

Robert Fink

Kommunale Gesundheitsförderung für Kinder in sozial benachteiligten Stadtteilen

Konzepte und Realität

1. Einleitung

In der Bundesrepublik Deutschland läßt sich trotz des noch ungenügenden Standes in empirischer wie theoretischer Forschung eine erhebliche Ungleichverteilung von Gesundheitsrisiken, Krankheitshäufigkeit und Sterblichkeit zuungunsten unterer sozialer Schichten feststellen (Mielck 1994). Unterstellt, daß diese Ungleichverteilung durch die Lebensweise und -umstände unterer sozialer Schichten (mit)bedingt ist (Maschewsky 1984), böte sich hier ein idealer Ansatzpunkt für gesundheitsfördernde Maßnahmen, mit denen im Erfolgsfall gleichzeitig die soziale Ungleichheit verringert werden kann. Für Gesundheitsförderung für Kinder gilt dies in verstärktem Maße: Kinder reagieren auf Umwelteinflüsse, zu denen nicht nur physische Faktoren wie Ernährung, Bewegung, Schadstoffemissionen o.ä. gehören, sondern auch psychische Faktoren (intaktes soziales Umfeld, Lebenslage) frühzeitiger und sensibler als erwachsene Menschen. Gleichzeitig wird im Kinder- und Jugendalter die Grundlage für das spätere Umgehen mit Gesundheit und Krankheit gelegt. Benachteiligte Lebenslagen wirken sich daher auf die Gesundheit von Kindern deutlich stärker aus als auf Erwachsene, bei gleichzeitiger Gefahr von Langzeitschäden z.B. durch das Erleben gesundheitsschädlicher Bewältigungsstile im Rahmen der Reproduktion von Armut (Zenke und Ludwig 1985). Konzepte zur Gesundheitsförderung für Kinder in sozial benachteiligten Lebenslagen müßten daher einen Schwerpunkt gesundheitsfördernder wie armutsbekämpfender Politik darstellen. Dies gilt vor allem für die kommunale Ebene, da im Zusammenhang mit schichtspezifischen Unterschieden im Gesundheitszustand die Möglichkeiten, die Wohnumfeld und Quartier bieten, eine wichtige Rolle spielen.

2. Gesundheitsförderung als umfassendes politisches Konzept

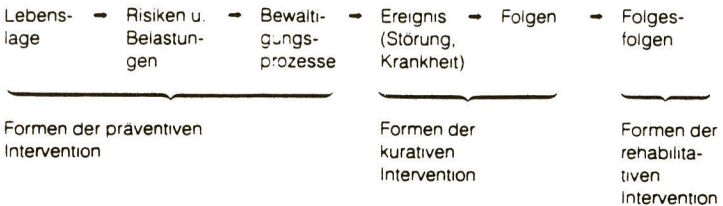
Durch Gesundheitsförderung sollen Arbeits- und Lebensbedingungen geschaffen werden, die den Menschen die größtmögliche

Verfügungsgewalt über alle Belange ermöglichen, die ihre Gesundheit betreffen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigen. Dabei soll nicht ausschließlich die Selbsthilfe als individuelle Möglichkeit zur Veränderung von Lebensbedingungen gefördert werden, sondern die Bedeutung sozialer, ökonomischer und ökologischer Dimensionen zur Erreichung derselben berücksichtigt werden (WHO 1986). Gesundheitsförderung wird hier als ein umfassendes politisches Konzept¹ verstanden, in dem individuelle und kollektive Lebensweisen von Menschen ebenso handlungsrelevant sind wie die lokalen Lebensbedingungen, die Aufschluß darüber geben, welche Mitbestimmungsmöglichkeiten einzelne Menschen oder soziale Gruppen haben, um an der Gestaltung des Gemeindelebens teilzuhaben (Franzkowiak und Wenzel 1990). Sensibel umgesetzt, läßt sich damit einem Defizit der bisherigen, als Gesundheitsförderung bezeichneten Anstrengungen entgegenwirken: Die im System der gesundheitlichen Versorgung in der BRD beobachtbare Mittelschichtorientierung reproduziert sich in Programmen und Konzepten der Gesundheitsförderung, vor allem bei Angeboten beratender Natur (vgl. Enquete-Kommission 1990). Die Umsetzung o.g. Grundsätze für Gesundheitsförderung soll vor allem auf lokaler Ebene stattfinden. Hierzu ist neben der Beteiligung der Bevölkerung und dem Initiieren einer breiten öffentlichen Diskussion der politische Wille der kommunalen Gremien und der Administration der Städte und Gemeinwesen notwendig, eine neue öffentliche Gesundheitspolitik eigenständig entwickeln und umsetzen zu wollen (Hildebrandt und Trojan 1987). Voraussetzung dafür ist, daß der Gesundheitsförderung eine Querschnittsfunktion in der gesamten kommunalen Politik eingeräumt wird. Da sich bislang in der BRD auf keiner staatlichen Ebene ein zusammenhängendes Politikfeld »Gesundheit« entwickelt hat (Kaufmann 1990), ist es zunächst notwendig, die Kommunikation und Koordination aller an Gesundheitsförderung Beteiligter sicherzustellen. Hier können sich neue Arbeitsansätze der kommunalen Gesundheitsförderung entfalten, so kann z.B. der öffentliche Gesundheitsdienst mit der Aufgabe der Moderation und Koordination betraut werden, da dieser wegen seiner geringeren Interessengebundenheit eine träger- und institutions-übergreifende Rolle spielen kann. Mit Blick auf die o.g. »Mittelschichtorientierung« ergibt sich ein weiterer neuer Ansatz: Das Tätigwerden im Rahmen einer »anwaltschaftlichen Vertretung der Gesundheitsinteressen sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen durch Entwicklung von geeigneten Handlungsstrategien« (vgl. BzGA 1992).² Dies

bedeutet, daß es im Sinne des hier referierten Ansatzes von Gesundheitsförderung zu den Aufgaben einer Kommune gehört, im Rahmen eines Gesamtkonzeptes konkrete Strategien zur Gesundheitsförderung für Kinder in sozial benachteiligten Stadtteilen zu erarbeiten bzw. durch den öffentlichen Gesundheitsdienst oder andere erarbeiten zu lassen. Auf diesen (neuen) Arbeitsansatz wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit besonderes Gewicht gelegt.

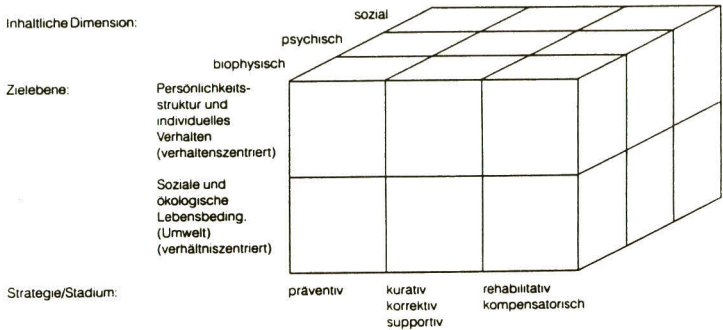
Als Problem stellt sich hier jedoch, daß auf der konkreten Umsetzungsebene Gesundheitsförderung für Kinder oft mit Gesundheits-erziehung gleichgesetzt wird, was für den hier vertretenen Ansatz von Gesundheitsförderung als übergeordnetem, umfassenden politischen Konzept nicht zulässig ist. Dies läßt sich mit Hilfe der von Hurrelmann entwickelten mehrdimensionalen Klassifikation von Interventionsmaßnahmen darstellen (Hurrelmann 1990). Betrachtet man die Gesamtheit aller denkbaren Interventionsmaßnahmen, die an den verschiedensten Zeitpunkten der Entwicklung einer gesundheitlichen Beeinträchtigung eingreifen, so lassen diese sich nach mehreren Dimensionen klassifizieren: Die erste Dimension ist der Zeitpunkt des Eingreifens (vgl. Abb.1), die weiteren die Zielebene des Eingreifens und deren inhaltliche Dimension (vgl. Abb.2).

Abb. 1: Strategien der Intervention, unterschieden nach dem Stadium der Entwicklung einer Gesundheitsbeeinträchtigung. Quelle: Hurrelmann 1990, 116



Der Schwerpunkt kommunaler Gesundheitsförderung ist die präventive Intervention, die an den sozialen und ökologischen Bestimmungsfaktoren der Lebenslage und den umweltbedingten Risiken und Belastungen für die Persönlichkeitsentwicklung ansetzt und Raum schafft für Bewältigungsprozesse. Soweit Gesundheitserziehung in die Lebenswelt der Zielgruppe eingebunden ist, kann sie eine Komponente dieses übergeordneten politischen Konzepts darstellen, indem sie unter Berücksichtigung o.g. Bestimmungsfaktoren und ausgehend von deren grundsätzlicher Veränderbarkeit die

Abb. 2: Mehrdimensionale Klassifikation von Interventionsmaßnahmen.
Quelle: Hurrelmann 1990, 117



Herausbildung einer Persönlichkeitsstruktur fördert, die durch individuelle Bewältigungsprozesse auf psychischer und sozialer Ebene den geschaffenen Raum ausfüllen kann und gleichzeitig in der Lage ist, durch kollektive Bewältigungsprozesse auf sozialer Ebene die Lebenslage, aus der die Risiken und Belastungen resultieren, zu beeinflussen. Orientiert sie jedoch lediglich auf Verhaltensmodifikation, d.h. sollen Bewältigungsprozesse nur auf der individuellen psychischen Ebene initiiert und Persönlichkeitsstruktur sowie individuelles Verhalten an die Erfordernisse der jeweiligen Risiken und Belastungen angepaßt werden, ohne dabei die Rahmenbedingungen zu berücksichtigen bzw. ihre Veränderbarkeit durch soziale Prozesse zu thematisieren, ist sie im Sinne des hier verwendeten Ansatzes wirkungslos, wenn nicht kontraproduktiv. Gesundheitserziehung kann daher nicht automatisch als Variante oder Vorform von Gesundheitsförderung angesehen werden, sondern muß auf den ihr zugrundeliegenden Ansatz hin durchleuchtet werden (vgl. Thiele et.al. 1992). Über die hier formulierten Grundsätze hinaus sind bei der Arbeit mit sozial benachteiligten Gruppen allerdings weitere Punkte zu beachten.

3. Anforderungen an ein Konzept für die Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Gruppen

Bei der Entwicklung von Konzepten für sozial benachteiligte Gruppen ist es notwendig, über die sich aus dem hier zugrundeliegenden Gesundheitsförderungs begriff ergebenden Selbstverständlichkeiten

wie Quartiersbezug, Offenheit des Herangehens, die Möglichkeit der Klientel, eigene Vorstellungen entwickeln zu können, Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe usw. gezielte Schwerpunkte zu setzen, welche die Wechselwirkungen zwischen der Lebenslage der Klientel und ihren Möglichkeiten zu gesundem Leben berücksichtigen. Die Bedeutung dieser Wechselbeziehungen hat Hagen Kühn im Rahmen einer Analyse von Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA am Beispiel dortiger Gesundheitsförderungsprogramme untersucht (Kühn 1993). Das Wissen um die Existenz von sozial ungleichen Gesundheitschancen und unterschiedlichen Zugangsmöglichkeiten zu präventiven Dienstleistungen wird in diesen Programmen explizit berücksichtigt, die »Verminderung der Ungleichheiten« hat übergreifende Priorität in der amerikanischen Gesundheitszielsetzung (Kühn 1993). Die Umsetzung dieses Ziels wurde von Kühn mittels des Indikators der ethnischen Zugehörigkeit gemessen. Er kam zu dem Schluß, daß sich die Ungleichheit in der sozialen Realität der USA tendenziell verstärkt hat. Dafür ist jedoch nicht nur die Polarisierung der ökonomischen Klassen und Schichten in den achtziger Jahren verantwortlich zu machen, sondern die Tatsache, daß das Ziel einer Verminderung von Ungleichheit mit untauglichen Mitteln angegangen wurde. Das in den USA dominierende Paradigma der lebensstilorientierten Gesundheitsförderung³ wirkte als Trendverstärker der Polarisierung. Zwar sind die guten Erfolge dieser Strategie darauf zurückzuführen, daß die Individuen die ihnen zur Verfügung stehenden Verhaltensressourcen besser nutzen können, die Verteilung dieser Ressourcen aber steht im umgekehrten Verhältnis zur sozialen Verteilung von Krankheit. Dies führt dazu, daß möglichen Verbesserungen des Gesundheitsstatus von Unterschichtsangehörigen durch die praktizierten Gesundheitsförderungsprogramme eine exponentielle Verbesserung für die Mittel- und Oberschicht gegenübersteht, da sich hier »die Folgen (a) der ungleichen Aneignungschancen gesundheitsbezogener Kenntnisse, Einstellungen und Fähigkeiten mit (b) den ungleichen Ressourcen für Verhaltensänderungen und Risikominderungen« multiplizieren und (c) »die Effekte von anerkannt gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen ebenfalls sozial ungleich sind.« Kühn folgert daraus, daß »keine erfolgreiche Strategie für größere gesundheitliche Chancengleichheit denkbar [ist], die nicht gegen die Tendenz der sozialen Polarisierung gerichtet ist« (Kühn 1993).

Eine in diesem Sinn erfolgversprechende Strategie muß zumindest drei Bedingungen erfüllen:

- Ihr Schwerpunkt muß auf der Beeinflussung von Faktoren liegen, die nicht in erster Linie vom individuellen »Vermögen« in jeder Hinsicht abhängen;
- sie muß vom Prinzip der »positiven Diskriminierung« ausgehen und
- der Charakter des zu fördernden Gesundheitsverhaltens muß durch gemeinschaftlich-veränderndes und öffentliches Verhalten gekennzeichnet sein, um die Voraussetzungen für den nötigen Zugewinn gesundheitsrelevanter Ressourcen bei den unteren sozialen Schichten zu erreichen (Kühn 1993).

Diese von Kühn angestellten Überlegungen müssen auch in kommunale Gesundheitsförderungskonzepte für Menschen in sozial benachteiligten Stadtteilen einfließen, wenn diese langfristig zum Abbau gesundheitlicher und sozialer Ungleichheiten beitragen sollen.

Gleiches gilt auch für die Zielgruppe »Kinder«, wenn auch teilweise andere Formen nötig sind, um sie zu erreichen, als bei Erwachsenen. Auf keinen Fall dürfen die sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen vernachlässigt werden. Bei Kindern ist die Situation ihrer Eltern oder sonstigen Erziehungsberechtigten ausschlaggebend für ihre eigene sozioökonomische Situation. Zusätzlich ist zu berücksichtigen, daß die Gesundheitsvorstellungen der Erziehungsberechtigten die der Kinder prägen. Gesundheitsförderung für Kinder, vor allem von sozial benachteiligten Eltern, muß daher immer auch die Situation der Eltern im Blick behalten.

4. Die Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderung in der Praxis

In den vorhergehenden Abschnitten wurden Notwendigkeit und Grundzüge kommunaler Konzepte für Gesundheitsförderung von Kindern sozial benachteiligter Gruppen bzw., nach dem Quartiersansatz, in sozial benachteiligten Stadtteilen entwickelt. Im folgenden soll empirisch nachvollzogen werden, ob und wie diese Ansätze in der Praxis umgesetzt werden. Zu diesem Zweck wurden jeweils die letzten fünf Jahrgänge mehrerer deutschsprachiger Fachzeitschriften,⁴ in denen Artikel zur Gesundheitsförderung vorwiegend publiziert werden, nach Konzepten bzw. Berichten über durchgeführte Aktionen, die den hier ausgeführten Ansatz verfolgen, durchsucht.

Gemessen an der o.a. Bedeutung kommunaler Gesundheitsförderung klafft zwischen Theorie und praktischer Umsetzung eine große

Lücke. Man ist verleitet, Andersons Warnung vor dem Mißverhältnis zwischen Rhetorik und Realität von 1984 auch noch heute als zutreffend anzuerkennen: »Gesundheitsförderung wird nunmehr auch von den ... Regierungen ... als Schwerpunktbereich für die Zukunft angesehen. Bis jetzt hat jedoch die rhetorische und politische Attraktivität dieses Begriffes noch keine Entsprechung in den Ressourcen, Unterstützungsmaßnahmen und Richtlinien für die Praxis gefunden.« (Anderson 1984) Der weitaus größte Teil der Aktivitäten des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) besteht aus Maßnahmen, deren inhaltliche Dimension nach Hurrelmanns Klassifikation vorwiegend auf Verhaltensmodifikationen abhebt. In einer Befragung von Gesundheitsämtern in Nordrhein-Westfalen über Arbeitsgemeinschaften zur Gesundheitsförderung (im Rahmen oder unter Beteiligung des ÖGD, Werse et.al. 1990) antworteten 81 % der bestehenden Arbeitsgemeinschaften, daß sie Aktionen planen und durchführen. Davon hatten mehr als zwei Drittel primär informationsvermittelnden Charakter bzw. konzentrierten sich auf die Orientierung an einzelnen Risiken und Verhaltensanweisungen. In weniger als einem Viertel der Aktionen wurde die primäre Orientierung auf Informationsvermittlung durch Ansätze aktiven Eingreifens ergänzt.⁵ Veröffentlichungen über vom öffentlichen Gesundheitsdienst initiierte Konzepte oder Strategien für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen mit dem oben entwickelten Gesundheitsförderungsbegriff waren nicht zu finden. Von den Berichten über Ansätze oder Aktionen anderer Träger lassen sich nur sehr wenige unter den hier verwendeten Gesundheitsförderungsbegriff einordnen.

4.1 Die Berücksichtigung sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen in kommunalen und anderen Konzepten

Hier wurden zwei Projekte wegen ihrer Ansätze bzw. Ergebnisse exemplarisch ausgewählt, die beide primär auf Verhaltensmodifikationen orientieren. Innerhalb ihres Ansatzes beinhalten sie jedoch auch die Möglichkeit, daß sich kollektive Prozesse auf sozialer Ebene entwickeln, aus denen heraus die Frage nach der Veränderbarkeit sozioökonomischer Rahmenbedingungen gestellt werden kann.

Das erste, ein im Freiburger Stadtteil Weingarten über mehrere Jahre hinweg laufendes Projekt, wurde von der Kommune initiiert und unter Beteiligung der baden-württembergischen Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung durchgeführt (Göttsching 1990). Der Stadtteil zeichnet sich durch eine quer durch alle

Schichten gemischte Bevölkerungsstruktur und einem überproportional hohen Anteil von Jugendlichen und Alleinerziehenden aus. Die Beteiligung der Bevölkerung und lokaler Akteure erfolgte auf freiwilliger Basis; Ziele waren vor allem Einsicht und Verantwortungsgefühl für die eigene Gesundheit und die anderer zu gewinnen und Gesundheitsrisiken durch verschiedene Einzelaktionen abzubauen. Als soziales Ziel wurde die Verbesserung des Kontakts auf verschiedenen Ebenen im Nahraum des Stadtteils angestrebt, d. h. in Familie, Nachbarschaft, Schule, Verein, Betrieb; Kontakte zwischen ausländischen und deutschen BewohnerInnen wurden ausdrücklich mit einbezogen. Die Umsetzung erfolgte in drei Phasen: Nach einer Planungs- und Informationsphase, in der die Wünsche und Bedürfnisse der BewohnerInnen erhoben wurden, folgte eine Motivations- und Aktionsphase unter Einbeziehung von Professionellen und der BürgerInnen des Stadtteils; im Anschluß daran sollten »nach Einübung bestimmter gesundheitlicher Verhaltensweisen« (Göttsching 1990) die Aktionen unter Rückzug des Projektteams von den Betroffenen in Eigenregie fortgeführt werden. Worin die bestimmten gesundheitlichen Verhaltensweisen im einzelnen bestanden, läßt sich dem Artikel nicht entnehmen, es ist jedoch wahrscheinlich, daß sie den Betroffenen von Experten vorgegeben wurden. Dies vor allem deswegen, da zwar bei der Umsetzung von Aktionen und Programmen immer wieder auf die Rückkopplung zu den beteiligten BürgerInnen hingewiesen wird, die konkreten gesundheitlichen Verhaltensweisen bzw. die Umstände ihrer Entstehung und Entwicklung dabei jedoch mit keinem Wort erwähnt werden. Ebenso wenig ist beschrieben, mit welchen Themen oder konkreten Problemstellungen sich denn nun die gemeinsam initiierten und von den BewohnerInnen in Eigenregie weiterzuführenden Aktionen befaßten. Die einzige, in einem Nebensatz erwähnte Maßnahme sind Streßabbau-Seminare für Kindergärtnerinnen. Berücksichtigt man die Trägerschaft dieses Projekts, so erscheint es nicht allzu gewagt, wenn man den Schwerpunkt der Aktivitäten eher im traditionellen Bereich des verhaltensmodifizierenden Ansatzes vermutet. Im großen und ganzen wurde das Projekt als gelungen beurteilt, die Aktivitäten wurden von einer auf Betreiben der Bevölkerung entstandenen »Plattform« mit einem Stadtteilbüro und einer Erwachsenenbegegnungsstätte weitergeführt. Seine Grenzen lagen in der Erreichbarkeit der Klientel. Es wurde weniger die »Gesamtbevölkerung an der Basis« erreicht, sondern vor allem diejenigen, die sich schon in Vereinen oder Initiativen zusammengeschlossen

hatten. Ausnahmen davon wurden bei Veranstaltungen zu konkreten sozialen Problemen oder zum Umweltbereich beobachtet. Der größte Teil der TeilnehmerInnen oder Aktiven entstammte der »Mittelschicht der Bevölkerung« (Göttsching 1990). Über die Erreichung des angestrebten sozialen Ziels wurde in Göttschings Artikel nichts berichtet. Die im Lauf des Projekts geschaffene Plattform läßt jedoch den Schluß zu, daß hier Raum für Kommunikation geschaffen wurde, aus dem heraus kollektive soziale Bewältigungsprozesse entstehen können.

Auch das zweite Beispiel ist primär gesundheitspädagogischen Charakters. Eine private, als gemeinnütziger Verein organisierte sozialpolitische Initiative bietet in einem (sozial benachteiligten) Duisburger Stadtteil Kurse, Workshops und Beratung vor allem für »Angehörige der Unterschicht und sozial Benachteiligte« an (Frick-Baer und Baer 1989). Die Initiative versucht, »gesundheitsfördernde Angebote ohne Moral« zu präsentieren, da die bisherigen präventiven Angebote vor allem eine kleine Minderheit von »vernunftorientierten Menschen mit relativ rigiden Selbstkontrollmechanismen« ansprechen. Statt der Vorgabe gesundheitsgerechten Verhaltens soll »ausprobiert« werden, welche Verhaltensweisen und Umgehensformen mit dem eigenen Körper den betreffenden Menschen »Spaß« machen und gleichzeitig der Gesundheit förderlich sind. Ihr Verhältnis zum eigenen Körper soll bewußter gestaltet werden, so daß der Körper nicht nur als Werkzeug gesehen wird. Die Umsetzung dieses Anspruchs erfolgt vorwiegend durch Kursangebote, wie z.B. Tanz, Bewegung, Gymnastik, aber auch durch bewegungs- und gesprächstherapeutische Gruppen. Zusätzlich existiert eine Cafeteria als potentieller Kommunikationsort. Der sich hier abzeichnende Schwerpunkt der Förderung individueller, psychischer und physischer Bewältigungsprozesse kann dann problematisch werden, wenn bei der Betonung der Eigenverantwortung der Klientel für die Vermeidung und Behandlung ihrer Krankheiten deren gesellschaftliche Bedingungen und objektiven Möglichkeiten ausgeblendet werden. Durch die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, Initiativen und Institutionen im Stadtteil, auch zu Themen wie Bekämpfung der Jugendarbeitslosigkeit u.ä., scheint einer solchen Entwicklung jedoch entgegengewirkt zu werden. Für den Zweck dieser Arbeit ist jedoch der (im Gegensatz zum oben vorgestellten Freiburger Projekt) relativ hohe Akzeptanzgrad der Zielgruppe interessant. Die 200 bis 500 Menschen, die die Angebote des Projekts wöchentlich nutzen, stellen einen Querschnitt durch die Bevölkerungsstruktur

des Duisburger Nordens dar, hinsichtlich der Geschlechter überwiegen Frauen, die Altersgruppen sind gemischt, mit einem leichten Übergewicht bei den 40- bis 60jährigen.

Zusammenfassend zeigt sich, daß die Akzeptanz primär verhaltensmodifizierender Konzepte mit der Offenheit des Herangehens an die Betroffenen wächst. Für Angehörige unterer sozialer Schichten scheint gerade die Möglichkeit, eigene Vorstellungen und gesunde Verhaltensweisen entwickeln zu können, statt Lebensmodelle der Mittelschicht aufgedrängt zu bekommen, eine wichtige Rolle bei der Wahrnehmung dieser Angebote zu spielen. Nicht vernachlässigt werden darf dabei das Wissen um die Begrenztheit individueller Verhaltensänderungen (selbst wenn diese aus freien Stücken erfolgen) durch sozioökonomische Bedingungen. Hier bieten die in beiden Beispielen implizit angelegten Möglichkeiten des Zusammentreffens von Menschen in ähnlichen Lebenslagen die Chance, daß sich hier kollektive Bewältigungsstrategien herausbilden.

4.2 Konzepte für Kinder, vor allem von sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen

Die bereits in den vorhergehenden Abschnitten zu beobachtende Schwerpunktsetzung der beschriebenen Aktionen auf primär verhaltensmodifizierende Ansätze findet hier seine Fortsetzung. Es war nicht möglich, Beispiele für kommunale Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu finden, deren Zielgruppe die Kinder sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen sind. Daher wird auch hier auf Praxisbeispiele aus dem Grenzbereich zur primär auf Verhaltensmodifizierung orientierten Gesundheitserziehung ausgewichen.

Um das Dilemma dieses Ansatzes noch einmal zu verdeutlichen, eignet sich ein Beispiel aus der schulischen Arbeit. Unter dem Titel »Gemeindeorientierte Gesundheitsförderung in einem Großstadt-Vorort – Beispiel eines schulisch orientierten Ansatzes« beschreibt eine Ärztin des Gesundheits- und Umweltamtes Hamburg-Bergedorf eine Aktion ihres Amtes in mehreren Schulen dieses Stadtteils (Petersen 1990). Die Aktion bezog sich auf das Ernährungsverhalten der SchülerInnen, wurde mit einer Fragebogenaktion zu eben diesem Thema eingeleitet und durch Veranstaltungen mit LehrerInnen, Eltern, Presse, ÄrztInnen u.a. fortgeführt. Sie führte dazu, daß an einigen Schulen das Angebot der Pausenkioske umgestellt wurde bzw. in 80 % aller Klassen an einigen Tagen im Schuljahr ein gemeinsames Klassenfrühstück durchgeführt wird. Der Ansatz dieser

Aktion, falsches Ernährungsverhalten als Risikofaktor, das durch Information und Motivation verändert werden soll, kann als »klassisch verhaltensbezogen« charakterisiert werden. Dies wird durch einige abgedruckte Reaktionen von Eltern und LehrerInnen bestärkt, die u.a. kritisierten, daß keine »speziellen« Ernährungsschemata (Verhaltensvorgaben) propagiert wurden. Der aus den Ergebnissen der Aktion heraus entstandene Versuch, zumindest an einigen Tagen pro Schuljahr den »Druck der Verhältnisse«, zu verringern und Freiraum für ein gemeinsames Frühstück zu schaffen, läßt bei genauem Hinsehen aber einen »Hauch von Veränderbarkeit der Verhältnisse« erkennen, der über die bloße Verhaltensmodifikation hinausweist. Mit Blick auf das Fazit des vorhergehenden Abschnitts bietet sich hier die Chance, daß sich die SchülerInnen das Ritual »Frühstück« als Raum für gemeinsames Erleben von gesundheitsbezogenem Verhalten, das Spaß macht und über die Aufnahme von Nahrung hinaus kommunikative Prozesse beinhaltet, aneignen. Dabei besteht die Möglichkeit, daß die SchülerInnen Rahmenbedingungen ihrer Lebensrealität, zumindest soweit sie ihre Schulrealität betreffen (Stundenplangestaltung), als grundsätzlich veränderbar erfahren. Ob diese Erfahrungen und das dabei entstehende Verständnis von gesundheitsbezogenem Verhalten den dafür notwendigen Raum auch in den außerschulischen Verhältnissen finden, bleibt offen. Gerade die sozioökonomischen, außerschulischen Verhältnisse von Kindern sozial benachteiligter Eltern stehen dieser Weiterentwicklung oft entgegen.

An der Gestaltung genau dieser außerschulischen bzw. außerhalb der Lehre und Arbeitswelt liegenden Verhältnissen wird im zweiten Beispiel angeknüpft. Hier geht es um »stadtteilbezogene Gesundheitsförderung mit Jugendlichen«, die von der örtlichen AOK in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt und anderen Anbietern durchgeführt wird (Okon 1992). Ort der Handlung ist eine »Schlafstadt« am Rande des Ruhrgebietes ohne entsprechende Infrastruktur für Jugendliche. Ziel der Aktion ist die Förderung sportlich-kreativer Kompetenzen bei den Jugendlichen, erreicht werden soll dies durch »Gesundheitstage«, d.h. Wochenendveranstaltungen, auf denen Workshops zu verschiedenen Aspekten des Themas angeboten werden. Wichtig ist hierbei, daß zum einen die Überführung der Workshops in kontinuierliche Veranstaltungen der beteiligten Jugendlichen (bei deren Interesse) bereits vorher sichergestellt ist und zum anderen die Nutzungsentgelte bewußt niedrig gehalten sind bzw. für die bei ihr versicherten Jugendlichen von der AOK übernommen

werden. Zwar zielt auch dieser Ansatz primär auf das Verhalten der Jugendlichen im Freizeit- und Konsumbereich, durch die Gestaltung des »Angebots«, das von seinen NutzerInnen maßgeblich beeinflusst werden kann, können jedoch auch die Rahmenbedingungen, in denen in diesem Stadtteil das Freizeiterleben Jugendlicher abläuft, verändert werden. Die Resonanz der Aktionen wird als gut beschrieben, viele Kursangebote waren ausgebucht. Durch Presseberichte wurde das Projekt über die eigentliche Zielgruppe hinaus verbreitet, es kam zu Initialzündungen von Aktivitäten anderer Organisationen, die ebenfalls das Thema Gesundheit aufgriffen. Bei diesem Projekt zeigten sich auch Probleme, die über die bisher beschriebenen hinausgingen. So berichtet der Autor z.B. von Schwierigkeiten bei der Integration ausländischer (moslemischer) Mädchen, die nur nach persönlicher Intervention und Garantie durch die beteiligten MitarbeiterInnen (für die Abschirmung gegenüber Jungen) an den Veranstaltungen teilnehmen durften.

Ähnliche Schwierigkeiten beschreibt auch Hildebrandt, dessen Projekt auf einem Abenteuerspielplatz in Frankfurt vom Ansatz her über die Verhaltensmodifikation hinaus auf die Förderung sozialer Prozesse gerichtet war (Hildebrandt 1987). Die Absicht, Kindern durch die Möglichkeit freier Entwicklung ihrer Ideen und Fähigkeiten die Gelegenheit zu geben, die Beziehung zu ihrem Körper und ihrem Handeln so zu gestalten, daß sie von sich aus vermeiden, was ihnen gesundheitlich schadet, fand ihre Grenzen in den Verhältnissen außerhalb des Spielplatzes. Sowohl kulturelle Eigenarten der Eltern (vor allem wenn die Eltern Einwanderer oder Gastarbeiter der ersten Generation waren; aber auch ein grundsätzlich mechanistisches Gesundheitsverständnis deutscher Eltern) als auch ökonomische Rahmenbedingungen (bei Alleinerziehenden, aber auch bei Wegzug der Familie wegen Arbeitsplatzwechsel des Hauptverdienenden) standen in vielen Fällen einer kontinuierlichen Umsetzung und Weiterentwicklung der auf dem Abenteuerspielplatz angeeigneten Kompetenzen im Weg.

Der sich im vorangegangenen Abschnitt abzeichnende Trend, daß gesundheitserzieherische Maßnahmen um so eher angenommen werden, umso mehr Freiraum zur Entwicklung eigener Vorstellungen sie der Zielgruppe lassen, setzt sich für die hier beschriebenen Beispiele von Gesundheitsförderung für Kinder im Grenzbereich zwischen verhaltens- und verhältnisbezogenen Konzepten fort. Doch auch hier setzen die sozioökonomischen Rahmenbedingungen die Grenzen der Möglichkeiten, wenn auch in den meisten Fällen

vermittelt durch die Lebensbedingungen der Eltern oder anderer Erziehungsberechtigter. Einem sehr weit gefaßten Gesundheitsbegriff kann zudem das Unverständnis der Erziehungsberechtigten entgegenstehen, die in ihrer eigenen Sozialisation mit einem sehr statischen, mechanistischen Gesundheitsbegriff konfrontiert wurden und bislang keine Gelegenheit hatten, diesen zu reflektieren.

4.3 Gesundheitsförderung im Rahmen einer »sozialen Großstadtstrategie«

Das einzige Beispiel, in dem sich ein kommunales Konzept sehr stark an die in Abschnitt zwei formulierten Anforderungen an Gesundheitsförderung annähert, steht nicht unter dem Obertitel »Gesundheitsförderung«. Es handelt sich dabei um das vom Hamburger Senat propagierte Programm der »Sozialen Großstadtstrategie« (Bürgerschaft Hamburg 1991, 1992; SPD-Fraktion 1992). Dieses in Hamburg nicht unumstrittene Programm⁶ beinhaltet in seiner theoretischen Konzeption mehr in Richtung »Gesundheitsförderung« weisende Inhalte als viele der hier vorgestellten Beispiele. Mit Maßnahmen, die an den sozialen und ökologischen Bestimmungsfaktoren der Lebenslage und den umweltbedingten Risiken und Belastungen für die Persönlichkeitsentwicklung ansetzen und Raum für Bewältigungsprozesse schaffen, soll der Armutsentwicklung und dem Trend zur Polarisierung bestimmter Wohngebiete entgegen gesteuert werden. Im einzelnen besteht das Programm aus

- a) haushaltswirksamen Prioritätsentscheidungen für alle Bezirke;
- b) speziellen Modellversuchen für besonders belastete Viertel;
- c) Einführung einer Sozialberichterstattung und
- d) organisatorischen Maßnahmen der Verwaltung (Schütte 1993).

Die Maßnahmen im Rahmen der Modellversuche sollen sich unter anderem auf die bauliche Situation, das Wohnumfeld und die allgemeine Infrastruktur, die Beruhigung der Verkehrsverhältnisse, die wirtschaftliche und soziale Stabilisierung von Familien, die Wiederherstellung sozialer Netzwerke und die Verbesserung der Entwicklungschancen von Kindern und Jugendlichen richten. Ziel des Programms ist es, der Bevölkerung die Teilhabe an der wirtschaftlichen, kulturellen und politischen Entwicklung (wieder) zu ermöglichen. Dazu ist es beabsichtigt, vorhandene BewohnerInneninitiativen zu unterstützen und kulturelle Angebote sowie kreative Freiräume zugänglich zu machen. Dies würde sich mit den Forderungen der Ottawa-Charta, nach der ein hohes Maß an Selbstbestimmung

der einzelnen Menschen für die Stärkung ihrer Gesundheit unabdingbar ist, decken. Durch die mögliche Einbindung von FachbehördenvertreterInnen in die auf Verwaltungsseite gebildete Koordinations- und Arbeitsgruppe wäre eine Einflußmöglichkeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Sinn der hier vorgestellten Überlegungen gegeben. Bislang scheint sich jedoch auf dieser Ebene nichts entwickelt zu haben, was in Richtung »Gesundheitsförderung als Querschnittsfunktion« in Politik und Administration interpretierbar wäre. Dafür wird vom Gesundheits- und Umweltamt des Bezirks Hamburg-Nord ein Pilotprojekt zur kontinuierlichen Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche in einem betroffenen Wohnviertel durchgeführt.⁷ Die Ansätze für dieses Pilotprojekt, das als Modell für alle Hamburger Gesundheitsämter dienen soll, bestanden bereits vor Implementierung des Programms »sozialen Großstadtstrategie«, durch die im Rahmen des Programms zur Verfügung gestellten Mittel war es jedoch erst möglich, diese Arbeit von immer weiter gekürzten AB-Maßnahmen unabhängig zu machen. Zielgruppe des Projekts sind Kinder und Jugendliche von 0 bis 16 Jahren und ihre Eltern, die mit verschiedenen Einzelprojekten angesprochen werden sollen. Das Spektrum reicht von niedrigschwelliger, nachgehender Mütterberatung mit dem Aufbau von Mutter-Kindgruppen, Beratungsarbeit zum Problemfeld Gewalt gegen Kinder, Angebote zur Selbsthilfe bei Ernährungsproblemen von Kindern (Kinderkochkurs z.B. für Schlüsselkinder) bis hin zur Möglichkeit, daß sich Jugendliche in Zusammenarbeit mit der Umweltberatung einen Grünzug im Quartier selbst als Erlebnisraum gestalten. Dabei soll eng mit den vor Ort befindlichen Initiativen und Einrichtungen zusammengearbeitet werden. Wichtig ist den OrganisatorInnen des Projekts dabei, daß es nicht darum geht, in Konkurrenz zu den bestehenden Initiativen und Einrichtungen pauschal weitere Angebote im Stadtteil zu installieren. Die Arbeit des Pilotprojekts soll gezielt die Menschen im Stadtteil erreichen, deren soziale Kompetenz erst noch der Förderung bedarf, um an herkömmlichen Selbsthilfeansätzen zu partizipieren. Betroffene Kinder, Jugendliche und ihre Eltern sollen in die Lage versetzt werden, sich selbst zu organisieren und an den bestehenden Gruppen mitwirken zu können. Um nicht in Gefahr zu laufen, vorgefertigte Lösungen überzustülpen, ist das Projekt bewußt als offener Prozeß angelegt, der durch die Mitwirkung der Zielgruppe und der Einrichtungen und Initiativen im Stadtteil gestaltet werden kann. Nachdem vor kurzem ein Büro vor Ort bezogen werden konnte, befindet sich das

Projekt derzeit in der Phase der Annäherung an die Initiativen und Einrichtungen im Quartier.

Herauszuheben ist bei diesem Ansatz, daß er gezielt auf eine Gruppe abhebt, die bei den bisher beschriebenen Aktionen in der Regel ausgeschlossen war: Menschen, die vor allem wegen ihrer Sozialisation, aber auch aus anderen Gründen nicht durch die übliche Form der Ansprache und Werbung für gesundheitsfördernde Maßnahmen zu erreichen sind. Der Kontakt zu ihnen soll über niedrigschwellige, nachgehende oder aufsuchende Angebote unter anderem im Rahmen der Mütterberatung des ÖGD hergestellt und durch Anregungen zu aktiver Mitarbeit vertieft werden, mit dem Ziel, die soziale Kompetenz der Betroffenen soweit zu fördern, daß Selbsthilfe (d.h. die Initiierung kollektiver Bewältigungsprozesse durch die Betroffenen selbst) möglich wird. Um dieses Ziel zu erreichen, ist sowohl von den MitarbeiterInnen »vor Ort« als auch seitens der Administration ein hohes Maß an Sensibilität erforderlich. Die durch die Förderung der Persönlichkeitsstruktur bei den Betroffenen erreichte Fähigkeit, individuelle und kollektive Bewältigungsprozessen zu initiieren, darf nicht durch zu enge oder schichtspezifische Zielvorgaben auf ein bestimmtes Bild hin beeinflusst werden. Die Reaktion der in einem sozialen Brennpunkt in der Regel mit involvierten behördlichen Sozialverwaltung im weiteren Sinne (Sozialamt, Wohnungsämter, Jugendamt usw.) auf die zu erwartenden Zielkonflikte zwischen Betroffenen und Professionellen muß hier eher durch sozial-emanzipative Unterstützung, als durch administrative Repression gekennzeichnet sein (vgl. Trube 1991).

5. Zusammenfassung

Es wurde die These aufgestellt, daß Konzepte zur Gesundheitsförderung für Kinder in sozial benachteiligten Lebenslagen einen Schwerpunkt gesundheitsfördernder wie armutsbekämpfender Politik darstellen müßten. Diese Konzepte hätten quartiersbezogen zu sein und sich auf den in der Ottawa-Charta niedergelegten Gesundheitsförderungsbegriff zu beziehen. Ihre Durchführung bzw. Planung könnte durch den öffentlichen Gesundheitsdienst erfolgen. Dieser böte die Möglichkeit, verschiedene Akteure zu integrieren, eine seiner Aufgaben könne das anwaltschaftliche Tätigwerden für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen sein. Zwar konnte ein explizites (theoretisches) Konzept für Gesundheitsförderung von Kindern in sozial schwachen Regionen nicht gefunden werden, es bestanden jedoch

noch Möglichkeiten für die Politik, in diese Richtung tätig zu werden. Die Antwort auf die Frage nach dem Stellenwert und der praktischen Bedeutung kommunaler gesundheitsfördernden Maßnahmen für Kinder in sozial benachteiligten Stadtteilen dar ist ernüchternd. Wie in Abschnitt vier dargestellt, tendierten alle Beispiele eher zu primär verhaltensmodifizierender Gesundheitserziehung, d.h. sie versuchten, hauptsächlich mit der Beeinflussung individuellen Verhaltens den Gesundheitsstatus der Betroffenen zu verbessern, ohne deren sozioökonomische Lebenslage explizit zu berücksichtigen. Nach genauerer Betrachtung zeigte sich, daß in einigen Beispielen die sozioökonomischen Rahmenbedingungen zumindest teilweise mitgedacht waren, bzw. die Ergebnisse einer Aktion die dafür Verantwortlichen auf die Vernachlässigung dieser Rahmenbedingungen hin»stießen«.

Die angeführten Beispiele beziehen sich zwar vor allem auf Aktionen und Programme mit primär verhaltensmodifizierendem Ansatz, trotzdem lassen sich aus den Ergebnissen und Problemen dieser Programme Folgerungen für darüber hinausreichende gesundheitsfördernde Konzepte ableiten. Hinsichtlich des Akzeptanzgrades von Maßnahmen zeigt sich deutlich, daß dieser mit zunehmender Selbstbestimmungsmöglichkeit durch die Adressaten steigt. Dies gilt auch für die Zielgruppe »Kinder«, wenn auch teilweise andere Formen nötig sind, um sie zu erreichen. Auf keinen Fall dürfen die sozioökonomischen Rahmenbedingungen vernachlässigt werden, bei Kindern ist die Situation ihrer Eltern oder sonstigen Erziehungsberechtigten ausschlaggebend für ihre eigene sozioökonomische Situation. Gesundheitsvorstellungen der Erziehungsberechtigten prägen die der Kinder. Gesundheitsförderung für Kinder, vor allem von sozial benachteiligten Eltern, muß daher immer auch Gesundheitsförderung der Eltern sein! Die Möglichkeiten, die der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) hat, in diesem Sinne tätig zu werden, sollten nicht unterschätzt werden.

Die in Hamburg propagierte »soziale Großstadtstrategie« beinhaltet zwar in ihrer theoretischen Konzeption die Forderungen nach einer positiven Diskriminierung sozial Benachteiligter, der Beeinflussung von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und den kollektiven Charakter, die implizit beinhalteten Gesundheitsförderungseffekte scheinen jedoch noch nicht ausreichend thematisiert zu werden. Hoffnungsvoll stellt sich hier das Pilotprojekt des Gesundheits- und Umweltamtes Hamburg-Nord dar, dessen Zielgruppe in allen anderen in diesem Artikel vorgestellten Beispielen vernachlässigt

wurde. Es wird sich zeigen, ob dieses Pilotprojekt in der Umsetzung seinen Ansprüchen gerecht wird.

Korrespondenzadresse

Robert W. Fink c/o Reuter, Bismarckstraße 64, D-20253 Hamburg

Anmerkungen

- 1 »Umfassendes politisches Konzept« in dem Sinne, daß im Gegensatz zur vorherrschenden kompensatorischen Sozialpolitik, die sich darauf beschränkt, eingetretene Risiken und Probleme nachträglich auszugleichen, hier alle Politikbereiche von Gesundheitsförderung durchdrungen werden sollen und eine ursachenorientierte Begrenzung der Gefährdung angestrebt wird.
- 2 Vorausgesetzt, die mit der Umsetzung befaßten MitarbeiterInnen der Administration verfügen über ein entsprechend hohes Reflexionsvermögen, schließlich sind sie selbst in der Regel Angehörige der Mittelschicht.
- 3 Die vorherrschende Orientierung US-amerikanischer Gesundheitsförderungsprogramme ist der sogenannte »Lebensstilbezug«. In diesem Konzept wird die Art und Weise der Bewältigung von an das Individuum herangetragenen Anforderungen (der »Lebensstil«), auf risikobehaftete Verhaltensweisen hin durchleuchtet, die zu Krankheit oder vorzeitigem Tod führen können (wie z.B. Rauchen, Alkoholgenuß, Bewegungsarmut, Ernährungsverhalten, Umgang mit Streß u.ä.). An diesen Verhaltensweisen setzen die Gesundheitsförderungsprogramme an, die durch Information und Anreize zur Verhaltensmodifikationen die Individuen hin zu einer risikoärmeren Bewältigung des täglichen Lebens führen sollen. Bewältigungsprozesse sollen hier vor allem auf der psychischen Ebene initiiert werden, um Risiken und Belastungen handhabbar zu machen. Bestimmungsfaktoren der Lebenslage oder Rahmenbedingungen bzw. ihre Veränderbarkeit durch soziale Prozesse sind nicht Inhalt dieser Programme, da ihnen ein anderes Gesundheitsverständnis zugrunde liegt, als es in Abschnitt zwei dieser Arbeit in entwickelt wurde. Vgl. zur Rolle des Lebensstilansatzes in der neueren sozialepidemiologischen Forschung Hradil 1994, Pientka 1994, zur Kritik Kühn 1993, 118ff.
- 4 Dabei handelte es sich um folgende Zeitschriften: »Zeitschrift für Präventivmedizin und Gesundheitsförderung«, »Prävention«, und »Das öffentliche Gesundheitswesen« bzw. ab 1992 deren Nachfolgerin »Das Gesundheitswesen«.
- 5 Soweit man Projekte, wie das der Erstellung eines Präventionsführers, der auch als Schritt in Richtung kontinuierlicher Bedarfs- oder Angebotsplanung verstanden werden kann, unter »aktivem Eingreifen« subsumiert.
- 6 Die Skepsis beruht zu einem guten Teil auf den Umständen, daß das Programm als politische Entlastungsaktion eingeschätzt wird, mit der nach zurückgehender Wahlbeteiligung und innenpolitischen Imageverlusten Handlungsfähigkeit und Bürgernähe demonstriert werden soll. Es wird befürchtet, daß das Programm mit nachlassenden Druck auf die Politik zurückgenommen werden könnte. Weiter wird kritisiert, daß übergeordnete Zielkriterien fehlen, daß die Frage, wie die Stadtteile und ihre BewohnerInnen künftig stärker in Planungen und Entscheidungen eingebunden werden können, umgangen wird und daß die zentralistische

Entscheidungsstruktur der hamburgischen Verwaltung der Umsetzung des an sich begrüßenswerten Ansatzes entgegensteht. Vgl. Schütte 1993.

- 7 Die folgenden Informationen beruhen auf einem Gespräch, das am 18. März 1994 im Gesundheits- und Umweltamt Hamburg-Nord mit der Amtsärztin Frau Dr. A. Nielsen und ihren MitarbeiterInnen Frau Mlitz und Herrn Sellhusen geführt wurde. Das Pilotprojekt wird im Mai auf dem Kongreß des Bundesverbandes der Ärzte des ÖGD in Hamburg vorgestellt, dessen Verhandlungen voraussichtlich in einer Sondernummer der Zeitschrift »Das Gesundheitswesen« publiziert werden.

Literaturverzeichnis

- Anderson R (1984): Gesundheitsförderung. Ein Überblick. Österr. Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz, Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung, Bd. 6, Wien; zitiert nach Franzkowiak P, Wenzel E (1990), a.a.O., 30
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BzgA] (Hg.) (1992): Gesundheitsförderung auf kommunaler bzw. Kreisebene als Aufgabe der Gesundheitsämter. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Drucksache 14 / 850 (1991): Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft. Haushaltsplan-Entwurf der Freien und Hansestadt Hamburg für das Haushaltsjahr 1992 und Finanzplan 1991 bis 1995. Anlage 3: Bericht über Maßnahmen zur Verbesserung der Stadtteilentwicklung
- Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Drucksache 14 / 2552 (1992): Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft. Fortschreibung des »Berichts über Maßnahmen zur Verbesserung der Stadtteilentwicklung«
- Enquete-Kommission (1990): Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung: Endbericht der Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages. Dt. Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Bonn
- Franzkowiak P, Wenzel E (1990): Gesundheitsförderung. Karriere und Konsequenzen eines Trendbegriffs. Psychosozial Jg. 12, 30-42
- Frick-Baer G, Baer U (1989): Das Gesundheits- und Bewegungszentrum Duisburg Nord. Ein gemeinwesenorientiertes Projekt integrativen Gesundheit-Erlebens. Prävention Jg. 12, 85-88
- Göttsching C (1990): Grenzen von Gesundheitsvorsorge und Gesundheitserziehung. Das öffentliche Gesundheitswesen, Jg. 52, 361-367
- Hildebrandt H, Trojan A (Hg.) (1987): Gesündere Städte - kommunale Gesundheitsförderung. Sozialwissenschaften und Gesundheit e.V., Hamburg
- Hildebrandt H (1987): Lust am Leben - Gesundheitsförderung mit Jugendlichen. Brandes u. Apsel, Frankfurt am Main
- Hradil S (1994): Neuerungen der Ungleichheitsanalyse und die Programmatik künftiger Sozialepidemiologie. In: Mielck A (Hg.) (1994), a.a.O., 375-392
- Hurrelmann K (1990): Plädoyer für die Kooperation medizinischer und psychosozialer Dienste für Kinder und Jugendliche. Prävention Jg. 13, 115-122
- Kaufmann FX (1990): Gesundheitspolitik als Teil der Gesundheitswissenschaften. In: Laaser U, Wolters P, Kaufmann FX (Hg.) (1990): Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung. Springer, Berlin Heidelberg New York, 239-245

- Kühn, H (1993): Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U.S.A.. Ed. Sigma, Berlin
- Maschewsky W (1984): Sozialwissenschaftliche Ansätze der Krankheitserklärung. In: Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 10, Argument-Sonderband 119, 21-42
- Mielck A (Hg.) (1994): Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland. Leske und Budrich, Opladen
- Okon E (1992): Stadtteilbezogene Gesundheitsförderung mit Jugendlichen. Ein Erfahrungsbericht über drei Jahre gemeindenahe Präventionsarbeit. Prävention Jg. 15, 100-102
- Petersen C (1990): Gemeindeorientierte Gesundheitsförderung in einem Großstadt-Vorort. Prävention Jg. 13, 56-58
- Pientka L (1994): Gesundheitliche Ungleichheit und das Lebensstilkonzept. In: Mielck A (Hg.) (1994), a.a.O., 393-410
- Schmacke N (1990): Kommunale Gesundheitsförderung. Renaissance der Gesundheitsämter? Psychosozial Jg. 12, 55-62
- SPD-Fraktion der Hamburger Bürgerschaft (SPD) (1992): Konzept »Soziale Brennpunkte«. Abgedruckt in: Soziale Großstadtstrategie in Hamburg. Fachtagung 22./23. April 1993, Fachhochschule Hamburg, Fachbereich Sozialpädagogik, Tagungsmappe, Hamburg
- Schütte W (1993): Thesen zum Vortrag: Armutsentwicklung und »Soziale Großstadtstrategie« in Hamburg. Abgedruckt in: Soziale Großstadtstrategie in Hamburg. Fachtagung 22./23. April 1993, Fachhochschule Hamburg, Fachbereich Sozialpädagogik, Tagungsmappe, Hamburg
- Thiele W, Weber G, Kellerhof M (1992): Der öffentliche Gesundheitsdienst: Staatlicher Gutachterdienst oder Anwalt für die Gesundheit der Bevölkerung? In: Bieback KJ (Hg.) (1992): Das Gesundheits-Reformgesetz. Eine gescheiterte Reform der gesetzlichen Krankenversicherung?, Asgard, St. Augustin, 187-198
- Trojan A, Hildebrandt H (Hg.) (1990): Brücken zwischen Bürgern und Behörden. Innovative Strukturen für Gesundheitsförderung. Asgard, St. Augustin
- Trube A (1991): Vom administrativen Elend des sozialstaatlichen Postulats - Praxisprobleme behördlicher Sozialverwaltung vor Ort. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins, Heft 2/1991, 63-66
- Werse W, Murza G, Laaser U (1990): Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung in Nordrhein-Westfalen - Ergebnisse einer Wiederholungsbefragung bei den Gesundheitsämtern des Landes. In: Zeitschrift für Präventivmedizin und Gesundheitsförderung Jg. 2, 116-118
- World Health Organisation, Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association (1986): The Ottawa Charter for Health Promotion; in der autorisierten Übersetzung von Hildebrandt/Kickbusch. In: Hildebrandt H, Trojan A (Hg.) (1987): Gesundere Städte - kommunale Gesundheitsförderung. Sozialwissenschaften und Gesundheit e.V., Hamburg, 10-13
- Zenke K, Ludwig G (1985): Kinder arbeitsloser Eltern. In: Mitteilungen aus Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 2/85, 265-278