



Satellitenveranstaltung zum 13. Kongress “ Armut und Gesundheit”
Donnerstag, 30. November 2007
MEHR GESUNDHEIT FÜR ALLE -
GESUNDE LEBENSWELTEN GESTALTEN



Alf Trojan

Voraussetzungen und Bestandteile integrierter Handlungskonzepte

Voraussetzungen und Bestandteile integrierter Handlungskonzepte

-
Alf Trojan

Eröffnungspodium

Mehr Gesundheit für alle: Gemeinsam gesunde
Lebenswelten gestalten!

Berlin, 29.11.2007



Ausdrücke für integrierte Handlungskonzepte / intersektorale Kooperation

- > behördenübergreifende Zusammenarbeit
- > ressortübergreifende Kooperation
- > Verknüpfung der Fachpolitiken
- > Politik-Verflechtung, Politik-Integration
- > (gesundheitsfördernde) Gesamtpolitik
- > Querschnittspolitik



Definition

Intersektorale Kooperation umfasst alle **Aktivitäten der Planung und Umsetzung**, die von mindestens einem Sektor **mit einem anderen Sektor gemeinsam** unternommen werden, um bestimmte Ziele zu erreichen. Sie beginnt mit einer gemeinsamen **Problem-Diagnose** und gemeinsamen **Zielen**.

WHO: **City Health Development Plans** =
Betonung der Determinanten von Gesundheit
und integrierter Planung



Crossing Sectors

„A healthy **community** is easier to achieve than a healthy **world**.“

Quelle: Crossing sectors - Experiences in intersectoral action, public policy and health.
Public Health Agency of Canada 2007.



Integrierte Programme auf lokaler Ebene

Gemeinsamer Focus der Programme:



Ziel: Integration integrierter Programme auf kommunaler Ebene.

Voraussetzungen (= Qualitätskriterien) für erfolgreiche „Healthy Public Policy“ I

(nach WHO: Gesunde Städte, Zwischenbericht 1990, S. 49)

VISION

(World Health Organization)

- > politische Unterstützung
- > aktive Führungsrolle
- > breite städtische Mitverantwortung
- > große Sichtbarkeit des Projekts
- > strategische Ausrichtung

REALITÄT

(Osterkirchenviertel)

—
—
+
—
—



Voraussetzungen (= Qualitätskriterien) II

VISION

- > adäquate Projektressourcen
- > solide Projektorganisation und Verwaltung
- > wirksame Projektausschüsse
- > hohe Bürgerbeteiligung
- > multisektorale Zusammenarbeit
- > Rechenschaftspflichtigkeit der Politik und der Projektleitung

REALITÄT

—
—
—
+
—
—



Integrierte Berichterstattung als Voraussetzung. Warum?

- programm-normativ, z.B. „Gesunde Städte“, LA 21
- gesetzes-normativ, z.B. ÖGD-Gesetz NRW
- wissenschaftlich: Determinanten von Gesundheit
- Argumentationshilfen für advokatorische Rolle des ÖGD („implizite Gesundheitspolitik“ nach Rosenbrock)
- **Anfang des Gesundheitspolitischen Aktionszyklus**



Stufenleiter der Integration

ZPM / IMS / AG Gesundheitsförderung

Stufe	Beschreibung	Anz. Städte Ausg. ➔ Soll
8	Verknüpfung der Daten aller drei Bereiche; Beteiligung aller Akteure; kleinräumige Analysen; nachhaltigkeitsorientierte Indikatoren; Vorschläge für Maßnahmen und Ziele aus und in mehreren Bereichen	
7	Verknüpfung der Daten und Beteiligung der Akteure: G+S; G+U; U+S; G+S+U z.B. im Rahmen von integrierten Programmen	
6	Basisbericht aus einem Bereich mit Daten-Verknüpfung zu anderen Bereichen auf individueller oder sozialräumlicher Ebene	
5	bereichsspezifischer Basis-Bericht mit Kapiteln aus mindestens 2 oder mehr Bereichen a) ohne b) mit Beteiligung des entsprechenden Akteurs	
4	bereichsspezifischer Basis-Bericht mit <u>einem</u> Kapitel aus einem anderen Bereich: a) ohne b) mit Beteiligung v. Akteuren aus anderen Bereichen	
3	bereichsspezifischer Basis-Bericht mit Indikatoren aus mindestens einem anderen Bereich	
2	bereichsspezifischer Basis-Bericht mit gegenseitigem Verweisen auf Berichte in anderen Sektoren	
1	Bericht aus einem Bereich (ohne Verweise)	

Ideal-Modell

Standard-Bericht

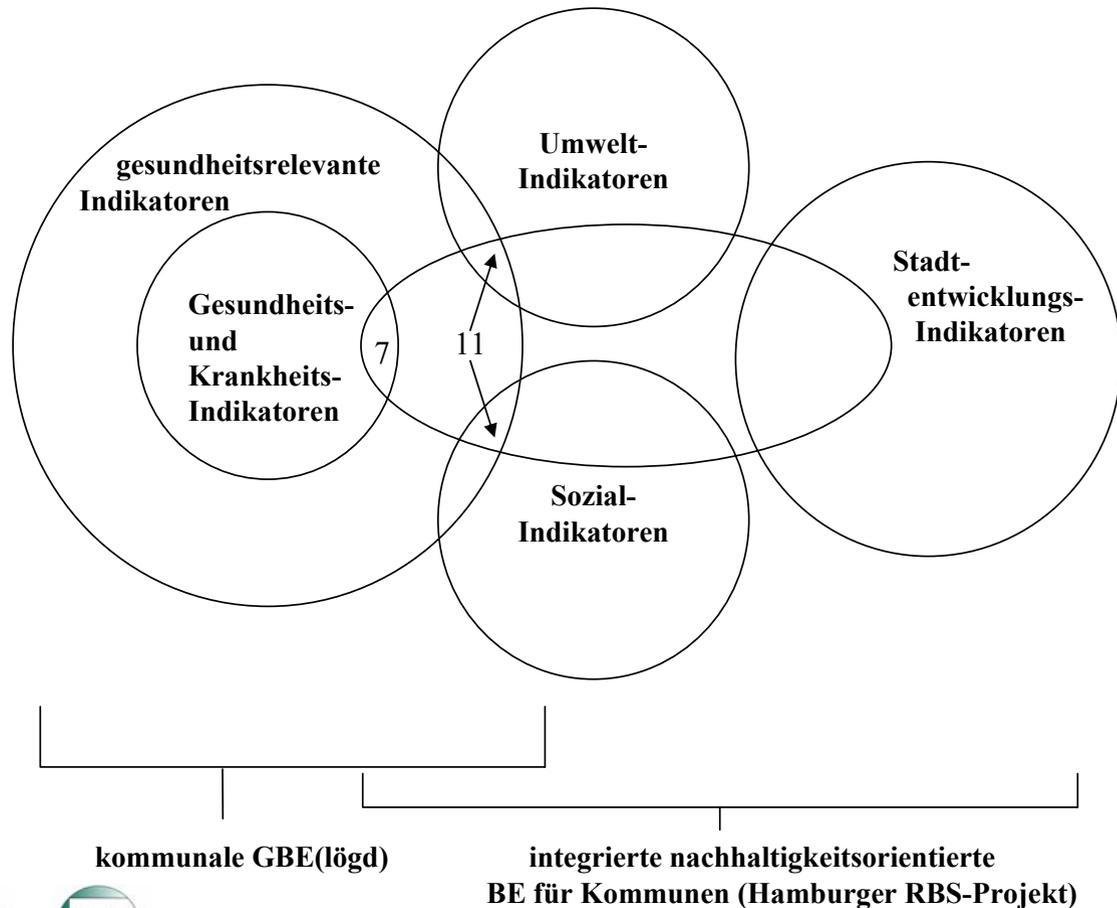


Liste der 18 gemeinsamen bzw. fast identischen Indikatoren von 35 Indikatoren:

- Bevölkerungszahl
- Geburten und Sterbefälle
- Wanderungssaldo
- Ausländeranteile
- Altersgruppenverteilung
- Erwerbstätigenquote
- Sterblichkeit nach Todesursachen
- meldepflichtige Erkrankungen
- Straßenverkehrsunfälle
- Zahngesundheit von Kindern
- ambulant tätige Ärzte
- schwerbehinderte Menschen
- Impfstatus bei Kindern
- Wohnraum pro Person
- Arbeitslosenquote
- Sozialhilfequote
- Wohngeldempfänger
- Luftbelastung

Neben diesen 18 Indikatoren sind zwei weitere Indikatoren (Einkommensdaten, Bildungsdaten) entfernt ähnlich, weil sie aus dem gleichen Indikatorenfeld stammen.

**Indikatoren für eine nachhaltige Entwicklung:
Überschneidungsbereiche des Indikatorenansatzes für kommunale GBE des lögd mit dem Indikatorenansatz des Hamburger Forschungsprojektes (35 Indikatoren)**



Probleme in der Realität integrierter Handlungskonzepte

- Benchmarking (Vergleich zwischen Städten) ist kaum durchführbar
- keine klaren Adressaten im politisch-administrativen System (in NRW kommunale Gesundheitskonferenz?)
- Berichterstattung ist nicht genügend an Erwartungen und Bedürfnisse von Politikern angepasst (Brand/Cornelius-Taylor 2003)
- Wenig Umwandlung von vorhandenen Daten in „Taten“ bzw. Maßnahmen („Lähmungskreis“ statt Aktionskreis)

Chancen I: Förder-/Politik-Programme und Akteure integrierter Politik

- > Gesundere Städte Programmatik („9 Punkte“)
- > (Lokale) Agenda 21 / Aktionsprogramm „Umwelt und Gesundheit“
- > Soziale Stadt(-Entwicklung): **Strukturverbesserungen für sozial benachteiligte Stadtteile**
- > Nat. Aktionsplan gegen Armut und soziale Ausgrenzung (DS14/6134 v. 17.5.2001)
- > „aktivierender Sozialstaat“ und „Zivilgesellschaft“

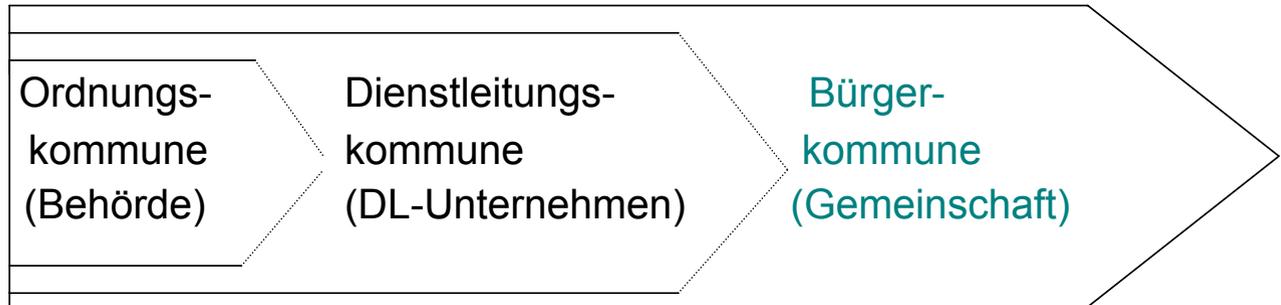


Chancen II: Recht

- > Hamburgisches ÖGD-Gesetz
- > § 20 SGB V („Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder der Krankenkassen“)
- > UVP-Gesetz § 2: Auswirkungen auf den **Menschen**
- > BauGB § 1 C5): Berücksichtigung der (...) „Anforderungen an **gesunde Wohn- und Arbeitsbedingungen**“
- > Raumordnungsgesetz § 2 (1): Sicherung und Weiterentwicklung der „räumlichen Struktur der Gebiete mit **gesunden Lebensbedingungen**“



Akzentverschiebung kommunaler Leitbilder



Ziel:	Rechtstaatlichkeit	Wettbewerbsfähigkeit	Sozialer Zusammenhalt / Partizipation
Blickrichtung:	Staat	Markt/Kunden	Bürgerschaft / örtliche Gemeinschaft
Argumentation:	juristisch	ökonomisch	politisch

nach Banner; zit. in: Heinz 1999, S. 17



§ 7 Grundsatz

- Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt-, Arbeits- und Lebensverhältnisse
- Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention koordinieren
- Freie Selbsthilfegruppen fördern und mit ihren Vereinigungen und Zusammenschlüssen zusammenarbeiten; Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen einrichten
- Zusammenarbeit mit den anderen zuständigen Behörden, insbesondere mit denen für Arbeits- und Umweltschutz



§ 8 Mitwirkung an Planungen

Die vom Kreis oder von der kreisfreien Stadt abzugebenden Stellungnahmen zu Planungs- und Genehmigungsverfahren werden unter Beteiligung der unteren Gesundheitsbehörde erstellt, wenn gesundheitliche Belange der Bevölkerung berührt werden, um Feststellungen zur gesundheitlichen Verträglichkeit des Vorhabens zu treffen.



Chancen III: Informationen

- > Berichterstattung (Gesundheit, Armut, Umwelt)
- > „Gesunde Soziale Stadt“: Arbeitshilfen für Planungs- und Entscheidungsprozesse
- > „Modelle guter Praxis“ in zahlreichen Städten, z.B.
- > Handbuch „Healthy Urban Planning“ der WHO
- > deutsche Publikationen:
 - Geene u.a.: Gesundheit-Umwelt-Stadtentwicklung
 - Mielck u.a.: Städte und Gesundheit
 - Haus: Bürgergesellschaft, soziales Kapital und lokale Politik
 - Schader-Stiftung: Politische Steuerung der Stadtentwicklung



Genutzte Chancen?

- > Wie erreichen wir stärkere Kooperation / **Integration** der **Programme** „vor Ort“?
- > Wie nutzen wir die allgemeinen **rechtlichen Möglichkeiten** besser und wie verwirklichen wir die neue **Rolle der Gesundheits- und Umweltämter**?
- > Wie können wir **Information in Motivation** und praktisches oder politisches Handeln **ummünzen**?



Negative Faktoren für intersektorale Kooperation

- > Informationsabläufe
- > (haushalts-)gesetzliche Grenzen
- > Ressortbezogenheit; „die Tradition“
- > Nicht-Nutzung von Entscheidungs- und Handlungsoptionen
- > Arbeitsüberlastung / Ressourcen
- > keine Übereinstimmung in Zielen und Ansätzen
- > „nicht-stimmige Chemie“; „der Faktor Mensch“

(Interviews 1998, zit. nach Süß und Trojan/Stumm/Süß/Zimmermann : Politikstrategien für kommunale Gesundheitsförderung, Workshop-Dokumentation)



„Intersectoral cooperation can be extremely difficult to achieve.“

- > Sektorale Sicht verstellt den Blick,
- > Identitätsverlust droht,
- > professionelle Privilegien gehen verloren,
- > es werden keine effektiven Mittel und Wege für den nötigen Wandel gesehen.

(zit. n. Burton/Tsourou: Healthy Urban Planning. WHO 2000, S. 35)



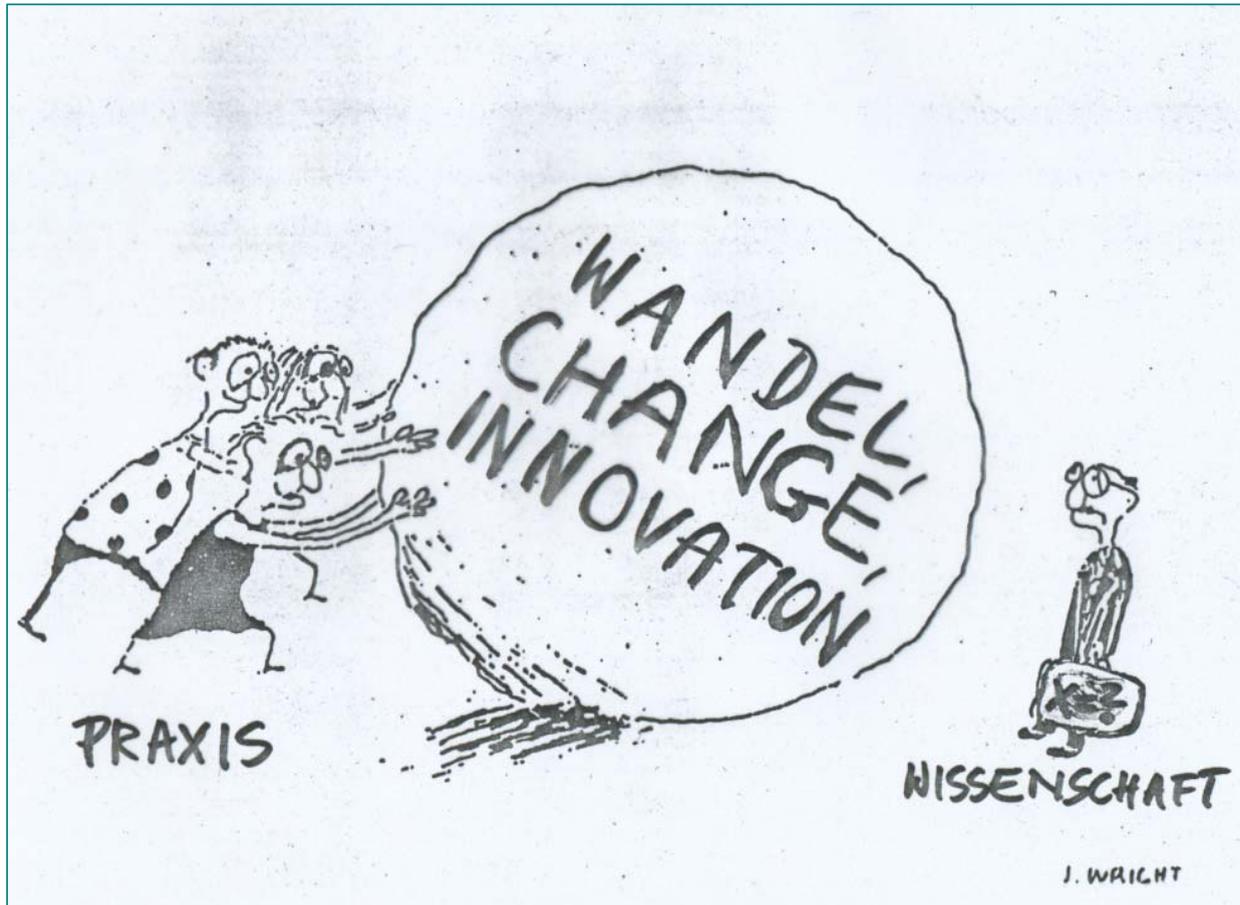
Schlußfolgerungen aus der kanadischen „Crossing Sectors“ Analyse

1. **Context** matters are crucial.
2. Intersectoral action (IA) is a strategy that can address a **wide range of health problems**.
3. IA is both dynamic and **resource**-intensive.
4. IA becomes **more difficult in more complex policy environments**.
5. There does **not** appear to be a „one size fits all“ **model**.

Quelle: Crossing sectors - Experiences in intersectoral action, public policy and health.
Public Health Agency of Canada, 2007.



Sisyphus-Arbeit



Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!

