

Leseprobe aus Department of Community Health, Community Health,  
ISBN 978-3-7799-6523-7 © 2022 Beltz Juventa  
in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel  
[http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/  
gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-6523-7](http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-6523-7)

# Inhalt

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

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

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

|  |     |
|--|-----|
| Innovationsräume für die partizipative Entwicklung digitaler<br>nutzer*innenzentrierter Anwendungen<br><i>Wolfgang Deiters, Pascal Höcker, Alina Napetschnig, Lisa Preissner</i> | 411 |
| <b>Fazit: Der Bochumer Community-Health-Ansatz:<br/>Stand und Perspektiven</b><br><i>Department of Community Health an der Hochschule für<br/>Gesundheit Bochum</i>              | 424 |
| <b>Die Autorinnen und Autoren</b>  | 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 Dymelie‘ von Christian Walter-Klose und Anna Mikhof, indem die Vorgehensweise dieses Forschungs- und Entwicklungsprojektes in Kooperation mit einem Selbsthilfverband 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, E./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 können<sup>1</sup>.

### **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 Stadtteilverbünde. 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-Debatte<sup>2</sup> 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 Begrenzungen 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 Rekategorisierung 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.

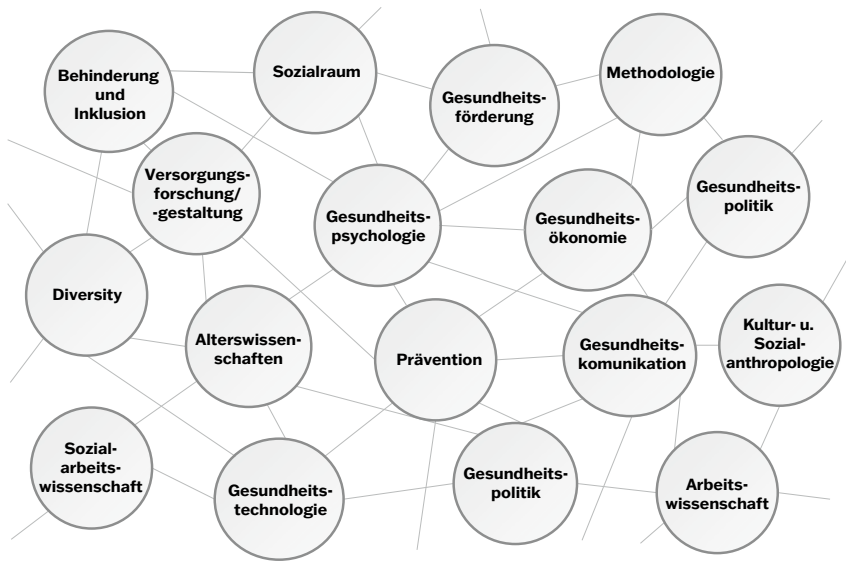
## **6. Inter- und transdisziplinäre Ausrichtung von Community Health**

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](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](http://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.