

Vortrag auf dem Fachtag „Kommunalen Herausforderungen strategisch begegnen“ – Gesundheitsförderung als integrierendes Gestaltungsprinzip“ - 24. November 2011, Weimar

**Einleitung:**

„Gesundheitsförderung bedeutet Strukturentwicklung“, diese Aussage möchte ich in meinem Vortrag begründen und aus dieser Begründung ein Fazit ableiten. Rolf Rosenbrock hat 1998 in einer Zwischenbilanz der Umsetzung der Ottawa-Charta und damit der Entwicklung der Gesundheitsförderung in Deutschland noch drei positive Beispiele der Umsetzung genannt: Aidsprävention, betriebliche Gesundheitsförderung und Akademisierung von Public Health.<sup>1</sup> Auch wenn die Umsetzung der Ottawa-Charta weiter langsam vorangeht und es zum Teil Rückschritte gibt: Es gibt mittlerweile mehr positive Beispiele, die zeigen, dass Gesundheitsförderung Strukturentwicklung nicht nur braucht, sondern auch bedeutet und damit bewirkt:

- das „Gesunde Städte Netzwerk“ mit 70 Mitgliedsstädten, auch die Stadt Erfurt gehört dazu,
- das Städtebauförderungsprogramm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – Soziale Stadt“ des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) und der Länder mit rund 600 Gebieten in 375 Gemeinden<sup>2</sup>, unter den Beispielen guter Praxis finden sich auch 22 Beispiele aus Thüringen, z.B. aus Erfurt, Jena, Gera und Sömmerda, die Kürzung der Bundesmittel für dieses Programm ist allerdings zugleich auch ein Rückschritt,
- der bundesweite Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ als gemeinsames Projekt von inzwischen über 50 Organisationen mit „regionalen Knoten“ in allen Bundesländern<sup>3</sup>, der „regionale Knoten“ in Thüringen wird durch die Agethur koordiniert,
- die über 2.600 Kommunen, die sich zur Erarbeitung einer „Lokalen Agenda 21“ entschlossen haben, darunter auch viele Kommunen in Thüringen,
- die regionalen und kommunalen „Gesundheitskonferenzen“ und „Runden Tische Gesundheit“, etwa der „Runde Tisch Gesundheit“ in Nordhausen in Thüringen,
- die fortschreitende Akademisierung und Professionalisierung der Gesundheitswissenschaften und die Modernisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes
- sowie viele stadtteil- oder gemeindebezogene Aktivitäten, Projekte und Initiativen, die aus den genannten Programmen heraus oder „von unten“, also bottom up durch zivilgesellschaftliches Engagement entstanden sind.

Diese Beispiele zeigen, dass Gesundheitsförderung als integrierendes Gestaltungsprinzip die Gesundheit und die Lebensqualität der Menschen verbessert. Da der Begriff „Gesundheit“ im Alltagsverständnis häufig noch mit „Abwesenheit von Krankheit“ gleichgesetzt wird, kombiniere ich ihn hier mit dem Begriff der „Lebensqualität“, die sich auf jeden Menschen beziehen kann, unabhängig davon, ob er jung oder alt ist oder mit einer Krankheit oder Behinderung lebt.

---

<sup>1</sup> Rosenbrock, R. (1998). Die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. <http://bibliothek.wzb.eu/pdf/1998/p98-201.pdf>

<sup>2</sup> Stand 2010, siehe <http://www.sozialestadt.de>

<sup>3</sup> <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>

Gesundheitsförderung bedeutet Strukturentwicklung. Strukturentwicklung bedeutet, Lebensbedingungen zu schaffen, die allen Menschen in einer Kommune nicht nur kurzfristig, sondern mittel- und langfristig größtmögliche Lebensqualität ermöglichen. Gesundheit und Lebensqualität sind ganzheitlich, umfassen unser körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden. Es geht daher nicht nur um Gesundheitsversorgung, sondern um Strukturen für Bildung, Wohnen, Arbeit, Mobilität, Familie, Freizeit, Engagement und Teilhabe. Diese Strukturentwicklung kostet Geld, die Strukturen sollten daher möglichst für viele Jahre das Leben der Bewohnerinnen und Bewohner verbessern. Allerdings müssen diese Strukturen auch flexibel sein. Die Kindertagesstätte muss zum Beispiel so gebaut werden, dass sie 20 Jahre später auch als Senioreneinrichtung nutzbar sein könnte. Dauerhafte und flexible Strukturen sind nachhaltig. Für die Entwicklung solcher Strukturen braucht die Kommune Vernetzung, Kooperation und Partizipation. Das erkennen die Kommunen auch immer mehr. Partizipation war zum Beispiel das Thema des 2. Kongress des Städtenetzwerks im Oktober in Berlin unter dem Motto „Vom Veto zum Votum: mehr Dialog für mehr Demokratie!“.

Gerade in Zeiten der Haushaltskonsolidierung mit einem sehr engen Handlungsspielraum der Kommunen besteht die Gefahr, dass jeder Sektor, jedes Ressort, jede Abteilung, aber auch jede Interessengruppe nur noch darauf schaut, was an eigenen Ressourcen erhalten werden kann. Das gemeinsame Ziel der Lebensqualität der Bürgerinnen und Bürger gerät dabei aus den Augen. Deshalb brauchen die Kommunen für ihre Strukturentwicklung ein integrierendes Gestaltungsprinzip. Und Gesundheitsförderung hat diese integrierende Funktion, denn sie hat das Wichtigste im Blick: Die dauerhafte Sicherung der Lebensqualität der Bürgerinnen und Bürger.

### **1. Gesundheitsförderung bedeutet Strukturentwicklung, weil sie die Lebensqualität der Menschen zum übergeordneten und integrierenden Ziel kommunaler Entwicklung macht.**

Gesundheit und Lebensqualität sind ein Ziel, das alle teilen können. Solche Ziele sind übergeordnete Ziele. Sie haben eine integrierende Funktion, denn alle wollen dieses Ziel erreichen und sind dadurch eher bereit, ihre Interessen für dieses gemeinsame Ziel zu verbinden. Dass wir Gesundheit und Lebensqualität heute als übergeordnetes Ziel begreifen, haben wir einer jahrzehntelangen Entwicklung der Gesundheitsförderung zu verdanken. Sie bringt uns heute zu der Erkenntnis, dass wir unsere Gesamtpolitik darauf ausrichten müssen, allen Menschen die gleichen Chancen auf Gesundheit und Lebensqualität in einer Kommune zu eröffnen und die kommunalen Strukturen dementsprechend zu entwickeln. Gesundheit und Lebensqualität sollten damit Hauptziel kommunaler Strukturentwicklung und eine Querschnittsaufgabe sein und nicht nur Hauptziel des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

„Der öffentliche Gesundheitsdienst fördert und schützt die Gesundheit der Menschen.“ So steht es in § 1, Absatz 1, Satz 1 der Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten im Freistaat Thüringen vom 08. August 1990, Fassung der Bekanntmachung vom 2. Oktober 1998.<sup>4</sup> Aber wenn Gesundheit und Lebensqualität unser gemeinsames Ziel sind, müssen wir sagen: **„Die Kommune fördert und schützt die Gesundheit und Lebensqualität der Menschen.“** Denn so formuliert hat dieser Satz viel mehr Adressaten und Verantwortliche und entspricht auch vielmehr der Ottawa-Charta.

---

<sup>4</sup> <http://landesrecht.thueringen.de/jportal/?quelle=jlink&query=GesDV+TH+%C2%A7+1&psml=bsthueprod.psml&max=true>

Denn in der Ottawa-Charta heißt es: „**Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess**, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. ... **Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen.**“<sup>5</sup>

Alle Politikbereiche müssen im Prozess der Gesundheitsförderung zusammenarbeiten. Das Prozesshafte ist dabei wesentlich. Auf der Basis von Gesundheitsberichterstattung werden Gesundheitsprobleme identifiziert und Gesundheitsziele entwickelt, dann Maßnahmen geplant, umgesetzt und evaluiert, Evaluationsergebnisse und neue Bedarfe werden in der Gesundheitsberichterstattung wieder aufgegriffen und so fort. Der Prozess selbst ist hier die Struktur, dauerhaft, flexibel und partizipativ, um auf sich wandelnden Bedarf zu reagieren und unterschiedliche Akteure zu vernetzen. „Runde Tische“, „Konferenzen“, „Foren“ oder „regionale Knoten“ sind solche Strukturen. Die Ottawa-Charta benennt auch die **Voraussetzungen für Gesundheit** wie z.B. angemessenes Wohnen, Bildung, Ernährung, Einkommen, politische und ökologische Stabilität, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit, und gibt **drei Leitprinzipien vor, um diese Voraussetzungen zu gewährleisten: Interessen vertreten, befähigen und ermöglichen, vermitteln und vernetzen.**

Und sie gibt uns **fünf Strategien zur Gesundheitsförderung**<sup>6</sup> an die Hand:

1. *Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln*, z.B. durch Gesetzesinitiativen, steuerliche Maßnahmen und organisatorisch-strukturelle Veränderungen.
2. *Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen*, z.B. durch Schutz der natürlichen und sozialen Umwelt und Schaffen guter Arbeits- und Lebensbedingungen.
3. *Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen* unterstützen, z.B. durch Stärkung von Nachbarschaften und Gemeinden, Unterstützung von Selbsthilfe und Mitbestimmung.
4. *Persönliche Kompetenzen entwickeln*, z.B. durch Unterstützung der Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten und Hilfen, um mit verschiedenen Lebensphasen und eventuellen chronischen Erkrankungen und Behinderungen umzugehen.
5. *Gesundheitsdienste neu organisieren*, z.B. durch Entwicklung eines Versorgungssystems, das auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist und Verbesserung der Kooperation zwischen dem Gesundheitssektor und anderen Bereichen.

Wir finden also mit der Gesundheitsförderung drei Elemente, die eine kommunale Gesamtpolitik für Strukturentwicklung braucht:

1. Ein gemeinsames Ziel: Gesundheit und Lebensqualität der Menschen erhalten und verbessern.
2. Drei Leitprinzipien für das politische Handeln auf dem Weg zu diesem Ziel: Interessen vertreten, befähigen und ermöglichen, vermitteln und vernetzen.
3. Fünf Hauptstrategien als Handlungsanleitungen, um das Ziel zu erreichen.

Diese Leitprinzipien und Strategien bieten eine weitere Begründung dafür, dass Gesundheitsförderung Strukturentwicklung bedeutet.

---

<sup>5</sup> Ottawa-Charta, 1986 auf der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO verabschiedet. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf)

<sup>6</sup> Beispiele zu den Strategien aus: Walter, H. (1997). Gesundheitsförderung in der Praxis. In Geiger, A., Kreuter, H. (Hrsg.) Handlungsfeld Gesundheitsförderung. 10 Jahre nach Ottawa. S. 93-101. Werbach-Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

## 2. Gesundheitsförderung bedeutet Strukturentwicklung, weil sie eine Orientierung bietet, wie die Kommune die Lebensqualität der Menschen erhalten und verbessern kann.

Hintergrund dafür, dass die genannten Leitprinzipien und Strategien der Gesundheitsförderung wirksam sind und der Kommune nachhaltig nutzen, ist die **enge Wechselbeziehung von Gesundheit und Entwicklung**.

Diese Wechselbeziehung und die Wirksamkeit der Leitprinzipien und Strategien zur Gesundheitsförderung und damit der Nutzen einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik für die Strukturentwicklung einer Kommune wurden wiederholt bestätigt, so in der Jakarta Erklärung, die 1997 auf der 4. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung verabschiedet wurde:

- Umfassende Ansätze zur Gesundheitsentwicklung sind am wirksamsten, d.h. eine Kombination aus den fünf Strategien der Ottawa-Charta.
- Mit dem Setting-Ansatz lassen sich diese umfassenden Ansätze bzw. Strategien besonders gut umsetzen, d.h. in Lebensbereichen ansetzen, in denen Menschen den größten Teil ihrer Zeit verbringen, z.B. in Städten, Gemeinden, Schulen, Betrieben.
- Das Einbeziehen der Bevölkerung ist für eine dauerhafte Umsetzung unerlässlich, d.h. die Menschen müssen im Mittelpunkt gesundheitsfördernder Entscheidungsprozesse und Maßnahmen stehen, damit diese wirksam werden können.
- Gesundheitslernen unterstützt diese Partizipation, d.h. der Zugang zu Bildung und Information ist unabdingbar, um bei Menschen und ihren sozialen Gruppen eine wirksame Beteiligung und Befähigung zur Wahrnehmung ihrer Gesundheitsinteressen zu erreichen.<sup>7</sup>

Auch das Aktionsprogramm der AGENDA 21, das von 180 Staaten auf der Konferenz für Umwelt und Entwicklung der Vereinten Nationen<sup>8</sup> in Rio de Janeiro 1992 verabschiedet und 2002 auf dem Weltgipfel für nachhaltige Entwicklung<sup>9</sup> in Johannesburg bestätigt wurde, betont die enge Wechselbeziehung zwischen Gesundheit und Entwicklung. Europa hat sich 1998 mit der Erklärung Gesundheit 21 / Strategie 21<sup>10</sup> als Europäische Region der Weltgesundheitsorganisation ein Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ gegeben. Dazu wurden 21 Einzelziele<sup>11</sup> festgelegt. Die Erklärung sieht **Gesundheit als fundamentales Menschenrecht** und fordert gesundheitliche Chancengleichheit, Partizipation und Rechenschaftspflicht über eine kontinuierliche gesundheitliche

---

<sup>7</sup>Aus: Hackmann, M. (2005). Gesundheitsförderung und Prävention. S. 17-66. In: Ursula Immenschuh, Jutta Scheele-Schäfer, Claudia Spahn (Hrsg.) (2005). Die Pflege gesunder und kranker Menschen. Band 2: Wissenschaftliche fundiertes Pflegehandeln bei ausgewählten Krankheitsbildern. 2., vollständig neu bearbeitete Auflage. Neu Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

<sup>8</sup> United Nations Conference on Environment and Development – UNCED

<sup>9</sup> World Summit on Sustainable Development – WSD

<sup>10</sup> [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/109761/EHFA5-G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/109761/EHFA5-G.pdf)

<sup>11</sup> Solidarität für die Gesundheit in der Europäischen Region; Gesundheitliche Chancengleichheit; Gesunder Lebensanfang; Gesundheit junger Menschen; Altern in Gesundheit; Verbesserung der psychischen Gesundheit; Verringerung übertragbarer Krankheiten; Verringerung nicht übertragbarer Krankheiten; Verringerung von auf Gewalteinwirkung und Unfällen zurückzuführenden Verletzungen; gesunde und sichere natürliche Umwelt; Gesünder leben; Verringerung der durch Alkohol; Drogen und Tabak verursachten Schäden; Settings zur Förderung von Gesundheit; Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit; integrierter Gesundheitssektor; Qualitätsbewusstes Management der Versorgung; Finanzierung des Gesundheitswesens und Ressourcenzuweisung; Qualifizierung von Fachkräften für gesundheitliche Aufgaben; Forschung und Wissen zur Förderung der Gesundheit; Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange; Konzepte und Strategien zur „Gesundheit für alle“.

Entwicklung auch von den Kommunen. Zu den Hauptstrategien<sup>12</sup>, um diese Ziele zu erreichen, gehören multisektorale Strategien und ein partizipatorischer Prozess der Gesundheitsentwicklung, der relevante Partner auf allen Ebenen einbezieht.

Bis zu diesem Punkt habe ich begründet, warum Gesundheitsförderung Strukturentwicklung bedeutet. Wir haben für diese Strukturentwicklung ein gemeinsames Ziel, Leitprinzipien und Handlungsstrategien. Wie kommt es dann, dass bei dieser Strukturentwicklung immer noch „eine Schnecke unterwegs ist“, wie Klaus-Peter Stender es formuliert, wenn er die Fortschritte im Bereich der Gesundheitsförderung und Strukturentwicklung beschreibt?<sup>13</sup>

Wir haben die Ottawa-Charta und ihre Bestätigungen, ein gemeinsames Ziel, Leitprinzipien und Handlungsstrategien, evaluierte Programme und Projekte, praxisbezogene Handlungsleitfäden, z.B. „Zusammenarbeit professionell gestalten – Praxisleitfaden für Gesundheitsförderung, Sozialarbeit und Umweltschutz“<sup>14</sup>, von Michael Janßen, Heiner Legewie und mir schon 1998 veröffentlicht und mit dem Berliner Gesundheitspreis ausgezeichnet, und weitere Anleitungen und Praxisbeispiele, die eine gute Basis für Vernetzung, Kooperation und Partizipation bieten.<sup>15</sup> Wir vermitteln die Bedeutung und Strategien einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik in Studiengängen und Fortbildungen.

Warum also trotzdem noch dieses Schneckentempo?

Ein Hauptgrund dafür besteht nach wie vor in den Herausforderungen der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und damit der Vernetzung, Kooperation und Partizipation auf der ganz praktischen lokalen und kommunalen Ebene. Damit bin ich bei meinem Fazit.

---

<sup>12</sup> Gesundheit 21:8 f: [http://www.un.org/Depts/german/conf/agenda21/agenda\\_21.pdf](http://www.un.org/Depts/german/conf/agenda21/agenda_21.pdf)

<sup>13</sup> Stender, K.-P. (2003). Weiterbildung gemeindebezogene Gesundheitsförderung. Modul 5A: Kommunale Gesundheitsförderung. Hochschule Magdeburg-Stendal. Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen. <http://www.sgw.hs-magdeburg.de/herbstakademie/modul5/yhtml/pdf/stender.pdf>

<sup>14</sup> Böhm, B., Janßen, M., Legewie, H. (1999). Zusammenarbeit professionell gestalten. Praxisleitfaden für Gesundheitsförderung, Sozialarbeit und Umweltschutz. Freiburg: Lambertus

<sup>15</sup> Z.B.: AWO Bundesverband e.V. (Hrsg.) (2004). Qualitätsentwicklung für lokale Netzwerkarbeit. Eine Arbeitshilfe für die Praxis entwickelt. <http://www.awo.org/projekte-und-kampagnen/soziale-stadt/ec-projekt.html>; Deutsches Jugendinstitut e. V. (Hrsg.) (2004). Konzepte und Strategien der Netzwerkarbeit. Reader zur Fachtagung im Rahmen des Bundesmodellprogramms „Entimon – Gemeinsam gegen Gewalt und Rechtsextremismus“. [http://www.entimon.de/content/e2/e503/e764/Reader\\_Netzwerkarbeit.pdf](http://www.entimon.de/content/e2/e503/e764/Reader_Netzwerkarbeit.pdf); Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2010). Modellprojekt guter Start ins Kinderleben. Werkbuch Vernetzung. Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz. Ulm: Süddeutsche Verlagsgesellschaft. <http://www.bzga.de/infomaterialien/fruehehilfen/werkbuch-vernetzung>.

### **3. Fazit: Gesundheitsförderung bedeutet dann Strukturentwicklung, wenn sie als gesamtpolitische Aufgabe verstanden wird und Vernetzung, Kooperation und Partizipation auch umgesetzt werden.**

Wir brauchen nicht weit zu gehen, um Beispiele für den Versuch zu finden, Gesundheitsförderung durch Vernetzung, Kooperation und Partizipation umzusetzen und damit auch zur Strukturentwicklung der Kommune beizutragen. Der „Runde Tisch Gesundheit“ im Landkreis Nordhausen ist ein solches Beispiel. Hier wurde an der Planung für die Versorgung von Seniorinnen und Senioren genauso gearbeitet wie an der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche durch Vernetzung mit dem Bildungsbereich. Diese Zielgruppen, Seniorinnen und Senioren, Kinder und Jugendliche sind zentral, wenn wir an den demographischen Wandel denken, auf den die Kommune bei der Strukturentwicklung reagieren muss. Denn Strukturen, die Gesundheit und Bildung der Kinder und Jugendlichen gewährleisten, sind wesentlich, wenn es darum geht, dass Menschen in der Region bleiben, als Fachkräfte in der Region arbeiten und damit wiederum dazu beitragen, die Lebensqualität älterer Menschen zu erhalten. Bei dem Format „Runder Tisch“ geht es im Kern darum, für ein solches zentrales gesellschaftliches Thema multisektoral, vernetzend, kooperativ und partizipativ die Fachkompetenz und die Ressourcen aller Sektoren zu nutzen, um gemeinsame Lösungen zu finden.<sup>16</sup>

Aber Prozesse wie ein „Runder Tisch Gesundheit“ sind oft im Schnecken tempo unterwegs oder geraten ins Stocken. Das liegt zum einen daran, dass ein solcher Prozess nur erfolgreich vorankommt, wenn tatsächlich multisektoral Verantwortung übernommen wird. Das zeigen auch meine Erfahrungen aus Coachings für Amtsärzte und Gesundheitsförderer. Der öffentliche Gesundheitsdienst kann zwar eine koordinierende Funktion übernehmen, er kann Akteure für bestimmte Teilziele verbinden, er kann damit auch modellhaft Strategien einer modernen Politik aufzeigen und umsetzen. Aber diese Übernahme der koordinierenden Funktion wird schwierig, wenn sie eine freiwillige und keine Pflichtaufgabe ist, der sich die Kommune mit ihrer Gesamtpolitik verschreibt. Grunow und Grunow-Lutter haben in ihrer Veröffentlichung „Der öffentliche Gesundheitsdienst im Modernisierungsprozess“<sup>17</sup> schon vor zehn Jahren gefragt: „Warum soll sich ein Akteur an kommunalpolitischen Perspektiven der Gesundheitsförderung orientieren, wenn das Gesundheitsamt – als Initiator und Koordinator – kein Mandat, kein Geld hat?“ Dieses Mandat und diese Ressourcen werden gebraucht.

Aber das Schnecken tempo liegt nicht nur an fehlendem Mandat und geringen Ressourcen. Sondern bereits innerhalb des Gesundheitssektors kommt es zu Konflikten, fallen Vernetzung, Kooperation und Partizipation oft schwer. Diese Konflikte benennen Alf Trojan und Waldemar Süß in Ihrem Beitrag „Vermitteln und Vernetzen“, der in den Leitbegriffen der Gesundheitsförderung erschienen ist, die in diesem Jahr aktualisiert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung herausgegeben wurden.<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> Thomsen, K., Steets, J., Nashat, B. 2010. Runde Tische erfolgreich durchführen. S. 14. Bonn: Stiftung Mitarbeit.

<sup>17</sup> Grunow, D., Grunow-Lutter, V. (2000). Der öffentliche Gesundheitsdienst im Modernisierungsprozess. Eine Untersuchung über Handlungsspielräume und Restriktionen im Rahmen kommunaler Gesundheitspolitik. S. 306ff. Weinheim: Juventa.

<sup>18</sup> Trojan, A., Süß, W. (2011). Vermitteln und Vernetzen. In: BZgA (Hrsg.) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=548bc27b906b8240b26422ab52c4fd39&id=angebote&idx=116>

Zu diesen Konflikten gehören zum Beispiel:

- Krankenkassen konkurrieren untereinander und möchten beispielsweise möglichst attraktive Kurse für Gesundheitsförderung anbieten, statt sich untereinander abzusprechen.
- Gesundheitsämter und Krankenkassen sind sich uneins darüber, wer welche Aufgaben in der Gesundheitsförderung übernehmen darf.
- Selbsthilfegruppen von chronisch Kranken möchten für ihre Arbeit mehr Unterstützung durch Ärzte und Ärztinnen.
- Wohlfahrtsverbände streiten mit den kommunalen oder staatlichen Behörden über die Höhe der notwendigen Zuschüsse für eine umfassende pflegerische Versorgung alter Menschen

Und nicht nur innerhalb eines Sektors – so meine Erfahrungen aus Coachings und Weiterbildungen – sondern bereits innerhalb eines Referats, einer Abteilung oder zwischen verschiedenen Abteilungen kommt es zu Konflikten und Blockaden. Diese Konflikte und Blockaden müssen gelöst werden, um sich zu vernetzen, zu kooperieren und andere partizipieren zu lassen. Ein Handwerkszeug, um solche Konflikte zu lösen und dann auch zunehmend multisektoral zu arbeiten und damit zu Netzwerkbildung und Strukturentwicklung zu kommen, sind verschiedene Kommunikations- und Dialogverfahren, einschließlich Konfliktklärung, Mediation und Kooperationsmanagement. Für die Akteure sind Organisationsentwicklung, Fortbildungen und Coachings wichtig, um sich im Dschungel der Interessen zu behaupten und systematisch Strukturentwicklung voranzutreiben.

Trojan und Süß führen weiter aus, dass diese Verfahren und Angebote und die Kooperation und Vernetzung zwischen den Akteuren bestimmten Anforderungen genügen muss, die mit den Prinzipien der Gesundheitsförderung vereinbar sein müssen. Dazu gehören:

- gleichberechtigte, offene, verständigungsorientierte Kommunikation auf Basis verabredeter demokratischer Regeln,
- wechselseitiges, für alle Beteiligten befriedigendes Geben und Nehmen,
- kein Verlust eigenen Profils der Beteiligten,
- kollektive Entscheidungen, die Minderheiten einbeziehen,
- Zusammenarbeit zwischen Gleichen; keine Macht-Hierarchie,
- Arbeitsteiligkeit entsprechend spezifischen Kompetenzen für gemeinsame Ziele,
- „lose Koppelung“ und „schwache Bindungen“, um überhöhte wechselseitige Erwartungen zu vermeiden.

Die Strukturbildung für die Gesundheitsförderung führt mit diesem Handwerkszeug und unter Berücksichtigung dieser Anforderungen zu intermediären Instanzen (mediating structures). Typische Strukturen sind: „**Netze**“, „**Foren**“, „**Arbeitsgemeinschaften**“, „**Konferenzen**“, „**Knoten**“. Es handelt sich dabei um freiwillige, zielgruppenbezogene, gebietsbezogene oder problembezogene Verbindungen. Sie sind unterschiedlich stark formell organisiert und verknüpfen zumeist Staat oder Kommune, marktwirtschaftliche Instanzen und die informelle Sphäre von Bürgerengagement und Selbsthilfe miteinander.

Solche Verbundsysteme entstehen, um träger- und politikbereichsübergreifend allgemeine gesellschaftliche Interessen bzw. Aufgaben gemeinschaftlich zu planen und durchzuführen. Es sind anpassungsfähige und flexible und damit nachhaltige Strukturen, die aber verlässliche und verbindliche Rahmenbedingungen und eine finanzielle Grundlage brauchen. Dazu gehören Räume, Sach- und Personalmittel. Beispiele dafür sind Mütterzentren, Stadtteilzentren, Kulturzentren, Nachbarschaftsheime, Kontakt-, Beratungs- und Informationsstellen (z.B. für Selbsthilfe, Arbeit, Umwelt oder andere Themen). Auch die „Regionalen Knoten für Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ sind ein Beispiel für eine solche Struktur. Diese Strukturen entwickeln sich dann, wenn Gesundheitsförderung als gesamtpolitische Aufgabe verstanden wird.

Klaus-Peter Stender nennt sechs Strukturmerkmale, die sichtbar machen, ob eine Kommune auf dem Weg zu einer gesundheitsfördernden Kommunalpolitik ist:

1. Gesundheitsförderung ist als Querschnittsaufgabe akzeptiert und verankert. Informations- und Kooperationsverfahren zwischen Stadtämtern unter Einbezug unter Einbeziehung des dort vorhandenen multiprofessionellen Sachverständes sind dementsprechend erprobt und weiterentwickelt.
2. Der politische und öffentliche Stellenwert von Gesundheit und Gesundheitsförderung ist in der Kommune ablesbar.
3. Verfahren und Instrumente, die Entscheidungen von Stadtämtern und Kommunalpolitik auch auf ihre Gesundheitsverträglichkeit hin prüfen, werden erprobt.
4. Vielfältige Möglichkeiten der Bürgermitwirkung und -aktivierung sowie der gesundheitlichen Informationen, für gesundheitsförderliches Verhalten und zielgerichteter Hilfen werden erprobt.
5. Offene und zugleich verbindliche Vernetzungsstrukturen arbeiten wirksam (z.B. Gesundheitsförderungskonferenzen, Stadtteilkonferenzen).
6. „Berufliche Nachbarn“ im Arbeitsfeld Gesundheit arbeiten zusammen und richten unter Koordination des Öffentlichen Gesundheitsdienstes das vorhandene Versorgungssystem stärker als bisher auf Gesundheitsförderung und Kooperation aus.<sup>19</sup>

Diese Strukturen werden sich vor allem dann erfolgreich entwickeln, wenn Gesundheitsförderung als gesamtpolitische Aufgabe verstanden wird, wenn sie sektorenübergreifend und damit gesamtpolitisch von der Kommune gewollt sind. Der Nutzen liegt auf der Hand: Es entwickeln sich Strukturen, in denen das Fach- und Erfahrungswissen von Menschen aus unterschiedlichen Bereichen gebündelt wird, um für die aktuellen und zukünftigen Herausforderungen, vor denen die Kommune steht, Lösungen zu finden und auf den Weg zu bringen. Und zwar hoffentlich schneller als im Schneckentempo.

---

<sup>19</sup> Z. B.: enge Verbindung von Früherkennung und Frühförderung und therapeutischen Unterstützungsangeboten mit Kindertagesstätten; zielgerichtete Hilfe für aus dem Krankenhaus entlassene Patienten mit Überleitung vom stationären in den ambulanten Bereich; Unterstützungen, die es Patienten erleichtern, mit einer chronischen Krankheit so gut es geht leben zu lernen.