

35 Jahre Gesunde Städte Netzwerk

Gesundheitsförderung und Prävention wichtiger denn je

30.09. – 02.10.2024 in Frankfurt/M.

01.10.2024, 13.30 Uhr

35 Jahre Gesundheitsförderung und Prävention im Gesunde Städte Netzwerk – ein Rückblick

Klaus-Peter Stender

Begrüßung

Als das Gesunde Städte Netzwerk (GSN) vor 35 Jahren hier in Frankfurt auf Einladung der Stadt Frankfurt gegründet wurde, war den Frankfurter Akteuren garantiert noch nicht klar, wie sehr sie mit dem Netzwerk auch noch drei Jahrzehnte später verbunden sein werden.

Mein aufrichtiger Dank gilt der Stadt Frankfurt, die zur zentralen Gesunde Städte Netzwerkstadt geworden ist. Und natürlich schließt mein Dank alle mit ein, die über all` die Jahre mitgewirkt haben.

Aber die Geschichte dieses freiwilligen Städte-Zusammenschlusses (genauer: Städte, Kreise und Berliner Bezirke) begann nicht erst 1989 sondern schon vor seiner Gründungsversammlung.

Ich lade Sie ein zu einer kleinen Zeitreise zurück zu den Anfängen des GSN, gleichsam zurück in seine Ursuppe.

Dabei gehe ich auf die Bedeutung der WHO ein, auf die damalige Sensation der OttawaCharta, auf die spezielle Vertretung der Kommunen im Netzwerk, auf die Erträge der internen Kooperation und schließe mit drei Schlussfolgerungen.

Der Anstoß zur Netzwerkgründung kam von der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Regionalbüro für Europa.

Die WHO war vor 35 Jahren eine wesentliche Motivation für Städte und Kreise, sich dem GSN anzuschließen.

Denn es war attraktiv, sich als Teil einer internationalen Gesundheitsbewegung zu wissen.

Manche Kommunen schwindelten sogar etwas, wenn sie im Briefkopf behaupteten, Mitglied eines WHO-Netzwerkes zu sein.

Dabei wollte die WHO genau das nicht!

Die WHO wollte den unerwarteten Ansturm auf ihr exklusives, 1987 eingerichtete „International Healthy Cities Project“ gerade durch Gründung nationaler Netzwerke regulieren und abschwächen.

Das deutsche Netzwerk war daher nur eines von vielen nationalen Neugründungen.

Die WHO stand damals exponiert für eine fortschrittliche und innovative Gesundheitspolitik, die insbesondere in der 1986 veröffentlichten OttawaCharta zur Gesundheitsförderung prägnant zusammengefasst wurde.

Zentraler Anspruch war das Empowerment, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und dafür umfassende politische Strategien zu realisieren und in Gesundheit zu investieren.

Voraussetzungen für Gesundheit zu schaffen sollte Aufgabe *aller* Politikbereiche sein, da Gesundheit nicht von anderen Zielen getrennt werden kann.

Heute hat dieses Wording nichts Aufregendes mehr – damals aber schon!

Das lag auch daran, dass bis Mitte der 80er Jahre Konzepte eines individuell-kurativen Umgangs mit Gesundheit und Krankheit dominierten.

Mithilfe von Aufklärungskampagnen und Aktivitäten zur Krankheitsvorbeugung, sollte insbesondere Kindern und Jugendlichen vermittelt werden, was richtiges gesundes Verhalten sei, das sie selbstverantwortlich zu befolgen hätten – und diese Aktivitäten nahmen nur wenig Rücksicht auf Kontext und Bedingungen.

Dagegen setzte das Verständnis einer alltagsbezogenen und in den Lebenswelten der Menschen verankerten Gesundheitsförderung neue Energien frei.

Gesundheit stand fortan für ein positives Konzept und wirkte wie ein Befreiungsschlag.

Aus heutiger Sicht – dass sollte nicht unter den Tisch fallen - ist es kaum mehr verständlich wie ein Konzeptpapier wie die OttawaCharta, mit ihren allgemeinen, visionären und geradezu alltagspoetischen Formulierungen so einen Siegeszug hinlegt.

Aber: Die Aufbruchsstimmung, die durch die OttawaCharta ausgelöst wurde, setzte sich auch in weiteren Bereichen fort:

Ein Beispiel:

Neben den Gesunden Städten bildeten sich Netzwerke von Gesunden Krankenhäusern, über Gesunde Schulen und Universitäten bis hin zu Gesunden Regionen, ja sogar Gesunden Gefängnissen oder Gesunden Inseln – die beiden letzteren außerhalb Europas.

Die OttawaCharta traf den Nerv der Zeit.

Das Interesse an kommunaler Gesundheitsförderung motivierte 1988 Akteure, über insgesamt mehr als ein Jahr an der Vorbereitung des GSN mitzuwirken.

Der Wunsch, die Einladung der WHO anzunehmen, entstand in Deutschland in unterschiedlichen communities: in Stadtverwaltungen, in Universitäten und in politischen Initiativen, insbesondere aus dem Umwelt-, Verkehrs- und Kindergesundheitsbereich.

Die Gründungsakteure waren infolgedessen ein „bunter Haufen“ über alle Hierarchieebenen und Organisationen hinweg.

Unterstützt wurden sie von Mitarbeiter/innen der Städte Bremen, Düsseldorf und München, die am internationalen Healthy Cities Projekt der WHO teilnahmen und von der WHO gebeten wurden, ihre Erfahrungen bei der Gründung einzubringen.

Im Hintergrund eingebunden war noch ein Referat des Bundesgesundheitsministeriums, das für internationale Beziehungen zuständig war und über das erste Aktivitäten des Netzwerkes finanziert wurden.

Diese Buntheit war ein Erfolgsbaustein.

Dieses breit gefächerte Engagement in der Gründungsphase hat im internationalen Healthy Cities Zusammenhang bis heute zu einem Alleinstellungsmerkmal geführt:

Die Gesunde Städte Kommune wird im Netzwerk vertreten durch die paritätische Besetzung aus dem Verwaltungs- bzw. politischen Bereich sowie dem Bereich Selbsthilfegruppen, Bürgerinitiativen, selbstorganisierten Projekten.

Der SprecherInnenrat ist bekanntlich in gleicher Weise paritätisch zusammengesetzt.

Die Entscheidung für diese Vertretungsregelungen ist im Rahmen mehrerer Treffen vorbereitet worden (Fachtagung, Mitgliederversammlung, „9er Kreis“).

Schlussendlich wurde diese Parität 1991 - zwei Jahre nach Gründung des Netzwerkes auf der Mitgliederversammlung in Hamburg vereinbart – auch schon mit Zustimmung der ersten beiden ostdeutschen Mitgliedsgemeinden (Dresden und Greifswald). Gemäß dieser Entscheidung wurde der erste Sprecherrat in Hamburg gewählt.

Bis zu diesem Zeitpunkt wurde das GSN vom Geschäftsführenden Ausschuss organisiert, der ausschließlich aus Mitgliedern aus Frankfurt bestand.

Dabei lagen die Standpunkte der Initiativen- und der Kommunalen Seite anfangs weit auseinander und entsprechend hitzig waren die Diskussionen.

Initiativen forderten mit Blick auf die OttawaCharta Finanzmittel für Bürgerbeteiligungsstrukturen in den Kommunen und für die Mitwirkung im GSNetzwerk.

Die Argumentation: Bürgerbeteiligung gibt es nicht umsonst, sie braucht Wertschätzung und sollte den Städten Finanzmittel und Anerkennung wert sein.

Diese Forderungen waren für die Kommunalvertretungen - trotz unbestrittener Sympathien - nicht verhandelbar.

Eine Verpflichtung zur Finanzierung von Beteiligungsstrukturen wäre (auch schon damals) angesichts klammer Kommunalkassen zu hochschwierig gewesen und hätte zu viele Kommunen von vorneherein ausgeschlossen.

Schlussendlich wurde der Konflikt durch den bis heute bemerkenswerten Kompromiss gelöst.

Etwas salopp könnte man ihn unter die Überschrift stellen: „Anerkennung statt Geld“.

Diese gemeinsame Entscheidung ist unbestreitbar ein Meilenstein des Netzwerkes und auch eine Wertschätzung der Bedeutung gesellschaftlichen Engagements für Gesundheitsförderung in Städten und Kreisen.

Des Weiteren wurde in dem gemeinsamen Beschluss Initiativenvertretungen eine Reisekostenerstattung zugesagt,

es wurden regelmäßige Treffen der Koordinatorinnen und Koordinatoren vereinbart sowie

die Absicht erklärt, von der Netzwerkebene aus, den Stellenwert der Beteiligung von Bürger/innen und Initiativen zu fördern.

Diese drei Aspekte zur Absicherung interner Zusammenarbeit und zur Förderung von BürgerInnenbeteiligung wurden 1993 im 9-Punkte-Programm zum Beitritt in das GSN vereinbart.

Heute ist die Rhetorik der OttawaCharta Teil des normalen Gesundheitsförderungswortschatzes und dieser Wortschatz ist mit Erfahrungen und guten Beispielen begründet.

Das war Ende der 80er und Anfang der 90er Jahre noch ganz anders.

Deshalb wurde das Bedürfnis nach gemeinsamen Lernen und fachlichen Informations- und Erfahrungsaustausch zu dem bestimmenden Inhalt des GSN. Die eine Frage beschäftigte die Akteure: Wir können wir die OttawaCharta in den Kommunen umsetzen?

Die Koordinatorinnen und Koordinatoren wollten und brauchten diesen Austausch am dringlichsten.

Sie trafen sich in den ersten Jahren mehrmals im Jahr, Arbeitsgruppen trafen sich bei Bedarf darüber hinaus.

Eines der ersten Produkte war die 1990 publizierte – und bis heute le-senswerte - Broschüre des GSN, die passenderweise „Vision und Wirklichkeit“ hieß, mit Projektbeispielen aus Göttingen, München und Hamburg.

Die nächste Broschüre 5 Jahre später behauptete dann schon erheblich selbstbewusster „Von der Vision zur Wirklichkeit. Leitbild Gesunde Stadt“ mit guten Praxisbeispielen aus dann schon 25 Mitgliedskommunen.

Trotzdem: Die Fallhöhe von der utopischen OttawaCharta auf die mühselige Praxis war schmerzhaft.

Dieser Ernüchterungsprozess begann früh, möglicherweise wirkt er bis heute.

Ein Beispiel:

Die WHO erwartete, dass die Gesunde Städte–Koordinierungsstelle in der Stadt- bzw. Kreispolitik hierarchisch weit oben verortet sein soll.

Die Anbindung einer Gesunde Städte Leitstelle direkt beim Oberbürgermeisteramt oder Landratsamt sollte das Ziel sein.

Die Anbindung an Gesundheitsdezernate und mit der Zeit zunehmend an Gesundheitsämtern wurde allerdings der Regelfall.

Diese fachliche Zuordnung machte die Organisation einer gesundheitsfördernden Kommunalpolitik, „*einer* Politik für Gesundheit“, natürlich nicht leichter.

Mit den Jahren und der wachsenden Anzahl von ÖGD-Gesetzen in den Ländern wurden in den Gesundheitsämtern dann feste Stellen für kommunale Gesundheitsförderung geschaffen, was dann doch noch zu einem Erfolg für diese Zuordnung führte.

1993 hatte sich die Mitgliederzahl des Netzwerkes mehr als verdreifacht (36), so dass die regelmäßigen Koordinatorinnen und Koordinatorentreffen nicht mehr funktionierten – zumal Initiativenvertretungen schon länger Schwierigkeiten hatten, ihre Reisekosten vergütet zu bekommen.

Aber: Die KoordinatorInnen haben Produkte erarbeitet, die bis heute ihre Bedeutung haben: Das 9-Punkte Programm, dessen Mindeststandards,

auch die Geschäftsordnung und die Idee der Kompetenzzentren ist auch dort entstanden (wobei die Umsetzung erst viele Jahre später erfolgte).

Mit Beendigung der regelmäßigen KoordinatorInnen-Treffen wuchs das Gewicht des schon 1991 gewählten Sprecherrates für das Netzwerk.

Das GSN bildete von da an aufgrund seiner wachsenden Größe weitere interne Kooperationsstrukturen:

1993 das erste regionale Netzwerk im Ruhrgebiet (HEREUN) und auch die Gesunde Städte Nachrichten sind in diesem Jahr zum ersten Mal herausgegeben worden, um den Erfahrungsaustausch auszubauen - zuerst nur unregelmäßig, ab 1997 dann regelmäßig (Horst Heinemann, Reiner Stock)

Mit Erstarren des Sprecherrates orientierte sich das Netzwerk vermehrt nach außen, um Rückenwind aber auch Ressourcen für das Netzwerk und seine Mitglieder zu organisieren.

Ein Beispiel:

Ende 1993 mischt sich das Netzwerk mit seiner ersten PM in die bundesweite Finanzierungsdiskussion ein mit dem Ziel: Krankenkassen sollen zur Mitfinanzierung gesundheitsfördernder Gemeinschaftsaktionen gesetzlich verpflichtet werden.

Das GSN hat sich von 1993 an bis schlussendlich 2015 aktiv und sehr beharrlich für ein Bundes-Präventionsgesetz eingesetzt.

Ich möchte mit drei schlussfolgernden Gedanken schließen.

1)Das GSN war in meiner Erinnerung immer dann stark, wenn es für seine Mitglieder viele niedrigschwellige Möglichkeiten gab, sich mit ihrem Wissen, ihren Kontakten und Ideen einzubringen.

Diese Einladung zur Mitarbeit ist von der Größe des Netzwerkes heute im konkreten Miteinander schwieriger, von der Technik her wiederum auch leichter.

Das GSN wie überhaupt Netzwerkarbeit sind kein Zuschauersport, mitmachen und sich einbringen sind das wesentliche Gut, dass es zu pflegen und zu vermehren gilt.

Es macht Sinn, diese Diskussionen öfter mal auch für weitere Akteure zu öffnen, die für kommunale Gesundheitsförderung substantiell sind.

Diese Blickfelderweiterung ist nötig, weil heute Organisationen auf dem kommunalen Spielfeld agieren (z.B. Krankenkassen), die 1989 als Kooperationspartner noch nicht absehbar waren.

2) Trotz der wichtigen Aufgabe Gesundheitsförderung in die politische Stadt hineinzutragen (health in all policies (hiap)) - die Königsdisziplin bleibt für mich die Verankerung von Gesundheitsförderung in der Bürgerschaft, dass Bürgerinnen und Bürger Gesundheitsförderung und gesunde Lebensverhältnisse nachfragen und sich dafür einsetzen - und für dieses Engagement in ihrer Stadt einladende Möglichkeiten finden.

Bürgerinnen und Bürger sind für mich die ersten Kooperationspartner in der Gemeinde, sie können durch ihr Engagement für ihre Gesundheit viel bewirken (Stichwort Selbstwirksamkeit) und sie können mit dafür sorgen, dass Gesundheitsförderung im Wettbewerb mit anderen Themen in der (kommunal)politischen Tagesordnung weiter nach oben steigt.

Gesunde Städte – das ist meine Erfahrung -, die sich die Intensivierung von Kooperation mit Bürgerinnen und Bürgern auf die Fahnen schreiben und Umsetzungen erproben, haben Vorteile auf dem Weg zur Gesunden Stadt.

Das GSN kann durch das Herausstellen der Zusammenarbeit seiner Akteure auf städtischer Seite und Initiativen- bzw. Selbsthilfegruppenseite dafür auch eine Orientierung geben.

3) Wer das Ziel hat, die Gesunde Städte Konzeption in der Kommune umzusetzen, arbeitet in einem unauflösbaren Dilemma:

Diese Programmatik ist ein richtiger Ansatz, gleichzeitig aber höchst komplex (Stichworte: gesundheitsfördernde Gesamtpolitik, hiap) und deshalb zu keiner Zeit leicht, sie zu verwirklichen.

Das Ringen um Stellen, um Geld, um Anerkennung, um kommunalpolitischen Einfluss gehört ganz offensichtlich zu dieser Aufgabe.

Und trotzdem: Es gab in den letzten 35 Jahren keinen Stillstand.

Ein Auf und ab – ja, das schon.

Das GSN hat seine Attraktivität über die Jahrzehnte behalten, immer mehr Gemeinden sind beigetreten (jetzt sogar schon über 100!), kommunale Gesundheitsförderung und Gesundheitsförderung in weiteren Settings haben in den letzten Jahren ganz offensichtlich an Stellenwert gewonnen, mindestens ist Gesundheitsförderung als selbstverständliche Verwaltungsaufgabe – nicht immer der Höhe nach aber dem Grunde nach - akzeptiert und das Bundespräventionsgesetz hat neue Impulse in die Kommune gebracht und die Gesunde Städte Programmatik bestätigt.

Mein Dank gilt Ihnen, dass Sie dranbleiben, sich in dieses schwierige Spannungsfeld hineinbegeben, nicht klein bei geben und mit Ihrem Engagement auch das Gesunde Städte Netzwerk gemeinsam weiterführen!

Und wenn Sie trotz allem doch mal einen Trost brauchen: Ich bin fest davon überzeugt und vergessen Sie bitte nie –

Gesundheitsförderer/förderinnen gehören zu den guten Menschen!