

Vernetzen und kooperieren in der Gesundheitsförderung: Konzeptionelle Grundlagen, Strukturen und praktische Erfahrungen

(Networking and collaboration in health promotion: conceptual
foundations, structures and practical experience)

Alf Trojan

This contribution is dedicated to my dear colleague and friend, Professor Zsuzsanna Benkő, who I always admired for her capabilities in networking and collaboration, on the occasion of her 60th anniversary.

Abstract

Networking and collaboration are key elements of health promotion. The complexity of these tasks results from the basic idea, that health promotion is a societal challenge: The state, the economic sector and citizens are necessary partners in creating healthy lifestyles and healthy environments. After a short introduction (1) my paper will give insights into the conceptual and theoretical background (2), highlight the essential structures, metaphorically called „bridging structures“ (3) and their functions according to the Ottawa-Charta (4). This is followed by some empirically based recommendations that can guide practitioners of health promotion (5) and criteria for good practice in networking and collaboration (6). I conclude with some remarks on present health policies (7). These are written from a German perspective but might apply in other countries as well.

1. Einführung

Gesundheitsförderung im Sinne der Weltgesundheitsorganisation ist eine anspruchsvolle **Gemeinschaftsaufgabe**. Anlässlich eines Resümees der 25-jährigen Geschichte der Ottawa-Charta hat KUHN (2011) die Bedeutung dieses Prinzips in seinen Schlussworten mit den folgenden Worten unterstrichen: „Hinsichtlich der Art und Weise, wie Gesundheitsförderung umzusetzen ist, sind die in der Ottawa-Charta dokumentierten Prinzipien zur Gesundheitsförderung nach wie vor gültig, insbesondere was **Partizipation, Vernetzung, Settingorientierung** und den Blick auf die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der Gesundheit angeht. (...) Die Forderung nach einem Ausbau von Netzwerken in jedem Setting hat also auch mehr als 25 Jahre nach der Ottawa Charta nichts von ihrer Aktualität verloren.“

Gesundheitsförderung erfordert Zusammenarbeit über verschiedenste Grenzen hinweg: Engagierte Einzelpersonen, kleine und größere Gruppen sowie Organisationen verschiedenster Art und Größe sollen gemeinsam auf ein Ziel hin zusammenwirken. Wenn die Akteure aus unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen kommen, ist die Verständigung nicht einfach. Alle Stücke des „politischen Kuchens“ sollen durch den Blick auf ihren Bezug zur Gesundheit der Bürger miteinander verbunden werden. Da stößt eine stark praxis- oder gewinnorientierte Tradition von Industrie, Handel und Handwerk auf andersartige Wertvorstellungen in öffentlichen Verwaltungen, Hochschulen oder Einrichtungen des Gesundheitswesens; eine oft beharrliche, vielleicht stark am Bestehenden orientierte Einstellung der Mitarbeiter von Behörden und Ämtern wird konfrontiert mit den anspruchsvollen Forderungen von

Bürgerinitiativen; oder umgekehrt: Politiker, die etwas verändern wollen, stehen Bürgern gegenüber, die ihre Grundlagen für Gesundheit und Leben bedroht sehen.

Wie bekommt man dies alles unter einen Hut?

Gesundheitsförderung als **sozialer Verständigungs- und Gestaltungsprozess** muss solche oftmals tiefen, unüberwindbar wirkenden Gräben überbrücken, wenn sie wirksam werden will. Solche **Brücken** werden in diesem Beitrag beschrieben: „horizontale“ Kooperationsstrukturen zwischen Menschen, zwischen Gruppen, zwischen Organisationen: die **Netzwerke**; aber auch Kooperations**infrastruktur**, z.B. zwischen dem Einzelnen und einer Behörde, zwischen der kleinen Gruppe und einem Wirtschaftsunternehmen, zwischen unten und oben: die **Brückeneinrichtungen**.

Vor allem um diese beiden Strukturelemente der Zusammenarbeit geht es in diesem Beitrag. (Kooperation, die *innerhalb* einer Organisation oder Institution stattfindet, ist nicht Gegenstand diese Beitrags.)

Die Handlungs- und Politik-Ebene, auf die wir uns vor allem beziehen, ist die kommunale. Ein weiterer Akzent liegt darauf, die Entstehungsbedingungen **selbstorganisierter** Netzwerke und deren Aktivitäten nahe zu bringen.

Sowohl die Netzwerke als auch, noch stärker, die Brückeneinrichtungen stehen häufig unter einem hohen Erwartungsdruck, denn sie müssen ganz unterschiedliche Kulturen, Wertesysteme, Verhaltensgewohnheiten und Lebensstile zusammenbringen, und sie halten auch nur so lange, wie sie darin erfolgreich sind. Dadurch sind sie sehr viel

instabiler als z.B. Großorganisationen. Sie sind unterschiedlichen Erwartungen von mehreren Seiten ausgesetzt:

- Für die **Politik** sind sie manchmal Hoffnungsträger, denn sie sind lebendiger und flexibler als Behörden und Ministerien, und sie dokumentieren oft einen unabhängigen Bürgerwillen, auf den kluge Politiker reagieren;
- **Bürger, Interessengruppen und Initiativen** erwarten, dass endlich *ihre* Ziele durchgesetzt werden (ungeachtet der Schwierigkeit, dass verschiedene Gruppen und Initiativen meist auch unterschiedliche Ziele verfolgen, die gelegentlich auch in Widerspruch miteinander geraten können);
- **Organisationen der Wirtschaft und des Staates** wehren sich aber oft gegen Veränderungen – oder sie wollen Bewegung in ganz andere Richtung. Industrie und Handel wollen zum Beispiel mehr Umsatz, Stadtplaner planen mehr Straßen, und das bedingt mehr Autos – die Bürger eines Stadtteils streiten dagegen für Verkehrsberuhigung und kinderfreundliche Schulwege.

Beim Versuch, diesen vielfältigen Erwartungen nachzukommen, werden die Mitglieder und Mitarbeiter von Netzwerken und Brückeneinrichtungen immer wieder anecken und für andere unbequem werden. In diesem Beitrag sollen Hilfestellungen für die Arbeit in einem zentralen, aber gleichwohl sehr komplizierten, tendenziell konflikthaften Feld der Gesundheitsförderung gegeben werden. Dazu werden Fragen danach gestellt, was die theoretischen und klassifikatorischen Grundlagen

der Vernetzung sind, wie die geeigneten Strukturen aussehen und welche Erfahrungen und Hinweise für die Praxis vor Ort vorliegen.

In den folgenden Abschnitten beschäftigen wir uns mit Konzepten und Theorie des interorganisatorischen Kooperierens und Vernetzens. Warum braucht Gesundheitsförderung besondere Anstrengungen der Zusammenarbeit? Welche Strukturen gibt es dafür? Welche Aufgaben haben sie? Was können sie aber auch nicht leisten, wo kommen sie an ihre Grenzen? Und wie kann der Übersetzungs- und Vermittlungsprozess erfolgreich gestaltet werden? Wie vermeidet man Fehler, die andere schon gemacht haben? Für diese Fragen versuchen wir, Antworten, zumindest aber Anregungen zu geben.

2. Theoretische und konzeptionelle Hintergründe

Kooperation und Vernetzung sind keine Erfindungen der Gesundheitsförderung. Während sie in anderen Bereichen des Lebens meist äußerst wünschenswert und förderlich sind, ist allerdings Gesundheitsförderung regelrecht auf sie angewiesen.

Intersektoralität oder Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe

Für die Zusammenarbeit verschiedener Politiksektoren und gesellschaftlicher Bereiche (Staat, Markt, gemeinnütziger Sektor) werden in der WHO vorwiegend die Ausdrücke **gesundheitsfördernde Gesamtpolitik** (healthy public policy) und **intersektorale Kooperation** benutzt (TROJAN, SÜB 2011). „Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik ist gekennzeichnet durch eine ausdrückliche Sorge um Gesundheit und

Gerechtigkeit in allen Politikbereichen und durch eine Verantwortlichkeit für ihre Gesundheitsverträglichkeit.“ (NUTBEAM 1998, S. 12)

Dieses Konzept hat inzwischen auf allen politischen Ebenen, von der EU bis zur kommunalen Ebene, in verschiedenen Programmatiken und Gesetzen Eingang gefunden (vgl. TROJAN /L EGEWIE 2001, S. 249 ff). Tatsächlich gibt es einzelne erfolgreiche Beispiele hierzu. Im allgemeinen macht die Zusammenarbeit über politische Sektorengrenzen hinaus große Probleme. In Studien der Hamburger Forschungsgruppe zur intersektoralen Kooperation (TROJAN u.a. 2001) wurden als besonders bedeutsame *positive Voraussetzungen* identifiziert:

- gut etablierte Politik-Diskurse zu den wichtigen Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung,
- infrastrukturelle und personelle Ressourcen sowie gesetzliche Voraussetzungen,
- „Profilierungspotential“ eines Themas für die Politik und andere Akteure,
- Zulassen innovativer Experimente (im Gegensatz zum Beharren auf gewachsener Tradition),
- formelle Leistungsvereinbarungen zur Absicherung arbeitsteiliger Kooperation,
- Öffentlichkeit (insbesondere Bürger und Medien) als Verstärker und Verbündete,
- frühzeitige Beteiligung der Nutzer von Gesundheitsberichterstattung („Adressaten für Daten und Taten“),

- sowie sorgfältige Reflexion und Berücksichtigung überlappender oder auf der Agenda höher stehender, gleichzeitiger Politik-Programme.

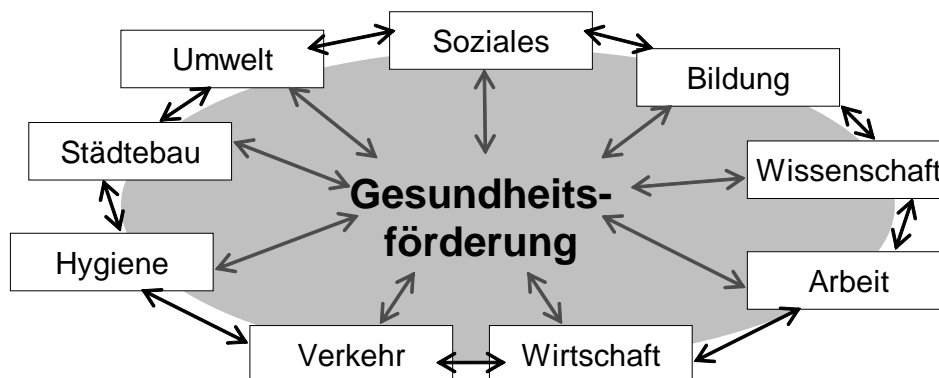


Abb. 1

Für intersektorale Kooperation sind auch neue Verantwortungsstrukturen zwischen den bisherigen Polen öffentlicher und privater Zuständigkeiten notwendig, die von der WHO als **Public-Private-Partnerships** bezeichnet werden. Die Soziologie hat sich früher hauptsächlich mit den beiden zentralen Sektoren des gesellschaftlichen Lebens beschäftigt: **Markt** und **Staat**. Alles andere jenseits von Markt und Staat wurde als „Dritter Sektor“ zusammengefasst: In diesem Sammelbegriff finden sich vor allem das private Leben, die Einzelnen, die Haushalte, die Familien, die individuelle Selbst- und Nachbarschaftshilfe – aber auch die Netzwerke und Brückeneinrichtungen, um die es uns hier geht.

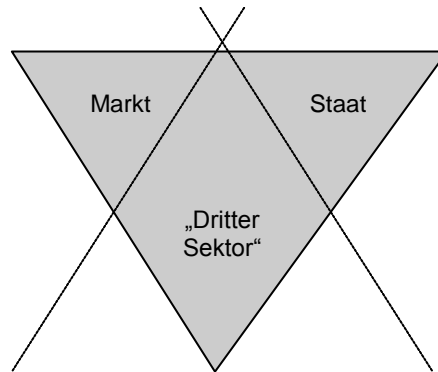


Abb. 2: Die drei Sektoren

Die Idee des „Welfare Mix“ und die Rolle des Laien-Systems

Erst in den letzten Jahrzehnten differenzierte die Soziologie den „Dritten Sektor“ genauer. Von Familien und Haushalten, den **informellen Systemen**, unterschied sie einen Bereich, der in der Mitte zwischen Markt, Staat und Familie liegt und deshalb als **„intermediärer Bereich“** bezeichnet wird. Verschiedene Autoren zählen ganz unterschiedliche Organisationen und Akteure zu diesem Bereich (siehe Abschnitt „Ideen- und Begriffsgeschichte des Intermediären“).

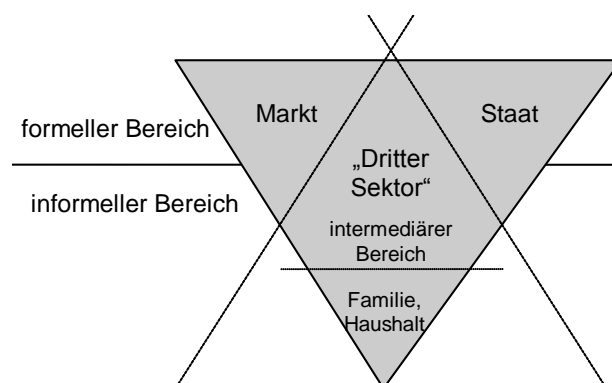


Abb. 3: Der „intermediäre Bereich“

Bis gegen Ende des 19. Jahrhunderts lag der Umgang mit Gesundheit und Krankheit in Deutschland überwiegend in der Verantwortung der Einzelnen und ihrer primären Netzwerke, der Familien. Vor allem durch die Bismarck'sche Sozialgesetzgebung wurde er dann für mehr als hundert Jahre zu einer **Aufgabe des Staates, der zu diesem Zweck unser Soziales Sicherungssystem schuf**. Heute erleben wir, wie sich die öffentliche Hand schrittweise aus der Verantwortung wieder zurückzieht und den Kräften des Marktes freien Lauf lässt. Gleichzeitig wird Familien-, Nachbarschafts- und Selbsthilfe wieder wichtiger: erstens, weil der Markt nur dort funktioniert, wo genug Geld vorhanden ist und dadurch ein weites Feld „unbeackert“ bleibt; und zweitens, weil die Kräfte der formellen Sektoren Markt und Staat meist anonym und unpersönlich sind und den vielfältigen individuellen Problemlagen der Menschen und ihren emotionalen Bedürfnissen oft nicht gerecht werden können.

Die drei Sektoren – der **Markt**, der **Staat** und der **intermediäre Bereich** mit Einzelpersonen und Haushalten – funktionieren nach ihren eigenen, meist relativ eindimensionalen Gesetzmäßigkeiten. Der Markt ist orientiert am Denken in Gewinn- und Geldkategorien; der staatliche Sektor ist es gewöhnt, die Bürger als Untertanen zu verwalten, und glaubt noch heute viel zu oft, besser als sie selbst zu wissen, was ihnen nützt; und in Familien und Haushalten handeln die Menschen oft nach emotionalen und alltagslogischen, aber nicht primär nach professionellen Maßstäben.

**Idealtypische Regulationsmechanismen von
privaten Haushalten/informellen Netzen/Gemeinschaft,
Markt, Staat und Intermediärem Bereich**

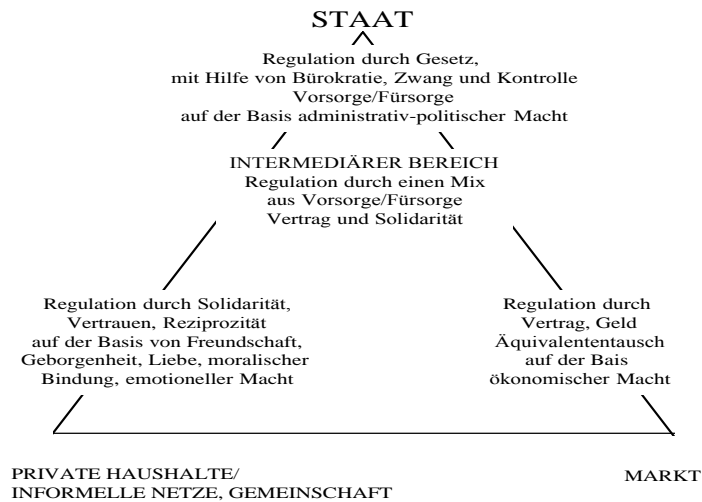


Abb. 4: Regulationsmechanismen (Quelle: EFFINGER 1993)

Diese Trennung der Sektoren oder Bereiche und ihrer immanenten Denkweisen weicht aber immer mehr auf, zwischen ihnen entwickeln sich vielfältige Verbindungen, Zwischenformen, Netzwerke und Brücken. Weder der Markt noch die staatlichen Instanzen sind in der Lage, den Umgang mit Gesundheit und Krankheit allein befriedigend und ausreichend zu gewährleisten: Der Markt kommt dort an seine Grenzen, wo den Einzelnen das Geld fehlt, seine Leistungen zu kaufen; der Staat hat aber auch immer weniger Geld für Gesundheit oder gar ihre Förderung. So ist die politische Aktualität des Dritten Sektors – vor allem von konservativer Seite – auch ein Versuch, die primären Netze, Familien und

Nachbarschaften, wieder stärker in die Verantwortung zu nehmen und dadurch Markt und Staat zu entlasten.

Die Idee des „**Welfare Mix**“ bezeichnet genau diese **Konvergenz**, dieses Aufeinander-Zugehen der drei Bereiche Markt, Staat und informelle Sphäre. Durch die Annäherung entsteht der intermediäre Bereich. Ihm fällt die Aufgabe zu, die Widersprüche und Spannungen produktiv aufzulösen, die durch die unterschiedlichen Kulturen, Lebens- und Arbeitsgewohnheiten und -stile der drei Sektoren oder Bereiche entstehen. Die Organisationen des intermediären Bereichs haben dadurch oft einen zwittrigen, hybriden Charakter. Wie Chamäleons müssen die Mitarbeiter solcher Instanzen an verschiedenen Welten teilnehmen – ihre Färbung dürfen sie dabei verändern, sich selbst sollten sie aber möglichst treu bleiben.

Gelegentlich wird der Dritte Sektor auch als „Laiensystem“ bezeichnet und dem „professionellen System“ der Sektoren Markt und Staat gegenübergestellt. Allerdings verschleiert diese Terminologie, dass gerade der intermediäre Bereich ein hohes Maß an **Professionalität** erfordert, wenn Vernetzung und Brückenschlagen erfolgreich sein sollen. Die dort erforderliche Art der Professionalität geht oft weniger in die Tiefe, dafür aber stark in die Breite: Ein Brückenbauer oder Netzwerker muss Experte sein für die verschiedenen sozialen Kulturen, zwischen denen er vermittelt – ähnlich wie ein **Dolmetscher**, der oft nicht nur zwischen Sprachen, sondern auch zwischen verschiedenen ethnischen Kulturen vermitteln muss.

Wie dargestellt, gibt es eine ganze Reihe von Gründen, die zur Entstehung intermediärer Organisationen, Instanzen und Strukturen führen.

Sehr allgemein könnte man sagen: Hauptfaktor ist der Bedarf an neuen flexiblen, bedürfnisgerechten Problemlösungen angesichts der Leistungsgrenzen der öffentlichen Verwaltung und der privaten Unternehmen, aber auch der individuellen Selbsthilfe.

Zur Ideen- und Begriffsgeschichte des „Intermediären“

Das Konzept der intermediären, vermittelnden, mediatisierenden Strukturen hat weder einen eindeutigen historischen Ursprung noch einen klaren wissenschaftlich-theoretischen Ort. Es taucht immer wieder an verschiedenen Stellen und zu verschiedenen Zeiten in der politischen, soziologischen und sozialpolitischen Diskussion auf. Ein sehr einfacher Grund dafür dürfte sein, dass die gängigen Versuche, gesellschaftliche Strukturen in Form einfacher Zweiteilungen zu erfassen, nicht tragfähig sind: z.B. das Konzept des dualen Systems der Gesundheitssicherung (Laiensystem und professionelles System), einer dualen Ökonomie (Markt und Staat) oder vom Einzelnen und der Gesellschaft. Die Wirklichkeit ist eben viel komplexer. Bei der Differenzierung solcher Dualismen werden dann immer wieder soziale Gebilde und Erscheinungen *dazwischen* oder als ergänzendes Drittes entdeckt.

Als Ausgangspunkt eines Konzeptes des Intermediären könnte der Begriff der **Drehpunkt-Person** oder **Drehpunkt-Organisation** gelten, den ROLF SCHWENDTER (1971) gebraucht hat. Beide vereinen zumindest teilweise die unterschiedlichen Welten von Subkultur und Establishment und können dadurch eine Verbindung zwischen ihnen herstellen. Dieses Konzept wird von JOSEF HUBER (1980) wieder aufgenommen. Er erweitert es zur „Zwischenkultur“ bzw. **intermediären Kultur**. Während bei

SCHWENDTER noch der Gedanke einer außer-institutionellen Gegenmacht zum Etablierten im Vordergrund stand, hat das Konzept des Intermediären bei HUBER schon ein weniger revolutionäres Erscheinungsbild. Es geht vielmehr um die Vermittlung zwischen der ersten Kultur der Etablierten und einer zweiten, alternativen Subkultur.

Die Bandbreite dessen, was als **intermediär** bezeichnet wurde bzw. wird, ist sehr groß. Je nachdem, ob der Autor eher aus dem gesellschaftlichen, politischen oder medizinischen Bereich stammt, fallen ganz **verschiedene Strukturen** unter diesen Begriff:

- BERGER/NEUHAUS (1981) definieren als **mediating structures** soziale Institutionen, die zwischen privatem und öffentlichem Leben vermitteln. Genannt werden Familie, Nachbarschaft, Freiwilligen-Zusammenschlüsse und die Kirche.
- KAUFMANN (1987) wählt einen anderen Ansatz. Für ihn sind **intermediäre Instanzen** Akteure, die weder dem Staat im engeren Sinne zuzurechnen sind noch dem Bereich privater Organisationen, wie Wirtschaftsunternehmen oder Vereine. Er zählt dazu Sozialversicherungen und Kammern, Gewerkschaften, Unternehmens- und Wohlfahrtsverbände.
- Im selben Buch bezeichnet BECHER u.a. (1987) **intermediäre Institutionen** als „(...) die bereichs- und problembezogenen **Verbundsysteme**, die Einflussorientierten Zusammenschlüsse sowie die Presse und die Öffentlichkeit“.
- MILLES und MÜLLER (1987) dagegen beziehen sich nur wenige hundert Seiten vorher unter eben diesem Begriff auf Unfallversicherungen, Krankenkassen und Berufsgenossenschaften.

Schon diese kurze Auswahl an Definitionen des Intermediären macht deutlich, dass der Begriff recht diffus und grenzenlos ist. Das ist nicht weiter verwunderlich, denn das Intermediäre gilt geradezu als Brücke zwischen verschiedenen Welten, Weltanschauungen und Disziplinen.

In neuerer Zeit sind weitere Konzepte und Begriffe aufgetaucht, deren inhaltliche Analyse an dieser Stelle nicht geleistet werden kann: Kommunitarismus, Bürgerengagement, Zivilgesellschaft (www.ehrenamt.de), Soziales Kapital (KNESEBECK 2011, Aktivierender Sozialstaat (KELLERMANN u.a. 2001, SCHMIDT, KOLIP 2007)). Sie alle bezeichnen Teile des Intermediären und zielen meist ab auf eine stärkere Kooperation zwischen dem gemeinnützigen Sektor bzw. den Bürgern und dem Staat.

Trotz oder gerade wegen der Diffusität des Begriffes des Intermediären sollten wir festhalten, dass jedenfalls unser Untersuchungsgegenstand, die Strukturen der interorganisatorischen Vernetzung und Kooperation in der Gesundheitsförderung, diesem intermediären Bereich zuzuordnen sind.

3. „Zwischen-Strukturen“ für interorganisatorische Kooperation in der Gesundheitsförderung: Netzwerke und Brückeneinrichtungen
Vermitteln und Vernetzen ist – neben **Interessen vertreten** und **Befähigen und Ermöglichen** – eines der wichtigsten Prinzipien des Handlungsprogramms der Gesundheitsförderung in der **Ottawa-Charta**. Ausgangspunkt ist die Einsicht, dass der Gesundheitssektor allein nicht in der Lage ist, gesunde Lebensbedingungen und Wohlbefinden für die Menschen herzustellen:

„Gesundheitsförderung verlangt vielmehr ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen und selbstorganisierten Verbänden und Initiativen sowie in lokalen Institutionen, in der Industrie und in den Medien. Menschen in allen Lebensbereichen sind daran zu beteiligen als einzelne, als Familien und als Gemeinschaften. Die Berufsgruppen und sozialen Gruppierungen sowie die Mitarbeiter des Gesundheitswesens tragen große Verantwortung für eine gesundheitsorientierte Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Interessen in der Gesellschaft.“ (Ottawa-Charta)

Vermittlung und Vernetzung bedeutet also, **horizontale und vertikale Kooperationsstrukturen** aufzubauen und weiterzuentwickeln:

- **Horizontal** sind die verschiedenen Lebensbereiche der Menschen und die entsprechenden Politiksektoren miteinander zu verknüpfen und für gesundheitsfördernde Aktivitäten zu gewinnen.
- **Vertikale Kooperation** bedeutet, dass die unterschiedlichen politischen Ebenen, von der internationalen bis hinunter zur lokalen und Nachbarschaftsebene, miteinander verbunden werden müssen. Vertikale Kooperation heißt aber auch, gesellschaftliche Großinstitutionen des formellen Bereichs (Staat, Kommunen, Krankenkassen) über mittlere Ebenen von Komplexität (Wohlfahrtsverbände, Berufsverbände, kommunale bzw. Stadtteil-Einrichtungen) bis hin zu selbstorganisierten Zusammenschlüssen von Bürgern (Selbsthilfegruppen und Bürgerinitiativen) in einen gemeinsamen Arbeitszusammenhang zu bringen, in dem Konflikte ausgetragen und Konsensprozesse auf den Weg gebracht werden können.

Vernetzen heißt, sich persönlich kennen lernen und mit langem Atem Hürden der Zusammenarbeit abbauen.

Wir beschränken uns an dieser Stelle auf **zwei Teilbereiche** des Intermediären, die für Gesundheitsförderung besonders wichtig sind:

- **Intermediäre Kooperationsstrukturen** (Netzwerke, Foren, Arbeitsgemeinschaften u.ä.): Dies sind zielgruppen-, gebiets- oder problembezogene, unterschiedlich zusammengeschlossene Verbundsysteme, die oft Staat, Markt und informelle Sphäre miteinander verknüpfen. Ihre Hauptfunktion ist die Wahrung allgemeiner Interessen und gesellschaftlicher Aufgaben, darunter auch der Bereich der Gesundheitsförderung. Diese Strukturen sind aber auch in Politikfeldern anzutreffen, die nicht direkt mit Gesundheit zu tun haben (z.B. Umwelt, Stadtplanung, Bildung). Dort sind solche Verbundsysteme ebenfalls wichtig für Gesundheitsförderung: Sie sind Systemschnittstellen zwischen verschiedenen Politiksektoren, ermöglichen also intersektorale Politik.
- **Intermediäre Brückeneinrichtungen:** Das sind konkrete Organisationen, Infrastruktur-Einheiten mit Raum-, Sachmittel- und Personalausstattung. Ihre primären Aufgaben sind vor allem vermittelnder Natur.

Eine genaue Trennung zwischen den Begriffen Netzwerk und Brückeneinrichtung ist oft schwer. Brückeninstanzen sind eigentlich immer in ein Netzwerk eingebettet; Netzwerke existieren oft außerhalb von Brückeneinrichtungen, manchmal aber auch in so enger Anbindung an eine Brückeneinrichtung, dass sie als deren Bestandteil erscheinen.

Netzwerke (Kooperationsstrukturen)

Der **Netzwerk**-Begriff wird in der wissenschaftlichen Literatur sehr vielfältig benutzt (Broesskamp-Stone 2003,2004; Enkerts / Schweigert 1988; TROJAN, SÜß 2011). Wir geben hier zunächst einen Überblick über die verschiedenen Bedeutungszusammenhänge und versuchen dann eine Eingrenzung des Begriffs für unsere Zwecke.

Soziale Netzwerke sind relativ dauerhafte, jedoch nur gering oder gar nicht formalisierte Beziehungsstrukturen zwischen Individuen und Gruppen.

Ihre Bedeutung liegt vor allem darin, dass sie soziale Unterstützung für den Einzelnen leisten und soziale Aktionen durchführen können. Sie haben eine wichtige Rolle bei der Bewältigung von Krankheiten und der Förderung von Gesundheit auf individueller Ebene und in lokalen Lebenszusammenhängen.

Gelegentlich werden **natürliche Netzwerke** (Familie, Haushaltsmitglieder, Nachbarschaft, Freundes- und Kollegenkreis usw.) **organisierten Netzwerken** gegenübergestellt (Vereine, Selbsthilfeszusammenschlüsse, Bürgerinitiativen und ähnliche soziale Gebilde).

Systematisch wird manchmal auch unterschieden nach

- **primären Netzwerken** (Familie, Verwandte, Haushaltsangehörige und Freunde),
- **sekundären Netzwerken** (vor allem selbstorganisierte soziale Gebilde im eigenen Lebensraum, aber auch höhergradig organisierte Vereinigungen und Verbände) sowie

- **tertiären Netzwerken** (in dieser Systematik die professionellen Hilfssysteme, die allerdings der obigen Definition sozialer Netzwerke kaum noch entsprechen).

Im allgemeinen Sprachgebrauch werden jedoch mit dem Begriff **soziale Netzwerke** vor allem informelle Beziehungsstrukturen angesprochen, im Unterschied zu formellen und funktionalen Verknüpfungen von Organisationen und Institutionen. Die sozialpolitische Bedeutung der sozialen Netze als Schutz-, Bewältigungs-, Entlastungs- und Unterstützungssysteme hat zu einer rapide gewachsenen Forschung über soziale Netzwerke seit Beginn der 70er Jahre geführt.

Insbesondere in der Sozialpsychologie und in der Gemeindepsychologie sind **persönliche Netzwerke** untersucht worden. Ausgehend von den Beziehungen, die ein notleidendes Individuum zu einzelnen Personen und Gruppen hat, werden nicht nur Schwächen des individuellen Netzwerkes zu identifizieren versucht, sondern auch Stärken, d.h. die möglichen Anknüpfungspunkte für die aktive Hilfesuche des Individuums in seiner unmittelbaren Umgebung. Netzwerkförderung wird in diesem Kontext auch gelegentlich als *Netzwerkberatung* oder auch *Netzwerktherapie* bezeichnet. Dieser Ansatz stellt also eine wesentliche Erweiterung der üblichen Einengung professioneller Helferdisziplinen auf den Einzelnen und seine Krankheit dar.

Eine zweite Forschungsrichtung versucht, soziale Netzwerke im Sinne selbstorganisierter **Zusammenschlüsse auf Gemeindeebene** zu identifizieren und in ihrer Bedeutung für Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung zu beleuchten. Im Zentrum solcher Netzwerke

steht (im Gegensatz zu den um eine Person herum gruppierten Netzwerken) eine gemeinsame Betroffenheit oder ein gemeinsames Ziel als verbindendes Element. Untersuchungen auf Gemeindeebene haben gezeigt, dass solche sozialen Netzwerke – unabhängig davon, ob sie sich in den Bereichen Bildung und Kultur, Freizeit, Umwelt, Arbeit/Arbeitslosigkeit, Nachbarschaft, Stadtteil oder Gemeinwesen engagieren – große Bedeutung haben für die Organisation sozialer Unterstützung und sozialer Aktionen im Sinne besserer Lebensbedingungen und größeren Wohlbefindens (TROJAN, SÜB 2010). Epidemiologische Untersuchungen haben ergänzend mit verschiedenen Ansätzen zeigen können, dass eine gelungene Einbindung des Einzelnen in primäre und soziale Netzwerke mit geringerer Krankheitshäufigkeit und höherer Lebenserwartung einher geht. Studien zur Bedeutung „sozialen Kapitals“ haben zu gleichsinnigen Erkenntnissen geführt (KNESEBECK 2011).

Netzwerkförderung – als unspezifischer Ansatz der Gesundheitsförderung und Prävention – versucht, soziale Netzwerke auf lokaler Ebene zu stärken und zu unterstützen. Dabei ist vorwiegend zu denken an alle im weitesten Sinne frei-gemeinnützigen Selbsthilfeszusammenschlüsse, Vereine, Initiativen und Organisationen mit den von ihnen getragenen Einrichtungen, z.B. im Beratungs-, Bildungs-, Kultur- und Umweltbereich. Sie alle bilden eine Infrastruktur für gesundheitsrelevante soziale Reformen und Innovationen, die dem Einzelnen Möglichkeiten des Engagements und der Verbesserung der eigenen Lebens- und Arbeitsbedingungen bieten. Die zunehmende Bedeutung dieser Form der Netzwerkförderung lässt sich vor allem auch

daraus erklären, dass, wie erwähnt, traditionelle Netzwerke – insbesondere die Familien – ihren Aufgaben im Sinne sozialer Unterstützung immer weniger nachkommen können.

Eine umfassende **Definition** von Netzwerkförderung auf der Basis zahlreicher unterschiedlicher Untersuchungsergebnisse lautet:

Als **Netzwerkförderung** bezeichnen wir:

1. Aktivitäten, die der Erhaltung, Befähigung und *Weiterentwicklung vorhandener* aufgabenbezogener (gesundheitsrelevanter) Netzwerke in Arbeits- und Lebenswelt dienen,
2. Aktivitäten, die der *Anregung neuer* aufgabenbezogener (gesundheitsrelevanter) Netzwerke in Arbeits- und Lebenswelt dienen,
3. Aktivitäten, die der Entlastung und Pflege, Erweiterung, Aktivierung, Stärkung und Qualifizierung *persönlicher* Netzwerke (z.B. Familie, Nachbarschaft, Freunde u.a.m.) dienen.

Im Zusammenhang von Gesundheitsförderung und Public Health wird der Ausdruck „Netzwerkförderung“ neuerdings auch gelegentlich benutzt für die Schaffung von **Kooperationsnetzwerken**. Üblicher hierfür ist jedoch der Ausdruck „Vernetzung“ (Freie Universität Berlin 1999) oder „Netzwerkbildung“ (TROJAN, SÜB 2011).

Aus der **Initiativen- und Selbsthilfebewegung** kommt die Befürchtung, dass sich die Gruppen bei Einbindung in ein Netzwerk den normativen Vorgaben formaler Institutionen beugen müssen und so ihrem eigentlichen Zweck nicht mehr gerecht werden können. Diese Problematik darf sicherlich nicht unterschätzt werden. Andererseits liefern gerade große

formale Organisationen Unterstützung in *Know How* sowie auch in finanzieller Hinsicht. Dabei ist nur eine gemeinsame Basisintention erforderlich, nicht die Deckungsgleichheit aller Interessen. Im Gegenteil: Netzwerke leben von den unterschiedlichen Potentialen der Beteiligten. Dabei sollten die einzelnen Akteure die von ihnen angestrebten Veränderungen und Ziele nicht aus den Augen verlieren und ihr eigenes Profil bewahren. Richtig verstandene Netzwerke führen also nicht zur Gleichmacherei, sondern zwingen dazu, die eigene Position klar zu definieren. Netzwerke erfordern somit einen Perspektivenwechsel, der für alle Beteiligten fruchtbar sein kann, solange nicht ein Akteur die normative Ausrichtung zu einseitig beeinflusst.

Koordinationsstrukturen auf Landes- und kommunaler Ebene:

Regionale Arbeitsgemeinschaften und Gesundheitsförderungskonferenzen (Zugang über www.bvpraevention.de)

Kooperationsstrukturen der Gesundheitsförderung werden uneinheitlich benannt als *regionale / kommunale Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitserziehung* bzw. *Gesundheitsförderung*, als *Arbeitskreise Gesundheit* oder *Gesundheitsförderungskonferenzen*. Es gibt sie bei uns vor allem auf Landes- und kommunaler Ebene.

Ähnliche Kooperationsstrukturen haben sich auch in anderen Bereichen bewährt, z.B. als *psychosoziale Arbeitsgemeinschaften*, *kommunale Pflegekonferenzen* oder *Armutskonferenzen*. Eine wichtige Rolle spielen solche Kooperationsstrukturen auch in allen „integrierten Programmen“. Dies sind insbesondere Nachhaltigkeitsprogramme wie die *lokale Agenda 21* (vgl. TROJAN/LEGEWIE 2001, S. 235 ff.) sowie im Bereich der

Stadtentwicklung (vgl. ALISCH 2001, TROJAN/LEGEWIE 2001, S. 241 ff., BOEHME, STENDER 2011).

Ein Vergleich der **Koordinationsstrukturen auf Landesebene** zeigt, dass Nordrhein-Westfalen mit Abstand die größte Kontinuität und präziseste Regelung für die Koordination auf Landesebene hat. In einer Evaluation (SIEGRIST U.A. 2003) wird zu Recht festgestellt, dass die Landesgesundheitskonferenz (LGK) eine „unverzichtbare organisatorische Neuerung einer Gesundheitspolitik auf Landesebene darstellt“. Die aufgegriffenen Themen können als relevant im Sinne eines vorhandenen Gestaltungsbedarfs in dem jeweiligen Politikbereich gelten. Der Anspruch, Anstoß zu einer neuen Kultur „gemeinsamen Handelns im Gesundheitswesen“ zu sein, wird erfüllt. Einschränkungen sind zu machen, inwieweit und in welchen Bereichen die LGK als Steuerungsinstrument dient (und dienen kann) und inwieweit ihre Empfehlungen zu greifbaren Auswirkungen führen.

In zehn Bundesländern gibt es allgemeinere Aufträge für die Koordination im Bereich der Gesundheitsförderung (MÜLLER, W. 2000/2002): In zwei Gesetzen (Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg) werden hierfür auch Arbeitsgemeinschaften als Struktur genannt. In zwei weiteren Bundesländern werden für dieselben Aufgaben der Gesundheitsförderung regionale Gesundheitskonferenzen angeführt (Rheinland-Pfalz und Hamburg), die in Wirklichkeit jedoch eher als Gesundheitsförderungskonferenzen zu bezeichnen wären.

Für die **kommunalen Koordinationsstrukturen** waren vor allem die Idee einer systematischen Gesundheitsplanung (SCHRÄDER U.A. 1986) und das Gesunde Städte-Projekt (TROJAN/HILDEBRANDT 1991) entscheidende

Hintergründe der Entwicklung. Dabei wird die regionale Gesundheitskonferenz als relativ synonym mit einem Gesundheitsbeirat wie in München bzw. sogar einer „konzertierten Aktion auf kommunaler Ebene“ angesehen. Nur wenn dieser weitreichende Auftrag für alle Gesundheitsbelange im Vordergrund steht, sollte eigentlich von einer „Gesundheitskonferenz“ gesprochen werden. Andernfalls ist der Ausdruck einer „**Gesundheitsförderungskonferenz**“ angemessener. In der Realität dieser Koordinationsstrukturen gehen aber sowohl die Bezeichnungen als auch die Aufgabenzuschreibung recht stark durcheinander. Über die anfänglichen Entwicklungen seit Anfang der 80er Jahre gibt es eine Reihe von Übersichten und Evaluationen (MEIER 1996; TÖPLER 1999; LEYKAMM/GRAF 2001; GEENE 1997; MÜLLER, P. 2001).

Die kommunalen Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen sind insbesondere durch § 23 und § 24 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst von 1997 geregelt und in der Ausführungsverordnung von 1999 zum Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst weiter präzisiert. Die Koordination bezieht sich zwar einerseits auf Gesundheitsförderung, darüber hinaus aber auch auf kommunale Gesundheitsberichterstattung, Umweltmedizin, psychiatrische und Suchtkranken-Versorgung, medizinisch-soziale Versorgung älterer Menschen sowie auf Aids-Aufklärung, -Beratung und -Versorgung.

Aus der vorliegenden Literatur sind einige allgemeine **Voraussetzungen** herauszudestillieren, ohne die Gesundheitskonferenzen zum Scheitern verurteilt sind (vgl. insbesondere LANDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG O.J). Dazu gehören:

- eine Geschäftsstelle/Infrastruktur bzw. ein engagiertes Gesundheitsamt,
- ein politischer Wille und definierter Auftrag mit möglichst präziser Aufgaben- bzw. Prioritätenfestlegung,
- personelle und materielle Ressourcen
- sowie Fähigkeiten zur Gesundheitsberichterstattung, neutraler Moderation und Public-Health-Wissen.

Insbesondere aus der Evaluation der „ortsnahen Koordinierung“ und den späteren kommunalen Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen (BADURA, ZAMORA 2001) haben sich als **Hauptprobleme** herauskristallisiert: Konkurrenzprobleme zwischen bestimmten Anbietern, Entscheidungskompetenzen auf überörtlichen Ebenen, die Vernetzung und Kooperation mit GKV-finanzierten Strukturen und zum Teil darauf zurückzuführende begrenzte Umsetzungserfolge. Eine ganz allgemeine „Zwickmühle“ besteht darin, dass die kommunalen Gesundheitskonferenzen dort am erfolgreichsten sein können, wo es tatsächlich um lokale Probleme geht, andererseits aber viele lokale Probleme nur auf höheren politischen Ebenen lösbar sind (Bundesgesetzgebung, bundesweit gesteuerte Politik der sozialen Leistungsträger, etc.).

Einen Überblick über die wichtigsten Koordinationsstrukturen auf dezentraler Ebene gibt Abb. 5.

Land	Kommunale/regionale Koordinations- und Kooperations-Strukturen
Berlin	Bezirkliche Plan- und Leitstellen als dezentrale Koordinations-, Planungs- und Kommunikationsinstanzen. Managementstrukturen der Gesundheitsverwaltung zur Erfüllung der „neuen“ Aufgaben nach dem Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst von 1994. Mit diesem Gesetz wurde Berlin das erste Bundesland, in dem die Aufgaben <i>Gesundheitsförderung, Gesundheitsberichterstattung</i> und <i>Gesundheitsplanung</i> auf kommunaler Ebene eine gesetzliche Grundlage bekamen. Die Plan- und Leitstellen sind beim Gesundheitsdezernenten angesiedelt. (vgl. P. MÜLLER 2001)
Baden Württemberg	Regionale AGs für Gesundheitserziehung seit 1988; (vgl. TOEPLER 1999; LEYKAMM/GRAF 2001).
Nordrhein- Westfalen	Institutionalisierung der „ortsnahen Koordinierung“ durch den ÖGD-NRW (§ 23 Koordination; § 24 kommunale Gesundheitskonferenz sowie der Landesgesundheitskonferenz ÖGDG von 1997) (vgl. BEARINGPOINT/FOGS 2003)
Rheinland- Pfalz	Regionale Gesundheitskonferenz verankert durch das Gesetz zur Neuordnung des öffentlichen Gesundheitsdienstes (§ 5, 1997).
Saarland	„Regionale Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“. Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen allen am Gesundheitswesen beteiligten Institutionen. Regionale Gesundheitskonferenzen fanden 1998 statt, wurden aber offenbar inzwischen aufgegeben.
Sachsen- Anhalt	Landesgesundheitskonferenz als Instrument der Umsetzung landesweiter Gesundheitsziele (vgl. MFAFGS 2001).

Abb. 5: Ausgewählte Koordinations- und Kooperationsstrukturen in Deutschland (TROJAN in Anlehnung an BADURA/ZAMORA 2001; vgl. a. W. MÜLLER 2000/2002)

Brückeneinrichtungen (Unterstützungsstrukturen)

Wenn man Brückeneinrichtungen zunächst als Begriff plastisch beschreiben will, bietet sich das Bild vom **Feld** an (TROJAN/HILDEBRANDT 1990: 13ff). In der politischen Landschaft werden Felder abgesteckt, die inhaltlich zwar zusammenhängen, trotzdem aber durch tiefe Gräben getrennt sind. Die Gräben sind sogar innerhalb der Felder derselben Bauern zu finden: Sogar der alte Bereich der Erziehung zur Gesundheit ist von dem neueren der Gesundheitsförderung manchmal noch getrennt durch Gräben der Unkenntnis, Intoleranz, ungleicher Ressourcenverteilung und Konkurrenz. Ein solches von Gräben durchzogenes Feld zu bestellen, ist mühselig und anstrengend. Kostbare Energie wird verschwendet, wenn nicht **Brücken** gebildet werden, die der Gesundheitsförderung über tagespolitische Interessenlagen, Wettbewerbsstrategien und andere nicht-sachbezogene Gesichtspunkte hinweghelfen.

Der Brückenbau beginnt in der Regel auf beiden Seiten der Gräben, zwischen alten und neuen, eigenen und fremden Territorien. Willige Brückenbauer sind hier und dort zu finden, in alten und neuen Territorien bzw. Institutionen. Allerdings bestehen Unklarheiten und Unsicherheiten über das Baumaterial, wer mit der Bauleitung zu beauftragen ist und wer den Brückenbau finanzieren soll.

Brückeninstanzen sind die notwendigen Zwischenglieder einer langen Kette von sozialen Gebilden zwischen dem einzelnen Gesellschaftsmitglied und den höchsten Ebenen gesellschaftlicher Macht. Man unterscheidet dabei **alte und neue Brückeninstanzen**.

- Zu den alten, **traditionellen intermediären Instanzen** gehören vor allem jene Strukturen, mit denen wir uns hier nicht näher beschäftigen wollen: Familie, Kirche, Nachbarschaft, Wohlfahrtsverbände, Sozialversicherungsträger, standespolitische Interessenverbände und einige Betroffenen-Zusammenschlüsse. Gerade die zuerst genannten Instanzen können die ursprünglichen Aufgaben der Vermittlung oft nicht mehr erfüllen. Sie bedürfen neuer unterstützender und vermittelnder Infrastrukturen.
- Zu den **neuen Brückeneinrichtungen** zählen z.B. Mütterzentren, Elternschulen, Stadtteilzentren, Nachbarschaftsheime, Kulturzentren, Bildungs- und Gesundheitswerkstätten, Gesundheits- und Wissenschaftsläden, Selbsthilfekontaktstellen.

Die Komplexität des Beziehungsgeflechtes wird noch dadurch erhöht, dass es teilweise zu Konflikten zwischen alten und neuen Brückeneinrichtungen kommt. Etwa wenn die alten nicht akzeptieren wollen, dass die neuen manche Aufgaben flexibler und sachgerechter erfüllen können.

Woran erkennt man neue Brückeneinrichtungen? Wenn es auch keine eindeutigen Kriterien gibt, so kann man doch einige besonders häufig auftretende **Charakteristika** herausstellen: Die neuen Brückeneinrichtungen haben im Vergleich zu den alten ein **Akzeptanz- und Legitimationsproblem** gegenüber formellen Instanzen, nicht so sehr jedoch gegenüber dem informellen Sektor. Diese mangelnde Akzeptanz wird vor allem durch die Verweigerung ausreichender finanzieller Ressourcen deutlich, was vermutlich auch in ihrer politischen

Unberechenbarkeit begründet liegt. Die Bezeichnung „neu“ kennzeichnet bereits das Selbstverständnis als Vorkämpfer für eine neue Idee oder ein neues Paradigma, auch wenn dieser Anspruch in der Realität oft nur zum Teil eingelöst werden kann. Grundsätzlich stellen Brückeninstanzen **Orte des sozialen Wandels** dar. Egal in welcher Arbeitsstruktur sie auftreten, ob als Gesundheitsladen, Beratungsstelle oder Info-Zentrum, alle Brückeninstanzen stehen für ein komplexes Arrangement aus Kooperation und Konfrontation, für Ziele größerer sozialer Gerechtigkeit und politischer Partizipationsmöglichkeiten.

Im wesentlichen werden **drei Typen** von Brückeneinrichtungen unterschieden (TROJAN/HILDEBRANDT 1990: 188ff):

- **Initiative:** Brückeneinrichtungen, die als Basis- oder Bürgergruppe gegründet wurden und sich selbst als Initiative oder Interessenvertretung von Bürgern sehen. Sie sind überwiegend im informellen Sektor verankert. Beispiele dafür sind etwa Gesundheitsläden, Bürger- und Patienteninitiativen.
- **Innovationsagentur:** Brückeneinrichtungen, die als professionelle Agenturen die Förderung sozialen Wandels und sozialer Innovationen zum Ziel haben. Beispiele sind etwa einige Selbsthilfegruppen-Kontaktstellen.
- **Brückenkopf:** Einrichtungen, die als ganz oder teilweise ausgelagerte „Grenzstellen“ Brückenfunktionen der Gesundheitsförderung für traditionelle, meist staatliche Institutionen wahrnehmen. Sie sind strukturell in der Regel Teil des „Systems“ (z.B. die Leitstellen Gesundheit in Berlin), der formellen Sektoren

Markt oder Staat, auch wenn sie dem Geiste nach und funktionell den beiden ersten Typen sehr ähnlich sind.

Für die Gesundheitsförderung ist die **Vorkämpferrolle** dieser Brückeninstanzen besonders wichtig. Dabei ist kennzeichnend, dass sie zwischen politisch-administrativen Systemen, Märkten und Selbsthilfeszusammenschlüssen stehen, jedoch zu keinem dieser Bereiche unmittelbar gehören, also regelrecht „zwischen den Stühlen sitzen“. Als wichtige Vermittler und Vernetzer, Informations-Zwischenhändler, Initiatoren von Aktionen usw. sind sie jedoch Stütz- und Knoten-Punkte für die Weiterentwicklung der traditionellen wie auch für die Durchsetzung der neuen Ansätze über bestehende institutionelle Gräben und Grenzen hinweg.

Nachfolgend wollen wir Ihnen jeweils ein Beispiel für Aktivitäten von Brückeneinrichtungen der skizzierten Typen nennen:

Typ „Initiative“ (Brücken-Einrichtungen, die als Basis- oder Bürgergruppen begründet sind und sich selber als Initiative bzw. als Interessenvertretung von Bürgerinitiativen verstehen): **Beispiel Berliner Infoladen für Arbeit und Gesundheit.**

Beratung und Informationen zu Gesundheitsproblemen **für betroffene Kolleginnen und Kollegen** aus Betrieben sind im *Berliner Infoladen für Arbeit und Gesundheit* zu erhalten (www.gesundheitsladen-berlin.de/bilag.php). Viele Kolleginnen und Kollegen sehen sich hilflos krankmachenden Bedingungen am Arbeitsplatz ausgeliefert und wissen nicht, was sie tun sollen und wer ihnen helfen kann. Dem offiziellen Arbeitsschutz-System stehen sie skeptisch gegenüber, die gleiche Skepsis

und das gleiche Misstrauen findet sich auch auf der Seite der Arbeitsschutz-Experten. Der Berliner Infoladen für Arbeit und Gesundheit versucht hier, eine Brücke zu bilden. Kritische Kolleginnen und Kollegen rufen bei ihnen an und fragen nach Ansprechpartnern etwa zu den Gefahren ganz bestimmter Giftstoffe (Perchlorethylen, chlorierte Kohlenwasserstoffe etc.), zu den Erfahrungen bei der Messung von Gefahrstoffen oder zu den Erfahrungen mit Betriebsvereinbarungen zu Schichtarbeit (vgl. GÖBEL u.a. 1990; FREIE UNIVERSITÄT 1999).

Typ „Innovations-Agentur“ (Brücken-Einrichtungen, die sich selber auch direkt als solche verstehen und sozusagen als professionelle Agenturen die Förderung sozialen Wandels und sozialer Innovationen zum Ziel haben): **Beispiel Gesundheitsakademie.**

Die „**GesundheitsAkademie** – Forum für sozialökologische Gesundheitspolitik und Lebenskultur“ wurde 1988 im Gefolge der Gesundheitsbewegung und ihrer „Gesundheitstage“ als bundesweiter Zusammenschluss gegründet. Sie will Diskussions- und Aktionszusammenhänge für ein erweitertes sozialökologisches Gesundheitsverständnis entwickeln sowie Basisinitiativen in diesem Sinne fördern: „Die GesundheitsAkademie e.V. ist ein gemeinnütziger Zusammenschluss von Personen, Initiativen und Institutionen im Gesundheitsbereich. Sie unterstützt gesundheitsfördernde Kompetenzen, ein sozial-ökologisches Gesundheitsverständnis, unabhängige Patienteninformation und -beratung sowie eine solidarische und gerechte Gesundheitspolitik. Gegründet auf den Erfahrungen der bundesweiten Gesundheitstage und der Gesundheitsbewegung, versteht sich die GesundheitsAkademie e.V. als Visionenwerkstatt und als kritische

Begleiterin von innovativen Projekten.“ (www.gesundheits.de/akademie, Zugriff 20.3.2012). Als bundesweite Organisation versteht sie sich eher als *Brückenstruktur* denn als Brücken-Einrichtung. Ihre Funktionen sind jedoch sehr typisch für Brücken-Instanzen allgemein. Zu ihren neueren Aktivitäten, insbesondere den bundesweiten Bemühungen um eine Allianz für Gesundheitsförderung, gibt es ausführliche Publikationen (GESUNDHEITSAKADEMIE 2001, GÖPEL/GESUNDHEITSAKADEMIE 2010).

Als weiteres Beispiel auf lokaler Ebene sei hier die Münchner Aktionswerkstatt G'sundheit (MAG's; www.mags-muenchen.de) erwähnt, die sich explizit als Brückeninstanz versteht und vielfältige Vernetzungsarbeit leistet.

Typ „Brückenkopf“ (Brücken-Einrichtungen, die als vor- und ausgelagerte „Grenzstellen“ aus traditionellen Strukturen heraus gänzlich oder teilweise Brückenfunktionen für Gesundheitsförderung wahrnehmen):
Beispiel Gesundheits- und Umwelt-Treff (GUT) des Gesundheitsamtes Hamburg-Eimsbüttel.

Unter der Überschrift „GUT ist die Idee – ein kooperatives Projekt“ schreibt Christian Lorentz, Seele und Sachwalter dieses Projekts, zu Konzept und Arbeitsweise unter anderem folgendes: Der Gesundheits- und Umwelt -Treff (GUT) ist ein konkreter Schritt in diese Richtung (menschliche Gesundheit und gesunde Umwelt gemeinsam zu verwirklichen):

- heraus aus dem Amt und hinein ins Stadtviertel,
- statt Alleingang der Verwaltung Zusammenarbeit mit externen Trägern,
- das Wissen der Menschen vor Ort bündeln und nutzen,

- Raum bieten für Kreativität, Kompetenz und Gestaltungskraft der Bürger,
- einen Ort der Begegnung und des Lernens schaffen.

Im GUT finden Sie das BÜRO AGENDA 21 EIMSBÜTTEL, das BÜRO GESUNDHEIT EIMSBÜTTEL und eine Außenstelle der bezirklichen MÜTTERBERATUNG. Arbeitsschwerpunkte des BÜRO GESUNDHEIT sind:

- Information und Beratung zu Fragen um Gesundheit und Umwelt,
- Börse Nachbarschaftliche Gesundheitshilfe,
- Gesundheitliche Aktionstage und Projekte,
- Stadtteilgruppe Gesundheit.

Die Idee, insbesondere des letzten Punktes ist: Bewohnerinnen und Bewohner des Stadtteils erarbeiten eine erfahrungsorientierte Analyse der gesundheitlichen Situation ihres Stadtteils. Sie setzen Initiativen zur Verbesserung der Situation in Gang. Das Büro Gesundheit leistet Informations- und Organisationshilfe.“

Für diesen Typ „Brückenkopf“ gibt es eine Vielzahl von weiteren Beispielen. Am weitesten verbreitet sind Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen, in denen insbesondere die Brücke zwischen Patienten und den professionellen Einrichtungen des Gesundheitswesens geschlagen wird (TROJAN ET AL. 2012). Aber auch im Rahmen einer beträchtlichen Anzahl von innovativen Gesundheitsämtern wird versucht, einzelne Aufgaben der Gesundheitsförderung in leicht zugänglichen Außenstellen an die Bürger heranzubringen.

4. Gesundheitsfördernde Aufgaben von Zwischenstrukturen: mediate, enable, advocate

Die „Zwischenstrukturen“ (Netzwerke und Brückeninstanzen) haben **drei zentrale Funktionen** zu erfüllen, um eine verstärkte Teilhabe von Bürgern an der Gestaltung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen zu unterstützen:

- **mediate**, das Vermitteln und Überbrücken,
- **enable**, das Stimulieren und Befähigen,
- **advocate**, das Vertreten von Gesundheitsinteressen nach außen und das Fördern sozialen Wandels.

Alle drei genannten Funktionen fanden bereits in der Ottawa-Charta Erwähnung und sollen hier der Reihe nach näher beschrieben werden. (Ausführlicher: TROJAN/HILDEBRANDT 1990: 191ff.)

Mediate

Hier geht es um das bereits erwähnte „**Vermitteln und Vernetzen**“. Die drei Sektoren Staat, Markt und Dritter Sektor bedienen sich jeweils eigener Sprachen und gehorchen eigenen Denkstrukturen. Ihre internen Abläufe sind für die anderen Akteure oft weder transparent noch nachvollziehbar. Selbst wenn der Wille da ist, gelingt es oft nicht, sich ohne Missverständnisse mit Kommunikationspartnern eines anderen Bereiches zu verständigen. Gesundheitsförderung muss aber in alle drei Sektoren hinein übersetzt werden können, wenn die spezifischen Fähigkeiten und Qualitäten dieser drei Pole nutzbar gemacht werden sollen. Dieses Übersetzen und Überbrücken ist die zentrale Aufgabe der Brückeninstanzen, wobei dem aktiven Teil des *Brücke-Bauens* eine noch

größere Bedeutung zuzumessen ist als dem mehr passiven Brücke-*Sein*. Mediatoren stellen den nötigen Informationsfluss sicher, wobei sie die Botschaften und Konzepte der Gesundheitsförderung nicht wortgetreu, sondern alltagsnah übersetzt weiterreichen. Gleichzeitig geben sie auch Bedarfe, Wünsche, Fragen und Hoffnungen der Zielgruppen zurück an die Professionellen. Sie sind somit Übersetzer und **Experten für beide Seiten**. Das Ergebnis ist im besten Fall ein regelmäßiger Informationsfluss, der auf beiden Seiten die Bereitschaft fördert, die unterschiedlichen Ausgangsbedingungen anzuerkennen und die Diskrepanz konstruktiv zu nutzen.

Enable

Auch diese Aufgabe wurde im Zusammenhang mit den sozialen Netzwerken bereits angesprochen. Bei der Netzwerkförderung wird nichts anderes getan als *enabling*: **Stimulieren und Befähigen** ist vor allem in den Bereichen relevant, wo Selbstorganisation und solidarische Vernetzung aufgrund der vorhandenen psychischen und sozialen Ressourcen nicht von selbst entstehen können (vgl. HERRIGER 1997: 142). Andere zu verändertem Denken und Handeln anzuregen, ist dabei eine komplexe Aufgabe, die nur durch einen Methodenmix und eine Vielfalt von Handlungsträgern zum Erfolg führen kann. Dazu gehört genauso die Motivation der eigenen Mitarbeiter wie die Mobilisierung potentieller oder passiver Mitglieder und Mitstreiter, das Aufzeigen konkreter Handlungsfelder und die Zusammenarbeit mit allen drei Sektoren.

Ein ganz wesentlicher Bestandteil der Anregung und Entwicklung neuer Aufgaben ist das **empowerment** (BRANDES, STARK 2011). Zentral

ist der Aufbau und die Weiterentwicklung von fördernden Strukturen, die die Selbstorganisation von Akteuren unterstützen und eine **selbstbestimmte Lebensgestaltung** ermöglichen. Ziel ist also ein stärkeres Selbstbewusstsein auf der individuellen Ebene. Es soll erreicht werden durch die Schaffung eines Umfeldes, das den Einzelnen dazu befähigt, sich selbst zu helfen. Diese Hilfe kann entweder sehr konkreter oder eher psychologischer Natur sein. Machtlosigkeit, erlernte Hilflosigkeit und Kontrollverlust über das eigene Leben sollen abgebaut werden. Mitsprache, Partizipation und Beteiligung sind Elemente dieses Konzeptes, dem auch eine Demokratisierungskomponente innewohnt. Gesundheitserziehung und Gesundheitstraining sind in diesen Zusammenhang einzuordnen.

Häufige **Unterstützungsleistungen** im Sinne des *enable* sind:

- **Vermittlung von Fachwissen** und Weitergabe von Kenntnissen über gelungene Projekte, Modelle und Vorgehensweisen im Organisationsbereich,
- **Weitergabe von Erfahrungen** in Presse- und Öffentlichkeitsarbeit,
- Hilfe bei der **Suche nach Ansprechpartnern** z.B. in formellen Institutionen und Gremien,
- **Unterstützung** durch Räume und Büroausstattung.

Advocate

Dieser Ansatz „Anwaltschaft“ (TROJAN, LEHMANN 2011), in der Stadtentwicklung auch **advokatorische Planung**, englisch “advocacy planning” genannt, stammt vor allem aus den Vereinigten Staaten. Er wurde Anfang der 70er Jahre in Deutschland bekannt als ein Verfahren der Bewohnerbeteiligung in städtebaulichen Planungsprozessen.

Anwaltsplaner erstellen zusammen mit Bürger- bzw. Anwohnergruppen alternative Lösungen im Interesse ihrer Klienten, wobei die Entwürfe dieser „Gegenanwälte“ mit Planungen der Verwaltung konkurrieren. Bei längerfristigen Prozessen der Stadtentwicklung gibt es von der Anwaltsplanung fließende Übergänge zur Gemeinwesenarbeit und Stadtteilarbeit.

Im Gesundheitsbereich hat **Anwaltschaft** (advocacy; meist übersetzt als **Interessen vertreten**) eine herausgehobene Bedeutung im Kontext der Gesundheitsförderung bekommen. In der Ottawa-Charta heißt es zu diesem Grundprinzip u.a.:

„Politische, ökonomische, soziale, kulturelle, biologische sowie Umwelt- und Verhaltensfaktoren können alle entweder der Gesundheit zuträglich sein oder auch sie schädigen. Gesundheitsförderndes Handeln zielt darauf ab, durch aktives anwaltschaftliches Eintreten diese Faktoren positiv zu beeinflussen und der Gesundheit zuträglich zu machen.“

In diesem Zusammenhang steht das anwaltschaftliche Eintreten für das **Ziel Gesundheit**, und zwar zugunsten bestimmter Personengruppen, im Vordergrund. Dabei gilt es, im Namen der Gesundheit eine Vielzahl potentiell positiver oder auch negativer Faktoren zu beeinflussen. Dies entspricht in starkem Maße auch dem in der Ottawa-Charta geforderten Ziel einer **gesundheitsfördernden Gesamtpolitik** (TROJAN, SÜB 2011). Ebenso eng ist dieses Prinzip verknüpft mit dem genannten Prinzip „Befähigen und Ermöglichen“ (enable).

Anwaltschaft wird eingesetzt, um soziale Benachteiligungen zu verringern (ALTGELD 2011; KABA-SCHÖNSTEIN, GOLD 2011). Dabei vertritt eine fachlich kompetente Person oder Institution die **Interessen von**

„Randgruppen“ bzw. Gruppen, denen es an Artikulations- und Durchsetzungsfähigkeiten mangelt. Das Prinzip der Anwaltschaft spielt eine große Rolle, wenn es darum geht, politische Programme zu formulieren oder Zukunftsplanungen durchzuführen. Oft wird es sich um ein Eintreten für „latente Gesundheitsbedürfnisse“ der Bevölkerung handeln. Anwaltschaftliches Eintreten ohne intensive Beteiligung derer, für die man etwas erreichen möchte, birgt allerdings die Gefahr, an den wirklichen Interessen der Betroffenen vorbei zu handeln.

Im Gesundheitsbereich sind neben Einzelpersonen und -institutionen vor allem Kooperationsnetzwerke wie regionale Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung, Gesundheitsförderungskonferenzen usw. angetreten, das Interesse der Gesundheit anwaltschaftlich für eine Kommune oder eine Stadt zu vertreten. Konkret bedeutet dies in der Regel, sich in andere Politikbereiche einzumischen und Gesundheitsbelange dort aktiv zu vertreten. Die Funktion der anwaltschaftlichen Interessenvertretung für Gesundheit im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik kommt in den genannten Gremien jedoch häufig zu kurz gegenüber der Organisation und Koordination von gesundheitsfördernden Angeboten.

Als intermediäre Struktur in großem Maßstab wirkt bei diesem Anliegen der *Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten*: Gesundheitliche Chancengleichheit in Deutschland verbessern und die Gesundheit von Menschen in schwierigen sozialen Lebenslagen stärken, das sind die Leitziele des bundesweiten Kooperationsverbundes. Dem von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) initiierten und unterstützten Verbund gehören

mittlerweile 55 Organisationen an. Schwerpunktthemen sind Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen, bei Arbeitslosen, bei Älteren und im Quartier (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de).

Zusammenfassend kann man sagen, dass Netzwerke und Brückeneinrichtungen alle drei Funktionen in sich vereinen müssen. Dabei ist deutlich geworden, dass die Übergänge zwischen den Funktionen des *Mediate*, *Enable* und *Advocate* fließend sind und eine klare Trennung eher akademischer Natur wäre. Je nachdem, um welchen Typ von Brückeneinrichtung es sich handelt, unterscheidet sich jedoch die konkrete Ausgestaltung.

Der *Typ Initiative* versteht das *advocate* beispielsweise im Sinne radikaler und bewusst parteilicher Vertretung von vernachlässigten Gesundheitsinteressen (z.B. der Verhältnisprävention), der *Typ Innovationsagentur* eher als Vertretung des allgemeinen Ziels der Gesundheitsförderung, der *Typ Brückenkopf* verstärkt als Vertreten von Interessen innerhalb des formellen Bereichs. Jeder dieser Akzente hat im jeweiligen Umfeld seine Berechtigung.

Es gibt nicht einen richtigen Typ, sondern je nach Umfeld muss eine Brückeneinrichtung ihre Auffassung der Funktionen *mediate*, *enable* und *advocate* durchsetzen. Gesundheitsförderung erfordert deshalb die Unterstützung eines Mix an Einrichtungen, um der jeweiligen Situation, den Aufgaben und den beteiligten Individuen gerecht zu werden.

In Kooperationsnetzwerken, die inzwischen gut etabliert oder sogar gesetzlich institutionalisiert sind (wie beispielsweise bei den Kommunalen Gesundheitskonferenzen in NRW), nehmen Brückeneinrichtungen zwar oft den Charakter (und die Bezeichnung) „Geschäftsstelle“ an, müssen jedoch,

wenn sie erfolgreich sein wollen, ebenso innovativ und kreativ die drei Funktionen erfüllen wie es die Brückeneinrichtungen „der ersten Stunde“ mussten.

5. Praxiserfahrungen aus der Gestaltung von Kooperation und Vernetzung

In diesem Abschnitt werden einige konstruktive Vorschläge und Empfehlungen zusammengetragen, die bei der Etablierung von Netzwerkstrukturen hilfreich sein können.

Verständigungshilfen

Die Grundlage für das Funktionieren von Netzwerken und die Arbeit von Brückeneinrichtungen ist eine reibungslose Kommunikation. Es ist kein Geheimnis, dass die Qualität von Kommunikation stark von dem Willen und der Fähigkeit der beteiligten Partner abhängt. Es gibt nun **einige Störquellen**, die die Verständigung im intermediären Bereich extrem erschweren (WOHLFART 1996: 59):

- beharrliches **Pochen auf Eigeninteressen** durch Einzelne, die befürchten, mit ihrem Profil der Arbeit, Institution oder Initiative unterzugehen;
- **Berührungsängste** von Mitarbeitern etablierter Institutionen z.B. gegenüber Initiativen mit stark politischem Hintergrund;
- **Befürchtungen** und Erfahrungen von Vereinen, Initiativen und Selbsthilfegruppen, von den etablierten Institutionen entweder nicht ernst genommen zu werden oder zu große Zugeständnisse machen zu müssen;

- **ungenügende Arbeitsteilung** trotz diesbezüglicher Absprache;
- verstecktes, stellvertretendes **Austragen von Konkurrenzkämpfen** auf der inhaltlichen Ebene;
- Versuche der Hauptberufler, Nebenämter und Freiwillige zu **dominieren**.

Das Funktionieren von Initiativen und Projekten ist sehr viel stärker als bei traditionellen, festgefühten Organisationen davon abhängig, dass die „menschliche Chemie“ stimmt, dass sich die Menschen – trotz unterschiedlicher Fähigkeiten, gelegentlichen Meinungsverschiedenheiten, vielleicht sogar länger dauernden Konflikten – auf gemeinsame Ziele und Aufgaben verständigen können. Da dies nie garantiert werden kann, sind selbsterkämpfte und selbstorganisierte Organisationen, etwa im Bereich der alternativen Ökonomie oder Sozialarbeit, in der Regel labiler und anfälliger für Störungen.

URSULA WOHLFART (1996: 57) nennt einige **Empfehlungen zur Verständigung** bei unterschiedlichen Logiken und Sprachcodes:

- Beide Seiten sollten versuchen, **sich in die Situation des anderen hineinzusetzen**. Dies hilft, die Position des anderen zu verstehen und zu akzeptieren, auch wenn sie anders ist als die eigene. Nicht Nivellierung von Gegensätzen soll das Ziel sein, sondern das Anerkennen von Differenzen sowie der konstruktive Umgang damit.
- Man sollte sich über **eigene Vorurteile und Berührungspunkte** klar werden und versuchen, sie zu überwinden.

- Auch in einem funktionierenden Netzwerk kommt es zu **Interessenkonflikten**. Mit dieser Konkurrenz muss man umgehen können und die Eigeninteressen zugunsten der gemeinsamen Sache zurückstellen.
- Der Einzelne muss **Geduld, Einfühlungsvermögen und Standfestigkeit** aufbringen, um gemeinsame Positionen, Vorhaben, Pläne und Arbeitsschritte auszuhandeln. Diese gemeinsame Arbeit sollte dabei möglichst nicht zum Profilverlust einzelner Einrichtungen und Initiativen führen.
- **Entscheidungen** sollten möglichst kollektiv getroffen werden und in der zugrunde liegenden Diskussion sollten auch **Minderheitenmeinungen** berücksichtigt werden. Dies hat den Vorteil, dass in folgenden Projektphasen eine breitere Arbeitsteilung möglich ist, weil mehr Akteure bereit sind, ihre speziellen Qualifikationen einzubringen.

Zirkuläre Zielplanung

Gerade für Projekte der Gesundheitsförderung ist auch eine **Verstetigung des Arbeitsprozesses** nötig. Regelmäßiger Kontakt zu den Entscheidungsträgern, die vorher identifiziert werden müssen, regelmäßige Berichterstattung und die Zerlegung von Projekten in Teilabschnitte, so dass Entscheidungssituationen entstehen, sind unabdingbar. Eine **zirkuläre Zielplanung** hat sich in diesem Bereich bewährt (GROSSMANN/SCALA 1994: 110).

„Personalpolitik“

Diesen vielfältigen Anforderungen wird eine Brückeneinrichtung eher gerecht, wenn die verschiedenen Mitarbeiter unterschiedliche Erfahrungen mitbringen. Eine **heterogene Struktur** der Ausbildungs-, Berufs- und Tätigkeitshintergründe erhöht die Chance, dass zumindest jeweils ein Mitarbeiter die erforderliche Qualifikation mitbringt. Es kann also von Vorteil sein, in Brückeninstanzen Mitarbeiter zu haben, die allen drei Sektoren entstammen (Markt, Staat, informeller Sektor). Diese Struktur erleichtert auch die Kommunikation in allen drei Bereichen und erhöht gleichzeitig die Akzeptanz. Es muss dabei aber im Vorwege ein **Konsens** über Ziele und Arbeitsweisen sowie ein gemeinsames Selbstbild im Sinne einer **corporate identity** und ein **klares Profil** existieren. Dies erfordert oftmals lange, aber notwendige interne Abstimmungsprozesse.

Kooperationsgestaltung

Folgende weitere **Bedingungen** sind **für die Kooperationsfunktion** von Brückeneinrichtungen sehr nützlich:

- Möglichst **alle relevanten Akteure** müssen an der Kooperation beteiligt werden. Dies schafft bei den Kooperationsgremien ein gewisses Maß an Verbindlichkeit. Allerdings sollte der Teilnehmerkreis überschaubar bleiben, um den Koordinationsaufwand nicht unnötig zu erhöhen.
- Alle Beteiligten müssen **erkennen**, dass eine **Kooperation für ihre Arbeit förderlich** ist, d.h., dass sie ihre Ziele mit Kooperation besser erfüllen können als ohne.

- Der **Gegenstand der Kooperation** sollte klar definiert sein, um ihn auch bearbeiten zu können. Auch sollte Einigkeit darüber bestehen, dass die Arbeit in diesem Tätigkeitsfeld wichtig und sinnvoll ist.
- Kooperation ist für die Beteiligten um so eher lohnend, als Möglichkeit der **Einflussnahme** besteht. Es sollten daher alle Möglichkeiten der Einflussnahme auf politische Entscheidungsträger genutzt und gepflegt werden.

Natürlich spielen auch **äußere Bedingungen** eine Rolle für den Erfolg der Arbeit intermediärer Strukturen. Eine gesicherte Grundfinanzierung ist unabdingbar, so dass über einen längeren Zeitraum eine ausreichende Anzahl an Mitarbeitern beschäftigt werden kann. Gerade für die Kontinuität ist eine weitgehende Unabhängigkeit von tagespolitischen Strömungen wichtig. Diese Strukturen sind allerdings oft nur langfristig beeinflussbar, und ihr Fehlen kann die Arbeit in intermediären Strukturen erheblich erschweren.

Fallstricke vermeiden

Über die Gesundheitskonferenzen in NRW gibt es aus Neuss einen Erfahrungsbericht (RUMPELTIN 2003), der die Fallstricke kommunaler Kooperationsstrukturen so prägnant zusammenfasst, dass sie unmittelbar als Checkliste für die eigene Arbeit in Kooperationsstrukturen dienen können. Als Fallstricke, die es zu vermeiden gilt, wurden in Neuss identifiziert:

- relevante Akteure werden nicht von Anfang an eingebunden – sie blockieren die Arbeit,

- kein neutraler bzw. allparteilicher Moderator,
- Gesundheitsamt gibt Themen vor,
- es besteht Unklarheit über Entscheidungsfindung, Verfahrenswege etc.; mangelnde Transparenz,
- politische Unterstützung ist nicht oder nur unzureichend vorhanden; Gesundheitskonferenz mit Alibi-Funktion,
- die hierarchische Anbindung der Geschäftsstelle ist ungünstig,
- die Kompetenzen des Geschäftsführers/der Geschäftsführerin entsprechen nicht dem Anforderungsprofil und diese werden nicht weiter entwickelt; gute Leute werden zu schlecht bezahlt und wandern ab
- für die Geschäftsführung der Gesundheitskonferenz stehen unzureichende Personalressourcen zur Verfügung; darüber hinaus wird die Geschäftsstelle mit anderen Aufgaben betraut,
- fehlende/mangelhafte Evaluation von Handlungsempfehlungen,
- Großteil der inhaltlichen Arbeit bleibt an Geschäftsstelle hängen,
- Bearbeitung ungeeigneter Themen in der Gesundheitskonferenz,
- ergebnisorientierter Aktionismus bzw. fehlende Nachhaltigkeit,
- mangelnde Identifikation der Mitglieder mit der Gesundheitskonferenz.

Professionelles Kooperationsmanagement

Als zentrales Defizit bei der Netzwerkbildung und Umsetzung integrierter Gesundheitsförderung (aber auch bei anderen integrierten Programmen wie Lokale Agenda 21 oder soziale Stadtentwicklung) hat sich die mangelnde

oder fehlschlagende intersektorale Kooperation herausgestellt. Als Gegenstrategie ist der Ausdruck „**Kooperationsmanagement**“ entstanden. Damit soll ausgedrückt werden, dass Zusammenarbeit *professionell* gestaltet werden kann. In einer Untersuchung des Berliner Zentrums Public Health wurden Fallstudien zu sektorübergreifenden kooperativen Projekten der kommunalen Gesundheitsförderung unter organisationspsychologischer Perspektive mit der Zielsetzung analysiert, hinderliche und förderliche Bedingungen für die Kooperation zu identifizieren. Als Ergebnis wurden ein empirisch fundiertes Modell kooperativer Projektarbeit und ein Praxisleitfaden entwickelt (BÖHM/JANSSEN/LEGEWIE 1999). Die zentrale Aufgabe für gelingende Kooperation bzw. für den Erhalt einer guten Kooperationskultur besteht nach Meinung der AutorInnen darin, Interessen und Ziele der Kooperationspartner auszubalancieren. Die folgende Tabelle aus dem Buch nennt die zu lösenden Aufgaben in kooperativen Projekten im einzelnen, untergliedert nach verschiedenen Phasen.

Vorbereitungsphase:	<ul style="list-style-type: none"> • Problem wahrnehmen • Vision entwickeln • Verbündete suchen • Informationen sammeln • Umsetzungsideen finden • erste Ziele aufstellen
---------------------	---

Konstituierungs- und Planungsphase:	<ul style="list-style-type: none"> • sich kennen lernen • Abgleich der Interessen • gemeinsame Problemanalyse • gemeinsame Ziele erarbeiten • strategische Planung • Kerngruppe entwickeln • Entscheidungsstruktur klären • Arbeitsfähigkeit herstellen • Ressourcen bereitstellen • Arbeitsteilung vereinbaren • Kooperationsabsprachen treffen
Durchführungsphase :	<ul style="list-style-type: none"> • Detailplanung • Umsetzung der Planungsschritte • Ressourcen sichern • Umsetzungs- und Qualitätskontrolle • Krisenintervention • Dokumentation der Ergebnisse

Abb.6: Phasentypische Aufgaben in kooperativen Projekten

Die Autoren geben auf der Basis ihrer empirischen Untersuchungen auch Standards für Struktur- und Prozessqualität in kooperativen Projekten an (S. 53) Besonderes Gewicht wird auf die Rolle der Projekt-Koordinatoren gelegt, die wir an anderer Stelle auch als „Drehpunktpersonen“ bzw. „Schnittstellen-Manager“ bezeichnet haben. Sie benötigen neben Kompetenzen in Moderationsmethoden allerdings

auch eine ganze Reihe weiterer Sachkompetenzen, Erfahrungen im jeweiligen Politikfeld und das unbedingte Vertrauen der beteiligten Akteure.

6. Good Practice-Kriterien für Netzwerke

Das Thema Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung allgemein – und damit natürlich auch für Kooperation und Vernetzung – hat in den vergangenen Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen (TÖPPICH, LINDEN 2011). Der vom Kooperationsverbund *Gesundheitliche Chancengleichheit* entwickelte Good Practice-Ansatz stellt ein Konzept zur Verfügung, das diesen Bedarf aufgreift. Die folgende Darstellung dieses bekanntesten und praxisnächsten Instruments entspricht weitgehend der Selbstdarstellung auf den Internetseiten des Kooperationsverbundes, wo auch weitergehende Informationen verfügbar gemacht werden (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de; weiter Ansätze der Evaluation von Netzwerken in TROJAN, KRANICH 2012).

Netzwerk-Konzept

Als Netzwerkstruktur der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten werden Beziehungen zwischen Einrichtungen, Initiativen und Mitgliedern verschiedener Bereiche wie etwa Gesundheit, Jugend, Bildung oder Verkehr bezeichnet, die hinsichtlich einer gemeinsam getragenen Zielsetzung längerfristig kooperieren oder sich miteinander koordinieren. Es handelt sich um eine Struktur, die von einer zentralen Institution (Brückeninstanz) oder alternierend von den Mitgliedern des Netzwerks koordiniert und moderiert werden kann.

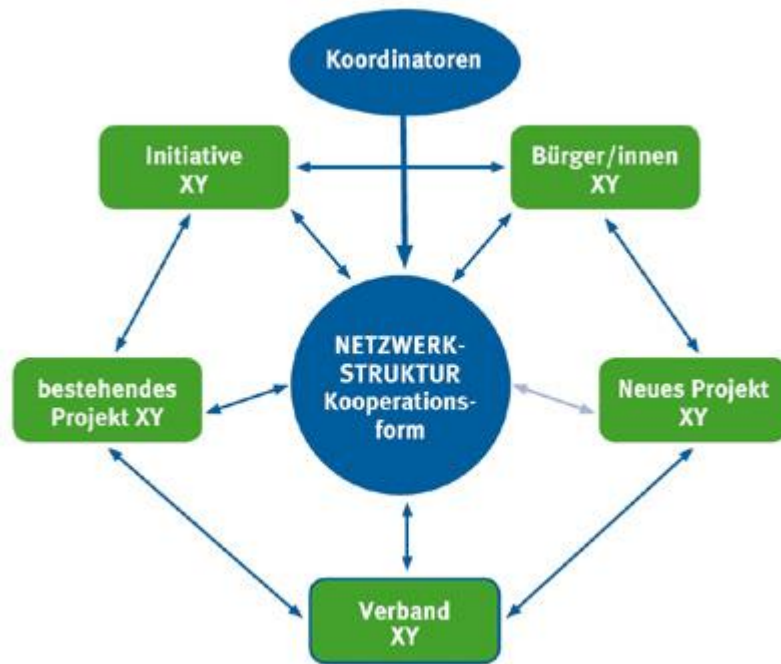


Abb. 7 Netzwerk-Struktur

(Quelle:

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)

Die Netzwerkarbeit soll sicherstellen, durch Zusammenarbeit und Austausch die Leistungsfähigkeit, also die Effektivität und Effizienz, sowie die Problemlösungsfähigkeit der Mitglieder im Hinblick auf eine Zielsetzung und Zielgruppe zu steigern. Dies kann über eine bessere Nutzung vorhandener Ressourcen wie Finanzen, Personal und Information geschehen oder aber dazu führen, fehlende Angebote zu erkennen, zu initiieren und zu gestalten.

Kriterien guter Praxis für Netzwerke

Wenn ein Netzwerk mit dem Etikett „Good Practice“ ausgezeichnet werden möchte, muss es die folgenden drei Kriterien erfüllen:

Einschlusskriterien (Muss-Kriterien):

- Konzeption, Selbstverständnis,
- Zielsetzung und Zielebenen,
- Zielgruppenbezug.

Wie auch bei der Auswahl guter Praxisbeispiele müssen weitere sogenannte „Auswahlkriterien“ nicht alle vollständig erfüllt sein, sondern gute Praxis soll sich anhand einiger von ihnen exemplarisch belegen lassen.

- Niedrigschwelliger Netzwerkzugang,
- Partizipation,
- Nachhaltigkeit,
- Qualitätsmanagement,
- Wirkungsbestimmung, Evaluation.

Der Good Practice-Ansatz regt zu einem Vergleich der eigenen Arbeit mit der Praxis anderer und zur Nachahmung gut gelungener Beispiele an. So bietet er die Möglichkeit, praktische Lösungsvorschläge für konkrete, fachliche Fragen und Probleme zu entwickeln und andere Ansätze der Qualitätsentwicklung, die in erster Linie auf die Optimierung von Arbeitsabläufen und Strukturen ausgerichtet sind, um diesen fachlichen Bezug zu ergänzen. Damit kommt der Good Practice-Ansatz dem in der Praxis häufig formulierten Bedarf an praxisgerechten, flexiblen

und kostengünstigen Konzepten der Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung nach.

7. Abschließende gesellschafts- und gesundheitspolitische Bemerkungen

Die Förderung eines Paradigmawandels im Gesundheitsbereich von einer Haltung, die andere Menschen als zu versorgende und zu behandelnde betrachtet, hin zu einer Haltung, die auf Gesundheitsförderung im Sinne der WHO und mehr Selbstbestimmung abzielt, ist eine der entscheidenden Aufgaben in einer Zeit vielfältiger und wachsender Gesundheitsbedrohungen.

Eine solche Aufgabenstellung benötigt darüber hinaus auch ein **gesellschaftliches Klima**, charakterisiert durch ein Denken jenseits eingefahrener Konfliktlinien sowie durch demokratische Toleranz und die Fähigkeit, konfligierende Interessen so anzusprechen, dass von allen Seiten damit produktiv umgegangen werden kann. Es bedarf also einer „civil society“ und einer Vermittlungsfähigkeit auch der großen, tradierten Organisationen und gesellschaftlichen Pole.

In diesem gesundheits- und sozialpolitischen Kontext ist der große Stellenwert von Brücken-Einrichtungen zu sehen: sie sind Elemente eines zunehmend verzweigteren Geflechts von Einrichtungen und Zusammenschlüssen im Zwischenbereich, der sich einer eindeutigen Zuordnung zu Staat, Markt oder individuellem Haushalt sperrt. Ihre **Selbst-Kennzeichnungen** heben Unterschiedliches hervor:

- Zielgruppen – z.B. Mütter-Zentren, Jugendzentren, Bürgerhäuser;

- einen Gebietsbezug – z.B. Stadtteilzentren, Nachbarschaftsheime, Gemeindehäuser, Quartiersvereine;
- einen methodischen Ansatz – z.B. Transfer-Zentrum, Selbsthilfe-Kontaktstelle, Beratungsstelle, „Werkstatt“;
- ein strukturelles Merkmal – z.B. Forum, Netz, Arbeitsgemeinschaft, „Laden“;
- einen Problem- oder Politikbereich – z.B. Soziokultur, Wissenschaft, Umwelt, Arbeit, Verkehr, Bildung, Stadterneuerung, oder eben auch Gesundheit.

In überaus vielen Fällen ist der Gesundheitsbezug nicht aus der Bezeichnung erkenntlich; Motivationen und Argumentationen beziehen sich jedoch häufig ausdrücklich auf mögliche Gesundheitsrisiken und notwendigen Gesundheitsschutz.

Zwischen Brücken-Einrichtungen, die sich ausdrücklich Gesundheitsförderung als Aufgabe gestellt haben, und solchen, für die dieses Ziel relevant ist, ist also nicht stringent zu trennen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die intermediären Instanzen ihrer Funktion nach entweder im Kern oder auf Ringen abnehmender Intensität der Bedeutung für Gesundheitsförderung zu verorten wären.

In der Regel nehmen sie sowohl gesundheits- wie auch im weiteren Sinne **sozial- und gesellschaftspolitische Aufgaben** wahr. Das Verknüpfen von beispielsweise chronisch Kranken, Alten oder Arbeitslosen zu Selbsthilfegruppen enthält konkrete Aspekte der Gesundheitsförderung und des Heranführens an bestimmte soziale Hilfen wie auch einen gesellschaftspolitischen Beitrag gegen Vereinsamung und

soziale Spaltungen. In vielfältiger Weise sind Brückeneinrichtungen Klammern einer dissoziierenden Gesellschaft, Gegenbewegungen gegen säkulare Trends der Individualisierung, der beruflichen Spezialisierung, der Ausdifferenzierung gesellschaftlicher Institutionen und wachsender Partikularisierung von Interessenlagen.

Sie sind typisches Kind verschiedener gesellschaftlicher Entwicklungen:

- der „**Informationsgesellschaft**“, indem sie die Rolle einer Drehscheibe für neues Wissen und aufbereitete, gebündelte Informationen übernehmen,
- der „**postindustriellen Gesellschaft**“, indem sie innovative Dienstleistungen „erfinden“, wie z.B. Werkstatt und Brutstätte für neue Ideen, Katalysator für mehr trägerübergreifende Kooperation,
- der „**Risiko-Gesellschaft**“, indem sie die Rolle eines Verstärkers für die Hör- und Sichtbarkeit der komplexen gesundheitlichen Bedrohungen übernehmen,
- der „**Therapie-Gesellschaft**“, indem sie den Kampf gegen „Beziehungsprobleme“ und „Beziehungsängste“ von „Kulturen“, „Lagern“, informellen und formellen Institutionen aufnehmen.

In all den gängigen Versuchen, die heutige Gesellschaft schlagwortartig von früheren Zeiten abzugrenzen, werden allgemeine zeitgenössische Entwicklungstrends angesprochen; das neue Interesse an alten intermediären Strukturen und die Entstehung neuer Brückeneinrichtungen geben sich in diesem Kontext als Reaktionen auf

gesamtgesellschaftliche Entwicklungsdynamiken zu erkennen. Sie sind als produktive Antwortversuche auf neue Herausforderungen zu verstehen.

Inwieweit sie sich zu adäquaten Antworten auswachsen können, wird allerdings nicht nur davon abhängen, ob ihre weitreichenden gesellschaftspolitischen Funktionen erkannt (und in Festansprachen in den Himmel gehoben) werden. Vielmehr wird es darauf ankommen, sie als konkrete Infrastrukturen und Instrumente der Gegensteuerung anzuerkennen und zu fördern.

Hierzu bedarf es einiger Voraussetzungen, die derzeit nur unzureichend erfüllt sind. Legitimation, Vertrauen, darauf aufbauend Resonanz und Akzeptanz und schließlich einfache Bearbeitungsprozesse samt gut etablierter Vertragsmuster – all dies findet sich bisher nur punktuell.

Teilweise lassen sich Fehlen oder nur zögerliche Nutzung der Fördervoraussetzungen sicher auf die häufig beklagte (aber in der Natur der Sache liegende) Konturlosigkeit des Neuen allgemein und speziell vieler intermediärer Instanzen zurückführen. Auch haben potenzielle Förderer zumeist Probleme damit, dass wesentliche „Produkte“ des intermediären Bereichs mit Händen wenig greifbar und nach Quantitäten nur schwer messbar sind – so etwa Aufhebung von Isolation, mehr Solidarität, mehr Öffentlichkeit für ein Problem, ein positives Klima für innovative Problemlösungen u.ä. mehr.

In ihrem Kern sind die Widerstände jedoch vermutlich anderer Natur: Letztendlich geht es mit den meisten Brückeninstanzen – egal ob sie Gesundheitsförderung als zentrales oder eher peripheres Ziel verfolgen – um eine Entfaltung und Erweiterung des Geltungsbereichs *sozialer* und

ökologischer Rationalitäten. Dieser Bereich liegt jedoch immer noch häufig (wie schon beim Verbot der Kinderarbeit, den verschiedenen Phasen der Arbeitszeitverkürzungen, der Einführung umweltfreundlicher Energieformen etc.) im Widerspruch zur Welt *ökonomischer* Rationalitäten und darauf sich gründenden politischen Realitäten.

Die Notwendigkeit gesundheitsfördernder Aktivitäten wird in den nächsten Jahren eher zu- als abnehmen. Gleichzeitig ist absehbar, dass durch steigende Finanznot der öffentlichen Haushalte und zunehmenden Problemdruck der sozialen Verhältnisse immer weniger Ruhe vorhanden sein wird, um grundsätzliche Veränderungen zu konzipieren, zu diskutieren und längerfristig in die Wege zu leiten (TROJAN 2010).

In dieser Situation brauchen Gesundheitsförderer einen langen Atem, eine hohe Frustrationstoleranz – und mehr Vernetzung, Bündnisse, Kooperation. Der umfassendste Ansatz für eine gemeinsame Politik von der Bundes- bis zur lokalen Ebene ist in Deutschland die „Allianz für Gesundheitsförderung“ (vgl. GESUNDHEITSAKADEMIE 2001). Unter dem Motto „Gesundheit gemeinsam gestalten“ wird diese wichtige konzeptionelle und Vernetzungsarbeit mit dem Ziel einer „Nachhaltigen Gesundheitsförderung“ fortgeführt (GÖPEL/GESUNDHEITSAKADEMIE 2010).

In der deutschen Politik gibt es seit Dezember 2012 ein Handlungskonzept der Bundesregierung mit der Überschrift „Präventionsstrategie“, das im Januar 2013 in einen Referentenentwurf für ein „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention im Gesundheitswesen“ ausgearbeitet wurde. Aus dem Kreis der sozialdemokratisch regierten Bundesländer kam ebenfalls im Dezember 2012, vertreten von Hamburg, eine Bundesratsinitiative für ein

„Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz“. Diese Ansätze zeigen, dass der Bedarf für mehr Aktivitäten der Gesundheitsförderung erkannt ist. Wie auch immer die Entwicklung im Einzelnen weitergehen wird: An einer Unterstützung und Verstärkung von Kooperation und Vernetzung in klaren Strukturen kommt kein vernünftiger Politikansatz vorbei!

Danksagung

Die Themen der Kooperation und Vernetzung und damit auch der intermediären bzw. Brückenstrukturen in der Gesundheitsförderung haben mich seit einem für die WHO konzipierten und durchgeführten Workshop kontinuierlich beschäftigt.* Dabei sind natürlich im Laufe der Jahre Hilfen zahlreicher Mitarbeiter eingeflossen. Für Mitarbeit an dem auf dem Workshop aufbauenden Buch „Brücken zwischen Bürgern und Behörden. Innovative Strukturen für Gesundheitsförderung“ (1990) danke ich besonders Helmut Hildebrandt, für die Überarbeitung der entsprechenden Stichwörter in den „Leitbegriffen der Gesundheitsförderung“ der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung danke ich Waldemar Süß und für die Aufbereitung des Themas für das Fernstudium Angewandte Gesundheitswissenschaften der Hochschule Magdeburg Christoph Kranich.

Quellen

ALISCH, M. (2001): Zur Gestaltung offener Prozesse am Beispiel sozialer Stadtentwicklung. In: ALISCH, M. (Hrsg.) (2001): Sozial – gesund – nachhaltig. Vom Leitbild zu verträglichen Entscheidungen in der

* WHO Europa (1991): Neue Brückeninstanzen für Gesundheitsförderung. Aktivieren – Vermitteln – Beteiligen. Kopenhagen (Workshop-Bericht vom 3.-7. 12.1989)

- Stadt des 21. Jahrhunderts. Leske & Budrich Verlag, Opladen, S. 175–200 (nur Auszug: S. 186–191, Kap. 2.4)
- ALTGELD, T. (2011): Gesundheitliche Chancengleichheit. In: BZgA (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, 4.Auflage. Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, S. 110-114
- BADURA, B., ZAMORA, P. (2001): Versorgungsoptimierung durch Dezentralisierung und Bürgerbeteiligung. In: Aktivierender Staat und aktive Bürger. Plädoyer für eine integrative Gesundheitspolitik. Mabuse Verlag, Frankfurt/Main
- BEARINGPOINT/FOGS (2003) im Auftrag des MfJFG des Landes NRW: Evaluation des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst ÖGDG des Landes NRW. Entwurf des Schlussberichts, April
- BECHER, B. u.a. (1987): Sozialpolitische Aktionsgruppen: Bedingungsfaktoren ihrer Beziehungen zu kommunaler Politik und Verwaltung. In: KAUFMANN, F.X.: Staat, intermediäre Instanzen und Selbsthilfe. Bedingungsanalysen sozialpolitischer Interventionen, München
- BERGER, P., NEUHAUS, R.J. (1981): To Empower People: The Role of Mediating Structures in Public Policy. American Enterprise Institute for Public Policy Research, Washington, D.C.
- BÖHM, B., JANSSEN, M., LEGEWIE, H: (1999): Zusammenarbeit professionell gestalten. Praxisleitfaden für Gesundheitsförderung, Sozialarbeit und Umweltschutz. Lambertus, Freiburg (Auszüge: Übersichten S. 53 u. 60)

- BÖHME, C., STENDER, K.P.: (2011): Gesundheitsförderung und Gesunde / Soziale Stadt. In: BZgA (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, 4.Auflage. Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, S. 236-241
- Brandes, / Stark, W. (2011): Empowerment. In: BZgA (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, 4.Auflage. Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, S. 57-60
- BROESSKAMP-STONE, U. (2003): Systeme und Strukturen der Gesundheitsförderung. In: Schwarz, F.-W. u.a. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Urban und Fischer Verlag, München, 2. Auflage, S. 243 ff.
- BROESSKAMP-STONE, U. (2004): Assessing Networks for Health Promotion. Framework and Examples. LIT, Münster
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG = BZgA (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, 4.Auflage. Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg
- EFFINGER in BAUER (Hg) (1993): Intermediäre Non-Profit-Organisationen in einem neuen Europa. Schäuble, Berlin
- ENKERTS, V., SCHWEIGERT, I. (Hrsg.) (1988): Gesundheit ist mehr! Soziale Netzwerke für eine lebenswerte Zukunft. Ergebnisse Verlag, Hamburg
- FREIE UNIVERSITÄT BERLIN UND LANDESGESUNDHEITSAMT BRANDENBURG (Hrsg.) (1999): Vernetzung als Strategie der Gesundheitsförderung.

- Regionale Netzwerke Arbeit und Gesundheit. Bilanz und Perspektiven. Eigenverlag, Berlin
- GEENE, R: (1997): Braucht Berlin eine Landesgesundheitskonferenz? In: Geene R, Denzien, C: (Hrsg.): Berlin – Gesunde Stadt? Die Diskussion um das Healthy City Programm: Neuorientierung für die Berliner Gesundheitspolitik. Schmengler-Verlag, Berlin
- GESUNDHEITSAKADEMIE E.V. (Hrsg.) (2001): Gesundheit gemeinsam gestalten. Allianz für Gesundheitsförderung. Mabuse Verlag, Frankfurt/Main
- GÖBEL, E., GUTHKE, B., KÖHLER, B. M. (1990): Berliner Infoladen für Arbeit und Gesundheit: Brücke zwischen Theorie und Praxis, Bewegung und Intuition. In: TROJAN, A., HILDEBRANDT, H. (Hrsg.): Brücken zwischen Bürgern und Behörden. Innovative Strukturen für Gesundheitsförderung. Asgard Verlag, St. Augustin
- GÖPEL, E. / GESUNDHEITSAKADEMIE E.V. (Hg) (2010) Nachhaltige Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten - Band 4. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag
- GROSSMANN, R., SCALA, K. (1994): Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Verlag Weinheim, München
- HERRIGER, N. (1997): Empowerment in der sozialen Arbeit: eine Einführung. Stuttgart/Berlin/Köln
- Huber, J. (1980): Wer soll das alles ändern. Die Alternativen der Alternativbewegung. Rotbuch, Berlin
- KABA-SCHÖNSTEIN, L, GOLD, C (2011): Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung. In: BZgA (Hrsg) Leitbegriffe der

- Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, 4.Auflage. Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, S. 276-285
- KAUFMANN, F. X. (Hrsg.) (1987): Staat, intermediäre Instanzen und Selbsthilfe. Bedingungsanalysen sozialpolitischer Intervention. Oldenbourg Verlag, München
- KELLERMANN, K., KONEGEN, N., STAECK, F. (Hrsg.) (2001): Aktivierender Staat und aktive Bürger. Plädoyer für eine integrative Gesundheitspolitik. Mabuse Verlag, Frankfurt/Main
- KNESEBECK, O.V.D. (2011): Soziales Kapital. In: BZgA (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, 4.Auflage. Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, S. 504-506
- Kuhn, J. (2011): 25 Jahre Ottawa Charta – Bilanz und Ausblick. 10 Thesen zur Entwicklung in Deutschland. Prävention 34 (1): 20-23
- LEYKAMM B, GRAF, I (2001): Regionale Arbeitsgemeinschaften für Gesundheit in Baden-Württemberg. Ergebnisse einer schriftlichen Befragung. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg. Stuttgart: Berichte
- LANDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN RHEINLAND-PFALZ E.V. (Hrsg.) (o.J.): Rund um die regionale Gesundheitskonferenz. Ein Leitfaden zur Handhabung regionaler Gesundheitskonferenzen. Eigenverlag, Mainz (Auszüge: S. 9–13, S. 74–77, S. 89–95)
- LEVIN, L.S., IDLER, E. L. (1981): The Hidden Health Care System: Mediating Structures and Medicine. American Enterprise Institute. Ballinger Publ. Comp., Cambridge, Mass.

- MEIER, B. (1996): Gesundheitskonferenzen und „runde Tische“ – Ideale Möglichkeit der Kooperation und Partizipation oder Kopfgeburts? In: LANDESINSTITUT FÜR SCHULE UND WEITERBILDUNG NRW (Hrsg.): Neue Provokation zur Gesundheit: Beiträge zu aktuellen Themen aus der Gesundheitsförderung und -bildung. Gesundheitsakademie Bremen, Frankfurt am Main, S. 133–149
- MfAFGS (Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales) (12/2001): Gesundheit für Alle: Die 6 Gesundheitsziele. Zwischenbericht zur 2. Landesgesundheitskonferenz am 06.03.2002 in Sachsen-Anhalt. Eigenverlag, Magdeburg
- MILES, D., MÜLLER, R. (1987): Zur Dethematisierung sozialpolitischer Aufgaben am Beispiel des Gesundheitsschutzes für Arbeiter im historischen Rückblick. In: KAUFMANN, F.X.: Staat, intermediäre Instanzen und Selbsthilfe. Bedingungsanalysen sozialpolitischer Interventionen. München, S. 65–89
- MÜLLER, P. (2001): Kommunale Gesundheitspolitik. Koordinieren statt verwalten. Aufgaben- und Organisationsentwicklung im öffentlichen Gesundheitsdienst am Beispiel Berlins. Verlag Hans Jakobs, Lage
- MÜLLER, W. (2000/2002): Synopse der Gesundheitsdienstgesetze der Länder. Bericht für die AOLG Arbeitsgruppe „Handlungsrichtlinien für eine Stärkung der Koordinations- und Kooperationsarbeit des ÖGD auf regionaler Ebene“. Manuskript, Düsseldorf
- NUTBEAM, D. (1998): Glossar Gesundheitsförderung. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg
- RUMPELTIN, C. (2003): Ortsnahe Koordinierung/Gesundheitskonferenzen im Rheinkreis Neuss. Vortrag bei der Fortbildungsveranstaltung der

- Akademie für öffentliches Gesundheitswesen am 26.06.2003 in Hamburg. („Ortsnahe Koordinierung, Aufbau und Entwicklung von Gesundheitskonferenzen, Runden Tischen und Gremien“)
- SCHMIDT, B., KOLIP; P. (Hg.): (2007) Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Juventa, Weinheim
- SCHRÄDER, W. F. u.a. (1986): Kommunale Gesundheitsplanung. Birkhäuser Verlag, Basel
- SCHWENDTER, R. (1971) Theorie der Subkultur. Kiepenheuer & Witsch, Köln
- SIEGRIST, J., GERAEDTS, M., DAMEROW, T. (2003): Die Landesgesundheitskonferenz des Landes Nordrhein-Westfalens: Abschlußbericht über die Evaluation eines Instruments der Gesundheitspolitik nach 10jährigem Bestehen. Im Auftrag des MfGSFF des Landes NRW, Düsseldorf
- TOEPLER, E. (1999): Qualität durch Vernetzung. Eine Untersuchung über regionale Netzwerke für Gesundheit. Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württembergs in Verbindung mit der Universität Ulm e.V. Stuttgart
- TÖPPICH J./LINDEN, S (2011) Evaluation In: BZgA (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, 4.Auflage. Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, S. 69-72
- TROJAN, A. (2010) Konzepte einer nachhaltigen gesundheitsfördernden Politikgestaltung. In: Göpel, E. / GesundheitsAkademie e.V. (Hg) Nachhaltige Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten - Band 4. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 125-136.

- TROJAN, A., HILDEBRANDT, H. (Hrsg.) (1990): Brücken zwischen Bürgern und Behörden. Innovative Strukturen für Gesundheitsförderung. Asgard Verlag, St. Augustin
- TROJAN, A., Hildebrandt, H. (1991): Kommunale Politik und öffentliche Gesundheit. Programm und Probleme des „Gesündere-Städte-Projekts“ der Weltgesundheitsorganisation. Jahrbuch für Medizin-Soziologie, Frankfurt/Main
- TROJAN, A., KRANICH, C. (2012): Kooperation und Vernetzung in der Gesundheitsförderung: Modelle und Ansätze. Studententext, Fernstudiengang Angewandte Gesundheitswissenschaften, Hochschule Magdeburg-Stendal
- TROJAN, A., LEGEWIE, H. (2001): Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. VAS, Frankfurt/Main (Auszug: S. 249–254)
- TROJAN, A. LEHMANN, F. (2011): Anwaltschaft. In: BZgA (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, 4.Auflage. Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, S. 25-26
- TROJAN, A; SÜB, W. (2010) Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. In: Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (Hg) Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, 336-346.
- TROJAN, A. SÜB, W. (2011): Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik. In: BZgA (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention.

- Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, 4.Auflage. Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, S. 133-136
- TROJAN, A. SÜß, W. (2011): Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung. In: BZgA (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, 4.Auflage. Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, S. 501-503
- TROJAN, A. SÜß, W. (2011): Vermitteln und Vernetzen In: BZgA (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, 4.Auflage. Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, S. 572-574
- TROJAN, A., SÜß, W., STUMM, B., ZIMMERMANN, I. (2001) Politikstrategien für kommunale Gesundheitsförderung: Shaker, Aachen. 2001
- TROJAN, A, BELLWINKEL, M, BOBZIEN, M, KOFAHL, C, NICKEL, N (Hg.) (2012) Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen. – Wie sich selbsthilfebezogene Patientenorientierung systematisch entwickeln und verankern lässt. Wirtschaftsverlag NW, Verlag für neue Wissenschaft GmbH, Bremerhaven
- WOHLFAHRT, U., (1996): Vorschläge für eine gesundheitsfördernde Netzwerkarbeit. In: Goepel, E. et al. (Hg): Macht. Vernetzung. Gesund. Strategien und Erfahrungen regionaler Vernetzungen im Gesundheitsbereich. Mabuse Verlag, Frankfurt/M., S.57-62

Weiterführende Internet-Adressen (URLs)

Agenda 21-Transfer-Stelle	www.agenda-transfer.de
Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V.	www.bvpraevention.de
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	www.bzga.de
Bund-Länder-Programm „soziale Stadt“	www.sozialeStadt.de
Datenbank zum Thema Ehrenamt/Bürgergesellschaft	www.ehrenamt.de
Deutsches Institut für Urbanistik (Zugang zu Projekten der sozialen Stadtentwicklung)	www.difu.de
European Foundation for the improvement in living and working conditions (Netzwerke nachhaltiger Entwicklung)	www.eurofound.ie/sustainability/
Fond gesundes Österreich	www.fgoe.org
Gesunde Städte und Netzwerke	www.who.dk/healthy-cities/CitiesAndNetworks/20010828_1
Gesunde Städte-Netzwerk Deutschland	www.gesunde-staedte-netzwerk.de
Gesundheitsakademie	www.gesundheits.de/akademie/
Grande Place Europe (u.a. Forum europäischer Bürgerinitiativen)	www.eurplace.org
International Council of Local Environmental Initiatives (europäische Beispiele „guter Praxis“)	www.iclei.org/europractice
Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“.	www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
UNCHS (Habitat) database on solutions from over 120 countries to common social, economic and environmental problems	www.bestpractices.org