



Dokumentation

Bundeskongress 2010

des Gesunde Städte-Netzwerks der

Bundesrepublik Deutschland



ZUKUNFT GESUNDHEIT – NEUE ALLIANZEN!
9. – 11. Juni 2010, Landeshauptstadt Potsdam
Industrie- und Handelskammer,
Breite Straße 2a-c



GESUNDE STÄDTE NETZWERK

DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

Kooperationspartner und Sponsoren

Ein herzliches Dankeschön an alle Kongresspartner und an die den Bundeskongress unterstützenden Unternehmen.



Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen der Gesundheitsstädte Deutschlands,

ich freue mich, Ihnen diese bemerkenswerte Dokumentation Ihrer Mitgliederversammlung 2010 präsentieren zu dürfen, die alle Facetten eines an Inhalten, Gesprächen, Impulsen, Wegmarkierungen, Partnern, Referentinnen und Referenten reichhaltigen dreitägigen Kongresses widerspiegelt.

Als Oberbürgermeister der Landeshauptstadt Potsdam war es mir eine Ehre, Sie am zweiten Tag abends zu empfangen und mit Ihnen ins Gespräch zu kommen.

Ihre Arbeit – sei es als Initiative, als Träger oder Dezernat, in kleinen oder größeren Städten, im ländlichen Raum oder in Ballungsgebieten – verdient höchsten Respekt. Ohne Ihr Engagement vor Ort und als bundesweit aufgefächelter Netzwerkschirm stünden Städte, Gemeinden und Regionen ärmer da. Gerade, weil es an gesetzlichen Sicherheiten für gesundheitliche und soziale Präventionen fehlt, kommt Ihrem Wirken so viel Nähr- und Mehrwert zu!

Diesem anspruchsvollen, von Zukunftsvisionen geprägten bundesdeutschen Netzwerk anzugehören, einem Netzwerk, welches unermüdliches Anpacken erfordert, gehört zu den ausgezeichneten „Pflichten“ der Brandenburgischen Landeshauptstadt. Sie sei jeder Stadt empfohlen - der Gewinn an Gemeinsamkeit, Handlungszusammenhalt, Fachwissen und kommunaler Kompetenz braucht keine Aufwandsdiskussion zu scheuen.

Den Referentinnen und Referenten, Allianzpartnern, Ausstellern und Sponsoren sei herzlich gedankt. Ihr sichtbares Eintreten für das Gesunde Städte Netzwerk und dessen Philosophie zur umfassenden Gesundheitsentwicklung kann nicht hoch genug geschätzt werden.

Behalten Sie Potsdam 2010 in guter Erinnerung, und beehren Sie uns bald wieder, sei es aus beruflichen, fachlichen oder ganz persönlichen Gründen. Die Landeshauptstadt heißt Sie schon heute herzlich willkommen!

Ihr



Jann Jakobs
Oberbürgermeister

Inhaltsverzeichnis der Dokumentation

	Seite
Referentinnen und Referenten	5
Teilnehmerinnen und Teilnehmer	9
Tagesprogramm	14
Mittwoch, 09. Juni 2010	17
Tagungseröffnung	19
Grußworte	
Zukunft Gesundheit – Neue Allianzen	24
Drei Statements aus Bundes-, Länder- und Wissenschaftssicht	
Die Sicht der Städte und Gemeinden, Initiativen & Selbsthilfezentren	33
Diskussion zu den Statements – Kommunale Erfahrungen	
Donnerstag, 10. Juni 2010	40
Bündnispotentiale zwischen Wissenschaft und Gesunde Städte-Netzwerk	42
Beispiel „Kölner Bündnis für gesunde Lebenswelten“	42
Podiumsdiskussion „Ganzheitlich denken – vernetzt handeln“	48
Gesunde Städte-Netzwerk – Bilanz und Perspektive	64
Berichte, Anträge, Sichtweisen	
Meilen- und Stolpersteine vor Ort: Erfahrungsberichte und -austausch	74
Kontaktadressen der Erfahrungsberichte	
Abendempfang der Landeshauptstadt Potsdam	77
Freitag, 11. Juni 2010	80
Neue Kooperationen auf Länderebene	82
Beispiel „Brandenburger Impuls“	
Beispiel Integrierte Stadtentwicklung („Hamburger RISE“)	
Das Gesunde Städte-Netzwerk und seine Kompetenz(zentr)en	96
Mittwoch, den 9. Juni und Freitag, den 11. Juni	
<u>Arbeitsgruppe 1</u>	97
Indikatoren für erfolgreiche Gesunde Städte-Arbeit vor Ort /	
Patenschaften für neue (und zukünftige) Mitglieder im Netzwerk	
<u>Arbeitsgruppe 2</u>	101
Erfahrungswerkstatt zur Qualitätsverbesserung der	
Gesundheitsförderung	
<u>Arbeitsgruppe 3</u>	148
Profilierung der Selbsthilfe- und Gesundheits-Initiativen im	
Gesunde Städte-Netzwerk	
Verabschiedung von Frau Dr. Angelika Baumann	152
Aussteller und ihre Kontaktpersonen	153
SEKIZ Wanderausstellung	156
Presseteil	157
Feedback	161
Impressum	163
Anlagen	164

Referentinnen und Referenten

**Bundeskongress des Gesunde Städte-Netzwerks vom 9. - 11. Juni 2010
in der Landeshauptstadt Potsdam,
Industrie- und Handelskammer, Breite Straße 2a-c**

Böhm, Andreas , Dr.

Ministerium für Umwelt, Gesundheit und
Verbraucherschutz des Landes Brandenburg
– Abteilung Gesundheit

andreas.boehm@mugv.brandenburg.de



Borkel, Anette

Vorsitzende des Bundesarbeitskreises Gesundheit
im Deutschen Volkshochschulverband e.V. (DVV)

a.borkel@vhs-hamburg.de



Bredehorst, Marlis

Dezernentin für Soziales, Integration und Umwelt der
Stadt Köln

Seit Juli 2010 Staatssekretärin im Ministerium für
Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des
Landes Nordrhein-Westfalen



Drohse, Petra, Dr.

Leiterin der Unterabteilung „Prävention und
Gesundheitsförderung“ im Bundesministerium für
Gesundheit und Soziale Sicherung

petra.drohse@bmg.bund.de



Epskamp, Heinrich Prof. Dr.

Institut für Weiterbildung e.V. an der Fakultät
Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der
Universität Hamburg, Wissenschaftlicher Leiter

heinrich.epskamp@wiso.uni-hamburg.de



Fehr, Rainer, Prof. Dr.

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW,
Leiter der Abteilung Innovationsmanagement

Universität Bielefeld, Arbeitsgruppe Umwelt und
Gesundheit

rainer.fehr@liga.nrw.de



Göpel, Eberhard, Prof. Dr.

Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), Professor für
Gesundheitsförderung

eberhard.goepel@hs-magdeburg.de



Mankowsky, Karsten

Gesundheitsdezernent des Rhein-Kreis Neuss

Mitglied im SprecherInnenrat des Gesunde Städte-
Netzwerks

karsten.mankowsky@rhein-kreis-neuss.de



Michel, Sigrid, Prof. Dr.

Fachhochschule Dortmund, Professorin für
Sozialmedizin und Psychopathologie

sigrid.michel@fh-dortmund.de



Müller-Preinesberger, Elona

Beigeordnete für Jugend, Soziales, Gesundheit,
Ordnung und Umweltschutz der Landeshauptstadt
Potsdam

elona.mueller-preinesberger@rathaus.potsdam.de



Quilling, Eike, Dr.

Stellvertretende Geschäftsführerin und Projektleiterin
des „Kölner Bündnisses für gesunde Lebenswelten“

eike.quilling@bildung.koeln.de



Rosenbrock, Rolf, Prof. Dr.

Leiter der Forschungsgruppe Public Health im
Wissenschaftszentrum für Sozialforschung (WZB)

rosenbrock@wzb.eu



Rühmkorf, Heinrich-Daniel, Dr.

Staatssekretär im Ministerium für Umwelt,
Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes
Brandenburg



Schambortski, Heike, Dr.

Gesundheits- und Mobilitätsmanagement der
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und
Wohlfahrtspflege (BGW)

heike.schambortski@bgw-online.de



Spieß, Wolfgang

Industrie- und Handelskammer Potsdam (IHK)
Leiter der zentralen Aus- und Weiterbildung

spieß@ihk.potsdam.de



Stender, Klaus-Peter

Behörde für Umwelt und Gesundheit der Freien und
Hansestadt Hamburg in der Fachabteilung
Gesundheitsberichterstattung und Gesundheits-
förderung

Mitglied im SprecherInnenrat des Gesunde Städte-
Netzwerks

klaus-peter.stender@bwg.hamburg.de



Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Bundeskongress des Gesunde Städte-Netzwerks vom 9. - 11. Juni 2010 in der Landeshauptstadt Potsdam, Industrie- und Handelskammer, Breite Straße 2a-c

Achilles, Elke

Bezirksamt Berlin-Spandau
e.achilles@ba-spandau.berlin.de

Adam, Christian, Dr.

Geschäftsstelle der Kommunalen
Gesundheits- und Pflegekonferenz
Kreis Minden-Lübbecke
c.adam@minden-luebbecke.de

Bahr, Manfred

Wuhletal Psychosoziales Zentrum gGmbH
Stadtteilzentrum MOSAIK
Berlin-Marzahn
mosaik@wuhletal.de

Bán, Enikő, Dr.

Gesundheitsamt Nürnberg
Kontakt über:
cornelia.adler@stadt.nuernberg.de

Baumann, Angelika, Dr.

Gesundheitsamt Rostock
angelika.baumann@rostock.de

Baumann, Egmont, Dr.

Stadt Dortmund
dbaumann@stadtdo.de

Beier, Fred-Jürgen, Dr.

Gesundheitsamt Nürnberg
fred-juergen.beier@stadt.nuernberg.de

Bellinger, Oswald, Dr. Dr.

Amt für Gesundheit
Frankfurt am Main
Oswald.bellinger@stadt-frankfurt.de

Berg, Bettina

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für
Jugendzahnpflege e.V.
Bonn
berg@daj.de

Brümmer, Karla

SprecherInnenrat, Initiative
Chemnitz
Bruemmer.chemnitz@gmx.de

Burigk, Anke

Gesunde Stadt Bad Liebenwerda

Bierbrauer, Ingeborg

Stadtteilzentrum Agathof
Kassel
Mitglied im SprecherInnenrat des Gesunde
Städte-Netzwerks
Ingeborg.bierbrauer@freenet.de

Blocher, Jürgen

Deutscher Städtetag
Köln
juergen.blocher@staedtetag.de

Bogenhardt, Susanne

s.bogenhardt@t-online.de

Böhme, Karin

Gesundheitsamt Greifswald (RSK)
rsk-greifswald@t-online.de

Bojung, Herbert

Gesundheitsamt Krefeld
herbert.bojung@krefeld.de

Bonfig, Franz

Stadtverwaltung Trier
Koordinierungsstelle Psychiatrie
franz.bonfig@trier.de

Born, Sandra, Dr.

Bezirksamt Berlin-Lichtenberg
Abteilung Familie, Jugend und Gesundheit
sandra.born@lichtenberg.berlin.de

Born, Sandra, Dr.

Bezirksamt Berlin-Lichtenberg
Abteilung Familie, Jugend und Gesundheit
sandra.born@lichtenberg.berlin.de

Brand, Herbert

Gesundheitsamt Düsseldorf
herbert.brand@duesseldorf.de

Brueggen, Dagmar

Kontakt- und Informationsstelle
Selbsthilfegruppen Nürnberg
nuernberg@kiss-mfr.de

Chaghouri, Jasmine

Amt für Kinder, Jugend und Familie
Stadt Halle (Saale)
Jasmine.chaghouri@halle.de

De Vink, Katja

Selbsthilfekontaktstelle
Kreis Minden-Lübbecke
mail@selbsthilfe-mi-lk.de

Elsner, Burkhard

Gesundheitshaus Kreis Unna
Mitglied im SprecherInnenrat des Gesunde
Städte-Netzwerks
Opi.fun@t-online.de

Engama, Pierre

Bezirksamt Berlin Friedrichshain-Kreuzberg
Plan- und Leitstelle

Engert, Sabine

Förderverein Naturschutz Malchow
Berlin
blockhuetten@naturschutz-malchow.de

Espei, Jörg

Gesundheitshaus Stadt Münster
gesundheitshaus@stadt-muenster.de

Feierabend, Ines

Bezirksstadträtin für Soziales und Gesundheit
Berlin-Treptow
sybille.schliemann@ba-tk.berlin.de

Freese, Werner

Abteilung Gesundheit und Soziales
Bezirksamt Berlin-Tempelhof-Schöneberg
werner.freese@ba-ts.berlin.de

Friebe, Wolfgang

Gesundheitliche Selbsthilfegruppe
Herne
Kontakt über:
Clemens.winkler@herne.de

Fuchs, Adalbert

Stadtverwaltung Bad Honnef
adalbert.fuchs@bad-honnef.de

Garay, Natascha

Bayoma-Haus
Berlin Friedrichshain-Kreuzberg
bayoma-haus@awo-friedrichshain-
kreuzberg.de

Geene, Raimund, Prof. Dr.

Deutsche AG Selbsthilfegruppen
Magdeburg-Stendal
Raimund.geene@hs-magdeburg.de

Gerhardt, Christine

Kontakt- und Informationsstelle Selbsthilfe
Mainz
Christiane.Gerhardt@kiss-mainz.de

Goen, Carola

Bezirksamt Berlin Pankow
Abteilung Gesundheit, Soziales, Schule und
Sport
Carola.goen@ba-pankow.verwaltung.berlin.de

Groll, Belinda

Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe
Erfurt
kiss@erfurt.de

Haag, Uschi

Referat für Gesundheit und Umwelt
München
Mitglied im SprecherInnenrat des Gesunde
Städte-Netzwerks
Uschi.haag@muenchen.de

Hahn, Norbert

Dezernent für Jugend, Gesundheit und
Straßenverkehr beim Kreis Unna
Mitglied im SprecherInnenrat des Gesunde
Städte-Netzwerks
Norbert.hahn@kreis-unna.de

Hamschmidt, Michael, Dr.

Gesundheitsamt Lübeck
Michael.hamschmidt@luebeck.de

Hardt, Wolfgang

Selbsthilfezentrum Berlin Neukölln
info@selbsthilfe-neukoelln.de

Harre, Kathrin

Projektmanagerin des Gesundheitsinsel
Rügen e.V.
info@gesundheitsinsel-ruegen.de

Hartlieb, Joachim, Dr.

Fachbereich Gesundheit und
Verbraucherschutz
Kreis Unna
Jochen.hartlieb@kreis-unna.de

Heise, Sigrid

Angehörigengruppe im Verein für
Psychosoziale Hilfe Krefeld

Hennig, Eike, Dr.

Gesundheits- und Veterinäramt
Magdeburg
hennig@ga.magdeburg.de

Hundertmark-Mayser, Jutta, Dr.
Selbsthilfe NAKOS
Berlin
selbsthilfe@nakos.de

Isikci, Iskender
Gesundheitsamt Gießen
Iskender.isikci@lkgi.de

Kamm, Klaus
Gesundheitsamt Nürnberg
Klaus.kamm@stadt.nuernberg.de

Kammler, Ute
Selbsthilfekontaktstelle Rostock
info@selbsthilfe-rostock.de

Kasimir-Glaeser, Claudia
WHO Projekt „Gesunde Städte“
Dresden
ckasimir@dresden.de

Keller, Madeleine
Amt für Soziales und Prävention
Darmstadt
Madeleine.keller@darmstadt.de

Klier, Ute
Stadt Erlangen
Ute.klier@stadt-erlangen.de

Klier, Wolfgang
Gesundheitsamt Köln
Wolfgang.klier@stadt-koeln.de

Klotz, Sibyll
Bezirksstadträtin für Gesundheit und Soziales
Berlin Tempelhof-Schöneberg
Sibyll.klotz@ba-ts.berlin.de

Kraemer, Claudia
Paritätische Projekte gGmbH
Darmstadt
Claudia.kraemer@paritaet-projekt.org

Krause-Döring, Regine, Dr.
Gesundheitsamt Leipzig
Regine.Krause-doering@leipzig.de

Krüger, Nicole
Geschäftsführerin Kommunale
Gesundheitskonferenz
Kreis Lippe
n.krueger@lippe.de

Lederer, Peter, Dr.
Gesundheitsamt Erlangen
Dr.lederer@erlangen-hoechststadt.de

Lenz, Ingrid
Sprecherin der AG Selbsthilfe im Paritätischen
Köln

Lettau, Norbert
Senatsdirektor der Behörde für Soziales,
Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz
der freien Hansestadt Hamburg
Norbert.lettau@bsg.hamburg.de

Linde, Monika
Kontakt- und Begegnungsstelle im Haus der
Begegnung
Frankfurt (Oder)
haus@kobshdb.de

Lütkehaus, Johannes
Selbsthilfegruppe für Herz-Kreislauf-Erkrankte
und Angehörige im Kreis Lippe
Shg-herz-kreislauf-detmold@web.de

Marsteller, Hans Jörg, Dr.
Bad Honnef
h.marsteller@gmx.de

Matzat, Jürgen
Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen
Gießen
Juergen.matzat@psycho.med.uni-giessen.de

Meck, Gerhard, MBA
Stadtverwaltung Potsdam
Mitglied im SprecherInnenrat des Gesunde
Städte-Netzwerk
Gerhard.meck@rathaus.potsdam.de

Menke, Christine
Gesundheitsamt Münster
Gesunde Städte-Sekretariat
menkechristine@stadt-muenster.de

Moncorps, Kerstin
Plan- und Leitstelle Gesundheit und Soziales
im Bezirksamt Berlin Marzahn-Hellersdorf
Mitglied im SprecherInnenrat des Gesunde
Städte-Netzwerk
Kerstin.Moncorps@ba-mh.verwalt-berlin.de

Monzer, Liebhard, Dr.
Gesundheitsamt Chemnitz
gesundheitsamt@stadt-chemnitz.de

Mutter, Heide

Abteilung Bürgerdienste und Gesundheit
Bezirksamt Berlin- Neukölln
Heide.mutter@bezirksamt-neukoelln.de

Müller, Klaus

Stadtverwaltung Kaiserslautern
Klaus-mueller@kaiserslautern.de

Müller, Maritha

Bezirksamt Berlin Charlottenburg-Wilmersdorf
Abteilung Soziales, Gesundheit, Umwelt und
Verkehr
Maritha.mueller@charlottenburg-
wilmersdorf.de

Oefner, Gabriele, Dr.

Gesundheitsamt Kassel
Gabriele.oefner@stadt-kassel.de

Ohm, Heinz-Peter

Gesundheitsamt Stuttgart
Heinz-peter.ohm@stuttgart.de

Ostendorf, Renate

Gesunde Städte-Sekretariat
Selbsthilfekontaktstelle Münster
ostendorf@paritaet-nrw.org

Panek, Marion

Kontakt- und Informationsstelle für
Selbsthilfegruppen
Dresden
mpanek@dresden.de

Papies-Winkler, Ingrid

Bezirksamt Berlin Friedrichshain-Kreuzberg
Plan- und Leitstelle Gesundheit
Ingrid-papies-winkler@ba-fk.verwalt-berlin.de

Petrahn, Alexandra

Gesunde Stadt Bad Liebenwerda
a.petrahn@epikur-zentrum.de

Pickel, Diether

Stadt Meyenburg
Diether.pickel@email.de

Prey, Tobias

Abteilung Gesundheit und Personal
Bezirksamt Berlin Mitte
Tobias.prey@ba-mitte.verwalt.berlin.de

Przybyla, Monika

Selbsthilfekontaktstelle
Berlin Charlottenburg-Wilmersdorf
selbsthilfe@nbh-lietensee.de

Raabe, Ricarda

Selbsthilfezentrum Berlin Treptow
Sybille.schliemann@ba-tk.berlin.de

Rohde, Hans-Dieter

Selbsthilfekonferenz Detmold

Rohde, Karin

Selbsthilfekonferenz Detmold

Rohmann, Kristina

Gesundheitsamt Erfurt
gesundheitsamt@erfurt.de

Rumpeltin, Carsten

Gesundheitsamt Rhein-Kreis Neuss
Carsten.rumpeltin@rhein-kreis-neuss.de

Schäfer-Howaldt, Brigitte

Förderverein Lübecker Selbsthilfegruppen
Selbsthilfezentrum.hl@freenet.de

Schliemann, Sybille

Bezirksamt Berlin Treptow
Planungs- und Koordinierungsstelle
Sybille.schliemann@ba-tk.berlin.de

Schubert, Karoline, Dr.

Gesundheitsamt Leipzig
Karoline.schubert@leipzig.de

Schulze, Hans-Ferdi

Rhein-Kreis Neuss
Hans-Ferdi.Schulze@rhein-kreis-neuss.de

Schwabe, Gabriele

Gesundheitsamt Frankfurt (Oder)
Gabriele.schwabe@frankfurt-oder.de

Seeger, Barbara

„Tätige Gemeinschaft“ e.V.
Bad Liebenwerda
info@taetige-gemeinschaft.de

Simon, Gabriela

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und
Verbraucherschutz Berlin
Gabriela.simon@senguv.berlin.de

Soll, Ingmar, Dr.

Gesundheitsamt Kiel
Ingmar.soll@kiel.de

Sperling, Katja

Gesundheitsamt Göttingen
Katjasperling@gmx.de

Spitzner, Iris

Gesundheitsmanagement
IKK Berlin und Brandenburg
Potsdam
Iris.spitzner@ikkbb.de

Stephan, Horst

Stadtverwaltung Viernheim
Horst.stephan@viernheim.de

Stock, Reiner

Selbsthilfe Frankfurt am Main
Mitglied im SprecherInnenrat des Gesunde
Städte-Netzwerks
service@selbsthilfe.frankfurt.net

Stratmann, Rainer

Kreisdirektor Kreis Unna
Rainer.stratmann@kreis-unna.de

Streit, Tim

Gesundheitsamt Oldenburg
Tim.streit@stadt-oldenburg.de

Süßmeier, Herbert

Münchner Aktionswerkstatt Gesundheit
Mitglied im SprecherInnenrat des Gesunde
Städte-Netzwerks
Herbert.suessmeier@mags-muenchen.de

Swars, Manfred

Dialog zum Wohle des Kindes
Ruhrgebiet/Gelsenkirchen
dialog@t-online.de

Tornow, Angelika

Geschäftsführerin des Selbsthilfe-, Kontakt-
und Informationszentrum (SEKIZ) e.V.
Potsdam
hilfe@sekiz.de

Tropp, Hans-Otto, Dr. Dr.

Gesundheitsamt Stuttgart
Hans.otto.tropp@stuttgart.de

Ufer, Beate

Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfen
im Saarland
Mitglied im SprecherInnenrat des Gesunde
Städte-Netzwerk
Saarbrücken
b.ufer@selbsthilfe-saar.de

Vahnenbruck, Angelika

StadtRand gGmbH
Berlin Mitte
kontakt@stadtrand-berlin.de

Vollmayr, Sarah

Nachbarschaftshaus Lietzensee
Berlin Charlottenburg
info@nbh-lietzensee.de

Wagner, Maria

Amt für Soziales und Gesundheit
Erfurt
Gesunde-stadt@erfurt.de

Weber, Elisabeth

Gesundheitsamt Augsburg
Elisabeth.weber@augzburg.de

Weber, Heribert

Gesundheitsdezernat Mainz
Heribert.weber@stadt-mainz.de

Weber, Ingrid

Brandenburgische Landesstelle für
Suchtfragen
Land Brandenburg
Ingrid.weber@blsev.de

Wegehaupt, Maria

Koordinatorin Soziale Stadt
Senftenberg
Martina.wegehaupt@senftenberg.de

Weth, Claus, Dr.

Gesundheitsamt Münster
Gesunde Städte-Sekretariat
wethclaus@stadt-muenster.de

Wienecke, Wilhelm Reinhard, Dr.

Gesundheitsamt Göttingen
gesundheitsamt@goettingen.de

Wietholt, Gertrud

Kinderneurologie-Hilfe Münster e.V.
Gesunde Städte-Sekretariat
Münster
wietholt@kinderneurologiehilfe.de

Winkler, Klaus

Stadt Herne
Fachbereich Gesundheitsförderung und -
planung
Klaus_winkler2000@yahoo.de

Wolter, Hans-Georg, Dr.

Gesundheitsamt Frankfurt am Main
Hans-georg.wolter@stadt-frankfurt.de

Tagesprogramm

Bundeskongress – Mitgliederversammlung 2010 des Gesunde Städte-Netzwerks der Bundesrepublik Deutschland

ZUKUNFT GESUNDHEIT – NEUE ALLIANZEN! 9. – 11. Juni 2010, Landeshauptstadt Potsdam

Mittwoch, den 9. Juni 2010

Tagesmoderation: Beate Ufer, Karsten Mankowsky

ab 13.00 Uhr	Empfangsservice – aktuelle Unterlagen; Erfrischungen
14.00 Uhr	<p>Tagungseröffnung</p> <p><i>Elona Müller</i>, Beigeordnete für Jugend, Soziales, Gesundheit, Ordnung und Umweltschutz der Landeshauptstadt Potsdam</p> <p><i>Wolfgang Spieß</i>, IHK Potsdam – Leiter der zentralen Aus- und Weiterbildung</p> <p><i>Karsten Mankowsky</i>, SprecherInnen-Rat des Gesunde Städte-Netzwerks ➤ Umfragebild zum 20-jährigen Jubiläum des GSN in Ff/M. (Juni 2009)</p>
14.30 Uhr	<p>Zukunft Gesundheit – neue Allianzen</p> <p>Drei Statements aus Bundes-, Länder- und Wissenschaftssicht</p> <p><i>Dr. Petra Drohsel</i>, Leiterin der Unterabteilung Prävention im Bundesministerium für Gesundheit der Bundesrepublik Deutschland</p> <p><i>Klaus-Peter Stender</i>, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg – Fachabteilungsleitung; Mitglied im SprecherInnen-Rat</p> <p><i>Prof. Dr. Rolf Rosenbrock</i>, Leiter der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum für Sozialforschung (WZB)</p>
15.30 Uhr	Erfrischung & Bewegung & Information u.a. Wanderausstellung „Du bist nicht allein“ (SEKIZ e.V.)
16.00 Uhr	<p>Die Sicht der Städte & Gemeinden, Initiativen & Selbsthilfezentren</p> <p>Diskussion zu den Statements – kommunale Erfahrungen</p>
17.00 Uhr	<p>Das Gesunde Städte-Netzwerk und seine Kompetenz(zentr)en</p> <p>Wachsendes Kommunales Gesundheitsmanagement</p>
Wechsel- teilnahme möglich (vgl. 11.06)	<p>AG 1: Indikatoren für erfolgreiche Gesunde Städte-Arbeit vor Ort / Patenschaften für neue (und zukünftige) Mitglieder im Netzwerk</p> <p>AG 2: Erfahrungswerkstatt zur Qualitätsverbesserung der Gesundheitsförderung</p> <p>AG 3: Profilierung der Selbsthilfe- und Gesundheits-Initiativen im GSN</p>
ab 19.00 Uhr	Potsdam am Abend (zur freien Verfügung)

Donnerstag, den 10. Juni 2010

Tagesmoderation: Gerhard Meck, Dr. Claus Weth

9.00 Uhr

**Bündnispotenziale zwischen
Wissenschaft und Gesunde Städte-Netzwerk**

Praxisbeispiel: Kölner Bündnis für gesunde Lebenswelten
Deutsche Sporthochschule, Stadtsportbund, Lernende Region – Netzwerk
Köln e.V., Kölner Ämter, Praxis-Projekte

Marlis Bredehorst,

Dezernentin für Soziales, Integration und Umwelt der Stadt Köln

Dr. Eike Quilling,

Lernende Region – Netzwerk Köln,

Projektleiterin Kölner Bündnis für Gesunde Lebenswelten

kleine Pause

Ganzheitlich Denken – vernetzt Handeln

Gesprächsrunde mit weiteren ExpertInnen:

Anette Borkel, Vorsitzende des Bundesarbeitskreises Gesundheit im DVV

Prof. Dr. Heinrich Epskamp, Universität Hamburg

Prof. Dr. Rainer Fehr, LIGA NRW, Universität Bielefeld

Prof. Dr. Eberhard Göpel, Hochschule Magdeburg

Prof. Dr. Sigrid Michel, Fachhochschule Dortmund

Dr. Heike Schambortski, Gesundheits- und Mobilitätsmanagement BGW

12.00 Uhr

Mittagspause & Unterhaltung & Information

----- **Ende des öffentlichen Teils** -----

13.00 Uhr

Gesunde Städte-Netzwerk – Bilanz

Berichte, Anträge, Sichtweisen

- SprecherInnenrat
- Sekretariat
- Kompetenzzentren
- Regionale Netzwerke
- Neues Mitglied: Wissenschaftsstadt Darmstadt

in Verbindung mit schriftlich vorliegenden Unterlagen

13.30 Uhr

Gesunde Städte-Netzwerk – Perspektive

- Profilierung des Gesunde Städte-Netzwerk:
Kompetenzzentren, Patenschaften, neue Mitglieder
- Jährliche GSN-Aktion(en) im April (rund um WHO-Tag)
- notwendige Änderungen in der Dienstleistungspauschale:
GSN-Dienstleistungen und GSN-Sekretariat

16.15 Uhr
bis 18.15 Uhr

Meilen- und Stolpersteine aus der Arbeit vor Ort:

Erfahrungsberichte und -austausch gemäß 9-Punkte-Programm

Gruppe 1: Bad Honnef, Berlin Mitte, Gera, Nürnberg

Gruppe 2: Berlin Friedrichshain-Kreuzberg, Frankfurt am Main, Kiel

Gruppe 3: Berlin Charlottenburg-Wilmersdorf, Kreis Lippe, Potsdam, Stuttgart

19.15 Uhr **Abendempfang der Landeshauptstadt Potsdam durch Oberbürgermeister Jann Jakobs**

Einladungskarte bereithalten Haus der Brandenburgisch-Preußischen Geschichte
Kutschstall, Am Neuen Markt (Innenstadt)

zusammen mit dem Ernst von Bergmann Klinikum Potsdam

Freitag, den 11. Juni 2010

Tagesmoderation: Kerstin Moncorps, Reiner Stock

9.00 Uhr **Neue Kooperationen auf Länderebene**
z. B. „Brandenburger Impuls“
Staatssekretär Dr. Daniel Rühmkorf, Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg
z. B. Integrierte Stadtteilentwicklung („Hamburger RISE“)
Klaus-Peter Stender, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg –
Fachabteilungsleitung

11.00 Uhr * Erfrischung & Bewegung & Information

11.15 Uhr **Das Gesunde Städte-Netzwerk und seine Kompetenz(zentr)en**
Wachsendes Kommunales Gesundheitsmanagement

Wechsel-
Teilnahme
möglich
(vgl. 09.06.) AG 4: Leitfragen zur Netzwerkentwicklung vor Ort / Partnerschaften für neue, interessierte Kommunen
AG 5: Erfahrungswerkstatt zur Qualitätsverbesserung der Gesundheitsförderung
AG 6: Profilierung der Selbsthilfe- und Gesundheits-Initiativen im GSN

13.15 Uhr **Kongressabschluss**
– Terminvorschau 2/2010 und 2011
– Bad Honnef stimmt auf den Kongress 2011 ein

13.30 Uhr Tagungsende *und die Hauptstadtregion lockt . . .*

*11.00 – 12.00 Uhr **Pressegespräch** mit MedienvertreterInnen

Karla Brümmer, Uschi Haag, Karsten Mankowsky
und Herbert Süßmeier — SprecherInnenrat des GSN
Gastgeber IHK und Landeshauptstadt Potsdam

Beachten Sie die Informations- und Präsentationsstände auf dem Kongress, neue Mitglieder heißen wir herzlich willkommen! Unser Dank gilt den Partnern in Gesundheitsförderung und Prävention, die sich dafür nachhaltig engagieren.

www.potsdam.de, „2010 – Jahr der Familie“

09. Juni 2010

Tagungseröffnung
Grußworte

Zukunft Gesundheit – neue Allianzen

Drei Statements aus Bundes-, Länder- und Wissenschaftssicht

**Die Sicht der Städte & Gemeinden,
Initiativen & Selbsthilfezentren**

Diskussionen zu den Statements – kommunale Erfahrungen

Sportliche Minipause

Moderation:

Karsten Mankowsky & Beate Ufer



Impressionen vom 9. Juni 2010



Tagungseröffnung

Grußwort Elona Müller

Sehr geehrte Frau Ufer,
Sehr geehrter Herr Mankowsky,
Sehr geehrter Herr Spieß,
Sehr geehrte Frau Dr. Drohsel,
Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Rosenbrock,

Sehr geehrte Sprecherinnen und Sprecher
des Gesunde Städte-Netzwerks,

Sehr geehrte Vertreterinnen und Vertreter der Städte,
Initiativen, Wissenschaft und Verwaltung,

Sehr geehrte Kooperations-, Netzwerk- und Bündnispartner,

Sehr geehrte Damen und Herren, verehrte Gäste,

Seien Sie herzlich willkommen in der Landeshauptstadt Brandenburgs. Es ist uns eine Ehre, dass Sie sich für Potsdam als Versammlungsort entschieden haben. Sie haben sich ein spannendes Kongressthema gewählt:

Zukunft Gesundheit – Neue Allianzen.

Ich möchte das mit einigen Sätzen untermauern.

Gesundheit ist eine Sache der Gesellschaft, nicht allein der Verwaltung. Das besagt auch die Gründungscharta Ihres Netzwerks, die Deklaration der WHO von 1986.

Menschen gesellschaftlich stärken, heißt: ihre Chancen und Entwicklung in den verschiedenen Lebensphasen, dort wo es darauf ankommt, öffentlich zu begleiten. Dafür braucht es eine kontinuierliche Verbindung von Sozialem und Gesundheit, Jugend- und Familienbildung, Stadteilförderung, Wohnungspolitik, Kultur und Infrastruktur ... also das Miteinander aller öffentlichen Sektoren, auf die Menschen bauen und schauen.

So lange es kein Präventionsgesetz gibt, müssen alle Gesundheitsleister und Schlüsselakteure in den Sektoren erst recht auf Kooperation und Zusammenwirken bedacht sein. Das sind wir den Menschen und unseren Ressourcen schuldig. Nur der Schulterschluss vor Ort, zwischen den Kommunen, in den Ländern und auf Bundesebene kann die bestehende Gesetzeslücke überbrücken helfen.



Dafür wird netzwerkende Arbeit mehr denn je benötigt. Netzwerke bilden erfordert stets: unterschiedliche Interessen und Zielkonflikte auszuhalten und zu verbinden.

Netzwerk-Management ist keine Sache eines einzigen Amtes. Wir tun gut daran, die öffentlichen Netzwerker von amtlichen Fachaufgaben soweit wie möglich frei zu halten – schon um ihrer Glaubwürdigkeit willen, unparteiisch zu agieren und in jeder Hinsicht treibender Motor für verschiedene Einheiten, Institutionen, Unternehmen, Kassen und Initiativen zu sein.

Wer bisherige Kooperationen festigen möchte und neue Bündnisse anstrebt – und es ist richtig, das zu wollen – der muss bestehende Netzwerke kräftigen und neue Allianzen auf allen Ebenen anpacken.

Dabei wünsche ich mir das Gesunde Städte-Netzwerk im Ganzen als Kompetenzforum zum Auf- und Ausbau neuer Allianzen, in den Ländern und auf Bundesebene. Nicht eine Kasse, sondern alle Kassen und Hauptverwaltungen sollten ein natürlicher Partner der Gesunden Städte sein – das fördert die Arbeit vor Ort.

Vor Ort bieten Volkshochschulen ihre Gesundheitskurse und Präventionsprogramme

flächendeckend an. Warum nicht auf Länder- und Bundesebene zu einem grundsätzlichen Miteinander kommen und sich gegenseitig in Prävention, Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung bestärken?

Die Reihe ließe sich fortsetzen. Aber ich will Ihrer Diskussion nicht vorgreifen.

Potsdam hat inzwischen stadtweit fünf größere Netzwerke biographie- und lebensbegleitend im Aufbau. Darüber hinaus streiten lokale Bündnisse und regionale Arbeitskreise für sozial gerechte, gesundheitsdienliche Lebensqualität in den Stadtteilen.

Wir suchen und pflegen alte und neue Allianzen, darunter die mit örtlichen Unternehmen und mit der Industrie- und Handelskammer.

Das bringt auf allen Seiten Erkenntnisgewinn und verringert Ergebnisverluste durch unbedachtes Nebeneinander oder gar Gegeneinander.

Ich bin der IHK und ihrer Geschäftsführung sehr dankbar für das erreichte Maß an gelingender Kooperation. Nicht von ungefähr tagte letzten Herbst hier Ihr SprecherInnen-Rat und findet heute und die nächsten zwei Tage mit Unterstützung der IHK Ihr Kongress statt.

Grußwort Wolfgang Spieß

Sehr geehrte Damen,
sehr geehrte Herren,

Im Namen der Hauptgeschäftsführung begrüße ich Sie auf das allerherzlichste hier in den Räumen der Industrie- und Handelskammer. Ganz besonders begrüße ich unsere Beigeordnete Frau Müller der Landeshauptstadt Potsdam sowie die Vertreter des Gesunde Städte-Netzwerks. Einen besonderen Gruß auch an Herrn Meck. Herr Meck aus dem Gesunde Städte-Netzwerk der Stadt Potsdam, ist derjenige, der uns als IHK eigentlich immer wieder aufsucht, wir uns immer wieder austauschen, um das ganze Thema Gesundheit voranzubringen. Dafür nochmal herzlichen Dank. Einen Dank auch an unseren Mitarbeiter Franko Schulz der IHK. Die beiden sind wirklich hier in der Region die Motoren, die Dinge hervorbringen und ich denke an einer solchen Stelle sollte das auch gesagt werden.

Die IHK ist stolz darauf, dass wir Partner des Bundeskongresses unter dem Motto „Zukunft Gesundheit – Neue Allianzen“ sein dürfen. Das Motto „Neue Allianzen“ steht in geistiger Verbindung zum Leitbild und zur Idee der im Jahr 2008 gegründeten Akademie für Gesundheitswirtschaft, Prävention und Life Science, abgekürzt AGPL, der IHK Potsdam. So eine Akademie haben nicht sehr viele

Gesundheit und Umwelt, soziale Gerechtigkeit und lebenslanges Lernen werden die neuen Wachstumsfaktoren in den entwickelten Gesellschaften sein. Seien Sie alle dafür die Lokomotive, die Spinne im Netz. Wer sonst als Sie, die bereits ein interkommunales Netzwerk seit 20 Jahren betreiben, könnte das leisten, was ansteht, dass es für jung und alt getan wird?

Ich wünsche Ihren Beratungen und Diskussionen einen spannenden Verlauf und im Ergebnis der drei Tage das erhoffte Rüstzeug und Instrumentarium zur Ausgestaltung einer den Menschen zugewandten und ihrer Gesundheit förderlichen, besseren Zukunft in diesem Jahrzehnt!



Industrie- und Handelskammern. Wir haben 80 Industrie- und Handelskammern in Deutschland, aber wir haben uns vor Jahren entschlossen eine Akademie für Gesundheitswirtschaft zu gründen. Um den Gedanken der Kooperation und Vernetzung nach außen hin sichtbar zu machen und um nach innen alle Kompetenzen

zu bündeln. Es wurde ein Fachbeirat konstituiert, dem neben der IHK Potsdam ebenfalls das Brandenburger Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, die Stadtverwaltung der Landeshauptstadt Potsdam, die Hiba Impulse GmbH, die Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation, die Barmer Ersatzkasse Potsdam, die AOK Berlin-Brandenburg, die gerade fusioniert haben, unser Mitgliedsunternehmen das Ernst von Bergmann Klinikum hier in Potsdam und die Neuruppiner Kliniken mit angehören. Wir haben im Rahmen dieser Partnerschaft einige strategische Kooperationen und Partnerschaften festgehalten oder auch neu angeschoben. Wir sind über diese Akademie Mitglied im sogenannten Campus der Generationen der Uni Potsdam. Wir sind vertreten beim DGAK im Ausschuss Gesundheitswirtschaft, wir sind mit dabei im Förderverein für das Ernst von Bergmann Klinikum, wir arbeiten mit in der Lenkungsrunde der Gesunden Landeshauptstadt. Wir arbeiten ebenfalls mit in der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg. Wir sind dabei, wenn es darum geht, gemeinsame Aktionen in der Branchenkoordination mit den Kollegen in Berlin voranzubringen, also auch hier der Gedanke der Hauptstadtregion, der eine entscheidende Rolle spielt.

Gesunde Städte und deren Bewohner sind wichtig und das größte Kapital unserer Mitgliedsunternehmen. Die IHK Potsdam hat ca. 72.500 Mitgliedsunternehmen. Ich denke schon vor diesem Hintergrund ist es als Interessenvertretung besonders wichtig, auch dort das Thema „Gesundheit in Unternehmen“ voranzubringen. Und wir haben hier in der Region, und nicht nur hier in der Region, sondern auch insbesondere in den neuen Bundesländern eine demografische Entwicklung, die uns sehr nachdenklich stimmt. Wir haben, um es auf den Punkt zu bringen, in den letzten Jahren fast die Hälfte unserer Schulabgänger verloren. Wir hatten allein in Brandenburg bis vor kurzem noch 34.000 Schulkinder, die die Schulen verlassen haben. Wir haben jetzt nur noch ca. 17.000. All diese Dinge werden uns vor völlig neue Herausforderungen stellen, und auch dort sind eben Handlungsansätze zu entwickeln und auch zu realisieren. Daher und auch deswegen engagieren wir uns gemeinsam mit allen Partnern, um gesunde Mitarbeiter, um die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf um die Wettbewerbs- und Innovationsfähigkeit in der Region Westbrandenburg inklusive Potsdam zu erhalten und weiter auszubauen. Neben den gesunden Unternehmen und Kommunen steht auch die

Gesundheitswirtschaft als Branche im Fokus der Gesundheitsakademie. Ich denke, der Begriff Gesundheitswirtschaft wird immer noch zu wenig wahrgenommen. Es ist ein wichtiger Wirtschaftszweig, und wir wollen da auf alle Fälle mit dabei sein, diese Branche weiter zu gestalten. Wir wissen, dass die Gesundheitswirtschaft ein erhebliches Wachstums- und Beschäftigungspotential birgt und nehmen dies als Auftrag, die nötigen Fachkräfte dafür zu qualifizieren. Die Akademie wird den wirtschaftlichen, sozialen und politischen Trends nachgehen und dabei Modeströmungen und tiefgreifende Veränderungsprozesse zu unterscheiden wissen. Es wird davon ausgegangen, dass bis zum Jahre 2020, also in den nächsten zehn Jahren, insgesamt hier in der Region ca. 30.000 neue Arbeitsplätze entstehen werden und damit in der Region ca. 375.000 Beschäftigungsverhältnisse existieren werden. Weitere Ziele der Gesundheitsakademie, die wir als IHK Potsdam betreiben, sind die Stärkung des Gesundheits-, Wirtschafts- und Wissenschaftsstandortes in Westbrandenburg. Wir wollen eine Professionalisierung der Weiterbildung im Gesundheits-, Präventions- und Life Science Bereich erreichen. Wir wollen die intersektorale Weiterbildung der Unternehmen, Kliniken, Verwaltungen und Institutionen weiter voranbringen und wir wollen die Vernetzung der regionalen Schlüsselakteure und ihrer Führungskräfte erreichen. Zu Weiterbildungen im Rahmen der Akademie zählen wir unter anderem das sogenannte „Betriebliche Gesundheitsmanagement (IHK)“. Wir haben Angebote im Bereich der Seniorenbegleiter (IHK), der Homemanager, der Fachwirte für Soziales und Gesundheit sowie des Wellnessberaters (IHK). Ich möchte darauf hinweisen, dass es alles Produkte sind, die im Rahmen einer deutschlandweiten Entwicklung entstanden sind. Wir haben im Foyerbereich einen entsprechenden Stand aufgebaut und diese Dinge dokumentiert. Herr Franko Schulz wird die entsprechenden Informationen geben. Ein Grußwort soll ja ein Grußwort sein und kein langer Fachvortrag. Ich kann Ihnen nur sagen, wetterseitig werden wir in diesen Tagen Höchstwerte erreichen. Diese Höchstwerte werden aber wahrscheinlich heute und morgen durch Blitz und Donner unterbrochen. Lassen Sie sich davon nicht abschrecken, so sagt es jedenfalls der Wetterbericht, ich wünsche Ihnen auf alle Fälle hier in Potsdam angenehme Tage und einen sehr guten Kongressverlauf. Es gibt ein spannendes Programm, das Sie abarbeiten möchten. Herzlichen Dank und schön, dass Sie bei uns sind. Ich wünsche einen angenehmen Verlauf, danke!

Grußwort Karsten Mankowsky

Sehr geehrte Frau Dr. Drohsel,
sehr geehrter Herr Prof. Dr. Rosenbrock,
sehr geehrte Frau Müller,
sehr geehrter Herr Spieß,
sehr verehrte Damen und Herren,

für den Sprecherinnen- und Sprecherrat des Gesunde Städte-Netzwerks und zugleich für die knapp 70 Mitgliedskommunen heiße ich Sie herzlich willkommen auf dem Bundeskongress hier in Potsdam. Ich freue mich über die vielen Gäste und dass unsere Mitgliedsstädte so stark vertreten sind, denn eine derartige Präsenz in diesen Tagen ist nicht selbstverständlich. Nur drei Dinge sind in dieser Woche wichtig: Fußball, Fußball und noch mal Fußball. Und selbst wenn man die Reihenfolge dieser drei Dinge ändern würde, wäre die Prioritätenliste identisch.

Die veröffentlichte Aufmerksamkeit für das Thema „Gesundheit“ ist dementsprechend niedrig. Eine Ausnahme gibt es. Ein Mal hat es das Thema „Gesundheit“ geschafft, zum ARD Brennpunkt direkt nach der Tagesschau zu werden. Diese Ehre wurde nicht einmal Ministerpräsident Wulf zu teil, als er zum Kandidaten für das Amt des Bundespräsidenten nominiert wurde. Ehrlicherweise muss ich aber eingestehen, dass es bei diesem ARD Brennpunkt nicht um Prävention und Gesundheitsförderung ging. Es ging auch nicht um die Berliner Gesundheitsreform. Vielmehr stand die Gesundheit des Kapitäns der Deutschen Fußballnationalmannschaft, Michael Ballack, im Blickpunkt. Genauer gesagt ging es um seinen Knöchel.

Das Medienereignis Ballack-Knöchel zeigt eine ganz neue Variante von Public Health.

Wir sind hier in Potsdam insbesondere deshalb zusammen gekommen, um das Gesunde Städte-Netzwerk weiterzuentwickeln. Dabei geht es vor allem darum, neue Allianzen zu schmieden. Mit Blick auf die Wissenschaft sollte ich vielleicht lieber sagen, alte Allianzen neu zu schmieden, denn wissenschaftliche Erkenntnisse waren ja grade Anlass vor über 20 Jahren das Gesunde Städte-Netzwerk zu gründen. Und dass diese Erkenntnisse weiterhin Basis unseres Handels bleiben, hat der fundamentale Vortrag von Frau Prof. Kickbusch auf unserem Jubiläumskongress vergangenes Jahr in Frankfurt gezeigt. Wie Allianzen mit der Wissenschaft in der Praxis aussehen können, ist im Übrigen auf der Homepage des Gesunde Städte-



Netzwerks nachzulesen. Hier haben wir in diesen Tagen ein Strategiepapier zur nachhaltigen Finanzierung für die kommunale Gesundheitsförderung von der Hochschule Magdeburg, Prof. Dr. Göpel, veröffentlicht. Eine lohnenswerte Lektüre.

In Frankfurt haben wir auf unserer letztjährigen Jubiläumsveranstaltung mit dem damaligen Staatssekretär Schwanitz über das Präventionsgesetz diskutiert. Nach mehreren verunglückten Versuchen schien seinerzeit Skepsis geboten, was die Erfolgsaussichten eines neuen Gesetzes angeht.

Leider hat die Realität die seinerzeitige Skepsis mehr als bestätigt. Weder in Regierungsprogrammatis noch in Regierungshandeln sind Ansätze sichtbar, die Hoffnung auf ausreichende finanzielle Ressourcen für zielgerichtete Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung machen könnten.

Umso mehr muss es uns jetzt gelingen, neue Allianzen auch mit der Politik zu schließen. Von dem großen SPD Nachkriegspolitiker Kurt Schumacher stammt das Wort, dass Politik mit der Betrachtung der Realität beginnt. Und es ist ja auch richtig: wir können auf Dauer nicht mehr ausgeben, als wir einnehmen.

Aber für uns Gesunde Städte ist die Situation doch nicht neu: deshalb setzen wir Schwerpunkte bei unseren Maßnahmen und Angeboten gerade in den Lebenswelten der sozialen Brennpunkte. Es geht also vor allem auch um den zielgerichteten Einsatz knapper Mittel. Nach meinen Eindrücken läuft bei vielen Maßnahmen auch heute immer noch zu viel

nebeneinander her zwischen Kassenmaßnahmen und den Maßnahmen der Kommunen. Zudem muss ich für manche Präventionsmaßnahme auch die Diagnose stellen: zu viel PR, zu viele Eintagsfliegen ohne Nachhaltigkeit, und weiterhin ausgeprägte Orientierung der Präventionsmaßnahmen auf Mittelschichten.

Anspruch und Realität in den Gesunden Städten liegen demgegenüber aber darin, das bürgerschaftliche Engagement einzubeziehen und Mittel zielgerichtet und nachhaltig dort einzusetzen, wo sie besonders effektiv in den Lebenswelten der Menschen wirken können. Deshalb sehe ich das Gesunde Städte-Netzwerk gerade auch in der jetzigen schwierigen Finanzlage als besonders interessanter Allianzpartner für die Politik im Allgemeinen und für „Schwäbische Hausfrauen“ im Besonderen.

Und die Notwendigkeit zielgerichteter Maßnahmen nimmt doch eher zu und nicht ab. „Die Deutschen hassen Sport und gesunde Ernährung“ titelte die Onlineausgabe der Welt etwas marktschreierisch vergangene Woche. Sie bezieht sich aber auf aktuelle verlässliche Zahlen des Statistischen Bundesamtes. Demnach tragen mittlerweile 51% der Deutschen zu viel Gewicht mit sich herum. 10 Jahre zuvor waren es noch 45%.

Relativ gesehen also eine gewaltige Steigerung. Und das, obwohl bekannt ist, dass Übergewicht zu den großen Risikofaktoren für Diabetes und Bluthochdruck und anderen Krankheiten zählt.

Erschwerend kommt hinzu, dass die Deutschen im internationalen Vergleich in den letzten Jahren deutlich aufgeholt haben. So stehen sie in dieser Statistik zwar noch hinter

den USA, aber in Europa besetzen sie seit kurzem sogar Platz 1. Ursprünglich lagen hier Tschechien, Zypern und Großbritannien noch vorn.

Meine Damen und Herren, die Vize-Weltmeisterschaft in dieser Disziplin ist kein erstrebenswertes Ziel. Und durch die längerfristigen Entwicklungslinien unserer Gesellschaft werden die Herausforderungen noch größer. Denn es ist unbestritten, dass die Bevölkerung in Deutschland weniger, bunter und älter wird. Umso mehr kommt es darauf an, in die Gesundheit der Menschen, in gesunde Lebenswelten zu investieren. Dies fördert die Lebensqualität jedes Einzelnen. Dies trägt aber auch dazu bei, dass wir die Voraussetzung dafür schaffen, auch zukünftig alle die Güter und Dienstleistungen produzieren zu können, die unseren Wohlstand ausmachen.

Deshalb ist es wichtig, dass wir hier in Potsdam neue Allianzen bilden: mit der Politik aus Bund und Land, mit der Wissenschaft, aber auch mit der Wirtschaft, die ja mit der Gesundheitsakademie in Potsdam die Zeichen der Zeit erkannt hat.

„Visionen ohne Umsetzung sind Halluzinationen“ sagt Albert Einstein. Deshalb passt unser Tagungsort sehr gut zum Motto des Kongresses. Neue Allianzen werden hier bereits gelebt. Der Anspruch – Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg zu sein – wird mit Umsetzungsmaßnahmen gefüllt.

Ich freue mich auf unseren Kongress und danke allen Partnern, die uns diese Tagung ermöglicht haben.

Zukunft Gesundheit – Neue Allianzen Drei Statements aus Bundes-, Länder und Wissenschaftssicht

Statement aus Bundessicht Dr. Petra Drohse

Sehr geehrte Frau Müller,
sehr geehrter Herr Spieß,
sehr geehrter Herr Mankowsky,

Ich danke für Ihre Einladung und freue mich Ihnen aus der Perspektive des Bundesministeriums für Gesundheit das Thema "neue Allianzen" beleuchten zu können.

Bei den Themen "Prävention und Gesundheitsförderung" geht es immer um die folgenden Botschaften:

- Gesundheit ist von großer Bedeutung für das Wohlergehen jedes Einzelnen und die Verwirklichung seiner Potentiale.
- Gesundheit hat Einfluss auf die Innovationskraft einer Gesellschaft und nicht zuletzt auch auf ihre Volkswirtschaft
- Nicht nur das individuelle Verhalten, sondern auch die sozialen Verhältnisse wirken auf die Gesundheit
- und daraus folgt als umfassendes Resümee: Prävention und Gesundheitsförderung sind eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

In diesem Zusammenhang fällt mir dann immer die Floskel ein: "Wenn alle verantwortlich sind, ist niemand verantwortlich". Da ist ja auch etwas dran. Deshalb muss die Wahrnehmung einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe organisiert werden.

Und genau das ist der Sinn und Zweck der heutigen Zusammenkunft: Zu überlegen, wie wir die Menschen zu einer gesünderen Lebensweise motivieren können, und wie Bund, Länder und Kommunen, Verbände und Vereine stärker zusammen wirken, um die Gesundheit zu fördern bzw. Krankheiten zu verhindern.

Was dazu nötig ist, ist schnell gesagt. Aber die Verwirklichung dauert offensichtlich und kostet viel Zeit und Mühe, dieses Nötige in die Tat umzusetzen. Es geht um ausreichende Bewegung und um gesunde, ausgewogene Ernährung.

Nun ist Wissen, Einsicht und Einkommen nicht gleichermaßen verteilt. Man kann auch sagen – oft liegen Welten dazwischen.

Man kann es drehen und wenden wie man will, egal wie viel Sachverstand, Wissenschaft, Erfahrungsaustausch wir organisieren: ohne engagierte Kommunen, Vereine, Verbände engagierte Bürgerinnen und Bürger wird es nicht gehen.

Das macht gemeinsames, abgestimmtes – heute heißt das ja "vernetztes" – Handeln erforderlich.

Daher suchen wir – auch als BMG – immer wieder neue Kooperationspartner und Gelegenheiten zum Austausch wie z.B. mit dem "Gesunde Städte-Netzwerk".

Auf Bundesebene wird es häufig als selbstverständlich vorausgesetzt, dass die Ministerien zusammenarbeiten. In der Praxis wird dies aber nicht immer deutlich. Aber es passiert trotzdem.

So ist Prävention und Gesundheitsförderung Bestandteil des Programms "Soziale Stadt". Das ist ein wichtiger Schritt gewesen, aus dem sich auf allen Ebenen neue Allianzen gebildet haben.

Wir, das BMG wollen keine Gelegenheit auslassen, diese Zusammenarbeit, diese Allianzen zu fördern, zu motivieren und zu unterstützen.

Ich hoffe, dass wir mit unserer Arbeitshilfe, der sog. Toolbox, zur Initiierung von Projekten der Gesundheitsförderung im Stadtteil hierzu einen Beitrag leisten konnten.



Unter dem Titel "Aktiv werden für Gesundheit" finden sie viele Anregungen zur Durchführung von Gesundheitsförderungs-Projekten im Stadtteil.

Sie richten sich an Quartiersmanager, an Nachbarschaftszentren, an alle, die Verantwortung tragen und an alle Engagierten, die etwas ändern, verbessern wollen!

Ein anderes Beispiel ist der Nationale Aktionsplan "IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde

Ernährung und mehr Bewegung", der gemeinsam mit dem Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz auf den Weg gebracht wurde.

Im Rahmen von IN FORM werden durch die "Aktionsbündnisse gesunde Lebensstile und Lebenswelten" lokale und regionale Strukturen aufgebaut, um insbesondere die Bewegung und gesunde Ernährung zu fördern.

Die Aktionsbündnisse tragen dazu bei, dass Projekte vor Ort verstärkt sektorenübergreifend zusammenarbeiten, um das Bewegungsverhalten möglichst aller Altersgruppen zu fördern.

Schon vor dem Aktionsplan IN FORM gab es den Kooperationsverbund "Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte". Die BZgA hat damit im Auftrag des BMG den Grundstein für Allianzen zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit gelegt.

Dazu kamen die sogenannten "regionalen Knoten", die in jedem Bundesland von Krankenkassen und Ländern finanziert werden und zur Durchführung von Projekten der Gesundheitsförderung in Settings beitragen. Diese "Knoten" sind nicht nur ein Erfolg an

sich. Sie verfügen über sehr viel Erfahrung und Wissen. Das trägt dazu bei, dass die Menschen zielgruppengerechter angesprochen und zu einer etwas gesünderen Lebensweise eher motiviert und aktiviert werden können.

Deshalb freuen wir uns, dass mittlerweile der Deutsche Städtetag, das Gesunde Städte-Netzwerk und jetzt auch die Bundesanstalt für Arbeit Mitglieder des Kooperationsverbundes sind und damit der Kreis derer, die direkt vor Ort sich für die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger arbeiten, beständig wächst.

Um diese Allianzen geht es – denn ohne sie, wäre vieles einfach nicht machbar. Es geht um die Chance, diesseits großer Visionen gemeinsam nachhaltige Verbesserungen in den konkreten Lebensverhältnissen erreichen zu können.

Diese Allianzen treffen mitunter immer noch auf Neuland – denn konkrete Präventionsprojekte sind noch längst nicht in den Lebenswelten angekommen, wo sie gebraucht werden.

Folglich werden immer noch und immer wieder neue Allianzen geschieden werden müssen und neue "Alliierte" hinzu kommen, bzw. gebraucht werden. Das ist dann ein Erfolg für die Länder und Kommunen, der ohne die Phantasie und Initiativen der Engagierten vor Ort nicht möglich wäre.

Das kostet auch weiterhin viel Mühe, Engagement und Phantasie. Aber dafür lohnt sich der "Schweiß der Edlen".

In diesem Sinne freue ich mich auf eine weitere gute Zusammenarbeit, auf neue und alte Allianzen.

Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit und weiterhin viel Erfolg.

Statement aus Ländersicht Klaus-Peter Stender

Von den 69 Kommunen im Gesunde Städte-Netzwerk sind zwei gleichzeitig auch Länder: Berlin und Hamburg.

Deshalb kann auch aus Hamburg die Länderperspektive verdeutlicht werden – aber ich spreche hier nicht für die Länder.

Die offiziellen Vertretungsfunktionen rotieren. In diesem Jahr vertritt Niedersachsen die Länder. Niedersachsen ist Vorsitzland der Gesundheitsministerkonferenz (GMK). Das Land Brandenburg ist der diesjährige Ländersprecher für das Thema Prävention.

Die Länder haben seit vielen Jahren über GMK-Entscheidungen immer wieder den

besonderen Stellenwert von Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention für die Gesundheit der Bevölkerung betont.

Von einer breiteren Öffentlichkeit werden diese Beschlüsse allerdings häufig nicht wirklich wahrgenommen. Angesichts der abstrakten Verwaltungssprache muss einen das nicht wundern, es ist aber bedauerlich.

Denn gemäß Grundgesetz obliegt den Ländern die Gesetzgebungsbefugnis für Gesundheit. Die Länder gehören damit zu den wesentlich verantwortlichen Akteuren in der Gesundheit und damit natürlich auch in der

Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention.

Einige der GMK-Entscheidungen zu Präventionsfragen haben aber durchaus eine öffentliche Aufmerksamkeit gefunden. Dazu gehören

- die Verbesserung des Nichtraucherschutzes durch Rauchverbote in öffentlichen Gebäuden und Gaststätten (Ländernichtraucher- bzw. Passivraucherschutzgesetz)
- die Einführung von Einlade- und Meldewesen zu den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen, um Kindergesundheit und Kinderschutz zu fördern.

Andere Beschlüsse blieben unbeachtet, obwohl gerade Gesunde Städte sich durch sie zumindest programmatisch voll unterstützt sehen müssten:

- Die GMK fordert bessere Effekte gesundheitsfördernder und präventiver Angebote insbesondere für sozial benachteiligte Gruppen, sie spricht sich für die verbesserte Zusammenarbeit aller Akteure und eine verbesserte Koordination aus (2007). Gesundheitsförderung und Prävention sind ressortübergreifende Aufgaben, andere Politik- und Gesellschaftsbereiche sind stärker in die Verantwortung für Erhaltung und Förderung der Gesundheit einzubeziehen und Gesundheitsförderung ist zu einem Gestaltungsprinzip in allen Lebensbereichen zu entwickeln (2009).
- In einer weiteren EntschlieÙung aus 2009 (Gesundheitlicher Schutz und Solidarität als ein Beitrag zur Stabilisierung der europäischen Gesellschaften in der Krise) ist noch einmal eindringlich darauf verwiesen worden, dass der Grundsatz "Gesundheit in allen Politikbereichen" ("Health in all policies") besonders jetzt umgesetzt werden müsse.
- Die Länder unterstützen den bundesdeutschen Gesundheitszieleprozess und hier insbesondere die Themen „Kindergesundheit“ und "Gesund älter werden". In der EntschlieÙung Gesundheit im Alter begrüÙte die GMK in 2008 ausdrücklich, dass sich auch

die Kommunen u. a. über das Netzwerk Gesunde Städte dem Ziel Gesundheit im Alter widmen.

- Wiederholt unterstreicht die GMK die zentrale gesundheitspolitische Bedeutung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Insbesondere die Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche liegt in der sektorübergreifenden Verantwortung und ist daher vom Gesundheits-, Bildungssektor und der Jugendhilfe gemeinsam wahrzunehmen. Die gemeinsame Verantwortung ist in einem Beschluss aus diesem Jahr noch einmal herausgearbeitet worden.
- Die Länder haben sich 2009 über den Bundesrat und die GMK darauf verständigt, am Nationalen Aktionsplan INFORM mitzuwirken.
- Die Stärkung des Sozialraumbezuges in der Gesundheitsförderung hat die GMK 2008 gefordert. Im Rahmen des Programms Soziale Stadt soll die umfassende Förderung von Gesundheitskompetenzen und –bedingungen in den Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen und deren Familien, besonders berücksichtigt werden.
- Ebenfalls in 2008 spricht sich GMK in ihrer EntschlieÙung „Soziale Gesundheitswirtschaft“ für eine stärkere Verknüpfung von Gesundheitsversorgung und Gesundheitswirtschaft aus.
- Die GMK hat immer wieder maßgeblich die Initiative der Bunderegierung für ein Präventionsgesetz unterstützt und bekräftigt.

Im Vordergrund dieser EntschlieÙungen der GMK stehen die strukturbildenden Absichten, Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention als übergreifende, zielbezogene und verbindliche Politik zu verankern.

Einen Ausdruck finden diese EntschlieÙungen derzeit in den Länderpräventionsprogrammen, die es hier in Brandenburg gibt, aber bspw. auch in Bayern, BW, HH, M-V, NRW, Sachsen oder Sachsen-Anhalt.

Länderpräventionsprogramme sind eine Antwort auf die notwendigen Anforderungen an eine stärkere Bündelung und Zielorientierung, aber auch auf das Ausbleiben des Bundespräventionsgesetzes.

Dass wir bis heute kein Bundespräventionsgesetz in Deutschland haben und es in absehbarer Zeit auch nicht bekommen werden, ist kein Ruhmesblatt. Vor allen Dingen aber – auch das muss selbstkritisch ausgesprochen werden – kein Ausweis der Durchsetzungskraft der Gesundheitsförderungsbewegung in Deutschland.

Hier wäre eine funktionierende Allianz z. B. von Kommunen (Gesunden Städten), universitärem Public Health-Bereich, Bundesvereinigung für Gesundheit u. a. nötig, um diesem Anliegen mehr Nachdruck zu verleihen.

Die Forderung nach einem Bundespräventionsgesetz ist nicht vom Tisch!

Dessen vordringliche Aufgabe bleibt weiterhin, Finanzmittel von Sozialversicherungsträgern und auch der PKV (soweit dies rechtlich umsetzbar ist) für Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention vor allem für die kommunale Handlungsebene zur Verfügung zu stellen.

Im Rahmen der Diskussionen um das bisher gescheiterte Bundespräventionsgesetz ist die Kommune als geeignetes Handlungsfeld für Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention ausdrücklich betont worden. Auch die Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) haben die kommunale Ebene als Aktionsort für Gesundheit entdeckt.

Wo sonst, wenn nicht in Kommunen, kann die Gesundheit von Bürgerinnen und Bürgern lebensphasenbegleitend in den Lebenswelten wie Kitas, Schulen, Einrichtungen der Altenpflege, Betriebe, Stadtteile... von Geburt an bis ins hohe Alter gefördert werden.

Die Chancen einer kommunalen Gesundheitsförderung liegen auf der Hand: die Schwierigkeiten angesichts der wirtschaftlichen Tristesse in den Städten und Gemeinden aber ebenso.

Ein beträchtlicher Teil der Kommunen ist in seiner Handlungsfreiheit durch Steuereinbußen und anwachsende Sozialausgaben bedroht. Nicht wenige

Kommunen können ihre Selbstverwaltung nur noch begrenzt wahrnehmen.

Pressemitteilungen des Deutschen Städtetages sehen Kommunen bereits regelmäßig auf der Intensivstation liegen.

Deshalb dürfen die Kommunen bei der wichtigen Aufgabe der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung nicht alleine gelassen werden.

Bei der Gestaltung ihrer Präventionsprogramme haben die Länder wichtige Partner an ihrer Seite: die GKV.

Die GKV hat ihre pro Kopf-Ausgaben in 2008 für die Primärprävention auf 4,82 Euro gesteigert (Richtwert 2,82 Euro). Das ist zu begrüßen, auch wenn der Schwerpunkt der GKV-geförderten Prävention auf Leistungen

des sogenannten individuellen Ansatzes, den klassischen Gesundheitskursen, liegt (ca. 83%) und damit den Anforderungen des §20 SGB V nicht schlüssig folgt.

Die GKV will aber mit dem gesteigerten Engagement offensichtlich ein Signal senden, dass sie Primärprävention auch ohne ein Bundespräventionsgesetz verstärkt umsetzen kann.

Länderprogramme sind aber wahrlich nicht allein durch das Ausbleiben des Präventionsgesetzes motiviert.

Die Länder wollen mit ihren Präventionsstrategien Strukturen aufbauen oder

weiterentwickeln, die vor allen Dingen ein zielorientiertes und stärker gebündeltes Vorgehen befördern.

Wie alternativlos dieser Ansatz ist, bestätigt ein Beispiel aus Hamburg:

Angesichts einer Großen parlamentarischen Anfrage in Hamburg zu Aktivitäten in der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention vom März dieses Jahres wurden entsprechende Aktivitäten auf insgesamt 44 Seiten zusammengetragen, knapp 30 davon in Tabellenformat. Selbst diese beachtliche Fülle steht noch unter dem Vorbehalt, dass diese Aufstellung wohl unvollständig sei, weil ein vollständiger Überblick über alle Aktivitäten schlichtweg nicht möglich ist.



Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen hat in seinem Sondergutachten 2009 allein über 400 Programme der nicht-medizinischen Primärprävention für Kinder und Jugendliche ermittelt. Und auch hier bleibt die tatsächliche Zahl im Dunkel.

Es ist eine Frage des Blickwinkels, ob diese Fülle positiv als Reichtum oder etwas kritischer als Überfluss bewertet wird – oder gar als Chaos.

Ein Akteur aus der Hamburger Präventionslandschaft hat das ebenso anschaulich wie zugespitzt so beschrieben: „Zu viele Player, zu wenig Regeln, keine einheitliche Strategie, keine überzeugende Spielidee und auf zu vielen Spielfeldern. Im modernen Team sport würde diese Mannschaft gnadenlos verlieren“.

Unstrittig ist aber - und das Hamburger Beispiel ist dafür ein Beleg, dass diese Fülle zu Unübersichtlichkeiten geführt hat. So sind Aktivitäten wenig oder gar nicht aufeinander abgestimmt, arbeiten nebeneinander, sind nur von geringer Dauer („Projektitis“) und erreichen nicht immer die richtigen Zielgruppen.

Damit werden nicht nur Erfolge für mehr Gesundheit verschenkt.

Diese ungezielten Aktivitäten erschweren auch den Nachweis, dass sie Gesundheit tatsächlich verbessern helfen. Und ohne einen Beleg der Wirksamkeit, wird es zukünftig immer schwerer Finanzmittel zu sichern.

Diese Länderrahmenprogramme oder Ländergesundheitsstrategien verfolgen alle vergleichbare Ziele und haben ähnliche Arbeitsansätze. Angesichts der unterschiedlichen Parteilienzusammensetzungen der Landesregierungen sind diese verwandten Grundsätze ein Erfolg. Sie zeigen, dass die fachlichen Diskussionen der letzten Jahre Früchte tragen.

Leitziel dieser Länderprogramme ist über eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik (health in all policies) die Förderung einer guten Gesundheit für alle Menschen, insbesondere für ressourcenschwächere, die Förderung einer guten Lebensqualität und Prosperität.

Diese Ansätze folgen der Konzeption, dass Gesundheit eine Ko-Produktion verschiedener Akteure ist: Dazu gehören der Staat, der Gesundheitssektor, die Kommunen, die Wirtschaft, die Wissenschaft, Freie Träger und natürlich die Bürgerinnen und Bürger.

Letztlich ist der Erfolg davon abhängig, inwieweit Bürgerinnen und Bürger aktiv an der Förderung ihrer Gesundheit mitwirken.

Ohne dieses Mitwirken ist Gesundheitsförderung kaum denkbar und unzweifelhaft sind Gesundheitsbewusstsein und gesundheitsbezogene Handlungsfähigkeit wichtige Bausteine für den Erhalt und die Förderung von Gesundheit. Das Empowerment von Bürgerinnen und Bürgern ist ein alternativloses Konzept in der Gesundheitsförderung.

Dennoch ist das Verhältnis von privater zu gesellschaftlicher Verantwortung für Gesundheit nicht wirklich geklärt. Mit der Betonung der „Selbstverantwortung für Gesundheit“ programmatisch eng verbunden ist die Zuschreibung als freiwillige öffentliche Aufgabe.

Die seit längerem zu beobachtenden Tendenzen, Gesundheitsförderung gleichsam zu privatisieren, indem die individuelle Verantwortung besonders herausgearbeitet wird, schwächt aber das Konzept einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortlichkeit für Gesundheit.

Die Vernetzung der verschiedenen Akteure im Rahmen der Länderpräventionsprogramme zu einer Verantwortungspartnerschaft für Gesundheit erfordert gemeinsame Ziele und eine Selbstverpflichtung zur Mitwirkung.

Grundsätzlich beziehen sich die Gesundheitsziele auf die Vermeidung bzw. Hinauszögerung chronischer Erkrankungen und auf die Gesundheitsförderung in allen Lebensphasen und Lebenswelten.

Prioritäre Handlungsfelder sind beispielsweise Gesunde Ernährung und Bewegung, rauchfrei Leben, Gesundheit im Alter, psychische Gesundheit.

Die Selbstverpflichtung erstreckt sich von der eher symbolischen Unterschrift unter eine gemeinsame Erklärung, (z. B. „Wir sind dabei“ in Bayern oder Pakt für Prävention - gemeinsam für ein gesundes Hamburg) bis hin zu einer Stiftung für gesundheitliche Prävention in Baden-Württemberg. Diese Stiftung wird aus Mitteln des Landes, von Krankenkassen und der Privatwirtschaft gespeist.

Diese umfassende und mehr noch die auf Verbindlichkeit ausgerichtete Kooperation ist die neue Qualität in der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention. Die Güte der Allianzen wird zur wesentlichen Bedeutung, weniger die Anzahl ihrer Mitglieder.

Ein Beispiel aus Hamburg – Gesundheitsfördernde Kitas:

- Der Stadtstaat Hamburg hat Gesundheitsförderung in den Bildungsempfehlungen der Kitas strukturell verankert (2005),
- Hamburg hat in dem 2007 erschienenen Kindergesundheitsbericht das Handlungsfeld Kita besonders hervorgehoben,
- Hamburg stellt für Gesundheitsförderung in Kitas ab diesem Sommer 24 Fachkräfte zeitlich befristet zur Verfügung. Nutznießer sind etwa 130 Kitas, das sind 15% der Hamburger Kitas.
- Eine private Krankenkasse, gesetzliche Krankenkassen, Stiftungen und Unternehmen stellen Fachkompetenzen und Finanzmittel für Gesundheitsförderungsaktivitäten und Qualifizierungsmaßnahmen zur Verfügung, die Akquise hat die private Krankenversicherung übernommen.
- Ein Freier Träger (HAG) qualifiziert das Personal, die Stelle dafür wird von der PKV bezahlt.
- Die Universität hat eine Bestandsaufnahme der Präventionsaktivitäten in allen Hamburger Kitas durchgeführt und sie wird das gemeinsame Vorhaben evaluieren.
- Strukturen der Sozialen Stadtteilentwicklung werden einbezogen (Quartiersentwicklung), weil die mitwirkenden Kitas vornehmlich in ressourcenschwächeren Quartieren liegen.
- Die Stadt koordiniert diesen Prozess und strukturiert über eine von allen Partnern unterzeichnete Vereinbarung die verbindliche Zusammenarbeit und die Verabredung über die eingebrachten Ressourcen.

Diese schriftlichen Verabredungen haben einen weiteren Wert: Die Akteure, die aus sehr unterschiedlichen Bereichen kommen, begreifen sich als verantwortlicher Teil eines Gesundheitsförderungssystems. Damit werden Strukturen für eine stetige Gesundheitsförderung aufgebaut.

Diese Beispiele bestätigen: Eine gelingende Gesundheitsförderung verlangt nach gut

abgestimmten Kooperationsbündnissen. In diesen Bündnissen fällt es leichter, die jeweiligen Aufgaben der Partner abzuklären und abzusprechen.

Der Bund, die Länder und die Kommunen sind hier nicht die einzigen - aber sehr wichtige Partner. Jede Ebene muss ihre Hausaufgaben machen, eine enge Verzahnung zwischen den Handlungsebenen ist unerlässlich.

Da heute viele Organisationen bspw. Sozialversicherungsträger wie die Krankenkassen nur noch auf Landesebene organisiert sind, können Kommunen über die Verknüpfung mit der Länderebene Zugänge zu deren Ressourcen erschließen.

- Der Bund schafft vordringlich Rahmenbedingungen der Finanzierung und der Kooperation, in dem er die Sozialversicherungsträger und die PKV entsprechend orientiert. Er unterstützt bspw. über die bundesweite Gesundheitsberichterstattung, Präventionskampagnen und Präventionsforschung die Arbeit vor Ort.
- Länder organisieren Rahmenprogramme für eine breite und verbindliche Mitwirkung unter dem Dach gemeinsamer Ziele und Qualitätsvorstellungen und koordinieren die Akteure und den Kooperationsprozess. Sie sind Garanten für die Strukturentwicklung in der Gesundheitsförderung.
- Kommunen arbeiten mit Bürgerinnen und Bürgern in den Lebenswelten zusammen, die Verankerung von Gesundheitsförderung im Alltag und die Förderung der Handlungsfähigkeiten der Menschen ist wesentlich ihre Aufgabe.

Kommunen, insbesondere Gesunde Städte, sollten noch mehr als bisher schon in den Länderpräventionsprogrammen verbindlich mitwirken.

Gesunde Städte sollten die Länderreferenten/innen einladen und sich austauschen über Erfahrungen, Anliegen oder Planungen. Das kann nur ein erster Schritt sein. Aber die Verbesserung der Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger erwartet engere und verbindliche Abstimmungen.

Statement aus Wissenschaftssicht

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock

Meine sehr verehrten Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Freundinnen und Freunde,

ich danke für die Einladung, hier am Beginn Ihres Bundeskongresses, der ja zugleich die Mitgliederversammlung des Gesunde Städte Netzwerks ist, einige einleitende Bemerkungen machen zu dürfen.

Immerhin sind Sie, ist das Gesunde Städte-Netzwerk eines der ältesten und formal wie institutionell am meisten ausgebauten Organisationen zur Gesundheitsförderung in Deutschland überhaupt. Ich stehe hier vor einer großen Anzahl von Aktivisten, von Akteuren, von Netzwerken, von Netzwerkkern, von Knoten, von Brückenköpfen, von Verbänden, die sich alle das Ziel gesetzt haben, die Stadt als den Ort, wo Gesundheit gefördert oder beschädigt werden kann, wo Menschen leben, arbeiten, lieben und wohnen, lebenswerter zu machen. Nichts anderes bedeutet Gesundheitsförderung. Die Stadt ist als Gegenstand der Interventionen eigentlich viel zu unscharf beschrieben. Unsere Interventionen werden in ihrem Wert daran gemessen, wie sie im Quartier, der Straße, den Radwegen und Erholungsorten, im öffentlichen Nahverkehr und in den einzelnen Institutionen ankommen. Die Stadt, das ist Kommune, Stadtteil, Kiez, Quartier, sozialer Brennpunkt; und das ist neben dem Betrieb und den Bildungseinrichtungen der wichtigste und aussichtsreichste Interventionsort für Gesundheitsförderung oder New Public Health überhaupt.

Es hat mich sehr gefreut festzustellen, wie sehr dies mittlerweile auch gewissermaßen regierungsamtlich anerkannt wird. Der im Jahr 2009 vorgelegte 13. Kinder- und Jugendbericht kritisiert ausführlich und wissenschaftlich gut fundiert die Abwesenheit bzw. die Defizite der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche – im Bereich der Jugendverwaltung und darüber hinaus. Das Bundesfamilienministerium relativiert diese Kritik in seinem Kommentar v. a. durch den Verweis auf das Programm ‚Soziale Stadt‘.

Das Ministerium verweist darauf, dass die Gesundheitsförderung bei diesen Interventionen an mehr als 500 sozialen Brennpunkten in Deutschland eine überragende Rolle spielt, und dass auch – und oft: vor allem – Kinder und Jugendliche davon profitieren. Das ist schön zu hören; vor allem wenn man daran denkt, dass es nicht so sehr die Erfinder dieses Programms waren, die die Verbindung zwischen z. B. Quartiersmanagement und Gesundheitsförderung gedanklich und praktisch hergestellt haben. Das waren vielmehr die Aktivisten und Netzwerke der Gesundheitsförderung – also wir. Zudem stellt sich die Frage, warum das Programm dann nicht ausgeweitet wird – denn es gibt sehr viel mehr soziale Brennpunkte in Deutschland als im Programm ‚Soziale Stadt‘ gefördert werden. Die sozialen – und damit meist auch gesundheitlichen – Probleme, die in diesem Programm bearbeitet werden, brauchen mehr als Modellprojekte. Die

„gute Praxis“, die in vielen der Projekte entwickelt wurde und wird, wäre es Wert, verallgemeinert zu werden. Aber immerhin: In der Verteidigung des Ministeriums gegen die Kritik des 13. Kinder- und Jugendberichts liegt auch eine Anerkennung des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung, und darüber kann man sich auch freuen.

Es wird also zunehmend anerkannt, dass auf Ebene der Gemeinde, des Quartiers, des Kiez, an den sozialen Brennpunkten etwas passieren muss und wir wissen auch immer besser, was da geschehen sollte: partizipativ betriebene Umgestaltung sozialer Lebenswelten, ausgerichtet an den Wünschen und Bedürfnissen der BewohnerInnen und NutzerInnen. Das deckt sich mit dem Anspruch, den auch das Gesunde Städte-



Netzwerk erhebt, und der ist gewaltig: Das Gesunde Städte-Netzwerk verfolgt in der Perspektive die Zielstellung, dass Prävention und Gesundheitsförderung den gleichen Stellenwert in der Gesundheitspolitik erhalten wie Kuration, Pflege und Rehabilitation. Das verbindet sich mit dem zweiten Anspruch, dass Gesundheitsförderung auf Chancengleichheit zielen muss. Beides ist – das wissen wir alle hier – in der politischen Praxis bislang vor allem Deklamation. Das Bekenntnis zur Prävention und zur gesundheitlichen Chancengleichheit wird von vielen PolitikerInnen wie eine Monstranz vorgezeigt und herumgetragen, ohne dass viel daraus folgt. Nach wie vor spielen Prävention und Gesundheitsförderung eine nur marginale Rolle in der Gesundheitspolitik, und nach wie vor erreicht die große Mehrzahl der Aktivitäten zur Prävention und Gesundheitsförderung eben nicht die sozial Benachteiligten sondern eher die Mittelschichten. Nicht viel besser sieht es mit der Umsetzung des dritten Kriteriums aus, nach dem Gesundheitsförderung ressortübergreifend und systematisch geplant und durchgeführt werden soll. Ein richtiger und hoher Anspruch, der nur selten wirklich eingelöst wird. Das gilt leider auch für das vierte Kriterium ist, nach dem bürgerschaftliches Engagement und Partizipation maßgebliche Instrument und Ziel der Gesundheitsförderung sein sollen. Ob, wie, in welchen Bündnissen und mit welchen Instrumenten diese Defizite überwunden oder zumindest verkleinert werden können – das ist das, was Sie die nächsten zwei Tage hier vorhaben, mit Präsentationen, Erfahrungsaustausch und Diskussionen. Angesichts der politischen Großwetterlage ist dies sicherlich notwendig und eine schwierige Aufgabe: Einerseits haben wir zahlreiche erfolgreiche Projekte vorzuweisen. Und es ist notwendig und hilfreich, diese ehrlich – also mit ihren Stärken und Schwächen – vorzustellen und darüber zu reden, wie sie verbessert werden können. Denn gute

Projekte, die gemeinsam in allen Phasen mit den Betroffenen geplant, durchgeführt und verbessert werden, sind unsere große Stärke. Sie zeigen, dass wir auf dem richtigen Wege sind, dass der Ansatz dazu beitragen kann, die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu verringern.

Andererseits wissen wir, dass unsere Aktivitäten angesichts der Größe und Dynamik der Probleme, auf die sie sich beziehen, nur symbolischen Charakter haben können. Die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen wird zur Zeit in Deutschland nicht kleiner, sondern größer. Das findet seinen Grund in Bereichen, die wir kaum beeinflussen können: Arbeitsmarkt, Einkommensverteilung, Bildung, soziale

Dienste. Das, was da läuft, kann mit Gesundheitsförderung immer nur zu einem Teil kompensiert werden.

Wenn dieser Teil wachsen soll, braucht es mehr Geld dafür. Das Desaster der kommunalen Finanzen ist sowohl von Herrn Mankowsky als auch von Klaus-Peter Stender zu Recht angesprochen worden. Großes

Wachstum ist da nicht zu erwarten. Die aktuellen finanzpolitischen Beschlüsse der Bundesregierung laufen auf eine Verschärfung der sozialen und damit auch der

gesundheitlichen Probleme wichtiger Zielgruppen hinaus. Die Gesundheitspolitik im engeren Sinne schnurrt

vor unseren Augen auf das zurück, was Konservative für ihren ‚wahren Kern‘ halten: die Finanzierung der Krankenversorgung. Wir haben Mühe, unsere Themen und unseren Ansatz überhaupt sichtbar zu halten. Im Hinblick auf Prävention hat die schwarz-gelbe Regierung bislang noch so gut wie nichts gesagt. Im Koalitionsvertrag von November 2009 können wir aber bereits lesen, dass es kein Präventionsgesetz geben soll, dass Prävention vor allem in materiellen Anreizen und Strafen für ‚gesundheitsgerechtes‘ Verhalten bestehen soll. Die Ungleichheit von Gesundheitschancen kommt dort gar nicht vor. Hoffnung stiftet der Satz, nach dem die Präventionsforschung gefördert werden soll.



Leider findet sich dieser Satz im Kapitel „Biotechnologie und Gentechnik“. Manchmal besteht der größte erreichbare Fortschritt in der Verhinderung des Rückschritts.

Zudem erhalten wir das wenige Geld auch meist nur für zu kurze Laufzeiten, wenn es hoch kommt um die 18 Monate. Wo sich die ProjektmacherInnen nach 11 Monaten überlegen müssen, wie sie einen Folgeantrag stellen, möglichst unter einer anderen Überschrift, um das gleiche Thema in der folgenden Budgetperiode weiterführen zu können. Zudem erlauben die Rahmenbedingungen auch oft keine optimale Projektgestaltung – im Sinne der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebenswelten. Wir haben im Gutachten 2009 des Sachverständigenrates u. a. den Bereich der Programme und Projekte für Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche untersucht, ungefähr 400 Projekte und Programme. Dort findet sich neben wirklich Gutem und viel Versprechenden auch immer noch das stark vertretene, was schon vor zwanzig Jahren nicht mehr *state of the art* war: Überwiegend ist es immer noch Verhaltensbeeinflussung ohne wirklichen Bezug zur Lebenslage und zur Lebenswelt, vielfach im neuen Kleid, mit neuer PR-Sprache und mit schicken Flyern und Broschüren, aber keine wirklich auf die Veränderung der Handlungsbedingungen unserer Zielgruppen zielenden Interventionen. Zudem zeigt sich wieder einmal, wie oft in Deutschland das Rad immer wieder neu erfunden werden muss. Gute Projekte lernen allenfalls zufällig – oder auf Konferenzen wie dieser – voneinander. Es gibt kaum Wege und Verfahren, um das angesammelte Wissen über fördernde und hemmende Bedingungen, über gute und schlechte Qualität so aufzubereiten und auszutauschen, das alle, die wollen, davon lernen können – der von der BZgA geförderte Projektverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ ist da die große Ausnahme.

Wer mehr als sein unmittelbares Arbeitsfeld, sondern die Gesamtheit der Akteure und Aktivitäten der Gesundheitsförderung im Blick hat sowie die Rahmenbedingungen und Ressourcen, unter denen diese Arbeit stattfindet, den kann die Lage schon mal in heftige Frustration und Resignation treiben. Demoralisierung aber ist neben der schlechten Gesamtsituation wahrscheinlich die zweite wirklich wichtige Einschränkung unserer Arbeit. Das gilt übrigens nicht nur für Gesundheitsarbeit. Interessanterweise hat der Ökumenische Kirchentag in München vor einigen Wochen das gleiche Problem in den Mittelpunkt seines Schlussstatements gestellt:

„Nein, wir resignieren nicht“. Das ist kein Pfeifen im Walde, sondern sollte die begründete Schlussfolgerung sein aus einer nüchternen Betrachtung der eigenen Kräfte und der Schwierigkeiten, diese produktiv einzusetzen.

Es geht also darum, die eher entmutigenden Rahmenbedingungen nicht zu verdrängen, sondern in ihren Auswirkungen auf unsere Aktivitäten zur Kenntnis zu nehmen. Im Ergebnis sehen wir, dass damit die großen sozialen Probleme nicht zu lösen sein werden. Eine Kröte, die man schlucken muss, bleibt eine Kröte. Es nützt nichts, sie als Sahnetörtchen zu bezeichnen. Das gibt keine Kraft. Kraft lässt sich hingegen aus dem Wissen schöpfen, dass wir auf diese Weise das Thema der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen, das die Gesellschaft nur allzu gerne zu verdrängen versucht, auf der politischen Tagesordnung halten. Und zudem wissen wir, dass mit guten Projekten tatsächlich konkreten Menschen geholfen wird, Krankheit zu vermeiden und mehr Selbstbestimmung in ihr Leben zu bringen. Und zum Dritten können wir Kraft aus dem Umstand schöpfen, dass wir Teil eines großen Netzwerks sind, in dem Tausende mit großem Engagement, wachsender Professionalität und viel Idealismus am gleichen Thema arbeiten und mit den gleichen Widerständen zu kämpfen haben.

In diesem Sinne erhoffe ich von dieser Konferenz auch in diesen schlechten Zeiten fruchtbaren Austausch, sprudelnde Kreativität sowohl zur Verbesserung der Arbeit als auch zum erfolgreichen Umgang mit widrigen Rahmenbedingungen. Auf diese Weise entstehen statt umbenannter Kröten echte Sahnetörtchen. Davon wünsche ich Ihnen so viele, wie Sie mögen und vertragen können.

Die Sicht der Städte & Gemeinden, Initiativen & Selbsthilfezentren Diskussion zu den Statements – kommunale Erfahrungen

Vertreter der Stadt Nürnberg:

Die Frage ist gewesen, wohin die Reise geht, aber die Frage ist: Können wir noch eine Reise machen? Ich muss sagen, die Statements, insbesondere das der Vertreterin des Bundesministeriums, fand ich eine sehr traurige Botschaft. Ich denke wir stehen in einer Situation, wo die Finanzkrise der Kommunen den Handlungsspielraum für gesundheitsförderliche Aktivitäten - der nie groß war - vertikal einschränkt. Der nächste Punkt ist die Finanzkrise der öffentlichen Haushalte auf der Bundes- und der Landesebene. Sie führt dazu, dass das Sparpaket, das vorgestern veröffentlicht wurde, das größte Antigesundheitsförderungsprogramm in der Bundesrepublik wird. Dort geht es darum, Sparmaßnahmen durchzusetzen, die die soziale Ungleichheit und die gesundheitlichen Konsequenzen der sozialen Ungleichheit drastisch verschärfen werden. Der andere Punkt ist das Bundesministerium. Ich finde es ist auch eine mangelnde Wertschätzung des Gesunde Städte-Netzwerks, wenn das

Bundesministerium eine Vertreterin schickt, die sich gleich nach dem Statement verabschiedet und nicht einmal die Rückkopplung abwarten kann. Ich denke, das was das Bundesministerium heute präsentiert hat, ist im Grunde Abgesang an jede politische Konstitution der Gesundheitsförderung gewesen. Ich bin schon seit 1990 in den Gesunde Städte-Diskussionen dabei und denke, wenn wir 1990 eine derartige Darstellung gewagt hätten, dann hätten wir uns an die nicht konzeptionellen 70er Jahre erinnert und das ist jetzt the state of the art der Gesundheitsförderungspolitik in der Bundesrepublik. Ich denke, die Gesunde Städte-Tagung sollte heute eigentlich nur ein Thema haben: Wie gehen wir mit der gesamtgesellschaftlichen Situation um, die Aktivitäten von Initiativen in den nächsten Jahren ganz massiv beschneiden wird in einer Situation, wo von der gesamtpolitischen Lage die gesundheitsbezogenen Folgen von sozialer Ungleichheit steigen und steigen werden.

Herr Klaus-Peter Stender, wie können wir mit den Ländern besser als mit den Kommunen zusammenarbeiten?

Nun ich denke, das geht in beide Richtungen. In Hamburg oder auch in Berlin wird das nicht so ein großes Problem sein, weil sie Stadtstaaten sind und man das in gar keiner Weise vergleichen kann. In Brandenburg ist die Situation wieder ein bisschen anders und in Nordrhein-Westfalen oder Bayern ebenfalls. Dort mit Kommunen zusammenzuarbeiten ist angesichts der Großflächigkeit gar nicht so leicht. Ich fordere aber dazu auf. In Nordrhein-Westfalen gibt es nun schon lange einen Gesundheitsförderungsprozess und regionale Gesundheitskonferenzen und es gibt durchaus auch schon lange entsprechende Geschäftsführungsstrukturen in dem Bereich, die zum Teil auch von den Ländern bezahlt werden bzw. bezahlt wurden. Von daher würde ich an dieser Stelle schon deutlich dazu aufrufen, dass nicht jeder für sich neue Gesundheitsziele erfindet, sondern beispielsweise Kommunen sich durchaus in die Diskussionen auf Länderebene von vornherein auch einbeziehen. Das heißt, dass man nicht nur passiv entgegen nimmt, was die Länder grade diskutieren, sondern die

Länderkollegen, die für das Thema Gesundheitsförderung zuständig sind, auch aktiv kennenlernt und mit ihnen zusammen diese Prozesse plant. Die Länder, gerade jene in den Flächenbereichen, arbeiten weniger mit einzelnen Kommunen zusammen, sondern natürlich mit den regionalen Verbänden und Landeskommunalverbänden. Hier könnten sich aber auch Gesunde Städte gut als Kooperationspartner anbieten. Von daher halte ich es für eindringlich, dass Kommunen ihren Sachverstand mit einbringen. Natürlich ist es so, dass die Länderministerien und teilweise die Leute, die dort arbeiten, recht abgehoben sind, aber gleichzeitig auch durchaus die Möglichkeit haben, entsprechenden Einfluss auf die Gestaltung von Länderpräventionsprogrammen zu nehmen. Das heißt, um auch solche Entscheidungsträger entsprechend zu erden und ihnen auch entsprechend deutlich machen, was notwendig ist, um Gesundheitsförderung in den Lebenswelten umzusetzen, muss der Sachverstand aus den Kommunen auch in die Länderebenen einbezogen werden.

Herr Dr. Andreas Böhm, wir haben gehört, dass in Potsdam ganz gute Kooperationen bestehen. Ist das in Brandenburg Potsdamer Spezialität oder gehen andere Kommunen auch auf Sie zu und wie gehen sie auf Sie zu und mit welchen Erfolgen?

Potsdam ist in der Tat ein Sonderfall. Ein ganz besonders schöner Sonderfall durch das besondere Engagement und durch Herrn Meck. Aber auch andere Städte aus dem Gesunde Städte-Netzwerk sind hier zu nennen und vielleicht ist diese Idee von Herrn Stender ganz richtig. Das Gesunde Städte-Netzwerk ist quasi eine Institution und als solche gemeinsam an das Land heranzutreten und die eigenen Vorstellungen auszubreiten und Wünsche zu formulieren, ist noch wirksamer. Wobei arme Länder finanzielle Wünsche momentan kaum erfüllen können. Aber es gibt eine ganze Menge Bewegung in diesem Bereich und einen Ansatz werden Sie am Freitag vom



Staatssekretär hören. Zum Schluss möchte ich noch einmal zum Kontext hier sagen, dass Länder und Kommunen auch immer ein gewisses Spannungsverhältnis haben. Die Kommune kann mit gutem Recht sagen, dass sie ihre Aufgabenerfüllung selbstständig macht und in diesem Zusammenhang wird es oft nicht sehr dankbar aufgenommen, was ein Land an schönen Sachen formuliert. Die entsprechenden kommunalen Vertretungen sagen oft - auch wiederum mit Recht: Halt, das sind schöne Vorstellungen, die die Länder hier formulieren oder es sind sogar hässliche Vorstellungen, aber an dieser Stelle ist oft eine gewisse Spannung vorhanden.

Wolfgang Klier, Gesundheitsamt Köln

Ich melde mich jetzt noch einmal mit einem Schritt zurück zu der Gesamtdiskussion der Eingangsphase der heutigen Tagung. Wir haben das Thema „Zukunft Gesundheit – Neue Allianzen“ genannt und ich bin selber ein leidenschaftlicher Verfechter von Vernetzung. Sowohl auf der Bundesebene mit dem Gesunde Städte-Netzwerk, als auch auf der lokalen Ebene, wo wir intensiv daran arbeiten mit Hilfe lokaler Netzwerke die Gesundheitsförderung in Köln voranzutreiben. Wenn ich aber heute alles zusammen nehme, was in der Eingangsphase der Tagung gesagt wurde, beschleicht mich ein ungutes Gefühl. Bei allen Bemühungen, die vorhin genannt worden sind, wird vieles überlegt und angestrengt, um durch die Bildung von neuen Allianzen Defizite aufzufangen, die eigentlich von struktureller Natur sind. Vorhin war von Projektitis die Rede gewesen. Es findet meiner Meinung nach eine ungeheure Ressourcenverschwendung statt,



wenn die gesamte Gesundheitsförderung quasi auf Projektfinanzierungsbasis stattfindet. Das wissen alle, das brauche ich nicht weiter ausführen. Ich denke, wenn wir auf dieses Problem dadurch reagieren, dass wir unsere Kreativität entfalten und mit Hilfe von neuen Allianzen das aufzufangen versuchen, was an strukturellen Defiziten da ist, so schwächen wir uns möglicherweise selbst. Das ist das ungute Gefühl, was ich gerade habe. Die Forderung müsste eigentlich sein, strukturelle und grundsätzliche Verbesserungen von Gesundheitschancen bzw. die Herstellung von Gleichheit von Gesundheitschancen zu schaffen. Dann müsste dafür gesorgt werden, dass es politisch auf allen Ebenen zu Regelfinanzierungen kommt. Dann kann man nicht - was real der Fall ist - hinnehmen, dass die Tendenz eigentlich immer mehr zu Projekten hingeht. Das ist genau das, was untergräbt, was wir eigentlich wollen. Und ich fühle mich an dieser Stelle selber im

Widerspruch, weil ich persönlich auch die Erfahrung gemacht habe und die Meinung vertrete, dass mit Hilfe von Netzwerkbildung viel erreicht werden kann. Wenn das aber nicht durch strukturelle Finanzierung abgesichert ist

Wolfgang Friebe, Herne

Vielleicht mal ein ganz kurzer Beitrag aus dem Bereich der Selbsthilfe. Wir, die schon seit über 30 Jahren in der Selbsthilfegruppenarbeit dabei sind, sind groß geworden, weil es ja darum geht irgendwelche Wochenendmaßnahmen und Projekte durchzuführen. Diese ganzen Maßnahmen mussten initiativ und irgendwie nachhaltig sein. Beide Begriffe mussten in jedem Beihilfeantrag auftauchen, damit er durchkommt. Was jetzt aktuell ist, ist nachhaltig. Also braucht man für die gleichen Wochenendmaßnahmen nur



und wenn nicht die guten Projekte in Dauerfinanzierung überführt werden können, so habe ich den Eindruck, dass das eher in eine ungute Richtung geht.

aufführen, dass diese Maßnahme nachhaltig ist für die Gesundheitsförderung. Auf dieser Tagung habe ich wieder etwas Neues gelernt: Allianz. Und für mich ist die Frage - jetzt natürlich auf den örtlichen Bereich gesehen - ob man Netzwerke aus der Sicht der Selbsthilfe und Vernetzung nicht fast lieber bleiben lassen kann. Diese Allianz bezieht sich ganz deutlich auf die kommunale Gesundheitsförderung, das ist mir klar. Ich denke für den Bereich der Selbsthilfe müsste man das noch ein bisschen differenzieren.

Christiane Gerhardt, Mainz

Ich möchte zunächst Frau Haag aus München ein ganz herzliches Dankeschön sagen, denn sie hat uns vom SprecherInnenrat etwas sehr Gutes in die Hand gegeben, womit wir unsere Referentin und unseren Referent, die ja leider weggegangen sind, mit Fragen hätten bombardieren können. Meine Bitte an die Geschäftsstelle ist jetzt, dass man diese Fragen zusammenfasst und wirklich auch nach Berlin weitergibt, denn es ist eine Unverschämtheit und ein Unding – auch dem Gesunde Städte-Netzwerk gegenüber – ein kurzes Statement abzugeben und dann zu sagen, dass man zu einem Termin muss. Alle Termine, grade im Bereich der Ministerien, können verschoben werden. Frau Dr. Drohsel hat frühzeitig gewusst, dass sie hier ist. Das hat mich schon maßlos geärgert und ich möchte das an dieser Stelle sagen. An der anderen



Stelle möchte ich dem Kollegen aus der Selbsthilfe – ich komme selbst aus dem Selbsthilfe-/Initiativenbereich – in die Hand geben, dass Projekte erst später zu der Selbsthilfe kamen. Selbsthilfe ist eine lange Geschichte, das wissen wir alle, und Selbsthilfe heißt: sich regelmäßig treffen, ständig mit dem gleichem Thema umgehen und noch andere Dinge zu machen. Wenn wir als Selbsthilfe dann noch Projekte nehmen – das ist korrekt und ich bin sehr dagegen, wenn man sagt, dass Projektarbeit oder neue Allianzen nur der Kommune überlassen werden sollen – dann habe ich etwas dagegen, denn auch bei uns werden die Gelder immer weniger und an der Stelle müssen wir neue Allianzen eingehen. Wir müssen uns Kooperationspartner suchen. Das ist meine Meinung dazu und das wollte ich ihm nur mal an die Hand geben. Dankeschön.

Herr Norbert Lettau, könnten Sie uns noch etwas an die Hand geben, damit wir künftig noch nachhaltiger unsere Maßnahmen durchführen können?

Ich denke Klaus-Peter Stender hat hier ganz gut aufgezeigt die Analyse aus der Ländersicht. Ich glaube, dass es wichtig ist mit den Ländern in Kontakt zu treten über die Netzwerke der Länder, aber auch das man

über die kommunalen Spitzenverbände versucht Einfluss zu nehmen und gemeinsame Bündnisse mit den Ländern wieder aufzubauen.

Gerhard Meck, Landeshauptstadt Potsdam

Ich glaube die Denksportaufgabe fängt damit an, dass man sich fragt wo ist eigentlich Gesundheitsförderung drin, ohne dass Gesundheitsförderung draufsteht und alle Sektoren, die wir in unseren Netzwerken haben und wir haben zum Beispiel den Marketingbereich in unserer Lenkungsrunde der Netzwerke. Auf sowas würde wahrscheinlich nicht jeder gleich kommen, aber er macht mit seinen Ressourcen die Öffentlichkeitsarbeit für unsere Netzwerke. Mit ihm müssen wir die Arbeit nur so einteilen und absprechen, dass der Bereich um unsere Anliegen weiß und sie in seinen Jahresplan einbauen kann. Jugendamt ist bekannt, brauch ich nicht drüber zu reden. Aber wenn hier gesprochen wird Gesundheitsförderung, Gesundheitsbildung, Prävention als Projektitis: Wir haben die Volkshochschule. Was glauben Sie, was diese für ein Dauerangebot an Kursen hat, überlaufen von Teilnehmenden, anerkannt von den Kassen. Da sehe ich keine Projektitis. Das heißt, wenn ich um das Rollenspiel weiß, wer wofür gut ist auf Dauer. Vielleicht ist die Gesundheitsförderung aus der Ecke des Gesundheitsamtes tatsächlich für Projekte gut: Nämlich etwas Neues zu probieren, Experimente zu wagen, die sonst keiner angeht, weil im Gesundheitsamt das Know-how ist. Wenn ich dann Regelstrukturen suche, muss ich nicht immer als erstes auf den Gesundheitsbereich schauen, weil das Spiel in der jetzigen Lage nicht zu gewinnen ist. Sondern ich könnte mich doch umschauen, welche Strukturen denn da sind, die gelungene Experimente und Projektentwicklungen im Regeltransfer umsetzen. Vorhin hat Herr Prof. Dr. Rosenbrock gesagt, das Programm Soziale Stadt ist schlechthin Gesundheitsförderung. Ja wir haben das wirklich. Wir haben die Förderkulisse Soziale Stadt und was da an Förderungsprogrammen läuft, da wachsen Gesundheitsförderung und Förderung von den sozialen Stadtteilen zusammen. Da werden wir sogar gebraucht, weil allein



Infrastrukturmaßnahmen, ohne dann niedrigschwellig die Bevölkerung zu erreichen, gar nicht sinnvoll sind. Deswegen, glaube ich, ist das Wort mit den neuen Allianzen insofern richtig, wenn wir den Blick über den Gesundheitssektor hinaus wenden, wenn wir überlegen, welche Sektoren wir stetig an uns binden können. Nicht über ein Projekt, nicht über eine Idee, nicht über eine Konferenz, sondern wirklich strategischer Art als kompaktes Angebot, als kompaktes Handeln vor Ort. Und das fängt auf der Ebene der Kommune an, und wenn wir das auf der Ebene

Kommune schaffen, dann erst können wir auch die Länder dazu bringen, dass sie ihre Ministerien nicht nach Sektoren sehen, sondern dass sie an dieser Stelle auch den Ball in die Hand nehmen und sagen „Wir schließen uns zusammen“. Dann sind alle in der Lage, denke ich, dem Bund Angebote zu machen. Unterschätzen Sie nicht, der Bund selber hat zur Verbindung von Gesundheit und soziale Stadt eingeladen. Da war das Gesunde Städte-Netzwerk dabei, viele aus Berlin waren dabei, viele aus

Nordrhein-Westfalen habe ich gesehen, aus Hamburg. Da waren nicht alle von uns da, und das hat sich auch schwierig gemacht. Das ist das, was Frau Dr. Drohsel am Anfang gesagt hat: Gott sei Dank hat sie es geschafft. Dann müssen wir das Ministerium für Ernährung und Landwirtschaft bekommen, das Bundesministerium für Arbeit und Familie, da ist eine Menge zu tun. Das werden die nicht allein aus sich heraus schaffen. Das sind Verwaltungssektoren, die normal traditionell nebeneinander her arbeiten. Wenn jemand das schaffen kann, dann ist es jemand der im Netzwerk erfahren ist und den gibt es, der auf der Bundesebene in Gesundheit und Netzwerken erfahren ist, nämlich Sie – das Gesunde Städte-Netzwerk. Ich wüsste nämlich niemanden sonst, machen wir uns nicht kleiner als wir sind.

Herr Klaus Winkler, auf welcher Reise sehen Sie uns?

Ich habe sehr viele Rückmeldungen aus unserer Gruppe gehört, denen ich mich voll anschließen kann. Ich sehe das sehr skeptisch, aber ich habe durchaus wohlwollend den Formulierungen von Herrn Meck zugehört. Dazwischen liegt irgendwo der Weg; denn wir haben beides. Ich bin immer einer gewesen, der auch sehr viel Kritik an der Arbeit geäußert und immer Wert darauf gelegt hat, dass wir uns mehr über die Qualitätsmaßstäbe auseinander setzen müssen, dass wir uns durch eine gute Arbeit profilieren müssen und erst dann an die Allianzen herangehen um zu sagen, wenn wir eine gute Arbeit machen, sind wir auch für Bündnispartner interessant. Umgekehrt heißt das, ohne das geht es eigentlich nicht. Da sind wir auf der rein politischen Ebene und da haben wir zur Zeit den Wind von vorne. Zur These, die ich auch sehr dringend vertrete: Wir müssen mehr in die intensive Arbeit hineintreten, also über Qualitätsmaßstäbe orientieren. Wir versuchen gleich um 17 Uhr mit Hilfe einer



Erfahrungswerkstatt ein Instrument zu entwickeln. Das ist alles noch sehr dürrig, weil wir am Anfang stehen, aber in diese Richtung soll es gehen. Wir müssen auch mal über die Dinge reden, die uns wichtig sind und nicht nur über das, was auf einer Hochglanzbroschüre abbildbar ist, sondern auch über das, was nicht so gelaufen ist, wie wir es uns erhofft haben und wie wir trotzdem daraus gekommen sind. Sprich, was sind unsere Stärken? Das macht Netzwerkarbeit aus. Immer einen Plan B oder C zu haben und auch genau das zu vermitteln und diese Erfahrungswerte auszuwerten, um sie uns allen zur Verfügung zu stellen. Das ist die Stärke eines Netzwerks, da möchte ich mich gern anschließen: Es gibt sonst nichts Anderes in der Bundesrepublik. Aber beides bitte. Nicht nur an die Politik und in Richtung Verband denken, sondern auch an die Qualität der Arbeit vor Ort und den Austausch. Das hat uns über die ganzen Jahre auch zusammengehalten und zu dieser Stärke gebracht, die wir auch immer noch haben.

Herr Prof. Dr. Göpel, Allianz, Wissenschaft, Gesunde Städte-Netzwerk, wir sind auf der Reise. Auf welcher Etappe sehen Sie uns bei dieser Reise und wo soll sie landen?

Also es hat relativ lange gedauert. Sympathisanten in den Hochschulen haben Sie schon seit 20 Jahren. Es gab das strukturelle Problem, wie die Anknüpfung funktioniert - morgen Vormittag werden wir darüber auch noch einmal reden können. Ich denke es ist wichtig, dass dieser Impuls, das Potential, die Ressourcen, die in den Hochschulen und den Universitäten zur Verfügung stehen, stärker anzupapfen und zu nutzen, um es systematisch beschreibbarer zu machen, was dort passiert. Es gibt viele Studiengänge im Sozialbereich und im Gesundheitsbereich, die durchaus Interesse haben und die mit Sympathie verfolgen, was sich im städtischen Bereich, im Bereich sozialer Stadtentwicklung, tut. Das ist eine große Chance und da erhoffe ich mir Mut. Die andere Richtung geht dahin, das mehr zu schreiben. Wir haben jetzt



das Strategiepapier veröffentlicht und ich wäre begeistert, wenn Sie das mit aufgreifen würden. Darüber muss jetzt gesprochen werden und es muss ein öffentlicher Konsens hergestellt werden in den Kommunen. Die Kommunen sind der Ort, wo die Integration stattfindet. Wir haben über viele Jahre mit dem Settingansatz in Betrieben Kindertagesstätten, Grundschulen angefangen. Das müssten wir jetzt miteinander verknüpfen. Das Gesunde Städte-Netzwerk ist der Rahmen, der diese Verknüpfung meistern könnte. Wir haben einige Vorschläge gemacht wie eine nachhaltige Finanzierung aussehen könnte. Eine ging in die Richtung einen kommunalen Gesundheitsförderungsfond und eine Gesundheitsförderungskonferenz in jeder

Stadt einzurichten. Dazu noch eine Geschäftsstelle. Das sind Vorschläge, die eine nachhaltige Gesundheitsförderung in den

Kommunen möglich machen und meine Prognose ist: In drei Jahren haben wir es. Alles Gute.

Klaus-Peter Stender, Hamburg

Ich möchte nochmal aufgreifen, was Herr Meck und Herr Göpel gesagt haben. Ich finde auch, dass wir diesbezüglich in einer unglaublich widersprüchlichen Zeit leben. Ich finde, auf der einen Seite müssen wir zur Kenntnis nehmen: Gesundheitsförderung hat in den letzten Jahren durchaus einen enormen Aufschwung erlebt. Obwohl ich glaube, dass nicht alle in den Gesundheitsämtern immer total davon profitiert haben. Was ich im Augenblick erlebe – auch in den ganzen Länderdiskussionen beispielsweise – ist, dass die Verbindung von Gesundheit und Jugendhilfe beispielsweise über viele Diskussionen, in diesem Zusammenhang Konzepte zu frühen Hilfen, etwas ist, wo Gesundheit mittlerweile auch im Bereich Jugendhilfe ein ganz wesentlicher Aspekt ist. Wir haben - Herr Meck hat es grade deutlich gemacht - in vielen Ländern Kooperationen von Gesundheit und Stadtentwicklung. Das ist implementiert. Das ist nicht überall gleich gut, das ist auch klar. Aber es sind viele Aufgaben in der Welt, die nicht überall gleich gut gemacht werden, obwohl wir im Grunde genommen auch nicht unbedingt an einem Mangel von Qualitätskriterien leiden. Wir haben mittlerweile das Thema Gesundheit vielfach als Aufgabe in Kindertagesstätten implementiert. Es ist nicht immer so, dass man sagt „Oh man ist das hier jetzt brilliant“, aber wir haben es gemacht. In den Bildungsrahmenplänen ist Gesundheit implementiert. Man könnte schon noch deutlich aufzählen, dass wir auch in der Strukturentwicklung eine ganze Menge Neues gelernt haben und eine ganze Menge neue Strukturen gelegt sind. Ich glaube, das unbefriedigende ist dabei vielfach, dass man eigentlich ein wenig Freiwild ist, wenn das Ganze nur unter dem Aspekt Gesundheit läuft. Im Grunde genommen wird Gesundheitsförderung als freiwillige Aufgabe genommen, die dem Grunde nach gesetzlich ist, aber nicht der Höhe nach und demnach auch sehr leicht eingespart werden kann. Das ist das Problem. Aber auf der anderen Seite bitte ich an der Stelle nicht zu vergessen, dass es mittlerweile auch viele Kooperationspartner

gibt, die das Thema Gesundheit in ihrem Aufgabenkanon mit drin haben. Damit das Ganze dann aber nicht nur Wording ist, sondern auch umgesetzt wird, da beginnt es – dass ist das, was Klaus Winkler sagt – dann spannend zu werden. Wir müssen es so umsetzen, dass wir auch tatsächlich die Menschen erreichen und die Wirksamkeit nachweisen können. Der gesamte Bereich Gesundheitsförderung ist etwas, wo in den letzten Jahren nicht das erreicht worden ist, was man sich vorstellt. Und was wir hier erleben – wir sind hier bei einer Industrie- und Handelskammer – ist, dass eine neue Phase kommen wird, wo man eine größere Kooperation mit dem Wirtschaftsbereich braucht. Auch das wird kommen, weil grade der Bereich Gesundheit und betriebliches Gesundheitsmanagement mit großen Meilenstiefeln nach vorne geht. Es gibt auf das Thema Gesundheitsförderung verschiedene Blickpunkte, aber eine Realität ist: Gesundheitsförderung ist in vielen Bereichen heute durchaus Standard. Und da sind wir nicht ganz unbeteiligt dran.



Sportliche Minipause



10. Juni 2010

**Bündnispotenziale zwischen
Wissenschaft und Gesunde Städte-Netzwerk**
Praxisbeispiel: Kölner Bündnis für gesunde Lebenswelten
Gesprächsrunde mit weiteren ExpertInnen

Gesunde Städte-Netzwerk – Bilanz und Perspektive

Sportliche Minipause

**Abendempfang der Landeshauptstadt Potsdam
durch Oberbürgermeister Jann Jakobs**

Moderation:

Gerhard Meck (MBA) & Dr. Claus Weth



Impressionen vom 10. Juni 2010



Bündnispotentiale zwischen Wissenschaft und Gesunde Städte-Netzwerk

Praxisbeispiel: Kölner Bündnis für gesunde Lebenswelten

Marlis Bredehorst

Herzlich willkommen meine Damen und Herren!

Ich will Ihnen ein Projekt vorstellen, was sich immer mehr als das tollste Projekt, das wir in der Stadt Köln haben, entwickelt. Es heißt leider Projekt, soll aber nachhaltig sein, aber hierzu später noch einmal mehr.

Es begann damit, dass ich mich mit Frau Dr. Agnes Klein (Dezernentin für den Bereich Bildung, Schule und Jugend) zusammengesetzt habe. Mit dem Ziel "Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche".

Wir begannen damit, eine Liste mit den bekannten Projekten der Stadtverwaltung zu erstellen und sind schon daran gescheitert, weil es so viele unzählige Projekte und Initiativen gab, die von den verschiedenen Ämtern kamen, dass unsere Mitarbeiter quasi schon zeitlich nicht mehr in der Lage waren diese ganzen Listen auszuführen.

Wir haben festgestellt, dass es so ein unübersichtliches Feld im Bereich Gesundheitsförderung der Stadt bei Kindern und Jugendlichen ist, dass es schwierig ist, etwas damit anzufangen. Wir wussten, dass das Ganze nicht flächendeckend ist. Wir wollten jedoch immer das Ziel „Gesundheit für alle“ umsetzen, weshalb wir uns das Ziel "Basics für alle" setzten. Das heißt, keine tollen Leuchtturmprojekte, da wo engagierte Lehrer, Jugendpädagogen, Gesundheitsförderer irgendwo etwas machen und dann damit Geld akquirieren von Krankenkassen oder anderen ganz verschiedenen Geldgebern. Sondern wir wollten, dass alle Kinder und Jugendlichen, insbesondere auch diejenigen, die sozial benachteiligt sind (weil wir wissen, dass

gerade auch die gesundheitlich benachteiligt sind) in den Genuss von Frage, wie machen wir das?

Hierbei konnten wir auf die Hilfe von Herrn Klier vom Gesundheitsamt Köln zählen, der die zündende Idee hatte, einen Antrag beim Bundesgesundheitsministerium zu stellen und gleichzeitig die Idee Frau Dr. Quilling von der "Lernenden Region" ins Spiel zu bringen. Dies ist eigentlich ein Verein, der Bildungsnetworking macht. Wir wussten, dass dieser gut netzwerken kann, und so ist sozusagen unser Projekt entstanden. Wir haben dann das Kölner Bündnis gegründet und es als Teil des Nationalen Aktionsplans des Bundesgesundheitsministeriums vorgestellt.

Wir haben uns erfolgreich in der Vorphase beworben – sind dann auch in die zweite Phase gekommen – und machen jetzt sozusagen ein Netzwerk der Netzwerke.

Dies ist sehr schwer zu erklären, aber hat einen unendlichen Erfolg.

Der Schwerpunkt ist Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. Die Ziele des Ganzen lassen sich auf drei Punkte begrenzen: Die Bewegungsaktivitäten, die psycho-soziale Situation und die Ernährungsweise. Wobei für uns die psycho-soziale Gesundheit und die damit verbundene Stressregulation ein besonders wichtiger Aspekt ist, der nicht zu kurz kommen darf und es eben nicht nur einfache Sportkurse sind.

Wir wollen keine weitere Projektitis sondern das, was vorhanden ist, und was an tollen Initiativen angeboten wird, vernetzen. Ich glaube gerade das ist bei diesem Bündnis das allerwichtigste, dass wir ganz unterschiedliche Bereiche und Initiativen vernetzt haben und



das wir inzwischen durch diese Vernetzung der unterschiedlichen Bereiche das gesamte Wissen, welches in der Stadt im Bezug auf Gesundheitsförderung vorhanden ist, zusammengebracht haben. Dazu möchte ich ihnen natürlich auch unsere Partner vorstellen wie z.B. die Stadtverwaltung mit dem Gesundheitsamt, dem Kinder- und Jugendamt, dem Amt für Weiterbildung der Volkshochschule, dem Schulverwaltungsamt und dem Sportamt. Daran sehen Sie, dass wir einerseits diese benötigte Fachlichkeit ins Projekt mit einbezogen haben und andererseits den so genannten Settingansatz, dass wir sagen, wo finden wir Kinder und Jugendliche.

Dann ist da natürlich auch das Land mit dem gesamten Schulbereich, das Schulamt für die Stadt Köln, die Deutsche Sporthochschule. Was uns ganz wichtig ist, dass wir die Wissenschaft mit eingegliedert haben und hier auch noch vier verschiedene

Fachbereiche und Institute, die jetzt auch von diesem Bündnis profitieren. Des Weiteren sind hier der

Stadtsporthund und die Sportjugend, die sich sehr stark einbringen und meiner Einschätzung nach

auch sehr viel auf dem Gebiet der psychosozialen Gesundheit lernen. Als schwierigster Part bei der Gewinnung der Partner erwiesen sich die Krankenkassen. Es war uns aber sehr wichtig, dass es mehrere sind und es somit zu einem übergreifenden Bündnis wird. Letztendlich konnten wir die AOK, die Barmer und die IKK einer Partnerschaft überzeugen. Zudem konnten wir mit der Ernst-Wendt-Stiftung einen weiteren wichtigen Partner gewinnen.

Außerdem sind wir sehr froh darüber, zahlreiche Praxisprojekte, also Initiativen und Vereine, die bereits in Sachen Gesundheitsförderung tätig sind, zu gewinnen.

Wichtig war uns auch, den Gesundheitsbereich insgesamt mit einzubringen, weshalb wir die kommunale Gesundheitskonferenz mit eingebunden haben. Das alles wird von der "Lernenden Region" koordiniert.

Der Schatz an diesem Projekt ist, dass wir sehr ressortübergreifend arbeiten, dass wir die ganzen Settings haben und dass wir die ganzen Institutionen, in denen man die Kinder findet, dabei haben. Wir haben sozusagen die Netzwerke vernetzt, was unglaublich schwierig in der Presse darzustellen ist. Der eigentliche Sinn des Projektes ist, dass wir alle Akteure, die Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen in Köln betrachten, zusammengeführt haben. Ausgenommen die gewerblich Arbeitenden. Das wichtigste ist sicherlich die Steuerungsgruppe. Dort sitzen die wichtigsten Netzwerkpartner, und diese bestimmt letztendlich, wie es weitergehen soll. Ganz wichtig sind auch die Settingsarbeitskreise: Arbeitskreis Freizeit, Arbeitskreis Kindergarten, Arbeitskreis Schule. Dort sind entsprechend die Partner zu finden, die dort strategisch überlegen, wie das Projekt weitergebracht werden kann.



Ich hatte bereits gesagt, das Ziel des Netzwerks ist es, „Basics für alle“ zu schaffen. Das heißt im Wesentlichen geht es bei diesem Projekt um einen

Erfahrungsaustausch und darum, dass sich diejenigen, die sich ohnehin schon in der

Gesundheitsförderung betätigen, sozusagen standardmäßig auf eine Mindestlinie begeben. Wie wir das machen, erfahren wir gleich, denn vorher ist noch der wissenschaftliche Beirat zu erwähnen. Was enorm wichtig ist, dass wir die Hochschulen in unserem Projekt dabei haben, die uns auch immer wieder von der fachlich-inhaltlichen Seite Feedback geben, ob wir weiterhin richtig vorgehen und die dann auch viele Teile des Projektes mit großem Eigeninteresse evaluieren. Dem Projektbeirat, der ein bis zweimal im Jahr tagt, haben wir all diejenigen zugeordnet, die nicht direkt in der Steuerungsgruppe sitzen, damit auch die mitreden können und ihre Erfahrungen einbringen dürfen.

Und jetzt übergebe ich an Frau Dr. Quilling, die ihnen das noch viel plastischer darstellen wird.

Dr. Eike Quilling

Vielen Dank Frau Bredehorst. Ich komme nun zu den Arbeitsschwerpunkten, die wir uns für die Durchführungsphase vorgenommen haben. Das Projekt „Kölner Bündnis für gesunde Lebenswelten“ war zweigeteilt. Es gab eine halbjährige Aufbauphase, die ausschließlich für Netzwerkarbeit genutzt werden konnte. Wir sind dem Bundesministerium sehr dankbar für diese Zeit, die wir in Köln nachhaltig genutzt haben. Anschließend hatten wir die Möglichkeit, in einer zweijährigen Durchführungsphase unsere Ideen in die Tat umzusetzen. Dies erwies sich allerdings zunächst als schwierig, da wir den Bewilligungsbescheid erst ein halbes Jahr später erhalten haben. Wir mussten also zunächst selbst für die Finanzierung sorgen - eine Herausforderung, die nicht völlig reibungslos verlief. Frau Drohsel deutete diese schwierige Übergangszeit für die Aktionsbündnisse gestern bereits in ihrem Beitrag an. Trotzdem sind wir über die Ausschreibung des Bundesministeriums sehr dankbar, weil wir damit einfach sehr viel bewegen können.

Nun zu unseren Arbeitsschwerpunkten: Wir sind einmal in dem Bereich der Kindertagesstätten, wo wir eine Qualifizierung zum Thema Stressregulation durch Bewegungsförderung anbieten. Wir haben ganz gezielt danach geguckt, wo noch Bedarfe sind. In Köln gibt es sehr viele Fortbildungen im Kitabereich. Gestern in einer Arbeitsgruppe am Nachmittag klang auch an, dass es für Kitas viele Angebote zu den unterschiedlichsten Themen gibt. Wir haben deswegen ganz genau geschaut, wo es noch Lücken und Bedarfe gibt, und für Köln den Bereich Stressregulation ausgemacht. Sowohl für die Erzieherinnen und Erzieher, als auch für die Kinder, die auch bereits unter Stress leiden. Wir haben uns dafür entschieden, eine niedrigschwellige Tages-Fortbildung anzubieten, die sehr gut angenommen wird.

Den Schwerpunkt unserer Arbeit haben wir auf benachteiligte Kinder und Jugendliche gelegt und uns überlegt, wo wir diese Kinder in Köln finden. Das sind in Köln ganz eindeutig die Hauptschulen. Mittlerweile sind wir in 21

Hauptschulen vertreten. Dies ist, glaube ich, eine ganz ordentliche Zahl. In diesen Hauptschulen haben wir Gesundheitsteams implementiert. Die Gesundheitsteams bestehen aus Lehrkräften, Schülerinnen und Schülern und – wenn vorhanden – Schulsozialarbeitern. Die Teams durchlaufen gemeinsam eine Schulung zum Thema Gesundheitsförderung in ihrer Schule. Die Schulung besteht aus fünf Modulen im Nachmittagsbereich. Für die Freistellung der Lehrkräfte war es wichtig, die Bezirksregierung und das Schulamt für die Stadt Köln mit im Boot zu haben. Mit der gemeinsamen Qualifizierung von Lehrkräften und Schülern haben wir sehr gute Erfahrungen gemacht. Die Gesundheitsteams haben ihre Qualifizierung inzwischen alle abgeschlossen und „zur Belohnung“ konnten sie bewegungsfördernde Maßnahmen für ihre Schulen planen und umsetzen. Sie mussten sich aber dafür im Vorfeld selber Ziele setzen und anhand dessen geeignete Maßnahmen ableiten. Dafür gibt es die Möglichkeit, verschiedene AGs in den Schulen einzurichten, sei es eine AG zum Thema Yoga oder Stressregulation oder aber auch einfach nur Mädchenfußball, Basketball oder was Jugendlichen eben sonst so Spaß bereitet. Durch die aktive Einbeziehung von Schülerinnen und Schülern und an den Schulen durchgeführten Befragungen, wurden schulspezifische, an den Wünschen der Schülerinnen und Schüler ausgerichtete Maßnahmen geplant. Gemeinsam mit unseren Partnern haben wir uns dann überlegt, wie die gewünschten Maßnahmen an den verschiedenen Schulen zu verwirklichen sind. Das klappt ganz gut und da spielen auch Kooperationen und Allianzen eine große Rolle. Unsere Partner führen jetzt ca. 50 Maßnahmen in den Hauptschulen durch. Zu unseren Partnern vor Ort zählen Sportvereine sowie Träger der Jugendhilfe. Im Vorfeld haben wir versucht, die Nachhaltigkeit sicherzustellen, indem alle Partner 25% Eigenanteil in diesem Projekt nachweisen müssen.

Also jeder, der in diesem Projekt aktiv ist, sei es die Lernende Region oder unsere Projektpartner, muss 25% Eigenanteil nachweisen und damit sein Interesse deutlich machen, sich auch weiterhin diesem Thema zu

verschreiben. Neben der Qualifizierung der Gesundheitsteams und Durchführung von bewegungsfördernden Maßnahmen beschäftigen wir uns mit einem Gütesiegel für das Setting Schule, auf das ich gleich noch zu sprechen komme.

Was wir jetzt noch in der letzten Phase der Projektförderung auf die Beine stellen, ist der „Online-Atlas für gesundheitsfördernde Angebote in Köln“. Der Atlas soll Transparenz über gesundheitsfördernde Angebote in Köln schaffen, da es aufgrund der Angebotsvielfalt unheimlich schwierig ist, einen Gesamtüberblick über alle Angebote zu bekommen, die es in Köln gibt. Allein die Volkshochschule hat sehr viele Angebote, aber natürlich auch Sportvereine und ganz viele andere Träger. Wir haben über 200 Träger, die Bildungsangebote vorhalten. Deswegen haben wir uns entschieden, eine Datenbank zu erstellen, wo wir hoffentlich bald auch die Angebote der Krankenkassen einstellen werden können. Wir sind mit den kooperierenden Krankenkassen im Gespräch und versuchen, eine möglichst reibungslose Lösung zu finden.

Die Kernaufgabe der Lernenden Region ist es, Netzwerkmanagement zu betreiben und Öffentlichkeitsarbeit zu machen, was mit 30 Projektpartnern nicht immer eine einfache Aufgabe ist. Neben der Stadt Köln und der Sportselbstverwaltung, arbeiten wir ganz eng mit der Deutschen Sporthochschule Köln zusammen, die für die gesamte Evaluation verantwortlich ist - von der T0-Erhebung über die Zwischenuntersuchungen bis hin zur Wirkungsanalyse. Wir bemühen uns in dem Projekt darum, auch eine Wirkung unserer Arbeit nachweisen zu können, wobei das bei dem kurzen Projektzeitraum nicht ganz einfach sein wird.

Nun ein kurzer Einblick in die Daten, die wir erheben. Da wäre zum Beispiel die Frage: Wo liegen eigentlich die kooperierenden Schulen? In sozialen Brennpunkten? Wie viele sozial

benachteiligte Familien erreichen wir wirklich mit unseren Maßnahmen?

Unsere Auswertungen zeigen, dass wir wirklich sehr viele Familien erreichen. Wir können also behaupten, einen Volltreffer gelandet zu haben. In einem anderen Setting wäre uns das wahrscheinlich nicht so gut gelungen.

Gemeinsam mit der Sporthochschule haben wir uns ebenfalls die motorischen Hauptbeanspruchungsformen angesehen und haben festgestellt, dass die Kinder und Jugendlichen in den Hauptschulen wirklich dramatisch unterdurchschnittlich abschneiden in Bezug auf die Bewegungsformen. Sowohl in der Ausdauerfähigkeit als auch in der rein motorischen

Leistungsfähigkeit sind die Ergebnisse unterdurchschnittlich. Egal, welche Tests wir gemacht haben. Was uns aber am meisten erschreckt hat, ist, dass im Vergleich zu den



KIGGS-Daten die Zahl der übergewichtigen Kinder und Jugendlichen in den Hauptschulen bei 36,5 % liegt. Das weicht sehr stark von den KIGGS-Daten(15 %) ab, die uns zum Vergleich zur Verfügung stehen. Genau daher sollte man vielleicht das System ein Stück weit mehr in Frage stellen. Womit hängt das eigentlich zusammen, dass wir ausgerechnet in dieser Schulform mit so vielen Problemen zu tun haben? Seien es motorische Beanspruchungsformen, sei es Übergewicht. Das hat uns sehr erschreckt und deshalb sind wir auf eine andere Ebene gegangen: Wie werden Eltern eigentlich in diesen Zusammenhängen von Schule aktiv oder auch nicht aktiv mit eingebunden? Wir mussten feststellen, dass das bisher so gut wie gar nicht der Fall ist. Die Eltern spielen für die Schule so gut wie keine Rolle. Das wollen wir gern verändern und stellen daher schon die Weichen für weiterführende Projekte nach Ablauf des Förderzeitraums durch das BMG.

Wir können bisher auf eine sehr erfolgreiche Projektlaufzeit zurück blicken: Im Moment sind wir also in 21 Hauptschulen unterwegs, 50

AGs laufen im Nachmittagsbereich, einige werden noch nach den Sommerferien starten. Dieser zeitliche Verzug ist auf organisatorische Schwierigkeiten zurückzuführen, die man nie ganz ausschließen kann.

Die Stadt Köln hat finanzielle Mittel für bewegungsfördernde Materialien zur Verfügung gestellt; ein Verwendungszweck, für den keine Bundesmittel beantragt werden konnten. Alle kooperierenden Schulen konnten somit Spielkisten anschaffen. Das heißt, sie konnten bewegungsförderndes Material für ihre Schulen anfordern, mussten aber auch einen Eigenanteil von 25 % nachweisen. Das haben zwischenzeitlich alle Schulen geschafft, der Eigenanteil stellte demnach kein allzu großes Hindernis dar.

Ebenfalls außerhalb des Finanzierungsplans haben wir es geschafft, eine neue Form der Sporthelferausbildung in Kooperation mit der Sportjugend NRW, der Sportjugend Köln und der Kölner Bezirksregierung mit in das Projekt zu integrieren. Wir haben in einer Kompakt-Sporthelferausbildung innerhalb von eineinhalb Monaten 14 Lehrkräfte zu Multiplikatoren und zwischen 54 Schülerinnen und Schüler zu Sporthelferinnen und Sporthelfern ausgebildet, die am 12.06.2010 beim 1. Kölner Kindersportfest erstmalig zum Einsatz kommen werden und dort vor großem Publikum ihre Urkunden erhalten werden. Wir sind glücklich darüber, dass wir eine solche große Dynamik ausgelöst haben und zusätzlich zu den

aus Bundesmitteln finanzierten Maßnahmen den Schulen Angebote machen können. Das ist für uns einer der größten Erfolge in diesem Projekt. Dazu zählen auch die beiden

Zusatzmodule in den Bereichen „Ernährung“ und „Stressregulation“. Der aid-Infodienst wird das Ernährungsmodul gemeinsam mit dem Gesundheitsamt durchführen. Bei dem Modul

zum Thema Stressregulation arbeiten wir mit transfer e.V. zusammen.

Wir haben es wirklich geschafft, reichlich Bewegung in dieses Projekt zu bringen und zusätzliche Angebote machen zu können.

Nun komme ich nun noch mal zur Elternarbeit. Wir haben herausgefunden, dass Elternarbeit zu Themen der Gesundheitsförderung so gut wie gar nicht stattfindet, und wir haben daraufhin beschlossen, dass hier Handlungsbedarf besteht. Um noch in der Projektlaufzeit etwas zu bewegen, versuchen wir im nächsten halben Jahr ein Modul auf die Beine zu stellen, was Lehrerinnen und Lehrer darin unterstützen soll, Elternabende bzw. Elterncafés zu Gesundheitsthemen durchzuführen. Wir erproben das Konzept zunächst einmal mit den Multiplikatoren selbst, also gemeinsam mit den Lehrkräften, aber auch mit Sozialraumkoordinatoren und der Jugendhilfe. In zwei Durchgängen werden wir diskutieren, wie so ein Elternabend bzw. Elterncafé sinnvoll gestaltet werden kann. Dann werden wir im nächsten Schritt gemeinsam mit den Lehrkräften auch zwei Elternabende bzw. Elterncafés durchführen, wobei wir vom Institut IQPR der Deutschen Sporthochschule unterstützt werden. Das IQPR hat das fachliche Curriculum entwickelt. So sind wir im ständigen Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis. Das ist ja auch in etwa das Thema des heutigen Vormittags:



Wissenschaft und Praxis, wie kommt man eigentlich in den Dialog? Das gelingt uns in diesem Projekt eigentlich auf allen Ebenen. Sei es bei der formativen Evaluation, wo wir immer sehen, was wir eigentlich noch

machen müssen oder seien es die Institute, die noch mal inhaltliche Impulse geben und sagen, wie das theoretisch aussehen könnte. Aber wir geben das nicht eins zu eins direkt an die

Lehrkräfte weiter, sondern machen noch einmal eine Praxisschleife und sagen: Das ist das, was die Fachleute vorgeschlagen haben. Ist das etwas, was in der Praxis auch wirklich umsetzbar ist? An welchen Stellen kommt man da in Schulen an die Grenzen, und was empfehlen sie als Fachleute aus der Schule? Wir möchten da natürlich auch die Lehrerinnen und Lehrer mit ins Boot holen. Damit sie uns sagen, ob es überhaupt sinnvoll ist, Elternabende abzuhalten oder ob es für Hauptschuleltern nicht vielleicht viel sinnvoller ist, so etwas im Nachmittagsbereich anzubieten, weil viele Eltern langzeitarbeitslos sind. Es gibt ganz viele unterschiedliche Aspekte, die man da berücksichtigen muss. Das wissen die Lehrkräfte einfach besser als wir, und aus diesem Grund versuchen wir, dieses Know-how mit einzubeziehen.

Deswegen sind wir auch im ständigen Dialog - der wissenschaftliche Beirat dient, inhaltliche Impulse zu geben. Sei es für ein Leitbild, das wir uns gegeben haben, sei es für das Gütesiegel, auf das ich gleich noch mal zu sprechen komme. Dann haben wir noch die verschiedenen Setting-Arbeitskreise und bieten zusätzlich Qualitätszirkel an, wo diese Dinge in die Praxis gespiegelt werden und wir uns das Feedback von den Gesundheitsteams abholen.

Das Gütesiegel ist ein Highlight, das uns auf den letzten Metern gelungen ist. Auch hier kam der Impuls natürlich aus der Wissenschaft. Wir haben uns zusammengesetzt und uns die Qualitätskriterien herausgesucht, bei denen wir

der Meinung sind, dass sie wichtig sind für die Schulen und Mindeststandards für den Bereich Gesundheitsförderung darstellen. Es wurde auch hierbei eine Feedback-Schleife eingebaut und im Austausch mit den Schulen wurde besprochen, welche Kriterien praktikabel sind und welche nicht. Bei dem "Gut Drauf"-Siegel, einem hochschwelligem Siegel, scheitern die

Schulen oft nur daran, dass sie keinen

Entspannungsraum einrichten können. Das ist allerdings eine Entscheidung, die vom Schulverwaltungsamt gefällt wird. Nun ist es aber oft so, dass es keine Möglichkeit gibt, einen solchen Raum einzurichten und die Schule wird „bestraft“ obwohl sie sehr aktiv im Bereich Gesundheitsförderung ist.

Deswegen haben wir beschlossen, ein etwas niederschwelligeres Siegel zu entwickeln, das alle Bereiche berücksichtigt. Planungs- und Konzeptqualität, aber auch Struktur- und Prozessqualität sind für uns

ganz wichtige Qualitätsdimensionen. Auch über das Thema Nachhaltigkeit müssen sich die Schulen Gedanken machen, was uns ein ganz wichtiges Anliegen ist. Das Gütesiegel muss alle vier Jahre in einem Rezertifizierungsprozess erneuert werden. Wir hoffen, dass uns die Nachhaltigkeit gemeinsam mit den Gesundheitsteams in Verbindung mit dem Gütesiegel, welches durch die Kommunale Gesundheitskonferenz Köln vergeben wird, gelingen wird.

Damit bin ich auch schon Ende und bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.



Ganzheitlich Denken – vernetzt Handeln Gesprächsrunde mit weiteren ExpertInnen

Dr. Claus Weth, Koordinator Gesunde Städte-Netzwerk

Sehr geehrte Damen und Herren,

Das GSN hat anlässlich des 20-jährigen Bestehens im vergangenen Jahr in Frankfurt am Main die Weiterentwicklung und Neuausrichtung diskutiert und sich dabei auch den Spiegel vorhalten lassen, welche Stärken und Schwächen das Netzwerk angesichts der erkennbaren Herausforderungen hat.



Wir registrieren: Die Gesundheitsförderung steht aktuell nicht mehr so stark im Fokus der Länder- und Bundesebene und ihrer Gesundheitspolitiken wie in den zurückliegenden Jahren. In den Kommunen werden die unmittelbaren Aufgaben der Gesundheitsförderung vor dem Hintergrund von Haushaltskonsolidierungen öfter gedeckelt oder zurückgeschraubt. Allerdings darf verzeichnet und soll nicht verhehlt werden, dass der Ottawa-Gedanke ganzheitlicher Gesundheitsförderung gerade durch die Arbeit der Wissenschaften, der engagierten Kommunen und Fachleute vor Ort inzwischen in andere, auch gesundheitsferne öffentliche Sektoren eingesickert ist. Beispielhaft sei das „Programm Soziale Stadt“ genannt.

Damit wird Gesundheitsförderung immer mehr zur „Querschnittsaufgabe“. Das erfordert professionelle Netzwerkarbeit bei allen Beteiligten. Die Bedeutung der kommunalen Gesundheitsförderung – gleich welcher engen oder lockere Verbindung zu einzelnen Ämtern – ist allen, insbesondere vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, bewusst. Wir haben dies als Gesunde Städte an unterschiedlichen Stellen auch dokumentiert, z.B. mit der Kölner Entschließung zur Chancengleichheit für ein gesundes Leben oder dem Berliner Appell zum Thema „Gesund älter werden“ in Städten und Regionen aus den Jahren 1999 bzw. 2007.

Auf dem Symposium im vergangenen Jahr haben Ilona Kickbusch und Rolf Rosenbrock uns dazu ermutigt,

- die Gesundheitsförderung vor Ort immer wieder neu zu positionieren,
- für die Schwächeren der Gesellschaft einzustehen, die der öffentlichen Begleitung in ihren Lebensphasen besonders bedürfen,
- Stellung zu beziehen im Kontext zur Politik und zu den Folgen gesetzgeberischen Handelns – an dem die Kommunen nicht beteiligt sind,
- den kommunalpolitischen Auftrag professionell wahr zu nehmen, erkennbare Herausforderungen zu akzeptieren und auf die Probleme öffentlich aufmerksam zu machen,
- in den regionalen Medien wie den Gesunde Städte-Nachrichten auch kritischer zu berichten und auf negative Entwicklung in der Gesundheitspolitik hinzuweisen,
- strategische Allianzen zu schmieden mit Partnern aus der Wissenschaft und mit Verbänden wie Institutionen, die sich dem Thema der umfassenden Gesundheitsförderung stellen und das gebotene „Querschnittsdenken“ fördern.



Über die Notwendigkeit neuer Allianzen und Bündnispartner wollen wir heute Morgen diskutieren. Gerhard Meck, Gesunde Städte-Koordinator der Stadt Potsdam, und ich werden dabei moderierend zur Seite stehen.

Ich möchte ich Ihnen zunächst unsere Gäste in alphabischer Reihenfolge vorstellen:

Annette Borkel, Vorsitzende des Bundesarbeitskreises Gesundheit der Volkshochschulen

Prof. Dr. Heinrich Epskamp, Universität Hamburg, Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Schwerpunkt Wirtschaft und Politik

Prof. Dr. Rainer Fehr, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Prof. Dr. Eberhard Göpel, Hochschule Magdeburg Stendal, Kommunale Gesundheitsförderung

Prof. Dr. Sigrid Michel, Fachhochschule Dortmund, Fachbereich angewandte Sozialwissenschaften



Dr. Eike Quilling, Projektleiterin des Kölner Bündnisses für gesunde Lebenswelten

Dr. Heike Schambortski, Bereichsleiterin Gesundheits- und Mobilitätsmanagement bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Hamburg

Das sind unsere heutigen Partner bei der Diskussion, die wir mit Ihnen gemeinsam führen möchten.

Frau Dr. Eike Quilling, Sie sind die Netzwerkerin für dieses große Unternehmen und da stellt sich auch die Frage, aus welcher Ecke, wenn man das so sagen darf, Sie kommen, um auch die Unparteilichkeit gegenüber allen Bündnispartnern und Ämtern glaubhaft ausdrücken zu können?

Ich bin von Hause aus Diplom-Pädagogin und habe verschiedene Wissenschaften dabei mit abgedeckt. Ich habe mich immer nebenbei mit Sozialwissenschaften beschäftigt und immer ein bisschen Psychologie mit im Boot gehabt. Sowohl in meiner Ausbildung als auch hinterher noch. Ich habe am Anfang meiner beruflichen Laufbahn viel im Bereich Bildungsforschung und Medien geforscht, sodass ich auch ein bisschen die Sprache von WissenschaftlerInnen spreche und

dort immer ganz gut zwischen Wissenschaft und Praxis vermitteln kann. Ich habe aber eigentlich auch immer mehr in der Praxis gearbeitet und kann deswegen beide Sprachen gut verstehen und das auch ganz gut umsetzen. Diese an einen Tisch zu bringen und zu gucken wie man dann überein kommen kann. Das nützt mir eigentlich ganz viel.

War es schwer, die Sporthochschule zu bekommen bzw. zu ergattern?

Das war sehr schwer. Die Sporthochschule wollte einen eigenen Antrag stellen und es war so, dass das Bundesministerium die Ausschreibung so gestaltet hat, dass aus einer Kommune nur ein Antrag kommen durfte. Und wenn mehrere Anträge gekommen wären, wäre das ein Ausschlusskriterium



gewesen. Die Sporthochschule war aber der Meinung, dass sie das Ansehen haben ein solches Projekt durchzuführen, und sie eigentlich auch die einzigen sind, die das können. Deshalb brauchte es viele Diskussionen. Manche Mitarbeiter der

Sporthochschule haben gesagt, dass sie mit einem gemeinsamen Antrag kein Problem haben, aber es gab eben auch andere bei der Sporthochschule, die einen eigenen Antrag stellen wollten. Es war ganz schwer denen zu vermitteln, dass wir bei mehreren Anträgen alle verlieren. Zu dem Konsens zu kommen, dass die Lernende Region den Antrag schreibt, war ein weiter Weg. Sie haben sich nachher gefügt, weil der Mittelpunkt der ersten Ausschreibung Netzwerkarbeit war und da die Lernende Region einfach die bessere Expertise hatte. Netzwerken ist nun



mal nicht das Hauptgeschäft der Sportschule. Das aber war unser Hauptgeschäft, und da wir wirklich gut vernetzt sind in unserer Stadt, auch in die Ämter hinein, hatten wir einen leichten Vorteil. Durch die Unterstützung von den DezernentInnen aus den Ämtern heraus hatten wir dann eine große Schlagkraft, wo die Sporthochschule dann auch erst einmal mithalten musste. Für die Sporthochschule alleine wäre die Ausschreibung der Vernetzung schwierig gewesen.

Herr Prof. Dr. Göpel, die kommunale Gesundheitsförderung ist Ihnen immer ein besonderes Anliegen. Sie haben grade mit einer Studiengruppe das Magdeburger Strategiepapier zur Gesundheitsförderung entwickelt. Sie haben unter anderem den Verbund „Hochschulen für Gesundheit“ ins Leben gerufen. Welche Bündnispotentiale zwischen Hochschulen und dem Gesunde Städte-Netzwerk sehen Sie?

Viele. Aber ich will sie auch ein Stück warnen. Frau Dr. Quilling hat es bereits angedeutet: Auch Hochschulen sind in dem Konflikt, wie sie sich verhalten und verziehen sollen zwischen Wettbewerb und Konkurrenz und Vernetzung auf der einen und Zusammenarbeit und Kooperation auf der anderen Seite. Und es stehen im Augenblick zwei Modelle zur Diskussion. Gibt es eine Form von öffentlicher Verantwortung für Gesundheit und wenn ja, wie stellt sie sich her, wenn sie nicht mehr über Ämter als eine Form der solidarischen Verständigung der Bürgerschaft hergestellt wird. Oder ist das Defizit, was viele von uns spüren, die große Marktchance für eine Gesundheitswirtschaft, an der noch einige Millionen weiter Geld verdienen können? Und das Modell, das so ein bisschen gegeneinander steht, steht auch hier zur Diskussion.

Wir können bei den Männern anfangen, und dass sie die Jobcenter als Ich-AG Wellnesstrainer finanzieren werden, und in jeder Familie sollte es mindestens einen männlichen Wellnesstrainer,



zertifiziert von der IHK, und Familienmanager geben. Das ist ein Modell, wie sich die gesellschaftliche Entwicklung positiv vollziehen könnte. Ein anderes Modell könnte sein, dass wir unter Rückgriff auf die uns nicht mehr zur Verfügung stehenden Ressourcen, wie unmittelbar Lebensmittel, lernen. Es ist insofern ganz hilfreich sich darauf zu besinnen, dass es zunächst erst einmal elementar um Essen und Trinken auf einer biologisch vernünftigen Grundlage geht. Das ist ein elementares Bürgerrecht, das wir neben Mc Donalds und anderen Angeboten den Zugang zu Lebensmitteln haben, die in den Regionen wachsen und dann den öffentlichen Kantinen und Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden. Das ist unser gesellschaftlicher Reichtum. Das schenkt uns die Natur in dieser Region und das wollen wir uns auch nicht nehmen lassen. Das Gleiche kann man auch auf die Frage der Bewegung beziehen. Das ist etwas, worauf wir als Grundrecht einen Anspruch erheben wollen. Dass wir die Straßen in den Städten eben nicht den Blechkisten überlassen. Sondern, dass wir die Straßen als Bewegungsräume wiederherstellen und diese ganzen Autogeschichten draußen vor lassen. Diese haben in den Innenstädten nichts zu suchen. Sie bedrohen damit die Bewegungsmöglichkeiten von Kindern, älteren Menschen und von jungen Familien, die mit ihren Kinderwagen dort durch die Stadt gehen wollen. Wir müssen Städte anders konfigurieren und das ist eine Neuentdeckung und ein Bürgerrecht. Und diese Form der Verständigung darüber, was eigentlich die basalen Bürgerrechte und Lebensmittel sind, die wir neu erfinden müssen in unseren Städten und Gemeinden. Wo wir in

opportunistischer Anpassung an vermeintliche Wirtschaftszwänge den grundlegenden Lebenszusammenhang aufgegeben haben, übergeben an eine sehr einseitige Form von Wirtschaftsinteressen die, wenn sie denn zusammenbrechen - wie es ansatzweise eben mit der letzten Finanz- und Wirtschaftskrise deutlich wurde - dann verödete Innenstädte hinterlassen. Insofern hat das, worüber wir reden, etwas mit Stadtentwicklung zu tun. Und zwar einer Stadtentwicklung, die von den elementaren Lebensbedürfnissen der Menschen ausgehen muss. Wir alle haben dafür zu kämpfen, dass wir im 21. Jahrhundert, an einer Stelle wo die nationalstaatlichen Versorgungsstrukturen wahrscheinlich wegbrockeln, neue Formen der Unterstützung im Alltag, die wenigstens eine basale Form der Lebensführung für alle möglich machen, integrieren. Und dieses ist aus meiner Sicht der Ansatzpunkt gewesen, auch für solche Konzepte wie das Gesunde Städte Projekt. Und es ist wichtig, dass – Herr Dr. Weth hat darauf hingewiesen mit der Ottawa-Charta und der Zagreb-Deklaration – wir uns das klar machen. Das ist der historische, kulturelle und gesellschaftliche Kontext, in dem wir uns bewegen und der in ganz Europa ausgehandelt wird. Es ist für mich bedauerlich, dass von den Städten hier in Deutschland nur eine einzige - nämlich Dresden - in dem Europäischen Netzwerk mitmacht und das es offensichtlich so schwierig ist, die Aktivitäten vor Ort auf das zu beziehen, was gesellschaftlich in ganz Europa ausgehandelt wird. Deswegen die Frage: Wo kommt die Energie, der Mut her, und auch die Kraft und die Nachhaltigkeit unseres Engagements, damit wir Strukturen entwickeln können, die deutlich über das hinausgehen, was wir in den letzten 20 Jahren für das Gesunde Städte-Netzwerk hinbekommen haben? Und ein Vorschlag ist: Lassen Sie uns darüber diskutieren, wie wir zu einer nachhaltigen Finanzierung kommen. In diesem Strategiepapier, das wir Ihnen zugeschickt haben und das mit einer Studiengruppe unserer Hochschule entstand, haben wir darauf hingewiesen, dass wir einen Einstieg in den Umstieg hinbekommen müssen. Das, was in der Energiewende 40 Jahre gedauert hat, wird im Gesundheitsbereich sicher auch mindestens 15-20 Jahre dauern, aber wir müssen endlich einsteigen. Wenn man sieht, wo die Ressourcen hingehen, wie viele Milliarden in den Versorgungssektor gehen, wo

dauernd neue Krankheiten und dauernd neue Abhängigkeitssituationen im medizinischen Sektor erfunden werden, und wie wenig Ressourcen in eine systematische Sicherung der Lebensmittel basaler Art investiert werden, dann ist das ein eklatanter Skandal. Und das müsste sehr viel stärker um das Gesunde Städte-Projekt in den einzelnen Städten und Gemeinden zum Thema gemacht werden. Das setzt aber natürlich funktionierende Strukturen der Kommunikation voraus. Und wenn ich an der Stelle zwei kritische Hinweise geben darf: Diese Strukturen haben wir im Augenblick nicht. Ich habe vor 20 Jahren über die Gesundheitsakademie aktiv mit dafür gekämpft, dass das Gesunde Städte-Netzwerk nicht nur ein Verwaltungsprojekt ist, sondern dass es zwei Beine und eine Initiativenstruktur bekommt. Mit der Initiativenstruktur haben wir nicht daran gedacht,

dass das ein Versorgungsnetzwerk für Selbsthilfekontaktstellen wird. Mit der Idee war verbunden, dass bürgerschaftliches Engagement als Impuls in das Gesunde Städte-Netzwerk Eingang findet und wirksam kommuniziert wird. Mit dem Verwaltungsimpuls, der die Kontinuität sichern soll, sich dann zu einer Dynamik verknüpft, die dann auch kommunale Entwicklungen voranbringt. Und diese Dynamik sehe ich als Beobachter der Entwicklungen der letzten Jahre überhaupt nicht mehr, und ich bitte Sie sehr darüber nachzudenken, wie diese Struktur verändert werden kann. Auch auf der Ebene der Verwaltungsstruktur finden wir jetzt gute Beispiele. Wir werden

eine Form von Vernetzung von Aktivitäten entwickeln müssen, die die Verwaltung ganz neu fordert. Eine, die das kommunale Potential in ganz neuer Weise erschließt. Wir erfinden Gemeinde und Selbstorganisation neu. Das ist Organisationsentwicklung von elementaren Grundlagen und meine Hoffnung ist, dass wir von Seiten der Hochschulen – wir haben nicht die Lösung – ein zusätzliches Potential der freundschaftlich-kollegialen Begleitung anbieten können, auf das Sie zurückgreifen können. Eine Form der Seitenansicht, der Supervision, die nicht Ihnen die Vorgaben macht. Ich habe eher Sorge, wenn ich höre, was die Sporthochschule in Köln versucht. Es ist nämlich nicht der Fortschritt, dass in allen Grundschulen Testbatterien für die motorische Entwicklung von Kleinkindern ausgegeben wird,



sondern die Hochschulen können mit den Studierenden der nachwachsenden Generation und den Expertisen, die da sind, so etwas wie eine freundliche Begleitung, einen Seitenblick, organisieren. Mit Hochschulen für Gesundheit

bieten wir Ihnen das an. Das ist ein Netzwerk von 30 Hochschulen, die sich bundesweit zusammengeschlossen haben und ich würde mich sehr freuen, wenn Sie dies Angebot aufgreifen können.

Herr Prof. Dr. Fehr, die Hochschulen forschen in vielen Bereichen, setzen sich wissenschaftlich auch vielfach ein ohne zu wissen wie zum Beispiel Kommunen vor Ort ticken. Sie haben den Einblick einmal in den Hochschulbereich, insbesondere Bielefeld als Fakultät der Gesundheitswissenschaften, und auf der anderen Seite über das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW auch den Blick auf die Ebenen. Wie würden Sie die Aufgaben des Gesunde Städte-Netzwerks sehen? Welche Kooperationen oder Empfehlungen würden Sie uns in einer Zusammenarbeit geben?

Vielen Dank Herr Dr. Weth, ich will gerne Ihre Frage beantworten. Lassen Sie mich etwas vorweg schicken. Wir haben jetzt einen schönen Einführungsvortrag vom Kollegen Eberhard Göpel bekommen, aber ich glaube die Zeit erlaubt nicht, dass wir nun sieben solcher Vorträge halten und darauf möchte ich auch verzichten. Ich fand es sehr spannend, Eberhard, die Ausführungen zu hören, auch kritische Elemente und konstruktive. Man könnte hier sofort in tiefe Diskussionen einsteigen, aber ich denke, ich bin Ihnen ein paar ganz andere Bemerkungen schuldig. Ein paar nüchterne Bemerkungen und Faktenmitteilungen, die vielleicht auch für die weitere Diskussion von Nutzen sind. Es wurde schon angesprochen, ich habe eine doppelte Identität. Einerseits gehöre ich der LIGA NRW, dem Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW, an. Solche Einrichtungen gibt es in vielen, aber nicht allen Bundesländern. Wir sind sozusagen konstruktionsbedingt

an dieser Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Praxis und ich würde sagen, dass sich mein ganzes Arbeitsleben an dieser Nahtstelle, Schnittstelle oder Grenzbereich, abgespielt hat. Darauf kann man für diese Diskussion ein

bisschen zurückgreifen. Das LIGA ist zusammengewachsen aus dem Landesinstitut für öffentliche Gesundheitsdienste einerseits und der Landesanstalt für Arbeitsschutz andererseits. Das spiegelt sich darin wider, dass wir zwei Fachbereiche für den Arbeitsschutz haben und noch drei andere. Der eine ist Hygiene/Infektiologie, aber auch Gesundheitsberichterstattung. Wir haben eine

gewisse Reputation dafür, sehr umfangreiche Daten vorzuhalten. Damit habe ich auch schon ein Einstiegsstichwort, das ich gerne auch für vertiefende Diskussionen anbieten. Wissenschaft kann sicherlich helfen, vorhandene Daten zu mehrern, aber vor allem auch sinnvoll zu andere zu bringen. In dem LIGA-Institut ist ein weiterer Fachbereich - das ist mein Fachbereich - der die Überschrift Prävention und Innovation trägt. Darin sind drei Fachgruppen. Die eine ist „Gesundheitsmanagement“ und betreibt die herkömmlichen Dinge: Gesundheitsziele, Gesundheitskonferenz, Gesundes Land Nordrhein-Westfalen usw. aber auch Projekte wie Regionaler Knoten im Rahmen der „Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte“. Das ist ein Punkt, den ich hier sehr zur Diskussion empfehle oder „Zentrum für Bewegungsförderung“ als ein Projekt. Eine weitere Fachgruppe heißt „Innovation in der Gesundheit“.

Darüber erzähle ich nur näheres, wenn es speziell gewünscht wird. Eine dritte Fachgruppe heißt „Zentrale gesunde Kindheit“. Ihre Aufgabe ist es, entsprechend darauf zu achten, ob Eltern mit ihren Kindern zu den Vorsorgeuntersuchungen gehen, und wenn das nicht der Fall ist,

dann eine entsprechende Benachrichtigung an die Eltern herauszugeben. Freundliche Erinnerungsschreiben, und wenn das nicht fruchtet, dann auch entsprechend Anrufe, um die Jugendämter zu informieren. Das ist eine der zentralen Aufgaben inzwischen - ganz anderer Art als das, was wir gewohnt sind. Hochinteressant, aber auch nicht ohne Kontroverse.



Das ist so die Situation im LIGA. Noch ein paar Worte zur Fakultät. Wir sind die erste und bisher einzige deutsche Fakultät für Gesundheitswissenschaften mit sieben verschiedenen Studiengängen. Sie können dort Bachelor- und Masterabschluss machen, promovieren, Weiterbildungsstudiengänge und Fernstudien besuchen. Es gibt eine breite Palette, die natürlich auch Anknüpfungspunkte für Kooperationen bietet. Die Fakultät hat übrigens eine eigene Struktur. Eine Konferenz der Vertragspartner, ein Kooperationsforum usw. Diese Strukturen bieten sich auch für Kooperationen mit dem Gesunde Städte-Netzwerk an. Es gibt acht Arbeitsgruppen. Das sind Grundlagenbereiche wie Epidemiologie oder biomedizinische Grundlagen, dann drei Arbeitsgruppen zur Demografie, Gesundheitspolitik, Umwelt und Gesundheit, Gesundheitswirtschaft, Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft. Damit ist ein riesiges Spektrum von Themen abgedeckt und im Bereich der Fakultät zur Zusammenarbeit auf jeden Fall vorhanden. Ich habe mich auch kurzfristig mit der Dekanin der Fakultät zusammengesetzt und mich dessen vergewissert. Was natürlich eine interessante Frage ist, wie könnte das passieren? Ich setze mal voraus, dass eine Diskussion über wechselseitigen Nutzen in gewissem Maße schon gelaufen ist. Vielleicht sollte man das auch nochmal aufgreifen, denn es ist nicht selbstverständlich, dass in den anwesenden Köpfen ähnliche Vorstellungen existieren. Zweitens, ich denke alle Anwesenden haben - genauso wie ich es auch beanspruchen würde - genug Berufserfahrungen um zu wissen: Selbst bei besten Absichten muss so etwas nicht gut gehen. Es kann schief gehen und keiner würde es sich wünschen. Daraus folgt die entscheidende Frage: Wie müsste man es einfädeln, dass die Chance für Erfolg möglichst groß ist? Das mit dem Nutzen vertiefe ich jetzt mal nicht - können wir aber gerne bei Bedarf machen. Was könnte schief gehen? Der Aufwand von Kooperationen sollte nicht unterschätzt werden. Er passiert auf jeden Fall, wenn man kooperieren will. Mir ist kein Beispiel bekannt geworden, wo Kooperationen völlig ohne Aufwand geklappt hätten. Der Aufwand ist unmittelbar da und er ist auch sicher nötig bzw. er fällt mit Sicherheit an. Der Nutzen erfolgt im günstigen Fall später und im ungünstigen Fall nie. In so einem Fall ist man in einer gewissen Zwangslage, wenn man unter hohem Erfolgsdruck

oder anderen Zwängen steht. Was könnte und sollte man nun tun um in erfolgreicher Weise so eine Kooperation anzugehen? Ein Grundsatz, den Sie sicher auch sofort nachvollziehen können, ist: Es kann nur bei einer so genannten Win-Win-Situation klappen. Wenn nicht von vornherein klar ist, dass beide beteiligten Seiten einen Nutzen von so einer Kooperation hätten, dann kann man sich die Mühe sparen. Allerdings kann der Nutzen sehr unterschiedlich sein. Er muss auch nicht unbedingt offenkundig sein sondern kann auf ganz filigrane Weise in verborgenen Vorteilen liegen. Ich glaube, das heraus zu arbeiten bedarf auch gewisser Schritte, die auch eine bestimmte Zeit in Anspruch nehmen. Die Universitäten erledigen natürlich auch Auftragsarbeiten gegen Gebühr, wenn ich das mal so sagen darf. Das ist aber, glaube ich, etwas, was für die Kooperation mit dem Gesunde Städte-Netzwerk nicht die Option erster Wahl wäre, weil ich nicht absehen kann, dass große Mittel zur Verfügung stehen, die nur darauf warten, an Universitäten zur Erledigung von Aufträgen gegeben zu werden. Der Nutzen müsste also anderer Art sein und dazu kann man sich auch eine



kleine Stufenleiter vorstellen. Man könnte mit sehr kleinen Schritten des Kontaktes beginnen. Bis dahin, dass die Städte oder Kommunen mal einen Praktikumsplatz anbieten oder aber schon etwas fortgeschrittener sich bei der Stellensetzung dafür interessieren, ob

diejenige Person, die im Bereich Gesundheit eingesetzt werden soll, vielleicht einen Universitäts- oder sonstigen Hochschulabschluss entsprechender Qualifikationen mitbringt. Das wäre schon ein relativ weit gehender Schritt. Die hohe Form der Kooperationen wären dann gemeinsame Projekte, vielleicht auch mit externer Förderung. Wobei ich die Chancen gar nicht mal so schlecht sehe. Trotz knapper Kassen gibt es erstaunlicher und dankenswerter Weise immer noch Möglichkeiten. Zum einen im Inland, es klang aber auch schon an, dass wir bei dieser ganzen Diskussion nicht nur national denken sollten. Unser Institut in Verbindung mit der Universität hat auch umfangreiche Erfahrungen mit Projekten, die auf europäischer Ebene gefördert werden. Wie haben viele Projekte durchgeführt, wo auch mit anderer Größenordnung gefördert wurde, als wir es hier aus Deutschland kennen. Vielen Dank soweit.

Frau Prof. Dr. Michel, Sie sind mit ihren Studierenden sehr viel auch im kommunalen Praxisfeld. Wie nehmen Sie das Praxisfeld aus der Sicht einer Hochschule wahr? Was kann verändert werden? Wo sagen Sie sind Defizite und was müsste sich aus Ihrer Sicht, aus Hochschulsicht, verändern?

Die erste Botschaft wäre, dass wir nicht mehr Gesundheitsförderung auf einem reduzierten Verständnis in die Öffentlichkeit rein geben. Wir müssen zunehmend und immer wieder sagen: Gesundheitsförderung ist Wirtschaftsförderung. Das ist etwas, das die WHO schon lange festgestellt hat. Wirtschaftsförderung ist die Aufgabe der kommunalen Entwicklung und das muss strategisch direkt bei der Leitung angebunden werden. Also wenn man diesen Link herstellt, dann ist es eine Aufgabe der Bürgermeister oder Dezernenten, wirklich persönlich dafür zu sorgen, dass die Verwaltung ihre Aufgaben tut und dafür zu sorgen, dass auch Ressourcen aufgemacht werden. Zum einen in der eigenen Kommune, aber auch mit anderen Organisationen, um optimale Wirtschaftsförderung für die Kommune zu betreiben. Warum Wirtschaftsförderung? Wir reden immer von Gesundheitswirtschaft, was eigentlich nur heißt: Von kranken Leuten, an Kranken Leuten verdienen. Die Studienergebnisse sind klar: Eine gesunde Bevölkerung weltweit fördert die Wirtschaft und nicht umgekehrt. Das entscheidende ist, dass wenn man das verstanden hat, man auch die Dimension Bildung und Gesundheit einzuschätzen weiß. Dann weiß man ohne hinzugucken, wem diese Bildung dient. Gerade wenn wir auf der politischen Ebene die Aussage haben "Wir wollen Bildung fördern" und gleichzeitig arme Leute ärmer machen. Das muss man jetzt gar nicht kritisch anmerken, das sind einfach Erkenntnisse, die weltweit bestanden haben, auch für die Bundesrepublik. Das kurz zum Vorlauf, weil das ist auch etwas von der Basis, wie wir Gesundheitsförderung in der Hochschule verstehen oder wie ich sie lehre. Was heißt das dann für die Studierenden, wenn sie in die Kommunen ausschwärmen? Dann können sie zum Beispiel den Kommunen dienen oder wir von der Hochschule aus, indem wir so etwas wie Partizipation machen. Partizipation heißt: Ich frage die Betroffenen, und ich frage sie nicht nur, sondern beteilige sie auch. Beteiligungsverfahren sind für die Verwaltung sehr häufig etwas Bedrohliches. Ich hatte zum Beispiel die Chance, den Bürgermeister und die Dezernenten in Bad Münster Eifel zu



schulen. Ich bin mit meinen zukünftigen Gesundheitsförderern, meinen Studierenden, dort hingefahren. Wir haben die Jugendlichen in allen Schultypen gefragt „Was wollt ihr denn? Was müsste passieren, damit ihr euch als Jugendliche, als Zukunft dieser Stadt, in Bad Münster Eifel wohler fühlt?“ Und was kam raus? Mehr Mobilität, mehr Möglichkeiten Geld auszugeben, die denen der Jugendlichen entsprechen, also kleines Geld und nicht nur Geschäfte für Touristen. Mehr Freizeitangebote und vieles anderes mehr und dann kam das große Erstaunen „Oh, das wäre ja Stadt- und Kommunalentwicklung“. Also die Bedürfnisse der Kunden decken sich zufällig mit den Bedürfnissen der Stadt. Das ist jetzt ein konkretes Beispiel. Studierende können Untersuchungen machen. Gestern wurde zu Recht gesagt, dass gar nicht das Geld von der Stadt da ist, um solche Projekte zu fördern. Natürlich können wir auch seitens der Hochschulen beratend und evaluierend tätig sein. Das kann gegen Geld sein, das könnte aber auch so sein, dass Kommunen Lehrbeauftragte in die Hochschulen schicken und dafür die Hochschulen ohne Geld mit Studierenden evaluieren. Da könnte man praktisch Joint-Venture-Projekt machen und eine Win-Win-Situation herstellen, die nichts kostet. Geld ist übrigens das am wenigsten Interessante der ganzen Geschichte, wie man Gesundheitsförderung implementiert. Und ich denke, auch Professoren wohnen irgendwo. Und häufig wohnen sie nicht nur in Universitätsstädten, sondern auch in kleineren Städten und man kann man sie auch als Bürger ansprechen. Wenn wir über kommunale Haushalte sprechen und die Kommunen sind pleite, dann ist es völlig klar, dass sie kein Personal bekommen, aber ich stelle fest, dass Bürgerstiftungen, kluge Bürgerstiftungen, unglaublich viel Potential freimachen und dass Professoren als Bürger einer Stadt - wie auch viele andere Bürger einer Stadt, hochqualifizierte Leute - durchaus bereit sind, wenn man sie anspricht, sich bürgerschaftlich zu engagieren und ihre Expertise einer Kommune zur Verfügung zu stellen und viel zu übernehmen in Form von Verbänden, ohne dass dort immer viel Geld fließen muss, weil dann einfach

Kooperation auf einer Ebene stattfindet. Wichtig finde ich nochmal für die Diskussion gestern, das ist mein großes Anliegen Ihnen das zu sagen: Ich finde die Ottawa-Charta nicht gut. Ganz im Gegenteil: Die Politik der Ottawa-Charta ist unterentwickelt und es ist sicherlich auch so, dass die aktiven KollegInnen, die aus dem Gesundheitsamt heraus tätig sind und kein Verständnis bei der Politik finden, Unterstützung brauchen. Die Politik muss gefördert werden, dass sie den Wert der Arbeit, also Ihrer Arbeit, verstehen und auch gezielter nutzen kann. Aber das ist etwas, das man sicherlich eher in die Politik hineinbringen muss und nicht auf der Ebene hier diskutieren, sondern eher wie man sich strategisch positioniert. Die Quantität von Gesundheitsförderung, das heißt die Gütekriterien - zum Beispiel vom Kooperationsverbund - sind so gut entwickelt, dass es wirklich darum geht zu sagen, lasst uns doch die Hochschulen nutzen, lasst uns doch die Fachbereiche Gesundheit nutzen, lasst uns doch die Fachbereiche für Soziales nutzen, damit sie die Unterstützung geben, damit wir auf der qualitativen Ebene arbeiten können, die wir wollen, und nicht nur sagen, dass alles an Geld scheitert. Wir müssen uns nicht mit kleinen Projekten begnügen, die nicht wirklich auf die breite Bevölkerung wirken. Das ist wirklich das spannende



an Köln, dass sie wirklich die Breite an Leuten erreichen, die es braucht.

Es gibt nicht nur das eine Netzwerk, das, was Herr Eberhard Göpel ins Leben gerufen hat, es gibt auch das große Netzwerk der gesundheitsfördernden Hochschulen. Das findet man unter www.gesundheitsfördernde-hochschulen.de. Da geht es vor allem um die Gesundheit der Zielgruppen in den Hochschulen selbst, aber unser großes Ziel ist auch, auf der europäischen Ebene und auch der nationalen Ebene zu erreichen, dass in alle Studien im Bereich der überfachlichen Kompetenzen Kenntnisse über Gesundheitsförderung implementiert werden. Es kann nicht sein, dass Stadtplaner nichts von Gesundheitsförderung gehört haben oder dass Ingenieure im Bauamt nichts

von Gesundheit gehört haben. Bei Gender haben wir das hinbekommen. Mainstreaming Gender hat geklappt über alle Bereiche, und es ist ganz wichtig Mainstreaming Gesundheitsförderung in alle Bereiche umzusetzen. Das ist sicherlich eine Aufgabe, der wir uns als Hochschule stellen, und das ist sicherlich eine Aufgabe, dass das in den Kommunen umgesetzt wird. Fachliches Mainstreaming von Gesundheitsförderung über alle Felder als Querschnittsaufgabe und nicht nur angebunden an die Experten im Gesundheitsamt.

Frau Borkel, ich erinnere mich an meine Zeit als Volkshochschulleiter, dass unter den Fachbereichen, die auch in Konkurrenz um entsprechende Honorarmittel standen, die Gesundheitsbereiche von der beruflichen Bildung oder der Sprachenbildung oder der politischen Bildung als der Bereich für Freizeit und Hoppselkurse gesehen wurden. Hat sich denn daran etwas geändert?

Also ich werte Ihre Frage mal als Versuch, von der Wissenschaft zur Praxis überzuleiten. Mir fällt zum Thema Vernetzung ein Spruch von Karl Valentin ein: „Kunst ist schön, macht aber viel Arbeit“ und das gilt für Vernetzung genauso. Wenn wir alle wissen, in wie vielen Netzwerken wir schon aktiv sind, und uns dann fragen, ob wir noch eines brauchen, dann muss man sich wirklich genau überlegen, was dabei herauskommen soll. Das ist erst einmal eine grundsätzliche Frage. Gesundheit und Volkshochschulen war jetzt die eigentliche Frage. Ich würde kurz gerne mal zu unserer Struktur ausführen, weil ich mich gefragt habe, was Sie eigentlich interessiert und damit Sie wissen, wo für Sie überhaupt Anknüpfungspunkte sind. Ich stehe hier sozusagen in dreifacher Ausführung. Wir haben einen Deutschen Volkshochschul-Verband (DVV), wo es Facharbeitskreise und eben auch einen Facharbeitskreis Gesundheit gibt, in dem die Ländervertreter sitzen. Dort bin ich die Vorsitzende

und deswegen in alle Fragen involviert, wo es auf der Bundesebene um Volkshochschulen mit Gesundheit geht. Das mache ich sozusagen ehrenamtlich. Dann bin ich die Ländervertreterin, weil ich in einem Stadtstaat arbeite und lebe: in Hamburg. Dann bin ich aber auch an der Hamburger Volkshochschule Mitarbeiterin und leite dort den Gesundheitsbereich. Ich kann auf der Bundesebene etwas anliefern, kann das ins Land bringen, es mir selber erzählen und dann auf der städtischen Ebene umsetzen. Das ist ein seltener Glücksfall, bringt mich aber auch manchmal in Schwierigkeiten. Das ist in den anderen Fällen nicht so. Wir haben über 1.000 Volkshochschulen bundesweit. Das ist eine riesige Menge, und sie sind alle unterschiedlich organisiert. Das sind kommunale Einrichtungen, aber wir haben GmbHs, wir haben Vereine, Behörden, nachgeordnete Dienststellen. Es sind alles sehr unterschiedliche Strukturen und genauso unterschiedlich sind auch

die finanziellen Gegebenheiten. Von daher sind wir froh, dass wir diese Länder- und Bundesorganisation haben. Trotzdem ist es immer mal wieder so, dass eine Volkshochschule vor Ort sagt „Bei uns ist aber alles anders“, weil wir ein Erwachsenenbildungsgesetz haben und darüber andere Dinge geregelt sind. Das einfach nur nochmal zum Verständnis, warum vielleicht manchmal die Zusammenarbeit vor Ort ganz wunderbar klappt, wenn sie dann aber versuchen, eine Ebene höher zu springen, sind plötzlich ganz andere Fragen im Gespräch.

Der Gesundheitsbereich an Volkshochschulen. Ich weiß nicht wie lange das her ist, dass Sie an einer Volkshochschule waren. Mein Verdacht ist, es ist relativ lange her. Wenn man sich die Statistiken anguckt - und wir haben das Glück, dass wir seit den 50er Jahren eine durchgehende Volkshochschulenstatistik vom Deutschen Institut für Erwachsenenbildung führen, die öffentlich zugänglich ist - dann sieht man, dass der Gesundheitsbereich inzwischen der größte Bereich bundesweit an Volkshochschulen ist, der nachgefragt wird. Das passt zu Ihrer einleitenden Frage. Da hat sich wahnsinnig viel verändert und das hat natürlich etwas mit der Nachfragesituation zu tun. Vielen Menschen ist inzwischen sehr klar, dass sie selber auch etwas für ihre Gesundheit tun wollen, möchten und können. So und da haben wir viele Kooperationen. Meine Vorrednerin vorhin, Frau Bredehorst, hat gesagt, dass Volkshochschule an sich schon ein Netzwerk ist, und das ist tatsächlich so. Wenn wir uns den kommunalen Raum angucken und wer da alles irgendwie mit uns verknüpft ist, dann ist das tatsächlich ein Netzwerk.

Da spielen ganz viele Sachen eine Rolle. Da spielt natürlich auch die gute Zusammenarbeit bundesweit mit den Krankenkassen eine Rolle. Wir sind aber auch an allen kommunalen Projekten, die irgendwie mit Gesundheitsförderung zu tun haben - wir hatten das Kölner Beispiel - beteiligt. Was allerdings nicht so einfach ist, ist diesen Gesundheitsaspekt dann in ein Netzwerk wie hier die Gesunden Städte mit einzuführen, weil Volkshochschulen nur einen Teil über Gesundheit haben. Wir haben eben ganz viele Themen, die mit Gesundheit zusammenhängen, die gar nicht unbedingt über diesen inhaltlichen Zuschnitt Gesundheit laufen. Sondern sie laufen bei uns im Rahmen von Grundbildung. Wir haben einen riesigen Bereich der heißt Migration/Integration, wo wir Gesundheitsangebote speziell für Migranten machen. Wir haben sehr viele Projekte, die sich vor Ort direkt an die Kommunen mit andocken. Von daher ist dann immer so ein bisschen die Frage für so ein Netzwerk „Wo ist denn wirklich genau die sinnvolle inhaltliche Anknüpfungsebene?“. Vor Ort klappt es, denke ich, wunderbar. Das ist auch das, was Sie sagen. Ob es auf der Länder- und auf der Bundesebene sinnvoll ist diese Netzwerke miteinander zu vermischen, bin ich mir im Moment ehrlich gesagt nicht sicher, weil man dann, glaube ich, viel stärker von den Zielen her gucken muss. Es ist immer gut miteinander zu reden. Mir fällt immer bei vielen Bundesprojekten auf, dass zwar die Kinder und Jugendlichen und auch der Bereich Ältere in den Blick genommen wird, aber das lebenslange Lernen - da gibt es ja noch mindestens 40 Jahre dazwischen - ist wenig im Blick und der ist eigentlich unser Hauptblick, weil es der Hauptanteil unserer Teilnehmer ist.



Frau Dr. Schambortski, für welche „Gesundheitsprofis“ – Institutionen, Personen – sind Sie als Berufsgenossenschaft gut?

Vielen Dank für die Einleitung und diese Fragestellung. Ich hatte mich schon darauf eingestellt ein paar Worte zur BGW, also zur Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, zu sagen, da mir schon gesteckt wurde, dass sie nicht allen bekannt ist. Wir sind zuständig für 60.000 Betriebe und mehr als 5 Millionen

Versicherte bundesweit. Das sind Betriebe aus der Gesundheitswirtschaft, das heißt Krankenhäuser, Arztpraxen, Altenpflegeeinrichtungen aber auch Kindertagesstätten oder so exotische Sachen wie Schädlingsbekämpfer und Friseure. Ich denke, die größte Schnittmenge zum Netzwerk besteht natürlich zu den Einrichtungen, in denen Sie auch aktiv Projekte durchführen. Ich habe gestern interessiert zugehört und festgestellt, dass es Projekte in Altenpflegeeinrichtungen gibt, dass es Projekte in Kitas gibt. Solange sie nicht kommunal sind, sind sie bei uns versichert und wir haben natürlich das Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement auf unsere Fahnen geschrieben, weil der gesetzliche Auftrag für die Berufsgenossenschaft die Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren mit allen möglichen Mitteln ist, und insofern führen wir neben einer großen Zahl von Schulungen, Seminaren und Schriften, die wir herausgeben, auch ganz konkret praktische Projekte in Einrichtungen durch. Mir fiel gestern in der Diskussion sehr auf, dass die Perspektive der Beschäftigten nicht immer eine Rolle spielt oder häufig eine untergeordnete Rolle spielt, und ich finde es aus meiner Perspektive als Vertreterin der Berufsgenossenschaft schon wichtig, die Beschäftigten mit ihrer eigenen Gesundheit in solche Projekte einzubeziehen. Also nicht nur zu sagen: Gesundheit für Kinder, Gesundheit für die BewohnerInnen, sondern natürlich auch die eigene Gesundheit wahrzunehmen und das Ganze als Prozess der Organisationsentwicklung in den Einrichtungen zu verstehen. Weil es häufig zu kurz kommt, sich zu überlegen, welche Auswirkungen es hat, wenn eine Erzieherin jetzt noch Stressbewältigung, Bewegungsübungen anbietet, oder welche Auswirkungen es hat, wenn in der Altenpflege das Pflegepersonal zusätzlich zu der bisherigen Tätigkeit gesundheitsfördernde Aktivitäten einbringt. Es bedeutet, dass man Arbeitsabläufe ganz anders organisieren muss. Das bedeutet auch, dass man die Betroffenen sehr gut

mit einbeziehen muss, damit es keine Widerstände nach dem Motto „Da wird uns nun noch zusätzlich etwas aufgebürdet“ gegen diese Projekte gibt. Ich glaube an der Stelle haben wir als BGW eine gute Expertise. Wir haben viele Erfahrungen in solchen Organisationsentwicklungsprojekten. Ich habe mich auch in Köln gefragt warum die Unfallkasse nicht als Projektpartner drauf steht.

Frau Dr. Quilling: Sie ist drin, im Projektbeirat.

Sehr gut. Das heißt also die Unfallkassen sind eigentlich geborene Partner. Natürlich in den Städten, aber wir sind über die bei uns versicherten Betriebe mit Sicherheit auch ein Partner, wenn es darum geht Projekte durchzuführen. Wir sind allerdings nicht kommunal organisiert. Da haben wir ein ähnliches Problem wie die Krankenkassen. Wir sind regional noch nicht mal auf Bundesebene organisiert. Es gibt eine eigene Organisationsstruktur. Es gibt bundesweit 13 Bezirksstellen, die durchaus auch für Projekte ansprechbar sind. Die Aufsichtspersonen, das sind diejenigen, die in die Betriebe gehen um dort zu beraten – auch zum Arbeits- und Gesundheitsschutz – haben ein wirklich in die Kommunen hineinreichendes Einzugsgebiet. Aber es ist oft schwierig, das verstehe ich auch, da auf die richtige Ebene zu kommen und die Kontakte gut zu knüpfen. Was ich jetzt mitnehmen kann aus dieser Tagung ist, auch unseren Kollegen aus dem Aufsichtsdienst, das sind bundesweit über 70 Personen, über die Tagung, über den Anspruch des Netzwerkes nochmal zu informieren. Damit Sie, wenn Sie Projekte durchführen wollen, auf der anderen Seite auch informierte Partner haben, weil ich glaube, das ist wirklich noch verbesserungswürdig. Damit wirklich jeder unserer KollegInnen vor Ort einmal um die Bedeutung des Netzwerkes weiß und auch um die Bedeutung der gesundheitsfördernden Projekte. Ansonsten besteht natürlich auch das Angebot; sich an mich, das heißt die Zentrale, zu wenden. Wir haben ein bisschen den Hut auf für die betriebliche Gesundheitsförderung und die Projekte vor Ort. Wenn es konkrete Anfragen gibt, kann ich natürlich mit den Kollegen vor Ort klären, ob es Ressourcen oder Möglichkeiten gibt, um die Projekte zu



unterstützen. Es gibt auch kleine finanzielle Möglichkeiten, das wissen Sie, dass wir als BGW das Netzwerk schon seit 1996 mit kleineren Beiträgen immer wieder unterstützen. Aber ich glaube die finanzielle Seite ist gar nicht so ausschlaggebend. Ich denke diese Vernetzung vor

Ort und die Perspektive der Beschäftigten gut zu berücksichtigen, das ist die Expertise, die wir mitbringen können.

Herr Prof. Dr. Epskamp. *Ihnen habe ich einmal zuhören dürfen und war angetan, insofern Sie die unterschiedlichen Fachlogiken immer im Auge haben und den Finger auf die Wunde legen, dass wir viele Fachwelten sind. Jeder hat seine eigene Fachwelt und bei Vernetzung kommt es bisweilen darauf an, ob man überhaupt die andere Fachwelt versteht, ob man in deren Namen sprechen darf und kann. Sie haben jetzt Praxen gehört, Sie haben Hochschulen gehört, Sie haben Anregungen gehört. Wie sieht es denn aus Ihrer Sicht aus?*

Worum es hier geht, worüber wir hier reden, ist im Grunde genommen Integration. Worum es geht, ist die Integration in den Gesundheitssektor, im Gesundheitssystem. Darüber habe ich heute gar nichts gehört. Das Wort integrierte Versorgung ist nicht gefallen. Das Wort Kernmanagement ist nicht gefallen. Also alle die Ansätze, die Sie eigentlich bräuchten, damit ihr Netzwerk funktionieren kann. Dafür brauchen Sie ein anderes Gesundheitssystem. Das ist zum Beispiel ein Integrationsproblem. Mit Integrationsproblemen beschäftigten wir uns. Davon gibt es drei Stück. Ich nenne Ihnen diese mal ganz kurz und dann sage ich Ihnen, was wir dazu tun und wo ich eigentlich herkomme. Das erste Integrationsproblem ist: Es muss technisch die Zusammenarbeit funktionieren. Sie müssen Organisationsabläufe so aufeinander abstimmen, dass das technisch funktioniert. Das ist das Erste, das muss man können. Sie können das offensichtlich sehr gut und wir haben auch schon gesagt, dass man dafür verschiedene Wissenschaften braucht. Das Zweite ist: Es muss sozial funktionieren. Das heißt, Sie müssen die Kommunikation hinbekommen. Sie müssen konsensfähig werden. Das ist der zweite Integrationsaspekt – soziale Integration. Dann gibt es noch einen dritten. Was technisch funktioniert ist möglicherweise nicht konsensfähig. Oder: Was konsensfähig ist, ist technisch nicht umsetzbar. Also Sie brauchen noch einen dritten Integrationsaspekt. Nämlich das Technische und Soziale zu integrieren. Das schwebt sozusagen über den beiden anderen. Und die Frage ist, wie bekommt man das eigentlich hin? Wir sind, ich sage mal kurz etwas zu uns, das Institut für Weiterbildung an der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät. Wer darüber etwas wissen will, der geht im Internet auf die Seite der Universität Hamburg und geht dort auf Weiterbildungen. Dort findet man alles über uns. Dieses Institut ist entstanden aus einer

kleineren Hochschule. Diese ist vor längerer Zeit in der Uni aufgegangen, die sich damit beschäftigt, Berufstätige ohne Hochschulzugangsberechtigung studieren zu lassen. Es ist sehr gut gelungen. Aus dieser Tradition kommen wir. Wir haben die Studenten einmal mit Abiturienten verglichen. Abiturienten hatten bei uns einen Numerus Clausus von 1,4 um bei uns studieren zu dürfen. Sie hatten einen Vorsprung am Anfang des Studiums. Nach vier Semestern hatten sie immer noch einen Vorsprung um 0,1 Noten. Das heißt, es hat sich praktisch egalisiert. Das ist der eine Aspekt. Der andere Aspekt ist, diese Leute brachten ihre Berufserfahrung mit hinein. Diese Leute hatten -

Voraussetzung ist immer eine Berufserfahrung gewesen - schon was. Das heißt, wir haben davon profitiert. Dieses Modell haben wir für das Weiterbildungsinstitut auf einer höheren Ebene übertragen. Wir haben dort zwei Studiengänge. Nämlich einen

Masterstudiengang Gesundheitsmanagement, der im Wesentlichen von Krankenhausärzten belegt wird – ungefähr zwei Drittel. Der Rest sind kommunalpolitisch tätige Menschen. Leute aus Krankenkassen, Apotheker, Leute aus dem Gesundheitssektor. Und die

bringen natürlich alle etwas mit, wo wir ihnen nichts mehr beibringen können, aber denen fehlt auch was. Nämlich die Kompetenz mit anderen Leuten reden zu können. In Krankenhäusern haben Sie das Problem, dass die Ärzte und Betriebswirte miteinander nicht zurechtkommen. Das Problem besteht aus zwei Teilen. Einmal daraus, dass beide ehrliche Menschen sind. Der Gesundheitsmensch denkt in einer anderen Logik als der Betriebswirt. Und diese beiden Logiken, das haben wir eben bei dem Integrationsproblem gehabt, widersprechen sich an sehr vielen Stellen. Oft verstehen sie sich



nicht mal. Also was bringen wir den Ärzten bei? Betriebswirtschaft. Da gibt es zwei Typen, was dabei herauskommen kann. Es ist ganz interessant, was so ein Studium anrichtet. Die einen sagen „Ich bleibe am Bett“, das sagen die Krankenhausärzte immer, „und benutze meine betriebswirtschaftlichen Kenntnisse, um mich gegen die Betriebswirtschaft durchzusetzen.“ Und der andere Typ sagt „Ich benutze das, was wir wissen, und will weg vom Bett ins Management.“, also auf die andere Seite. Das heißt, das Studium verändert das. Wir haben daneben noch einen Studiengang „soziales Gesundheitsmanagement“, der nicht voraussetzt, dass man schon einen Hochschulabschluss hat, wie der Masterstudiengang. Und wir arbeiten mit Institutionen – das ist eigentlich keine Kooperationsschiene, sondern das sind Inhousegeschichten. Das heißt, wir setzen uns mit einer Krankenkasse oder mit einem Krankenhaus zusammen und machen mit denen eine Defizitanalyse, was die Leute brauchen um zu funktionieren, und dann machen wir mit ihnen ein handgeschnittenes Programm. Das muss bei uns

alles Geld kosten, aus dem einfachen Grund, dass die Universitäten kein Geld für Weiterbildungen ausgeben. Das heißt, die Kundschaft muss bezahlen, sonst gäbe es uns einfach nicht. Das ist schade und wir versuchen das hochschulpolitisch zu drehen, aber im Moment ist es sehr schwierig, in den Universitäten Geld für

Weiterbildung zu bekommen. Gut, so viel zu dem Institut und zu dem, was wir machen. Das Problem, mit dem die Leute fertig werden müssen, ist dass – ich sag das mal mit einem einfachen Begriff – wir nicht eine Vernunft in dieser Gesellschaft haben, sondern wir haben Vernünfte. Eigentlich geht das auch nicht in der Mehrzahl, aber wir haben eine ökonomische Vernunft, eine politische Vernunft, eine medizinische Vernunft und um diese auch noch zu nennen, wir haben auch noch Unvernunft. Und die Frage ist, wie geht man damit um? Was wir können, ist sozusagen Vernunft ergänzen. Die Leute, die bei uns studieren, haben schon eine Vernunft und bekommen die Zweite dazu. Und wenn wir Pech haben, erzeugen wir damit dann Schizophrenie. Und die Frage ist, wie gehen wir mit dieser Schizophrenie um? Wir versuchen das, indem unser Studiengang darauf ausgelegt ist: Wie treffe ich Entscheidungen? Wie treffe ich Entscheidungen, wenn ich entweder etwas weiß oder etwas nicht weiß oder wenn sich Informationen aus den verschiedenen Bereichen widersprechen.

Wie kann man damit umgehen? Die Lösung, Sie werden seltsam schauen, ist witziger Weise: Ethik. Die einzige Integrationsklammer, die wir in dieser Gesellschaft haben, die die verschiedenen Vernünfte überhaupt zusammenbinden kann, ist Ethik. Und zwar Ethik in einem wohl verstandenen Sinne. Also nicht guter Mensch sein, sondern ein System mit dem man Sachen bewerten und vergleichen und dann entscheiden kann. Das versuchen wir, in die Köpfe reinzubekommen. Wir haben also nicht nur Kurse bei uns und im Programm drin, die sagen, was Controlling ist, was Management im betriebswirtschaftlichen Sinne ist usw., sondern wir versuchen auch Wissen reinzubringen und Situationen durchzuspielen. Wie entscheide ich dann? Wie verstehe ich einen Politiker? Ich verstehe einen Politiker dann, wenn ich weiß, dass er sich nur dann für mich interessiert, wenn ich ihm mit dem, was ich ihm grade erzähle und was ich von ihm will, Wählerstimmen verschaffe. Die Gewinne sind immer ganz verschieden definiert. Der Ökonom ist nur daran interessiert, was dabei hinten rauskommt. Was für

das Gesundheitssystem interessant ist, ist nicht deutlich. Die Politiker haben eine klare Vorstellung, wenn sie gute Politiker sind: Wählerstimmen. Die Ökonomie hat auch eine klare Vorstellung: Geld. Eben sagte die Kölner Sozialdezernentin, dass sie oft nicht verstanden würden, wenn sie erzählen, und das dann in

irgendwelchen Zeitungsberichten über irgendwelche Bewegungsgeschichten endet. Das liegt daran, dass die Argumentation nicht so klar sein kann wie bei Geld. Es ist etwas komplizierter. Erstens ist der Begriff Gesundheit nicht so leicht zu definieren und zweitens ist zu klären, was wir eigentlich erreichen wollen, was denn eine gesunde Stadt ist. Da kommen dann mindestens zehn Punkte. Meist mehr. Und diese zehn Punkte eignen sich nicht für die Presse. Für die Presse eignet sich irgendwas, was andere Leute lesen wollen, was anderer Leute Aufmerksamkeit erzeugt. Das versuchen wir zusammenzubinden, indem wir über diese Welten berichten und sie in unseren Ausbildungskursen zusammenzubinden. Das ist schwer zu etablieren an der Universität. Weil natürlich jede Fachdisziplin – die Medizin, die Betriebswirtschaft, die Soziologen und wen wir sonst noch haben – alle nur Fachwissen haben. Und Professoren sind meistens in einer bestimmten Weise, ich sage das jetzt mal so, sie sind Fachidioten. Das heißt, wir haben genau diese Kompetenz, um die es geht, nämlich Sachen zusammenzubinden, nicht. Und die müssen



sie erst lernen. Die lernen sie bei uns im Studium, weil natürlich Fragen gestellt werden, die man aus seinem Fachgebiet erst einmal gar nicht versteht, und die man erst einmal übersetzen muss. Und wenn man so will, ist das, was wir im Wesentlichen machen, folgendes: Wir bilden Übersetzer aus, die verschiedene Sprachen ineinander übersetzen

können und dann versuchen können, eine Entscheidung zu treffen. Wie diese Entscheidungen dann aussehen, ist verschieden. Wir sind mehr direkt im Gesundheitssystem tätig, aber wir haben eine politische Absicht, eine politische Tradition, die Ihrer sehr nahe kommt.



Fragerunde aus dem Publikum (Auszug)

Frau Borkel, welche Schichten erreichen Sie? Erreichen Sie alle Schichten oder nur eine bestimmte?

Wir erreichen sehr viel die untere Mittelschicht. Wir erreichen in bestimmten Bereichen die sozial Benachteiligten. Deswegen habe ich vorhin die Themen genannt. Wir haben einen riesigen Bereich Alphabetisierung, da sind wir direkt dran. Wir haben einen riesigen Bereich Integration. Wir, das wissen Sie wahrscheinlich, sind der Anbieter, bei dem die Prüfungen für die Einbürgerung für den

Deutschttest abgelegt werden. Wir haben einen riesigen Bereich „Deutsch als Fremdsprache“, und wir sind an vielen Projekten vor Ort beteiligt, wo wir dann auch direkt aufsuchende Bildungsarbeit machen. Aber wir erreichen natürlich auch diejenigen, die unsere Kurse bezahlen können, weil es uns sonst nicht mehr gäbe.



Herr Blocher, wie sehen Sie die Zusammenarbeit zwischen Gesunde Städte-Netzwerk und dem Städtetag? Gibt es Möglichkeiten der Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen unseren beiden Institutionen?

Wir sehen die Verbindung dahingehend, dass wir uns als sehr wichtigen Partner des Gesunde Städte-Netzwerks begreifen. Und zwar nicht nur deshalb, weil unsere Mitgliedschaft weitgehend übereinstimmend ist, sondern auch weil unsere Ziele regelmäßig mit unseren Gremien kommuniziert werden. Unter anderem mit dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Städtetages, dessen Vorsitzender Herr Norbert Lettau auch hier anwesend war und sich geäußert hat. Hinsichtlich der Vernetzung und der Kommunikation auch insbesondere mit den kommunalen Spitzenverbänden und als solcher sieht sich hier der Deutsche Städtetag. Er ist im Prinzip der Vernetzer der Vernetzer. Wir versuchen als kommunaler Spitzenverband auf Bundes- und auf Landesebene und als Interessenvertreter der Städte gegenüber Gesetzgeber und allen relevanten Institutionen die strukturellen

Rahmenbedingungen zu verbessern. Die strukturellen Rahmenbedingungen sind im Prinzip das A und O der Gesundheitsförderung. In dem Fall sind wir wichtige Partner. Wir betreiben ganz gezieltes Agendasetting. Wir versuchen, die Gesundheitsförderung in den unterschiedlichen Dezernaten zu implementieren, also fach- und inhaltsübergreifend zu implementieren. Überall dort, wo es relevant wird, versuchen wir Aktionen und Kooperationen darzustellen um eben auch das Interesse für derartige Sachen zu wecken. Wir machen auch Kooperationen selbst bzw. wir beteiligen uns an Kooperationen. Wir kooperieren sehr stark mit der Wissenschaft, mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, dem Aktionsprogramm „IN FORM“. Diese Kooperationen versuchen wir dann auch in unserer

Mitgliedschaft zu verbreiten. Das heißt, Informationsverbreitung findet dort auch noch ganz gezielt statt. Das machen wir auch bewusst so, weil wir versuchen, diesen etwas in den Hintergrund gelangenden Bereich der Gesundheitsförderung zu stärken. Wir reden immer sehr viel über Finanzen, über Soziales - auch von Seiten des Städtetages - wenn man die Presseseiten durchliest, aber eben auch der Bereich der Gesundheitsförderung darf dort nicht zu kurz kommen. Wie wir gestern festgestellt haben, haben sich die sozialen Rahmenbedingungen geändert – Herr Mankowsky hat das gestern gezielt ausgedrückt, wir werden weniger bunter und älter – und das macht in unseren Augen Gesundheitsförderung nötiger denn je. Das steht aber in Diskrepanz zu den sich veränderten Finanzbedingungen der Kommunen. Wenn man jetzt mit diesen wenigen Mitteln trotzdem

viel oder das Bestmögliche erreichen will, geht das eben nur über die Städte und das geht auch nur über vernetzte Städte, die dann eben sowohl eigene Leistung anbieten als eben auch die koordinierende Funktion wahrnehmen. Koordinierende Funktion ist so zu verstehen wie heute Morgen an dem Praxisbeispiel aus Köln erläutert wurde. Nämlich dahingehend, dass wir versuchen wollen, dass sich die Stadt als Koordinator sieht und eben auch insbesondere das Gesundheitsamt, um alle Potentiale der beteiligten Akteure vor Ort zu erschließen und dann wirklich durch die Summe der

Einzelmaßnahmen mehr zu erreichen als durch die Einzelmaßnahme selbst. Das ist wichtiger denn je, da weniger Geld zur Verfügung steht und auch in Zukunft zur Verfügung stehen wird.



Dr. Hans-Georg Wolter, Frankfurt am Main

Die Zusammenarbeit mit Universitäten, mit Hochschulen, ist nach meinen praktischen Erfahrungen sowohl in der eigenen Stadt, aber auch mit weiter entfernten Hochschulfakultäten Gesundheitswirtschaft sehr schwer zu organisieren. Technisch, sozial, was die Anpassung unterschiedlicher Handlungszwänge, aber auch Relevanzvorstellungen betrifft, ganz schwierig. Das wäre für mich nochmal ein ganz wichtiger Gesichtspunkt.



Es ist klar, Magdeburg - und ich nehme an auch Bielefeld ist gut drin in dieser kommunalen Thematik, aber wir können uns nicht alle nur nach Magdeburg oder Bielefeld wenden. Machen wir auch, ja, aber wenn es sozusagen um die Evaluierung eines praktischen Projekts in einem Stadtteil, Quartier, Kiez geht, greifen wir natürlich auch sehr gerne auf eigene Leute zurück. Da muss dann zum Beispiel technisch jemand in der Nähe sein. Das muss gar nicht im eigenen Ort sein, aber wenigstens im eigenen Bundesland. Und da ist es trotz jahrelanger Bemühungen und von der Erfahrung her ganz schwierig praktische Kooperationen mit dem Wissenschaftsbetrieb in Gang zu setzen.

Prof. Dr. Epskamp

Kooperationen mit Hochschulen. Wir sprachen von Win-Win. Die Frage ist jetzt, was hat ein Wissenschaftler davon, wenn er mit Ihnen kooperiert? Ich sage mal das Negative. Bei uns zählt Veröffentlichung in referierten Zeitschriften und nichts anderes für die Karriere. Die bekommt man durch Forschungsprojekte und diese Forschungsprojekte sucht man sich in dem Bereich. Das Problem ist unsere Hochschule. Ich sag das ganz offen, die Universitäten sind da falsch konstruiert. Wenn man populär ist, wenn man Praxis macht, wird man als Professor missbilligend über die Schulter angeguckt. Zumindest an den Universitäten. An den Fachhochschulen ist das aber auch nicht viel besser. Und diese Arroganz müssen wir aus den Universitäten rausbekommen. Ich kann darüber deswegen so gut sprechen, weil wir mit unseren Studiengängen ohne Abitur schon immer mit Vorurteilen zu kämpfen hatten. Bis heute. Man kann das im Grunde genommen nur durchbrechen, indem man versucht, über andere Kopplungsschienen in die Universitäten hinein zu kommen. Und das geht wahrscheinlich nur bei einzelnen Wissenschaftlern. Also sich mit den Fakultäten, mit den Dekanen, mit den Präsidien oder mit den Referaten zusammensetzen, ist meistens relativ sinnlos, weil kein Professor auf seinen Dekan oder Rektor hört. Wir sind an sehr vielen Stellen unabhängig. Man muss sich mit einzelnen Leuten zusammensetzen und wenn man Glück hat, dann haben diese wie wir ein Institut, aber das werden vorläufig Ausnahmen sein. Das gilt nicht nur für diesen Sektor. Es ist schwierig. Ich würde sagen, es läuft nur über persönliche Kommunikation, kaum institutionell.

Prof. Dr. Fehr

Herr Epskamp, Sie werden mir verzeihen, wenn ich Ihnen ein bisschen widerspreche, aber mir scheint, wir leben in parallelen Universen. Ich werde das gleich ein bisschen ausführen, aber schon Ihre Hinweise darauf, welche zentral wichtigen Themen hier nicht erwähnt waren, kann ich nicht teilen. Ich finde es auch problematisch, eine integrierte Versorgung so hoch zu spielen, dass das wichtiger sei als alles andere. Ich würde zum Beispiel die integrierten Programme, wozu ich die Gesunde Städte-Netzwerke und eine Reihe anderer zähle, erst einmal wichtiger ansetzen als die integrierte Versorgung. Aber zurück zu der Frage. Meiner Ansicht nach ist das Bild viel vielschichtiger, als wir das eben gehört haben. Natürlich spielen Publikationen in der Hochschule eine Rolle, aber ich würde beide Hände dafür ins Feuer legen, dass an den Hochschulen inzwischen eine Generation dominiert, die durchaus hochgradig daran interessiert ist, dass ihre Arbeit nicht nur publiziert, sondern auch praktisch gebraucht wird. Das kann ich von Bielefeld bestätigen, aber das ist nicht die einzige Universität, die ich kenne und für die ich diese Aussage treffen würde. Lassen Sie mich noch einmal ganz kurz mögliche Kooperationsschritte erwähnen, bei denen ich davon ausgehe, dass sie von wechselseitigem Nutzen sein könnten. Zum einen bietet die Hochschule Informationen über ihr Themenspektrum und laufende Projekte an. Nächste Stufe, die Hochschule bindet VertreterInnen des Netzwerks als PraxisvertreterInnen in Lehrveranstaltungen ein. Das klang vorhin schon an, ist erprobt und funktioniert. Dann stellt die kommunale Gesundheitskonferenz Kontakte zur örtlichen Hochschule her. Das kann klang bei Ihnen an, dass es nicht immer einfach ist, das will ich nicht bestreiten, aber es gibt so viele Hochschulen in Deutschland, dass in jeder Stadt zumindest eine Hochschule erreichbar ist. Und wenn Sie Glück haben finden Sie dort auch Interesse und sonst haben Sie bestimmt auch Alternativen. Wenn eine Stadt tatsächlich die Absicht hat, eine Verbindung herzustellen und es ist nicht erfolgreich, das wäre eigentlich etwas, das wir fachlich auch einmal auf

Universitätsleben diskutieren sollten. Die Stadt bietet einen Praktikumsplatz an, das habe ich vorhin schon erwähnt, oder Themen für Abschlussarbeiten, das zähle ich alles noch als die kleinen Schritte. Mittlere Schritte: Die Stadt und die Hochschule entwickeln gemeinsam die lokale Gesundheitsberichterstattung weiter. Das klang vorhin an und finde ich ausgezeichnet. Die Stadt und die Hochschule führen gemeinsam Gesundheitsförderungsveranstaltungen durch - so in Bielefeld geschehen. Das hängt zugegebenermaßen ein Stück an dem Engagement Einzelner. Dieser Einzelne ist in Bielefeld grade ausgeschieden, und es ist eine gewisse Schwierigkeit das fortzusetzen, es wird aber selbstverständlich als Aufgabe angesehen. Die Stadt verwendet bei Personaleinstellungen im Gesundheitssektor konsequent auch das Kriterium von Public Health Ausbildungen und Abschlüssen. Es ist natürlich aus Sicht der Hochschule hoch willkommen, dass diese Abschlüsse auch zählen. Man könnte auch sagen, dass städtische Mitarbeiter zur Fort- und Weiterbildung in Public Health ermutigt werden. Lieber Eberhard, ich spreche hier natürlich

als Verwaltungsmensch. All die Aspekte, die Du angesprochen hast, dass das Netzwerk dem Anspruch nach eigentlich breiter ist, sind unbestritten von mir. Ich kann nur im Augenblick nicht über diesen Schatten springen. Ich spreche sozusagen aus der Verwaltungssicht und erwähne deswegen immer die Stadt. Die Stadt bietet Datenlieferung für Analysen und Unterstützung bei Ergebnisinterpretationen an. Die Stadt und die Hochschule machen gemeinsam Exkursionen oder Studienreisen. Alles ist immer noch denkbar und möglich. Wir haben momentan sehr gute Erfahrungen gemacht mit einer gemeinsamen Exkursion – übrigens von Studierenden der Gesundheitswissenschaften und der Planungswissenschaften – zum Thema Stadtentwicklung und Gesundheit. Aus unserer Sicht eines der aktuellen Hauptthemen. Und natürlich noch weiter und ambitionierter dann gemeinsame Projekte mit wohl externer Förderung. Ich halte all das für realistisch. Es gibt einige Beispiele, und ich möchte Ihnen da nur noch einmal zusprechen, diese Strecke zu verfolgen. Den schrulligen Professor, der mit der realen Welt weder in Kontakt treten kann noch will, der stirbt aus und darüber bin ich persönlich auch nicht traurig. Vielen Dank.

Gesunde Städte-Netzwerk – Bilanz und Perspektiven

Erhöhung der Dienstleistungspauschale

Norbert Hahn, Kreis Unna
Uschi Haag, München

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
ich hoffe, dass die Überbringer im Auftrag des SprecherInnenrats nicht so wie in früheren Zeiten als Überbringer schlechter Botschaften irgendwie mit Gefahren übersät werden. Ich brauche auch wohl nicht den Sportlehrer zurückzuholen, dass wir zunächst erst nochmal in Atemübungen eintreten. Ich denke so schwierig wird es nicht werden, aber wir wissen eins: Es ist ein verdammt schwieriges Spiel, vor dem wir jetzt stehen, um so auch die Fußballweltmeisterschaft zu eröffnen. Wir haben elf Spieler vorbereitet im Sinne von elf Folien, und sind auch beide angetreten in den Traditionsfarben schwarz und noch nicht ganz weiß, aber schon als Mannschaft erkennbar, denke ich. Wir werden versuchen, Ihnen das Thema etwas näher zu bringen und auch Verständnis zu erwecken.

Nachdem nun jetzt der Fußballjargon Vorrang hat, werde ich jetzt eine andere Rolle übernehmen und weniger von Fußball reden. Mir beziehungsweise uns und dem gesamten SprecherInnenrat geht es darum, mit diesem Vortrag Sie als Mitstreiterinnen und Mitstreiter in Ihren Kommunen zu gewinnen. Wir haben gute Gründe dafür, die Dienstleistungspauschale zu erhöhen. Das haben Sie bereits in den



Unterlagen gesehen, und wir möchten Ihnen gerne Argumente mit an die Hand geben und auch deutlich machen, wieso diese Notwendigkeit besteht. Insofern ist dieser Vortrag ein Werbevortrag, und wir sind natürlich auch offen für Ihre weiteren Argumente und auch für Ihre Kritik daran.

2002 hat sich das letzte Mal die Dienstleistungspauschale erhöht. Seit 2002 hat das Gesunde Städte-Netzwerk einiges verändert. Das eine ist, dass mehr Kommunen hinzugekommen sind. Das ist noch relativ nüchtern zu betrachten beziehungsweise mit Freude zu betrachten. Wir haben heute gehört, dass es demnächst noch zwei weitere Kommunen geben wird. Was aber sich sicherlich auch nochmal verändert hat, ist insgesamt die politische Situation und die Anspruchshaltung gegenüber dem Gesunde Städte-Netzwerk. Wir haben bei der letzten Versammlung in Frankfurt die Abfrage gestartet „Was erwarten Sie vom Netzwerk?“¹ und haben heute auch schon einen Einblick bekommen. Wir haben aber auch die Situation, dass wir kein Präventionsgesetz bekommen werden, und wir haben gleichzeitig auch immer wieder auch von

unterschiedlichen, politischen Seiten den Anspruch, dass etwas passieren muss in puncto Prävention.

Ich stehe hier als Kommunalvertreter eines Kreises, der maximal 20.000 Euro Eigenkapitel im neuen Haushalt ausweist. Der Rest ist über die Umlage finanziert. Natürlich denken wir bei der Erhöhung der Dienstleistungspauschale auch an die Haushaltslage der Kommunen. Ich bitte Sie, das in der richtigen Relation zu sehen. Wenn wir nachher die Folie zeigen, in der die Staffelungen deutlich werden, dann bitte ich Sie, nicht in eine Prozentrechnung einzusteigen, sondern möchte jetzt schon darauf hinweisen, dass wir bis auf drei Anhebungen, die im vierstelligen Bereich sind, im dreistelligen Bereich geblieben sind. Das heißt zu versuchen, das in eine entsprechende Relation zu bringen, was den Gesamthaushalt betrifft und wenn ich für meine Kommune, den Kreis Unna, spreche, betrachte ich das als Geschäft der laufenden Verwaltung, um vielleicht einen kleinen Weg aufzuzeigen wie man in

¹ Umfragebogen „20 Jahre Gesunde Städte-Netzwerk“ siehe Anlage

der Praxis damit umgeht. Kostensteigerungen sind natürlich auch nicht an der Geschäftsstelle des Gesunde Städte-Netzwerks vorbeigegangen. Wir reden davon, dass wir die Ansprüche steigern wollen an das Gesunde Städte-Netzwerk. Es wurden Forderungen formuliert. Es wurden Qualitätsansprüche gestellt, und das kann nicht ohne einen entsprechenden Kostenfaktor und ohne entsprechende Aufwendungen geschehen.

Was heißt das an notwendigen Veränderungen? Ich hatte darauf hingewiesen, dass erfreulicherweise mehr Kommunen im Gesunde Städte-Netzwerk sind, aber das bedeutet auch einen erhöhten Betreuungsaufwand. Das heißt für das Sekretariat nicht nur mehr an Post und Porto, sondern auch immer wieder hinfahren und vermehrt Telefonkontakte. Ich möchte das an dieser Stelle nicht weiter



Plakat des Gesunde Städte-Netzwerks

ausführen, aber ich habe das mitbekommen, dass es eben auch ein Stück weit mehr bedeutet. Das andere ist, das hat mit den Anforderungen zu tun, die eben schon aufgeführt wurden, wir brauchen mehr Öffentlichkeitsarbeit. Es ist deutlich geworden, dass diese Form der Öffentlichkeitsarbeit wie sie jetzt in Zusammenhang mit dem Plakat dargestellt wird, ist nur eines. Was wir auch brauchen, das ist auch Öffentlichkeitsarbeit und in Zusammenhang mit dem Thema Lobbyarbeit zu sehen. Wir brauchen sehr viel mehr verstärktes Engagement um unsere politischen Inhalte als Kommune zum Thema Gesundheitsförderung eben auch in den unterschiedlichsten Gremien kund zu tun und immer wieder darauf hinzuweisen wie notwendig das Thema Gesundheitsförderung auch in der Politik wieder verankert werden

muss. Wir wissen glaube ich alle, die hier sitzen, Gesundheitsförderung wird nach wie vor als freiwillige Aufgabe in den Kommunen gesehen. Von daher ist es natürlich, wenn es ans Sparen geht, auch immer ein Thema, wo relativ schnell der Blick hinfällt. Umso mehr brauchen wir hier auch eine Möglichkeit, um verstärkt Lobbyarbeit machen zu können.

Ja, wenn dort freiwillige Aufgabe in Führungsstrichen steht, dann ist das in diesem Kreis „Eulen nach Athen zu tragen“, da wir die Führungsstriche und dieses „freiwillig“ zur Pflichtaufgabe wünschen, denn wenn wir als Kommunen das nicht als Pflichtaufgabe verstehen würden, würden wir hier ganz anders miteinander reden. Das heißt wir würden wahrscheinlich gar nicht so und in dieser Breite zusammensitzen. Wenn Politik die Aufgabenwahrnehmung immer mehr verlangt von uns, dann muss auch Politik bereit sein, entsprechenden Aufwand dafür zur Verfügung zu stellen. Die Geschäftsstelle – und das ist einer der Punkte – braucht eine bessere finanzielle Absicherung. Aber, das möchte ich auch gleich vorweg sagen, das gilt nicht nur für die spezielle Geschäftsstelle Münster, sondern das würde auch für jede andere Kommune gelten, die die Geschäftsführung für unser Städte-Netzwerk übernehmen würde. Nun einige Zahlen, über was wir konkret reden. Bei der Einnahmesituation sieht es bei der jetzigen Staffelung der Dienstleistungspauschale so aus, dass ein Einnahmekonto mit 17.450 Euro zu Buche schlägt. Dann gibt es noch 2.600 Euro aus sonstigen Einnahmen. Das ist eine Summe von rund 20.000 Euro. Dieser Summe stehen dann Ausgaben gegenüber. Hier sind auch Personalausgaben mit aufgeführt. Bei den Personalausgaben handelt es sich darum, dass die Stadt Münster zwei Mal eine Drittelstelle finanziert. Das heißt das ist das Kontingent, das die Stadt Münster dem Gesunde Städte-Netzwerk bislang zur Verfügung stellt und auch weiter zur Verfügung stellen wird. Wir haben den Oberbürgermeister der Stadt Münster angesprochen, dass wir auch weiter auf die Kooperation mit der Stadt Münster als Geschäftsstelle für das Gesunde Städte-Netzwerk bauen, und ich denke wir sind dort auch weiter auf einem guten Weg.

Wir sollten aber auch anerkennen, dass egal welche Stadt die Herberge für die Geschäftsstelle des Gesunde Städte-Netzwerks darstellt, dies nicht als Hauptsponsor tut. So leistungsfähig sind keine Kommunen mehr in der Republik, so dass ich denke, auch dies hat eine Anerkennung verdient. Die Stadt Münster hat sich sehr kooperativ gezeigt, wie auch andere Geschäftsstellen der Städte vorher, aber ich bringe es auf den Punkt: Es ist nicht selbstverständlich.

Ja, wie profitieren die gesunden Städte vom Netzwerk? Das ist eine der entscheidenden Fragen, die Sie vielleicht auch in der Kommune gestellt bekommen. Ich weise nochmal daraufhin, dass wir in München den politischen Wert des Netzwerks als einen sehr großen ansehen. München gehört mit zu den Kommunen, die nicht direkt vom Netzwerk profitieren. Das hat damit zu tun, dass München eine sehr lange Gesundheitsförderungstradition hat und damit, dass München immer noch zu den reichen Städten gehört. Trotzdem macht sich München – und ich würde mir wünschen, dass viele andere Kommunen das ebenso sehen – weiterhin stark für das Gesunde Städte-Netzwerk, weil wir der Meinung sind, wir brauchen ein politisches Organ der Kommunen, die Gesundheitsförderung wollen und sich auch dafür einsetzen.

Für die Arbeit vor Ort sind jedoch auch noch andere Dinge wichtig und dazu möchte ich nochmal im Folgenden kommen. Wir glauben, dass durch die Zusammenarbeit im Gesunde Städte-Netzwerk die Kommunen voneinander profitieren können und inhaltliche Anregungen bekommen. Wir haben es heute Morgen am Beispiel von Köln erlebt. Es ist ein sehr gutes Beispiel, das viele Anregungen gibt und auch zeigt, dass andere Kommunen auch Probleme haben und auch das Projekt als solches Probleme hat. Auch das tröstet immer ein Stück und stärkt die Arbeit vor Ort, denn auch das ist wichtig zu sehen und zu hören. Wir können – und das würde ich mir in Zukunft auch selber verstärkt vom Netzwerk wünschen – mehr Unterstützung für Pressearbeit wie beispielsweise gemeinsame Textbausteine, die die Arbeit vor Ort erleichtern, aber auch Unterstützung in der gemeinsamen Öffentlichkeitsarbeit zu dem Thema Gesundheitsförderung. Wir haben die Kompetenzzentren, die auch zunehmend nachgefragt werden und sehr konkrete Unterstützung vor Ort leisten können und dies auch tun.

Ich möchte nochmal ein, zwei Aspekte aufgreifen. Die Projektanträge mit der Techniker Krankenkasse laufen sehr gut. Auch da, denke ich, profitieren die Mitgliedskommunen aus dem Netzwerk. Die Lobbyarbeit und Allianzen auf Bundes- und Landesebene, das ist der Auftrag, den wir aus der Mitgliederversammlung in Frankfurt mitgenommen haben. Es geht um Umsetzung, denn wir können nicht einfach Aufträge formulieren, ohne dann auch für deren Umsetzung gerade zu stehen. Ich möchte nochmal auf das Neun-Punkte-Programm hinweisen, gerade was die neuen Mitglieder betrifft. Auch da sind die Kontaktpersonen, die als ein Punkt des Neun-Punkte-Programms zu benennen sind, drauf angewiesen eine Geschäftsstelle zu haben, die qualitativ gut ausgestattet ist und zur Verfügung steht. Die Stichworte Kontaktvermittlung und Patenschaften sind schon genannt worden, Anforderungen, die zu Recht bestehen aus der Mitgliedschaft, und denen man auf diesem Wege dann auch gerecht werden kann.

Wenn die Kommunen profitieren, profitiert auch das Netzwerk, wenn das Netzwerk profitiert, profitieren auch die Kommunen. In erster Linie geht es auch immer ein Stück weit darum, das Netzwerk oder das Sekretariat zu sichern, um überhaupt noch Handlungsspielraum für das Netzwerk zu haben. Wenn wir Handlungsmöglichkeiten haben, dann kommen wir auch zu einer zunehmenden Professionalisierung im Netzwerk, was sich auch wiederum zurückspiegeln kann auf die Kommunen. Wir haben Anreize für neue Mitgliedschaften und hoffen darüber auch wieder zu neuen Kooperationsmöglichkeiten und neuen Referenzgebieten zu kommen. Das ist sehr idealtypisch, aber so könnte der Traum aussehen.

Bessere finanzielle Ausstattung ist die Voraussetzung, um diesen Traum zu verwirklichen. Hier stehen die Punkte Sicherung des Sekretariats, die hauptamtliche Sicherung des Sekretariats, ich denke da brauchen wir uns auch nicht darüber zu unterhalten, ehrenamtlich ist das nicht zu schaffen. Mindestausstattung für den Aktionsspielraum ist ausreichend beschrieben worden seit gestern. Qualitätssicherung und -steigerung sprechen ebenfalls für sich. Wenn ich an Herrn Rosenbrock denke, der das Zitat mit der Kröte gebracht hat und dem Sahnetörtchen, irgendwo dazwischen liegt die Wahrheit. Ich hoffe Sie gehen mit mir einig, dass es keine Kröte zu schlucken gilt und auch nicht das Sahnetörtchen, aber es ist ein Teil von Anerkennung und ein Teil von Absicherung dessen, was wir vom Gesunde Städte-Netzwerk erwarten, nämlich eine ordentliche Struktur, eine ordentliche Organisationsstruktur und eine ordentliche Finanzstruktur. Wir haben mit der Geschäftsstelle auch die Möglichkeit zur Sicherung der Finanzen. Wir hatten hierzu auch lange Diskussionen im SprecherInnenrat. Zuschüsse durch den Bund sind wohl wenig zu erwarten. Sie kennen alle NAKOS,



der Bund hat eindeutig gesagt, dass es institutionelle Förderungen nicht geben wird. Wenn, dann steigt er nur in Projektförderungen ein. Stiftungen, Krankenversicherungen und andere Kooperationen waren wenig erfolgreich. Man hätte auch drüber nachdenken können, ob man im Bereich der erfolgreichen Gesundheitswirtschaft möglicherweise „Sponsoren“ findet. Aber auch da muss man recht vorsichtig sein, dass wir als Gesunde Städte-Netzwerk nicht die Seriosität verlieren. Darauf sollten wir schon achten: seriös bleiben, aber trotzdem die Augen offen zu halten und zu versuchen andere Finanztöpfe zu erreichen.

Nun komme ich zu der entscheidenden Tabelle, die statt der bisher drei Einwohnergrößenklassen nun sieben Einwohnergrößenklassen vorsieht. Die Zielsetzung war die bisher erreichbaren etwa 17.200 zu erhöhen um – wie am Anfang schon auf einer Folie schon gezeigt – den Mehrbedarf bei den Ausgaben entsprechend absichern zu können. Es bleibt sicherlich für die Stadt Münster noch genug an Eigenaufwand jetzt im positiven Sinne. Ich

möchte deutlich hervorheben, dass keine Vollfinanzierung mit der künftigen Dienstleistungspauschale erzielt oder erreicht werden soll, sondern eine Anhebung. Sie sehen die Einwohnergrößenklassen mit einer Zielsumme von 36.000 Euro. Ich will gleich für die Hansestadt Hamburg, aber auch für die Stadt München sowie für den Rhein-Kreis Neuss und den Kreis Unna erklären – wir sind in den Kategorien jetzt mit 700 Euro oder München und Hamburg statt mit 500 bei 1.500 Euro, aber man muss immer sehen, dass es ein Jahresbeitrag, eine Jahrespauschale, ist – bereit die Anhebungen mitzutragen. Das schon mal als Signal an die Mitgliederversammlung. Wir haben andere Berechnungsmodelle, die sich an Einwohnerzahlen orientieren. Wenn man sich vorstellt, 1 Cent pro Einwohner, dann kämen wir, wenn wir das als Berechnungsgröße nehmen würden, auf eine Gesamtsumme von knapp 22.000 Euro. Sie glauben nicht, wie viele Modelle wir hin und her geschoben haben, aber letztlich müssen wir es in eine verständliche und verträgliche Größenordnung bringen und sind dann auf diesen Vorschlag gekommen. Er ist sicherlich kein Königsweg, aber wir wollten Ihnen einen Vorschlag vorlegen. Wir stehen als SprecherInnenrat hinter diesem Vorschlag und bitten Sie, sich damit auseinanderzusetzen. Wir wollen heute noch keine Entscheidung haben. Wie das weitere Verfahren aussieht, wird Frau Haag Ihnen erläutern.

Die Informationen darüber also, dass das Thema heute hier auf der Tagesordnung sein wird, ist bereits mit der Einladung an die Mitgliedskommunen gegangen. Heute haben wir die Präsentation und wir werden anschließend sicherlich gleich darüber diskutieren. Wir wünschen uns eine Rückmeldung von den Kommunen, wie sie dazu stehen, bis in den November. Wir haben die Entscheidung getroffen, dass diese Anpassung der Dienstleistungspauschale bei einer Zustimmung von zwei Drittel

der Kommunen so erfolgen wird. Wir brauchen eine Größenordnung, wir haben keine Satzung, die das fest schreibt, deswegen haben wir uns für diesen Weg entschieden. Ich hoffe, dass wir diese deutlich höhere Dienstleistungspauschale im Jahre 2011 haben werden.

Und damit kommt der erste Spieler, die erste Folie, ins Spiel, wir bedanken uns, dass wir Ihre Aufmerksamkeit haben durften. Dankeschön.



Folie 1



Folie 2

Konsequenzen aus den Veränderungen

- Erhöhter Betreuungsaufwand für GS
- Verstärkung der Öffentlichkeitsarbeit
Verstärkung der Lobbyarbeit
- Prävention bleibt in den Kommunen
notwendig aber „freiwillige Aufgabe“
- Münster braucht Solidarität

→ Finanzieller Mehrbedarf des GSNW!

www.gesunde-staedte-netzwerk.de

Folie 3

Aktuelle Finanzsituation

Stand 2010

Einnahmen	
DL-Pauschale	17.450,- €
Sonstige	2.600,- €
Insgesamt	20.050,- €
Ausgaben	
Sachausgaben	20.700,- €
Personalausgaben	
darzef. Münster	38.000,- €
Insgesamt	58.700,- €
Mehrbedarf	<u>38.650,- €</u>

www.gesunde-staedte-netzwerk.de

Folie 4

Wie profitieren Gesunde Städte vom Netzwerk?

- Inhaltliche Anregungen
- Unterstützung bei Pressearbeit / Öffentlichkeitsarbeit
- Zugang zu ReferentInnen, zu Kompetenzzentren, zu Wissenschaft
- Qualitätsentwicklung für die eigene Kommune
- Unterstützung bei Projektanträgen (z.B. TK)
- Bundesweite Evaluation
- Referenzgewinn für Kommunen und für Initiativen
- Stärkung von GF/Prävention (Lobbyarbeit und Allianzen auf Bundes- und Landesebene)

www.gesunde-staedte-netzwerk.de

Folie 5



Folie 6

Voraussetzung:
bessere finanzielle Ausstattung

- Sicherung des Sekretariats
- Mindestausstattung für Aktionsspielraum
- Qualitätssicherung und -steigerung

→ Bedeutungserhalt des GSNW

www.gesunde-staedtenetzwerk.de



Folie 7

Möglichkeiten zur Sicherung der Finanzen

- Zuschüsse durch den Bund
- Stiftungen
- Krankenversicherung
- Kooperationen

→ Auch: Erhöhung der Dienstleistungspauschale

www.gesunde-staedtenetzwerk.de



Folie 8

Erhöhung der Dienstleistungspauschale

EWO-Großen-Klassen (Anzahl der Mitglieder)	bisheriger Beitrag der Beispiel-Kommune	Anhebung auf Euro	Aufkommen je Beitragsgruppe Euro
Bis 100.000 (17)	Meyenburg, Hovelhof (zz. 100 €)	200	3.400
Bis 200.000 (12)	Heidelberg, Heme (zz. 250 €)	400	4.800
Bis 300.000 (17)	Erlart, Gelsenkirchen (zz. 250 €)	500	8.500
Bis 400.000 (9)	Berliner Bezirke, Kreis Lippe (zz. 250 €)	600	5.400
Bis 500.000 (2)	Rhein-Kreis Neuss, Kreis Unna (zz. 250 €)	700	1.400
Über 500.000 (8)	Dortmund, Dresden (zz. 500 €)	950	7.600
Über 1 Million (3)	Berlin (Land), Hamburg, München (zz. 500 €)	1.500	4.500
Gesamt: (68)			35.600

www.gesunde-staedte-netzwerk.de

Folie 9

- ### Verfahren
- Information aller Mitgliedskommunen mit der Einladung
 - Präsentation und Diskussion auf der MV
 - Rückmeldung der Kommunen bis November 2010
 - Anpassung bei 2/3 Zustimmung
- neue Dienstleistungspauschale ab 2011
- www.gesunde-staedte-netzwerk.de

Folie 10



Folie 11

Meinungsbild zur Erhöhung der Dienstleistungspauschale

Frage an die Versammlung:

Wer aus Ihrer Sicht kann sich vorstellen, diese Erhöhung auch vor Ort positiv zu vertreten, so wie sie eben dargestellt wurde?

Anzahl der Stimmen

= 48 stimmberechtigte Teilnehmende (je Kommune 1 Stimme)

Das sind 69,9% der Mitgliedskommunen des Gesunde Städte-Netzwerks

Dafür	33	stimmberechtigte Mitglieder (Kommunen) Das sind 68,7% der anwesenden Stimmberechtigten
Dagegen	3	stimmberechtigte Mitglieder (Kommunen)
Enthaltungen	12	stimmberechtigte Mitglieder (Kommunen)

Kontaktadressen der Erfahrungsberichte

Erfahrungsberichte wurden
gegeben durch:

Zum Bezug des Erfahrungsberichts 2010
Kontakt über:

Bad Honnef

Stadt Bad Honnef
Adalbert Fuchs
Adalbert.fuchs@bad-honnef.de

Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe im Rhein-Sieg-
Kreis
Dr. Hans-Jörg Marsteller
h.marsteller@gmx.de

Berlin-Mitte

Bezirksamt Mitte von Berlin
Tobias Prey
Tobias.prey@ba-mitte.verwalt.berlin.de

Selbsthilfe Kontakt- und Beratungsstelle StadtRand GmbH
Angelika Vahnenbruck
kontakt@stadtrand-berlin.de

Gera

Stadt Gera – Gesundheitsamt
Matthias Albert
gesundheitsamt@gera.de

Nürnberg

Stadt Nürnberg – Gesundheitsamt
Klaus Kamm
Klaus.kamm@stadt-nuernberg.de

Regionalzentrum für Selbsthilfegruppen Mittelfranken e.V.
Dagmar Brüggem
nuernberg@kiss-mfr.de

Berlin Friedrichshain- Kreuzberg

Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin
Ingrid Papies-Winkler
Ingrid-papies-winkler@ba-fk.verwalt-berlin.de

Bayouma-Haus
Natascha Garay
bayoma-haus@awo-friedrichshain-kreuzberg.de

Frankfurt am Main

Stadt Frankfurt am Main – Amt für Gesundheit
Dr. Hans-Georg Wolter
Hans-georg.wolter@stadt-frankfurt.de

Selbsthilfe Kontaktstelle Frankfurt
Reiner Stock
service@selbsthilfe.frankfurt.net

Kiel

Landeshauptstadt Kiel – Amt für Gesundheit
Dr. Ingmar Soll
gesundheitsamt@kiel.de

Berlin Charlottenburg- Wilmersdorf

Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin
Maritha Müller
Maritha.mueller@charlottenburg-wilmersdorf.de

Selbsthilfekontaktstelle Berlin Charlottenburg-Wilmersdorf im
Nachbarschaftshaus am Lietzensee e.V.
Sarah Vollmayr
info@nbh-lietzensee.de

Kreis Lippe

Kreis Lippe – Kommunale Gesundheitskonferenz
Nicole Krüger
N.Krueger@lippe.de

Selbsthilfegruppe Herz-Kreislaufferkrankte Kreis Lippe
Johannes Lütkehaus
Shg-herz-kreislauf-detmold@web.de

Potsdam

Landeshauptstadt Potsdam – Fachstelle Gesunde
Landeshauptstadt
Gerhard Meck
Gerhard.Meck@Rathaus.Potsdam.de

Selbsthilfe-, Kontakt- und Informationszentrum (SEKIZ) e.V.
Angelika Tornow
hilfe@sekiz.de

Stuttgart

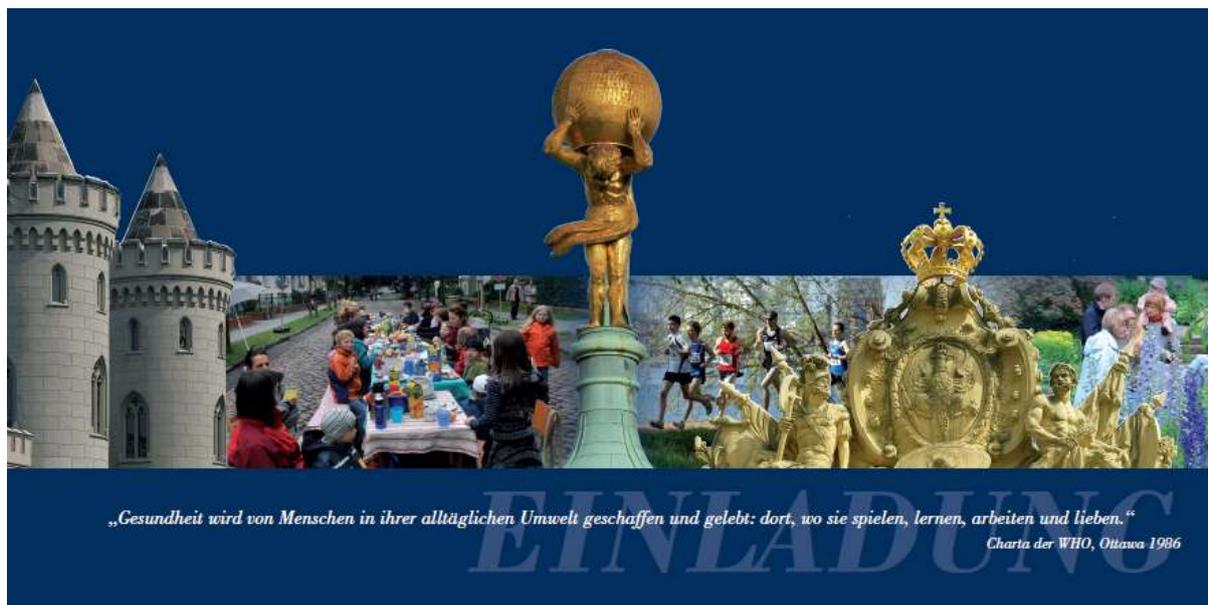
Landeshauptstadt Stuttgart – Gesundheitsamt
Heinz-Peter Ohm
Heinz-peter.ohm@stuttgart.de

Pro Familia Stuttgart
Sybille Tropper
sybille.tropper@profamilia.de

Sportliche Minipause



Abendempfang der Landeshauptstadt Potsdam



Jann Jakobs, Oberbürgermeister der Landeshauptstadt Potsdam, und Steffen Grebner, Geschäftsführer der Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH, luden zum gemeinsamen Abendempfang in der Landeshauptstadt Potsdam ein. Einen Höhepunkt des Abends boten die Potsdamer „OriEnten“, eine Bauchtanzgruppe aus dem Gesundheits- und Selbsthilfebereich entstanden, die ihr Honorar zu Gunsten des Klinikums spendete.

Die Spende der Gäste in Höhe von 400 € kommt dem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) des Klinikums Ernst von Bergmann zu Gute. Hiermit wird der Aufbau einer Frühgeborenen-Nachsorge gefördert. Diese beinhaltet:

- Unterstützung der Eltern beim Übergang von der stationären in die ambulante Betreuung der Kinder
- Anleitung der Eltern zu einer entwicklungsfördernden Pflege
- Stärkung einer stabilen Eltern-Kind-Beziehung



**Bundeskongress - Mitgliederversammlung 2010 des
Gesunde Städte-Netzwerks der Bundesrepublik Deutschland**

Anlässlich des Bundeskongresses „Zukunft Gesundheit – Neue Allianzen“ des Gesunde Städte-Netzwerks der Bundesrepublik Deutschland geben wir uns die Ehre, Sie zum gemeinsamen Abendempfang der Landeshauptstadt Potsdam und der Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH sehr herzlich einzuladen.
Wir würden uns freuen, Sie am Donnerstag, dem 10. Juni 2010, 19:15 Uhr, im Haus der Brandenburgisch-Preußischen Geschichte, Am Neuen Markt, begrüßen zu dürfen.

Jann Jakobs
Oberbürgermeister der Landeshauptstadt Potsdam

Steffen Grebner
Geschäftsführer der Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH

ERNST VON
BERGMANN
KLINIKUM



GESUNDE STÄDTE NETZWERK

DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND



GESUNDE STÄDTE NETZWERK

DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND



11. Juni 2010

Neue Kooperationen auf Länderebene

„Brandenburger Impuls“

Integrierte Stadtteilentwicklung („Hamburger RISE“)

Das Gesunde Städte-Netzwerk und seine Kompetenz(zentr)en

Indikatoren für erfolgreiche Gesunde Städte-Arbeit vor Ort /
Patenschaften für neue (und zukünftige) Mitglieder im Netzwerk

Erfahrungswerkstatt zur Qualitätsverbesserung der
Gesundheitsförderung

Profilierung der Selbsthilfe- und Gesundheits-Initiativen im
Gesunde Städte-Netzwerk

Moderation:

Kerstin Moncorps & Reiner Stock



Impressionen vom 11. Juni 2010



Neue Kooperationen auf Länderebene

„Brandenburger Impuls“

Dr. Heinrich-Daniel Rühmkorf

Erst vor ein paar Tagen ist eine Kinderstudie veröffentlicht worden, die uns Erkenntnisse über die Lebenssituation von Kindern und über ihr Wohlbefinden liefert. Bemerkenswert ist, dass der SPIEGEL über die Studie in den ersten zwei Zeilen so berichtete:

„Gute Erziehung ist nicht zwangsläufig eine Geldfrage. Das belegt eine neue Studie zur Lebenssituation von Kindern in Deutschland. Ob die Kleinen glücklich sind, hängt weder vom Einkommen der Eltern ab noch von persönlichen Freiheiten, sondern von den Grenzen, die man Ihnen setzt.“

Diese Zusammenfassung legt nahe, dass soziale Faktoren vielleicht überschätzt werden. Grenzen setzende Eltern sind demnach wichtiger als ein ausreichendes Einkommen. Wenn im öffentlichen Diskurs von gesundheitlicher Benachteiligung im Gefolge von sozialer Benachteiligung gesprochen wird,

macht sich oft ein unangenehmes Gefühl breit, Scham. Man wird an Gebote der Gerechtigkeit und Fairness erinnert. Gerade gegenüber Kindern, die eben nichts dafür können, in eine arme Familie geboren zu sein. Manche versuchen den Schamgefühlen zu entkommen, indem das, was die Scham ausgelöst hat, geleugnet oder relativiert wird. Dies passt zu dem Tenor der SPIEGEL-Meldung. Die Mütter und Väter in armen Familien sollen eben etwas strenger sein. Dann wird alles gut. In diesen Zusammenhang gehört auch die Relativierung von Armut, indem Armut begrifflich in eine Mehrzahl gebracht wird. Es lenkt von materieller Armut und tatsächlicher Chancenlosigkeit ab, indem nur noch von Bildungsarmut gesprochen wird.

Die eben erwähnte Studie selbst kommt zu anderen Schlüssen und hat einen anderen

Tenor. In der Pressemitteilung erläutert der Gesundheitsforscher Prof. Dr. Hurrelmann:

„Es ist erschreckend zu sehen, wie sich in Deutschland eine Vier-Fünftel-Kindergesellschaft herausbildet. Die Kinder aus dem benachteiligten unteren Fünftel sehen ihre Zukunft negativ und trauen sich keine erfolgreiche Schullaufbahn zu. Es fehlt ihnen an Rückhalt, an Anregungen und an gezielter Förderung.“

Kinder aus dem benachteiligten Fünftel, von denen Hurrelmann hier spricht, sind überdurchschnittlich häufig solche aus sozial benachteiligten Familien. Diese Kinder haben eher arbeitslose Eltern, die Eltern haben eine schlechtere Schul- und Berufsbildung. Die Eltern in diesen Familien haben es deutlich schwerer, eine gute Familie zu realisieren. Diese Väter und Mütter haben weniger Ressourcen,

aufmerksame, liebevolle, zugewandte Eltern zu sein. Denn diese Eltern sind öfter demoralisiert, materiell arm, und sie haben objektiv weniger Teilhabechancen.

Und an dieser Stelle ist der Zusammenhang zu dem Brandenburger Impuls, der Gemeinschaftsinitiative für eine soziale und gesunde Stadt. Hier geht es um die Unterstützung, die Hilfe zur Selbsthilfe unter anderem für benachteiligte Familien mit ihren Kindern in ihrem Umfeld. Also konkret dort, wo sie leben.

Am 17. November 2009 fand in Potsdam eine Veranstaltung statt, zu der die Techniker Krankenkasse gemeinsam mit dem Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Umweltschutz (MUGV) und dem Ministerium für Infrastruktur und Landwirtschaft (MIL) Brandenburger Städte eingeladen hatte. Die Gemeinschaftsinitiative „Gesunde und Soziale



Stadt“ will Gesundheitsförderung in sozial benachteiligte Stadtteile tragen. In dieser Initiative haben sich die oben genannten Institutionen und weitere Einzelpersonen zusammengeschlossen. Das Ziel: Brandenburger Städte sollen auf dem Weg zu einer gesunden und sozialen Stadt unterstützt werden. Insbesondere sozial benachteiligte Stadtteile stehen dabei im Vordergrund. Denn die soziale Stadt gibt eher die Chance, gesund zu sein, und eine gesunde Stadt hat eher das Potential, sozial zu sein.

Das Bund-Länder-Programm Soziale Stadt und seine Partnerprogramme verbessern die Wohn- und Lebensbedingungen durch städtebauliche Maßnahmen. Die Städtebauförderungsmittel aus dem Programm „Soziale Stadt“ können aber auch für die Förderung der Gesundheit eingesetzt werden. Das Ministerium für Infrastruktur und Landwirtschaft unterstützt die Programmkommunen bei der Verwirklichung eines integrativen Ansatzes in der Umsetzung ihrer gebietsbezogenen Entwicklungskonzepte. Ziel ist die Stabilisierung und Aufwertung von benachteiligten Ortsteilen oder anderen Teilen des Gemeindegebiets, in dem ein besonderer Entwicklungsbedarf besteht. Der Ansatz der Sozialen Stadt findet eine Parallele im Leitbild „Gesunde Kommune“, die im Fokus zur Unterstützung kommunaler Projekte durch Krankenkassen steht. Das heißt, dass kommunale Gesundheitsförderungsprojekte durch Krankenkassen unterstützt werden können, die nicht nur auf Einzelmaßnahmen abzielen sondern ein Gesamtkonzept „Gesunde Kommune“ verfolgen. Solche Projekte beziehen neben den betroffenen Personengruppen unter anderem auch Verwaltung, Vereine und Selbsthilfegruppen ein. Die Akteure vor Ort qualifizieren sich zu gesundheitsrelevanten Themen und vernetzen sich miteinander. Zudem stimmt eine Koordinierungsstelle die kommunalen gesundheitsfördernden Maßnahmen miteinander ab. Für ihr Engagement im Setting Kommune kooperieren Krankenkassen zum Teil mit diesen Partnern. Die Techniker Krankenkasse beispielsweise kooperiert mit dem Gesunde Städte-Netzwerk. Gesundheitsförderung trägt zur sicheren, anregenden und befriedigenden Arbeits- und Lebensbedingungen bei. Das Ministerium für

Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz unterstützt die Kommunen auf dem Weg zu besserer Lebensqualität. Es ist eine Erkenntnis der Gesundheitswissenschaften, dass Menschen eher gesund bleiben, wenn sie in ihrer Welt etwas bewirken können, wenn sie sich und ihre Welt verstehen können, wenn sie in ihrem Leben einen Sinn sehen können. Die soziale und gesunde Stadt bietet auch für sozial benachteiligte Gruppen größere Chancen für mehr Gesundheit und Lebensqualität. Menschen fühlen sich weniger ausgeliefert, ohnmächtig und demoralisiert.

Die Gemeinschaftsinitiative will Anregung geben und kann die Kommunen auf ihrem Weg unterstützen, für ihre Bürger mehr Lebensqualität in die Stadt zu bekommen. Fördermöglichkeiten werden gemeinsam angeboten und aufeinander abgestimmt.

Soweit will ich erst einmal den Rahmen spannen zu unserem Projekt und möchte dabei betonen, dass es alles andere als eine Selbstverständlichkeit ist – auch in einer Landesregierung – wenn verschiedene Ministerien zusammenarbeiten. Aber wenn wir das Ziel verfolgen, dass die Menschen gesund bleiben, indem sie in ihrer Welt etwas bewirken können, heißt das, wir müssen mit dem sozialen System zusammenarbeiten. Menschen sind gesünder, wenn sie Arbeit haben und auf diese Art und Weise Anerkennung finden können. Es macht wenig Sinn, allein Stressbewältigungskurse anzubieten und zu sagen, so kommst du mit deiner Arbeitslosigkeit klar. Das ist aus meiner Sicht nicht nachhaltig. Wir begreifen es als unsere Aufgabe, die Wege zu ebnen, dass alle Menschen auch tatsächlich den gebührenden Platz in der Gesellschaft finden. Hierbei ist es wichtig, dass wir als Landesregierung – Gesundheitsministerium, Infrastrukturministerium, Sozialministerium – zusammenarbeiten. Und weiterhin ist es ganz besonders wichtig, dass wir viele Krankenkassen in Brandenburg als Partner haben, mit denen wir zusammen Projekte auf die Beine stellen können.

Vielen Dank!

Neue Kooperationen auf Länderebene

„Brandenburger Impuls“

Dr. Andreas Böhm

Brandenburger Impuls:

Soziale und Gesunde Stadt – Brandenburger Kommunen auf dem Weg zu mehr Lebensqualität

Die Gemeinschaftsinitiative „Gesunde und Soziale Stadt“ besteht, wie der Name nahelegt aus einer Reihe von Institutionen und Personen. Zwar bin ich der Sprecher der Gemeinschaftsinitiative, aber an meiner Stelle könnte auch gut ein anderer meiner Kollegen bzw. eine andere Kollegin stehen.² Ehe unsere Arbeit vorgestellt wird, will ich mit einigen Karten ein Schlaglicht auf unser Bundesland werfen.

Ein Schlaglicht auf das Land Brandenburg

Die erste Karte zeigt die demographische Entwicklung im Land Brandenburg. Sie sehen in Abbildung 1 den zu erwartenden Bevölkerungsrückgang bis 2030. Während 2008 noch 2,52 Mio. Einwohner im Land Brandenburg lebten, werden es im Jahr 2030 voraussichtlich nur noch 2,23 Mio. sein.

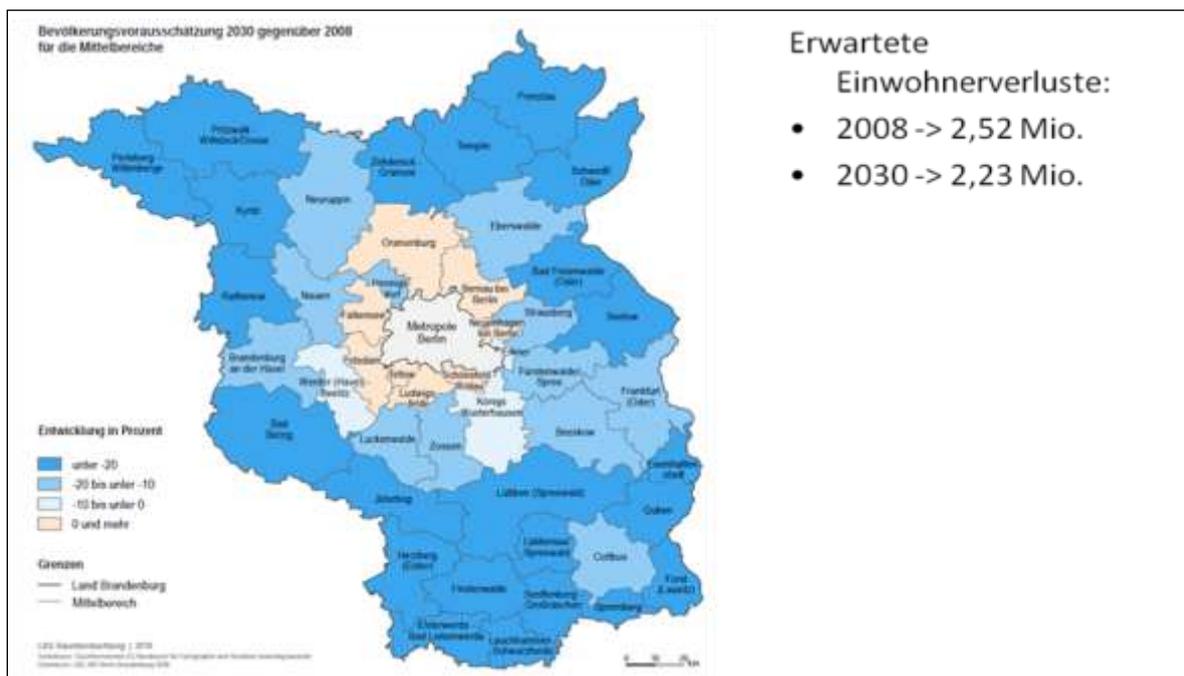


Abb. 1: Erwarteter Bevölkerungsrückgang im Land Brandenburg.

Von der Struktur her ist das Land in mehrfacher Hinsicht geteilt: in einen Berlin nahen Raum und einen Berlin fernen Raum. Im Berlin nahen Raum wird mit ein weniger starker Bevölkerungsrückgang erwartet als im fernen Raum. Das sehen Sie an der dunkleren Färbung außen. Wir haben einen durchschnittlichen Rückgang von 13% zu erwarten, aber in den äußeren Räumen sogar von 20%.

² Ich danke den Kolleginnen und Kollegen von der Gemeinschaftsinitiative für ihren Anteil an meinem Beitrag, Stefan Krapp vom Ministerium für Infrastruktur und Landwirtschaft (MIL), Dr. Gudrun Borchardt von der Techniker Krankenkasse Berlin/Brandenburg, Iris Spitzner von der Innungskrankenkasse Brandenburg und Berlin, Gerhard Meck vom Gesunde Städte Netzwerk Brandenburg, Annett Schmok und Dr. Iris Schiek vom Regionalen Knoten, Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, Katrin Feldmann von der Landesarbeitsgemeinschaft Gemeinwesenarbeit und Quartiersmanagement.

In der zweiten Abbildung wird die Alterung der Bevölkerung dargestellt. Das dürfte dort, wo die Meisten von Ihnen herkommen, ebenfalls eine wichtige Rolle spielen. In den drei kleinen Karten wird der Anteil der Bevölkerungsgruppe über 65 Jahre zu drei Zeitpunkten in den Ämtern (Gemeinden) gezeigt, 2004, 2020 und 2030. Die Struktur der Alterung ist ebenfalls über das Land ungleich verteilt. Für den Südosten wird in 2030 mit dem relativ größten Anteil älterer Bürger gerechnet. Nur für Potsdam und Umgebung lässt sich eine „Verjüngung“ absehen.

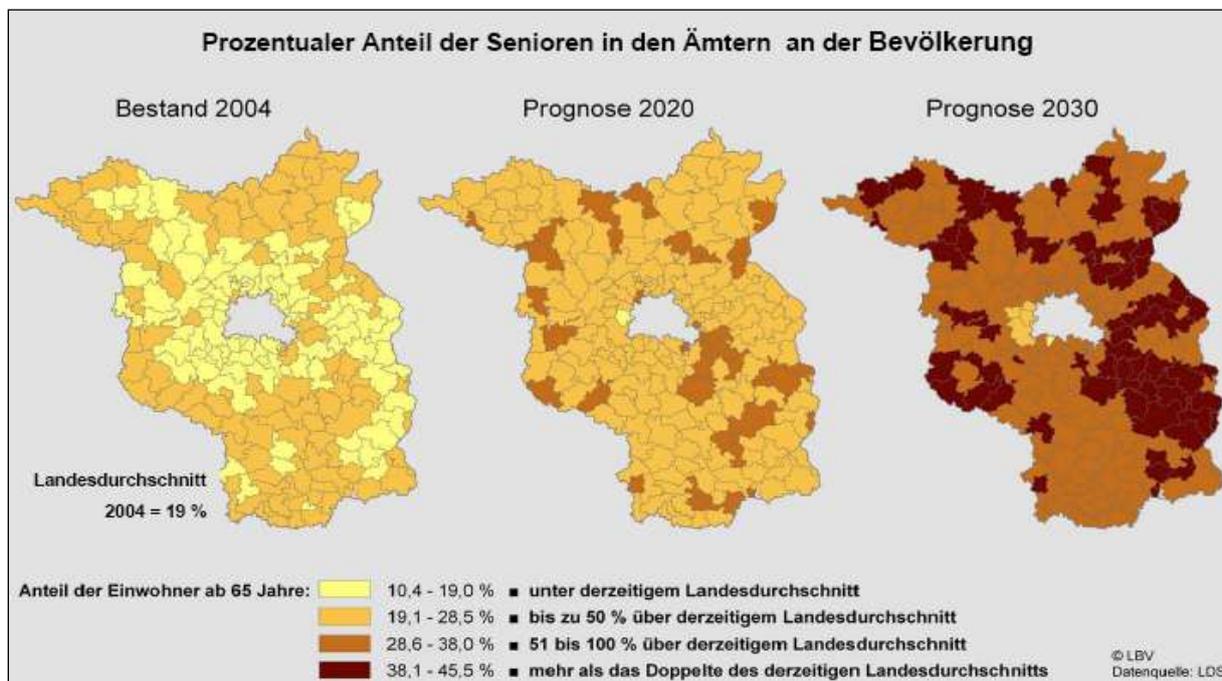


Abb. 2: Entwicklung des Anteils Älterer im Land Brandenburg

Die dritte Karte betrifft die soziale Ungleichheit, ein Thema das vom Staatssekretär Dr. Rühmkorf in seinem Beitrag herausgestellt wurde. Soziale Ungleichheit hat Folgen für die Gesundheit, denen wir nicht ausweichen wollen. Aus der Gesundheitsberichterstattung im Land haben wir gute Daten zu dieser Problematik. Solche Daten können eine aufklärende Wirkung für Politik und Bürger haben und zur Vorbereitung und Begründung von landes- und kommunalpolitischen Entscheidungen dienen.

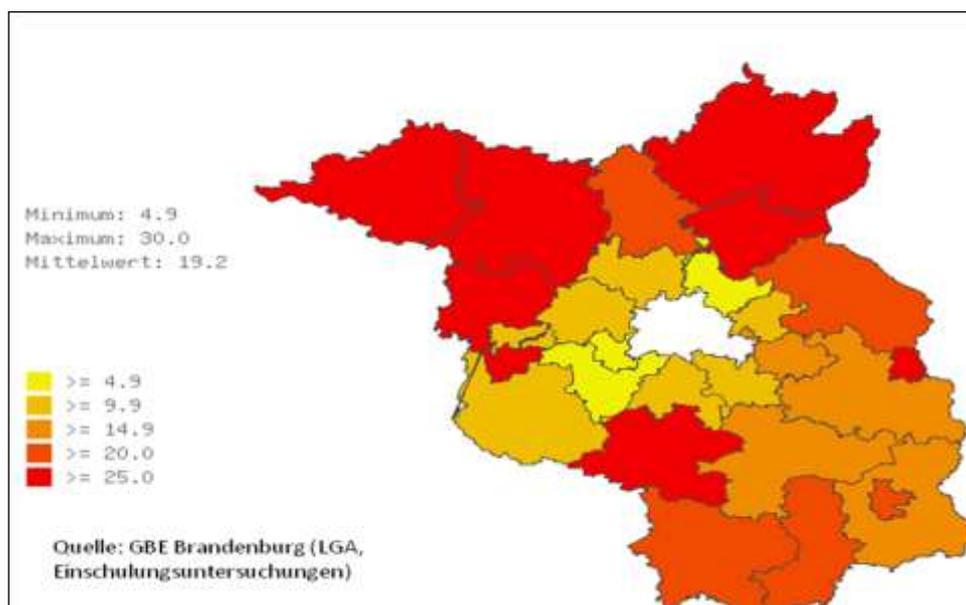


Abb. 3: Soziale Ungleichheit - Junge Familien mit niedrigem Sozialstatus im Land Brandenburg, 2008

In der Abbildung 3 wird dargestellt, welchen Anteil junge Familien mit niedrigem Sozialstatus in den verschiedenen Landesteilen haben. Mit verschiedenen Landesteilen sind in diesem Fall Stadt- und Landkreise gemeint, wobei für diese Darstellung die Berlin nahen Landkreise geteilt wurden.

In dem Berlin nahen Raum ist der Anteil von Familien mit niedrigem Sozialstatus – konkret durch Arbeitslosigkeit und niedrige Schulbildung gekennzeichnet – wesentlich kleiner als in den äußeren Bereichen. In den nördlichen Landesteilen gibt es fünfmal mehr sozial benachteiligte Familien als beispielsweise in Potsdam.

Während die drei ersten Karten ernst sind und vielleicht die Stimmung drücken können, soll mit der letzten Karte ein positiver Ausblick gemacht werden.

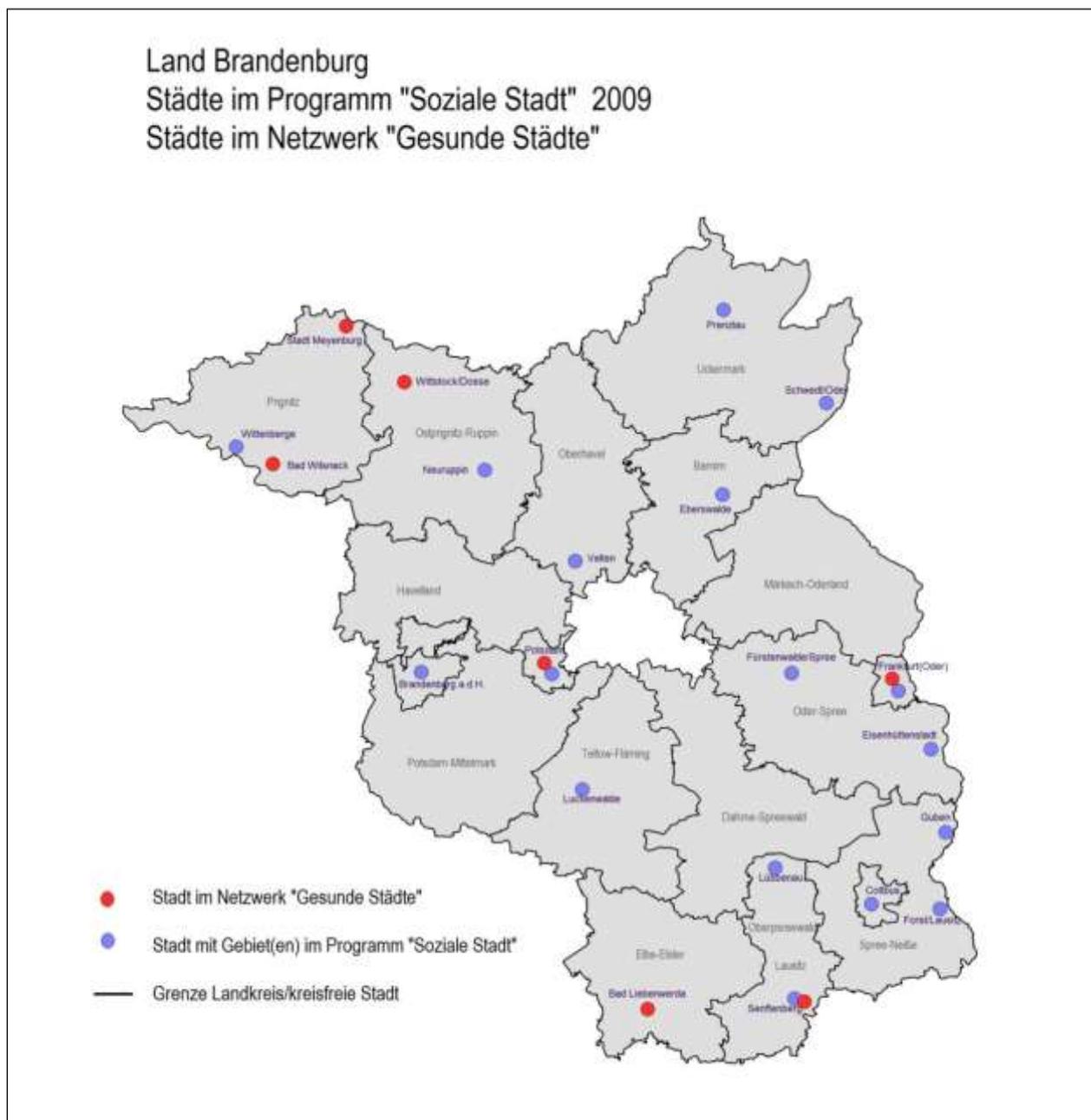


Abb. 4: Städte im Programm Soziale Stadt und Gesunde Städte Netzwerk

Die Karte zeigt die Brandenburger Städte im Programm Soziale Stadt und/oder im Gesunde Städte-Netzwerk (Abbildung 4). Einige Städte engagieren sich in beiden Programmen, was in der Doppelung von roten und blauen Punkte deutlich wird. Wenn man die Karte mit den vorherigen vergleicht, sieht man, dass es sehr viele aktive Kommunen in den Berlin ferneren Landesteilen gibt. Die

Kommunalpolitik fördert offensichtlich bereits verstärkt die Aktivitäten der Sozial- und Gesundheitspolitik, die mit Sozialer Stadt und dem Gesunde Städte Netzwerk verbunden sind.

Die Gemeinschaftsinitiative für eine soziale und gesunde Stadt

Die Gemeinschaftsinitiative für eine soziale und gesunde Stadt entstand 2008/2009 aus einem Arbeitskreis mit Vertretern von Ministerien, Krankenkassen und weiteren Akteuren im Feld von Stadt und Gesundheit. Heute setzt sich die Gruppe, die sich regelmäßig unter Moderation des Gesundheitsministeriums trifft, aus folgenden Institutionen zusammen:

- Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz
- Ministerium für Infrastruktur und Landwirtschaft
- Techniker Krankenkasse Berlin Brandenburg
- Innungskrankenkasse Brandenburg und Berlin
- Gesunde Städte Netzwerk im Land Brandenburg
- Landesarbeitsgemeinschaft Gemeinwesenarbeit und Quartiersmanagement e.V.
- Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
- Regionaler Knoten Berlin und Brandenburg.



Obwohl wir in der Gemeinschaftsinitiative aus verschiedenen Fächern oder Disziplinen kommen, haben wir das Ideal eines Stadtlebens mit hoher Lebensqualität gemeinsam. Es muss hier nicht um große Städte gehen, aber immer darum, dass Lebensqualität durch soziale und gesundheitliche Faktoren bestimmt wird. Historisch erinnern wir uns an das Motto „Stadtluft macht frei“. Wir lernen aus der Geschichte, dass erst das Stadtleben ein modernes, individuelles Leben möglich gemacht hat. Und daran will die Gemeinschaftsinitiative anknüpfen. So ist unser Motto heute: **Die soziale Stadt ist gesund, und die gesunde Stadt ist sozial.**

Die Gemeinschaftsinitiative verfolgt das Ziel, Brandenburger Städte auf dem Weg zu einer sozialen und gesunden Stadt zu unterstützen, wobei der Schwerpunkt auf sozial benachteiligte Stadtteile gelegt werden soll.

Zum Verständnis der Probleme, vor dem eine soziale und gesunde Stadtentwicklung steht, haben die Kollegen vom Infrastrukturministerium folgende Thesen zusammengestellt:

- Belastungen bündeln sich häufig in bestimmten Stadtteilen
- Ärmere Menschen wohnen in bestimmten Quartieren
- Soziale Benachteiligung und höhere Krankheitslast gehen Hand in Hand
- Stadtentwicklung nimmt auch Einfluss auf gesundheitsschädigende oder -fördernde Faktoren: Verkehr, Gewerbe-, Industrie, Grünflächen
- Benachteiligte Quartiere haben Defizite, die die schon vorhandenen Probleme (auch die gesundheitlichen) der Bürger verstärken.

Die letzte These meint einen sich selbst verstärkenden Mechanismus, der eine spiralförmige Abwärtsbewegung beschreibt. Stadtteile (oder auch ganze Städte) sind, um eine weitere Metapher zu gebrauchen, in Gefahr abzurutschen. Es gibt aber nicht nur eine Abwärtsspirale sondern auch eine Spirale nach oben. Und Initiativen, wie wir sie machen, wollen dazu beitragen, die Abwärtsbewegung zu stoppen und die Gegenrichtung zu forcieren.

Das Konzept von Gesundheitsförderung, das in unserer Gemeinschaftsinitiative vertreten wird, folgt nicht der naiven Idee einer Gesundheitserziehung mit Belehrungen. Es reicht nicht zu sagen, dass die Bürger bitte ihr Verhalten an Expertenmeinungen orientieren sollen, beispielsweise täglich 3.000 Schritte tun oder 5-mal täglich Obst essen. Wir knüpfen an das WHO-Modell einer Selbstbestimmung über die Gesundheit an. Das heißt, Gesundheitsförderung ist nicht das Herstellen von einem irgendwie gearteten „Mehr“ an Gesundheit. Es geht vielmehr um Selbstbestimmung über das eigene Leben, was natürlich die Gesundheit mit einschließt. Es geht darum, für sich und andere in der Alltagswelt Einfluss nehmen zu können, und sich nicht mehr ausgeliefert, demoralisiert und „abgehängt“ zu fühlen. Damit wird auch ein Bestimmungsstück für die Methoden, mit denen wir arbeiten müssen, nahegelegt. Es geht um Mitwirkungsmöglichkeiten bzw. um Partizipation. Es ist sicher leichter, Partizipation zu fordern als umzusetzen. Aber es ist ebenfalls sicher, dass ein obrigkeitstaatliches Durchstellen von oben nach unten hier nicht funktioniert.

In der Gemeinschaftsinitiative können wir zwei Säulen für die Förderung einer sozialen und gesunden Stadt nutzen:

1. Schwerpunkt Soziale Stadt (+ Städtebauförderung) – Akteur MIL
 - Programm Soziale Stadt (+ Städtebauförderung)
 - EFRE - Nachhaltige Stadtentwicklung
 - ESF - Wettbewerb „Vielfalt und sozialer Zusammenhalt in Brandenburgs Städten – Lebensräume gemeinsam gestalten“
2. Schwerpunkt Gesundheitsförderung in Settings - Akteur Krankenkassen, MUGV, Regionaler Knoten
 - Leitfaden Prävention der Kassen, darin Kap. Gesundheitsförderung in der Kommune/im Stadtteil
 - Projekte der Gesundheitsförderung, die mehr sind als Einzelmaßnahmen
 - Vernetzungen, Qualitätssicherung

Im „Werkzeugkasten“ der sozialen Stadt gibt es eine Reihe von Förderungsmöglichkeiten (EFRE, ESF), die für eine Kommune durchaus anspruchsvoll sind. Typisch ist, dass gezeigt werden muss, dass man zunächst eine Analyse gemacht hat und dann eine systematische, zielorientierte Planung vorgelegt wird (so im integrierten Stadtentwicklungskonzept, INSEK). Zur Sozialen Stadt gehört die Aktivierung und Beteiligung der Bevölkerung des Stadtteils. Die Bewohnerinnen und Bewohner sollen immer in die Prozesse der Maßnahmenplanung und -umsetzung einbezogen werden.

Die Ansprüche der Krankenkassen bei der Förderung der quartiersbezogenen Gesundheitsförderung weisen hier Ähnlichkeiten auf. „Gesundheitsförderung in der Kommune / im Stadtteil“ heißt die Überschrift im Leitfaden Prävention der gesetzlichen Krankenkassen. Die Krankenkassen beziehen sich explizit auf das Gesunde Städte Netzwerk und das Programm Soziale Stadt. Förderung durch die Krankenkassen ist demnach möglich, wenn ein systematischer Problemlöseprozess verwirklicht wird (kleinräumige Bedarfsanalyse, Konzeptentwicklung etc.). Gesundheitsförderung in der Kommune ist demnach nicht einfach kompatibel mit dem Angebot fertiger Programme. Und hier ergibt sich durchaus ein Spannungsfeld, das wir auch in unserer Arbeit kennengelernt haben (Abbildung 5).

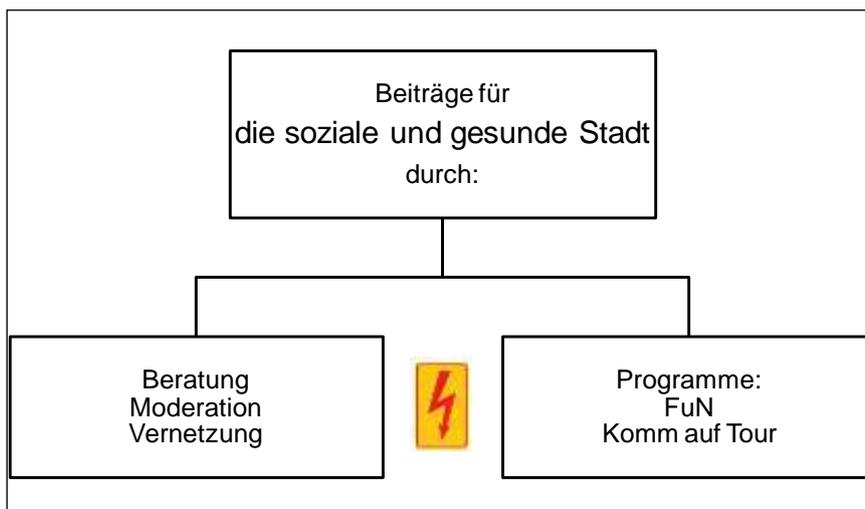


Abb. 5: Spannungsfeld zwischen dem Angebot „fertiger“ Programme und einem Problemlösungsansatz nach einer Analyse lokaler Problemlagen.

Auf der einen Seite haben wir einen Ansatz, der mit Beratung, Moderation, Vernetzung in Richtung Gemeinwesenarbeit geht und jeweils einmalige Problemlöseprozesse anstoßen soll. Und auf der anderen Seite stehen quasi fertige Programme, die vielleicht sogar wissenschaftlich evaluiert sind. Hier sind für unseren Kontext beispielsweise die Programme „Familie und Nachbarschaft“ (FuN) und „Komm auf Tour“ zu nennen.

Die Aktivitäten der Gemeinschaftsinitiative für eine soziale und gesunde Stadt

Die Mitglieder der Gemeinschaftsinitiative diskutierten 2009 Möglichkeiten, wie man den Akteuren in Kommunen (zunächst den kommunalen Entscheidungsträgern) Anregungen und Fördermöglichkeiten für gesundheitsförderliche Initiativen nahe bringen könnte. Wir entschieden uns für eine Impulsveranstaltung im November 2009 in Potsdam, wobei die Techniker Krankenkasse, die langjährige Kooperationserfahrungen mit dem Gesunde Städte Netzwerk hat, dankenswerterweise die Organisation der Veranstaltung übernahm. Bereits ein Jahr vorher wurde das Thema im Land eingeführt: durch die Tagung „Hauptsache, es steckt Gesundheit drin - Gesundheitsförderung als Thema einer integrierten Stadtentwicklung“, veranstaltet durch den Regionalen Knoten Berlin Brandenburg im Oktober 2008.



Zur Impulsveranstaltung hatten wir kommunale Entscheidungsträger der Programmkommunen Soziale Stadt im

Land Brandenburg und der Kommunen aus dem Gesunde Städte-Netzwerk/Netzwerke Gesunde Kinder eingeladen. Hinzu kamen noch einige Städte, von denen aus der Gesundheitsberichterstattung des Landes bekannt war, dass der Anteil von Familien mit niedrigem Sozialstatus, sozial Benachteiligte, vergleichsweise hoch war.

Es wurden verschiedene Fördermöglichkeiten der Gemeinschaftsinitiative vorgestellt, einerseits die Möglichkeiten für die Städte im Rahmen des Programms Soziale Stadt und andererseits die Möglichkeiten im Rahmen der Gesundheitsförderung in der Kommune / im Stadtteil der Krankenkassen (hier zunächst die Pioniere Techniker Krankenkasse und Innungskrankenkasse) einschließlich der Angebote des Regionalen Knotens für Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Gerade die Kombination verschiedener Fördermöglichkeiten sollte besonders attraktiv sein.

Adressaten der Impulsveranstaltung:
Kommunen, die

1. sich bereits für eine soziale Stadt engagieren (alle Städte mit Programmgebieten im Land)
2. sich besonders für Gesundheit und Stadt engagieren (Netzwerke Gesunde Kinder und Netzwerk Gesunde Städte)
3. einen hohen Anteil von jungen Familien mit niedrigem Sozialstatus haben (Ergebnisse der GBE)

Einladung zur Veranstaltung

Soziale und gesunde Stadt. Brandenburger Kommunen auf dem Weg zu mehr Lebensqualität

LAND BRANDENBURG
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie

LAND BRANDENBURG
Ministerium für Infrastruktur und Raumordnung

Techniker Krankenkasse
Gesund in die Zukunft.

Abb. 6: Adressaten der Impulsveranstaltung im November 2009 und Flyer der Techniker Krankenkasse zur Einladung

Zu der Veranstaltung kamen weniger Kommunen als wir erwartet hatten, und wir waren zunächst auch nicht sicher über den Erfolg. Für interessierte Kommunen wurde eine Kontaktperson benannt. Dr. Iris Schiek (Regionaler Knoten Brandenburg) erklärte sich bereit, Ansprechpartnerin zu sein.

Kontinuierliche Arbeit der Gemeinschaftsinitiative:

- Rolle eines Ansprechpartners für Kommunen
- Beratung und Moderation von kommunalen Akteuren
- Unterstützung bei der Analyse
- Unterstützung bei der Planung von Vorhaben
- Aufbau einer Infrastruktur für die Programme
 - Komm auf Tour (BZgA, Berufsorientierung und Lebensplanung für Jugendliche)
 - FuN – Familie und Nachbarschaft (Programm zur Förderung der Erziehungskompetenz von Eltern).

Zur Unterstützung der Kommunen haben wir eine Checkliste erstellt. Das mit fünf Seiten kurze Papier ist eine kleine „Gebrauchsanleitung“ für die Kommunen, mit der wir uns einerseits vorstellen und andererseits auf die wichtigsten Daumenregeln und Vorgehensweisen auf dem Weg zu mehr Lebensqualität in der Kommune hinweisen.³

³ Kann gern beim Autor angefordert werden, Mail: andreas.boehm@mugv.brandenburg.de

Gemeinschaftsinitiative für eine soziale und gesunde Stadt

Ministerium für Infrastruktur und Landwirtschaft (MIL) * Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (MUGV) * Techniker Krankenkasse Berlin/Brandenburg * Innungskrankenkasse Brandenburg und Berlin * Landesarbeitsgemeinschaft Gesundheit Berlin-Brandenburg * Landesarbeitsgemeinschaft Gemeinwesenarbeit und Quartiersmanagement * Gesunde Städte Netzwerk (im Land Brandenburg) * Regionaler Knoten

Soziale und gesunde Stadt - Brandenburger Kommunen auf dem Weg zu mehr Lebensqualität

1. Der Brandenburger Impuls

Am 17. November 2009 fand in Potsdam eine Veranstaltung statt, zu der die TK, Techniker Krankenkasse gemeinsam mit den Ministerien MUGV und MIL Brandenburger Städte eingeladen hatte, die sich bereits für Gesundheit und Soziales in benachteiligten Stadtteilen einsetzen. Das vorliegende Papier ergänzt die Veranstaltung und will Anregungen für soziale und gesundheitsförderliche Vorhaben geben.

Abb. 7: „Checkliste“ der Gemeinschaftsinitiative zur Förderung von Kooperation und zur Begründung von Ideen und Ansprüchen

Perspektive: gegenwärtiger Stand und offene Fragen

Seit der Impulsveranstaltung Ende 2009 wurden mehrere Kommunen beraten. Mit der Stadt Eberswalde entwickelte sich ein intensiver Austausch, der im September 2010 zu einer Fachtagung in Eberswalde führen soll. Das Zentrum für Bewegungsförderung Berlin-Brandenburg will die Akteure in der Stadt und in der Region zum Schwerpunkt älterer Menschen ansprechen. Titel: „Alternde Kommunen als Chance!? Ressourcen einer sozialraumbezogenen Gesundheits- und Bewegungsförderung bei älteren Menschen“.

Die Erfahrung zeigt, dass die Initiativen für eine soziale und gesunde Stadt verschiedene Wege gehen. Es können verschiedene Akteure sein, die den Stein ins Rollen bringen, kommunale Verwaltung, Politik, Kirchen und freie Träger. Schließlich kann der erste Anstoß von anderen Akteuren aufgenommen werden. Regelmäßig finden spontane und später dann auch systematische Vernetzungsprozesse statt.

Die Prozesse sind gegenwärtig noch nicht abgeschlossen. Aufgrund der Erfahrungen mit der Impulsveranstaltung, der folgenden Beratungspraxis sowie der Veranstaltung in Eberswalde im September 2010 ist geplant, den Impuls für andere Regionen in Brandenburg fortzusetzen.

Bisher haben wir uns praktisch und konzeptionell mit den Fragen von Lebensqualität und Gesundheit im städtischen Raum beschäftigt. Nun ist Brandenburg ein Flächenland und es liegt die Frage nahe, wie ein ähnlicher Prozess für den ländlichen Raum mit seinen kleinen oder sogar sehr kleinen Kommunen aussehen könnte. Wir fragen uns: Kann es ein analoges Engagement für den ländlichen Raum mit kleinen und sehr kleinen Kommunen geben? Wie sieht das soziale und gesunde Dorf aus? Wir haben noch keine Antwort auf diese Fragen.

Integrierte Stadtteilentwicklung („Hamburger Rise“)

Klaus-Peter Stender

Auch einen schönen guten Morgen von mir. Ich bin ganz froh, dass wir hier eben auch die Initiative aus Brandenburg nicht nur personell, sondern auch von der ganzen Darstellung sehr plastisch und bunt vorgestellt bekommen haben, denn was ich Ihnen jetzt darstellen werde, ist ein wenig trockener. Und schon vom Prinzip her ein deutlich anderer Ansatz.

Die Vertreterin aus dem Bereich „Soziale Stadt“ hat gesagt, man sollte verstärkt auf Kooperationen vertrauen, die im Alltag ein wenig urwüchsig entstehen. Da stelle ich Ihnen jetzt ehrlich gesagt ein ganz anderes Programm aus Hamburg vor, was in Teilen öffentlicher Diskussion eher den Vorwurf geerntet hat, dass das ganze vielleicht ein bisschen überreguliert sei. Aber ich finde es als Ansatz hochinteressant und berichtenswert.

Die integrierte Stadtteilentwicklung in Hamburg hat eine lange Tradition. Es ist deswegen aufschlussreich, weil es dort tatsächlich um systematische Strukturentwicklung geht. Also wie schaffen wir die Integration

unterschiedlicher Politikbereiche wie Bildung, Beschäftigung oder auch Gesundheit wahrhaftig und wie schaffen wir es, diese Zusammenarbeit strukturell zu verankern.

Das ist die Herausforderung, über die wir hier in der Gesundheitsförderung

immer reden, und von daher ist die integrierte Stadtteilentwicklung meines Erachtens ein gutes Lernmodell - gerade auch für das Handlungsfeld Gesundheitsförderung. Es ist aber gleichzeitig hoch komplex und hat in Hamburg eine lange Geschichte. Es gibt bisher viele Programme in Hamburg. Das hat 1994 begonnen. Es gibt die Programme „Armutsbekämpfungsprogramm“, „Soziale Stadtentwicklung“, „Aktive Stadtentwicklung“ und „Initiative Lebenswerte Stadt Hamburg“. Die ist noch mal ein Zusatzprogramm gewesen zum Thema „Aktive Stadtteilentwicklung“. Diese Programme sind jeweils zeitlich begrenzt gewesen.

Dann kam von der Regierung im April 2008 der Auftrag zur Konzeption eines neuen Programms zur besseren Ankopplung sozial schwächerer Stadtteile an die Entwicklung der Stadt. Dieser Anspruch wird ja auch vom Bund-Länder-Programm Soziale Stadt verfolgt. Das Thema Gesundheit spielt in der aktiven,

sozialen, integrierten oder wie auch immer Stadtteilentwicklung eine Rolle.

Die Konzeption dieses neuen Hamburgischen Stadtteilentwicklungsprogramms ist dann im Juli 2009 verabschiedet worden. Grundlage ist eine Drucksache. Auf 81 Seiten ist dieses Rahmenprogramm

„Integrierte Stadtteilentwicklung“ aufgeschrieben worden. Das Programm liest sich nicht wie eine behördliche Drucksache, sondern es ist fast ein Fachbuch für integrierte Stadtentwicklung. Schon deshalb ist die Lektüre zu empfehlen.

Dieses neue Programm hat folgende Charakteristika:

Erstens eine stärkere Fokussierung auf soziale Problemlagen. Ich denke, ich kann mich da kurz fassen, denn vieles von dem haben Herr Böhm und seine Kolleginnen und Kollegen schon dargestellt. Das bedeutet auf der anderen Seite aber eben auch weniger Fokussierung auf das, was früher stärker im Vordergrund stand: Beispielsweise Sanierung von Wohnungen, jetzt ist der Blick stärker auf

soziale Problemlagen gerichtet. Wo gibt es Probleme? Zum Beispiel da, wo Menschen, weil sie unterschiedliche Migrationshintergründe in einem Quartier haben, nicht gut miteinander leben können. Solche Aspekte

spielen heute eine große Rolle.

Stärkung des gebietsbezogenen Managements heißt, die lokale Ebene stärker mit einzubeziehen.

Die Verbesserung der Beteiligungs- und Mitwirkungsmöglichkeiten ist ein wichtiges Ziel. Darüber zerbrechen wir uns häufig den Kopf. Nicht nur in der Stadtentwicklung, sondern auch in der Gesundheitsförderung. Wie leben wir Partizipation, und wie können wir es auch so verankern, dass es nicht nur zufällig passiert, sondern systematisch?

Die Bündelung von Förder- und Finanzierungsmaßnahmen ist eine weitere Herausforderung. Wenn man sich den Bereich Stadtentwicklung anguckt, stößt man auf diverse Förderprogramme. Es gibt Förderprogramme zur Unterstützung von Ortszentren, es gibt Denkmalschutzprogramme, es gibt Sanierungsprogramme, es gibt das Programm der sozialen Stadt, es gibt EU-Förderung usw. Das sind alles unterschiedliche Titel, und was man hier am



Beispiel des Hamburger Stadtentwicklungsprogramms beabsichtigt, ist, das Ganze in einer neuen Finanzierungsarchitektur zusammenzuführen. Das ist im Bereich der Finanzen auch eine Form der Integration.

Der Einsatz investiver Mittel ist traditionell gegeben. Neu kommt der Ansatz nichtinvestiver Mittel hinzu. Das heißt, in diesem neuen Programm wird man auch Mittel für bspw. Honorare ausgeben können.

Was in Hamburg noch einmal deutlich verstärkt wurde, ist die Einbeziehung der Bezirke. Wobei die Bezirke – auf Flächenstaaten übersetzt „Kommunen“ – keine so große Eigenständigkeit haben, wie Sie es von Kommunen her kennen. Die Bezirke sind aus der Perspektive des Verwaltungshandelns die Durchführungsebene. Die verstärkte Kooperation mit Bezirken bedeutet, dass sie in diesem Programm in strategische Entscheidungen mit einbezogen wurden, und sie in allen wesentlichen Gremien vertreten sind.

Selbstverständlich sind auch die Fachbehörden wesentliche Akteure in diesem Stadtentwicklungsprogramm. Es gibt in jeder der beteiligten Fachbehörden Koordinierungsstellen. Diese Stellen bestehen jeweils aus etwa 1 – 2 Personen. Also es

geht um Ressourcen, um Personal, um zielgerichtete Kooperation sowie um den Einsatz zeitgemäßer Steuerungselemente.

Es geht natürlich auch um Geld: 2009 bis 2012 sind 117,3 Millionen Euro vorgesehen für das Programm ohne Beiträge der Fachbehörden, die dort aber jeweils rein gesteuert werden und das wahrscheinlich nicht unerheblich. Ich habe bei den Kollegen der Stadtentwicklungsbehörde Anfang der Woche angerufen, um mal zu erfragen, was dort für Aktivitäten der Gesundheit überhaupt für Geld geflossen ist, damit ich es ein bisschen griffig machen kann, denn seit 2005 ist das Thema Gesundheit ein Handlungsfeld der Stadtteilentwicklung. Und seit 2005 sind 4,5 Millionen Euro für Infrastrukturmaßnahmen ausgegeben worden, die dem Thema Gesundheit auch zuzurechnen sind. Das sind unter anderem Sanierung von Turnhallen, Bau von Sportplätzen, Schulküchen, Spiel- und Sportangebote in Parks. Wobei man sagen

muss, dass in den Bereichen der sozialen Stadt bisher hauptsächlich investive Mittel geflossen sind. Honorarmittel sind bisher nicht vorgesehen gewesen, so dass im Grunde genommen auf Steine gebaut hat.

Zu den innovativen Steuerungsinstrumenten soll zukünftig das Sozialmonitoring gehören, das derzeit aufgebaut wird. Dort geht es um kleinräumige Informationen bspw. über Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund, Kinder von Alleinerziehenden, Schulabbrecher, Altersarmut usw. Solche Sozialindikatoren werden zukünftig gesammelt werden, um herauszufinden, wo sozialräumliche Bereiche in der Stadt sind, die sich problematisch entwickeln und wo eine besondere Initiative gebraucht wird. Gleichzeitig soll dieses Instrument aber auch dabei helfen herauszufinden, ob die integrierte Stadtteilentwicklung erfolgreich wirkt.

Im Bereich der integrierten Stadtteilentwicklung wird das realisiert, was wir im Bereich Gesundheitsförderung wollen: Nämlich in Lebenswelten zu investieren, insbesondere in die



ressourcenschwächeren. Diese Aufgabe wird durch die Integration der Fachpolitiken auf lokaler Ebene erleichtert.

Ich komme jetzt zum Strukturaufbau.

Die Aufgabe heißt: Wie können wir das Thema integrierte

Stadtteilentwicklung als eine gesamtstädtische

Aufgabe gestalten und verankern.

Gesteuert wird dieses Programm von der SENKO. Das ist die Senatskommission integrierter Stadtteilentwicklung, der die politische Steuerung obliegt. Diese Senatskommission wird vom ersten Bürgermeister geleitet. An ihr sind Senatorinnen und Senatoren der Behörden beteiligt, bspw. der Stadtentwicklungsbehörde, der Wirtschaftsbehörde, der Schulbehörde, der Sozial- und Gesundheitsbehörde, der Finanzbehörde, der Senatskanzlei und der Bezirke.

Das heißt, dieses Gremium ist fast nochmal ein Abbild des Senates. Bloß noch einmal aufgefrischt, wenn man so will, durch die kommunale Ebene. Das heißt die kommunale Ebene sitzt hier in einem Landesprogramm mit in der politischen Steuerung, und deren Hauptaufgabe ist es, erstens zu entscheiden, welche Gebiete in die Förderung kommen, und

zweitens die regionalen Förderkonzepte abzusegnen.

Sowohl der Leitungsausschuss zur Programmsteuerung – ein weiteres Gremium – wie auch die Senatskommission werden gemanagt durch die Leitstelle integrierte Stadtteilentwicklung. Diese Leitstelle integrierte Stadtteilentwicklung ist ein Referat der Stadtentwicklungsbehörde.

Und es gibt die dritte Ebene, das sogenannte operative Gebietsmanagement. Das ist eigentlich das, was auf der Ebene der Bezirke passiert. Hier gibt es einen sogenannten Koordinierungskreis im Bezirksamt.

Hamburg vertraut in keiner Weise irgendwelchen zufälligen Kooperationsbündnissen, sondern geht nach vielen Jahren Erfahrung sehr strukturell vor. Ich erinnere daran, dass wir seit 16 Jahren Erfahrungen in diesem Bereich haben.

Diese üppige Struktur ist in vielen Diskussionen durchaus auch auf Kritik gestoßen. Man kann diesen Aufbau aber auch gut finden, weil integrierte Stadtteilentwicklung Strukturen benötigt, wenn sie systematisch und kooperativ umgesetzt werden soll.

Jeder Bezirk in Hamburg, wir haben sieben Bezirke, hat einen Koordinierungskreis, in dem sind alle Dezernate und Fachämter mitwirken. Die sollen auf der Bezirksebene die erforderliche Koordinierung sicherstellen.

Auf der Ebene der Stadtteile, die Entwicklungsgebiete sind, arbeiten die Gebietsentwickler, die in der Regel bei einem Sanierungsträger beschäftigt sind. Auf Stadteilebene arbeiten darüber hinaus ein Koordinierungskreis, ein Stadtteilbeirat oder eine Stadtteilkonferenz mit breiter Partizipation. Bürger/innen, Wohnungsbau-gesellschaften, Beratungsstellen oder lokale Einzelhändler sind dort vertreten. Es gibt für die einzelnen Stadtteile noch so genannte Verfügungsfonds in Höhe von etwa 30.000 Euro pro Jahr, deren Verwendung partizipativ von dafür autorisierten Stadtteilgruppen entschieden wird.

Diese Strukturpyramide ist die Antwort auf die Frage „Wie schaffen wir verlässliche Kooperationen?“

Es gibt zwölf Handlungsfelder der integrierten Stadtteilentwicklung. Die sind nicht alle gleich bedeutsam. Die ersten, die dort dick abgebildet sind, sind die Wesentlichen. Davon gibt es

aber noch zwei, die noch wesentlicher sind. Die Themen Beschäftigung, Qualifizierung und Ausbildung sowie Bildung stehen ganz weit vorne. Die anderen Themen, Gesundheitsförderung, Wohnumfeld und öffentlicher Raum sind ebenfalls Themen des integrierten Stadtteilkonzeptes. Das heißt wir haben hier kein Programm, was in irgendeiner Weise exklusiv das Thema Gesundheit bedient, sondern wir haben tatsächlich ein Programm, das versucht alle Fachpolitiken bedarfsbezogen einzubeziehen.

Diese Zielrichtung beruht auf der Erkenntnis, dass es keinen Sinn macht, Stadtteile zu vitalisieren durch die Begrenzung auf nur einzelne Probleme. In ressourcenschwächeren Stadtteilen finden sich viele gleichrangige Probleme, und diese gleichrangigen Probleme sollten auch gleichzeitig bearbeitet werden. Es ist erfolgversprechender, die Herausforderungen in den Handlungsfeldern Gesundheit oder Wohnungssanierung oder Beschäftigungsförderung gemeinsam zu bearbeiten, um eine positive und entschlossene Dynamik in Gang zu setzen. Damit steckt in diesem Ansatz eine gute Portion programmatischer Überforderung.

Aber wie werden die Inhalte entschieden? Ein Bezirksamt meldet aufgrund seines Erfahrungswissens einen Stadtteil bzw. ein Quartier an. Dafür werden die auffälligen Entwicklungen beschrieben. Später werden dafür auch die Erkenntnisse des Sozialmonitorings herangezogen werden können. Sie bringen dieses Quartier als Handlungsvorschlag in die Senatskommission (SENKO) ein. Wenn von dort grünes Licht erteilt wird, wird an einen externen Gutachter der Auftrag erteilt, die Stärken und Schwächen dieses Sozialraums zu beschreiben. Also eine Problem- und Potentialanalyse, wie es im Konzept heißt. Dafür hat dieser Gutachter neun Monate Zeit, und in diesen neun Monaten soll er natürlich partizipativ die Erkenntnisse aus dem Quartier aktiv einbinden. Dafür braucht es dann den Aufbau einer Beteiligungsstruktur, bspw. eines Stadtteilbeirates. Wenn dann nach neun Monaten dieses Gutachten erarbeitet ist, wird es SENKO wieder vorgelegt. Wenn diese überzeugt ist, dass hier Handlungsbedarf besteht, erteilt sie den Auftrag, ein integriertes Entwicklungskonzept zu entwickeln.

Damit sind wir wieder bei dem Begriff „integriert“. Für diesen Auftrag bekommt dann ein anderes Büro zwölf Monate Zeit, um ein integriertes Konzept zu schreiben. Das heißt, Schnellschüsse und voreiliger Aktionismus sind nicht möglich. Vielmehr wird der Weg eines breit und aufwändig abgestimmten Entwicklungskonzepts mit Analyse von Problemen und abgestimmten Empfehlungen für Verbesserungen gewählt. Die Vorschläge für das regionale Handlungskonzept beziehen die 12 Handlungsfelder des Stadtteilentwicklungsprogramms mit ein. Zwingend müssen dies Beschäftigung und Bildung sein, es können aufgrund der regionalen Potentiale und Probleme zusätzlich aber auch Themen wie „Gesundheitsförderung“ oder „Wohnumfeld und öffentlicher Raum“ sein.

Wenn sich die Macher des integrierten Entwicklungskonzeptes darauf verständigt haben, dass das Thema Gesundheitsförderung eine große Rolle spielt, dann kommen sie auf die Gesundheitsbehörde zu, um mitzuteilen, wofür sie welche Mittel benötigen. Das ist ein Weg, die Fachpolitiken zu beteiligen.

Nach zwölf Monaten liegt dann günstigenfalls ein umfassend abgestimmtes integriertes Entwicklungskonzept vor. Alle sind mit einbezogen, alle haben sich darauf verständigt, dass die Empfehlungen nachvollziehbar und folgerichtig sind und die Mittel dafür zur Verfügung stehen bzw. zur Verfügung gestellt werden müssen. Das so abgestimmte Programm wird wiederum der SENKO vorgelegt und die stimmt darüber ab,

sowohl über die Programmatik wie über die Finanzierung.

Die maximale Förderung der Stadtteile bzw. Quartiere soll sieben Jahren sein, danach kann nochmal für eine Nachsorge und eine Ausstiegsstrategie eine maximale Förderung von drei Jahren gewährt werden.

Die integrierten Entwicklungskonzepte müssen den Aufbau selbsttragender Strukturen vorsehen, um eine nachhaltige Entwicklung zu ermöglichen. In diesem integrierten

Entwicklungskonzept gibt es einen Zeit-, Maßnahmen- und Kostenplan, der permanent kontrolliert wird. Das heißt es ist ein hoch reguliertes System.

Wir stehen da noch sehr am Anfang. Ich kann Ihnen noch nicht von tollen

Erfahrungen berichten, weil wir eben noch am Anfang stehen. Wir haben aber mit dem Programm der

integrierten Stadtteilentwicklung einen

erfolgsversprechenden Ansatz. Das ist keine Blaupause für den Gesundheitsförderung

sbereich. Aber die Gesundheitsförderung kann deutlich profitieren, wenn sie ihre Aktivitäten und Kompetenzen in diese kommunalen Entwicklungsprogramme einsteuert und aktiv einbringt.

Dankeschön!



Das Gesunde Städte-Netzwerk und seine Kompetenz(zentren)

Arbeitsgruppe 1

Leitfragen zur Netzwerkentwicklung vor Ort / Patenschaften für
neue, interessierte Kommunen

Arbeitsgruppen 2

Erfahrungswerkstatt zur Qualitätsverbesserung der
Gesundheitsförderung

Arbeitsgruppe 3

Profilierung der Selbsthilfe- und Gesundheits-Initiativen im
Gesunde Städte-Netzwerk

Arbeitsgruppe 1 Indikatoren für Gesunde Städte-Arbeit

Dr. Hans Wolter, Dr. Jochen Hartlieb

Für die Gesunde Städte Mitglieder ist es wichtig, in ihren eigenen kommunalen Arbeitsfeldern die Gesunde Städte Arbeit darzustellen und deren Sinn zu erklären. Aus diesem Grund will der Arbeitskreis der Kompetenzzentren (AKP) mit den Delegierten der Mitgliedsstädte im Rahmen des Workshops gemeinsam Indikatoren auswählen, anhand derer sich die Gesunde Städte Arbeit darstellen und deren Brauchbarkeit bewerten lassen. Hierzu wird es einen kurzen Input der Gesunden Stadt Frankfurt geben, bei dem das „Frankfurter Raster“ vorgestellt wird. Dabei handelt es sich um einen „Indikatorensatz“, mit dem Kommunen die Qualität ihrer Arbeit im Bereich Gesundheit und Migration darstellen können. Im Anschluss an diesen Input werden im Workshop Kleingruppen gebildet, die Indikatoren für eine mach- und umsetzbare Gesunde Städte Arbeit benennen. Die Ergebnisse der Kleingruppen werden dann im gesamten Workshop vorgestellt und gemeinsam diskutiert. Die dabei ausgewählten Indikatoren könnten den Mitgliedern des Gesunde Städte Netzwerkes zur inhaltlichen Orientierung angeboten werden.



Ziele der Arbeitsgruppe:

Es sollte sich auf Indikatoren geeinigt werden, an denen sich die Arbeit einer Gesunden Stadt orientieren soll. Gleichzeitig sollte geprüft werden, ob sich anhand der gewählten Indikatoren die Brauchbarkeit einer Gesunde Städte Arbeit in der Kommune nachweisen lässt und mit welchen Bewertungskriterien man dies messen kann.



Ergebnisse

Indikatoren

Überprüfungs-/Bewertungskriterien

- | | |
|---|--|
| 1. Gesundheitsberichterstattung und Verknüpfung mit Sozial-, Bildungs-, Umwelt- und Integrationsberichterstattung | <ul style="list-style-type: none">▪ Welcher Fachbereich erstellt die GBE unter welchem Namen?▪ Werden Public-Health-Mindeststandards eingehalten? |
| 2. Vernetzung | <ul style="list-style-type: none">▪ Vernetzung zur Verfolgung von öffentlichen Gesundheitszielen in der Gemeinde darstellbar?▪ Wenn ja, wer führt Regie, in welchem Umfang und in welchen Strukturen und mit welcher Frequenz wird gearbeitet?▪ Handlungsempfehlungen für Professionelle und Politik |
| 3. Settingansatz | <ul style="list-style-type: none">▪ Sozialräumlich definierte Orte in der Gemeinde vorhanden? Wer hat sie nach welchen Kriterien definiert?▪ Teilnahme an Veranstaltungen und Fortbildungen▪ Vor- und Nachuntersuchungen bei Projekten in Settings möglich? |
| 4. finanzielle Ressourcen | <ul style="list-style-type: none">▪ Ausreichend / nicht vorhanden▪ Wenn nicht ausreichend, wie beschaffen?▪ Welche Bemühungen gibt es? Zum Beispiel Sponsoring (1 Euro für Projektkasse Gesundheit) |
| 5. Wissensstand über Gesundheitsthemen in der Bevölkerung | <ul style="list-style-type: none">▪ Umfragen mithilfe wissenschaftlicher Unterstützung durchführen▪ eigene Gesundheitsmedien erstellen▪ Evaluation |
| 6. Ausreichende personelle/finanzielle Ressourcen für die Gesunde Städte-Arbeit? | <ul style="list-style-type: none">▪ Stellenumfang?▪ Fachkraft?▪ Budget laut Haushalt▪ Budget externer Partner |

Arbeitsgruppe 1 Patenschaften für neue, interessierte Kommunen

Dr. Hans Wolter, Dr. Jochen Hartlieb

Kommunen, welche sich für eine Mitgliedschaft im Gesunde Städte Netzwerk entscheiden, benötigen für ihre Integration ins Netzwerk die Begleitung und Unterstützung erfahrener Mitgliedskommunen. Es ist hilfreich und sinnvoll, den „Neuen“ mit Erfahrungen der „Alten“ den Weg ins Netzwerk besser und leichter zu ebnen. Gleichzeitig sollen aber auch die jeweiligen Stärken und belebenden Impulse der „Neuen“ herausgefiltert werden, um deren Kompetenzen für die „Alten“ zu nutzen. Wie bereits am Mittwoch wird dieser Workshop durch einen kurzen Input, diesmal aus dem Kreis Unna, eröffnet. Anschließend werden erneut Kleingruppen gebildet, welche in gemeinsamer Abstimmung Empfehlungen für Patenschaften erörtern sollen, welche geeignet sind, die Integration neuer Mitglieder im Netzwerk zu unterstützen. Anschließend werden die in den Kleingruppen erzielten Ergebnisse im Workshop präsentiert und diskutiert. Sie können dann die Grundlage für den Aufbau von Patenschaften für neue Mitglieder im Gesunde Städte Netzwerk bilden.



Ziele der Arbeitsgruppe:

Einigung auf konkrete Themen, die sich zur Integration neuer Mitglieder durch die Übernahme von Patenschaften besonders eignen und welche Leitfragen bei der Kontaktaufnahme dabei im Vordergrund stehen sollten.



Ergebnisse

Gruppe 1

Zusammensetzung	1 interessierter kommunaler Vertreter 1 kommunaler Vertreter 1 Initiativenvertreter
Thema	Informationen über Netzwerkstrukturen durch sogenannte GSN Lotsen
Leitfragen / Anregungen	<ul style="list-style-type: none">• Wie können Informationen überhaupt erreicht oder vermittelt werden? Eigentlich nur mit Hilfe vergleichbarer Städte ! (?)• Gibt es geeignete Begleiter, die für neue Mitglieder zur Verfügung stehen? Vorschlag: „Gesunde Städte-Dolmetscher oder Lotsen“• Beitrittsinformationen über das Internet abrufbar machen• Lotsen mit gewissen Standardqualifikationen (aus Verwaltung und oder Selbsthilfe) → aber der Lotse muss irgendwann von Bord• Lotsendienste könnten auch alte Mitglieder in Anspruch nehmen

Gruppe 2

Zusammensetzung	4 kommunale Vertreter
Thema	Zusammenarbeit der Selbsthilfegruppen, Initiativen und Kommunen
Leitfragen / Anregungen	<ol style="list-style-type: none">a) Analyse unterschiedlicher Strukturen in den beiden Bereichenb) systematische Darstellung der Vernetzungsmöglichkeiten vor Ort, aber auch regionalc) Ist Patenschaft der richtige Begriff? <ul style="list-style-type: none">• Nicht nur neue, sondern auch alte Mitglieder einbeziehen• An wen kann sich ein neues Mitglied wenden?• Wer bietet diese sogenannte Patenschaft an?• Was genau versteht man unter „Kompetenzzentren“? Sind sie eine Herausforderung für alle? Oder können das nur wenige?

Gruppe 3

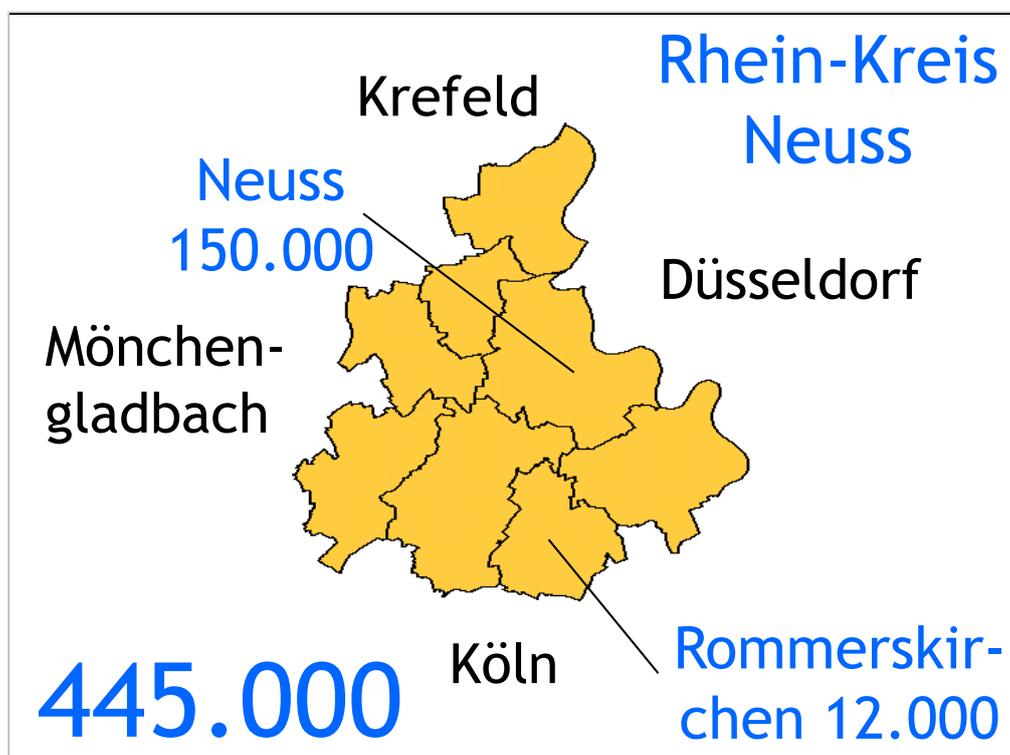
Zusammensetzung	2 neue, kommunale Vertreter 1 Interessierte
Thema	Klärung der Vernetzungsabläufe, Strukturen und Ziele
Leitfragen / Anregungen	<ul style="list-style-type: none">• Wofür? Wie? Braucht man immer alle?• Welchen Zeitaufwand für die Gründungsvorbereitung und den Betrieb von Netzwerken wird benötigt?
Thema	Ressourcen
Leitfragen / Anregungen	<ul style="list-style-type: none">• Kann man aus dem kommunalen Netzwerk Kräfte für das Gesunde Städte-Netzwerk gewinnen?• Ist eine Netzwerkunterstützung möglich?• Finanzielle Quellen suchen bei Bund, Land, örtlichen und regionalen Partnern• Erschaffung einer Internetplattform mit moderiertem Austausch• Sind die Kommunikationswege im Gesunde Städte-Netzwerk alltagstauglich?

Arbeitsgruppe 2

Erfahrungswerkstatt zur Qualitätsverbesserung in der Gesundheitsförderung



Folie 1



Folie 2

Projektübersicht

- Laufzeit: 01.03.2008 - 28.02.2011
- Zielsetzung: Verbesserung der Mundgesundheit und dadurch Steigerung der Lebensqualität von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen
- Kosten: ca. 100.000 Euro für 3 Jahre



Folie 3

Finanzierung

- Rhein - Kreis Neuss
- Hauptsponsor:



- Lions Club Grevenbroich



Folie 4

Kooperationspartner

- Gemeinschaft Grevenbroicher Zahnärzte
- Gesundheitsamt des Rhein- Kreises Neuss
- Universitätsklinikum Düsseldorf
- Sponsoren

Projektteilnehmer

- 5 Altenheime in Grevenbroich und Umgebung
- 180 Bewohnerinnen und Bewohner



Folie 5

Maßnahmen des Projektes im halbjährlichen Rhythmus



- Schulungen des Pflegepersonals
- Untersuchungen durch Zahnärzte
- Prophylaxetermine
- Behandlung (akut und terminiert)



Folie 6

1) Schulungen des Pflegepersonals

- Mund - Erkrankungen
- Persönliche Mundpflege
- Mundgesunde Ernährung
- Mundpflege in der Pflege



Folie 7



Folie 8

2) Untersuchungen durch Zahnärzte

- Erhebung des Oralstatus
 - Feststellung von Behandlungsbedarf
 - Pflegeanleitungen
- Patenzahnarzt
→ Uniklinik Düsseldorf



rhein
kreis
neuss

GABA GmbH
Spezial für Ihre Patienten



HEINRICH HEINE
UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN



Folie 9

3) Prophylaxe

- Professionelle Zahnreinigung
- Prothesenreinigung



rhein
kreis
neuss

GABA GmbH
Spezial für Ihre Patienten



HEINRICH HEINE
UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN



Folie 10

4) Behandlungen

- Akute und terminierte
- Durch den Paten-
zahnarzt
oder Hauszahnarzt



Folie 11

Professionalisierte Mundhygiene in der Pflege

- Gesundere Zähne
- Gesünderes Zahnfleisch

➔ Mehr Lebensqualität!



Folie 12

...soweit die Planung

nicht unerhebliche Umsetzungsschwierigkeiten:

- Zusammenspiel von Zahnärzten und Pflegepersonal
- Pflegeanleitungen
- „ernst nehmen“ des Arztbesuches im Heim
- Probleme mit der wissenschaftlichen Begleitung
- Projektleitung ist sehr engagiert, aber...
- Finanzierung war dagegen eher unproblematisch



Erfahrungswerkstatt: Einführung

**Von Planungsutopien,
Wolkenkuckucksheimen,
Widerständen,
Lösungswegen und
Erfolgsgeschichten**

Folie 1

Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986):

„Eine Politik der Gesundheitsförderung muss Hindernisse identifizieren, die einer gesundheitsgerechteren Gestaltung politischer Entscheidungen und Programme entgegenstehen. Sie muss Möglichkeiten einer Überwindung dieser Hemmnisse und Interessensgegensätze bereitstellen.“

Folie 2

Erfolgversprechende Maßnahmen der Gesundheitsförderung



„**Einstellung des Rauchens**,
Rückkehr zu normaler **Bewegung**
und **Ernährung** sind die Maßnahmen
der Gesundheitsförderung, die den
größten Erfolg für die Gesundheit
versprechen.“

Folie 3



Gesund- heits- förderung

Folie 4



Folie 5



Folie 6



Folie 7

Was hält Sie davon ab, etwas aktiv für Ihre Gesundheit zu tun?

	2008	2003
Nichts, denn ich bin aktiv.	39,1 %	40,6 %
Allein kann ich mich nicht aufraffen.	32,2 %	33,1 %
Ich fange an, aber ich halte nicht durch.	22,1 %	21,9 %
Ich habe keinen Überblick über geeignete Angebote und Möglichkeiten.	14,5 %	16,3 %
Die örtlichen Angebote entsprechen nicht meinen Vorstellungen und Bedürfnissen.	11,9 %	18,3 %
Das bringt ja doch nichts.	2,8 %	2,4 %
Anderes	16,5 %	23,4 %

Folie 8

1,2,3,4,5,6,7,8,9

8,3,1,5,9,6,7,4,2

Folie 9

1,2,3,4,5,6,7,8,9

8,3,1,5,9,6,7,4,2

acht drei eins fünf neun sechs sieben vier zwei

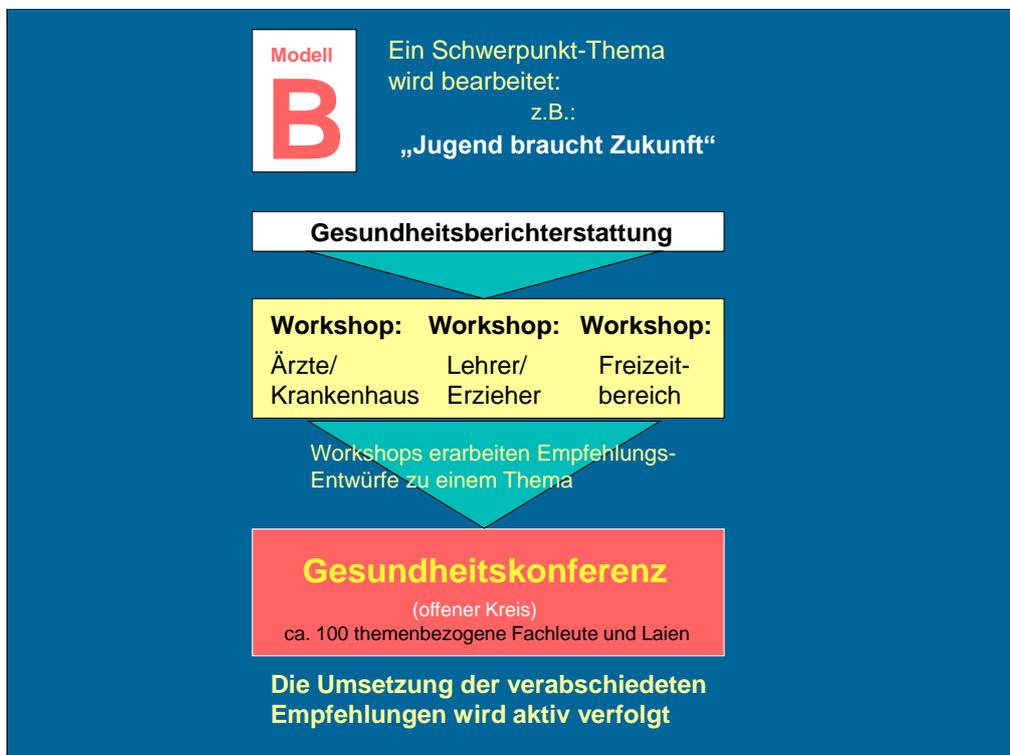
Folie 10

Erfahrungswerkstatt: Beispiel 1

Gesundheitskonferenz: Jugend braucht Zukunft

Erfahrungen mit dem Aufbau
eines Netzwerkes gesundheits-
fördernder Kindertagesein-
richtungen

Folie 11



Folie 12

Herner Gesundheitskonferenz „Jugend braucht Zukunft“

Die kommunale Gesundheitskonferenz berät gemeinsam interessierende Fragen der gesundheitlichen Versorgung.



Bei diesen Fragen muss **Bedarf nach verbesserter Zusammenarbeit** auf örtlicher Ebene bestehen, für dessen Deckung eine **Koordinationsleistung** der kommunalen Selbstverwaltung erwartet wird.

Folie 13

Herner Gesundheitskonferenz „Jugend braucht Zukunft“



Zu dem speziellen Thema einer Gesundheitskonferenz sollte eine weitgefassete temporäre Aktivierung des entsprechenden Versorgungs- bzw. Arbeitsfeldes erfolgen.

Folie 14

Herner Gesundheitskonferenz „Jugend braucht Zukunft“

Der Teilnehmerkreis der Gesundheitskonferenz sollte sich an den örtlichen Gegebenheiten und den Anforderungen des Themas orientieren.



Zur Gesundheitskonferenz werden gezielt eingeladen:

- a) ein fester Stamm von im Vorfeld benannten Vertretern der örtlichen Institutionen, Einrichtungen, Gremien, politischen Gruppierungen etc. und
- b) ein wechselnder Kreis von Personen, die sich als örtliche Fachleute für das jeweilige Thema der Gesundheitskonferenz ausgewiesen haben.

Folie 15

Herner Gesundheitskonferenz „Jugend braucht Zukunft“

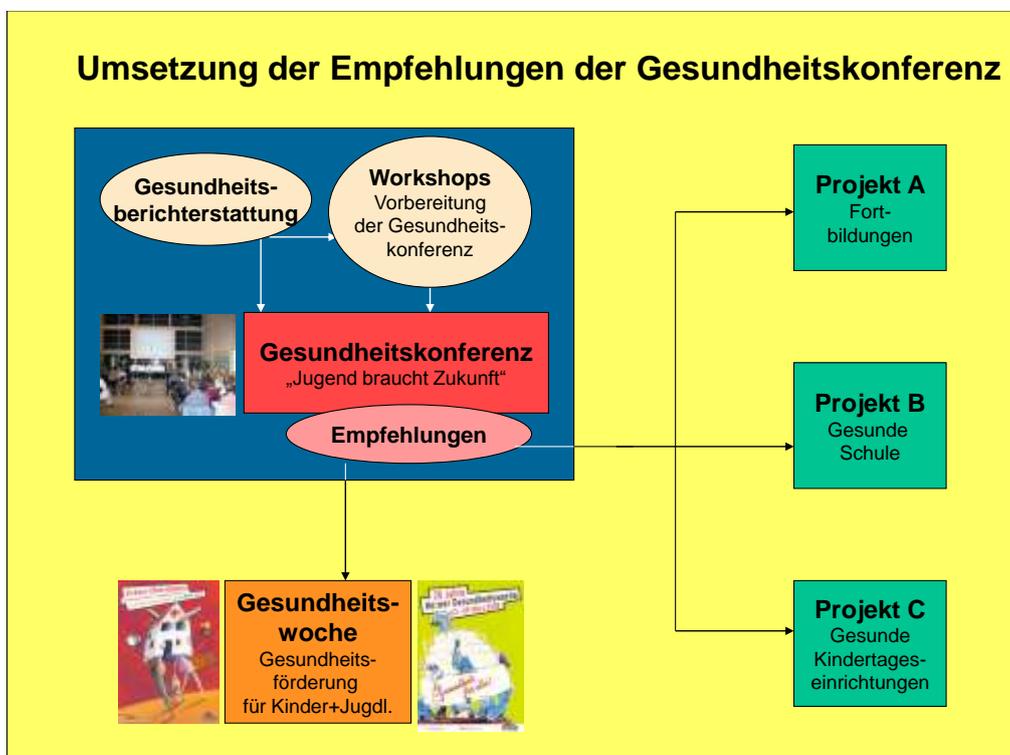
Jede(r) Teilnehmer(in) hat Rederecht. Im Konferenzraum stehen für alle TeilnehmerInnen Mikrofone zur Verfügung.



Folie 16



Folie 17



Folie 18

Handlungsempfehlungen

1. Verdeutlichung der Ziele der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche
2. Fortbildung und gemeinsame Beratungsmöglichkeiten für Lehrer/innen und Erzieher/innen sowie pädagogische Mitarbeiter/innen der außerschulischen Jugendarbeit
3. Unterstützung der Schulen bei der Integration schulferner, verhaltensauffälliger sowie bildungsferner und bildungsfremder Schülerinnen und Schüler
4. Vernetzung der Schulen im Stadtteil
5. Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen
6. Elternarbeit als notwendiger Bestandteil aller Projekte der Gesundheitsförderung
7. Umfassende Kooperation in der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche

Folie 19

5.1 Empfehlung:

Die gezielte Unterstützung gesundheitsfördernder Aktivitäten in Kindertageseinrichtungen sollte im Rahmen des Projektes „Gesunde Kindertageseinrichtungen in Herne“ koordiniert werden. Im Rahmen des Projektes soll eine vernetzte Arbeit von Kindertageseinrichtungen und Schule angestrebt und damit die notwendige Voraussetzung für die Kontinuität von Gesundheitsförderung und die Sicherung eines Langzeiteffektes für die persönliche Lebensgestaltung und Lebensplanung geschaffen werden. Im Rahmen des Projektes sollen die Kindertageseinrichtungen bei folgenden Aufgaben unterstützt werden:

- Fortbildungsmaßnahmen für Erzieher/innen (Vermittlung von Kenntnissen über die Gestaltung einer Kindertageseinrichtung als gesundheitsförderliche Lebenswelt im Stadtteil),
- Intensivierte Zusammenarbeit der Kindertageseinrichtungen untereinander,
- Intensivierte Zusammenarbeit der Kindertageseinrichtungen mit den Grundschulen,
- Informationsveranstaltungen für Eltern,
- Aufbau einer Mediothek für Erzieher/innen und Eltern,
- Intensivierung der Mitarbeit der Eltern in Kindertageseinrichtungen.

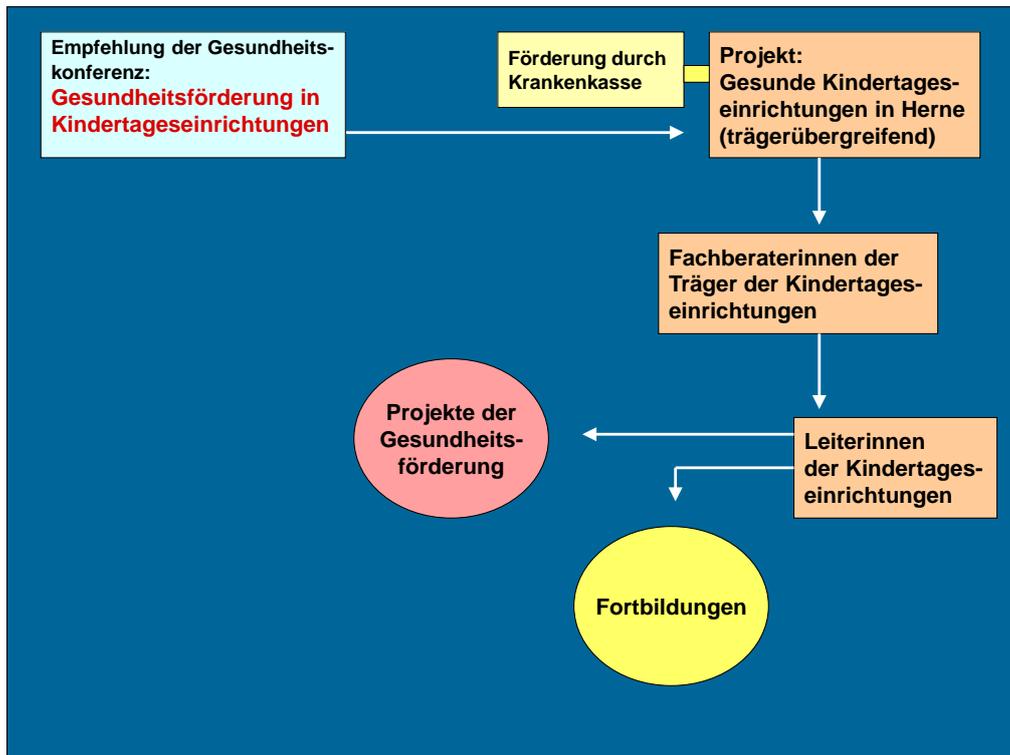
Folie 20



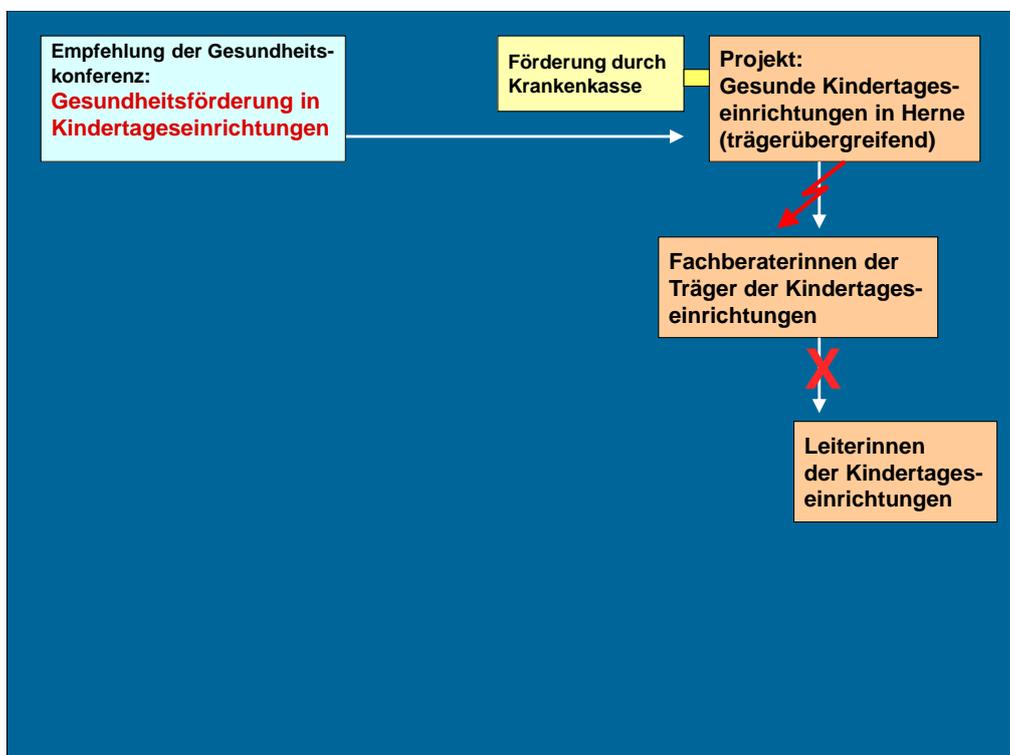
Folie 21

Fachberaterin der Kath. Kirche	Fachberaterin der Ev. Kirche	Fachberaterin der Stadt	Fachberaterin der freien Träger
Kindertages- einrichtungen der Kath. Kirche	Kindertages- einrichtungen der Ev. Kirche	Kindertages- einrichtungen der Stadt	Kindertages- einrichtungen der freien Träger
Kita 1 Träger: Kath. Kirchengemeinde A Kita 2 Träger: Kath. Kirchengemeinde B Kita 3 Träger: Kath. Kirchengemeinde C	Kita 1 Träger: Ev. Kirchengemeinde A Kita 2 Träger: Ev. Kirchengemeinde B Kita 3 Träger: Ev. Kirchengemeinde C	Kita 1 Träger: Stadt Kita 2 Träger: Stadt Kita 3 Träger: Stadt	Kita 1 Träger: Verein A Kita 2 Träger: Verein B Kita 3 Träger: Verein C

Folie 22



Folie 23



Folie 24

Techniken zur
Bearbeitung von Widerstand

1 Neuformulierung eines Problems

Es muss den Planern gelingen mit dem Druck des Widerstandes zu arbeiten, als dagegen anzukämpfen. Ohne eine neue Sicht des Widerstands könnten die Planer viele präzise umrissene Probleme gar nicht lösen. Diese Fertigkeit unterscheidet sich von der Detektivarbeit, die einen Fehler bis zu dessen Ursache zurückverfolgt. Die Neuformulierung eines Problems mit anderen Protagonisten ist eine Technik, die dann anzuwenden ist, wenn die Detektivarbeit in eine Sackgasse gerät.

Folie 25

Techniken zur
Bearbeitung von Widerstand

2 Geduld

Die zweite Reaktion auf Widerstand hat mit Geduld zu tun. Wenn etwas länger dauert als erwartet, sollten die Planer aufhören, dagegen zu kämpfen. Wenn eine Schwierigkeit anhält, besteht eine Alternative zum Aufgeben darin, die eigenen Erwartungen neu auszurichten. Die Geduld der Planer lässt sich also definieren als zeitweiliger Aufschub des Wunsches nach einem Abschluss.

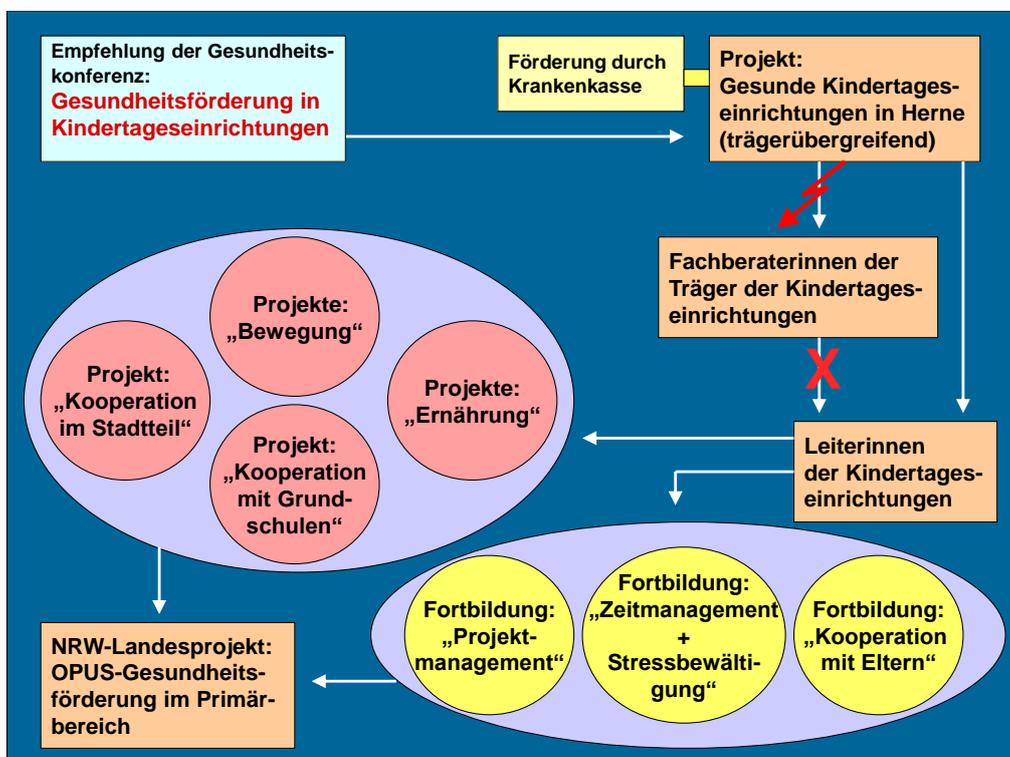
Folie 26

Techniken zur Bearbeitung von Widerstand

3 Identifikation mit dem Widerstand

Die Planer suchen in einer schwierigen Situation nach dem **nachgiebigsten Element**. Dieses Element ist oft kleiner und daher scheinbar weniger bedeutsam als die größere Herausforderung. In der konkreten Arbeit ist es falsch, zuerst die großen Schwierigkeiten anzugehen und sich danach mit den kleineren Problemen zu befassen. Gute Arbeit verfährt oft genau umgekehrt. Die Planer gehen den Widerstand an, indem sie einen Aspekt auswählen, mit dem sie arbeiten können.

Folie 27



Folie 28

Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit.

Folie 29

Erfahrungswerkstatt:
Beispiel 2

Gesundheitskonferenz:
„Sterben in Würde“

Folie 30

Gesundheitskonferenz: „Sterben in Würde“

- **Sind die modernsten Erkenntnisse der Palliativmedizin in Herne umgesetzt worden?**
- **Gibt es Reibungsverluste in der ambulanten und stationären Versorgung Schwerstkranker und Sterbender?**
- **Wie kann die Hospizarbeit weiter verstärkt werden?**
- **Wie kann die Sterbebegleitung in Pflegeheimen verbessert werden?**
- **Wie kann die Unterstützung eines würdigen Sterbens im häuslichen Umfeld gewährleistet werden?**
- **Wie kann verstärkt ehrenamtliches Engagement eingebunden werden?**

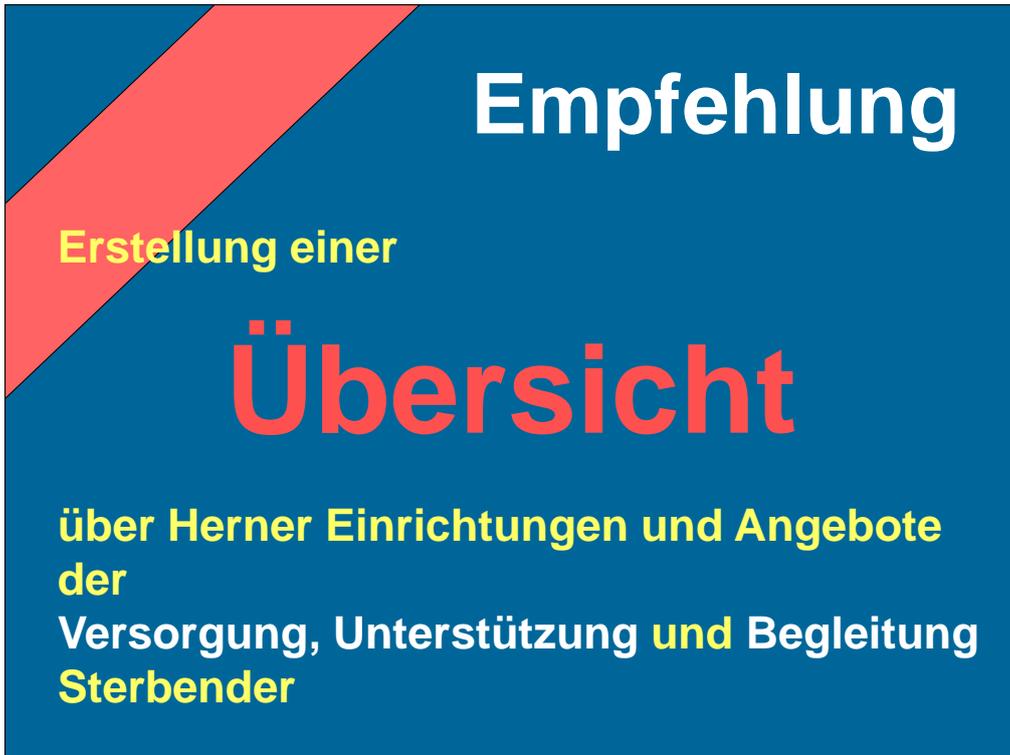
Folie 31

Herner Gesundheitskonferenz: „Sterben in Würde“

Tagesordnung

1. **Begrüßung durch Herrn Stadtrat Meinolf Nowak**
2. **Erläuterung der Grundsätze der Herner Gesundheitskonferenz**
3. **Diskussion des Entwurfs der Empfehlungen**
 - **Vorstellung des Entwurfs der Empfehlungen**
 - **Diskussion der Empfehlungen Teil A: Empfehlungen für die Palliativ- und Hospizversorgung** (Empfehlungen 1 – 9)
 - **Diskussion der Empfehlungen Teil B: Empfehlungen für die Pflegeheime** (Empfehlungen 10 – 14)
 - **Diskussion der Empfehlungen Teil C: Empfehlungen für das Sterben zu Hause** (Empfehlungen 15 – 21)
4. **Diskussion des Entwurfs der „Übersicht über Herner Einrichtungen und Angebote der Versorgung, Unterstützung und Begleitung Sterbender“**
 - **Vorstellung des Entwurfs der Übersicht**
 - **Diskussion des Entwurfs der Übersicht**

Folie 32



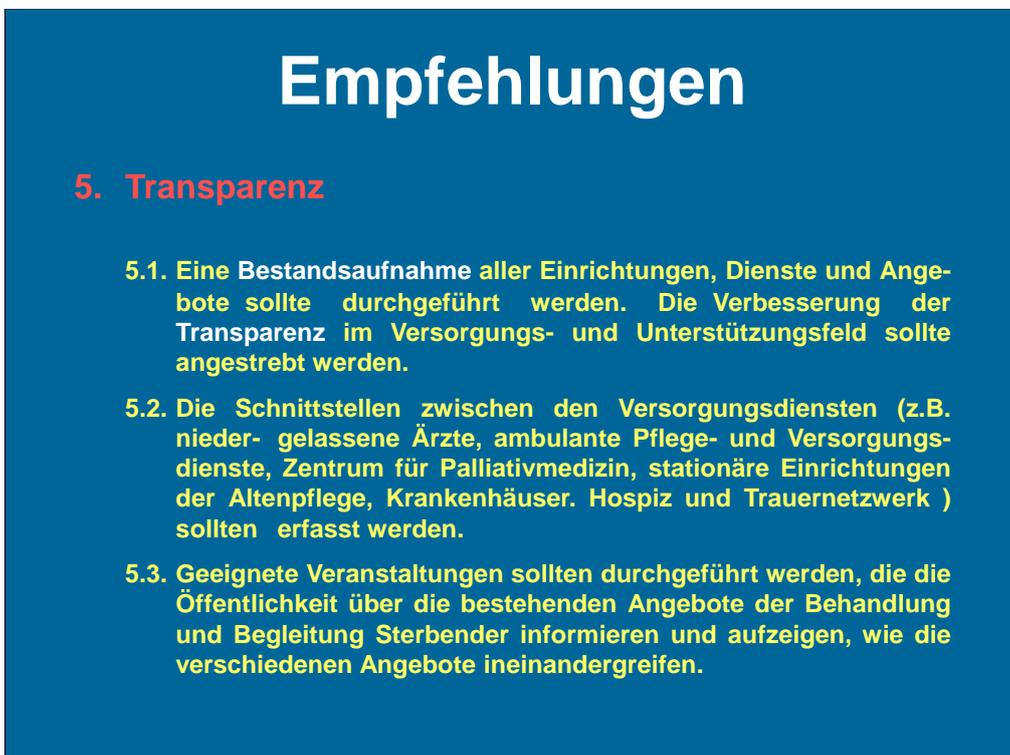
Empfehlung

Erstellung einer

Übersicht

über Herne Einrichtungen und Angebote der Versorgung, Unterstützung und Begleitung Sterbender

Folie 33

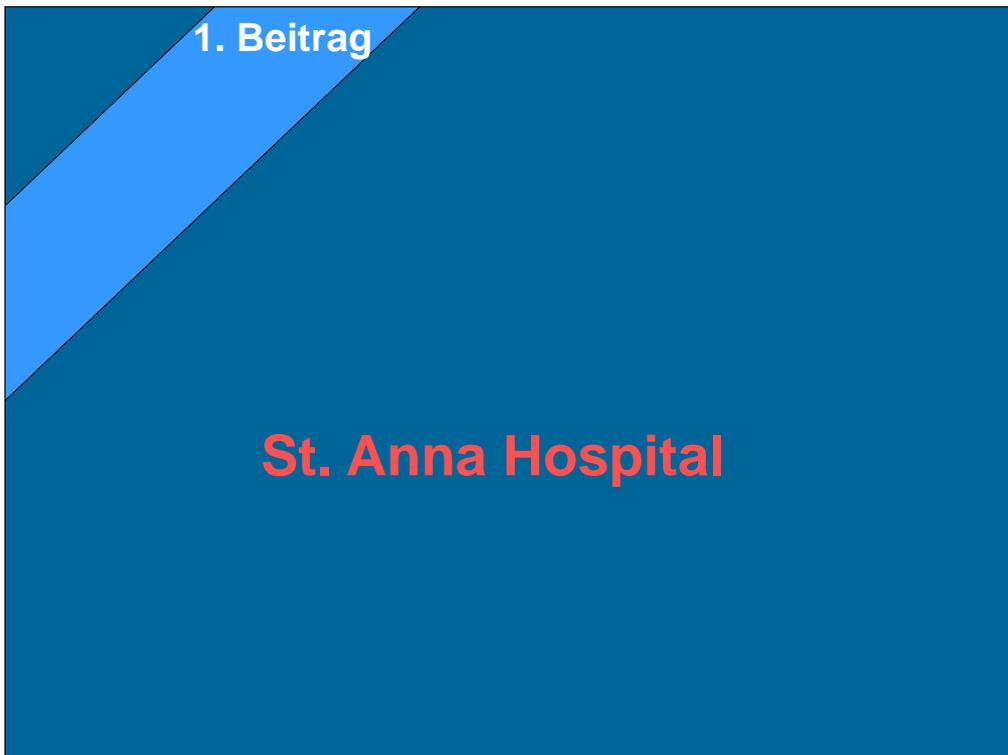


Empfehlungen

5. Transparenz

- 5.1. Eine Bestandsaufnahme aller Einrichtungen, Dienste und Angebote sollte durchgeführt werden. Die Verbesserung der Transparenz im Versorgungs- und Unterstützungsfeld sollte angestrebt werden.
- 5.2. Die Schnittstellen zwischen den Versorgungsdiensten (z.B. niedergelassene Ärzte, ambulante Pflege- und Versorgungsdienste, Zentrum für Palliativmedizin, stationäre Einrichtungen der Altenpflege, Krankenhäuser, Hospiz und Trauernetzwerk) sollten erfasst werden.
- 5.3. Geeignete Veranstaltungen sollten durchgeführt werden, die die Öffentlichkeit über die bestehenden Angebote der Behandlung und Begleitung Sterbender informieren und aufzeigen, wie die verschiedenen Angebote ineinandergreifen.

Folie 34



Folie 35

A blue slide with a diagonal split. The top-right triangle is a lighter shade of blue and contains the text "St. Anna Hospital" in red. The larger bottom-left triangle is a darker blue and contains white text. The text includes a title "6. St. Anna Hospital", a sub-title "6.1. Bildungszentrum Ruhr", contact information for the Bildungszentrum Ruhr (address, phone, fax, email), and a paragraph describing the center's mission and services. A bulleted list of services is provided at the bottom.

St. Anna Hospital

6. St. Anna Hospital

6.1. Bildungszentrum Ruhr

Bildungszentrum Ruhr
Institut für Bildung und Management im
Gesundheitswesen
Annastr. 11
44649 Herne
Tel. 0 23 25 / 986-2738
Fax. 0 23 25 / 986-2739
E-Mail: bzr.annaherne@t-online.de

Das Bildungszentrum Ruhr wurde 1998 gegründet als Bildungszentrum des St. Anna Hospitals, mit den Schwerpunkten der Fort- und Weiterbildung in der Pflege und den Qualifizierungsangeboten für Ärzte und Mitarbeiter im Gesundheitswesen. Im Bildungszentrum wurde ein breites Spektrum von Fortbildungen konzipiert. Das Angebot reicht von Gerontopsychiatrie bis hin zu Palliative Care. Da sich das Bildungszentrum Ruhr als flexibler Dienstleister im Gesundheitswesen versteht, bietet es als Besonderheit die In-House-Seminare an. Diese werden, sowohl was die zeitliche Dimension als auch deren Inhalt betrifft, maßgeschneidert auf die Bedürfnisse der Kunden abgestimmt. Im Bereich der Behandlung und Betreuung Sterbender hält das Bildungszentrum Ruhr folgende Angebote vor:

- Palliative Care Ausbildung
- Kurse zur Betreuung Sterbender für Beschäftigte in Krankenhäusern und Pflegeheimen
- Qualifizierungskurse für freiwillige Ehrenamtliche

Folie 36



Folie 37

A blue rectangular slide with a red diagonal stripe in the top-left corner. The text 'Ev. Krankenhaus Herne 1/12' is written in red in the top right. The text 'Evangelische Krankenhausgemeinschaft Herne/Castrop-Rauxel. Akademisches Lehrkrankenhaus der Ruhr-Universität Bochum. Evangelisches Krankenhaus Herne, Wiescherstr. 24, 44623 Herne' is written in white. Below this, the text '4.1. Ergänzende Krankenhaus-Angebote' is written in white. Underneath, '4.1.1. Zentrales Ethik-Komitee' is written in white. The main body of text is in white and describes the central ethics committee and its work.

Ev. Krankenhaus Herne 1/12

Evangelische Krankenhausgemeinschaft Herne/Castrop-Rauxel. Akademisches Lehrkrankenhaus der Ruhr-Universität Bochum.
Evangelisches Krankenhaus Herne, Wiescherstr. 24, 44623 Herne

4.1. Ergänzende Krankenhaus-Angebote

4.1.1. Zentrales Ethik-Komitee

Die Krankenhausgemeinschaft Herne/Castrop-Rauxel gGmbH verfügt über ein zentrales Ethik-Komitee. Es bestehen kontinuierlich arbeitende Gruppen für die Betreuung Sterbender und für den Umgang mit Verstorbenen. Die Begleitung Sterbender, aber auch die Möglichkeit zur würdevollen Verabschiedung in den Abschiedszimmern sind ein festes Anliegen der Evangelischen Krankenhausgemeinschaft.

Das Ethik-Komitee und die Arbeitsgruppen setzen sich aus verschiedenen Berufsgruppen zusammen (Seelsorge, ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Sozialberatung). Das Ethik-Komitee hat ein einheitliches Vorgehen zur Erstellung von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten vorgeschlagen. Entsprechende Verfügungen werden immer zusammen mit einem Beratungsgespräch durch die Sozialberatung oder die Seelsorge herausgegeben. Für schwierige Fragen am Lebensende ist für jedes einzelne Krankenhaus die ethische Fallbesprechung etabliert. Hierzu sind für den Standort Wanne-Eickel und für den Standort Herne je vier Moderatoren ausgebildet. Diese Maßnahmen sichern den im Wesentlichen würdevollen letzten Lebensabschnitt in den Einrichtungen der Evangelischen Krankenhausgemeinschaft.

Folie 38

Ev. Krankenhaus Herne 2/12

4.1.2. Psychoonkologische Kunsttherapie

Die Auseinandersetzung mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung und das Sterben kann nicht nur körperliches Leid beinhalten, sondern auch die phasenweise ablaufende Krankheitsbearbeitung, den Verlust an körperlichen und geistigen Fähigkeiten und das Erleiden von Depression und Angst. Nicht immer sind diese vielschichtigen Probleme durch Gespräche aufzudecken und zu bearbeiten. Die psychoonkologische Kunsttherapie kann in diesen Fällen ein hilfreiches Angebot sein. Mit psychoanalytischen Ansätzen, dem Trainieren körperlicher Defizite, Spaß am Malen und dem Erleben selbst geschaffener Kunst ist sie eine wertvolle Bereicherung im palliativmedizinischen und onkologischen Konzept.

4.1.3. Innerbetriebliche Fortbildung

4.1.3.1. Kurs „Leben bis zuletzt“ für hauptamtliche Mitarbeiter der Evangelischen Krankenhausgemeinschaft

Für alle hauptamtlichen Mitarbeiter der Evangelischen Krankenhausgemeinschaft bietet dieser Kurs eine Einführung in die Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen und ihrer Angehörigen. Das Angebot besteht seit mehreren Jahren und erfreut sich einer regen Beteiligung.

Folie 39

Ev. Krankenhaus Herne 3/12

4.1.3.2. Kurs „Begleitung Sterbender“

Die Begleitung Sterbender ist auch für qualifizierte Fachkräfte eine besondere Belastung. Schwergradige Symptome erfordern hochwirksame Medikation, die mit großer Sorgfalt verabreicht werden müssen und deren Nebenwirkungen rechtzeitig erkannt werden müssen. Auf Seiten der Patienten und der Familien finden intensive Gefühle Ausdruck, nicht selten auch in Form von Aggressionen gegen das Fachpersonal. Nicht zuletzt werden auch die Mitarbeiter mit der eigenen Sterblichkeit konfrontiert. Gegenstand des Kurses ist die Vermittlung von Fachwissen über diese Phase des Lebens und Empfehlungen für den Umgang mit allen Beteiligten, auch über den Tod hinaus. Möglichkeiten der Selbstreflexion werden diskutiert und Angebote der Evangelischen Krankenhausgemeinschaft aufgezeigt.

4.1.3.3. Seminare für Medizinstudenten im praktischen Jahr

Das Medizinstudium enthält erst seit kurzer Zeit Ausbildungsansätze für eine palliativmedizinische Versorgung. Im Laufe des praktischen Jahres finden Seminare zu den Themen Kommunikation, Übermittlung schlechter Nachrichten, ethische Entscheidungsfindung und Schmerztherapie statt. Alle Studenten im praktischen Jahr erhalten die Möglichkeit zur Hospitation auf der haus-eigenen Palliativstation.

4.1.3.4. Patientenbefragung 2007

Auch im Jahr 2007 werden Informationen zur Qualität der medizinischen Versorgung in Form einer Patientenbefragung durchgeführt. In diesem Jahr erstmalig enthält diese Befragung auch Aspekte der Schmerztherapie und der Begleitung Sterbender, Angehöriger und Trauernder. Die Ergebnisse werden evaluiert, diskutiert und zur Qualitätsverbesserung genutzt.

Folie 40

4.1.4. Qualitätsmanagement

Ev. Krankenhaus Herne 4/12

4.1.4.1. Projekt „Schmerzfreies Krankenhaus“

Die Schmerztherapie ist ein wesentlicher Teil der Begleitung Sterbender. In diesem Projekt, das die Verbesserung der Schmerztherapie für alle Patienten im Krankenhaus zum Ziel hat, ist die Schmerztherapie in der letzten Phase des Lebens ein Schwerpunkt. In themen-bezogenen Arbeitsgruppen werden Therapieempfehlungen erarbeitet und in Form von Fortbildungen den Mitarbeitern vermittelt. Das angepasste Dokumentationssystem ermöglicht eine kontinuierliche Qualitätssicherung und Überprüfungen.

4.2. Zentrum für Palliativmedizin am Evangelischen Krankenhaus Herne

4.2.1. Palliativstation

Die Palliativstation im Evangelischen Krankenhaus Herne ist Teil der Fachabteilung Innere Medizin.

Leitung: Chefarzt Dr. med. Markus Freistühler,
Arzt für Innere Medizin, Gastroenterologie und Hepatologie, Palliativmedizin
m.freistuehler@palliativstation-herne.de

Leitender Stationsarzt: Klaus Reckinger
Arzt für Innere Medizin, Schmerztherapie, Palliativmedizin,
Leiter der Akademie für Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit Ruhrgebiet
k.reckinger@palliativstation-herne.de

Folie 41

Ev. Krankenhaus Herne 5/12

Pflegerische Leitung: Corinna Deutsch
Krankenschwester mit Palliative Care Qualifikation, algesiologische Fachassistentin
c.deutsch@palliativstation-herne.de

Evangelisches Krankenhaus Herne, Wiescherstr. 24, 44623 Herne
Palliativstation
Tel.: 0 23 23/498-2201 Fax: 0 23 23/498-2200 e-mail: palliativ@palliativstation-herne.de

Die Palliativbetreuung dient der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Angehörigen, die sich mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung auseinandersetzen müssen. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung von Leiden mittels frühzeitiger Erkennung, hochqualifizierter Beurteilung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psycho-sozialer und spiritueller Natur. Dies erfordert den koordinierten Einsatz eines multiprofessionellen Teams, das haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter umfassen kann.

Die Palliativstation im Evangelischen Krankenhaus Herne wurde 1992 eröffnet. In Ein- und Zweibettzimmern können bis zu 6 Patienten mit einer nicht heilbaren Tumorerkrankung aufgenommen werden, deren akute Symptome (wie Schmerzen, Luftnot, Übelkeit, Appetitlosigkeit, Verdauungsstörungen o.a.) eine stationäre Behandlung notwendig machen. Das Ziel ist es, die Lebensqualität der Betroffenen zu erhalten oder zu verbessern. Deshalb lindert die Palliativmedizin nicht nur körperliche Leiden, sondern auch soziale, psychische und persönliche Probleme. Außerdem bietet sie Hilfe bei der Lösung sozialer und praktischer Fragen. Pro Jahr werden ca. 170 Patienten behandelt. 70 % dieser Patienten werden nach Hause entlassen.

Folie 42

Ev. Krankenhaus Herne 6/12

Eine Aufnahme auf der Palliativstation bedarf einer vorherigen Anmeldung, die in der Regel durch den behandelnden Arzt erfolgt. Der Betroffene sollte über seine Erkrankung aufgeklärt und mit einer stationären Behandlung einverstanden sein. Der Umfang und die Art der Behandlung werden ausschließlich im Einvernehmen mit dem Patienten durchgeführt. Zum Betreuungskonzept gehört die Einbeziehung der Angehörigen. Das multiprofessionelle Team der Palliativstation (Ärzte, Pflege, Seelsorge, Sozialarbeit, Ehrenamtliche) geht gemeinsam und gezielt bestehende Probleme der Patienten und deren Angehörigen an. Ergänzend stehen die Physiotherapie, psycho-onkologische Kunsttherapie, Logopädie, Ergotherapie und die Fachkenntnis aller hausinternen Abteilungen zur Verfügung.

Die Palliativstation ist keine Einrichtung für Dauerpflege. Das Ziel der Station ist es, den Patienten durch Besserung ihrer Befindlichkeit eine Rückkehr in den häuslichen Bereich zu ermöglichen. Die Entlassung wird mit allen Beteiligten möglichst frühzeitig und umfassend vorbereitet. Um sicherzustellen, dass die vereinbarten Maßnahmen nahtlos weitergeführt werden können, nimmt die Palliativstation Kontakt mit den ambulanten Pflegediensten, den weiter behandelnden Ärzten, ambulanten Hospizdiensten und anderen für die Versorgung wichtigen Einrichtungen auf. Die Palliativstation lehnt aktive Sterbehilfe in jeglicher Form ab. In der Sterbephase ist es das Ziel der Station, dem Betroffenen ein beschwerdearmes Sterben in Würde zu ermöglichen. Auf Wunsch werden die Angehörigen über den Tod ihres Familienmitglieds hinaus betreut. Es werden Gottesdienste, Einzel- und Gruppengespräche angeboten. Darüber hinaus steht das gesamte Team der Station Betroffenen und ihren Angehörigen beratend zur Verfügung.

Folie 43

Ev. Krankenhaus Herne 7/12

Die Palliativstation ist eine anerkannte Einrichtung und Teil des Bettenbedarfsplanes des Landes Nordrhein-Westfalen. Die Finanzierung für einen stationären Aufenthalt wird im üblichen Rahmen von den Krankenkassen übernommen. Trotzdem sind nicht alle anfallenden Kosten gedeckt. Die individuelle und fachliche Betreuung der Patienten sowie die besondere wohnliche Atmosphäre der Station sind nur durch zusätzliche Spenden möglich.

Der Förderverein "Palliativstation im Evangelischen Krankenhaus Herne e.V." unterstützt die Arbeit inhaltlich, rechtlich und finanziell.

4.2.2. Ambulanter Hospiz- und Palliativdienst (AHPD) am Evangelischen Krankenhaus Herne

Evangelisches Krankenhaus Herne, Wiescherstr. 24, 44623 Herne

Ambulanter Hospiz- und Palliativdienst (AHPD)

Koordination: Frau Karin Leutbecher, Dipl. Sozialarbeiterin

Frau Annegret Müller, exam. Altenpflegerin mit Palliative Care Qualifikation

Tel.: 0 23 23/498-2303 Fax: 0 23 23/498-2359 E-Mail: ahpd@evk-herne.de

Der Ambulante Hospiz- und Palliativdienst (früher Palliativ-Hausbetreuungsdienst) am Evangelischen Krankenhaus in Herne besteht seit 1996. Das Angebot richtet sich an alle Patienten mit einer weit fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung. Dieser Dienst versteht sich als Ergänzung zu den bestehenden ambulanten Einrichtungen und als Verbindungsglied zwischen den betreuenden Sozialstationen, den Hausärzten und den stationären Einrichtungen, der Palliativstation im Evangelischen Krankenhaus Herne und dem Lukas-Hospiz.

Folie 44

Ev. Krankenhaus Herne 8/12

Ziel des Ambulanten Hospiz- und Palliativdienstes ist die Unterstützung der häuslichen Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen zur Erhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität. Dazu gehört eine ganzheitliche Betreuung der Patienten und ihrer Angehörigen: Die Wahrnehmung, Begleitung und Behandlung ihrer körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse. Viele schwerkranke Menschen würden gerne die letzte Lebensphase zu Hause in ihrer gewohnten Umgebung verbringen, wenn eine adäquate Versorgung und Betreuung gesichert wäre.

Der Ambulante Hospiz- und Palliativdienst wird von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern getragen. Daher entstehen den Patienten und Angehörigen keine Kosten, wenn sie den Dienst in Anspruch nehmen. Begleitung und Unterstützung beinhaltet: Regelmäßige Besuche, die nach Wunsch der Patienten gestaltet werden, offene Gespräche in der Auseinandersetzung mit Krankheit, Leiden, Abschied und Trauer, Ermutigung und Hilfe bei der Belebung von sozialen Kontakten und bei der Ausübung von Hobbys und Vorlieben, Vermittlung von Informationen und Ansprechpartnern zu speziellen Fragen, Entlastung der Familie durch das Angebot, beim Patienten zu bleiben.

Den Dienst leiten zwei hauptamtliche Koordinatorinnen mit persönlichen Schwerpunkten. Zum einen die psycho-soziale und sozialrechtliche, zum anderen die palliativ-pflegerische Beratung. Sie informieren Patienten auf Wunsch auch während ihres Aufenthaltes im Krankenhaus. Sie planen und koordinieren die Einsätze der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und sorgen dafür, dass diese befähigt, vorbereitet und selbst begleitet werden.

Folie 45

Ev. Krankenhaus Herne 9/12

Träger des Ambulanten Hospiz- und Palliativdienstes ist der Förderverein der Palliativstation im Evangelischen Krankenhaus Herne e.V., der die Arbeit inhaltlich, rechtlich und finanziell unterstützt. Kooperationspartner ist der Verein Lukas-Hospiz Herne e.V. Für die Aufgaben im Ambulanten Hospiz- und Palliativdienst werden viele frei-willige Helferinnen und Helfer benötigt. Diese werden durch Informationsveranstaltungen, Einzelgespräche und den Kurs "Leben bis zuletzt" auf ihre Einsätze vorbereitet und treffen sich regelmäßig zum Erfahrungsaustausch und zur Weiterbildung.

4.2.3. Akademie für Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit Ruhrgebiet (APPH Ruhrgebiet)

Geschäftsstelle:
APPH Ruhrgebiet
Akademie für Palliativmedizin, Palliativpflege
und Hospizarbeit Ruhrgebiet
Wiescherstraße 24
44623 Herne
Tel.: 0 23 23/498-2600
Fax: 0 23 23/498-2601
E-Mail: apph@apph-ruhrgebiet.de
Internet: www.apph-ruhrgebiet.de
Bürozeiten: Montag bis Freitag, 09:00 bis 12:00

Folie 46

Ev. Krankenhaus Herne 10/12

Die APPH Ruhrgebiet ist eine Einrichtung, die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Palliativmedizin und Hospizarbeit anbietet. Angebote existieren für Fachpersonal, Betroffene, Angehörige und Interessierte. Hierbei handelt es sich um Kurse nach den bestehenden Curricula, Einzelveranstaltungen, Symposien, Diskussionsforen und Qualitätszirkel. Eine enge Kooperation besteht mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), der Bundes- und den Landesarbeitsgemeinschaften Hospiz, der Deutschen Krebshilfe, den Ärztekammern und den zugehörigen Fachverbänden. Die Gründungsmitglieder sind folgende Institutionen:

- Caritasverband für das Bistum Essen
- Elisabeth Krankenhaus Recklinghausen
- Evangelische Krankenhausgemeinschaft Herne/ Castrop-Rauxel gGmbH
- Kliniken Essen-Mitte, Evangelische HuysSENS-Stiftung/ Knappschaft gGmbH
- St. Josef- u. St. Elisabeth-Hospital Bochum, Kliniken der Ruhr-Universität Bochum
- Stiftung St.-Marien-Hospital Lünen
- Universitätsklinikum Essen
- Stiftung Katholisches Krankenhaus Marienhospital Herne, Klinikum der Ruhr-Universität Bochum

1. Vorsitzender: Klaus Reckinger,
Arzt für Innere Medizin, Schmerztherapie, Palliativmedizin;
Leitender Stationsarzt im Zentrum für Palliativmedizin der Evangelischen
Krankenhausgemeinschaft Herne/ Castrop-Rauxel gGmbH
E-mail: k.reckinger@apph-ruhrgebiet.de

Folie 47

Ev. Krankenhaus Herne 11/12

2. Vorsitzende: Dr. med. Marianne Kloke,
Ärztin für Innere Medizin, spezielle Schmerztherapie, Palliativmedizin; Leitende Oberärztin
des Zentrums für Palliativmedizin Kliniken Essen-Mitte, Evangelische HuysSENS-Stiftung
E-Mail: m.kloke@apph-ruhrgebiet.de

4.2.3.1 Zertifizierte Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die APPH Ruhrgebiet ist mit der Gestaltung und Durchführung der Kurse zur neu eingeführten Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin für Ärzte beauftragt. Es handelt sich hierbei um ein gemeinsames Angebot der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe. Diesem Angebot liegt das Kursbuch der Bundesärztekammer zugrunde, an dessen Entwicklung Mitglieder der Akademie beteiligt waren.

Durch anerkannte und qualifizierte Kursleiter werden regelmäßig Palliative Care Kurse für Pflegende in der Alten- und Krankenpflege, für psychosoziale Berufe und andere Berufsgruppen durchgeführt. Den Kursen liegen die bestehenden und anerkannten Curricula zugrunde. Sie erfüllen nicht nur die Anforderungen des Sozialgesetzbuches sondern befähigen auch zu weiterführenden, von den Fachgesellschaften anerkannten Angeboten.

4.2.3.2 Multiprofessionelle Palliativkonferenzen

Zur Unterstützung der praktischen Umsetzung besteht das Angebot regelmäßiger Palliativkonferenzen, an denen alle an der Palliativmedizin und Hospizarbeit beteiligten Berufsgruppen kostenfrei teilnehmen können. Aktuelle Probleme in der Versorgung können diskutiert und Lösungsvorschläge erarbeitet werden. Neue Ergebnisse der Forschungsarbeiten und politische Entwicklungen können im Rahmen dieses Forums zeitnah an die Aktiven weitergegeben werden.

Folie 48

Ev. Krankenhaus Herne 12/12

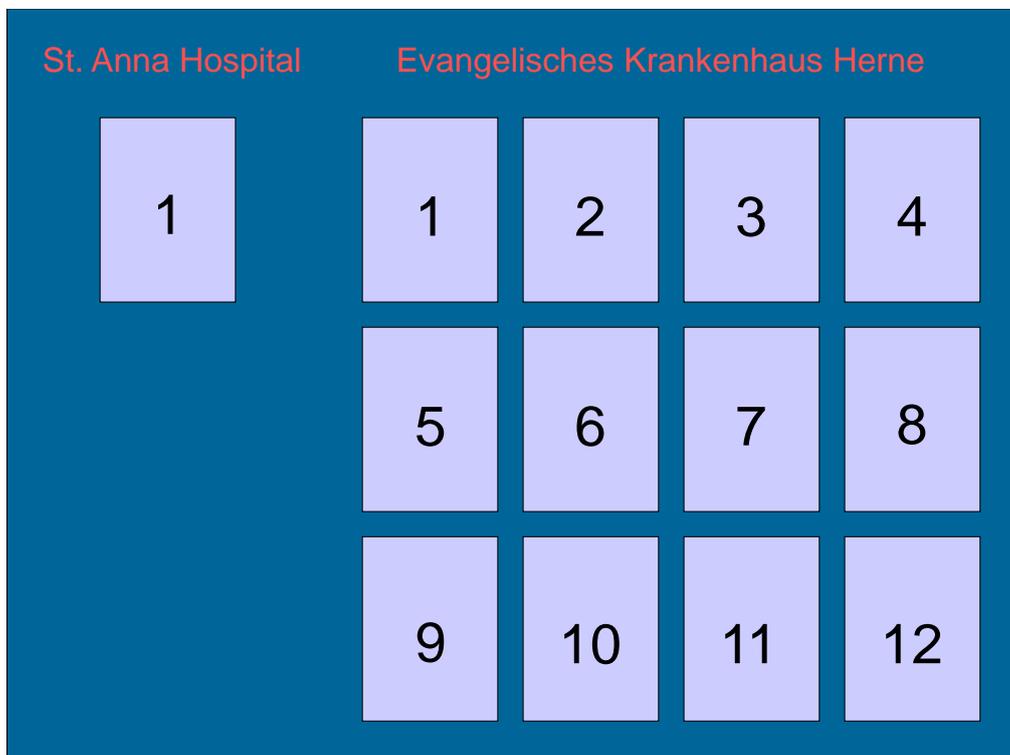
4.2.3.3 Qualitätszirkel Palliativmedizin

Das seit dem 1. April 2007 gültige GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz schreibt für alle qualifizierten Palliativärzte und die teilnehmenden Hausärzte den regelmäßigen Besuch von palliativmedizinischen Qualitätszirkeln vor. Ein solches Angebot befindet sich zur Zeit im Aufbau.

4.2.3.4 Implementierung der Palliativmedizin und -pflege in Einrichtungen der Altenpflege

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz sieht ausdrücklich die Möglichkeit vor, spezialisierte ambulante Palliativversorgung in stationären Einrichtungen der Altenpflege zu erbringen. Altenheime können dieses Versorgungskonzept durch externe Anbieter einbringen oder sich selbst qualifizieren. Das Angebot der APPH Ruhrgebiet umfasst für alle Phasen der Implementierung angepasste Angebote. Durch sogenannte InHouse Schulungen können Pflegekräfte zeitnah eine anerkannte Qualifikation in Palliative Care erwerben. Implementierungskonzepte begleiten die praktische Umsetzung in die tägliche Arbeit und sichern extern die Qualität durch individuell an die jeweilige Einrichtung angepasste Konzepte.

Folie 49



Folie 50

Gesundheitskonferenz: „Sterben in Würde“

Sehr geehrte Damen und Herren,

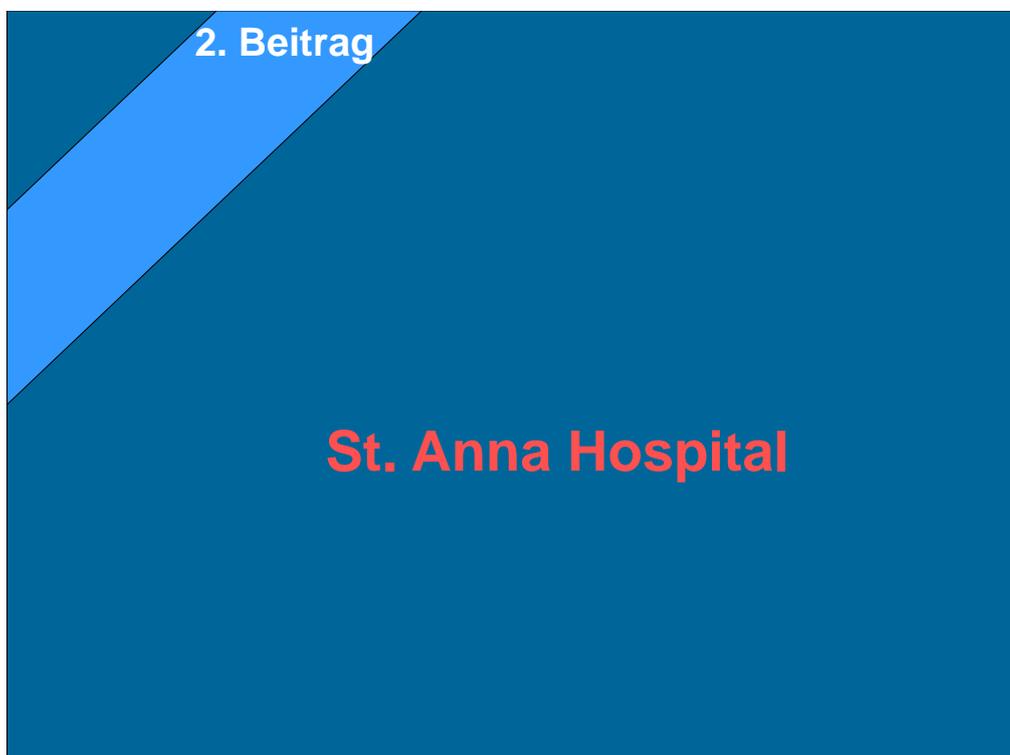
für Ihre aktive Mitwirkung an den vorbereitenden Workshops zur geplanten Gesundheitskonferenz „Sterben in Würde“ bedanken wir uns noch einmal ganz herzlich. Wir haben Ihre Anregungen, Hinweise und Formulierungen noch einmal überarbeitet und in eine neue Version der erstellten Einrichtungs-Übersicht aufgenommen.

Wir haben uns bemüht, Ihre zahlreichen Anregungen zur Gliederung dieser Übersicht angemessen zu berücksichtigen. Wir bitten Sie aber um Verständnis, dass sich nicht alle Anregungen in der vorgeschlagenen Form realisieren ließen. Da wir eine Form finden mussten, die allen Institutionen, Einrichtungen und Gruppierungen gerecht werden kann, haben wir einige Ihrer Vorschläge dem Gesamtkonzept der Übersicht angepasst.

Wir bitten Sie ganz herzlich, noch einmal einen kritischen Blick auf diese neue Übersicht zu werfen und uns mitzuteilen, ob dieser Entwurf Ihre Zustimmung findet.

Mit freundlichen Grüßen
i.A.
(Klaus Winkler)

Folie 51



Folie 52

6.1. Ergänzende Krankenhaus-Angebote

St. Anna Hospital 1/4

6.1.1. Bildungszentrum Ruhr

Bildungszentrum Ruhr, Institut für Bildung und Management im Gesundheitswesen
Annastr. 11, 44649 Herne
Tel. 0 23 25 / 986-2738 Fax. 0 23 25 / 986-2739
E-Mail: bzi.annaherne@t-online.de

Das Bildungszentrum Ruhr wurde 1998 gegründet als Bildungszentrum des St. Anna Hospitals, mit den Schwerpunkten der Fort- und Weiterbildung in der Pflege und den Qualifizierungsangeboten für Ärzte und Mitarbeiter im Gesundheitswesen.

Im Bildungszentrum wurde ein breites Spektrum von Fortbildungen konzipiert. Das Angebot reicht von Gerontopsychiatrie bis hin zu Palliative Care. Da sich das Bildungszentrum Ruhr als flexibler Dienstleister im Gesundheitswesen versteht, bietet es als Besonderheit die In-House-Seminare an. Diese werden, sowohl was die zeitliche Dimension als auch deren Inhalt betrifft, maßgeschneidert auf die Bedürfnisse der Kunden abgestimmt. Im Bereich der Behandlung und Betreuung Sterbender hält das Bildungszentrum Ruhr folgende Angebote vor:

- Palliative Care Ausbildung
- Kurse zur Betreuung Sterbender für Beschäftigte in Krankenhäusern und Pflegeheimen
- Qualifizierungskurse für freiwillige Ehrenamtliche

Folie 53

6.2. St. Anna Hospital

St. Anna Hospital 2/4

St. Anna Hospital Hospitalstr. 19, 44649 Herne Tel: 02325/986-0 Fax:02325/986-2649

Das St. Anna Hospital behandelt auch schwerstkranken und sterbende Patienten. Sofern es die medizinische Versorgung zulässt, der Patient und die Angehörigen es wünschen und alle anderen notwendigen Voraussetzungen erfüllt sind – räumlich, personell – werden sterbende Patienten nach Hause oder, falls ein Platz vorhanden ist, ins Hospiz entlassen. Das St. Anna Hospital hat die notwendigen Voraussetzungen für eine palliativmedizinische Versorgung geschaffen, damit Patienten in Würde sterben können.

6.2.1. Medizinische Versorgung

Im St. Anna Hospital arbeiten Ärzte mit der Zusatzbezeichnung und der dazu qualifizierenden Weiterbildung „Palliativmedizin“. Diese sind in besonderer Weise dazu befähigt, die palliativmedizinische Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen zu leisten. Darüber hinaus vermitteln sie die Grundkenntnisse palliativmedizinischer Versorgung in haus- und klinikinternen Fortbildungen auch an ihre nicht eigens dafür ausgebildeten Kolleginnen und Kollegen. Dadurch ist die medizinisch kompetente Versorgung schwerstkranker und sterbender Patienten gewährleistet.

Unabdingbar für die Begleitung schwerstkranker und sterbender Patienten ist eine adäquate Schmerztherapie. Diese ist im St. Anna Hospital in Zusammenarbeit mit den Ärzten der Klinik für Anästhesiologie gewährleistet. Ziel ist nicht nur die Schmerzlinderung, sondern möglichst die Schmerzfreiheit der Tumorpatienten in der palliativ-medizinischen Versorgung.

Folie 54

St. Anna Hospital 3/4

6.2.2. Pflegerische Versorgung

Die Pflegekräfte im St. Anna Hospital sind dazu angehalten, der besonderen Situation Schwerstkranker und Sterbender Rechnung zu tragen. Dazu gehört unter anderem, dass Patienten, die zum Sterben kommen, nach Möglichkeit in ein Einzelzimmer verlegt oder die Mitpatienten aus demselben Krankenzimmer in ein anderes verlegt werden. Sofern es Angehörige gibt, sollen diese sofort verständigt werden. Wenn der Patient oder seine Angehörigen das wünschen, verständigen die Pflegekräfte auch einen Seelsorger. Im Falle des Todes soll den Angehörigen Zeit gelassen werden, sich im Krankenzimmer in Würde und Ruhe von ihrem Verstorbenen zu verabschieden. Auf der Intensivstation ist dafür ein eigener Abschiedsraum eingerichtet. Eine Reihe von Pflegekräften hat die Zusatzausbildung Palliativ-Care abgeschlossen.

6.2.3. Seelsorgerische Versorgung

Die evangelische Seelsorgerin und der katholische Seelsorger legen einen besonderen Schwerpunkt auf die seelsorgerische Betreuung schwerstkranker und sterbender Patienten und deren Angehörigen. Beide sind bei Bedarf rund um die Uhr erreichbar – im Falle von Urlaub oder Krankheit ist für eine Vertretung gesorgt. In besonderer Weise begleiten die beiden Seelsorger bei Bedarf auch die Mitarbeiter des Krankenhauses, wenn diese seelsorgerische Unterstützung in der Betreuung schwerstkranker und sterbender Patienten benötigen. Einmal im Jahr werden Angehörige von im St. Anna Hospital verstorbenen Patienten zu einem Gedenkgottesdienst eingeladen.

Folie 55

St. Anna Hospital 4/4

6.2.4. Arbeitskreis Palliativmedizin

Der Arbeitskreis Palliativmedizin im St. Anna Hospital ist berufsübergreifend besetzt. Er besteht aus Medizinerinnen, Pflegekräften, Sozialarbeiterinnen und Seelsorgerinnen. Wöchentlich trifft er sich zur Fallbesprechung palliativ-medizinisch versorgter Patienten. Einmal im Monat, bei Bedarf auch häufiger, findet eine Sitzung statt, um die Standards für die Versorgung Schwerstkranker und Sterbender weiter zu entwickeln, um den Umgang mit diesen immer wieder aufs neue zu reflektieren und um in Einzelfällen die betroffenen Mitarbeiter zu beraten.

6.3. Lukas Hospiz

Das Lukas Hospiz wird mehrheitlich von der St. Vincenz Hospital gGmbH betrieben. Das Hospiz wird ausführlich im Kapitel 7 dieser Übersicht beschrieben.

Folie 56

Inhaltsverzeichnis der

Übersicht

über Herner Einrichtungen und Angebote der Versorgung, Unterstützung und Begleitung Sterbender

Folie 57

Inhaltsverzeichnis

Herne Einrichtungen und Angebote der Versorgung, Unterstützung und Begleitung Sterbender

1.	Haus- und Fachärzte	04
1.1.	Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung	04
1.2.	Palliativmedizinische Versorgung durch Haus- und Fachärzte	06
2.	Ambulante Pflegedienste	10
2.1.	Ambulante Pflegedienste (Leistungsangebot)	10
2.2.	Ambulante Palliativpflegedienste	11
2.2.1.	Träger der Ambulanten Palliativpflegedienste	11
2.2.1.1.	Diakonisches Werk Herne gGmbH	11
2.2.1.2.	Caritas-Verband Herne e.V.	12
2.2.2.	Leistungsangebot der Ambulanten Palliativpflegedienste des Diakonischen Werkes und des Caritas-Verbandes Herne	12
3.	Stationäre Einrichtungen der Altenpflege	14
4.	Evangelische Krankenhausgemeinschaft Herne Castrop-Rauxel gGmbH Akademisches Lehrkrankenhaus der Ruhr Universität Bochum	16
4.1.	Ergänzende Krankenhaus-Angebote	16
4.1.1.	Zentrales Ethik-Komitee	16
4.1.2.	Psychoonkologische Kunsttherapie	16
4.1.3.	Innerbetriebliche Fortbildung	17
4.1.3.1.	Kurs „Leben bis zuletzt“	17
4.1.3.2.	Kurs „Begleitung Sterbender“	17
4.1.3.3.	Seminare für Medizinstudenten im praktischen Jahr	17
4.1.3.4.	Patientenbefragung 2007	17
4.1.4.	Qualitätsmanagement	18
4.1.4.1.	Projekt „Schmerzfreies Krankenhaus“	18

Folie 58

Inhaltsverzeichnis		
4.2.	Zentrum für Palliativmedizin am Evangelischen Krankenhaus Herne	18
	4.2.1. Palliativstation	18
	4.2.2. Ambulanter Hospiz- und Palliativdienst (AHPD) Ev. Krankenhaus Herne	20
	4.2.3. Akademie für Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit Ruhrgebiet (APPH Ruhrgebiet)	22
	4.2.3.1. Zertifizierte Aus-, Fort- und Weiterbildung	23
	4.2.3.2. Multiprofessionelle Palliativkonferenz	23
	4.2.3.3. Qualitätszirkel Palliativmedizin (im Aufbau)	23
	4.2.3.4. Implementierung der Palliativmedizin und -pflege in Einrichtungen der Altenpflege	24
5.	Stiftung Katholisches Krankenhaus Marienhospital Herne Klinikum der Ruhr-Universität Bochum	25
5.1.	Ergänzende Krankenhaus-Angebote	25
	5.1.1. Bildungswerk Marienhospital	25
5.2.	Schmerzmedizinische Einrichtungen und Angebote	26
	5.2.1. Schmerzzentrum	26
	5.2.2. Schmerzmedizin-Tage in Herne	27
	5.2.3. Interdisziplinäre, offene Schmerzkonferenzen	28
	5.2.4. Universitäre Angebote in der Schmerz- und Palliativmedizin	28
5.3.	Palliativmedizinische Einrichtungen und Angebote	29
	5.3.1. Abteilung für Tumorschmerztherapie	29
	5.3.2. Tumorkonferenz/ Tumor-Board	30
	5.3.3. Pain-Service	31
	5.3.4. Expertenstandard zum Schmerzmanagement	31
	5.3.5. Versorgung der Hospiz-Patienten	31
	5.3.6. Palliativmedizinischer Konsiliardienst	32
	5.3.7. Akademie für Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit Ruhrgebiet (APPH Ruhrgebiet)	32

Folie 59

Inhaltsverzeichnis		
6.	St. Vincenz Hospital gGmbH	33
6.1.	Ergänzende Krankenhaus-Angebote	33
	6.1.1. Bildungszentrum Ruhr – Institut für Bildung und Management Im Gesundheitswesen	33
6.2.	St. Anna Hospital	33
	6.2.1. Medizinische Versorgung	34
	6.2.2. Pflegerische Versorgung	34
	6.2.3. Seelsorgerische Versorgung	34
	6.2.4. Arbeitskreis Palliativmedizin	35
6.3.	Lukas Hospiz	35
7.	Lukas-Hospiz Herne	36
	7.1. Die Hospizidee	37
	7.2. Die Lebensphase des Sterbens	38
	7.3. Die medizinische, ärztlich-pflegerische Betreuung	38
	7.4. Die psychologische Betreuung	39
	7.5. Die soziale Betreuung	39
	7.6. Die spirituelle Betreuung	39
	7.7. Die familiäre Betreuung	40
	7.8. Die Trauerbegleitung	40
	7.9. Betreuung durch Ehrenamtliche	41

Folie 60

Inhaltsverzeichnis

8.	Trauernetzwerk	42
8.1.	Ambulanter Hospiz- und Palliativdienst am Evangelischen Krankenhaus Herne	43
8.2.	Evangelische Altenheimseelsorge	43
8.3.	Evangelische Beratungsstelle für Ehe-, Partnerschafts- und Lebensfragen sowie Schwangeren- und Schwangerschafts-Konfliktberatung	43
8.4.	Krankenhauseelsorge der Palliativstation im Evangelischen Krankenhaus Herne	44
8.5.	Seniorenberatungen	44
8.6.	Offener Gesprächskreis für Trauernde	45
8.7.	Trauerbegleitung durch Geistliche, Priester, PfarrerInnen und SeelsorgerInnen aus der ev. und röm.-kath. Kirche	45
8.8.	Verwaiste Eltern Herne	46
8.9.	Förderverein Sternschnuppe – Ein Abschied in Würde e.V.	46
9.	Nach dem Tod	47

Folie 61

Empfehlung

Einrichtung eines
**„Herner Netzwerkes der
Palliativ- und Hospizversorgung“**

Folie 62

Empfehlungen (Entwurf)

4. Vernetzung und Kooperation

- 4.1. Die Vernetzung aller Akteure, die sich mit der letzten Lebensphase beschäftigen, sollte intensiviert werden.
- 4.2. Die Kooperationsstruktur muss sich an den Bedürfnissen und Interessen der Patienten orientieren und verlässlich sein. Leistungsanbieter haben eigene Profilierungen und wirtschaftliche Interessen zurückzustellen.
- 4.3. Ziel der Bemühungen um eine umfassende palliativmedizinische Patientenversorgung in Herne muss die Einrichtung eines unabhängigen „Herner Netzwerkes der Palliativ- und Hospizversorgung“ sein. In dem Netzwerk sollten alle beteiligten Einrichtungen und Institutionen vertreten sein. Aufgaben: Bedarfsplanung, Sicherstellung einer adäquaten Versorgung, Qualitätssicherung, Angebote der Fort- und Weiterbildung (Qualitätszirkel) etc.

Folie 63

Fortsetzung 4.3.

Dem „Herner Netzwerkes der Palliativ- und Hospizversorgung“ sollten u.a. folgende Mitglieder angehören:

- Ärzteverein Herne
- Ärzteverein Wanne-Eickel
- Qualitätszirkel Wanne-Eickel der Ärztekammer
- Herner Ärztenetz
- Ambulante Pflegedienste
- Ambulanter Hospiz- und Palliativdienst am Evangelischen Krankenhaus Herne
- ambulante Palliativ-Pflegedienst
- Sozialdienste der Krankenhäuser und der Stadt Herne
- St. Vincenz-Hospital gGmbH
- Kath. Krankenhaus Marienhospital Universitätsklinik
- Ev. Krankenhausgemeinschaft Herne | Castrop-Rauxel gGmbH mit dem Zentrum für Palliativmedizin
- Palliativstation im Evangelischen Krankenhaus Herne
- Lukas-Hospiz gGmbH Herne
- APPH Ruhrgebiet

Folie 64

Fortsetzung 4.3.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (Abteilung: Gesundheitsplanung und Gesundheitsförderung) sollte sich für eine moderierende Funktion im „Herner Netzwerk der Palliativ- und Hospizversorgung“ zur Verfügung stellen.

Die Qualität der Versorgung im Sinne eines kooperierenden/integrativen Konzepts wird wesentlich davon abhängen, wie die Zusammenarbeit aller beteiligten Partner im Netzwerk funktioniert. Hierzu ist die Bereitschaft aller Beteiligten zur konstruktiven Kooperation unabdingbar. Darüber hinaus aber ist eine abgestimmte strukturierte Ablauforganisation notwendiger Bestandteil der Versorgung vor Ort. Ferner erfordert die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen eine fortlaufende Qualitätssicherung der beteiligten Partner.

Folie 65

Das von Ärzten vor der geplanten Gesundheitskonferenz gegründete „Herner Netzwerk der Palliativ- und Hospizversorgung“

lädt die Organisatoren der Herner Gesundheitskonferenz „Sterben in Würde“ zur 3. Arbeitssitzung ein.

Folie 66

Endfassung

Fortsetzung 4.3.

~~Der Öffentliche Gesundheitsdienst (Abteilung: Gesundheitsplanung und Gesundheitsförderung) sollte sich für eine moderierende Funktion im „Herner Netzwerk der Palliativ- und Hospizversorgung“ zur Verfügung stellen.~~

Die Qualität der Versorgung im Sinne eines kooperierenden/integrativen Konzepts wird wesentlich davon abhängen, wie die Zusammenarbeit aller beteiligten Partner im Netzwerk funktioniert. Hierzu ist die Bereitschaft aller Beteiligten zur konstruktiven Kooperation unabdingbar. Darüber hinaus aber ist eine abgestimmte strukturierte Ablauforganisation notwendiger Bestandteil der Versorgung vor Ort. Ferner erfordert die Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen eine fortlaufende Qualitätssicherung der beteiligten Partner.

Folie 67

10 Leitsätze

zur
Gesundheitsförderung und -planung

Folie 68

Leitsätze zur
Gesundheitsförderung und -planung

1 Handeln in komplexen Situationen ist auf **Strukturwissen** angewiesen. Informationen müssen so integriert werden, dass sich ein Gesamtbild ergibt, damit Wichtiges von Unwichtigem getrennt werden kann und Entwicklungstendenzen abgeschätzt werden können, die sich aus der gegenwärtigen Situation ergeben.

Folie 69

Leitsätze zur
Gesundheitsförderung und -planung

2 Bei der Behandlung eines Missstandes sollte nicht nur dieser selbst betrachtet werden, sondern zusätzlich das **System**, in welches er eingebettet ist.

Folie 70

Leitsätze zur
Gesundheitsförderung und -planung

3

Man sollte auch der Frage nachgehen, welche **Folgeprobleme** dadurch entstehen können, dass man versucht, ein bestehendes Problem zu lösen.

Folie 71

Leitsätze zur
Gesundheitsförderung und -planung

4

Von der Ordnung eines Systems (z.B. Organisationsplan) darf nicht auf dessen **Wirklichkeit** geschlossen werden. Die „verborgene“ Ordnung eines Systems sollte ermittelt und berücksichtigt werden.

Folie 72

Leitsätze zur
Gesundheitsförderung und -planung

- 5** Beim Umgang mit komplexen, vernetzten Systemen ist es schwierig, die **eigenen Irrtümer** festzustellen. Sie zeigen sich dort erst lange Zeit, nachdem sie begangen wurden, und sie werden häufig gar nicht mehr als Konsequenzen des eigenen Verhaltens erkannt.

Folie 73

Leitsätze zur
Gesundheitsförderung und -planung

- 6** Mit jeder Planung und gesundheitsfördernden Aktivität dringt man in ein nach weitgehend unbekanntem Regeln austariertes **fremdes Kompetenzfeld** (z.B. Schule, Kita, Krankenhaus) ein.

Daran ändern auch zahlreiche Abstimmungsgespräche, Konferenzen, Kooperationsvereinbarungen und gemeinsam verabschiedete Empfehlungen nichts.

Folie 74

Leitsätze zur
Gesundheitsförderung und -planung

7

Man sollte von unterschiedlichen Interessen im Arbeitsfeld ausgehen, und man sollte mit offenem und verstecktem **Widerstand** der Kooperationspartner rechnen.

Folie 75

Leitsätze zur
Gesundheitsförderung und -planung

8

Man sollte die **Planungsziele** klar benennen und im Auge behalten, während man in der **Methodik** die Vielfalt und Flexibilität anstreben sollte, die notwendig ist, um den zu erwartenden Widerständen und Schwierigkeiten konstruktiv begegnen zu können.

Folie 76

Leitsätze zur
Gesundheitsförderung und -planung

9

Bei der Auseinandersetzung mit dem Widerstand von Kooperationspartnern sollten sogenannte **Pyrrhus-Siege** (z.B. Einschaltung der Hierarchie) weitgehend vermieden werden.

Folie 77

Leitsätze zur
Gesundheitsförderung und -planung

10

Handeln Sie stets so, dass die Anzahl der **Wahlmöglichkeiten** größer wird.

Folie 78

Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit.

Folie 79

www.gesunde-stadt-herne.de

Folie 80

Arbeitsgruppe 3

Profilierung der Selbsthilfe- und Gesundheitsinitiativen im Gesunde Städte-Netzwerk

Einführung

Reiner Stock, Frankfurt am Main

Die Initiative zu einem solchen Treffen unter dieser Überschrift ist von den Initiativen-/Selbsthilfe-VertreterInnen im SprecherInnenrat ausgegangen. Zur Profilierung der Selbsthilfe- und Gesundheitsinitiativen im Gesunde Städte-Netzwerk gibt es unterschiedliche Meinungen, daher soll dieses Thema breiter mit Hilfe dieser Arbeitsgruppe erörtert werden. Das Ergebnis wird in den SprecherInnenrat getragen.



Werden die Themen der Selbsthilfe/Initiativenseite auf den Mitgliederversammlungen gesehen? Wenn nein, wie werden sie sichtbar?

Hinter dem Wunsch nach einer Arbeitsgruppe steckt der Wunsch nach Austausch und nach Erarbeitung von Themen!

Welches Ziel bzw. welche Ziele sollte eine solche Arbeitsgruppe haben?

Was sollen wir dem SprecherInnenrat übermitteln?

Statements

Burkhard Elsner, Kreis Unna

Die Arbeitsgruppe 3/6 wurde eingerichtet aufgrund des Protestes der Initiativen-/Selbsthilfe-VertreterInnen innerhalb des SprecherInnenrates. Diskussionsbeiträge (7 Punkte) zur Neuausrichtung des Netzwerkes der Initiativen wurden beim Treffen des SprecherInnenrates in Potsdam vorgestellt. Die Installierung eines Arbeitskreises Selbsthilfe war das Ziel, um die Selbsthilfe stärker einzubinden. Es sind auch andere Formen und/oder Bezeichnungen denkbar: Stammtische, Kompetenzzentrum, etc.

Karla Brümmer, Chemnitz

Selbsthilfe/Initiativen ist/sind nicht richtig anerkannt und wenig vertreten. Die Kommunen finden die Selbsthilfe nicht ganz so wichtig, daher sind auch auf diesem Kongress weniger InitiativenvertreterInnen als KommunalvertreterInnen.

Idee: Gesunde Städte-Preis für Initiativen und Selbsthilfe, da die bisherigen Preise/Ausschreibungen eher etwas für die Kommunen waren. Kompetenzzentren könnten unterstützend bei der Bewertung und Auswahl der eingereichten Projekte mitwirken.

Renate Ostendorf,

Ergebnis der Diskussion vom 09. Juni 2010: Selbsthilfe/Initiativenseite braucht kein eigenes Kompetenzzentrum.

Braucht die Initiative einen Arbeitskreis während der Mitgliederversammlung oder (ähnlich dem AKP) zwischen den Mitgliederversammlungen?

Warum sind die Vertreter der Initiativen nicht auf der Mitgliederversammlung?



Diskussionspunkte

Ergebnis/Umsetzung

1. Stellenwert der Selbsthilfe im Netzwerk

Die Rollen der Selbsthilfe/Initiativen im Gesunde Städte-Netzwerk selber und vor Ort sind unterschiedlich. Nach Texten sind die Initiativen/Selbsthilfen paritätisch vertreten. Solche Treffen wie diese soll/muss es regelmäßig bei den Mitgliederversammlungen geben. Die Kommunen können nur im Gesunde Städte-Netzwerk mitmachen, wenn sie die Initiativen/Selbsthilfe auch mitnehmen. Geschieht dies nicht, muss das bei der Mitgliederversammlung angesprochen und, wenn sich dies nicht ändert, beim nächsten Mal zum Ausschluss der Mitgliedskommune führen.

Die Initiativen/Selbsthilfe ist voll integriert und fester Bestandteil des Netzwerkes! Initiativen/Selbsthilfe ist gefordert vor Ort deutlich zu machen, was sie möchte und muss sich von sich aus auch einbringen wollen. Wir wissen nicht, warum die Initiativen-/Selbsthilfe-VertreterInnen nicht zur MV kommen. Also: Rundschreiben an alle um abzufragen, warum sie nicht an den Mitgliederversammlungen teilnehmen bzw. teilnehmen können.

Rundschreiben

Zum Kompetenzzentrum Selbsthilfe/Initiativen ein Nein – weil es niemanden gibt, der die Arbeit machen kann/will und weil ein solches Kompetenzzentrum Selbsthilfe nicht notwendig ist, weil es die NAKOS gibt. Brauchen wir immer ein separates Treffen? Nein, wir müssen den Anschluss suchen an die kommunalen Vertreter.

NAKOS ist **DAS** Kompetenzzentrum für die Selbsthilfe – es braucht kein weiteres.

Mitgliederversammlungen könnten ein Forum für Austausch sein, weil sonst keine Gelegenheit vor Ort hierfür besteht, da viele Gruppen keine (gute) unterstützende Infrastruktur in der eigenen Kommune haben.

Auch die VertreterInnen der Kommunen können nicht mehr alle an der MV teilnehmen. Frage ist dabei, welche Konsequenzen zieht das Gesunde Städte-Netzwerk daraus? Netzwerk soll sich unter Umständen öffnen über die Selbsthilfe/Initiativenseite hinaus (z.B. Ehrenamt).

Selbsthilfe hat gute Möglichkeiten, vor Ort die Themen zu steuern. Auf den Mitgliederversammlungen sollen hochkarätigere ReferentInnen verpflichtet werden. Es wird der Beitrag der Selbsthilfe/Initiativen auf den Mitgliederversammlungen vermisst. Die Interessen sollten stärker eingebracht werden. Um dies zu realisieren sollte vielleicht so etwas wie ein Arbeitskreis gegründet werden, der diesen Beitrag bzw. diese Beiträge vorbereitet.

Herfahrt und Kostenübernahme sind seit Jahren kein Problem. Es gibt gute Unterstützung vom Träger vor Ort. Die Vernetzung vor Ort, im Land, mit den Kontaktstellen findet statt. Keine eigene neue Struktur für das Gesunde Städte-Netzwerk, aber ein festes Treffen innerhalb der Mitgliederversammlungen ist wünschenswert, um den bundesweiten Austausch zu ermöglichen. Kompetenzzentren werden von Städten und Kreisen, Kommunen beantragt.

Es wird kein weiteres Kompetenzzentrum „Selbsthilfe“ gewünscht!

Diskutiert werden muss: Unterwanderung von Selbsthilfe durch die chemische Industrie.

kein Thema auf Ebene des Gesunde Städte-Netzwerks; dafür müssen andere Strukturen genutzt werden

Anschreiben über den SprecherInnenrat an alle Mitgliedskommunen, dass alle Selbsthilfe/Initiativenvertreter auch an den Treffen teilnehmen können. Zeitnahes Anschreiben: Wollt ihr das separate Treffen auf den Mitgliederversammlungen? Dürft ihr fahren? Wenn nein, warum nicht? Warum kommt ihr nicht, wenn ihr dürft? Dann aber auch auf die Anfrage antworten und nicht, wie schon geschehen, nur einen mageren Rücklauf. Die gewählten Vertreter der Initiativen auch in die Pflicht nehmen und entsprechend informieren. Aber realistisch, damit es auch von den Initiativenvertretern im Sprecherrat umgesetzt werden kann.

Thema der AG 3/6 zum Stellenwert der Initiativen/Selbsthilfe im Netzwerk ist Punkt „4“ in der Rangfolge der Abfrage bei den Mitgliedskommunen und somit auch auf Ebene des SprecherInnenrates „in Arbeit“.

Wunsch an den SprecherInnenrat: Abfrage bei den Initiativen / der Selbsthilfe, ob ein eigener Arbeitskreis installiert werden soll und welche Ziele ein solcher Arbeitskreis haben sollte.

2. Wie kann sich die Selbsthilfe stärker einbringen / sichtbarer machen?

Wenn Selbsthilfe gesagt wird, muss immer auch die Initiativenseite mit bedacht werden.

Eine extra Arbeitsgruppe innerhalb und außerhalb der Mitgliederversammlungen ist nicht leistbar (Zeit, Arbeit); die Initiativenseite ist im SprecherInnenrat ausreichend vertreten.

Welche verbindenden Themen gibt es zwischen der „Selbsthilfe“ und den „Initiativen“?

Selbsthilfe-/Initiativenvertreter haben sich in zurück liegender Zeit vor den Mitgliederversammlungen getroffen. Innerhalb der Mitgliederversammlungen positiv. Jede hier vertretene Initiative/Selbsthilfe ruft zwei „PartnerInnen“ von denen an, die auf der Mitgliederversammlung in Potsdam nicht vertreten waren, um die Gründe für das Wegbleiben zu erfahren. Dies geschieht mittels eines kurzen Fragebogens, der am Telefon ausgefüllt wird.

Den Treffen muss aber auch eine Struktur, Inhalte und Ziele geben werden!!!

Der Austausch ist wichtig – unabhängig von der Herkunft (Kontaktstelle, Initiative, Selbsthilfevertreter).

Was machen wir mit denen, die auf eine schriftliche Anfrage nicht antworten? Nachhaken und wenn dann nichts kommt, die Kommune und den SprecherInnenrat informieren.

Persönlicher Kontakt mit Nachbargemeinden zu denen, die nicht kommen.

Persönlicher Kontakt als ersten Schritt. Ausgestaltung ist noch zu formulieren. Kann im SprecherInnenrat besprochen werden.

Umfrage

- Teilnahme an der Mitgliederversammlung
- separates Treffen auf der Mitgliederversammlung?
- Eigener Arbeitskreis?

Einheitliche Sprachregelung finden

Beim nächsten Treffen des SprecherInnenrates soll dieses Thema angesprochen werden. Auch über Sanktionen muss dann diskutiert werden. Die Vertreter, die die Telefonaktion unterstützen möchten, senden ihre Mailadresse an Reiner Stock.

Kommunale Vertreterin: ich bringe meine Initiativenvertreterin nicht mit. Diese müsste drei Tage Urlaub nehmen und würde fragen, warum soll ich mitkommen?

Die Telefonaktion ist der kürzeste Weg. Die Telefonliste ist komplett. Die Vorarbeit kann von den Selbsthilfe- / Initiativenvertretern im SprecherInnenrat geleistet werden. Man sollte denen dann auch die Vorgehensweise überlassen.

Die Zugangswege zum und in das Netzwerk sind sehr unterschiedlich. Daher erklärt sich auch die unterschiedliche Motivation zur Teilnahme.

Was wollen wir, die wir anwesend sind? Was fehlt uns, was möchten wir anstoßen? Unterstützung (Räume, finanzielle Unterstützung, etc.) Dies kann das Gesunde Städte-Netzwerk für die Einzelnen vor Ort nicht leisten!!

Gemeinsame Aktionen in Mitgliedsstädten zur Barrierefreiheit, zur Inklusion mit interessierten Mitgliedern aus dem Gesunde Städte-Netzwerk. Aus dem Netzwerk von einzelnen Beispielen lernen zur Umsetzung vor Ort.

Probleme der Einzelnen in den Kommunen bündeln und dann an die Kommunalvertreter zur „Bearbeitung“ vor Ort zurück und weiter geben.

Wo liegen die großen Ziele?

- Einbindung der großen Politik
- gibt es Geld zur Umsetzung
- von der Initiativen-/Selbsthilfeseite ist auf der Mitglieder- versammlung niemand als Referent zu Wort gekommen – in der nächsten Mitgliederversammlung die Initiative/Selbsthilfe auch als ReferentInnen berücksichtigen

Auflistung in der Tagesmappe zu Arbeitsinhalten der Gremien ist gut, sollte für den Initiativen-/Selbsthilfebereich auch gemacht werden.

Plakataktion für ein bestimmtes Thema der Initiativen nutzen. Bundesweite Aktionen sind immer medienwirksamer. Logo immer verwenden und darauf hinweisen, dass die Stadt Mitglied im Gesunde Städte-Netzwerk ist.

Ziel: alle übernehmen die Verwendung des Logos.

Hilfsangebote, die auf dieser Tagung gemacht wurden, zusammentragen und diese dann auch nutzen!

Förderung der Krankheitsgruppen durch die GKV. Die Techniker Krankenkasse sagt, wir fördern gesundheitsförderliche Strukturen in Kommunen. Eine Diskrepanz zur Förderung der Gruppen. Krankenkassen haben einen anderen Blick auf Gesundheit, als es die Initiativen/Selbsthilfe hat.

Gemeinsame Aktion: Statement abgeben zu dem, was die Bundesregierung vor hat. Der SprecherInnenrat sollte darauf reagieren und medienwirksam seine Meinung zur Gesundheitspolitik veröffentlichen.

Die Vertreter der Initiativen im SprecherInnenrat klären die Zusammensetzung der Initiativen / Selbsthilfemitglieder und stellen das Papier zur Verfügung.

Die ausrichtende Stadt bestimmt die Themen. Wunsch wird in den SprecherInnenrat getragen.

Der Vertreter aus Bad Honnef (dort findet die nächste Mitgliederversammlung statt) wird gebeten, dies auch schon in seine Stadt mitzunehmen.

Überprüfung der Angaben zu den Initiativen/der SelbsthilfevertreterInnen auf der Homepage; Korrekturen bitte an das Sekretariat des Gesunde Städte-Netzwerks

Verabschiedung von Frau Dr. Angelika Baumann

Ein herzliches Dankeschön an Frau Dr. Angelika Baumann aus Rostock für das langjährige Engagement im Gesunde Städte-Netzwerk.



Aussteller und ihre Kontaktpersonen

AOK Berlin-Brandenburg – Die Gesundheitskasse

Jana Niemeyer
Jana.Niemeyer@BB.AOK.de



Barmer-GEK – Die gesund experten

Marion Kruse
m.kruse@barmer-gek.de



Ernst von Bergmann Klinikum Landeshauptstadt Potsdam

Damaris Hunsmann
DHunsmann@klinikumevb.de



Gesundheit Berlin-Brandenburg

Stefan Bräunling
braeunling@gesundheitberlin.de

Ausgestellte Projekte:

Gesundheitsförderung im Quartier
„BliQ – Bewegtes Leben im Quartier“



Industrie- und Handelskammer Potsdam

Anja Baumann
Baumann@ihk.potsdam.de



Landesarbeitsgemeinschaft für Selbsthilfeförderung LAGS e.V. Brandenburg

Monika Linde
haus@kobshdb.de



Netzwerk „Gesunde Kinder und Familien“ der Landeshauptstadt Potsdam

Andrea Dorschner
Andrea.Dorschner@SVPotsdam.Brandenburg.de

Ausgestellte Projekte:

„FuN – Familie und Nachbarschaft“
„Zeit AG – Chancen für Alleinerziehende“



Netzwerk „Gesunde Jugend“ der Landeshauptstadt Potsdam mit AWO und Chillout e.V.

Regina Neubauer
Regina.Neubauer@SVPotsdam.Brandenburg.de

Ausgestellte Projekte:

Präventionsprogramm „Lieber schlau als blau“



Netzwerk „Gesunder Betrieb“ der Landeshauptstadt Potsdam

Gerhard Meck
Gerhard.Meck@SVPotsdam.Brandenburg.de



Netzwerk „Älter werden in Potsdam“ der Landeshauptstadt Potsdam

Susanne Gromoll
Susanne.Gromoll@SVPotsdam.Brandenburg.de



Techniker Krankenkasse

Dr. Gudrun Borchardt
Dr.gudrun.borchardt@tk.de



SEKIZ Wanderausstellung

Die Wanderausstellung „Du bist nicht allein“ ist sowohl in ihrer Größe als auch in ihrer Darstellungsform einzigartig. Um den Gedanken der Selbsthilfe noch mehr ins das öffentliche Bewusstsein zu rücken wird an zahlreichen Beispielen dargestellt, welche Möglichkeiten und Chancen sich Menschen bieten, die Selbsthilfegruppen suchen. Die Ausstellung macht Mut und es wird deutlich, warum Selbsthilfe ein Weg sein kann wieder Lebensfreude zu finden, denn am Ende des Tunnels ist immer ein Licht.



Kontakt:

SEKIZ Selbsthilfe-, Kontakt- und Informationszentrum e.V. Landeshauptstadt Potsdam
hilfe@sekiz.de



Presse teil

Bundeskongress – Mitgliederversammlung 2010 des Gesunde Städte-Netzwerks der Bundesrepublik Deutschland

**ZUKUNFT GESUNDHEIT – NEUE ALLIANZEN!
9. – 11. Juni 2010, Landeshauptstadt Potsdam**

Pressemitteilung

Gesunde Städte gehen nach vorne

Auf dem Bundeskongress des Gesunde Städte-Netzwerks vom 9. bis 6. Juni 2010 in Potsdam waren sich alle ExpertInnen einig: Wir brauchen dringend Investitionen in die Gesundheit der Menschen und ihre Lebenswelten. Einig waren sie sich auch darüber, dass durch die Sparmaßnahmen der Bundesregierung sich die soziale und gesundheitliche Situation in den Kommunen weiter verschärfen wird.

In dieser Situation setzen die Kommunen des Gesunde Städte-Netzwerkes auf neue Allianzen. Konkrete Zusagen für eine künftige Zusammenarbeit äußerten VertreterInnen von Ländern, Kassen und Wissenschaft. Auf Länderebene haben sich weitere regionale Netzwerke von Gesunden Städten formiert, die Kontakt zu den jeweiligen Landesregierungen aufnehmen werden.

Gleichzeitig zeichnen sich neue Kooperationen mit den Krankenkassen ab.

Darüber hinaus wurde mit den ProfessorInnen verschiedener Universitäten eine Intensivierung der Zusammenarbeit geplant: Studierende schreiben ihre Studienarbeiten in der Kommune, die Kommune erhält Unterstützung bei der Datenerhebung und Interpretation.

Auf der Tagung wurden positive Beispiele neuer Allianzen vorgestellt:

So ist es zum Beispiel gelungen, im Rahmen eines groß angelegten Projekts in Köln („Kölner Bündnis für Gesunde Lebenswelten“) ein umfassendes Bündnis aus all den Akteuren zu schließen, die in der Stadt mit Gesundheitsvorsorge und –förderung zu tun haben. Beteiligt sind die einschlägigen städtischen Ämter für Jugend, Gesundheit und Sport, Bildung, Träger konkreter Gesundheitsförderungsprojekte, Krankenkassen und die Deutsche Sporthochschule. Das Projekt bezieht sich inhaltlich auf die Förderung von Bewegung, gesunder Ernährung und Stressbewältigung in allen Kölner Hauptschulen und Kindertageseinrichtungen. Die neue Qualität besteht darin, dass sich z. B. an der Finanzierung mehrere Krankenkassen gleichzeitig beteiligen und dass bisherige Konkurrenzen unter den Akteuren zu Gunsten durch eine intensive Zusammenarbeit ersetzt werden konnte.

Ein anderes Beispiel ist die Zusammenarbeit der Gesundheitsförderung mit Unternehmen in Potsdam, vermittelt durch die IHK Potsdam.

Das Gesunde Städte-Netzwerk ist ein Zusammenschluss von 69 Städten, Kreisen, Bezirken und Regionen mit rund 22 Millionen EinwohnerInnen, die Gesundheitsförderung und die Schaffung von gesunden Lebenswelten zum Ziel haben. Das Netzwerk zeichnet sich durch eine paritätische Zusammenarbeit zwischen Kommune und Initiativen und Selbsthilfe.

Weitere Informationen: www.gesunde-staedte-netzwerk.de

General-Anzeiger

vom 17.06.2010

Investitionen in die Gesundheit

BAD HONNEF. Von Bad Honnef nach Potsdam. Diese Reise traten am vergangenen Wochenende Adalbert Fuchs, städtischer Beauftragter für Wirtschaftsförderung, und Hans-Jörg Marsteller, Bad Honnefs Koordinator für das Gesunde-Städte-Netzwerk, an. Grund: In Potsdam fand der Bundeskongress des Netzwerkes statt, dem auch Bad Honnef seit 2006 angehört. Die Anwesenheit der Bad Honnefer hatte neben dem Austausch einen sehr praktischen Hintergrund: 2011 soll der Kongress im „rheinischen Nizza“

stattfinden. In Potsdam waren sich alle Experten einig: Es braucht dringend Investitionen in die Gesundheit der Menschen und ihre Lebenswelten. Zudem werde sich durch die Sparmaßnahmen der Bundesregierung die soziale und gesundheitliche Situation in den Kommunen verschärfen. Das Netzwerk setzt darum auf neue und engere Kooperationen, für die in Potsdam ganz praktische Beispiele genannt wurden, die Schule machen könnten. So das „Kölner Bündnis für Gesunde Lebenswelten“: Beteiligt sind alle Akteure,

die in der Stadt mit Gesundheitsvorsorge und -förderung zu tun haben, so die Stadt, Krankenkassen, Sporthochschule und Träger gesundheitsfördernder Angebote. Inhaltlich geht es um die Förderung von Bewegung, gesunder Ernährung und Stressbewältigung in Schulen. Neu ist: An der Finanzierung beteiligen sich mehrere Krankenkassen gleichzeitig. Die Kommunen des Netzwerkes setzen auf derartige Allianzen. Vertreter von Ländern, Kassen und Wissenschaft sagten in Potsdam Hilfe zu. Zudem sollen Studieren-

de von Universitäten Praktika in Kommunen durchführen und Studienarbeiten schreiben; die Kommune ihrerseits erhält Unterstützung bei der Datenerhebung und Interpretation. **suc**

Das Gesunde Städte-Netzwerk ist ein Zusammenschluss von 69 Städten, Kreisen, Bezirken und Regionen mit rund 22 Millionen Einwohnern. Das Netzwerk zeichnet sich durch eine paritätische Zusammenarbeit zwischen Kommune, Gesundheitsinitiativen und Selbsthilfe aus.

DIE ^{BAD}HONNEFER

Wochezeitung

vom 25.06.2010

Gesunde Städte gehen nach vorne

Am Bundeskongress des „Gesunde Städte-Netzwerks der Bundesrepublik Deutschland“ nahmen als Vertreter der Stadt Bad Honnef der Wirtschaftsbeauftragte der Stadt, Adalbert Fuchs, sowie Dr. Jörg Marsteller teil. Ziel war der Informationsaustausch zwischen den Mitgliedern des „Gesunde-Städte-Netzwerk“, das sich als Teil der „Gesunde-Städte“-Bewegung der WHO versteht. Es hat sich zur Aufgabe gemacht, die Gesundheitsförderung als gesellschaftspolitische Aufgabe im öffentlichen Bewusstsein zu verankern. Alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen waren sich darüber einig: Wir brauchen dringend Investitionen in die Gesundheit der Menschen und ihre Lebenswelten. Einig waren sie sich auch darüber, dass durch die Sparmaßnahmen der Bundesregierung die soziale und gesundheitliche Situation in den Kommunen sich weiter verschärfen wird. Adalbert Fuchs konnte die erfreuliche Nachricht mit ins Rathaus bringen, dass der Bundeskongress 2011 in Bad Honnef stattfindet.



Dr. Jörg Marsteller, Dr. Claus Weth, Adalbert Fuchs, Dr. Heike Schambortski und Gerhard Meck (v.l.)

Feedback

Qualitätspunkte, die bei zukünftigen Mitgliederversammlungen Beachtung finden können:

Bewährt haben sich unter anderem:

- Die Doppelmoderation (mit jeweils zwei SprecherInnen)
- Die tagesweise wechselnde Doppelmoderation
- Die thematischen, gut vorbereiteten, für alle ergiebigen Arbeitsgruppen / Workshops, hier der Kompetenzzentren
- Die Wiederholung von Parallel-Arbeitsgruppen /Workshops um eine Über-Kreuz-Teilnahme zu ermöglichen
- Die Einladung zur Teilnahme von interessierten Kommunen / Regionen, die überlegen, Mitglied im Gesunde Städte-Netzwerk zu werden
- Die fototechnische Begleitung des Kongresses, vor allem der Kongress-Fototermin für jedes kommunale / regionale Gesunde Städte-Netzwerk Team (am letzten Tag)
- Die ehrenvolle Würdigung der Leistungen ausscheidender Personen

NICHT bewährt haben sich:

- Die fehlende Teilnahme der Auftakt-ReferentInnen bei der anschließenden Diskussion am ersten Kongresstag
- Eine überwiegende Selbstdarstellung beziehungsweise zu theoretische Darlegung der Hochschulen (am zweiten Kongresstag)

Das Gesunde Städte-Netzwerk dankt dem Organisationsteam für die Kongressbegleitung, die zu jedem Zeitpunkt keine Wünsche offen ließ und die Mitgliederversammlungen in der Landeshauptstadt Potsdam unvergessen macht.



Einen herzlichen Dank für die technische Unterstützung an Herrn Gabler, den Techniker der Industrie- und Handelskammer Potsdam.





Impressum

Herausgeber:

Gesunde Städte-Sekretariat
c/o Gesundheitsamt Münster
Stühmerweg 8
48147 Münster
Telefon: 0251/492-5388
Fax: 0251/492-7928
Email: gsn@stadt-muenster.de

Fotos:

Tina Merkau, Pro Potsdam GmbH



Redaktion:
Tina Müller, Landeshauptstadt Potsdam

Gestaltung:
Tina Müller, Landeshauptstadt Potsdam

Anregungen, Hinweise, Kritik und Irrtümer bitte an:
Mueller.Tina@web.de

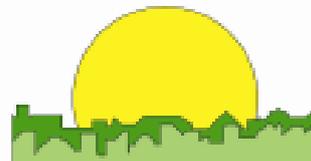
Die CD darf zu nichtkommerziellen Zwecken kopiert werden.

Anlagen

Umfragebogen „20 Jahre Gesunde Städte-Netzwerk“

20 JAHRE GESUNDE STÄDTE-NETZWERK

MITGLIEDERVERSAMMLUNG am 26. Juni 2009



Gesunde Städte-Netzwerk
der Bundesrepublik Deutschland

WEITERENTWICKLUNG DES NETZWERKS

WUNSCHprofil

WACHSENDER MEHRWERT	Vorrangig	schon wichtig	eher unwichtig	kein Bedarf
HARTE NEUN PUNKTE (Volle Mitglieder-Verbindlichkeit)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
GSN-CHARTA 2030 entwickeln (z.B. demographischer Wandel)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FORTBILDUNG in Netzwerk-Management	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MEHR MITGLIEDER (für zunehmenden Einfluss)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
KAMPAGNE-FÄHIGKEIT (für bundesweite Aktionen)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NEUE ALLIANZEN (Bund) als Schirm und Hilfe vor Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
KOMPETENZZENTREN stärken (Unterstützungsservice für Neue)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ANDERE VORSCHLÄGE:

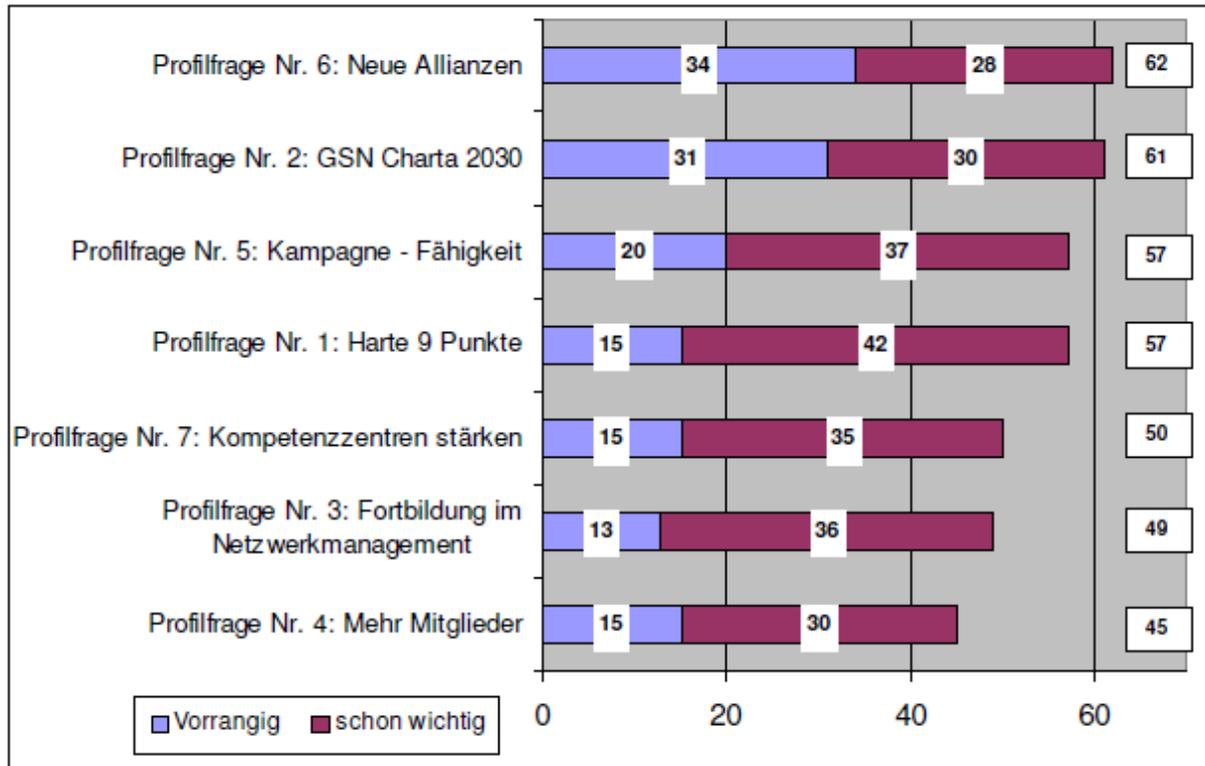
Hilfreiche Angaben: _____ (Mein Bundesland)

Ich vertrete: Verwaltung Initiative ► GSN-Mitglied seit
(Aufnahmejahr)

Unsere Kompetenz schon heute: _____

Gewollte Zusatzkompetenz in 5 Jahren: _____

Auswertung des Fragebogens



Gute Gründe

Gesunde Städte-Netzwerk

der Bundesrepublik Deutschland



Wer gründete das Gesunde Städte-Netzwerk?

Im Juni 1989 in Frankfurt am Main von den Städten Essen, Frankfurt am Main, Gießen, Göttingen, Hamburg, Mainz, München, Nürnberg, Saarbrücken und dem Kreis Unna gegründet, umfasst das Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland heute rund 70 Städte, Bezirke, Gemeinden, Kreise und Regionen. Ihre Besonderheit: Vor Ort und auf Bundesebene wirken kommunale Verwaltungen und Träger wie Initiativen und Selbsthilfezentren gleichberechtigt zusammen. Gesundheit geht alle an, sie darf nicht in Hierarchien, Gremien oder Konkurrenzen stecken bleiben.

Wofür steht das Gesunde Städte-Netzwerk?

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“

Aus: Charta der WHO, Ottawa 1986

Die Beteiligung der Betroffenen, die unvoreingenommene Einbeziehung der Gesundheitsversorger, Verbände und Vereine – genau dort, wo sie nebeneinander oder in Teilen gegeneinander agieren – und das Selbstverständnis der Kommunen: lobbyfrei und zielorientiert für die Gesundheit und Wohlfahrt ihrer Bürgerinnen und Bürger koordinierend tätig zu werden, sind Merkmale der Netzwerkarbeit. Kommunen als gelebte Demokratie und Verbinder zwischen Institutionen und Instanzen, Branchen und Sektoren. Frei nach Schopenhauers Worten: *„Gesundheit ist zwar nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“*.

Dieser Leitsatz zeichnet Regionen und Kommunen im bundesdeutschen Gesunde Städte-Netzwerk aus. Sie geben den engagierten Kräften vor Ort, denen Lebensqualität, soziales Dasein und Altersgerechtigkeit etwas bedeuten, auf Bundesebene eine authentische, von Verbandsvorgaben freie und ungefilterte Stimme. Sie sind das Sprachrohr der direkten Demokratie und Spiegel des wirklichen Lebens, wie es sich im Ergebnis gut gemeinter Gesetze in den Tälern der Ebene tatsächlich abspielt.

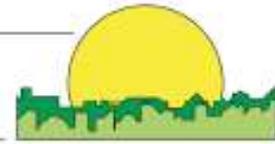
Was macht das Gesunde Städte-Netzwerk?

Warum also Mitglied im Gesundheits-Netzwerk der Kommunen werden?

Einfach damit zum Beispiel

1. Bürger und Bürgerinnen, denen Gesundheit ein Anliegen ist und Krankheit nahe geht, mit ihren Initiativen über eine authentische Stimme in der Region und darüber hinaus verfügen
2. Bürgerkommunen sich austauschen, um nach lohnenswerten Wegen der Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention zu suchen, auch dort, wo das Gesetz nichts befiehlt oder seine Anwendung schwächelt
3. Erfolgreiche Kooperationen, Bündnisse und Allianzen, die sich anderswo bewähren, kein Einzelfall bleiben, sondern kopiert werden und allgemeine Verbreiterung erfahren

Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland



4. Lokale Schlüsselprojekte möglich werden, deren Partner auf Bundesebene mit dem Gesunde Städte-Netzwerk zusammenarbeiten
5. Expertenwissen verfügbar wird, das dem Handeln vor Ort zugute kommt
6. Entwicklungen in der Kommune nicht hinter den vorhandenen Potenzialen und sektorenübergreifenden Ressourcen zurück bleiben
7. Die Korrektivfunktion der Kommunen für verantwortbares Wachstum, sozial gerechte Lebensqualität und Generationen verbindenden Zusammenhalt auf allen gesetzgebenden Ebenen von Gesundheit, Umwelt, Verbraucherschutz, Sozialem, Familie, Wohnen, Stadtentwicklung und Stadterneuerung, Arbeit und Wirtschaft wahrgenommen und stärker genutzt wird.

Was bringt der Beitritt zum Gesunde Städte-Netzwerk?

Mit dem Beitritt zum Gesunde Städte-Netzwerk der BRD sind die folgenden Fachdienste und kontinuierlichen Serviceleistungen verbunden:

- ▶ Bezug der „Gesunde Städte-Nachrichten“, mit Praxisberichten aus engagierten Kommunen
- ▶ Regelmäßiger Erhalt des „Newsletters“ der Geschäftsstelle des Gesunde Städte-Netzwerks
- ▶ Teilhabe am Internetauftritt der Mitglieder, Multiplizierung der Potenziale und Positionen jeder einzelnen Kommune
- ▶ Organisation jährlicher Bundeskongresse als Veranstaltungen und überregionale Erfahrungstagungen der Mitglieder
- ▶ Informelle Beratung auf Netzwerkbasis zur Vermeidung unüberwindlicher Stolpersteine vor Ort
- ▶ Wissenstransfers bei Modellprojekten, hinsichtlich Ergebnisse, Evaluation und Finanzierung
- ▶ Know how-Brücke für innovative Projektideen, Poolbildung von best practice-Beispielen
- ▶ Direkter Fachsupport durch ausgewiesene, anerkannte GSN-Kompetenzzentren
- ▶ Authentische Wiedergabe und Multiplizierung lokaler Positionen auf der Bundesebene; Verbindungsknoten zu Verbänden, Vereinen, Fach- und Dienststellen im Bund
- ▶ Begleitinformation zu überregionalen Kongressen, Fachtagungen und Fortbildungen
- ▶ Frei verfügbare Wissensbank für gezielte Fachkontakte, ExpertInnen und ReferentInnen
- ▶ weiterführende Meilensteine im lokalen Netzwerkmanagement, Fachaustausch im regionalen Verbund
- ▶ Ansehensplus in den gesundheits- und sozialorientierten Fachwelten, Leitkommune u.a. für Hochschulen, Stiftungen, Krankenkassen und Träger der Sozialen Stadt

Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland



Was ist zu tun?

Voraussetzung der Mitgliedschaft ist ein förmlicher Beitrittsbeschluss des Rates der Gemeinde, der Stadtverordnetenversammlung oder des Landkreistages. Der Beitritt enthält den Willen und die Selbstverpflichtung,

- ▶ sich zum intersektoralen Handlungsansatz in der Gesundheitsförderung und Prävention zu bekennen
- ▶ die koordinierende Funktion in der Verwaltung dafür zu stärken
- ▶ die Partizipation der Initiativen, Selbsthilfegruppen und –zentren auszubauen
- ▶ Dienstleister, freie Träger, Fachverbände, Vereine, Institutionen, Versicherungen, Entwicklungsbeauftragte und Stadtteilbündnisse in die ressortverbindende Gesundheitspolitik gleich berechtigt einzubeziehen
- ▶ auf die grundlegende Gesundheitsverträglichkeit bei Richtungsentscheidungen der Kommunalpolitik zu achten
- ▶ am jährlichen Erfahrungsaustausch der Mitgliedsstädte und Regionen teil zu nehmen
- ▶ in Abständen von vier Jahren über die eigene Entwicklung zu berichten
- ▶ Modellprojekte der Gesundheitsförderung und Prävention auf den Weg zu bringen
- ▶ dauerhafte Vernetzungsstrukturen für eine lebensbegleitende Gesundheit zu schaffen

Welche Verpflichtungen gibt es noch?

Zum Ausgleich der Serviceleistungen und kontinuierlichen Fachdienste wird eine Dienstleistungspauschale erhoben.