung und Bestätigung fungieren (vgl. Hitzler/Niederbacher 2010, 19). Musikclubs entsprechen diesen Orten, da sie aktiv zur (Re-)Produktion dieser Werte beitragen, indem sie ihre Programmgestaltung und räumliche Inszenierung, das Selbstverständnis und die ästhetische Haltung der Szene sichtbar machen (vgl. Damm/Drevenstedt 2020, 36). Sie übernehmen dabei Funktionen der Bildung und Vermittlung der kollektiven Identitäten und der Werte der Community (vgl. ebd., 33). Auch entsprechen Clubs Räumen, welche die ästhetischen und sozialen Distinktionen der jeweiligen Szene zum Ausdruck bringen: „Teilnahmebedingung ist ein konkretes Interesse, das in einer exklusiven, das heißt nicht nur ein- sondern auch ausschließenden Gemeinschaft Gleichgesinnter ausgelebt wird“ (ebd., 21). Besonders deutlich wird dies in der Schließung nach außen mithilfe von Türpolitiken (vgl. Gebhardt 2015, 417; Damm/Drevenstedt 2020, 35; Hitzler 2001, 22). Hier werden die Distinktionsmechanismen der exkludierenden Gemeinschaft und ihre ästhetische und soziale Identität deutlich. Die Teilnahme am Clubevent setzt demnach nicht nur eine Konsumbereitschaft voraus, sondern verlangt ein Vertrautsein mit spezifischem Szenewissen, die auch eine Befassung mit diesem außerhalb der Events deutlich macht. Im Unterschied zu klassischen Kulturevents, bei denen klare Trennungen zwischen Produzent:innen, Künstler:innen und Publikum bestehen, verschwimmen diese Rollen innerhalb von Clubs: Hier sind Akteur:innen gleichzeitig Teil der Produktion wie auch der

Rezeption (vgl. Damm/Drevenstedt 2020, 35). Sie bewegen sich demnach in wechselnden Rollen. Da Szenen allgemein die aktive Partizipation der Mitglieder voraussetzen, kommt es nach Hitzler und Niederbacher zu dieser Überschneidung der Rollen (vgl. Hitzler/Niederbacher 2010, 18).

5.2.2 Gemeinschaftsbildung am Beispiel der Technoszene

Gemeinschaft in der Technoszene wird einerseits im nahen Freund:innenkreis - im Sinne eines Zugehörigkeitsgefühls zu der Gruppe, die geschlossen Events besucht - hergestellt, andererseits wird auch die Idee eines internationalen Miteinanders gelebt, in welcher die ethnische Herkunft oder die sexuelle Identität keine Rolle spielen und lediglich das individuelle Empfinden der Zugehörigkeit zur Szene zählt. Letzteres spiegelt sich exemplarisch in der Thematisierung der Zugehörigkeit über Slogans von Veranstaltungen wie „We are one family“ (Love-Parade) wider (vgl. Hitzler 2001, 20f.).

Obwohl die Vergemeinschaftung ein inklusives Selbstbild pflegt, existieren vertikale Unterschiede: Während die Szene von Sympathisant:innen und Gelegenheitsnutzer:innen umgeben ist, bilden Personen mit hohem kulturellen oder sozialen Kapital, etwa Kulturschaffende, Freund:innen oder Personen mit hoher Präsenz, den Szenekern (vgl. Hitzler 2001, 21f.). Die Zugehörigkeit zur Technoszene lässt sich demnach über das für Clubkulturen typische Konzept des subkulturellen Kapitals beschreiben. Dieses manifestiert sich im spezifischen Szenewissen, das sich unter anderem in unausgesprochenen Regeln, Symbolen und ästhetischen Codes äußert und in den sozialen Interaktionen sowie der Gestaltung der Szene bestätigt wird. Die Kenntnis dieser Codes verleiht Status und kann szenetypische Vorteile ermöglichen (vgl. Damm/Drevenstedt 2020, 35). Die Privilegien innerhalb der Technoszene bestehen dabei insbesondere in Vorteilen im Rahmen der Szeneveranstaltungen, wie einem freien Eintritt, kostenlosen Getränken sowie dem Zutritt zu nicht-öffentlichen Bereichen der Party (vgl. Hitzler 2001, 22f.).

Allgemein verfügt die Technoszene über einen pluralen Aufbau. So bestehen Abgrenzungen untereinander in Form der Angliederung an bestimmte Subszenen, die sich nach Vorlieben in Subgenres der technoiden Musik (wie beispielsweise „Gabber“ oder „Goa“), bestimmten Clubs oder lokalen Kontexten differenzieren (vgl. Hitzler 2001, 20f./Werner 2001, 31). Ferchhoff spricht diesbezüglich von der Ausbildung eines „Szene-Pluralismus“ (Ferchhoff 2013, 73), der zu der Entstehung von Nischenkulturen sowie kommerzialisierten Ausprägungen des Genres beigetragen hat (ebd.). Als kommerzielle, große Jugendkultur war Techno in den 1990er Jahren auf ihrem Höhepunkt, heutzutage besteht sie jedoch vorrangig in ihren Nischenkulturen im Rahmen der modernen Clubkultur sowie auf illegalen oder selbstorganisierten Events. Ihre Ästhetik und Ideologie prägen jedoch auch die Entwicklung anderer Popkulturen (vgl. Ferchhoff 2013, 90). Die Orte der Technoszene

reichen von kleinen Clubevents bis hin zu Straßenparaden und großflächigen Open-Air-Festivals (vgl. Hitzler 2001, 12; Werner 2001, 32). Obwohl szenetypische Clubevents bereits längere Öffnungszeiten aufweisen als reguläre Diskotheken, kommt es mitunter durch die Aneinanderreihung mehrerer Events zu einer Ausdehnung des Feierns auf mehrere Tage (vgl. Werner 2001, 38). Zur Verlängerung des Abends dienen auch After-Hour-Partys und Chill-Outs² (vgl. Ferchhoff 2013, 79; Hitzler/Niederbacher 2010, 157f.).

Zentrale Rolle in der Szene spielt die elektronische Musik. Sie wird durch DJs live weiterverarbeitet und durch Sampling und Bearbeitung von Equalizern angepasst, sodass bei Technoevents nicht die einzelnen Lieder im Mittelpunkt stehen (vgl. Hitzler 2001, 15f.; Werner 2001, 36). Vielmehr geht es um die Herstellung eines kontinuierlichen Klangraumes, der Besucher:innen in ekstatische, tranceartige Zustände versetzen soll (vgl. Hitzler 2001, 15f.).

In Rahmen des Events wird eine gemeinsame, ästhetische Andersartigkeit zelebriert. Mitglieder inszenieren sich einerseits als Individuen und grenzen sich ästhetisch von der Gruppe ab – etwa durch in sich gekehrtes Tanzen oder außergewöhnliche Kleidung – wissen jedoch andererseits, dass diese Differenzierung innerhalb der Szene symbolisch ein verbindendes Element darstellt (vgl. Hitzler 2001, 15f.). In empirischen Untersuchungen zur Berliner Technoszene wurde deutlich, dass Tanzen als zentrales Element der Szene gilt – als individuelle Ausdrucksform und gemeinschaftliches Erlebnis zugleich (vgl. Werner 2001, 42). Dabei werden hohe Leistungsanforderungen an den Körper gestellt. Getanzt wird oft über Stunden hinweg, unterstützt durch den Konsum psychoaktiver Substanzen, die zur Ausdehnung des Erlebnisses und zur Bewältigung körperlicher Belastungen beitragen (vgl. Werner 2001, 34, 39). Für Hitzler besteht die Funktion des Substanzkonsums vorrangig in dessen leistungs-, aktivitäts- und intensitätssteigernder Wirkung (vgl. Hitzler 2001, 17). Der Konsum ist dabei in die Werte, Interessen und das Gemeinschaftsempfinden der Szene eingebunden, insofern dass er nicht nur der Herstellung der Ekstase und einer Intensivierung des Erlebnisses dient (vgl. Hitzler 2001, 18), sondern auch die Ausdauer während des nächtlichen „Tanz-Marathon[s]“ (ebd.) umsetzt. Da Alkohol in seiner Wirkung nicht dazu beiträgt, lange Zeit körperlich aktiv zu sein, wird oftmals auf illegale sowie legale aufputschende Substanzen zurückgegriffen (vgl. Hitzler 2001, 38, Ferchhoff 2013 79).

Das Selbstverständnis der Szene gründet in einer verankerten Offenheit und Freundlichkeit im Miteinander und ermöglicht Interessierten den Anschluss an technoide Lebensideologie auf Grundlage freiwilliger Entscheidungen: Wer Teil der Community sein möchte, ordnet sich

² Beide Bezeichnung sind szeninterne Begriffe: Eine „After-Hour“ benennt Partys, die an die besuchte Party anschließt, ein „Chill-out“ bezeichnet das gemeinsame Ausklingen im Kreis der nahen Freund:innen (vgl. Hitzler/Niederbacher 2010, 157f.).

der Idee der Gemeinschaft unter, indem er dessen Routinen, ästhetische Codes und Werte mitträgt und performativ bestätigt. Die Szene zeigt dabei eine ausgesprochene Friedfertigkeit, die durch einen hohen individuellen Wertekanon der Mitglieder eine große Beständigkeit aufweist (vgl. Hitzler 2001, 18f.). Die geteilten Einstellungen haben einen großen Wert. So wird die Szene für viele Mitglieder als Schutzraum vor Diskriminierungen betrachtet (vgl. Hitzler/Niederbacher 2010, 156).

In der Geschichte der Technocommunity wurden einige Male politische Forderungen geäußert, wie beispielsweise im Rahmen der Love-Parade (vgl. Meyer 2001, 56). Die grundsätzliche Haltung der Szenemitglieder beschreibt Hitzler jedoch als eine Ansicht, „sich durch die Zustände der Welt nicht auch noch das eigene Leben nehmen [...] [zu] lassen“ (Hitzler 2001, 24). „Spaß haben und den Tatsachen ‚ins Auge sehen‘“ (Hitzler/Niederbacher 2010, 156f.), so drücken Hitzler und Niederbacher die produktive Verarbeitung des Widerspruches aus gesellschaftlichen Anforderungen im Rahmen ihrer hedonistischen Szeneherstellung innerhalb der Freizeitgestaltung aus. Für Ferchhoff ist diese hedonistische Perspektive und die Abgrenzung zur Alltagswelt ebenfalls elementar für das Gefühl der Vergemeinschaftung (vgl. Ferchhoff 2013, 90). Ein besonderes Merkmal der Szene besteht für ihn dabei in der starken Abnabelung zum allgemeinen Alltag im Rahmen der zeitlich- und räumlichen Spezifika der Szeneevents. Während viele Szeneangehörige innerhalb der Woche einer regelmäßigen Arbeit nachgehen, wird das Wochenende in seiner hedonistischen Form der Aneinanderreihung von szenetypischen Events zelebriert. Verhaltensregeln für den Alltag bestehen dabei nicht (vgl. Hitzler/Niederbacher 2010, 156).

5.2.3 Temporäre Formen der Vergemeinschaftung

Während Szenegemeinschaften über gemeinsame ästhetische Codes, Routinen und ein geteiltes Szenewissen eine längerfristige Zugehörigkeit ermöglichen, existieren daneben deutlich flüchtigere Formen kollektiven Erlebens: temporäre, rauschhafte Vergemeinschaftungen. In einer zunehmend individualisierten Gesellschaft wächst laut Gebhardt die „Sehnsucht nach dem Erlebnis von bedingungsloser Gemeinschaftlichkeit“ (Gebhardt 2008, 211). Moderne Events bedienen dieses Bedürfnis, indem sie Räume bereitstellen, in denen emotionale Nähe und Zugehörigkeit auf Zeit erlebbar werden – ohne Anspruch auf Dauer oder Verpflichtung. Situative Event-Gemeinschaften entstehen nach Gebhardt offen, niedragschwellig und aus dem Moment heraus. Während Szenetreffpunkte und Events auf eine bereits existierende Gemeinschaft referieren und Zugehörigkeiten bestätigen, zielen temporäre Feierräume primär auf das Erlebnis selbst ab. Das „Wir-Gefühl“ dient der Situation, nicht einer anhaltenden sozialen Struktur (vgl. Gebhardt 2008, 204-207).

Niekrenz richtet ihren Blick in ihrer Theoretisierung „Rauschhafter Vergemeinschaftungen“ auf diese situativ entstehenden, zeitlich begrenzten, intensiven Gemeinschaftsgefühle, wie

sie im Rahmen von Events auftreten. Sie analysiert hierbei vorrangig solche Verbindungen, welche durch Drogen- oder andere Rauschzustände ausgelöst werden (vgl. Niekrenz 2011, 75f.). Rauschhafte Vergemeinschaftungen entstehen dabei innerhalb von Gruppen, die sich freiwillig und thematisch verbunden an einem gemeinsamen Ort zusammenfinden. Im Zentrum steht ein subjektiv empfundenes Wir-Gefühl, das für einen Moment bestehende gesellschaftliche Normen aufweicht und soziales Handeln verändert (vgl. Niekrenz 2011, 75f.). In der Dichte der Menschenmenge entsteht demnach ein Gefühl der Verschmelzung. Das individuelle Erleben geht in ein kollektives Gefühl über. Rauschzustände intensivieren diese Prozesse, indem sie die eigene Wahrnehmung des Raums verändern. Dieses veränderte Empfinden wird jedoch von der Gruppe aufgefangen und sorgt für die emotionale Verbindung der Gruppe (vgl. Niekrenz 2011, 76-82).

Für Niekrenz spielt der Körper dabei eine zentrale Rolle. Durch die gegenseitige Orientierung an der Bewegung, dem Tanz und dem Verhalten der Gruppe nimmt dieser eine aktive Rolle in der Herstellung des Zusammengehörigkeitsgefühls ein. Die empfundene Nähe wird dabei durch das gemeinsame Erleben von Emotionen, durch Ritualisierungen, Distinktionen oder die geteilte Erfahrung des Rauschs verstärkt (vgl. ebd. 75f.). Im Zustand des Rausches übernimmt der Körper dabei Kommunikationsaufgaben der Individuen. Gefühle äußern sich stärker, soziale Hemmungen fallen und eigentlich fremde Menschen werden als nah und verbindend erlebt (vgl. ebd. 98f.). Durch das kollektive Ausführen von ritualisierten, einfachen Bewegungen, Ausrufen oder Haltungen zur selben Zeit und am selben Ort entsteht dabei nicht nur ein abstraktes Gefühl von Zugehörigkeit – es wird körperlich erfahrbar (vgl. ebd., 88).

Für Gebhardt spielt vor allem die Anonymität der Menschenmenge im Rahmen der situativen Event-Vergemeinschaftungen eine entscheidende Rolle. Sie ermöglicht den Teilnehmenden, individuelle Grenzen zu überschreiten, Normen zu ignorieren oder neue Rollen auszuprobieren (vgl. Gebhardt 2008, 209). In der Unverbindlichkeit der Situation liegt nach Gebhardt eine Freiheit:

*„Dort, wo niemand den anderen kennt, muss auch niemand damit rechnen,
mit seinen Handlungen später wieder konfrontiert zu werden, geschweige
denn hinterher über sein Handeln Rechenschaft ablegen zu müssen.“
(Gebhardt 2008, 209)*

Damit unterscheiden sich situative Vergemeinschaftungen deutlich von posttraditionalen Szenen. Während Letztere durch ein hohes Maß an sozialer Kontrolle über Codes und Szenewissen geprägt sind und den Ausbruch aus (sub-)kulturell verhandelten Normen weniger zulassen, erlauben lose Eventsituationen deutlich mehr Spielraum, sowohl emotional als auch performativ. Der temporäre Ausnahmezustand der Party wird zum

Möglichkeitsraum für individuelle Entgrenzung und kollektives Erleben – in einer flüchtigen, jedoch nicht weniger intensiven Form.

Ein prägnantes Beispiel für eine solche temporäre Gemeinschaft liefert etwa die touristische Feierkultur am Ballermann auf Mallorca. In den belebten Straßen der Altstadt von Palma entstehen kollektive Dynamiken, die individuelles Handeln in die Verantwortung der Gruppe übertragen. Inmitten der dicht gedrängten Menge entsteht ein Gefühl von Gleichheit und Zugehörigkeit. Dies entlastet die Einzelnen und stärkt zugleich die Gruppe (vgl. Szabo 2011, 44ff.). Zentrales Thema dieser Vergemeinschaftung liegt nach Szabo in der bewussten Abkehr von regulierten Sexualnormen des Alltags. Der Urlaub am Ballermann wird mit einer Sehnsucht nach einem außeralltäglichen Ereignis verbunden, sei dies sexueller, amouröser, freundschaftlicher oder persönlicher Natur. Das Erlebnisversprechen wird so zur kollektiven Fantasie (vgl. ebd., 48). Nach Szabo wird „durch die Dichte der Masse und die entsprechenden Lieder eine kollektiv sexualisierte Stimmung erzeugt“ (ebd., 48). Liedtexte betonen dabei den Alkoholkonsum und das gemeinsame Feiern. Sie sorgen für eine euphorisierende Stimmung (vgl. Szabo 2011, 69). Die Ästhetik der Feiergemeinschaft ist dabei selbstreferenziell – das Feiern dient dem Feiern selbst, was sich auch in der symbolischen Überhöhung von Partysongs widerspiegelt (ebd., 86f.). Der Ballermann wird so zum Symbolort einer kollektiven Urlaubs-Heterotopie der Entgrenzung. Wiederholungen in Melodie und Rhythmus unterstützen die kollektive Ekstase und fördern ein geteiltes Gefühl von Zugehörigkeit beim Tanz, da sie Menschen niedrigschwellig zum Mitmachen animieren (vgl. ebd., 77). Auch der Konsum von Alkohol intensiviert die Herstellung der Gemeinschaft (vgl. ebd., 72), Trinkspiele betten den Rausch dabei in eine soziale Struktur ein (ebd., 69f.) und wirken gemeinschaftsstiftend. Insbesondere wird der Alkoholrausch hier in seiner enthemmenden Wirkung genutzt und dient der Freisetzung von Trieben (vgl. ebd., 48f). Zusammenfassend findet hier eine starke situative Ritualisierung des Tanzens, des Singens, der Bewegungen sowie der Trinkgewohnheiten statt. Der Exzess wird demnach zum gemeinsamen Erlebnis.

Ähnliche Dynamiken zeigt auch der rheinische Karneval: Hier wird das temporäre Erlebnis-Event sogar institutionell gerahmt - anstelle des entgrenzten Urlaubsortes ist dieser Ausnahmezustand im Kalender verankert. Auch in der Karnevalszeit wird der Alkoholkonsum in spezifische Rituale eingebunden (vgl. Niekrenz 2011, 252ff.). Neben Alkohol und kollektiven Ritualen wirkt dabei auch die Kostümierung gemeinschaftsstiftend (vgl. ebd., 174f). Sie entlastet die Individuen von der Entstehung einer Scham und der individuellen Verantwortungsübernahme (vgl. ebd., 252f.), stärkt zudem das Gefühl von Gleichheit, Intimität und unterstützt die Solidarisierung miteinander (vgl. ebd. 174f).

5.3 Diskussion: Raum, Zeit und soziale Beziehungen im Partysetting

Unter Rückgriff auf Thierschs Theorie der Lebensweltorientierung zeigt sich das Fest als besonderer Ort innerhalb der dialektischen Struktur des Alltags. Es eröffnet einen Imaginationsraum, der sich temporär vom Alltag absetzt und dabei doch in diesem eingebettet bleibt. Als Gegenwelt zum Alltag übernimmt das Fest dabei eine doppelte Funktion: Es wirkt befreiend und integrierend zugleich. Besonders deutlich wird dies in der Betrachtung moderner Partykulturen als heterotope Räume. Sie schaffen Möglichkeitsräume für die kollektive und individuelle Identitätsarbeit, Selbstinszenierung und sozialen Wandel. Zeitgleich sind sie jedoch eingebunden in die kulturellen und ökonomischen Verwertungslogiken. Feiern wird damit zur kontrollierten Abweichung, die paradoxerweise selbst einer Ordnung unterliegt. Darüber hinaus lässt sich die Einbindung des Feierlichen in den Alltag der Menschen beobachten. Die Ausnahme verwandelt sich durch die Ritualisierung des Feierns im Wochenverlauf selbst in ein Element alltäglicher Praxis. Damit wird deutlich, inwiefern Feste und Partys keine bloßen Eskapismen darstellen, sondern komplexe soziale Phänomene sind, die in mehrfacher Hinsicht an gesellschaftliche Widersprüche rückgebunden sind. Die Analyse ihrer sozialen Funktionen erfordert daher immer die Betrachtung der doppelten Perspektive – als Imaginationsräume, ebenso wie als stabilisierende und ritualisierte Instanzen.

Im sozialen Gefüge der Partysettings lassen sich ferner zwei Typen der Vergemeinschaftung unterscheiden. Szenen erscheinen trotz ihrer fluiden, offenen Struktur als ausdifferenzierte soziale Räume, die durch spezifische Wertemuster, ästhetische Codierungen und ein geteiltes Szenewissen geprägt sind. Ihre Zugehörigkeit verlangt die aktive Auseinandersetzung mit szenespezifischen Routinen – sie ist nicht bloß gegeben, sondern muss im alltäglichen Handeln performativ erzeugt werden. Demgegenüber stehen situative Event-Gemeinschaften, die weniger auf eine dauerhafte Zugehörigkeit, sondern auf intensive, gemeinsam erlebte Ausnahmezustände zielen. Diese Gemeinschaftsformen entstehen aus dem Moment heraus und werden durch die Anonymität der Menschengruppe, Rausch und Rituale getragen. Beide Formen lassen sich dabei als Reaktionen auf die gesellschaftliche Vereinzelung und die Herausforderungen einer individualisierten, leistungsbezogenen Gesellschaft verstehen, indem sie Erfahrungsräume eröffnen und soziale Nähe, Zugehörigkeit sowie die individuelle Selbstinszenierung und temporäre Entgrenzung bieten, welche in den Strukturen des postmodernen Alltags nur begrenzt zugänglich sind.

Gerade im Kontext der rauschhaften Vergemeinschaftungen zeigt sich die starke Bedeutung von Ritualisierungen – in dem sie hier als intensives Mittel zur Herstellung körperlich erfahrbarer Zugehörigkeit und zum temporären Aufheben sozialer Distanzen beiträgt. Jedoch wirken auch innerhalb der etablierten Szenen ritualisierte Praktiken als strukturgebende

Elemente, die soziale Ordnung und kollektive Identität stiften. Die Ambivalenz aus exzessivem Ausbruch und ritualisierter Eingebundenheit spiegelt sich ebenfalls in der Einbettung der Feierpraktiken in den „Pragmatismus der Alltagsbewältigung“ wider. Sowohl die soziale Dynamik innerhalb der Szenen als auch die der temporären Vergemeinschaftungsformen folgen eigenen Alltagslogiken, die nicht notwendigerweise an Gesundheitsmaximen orientiert sind. Vielmehr zeigen sich gesundheitsschädigende Routinen, welche im Rahmen der kollektiven oder situativen Spezifik akzeptiert sind. Insbesondere zeigen sich diese im übermäßigen Substanzgebrauch, werden jedoch auch in der lauten Musik, einer Überanspruchung des Körpers durch Schlafmangel oder den extremen Formen der körperlichen Betätigung, beispielsweise durch das stundenlange Tanzen innerhalb der Technoszene, deutlich. Damit rückt nun die Frage in den Fokus, wie sich ein Gesundheitsverhalten in einem Kontext zeigt, der durch ritualisierte Praktiken, sozialen Zugehörigkeiten und der gleichzeitigen Alltagsflucht geprägt ist, und inwiefern sich diese Verhaltensweisen im Spannungsfeld der Lebenswelt und einer Prävention und Gesundheitsförderung begreifen lassen.

6. Gesundheit in der Lebenswelt von Partygänger:innen

Die Lebensweltorientierung nach Thiersch zielt auf eine verstehende Auseinandersetzung mit den alltäglichen Lebenszusammenhängen von Menschen ab. Das Konzept fragt danach, wie sich Individuen innerhalb ihrer jeweiligen Kontexte orientieren, Handlungsstrategien entwickeln und Sinn konstruieren – auch dann, wenn diese nicht den gesellschaftlich verhandelten Normen entsprechen. Eine zentrale Maxime des Gesundheitsverhaltens entspringt dabei dem Ideal der gesunden Lebensführung: Einer Formulierung der Eigenverantwortung für die Gesundheit, welche vorrangig aus dem biomedizinischen Verständnis heraus entsteht, da dieses Verständnis die vorherrschende Verständigung über die Gesundheit innerhalb der Verhältnisse wiedergibt. Innerhalb der Lebenswelttheorie ist auch das gesundheitsbezogene Verhalten der Menschen in die Routinen und den Pragmatismus der Alltagsbewältigung eingebunden. Gewohnheiten sind dabei nicht unbedingt an die Gesundheitsmaxime der Verhältnisse angepasst. Partygänger:innen richten ihr Verhalten im Rahmen des Events nicht vorrangig nach den biomedizinisch geprägten Gesundheitsidealen, vielmehr orientieren sie sich an sozialen, ästhetischen und emotionalen Bedürfnissen – insbesondere dem Wunsch nach Zugehörigkeit, Verbundenheit und temporärer Entgrenzung. Diese Bedürfnisse werden nicht selten auf Kosten der körperlichen Ressourcen erfüllt, beispielsweise durch die Aneinanderreihung schlafloser Nächte, den intensiven Substanzgebrauch oder die extreme körperliche Beanspruchung. Die Feier wird so zur Bühne der Körpererfahrung, auf der „Gesundheit“ nicht über Disziplin sondern über Intensität verhandelt wird.

6.1 Ritualisierung des Rausches

Zum Verständnis des (Alkohol-)Rausches in seinem ambivalenten Verhältnis innerhalb der Gesellschaft in seiner ungewünschten, als schädlich markierten, jedoch akzeptierten Praktizierung beschreibt ihn Legnaro als symbolische Handlung der Abgrenzung vom Alltag und den gesellschaftlichen Normen (vgl. Legnaro 2000, 35f.). Rauschtrinken entspricht für Individuen einem „controlled loss of control“: Einem kalkulierten Kontrollverlust, der sich paradoxerweise weiterhin an etablierten gesellschaftlichen Werten wie Risiko, Grenzüberschreitung und Konsum orientiert (ebd., S. 36). Ähnlich wie Thiersch bindet er demnach die Funktion des Rausches in die Werte der Verhältnisse ein. Dieser wird so zum widersprüchlichen Akt: widerständig und zugleich konform. Durch das Rauschtrinken findet eine Einbindung des Gesundheitsverhaltens in den Pragmatismus der Alltagsbewältigung statt. Um das Spannungsfeld des individuellen Wunsches der Herstellung von Nähe innerhalb der postmodernen Vereinzelung zu lösen, werden demnach Gesundheitsrisiken in Kauf genommen. Niekrenz arbeitet den kollektiven substanzgebundenen Rausch insbesondere in seinen verschwenderischen Ebenen heraus. Sowohl finanziell, körperlich als auch zeitlich frisst er Ressourcen (vgl. Niekrenz 2011, 63). Sie beschreibt Menschen in rauschhaften Vergemeinschaftungen folgend als „Extremkonsumenten“, da sie sich in ihrem verschwenderischen Umgang (mit Geld, gesundheitlicher und körperlicher Ressourcen) entgegen rationalen Entscheidungen verhalten (vgl. ebd., 107).

In rauschhaften Gemeinschaftsformen kommt es dabei zu einer temporären, intensiven Ritualisierung des Substanzkonsumes. Als Beispiel nennt Niekrenz hier das Zuprosten, welches den Rausch in eine soziale Interaktion überzieht (vgl. Niekrenz 2011, 105). Trinkrituale stiften dabei Gemeinschaft und bieten nach innen und außen Identifikationsmerkmale (ebd., 105f.). In Trinkritualen wird mitunter eine Verantwortungsaufgabe der eigenen Entscheidung über den Körper deutlich. Sie sorgen für die Auflösung des Selbst‘ in die Entscheidung des Kollektivs (ebd., 106f.). Jedoch werden nach einer Studie von Schroers und Schneider auch kollektive Strukturen in Ritualisierungen und Regeln innerhalb von Partyszenen sichtbar, die auf die Vereinbarkeit von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen innerhalb des Settings verweisen. Bereits die Konsumbeschränkung auf die Zeit des Events oder Wochenendes stellt eine derartige Schutzmaßnahme dar, ebenso achten viele Nutzer:innen im Partysetting auf die ausreichende Wasserzufuhr während des Konsums, legen Konsumpausen ein, testen illegale Substanzen zunächst in geringer Dosierung um die Wirkung einschätzen zu können und wählen eine sichere Umgebung sowie einen stabilen emotionalen Zustand für den Konsum (vgl. Schroers/Schneider 1998, zitiert nach Schroers 2005, 211f.). Dies deutet auf

die Bereitschaft hin, im praktizierten Drogenkonsum gesundheitsförderliche Maßnahmen in das individuelle sowie kollektive Verhalten zu integrieren.

6.2 Substanzkonsum zwischen Normalität und Risiko

Der bewusste, substanzinduzierte Rausch bildet einen zentralen Bestandteil der kollektiven räumlichen und zeitlichen Aneignung vieler Feierlichkeiten und Partys – obwohl innerhalb (gesundheits-)politischer Organisationen eher eine kritische Haltung zum (übermäßigen) Substanzkonsum ausgedrückt wird. Aufgrund entstehender Schäden für die Gesundheit die Volkswirtschaft und das soziale Miteinander, formuliert die aktuelle Drogenpolitik der Bundesregierung exemplarisch die Mäßigung des Konsums legaler und illegaler Suchstoffe neben der Vermeidung suchtspezifischer Probleme innerhalb der Gesellschaft als ihr oberstes Ziel (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012, 6f.). Seit dem Jahr 2023 stuft die WHO sogar jeglichen Alkoholkonsum als Gesundheitsrisiko ein und empfiehlt den europäischen Ländern ein Nachsteuern in ihren Drogenpolitiken (vgl. WHO 2023).

Neben 17 Erkrankungen, die ausschließlich im Zusammenhang zu Alkohol entstehen, wurde zudem ein steigendes Risiko für mehr als 200 Erkrankungen nachgewiesen (vgl. Lange/Manz/Rommel/Schienkiewitz/Mensink 2016, 3). Unter anderem steht Alkoholkonsum in Verbindung zu „Entzündungen der Bauchspeicheldrüse und der Magenschleimhaut, Leberzirrhose, Schädigungen des Gehirns sowie einige[n] Krebserkrankungen“ (RKI 2015, 223). Erkrankungen also, welche dem chronisch-degenerativen Spektrum zuzuordnen sind und demnach die biopsychosoziale Perspektive innerhalb der Krankheitsentstehung benötigen, um ihre Ursachen zu ermitteln und Schäden abzumildern. Des Weiteren sorgt Alkohol für den Anstieg des Unfall- und Verletzungsrisikos sowie einer Zunahme von Gewalt infolge der Alkoholisierung (ebd.). Die Risiken des Rauschtrinkens stehen dabei vorrangig mit Unfällen und akuten Vergiftungen im Zusammenhang (ebd., 224).

Insbesondere in der Technoszene stellt auch der Konsum illegalisierter Substanzen eine verbreitete Praktik dar (vgl. Tossmann/Boldt/Tensil 2001, 12f.). In einer zielgruppennahen Mixed-Methods Studie aus dem Jahr 1998, in welcher Technobesucher:innen zu ihrer Lebenswelt im Partysetting befragt wurden (vgl. Schroers 2001, 216f.) zeigte sich eine hohe Tendenz der Szenemitglieder zum multiplen Drogengebrauch und Mischkonsum (vgl. Schroers 2001, 226f.). Mithilfe der SuPrA-Studie (Substance Use and Prevention in Berlin's Party Scene) zeigt sich ein spezifischer Ausschnitt der Konsumgewohnheiten der aktuellen Berliner Partyszene, welche auf die Notwendigkeit weiterer empirischer Forschung verweist. Die explorative Studie richtete sich an Nutzer:innen beliebter Berliner Musikclubs (vgl. Betzler/Ernst/Helbig et al. 2019, 284). Unter den 877 Teilnehmenden war Alkohol mit 87,8 % die am häufigsten konsumierte Substanz innerhalb der 30-Tage Prävalenz, gefolgt von Nikotin mit 72,3 %. Nahezu die Hälfte der Befragten konsumierte im letzten Monat Cannabis,

Amphetamine und MDMA. Zudem lag die 30-Tage-Konsumprävalenz von Ketamin und Kokain bei über 30 % (vgl. Betzler et al. 2019, 286). Eine weitere Studie zu Präventionsansätzen in der Berliner Partyszene beschrieb das Konsumverhalten in der Berliner Partyszene in abschließender Diskussion als „mehrheitlich risikoreich“ (Helbig/Ernst/Viohl et al. 2019, 449). Sie ermittelte zeitgleich jedoch ein Risikobewusstsein, welches sich in dem Wunsch nach einer Konsumreduktion bei 47% der Teilnehmenden äußerte: Insbesondere wurden hier Kokain, Amphetamin, GBL/GHB und Cannabis genannt (vgl. ebd., 447). Vornehmlich in Berlin zeichnet sich seit 2012 ein steigender Trend im Konsum von illegalisierten Substanzen in der Gruppe der 15 bis 39 Jährigen ab. Vor allem steigt hier der Gebrauch von Stimulanzien³ (vgl. Olderbak/Rauschert/Möckl/Seitz/Hoch/Kraus 2023a, 38). Die deutschlandweite Drogenaffinitätsstudie arbeitete 2019 zwar allgemein einen leichten Anstieg im Stimulanzienkonsum junger Erwachsener heraus, verweist jedoch auf eine weitestgehend moderate Steigerung im Vergleich zum Cannabiskonsum (vgl. Orth/Merkel 2020, 71). Lokal zeigen sich jedoch teilweise signifikante Anstiege im Konsum von Ecstasy in der Gruppe der 25-39 Jährigen (vgl. Olderbak/Rauschert/Möckl/Seitz/Hoch/Kraus 2023b: 159). Auch der Konsum von Amphetaminen verweist vor allem in den Stadtstaaten (Berlin, Hamburg, Bremen) auf einen steigenden Trend (vgl. ebd., 152f.).

Gesundheitliche Risiken des Konsums von Psychostimulanzien können sich körperlich, beispielsweise durch Schädigungen des Nervensystems, als auch psychisch – insbesondere durch Psychosen und Abhängigkeitserkrankungen - äußern. Weitere Risiken liegen in Krampfanfällen, Herzrhythmusstörungen und -Infarkten. Durch den mehrmaligen Konsum werden zudem grundlegende Prozesse im Gehirn negativ beeinflusst. Die Veränderungen äußern sich bei Konsument:innen beispielsweise im intensiven Verlangen nach einem erneuten Rausch und körperlichen, psychischen Gegenreaktionen infolge des Nachlassens der Wirkung, beispielsweise in einer Abgeschlagenheit. Auch birgt der wiederholte Konsum negative Auswirkungen wie beispielsweise Schlafstörungen, Stimmungsverschlechterung, Appetitverlust (vgl. von Heyden 2017, 18f.). Weitere Risiken der Substanzen im Partykontext äußern sich in „akuten Angstzuständen, psychomotorischer Unruhe und vegetativen Entgleisungen bis zu dauerhaften kognitiven Defiziten (insbesondere Lern- und Gedächtnisstörungen) [und] depressiven Störungen“ (Helbig et al. 2019, 445). Des Weiteren birgt der Polykonsum Gefahren (vgl. von Heyden 2017, 18f.).

³ Stimulanzien entsprechen Substanzen, die im weitesten Sinne eine Leistungs- und Konzentrationssteigerung hervorrufen. Der Stoffgruppe gehören beispielsweise Kokain, Amphetamine, MDMA und einige Psychedelika an (vgl. von Heyden 2017, 2).

Insgesamt werden illegale Drogen lediglich von einem kleinen Bevölkerungsanteil konsumiert. Während wenige Konsument:innen eine Abhängigkeitserkrankung entwickeln, hört ein Großteil der Konsument:innen gegen Ende des jungen Erwachsenenalters mit dem Konsum auf. Das RKI empfiehlt daher vermehrte Prävention und Therapieangebote für junge Menschen, da sich in dieser Altersgruppe vorrangig die kritischen Konsummuster entwickeln, welche schwere gesundheitliche Folgen bergen (vgl. RKI 2015, 232).

Die Studien im Umfeld von Clubkulturen belegen einen hohen und risikobesetzten Konsum psychoaktiver Substanzen. Die beständige Drogenaffinität innerhalb von Partyszenen verweist daher auf die Notwendigkeit weiterer zielgruppenspezifischer Forschung, um Trends und Entwicklungen zu erkennen und auf diese zu reagieren. In der Berliner Partyszene zeigt sich dabei ein Risikobewusstsein, welches den ersten Schritt zur Änderung des Konsumverhaltens darstellen kann. Notwendig wird demnach die weiterführende Befassung mit Methoden, die zu einer Konsumreduktion beitragen könnten. Aufgrund der hohen Konsumzahlen kann von einer Normalisierung kritischer Konsummuster in unterschiedlichen Partyszenen ausgegangen werden. In der Entwicklung nachhaltiger Interventionen sollte hier besonders der Einbezug des sozialen Umfeldes erfolgen, da dadurch entstandene Werte und Normen der jeweiligen Gruppe auch innerhalb der kollektiven Strukturen und nicht bloß individuell reflektiert werden.

6.3 Illegale Substanzen und die soziale Dimension von Gesundheit

Während die Verantwortung für Gesundheit zunehmend dem Einzelnen zugeschrieben wird, bleibt die reale Möglichkeit, gesund zu leben, hochgradig ungleich verteilt. In der Alltagswelt der sozialen Beziehungen im Partysetting zeigen sich dabei insbesondere infrastrukturelle Gegebenheiten und institutionelle Zugangshürden, welche Gesundheitschancen beeinträchtigen. Besonders deutlich wird diese Verschachtelung ungleich verteilter Gesundheitschancen im Zusammenhang zu dem Konsum illegalisierter Substanzen. Dieser steht neben den substanzinduzierten gesundheitlichen Risiken auch in Verbindung zu delinquenten und finanziellen Risiken für die Konsument:innen (vgl. Raithel 2011, 28f.). So steigt durch das akzeptierende Werte-und-Norm-Schema bezüglich illegalisierter Substanzen innerhalb der Technoszene das Risiko, justiziell auffällig zu werden (vgl. Schroers 2000, 184). Auch die Art und Weise wie konsumiert wird, sowie die sozialen und rechtlichen Bedingungen stehen mit unterschiedlichen gesundheitlichen Risiken in Verbindung. Insbesondere die Illegalisierung von Substanzen sorgt für das Ansteigen des Risikoverhaltens im Zusammenhang zum Konsum. Unregulierte Schwarzmärkte illegalisierter Drogen sorgen für Verunreinigungen in den Substanzen und einen schwankenden Wirkstoffgehalt (vgl. Groenemeyer 2012: 460). Gesundheitliche Risiken ergeben sich folgend auch aus dem fehlenden Wissen über die „quantitative und qualitative

Zusammensetzung der konsumierten Substanzen“ (von Heyden 2017, 19). Unter dem Begriff der substanzbezogenen Störungen werden die vielfältigen möglichen körperlichen, psychischen und auch sozialen Folgen des Substanzkonsums zusammengefasst (vgl. Bühler/Bühringer 2014, 255). Regelmäßige wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass die vielfältigen Probleme, die im Zusammenhang zum Drogenkonsum auftauchen, eine starke Relevanz für die gesundheitspolitische Bearbeitung besitzen. Bühringer und Bühler erwähnen diese Relevanz insbesondere im Hinblick auf die Notwendigkeit einer Prävention (vgl. Bühler/Bühringer 2014, 255).

Trotz des bestehenden Bedarfs sind Angebote der Drogenhilfe oftmals nicht auf die Lebenswelt der Partygänger:innen ausgerichtet (vgl. Schmolke/Harrach/Sterneck/Eigenstetter/Tietz/Bahri 2020, 61/Schroers 2005, 212f.). Schmolke sieht die Gründe dieser Unterversorgung insbesondere darin, dass das Partysetting keine direkte Verbindung zu Abhängigkeitserkrankungen sowie der Prekarisierung von Lebenslagen der Konsument:innen aufzeigt und hier daher lange kein Bedarf gesehen wurde (vgl. Schmolke 2024, 263).

Neben einer allgemeinen Illegalisierung von Substanzen stellt nach §29 Abs. 1 Nr. 11 BtMG auch die Verschaffung oder Gewährung einer Gelegenheit zum Konsum ein Straftatbestand da. Clubbetreiber:innen und Veranstalter:innen befürchten folgend, sich strafbar zu machen, sofern sie Konsumhandlungen nicht ausdrücklich unterbinden.⁴ In dem Zusammenhang kann auch das Informieren von Gäst:innen, beispielsweise in Bezug auf Drug-Checking-Ergebnisse, als strafbare Handlung ausgelegt werden (ebd., 264.). Es lässt sich demnach eine Verzahnung unterschiedlicher Faktoren feststellen, welche zu einer infrastrukturellen Unterversorgung an Informations- und Aufklärungsangeboten für Partygänger:innen beiträgt. Da Gesundheitsrisiken im Sinne der Lebensweltorientierung eng mit der jeweiligen Lebenslage verknüpft sind, ist im Kontext der Illegalisierung von Substanzen und der Verdrängung des Konsums aus der Öffentlichkeit von der Gefahr einer Prekarisierung der Lebenslagen auszugehen, da diese eine lebensweltbezogene Nähe zu den vielseitig verknüpften gesundheitlichen, justiziellen und sozialen Risiken des Drogenkonsums aufweist. In einer lebensweltorientierten Gesundheitsförderung und Prävention dürfen daher nicht lediglich die biomedizinischen Risiken einbezogen werden.

Die Folge der Illegalisierung von Substanzen liegt in einer doppelten Individualisierung. Zum einen tragen Einzelne die Verantwortung für ihren Konsum und dessen gesundheitliche Folgen allein; zum anderen internalisieren sie das Gefühl des Scheiterns, wenn sie an den

⁴ Die Initiative „mybrainmychoice“ fordert daher im Rahmen einer Kampagne zur Neuorientierung der Drogenpolitik auf, den Paragraphen zu streichen, um Gesundheitsschäden in den Räumen, in denen ein Konsum stattfindet, abzuwehren und Safer-Use zu fördern (vgl. #MyBrainMyChoiceInitiative 2022, 10).

externen gesundheitlichen Maximen der Verhältnisse innerhalb ihrer heterotopen Zugehörigkeit des Partysettings nicht festhalten (können). Dass ihre (illegalisierte) Lebenslage durch strukturelle Hürden und die fehlende Aufklärung zu der prekären Lage beiträgt, wird in der Reproduktion des Alltags nicht thematisiert. Aufgrund der teils intensiven Konsumformen illegalisierter Substanzen innerhalb von Partyszenen kann von dem Drogenkonsum als etabliertes Element der szenischen Gemeinschaftsherstellung ausgegangen werden. Fraglich ist demnach, welche Position der Konsum innerhalb des szenetypischen Prozesses der Erzeugung und Vergewisserung der Position innehat, und ob es als szeneeinternes Mittel der Distinktion agiert. Regulär findet auf Partys zwar nicht zwingend eine Abgrenzung im Sinne einer dauerhaften ideologischen Opposition statt, eher wird ein temporäres Erleben von Differenz zu den Routinen und Anforderungen der Alltagswelt formuliert. Da die Gesundheits- und Konsumnormen von Communities jedoch teilweise sehr divergent zu den mehrheitlich verhandelten Normen ausfallen, wäre hier als Ableitung von dem Risiko auszugehen, dass beständige, alternative Bewertungssysteme entwickelt werden, um dadurch längerfristig den Widerspruch an Anforderungen zu lösen. Möglich wird demnach die Abkehr zu hegemonialen Normen im Sinne eines Strebens nach einer „subkulturellen Normalität“ (Nüberlin 2002, 63), in welcher andere Formen von Anerkennung, Zugehörigkeit und Status entwickelt werden, um die Widersprüche der Anforderungen der Verhältnisse zu bearbeiten (vgl. ebd.).

6.4 Zwischenfazit

Nach dem Modell der Lebensweltorientierung wird das gesundheitsbezogene Verhalten der Menschen in die Routinen und den Pragmatismus der Alltagsbewältigung eingebunden. Die Gewohnheiten sind daher nicht unbedingt an Gesundheitsmaximen ausgerichtet. Der Alltag mit samt seinen Routinen innerhalb von Partyszenen, als auch in rauschhaften, situativen Eventgemeinschaften zeigen eine erhebliche räumlich und zeitlich begrenzte und sozial eingebettete Entgrenzung von Gesundheitsmaximen. Als kollektiv eingebundene Gründe sind hier mitunter die Herstellung einer Nähe und Zugehörigkeit zur Gruppe zu erkennen, sei es durch die performative Bestätigung der Szenenormen als auch zur Überwindung der Fremdheitsgefühle zu einer anonymen Menschenmenge. In seinem gegenkulturellen Verhalten zu Gesundheits- und Konsumnormen, die sich an der Ritualisierung von Gemeinschaft und der rauschhaften Grenzerfahrung orientiert, zeigt sich im Partysetting ein anderer Stellenwert der Gesundheit welcher sich wesentlich von dem in anderen sozialen Sub-Systemen wie Schule, Familie oder Arbeitswelt unterscheidet. Während dort die Einpassung in die verhandelten Normen im Vordergrund steht, wird Gesundheit im Partysetting situativ und pragmatisch verhandelt. Substanzkonsum ist dabei nicht bloß

Ausdruck eines individuellen Risikoverhaltens, sondern Teil sozialer Praktiken, Ritualen und Bedeutungszuweisungen.

Eine lebensweltorientierte Gesundheitsförderung muss sich demnach an den spezifischen sozialen und kollektiven Logiken, Werten und Dynamiken des Partysettings orientieren und in der Lage sein, institutionelle Rahmenbedingungen und strukturelle Barrieren mitzudenken – nicht um Risiken zu verharmlosen, sondern um Anschlussfähigkeit zu schaffen und eine nachhaltige Wirkung zu entfalten.

7. Lebensweltorientierte Gesundheitsförderung und Prävention im Partysetting

Im letzten Kapitel wurde die Notwendigkeit partizipativer, kollektiver Ansätze herausgearbeitet, die nicht belehren, sondern in der Lebenswelt ansetzen. Das folgende Kapitel knüpft an diese Erkenntnisse an und widmet sich konkret bestehenden Maßnahmen und Akteur:innen im Feld. Die Rolle derzeitiger Angebote, etwa durch Drogenhilfeeinrichtungen, Peerprojekte oder durch das öffentliche Gesundheitswesen, wird untersucht. Im Fokus steht insbesondere die Frage, inwiefern der § 20a SGB V als gesetzlicher Rahmen zur lebensweltorientierten Prävention wirksam werden kann.

7.1 Drogenprävention zwischen öffentlicher Verantwortung und freier Trägerschaft
Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) beschreibt die Durchführung der universellen Verhaltensprävention für „Menschen mit Suchtproblemen“ (DHS 2019, 41) vorrangig durch Kampagnen der BZgA oder in Projekten der Landesstellen für Suchtfragen umgesetzt (ebd.). Als bedeutendste Kampagne benennt das Robert Koch-Institut (RKI) „Alkohol? Kenn dein Limit“, die gemeinsam von der BZgA und dem Verband der Privaten Krankenversicherungen getragen wird (RKI 2015, 226f.). Diese Kampagne zielt laut Schwarz und Goecke insbesondere darauf ab, Wissen über Gesundheitsrisiken zu vermitteln, Selbstreflexion anzuregen und durch kommunikative Prozesse Normkorrekturen zu fördern (vgl. Schwarz/Goecke 2021). Insbesondere wird in der Kampagne an die Verantwortung der Konsument:innen appelliert und es werden die Vorteile einer Verhaltensänderung aufgeführt (vgl. ebd., 2021). Das Gesundheitsverhalten wird demnach auf mehreren Ebenen adressiert, dennoch fällt der Einbezug der sozialen, kollektiven Prozesse gering aus. Es ist davon auszugehen, dass eine Reflektion innerhalb der entgrenzten Strukturen des Gesundheitsverhaltens im Partysetting nicht stattfindet. Im Zentrum steht daher ein individualisierender Gesundheitsbegriff, welcher an die Entscheidungen, Selbstkontrolle und Eigenverantwortung von einzelnen Menschen appelliert.

In Partysituationen verschiebt sich das individuelle Risikobewusstsein jedoch zugunsten gruppenspezifischer Impulse. Wenn hier also Entscheidungen nicht rational und individuell,

sondern situativ, emotional und kollektiv geprägt sind, verfehlen die Maßnahmen die spezifische Entscheidungslogik der Zielgruppe. Bereits in dem Appell „Kenn dein Limit“ wird eine geringe Anschlussfähigkeit an das Rauschtrinken im Partysetting deutlich. Mithilfe Legnaros Analyse des Rauschtrinkens als „controlled loss of control“ wirkt er weniger mäßigend als vielmehr bestätigend: Die Botschaft kann auch als Einladung zur bewussten Grenztestung im Rahmen eines funktionalen Risikomanagements gelesen werden.

Neben der Suchtprävention durch Polizei und vereinzelte Angebote der Kultur- und Bildungsbehörde im Setting der Schule verortet die DHS selektive und indizierte Präventionsangebote „für Menschen mit Suchtproblemen“ (DHS 2019, 42) überwiegend im Bereich von freiwilligen Hilfen der Länder, Landkreise und Kommunen. Meist werden diese durch freie Träger der Suchthilfe umgesetzt (vgl. DHS 2019, 42). Die meisten präventiven Maßnahmen wurden dabei an Kinder und Jugendliche gerichtet und innerhalb der Schule etabliert (vgl. ebd.). Hier wird demnach auf die, von dem RKI empfohlene Zielgruppe der Jungerwachsenen, Jugendlichen und Kinder als besonders zu beachtende Adressat:innen innerhalb des Feldes der Drogenprävention verwiesen. Dennoch entsteht ein Präventionsparadox: Vulnerable, schulabsente Jugendliche und Jungerwachsene werden durch diese Maßnahmen kaum erreicht. Zugleich bleiben junge Erwachsene im außerschulischen Freizeitkontext – etwa im Nachtleben – weitgehend unadressiert.

Insbesondere freie kommunale Drogenhilfe-Träger weisen Merkmale einer Unterfinanzierung auf (RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung 2019, 43; Rummel 2024, 23-25). Daher ist fraglich, inwieweit zusätzliche gesundheitsfördernde Maßnahmen in Bearbeitung der freien Träger ausgeführt werden könnten.

Verhältnispräventive Interventionen, die sich mit der Bearbeitung der Sucht auseinandersetzen, werden nach der DHS vorrangig im Sinne gesetzlicher Regulierungen umgesetzt. Maßnahmen wie Altersgrenzen, Verkaufsverbote, die Kriminalisierung von Substanzen oder gesetzliche Einschränkungen sollen den Umgang mit Substanzen kontrollieren. Ihre praktische Umsetzung wird jedoch als unzureichend bewertet (vgl. ebd., 41). Das RKI betont in seiner Bestandsaufnahme zum Alkoholgebrauch das Fehlen wirksamer politischer Maßnahmen in Deutschland. Gefordert wird jedoch ein restriktiverer Umgang mit Alkohol auf politischer Ebene durch Preiserhöhungen, Werbeverbote oder Zugangsbeschränkungen (RKI 2015, 227).

Sowohl für verhältnis- als auch für verhaltenspräventive Interventionen, die sich nicht direkt auf die Behandlung von Suchtproblemen spezialisieren, sondern offene Angebote aus dem Gesundheits- und Sozialwesen darstellen, arbeitet die DHS die fehlende Finanzierungs- und Rechtsgrundlage heraus (vgl. DHS 2019, 41,43). Insbesondere in der Verhältnisprävention fehlt es hier auch an Umsetzungen (vgl. ebd. 41). Es wird ferner eine Kritik an der aktuellen Versorgung formuliert: Es entstehe eine Stigmatisierung der Adressat:innen „wenn die

Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen nur auf die Leistungen des Suchthilfesystems im engeren Sinne bezogen w[ürde]“ (ebd., 55). Dies ist eine Aufforderung an andere Akteur:innen außerhalb der Suchthilfe, sich auch mit den Bedarfen konsumierender Adressat:innen auseinanderzusetzen, um dadurch eine flächendeckende, ganzheitliche Versorgung zu gewährleisten und nicht bloß die Sucht in den Mittelpunkt zu stellen. Hier wird an die lebensweltorientierte Perspektive verwiesen, welche auch Thiersch in der Behandlung und Begleitung von Konsument:innen fordert.

Die aktuelle Versorgung verdeutlicht den Fokus auf einer normativen Kontrolle, die sich vorrangig an der Verhaltensprävention sowie einer Verhältnisprävention orientiert, welche sich insbesondere anhand von Verboten und Repressionen strukturiert. Akzeptierende, lebensweltorientierte Präventionsprojekte, die sich an dem Merkmal einer Gesundheitsförderung orientieren, werden ableitend aus der Drogenhilfe und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens heraus unzureichend bearbeitet. Besonders in der spezifischen Perspektive der Verhältnisprävention wird die Deutung sichtbar, dass Drogenprobleme vermindert auftreten würden, sofern der Zugang zu Substanzen beschränkt werde. Abschließend zeigt die Analyse der DHS, dass aktuelle präventive Maßnahmen von Akteur:innen bislang überwiegend sucht- und defizitorientiert ausgestaltet sind und nur bedingt an den lebensweltlichen Realitäten der Menschen im Partykontext anschließen. Die Praxis der professionellen Hilfen stellt folgend die individualisierende Behandlung der Suchterkrankung in den Fokus, während präventive Interventionen, welche die Vielzahl an gesundheitlichen Risiken und die gesundheitsfördernden Möglichkeiten des Partysettings wenig adressieren. Ebenso fehlt es an einer tiefergehenden Befassung der Einflussnahme sozialer Dynamiken im Zusammenhang zum Risikoverhalten im Partysetting.

7.2 Gesundheitsförderung in Selbstorganisation von technoiden Partyprojekten

Als es Anfang der 1990er Jahre durch die Entstehung elektronischer Partyszenen zu einer Zunahme des Konsums von Partydrogen kam, entwickelten sich in deutschen Großstädten peergestützte Projekte, die sich mit der Drogenaufklärung feiernder Communitys befassten, um dadurch die Lücken der Drogenhilfe zu füllen (vgl. Schmolke et al. 2020, 59-61). 1995 initiierte eines dieser Projekte, Eve&Rave Berlin, in eigenständiger Durchführung und Koordination ein Pilotprojekt zum Drugchecking in Kooperation mit dem Labor der Humboldt-Universität Berlin. Aufgrund polizeilicher Repressionen erfolgte einige Monate später jedoch eine Einstellung des Projektes (vgl. techno-netzwerk berlin 2000, 22ff.). Als Reaktion auf Vorgehen gegen Eve&Rave Berlin startete 1999 ein bundesweiter Austausch von Selbstorganisationen der Technoszene, unterstützt durch die Deutsche AIDS-Hilfe (vgl. ebd., 8). Durch weitere Vernetzung gründete sich schließlich 2016, aus dem zunächst losen Zusammenschluss, der heute weiterhin aktive Verein „SONICS e.V.“ als Bundesverband der

sich mit der Vernetzung, Stärkung und Entwicklung von „Projekte[n] in Musikkulturen zur Gesundheitsförderung und Drogenmündigkeit“⁵ (SONICS 2020: 2f.) befasst.

SONICS betrachtet sein Ziel, im Sinne der gesundheitsfördernden Perspektive der WHO in der Stärkung von Ressourcen und ordnet Partys als wichtige, potenziell gesundheitsfördernde Räume ein, sofern sie die Entfaltung, Selbstwirksamkeit und soziale Teilhabe der Besuchenden unterstützt und ordnet Gesundheit demnach in seiner ganzheitlichen Perspektive ein. Oberstes Ziel liegt dabei in der Förderung der Partizipation, Emanzipation und der aktiven Mitgestaltung der Feierkultur – in Abgrenzung zu einem passiven Konsumverhalten (vgl. SONICS o.J. a). Mitgliedsorganisationen setzen die Ziele des Vereins im Sinne einer Krisenintervention und Aufklärungsarbeit im Party- und Festivalsetting unter Beachtung der Qualitätsstandards des Bundesverbandes um (vgl. SONICS o.J. b). Die Standards von SONICS sind in „good-practice“ und „best-practice“ unterteilt, um den „unterschiedlichen (finanziellen) Ressourcen verschiedener Initiativen Rechnung zu tragen“ (SONICS 2020, 3). Sie regeln die Durchführung von Einsätzen im Rahmen von Party- und Festivaleinsätzen. Vorhandene Info-Materialien müssen demnach mit Erkenntnissen der Präventionsforschung übereinstimmen, die Mitarbeitenden unterliegen der Schweigepflicht und sind für Einsätze geschult (vgl. ebd., 24). Es bestehen Regelungen über die Themen, welche Informationsflyer abdecken müssen, sowie über vorhandene Safer-Use-Materialien (vgl. ebd., 6). Die Schulung umfasst im Sinne des „good practice“ mindestens dem Wissen um Substanzen und Wirkungen, Safer-Use, zur Schadensminimierung, Erster Hilfe sowie den rechtlichen Grundlagen des BtMG, des NpSG und der StVO. Auch Kenntnisse über die akzeptierende Drogenarbeit, die Gesprächsführung und Krisenintervention werden vermittelt (vgl. ebd., 17).

Die Kernarbeit der Vereine besteht im Angebot unterschiedlicher Räume: einem „Infostand“ zur niedrigschwelligen Abgabe von Safer-Use⁶-Materialien und Informationen für die Besucher:innen der Veranstaltung, als auch einen betreuten öffentlichen, reizarmen und konsumbefreiten Rückzugsort (vgl. ebd., 4-7). Des Weiteren bieten sie eine „Psychedelische Ambulanz“ zur „Begleitung von Menschen in akuten emotionalen Krisensituationen“ (SONICS 2020, 9). Auslöser solcher Situationen sind meist Drogen, jedoch resultieren diese auch durch Einflüsse wie „Schlafmangel, Reizüberflutung, Menschenmassen, (sexuelle) Gewalt, Kälte, Nässe, schlechte Sichtverhältnisse“ (ebd.). Auf größeren Events findet auch

⁵ Unter der Drogenmündigkeit wird die Förderung autonomer Entscheidungsfähigkeit durch umfassende Aufklärung verstanden (vgl. Die Drogen- und Suchtkommission zur Verbesserung der Suchtprävention 2002, 45). In Anlehnung daran wird von den Techno-Selbstorganisationen ein differenziertes Verständnis von Drogen und Sucht gefordert, welches in ein erzieherisches Konzept eingebettet wird.

⁶ „Safer Use“ beschreibt SONICS als „Handlungsstrategien, um den Konsum von psychoaktiven Substanzen so risikoarm wie möglich zu gestalten“ (SONICS 2020, 4): Insbesondere soll er Infektionsrisiken und negative psychische und körperliche Folgen des Konsums minimieren (ebd.).

eine „Ausfahrtsberatung“ statt, bei der Besucher:innen für die Gefahren des Straßenverkehrs unter Einfluss von Substanzen sensibilisiert werden (vgl. SONICS 2020, 12).

Demnach wird in diesen lebensweltorientierten Vereinen die Versorgungslücke der Gesundheitsförderung im Partysetting gefüllt. Durch ihre vorrangig ehrenamtliche Struktur leidet jedoch die Professionalisierung, was insbesondere an der Unterteilung in good- und best practice deutlich wird. Diese Projekte sind zudem auf Einsätze im Rahmen von Szeneveranstaltungen beschränkt und erreichen demnach begrenzt Adressat:innen in anderen Vergemeinschaftungsformen des Partysettings. Allgemein wird in den peergestützten Projekten eine starke Alltagsnähe erkennbar. Bestehende Strukturen werden gestärkt und genutzt anstelle neue zu schaffen, daher bieten diese Interventionen einen Nährboden für nachhaltige Änderungen im Rahmen der individuellen und szenespezifischen Bewältigungsstrategien.

7.3 Rechtlicher Rahmen: § 20a SGB V und seine Bedeutung für das Partysetting

Seit 2015 stellt § 20a SGB V einen zentralen Bestandteil der gesetzlichen Gesundheitsförderung in Deutschland dar. Der § 20a SGB V eröffnet grundsätzlich vielfältige Ansatzpunkte, um Gesundheitsförderung im Partysetting strukturell zu verankern. Durch die Förderung von Peer-Education, die Unterstützung von Vernetzungsprozessen, das Projektmanagement und die Umsetzung von Verhaltensprävention sowie Beratungen zur verhältnispräventiven Umgestaltung (vgl. GKV-Spitzenverband 2024a, 26) könnten krankenkassenfinanzierte Maßnahmen gezielt an den lebensweltlichen Gegebenheiten der Feierkultur ansetzen. Bestehende Projekte im Partysetting würden so finanziell entlastet, was die Professionalität steigern würde und durch die Einflussnahme auf Vernetzungsprozesse auch langfristig Auswirkungen auf strukturelle Gegebenheiten haben könnte. Ebenso könnten damit Projekte entwickelt werden, welche sich auch außerhalb von Szenen mit einer Gesundheitsförderung im Partysetting befassen. Der § 20a SGB V bietet somit einen theoretischen Rahmen, um die Gesundheitsprävention niedrigschwellig, partizipativ und lebensweltlich anschlussfähig umzusetzen und finanziell zu stützen.

Nach dem aktuellen Präventionsbericht fanden jedoch zuletzt über 80 % der durchgeführten Interventionen im Rahmen von § 20a in Bildungseinrichtungen statt, vorrangig in Kitas und Grundschulen (vgl. GKV-Spitzenverband 2024b, 42). Diese Fokussierung auf klassische Bildungskontexte verdeutlicht eine ungleiche Verteilung der adressierten Lebenswelten. Selektive und indizierte Maßnahmen zur lebensweltorientierten Drogenprävention oder Gesundheitsförderung im Partysetting erscheinen - nach einer Nutzen-/Risiko-Abwägung - in allgemeinen Bildungseinrichtungen nur bedingt geeignet, um (Hoch-)Risikogruppen gezielt anzusprechen. In Anbetracht des Partysettings zeigt sich die Lebenswelt von Kindern gänzlich als ungeeignet. Die breit gefasste Zielgruppenformulierung des Settings „Schule“

deutet daher auf die vorrangige Ausrichtung an universellen Interventionen hin, die nicht auf lebensweltbezogene Feinheiten innerhalb des speziellen Partysettings eingehen. Es bleibt zudem fraglich, inwieweit Partysettings im Rahmen der Praxisausführungen des §20a als „Lebenswelten“ im Sinne des Gesetzes aufgefasst werden (können), da sich die dortigen Ausführungen zur Lebenswelt primär auf eine exemplarische Nennung spezifischer Subsysteme beschränken.

Die DHS erwähnte im Jahr 2019 noch als ungeklärt, inwieweit „sich das Präventionsgesetz im Bereich der Suchtprävention auswirken wird“ (DHS 2019, 42). Innerhalb des GKV-Leitfadens zum PräVg werden schließlich „Aktivitäten, die zu den Pflichtaufgaben anderer Einrichtungen oder Verantwortlicher gehören (z. B. die Suchtberatung sowie weitere gesetzlich geregelte Beratungs-, Bildungs-, Erziehungs- und Betreuungsaufträge)“ (GKV-Spitzenverband 2024a, 28) ausgeschlossen. Während demnach eine Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenkassen zwar für die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung definiert wird, entbindet dieser Ausschluss sie wiederum zum Teil von Aufgaben im Bereich der unterfinanzierten Suchthilfe. In Zukunft könnte es vermehrt zu Auseinandersetzungen darüber kommen, welche Präventionsaufgaben von der Suchthilfe oder weiteren Akteur:innen übernommen werden (müssen) und welche als förderfähig durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gelten. Aus Sicht der Lebensweltorientierung darf die Verantwortung für die Arbeit mit Drogenkonsument:innen jedoch nicht ausschließlich bei der Suchthilfe liegen. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass die GKV nur eine begrenzte Verantwortung für jene Zielgruppen übernimmt, die zwar ein gesundheitliches Risiko durch Substanzkonsum aufweisen, aber nicht als suchtkrank gelten. Dies könnte zu einer fortlaufenden professionellen Unterversorgung der Drogenhilfe und der Gesundheitsförderung und Prävention im Partysetting beitragen.

Ableitend erfolgt die Umsetzung von professionellen Maßnahmen innerhalb ausdifferenzierter, sozial und gesundheitlich benachteiligter Lebenswelten im Partysetting derzeit nicht flächendeckend und wenig aus einer lebensweltorientierten Perspektive heraus. Die Bedarfe und Bedürfnisse werden hauptsächlich durch ehrenamtliche Vereine bearbeitet – Ein gesetzlicher Anspruch oder die staatliche Förderung besteht jedoch nicht. Diese Lücke verweist auf ein strukturelles Versäumnis in der Regelversorgung und offenbart eine unzureichende institutionelle Anerkennung zivilgesellschaftlicher Arbeit im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung. Vor diesem Hintergrund erscheint sowohl eine systematische und praxisnahe Auseinandersetzung mit § 20a SGB V, als auch die Weiterentwicklung der gesetzlichen Grundlage, dringend erforderlich, um Möglichkeiten der finanziellen Förderung settingbezogener Projekte zu schaffen.

8. Fazit

In der Arbeit wurde das Spannungsverhältnis von Gesundheitsförderung und Prävention sowohl theoretisch als auch praktisch skizziert. Festgestellt wurde, dass das Verständnis von Gesundheit und Krankheit durch gesellschaftliche Individualisierungstendenzen beeinflusst wird, zeitgleich jedoch institutionell als auch theoretisch ein Aufbrechen der biomedizinisch geprägten Normvorstellungen erkennbar wird. Das Partysetting agiert als spezifischer Sozialraum – mit eigenen Routinen, Symboliken und Risikopraxen. Die aufgezeigten Dynamiken kollektiver Vergemeinschaftung, der Bedeutung des Körpers, sowie die Funktion von Ritualisierungen verdeutlichen ein Gesundheitsverhalten als Ausdruck der lebensweltlich verankerten Realitätskonstruktion der kulturellen Prozesse innerhalb der Alltagswelt der Party als auch der Verhältnisse im Allgemeinen. Demnach besteht ein Bedarf an gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen, der jedoch nicht ohne Weiteres durch verhaltenspräventive, klassische Präventionsangebote erreicht werden kann. Es zeigt sich, dass gesundheitsbezogene Entscheidungen oft nicht gegen, sondern im Rahmen einer alltagspraktischen Logik getroffen werden – geprägt durch soziale Bedürfnisse, szenespezifische Routinen und strukturelle Bedingungen. Die räumliche und zeitliche Spezifik der „Party“ beinhaltet dabei enorme gesellschaftliche Ressourcen und ein starkes gesundheitsförderndes Potential, insbesondere in ihrer Unterstützung der individuellen und kollektiven Identitätsbildung, ihren heterotopen Eigenschaften und ihrer sinnstiftenden Form innerhalb der Alltagsbewältigung. Zugleich birgt das Umfeld gesundheitliche Risiken, welche sich sowohl auf direkt pathogene Ursachen wie Substanzkonsum und Schlafmangel zurückführen lassen, als auch auf schädigende Verhältnisse, die aus den Folgen der Illegalisierung bestimmter Substanzen, sozialen Dynamiken oder unzureichender infrastruktureller Gegebenheiten, resultieren. Festzustellen ist, dass professionelle Angebote derzeit nicht genügend auf die Ressourcen des Raumes und der Vergemeinschaftungen eingehen und vorrangig suchtbetonte, verhaltenspräventive Interventionen außerhalb von Lebenswelten entwickeln. Wenn Erkrankungen des chronisch-degenerativen Spektrums jedoch nicht monokausal zu erklären sind, ist ihre Prävention nicht nur anhand spezifischer Erkrankungen, sondern auch hinsichtlich einer offenen Gesundheitsförderung wichtig. Diese benötigt jedoch die Partizipation der Adressat:innen, eine fortlaufende, gute Koordinierung und die Befassung mit den jeweiligen Kontextbedingungen als potentiell gesundheitsförderlich. Peerarbeit hat hier ein großes Potenzial und zeigt in der Praxis und theoretischen Ausrichtung eine Verzahnung der Gesundheitsförderung und Prävention innerhalb der spezifischen Alltagswelt von Szenen. Jedoch fehlt es ihr an einer flächendeckenden finanziellen Absicherung, wodurch die Professionalität der Arbeit beeinträchtigt wird.

Da die öffentliche Gesundheitsversorgung eine (Mit-)Verantwortung zur Ausgestaltung von gesundheitsfördernden Sozialräumen aufweist, um dadurch die Unterschiede in den Gesundheitschancen und die Individualisierung der Gesundheit zu vermindern, müssen zukünftig niedrigschwellige, zugängliche, lebensweltorientierte Unterstützungen ausgebaut werden, um das Ziel der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit und -gleichheit zu bearbeiten. Dies wird insbesondere hinsichtlich der Unterversorgung des szenefernen Partysettings, aufgrund der Unterfinanzierung der selbstorganisierten Peerangebote und der aktuell bestehenden, professionellen Unterversorgung, deutlich. §20a SGB V stellt einen wichtigen ersten Schritt zur finanziellen und strukturellen Unterstützung sowie zur Vernetzung und zum Ausbau bestehender Instanzen dar. Momentan zeigt er jedoch keinen ausreichend genutzten Rahmen und verweist daher auf die Notwendigkeit einer aktiven Anteilnahme von Akteur:innen des Gesundheits- und Sozialwesens in der Entwicklung von Interventionen. Insbesondere bedarf es einer stärkeren Einmischung der Sozialen Arbeit in gesundheitspolitische Diskurse, um aus ihrer professionsspezifischen Perspektive heraus rechtsverbindliche, verhältnispräventive Maßnahmen mitzugestalten, die sich konsequent an den Lebenslagen und dem Wohlbefinden der Menschen orientieren.

Literaturverzeichnis

- Abels, H./ König, A. (2010):** Sozialisation. Soziologische Antworten auf die Frage, wie wir werden, was wir sind, wie gesellschaftliche Ordnung möglich ist und wie Theorien der Gesellschaft und der Identität ineinanderspielen. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Adorno, T./ Horkheimer, M. (2006):** Dialektik der Aufklärung. 16. Auflage. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Albert, M./ Quenzel, G./ de Moll Verian, F. (2023):** Zusammenfassung. In: Albert, M./ Quenzel, G./ de Moll Verian, F. (Hrsg.): Jugend 2024. Pragmatisch zwischen Verdrossenheit und gelebter Vielfalt. Weinheim, Basel: Beltz, 13-32.
- Antonovsky, A. (1997):** Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Bär, S. (2016):** Soziologie und Gesundheitsförderung. Einführung für Studium und Praxis. Weinheim/ Basel: Beltz Juventa.
- Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (2016):** Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß § 20f SGB V im Land Hamburg („LRV Hamburg“). Online unter: <https://www.hamburg.de/625042!search?query=Landesrahmenvereinbarung+Präventionsstrategie> (letzter Zugriff: 18.05.2025).
- Betzler, F./ Ernst, F./ Helbig, J./ Viohl, L./ Roediger, L./ Meister, S./Romanczuk-Seiferth, N./ Heinz, A./ Ströhle, A./ Köhler, S. (2019):** Substance Use and Prevention Programs in Berlin's Party Scene. Results of the SuPrA-Study. Online unter: https://www.researchgate.net/publication/334434941_Substance_Use_and_Prevention_Programs_in_Berlin's_Party_Scene_Results_of_the_SuPrA-Study (letzter Zugriff: 9.5.2025).
- Beushausen, Prof. Dr. rer. pol. J. (2024):** Biopsychosoziales Modell. Online unter: <https://www.socialnet.de/lexikon/Biopsychosoziales-Modell> (Letzter Zugriff: 18.02.2025).
- Bringmann, J./ Kopetzki, K.V. (2025):** Suck on this! Online unter: https://www.instagram.com/p/DHlYg26Afu3/?igsh=bHV1YTlYanZqdmht&img_index=1 (letzter Zugriff: 15.5.2025).
- Damm, S./ Drevenstedt, L. (2019):** Clubkultur Berlin. Clubcommission Berlin e.V. (Hrsg.). Online unter: <https://www.clubcommission.de/clubkultur-studie/> (Letzter Zugriff: 17.04.2024).
- Damm, S./ Drevenstedt, L. (2020):** Clubkultur. Dimensionen eines urbanen Phänomens. Frankfurt a.M.: Campus Verlag.
- DBSH (2016):** Deutschsprachige Definition Sozialer Arbeit des Fachbereichstag Soziale Arbeit und DBSH. Online unter: <https://www.dbsch.de/profession/definition-der-sozialen-arbeit/deutsche-fassung.html> (Letzter Zugriff: 18.05.2025).
- De Bock, F./ Geene, R./ Hoffmann, W./ Stang, A. (2017):** Vorrang für Verhältnisprävention. Handreichung aus der Steuerungsgruppe des Zukunftsforums Public Health für alle mit Prävention in Praxis und Politik befassten Akteure. Berlin: Zukunftsforum Public Health. Online unter: <https://zukunftsforum-public-health.de/publikationen/2018-2/vorrang-fuer-verhaeltnispraevention/> (Letzter Zugriff: 27.2.2025).
- Deile, L. (2004):** Feste – eine Definition. Online unter: https://www.academia.edu/42935799/Feste_eine_Definition [Abruf: 14.5.2023].
- DHS (2019):** Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland – Analyse der Hilfen und Angebote & Zukunftsperspektiven. Update 2019. Online unter: <https://www.dhs.de/suchthilfe/versorgungssystem/> (letzter Zugriff: 14.5.2025). RKI 2015, 226f).
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012):** Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik. Online unter: <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/themen/drogenpolitik/nationale-strategie/> (letzter Zugriff: 20.04.2025).
- Die Drogen- und Suchtkommission zur Verbesserung der Suchtprävention (2002):** Stellungnahme der Drogen- und Suchtkommission zur Verbesserung der Suchtprävention. Online unter: <https://www.drogenkult.net/?file=text004> (Letzter Zugriff: 13.5.2025).
- Dippelhofer-Stiem, B. (2008):** Gesundheitssozialisation. Theoretische und empirische Analysen zur Genese des subjektiven Gesundheitsbildes. Weinheim/ München: Juventa Verlag.
- Faltermaier, T. (2018):** Prävention und Gesundheitsförderung im Erwachsenenalter. In: Hurrelmann, K./Richter, M./Klotz, S./ Stock, S. (Hrsg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. 5. Auflage. Bern: Hogrefe Verlag. 101-112.
- Faltermaier, T. (2024):** Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.* Online unter:

<https://leitbegriffe.bioeg.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsverhalten-krankheitsverhalten-gesundheitshandeln/> (letzter Zugriff: 16.5.2025).

- Ferchhoff, W. (2013):** Musikalische Jugendkulturen in den letzten 65 Jahren: 1945-2010. In: Heyer, R./ Wachs, S./Palentien, C. (Hrsg.): Handbuch Jugend – Musik – Sozialisation. Wiesbaden: Springer VS, 19-123.
- Foucault, M. (1991):** Andere Räume. In: Barck, K./ Gente, P., Paris, H. (Hrsg.): Aisthesis. Wahrnehmung heute oder Perspektiven einer anderen Ästhetik. Essays. Leipzig: Reclam, S. 34 - 46.
- Franzkowiak, P. (2022a):** Prävention und Krankheitsprävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Online unter: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praevention-und-krankheitspraevention/> (letzter Zugriff: 26.1.2025).
- Franzkowiak, P. (2022b):** Präventionsparadox. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Online unter: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praeventionsparadox/#:~:text=Das%20Präventionsparadox%20ist%20ein%20grundlegendes,übertragbaren%20Krankheiten%20sowie%20bei%20Impfkampagnen> (letzter Zugriff: 21.02.2025).
- Franzkowiak, P./ Hurrelmann, K. (2022):** Gesundheit. Online unter: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheit/> (letzter Zugriff: 18.2.2025).
- Füssenhauser, C. (2016):** Lebensweltorientierung und Sucht. In: Grundwald, K., Thiersch, H. (Hrsg.): Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. 3. Auflage. Weinheim / Basel: Beltz Juventa.
- Gabriel, M. (2024):** Moralischer Fortschritt und Neue Aufklärung. Narrative für den hyperkomplexen Krisenmodus. In: Bundeskanzleramt (Hrsg.): Zwischen Zumutung und Zuversicht. Transformation als gesellschaftliches Projekt. Online unter: <https://www.publikationen-bundesregierung.de/pp-de/publikationssuche/transformation-gesellschaft-2330508> (letzter Zugriff: 6.4.2025), 78-81.
- Gebhardt, W. (2008):** Gemeinschaften ohne Gemeinschaft. Über situative Event-Vergemeinschaftungen. In: Hitzler, R./ Honer, A./ Pfadenhauer, M. (Hrsg.): Posttraditionale Gemeinschaften. Theoretische und Ethnografische Erkundungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 202-213.
- Gebhardt, W. (2015):** Feste, Feiern und Events. Die etwas andere Freizeit. In: Freericks, Renate/ Brinkmann, Dieter (Hrsg.): Handbuch Freizeitsoziologie. Wiesbaden: Springer VS, S.415-430.
- GKV-Spitzenverband (2024a):** Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V. Online unter: <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention-selbsthilfe-beratung/praevention-und-bgf/leitfaden-praevention/leitfaden-praevention.jsp> (letzter Zugriff: 26.1.2025).
- GKV-Spitzenverband (2024b):** Präventionsbericht 2024. Online unter: <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention-selbsthilfe-beratung/praevention-und-bgf/praeventionsbericht/praeventionsbericht.jsp> (letzter Zugriff: 30.1.2025).
- Grunwald, K., Thiersch, H. (2016):** Lebensweltorientierung. In: Grundwald, K., Thiersch, H. (Hrsg.): Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. 3. Auflage. Weinheim / Basel: Beltz Juventa.
- Hanses, A. (2008):** Zur Aktualität des Setting-Ansatzes in der Gesundheitsförderung. Zwischen gesundheitspolitischer Notwendigkeit und theoretischer Neubestimmung. In: Bals, T./ Hanses, A./ Melzer, W. (Hrsg.): Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings. Ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten. Weinheim/ München: Juventa Verlag, 11-26.
- Hartung, S. & Rosenbrock, R. (2022).** Settingansatz–Lebensweltansatz. Online unter: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebensweltansatz/> (letzter Zugriff: 9.5.2025).
- Helbig, J./ Ernst, F./Viohl, L./Roediger, L./Köhler, S./Ströhle, A./Romanczuk-Seiferth, N./Heinz, A./Betzler, F. (2019):** Präventionsansätze zur Reduktion von Konsumrisiken in der Berliner Partyszene. In: Psychiatrische Praxis 2019 (46), Online unter: https://www.researchgate.net/publication/337027697_Praeventionsansatze_zur_Reduktion_von_Konsu_mrisiken_in_der_Berliner_Partyszene (letzter Zugriff: 17.5.2025), 445-450.
- Hitzler, R. (2001):** Erlebniswelt Techno. Aspekte einer Jugendkultur. In: Hitzler, R./ Pfadenhauer, M.(Hrsg.): Techno-Soziologie. Erkundungen einer Jugendkultur. Opladen: Leske + Budrich, 11-27.
- Hitzler, R. (2008):** Brutstätten posttraditionaler Vergemeinschaftung. Über Jugendszenen. In: Hitzler, R./ Honer, A./ Pfadenhauer, M. (Hrsg.): Posttraditionale Gemeinschaften. Theoretische und Ethnografische Erkundungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 55-72.
- Hitzler, R./ Niederbacher, A. (2010):** Leben in Szenen. 3. Auflage. Wiesbaden: Springer VS.

- Hitzler, R./ Honer, A./ Pfadenhauer, M. (2008):** Zur Einleitung; „Ärgerliche Gesellungsgebilde? In: Hitzler, R./ Honer, A./ Pfadenhauer, M. (Hrsg.): Posttraditionale Gemeinschaften. Theoretische und Ethnografische Erkundungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 9-31.
- Holst, J. (2022):** Biomedizinische Perspektive. Online unter: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/biomedizinische-perspektive/> (letzter Zugriff: 3.5.2025).
- Hurrelmann, K. (2010):** Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 7. Auflage. Weinheim/ München: Juventa Verlag
- Hurrelmann, K. (2012):** Jugendliche als produktive Realitätsverarbeiter: Zur Neuausgabe des Buches „Lebensphase Jugend“. In: Diskurs Kindheits- und Jugendforschung. Veränderte Zeiten in Kindheit und Jugend. 2012 (1), S. 89-100.
- Hurrelmann, K./ Bauer, U. (2015a):** Einführung in die Sozialisationstheorie. Das Modell der produktiven Realitätsverarbeitung. 11. Auflage. Weinheim/ Basel: Beltz Verlag.
- Hurrelmann, K./ Bauer, U. (2015b):** Das Modell des produktiv realitätsverarbeitenden Subjekts. In: Hurrelmann, K./ Bauer, U./ Grundmann, M./ Walper (Hrsg.): Handbuch Sozialisationsforschung. 8. Auflage. Weinheim/ Basel: Beltz Verlag. 144-161.
- Hurrelmann, K./ Klotz, T./ Haisch, J (2014):** Prävention und Gesundheitsförderung (2014). In: Hurrelmann, K./ Klotz, T./ Haisch, J (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4. Auflage, Bern: Hans Huber Verlag, 13-24.
- Hurrelmann, K., Ottová-Jordan, V./Ravens-Sieberer, U. (2015):** Sozialisation und Gesundheit. In: Hurrelmann, K./ Bauer, U./ Grundmann, M./ Walper (Hrsg.): Handbuch Sozialisationsforschung. 8. Auflage. Weinheim/ Basel: Beltz Verlag. 690-712.
- Hurrelmann, K./ Richter, M. (2013):** Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung. 8. Auflage, Weinheim/ Basel: Beltz Juventa.
- Hurrelmann, K./ Richter, M. (2022):** Determinanten von Gesundheit. Online unter: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/determinanten-der-gesundheit/> (letzter Zugriff: 26.1.2025).
- Hurrelmann, K./ Richter, M./ Klotz, T./ Stock, S (2018):** Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K./ Richter, M./ Klotz, T./ Stock, S. (Hrsg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. 5. Auflage, Bern: Hogrefe, 21-34.
- Illing, F. (2017):** Gesundheitspolitik in Deutschland. Eine Chronologie der Gesundheitsreformen der Bundesrepublik. Wiesbaden: Springer VS.
- KKtF e.V. (o.J.):** Geschichte. Online unter: <https://keineknetetrotzdemfete.de/festival> (5.4.2025).
- Kraus, B. (2019):** Relationaler Konstruktivismus – Relationale Soziale Arbeit. Von der systemisch-konstruktivistischen Lebensweltorientierung zu einer relationalen Theorie der Sozialen Arbeit. 1.Auflage. Weinheim: Beltz Juventa.
- Kulturkosmos (o.J.):** Infoseite. Online unter: <https://kulturkosmos.de> (5.4.2025).
- Lange, C./ Manz, K./ Rommel, A./ Schienkiewitz, A./ Mensink, G. (2016):** Alkoholkonsum von Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen, Folgen und Maßnahmen. Online unter: <https://edoc.rki.de/handle/176904/2431> (letzter Zugriff: 9.5.2025).
- Leppin, A. (2018):** Konzepte und Strategien der Prävention. In: Hurrelmann, K./Richter, M./Klotz, S./ Stock, S. (Hrsg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. 5. Auflage. Bern: Hogrefe Verlag. 47-55.
- Meyer, E. (2001):** Zwischen Parties, Paraden und Protest. Zur politischen Soziologie der Technoszene. In: Hitzler, Ronald/ Pfadenhauer, Michaela (Hrsg.): Techno-Soziologie. Erkundungen einer Jugendkultur. Opladen: Leske + Budrich, 51-68.
- Niekrenz, Y. (2011):** Rauschhafte Vergemeinschaftungen. Eine Studie zum rheinischen Straßenkarneval. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Nüberlin, G. (1997):** Jugendhilfe nach Vorschrift? Grundlagen, Probleme und Vorschläge der Umsetzung des neuen Kinder- und Jugendhilferechts in sozialpädagogische Praxis. Pfaffenweiler: Centaurus Verl.-Ges.
- Nüberlin, G. (2002):** Selbstkonzepte Jugendlicher und schulische Notenkonkurrenz. Zur Entstehung von Selbstbildern Jugendlicher als kreative Anpassungsreaktionen auf Schulische Anomien.
- Olderbak, S./ Rauschert, C./ Möckl, J./ Seitz, N./, Hoch, E./ Kraus, L. (2023a):** Epidemiologischer Suchtsurvey 2021. Substanzkonsum und Hinweise auf substanzbezogene Störungen in Berlin [Abschlussbericht]. IFT Institut für Therapieforshung (Hrsg.). Online unter: <https://www.esa-survey.de/publikationen/laenderberichte/> (letzter Zugriff: 9.5.2025).
- Olderbak, S., Rauschert, C., Möckl, J., Seitz, N.-N., Hoch, E., & Kraus, L. (2023b).** Epidemiologischer Suchtsurvey 2021. Substanzkonsum und Hinweise auf substanzbezogene Störungen in Bayern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und in den Stadtstaaten Berlin, Bremen und

- Hamburg. IFT Institut für Therapieforchung. Online unter: <https://www.esa-survey.de/publikationen/laenderberichte.html> (letzter Zugriff: 9.5.2025).
- Orth, B./Merkel, C. (2020):** Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Online unter: <https://www.bioeq.de/forschung/studien/abgeschlossene-studien/studien-ab-1997/suchtpraevention/die-drogenaffinitaet-jugendlicher-in-der-bundesrepublik-deutschland-2019/#:~:text=Die%20Drogenaffinitaetsstudie%20zeigt%20fuer%20das,einmal%20eine%20illegale%20Droge%20konsumiert.> (letzter Zugriff: 9.5.2025).
- Pauls, H. (2013):** Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität. In: Resonanzen Journal (2023) Bd. 1, Nr. 1. Online unter: <https://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/191> (letzter Zugriff: 25.2.2025).
- Prisching, M. (2008):** Paradoxien der Vergemeinschaftung. In: Hitzler, R./ Honer, A./ Pfadenhauer, M. (Hrsg.): Posttraditionale Gemeinschaften. Theoretische und Ethnografische Erkundungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 35-54.
- Quenzel, G. (2015):** Das Konzept der Entwicklungsaufgaben. In: Hurrelmann, K./ Bauer, U./ Grundmann, M./ Walper (Hrsg.): Handbuch Sozialisationsforschung. 8. Auflage. Weinheim/ Basel: Beltz Verlag. 233-250.
- Rademaker, A. L. (2018):** Gesundheitsförderung als Praxis Sozialer Arbeit stärken! DVSG nimmt gesundheitliche Chancengleichheit auf die Agenda. Online unter: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/meldungen/gesundheitsfoerderung-als-praxis-sozialer-arbeit-staerken/> (letzter Zugriff: 24.2.2025).
- Raithel, J. (2011):** Jugendliches Risikoverhalten. Eine Einführung. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- RKI (2015):** Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Online unter: https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Gesundheitsberichterstattung/Gesundheit-in-Deutschland/Downloads-2015/gesundheit_in_deutschland_2015.html?nn=16778830 (letzter Zugriff: 9.5.2025).
- Rummel, C. (2024):** Finanzierung der Suchtberatungsstellen in Deutschland. Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS). Online unter: <https://www.dhs.de/service/aktuelles/meldung/dhs-bericht-zur-finanzierung-der-suchtberatungsstellen-in-deutschland/> (letzter Zugriff: 15.5.2025).
- RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (2019):** Gestaltungsspielräume kommunaler Suchthilfe und Suchtprävention. Expertise im Auftrag der Drogenbeauftragten der Bundesregierung beim Bundesministerium für Gesundheit. Online unter: <https://www.econstor.eu/handle/10419/236535> (letzter Zugriff: 14.5.2025).
- Schmolke, R./Harrach, T./ Sterneck, W./Eigenstetter, P./ Tietz, K./ Bahri, S. (2020):** Safer Nightlife: Eine Aufgabe für Bund, Länder und Kommunen. In: akzept e.V. Bundesverband für akzeptieren-de Drogenarbeit und humane Drogenpolitik, Deutsche Aidshilfe (Hrsg.): 7. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2020. Lengerich/ Westfalen, Pabst Science Publishers, S.59-67.
- Schmolke, R. (2024):** Drogenarbeit im Partysetting. In: Stöver, H./ Hößelbarth, S. (Hrsg.): Drogenpraxis Drogenpolitik Drogenrecht. Handbuch für Substanzgebrauchende, Fachkräfte in Beratung und Behandlung, Mediziner:innen, Jurist:innen und Politiker:innen. 6. Auflage. Idstein: Fachhochschulverlag. 262-271.
- Schroers, A. (2005):** Gesundheitsförderung und Suchtprävention im Kontext der Partyszene – Grundlagen, Inhalte, Methoden. In: Heudtlass, Jan-Hendrik/ Stöver, Heino (Hrsg.): Risiken mindern beim Drogengebrauch. Gesundheitsförderung, Verbrauchertipps, Beratungswissen, Praxishilfen. 3. Auflage. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag. 205-232.
- Schroers, A. (2001):** Zum Drogengebrauch im Techno-Party-Setting. Erkenntnisse der Drogentrendforschung und Ausblicke auf ein Drogeninformations- und Monitoring-Netzwerk. In: Hitzler, R./ Pfadenhauer, M.(Hrsg.): Techno-Soziologie. Erkundungen einer Jugendkultur. Opladen: Leske + Budrich, 213-231.
- Schulze, G (2005):** Die Erlebnisgesellschaft. Kulturosoziologie der Gegenwart. 2. Auflage. Frankfurt/Main: Campus Verlag.
- Schwarz, T./ Goecke, M. (2021):** Die bundesweiten Maßnahmen zur Alkoholprävention der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Online unter: <https://www.springermedizin.de/die-bundesweiten-massnahmen-zur-alkoholpraevention-der-bundeszen/19212688> (letzter Zugriff: 15.5.2025).
- SONICS (2020):** Safer-Nightlife. Qualitätsstandards zur Krisenintervention im Party-Festival-Setting. Online unter: <https://sonics-netzwerk.net/qualitaetsstandards/> (letzter Zugriff: 14.5.2025).

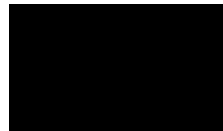
- SONICS (o.J. a):** Gesundheit. Online unter: <https://sonics-netzwerk.net/soziokulturelle-gesundheitsfoerderung/> (letzter Zugriff: 14.5.2025).
- SONICS (o.J. b):** Unsere Mitglieder. Online unter: <https://sonics-netzwerk.net/mitgliedsorganisationen/> (letzter Zugriff: 14.5.2025).
- Stollberg, G (2012):** Gesundheit und Krankheit als soziales Problem. In: Albrecht, G./ Groenemeyer, A. (Hrsg.): Handbuch soziale Probleme, 2. Auflage. Wiesbaden: Springer VS.
- Szabo, S. (2011):** Das soziale Phänomen „Ballermann“. Online unter: https://www.academia.edu/12125960/Das_sociale_Ph%C3%A4nomen_Ballermann_Erlebnishunger_am_Balle_rmann (letzter Zugriff: 9.4.2025).
- techno-netzwerk berlin (2000):** Drug-Checking-Konzept für die Bundesrepublik Deutschland. Interventionsstrategien. Online unter: <https://www.eve-rave.net/abfahrer/download.sp?cat=1> (Zugriff: 14.5.2025).
- Thiersch, H. (1995):** Lebenswelt und Moral. Beiträge zur moralischen Orientierung Sozialer Arbeit. Weinheim/ München: Juventa Verlag.
- Thiersch, H./ Grunwald, K./ Köngeter, S. (2012):** Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In: Thole, W. (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4.Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 175-196.
- VDEK (2024):** GKV – Leistungsausgaben. Online unter: https://www.vdek.com/presse/daten/d_versorgung_leistungsausgaben.html (letzter Zugriff: 27.1.2025).
- Von Heyden, M. (2017):** Stimulanzien. In: Von Heyden, M., Jungaberle, H., Majić, T. (Hrsg.): Handbuch Psychoaktive Substanzen. Berlin, Heidelberg: Springer Reference Psychologie. Online unter: https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-3-642-55214-4_54-1 (letzter Zugriff: 30.1.2025).
- Wanek, V/ Schreiner-Kürten, K. (2021):** Bedeutung und Rolle der Krankenkassen in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Thiemann, M./ Mohokum, M. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Heidelberg: Springer Verlag. Online unter: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-62426-5> (letzter Zugriff: 26.1.2025), 139-158.
- Wanner, Martina (2016):** Gesundheit und Lebensweltorientierung. In: In: Grundwald, K., Thiersch, H. (Hrsg.): Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Beltz Juventa 3. Auflage, Weinheim / Basel, 200-211.
- Werdecker, L./ Esch, T. (2021):** Bedeutung und Rolle von Gesundheitsberufen in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Thiemann, M./ Mohokum, M. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Heidelberg: Springer Verlag. Online unter: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-62426-5> (letzter Zugriff: 26.1.2025), 159-170.
- Werner, J. (2001):** Die Club-Party. Eine Ethnographie der Berliner Techno-Szene. In: Hitzler, R./ Pfadenhauer, M.(Hrsg.): Techno-Soziologie. Erkundungen einer Jugendkultur. Opladen: Leske + Budrich, 31-50
- WHO (1986):** Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Online unter: <https://iris.who.int/handle/10665/349654> (letzter Zugriff: 26.1.2025).
- WHO (2005):** Constitution of the World Health Organization. Online unter: <https://www.who.int/about/governance/constitution> (letzter Zugriff: 03.03.2025).
- WHO (2023):** Beim Alkoholkonsum gibt es keine gesundheitlich unbedenkliche Menge. Online unter: <https://www.who.int/europe/de/news/item/28-12-2022-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health> (letzter Zugriff: 8.5.2025).
- Wicke, P. (2001):** Von Mozart zu Madonna. Eine Kulturgeschichte der Popmusik. Frankfurt a.M.: suhrkamp taschenbuch verlag.
- Wippermann, C./ Möller-Slawinski, H. (2011):** Die Studie: Gesundheit und Krankheit im Alltag sozialer Milieus. In: Wippermann, C./ Arnold, N./ Möller Slawinski, H./ Borchard, M./ Marx, P. (Hrsg.): Chancengerechtigkeit im Gesundheitssystem. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Zick, A./ Sandal-Önal, E. (2023):** Krisenungewissheit und ihr Zusammenhang zu anti- und prodemokratischen Überzeugungen. In: Zick, A./ Küpper, B./ Mokros, N. (Hrsg.): Die distanzierte Mitte. Rechtsextreme und demokratiegefährdende Einstellungen in Deutschland 2022/23. Bonn: Verlag J.H.W. Dietz Nachf. GmbH. Online unter: <https://www.fes.de/referat-demokratie-gesellschaft-und-innovation/gegen-rechtsextremismus/mitte-studie-2023> (letzter Zugriff: 6.4.2025), 219-241.
- #MyBrainMyChoice-Initiative (2022):** 13 Forderungen für die Entkriminalisierung von Personen, die illegale Drogen nehmen. Online unter: <https://www.entkriminalisierung.info> (letzter Zugriff: 28.5.2025).

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg den 05.06.2025

Ort, Datum



Unterschrift