

# Intersektoral und interkommunal zusammenarbeiten

Teil 6 der Toolbox „Aktive Mobilität im Alter fördern“

## Intersektoral und interkommunal zusammenarbeiten

Gesundheitsförderung im Sinne des Health in All Policies-Ansatzes ist eine klassische Querschnittsaufgabe, da nahezu alle kommunalen Fachplanungen und Politikfelder einen Beitrag leisten können. Dies erfordert das produktive Zusammenwirken verschiedener Akteure und Dienststellen. In diesem Beitrag der Toolbox „Aktive Mobilität im Alter fördern“ wird aufgezeigt, wie eine Querschnittsaufgabe prozedural und organisatorisch bewältigt werden kann.

Der Beitrag basiert vor allem auf Erfahrungen aus dem Reallabor „Aktiv mobil- länger gesund“, das im Rahmen des Forschungsprojekts AFOOT von August 2018 bis Mai 2020 in der Gemeinde Ritterhude stattfand. Das Reallabor zielte auf eine Sensibilisierung für aktive Mobilität und gesundes Altern der Bevölkerung, Kommunalverwaltung und Kommunalpolitik. Weiterhin waren eine Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Akteuren aus Gesundheitsförderung und räumlicher Planung und eine Qualifizierung von baulichen und planerischen Maßnahmen hinsichtlich der Förderung von aktiver Mobilität angestrebt. Im Rahmen des Reallabors wurde im Sachgebiet Bau, Planung und Umwelt eine Gesundheitswissenschaftlerin eingestellt, um das Thema der aktiven Mobilität für gesundes Altern zu adressieren. Zudem wurde im Rahmen eines initiierten Arbeitskreises „Gesundheit“ ein interkommunaler Austausch angeregt.

### Toolbox „Aktive Mobilität im Alter fördern“

Der Beitrag „Intersektoral und interkommunal zusammenarbeiten“ ist Teil 6 der Toolbox „Aktive Mobilität im Alter fördern“. Die Toolbox ist eine Sammlung praktischer Handreichungen für eine bewegungsfördernde und altersgerechte Kommunalentwicklung und ergänzt die gleichnamige Arbeitshilfe. Die Toolbox entsteht im Rahmen des Forschungsprojekts „Alternd zu Fuß oder mit Fahrrad – urban mobil ohne Stress“ (AFOOT) und wird fortlaufend erweitert.

Für alle bereits verfügbaren Bausteine der Toolbox besuchen Sie bitte die folgende Webseite:  
<http://www.aequipa.de/publikationen/arbeitshilfen>

### Impressum

Herausgebende:

AFOOT-Projektteam

Prof. Dr. Gabriele Bolte, MPH  
Tanja Brüchert, M.A.  
Universität Bremen  
Institut für Public Health  
und Pflegeforschung

Prof. Dr.-Ing. Sabine Baumgart  
Prof. Dr. Karsten Zimmermann  
Paula Quentin, M.Sc.  
TU Dortmund  
Fakultät Raumplanung

Gestaltung: Clara Melchert

Bremen und Dortmund  
Januar 2021

Förderung: Bundesministerium  
für Bildung und Forschung (BMBF)

Förderkennzeichen:

Universität Bremen O1EL1822B  
TU Dortmund O1EL1822G

Kontakt:

[gabriele.bolte@uni-bremen.de](mailto:gabriele.bolte@uni-bremen.de)

Weitere Informationen:

[www.aequipa.de/  
teilprojekte/af00t](http://www.aequipa.de/teilprojekte/af00t)

Zitiervorschlag:

AFOOT-Projektteam (Hrsg.).  
Intersektoral und interkommunal  
zusammenarbeiten. Bremen und  
Dortmund 2021. Online Zugriff  
unter [http://www.aequipa.de/  
publikationen/arbeitshilfen](http://www.aequipa.de/publikationen/arbeitshilfen)



Dieses Werk ist unter einer Creative Commons Lizenz vom Typ Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International zugänglich. Um eine Kopie dieser Lizenz einzusehen, konsultieren Sie <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/> oder wenden Sie sich brieflich an Creative Commons, Postfach 1866, Mountain View, California, 94042, USA.

## Intersektoral und interkommunal zusammenarbeiten

Die organisatorische und prozedurale Verankerung von Querschnittsaufgaben in der zumeist sektoral aufgebauten Verwaltung gehört zu den ständigen Herausforderungen der Kommunalpolitik. Als Beispiele können die nachhaltige Stadtentwicklung, die integrierte Stadterneuerung (insbesondere „Soziale Stadt“), die Klimaanpassung oder eben die Gesundheitsförderung genannt werden. All diese Ansätze teilen den holistischen Zugang, um so eine höhere Wirksamkeit und Effizienz zu erreichen. Zugleich stehen diese Ansätze aber vor dem Problem der verteilten Verantwortlichkeiten. Ämter und Fachgebiete fühlen sich gemäß ihrer Zuständigkeit und auf Basis ihrer rechtlichen Grundlage zumeist nur für einen Teil verantwortlich und möchten selten die Federführung für eine Querschnittsaufgabe übernehmen. Denn Querschnittsaufgaben erzeugen zunächst Mehraufwand in Form von Transaktionskosten. Dies gilt umso mehr, wenn zur intersektoralen noch die interkommunale Kooperation hinzukommt. Hier sprechen Effizienzgewinne und die höhere Wirksamkeit eindeutig für eine verstärkte Zusammenarbeit. Insbesondere bei Aufgaben, die die Grenzen der Kommunen überschreiten, wie das z.B. bei der Radwegeplanung der Fall sein kann, ist interkommunale Abstimmung geboten.

In der Praxis der Kommunalpolitik haben sich in den letzten Jahrzehnten verschiedene Strategien für die Etablierung von Querschnitts- oder Sonderaufgaben herauskristalliert, die alle Stärken und Schwächen haben. So zeigt die Verortung einer Querschnittsaufgabe als Stabsstelle bei dem Bürgermeister oder der Bürgermeisterin die politische Prioritätensetzung an, kann aber auch zu mangelnder Mitwirkungsbereitschaft der davon berührten Geschäftsbereiche oder gar zu Konkurrenz führen. Ämterübergreifende Koordinationsrunden schaffen häufig eine gemeinsame Wissensbasis, erzeugen aber nicht immer das nötige Commitment, d.h. die nötige (Selbst-) Verpflichtung und Verbindlichkeit. Angesichts knapper werdender Personalressourcen werden sie zudem als Zusatzbelastung jenseits der Pflichtaufgaben empfunden. Nicht zuletzt können Querschnittsaufgaben auch in die Regelverwaltung eingegliedert werden, wenn sich sachliche Verknüpfungen und ein Mehrwert ergeben. So wird die Klimaanpassung häufig der Planungs- und Umweltverwaltung zugeschlagen, die Gesundheitsförderung eher dem Bereich Soziales. Vorteil einer solchen Lösung ist die hohe Wahrscheinlichkeit der Umsetzung von Projekten, da eingespielte Verfahren der Fachverwaltung genutzt werden können. Nachteil kann das Verblässen der integrierten Perspektive sein, da die fachliche Orientierung der Fachverwaltung dominiert.

### Exkurs: Gesundheitsförderung nach dem Health in All Policies-Ansatz

Gesundheitsförderung nach dem Health in All Policies-Ansatz zielt auf eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik. Gesundheit soll dem Ansatz zufolge in allen Sektoren und auf allen Ebenen auf die politische Agenda gesetzt werden. Politische Entscheidungsträger\*innen sollen sich der gesundheitlichen Auswirkungen ihrer Entscheidungen und ihrer Verantwortung für Gesundheit bewusst sein [1]. Für eine Umsetzung dieser Zielsetzungen auf kommunaler Ebene stehen beispielsweise die Städte und Gemeinden des Gesunde Städte-Netzwerks. Das 9 Punkte-Programm des deutschen Gesunde Städte-Netzwerks benennt u.a. die Entwicklung einer ressortübergreifenden gesundheitsfördernden Politik und die Berücksichtigung gesundheitsfördernder Inhalte und Methoden bei allen öffentlichen Planungen und Entscheidungen als zentrale Voraussetzungen für eine gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung [2].

Mit Blick auf die interkommunale Kooperation lassen sich ebenfalls eine Reihe von Erwartungen nennen, die als Kooperationsgewinne gesehen werden. Dazu gehören effektivere und auch effizientere Lösungen durch Kosteneinsparungen und Mobilisierung von mehr Expertise [3]. Vor diesem Hintergrund ist interkommunale Kooperation insbesondere für kleinere Kommunen attraktiv. Im Übrigen endet auch die Gesundheitsförderung gerade in Verbindung mit Mobilitätsmaßnahmen nicht an den administrativen Grenzen einer Gemeinde. Häufig unterstützen die Landesregierungen interkommunale Kooperation, indem sie Anreize setzen und Beratung bieten [4, 5]. Bekannt ist im Kontext der Gesundheitspolitik das Konzept der Gesundheitsregionen [6]. Damit werden Optimierungen in der Leistungserbringung in der Gesundheitsfürsorge und der Gesundheitswirtschaft gerade im ländlichen Raum erreicht. Im Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen habe sich einige dieser Initiativen zusammengeschlossen (<https://www.deutsche-gesundheitsregionen.de>).

Mit Blick auf die Gesundheitsförderung ist die Verortung der Federführung für die interkommunale Kooperation in den Gesundheitsämtern der Landkreise als Perspektive denkbar. Das Land Niedersachsen beispielsweise

fördert mit den Gesundheitsregionen Niedersachsen u.a. den Aufbau entsprechender Strukturen [7]. In den Landkreisen kann an bestehende Strukturen und Wissensbestände angeknüpft werden. Zudem hat die Kreisverwaltung einen legitimen Zugang zu allen Kommunen eines Landkreises. Andererseits spielt der Aspekt der Gesundheitsförderung durch die Förderung der aktiven Mobilität in den Gesundheitsämtern eine eher untergeordnete Rolle.

Im Rahmen des Reallabors „Aktiv mobil – länger gesund“ wurden zwei Ansätze für eine intersektorale und interkommunale Zusammenarbeit erprobt. Zum einen wurde im Sachgebiet Bau, Planung und Umwelt der Gemeinde Ritterhude eine Gesundheitswissenschaftlerin eingestellt, um innerhalb des Sachgebiets und der Kommunalverwaltung dem Anliegen der Gesundheits- und Mobilitätsförderung älterer Menschen zu mehr Aufmerksamkeit zu verhelfen. Zweitens wurde ein interkommunaler Arbeitskreis „Gesundheit“ erprobt, der auf den Austausch zwischen Kommunalvertreter\*innen benachbarter Städte und Gemeinden zum Thema Gesundheit zielte. Beide Ansätze werden im Folgenden weiter ausgeführt.

## Die Rolle(n) einer Gesundheitswissenschaftlerin in der Gemeindeverwaltung

Die Einstellung einer Gesundheitswissenschaftlerin im Sachgebiet Bau, Planung und Umwelt der Gemeinde Ritterhude im Rahmen des Reallabors beruhte auf den folgenden Überlegungen:

1. Die Gesundheitswissenschaftlerin sollte als Projektkoordinatorin den durch das Reallabor zusätzlichen Aufwand bewältigen, um eine Mehrbelastung der Mitarbeiter\*innen der Gemeindeverwaltung zu begrenzen;
2. Die Einstellung einer Expertin im Bereich Gesundheitsförderung/Public Health sollte eine klare Verantwortungszuschreibung und damit Aufmerksamkeitssteuerung bewirken, da es eine vergleichbare Position in der Gemeindeverwaltung zuvor nicht gab;
3. Die Maßnahme gewährleistete die Mobilisierung und den Import von Expertise im Bereich der Gesundheitsförderung, da diese in der Planungs- und Bauverwaltung nicht unbedingt vor ausgesetzt werden konnte.

Auch wenn die Stelle aufgrund der begrenzten Projektlaufzeit nur temporär angelegt war, sollten die gerade zu Beginn einer Querschnittsaufgaben auftretenden Zusatzbelastungen bewältigt werden, bis sich dann neue Routinen eingestellt haben.

## **Ausgestaltung der Rolle(n) im Reallabor**

Die in der Gemeinde angestellte Gesundheitswissenschaftlerin nahm im Rahmen des Reallabors unterschiedliche Aufgaben wahr. So sollte sie die unmittelbar im Reallabor anfallenden Aufgaben, z.B. im Rahmen der Bestandsanalyse, koordinieren und den Kontakt zwischen den wissenschaftlichen und den kommunalen Projektbeteiligten sicherstellen. Zudem sollte sie in anstehende kommunale Planungen, wie das kommunale Radförderkonzept, einbezogen werden. Die Verortung in der Gemeindeverwaltung sollte einen Einblick in bestehende Routinen ermöglichen und eine pro-aktive Einbeziehung unterstützen. Darüber hinaus sollte die Gesundheitswissenschaftlerin gegenüber der älteren Bewohnerschaft der Gemeinde als Ansprechpartnerin fungieren. Die drei Aufgabenbereiche und Funktionen werden im Folgenden weiter ausgeführt.

### **Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Praxis**

Die Projektkoordinatorin stellte das Bindeglied zwischen den am Reallabor beteiligten Wissenschaftler\*innen und den Vertreter\*innen der Gemeinde Ritterhude dar. In der Bestandsanalyse unterstützte sie die Datenerhebung, z.B. indem sie Kontakt zum Einwohnermeldeamt der Gemeinde und zu der für die Sozialberichterstattung zuständigen Abteilung des Landkreises aufnahm. Sie koordinierte zudem eine durch Multiplikator\*innen unterstützte Befragung der Bewohner\*innen ab 65 Jahren (siehe hierzu Teil 7 der Toolbox „Ältere Bewohner\*innen beteiligen“). Während die Analyse der Daten durch die universitären Projektpartner\*innen durchgeführt wurden, gewährleistete die kommunale Projektkoordinatorin eine enge Rückkopplung mit lokalen Akteuren und mit den räumlichen Gegebenheiten in der Gemeinde. Die Ergebnisse der Bestandsanalyse wurden für die Erarbeitung eines kommunalen Radförderkonzepts und für die Fortschreibung des Gemeindeentwicklungskonzepts bereitgestellt.

### **Public Health-Expertin in der Gemeindeverwaltung**

Innerhalb der Gemeindeverwaltung warb die Gesundheitswissenschaftlerin für eine Auseinandersetzung mit Gesundheit und Gesundheitsförderung. Sie suchte das Gespräch in verschiedenen Sachgebieten und sensibilisierte für die Bedeutung des jeweiligen Handelns für die Gesundheit auf Bevölkerungsebene – nicht nur der älteren, sondern aller Bewohner\*innen der Gemeinde. Im Kontext der räumlichen Planung wurde die Zusammenarbeit dahingehend ausgestaltet, dass eine Stellungnahme zu den möglichen Auswirkungen des kommunalen Radförderkonzepts auf die Gesundheit und die gesundheitliche Chancengleichheit der Bevölkerung in der Gemeinde verfasst wurde.

### **Ansprechpartnerin für die Bevölkerung**

Von zentraler Bedeutung war zudem der Kontakt zu der älteren Bewohnerschaft Ritterhudes. Durch Gespräche mit dem Seniorenbeirat, dem Vertreter für Menschen mit Behinderungen, der für Seniorenarbeit zuständigen Mitarbeiterin der Gemeinde und einer Vertreterin des ADFC identifizierte die Projektkoordinatorin gleich zu Projektbeginn mögliche Orte und Wege zur Ansprache Älterer in der Gemeinde. Im Sinne einer altersgruppenspezifischen und aufsuchenden Beteiligung suchte sie verschiedene Gruppen, z.B. ein Seniorenfrühstück der Arbeiterwohlfahrt (AWO) und die Sportgruppe WaMaNoKa („Was man noch kann“), auf und präsentierte das Projekt und seine Ergebnisse auf dem Wochenmarkt. Darüber hinaus betrieb sie – immer mit der Unterstützung der anderen Projektbeteiligten – Öffentlichkeitsarbeit. So wurden Aktivitäten und Ergebnisse des Reallabors auf der Webseite der Gemeinde und in der lokalen Presse angekündigt und dokumentiert.

### **Erfahrungen und Empfehlungen**

Die Präsenz einer Gesundheitswissenschaftlerin in der Gemeindeverwaltung erwies sich insbesondere im Hinblick auf die Bewältigung des zusätzlichen Aufwands als wirkungsvoll. Bei der Umsetzung des Reallabors wurden zahlreiche Aufgaben erledigt, die im regelhaften Verwaltungshandeln kaum hätten durchgeführt werden können. Um den Kontakt zwischen den wissenschaftlichen und den kommunalen Projektbeteiligten nicht abreißen zu lassen, erwies sich die Position – gerade in Hinblick auf die begrenzten personellen Kapazitäten in der kleinen Gemeinde – als essentiell.

Als hinderlich erwies sich jedoch die im Reallabor methodisch angelegte offene Prozessgestaltung. Aufgaben und Ziele des Reallabors sollten im Prozess gemeinsam definiert werden, was jedoch eine klare Kommunikation mit der Kommunalpolitik und der Bewohnerschaft, eine effektive Steuerung des Prozesses und möglicherweise auch ein klares Commitment der kommunalen Akteure erschwerte. Zwar unterstützte die Bürgermeisterin das Reallabor, aber das Projekt blieb ein Projekt der Verwaltung und fand im politischen Raum begrenzte Resonanz. Als wichtig erwies sich trotz der mit zwei Jahren kurzen Laufzeit des Reallabors, die durchgeführte prozessbegleitende Evaluation, um Prozesse im Verlauf anpassen und verbessern zu können.

Innerhalb der Gemeindeverwaltung begegnete der Gesundheitswissenschaftlerin viel Offenheit. Dennoch war das Verständnis für die Effekte des kommunalen Handelns auf die Gesundheit der Bevölkerung nicht so leicht greifbar. Es wurde deutlich erkennbar, dass Gesundheitsförderung alles andere als eine Routineaufgabe ist und eine Zusammenarbeit selbst dann nicht automatisch gelingt, wenn die fachliche Expertise „im Haus“ ist. Ein erster wichtiger Schritt für die Zusammenarbeit war die Verständigung über die Bedeutung von „Gesundheit“ und „Gesundheitsförderung“.

Ergebnisse des Reallabors flossen in laufende Planungsprozesse, wie das kommunale Radförderkonzept und die Fortschreibung des Gemeindeentwicklungskonzepts, ein. Für eine Verstetigung der Auseinandersetzung mit Gesundheitsförderung und die Etablierung entsprechender Routinen, z.B. ein Indikatoren gestütztes Monitoring, erwies sich die Interventionsdauer von zwei Jahren als zu kurz. Eine Fortführung ist aufgrund der begrenzten personellen Ressourcen in einer Gemeinde dieser Größe ohne wissenschaftliche Unterstützung kaum leistbar.

Aktivitäten für die Bevölkerung, z.B. ein Aktionswochenende im Rahmen der Europäischen Mobilitätswoche im September 2019, wurden gut angenommen und auch außerhalb von Veranstaltungen wurde die Projektkoordinatorin von Bewohner\*innen kontaktiert. Die Ansprache und das Halten der Kontakte mit der älteren Bewohnerschaft erwiesen sich als gewinnbringend, aber auch als zeitintensiv. Angesichts der zeitlichen Befristung des Reallabors konnte zudem keine Verstetigung der Kontakte erreicht werden.



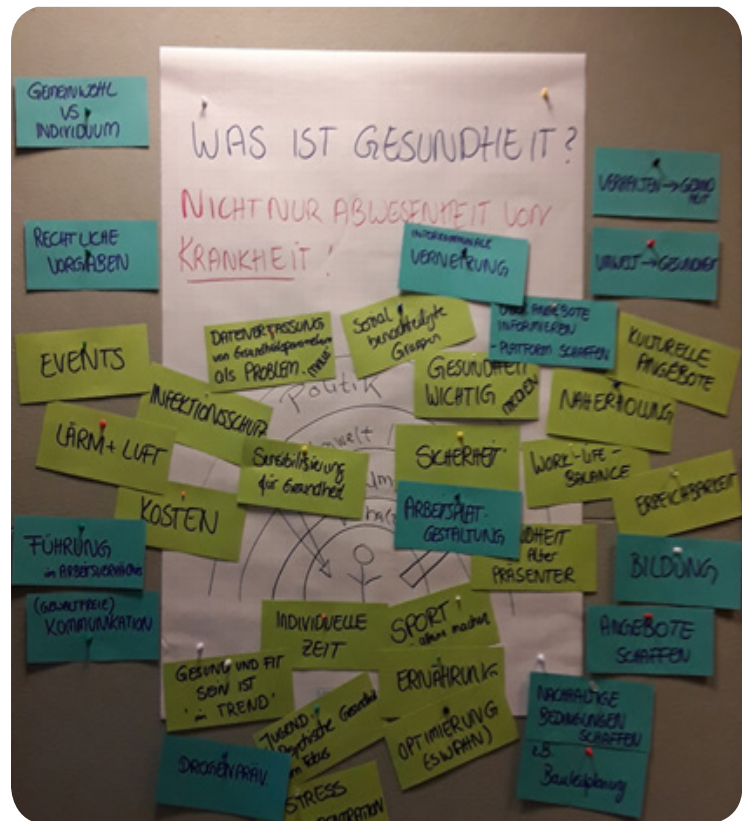


Abbildung 1: Gesammelte Anknüpfungspunkte für einen Umgang mit Gesundheit in der Kommune ausgehend von dem Modell der Gesundheitsdeterminanten

## Der Auftakt zu einem interkommunalen Arbeitskreis Gesundheit

Da die kommunalen Gesundheitsämter i.d.R. bei den Landkreisen angesiedelt sind, gibt es in den meisten kreisangehörigen Städten und Gemeinden keine formelle Zuständigkeit für Gesundheit. Nichtsdestotrotz sammeln einige Gemeinden, z.B. im Rahmen von Gesundheitsmanagement oder, wie hier, im Rahmen eines Reallabors, Erfahrungen im Umgang mit Gesundheit. Angesichts der begrenzten personellen Kapazitäten und Handlungsmöglichkeiten in der einzelnen Gemeinde sollte mit der Initiierung eines interkommunalen Arbeitskreises Gesundheit ein wechselseitiges Lernen mit benachbarten Gemeinden angestoßen werden.

Der interkommunale Austausch ermöglicht die Vertiefung gesundheitsbezogener Kenntnisse und ein gemeinsames Auftreten nach außen und nach innen. Langfristig soll dies dazu beitragen, die Berücksichtigung von Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit in allen kommunalen Arbeitsbereichen zu stärken. Ziel des im Rahmen des Reallabors veranstalteten Auftakttreffens war die Verständigung auf einen gemeinsamen Gesundheitsbegriff und die Sensibilisierung für die gesundheitlichen Bezüge im eigenen Tätigkeitsfeld. Neben Vertreter\*innen aus drei unterschiedlichen Sachgebieten der Gemeinde Ritterhude nahmen Vertreter\*innen aus vier weiteren Städten und Gemeinden teil.

### Ausgestaltung des Auftakttreffens im Reallabor

Das Auftakttreffen für einen interkommunalen Arbeitskreis „Gesundheit“ befasste sich mit der Frage: Was ist alles Gesundheit und was hat das mit meinem Tätigkeitsfeld zu tun? Der Inhalt und Aufbau des Treffens orientierte sich an einer Arbeitshilfe der Weltgesundheitsorganisation für Schulungen zum Health in All Policies-Ansatz [8]. Ausgehend von dem Modell der Gesundheitsdeterminanten [9] wurde zunächst diskutiert, was Gesundheit und Wohlbefinden eigentlich sind. Folgende Aspekte wurden benannt:

- Angebote für körperliche Aktivität (nicht nur in der Mucki-Bude) angesichts der Verschiebung von Vereinsport zu „informellem Sport“
- Schutzsysteme, z.B. gegen Ausbreitung des Coronavirus
- Psychische Gesundheit, u.a. soziales Umfeld, work-life-balance, Stress

Als wichtig wird hierbei auch erachtet:

- Hohe Präsenz von Gesundheit, z.B. in den Medien, und im Alter zunehmendes individuelles Gesundheitsbewusstsein
- Beschaffung von Informationen und Zugang zu gesunden Produkten (auch Kosten)
- (Selbst-)Überwachung des Gesundheitsverhaltens durch Apps und Smart Watches – zwischen Verantwortungübernahme für die eigene Gesundheit und Fremdsteuerung

Darauf aufbauend wurden Anknüpfungspunkte für den Umgang mit Gesundheit in den Tätigkeitsfeldern der Teilnehmenden gesucht. Ausgehend von den Tätigkeitsfeldern Gemeindeentwicklung und räumliche Planung, Bildung, Erziehung, Kultur und Freizeit, Sicherheit und Ordnung, soziale Sicherung sowie Personal und Organisation wurden folgende Anknüpfungspunkte benannt:

- Vermeidung von Gestank und Lärm im Zuge der Bauleitplanung
- Möglichkeiten zur Erholung im Wohnumfeld, z.B. Mehrgenerationenplatz
- Gesundes Wohnen, Verkehrsberuhigung und Straßenbegleitgrün
- Für Sicherheit sorgen, u.a. im Straßenverkehr
- Drogenprävention und Unfallprävention auf Sportanlagen
- Durchsetzung der Nachtruhe
- Kulturelles Angebot und dessen Erreichbarkeit, z.B. durch einen sogenannten „Kultur-Shuttle“
- Bildung und Teilhabe für Kinder und Jugendliche
- Gesundheitsangebote in Kitas und Schulen
- Allgemeine Arbeitsbedingungen, Arbeitssicherheit und Ergonomie sowie Laufgruppen für Beschäftigte und lärmfreie Zonen im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM)

Diese möglichen Herangehensweisen wurden von den Teilnehmenden gesehen:

- Überprüfung von Planungen auf gesundheitliche Auswirkungen, wie dies z.B. in Hinblick auf Klimaneutralität erfolgt
- Bewusstsein für Gesundheit stärken, wie das beim Umgang mit Datenschutz geschieht
- Vernetzung und Sensibilisierung, wie z.B. auch bei Frauenbeauftragt\*innen und Schwerbehindertenvertretungen
- Restriktiver Umgang mit emittierendem Gewerbe und zwingende Einhaltung von Grenzwerten, z.B. bei Lärm
- Sensibilisierung für die individuelle Gesundheit im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) sowie Fürsorge für Angestellte und Kund\*innen der Kommunen
- Gewaltfreie Kommunikation innerhalb der Kommunalverwaltung und mit Kund\*innen sowie Öffentlichkeitsarbeit und Information über bestehende Angebote

Diese Schwierigkeiten für eine Umsetzung wurden benannt:

- Abwägung zwischen dem gesundheitlichen Nutzen für die Allgemeinheit und dem Schutz der Gesundheit des/der Einzelnen, z.B. im Falle eines Sportplatzes, bei dem die Nutzer\*innen profitieren, die Anwohner\*innen aber ggf. durch Lärm belastet werden
- Gesundheit gilt als „weiches“ Thema – die Einschätzungen zu Gesundheit sind oft subjektiv geprägt und damit angreifbar, eine Durchsetzung von Maßnahmen mit dem Argument Gesundheit wird deshalb als schwierig eingeschätzt
- Abhängigkeit von übergeordneten Behörden des Landkreises oder des Landes Niedersachsen, z.B. beim Thema Verkehrssicherheit



## Erfahrungen und Empfehlungen

Das Auftakttreffen des interkommunalen Arbeitskreises „Gesundheit“ traf auf positive Resonanz. Die Teilnehmenden schätzten die Gelegenheit zum Austausch über ein Thema, mit dem sie sich sonst nur in einem geringen Umfang beschäftigen können. Durch ein steigendes Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung, eine „Informalisierung“ von Sport- und Gesundheitsangeboten sowie den Wunsch der Gemeinden, ihren Bewohner\*innen gute Lebensbedingungen und ein hohes Maß an Wohlbefinden zu ermöglichen, sehen die Teilnehmenden einen Anlass für die Auseinandersetzung mit Gesundheit in der Kommune.

Die Berührungspunkte mit dem Themenfeld Gesundheit sind vielfältig und reichen vom Immissionsschutz bis zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Auch in anderen Handlungsfeldern, z.B. Bildung, Kultur und Sicherheit, ist ein Bezug zu Gesundheit gegeben, wird jedoch nicht immer explizit thematisiert. Darüber hinaus bieten bestehende Routinen im Umgang mit anderen Querschnittsthemen, z.B. Klimaschutz und vor allem Klimaanpassung, Gleichstellung und Datenschutz, Anknüpfungspunkte für den Umgang mit Gesundheit in der Kommune.

Hinsichtlich der Verstärkung eines interkommunalen Austauschs über Gesundheit waren die Teilnehmenden dennoch zurückhaltend. Ein unmittelbarer Mehrwert entsteht für die Kommunen bzw. ihre Vertreter\*innen vor allem dann, wenn ein direkter Bezug zum eigenen Thema gegeben ist, z.B. in der Seniorenarbeit. So wurde eine thematische Fokussierung und Konkretisierung gewünscht. Zudem wird eine externe Moderation, z.B. durch Gesundheitswissenschaftler\*innen einer Universität, als wichtig erachtet. Als erfolgsversprechend schätzen die Teilnehmenden außerdem einen Anschluss an bestehende Formate der interkommunalen Zusammenarbeit auf Ebene des Landkreises ein, z.B. im Rahmen der Steuerungsrunde „Demografie“.

## Quellenverzeichnis

- [1] WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Zugriff online: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf?ua=1](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1)
- [2] Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland (o.J.): 9 Punkte-Programm. Zugriff online: <http://gesunde-staedte-netzwerk.de/9-punkte-programm/>
- [3] Oebbecke, J. (2007): Kommunale Gemeinschaftsarbeit, in: Mann, T.; Püttner, G. (Hrsg.): Handbuch der kommunalen Wissenschaft und Praxis. Berlin, S. 843-872.
- [4] Hesse, J. J.; Götz, A. (2006): Kooperation statt Fusion? Interkommunale Zusammenarbeit in den Flächenländern. Baden-Baden.
- [5] Zimmermann, K. (2016): Interkommunale und regionale Kooperation, in: ARL (Hrsg.) Handwörterbuch der Raumordnung, Hannover.
- [6] Hilbert, J.; Borchers, U.; Nerlinger, T. (2019) Gesundheitsregionen: Aktivposten und Erneuerungsplattform für eine zukunftsfähige Versorgung in ländlichen Regionen. Zugriff online: [https://cdn.website-editor.net/e7d817fa8e8347a0ae48d8ffe85116d/files/uploaded/XXX%2520InnoLandVersog%2520GesuReg\\_fin%2520%25282%2529.pdf](https://cdn.website-editor.net/e7d817fa8e8347a0ae48d8ffe85116d/files/uploaded/XXX%2520InnoLandVersog%2520GesuReg_fin%2520%25282%2529.pdf)
- [7] Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (2018): Gesundheitsregionen Niedersachsen. Leitfaden. Hannover.
- [8] WHO (2015) Health in All Policies. Training Manual. Zugriff online: [https://www.who.int/social\\_determinants/publications/9789241507981/en/](https://www.who.int/social_determinants/publications/9789241507981/en/)
- [9] Hurrelmann, K.; Richter, M. (2018) Determinanten von Gesundheit, in: BZgA (Hrsg.) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Zugriff online: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/determinanten-von-gesundheit/>