



Department of Community Health (Hrsg.)

Community Health

Grundlagen, Methoden, Praxis

BELTZ JUVENTA

Department of Community Health (DoCH) (Hrsg.)
Community Health

Department of Community Health (DoCH) (Hrsg.)

Community Health

Grundlagen, Methoden, Praxis

BELTZ JUVENTA

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Der Text dieser Publikation wird unter der Lizenz **Creative Commons Namensnennung – Nicht kommerziell – Keine Bearbeitungen 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)** veröffentlicht. Den vollständigen Lizenztext finden Sie unter: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.de>. Verwertung, die den Rahmen der **CC BY-NC-ND 4.0 Lizenz** überschreitet, ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für die Bearbeitung und Übersetzungen des Werkes. Die in diesem Werk enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Quellenangabe/ Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-7799-6523-7 Print
ISBN 978-3-7799-5848-2 E-Book (PDF)

1. Auflage 2022

© 2022 Beltz Juventa
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Einige Rechte vorbehalten

Herstellung: Myriam Frericks
Satz: Datagrafix, Berlin
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein klimaneutrales Unternehmen (ID 15985-2104-100)
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Geleitwort	
<i>Christian Timmreck</i>	9
Vorwort	
<i>Beate Grossmann</i>	11
Einleitung	
<i>Department of Community Health an der Hochschule für Gesundheit Bochum</i>	13
I Was ist Community Health?	21
Community Health als neuronales Netz <i>Gudrun Faller, Christian Walter-Klose, Silke Betscher, Jennifer Becker</i>	22
Community Health – Stand und historische Entwicklung in Deutschland <i>Jennifer Becker, Heike Köckler, Michael Wessels</i>	36
Der Diversitätsansatz im Rahmen von Community Health <i>Christiane Falge, Christian Walter-Klose</i>	49
Leitkonzepte von Community Health <i>Anna Mikhof, Christian Walter-Klose</i>	56
II Ansätze, Perspektiven und Methoden von Community Health	69
Die Relevanz von Statistikverständnis, subjektivem Risikoempfinden und Gesundheitsbildung für die gesundheitskompetente Entscheidungsfindung am Beispiel der Covid-19-Pandemie <i>Marcus Kutschmann, Saskia Jünger, Renate Schramek</i>	70
Forschen mit und für Communities – Wissenschaft diversitätssensibel gestalten <i>Saskia Jünger, Marcus Kutschmann, Silke Betscher, Christiane Falge</i>	84
Beratung im Rahmen von Community Health: Herausforderungen und Chancen <i>Anna Mikhof, Leonie Wieners</i>	98
Begleitung – neue Wege zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Menschen im höheren Lebensalter <i>Petra Kolpak, Renate Schramek</i>	109

Der Beitrag von Community Health zu wirksamer Prävention und Gesundheitsförderung <i> Gudrun Faller, Anna Mikhof</i>	121
Organisationsentwicklung als methodischer Ansatz in Community Health <i> Gudrun Faller</i>	134
Heilsame Stadtgärten? „Community Gardening“ als kulturelle ökologische Praxis und deren Beiträge zur Gesundheit in der „Burnout-Gesellschaft“ <i> Jan Grossarth</i>	144
Die Perspektive der Ethnologie auf Community Health <i> Christiane Falge, David Johannes Berchem, Silke Betscher</i>	158
Psychologie und Bezüge zu Community Health <i> Anna Mikhof, Christian Walter-Klose</i>	172
Grundlagen der gesundheitsökonomischen Evaluation und deren Beitrag zu Community Health <i> Michael Wessels</i>	184
III Ausgewählte Themen und Handlungsfelder von Community Health	203
Gesundheitssystem <i> Michael Wessels</i>	204
Handlungsfeld Kommune <i> Raphael Sieber, Heike Köckler</i>	218
Kapazitätsentwicklung im Quartier <i> Martin Schieron, Tanja Segmüller</i>	228
Schule und Community Health <i> Christian Walter-Klose</i>	238
Arbeit aus der Sicht von Community Health <i> Gudrun Faller</i>	249
Freizeit und Community Health <i> Ina-Marie Jankowski, Jennifer Kelch, Christian Walter-Klose</i>	264
Community Health als postmigrantische Perspektive auf Migration und Gesundheit <i> Christiane Falge, Silke Betscher</i>	276

Geschlecht aus der Perspektive von Community Health <i>Anna Mikhof, Leonie Wieners, Elisa Merkel</i>	290
Behinderung und Inklusion <i>Christian Walter-Klose</i>	301
IV Community Health in der Praxis	313
Bochum-Wattenscheid Mitte: Integrierte gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung <i>Heike Köckler, Anna Lottermoser, Michael Sprünken</i>	314
Community Health in der Bochumer Hustadt: Wider eine vermeintliche Kultur der Schwer-Erreichbarkeit und der Nicht-Partizipation marginalisierter Communities <i>David Johannes Berchem, Christiane Falge, Yvonne Pajonk</i>	326
„Es geht darum, näher zu rücken und Netzwerke zu bilden!“ Altengerechte Quartiersentwicklung am Beispiel des Runden Tisches „Älter werden in Waltrop“ <i>Sebastian Flüter, Tanja Segmüller</i>	337
Beschäftigte in Privathaushalten: Ein Handlungsfeld für Community Health <i>Laura Geiger, Gudrun Faller, Beate Blättner †</i>	348
Community-Health-Forschung zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung: Das Dialog- und Transferzentrum Dymelie <i>Christian Walter-Klose, Anna Mikhof</i>	360
Partizipative Netzwerk-Evaluation als Methode der Qualitätsentwicklung in der Community-Health-Arbeit <i>Noemi Skarabis, Gudrun Faller, Hannah Meincke, Györgyi Bereczky-Löchli</i>	371
Das Potenzial achtsamkeitsbasierter Ansätze in Community-Health-Kontexten <i>Anna Mikhof, Leonie Wieners</i>	381
Vereinbarkeit von Pflege und Beruf <i>Christa Beermann, Tanja Segmüller</i>	392
Fluchtmigration – Demenz – Care Arbeit: Zur Integration von Menschen mit jüngerer Migrationsgeschichte in den deutschen Pflege- und Gesundheitssektor <i>David Johannes Berchem, Christiane Falge, Tanja Segmüller</i>	401

Innovationsräume für die partizipative Entwicklung digitaler nutzer*innenzentrierter Anwendungen <i>Wolfgang Deiters, Pascal Höcker, Alina Napetschnig, Lisa Preissner</i>	411
Fazit: Der Bochumer Community-Health-Ansatz: Stand und Perspektiven <i>Department of Community Health an der Hochschule für Gesundheit Bochum</i>	424
Die Autorinnen und Autoren	429

Geleitwort

Liebe Leser*innen,

seit ihrem Gründungsjahr 2009 hat sich die Hochschule für Gesundheit auf den Weg gemacht, mit ihren Studienangeboten und Forschungsprojekten nicht nur die Akademisierung und Professionalisierung der Gesundheitsberufe zu fördern, sondern insbesondere auch einen Beitrag zur Sicherstellung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung zu leisten.

In der aktuellen Pandemie hat sich zum einen gezeigt, dass die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens in Deutschland im internationalen Vergleich zwar überdurchschnittlich hoch ist, gleichzeitig wurde aber auch deutlich, dass nicht alle Bevölkerungsgruppen im gleichen Maße davon profitieren. Angesichts des demografischen Wandels werden zukünftig insbesondere zielgruppenspezifische Ansätze benötigt, um den unterschiedlichen gesundheitlichen Bedürfnissen aller Menschen in Deutschland gerecht zu werden. Im Hinblick auf diese Herausforderungen ist Community Health ein zukunftsweisendes Themen- und Handlungsfeld.

Vor diesem Hintergrund wurde im Jahr 2014 an der Hochschule für Gesundheit das Department of Community Health (DoCH) gegründet, bei dessen Aufbau großer Wert auf die Interprofessionalität des Teams gelegt wurde. So konnten Kolleg*innen aus unterschiedlichen Disziplinen gewonnen werden, die das Thema Gesundheit multiprofessionell bearbeiten. Aktuell werden im DoCH in drei Bachelor- und zwei Masterstudiengängen Absolvent*innen in gesundheitsrelevanten Themenfeldern wie Diversität, Sozialraum, Arbeit und Digitalisierung ausgebildet, die zukünftig an unterschiedlichen Stellen in der Gesellschaft zur Schaffung besserer gesundheitlicher Rahmenbedingungen für vielfältige Bevölkerungsgruppen beitragen werden. Das DoCH hat für einen praxisnahen Zugang zu den Menschen unter anderem ein Quartiersbüro eingerichtet und auch außerhalb der Hochschule Lernorte wie das Stadtteil-labor in der Bochumer Hustadt geschaffen, in denen geforscht, gelehrt und gelebt wird. Zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang zahlreiche weitere Forschungs- und Transferprojekte des DoCH, von denen teilweise in diesem Band berichtet wird.

Ich freue mich, dass die Kolleg*innen aus dem DoCH mit diesem Sammelband einen gleichermaßen wissenschaftlichen wie auch praxisnahen Beitrag zur Weiterentwicklung und Konturierung des innovativen Themenfeldes Community Health vorgelegt haben, der hoffentlich nicht nur in der wissenschaftlichen Community aufgenommen und diskutiert wird, sondern

zukünftig einen Beitrag für bessere und gerechtere gesundheitliche Lebens- und Arbeitsbedingungen aller Menschen in Deutschland und darüber hinaus leistet.

In diesem Sinne wünsche ich allen Leser*innen eine spannende und hoffentlich inspirierende Lektüre.

Bochum im August 2021

Prof. Dr. Christian Timmreck

Präsident der Hochschule für Gesundheit

Vorwort

Vor mehr als 30 Jahren schloss die Ottawa-Charta mit einer ermutigenden Perspektive:

„Die Konferenz ist der festen Überzeugung, dass dann, wenn Menschen in allen Bereichen des Alltags, wenn soziale Verbände und Organisationen, wenn Regierungen, die Weltgesundheitsorganisation und alle anderen betroffenen Gruppen ihre Kräfte entsprechend den moralischen und sozialen Werten dieser Charta vereinigen und Strategien der Gesundheitsförderung entwickeln, dass dann ‚Gesundheit für alle‘ im Jahre 2000 Wirklichkeit werden wird.“ (Ottawa-Charta 1986, S. 6)

Wir alle wissen und erleben, dass dieses Ziel, „Gesundheit für alle im Jahr 2000“, leider bis heute keine Wirklichkeit geworden ist – insbesondere nicht für vulnerable und sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen, wie uns die Corona-Pandemie aktuell vor Augen geführt hat.

Das sollte der Ottawa-Charta als regulativer Idee natürlich keinen Abbruch tun, sondern vielmehr Ansporn sein zu fragen, ob die bisherigen Konzepte und Vorgehensweisen in „Public Health“ sowie in „Prävention und Gesundheitsförderung“ nicht ergänzender Impulse in Forschung und Praxis bedürfen, um zur Lösung des ja hinreichend erkannten und wissenschaftlich gut belegten Problems der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit beizutragen.

Genau das versucht der Community-Health-Ansatz, ein Public-Health-Teilgebiet, das sich sowohl auf Prävention und Gesundheitsförderung bei als auch auf die gesundheitliche Versorgungssituation von sozialen Ziel- oder Dialoggruppen bezieht, die sich durch gemeinsame Eigenschaften wie z. B. Alter, Geschlecht, Zugehörigkeit zu einer bestimmten Kultur oder gemeinsame Wohnorte definieren.

Im vorliegenden Werk stellen sich die Herausgeber*innen und Autor*innen der Aufgabe, diesen vielversprechenden Ansatz in Theorie und Praxis ebenso umfassend wie detailliert aus der Sicht des Bochumer Department of Community Health darzustellen. Wenn auch aufgrund der hohen Diversität dieses Ansatzes keine einheitliche Antwort auf die Frage gegeben wird, was Community Health ist und wie sie gelingen kann, so wird doch eindrucksvoll gezeigt, wie Probleme partizipativ, interdisziplinär und interprofessionell definiert und Lösungen entwickelt werden können.

Die Pandemie hat „Gesundheit“ zu einem bedeutenden gesellschaftlichen und politischen Thema werden lassen. Und nahezu unisono wird bekundet, dass Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Beteiligung der Bürger*innen,

Versicherten und Patient*innen unabdingbar sind, um dem drängenden Änderungsbedarf in der gesundheitlichen Versorgung gerecht zu werden.

Neue Instrumente dafür liegen nun vor – nutzen wir sie!

Deshalb wünsche ich dem Community-Health-Ansatz die gebührende Aufmerksamkeit und Rezeption.

Bonn im August 2021

Dr. Beate Grossmann

Geschäftsführerin der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.

Einleitung

Department of Community Health an der Hochschule für Gesundheit Bochum

Zu den am besten validierten Erkenntnissen der Public Health Forschung zählt die Feststellung, dass zwischen der sozialen Lage von Menschen und ihrer Gesundheit ein enger Zusammenhang besteht: Personen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status sind häufiger als jene aus besser situierten Verhältnissen gesundheitlichen Belastungen in der Arbeit, der Wohnumgebung und im engeren sozialen Umfeld ausgesetzt. Gleichzeitig verfügen sie in geringerem Maße über soziale und personale gesundheitsbezogene Ressourcen und können Belastungen schlechter bewältigen. Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status schätzen ihre eigene Lebensqualität und Gesundheit schlechter ein und sie weisen höhere Raten an Erkrankungen, Beschwerden, Funktionseinschränkungen und eine geringere Lebenserwartung auf (Lampert et al. 2018).

So gut belegt diese Zusammenhänge sind, als so schwierig hat es sich immer wieder erwiesen, diese Ungleichheiten zu verringern und die Situation benachteiligter Bevölkerungsgruppen zu verbessern. In der Vergangenheit hat sich mehrfach gezeigt, dass sich gesundheitliche Ungleichheiten intergenerativ reproduzieren; ein Phänomen, für das vor dem Hintergrund der Lebenslaufperspektive neue Erkenntnisse gewonnen werden konnten (Richter/Hurrelmann 2009). Ferner hat die Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung wiederholt gezeigt, dass Aktivitäten oft nicht die Personen erreichen, an die sie adressiert sind (Bauer 2005).

Der Community-Health-Ansatz hat zum Ziel, neue Antworten auf diese Fragen zu finden. Zu seinen Grundüberzeugungen zählt, dass Interventionen nicht pauschal zu konzipieren und allgemein zu verbreiten sind, sondern spezifisch auf den Kontext, sowie auf die konkreten Bedürfnisse, Deutungen und Alltagspraxis derjenigen Community ausgerichtet sein müssen, die im Fokus der jeweiligen Ansätze steht. Damit geht der Grundsatz einher, dass Veränderungen nicht *für die*, sondern *mit den* Betroffenen zu gestalten sind. Community-Health-orientierte Maßnahmen nehmen den Grundsatz der Partizipation ernst und beteiligen ihre Adressat*innen während des gesamten Prozesses der Interventionsgestaltung: von der Problem- und Zieldefinition über die Maßnahmenplanung und -umsetzung bis zur Evaluation und Ergebnisbewertung.

Gleichzeitig kann und will der vorliegende Band keine einheitliche Antwort auf die Frage geben, was Community Health ist und wie sie gelingen kann. Zu verschieden sind die Antworten und Lösungen der beteiligten Disziplinen, wobei

eben diese Diversität die Stärke des Bochumer Community-Health-Ansatzes ausmacht.

Das hier präsentierte Konzept von Community Health versteht sich als interdisziplinäres, netzwerkartiges Zusammenwirken, das verschiedene Professionen integriert, die – je nach Fragestellung monodisziplinär oder gemeinsam mit ausgewählten anderen Disziplinen und immer im Verbund mit den Adressat*innen – Probleme definieren und Lösungen entwickeln.

Dieses Selbstbild lässt sich gut anhand der Metapher des neuronalen Netzes illustrieren: Die Disziplinen und Akteur*innen, die an einem Thema arbeiten, wirken wie aktivierte Neuronen zusammen und können bei Bedarf weitere Verbindungen aufbauen. Wie ein Neuronennetz ist Community Health in der Lage, sich weiterzuentwickeln und zu lernen (vgl. Köckler et al. 2018).

Vor diesem Hintergrund skizziert der erste Teil des Bandes unter dem Titel „Was ist Community Health?“ das Selbstverständnis des Bochumer Community-Health-Ansatzes und erläutert dessen wesentliche Eckpunkte.

Dabei nimmt der Beitrag von Gudrun Faller, Christian Walter-Klose, Silke Betscher und Jennifer Becker mit dem Titel ‚Community Health als neuronales Netz‘ eine Standortbestimmung der Begriffe Community und Gesundheit in ihrer Verbindung zueinander vor und arbeitet die aus dieser Verknüpfung resultierenden Chancen und Risiken heraus.

In ihren Ausführungen zu „Community Health – Stand und historische Entwicklung in Deutschland“ zeichnen Jennifer Becker, Heike Köckler und Michael Wessels die aktuelle Situation von Community Health in Deutschland nach und erläutern ihr Zustandekommen vor dem Hintergrund der historischen Entstehungsbedingungen.

Christiane Falge und Christian Walter-Klose arbeiten ein zentrales Merkmal des Bochumer Community-Health-Ansatzes auf: das Bekenntnis zum Diversity-Ansatz, der gleichzeitig die Unterschiedlichkeit von Individuen herausstellt und dabei auf das Spannungsverhältnis zwischen der Community, die etwas eint, und dem Individuum mit individuellen und communitybezogenen Merkmalen verweist.

Neben der Diversity-Orientierung bestehen weitere Leitkonzepte von Community Health im Lebensweltansatz sowie in der Ausrichtung von Konzepten und Interventionen an den Grundüberzeugungen von Empowerment, Partizipation und Lebensqualität. Anna Mikhof und Christian Walter-Klose zeigen, wie diese Konzepte im Rahmen von Community Health ressourcenorientiert betrachtet und in verschiedenen Kontexten zur Entwicklung von Interventionen herangezogen werden.

Im zweiten Teil des Bandes wird das breite Spektrum möglicher Community-Health-Ansätze, Methoden und Perspektiven aufgefächert, das den Bochumer Ansatz kennzeichnet und keineswegs als abschließend zu betrachten ist. Neben

disziplinübergreifenden Ansätzen, die, wie eingangs ausgeführt, ein problembezogenes Zusammenwirken mehrerer Fachrichtungen implizieren, werden spezifische Beiträge ausgewählter Disziplinen zur Community Health ausgearbeitet.

Den Anfang dieses Buchteils bildet der Beitrag ‚Die Relevanz von Statistikverständnis, subjektivem Risikoempfinden und Gesundheitsbildung für die gesundheitskompetente Entscheidungsfindung am Beispiel der Covid-19-Pandemie‘ von Marcus Kutschmann, Saskia Jünger und Renate Schramek. Anhand konkreter Beispiele werden unterschiedliche Ebenen des ‚Verstehens‘, beleuchtet, die in ihrem Zusammenwirken für das Herstellen von Sinnhaftigkeit und (Selbst-)Vertrauen im Hinblick auf den Umgang mit Gesundheitsstatistiken wichtig sind.

Weitergehende Überlegungen zu den Besonderheiten, Herausforderungen und Spannungsfeldern der Community-Health-Forschung stellt das Kapitel ‚Forschen mit und für Communities – Wissenschaft diversitätssensibel gestalten‘ von Saskia Jünger, Marcus Kutschmann, Christiane Falge und Silke Betscher an. Vor dem Hintergrund einer kritischen Reflexion der einschlägigen methodischen Herangehensweisen laden sie zu einem Neu-Denken bezüglich methodologischer Entscheidungen und der Gestaltung von Forschungsprozessen ein.

Den Bogen von der Community-Health-Forschung zur Community-Health-bezogenen Anwendung schlagen Anna Mikhof und Leonie Wieners mit dem Thema ‚Beratung im Rahmen von Community Health: Herausforderungen und Chancen‘. In ihren Ausführungen machen sie deutlich, welche Potenziale Beratungsansätze, die kontext- und diversitysensible sowie ressourcenorientierte und personenbezogene Perspektiven und Interventionen integrieren, im Rahmen von Community Health bergen können.

Einen auf eine spezifische Community bezogenen Ansatz von Community-Health-Interventionen stellt der Text von Petra Kolpak und Renate Schramek mit dem Thema ‚Begleitung – neue Wege in der Gesundheitsförderung für Menschen im höheren Lebensalter‘ dar. Ihre Überlegungen machen deutlich, wie die Gesundheitskompetenz einer benachteiligten Gruppe durch Begleitung gestärkt werden kann.

Eine kritische Bestandsaufnahme der bisherigen Praxis in Prävention und Gesundheitsförderung nehmen Gudrun Faller und Anna Mikhof in ihrem gleichnamigen Artikel vor. Ausgehend von dem eingangs beschriebenen Problem der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit formulieren sie Desiderate und Ansatzpunkte einer gelingenden Community-Health-orientierten Prävention und Gesundheitsförderung.

Damit sich Communities etablieren und entfalten können, müssen sie bestimmten strukturellen und prozessualen Anforderungen genügen. Gudrun Faller skizziert mit dem Titel ‚Organisationsentwicklung als methodischer Ansatz in Community Health‘ Gestaltungsimpulse für eine diversity- und gesundheitsfördernde Entwicklung von Communities im Sinne einer Organisationsveränderung zugunsten von Gesundheit und Diversity.

Jan Grossarth stellt den Ansatz des Community Gardening in den Mittelpunkt seiner Überlegungen zur Community Health. Unter dem Titel ‚Heilsame Stadtgärten? „Community Gardening“ als kulturelle ökologische Praxis und deren Beiträge zur Gesundheit in der „Burnout-Gesellschaft“ adressiert er eine verbindende und verantwortungstiftende Tätigkeit im Kontext sowohl individueller Gesundheits- als auch globalökologischer Krisen und bietet eine Deutung an, die „Community Gardening“ weniger als Intervention, sondern als Rahmen angewandter Gesundheitskommunikation verstanden wissen will.

Der Buchteil II wird abgerundet durch eine Auswahl disziplinärer Perspektiven auf Community Health, beginnend mit dem Text von Christiane Falge, David Johannes Berchem und Silke Betscher, die ethnologische Perspektiven auf Community Health erläutern. Als besonders relevant werden dabei die im eigenkulturellen Kontext von Community Health entstehenden ethnologischen Perspektiven hervorgehoben, die ihren analytischen Fokus auf die Gesundheitsversorgung marginalisierter Communities im Hinblick auf strukturelle Ungleichheiten richten.

Die Reihe der disziplinären Beiträge zu Community Health wird mit der Psychologie und ihren Bezügen zu Community Health von Anna Mikhof und Christian Walter-Klose fortgesetzt. Anknüpfend an subdisziplinäre Arbeitsbereiche werden einige essentielle Konzepte wie Ressourcen und Risikofaktoren, soziales Miteinander sowie Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit mit Blick auf Community Health beschrieben. Dabei werden Fragen von Gemeinschaft und den dort auftretenden gesundheitlichen Ungleichheiten aus der psychologischen Perspektive aufgegriffen.

Auch der Aufsatz von Michael Wessels ‚Grundlagen der gesundheitsökonomischen Evaluation und deren Beitrag zu Community Health‘ beginnt mit einer Einführung in die disziplinären Begriffe und Ansätze – diesmal der Gesundheitsökonomie. Auf dieser Grundlage werden die besondere Verantwortung und der spezifische Beitrag, den die gesundheitsökonomische Evaluation zu den Zielen und Herausforderungen von Community Health leisten kann, herausgearbeitet.

Teil III des Bandes ist der Darstellung ausgewählter Themen und Handlungsfelder von Community Health gewidmet. Die Beiträge hier machen deutlich, dass sich Community Health stets in konkreten Interventionszusammenhängen und bezogen auf spezifische Gruppen manifestiert und sich ihre im ersten Teil des Bandes erläuterten Grundsätze erst in den alltäglichen Lebenszusammenhängen bestimmter Communities verwirklichen lassen.

Den Anfang bildet der Beitrag zum ‚Gesundheitssystem‘ von Michael Wessels. Seinen Überlegungen zufolge lässt sich der Erfolg von Gesundheitssystemen daran messen, wie gut es gelingt, gesundheitliche Ungleichheiten zu vermeiden oder dort, wo sie bereits eingetreten sind, zu reduzieren. Vor diesem Hintergrund stellt er verschiedene Modelle von Gesundheitssystemen vor und ordnet das bundesdeutschen Systems hier ein.

Die Kommune als kleinste politische Verwaltungseinheit stellt für Gesundheitsförderung eine Handlungsebene von besonders hoher Relevanz dar. Kommunal getroffene Entscheidungen haben einen unmittelbaren Einfluss auf die gesundheitliche Situation der Menschen vor Ort. Raphael Sieber und Heike Köckler beschreiben unter dem Titel „Handlungsfeld Kommune“ wie kommunale Steuerungsinstrumente diversitätsorientiert zum Einsatz kommen können, damit Gesundheitsförderung hier im Sinne des Community-Health-Ansatzes verwirklicht werden kann.

Ein weiteres, zentrales Handlungsfeld sind Stadtteile bzw. Quartiere. Mit ihren Überlegungen zur ‚Kapazitätsentwicklung im Quartier‘ beschreiben Martin Schieron und Tanja Segmüller, was Kapazitätsentwicklung im Wohnumfeld bedeutet und wie sie konkret gestaltet und evaluiert werden sollte, damit eine tatsächliche Verbesserung der Gesundheitsförderung vor Ort erreichbar wird.

Mit den Lebenswelten ‚Schule‘, ‚Arbeitswelt‘ und ‚Freizeit‘ folgen drei weitere Interventionsfelder von Community Health. In seinem Aufsatz ‚Schule und Community Health‘ stellt Christian Walter-Klose am Beispiel von Schüler*innen mit chronischen Krankheiten und Beeinträchtigungen zwei Ansätze vor, die sich einerseits mit der Anpassung der Lernumgebung an individuelle Bedarfe befassen und andererseits auf das Lernen einer heterogenen Schülerschaft fokussieren.

Der Beitrag ‚Arbeit aus der Sicht von Community Health‘ von Gudrun Faller macht deutlich, dass sich Arbeit je nach Zugehörigkeit zu bestimmten gesellschaftlichen Gruppen unterschiedlich konstituiert und diese Konstitution von Arbeit zu strukturell verankerten Ungleichheitsmustern beiträgt. Kontrastierend dazu stellt sie Überlegungen dazu an, wie eine, den spezifischen Anforderungen vielfältiger Gruppen dienende Vielfalt an Verwirklichungsoptionen im Bereich der Arbeit möglich werden könnte.

Der Artikel ‚Freizeit und Community Health‘ von Ina-Marie Jankowski, Jennifer Kelch und Christian Walter-Klose arbeitet die gesundheitsbezogenen Aspekte von Freizeit vor dem Hintergrund des Salutogenesekonzepts auf und stellt anhand der Beispiele Behinderung und langfristige Arbeitslosigkeit Unterschiede in der Bedeutung von Freizeit für verschiedene soziale Gruppen heraus.

In Abkehr von einer Fokussierung auf gesundheitsbezogene Defizite von Menschen mit Migrationserfahrung schlägt der Beitrag ‚Community Health als postmigrantisches Konzept auf Migration und Gesundheit‘ von Christiane Falge und Silke Betscher einen analytischen Fokus vor, der die Auswirkungen von Grenzregimen, Formen der Exklusion und Rassismus untersucht und einen Paradigmenwechsel durch einen postmigrantisches Community-Health-Blick anregt.

Community-Health-relevante gesundheitsbezogene Differenzen zeigen sich ferner im Hinblick auf unterschiedliche Geschlechtsperspektiven. Anna Mikhof, Leonie Wieners und Elisa Merkel diskutieren biologische, psychosoziale

und intersektionale Ansätze zur Erklärung des Gender Health Gap und zeigen die Notwendigkeit der geschlechtssensiblen Forschung und der Entwicklung adäquater Interventionen auf.

Auch im Kontext von Behinderung haben gesundheitsbezogene Fragen eine besondere Bedeutung – nicht zuletzt, weil die Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Dienste einerseits erforderlich ist, andererseits aber Barrieren deren Zugänglichkeit und Nutzbarkeit einschränken. Zur Verbesserung der Teilhabe und Inklusion im Gesundheitsbereich skizziert Christian Walter-Klose unter dem Titel ‚Behinderung und Inklusion‘ Anpassungserfordernisse und Gelingensbedingungen für Dienstleistungen im Sinne einer community-bezogenen Perspektive.

Der vierte Teil des Bandes ist der Community-Health-Praxis gewidmet. Anhand vielfältiger Beispiele, die alle aus den Forschungs- und Transferaktivitäten des Departments of Community Health an der Bochumer Hochschule für Gesundheit hervorgegangen sind, wird aufgezeigt, wie eine, den Grundsätzen von Community Health verpflichtete Interventionspraxis aussehen kann.

Eingeleitet wird der Buchteil mit dem Beitrag von Heike Köckler, Anna Lottemoser und Michael Sprünken. Unter dem Titel ‚Bochum-Wattenscheid Mitte: Integrierte gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung‘ stellen sie ein Stadtteilentwicklungskonzept mit Modellpotenzial für andere Kommunen dar und erläutern, wie eine gelingende Zusammenarbeit zwischen Hochschule und den Akteur*innen im Programmgebiet gestaltet sein kann.

Ein weiteres, stadtteilbezogenes Projekt präsentiert der Aufsatz ‚Community Health in der Bochumer Hustadt: Wider eine vermeintliche Kultur der Schwer-Erreichbarkeit und der Nicht-Partizipation marginalisierter Communities‘. Am Beispiel eines partizipativen Forschungsansatzes erläutern die Autor*innen David Johannes Berchem, Christiane Falge und Yvonne Pajonk, wie es gelingen kann, Menschen, die häufig als „integrationsunwillig“ gegenüber Präventionsangeboten bezeichnet werden für eine aktive Beteiligung an diversitätsspezifische Präventionsangeboten zu gewinnen.

Eine dritte Perspektive auf die Quartiersentwicklung konstituiert sich aus dem demographischen Wandel, der sowohl in urbanen wie ländlichen Regionen Fragen nach bezahlbarem Wohnraum, Vermeidung von Einsamkeit und einer mangelnden Infrastruktur für ältere Menschen aufwirft. Mit dem Titel „Es geht darum, näher zur rücken und Netzwerke zu bilden!“ stellen Sebastian Flüter und Tanja Segmüller eine altengerechte Quartiersentwicklung am Beispiel des Runden Tisches „Älter werden in Waltrop“ dar, die zentrale Bedürfnisse, Problemlagen und bestehende Angebotspotenziale in Bezug auf ältere Menschen analysiert.

Beschäftigte in Privathaushalten sind eine bislang in Forschung und Praxis noch weitgehend vernachlässigte Gruppe. Laura Geiger, Gudrun Fallner und Beate Blättner sehen hier ein innovatives Handlungsfeld für Community

Health und erläutern anhand eines laufenden Forschungsprojekts, welchen Benachteiligungsmerkmalen diese Personengruppe ausgesetzt ist und wie die Entwicklung bedarfs- und bedürfnisgerechter Interventionen gestaltet werden kann.

Dass Angebote gesundheitlicher Versorgung – wenn sie lebensweltorientiert gestaltet sind, vernetzt arbeiten und behinderungsspezifisches Fach- und Methodenwissen nutzen – die Autonomie von Menschen mit Behinderung fördern können, zeigt der Beitrag ‚Community-Health-Forschung zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung: Das Dialog- und Transferzentrum Dymelié‘ von Christian Walter-Klose und Anna Mikhof, indem die Vorgehensweise dieses Forschungs- und Entwicklungsprojektes in Kooperation mit einem Selbsthilfeverband erläutert wird.

Noemi Skarabis, Gudrun Faller, Hannah Meincke und Györgyi Bereczky-Löchli erläutern unter dem Titel ‚Partizipative Netzwerk-Evaluation als Methode der Qualitätsentwicklung in der Community-Health-Arbeit‘, wie in einem Projekt eine teilhabeorientierte Evaluation konzipiert und umgesetzt wurde und möchten auf diesem Weg ein Modell für die Evaluation von Community-Health-Projekten anbieten.

Anna Mikhof und Leonie Wieners arbeiten vor dem Hintergrund der wachsenden Bedeutung von Achtsamkeit im digitalen Zeitalter ‚Das Potenzial achtsamkeitsbasierter Ansätze in Community-Health-Kontexten‘ heraus und zeigen anhand verschiedener Beispiele Möglichkeiten auf, wie achtsamkeitsbasierte Elemente zielgruppenspezifisch adaptiert und für marginalisierte Bevölkerungsgruppen praktisch eingesetzt werden können.

Angesichts verschwimmender Grenzen von Berufstätigkeit, privater Sorgearbeit und Freizeit thematisieren Christa Beermann und Tanja Segmüller Fragen der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. In ihren Ausführungen stellen sie gute Lösungen zur Förderung der Vereinbarkeit vor und weisen auf die individuellen auch betriebs-, volkswirtschaftliche und gesellschaftliche Nutzeffekte hin, die entsprechende Interventionen bieten.

Im Beitrag ‚Fluchtmigration – Demenz – Care Arbeit: Zur Integration von Menschen mit jüngerer Migrationsgeschichte in den deutschen Pflege- und Gesundheitssektor‘ analysieren David Johannes Berchem, Christiane Falge und Tanja Segmüller anhand eines konkreten Projekts mögliche Problemkonstellationen interkultureller Öffnung und formulieren Handlungsempfehlung zur Einrichtung einer Stelle für Diversity Management mit dem Ziel, eine langfristige Sensibilisierung für ein couragiertes Eintreten für Menschlichkeit, Offenheit und Toleranz zu bewirken.

Den Abschluss der Aufsatzreihe bilden Wolfgang Deiters, Pascal Höcker, Alina Napetschnig und Lisa Preissner unter dem Titel ‚Innovationsräume für die partizipative Entwicklung digitaler nutzer*innenzentrierter Anwendungen‘. In ihren Ausführungen werden Rahmenbedingungen für eine nutzer*innenorientierte

partizipative Entwicklung (sozio-)technischer Lösungen diskutiert und die Voraussetzungen für deren Akzeptanz geklärt.

Die Autor*innen danken allen, die zum Gelingen dieses Herausgeberwerks beigetragen haben, vor allem denjenigen, die es durch ihre Mitwirkung in den genannten Projekten, aber auch in der Hochschullehre und der Forschung durch Fragen, Anregungen und Kritik ermöglicht haben, dass dieser Band entstehen konnte.

Mit der hier vorgelegten Positionierung in Form des Bochumer Community-Health-Ansatzes möchten die Autor*innen einen Auftakt für eine Diskussion geben, die Community Health in Deutschland weiterentwickelt und dazu beiträgt, ihre Potenziale für Menschen in benachteiligten Lebenslagen zu entfalten.

Literatur

- Bauer, U. (2005): Das Präventionsdilemma. Wiesbaden: VS.
- Köckler, H./Berkemeyer, S./Falge, C./Faller, G./Jahnsen, K./Fehr, J./Mikhof, A./Marla-Küsters, S./Naujoks, V./Schmidt, C./Schmidt, M./Segmüller, T./Trümner, D./van Essen, F./Wessels, M. (2018): Community Health: Ein zukunftsweisendes Themen- und Handlungsfeld etabliert sich in Deutschland. In: Sicher ist sicher 69, H. 4, S. 198-199.
- Lampert, T./Kroll, L.-E./Kuntz, B./Hoebel, J. (2018): Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland und im internationalen Vergleich: Zeitliche Entwicklungen und Trends. Journal of Health Monitoring 3 (S1) DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-019.
- Richter, M./Hurrelmann, K. (2007) Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen. APuZ 42:3-10.

I Was ist Community Health?

Community Health als neuronales Netz

Gudrun Faller, Christian Walter-Klose, Silke Betscher,
Jennifer Becker

Zusammenfassung

Die Notwendigkeit von Community Health, verstanden als spezifischer Teil von Public Health, begründet sich aus dem seit den Anfängen der Gesundheitsberichterstattung bekannten und nach wie vor ungelösten Problem des Zusammenhangs von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit sowie aus der Erfahrung, dass Interventionen ohne geeignete zielgruppenspezifische Ausrichtung kaum zu reichende Wirkung entfalten. Basierend auf dieser grundsätzlichen Legitimation nimmt der vorliegende Beitrag eine kritische Diskussion des Gesundheitsbegriffs aus der Perspektive von Community Health vor. Ferner skizziert er die Bedeutung der Community als Vermittlungsrahmen für die Entstehung von Gesundheit und arbeitet mögliche Interventionsebenen zu deren Erhaltung und Verbesserung heraus. Neben seinen unbestrittenen Stärken verbindet sich der Community-Health-Ansatz mit einer Reihe von Risiken, die – vor allem wenn sie unbemerkt bleiben – ein in hohem Maße destruktives Potenzial entfalten und daher von Community-Health-Akteur*innen sorgfältig reflektiert werden müssen. Der Beitrag schließt mit einem Blick auf den gleichermaßen inter- wie transdisziplinären Charakter von Community Health und greift die Metapher des ständig lernenden neuronalen Netzes auf, als das sich der Bochumer Community-Health-Ansatz versteht.

Abstract

The necessity of community health, understood as a specific part of public health, is based on the problem of the connection between social and health inequality, which has been known since the beginnings of health reporting and is still unsolved, as well as on the experience that interventions without suitable target group-specific orientation hardly have sufficient effect. Based on this fundamental legitimation, this article critically discusses the concept of health from the perspective of community health. Furthermore, it outlines the importance of community as a mediating framework for the emergence of health and elaborates possible levels of intervention to maintain and improve it. In addition to its undoubted strengths, the community health approach is associated with a number of risks, which – especially if they go unnoticed – have a highly destructive

potential and therefore need to be carefully reflected upon by community health actors. The article concludes with a look at the inter- as well as transdisciplinary character of community health and takes up the metaphor of the constantly learning neuronal network, as which the Bochum community health approach sees itself.

1. Bedeutung des Community-Health-Ansatzes heute

Unsere Gesellschaft wandelt sich: Aktuelle Megatrends lassen sich mit den Schlagworten ‚demografischer Wandel‘, ‚Digitalisierung‘, ‚Ausbeutung der natürlichen Lebensgrundlagen‘ und ‚pandemische Verbreitung von Infektionskrankheiten‘ umreißen. Diese, meist als krisenhafte Entwicklungen verlaufenden Dynamiken, sind von globaler Tragweite und manifestieren sich sozial ungleich verteilt: Ohnehin schon benachteiligte Bevölkerungsgruppen und Regionen sind von den negativen Auswirkungen in weit stärkerem Maße betroffen als besser situierte Personen, Kollektive und Regionen (z. B. Alvaredo et al. 2018; Lampert et al. 2018; Blättner 2020). Neben ethischen Prinzipien wie Gerechtigkeit und Humanität sind der Erhalt des sozialen Friedens und die Bewahrung der gemeinsamen Lebensgrundlagen existenzielle Gründe für die Notwendigkeit einer kritischen Reflexion und für Entscheidungen, die sich gegen den Mainstream eines ungebremsten menschen- und naturfeindlichen Wachstums richten.

Die Gesundheit von Menschen wird in hohem Maße von ihren jeweiligen sozio-ökologischen und sozio-ökonomischen Lebensbedingungen bestimmt. Indem diese Bedingungen erfasst und ggf. verändert werden, will man darauf hinwirken, dass alle Menschen gleichermaßen ihr größtmögliches Potenzial an Gesundheit verwirklichen können (WHO 1986). CommuHealth setzt sich vor diesem Hintergrund das Ziel, systematische Benachteiligungen von Gruppen zu identifizieren und durch geeignete, vor allem spezifische und bedarfsgerechte Konzepte und Maßnahmen für eine Verbesserung zu sorgen (vgl. den Beitrag Gudrun Fallers und Anna Mikhofs).

Nach einem verbreiteten Verständnis bezieht sich der Begriff der Community Health auf den Gesundheitsstatus einer definierten Gruppe von Menschen sowie auf die Voraussetzungen und konkreten Aktivitäten, die unternommen werden, um die Gesundheit dieser spezifischen Gruppe zu fördern, schützen und zu erhalten. Community Health versteht sich vor diesem Hintergrund als spezifischer Teil von Public Health (vgl. Köckler et al. 2018).

McKenzie und Pinger (2015, S. 6) zufolge ist Public Health ein inklusives Konzept, das weitere Ansätze einschließt, wobei sich letztere (etwa ‚Community Health‘, ‚Population Health‘ oder ‚Global Health‘) durch jeweils charakteristische Merkmale auszeichnen.

Die besondere Ausrichtung von Community Health besteht nach vorliegendem Verständnis darin, dass hier auf den Organisationsgrad oder die Ausprägung

einer gemeinsamen Identität von Communities Bezug genommen wird. Das entscheidende Merkmal dabei ist, dass die Definitionsmacht über diese ‚gemeinsame Identität‘ bei den Communities selbst liegt. Maßnahmen der Population Health zielen in Abgrenzung dazu auf die Gesundheit definierter Populationen ab, die sich nicht organisiert haben und sich selbst nicht notwendigerweise als Gruppe oder Gemeinschaft verstehen. Die gemeinsamen Merkmale werden der Population hier quasi „von außen“ zugeschrieben. Beide Konzepte – das Selbstverständnis im Sinne von Community Health, wie auch die externale Zuordnung kollektiver Eigenschaften im Sinne der Population Health – können sich überlagern.

2. Zum Gesundheitsbegriff aus der Sicht von Community Health

Hinsichtlich der Frage, was unter Gesundheit zu verstehen ist, besteht in den Gesundheitswissenschaften heute weitgehend Konsens dahingehend, dass Gesundheit nicht auf das Freisein von Krankheit und Gebrechen reduziert werden kann, sondern als ein mehrdimensionales Konstrukt zu verstehen ist, das körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden umfasst (WHO 1946). Zudem wird meist auf das auf Antonovsky (1979) zurückgehende Bild des Kontinuums verwiesen, dem zufolge Gesundheit und Krankheit nicht als eindeutig unterscheidbare Zustände interpretiert werden, sondern als Endpunkte auf einer Skala mit fließenden Übergängen. Breiten Zuspruch hat ferner die in Textbox 1 aufgeführte Definition von Hurrelmann und Franzkowiak gefunden, die Gesundheit als stets neu herzustellen Balance aus Risiko- und Schutzfaktoren sowie die darin enthaltene Dynamik betont.

Textbox 1: Gesundheitsdefinition nach Franzkowiak/Hurrelmann 2018 in Anlehnung an Hurrelmann/Richter 2013, S. 147

„Gesundheit bezeichnet den dynamischen Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich psychisch und sozial in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist das dynamische Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein dynamisches Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt.“

Nach dieser Auffassung setzt das Erreichen von Gesundheit eine „gelungene [...] Verbindung von zugleich (selbst-)bewusster und lustvoller Lebensführung“ voraus, zu deren zentralen Elementen „positive Einstellungen zu den alltäglichen Herausforderungen, Annahme des eigenen Körpers und der psychischen

Grundausrüstung, optimistische Erwartungen an die soziale Umwelt und insgesamt die Vorstellung von der Beeinflussbarkeit der eigenen Lebensführung“ zählen (Franzkowiak/Hurrelmann 2018).

An der zuletzt dargestellten Definition lässt sich kritisieren, dass eine vom Ideal der Selbstwirksamkeit und individuellen Bewältigungskompetenz ausgehende Gesundheitsvorstellung von der Deutungsmacht privilegierter Soziallagen geprägt ist und mittelschichtsgeprägten Narrativen der Selbstverwirklichung und pluripotenten Funktionstüchtigkeit folgt (vgl. Schmidt 2017).

In Gegensatz dazu ist die alltägliche Lebensrealität vieler benachteiligter Gruppen von zahlreichen Restriktionen geprägt. Wenn diese Menschen den eigenen Grad der Selbstwirksamkeit als gering einschätzen und behaupten, nicht viel Kontrolle über ihr Leben und ihren Gesundheitszustand zu haben, ist dies durchaus adäquat. Nach der oben angeführten Definition wären sie schon allein aufgrund dieser sozioökonomisch bedingten Situationsbewertung nicht gesund.

Community Health interessiert sich daher auch für die Frage, wie die Mitglieder spezifischer Communities über Gesundheit, Krankheit und Behinderung denken, und welche Konsequenzen sie für ihr alltägliches Verhalten daraus ableiten. Das Wissen über ihre subjektiven Gesundheitstheorien kann nicht nur zur Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Theorienbildung beitragen, sondern vor allem dazu, die Kommunikation zwischen Forschenden und Community-Mitgliedern zu erleichtern und zu verbessern (Franke 2012, S. 247).

Mit diesem Ansatz werden weniger strategische Absichten im Sinne einer geschickten Platzierung anschlussfähiger Gesundheitsbotschaften über „richtiges Verhalten“ und die Adaption von Gesundheitsstandards der bürgerlichen Mehrheitsgesellschaft verfolgt. Ziel einer transdisziplinären Community-Health-Forschung ist es vielmehr, die Lebensrealitäten, Sinnkonstruktionen und Erklärungsmuster von Communities und ihren Mitgliedern kennenzulernen, die Vielfalt an Gesundheitsdefinitionen als Ausdruck diverser Lebensbedingungen zu würdigen und gemeinsam mit den Communities Ideen zu entwickeln, wie diese Bedingungen einerseits für Gesundheit genutzt und andererseits gesünder gestaltet werden können¹.

3. Bedeutung von Community für Gesundheit

Der Begriff der Community wird in der sozialwissenschaftlichen Literatur unterschiedlich definiert und interpretiert; angeblich existieren 90 verschiedene Definitionen zu diesem Begriff (Hardcastle 2011, S. 95; Mini Pradeep/

1 Das hier skizzierte Spannungsfeld zwischen subjektiven versus etablierten Gesundheitskonzepten zeigt Anschlussfähigkeit an die sozialwissenschaftliche Debatte um anerkennungstheoretische versus kulturrelativistische Diskurse.

Sathyamurthi 2017, S. 59). Abgesehen davon, dass mit Community irgendeine Form von Gemeinschaft gemeint ist, die durch etwas Verbindendes zusammengehalten wird, existieren unterschiedliche Vorstellungen darüber, was dieses Verbindende ist (vgl. Mini Pradeep/Sathyamurthi 2017). Nachfolgend werden drei Zugänge zum Community-Begriff unterschieden: Der eigenschaftstheoretische, der sozialisationstheoretische und der sozialkonstruktivistische Ansatz.

3.1 Community als Gruppe mit gemeinsamen Merkmalen

McKenzie und Pinger (2015, S. 5) beschreiben eine Community im Kontext von Health als „a collective body of individuals, identified by common characteristics such as geography, interests, experiences, concerns or values“ (S. 5). Auch Cyber Communities werden von den Autor*innen unter den Community-Begriff gefasst.

Im Einzelnen benennen die Autoren für die Definition einer Community folgende Merkmale:

1. Mitgliedschaft im Sinne eines Gefühls von Identität und Zugehörigkeit,
2. Gemeinsame Symbolsysteme wie Sprache, Gewohnheiten und Rituale,
3. Geteilte Werte und Normen,
4. Gegenseitige Beeinflussung der Mitglieder untereinander,
5. Geteilte Bedürfnisse und das Zugeständnis, dass diese befriedigt werden müssen,
6. Geteilte emotionale Bezüge, z. B. gemeinsame Geschichte, Erfahrungen und gegenseitige Unterstützung.

3.2 Community als Sozialisationsraum

Aus einer sozialisationstheoretischen Perspektive stellen diese Merkmale einer Community den unmittelbaren Kontext dar, in dem Menschen interagieren und sich entwickeln. Nach Cohen lässt sich Community insofern verstehen als ein „system, of values, norms and moral codes which provoke a sense of identity to its members“ (p. 9), „community therefore is where one learns and continues to practice how to ‚be social““ (p. 15) (Cohen 1985, zit. nach Hardcastle 2011, S. 95).

Die Community fungiert so gesehen als Vermittlungsrahmen, in dem die in ihm wirkenden Akteure spezifische Handlungsdispositionen (Habiti) entwickeln, praktizieren und weitergeben (Bourdieu 1982). Für Community-Health-Akteur*innen ist diese Perspektive insofern wichtig, als Gesundheit niemals unabhängig vom sozialökologischen und sozialökonomischen Kontext eines Menschen gesehen werden kann: „The community practitioner’s mantra is context, context, context“ (Hardcastle 2011, S. 97). Diese Kontexte sind sowohl

physischer als auch sozialer Natur, und es ist wichtig, diese beiden Dimensionen in ihrer Verbundenheit und Interaktivität zu reflektieren.

3.3 Community als Konstruktion

Eine weitere Perspektive bringt der sozialkonstruktivistische Ansatz Frederik Barths (1969) in die Diskussion ein. Nach seiner Auffassung sind es nicht beobachtbare Unterschiede, die Communities konstituieren; vielmehr werden diese Unterschiede aufgrund bereits bestehender Gruppenabgrenzungen rekonstruiert. Ihm zufolge sollte es weniger darum gehen, Typologien von Gruppen zu beschreiben, sondern darum, die Prozesse zu beleuchten, die dazu beitragen diese Gruppen zu konstruieren und diese Konstruktion aufrechtzuerhalten. An der gängigen Fokussierung auf die Identifikation und Beschreibung von Unterschieden kritisiert Barth, dass sie nicht nur davon abhält, die Existenz (ethnischer) Gruppierungen und deren Lokalisierung in Kultur und Gesellschaft besser zu verstehen; mehr noch weil ein solcher Standpunkt dazu einlädt, die Unterschiedsperspektive als unproblematisch wahrzunehmen und soziale Spaltungen zu legitimieren.

3.4 Interventionen

Für die Frage, was diese Überlegungen für Community-Health-Interventionen bedeuten, gibt es je nach fachlicher Positionierung verschiedene Antworten. Delanty (2003, zit. nach Clark 2007, S. 5) hat in einer Übersicht über den einschlägigen Forschungsstand vier verschiedene Zugänge zu einer Community-Theorie herausgearbeitet:

1. den sozialräumlichen Ansatz: dieser interpretiert Communities beispielsweise als Nachbarschaften, kleinstädtische oder Stadtteilverbände. Er trägt dazu bei, dass sozialräumliche Problemlagen sichtbar gemacht und politische Diskurse befördert werden können,
2. den anthropologischen Ansatz: dieser fokussiert Fragen der Identitätsentwicklung, des subjektiven Zusammengehörigkeitsgefühls und der Abgrenzung nach außen,
3. den politischen Ansatz der radikalen Demokratie, der sich in Form politischer Mobilisierung gegen Ungerechtigkeit zur Wehr setzt,
4. den technologischen Ansatz, der die Möglichkeit generiert, soziale Kontakte in Form von virtuellen Communities und transnationaler Mobilität zu pflegen. Er trägt dazu bei, Vernetzung über große Entfernungen zu ermöglichen und jenseits traditioneller räumlicher Beschränkungen gemeinsame Interessen zu verfolgen.

Diese Unterscheidung ist nicht nur in theoretischer Hinsicht von Bedeutung; sie verweist auch unterschiedliche (disziplinäre) Zugänge, die mit dem Ziel der Erhaltung und Verbesserung von Gesundheit verschiedene Lösungen für die Erfassung, Planung und Intervention vorschlagen.

Quer zu diesen disziplinären Orientierungen ist in interventionstheoretischer Hinsicht noch eine weitere Unterscheidung relevant: So unterscheidet Laverack (2010, S. 56) zwischen top-down- und bottom-up-orientierten Zugängen zu Community Health. Dabei sind top-down-orientierte Ansätze dadurch gekennzeichnet, dass sie von außen (z.B. von Wissenschaftler*innen oder Entscheidungsträger*innen) an eine Gemeinschaft herangetragen, während die Ziele, Vorgehensweisen und Bewertungen in „bottom-up“-orientierten Programmen dadurch von der Community selbst entwickelt und formuliert werden. Empowermentorientierte Community-Health-Interventionen zeichnen sich nach Hawe (1994, S. 201) insofern dadurch aus, dass sie die Mitglieder der Community dazu anregen, selbstständig die eigenen Gesundheitsprobleme zu beschreiben, Veränderungsziele und -maßnahmen zu entwickeln, sich für die Durchsetzung zu engagieren und ihren Erfolg zu bewerten.

4. Chancen des Community-Health-Ansatzes

McKenzie und Pinger (2015) führen eine Reihe von Einflussfaktoren auf, denen Communities ausgesetzt sind, und die ihre Gesundheit systematisch beeinflussen. Dabei umfassen alle genannten Faktoren gesundheitsförderliche ebenso wie gesundheitskritische Einflüsse. Die Einflüsse ordnen sie den in Abbildung 1 aufgeführten Feldern zu:

Abb. 1: Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Communities (McKenzie/Pinger 2015, S. 7 f.)



- Physical Factors: die geografische Lage, die unmittelbare Umgebung, die Größe einer Community, der Stand der Technisierung, die Luftqualität oder Lärmbelastung.

- Social and Cultural Factors: Interaktionen zwischen Individuen und Gruppen innerhalb von Communities, Überzeugungen, Traditionen, Vorurteile, die lokale und die überregionale Wirtschaft und Politik, die Religion, soziale Normen und der sozioökonomische Status.
- Die Organisation einer Community im Sinne der demokratischen Qualität ihrer Strukturen und der Fähigkeit, Ressourcen zu bündeln und Probleme der Community zu lösen.
- Individuelles Verhalten in dem Sinne, dass die Gesamtheit individueller Verhaltensweisen den Charakter der Community prägt, ebenso wie im Hinblick auf die Entwicklung einer Herdenimmunität bei der flächendeckenden Inanspruchnahme individueller Impfungen.

Kritisieren lässt sich an dieser Unterteilung, dass sie künstliche Trennungen vollzieht, denn Faktoren wie Technisierung oder Umgebungsqualität manifestieren sich gleichermaßen auch als Effekte sozialer Interaktionen bzw. kultureller Werte und Normen. Dennoch ist sie als Analyseinstrument sowie als Grundlage für die Entwicklung von Problemlösungsstrategien sinnvoll.

Angesichts der dargestellten, vielfältigen Einflüsse wird leicht nachvollziehbar, welche Vorteile ein Community-Health-basierter Ansatz hat. Durch seine Bezugnahme auf konkrete Communities können

- die Ursachen gesundheitsbelastender Risiken und ihre Wirkungen konkreter identifiziert und spezifischer beschrieben werden,
- gesundheitsfördernde, präventive, kurative und palliative Interventionen besser auf die Bedürfnisse und Besonderheiten der jeweiligen Community abgestimmt werden,
- die Betroffenen besser an der Gestaltung von Analysen, Maßnahmen und Evaluationen beteiligt und diese nach den spezifischen Vorstellungen und Bedürfnissen der Community ausformuliert werden,
- die Betroffenen dazu animiert werden, sich selbst für die Verbesserung ihrer Bedingungen einzusetzen.

Ein zentraler gesundheitsfördernder Faktor ist darüber hinaus, dass Community-Health-Maßnahmen das gesundheitsfördernde Potenzial der sozialen Beziehungen in einer Gruppe gezielt nutzen und dieses durch gemeinsames Tun gleichzeitig stärken.

Die gesundheitswissenschaftliche Forschung hat seit den 1950er Jahren immer wieder belegt, dass Hilfen und Unterstützung, die aus dem sozialen Netzwerk eines Menschen stammen – vergleichbar einem psychosozialen Immunsystem – Gesundheit, positives Gesundheitsverhalten und Gesunderhaltung sowie eine verbesserte Krankheitsbewältigung fördern können, während eingeschränkte oder fehlende soziale Integration und

mangelnde soziale Unterstützung krankheitsfördernd wirken können (Franzkowiak 2018).

Insbesondere solche Projekte, die darauf gerichtet sind, dass die Problemdefinitionen, die Interventionsgestaltung und deren Evaluation durch die Mitglieder der Community selbst erfolgen (Hawe 1994), tragen dazu bei, dass Kommunikations- und Interaktionsprozesse zwischen den Beteiligten intensiviert werden und soziale Verbundenheit wächst.

5. Herausforderungen und Risiken des Community-Health-Ansatzes

Die Orientierung an partizipativen Ansätzen in der Community Health birgt die Gefahr der Verantwortungsverschiebung, weil viele, gerade benachteiligte, Communities nicht Teil einer sozial- und gesundheitspolitischen Entscheidungselite sind. Der auch stark wissenschaftsethisch begründete Ansatz des Empowerment durch partizipative Forschung kann mit Enggruber (2003) dahingehend kritisch hinterfragt werden, ob er nicht letztlich im Sinne einer „neoliberalen Umarmung des Empowerment-Konzeptes“ den Mythos einer Selbstregulierung von schein-autonomen Subjekten transportiert und damit reale Machthierarchien verschleiert. Zugespitzt könnte aus einer ungleichheitstheoretischen Perspektive gesagt werden: Die Verbesserung ihrer eigenen Lebenslagen wird mittels Förderung von Autonomie und Selbstermächtigung gerade an die Menschen delegiert, die zuvor [...] als „ohnmächtig“ adressiert wurden, weil sie in ‚ohnmächtig machenden‘ Strukturen von Armut, fehlender Macht und Einflussmöglichkeiten sowie sonstigen Bedingungen sozialer Ungleichheit leben“ (ebd., S. 3). Damit wird deutlich, wie stark sich Community Health ebenso wie die Soziale Arbeit innerhalb der structure/agency-Debatte² bewegt und sich hierin positionieren muss.

Neben dem grundlegenden Risiko der Verantwortungsverschiebung bzw. -delegation gehen mit der Community-Health-Perspektive weitere Herausforderungen einher:

So birgt der gruppenbezogene Fokus von Community Health das Risiko der Homogenisierung von Individuen, die dazu führt, dass interindividuelle Unterschiede von Gruppenmitgliedern übersehen und nicht weiter reflektiert werden. Dieser Fremdgruppen-Homogenitätseffekt (z. B. Jones, J. M./Dovidio, J. F./Vietze 2014) birgt gegenüber marginalisierten Gruppen die Gefahr, dass negative Zuschreibungen auf die individuellen Gruppenmitglieder übertragen

2 Die structure/agency-Debatte setzt sich mit dem Verhältnis individuellen Handlungsvermögens einerseits und den strukturell gegebenen Beschränkungen und sozialen Bedingungen dieser individuellen Möglichkeiten auseinander.

werden. Anti-Stigmatisierungskampagnen, der Labeling Approach oder das Othering-Konzept haben auf dieses Problem hingewiesen und die Tatsache hervorgehoben, dass solche Prozesse zu Exklusionsmechanismen werden und dadurch Identität und Teilhabe der Betroffenen am Leben in der Gemeinschaft behindern. Die positiven Effekte einer gruppenbezogenen Betrachtung können sich auf diesem Weg in ihr Gegenteil verkehren und Bemühungen der De- sowie Re kategorisierung erforderlich machen. Bei allen eine Community konstituierenden Gemeinsamkeiten und identitätsstiftenden Funktionen von Communities ist es daher wichtig, diese *zugleich* immer als zutiefst heterogene und durch Hybridität gekennzeichnete Ensembles von Individuen zu begreifen.

Ein weiteres Problem sind Widerstände: Besonders wenn es darum geht, benachteiligten Gruppen politisch Gehör zu verschaffen und ihre Lebensbedingungen zu verbessern, entstehen Reaktanzen auf unterschiedlichsten Ebenen. Privilegierte Gruppen fürchten um ihre Vorteile, politische Entscheidungsträger müssen Kosten rechtfertigen, sie haben Sorge vor öffentlicher Kritik und dem Verlust von Wählerstimmen u. a. m. Angesichts dieser Konstellationen ist es gerade für benachteiligte Communities schwierig, lange und aufwändige Entscheidungsprozesse durchzuhalten, sich von Rückschlägen nicht entmutigen zu lassen, sich einer überzeugenden Rhetorik zu bedienen und einflussreiche Fürsprecher*innen für ihre Belange zu gewinnen.

Nicht immer gelingt es, im Rahmen von partizipativen Ansätzen der Community Health, die Mitglieder zur aktiven Beteiligung zu motivieren oder diese gleichwertig einzubeziehen (z. B. bei Menschen mit Kommunikationsbeeinträchtigungen, Sprachbarrieren, geringer formeller Bildung, unzureichender Systemvertrautheit). Politische Entscheidungsprozesse sind langwierig und zäh, so dass es leicht zu Entmutigung und dem Rückfall in eine passive Haltung kommen kann.

Auch besteht keine Garantie dafür, dass partizipative Projekte die soziale Verbundenheit innerhalb von Communities stärken. Ebenso kann es passieren, dass sich ihre Mitglieder über die Ziele, Vorgehensweisen und Bewertungen von Veränderungen uneins sind, sich zerstreiten, in verfeindete Lager zerfallen u. a. m. Bei der Planung und Umsetzung von Community-Health-Aktivitäten ist es daher von Belang, dass Koordinator*innen der Projekte von Anfang an eine vermittelnde Haltung einnehmen, Kommunikationsregeln vereinbaren, auf die Bedeutung eines gemeinsamen Vorgehens hinweisen, aber auch, dass im Bedarfsfall Mediation und Vermittlungshilfen zur Verfügung stehen.

Risiken des Community-Health-Ansatzes bestehen jedoch auch noch in einer weiteren, grundlegenden Hinsicht: Zwar ist soziale Verbundenheit gesundheitsfördernd und die Zugehörigkeit zu einer Community stärkt das „Wir-Gefühl“, also Vertrautheit, Sympathie und Kooperationsbereitschaft ihrer Mitglieder; andererseits kann durch das ausgeprägte Gefühl von Zusammengehörigkeit auch eine Form von Gruppenidentität entstehen, die sich gegenüber

Nichtgruppenmitgliedern abgrenzt und Abwertungs- und Diskriminierungstendenzen auslöst oder verstärkt. Unreflektierte Community-Health-Aktivitäten können daher unbeabsichtigt solche abgrenzungsgeprägten Stabilisierungseffekte von Gruppen verstärken.

Für die so als Nichtmitglieder kategorisierten Personen trägt die Zuordnung zu einer Außenseitergruppe dazu bei, die Geltung sozialer Normen der In-group zu legitimieren und den sozialen Ausschluss von Personen aus der Gemeinschaft zu rechtfertigen (Kardoff 2010). Nach Wolf, Schlüter und Schmidt (2006) können gerade Menschen, die in prekäre soziale Lagen geraten, andere Gruppen verstärkt abwerten. Die Annahme dabei ist, dass subjektive Benachteiligungs- und Ausgrenzungsgefühle durch die Abwertung anderer kompensiert werden. Häufig wird davon ausgegangen, dass – unabhängig von der tatsächlichen wirtschaftlichen Lage – Verunsicherungen und Furcht vor sozialem Abstieg ausreichen, um feindselige und ablehnende Haltungen gegenüber anderen Gruppen hervorzurufen (ebda.).

Ursachen einer so gearteten Feindseligkeit sind also in den sozialen und psychischen Strukturen der jeweiligen Gruppe zu suchen, die einen Bedarf für ein Objekt erzeugen, an dem eigene Unzufriedenheit, Ressentiments bis hin zu Aggressionen und Hass ausagiert werden können (Adorno 1966; Heitmeyer 2012; Rospenda et al. 2005).

Community-Health-Aktivitäten müssen sich dieser Gefahr bewusst sein, entsprechende Tendenzen sensibel registrieren und frühzeitig reagieren. Der Nutzen einer gruppenbezogenen Betrachtung sollte daher gegenüber einer individuumbezogenen Betrachtung abgewogen werden. Insgesamt muss es das Ziel von Community Health sein, Toleranz, Offenheit und eine Kultur der Verschiedenheit zu fördern.

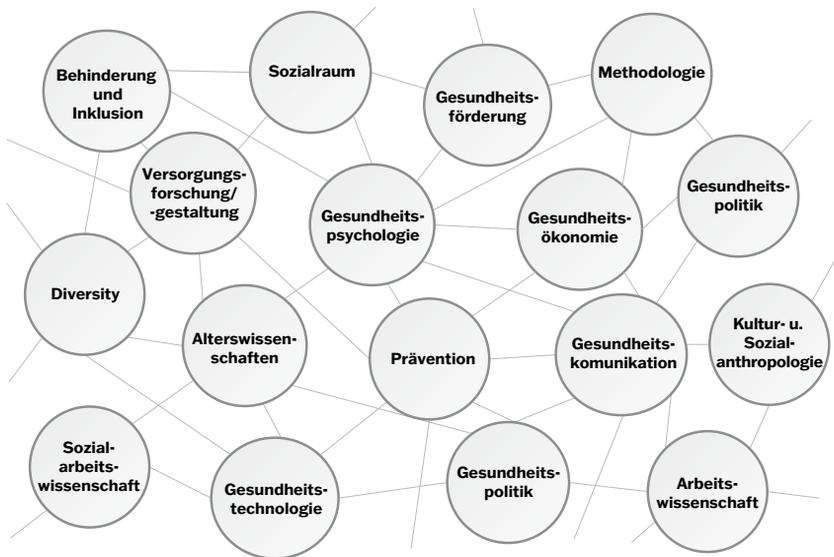
6. Inter- und transdisziplinäre Ausrichtung von Community Health

Wie die Komplexität der im vorletzten Abschnitt aufgeführten Themen deutlich macht, lebt Community Health von der Vielfalt der Perspektiven. Auf wissenschaftlicher Ebene spiegelt sich dies in der Tatsache wider, dass in Community-Health-Aktivitäten üblicherweise mehrere Disziplinen involviert sind.

Interdisziplinarität im vorliegend verstandenen Sinne beschreibt eine Praxis der Forschung, Lehre und Projektarbeit, an der mehr als eine herkömmliche Disziplin beteiligt ist. Im Gegensatz zur Multidisziplinarität, bei der ein Themenkomplex durch verschiedene Disziplinen bearbeitet wird, diese aber untereinander nicht interagieren, versteht sich Interdisziplinarität vorliegend als eine Zusammenarbeit von verschiedenen Disziplinen, bei der die Grenzen zwischen den Disziplinen zwar überschritten, aber nicht aufgehoben werden (Klein/Schneider 2010).

Wie interdisziplinäre Zusammenarbeit von Community Health funktioniert, lässt sich im Bild des neuronalen Netzes veranschaulichen (Abb. 2). Die einzelnen Neuronen (Disziplinen) des Netzes sind mit ihren Herkunftsdisziplinen (z. B. der Public Health, der Psychologie, Ethnologie oder der Raumwissenschaft) verbunden. Nicht immer sind alle Neuronen aktiv, vielmehr hängt es vom Thema ab, welche Neuronen sich aktivieren lassen. Je nach Bedarf können weitere Disziplinen zur Bearbeitung von Themen beitragen. Durch den interdisziplinären Austausch wird das Wissen der beteiligten Disziplinen angeregt und weitergetragen. Ein neuronales Netz zeichnet sich zudem durch seine Fähigkeit zu lernen aus. Das durch die Interaktion neu entwickelte Wissen zu Community Health kann die Disziplinen bereichern – gleichzeitig tragen die neuen Erkenntnisse zur Weiterentwicklung des gesamten neuronalen Community-Health-Netzes bei (vgl. Köckler et al. 2018).

Abb. 2: Interdisziplinarität von Community Health als neuronales Netz (vgl. Köckler et al. 2018, eigene Erweiterungen)



Mit dem Ansatz der Interdisziplinarität korrespondiert auf forschungsmethodischer Ebene derjenige eines Methoden-Mixes, der ausgehend von der zu bearbeitenden Forschungsfrage in der Lage ist, mehrere aufeinander bezogene disziplinäre Perspektiven zu integrieren und – je nach Eignung – das gesamte Spektrum der analytischen, interventions- und evaluationsbezogenen Methoden zu nutzen.

Eine weitere Eigenschaft des neuronalen Community-Health-Netzes ist die Transdisziplinarität. In dem, in diesem Band vertretenen, Community-Health-Ansatz wird Transdisziplinarität im Sinne einer Wissenszirkulation zwischen

Wissenschaft und Praxis verstanden. Dabei sind folgende zwei Prämissen maßgebend (vgl. Krainer/Lerchster 2016):

- den Anwendungsbezug in dem Sinne, dass sich die Community-Health-Forschung der Bearbeitung von konkreten Praxisproblemen verpflichtet fühlt,
- die Partizipation der Stakeholder aus der Praxis in der Form, dass letztere in alle Phasen des Forschungsprozesses involviert werden.

Das Einlösen dieser Forderungen bedeutet, dass sich Community-Health-Wissenschaftler*innen bei ihren Forschungsvorhaben in engem Kontakt mit Betroffenen arbeiten und Wissensbestände zueinander in Beziehung setzen und dabei entweder Impulse aufgreifen, die in Communities generiert wurden, oder Fragestellungen an Communities herantragen. Vorteile eines solchen partizipativen Vorgehens bestehen neben der Weiterentwicklung dialogischer Kompetenzen auf beiden Seiten vor allem in der Qualität und Bedarfsorientierung bei der operativen Umsetzung praxisrelevanter Ergebnisse (vgl. Krainer/Lerchster 2016). Community-Health-Forschung versteht sich demzufolge als Interventionsforschung, die Wissen generiert und zirkuliert, dass daraus eine Veränderung des Systems entsteht (vgl. Lerchster 2016).

Welche Beiträge dies sein können, und welche Veränderungen in diesem Sinne möglich waren und noch sein können, vermitteln die Beiträge in diesem Band.

Literatur

- Adorno, T. W. (1966): *Erziehung zur Mündigkeit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Alvaredo, F./Chancel, L./Piketty, T./Saez, E./Zucman, G. (2018): Bericht zur weltweiten Ungleichheit. Deutsche Kurzfassung. <https://wir2018.wid.world/files/download/wir2018-summary-german.pdf> (Abfrage: 12.11.2020).
- Antonovsky, A. (1979): *Health, stress and coping*. London: Jossey-Bass.
- Blättner, B. (2020): Covid-19 und gesundheitliche Ungleichheit: die Relevanz des HiAP-Ansatzes bei Pandemien. In: *Public Health Forum* 28, H. 3, S. 182-184.
- Barth, F. (1969): *Ethnic groups and boundaries*. Boston: Little, Brown and Company.
- Bourdieu, P. (1982): *Die feinen Unterschiede*, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Clark, A. (2007): *Understanding Community: A Review of Networks, Ties and Contacts*. University of Leeds, Economic and Social Research Council National Centre for Research Methods: Real Life Methods Working Paper Series 9/07.
- Enggruber, R. (2003): Kritische Notizen zum Empowerment-Konzept in der Sozialen Arbeit. [https://soz-kult.hs-duesseldorf.de/personen/enggruber/Documents/document\(3\).pdf](https://soz-kult.hs-duesseldorf.de/personen/enggruber/Documents/document(3).pdf) (Abruf: 21.03.2021).
- Franke, A. (2012): *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. 3. überarb. Aufl. Bern: Huber.
- Franzkowiak, P. (2018): Soziale Unterstützung. In: *BzGA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. Köln: BzGA. doi:10.17623/BZGA:224-i110-2.0.
- Franzkowiak, P./Hurrelmann, K. (2018): Gesundheit. In: *BzGA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. doi:10.17623/BZGA:224-i023-1.0 (Abfrage: 05.03.2021).

- Hardcastle, D. A. (2011): *Community Practice*. Third edition. Oxford: University Press.
- Hawe, P. (1994): Capturing the Meaning of „community“ in community intervention evaluation. Some contributions for community psychology. In: *Health Promotion International* 9, H. 3, S. 199-201.
- Heitmeyer, W. (2012): Gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit in einem entsicherten Jahrzehnt. In: Heitmeyer, W. (Hrsg.): *Deutsche Zustände 10*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 15-41.
- Jones, J. M./Dovidio, J. F./Vietze, D. L. (2014): *The psychology of diversity: Beyond prejudice and racism*. Hoboken, New Jersey: Wiley-Blackwell.
- Kardorff, v. E. (2010): Zur Diskriminierung psychisch kranker Menschen. In: Hormel, U./Scherr, A. (Hrsg.): *Diskriminierung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 279-306.
- Klein, J. T./Schneider, C. G. (2010): *Creating Interdisciplinary Campus Cultures: A Model for Strength and Sustainability*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Köckler, H./Berkemeyer, S./Falge, C./Faller, G./Jahnsen, K./Fehr, J./Mikhof, A./Marla-Küsters, S./Naujoks, V./Schmidt, C./Schmidt, M./Segmüller, T./Trümner, D./van Essen, F./Wessels, M. (2018): *Community Health: Ein zukunftsweisendes Themen- und Handlungsfeld etabliert sich in Deutschland*. In: *Sicher ist sicher* 69, H. 4, S. 198-199.
- Krainer, L./Lerchster, R. E. (2016): *Interventionsforschung: Anliegen, Potentiale und Grenzen transdisziplinärer Wissenschaft – eine Einführung*. In: Lerchster, R. E./Krainer, L. (Hrsg.): *Interventionsforschung*. Wiesbaden: Springer VS, S. 1-30.
- Lampert, T./Kroll, L./Kuntz, B./Hoebel, J. (Hrsg.) (2018): *Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland und im internationalen Vergleich: Zeitliche Entwicklung und Trends*. In: *Journal of Health Monitoring* 3, Special Issue 1, S. 1-28.
- Laverack, G. (2010): *Gesundheitsförderung & Empowerment*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Maraccini, A. M./Galiatsatos, P./Harper, M./Slonima, D. (2017): *Creating Clarity: Distinguishing Between Community and Population Health*. *The American Journal of Accountable Care*, H. 6, S. 32-37.
- McKenzie, J./Pinger, R. (2015): *An Introduction to community & public health*. 8th edition. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Mini Pradeep, K. P./Sathyamurthi, K. (2017): The ‚Community‘ in ‚Community Social Work‘. *Journal of humanities and social science* 22, H. 9, S. 58-64.
- Rospenda, K. M./Richman, J. A. (2005): *Harassment and Discrimination*. In: Barling, J., Kelloway E. K., Frone M. R. (Hrsg.): *Handbook of Work Stress*. Thousand Oaks: Sage, S. 149-188.
- Schmidt, B. (2017). *Exklusive Gesundheit*. Wiesbaden: Springer VS.
- WHO – Weltgesundheitsorganisation (1946): *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. Unterzeichnet in New York am 22. Juli 1946. Deutsche Übersetzung. https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_mimes_bbl/14/1402EC7524F81EDAB689B20597E1A5DE.PDF (Abfrage: 05.03.2021).
- WHO – Weltgesundheitsorganisation (1986): *Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung*. www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (Abfrage: 12.11.2020).
- Wolf, C./Schlüter, E./Schmidt, P. (2006): *Relative Deprivation. Riskante Vergleiche treffen schwache Gruppen*. In: Heitmeyer, W. (Hrsg.): *Deutsche Zustände. Folge 4*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 67-85.

Community Health – Stand und historische Entwicklung in Deutschland

Jennifer Becker, Heike Köckler, Michael Wessels

Zusammenfassung

Community Health befindet sich als junger Zweig der Gesundheitswissenschaften in Deutschland im Aufbau, etabliert sich jedoch zunehmend. Dabei ist Community Health untrennbar mit verschiedenen gesellschaftlichen Entwicklungen verbunden. In diesem Beitrag werden die historischen Hintergründe und Rahmenbedingungen der Entwicklung von Community Health in Deutschland dargelegt. Ausgehend von Entwicklungen des Gesundheitssystems und Perspektiven von Stadtentwicklung und Gesundheit zeichnen sich schlüssige Konsequenzen für die Entwicklung von Community Health in Deutschland ab, die einhergehend mit der Entwicklung der Gesundheitswissenschaften in Deutschland beleuchtet werden. Der Beitrag zeigt historische interdisziplinäre Perspektiven auf, skizziert die aktuelle dynamische Entwicklung und gibt einen Ausblick für Community Health in Deutschland.

Abstract

Community health is a young discipline in Public Health in Germany, which is becoming increasingly established. Community health is linked to various social developments. In this article, the historical background and framework conditions of the development of community health in Germany are presented. Based on developments in the health system and perspectives on urban development and health, conclusive consequences for the development of community health in Germany emerge. These are illuminated together with the development of Public Health in Germany. The article shows historical interdisciplinary perspectives, outlines the current dynamic development and gives an outlook for community health in Germany.

1. Einleitung

Community Health ist in Deutschland ein sehr junger Zweig der Gesundheitswissenschaften, der sich noch im Aufbau befindet, während er insbesondere in Nordamerika seit Jahrzehnten etabliert ist. Da Community Health als spezifischer Teil von Public Health zu verstehen ist, der die Perspektive auf Gruppen und Nachbarschaften lenkt (s. vorheriger Beitrag), ist die Entwicklung beider Zweige eng verwoben. Im angelsächsischen Raum wird bereits auf eine langjährige Forschungstradition im Bereich Public Health zurückgeblickt. International sind akademische Abschlüsse im Bereich Public Health etabliert und anerkannt. Sie können inzwischen auch zunehmend an verschiedenen Universitäten und Hochschulen im deutschsprachigen Raum erworben werden (Egger/Razum/Rieder 2018, S. 2 f.).

Public Health hat sich maßgeblich vor dem Hintergrund der sozialen Frage der Arbeiterschaft und deren prekären Lebensverhältnissen in den sich entwickelnden europäischen Städten etabliert, die sich in hohen Morbiditätsraten und einer geringen Lebenserwartung von Arbeiter*innen und ihren Familien niederschlugen. Das Verstehen und Bekämpfen sozialer Ungleichheit bei Gesundheit kann als die zentrale Frage von Public Health und somit auch Community Health angesehen werden. In Deutschland verlief die Entwicklung parallel zu den Bismarck'schen Sozialreformen und der Einführung der ersten Sozialversicherungen. Parallel zu diesen Sozialreformen wurden die prekären Lebensverhältnisse insbesondere in den Städten während der Industrialisierung durch die Akteur*innen der Stadtentwicklung gemeinsam mit Hygieniker*innen adressiert.

Community Health ist also historisch untrennbar mit unterschiedlichen gesellschaftlichen Entwicklung verbunden, die in diesem Beitrag dargelegt werden, um Hintergründe und Rahmenbedingungen der Entwicklung von Community Health in Deutschland besser verstehen zu können. Hierbei wird aufgrund ihrer Bedeutsamkeit auf die historische Entwicklung sozialer Sicherungssysteme sowie Stadtentwicklung eingegangen.

2. Soziale Sicherung als historisch gewachsener Rahmen des Gesundheitssystems in Deutschland

Einige Merkmale, die für das heutige Gesundheitssystem in Deutschland typisch sind, können bis zum Mittelalter zurückgeführt werden. So lassen sich sowohl das für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) strukturgebende Prinzip der *Solidarität* als auch das in der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) kennzeichnende Prinzip der *Subsidiarität* auf die Verwurzelung in der christlichen Religion zurückführen. Bereits im Mittelalter waren kirchliche Hospitäler tragende Institutionen der Krankenversorgung. Bis heute befinden sich

zahlreiche Einrichtungen der Gesundheitsversorgung in kirchlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft (Simon 2017, S. 16).

Vorläufer der heutigen gesetzlichen Krankenkassen waren die mittelalterlichen Zünfte und Gesellenbruderschaften, in denen sich Kaufleute und Handwerker zusammenschlossen. Auch die Bergleute schlossen sich in Knappschaften zusammen, die sie selbst mit dem sogenannten „Büchsenpfennig“ finanzierten. Die erste urkundliche Erwähnung einer Hilfe für Bergleute in Goslar datiert aus dem Jahr 1260 (Simon 2017, S. 23 ff.; Sozialverband VdK 2010). Im 19. Jahrhundert entstanden nach diesem Prinzip der Selbsthilfe freiwillige Arbeiterkrankenkassen, die als Vorläufer der heutigen Ersatzkassen gelten (vdek 2012, S. 9 ff.).

Vor dem Hintergrund der prekären Arbeits- und Wohnverhältnisse kam es zu sozialen Unruhen, wie beispielsweise dem Aufstand schlesischer Weber*innen im Jahr 1844 und der Deutschen Revolution in den Jahren 1848/1849. Nach der Reichsgründung im Jahr 1871 versuchte Otto von Bismarck dem Erstarken der Arbeiterbewegung zunächst mit dem sog. *Sozialistengesetz* („*Gesetz gegen die gemeingefährlichen Bestrebungen der Sozialdemokratie*“), das am 22. Oktober 1878 in Kraft trat und insgesamt viermal verlängert wurde, Einhalt zu gebieten. Dieses repressive Vorgehen wurde mit der sogenannten Kaiserlichen Botschaft vom 17. November 1881 flankiert, in der Kaiser Wilhelm I Gesetzesinitiativen zur Verbesserung der Lage der Arbeiterschaft ankündigte (Simon 2017, S. 21 ff.). Die in der Folge erlassenen Gesetze markieren die Geburtsstunde der Sozialversicherung: Die Krankenversicherung durch das *Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter, vom 15. Juni 1883*, die Unfallversicherung durch das *Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884* und die Rentenversicherung durch das *Gesetz, betreffend die Invaliditäts- und Alterssicherung, vom 22. Juni 1889* (Simon 2017, S. 22 ff.).

Angesichts dieser Initiativen wird Otto von Bismarck als Vater der Sozialversicherung in Deutschland gefeiert. Auch wenn es sich zweifelsohne um einen weitreichenden Meilenstein in der sozialen Sicherung handelt, sollte nicht verklärt werden, dass diese Sozialreformen insbesondere vor dem Hintergrund drohender sozialer Unruhen entstanden sind und zweifelsohne das Ziel verfolgten, den inneren Frieden im Kaiserreich und damit die Monarchie selbst zu sichern. Besonders entlarvend ist in diesem Zusammenhang das folgende Zitat Bismarcks:

„Mein Gedanke war, die arbeitenden Klassen zu gewinnen, oder soll ich sagen zu bestechen, den Staat als soziale Einrichtung anzusehen, die ihretwegen besteht und für ihr Wohl sorgen möchte.“ (Gesammelte Werke, Friedrichsruher Ausgabe, 1924/1935)

Im Jahr 1911 wurde die Reichsversicherungsordnung (RVO) als erstes einheitliches Gesetzeswerk zur Bismarck'schen Sozialgesetzgebung eingeführt, die die gesetzlichen Ansprüche und Verfahren der Sozialversicherung konkretisierte. Auch wenn seit dem Ende des zweiten Weltkrieges die RVO sukzessive in die verschiedenen Sozialgesetzbücher überführt wurde, sind Teile der RVO bis heute in

Kraft, in denen beispielsweise noch Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft geregelt werden (AOK Bundesverband 2021).

Nach Ende des Kaiserreichs und infolge der Weltwirtschaftskrise, entstanden in der Weimarer Republik durch die zunehmende Arbeitslosigkeit und Inflation erneut soziale und wirtschaftliche Spannungen in weiten Teilen der Bevölkerung. Im Jahr 1927 wurde die Arbeitslosenversicherung als vierter Zweig der Sozialversicherung eingeführt, durch die auch Arbeitslose Versicherungsschutz durch die gesetzliche Krankenversicherung erhielten (Simon 2017, S. 25).

Der Kreis der Pflichtversicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde unter den Nationalsozialist*innen erweitert, indem Selbstständige aufgenommen und die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) eingeführt wurde. Nach der Machtübernahme im Jahr 1933 richteten die Nationalsozialist*innen die Gesundheitspolitik nach ihrer rassenhygienischen Ideologie aus. Mit dem „*Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses*“ vom 14. Juli 1933 wurde eine rechtliche Grundlage für Zwangssterilisationen geschaffen und ab dem Jahr 1939 wurden Menschen mit körperlichen und geistigen Behinderungen als „lebensunwert“ eingestuft und systematisch ermordet. Die Rassenideologie gipfelte neben den Massensterilisierungen schließlich in Massentötungen und Genozid (Simon 2017, S. 28; Egger/Fenner 2018, S. 7). Die Nationalsozialist*innen richteten sich letztlich gezielt gegen einzelne Bevölkerungsgruppen (Communities), wie beispielsweise Menschen jüdischen Glaubens, Sinti und Roma, homosexuelle Menschen sowie Menschen mit bestimmten politischen und religiösen Auffassungen. Auf diese Weise wurden Millionen Menschen von den Nationalsozialist*innen und ihren Unterstützer*innen gezielt ermordet. Die Tatsache, dass es parallel dazu auch präventive Aktivitäten gab, wie etwa Maßnahmen gegen das Rauchen, den Mutterschutz, die Arbeitszeitordnung von 1938 oder den Schutz vor Asbest am Arbeitsplatz lässt sich nur vor dem Hintergrund einer tiefgehenden Auseinandersetzung mit den sozioökonomischen und sozio-historischen Antinomien der nationalsozialistischen Ideologie interpretieren (Postone 1988).

Nach dem zweiten Weltkrieg entwickelten sich in der Besatzungszone der Westalliierten, der späteren Bundesrepublik Deutschland (BRD) und der sowjetischen Besatzungszone, der späteren Deutschen Demokratischen Republik (DDR) unterschiedliche Gesundheitssysteme. In der BRD wurde die Tradition der Bismarck'schen Sozialversicherung fortgesetzt, während in der DDR nach sowjetischem Vorbild ein zentralistisches staatliches Gesundheitssystem entstand (Simon 2017, S. 29 ff.). Das Gesundheitssystem in der BRD wurde mit der Wiedereinführung der Selbstverwaltung dezentral und liberal organisiert. Die gesundheitliche Versorgung wurde vorrangig an individuellen gesundheitlichen Bedarfen ausgerichtet. Dadurch geriet der Ansatz einer bevölkerungsbezogenen Gesundheit in den Hintergrund. Demgegenüber wurde in der DDR ein zentralistisches Gesundheitssystem implementiert, das der Prävention, der Gesundheitserziehung und dem betrieblichen Gesundheitsschutz eine größere Bedeutung zumäß (Egger/Fenner 2018, S. 8).

Die Gesundheitsversorgung in der DDR war durch eine planwirtschaftliche Steuerung des Gesundheitssystems gekennzeichnet und als ein System aus u. a. Polikliniken, (Land-)Ambulatorien und dem Betriebsgesundheitswesen gestaltet (für eine umfassende Übersicht: vgl. Henke 1990, S. 354). Die ambulante Versorgung war begleitet durch eine Dispensaire-Betreuung. Diese umfasste Beratungsangebote, die Therapie und Prophylaxe verzahnen und damit Versorgungsketten ermöglichen sollten (Ärztezeitung 2009).

Eine wichtige Säule und das Rückgrat der Gesundheitsversorgung auf dem Land stellten die Gemeindeschwestern dar. Sie waren in die medizinische und soziale Betreuung der Bevölkerung eingebunden. Ihre Arbeit wies eine starke interdisziplinäre Ausrichtung auf. Das vielfältige und komplexe Aufgabenspektrum reichte von der medizinischen und pflegerischen Versorgung über Beratung hin zu Aufgaben in der Prävention und Gesundheitsförderung. Insbesondere in der Dispensaire-Versorgung übernahmen die Gemeindeschwestern wichtige Schnittstellenfunktionen um eine durchgängige Versorgung im Sinne einer frühzeitigen Erkennung und Behandlung von Krankheiten bis hin zur Nachsorge und Rehabilitation zu ermöglichen. Nach der Wiedervereinigung wurde das Prinzip der Gemeindeschwestern jedoch nicht fortgeführt und die gesamten Aufgaben nicht durch andere Tätigkeitsprofile aufgefangen (vgl. Strupeit 2008, S. 172).

Zwar war im politischen System der DDR das Gesundheitswesen von Werten sozialer und gesundheitlicher Gleichheit geprägt, mit dem Ziel allen Bürger*innen einen Zugang zur Gesundheitsversorgung zu ermöglichen und gleiche Gesundheits- und Lebensbedingungen für alle zu schaffen (Ärztezeitung 2009), gleichzeitig war das Gesundheitssystem der DDR jedoch auch durch unzureichenden medizinischen technologischen Fortschritt und eine ungleiche gesundheitliche Versorgung geprägt. Durch fehlende Medikamente und technische Ausstattungsmängel im Vergleich zum Westen konnte die Gesundheitsversorgung der DDR nicht mehr mithalten (Braun 2019). Gleichzeitig kam es zu sozialen Unterschieden in der medizinischen Versorgung, weil Regierungsmitglieder und andere hohe Funktionäre durch ein Sonderversorgungssystem abgesichert waren (vgl. Kunzendorff 1993, S. 56-59).

Mit dem Wiedererlangen der deutschen Einheit am 3. Oktober 1990 wurde weniger eine gleichberechtigte Wiedervereinigung, als vielmehr der Beitritt der DDR zur BRD vollzogen. Dies führte dazu, dass der im DDR-Gesundheitswesen ausgeprägtere Präventions-Ansatz verloren ging und die Strukturen der BRD auch im Gesundheitswesen auf die fünf neuen Bundesländer übertragen wurden (Simon 2017, S. 45 ff.). Insofern kann festgehalten werden, dass in der BRD von einer seit der Gründung der sozialen Sicherungssysteme unter Otto von Bismarck starken Strukturkontinuität ausgegangen werden kann, während das Gesundheitssystem auf dem Gebiet der ehemaligen DDR zwei radikale Systembrüche (nach dem Zweiten Weltkrieg und nach der Wiedervereinigung) zu verzeichnen

hatte (Simon 2017, S. 43f.). Besonders erwähnenswert erscheint in diesem Kontext, dass Versorgungsansätze aus dem System der DDR inzwischen wieder in gesundheitspolitische Überlegungen Einzug gehalten haben: Beispielsweise weisen die in den letzten Jahren entstandenen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) große Übereinstimmungen mit den Polikliniken der DDR auf und auch das Projekt „Arztentlastende, Gemeinde-nahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention (AGnES)“ zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung in ländlichen Regionen durch Arztassistent*innen ist eine Reminiszenz an die Figur der gleichnamigen Gemeindegeschwester aus dem in der DDR populären Film „Schwester Agnes“ (Simon 2017, S. 44f.).

3. Stadtentwicklung und Gesundheit historisch eng verbunden

Zusammenhänge von Stadtentwicklung und Gesundheit reichen bis in die Antike zurück (Rodenstein 1988; Baumgart 2018) und finden ihre Grundlage in der Bedeutung von gebauter und natürlicher Umwelt als Verhältnisse, die die menschliche Gesundheit mitbestimmen. Ein Fokus in der gesundheitsbezogenen Stadtentwicklung liegt seit jeher auf der Gefahrenabwehr und dem Gesundheitsschutz: von Brandschutz über Ver- und Entsorgungsinfrastruktur, insbesondere im Hinblick auf Wasser und Abfall, sowie die Verringerung von Luft- und Lärmbelastung oder den Umgang mit Altlasten. So kommt auch Sieber in eine Analyse aktueller planerischer Instrumente und Verfahren zu dem Ergebnis: „Es wurde [...] mehrfach deutlich, dass das Gesundheitsverständnis in der Stadtplanung (sowohl in den gesetzlichen Grundlagen als auch der praktischen Anwendung) häufig einem pathogenen Ansatz verhaftet ist.“ (Sieber 2017, S. 304). Nicht zu verkennen, ist jedoch, dass die gesundheitsfördernde und rehabilitative Wirkung von gesicherter Luftqualität in Luftkurorten und die Errichtung von Volksparks sowie die Sicherung von Grünzügen im Ruhrgebiet in den Städten schon zur Zeit der Industrialisierung einen präventiven und gesundheitsfördernden Ansatz darstellen und bis heute zu gesundheitsförderlichen Verhältnissen beitragen.

Ebenso wie für die oben beschriebenen Bismarck'schen Reformen gilt auch für die Leiberbilder der Stadtentwicklung, dass sie in der Industrialisierung ihren Ausgangspunkt hatten und bis heute das Ziel verfolgen, mehr Lebensqualität und Gesundheit zu ermöglichen. Die von Zille geschilderten Lebensbedingungen in Berlin zeichnen ein entsprechendes Bild der damaligen Lebensbedingungen. Mosse und Tugendreich haben dies im Hinblick auf Krankheitslast, Kindersterblichkeit und geringer Lebenserwartung aus einer sozialmedizinischen Perspektive betrachtet und mit Ihrer Publikation aus dem Jahr 1913 (3. Neuauflage; Mosse und Tugendreich 1994) deutschlandweite regionale Unterschiede aufgezeichnet.

In Großbritannien ist angesichts der Lebensumstände insbesondere von Arbeiter*innen und ihren Familien mit dem Leitbild der Gartenstadt ein

Gegentwurf zu diesen städtischen Lebensbedingungen geschaffen worden. Dieser entstand vor dem Hintergrund verschiedener auch Public-Health-bezogener Aktivitäten zum Schutz der Arbeiter*innen. Baumgart (2018, S. 23 f.) arbeitet die Bedeutung des Public Health Act in England von 1848 für die Stadtentwicklung heraus. Das von Ebenezer Howard Ende des 19. Jahrhunderts entwickelte Leitbild der Gartenstadt wurde in seiner städtebaulichen und insbesondere bodenrechtlichen Idee zwar nie vollständig realisiert, prägte jedoch zahlreiche Entwicklungen, die bis heute eine hohe zumeist urbane Lebensqualität garantieren (Köckler 2010). Die Margarethenhöhe in Essen, ursprünglich für Mitarbeiter*innen der Kruppwerke entstanden, gilt hier als eines der herausragenden Beispiele.

Die massiven Umgestaltungen großer Städte wie Paris, Barcelona oder Berlin am Ende des 19. Jahrhunderts waren gleichwohl von Vorstellungen hinsichtlich Stadthygiene, Mobilität/Transport von Arbeiter*innen und dem Aufbau sozialer Infrastrukturen durch den Staat, und nicht mehr nur durch Kirche und Großunternehmen geprägt (Baumgart 2018, S. 23 f.).

Parallel zur zunehmend fordistisch, also arbeitsteilig, geprägten industriellen Produktion wurden auch Städte arbeitsteilig, nach den Funktionen Arbeiten, Wohnen, Erholung zониert. Die Nutzungstrennung diente über die Sicherstellung von Abständen insbesondere dem Schutz der Wohnbevölkerung ohne der Industrie immissionsschutz-technische Weiterentwicklung abzuverlangen. In der Charta von Athen wurde dieses Leitbild der funktionsgetrennten Stadt festgeschrieben. Es hat insbesondere den Wiederaufbau in vielen europäischen Städten sowie das deutsche Immissionsschutzrecht mit dem Trennungsgrundsatz unverträglicher Nutzungen geprägt. Gegenseitig begünstigt haben sich Funktionstrennung und Verfügbarkeit individuellen motorisierten Verkehrs für breite Bevölkerungsschichten, mit den Folgen für die globale Klimaerwärmung und Bewegungsmangel im Alltag, denen derzeit wiederum mit alternativen städtebaulichen Leiterbildern der Stadt der kurzen Wege oder dem Global Plan on Physical Activity (WHO 2018) versucht wird, entgegenzuwirken.

Ein Phänomen der Urbanisierung mit ihrer funktionsräumlichen Arbeitsteilung und der Ausprägung diverser Stadtgesellschaften ist Segregation. Segregation beschreibt das Phänomen unterschiedlicher Nachbarschaften in einer Stadt, die sich anhand sozio-demographischer Merkmale wie Einkommen, Ethnizität oder Alter voneinander unterscheiden. Insbesondere die sogenannte ethnische Segregation hat angesichts der Zuwanderung in die Bundesrepublik Deutschland seit den 1960er Jahren zugenommen. Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive relevant ist, dass nicht selten sozial benachteiligte Stadtteile von einer höheren gesundheitsschädlichen Umweltbelastung betroffen sind und weniger Zugang zu Ressourcen haben. Nicht selten handelt es sich um Mehrfachbelastungen (Köckler et al. 2020). Diese sozialräumliche Ungleichheit in der Verteilung von Umweltgüte wird als umweltbezogene Ungerechtigkeit bezeichnet.

Häufig sind identifizierbare Teilpopulationen hiervon betroffen. In den USA identifizieren sich Betroffene häufig auch selbst als Communities und verfolgen gemeinsam das politische Ziel von Environmental Justice für ihre Community.

Große Pandemien wie die Cholera oder Tuberkulose und derzeit die Covid-19-Pandemie waren und sind Anlässe einer engen Zusammenarbeit von Gesundheit und Stadtentwicklung in Forschung und Praxis. So hat Max von Pettenkofer als Chemiker und Pharmazeut das Fach Hygiene als Studienfach und Thema der Stadtentwicklung in Bayern vorangebracht und einen wesentlichen Beitrag zu Einführung von Trinkwasserversorgung und einer Schwemmkanalisation in München geleistet. Ähnliche Erkenntnisse zu mangelnder Hygiene erklären die Cholera Pandemie in Hamburg Ende des 19. Jahrhunderts zu deren Bekämpfung Robert Koch seinen Anteil hatte (Hornberg et al. 2018). Auch Howards Gartenstadt ist als Antwort auf die Cholera einzuordnen. In allen Ansätzen standen die Lebensumstände in ausgewählten Stadtteilen sowie Teilpopulationen im Fokus. Alle Pandemien hatten und haben auch eine Dimension sozialer Ungleichheit.

Auch die gegenwärtige Covid-19-Pandemie führt zu einer umfassenden Diskussion, die sich in Positionspapieren (ARL 2020) und Memoranden (NSP 2021) äußert. Das Thema der gesundheitsfördernden Stadtentwicklung mit einer Community-Health-Perspektive tritt hiermit aus einer Nischenbetrachtung in den Hauptdiskurs ein. Die Diskussion wird auch mit Aspekten von Prävention und Gesundheitsförderung verbunden und hat das Potential Gesundheit von Communities fest im Politikfeld Stadtentwicklung zu verankern. Hier können umfangreiche Arbeiten (Fehr 2020) genutzt werden (siehe auch den Beitrag Raphael Siebers und Heike Köcklers in diesem Band).

4. Community Health als Konsequenz historischer Entwicklungen

Vor dem Hintergrund der sozialen Sicherungssysteme und der Stadtentwicklung als historische Bezüge werden im Folgenden Community-Health-Bezüge als spezifischer Teil von Public Health herausgearbeitet.

Wenngleich sich Aktivitäten unter dem Begriff Community Health in Deutschland bisher nur vereinzelt finden, lässt sich eine eindeutige Entwicklung im Feld Community Health beobachten. So befassen sich verschiedene wissenschaftliche Disziplinen mit Community Health relevanten Fragestellungen, auch ohne, dass diese explizit als Community Health benannt und erkennbar sind.

Ihre Wurzeln hat Community Health, in einer, über die Medizin hinausgehenden, gesundheitswissenschaftlichen Perspektive. Häufig wird der Beginn der Gesundheitswissenschaften in Deutschland – vergleichbar mit anderen westeuropäischen und nordamerikanischen Ländern – auf den Beginn des 20. Jahrhunderts datiert (vgl. Hurrelmann/Laaser/Razum 2016, S. 16). Jedoch bereits