

**Rede anlässlich des Seminars zur Quartiersentwicklung – sorgende  
Gemeinschaft**

**Dr Rüdiger Krech, Direktor, Büro der Stellvertretenden Generaldirektorin,  
Gesundheitssysteme und Innovation**

**Weltgesundheitsorganisation (WHO), Genf**

**3. September 2014, Radevormwald, Bundesrepublik Deutschland**

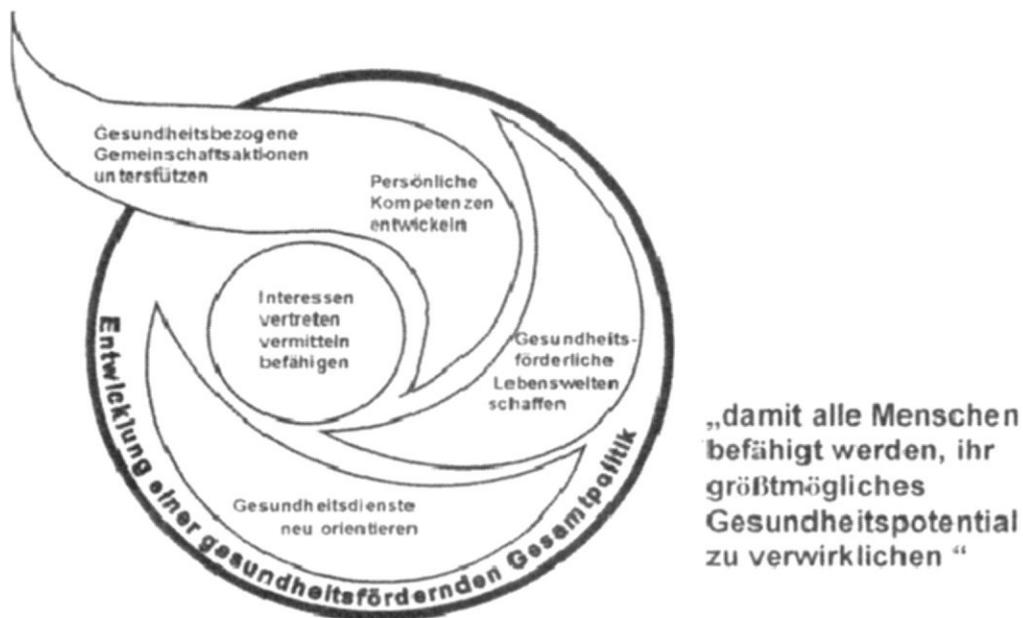
Ich freue mich sehr, heute hier zu sein und mit Ihnen zum Thema  
“Quartiersentwicklung und sorgende Gemeinschaften” zu diskutieren. Ich  
möchte diese Diskussion am Anfang dieses Tages gern in einen internationalen  
Zusammenhang stellen. Ich habe in den letzten Monaten viel über “caring  
communities” gelernt. Ich freue mich, in dem Konzept, das aus der Sozialarbeit  
kommt, so viele Verbindungen zu dem Konzept zum aktiven Altern zu finden,  
das Sie hier in Radevormwald seit nun gut elf Jahren umsetzen. Und dieses  
Konzept wiederum baut ja auf den Überlegungen zur Gesundheitsförderung  
und zur primären Gesundheitsversorgung auf. Lassen Sie mich also einen  
Bogen spannen von der Gesundheitsförderung, dem Konzept aktiv55plus bis  
hin zu dem heutigen Thema der Quartiersentwicklung.

Die moderne Gesundheitsförderung begann mit der Einsicht, dass die  
effizientesten Gesundheitssysteme auf einem Konzept der primären  
Gesundheitsversorgung aufbauen. Das war 1977 mit der Erklärung von Alma  
Ata.

Aus der Gesundheitssystemforschung hatte man damals gelernt, dass  
Selbstbetreuung, Betreuung in der Familie und andere informelle

↙ Fürsorgeformen enger mit den offiziellen

Gesundheitsdiensten verzahnt werden müssen. Das erfordert ständigen Kontakt und bedarfsgerechte Überweisungs- und Informationssysteme. Eine weitere Lehre aus der Forschung war, dass gut geplante Strategien erforderlich sind, um gegebenenfalls Kapazitäten aus der akuten Krankenhausversorgung in die primäre Gesundheitsversorgung, die Gemeindepflege, Tagespflege und häusliche Pflege zu überführen. Die Konferenz von Ottawa zur Gesundheitsförderung nahm diese Ergebnisse dann 1986 auf:



Die Ottawa Charta identifiziert sowohl Handlungsstrategien als auch Handlungsfelder. Die Handlungsstrategien (sich für Gesundheit einsetzen, Kompetenzen stärken, zwischen Interessen vermitteln):

- Die Anwaltschaft für Gesundheit (advocate): Eintreten für Gesundheit durch Beeinflussung politischer, biologischer und sozialer Faktoren

- Befähigen und Ermöglichen (enable): Kompetenzförderung mit dem Ziel, Unterschiede des Gesundheitszustands zu verringern und größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen
- Vermitteln und Vernetzen (mediate): Kooperation mit allen Akteuren innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens

## Handlungsfelder

- Persönliche Kompetenzen entwickeln

(Grundlegend ist die Gesundheitserziehung, jedoch mit dem Zusatz, die persönlichen und sozialen Fähigkeiten mehr zu beachten)

- Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen

(Stärkung lokaler Aktivitäten, Stärkung von Bürgern und Patienten, um so die Selbsthilfe zu fördern)

- Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen

(Unterstützende Umweltbedingungen schaffen, um so Ressourcen für Gesundheit zu fördern)

- Gesundheitsdienste neu orientieren

(Erwartung an die Gesundheitsdienste: mehr Selbstverständnis und mehr Orientierung an die persönlichen Bedürfnisse von Menschen als ganzheitliche Persönlichkeit)

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik

(Berücksichtigung aller fördernden und hindernden Faktoren in der Politik und Verwaltung)

Meine Damen und Herren, 30 Jahre internationale Erfahrung mit Partizipation, Empowerment, und “gesundheitsfördernden Gesamtpolitiken” in settings, aber auch mit bevölkerungsbezogenen Projekten liegen nun hinter uns. Die gute Nachricht: Es funktioniert – aber unter bestimmten Bedingungen. So braucht man minimale Infrastrukturen, politischen Willen, geklärte Verantwortlichkeiten, konkrete Zielvereinbarungen, was die einzelnen Partner bis zu einem bestimmten Zeitpunkt tun, eine prozessbegleitende Evaluation und ein Qualitätsmanagement, so dass man Verbesserungsmöglichkeiten direkt in den Prozess einspeisen kann und sich als lernende Organisation begreift.

Radevormwald hat die Handlungsstrategien und Handlungsfelder der Gesundheitsförderung aufgegriffen und auf eine Personengruppe angewendet: Menschen, die über 55 Jahre alt sind und die mindesten eins von zwei einschneidenden Lebensereignissen hatten, von denen wir wissen, dass sie die Gefahr bergen, sich zurück zu ziehen und passiv zu werden, und die mit erhöhten Gesundheitsrisiken assoziiert werden: Menschen, sechs Monate nach Verberentung und Menschen, die einen Partner verloren haben.

Seit elf Jahren tritt das Projekt für die Gesundheit – und eben nicht nur für die medizinische oder soziale Versorgung dieser Menschen ein. Die meist ehrenamtlichen Mitarbeiter sowie die wenigen Angestellten sprechen mit Politikern, Wissenschaftlern, Verbänden, Kirchen und den Bürgerinnen und Bürgern und treten für ein aktives Altern in Radevormwald ein. Sie befähigen und fördern die Kompetenzen der Menschen, sich in die Gemeinschaft einzubringen. Das tun sie mittels – wie wir sie genannt haben – “Anwältinnen”.

Diese Anwältinnen tun im Grunde drei Dinge: Sie eruieren mit den betroffenen Bürgerinnen und Bürgern die Möglichkeiten sich an ihrem Wohnort in der Gemeinde einzubringen. Das ist, wenn Sie so wollen, ein Informationsteil der Beratung. Dafür trägt das Projekt alle in Radevormwald existierenden Angebote der Gemeinde zusammen. Sie sollten sich dieses Kompendium mal anschauen – es ist sehr beeindruckend. In einem zweiten Schritt identifizieren die Anwältinnen zusammen mit ihren “Klienten” auch die individuellen Barrieren, die sie derzeit davon abhalten, diesen Aktivitäten sofort nachzugehen. Sie schauen dann in einem dritten Schritt, wie sie diese Barrieren abbauen können. Das hört sich recht theoretisch an, nicht wahr? Wenn also Frau H. aus Rade, die vor sieben Monaten ihren Mann verloren hat und sehr um ihn trauert, eigentlich gern in den Kirchenchor ginge, dies aber nicht tut, weil sie sich abends im Dunkeln nicht auf die Strasse traut; nun aber zwei andere Chormitglieder sie gern von zu Hause abholen und sie auch wieder zurück bringen, dann trägt dies, das haben etliche gesundheitswissenschaftliche Studien gezeigt dazu bei, das Risiko von Frau H. zu reduzieren, an Depression zu erkranken.

Schon damit, die vielen Anbieter von sozialen Aktivitäten in Radevormwald zusammen zu bringen, die Angebote bekannter zu machen, möglicher Weise besser aufeinander abzustimmen; fördert gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen.

Das Projekt setzt konkret an der jeweiligen Alltagssituation der betroffenen Menschen an. Wie im obigen Beispiel musste die Umwelt nur ein klein wenig angepasst werden – es mussten Chormitglieder gefunden werden, die Frau H. gern von zu Hause abholen - und schon ist die Barriere, die Frau H. Davon abgehalten hatte, zum Singen zu gehen, abgebaut. Natürlich ist es nicht immer

so einfach, und wir kennen es bestimmt alle selbst – manchmal sage ich mir: Ich würde ja eigentlich joggen gehen, aber – und dann fallen mir viele Gründe ein, warum ich es nicht tue. Deshalb vereinbaren die Anwältinnen mit den Klienten “Verträge” - und halten sie dann auch nach ein paar Monaten zusammen mit den Klienten nach. Diese Arbeit der Anwältinnen ist zentral um die spezifischen Bedürfnisse – und eben nicht nur die angenommenen – zu identifizieren.

Vielleicht werden Sie sich fragen, warum sich die WHO so für dieses Projekt interessiert. Die Antwort ist: Ob in Deutschland, Frankreich, den USA oder Japan, ob in Schweden oder Südafrika – die Gesundheitssysteme werden aufgrund des demographischen Wandels, aber auch wegen der Zunahme nicht-übertragbarer, chronischer Krankheiten unbezahlbar werden, wenn wir den Gesundheitssektor und die Rollen, die wir in ihm spielen, nicht grundlegend neu begreifen. Wir brauchen integrierte Sozial- und Gesundheitsdienste, die klientenzentriert sind und auf dem Bedarf und nicht dem Angebot beruhen. Wir müssen die Zusammenhänge der unterschiedlichen Sektoren auf Gesundheit viel besser analysieren und verstehen. Und wir müssen wertschätzen, dass Gesundheit eben nicht nur im Krankenhaus, sondern in den Lebenswelten des Alltags entsteht oder aber verhindert wird.

Natürlich brauchen wir dafür nachhaltige und tragfähige Gesundheitssysteme. Wir sehen gerade in Sierra Leone, Liberia und Guinea was passieren kann, wenn man sie nicht hat. Aber Sie werden in Deutschland nicht die Pflegekräfte haben, nicht die Kosten aufbringen können, die Patienten der Zukunft zu versorgen, wenn wir heute nichts tun. Das Weltwirtschaftsforum hat 2011 eine Studie veröffentlicht, dass in 25 Jahren 40% des globalen Bruttosozialprodukts

von 2011 aufgewendet werden müsste, um allein die Menschen mit chronischen Erkrankungen zu behandeln.

Deswegen müssen wir heute handeln und es darf nicht bei Pilotprojekten bleiben. Meine Damen und Herren, wagen Sie den Schritt von Pilotprojekten, die ihren Erfolg wissenschaftlich unter Beweis gestellt haben, und bringen Sie sie zur flächendeckenden Anwendung.

Dabei hat die Öffentliche Hand die Aufgabe, strukturelle Rahmenbedingungen zu schaffen, und Verwaltungsprozesse so zu steuern, dass Partizipation und Eigenverantwortung gestärkt werden.

Das Konzept der Quartiersentwicklung, das ist meine Eingangshypothese zu Beginn des heutigen Tages, hat grosse Übereinstimmung mit den Ansätzen des Projektes aktiv55plus und dem Konzept der Gesundheitsförderung der WHO. Und deshalb ist meine Erwartung an den heutigen Tag: Vom Denken ins Handeln kommen. Vielen Dank.