

DIE BEDEUTUNG LOKALER KOORDINATIONSGREMIEN FÜR DIE KOMMUNALE GESUNDHEITS-(FÖRDERUNGS-)POLITIK: Blick zurück und nach vorn

Düsseldorf, 7. Mai 2015

Alf Trojan



TEIL I: BLICK ZURÜCK

Einige frühe Meilensteine

- **Landesarbeitsgemeinschaften für ...**
- Gemeindeinterventionsstudien der DHP (Kommunale vs. Kooperative Prävention) 1979-1991
- Laienpotential, Selbsthilfe- und Netzwerkforschung („Projekt Mettmann“) 1979-1987
- Wohnortnahe Rheumaversorgung 1984 – 1990
- 80er Jahre: Kommunale Arbeitskreise in NRW
- **1986 Ottawa Charta + Gesunde Städte Projekt**
- **1988 Public Health Action Cycle des IOM**

Community Action:
Dort, wo die Leute
leben, lieben, arbeiten

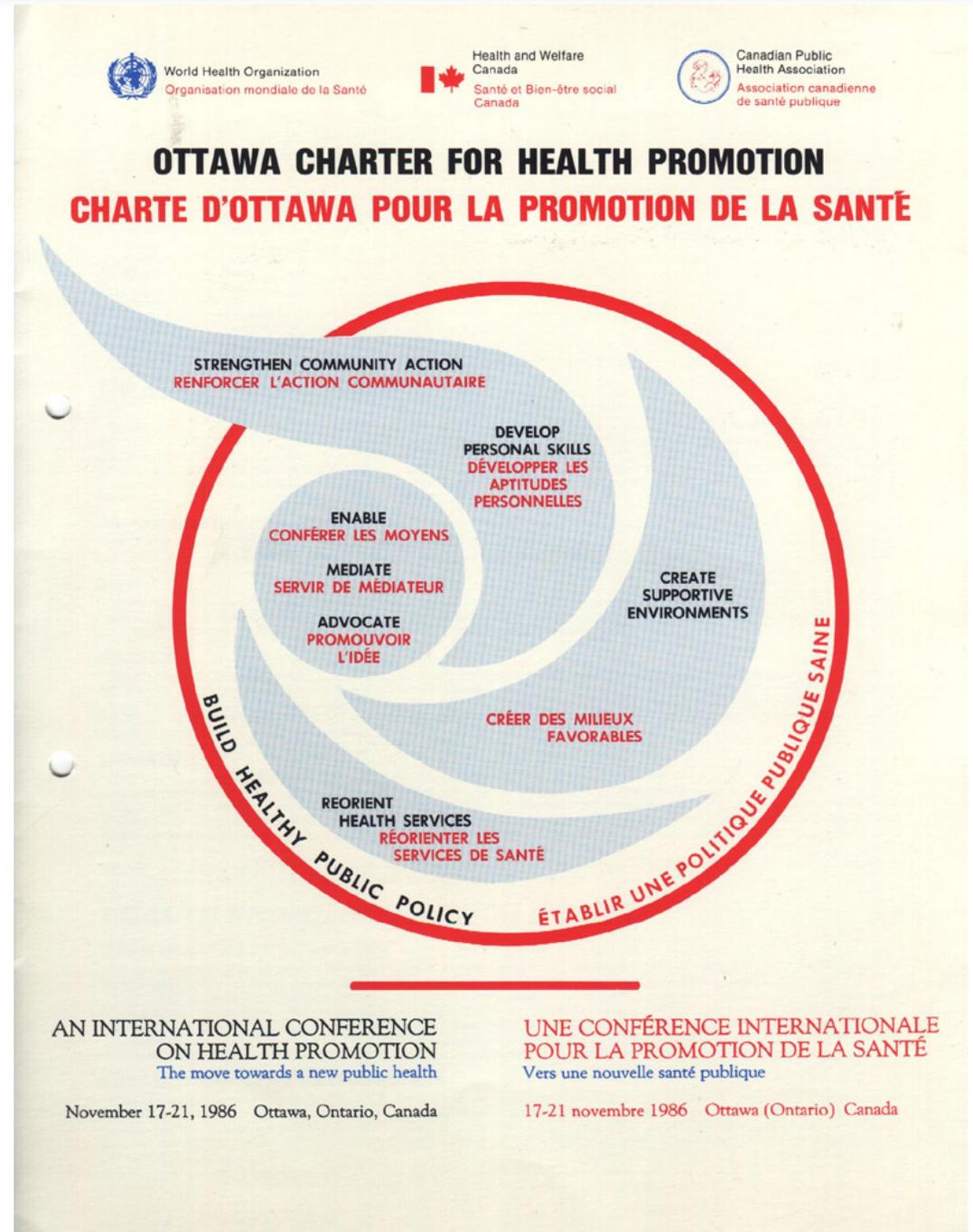
...

1986,
gleichzeitig mit
dem Healthy Cities
Projekt



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

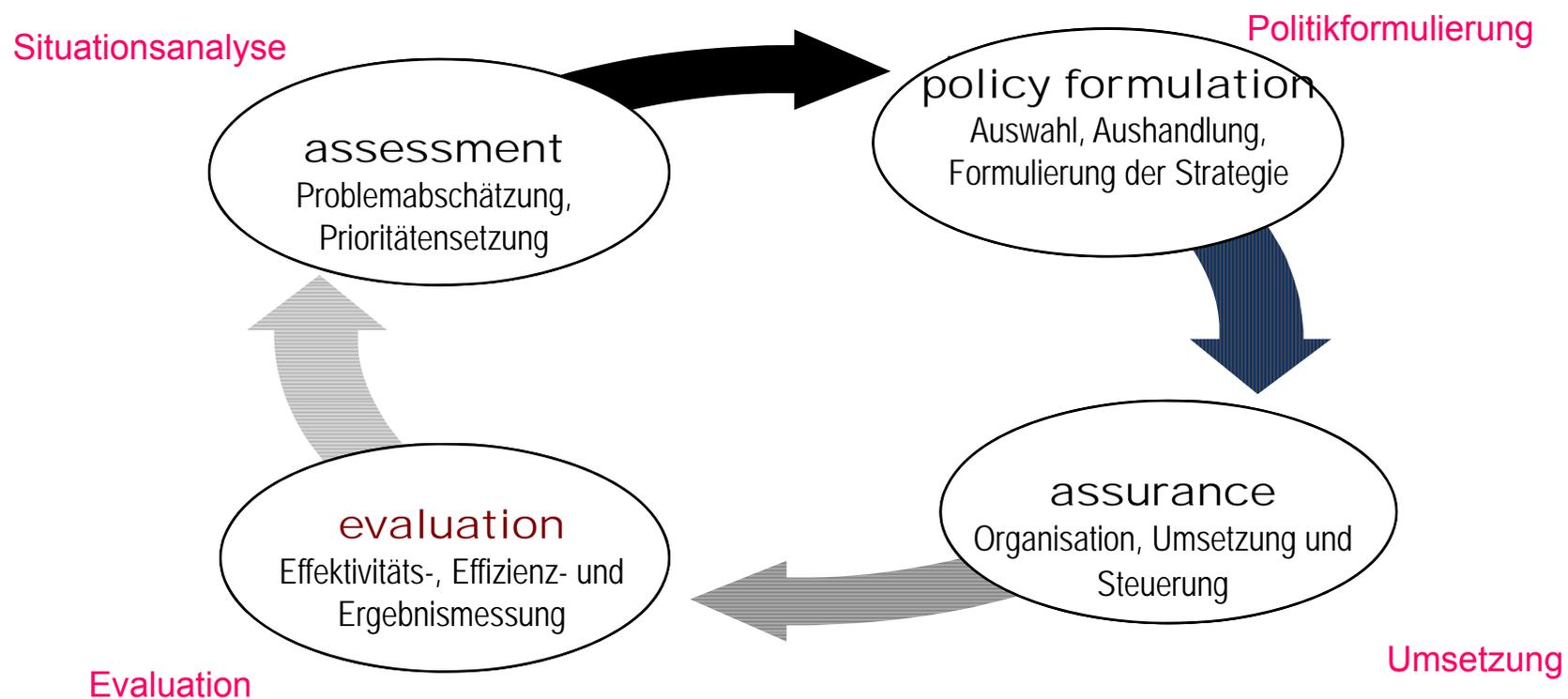
IMS



1988: Der (gesundheitspolitische) Aktions- Zyklus*



Zentrum für Psychosoziale Medizin



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf



•Quelle: Institute of Medicine,
•The Future of Public Health, Washington D.C., 1988

B. Weihrauch bilanziert, was dann geschah



Gesundheit, Qualität,
Frauen und Familie
des Landes
Nordrhein-Westfalen

Gesundheitsziele

Public Health Politik NRW

- ◆ seit 1988 Aufbau einer Landesgesundheitsberichterstattung
- ◆ 1991 Gründung der Landesgesundheitskonferenz **NRW**
- ◆ 1992 Mitgliedschaft im WHO-RHN
- ◆ 1994 Gründung des Projektverbundes „Gesundes Land **NRW**“
- ◆ 1994 Gründung der ersten gesundheitswissenschaftlichen Fakultät in Bielefeld und seit Anfang der neunziger Jahre gesundheitswissenschaftliche Einheiten in Düsseldorf, Münster, Köln
- ◆ 1995 Gründung des Iögd
- ◆ 1995 „10 vorrangige Gesundheitsziele für **NRW**“
- ◆ 1995 – 1998 Modellprojekt „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“
- ◆ 1997 Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst **NRW**





Gesundheitspolitischer Regelkreis



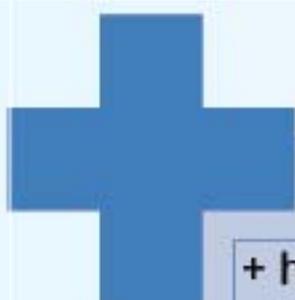
Heutige Situation

- **LGKs** gibt es **in 5 Bundesländern**
- GKs systematisch eingeführt in 5 Bundesländern
- Mind. 5 GKs gibt es in 5 Bundesländern
- GKs vereinzelt in 4 Bundesländern
- **Insgesamt ca. 130 GKs** in ca. 1/3 aller Kreise
- **ÖGD / GAs meist federführend**
- Unterschiedliche Bezeichnungen und Aufgaben
- Koordinierung der gesundheitlichen + sozialen Versorgung, Gesundheitsförderung + Prävention
- Geschäftsstelle, Arbeitsgruppe, Gesundheitstage

Wodurch es hakt

- Enge Gestaltungsspielräume durch bundesweit geregelte Vereinbarungen
- Häufig fehlende Entscheidungsbefugnisse durch z.B. Zusammenlegung von Institutionen
- Status als Konsensgremium
- mangelnde Politikfeld übergreifende Zusammenarbeit
- Handlungsempfehlungen meist nur zu „weichen“ Themen
- Fehlender Etat für Umsetzung; kommunalpolitische Rahmenbedingungen allgemein

GKs in Evaluationsstudien



+ hoher Beteiligungsgrad	- Finanzierung vereinbarter Projekte
+ organisationsübergreifende Zusammenarbeit	- Erweiterung Gesundheitsversorgung/Umstrukturierung
+ Vernetzung der Akteure	- geringer Einfluss, wenig Wirkmacht, Entscheidungs-/Handlungsmöglichk.
+ Verbesserung von Koordination und an Schnittstellen	- kaum Politikfelder übergreifende Vernetzung
+ graduelle Verbesserung der Versorgung	- Bekanntheitsgrad bei Politikern
+ Sensibilisierung der Öffentlichkeit	- Evaluationsinstrumente
+ Herstellung von Transparenz	- personelle Kapazitäten

Quelle: Alfons Holleederer. Die Entwicklung der Gesundheitskonferenzen in Deutschland, S. 11 (2013), www.lgl.bayern.de



TEIL II

ERFAHRUNGEN IN HAMBURG I: STADTEBENE





Konsequenz aus der Stadtdiagnose 2 (Hamburg 2002):

Strategien zur Umsetzung:

- **Bildung von Handlungskoalitionen** zu bedeutsamen Gesundheitsproblemen in Hamburg auf der Grundlage konsensual entwickelter Zielvorgaben
- **Entwicklung eines integrierten Gesundheitsprogramms für Hamburg**, das möglichst alle bedeutsamen Politikfelder einbezieht **(intersektoraler Ansatz)**

Für eine gesunde, soziale Stadt

Behörde für Wissenschaft und Gesundheit startet Kooperationsprojekt



Das Kooperationsprojekt 'Gesunde, soziale Stadt' zielt beispielgebend auf die "Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen". Dabei geht es vorrangig um die Stärkung und Entwicklung umfassender Ernährungs- und Bewegungsansätze in

sogenannten benachteiligten Hamburger Stadtgebieten. Dies sind Wohngebiete mit niedriger Einkommensstruktur, höherer Arbeitslosigkeit und einem geringeren Bildungsgrad der Bevölkerung. Ziel und Aufgabenschwerpunkte des Kooperationsprojektes sind auf der Grundlage von Erkenntnissen der Hamburgischen [Landesgesundheitsberichterstattung \(Stadtdiagnose 2\)](#) definiert worden.

Die Aktivitäten setzen in den drei Stadtteilen [Horn, Jenfeld und Lurup](#) an. Diese Stadtteile sind als sozial benachteiligte Stadtteile ausgewiesen. Dort wird das [Problem der "Übergewichtigkeit bei Kindern und Jugendlichen"](#) von der 'Stadtdiagnose 2' als besonders ausgeprägt beschrieben.

Die Behörde für Wissenschaft und Gesundheit arbeitet in diesem Kooperationsprojekt mit der Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt, der Behörde für Bildung und Sport, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung zusammen.



Gesundheit Hamburg!

Wir wollen die persönlichen Kompetenzen der Bewohnerinnen und Bewohner verbessern, sich gesund zu ernähren und sich mehr als bisher zu bewegen. Zur Umsetzung dieser Gesundheitskompetenzen sollen in den Stadtteilen die vorhandenen Angebote bekannt gemacht bzw. entsprechende Angebote verstärkt oder aufgebaut werden (Entwicklung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen).

Die Aktivitäten reichen von der Verbesserung der Angebote für eine gesunde Ernährung in Schulen und Kindergärten, über verstärkte Bewegungsangebote durch Sportvereine bis zum Ausbau von Bewegungs- und Spielflächen im Stadtteil.



Ankündigung 2004

- Behörden
- Wissenschaft/Gesundheit
 - Gesundheit
 - Gesundheitsförderung
 - Gesunde Stadt**
 - Bezirke
 - Justiz
 - Weitere Einrichtungen
 - Ihr Arbeitgeber Hamburg
 - HamburgService
- Wachsende Stadt
- Metropolregion Hamburg

Landesrahmenprogramm "Gesunde Stadt Hamburg"



Mit dem **Landesrahmenprogramm "Gesunde Stadt Hamburg"** soll in den nächsten Jahren Gesundheitsförderung als Aufgabe Hamburger Behörden und Ämter stärker in den Mittelpunkt gerückt werden. Das Landesrahmenprogramm verfolgt im wesentlichen vier Ziele:

- Gesundheitsfördernde und präventive Kompetenzen, Ansätze, Aktivitäten und Projekte im Rahmen Hamburger Behörden werden erhoben und veröffentlicht.
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden motiviert und unterstützt, gesundheitsfördernde Themen verstärkt aufzugreifen bzw. gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen besser zu verknüpfen (Synergieentwicklung) und deren Qualität nachhaltig zu verbessern.
- Behörden und Ämter berücksichtigen bei Entscheidungen und Planungen zunehmend auch Auswirkungen auf Gesundheit.
- Erarbeitung eines Aktionsplans "Gesunde Stadt Hamburg" mit abgestimmten Zielen, Projekten, Umsetzungsstrategien sowie Evaluationen.

Gesunde Städte Netzwerk

Gesundheitslotsen

HAG



Hamburger Institut Drogen und AIDS

Impfzentrum

Reisemedizinisches Zentrum

Institut für Hygiene u. Umwelt

Infozentrum Umwelt und Entsorgung

Robert-Koch-Institut



Bundeszentrale f.gesundh.Aufklärung

Bundesministerium für Gesundheit

Weltgesundheitsorganisation



Auszug Koalitionsvereinbarung Hamburg 2015, S.89

Wir werden die Chancen und Möglichkeiten des neuen Präventionsgesetzes für Hamburg offensiv nutzen und aktiv mit den verschiedenen Organisationen umsetzen. Wir wollen den **Pakt für Prävention zu einer Strategie „Gesundes Hamburg“ weiterentwickeln**, um gesundes Leben, gesundes Arbeiten und gesundes Lernen zu fördern. Wir werden dazu eine **„Präventionskette“** entwickeln, um Gesundheitsförderung in Kita, Schule, Betrieb, für Arbeitslose und in Pflegeeinrichtungen anzubieten. Mit dem **Ansatz der Frühen Hilfen** wollen wir die **Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Gesundheitssystem** zum Schutz und für ein gesundes Aufwachsen unserer Kinder weiter intensivieren.

TEIL II

ERFAHRUNGEN IN HAMBURG II: BEZIRKSEBENE



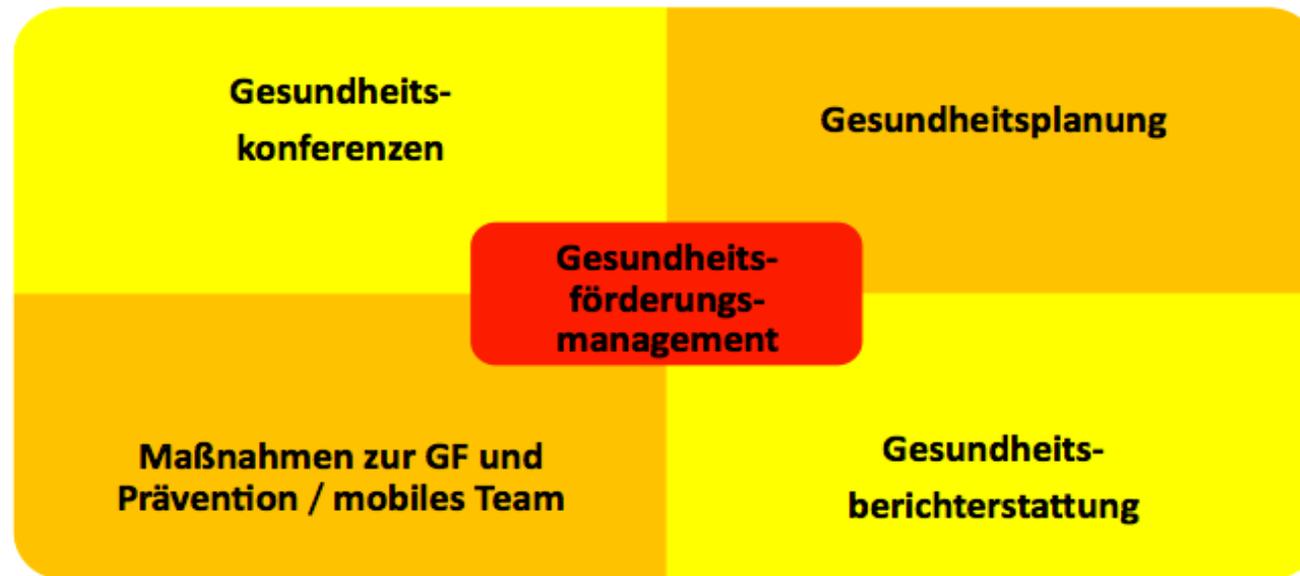
§ 6 (Fortsetzung)

Gesundheitsförderung und Prävention

Der Öffentliche Gesundheitsdienst regt gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen an und führt sie in **Kooperation mit anderen** oder allein durch. **Hierzu richtet der Öffentliche Gesundheitsdienst Gesundheitskonferenzen in den Bezirken ein.** Dabei werden die Vertreterinnen und Vertreter der an der Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung Beteiligten, der Selbsthilfegruppen und der Einrichtungen für Gesundheitsvorsorge sowie Patientenschutz einbezogen.

Gesundheitsförderung und GKs in Hamburg

Gesundheitsförderungsmanagement in Hamburg-Mitte



Die Aufgaben des **Gesundheitsförderungsmanagements** sind vielfältig und ein übergreifendes Themenfeld:

In diesem Bezirk integriert in Sozialraummanagement!

Kommunales Gesundheitsförderungsmanagement im Bezirksgesundheitsamt Eimsbüttel

**Allgemeine
Gesundheits-
förderung**

z.B.
Veranstaltungs-
reihe
Gesundheit –
Umwelt -
Verbraucherschutz

z.B.
Gesundheits- und
Umwelt-Treff

**Gesundheits-
förderung
im Stadtteil/
Setting**

z.B.
Präventionspro-
gramm
Lenzgesund

z.B.
Stadtteilprojekte
„Ich geh’ zur U ...“

**Gesundheits-
bericht-
erstattung**

z.B.
Senioren-
befragung 2007
“Aktiv und gesund
leben“

z.B.
Quartiersdiagnose
Lenzgesund

**Gesundheits-
und Pflege-
konferenz**

AG
Bewegung-
Ernährung-
soziale Teilhabe

AG
Sterbebegleitung/
In der Fremde
sterben

AG
Wohnen im Alter

**Gesundheits-
planung**

Sozialräumliche
Planung von
Gesundheits-
versorgung und
Gesundheits-
förderung als Teil
einer integrierten
Sozialplanung

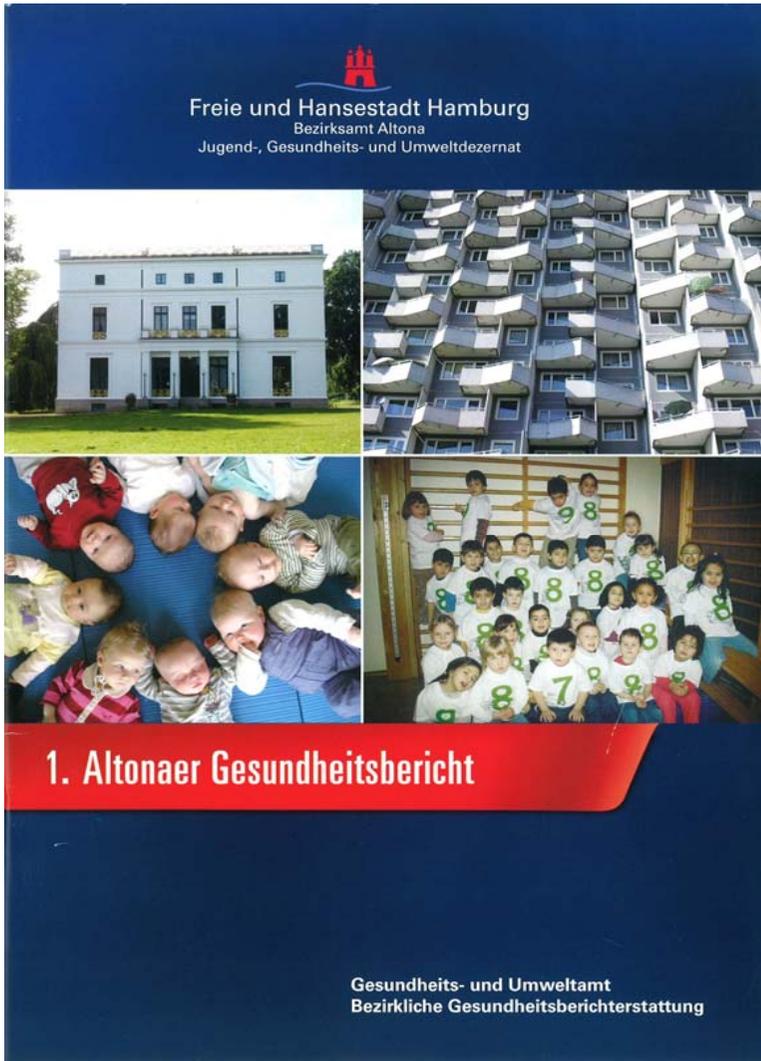


Gesundheits- und Pflegekonferenzen

- Hamburgische Landespflegepflegegesetz (HmbLPG von 1996, § 2): Möglichkeit, **Pflegekonferenzen** zu bilden
- Im Stadtportal: 17 x „Gesundheitskonferenz“ (GK); 80 x **Gesundheits- und Pflegekonferenz** (GPK)
- Alle **7 Bezirke unterschiedlich**: von nur PK in Harburg über (meist) integrierte GPK bis zu getrennt GKs und PKs
- Meist deutlicher **Akzent auf GF für Senioren, Alter, Pflege**
- **Kein** offizieller **Überblick** über den Vollzug des Gesetzes, keine Evaluation
- Einerseits: hinter eigenem **Anspruch** zurück
- Andererseits: Konzentration auf Bereich, in dem Bedarf und **Machbarkeit** zusammenkommen

Vorbildlich: Gesundheits- und Pflegekonferenz

Institut für Medizinische Soziologie



2006



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

IMS

Institut für Medizinische Soziologie



2009

TEIL II

ERFAHRUNGEN IN HAMBURG III: QUARTIERSEBENE



Quartiersbezogene Gesundheitsförderung



Alf Trojan / Waldemar Süß / Christian Lorentz /
Stefan Nickel / Karin Wolf (Hrsg.)

**Quartiersbezogene
Gesundheitsförderung**
Umsetzung und Evaluation eines
integrierten lebensweltbezogenen
Handlungsansatzes

Reihe: Grundlagentexte
Gesundheitswissenschaften,
herausgegeben von Petra Kollip
2013, 427 Seiten
broschiert, € 34,95
ISBN 978-3-7799-1574-4

Das Hamburger Programm »Lenzgesund – Vernetzte frühe Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre« ist ein »Modell guter Praxis« quartiersbezogener bzw. kommunaler Gesundheitsförderung. Es wurde von einem Gesundheitsamt und den Akteuren vor Ort in einem benachteiligten Quartier mit rund 3000 Bewohnerinnen und Bewohnern entwickelt und umgesetzt. Die Qualität und Wirkungen des Handlungsprogramms wurden durch einen umfangreichen, partizipativen Evaluationsansatz belegt. Das Buch präsentiert übertragbares Wissen für die Praxis und die Evaluation kommunaler Gesundheitsförderung. Im Zentrum stehen kleinräumige Gesundheitsberichterstattung, die Messung der »Kapazitätsentwicklung« im Quartier, der Erfolg von Einzelinterventionen und partizipative Vorgehensweisen.



Quartiersdiagnose

Lenzgesund – mehr Gesundheit ins Quartier!

Daten und Ansätze zur Gesundheitsförderung
in der Lenzsiedlung in Hamburg-Eimsbüttel



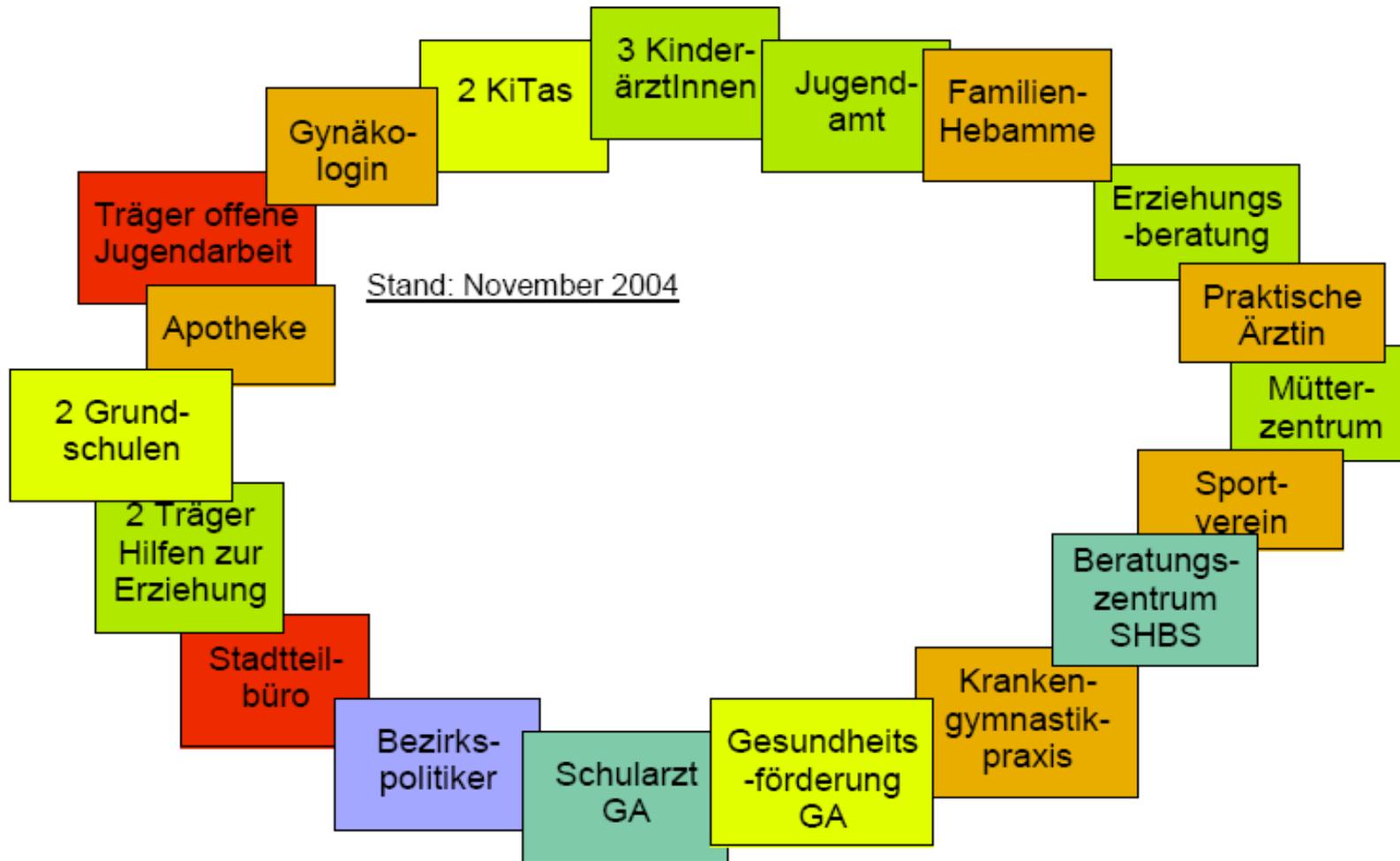
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

IMS

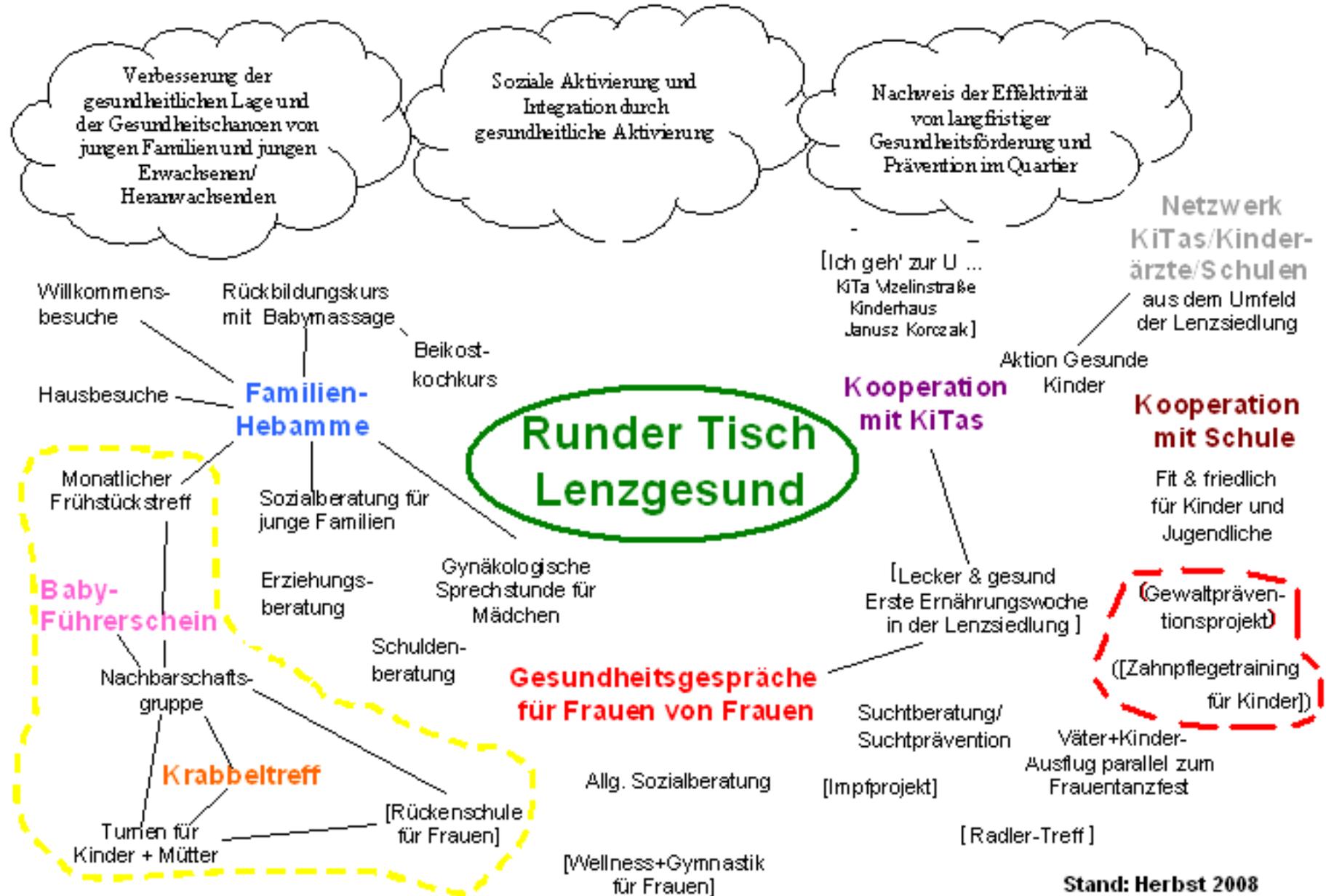
Institut für Medizinische Soziologie

Runder Tisch Lenzgesund

Frühe Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre

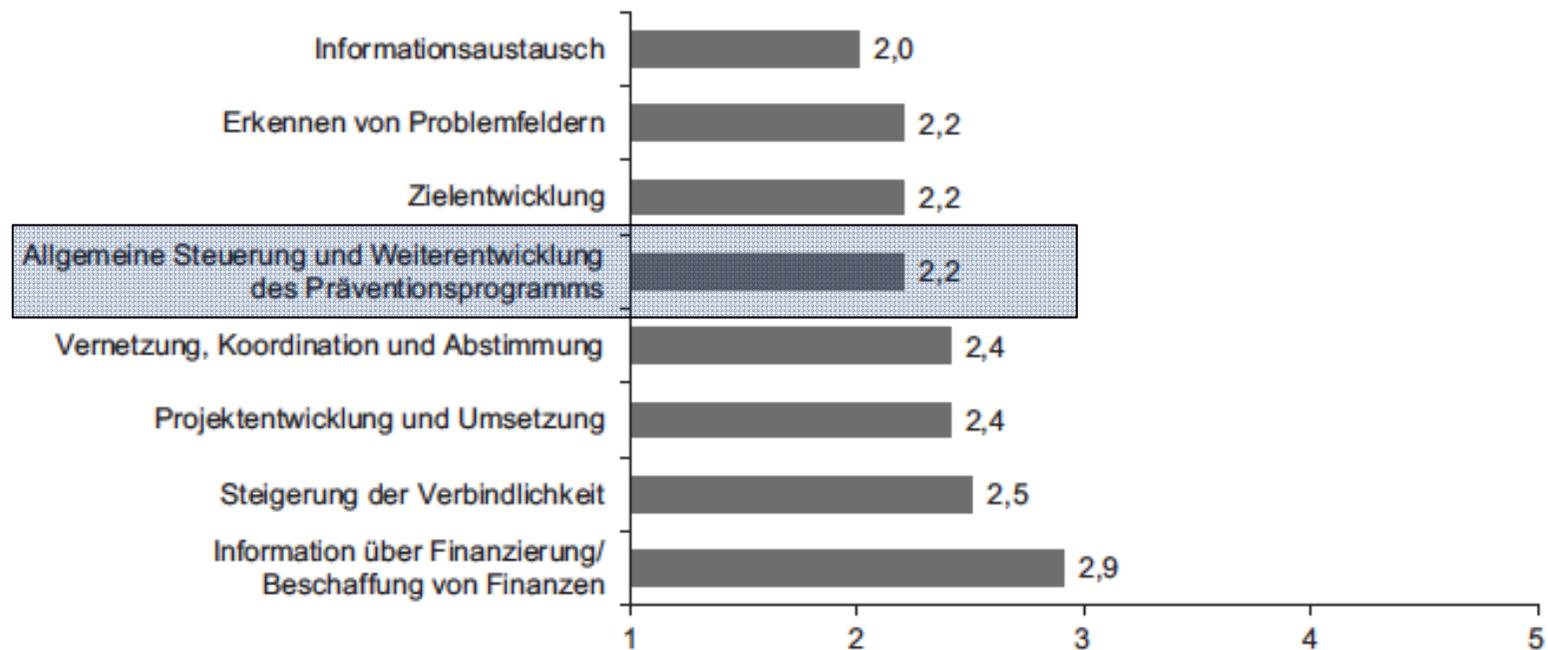


Präventionsprogramm Lenzgesund - auf einen Blick



Die Bedeutung des Runden Tisches Lenzgesund

Abb. 7.3-2: Bewertung der Aufgabenerfüllung des Runden Tisches „Lenzgesund“ (n = 14; 1 = völlig erfüllt – 5 = gar nicht erfüllt; Bestwert = 1)



Quelle: eigene Darstellung

Lorentz, Wolf, Trojan: Der Runde Tisch Lenzgesund als Drehscheibe für die Entwicklung von Gesundheitsförderung im Quartier. In: Trojan u.a. (Hg.) Quartiersbezogene Gesundheitsförderung. Beltz 2013

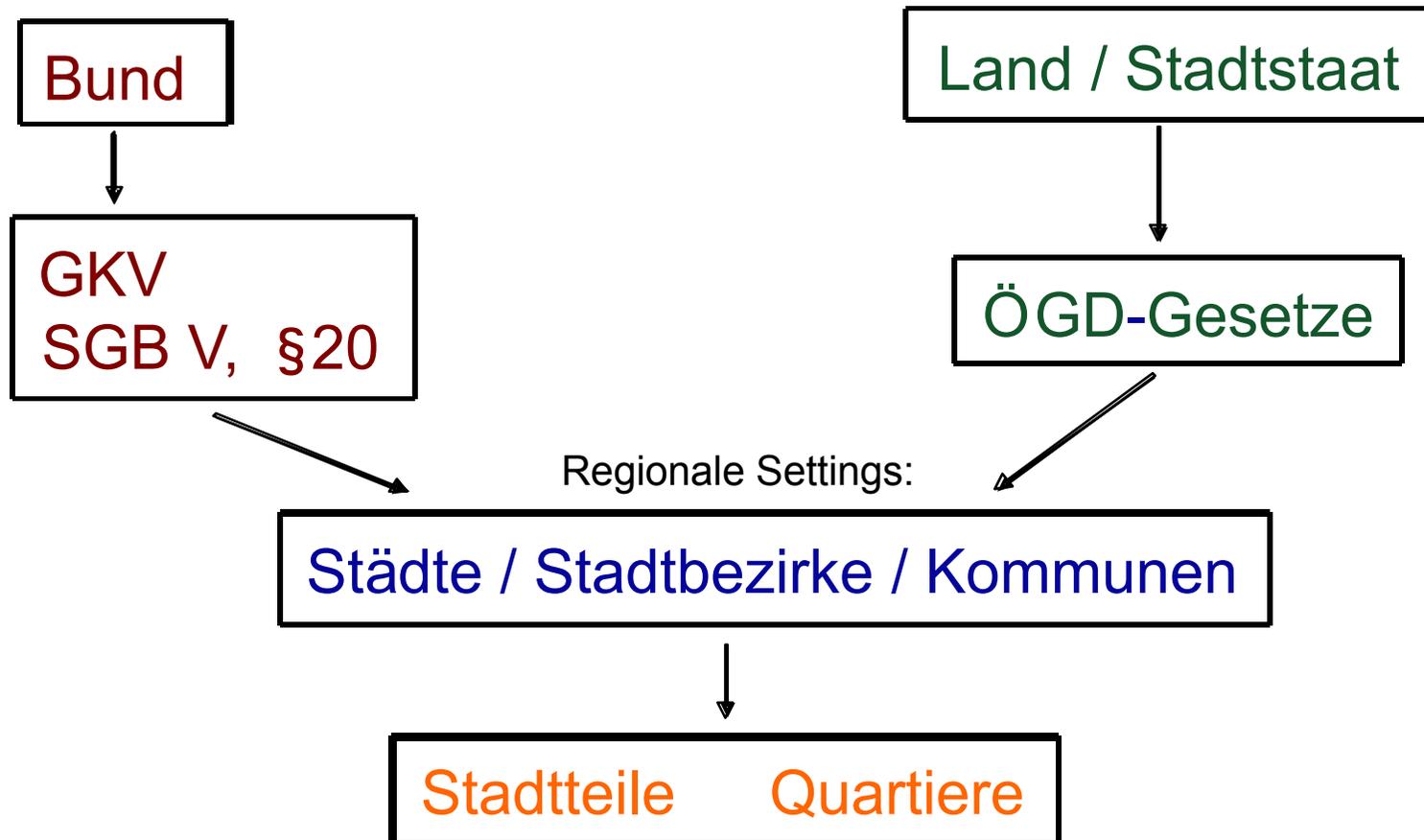
TEIL III: BLICK NACH VORN

PROBLEME I:

REICHWEITE DER ÖGD-GESetze



Ebenen, auf denen kommunale Gesundheitspolitik gestaltet wird



TEIL III: BLICK NACH VORN

PROBLEME II: **INTERSEKTORALITÄT**



Gesundheitsdienst-Gesetz Schleswig Holstein I

§ 5

„Die Kreise und kreisfreien Städte stellen sicher, dass ihre **Planungen und Maßnahmen** auch auf anderen in Betracht kommenden Handlungsfeldern, insbesondere **in den Bereichen Siedlungsentwicklung, Wohnen, Schule, Jugend, Menschen im Alter, Verkehr, Umwelt, Arbeitswelt und Soziales**, die Ziele des Öffentlichen Gesundheitsdienstes einschließlich der Gesundheitsziele nach § 4 Abs. 1 **angemessen berücksichtigen** (Gesundheitsförderung)“.

Quelle: Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG)
Schleswig-Holstein, 14.12.2001 (GVObI. Schl.-H. S.398)

Gesundheitsdienst-Gesetz Schleswig Holstein II

- „Sie können hierzu insbesondere **gesundheitsfördernde Aktivitäten initiieren, unterstützen und koordinieren** und die Bevölkerung oder benachteiligte Gruppen durch Information, Beratung und Aufklärung über Gesundheitsrisiken, gesundheitsfördernde Verhaltensweisen und Verhältnisse **unterrichten** und sie zu gesundheitsbewusstem Verhalten **aktivieren.**“

Quelle: Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG)
Schleswig-Holstein, 14.12.2001 (GVOBl. Schl.-H. S.398)

Grundsatz-Probleme intersektoraler Politik

- > Fach-Politiken **konkurrieren** um Einflussbereiche, Ressourcen und zurechenbare öffentliche Anerkennung.
- > Verwaltung heißt **Arbeitsteiligkeit** und „Zuständigkeiten“.
- > Die **Verwaltungsreformen** („Neues Steuerungsmodell“) sind kontra-produktiv für Querschnittsaufgaben.
- > Wirksame **Steuerungsinstrumente** für „integrierte“ Politik sind **kaum verfügbar**.
- > Sozialräumliche **Integration von Ressourcen** verschiedener Behörden ist **schwierig**.
- > **Geringes** Tausch- und **Droh-Potential schwacher Ressorts** beim Aushandeln von „Paket-Lösungen“!
- > **Konkurrierende Politik-Programme!**

TEIL III: BLICK NACH VORN

PROBLEME III: **UMSETZUNG**



§ 7 Grundsatz

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

§ 23 Koordination

Die **Koordination** insbesondere der

- kommunalen Gesundheitsberichterstattung,
- Gesundheitsförderung,
- Umweltmedizin,
- psychiatrischen und Suchtkrankenversorgung,
- medizinisch-sozialen Versorgung älterer Menschen,
- AIDS-Aufklärung, -Beratung und –Versorgung,

ist als eigenständige Aufgabe wahrzunehmen.

Hierzu gehört auch die **Geschäftsführung der Gesundheitskonferenz** und ihrer Arbeitsgruppen.

Quelle: Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) NRW, 17.12.97

§ 24

Kommunale Gesundheitskonferenz (II)

(2) Die Kommunale Gesundheitskonferenz berät gemeinsam interessierende Fragen der gesundheitlichen Versorgung auf örtlicher Ebene mit dem Ziel der Koordinierung und **gibt bei Bedarf Empfehlungen**. Die Umsetzung erfolgt unter **Selbstverpflichtung** der Beteiligten.

(3) Die Kommunale Gesundheitskonferenz wirkt an der Gesundheitsberichterstattung mit. Der Gesundheitsbericht wird mit den **Empfehlungen** und Stellungnahmen der Kommunalen **Gesundheitskonferenz, dem Rat oder Kreistag** zugeleitet.

Quelle: Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) NRW, 17.12.97

§ 4 Inhalt der Empfehlungen

Die Empfehlungen müssen enthalten:

- die gesundheitspolitische **Zielsetzung**,
- die Konkretisierung durch **Einzelziele** anhand der Bestandsaufnahme,
- die **Maßnahmen** und deren **zuständige Träger**,
- das **Verfahren für die Umsetzung** unter Berücksichtigung der Kategorien nach § 5,
- die **Kriterien für das Controlling**,
- die **Termine** für die Berichte der mit der Geschäftsführung beauftragten Stelle über die Umsetzung an die Kommunale Gesundheitskonferenz,
- einen **Vorschlag über die Veröffentlichung**.

§ 4 Inhalt der Empfehlungen

Ausführungsverordnung außer Kraft gesetzt 2006

Die Empfehlungen müssen enthalten:

- die gesundheitspolitische **Zielsetzung**,
- die Konkretisierung durch **Einzelziele** anhand der Bestandsaufnahme,
- die **Maßnahmen** und deren **zuständige Träger**,
- das **Verfahren für die Umsetzung** unter Berücksichtigung der Kategorien nach § 5,
- die **Kriterien für das Controlling**,
- die **Termine** für die Berichte der mit der Geschäftsführung beauftragten Stelle über die Umsetzung an die Kommunale Gesundheitskonferenz,
- einen **Vorschlag über die Veröffentlichung**.

TEIL III: BLICK NACH VORN

PROBLEME IV: STRUKTURELLE EINBINDUNG



Verknüpfung mit anderen Koordinierungskonzepten

- „Integrierte kommunale Strategien“ bzw. Handlungskonzepte, Präventionsketten, Frühe Hilfen, Knotenpunkte des NW gesundheitliche Chancengleichheit, Gesunde Stadt-Projekte etc.

In Hamburg:

- Hamburgische AG für Gesundheitsförderung
- „Pakt für Gesundheit“, KGFM in Bezirken

Übergeordnete Politik-Ebenen:

- Landesgesundheitskonferenzen (und-Behörden), Nationale Präventionskonferenz

TEIL III: BLICK NACH VORN

VISION I: VON DER GESUNDHEITS- ZUR **QUALITÄTS- BERICHTERSTATTUNG** ÜBER DIE **GESUNDHEITS**VERS**ORGUNG**



Kommunale Qualitätsberichterstattung (Zitate von M. Geraedts):

- Kommunale Gesundheitsplanung benötigt Informationen über
 - den Bedarf an Leistungen
 - die Strukturen der Leistungserbringung sowie deren Leistungsfähigkeit und Qualität
- Integrierte Versorgungsmodelle verändern die Perspektive der Qualitätsbewertung
- Ideen und Beispiele für kommunale Qualitätsberichterstattung in Deutschland sind rar!

M.Geraedts: Schlussfolgerungen und Ausblick

- ◆ Der Bedarf an kommunalen Qualitätsberichten steigt
- ◆ Populationsbezogene Klinische Messgrößen liegen aus anderen Ländern vor
- ◆ Offene Fragen:
 - wer entwickelt die Messgrößen ?
 - wer finanziert und verantwortet Entwicklung und Einsatz ?
 - wer steuert aufgrund der Messergebnisse ?
 - ...

TEIL III: BLICK NACH VORN

VISION II: EIN STARKES MANDAT FÜR DIE KOMMUNALE GESUNDHEITSFÖRDERUNG



Steuerung örtlicher Gesundheitsförderungs- und Präventionspolitik

- Gesundheitskonferenz als **fest institutionalisiertes Instrument**, nicht nur der Koordination von Selbstverpflichtungen, sondern mit **Entscheidungsbefugnissen** über Prioritäten und Budgetbereitstellungen für Umsetzungsaktivitäten
- ein rechtlich abgesicherter Auftrag, dem lokalen Parlament **Entwicklungspläne** für Prävention und Gesundheitsförderung (und Qualitätsentwicklung der Gesundheitsversorgung) vorzuschlagen („Fachpläne Gesundheit“)
- Auftrag, Kompetenzen und Ressourcen, um zu Gesetzesvorhaben und Programmen der **Gesundheits-, Sozial-, Stadtentwicklungs- und Umweltpolitik** Stellung nehmen zu können und Rechenschaft über deren Berücksichtigung zu erhalten (Umweltverträglichkeitsprüfungen)

Steuerung örtlicher Gesundheitsförderungs- und Präventionspolitik (Forts.)

- ein **intersektoral gespeistes Budget**, über dessen Mittel die GK bestimmen kann, welche Gemeinschaftsaufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention finanziert werden (auch so etwas gibt es, wenn auch nur im Bonsai-Format für z.B. einzelne Gebiete des Programms der Sozialen Stadtentwicklung)
- Beteiligung an einem überregionalen, intersektoralen **Innovationsfonds**, aus dem Ansätze der Gesundheitsförderung materiell, z.B. durch Modellversuche unterstützt, evaluiert und im Erfolgsfall institutionalisiert werden können
- **Anreizmöglichkeiten für einzelne Akteure und deren Aktivitäten**, z.B. Preise, Gütesiegel, Zertifizierungen oder eine finanzielle Unterstützung von „Patenschaften“ (= Verantwortlichkeiten; Zimmermann 2000) einzelner Träger im Rahmen gemeinschaftlicher Schwerpunktprogramme.

NOCH VISIONÄRER;

Koordination und Steuerung ganz weit über bestehende Verwaltungsstrukturen hinausgedacht:

Urban Health:

Sozialraum als Rahmen;

„Lebensqualität“, „Zukunftsfähigkeit“ als sektorenübergreifende Ziele

ENDE

TROJAN@UKE.DE



Wichtigste Quellen

Geraedts, M: kommunale Qualitätsberichterstattung. Präsentation (ohne nähere Angaben)

Holleder, A: Gesundheitskonferenzen in Deutschland: ein Überblick. DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1361109>; Online-Publikation: 2014

Gesundheitswesen

Werse, W: Kommunale Gesundheitskonferenzen. Journal Gesundheitsförderung 3/2013, 36-41

Weihrauch, B: Gesundheitsziele – gesundheitspolitische Bedeutung und Entwicklungsansätze in den Ländern. Referat 8. Armutskongress, Berlin 2002

ÖGD Gesetz der Länder

Internetrecherchen zur Hamburger Situation

