



Nationaler Workshop

**Intersektorale Zusammenarbeit zur Förderung
gesundheitlicher Chancengleichheit
Köln, 19. Oktober 2009**

**DETERMINE - An EU Consortium for
Action on the Socio - economic Determinants
of Health**

Dokumentation des nationalen DETERMINE-Workshops „Intersektorale Zusammenarbeit zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit“

am 19. Oktober 2009 in Köln

Inhalt

Ziel und Gegenstand des Workshops	2
Zusammenfassung zentraler Ergebnisse.....	3
„DETERMINE – An EU Consortium for Action on the Socio-Economic Determinants of Health“	5
Dorothee Heinen, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA	5
„Nationales Zentrum Frühe Hilfen“	9
Jörg Backes, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA	9
„Erfahrungen mit intersektoraler Zusammenarbeit in der Arbeitswelt“	12
Dr. Karl Kuhn, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, BAuA	12
„Stadtentwicklung und Gesundheitsförderung – am Beispiel Soziale Stadt“ Christa Böhme, Deutsches Institut für Urbanistik, DIfU	16
Ergebnisse der Arbeitsgruppen	20
Arbeitsgruppe 1: Jugendhilfe.....	20
Arbeitsgruppe 2: Arbeitswelt	26
Arbeitsgruppe 3: Stadtentwicklung	32
Ausblick und nächste Schritte	38
Zusammenfassende Bemerkungen von Dr. Simone Weyers, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA:	38
Anhang	40
Programm	40
Teilnehmende.....	41

Ziel und Gegenstand des Workshops

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) waren Partner in dem dreijährigen (2007-2010) von der Europäischen Kommission geförderten Projekt „DETERMINE – An EU Consortium for Action on the Socio-Economic Determinants of Health“. Das übergeordnete Ziel des Projektes war es, ein größeres Bewusstsein und größere Kompetenz bei Entscheidungsträgern aus allen Politikbereichen zu fördern, so dass Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit Berücksichtigung bei der Entwicklung von Strategien und Maßnahmen finden.

Europaweit wurden daher Konzepte entwickelt, um andere Politikfelder und Sektoren für die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit zu gewinnen und somit effektiver und nachhaltiger eine Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit zu erwirken. Im Ergebnis sollen Fragen der Gesundheit und gesundheitlichen Ungleichheit auch in anderen Politikfeldern bei der Ausarbeitung von Politiken und Programmen Berücksichtigung finden.

Der Workshop „Intersektorale Zusammenarbeit“ war einer der deutschen Projektbausteine für den Europäischen Projektzusammenhang von DETERMINE. Im deutschen Kontext ist er eingebettet in den Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, die Strukturen der 16 Regionalen Knoten, das Portal und die Datenbank www.gesundheitliche-chancengleichheit.de sowie die Berichte, Diskurse und Aktivitäten zum Zusammenhang von Armut und Gesundheit.

Die Ziele des Workshops waren: die Möglichkeiten der intersektoralen Zusammenarbeit auszuleuchten, Barrieren zu identifizieren und erwartete Effekte zu formulieren.

Zu diesem Zweck wurden 32 Expertinnen und Experten sowie Akteure aus den Handlungsfeldern Jugendhilfe, Arbeitswelt und Stadtentwicklung eingeladen, um gemeinsam

Chancen und Herausforderungen intersektoraler Zusammenarbeit
zu diskutieren.

Zusammenfassung zentraler Ergebnisse

- Intersektorale Zusammenarbeit ergibt sich **aus gemeinsamen Zielgruppen, gemeinsam zu bearbeitenden Problemlagen und aus gesetzlichen Erfordernissen**. Synergien ergeben sich aus ergänzenden Fachlichkeiten, gebündelten Ressourcen, gemeinsamen Zugängen und dem Empowerment von Zielgruppen. Der gemeinsame Nutzen muss für eine erfolgreiche Kooperation deutlich herausgearbeitet werden.
- Intersektorale Zusammenarbeit ist **gelebte Praxis** in den Bereichen Frühe Hilfen, Eingliederungshilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, Jugendberufshilfe, gemeinsames „case management“ für behinderte Menschen, in Bereichen der Unfallversicherung und im Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“.
- Intersektorale Zusammenarbeit **wird behindert** durch den damit verbundenen zeitlichen Aufwand, mangelnde Kenntnisse von Partnern und Förderinstrumenten, fehlende Anreize (z.B. finanzieller oder gesetzlicher Art) sowie durch Konkurrenzen untereinander und einseitigen Verantwortungszuschreibungen.
- Intersektorale Zusammenarbeit braucht **neue sozialpolitische Instrumente**, da im Handlungsfeld „Arbeitswelt“ viele der bestehenden Instrumente die sektoralen Grenzen eher betonen. Ein „sozialer Geleitschutz“ nach schwedischem Vorbild könnte ein solches Instrument sein. Die sozialpartnerschaftliche Tradition in Deutschland ist für diese sozialpolitischen Innovationen eine förderliche Vorbedingung.
- Intersektorale Zusammenarbeit braucht **gemeinsame, die gesamte Kommune betreffende Ziele**. Die Konzepte sind frühzeitig mit allen beteiligten Partnern abzustimmen, um auch langfristig Wirkung entfalten zu können.
- Intersektorale Zusammenarbeit braucht **finanzielle Anreize und Impulse, aber auch strukturelle Möglichkeiten zur Verstetigung**.
- Intersektorale Zusammenarbeit wird durch Förderprogramme wie das Bund-Länder-Programm **„Soziale Stadt“** gestärkt. **Partnerprogramme**, v.a. aus dem Gesundheitsbereich, würden zusätzliche Schubkraft geben können.
- Intersektorale Zusammenarbeit braucht **einen (ggf. kleinen) Kreis von Willigen, die bereit sind, anzufangen**. Schrittweise sollte der Kreis mit der Zeit erweitert werden.
- Intersektorale Zusammenarbeit braucht ein **aktives Zugehen** auf die Akteure im Gesundheitswesen, wie niedergelassene Ärzte und Therapeuten sowie andere Gesund-

heitsprofessionen und die Krankenkassen. Dazu braucht **es konkrete Anreize, eine wertschätzende Haltung seitens der Kommune und einen langen Atem.**

- Intersektorale Zusammenarbeit heißt auch **Unternehmen bei Umstrukturierungen stärker in die Verantwortung zu nehmen** und an gesundheitsfördernden Maßnahmen für von Arbeitslosigkeit bedrohten Menschen zu beteiligen.
- Intersektorale Zusammenarbeit kann seitens des **Öffentlichen Gesundheitsdienstes** sinnvoll organisiert werden, wenn dieser dafür strukturell gestärkt wird. Die Verwaltung sorgt zudem für Kontinuität und dadurch auch für eine Erfahrungssicherung.
- Intersektorale Zusammenarbeit braucht eine gesicherte Basis durch **eine integrierte Berichterstattung** (z.B. aus Sozial-, Gesundheits- und Bildungsdaten) sowie eine **kontinuierliche Erfassung, Sicherung und Verbreitung der in Projekten gewonnen Erkenntnisse.**
- Intersektorale Zusammenarbeit braucht **Motivation durch gute Beispiele**, um Übergänge im Lebensverlauf dauerhaft und sozial verantwortlich abzusichern.
- Intersektorale Zusammenarbeit braucht **eine kontinuierliche Koordination auf den verschiedenen Ebenen im föderalen System.**

„DETERMINE – An EU Consortium for Action on the Socio-Economic Determinants of Health“

Dorothee Heinen, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist seit ca. zehn Jahren aktiv beteiligt, an verschiedenen Projekten und Maßnahmen zur Ermittlung und Erforschung von Strategien und Auswirkungen der Gesundheitsförderung, um die gesundheitlichen Chancengleichheit in den Ländern Europas und im zwischenstaatlichen Vergleich zu verbessern. Hier konnten auch die Erfahrungen aus dem Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ in den europäischen Kontext eingebracht werden.

DETERMINE ist ein EU-Konsortium für Maßnahmen zur Beeinflussung der sozioökonomischen Gesundheitsdeterminanten. Das Projekt wird von 2007 bis 2010 durchgeführt. Vertragspartner ist das National Institute for Public Health in der Tschechischen Republik. Die Projektarbeit wird von EuroHealthNet koordiniert. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist für die Informationsverbreitung verantwortlich.

DETERMINE vereint mehr als 50 Gesundheitseinrichtungen, öffentliche Gesundheits- und Gesundheitsförderungsinstitute, Regierungen sowie zahlreiche nichtstaatliche Berufs- und Wissenschaftsorganisationen und -netze aus mehr als 26 Ländern Europas unter einem Dach.

Ziel des Projekts DETERMINE ist die Weiterentwicklung vorhandener Arbeiten zu sozioökonomischen Gesundheitsdeterminanten als Ansatz zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten in der EU. Dabei bauen wir auf dem EU-Projekt „Closing the Gap“ (2004-2007) auf, in dem eine europäische Wissensbasis und Infrastruktur entwickelt wurde, um Strategien und Maßnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten auf verschiedenen Ebenen auszutauschen, umzusetzen und zu fördern.

Weiterhin ergänzt DETERMINE die Arbeit der WHO-Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit (2005-2008).

Ein weiteres Ziel ist es, politische Entwicklungen, die sozioökonomische Gesundheitsdeterminanten positiv beeinflussen, konkret voranzutreiben.

Dies geschieht durch

- Erweiterung der aktuellen Wissensbasis zu HiAP-Ansätzen („Health in All Policies“) unter Berücksichtigung von Fragen der Übertragbarkeit und Rentabilität,
- Ermittlung innovativer Ansätze, genauer von Projekten auf der Basis von Social Marketing- und Public-Private-Partnership-Modellen, sowie Durchführung von drei Pilotprojekten,

- Sensibilisierung anderer Politikfelder für sozioökonomische Gesundheitsdeterminanten und Verbesserung der Kompetenz der Konsortialmitglieder, diese Gesundheitsdeterminanten zu beeinflussen,
- Weiterentwicklung des Portals www.health-inequalities.eu zur wichtigsten Online-ressource der EU in Sachen sozioökonomische Gesundheitsdeterminanten und gesundheitliche Ungleichheiten.

Hierzu wurden im Rahmen des Projektes Beispiele für politische Strategien und Maßnahmen zur Beeinflussung sozialer Determinanten gesundheitlicher Ungleichheiten ermittelt und untersucht. Dies geschah sowohl auf Ebene der Mitgliedstaaten als auch auf EU-Ebene. Zwölf Partnerländer haben an einer zugehörigen Umfrage teilgenommen. Die Ergebnisse spiegeln demzufolge die ausgewerteten Antworten dieser Länder wider.

Die Untersuchungen erlauben die folgenden Schlussfolgerungen:

- Auch wenn die Partnerländer über kein umfassendes, systematisches Konzept zur Beeinflussung sozialer Determinanten gesundheitlicher Ungleichheiten verfügen, gibt es nicht nur im Gesundheitswesen sondern auch in anderen Politikfeldern zahlreiche entsprechende Maßnahmen und Programme.
- Durch die Umsetzung regierungsübergreifender Strategien auf hoher Ebene werden Maßnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten gefördert.
- Derzeit kommen folgende Mechanismen zur Beeinflussung sozialer Determinanten gesundheitlicher Ungleichheiten zum Einsatz:
 - ressortübergreifende Ausschüsse unter Federführung des Gesundheitssektors oder anderer Sektoren,
 - Bewertung der Auswirkungen auf Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit (Gesundheitsverträglichkeitsprüfung),
 - ressortübergreifende Konsultationen, Einbeziehung von Vertretern der in Armut lebenden Bevölkerungsgruppen, Beamten und Fachleuten auf horizontaler Ebene.
 - Auf EU-Ebene werden Länder durch Maßnahmen wie der offenen Methode der Koordination angeregt, Ziele im Bereich der sozialen Sicherheit festzulegen und integrierte politische Ziele zu entwickeln.

Zur Demonstration innovativer Verfahren zur Beeinflussung sozioökonomischer Determinanten unterstützte das DETERMINE-Projekt drei Pilotprojekte, die mit Social Marketing- und Public-Private-Partnership-Modellen arbeiten.

Dabei wurden die drei folgenden Projekte ausgewählt:

1. Ein Projekt in Dänemark mit dem Ziel, das Gesundheitsverhalten adipöser Männer mit geringer oder keiner Schulbildung zu verbessern.
2. Ein Projekt in Ungarn zur Verbesserung der Wohnsituation einer Roma-Community.

3. Ein Projekt in Slowenien, das Obdachlosen einen verbesserten Zugang zu Gesundheitsdiensten ermöglichen soll, um so die mit der Obdachlosigkeit verbundenen Gesundheitsschäden zu verringern oder zu verhindern.

Die Mittel, die in diese drei Projekte fließen, werden genutzt, um einzelne Elemente im Sinne einer besseren Beeinflussung sozioökonomischer Gesundheitsdeterminanten anzupassen. Die Projektlaufzeit beträgt ein Jahr (Oktober 2008 bis Oktober 2009). Anschließend werden die Projekte ausgewertet, um festzustellen, warum und wo welche Ansätze erfolgreich waren und in welchen Bereichen sich gewonnene Erkenntnisse auf ein höheres EU-Niveau übertragen lassen.

Ein viertes Projekt, das ebenfalls unterstützt wird, nennt sich „Recharge yourself“ und befasst sich mit dem Thema Sozialtourismus.

Ein weiteres wichtiges Handlungsfeld des Projekts bestand in der Befragung politischer Entscheidungsträger. Hierzu haben die DETERMINE-Partner 40 nicht im Gesundheitssektor tätige Politikerinnen und Politiker befragt, wobei vier Bereiche der ressortübergreifenden Zusammenarbeit im Zentrum des Interesses standen:

1. Erfahrungen und Potenzial der Befragten im Bereich der ressortübergreifenden Zusammenarbeit,
2. Bewusstsein der Befragten für Chancengleichheit, Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheiten,
3. Bereitschaft der Befragten zur Beeinflussung sozioökonomischer Determinanten gesundheitlicher Ungleichheiten,
4. Informationsbedarf der Befragten und benötigte Hilfsmittel für eine nachhaltige Zusammenarbeit bei der Beeinflussung sozioökonomischer Gesundheitsdeterminanten.

Ganz generell ergab die Befragung, dass alle befragten Entscheidungsträger zwar in der einen oder anderen Weise mit anderen Sektoren zusammenarbeiten, Gesundheit oder gesundheitliche Ungleichheiten jedoch meist nicht der Anlass zur Zusammenarbeit sind.

Wenn gesundheitliche Ungleichheiten Beachtung finden, werden sie nicht als sozialer Gradient gesehen, der die gesamte Gesellschaft betrifft. Vielmehr konzentrieren sich die Maßnahmen auf Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status und wenden sich an gefährdete und marginalisierte Bevölkerungsgruppen.

Sehr viel offener stehen politische Entscheidungsträger der Beeinflussung sozioökonomischer Gesundheitsdeterminanten gegenüber, wenn diese einen direkten, „physischen“ Bezug zur Gesundheit der Bevölkerung aufweisen, so beispielsweise im Umweltsektor oder Verkehrswesen, wo etwa bei der Städteplanung nach lokalen Interventionsplänen gearbeitet wird. Im Zusammenhang mit politischen Entscheidungen, die eine Verbesserung des physischen Lebensumfelds der Menschen zum Ziel haben und damit einen klar er-

kennbaren Bezug zur Gesundheit aufweisen, lassen sich sozioökonomische Determinanten somit eher in den politischen Diskurs einbringen.

Nach wie vor konzentrieren sich Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit und Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten vorwiegend auf die Veränderung von Lebensweisen und Verhalten anstatt zugrundeliegende strukturelle Determinanten gesundheitlicher Ungleichheiten ins Visier zu nehmen.

In manchen Ländern scheint das Ziel der Chancengleichheit für alle einen sensiblen Nerv zu treffen, da die politische Ideologie darüber entscheidet, ob Maßnahmen zur Beeinflussung sozioökonomischer Gesundheitsdeterminanten in die Verantwortung der Regierung fallen oder nicht.

Der Gesundheitssektor selbst spielt bei der Unterstützung gemeinsamer Maßnahmen zur Beeinflussung sozioökonomischer Determinanten gesundheitlicher Ungleichheiten eine zentrale Rolle. Politische und persönliche Führungsstärke ist gefragt, um Maßnahmen zur Beeinflussung sozioökonomischer Determinanten zu propagieren und voranzutreiben. Um das vorhandene Führungspotenzial freizusetzen, muss der Gesundheitssektor seine Position stärken und anderen Sektoren auf Nachfrage mit seinem Fachwissen konkret zur Seite stehen. Darüber hinaus sollte der Gesundheitssektor proaktiv handeln und andere Partner frühzeitig aktiv in die Diskussion einbeziehen, um an der Festlegung von Aufgabe und Strategie mitzuwirken.

Der Gesundheitssektor muss seinen Partnern klarer vor Augen führen, dass eine gesundheitspolitische / gesundheitsfördernde Strategie einen einzigartigen Beitrag und Mehrwert für sozioökonomische Determinanten gesundheitlicher Ungleichheiten darstellt.

Angehörige des Gesundheitssektors sollten ermutigt werden, Vertretern anderer Sektoren „zuzuhören“, um deren politische Ansatzpunkte zu verstehen, Win-win-Lösungen herauszuarbeiten und so nachhaltige Partnerschaften aufzubauen.

Noch weitere wichtige praktische Empfehlungen für den Aufbau effektiver und nachhaltiger Partnerschaften wurden gegeben, z.B.:

- Aufbau eines persönlichen Vertrauensverhältnisses,
- Vernetzung, um Amtsträger aus verschiedenen Bereichen zusammenzubringen und auf höchster politischer Ebene Druck auszuüben,
- Vereinheitlichung des Sprachgebrauchs, um anderen Politikfeldern das Verstehen und Behandeln sozialer Determinanten gesundheitlicher Ungleichheiten zu erleichtern.

Um ressortübergreifenden Strategien zur Schaffung gesundheitlicher Chancengleichheit zum Erfolg zu verhelfen, haben die DETERMINE-Partner Maßnahmen zur Bewusstseinsförderung und Entwicklung von Kompetenzen in die Wege geleitet, die das Verständnis und die Zusammenarbeit mit anderen Sektoren verbessern sollen. Diese Maßnahmen werden im Laufe des kommenden Jahres durchgeführt.

„Nationales Zentrum Frühe Hilfen“

Jörg Backes, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) hat 2006 das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ auf den Weg gebracht, um einen besseren Schutz von Kleinkindern vor Misshandlung und Vernachlässigung zu erreichen. Dies soll erreicht werden durch:

- Frühe Hilfen und Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern
- Früherkennung von Risiken und Gefährdungen
- Optimierung und Implementierung effektiver Hilfesysteme
- Effektive Kooperationsstrukturen von Gesundheitswesen und Jugendhilfe mit klar vereinbarten Handlungsschritten

Eine bessere Kooperation des Gesundheitswesens und der Jugendhilfe ist nötig, weil

- dadurch eine Sicherung des Kindeswohls in psychischer, physischer und sozialer Hinsicht erreicht wird,
- zahlreiche Problemlagen nur durch system- und professionsübergreifende Nutzung der Kompetenzen und Ressourcen lösbar sind und
- dann sichere Übergänge zwischen den beiden Systemen geschaffen werden können.

Als zentrales Steuerungsinstrument des Aktionsprogramms wurde das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) gegründet. Es besteht seit 2007 in Kooperation der BZgA mit dem Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJI) und hat seinen Sitz in Köln. Die Laufzeit ist zunächst auf die Dauer des Aktionsprogramms bis Ende 2010 begrenzt. Durch die Trägerstruktur des NZFH mit Kooperationspartnern aus dem Gesundheitsbereich und der Jugendhilfe hat man auch auf der Bundesebene den Vernetzungsgedanken zwischen diesen beiden Systemen umgesetzt.

In erster Linie soll das NZFH die wissenschaftsbasierte Weiterentwicklung des Feldes sowie den Auf- und Ausbau von bundesweiten Unterstützungssystemen weiter bringen. Die Maßnahmen und Aktivitäten des NZFH sind in drei Bereiche unterteilt: Wissensplattform, Kommunikation und Transfer.

Eine wesentliche Aufgabe im Bereich Wissensplattform ist die Koordination der Modellprojekte zu Frühen Hilfen in den Ländern und das Zusammenführen der Erkenntnisse und Forschungsergebnisse, um Empfehlungen für die Praxis zu entwickeln. In jedem Land (teilweise länderübergreifend) wird ein Modellprojekt zu Frühen Hilfen durchgeführt. Die unterschiedlichen Modelle zeichnen sich durch ein breites Spektrum hinsichtlich inhaltlichem Fokus und Methoden der wissenschaftlichen Begleitung aus. Dabei werden sowohl spezifische Interventionen (z.B. Einsatz von Familienhebammen, spezielle Beratungsangebote etc.) als auch Kooperationsbezüge und Vernetzungsstrukturen untersucht. Darüber hinaus werden in einigen Projekten auch Kosten-Nutzen- und Wirkungsanalysen durchgeführt.

Dabei orientieren sich die Forschungsfragen in den Modellprojekten in erster Linie an den Qualitätsdimensionen zu Frühen Hilfen, wie sie sich im Aktionsprogramm wieder finden:

- Systematisch und umfassend Zugang zur Zielgruppe finden
- Systematisch und objektiviert Risiken und Belastungen erkennen
- Familien zur aktiven Teilnahme an Hilfen motivieren
- Hilfen an den Bedarf der Familie anpassen
- Monitoring des Verlaufs der Hilfeerbringung
- Verankerung der Hilfe im Regelsystem

Im Verlauf der Modellprojektphase wurden die Dimensionen noch ergänzt durch:

- Vernetzung und verbindliche Kooperation der Akteure

Befragungen der Modellprojekte zur Dimension „Vernetzung und verbindliche Kooperation der Akteure“ sowie erste Zwischenergebnisse aus den Projekten zu diesem Punkt geben einen Überblick und Hinweise zu förderlichen Faktoren für regionale Netzwerke Früher Hilfen:

- Die Kommune muss aktiv werden und Netzwerk initiieren (top-down)
- Einrichtung einer zentralen Koordinierungsstelle (Federführung)
- Klärung der Verantwortlichkeiten (Jugendamt, Gesundheitsamt,...)
- Abschluss verbindlicher Kooperationsvereinbarungen
- Bereitstellung zeitlicher und finanzieller Ressourcen
- Interdisziplinarität und Interprofessionalität
- Angebot unterschiedlicher Hilfen (unspezifische und spezifische)
- Herstellung von Transparenz über vorhandene Angebote

- Qualifizierung; organisierter Erfahrungsaustausch
- Öffentlichkeitsarbeit zur Herstellung einer breiten Akzeptanz

Eine weitere Aufgabe im Bereich Wissensplattform sind Recherche und Monitoring zu Frühen Hilfen in Deutschland. Hierzu hat das NZFH gemeinsam mit dem Deutschen Institut für Urbanistik (DIfU) die „Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen auf den Weg gebracht“.

Im Zeitraum November 2008 bis Januar 2009 wurden in einer ersten Erhebungswelle insbesondere Aspekte zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen erfragt. Hierzu wurden alle Jugend- und Gesundheitsämter in Deutschland in ihrer Funktion als (potenzielle) regionale Steuerungsbehörden für Frühe Hilfen befragt:

- Der Rücklauf aus allen Ämtern betrug 59,3 % mit einer etwas höheren Teilnahmequote bei den Jugendämtern im Vergleich zu den Gesundheitsämtern.
- 89 % der teilnehmenden Ämter meldeten eigene Aktivitäten im Bereich Früher Hilfen zurück.
- Hiervon sind 96 % der Jugendämter aktiv bei Frühen Hilfen mit einer Beteiligung von 72,6 % der Ämter an interdisziplinären Netzwerken.
- Bei den Gesundheitsämtern sind 78,9 % engagiert in der Thematik Frühe Hilfen; 58,5 % davon in einem Netzwerk mit anderen Professionen.
- Zur Steuerungsverantwortung für den Auf- und Ausbau von Netzwerken Früher Hilfen geben 72 % aller befragten Ämter an, dass sie diese beim Jugendamt sehen; 20 % sehen eine gemeinsame Verantwortung von Jugend- und Gesundheitsamt.

Ein zentrales Ergebnis der Bestandsaufnahme unterstreicht die Wichtigkeit klar geregelter Zuständigkeiten und Verfahrenswege in der Kooperation vor Ort. Demzufolge erreichen verbindlich organisierte Netzwerke eine deutlich bessere Wirkung als unverbindliche Netzwerke. Die Auswirkungen betreffen dabei nicht nur die Zusammenarbeit der Netzwerkakteure oder die interne Netzwerkstruktur, sondern auch die Akzeptanz Früher Hilfen seitens der Familien.

„Erfahrungen mit intersektoraler Zusammenarbeit in der Arbeitswelt“

Dr. Karl Kuhn, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, BAuA

Die Überwindung sozialer Ungerechtigkeit, Förderung des Sozialschutzes oder Kampf gegen soziale Ausgrenzung und Diskriminierung sind Zielvorgaben, die im EU-Vertrag von Lissabon vereinbart wurden. Auch aus der Mitgliedschaft der Bundesregierung in der „International Labour Organization“ (ILO) und den dort formulierten Standards ergeben sich entsprechende Orientierungen.

Die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Erwerbstätigen wird durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst; sowohl individuelle Faktoren (Geschlecht, Alter, Ausbildung) als auch soziale Faktoren (Work-Life-Balance, soziale Unterstützungssysteme, Beschäftigungsform, Erwerbsstatus, Lebensphasen), betriebliche Bedingungen (Arbeitsbedingungen, Versorgungssystem und -qualität), sozialpolitische Rahmenbedingungen u.v.m. haben Einfluss auf die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit. Darüber hinaus sind Erhalt und Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit eng verzahnt mit Maßnahmen und Aktivitäten der öffentlichen Gesundheit, der Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik, der Renten- und Gesundheitspolitik, der Bildungspolitik und mit der Sozialpolitik im Allgemeinen. Die jeweiligen eingesetzten Strategien und Ansätze sind oft unterschiedlich und die Erträge in den verschiedenen Politikbereichen wie auch notwendige Verknüpfungen, Anbindungen und Synergien werden oftmals nicht ersichtlich und nicht genutzt.

Hinzu kommt der dramatische Wandel der Arbeitswelt: Die Erosion des Normalarbeitsverhältnis und die Entgrenzung der Erwerbsarbeit sind aktuelle Entwicklungen, die auch gesundheitsrelevante Folgen für Beschäftigte und die Arbeitswelt haben. In 2005 waren ein Drittel aller Beschäftigungsformen atypisch, bei den Frauen sogar 54 %.

Weitere aktuelle Entwicklungen kommen erschwerend hinzu. So haben von den 3,6 Millionen Betrieben in Deutschland nur noch 15.000 eine Belegschaftszahl, die über 500 Beschäftigten liegt. Damit sind 60 % der Beschäftigten in Klein- und Mittelbetrieben (KMU) tätig. Auch diesen Aspekt muss eine Strategie der intersektoralen Zusammenarbeit berücksichtigen.

Gesundheitliche Ungleichheit in der Arbeitswelt hat vielfältige Ausdrucksformen und drückt sich z.B. in Formen von Arbeitslosigkeit, Frühverrentung oder Behinderung aus. Für all diese Tatbestände gibt es gesetzliche Regelungen, die auch eine Beeinflussung der Determinanten von Gesundheit ermöglichen. Sie finden sich vor allem im SGB II, SGB V, SGB VII und SGB IX.

Zentrale Strategie der intersektoralen Zusammenarbeit zur Unterstützung und Bearbeitung dieser Herausforderungen ist verbindliche Netzwerkarbeit. Der Aufbau des deutschen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung wird erläutert und im Folgenden bilanziert.

Gründe, die für Netzwerkarbeit sprechen und diese befördern:

- gemeinsames Anstreben eines alle Beteiligten interessierenden Ziels
- Zusammenführung vielfachen Expertenwissens
- höhere Motivation und Kreativität
- gegenseitiger Informations- und Wissensaustausch
- Bündelung personeller und finanzieller Ressourcen
- gruppendynamischer Prozess
- Stabilität, auch beim Ausscheiden bzw. Wechsel Einzelner
- höhere Akzeptanz der Ergebnisse bei Dritten
- „kleinere“ Partner sind gleichberechtigt mit „größeren“ zusammen (Hierarchiefreiheit)

Risiken von Netzwerken:

- Zeitinvestitionen falsch einschätzen
- passive Teilnehmer, die sich nicht einbringen und nur schnell von den Ergebnissen (die andere erarbeitet haben) profitieren wollen
- unterschiedliche Interessenlagen passen/finden nicht zueinander
- zur starker Koordinierungsbedarf unterschiedlicher Standpunkte
- Misstrauen untereinander, Konkurrenzdenken
- eigene persönliche Handlungsfreiheit und Identität sind eingeschränkt
- Aufgabe gewisser Freiheiten
- grundsätzlich keine Einzelaktionen möglich
- dominierende Einzelinteressen / Fraktionsbildung
- Fehler in der Öffentlichkeitsarbeit
- zu geringe Finanzmittel

- Versagen Einzelner kann zur Störung des gesamten Projekts führen

Organisationsempfehlungen:

- Klärung, wer den Anstoß für die Netzwerkbildung gibt
- Auswahl und Ansprache einiger potenzieller Partner
- mit diesen in einem ersten Gespräch Zielklärung und Auswahl weiterer potenzieller Partner
- auf eine gewisse regionale Nähe achten
- namhafte bzw. repräsentative Mitglieder finden, auch als Anreiz für weitere Interessenten
- Ansprache aller potenziellen Partner, Einladung zum ersten Treffen, Tagesordnung
- Klärung:
 - Netzwerkziele / Organisationsstruktur / Arbeitsweise, Sitzungsrythmus / Kostenaufteilung / wer „den Hut auf hat“ (Bildung eines Sprechergremiums, ggf. aus „neutralen“ Mitgliedern) / „Kümmerer“ bei jedem Netzwerkpartner festlegen / Einbindung weiterer Partner / ggf. Haftungsfragen
- Kommunikation aufrecht erhalten, auch zwischen den Treffen
- professionelles Projekt- und Netzwerkmanagement
- Konkretisierung der Ziele und deren laufende Anpassung
- wenn möglich, zunächst kurzfristig erreichbare Ziele anstreben, erreichen und „feiern“
- konkrete, für die Teilnehmenden attraktive Themen bedarfsgerecht anbieten
- regelmäßige Vertrauensbildung, z.B. durch Konsensbeschlüsse
- gemeinsame Ergebnisse und Produkte entwickeln und als Gemeinschaftsergebnis „verkaufen“ / Netzwerkidentität schaffen / ggf. eigenes Label
- regelmäßige Selbstreflexion (Themen, Strukturen, Arbeitsweise)
- Mitwirkung einfordern, Commitment aufrecht erhalten
- ggf. Öffentlichkeitsarbeit, gute Ergebnisse kommunizieren
- Ergebnisse werden von allen Netzwerkpartnern im Rahmen ihrer Möglichkeiten umgesetzt

Das Verbundprojekt „Lange Lehren“, ein Präventionsprojekt zum Burn-Out bei Lehrkräften, versucht diese Strategien der Netzwerkzusammenarbeit zu berücksichtigen.

Im Einzelnen entstanden ein Coaching-Programm zur Verbesserung der beruflichen Beziehungsgestaltung, ein Trainingsprogramm zum Umgang mit verhaltensauffälligen Schülerinnen und Schülern, ein betriebsärztliches Betreuungs- und Beratungskonzept zur Gesundheitsförderung sowie ein Programm zur Reduktion des Lärmpegels im Unterricht mittels „Lärmampel“.

(Quelle: <http://www.inqa.de/Inqa/Navigation/themen,did=251526.html>)

„Stadtentwicklung und Gesundheitsförderung – am Beispiel Soziale Stadt“

Christa Böhme, Deutsches Institut für Urbanistik, DIfU

Warum intersektorale Zusammenarbeit?

- Die Verbesserung von Lebenslagen und Lebensverhältnissen ist gemeinsame Zielsetzung von sozialer Stadtteilentwicklung und Gesundheitsförderung.
- Es gibt einen gemeinsamen Handlungsbedarf der beiden Bereiche – ausgelöst durch die armutsbedingte Konzentration von gesundheitlichen Belastungen und Benachteiligungen in Soziale-Stadt-Gebieten.
- Integratives Vorgehen, ressortübergreifende Ausrichtung, quartiers- bzw. setting-bezogener Ansatz sowie aktivierende und partizipative Arbeitsweisen kennzeichnen gemeinsame Handlungsprinzipien der beiden Sektoren.

Diese Gemeinsamkeiten von sozialer Stadtteilentwicklung und Gesundheitsförderung legen eine intersektorale Zusammenarbeit der beiden Bereiche nahe, um **Win-win-Situationen und Synergieeffekte** zu erzeugen, gemäß des Satzes von Aristoteles: „Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile.“

Mögliche Win-win-Situationen und Synergieeffekte sind:

- breitere Thematisierung der jeweiligen Ziele und Arbeitsinhalte
- Übertragung bewährter Ansätze aus dem anderen Bereich
- Nutzung von Strukturen des anderen Bereichs
- bessere Ausnutzung begrenzter Personal- und Finanzressourcen
- Entlastung von Politik, Verwaltung, Dritter und Bürger durch Schaffung gemeinsamer Netzwerke
- effektivere Erreichung gemeinsamer Ziele

Was hemmt intersektorale Zusammenarbeit?

Folgende Faktoren wirken sich hemmend aus:

- sektorale Verwaltungsstruktur und traditionelles Ressortdenken
- fehlendes Wissen über den jeweils anderen Bereich
- Nichterkennen eines möglichen Mehrwerts
- verschiedene „Sprachwelten“

- ein „Zuviel“ an Kooperationsansprüchen in Verbindung mit ausbleibendem oder verzögertem Erfolg
- Ressourcenknappheit (personell und zeitlich)
- häufig fehlender Ansprechpartner für Gesundheitsförderung in der Verwaltung

Was fördert intersektorale Zusammenarbeit?

- Bewusstsein über gemeinsame Ziele/Visionen
- Bewusstsein über gemeinsamen Nutzen
- individuelle Kooperationsbereitschaft
- Vertrauen in die Kompetenz des Partners
- personelle Kontinuität
- Zusammenarbeit „auf gleicher Augenhöhe“
- Koordinierung des Kooperationsprozesses
- politische Unterstützung

Wer trägt die Zusammenarbeit?

Bundesebene:

Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung, Bundesministerium für Gesundheit, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, einzelne Krankenkassen, Gesunde-Städte-Netzwerk, Bundestransferstelle Soziale Stadt beim Deutschen Institut für Urbanistik u.a.

Länderebene:

Landesvereinigungen für Gesundheit / Regionale Knoten, einzelne Bau- und Gesundheitsministerien, einzelne Landesarbeitsgemeinschaften Soziale Stadtentwicklung und Gemeinwesenarbeit u.a.

Kommunale Ebene:

Kommunalverwaltung: Stadtentwicklung, Gesundheit, Jugend u.a.

Quartiersebene:

Quartiermanagement, lokale Koordinierungsstelle Gesundheit, lokale Kinder- und Jugendhilfeträger, Gesundheitshaus/-laden, lokales Ärztenbündnis u.a.

Wer moderiert und koordiniert die Zusammenarbeit? Welche Strukturen sind dafür erforderlich?

Kommunale Ebene:

- Stadtentwicklungs-, Gesundheits- oder Jugendamt
- Steuerungsgruppe: entscheidungsbefugte Vertreterinnen und Vertreter der relevanten Fachämter, Quartiermanagement/lokale Koordinierungsstelle, ggf. Krankenkassen

Quartiersebene:

- Quartiermanagement/lokale Koordinierungsstelle Gesundheit
- Stadtteilbüro
- Stadtteil(gesundheits)konferenz, Runder Tisch, Werkstätten, Projektarbeitsgruppen

Was braucht es, um Zusammenarbeit zu verstetigen?

- Erfolge (mit denen sich auch alle Partner „schmücken“ dürfen)
- Kontinuität (Personen, Koordination)
- verlässliche Strukturen
- verlässliche Regeln
- Spaß an der Zusammenarbeit und stimmige „Chemie“
- „langen Atem“

Wo ist ressortübergreifende Zusammenarbeit bereits gelebter Alltag? Wo finden sich gute Beispiele?

Bundesebene:

- Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung und Bundesministerium für Gesundheit / Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,
- Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“

Länderebene, z.B.:

- Bau- und Gesundheitsministerien einzelner Bundesländer (z.B. Brandenburg)
- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW und Städtenetz Soziale Stadt NRW

Kommunale und Quartiersebene, z.B.:

- Integriertes Handlungskonzept Berlin-Sparrplatz: Quartiermanagement, Gesundheitsamt, Quartiersrat, Gesundheit Berlin e.V., KITAS und Schulen arbeiten gemeinsam am Handlungsfeld Gesundheit,
- Konzept „Sozialraumorientierte Gesundheitsförderung“ in Jena-Winzerla: hier kooperieren die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V., das Jugendamt der Stadt Jena und das Quartiermanagement,
- Gruppenpraxis München-Hasenberg: Ärzte engagieren sich seit vielen Jahren für die soziale Stadtteilentwicklung im Quartier,
- „Mehr als gewohnt. Die Fürther Innenstadt macht sich stark für Gesundheitsförderung“: Eine ressortübergreifende Steuerungsgruppe der kommunalen Verwaltung koordiniert die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung,
- MAG's – Münchner Aktionswerkstatt Gesundheit: im Auftrag des Referates Gesundheit und Umwelt der Stadt München initiiert die MAG's seit vielen Jahren gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklungsprozesse.

Ergebnisse der Arbeitsgruppen

Im Folgenden werden die zentralen Arbeitsergebnisse der drei Arbeitsgruppen anhand der gemeinsamen Leitfragen vorgestellt.

Bei der Darstellung wurde Wert darauf gelegt, die Vielschichtigkeit der Diskussion sowie die Vielfalt der Blickwinkel und Einschätzungen einzufangen und abzubilden. Deshalb ergeben sich nicht immer ein widerspruchsfreies Bild oder eine stringente Argumentation.

Auf den folgenden Seiten finden Sie also ein vielschichtiges Material, das uns dabei helfen wird, gemeinsam den Prozess der intersektoralen Zusammenarbeit zu gestalten.

Arbeitsgruppe 1: Jugendhilfe

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Arbeitsgruppe 1:

Jörg Backes (BZgA), Gesine Bär (Gesundheit Berlin-Brandenburg), Martina Hermann-Biert, (Stadt Dormagen), Edith Jung (Kreis Offenbach), Prof. Lotte Kaba-Schönstein (Hochschule Esslingen), Carola Kirsch (Stadt Wolfsburg), Lieselotte Simon-Stolz (Gesundheitsamt Neunkirchen), Sabine Virefléau (Projekt „Keiner fällt durchs Netz“)

Moderation: Dr. Antje Richter-Kornweitz (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.)

Protokoll: Gesine Bär

Warum intersektorale Zusammenarbeit?

- Anlass der Zusammenarbeit ist, dass mit dem **gleichen Klientel** gearbeitet wird, daraus ergibt sich auch eine gemeinsame Verantwortung.
- Zudem gibt es **gleiche Problemlagen** zwischen verschiedenen Aufgabenbereichen, durch Zusammenarbeit lassen sich **andere Ressourcen und weiteres Wissen erschließen, Erfahrungen und weitere Strukturen nutzen**.
- Die Zusammenarbeit im Bereich „Frühe Hilfen“ von Familienhebammen, Jugendhilfe, ASD, Gesundheitsamt ist dafür ein wichtiges Beispiel.

- In den Themenbereichen der Jugendberufshilfe und der Jugendsozialarbeit sind ARGEn und Jugendhilfe aufeinander angewiesen.
- **ARGEn** müssen einmal im Jahr eine **Jugendkonferenz** ausrichten, die ist ein wichtiger Anlass zum Aufbau von Kooperationsstrukturen.
- **Gesetzliche Anlässe** zur Zusammenarbeit
 - „Eingliederungshilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche“ nach § 35a SGB VIII, die ein hohes Maß an intersektoraler Zusammenarbeit erfordern. Pädagogische Expertise und therapeutisches Wissen sind erforderlich.
 - „Vernetzungsgebot“ im § 81 SGB VIII für die Jugendhilfe.

Wo ist ressortübergreifende Zusammenarbeit bereits gelebter Alltag?

- Eine interdisziplinäre frühe Förderung ist gelebter Alltag.
 - Durch den **Vertrauensvorschuss**, den Hebammen genießen, haben sie **leichter Zugang zu den Familien**.
 - **Netzwerke mit verschiedenen Professionen haben sich als Informationspool bewährt.** Einbindung der Hebammen in lokale Hilfenetzwerke und die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe ist ein Qualitätsmerkmal der Arbeit. Auf diese Weise können angemessene Hilfestellungen für die Familien geboten werden und eine Überforderung der Hebammen wird vermieden.
 - Die Vernetzung der Hebammen gelingt **nicht „nebenbei“**. Für die Freiberuflichen ist das ein zusätzlicher Aufwand. Ein Entgegenkommen der Jugendhilfe und anderer kommunaler Ämter ist dabei erforderlich.
 - Bewährt haben sich **Hebammensprechstunden in Stadtteileinrichtungen**.
 - In einem Beispiel gelingt mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst die Zusammenarbeit am besten. Mit den Niedergelassenen gibt es eher eine lockere Zusammenarbeit. Dafür wären **verbindliche Regeln** wichtig.
 - **Einbindung der ARGEn:** Im Bereich „Frühe Hilfen“ sind die ARGEn auch bedeutsam aber bislang wenig eingebunden. Auch von einer fehlenden Bereitschaft zur Zusammenarbeit wird von den Teilnehmenden berichtet.
- Generell gelingt aus Sicht des Gesundheitsamts die Kooperation mit anderen Sektoren leichter als mit dem eigenen Bereich (Klinik, niedergelassenen Ärzten).
- Die Erfahrungen aus der Jugendhilfe zeigen dagegen, dass die Zusammenarbeit innerhalb des eigenen Bereichs einfacher ist. Die Kooperation mit dem Gesundheitssystem stellt sich schwierig dar. Vor allem mit niedergelassenen Ärzten ist eine Kooperation schwer aufzubauen (Grund: Unternehmerdenken).

- Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und Kliniken ist problematisch.
- Empfehlungen für den Aufbau von Kontakten mit den Arztpraxen sind:
 - Der „**Richtige**“ muss **einladen und Wertschätzung** ausdrücken. In Dormagen lädt der Bürgermeister zwei Mal pro Jahr die niedergelassenen Ärzte ein, z.B. zum italienischen Büfett.
 - Es braucht **einen langen Vorlauf und „lockende Angebote“**: In Dormagen gibt es auch eine Schulung mit den Sprechstundenhilfen. Diesen wird durch die Kommune ein Obolus dafür gezahlt, dass sie an ihrem freien Nachmittag kommen.
 - Ähnliche Erfahrungen werden aus dem Bereich Frühförderung im Saarland berichtet („man was bringen muss, um auf offene Ohren seitens der Niedergelassenen zu stoßen“). Eine **Mitarbeit des ÖGD bei der Frühförderung** führt zur Zusammenarbeit mit Ärzten, da man ihnen Aufgaben abnimmt.
 - Anreize über **Fortbildungspunkte** für die Treffen lassen sich über die Landesärztekammern schaffen.
 - **Terminsetzungen** müssen beispielsweise Mittwochnachmittage oder auch Wochenenden einbeziehen. Hierzu gibt es allerdings auch widersprüchliche Erfahrungen: ein passender Termin oder Fortbildungspunkte (in Offenbach z.B. 4 Punkte für ein Netzwerktreffen) allein sichert nicht allein die Beteiligung der Ärzte.
- Es gibt auch **Grenzen der Zusammenarbeit**; das Thema „Frühe Hilfen“ ist inflationär, die Leute sind auch genervt.
- Die **Polizei** ist als wichtiger Partner in vielen Kommunen **gut eingebunden**, sowohl für jüngere als auch für ältere Kinder. Sie informieren und machen auch selbst viel.
- **Schulen und hier besonders die Ganztageschulen** sind wichtige Partner: Im Beispiel Dormagen konnten sie schließlich für Zusammenarbeit gewonnen werden durch einen Einstieg über die Frage: „Erzählen Sie von einem Kind, das Ihnen Sorgen macht.“
- **Schulsozialarbeiter** sind wichtige Verbindungsleute zwischen Schule und Jugendhilfe.
- **Zusammenarbeit mit Krankenkassen:**
 - Gute Partnerschaft in **Wolfsburg** mit der Deutschen BKK: in allen 7. Klassen finden Projekte gegen Essstörung statt.
 - Gegenteilige Erfahrungen liegen im Frühe-Hilfen-Projekt im Saarland und in Offenbach vor.

- Zudem geht die Krankenkassen-Unterstützung nicht über eine befristete Projektfinanzierung hinaus.
- Weitere Partner für gelebte Zusammenarbeit werden mit den **Familienzentren** und **Sportvereinen** genannt (v.a. in sozialen Brennpunkten) sowie im Rahmen von **Gemeinwesenarbeit** mit den sozialen Trägern vor Ort (z.B. AWO, Caritas).
- Alltag der gesetzlich verpflichtenden Zusammenarbeit bei den „Eingliederungshilfen“ nach § 35a SGB VIII: Pädagogische Expertise und therapeutisches Wissen sind erforderlich. Kommunale Vereinbarungen können hierfür eine gute Arbeitsgrundlage schaffen. Jedoch gibt es auch Kommunen, die von einem hohen Maß an Konflikten in diesem Bereich berichten.

Wer / Was trägt die Zusammenarbeit?

- Auf alle bauen, die mit Kindern und Familien zu tun haben. Alle einbinden, die wollen (Beispiel Dormagen).
- Wichtige Partner: Polizei, Schulen, Krankenkassen, Kitas, ARGEn
- Engagierte Einzelpersonen in zuständigen Ressorts und lokalen Settings

Wer moderiert/unterstützt die Zusammenarbeit?

- **Lenkungsgruppe**, die bei konkreten Aufgaben zeitlich befristete Arbeitsgruppen einsetzt.
- **Freigestellter Mitarbeiter**: in Dormagen ist ein Verwaltungskollege freigestellt für die Koordinierungsaufgaben „Lenkungsausschuss“ und „Arbeitsgruppen“
- **Familienzentrum**

Was braucht es, um erfolgreiche Zusammenarbeit zu verstetigen?

- Gezielte Strategien und intersektoral abgestimmte Konzepte entwickeln.
- Eine dialogische Entwicklung mit allen Trägern ist eine wichtige Voraussetzung für die Verstetigung.
- Vereinbarungen in Kommune fördern, Ziele formulieren.
- Eine wichtige Grundlage für nachhaltiges Engagement ist eine integrierte Sozial- und Gesundheitsberichterstattung (SGBE), ergänzt um Bildungsdaten.
- Kleinräumig Sozial-, Gesundheits- und Bildungsdaten erfassen.
- Klare Strukturen in der Zusammenarbeit schaffen.

- Mitarbeiterteams interdisziplinär zusammensetzen.
- Einzelne Fachbereiche in einem zusammenführen (Beispiel Dormagen).
- Intersektorale Zusammenarbeit in Bildungsplan aufnehmen.
- Gewachsene Strukturen müssen einbezogen werden („Man kann nichts überstülpen“).
- Modellprojekte durch Überleitung in die Alltagsstrukturen verstetigen.
 - Beispiel das Handbuch „Vernetzung“ im Projekt „Guter Start ins Kinderleben“ setzt an Regelstrukturen an.
 - Beispiel „G’sund und G’scheit“-Projekte in Baden-Württemberg: Kita kann Gesundheitsaspekte des vorhandenen „Orientierungs- und Bildungsplans“ durch Weiterführung der Elemente des Modellprojekts besser umsetzen. Es wird nichts Zusätzliches gemacht.
- Intersektorale Zusammenarbeit braucht eine Finanzierung und frei verfügbare, flexibel einsetzbare Mittel.
- Kommunale Verantwortung von „ganz oben“ übernehmen.
- „Anerkennung“ (ideell und finanziell), z.B. für Ehrenamtliche, aber auch für „eigene“ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.
Budget dafür kann über die Jugendhilfe, SGB XIII, finanziert werden.
- Andere Berufskulturen bei Zusammenarbeit und Terminplanung berücksichtigen
Beispiel freiberufliche Ärzte oder Hebammen („Man muss sich vor Augen führen, dass die Freiberufler vom Arbeitszeiteinsatz leben“)
- Eine „fehlerfreundliche“ Arbeitskultur fördert die Zusammenarbeit.
- Öffentlichkeit schaffen: Verwaltungsspitzen, Pressereferent, Politik einbinden.
- Erfolge nachweisen und transportieren
Beispiel Dormagen: Es konnte beispielsweise gezeigt werden, dass die Förderschuleinweisungen um 25 % zurückgegangen sind. Jedoch birgt diese Nachweisführung die Gefahr, dass starke gegenläufige Trends Erfolge überlagern. Beispielsweise steigen die „Inobhutnahmen“ bundesweit. Dem kann sich auch eine gut vernetzte kommunale Struktur nicht widersetzen.
- **Unkonventionelle Maßnahmen** können Aufmerksamkeit für die Zusammenarbeit schaffen und neue Kooperationen ermöglichen.
- **Regelmäßige Treffen, gemeinsame Fortbildungen und spezialisierte Unterarbeitsgruppen** schaffen stetig Anlässe für die Vernetzung (Beispiel: Interdisziplinäre Koordinationstreffen von „Keiner fällt durch Netz“).

- Netzwerke immer wieder anlassbezogen umbauen, damit sie lebendig bleiben (Beispiel „Frühe Hilfen“ in Offenbach).

Wo finden sich gute Beispiele (Stichwort: Integrierte Handlungskonzepte)?

- **G'sund und G'scheit** (Stuttgart sowie Landesnetzwerk Baden-Württemberg): Gesundheit und Bildung werden verknüpft. Die teilnehmende Kita „Daimler Straße“ hat den Deutschen Präventionspreis erhalten.
- **Dormagen**
- **MoKi (Monheim für Kinder)**
- **Frühe Hilfen „Keiner fällt durchs Netz“**
- **Guter Start ins Kinderleben**
- **Interdisziplinäre Frühförderung**

Konfliktfelder

- § 35a SGB VIII bringt Konflikte zur Kostenübernahme
- Zusammenarbeit mit „schwierigen“ Berufsgruppen: ARGEn, ASD, Lehrer/-innen, niedergelassene Ärzte/-innen, Kliniken, Therapeut/innen, Gesundheitsämter (Kreisebene)
- Sozialpädiatrische Dienste sind schwierig einzubinden (Wolfsburg, Dormagen)

Arbeitsgruppe 2: Arbeitswelt

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Arbeitsgruppe 2:

Manfred Dickersbach (Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW), Carola Gold (Gesundheit Berlin-Brandenburg), Prof. Thomas Kieselbach (Institut für Psychologie der Arbeit, Arbeitslosigkeit und Gesundheit, Universität Bremen), Dr. Karl Kuhn (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin), Dr. Peter Kuhnert (Technische Universität Dortmund), Jan-Frederik Prüßmann (BKK Bundesverband), Helene Reemann (BZgA)

Moderation: Dr. Karl Kuhn (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin)

Protokoll: Carola Gold

Warum intersektorale Zusammenarbeit?

- Die Lösung **besonderer Problemlagen** sozial bedingter gesundheitlicher Belastungen bedarf in vielen Fällen einer intersektoralen Zusammenarbeit.
- Erhalt und Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit insbesondere von benachteiligten Gruppen stellen dabei eine besondere gesellschaftliche Herausforderung für unterschiedliche Träger dar.
- Dies gilt in besonderem Maße für **Arbeitslose**, die mit zunehmender Dauer der Erwerbslosigkeit unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden.
- Hier sind die **gesetzlichen Krankenkassen**, um Präventionsmaßnahmen für Arbeitslose gemäß § 20 SGB V durchzuführen, auf die Kooperation mit anderen **Partnern angewiesen**. Der Zugang zu dieser Zielgruppe ist ansonsten nicht erfolgreich zu gestalten.
- In Bezug auf die Verbesserung der Gesundheitschancen dieser sozial benachteiligten Gruppen ist **zurzeit im Bereich der Arbeitsförderung das größte Entwicklungspotential und die stärkste Dynamik** zu verzeichnen. Die Möglichkeiten, die hier das **SGB III** mit seinen Instrumenten eröffnet, werden bislang jedoch noch nicht von allen Arbeitsamtsbezirken ausgeschöpft.
- Bislang fehlt es noch an gut entwickelten und evaluierten Instrumenten der Prävention bei Langzeitarbeitslosen. Obwohl bekannt ist, dass bereits nach 12 Monaten Arbeitslosigkeit das Risiko einer psychischen Erkrankung massiv zunimmt, hat sich auf der Interventionsseite die Lage seit den 90er Jahren kaum verbessert.

- Zu den Zielgruppen, die in besonderem Maß von Arbeitslosigkeit und Armut bedroht sind, bzw. nur schwer Zugang zu Ausbildung und Beschäftigung finden, zählen:
 - Migrant/innen,
 - Beschäftigte ohne Existenz sicherndes Einkommen („working poor“),
 - Jugendliche ohne qualifizierten Abschluss,
 - Geringqualifizierte,
 - Alleinerziehende,
 - Rentner mit einer Erwerbsbiografie mit langen Phasen der Arbeitslosigkeit bzw. geringfügiger Beschäftigung.
- Hier stellt sich das Erfordernis einer sektorübergreifenden Zusammenarbeit schon aufgrund der Tatsache, dass die **Probleme über den Arbeitsmarkt hinausgehen**.
- Erfolgversprechend sind hier **kommunale Ansätze**, die möglichst früh ansetzen, z.B. bereits in der Schule gefährdete Jugendliche ansprechen, und auf die **Schaffung sicherer Übergänge** (Schule > Ausbildung) zielen.
- Aktuell sind jedoch viele **Langzeitarbeitslose bereits sozial isoliert**. Sie müssen zunächst psychisch stabilisiert werden, damit sich für die überhaupt wieder eine Perspektive eröffnet. In Maßnahmen kann hier z.B. eine Einschätzung beobachtet werden, „Gesundheitsförderung habe ich als Arbeitsloser gar nicht verdient“.
- Für Menschen in Beschäftigung ist eine allgemeine Beschreibung der Gruppen, die die größten **Berufs- und Gesundheitsrisiken** tragen, jedoch schwierig, da sich Rahmenbedingungen in Regionen und Betrieben sehr unterschiedlich darstellen können. Probleme, die z.B. durch Erhöhung des Renteneintrittsalters drohen, können durch die entsprechende **Gestaltung von Tarifverträgen oder Hausverträge** abgemildert werden.
- **Strukturelle Schwierigkeiten** – z.B. die Frage, wo das geeignete Interventionssetting bei Zeitarbeiterinnen und -arbeitern ist – stellen zusätzliche Hindernisse dar, um Zielgruppen zu erreichen.
- Neben der Gesundheit von Arbeitslosen müssen auch die **gesundheitlichen Belastungen im Zusammenhang mit Unternehmensumstrukturierungen** besondere Beachtung erhalten. Bislang wurden Themen der gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit separiert von den Zusammenhängen zwischen Arbeit und Gesundheit diskutiert. Die gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit wurden bereits 1998 im Rahmen einer Studie der International Commission on Occupational Health (ICOH) thematisiert. Die ICOH ist traditionell der Arbeitsmedizin stark verbunden.

- Die Veränderungen in der Erwerbsarbeit (vgl. Präsentation von Karl Kuhn) und die Zunahme des Risikos von Arbeitslosigkeit erfordern, dass **eine „Rückkopplung“ auf die Gesundheit der Menschen im Zeitpunkt ihrer Beschäftigung** erfolgt.
- Die Folgen der **Restrukturierung** von Unternehmen, und die damit einhergehenden gesundheitlichen Belastungen, müssen besondere Beachtung finden. Hierbei **entfalten psycho-soziale Stressoren** eine Wirkung, die dramatische Wirkungen haben kann. Das konnte man am Beispiel der Selbstmorde bei France Telecom sehen.
- Durch entsprechende Interventionen kann zudem ein frühzeitiger Beitrag zur **Verhinderung von Exklusion** durch Arbeitslosigkeit geleistet werden.
- **Unternehmen** sollten, im Sinne eines aufgeklärten Eigeninteresses, über die Folgen von Umstrukturierung für ihr Unternehmen (gesundheitliche Belastungen auch der verbleibenden Belegschaft, innere Kündigung etc.) informiert und in der Entwicklung konstruktiver Konzepte unterstützt werden.
- Um die **Verantwortungsübernahme von (Groß-)Unternehmen** für ihre Beschäftigten in Phasen einer Umstrukturierung zu verbessern, sollten sie **einen Teil der Kosten** tragen, die sich aus der Arbeitslosigkeit (z.B. zur Umschulung) ergeben.

Was führt zu erfolgreicher Zusammenarbeit?

- Die Verpflichtung zur intersektoralen Zusammenarbeit ist bereits in zahlreichen Gesetzen angelegt. Und auch die Rahmenbedingungen intersektoraler Zusammenarbeit können durch **Gesetzgebung** verbessert werden.
 - Beispiel: Durch Veränderungen der Sozialgesetzgebung werden mittlerweile auch Gruppen erreicht, die früher kaum in den Fokus gerieten. Konkret hat das im **SGB IX**, dem Gesetz zur Förderung der Rehabilitation und Teilhabe **behinderter Menschen**, dazu geführt, dass durch das gemeinsame **Case Management** die einzelnen Sozialversicherungsakteure (Renten-, Arbeitslosen-, Krankenversicherung) zu Vernetzung und lösungsorientierter Zusammenarbeit verpflichtet sind.
- Beispielhaft für gelungene Zusammenarbeit ist eine Formulierung der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA): **„Alle arbeiten zusammen, aber jeder in seiner Verantwortung“**. Dieses Verständnis der Zusammenarbeit entspricht der sozialpartnerschaftlichen Tradition in Deutschland. Die entsprechende Interaktion wird dadurch zusätzlich erleichtert.

- Eine erfolgreiche Zusammenarbeit für die Verbesserung der Gesundheit von Arbeitslosen gelingt dann, wenn der **Nutzen**, den der Zuwachs an Gesundheit bedeutet, herausgestellt wird. Für Betriebe bedeutet das: sie sind **ökonomisch erfolgreicher mit einer gesünderen Belegschaft**. Auch der/die Einzelne ist erfolgreicher, wenn er/sie gesund ist.
- Gesundheitliche Ressourcen von Arbeitslosen können durch **Projekte** gestärkt werden. Voraussetzung ist eine **gemeinsame Planung auf der Arbeitsebene** von allen beteiligten Akteuren, das belegt ein EQUAL-Modellvorhaben unter der Leitung von Dr. Peter Kuhnert. Im konkreten Fall waren alle relevanten Akteure, Arbeitsagentur, Gesundheitsamt, Wissenschaft und Praxis beteiligt. In diesem Prozess wuchs das Verständnis für einander und die verschiedenen Akteure lernten z.B. die Hürden ihrer unterschiedlichen Fachsprachen zu überwinden.
- Bezüglich der Gesundheitsförderung bei **Langzeitarbeitslosen** wird im Moment noch zu stark auf die Zusammenarbeit einzelner Sozialversicherungszweige abgestellt (Arbeitslosen- und Krankenversicherung). Langzeitarbeitslosigkeit hat jedoch auch für die Kommunen vielfältige Konsequenzen. Nachhaltige Ansätze müssen daher auch **mit den Kommunen gemeinsam** entwickelt und umgesetzt werden. Dafür müssen ggf. auch **neue Handlungsräume und -anreize** für Kommunen eröffnet werden. Der Stadtteil ist in diesem Zusammenhang auch als ein wichtiges Setting der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen anzusehen.
- Um zu verhindern, dass Menschen in das sog. Prekariat abrutschen, braucht es **neue Formen der Projektentwicklung**. Niemand darf nach zwei Jahren jede Hoffnung auf Zugang zu Beschäftigung verloren haben und sich mit seinem Schicksal abfinden müssen.
- Ein gutes Beispiel wäre die Entwicklung eines „**sozialen Geleitschutzes**“, der Sicherheit in Phasen des Übergangs gibt und die Menschen beim Erhalt ihrer Beschäftigungsfähigkeit unterstützt. In **Schweden** wurden beispielsweise Konzepte entwickelt, um gemeinsam **mit Volkshochschulen additive Fortbildungsangebote** für diese Zielgruppen durchzuführen. Dazu gehört auch, dass die Menschen bereits **frühzeitig eine Beratung** zur persönlichen Unterstützung erhalten. Die Fähigkeit der Menschen, mit Umbrüchen im Lebensverlauf umzugehen, muss systematisch unterstützt werden.
- Ein Ansatz, der die erfolgreiche Zusammenarbeit im Bezug auf Reintegration in den Arbeitsmarkt unterstützt, könnte ein entsprechender **gesetzlicher Anspruch auf Integration** sein, z.B. nach sechs Monaten Erwerbslosigkeit. Eine entsprechende Orientierung wurde bereits 1988 von der EU mit der sozialen Garantie für Arbeitslose angelegt.

Wer moderiert / unterstützt die Zusammenarbeit?

- Ein begünstigender Faktor zur sektorübergreifenden Zusammenarbeit ist es, wenn die **Verpflichtung zur Kooperation gesetzlich** vorgeschrieben wird. Entsprechende Bestimmungen sollten in der Gesundheits-, Bildungs-, Arbeitsförderungs-, Renten- und Regionalpolitik genutzt werden. Beispiele der erfolgreichen Gestaltung sind **Regelungen im Bereich der Unfallversicherung, § 20 SGB V oder das Case Management im Rahmen des SGB IX.**
- Die **gemeinsame Entwicklung, Erprobung und Evaluation von Präventionsmaßnahmen** erleichtert die Verbreitung dieser Ansätze. Ein Beispiel dafür ist „Job fit“. Ein anderes Beispiel ist das Konzept der „stabilisierenden Gruppen“, durch das Menschen psychisch stabilisiert, motiviert und „sprachfähig“ werden sowie für ressourcenorientierte Ansätze gewonnen werden können.
- **Vorherrschende Instrumentarien** sind dabei zunächst mit Skepsis zu betrachten, da diese Instrumente tendenziell **Grenzen reproduzieren**, statt sektorübergreifende Lösungen zu unterstützen.
- **Ökonomische Argumente** können neue ressortübergreifende Handlungsansätze befördern. In Bezug auf Arbeitslose ist dieses Argument jedoch auch kritisch zu beurteilen, da Arbeitslosigkeit auch ein **Selektionsmechanismus** ist, um Menschen mit schlechterer Gesundheit aus Beschäftigung zu drängen. Hier zeigt sich vielmehr eine **moralische Verpflichtung** einer Gesellschaft, sich nicht mit vermeidbaren ungleichen Gesundheitschancen abzufinden.
- Soziale Unternehmensverantwortung heißt auch: Verantwortung für die Gesundheit von Beschäftigten. Dies kommt besonders in Zeiten der Umstrukturierung zum Tragen. Für die Gesundheitsorientierung in Unternehmen muss **ein großes Set** von geeigneten Instrumenten vorgehalten werden.

Was braucht es, um erfolgreiche Zusammenarbeit zu verstetigen?

- Zusammenarbeit muss **geübt** werden.
- Für Zielgruppen, die bislang keine ausreichende Unterstützung erhalten, braucht es **anwaltschaftliches Handeln**, das auch die Lage der Betroffenen skandalisiert.
- Sind Übergänge gescheitert, reicht eine „Betreuung“ der Betroffenen nicht aus. Vielmehr gilt es **Strukturen zu schaffen**, die es ihnen ermöglichen, **selbstständige Agenten ihrer Situation** zu werden.
- Nicht die Schaffung immer vielfältigerer Angebote von Prävention und Gesundheitsförderung sollte das Ziel sein, sondern eine **sozial verantwortliche Organisation von Übergängen**, um der Bildung vulnerabler Gruppen vorzubeugen.

- Hierbei sollte das Verursachungsprinzip, z.B. im Zuge von Restrukturierungsmaßnahmen, zur Anwendung kommen.
- Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang **die Förderung einer breiten Qualifikationsstruktur**, um den Erhalt der Beschäftigung zu unterstützen. Sozialpläne sollten im Sinne dieser aktiven Sozialpolitik weiterentwickelt werden. Dies entspricht z.B. auch der Interessenlage von großen Leiharbeitsfirmen, die ihre qualifizierten Beschäftigten möglichst lange halten wollen.
- Um Gesundheitsförderung zu implementieren, müssen **alle Ressourcen im Umfeld** genutzt werden. Insbesondere für komplexe Settings, z.B. Leiharbeitsfirmen oder Stadtteile, stellt dies eine große Herausforderung dar.
- Besondere Beachtung muss dabei das sogenannte „**Präventionsdilemma**“ erhalten, dass Menschen mit dem größten gesundheitlichen Unterstützungsbedarf am schlechtesten von Prävention und Gesundheitsförderung erreicht werden.
- Um erfolgreiche Konzepte zu ermitteln, bedarf es ergänzend zu Ausschreibung von Projekten auch **einer begleitenden Systematik**, die die gewonnenen Erkenntnisse sichert und ihre Auswertung bzw. Nutzung ermöglicht. Hierzu gehört die **Sicherung der Projektberichte, Evaluationsergebnisse und eine positive Fehlerkultur**.
- Empfohlen wird, **großen Projekten zunächst eine Machbarkeitsstudie vorzuschalten**, diese auszuwerten, um ggf. Modifikationen der Ausschreibung vorzunehmen. Die politische Verantwortung sollte zudem auch die **Umsetzung und Verbreitung der Erkenntnisse** umfassen.

Arbeitsgruppe 3: Stadtentwicklung

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Arbeitsgruppe 3:

Silke Andresen (Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung), Stefan Bräunling (Gesundheit Berlin-Brandenburg), Christa Böhme (Deutsches Institut für Urbanistik), Dr. Annegret Boos-Krüger (Servicestelle HEGISS, Hessen), Eva Göttlein (Quartiersmanagement Fürth), Dorothee Heinen (BZgA), Stefan Krapp (Ministerium für Integration und Raumordnung des Landes Brandenburg), Barbara Leykamm (Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg), Christian Lorentz (Gesundheitsamt Eimsbüttel, Hamburg)

Moderation: Helene Luig-Arlt (Büro für Stadtteilmanagement)

Protokoll: Stefan Bräunling

Hinweis von Frau Boos-Krüger: Neuer Artikel Pallmeier & Boos-Krüger, Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt, in einem Buch von Prof. Dr. Monika Alisch (Hrsg.): Lesen Sie die Packungsbeilage ... ?! Sozialraumorganisation und Gesundheitsinformation. [Verlag Barbara Budrich](#) (Leverkusen-Opladen) 2009

Warum intersektorale Zusammenarbeit?

- Gemeinsamer Entwicklungsplan,
- gemeinsamer Strukturaufbau,
- gemeinsame politische Zielsetzungen.

- Gemeinsame Zielsetzungen:
 - Familienfreundliche Gestaltung der Kommune,
 - Konzentration auf benachteiligte Gebiete. Dabei ist die gesamtstädtische Entwicklung im Auge zu behalten, also nicht das eine Gebiet fördern und die Entwicklung der Gesamtstadt außen vor lassen.
- Als Impuls zur intersektoralen Zusammenarbeit ist ein **finanzieller Anreiz** vonnöten.
- **Geeignete Programme** sind „Soziale Stadt“, Regionale Knoten im Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, Programm zur familien-

freundlichen Kommune (in Baden-Württemberg), Fördermittel z.B. im Rahmen von IN FORM und für die Forschung.

Was bleibt, wenn Programme auslaufen?

- Verstetigung über **andere Programme** z.B. über LOS,
- **Quartiersmanagement** sollte verstetigt werden können: Netzwerke nutzen, bestehende Strukturen nutzen,
- **Anbindung an die Verwaltung:** Kooperation Soziale Stadt – Gesundheitsamt. „Die Verwaltung bleibt einfach. Das Projekt ist zu Ende.“

Vorteile intersektoraler Zusammenarbeit

- **Zugang** zu Zielgruppen kann (bspw. über Quartiersmanagements) erleichtert werden.
- Die Zielgruppen werden besser an Projekten der Quartiersentwicklung beteiligt (**Partizipation**).

Warum gibt es derzeit noch so wenig ressortübergreifende Kooperationen?

- Ansprechpartner für kommunale Gesundheitsförderung fehlt oft.
- **Zeitfaktor:** Kooperation erfordert Zeitaufwand. „Wenn einer drei Jahre im Geschäft ist, dann hat er mindestens 20 Arbeitskreise an der Backe. Dies wird in keiner Arbeitsplatzbeschreibung gewürdigt und so auch eingeplant.“
- **Mangelnde Kenntnis voneinander:** Was machen eigentlich die anderen, womit befassen sie sich, welche Programme laufen in anderen Ressorts?
- Das **Haushaltsrecht** verhindert Kooperation.
- Andere Ressorts entziehen sich manchmal der Beteiligung, da die **Soziale-Stadt-Mittel** eine mangelnde (finanzielle) Unterstützung durch **andere Ressortmittel** z.T. ausgleichen können.
- Es fehlen **Partnerprogramme zur Sozialen Stadt** (entsprechend dem abgelaufenen Programm des Bundesministeriums für Jugend, „Entwicklung und Chancen“; derzeitiges Beispiel „Stärken vor Ort“). Insbesondere fehlt ein **Partnerprogramm zur Prävention in der Sozialen Stadt**.
- Es fehlen ressortübergreifend **AKTIVE Partner**.
- **Partner springen ab**, wenn keine Gelder (mehr) zur Verfügung stehen.

- Projektträger ziehen teilweise den Förderprogrammen hinterher. Dies wirkt der Nachhaltigkeit entgegen.
- Inhalte verschiedener Programme und Fördermöglichkeiten sind den Partnern in verschiedenen Ressorts nicht gleichermaßen bekannt.
- Es **gibt Empfindlichkeiten zwischen den Ressorts und Ämtern**, „Keiner möchte sich die Butter vom Brot nehmen lassen. Das Paradebeispiel hierfür sind die Familienhebammen.“

Wer / Was trägt die Zusammenarbeit?

- Erfolg,
- **Nutzen** für die eigenen Ziele,
- **Effizienz** durch Zusammenarbeit,
- **Zugang** zu anderen Zielgruppen,
- eine gesamtstädtische Strategie,
- Finanzen, sowohl als **Impuls** als auch zur Verstetigung,
- **Rückhalt** durch die politische Spitze.
Dies gilt für die Kommune wie für die Landesebene. Zusammenarbeit der Sektoren muss von oben auch gewollt sein. Auch Weisungen sind dann manchmal hilfreich.
- Dabei kann ein „**Netzwerkmanagement**“ (im Quartier oder auf kommunaler Ebene) eine Struktur sein, um die vielen Gremien und Konzepte zu koordinieren und nachhaltig zu etablieren.

Wer unterstützt die Zusammenarbeit?

- Das **Programm Soziale Stadt** ist eine wichtige Basis für die Zusammenarbeit zwischen Stadtentwicklung und Gesundheitssektor.
- **Krankenkassen** sind auf Quartiers-, kommunaler, Landes- und Bundesebene wichtige Partner. Zum Teil haben sie regionale Präventionsberater/innen. „Auf die Krankenkassen muss man aktiv zugehen, sonst geht es nicht.“ Hilfreich dafür ist der GKV-Leitfaden.
- Alle Fachbereiche der kommunalen Verwaltung sind potenzielle Partner.
- Den **Sozialraumbezug** teilen viele Partner.
- Weitere wichtige Partner sind:
- Wohlfahrtsverbände,

- Vereine,
- Schulen,
- Sportvereine und -verbände,
- Verbraucherzentralen und Tafeln,
- **Ärzte und medizinisches Personal** (wobei die geeignete Struktur oft fehlt, sie in Netzwerke einbinden zu können),
- **Migrant*innenorganisationen** (um die Beteiligung von Migrant*innen zu fördern),
- Umweltbehörden und -ministerien (fehlen oft noch),
- ARGE, JobCenter und Bundesministerium für Arbeit (häufig noch nicht beteiligt),
- Handwerkskammern oder IHK (thematisch weit weg).
- Die Frage ‚Wer muss dabei sein?‘ ist für den Einstieg womöglich die falsche Fragestellung.
- Grundsätzlich sollte man den Weg der kleinen Schritte gehen bzw. **ein „gestuftes Verfahren“** wählen, d.h. erstmal eine Kern-Arbeitsgruppe zusammenstellen, um dann allmählich weitere Kooperationspartner mit einzubinden.
- „Man vergisst sowieso immer jemand. Wir favorisieren, dass man mit einer ‚**Allianz der Willigen**‘ erstmal startet und nicht mit zu vielen großen Konferenzen mit 50, 60 Leuten.“

Wie kann die Zusammenarbeit verstetigt werden?

- Spontane Antwort: durch **Geld**.
- Erhalt von **Quartiersmanagements**: Finanzierung durch Wohnungsbaugesellschaften, Kommune, Aufstockung der Soziale-Stadt-Gelder
- Gesundheitshäuser, Nachbarschaftshäuser, Mehrgenerationenhäuser
- Englisch Beispiel: „Bürogemeinschaften“ der **Ämter vor Ort** mit Community Nurse
- **Leitstellen für Prävention und Gesundheitsförderung** (Beispiel Berlin: in den kommunalen Gesundheitsämtern)
- **Koordination**: Keine feste Struktur vorgeben, sondern diese sich jeweils den regionalen Gegebenheiten und Bedürfnissen anpassen lassen! Dies gilt auch für die Frage, wo der Träger der Zusammenarbeit zur kommunalen Gesundheitsförderung angesiedelt sein sollte.

„Wer könnten die Taktgeber sein? Kommunale Gesundheitsförderung ist in aller Munde, aber niemand ist dafür letztendlich Ansprechpartner. Ist das nur der Öff-

fentliche Gesundheitsdienst, müssen nur die sich jetzt damit auseinander setzen, oder ist das eine Angelegenheit für alle Fachbereiche, unter anderem Stadtentwicklung?“

„Es ist schwierig, wenn es keine kommunale Stelle für das Thema Gesundheit gibt. Es funktioniert nicht, wenn keiner den Hut dafür auf hat.“

„Ich glaube, ein Patentrezept werden wir hier nicht finden. Ich finde aber grundsätzlich, man muss es an prominenter Stelle praktizieren. Es kann nicht sein, dass ein Sachbearbeiter sagt, das Thema finde ich klasse und ich box' das mal durch. An der nächsten Ecke wird der nämlich eingefangen.“

„Man sollte auf jeden Fall den kommunalen Gesundheitsdienst nicht aus der Pflicht entlassen, sondern eher aktivieren.“

Gute Beispiele

- Eine Fundgrube für gute Beispiele ist die **Datenbank „Gesundheitliche Chancengleichheit“** des Kooperationsverbundes sowie
- die neue Arbeitshilfe des Deutschen Instituts für Urbanistik **„Kinder- und jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil“**.
- **„Lenzgesund“** in Hamburg,
- die Kooperation zwischen der Landes-Koordinierungsstelle **HEGISS** und der Landesvereinigung **HAGE** in **Hessen**,
- **LAG Soziale Stadtentwicklung** (z.B. in Baden-Württemberg),
- die **Stadt Saarlouis**, die sich die Gesundheitsförderung vorrangig auf die Fahnen geschrieben hat,
- das kommunale Netzwerk „Gesund aufwachsen“ in Baden-Württemberg.
- In der **Stadt Senftenberg** wurden die „Stadt-Detektive“ zuerst im Soziale-Stadt-Gebiet durchgeführt, mittlerweile in der ganzen Stadt. „Intersektorale Zusammenarbeit zwischen Gesundheit und Stadtentwicklung muss sich keinesfalls auf Soziale-Stadt-Gebiete beschränken.“
- Ein Beispiel für die Zusammenarbeit mit Verbraucherzentralen sind **die Kochkurse der Kasseler Tafel** in Zusammenarbeit mit der Verbraucherzentrale und dem Hausfrauenverband – „Diese Organisationen suchen nach Klientel für ihre Beratungsangebote!“
- Einige Beispiele für die Beteiligung des Umweltressorts wurden genannt: das Projekt „Mehr als gewohnt. Die **Fürther Innenstadt** macht sich stark für Gesundheitsförderung“ mit Beteiligung des Umweltamtes, das **Aktionsprogramm „Umwelt und Gesundheit“** und **Lokale-Agenda-Projekte**.

Gesetzliche Grundlage für die Zusammenarbeit von Gesundheitsbereich und dem Bereich Stadtentwicklung?

Nicht bekannt.

Ausblick und nächste Schritte

Zusammenfassende Bemerkungen von Dr. Simone Weyers, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA:

Es gibt eine Vielzahl von horizontalen und vertikalen Kooperationen, Netzwerken und Steuerungsgruppen. Die Legitimationen dafür sind unterschiedlich. Inwieweit bilden Studienergebnisse eine Legitimation für intersektorale Zusammenarbeit?

Im Bereich der Erwerbstätigkeit haben Studien gezeigt, dass die Exposition gegenüber Stressoren das Risiko von körperlichen und seelischen Krankheiten erhöht. Zu diesen Risiken gehören einerseits die bekannten physikalischen und chemischen Stressoren des Erwerbslebens, die im Arbeitsschutz berücksichtigt sind. Ferner gehören dazu die seit geraumer Zeit erforschten psychosozialen Stressoren, welche z.B. Interventionen zum Stressmanagement notwendig machen. Die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitswesen ist entsprechend etabliert.

Im Bereich der Jugendhilfe ist die Bedeutung der sozialen Umstände für Lebensqualität, Entwicklungschancen und Gesundheit der Kinder offensichtlich. Oft wird jedoch normativ argumentiert. In diesem Zusammenhang sind Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung interessant, welche eine Lebenslaufperspektive anwenden. Diese legen zunehmend Beweise dafür vor, dass die Interaktion und Akkumulation von Einflüssen über die Lebensspanne auch eine zentrale Rolle bei der Gesundheit im Erwachsenenalter spielt.

Im Bereich der Stadtentwicklung besteht ebenfalls noch größerer Bedarf an wissenschaftlichem Transfer. Die Bedeutung der Qualität des Wohnviertels für die Gesundheit ist überwiegend im Zusammenhang mit Aspekten der Verkehrssicherheit und Hygiene nachgewiesen. Bezüglich psychosozialer Aspekte (z.B. soziales Kapital), sozioökonomischer Benachteiligung (Arbeitslosigkeit im Stadtteil) oder Infrastruktur (Werbung, Kneipen) werden erst in letzter Zeit Nachweise für die gesundheitliche Bedeutung erbracht.

Diese aus der sozialepidemiologischen Forschung stammenden Ergebnisse müssen in die Politikbereiche kommuniziert werden. Die Herausforderung für die Wissenschaft besteht darin, Ergebnisse den Repräsentant/innen der anderen Fachgebiete verständlich zu vermitteln. In diesem Sinne könnte statt einer normativ begründeten eine evidenzbasierte,

intersektorale Gesundheitsförderung entstehen. Dies ist eine Chance für den Gesundheitsbereich, eine proaktive Rolle zur Förderung intersektoraler Kooperation einzunehmen.

Ausblick

Der Workshop hat gezeigt, dass ein großes Interesse an dem Thema „intersektorale Zusammenarbeit zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten“ besteht. Dies wurde auch durch die mit viel Engagement geführten Diskussionen deutlich.

Die BZgA greift dieses Interesse durch die Erstellung eines Themenheftes im Rahmen der Arbeitshilfen „Aktiv werden für Gesundheit“ auf. Das Heft wird praktische Arbeitshilfen für die sektorübergreifende Arbeit in Gebieten mit besonderem Entwicklungsbedarf enthalten.

Als nationale Abschlussveranstaltung des DETERMINE-Projektes ist am 2. Dezember 2010 in Berlin ein Symposium als Satellit des Kongresses „Armut und Gesundheit“ geplant.

Anhang

Programm

Workshop „Intersektorale Zusammenarbeit zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit“

Ort: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Datum: 19. Oktober 2009
Dauer: 10:00 – 16:30 Uhr

10:00 Begrüßung

*Helene Reemann, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Dr. Karl Kuhn, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin*

10:15 Vorstellung des Projektes DETERMINE

Dorothee Heinen, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

10:30 Vorstellung dreier relevanter Sektoren

Jugendhilfe: *Jörg Backes, Nationales Zentrum frühe Hilfen*
Arbeitswelt: *Dr. Karl Kuhn, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin*
Stadtentwicklung: *Christa Böhme, Deutsches Institut für Urbanistik*

11:30 Arbeitsgruppen / Diskussion

Moderation:
Jugendhilfe: *Dr. Antje Richter, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.*
Arbeitswelt: *Dr. Karl Kuhn, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin*
Stadtentwicklung: *Helene Luig-Arlt, Büro für Stadtteilmanagement*

13:00 Mittagessen

14:00 Fortsetzung der Arbeitsgruppen /Diskussion

15:00 Zusammenfassung der Ergebnisse der Arbeitsgruppen

15:30 Diskussion der Ergebnisse

Dr. Simone Weyers, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

16:00 Zusammenfassung des Workshops, Nächste Schritte

*Dr. Karl Kuhn, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
Helene Reemann, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*

16:30 Ende der Veranstaltung

Teilnehmende**Silke Andresen**

Bundesministerium für Verkehr, Bau und
Stadtentwicklung, Referat SW 22, Soziale Stadt, Integration,
Wohnen in der Stadt
Krausenstr. 17-20
10117 Berlin
Tel.: 030/20086 223
E-Mail: silke.andresen@bmvbs.bund.de

Jörg Backes

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Str. 220
Nationales Zentrum Frühe Hilfen
51109 Köln
Tel.: 0221/8992 459
E-Mail: joerg.backes@nzfh.de

Gesine Bär

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
Friedrichstr. 231
10969 Berlin
Tel.: 030/443190 74
E-Mail: baer@gesundheitberlin.de

**Dr. Annegret Boos-
Krüger**

HA Hessen Agentur GmbH
Regionalbüro Kassel
Ständeplatz 15
34117 Kassel
Tel.: 0611/774 8728
E-Mail: annegret.boos-krueger@hessen-agentur.de

Christa Böhme

Deutsches Institut für Urbanistik
Straße des 17. Juni 112
10623 Berlin
Tel.: 030/39001 291
E-Mail: boehme@difu.de

Stefan Bräunling

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
Friedrichstr. 231
10969 Berlin
Tel.: 030/443190 74
E-Mail: braeunling@gesundheitberlin.de

Manfred Dickersbach

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW
Zentrum für Öffentliche Gesundheit
Westerfeldstr. 35-37
33611 Bielefeld
Tel.: 0521/8007 233
E-Mail: manfred.dickersbach@liga.nrw.de

Carola Gold

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
Friedrichstr. 231
10969 Berlin
Tel.: 030/443190 60
E-Mail: gold@gesundheitberlin.de

Eva Göttlein

Projektagentur Göttlein
Quartiermanagement
Geschäftsstelle Gesundheit
Königswarterstr. 62
90762 Fürth
Tel.: 0911/7565670
E-Mail: info@goettlein.de

Dorothee Heinen

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Str. 220
51109 Köln
Tel.: 0221/8992 374
E-Mail: dorothee.heinen@bzga.de

Martina Hermann-Biert

Stadt Dormagen
FB für Schule Kinder Familien u. Senioren
Sozialplanung u. Jugendförderung – Prävention
Paul Wierich-Platz 2
41538 Dormagen
Tel.: 02133/257 522
E-Mail: martina.hermann-biert@stadt-dormagen.de

Rena Hohenstein

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und
Arbeitsmedizin (BAuA)
Friedrich-Henkel-Weg 1-25
44149 Dortmund
Tel.: 0231-9071 2015
E-Mail: hohenstein.rena@buaa.bund.de

Edith Jung

Kreis Offenbach
Kreishaus
Werner-Hilpert-Straße 1
63128 Dietzenbach
Tel.: 06074/8180 3233
E-Mail: e.jung@kreis-offenbach.de

**Prof. Lotte Kaba-
Schönstein**

Hochschule Esslingen
Flandernstr. 101
73732 Esslingen
Tel.: 0711/397 4501
E-Mail: Lotte.Kaba-Schoenstein@hs-essingen.de

**Prof. Thomas Kiesel-
bach**

Institut für Psychologie der Arbeit, Arbeitslosigkeit
und Gesundheit
Universität Bremen
Grazer Str. 2 a
28359 Bremen
Tel.: 0421/218 2047
E-Mail: kieselbach@ipg.uni-bremen.de

Carola Kirsch

Stadt Wolfsburg
Geschäftsbereich Jugend
FB für Schule, Kinder, Familien und Senioren
Pestalozziallee 1 a
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361/282405
E-Mail: carola.kirsch@stadt.wolfsburg.de

Dr. Monika Köster

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Str. 220
51109 Köln
Tel.: 0221/8992 345
E-Mail: monika.koester@bzga.de

Stefan Krapp

Ministerium für Infrastruktur und Raumordnung
Referat 21: Städtebau- und Wohnraumförderung
Henning-von-Treskow-Straße 2-8
14467 Potsdam
Tel.: 0331/866 8151
E-Mail: stefan.krapp@mir.brandenburg.de

Dr. Karl Kuhn

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und
Arbeitsmedizin (BAUA)
Friedrich-Henkel-Weg 1-25
44149 Dortmund
Tel.: 0231/9071 2243
E-Mail: kuhn.karl@baua.de

Dr. Peter Kuhnert

Technische Universität Dortmund
FK 14, Organisationspsychologie
Emil-Figge-Strasse 50
44227 Dortmund
Tel.: 0231/755 4595

Barbara Leykamm

E-Mail: kuhnert@orgapsy.uni-dortmund.de
Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
im Regierungspräsidium Stuttgart
Ref. 94, Gesundheitsförderung
Nordbahnhofstr. 135
70191 Stuttgart
Tel.: 0711/904 39410
E-Mail: barbara.leykamm@rps.bwl.de

Christian Lorentz

Bezirksamt Eimsbüttel
Freie und Hansestadt Hamburg
Grindelberg 66
20139 Hamburg
Tel.: 040/42801 2920/2816
E-Mail: christian.lorentz@eimsbuettel.hamburg.de

Helene Luig-Arlt

Büro für Stadtteilmanagement
Heuberg 5
24977 Langballig
Tel.: 04636/977858
E-Mail: luig-arlt@foni.net

Jan-Frederik Prüßmann

BKK Bundesverband
Kronprinzenstr. 6
45128 Essen
Tel.: 0201/5659635
E-Mail: pruessmann@ipg-uni-essen.de

Helene Reemann

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Str. 220
51109 Köln
Tel.: 0221/8992 349
E-Mail: helene.reemann@bzga.de

**Dr. Antje Richter-
Kornweitz**

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie
für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

Fenskeweg 2

30165 Hannover

Tel.: 0511/3881 18933

E-Mail: antje.richter@gesundheit-nds.de

Lieselotte Simon-Stolz

Gesundheitsamt Neunkirchen

Lindenallee 13

66538 Neunkirchen

Tel.: 06824/906 8856

E-Mail: l.simon-stolz@landkreis-neunkirchen.de

Sabine Virefléau

Escher Weg 7

66119 Saarbrücken

Tel.: 0681/5898 627

E-Mail: s.virefleau@t-online.de

Gabriele Walker

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Ostmerheimer Str. 220

51109 Köln

Tel.: 0221/8992 348

E-Mail: gabriele.walker@bzga.de

Dr. Simone Weyers

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Ostmerheimer Str. 220

51109 Köln

E-Mail: simone.weyers@bzga.de, weyerss@uni-duesseldorf.de



Nationaler Workshop „Intersektorale Zusammenarbeit zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit“ am 19. Oktober 2009 in Köln



www.health-inequalities.eu

The screenshot shows a Mozilla Firefox browser window displaying the website <http://www.health-inequalities.eu/>. The browser's address bar shows the URL, and the page title is "Health-Inequalities: DETERMINE". The website header features the "DETERMINE" logo and the tagline "AN EU CONSORTIUM FOR ACTION ON THE SOCIO-ECONOMIC DETERMINANTS OF HEALTH WORKING TOGETHER FOR HEALTH EQUITY". A search bar is located in the top left, and navigation links for "Home", "About DETERMINE", "DETERMINE Key Outcomes", "DETERMINE Partners", "Good Practice Directory", "National Level Policies", "EU Policy", "Publications", "Events", and "Links" are on the left side. The main content area includes a welcome message: "Welcome to the European Portal for Action on Health Equity". Below this, there are several text blocks providing information about the portal's purpose, the DETERMINE project, and a short film. A central navigation menu titled "What are you interested in?" offers various options like "Get information on the DETERMINE project", "Discover Health in all Policies", "Learn about Innovative Approaches", "Find out about Capacity Building activities", "Get to know the DETERMINE Partners", "Search for Good Practice", and "Read about National Level Policies". On the right side, there are three featured sections: "Final Report of the DETERMINE Consortium" titled "The story of DETERMINE", "DETERMINE Working Documents" titled "ECONOMIC ARGUMENTS", and a "Featured Project Example" titled "Development of a High Professional Immigration Body". The browser's taskbar at the bottom shows the Start button, several open windows, and the system clock showing 13:51.