



Christa Böhme, Bettina Reimann

Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung

Rahmenbedingungen, Steuerung und Kooperation –
Ergebnisse einer Akteursbefragung

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

 **PartKommPlus**
FORSCHUNGSVERBUND FÜR GESUNDE KOMMUNEN

Christa Böhme, Bettina Reimann

Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung

Rahmenbedingungen, Steuerung und Kooperation –
Ergebnisse einer Akteursbefragung

Impressum

Autorinnen:

Christa Böhme
Bettina Reimann

Redaktion:

Klaus-Dieter Beißwenger

Textverarbeitung:

Jessika Sahr-Pluth

Herausgeber:

Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH
Zimmerstraße 13–15 10969 Berlin
Telefon: +49 30 39001-0 Telefax: +49 30 39001-100
E-Mail: difu@difu.de Internet: <http://www.difu.de>

Bildnachweise Difu (Umschlag, je v.l.n.r.):

Vorderseite: 1 Busso Grabow, 2–4 Wolf-Christian Strauss

Rückseite: 1–2 Wolf-Christian Strauss, 3 Sybille Wenke-Thiem, 4 Busso Grabow

© Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH 2018

Die Forschungen des Difu waren eingebettet in den vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten „Forschungsverbund für gesunde Kommunen – PartKommPlus“.

Inhalt

Einleitung	5
1. Zum Begriff	8
2. Förderliche und hemmende Rahmenbedingungen	10
2.1 Förderliche Bedingungen	11
Unterstützung und Rückendeckung durch die Kommunalpolitik	11
Strategische (Leit-)Ziele der Kommune	11
Kommunale Gesundheitsplanung	12
Kooperative und partizipative kommunale Steuerungs- und Prozesskultur	12
Integrierte und qualifizierte Verwaltungsstrukturen	12
Externe Förderfaktoren	14
2.2 Hemmende Bedingungen	15
Fehlen einer kommunalen Priorität für das Thema Gesundheitsförderung	15
Knappe Ressourcen	16
Verwaltungshandeln und -strukturen zu wenig integriert	16
Fehlen von Durchgriffsmöglichkeiten und nicht ausreichende Qualifizierung des Gesundheitsamtes	17
3. Kommunalverwaltung: Steuern, Koordinieren, Kooperieren	18
3.1 Rolle der Kommunalverwaltung	18
Kommunalverwaltung soll steuern	18
Strukturelle Voraussetzung: Kommunale Steuerungs- und Koordinierungsstelle	19
Verwaltungsexterne Partner auch bei Steuerung und Koordinierung wichtig	20
3.2 Federführung in der Kommunalverwaltung	20
Unterschiedliche Ämter und Stellen können „den Hut aufhaben“	20
Kooperative Federführung	22
Ortsspezifische statt Einheitslösung	22
3.3 Ressortübergreifende Zusammenarbeit	23
Dreiklang Gesundheit, Soziales, Jugend	23
Ressortübergreifende Zusammenarbeit: steiniger, aber lohnenswerter Weg	23
Ressortübergreifende Zusammenarbeit: Schritt für Schritt und thematisch aufbauen	24
Steuerungs- und Arbeitsgruppen als geeignete Strukturen der Zusammenarbeit	25
Gemeinsam verantworteter „Finanztopf“ als Anreiz für ressortübergreifende Zusammenarbeit	26
3.4 Zusammenwirken von Kommunalpolitik und Kommunalverwaltung	27
Erwartung an Kommunalpolitik: Strategische Steuerung und Entwicklung von Zielvorgaben	27

	Faktische Rolle der Kommunalpolitik bei der strategischen Steuerung eher schwach	28
	Mitwirkung von Kommunalpolitik in operativen Steuerungsgruppen?	29
	Zusammenarbeit zwischen Verwaltung und Kommunalpolitik ausbaufähig	29
3.5	Vernetzung von Kommunalverwaltung und Akteuren außerhalb der Verwaltung	30
	Außenblick als Gewinn	30
	Architektur der Netzwerke und Strukturen	31
	Quartiersbezug fördert Netzwerkbildung und Umsetzungsorientierung	33
	Zusammenarbeit muss für Beteiligte von Nutzen sein	33
	Netzwerkarbeit stellt Verwaltungshandeln „auf den Kopf“	34
4.	Partizipation: Herausforderung für die Verwaltung	34
4.1	Relevanz von Partizipation	35
	Kernelement integrierter Strategien kommunaler Gesundheitsförderung	35
	Defizite auf der Umsetzungsebene	35
	Das richtige Maß finden	35
4.2	Rolle der Verwaltung in partizipativen Prozessen	36
	Verwaltung hält die Zügel in der Hand	36
	Partizipation lässt sich nicht (einfach) steuern	37
	Verwaltung braucht Partner und Mittler	38
	Verwaltung muss stille Gruppen stärken	38
	Partizipation erfordert Lernbereitschaft, Erfahrungswissen und geeignete Formate	39
5.	Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen	40
5.1	Chancen und Grenzen der Zusammenarbeit	41
5.2	Förderliche Faktoren	49
5.3	Hemmende Faktoren	54
6.	Ergebnisse im Überblick, Schlussfolgerungen, Handlungsempfehlungen	60
6.1	Begriff „Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung“	60
6.2	Förderliche und hemmende Rahmenbedingungen	61
6.3	Kommunalverwaltung: Steuern, Koordinieren, Kooperieren	63
6.4	Partizipation: Herausforderung für die Kommunalverwaltung	67
6.5	Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen	68
	Literatur	73

Einleitung

In der vorliegenden Publikation geht es um „integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung“. Mit diesem Gegenstandsbereich wird ein Begriff aufgerufen, der sich nicht selbst erklärt und der auch nicht allgemeingültig definiert ist. An dieser Stelle muss daher den längeren Ausführungen im Bericht vorweggegriffen und unsere Begriffsdefinition offengelegt werden: „Unter integrierten kommunalen Strategien der Gesundheitsförderung wird ein gesamtstrategisches und koordiniertes Vorgehen sowie das Zusammenspiel verschiedener Verwaltungsressorts verstanden, mit dem Ziel, gesundheitsförderliche Lebenswelten und Angebote für alle Altersgruppen (Kinder und Jugendliche, Erwachsene, ältere Menschen) zu schaffen. Dabei liegt ein besonderes Augenmerk darauf, die gesundheitlichen Chancen für Menschen in sozioökonomischen Risikolagen zu erhöhen. Präventive Angebote und Maßnahmen werden hierfür über kommunale Ressortgrenzen hinweg und unter Einbeziehung verwaltungsexterner Akteure sowie der Zielgruppen aufeinander abgestimmt“ (vgl. Richter-Kornweitz/Holz/Kilian 2016; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2013; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2015: 39 f.).

Bereits die Definition macht deutlich: Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung erfordern die Zusammenarbeit vieler verschiedener Akteure – der Betroffenen bzw. Zielgruppen selbst, der beteiligten Institutionen, von Krankenkassen, der Kommunalverwaltung sowie der Kommunalpolitik. Sie bedürfen daher einer Steuerungsform, die auf Kooperation und Konsensfindung basiert und sowohl horizontal zwischen verschiedenen Fach- und Politikbereichen als auch vertikal zwischen unterschiedlichen Handlungsebenen (Verwaltungsebene, intermediäre Ebene, Quartiersebene, Projektebene) koordiniert. Eine zentrale Rolle bei der Steuerung hat die Kommunalverwaltung inne. Gleichzeitig kommt bei der kommunalen Gesundheitsförderung der Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen – verstärkt durch das Präventionsgesetz – große Bedeutung zu. Eine derartige Kooperation ist aber nicht selbstverständlich und auch nicht immer einfach: Unterschiedliche Interessen, Ziele und Arbeitsweisen müssen offengelegt, erörtert und aufeinander abgestimmt bzw. synchronisiert, Schnittstellen und passende Formen der Zusammenarbeit gefunden werden.

Die Mitwirkung an dem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten „Forschungsverbund für gesunde Kommunen – PartKommPlus“¹ hat es dem Deutschen Institut für Urbanistik (Difu) ermöglicht, Erkenntnisse darüber zu erlangen, wie diese voraussetzungsvolle Aufgabe in Kommunen umgesetzt wird. Dabei waren vor allem folgende Untersuchungsfragen forschungsleitend:

- Welche Rolle und Steuerungsfunktionen übernimmt die Kommunalverwaltung?
- Wie organisiert und koordiniert sich die Kommunalverwaltung selbst – auch mit Blick auf verwaltungsexterne Akteure?

1 Der Forschungsverbund PartKommPlus untersucht mit dem Ansatz der Partizipativen Gesundheitsforschung, wie integrierte kommunale Strategien der Gesundheitsförderung erfolgreich entwickelt und umgesetzt werden können. Er wird über insgesamt sechs Jahre (1. Förderphase: Februar 2015 bis Januar 2018, 2. Förderphase: Februar 2018 bis Januar 2021) vom BMBF gefördert und vom Institut für Soziale Gesundheit an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin koordiniert (vgl. PartKommPlus o.J.).

- Welche Steuerungsbedarfe bestehen hinsichtlich partizipativer Ansätze kommunaler Gesundheitsförderung?
- Wie lässt sich die Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen erfolgreich ausgestalten?

Die Beantwortung dieser Fragen sollte dazu beitragen, mit Blick auf integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung Schlussfolgerungen zu ziehen und Handlungsempfehlungen für eine auf Kooperation und Konsensfindung basierende Steuerungsform der Kommunalverwaltung sowie für die Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen zu erarbeiten.

Ganz im Sinne eines partizipativen Forschungsansatzes wirkte das Difu methodisch darauf hin, die Erfahrungen und Expertise verschiedener Akteursgruppen – Kommunalverwaltung, Kommunalpolitik, Krankenkassen und Wissenschaft – herauszuarbeiten und nutzbar zu machen. Aufbauend auf eigenen Arbeiten und Vorerfahrungen (vgl. u.a. Reimann/Böhme/Bär 2010) sowie dem Austausch im Forschungsverbund führte das Difu Ende 2016/Anfang 2017 leitfadengestützte Interviews zu den o.g. Forschungsfragen mit folgenden 28 Expertinnen und Experten der genannten Akteursgruppen:

- Prof. Dr. Gesine Bär – Professur für partizipative Ansätze in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften an der Alice-Salomon-Hochschule, Berlin,
- Renate Binder – Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München,
- Stefan Bräunling – Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Berlin,
- Udo Castedello – BBI Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH, Berlin,
- Dr. Ulrike Freundlieb – Bürgermeisterin für Bildung, Kinder, Jugend und Gesundheit der Stadt Mannheim,
- Eva Göttlein – Projektagentur Göttlein, Fürth,
- Sebastian Gottschall – BBI Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH, Berlin,
- Prof. Dr. Holger Hassel – Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit der Hochschule für angewandte Wissenschaften Coburg,
- Anne Janz – Dezernentin für Jugend, Frauen, Gesundheit und Bildung der Stadt Kassel,
- Karin Juhász – Fachbereich Stadtplanung und Stadterneuerung der Landeshauptstadt Potsdam,
- Ulrike Leistner – Gesundheitsamt der Stadt Leipzig,
- Zsuzsanna Majzik – Geschäftsstelle „Gesundheitsregionplus“ beim Sportamt der Stadt Erlangen,
- Gerhard Meck – Netzwerkmanager/ehemals Fachstelle Gesunde Landeshauptstadt Potsdam,
- Kerstin Moncorps – Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes beim Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf von Berlin,

28 Expertinnen und Experten der Akteursgruppen

- Heinz-Peter Ohm – Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Stuttgart,
- Ulrike Pernack – Referat Prävention und Gesundheitsförderung des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek), Berlin,
- Rolf Reul – Gesundheitsamt des Landkreises Marburg-Biedenkopf,
- Dr. Antje Richter-Kornweitz – Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Hannover,
- Dr. Christa-Maria Ruf – Dezernentin für Soziales, Jugend und Gesundheit beim Bezirksamt Hamburg-Mitte,
- Uwe Sandvoss – Jugend- und Sozialförderung/Integrierte Sozialplanung der Stadt Dormagen,
- Maike Schmidt – Team Gesundheitsförderung bei der Unternehmenszentrale der Techniker Krankenkasse, Hamburg,
- Dr. Karoline Schubert – Gesundheitsamt der Stadt Leipzig,
- Martin Siegl-Ostmann – Gesundheitsamt des Landratsamtes Karlsruhe,
- Klaus-Peter Stender – Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg,
- Anke Tempelmann – Abteilung Prävention des AOK-Bundesverbandes, Berlin,
- Dr. Volker Wanek – Referat Prävention des GKV-Spitzenverbandes, Berlin,
- Sabine Wenzel – Fachamt Sozialraummanagement des Bezirksamtes Hamburg-Mitte,
- Dr. Hans Wolter – Amt für Gesundheit der Stadt Frankfurt am Main.

Die in der Regel als telefonisches Einzelinterview geführten Gespräche wurden digital aufgezeichnet, transkribiert und entlang der Themen und Fragen des Interviewleitfadens ausgewertet. Die Interviewergebnisse dienen als Fundament, um vorläufige Thesen sowie Handlungsempfehlungen für Kommunalverwaltung und Krankenkassen zu entwickeln. In einem Workshop im September 2017 wurden diese Thesen und Empfehlungen mit einem Großteil der Interviewpartnerinnen und -partner diskutiert und gemeinsam weiterentwickelt. Im vorliegenden Bericht werden die aus den verschiedenen Akteursinterviews und -gesprächen gewonnenen Erkenntnisse ausführlich dargelegt. Dabei illustrieren anonymisierte Originalzitate aus den Interviews die analytischen Aussagen. Auf den Erkenntnissen aus den Interviews aufbauend werden abschließend Schlussfolgerungen gezogen und insbesondere mit Blick auf Kommunalverwaltung und Krankenkassen Handlungsempfehlungen unterbreitet.

Zum Aufbau des Berichts im Einzelnen: Nach der Einleitung werden Ausführungen der Befragten zur Begriffsdefinition „Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung“ dargelegt (Kapitel 1). Daran anschließend geht es um förderliche und hemmende Rahmenbedingungen für die Entwicklung und Umsetzung integrierter Strategien kommunaler Gesundheitsförderung (Kapitel 2). In Kapitel 3 steht die Kommunalverwaltung im Mittelpunkt. Beleuchtet werden ihre Rolle, ihr Vorgehen, ihr Zusammenwirken innerhalb und außerhalb der Verwaltung für die Entwicklung und Umsetzung integrierter Strategien kommunaler Gesundheitsförderung. Inwieweit Partizipation, als Herzstück und Kernelement integrierter Strategien kommunaler

ler Gesundheitsförderung, für die Kommunalverwaltung eine Herausforderung darstellt, wird in Kapitel 4 untersucht. Kapitel 5 schließlich wendet sich der Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen zu. Aufgezeigt werden die Chancen und Grenzen der Zusammenarbeit und die hierfür förderlichen und hemmenden Faktoren. Kapitel 6 fasst die Ergebnisse der Interviews und damit den Bericht zusammen. Darauf aufbauend unterbreitet das Difu Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen zur Entwicklung und Umsetzung integrierter Strategien kommunaler Gesundheitsförderung.

Abschließend möchten wir unseren Dank aussprechen. Wir danken den mitwirkenden Einrichtungen und Personen des Forschungsverbundes PartKommPlus für die vielen Diskussionen und Austauschformate, die dazu beigetragen haben, unseren Ansatz und unser Vorgehen zu schärfen. Wir danken dem Fördermittelgeber, dem BMBF, für die finanzielle Unterstützung, die es uns ermöglichte, ein solches Vorhaben durchzuführen. In besonderer Weise bedanken wir uns bei allen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern, die mit uns ihr Wissen geteilt haben. Ohne diese Offenheit hätte die vorliegende Publikation nicht erstellt werden können.

1. Zum Begriff

Der Begriff „Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung“ ist nicht selbsterklärend und nicht allgemeingültig definiert. Er bedarf daher bei seiner Verwendung der Erläuterung. Dies trifft auch für die Benutzung des Begriffs im Rahmen der zu diesem Themenkomplex durchgeführten Interviews zu. Hierbei wurde die folgende Begriffserklärung zugrunde gelegt, die sich an verschiedene Begriffserläuterungen in der Fachliteratur anlehnt (vgl. Richter-Kornweitz/Holz/Kilian 2016; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2013; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2015: 39 f.):

Unter integrierten kommunalen Strategien der Gesundheitsförderung wird ein gesamtstrategisches und koordiniertes Vorgehen sowie das Zusammenspiel verschiedener Verwaltungsressorts verstanden, mit dem Ziel, gesundheitsförderliche Lebenswelten und Angebote für alle Altersgruppen (Kinder und Jugendliche, Erwachsene, ältere Menschen) zu schaffen. Dabei liegt ein besonderes Augenmerk darauf, die gesundheitlichen Chancen für Menschen in sozioökonomischen Risikolagen zu erhöhen. Präventive Angebote und Maßnahmen werden hierfür über kommunale Ressortgrenzen hinweg und unter Einbeziehung verwaltungsexterner Akteure sowie der Zielgruppen aufeinander abgestimmt.

Diese Begriffserklärung diente nicht nur als gemeinsame Gesprächsgrundlage, die Interviewten wurden auch um eine Einschätzung sowie um Anregungen zur Änderung oder Ergänzung dieser Definition gebeten.

Beim überwiegenden Teil der Gesprächspartnerinnen und -partner trifft die vorgelegte Begriffserläuterung weitgehend auf Zustimmung. Die Definition sei schlüssig und vollständig, sie decke alle wesentlichen Kernelemente integrierter Strategien kommunaler Gesundheitsförderung ab – so lauten einige der Statements. Trotz des grundsätzlichen Beipflichtens zur Definition äußern einige der Interviewten auch Kritik und schlagen Ergänzungen vor.

Für Forschungszwecke sei die Begriffsdefinition geeignet, für die Praxis dagegen aufgrund ihres abstrakten und akademischen Charakters eher „erschlagend“. Praktikerinnen und Praktiker würden sich trotz der Erläuterung unter dem Begriff nicht wirklich etwas vorstellen können. Die Definition müsse daher für die kommunale Praxis einfacher formuliert und mit Beispielen unterlegt werden. Grundsätzlich stelle sich die Frage, wie es gelingen könne, den komplexen, sehr anspruchsvollen und idealtypischen Begriff griffig zu kommunizieren und zu vermitteln.

Einzelne der befragten Akteure schlagen vor, an Stelle des Begriffs „Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung“ den Begriff „Präventionskette“ zu verwenden: „Anstatt des Begriffs ‚Integrierte kommunale Strategien‘ benutze ich auch sehr gerne den Begriff ‚Präventionskette‘, weil ich davon überzeugt bin, dass es, wenn man Menschen erreichen will, einen griffigen Begriff braucht. Wenn es um Fachkreise geht, sage ich natürlich immer kommunale Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention. Aber ich finde es einfach zu lang, um es auch gut kommunizieren zu können.“ Ein weiterer Gesprächspartner argumentiert vor allem mit Blick auf das Jugendamt für den alternativen Begriff: „Wir haben den Begriff ‚Präventionskette‘ genommen, weil dieser den Auftrag des Jugendamts und dessen Selbstverständnis abdeckt. Stärker, als wenn wir sagen, wir wollen jetzt ein integriertes Handlungskonzept zur Gesundheitsförderung und Prävention machen.“ Generell – so dieser Interviewpartner weiter – sei es besser, bereits vor Ort eingeführte Begriffe zu verwenden, statt mit neuen und unterschiedlichen Begriffen die kommunalen Akteure zu verwirren.

Neben der Schaffung von Angeboten müsste in die Definition auch die Entwicklung oder Änderung von Haltungen aufgenommen werden. Ein Interviewpartner führte dazu aus: „Ich bin da immer so ein bisschen vorsichtig, was Angebote angeht. Da orientiert man sich dann immer schnell dran und sagt, wir haben doch hier was gemacht für die. Und das muss jetzt irgendwie reichen. Und wenn das Angebot dann vorbei ist, dann ist auch gut. Und mir geht es eher um Haltungen, um Integration in den Alltag. Wir legen sehr viel Wert auf die Entwicklung von Haltungen, von Wissen darüber, wie man Strukturen in Lebenswelten so gestalten kann, dass das Thema Gesundheitsförderung nachhaltig mitgedacht wird.“

Einem anderen Gesprächspartner kommen die freien Träger in der Definition zu kurz: „Wir haben sehr viele freie Träger. Deren Bedeutung wird manchmal nicht genug hervorgehoben. Das ist mir auch bei dieser Definition ein Stück weit aufgefallen. Erst zum Schluss heißt es ‚unter Einbeziehung verwaltungsexterner Akteure‘. Das ist mir an der Stelle einfach, ehrlich gesagt, zu spät. Ich finde, dass die mindestens gleichwertig zur Verwaltung zu sehen sind, weil sie einen Großteil gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen verantworten. Das Zusammenspiel verschiedener Verwaltungsressorts ist das eine, aber daneben muss gleichberechtigt das Zusammenwirken mit verwaltungsexternen Akteuren/freien Trägern stehen.“

Ein kleinerer Teil der Interviewpersonen äußert grundlegende Kritik an der Begriffsdefinition. Beklagt wird von einem dieser Gesprächspartner, dass die Definition zu wenig Verständnis für Verwaltungshandeln zeige und nicht ausreichend verwaltungswissenschaftliche Diskurse berücksichtige: „Das ist für mich so ein richtiger Klappentext aus der Gesundheitswissenschaft, der eine große Distanz zu den zuständigen Akteuren in der Verwaltung und ihren Regeln und Vorgaben hat. Wer von ‚Zusammenspiel verschiedener Verwaltungen‘ spricht, weiß nicht, wie Verwaltung funk-

tioniert. Die spielen nicht zusammen, sondern die behindern sich, die ignorieren sich. Ich würde es nie Zusammenspiel nennen. Das müsste dann in Begriffen der Organisationstheorie und der Verwaltungswissenschaften beschrieben werden. Die haben ganz andere Begriffe für das, was hier umgangssprachlich als Zusammenspiel benannt wird. Und diese Begriffe braucht man.“

Ein anderer der befragten Akteure kritisiert, dass die Definition zu stark Gesundheitsförderung in den Mittelpunkt rücke und damit anderen Verwaltungsressorts zu wenig Anreize für eine Kooperation und Zusammenarbeit biete: „Ich halte es einfach nicht für sehr realitätsbetont, Gesundheitsförderung so in den Vordergrund zu stellen. Man braucht für eine integrierte Strategie eine Formulierung, die von vielen, die von allen mitgetragen werden kann – im Sinne auch ihrer eigenen Auftragslage. Da spielt der Begriff Lebensqualität eine große Rolle. Also, das ist eine Zielsetzung im Rahmen von kommunaler Daseinsvorsorge, die von zahlreichen Fachämtern unterschrieben werden kann. Mit dem Begriff Lebensqualität kann ich wahrscheinlich ganz gut arbeiten, wenn ich andere mit an den Tisch bringen will. Natürlich möchte ich trotzdem nicht darauf verzichten, auf Gesundheit zu fokussieren. Das ist dann das Kunststück.“ Vor diesem Hintergrund schlägt der Interviewpartner folgende alternative Definition vor: „Unter integrierten kommunalen Strategien der Gesundheitsförderung wird ein auf Verhältnisprävention und Teilhabe aller Bevölkerungsgruppen hin angelegtes Handeln verstanden. Dafür wird das Zusammenspiel verschiedener Verwaltungsressorts gesucht sowie effektive Formen der Partizipation unter Einbeziehung verwaltungsexterner Akteure und der jeweiligen Zielgruppen organisiert. Ziel ist die stetige Verbesserung der Lebensqualität in allen Bereichen der kommunalen Daseinsvorsorge und der Schutzfaktoren für die physische und psychische Gesundheit. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei grundsätzlich immer auch auf sozioökonomischen Risikolagen und stressbelasteten Situationen in allen Lebensphasen.“

Eine weitere Interviewpartnerin hält die Begriffsdefinition „Integriertes Handlungskonzept“, die im Rahmen der Operationalisierung der Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit vorgenommen wurde, für grundsätzlich geeigneter – unter anderem weil in dieser Definition auch die verschiedenen räumlichen Ebenen (Nachbarschaft/Quartier, Stadt- bzw. Ortsteil, Gesamtkommune) sowie föderalen Handlungsebenen (Bund, Land, Kommune) und deren vertikale Vernetzung angesprochen sind (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2015: 39 f.).

2. Förderliche und hemmende Rahmenbedingungen

Die Gesprächspartnerinnen und -partner benennen in den Interviews eine Reihe von Rahmenbedingungen, die sich nach ihren Erfahrungen auf die Entwicklung und Umsetzung integrierter Strategien kommunaler Gesundheitsförderung förderlich oder hemmend auswirken.

2.1 Förderliche Bedingungen

Unterstützung und Rückendeckung durch die Kommunalpolitik

Mehrheitlich wird von den Interviewpartnerinnen und -partnern die kommunalpolitische Unterstützung als förderlicher, teils sogar als unerlässlicher Faktor für die Entwicklung und Umsetzung integrierter Strategien kommunaler Gesundheitsförderung angesehen. So sei es ohne diese Rückendeckung schwer, Partner – sowohl innerhalb als auch außerhalb der Verwaltung – für den gemeinsamen Strategieprozess zu gewinnen. Für viele Akteure liefere die politische Unterstützung die notwendige Legitimation, um aktiv zu werden: „Sie brauchen immer erstmal die Zustimmung von oben, einfach den politischen Willen, sich da auf den Weg zu machen. Ohne den kommen wir nicht weiter. Die Unterstützung setzt zum einen Prozesse innerhalb der Verwaltung in Gang, setzt aber letztendlich Zeichen nach außen auch an andere Akteure, dass hier was sehr ernst genommen wird und wichtig erscheint.“ Zudem habe der Rückhalt aus der Politik zentrale Bedeutung für die Bereitstellung der erforderlichen finanziellen und personellen Ressourcen.

Mit Blick auf die Art und Weise der Unterstützung wird in den Interviews differenziert zwischen Rückendeckung durch die politische Leitung (Bürgermeisterin/Bürgermeister, Landrätin/Landrat, Dezernentin/Dezernent) und durch einen kommunalpolitischen Beschluss der Stadtverordnetenversammlung, Gemeindevertretung oder des Kreistages. Der Beschluss wird hiervon als die stärkere und wichtigere Form der Unterstützung angesehen. Dieser müsse zwar nicht unbedingt gleich zu Beginn des Prozesses vorliegen, sollte aber auf jeden Fall im weiteren Verlauf angestrebt werden. Einer der Interviewten führt dazu aus: „Grundsätzlich finde ich, ist der politische Beschluss zum Aufbau einer Präventionskette unverzichtbar. Der muss nicht sofort da sein, aber der muss angestrebt sein. Und wenn sich eine kleine Gruppe auf den Weg macht – unabhängig davon, ob sie nun aus der Kommunalverwaltung kommt oder von außen aus dem Kreis der freien Träger, Initiativen, Verbände usw. – und sie einen solchen Beschluss nicht anstreben, dann glaube ich, dass sie nicht langfristig erfolgreich sein können.“ Letztlich bestehe ohne den politischen Beschluss immer die Gefahr, dass begonnene Prozesse ausgebremst und abgebrochen würden, wenn aufgrund von personellen Wechsels die Unterstützung der politischen Leitung wegfalle.

Strategische (Leit-)Ziele der Kommune

In enger Verbindung zur politischen Unterstützung steht ein weiterer, insbesondere von kommunalpolitischen Interviewten benannter förderlicher Faktor. Als vorteilhaft wird beurteilt, wenn sich die Kommune darauf verständigt, ihr Verwaltungshandeln an politisch beschlossenen strategischen Leitzielen auszurichten. Diese müssten dann auf Ziele der einzelnen Dezernate und Ämter heruntergebrochen und mit dem kommunalen Haushalt verknüpft werden. Mit einem solchen Prozess könne auch für die kommunale Gesundheitsförderung ein strategisches Instrument geschaffen werden, das als Vorgabe für operatives Handeln dient. Es wird aber auch konstatiert, dass „die Hürde, eine solche kommunale Gesundheitsförderungsstrategie dann auch zu beachten, immer noch im operativen Alltag und in der Einzelentscheidung zu nehmen“ sei. Ein derartiges Zielsystem könne zudem die ressortübergreifende Zusammenarbeit befördern, da alle Dezernate und Ämter aufgefordert seien, ihr Handeln auf die gemeinsamen Leit-

ziele zu orientieren und zu deren Umsetzung einen ressortspezifischen Beitrag zu leisten. Zudem biete das Zielsystem die Basis dafür, „dass die Kommune weiß, wo Ressourcen sinnvoll einzusetzen sind.“

Kommunale Gesundheitsplanung

„Wenn Sie mich jetzt aber fragen, was bedarf es darüber hinaus noch, dann sage ich, was wir brauchen für integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung, ist tatsächlich auch so etwas wie eine Gesundheitsplanung“ lautet das Statement einer der interviewten Personen aus dem kommunalen Kontext. Eine mittel- und langfristige Planung sei wichtig, um nicht jeden Tag neu über Einzelprojekte und -maßnahmen entscheiden zu müssen. Kommunalpolitik stehe hier in der Steuerungsverantwortung (vgl. hierzu Kapitel 3.4), „eine Strategie zu entwickeln, die über alle alltäglichen Herausforderungen hinweg auf einer Zeitachse tatsächlich auch zu einem klar definierten Ziel führt. Und die dann immer wieder auch als Orientierung und Leitplanke in den Situationen helfen kann, wenn die Alltagsanforderungen einen so ein wenig begraben.“ Auch mit Blick auf die Zusammenarbeit mit Partnern (vgl. hierzu Kapitel 3.5) sei eine vorhandene Gesundheitsplanung förderlich: „Wenn sie mit vielen Kooperationspartnern unterwegs sind und viele einbinden wollen, dann ist ein gemeinsames Einschwören auf eine Planung extrem wichtig und hilfreich.“ Neben Zielen und Maßnahmen zu den verschiedenen thematischen Handlungsfeldern des Gesundheitsbereichs (Gesundheitsförderung und Prävention, Gesundheitsschutz, Katastrophenschutz u.a.) sollte eine solche strategische Gesundheitsplanung auch erforderliche Koordinierungs- und Netzwerkstrukturen aufzeigen und zudem auf einer kommunalen Gesundheitsberichterstattung basieren.

Kooperative und partizipative kommunale Steuerungs- und Prozesskultur

Förderlich für integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung – so einige der Interviewten – sei es, wenn Kommunalpolitik und -verwaltung eine kooperative und partizipative kommunale Steuerungs- und Prozesskultur im Sinne von Governance lebten, und zwar sowohl nach innen als auch nach außen gerichtet (vgl. Kapitel 3). Aus Sicht der kommunalpolitischen Ebene berichtet eine Gesprächspartnerin: „Mein Erleben ist, dass ganz viele Mitarbeiter in der Verwaltung, aber auch freie Träger, Bürger, Ehrenamtler ganz motiviert sind, etwas zu tun, wenn sie beteiligt und ihre Kompetenzen abgefragt werden, wenn es ein offener Prozess, also kein ‚Top-down‘-Prozess ist, wenn man ihnen auch die Möglichkeit gibt, sozusagen da wirklich aktiv dran mitzuarbeiten.“ Eine andere Interviewpartnerin beschreibt ein solches Steuerungs- und Prozessverständnis mit dem Begriff „integrierendes und partizipatives stadtpolitisches Regime“ und betont, dass ein solcher Ansatz auch dazu führen könne, der vielfach verbreiteten Vorstellung von einer monolithischen Verwaltung „aus einem Guss“ zu begegnen.

Integrierte und qualifizierte Verwaltungsstrukturen

Von den befragten Akteuren wird eine Reihe von förderlichen Faktoren benannt, die unter dem Begriff „Integrierte und qualifizierte Verwaltungsstrukturen“ zusammengefasst werden können:

Integrierter Dezernatzuschnitt

Als hilfreich wird ein Dezernatzuschnitt eingeschätzt, der neben dem Bereich Gesundheit weitere für die kommunale Gesundheitsförderung wichtige Verwaltungsbereiche wie Jugend, Bildung/Schule und Soziales umfasst: „Mein Dezernat ist das für Bildung, Jugend und Gesundheit. Das heißt, ich habe hier schon in meinem Dezernat die Möglichkeit, naheliegende Fachbereiche sehr niederschwellig mit einzubeziehen, weil sie einfach Schwesterfachbereiche eines Dezernats sind. Das ist sehr hilfreich.“

Bedarfsgerechte Personalausstattung des Gesundheitsamtes

Als wichtiger förderlicher Faktor wird von einigen Interviewten eine bedarfsgerechte Personalausstattung des Gesundheitsamtes angesehen. Dabei wird nicht nur auf eine zahlenmäßig ausreichende Personaldecke abgezielt, sondern vor allem auf eine für die Aufgaben kommunaler Gesundheitsförderung sachgerechte Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Ohne eine Professionalisierung dieses Bereiches gehe es nicht. Benötigt werde Personal, das im Bereich Public Health bzw. in Gesundheitswissenschaften ausgebildet sei und – so eine Interviewpartnerin – mit Blick auf die vielfältigen Schnittstellen von Gesundheitsförderung und Stadtentwicklung auch eine Affinität zur räumlichen Planung mitbringe.

Kommunale Fachstelle für Gesundheit

Für größere kreisangehörige Kommunen, die nicht über ein eigenes Gesundheitsamt verfügen, wird die Einrichtung einer kommunalen Fachstelle für Gesundheit als hilfreich beurteilt. Die gleiche Einschätzung trifft für die Mehrzahl der kreisfreien Städte Bayerns zu, da nur fünf dieser Städte (Augsburg, Ingolstadt, Memmingen, München, Nürnberg) über ein eigenständiges kommunales Gesundheitsamt verfügen. Das Gesundheitsamt beim Kreis sei häufig personell und zeitlich nicht in der Lage, das Thema „Kommunale Gesundheitsförderung“ in allen dem Kreis zugehörigen Städten und Gemeinden „zu bedienen“. Zudem habe eine kommunale Fachstelle mehr Handlungs- und Einflussmöglichkeiten innerhalb der Kommune, „als wenn das Gesundheitsamt des Kreises von außen immer nur reinwirbelt.“ Auch das Zuständigkeitsgefühl der Kommune für Gesundheitsförderung könne durch eine solche Fachstelle befördert werden.

Ausreichende zeitliche Ressourcen

Verschiedene Interviewte halten zeitliche Ressourcen für einen wichtigen fördernden Faktor. Vor allem zu Beginn des Aufbaus integrierter Strategien kommunaler Gesundheitsförderung seien zeitliche Ressourcen für den Erfolg des Prozesses eher wichtiger als finanzielle Ressourcen. Häufig dauerten gerade die ersten Schritte auf dem Weg zu einer solchen Strategie – z.B. die Etablierung einer ämterübergreifenden Zusammenarbeit mit geeigneten Strukturen – länger als gedacht. „Die Erwartung, dass der Aufbau einer Strategie oder einer Präventionskette mit einem Zweijahresprojekt zu machen ist, erweist sich immer eigentlich als Trugschluss. Insofern braucht man Kontinuität und Geduld. Die beiden Komponenten sind extrem wichtig. Die Kommunen, die sich die Zeit nehmen, kommen einfach viel, viel besser ins Arbeiten.“

Koordinierungsstelle

„Und man braucht eine Person, die das Ganze koordiniert“ – diese Aussage einer Interviewpartnerin steht stellvertretend für die Einschätzung mehrerer befragter Akteure. „Ohne eine solche Stelle würde nichts passieren. Die Arbeitskreise laufen ohne Betreuung nicht. Das wird nicht

funktionieren. Es braucht jemanden, der sich darum kümmert, einlädt und Protokolle schreibt.“ Die Antwort auf die Frage, wo die Koordinierungsstelle am besten angesiedelt werden sollte, könne je nach spezifischer Situation in der Kommune unterschiedlich ausfallen. In Betracht kämen u.a. eine Stabsstelle, die Verortung im Gesundheitsamt oder aber auch im Bereich Jugendhilfe. Wichtig sei, dass jede Kommune für sich genau prüfe, welche Lösung sich für sie am besten eigne (vgl. hierzu auch Kapitel 3.1). Vor allem aber müssten die finanzielle Absicherung und die personelle Kontinuität der Koordinierungsstelle gewährleistet sein. Dies sei leider noch viel zu häufig nicht der Fall: „Eine strukturelle Voraussetzung, die ich aber kaum erfüllt sehe, ist, dass diese Stelle kontinuierlich möglichst mit einer Person besetzt ist, die davon nicht schnellstmöglich wegkommen möchte, weil sie einfach so schlecht bezahlt ist und die Stelle so schlecht abgesichert ist, weil das immer nur Halbjahres- oder Jahresverträge sind.“

Externe Förderfaktoren

Die Interviewpartnerinnen und -partner benennen neben Rahmenbedingungen in Kommunalpolitik und Kommunalverwaltung auch eine Reihe von Faktoren als förderlich für die Entwicklung und Umsetzung integrierter Strategien kommunaler Gesundheitsförderung, die eher außerhalb von Politik und Verwaltung liegen und als externe Förderfaktoren zusammengefasst werden können.

Handlungsdruck/konkreter Handlungsanlass

Die Allgemeinbevölkerung verwende den Begriff Gesundheitsförderung zwar kaum. Gleichwohl könnte sie einen gewissen Handlungsdruck auslösen – vor allem, wenn sie belastende Umweltbedingungen anprangerte: „Es gibt einen Handlungsdruck, in dem die Leute sich eben doch durch Lärm und Abgase gestört fühlen und dass sie sagen, der Bedarf nach Grünflächen in der Stadt steigt.“ Neben einem eher generellen Handlungsdruck könne aber auch ein konkreter Anlass/Auslöser die Beschäftigung mit Strategien kommunaler Gesundheitsförderung in einer Stadt, einer Gemeinde befördern: „Eine Kommune hat es dann besonders gut, wenn sie einen ganz klaren Startpunkt hat. Das ist sicher hilfreich. In Braunschweig gab es ja diesen kleinen Skandalartikel über die Verpflegung an einem Schulzentrum. Das war sicherlich für den Prozess förderlich, dass es so etwas gab.“

Engagierte und kompetente Kooperationspartner

Mehrere der befragten Akteure weisen darauf hin, wie wichtig engagierte und kompetente Kooperationspartner außerhalb der Verwaltung sind. Diese Partner zeichneten sich dadurch aus, dass sie eigene personelle und/oder finanzielle Ressourcen einbringen, Verantwortung für die Mitentwicklung integrierter Strategien in der Kommune übernehmen und sich im Thema Gesundheitsförderung auskennen.

Externe Prozessmoderation/-begleitung

Externe Prozessmoderation/-begleitung – beispielsweise durch eine ortsansässige Hochschule – biete die Chance, die Prozesse von außen spiegeln zu lassen und dadurch die Binnensicht zu erweitern sowie von außen Anregungen und Ideen zu bekommen. Eine externe Prozessmoderation, so eine der Gesprächspartnerinnen, könne zudem bei „charismatischem Charak-

ter“ und hoher fachlicher Qualifikation der entsprechenden Person ein besonderes „Zugpferd“ für die ressortübergreifende Zusammenarbeit sein.

Rechtliche Grundlagen/Gesetze

Es sei eine wichtige förderliche Rahmenbedingung, die Gesundheitsförderung als Kernaufgabe des Gesundheitsamtes im jeweiligen Landesgesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst zu verankern. Mit dieser Verankerung gebe es einen Auftrag an die Kommunen, personelle und finanzielle Ressourcen für Gesundheitsförderung zur Verfügung zu stellen. Auch das Präventionsgesetz mit seiner Schwerpunktsetzung im „Setting“ Kommune und den damit verbundenen finanziellen Mitteln wird von den befragten Akteuren mehrheitlich als förderlich für die Entwicklung und Umsetzung integrierter Strategien kommunaler Gesundheitsförderung angesehen (vgl. hierzu ausführlich Kapitel 5).

Fördermittel

Ein Großteil der befragten Akteure sieht Fördermittel als wichtigen Impuls für die kommunale Gesundheitsförderung an. Diese seien in vielen Kommunen angesichts knapper Haushaltskassen und der Priorisierung anderer Themen von hoher Bedeutung. Dabei spielten vor allem Landesmittel und Mittel der Krankenkassen eine Rolle. „Also ohne dieses Ministeriumsprogramm ‚Gesundheitsregionen plus‘ wäre es sehr schwer. Aber wir haben hier eine 70-Prozent-Fremdfinanzierung. Und durch das Präventionsgesetz haben wir aktuell mit den Krankenkassen einfach tolle Partner, die auf einmal Sachen zahlen, von denen wir noch vor einem Jahr nicht hätten träumen können.“ Fördermittel würden nicht nur für Maßnahmen, sondern auch für den Aufbau oder die Weiterentwicklung von Strategien und Strukturen benötigt. Neben der finanziellen Unterstützung wird bei Landesmitteln von einzelnen Befragten zudem die mit der Förderung verbundene inhaltliche Rückendeckung herausgestellt: Die Landespolitik zeige damit, dass sie kommunale Gesundheitsförderung für wichtig halte. Um einen Anreiz für integrierte Strategien zu setzen, sollten – so einer der Interviewpartner – die Fördermittel mit einer Auflage zum integrierten Handeln verbunden werden.

Bundesweite Netzwerke

Als hilfreich werden auch die Mitwirkung und der Erfahrungsaustausch in bundesweiten Netzwerken wie dem Gesunde-Städte-Netzwerk oder dem Partnerprozess „Gesundheit für alle“ im Rahmen des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“ beschrieben. Insbesondere der Partnerprozess biete ein Forum, um sich über die Entwicklung und Umsetzung kommunaler Gesundheitsstrategien auszutauschen.

2.2 Hemmende Bedingungen

Fehlen einer kommunalen Priorität für das Thema Gesundheitsförderung

Einige Gesprächspartnerinnen und -partner weisen darauf hin, dass Gesundheitsförderung in den Kommunen häufig nur ein Thema unter vielen sei (vgl. auch Kapitel 3). So hätten in Städten mit großen Zuzugszahlen in der Bevölkerung vor allem die Themen Wohnen, Verkehr und Infrastruktur Priorität. Gesundheitsförderung stehe da nicht an erster Stelle. Aber auch in Kommunen ohne Wachstumsdruck sei vielfach „Gesundheit nicht das

große Thema“; andere Handlungsfelder spielten eine wesentlich größere Rolle.

Selbst die Rückendeckung durch die politische Spitze sei nicht unbedingt eine Garantie für die Etablierung einer integrierten Strategie kommunaler Gesundheitsförderung. Die weiteren in den Prozess einzubeziehenden politischen Akteure könnten ganz andere Schwerpunkte setzen und Entscheidungen treffen. „Wenn ein Oberbürgermeister oder ein Landrat dem Prozess zustimmt, heißt das nicht, dass Sie völlig autark sind in ihren Entscheidungen, sondern Sie benötigen für manches auch den Beschluss der politischen Entscheidungsgremien und bei einem Landkreis auch die Zustimmung der Bürgermeisterinnen und Bürgermeister der kreisangehörigen Kommunen. Da kann es immer wieder passieren, dass da dann Befindlichkeiten bestehen, die jetzt völlig jeder Logik entbehren, aber die einfach nun mal da sind und auf die wir relativ wenig Einfluss haben. Damit muss man immer rechnen. Das wirkt sich natürlich dann auch negativ auf die Entwicklung von unserem Konzept aus.“ Häufig würde Kommunalpolitik dort Prioritäten setzen, wo kurzfristige Erfolge zu erzielen seien. Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung erforderten aber Nachhaltigkeit und Langfristigkeit. „Dies eignet sich natürlich nicht für den schnellen kommunalpolitischen Erfolg.“

Knappe Ressourcen

Vielfach nennen die befragten Akteure knappe Ressourcen als Hemmnis für integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung. Insbesondere mit Blick auf Steuerungs- und Koordinierungsaufwand bedürfe es einer adäquaten personellen und finanziellen Ausstattung. Diese sei aber häufig nicht gegeben. In vielen Gesundheitsämtern seien Stellen abgebaut bzw. nicht wieder besetzt worden. Dies führe nicht selten dazu, dass für das Thema Gesundheitsförderung keine volle Stelle, sondern nur Teilkapazitäten einer/eines ohnehin stark ausgelasteten Mitarbeiterin/Mitarbeiters zur Verfügung stehen. „Ein Problem ist zunehmend in den letzten Jahren, dass viele den Eindruck haben, sie sind schon sehr dicht mit den verschiedensten Themen, und dann kommt noch etwas drauf, und es kommt nicht in dem Maße die Ressource mit, die man braucht.“

Verwaltungshandeln und -strukturen zu wenig integriert

Die Interviewpartnerinnen und -partner benennen zudem verschiedene hemmende Faktoren, die das Handeln und die Strukturen der Kommunalverwaltung betreffen. So fehle in der Verwaltung oftmals die Bereitschaft, neue Wege zu beschreiten. Diese sei aber erforderlich, um integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung zu initiieren. „Die Bereitschaft, ungewisse neue und teils auch sehr aufwendige Wege zu gehen, ist nicht immer sofort vorhanden, da ressortübergreifende partizipative Wege einfach nochmal länger dauern und Mehraufwand bereiten. Da ist viel Überzeugungsarbeit nötig.“

Weitere Hemmnisse werden mit Blick auf ressortübergreifendes Agieren der Verwaltung benannt. So mangle es in der Kommunalverwaltung an einem gemeinsamen Gesundheitsverständnis. Der Bereich Stadtentwicklung habe beispielsweise häufig einen eingeschränkteren Gesundheitsbegriff als das Gesundheitsamt. Das gemeinsame Erarbeiten von Strategien zur kommunalen Gesundheitsförderung erfordere aber ein einheitliches Begriffsverständnis, und dieses müsse zunächst in einem gemeinsamen Prozess

entwickelt werden. „Das war wichtig, dieses gemeinsame Verständnis zu entwickeln. Es geht ja um eine ressortübergreifende Geschichte, unterschiedliche Ressorts haben auch eine unterschiedliche Sprache, ein unterschiedliches Verständnis. Das ist einfach wichtig, dass man das gemeinsam herausarbeitet.“ Darüber hinaus werden die Versäulung der Verwaltung sowie Ressortegoismen und Zielkonflikte zwischen den verschiedenen Verwaltungsbereichen als hemmend für die ämter- und dezernatsübergreifende Zusammenarbeit beschrieben. Ebenso wird in diesem Zusammenhang auf die Ausbildung der „klassischen“ Verwaltungsbeamten verwiesen: „Integriertes Denken sowie interdisziplinäres Handeln kommt hier nicht vor.“

Fehlen von Durchgriffsmöglichkeiten und nicht ausreichende Qualifizierung des Gesundheitsamtes

Auch mit Blick auf die Gesundheitsverwaltung benennen die befragten Akteure Faktoren, die integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung erschweren. Dem kommunalen Gesundheitsamt fehlten „Durchgriffsmöglichkeiten“; es sei auf die freiwillige Mitarbeit anderer Ämter und auf die Mitwirkungsbereitschaft der jeweiligen Amtsleitungen angewiesen. „Wir bezeichnen uns selber ja auch als Gesundheitsplaner und haben den Auftrag dazu. Aber wir haben eigentlich keine Durchgriffsmöglichkeiten im engeren Sinne, sondern wir sind ja immer auf die freiwillige Mitarbeit unserer Partner angewiesen. Da hängt es dann immer sehr von den Führungskräften ab, ob die so ein Thema wirklich ernst nehmen und wahrnehmen oder ob es denen egal ist oder sie sogar blockieren. Wenn ich da gute Leute habe, dann gelingt da was. Und wenn ich da Leute habe, die blockieren, dann wird das sehr schwer, auch wirksame kommunale Strategien umzusetzen.“

Zudem sei das meist medizinische Personal in den Gesundheitsverwaltungen für koordinierendes und steuerndes Handeln, wie es die Entwicklung und Umsetzung integrierter Strategien kommunaler Gesundheitsförderung erfordern, nicht ausreichend qualifiziert und müsse daher fortgebildet werden. Die sei aber für das Personal nicht immer einfach: „Das bedeutet natürlich für die einzelnen Mitarbeiter eine neue Form der Funktionsdefinition, das ist schon mühsam, wenn sie sich da verändern müssen und sich gerade auch als Ärztin definiert haben, als diejenige, die unmittelbar am Menschen, am Patienten arbeitet hier im öffentlichen Gesundheitsdienst, und dass sie jetzt im Sinne von unmittelbarer Nähe zurückgehen sollen auf eher steuernde und koordinierende Funktion. Das bedeutet für den einzelnen Mitarbeiter schon eine sehr starke Neuorientierung.“

Als gravierendes strukturelles Hemmnis stellen darüber hinaus einige Gesprächspartnerinnen und -partner heraus, dass kreisangehörige Kommunen in der Regel nicht über ein eigenes Gesundheitsamt verfügen, sondern das Gesundheitsamt des Kreises für sie zuständig ist. Es fehle damit in den kreisangehörigen Städten und Gemeinden die für integrierte Strategien erforderliche kommunale Verortung von Gesundheitsförderung; zudem fehlten beim Kreisgesundheitsamt die erforderlichen Ressourcen, um kommunale Gesundheitsförderung flächendeckend im Kreisgebiet zu betreiben.

3. Kommunalverwaltung: Steuern, Koordinieren, Kooperieren

Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung zu entwickeln und umzusetzen, verlangt von der Kommunalverwaltung eine starke Rolle und Führung. So unterschiedlich die ortsspezifischen Lösungen je nach Größe der Kommune und Ausgangssituation sind – gemeinsam ist jenen Kommunen, die bereits länger Erfahrungen gesammelt haben und in der kommunalen Gesundheitsförderung schon gut aufgestellt sind, dass sie Aufgaben der Steuerung und Koordination federführend übernehmen und mit verwaltungsinternen wie -externen Akteuren kooperieren.

3.1 Rolle der Kommunalverwaltung

Kommunalverwaltung soll steuern

Es besteht Konsens bei den Gesprächspartnerinnen und -partnern: Die Verwaltung hat bei Aufbau, Entwicklung und Umsetzung von integrierten Strategien kommunaler Gesundheitsförderung die Steuerung und Koordination der damit verbundenen Prozesse inne. Die beiden folgenden Aussagen illustrieren dies beispielhaft: „Wir brauchen im Prinzip jemanden, der die Prozesse steuert. Der dafür sorgt, dass Konzepte und letztendlich auch Maßnahmen auf den Weg gebracht werden können. Da ist die Kommunalverwaltung durchaus in der Pflicht.“ „Die Federführung, die liegt eindeutig bei der Kommune. Federführung impliziert aus meiner Sicht den Ausbau von Netzwerken, die Bereitstellung von Ressourcen, die Festlegung von Handlungsfeldern ... also die Steuerung.“

Gleichwohl wird mitunter einschränkend angemerkt, dass dies vor allem für größere Kommunen, weniger für kleinere Städte und Gemeinden zutreffe.

Es werden verschiedene Voraussetzungen und Gründe dafür angeführt, weshalb die Verwaltung diese steuernde und koordinierende Aufgabe inne habe und auch innehaben müsse. Zum einen könne sie den erforderlichen politischen Rückhalt sicherstellen bzw. organisieren. Zum anderen stehe sie für Fachlichkeit und sei für die Erarbeitung der erforderlichen Konzepte und Strategien verantwortlich. „Steuerung heißt (...) Fachplanung. Wo kommt was hin? Wie gestalte ich Gemeinwesen? Wo gebe ich Gelder hin? Wo entwickle ich weiter? Wo fließen Fördermittel?“

Die Gesprächspartnerinnen und -partner zeichnen nahezu einheitlich das Bild einer kompetenten, fachlich versierten Verwaltung, die bei der Erarbeitung und Umsetzung von integrierten Strategien kommunaler Gesundheitsförderung für Verlässlichkeit und Kontinuität steht. Der folgende Beitrag illustriert dies: „Die Koordination und die Federführung sollten bei der Kommunalverwaltung liegen. Das ist die dafür beauftragte Instanz und das ist die Instanz, die als einzige wirklich die Kontinuität wahren kann. Das ist die Instanz, die den politischen Rückhalt, den wir dafür brauchen, direkt umsetzen kann. Das ist die Instanz, die sicherstellen kann, dass wir wirklich mit allen Zielgruppen zusammenkommen und alle Gruppen erreichen und einbeziehen können, die wir wollen. Das ist die Instanz, die für das Auflegen einer Strategie für die Kommune wirklich definitiv unerlässlich ist.“

Darüber hinaus zeichne sich die Verwaltung dadurch aus, dass sie gut informiert sei. „In der Kommune sollte die Steuerung von solchen Prozessen liegen, (...) weil die Kommune natürlich am besten über die Systeme vor Ort Bescheid weiß.“ Sie agiere darüber hinaus mit Blick auf die unterschiedlichen Akteursgruppen und vielfältigen Handlungsfelder übergreifend und netzwerkorientiert. Auch dies wird durch mehrere Aussagen zum Ausdruck gebracht: „Da sehe ich die Kommunalverwaltung in der Pflicht und finde auch, dass sie da eine wichtige Rolle hat, weil sie mehr oder weniger trägerübergreifend und fachbereichsübergreifend agieren kann. Das kann letztendlich ein anderer schwer leisten.“ Und eine andere Gesprächspartnerin führt aus: „Da sehe ich die Rolle der Kommune, die Planung im Blick zu haben über alle Bereiche hinweg, die Themen aufzugreifen, wo ein Bedarf ist, das zu thematisieren und dann dazu auch zu agieren – am besten natürlich vernetzend zu agieren.“

Federführung, Impulse setzen, netzwerken und über Nachsteuerung für die Qualitätssicherung der Prozesse Verantwortung tragen – das sind die zur Entwicklung und Umsetzung von integrierten Strategien kommunaler Gesundheitsförderung erforderlichen Kernkompetenzen der Verwaltung: „Eine Struktur vorzugeben, wie das Netzwerk sich entwickeln könnte, damit man weiß, wie man die ersten Schritte gehen kann. (...) Und immer wieder zu schauen, wo muss ich einen Impuls setzen. Wo muss ich sozusagen nochmal nachsteuern, weil ich das Gefühl habe, wir laufen gerade in eine Sackgasse rein. Ein typisches Beispiel ist der Prozess zur Zielfindung. (...) Da geht es laufend darum, Impulse zu setzen und Vorschläge zu machen.“

Steuerung und Koordination stehen nach dem Verwaltungsverständnis nicht in Widerspruch zu partizipativem Vorgehen (vgl. Kapitel 3.5 und 4): „Der Weg muss vorgegeben werden, überhaupt nicht die Inhalte. Also, das ist für uns sehr, sehr wichtig, dass wir auch unsere Partner damit gewinnen, zu sagen: Hey, wir übernehmen die Prozesssteuerung, aber die Inhalte kommen ja alle von euch und damit auch die Maßnahmen, die dann entstehen. Die werden genauso sein, wie ihr das auch für nötig haltet und was wichtig ist. Aber es muss jemand diesen Prozess steuern.“

Strukturelle Voraussetzung: Kommunale Steuerungs- und Koordinierungsstelle

Die Aufgabe der Koordinierung und Steuerung könne allerdings nur wahrgenommen werden, wenn sie strukturell unterlegt sei, d.h., wenn die dafür erforderliche/n Stelle/n und Strukturen vorhanden sind bzw. geschaffen werden (vgl. hierzu auch Kapitel 3.1). In diesem Zusammenhang sei die Einrichtung einer kommunalen Steuerungs- und Koordinierungsstelle wichtig, die sowohl mit Blick auf gesamtstädtische als auch lokale, stadtteilbezogene Zusammenhänge arbeite. Bei ihr flössen die genannten Aufgaben der Steuerung und Koordinierung zusammen; zugleich sei dies der Ort, an dem Menschen Informationen und Unterstützungsleistungen erhielten: „Uns obliegt die Steuerung. (...) Von daher richten wir als Kommune jetzt im Jahr 2017, dank auch der Förderung des Landes, eine Koordinierungsstelle Gesundheit bei uns im Fachbereich ein. Und diese Stelle hat die Aufgabe, als Anlauf- und Informationsstelle zu fungieren, aber gleichzeitig auch eine Steuerungsleistung mit zu implementieren. Sie begleitet, initiiert, unterstützt damit die örtlichen Akteure bei Planung und Umsetzung von Stadtteil-Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsdialogen.“ Wichtig sei, dass die Steuerungs- und Koordinierungsstelle in-

nerhalb der Verwaltung angemessen eingebettet und unterstützt werde, dass die Verwaltung insgesamt „dahinter stehe“. Nur dann könnten die Steuerung und Koordinierung der Prozesse gelingen.

Eine solche Steuerungs- und Koordinierungsstelle trage nicht zuletzt auch dazu bei, Überlastungen Einzelner vorzubeugen. Denn in den Gesprächen werden die strukturellen Voraussetzungen immer wieder als nicht ausreichend oder schlecht beurteilt: „Ich bin praktisch die einzige Ansprechpartnerin. Es gibt keine kommunale Stelle für Gesundheit. Es ist immer noch der weiße Fleck. Wir haben es in den gesamten Förderjahren nicht geschafft, eine Struktur auf die Beine zu stellen. Das wurde auch nicht gewünscht. Die Strukturen im Gesundheitsamt sind unverändert schlecht, würde ich sagen. Sie sind also personell und finanziell schlecht aufgestellt.“

Verwaltungsexterne Partner auch bei Steuerung und Koordinierung wichtig

Einige Gesprächspartnerinnen und -partner erachten es als notwendig, dass sich die Verwaltung für die Aufgabe der Steuerung und Koordinierung Partner außerhalb der Verwaltung sucht und mit diesen gemeinsam agiert (vgl. Kapitel 3.5): „Gut ist, wenn die Steuerung, Koordinierung und Umsetzung in einem Tandem geschieht, dass man mit einem externen Träger spricht, zum Beispiel einem Wohlfahrtsverband oder einer Selbsthilfekontaktstelle oder auch einer Quartierseinrichtung.“ Wichtig sei allerdings, dass zwischen Kommunalverwaltung und externer Unterstützungsstelle eine angemessene Rollen- und Aufgabenverteilung vereinbart werde; die Kommunalverwaltung dürfe, so die Verwaltungsakteure, das Ruder nicht aus der Hand geben: Man übernimmt schon ein bisschen Federführung durch die Übernahme von koordinierenden Aufgaben als Kommunalverwaltung. Aber für die Zielverfolgung ganz konkreter Maßnahmen oder Projekte vor Ort nimmt man auf jeden Fall jemanden in so einer Tandemlösung mit in die Projektleitung auf. (...) Tandemlösung wäre mein Stichwort – bei eigenständiger Verantwortungsübernahme der Kommunalverwaltung. Aber wenn es um die inhaltlichen Ziele vor Ort in der Lebenswelt geht, muss man auf Augenhöhe bleiben. Es kann sein, dass mal der eine und mal der andere vorn am Steuer sitzt.“

3.2 Federführung in der Kommunalverwaltung

Mit der Klärung der Steuerungsrolle der Verwaltung und der Erforderlichkeit einer Steuerungs- und Koordinierungsstelle ist noch nicht die Frage beantwortet, bei welchem Amt eine entsprechende Funktion und Stelle – am besten – angesiedelt ist, also welches Amt „den Hut aufhaben“ sollte. In den Gesprächen gibt es hierzu sehr unterschiedliche Einschätzungen.

Unterschiedliche Ämter und Stellen können „den Hut aufhaben“

Gesundheitsamt

Eine Vielzahl der Befragten spricht sich für die Ansiedlung beim Gesundheitsamt aus – sofern ein solches Amt in der Kommune vorhanden ist. „Es muss eine klare Definition geben, wer in erster Linie in der Kommunal-

verwaltung in der Verantwortung ist. Ich sehe da das Gesundheitsamt, nicht weil ich da arbeite, sondern weil es die Gesetzeslage so hergibt. Es ist wichtig, dass sie die Impulsgeber sind.“ Eine weitere Einschätzung lautet: „Ich finde, dass die Federführung beim Gesundheitsamt eine gute ist. Die haben nur das Interesse, die Gesundheit zu fördern. Es geht dem Gesundheitsamt immer um die Menschen vor Ort.“ Eine Gesprächspartnerin betont, dass es aber auch wichtig sei, das Gesundheitsamt für die Federführung mit ausreichenden Ressourcen auszustatten: „Das setzt natürlich voraus, dass die Kommunalverwaltung entsprechende Ressourcen im Gesundheitsamt ansiedelt. Es gibt wenige Gesundheitsämter ... die tatsächlich auch dafür eine Ressource geschaffen haben, die so nennenswert ist, dass man sich auf den Weg machen kann.“

Bereich Soziales/Bereich Jugendhilfe

Andere Gesprächspartnerinnen und -partner favorisieren eine Federführung durch den Bereich Soziales oder Jugendhilfe. Gegen die Federführung beim Gesundheitsbereich spricht aus ihrer Sicht neben der vergleichsweise schlechten Ressourcenausstattung der Gesundheitsämter deren – im Ämtervergleich – eher schwache Rolle/Stellung. Dies sei beispielsweise im Bereich Soziales anders: „Aus meiner Sicht ist der öffentliche Gesundheitsdienst meistens vielerorts zu schwach, um den Hut aufzusetzen. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass der Sozialbereich für die Führung gut geeignet ist. Einfach auch deshalb, weil wir – mit Blick auf die unterschiedlichen Fördertöpfe der Fachbereiche – ein Schwergewicht sind.“ Und ein weiterer Gesprächspartner argumentiert in ähnlicher Weise für eine Federführung im Bereich Jugendhilfe: „In der Regel ist es der Jugendhilfe-Bereich. Seine finanziell bessere Ausstattung bedingt ja auch eine bessere personelle Ausstattung. Und das ist einfach auch wichtig. (...) Ich möchte nicht ausschließen, dass es der Gesundheitsbereich sein kann, weil es auch gute Beispiele dafür gibt, aber eben wenige. Man müsste sie stärken, damit sie das machen können.“

Weitere Ämter

Nur vereinzelt wird eine Federführung bei anderen Ämtern als den Bereichen Gesundheit, Jugend und Soziales favorisiert. Dabei wird insbesondere auf die Qualifikation „Integriertes und sozialraumorientiertes Handeln“ dieser anderen Ämter abgestellt. So sei z.B. in den Bezirken Hamburgs das Amt für Sozialraummanagement für die Federführung geeignet, da es generell integriert und sozialraumorientiert vorgehe und in diesem Amt Daten, Informationen und Planungen aus unterschiedlichen Bereichen zusammenlaufen: „Wir sind zwar nicht Experten für alle Themen, aber wir sind Experten für dieses übergreifende, vernetzende Miteinander-Arbeiten. Wir stehen für ein entsültes Arbeiten.“ Mit ähnlicher Argumentation wird auch schon mal das Stadtplanungs-/Stadtentwicklungsamt für die Federführung als besonders gut geeignet beurteilt. Dieses Amt habe zudem den Vorteil, dass es finanziell vergleichsweise gut ausgestattet sei und mit lokalen Quartiermanagements gut kooperiere.

Stabsstelle

Eine andere wiederholt vertretene Argumentation fokussiert mit Blick auf die Federführung nicht auf ein bestimmtes Amt, sondern favorisiert die Einrichtung einer Stabsstelle in der Verwaltungsspitze bzw. beim (Ober-)Bürgermeister. Gerade in eher kleineren Kommunen wird dies von einigen Befragten als eine tragfähige Lösung angesehen: „Unser Wunschtraum wäre ja gewesen, dass die Leitung nicht einem Amt zugeordnet ist, sondern

im Geschäftsbereich des Oberbürgermeisters liegt. Denn das hätte den Charme, dass die Vernetzung von vornherein sehr gut anzulegen ist und in alle Bereiche gleichermaßen hinein wirkt.“ „Und wie gesagt, es gibt auch kleine Dörfer und Gemeinden, da ist das eine Stabsstelle beim Bürgermeister.“

Es gibt aber auch kritische Einschätzungen zu einer Stabsstelle: „Ich fände es nicht hinderlich, wenn es eine Stabsstelle wäre. Wobei bei uns Stabsstellen keinen guten Ruf haben. Als wir damals überlegt haben, haben auch einige gewarnt ‚bloß keine Stabsstelle‘, weil die haben den Ruf, quasi den lieben langen Tag nichts zu tun.“

Kooperative Federführung

Einige Befragte bevorzugen eine Tandem-Lösung, bei der die Federführung kooperativ von Gesundheits- und Jugendamt wahrgenommen wird, da sich diese insbesondere im Bereich der „Frühen Hilfen“ gut ergänzen: „Wenn, dann ist das eine Kooperation von Jugendamt und Gesundheitsamt, und da ist klar, jeder hat seinen Part darin beizutragen. Da hat niemand alleine den Hut auf.“ Ein zweites Zitat bekräftigt dies: „Eher günstig sind zwei Personen, die in den hauptsächlich agierenden Ämtern verortet sind. (...) Im Moment sind das bei uns Jugend und Gesundheit.“

In eine ähnliche Richtung zielt die folgende Argumentation. Da das kommunale Handlungsfeld Gesundheit/Gesundheitsförderung ein Querschnittsthema sei, könne und dürfe es nicht einem einzelnen Amt alleine zugeordnet werden. Vielmehr komme es darauf an, das Thema ämter- und ressortübergreifend zu bearbeiten: „Hier in der Stadt hat der Fachbereich Gesundheit den Hut auf. Gleichzeitig ist es mir aber ganz wichtig zu betonen, dass Gesundheit natürlich eine Querschnittsaufgabe über alle Fachämter einer kommunalen Verwaltung hinweg ist. Auch das Thema Bauen berührt ja unmittelbar das Thema Gesundheit, auch das Thema Verkehr.“

Mitunter wird die Federführung auch als kooperativer Prozess und Lernfeld verstanden. „Es hängt ein bisschen vom Selbstverständnis ab. (...) Du brauchst immer einen Bereich, der sich die Koordination zutraut. Es gibt auch verteilte Koordinationen. Oder Koordinationen, die wandern. Das ist ein Ergebnis des Zusammenspiels. Wenn du erstmal das Zusammenspiel eingeübt hast, dann kannst du beim nächsten Projekt schauen, wer denn jetzt der Beste ist. (...) Wer hat die größte Beinfreiheit?“

Ortsspezifische statt Einheitslösung

Trotz der verschiedenen Positionierungen besteht weitgehend Konsens, dass es keine für alle Kommunen einheitliche Lösung gibt. Vielmehr sei über Zuständigkeit und Federführung entsprechend der lokalen Strukturen und Ausgangslagen zu entscheiden: „Ich finde, dass die Federführung beim Gesundheitsamt eigentlich eine gute Lösung ist. (...) Es muss aber nicht so sein. In anderen Kommunen ist es manchmal auch das Umweltamt, die das Thema Gesundheit sehr stark mitdenken.“ Eine zweite Meinung fasst es ähnlich: „Es braucht letztendlich doch sehr ortsspezifische Lösungen, je nach Ausgangslage und Ziel.“ Die Zuständigkeit stünde zudem im Zusammenhang mit der Frage, ob und von wem das Thema Gesundheit vor Ort besonders gewollt wird und ein auf das Thema bezogener Einsatz erfolgt: „Ich habe die Einschätzung, dass es auf das

Engagement ankommt und nicht so sehr, welches Amt das sein muss. Auf jeden Fall muss da Engagement kommen.“

3.3 Ressortübergreifende Zusammenarbeit

Dreiklang Gesundheit, Soziales, Jugend

In den Interviews wurde auch danach gefragt, welche Fachämter der Verwaltung bei der Entwicklung und Umsetzung von integrierten Strategien kommunaler Gesundheitsförderung beteiligt sein sollten und wie eine ämter- und ressortübergreifende Zusammenarbeit gestaltet werden kann.

Mit Blick auf die beteiligten oder zu beteiligenden Ämter wird themen- und zielgruppenbezogen argumentiert und ein eher breiter Gesundheitsbegriff zugrunde gelegt. Insbesondere Letzteres hat das Plädoyer für die Beteiligung eines breiten Spektrums von Ämtern zur Folge. „Alle Ämter müssen dabei sein! (...) Das ist natürlich in vorderster Front der Bereich Familie, Jugend, Soziales, Jugendhilfe und alles, was damit verbunden ist.“ Gleichwohl wird auch einschränkend darauf hingewiesen, dass kein Amt grundsätzlich immer dabei sein müsse; vielmehr hänge dies im Einzelfall von den Themen und Zielgruppen ab: „Welche Bereiche zusammenarbeiten, das hängt ja dann vom Thema ab. Wenn ich an den Bereich Kinder denke, dann ist natürlich das Jugendamt dabei. Wir haben hier bei uns ein sehr stark aufgestelltes Amt für Sport und Bewegung, die nicht nur Sportvereine oder die Spielstätten im Blick haben, sondern die auch den Bezug zur Gesundheit sehen. (...) Wenn ich an das Thema Ältere denke, dann ist das Sozialamt natürlich im Blick und in allen Fällen auch das Amt für Stadtplanung und Stadterneuerung oder die entsprechenden Ämter dazu. Wir machen jetzt gerade den Kindergesundheitsbericht. Da gehen wir gerade durch die Stadtteile. Und in manchen Stadtteilen ist das Thema Lärm ein Thema. Dann ist das Umweltamt mit im Boot. So gibt es ganz unterschiedliche Herangehensweisen. Also, ich kann nicht sagen, ich brauche die immer dabei, sondern es kommt immer auf die Themen drauf an.“

Trotz unterschiedlicher Positionierungen zeichnet sich mit Blick auf die Beteiligung der Ämter mehrheitlich ein Dreiklang aus Gesundheit, Soziales und Jugend ab. Ergänzend werden – insbesondere von jenen Kommunen, die sozialräumliche und integrierte Ansätze verfolgen – auch die Bereiche Stadtplanung und Stadtentwicklung einbezogen. „Auf jeden Fall Jugendamt, Gesundheitsamt, das sind auch unsere engsten Mitplayer, sicherlich auch das Sozialamt, dann Stadt- und Landschaftsplanung.“ Hingegen wird das Umweltamt in den Gesprächen so gut wie gar nicht als Akteur erwähnt und kaum mitgedacht. Allenfalls auf Nachfrage erfolgt hierzu eine Positionierung: „Ist Umwelt dabei? Nein, damit haben wir so gut wie nichts zu tun. Eher mit dem Management des öffentlichen Raums, weil die für die Grünpflege zuständig sind.“

Ressortübergreifende Zusammenarbeit: steiniger, aber lohnenswerter Weg

Die ressortübergreifende Zusammenarbeit ist nicht selbstverständlich, sondern muss gestaltet werden. Dies ist eine anspruchsvolle Herausforderung, denn auf dem Weg befinden sich Hürden, die genommen werden müssen. Eine der größten mag das in mehreren Gesprächen gezeichnete Bild einer versäulten Verwaltung sein: „Zusammenspiel verschiedener Verwaltun-

gen“, wer das schreibt, weiß nicht, wie Verwaltung funktioniert. Die spielen überhaupt nicht zusammen, sondern die behindern sich, die ignorieren sich.“ Versäulte Strukturen gebe es u.a. deshalb, weil zu wenig Vertrauen oder Erfahrung mit einer gleichberechtigten Zusammenarbeit zwischen den Ämtern bestünde: „Die meisten Städte, die ich kenne, selbst die, die im Gesunde-Städte-Netzwerk zu Hause sind, organisieren Gesundheitsförderung über das Gesundheitsamt. Dann haben sie folgendes Dilemma. Wenn sie über das Gesundheitsamt kommen und sprechen die anderen Ämter an, dann fühlen sich die anderen Ämter und Bereiche immer wie Sekundanten.“ Eine andere Gesprächspartnerin argumentiert ähnlich und betont die Relevanz der Gleichberechtigung: „Und ganz wichtig ist, dass man immer auf Augenhöhe bleibt, nicht diese Vogelperspektive einnimmt, die bei der Hierarchie eigentlich zwangsvorgegeben ist, was aber nicht funktioniert. Wenn man auf der Arbeitsebene arbeitet, müssen alle gleichberechtigt sein.“

Zudem stelle sich ein weiteres grundsätzliches Problem: Das Thema Gesundheit/Gesundheitsförderung sei nur eines unter vielen Querschnittsthemen, für die den jeweils „nur“ beteiligten Ämtern keine Ressourcen zur Verfügung stehen. „Dabei muss man auch nochmal bedenken, dass wir viele Querschnittsthemen haben, wie Bildung, Inklusion, Integration, Gesundheit usw. Es ist so, dass für Querschnittsthemen einfach keine Stundenanteile hinterlegt sind. Das heißt, das schneiden sich alle irgendwie raus.“ Damit wird bereits ein Hinweis gegeben, dass eine gute Zusammenarbeit auch an mangelnden Ressourcen scheitern kann: „Einige Ämter haben gesagt, sie sehen sich da mehr, wenn es konkret wird. Also, es gab niemanden, der gesagt hat, lasst mich in Ruhe. Aber es gab eben einige Ämter, die gesagt haben, wir haben nicht die Kapazitäten, uns diesem Thema so zu widmen.“

Trotz dieser massiven Schwierigkeiten wird in den Gesprächen auch immer wieder ausdrücklich hervorgehoben, dass sich ressortübergreifende Zusammenarbeit lohnt: „Das heißt, meine Lehre, Erfahrung ist: In dem Moment, wo du mit den Ressorts quer ein bestimmtes Projekt, ein bestimmtes Ziel zusammendenkst und zusammenmachst, also zusammen auch agierst, hast du es immer leichter, Widerstände, die in der Natur der Sache liegen bei dem einen oder anderen Ressort, auch gemeinsam zu lösen – viel schneller und mit viel mehr Kraft.“

Ressortübergreifende Zusammenarbeit: Schritt für Schritt und thematisch aufbauen

Für den Aufbau einer ämter- und ressortübergreifenden Zusammenarbeit stellt sich in mehreren Kommunen ein mehrstufiges Vorgehen als besonders gut geeignet dar. Es ermöglicht, dass der Kreis der beteiligten Ämter, Ressorts und Akteure nach und nach wachsen kann und dass sich Ämter, die sich zunächst eher als gesundheitsfern einschätzen, dem Thema annähern und in die dazu geschaffene Struktur hineinwachsen können. Dies gelinge dann besonders gut, wenn das Eigeninteresse der verschiedenen Ämtervertreterinnen und -vertreter geweckt werde und sich Gemeinsamkeiten bzw. Schnittstellen abzeichnen: „Aber es gibt ja schon sehr große Schnittmengen. Die überall auszuloten und da zu gucken, wo ist das Eigeninteresse vielleicht auch des Gegenübers und warum tickt der so, wie er tickt und wo kann ich den abholen, das hat recht lange gedauert. (...) Wichtig war, als das Stadtplanungsamt und das Umweltamt erkannt haben: Das hat ja wirklich was mit uns zu tun, und wir ziehen einen Vorteil aus der Zusammenarbeit.“

Das heißt, der Aufbau einer ressortübergreifenden Zusammenarbeit muss vorbereitet werden; die verschiedenen Ämter müssen mit ihren Anliegen und Interessen gehört und „abgeholt“ werden. „Es wäre vielleicht auch da zu gucken, um die mitnehmen zu können, dass man einfach sagt: Wo haben sie denn ihre Ansätze? Wo haben sie per Gesetz ihre Schnittstellen, und was machen sie eigentlich? Und nicht immer zu kommen, wir von Gesundheit sind jetzt da, wir haben eine tolle Idee. Und wo seht ihr euch da? Macht da mal mit! Sondern eher zu gucken, was eigentlich schon getan wird, und dann zu versuchen, das entsprechend auch einzugliedern.“

Die Sensibilisierung und Information der adressierten Akteure können dazu beitragen, diese für die Sache zu gewinnen. Hier sei ein frühzeitiges Agieren wichtig: „Wir gehen mehrstufig vor. Mehrstufig heißt: Wir beginnen mit informellen Gesprächen. Das ist die Stufe eins. Wir informieren in persönlichen Gesprächen. Die nächste Stufe wird dann sein, dass wir eine Struktur angeboten haben, die auch so jetzt von allen weitestgehend angenommen wurde.“

In diesem Zusammenhang sei es wichtig, thematische Klammern zu finden, die eine ressortübergreifende Arbeit befördern. Sich dabei an Lebensphasen anzulehnen, sei gerade für die Entwicklung und Umsetzung von integrierten Strategien kommunaler Gesundheitsförderung nützlich. Dies betonen viele der Interviewten: „Dann haben wir eine Strukturfolie aufgebaut. (...) Die sieht vor, dass wir sozusagen die Zusammenarbeit der Verwaltung und ihrer Partner entlang der Lebenslagen der Bevölkerung aufbauen, also der Lebensphasen.“ „Die Lenkungsgruppen sind jetzt nach Lebensphasen aufgeteilt. Wir haben eine Lenkungsgruppe ‚Frühe Hilfen‘ – da sitzt jetzt z.B. auch der kinder- und jugendärztliche Dienst drin, da sitzen Vertreter von Kindertagesstätten drin, Grundschule, Beratungsstellen usw. Und dann haben wir eine Lenkungsgruppe ‚Schule‘ und eine ‚Übergang Schule/Beruf‘. Das sind die drei Schwerpunkte, die wir haben, um die wir uns auch in der Kinder- und Jugendhilfe kümmern.“

Steuerungs- und Arbeitsgruppen als geeignete Strukturen der Zusammenarbeit

Hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung der ressortübergreifenden Zusammenarbeit haben die Befragten recht einheitlich die Erfahrung gemacht, dass sich hierfür vor allem Steuerungsgruppen eignen. Wichtig für den Aufbau und die Arbeit in diesen Steuerungsgruppen sei die Einbindung von Personen mit Entscheidungskompetenzen. „Wir sind da vor allen Dingen auf die Amtsleiterebene gegangen, weil wir gerne Personen im Begleitbeirat drin haben wollten, in diesem Steuerungsgremium, die auch wirklich eine Handlungsmacht haben. Es nützt ja nichts, wenn nur – in Führungsstrichen – der Sachbearbeiter da ist, dem aber eigentlich die Hände gebunden sind.“

Die Steuerungsgruppen könnten sowohl feste als auch ergänzend flexibel wechselnde Mitglieder haben. Sie erhielten besonderes Gewicht, wenn an ihnen die Stadtspitze (z.B. [Ober-]Bürgermeister) mitwirke; dies stärke die strategisch-übergreifende Ausrichtung. „Die Strategieguppe ist eine übergreifende Gruppe von Stadt und Landkreis. Da sitzen die zweite Bürgermeisterin und die stellvertretende Landrätin mit drin. (...) Wir als Geschäftsstelle bereiten sehr, sehr viel vor, aber die Entscheidungen zum Beispiel zum weiteren Vorgehen, wie gestalten wir die gemeinsa-

me Strategie, oder damals vor einem Jahr, wie gestalten wir die Arbeitsgruppen, machen wir zielgruppenspezifische Themengruppen usw., solche Entscheidungen werden eben in der Strategiegruppe gemeinsam beschlossen.“

Die Unterstützung der Stadtspitze ebnet auch den Weg für die Verständigung auf ein übergreifendes strategisches Vorgehen – eine Ausgangslage, die bislang noch nicht in vielen Kommunen nachhaltig ausgeprägt ist: „Der große Schritt ist aus meiner Sicht, dass die Stadtspitze – bei uns sind das der Oberbürgermeister und die verschiedenen Dezernenten – sich auf die Entwicklung und Umsetzung einer integrierten Strategie zur kommunalen Gesundheitsförderung verständigt und die auch unterstützt. Und bei uns ist das dadurch möglich, dass sich die Stadt darauf verständigt hat, ihr Verwaltungshandeln an strategischen Zielen auszurichten. Wir haben das Zielsystem eingeführt, diese strategischen Ziele, die heruntergebrochen sind auf Managementziele der Fachbereiche, diese Fachbereiche haben ihr Management wieder den einzelnen Abteilungen zugeordnet, und das ganze haben wir noch verknüpft mit dem Haushalt. Damit haben wir jetzt ein strategisches Instrument, das als Vorgabe dienen kann für operatives Handeln.“

Neben der Steuerungsebene brauche es aber auch geeignete Formen der ämterübergreifenden Zusammenarbeit auf Arbeitsebene. Beide Ebenen müssten sich sinnvoll ergänzen und daher auch für die Arbeitsebene geeignete Strukturen und Formate gefunden werden: „Wir haben hier in der Stadt gute Erfahrungen gemacht mit ämterübergreifenden Arbeitsgruppen. Die können vom Oberbürgermeister verfügt werden. Die, die bei mir im Dezernat sind, kann ich selber verfügen. Die kriegen dann für einen bestimmten Teil einen Auftrag. Aber wir haben auch ständige Arbeitsgruppen, zum Beispiel, als jetzt die Flüchtlingsfragen waren, ämterübergreifend, thematisch bezogen. Das kann man auch für den Bereich der Gesundheitsförderung.“

Unabhängig von der Unterscheidung zwischen Steuerungs- oder Arbeitsgruppe wird von den Befragten wiederholt ausgeführt, dass der Transfer von Ergebnissen ein Problem darstellt und nicht immer gelingt: „Was wir jetzt haben, so eine behördenübergreifende Arbeitsgruppe, um die anderen Behörden verstärkt einzubeziehen. (...) Aber was da läuft, wird vielfach gar nicht weiter getragen. Das ist ein Problem.“

Gemeinsam verantworteter „Finanztopf“ als Anreiz für ressortübergreifende Zusammenarbeit

In den Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern von Kommunen, die einen reichen Erfahrungsschatz haben, wird dringend empfohlen, nach Anreizen zu suchen, die eine ressortübergreifende Zusammenarbeit „unabdingbar“ machen. In diesem Zusammenhang wird ein dezernats- und ämterübergreifend verantworteter „Finanztopf“ (Stadtteilbudget, Sozialraumbudget), in dem Mittel aller beteiligten Verwaltungsressorts gebündelt werden, von mehreren Gesprächspartnerinnen und -partnern als besonders geeignet beurteilt – wenngleich es dies bislang in der Praxis eher selten gibt. „Ich glaube, dass Zusammenarbeit am besten funktioniert, wenn man gemeinsame Verantwortung für die Finanztöpfe hat. (...) In so was Energie reinzustecken, würde ich interessanter finden als nach dem Motto zu verfahren: Na gut, wir moderieren vielleicht noch, liefern Schnittchen, um da Anreize zu setzen. Das greift auf Dauer zu kurz.“ Ein solches gemeinsam finanziertes und stadtteil-/sozialraum-orientiertes

Budget würde ein „natürliches Erfordernis“ zur Kooperation begründen. „Zusammenarbeit muss sich im Hardwarebereich letztendlich bewähren. Alles andere funktioniert nur dann, wenn zufälligerweise an vielen Stellen sehr freundliche Leute mit der richtigen Haltung zusammenkommen. Das ist aber unter strukturellen Gesichtspunkten nicht wirklich systematisch und prägend. Was wir brauchen, ist eine andere Notwendigkeit, wirklich zusammenzuarbeiten.“ Über die Verwendung der Budgetgelder würde von den beteiligten Ämtern/Dezernaten gemeinsam und orientiert am konkreten Bedarf im Quartier/Stadtteil – möglichst im Konsens – entschieden werden. Mit den Mitteln könnten alle vor Ort notwendigen Maßnahmen, also auch gesundheitsfördernde Vorhaben, finanziert werden. **„Die Zusammenarbeit würde sich auf einen Sozialraum und nicht nur auf so ein partikulares Thema beziehen.“** Dass eine solche gemeinsame Finanzierungsarchitektur funktionieren kann, ohne die gesamte Finanzlogik kommunaler Haushalte auszuhebeln, zeigt das kommunale Handlungsprogramm „Wohnen in Nachbarschaften (WiN)“ der Freien Hansestadt Bremen. WiN existiert seit 1998 und verfolgt die Verbesserung alltäglicher Wohn- und Lebensbedingungen in benachteiligten Quartieren. Im Programm wurden in den ersten Jahren Mittel aus unterschiedlichen Ressorts „vor der Klammer“ gebündelt. Inzwischen werden die Mittel im Haushalt zwar der Bauverwaltung zugeführt; sie gelten aber immer noch als „gemeinsamer Topf“. Über die Verwendung der Mittel entscheiden die beteiligten Ressorts gemeinsam (vgl. BBSR 2017: 30).

3.4 Zusammenwirken von Kommunalpolitik und Kommunalverwaltung

Für die Zusammenarbeit von Kommunalverwaltung und Kommunalpolitik ist es wichtig, dass sich beide Seiten über ihre jeweiligen Rollen und Zuständigkeiten im Klaren sind und ihr Handeln und das Zusammenwirken entsprechend ausrichten.

Erwartung an Kommunalpolitik: Strategische Steuerung und Entwicklung von Zielvorgaben

Der Kommunalpolitik wird von den Befragten mehrheitlich die Aufgabe der strategischen Planung und Steuerung von integrierten Strategien kommunaler Gesundheitsförderung zugeschrieben. Ihre Aufgabe sei die Entwicklung von übergreifenden Zielvorgaben. Die beiden folgenden Aussagen von Kommunalpolitikerinnen spiegeln dies wider: „Für mich als Politikerin habe ich ein Stück weit auch definiert, wo mein Ansatz ist, nämlich der, zu sagen, wir entwickeln unsere Stadt zu einer gesunden Stadt. Das ist das politische Credo, und dem ordne ich dann auch Teilprozesse unter in der politischen Kommunikation oder in der Öffentlichkeit. Das hat sich als sehr hilfreich erwiesen, weil ich dann von dem „Klein-Klein“-Einzelprojekt weg komme und dem Bürger, der Politik immer wieder nur zurückspeigeln kann, alles dient einer einzigen Zielsetzung, und die ist dann, unsere Kommune als gesunde Stadt lebenswert und attraktiv zu machen.“ „Man muss wissen, wo man hin will. Wenn ich gesunde Kinder haben will, dann muss ich das als Ziel auch propagieren. Und das muss auch politisch abgesegnet werden.“

Zudem bestand in den Gesprächen überwiegend Konsens darüber, dass eine kommunalpolitisch vorausschauende strategische Ausrichtung notwendig und ein wichtiger Gelingensfaktor für integrierte Strategien kommunaler

Gesundheitsförderung ist. Gleichzeitig wird aber darauf hingewiesen, dass eine solche politisch getragene strategische Ausrichtung bislang in den Kommunen eher die Ausnahme darstellt. Der Aufbau einer integrierten Strategie kommunaler Gesundheitsförderung hänge noch zu häufig von einzelnen engagierten Politikerinnen und Politikern ab, die auch als „Kämpfer“ für das Themenfeld bezeichnet werden: „Es hängt an engagierten Personen, an Kämpfern ...“. Ähnlich fasst es ein weiterer Gesprächspartner zusammen: „Diesen Weitblick, dieses Engagement vermissen wir in vielem. Insofern freuen wir uns immer, dass wir zumindest einige Personen von Stadträten hier wirklich auch als Kämpfer für dieses Thema Gesundheit, Gesundheitsförderung in einem sehr weiten Sinne mit drin haben.“ Auch eine weitere Befragte benutzt den Begriff des Kämpfers: „Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung sind dort ein sehr starker Lernprozess, weil auch die einzelnen Fraktionen sehr häufig individuelle Kämpfer und nicht so sehr eine verschworene, strategisch denkende Mannschaft sind.“ Neben dem Begriff der Kämpfer findet sich auch der des Wächters für das Themenfeld: „Das ist so eine Wächterfunktion, die man dann als Dezernentin auch hat.“

Faktische Rolle der Kommunalpolitik bei der strategischen Steuerung eher schwach

Obwohl Einigkeit unter den Befragten besteht, dass Gesundheitspolitik ein relevanter Aufgabenbereich der Kommunalpolitik ist, wird die faktische Rolle der Kommunalpolitik bei der Steuerung mehrheitlich als eher schwach eingeschätzt. Immer wieder wird betont: Kommunalpolitik muss im Themenfeld und der Aufgabe stärker präsent sein: „Aber die Kommunalpolitik muss im überwiegenden Fall aus meiner Beobachtung heraus erst noch gewonnen werden. (...) Das Ganze ist immer noch sehr stark zufallsbedingt.“

Begründet wird diese schwache Rolle und eher geringe kommunalpolitische Präsenz u.a. mit dem – im Vergleich mit anderen kommunalpolitischen Themen – eher geringen Stellenwert des Themenfeldes Gesundheitsförderung: „Wenn ich die ehrenamtlichen Politiker, also den Gemeinderat oder die Bezirksbeiräte in den Blick nehme, dann sage ich schon sehr offen, Gesundheit war ein Thema, was sehr einzelfallspezifisch eine Rolle gespielt hat. Es gab drängendere Themen, die Bildung, der Ausbau der Kinderbetreuung u.Ä.“ Gesundheitsförderung, so das Plädoyer, müsse stärker im Denken verankert werden: „Die Kommunalpolitik hat bislang keine besonders große Rolle – das Thema ist nicht wirklich in den Köpfen angekommen.“ Dies wird u.a. auch mit dem thematischen Zugschnitt der Ausschussstrukturen in Zusammenhang gebracht. Diese Strukturen seien mitverantwortlich, dass das Thema Gesundheit „hinten rüber fällt“: „Ich glaube, Gesundheit und Gesundheitsförderung hat bisher keine besonders große Rolle, das hat etwas mit unseren Ausschussstrukturen zu tun. Wir haben das Thema im Jugendhilfeausschuss gehabt, da hatte ich allerdings den Eindruck, dass das Thema nicht wirklich in den Köpfen der Jugendhilfeausschussmitglieder angekommen ist. Das war ihnen nicht konkret genug. (...) Dann haben wir noch einen Ausschuss für Sport, Inklusion und Soziales, wo eigentlich auch der Gesundheitsbereich mit zu gehören müsste, aber schon dadurch, dass es nicht drinsteht, fällt es herunter, auch zum Leidwesen unseres Gesundheitsamtes, aber da stehen andere Themen wie Flüchtlinge, Integration, Obdachlosigkeit mehr im Vordergrund. Alles hat mit dem Thema Gesundheit zu tun, aber es ist nie ein ausdrückliches Thema.“

Gesundheit explizit zum Thema zu machen und deutlich herauszuarbeiten, wie relevant dieses mit anderen kommunalen Themen wie Schule, Bildung, Jugend verwoben ist, wird als Aufgabe eines Sensibilitäts- und Kompetenztrainings für Kommunalpolitikerinnen und -politiker gesehen. „Also hier fehlt es einfach an Know-how. Ich glaube, es wäre wesentlich einfacher, wenn wir hier zu einem Wissenszuwachs auf dieser politischen Ebene kommen würden.“

Mitwirkung von Kommunalpolitik in operativen Steuerungsgruppen?

Auch wenn von der Kommunalpolitik erwartet wird, dass sie strategisch steuert und Zielvorgaben entwickelt, gibt es durchaus unterschiedliche Meinungen dazu, ob sich Kommunalpolitik in die laufende operative Steuerungsarbeit und die damit verbundenen Strukturen wie Steuerungsgruppen einbringen soll. Ein Großteil der Befragten ist der Meinung, dass politische Vertreterinnen und Vertreter nicht aktiv an Steuerungsgruppen mitwirken sollten. Nicht zuletzt bestünde die Gefahr, dass Steuerungsgruppen durch politische Auseinandersetzungen und legislaturbedingte Personalwechsel gestört würden. „Ich würde die Politik nicht mit in die Steuerungsgruppe einbeziehen. Grundsätzlich nicht, weil es dann schnell auch einen anderen Charakter annimmt.“ Und ein anderer Gesprächspartner führt aus: „Weil das dann schnell den Charakter einer politischen Veranstaltung bekommt oder auch eines politischen Vorhabens aus einer bestimmten Richtung. (...) Und wenn dann die kommunale Regierung wechselt, ist das tot.“ Es sei aber wichtig, dass Kommunalpolitik immer umfassend informiert sei: „Ich würde Politik immer informieren und auch versuchen, Politik für diesen Gedanken zu gewinnen – und das ist einfach auch wichtig, weil man ansonsten immer wieder von vorne anfangen muss, um Sinn und Zweck des Vorhabens zu erläutern.“ Eine tragende Rolle in der laufenden Steuerungsarbeit solle sie hingegen nicht einnehmen: „Politiker gewinnen, Politiker immer wieder auch darauf ansprechen und über unterschiedliche Schritte informieren, sie als Teilnehmende zu Fachkonferenzen, Auftaktveranstaltungen und unterschiedlichen Veranstaltungen einladen, jedoch ohne ihnen eine tragende Rolle zu geben.“ Anderslautende Stimmen, die die Kommunalpolitik in Steuerungsgruppen vertreten wissen wollen, argumentieren damit, dass dies zu einem schnelleren und effektiveren Entwicklungsprozess beitrage. Die Rolle der politischen Führung dürfe sich nicht auf das „Informieren-Lassen“ beschränken.

Zusammenarbeit zwischen Verwaltung und Kommunalpolitik ausbaufähig

Eine gute Zusammenarbeit zwischen Kommunalverwaltung und Kommunalpolitik kann den Aufbau, die Entwicklung und die Umsetzung von integrierten Strategien kommunaler Gesundheitsförderung deutlich befördern. Im Zusammenspiel, so die Befragten, käme einer fachlich kompetenten Kommunalverwaltung die Aufgabe zu, Vertreterinnen und Vertreter aus den Gemeinderäten mit themenrelevanten Informationen zu versorgen, auf deren Grundlage diese politische Entscheidungen treffen könnten: „Wir sind diejenigen, die die Impulse setzen und zwar sowohl mit Blick auf Träger wie auch für die Politik. Die Politik muss ja immer mitentscheiden. Sie müssen Gelder geben oder auch umsteuern in der Kommune, wie Gelder verteilt werden. Wir versuchen, Zielsetzungen, Handlungsempfeh-

lungen in die Politik hineinzugeben, was die wiederum hernehmen können als Entscheidungsgrundlage für die Vergabe der Gelder in den Haushaltsplanberatungen. So sehe ich unsere Rolle.“

In vielen Gesprächen wird seitens der Akteure aus der Kommunalverwaltung allerdings bedauernd festgestellt, dass die Zusammenarbeit zwischen Verwaltung und Kommunalpolitik nicht optimal verlaufe. „Die Zusammenarbeit läuft nicht schlecht, aber dass es optimal laufen würde, diese Zusammenarbeit zwischen Politik und Verwaltung, würde ich so nicht sagen.“ In mehreren Aussagen wird deutlich, dass sich die Kommunalverwaltung einen anderen Umgang mit der Kommunalpolitik wünscht. „Ich würde mir mehr Austausch mit der Kommunalpolitik wünschen.“ Politik müsse z.B. mehr Sensibilität für die Mühen der Umsetzungsebene aufbringen: „Die Politik reagiert ganz leicht so, dass sie sagen, jetzt machen Sie mal ein schönes Programm. Dann setzen wir das überall an den Kitas um und dann läuft das alles. Also, so typisches Denken, jetzt machen wir mal ein Programm, und dann läuft das, das ist ganz weit verbreitet immer noch. Dass man da viel differenziertere Zugänge braucht und Maßnahmen braucht, Initiativen braucht, um das Thema Gesundheit wirklich zu verbessern oder die Gesundheit zu halten in den Stadtteilen, in den Lebenswelten, das verstehen die oft gar nicht.“

Die Rollen, das wird erkannt, sind unterschiedlich: „Die einen wollen arbeiten, die anderen repräsentieren.“ In diesem Spannungsfeld sind einige kommunale Gesundheitsförderer im Taktieren geübt: „Man muss halt immer taktieren und gucken: Komme ich an mein Thema jetzt mehr über die Verwaltung ran oder muss ich jetzt die Politik mit einbinden? Und je nach dem, was gerade so ansteht, muss man halt immer so ein bisschen rumschubsen und gucken, was ist jetzt die beste Methode – über die Politik gehen und muss die Verwaltung beauftragt werden? Oder ist Politik gerade mit was anderem beschäftigt?“

3.5 Vernetzung von Kommunalverwaltung und Akteuren außerhalb der Verwaltung

Die Interviewten sind sich einig, dass es für den Aufbau und die Entwicklung von integrierten Strategien kommunaler Gesundheitsförderung neben der Kooperation innerhalb der Verwaltung komplexe und vielfältige Formen der Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen verwaltungsinternen und -externen Akteuren geben muss: „Ohne die Partner geht's ja nicht. Wenn man die Definition der integrierten kommunalen Strategie nimmt, sind es natürlich die Verwaltungsressorts, aber ich brauche alle Partner, die an Gesundheit mitwirken, an gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen – bis hin zu Wohnungsunternehmen.“

Außenblick als Gewinn

Das Spektrum der verwaltungsexternen Akteure und Akteursgruppen ist breit. Unter den Akteuren außerhalb der Verwaltung gibt es solche, die eher den Professionellen und Multiplikatoren zugerechnet werden (z.B. Krankenkassen, Wohnungsunternehmen, Ärzteschaft), und solche, die eher den Ziel- bzw. Adressatengruppen (z.B. Jugendliche, ältere Menschen einschließlich ihrer Interessensvertretungen) angehören. Wenngleich der Austausch zwischen so heterogenen Akteuren und Akteursgruppen nicht leicht ist, wird er letztlich nicht nur als notwendig angesehen, sondern von den Befragten auch als Gewinn für die kommunale Gesundheitsförderung bewert-

tet: „Für manche ist das sicher schwierig, so zu arbeiten, weil das anstrengend ist. Ich muss mich dann auch auseinandersetzen. Ich muss auch Position beziehen. Ich kann mich nicht hinter meinem Chef verstecken und sagen, der hat aber gesagt, ich soll das machen, sondern es ist ja auch meine Idee, und ich muss das mittragen. Ich finde, dass das auch eine ganz wichtige Erkenntnis ist, womit man auch anderen vielleicht Mut machen kann, es so zu machen, so zu implizieren, weil am Ende kommt auch ganz viel Zufriedenheit raus.“ Vor allem der Außenblick/die Perspektive von außen stellt aus Sicht der befragten Verwaltungsakteure eine Bereicherung für die kommunale Gesundheitsförderung dar: „Das finden wir sehr, sehr spannend. Das kann nur durch diese verschiedenen Blickwinkel kommen. Denn das, was meine Kollegen aus der Verwaltung aus dem Stegreif immer sagen, das gibt es schon, aber wie und was und was da nicht funktioniert und wer da nicht erreicht wird oder was dann die Problemfelder sind, das sieht man ja erst, wenn ein Außenblick dazu kommt. (...) Wir glauben einfach, dass das nur geht durch diese heterogen zusammengesetzte Gruppe und durch diesen Außenblick, professionellen Außenblick und nochmal auch den der Betroffenen.“

Architektur der Netzwerke und Strukturen

Für die Zusammenarbeit in einem so komplexen Akteursgefüge müssen Strukturen und Netzwerke entwickelt und gepflegt werden. „Wenn ich das Nebeneinander von Verwaltung, gemeinnützigem Sektor und bürgerlicher Gesellschaft auflösen will, dann brauche ich Netzwerke. (...) Deshalb sage ich: Vor jedem Konzept oder zu jedem Konzept brauchst du eine passende Struktur. Sonst gewinnst du die Sonne nicht.“ Aktive und in Gesundheitsförderung erfahrene Kommunen haben entsprechend komplexe Netzwerkstrukturen entwickelt und etabliert – sie sind räumlich ausgerichtet (z.B. in Form von Stadtteilkonferenzen), strategisch-inhaltlich angelegt (insbesondere durch Gesundheitskonferenzen und themenspezifische Arbeitskreise) oder projektbezogen konzipiert. Um der Unübersichtlichkeit und Doppelung von Strukturen und Netzwerken vorzubeugen, heben viele Gesprächspartnerinnen und -partner das Andocken an bzw. die Nutzung von bestehenden Strukturen hervor, welche bei Bedarf anlass- oder themenbezogen weiter zu entwickeln sind: „Unser Bezirk ist ein sehr strukturstarker Bezirk. Wir haben viele Gremien, viele Arbeitsgruppen. Da gilt es eher, die zu identifizieren und dann zu nutzen, nicht unbedingt nochmal sehr viel neu zu schaffen, sondern die Bestehenden eher zu nutzen, zu aktivieren.“

Um zu funktionieren, benötigen die komplexen Netzwerke einen klaren Auftrag. Sie müssten eine Funktion erfüllen und ihre Arbeit entlang von Zielen ausrichten. Allgemein gilt nach Einschätzung mehrerer Gesprächspartnerinnen und -partner: Während quartiersbezogene Netzwerke und Projektgruppen eher umsetzungsorientiert ausgerichtet sind, diskutieren breiter aufgestellte Lenkungsstrukturen eher übergreifende Entwicklungslinien und orientieren sich nicht primär auf die Umsetzung hin. „Der Lenkungsstruktur ist tatsächlich derjenige, der sehr breit zusammengesetzt ist von seiner Vertretung her, da habe ich die verschiedenen Ämter, die das Thema Gesundheit berühren, drin, da habe ich die Ärzteschaft drin, da habe ich die Krankenhäuser oder Kliniken drin, die Selbsthilfe, die Bürgerinnen und Bürger, die sich ehrenamtlich im Thema Gesundheit sehr stark interessieren drin, und natürlich den Fachbereich Gesundheit. Dieser Lenkungsstruktur ist zuständig für Themenplanung, Themenorganisation, aber auch für eine Entwicklung über einen Jahresblick hin-

weg, auch da wieder die mittel- und langfristige Perspektive ‚wo wollen wir eigentlich hin?‘.“

In Kommunen, die entsprechend komplexe und miteinander verzahnte Strukturen ausgebildet haben, entsteht eine Architektur der Netzwerke; d.h., die unterschiedlichen Formate und Strukturen werden aufeinander abgestimmt eingesetzt und sind konzeptionell miteinander verzahnt. Für die Entwicklung aufeinander aufbauender Bausteine der Zusammenarbeit eignen sich die Orientierung an Lebensphasen, so eine Vielzahl der Befragten. Diese spreche nicht nur viele Menschen an und eröffne Raum für breite Beteiligung, sondern biete auch die Chance, Schnittstellen bzw. Übergänge zwischen den Lebensphasen zu betrachten: „Wir haben fünf Arbeitsgruppen entlang der Lebensspanne. Das heißt, wir haben eine Arbeitsgruppe Kinder und Jugend. Dann haben wir eine Übergangsguppe Jugend zum Erwachsenenalter, also diesen Übergang Schule/Beruf. Dann haben wir eine Arbeitsgruppe Erwachsene mittleren Alters. Dann haben wir wieder so eine Übergangsguppe: Erwachsene im Übergang zur Rente, Ruhestand, und dann eine Seniorenarbeitsgruppe. (...) Aber durch diese Lebensphasenbetrachtung können wir viel mehr in Schnittstellen und Strukturproblematiken reingehen.“ Die Orientierung an Lebensphasen verfolge darüber hinaus einen sehr viel breiteren/umfassenderen Ansatz als die Ausrichtung auf Zielgruppen: „Mit den Netzwerken und diesen unterschiedlichen Perioden des Lebens sind praktisch Bereiche wie Gesundheit, Soziales oder auch Stadterneuerung gezwungen gewesen, sich dann wirklich übers ganze Leben eines Menschen, vom Kind oder Ungeborenen bis zum Senior, zu beschäftigen (...). Bis dahin war es ja immer nur eine Zielgruppe.“

Als besonders geeignetes Instrument für den strukturell unterlegten und politisch akzeptierten Austausch zwischen verwaltungsinternen und verwaltungsexternen Gruppen und Akteuren benennen viele Gesprächspartnerinnen und -partner kommunale Gesundheitskonferenzen: „Ich plädiere für Konferenzen, und diese Konferenzen sollten ein bestimmtes Thema haben. Am Anfang geht es natürlich immer um den Auftakt und warum man das macht. Es geht darum, die Meinungen der Teilnehmenden einzuholen und mit welchen Bereichen man mit der Arbeit beginnen könnte, nach Stärken und Schwächen zu fragen und dann auch die Bereiche, in denen man beginnen könnte, zu priorisieren, um dann mit verschiedenen Arbeitsgruppen zu starten.“ Gesundheitskonferenzen würden einen guten Rahmen für breite Beteiligungsprozesse bieten: „Bei dem Gesundheitsforum, das mache ich ja einmal im Jahr, sind wirklich alle da.“ Und die Gesundheitskonferenzen beförderten Strukturentwicklung: „Aus dieser Gesundheitskonferenz entstanden dann die Arbeitsgruppen, die dann aber auch noch mit weiteren Partnern ergänzt worden sind. Und diese Gesundheitskonferenz ist natürlich eine gute Vernetzungsgeschichte.“ Darüber hinaus seien Gesundheitskonferenzen ein gutes Instrument zur Beteiligung und Information der Kommunalpolitik (vgl. Kapitel 3.4): „Aber durch unsere Gesundheitskonferenzen haben wir es geschafft, auch einen sorgfältigeren Blick der Politik auf das Thema Gesundheit mit zu initiieren, und durch die Einbindung der Gesundheitspolitiker in diese Konferenzen.“

Einig sind sich die Befragten auch darin, dass Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Partnern und die Pflege von Netzwerken Steuerung und Koordination benötigen – eine Stelle, die zusammenhält und bindet: „Ohne eine solche Stelle würde nichts passieren. Die Arbeitskreise laufen ohne Betreuung nicht. Das wird nicht funktionieren. Es braucht jemanden, der sich darum kümmert und die praktisch einlädt und Protokolle schreibt.“ Allerdings sei sicherzustellen, dass diese Person bzw. Stelle auch

Entscheidungsspielräume hat oder den Zugang zu diesen eröffnen kann. Andernfalls stellten sich Probleme: „Dann scheitert das Ganze daran, dass diese koordinierende Person keine Entscheidungsmacht im eigentlichen Sinne hat.“

Quartiersbezug fördert Netzwerkbildung und Umsetzungsorientierung

Einig sind sich die Befragten, dass die Quartiersebene für die Netzwerkbildung und -pflege von elementarer Bedeutung ist. „Und dann gibt's zusätzlich noch auf Stadtteilebene Quartiersmanagement, Schulen, Kitas vor Ort. Da sind auch nochmal weitere Beteiligte mit dabei, die dann aber in quartiersbezogenen Gesundheitsnetzwerken organisiert sind.“ Mit dieser räumlichen Ebene werde vor allem ein Umsetzungsbezug für kommunale Gesundheitsförderung hergestellt: „Wir sehen schon, dass dann in der Umsetzung natürlich die räumliche Ebene eine bedeutende Rolle spielen wird, dass wir da sicherlich ganz viele Sachen quartiersbezogen oder im Landkreis gemeindebezogen machen und nicht irgendwie alles flächendeckend anbieten können. Der räumliche Bezug wird jetzt in der Umsetzung sehr, sehr wichtig.“ Darüber hinaus sichere der Zugang über die Quartiersebene den unmittelbaren Kontakt zu den Menschen bzw. Zielgruppen: „Das heißt eben auch, dass man vor Ort ist, dass man die Leute wirklich in ihren Strukturen, in ihrer Lebenswelt, in ihrem Quartier aufsucht und mit denen spricht und dann gemeinsam guckt.“

Das Städtebauförderungsprogramm Soziale Stadt gilt als ein besonders gutes „Vehikel“ zur Erschließung und Nutzung der Quartiersebene: „Die Soziale-Stadt-Struktur ist ganz wesentlich, gerade weil sie ja, wenn es um Chancengleichheit geht, in den Quartieren ist, wo sozusagen für nicht alle gleiche Chancen da sind. Sondern sie sollen ja die Chancengleichheit auch herstellen und sind ja für die Verbesserung der Infrastruktur da. Damit haben sie einerseits Strukturen vor Ort, die auch über die Quartiersmanagementgebiete geschaffen wurden. Die haben die Partner und Akteure vor Ort identifiziert. Und sie haben natürlich auch Ressourcen für die Gestaltung von Angeboten.“

Zusammenarbeit muss für Beteiligte von Nutzen sein

Will die Kommunalverwaltung verwaltungsexterne Partner für die kommunale Gesundheitsförderung gewinnen, sei es wichtig, den potentiellen und involvierten Partnern den Nutzen aus der Zusammenarbeit aufzuzeigen. Dies betonen viele Befragte: „Es muss auch vorher klar sein, was der davon hat, dass der sich da hinsetzt. All diese Kriterien, die eine gute Zusammenarbeit garantieren, werden häufig in diesem Zusammenspiel zu wenig beachtet. Und das führt dann dazu, dass das sehr schnell in ein Kaffeekränzchen oder in irgendwelche Sonntagsreden abdriftet und nur sehr wenig zielorientiert ist.“ „Und das Schwierigste ist natürlich, solchen unterschiedlichen Leuten von Kliniken, Krankenkassen etc. einen Sinn und Zweck zu vermitteln. Was hast du davon, wenn du da jetzt hinkommst? Also die Nutzenargumentation finde ich hier sehr wichtig. Und die Rollen sind nicht geklärt. Und auch welche Kompetenz und Zuständigkeit dieses Netzwerk hat. Dann wird das ein sehr beliebiges Treffen.“ „Das ist egal, ob das Verwaltungsinterne oder Externe sind. Sie brauchen natürlich irgendwie einen Gewinn. Sie müssen einen Gewinn haben von unserer Zusammenarbeit – sei es ein finanziel-

ler Gewinn, dass man Projekte mit fördert, sei es ein informeller Gewinn, dass man das Gefühl hat, sie haben was gelernt oder sie haben was Neues mitgenommen. Es ist ein Gewinn, Personen zu kennen, die einem wichtig sind, oder auch mal Zugänge zu kriegen. Manche kommen auch gerne in unsere Sitzungen, weil sie da dann den Bürgermeister sehen. (...) Wo haben sie sonst die Gelegenheit, informell den Bürgermeister zu sprechen?“

Netzwerkarbeit stellt Verwaltungshandeln „auf den Kopf“

Netzwerkarbeit ist für Verwaltungsakteure auch deshalb so schwierig, weil diese Art zu arbeiten das klassische Verwaltungshandeln quasi „auf den Kopf stellt“. Verwaltung muss sich darauf einstellen, dass es nicht ausreicht zu verwalten, sondern sie muss Spiel- und Handlungsräume eröffnen und Beteiligung ermöglichen. „Mit dieser Arbeitsweise, Netzwerke, Kooperationen zu machen, wird diese ganz klassische Arbeitsweise in der Verwaltung ein Stückchen in die Ecke gestellt und modern und wird auch teilweise basisdemokratisch gearbeitet.“

Transparenz scheint dabei ein Schlüsselfaktor für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen verwaltungsinternen und -externen Akteuren zu sein. Die Funktion und die Handlungs- und Entscheidungsspielräume eines Netzwerkes sind offenzulegen und allen Beteiligten klar zu kommunizieren. Dies ist nicht immer der Fall: „Mehr Verbindlichkeit, mehr Entscheidungsmacht. Die Funktion muss bedeutender und klarer sein.“ Für die Verwaltung sind diese Haltung und Herangehensweise nicht selbstverständlich und auch nicht einfach – sie sind voraussetzungsvoll, wie es einige Befragte formulieren: „Dafür braucht man natürlich auch Kompetenzen, um so etwas durchzuführen. Es gibt auch Beispiele, wo das Ganze nur verwaltet wird. Dann ist der Geist tot.“

Eine solche Anforderung löst innerhalb der Verwaltung auch Ängste aus: Verwaltung befürchtet, dass ihr das Ruder aus der Hand genommen wird. Viele befragte Verwaltungsakteure betonen daher – wenig überraschend – die Reichweite und Grenzen von Netzwerkarbeit und Beteiligung sowie die Relevanz von Spielregeln für die Zusammenarbeit und Beteiligung: „Man darf allerdings nicht von vornherein vermitteln, dass alles das, was dort gewünscht oder auch erarbeitet wird, eins zu eins umgesetzt werden kann. Das ist ganz wichtig, das von vornherein zu kommunizieren, dass die Steuerungsgruppe entscheidet, was möglich ist, und das aber auch entsprechend begründet. Genauso, finde ich, sollte es auch laufen zwischen der Quartiers- und Projektebene.“

4. Partizipation: Herausforderung für die Verwaltung

Partizipation, das ist unstrittig, gilt als integraler Bestandteil kommunaler Gesundheitsförderung. Partizipation stellt Kommunalverwaltung allerdings vor umfangreiche Herausforderungen, denn Partizipation lässt sich nicht einfach steuern. Auch werden auf der Umsetzungsebene Defizite ausgemacht. Vor allem die soziale Selektivität der Beteiligung wird als Problem wahrgenommen, was die Kommunen veranlasst, besondere Sorgfalt darauf zu verwenden, die stilleren Gruppen gezielt anzusprechen und zu stärken.

Dabei nimmt die Quartiersebene einen besonderen Stellenwert ein, denn die Bewohnerschaft verfügt über eine lokale Expertise, die der Verwaltung allein nicht zugänglich ist. Diese gilt als Fundament für die Entwicklung bedarfsgerechter Maßnahmen.

4.1 Relevanz von Partizipation

Kernelement integrierter Strategien kommunaler Gesundheitsförderung

In den Interviews wurden die Gesprächspartnerinnen und -partner danach gefragt, welchen Stellenwert sie der Partizipation bei der Entwicklung und Umsetzung von integrierten Strategien kommunaler Gesundheitsförderung beimessen. Einig sind sich die Interviewten darin, dass Partizipation hierbei ein Kernelement ist. Es reiche aber nicht aus, dass Partizipation im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung in aller Munde ist. „Bei diesen Begriffen muss man immer vorsichtig sein – Kooperation, integrierte Strategie und Partizipation sind schneller ausgesprochen als gelebt.“ Wenngleich der Begriff vertraut sei, werde die Umsetzung eines entsprechenden strategischen Vorgehens nicht immer partizipativ gestaltet: „Ich mache überall die Erfahrung, auf Tagungen, auf Fortbildungen, dass man meistens nur bis zur Theorie kommt. Alle sagen: Partizipation. (...) Aber was das heißt, in der Umsetzung, mit welchen Methoden das funktioniert, wie man da vorgehen soll, wie man das macht, das fehlt.“

Defizite auf der Umsetzungsebene

Die in den Gesprächen aufgeführten Defizite und Mängel in der Umsetzungspraxis betreffen konkrete Handlungsansätze wie Teilnehmungsformate, aber auch eher weiche Faktoren wie Haltungen und Einstellungen der Akteure. Wiederholt wird in Gesprächen darauf verwiesen, dass Entscheidungsträger in der Verwaltung Beteiligungsprozesse nicht immer ausreichend anerkennen. Im Gegenteil: Die erforderliche Zeit für Beteiligungsprozesse werde oft als Verzögerung und damit als Hindernis bei der Umsetzung von Planungen wahrgenommen: „Das ist alles schwierig, nicht wegen der Zielgruppe oder den Adressaten, sondern wegen den anderen Akteuren, den Verwaltungen der Kommunen. Bis die das verstanden haben, warum wir nicht sofort loslegen, sondern erstmal mit den Leuten reden wollen und warum das Projekt eigentlich erst in einem Jahr stattfindet, hat gedauert. Das braucht eine gewisse Zeit in diesen Verwaltungsstrukturen.“

Das richtige Maß finden

Danach gefragt, weshalb der Stellenwert von Partizipation für integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung gleichwohl von der Kommunalverwaltung grundsätzlich als hoch eingeschätzt werde, führen die meisten Gesprächspartnerinnen und -partner übereinstimmend folgende Begründung an: Gesundheitsförderung könne durch Beteiligung qualifiziert werden, denn die Beteiligten verfügten über nützliches (lokales) Wissen – die Verwaltung generiere sich hierdurch einen Wissenszuwachs/Mehrwert: „Die haben ja häufig viel bessere Ideen als wir.“ „Wir sehen das als Nebenfachexpertise an, einen Blick, den Professionelle einfach nicht haben können, weil wir einfach nicht diese Lebenslage haben.“

Allerdings gebe es für Prozesse der Bürgerbeteiligung, so die in den Gesprächen mehrfach geäußerte Ansicht, „keine klaren Spielregeln“. Dies habe immer wieder zur Folge, dass Ergebnisse erarbeitet und Wünsche sowie Bedarfe formuliert würden, deren Umsetzung nicht gewährleistet sei – in der Regel, weil die Wünsche den Rahmen des Umsetzbaren sprengten und damit unrealistisch seien. Deshalb dürfe Partizipation nicht überall und immer Raum gegeben werden, sondern es müsse das richtige Maß gefunden werden: „Ein wichtiger, förderlicher Punkt für die Entwicklung einer integrierten Strategie ist wirklich dieser Bereich der Partizipation. Die zu gewährleisten heißt für mich, von Anfang an darauf hin zu denken: Wie partizipativ wollen wir den Prozess gestalten? (...) Man kann nicht immer auf der höchsten Stufe der Partizipation ansetzen bei dem, was man vorhat. Man muss sehr genau hinschauen: Wo und in welchem Maß ist Partizipation sinnvoll?“ Damit ist Partizipation nach Auffassung der meisten Gesprächspartnerinnen und -partner ein Prozess, der sich nicht gänzlich frei entfalten darf, sondern der nach Vorgaben zu erfolgen hat. Partizipation, so die nahezu einhellige Meinung, müsse sich innerhalb eines (von der Verwaltung) vorgegebenen Rahmens und unter Berücksichtigung und Einhaltung klarer Vorgaben entwickeln. Nur unter diesen Voraussetzungen schätzt ein Großteil der Befragten Partizipation, wie die folgende Aussage verdeutlicht: „Innerhalb eines austarierten, geregelten Systems hat die Partizipation einen äußerst großen Stellenwert.“

Gleichwohl wählt die impulsgebende Verwaltung für die Entwicklung von integrierten Strategien kommunaler Gesundheitsförderung oftmals Beteiligungsformate, die den Beteiligten einen möglichst großen Spielraum der Entfaltung, Interessenartikulation, des Austauschs und der Kommunikation eröffnen, wie Bürgerforen, Gesundheitsdialoge und Quartierskonferenzen. Die Bürgerinnen und Bürger selbst, nicht nur Multiplikatoren und Interessenvertreter, sollten möglichst angesprochen und beteiligt werden – das wird von einigen Gesprächspartnerinnen und -partnern unter „Bottom-up-Prozessen“ verstanden. Besonders förderlich hierfür sei die Umsetzung von Städtebauförderungsprogrammen, insbesondere des Programms „Soziale Stadt“: „Es gibt schon die Möglichkeit, auch bottom-up was zu machen. Dazu ist aber wichtig, dass man das Thema Partizipation ernst nimmt. Da helfen uns die Managementprozesse, die über Soziale Stadt laufen.“

4.2 Rolle der Verwaltung in partizipativen Prozessen

Verwaltung hält die Zügel in der Hand

Partizipation ist – nach Einschätzung der meisten befragten Verwaltungsakteure – ein Prozess, der maßgeblich durch die Verwaltung selbst gestaltet werden sollte: Sie setzt den Rahmen, lädt dazu ein, legt Spielregeln fest und wägt für jeden Prozess ab, wie partizipativ dieser angelegt werden soll. Im Ergebnis müsse ein klar strukturierter Beteiligungsprozess stehen, für den die Verwaltung die Möglichkeiten, aber vor allem auch die Grenzen der Partizipation klar kommuniziert, „weil letztlich nicht der Bürger, sondern die Verwaltung in der Verantwortung steht“, wie es ein Gesprächspartner ausdrückt. Die Verwaltung müsse – vor allem mit Blick auf die Koordination von Beteiligung – die „Zügel in der Hand behalten“ bzw. „den Hut aufhaben“. „Ich muss auch gar nicht alles selber machen, aber den Hut muss ich aufbehalten. Es geht nicht anders, weil, legitimiert ist es am Ende des Tages durchs Stadtparlament, auch wenn das mühsam ist. Es wäre anders manchmal viel einfacher, aber da bin ich fest von über-

zeugt, dass das nötig ist.“ Bürgerinnen und Bürger könnten nicht alles, was sie wollen, durchsetzen und hätten anzuerkennen, dass sie zwar mitreden können, aber nicht entscheiden dürfen.

Partizipation lässt sich nicht (einfach) steuern

Eher vereinzelt werden in den Gesprächen Aussagen getroffen, die mit Blick auf die Reichweite von Partizipation auf ein Umdenken der Verwaltung hindeuten. Die eigene, steuernde und rahmensetzende Rolle wird vor diesem Hintergrund mitunter kritisch reflektiert: „Und da muss man dann das von unten laufen lassen, das heißt loslassen. Auf Dauer, da bin ich überzeugt, würde „top-down“ nie funktionieren.“ Folgt man diesen Stimmen, die zu den Befürwortern der rahmensetzenden Rolle der Verwaltung für Partizipation zumindest teilweise in Widerspruch stehen, ist das partizipative Vorgehen mit kleinteiliger Arbeit verbunden und erfordert, wie es eine Gesprächspartnerin etwas vieldeutig formuliert, „eine andere Art der Koordination“. Während für die Entwicklung integrierter Strategien kommunaler Gesundheitsförderung die steuernde Rolle der Verwaltung klar benannt wurde (vgl. hierzu Kapitel 3.1), formulieren einige Gesprächspartnerinnen und -partner Zweifel, ob Verwaltung partizipative Prozesse überhaupt steuern kann: „Das können Sie ja auch kommunal gar nicht so steuern. Das geht ja überhaupt nicht. Wie soll das einer machen, den ganzen Wildwuchs“. Wobei dies nicht nur negativ bewertet wird: ... das Schöne ist ja, wenn Leute einfach was machen“. Eine Steuerung von Partizipation, so folgert ein Gesprächspartner, wirke dem partizipativen Prozess sogar entgegen: „Da gibt es Sachen, das macht man einfach und das würde man nicht mehr machen, wenn das von jemandem gesteuert werden würde. Da müsste ich mich ja noch mit jemandem auseinandersetzen und diskutieren, wie ich was tue.“

In diesem Zusammenhang gibt es zwar eher einzelne, gleichwohl mehrere Stimmen, die das klassische Verwaltungshandeln etwas „auf den Kopf stellen“ und meinen, dass es weniger darum gehe, etwas vorzugeben als etwas zu ermöglichen: „Wir sehen uns nicht so als jemand, der reinght und etwas vorgibt, sondern wir sehen erst einmal, was kommt aus dem Sozialraum, aus dem Stadtteil, was sind dort für Ideen, was gibt es für Vorstellungen. Wir sehen uns eher als Ermöglicher.“ „Also, das heißt auch Loslassen und nicht alles kontrollieren wollen.“

Letztlich stehen sich – möglicherweise unvereinbare, in jedem Fall konträre – Aufgaben und Rollen der Verwaltung gegenüber: Die Verwaltung sieht sich vor die Herausforderung gestellt, einerseits Bürgerengagement zu stimulieren und einzubinden und andererseits einen klar strukturierten Beteiligungsprozess mit deutlichen Grenzen und einem vorgegebenen Rahmen zu entwickeln – und im besten Fall beides zusammenzubringen. Dies stellt sich als Herausforderung dar: „Solche Prozesse dürfen natürlich nur so laufen, dass man das, was man an Erwartungen weckt, auch erfüllt.“ „Es ist eine Sache, die man mit Fingerspitzengefühl angehen muss.“

Die Schwierigkeiten oder Dilemmata, die sich dabei stellen, sind einigen Befragten durchaus bewusst: „Schnell kann hierbei der Eindruck entstehen, dass die Verwaltung den Bürgern etwas aufdrücken oder ihnen die Prozesse aus der Hand nehmen will.“ „Das hat natürlich auch Grenzen, wenn eben irgendwelche „Wolkenkuckucksheime“ entstehen, das gibt es auch, dass da viele Hoffnungen geweckt werden, die man nicht erfüllen kann, und da muss man rechtzeitig etwas gegensteuern oder einfach sagen, das ist hier kein „Wünsch-Dir-Was“, sondern das muss auch umsetzbar sein. Und das ist so ein wenig die Rolle

der Verwaltung, nicht immer eine dankbare Aufgabe, weil es nicht so ganz einfach ist, das so hinzubekommen, dass man hinterher nicht als Spielverderber gilt.“

Der Verwaltung ist bewusst, dass sie hierbei etwas zu verlieren hat – vor allem das Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger in das Verwaltungshandeln – mit möglicherweise langanhaltenden Wirkungen: „Da kann man schnell was kaputt machen.“

Verwaltung braucht Partner und Mittler

Vor diesem Hintergrund scheint es nur folgerichtig, dass einige Interviewte nach Modellen und Hilfe von außen suchen, die für die eigene Rolle eine Entlastung darstellen und gleichzeitig neue Denkräume und Handlungsmöglichkeiten eröffnen. „Und dann ist es halt gut, wenn man einen Externen hat, der in eine andere Richtung denkt und sich unabhängig von dieser verwalterischen Zwangsjacke sozusagen gedanklich in eine andere Richtung aufmachen kann und überlegen kann, was noch gehen könnte, was viele Verwaltungsleute als unmöglich denken würden oder vielleicht auch als zu mühsam und zu aufwendig ansehen.“ „Es ist gut, wenn man einen Externen hat, der weder Verwaltung noch Zivilgesellschaft eindeutig zuzuordnen ist.“

Als geeignetes Format werden hierfür wiederholt Koordinierungs- oder Vermittlungsstellen benannt. Für diese Stellen sind die Voraussetzungen zu schaffen, was die Verortung und Finanzierung betrifft. Von einigen wenigen Kommunen werden die Krankenkassen hierbei bereits als kooperative Partner für den Strukturaufbau wahrgenommen: „Wir sehen, dass wir über die Krankenkassen Gott sei Dank auch Personal, also jetzt nicht Bestandspersonal, aber Zusatzpersonal, beantragen können, das wir für die vielen Koordinierungsaufgaben brauchen werden. (...) Zum Beispiel, wo wir jetzt schon Gelder beantragen für den Aufbau von Mittlerstrukturen, um quasi diese Brücke zu schlagen zwischen Angebot und Menschen in schwierigen Lebenslagen.“

Verwaltung muss stille Gruppen stärken

Wiederholt wird in den Gesprächen eine weitere Rolle der Verwaltung in partizipativ angelegten Prozessen klar herausgestellt. Die Verwaltung trage die Verantwortung dafür, stille Gruppen im Partizipationsprozessen zu stärken, was einstimmig als besonders große Herausforderung eingeschätzt wird: „Die Kommunalverwaltung muss auch mit dafür Sorge tragen, dass die Zielgruppen, um die es geht, auch wirklich erreicht und mitgenommen werden.“ „Also es ist wirklich ganz, ganz schwierig. Wie erreiche ich da genau die Menschen und nicht nur irgendwelche Menschen?“ „Es gibt keinen Träger, der immer alles im Blick hat. Als Kommune hat man da einen ganz anderen Blick drauf. Da geht's um alle. Und dann geht es im zweiten Blick um die, die einen besonderen Bedarf haben. Das muss ja jede Kommune auch für sich herausfinden und definieren. Was im Prinzip alle haben, das sind die sozial Benachteiligten. Da muss man schauen, wie man Zugänge gerade zu dieser Personengruppe schaffen kann. Wie kann man diese unterstützen? Wie kann man sie auch mit einbeziehen? Es ist unheimlich schwer, direkt mit diesen Zielgruppen Kontakt aufzunehmen. Die Bildungsnahen haben wir immer ganz schnell da, aber die Bildungsfernen sind immer unheimlich schwer zu erreichen. Das bedeutet unheimlich viel Personalkapazität. Das ist

mühsame Arbeit in vielen Fällen. Das macht kein anderer. Da hat die Kommune einfach eine wichtige Aufgabe.“

Eine solche Rolle setze eine besondere Sensibilität und Parteilichkeit für ausgewählte Gruppen voraus. Verwaltung dürfe nicht abwarten, dass diese Gruppen oder Personen zu ihnen kommen, um mitzumachen, sondern Verwaltung müsse heraustreten und auf die Menschen zugehen: „Also, wir glauben, dass es erstmal eine Geh-Struktur braucht. Also, man muss auf diese Menschen zugehen.“ „Wir glauben auf jeden Fall, es braucht eine Bereitschaft, auf die Personen zuzugehen. Und es braucht eine Bereitschaft, sich deren Themen anzunehmen und sich für diese Themen einzusetzen und ihnen die Möglichkeit zu geben, mitzuwirken.“

Partizipation erfordert Lernbereitschaft, Erfahrungswissen und geeignete Formate

In diesem Zusammenhang werden Prozesse wertgeschätzt, in denen Bürgerinnen und Bürger bzw. bestimmte Adressatengruppen wie Jugendliche oder Mütter eine aktiv gestaltende Rolle übernehmen, z.B. indem sie selbst Interviews mit „Peers“ führen und so als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren fungieren. Auch werden Teilnehmungsformate gewürdigt, in denen die Fachebenen der Verwaltung gezielt geschult bzw. sensibilisiert werden, z.B. für Fokusgruppengespräche mit bestimmten Zielgruppen. In diesem Zusammenhang begreifen sich Akteure aus der Verwaltung, auch Fachkräfte, durchaus selbst als Lernende, die aus den partizipativ angelegten Prozessen einen Mehrwert ziehen. Ein solcher, so eine Einschätzung, entstünde in besonderer Weise, wenn die unterschiedlichen Perspektiven (der Zielgruppen, der Fachkräfte) zusammengebracht und ausgetauscht würden. Damit wird Verwaltung selbst zu einer Zielgruppe von Beteiligung und partizipativ angelegten Prozessen. Sie öffnet sich für Kooperation und Zusammenarbeit auf Augenhöhe und muss die Voraussetzungen hierfür – zumindest teilweise – erlernen oder sich aneignen.

Diese Form des partizipativen, zielgruppenspezifischen Vorgehens verlange von den Verwaltungsakteuren umfangreiches Erfahrungswissen und geeignete Formate und Formen der Ansprache. „Ich finde, es gehört auch eine Parteilichkeit den Betroffenen gegenüber dazu, weil, die Profis können sich artikulieren. Die sind es gewöhnt, in solchen Runden zu arbeiten. Meine Rolle ist dabei immer auch, die Betroffenen zu stärken, sie aufzufordern, was zu sagen, oder auch die Profis zu bremsen, wenn die dann vielleicht zu tief bohren. Mit einer normalen Moderationstechnik, wo man davon ausgeht, dass jeder schon sagen wird, was er will, geht's nicht.“

In einzelnen Kommunen kommt hierfür beispielsweise die kooperative Planungsmethode zum Einsatz. Die damit verbundene Moderationsleistung ist für die Verwaltung eine anspruchsvolle Aufgabe, für die sie geschult und ausgebildet wird: „Da braucht es auch Erfahrung in der Moderation von diesen kooperativen Arbeitsgruppen. Weil, das ist nochmal eine andere Moderation als eine Moderation von Profirunden. (...) Dieses ständig Ausgleichen, ständig alle mit einzubeziehen, dann wieder relativieren, dann Konflikte aus der Welt schaffen und alles wieder auf den Punkt bringen, also diese verschiedenen Blickwinkel zusammenzuführen, das muss man können.“

Als großer Erfolg wird es gewertet, wenn die eher stillen Gruppen beispielsweise über Fokusgruppeninterviews und Multiplikatoreneinsatz „zum Reden“ gebracht werden und die Verwaltung sicherstellt, dass deren Perspek-

tiven in die Maßnahmenplanung einfließen: „Wir haben hier mit Fokusgruppeninterviews gearbeitet. Die Leitfäden für die Fokusgruppeninterviews wurden von den Multiplikatoren erarbeitet, so dass wir also auch mit unseren Fragen nicht völlig an deren Lebenswirklichkeit vorbei schießen. Sondern wir haben dann immer vor jedem großen Fokusgruppeninterview mit der Person, durch die wir an die anderen herangekommen sind, ein Brainstorming gemacht und haben geschaut, welche Themen kommen da auf. Wir haben dann Erzählstimuli gesetzt und sie viel sprechen lassen. Dann kamen die Themen raus. (...) Sie wurden dann ausgewertet, und die Ergebnisse fließen in die Strategieplanung und später auch in die Maßnahmenplanung mit ein.“

Solche Erfolge überzeugen auch die Kommunalpolitik und andere Entscheidungsträger: „Die sehen, dadurch hat man wirklich die erreicht, die man vorher nicht erreicht hat. Und man hat Vertrauen darauf, dass diese Methode funktioniert. Das ist etwas sehr Wichtiges. (...) Alle schweben da jetzt auf Wolke 7, dass man endlich Langzeitarbeitslose mit in die Planung einbinden konnte.“

Gleichwohl habe die Verwaltung in diesen Prozessen, insbesondere gegenüber dem Rat, eine schwierige Rolle: „Verwaltung steht unter Druck der politischen Erwartungen. Das [Beteiligung] sind in vielen Fällen lange Prozesse. Da ist Politik oft unzufrieden, weil die natürlich gern schnelle Erfolge sehen wollen. Wir [Verwaltung] hingegen denken eher prozesshaft und sind eigentlich von diesem Weg auch überzeugt, dass das der richtige Weg ist, um Wirkung zu erzielen.“

5. Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen

Das Setting Kommune wurde zwischen den Krankenkassen und den kommunalen Spitzenverbänden in den letzten Jahren bereits mehrfach thematisiert. Dies hat sich im Jahr 2013 in der gemeinsamen „Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune“ (DST 2013) niedergeschlagen. Auch im „Leitfaden Prävention“ des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband 2017) ist dem Setting Kommune bereits seit vielen Jahren ein eigenes Kapitel gewidmet.

Einen kräftigen Impuls hat das Setting Kommune durch das 2016 in Kraft getretene Präventionsgesetz erhalten. Das Gesetz sieht vor, dass Krankenkassen jährlich rund 300 Mio. Euro für Gesundheitsförderung in Lebenswelten investieren. Die Kommune wird dabei in den Bundesrahmenempfehlungen zum Präventionsgesetz als Lebenswelt von besonderer Bedeutung herausgehoben, weil sie andere Lebenswelten wie Kitas und Schule als Dach-Setting umgreift (vgl. Nationale Präventionskonferenz 2016). Die Krankenkassen haben mit dem Präventionsgesetz also einen gesetzlichen Auftrag, sich in der kommunalen Gesundheitsförderung finanziell zu engagieren. Die Kommune wird quasi „als Schaltzentrale für alle übrigen Settings“ angesehen. Ein Krankenkassenakteur kommentierte dies im Interview folgendermaßen: „Das ist in der Tat eine völlig neue gesetzliche Lage, auf der wir jetzt gesetzlich verbindlich und auch unterlegt mit Mindestausgabebeträgen in partnerschaftlicher Form mit den kommunal für die Le-

benswelten Verantwortlichen lebensweltbezogene Prävention in Kommunen zu erbringen haben.“

Vor diesem Hintergrund war die Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen auch Gegenstand der vom Difu geführten Interviews. Dabei standen die Fragen, welche Chancen in dieser Zusammenarbeit liegen, wo die Kooperation aber auch ihre Grenzen hat und welche Faktoren für die Zusammenarbeit förderlich oder hemmend sind, im Mittelpunkt. Zu allen Fragen gibt es eine Reihe von Aussagen, die übereinstimmend von allen drei oder zumindest von zwei Akteursgruppen übergreifend getragen wird. Je nach institutionellem Hintergrund der befragten Gruppen – Kommune, Krankenkassen, Dritte (Wissenschaft, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung) – wurden teils aber auch akteurspezifische Antworten gegeben.

5.1 Chancen und Grenzen der Zusammenarbeit

Die Interviewpartnerinnen und -partner erwarten sich von der Kooperation zwischen Kommunen und Krankenkassen eine Reihe von Chancen für die kommunale Gesundheitsförderung und ihre Finanzierung sowie für die beiden Partner selbst. Gleichzeitig weisen sie aber auch auf verschiedene Grenzen der Zusammenarbeit hin.

Akteursübergreifende Sicht

Mehr Wirkung und Nachhaltigkeit von kassenfinanzierter Prävention und Gesundheitsförderung

Über die verschiedenen institutionellen Hintergründe hinweg erwartet sich die Mehrzahl der Befragten durch die Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen eine bessere Wirkung und Nachhaltigkeit der von Krankenkassen finanzierten Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung.

Eine Krankenkassenvertreterin führt dazu aus: „Reine individualpräventive Angebote sind nicht zielführend. Wir wollen die Nachhaltigkeit und somit auch auf die Veränderung von Lebensverhältnissen hin wirken, weil sonst auch die Versicherungsgelder nicht sinnvoll eingesetzt werden. Wenn wir tätig werden, dann sollte es möglichst auch nachhaltig und am Ende auch in der Kommune verankert sein, damit es längerfristig wirkt.“ Das Statement einer weiteren Krankenkassenakteurin geht in die gleiche Richtung: „Ein Ziel ist es natürlich, die Versicherten dort zu erreichen, wo sie leben, arbeiten und lernen und eben dort gesundheitsförderliche Strukturen auch genau zu stärken und gesundheitsstützende Bedingungen zu schaffen. Das ist unser primärer Auftrag und das kriegen wir ganz gezielt in den Kommunen auch verankert.“

Die Befragten aus den Kommunen teilen diese Erwartung der Krankenkassen und betonen dabei teils ihre eigene Steuerungs- und Koordinierungsfunktion in der Zusammenarbeit: „Ich glaube, die Krankenkassen hier vor Ort haben gemerkt, dass, wenn man mit der Kommune zusammen bestimmte Gesundheitsförderungsprojekte macht, sie natürlich auch nochmal eine andere Durchschlagskraft haben, dass die Kommune nochmal anders steuern kann. Und es macht natürlich einen großen Unterschied, wenn ich jemanden in der Kommune habe, jemanden vor Ort habe, der auch den Stadtteil kennt, der die Netzwerke vor Ort kennt, der beraten kann, wie man bestimmte Projektideen dort auch nachhaltig verankern kann.“ Eine weitere kommunale Akteurin weist für die bessere Wirksamkeit von Maßnahmen auf durch Krankenkassenmittel

ausgelöste Anstoßeffekte für zusätzliche kommunale Ressourcen sowie auf die Möglichkeit der strategischen Einbindung von Krankenkassenaktivitäten hin: „Und die Krankenkassen haben natürlich den Vorteil, dass das Geld, was sie eh aufwenden müssen, vernünftig ankommt und sich über die kommunalen Ressourcen verzehnfacht, über die Einbindung in eine kommunale Strategie wirklich wirksam werden kann und nicht bei den Kleinbeträgen bleibt.“ Dabei seien unter kommunalen Ressourcen nicht nur finanzielle Mittel, sondern auch geldwerte Leistungen wie personelle Ressourcen, Räumlichkeiten u.a. zu verstehen.

Neue Zugangswege für Krankenkassen

Übereinstimmend wird als eine weitere Chance der Zusammenarbeit benannt, dass Krankenkassen durch die Kooperation mit der Kommune besseren Zugang zu Zielgruppen erlangen können, die sie bislang „mit ihren Instrumenten, mit ihrem Marketing“ kaum oder gar nicht erreicht haben. Dies treffe vor allem auf sozial Benachteiligte (u.a. Langzeitarbeitslose, Alleinerziehende, Migrantinnen/Migranten) und damit besonders vulnerable Zielgruppen zu, die – so ein Vertreter der Krankenkassen – stärker in den Blick genommen werden müssen: „Natürlich müssen wir, um Verbesserungen des Gesundheitszustands durch Prävention zu erzielen, die stärker benachteiligten Gruppen, die in weniger komfortabler Lage befindlichen Menschen bevorzugt und gezielt ansprechen.“ Und diese Zielgruppen könnten in der Kommune besonders gut erreicht werden: „Für die Erreichbarkeit der sozial benachteiligten Menschen spielen kommunale Lebensräume eine wesentliche Rolle und sind ein wichtiges Setting von hoher gesundheitlicher Relevanz, um die Menschen dort zu erreichen.“ Ein kommunaler Vertreter führt zu den potenziellen neuen Zugangswegen für Krankenkassen aus: „Die kommen bei uns an Gruppen heran, an die sie sonst nicht so gut rankommen. Ich konnte ihnen halt immer auch dieses Feld Migration anbieten und anschaulich anbieten und aufzeigen, was man dort bewegen kann – mit Migranten, mit Menschen, Methoden.“

Dabei seien es nicht immer unmittelbare Zugänge zur Zielgruppe, die sich für die Krankenkassen neu eröffnen, es gehe insbesondere auch um mittelbare Zugänge über die Kommunalverwaltung und kommunale Institutionen: „Die haben einfach Zugangswege in die Kommunen, in die verschiedenen Institutionen hinein, die sie vorher nicht hatten. In den Jugendhilfe-Bereich hinein und auch in den Bereich, was Ältere betrifft, in die Jobcenter usw.“ Auch kommunale Berichte und Planungen – so eine kommunale Gesprächspartnerin – gehörten zu solchen mittelbaren neuen Zugangswegen: „Die haben dann gleichzeitig mit solchen Vorarbeiten wie integrierter Sozialplanung, Gesundheitsberichterstattung auch Instrumente und Daten gegeben, auf die sich Kommune und Krankenkassen gemeinsam stützen und die man gemeinsam betrachten kann.“

Die Zugänge müssten den Krankenkassen jedoch von den Kommunen auch angeboten werden, damit die Kassen diesen Gewinn aus der Kooperation auch erkennen. „Ich glaube, dass wir uns immer wieder anbieten müssen, auch als Kommune, und sagen: Wir haben die Zugänge, plant mit uns. Wir haben die Zugänge auch nachher zum Gemeinderat, zur Politik und, und, und. Die Kassen müssen im Prinzip auch den Gewinn sehen, den sie mit uns haben, so wie das für alle anderen Beteiligten ja auch der Fall ist, wenn sie mit uns zusammenarbeiten, dass sie da auch einen Gewinn davon haben.“

Inhaltliche und steuernde Mitwirkung von Krankenkassen

Eine Reihe der befragten kommunalen Akteure verspricht sich neben der finanziellen Unterstützung durch die Krankenkassen, dass diese auch ihr Wissen (z.B. Daten zu Gesundheits- und Krankheitszustand der Versicherten) und ihre Kompetenzen in die kommunale Gesundheitsförderung einbringen, also inhaltlich mitarbeiten und auch eine steuernde Rolle wahrnehmen: „Meine Erwartung wäre, dass sie sich auch steuernd und auch mit Inhalten einbringen. Ein Beispiel: Wir haben so Schwierigkeiten, an Daten zu kommen von den Krankenkassen. Die haben ja jede Menge Daten. (...) Es geht also nicht nur darum, Anträge zu bewilligen oder abzulehnen, sondern es geht auch um eine inhaltliche Zusammenarbeit.“ „Was ich mir von den Kassen wünschen würde, ist, dass sie jetzt nicht nur dafür Sorge tragen, ihre Aufmerksamkeit darauf zu reduzieren, dass die Leitfadenrichtlinien irgendwie eingehalten werden, sondern durchaus auch fachlich interessiert sind. (...) Ich würde gut finden, wenn man die Kassen auch gemäß ihrer neuen Rolle stärker einbinden kann und das nicht auf die Geldgeberfunktion reduziert.“ „Die haben eine neue Rolle. Die steuern das Thema jetzt.“

Eine inhaltliche und steuernde Mitwirkung setze jedoch voraus, dass die Krankenkassen vor Ort in den Netzwerken zur kommunalen Gesundheitsförderung mitarbeiten: „Um einen festen Platz bei der Entwicklung und Umsetzung von Strategien zu kriegen, müssen die Kassen sich auch als tatsächliche Netzwerkpartner verstehen. Sie müssen sich auch bereitfinden, in kommunalen Netzwerken tatsächlich real mitzuarbeiten, dabei zu sein, offen mit zu erörtern, was zu tun ist ...“

Bei einigen der Gesprächspartnerinnen und -partner aus den Akteursgruppen Kommune und Dritte besteht jedoch der Eindruck, dass die Krankenkassen die Chance zur inhaltlichen und steuernden Mitwirkung noch nicht ausreichend wahrnehmen: „Ich würde schon sagen, dass ihre Aufgabe darin besteht, ... auch dort mitzuarbeiten – also nicht nur finanziell zu unterstützen, sondern auch das Wissen und die Kompetenzen der einzelnen Mitarbeiter einzubringen. Aber ich sehe nicht, dass das passiert. Es gibt bestimmt auch gute Beispiele, aber ich glaube einfach, dass das Einzelbeispiele sind. Man kann aus meiner Sicht nicht sagen, dass das irgendwo flächendeckend passiert.“ „Die Kassen haben noch nicht hinlänglich verstanden, dass sie über das Präventionsgesetz eine neue steuernde und strategische Rolle haben.“

Die Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen hingegen sehen sich durchaus nicht nur in der Finanzierungsrolle: „Wir sind schon bestrebt und haben auch Projekte, wo wir unser Krankenkassen-Know-how direkt mit einbringen und nicht nur über die finanzielle Förderung gehen.“ „Wir bringen ja schon ziemlich viel ein dort, aber wenn es da explizit um kommunale Strategien geht, dann sehen wir Kooperation und Zusammenarbeit da schon als sehr wichtig an und sehen uns nicht als alleinigen Anbieter von Leistung.“ „Man muss ... mehr über Inhalte als über Finanzierungsfragen sprechen und da gemeinsame strategische inhaltliche Ziele entwickeln und diese gemeinsam umsetzen und die zuständigen Partner an einen Tisch bringen.“

Kassenübergreifendes Agieren

Akteure aller drei befragten Gruppen – Kommunen, Krankenkassen, Dritte – sehen durch das Präventionsgesetz und seine Soll-Vorschrift zur Erbringung kassenübergreifender Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (§ 20a SGB V) die Chance zur kassenübergreifen-

den Zusammenarbeit mit Kommunen. So lautet das Statement eines kommunalen Akteurs: „Die ersten Erfahrungen sind die, dass die Kassen durchaus bereit sind, jetzt auch viel mehr als früher, kassenübergreifend zu arbeiten.“ Und eine Vertreterin der Krankenkassen betont: „Es besteht die Chance, das Engagement der Kassen zu bündeln und gemeinsam auszuweiten und sich demzufolge auch gemeinsam für die Belange von sozial benachteiligten Menschen und Zielgruppen einzusetzen.“ Eine andere Krankenkassenakteurin beschreibt das kassenübergreifende Agieren bereits als Realität: „Dann gibt es natürlich schon Krankenkassen, die tatsächlich auch schon gemeinsam fördern – auch vor dem Präventionsgesetz und jetzt eben noch vermehrt. Oder Projekte, die vorher einige Krankenkassen unterstützt haben, die sich aber jetzt öffnen, sodass alle Krankenkassen unterstützen können. Das gibt es auch. So etwas wurde auch an uns herangetragen, dass wir da mitmachen.“

Dabei versprechen sich die Krankenkassen durch ein kassenübergreifendes Agieren und Fördern durchaus Vorteile und sehen diese in der Praxis auch bereits in Teilen realisiert: „Es gibt sehr viele Synergieeffekte, weil jede Krankenkassenart spezifisch nochmal ihr Know-how mit einbringt.“ Auf der anderen Seite weisen die Gesprächspartnerinnen und -partner der Kassen aber auch auf die Herausforderungen hin, die mit einem kassenübergreifenden Agieren für sie verbunden sind. Diese reichen über den Umgang mit unterschiedlichen Kassenstrukturen über die Schaffung gemeinsamer Förderstrukturen bis hin zum Wettbewerb, in dem die Krankenkassen zueinander stehen: „Es wird immer so sein – weil wir im Wettbewerb stehen – dass wir, aber auch die anderen Krankenkassen eigene Konzepte haben ... und es wird immer wieder so sein, dass Krankenkassen ihre eigenen Leuchttürme oder Felder haben.“ Wichtig, so ein Krankenkassenakteur, sei vor diesem Hintergrund, dass in den Landesrahmenvereinbarungen und in weiteren Regelungen, beispielsweise der GKV, „solche Regelungen stehen, die ein gemeinschaftliches Agieren ohne großen bürokratischen Aufwand möglich machen.“

Keine (Regel)Finanzierung von kommunalen Koordinierungsstellen

Als begrenzender Faktor der Zusammenarbeit wird übereinstimmend von allen drei befragten Akteursgruppen angeführt, dass Krankenkassen in der Regel nicht die Finanzierung kommunaler Koordinierungsstellen Gesundheitsförderung übernehmen können – zumindest nicht dauerhaft. Eine der Befragten der Krankenkassen bringt dies sehr dezidiert auf den Punkt: „Was wir nie fördern können, sind kommunale Stellen. Wir können die Strukturen der Kommune nicht fördern. Das geht leider nicht und das wäre auch nicht im Sinne des Erfinders.“ Und ein weiteres Statement aus den Krankenkassen lautet: „Dann kommt natürlich sofort die Forderung, auch kommunale Stellen zu finanzieren. Man braucht sich nur auf irgendwelche Tagungen der Suchthilfe oder so zu begeben, schon wird man damit konfrontiert: Dann bezahlt doch künftig die Suchtberatungsstellen. Dann zahlt doch künftig die Stellen zur Gesundheitsförderung den Gesundheitsämtern oder den Jugendämtern. Das ist weder vom Geist noch vom Buchstaben des Präventionsgesetzes gedeckt.“

Mit Blick auf die Bewertung dieses begrenzenden Faktors in der Zusammenarbeit gehen die Ansichten jedoch auseinander. Die Krankenkassenakteure vertreten die Ansicht, dass es Aufgabe der Krankenkassen sei, vor allem Strukturaufbau auf Bundes- (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) und Landesebene (Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit) kassenübergreifend zu finanzieren und eine Finanzierung von

Koordinierungsstellen auf kommunaler Ebene durch die Krankenkassen allenfalls in Form einer befristeten und degressiven Anschubfinanzierung mit dem Ziel von Kompetenzaufbau möglich sei. Demgegenüber wird von einigen der kommunalen Befragten der Wunsch nach einer kontinuierlichen kassengeprägten (Mit)Finanzierung von kommunalen Koordinierungsleistungen geäußert.

Keine Regelfinanzierung von Maßnahmen

Eine Dauerförderung von Maßnahmen mit den Mitteln der Krankenkassen schätzen die befragten Akteursgruppen unter den jetzigen Rahmenbedingungen (Präventionsgesetz, Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes) übereinstimmend als unrealistisch ein. Vor diesem Hintergrund werfen einige kommunale Akteure die Frage auf, wie ggf. die anschließende Regelfinanzierung gelingen kann: „Das ist eben die Krux: Wie überführe ich das nachher in eine Regelfinanzierung, wenn die Kommunen nicht zusätzlich Ressourcen bekommen?“ „Die Krankenkassen haben bis jetzt zeitlich begrenzte Projekte gefördert, und zeitlich begrenzt heißt in der Regel unter 12 Monaten. Eine Regelförderung oder eine längerfristige Förderung war bisher nie möglich. Das ist für die Zielsetzung des Präventionsgesetzes garantiert nicht förderlich. Das heißt, die müssen auch von ihren Förderstrukturen über zeitlich begrenzte Projektförderung kurzfristiger Art eher in eine andere Förderungsstruktur hinein kommen. Und das ist eine hohe Hürde im Moment (...). Das heißt, Veränderung des Förderansatzes von zeitlich begrenzten Projekten zu einer langfristigen oder gar Regelförderung. Das heißt, die Kassen müssen auf Landes- oder Bundesebene ihre Förderrichtlinien überdenken und diese dann verändern.“

Dabei wird von den Befragten darauf hingewiesen, dass nur erfolgreiche Maßnahmen fortgeführt werden sollten. Vor der Entscheidung über die Verstetigung einer Maßnahme müsse sie daher evaluiert werden – auch um die für die Fortführung erforderliche kommunalpolitische Zustimmung zu erhalten.

Begrenzte inhaltliche Spielräume der Krankenkassen

Über die verschiedenen institutionellen Hintergründe hinweg weisen Befragte darauf hin, dass die begrenzten inhaltlichen Spielräume der Krankenkassen ein limitierender Faktor für die Zusammenarbeit mit Kommunen seien. Im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes (2017) seien die Bereiche für die präventiven und gesundheitsfördernden Leistungen der Krankenkassen verbindlich geregelt. Die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention nach § 20a SGB V decke danach zwar ein breites Spektrum an Maßnahmen zur Unterstützung bei Aufbau und Stärkung gesundheitsfördernder Strukturen ab (u.a. Bedarfsermittlung und Zielentwicklung, Evaluation und Qualitätssicherung, Fortbildung, Öffentlichkeitsarbeit, Förderung von Vernetzungsprozessen), inhaltlich seien die Leistungen aber auf die Themen Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung, Stärkung psychischer Ressourcen beschränkt.

Sicht von Kommunen

Zusätzliche Finanzierungsmöglichkeit für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung

Unisono versprechen sich alle befragten kommunalen Akteure vom Präventionsgesetz und der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen eine zusätzli-

che Finanzierungsquelle für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung. Dabei wird ebenfalls übereinstimmend betont, dass die Mittel der Krankenkassen nur einen Teil des erforderlichen Finanzbedarfs abdecken können und die Kommune selbst, aber auch andere Akteure wie Bund und Länder weiterhin gefordert sind, sich finanziell einzubringen.

Finanzierung bedarfsgerechter Maßnahmen

Einige der befragten Kommunalakteure erwarten sich durch das Präventionsgesetz, dass die Krankenkassen stärker als bisher am konkreten Bedarfe einer Kommune ausgerichtete Maßnahmen finanzieren, statt – wie in der Vergangenheit häufig beobachtet – ihre Standardprogramme und -projekte durchzuführen (vgl. Kapitel 5.3). „Der Qualitätsunterschied in der Zusammenarbeit mit Krankenkassen in 2016 und 2017, das sind Welten. Wir machen gerade wirklich die Erfahrung, dass wir genau das beantragen können, was wir brauchen. Das hängt natürlich auch mit unserem Fokus der Chancengleichheit zusammen, wo wir eben diese Qualitätskriterien auch selber verfolgen, die die Krankenkassen jetzt fördern müssen. Aber ich glaube, eben die Menschen, die Personen, die in dem Bereich unterwegs sind, haben jetzt einfach ganz tolle Möglichkeiten, auch sinnvolle Sachen zu fördern und nicht, wie früher, irgendwie so kleine Projektchen, verhaltensbezogene Sachen, die dann wieder verhallen“.

Punktuelle Ansätze in die Fläche bringen

Eine weitere Chance in der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und im Zusammenwirken von kommunalen und Krankenkassenressourcen wird seitens der Kommunen darin gesehen, erfolgreiche, aber bisher nur punktuell realisierte Ansätze flächendeckender umzusetzen. „Da verspreche ich mir viel. Ich glaube, dass viel möglich ist, wenn man die Ressourcen von Krankenkassen und Kommunen zusammenwirft und die Mittel nimmt, um evaluierte und erfolgreiche Projekte und Maßnahmen die bisher nur punktuell stattfinden, mehr in die Fläche zu bringen. So würde sich nicht jede Kita, jeder Träger was Neues mit neuen Programmanträgen ausdenken müssen, sondern es könnte eine gemeinsame Strategie verfolgt und auch nachgehalten werden, was dabei rauskommt.“

Profilierungschance für Krankenkassen

Ein Teil der kommunalen Befragten sieht für die Krankenkassen die Möglichkeit, sich durch die Kooperation mit Kommunen im Wettbewerb zu profilieren. Diese Profilierung sei für Krankenkassen wichtig und müsse von den Kommunen akzeptiert werden, damit die Zusammenarbeit gelinge. „Und wenn dann die Krankenkassen öffentlich sagen können, wir sind mit im Boot, dann hat das für die wieder einen Mehrwert. Da sind wir dann wieder beim Thema Wettbewerb. Das müssen wir akzeptieren, bei aller Kritik. Nur so, glaube ich, können wir eine Zusammenarbeit hinbekommen.“

Profiteure – vor allem gut aufgestellte Kommunen

Profiteure des Präventionsgesetzes seien vor allem Kommunen, die in der kommunalen Gesundheitsförderung gut aufgestellt sind. Für Kommunen, die nicht über die erforderlichen Strukturen und personellen Ressourcen verfügen, ergäben sich eher nur kleinere Mitnahmeeffekte. „Ich denke, alle Kommunen, die schon gut im Bereich kommunaler Gesundheitsförderung und im Sinne eben auch einer intersektoralen Arbeit aufgestellt

sind, kann das Präventionsgesetz durchaus Vorteile bieten. Andere weniger gut aufgestellte Kommunen werden das eine oder andere der Krankenkassenprojekte annehmen, ohne zu überlegen, ob sie das wirklich voranbringt.“

Sicht von Krankenkassen

Kommune als Chance

So wie Präventionsgesetz und Bundesrahmenempfehlungen die Kommune als Lebenswelt, als Setting von besonderer Bedeutung für Prävention und Gesundheitsförderung herausstellen, nehmen auch die Befragten der Krankenkassen die Kommune selbst, die Kommune als Akteur als Chance der Zusammenarbeit wahr. „Die Chance der Zusammenarbeit sehen wir schon direkt in der Kommune. Also für uns haben Kommunen einen großen Part, wenn es um die Gesundheitsförderung von Menschen geht. Gerade auch im Rahmen der Daseinsvorsorge der Kommune kommt den kommunalen Trägern eine Schlüsselrolle zu. Und vor allem auch weil Gesundheit ein Querschnittsthema von Familie über Bildung, über Umwelt bis zu medizinischer Versorgung ist, und diese verschiedenen Aspekte in den Kommunen gebündelt werden, sind sie für uns ein wichtiger Ansatzpunkt.“

Gewinnen neuer Kommunen als Partner

Bereits in der Vergangenheit haben Kommunen und Krankenkassen kooperiert. Durch das Präventionsgesetz und auch durch die Landesrahmenvereinbarungen, die geschlossen wurden, seien es jetzt aber mehr Kommunen, die auf die Krankenkassen zukommen. Es biete sich damit für die Krankenkassen die Chance, neue kommunale Partner zu finden. „Es ist jetzt so, dass es immer mehr Kommunen gibt, die uns ansprechen, die dafür sensibel sind, dass es da Unterstützungsmöglichkeiten gibt. Das ist für uns nicht neu, nur eben mehr. (...) Die Kommunen, die sonst gar nicht auf die Idee gekommen wären, uns anzusprechen, kommen nun durch die Öffentlichkeitsarbeit, durch die Landesrahmenvereinbarung auf uns und eben auch auf alle anderen Krankenkassen zu.“

Ausbau vorhandener Kooperationsmodelle

Aber nicht nur neue Kooperationen seien möglich, auch könnten bewährte Kooperationsmodelle aus der Zeit vor dem Präventionsgesetz – u.a. gemeinsame Maßnahmen zur Zahnprophylaxe bei Kindern – ausgebaut werden. „Wir sind ja schon seit Jahren aktiv, nicht nur in der Individualprävention, auch im Setting-Ansatz, der ja die Lebenswelten schon von jeher fokussiert hat. Und da gibt es auch schon viele Erkenntnisse und viele Kooperationsmodelle, die jetzt im Rahmen des Präventionsgesetzes ausgebaut und gestärkt werden können.“

Bessere Verzahnung und Vernetzung von Angeboten und Trägern

Netzwerkarbeit ist ein wichtiges Strukturelement für die Entwicklung und Umsetzung von integrierten Strategien kommunaler Gesundheitsförderung. Das sehen auch die Interviewpartnerinnen und -partner aus den Krankenkassen so und zielen daher mit ihrem Engagement in Kommunen nicht zuletzt auf Impulse für die Netzwerkarbeit und eine bessere Verzahnung der Angebote der verschiedenen Träger. Das Präventionsgesetz sei dabei eine wichtige Unterstützung. „Ein Motiv, warum wir uns in den kommunalen Settings stark machen, ist die Netzwerkbildung zu unterstützen. Wir

stellen nämlich fest, dass wir zwar viele Projekte haben und auch viele Projekte viel Gutes intendieren, wir in einigen Bereichen aber stärker in die Vernetzung der einzelnen Strategien kommen müssen. (...) Ich denke schon, dass mit dem Präventionsgesetz ... die Vernetzung von Trägern und die Verzahnung von Angeboten nochmal gestärkt und gepusht werden. Auch die Verbindlichkeit der Zusammenarbeit ist mit dem Präventionsgesetz höher geworden.“

Sicht Dritter

Die Einschätzung der befragten Dritten zu den Chancen und Grenzen der Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen ist nicht einheitlich. Während zum einen durchaus Potenziale in der Zusammenarbeit gesehen werden, werden diese zum anderen sehr kritisch hinterfragt. Folgende zwei Statements illustrieren die Unterschiedlichkeit in der Bewertung: „Wo liegen die Chancen der Zusammenarbeit? Eigentlich überall. Krankenkassen können sich überall mit einbringen. Ich denke, es gibt keine bessere Gelegenheit dafür, als mit Kommunen zusammenzuarbeiten in Form einer Präventionskette und die Kommune als Lebensraum zu betrachten und dann tatsächlich die Setting-Orientierung, Lebenswelt-Orientierung und Beteiligungs-Orientierung umzusetzen.“ „Das wird immer gesagt, dass das Präventionsgesetz neue Potenziale für die Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen bietet. Ich guck mir das erst noch an. Ich sehe das nicht. Meine Beobachtung ist zurzeit die, dass sehr viel Geld dadurch im Umlauf ist und sie Schwierigkeiten haben, das Geld umzusetzen.“

Darüber hinaus werden mit Blick auf Chancen und Grenzen der Kooperation folgende Gesichtspunkte hervorgehoben:

Einbringen von Ressourcen der Krankenkassen in Kommunen

Die Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen eröffne die Chance, dass Kassen ihre Ressourcen in die Kommune einbringen. Dabei ginge es durchaus nicht allein um finanzielle Ressourcen, auch fachliche Kompetenzen der Kassen könnten für die Kooperation fruchtbar gemacht werden. „Krankenkassen kennen unterschiedliche Herangehensweisen und wissen ungefähr, welche Zielgruppen erreicht werden und welche nicht. Sie haben damit einen planerischen Blick, den sie in die unterschiedlichen Kommunen mit einbringen können und der unheimlich wertvoll ist und von anderen Seiten nicht so mitgebracht wird.“ Zudem verfügten die Krankenkassen über statistisches Material zu den Erkrankungen ihrer Mitglieder; diese Daten könnten wichtige Erkenntnisse für die kommunale Gesundheitsförderung liefern.

Reduziertes Setting-Verständnis der Krankenkassen

Auch das Setting-Verständnis der Krankenkassen wird von Dritten als Grenze für die Zusammenarbeit mit den Kommunen wahrgenommen. Das Setting werde als ein Ort verstanden, an dem gesundheitsfördernde Angebote und Maßnahmen umgesetzt werden (Gesundheitsförderung im Setting), nicht aber als zu verändernder Raum betrachtet, der gesundheitsförderlich gestaltet werden kann (gesundheitsförderndes Setting). „Die Grenzen liegen auch darin, dass die Lebenswelten von den Krankenkassen eher als Räume gesehen werden, in denen sie ihre Präventionsbotschaften loswerden können. Sie sehen nicht, dass es ein Gegenstand gesundheitsförderlicher Veränderungen sein könnte – so wie es auch immer angemahnt und angefordert wurde, tatsächlich selber das Set-

ting gesundheitsförderlich zu verändern. (...) Sie sehen das nicht als Raum, den sie selber mit gestalten können und wo sie auch in die Prozesse eingreifen und die Prozesse mit fördern können, sondern es wird etwas geliefert, das umgesetzt werden soll, damit eine möglichst umrissene Wirkung erzielt wird. Und wenn das dann aber aufhört, ist es wieder vorbei. Das ist für mich das größte Manko.“

5.2 Förderliche Faktoren

Gefragt danach, welche Bedingungen sie für die Kooperation zwischen Kommunen und Krankenkassen für förderlich halten, benennen die Interviewpartnerinnen und -partner eine Vielzahl unterschiedlicher Aspekte: Diese reichen vom gesetzlichen Rahmen des Präventionsgesetzes über strukturelle Faktoren in Kommunen, Krankenkassen und Ländern bis zu Qualitätskriterien für die kommunale Gesundheitsförderung und die Bereitschaft der Krankenkassen zum flexiblen Handeln. Auch bei dieser Frage werden je nach institutionellem Hintergrund der befragten Akteure teils unterschiedliche Aspekte hervorgehoben, aber auch verschiedene Faktoren übereinstimmend benannt.

Akteursübergreifende Sicht

Impulsfunktion des Präventionsgesetzes

Einhellig benennen Gesprächspartnerinnen und -partner aller befragten Akteursgruppen – Kommunen, Krankenkassen, Dritte – das Präventionsgesetz als einen wichtigen förderlichen Faktor für die Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen. Durch das 2016 in Kraft getretene Präventionsgesetz habe diese Kooperation einen kräftigen Schub erhalten, da die Kommune im Gesetz und den dazu verabschiedeten Bundesrahmenempfehlungen als Lebenswelt von besonderer Bedeutung herausgehoben wird. Das folgende Statement einer Vertreterin der Krankenkassen steht stellvertretend für eine Reihe ähnlicher Einschätzungen anderer befragter Akteure: „Was auf alle Fälle förderlich ist, um das noch einmal zu betonen, ist das Präventionsgesetz und das dadurch initiierte Vernetzen. Über das Präventionsgesetz müssen und wollen wir uns vernetzen. Das ist sehr förderlich, weil alle, die auf Prävention und Gesundheitsförderung einwirken können, aufeinander zugehen.“

Engagement der Kommune für Gesundheitsförderung

Ebenfalls in großer Übereinstimmung führen die Interviewpartnerinnen und -partner aus, dass ein erkennbares Engagement der Kommune in der Gesundheitsförderung förderlich oder sogar Voraussetzung für die Kooperation sei. Die Kommune müsse Verantwortung übernehmen für die Initiierung, Steuerung und Koordinierung gesundheitsfördernder Strategien. „Kommune muss sich auf den Weg gemacht haben“ fasst dies einer der Befragten zusammen. Und eine Akteurin der Krankenkassen führt unter Bezugnahme auf den Leitfaden Prävention der Krankenkassen sehr dezidiert aus, was Krankenkassen von Kommunen erwarten: „Wir haben mit dem Leitfaden Prävention ziemlich eindeutige Regelungen, was Kommunen schon geleistet haben müssen, damit sich die Krankenkassen engagieren können. Und an oberster Stelle steht im Prinzip, dass eine Bereitschaft und ein Wille da sein muss, sich für das Thema Gesundheitsförderung zu engagieren, sich damit zu beschäftigen und auseinanderzusetzen und eben auch die Impulse aus den eigenen Strukturen heraus

zu schaffen. Das heißt, grundsätzlich ist es natürlich die Aufgabe der Kommune, den gesundheitsförderlichen Entwicklungsprozess anzustoßen, zu koordinieren und zu leiten.“ Aus Sicht einer kommunalen Akteurin lässt sich diese Erwartung der Kassen folgendermaßen auf den Punkt bringen: „Die Krankenkassen müssen merken, dass wir mehr zu bieten haben, als denen Geld aus der Tasche zu ziehen.“

Politische Verankerung und Rückendeckung von und für kommunale Gesundheitsförderung werden dabei – auch mit Blick auf Nachhaltigkeit – als ein wichtiger Aspekt des kommunalen Engagements hervorgehoben. Die Einschätzung eines Dritten hierzu lautet: „Die Kasse wird sich kaum engagieren, wenn sie nicht sieht, dass auch die politische Leitung dahinter steht, und dass damit auch eine gewisse Langfristigkeit sichergestellt ist.“ Aus Sicht der Krankenkassen sollte dieser Rückhalt möglichst in einem politisch beschlossenen Leitbild oder Gesamtkonzept zur kommunalen Gesundheitsförderung seinen Ausdruck finden: „Die Krankenkassen haben als Grundbedingung ..., dass eine strategische Planung da ist, dass Gesundheitsförderung in den Kommunen verankert ist – als Leitbild, als Ziel.“

Das Engagement der Kommunen muss – so die vorherrschende Ansicht der Befragten – seinen Niederschlag zudem im Einsatz von kommunalen Ressourcen finden: „Eine weitere Voraussetzung ist, dass die Kasse auch sehen muss, welche Beiträge die Kommune leistet. Die Kommune muss in der Lage sein, darzustellen, welche Personalanteile, Sachkosten etc. eigentlich wohin fließen – was alles unterstützt wird und was insofern auch in eine Kooperation mit Krankenkassen real eingebracht wird. Das ist auch nicht banal. Das muss man auch machen, damit die Kassen überhaupt bereit sind, sich finanziell zu beteiligen.“ „Die Krankenkassen müssen sehen, dass die Kommunen selber Ressourcen einsetzen für das Ganze. Das kann keine Einbahnstraße sein.“ „Und wie kriegt der Bürgermeister die Kasse ins Boot? Wenn er der Kasse gegenüber nachweisen kann, dass er selber einen Beitrag in gleicher Höhe dazu leistet.“

Gemeinsamer örtlicher Fonds von Krankenkassen und Kommune

Aus dem Kreis der kommunalen Akteure und der Dritten sieht eine Reihe der Gesprächspartnerinnen und -partner einen örtlichen Fonds als förderlich für die Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen an. In einem solchen Fonds sollten analog zur Bundesebene – dort zahlen die Kassen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) jährlich 32 Mio. Euro u.a. für die Entwicklung kassenübergreifender Präventionsprogramme – Präventionsmittel kassenübergreifend gebündelt werden: „Was ich mir wirklich wünschen würde, ist, dass es Pool-Lösungen gibt, dass Krankenkassen für bestimmte Ziele Gelder zusammenpacken. Was im Großen im Augenblick über die BZgA läuft.“ Aber nicht nur Krankenkassen, auch die Kommunen sollten anteilig oder paritätisch Mittel in einen solchen Fonds einbringen. Insbesondere bei finanzschwachen Kommunen müssten dabei auch geldwerte Leistungen (Stellenanteile, Räumlichkeiten u.a.) oder anderweitig von der Kommune akquirierte Mittel berücksichtigt werden: „Seitens der Kommune könnten beispielsweise Koordinationsleistungen der Verwaltung und von der Kommune eingeworbene Stiftungsmittel in den Fonds einfließen.“ Die Entscheidung über den Einsatz der Mittel sollte gemeinsam getroffen werden: „Ein gemeinsamer Fonds, über dessen Mittelverwendung eine gemeinsame Steuerungsrunde von Kommune und Krankenkassen vor dem Hintergrund einer gemeinsam entwickelten Strategie entscheidet, wäre hilfreich.“ Genaue Regelungen zur Ausgestaltung des Fonds und zu seiner gemeinsamen Steue-

rung müssten in einem gemeinsamen Vertrag von Kommune und Krankenkassen festgelegt werden.

Von einer solchen Fondslösung versprechen sich die Akteure zum einen eine Verfahrensvereinfachung, da das sehr aufwändige und daher ressourcenintensive Ansprechen einzelner Krankenkassen durch die Kommune wegfallt. Zum anderen erhoffen sie sich mehr Kohärenz in der Förderung und weniger untereinander nicht abgestimmte Einzelprojektförderungen. Angesichts des Wettbewerbs unter den Kassen und der bereits auf Bundesebene faktisch bestehenden Fondslösung äußern allerdings einige der kommunalen Akteure erhebliche Skepsis, ob eine solche Fondslösung auf kommunaler Ebene realisierbar ist: „Ich glaube, dass eine Fondslösung nicht nur nicht schnell geht, das geht überhaupt nicht. Bei Kassen, die in einer Wettbewerbsstruktur sind, halte ich das höchstens auf der Ebene von Stadtstaaten wie Hamburg oder Berlin für möglich. Sonst sehe ich das nicht. (...) Durch ihre gesetzliche Verpflichtung nach dem Präventionsgesetz, über dreißig Millionen Euro an die BZgA zu geben, denken sie, da machen wir schon genug gemeinschaftlich. Damit haben sie ja schon einen Riesenfonds.“

Sicht von Kommunen

Gemeinsame Steuerungsstruktur von Kommune und Krankenkassen

Auch unabhängig von einer kommunalen Fondslösung halten einige der befragten kommunalen Akteure eine gemeinsame Steuerungsstruktur von Kommune und Krankenkassen für kooperationsfördernd. „Ich persönlich glaube, dass eine gemeinsame Steuerungsstruktur wichtig ist, wo man auch Vertrauen schafft und wo man dann im Prinzip Anträge gemeinsam berät.“ Eine solche Struktur könnte auch geeignet sein, zentrale Grundsatzentscheidungen zu Handlungsschwerpunkten in der kommunalen Gesundheitsförderung gemeinsam zu erörtern und abzustimmen. „Das bedeutet ja nicht, dass alle Krankenkassen dann dasselbe fördern. Die eine Krankenkasse kann diesen Aspekt und die andere jenen übernehmen. Damit habe ich auch das Thema Schnittstellen minimiert, ich habe aber auch das Thema Doppelförderungen oder Überlappungen minimiert, die vielleicht im Prozess nicht gar so förderlich sind.“ Der Aufbau einer solchen Struktur brauche Zeit. Es wird dafür plädiert, sich diese zu nehmen – nicht zuletzt auch, um die viel beklagte „Projektitis“ zu überwinden. „Deswegen bin ich im Moment auch nicht dafür, das ganze Geld schon in irgendwelche Projekte zu tun, sondern diese Struktur lieber klug aufzustellen und lieber nochmal ein paar Monate zu warten, bis man alles festklopft. Wenn man jetzt das Geld in Einrichtungen, in Träger gibt, das kriegt man da nie wieder los. (...) Dann bleibt es bei dieser Projektitis.“ Mit Blick auf die personelle Besetzung eines solchen Steuerungsgremiums halten es die kommunalen Akteure für wichtig, dass seitens der Kassen örtliche Vertreterinnen und Vertreter mit Entscheidungskompetenz mitwirken.

Kommunale Koordinierungsstelle Gesundheitsförderung

Eine Koordinierungsstelle Gesundheitsförderung halten die kommunalen Gesprächspartnerinnen und -partner nicht nur grundsätzlich (vgl. Kapitel 3.1), sondern insbesondere auch mit Blick auf die Kooperation mit Krankenkassen für förderlich. Die Koordinierungsstelle kann als zentraler Ansprechpartner und Mittler für Krankenkassen fungieren – quasi als Türöffner für die Kassen in die Verwaltungsstrukturen hinein. „Die von uns geschaffene

Koordinierungsstelle macht es den Kassen leicht, mit uns gleich ziel führend ins Gespräch zu kommen, die müssen sich nicht durch verschiedene Ansprechpartner im Fachbereich Gesundheit hindurch telefonieren, bevor sie dann an den richtigen kommen. Und wir haben mit dieser Koordinierungsstelle auch die Möglichkeit geschaffen, dass alles das, was da anläuft, dann entsprechend in die innerfachliche Zuständigkeit des Amtes hineingeleitet wird und von dort aus bewertet und rückgekoppelt wird. Das heißt, wir haben so ein „One ear to the customer“ geschaffen, und das ist aus meiner Sicht schon eine Erleichterung für die Krankenkassen.“ Umgekehrt kann die Koordinierungsstelle auch aktiv auf Krankenkassen zugehen. Voraussetzung für die Wahrnehmung dieser kassenbezogenen Aufgaben ist jedoch eine entsprechende Ressourcenausstattung der Koordinierungsstelle: „Man müsste die Ressourcen erweitern, wenn man die Zusammenarbeit mit Krankenkassen ausbauen möchte. Das ist ja nicht einfach so getan. Das hat ja auch eine zeitliche und eine Ressourcendimension.“

Netzwerkstrukturen in der Kommune

Gut ausgebaute Netzwerkstrukturen in einer Kommune, die orientiert an Lebenswelten und/oder Lebensphasen ineinander greifen und verzahnt sind (vgl. Kapitel 3.5), werden von den kommunalen Akteuren auch mit Blick auf die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen für förderlich eingeschätzt. „Das ist natürlich für die Krankenkassen ein tolles Plattformfenster, um sich einzubringen, weil sie das Gefühl haben, sie haben jetzt nicht mit der Verwaltung allein zu tun, sondern mit allen Akteuren, die in der Lebenswelt der Menschen eine Rolle spielen. (...) Und natürlich ist das für die Krankenkassen ein ganz anderer Zugang.“ Dabei können die verschiedenen Krankenkassen je nach ihrer inhaltlichen Schwerpunktsetzung an unterschiedlichen Netzwerken interessiert sein. So berichtet ein kommunaler Akteur: „Die eine Krankenkasse ist im Netzwerk Gesunde Kinder Standardmitglied, mit in der Steuerung, mit im Vorstand und geht die Sache mit. Und eine andere Kasse ist bei betrieblicher Gesundheit zu Hause. Und bei einer weiteren Krankenkasse machen wir jetzt den Stadtteil, die gesunde Kommune entlang eines Quartiers.“ Wichtig für eine erfolgreiche Kooperation mit den Krankenkassen sei, dass die Kommune ihre Netzwerkarbeit auf die Ziele ausrichtet, die sie gemeinsam mit den Kassen erreichen will. „Da hast du enorme Möglichkeiten. (...) Also, es lebt davon, dass Kommune sich so aufstellt, dass sie wirklich diese Gemeinschaft der Akteure findet für dieses Ziel, was sie mit der Krankenkasse zusammen verfolgen will. Da muss eine Kommune auch helfen, das vorzubereiten. (...) Das muss die Kommune leisten, damit sie an der Stelle auch ein guter Partner für die Krankenkassen werden kann.“

Verständlich aufbereiteter GKV-Leitfaden Prävention

Eine auch für Akteure außerhalb des Gesundheitsbereichs (z.B. Quartiermanagement) verständliche Aufbereitung der Ausführungen des GKV-Leitfadens Prävention zum Setting-Ansatz könnte nach Einschätzung Einzelner der befragten kommunalen Akteure für die Kooperation von Kommune und Krankenkassen förderlich sein. Dies gelte insbesondere für die Darstellung des Leitfadens zum Gesundheitsförderungsprozess und zu Leistungsarten, Förderkriterien und Ausschlusskriterien in kommunalen Settings.

Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit

Vereinzelt weisen kommunale Gesprächspartnerinnen und -partner auf die 2013 gemeinsam von GKV-Spitzenverband und kommunalen Spitzenverbände beschlossene „Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune“ als förderlichen Faktor hin. Die Empfehlung gebe wichtige Anregungen für die Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und Kommunen

Sicht von Krankenkassen

„Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit“ in den Ländern

Der GKV-Spitzenverband beauftragte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Juni 2016 als Teil der Umsetzung des Präventionsgesetzes damit, die Arbeit der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) in den Ländern qualitativ und quantitativ weiterzuentwickeln. Durch die in diesem Zuge erfolgte Aufstockung der personellen Ressourcen des KGC-Fachpersonals mit GKV-Mitteln – in der Regel sukzessive Erweiterung der GKV-Förderung auf zwei Personalstellen pro Bundesland – sollen die gesundheitsfördernden Aktivitäten im Themenfeld soziale Benachteiligung und vulnerable Zielgruppen im jeweiligen Land koordiniert und ausgebaut werden. In diesem Kontext ist es in der Regel auch Aufgabe der KGC, kommunale Akteure zum Präventionsgesetz und den damit verbundenen Förderbedingungen zu informieren und zu beraten. In einigen Bundesländern (z.B. Bayern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Thüringen) nehmen die KGC auch eine Vorbegutachtung eingehender Anträge vor. Die befragten Akteure der Krankenkassen sehen diese Unterstützungs- und Beratungsleistungen der KGC als förderlich für die Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen an: **„Die Koordinierungsstellen leisten eine wertvolle Arbeit und unterstützen auch die Kommunen.“** Von kommunaler Seite wird jedoch eingewendet, dass die KGC zu weit von den Kommunen entfernt und personell nicht ausreichend besetzt seien: **„Meine Vorstellung ist durchaus, dass diese Kräfte, die jetzt an den Landesvereinigungen angebunden sind, eher auf der kommunalen Ebene, da, wo was passiert, angebunden sind. Das fände ich gut. (...) Zudem sind da zu wenig Leute, gerade mal zwei. Ich hätte gerne hier jemanden, der mir die zu gründende Gesundheitskonferenz organisiert, der dafür einlädt, der die Protokolle schreibt, mit den Trägern spricht.“**

Good-Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit

Seit 2004 unterstützen die zwölf Good-Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit die Qualitätsentwicklung in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2015). Diesen fachlichen Orientierungsrahmen sehen die Krankenkassen als eine Arbeitserleichterung in der Zusammenarbeit mit den Kommunen an, da er für die Kassen eine fachliche Grundlage zur Beurteilung von Förderanträgen bietet: **„Also letzten Endes müssen wir darlegen, dass die Förderkriterien des Leitfadens Prävention bei den finanzierten Maßnahmen und Projekten erfüllt sind. Und das ist viel einfacher für uns, wenn wir da auf Kriterien zurückgreifen können, die auch von Seiten der Wissenschaft und Praxis sowie Er-**

fahrungswissen definiert sind und uns zur Verfügung gestellt werden. Zum Beispiel die Qualitätskriterien des Kooperationsverbundes sind für mich perfekt. Die stimmen überein mit den Förderkriterien des Leitfadens oder sind deckungsgleich und sind ja auch mit in den Leitfaden eingeflossen. Das ist für uns einfach leichter. Das ist für uns eine Arbeitserleichterung.“

Sicht Dritter

Flexibilität von Krankenkassen

Von Seiten Dritter wird zusätzlich Flexibilität der Krankenkassen als fördernder Faktor für die Kooperation mit Kommunen benannt – insbesondere mit Blick auf den Katalog der förderfähigen Handlungsfelder und die Qualitätsanforderungen an Anbieter und Kursleiter gesundheitsfördernder Maßnahmen sowie hinsichtlich von Ergebnisoffenheit partizipativer Entwicklungsprozesse: „Wo immer das möglich ist, sollten die Kassen schauen, dass Gesundheit nicht nur Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Suchtprävention ist, sondern viel mehr.“ „Und eine ganz wichtige Geschichte – das haben die ja auch schon im Blick – wäre, wer leitet Gruppen an, wer leitet Kurse an. Gerade das wäre beim partizipativen Handeln der größte Gewinn, wenn Multiplikatoren auch unterstützt werden können und Zielgruppenvertreter Angebote auch selber anbieten dürfen, und dass dann auch alle erdenklichen Kompetenzen und Qualifikationen honoriert werden können.“ „Strategieentwicklung/Projektentwicklung ist halt, wenn sie partizipativ ist, nicht allzu genau planbar, und wo immer das möglich ist, müssten die Kassen, wenn sie Netzwerkpartner und Finanzgeber sind, das auch sehen und auch mitspielen.“

5.3 Hemmende Faktoren

Die Interviewpartnerinnen und -partner benennen neben den förderlichen Aspekten auch eine Reihe von Faktoren, die sich ihrer Einschätzung nach hemmend auf die Kooperation zwischen Kommunen und Krankenkassen auswirken. Diese reichen von unterschiedlichen Handlungsorientierungen und Kulturen von Kommunen und Krankenkassen sowie dem Wettbewerb unter den Kassen über unzureichende Kenntnisse der kommunalen Akteure und örtlichen Krankenkassenvertretungen mit Blick auf Regelungen zur kassenfinanzierten Gesundheitsförderung und Prävention sowie auf Zuständigkeiten, Tätigkeitsfelder und Leistungen des jeweils anderen Partners bis zu für eine Zusammenarbeit vor Ort fehlende Strukturen. Dabei gibt es unter den befragten Akteursgruppen – Kommunen, Krankenkassen, Dritte – große Übereinstimmung in den Einschätzungen; hemmende Faktoren speziell aus Sicht einer einzelnen Akteursgruppe werden nur vereinzelt von den kommunalen Gesprächspartnerinnen und -partnern benannt.

Akteursübergreifende Sicht

Unterschiedliche Handlungsorientierungen und Kulturen von Kommunen und Krankenkassen

Während die Krankenkassen mitgliederorientiert agieren, richten die Kommunen ihr Handeln in der Regel am Gemeinwohl aus. Diese unterschiedlichen Handlungsorientierungen zusammenzubringen, ist nach Ansicht eini-

ger Gesprächspartnerinnen und -partner nicht einfach. Ein Krankenkassenakteur fasst dies folgendermaßen zusammen: „Das ordnende Prinzip in der GKV ist die mitgliedschaftliche Orientierung. Wir sind ein mitgliederbezogenes, beitragsfinanziertes Sozialversicherungssystem, was auf eine Versorgung der Mitglieder ausgerichtet ist, insbesondere mit kurativen Leistungen. Da gehen auch 95 Prozent der Ausgaben hin. Und die Kommune hat einen sozialräumlichen Fokus. Sie hat für die in diesem Gebiet lebenden Menschen die Verantwortung. Das zusammenzubringen ist nicht einfach.“ Einige der befragten Akteure sprechen sogar von unterschiedlichen Kulturen: „Der wichtigste Handlungsbedarf ist die Annäherung der Kulturen. Es gibt eine unterschiedliche Kultur zwischen Krankenkassen und Kommunen. Die sind sich zum Teil sehr, sehr fremd.“ „Ich würde mir eigentlich wünschen, dass sich Krankenkassen noch viel stärker ins kommunale Leben einbinden lassen. Ich glaube, da muss man wohl verschiedene Kulturen mit bislang wenig Berührungspunkten zusammenbringen.“

Wettbewerbsparadigma der Krankenkassen

Insbesondere die befragten kommunalen Akteure, aber auch Dritte sehen den eng mit der Mitgliederorientierung in Verbindung stehenden Wettbewerb der Krankenkassen als hinderlich für die Kooperation mit den Kommunen an. Zwar sei die Orientierung am Wettbewerb im Präventionsgesetz relativiert bzw. eingeschränkt worden, aber das prinzipielle Wettbewerbsparadigma der Kassen, der Kampf um Mitglieder sei trotz des gesetzlichen Erfordernisses, zusammenzuarbeiten und „kassenübergreifende Leistungen zu Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten“ (§ 20a Abs. 1 S. 4 SGB V) zu erbringen, erhalten geblieben.

Aus dem Kreis der Krankenkassen selbst heißt es hierzu: „Jede Kasse neidet der anderen die guten Versicherungsrisiken. (...) Selbst der Sozialausgleich, dieser Risikostrukturausgleich führt ja nicht dazu, dass es keinen Wettbewerb um Mitglieder mehr gibt. (...) Auch Vorstände haben Verträge mit leistungsbezogener, erfolgsabhängiger Vergütung. Und woran macht sich der Erfolg fest? Der macht sich am Mitgliedererwerb fest. Dann ist immer dieses Kalkül: Nutzt mir diese oder jene Leistung, ... nutzt mir das im Wettbewerb um Mitglieder?“

Dieser Wettbewerbsgedanke werde aber – so führt ein kommunaler Akteur aus – bei integrierten Strategien kommunaler Gesundheitsförderung nur bedingt funktionieren. „Da muss man ein Stück weit auch als eigene Krankenkasse zurücktreten und natürlich das Thema im Vordergrund sehen. Die Krankenkassen müssen davon wegkommen, die kommunalen Präventionsstrategien, die da entwickelt werden, die integrierten Handlungskonzepte etc. nur weiterhin als Marketingplattform zu betrachten. Und da sind wir dann ganz schnell bei dem Thema kassenübergreifender Leistungen. Dahingehend müssen die Krankenkassen wirklich ihre Sichtweise noch verändern. Da fehlt noch ganz viel.“ Einige kommunale Akteure nehmen den Wettbewerb sogar nach Inkrafttreten des Präventionsgesetzes als noch stärker denn vorher wahr: „Also ich habe das Gefühl, mit dem Präventionsgesetz hat sich das Konkurrenzdenken von den Krankenkassen verschärft. Jeder muss gucken, wie er sein Geld los wird und jeder hat Angst, die anderen pfuschen ihnen in ihre Kommunen rein.“

Einzelne Gesprächspartnerinnen und -partner aus den Kommunen berichten aber auch schon von Fortschritten bei der Zusammenarbeit von Krankenkassen: „Auf jeden Fall muss man sagen, dass sie das akzeptieren, dass in einem Großprojekt mehrere von denen vertreten sind. Das

muss man auf jeden Fall schon mal als Fortschritt sehen. Die haben auch alle kommuniziert, wir haben hier keine Ausschlussregelung. Wir müssen, um unsere vielfältigen Themen abdecken zu können, mit allen zusammenarbeiten. Ich will nicht sagen, das ist alles toll, und die freuen sich, aber sie akzeptieren es. Das ist schon viel besser wie früher.“

Und von dritter Seite wird Verständnis geäußert mit Blick auf die Herausforderung für die Krankenkassen, den Wettbewerbsgedanken hintenanzustellen: „Es ist ja praktisch ein Paradigmenwechsel. Die Kassen müssen jetzt in einem Teilbereich, für den sie verantwortlich sind, etwas aufgeben, zu dem sie über Jahre hinweg gezwungen worden sind, nämlich den direkten Wettbewerb.“

Unzureichende Kenntnisse und Informationen über Regelungen und Finanzierungsmöglichkeiten kassengetragener Prävention

Übereinstimmend nehmen die Befragten als Hindernis für die Kooperation wahr, dass sowohl die Kommunen als auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen vor Ort keine ausreichenden Kenntnisse über die Inhalte von Präventionsgesetz, Bundesrahmenempfehlungen, Landesrahmenvereinbarungen und GKV-Leitfaden Prävention und die dort festgelegten Regelungen und Kriterien zur kassengetragenen lebensweltlichen Prävention besitzen. Dieses Wissen sei aber notwendige Grundlage für den Erfolg von Kooperationsbemühungen zwischen Kommune und Krankenkassen. Wenn eine Kommune vor Ort auf eine Krankenkasse zugehe, müsse sie diese Dokumente und ihre Inhalte kennen, um „für die Gespräche gut gewappnet zu sein“. Dies gelte gleichermaßen auch für die Krankenkassen vor Ort. Der unzureichende Kenntnisstand führe dazu, dass mancherorts die kommunale Koordinierungsstelle Gesundheitsförderung die notwendige Wissensvermittlung übernehme: „Die Hälfte der Arbeitszeit der Koordinierungsstelle geht dafür drauf, den Leuten die Inhalte des GKV-Leitfadens zu erklären.“

Dieser unzureichende Kenntnisstand, so konstatieren einige Interviewpartnerinnen und -partner, führe dazu, dass vielen kommunalen Akteuren nicht klar sei, was die Krankenkassen finanzieren können und was nicht. Einige Kommunen hätten daher falsche und auch überzogene Erwartungen: „Es gibt auch Bürgermeister, die sagen, jetzt sollen uns mal die Kassen unsere Schwimmbäder sanieren, das ist ja auch gesundheitsförderlich, wenn die Leute schwimmen gehen. Die sind gerade so marode, und man hat keine Kohle dafür. Das geht natürlich nicht.“ „Diese Anfragen bekommen wir jetzt auch aufgrund des Präventionsgesetzes, dass wir die Leistungen, die die Kommune nicht mehr bezahlen kann, die in ihren Augen irgendetwas mit Gesundheitsförderung zu tun hat, übernehmen sollen. (...) Dann sind wir die Bösen, weil wir sagen, dass das nicht unsere Aufgabe ist.“

In diesem Zusammenhang beklagt ein Großteil der befragten Akteure aus den Kommunen, dass ihnen schlichtweg die notwendigen Informationen über Fördermöglichkeiten und Antragsverfahren fehlen. Es sei bislang von den Krankenkassen, aber auch von den Landesministerien wenig Konkretes über die Umsetzung des Präventionsgesetzes, der Bundesrahmenempfehlungen und Landesrahmenvereinbarungen zu erfahren. „Ich war letzte Woche auf einer Veranstaltung. Da ging es um diese Förderungen. (...) Da war das Ministerium da, es waren die Landesvertretungen der Krankenkassen dort. Dann hat man den ganzen Vormittag von den Landesvertretungen nichts Konkretes erfahren, wirklich nichts, gar nichts. (...) Und die Leute saßen da und sagen: Ich habe Interesse am Thema Gesundheit. Es gibt Geld. Wie beantrage ich das? – Keine In-

formation! (...) Das war eine Veranstaltung, wo potenzielle Teilnehmer für Anträge sitzen. Das heißt, die sitzen da und warten da drauf. Und dann sagen die Kassen: Wir haben noch keine Anträge. Wir wissen noch nicht genau, wie es läuft.“

Die Kommunen wünschen sich deutlich mehr Klarheit darüber, was sie von der Umsetzung des Präventionsgesetzes erwarten können. Dazu ist aus ihrer Sicht eine umfassende Informationspolitik durch die Krankenkassen, aber auch durch die Landesministerien erforderlich. Das Einholen der notwendigen Informationen dürfe keine Holschuld der Kommunen sein: „Und das kann nicht sein, dass ... jeder irgendwelche Teilinformationen tröpfchenweise bekommt und dafür seine Zeit reinsteckt, um das zu verstehen: was geht da, was geht da nicht. Dafür haben wir die Zeit nicht.“ Wichtig sei zudem, dass sich die Informationen nicht widersprechen, sondern „aus einem Guss“ erfolgen; dies treffe insbesondere auf die Frage der Strukturförderung durch die Krankenkassen zu: „Also, es wäre wichtig, die Botschaften einheitlich rüberzubringen. Können Strukturen finanziert werden oder nicht? Da schafft auch das Präventionsgesetz keine Klarheit. Und die Krankenkassen machen dann so ihr. Für uns ist es dann schwierig, sich sozusagen durchzuarbeiten und zu gucken, was passt jetzt.“

Auch Dritte sehen erheblichen Klärungsbedarf und die Notwendigkeit für transparente und vor allem eindeutige Regelungen bzw. Förderrichtlinien: „Alle müssen lernen, dieses schwierige Gesetz tatsächlich umzusetzen. Müssen lernen, was das eigentlich heißt, dass Beitragsmittel statt Steuermittel bereitgestellt werden. Für die Ausreichung der Kassensmittel bedarf es bestandsicherer und vor allen Dingen auch konfliktssicherer Regeln und Verfahrensweisen. Das braucht also Förderrichtlinien.“

Unzureichendes Wissen über Tätigkeitsfelder und Strukturen des Kooperationspartners

Auch über den Kooperationspartner und seine Tätigkeitsfelder und Strukturen werde jeweils zu wenig gewusst. Aus kommunaler Sicht bringt eine befragte Akteurin dies folgendermaßen auf den Punkt: „Den Krankenkassen ist überhaupt nicht klar, was eigentlich schon alles auf der kommunalen Ebene passiert.“ Aber auch bei den Kommunen, konstatiert diese Gesprächspartnerin, fehle Wissen über die Krankenkassen und deren Zuständigkeiten und Strukturen. „Es ist ja nicht nur so, dass die nichts oder wenig von uns wissen, wir wissen auch total wenig von denen.“ Dieses gegenseitige Wissen sei aber – so eine Vertreterin der Krankenkassen – notwendig, um die Aufgabenbereiche von Kommunen und Krankenkassen miteinander zu vernetzen. Und eine weitere Kassenakteurin führt aus: „Da sind wir an dem Punkt, wo wir erst einmal sagen, wenn wir zusammenarbeiten und kooperieren wollen, müssen wir uns erstmal gegenseitig über unsere Leistungen und Tätigkeiten informieren.“

Fehlen von qualifizierten Ansprechpartnerinnen/-partnern der Krankenkassen vor Ort

Die befragten kommunalen Akteure und Dritten beklagen unisono, dass es bei den Krankenkassen für die Kommunen keine qualifizierten Ansprechpartnerinnen und -partner vor Ort gibt. Diese Situation erschwere die Kooperation von Kommunen und Krankenkassen erheblich. Häufig würden die zuständigen Ansprechpartnerinnen und -partner der Kassen in weit entfernten Orten sitzen und für mehrere Regionen zuständig sein. Diesen überörtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern fehlten aber die Kenntnisse über die

spezifische Situation vor Ort und die Vertrautheit mit den jeweiligen kommunalen Akteuren. „Da ist es immer schwierig, wenn sie dann als Kommune mit jemandem verhandeln, der zwar weiß, dass sie existieren, der aber im Alltag mit ihnen keine Vertrautheit und keine Spezifität im Sinne „man kennt sich gegenseitig“ entwickelt hat und man auch keinen gleichgerichteten Blickwinkel auf eine spezifische Situation vor Ort hat.“ Gebe es mit der kommunalen Situation vertrautes Ansprechpersonal vor Ort, seien jedoch deren Entscheidungsspielräume in der Regel gering. „Der hier vor Ort tätige Vertreter ist nicht der Entscheider über bestimmte Projekte und erst recht nicht über die Förderung, die wird eher auf der übergeordneten Ebene getroffen.“ „Die müssen dann immer rückkoppeln mit der Hauptverwaltung.“ Zudem fehle dem Personal bei den Krankenkassen häufig die notwendige Fachlichkeit. „Wir reden im Prinzip mit Geschäftsstellenleitern, die eine kaufmännische Ausbildung haben und sich eigentlich unter unserem Thema Gesundheitsförderung nichts vorstellen können. Da ist es natürlich auch schwierig, gemeinsam mit denen etwas zu entwickeln.“ Fachpersonal aus dem gesundheitswissenschaftlichen Bereich sei in den Krankenkassen bisher die Ausnahme, aber als „fachliche Andockstellen“ für die Kooperation mit den Kommunen unerlässlich.

Sicht von Kommunen

Fehlende Absprachen zwischen Krankenkassen und Kommunen

Einige kommunale Gesprächspartnerinnen und -partner kritisieren, dass Krankenkassen ihre Themen- und Handlungsschwerpunkte unabhängig von den Bedarfen vor Ort definieren und ihre gesundheitsfördernden Aktivitäten nicht mit der Kommune absprechen. Dies könne beispielsweise dazu führen, dass eine Krankenkasse ein Projekt zur Suchtprävention an einer Schule finanziert, bei der aus kommunaler Sicht aber der Bedarf danach wesentlich geringer ist als an anderen Schulstandorten. Die fehlende Abstimmung berge die Gefahr, dass Maßnahmen der Krankenkassen fehlgeleitet bzw. nicht an den Zielen und Erfordernissen vor Ort orientiert seien.

Zudem habe die Kommune in der Folge fehlender Absprachen keinen Überblick, wo Krankenkassen in der Kommune bereits aktiv sind. Denn nicht nur die Kommune selbst, sondern auch andere Vor-Ort-Akteure stellen Finanzierungsanträge bei den Krankenkassen; hiervon erfahre die Kommune aber häufig nichts. „Das ist ja ein ganz freies Feld gerade. Ich glaube, da wird jeder, auch jede Organisation, die eine Idee oder ein Projekt hat, wo sie Finanzierungsmöglichkeiten sieht, auf die Kassen zugehen. Ich bin davon überzeugt. Das machen die auch, ohne dass wir das überhaupt unbedingt mitbekommen.“ Hierdurch werde ein planvolles Vorgehen der Kommune erheblich behindert: „Die Kassen sollen ja in Lebenswelten Gesundheitsförderung betreiben und Projekte dort finanzieren. Und wir bieten ihnen die Zugänge in die Lebenswelten an, müssen dann aber auch, wenn wir planerisch arbeiten, zumindest schon mal wissen, welche Projekte fördern sie denn überhaupt. Wo fließen die Gelder hin?“

Allein die Information über kassenfinanzierte Aktivitäten in der Kommune reiche jedoch nicht aus, es müsse um eine inhaltliche Abstimmung der Maßnahmen zwischen Krankenkassen und Kommune gehen. So sehe die Landesrahmenvereinbarung Baden-Württemberg zwar beispielsweise vor (§ 4 Abs. 5), dass die Geschäftsstelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz über Kooperationsvereinbarungen von an der Rahmenvereinbarung Beteiligten in ihrem Zuständigkeitsbereich frühzeitig zu informieren sei.

Auch solle den Trägern und Akteuren der Kommunalen Gesundheitskonferenzen nach Möglichkeit Gelegenheit gegeben werden, sich an den Kooperationsvereinbarungen zu beteiligen. Dies sei aber keine partnerschaftliche Abstimmung auf Augenhöhe und daher nicht ausreichend. „Die Konferenz sollte eigentlich ja genau die Plattform auch für dieses Aushandeln sein, und wir werden jetzt mit der Konferenz nur quasi informiert über das, was die Träger des Präventionsgesetzes unter sich vereinbaren und aushandeln.“ Es fehle die Abstimmung mit den kommunalen Strategien zur Gesundheitsförderung. Kommunen und Krankenkassen befänden sich hier – so ein kommunalen Gesprächspartner – noch in einem gemeinsamen Lernprozess: „Also, wir müssen viel stärker lernen, uns irgendwie abzustimmen an der Stelle. Aber das ist so eine Lernstrategie. Ich kritisiere das Ganze im Augenblick wirklich nicht. Wir müssen es lernen. Und wir machen am Anfang wahrscheinlich jetzt auch gemeinsam einige Fehler. Aber so ein Präventionsgesetz oder das Sozialgesetzbuch V, das wird noch ein paar Jahre andauern.“

Agieren der Krankenkassen mit Standardprogrammen/-projekten

In enger Verbindung mit dem kritisierten Fehlen von Absprachen zwischen Krankenkassen und Kommunen steht ein weiterer von den kommunalen Befragten als Hemmnis beklagter Faktor in der Kooperation mit den Krankenkassen. Die Kassen würden vor dem Hintergrund des Präventionsgesetzes und den damit in größerem Umfang zu verausgabenden Mitteln bundesweit ihre gesundheitsfördernden Standardprogramme und -projekte in den Kommunen umsetzen, ohne den konkreten Bedarf der Zielgruppen vor Ort in den Blick zu nehmen. Dieses Vorgehen bemängeln mehrere kommunale Gesprächspartnerinnen und -partner: „Damit werden aber eben nicht gezielt sozial benachteiligte Zielgruppen erreicht und damit gesundheitliche Chancengerechtigkeit gefördert. Das geht nun mal nur, indem ich mit der Zielgruppe rede und sie in die Planung und die Umsetzung einbeziehe.“ „Wenn ich Interesse an einer Zielgruppe habe, dann muss ich mich mit denen auch auseinandersetzen oder muss wenigstens mit den Mittlern, die Kontakt zur Zielgruppe haben, in Verbindung treten. Ich muss dann wirklich einen partizipativen Entwicklungsprozess von Gesundheitsförderung durchführen. Und es muss eigentlich immer mehr ein Stück weit weggehen von diesen vorgefertigten Gesundheitsförderungsprogrammen, wo ich alle mit den gleichen Modulen bespiele, denn das wird nicht nachhaltig funktionieren.“ „Wir wollen nicht Projekte von Krankenkassen übergestülpt kriegen, sondern wir wollen gemeinsam mit Krankenkassen passgenaue Projekte entsprechend den Bedarfen einer Kommune entwickeln.“

Andere kommunale Akteure sehen im Einsatz der Standardprogramme von Krankenkassen dagegen nicht nur Nachteile, sondern durchaus auch Vorteile: „Wenn es ein gutes Programm und am Bedarf vor Ort orientiert ist, passt es ja. Dann entfällt die Entwicklung eines Programms, die Evaluation usw., und ich kann ein evaluiertes Programm nehmen und kann es umsetzen, was dann natürlich auch wieder gut ist.“

6. Ergebnisse im Überblick, Schlussfolgerungen, Handlungsempfehlungen

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Interviews zusammengefasst. Darauf aufbauend werden Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen zur Entwicklung und Umsetzung integrierter Strategien kommunaler Gesundheitsförderung unterbreitet. Die Handlungsempfehlungen richten sich an Kommunalpolitik und Kommunalverwaltung sowie an Krankenkassen.

6.1 Begriff „Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung“

Interviewergebnisse in der Gesamtschau

Die vom Difu für die Interviews zugrunde gelegte Begriffserläuterung² trifft beim überwiegenden Teil der Gesprächspartnerinnen und -partner weitgehend auf Zustimmung. Gleichwohl werden auch kritische Hinweise sowie Ergänzungs- und partiell Alternativvorschläge geäußert:

- Für die kommunale Praxis muss die Definition des Begriffs „Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung“ einfach formuliert und möglichst mit Beispielen unterlegt sein.
- Für den Adressatenkreis Kommunalverwaltung sollten verwaltungswissenschaftliche und organisationstheoretische Diskurse in der Definition aufgegriffen werden.
- Neben der Schaffung von gesundheitsfördernden Angeboten sollte die Begriffsdefinition auch auf Gesundheitsförderung als Haltung, neben Kommunalverwaltung auch stärker auf freie Träger als handelnde Akteure abstellen. Zudem sollte auf die verschiedenen räumlichen sowie föderalen Handlungsebenen hingewiesen werden.
- Eine Alternative zum Begriff „Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung“ kann der Begriff „Präventionskette“ darstellen.
- Um andere Verwaltungsressorts „abzuholen“, kann es sinnvoll sein, statt Gesundheitsförderung stärker die Verbesserung der Lebensqualität in den Mittelpunkt der Begriffsdefinition zu stellen.

² „Unter integrierten kommunalen Strategien der Gesundheitsförderung wird ein Gesamtstrategisches und koordiniertes Vorgehen sowie das Zusammenspiel verschiedener Verwaltungsressorts verstanden, mit dem Ziel, gesundheitsförderliche Lebenswelten und Angebote für alle Altersgruppen (Kinder und Jugendliche, Erwachsene, ältere Menschen) zu schaffen. Dabei liegt ein besonderes Augenmerk darauf, die gesundheitlichen Chancen für Menschen in sozioökonomischen Risikolagen zu erhöhen. Präventive Angebote und Maßnahmen werden hierfür über kommunale Ressortgrenzen hinweg und unter Einbeziehung verwaltungsexterner Akteure sowie der Zielgruppen aufeinander abgestimmt (vgl. Richter-Kornweitz/Holz/Kilian 2016; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2013; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2015: 39 f.).

Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

- Der Begriff „Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung“ ist nicht selbst erklärend und auch nicht allgemein gültig definiert; er bedarf daher der Erläuterung.
- Die vom Difu zugrunde gelegte Begriffserklärung scheint wesentliche Merkmale und Elemente von integrierten Strategien kommunaler Gesundheitsförderung abzubilden und sich daher als Basisdefinition prinzipiell zu eignen.
- Je nach Schwerpunktsetzung kann die Basisdefinition vor Ort um weitere Aspekte ergänzt bzw. können einzelne Gesichtspunkte besonders hervorgehoben werden.
- Zudem kann es sinnvoll sein, den Begriff und die hinter ihm stehenden Handlungsprinzipien adressatenspezifisch (Wissenschaft, Kommunalverwaltung und -politik, Krankenkassen, freie Träger, Praktikerinnen und Praktiker vor Ort, Bürgerinnen und Bürger) aufzubereiten und zu kommunizieren.
- Auch die Ersetzung des eher sperrigen Fachausdrucks durch griffigere, besser vermittelbare Bezeichnungen (z.B. Präventionskette, Strategie zur Verbesserung der Lebensqualität) kann für die kommunale Praxis zielführend sein.

6.2 Förderliche und hemmende Rahmenbedingungen

Interviewergebnisse in der Gesamtschau

Förderliche Rahmenbedingungen

- Kommunalpolitische Unterstützung liegt vor: durch die politische Leitung – Bürgermeisterin/Bürgermeister, Landrätin/Landrat, Dezernentin/Dezernent – und, noch wichtiger, in Form eines kommunalpolitischen Beschlusses der Stadtverordnetenversammlung, Gemeindevertretung bzw. des Kreistages.
- Die Kommune hat übergeordnete strategische Leitziele politisch beschlossen, an denen sich das Verwaltungshandeln der Kommune ausrichtet.
- Es existiert eine strategische Gesundheitsplanung, die auf einer kommunalen Gesundheitsberichterstattung basiert. Sie zeigt neben Zielen und Maßnahmen auch erforderliche Koordinierungs- und Netzwerkstrukturen auf.
- Kommunalverwaltung und Kommunalpolitik pflegen eine kooperative und partizipative Steuerungs- und Prozesskultur.
- Ein integrierter Dezernatszuschnitt umfasst neben dem Bereich Gesundheit weitere für die kommunale Gesundheitsförderung wichtige Verwaltungsbereiche wie Jugend, Bildung/Schule und Soziales.
- Das Gesundheitsamt hat eine bedarfsgerechte Personalausstattung – dies sowohl quantitativ als auch qualitativ.

- Größere kreisangehörige Kommunen, die über kein eigenes Gesundheitsamt verfügen, haben eine kommunale Fachstelle für Gesundheit eingerichtet.
- Die zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Kommunalverwaltung verfügen über ausreichende zeitliche Ressourcen – vor allem zu Beginn des Aufbaus integrierter Strategien kommunaler Gesundheitsförderung.
- Eine kommunale Koordinierungsstelle Gesundheitsförderung wurde eingerichtet.
- Außerhalb von Kommunalpolitik und -verwaltung liegen folgende externe Förderfaktoren: Handlungsdruck durch die Bevölkerung bzw. konkreter Handlungsanlass/-auslöser; engagierte und kompetente Kooperationspartner; externe Prozessmoderation/-begleitung; rechtliche Verankerung von Gesundheitsförderung; Fördermittel (insbesondere Landesmittel und Mittel der Krankenkassen); Mitwirkung und Erfahrungsaustausch in bundesweiten Netzwerken (Gesunde-Städte-Netzwerk, Partnerprozess „Gesundheit für alle“).

Hemmende Rahmenbedingungen

- Es fehlt an kommunaler Prioritätensetzung.
- Die personellen und finanziellen Ressourcen für Gesundheitsförderung sind zu knapp bemessen.
- Im Handeln und in den Strukturen der Kommunalverwaltung mangelt es an Innovationsbereitschaft und einem gemeinsamen Gesundheitsverständnis; stattdessen herrschen „Versäulung“, Ressortegoismen und Zielkonflikte zwischen Verwaltungsbereichen vor.
- Dem Gesundheitsamt fehlen „Durchgriffsmöglichkeiten“; sein Personal ist für koordinierendes und steuerndes Handeln nicht ausreichend qualifiziert. In kreisangehörigen Kommunen existiert kein eigenes kommunales Gesundheitsamt.

Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

- Als Schlüssel für die erfolgreiche Entwicklung und Umsetzung integrierter Strategien kommunaler Gesundheitsförderung zeichnet sich ein integratives, kooperatives sowie strategisch ausgerichtetes Selbstverständnis von Kommunalpolitik und -verwaltung ab, das mit politischen Beschlüssen, integrierenden Strukturen und ausreichenden Ressourcen unteretzt ist.
- Folgende Voraussetzungen vor Ort scheinen für die Entwicklung und Umsetzung integrierter Strategien kommunaler Gesundheitsförderung unabdingbar zu sein:
 - kommunalpolitisches Bekenntnis/kommunalpolitischer Beschluss zur Gesundheitsförderung,
 - kommunale – möglichst integrierte – Gesundheitsberichterstattung,
 - für das Thema Gesundheitsförderung zuständige und qualifizierte Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter in der Kommunalverwaltung,
 - personelle und finanzielle Ressourcen.

- Die Erfüllung dieser Voraussetzungen sollte daher von Kommunalpolitik gemeinsam mit der Kommunalverwaltung gewährleistet werden.
- Darüber hinaus sind insbesondere folgende Faktoren für den Prozess als förderlich anzusehen; die Kommune sollte daher ihre Realisierung anstreben:
 - übergeordnete strategische Leitziele der Kommune, die einen Orientierungsrahmen für das politische und das Verwaltungshandeln in der Kommune geben und – zumindest partiell – Bezüge zum Thema Gesundheit aufweisen (z.B. soziale und umweltgerechte Stadtentwicklung, Chancengleichheit durch Bildungsteilhabe und Bekämpfung von Kinderarmut, nachhaltige Mobilität),
 - kommunale Gesundheitsplanung auf Basis einer kleinräumigen Analyse der gesundheitlichen und sozialen Lage, die als strategisch-konzeptioneller Rahmen für die kommunale Gesundheitsförderung dient,
 - kommunale Koordinierungsstelle Gesundheitsförderung, die insbesondere die ressortübergreifende Kooperation und die Vernetzung verschiedener lokaler Partner koordiniert und die ihre Arbeit sowohl gesamtstädtisch als auch stadtteilbezogen ausrichtet,
 - Förder-/Finanzmittel von Land und Krankenkassen.

6.3 Kommunalverwaltung: Steuern, Koordinieren, Kooperieren

Interviewergebnisse in der Gesamtschau

Rolle der Kommunalverwaltung

- Kommunalverwaltung hat eine eindeutige Rolle: Sie soll die Prozesse steuern.
- Für die Koordination der damit verbundenen Prozesse braucht es eine kommunale Koordinierungsstelle für Gesundheitsförderung. Bei welchem Fachamt diese am besten anzusiedeln ist, wird unterschiedlich beantwortet.

Federführung in der Kommunalverwaltung

- Wer in der Kommunalverwaltung „den Hut aufhaben“ sollte (Federführung), wird ebenfalls unterschiedlich gesehen. Die Federführung wird entweder bei einem Fachamt (Gesundheit, Soziales, Jugend/Jugendhilfe) oder als Stabsstelle bei der Verwaltungsspitze verortet.
- Auch eine eher „kooperative Federführung“, in der das Gesundheits- und das Jugendamt gemeinsam (als „Tandem“) wirken, wird als eine gute Variante diskutiert.
- Weitgehend Einigkeit besteht darüber, dass es keine für alle Kommunen einheitliche Lösung gibt, sondern ortsspezifische Lösungen, entsprechend der Größe und Ausgangslage der Kommune, zu finden sind.

Ressortübergreifende Zusammenarbeit

- Für die ressortübergreifende Zusammenarbeit eignen sich Steuerungsgruppen/Steuerungsteams. Diese können sowohl feste als auch ergänzend flexibel wechselnde Mitglieder haben. Sie bekommen besonderes Gewicht, wenn an ihnen die Stadtspitze (z.B. [Ober-]Bürgermeister) mitwirkt.
- Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung werden ämterseitig meist durch einen Dreiklang bespielt: Jugend, Soziales, Gesundheit.
- Die Stadtentwicklung ist mehrheitlich kein integraler Bestandteil der ressortübergreifenden Zusammenarbeit bzw. nur in Kommunen involviert, die einen integrierten Stadtentwicklungsansatz (Soziale Stadt) verfolgen. Auch der Fachbereich Umwelt fehlt fast immer „im Boot“ – und wird nicht einmal „mitgedacht“.
- Für den Aufbau einer ämter- und ressortübergreifenden Zusammenarbeit eignet sich ein mehrstufiges Vorgehen. Durch schrittweises Agieren kann der Kreis der Ressorts und Akteure nach und nach wachsen.
- Erfolgreicher Anreiz für eine ressortübergreifende Zusammenarbeit kann ein gemeinsam verantworteter dezernats- und ämterübergreifender „Finanztopf“ (Stadtteilbudget, Sozialraumbudget) sein.

Zusammenwirken von Kommunalpolitik und Kommunalverwaltung

- Die Kommunalpolitik sollte übergreifende Zielvorgaben entwickeln und hat damit eine wichtige Rolle bei der strategischen Steuerung inne.
- Die zurzeit tatsächliche Rolle der Kommunalpolitik bei der Steuerung wird mehrheitlich jedoch als eher schwach eingeschätzt.
- Immer wieder wird betont: Kommunalpolitik muss für das Thema Gesundheitsförderung überwiegend noch gewonnen werden (es mangelt an Kompetenz und Sensibilität).
- Allgemeiner Konsens ist: Eine kommunalpolitisch vorausschauende strategische Ausrichtung ist eher die Ausnahme. Viel hängt an einzelnen/engagierten Personen („Kämpferinnen/Kämpfer“).
- Die Zusammenarbeit zwischen Kommunalverwaltung und Kommunalpolitik läuft nicht optimal.
- Die Kommunalverwaltung wünscht sich mehr Austausch mit der Kommunalpolitik.

Vernetzung von Kommunalverwaltung und verwaltungsexternen Akteuren

- Kommunen, die seit Jahren kommunale Gesundheitsförderung betreiben, haben komplexe Netzwerkstrukturen aufgebaut. Diese sind räumlich (Stadtteil-/Regionalkonferenzen), strategisch-inhaltlich (Gesundheits-/Präventionskonferenzen, themenspezifische Arbeitskreise) und/oder projektbezogen ausgerichtet.
- Netzwerkstrukturen bestehen vielfach aus aufeinander aufbauenden Bausteinen, die sich häufig an Lebensphasen orientieren. Die Facharbeit erfolgt in eher kleinen Strukturen/Teams.

- Die Netzwerke sind komplex. Um zu funktionieren, benötigen sie einen klaren Auftrag, eine Funktion und ein Ziel sowie Handlungsspielräume. Mitunter mangelt es ihnen an Verbindlichkeit; in der Folge kann es eine Ermüdung über das „zu viele Reden“ geben.
- Netzwerkarbeit stellt das klassische Verwaltungshandeln auf den Kopf: vom Verwalten zum Ermöglichen. Gleichwohl gibt es Ängste innerhalb der Kommunalverwaltung, dass ihr das Ruder aus der Hand genommen wird. Deshalb werden Grenzen der Zusammenarbeit betont und Spielregeln gefordert.

Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

Steuerung

- Die Steuerung von Entwicklung und Umsetzung integrierter Strategien kommunaler Gesundheitsförderung ist allein aufgrund der in der Regel zahlreichen einzubeziehenden Akteure (Politik, Verwaltung, verwaltungsexterne Akteure, Bürgerinnen und Bürger) eine komplexe und voraussetzungsvolle Aufgabe. Sie erfordert eine auf Kooperation und Konsensfindung basierende Steuerungsform.
- Für die Steuerung muss in der Kommunalverwaltung eine dezidierte Federführung festgelegt werden. Dabei kommen je nach Ortsspezifika verschiedene Modelle in Betracht: Verortung bei einem Fachamt, Verortung bei einer Stabsstelle, kooperative Federführung.
- Zudem empfiehlt sich die Einrichtung einer Steuerungsgruppe, der neben den relevanten Fachämtern, soweit es um strategische Fragen geht, auch die „politische Federführung“ angehören sollte. Zudem ist es zweckmäßig, die sich für die kommunale Gesundheitsförderung engagierenden Krankenkassen in die Steuerungsgruppe einzubinden.
- Eine kommunale Koordinierungsstelle Gesundheitsförderung (vgl. Rahmenbedingungen) übernimmt Aufgaben der Prozesssteuerung innerhalb der Kommunalverwaltung sowie mit verwaltungsexternen Partnerinnen und Partnern. Sie stärkt die für Steuerung und Koordinierung erforderliche Verwaltungsstruktur und sollte daher institutionalisiert werden.

Ressortübergreifende Zusammenarbeit

- Aufgabe des federführenden Amtes ist es, die für die Entwicklung und Umsetzung integrierter Strategien kommunaler Gesundheitsförderung relevanten Verwaltungsbereiche und -akteure zu identifizieren und sie für eine Zusammenarbeit zu gewinnen.
- Für die ressortübergreifende Zusammenarbeit ist „kommunale Gesundheitsförderung“ selten die geeignete begriffliche Klammer. Es braucht vielmehr ein „Label“, das andere Ressorts mit Blick auf ihre Zuständigkeit stärker anspricht und sie aus der Mitwirkung einen Mehrwert für das eigene Ressort erwarten lässt. Die Begriffe „Gesunde Stadt“, „Gesunde Lebensqualität“, „Gesundheit und Lebensqualität“ können den Zugang zu einem breiteren Spektrum der Ämter eröffnen.
- Unabhängig vom Begriff, vom „Label“, ist es wichtig, dass den Ressorts, die für eine Mitwirkung gewonnen werden sollen, hierfür personelle Ressourcen zur Verfügung stehen.

- Zur Förderung der ressortübergreifenden Zusammenarbeit und einer stärkeren Umsetzungsorientierung sollte zudem in den Kommunen geprüft werden, einen gemeinsam verantworteten dezernats- und ämterübergreifenden „Finanztopf“ (Stadtteilbudget, Sozialraumbudget) einzurichten.
- Seitens des federführenden Verwaltungsbereichs sollte darauf geachtet werden, dass die für die kommunale Gesundheitsförderung wichtigen Ressorts Stadtentwicklung und Umwelt stärker in die Entwicklung und Umsetzung integrierter Strategien kommunaler Gesundheitsförderung eingebunden werden. Umgekehrt sollten sich die Bereiche Stadtentwicklung und Umwelt von selbst stärker beteiligen und „als Standbein ins Spiel bringen“.

Zusammenwirken von Kommunalpolitik und Kommunalverwaltung

- Aufgabe der Kommunalpolitik muss es sein, die Kommunalverwaltung zu beauftragen, integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung zu entwickeln und umzusetzen, und sie mit entsprechenden (Personal-)Ressourcen auszustatten.
- Zudem sollte die Kommunalpolitik einen strategischen Rahmen vorgeben – allerdings ohne den Gestaltungsspielraum der Kommunalverwaltung und weiterer beteiligter Akteure zu sehr einzuschränken (vgl. Böhm 2017). Hierfür ist es erforderlich, dass die Kommunalpolitik in strategischen Steuerungsgremien vertreten ist. Ihre Präsenz in Arbeitsstrukturen zur operativen Steuerung ist nicht notwendig.
- Häufig fehlt jedoch eine kommunalpolitische Priorität für das Thema Gesundheitsförderung. Eine zentrale Aufgabe der Kommunalverwaltung liegt daher darin, die Kommunalpolitik für die in der Regel als freiwillige Aufgabe angesehene „Kommunale Gesundheitsförderung“ zu gewinnen: durch Information, Wissensvermittlung und Sensibilisierung. Hierfür sollten seitens der Kommunalverwaltung geeignete Instrumente entwickelt und zum Einsatz gebracht werden. Impulse hierfür können von Bund und Ländern ausgehen.
- Trainings und Fortbildungen zur Sensibilisierung und Weiterentwicklung von Kompetenzen im Bereich integrierte Strategien (der Gesundheitsförderung) für Kommunalpolitikerinnen und -politiker sollten gezielt erworben werden.

Netzwerkarbeit

- Für die Arbeit in gesundheitsbezogenen Netzwerken sind geeignete Strukturen und Formate zu entwickeln und zu pflegen, die auf die unterschiedlichen Bedürfnisse, Interessen, Kompetenzen und zeitlichen Ressourcen sowie auf Stärken und Schwächen der Beteiligten eingehen. Kommunale Gesundheitskonferenzen bilden hierbei einen wichtigen Anker.
- Für die Arbeit in gesundheitsbezogenen Netzwerken sollten die Beteiligten Spielregeln aufstellen und gemeinsam beschließen. Die Netzwerkarbeit einschließlich ihres Ziels und Auftrags sollte regelmäßig von allen Beteiligten überprüft werden. Externe Begleitung und Evaluation, aber auch Selbstevaluationen sind hierfür förderlich.
- Die Grenzen der Zusammenarbeit sowie der Beteiligung sind – seitens Kommunalpolitik und Kommunalverwaltung – zu definieren und nach außen für alle Beteiligten transparent zu machen.

6.4 Partizipation: Herausforderung für die Kommunalverwaltung

Interviewergebnisse in der Gesamtschau

- Partizipation ist ein Kernelement integrierter Strategien kommunaler Gesundheitsförderung. Obwohl Partizipation damit als selbstverständlicher und integraler Bestandteil kommunaler Gesundheitsförderung herausgestellt wird, werden auf der Umsetzungsebene Defizite ausgemacht. Partizipation wird schneller proklamiert als gelebt.
- Nach dem Beteiligungsverständnis der Verwaltungsakteure wird Beteiligung von der Kommunalverwaltung initiiert und gestaltet: Diese lädt zu Partizipation ein und setzt für partizipative Prozesse den Rahmen. Partizipation soll sich nicht einfach entwickeln, sondern sich an Vorgaben und Grenzen orientieren.
- Gleichwohl lassen sich partizipative Prozesse nicht „einfach“ steuern. Die konkrete Rolle der Kommunalverwaltung hierbei und die angemessene Form der Prozesskoordination müssen allerdings noch gefunden werden.
- Als Grundproblem der Partizipation, auch im Bereich Gesundheitsförderung, wird die soziale Selektivität der Beteiligung wahrgenommen.
- Eine wichtige Aufgabe der Kommunalverwaltung im Rahmen von partizipativen Prozessen zur Entwicklung von integrierten Strategien kommunaler Gesundheitsförderung sind daher die Moderation und Stärkung von schwächeren bzw. „stillen“ Gruppen. Das notwendige Erfahrungswissen und die hierfür erforderlichen Kompetenzen liegen bislang nur in wenigen Kommunen vor.
- Für die Ansprache und Beteiligung der Zielgruppen hat die Quartiers-ebene einen hohen Wert. Vor allem Soziale-Stadt-Aktivitäten werden hervorgehoben.
- Dabei werden Bürgerinnen und Bürger nicht allein oder primär als Adressaten von kommunaler Gesundheitsförderung wahrgenommen, sondern als Expertinnen und Experten insbesondere auf Stadtteilebene wertgeschätzt: Ihre Kompetenzen lägen vor allem darin, die Verhältnisse und Bedarfe vor Ort zu kennen – ein Grundpfeiler für die Entwicklung bedarfsorientierter Maßnahmen. Zudem würden durch Partizipation kreative und neue Ideen in die Prozesse eingespeist.

Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

- Um die Initiierung und Umsetzung von partizipativen Prozessen einschließlich der Prozesskoordination zu qualifizieren, sollten Akteure aus der Verwaltung geschult werden. Entsprechende Fortbildungen und Schulungen sollten auf die Bedarfe und „Lücken“ abgestimmt sein und – mit Blick auf die vermittelten Beteiligungsformate – auch die Stärkung von eher „stillen“ Gruppen zum Gegenstand haben.
- Bei den Qualifizierungsbausteinen sollte auch die Kommunalpolitik als Zielgruppe berücksichtigt werden. Ihre Rolle bei der auf Partizipation angelegten Umsetzung von integrierten Strategien kommunaler Gesundheitsförderung kann durch entsprechende Schulungen noch gestärkt werden.

- Angesichts der vielfältigen und umfassenden Aufgaben der Kommunalverwaltung in partizipativen Prozessen kann es sinnvoll sein, externe Beteiligungsexpertinnen und -experten zu beauftragen. Durch sie kann zudem die eher „top-down“ orientierte Perspektive der Verwaltung auf Partizipation durch Sichtweisen und Ansätze bereichert werden, die stärker Impulse von der Basis, d.h. die lokalen Bedarfe und Interessen der Adressatengruppen aufgreifen.
- Erfahrungen und Beteiligungsinstrumente aus den Bereichen Stadtentwicklung und Jugend, die beim Thema Partizipation oft „weiter“ als der Bereich Gesundheit sind, sollten bei der Entwicklung und Umsetzung integrierter Strategien kommunaler Gesundheitsförderung genutzt und angewendet werden.
- Partizipative Prozesse müssen wachsen, brauchen Spielräume und Handlungsmöglichkeiten sowie zeitliche und finanzielle Ressourcen. Hierüber muss im Vorfeld der Initiierung und Umsetzung von partizipativen Prozessen ein Verständnis innerhalb der Kommunalverwaltung sowie zwischen dieser und der Kommunalpolitik hergestellt werden.

6.5 Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen

Interviewergebnisse in der Gesamtschau

Chancen der Zusammenarbeit

- Die Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen kann zu einer besseren Wirkung und Nachhaltigkeit der von Krankenkassen finanzierten Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung führen.
- Die durch Kommunen eröffneten Zugänge sind für die Krankenkassen eine Chance, die aus der Zusammenarbeit resultiert. Die Krankenkassen können bessere Zugänge zu Zielgruppen erlangen, die sie bislang kaum oder gar nicht erreichten (u.a. Langzeitarbeitslose, Alleinerziehende, Migrantinnen/Migranten). Neben unmittelbaren Zugängen zur Zielgruppe sind dabei auch mittelbare Zugänge über die Kommunalverwaltung und kommunale Institutionen von großer Bedeutung.
- Für die Kommunen eröffnet die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen eine zusätzliche Finanzierungsquelle für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung.
- Durch das Zusammenwirken von kommunalen und Krankenkassenressourcen lassen sich erfolgreiche, aber bisher nur punktuell realisierte Ansätze flächendeckend(er) umsetzen.
- Das Wissen und die Kompetenzen von Krankenkassen können in kommunale Gesundheitsförderung einfließen und diese qualifizieren, wenn sich die Kassen nicht nur als Finanzgeber verstehen, sondern auch inhaltlich und steuernd mitwirken.
- Die Zusammenarbeit eröffnet Impulse für die Netzwerkarbeit und für die bessere Verzahnung der Angebote verschiedener Träger.
- Durch kassenübergreifendes Agieren und Zusammenarbeiten mit Kommunen können Synergieeffekte für die kommunale Gesundheitsförderung entstehen – beispielsweise durch das unterschiedliche Know-how verschiedener Krankenkassen.

Grenzen der Zusammenarbeit

- Krankenkassen übernehmen in der Regel nicht die Finanzierung kommunaler Koordinierungsstellen für Gesundheitsförderung – zumindest nicht dauerhaft.
- Die Dauerförderung von Maßnahmen mit Mitteln der Krankenkassen ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Leistungen der Krankenkassen sind inhaltlich stark auf die Themen Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung sowie die Stärkung psychischer Ressourcen fokussiert.
- Ein teils reduziertes Setting-Verständnis der Krankenkassen limitiert die Zusammenarbeit. Das Setting wird häufig nur als ein Ort verstanden, an dem gesundheitsfördernde Angebote und Maßnahmen umgesetzt werden (Gesundheitsförderung im Setting), nicht aber als zu verändernder Raum, der gesundheitsförderlich gestaltet werden kann (gesundheitsförderndes Setting).
- Vom Präventionsgesetz profitieren vor allem Kommunen, die in der kommunalen Gesundheitsförderung gut aufgestellt sind. Für Kommunen, die nicht über die erforderlichen Strukturen und personellen Ressourcen verfügen, ergeben sich eher nur kleinere Mitnahmeeffekte.

Förderliche Faktoren

- Das Präventionsgesetz hat der Kooperation von Kommunen und Krankenkassen einen kräftigen Schub gegeben. Die Kommune wird nämlich im Gesetz und den dazu verabschiedeten Bundesrahmenempfehlungen als Lebenswelt von besonderer Bedeutung für Gesundheitsförderung und Prävention herausgehoben.
- Ein erkennbares Engagement der Kommune in der Gesundheitsförderung ist förderlich oder sogar Voraussetzung für die Kooperation. Die Kommune muss Verantwortung für die Initiierung, Steuerung und Koordination gesundheitsfördernder Strategien übernehmen.
- Flexibilität der Krankenkassen – insbesondere mit Blick auf den Katalog der förderfähigen Handlungsfelder, die Qualitätsanforderungen an Anbieter und Kursleiter gesundheitsfördernder Maßnahmen sowie die Ergebnisoffenheit partizipativer Prozesse – schafft Spielräume für die Zusammenarbeit.
- Eine gemeinsame Steuerungsstruktur von Kommune und Krankenkassen bildet die Plattform, um zentrale Grundsatzentscheidungen zu Handlungsschwerpunkten in der kommunalen Gesundheitsförderung gemeinsam zu erörtern und abzustimmen, und schafft gleichzeitig Vertrauen zwischen den Partnern.
- Ein gemeinsamer örtlicher Fonds von Krankenkassen und Kommune kann zur Verfahrensvereinfachung für die Kommunen führen und gleichzeitig zu mehr Kohärenz in der Förderung durch die Kassen beitragen.
- Gut ausgebaute und ineinander greifende Netzwerkstrukturen in einer Kommune bieten den Krankenkassen Zugang zu den für die kommunalen Lebenswelten relevanten Akteuren und die Möglichkeit, sich mit diesen auszutauschen und zu vernetzen.

- Eine kommunale Koordinierungsstelle Gesundheitsförderung kann als zentrale Ansprechpartnerin und Mittlerin für Krankenkassen fungieren und umgekehrt aktiv auf Krankenkassen zugehen.
- Die Kassen sehen die Unterstützungsleistungen der auf Landesebene angesiedelten „Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit“ (KGC) als förderlich für die Zusammenarbeit mit Kommunen an. Die Kommunen sehen die KGC jedoch als zu weit von den Kommunen entfernt und personell nicht ausreichend besetzt an; die KGC könnten mit ihren personellen Ressourcen auf kommunaler Ebene nicht direkt wirken.
- Die Good-Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit bieten den Kassen eine fachliche Grundlage, um Förderanträge der Kommunen zu beurteilen.

Hemmende Faktoren

- Sowohl Kommunen als auch Krankenkassen vor Ort verfügen häufig nur über unzureichende Kenntnisse über die Inhalte von Präventionsgesetz, Bundesrahmenempfehlungen, Landesrahmenvereinbarungen und GKV-Leitfaden Prävention und die dort getroffenen Regelungen zur kas-sengetragenen lebensweltlichen Prävention.
- Auch über den Kooperationspartner sowie dessen Tätigkeitsfelder und Strukturen wird jeweils oft zu wenig gewusst.
- Vor Ort fehlen bei den Krankenkassen in der Regel qualifizierte Ansprechpartnerinnen und -partner für die Kommunen zum Thema Prävention.
- Während die Krankenkassen mitgliederorientiert agieren, richten die Kommunen ihr Handeln in der Regel am Gemeinwohl aus. Diese unterschiedlichen Handlungsorientierungen bzw. Kulturen zusammenzubringen, ist nicht einfach.
- Das Wettbewerbsparadigma der Krankenkassen führt dazu, dass diese integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung nicht selten eher als „Marketingplattform“ betrachten und die fachliche Auseinandersetzung mit den Strategien in den Hintergrund gerät.
- Krankenkassen definieren ihre Themen- und Handlungsschwerpunkte oftmals unabhängig von den lokalen Bedarfen, setzen häufig ihre gesundheitsfördernden Standardprogramme und -projekte vor Ort um und sprechen vielfach ihre gesundheitsfördernden Aktivitäten nicht mit der Kommune ab. Dies birgt die Gefahr, dass Maßnahmen der Krankenkassen fehlgeleitet bzw. nicht an den Zielen und Erfordernissen vor Ort orientiert sind.

Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

- Mit dem lebensweltorientierten Ansatz des Präventionsgesetzes lässt sich Gesundheitsförderung konsequenter an den Zielgruppen und den tatsächlichen Bedarfen vor Ort ausrichten. Auf diese Weise kann eine bessere Wirkung gesundheitsfördernder Maßnahmen erzielt werden. Dies gelingt aber nur, wenn Krankenkassen und Kommunen eng zusammenarbeiten.

- Bislang bedarf die Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen noch einer starken Vermittlungsarbeit. Zudem erfordert eine erfolgreiche und zielführende Kooperation vor Ort gut durchdachte und nachhaltige Strukturen.
- Besonders wichtig ist eine Koordinierungsstelle für Gesundheitsförderung, die aktiv mit Unterstützung der politischen oder der Verwaltungsspitze auf Krankenkassen zugeht und Ansprechpartner für diese ist, also eine vermittelnde Rolle einnimmt. Die Krankenkassen ihrerseits sollten gewährleisten, dass bei den örtlichen oder regionalen Krankenkassenniederlassungen qualifizierte und entscheidungsbefugte Ansprechpersonen für die Prävention in kommunalen Lebenswelten zur Verfügung stehen.
- Um integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung gemeinsam zu entwickeln und umzusetzen, ist zudem ein stetiger Austausch zwischen Kommune und Krankenkassen erforderlich. Hierfür sollten bereits vorhandene Strukturen wie beispielsweise Steuerungsgruppen und kommunale Gesundheitskonferenzen genutzt werden (vgl. Elsaesser 2018). Bislang scheint es aber noch eine Herausforderung für Krankenkassen zu sein, sich nicht allein finanziell, sondern auch gestaltend und strategisch einzubringen.
- Damit Kommunen ihre Rolle als steuernde und koordinierende Stelle mit Blick auf integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung verantwortungsvoll wahrnehmen können, ist eine Mitsprache der Kommunen bei der kassengetragenen Finanzierung von Maßnahmen erforderlich. Hierfür kann es sinnvoll sein, einen lokalen Fonds einzurichten, in den Kommune und Krankenkassen Mittel einbringen und über dessen Mittelverwendung gemeinsam entschieden wird (vgl. ebenda). Die Quantifizierung der jeweiligen Beiträge, die auch geldwerte Leistungen der Kommune wie Personalressourcen, Räumlichkeiten u.a. berücksichtigen sollte, kann Gegenstand einer Kooperationsvereinbarung von Kommune und Krankenkassen sein, in der die jeweilige Rolle und Aufgabe der Partner verabredet werden.
- Hinsichtlich der Förderung von Strukturen in der Kommune gibt es bislang kein einheitliches Vorgehen der Krankenkassen. Hier sollten die Krankenkassen einen gemeinsamen Standard vereinbaren, der eine (anteilige) befristet und degressiv angelegte Anschubfinanzierung für den Struktur- und Kompetenzaufbau (auch Koordinierungsstellen betreffend) in der Kommune ermöglicht und eine entsprechende Finanzierung von Koordinierungsstellen einschließt.
- Mit Blick auf die Förderung von Maßnahmen sollten sich die Krankenkassen an dem durch die Kommune festgestellten Bedarf orientieren und nicht unabhängig vom konkreten Bedarf vor Ort mit kasseneigenen Standardprogrammen/-projekten agieren.
- Das für die Gestaltung gesunder Lebenswelten wichtige Handlungsfeld „Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung“ sollte von den Kassen in der Kooperation mit Kommunen stärker in den Blick genommen werden. So könnten beispielsweise in einem Wohnquartier mit hohem Anteil älterer Menschen kassenfinanziert eine Analyse von Bewegungsbarrieren durchgeführt und gemeinsam mit den Bewohnerinnen und Bewohnern konkrete räumliche Ziele entwickelt werden. Aber auch verhaltenspräventive Maßnahmen sind in diesem Handlungsfeld möglich, denn die Qualität eines Raums (Platz, Park, Schulhof) ergibt sich erst aus dem Zusammenspiel seiner Gestaltung und Nutzung. Wenn verhaltenspräventi-

ve Maßnahmen (z.B. Angebote zu Qi Gong, Boule, Nordic Walking) zu einer aktiven Nutzung des öffentlichen Raums führen, ist dies eine Möglichkeit der Gesundheitsförderung, die von Krankenkassen im Sinne des Präventionsgesetzes unterstützt werden kann (vgl. Rauland/Böhme/Köckler 2018).

- Jenseits des Wettbewerbsgedankens sollten die Krankenkassen ein gemeinsames finanzielles Engagement anstreben. Für die Kommunen würde ein kassenübergreifendes Handeln – wie es im Präventionsgesetz als Soll-Vorschrift festgelegt ist – eine erhebliche Verfahrenserleichterung bedeuten; zudem könnten Synergieeffekte für die Gesundheitsförderung erzielt werden.
- Geringe Kenntnisse über das Präventionsgesetz, die Bundesrahmempfehlungen und Landesrahmenvereinbarungen, die im GKV-Leitfaden Prävention festgelegten Förderkriterien sowie die Wege der Antragstellung – dies auf Seiten sowohl der Kommunen als auch der Akteure der örtlichen bzw. regionalen Krankenkassen – erschweren die Zusammenarbeit. Das GKV-Bündnis sollte daher mehr Transparenz hierüber herstellen, z.B. auf seiner Website (www.gkv-buendnis.de). Zudem können Fortbildungsmaßnahmen für kommunale und Krankenkassenakteure sinnvoll sein.
- Zentrale Voraussetzung für das Engagement von Krankenkassen sind die Federführung und Verantwortungsübernahme für die lebensweltorientierte Gesundheitsförderung durch die Kommune, die unter anderem durch politische Beschlüsse, die personelle Mitwirkung der Kommunalverwaltung sowie durch den Einsatz öffentlicher Mittel ihren Ausdruck finden können.
- Bislang scheinen vor allem solche Kommunen Profiteure des Präventionsgesetzes zu sein, die in der kommunalen Gesundheitsförderung bereits mit Blick auf Strukturen und Ressourcen gut aufgestellt sind. Ungleichheiten zwischen Kommunen können dadurch verstärkt werden. Bei der Verteilung der Präventionsmittel sollten daher auch bzw. vor allem weniger gut aufgestellte Kommunen und entlegene ländliche Räume in den Blick genommen werden. Hierbei kommt den Krankenkassen eine steuernde Funktion zu.

Literatur

- BBSR – Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.) (2017): Zwischenevaluierung des Städtebauförderungsprogramms Soziale Stadt, Berlin.
- Böhm, Birgit (2017): Wer? Und wie? Akteure und Strategien zur Entwicklung gesundheitsfördernder Lebensverhältnisse, in: Impulse, H. 96, S. 12-13.
- DST – Deutscher Städtetag (2013): Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankensversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune. Abgerufen am 08.02.2017 unter <http://www.staedtetag.de/fachinformationen/gesundheit/067187/index.html>
- Elsaesser, Miriam (2018): Von Ottawa in den Odenwald. Verhältnisprävention als Teil kommunaler Daseinsvorsorge, in: Der Landkreis, H. 1-2, S. 30-31.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2017): Leitfaden Prävention: Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 9. Januar 2017, Berlin.
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, Geschäftsstelle Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (2015): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit, Berlin.
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, Geschäftsstelle Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (2013): Integrierte kommunale Strategien als Beitrag zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit für Kinder und Jugendliche. Abgerufen am 14.05.2018 unter <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/integrierte-kommunale-strategien/>
- Nationale Präventionskonferenz (Hrsg.) (2016): Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V – verabschiedet am 19.02.2016.
- PartKommPlus Forschungsverbund für gesunde Kommunen (o.J.): Der Verbund PartKommPlus – Forschungsverbund für gesunde Kommunen. Abgerufen am 22.05.2018 unter partkommplus.de
- Rauland Horst, Christa Böhme und Heike Köckler (2018): Das Präventionsgesetz und seine Potentiale für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung, in: Sabine Baumgart, Heike Köckler, Anne Ritzinger und Andrea Rüdiger (Hrsg.): Planung für gesundheitsfördernde Städte. Hannover (Forschungsberichte der ARL) (im Erscheinen).
- Reimann, Bettina, Christa Böhme und Gesine Bär (2010): Mehr Gesundheit im Quartier. Prävention und Gesundheitsförderung in der Stadtteilentwicklung, Edition Difü Stadt Forschung Praxis, Bd. 9, Berlin.
- Richter-Kornweitz, Antje, Gerda Holz und Holger Kilian (2016): Präventionskette/Integrierte kommunale Gesundheitsstrategie, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Ergänzungsband 2016. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Grafing, S. 227–233.



Kommunale Gesundheitsförderung integriert und strategisch zu bearbeiten, ist in der konkreten Umsetzung für viele Städte und Gemeinden eine Herausforderung. Denn integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung erfordern die Zusammenarbeit vieler verschiedener Akteure – der Zielgruppen, der beteiligten Institutionen, von Krankenkassen, der Kommunalverwaltung sowie der Kommunalpolitik. Sie bedürfen daher einer Steuerungsform, die auf Kooperation und Konsensfindung basiert.

Um herauszufinden, wie die Umsetzung integrierter Strategien kommunaler Gesundheitsförderung gelingt, hat das Difu im Rahmen eines partizipativen Forschungsansatzes die Expertise verschiedener Akteursgruppen – Kommunalverwaltung, Kommunalpolitik, Krankenkassen und Wissenschaft – herausgearbeitet und nutzbar gemacht. Die Ergebnisse einer Akteursbefragung sowie Handlungsempfehlungen sind in der vorliegenden Publikation zusammenfassend dargestellt. Die gewonnenen Erkenntnisse sind nicht nur für jene Kommunen, die über umfangreiche Expertise und Erfahrungen verfügen, sondern auch für Städte und Gemeinden hilfreich, die ihre Gesundheitsförderung noch aufbauen und weiterentwickeln wollen.

Die Forschungen des Difu waren eingebettet in den vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten „Forschungsverbund für gesunde Kommunen – PartKommPlus“.