

Stichwortartige Wiedergabe der Beiträge auf dem 8. Kooperationstreffen "Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten" erstellt von Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

am 8. September 2010
im Wissenschaftszentrum für Sozialforschung Berlin (WZB)

AG 1: Kommunale Strategien zur Verbesserung der Kindergesundheit

Moderation: Carsten Rumpelstin, Gesundheitsamt Rhein-Kreis Neuss

Fachlicher Input: Franz Gigout, Landesarbeitsgemeinschaft für
Gesundheitsförderung Saarland e.V.

Zusammenfassung

- Vernetzung und Ressortübergreifende Zusammenarbeit mit Akteuren aus der Politik (Bund- und Länderebene), dem Gesundheitsbereich (z.B. Krankenkassen) und weiteren relevanten Akteuren (Stadtplanung und Stadtentwicklung, Gesundheitsberichterstattung)
- Politische Entscheidungsträger für Themen der Gesundheitsförderung gewinnen
- Vernetzung benötigt finanzielle, personelle und zeitliche Ressourcen für die Koordinierung
- Transfer von erfolgreichen und nachahmenswerten Projekten und Programmen

8. Kooperationstreffen „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, 8. September 2010

Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ wurde 2003 auf Initiative der BZgA gegründet und wird maßgeblich durch die BZgA getragen. Ihm gehören aktuell 53 Partnerorganisationen an.

Fachlicher Input: „Gesundheitsförderung muss der Stachel sein in allen Politikbereichen“

- Wie können Organisationsstrukturen verbessert werden?
 - o „90 Grad Shift“ (Business Reengineering) aus der Wirtschaft; **Gliederung horizontal nach Prozessen**
 - Denken in Prozessen wird als Alternative zum Denken in amtsmäßigen Strukturen vorgeschlagen
- Um Prozesse auf der Gemeindeebene in Gang zu setzen, wird es wichtig sein, zuzuschauen:
 - o Welche Akteure können gewonnen werden?
 - o Mit welchen Kompetenzen müssen diese Akteure ausgestattet sein?
 - o Wie können Schnittstellenprobleme beseitigt werden? [Gigout]
- Eine Konsequenz in der öffentlichen Verwaltung ist die Implementierung von Stabstellen. Stabstelleninhaber stehen in der Hierarchie sehr weit oben, haben jedoch keinen Zugriff, keine Kontakte zu den Prozessen auf den unteren Ebenen. Hier muss die Frage gestellt werden:
 - o Werden Stabstelleninhaber innerhalb der Einrichtung/Unternehmen ernst genommen?
 - o Fühlen sich Stabstelleninhaber als „Überflieger“ und niemanden gegenüber verpflichtet?
 - o Über welche Kompetenzen verfügen die Stabstelleninhaber?
 - o Welche Alternativen gibt es zu Stabstellen?
- Stabstellen erhalten immer mehr Aufgaben und das Thema Gesundheitsförderung erhält dadurch nur noch einen geringen Aufgabenanteil. Es wird daher wichtig sein, nach Alternativen zu Stabstellen zu suchen; Problem:
 - o „Öffentliche Verwaltung hat noch nicht verstanden, dass man mit dem Engagement in der Gesundheitsförderung Folgekosten sparen kann.“
- Erfolgsfaktoren für Netzwerkarbeit:
 1. Sinn und Potenziale: Kooperation lässt sich nicht verordnen, sie muss den Beteiligten nutzen (Win-Win Situation für den Einzelnen)
 2. Beziehung, Soziales und Identität: Kooperation braucht Beziehungspflege
 3. Information und Kommunikation: Kooperation benötigt Transparenz und Einigkeit über Ziele
 4. Management und Organisation: Kooperation benötigt Moderation
 5. Umwelt und Rahmenbedingungen: Kooperation benötigt Promotoren und Nachfrager

8. Kooperationstreffen „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, 8. September 2010

Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ wurde 2003 auf Initiative der BZgA gegründet und wird maßgeblich durch die BZgA getragen. Ihm gehören aktuell 53 Partnerorganisationen an.

Diskussion

Strategien und Strukturen für eine erfolgreiche kommunale Gesundheitsförderung

- Zusammenlegung von Verwaltungsstrukturen kann zu einer effizienteren Arbeitsweise führen, ohne dass Ressourcen verloren gehen. Ein Beispiel hierfür ist die Umorganisation der Verwaltung in Dormagen, Rhein-Kreis Neuss. 1996 wurde das Sozial- und Jugendamt aufgelöst; im Jahr 2000 wurden Ämter (Schulamt, Sozialamt, Jugendamt, Wohnungsamt, Altenarbeit, Betreuungswesen), im sozialen Bereich zusammengeführt, mit dem Ziel Hierarchien abzuschaffen. Es kam zur Einführung von Fachbereichsleiter und Produktverantwortlichen.
- Um kommunale Gesundheitsförderung erfolgreich umsetzen zu können, müssen Netzwerkstrukturen geschaffen werden. Die Umsetzung von erfolgreichen Netzwerkstrukturen kann aber auch nur dann realisiert werden, wenn:
 - o ausreichend Ressourcen (Personal und Finanzen), die (auch) den Informationsaustausch fördern, zur Verfügung stehen,
 - o eine feste Verankerung in die jeweiligen Strukturen realisiert werden kann und
 - o inhaltliche Kriterien eingebunden werden (Grundlage ist eine Bestands- und Bedarfsermittlung, um daran anknüpfend Ziele und Strategien zu formulieren.).
- Vernetzung zwischen den verschiedenen Dezernaten, Abteilungen und Fachämtern stellen eine Idealbeschreibung dar. Vor diesem Hintergrund muss ein Appell an die Landes- und Bundesebene gehen, diese Prozesse – z.B. durch finanzielle Unterstützung oder Unterstützung des Rahmens und der Strukturen – stärker voranzubringen. Neben der Kommune müssen auch „höhere“ Ebenen aus der Politik in Bund und Ländern für die Gesundheitsförderung angesprochen werden.
- Beispiel: Die Planungs- und Koordinierungsstellen Gesundheit in Berlin ermöglichen einen Ressortübergreifende sowie Trägerübergreifende Netzwerkarbeit. Die Planungs- und Koordinierungsstellen konzentrieren sich nicht auf die einzelnen Verwaltungen sondern gezielt auf die „Trägerlandschaft“. Aber: Für die Akzeptanz der Stabstellen muss in den anderen Ressorts, bei anderen Trägern geworben werden. Kinder- und Bürgerbeteiligung spielen eine große Rolle bei Planungen.
- Implementierung sogenannter Runder Tische und Gesundheitskonferenzen: Um zu klären, welche Funktionen Runde Tische haben, ist es wichtig, die Frage zu klären: Wer hat die Macht? Um politische Entscheidungen treffen zu können, müssen Schlüsselpersonen gewonnen werden, wie z.B. Akteure aus Kommunalparlamenten.
- Gesundheitsförderung sollte als eine weitere Qualifizierung in der Kommune dargestellt werden. Vernetzung zu Akteuren in den Kommunen ist hierbei bedeutsam (z.B. Stadtteilbüro). Stichwort: „kommunale Passgenauigkeit“.
- Im Rahmen des Gesundheitszieleprozesses muss der Gesundheitsplanung einen neuen Stellenwert gegeben werden.
- Kommunale Gesundheitsberichterstattung ist wichtig, um Informationen über die gesundheitliche Situation der Kinder und Jugendlichen zu bekommen; Dilemma: GBE bricht in vielen Kommunen weg.
- Am Beispiel der Transferstelle Frühe Hilfen wird herausgestellt, dass die Durchführung einer Netzwerkkonferenz – in diesem Fall in allen Stadt- und Landkreisen im Bundesland Baden-Württemberg – das „voneinander lernen“ gefördert hat.

8. Kooperationstreffen „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, 8. September 2010

Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ wurde 2003 auf Initiative der BZgA gegründet und wird maßgeblich durch die BZgA getragen. Ihm gehören aktuell 53 Partnerorganisationen an.

- Starke Öffentlichkeitsarbeit wichtig, um erfolgreiche Projekte der Bevölkerung und der Politik zu zeigen.

Erfolgreiche kommunale Gesundheitsförderung braucht die Unterstützung verschiedener Akteure unterschiedlichster Ebenen

- Kommunen haben auf der einen Seite bestimmte Pflichtaufgaben (z.B. Gesundheitsamt: Infektionsschutzgesetz) und auf der anderen Seite freiwillige Aufgaben (z.B. Gesundheitshilfe und -förderung). Aufgabe der Kommune ist es zu klären, wie sie die freiwilligen Aufgaben gestalten kann: z.B. Welchen Stellenwert soll der Gesundheitsförderung beimessen werden? Dies ist dann auch Thema der kommunalen Gesundheitspolitik. Die politischen Vertreter müssen signalisieren, welchen Stellenwert Sie der Gesundheitsförderung beimessen möchten.
- Eine erfolgreiche kommunale Gesundheitsförderung braucht: 1. politische Rückendeckung und 2. Ressortübergreifende Zusammenarbeit. Es ist bedeutsam, dass wichtige Akteure identifiziert werden. Beispiele sind neben den sozialen Ämtern auch das Umweltamt („Gesundheit hat immer etwas mit gesunder Umwelt zu tun“), die Stadtplanung und die Stadtentwicklung
- Kommunalpolitik muss erkennen, dass „gemeinsames Handeln“ sinnvoll ist.
- GKV-Mittel müssen stärker mit den Aktivitäten in der Kommune verbunden werden und für settingbezogene Gesundheitsförderungsansätze bereitgestellt werden. Positiv ist, dass im aktuellen Leitfaden der Krankenkassen das Thema „Setting in den Kommunen“ deutlich gestärkt wurde.
- Um ein integriertes Handlungskonzept umzusetzen, ist man als Verwaltung gehalten, fachübergreifend zusammen zu arbeiten und einen Arbeitskreis innerhalb der Verwaltung zu konstituieren, um für Maßnahmen oder Projekte, die man in dem Stadtteil umsetzen möchte, Zielkonflikte abzustimmen.

Verbreitung von erfolgreichen Beispielen der Gesundheitsförderung

- Grundvoraussetzung für Projekte ist, dass die aufgebauten Strukturen auch nach Ende der Laufzeit aufrechterhalten werden. Dabei ist die finanzielle Unterstützung für Verankerung und Nachhaltigkeit wichtig.
- Vorgestellte Beispiele in der Diskussion:
 - o Projekt: Frühe Hilfen – keiner fällt durchs Netz (Saarland): Es wurde ein Kooperationsverbund zwischen Jugendhilfe und den Gesundheitsämtern aufgebaut. Diese Kooperation wurde als sehr positiv von beiden Ämtern wahrgenommen.
 - o Runder Tisch „Kindergesundheit“ der Stadt Saarbrücken (Saarland): 1. Positiv: Regelmäßige Treffen zum Informationsaustausch zwischen den Akteuren (z.B. Stadtverwaltung, Wohlfahrtsverbände, Gesundheitsamt); 2. Negativ: Geringer positiver Output; Haben Runde Tische nur Alibifunktion oder auch „Macht“?
 - o Projekt „Flotte Lotte“: Ernährungsprojekt für Kinder im sozialen Brennpunkt; Projekt wird über das Programm Soziale Stadt finanziert; durch Einstellungsänderung wird hier das Wissen der Zielgruppe verändert; Beispiel: Kinder treffen sich mit Experten (z.B. Köche) und arbeiten mit ihnen zusammen und erlernen dadurch verschieden Techniken und erhalten vielfältige Informationen und Tipps zum jeweiligen Thema (z.B. gesunde Ernährung); Effekt: Selbstwertgefühl der Kinder wird gestärkt.

8. Kooperationstreffen „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, 8. September 2010

Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ wurde 2003 auf Initiative der BZgA gegründet und wird maßgeblich durch die BZgA getragen. Ihm gehören aktuell 53 Partnerorganisationen an.

- Programm Soziale Stadt: Das Programm Soziale Stadt stellt einen Anreiz dar, um Ressortübergreifend zusammen zu arbeiten. Es gibt bspw. gut funktionierende Strukturen durch Stadtteilkonferenzen.
- Projekt „Völklingen lebt Gesund“: Projekt wurde initiiert durch die Volkshochschule; sehr positive Entwicklung; Projektumsetzung unter Beteiligung der gesamten Stadt.
- Projekt „Bernburg bewegt“ in Sachsen-Anhalt (Lokaler Aktionsplan INFORM): Landesvereinigung für Gesundheit hat geschafft mit insgesamt 70 Partnern vor Ort eine konzertierte Aktion zu starten; Eingebunden waren die Kita-, die Schul- oder die Sozialebene; Zusammenarbeit mit der Internationalen Bauausstellung, u.a. Campus Technikus; gemeinsame Aktivitäten zum Thema Gesundheit wurden unter Partnereinbeziehung umgesetzt (z.B. Projekt „Stadtpark – Aktivpark“)
- Projekt „Dormagener Präventionskette“

8. Kooperationstreffen „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, 8. September 2010

5

Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ wurde 2003 auf Initiative der BZgA gegründet und wird maßgeblich durch die BZgA getragen. Ihm gehören aktuell 53 Partnerorganisationen an.

