

Alexander Brandenburg und Meinolf Nowak

Gesundheitskonferenzen als Instrumente der Gesundheitsförderung

Erfahrungen mit der Umsetzung kommunaler Gesundheitspolitik

Ein Konzept kommunaler Gesundheitsförderung

Ziel der Gesundheitsförderung ist es, die Umwelt- und Lebensbedingungen sowie die individuellen Lebensweisen und das Alltagshandeln »gesünder« zu machen. Stets wird danach gefragt, wie die »Verhältnisse« gesundheitsförderlicher gestaltet werden können, das »Verhalten« gesundheitsgerechter ausgerichtet werden kann (vgl. Brandenburg/Nowak 1994a).

Gesundheitsförderung richtet dabei ihre Aufmerksamkeit insbesondere auf diejenigen, die aufgrund ihrer Lebenssituation und Stellung im gesellschaftlichen Gefüge nicht in der Lage sind, aus eigener Kraft ihre gesundheitlichen Interessen wahrzunehmen (vgl. von Ferber 1971, 71ff). Die soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod ist für die Gesundheitsförderung kein natürliches Faktum, sondern ein prinzipiell beeinflussbares Produkt gesellschaftlicher Verhältnisse und politischen Handelns. Dementsprechend bemüht sich Gesundheitsförderung darum, sozial und gesundheitlich Benachteiligte zur Wahrnehmung ihrer gesundheitlichen Interessen zu befähigen und die sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten abzubauen.

Solange der Sozialstaat expandierte und auch die gesundheitlichen Leistungen ständig ausgeweitet wurden, mag die Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern am Gesundheitssystem nicht zwingend erforderlich gewesen sein. In der Phase des »Umbaus des Sozialstaats« wird aber Bürgerbeteiligung zu einem zentralen Problem der Legitimation staatlichen Handelns. Nur auf der Basis eines breit angelegten Konsens kann der »Umbau des Sozialstaats« ohne gesellschaftliche Verwerfungen gelingen (vgl. von Ferber/Braun 1995).

Wenn Gesundheitsförderung bedeutet, das gesundheitliche Engagement und die Kompetenz der Bürgerinnen und Bürger zu entwickeln, dann werden die Chancen der Gesundheitsförderung um so größer sein, je näher sie an der Lebens- und Alltagswelt der Bürgerinnen und Bürger ist. Die Nachbarschaft, der Stadtteil und die Kommune sind die »natürlichen« Areale, in denen es aufgrund der Nähe zum Alltag und zu den

gesundheitlichen Problemlagen möglich ist, die Bürgerkompetenz und das Bürgerengagement konkret einzufordern. Außerdem kommen nicht nur alle Leistungen der Sozialleistungsträger klientenbezogen in der Kommune zusammen, sondern sie werden hier wirksam durch kommunale Einrichtungen (Volkshochschule, Sportvereine, Beratungsstellen, Altenhilfe) ergänzt. Gesundheitsförderung zielt darauf, das in der Kommune vorhandene gesundheitsförderliche Potential zu aktivieren.

Über das Bürgerengagement und die Selbsthilfeförderung hinaus hat aber auch das professionelle Gesundheitssystem im Konzept der kommunalen Gesundheitsförderung einen Stellenwert. Kommt es doch hier darauf an, die Gesundheitsdienste über den medizinisch-kurativen Bereich hinaus auch auf die Förderung von Gesundheit auszurichten. Das professionelle Gesundheitssystem muß nicht zuletzt selbst daran mitwirken, Bürgerengagement und Selbsthilfe zu fördern und die allgemeine Gesundheitssituation in der Kommune zu verbessern. Dies setzt voraus, daß die Dienste sich den Bürgerinnen und Bürgern gegenüber öffnen, daß sie konkrete Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungssituation erarbeiten und sich allgemein in Sachen Gesundheit engagieren.

Um Gesundheitsförderung zu realisieren, ist aber nicht nur ein aufeinander abgestimmtes Zusammenwirken des professionellen Versorgungssystems mit der Gesundheitsselbsthilfe und den Bürgerinnen und Bürgern erforderlich, sondern es müssen auch andere wichtige gesellschaftlichen Bereiche und weitere Politikfelder einbezogen werden. Schließlich geht es bei der Gesundheitsförderung auch darum, eine gesundheitsförderliche kommunale Gesamtpolitik zu entwerfen: Die kommunale Umweltpolitik, Jugend- und Sozialamt, der Sport, der Verkehr, die Stadtplanung, die Gewerkschaften, Industrie und Handel, die Parteien, die Sozialleistungsträger etc. – sie alle müssen bei der Lösung gesundheitlicher Fragen mitwirken können. In der Regel verweisen die wichtigen gesundheitlichen Herausforderungen auch auf die Notwendigkeit eines gemeinsamen und abgestimmten Vorgehens, da keine Instanz aus eigener Kraft z.B. die gesundheitliche Situation der Jungen oder der Alten, das Suchtproblem, die Situation psychisch Kranker oder Fragen der wohnortnahen Rehabilitation lösen kann. Fragen und Probleme der Gesundheitsförderung sind in der Regel Gemeinschaftsaufgaben, zu deren Bewältigung die Anstrengungen vieler erforderlich sind (vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales 1992).

Gesundheitsförderung in dem hier skizzierten Sinne einer Gemeinschaftsaufgabe ist kein Selbstläufer. Sie muß organisiert werden, sie bedarf eines Organisationsgefüges, einer kommunalen Infrastruktur. Wenn Christian von Ferber zu Recht beklagt, daß mehr Menschen

davon leben, Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu erfinden, sie auf Kongressen und Tagungen zu verbreiten, sie in Modellversuchen zu erproben und zu testen, als Menschen aus den sogenannten Zielgruppen daraus einen Nutzen für ihre Gesundheit ziehen könnten, dann verweist diese Klage auf ein Umsetzungs- oder Vollzugsdefizit, dessen Ursache in der nicht bewältigten Organisationsproblematik liegt (vgl. von Ferber 1994). Es bedarf in der Kommune auf jeden Fall einer Instanz, die sich für die Verwirklichung der Gesundheitsförderung verantwortlich fühlt und entsprechende Koordinations- und Regieleistungen vorhält. Zu solchen Leistungen zählen die gesundheitlichen Problemlagen, die durch gemeinsames Handeln in einem überschaubaren Zeitraum verbessert werden können. Dieser unmittelbare Praxisbezug ist u.a. auch ein wichtiges Merkmal, das Gesundheitsberichterstattung von der Epidemiologie unterscheidet, die ihre Aufgaben und ihren Praxisbezug weniger handlungsorientiert bestimmen muß.

Allerdings ist die kommunale Gesundheitsberichterstattung durchaus auf die Epidemiologie angewiesen, insofern sie deren Ergebnisse auswertet und auf die besondere kommunale Situation anwendet. Dieses Verfahren – die Übertragung von Ergebnissen epidemiologischer Forschung auf die spezifische Situation einer Stadt oder eines Kreises – ist schon allein aus Gründen der relativ geringen personellen Kapazitäten, der mangelnden Ausbildung und Erfahrung in epidemiologischer Arbeitsweise und des weiten Aufgabenspektrums der kommunalen Gesundheitsförderer erforderlich. Ein Beispiel: Wenn es prinzipiell möglich ist, die Ergebnisse der von Liselotte von Ferber herausgegebenen Dortmund-Studie (Liselotte von Ferber 1994) – einer auf einer repräsentativen Versichertenstichprobe einer Krankenkasse basierenden und zu einem Bild der Versorgungssituation der Dortmunder Bevölkerung verdichteten Untersuchung – auf Herne zu übertragen, dann wird die kommunale Gesundheitsberichterstattung dies auch tun und nicht versuchen, eigene Untersuchungen anzustellen. Ein weiteres Beispiel: Wenn es um die Auswahl und Bestimmung der prioritär zu bearbeitenden Gesundheitsprobleme in der Stadt geht, dann wird den kommunalen Berichterstattern eine erste Orientierung die Untersuchung »Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung« (Weber 1990) liefern. Kommunale Gesundheitsberichterstattung wertet die epidemiologische Forschung in der Weise aus, daß sie deren Ergebnisse und Resultate auf die spezifische kommunale Situation anwendet.

Natürlich bedeutet ein solches Vorgehen nicht, daß für die kommunale Gesundheitsberichterstattung nicht eigene Erhebungen und Untersuchungen notwendig wären. Schon die Beschreibung des örtlichen

Versorgungssysteme, die Darstellung der Ziele und Arbeitsweise der im kommunalen Gesundheitswesen tätigen Institutionen oder des Standes der örtlichen Kooperation zwischen den Einrichtungen und Diensten oder die Analyse der Selbsthilfepotentiale, um einige Gegenstände der Gesundheitsberichterstattung zu nennen, erfordern eigene Untersuchungen. Dies gilt insbesondere, wenn es um Fragen der Qualitätssicherung in der örtlichen Versorgungsstruktur geht. Eine enge Zusammenarbeit der Gesundheitsberichterstatter mit den Bürgerinnen und Bürgern sowie den Vertretern der Gesundheitsselbsthilfe ermöglicht es, konkrete Hinweise auf die Mängel des professionellen Versorgungssystems zu erhalten. Sind die Dienstleistungen des professionellen Versorgungssystems so angelegt, daß sie auch denen zugute kommen, für die sie gedacht sind? Entsprechen die vorhandenen Angebote auch dem Bedarf? Gibt es Versorgungslücken? Sind Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung überhaupt sinnvoll, und bewirken sie das, was sie bewirken sollen? Sicherlich kann eine solche von den Bürgererfahrungen inspirierte Qualitätssicherung nicht die notwendigen eigenen und wissenschaftlich ausgewiesenen Maßnahmen der Qualitätssicherung im Bereich der Krankenhäuser, der Ärzte oder anderer Erbringer von Gesundheitsleistungen ersetzen, sie können aber wertvolle Hinweise z.B. auf abstellbare Mängel oder neue Bedarfslagen geben und somit entscheidend zur Verbesserung der Gesamtversorgung beitragen. Weil die Verbesserung der kommunalen Situation und des Gesundheitszustandes der Stadtbewohner im Zentrum der Gesundheitsberichterstattung steht, werden neben dem interpretierenden Rückgriff auf vorliegende epidemiologische Arbeitsergebnisse immer auch eigene Untersuchungen durchgeführt werden müssen.

Nicht nur die aktive Mitwirkung aller Gesundheitsakteure an der Herstellung des Gesundheitsberichtes sowie an der Erarbeitung darauf beruhender handlungsorientierender Empfehlungen sollte die kommunale Gesundheitsberichterstattung auszeichnen, sondern vor allem auch ihr auf Öffentlichkeit zielender Charakter. Die Berichte sind der Öffentlichkeit bekannt zu machen und vorzustellen und insbesondere in den bürgerschaftlichen Gremien intensiv zu beraten. Hier, in den bürgerschaftlichen Gremien, erhalten der Gesundheitsbericht und die aus ihm hervorgehenden gesundheitspolitischen Handlungsempfehlungen auch ihre demokratische Legitimation und ihren verpflichtenden Charakter für die kommunalen Akteure. Es stellt sich allerdings die Frage, ob nicht die einzelnen Gesundheitsberichte generell in einem öffentlichen Forum vorgestellt, diskutiert und verabschiedet werden sollten. Dieses Vorgehen würde mehr Beteiligungschancen insbesondere für die

interessierten Bürgerinnen und Bürger eröffnen und auch die spätere Umsetzung der Handlungsempfehlungen des breiteren Konsenses wegen wesentlich erleichtern.

Wie der Titel des ersten 1993 veröffentlichten Gesundheitsberichtes für die Stadt Herne »Bevölkerungsstruktur und Gesundheit« anzeigt, handelt es sich um einen Basisbericht der kommunalen Gesundheitspolitik eine grundlegende Orientierung geben sollte (Stadt Herne 1993 b). Der Bericht beschreibt die sozialstrukturelle Ungleichheit zwischen den Ortsteilen und die damit in Zusammenhang stehenden gesundheitlichen Problemlagen der Stadtbewohner. Eine der aus dieser Untersuchung hervorgehenden grundsätzlichen Empfehlungen besagt, daß sich alle gesundheitlichen Interventionen und Förderungsstrategien auf die örtliche Sozial- und Bildungsstruktur einstellen müssen. Ferner sollten auch die in den verschiedenen Schichten unterschiedlich wirkenden Streßfaktoren, die unterschiedlich verteilten sozialen Hilfsmittel und die schichttypischen Bewältigungsstrategien bei der Planung gesundheitsförderlicher Programme berücksichtigt werden. Der Bericht zeigt ferner Handlungsschwerpunkte und Zielgruppen der kommunalen Gesundheitspolitik auf und gibt einige Hinweise auf innovative Methoden der Gesundheitsförderung. Es ist nachvollziehbar, daß es bei diesem ersten Gesundheitsbericht noch nicht gelang, ihn als Gemeinschaftsaufgabe aller Gesundheitsakteure zu realisieren, zumal es sich um keinen direkt themen- und problemorientierten Bericht handelte. Gleichwohl wurde der Bericht von den unterschiedlichen Akteuren des Gesundheitswesens zur Kenntnis genommen und diskutiert und vom Sozial- und Gesundheitsausschuß als Leitlinie der kommunalen Gesundheitspolitik verabschiedet.

Aus den Erfahrungen, die mit den ersten beiden Gesundheitsberichten gemacht wurden, entstand die Überlegung, den dritten Gesundheitsbericht, der Fragen der Sucht thematisiert, von Anfang an bewußt als Gemeinschaftsaufgabe aller Akteure in der Suchtversorgung zu konzipieren und in jeder Berichtsphase Öffentlichkeit herzustellen. Der zur Zeit noch in Arbeit befindliche Sucht-Bericht wird von den ersten Anfängen bis zur endgültigen Gestalt mit allen in diesem Feld tätigen Einrichtungen und Diensten und mit den Suchtselbsthilfegruppen intensiv besprochen, Anregungen, Hinweise, Kritik werden direkt aufgenommen und in den Bericht eingearbeitet, die Handlungsempfehlungen werden gemeinsam durchgesprochen, so daß dieser Bericht wohl dem Anspruch der Gesundheitsberichterstattung, Gemeinschaftsaufgabe zu sein, recht nahekommen dürfte. Bevor auch dieser Bericht dem Sozial- und Gesundheitsausschuß zur abschließenden Beschlußfassung

vorgelegt wird, wird er als Grundlage einer Gesundheitskonferenz dienen.

Kommunale Gesundheitskonferenzen

Ziel der Herner Gesundheitskonferenzen ist es, durch verbesserte Formen der Zusammenarbeit und durch Versorgungsabsprachen sowohl die gesundheitliche Versorgungssituation insgesamt zu optimieren als auch evtl. bestehende Versorgungsmängel und -lücken zu beheben. Der Einsicht folgend, daß alle wichtigen Gesundheitsthemen nur gemeinschaftlich gelöst werden können, wird zu den Gesundheitskonferenzen ein weites Spektrum an Teilnehmern eingeladen; dabei wird besonderer Wert darauf gelegt, daß die Gesundheitsselbsthilfe vertreten ist und interessierte Bürgerinnen und Bürger teilnehmen können. In der Regel werden Selbsthilfegruppen, die Bürgerinnen und Bürger der Stadt, Kommunalpolitiker, Krankenkassen, Ärzte, Krankenhäuser, gesundheitliche Einrichtungen und Dienste, Wohlfahrtsverbände, Schulen, Sport, Ämter der Stadtverwaltung, Gewerkschaften, Industrie und Handel eingeladen; je nach Thematik der Gesundheitskonferenz werden weitere Einladungen ausgesprochen und zusätzlich Experten hinzugezogen.

Die Teilnehmer der Konferenz sollen gemeinsam alle Aspekte des Themas beleuchten, Lösungsmöglichkeiten entwickeln und Kooperationsnotwendigkeiten festlegen. Nicht die Umsetzung von fertigen Plänen und Konzepten ist das Ziel, sondern ein offener Meinungsaustausch, bei dem jeder die Chance hat, seine Sichtweisen und seine Vorschläge vorzutragen. Allerdings geht es nicht um einen beliebigen Meinungsaustausch, der mit unverbindlichen Erklärungen abgeschlossen wird. Am Ende sollen, wenn nicht direkte Versorgungsabsprachen, so doch einvernehmlich getroffene Festlegungen über gangbare Lösungswege stehen. Gesundheitskonferenzen haben einen pragmatischen Zug und sind in jedem Fall handlungsorientiert. Bei allem notwendigen Pragmatismus gilt es jedoch vernünftige Problembeschreibungen zu geben und tragfähige Lösungswege aufzuzeigen. Deshalb gehört es zum Konzept der Gesundheitskonferenzen, Experten aus allen Bereichen, insbesondere auch aus der Wissenschaft, zu Worte kommen zu lassen (vgl. Nowak 1995b). Als Praktiker ist man oft zu nahe am Geschehen, es fehlt oftmals die notwendige Distanz, um eine sachgerechte Lösungsmöglichkeit oder Perspektive entwickeln zu können.

Mit der Durchführung von Gesundheitskonferenzen hat die Stadt Herne unter Beweis gestellt, daß sie in der Lage ist, in Wahrnehmung

der gesundheitspolitischen Gesamtverantwortung eine Regie- und Koordinationsfunktion zu übernehmen, daß sie fähig ist, einen wesentlichen Beitrag zur Vernetzung im Gesundheitssektor zu leisten, und daß sie für eine stärkere Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen sorgen kann.

Bisher wurden in Herne fünf Gesundheitskonferenzen durchgeführt. Man kann sagen, daß die Gesundheitskonferenzen in hohem Maße zu einer verstärkten Vernetzung in Teilbereichen des Versorgungssystems sowie zu einem erhöhten Engagement der Bürgerinnen und Bürger in Sachen Gesundheit beigetragen haben. Außerdem haben sie die kommunale Regie- und Moderationsfunktion auf dem Gebiet der Gesundheit sichtbar gemacht.

Daß in den Jahren 1994 und 1995 keine Gesundheitskonferenzen durchgeführt wurden, lag zum einen daran, daß in erster Linie eine Infrastruktur für Selbsthilfeförderung aufgebaut werden mußte, zum anderen daran, daß neue Überlegungen zur Gestaltung der Konferenz entwickelt wurden.

So muß die epidemiologische Fundierung bzw. die Fundierung der Gesundheitskonferenzen durch die Gesundheitsberichterstattung verbessert werden. Die Themenauswahl muß begründeter erfolgen; die Aufbereitung des Themas muß so gestaltet sein, daß die besonderen kommunalen Verhältnisse bzw. die spezifische Gesundheitssituation in der Kommune sichtbar werden.

Die Beteiligung der gesundheitlich relevanten Einrichtungen, Dienste, Leistungsträger und der Selbsthilfe an der Vorbereitung der Gesundheitskonferenz muß in erheblichem Umfang verbessert werden. Dies wird nicht nur zur allgemeinen Akzeptanz der Gesundheitskonferenz beitragen, sondern deren Effektivität erhöhen, insofern sich durch frühzeitige Beteiligung an der Gesundheitskonferenz auch die Chance erhöht, daß deren »Empfehlungen« letztlich auch umgesetzt werden.

Eröffnung von Möglichkeiten der Bürgerbeteiligung, der Aufbau einer Infrastruktur für Selbsthilfeförderung, die Schaffung eines Rahmens für die Zusammenarbeit und Kooperation der Beteiligten, die Bereitstellung und Aufarbeitung von Informationen als Grundlage für die Bearbeitung prioritärer Maßnahmen, die Gewinnung von Kooperationspartnern, die an einer dauerhaften Zusammenarbeit ein eigenes Interesse haben. Kurz und gut: Gesundheitsförderung als Gemeinschaftsaufgabe bedarf einer kommunalen Infrastruktur. Wo diese nicht existiert, hat Gesundheitsförderung keine Chance.

Mit diesem Konzept der Gesundheitsförderung wird der kommunalen Gesundheitspolitik ein flexibler und zugleich umfassender Ziel- und

Handlungsrahmen gegeben. Nur wenn man den (gesundheits-)politischen Charakter des Konzeptes der Gesundheitsförderung übersieht, kann man wie Norbert Schmacke zu dem Ergebnis kommen, daß man bei der Bestimmung von Gesundheitsförderung beliebig zwischen der Identifikation mit primärer Prävention und der Identifikation mit jedweder als gesundheitlich zu bezeichnenden gesellschaftlichen Aktivität wählen könne (Schmacke 1995).

Gesundheitsförderung und Gesetzliche Krankenversicherung

Gesundheitsförderung ist der Sache nach kein neues Thema für die Gesetzliche Krankenversicherung (GVK) (zu den folgenden Ausführungen: Nowak 1995a). Manfred Pflanz wies zu Beginn der siebziger Jahre in einer Expertise für die Kassenärztliche Bundesvereinigung darauf hin, daß in bezug auf den Nutzen (Lebenserwartung und Kosten) von der Gesundheitsförderung weit größere Erfolge zu erwarten sind als von den Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen. »Man kann ohne Übertreibung sagen, daß die Einschränkung des Rauchens und die Rückkehr zu normaler Ernährung und normaler körperlicher Aktivität die beiden Maßnahmen der primären Prävention sind, die bei Menschen im mittleren und höheren Lebensalter die höchste gesundheitliche Dividende bringen könnten. Im Vergleich hierzu spielen alle anderen präventiven Maßnahmen und alle Vorsorgeuntersuchungen vermutlich eine untergeordnete Rolle.« (Pflanz 1974, 73). Gleichwohl entschied man sich dafür, die Prävention auf die Krankheitsfrüherkennung zu beschränken und auf Gesundheitsförderung zu verzichten; in der »Kommission zur Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung« beim damaligen Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung konnten sich die Vertreter der Krankenversicherung nicht zu dem von Erwin Jahn und Alfred Schmidt eingebrachten Vorschlag entschließen, neben den Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung einzuführen. Diese gesundheitspolitische Weichenstellung hatte zur Folge, daß Gesundheitsvorsorge im Sinne der Krankheitsfrüherkennung medikalisiert und systemkonform als kassenärztliche Leistung in die Versorgung eingegliedert wurde, daß aber Gesundheitsvorsorge im Sinne der Gesundheitsförderung keinen Platz in der Krankenversicherung erhielt (vgl. von Ferber 1983).

Erstmalig wird mit dem GRG (1989) den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, Leistungen für die Gesundheitsförderung zu erbringen. Der § 20 und insbesondere die Absätze 3 (Gesundheitsförderung als Ermessensleistungen) und 4 (Gesundheitsförderung als Kooperationsgebot)

enthalten die wesentlichen Bestimmungen (vgl. Nowak 1990). Doch der erwartete Durchbruch für die Gesundheitsförderung blieb aus. Statt dessen haben die Krankenkassen die Möglichkeiten des § 20 SGB V genutzt, die Gesundheitsförderung weitgehend als Marketing- und Werbeinstrument zu nutzen.

Diese sich seit dem GRG abzeichnende Entwicklung der Handhabung der Gesundheitsförderung als Marketing- und Werbeinstrument wurde auch durch das GSG (1993) nicht unterbrochen (vgl. Nowak 1995c). Zwar fügte der Gesetzgeber angesichts des Drucks der Selbsthilfebewegung und des Ratschlages von Experten in dem § 20 SGB V den Absatz 3a ein, der ausdrücklich besagt, daß die Krankenkassen auch Selbsthilfegruppen und -Kontaktstellen fördern können, doch wurde zugleich die Konkurrenz- und Wettbewerbssituation durch den Ausbau wettbewerblicher Elemente (wie z.B. freie Kassenwahl für alle Versicherungsberechtigten) erheblich erhöht und damit die Chance der Umsetzung einer innovativen, die Infrastruktur der Kommune verbessernden Gesundheitspolitik stark eingeschränkt.

In einer »Untersuchung zur Umsetzung des § 20 SGB V durch die Krankenkassen« aus dem Jahre 1994 (Kirschner 1994) wird zunächst ganz allgemein festgestellt, daß bei den Kassen der Ausgabenanteil für Gesundheitsförderung deutlich unter 1 Prozent der Leistungsausgaben liegt und daß dieser Anteil im Rahmen der Entwicklung der Gesamtausgaben vielfach eine eher sinkende Tendenz aufweist, auch wenn der Einzeletat ansteigen mag. Auch unter dem GSG ist also die Randständigkeit von Gesundheitsförderung im Vergleich zur kurativen Medizin geblieben.

Wenn man darüber hinaus noch in Rechnung stellt, welche seltsamen Blüten unter dem Titel der Gesundheitsförderung bei den Krankenkassen gepflegt werden –Bauchtanz, Schattenboxen, Indoor-Climbing, Afro-Dance-Workshops etc.- und wie viele Anzeigen und Spots unter Gesundheitsförderung firmieren, dann erhält man ein realistisches Bild von dem bisherigen Stand der Realisierung von Gesundheitsförderung in der GKV.

In der Studie zur Umsetzung des § 20 SGB V wird auch der Frage nachgegangen, ob das Kooperationsgebot des § 20 Abs. 4 annähernd umgesetzt wird. Auch hier schlägt der Wettbewerbs- bzw. Marketingcharakter der Gesundheitsförderung durch. Statt Konzepte der gesundheitsfördernden Zusammenarbeit zu entwickeln, sieht man in dem jeweils anderen Gesundheitsförderer ausschließlich einen Konkurrenten. Kooperation wird be- oder verhindert, jedenfalls nicht entwickelt. Für die Autoren der Untersuchung stellt sich letztendlich die Frage, ob die

Krankenkassen überhaupt eine Promoter-Funktion in der kooperativen Vernetzung regionaler Gesundheitsförderung haben können.

Bleibt noch zu fragen, wie denn die verbesserten Möglichkeiten der Selbsthilfeunterstützung von den Krankenkassen genutzt werden. Aber auch hier ist trotz des § 20 Abs. 3a SGB V die insgesamt als zurückhaltend eingestufte Praxis der Selbsthilfeförderung durch die Krankenkassen nicht verändert worden; speziell die Kontaktstellen werden aus der Förderung ausgegrenzt: Dabei geht es nicht darum, daß die Krankenkassen solche Kontaktstellen allein finanzieren sollen, vielmehr ist daran gedacht, eine Mischfinanzierung von Krankenkassen, Ländern und Kommunen zu erreichen.

Falsch wäre es allerdings, wenn man sich mit diesem Zustand abfinden und das System der GKV aus der Pflicht entlassen würde, Gesundheitsförderung und Selbsthilfeunterstützung als wesentliche Elemente der Neubestimmung der Rolle und Aufgaben der GKV zu verwirklichen. Für die 3. Stufe der Gesundheitsreform hat der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) in seinen Eckpunkten« (DGB- Bundesvorstand 1995) denn auch die Forderung erhoben, daß Gesundheitsförderung und Selbsthilfeunterstützung als Teil der Gesundheitsförderung zukünftig einen zentralen Stellenwert in der Gesundheitspolitik erhalten müssen. »Der Versuch, dieses durch den § 20 SGB V zu regeln, muß als gescheitert bewertet werden« (S.10). Der DGB moniert, daß die Aufgaben der Krankenkassen im Bereich der Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung und Selbsthilfeunterstützung als »Kann-Leistung« festgelegt sind und daß der § 20 SGB V überwiegend als Marketing-Instrument genutzt wird. Sein Vorschlag: Gesundheits- und Selbsthilfeförderung als verpflichtende Gemeinschaftsaufgabe der Kassen(arten) gesetzlich festzulegen.

Es stellt sich die Frage, ob es überhaupt richtig ist, von der GKV eine entscheidende Rolle bei der Implementation von Gesundheitsförderung und Selbsthilfe-Unterstützung zu erwarten. Hartmut Reiners kommt bei der Untersuchung der »Zuständigkeiten und Kompetenzen in der gesundheitlichen Prävention« (Reiners 1994, vgl. Rosenbrock 1994) zu dem Ergebnis, daß die Krankenkassen allenfalls komplementäre Akteure, keinesfalls Promotoren oder Regieinstanzen der Gesundheits- und Selbsthilfeförderung sein können. Gesundheitsförderung wird im gegliederten System der Krankenversicherung Reiners zufolge stets ein Instrument des Zusammenarbeit verhindernden Wettbewerbs und des Marketings sein; bestenfalls wird bei den Kassen die individuelle Gesundheitsförderung als Verhaltensprävention eine Zukunft haben.

Gesundheitsförderung in der kommunalen Praxis

Bevor die Aufmerksamkeit auf die Organisation der Gesundheits- und Selbsthilfeförderung in der Kommune gerichtet werden soll, muß noch kurz auf einen von Wilhelm F. Schröder und Wiebke Zielinski gemachten Vorschlag eingegangen werden, die Gesamtverantwortung für die Gesundheitsförderung auf die Ebene des Landes zu übertragen (Schröder/Zielinski 1994). In relativ zentralistischer Weise wird gesagt, daß das zum Planungsträger der Gesundheitsförderung bestimmte Land »durch Verordnung« festlegen könne, »welche Aufgaben vom örtlichen Träger wahrgenommen werden« (S.15). Es ist unbestritten notwendig, daß die Länder die Gesundheitsförderung zu ihrem Anliegen machen und mit besonderen Unterstützungsprogrammen voranbringen sollten, aber es ist wohl auch der kommunalen Ausrichtung der Gesundheitsförderung unangemessen, das Verhältnis von Land und Kommune in bezug auf die Gesundheitsförderung als Vollzugsverhältnis zu beschreiben. Gerade die kommunale Eigeninitiative und Selbstverantwortung sowie die kommunalen Gestaltungsräume und -kräfte sind bei der Gesundheitsförderung gefragt, und sie dürfen nicht »von oben« eingeengt werden, wenn denn Gesundheitsförderung erfolgreich sein soll.

Hans-Werner Müller hat den engen Zusammenhang zwischen den konkreten gesundheitlichen Problemlagen und der gemeinsamen Suche nach konkreten Lösungswegen in der Kommune deutlich gemacht, auch wenn seine Aufzählung der kommunalen Akteure keineswegs vollständig ist: »In den Kommunen ballen sich die gesundheitlichen Probleme des sozialen Wandels, hier können sie nicht mehr übersehen oder anderen Versorgungseinrichtungen zugewiesen werden. In der Kommune ist aber auch der Raum vorhanden, in dem Ärzte, Fachleute der sozialen Sicherung und die Verantwortlichen aus Politik und Verwaltung kooperieren müssen und kooperieren können. Vor allem aber sind hier die Probleme nicht wissenschaftlich, sondern in der alltäglichen Praxis zu lösen« (Müller 1989, S. 11, vgl. Labisch 1986). In der Kommune wird Gesundheitsförderung nicht vollzogen, sondern in einem gemeinsamen Diskussions- und Entscheidungsprozeß entwickelt.

Wenn Rolf Rosenbrock in einer Darstellung der »Grundzüge der Sozial- und Gesundheitspolitik« (Rosenbrock 1995, vgl. Rosenbrock 1993) feststellt, daß keine institutionelle oder professionelle Gesamtverantwortung für Gesundheit etabliert ist, so kann diese Feststellung nicht grundsätzlich gelten, sondern nur in dem Sinne, daß die Gesundheitspolitik innerhalb der Sozialpolitik in der Regel noch eine untergeordnete Rolle spielt; der Neubau eines Krankenhauses oder die

Eröffnung einer Abteilung für Hochleistungsmedizin sind oftmals die einzigen und herausragenden Anlässe, bei denen kommunale Gesundheitspolitik in Erscheinung tritt. Wird jedoch in der Kommune eine Gesundheitspolitik vertreten, die sich am Begriff der Gesundheitsförderung orientiert, kann der Stellenwert der Gesundheitspolitik im Rahmen der Sozialpolitik durchaus verändert werden. Ein erster notwendiger Schritt dazu ist die Einrichtung einer mit entsprechendem Fachpersonal ausgestatteten Verwaltungseinheit; in Herne wurde die keineswegs einzig mögliche Variante gewählt, beim Gesundheitsamt eine mit zwei Sozialwissenschaftlern und Verwaltungsmitarbeitern besetzte Abteilung für Gesundheitsförderung und Gesundheitsplanung einzurichten. Gerade angesichts der laufenden Bestrebungen zur Reform der Kommunalverwaltung muß ausdrücklich gesagt werden, daß andere Varianten denkbar sind, daß aber ohne eine solche institutionelle Verankerung Gesundheitsförderung in der Kommune immer Stückwerk bleiben dürfte (vgl. DGB-Bundesvorstand 1994 b).

Um eine auf Gesundheitsförderung zielende und sich wechselnden Aufgabenfeldern zuwendende »Vernetzung« zu erreichen, bedarf es auch einer soliden Informations- und Wissensgrundlage. Erst wenn man die »gesundheitliche Versorgungslandschaft« genau vermessen, themenzentriert analysiert, alle potentiellen Gesundheitsakteure identifiziert und Perspektiven der Verbesserung eröffnet hat, ist man in der Lage, konkrete »Vernetzungsarbeit« zu leisten und die gesundheitliche Situation oder Lage nachhaltig zu verbessern. Gesundheitsberichterstattung ist daher eine der zentralen Aufgaben der kommunalen Gesundheitsförderer (vgl. Brandenburg/Schäfer 1990; Winkler 1993).

In der Regel gibt es in den Kommunen eine Vielzahl von Arbeitsgruppen bzw. Zusammenschlüssen, die darauf zielen, die Gesundheit zu fördern. So gibt es alleine in Herne verschiedene Arbeitsgruppen der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft, es gibt ein »Gesunde-Stadt-Herne-Projekt«, es gibt einen Koordinationskreis Gesundheit und Sport, es gibt einen gesundheitsfördernden Arbeitskreis der Lehrer etc. Für die kommunale Gesundheitsförderung in Herne ist jedoch unter allen diesen Vernetzungsgremien die Gesundheitskonferenz zentral, insofern hier besonders wichtige gesundheitliche Fragen unter allen relevanten Akteuren erörtert und einer gemeinsam vereinbarten Lösung zugeführt werden.

Im wesentlichen auf die Stärkung der gesundheitlichen Kompetenz der Bürgerinnen und Bürger und auf deren Partizipation am gesundheitlichen Versorgungssystem ausgerichtet (vgl. Brandenburg/Nowak/Winkler 1992), ist für die kommunale Gesundheitsförderung die Mobilisierung

der Bürgerinnen und Bürger in Sachen Gesundheit ein Handlungsschwerpunkt: Die Einrichtung einer der Abteilung Gesundheitsförderung und Gesundheitsplanung angegliederten Informations- und Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen, die Etablierung eines Selbsthilfebeirates sowie verschiedene Selbsthilfe-Arbeitskreise in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft sind in Herne Ausdruck dieser gesundheitsfördernden Politik der Bürger-Mobilisierung. Hinzu kommt, daß alle gesundheitsförderlichen Gremien grundsätzlich so konstruiert sind, daß die sich bereits in der Gesundheitsselbsthilfe aktivierenden Bürgerinnen und Bürger, aber auch andere Interessenten mitwirken können; dies gilt insbesondere für den Selbsthilfebeirat, für die Gremien der psychiatrisch/psychosozialen Versorgung, für das Gesunde-Städte-Projekt wie auch im besonderen Maße für die Gesundheitskonferenz.

Wer den Stand und die Qualität kommunaler Gesundheitsförderung zur Zeit danach bemessen will, inwieweit es mit bestimmten Projekten gelungen ist, z.B. die gesundheitliche Situation benachteiligter Gruppen zu verbessern, verkennt den aktuellen Stand und die grundsätzlichen Schwierigkeiten der Implementation von Gesundheitsförderung in der Kommune. Aus einer Vielzahl schon jetzt von den verschiedenen Stellen (Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände, Schulen, VHS, Gesundheitsamt, Jugendamt etc.) durchgeführter gesundheitsfördernder Maßnahmen muß erst einmal eine systematisch vorgehende, auf bestimmte Probleme zentrierte Politik der Gesundheitsförderung werden. Eine solche intensive Abstimmungs- und Überzeugungsprozesse voraussetzende Richtungsänderung erreicht man nicht von heute auf morgen. Ein längerer Zeithorizont ist erforderlich. Erst in der fortschreitenden Verwirklichung einer längerfristig angelegten Gesundheitsförderungs politik wird sich auch erweisen, ob die zahlreichen Initiativen, Träger und Einrichtungen des Gesundheitswesens, die indirekt mit Gesundheit befaßten Bereiche (Umwelt, Verkehr, Bildung etc.) und die Bürgerinnen und Bürger selbst bereit sind, die kommunalen Gesundheitsförderer als Koordinations- und Regieinstanz zu akzeptieren.

Instrumente der kommunalen Gesundheitspolitik

Zu den besonders wichtigen Instrumenten der kommunalen Gesundheitspolitik zählen die Gesundheitsberichterstattung und die Gesundheitskonferenz (vgl. Brandenburg/Nowak 1994 b). Beide Instrumente werden zwar von den kommunalen Gesundheitsförderern in Gang gesetzt und gehalten, benötigen jedoch die Mitarbeit aller am Gesundheitswesen direkt und indirekt Beteiligten. Auch hier gilt der Grundsatz,

daß alle wichtigen gesundheitlichen Aufgaben in der Kommune Gemeinschaftsaufgaben sind und nur durch gemeinschaftliche Anstrengungen gelöst werden können.

Kommunale Gesundheitsberichterstattung

Betrachten wir zunächst das Instrument der Gesundheitsberichterstattung ein wenig genauer (vgl. von Ferber 1995): Mit der Gesundheitsberichterstattung soll der kommunalen Gesundheitspolitik eine rationale Entscheidungsgrundlage gegeben werden, die es ermöglicht, aus der großen Anzahl kommunaler gesundheitlicher Problemlagen und Herausforderungen diejenigen herauszugreifen, denen eine relativ große Bedeutung für die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger zukommt und die zugleich auch durch eine gemeinsam verabredete Praxis der Beteiligten einer »Lösung« nähergebracht werden können. Kommunale Gesundheitsberichterstattung beschäftigt sich mit Die Auswahl der Konferenzteilnehmer (bei prinzipiell offener Zugänglichkeit zur Konferenz) muß formalisiert werden. Es gilt, die verschiedenen gesundheitspolitisch wichtigen Funktionsträger, die Bürgervertreter und die Gesundheitsselbsthilfe genauso einzubinden wie die für das ausgewählte Thema wichtigen Einrichtungen, Dienste, Experten und gesellschaftlichen Gruppen.

Es muß verstärkt dafür gesorgt werden, daß die Ergebnisse bzw. die Empfehlungen der Gesundheitskonferenz in der Alltagsarbeit Berücksichtigung finden und umgesetzt werden. Eine intensive Begleitung und Unterstützung derjenigen ist also erforderlich, die aufgrund der Konferenzergebnisse ihre Praxis ändern sollten.

Die auf seiten des Gesundheitsamtes noch vorherrschenden verwaltungsorientierten Sichtweisen und Arbeitshaltungen müssen von einer managementorientierten Problemsicht und Problembearbeitung abgelöst werden. Die »Geschäftsstelle« der Gesundheitskonferenz muß einen entsprechenden Handlungsspielraum erhalten und für das Amt und dessen Selbstverständnis Vorbildfunktionen wahrnehmen. Auch die verschiedenen Abteilungen des Gesundheitsamtes müssen sich mit den koordinierenden Aufgaben des Gesundheitsamtes identifizieren.

In der Zwischenzeit wurde unter maßgeblicher Beteiligung von Christian von Ferber ein neues Konzept für die Herner Gesundheitskonferenz erarbeitet (vgl. Brandenburg/Nowak/von Ferber 1994c). Es sieht u.a. vor, den Teilnehmerkreis – insbesondere auch die Selbsthilfevertreter – gezielter als bisher auszuwählen, um so auch die Handlungsempfehlungen der Konferenz verbindlicher zu machen, die

Gesundheitsberichterstattung generell zur Fundierung der Gesundheitskonferenz zu nutzen und die Umsetzung der Empfehlungen der Gesundheitskonferenz stärker zu begleiten. Schon die nächste Gesundheitskonferenz zum Thema »Sucht in Herne« wird der neuen Konzeption folgen.

Natürlich ist die Gesundheitskonferenz nicht die Instanz, die vorhandene Zuständigkeiten und Aufgabenverteilungen grundsätzlich in Frage stellen kann und will. Vielmehr ist sie die Instanz, die in Wahrnehmung der Regiekompetenz der Gemeinden dafür sorgt, daß die auf die unterschiedlichen Akteure zersplitterten Aufgaben des Gesundheitswesens und die sehr differenzierten finanziellen Zuständigkeiten und Planungszuständigkeiten problemorientiert auf einem öffentlichen Forum zusammengeführt werden. Schon allein diese Zusammenführung und Vernetzung aller Akteure unter thematischen Gesichtspunkten mit dem Ziel, praktische Empfehlungen zu vereinbaren, dürfte der kommunalen Gesundheitspolitik qualitativ neue Impulse geben.

Perspektive

Gesundheitsförderung läßt sich als eine langfristig angelegte Strategie beschreiben, in der Kommune einen Prozeß gesundheitsförderlichen Denkens und Handelns unter allen am Gesundheitswesen direkt und indirekt Beteiligten auf Dauer in Gang zu setzen und je nach Ziel und Aktionsrichtung der Gesundheitsförderung wechselnde Bündnispartner für eine auf Freiwilligkeit basierende Zusammenarbeit zu gewinnen. Fest steht dabei, daß dafür eine Infrastruktur in der Kommune gegeben sein muß – ohne Infrastruktur keine Gesundheitsförderung. Wenn auch das Freiwilligkeits- und Konsensprinzip in der Gesundheitsförderung nicht außer Kraft gesetzt werden sollte, so können doch die Rahmenbedingungen für eine Zusammenarbeit in der Kommune durchaus noch verbessert werden.

Korrespondenzadresse:
Stadtrat Meinolf Nowak
Stadt Herne, Hauptstraße 241, 44649 Herne

Literaturverzeichnis

Brandenburg Alexander/Wolfgang Schäfer (1990): Kommunale Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitskonferenz – Ein pragmatischer Einstieg in die kommunale Gesundheitsplanung. In: Ztschr. für Präventivmedizin und Gesundheitsförderung, 2 Jg., H. 2, S. 48-53

- Brandenburg, Alexander/Meinolf Nowak/Klaus Winkler (1992): Gesundheit und Bürgerbeteiligung – Leitideen und Praxis in Herne. In: *Gesundh.-Wes.*, 54. Jg., S.271-276.
- Brandenburg, Alexander/Meinolf Nowak (1994 a): Die neue kommunale Gesundheitspolitik, Handbuch kommunale Politik. Das Mandat erfolgreich gestalten, Stuttgart, II/H, 8.1, S.1-17.
- Brandenburg, Alexander/Meinolf Nowak (1994 b): Gesundheitsberichte und Gesundheitskonferenzen in Herne. Wolfgang Schäfer u.a. (Hg.): *Gesundheitschutz in Region und Betrieb: Am Beispiel Suchtbekämpfung*. Dortmund, S.63-70.
- Brandenburg, Alexander/Meinolf Nowak/Christian von Ferber (1994 c): Vernetzung und Bürgerbeteiligung durch Gesundheitskonferenzen. In: *Soziale Sicherheit*, 43. Jg., H. 7, S.246-249.
- DGB-Bundesvorstand (Hg.) (1994 a): »Neue Wege der Zusammenarbeit von Selbstverwaltung und Selbsthilfe.« *Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung in Kooperation*. Dokumentation der DGB-Veranstaltung am 14./15. April 1994 in Bad Breisig, Düsseldorf.
- DGB-Bundesvorstand (Hg.) (1994 b): *Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung in Kooperation*. In: *Soziale Sicherheit*, 43. Jg., H. 7, S. 241-245.
- DGB-Bundesvorstand (Hg.) (1995): *Dritte Stufe der Gesundheitsreform. Hintergrundinformationen und DGB-Position. Informationen zur Sozial- und Arbeitsmarkt-Politik*. Düsseldorf.
- von Ferber, Christian (1971): *Gesundheit und Gesellschaft. Haben wir eine Gesundheitspolitik?* Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz.
- von Ferber, Christian (1983): *Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik*. In: *Gegenwartskunde*, 32. Jg., Sonderheft 4, S.113-125.
- von Ferber, Christian (1994): *Verzahnung und Selbsthilfe, Voraussetzungen und Bedingungen bürgernaher Gesundheitspolitik*. In: *Soziale Sicherheit*, 43. Jg., H. 1, S.3-7.
- von Ferber, Christian (1995): *Gesundheitsberichterstattung als Grundlage für Management und Steuerungsaufgaben in der kommunalen Gesundheits- und Sozialpolitik*. Michael Bretschneider (Hg.): *Gesundheit in der Stadt. Tradition und Perspektiven für Stadtplanung und Kommunalpolitik*. Symposium zum Wissenstransfer der Public-Health-Forschung am 2.3.1995 im Deutschen Institut für Urbanistik in Berlin, S. 69-80.
- von Ferber, Christian/Joachim Braun (1995): *Kommunale Krise und die Gestaltung der Sozial- und Gesundheitsdienste*. Volker J. Kreyher/Carl Böhret (Hg.): *Gesellschaft im Übergang: Problemaufrisse und Antizipationen*. Baden-Baden, S.133-146.
- von Ferber, Liselotte (Hg.) (1994): *Häufigkeit und Verteilung von Erkrankungen und ihre ärztliche Behandlung. Epidemiologische Grundlagen eines Qualitätsmonitoring*. Leipzig.
- Kirschner, W. u.a. (1994): *Untersuchung zur Umsetzung des § 20 SGB V durch die Krankenkassen. Zusammenfassung und Ergebnisse*, Berlin
- Labisch, Alfons (1986): *Gesundheitssicherung in der Gemeinde-Tradition, Stand, Aufgaben für die Zukunft*. Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e.V., Schriftenreihe, H. 46, Frankfurt
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (Hg.) (1992): *Reform des Öffentlichen Gesundheitsdienstes NRW. Notwendigkeiten und Perspektiven*, Düsseldorf.

- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (Hg.) (1993): Leitlinien für ein Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGD/NW). Düsseldorf.
- Müller, Hans-Werner (1989): Gesundheit – eine klassische Intervention der Gemeinde. Alfons Labisch (Hg.): Kommunale Gesundheitsförderung, Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e.V. Schriftenreihe Bd. 52. Frankfurt. S.11.
- Nowak, Meinolf (1990): Gesundheitsförderung im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes – neue Perspektiven für Krankenkassen und Kommunen. In: Das Öffentliche Gesundheitswesen, 52. Jg., H. 5, S.243-246.
- Nowak, Meinolf (1994 a): Aktuelle Finanzsituation und Möglichkeiten innovativer Gesundheitspolitik in der Kommune. DGB-Bundesvorstand (Hg.): Neue Wege der Zusammenarbeit von Selbstverwaltung und Selbsthilfe – »Zukunftsufgabe Gesundheitsförderung in Kooperation.« Dokumentation der DGB-Veranstaltung am 14./15. April 1994 in Bad Breisig, Düsseldorf, S.14-20.
- Nowak, Meinolf (1994 b): Selbsthilfe-Förderung als Gemeinschaftsaufgabe aus kommunaler Sicht. In: Selbsthilfe-Förderung: Eine Gemeinschaftsaufgabe der Kommunen, Länder und Krankenkassen. Werkstattgespräch der NAKOS am 20. und 21. Juni 1994 in Berlin, NAKOS-Extra Nr. 24, S.3-6.
- Nowak, Meinolf (1995a): Gesundheitsförderung und Selbsthilfeunterstützung als Gemeinschaftsaufgaben. In: Soziale Sicherheit, 44. Jg., H. 8/9, S.298-305.
- Nowak, Meinolf (1995b): Kommunale Gesundheitspolitik auf den Kopf und Public Health auf die Füße stellen! Michael Bretschneider (Hg.): Gesundheit in der Stadt. Tradition und Perspektiven für Stadtplanung und Kommunalpolitik. Symposium zum Wissenstransfer der Public-Health-Forschung am 2.3.1995 im Deutschen Institut für Urbanistik in Berlin, S.15-19.
- Nowak, Meinolf (1995c): Auswirkungen des Gesundheitsstrukturgesetzes auf die kommunale Gesundheitsförderung. In: Zeitschrift für Sozialreform, 41. Jg, H. 9, S.585-595.
- Nowak, Meinolf (1995d): Die zukünftige Rolle der Kommunen im Sozial- und Gesundheitsbereich. In: Auf dem Weg zum Unternehmen Stadt? Konsequenzen und Anforderungen kommunaler Neuorientierung für die Gestaltung sozialer Dienste, Bochum, S.78- 4
- Pflanz, Manfred (1974): Epidemiologie und Präventivmedizin. Volker Volkholz u.a. (Hg.): Analyse des Gesundheitssystems, Frankfurt, S.68-82.
- Reiners, Hartmut (1994): Zuständigkeiten und Kompetenzen in der gesundheitlichen Prävention: eine organisierte Verantwortungslosigkeit? Rolf Rosenbrock u.a. (Hg.): Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitsförderung, Berlin, S.96-114.
- Rosenbrock, Rolf (1993): Gesundheitspolitik. Klaus Hurrelmann/ Ulrich Laaser (Hg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis, Weinheim u. Basel, S. 317-346.
- Rosenbrock, Rolf (1994): Die gesetzliche Krankenversicherung am Scheideweg, Modernisierung oder Entsolidarisierung solidarischer Gesundheitspolitik? In: Jahrbuch für kritische Medizin 23, Hamburg, S.189-205.
- Rosenbrock, Rolf (1995): Grundzüge der Sozial- und Gesundheitspolitik. Jens-Uwe Niehoff (Hg.): Sozialmedizin systematisch, Lorch, S.276-289.
- Schmacke, Norbert (1995): Öffentlicher Gesundheitsdienst, Sozialstaat und Kommunale Selbstverwaltung, Perspektiven der Gesundheitsämter auf dem Weg ins 21. Jahrhundert, Düsseldorf, S. 35-37.

- Schräder, Wilhelm F./Wiebke Zielinski (1994): Zur Organisation der Gesundheitsförderung in Ländern und Kommunen. Entwicklungsvorschlag, Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin.
- Stadt Herne (Hg.) (1989): 1. Herner Gesundheitskonferenz, Tagungsprotokoll der Veranstaltung vom 23.8.1989 in Herne.
- Stadt Herne (Hg.) (1990): 2. Herner Gesundheitskonferenz: Älterwerden in Herne, Tagungsprotokoll der Veranstaltung vom 17.10.1990 in Herne.
- Stadt Herne (Hg.) (1991): 3. Herner Gesundheitskonferenz: Gesundheitlicher Umweltschutz in Herne, Tagungsprotokoll der Veranstaltung vom 2.10.1991 in Herne.
- Stadt Herne (Hg.) (1992): 4. Herner Gesundheitskonferenz: Sucht in Herne – Prävention und Hilfen, Tagungsprotokoll der Veranstaltung vom 24.11.1993 in Herne.
- Stadt Herne (Hg.) (1993 a): 5. Herner Gesundheitskonferenz: Häusliche Pflege, Tagungsprotokoll der Veranstaltung vom 24.11.1993 in Herne.
- Stadt Herne (Hg.) (1993 b): Bevölkerungsstruktur und Gesundheit in Herne, Gesundheitsbericht für die Stadt Herne.
- Stadt Herne (Hg.) (1993 c): Schwangerschaft, Geburt und das erste Jahr, Gesundheitsbericht für die Stadt Herne.
- Weber, Ingbert u.a. (1990): Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Zahlen, Fakten, Perspektiven, Baden-Baden.
- Winkler, Klaus (1993): Gesundheitsberichterstattung in Herne – ein Praxisbericht. Stadt Köln (Hg.): Gesunde Städte Symposium 1993, 15. und 16.11. in Köln. Gesundheitsförderung auf dem Prüfstand – Was kann sie für gesundheitlich und sozial Benachteiligte leisten?, Köln, S. 75-80.