

Basiswissen Gesundheitsförderung

Settings und Netzwerke in der Gesundheitsförderung

Autoren:	Diana Siebert, Prof. Dr. Thomas Hartmann
Titel/ Untertitel:	Basiswissen Gesundheitsförderung/ Settings und Netzwerke in der Gesundheitsförderung
Auflage:	2
Stand:	2. Dezember 2007
Institution:	Hochschule Magdeburg-Stendal (FH)
Ort:	Magdeburg
Website:	http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/
Signatur:	B3_1-51

Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung

„Ein Setting wird einerseits als ein soziales System verstanden, das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst und andererseits als ein System, in dem diese Bedingungen von Gesundheit und Krankheit auch gestaltet werden können“ (Grossmann & Scala 1999, S.100).

Im § 20 Abs.1 SGB V wird der Setting-Ansatz als geeigneter Zugangsweg für Gesundheitsförderung betrachtet, der zudem insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen leisten kann, da er eine gezielte Erreichung sozial benachteiligter Gruppen ermöglicht. Der Setting-Ansatz ist die Kernstrategie der Gesundheitsförderung.

Beispiele für Settings sind Kindertagesstätten, Schulen, Berufsbildende Schulen, Hochschulen, Betriebe/Unternehmen, Einrichtungen der Erwachsenenbildung (z.B. Volkshochschulen), ambulante Arztpraxen, Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser, Haftanstalten, Städte/ Kommunen und Regionen.

Gesundheitsfördernde Settings kann man in regionale/übergreifende Settings (z.B. Regionen, Städte, Gemeinden) und einzelne Settings (z.B. Schule, Krankenhaus, Betrieb) unterscheiden. Die folgende Darstellung (vgl. Abb. 1) verdeutlicht die Einordnungsmöglichkeiten der genannten Beispiele für Settings sowie deren Bezug zueinander (Siebert 2005).

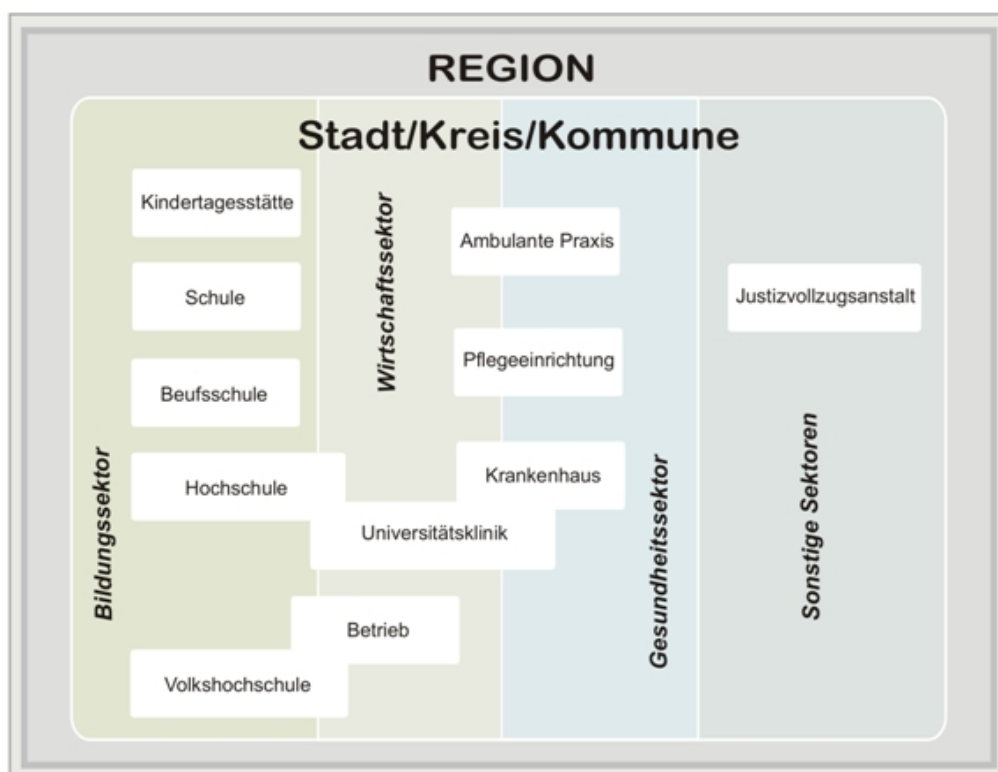


Abb. 1: Einordnung der Settings in der Gesundheitsförderung (Siebert 2005)

„Der Setting-Ansatz fokussiert die Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren und ist damit eine Antwort auf die beschränkten Erfolge traditioneller Gesundheitserziehungsaktivitäten, die sich mit Information und Appellen an Einzelpersonen wenden. Es wird der Erkenntnis Rechnung getragen, dass Gesundheitsprobleme einer Bevölkerungsgruppe das Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen ökonomischer, sozialer und organisatorischer Umwelt und persönlicher Lebensweise sind“ (Grossmann & Scala 1999, S.100).

Nicht der einzelne Mensch sondern die Einführung von Gesundheit als Organisationsprinzip in die sozialen Systeme selbst, die hinsichtlich ihrer Art und Komplexität sehr heterogen sein können und von der Kernfamilie bis hin zu einer nationalen Armee oder einem internationalen Konzern reichen, wird in den Vordergrund der settingbezogenen Interventionen und Maßnahmen gestellt. Bei diesem Organisationsentwicklungsprozess werden vor allem Kommunikationsstrukturen, insbesondere Prioritäten in Entscheidungsprozessen und Regeln im System, verändert, was viel Verständnis für die Entwicklungsbedingungen sozialer Systeme sowie Kompetenzen in Organisationsentwicklung und Projektmanagement erfordert (Altgelt & Kolip 2004, Baric & Conrad 1999, Grossmann & Scala 2003).

Nach Baric & Conrad (1999) sollte zwischen „Gesundheitsförderung in einem Setting“ und einem „gesundheitsfördernden Setting“ differenziert werden (vgl. Abb. 2).

Gesundheitsförderung in einem Setting

hat eine lange Tradition und beinhaltet die Einführung von Maßnahmen (z.B. Programmen und Projekten) der Gesundheitsförderung in einem Setting. Dabei wird das Setting jedoch nur als Einzugsgebiet zur Erreichung spezifischer Zielgruppen (z.B. Schüler/-innen, Arbeitnehmer/-innen) genutzt.

Ein gesundheitsförderndes Setting

Ein gesundheitsförderndes Setting ist dagegen ein neues Konzept, das einen Politik- und Strategiewechsel eines Settings beinhaltet. Dabei wird ein Setting als ein „Organisationssystem“ und Gesundheitsförderung primär als Organisationsentwicklung verstanden durch...

- die Einbeziehung gesundheitsfördernder Aspekte in die täglichen Aktivitäten
- die volle Partizipation aller Statusgruppen eines Settings
- die Evaluation der eingeführten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung

Abb. 2: Differenzierung zwischen „Gesundheitsförderung in einem Setting“ und einem „gesundheitsfördernden Setting“ (Baric & Conrad 1999)

Die Formulierung des Setting-Ansatzes war für die Entwicklung der Gesundheitsförderung ein bedeutender Schritt. Auf der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa, Kanada (1986) wurde in Anlehnung an die WHO-Strategie „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ die Stadt Toronto zur „Healthy City“ erklärt und damit die Grundlage für das „Gesunde Städte-Projekt“ der WHO geschaffen. Mit den Prinzipien des Gesunde Städte-Projekts, das sich von einem zunächst kleinen Projekt zu einer weltweiten Bewegung entwickelt hat, wurde der Setting-Ansatz erstmals umgesetzt (Baric & Conrad 1999, Grossmann & Scala 1999).

Parallel zu der „Gesunde Städte-Bewegung“ folgten weitere, meist von der WHO initiierte, Gesundheitsförderungsprogramme, die im Rahmen des Setting-Ansatzes in Bereichen wie Schulen, Hochschulen, Krankenhäusern und Betrieben Gesundheitsförderungsprojekte und die Netzwerkbildung vorantrieben. In der Ottawa-Charta wird die „Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten“ als ein zentraler Handlungsbereich aktiven gesundheitlichen Handelns benannt. Durch die folgenden Konferenzen zur Gesundheitsförderung (vgl. Abb. 3) in Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jakarta (1997), Mexiko Stadt (2000) und Bangkok (2005) sowie das WHO-Programm „Gesundheit21“ (1998) wurde der Setting-Ansatz als Kernstrategie der Gesundheitsförderung bestätigt (u.a. Baric & Conrad 1999, Grossmann & Scala 1999, WHO 1986, 1988, 1991, 1997, 2000, 2005, WHO-Euro 1998).

Der Setting-Ansatz ist u.a. durch folgende **Merkmale** gekennzeichnet (Altgelt & Kolip 2004, Rosenbrock & Gerlinger 2004):

- die genaue Bestimmung und Eingrenzung der Zielgruppen und Akteure der gesundheitsfördernden Maßnahmen
- die Möglichkeit der Identifizierung von geeigneten Zugangswegen und der Nutzung vorhandener Ressourcen
- die Verknüpfung des individuen- und strukturbezogenen Ansatzes durch die Berücksichtigung der engen Kopplung und Wechselwirkung zwischen Verhalten und Verhältnissen
- die Möglichkeit von hierarchie- und gruppenübergreifender Kooperation und Kommunikation sowie die Vermeidung von Diskriminierungen von Zielgruppen, da sich die gesundheitsfördernden Interventionen auf das gesamte Setting und damit auch auf alle dort präsenten Personen und Gruppen beziehen
- die Entwicklung von gesundheitsrelevanten Kompetenzen bei allen Beteiligten durch einen diskursiven, durch Transparenz, Partizipation und Aktivierung gekennzeichneten Prozess der Identifizierung und Veränderung von gesundheitsbelastenden und gesundheitsfördernden Komponenten im Setting

- eine in der Regel schwierigere Organisation, Evaluation und insbesondere schwierige Normierung als z.B. edukativ ansetzende Interventionen
- eine spezifische Effektivität und Effizienz, die sich, z.B. im Verhältnis zu bestimmten Präventionsstrategien, bisher nur schwierig quantitativ messen und nachweisen lässt
- eine relative, zumindest über mehrere Jahre konstante, Stabilität positiver gesundheitsbezogener Veränderungen nach erfolgreichen Interventionen



Abb. 3: *Entwicklung des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung im Rahmen der Internationalen Konferenzen zur Gesundheitsförderung und der WHO-Strategie „Gesundheit 21“ (Siebert 2005)*

Vernetzung als Strategie der Gesundheitsförderung

Eine wichtige Determinante für die erfolgreiche Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist u.a. eine stärkere Vernetzung in der Praxis, um die bestehenden ressort- und ebenenübergreifenden Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung zu koordinieren und transparent zu machen (Ahrens 2005, Knake-Werner 2005, Siebert 2005).

Die [Ottawa-Charta](#) (1986) (PDF) beschreibt den Bereich „Vermitteln und Vernetzen“ (engl.: mediate) als eines der drei zentralen Handlungsprinzipien der Gesundheitsförderung. Nach der Ottawa-Charta ist Gesundheitsförderung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, deren Bearbeitung über die Verantwortung des Gesundheitssektors hinaus geht und von allen Politikbereichen als Querschnittsaufgabe verstanden werden müsse. Damit verlangt die Gesundheitsförderung ein Zusammenwirken aller relevanten Bereiche und Akteure, d.h. die Koordination und Kooperation der Regierungen, der Gesundheits-, Sozial-, Wirtschafts- und Umweltsektoren, der nicht-staatlichen Verbände, der Initiativen, der Medien, etc. Den Professionellen und Experten/-innen des Gesundheitswesens kommt bei der Vermittlung und Vernetzung zwischen den verschiedenen Interessen dieser Akteure eine besondere Verantwortung zu (Trojan 1999).

Ebenso wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen in deren gemeinsamen Papier über die „Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung“ die Vernetzung und Kooperation aller relevanten Akteure als zentrale Voraussetzung für erfolgreiche Prävention gefordert (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2002).

Trotz der Bedeutung von Netzwerkbildung und intersektoraler Kooperation als wichtige Prinzipien erfolgreicher Gesundheitsförderung, haben die vorhandenen Netzwerke in Deutschland bisher keinen hinreichenden politischen Auftrag und verfügen häufig nicht über die nötigen finanziellen und personalen Ressourcen. „Die Notwendigkeit von Kooperation (und Vernetzung) im Handlungsfeld Gesundheitsförderung wurde vom Gesetzgeber bisher lediglich in einem Kooperationsauftrag zwischen Krankenkassen und Trägern der Gesetzlichen Unfallversicherung im SGB V und im SGB VII festgehalten sowie in dem Kooperationsauftrag zwischen den Sozialversicherungsträgern, dem Bund, den Ländern und den Kommunen im Bundespräventionsgesetz. Trotz des derzeit ‚auf Eis liegenden‘ Gesetzentwurfes und der Frage ob und wann er wieder auf der politischen Agenda steht, soll das Präventionsgesetz hier mit aufgeführt werden, da es den bisher umfassendsten gesetzlichen Kooperationsauftrag im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention enthält“ (Siebert 2005, S. 46).

In den §§ 20a und 20b Abs. 2 **SGB V** wird von den Krankenkassen gefordert, bei der Betrieblichen Gesundheitsförderung und bei der Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren eng mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammenzuarbeiten. „... Dazu sollen sie und ihre Verbände insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden“.

Analog heißt es im § 14 Abs. 2 **SGB VII**: „Bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren arbeiten die Unfallversicherungsträger mit den Krankenkassen zusammen.“

Im § 6 Abs. 1 und 3 des Gesetzentwurfs des Bundespräventionsgesetzes vom 02.03. 2005 heißt es:

(1) „Die Träger von Leistungen zur gesundheitlichen Prävention nach § 7 und Bund, Länder und Kommunen wirken im Rahmen ihrer Zuständigkeiten und in Wahrnehmung einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung gemeinsam darauf hin, die Ziele gesundheitlicher Prävention nach § 1 zu erreichen.“

(3) „Zur Förderung der Aufgabe nach Absatz 1 haben sich die Träger von Leistungen zur gesundheitlichen Prävention nach § 7 Abs. 1 [die gesetzlichen Krankenkassen, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die Träger der sozialen Pflegeversicherung] regelmäßig mit den für gesundheitliche Prävention in den Ländern und den Kommunen zuständigen Stellen und Diensten über die regionalen Erfordernisse von gesundheitlicher Prävention abzustimmen. Festlegungen zum Verfahren der Abstimmung sowie der zu beteiligenden Stellen und Dienste werden im Rahmen der Vereinbarungen nach § 18 zwischen den Ländern und den sozialen Präventionsträgern nach § 7 Abs. 1 getroffen.“

Ziele, Prinzipien und Merkmale von Vernetzung

Netzwerke „... dienen u.a. dem regelmäßigen Erfahrungsaustausch und der Information über praktische Hilfen; sie steigern mittels gegenseitigem Vergleich Motivation und Durchhaltevermögen; sie bieten eine Plattform, gemeinsame Probleme zu identifizieren, gemeinsam nach spezifischen Problemlösungen zu suchen und manchmal auch gemeinsam Lösungen umzusetzen“ (Eberle 2005, S. 11 f.).

Eine kooperative und koordinierende Vernetzung soll u.a. der Erreichung von Interdisziplinarität und Multiprofessionalität, Synergieeffekten, Anschlussfähigkeit, Innovation, Flexibilität und Stärke dienen. Dazu sind u.a. eine dauerhafte qualitative Bewertung und ggf. Veränderung der Infrastrukturen sowie eine professionelle Koordination des Netzwerks, ein regelmäßiger Informations- und Erfahrungsaustausch, das Führen von Zieldiskussionen und die Entwicklung von Strategien zur Akzeptanzsicherung und Aktionserweiterung notwendig (v. Kardorff 1996, Siebert 2005).

Im Folgenden werden die **Ziele von Vernetzung** zusammengefasst dargestellt (vgl. Abb. 4), wobei nicht alle Netzwerke die komplette Bandbreite der unten aufgeführten Zieldimensionen anstreben.

- Informations- und Erfahrungsaustausch
- Öffentlichkeitsarbeit
- Solidaritätsgefühl
- Delegation/Arbeitsteilung
- gegenseitige Qualifizierung
- Qualitätssicherung
- Systemoptimierung
- Rationalisierung
- Kosteneinsparung
- Vermeidung von Fehl- und Doppelversorgung (Ressourcenersparnis)
- Steigerung von Wirksamkeit und Effizienz
- Nutzung von Synergieeffekte
- Schaffung von Transparenz
- Verbindung von Good Practice
- neue Denk- und Handlungsanstöße (Ideenbörse/Diskussionsforum)

Abb. 4: *Ziele von Netzwerken und Vernetzung (Siebert 2005 nach Beerlage et al. 2004, Corsten 2001, Freie Universität Berlin & Landesgesundheitsamt Brandenburg 1999, Hessinger 2001, Jungk 1996, van Santen & Seckinger 2003)*

Die **praktischen Voraussetzungen** erfolgreicher kooperativer und koordinierender Vernetzung werden von v. Kardorff (1996) in folgenden Thesen zusammengefasst (vgl. Abb. 5).

Eine kooperative und koordinierende Vernetzung...

- 1) setzt eine klare Zielkonzeption voraus (dazu gehört u.a. auch das Offenlegen eigener Interessen im Netzwerk)
- 2) lebt von Unterschiedlichkeit, d.h. sie ist Ausdruck von und zugleich Antwort auf Spezialisierung und Differenzierung und basiert auf Arbeitsteilung und Abgrenzung
- 3) muss Systemgrenzen definieren, die kooperativ ggf. neu justiert aber nicht aufgelöst werden sollen
- 4) setzt klare Zielvorstellungen und Lösungsbereitschaft der einzelnen Akteure voraus
- 5) benötigt Ressourcen, die von den Kooperationspartnern im Vorfeld definiert und im Prozess mobilisiert und eingebracht werden müssen - dabei müssen Reziprozitäten sichtbar werden und ggf. vorhandene Asymmetrien akzeptiert werden
- 6) setzt eine Festlegung der Kooperationsbedingungen, d.h. Verantwortlichkeitsdefinitionen voraus
- 7) muss am „Leben gehalten“ werden durch gemeinsame Themen und Aufgaben sowie die Netzwerkpflege durch geeignete Kommunikationsstrukturen
- 8) muss anschlussfähig sein, d.h. Netzwerke müssen an vorhandenen Wegbahnungen ansetzen und eingelebte Kommunikationspfade ggf. umdefinieren
- 9) muss äqui- und multifunktional sein
- 10) setzt Evaluation und Qualitätssicherung voraus
- 11) setzt voraus, unterschiedliche Paradigmen zu erkennen und zu nutzen, aber auch Grenzen zu definieren, damit voraussehbare Enttäuschungen minimiert werden können

Abb. 5: *Praktische Voraussetzungen bzw. Regeln erfolgreicher kooperativer und koordinierender Vernetzungsarbeit (Siebert 2005 nach v. Kardorff 1996, S. 39 f.)*

Im Folgenden werden einige **Qualitätskriterien erfolgreicher Vernetzung** aufgeführt. Dazu gehören (vgl. Abb. 6).

- flexible, variable Strukturen
- die Balance zwischen manifesten Organisationsstrukturen und Dynamik
- eine latente Dialogbereitschaft
- eine partnerschaftliche, gleichberechtigte, antihierarchische, nach demokratischen Regeln ablaufende Kommunikation
- kollektive und diskursive Entscheidungsprozesse (integrative Aushandlungsprozesse)
- partizipative Kooperationen
- ein offener, konstruktiver Umgang mit Konflikten
- eine Ethik der Verantwortung und Teilhabe
- die Bereitschaft zur Selbstverpflichtung
- Wille zur Kontinuität
- die Autonomie von Funktions- und Rollenzwängen für alle Beteiligten
- eine gemeinsame Basisintention ohne Aufgabe bzw. Verlust des eigenen Profils
- die Balance zwischen Geben und Nehmen bzw. zwischen Input und Outcomes bei allen Beteiligten
- die Schaffung von Transparenz
- ein ständiger Informationsfluss
- regelmäßige Außendarstellung/Öffentlichkeitsarbeit
- Selbstreflexivität und regelmäßige Selbstevaluation (z.B. hinsichtlich der Ziele und der Arbeitsprozesse)

Abb. 6: *Qualitätskriterien erfolgreicher Vernetzung (Siebert 2005 nach Hahn et al. 1996, Jungk 1996, Meinschmidt 2005, Trojan 2003, Wohlfart 1996)*

Zwischen den Begriffen „Netzwerk“ und „Allianz“ der Gesundheitsförderung sollte differenziert werden (vgl. Abb. 7):

Ein **Netzwerk** ist „...eine Gruppierung von Individuen, Organisationen oder Einrichtungen, die auf einer nicht hierarchischen Basis um gemeinsame Themen oder Angelegenheiten organisiert ist,

welche aktiv und systematisch auf der Basis von Verantwortungsgefühl und Vertrauen verfolgt werden. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) initiiert und erhält mehrere Netzwerke hinsichtlich wichtiger Settings und Schlüsselthemen. Darunter sind z.B. intersektorale Gesunde-Städte-Netzwerke, Netzwerke gesundheitsfördernder Schulen, und WHO-Länder-Netzwerke für Gesundheitsförderung wie die WHO ‚Mega Country‘-Initiative“ (WHO 1998a, S. 16).

Netzwerke „... können gebildet werden zwischen gleichartigen Settings, wie z.B. Netzwerke zwischen Schulen gleichen Typs oder Krankenhäuser, Betriebe etc.“ (Baric & Conrad 1999, S. 15).

„Eine **Allianz** der Gesundheitsförderung ist eine Partnerschaft zwischen zwei oder mehr Akteuren, die gemeinsam die Erreichung von gemeinsam vereinbarten Zielen in Richtung Gesundheitsförderung verfolgen. Allianzen erfordern oft Mediation zwischen den verschiedenen Akteuren, z.B. bei der Definition der Ziele, der ethischen Grundsätze und der gemeinsamen Handlungsbereiche der Allianz sowie bei der Vereinbarung über die Arbeits- und Kooperationsformen, die der gemeinsamen Zusammenarbeit zugrunde liegen [eig. Übers.]“ (WHO 1998b, S. 5).

„Das Konzept der Allianzen bezieht sich auf eine formelle Beziehung zwischen verschiedenartigen Settings (z.B. einer Schule und einem Krankenhaus). Allianzen bieten die Möglichkeit zur Reduzierung potenzieller Konflikte und zur Entwicklung von Kooperationen zwischen verschiedenen Typen von Settings, in denen deren Mitglieder sich ebenfalls für die Verbesserung ihrer Gesundheit einsetzen“ (Baric & Conrad 1999, S. 15).

Beispiel von Netzwerken und Allianzen			
Allianzen	Netzwerke		
Krankenhaus 1	Krankenhaus 2	Krankenhaus 3	Krankenhaus 4
Schule 1	Schule 2	Schule 3	Schule 4
Betrieb 1	Betrieb 2	Betrieb 3	Betrieb 4
usw.	usw.	usw.	usw.

Abb. 7: Beispiele von Netzwerken und Allianzen in der Gesundheitsförderung (Baric & Conrad 1999, S. 16)

Nach Trojan (1999) bedeutet „Vermittlung und Vernetzung ... horizontale und vertikale Kooperationsstrukturen aufzubauen und weiterzuentwickeln“ (Trojan 1999, S.119) (vgl. Abb. 8).

Horizontal sind die verschiedenen Lebensbereiche der Menschen und die entsprechenden Politiksektoren miteinander zu verknüpfen und für gesundheitsfördernde Aktivitäten zu gewinnen. Das kann beispielsweise ein "Aktionsbündnis gegen Armut", eine "Stadtteilkonferenz" oder eine Veranstaltung wie "Gesundheitstage" sein.

Vertikale Kooperation bedeutet, dass die unterschiedlichen politischen Ebenen, von der internationalen bis hinunter zur lokalen und Nachbarschaftsebene, miteinander verbunden werden müssen. Ziel dabei ist, dass die Interessenvertreter der verschiedenen Ebenen in einen gemeinsamen Arbeitszusammenhang gebracht werden, in dem Konflikte ausgetragen und Konsensprozesse auf den Weg gebracht werden können.

Abb. 8: Horizontale und vertikale Kooperationen in der Gesundheitsförderung (Trojan 1999)

Beispiele für settingbezogene Netzwerke der Gesundheitsförderung

„In den verschiedenen Settings haben sich in den letzten zwanzig Jahren auf internationaler und nationaler Ebene zahlreiche mehr oder weniger etablierte Netzwerke zur Umsetzung und Koordinierung von Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz gebildet...“ (Siebert 2005, S. 1).

Im Folgenden sollen ausgewählte Netzwerke der Gesundheitsförderung aus Deutschland bzw. mit deutscher Beteiligung vorgestellt werden, die in den unten aufgeführten Settings verortet sind (vgl. Tab. 1).

Tab. 1: Ausgewählte Netzwerke der Gesundheitsförderung, die im Folgenden vorgestellt werden

Setting	Netzwerk(e)
Kindertagesstätte	<ul style="list-style-type: none"> • Netzwerk „KiTa und Gesundheit Niedersachsen“
Schule	<ul style="list-style-type: none"> • Europäisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen • Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen • OPUS - Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit • Allianz für nachhaltige Schulgesundheit und Bildung in Deutschland (Anschub.de) • OPUS NRW - Netzwerk Bildung und Gesundheit
Hochschule	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH) • Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen Nordrhein-Westfalen • Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen Südwest • Bayerische Arbeitsgemeinschaft Suchtprävention und Gesundheitsförderung • HochschulNetzwerk BetriebSuchtGesundheit

Tab. 1: Ausgewählte Netzwerke der Gesundheitsförderung, die im Folgenden vorgestellt werden

Setting	Netzwerk(e)
Betrieb/Unternehmen	<ul style="list-style-type: none"> • European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) • Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) • Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)
Krankenhaus	<ul style="list-style-type: none"> • Internationales Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser • Deutsche Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK) • Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser
Pflegeeinrichtung	<ul style="list-style-type: none"> • European Forum of National Nursing and Midwifery Associations
Justizvollzugsanstalt	<ul style="list-style-type: none"> • Health in Prison Project (HIPP)
Stadt/Kommune	<ul style="list-style-type: none"> • Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland
Region	<ul style="list-style-type: none"> • Regions for Health Network (RHN)

Die folgende Grafik (vgl. Abb. 9) veranschaulicht den Zusammenhang zwischen den Settings der Gesundheitsförderung und den dazugehörigen Netzwerken.

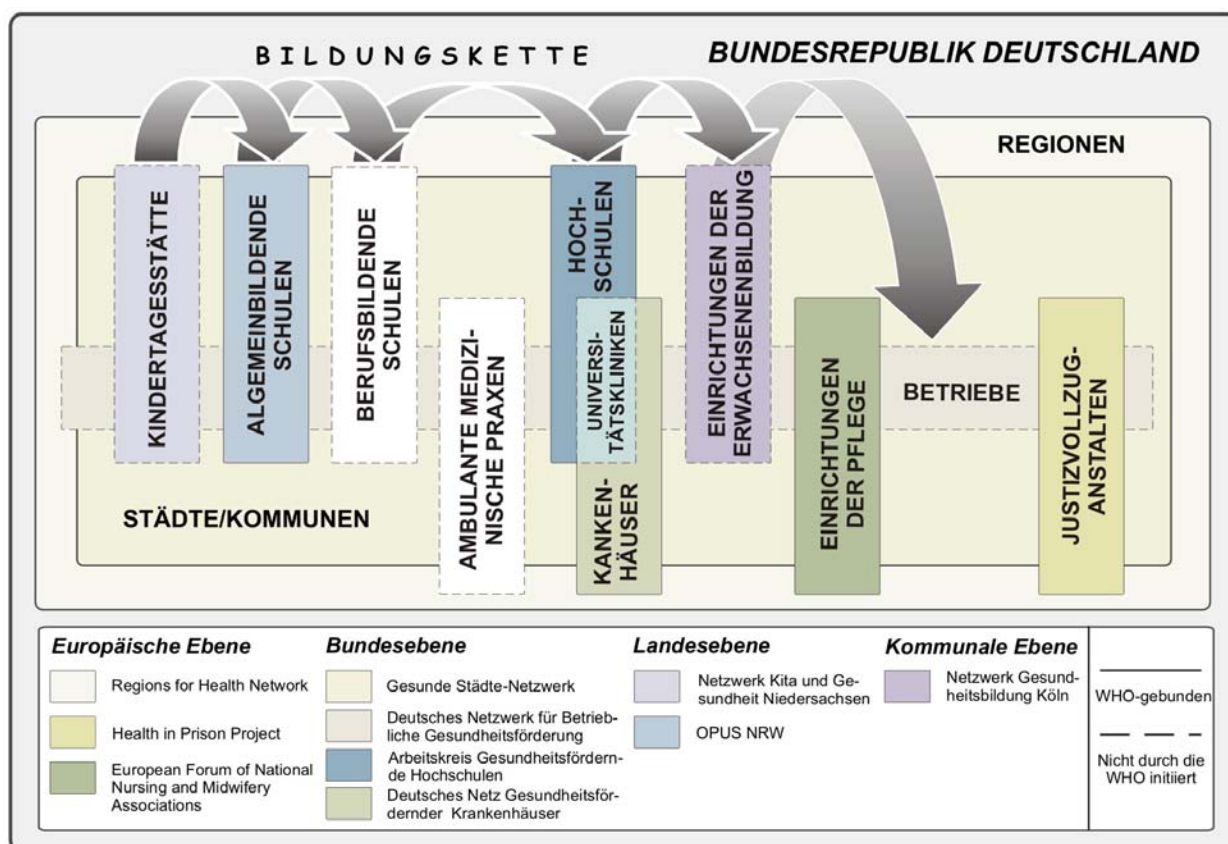


Abb. 9: Zusammenhang zwischen den Settings der Gesundheitsförderung und der dazugehörigen Netzwerke (Siebert 2005)

Netzwerkarbeit im Setting „Kindertagesstätte“

„In Deutschland sind Kindertageseinrichtungen seit 1991 im Rahmen des Jugendhilfegesetzes organisiert und werden damit i.d.R. von den Sozialministerien der Länder bzw. der Kommunen verantwortet. Der Begriff Kindertagesstätte subsumiert die Begriffe Kinderkrippe (Betreuung von Kindern bis drei Jahre), Kindergarten (Betreuung von Kindern ab drei Jahre bis zum Schuleintritt) und Horte (Betreuung von Schulkindern). Die Kindertageseinrichtungen sind hinsichtlich ihrer Trägerschaft (in freier Trägerschaft oder von öffentlicher Hand betrieben), ihrer Größe und ihrer Angebotsstrukturen sehr heterogen“ (Siebert 2005, S. 65 nach Altgelt 2002).

Tab. 2: Daten der Kindertageseinrichtungen in Deutschland 2002 (Statistisches Bundesamt Deutschland 2004)

Kindertageseinrichtungen in Deutschland im Jahr 2002	47.300
davon Kinderkrippen	800
davon Kindergärten	27.800
davon Kinderhorte	3.500
davon Kombi-Einrichtungen	15.200
Personal in Kindertagesstätten im Jahr 2002	374.170
davon pädagogisches Personal (ca.)	322.000
davon Verwaltungspersonal sowie hauswirtschaftliches und technisches Personal	52.170

Handlungsfelder für die ganzheitliche Umsetzung der Gesundheitsförderung im Setting KiTa können z.B. sein:

- „Gestaltung der Umgebung, z.B. gute Lichtverhältnisse, Lärmreduktion, gutes Raumklima, Pflege, Schutz und Fürsorge
- Schaffung bedürfnisgerechter Ernährungs- und Bewegungsangebote, Verbesserung der qualitativen und quantitativen Bewegungsräume (drinnen und draußen), Beachtung ergonomischer Gesichtspunkte
- Schaffung von Spiel-, Lern- und Arbeitszufriedenheit, Kommunikation und Partizipation wie z.B. Bereitschaft zur Teamarbeit, Konflikte bewältigen und Problemlösung
- Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte, wie z.B. Mädchen- und Jungenförderung
- Bereitschaft zur Öffnung/Vernetzung der Einrichtung, Kooperation mit kommunalen Partner/-innen bzw. verschiedener gemeindenaher Verbände, Vereine und Institutionen“ (Maasberg 2002, S. 4).

„Das **Netzwerk ‚KiTa und Gesundheit Niedersachsen‘** wurde am 15.03.2005 von der [Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen](#) (LVG Nds.) und weiteren niedersächsischen Kooperationspartnern gegründet. Um Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte zu integrieren soll das Netzwerk als Plattform fungieren, die dem Erfahrungsaustausch zum Schwerpunkt KiTa und Gesundheit dient, die Zusammenarbeit von Multiplikator/-innen, Eltern, Kooperationspartner/-innen und weiterer Institutionen und Einrichtungen vor Ort vorantreibt und die Umsetzungsstrategien und Handlungsperspektiven für gesundheitsfördernde KiTas entwickelt und kommuniziert“ (Siebert 2005, S. 68).

„Derzeit (08/2005) sind etwa 70 Mitglieder, bestehend aus Einzelpersonen, Gruppen, Organisationen und Institutionen aus verschiedenen Bereichen (z.B. Kinderbetreuung, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Jugendamt, Ministerien, Arztpraxen) über das Netzwerk organisiert. Die Mitgliedschaft ist kostenfrei. Kommuniziert wird vor allem über die zwei Mal im Jahr stattfindenden Netzwerktreffen, einen regelmäßigen Rundbrief und das Internet“ (Siebert 2005, S. 68).

„Zu den Aufgaben, die sich das Netzwerk auf der Grundlage der Ottawa-Charta gestellt hat gehören u.a.:

- die Initiierung und Unterstützung gesundheitsförderlicher Lebens- und Arbeitsbedingungen in Kindertagesstätten
- die Förderung des Informations- und Erfahrungsaustausches der Netzwerkmitglieder
- die Förderung von Zusammenarbeit und Kooperation aller relevanten Personen und Akteure im Elementarbereich
- die Entwicklung von Umsetzungsstrategien, die den KiTas Handlungsperspektiven in ihren regionalen und kommunalen Bezügen eröffnen
- Erarbeitung und Verbreitung von ‚Modellen guter Praxis‘
- die Schaffung gesunder Rahmenbedingungen über politische Lobbyarbeit
- Förderung der Gesundheit aller Beschäftigten im Setting KiTa (u.a. durch Etablierung von Gesundheitszirkeln, Arbeitskreisen und regionalen Bündnissen)
- die Verbreitung von Praxiserfahrungen und wissenschaftlicher Erkenntnisse
- und die Entwicklung von lebenswelt- und sozialdifferenzierten Maßnahmen zur Förderung sozial benachteiligter Mädchen und Jungen (Beitrag zu mehr Chancengleichheit)“ (Siebert 2005, S. 68).

Weitere Netzwerke der Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte sind z.B. (vgl. Abb. 10):

- [ErzieherInnen - online e.V. - ErzieherInnen-Netzwerk online](#)
- Fachverband für Beschäftigte in Tageseinrichtungen für Kinder NRW - Netzwerk für Tageseinrichtungen für Kinder
- [gesund leben lernen](#) (Teilprojekt Sachsen-Anhalt)
- Netzwerk für gesunde Beschäftigte in Kindertagesstätten
- Netzwerk Gesunde Kita („[gesunde-kita.NETzwerk](#)“)

Abb. 10: Weitere Beispiele für Netzwerke der Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte (LVG Nds. 2005, Siebert 2005)

Netzwerkarbeit im Setting „Schule“

„Mit dem Konzept der ‚Gesundheitsfördernden Schule‘, das sich an der Ottawa-Charta orientiert, soll zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens aller Schüler/-innen und Beschäftigten einer Schule beigetragen werden und damit ein Beitrag zur Bildungsqualität geleistet werden, dabei sollte die Bezeichnung ‚Gesundheitsfördernde Schule‘ als Qualitätsmerkmal und nicht als Aushängeschild betrachtet werden“ (Siebert 2005, S. 72 nach Paulus 2003).

„Dies impliziert eine an der Gesundheitsförderung orientierte Profilbildung, die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Schul-Gesamtpolitik sowie die aktive Einbeziehung der Elternschaft und aller relevanten Akteure im gesundheitsbezogenen Schulentwicklungsprozess und die Öffnung nach außen, d.h. Einbindung in regionale Netze. Schulische Gesundheitsförderung umfasst sowohl individuelle (verhaltensbezogene) als auch strukturelle (verhältnisbezogene) Maßnahmen und geht damit weit über schulische Gesundheitserziehung hinaus“ (Siebert 2005, S. 72 nach Paulus 2003).

Tab. 3: Daten zu Allgemeinbildenden Schulen in Deutschland im Schuljahr 2004/2005 (Statistisches Bundesamt Deutschland 2005a, 2005b, 2005c)

Allgemeinbildende Schulen in Deutschland im Schuljahr 2004/2005	39.179
davon Grundschulen	16.932
davon Hauptschulen	5.195
davon Realschulen	3.003
davon Gymnasien	3.120
davon Sonderschulen	3.476
davon sonstige Schulformen	7.453
Schüler/-innen an Allgemeinbildenden Schulen in Deutschland 2004/2005	9.624.900
hauptberuflich tätige Lehrkräfte an Allgemeinbildenden Schulen in Deutschland 2004/2005	672.000

Nach Paulus (2003) ergeben sich vier prioritäre Handlungsfelder für eine Gesundheitsfördernde Schule (vgl. Tab. 4):

Tab. 4: *Prioritäre Handlungsfelder Gesundheitsfördernder Schulen (Paulus 2003)*

Lernen und Lehren	Gesundheit als Thema des Lernen und Lehrens sowie gesundheitsförderliche Didaktik und Methodik des Lernens und Lehrens insgesamt
Schulleben und schulische Umwelt	Gesundheit als Prinzip der Schulkultur sowie als Prinzip der baulicher Maßnahmen und Schulgestaltung
Kooperation und Dienste	Einbezug außerschulischer Partner und psychosozialer bzw. medizinischer Dienste zur Stärkung schulischer Gesundheitsförderung
Schulisches Gesundheitsmanagement	Entwicklung sowie Anwendung von Prinzipien und Strategien schulbetrieblicher Gesundheitsförderung

Die Abbildung 11 zeigt Handlungsfelder und Handlungsprinzipien der Gesundheitsfördernden Schule.

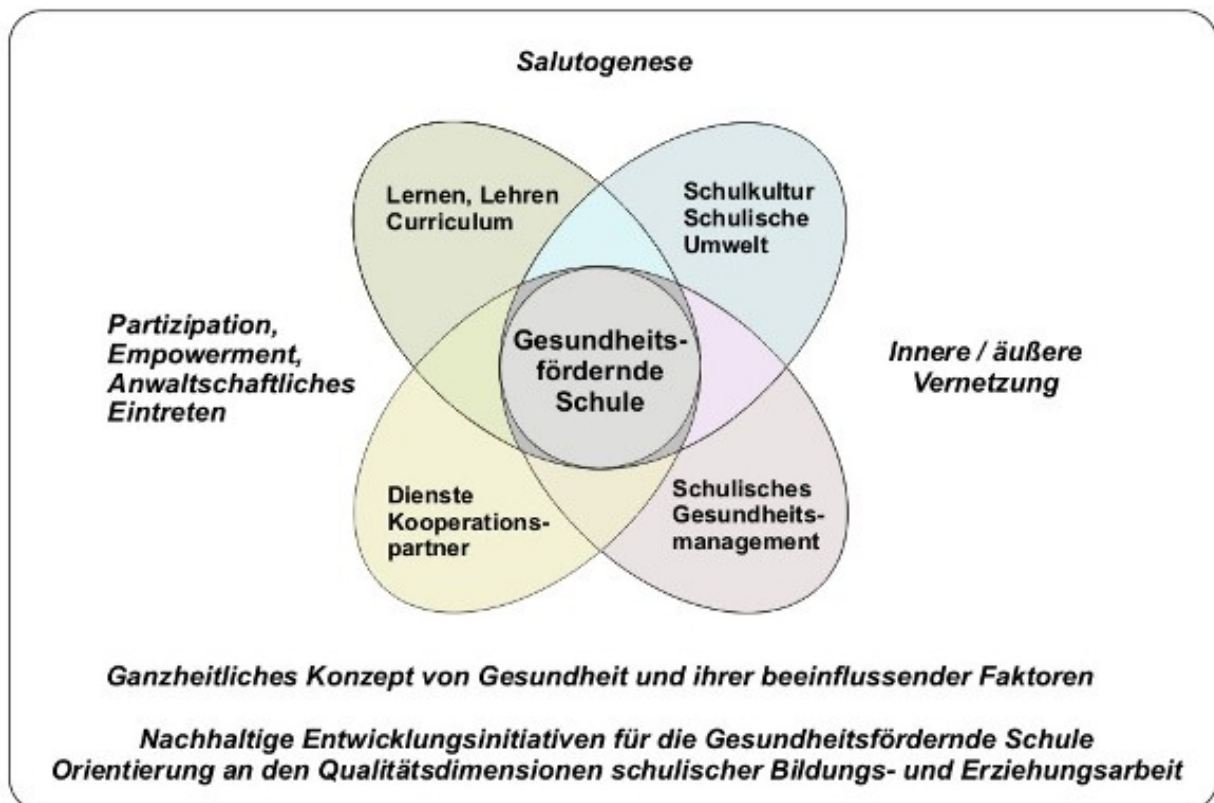


Abb. 11: *Handlungsfelder und -prinzipien der Gesundheitsfördernden Schule (Siebert 2005 modifiziert nach DNBGF 2004, Hurrelmann & Nordlohne 1997)*

„In den letzten Jahren haben sich in 40 Ländern nationale Schulnetzwerke gebildet, die auf nationaler und internationaler Ebene Erfahrungen austauschen und vom ‚Europäischen Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen‘ koordiniert werden. An diesen Entwicklungen war Deutschland mit folgenden Modellversuchen maßgeblich beteiligt“ (Siebert 2005, S. 74 nach Paulus 2003):

- 1993-1997: Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen
- 1997-2000: OPUS – **O**ffenes **P**artizipationsnetz und **S**chulgesundheit

„Desweiteren haben sich vorwiegend auf Landesebene verschiedene Netzwerke bzw. Initiativen mit Netzwerkcharakter gebildet, die zumeist von den jeweiligen Landesvereinigungen bzw. -zentralen für Gesundheit/Gesundheitsförderung koordiniert werden, z.B.“ (Siebert 2005, S. 74):

- [Anschub.de](#)
- gesund leben lernen
- [G` sund & G'scheit](#) - Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen und Tageseinrichtungen für Kinder
- Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen Sachsen-Anhalt
- Netzwerk "Gesundheitsfördernder Schulen im Freistaat Sachsen"
- OPUS Brandenburg
- [OPUS NRW - Netzwerk Bildung und Gesundheit](#)
- „[Schule & Gesundheit](#)“ Hessen

Ein bundesweit agierendes, übergeordnetes Netzwerk gibt es bisher nicht bzw. nicht mehr. Im Folgenden werden einige der aufgeführten Netzwerke vorgestellt.

„Das **Europäische Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen** (European Network of Health Promoting Schools - ENHPS) wurde 1992 von dem Europabüro der Weltgesundheitsorganisation, dem Europarat und der Europäischen Kommission initiiert, in dem nach seinen Anfängen als Pilotprojekt in drei ost- und mitteleuropäischen Ländern mittlerweile mehr als 500 Schulen (mit mehr als 400.000 Schüler/-innen) aus über 40 Ländern organisiert sind (Stand: 04/2006). Im Rahmen regionaler und nationaler Vereinbarungen sind weitere 5.000 Schulen in das Netzwerk eingebunden. Hauptanliegen des Netzwerkes ist es, die Politik und Praxis der Gesundheitsförderung langfristig im Bildungssektor zu verankern und die Gesundheit der Schüler/-innen und des Personals an Schulen zu fördern, u.a. durch die Entwicklung und Verbreitung von ‚Beispielen guter Praxis‘ wie die Schulen zur Gesundheit ihrer Schüler/-innen und Lehrkräfte und deren Umfeld beitragen können. Die Mitgliedsstaaten im ENHPS müssen folgende Voraussetzungen erfüllen: Einreichung einer Projektbeschreibung (auf mind. drei Jahre bezogen), Benennung von Projektschulen, Benennung einer nationalen Koordinationsstelle, Einrichtung eines Projektunterstützungszentrum“ (Siebert 2005, S. 75 nach Barkholz 1997, BZgA 2005, Naidoo & Wills 2003, WHO-Euro 2006a).

„Das **Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen** ist ein Modellversuch der Bund-Länder-Kommission (BLK) für Bildungsplanung und Forschungsförderung, an dem 29 Projektschulen - Allgemeinbildende Schulen aller Stufen und eine Berufsschule - aus 15 Bundesländern (außer Bayern) teilnahmen. Der Modellversuch startete im August 1993 und endete im Mai 1997. Die Universität Flensburg organisierte als Koordinationszentrum des Netzwerkes die Kontakte zum ENHPS, koordinierte die bundesweite Netzwerkarbeit und stellte wissenschaftliche Beratung und Evaluation zur Verfügung. Entsprechend der fünf Handlungsbereiche der Ottawa-Charta wurden entlang eines ganzheitlichen, integrativen Gesundheitskonzeptes Ziele und Umsetzungsstrategien für gesundheitsfördernde Schulen formuliert und der Austausch über Erfahrungen mit gesundheitsförderlichen Schulprogrammen und Schulentwicklungsprozessen zwischen den Projektschulen und auch mit regional und überregional operierenden Kooperationspartnern (z.B. Landesinstitute für Lehrer/innenfortbildungen, Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung, Hochschulen, Kultusministerien, Gesundheitsdienste) ermöglicht“ (Siebert 2005, S. 75 nach Barkholz 1995, Trojan & Legewie 2001).

„Der Modellversuch hat die Gesundheitsförderung zu einem anerkannten ‚Schulentwicklungsmodell‘ gemacht und das Thema Gesundheit in den Schulen stärker auf die Tagesordnung gesetzt. Die strukturelle Verankerung ist teilweise in Erlassen und Anleitungen zur Schulprofil-Bildung erfolgt“ (Trojan & Legewie 2001, S. 195).

„Im Rahmen des 1997 ausgelaufenen BLK-Modellversuchs Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen wurde 1997, unterstützt durch Landesinstitute, Landesvereinigungen, Hochschulen und Kultusbehörden, das BLK-Modellprojekt **OPUS - Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit** gegründet, mit dem Ziel Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Schulalltag und die Schulentwicklung zu integrieren und in einem offenen Netzwerk Erfahrungen auszutauschen und voneinander zu lernen. Die Kernelemente der OPUS-Programmatik waren ein systemisch ganzheitliches Verständnis von Gesundheit, eine salutogene Perspektive, das Konzept des Setting-Ansatzes, Partizipation, Vernetzung und Internationalität. Im OPUS waren bis Ende des Modellversuchs 500 Schulen aus 15 Bundesländern über 15 regionale Koordinationsstellen organisiert. Dabei organisierte sich OPUS multizentrisch auf vier Strukturebenen (lokal, regional, länderübergreifend, international), auf denen es jeweils ein oder mehr Netzknoten gab, für die jeweils eine Kontaktperson als Koordinator/-in benannt wurde“ (Siebert 2005, S. 76 nach Barkholz & Paulus 1998, Spenlen, Israel, Schmidtke 2002, Trojan & Legewie 2001).

„Die **Allianz für nachhaltige Schulgesundheit und Bildung in Deutschland** (Anschub.de) versteht sich als bundesweiter Zusammenschluss von national und international weit tätigen Institutionen (45 Kooperationspartner - Stand: 04/2005), die durch eine gemeinsame Initiative im Rahmen synergetischer Zusammenarbeit eine nachhaltige und ganzheitliche Gesundheitsförderung in Schulen ermöglichen wollen. Ziel der seit 2002 laufenden Initiative ist es, die Gesundheitsförderung in Schu-

len durch die Bündelung und Koordinierung von Ressourcen voranzutreiben und gleichzeitig mit neuen Impulsen zu versehen. Seit 2004 bis Ende des Jahres 2007 können Schulen in ausgewählten Modellregionen der Länder Bayern, Berlin und Mecklenburg-Vorpommern auf freiwilliger Basis an Anshub.de teilnehmen. Die derzeit (Stand: 06/2005) 40 teilnehmenden Schulen aus Bad Kissingen, Berlin-Mitte sowie Greifswald und Neubrandenburg vernetzen sich untereinander. Ab 2007 (Ende der Projektlaufzeit) wird Anshub.de zu einem Transfermodell, d.h. die Allianzpartner erhalten die Möglichkeit die Projektträgerschaft von der Bertelsmann-Stiftung zu übernehmen, um die gesundheitsförderliche Schulentwicklung dauerhaft abzusichern“ (Siebert 2005, S. 77 nach Bertelsmann-Stiftung 2005a, Bertelsmann-Stiftung 2005b, Engelhardt 2005).

„**OPUS NRW - Netzwerk Bildung und Gesundheit** ist ein Verbund von Schulen aller Schulformen und Kindertageseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen, der sich 2001 in Anlehnung an den BLK-Modellversuch OPUS unter dem Leitmotiv der Gesundheits- und Sicherheitsförderung in der Schule in einem Netzwerk organisiert hat. Träger des Programm OPUS ist das Ministerium für Schule und Weiterbildung NRW. Ziel von OPUS NRW ist die Unterstützung der Schulen bei der gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung und der Aufbau und die Pflege von lokalen Netzwerken auf Schulumtsebene in den 54 Kreisen bzw. kreisfreien Städte im Land Nordrhein-Westfalen, in denen regelmäßiger Erfahrungsaustausch zwischen den Schulen ermöglicht werden soll. Die außerschulischen Kooperationspartner von OPUS NRW sind: der Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe, der Rheinische Gemeindeunfallversicherungsverband, der BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen und die Landesunfallkasse NRW. Es gibt einen wissenschaftlichen Beirat ... und eine Geschäftsstelle (Aufgaben: Konzeptentwicklung, Qualifizierung des Unterstützungspersonals, zentrale Koordination und Unterstützung) im Netzwerk“ (Siebert 2005, S. 80 nach OPUS NRW 2005, Spenlen, Israel, Schmidtke 2002).

„Im Rahmen der Netzwerkarbeit wurden an den Schulämtern des Landes (54) regionale Netzwerke aufgebaut, in denen die Vorgaben des Beirats mit Hilfe von Koordinatoren umgesetzt werden. Die Koordinatoren beraten die Schulen und pflegen die regionalen Netzwerke. Die Regionalkoordinatoren sind in den fünf Bezirken des Landes NRW nochmals organisiert (dort gibt es jeweils einen Regionalgruppensprecher). Die Schulen treffen sich regelmäßig zum Erfahrungsaustausch (mind. vier Mal im Jahr - je nach Bedarf der Schulen), wobei die Treffen von den Koordinatoren organisiert werden. Die Mitgliedschaft in OPUS NRW ist an bestimmte Voraussetzungen gebunden, wobei sich für die Optimierung der Unterstützungsleistungen bei den Netzwerkmitgliedern auf eine Auswahl von Schulen beschränkt wird. Dabei sind ‚Leuchtturmeffekte‘ im Hinblick auf die umliegenden Schulen der Kommune erwünscht. Derzeit (Stand: 08/2005) sind über 700 Schulen und Kindertageseinrichtungen sowie 80 Koordinatoren über das Netzwerk organisiert“ (Siebert 2005, S 80 nach OPUS NRW 2005, Spenlen, Israel, Schmidtke 2002).

Netzwerkarbeit im Setting „Hochschule“

„Die 365 Hochschulen ... in Deutschland sind Lebens- und Arbeitswelt für fast 2,5 Mio. Menschen (davon 80 % Studierende, 11% nichtwissenschaftliches Personal, 9% wissenschaftliches Personal) (vgl. Tab. 5) und übernehmen als wichtige bildungspolitische Institution die Ausbildung von Multiplikator/-innen, zukünftigen Entscheidungsträger/-innen und potenziellen Führungskräften“ (Siebert 2005 S. 86).

„Der Begriff Hochschule subsumiert die wissenschaftlichen Hochschulen (Universitäten, Pädagogische Hochschulen, Theologische Hochschulen, Kunsthochschulen) und die Fach- und Verwaltungsfachhochschulen“ (Siebert 2005 S. 86 nach Hartmann & Siebert 2005).

Tab. 5: Hochschuldaten (Statistisches Bundesamt Deutschland 2005d, 2005e, 2005f)

Hochschulen in Deutschland im WS 2004/2005	372
davon wissenschaftliche Hochschulen in Deutschland im WS 2004/2005	175
davon Fach- u. Verwaltungsfachhochschulen in Deutschland im WS 2004/2005	197
Studierende an Hochschulen im WS 2004/2005	1.963.108
Personal an Hochschulen im Jahr 2004	499.184
davon wissenschaftliches Personal	215.761
davon nichtwissenschaftliches Personal	262.806

„...Eine Hochschule ist Bildungsinstitution und Unternehmen zugleich. Eine gesundheitsfördernde Hochschule muss demnach die Studierenden, die Lehrenden und die Beschäftigten im wissenschaftlichen und nicht-wissenschaftlichen Bereich gleichermaßen einschließen. Neben den ‚klassischen‘, oft vorwiegend verhaltensorientierten Feldern der Gesundheitsförderung wie Ernährung, Bewegung oder ergonomische Arbeitsplatzgestaltung sind in einem umfassenden Verständnis auch die hochschulspezifischen Lebenskontexte der Hochschulangehörigen in gesundheitsfördernden Hochschulen miteinzubeziehen“ (Sonntag et al. 2000, S.8).

Zu den **Zielen** einer Gesundheitsfördernden Hochschulen gehören nach Tsouros (2000):

- die Bereitstellung gesunder Arbeits-, Lern- und Lebensbedingungen für alle Beteiligten einer Hochschule
- die nachhaltige Verankerung des Gesundheitsförderungskonzeptes in Lehre und Forschung
- die Entwicklung von Kooperationen der Gesundheitsförderung mit und die Unterstützung von gesundheitsförderlichen Entwicklungen in der Kommune

1996 fand die Erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsfördernden Hochschule statt, die vom [Europäischen Regionalbüro der WHO](#) und der Universität Lancaster organisiert wurde. 1997 wurden mit der Einberufung eines Runden Tisches der WHO Kriterien und Strategien für ein neues Europäisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Hochschulen diskutiert. Seitdem gehört das Projekt „Gesundheitsfördernde Hochschule“ (Health Promoting Universities) zum „Gesunde-Städte-Projekt“ der WHO, ohne dass dies jedoch bisher zu einer gemeinsamen Struktur der beiden Settings geführt hat (Tsouros 2000 in eigener Übersetzung).

Zu den hochschulbezogenen Netzwerken in Deutschland gehören u.a. (vgl. Abb. 12):

- [Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen](#)
- [Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen Nordrhein-Westfalen](#)
- Bayerische Arbeitsgemeinschaft Suchtprävention und Gesundheitsförderung
- Dresdner Netzwerk Studienbegleitender Hilfen
- [HochschulNetzwerk BetriebSuchtGesundheit](#)
- [Netzwerk Bundeskoordination Studentischer Ökologiearbeit](#)
- Netzwerke auf der Grundlage der [Copernicus-Charta](#) (PDF) 1)
- [Netzwerk für eine umweltgerechte Entwicklung der Hochschulen](#)

1) der Europäischen Rektoren-Konferenz zur Nachhaltigen Entwicklung (1994); (Agenda 21-Prozess)

Abb. 12: Netzwerke an Hochschulen in Deutschland mit den Schwerpunktthemen Gesundheit, Umwelt, Soziales (Hartmann & Siebert 2005)

Neben dem bundesweiten Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen gibt es seit November 2004 den [Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen Nordrhein-Westfalen](#), der sich auf einem Treffen zum Erfahrungsaustausch zur hochschulbezogenen Gesundheitsförderung in Hagen konstituierte. Auf dieser Gründungstagung sind dem Arbeitskreis 77 Personen aus 28 Hochschulen beigetreten. Zu den Zielen des Arbeitskreises „...gehören in Anlehnung an die [Ottawa-Charta](#) (PDF) u.a. die Initiierung und Unterstützung gesundheitsfördernder Lebens- und Arbeitsbedingungen an den Hochschulen, die Vernetzung bestehender Projekte, die Ermöglichung und Förderung des Erfahrungsaustausches, der fachlichen Weiterbildung und der gegenseitigen Information, die politische Einflussnahme im Sinne einer Stärkung der Ziele hochschulbezogener Gesundheitsförderung sowie die Nutzung von Synergieeffekten durch Bündelung und Koordination bestehender Aktivitäten an den Hochschulen“ (Siebert 2005, S. 90 nach Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen NRW 2004, Winkler 2005).

„Die **Bayerische Arbeitsgemeinschaft Suchtprävention und Gesundheitsförderung** ist ein im Mai 2004 gegründeter, landesweiter Zusammenschluss, in dem alle bayerischen Universitäten ver-

treten sind. Die Initiative für das Netzwerk ging von den Kanzlern der Universitäten aus. Die Ziele der Arbeitsgemeinschaft sind ein Forum für den Erfahrungsaustausch und die gegenseitige Beratung sowie die Entwicklung und Festlegung einheitlicher Standards auf dem Gebiet der Suchtprävention und Gesundheitsförderung. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe werden an die Hochschulleitungen weitergegeben“ (Siebert 2005 S. 91 nach Winkler 2005).

„Das **HochschulNetzwerk BetriebSuchtGesundheit** ist ein Zusammenschluss von Universitäten, Hochschulen und Universitätskliniken bzw. diesen Institutionen angehörenden Akteuren der Suchtprävention oder der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Ziele des Netzwerkes sind u.a. fachlicher Austausch (z.B. über Modelle guter Praxis), Informationstransfer (u.a. über einen E-Mail-Verteiler), Entwicklung von Mindeststandards für die betriebliche Suchtprävention und die Umsetzung eines effektiven Kommunikationsnetzes. Es besteht die Möglichkeit einer institutionellen Mitgliedschaft (für Vertreter/-innen der Universitäten, Hochschulen, Universitätskliniken) oder einer individuellen Mitgliedschaft (für alle anderen Interessierten - Aufnahme in den E-Mail-Verteiler). Zu den Aufgaben des Netzwerkes gehören u.a die Unterstützung und die Durchführung der bundesweiten Arbeitstagungen zur betrieblichen Suchtprävention und Gesundheitsförderung an den Universitäten, Hochschulen und Universitätskliniken, die Bereitstellung von Informationen und Informationsmaterial, die Ermöglichung des Erfahrungsaustausches sowie die Beteiligung an und Kooperation mit regionalen und überregionalen Netzwerken zur Suchtprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung an Hochschulen“ (Siebert 2005, S. 92 nach HochschulNetzwerk BetriebSuchtGesundheit 2005).

Netzwerkarbeit im Setting „Betrieb/Unternehmen“

Im Juni 2006 gab es in Deutschland 38,9 Mio. Erwerbstätige und 3,3 Mio. Erwerbslose in Deutschland. Der Anteil der Erwerbstätigen zwischen 15 und 64 Jahren an der gleichaltrigen Bevölkerung betrug damit 68,6% (vgl. Tab. 6).

Tab. 6: ILO Arbeitsmarktstatistik für die BRD im Juni 2006 (Statistisches Bundesamt Deutschland 2006a)

Erwerbspersonen (insgesamt) in Deutschland im Juni 2006	38.920.000
Erwerbstätige in Deutschland im Juni 2006	3.300.000
Erwerbslose in Deutschland im Juni 2006	42.220.000
Erwerbstätigenquote in Deutschland im Juni 2006 in % 1)	68,6
Erwerbslosenquote in Deutschland im Juni 2006 in % 2)	7,8
1) Anteil der Erwerbstätigen zwischen 15 und 64 Jahren an der gleichaltrigen Bevölkerung 2) Anteil der Erwerbslosen an den Erwerbspersonen insgesamt	

„Betriebe und Unternehmen zählen zu den wichtigsten Interventionsfeldern von Prävention und Gesundheitsförderung - der Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit ist mittlerweile hinreichend nachgewiesen worden. Der/die durchschnittliche Erwerbstätige verbringt ca. 40 Stunden pro Woche (an Werktagen ca. 40% seiner wachen Zeit) am Arbeitsplatz. In dieser Zeit wirken vielfältige fördernde sowie belastende physische, psychische, soziale, organisatorische und gesellschaftliche Bedingungen einer Arbeitssituation (z.B. materielle/physische und organisatorische Arbeitsbedingungen; Entscheidungs- und Handlungsspielräume; Art, Ausmaß und Rhythmus der Leistungsabforderung; Statussicherheit; persönliche Entwicklungsperspektiven; Transparenz; Einflussmöglichkeiten; Führungsverhalten; Kommunikation und Kooperation) auf die Gesundheit des Menschen ein“ (Siebert 2005, S.95 f. nach Debitz, Gruber, Henke 2002, Lenhardt & Rosenbrock 2004, Rosenbrock & Gerlinger 2004).

Folgende Gesetzestexte und Grundsatzdokumente bilden neben den WHO-Grundsatzdokumenten zur Gesundheitsförderung den Handlungsrahmen für die Betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung (vgl. Abb. 13):

[Arbeitsschutzgesetz \(1996\)](#)

1996: Novellierung des Arbeitsschutzgesetzes zur Umsetzung der EU-Arbeitsschutzrahmenrichtlinie 89/391/EWG von 1989 → neuer Stellenwert betrieblicher Präventionspolitik

[§ 14 SGB VII \(1996\)](#)

„Die Unfallversicherungsträger haben mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und für eine wirksame Erste Hilfe zu sorgen“ (§ 14 Abs. 1 SGB VII)

[Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung \(1997\) \(PDF\)](#)

Gemeinsames Basisdokument der Mitgliedstaaten des European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP); definiert die Rahmenbedingungen und die Voraussetzungen für erfolgreiche Betriebliche Gesundheitsförderung

[Cardiff Memorandum \(1998\) \(PDF\)](#)

Gemeinsames Dokument der Mitgliedstaaten des ENWHP zur Schaffung geeigneter Infrastrukturen für Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben (KMU)

[§ 20 SGB V \(2000\)](#)

„Krankenkassen können den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen [...] Die Krankenkassen arbeiten bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen“ (§ 20 Abs. 2 SGB V)

[Gemeinsame und einheitliche Handlungskriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen \(2000\) \(PDF\)](#)

[Lissabonner Erklärung \(2001\) \(PDF\)](#)

Gemeinsames Dokument der Mitgliedstaaten des ENWHP zur Entwicklung neuer Strategien zur Verbesserung der Gesundheit in KMU

Abb. 13: Grundsatzdokumente und Gesetzestexte, die den Handlungsrahmen für die Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland bilden (Siebert 2005)

In der [Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung](#) (1997) (PDF) wird Betriebliche Gesundheitsförderung folgendermaßen definiert: „Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden: Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen, Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung und Stärkung persönlicher Kompetenzen“ (ENWHP 1997, S. 1). BGF umfasst in einem partizipativen Ansatz sowohl verhaltensbezogene als auch verhältnisbezogene Interventionen.

Netzwerke zum Thema Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung im Betrieb/Unternehmen sind z.B. (vgl. Abb. 14):

- [European Network for Workplace Health Promotion](#) (ENWHP)
- Europäisches Netzwerk für partnerschaftliche Unternehmenskultur und betriebliche Gesundheitspolitik - [Enterprise for Health](#) (EfH)
- [Healthy Companies Network](#) (HECONet)
- European Network of Social Insurance Institutions for Health and Work (ENSII)
- Unternehmen für Gesundheit - [Unternehmensnetzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union e.V.](#)
- [Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung](#) (DNBGF)
- [Initiative Neue Qualität der Arbeit](#) (INQA)
- [Initiative Gesundheit und Arbeit](#) (IGA)
- [Initiative für rauchfreie Arbeitsplätze](#) (IKRA)

Abb. 14: Beispiele für Netzwerke zum Thema Gesundheit/Gesundheitsförderung im Betrieb/ Unternehmen (Siebert 2005)

„Auf Initiative der Europäischen Kommission wurde 1996 im Rahmen des Aktionsprogramms zur Gesundheitsförderung, Aufklärung, Erziehung und Ausbildung das **ENWHP - European Network for Workplace Health Promotion** (Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung) gegründet. Das ENWHP versteht sich als Zusammenschluss von Institutionen des staatlichen Arbeitsschutzes und des öffentlichen Gesundheitswesens aus den Mitgliedsstaaten der EU sowie des Europäischen Wirtschaftsraumes. Mit der Verabschiedung der Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (1997), mit der ein ganzheitliches Verständnis von Betrieblicher Gesundheitsförderung postuliert wird, wurde sich auf ein gemeinsames Leitbild von Betrieblicher Gesundheitsförderung geeinigt. Durch das European Network for Workplace Health Promotion wurden auf Basis eines gemeinsamen Erfahrungsaustausches und Wissenstransfers sowohl für Großunternehmen als auch für Klein- und Mittelunternehmen die Situation der Betrieblichen Ge-

sundheitsförderung in Europa dargestellt und bewertet, Qualitätskriterien für die Betriebliche Gesundheitsförderung entwickelt sowie europaweit Beispiele für Modelle guter Praxis Betrieblicher Gesundheitsförderung aufzeigt und verbreitet. Die vom ENWHP entwickelten Empfehlungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für Betriebliche Gesundheitsförderung werden der Europäischen Kommission, den anderen Europäischen Institutionen sowie den verantwortlichen Stellen auf nationaler Ebene zur Verfügung gestellt“ (Siebert 2005, S. 99 f. nach BKK-BV 2005, Breucker 2001, ENWHP 2005).

„Mit dem Ziel der Verbreitung nationaler Netzwerke Betrieblicher Gesundheitsförderung sowie dem Aufbau informeller Infrastrukturen für die Betriebliche Gesundheitsförderung in Europa wurde im Juni 2002 auf Initiative des Europäischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP) und in Kooperation mit der Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA), dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) und dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK-BV) sowie mit der Unterstützung des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit (BMWA) das **Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF)** (vgl. Abb. 15) gegründet“ (Siebert 2005, S. 102 nach DNBGF 2005, Kunkel 2005).

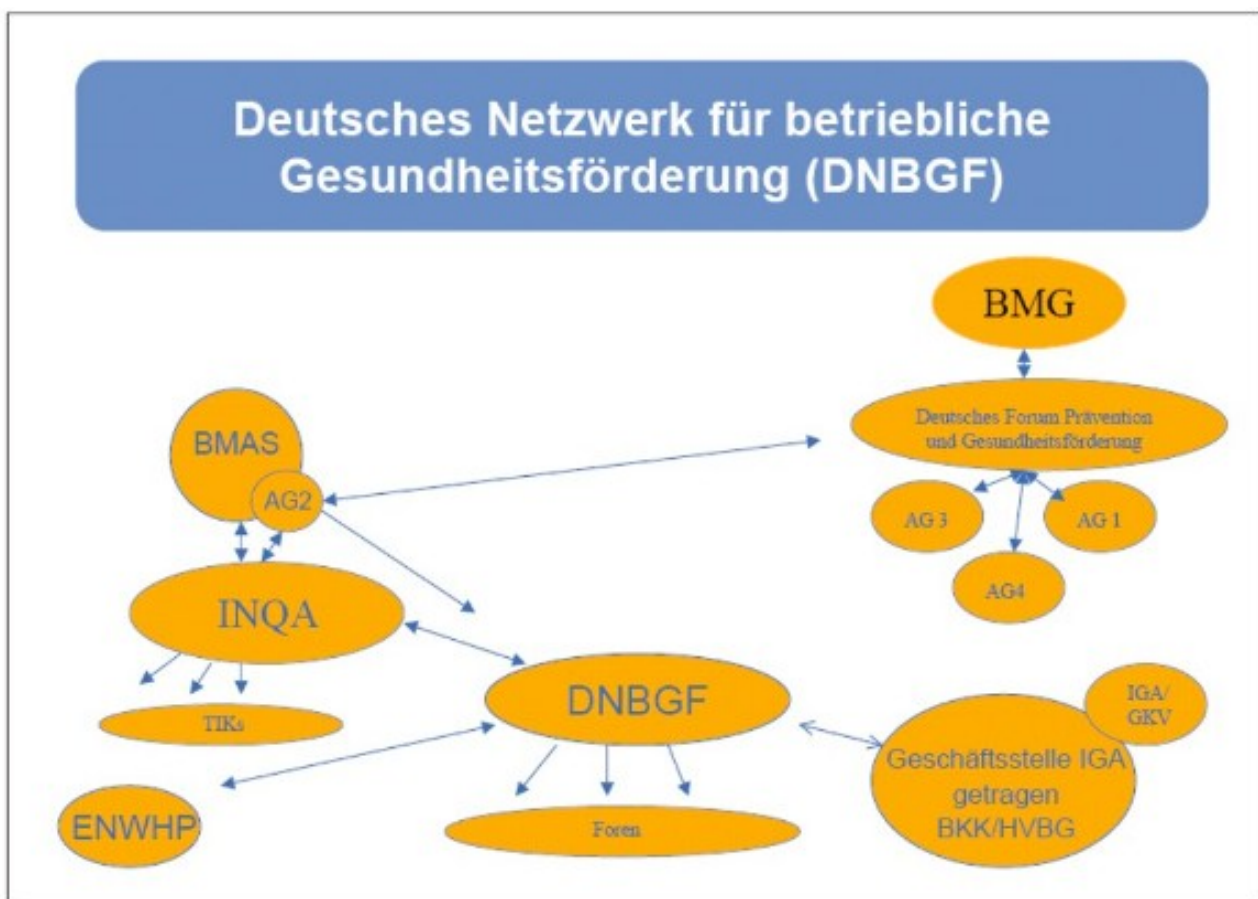


Abb. 15: Vernetzung des DNBGF (Quelle: www.forumpraevention.de/)

„Das DNBGF bündelt und vernetzt bestehende Aktivitäten der BGF und fördert den nationalen und internationalen Erfahrungsaustausch und verbreitet ‚Modelle Guter Praxis‘. Das DNBGF besteht aus sechs unabhängig voneinander arbeitenden Foren (vgl. Abb. 16), die jeweils zentrale Felder der Arbeitswelt repräsentieren und je von einer Koordinatorengruppe, bestehend aus sechs bis zwölf Personen, moderiert und koordiniert werden. Die Strategie und die Arbeitsschwerpunkte werden in den Foren selbst festgelegt. Es finden regelmäßige Forentagungen statt (i.d.R. alle ein bzw. eineinhalb Jahre), auf denen die Ergebnisse der Foren kommuniziert werden. Alle zwei Jahre findet eine große Netzwerktagung statt, an der alle Foren teilnehmen“ (Siebert 2005, S. 103 nach DNBGF 2005, Kunkel 2005).



Abb. 16: Die sechs Foren des DNBGF (Quelle: www.forumpraevention.de/)

„Das Netzwerk ist offen für alle Organisationen, Netzwerke und Einzelpersonen, die an der Verbreitung von Betrieblicher Gesundheitsförderung interessiert sind ... Das DNBGF kooperiert mit der INQA und dem Forum Prävention und Gesundheitsförderung. Der Aufbau der Infrastrukturen des DNBGF erfolgt im Rahmen der IGA. Die Geschäftsstelle des DNBGF, die vom HVBG und dem BKK-BV gestellt wird, unterstützt den Aufbau der Infrastrukturen des Netzwerkes und schafft geeignete Rahmenbedingungen für den Erfahrungsaustausch“ (Siebert 2005, S. 103 f. nach DNBGF 2005, Kunkel 2005).

„Die **Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)** (vgl. Abb. 17) ist ein Zusammenschluss von Bund, Ländern, Sozialpartnern, Sozialversicherungsträgern, Gewerkschaften und Stiftungen und Unternehmen, der im Mai 2002 gegründet wurde mit dem Ziel, die Interessen der Menschen an gesunden und gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen mit den ökonomischen Interessen der Unternehmen zu verknüpfen. Im Rahmen von INQA sollen Betriebe und Unternehmen und deren Beschäftigte bei der Bewältigung des wirtschaftlichen und sozialen Wandels unterstützt werden. INQA bietet eine Datenbank mit Modellen guter Praxis, fördert den Erfahrungsaustausch, u.a. durch die Organisation von Fachtagungen, entwickelt Konzepte zu neuen Themen und fördert innovative Projekte. Die Geschäftsstelle von INQA befindet sich in Dortmund“ (Siebert 2005, S. 101 f. nach INQA 2005, Henke 2002).

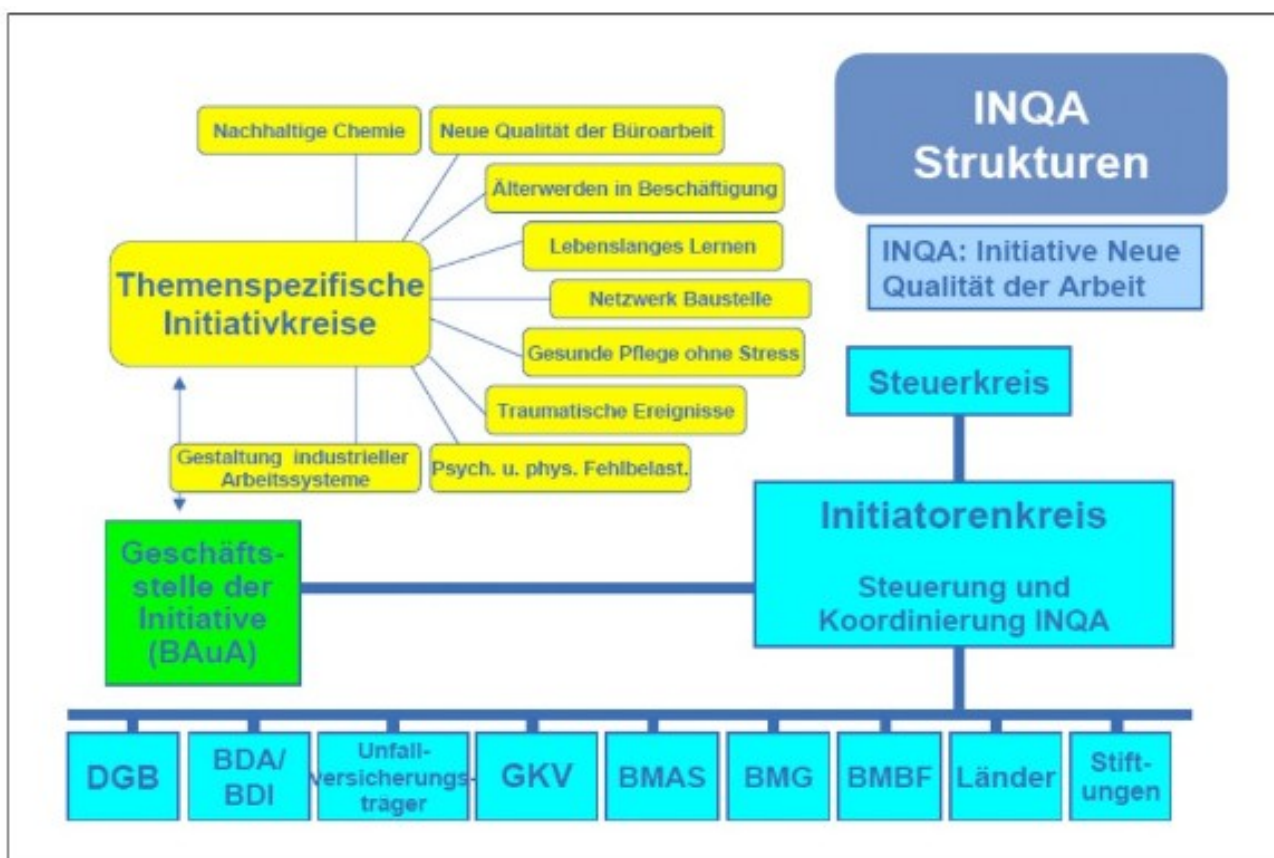


Abb. 17: Strukturen der Initiative Neue Qualität der Arbeit (Quelle: www.forumpraevention.de/)

Netzwerkarbeit im Setting „Krankenhaus“

„Krankenhäuser lassen sich nach der Einrichtungsart (Allgemeine oder sonstige Krankenhäuser, Versorgungsstufe (Grund-, Regel-, Schwerpunkt- oder Maximalversorgung) und der Trägerart (öffentliche, freigemeinnützige oder private Trägerschaft) unterscheiden“ (Siebert 2005 S. 118 nach Rosenbrock & Gerlinger 2004).

Tab. 7: Krankenhausdaten in Deutschland (Statistisches Bundesamt Deutschland 2006b, 2006c)

Krankenhäuser in Deutschland im Jahr 2004	2.166
Bettenzahl der Krankenhäuser in Deutschland im Jahr 2004	531.333
Personal an Krankenhäusern in Deutschland im Jahr 2004	805.988
davon ärztliches Personal	117.681
davon nicht-ärztliches Personal	688.307

„Krankenhäuser sind für die von der Ottawa-Charta geforderte ‚Neuorientierung der Gesundheitsdienste‘ (vgl. WHO 1986) von entscheidender Bedeutung“ (Siebert 2005, S. 118 nach Pelikan, Krajic, Nowak 1996).

„Krankenhäuser sind sehr komplexe und multifunktionale Organisationen, die ca. 40% der Gesundheitsausgaben Deutschlands beanspruchen und mindestens drei, durch sehr unterschiedliche Kulturen geprägte Aufgaben gleichzeitig erfüllen müssen: die Behandlung und Versorgung von Kranken, die Ausbildung von Ärzten, Pflegepersonal etc. sowie klinische Forschung“ (Siebert 2005, S. 118).

1998 wurde vom [Europabüro der WHO](#) die Entwicklung der „Gesundheitsfördernden Krankenhäuser“ (Health Promoting Hospitals) in Europa ins Leben gerufen. Die wichtigsten Entwicklungsschritte innerhalb dieser Bewegung waren (Pelikan, Krajic, Nowak 1996):

- Initiierung des Wiener-Modellprojekts „Gesundheit und Krankenhaus“ im Jahr 1989
- Gründung des „Internationalen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser“ im Jahr 1990
- Initiierung des europäischen Pilotkrankenhausprojekts „Gesundheitsfördernde Krankenhäuser“ im Jahr 1993, mit dem regelmäßige jährliche internationale Konferenzen und regelmäßige Newsletter etabliert wurden
- Gründung nationaler und regionaler Netzwerke Gesundheitsfördernder Krankenhäuser seit 1995

Es gibt vier zentrale Handlungsebenen Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (vgl. Abb. 18).

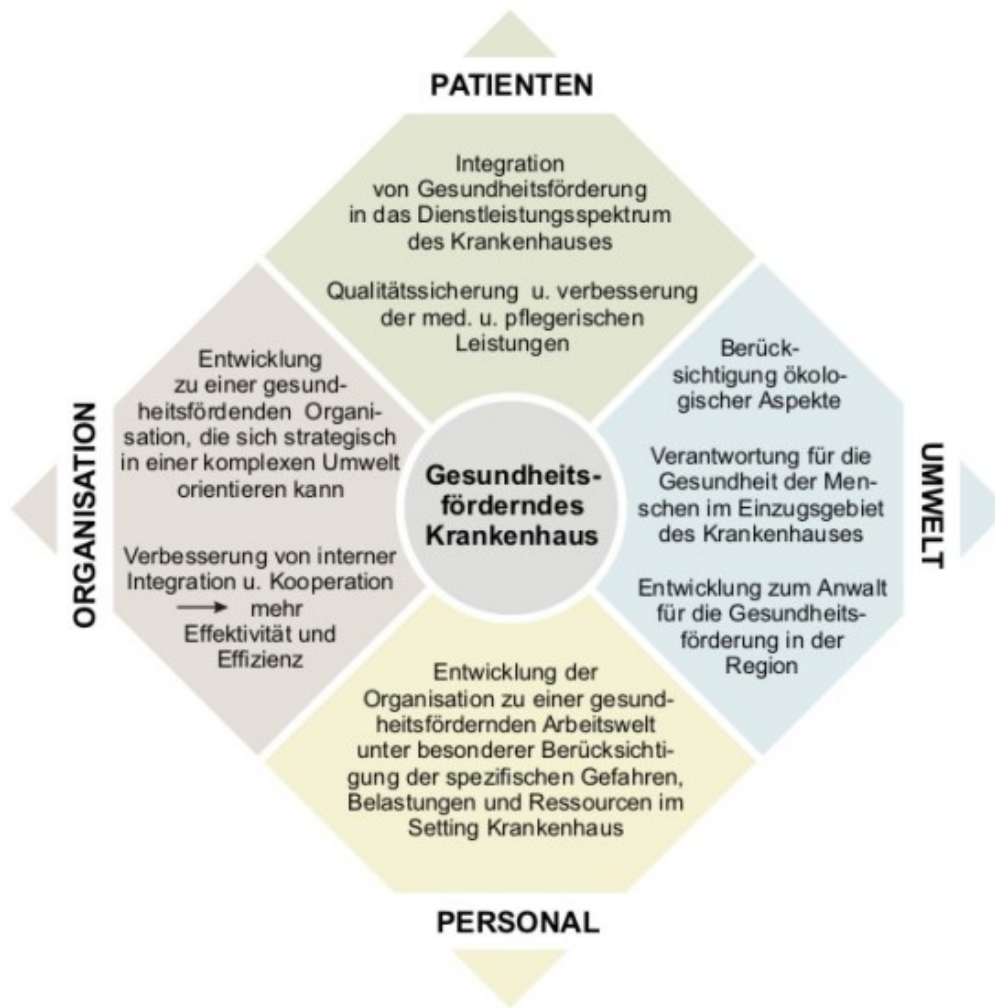


Abb. 18: Handlungsfelder Gesundheitsfördernder Krankenhäuser in Europa (Siebert 2005 nach Pelikan, Krajic, Nowak 1996)

„1990 wurde vom Europabüro der WHO das **Internationale Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser** gegründet mit dem Ziel der Förderung und Verbreitung guter Praxisbeispiele sowie der aktiven Vernetzung der Akteure und Aktivitäten Gesundheitsfördernder Krankenhäuser durch die Entwicklung von Konzepten, Strategien und Modellprojekten und durch regelmäßige Konferenzen und Veröffentlichungen. Dem Netzwerk gehören mittlerweile (Stand: 2003/2004) ca. 50 Länder an. Das Netzwerk wird vom WHO-Büro für integrierte Gesundheitsdienste in Barcelona und vom Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie in Wien koordiniert ... Mittlerweile (Stand: 08/2005) haben sich über 600 Krankenhäuser aus 25 europäischen Ländern in 35 regionalen und nationalen Netzwerken Gesundheitsfördernder Krankenhäuser organisiert“ (Siebert 2005, S. 121 nach Brandt 2005, DNGfK 2005a, Naidoo & Wills 2003, WHO-Euro 2005a).

Das **Deutsche Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK)** wurde 1996 unter der Beteiligung von zwölf Krankenhäusern in Prien am Chiemsee als gemeinnütziger Verein gegründet. Auf der Gründungsversammlung wurde die Chiemsee-Erklärung verabschiedet, die neben den

Homburger Leitlinien (1999) ein u.a. orientierendes Grundsatzdokument des Netzwerks ist (vgl. Abb. 19) (Siebert 2005,).

- [Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung](#) (1986) (PDF)
- [Budapester Deklaration](#) (1991) (PDF)
- [Chiemsee Erklärung](#) (1996) (PDF)
- [Wiener Empfehlung](#) (1997) (PDF)
- [Jakarta Erklärung](#) (1997) (PDF)
- [Homburger Leitlinien](#) (1999) (PDF)

Abb. 19: Grundsatzdokumente des Deutschen Netzes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK 2005b)

„Zu den Zielen des DNGfK gehören u.a. die umfassende Information interessierter Krankenhäuser zur Umsetzung von gesundheitsfördernden Projekten und Strategien im Krankenhaus, die Qualitätssicherung durch Evaluation, Förderung des Erfahrungsaustauschs auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene, die Einbindung von öffentlichen und politischen Institutionen, die der Gesundheitsförderung im Krankenhaus zugewandt sind und über entsprechende Kompetenz verfügen, Erzielung des größtmöglichen Gesundheitsgewinnes für Patienten sowie die Förderung des Umweltbewusstseins. Dazu werden u.a. Konferenzen durchgeführt, zum intensiveren Erfahrungsaustausch und zur gegenseitigen Unterstützung haben sich Arbeitsgruppen und fünf regionale Arbeitsgemeinschaften (in Bayern, Berlin-Brandenburg, Nordrhein-Westfalen, Nord- und Süddeutschland) gebildet (vgl. Abb. 20). Es werden Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt und es erscheinen regelmäßig eine Mitgliederzeitschrift, Rundschreiben und Konferenzpublikationen“ (Siebert 2005, S. 122 nach DNGfK 2005b, DNGfK 2005c).

Im DNGfK sind derzeit (Stand: 08/2006) 74 ordentliche Mitglieder und 10 assoziierte Mitglieder vertreten (DNGfK 2006). „Das DNGfK setzt sich aus Akut-, Reha- und Universitätskliniken in öffentlich-rechtlicher, freigemeinnütziger und auch privater Trägerschaft zusammen. Die ordentliche Mitgliedschaft können nur Krankenhäuser erwerben, während Personen oder Organisationen (seit kurzem auch stationierte Pflegeeinrichtungen), die keine Krankenhäuser sind, assoziierte Mitglieder im DNGfK werden können. Die Mitgliedschaft wird für vier Jahre erworben und setzt u.a. die Anerkennung der Grundsatzpapiere des DNGfK und die Durchführung von mind. drei gesundheitsfördernden Projekten voraus. Nach der Bewertung der Bewerbung um eine Mitgliedschaft eines Krankenhauses nach festgelegten Kriterien durch zwei unabhängige Begutachter/-innen sowie einem Vor-Ort-Besuch, entscheidet der Vorstand des Netzwerkes über den Beitritt eines Krankenhauses. Die Aufnahmemodalitäten sind in der Satzung des DNGfK festgehalten“ (Siebert 2005, S. 122 f. nach DNGfK 2005c, DNGfK 2005d, Rustler 2005, Rustler & Gill 2002).

„Seit Juli 2005 befindet sich die Geschäftsstelle des DNGfK in Berlin (bis dahin in Essen). Geschäftsführer des Netzwerkes ist Herr Felix Bruder“ (Siebert 2005, S. 123).



Abb. 20: Struktur des DNGfK (Siebert 2005 modifiziert nach DNGfK 2005c)

Im Jahr 2000 wurde das **European Network for Smoke-free Hospitals (ENSH)** gegründet, in dem mittlerweile (Stand: 08/2006) 19 europäische Staaten vertreten sind. „Das DNGfK ist Kooperationspartner des ENSH und baut unter der Schirmherrschaft der Drogenbeauftragten der Bundesregierung (Frau Caspers-Merck) ein **Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser** auf der Basis des Kodex und der Standards des ENSH auf. Netzkoordinatorin des deutschen Netzwerkes ist Frau Christa Rustler“ (Siebert 2005 S. 124 nach DNGfK 2005e, ENSH 2006).

„Die Arbeitsinhalte für das Deutsche Netz Rauchfreier Krankenhäuser werden im europäischen Kontext durch einen Koordinatorenkreis, der sich drei- bis viermal im Jahr trifft, festgelegt. Die Arbeitsschwerpunkte für 2004-2006 sind ‚Rauchfreie Geburtshilfe‘ und Qualifizierungsempfehlungen

für Mitarbeiter/-innen im Krankenhaus zu entwickeln. Für 2006/2007 steht für das Deutsche Netz Rauchfreier Krankenhäuser der Aufbau regionaler Arbeitsgemeinschaften, die Erstellung von Qualifizierungsempfehlungen für Rauchfreie Krankenhäuser sowie die Kontaktaufnahme mit nützlichen Institutionen, Verbänden, Organisationen (um den Gedanken und das Konzept der rauchfreien Krankenhäuser stärker zu verbreiten) im Vordergrund“ (Siebert 2005 S. 124 nach Rustler 2005).

Derzeit (Stand: 08/2006) gibt es 77 offizielle Mitglieder im Deutschen Netz Rauchfreier Krankenhäuser sowie eine große Anzahl an Interessenten. Im Deutschen Netz Rauchfreier Krankenhäuser können Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen Mitglied werden, wobei der Erwerb der Mitgliedschaft im europäischen Kontext geregelt ist (Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser 2006).

Netzwerkarbeit im Setting „Pflegeeinrichtung“

„Pflegebedürftigkeit ist in Deutschland - wie in den meisten europäischen Gesellschaften - ein Problem von wachsender Bedeutung“ (Rosenbrock & Gerlinger 2004, S. 190). Der Anteil der pflegebedürftigen Menschen hat in den letzten Jahren zugenommen und wird in Hinblick auf die demographische Entwicklung voraussichtlich weiter zunehmen (Siebert 2005).

„Gesundheitsförderung in der Pflege ist kein neues Konzept - die Aktivierung von Fähigkeiten und Fertigkeiten der Pflegebedürftigen sind schon seit geraumer Zeit Bestandteil pflegerischen Handelns. Mittlerweile ist der ‚Gesundheitsförderungsauftrag‘ in der Pflege auch gesetzlich verankert: Das Ziel pflegerischen Handelns ist die Ermöglichung einer größtmöglichen Selbständigkeit und Lebensqualität in der alltäglichen Lebensführung der Pflegebedürftigen. Diese salutogene Zieldefinition von Pflege (Förderung der Selbstpflegefähigkeiten und Gesundheit) findet sich sowohl im neuen Krankenpflegegesetz (seit 01.01.2004 in Kraft) als auch in der Neufassung des Altenpflegegesetzes vom August 2003“ (Siebert 2005, S. 127 f. nach Ströbel 2004).

Etwa die Hälfte aller Pflegebedürftigen wird zu Hause durch pflegende Angehörige betreut. In diesem Zusammenhang, ist die Beratung und Anleitung von pflegenden Angehörigen zur Erweiterung deren Pflegefähigkeiten neben den Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung von Selbstpflegefähigkeit und Selbständigkeit von Pflegebedürftigen ein Kernbereich der Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege (Siebert 2005).

„Vor dem Hintergrund, dass Pflegekräfte als eine gesundheitlich stark beanspruchte Berufsgruppe gelten, wobei das Krankheitsgeschehen von Pflegekräften überproportional hoch durch Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Beschwerden geprägt ist, sind Prävention und Betriebliche Gesundheitsförderung in diesem Zusammenhang von großer Bedeutung“ (Siebert 2005, S. 128 nach BGW & DAK 2000).

Tab. 8: Situation in den ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen am 15.12.2003 (Statistisches Bundesamt Deutschland 2005g)

Situation in den ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen am 15.12.2003	Ambulante Pflegedienste	Pflegeheime
Anzahl insgesamt	10.619	9.743
davon in privater Trägerschaft	5.849	3.610
davon in freigemeinnütziger Trägerschaft	4.587	5.405
davon öffentlicher Trägerschaft	183	728
Pflegebedürftige je Pflegedienst/Pflegeheim	42	66
Personal insgesamt	200.897	510.857
davon Vollzeitbeschäftigte	57.510	216.510
davon Teilzeitbeschäftigte	136.124	260.733
davon Sonstige (Praktikant/-innen, Auszubildende etc.)	7.263	33.614

„Im Hinblick auf die Bedeutung eines gemeinsamen Dialoges und einer Zusammenarbeit zur Förderung der Gesundheit und Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Europa wurde 1996 von 26 nationalen Pflege- und Geburtshilfeverbänden und dem Europabüro der WHO das **European Forum of National Nursing and Midwifery Associations** (Europäisches Forum nationaler Pflege- und Geburtshilfeverbände) gegründet. Die Ziele des Netzwerkes sind die Förderung des Wissens- und Erfahrungsaustausches zwischen den Pflege- und Geburtshilfeverbänden und der WHO, einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit und der Qualität der Gesundheitsversorgung in Europa zu leisten, die Integration von adäquaten Politiken in die Praxis und die Aus- und Weiterbildung der Pflege und Geburtshilfe zur Umsetzung der WHO-Strategie ‚Health for all‘ zu unterstützen und die Formulierung einer gemeinsamen Strategie sowie gemeinsamer Handlungsempfehlungen zur Gesundheit und darauf bezogene Fragen der Pflege und Geburtshilfe“ (Siebert 2005, S. 128 nach WHO-Euro 2004a).

Gegenwärtig (Stand: 08/2006) sind im Netzwerk 28 Nationen vertreten, die sich einmal jährlich zum Austausch treffen (WHO-Euro 2006b). „Der gewählte Vorstand organisiert die jährlichen Netzwerktreffen und die Netzwerkarbeit zwischen diesen Treffen und ist für die Umsetzung der getroffenen Entscheidungen verantwortlich. Die Mitgliedschaft ist offen für alle Vereinigungen und Verbände, die zum ‚**International Council of Nurses**‘ (Internationaler Rat der Pflegekräfte) oder zum ‚**International Confederation of Midwives**‘ (Internationaler Bund der Geburtshelfer/-innen) gehören bzw. die Mitgliedschaft anstreben. Jede Nation wird durch zwei Vertreter/-innen von jeweils einem nationalen Pflegeverband und einer nationalen Geburtshilfevereinigung im Forum repräsentiert, wobei die Vertreter/-innen Vorsitzende(r) der jeweiligen Organisation sein müssen bzw. einen äquivalenten Status haben müssen. Zudem sind im Forum jeweils ein(e) RepräsentantIn verschiedener internationaler Pflege- und Geburtshilfeorganisationen vertreten (z.B. International Council of Nur-

ses, International Confederation of Midwives, European Forum of Medical Associations and WHO, European Forum of Pharmacists and WHO), wobei diese Mitsprache- aber kein Stimmrecht besitzen. Das Netzwerk hat ein Sekretariat, das administrative Aufgaben erfüllt und dem WHO-Regionalbüro für Europa angegliedert ist...“ (Siebert 2005, S. 128 f. nach WHO-Euro 2004b).

Netzwerkarbeit im Setting „Justizvollzugsanstalt“

In Deutschland sind an einem durchschnittlichen Tag ca. 80.000 Menschen in Haft. In den Justizvollzugsanstalten (JVA) arbeiten etwa 40.000 Menschen.

„Das Setting Justizvollzugsanstalt unterscheidet sich von anderen Settings der Gesundheitsförderung in besonderem Maße und ist durch sehr spezifische Bedingungen für die Prävention und Gesundheitsförderung gekennzeichnet: Das Spektrum der Gesundheitsrisiken in Haftanstalten ist ein anderes als außerhalb von Haftanstalten. Während das Krankheitsspektrum außerhalb von Gefängnissen vor allem durch chronisch-degenerative Krankheiten geprägt ist, finden sich in Haftanstalten überproportional viele Infektionserkrankungen und ein hohes Suchtpotenzial bei den Insassen. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung finden sich in Haftanstalten 25-mal höhere Infektionsraten von HIV und 40-mal höhere von Hepatitis C, deren Ursache nicht unbedingt in dem engen sozialen Kontakt sondern eher in dem subkulturellen Tun der Häftlinge zu sehen ist (u.a. intravenöser Drogengebrauch). Etwa 30-50% der Häftlinge gelten als drogenerfahren oder drogenabhängig, 50-70% leiden unter psychischen Störungen“ (Siebert 2005, S. 133 f. nach Stiehler 1999a, Stöver, Knorr, Weiland 2005).

Gesundheitsfördernde Justizvollzugsanstalten können einen wesentlichen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit leisten, da im Setting Justizvollzugsanstalt der Anteil sozial Benachteiligter höher als in allen anderen hier beschriebenen Settings ist. Eine aktive Gesundheitsförderung in Vollzugsanstalten könnte einen erheblichen Beitrag zum Erfolg der nationalen Strategien zur Bekämpfung der Drogen- und Alkoholprobleme in der Gesellschaft leisten. Zudem ist der Bedarf an Betrieblicher Gesundheitsförderung hoch. Im Folgenden (vgl. Abb. 21) werden die von Stiehler (1999a, 1999b) entwickelten fünf Grundprinzipien einer Gesundheitsfördernden Justizvollzugsanstalt dargestellt (Siebert 2005).

1. **Eigenverantwortung:** Die Inhaftierten müssen in die Pflicht genommen werden mehr Eigenverantwortung zu übernehmen, denn Selbstverantwortung ist nicht nur in Hinblick auf die Gesundheit sondern auch im Rahmen der Sozialisation von zentraler Bedeutung.
2. **Transparenz und Partizipation:** Bislang erreicht die rigide Reglementierung von Bediensteten und Insassen, selbst dort wo Regelungen sinnvolle Ziele verfolgen, durch ihre Intransparenz und ihre Einbettung in ein Strafsystem oft das Gegenteil. Die Reglungsdichte muss eingedämmt werden und die Reglementierung von Bediensteten und Insassen muss eindeutig und einsehbar sein. Dazu gehören auch eindeutige und einsehbare Sanktionsmechanismen. Neben den notwendigen, durch die Institution zu setzenden Regeln, ist es auch wichtig, Regeln gemeinsam zu erarbeiten, was die Verantwortung für das gemeinsame Zusammenleben stärken könnte.
3. **Offener Informationsfluss:** Offener Informationsfluss ist die Voraussetzung von Transparenz und sozialer Verantwortung.
4. **Realitätsbezug:** Inhaftierte haben schon nach kurzer Zeit den unmittelbaren Bezug sowohl zur gesellschaftlichen Realität als auch zu ihrer Schuld verloren und nehmen fast ausschließlich das Innenleben der Haftanstalt wahr. Der Eingrenzung des Realitätshorizonts muss sowohl aus gesundheitsförderlicher als auch aus sozialisatorischer Sicht mit Maßnahmen, die einen Bezug zur Welt außerhalb der Gefängnismauern herstellen (z.B. Täter-Opfer-Ausgleich, Langzeitbesucherräume), entgegengewirkt werden.
5. **Therapeutische Begleitung:** Therapeutische Begleitung ist dringend notwendig zum Auffangen von Verunsicherung, Ängsten und Aggressionen, „die notwendigerweise in einem System der gegenseitigen Verantwortung entstehen würden“ (Stiehler 1999a, S. 7).

Abb. 21: Grundprinzipien einer Gesundheitsfördernden Justizvollzugsanstalt (Stiehler 1999a, 1999b)

„Das Netzwerk **Health in Prison Project (HIPP)** wurde 1996 in Lissabon durch das WHO-Regionalbüro Europa in Zusammenarbeit mit dem britischen Gesundheitsministerium initiiert, mit dem Ziel die Gesundheit in Haftanstalten in den Mitgliedstaaten des Netzwerkes zu fördern, die Gesundheitsförderung in Gefängnissen mehr in das Blickfeld des öffentlichen Gesundheitswesens zu rücken und die nationalen Gesundheitsdienste bei der Umsetzung der vereinbarten Kriterien Gesundheitsfördernder JVA's zu beraten und zu unterstützen. Dafür werden Netzwerkstrukturen aufgebaut, die das Fachwissen bündeln und kommunizieren und die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure und Kooperationspartner fördern“ (Siebert 2005 S. 135 nach WHO-Euro 2005b).

„Das HIPP unterstützt den internationalen Erfahrungs- und Wissensaustausch u.a. durch die Entwicklung von Leitfäden, Publikationen, Fort- und Weiterbildungen, Fachtagungen, der Verbreitung von Modellen guter Praxis und den jährlichen Netzwerktreffen. Durch das Netzwerk wurden anhand von bestimmten Themen, wie ‚psychische Gesundheit‘, ‚Infektionskrankheiten‘ und ‚Drogen und Sucht‘, Standards für die Gesundheitsförderung in Haftanstalten entwickelt und publiziert. Zudem werden länderspezifische Strategien und Programme zur Gesundheitsförderung in Vollzugsanstalten entwickelt und verbreitet. Mit dem Projekt soll an die erfolgreichen WHO-Initiativen settingbezogener Gesundheitsförderung, wie z.B. im Bereich Stadt, Schule und Krankenhaus angeknüpft werden. Die Zielgruppe des Netzwerks umfasst nicht nur Insassen und Mitarbeiter/-innen von Justizvollzugsanstalten sondern auch deren familiäres Umfeld sowie das kommunale Umfeld der Haftanstalten“ (Siebert 2005 S. 135 nach WHO-Euro 2005b).

„Es existiert ein Lenkungsausschuss, in dem alle relevanten Akteure vertreten sind (u.a. Vertreter/-innen der Träger des Netzwerkes, Vertreter/-innen des ‚[International Centre for Prison Studies](#)‘, des Europäischen Rates) und der das Netzwerk koordiniert und die Politik des Netzwerks entwickelt sowie die Aufgaben festlegt“ (Siebert 2005 S. 135 nach WHO-Euro 2005b). Neben dem Lenkungsausschuss gibt es eine Arbeitsgruppe, in der verschiedene Organisationen, die im Bereich Gesundheit in Haftanstalten tätig sind, vertreten sind (z.B. [AIDS-Foundation East West](#), [Internationales Rotes Kreuz](#), [Mental Health Europe](#) etc.) und die den Lenkungsausschuss unterstützt (Siebert 2005, WHO-Euro 2005b).

Gegenwärtig (Stand: 08/2006) sind 33 Nationen im HIPP-Netzwerk vertreten. Deutschland beteiligt sich bisher nicht in dem Netzwerk (WHO-Euro 2006c).

Netzwerkarbeit im Setting „Stadt/Kommune“

„Städte/Kommunen sind in zweierlei Hinsicht zentrale Settings für die Gesundheitsförderung: Einerseits prägen sie die gesundheitliche Infrastruktur in diesem Sozialraum, d.h. sie wirken in vielfältiger Weise durch die Interaktion von physischer Umwelt (z.B. Ausmaß der Luftverschmutzung oder Lärmbelästigung, Wohnqualität, Verkehrsaufkommen), sozialer Umwelt (Umfang der sozialen Interaktionen und der sozialen Unterstützung zwischen Bürger/-innen, freien Vereinigungen, Gruppen und Organisationen...) und den Dienstleistungsangeboten (Anzahl und Spektrum von z.B. Informations-, Beratungs- und Hilfsangeboten durch staatliche oder nicht-staatliche Einrichtungen) auf die Gesundheit ihrer Bürger/-innen. Andererseits bilden sie den Rahmen für weitere settingspezifische Ansätze der Gesundheitsförderung, z.B. KiTa, Schule, Betrieb, Krankenhaus“ (Siebert 2005, S. 138 nach Naidoo & Wills 2003, Trojan 2004).

Zudem leben 88% der Bevölkerung in städtischen Ballungsräumen. „Stadtbezogene Ansätze erreichen also viele Menschen in Verdichtungsräumen mit besonders hohem Gefährdungspotenzial durch ungesunde Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen“ (Trojan & Legewie 2001, S. 171).

„Aus diesen Überlegungen hinaus wurde von der WHO 1986 das Leitkonzept der ‚Gesunden Stadt‘ und das Gesunde Städte-Projekt ([Mailänder Gesunde Städte-Erklärung](#) (PDF)) entwickelt, wobei die Gesundheitsförderung in Städten/Kommunen ‚die Mutter aller Setting-Ansätze‘ ist. Eine ‚Gesunde Stadt‘ ist nach diesem Leitkonzept eine Stadt, die sich der Gesundheit verpflichtet fühlt und in der bei allen politischen Entscheidungsprozessen und Stadtentwicklungsmaßnahmen der Aspekt der Gesundheit der Bürger/-innen Berücksichtigung findet (Gesundheitsverträglichkeit). Dabei muss eine ‚Gesunde Stadt‘ nicht unbedingt ein hohes gesundheitliches Niveau nachweisen können, sondern sich verpflichtet fühlen, in Kooperation mit allen relevanten kommunalen Akteuren, Strukturen und Prozesse zu schaffen, mit denen auf eine nachhaltige Verbesserung des Gesundheitsniveaus hingearbeitet wird“ (Siebert 2005, S. 138 f. nach Stender 2003, Trojan 2004, WHO-Euro 2005c).

Das **Internationale Gesunde Städte-Projekt der WHO** wurde 1986 gegründet und war zunächst auf fünf Jahre angelegt, wurde aber schon dreimal verlängert und befindet sich derzeit in der Projektphase IV, die den Zeitraum von 2003-2008 umfasst (Phase I: 1986-1991, Phase II: 1992-1997, Phase III: 1998-2002) (Siebert 2005).

Im Rahmen dieses Projekts und zur Umsetzung des Leitkonzeptes „Gesunde Stadt“ gründete das Europabüro der WHO 1986 das **Internationale Gesunde Städte-Netzwerk** (Healthy Cities Network), in dem sich anfangs elf Städte, mittlerweile nach WHO-Angaben allein aus der Europäischen Region der WHO schon über 1.300 Städte/Gemeinden aus 30 Ländern beteiligen (Stand: 08/2006) (Siebert 2005 nach WHO-Euro 2006d). „Aus allen sechs WHO-Regionen (Afrikanische Region, Amerikanische Region, Europäische Region, Östliche Mittelmeer-Region, Südostasiatische Region, Westpazifische Region) beteiligen sich Städte/Kommunen im internationalen Netzwerk, die zudem jeweils in nationalen Gesunde Städte-Netzwerken organisiert sind“ (Siebert 2005, S. 140 nach Stender 2003, WHO-Euro 2005c).

„Übergeordnetes Ziel des internationalen als auch der nationalen Gesunde-Städte-Netzwerke(s) ist es, dass Gesundheit in den Gesunden Städten durch institutionellen Wandel, politisches Engagement und intersektorale Partnerschaften einen höheren Stellenwert auf der politischen Tagesordnung erhält und zum allgegenwärtigen Thema für kommunale Entscheidungsträger wird“ (Siebert 2005, S. 140 f. nach Stender 2003, WHO-Euro 2005c).

Im Juni 1989 wurde in Frankfurt/M. in Anlehnung an die Gesunde Städte-Bewegung der WHO durch neun Großstädte und einen Kreis das **Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland** gegründet... Derzeit (Stand: 08/2006) sind im Gesunde Städte-Netzwerk 60 Gebiets-

körperschaften in Form von Berliner Bezirken, Kreisen und kleineren Kommunen und Großstädten vertreten (Gesunde Städte-Netzwerk Deutschland 2006, Stender 2002, Weth 2005).

„Zur Umsetzung des Leitbilds ‚Gesunde Stadt‘ wurden Kriterien entwickelt, die für die Teilnahme am Gesunde-Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland für die einzelnen Mitgliedskommunen im Sinne einer Selbstverpflichtung verbindlich sind, wobei nicht alle Punkte dieses Programms bereits zu Beginn der Mitgliedschaft erfüllt sein müssen sondern die Mitglieder sich vielmehr auf einen Prozess verpflichten, diese Kriterien im Laufe ihrer Mitgliedschaft umzusetzen. Diese Kriterien werden auch als so genanntes **9-Punkte-Programm** (PDF) bezeichnet“ (Siebert 2005, S. 141 nach Bogenhardt 2004, Gesunde Städte-Netzwerk Deutschland 2006, Stender 2002).

„Zu den Aktivitäten und Strukturen Gesunder Städte gehören z.B. die Etablierung kommunaler Gesundheitskonzepte, der Aufbau von Gesundheitshäusern oder Stadtteilgesundheitsbüros, regelmäßige Gesundheitskonferenzen und aktivierende Öffentlichkeitsarbeit. Desweiteren wird die inhaltliche Arbeit der Gesunden Städte durch alle zwei Jahre stattfindende Symposien, die Arbeit der acht Kompetenzzentren (vgl. Abb. 22) und die Projektbörse angeregt“ (Siebert 2005, S. 141 f. nach Bogenhardt 2004, Stender 2003).

- Kompetenzzentrum für Migration und öffentliche Gesundheit: Stadt Frankfurt am Main
- Kompetenzzentrum für stadtteilbezogene, bürgerorientierte Stadtentwicklung: Stadt Halle (Saale)
- Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung im Kindes- und Jugendalter: Rhein-Kreis Neuss
- Kompetenzzentrum für das Thema Gesundheitskonferenzen: Stadt Herne
- Kompetenzzentrum für Kinder- und Jugendgesundheit: Stadt Stuttgart
- Kompetenzzentrum für das Thema Migration, Integration und Gesundheit: Stadt Berlin - Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg
- Kompetenzzentrum für kommunales Gesundheitsmanagement und gesundheitlichen Verbraucherschutz: Kreis Unna
- Kompetenzzentrum für die Konzeption und Praxis kommunaler Gesundheitshäuser: Stadt Münster

Abb. 22: *Kompetenzzentren des Gesunde Städte-Netzwerks Deutschland (Gesunde Städte-Netzwerk Deutschland 2006)*

„Das Gesunde Städte-Netzwerk wird nach außen durch den ‚Sprecherrat‘ repräsentiert, dem paritätisch fünf Vertreter der kommunalen Körperschaften und fünf Vertreter von Gesundheitsinitiativen und Selbsthilfeszusammenschlüssen angehören (werden für die Dauer von zwei Jahren gewählt) und der sozusagen das ‚Vorstandsgremium‘ des Netzwerks darstellt. Das Sekretariat des deutschen Gesunde Städte-Netzwerks befindet sich seit Mitte 2004 in Münster (vormals in Hamburg). Klaus Peter Stender, der bis Mitte 2004 Netzwerkkoordinator war, wurde von dem Gesundheitswissenschaftler Dr. Claus Weth abgelöst“ (Siebert 2005, S. 142 nach Gesunde Städte-Netzwerk Deutschland 2006, Weth 2005).

Netzwerkarbeit im Setting „Region“

Regionen werden für die regionale Gesundheitsförderung nicht nur im Sinne einer räumlich/geografischen Eingrenzung definiert, sondern auch in Hinblick auf spezifische regionalen Besonderheiten und Unterschiede, wie der Sprache oder dem Wirtschafts- und Arbeitsmarkt. Diese Unterschiede erfordern bei der Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Region auch regionalspezifische Konzepte, denn das Spektrum von Risikofaktoren sowie das Potenzial an gesundheitsfördernden Faktoren sind in den verschiedenen Regionen sehr unterschiedlich (Siebert 2005).

Zur Förderung und zum Schutz der Gesundheit und zur Reduzierung der steigenden Gesundheitsunterschiede innerhalb und zwischen den Ländern Europas wurde auf Initiative des Europabüros der WHO am 17. November 1992 in Düsseldorf das **Regions for Health Network (RHN)** gegründet in dem heute (Stand: 08/2006) 31 Regionen aus 18 europäischen Ländern organisiert sind. In Ergänzung und Kooperation zu den nationalen Gesundheitsdiensten, unterstützt das RHN durch Wissenstransfer, Erfahrungsaustausch, Ressourcenteilung und den Austausch von Modellen guter Praxis die intersektorale Zusammenarbeit, die Erprobung neuer Ansätze der Gesundheitsförderung, die Entwicklung von Politiken und Strategien zur Verbesserung des europäischen Gesundheitsniveaus und die Umsetzung der WHO-Strategie „Gesundheit für alle“. Mit dem Netzwerk sollen sowohl auf regionaler als auch auf europäischer Ebene Chancengleichheit und Solidarität innerhalb und zwischen den Ländern Europas gefördert werden (Siebert 2005 nach WHO-Euro 2006e).

Zu den Strategien und Prinzipien des RHN bzw. der Mitglieder gehören (vgl. Abb. 23):

- die Aufforderung an alle relevanten internationalen Organisationen, die EU und den Europarat, die regionalen Bemühungen, eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik zu initiieren, zu implementieren und zu unterstützen
- die Kooperation durch Netzwerkbildung und Gründung von Allianzen mit regionalen und überregionalen, für die Integration gesundheitsfördernder Politiken wichtige Organisationen anderer europäischer Länder
- die Unterstützung der Mitgliedsregion bei der Entwicklung und Implementierung gesundheitsfördernder Politiken durch Beratung und Wissenstransfer
- die Förderung des fachlichen und strategischen Erfahrungsaustausches zwischen den Mitgliedsregionen zur Entwicklung von gegenseitigem Verständnis und eines gemeinsamen Leitbildes und zur Verbesserung der Kenntnisse über die Gesundheitssysteme in Europa und Förderung von Transparenz

Abb. 23: Strategien und Prinzipien des Regions for Health Network (Siebert 2005 nach lögd NRW 2001)

Die Mitgliedsregionen im RHN sind Provinzen, Kantone, Grafschaften oder Bundesländer eines Landes innerhalb der europäischen Region der WHO. Zum RHN gehören Regionen wie Katalonien (Spanien), Schlesien (Polen), Süd-Tirol (Italien), Varna (Bulgarien) und Wales (Großbritannien). Die Einbindung von Deutschland in das RHN erfolgt bisher nur durch Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen, wobei es sich dabei lediglich um eine formale Mitgliedschaft zu handeln scheint - Aktivitäten finden in der Praxis nicht statt (Siebert 2005 nach lögd NRW 2001, WHO-Euro 2006e, WHO 1998b).

Das Netzwerk ist prinzipiell für alle interessierten Regionen offen. Die Regionen müssen für eine Mitgliedschaft im RHN folgende Kriterien erfüllen (vgl. Abb. 24):

Die Regionen ...

- sind als politische bzw. administrative Einheiten oder durch ähnliche sozioökonomische bzw. kulturelle Charakteristika erkennbar
- besitzen eine gewisse Autonomie, um entscheidungsfähig zu sein
- stellen Ressourcen für die Gesundheitsförderung zur Verfügung
- sind in der Lage und gewillt, Bündnisse einzugehen und diese aufrecht zu erhalten
- sind in der Lage, die Ergebnisse ihrer Bemühungen zu kontrollieren und dokumentieren
- identifizieren sich mit den Zielen und dem Verständnis des Netzwerkes und bemühen sich aktiv um die Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Politik

Abb. 24: Kriterien der Mitgliedschaft im Regions for Health Network (Siebert 2005 nach lögd NRW 2001, WHO-Euro 2006e, WHO 1998b)

„Die Mitgliedsregionen des RHN müssen zudem eine Koordinationsstelle einrichten und eine(n) Koordinator(in) für ihre Region benennen, die/der u.a. Ansprechpartner/-in für diese Region ist und die Region auf den jährlichen Netzwerktreffen, im deren Rahmen die Arbeit des RHN bilanziert wird und auf denen die Arbeitsaufgaben und -ziele festgelegt werden, vertritt“ (Siebert 2005, S. 147 nach WHO-Euro 2006e, WHO 1998b).

„Der Vorstand des Netzwerkes (bestehend aus sechs regionalen Vertreter/-innen und das RHN-Sekretariat, welches an das Europabüro der WHO angegliedert ist), plant und begleitet im Rahmen der Entscheidungen der Jahreshauptversammlungen die gemeinsamen Projekte und Aktivitäten und organisiert die allgemeine Netzwerkarbeit (vgl. Abb. 25). Das RHN-Sekretariat koordiniert die Öffentlichkeitsarbeit und ist für den Informationstransfer verantwortlich“ (Siebert 2005, S. 147 nach WHO-Euro 2006e, WHO 1998b).

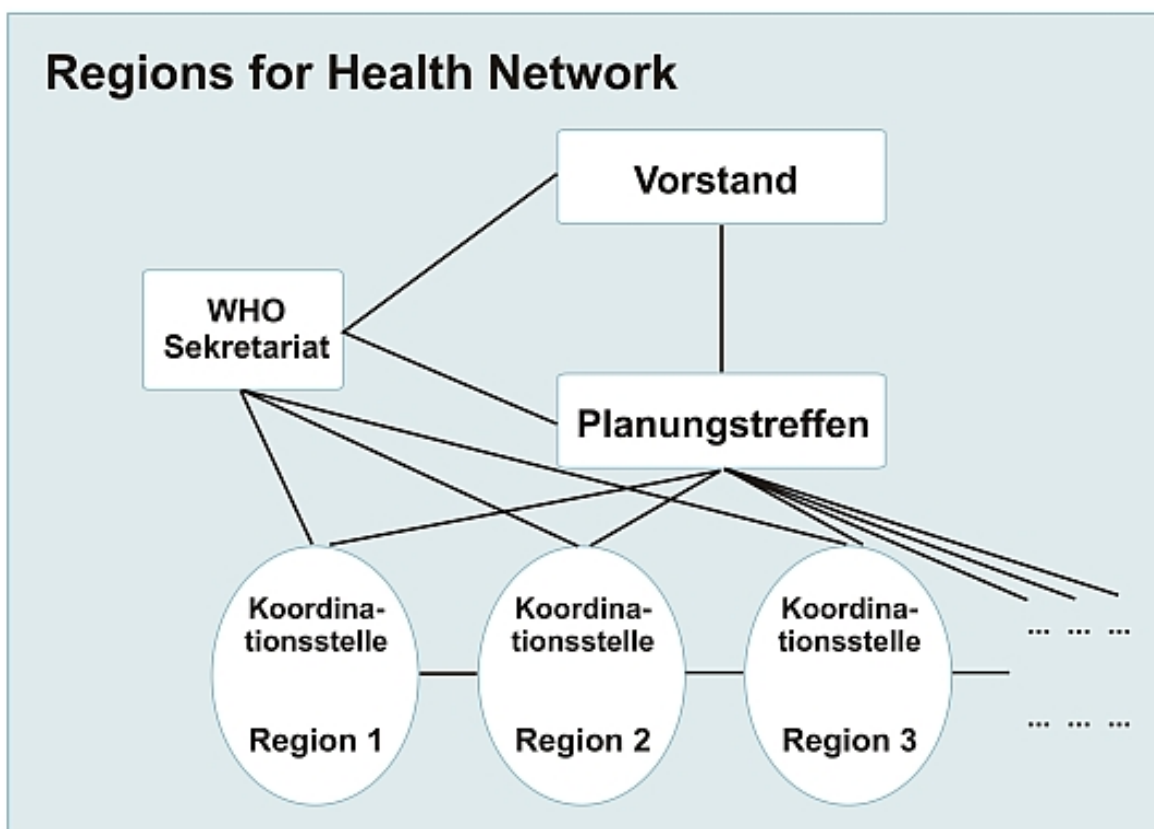


Abb. 25: Organigramm des Regions for Health Network (Siebert 2005 nach WHO 1998b)

Literatur

- Ahrens, H. J.: Bausteine und Erfahrungen aus der Primärprävention. Abstract zum Tagungsbeitrag. In: Programm der Fachtagung „Gesunde Lebenswelten - Vernetzte Strukturen für Gesundheitsförderung und Prävention“. Berlin: Gesundheit Berlin e.V. 2005, S. 4-5.
- Altgelt, T.: Kindertagestätten. Ein vernachlässigtes Setting mit Handlungsbedarf und Zukunftspotenzial. In: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung. 25. Jg. Heft 3. 2002, S. 81-84.
- Altgelt, T.; Kolip, P.: Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber 2004, S. 41-51.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen: Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000, 2003. <http://www.ikk.de/ikk/generator/ikk/service-und-beratung/download/51814.pdf> (Zugriff: 29.11.2004, 18:20 MEZ).
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen: Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Vorstellungen der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 22. Mai 2002, 2002. <http://www.ikk.de/ikk/generator/ikk/service-und-beratung/download/4454.pdf> (Zugriff: 17.11.2004, 16:31 MEZ).
- Arbeitskreise Gesundheitsfördernde Hochschulen Nordrhein-Westfalen: Programmatik des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen Nordrhein-Westfalen. Hagen 2004. <http://www.luk-nrw.de/downloads/Programmatik.pdf> (Zugriff: 15.09.2005 10:12 MEZ).
- Baric, L., Conrad, G.: Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Settingansatzes in der Gesundheitsförderung. Wien: Conrad Verlag für Gesundheitsförderung 1999.
- Barkholz, U.: Gesundheit als ein Aspekt von Schulentwicklung - ein Netzwerk im europäischen Verbund. In: Wildt, B. (Hrsg.): Gesundheitsförderung in der Schule. Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterhand 1997. S. 165-175.
- Barkholz, U.: Gesundheitsfördernde Schulen. Ein Netzwerk im europäischen Verbund. In: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung. 18.Jg. Heft 4 1995. S. 110-130.
- Barkholz, U.; Paulus, P.: Gesundheitsfördernde Schulen. Konzept. Projektergebnisse. Möglichkeiten der Beteiligung. Werbach-Gamburg: G.Conrad 1998.
- Beerlage, I; Hering, T.; Nörenberg, L.: Entwicklung von Standards und Empfehlungen für ein Netzwerk zur bundesweiten Strukturierung und Organisation psychosozialer Notfallversorgung. Forschungsprojekt im Rahmen des Bundesministeriums des Innern. Endbericht Juli 2004. Netzwerk psychosoziale Notfallversorgung: Magdeburg. Hochschule Magdeburg-Stendal (FH) 2004.
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW); Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK): DAK-BGW Krankenpflegerreport 2000. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der Bundesrepublik. Hamburg: BGW, DAK 2000. <http://www.bgw-online.de/> (Zugriff: 07.10.2005 22:43 MEZ).
- Bertelsmann-Stiftung: Anshub.de. Ziele, Hintergrund, Entwicklung. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung 2005a. <http://www.anshub.de/> (Zugriff: 15.09.2005 23:30 MEZ).
- Bertelsmann-Stiftung: Anshub.de. Schwerpunkte in Berlin. Ausgabe 1. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung 2005b.

- Bogenhardt, S.: Aktive Gesundheitsförderung in Gesunden Städten. In: Forum Public Health. Forschung Lehre Praxis. 12. Jg. Heft 42 2004. S. 4-5.
- Brandt, E.: Vorwort. In: Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK) (Hrsg.): Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser gem. e.V. Entwicklung. Ziele. Strategien. Struktur. Aufnahmeverfahren. Gamburg: G.Conrad 2005. S. 4.
- Breucker, G.: Vorwort, In: Klein, gesund und wettbewerbsfähig. Neue Strategien zur Verbesserung der Gesundheit in Klein- und Mittelunternehmen. Kriterien und Beispiele guter Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen (KMU). Broschüre des BKK Bundesverband (Hrsg.) 2001.
http://www.bkk.de/bkk/psfile/downloaddatei/36/kriterien_415aaeb3bc5fe.pdf (Zugriff: 29.11.2004, 18:36 MEZ).
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit (BMGS): Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V). § 20 Prävention und Selbsthilfe. 2004.
http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/sgb_5/ (Zugriff: 28.11.2004, 20:15 MEZ).
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit (BMGS): Sozialgesetzbuch - Siebtes Buch (SGB VII). § 14 Grundsatz. 2004. http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/sgb_5/ (Zugriff: 03.11.2004, 20:19 MEZ).
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK-BV): Das Europäische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP). Essen: BKK-BV 2005.
<http://www.bkk.de/bkk/powerslave,id,341,nodeid,341,p,0.html> (Zugriff: 01.10.2005, 08:55 MEZ).
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): WHO-Netzwerke. Europäisches Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen (ENHPS). Köln 2005.
<http://www.bzga.de/?uid=48eb0c8800b2cf058c424a7d2adcbf02&id=Seite1547> (Zugriff: 16.06.2005 18:30 MEZ).
- Conrad, G.: Das Gesunde-Städte-Projekt der WHO. Ziele, Entwicklungen und Ergebnisse, In: Pelikan, J. M., Demmer, H., Hurrelmann, K.: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim, München: Juventa-Verlag 1993. S. 62-73.
- Corsten, H.: Unternehmensnetzwerke. Formen unternehmensübergreifender Zusammenarbeit. München: Oldenbourg 2001.
- Debitz, U.; Gruber, H.; Richter, G.: Erkennen, Beurteilen und Verhüten von Fehlbeanspruchungen. Schriftenreihe: Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz – Handlungshilfen für Praktiker. Bd. 2. Bochum: Technik & Information 2001.
- Demmer, H.: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung in Betrieben, In: Pelikan, J. M., Demmer, H., Hurrelmann, K.: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim, München: Juventa-Verlag 1993. S. 120-122.
- Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK): Mitglieder des DNGfK. Berlin: DNGfK 2006. <http://www.dngfk.de/> (Zugriff: 25.08.2006 08:47 MEZ).
- Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK): Die Entwicklung der Health Promoting Hospitals. Berlin: DNGfK 2005a. <http://www.dngfk.de/> (Zugriff: 27.09.2005 13:39 MEZ).

- Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK): Grundsatzdokumente. Berlin: DNGfK 2005b. <http://www.dngfk.de/> (Zugriff: 27.09.2005 13:39 MEZ).
- Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK): Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser gem. e.V. Entwicklung. Ziele. Strategien. Struktur. Aufnahmeverfahren. Gamburg: G.Conrad 2005c.
- Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK): Satzung. Berlin: DNGfK 2005d. <http://www.dngfk.de/> (Zugriff: 27.09.2005 13:39 MEZ).
- Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK): Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser. Berlin: DNGfK 2005e. <http://www.dngfk.de/> (Zugriff: 27.09.2005 13:39 MEZ).
- Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser: Mitglieder des Deutschen Netzes Rauchfreier Krankenhäuser. Berlin 2006: Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser. <http://www.rauchfreie-krankenhaeuser.de/> (Zugriff: 24.08.2006 08:59 MEZ).
- Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF): Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung. Webaufttritt. Essen: DNBGF 2005. <http://www.dnbgf.org/> (Zugriff: 01.10.2005 15:35 MEZ).
- Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF): Positionspapier. Forum „Bildung und Erziehung“. Schwerpunkt Schule. Essen: DNBGF 2004.
- Eberle, G.: Vernetzung und Kooperation in kleinräumigen Settings. Abstract zum Tagungsbeitrag. In: Programm der Fachtagung „Gesunde Lebenswelten - Vernetzte Strukturen für Gesundheitsförderung und Prävention“. Berlin: Gesundheit Berlin e.V. 2005, S. 11-12.
- Engelhardt, A.: Bericht über das zweite praktische Studiensemester in der Bertelsmann-Stiftung in Gütersloh. Unveröffentlichter Bericht. Magdeburg: Hochschule Magdeburg-Stendal (FH) 2005.
- European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP): European Network for Workplace Health Promotion. Essen: ENWHP 2005. <http://www.enwhp.org/home/index.php> (Zugriff 01.10.2005, 08:57 MEZ).
- European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP): Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. Essen: ENWHP 1997. <http://www.bkk.de/bkk/psfile/downloaddatei/14/luxemburge3ec886f975aa5.pdf> (Zugriff: 29.11.2004, 18:50 MEZ).
- European Network for Smoke-free Hospitals (ENSH): European Network for Smoke-free Hospitals. Paris: ENSH 2006. <http://ensh.aphp.fr/index.php> (Zugriff 26.08.2006, 17:44 MEZ).
- Franzkowiak, P., Sabo, P. (Hrsg.): Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente der Gesundheitsförderung in Wortlaut und Kommentierung. 1. Auflage. Mainz: Verlag Peter Sabo 1993.
- Freie Universität Berlin, Landesgesundheitsamt Brandenburg (Hrsg.): Vernetzung als Strategie der Gesundheitsförderung. Regionale Netzwerke. Arbeit und Gesundheit - Bilanz und Perspektiven. Berlin: Freie Universität Berlin 1999. <http://www.gesundheitberlin.de/download/netzwerke.pdf> (Zugriff 29.11.2004, 09:23 MEZ).
- Gesunde Städte-Netzwerk Deutschland: Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland. Frankfurt/M.: Gesunde Städte-Netzwerk Deutschland 2006. <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/> (Zugriff 26.08.2006, 11:34 MEZ).

- Grossmann, R.; Scala, K.: Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 4. Aufl. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo 2003, S. 205-206.
- Grossmann, R., Scala, K.: Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung, In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 2. Auflage. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo 1999, S. 100-101.
- Hahn, S; Ludwig, W; Rijntjes, H.: RegioNet - Netzwerk Vorbeugung im Rheinisch-Bergischen Kreis. In: GesundheitsAkademie; Landesinstitut für Schule und Weiterbildung NRW (Hrsg.): Macht - Vernetzung - Gesund? Strategien und Erfahrungen regionaler Vernetzungen im Gesundheitsbereich. Frankfurt/M.: Mabuse 1996, S. 113-128.
- Hartmann, T.; Siebert, D.: Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung an Hochschulen in Deutschland. In: HIS Kurzinformation Bau und Technik. Gesundheitsförderung in Hochschulen. B1. Hannover: Hochschul-Informationssystem 2005. S. 1-10.
- Henke, N.: Gesundheitsförderung im Setting „Betrieb“. In: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung. 25. Jg. Heft 3 2002. S. 85-88.
- Hessinger, P.: Vernetzte Wirtschaft und ökonomische Entwicklung. Organisatorischer Wandel, institutionelle Einbettung, zivilgesellschaftliche Perspektiven. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag 2001.
- HochschulNetzwerk BetriebSuchtGesundheit: Betriebliche Suchtprävention und Gesundheitsförderung an Universitäten, Hochschulen und Universitätskliniken. Regeln für das HochschulNetzwerk BetriebSuchtGesundheit. Oldenburg 2005.
- Hurrelmann, K.; Nordlohne, E.: Gesundheitsförderung in der Schule - Konzeptionen, Erfahrungen und Evaluationsergebnisse. In: Pelikan, J. M.; Demmer, H.; Hurrelmann, K.: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim, München: Juventa 1997. S. 100-118
- Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA): INQA. Webauftritt. Dortmund. INQA 2005.
<http://www.inqa.de/> (Zugriff: 01.10.2005 12:56 MEZ).
- Job, K., Kuhn, J., Schütz, A. K.: Vernetzung als Strategie der Gesundheitsförderung. Regionale Netzwerke. Arbeit und Gesundheit - Bilanz und Perspektiven -. Freie Universität Berlin, Landesgesundheitsamt Brandenburg (Hrsg.). Berlin: Zentrale Universitätsdruckerei der Freien Universität Berlin 1999. <http://www.gesundheitberlin.de/download/netzwerke.pdf> (Zugriff 29.11.2004, 09:23 MEZ).
- Jungk, S.: Kooperation und Vernetzung. In: GesundheitsAkademie; Landesinstitut für Schule und Weiterbildung NRW (Hrsg.): Macht - Vernetzung - Gesund? Strategien und Erfahrungen regionaler Vernetzungen im Gesundheitsbereich. Frankfurt/M.: Mabuse 1996, S. 44-56.
- Kaba-Schönstein, L.: Gesundheitsförderung VI: Einordnung und Bewertung der Entwicklung, In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo 2003, S. 104-111.
- Kardorff, E. v.: Die Gesundheitsbewegung - Eine Utopie im Rückspiegel. In: GesundheitsAkademie; Landesinstitut für Schule und Weiterbildung NRW (Hrsg.): Macht - Vernetzung - Gesund? Stra-

tegien und Erfahrungen regionaler Vernetzungen im Gesundheitsbereich. Frankfurt/M.: Mabuse 1996, S. 15-43.

Knake-Werner, H.: Prävention in Berlin: Position der Gesundheitsminister/-innen. Abstract zum Tagungsbeitrag. In: Programm der Fachtagung „Gesunde Lebenswelten - Vernetzte Strukturen für Gesundheitsförderung und Prävention“. Berlin: Gesundheit Berlin e.V. 2005, S. 6-7.

Kunkel, K.: Das Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF). Stand und Perspektiven der Netzwerkarbeit. Telefonisches Interview vom 20.07.2005, dokumentiert und autorisiert. Magdeburg 2005.

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen (LVG Nds.) e.V.: Bundesweite Netzwerkarbeit zum Thema „Gesundheitsförderung in Kindergärten und –tagesstätten. LVG Nds. 2005.
<http://www.gesundheit-nds.de/downloads/15.03.05.netzwerk.kita.pdf> (Zugriff: 22.06.2005 17:02 MEZ).

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen (Iögd NRW): CMIS: Common Minimum Indicator Set. WHO Europe: Regions for Health Network. Final Report 2000. In: Wissenschaftliche Reihe. Bd. 15. Bielefeld: Iögd 2001.

Landfried, K.: Ein Grußwort, In: Sonntag, U., Gräser, S., Stock, C., Krämer, A. (Hrsg.): Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele. Weinheim und München: Juventa Verlag 2000, S. 11-12.

Lenhardt, U.; Rosenbrock, R.: Prävention und Gesundheitsförderung in Betrieben und Behörden. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber 2004. S. 293-303.

Maasberg, A.: Setting Kindergarten gesundheitsförderlich gestalten. In: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen (LVG Nds.) e.V. (Hrsg.): Impulse. Newsletter zur Gesundheitsförderung. Heft 34. 2002, S. 4.

Meinlschmidt, G.: Elemente einer sozialräumlichen Planung in Berlin. Abstract zum Tagungsbeitrag. In: Programm der Fachtagung „Gesunde Lebenswelten - Vernetzte Strukturen für Gesundheitsförderung und Prävention“. Berlin: Gesundheit Berlin e.V. 2005, S. 9-10.

Naidoo, J.; Wills, J.: Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg. der dt. Ausgabe). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung 2003.

OPUS NRW - Netzwerk Bildung und Gesundheit: Hintergrund, Ziele, Organisationsstruktur. OPUS NRW 2005. <http://www.learn-line.nrw.de/angebote/gesundids/> (Zugriff: 15.09.2005 14:10 MEZ).

Paulus, P.: Schulische Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 4. Aufl. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo 2003, S. 200-202.

Pelikan, J.M.; Krajic, K.; Nowak, P.: Gesundheitsförderung im und durch das Krankenhaus. In: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung. 19. Jg. Heft 2 1996. S. 60-62

Rosenbrock, R.; Gerlinger, T.: Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern: Hans Huber 2004.

- Rustler, C.: Das Deutsche Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK). Stand und Perspektiven der Netzwerkarbeit. Telefonisches Interview vom 22.07.2005, dokumentiert und autorsiert. Magdeburg 2005.
- Rustler, C.; Gill, W.: Das Deutsche Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser gem. e.V. In: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung. 25. Jg. Heft 3 2002. S. 89-92.
- Santen, E. v.; Seckinger, M.: Kooperation. Mythos und Realität einer Praxis. München: DJI 2003.
- Siebert, D.: Stand und Perspektiven der settingbezogenen Netzwerkarbeit in der Gesundheitsförderung in Deutschland. Diplomarbeit. Hochschule Magdeburg-Stendal (FH). 2005.
- Sonntag, U., Gräser, S., Stock, C., Krämer, A.: Vorwort. Gesundheitsfördernde Hochschulen – Ein Setting-Projekt, In: Sonntag, U., Gräser, S., Stock, C., Krämer, A. (Hrsg.): Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele. Weinheim und München: Juventa Verlag 2000, S. 7-10.
- Spenlen, K.; Israel, G.; Schmidtke, M.: Gesundheitsfördernde Schulen im OPUS-Netzwerk in NRW. In: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung. 25. Jg. Heft 3 2002. S. 71-74.
- Statistisches Bundesamt Deutschland (DESTATIS): ILO-Arbeitsmarkstatistik. Überblick Deutschland. Wiesbaden: DESTATIS 2006a. <http://www.destatis.de/indicators/d/arb410ad.htm> (Zugriff: 23.08.2006 09:32 MEZ).
- Statistisches Bundesamt Deutschland (DESTATIS): Einrichtungen, Betten und Patientenbewegungen. Krankenhäuser 1991-2003. Wiesbaden: DESTATIS 2006b. <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab29.php> (Zugriff: 23.09.2006 13:46 MEZ).
- Statistisches Bundesamt Deutschland (DESTATIS): Ärztliches und nichtärztliches Personal (umgerechnet in Vollkräfte). Krankenhäuser 1991-2003. Wiesbaden: DESTATIS 2006c. <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab27.php> (Zugriff: 23.09.2006 13:46 MEZ).
- Statistisches Bundesamt Deutschland (DESTATIS): Allgemein bildende Schulen im Jahr 2004/2005. Wiesbaden: DESTATIS 2005a. <http://www.destatis.de/basis/d/biwiku/schultab1.php> (Zugriff: 01.08.2006 09:17 MEZ).
- Statistisches Bundesamt Deutschland (DESTATIS): Allgemein bildende Schulen, Schüler/-innen nach Schularten im Jahr 2004/2005. Wiesbaden: DESTATIS 2005b. <http://www.destatis.de/basis/d/biwiku/schultab5.php> (Zugriff: 01.08.2006 09:17 MEZ).
- Statistisches Bundesamt Deutschland (DESTATIS): Allgemein bildende Schulen. Lehrkräfte nach Schularten, Beschäftigungsumfang und Geschlecht im Schuljahr 2004/2005. Wiesbaden: DESTATIS 2005c. <http://www.destatis.de/basis/d/biwiku/schultab20.php> (Zugriff: 01.08.2006 09:17 MEZ).
- Statistisches Bundesamt Deutschland (DESTATIS): Hochschulen in Deutschland im WS 2004/2005. Wiesbaden: DESTATIS 2005d. <http://www.destatis.de/basis/d/biwiku/hochtab1.php> (Zugriff: 20.08.2005 13:25 MEZ).
- Statistisches Bundesamt Deutschland (DESTATIS): Studierende im WS 2004/2005. Wiesbaden: DESTATIS 2005e. <http://www.destatis.de/basis/d/biwiku/hochtab2.php> (Zugriff: 20.08.2005 13:25 MEZ).
- Statistisches Bundesamt Deutschland (DESTATIS): Personal an Hochschulen 2004. Wiesbaden: DESTATIS 2005f. <http://www.destatis.de/basis/d/biwiku/hochtab7.php> (Zugriff: 20.08.2005 13:25 MEZ).

- Statistisches Bundesamt Deutschland (DESTATIS): Bericht: Pflegestatistik 2003. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: DESTATIS 2005g.
<http://www.destatis.de/download/d/solei/bericht03deutschl.pdf> (Zugriff: 07.10.2005 11:33 MEZ).
- Statistisches Bundesamt Deutschland (DESTATIS): Kindertagesbetreuung in Deutschland. Einrichtungen, Plätze, Personal und Kosten 1990 bis 2002. Wiesbaden: DESTATIS 2004.
http://www.destatis.de/presse/deutsch/pk/2004/kindertagesbetreuung_2002i.pdf (Zugriff: 07.09.2005 14:25 MEZ).
- Stender, K.-P.: Kommunalpolitische Perspektive - Leitbild Gesunde Stadt. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 4. Aufl. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo 2003. S. 133-134.
- Stender, K.-P.: Gesunde Städte. Gesundheit durch (Kommunal-)Politik. In: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung. 25. Jg. Heft 3 2002. S. 93-94.
- Stiehler, M.: Gesundheitsrisiko Gefängnis. Vortrag auf der Tagung „Sucht und Armut“ der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. in Kooperation mit der Niedersächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren und dem Niedersächsischen Justizministerium. Hannover 1998a. <http://www.matthias-stiehler.de/Gesundheitsrisiko%20Gef%E4ngnis.pdf> (Zugriff: 02.10.2005 08:59 MEZ).
- Stiehler, M.: Grundlagen eines gesundheitsfördernden Gefängnisses. Folgerungen aus einer Untersuchung der sächsischen Situation. In: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung. 22. Jg. Heft 1 1998b. S. 6-9.
- Stöver, H.; Knorr, B.; Weiland, C. : Erste Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haftanstalten. In: Info_Dienst für Gesundheitsförderung. 5. Jg. Heft 1 2005. S. 24.
- Ströbel, A.: Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber 2004. S. 243-253.
- Trojan, A. : Prävention und Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber 2004. S. 305-315.
- Trojan, A.: Vermitteln und Vernetzen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 4. Aufl. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo 2003, S. 240-242.
- Trojan, A.: Vermitteln und Vernetzen, In: In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 2. Auflage. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo 1999, S. 119-120.
- Trojan, A.; Legewie, H.: Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder. Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. Frankfurt/M: VAS Verlag für Akademische Schriften 2001.
- Tsouros, A. D.: Health Promoting Universities: concept and strategy, In: In: Sonntag, U., Gräser, S., Stock, C., Krämer, A. (Hrsg.): Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele. Weinheim und München: Juventa Verlag 2000, S. 15-24.

- Waller, H.: Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer 2002.
- Weth, C.: Das Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland. Stand und Perspektiven der Netzwerkarbeit. Telefonisches Interview vom 19.07.2005, dokumentiert und autorisiert. Magdeburg 2005.
- Winkler, U.: Gesunde Hochschulen - neue Entwicklungen. In: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen (LVG Nds.) e.V. (Hrsg.): Impulse. Newsletter zur Gesundheitsförderung. Heft 46 2005. S. 18.
- Wohlfart, U.: Vorschläge für eine gesundheitsfördernde Netzwerkarbeit. In: GesundheitsAkademie; Landesinstitut für Schule und Weiterbildung NRW (Hrsg.): Macht - Vernetzung - Gesund? Strategien und Erfahrungen regionaler Vernetzungen im Gesundheitsbereich. Frankfurt/M.: Mabuse 1996, S. 57-62.
- World Health Organization (WHO): Sixth International Conference on Health Promotion. Bangkok, Thailand: The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. WHO 2005. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf (Zugriff: 22.09.2005, 10:18 MEZ).
- World Health Organization (WHO): Fifth International Conference on Health Promotion. Mexico City, Mexico. Health Promotion: Bridging the Equity Gap. WHO 2000. http://www.who.int/hpr/ncp/docs/mexico_ministerial_statement.pdf (Zugriff: 17.11.2004, 14:58 MEZ).
- World Health Organization (WHO): Glossar Gesundheitsförderung. Deutsche Übersetzung (DVGE) des Glossars von Don Nutbeam. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung G.Conrad 1998a.
- World Health Organization (WHO): Health Promotion Glossary. Geneva: WHO 1998b. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf (Zugriff: 22.07.2005, 13:45 MEZ).
- World Health Organization (WHO): Fourth International Conference on Health Promotion. Jakarta, Indonesia. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century, 1997. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf (Zugriff: 28.11.2004, 13:19 MEZ).
- World Health Organization (WHO): Third International Conference on Health Promotion. Sundsvall, Sweden. Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. WHO 1991. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/sundsvall_statement.pdf (Zugriff: 17.11.2004, 10:11 MEZ).
- World Health Organization (WHO): Second International Conference on Health Promotion. Adelaide, South Australia. Adelaide Recommendations on Healthy Public. WHO 1988. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/adelaide_recommendations.pdf (Zugriff: 17.11.2004, 10:08 MEZ).
- World Health Organization (WHO): First International Conference on Health Promotion. Ottawa, Canada. Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf (Zugriff 28.11.2004, 17:03 MEZ).
- World Health Organization - European Office (WHO-Euro): European Network of Health Promoting Schools. Copenhagen: WHO-Euro 2006a. <http://www.who.dk/ENHPS> (Zugriff: 15.08.2006 15:13 MEZ).

- World Health Organization - European Office (WHO-Euro): The European Forum of National Nursing and Midwifery Associations and WHO. Members. Copenhagen: WHO-Euro 2006b. <http://www.euro.who.int/efnma/members> (Zugriff: 23. 08.2006 09:37 MEZ).
- World Health Organization - European Office (WHO-Euro): Members of the Health in Prison Projekt (HIPP). Copenhagen: WHO-Euro 2006c. <http://www.hipp-europe.org/> (Zugriff: 25.08.2006 10:15 MEZ).
- World Health Organization - European Office (WHO-Euro): Healthy Cities and urban governance. Copenhagen: WHO-Euro 2006d. <http://www.who.dk/healthy-cities> (Zugriff: 23.08.2005 11:23 MEZ).
- World Health Organization - European Office (WHO-Euro): Regions for Health Network (RHN). Copenhagen: WHO-Euro 2006e. <http://www.euro.who.int/rhn> (Zugriff: 23.09.2005 11:55 MEZ).
- World Health Organization - European Office (WHO-Euro): Health Promoting Hospitals. Copenhagen: WHO-Euro 2005a. <http://www.euro.who.int/healthpromohosp> (Zugriff: 27.09.2005 13:41 MEZ).
- World Health Organization - European Office (WHO-Euro): Health in Prison Projekt (HIPP). Copenhagen: WHO-Euro 2005b. <http://www.hipp-europe.org/> (Zugriff: 02.10.2005 18:49 MEZ).
- World Health Organization - European Office (WHO-Euro): Healthy Cities and urban governance. Copenhagen: WHO-Euro 2005c. <http://www.who.dk/healthy-cities> (Zugriff: 23.09.2005 13:32 MEZ).
- World Health Organization - European Office (WHO-Euro): The European Forum of National Nursing and Midwifery Associations and WHO. Aims. About the Forum. Copenhagen: WHO-Euro 2004a. <http://www.euro.who.int/efnma> (Zugriff: 09.10.2005 09:43 MEZ).
- World Health Organization - European Office (WHO-Euro): The European Forum of National Nursing and Midwifery Associations and WHO. Operational Principles. Copenhagen: WHO-Euro 2004b. <http://www.euro.who.int/document/nfm/Operaprinzip20031118.pdf> (Zugriff: 09.10.2005 10:01 MEZ).
- World Health Organization - European Office (WHO-Euro): Gesundheit 21: Eine Einführung zum Rahmenkonzept "Gesundheit für alle" für die europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ Nr. 5. Copenhagen: WHO-Euro 1998. <http://www.euro.who.int/document/EHFA5-G.pdf> (Zugriff: 21.10.2004, 14:58 MEZ).