



Christa Böhme, Thomas Franke

Kooperation von Kommunen und Krankenkassen

Gemeinsam gesunde Lebenswelten schaffen

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



PartKommPlus
FORSCHUNGSVERBUND FÜR GESUNDE KOMMUNEN

Christa Böhme
Thomas Franke

Kooperation von Kommunen und Krankenkassen

Gemeinsam gesunde Lebenswelten schaffen

Impressum

Autorin und Autor:

Christa Böhme
Dr. Thomas Franke

Redaktion:

Dr. Sinje Hörlin

Layout:

Jessika Sahr-Pluth

Gestaltungskonzept Umschlag:

3pc GmbH Neue Kommunikation

Zitierweise:

Christa Böhme, Thomas Franke: Kooperation von Kommunen und Krankenkassen. Gemeinsam gesunde Lebenswelten schaffen, Berlin 2021 (Difu Sonderveröffentlichung)

Bildnachweise (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 2021
Zimmerstraße 13–15 10969 Berlin
+49 30 39001-0 difu@difu.de www.difu.de

Berlin, Juni 2021

Die der Publikation zugrundeliegende Forschung war eingebettet in den vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten „Forschungsverbund für gesunde Kommunen – PartKommPlus“.

Inhalt

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1. | Hintergrund, Ziele und Vorgehen | 5 |
| 2. | Grundlagen für die Kooperation von Kommunen und Krankenkassen | 7 |
| 2.1 | Präventionsgesetz | 7 |
| 2.2 | Bundesrahmenempfehlungen | 8 |
| 2.3 | Landesrahmenvereinbarungen | 9 |
| 2.4 | Leitfaden Prävention | 10 |
| 2.5 | Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung | 11 |
| 3. | Förderwege der Krankenkassen für Kommunen | 12 |
| 3.1 | Kommunales Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit | 12 |
| 3.2 | Förderung auf Basis von Landesrahmenvereinbarungen | 13 |
| 3.3 | Kassenindividuelle Förderung | 14 |
| 4. | Blick in die Praxis vor Ort – kommunale Fallstudien | 15 |
| 4.1 | Bielefeld | 16 |
| 4.2 | Erlangen | 31 |
| 4.3 | Gera | 42 |
| 4.4 | Fallstudien in der Querschau | 56 |
| 5. | Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen | 62 |
| | Literatur | 67 |

1. Hintergrund, Ziele und Vorgehen

Hintergrund

Die Kommune als Setting für Gesundheitsförderung und Prävention wurde zwischen den Krankenkassen und den kommunalen Spitzenverbänden in den zurückliegenden 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 2020) ist dem kommunalen Setting 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 150 Mio. Euro in verhältnisorientierte Gesundheitsförderung in nichtbetrieblichen Lebenswelten investieren. Die Kommune wird in den Bundesrahmenempfehlungen zum Präventionsgesetz als Lebenswelt von besonderer Bedeutung herausgehoben, weil sie andere Lebenswelten wie Kitas, Schule oder Quartiere als Dach-Setting umfasst (vgl. Nationale Präventionskonferenz 2016). Die Krankenkassen haben mit dem Präventionsgesetz also einen gesetzlichen Auftrag, sich in der kommunalen Gesundheitsförderung finanziell zu engagieren.

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 jedoch nur, wenn Krankenkassen und Kommunen eng zusammenarbeiten. Eine derartige Kooperation ist aber nicht selbstverständlich und auch nicht immer einfach: Unterschiedliche Interessen, Ziele und Arbeitsweisen müssen offengelegt, erörtert und aufeinander abgestimmt, Schnittstellen und passende Formen der Zusammenarbeit gefunden werden.

Ziele und Fragestellungen

Vor diesem Hintergrund wurden mit dem Forschungsvorhaben folgende Ziele verfolgt:

- die Grundlagen für die Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen hinsichtlich Prävention und Gesundheitsförderung in kommunalen Lebenswelten in aller Kürze aufbereiten (Kapitel 2),
- die verschiedenen Förderwege der Krankenkassen für Kommunen überblicksartig aufzeigen (Kapitel 3),
- fallstudiengestützt vertiefte Erkenntnisse über die Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen und deren Rahmenbedingungen und Spielräume gewinnen (Kapitel 4),
- Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen für die Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen ableiten (Kapitel 5).

Im Rahmen der durchgeführten Fallstudien wurde folgenden Untersuchungsfragen nachgegangen:

- Wie ist die kommunale Gesundheitsförderung als Gegenstand der Kooperation von Kommune und Krankenkassen ausgestaltet (Organisation, Steuerung, Ziele, Maßnahmen)?
- Wie sind die vor Ort tätigen Krankenkassen organisiert? Welche Präventionsziele und -schwerpunkte verfolgen sie?
- Welche Möglichkeiten werden von den Kommunen genutzt, um Projekte und Maßnahmen zur lebensweltlichen Prävention und Gesundheitsförderung von Krankenkassen im Kontext des Präventionsgesetzes finanzieren zu lassen?
- Wie wird die Kooperation von Kommunen und Krankenkassen vor Ort inhaltlich, strukturell und organisatorisch ausgestaltet?
- Welche Faktoren sind für die Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen förderlich, welche eher hemmend?

Methodisches Vorgehen

Für die Untersuchung wurde ein Mix aus sekundäranalytischen und partizipativ-transdisziplinär ausgerichteten empirischen Methoden eingesetzt.

Dokumentenrecherche und -analyse: Die Aufbereitung der Grundlagen für die Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen sowie die Zusammenstellung der verschiedenen Förderwege der Krankenkassen für Primärprävention und Gesundheitsförderung in kommunalen Lebenswelten erfolgte auf Basis einer Recherche und Auswertung einschlägiger Dokumente (u.a. Präventionsgesetz, Bundesrahmenempfehlungen, Landesrahmenvereinbarungen, „Leitfaden Prävention“, Förderprogramme des GKV-Bündnisses).

Fallstudienanalyse in ausgewählten Kommunen: Im Sinne eines partizipativ-transdisziplinären Forschungsansatzes wurde in den kommunalen Fallstudien – Bielefeld, Erlangen, Gera – darauf hingewirkt, die Erfahrungen und Expertise von Akteuren der Kommunalverwaltung und Krankenkassen herauszuarbeiten und nutzbar zu machen. Dazu führte das Difu mit den genannten Akteuren leitfadengestützte Interviews zu den o.g. Forschungsfragen durch. Die in der Regel als Einzel- oder Doppelinterview vor Ort oder telefonisch geführten Gespräche wurden digital aufgezeichnet, transkribiert und entlang der Themenkomplexe und Fragestellungen des Interviewleitfadens ausgewertet. Zur Vorbereitung der Interviews wurden relevante Dokumente der jeweiligen Fallkommune sowie der involvierten Krankenkassen zu Ausgangs- und Rahmenbedingungen sowie bisherigen und geplanten Aktivitäten, Maßnahmen und Projekten im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung gesichtet und ausgewertet.

Reflexionsworkshops: Die je Fallstudie zusammengeführten Ergebnisse aus der Dokumentenanalyse und den Interviews wurden den jeweils interviewten Akteuren in einem Workshop vor Ort vorgestellt und in gemeinsamer Diskussion aktivierend reflektiert. Auch die auf Basis der Ergebnisse aus allen drei Fallstudien abgeleiteten übergreifenden Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen für die Kooperation von Kommunen und Krankenkassen wurden transdisziplinär in einem digitalen Workshop mit kommunalen und Krankenkassenakteuren aus allen drei Fallstudien reflektiert und vor dem Hintergrund der Expertise der Akteure weiterentwickelt.

2. Grundlagen für die Kooperation von Kommunen und Krankenkassen

Eine Reihe von Dokumenten – teils mit rechtlich verbindlichem, teils mit empfehlendem Charakter – bilden die Grundlagen für die Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen in der Prävention und Gesundheitsförderung. Dazu zählen:

- das 2016 in Kraft getretene Präventionsgesetz,
- die von der Nationalen Präventionskonferenz 2016 verabschiedeten und 2018 erstmals fortgeschriebenen bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen zu Prävention und Gesundheitsförderung,
- die zwischen den Sozialversicherungsträgern und den zuständigen Landesministerien sowie ggf. weiteren Beteiligten zur Umsetzung des Präventionsgesetzes geschlossenen Landesrahmenvereinbarungen,
- der vom GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene vorgelegte und zuletzt 2020 aktualisierte „Leitfaden Prävention“,
- die gemeinsame „Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune“ aus dem Jahr 2013.

2.1 Präventionsgesetz

Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) ist nach einer über 20 Jahre dauernden Debatte im Juli 2015 vom Deutschen Bundestag als Artikelgesetz verabschiedet worden und Anfang 2016 in Kraft getreten. Geändert wurde durch das Artikelgesetz insbesondere das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), das alle Bestimmungen zur gesetzlichen Krankenversicherung zusammenfasst.

Das Gesetz zielt vor allem auf die Förderung von Prävention und Gesundheitsförderung durch Krankenkassen in Lebenswelten als „für die Gesundheit bedeutsame abgrenzbare soziale Systeme, insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports“ (§ 20a Abs. 1 SGB V). Auch wenn Kommunen nicht explizit im Gesetzestext genannt sind, zählen sie zu den zentralen Lebenswelten und können damit Förderungen nach § 20a SGB V erhalten (Böhm/Klönner/Weidtmann 2018: 4; Trojan/Reisig/Kuhn 2016). Krankenkassen haben daher mit dem Präventionsgesetz einen gesetzlichen Auftrag, sich in der kommunalen Gesundheitsförderung finanziell zu engagieren.

Unter Prävention versteht das Gesetz die Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken, unter Gesundheitsförderung die Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (§ 20 Abs. 1 SGB V). Die Leistungen der Krankenkassen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen (ebd.) und im Zusammenwirken mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst – also auch den Gesundheitsämtern der

kreisfreien Städte und der Landkreise – gesundheitsförderliche Strukturen in Lebenswelten aufbauen und stärken (§ 20a Abs. 1 SGB V). Zudem sollen die Krankenkassen untereinander zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten erbringen (ebd.).

Mindestens 2,15 Euro pro versicherter Person und Jahr sollen die Kassen für die Gesundheitsförderung seit dem Jahr 2019 in den sogenannten „nichtbetrieblichen Lebenswelten“ verausgaben (§ 20 Abs. 6 SGB V); dies sind insgesamt jährlich rund 150 Millionen Euro. Eine Förderung nach § 20a SGB V kann jedoch nur erfolgen, wenn die für die Lebenswelt Verantwortlichen mit einer angemessenen Eigenleistung zu den Maßnahmen beitragen (§ 20a Abs. 2 SGB V).

2.2 Bundesrahmenempfehlungen

Zur Zusammenarbeit bei der Erbringung von Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung haben die Krankenkassen und weitere Sozialversicherungsträger mit den zuständigen Bundesministerien und den Ländern (Nationale Präventionskonferenz) unter Beteiligung unter anderem der Bundesagentur für Arbeit und der kommunalen Spitzenverbände nach § 20d Abs. 3 SGB V bundeseinheitliche und trägerübergreifende Rahmenempfehlungen – die sogenannten Bundesrahmenempfehlungen – vereinbart.

Anders als im Präventionsgesetz wird die Kommune in den im Februar 2016 verabschiedeten und im Februar 2018 erstmals fortgeschriebenen Bundesrahmenempfehlungen (NPK 2016, 2018) als Lebenswelt von besonderer Bedeutung explizit herausgehoben (Nationale Präventionskonferenz 2018: 7), weil

- sie andere Lebenswelten wie Kitas, Schulen oder Quartiere als Dach-Setting umfasst sowie für diese (mit-)verantwortlich ist,
- in der Lebenswelt Kommune auch Zielgruppen erreicht werden, die nicht über eine der anderen genannten Lebenswelten erreicht werden können (z. B. werdende und junge Familien, alleinlebende Ältere, Arbeitslose, Hausfrauen/-männer),
- sie politische Gestaltungskompetenz besitzt, um gesundheitsförderliche und präventive Rahmenbedingungen für ihr Gebiet zu schaffen und weiterzuentwickeln, und ihr eine steuernde Funktion für die kommunale Gesundheitsförderung zukommt.

Die Bundesrahmenempfehlungen gliedern sich in drei an Lebensphasen orientierte Ziele:

- gesund aufwachsen,
- gesund leben und arbeiten,
- gesund im Alter.

Für alle drei Ziele werden in den Bundesrahmenempfehlungen wesentliche Handlungsbedarfe sowie prioritäre Zielgruppen beschrieben. Zudem wird aufgezeigt, mit welchen Leistungen die Sozialversicherungsträger zur Erreichung der Ziele beitragen. Dabei wird auch auf Kooperationserfordernisse eingegangen und für alle Zielbereiche auch auf Kommunen bzw. kommunale Organisationen und Einrichtungen (u.a. kommunale Steuerungsgremien öffentlicher Gesundheitsdienst) als zu Beteiligende hingewiesen (NPK 2018: 43 ff.).

Bei der ersten Fortschreibung 2018 wurden die Bundesrahmenempfehlungen um ein übergreifendes Struktur- und Prozessziel ergänzt. Dabei wird explizit herausgestellt, dass insbesondere auf kommunaler Ebene (Städte, Landkreise und Gemeinden) die für die unterschiedlichen Lebenswelten Verantwortlichen unterstützt werden sollen, „verstärkt Steuerungsstrukturen für Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung zu etablieren“ (ebd.: 15).

2.3 Landesrahmenvereinbarungen

Auf Basis der Bundesrahmenempfehlungen schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen (auch für die Pflegekassen) mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und mit den in den Ländern zuständigen Stellen (u. a. Gesundheitsministerium, Landesbehörde Arbeitsschutz) gemeinsame Rahmenvereinbarungen auf Landesebene (§ 20f Abs. 1 SGB V). Darin werden – unter Berücksichtigung regionaler Bedarfe – insbesondere Festlegungen über die folgenden Punkte getroffen (§ 20f Abs. 2 SGB V):

- gemeinsam und einheitlich zu verfolgende Ziele und Handlungsfelder,
- die Koordinierung von Leistungen zwischen den Beteiligten,
- die einvernehmliche Klärung von Zuständigkeitsfragen,
- Möglichkeiten der gegenseitigen Beauftragung der Leistungsträger,
- die Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den Trägern der örtlich öffentlichen Jugendhilfe,
- die Mitwirkung weiterer für die Gesundheitsförderung und Prävention relevanter Einrichtungen und Organisationen.

An der Vorbereitung der Rahmenvereinbarungen werden unter anderem die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene beteiligt; sie können den Rahmenvereinbarungen beitreten (§ 20f Abs. 2 SGB V).

Mittlerweile liegen Landesrahmenvereinbarungen (LVR) für alle Bundesländer vor. Die Vereinbarungen folgen weitgehend der Struktur einer von den gesetzlichen Krankenkassen zusammen mit den anderen Sozialversicherungsträgern auf Bundesebene entwickelten Mustervorlage, die Inhalte unterscheiden sich jedoch zum Teil stark zwischen den Ländern (Böhm/Klünner 2018). Im Folgenden werden mit Blick auf die untersuchten Fallstudienstädte Bielefeld, Erlangen und Gera (siehe Kapitel 4) die für die Kooperation von Kommunen und Krankenkassen insbesondere relevanten Inhalte der Vereinbarungen der Bundesländer Bayern, Nordrhein-Westfalen und Thüringen zusammengefasst.

Landesrahmenvereinbarung Bayern

- Bei der Planung und Festlegung von gesundheitsbezogenen Zielen durch die Beteiligten der LRV Bayern kann auf den Sachverstand unter anderem kommunaler Netzwerke, wie z. B. Gesundheitsregionen Plus, zurückgegriffen werden (§ 3 Abs. 2 LVR Bayern). Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) findet keine gesonderte Erwähnung in der LVR.
- Die Beteiligten der LVR Bayern bilden gemeinsam ein Steuerungsgremium, das Handlungsziele festlegt und Entscheidungen über LVR-Maßnahmen trifft (§ 4 Abs. 1 LVR Bayern).
- Zudem gründen die Krankenkassenverbände eine Geschäftsstelle, zu deren Aufgaben die Information und Beratung von Beteiligten und Antragstellern, die entscheidungsvorbereitende Bearbeitung von Projekten sowie die Organisation des Förderprozesses gehören (§ 4 Abs. 1 LVR Bayern).

Landesrahmenvereinbarung Nordrhein-Westfalen

- Die LVR Nordrhein-Westfalen hebt die besondere Rolle der Kommunen bereits in der Präambel hervor: „Die Kommune mit ihren Stadtteilen und Quartieren übernimmt beim Aufbau von lebensweltübergreifenden Präventionsketten und bei der Bündelung von Aktivitäten eine wesentliche Rolle“. Zudem geht die LVR explizit auf die Zusammenarbeit mit Städten, Gemeinden und Kreisen ein: „Ziel ist es, im Austausch mit den Kommunen unter Berücksichtigung regionaler Aktivitäten die Menschen dabei zu stärken, ihre Gesundheitspotenziale auszuschöpfen sowie den Auf- und Ausbau gesundheitsförderlicher und vernetzter Strukturen zu fördern“ (§ 2 Abs. 4 LVR NRW). Angestrebt wird insbesondere das Zusammenwirken mit dem ÖGD. Auch wird herausgestellt, dass mit den Kommunalen Gesundheitskonferenzen grundsätzlich eine etablierte Struktur der Zusammenarbeit zur Verfügung steht (ebd.).
- Ebenso wie die LVR Bayern sieht auch die LVR Nordrhein-Westfalen eine Steuerungsgruppe vor; diese trifft Grundsatzentscheidungen zu strategischen, konzeptionellen, organisatorischen und finanziellen Fragestellungen (§ 4 Abs. 1 und 2 LVR NRW).

Landesrahmenvereinbarung Thüringen

- Mit Blick auf die Beteiligung der Kommunen übernimmt die LVR Thüringen lediglich die Standardformulierung der Mustervorlage, welche eine Einbeziehung derjenigen Kommunen vorsieht, die der LVR beigetreten sind (Präambel LVR Thüringen). Leistungen des ÖGD sind in den Geltungsbereich der LVR aber ausdrücklich eingeschlossen, und es wird auf das Erfordernis einer zukünftig stärkeren Zusammenarbeit mit dem ÖGD hingewiesen (§ 3 Abs. 3 LVR Thüringen).
- Anders als in Bayern und Nordrhein-Westfalen finden sich in der LVR Thüringen keine Regelungen zu neu einzurichtenden Strukturen. Ein gemeinsames Entscheidungsverfahren der Beteiligten der LVR wurde hier außerhalb der LRV verankert (Böhm/Klunnert 2018).

2.4 Leitfaden Prävention

Mit dem „Leitfaden Prävention“ legt der GKV-Spitzenverband verbindliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und Gesundheitsförderung nach den §§ 20, 20a und 20b SGB V vor. Der Leitfaden ist im Jahr 2000 erstmals erschienen und wurde seitdem regelmäßig fortgeschrieben. Seine letzte Überarbeitung datiert aus dem Jahr 2020 (GKV-Spitzenverband 2020). Dem Setting Kommune ist im „Leitfaden Prävention“ bereits seit vielen Jahren ein eigenes Kapitel gewidmet. Die Kommune wird als „ein besonders geeignetes Setting der Gesundheitsförderung und Prävention“ (ebd.: 32) herausgestellt, da „die kommunale Lebenswelt von hoher gesundheitlicher Relevanz für die dort lebenden Menschen ist und sozial benachteiligte und gesundheitlich belastete Menschen hier ohne Stigmatisierung in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen erreicht werden können“ (ebd.).

Mit Blick auf die Zusammenarbeit von Krankenkassen und Kommunen wird im Leitfaden ausgeführt, dass Krankenkassen Kommunen zu allen Schritten des Gesundheitsförderungsprozesses entsprechend den im Leitfaden genannten Qualitätskriterien unterstützen (ebd.: 33). Neben generellen, für alle lebensweltbezogenen Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten

geltenden Kriterien wie Bedarfsermittlung, Zielgruppenbestimmung, Partizipation, Qualitätssicherung (ebd.: 30 f.) werden im Leitfaden u.a. folgende spezielle Kriterien für Kommunen angeführt (ebd.: 39):

- Nachhaltigkeit und Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune,
- Aufnahme des Ziels Gesundheit in den Zielekatalog der Kommune,
- Erfüllung des jeweiligen inhaltlichen und finanziellen Teils durch die verantwortlichen Partner.

Zudem wird im Leitfaden deutlich gemacht, dass es grundsätzlich Aufgabe der Kommune sei, „einen gesundheitsförderlichen Entwicklungsprozess anzustoßen, zu koordinieren und zu leiten“ (ebd.: 32 f.) und der Beitrag der Krankenkassen zwar wichtig sei, aber nur einen „Baustein im Rahmen eines größeren Verbundes an unterschiedlichen verantwortlichen Akteuren“ bilde (ebd.: 33).

Im Übrigen gilt der übergreifende lebensweltbezogene Leistungskatalog zur Gesundheitsförderung und Prävention des „Leitfadens Prävention“ auch für das Setting Kommune und umfasst folgende Leistungen (ebd.: 30):

- Unterstützung bei Bedarfsermittlung und Zielentwicklung,
- Beratung zur verhältnispräventiven Umgestaltung,
- Fortbildung von Multiplikator*innen zu Prävention und Gesundheitsförderung,
- Planung und Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen,
- Dokumentation, Evaluation,
- Qualitätssicherung,
- Unterstützung der Öffentlichkeitsarbeit,
- Förderung von Vernetzungsprozessen.

Für die Lebenswelt Kommune werden im Leitfaden krankenkassenübergreifende und im Bedarfsfall auch sozialversicherungsübergreifende Leistungen empfohlen (ebd.: 39).

2.5 Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Kommune als Setting für Gesundheitsförderung und Prävention wurde zwischen den Krankenkassen und den kommunalen Spitzenverbänden auch bereits in den Jahren vor Inkrafttreten des Präventionsgesetzes thematisiert. Dies hat sich im Mai 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. Hierin wird eine Zusammenarbeit zwischen Städten, Gemeinden, Landkreisen und Krankenkassen zur gemeinsamen Ausgestaltung von Lebensräumen entsprechend dem Setting-Ansatz der Primärprävention und Gesundheitsförderung empfohlen (ebd.: 2). Ziel sei es „durch eine intensiviertere Kooperation (...) Synergien zu erschließen“. Dazu wird den Kommunen und Krankenkassen geraten, „ihre primärpräventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen in der jeweiligen Kommune möglichst weitgehend aufeinander abzustimmen“ (ebd.). Zur Ausgestaltung der Kooperation sollte, „vorrangig ein bestehendes Informations- und Abstimmungsgremium in der jeweiligen Kommune (z.B. Gesundheitskonferenz)“ genutzt bzw. gebildet werden (ebd.: 3). Zudem ist in der Empfehlung festgehalten, dass die Zusammenarbeit „nicht zur Reduktion des finanziellen und inhaltlichen Engagements zulasten eines oder mehrerer der Partner vor Ort führen“ dürfe (ebd.).

3. Förderwege der Krankenkassen für Kommunen

Es lassen sich prinzipiell drei Förderwege der Krankenkassen für Kommunen unterscheiden:

- Förderung durch das GKV-Bündnis für Gesundheit (Bundesebene),
- kassenübergreifende Förderung auf Basis von Landesrahmenvereinbarungen (Landesebene),
- kassenindividuelle Förderung.

Unabhängig vom Förderweg sind in allen Fällen die Kriterien und der Leistungskatalog zur lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention des Leitfadens Prävention (siehe Kapitel 2.4) ausschlaggebende Richtschnur und Grundlage für die Förderung nach § 20a Abs. 1 SGB V.

3.1 Kommunales Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit

Das GKV-Bündnis für Gesundheit als gemeinsame Initiative aller Krankenkassen hat für die Kommunen ein kommunales Förderprogramm geschaffen, das zwei Förderangebote umfasst:

- kommunaler Strukturaufbau für Gesundheit,
- zielgruppenspezifische Interventionen.

Im Anfang 2019 aufgelegten Förderangebot „Kommunaler Strukturaufbau für Gesundheit“ konnten Kommunen bis zum 30. Juni 2020 eine degressiv angelegte finanzielle Förderung für bis zu fünf Jahre und maximal 250.000 Euro zum Auf- und Ausbau gesundheitsförderlicher Steuerungsstrukturen beantragen bzw. ihr Interesse bekunden, einen solchen Förderantrag einzureichen. Antragsberechtigt für diese zeitlich befristete Anschubfinanzierung waren 195 Landkreise und kreisfreie Städte sowie Bezirke in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg, deren Sozialstruktur im Bundes- oder Landesvergleich relativ niedrige sozioökonomische Werte zeigen und die bislang über keine oder gering ausgeprägte Steuerungsstrukturen der Gesundheitsförderung und Prävention verfügen. Neben der finanziellen Unterstützung erhalten die Kommunen u. a. eine individuelle Prozessbegleitung sowie Informationsmaterialien und Handreichungen für die praktische Umsetzung ihrer Projekte. Zudem können sie an spezifischen Qualifizierungsangeboten des GKV-Bündnisses für Gesundheit teilnehmen. Insgesamt 43 Kommunen haben bis zum Ende der Antragsfrist einen Zuwendungsantrag für eine Projektförderung zum „Kommunalen Strukturaufbau“ gestellt. Weitere mehr als 40 Kommunen haben das vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie eingeführte vereinfachte Antragsverfahren genutzt und zur Fristwahrung zunächst ihr Interesse bekundet, einen Förderantrag einzureichen (Hupfeld/Wiegand 2020).

Mitte 2019 startete das GKV-Bündnis für Gesundheit das Förderangebot „Zielgruppenspezifische Interventionen“. Mit diesem Angebot werden Kommunen mit einer Projektförderung in Höhe von maximal 110.000 Euro und für einen Zeitraum von bis zu vier Jahren bei der Umsetzung von Vorhaben unterstützt, die die Gesundheit von sozial und gesundheitlich benachteiligten Menschen verbessern sollen. Im Fokus der Förderung stehen Maßnahmen, die sich insbesondere an Alleinerziehende, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit Behinderungen/Beeinträchtigungen, ältere Menschen

sowie Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten und/oder psychisch belasteten Familien richten. Antragsberechtigt sind alle Kreise und kreisfreien Städte sowie die Bezirke der Stadtstaaten. In Ausnahmefällen sind auch kreisangehörige Kommunen antragsberechtigt. Als zentrale Anlaufstellen stehen den Kommunen Programmbüros des GKV-Bündnisses für Gesundheit in den Bundesländern zur Seite. Sie beraten zu den Fördervoraussetzungen und -kriterien, beantworten Fragen zur inhaltlichen Ausgestaltung der Förderanträge und bieten Hilfe bei der Generierung von Projektideen und deren Weiterentwicklung zu einem förderfähigen Projekt (GKV-Bündnis für Gesundheit o.J.; Holst 2020).

Beide Förderangebote des GKV-Bündnisses für Gesundheit setzen voraus, dass die Kommunen finanziell oder in Form geldwerter Leistungen (Sachleistungen, Personalstellenanteile) einen Eigenanteil erbringen, wobei der Eigenanteil durch Drittmittel abgesichert sein kann (GKV-Bündnis für Gesundheit 2019: 11).

3.2 Förderung auf Basis von Landesrahmenvereinbarungen

Um die vom Präventionsgesetz vorgesehene kassenübergreifende Finanzierung von Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (§ 20a Abs. 1 SGB V) umzusetzen, haben die gesetzlichen Krankenkassen gemeinsam mit den weiteren Sozialversicherungsträgern in fast allen Bundesländern zentrale Antragsverfahren eingerichtet. Über diese Verfahren können Kommunen und andere Verantwortliche für nichtbetriebliche Lebenswelten Anträge zur Finanzierung/Förderung von Projekten und Vorhaben nach §20a Abs.1 SGB V stellen.

Im Folgenden wird mit Blick auf die untersuchten Fallstudienstädte Bielefeld, Erlangen und Gera (siehe Kapitel 4) ein Überblick über die entsprechenden Regelungen der Bundesländer Bayern, Nordrhein-Westfalen und Thüringen gegeben.

Bayern

In der Regel werden in Bayern Projekte nach §20a Abs.1 SGB V über einen Zeitraum von maximal drei Jahren gefördert. Die Fördersumme richtet sich nach Art und Aufwand des Projekts; eine Maximalsumme ist nicht festgelegt. Der Antragstellende muss einen angemessenen Eigenanteil leisten, der monetär, aber auch in Form von personellen und sachlichen Ressourcen erbracht werden kann. Soweit es sich um in sich geschlossene, unabhängige und jeweils förderfähige Projekte handelt, kann eine Kommune auch mehrere Vorhaben beantragen (LZG o.J.).

Die Geschäftsstelle LRV berät Interessierte sowie Antragstellende rund um das Thema Förderantrag, nimmt die Anträge zum jeweiligen Stichtag entgegen und prüft vorab die Möglichkeiten der Förderung. Die Förderentscheidung trifft das Steuerungsgremium LRV. Dieses Gremium setzt sich aus den Unterzeichnern der LRV zusammen: Vertreter*innen der gesetzlichen Krankenversicherungen, der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege. Als beratende Stimmen sind der Bayerische Städtetag und die Regionaldirektion Bayern der Bundesagentur für Arbeit vertreten.

Nordrhein-Westfalen

In Nordrhein-Westfalen können pro Kommune – Kreis oder kreisfreie Stadt – bis zu zwei Projekte eine Förderung nach § 20a SGB V erhalten. Diese Regelung bezieht sich auf die kassenübergreifende sowie kassenindividuelle Förderung. Das Gesamtvolumen der in einer Kommune geförderten Projekte soll die Summe von 600.000 Euro für drei Jahre nicht überschreiten, und die geförderten Projekte müssen konzeptionell und inhaltlich zielführend miteinander verzahnt werden. Eigenmittel sind in angemessener Höhe einzubringen und können auch Sachmittel oder Personalkosten sein (LZG.NRW 2021).

Die Entscheidung über die Förderung eines Vorhabens trifft die „Arbeitsgruppe Lebenswelt der GKV“, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen/-verbände in Nordrhein-Westfalen. Die Arbeitsgruppe wird von der beim Landeszentrum für Gesundheit (LZG) angesiedelten Prüfstelle der GKV unterstützt. Inhaltliche Beratung sowie Unterstützung bei der Antragstellung bietet die „Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit“, die ebenfalls beim LZG verortet ist (Böhm/Klünner/Weidmann 2018: 6; LZG.NRW 2021).

Thüringen

Thüringen hat als einziges Bundesland kein zentrales Antragsverfahren im Rahmen der LVR installiert. Stattdessen werden zwei landesweite Pilotprojekte im Setting Schule – „Bewegte Kinder = gesündere Kinder“ und „Koordinierung von Beratung und Angeboten für Gesunde Schulen in Thüringen“ (KoBAGS) – gefördert (Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V. – AGETHUR o.J.; Zwei Jahre Gesundheit für Thüringen gestaltet 2018).

3.3 Kassenindividuelle Förderung

Neben der kassenübergreifenden Förderung durch das GKV-Bündnis für Gesundheit sowie auf Basis der Landesrahmenvereinbarungen können die Kommunen eine Förderung bei einzelnen Krankenkassen beantragen.

Auf diesem Weg ist – wie auch bereits vor Inkrafttreten des Präventionsgesetzes – die kassenindividuelle Finanzierung von Projekten in der Kommune möglich. Dies können von der jeweiligen Krankenkasse beispielsweise für Kitas oder Schulen selbst aufgelegte Projekte sein. Es ist aber auch möglich, dass die Kommune eigene Projektideen entwickelt und für diese bei einer einzelnen Krankenkasse eine Finanzierung beantragt.

Verschiedene Krankenkassen bieten aber auch speziell auf die Kommune ausgerichtete Förderprogramme an. Mit Blick auf die untersuchten Fallkommunen Bielefeld, Erlangen und Gera trifft dies für die AOK PLUS und AOK Bayern sowie die Techniker Krankenkasse zu, die jeweils eigene Programme „Gesunde Kommune“ aufgelegt haben.

4. Blick in die Praxis vor Ort – kommunale Fallstudien

Im Forschungsvorhaben wurden drei Städte – Bielefeld, Erlangen, Gera – zu ihrer Zusammenarbeit mit Krankenkassen bei der Prävention und Gesundheitsförderung in kommunalen Lebenswelten untersucht. Alle drei Städte befassen sich seit einer Reihe von Jahren mit kommunaler Gesundheitsförderung und haben zu diesem Thema bereits vor Inkrafttreten des Präventionsgesetzes mit Krankenkassen kooperiert. Es handelt sich also bei den ausgewählten Kommunen mit Blick auf den Forschungsgegenstand eher um „Fortgeschrittene“ als um „Anfänger“. Dies war im Untersuchungsdesign auch so intendiert, da die Fallstudien darauf zielen, vertiefte Erkenntnisse über die Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen und deren Rahmenbedingungen und Spielräume zu gewinnen. Hierfür sind vorhandene Umsetzungspraxis und Erfahrungen in den Fallkommunen Voraussetzung.

Im Sinne eines partizipativ-transdisziplinären Forschungsansatzes wurde in den Fallstudien darauf hingewirkt, die Erfahrungen und Expertise von Akteuren der Kommunalverwaltung (in der Regel die Bereiche Gesundheit, Soziales/Jugend, Stadtentwicklung) und von örtlich aktiven Krankenkassen (vgl. Übers. 1) herauszuarbeiten. Dazu führte das Difu im Zeitraum von Februar bis September 2019 leitfadengestützte Interviews durch – in der Regel als Einzel- oder Doppelinterview. Bei den Gesprächen ging es um

- die Ausgestaltung der kommunalen Gesundheitsförderung als Gegenstand der Kooperation von Kommune und Krankenkassen,
- die Organisation der vor Ort tätigen Krankenkassen und ihre Präventionsziele und -schwerpunkte,
- von Krankenkassen finanzierte Projekte und Maßnahmen zur lebensweltlichen Prävention und Gesundheitsförderung,
- die Ausgestaltung der Kooperation von Kommune und Krankenkassen sowie förderliche und eher hemmende Faktoren für die Zusammenarbeit.

Zur Vorbereitung der Interviews wurden je Fallstudie relevante Dokumente der Fallkommunen sowie der involvierten Krankenkassen zu Ausgangs- und Rahmenbedingungen sowie bisherigen und geplanten Aktivitäten, Maßnahmen und Projekten im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung gesichtet und ausgewertet

Die zusammengeführten Ergebnisse aus der Dokumentenanalyse und den Interviews wurden im September/Oktober 2020 den in der jeweiligen Fallstudie interviewten Akteuren in einem Workshop vor Ort vorgestellt und in gemeinsamer Diskussion aktivierend reflektiert.

Übers. 1:
Gesprächs-
partner*innen in den
Fallstudien

| Bielefeld | Erlangen | Gera |
|---|--|---|
| Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsplanung, Gesundheitsberichterstattung, Kommunale Gesundheitskonferenz Büro für Integrierte Sozialplanung und Prävention Bauamt <ul style="list-style-type: none"> • Gesamträumliche Planung und Stadtentwicklung AOK NORTHWEST <ul style="list-style-type: none"> • Team Prävention IKK classic <ul style="list-style-type: none"> • Bereich Prävention Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Bielefeld e.V. | Sportamt <ul style="list-style-type: none"> • Geschäftsstelle Gesundheitsregion plus Gesundheitsamt <ul style="list-style-type: none"> • Sozialer Beratungsdienst, Gesundheitsförderung und Schwangerenberatung AOK Bayern <ul style="list-style-type: none"> • Bereich Gesundheitsförderung, Fachbereich Lebenswelten Techniker Krankenkasse <ul style="list-style-type: none"> • Beratung Lebenswelten Eberhard Karls Universität Tübingen <ul style="list-style-type: none"> • Institut für Sportwissenschaft | Amt für Gesundheit und Versorgung Jugendamt <ul style="list-style-type: none"> • Koordinierung/Qualitätsmanagement Frühe Hilfen Amt für Bauvorhaben und Stadtplanung <ul style="list-style-type: none"> • Abteilung Stadtplanung AOK PLUS Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen <ul style="list-style-type: none"> • Bereich Gesundheitsförderung IKK classic <ul style="list-style-type: none"> • Bereich Prävention |

4.1 Bielefeld

Die kreisfreie Stadt Bielefeld mit ihren zehn Stadtbezirken, in denen insgesamt 339.842 Einwohner*innen leben (Stand 31.12.2019), liegt im nordrhein-westfälischen Regierungsbezirk Detmold. Bielefeld ist Oberzentrum der Region Ostwestfalen-Lippe mit wirtschaftlichen Schwerpunkten in den Bereichen Nahrungs- und Genussmittel, Metallverarbeitung, Maschinenbau, Druck- und Bekleidungsindustrie sowie Handel und Dienstleistungen. Ein Schwerpunkt liegt hier mit den v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel als einem der größten Arbeitgeber Bielefelds und dem Evangelischem Johanneswerk Bielefeld – beides die europaweit größten diakonischen Einrichtungen („Hauptstadt der Diakonie“) – in den Bereichen Gesundheit und Soziales. Zudem ist die Stadt Standort einer Universität sowie von sechs (Fach-) Hochschulen.

Eine Grundlage für die Auseinandersetzung Bielefelds mit sozialräumlichen Fragestellungen – also auch späteren „Settings“ für Anträge im Rahmen des Präventionsgesetzes – ist das gesamtstädtische Integrierte Städtebauliche Entwicklungskonzept Stadtumbau Bielefeld (ISEK Stadtumbau) aus dem Jahr 2008 (Stadt Bielefeld 2008). Darin wurden einige Trends analysiert, die für die weitere Entwicklung der Stadt als rahmensetzend gelten: unter anderem Bevölkerungsrückgang, Alterung der Stadtgesellschaft sowie zunehmende ethnische Diversifizierung der Stadtbevölkerung. Mit Blick auf die ökonomische Situation Bielefelds wird im ISEK Stadtumbau konstatiert, dass die Stadt mit ihrer „traditionell geprägten Wirtschaftsstruktur als eine ‚Insel des Strukturwandels‘ im östlichen Nordrhein-Westfalen bezeichnet werden kann, auf die neue Herausforderungen zukommen werden“, will sie den Wandel „hin zu einem postindustriellen Wirtschafts- und Wissensstandort“ bewältigen (ebd.: 5 f., 9).

Diese Trends werden im ISEK teilräumlich betrachtet, wobei vor allem die Frage im Vordergrund stand, ob es in Bielefeld Gebiete gibt, „in denen die Indikatoren des Wandels bereits deutlicher ausgeprägt sind oder sich dynamischer entwickeln werden als im übrigen Stadtgebiet“ (Stadt Bielefeld 2008: 7). Im Zentrum der Betrachtung standen sozioökonomische Indikatoren wie Anteile von Arbeitslosen und Transfermittelempfänger*innen sowie

Einkommensverteilung. Die analysierten Teilräume wurden nach siedlungsstrukturellen Merkmalen identifiziert: (Groß-)Wohnsiedlungen und -anlagen, innerstädtische Altbauquartiere und Mischgebiete, altgewerbliche und altindustrielle Gebiete, traditionelle Hauptgeschäftsbereiche, Neben- und Nahversorgungszentren, Konversionsflächen und Brachflächen, örtliche Sonderbereiche (ebd.: 7 f.). Ziel war es vor allem, auf diese Weise sogenannte „Fragezeichenräume“ zu identifizieren, „in denen sich Aufgaben des Strukturwandels und der Transformation andeuten“, und die daher einer besonderen Aufmerksamkeit bedürfen (ebd.: 8). „Aus den ‚Fragezeichenräumen‘ des demographischen und wirtschaftlichen Wandels kristallisieren sich ‚Verdachtsgebiete‘ heraus, die zukünftig besondere Maßnahmen und eine erhöhte Aufmerksamkeit erfordern“ (Stadt Bielefeld 2008: 13).

Die zwölf „Verdachtsgebiete“ wiederum wurden im Rahmen des ISEK Stadtbau nach Kriterien des Baugesetzbuches (vor allem §§ 136, 171a und 171e) tiefergehend untersucht und in fünf „Handlungsgebiete“ sowie sieben „Beobachtungsgebiete“ klassifiziert. Während sich in letztgenannten Gebieten Herausforderungen in den Bereichen Stadtbau und „Soziale Stadt“ zum Zeitpunkt der Konzepterstellung zunächst noch andeuteten (kein unmittelbarer Handlungsbedarf im Sinne des besonderen Städtebaurechts, mittlerer Problemdruck), weshalb sie vor allem mittels kommunalen Monitorings beobachtet werden sollten, wurde für die „Handlungsgebiete“ bereits ein „qualifizierter städtebaulicher Handlungsbedarf“ festgestellt (Stadt Bielefeld 2008: 18).

Die beiden Stadtteile Baumheide im Osten sowie Stieghorst-Zentrum im Südosten der Innenstadt gehören demnach zu den „Beobachtungsgebieten“ – für sie sind im Rahmen des Präventionsgesetzes Förderanträge von der Stadt Bielefeld gestellt worden.

Stadtteil Baumheide

Die Monitoringergebnisse für Baumheide zeigen, dass sich hier soziale Parameter wie (Langzeit-)Arbeitslosigkeit und Abhängigkeit von staatlichen Transferleistungen sowie damit einhergehende Armut in einer Stadtteilgesellschaft, die zunehmend ethnisch diversifizierter und jünger wird, bis heute immer stärker ausgeprägt haben. Gleichzeitig wurden Herausforderungen im baulich-städtebaulichen bzw. gestalterischen Bereich festgestellt, was insgesamt den Ausschlag dafür gab, für Baumheide ein gesondertes integriertes Städtebauliches Entwicklungskonzept (INSEK Baumheide) erstellen zu lassen, „das einen zentralen Beitrag dazu leisten [soll], die Lebensbedingungen (...) für die dort lebenden Menschen zu verbessern“ (Stadt Bielefeld 2017b: 5). Gleichzeitig dient es unter anderem als Grundlage für die Akquise von Fördergeldern aus unterschiedlichen Quellen, beispielsweise aus EU-Förderprogrammen (EFRE) bis hin zu den hier im Vordergrund stehenden Möglichkeiten, die das Präventionsgesetz bietet.

Die Erstellung des INSEK Baumheide erfolgte in starkem Maße ämterübergreifend sowie partizipativ und bedarfsorientiert unter anderem auf der Grundlage einer Stärken-Schwächen-Analyse (Stadt Bielefeld 2017b: 6 ff.). Es stärkt den Ansatz der Sozialraumorientierung, der in Bielefeld zunehmend handlungsleitend wird (Stadt Bielefeld 2017b: 18). Außerdem berücksichtigt das INSEK Baumheide im Sinne eines dezidiert integrativen Ansatzes weitere für diesen Stadtteil relevante Konzepte. Dazu gehören das Präventionskonzept, das die Stadt Bielefeld im Zuge ihrer Teilnahme am nordrhein-westfälischen Landesprogramm „Kommunale Präventionsketten – Kein Kind zurücklassen! Kommunen in NRW beugen vor“ erstellt hat, das im Kontext der Bildungsregion Bielefeld erarbeitete Leitbild „BILDUNG³ Bielefeld – gerecht

ganzheitlich gemeinsam“ (vgl. Stadt Bielefeld 2017b: 14 ff.) sowie verschiedene Fachkonzepte unterschiedlicher Verwaltungsbereiche (Stadt Bielefeld 2017b: 19).

Mit Blick auf das an dieser Stelle zentrale Thema „Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention“ wird im INSEK Baumheide auf mehrere relevante Befunde hingewiesen (Stadt Bielefeld 2018b: 55 ff.):

- Benachteiligte Kinder, deren Anteil in Baumheide vergleichsweise groß ist, weisen laut Schuleingangsuntersuchungen Auffälligkeiten bei Körperkoordination, Visuomotorik, visueller Wahrnehmung und/oder altersgerechter Sprachkompetenz auf. Viele Kita- und Hauptschul-Kinder haben eine Fluchterfahrung und dadurch häufiger eine posttraumatische Belastungsstörung als autochthone Kinder.
- Die Kita-Versorgungsquote der Stadt Bielefeld wird in Baumheide zwar erreicht (43 %); allerdings steht zu vermuten, dass insbesondere benachteiligte Kinder von einem intensiveren Betreuungsangebot profitieren würden, insbesondere auch in Bezug auf eine individuelle Sprachförderung.
- Das institutionenbezogene Übergangsmanagement Kita-Schule-Schule-Beruf in Baumheide wird als lückenhaft beschrieben.
- Die Vor-Ort-Versorgung mit gesundheitsbezogenen Dienstleistungen bestand zum Zeitpunkt der Erstellung des INSEK Baumheide aus je zwei allgemeinmedizinischen, zahnärztlichen und physiotherapeutischen Praxen sowie zwei Apotheken, zum Teil geclustert im westlichen Stadtteilbereich. Hinzu kommen mehrere Pflegedienste. Eine gynäkologische Praxis fehlt dagegen vor Ort ebenso wie eine/ein niedergelassene/r Kinderärztin/Kinderarzt; auch der Bedarf an einem oder einer weiteren allgemeinmedizinischen Ärztin oder Arzt wird thematisiert.
- In Baumheide fehlt eine Beratungsstelle für Schwangere und Eltern in der frühen Elternphase; Erstbesuchs-Angebote der AWO-Freiwilligenakademie in einem Teilbereich Baumheides werden kaum angenommen.
- Der Stadtteil ist zwar großzügig mit Grün- und Naherholungsflächen ausgestattet, die jedoch von einigen Standorten aus nur schwer erreichbar und/oder teilweise wenig attraktiv sind und damit eine nur geringe Aufenthaltsqualität aufweisen.
- Für Kinder und Jugendliche gibt es in Baumheide ein breites und akzeptiertes Freizeit- und Erlebnisangebot, das allerdings je nach Standort schwierig erreichbar ist.
- In Baumheide gibt es dagegen kaum öffentliche Sport- und Bewegungsangebote.
- Hauptverkehrsstraßen sind teilweise stark lärmbelastet.
- Mobilitätseingeschränkte und/oder ältere Stadtteilbewohner*innen bzw. solche mit Handicaps finden nur schwer eine adäquate Wohnung vor Ort.
- Die Bielefelder Tafel unterhält in Baumheide eine Ausgabestelle.

Als Ergebnis einer weiteren, stark partizipativ angelegten Quartiersanalyse wurden fünf Handlungsfelder identifiziert, von denen eines „Soziale Teilhabe /Gesundheitsförderung/Integration in Bildung und Beruf“ lautet (Stadt Bielefeld 2017b: 86). Zu den darin formulierten Teilzielen gehören die Förderung

entsprechender Einrichtungen und Angebote unter anderem durch Schließung der Präventionsketten sowie eine stärkere Ausrichtung auf individuelle Gesundheitsförderung und -vorsorge (ebd.: 87). Entsprechend werden im INSEK Baumheide Maßnahmen wie die Einbeziehung gesundheitsfördernder Maßnahmen in die Kita-Arbeit bzw. deren Angebotserweiterung in den Bereichen Bewegung und Ernährung, die Ausweitung von Angeboten der Sport- und Bewegungsförderung für verschiedene Zielgruppen im Stadtteil sowie generell die Verbesserung der medizinischen Versorgung in Baumheide genannt (ebd. 119 ff.).

Stadtbezirk Stieghorst

Der Stadtbezirk Stieghorst besteht aus den fünf Stadtteilen Sieker, Stieghorst, Hillegossen, Ubbedissen sowie Lämershagen und weist eine Vielzahl unterschiedlicher Quartiere auf. Siedlungs- und Sozialstruktur des Bezirkes sind sehr heterogen. Auffällig ist ein überdurchschnittlicher Anteil älterer und hochbetagter Menschen im Stadtbezirk Stieghorst. Hinzu kommt für den Bezirk, dass rund 25 % der älteren sowie annähernd 14 % der Hochbetagten einen Migrationshintergrund haben; die meisten von ihnen leben wiederum in Stieghorst oder im Stadtteil Sieker (Stadt Bielefeld 2018b: 2). Ein gutes Viertel der Älteren über 60 Jahre sowie ein gutes Drittel der Hochbetagten leben in Ein-Personen-Haushalten; der Anteil der Empfänger*innen von Leistungen der Grundsicherung liegt bei 4,7 % (Stadt Bielefeld 2018b: 2).

4.1.1 Kommunale Gesundheitsförderung: Organisation, Ziele, Berichterstattung

Organisation

In der Stadt Bielefeld wird „Kommunale Gesundheitsförderung“ in unterschiedlichen Fachressorts (gleichzeitig) berücksichtigt. So ist beispielsweise im Dezernat Soziales das Thema Präventionsketten angesiedelt („Kein Kind zurücklassen“). Das Dezernat Umwelt und Gesundheit ist mit dem hier angesiedelten Gesundheitsamt für Gesundheitsförderung „an sich“ zuständig. Zwischen beiden Dezernaten gibt es einen entsprechenden Austausch – unter anderem über das Büro für Integrierte Sozialplanung und Prävention, in dem auch das vom Land Nordrhein-Westfalen geförderte Projekt „Zusammen im Quartier – Kinder stärken, Zukunft sichern“ koordiniert wird.

Andere Verwaltungsbereiche wie Schule oder Umwelt sind über weitere Formen der verwaltungsinternen Zusammenarbeit in Gesundheitsthemen eingebunden. Beispielsweise wurden zum Auftakt des Prozesses zur Entwicklung der neuen Bielefelder Gesundheitsziele – dazu ausführlich weiter unten – zwei Workshops gemeinsam mit der Kommunalen Gesundheitskonferenz veranstaltet, an denen unterschiedliche Verwaltungsbereiche beteiligt waren.

Insgesamt habe die Kooperation verschiedener Dezernate bzw. Fachämter erst allmählich aufgebaut werden müssen, wie im Interview betont wurde. Vor allem im Zuge der Erstellung des INSEK seien integrative Arbeitsstrukturen entstanden, in die auch der Bereich Gesundheit integriert worden sei. Der Aufbau von Strukturen zur Zusammenarbeit sei jedoch noch nicht abgeschlossen – unter anderem stellten sich Fragen nach einer geeigneten Formalisierung und/oder nach der „richtigen“ Hierarchieebene, die jeweils einzubinden sei: „Wir erleben oft, dass wir Abstimmungen machen, die aber im Nachgang hinterfragt werden, weil andere Hierarchieebenen dazu kommen, die es vielleicht nochmal anders sehen“, so die Aussage.

Wichtige Katalysatoren für ämterübergreifende Zusammenarbeit bzw. für weitere Akteurskooperationen sind aus Sicht der Interviewpartner*innen neben der gemeinsamen Arbeit am INSEK vor allem die quartiersbezogene Arbeit, denn „Quartiersarbeit kann ich nur in einer ganz engen Kooperation und Vernetzung mit allen Akteuren vor Ort machen“ – so eine der Aussagen.

Gesundheitsziele der Stadt Bielefeld

In Zusammenarbeit verschiedener Verwaltungsbereiche und anderer Akteure hat die Stadt Bielefeld ihre Gesundheitsziele für den Zeitraum 2017 bis 2022 erarbeitet (vgl. Stadt Bielefeld 2017a), die vom Stadtrat beschlossen wurden. Dadurch sind gesundheitsbezogene Themen in verschiedenen Verwaltungsbereichen stärker in den Fokus geraten, zum Beispiel im Umweltbereich, wo das Klimaanpassungskonzept nun stärker als zuvor mit Gesundheitsthemen verknüpft wird. Zu den Bielefelder Gesundheitszielen gehören im Einzelnen (alle Angaben: Stadt Bielefeld 2017a: 10–35):

Bereich Umwelt und Gesundheit

- Verbesserung der Luftqualität: Erfüllung der EU-Richtlinie 2008/50/EG (EU-Richtlinie über Luftqualität und saubere Luft für Europa) mit besonderem Augenmerk „auf eine emissionsarme bzw. -freie Mobilität“ (...), vor allem durch Förderung des Fahrradverkehrs (Stadt Bielefeld 2017a: 10),
- Minimierung der Verkehrslärmbelastungen gemäß Lärmaktionsplan der Stadt Bielefeld von 2015 sowie Minimierung von Verkehrsemissionen,
- Weiterentwicklung des städtischen Grünraums als „Aufenthalts-, Bewegungs- und Lernraum sowie als Beitrag zur Klimaanpassung und sozialen Integration“ (Stadt Bielefeld 2017a: 12),
- Klimaschutz nach den Zielen des Handlungsprogramms Klimaschutz der Stadt Bielefeld sowie Fortschreibung/Anpassung dieser Ziele an die gegenwärtigen Herausforderungen. Entwicklung von Klimaanpassungsstrategien (geplant: Klimaanpassungskonzept).

Bereich Arbeit und Gesundheit

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen, Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung und Stärkung persönlicher Kompetenzen entsprechend der Ziele der betrieblichen Gesundheitsförderung,
- Vernetzung der Akteure der Arbeitsförderung und der Gesundheitsförderung,
- Anpassung der Qualitätsstandards von Gesundheitsförderungsprojekten an Bedarfe der Zielgruppe der Arbeitslosen,
- Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker durch die (bessere) Vernetzung von ambulanter Eingliederungshilfe und Jobcenter.

Bereich Familie und Gesundheit

- weitere Verringerung der Säuglingssterblichkeit,
- Vereinbarung von Familie und Beruf, arbeitsweltangepasste Kinderbetreuung und lebensweltnahe psychosoziale Unterstützung,
- weitere Eindämmung häuslicher Gewalt, Unterstützung Betroffener,

- Stärkung von Gesundheit, Lebensqualität und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (insbesondere mit Mobilitätseinschränkungen),
- Unterstützung der Ziele der ZWAR-Gruppen („Zwischen Arbeit und Ruhestand“): insbesondere Aufbau stadtteilbezogener Netzwerke, Stärkung der Selbstorganisation,
- Unterstützung von Angehörigen und informellen Helfer*innen älterer und/oder pflegebedürftiger Menschen,
- Gleichstellung von LSBTI auch in den Bereichen Gesundheit und psychosoziale Beratung,
- Suchtprävention.

Bereich Gesundheitskompetenz

- Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit für alle, unter anderem über örtliche Versorgungsstrukturen.

Bereich ambulante und klinische Versorgung

- Stärkung der haus- sowie ambulanten kinder- und jugendärztlichen Versorgung,
- wohnortnahe Versorgung psychisch Erkrankter,
- Entstigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen,
- Förderung der Selbstbestimmung und Autonomie alter Menschen, Begleitung und Unterstützung.

Darüber hinaus soll bis zum Jahr 2022 ein „Gesundheitsmonitoring etabliert werden, welches regelmäßig den Mitgliedern der Kommunalen Gesundheitskonferenz, den politischen Fachausschüssen und der Öffentlichkeit Auskunft über die Entwicklung der Gesundheit der Bielefelder Bevölkerung gibt“ (Stadt Bielefeld 2017a: 35).

Neben diesen beschlossenen Zielen wurden im Rahmen des Erarbeitungsworkshops zahlreiche weitere Vorschläge genannt, zum Beispiel (Stadt Bielefeld 2017a: 10-35):

- Erarbeitung eines Masterplans „Gehen“,
- Ausbau des Wegenetzes für Nahmobilität,
- Grünflächenvernetzung,
- Einrichtung von Treffs für Alleinerziehende,
- Bestands- und Bedarfsanalyse insbesondere im Bereich der aufsuchenden Arbeit,
- Stärkung der Partizipation älterer Menschen im Stadtteil,
- strukturelle Verbesserung der Kinderbetreuung [z.B. durch Erhöhung der Anzahl Betreuungsplätze],
- Verbesserung von Zugänglichkeit (bis hin zu Barrierefreiheit) und Nutzbarkeit des Wohnumfeldes (unter anderem mit Blick auf Inklusion),
- Informationsarbeit zu Gesundheitsangeboten speziell für alleinerziehende Transfermittelempfänger*innen (SGB II) und ihre Kinder,

- Pflegeberatung und Schulung von Angehörigen älterer und/oder pflegebedürftiger Menschen,
- Stärkung von Selbstkompetenz,
- Bereitstellung gesundheitsbezogener Informationen unter anderem über eine Gesundheits-App, Öffentlichkeitsarbeit, Informationsprodukte speziell für Menschen mit Migrationshintergrund,
- Angebote zur Stressreduktion in Kitas, Schulen und Arbeitsstätten.

Gesundheitsbezogene Datengrundlagen und Berichterstattung der Stadt Bielefeld

Auf welcher Daten- und Informationsgrundlage basiert in Bielefeld die kommunale Gesundheitsförderung? Für die Zielgruppe der Kinder dient generell die Schuleingangsuntersuchung als „klassische“ Datengrundlage. Im Rahmen stadtteilbezogener integrativer Ansätze kommen vor allem die weitere Gesundheitsberichterstattung, die allgemeine Bevölkerungs- und Sozialstatistik inklusive Alten- und Jugendquotient sowie SGB II-Daten hinzu. Schwieriger sieht die Datenlage zu einzelnen Bevölkerungsgruppen (von Schulkindern abgesehen) aus – beispielsweise zu Senior*innen.

Im Gespräch wurde auf der Verwaltungsebene gewünscht, unterschiedliche Informationen bzw. Berichte zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention – also zum Beispiel Informationen der Krankenkassen oder Gesundheits-, Sozial- und Bildungsberichte der Stadt – im Sinne einer dann stärker belastbaren Bestandsaufnahme und damit bedarfsgerechteren Planungsgrundlage zusammenzuführen. Der (geplante) Fachplan Gesundheit gehe ebenso in diese Richtung wie das Monitoring, das zur Überprüfung der Gesundheitsziele der Stadt Bielefeld vorgesehen ist.

4.1.2 Krankenkassen vor Ort: Organisationsstruktur, Präventionsziele und -schwerpunkte

Im Rahmen des Präventionsgesetzes kooperiert die Stadt Bielefeld mit den Krankenkassen AOK NORDWEST, IKK classic (mit Sitz in Gütersloh), Betriebskrankenkasse Dürkopp Adler (vertritt die AG der Betriebskrankenkassen Ostwestfalen-Lippe) sowie mit der überregional organisierten BARMER. In die hier vorgenommene Untersuchung wurden die AOK NORDWEST und die IKK classic einbezogen.

AOK NORDWEST

Die AOK NORDWEST ist mit ihrer Leitung des Teams Prävention direkt in Bielefeld verortet, das von hier aus für Vor-Ort-Aktivitäten in der gesamten Serviceregion Ostwestfalen-Lippe zuständig ist. Oberhalb dieser Vor-Ort-Ebene setzt die eigentliche Versicherungsstruktur der Krankenkasse an. Hier gibt es jeweils Zuständigkeiten in den sechs Serviceregionen der AOK NORDWEST (Bereiche Marketing, Vertrieb, Prävention) sowie auf der Bundesebene. Programmatische Überlegungen aus dem Bereich Prävention werden auf Ebene der Serviceregion entwickelt, die dann auf der Vor-Ort-Ebene von den Präventionsteams umzusetzen sind.

Die AOK NORDWEST verfolgt die beiden großen Ziele „Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung“, wie auch im „Leitfaden Prävention“ vorgesehen, sowie „Chancengleichheit bezüglich der Lebensbedingungen“.

Dabei wird nicht auf eine spezifische Zielgruppe, eine einzelne Kommune oder ein spezifisches kommunales Umfeld fokussiert, „sondern wir gehen das Ganze relativ breit an“, wie eine Interviewpartnerin ausführte. Beispielsweise würden auch Betriebe und Pflegeeinrichtungen in den Blick genommen.

Im Rahmen der Projektumsetzung in Baumheide (siehe Kapitel 4.1.3) ist die AOK NORDWEST mit einer Person auf der Vor-Ort-Ebene für konkrete Fragen und Maßnahmen sowie einer weiteren Person auf der Landeebene für eher strategische Fragen beteiligt. Inhaltlich knüpft das Projekt an Aktivitäten der Krankenkasse an, die in Baumheide bereits vor Antragstellung durchgeführt wurden. Neu ist nun die Vernetzung mit anderen Angeboten und Akteuren auf der Stadtteilebene, wobei es vor allem um die Frage geht, wie potenzielle Nutznießer*innen für die neuen Angebote interessiert werden können.

Auch hat die AOK NORDWEST eigene Konzepte bzw. Projekte unabhängig vom Kontext Präventionsgesetz entwickelt, beispielsweise „Starke Kids“ für/in Kindergärten, „Felix fit“ in Zusammenarbeit mit der Universität Paderborn oder „Walking-Pass“ in Kooperation mit der Universität Hohenheim.

IKK classic

Der Geschäftsbereich Prävention wird in der IKK classic auf der Bundesebene gesteuert und ist hier für die Umsetzung der gesetzlichen Regelungen für die gesamte Krankenkasse zuständig. Dadurch werden kassenweit einheitliche Standards und Qualitätsmerkmale umgesetzt und eingehalten. „So müssen wir uns nicht immer in allen Ländern etwas Eigenes ausdenken, sondern haben vorgefertigte und auch evaluierte Konzepte und Inhalte, auf die wir zurückgreifen können“, so eine im Interview lautende Bewertung, wenn gleich „Entscheidungen auf Bundesebene zu Qualitätsmerkmalen nochmal etwas länger“ dauerten. Fachliche Unterstützung komme ebenfalls von der Bundesebene, wenn beispielsweise der „Leitfaden Prävention“ geändert werde oder neue Regelungen in Kraft träten, und die Frage aufkomme, wie damit konkret umzugehen sei.

Um Prävention vor Ort niedrigschwellig umsetzen zu können, wurden in denjenigen Bundesländern, in denen die IKK classic vertreten ist, eigene Fachbereiche Prävention eingerichtet. Im Bereich Westfalen-Lippe, zu dem Bielefeld gehört, gibt es neun Gesundheitsmanager*innen Prävention für nichtbetriebliche Lebenswelten, die für ihre jeweiligen Gebiete zuständig sind. Dieser organisationale Aufbau soll dazu dienen, ein Angebot vor Ort sicherzustellen und die Kommunen sowie andere nichtbetriebliche Lebenswelten vor Ort zu ihren Projektvorhaben persönlich zu beraten. Die jeweiligen Fachbereichsleiter*innen „halten den Draht zum Geschäftsbereich“ auf Bundesebene; Rückkopplungen finden in beide Richtungen statt.

Mit Blick auf die Präventionsziele der IKK classic wurde im Interview dargelegt, es sei „grundsätzlich wichtig, dass das Präventionsgesetz erfüllt wird und die Landesrahmenvereinbarungen umgesetzt werden“. Es gehe darum, lokale Projekte im Bereich Prävention finanziell und beratend zu unterstützen. Dabei sollen „Projekte und Prozesse gemeinsam mit den Kommunen, aber auch mit anderen Akteuren, anderen Sozialversicherungsträgern oder anderen Lebensweltverantwortlichen“ gefördert werden. Konkretes Ziel sei es, „dass diese Projekte die Lebenswelten so verändern, dass gesundheitsgerechte Verhältnisse geschaffen werden, die die gesundheitliche Situation nachweislich nachhaltig verbessern“. Im Vordergrund stehen dabei – analog zum „Leitfaden Prävention“ – die vier Handlungsfelder Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Suchtprävention. Umsetzungsorte sind unter anderem Kindergärten, Schulen und neuerdings auch Pflegeeinrichtungen.

Zusätzlich haben alle nichtbetrieblichen Lebenswelten, darunter auch soziale Infrastruktureinrichtungen, die Möglichkeit, einen Antrag auf Projektförderung zu stellen. Dabei kann auf eine Vielzahl an Projekten zurückgegriffen werden, entweder auf Projekte der IKK classic selbst oder auf geprüfte Projektkonzepte von anderen Anbietern. So hat die IKK classic unter anderem die folgenden eigenständigen Projekte ins Leben gerufen: „Die Kleinen stark machen“ (Projekt für Kindergärten und Kindertagesstätten mit Fokus auf Bewegung und Ernährung), „Die Rakuns – Das gesunde Klassenzimmer“ (Programm zur Gesundheitsbildung in Grundschulen), MAKS (Fortbildungsangebot für Mitarbeiter*innen in Pflegeeinrichtungen). Alternativ entwickeln Einrichtungen eigene Projektideen und stellen entsprechende Förderanträge bei der Krankenkasse; eine Fördermöglichkeit wird dann entsprechend geprüft.

4.1.3 Beantragung krankenkassenfinanzierter Projekte

Im Rahmen des Präventionsgesetzes wurden in Bielefeld Projekte für die beiden benachteiligten Stadtteile Baumheide und Stieghorst beantragt bzw. werden dort bewilligte Maßnahmen umgesetzt. Beide Anträge wurden auf Basis der Landesrahmenvereinbarung für Nordrhein-Westfalen gestellt. Die kommunalen Förderangebote des GKV-Bündnisses wurden von der Stadt Bielefeld zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht genutzt. Ein Grund hierfür ist, dass der Stadt für das Förderangebot „Kommunaler Strukturaufbau“ die formalen Fördervoraussetzungen – eine im Bundes- oder Landesbezug vergleichsweise niedrige sozioökonomische Werte aufweisende Sozialstruktur (siehe Kapitel 3.1) – fehlen.

Auch die Antragsmöglichkeit über einzelne Krankenkassen wurde seitens der Stadt noch nicht wahrgenommen. Prinzipiell besteht jedoch für die Stadt Bielefeld die Möglichkeit, auch auf regionaler/örtlicher Ebene „Settinganträge“ bei einzelnen Krankenkassen (auch kassenübergreifend) zu stellen. Allerdings ist der Umfang der auf örtlicher/regionaler Ebene zur Verfügung stehenden Präventionsmittel der Krankenkassen geringer als auf Landes- und Bundesebene.

Insgesamt wurden in den Interviews als Vorteile einer Förderung über die Landesrahmenvereinbarung gegenüber kassenindividueller Förderung auf der regionalen Ebene der auf Landesebene höhere Finanzrahmen, ein erst über die Landesebene zu ermöglichender Erfahrungsaustausch zwischen den beteiligten Kommunen sowie Beratungsmöglichkeiten für Kommunen durch Expert*innen des Landesentrums für Gesundheit NRW genannt.

Förderantrag für den Stadtteil Baumheide

Für den Stadtteil Baumheide wurde vom Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt der Stadt Bielefeld im Rahmen des Präventionsgesetzes ein Förderantrag für das Projekt „Entwicklung und Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung im Stadtteil Baumheide – Etablierung einer gesundheitsförderlichen, politikfeldübergreifenden Kommunalentwicklung unter besonderer Berücksichtigung gesundheitlicher Chancengleichheit“ gestellt. Das bewilligte Projekt läuft seit Mai 2018 und endet im April 2021. Projektziel ist es, „die gesundheitliche Chancengleichheit in Baumheide nachhaltig zu verbessern. Hierzu orientiert sich das intersektoral und integriert angelegte Projekt am Lebensphasenmodell mittels Aufbau von Präventionsketten und unter Nutzung des Konzepts ‚Fachplan Gesundheit‘“ (Stadt Bielefeld 2018a: 2); Zielgruppe sind benachteiligte bzw. vulnerable Bevölkerungsgruppen (Stadt Bielefeld 2018a: 3). Zu den Teilzielen, die im Laufe

des Prozesses weiter präzisiert wurden und werden, gehören (Stadt Bielefeld 2018a: 2 f.):

- Aufbau und Entwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung vor Ort,
- Verminderung von gesundheitlichen Auswirkungen von Armut durch sozialkompensatorische Maßnahmen insbesondere für Kinder und Jugendliche,
- Verbesserung der Zugänge zum lokalen Gesundheitswesen für Familien mit Migrationshintergrund,
- Aufbau von Unterstützungsstrukturen für Alleinerziehende,
- Verbesserung von Bildungs- und Erwerbschancen,
- Verbesserung von Beratungs- und Unterstützungsangeboten für Familien, die von Arbeitslosigkeit betroffen sind,
- Verringerung von Alterseinsamkeit durch Stärkung nachbarschaftlicher Integration,
- Aufbau von Präventionsketten; gegebenenfalls Verknüpfung der Settings Kita und Schule mit familien- und wohngebietsbezogenen Angeboten; Verknüpfung mit Netzwerken und Aktivitäten sowohl stadtteilbezogen als auch im gesamtstädtischen Kontext,
- modellhafte Entwicklung eines integrierten Planungsinstruments in Baumheide analog zum Fachplan Gesundheit,
- Einrichtung partizipativer Formate und von Arbeitsstrukturen der Gesundheitsförderung wie Arbeitsgruppen und Foren sowie die Benennung von Ansprechpersonen zum Thema.

Anlass und Grundlage für den Antrag waren insbesondere sozialstatistische Auffälligkeiten für Baumheide (Einkommens-/Kinderarmut, Transfermittelbezug, [Aus-]Bildungsstand, Gesundheitsstatus etc.). Zu den im Antrag skizzierten Vorhaben gehört eine Bestandsaufnahme präventiver und gesundheitsfördernder lokaler Strukturen, die von einer im Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt angesiedelten Koordinierungsstelle durchzuführen ist. Auf dieser Basis sollen in partizipativen Verfahren konkrete Maßnahmen mit bedarfsgerechten Schwerpunktsetzungen (Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung o.a.) entwickelt werden (Schließung von Angebotslücken, Vermeidung von Doppelstrukturen) (Stadt Bielefeld 2018a: 6). Eine Anlage zum Förderantrag enthält bereits eine Liste mit mehr als zwanzig Projektideen.

Grundlegendes Instrument soll ein vom Gesundheitsamt auf Basis des INSEK Baumheide sowie von Konzepten und Planungen der Bereiche Umwelt, Soziales, Jugend zu erarbeitender „Fachplan Gesundheit“ sein (Stadt Bielefeld 2018a: 6), wobei mit der Umsetzung des Projektes unter anderem erprobt werden soll, inwieweit dieses Instrument auch kleinräumig angewandt bzw. genutzt werden kann.

Die Koordinationsstelle im Gesundheitsamt hat im Rahmen des beantragten Vorhabens die Aufgabe, Kooperations- und Vernetzungsstrukturen in Baumheide und darüber hinaus aufzubauen und zu verstetigen sowie für einen gesamtstädtischen Austausch zu präventions- und gesundheitsbezogenen Themen über die kommunale Gesundheitskonferenz und die Lenkungsgruppe „Prävention und Gesundheitsförderung“ zu sorgen. Betont wird dafür

die Bedeutung eines politikfeld- bzw. fachbereichsübergreifenden Ansatzes (Stadt Bielefeld 2018a: 6). Insgesamt wird dafür eine zusätzliche (Teilzeit-) Stelle in der Koordinierungsstelle beantragt (Stadt Bielefeld 2018a: 8). Darüber hinaus gehende Bedarfe (Maßnahmen) werden – falls notwendig – von lokalen Institutionen und Akteuren gedeckt.

Die Nachhaltigkeit des Vorhabens soll unter anderem dadurch sichergestellt werden, dass in Baumheide gemachte Erfahrungen und Erkenntnisse auch auf andere Bielefelder Stadtteile übertragen werden können und sollen. Eine Wirkungsanalyse wird im Rahmen einer Selbstevaluierung, gegebenenfalls in Kooperation mit der Universität Bielefeld, erfolgen (Stadt Bielefeld 2018a: 10).

Die Koordinierung des Projektes erfolgt über die beim Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt angesiedelte Koordinierungsstelle, seine gesamtstädtische Einbettung durch die Lenkungsgruppe „Prävention und Gesundheitsförderung“, an der auch die kommunale Gesundheitskonferenz beteiligt ist (Stadt Bielefeld 2018a: 12).

Förderantrag für den Stadtbezirk Stieghorst

Die positiven Erfahrungen mit dem Antragsverfahren und der Projektförderung für und in Baumheide haben die Stadt Bielefeld dazu veranlasst, einen zweiten Antrag im Rahmen der Landesrahmenvereinbarung – diesmal für den Stadtbezirk Stieghorst – zu stellen.

Das im Sommer 2018 beantragte, zum Zeitpunkt dieser Untersuchung jedoch noch nicht bewilligte Projekt „Gesundes und gesundheitskompetentes Stieghorst – Förderung der Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen im Stadtbezirk Stieghorst“ sieht eine Laufzeit von Anfang 2019 bis Ende des Jahres 2021 vor. Antragsteller ist die Stadt Bielefeld, Büro für Integrierte Sozialplanung und Prävention, in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsladen Bielefeld e.V., Verbänden der Arbeitsgemeinschaft der Wohlfahrtsverbände (AGW), die in Stieghorst tätig sind, sowie der Freiwilligenagentur e.V. (FWA) (Stadt Bielefeld 2018b: 1).

Zum Zeitpunkt der Antragstellung wurde noch nicht festgelegt, in welchen räumlichen Schwerpunkten innerhalb des Bezirkes das Projekt nach Bewilligung durchgeführt werden soll; hierfür sollten die Ergebnisse einer Bezirksanalyse abgewartet werden, die wiederum Teil des beantragten Projektes ist. Angenommen wird jedoch, dass der Stadtteil Stieghorst mit seinen besonderen Belastungen für die Gesundheit der Zielgruppe benachteiligte ältere und hochbetagte Menschen mit Sicherheit einen solchen Schwerpunkt bilden wird (Stadt Bielefeld 2018b: 2).

Die Ziele des beantragten Projektes umfassen folgende Punkte (Stadt Bielefeld 2018b: 3 f.):

- übergeordnete Strukturentwicklung: Entwicklung einer akteursübergreifenden Kooperationsstruktur auf kommunaler Ebene durch ein „integriertes Vorgehen bei der gesundheitlichen Erschließung des Stadtbezirks Stieghorst“;
- Strukturentwicklung vor Ort: Identifizierung von gesundheitsbezogenen Strukturen und Angeboten vor Ort sowie von Angebotslücken im Rahmen partizipativer Prozesse; Ableitung notwendiger Maßnahmen in Rückkopplung mit Akteuren und „Betroffenen“ vor Ort: Ausbau bedarfsorientierter gesundheitsfördernder und präventiver Angebote, Aufbau nachbarschaftlicher Unterstützungsstrukturen;

- Betroffene zu Beteiligten machen: Stärkung der Handlungsfähigkeit von „Betroffenen“ vor Ort sowohl durch Empowerment, Aktivierung und vor allem Beteiligung im Rahmen der Bestandsanalyse und Maßnahmenentwicklung als auch durch die Ergebnisse der Maßnahmen selbst (Aufbrechen sozialer Isolation, Verbesserung von Mobilität und Erreichbarkeit);
- gesundheitliche Förderung und Chancengleichheit: Förderung der Gesundheitskompetenz älterer und hochbetagter Menschen.

Das Projekt soll von der Stadt Bielefeld in enger Kooperation mit dem Träger des Gesundheitsladens Bielefeld und den vor Ort aktiven Wohlfahrtsverbänden – repräsentiert durch ihre gemeinsame Freiwilligenagentur (FWA) – koordiniert werden. Die eingebundenen und vor Ort tätigen Träger übernehmen die Umsetzungs- und Koordinierung im Stadtteil. Projektleitung, -koordination und -träger bilden einen gemeinsamen Steuerungskreis. Außerdem soll ein Begleitgremium eingerichtet werden, in dem die Stadt Bielefeld, die Stadtbezirksvertretung, der Seniorenrat, Träger, Bürger*innen, Netzwerkpartner*innen, Sportvereine, Universität bzw. Fachhochschule sowie Krankenkassen vertreten sind; angebunden wird es an die Kommunale Gesundheitskonferenz Bielefeld¹. Bestandsanalyse und Bedarfsermittlung (in Zusammenarbeit mit der Zielgruppe), Akteursvernetzung, Vor-Ort-Präsenz und vor allem intensive Partizipation und Koproduktion bei der Maßnahmenentwicklung gehören zu den Kernelementen der Projektdurchführung (Stadt Bielefeld 2018b: 8). Das Projekt wird unter anderem als Teilelement zur Realisierung der Bielefelder Gesundheitsziele verstanden (Stadt Bielefeld 2018b: 9 ff.).

Im Antrag werden bereits zahlreiche Vorschläge für mögliche Maßnahmen und Angebote in den Bereichen „Erhöhung der gesundheitsbezogenen Bürgersouveränität“ und „Erhöhung der Gesundheitskompetenz“ gemacht; dazu gehören Empowerment mit Blick auf Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit oder eigenständiges Handeln ebenso wie Aktivierung und beispielsweise in Richtung Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung (Stadt Bielefeld 2018b: 12).

Die Nachhaltigkeit des Projektes soll durch Ergebnissicherung (unter anderem in Form eines Projekthandbuchs), Akteursvernetzung auf gesamtstädtischer Ebene sowie die Übertragung der entwickelten Strukturen auch in andere Stadtteile gewährleistet werden (Stadt Bielefeld 2018b: 15). Für die Qualitätssicherung sind eine Prozess- und eine Ergebnisevaluation in Form von Selbst- und Fremdevaluierungen (Kooperation mit der Universität Bielefeld) vorgesehen (Stadt Bielefeld 2018b: 16).

4.1.4 Kooperation mit Krankenkassen

Im Zuge der Anwendung des Präventionsgesetzes wurde in Bielefeld eine Lenkungsgruppe „Prävention und Gesundheitsförderung“ als Arbeitsgruppe der Kommunalen Gesundheitskonferenz ins Leben gerufen. Darin vertreten sind alle Krankenkassen, die bei der Umsetzung des Präventionsgesetzes in Bielefeld eine Rolle spielen (AOK NORDWEST, IKK classic, Betriebskrankenkasse Dürkopp Adler mit Heimat Krankenkasse sowie BARMER), auf kommunaler Seite sind es die Dezernate Soziales, Bildung und Umwelt, Gesundheit, außerdem die Arbeitsgemeinschaft der Wohlfahrtsverbände sowie nach Bedarf auch weitere Akteure. Die Lenkungsgruppe kommt zwei- bis dreimal

¹ Die Einberufung einer Kommunalen Gesundheitskonferenz gehört seit 1998 zu den Pflichtaufgaben der Kommunen in Nordrhein-Westfalen. In Bielefeld wurde die Kommunale Gesundheitskonferenz 2000 etabliert. (Stadt Bielefeld o.J.a).

im Jahr zusammen. Im Gegensatz zur thematisch breiter aufgestellten kommunalen Gesundheitskonferenz werden hier ausschließlich Themen im Kontext des Präventionsgesetzes diskutiert (Stadt Bielefeld o.J.b).

Insgesamt dient der Austausch in der Lenkungsgruppe einem vertieften gemeinsamen Verständnis der Belange des Präventionsgesetzes und der Anforderungen des Präventionsleitfadens sowie der Klärung, welche Akteure welche Rolle haben und welche Aufgaben übernehmen können. Aus kommunaler Sicht wird damit die Hoffnung und Erwartung verbunden, dass sich die Krankenkassen über ihr bereits bestehendes Angebotsportfolio hinaus in Richtung weiterer Handlungsmöglichkeiten in Zusammenarbeit mit der Verwaltung öffnen, beispielsweise mit Blick auf die Zielgruppen Senior*innen und Menschen mit Migrationshintergrund, für die es bislang weniger Angebote gebe.

Aus der Perspektive von Krankenkassen dient die Lenkungsgruppe unter anderem dazu, die Kommunen – auch zu den Antragsverfahren im Rahmen des Präventionsgesetzes – beratend zu unterstützen. Die Rolle der Kommunalverwaltung wird von den Krankenkassen darin gesehen, Bedarfe (vor Ort) partizipativ festzustellen sowie geeignete Maßnahmen im Sinne der Gesundheitsförderung und Prävention gemeinsam mit der Zielgruppe umzusetzen bzw. dafür alle relevanten Akteure zusammenzubringen.

Die Kooperation basiert nicht auf einer gesonderten schriftlichen Vereinbarung. In den Interviews wurde die Lenkungsgruppe ausschließlich positiv bewertet, zumal die Kooperation im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenzen bereits „eingeübt“ war.

Förderliche Faktoren und Rahmenbedingungen

Gefragt danach, welche Faktoren und Rahmenbedingungen sie generell für die Kooperation zwischen Kommune und Krankenkassen für förderlich halten, benennen die Interviewpartner*innen eine Vielzahl unterschiedlicher Aspekte: Je nach institutionellem Hintergrund der befragten Akteure – Kommune oder Krankenkasse – werden teils unterschiedliche Aspekte hervorgehoben, aber auch verschiedene Faktoren übereinstimmend benannt.

Impulsfunktion des Präventionsgesetzes: Insgesamt wird das Präventionsgesetz vor allem auf kommunaler Ebene als Impulsgeber für das Thema kommunale Gesundheitsvorsorge bewertet – sowohl in inhaltlicher als auch organisationaler Hinsicht (Akteurskooperationen) bis hin zur Möglichkeit, auch Sozialräume außerhalb städtebaulicher Förderkulissen in den Blick nehmen zu können. Krankenkassen erhalten stärkere Einblicke in die kommunale Ebene, die Kommune profitiert von den Wissens- und finanziellen Ressourcen der Krankenkassen. Aus Sicht der Krankenkassen hat das Präventionsgesetz dazu geführt, dass Kommune nun stärker von sich aus auf die Kassen zugeht.

Leitfaden Prävention: Insbesondere aus Sicht der Krankenkassen wird der Leitfaden als wesentliche Voraussetzung für eine Zusammenarbeit mit Kommunen im Rahmen des Präventionsgesetzes gesehen: Er regelt die „Rollen- und Aufgabenteilung“ zwischen beiden Partnerinnen und stellt die Mittelvergabe der Kassen auf eine rechtssichere Basis.

Lokale, dezentrale Organisationsstrukturen von Krankenkassen: Sofern solche lokalen Organisationsstrukturen vorhanden sind, werden sie auf kommunaler Seite als Erleichterung der Zusammenarbeit gesehen: „Man kennt sich – das ist einfacher“, fasste es ein Interviewpartner der Stadt Bielefeld zusammen.

Kommunale Zugänge zu Zielgruppen: Um die Zielgruppen des Präventionsgesetzes in ihren lebensweltlichen Settings zu erreichen, benötigen die Krankenkassen die Kommunen, die über eben jene Zugänge verfügen und entsprechende Bedarfslagen kennen.

Gremien und Plattformen für Austausch und Ressourcenbündelung: Die organisationalen Möglichkeiten der Zusammenarbeit sind Voraussetzung dafür, dass Wissen und Finanzressourcen gebündelt bzw. ergänzt werden können, um Doppelstrukturen zu vermeiden, dadurch Kosten einzusparen sowie nachhaltigere Strategien anstelle kleinteiliger Maßnahmen gemeinsam zu entwickeln.

Quartiersebene als Katalysator für Zusammenarbeit: Als eine wesentliche Grundlage für die Entwicklung eines gegenseitigen Verständnisses für den jeweiligen Aufgabenbereich von Kommune und Krankenkassen wird der Quartiersbezug gesehen.

Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Nordrhein-Westfalen: Aus der kommunalen Perspektive wird es begrüßt, dass mit der Koordinierungsstelle auf der Landesebene für Antragstellungen nur noch eine Ansprechperson für die Kommunen relevant ist, man sich also nicht mehr mit allen Krankenkassen einzeln austauschen muss: Es wird ein Antrag gestellt, der inhaltlich vorab vom LZG.NRW, das ähnlich einer Agentur für die Krankenkassen agiert, beraten werden kann, und man erhält einen einzigen Bewilligungsbescheid mit entsprechender Auszahlung. Aus der Perspektive der Krankenkassen entsteht durch diese Bündelung ein besserer Überblick über alle (auf Landesebene) gestellten Anträge.

Hemmende Faktoren und Rahmenbedingungen

Die Interviewpartner*innen benennen neben den förderlichen Aspekten auch eine Reihe von Faktoren und Rahmenbedingungen, die sich ihrer Einschätzung nach hemmend auf die Kooperation zwischen Kommunen und Krankenkassen auswirken:

Fehlender Überblick der Kommunalverwaltung über lokale Aktivitäten der Krankenkassen: Die Kommunalverwaltung vermisst gebündelte Informationen darüber, welche Angebote und Projekte Krankenkassen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung in Bielefeld bereits vorhalten bzw. realisieren. Es wird die Bereitschaft der Krankenkassen vermisst, ihre Projektaktivitäten auf kommunaler Ebene offenzulegen und damit zu einer Transparenz über die „Angebotslandschaft Krankenkassen“ beizutragen. Aus Krankenkassenperspektive stehen vor allem Datenschutzbelange einer größeren Informationstransparenz im Wege.

Unzureichende Kommunikation der Ziele von Krankenkassen: Die Ziele der Krankenkassen sind Vertreter*innen der Kommunalverwaltung zum Teil unklar.

Gleichzeitigkeit von integrativem Ansatz und sektoralen Einzelmaßnahmen und -strukturen: Aus Krankenkassensicht ist es vor Ort schwierig, das Thema Gesundheitsförderung und Prävention als Teil einer Gesamtstrategie zu vermitteln, wenn es gleichzeitig verschiedene fachsektorale Programme, Maßnahmen, Projekte und auch Personalstrukturen vor Ort gibt: „Es wird für die Menschen nicht unbedingt einfacher, immer zu verstehen, wer da eigentlich jetzt gerade was für die Stadt macht“ – so eine der Aussagen aus den Interviews. Ideal wäre von daher auch die Bündelung verschiedener Anlauf- und Beratungsstellen vor Ort unter einem Dach.

Fehlen einer zentralen Ansprechperson auf kommunaler Ebene: Aus Krankenkassensicht wäre eine solche Bündelfunktion wünschenswert; aus kommunaler Perspektive jedoch ist die Benennung einer einheitlichen Ansprechperson für die Krankenkassen aufgrund der Vielfalt der Zuständigkeiten in der Kommunalverwaltung schwierig.

Mangelnde Transparenz über Zuständigkeiten und Logiken der Mittelvergabe: Im Rahmen des Präventionsgesetzes ist teilweise schwer nachvollziehbar, was durch wen im Zuge der Landes- und Bundesrahmenvereinbarungen gefördert werden kann. Budgetlimitierungen erschweren (Erfolg versprechende) Antragstellungen mit hohen Fördersummen. Teilweise ist unklar, welche Teilbereiche einer geplanten Maßnahme förderfähig sind bzw. welche nicht. Durch das Präventionsgesetz sind „Begehrlichkeiten“ eines vergleichsweise breiten Akteurspektrums im (kommunalen) Gesundheitsbereich entstanden, die eine verstärkte Informationsarbeit der Krankenkassen zur Frage „Was geht und was nicht?“ erfordert.

Antragsbürokratie: Lange Antragsverfahren bzw. ein zu langer Zeitraum zwischen Antragstellung und Rückkopplung durch die jeweilige Krankenkasse wirken sich demotivierend auf die Antragstellenden aus. Dies gilt insbesondere für kassenübergreifend gestellte Anträge in NRW. Beklagt wird unisono die schleppende Bearbeitung des bereits 2018 über die Landesrahmenvereinbarung gestellten Antrags für das Projekt „Stieghorst“. Ebenso wird die bisher mangelnde Transparenz über Zuständigkeiten, Abläufe und Logiken in dieser Mittelvergabe kritisiert. Es wird aber auch eingeräumt, dass sich das neu eingeführte Antragsverfahren erst noch weiter etablieren müsse.

Kooperative Antragstellungen nicht möglich: Anträge von Zusammenschlüssen verschiedener Kreise, Gemeinden, Quartiere werden von den Krankenkassen nicht akzeptiert.

Zu starke Orientierung an Einzelprojekten: Eine ganzheitliche, konsistente Weiterentwicklung des Themas Gesundheit in der Kommune wird zum Teil durch die gegenwärtig zu beobachtende Konzentration auf einzelne Projekte („Projektitis“) erschwert.

Kommunale Verstetigungsstrategie teilweise ungesichert: Vor allem aus der Krankenkassenperspektive wird das Thema Verstetigung als ein Schlüssel erfolgreicher Zusammenarbeit und Projektdurchführung betrachtet. Projekte seien allerdings nicht immer so konzipiert, dass sie langfristig – also auch über das Förderende hinaus – Bestand haben können. Gefragt sei dann eine stärkere Übernahme von Projekten in die kommunale Regelfinanzierung.

Zentralisierung der Krankenkassenstrukturen: Im Gegensatz zu früher, als mehr örtlich verantwortliche Krankenkassen ihre Geschäftsstellen im kommunalen Einzugsbereich hatten, zentralisieren Krankenkassen heute ihre Strukturen immer mehr, was aus kommunaler Sicht eine Zusammenarbeit mit ihnen erschwert, auch weil den betreffenden Kassen zunehmend Kenntnisse der lokalen Situation fehlen.

Zu geringe Entscheidungsbefugnisse von Krankenkassenvertreter*innen in Lenkungsgruppe: Letztentscheidungen können mangels Befugnissen nicht im Rahmen der Lenkungsgruppe entschieden werden, zumal Förderungen über die Landesrahmenvereinbarung krankenkassenseitig in der Antrags- und Entwicklungsphase auch auf der Landesebene bearbeitet werden.

Fehlender kommunaler Erfahrungsaustausch: Von kommunaler Seite werden unzureichende Möglichkeiten des (kommunalen) Erfahrungsaustausches beklagt: Unterschiedliche Verfahren und Modalitäten der Umsetzung

des Präventionsgesetzes in den verschiedenen Bundesländern erschweren den Erfahrungs- und Informationsaustausch (der Verwaltungsakteure). Kommunale und Krankenkassenakteure wünschen sich (außerdem) einen Austausch auf regionaler Ebene.

4.2 Erlangen

Die kreisfreie Stadt Erlangen ist Sitz des Landkreises Erlangen-Höchstadt im bayerischen Regierungsbezirk Mittelfranken. Mit gut 112.000 Einwohner*innen, die in neun administrativen Stadtteilen leben, handelt es sich um eine wachsende und stark nachgefragte Großstadt mit nachgefragten Arbeitgebern und einem breiten (Aus-)Bildungsangebot. (Siemens, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg mit Universitätsklinik und andere). Das Einkommensniveau in Erlangen ist relativ hoch, gleichzeitig steigt aber auch die Zahl benachteiligter Bevölkerungsgruppen mit relativ niedrigen Einkommen. Angesichts dieser sich öffnenden Schere zwischen Arm und Reich steht die Stadt unter anderem vor der Herausforderung, benachteiligten Bevölkerungsgruppen Zugang zu Infrastrukturen und Angeboten im sozialen Bereich zu ermöglichen, die bislang vergleichsweise wenig an diesen Zielgruppen ausgerichtet sind.

4.2.1 Kommunale Gesundheitsförderung: Organisation und Steuerung, Ziele

Organisation und Steuerung

Das Thema kommunale Gesundheitsförderung wird in Erlangen vor allem auf der regionalen Ebene, also in Zusammenarbeit mit dem Landkreis und mit anderen kreisangehörigen Städten und Gemeinden, angegangen. Im Zentrum steht hier das Modellprojekt „Gesundheitsregion plus Erlangen-Höchstadt-Stadt Erlangen“ als „weiterführender Baustein auf dem Weg in eine gemeinsame Gesundheitsregion, die die Kommunen des Landkreises Erlangen-Höchstadt und der Stadt Erlangen inhaltlich, aber vor allem auch formal zusammenführt“ (Website der Gesundheitsregion). Hier geht es vorrangig um Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung, die zwar jeweils auf Erlanger und Landkreisebene bereits etabliert waren, für die nun jedoch eine gemeinsame, konzeptionelle Leitlinie sowie stärkere (inhaltliche) Abstimmungsstrukturen aufgebaut wurden.

Dafür sind integrierte Handlungskonzepte eine Grundlage, über die alle relevanten Akteure – Betroffene, Vertreter*innen von Verwaltung und Angebots- bzw. Leistungserbringer*innen sowie weitere (potenzielle) Kooperationspartner*innen – zusammengebracht und in gemeinsame Planungen integriert werden sollen. „Integrierte Handlungskonzepte ermöglichen planmäßiges Handeln zur Bewältigung neuer (z.B. demographischer) Herausforderungen bei sinnvoller Einsetzung begrenzter Mittel“ (ebd.).

Vernetzung auf regionaler Ebene steht also zunächst im Mittelpunkt: „Eine zentrale Aufgabe ist die Zusammenführung der zwei Gebietskörperschaften Landkreis Erlangen-Höchstadt und Stadt Erlangen, die sich in ihren Strukturen, ihrer Bevölkerung und Versorgungslage unterscheiden“ (ebd.). Zu den daraus entstehenden Herausforderungen gehört es, auf beiden Ebenen die jeweiligen Zielgruppen adäquat zu berücksichtigen, einen den jeweiligen sozial-räumlichen Gegebenheiten entsprechenden Settingansatz zu entwickeln sowie Multiplikator*innen vor Ort einzubeziehen (ebd.).

Der ebenenübergreifende Vernetzungsansatz findet seine Entsprechung in der koordinierenden Geschäftsstelle Gesundheitsregion plus, die jeweils zur Hälfte und mit je einer halben Stelle in der Stadtverwaltung Erlangen und im Landratsamt angesiedelt ist. Dafür erhält die Stadt Erlangen im Rahmen eines Kooperationsvertrages mit dem Landkreis Mittl zur Finanzierung ihrer halben Stelle (70% vom Land, 30% kommunale Eigenanteile).

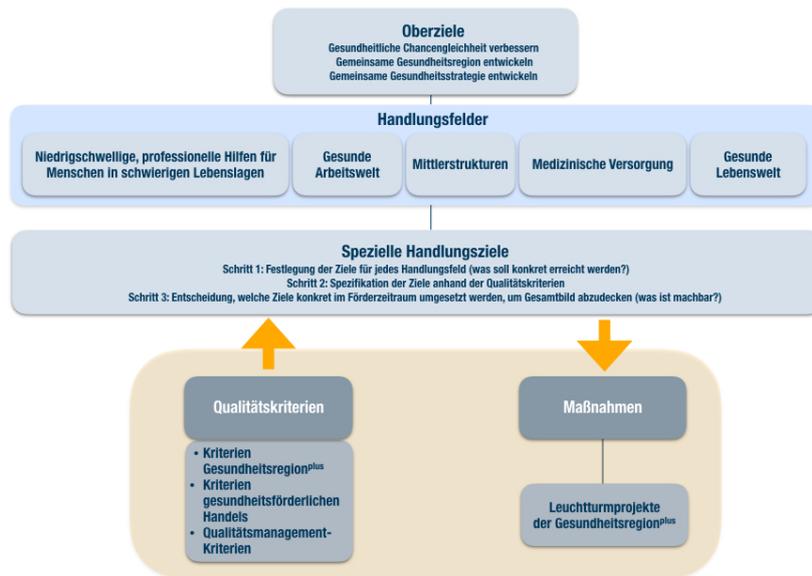
War das Thema Gesundheit (aufgrund der staatlichen Zuständigkeitsregelung der Gesundheitsämter in Bayern) innerhalb der Erlanger Stadtverwaltung bis dahin nicht präsent, hat durch die halbe Stelle im Rahmen der „Gesundheitsregion plus“ eine solche Verankerung nun stattgefunden. So wurde das Sportamt der Stadt Erlangen in das Amt für Sport und Gesundheitsförderung mit entsprechend erweitertem Aufgabenbereich überführt. Hinzugekommen ist eine Fachstelle für Gesundheitsförderung (im Oktober 2020), in der unter anderem die Geschäftsstelle der „Gesundheitsregion plus“ in Erlangen, Leitungen für Projekte im Kontext der „Gesundheitsregion plus“ sowie eine Projektmanagementstelle angesiedelt sind. Von hier aus sollen unter anderem eine integrierte (Gesundheits-)Planung und eine regelmäßige (Gesundheits-)Berichterstattung aufgebaut werden, woran insbesondere auch die Amtsbereiche Umwelt und Stadtplanung beteiligt sind. Darüber hinaus kooperiert die Geschäftsstelle der „Gesundheitsregion plus“ in Erlangen vor allem mit den für Senior*innen und Jugendliche zuständigen Verwaltungsbereichen der Stadt (Amt für Soziokultur, Sozialamt) mit ihren dezentralen Strukturen in den Stadtteilen.

Ziele

Inhaltlich werden drei übergeordnete Ziele verfolgt: „Gesundheitliche Chancengleichheit [in Stadt und Landkreis] verbessern, Gemeinsame Gesundheitsregion entwickeln, Gemeinsame Gesundheitsstrategie entwickeln“ (FAU 2018: 4), wobei die Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit im Vordergrund steht: „Der Zugang zur medizinischen Versorgung und zu Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung soll erleichtert und neue Angebotsstrukturen sollen geschaffen werden“ (FAU 2018: 4). Dafür haben Landkreis und Stadt Erlangen im September 2017 eine gemeinsame Gesundheitsstrategie als Handlungsrahmen beschlossen, die in starkem Maße partizipativ erarbeitet worden ist – unter anderem haben Menschen in schwierigen Lebenslagen ebenso daran mitgewirkt wie rund siebzig „professionelle“ Partner*innen aus „lebensweltlichen Bereichen“.

Die darin festgehaltenen Ziele und Strategien fußen auf einer umfangreichen, ebenfalls partizipativ angelegten Bedarfsanalyse in der „Gesundheitsregion plus“, aus deren Ergebnissen unter anderem fünf inhaltliche Handlungsfelder abgeleitet wurden: „Niedrigschwellige professionelle Hilfen für Menschen in schwierigen Lebenslagen“ (als besondere Zielgruppe“), „Gesunde Arbeitswelt“, „Mittlerstrukturen“ (für die Einbeziehung unterschiedlicher Akteure und Verwaltungsressorts in Gesundheitsthemen), „Medizinische Versorgung“ (als Reaktion auf Bedarfe in der Gesundheitsversorgung) sowie „Gesunde Lebenswelt“ (vgl. FAU 2018: 4). „Zusammen mit den Oberzielen bilden die Handlungsfelder den Ausgangspunkt für die Strategieentwicklung“ (ebd.); nachfolgende Abb. veranschaulicht Ziele und Handlungsfelder der gemeinsamen Gesundheitsstrategie von Stadt und Landkreis:

Abb. 1:
Ziele und Handlungs-
felder der Gesundheits-
region plus



Quelle: FAU 2018: 4

Innerhalb der Gesundheitskonferenz wurde zu jedem der Handlungsfelder eine Arbeitsgruppe etabliert, die unter anderem Handlungsempfehlungen für die Umsetzung erarbeitet. Qualitätskriterien für die Ziele der Gesundheitsregion wurden von der Strategieguppe entwickelt (FAU 2018: 5):

- Gesundheitliche Chancengleichheit
 - Ausrichtung der Angebote an/besondere Berücksichtigung von Menschen in schwierigen Lebenslagen.
- Intersektorale Entwicklung
 - Ressortübergreifende Zusammenarbeit zwecks besserer Bedarfsorientierung und Verankerung des Querschnittsthemas Gesundheit in allen relevanten Bereichen.
- Partizipation
 - Beteiligung aller relevanten Akteursgruppen, insbesondere von Zielgruppenvertreter*innen.
- Gemeinsamkeiten von Stadt und Land
 - Stadt- und landkreisübergreifende Planungen, sofern sinnvoll und möglich.
- Berücksichtigung der Unterschiede von Stadt und Land
 - Berücksichtigung der jeweiligen Strukturen und Rahmenbedingungen.

In den nachfolgenden Betrachtungen wird der Schwerpunkt auf Aktivitäten in der Stadt Erlangen – wenn auch im Kontext der Gesundheitsregion plus – gelegt.

4.2.2 Krankenkassen vor Ort: Organisationsstruktur, Präventionsziele und -schwerpunkte

Die Stadt Erlangen arbeitet im Rahmen des Präventionsgesetzes insbesondere mit der AOK Bayern und der Techniker Krankenkasse zusammen.

AOK Bayern

Das Thema Gesundheitsförderung und Prävention wird in der AOK Bayern zentral bearbeitet. Hier werden auch die Kooperationsvereinbarungen mit den Kommunen im Rahmen des Präventionsgesetzes geschlossen. Unterhalb dieser Ebene gibt es in Bayern 39 Direktionen mit Mitarbeiter*innen auf der Vor-Ort-Ebene. Und an jeder „Gesundheitsregion plus“ sind Mitarbeiter*innen mit verschiedenen Schwerpunkten beteiligt. Die Mitarbeiter*innen vor Ort können relativ eigenständig agieren.

Die AOK Bayern fördert Projekte zur kommunalen Gesundheitsförderung im Rahmen des SGB V bzw. gemäß des entsprechenden „Leitfadens Prävention“, die von den Kommunen selbst unter aktiver Beteiligung der jeweiligen Zielgruppe bedarfsgerecht konzipiert und umgesetzt werden (AOK Bayern o.J.a, Schultes 2018). Im Zentrum steht das Thema Chancengleichheit, d.h. der Verzicht auf die Fokussierung auf bestimmte Ziel- bzw. Altersgruppen zugunsten der präventiven Begleitung „von Geburt an bis zum Lebensende“ inklusive der Herausforderungen, die sich beispielsweise durch Ungleichheit, Armut, Vereinsamung ergeben.

Die AOK Bayern war in den Settings Kita und Schule nach eigenen Angaben schon immer sehr aktiv und gut aufgestellt. Durch das Präventionsgesetz seien die Aktivitäten in den Lebenswelten gestärkt und die kommunale Gesundheitsförderung in den Fokus gerückt worden. Die Projektförderung im Sinne einer „Hilfe zur Selbsthilfe“ von bis zu vier Jahren habe das Ziel, den Kommunen die Handlungsfreiheit und Planungssicherheit zu geben, ihre leitfadenskonformen Projekte umsetzen zu können. Insbesondere beim kommunalen Strukturaufbau ist aus Sicht der AOK eine längere Laufzeit zur Implementierung und Sicherung der Nachhaltigkeit wünschenswert und erforderlich. Die AOK Bayern stehe den Kommunen bei der Projektvorbereitung, während der Laufzeit und im Nachgang in beratender Funktion zur Seite. Während der Projektlaufzeit nicht verbrauchte Fördermittel werden nach Projektabschluss zurückgefordert.

Im Rahmen der Projektförderung kombinieren die Projektinhalte verhältnis- und verhaltensbezogene Maßnahmen auf Basis des ermittelten Bedarfs vor allem in den folgenden Bereichen (vgl. GKV-Spitzenverband 2020):

- Analyse, Bedarfsermittlung, Zielentwicklung,
- Planung und Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen,
- Beratung zu verhältnispräventiven Umgestaltungen,
- Moderation, Projektmanagement,
- Fortbildung von Multiplikatoren,
- Förderung von Vernetzungsprozessen,
- Dokumentation, Evaluation, Qualitätssicherung,
- Öffentlichkeitsarbeit.

Von einer Förderung ausgeschlossen sind Baumaßnahmen, Einrichtungsgegenstände, Mobiliar, technische Hilfsmittel, Regelfinanzierungen, auf Dauer angelegte Stellen in Beratungseinrichtungen, nicht in ein Gesamtkonzept eingebundene Maßnahmen externer Anbieter, Forschungsprojekte ohne Inter-

ventionsbezug, Screenings ohne verhältnis- und verhaltensbezogene Interventionen, Aktivitäten aus dem Bereich von Pflichtaufgaben anderer Akteure, individuumsbezogene Maßnahmen, ausschließlich öffentlichkeitsorientierte Aktionen (z.B. Feste) oder ausschließlich mediale Aufklärungskampagnen sowie berufliche Ausbildungen und Qualifizierungsmaßnahmen, die nicht an das jeweilige Projekt gebunden sind (vgl. GKV-Spitzenverband 2020).

Antragsteller, Projektträger bzw. Federführende und zugleich auch Durchführende sind Kommunen. Sie setzen ein Gesamtkonzept um, das sowohl die dauerhafte Veränderung von Rahmenbedingungen (Strukturen, Verhältnissen) als auch individueller Verhaltensweisen zur Stärkung der Gesundheit meist bestimmter Bevölkerungsgruppen zum Ziel hat. Grundlage dafür oder auch Fördergegenstand ist eine entsprechende Bedarfsermittlung. Um gefördert werden zu können, müssen Kommunen das Handlungsfeld „Gesundheit“ in ihren Zielkatalog aufnehmen bzw. im Gesamtkonzept darstellen, dass und wie sie die initiierten Maßnahmen und Aktivitäten der Gesundheitsförderung nachhaltig in ihrem kommunalen Handeln verankern (werden) (vgl. AOK Bayern o.J.a, Schultes 2018).

Bei der Entwicklung, Umsetzung und Bewertung entsprechender Maßnahme müssen die jeweiligen Zielgruppen beteiligt werden. Auf der Steuerungsebene ist es Fördervoraussetzung, dass Kommunen verschiedene Ressorts sowie relevante Akteure auch außerhalb der Verwaltung – beispielsweise Vereine oder Interessenvertretungen – einbeziehen und dafür geeignete Abstimmungs-, Koordinierungs- und Umsetzungsstrukturen wie Gesundheitskonferenzen oder auch Quartiermanagements vor Ort schaffen. Im Kern steht ein Steuerungskreis, der für die Projektplanung und -umsetzung verantwortlich ist. Operativ wird ein Projektteam gebildet (vgl. AOK Bayern o.J.a, Schultes 2018).

Die maximale Förderdauer beträgt – abhängig von den Projekthalten – 48 Monate. Eine Prozess- sowie eine Ergebnisevaluation sind vorgesehen. Kommunen müssen einen angemessenen Eigenanteil in Form von Personalressourcen, Sach- und/oder finanziellen Eigenmitteln einbringen (vgl. AOK Bayern o.J.a, Schultes 2018).

Techniker Krankenkasse (TK)

In der Techniker Krankenkasse ist der Bereich Prävention in der TK-Zentrale in Norddeutschland, Bereich Gesundheitsmanagement, angesiedelt, welche „die grobe Richtung“ im Sinne eines Rahmens, von „Leitplanken“ vorgibt. Unterhalb dieser Ebene sind Zuständigkeiten nach zehn „Marktregionen“ organisiert (in Bayern sind es eine für den nordöstlichen und eine für den südlichen Bereich). Hier sind Marktregionsleiter*innen und ihre Stellvertreter*innen unter anderem für den Bereich Gesundheitsmanagement verantwortlich. Darin wiederum sind Kolleg*innen dezidiert für die Themen betriebliche Gesundheitsförderung, betriebliches Gesundheitsmanagement sowie nichtbetriebliche Settings zuständig. Außerdem gibt es jeweils eine Koordinatorin für alle Fragen rund um die Landesrahmenvereinbarungen bzw. kassenübergreifende Konzepte (für Bayern in München angesiedelt). Für die Vor-Ort-Begleitung und -Beratung im Bereich „Nichtbetriebliches Setting“ sind bundesweit 16 Mitarbeiter*innen der Kasse zuständig (Ausgestaltung der „Leitplanken“). Diese Organisationsstruktur existiert seit dem Jahr 2016.

Die Techniker Krankenkasse verfolgt als Präventionsziele Bedarfsgerechtigkeit und regionale Ausrichtung sowie Gesundheitsförderung von Menschen

in schwierigen Lebenslagen im Rahmen der Möglichkeiten des Präventionsgesetzes, des „Leitfadens Prävention“, der jeweiligen Landesrahmenvereinbarung und auch im Kontext des Gesunde-Städte-Netzwerks.

Die Techniker Krankenkasse unterstützt mit ihrem Programm „Gesunde Kommune“ Städte und Gemeinden dabei, ihre alltäglichen Lebenswelten vor Ort mit Blick auf Prävention und Gesundheitsförderung weiterzuentwickeln. „In den Kommunen werden die Grundlagen für ein gesundes Aufwachsen und Älterwerden sowie ein gelingendes Zusammenleben gelegt. Hier kann durch verschiedene Angebote, Maßnahmen und Projekte die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung in Gemeinden, Kommunen und Regionen gesteigert werden“, heißt es dazu im Internetauftritt der TK (TK o.J.c).

Insgesamt geht es nicht darum, in den lokalen Settings gänzlich Neues aufzubauen – vielmehr soll an bereits vorhandenen (kommunalen) Strukturen und Angeboten angeknüpft und verfügbares Fachwissen genutzt werden. Mit Blick auf Zielgruppen – insbesondere sozial und gesundheitlich Benachteiligte – und Akteure stehen Ansätze im Mittelpunkt, die in starkem Maße vernetzungs- und beteiligungsorientiert ausgerichtet sind: Bewohner*innen und Kommunalverwaltungen, Vereine, Verbände, Schulen, freie Träger, Initiativen und Selbsthilfen sollen gleichermaßen einbezogen werden (ebd.).

Das Spektrum von Unterstützungsleistungen der TK ist breit – es reicht vom Aufbau einer Koordinierungsstelle für die Abstimmung unterschiedlicher Belange der Gesundheitsförderung über die Vernetzung bereits bestehender Akteursaktivitäten bzw. von Projekten bis hin zu Beteiligungsformaten wie Bürger*innenbefragungen. Zur konkreten Projektförderung heißt es: „Die TK unterstützt kommunale Gesundheitsförderungsprojekte, die nicht nur auf Einzelmaßnahmen abzielen, sondern ein Gesamtkonzept ‚Gesunde Kommune‘ verfolgen. Pflichtaufgaben staatlicher Stellen oder anderer Projektpartner darf die TK nicht unterstützen“ (TK o.J.d).

Entsprechende Projekte müssen den gesetzlichen Vorgaben der Krankenkassen entsprechen, die „Good Practice“-Kriterien des Kooperationsverbands „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ erfüllen und in ein kommunales integriertes Handlungs- bzw. Entwicklungskonzept eingebettet sein, dem das Arbeitsprinzip sektorenübergreifender Zusammenarbeit zugrunde liegt (TK o.J.e). Wie auch bei der AOK Bayern lautet das Grundprinzip: „Bedarfsorientierung“.

4.2.3 Beantragung krankenkassenfinanzierter Projekte

Im Rahmen des Präventionsgesetzes wurden in Erlangen verschiedene Projekte beantragt und bewilligte Maßnahmen umgesetzt. Dabei wurde bislang ausschließlich der Weg über Antragstellungen bei einzelnen Krankenkassen gegangen, während die Möglichkeiten der Landesrahmenvereinbarung für Bayern sowie des GKV-Bündnisses im Falle Erlangens keine Rolle spielten. Ein Grund hierfür sind die aus Erlanger Perspektive besseren und direkteren Rückkopplungsmöglichkeiten mit den Krankenkassen vor Ort, während sich eine Zusammenarbeit mit den darüber liegenden Ebenen allein schon in kommunikativer Hinsicht als ungleich komplizierter darstelle. Zudem erfüllt die Stadt Erlangen mit Blick auf das GKV-Förderangebot „Kommunaler Strukturaufbau“ nicht die formalen Fördervoraussetzungen, nämlich eine im Bundes- oder Landesbezug vergleichsweise niedrige sozioökonomische Werte aufweisende Sozialstruktur (siehe Kapitel 3.1). Beabsichtigt ist aber,

einen Antrag zum allen Kommunen offenstehenden Förderangebot „Zielgruppenspezifische Interventionen“ des GKV-Bündnisses zu stellen (siehe Kapitel 3.1). Zu den beantragten Projekten gehören:²

Projekt „GEMEINSam - GESundheit MitEINander - Brückenbauer für Menschen in sozialen Ungleichlagen“

Zentral – vor allem auch mit Blick auf Aktualität und Laufzeit – ist dabei das sowohl in Erlangen als auch in der Gemeinde Eckental im Landkreis durchgeführte Projekt „GEMEINSam“, das von der Techniker Krankenkasse unterstützt wird (Laufzeit 2018-2021; vgl. hier und im Folgenden: Website „Gesundheitsregion plus Erlangen-Höchstadt & Erlangen“ sowie TK o.J.a). In dem Projekt geht es darum, ein Netz von Multiplikator*innen („Mittler*innen“, „Brückenbauer*innen“) aufzubauen, die benachteiligte Menschen, welche von sozial-räumlicher Ungleichheit negativ betroffen sind, erreichen und unterstützen sollen. Ziel ist es, diesen Menschen Zugänge zu sozialen Infrastrukturen/Einrichtungen und (deren) Angeboten im gesundheitsfördernden Bereich zu eröffnen.

Für ihre Arbeit in der Stadt Erlangen (Straße/Gebiet „Am Anger“ mit vier Zwillingshochhäusern und benachteiligter Einwohnerschaft) erhalten sechs „Mittler*innen“, die selbst zur Zielgruppe gehören, eine Grundlagenschulung unter anderem zu Problembewältigungsressourcen – sowohl mit Blick auf die eigenen Umstände als auch auf die Situation der Zielgruppe(n). Weitere Schulungsthemen sind die spezifische sozial-räumliche Situation vor Ort, generelle Fragen der Gesundheitsförderung oder auch „Soft Skills“ wie Gesprächsführung.

Die geschulten „Mittler*innen“ werden an der Gestaltung der einzelnen Projektphasen beteiligt. In ihrer laufenden Arbeit werden sie durch die Projektkoordination „GEMEINSam“ sowie beteiligte Partnereinrichtungen unterstützt, an die sie angebunden sind und in die sie nach Projektende integriert werden sollen. Für ihr ehrenamtliches Engagement erhalten die „Mittler*innen“ eine Aufwandsentschädigung als Wertschätzung.

Projekt „Tom und Lisa“ (Präventionsmaßnahmen an Schulen – Suchtprävention)

Auf Grundlage der Bedarfsanalyse in der „Gesundheitsregion plus“, wonach hier ein starker Handlungsbedarf zur Gesundheitsförderung im schulischen Kontext – insbesondere mit Blick auf den Umgang mit Suchtmitteln bzw. die Suchtprävention – besteht, wurde das Projekt „Tom und Lisa“ zur Förderung bei der AOK beantragt (Laufzeit 2016; Anschlussprojekt 2017 bis 2020). Dabei handelt es sich um ein bereits „hochqualifiziertes, evaluiertes Projekt (...) aus dem bundesweiten Modellprojekt HaLT“ zum präventiven Umgang mit Alkohol (vgl. AOK Bayern/Landratsamt Erlangen-Höchstadt, Gesundheitsamt o.J.a), das Schulklassen der 7. bis 9. Jahrgangsstufe in der „Gesundheitsregion plus“ angeboten werden soll. Inhaltlich geht es darum, dass die Jugendlichen unter externer Moderation innerhalb von sechs Unterrichtsstunden ihre Haltung zum Alkoholkonsum reflektieren, gegebenenfalls alternative Verhaltensweisen trainieren und so nachhaltig in ihrer Handlungskompetenz gestärkt werden.

² Betrachtet werden an dieser Stelle ausschließlich Projekte, die in der Stadt Erlangen durchgeführt werden oder wurden.

Langfristiges Ziel ist es, möglichst viele Schüler*innen der rund 35 weiterführenden Schulen im Landkreis Erlangen-Höchstadt/Erlangen in dieses Projekt einzubeziehen (vgl. AOK Bayern/Landratsamt Erlangen-Höchstadt, Gesundheitsamt o.J.a).

Projekt „Maßnahmen zur Partizipation“

Ziel dieses bereits abgeschlossenen und von der AOK Bayern geförderten Projektes (Laufzeit 2015/2016) war es, die Bedarfserhebung in der „Gesundheitsregion plus“ zu erweitern und dabei Zielgruppen stärker einzubeziehen, um Projekte passgenauer entwickeln zu können. Die dafür genutzten Beteiligungsformate bildeten eine Basis für den Ansatz der kooperativen Planungsprozesse als ein Markenzeichen des Vorgehens in der Gesundheitsregion (vgl. AOK Bayern/Landratsamt Erlangen-Höchstadt, Gesundheitsamt o.J.b).

Inhaltlich ging es zunächst vor allem darum, spezifische gesundheitliche Belastungen und Bedarfe von Menschen zu ermitteln, die einen erschwerten Zugang zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung und -versorgung in der „Gesundheitsregion plus“ haben. Im Fokus standen dabei in erster Linie Kinder und Jugendliche, aber auch Menschen mit Migrationshintergrund, mit Behinderung, vereinsamte Senior*innen, Alleinerziehende, junge Familien in prekärer sozioökonomischer Lage, Arbeitslose und andere Benachteiligte (vgl. AOK Bayern/Landratsamt Erlangen-Höchstadt, Gesundheitsamt o.J.b).

Mit Mitteln der AOK wurde ein Partizipationskonzept erarbeitet, auf dessen Grundlage die verschiedenen Zielgruppen am Prozess der Bedarfsermittlung beteiligt wurden. Auch ging es darum, Verantwortliche zu identifizieren, die Beteiligungsprozesse organisierten und die Durchführung der Projektphasen (Bedarfsermittlung, Projektplanung und -umsetzung, Evaluation) sicherstellten (vgl. AOK Bayern/Landratsamt Erlangen-Höchstadt, Gesundheitsamt o.J.b).

Ein Beratungszentrum für kommunale Beteiligungsansätze (KOBRA) übernahm ein Prozesscoaching (Kontaktaufbau zu Zielgruppen, Konzeptentwicklung, Unterstützung bei Einzelprojekten). Speziell für die Koordinierung der Beteiligung von Kindern und Jugendlichen in Stadt und Landkreis wurde eine Honorarkraft beschäftigt (vgl. AOK Bayern/Landratsamt Erlangen-Höchstadt, Gesundheitsamt o.J.b).

Mit Blick auf die Beteiligung erwachsener Benachteiligter ging es vor allem darum – vergleichbar mit dem Projekt „GEMEINSAM“ (s.o.) –, Personen mit entsprechendem „Settingwissen“ als „Türöffner*innen“ zu identifizieren, für eine Projektmitwirkung auf Honorarbasis zu gewinnen und im Vorfeld zu schulen („Multiplikatoren-schulung“) (vgl. AOK Bayern/Landratsamt Erlangen-Höchstadt, Gesundheitsamt o.J.b).

Verfügungsfonds Gesundheit in der Stadt Erlangen

In den Jahren 2018, 2019 und 2020 fördert(e) die TK einen Verfügungsfonds in der Stadt Erlangen, aus dem Maßnahmen finanziert werden konnten, die den besonders niederschwellig konzipierten Zugang (mehrfach) benachteiligter Bevölkerungsgruppen zu gesundheitsbezogenen Angeboten erleichtern sollten (insbesondere Maßnahmen zur Verhältnisprävention in Verbindung mit Maßnahmen zur Stärkung der Handlungskompetenz der Betroffenen: z.B. offene Bewegungsangebote ohne Kosten und ohne Anmeldung, ohne Verbindlichkeiten und direkt vor Ort). Der Verfügungsfonds umfasst(e) jährlich 25.000 Euro (zuzüglich eines städtischen Eigenanteils von 6.000 Euro in Form von Personalressourcen; vgl. TK o.J.b).

4.2.4 Kooperation mit Krankenkassen

Mit Einführung des Kooperations- bzw. Gremienformats der „Gesundheitskonferenzen“ in Bayern vor rund 25 Jahren wurde auch in Erlangen eine solche Abstimmungs- und Koordinierungsrunde etabliert. Für die „Gesundheitsregion plus Erlangen-Höchststadt & Erlangen“ wurde die Gesundheitskonferenz als zu diesem Zeitpunkt bereits seit vielen Jahren eingerichtetes Arbeitsgremium mit ihren handlungsfeldorientierten Arbeitsgruppen beibehalten. Generell sieht das Modell der Gesundheitsregionen eigentlich vor, jeweils ein „Gesundheitsforum“ als operatives Gremium mit 20 bis 30 Mitgliedern einzurichten, das im vorliegenden Fall jedoch durch die Gesundheitskonferenz ersetzt wird. Da diese mit ihren rund 70 Teilnehmenden für strategische Steuerungsfragen allerdings zu groß ist, wurde hierfür eine zusätzliche, deutlich kleinere Strategiegruppe mit Vertreter*innen unter anderem aus Politik und Gesundheitswesen eingerichtet, die als Zwischenebene zwischen Geschäftsstelle und Gesundheitskonferenz angesiedelt ist und eben jene strategischen Grundsatzentscheidungen trifft (Meilensteinplanung etc.); sie trifft auch häufiger zusammen als die Gesundheitskonferenz. Während der im Forschungskontext besonders betrachtete Akteur Krankenkasse in der Gesundheitskonferenz vertreten ist, spielt er in der Strategiegruppe, in der grundsätzlich keine Akteure mit unternehmerischen Eigeninteressen vertreten sind, keine Rolle.

Darüber hinaus wurde zu einigen Kooperationsprojekten in der „Gesundheitsregion plus“ (im Rahmen des Präventionsgesetzes) ein Steuerkreis gebildet, an dem unter anderem Vertreter*innen der involvierten Kommunen und Krankenkassen beteiligt sind. In den halbjährlichen Treffen werden nicht nur projektbezogene organisatorische Fragen – Berichtswesen, finanzielle Belange etc. –, sondern vor allem auch inhaltliche Aspekte geklärt und besprochen.

Mit Blick auf das für die Stadt Erlangen zentrale Projekt „GEMEINSam“ war bereits im Vorfeld – also vor allem für die Antragsphase – eine Arbeitsgruppe gebildet worden, an der Landkreis, Stadt Erlangen (Kommunalpolitik und Verwaltung) sowie die Techniker Krankenkasse beteiligt waren. Darin wurden die Eckpunkte für den Förderantrag im Rahmen des Präventionsgesetzes festgeschrieben und somit auch bereits Ziele und möglichen Stoßrichtungen für das Projekt festgelegt. Dass sich die beteiligte Krankenkasse dabei nicht nur als Finanzgeberin, sondern vor allem als Projektpartnerin, Begleiterin, Beraterin verstand und die Projektantragsphase erfolgsorientiert begleitete (Hinweise auf zentrale Eckpunkte aus Fördermittelgebersicht etc.), wurde von den kommunalen Vertreter*innen als sehr gewinnbringend bewertet. Umgekehrt stellte es aus Krankenkassensicht einen großen Wert dar, bereits im Vorfeld der eigentlichen Antragstellung die regionalen Strukturen bzw. die kommunale Perspektive auf Bedarfe und „Passgenauigkeit“ von Maßnahmen vor Ort – also Basis und Hintergründe des Antrages – kennengelernt zu haben und damit im Bewilligungsverfahren besser beurteilen zu können.

Projektantrag und Bewilligungsbescheid gelten in der „Gesundheitsregion plus“ als Grundlagen für die Kooperation von Kommunen und Krankenkassen.

Förderliche Faktoren und Rahmenbedingungen

Gefragt danach, welche Faktoren und Rahmenbedingungen sie generell für die Kooperation zwischen Kommune und Krankenkassen für förderlich halten, benennen die Interviewpartner*innen eine Vielzahl unterschiedlicher As-

pekte. Je nach institutionellem Hintergrund der befragten Akteure – Kommune oder Krankenkasse – werden teils unterschiedliche Aspekte hervorgehoben, aber auch verschiedene Faktoren übereinstimmend benannt:

Impulsfunktion des Präventionsgesetzes: Aus Krankenkassensicht befördert das Präventionsgesetz die Auseinandersetzung von Kommunen mit dem Thema Gesundheit (Erlangen: strategische Ausrichtung, Langfristigkeit bzw. Überwindung einer zu starken Projektorientierung [„Projektitis“]). Außerdem legitimiere es die setting- bzw. lebensweltorientierte, also zu einem Großteil auf der kommunalen Ebene verankerte Arbeit von Krankenkassen. Beides stärke unter anderem die Basis für eine intensivere Kooperation von Stadt und Krankenkassen

Aus Erlanger Verwaltungssicht wird das Präventionsgesetz als wichtiger „Motor“ für die Arbeit der „Gesundheitsregion plus“ gesehen, die zeitgleich mit der Gesetzesverabschiedung eingerichtet worden war. Ohne das Präventionsgesetz wäre die „Gesundheitsregion Erlangen“ kein Erfolg geworden, da die finanziellen Ressourcen für die Umsetzung von Projekten gefehlt hätten. Außerdem befördere die Kooperation von Kommune und Krankenkassen gegenseitige Lerneffekte bzw. Einsichten, wie das jeweilige Gegenüber „funktionierte“ und wie auf dieser Basis generell kooperiert werden kann (Potenziale, Grenzen etc.).

Impulsfunktion des Labels „Gesundheitsregion plus“: Der regionale Zusammenschluss bedeutet aus Verwaltungssicht nicht nur organisationale und strategische Vorteile. Die „starke Überschrift“ befördere das Thema Gesundheit an sich als eigenes Handlungsfeld und in diesem Sinne als „Überschrift über meinem Arbeitsplatz“.

Aus Krankenkassensicht förderlich ist es, dass die aus der „Gesundheitsregion plus“ finanzierte Geschäftsstelle mit einer Fachkraft aus dem Gesundheitsförderungsbereich besetzt wurde/wird, was die Zusammenarbeit mit den Kassen erleichtere.

Rückendeckung durch Oberbürgermeister und Stadtrat: Entsprechendes Handeln auf der kommunalen Verwaltungsebene Erlangens werde von der Stadtspitze unterstützt, die Teil der Strategieguppe ist: Der Oberbürgermeister „ist total dafür“, und die politische Rückendeckung des Stadtrats sei „auf jeden Fall“ auch gegeben. Auf der Kreisebene stehe der Landrat „im Prinzip dahinter“.

Diese politische Rückendeckung wird von den Krankenkassen begrüßt und für elementar gehalten.

Gemeinsame Entwicklungsprozesse von Landkreis, Kommune und Krankenkassen: An der bereits für die Antragstellung „GEMEINSAM“ eingerichteten Arbeitsgruppe nahmen von Anfang an Vertreter*innen unter anderem von Landkreis, Erlanger Kommunalpolitik und -verwaltung, von Zielgruppen sowie der Krankenkassen teil. „Man wusste von Anfang an – auch in der Antragszeit –, worüber man redet“, weil das Projekt gemeinsam entwickelt wurde und die Krankenkassen von Beginn an ihre „Eckpunkte“ setzen konnten. Zudem könnten sich die Krankenkassen in einem solchen Prozess darüber absprechen, dass sie unterschiedliche Bestandteile eines Projektes arbeitsteilig finanzieren. Erleichternde Rahmenbedingung für diese Kooperationsstruktur sei wiederum die „Gesundheitsregion plus“ mit ihrem kooperativen Planungsansatz gewesen.

Lokale, dezentrale Organisationsstrukturen von Krankenkassen: Aus Krankenkassensicht können ihre dezentralen Strukturen, „diese Begegnung auf Augenhöhe, die Beratungsleistung, die wir einbringen, ein Stück weit unsere

Kreativität“ sowie die Mitwirkung an kommunalen Steuerungsgremien als förderliche Faktoren bezeichnet werden. Auch die Teilnahme der Kassen bereits an antrags- bzw. projektvorbereitenden Überlegungen wird als förderlich gesehen. „Wenn eine Kommune eine Idee hat, dann sage ich: ‚Schreibt keinen Antrag, sondern wir setzen uns zusammen. Macht eine Projektskizze. Dann unterhalten wir uns‘. (...) Erst wenn die Sachen vorbesprochen sind, wenn man sich relativ klar darüber ist, wie es funktionieren kann, wird der Antrag gestellt. Und dann gibt es für die Kommune eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit, dass ihre Arbeit auch Früchte trägt“.

Ergebnisoffene Dialogbereitschaft „auf Augenhöhe“: Sowohl Vertreter*innen der Krankenkassen als auch der kommunalen Verwaltungsebenen betonen die Bereitschaft zu ergebnisoffenen Dialogen auf beiden Seiten als förderliche Rahmenbedingung. Damit verbunden sei gegenseitiges Verständnis für die jeweiligen Rollen und Handlungslogiken – weit über ein Verständnis „Antragsteller – Geldgeber“ hinaus.

Hemmende Faktoren und Rahmenbedingungen

Die Interviewpartner*innen benennen neben den förderlichen Aspekten auch eine Reihe von Faktoren und Rahmenbedingungen, die sich ihrer Einschätzung nach hemmend auf die Kooperation zwischen Kommunen und Krankenkassen auswirken:

Mangelnde Transparenz über verschiedene Fördermöglichkeiten im Gesundheitsbereich: Aus Sicht einer Krankenkasse wird auf lokaler Ebene bemerkt, es gebe im Gesundheitsbereich mittlerweile sehr viele verschiedene parallel installierte Fördertöpfe und -regularien, „mit denen sich niemand mehr auskennt“: einzelne Krankenkassen, Präventionsgesetz, Landesrahmenvereinbarung, BZGA-Gelder, themen- und interessenbezogene Förderprogramme auf Bundes- und Landesebene. Teilweise komme es zu Parallelförderungen, und in zunehmendem Maße verhindere Intransparenz, dass Akteure vor Ort Mittel beantragen.

Bedingt hilfreiche Funktion des „Leitfadens Prävention“ mit seinen jetzigen Inhalten: Insbesondere von Krankenkassenseite wird der Leitfaden in der „Gesundheitsregion plus“ in unterschiedlichem Maße als einschränkend bewertet: In einem Fall wurde die Meinung vertreten, er sei für die eigene Arbeit wenig förderlich. Insbesondere innovative Maßnahmen bzw. Projekte nach wissenschaftlichem „State of the Art“ seien oftmals nicht leitfadenskonform und daher kaum realisierbar. Vieles darin stelle eher „traditionell“ auf die Qualifizierung und Zertifizierung von Fachkräften und Maßnahmen ab bzw. fokussiere „nach wie vor auf das Spektrum Ernährung, Bewegung und Entspannung“. Weniger jedoch gehe es um den Aufbau individueller Kompetenzen für den (präventiven) Umgang mit der eigenen Gesundheit, „um später gesundheitskompetente Aussagen als Versicherter, Verbraucher oder Bürger treffen zu können“. Auch das Thema Verhältnisprävention spiele im Leitfaden eine nur untergeordnete Rolle. Festgestellt wurde aus dieser Perspektive zusammenfassend: „Wir wollen die Leute motivieren, etwas zu tun. Und dann springen die über ihren Schatten und wollen tatsächlich etwas tun. Und dann kommt der Leitfaden – und diese Ideen schrumpfen erst einmal zusammen ...“.

Auch aus kommunaler Perspektive wurde darauf hingewiesen, der Leitfaden sei für einen Einsatz im Kontext lebensweltorientierter Entwicklungen nur wenig geeignet, denn er könne nur bedingt auf die hier relevanten „wahrhaftigen“ Themen eingehen.

In einem anderen Gespräch im Krankenkassenkontext wurde der Leitfaden als notwendiger, wenn auch nicht idealer Rahmen bewertet. „Er ist immer noch anpassungsfähig und -bedürftig, aber im Großen und Ganzen kann ich sehr viel darstellen (...) Es gibt im Gesetz, im Leitfaden Grauzonen“, die als Spielräume genutzt werden könnten.

Zusammenfassend und aus verschiedenen Perspektiven wurden im „Leitfaden Prävention“ die folgenden „Optimierungspotenziale“ gesehen:

Unzureichendes integratives Denken in Krankenkassen: Aus Kommunalverwaltungssicht wird kritisiert, Krankenkassen würden die Bereiche Gesundheitsversorgung und -förderung kaum zusammendenken: „Man kann zusammenfassen, dass nicht nur bei der Stadt Ressortgrenzen da sind, sondern auch bei den Krankenkassen, die schwer zu überwinden sind“. Die Trennung beider Bereiche erschwere es, lebensweltlich orientierte, d.h. ganzheitliche, integrative Projektanträge zu formulieren (beispielsweise mit einem Element „Vermittlung in gesundheitliche Infrastrukturen“).

Unterschiedliche inhaltliche Ausrichtung verschiedener Krankenkassen: Aus der kommunalen Perspektive wird es als schwierig bewertet, wenn unterschiedliche Krankenkassen unterschiedliche Förderschwerpunkte benennen, zum Beispiel prozessorientierte Setting-Ansätze im einen, angebotsbezogene Projekte im anderen Fall. Dadurch stoße ein integratives kommunales Vorgehen aus der lebensweltlichen Perspektive „ständig an Grenzen“.

Landesrahmenvereinbarung: Ungleichgewicht von Erwartungshaltung der Krankenkassen und Leistbarem auf der kommunalen Ebene: Da im Zuge der Landesrahmenvereinbarungen vor allem große, also in der Regel auch komplexere Projekte gefördert werden sollen, und die entsprechenden Anträge von mehreren Kassen zugleich geprüft werden, entstehe für antragstellende Kommunen eine Doppelbelastung: Erstellung eines entsprechenden Antrags „an sich“ sowie Berücksichtigung von Kassenforderungen nach Prüfung. „Bis ich dieses Projekt konzipiert habe – und dann kriege ich es wieder zerschlagen. Das überlegen wir uns jetzt fünfmal ...“.

Unzureichende Verankerung des Handlungsfeldes „Gesundheit“ in Kommunalpolitik und Stadtverwaltung: Aus Krankenkassensicht ist das Thema Gesundheitsförderung noch zu wenig als kommunale Aufgabe erkannt worden. Insbesondere im Stadtrat werde sich des Themas kaum angenommen, und „das passt nicht zu dem, was wichtig wäre für uns, für die Gesellschaft“. Auf der Verwaltungsebene dürfe es nicht sein, dass Mitarbeiter*innen, die sich in dem Themenfeld Gesundheitsförderung engagieren, „im eigenen Haus darum betteln müssen, das machen zu dürfen“. Kommunale Aktivitäten im Handlungsfeld „Gesundheit“ hingen „noch immer zu stark von Persönlichkeiten ab. (...) Wenn die Spitze das nicht akzeptiert, dann tut sich gar nix. Dann können die sich unten bemühen und qualifiziert sein, dann kommen die nicht weiter“.

4.3 Gera

Die kreisfreie Stadt Gera liegt im Osten von Thüringen und ist die drittgrößte Stadt dieses Bundeslandes. Wie fast alle Städte in den neuen Bundesländern hat auch die Stadt Gera nach der Wende erhebliche Einwohnerverluste durch Abwanderung verzeichnet. Seit 2010 sind zwar wieder Wanderungsgewinne festzustellen, diese können jedoch die natürlichen Einwohnerverluste infolge des Geburtendefizits nicht kompensieren (Stadtverwaltung Gera, Dezernat Bau und Umwelt 2014: 6). Im Ergebnis ist die Einwohnerzahl Geras von 129.037 im Jahr 1990 auf 98.245 im August 2019 gesunken (Stadtverwaltung Gera, Amt für Zentrale Steuerung, Statistik und GIS 2020). Gleichzeitig

fehlen in der Stadt leistungsfähige Unternehmen sowie attraktive Arbeitsplätze (Stadtverwaltung Gera, Dezernat Bau und Umwelt 2014: 9). Die Arbeitslosenquote Geras betrug im Oktober 2020 8,3 % und lag damit deutlich über dem Landesdurchschnitt von 5,9 % (Bundesagentur für Arbeit 2020). Zudem steht die Kommune vor der Aufgabe, bis zum Jahr 2023 ihren Haushalt zu konsolidieren (Stadtverwaltung Gera, Dezernat Bau und Umwelt 2014: 9). Vor diesem Hintergrund wird im 2014 vom Stadtrat beschlossenen Integrierten Stadtentwicklungskonzept (ISEK) Gera2030 festgestellt: „Demografischer Wandel und wirtschaftliche Situation ergeben eine brisante Mischung, die die Stadt vor komplexe Aufgaben stellt, wenn sie den sozialen Zusammenhalt im Gemeinwesen sichern will“ (Stadtverwaltung Gera, Dezernat Bau und Umwelt 2014: 9). Mit dem Teilziel „Gesundes und aktives Leben gestalten“ (ebd.: 12) nimmt das ISEK auch die kommunale Gesundheitsförderung in die Pflicht, einen Beitrag zur Bewältigung dieser Herausforderungen zu leisten.

4.3.1 Kommunale Gesundheitsförderung: Ziele und Maßnahmen, Organisation und Steuerung

Gera ist seit 1999 Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk und hat sich Ende 2014 dem von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) initiierten kommunalen Partnerprozess „Gesundheit für alle!“ – eine bundes- und landesweite Austausch- und Lernplattform für Fachkräfte – angeschlossen (Der kommunale Partnerprozess 2019). Wie andere Kommunen im Partnerprozess will die Stadt Gera eine Präventionskette zur Förderung der Gesundheit aufbauen, um die Gesundheitschancen benachteiligter Bürgerinnen und Bürger bzw. Familien nachhaltig zu verbessern. Dafür sollen Unterstützungsangebote in den unterschiedlichen Lebensphasen von der Geburt über die Ausbildung und das Erwerbsleben bis hin zum Ruhestand über Ressortgrenzen hinweg entwickelt und miteinander verzahnt werden (Voigt/Planert 2015). Konkretisiert wird diese Zielstellung im Sozialplan und in der Zielvereinbarung „Familiengerechte Kommune“ der Stadt Gera.

Sozialplan und Zielvereinbarung „Familiengerechte Kommune“

Im Sozialplan 2018-2023, der als strategisches Steuerungsinstrument die grundlegenden Handlungslinien der Sozialpolitik für die Stadt bestimmt und als ein Leitprojekt im ISEK Gera2030 verankert ist (Stadtverwaltung Gera, Dezernat Bau und Umwelt 2014: 16), sind folgende Ziele zur Gesundheitsförderung festgelegt (Stadt Gera, Dezernat Soziales 2018: 91 f.):

- die verschiedenen fachlichen und sozialpolitischen Akteure in den unterschiedlichen Handlungsfeldern sollen zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung vernetzt zusammenwirken;
- Unterschiede in der gesundheitlichen Entwicklung der Bürgerinnen und Bürger bzw. Familien, die aufgrund ihrer sozioökonomischen Situation bestehen, sollen weitestgehend nivelliert werden;
- mit Maßnahmen zur Verbesserung der sozioökonomischen Situation der Familien (z.B. Einkommenssituation, Bildung, berufliche Tätigkeit, soziales Netz) soll insbesondere eine Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erreicht werden;
- das persönliche bzw. familiäre Gesundheitsverhalten – vor allem in Bezug auf Risikofaktoren wie Bewegungsmangel, Alkohol- und Tabakkonsum,

Ernährungsverhalten, Stress – soll dort, wo der Zugang zu den Zielgruppen besteht (z.B. in Kindertageseinrichtungen, Schulen), positiv beeinflusst werden;

- Übergewicht und Adipositas sollen vermieden werden.

Um dem von der Stadt mit der Präventionskette verfolgten Anspruch „Gesund aufwachsen, gesund leben und arbeiten und gesund alt werden“ gerecht zu werden (Stadt Gera, Dezernat Soziales 2018: 195 f.), werden im Sozialplan konkret folgende Maßnahmen abgeleitet:

- Koordination und Verstetigung eines Geraer Netzwerks „Gesunde Kommune“,
- Fortführung und Qualifizierung der Gesundheitsberichterstattung als Bestandteil der integrierten Berichterstattung inklusive Analyse der vorhandenen gesundheitsfördernden Angebote und Aufzeigen von Bedarfen,
- Durchführung regelmäßiger Fachtage/kommunaler Gesundheitskonferenzen durch die Akteure im Netzwerk „Gesunde Kommune“

Neben dem Sozialplan enthält auch die 2014/2015 von der Stadt Gera erarbeitete und 2019/2020 fortgeschriebene Zielvereinbarung zur Erlangung des Zertifikats „Familiengerechte Kommune“ – ebenfalls ein Leitprojekt des ISEK Gera 2030 und zudem Grundlage für die Sozialplanung – gesundheitsfördernde Ziele und Maßnahmen und zwar speziell mit Blick auf Familien (Stadt Gera 2015: 12 ff.; ders. 2020: 9 ff.):

- die Stadtverwaltung beteiligt die Bürger bzw. Familien bei der Ermittlung des Unterstützungsbedarfs in gesundheitlichen Belangen;
- die Bedürfnisse der Familien in Bezug auf ihre gesundheitliche Entwicklung werden erhoben;
- die Stadtverwaltung koordiniert das Zusammenspiel von Jugend, Gesundheit, Soziales, Bildung sowie Stadtteil- bzw. Nachbarschaftsentwicklung (Präventionskette);
- Netzwerke und Angebote für die gesunde Entwicklung der Familien werden erfasst und der Präventionskette zugeordnet;
- auf Basis der Bestandsaufnahme werden gesundheitsfördernde Maßnahmen vor allem dort beschrieben, wo Lücken im Angebot (Präventionskette) bestehen;
- Gesundheitsförderung und Prävention werden anhand der Präventionskette verstetigt sowie der Prozess und die Ergebnisse evaluiert.

Neben den genannten Zielen und Maßnahmen unmittelbar zu Gesundheitsförderung enthalten sowohl der Sozialplan als auch die Zielvereinbarung „Familiengerechte Kommune“ weitere Ziele und Maßnahmen in anderen Handlungsfeldern wie Bildung und Erziehung sowie Wohnumfeld und Lebensqualität, die implizit ebenfalls gesundheitsförderlich sind.

Amt für Gesundheit und Netzwerk „Gesunde Kommune“

Organisatorisch ist die Gesundheitsförderung in der Stadt Gera beim Amt für Gesundheit und Versorgung im Dezernat Soziales angesiedelt. Bis Herbst 2020 war für diese Aufgabe allein die Amtsleiterin zuständig, der hierfür 30 % ihrer Vollzeitstelle zur Verfügung stehen. Mit diesen Kapazitäten übernimmt sie vor allem Steuerungs- und Koordinierungsfunktionen. Im Mittelpunkt

steht hierbei die Koordinierung des Netzwerks Gesunde Kommune (Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. AGETHUR 2018). Seit Oktober 2020 steht der Amtsleiterin eine „Kordinatorin Gesundheitsförderung“ (Vollzeitstelle) zur Seite, die über das Förderprogramm „Kommunaler Strukturaufbau“ des GKV-Bündnisses für Gesundheit für fünf Jahre (teil-)finanziert ist.

Das Netzwerk „Gesunde Kommune“ wurde 2014 mit Unterstützung der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. AGETHUR gegründet und versteht sich als ein Bündnis verwaltungsinterner und verwaltungsexterner Akteure – u.a. aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich – zum Thema Gesundheitsförderung. „Ziel des Netzwerks ist die Gestaltung präventiv orientierter Strukturen sowie gesundheitsgerechter Arbeits- und Lebensbedingungen in Gera. Dabei sollen sozial bedingte Unterschiede in der gesundheitlichen Entwicklung generationsübergreifend nivelliert werden. Inhaltliche Schwerpunkte des Netzwerkes sind Informationsaustausch, Beratung von Fachkräften und Politik, Sammlung und Überprüfung bestehender Angebote, Initiieren weiterer bedarfsgerechter Angebote für Familien sowie Information und Organisation von Bürgerbeteiligungen. (...) Die Erfassung der Angebote dient auch dazu, Doppelstrukturen zu vermeiden und Lücken in den gesundheitsfördernden Aktivitäten zu schließen, um Gera als ‚Gesunde Kommune‘ weiterzuentwickeln“ (Stadt Gera, Dezernat Soziales 2018: 116).

Die Netzwerktreffen finden in der Regel zweimal jährlich statt. Im Netzwerk sind u.a. die folgenden Akteure vertreten (Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. AGETHUR 2018; Stadtverwaltung Gera o.J.a):

- Agentur für Arbeit Altenburg-Gera,
- AOK PLUS Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen,
- Amt für Gesundheit und Versorgung, Stadt Gera,
- Jugendamt, Stadt Gera,
- Sozialamt, Stadt Gera,
- Amt für Bauvorhaben und Stadtplanung, Stadt Gera,
- Familienzentrum Gera,
- IKK classic,
- Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Thüringen e.V.,
- Liberare e.V. Interventionsstelle für Opfer von häuslicher Gewalt,
- OTEGAU Arbeitsförder- und Berufsbildungszentrum GmbH Ostthüringen Gera,
- Selbsthilfegruppe Autismus Ostthüringen e.V.,
- Selbsthilfegruppe Koronare Herzerkrankungen, Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck,
- Seniorenbeirat der Stadt Gera,
- SRH Fachhochschule für Gesundheit Gera,
- Stadteilbüro Bieblach,
- Stadtsportbund Gera e.V.,
- Volkshochschule Gera,
- Wohnungsbaugenossenschaft „Aufbau“ Gera eG.

Bislang waren u.a. folgende Themen Gegenstand der Netzwerktreffen (Stadtverwaltung Gera o.J.b):

- quartiersnahe Angebote,
- gesund alt werden,
- Prävention von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen,
- Methoden der Bürgerbeteiligung,
- Öffentlichkeitsarbeit.

Neben der Koordination des Netzwerkes leitet die Fachdienstleiterin Gesundheit auch die Steuerungsgruppe des Netzwerkes, die in die Vor- und Nachbereitung der Netzwerktreffen eingebunden ist, Themen für die Netzwerktreffen vorschlägt und den Netzwerkprozess reflektiert (Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. AGETHUR 2018). Mitglieder der Steuerungsgruppe sind u.a.:

- Vertreter*innen der Krankenkasse AOK PLUS Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen,
- Vertreter*innen des Amtes für Gesundheit,
- Vertreter*innen einer Kinder- und Jugendfreizeiteinrichtung.

In Abhängigkeit von den aktuellen Themen werden weitere fachkompetente Partner*innen des Netzwerkes auch zur Steuerungsgruppe eingeladen.

Zudem hat sich aus dem Netzwerk „Gesunde Kommune“ heraus im Dezember 2019 die fachübergreifende AG Prävention gegründet, an der neben dem Amt für Gesundheit und Versorgung sowie dem Jugendamt sowie themenbezogen beispielsweise die Migrationsbeauftragte auch die AOK PLUS mitwirkt.

Zusammenarbeit in der Verwaltung

Eine ressortübergreifende Kooperation wird von der Leiterin des Gesundheitsamtes für eine erfolgreiche kommunale Gesundheitsförderung für essenziell gehalten. Gesundheitsförderung berühre als Querschnittsthema unterschiedliche Aufgabenfelder und Bereiche der Verwaltung: „Das macht die Gesundheitsförderung schwierig, dass man selbst da die Verantwortung gar nicht so wahrnehmen kann“. Kooperationspartner des Gesundheitsamtes in der Verwaltung sind insbesondere die Kinder- und Jugendhilfe sowie die Stadtentwicklung, deren Fachämter beide im Netzwerk „Gesunde Kommune“ mitarbeiten. Mit der Kinder- und Jugendhilfe gibt es darüber hinaus eine Zusammenarbeit in der von der Sozialdezernentin im Dezember 2019 ins Leben gerufenen Arbeitsgruppe Prävention. Die über das Netzwerk hinausgehende Kooperation mit dem Bereich Stadtentwicklung bezieht sich vor allem auf die Einbeziehung des Amtes für Gesundheit in die Erarbeitung stadtteilbezogener Konzepte für Programmgebiete der Sozialen Stadt. Übereinstimmend wird die verwaltungsinterne Zusammenarbeit mit Blick auf Gesundheitsförderung von den befragten Verwaltungsakteuren jedoch als noch ausbaufähig eingeschätzt. Wesentliche Erfolgsfaktoren seien hierbei das Einfordern ressortübergreifender Kooperation durch die politische bzw. Verwaltungsspitze sowie ein stärkeres Mitbetrachten von sozialen Aspekten durch den Bereich Stadtentwicklung. Aber auch ausreichend personelle Ressourcen seien erforderlich.

4.3.2 Krankenkassen vor Ort: Organisationsstruktur, Präventionsziele und -schwerpunkte

Im Rahmen der Fallstudie wurden mit Vertreterinnen und Vertretern der AOK PLUS sowie der IKK classic Interviews geführt. Beide Krankenkassen unterhalten in Gera Geschäftsstellen und arbeiten mit der Stadt zusammen (siehe Punkt 4.3.4). Sie werden im Folgenden mit Blick auf ihre Organisationsstruktur und mit ihren Präventionszielen und -schwerpunkten – u.a. auf Basis der Informationen aus den Interviews – vorgestellt.

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen

Die AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen (AOK PLUS) ist in sechs Regionen gegliedert, die jeweils durch eine Regionalgeschäftsführung personell und auch fachlich geleitet wird. Eine dieser Regionen ist die Region Gera-Plauen. In jeder der regionalen Gesundheitscenter sind Fachkräfte für Gesundheitsförderung tätig. Diese Fachkräfte arbeiten in den Bereichen individuelle, betriebliche sowie Gesundheitsförderung in nicht-nichtbetrieblichen Lebenswelten. Für den Bereich der Gesundheitsförderung in nichtbetrieblichen Lebenswelten werden sie durch eine zentral angesiedelte und für beide Bundesländer zuständige Fachberaterin unterstützt. Die Fachberaterin ist für die Entwicklung, Implementierung, Qualitätssicherung von AOK PLUS-eigenen Produkten in den nichtbetrieblichen Lebenswelten zuständig, vertritt die AOK PLUS in den Arbeitsgruppen und Gremien der Landesrahmenvereinbarung und leitet die Präventionsfachkräfte in den Regionen fachlich an.

Die AOK PLUS zielt darauf ab, ihre Versicherten über alle Lebensphasen hinweg zu unterstützen und die eigenen Gesundheitsressourcen oder die ihrer Familie zu stärken – unabhängig von ihrem sozialen Status und den Voraussetzungen, die sie für die eigene Gesundheit mitbringen. Präventionsziel der AOK PLUS ist es, gesunde Lebensqualität für junge Familien, im Kindergarten, in (Hoch-)Schulen und Betrieben zu gestalten. Dieses Ziel wird neben individueller Gesundheits- und Selbsthilfeförderung durch eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebenswelten verfolgt. Dabei liegt der Fokus darauf, die Akteure in den Lebenswelten in die Lage zu versetzen, nachhaltig Gesundheitsförderung unter Partizipation der Betroffenen umzusetzen. Ein wichtiges Handlungsfeld ist dabei die Unterstützung von Kommunen durch den Aufbau von nachhaltigen Strukturen und Netzwerken sowie durch die Organisation von Erfahrungsaustausch zwischen verantwortlichen Akteuren der kommunalen Lebenswelten. Die Vermittlung von kasseneigenen Programmen zur Gesundheitsförderung (u.a. AOK-Programm „JolinchenKids _ Fit und gesund in der Kita, Bildungsprogramm „GemüseAckerdemie“ für Schulen, Vortragsangebote „Gesund aufwachsen“ für junge Familien) sowie die Finanzierung von Projekten, die von Kommunen selbst entwickelt wurden, sind dabei Unterstützungsmöglichkeiten.

Vor diesem Hintergrund bringt sich die AOK PLUS auch intensiv in den Prozess der Umsetzung des Präventionsgesetzes in Sachsen und Thüringen ein. So ist sie in beiden Bundesländern in allen wichtigen Gremien der Landesrahmenvereinbarungen zur Gesundheitsförderung vertreten und arbeitet dort mit den anderen gesetzlichen Krankenkassen, weiteren Sozialversicherungsträgern und den zuständigen Landesministerien zusammen (AOK PLUS 2018: 4).

IKK classic

Die IKK classic als Deutschlands größte Innungskrankenkasse unterhält Landesdirektionen in mehreren Bundesländern – so auch in Thüringen. In jeder dieser Landesdirektionen gibt es einen eigenen Fachbereich Prävention, der für die individuelle, betriebliche und Gesundheitsförderung in nichtbetrieblichen Lebenswelten sowie für Selbsthilfe zuständig ist. Im Fachbereich Prävention der Landesdirektion Thüringen sind insgesamt drei Gesundheitsmanagerinnen und -manager im Bereich der nichtbetrieblichen Lebenswelten operativ tätig. Arbeitsteilig sind sie für die vier Regionaldirektionen in Thüringen zuständig: Erfurt, Leinefelde, Suhl und Gera, zu der auch die Stadt Gera zählt. Dabei arbeiten die Gesundheitsmanagerinnen und -manager jeweils eng mit der Ge-

schaftsführung der Regionaldirektion vor Ort zusammen. Neben der regionalen Arbeit ist der Fachbereich Prävention auch auf Landesebene tätig und arbeitet in Steuerungsgremien und Arbeitsgruppen zur Landesrahmenvereinbarung und der Landesgesundheitskonferenz Thüringen mit.

Ein zentrales Ziel der IKK classic ist die Umsetzung des Präventionsgesetzes. Dabei geht es der IKK classic darum, spezifisch auf die jeweilige Lebenswelt (Kindertagesstätten, Schulen, Pflegeeinrichtungen) ausgerichtet mit ihren kasseneigenen Projekten und Produkten und gemeinsam mit den Akteuren der Lebenswelt zu agieren. Zu den Projekten und Produkten der IKK classic gehören u.a.:

- „Die Kleinen stark machen“: Ernährungs- und Bewegungsprojekte für Kindertagesstätten;
- „Die Rakuns – Das gesunde Klassenzimmer“ (gemeinsam mit der Stiftung Kindergesundheit, München): Schulen erhalten kostenfrei Materialien zur Verfügung gestellt, um die Themen Medienkompetenz, Stressbewältigung, Ernährung, Bewegung, Hygiene individuell und lehrplankonform in den Unterricht einzubauen;
- „Stark in die Zukunft“: Programm zur Persönlichkeitsentwicklung junger Menschen, das schwerpunktmäßig an Schulen in sozial benachteiligten Quartieren angeboten wird;
- Media4Care: die IKK-classic stellt bundesweit Pflegeeinrichtungen ein Tablet mit umfangreichen Beschäftigungsangeboten zur Förderung der körperlichen, kognitiven und psychosozialen Fähigkeiten von Menschen mit Demenz zur Verfügung (befristet bis 30. Juni 2020);
- MAKS: zertifizierte Schulung für Pflegekräfte zur Aktivierung von Demenzkranken.

Die IKK ist zudem offen dafür, von Kitas und Schulen selbst entwickelte Projekte zu fördern, sofern sie den Kriterien des GKV-Leitfadens Prävention entsprechen. Über spezielle Programme für die Lebenswelt Kommune verfügt die IKK classic nicht.

4.3.3 Beantragung krankenkassenfinanzierter Projekte

Von den drei Wegen, die prinzipiell für die Beantragung kassenfinanzierter Projekte und Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung stehen (GKV-Bündnis für Gesundheit, Landesrahmenvereinbarung, kassenindividuelle Förderung), hat die Stadt Gera bislang die Antragsmöglichkeit über das GKV-Bündnis für Gesundheit sowie über einzelne Krankenkassen genutzt. Ein Förderantrag über die Landesrahmenvereinbarung wurde dagegen nicht gestellt.

Kommunales Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit

Mit Blick auf die Sozialstruktur weist die Stadt Gera im Bundes- und Landesbezug vergleichsweise niedrige sozioökonomische Werte auf und erfüllt damit eine wesentliche Voraussetzung des Förderangebotes „Kommunaler Strukturaufbau“ des GKV-Bündnisses für Gesundheit (siehe Kapitel 3.1). Vor diesem Hintergrund und aufgrund der Möglichkeit, den erforderlichen Eigenanteil (1. Förderjahr: 20 %, 2. Förderjahr: 40 %, 3. und 4. Förderjahr: 60 %, 5. Förderjahr: 70 %) mit Mitteln aus dem Landesprogramm „Solidarisches Zusammenleben der Generationen“ zu finanzieren, hat die Stadt Gera eine

Förderung im Programm „Kommunaler Strukturaufbau“ beantragt und im September 2020 hierfür eine Zusage erhalten.

Kassenindividuelle Förderung

ElternPlus – für löwenstarke Familien: Das Projekt „ElternPlus – für löwenstarke Familien“ wurde gemeinsam im Netzwerk „Gesunde Kommune“ entwickelt und wird von der AOK PLUS gefördert und fachlich begleitet (Stadtverwaltung Gera 2018). Zielgruppe des Projektes sind sozial benachteiligte Familien, deren Gesundheitskompetenz gestärkt werden soll. Um die Familien niedrigschwellig in ihren Lebenswelten zu erreichen, wurden für die Umsetzung Einrichtungen in drei Quartieren Geras (u.a. Familienzentrum, Mehrgenerationenhaus) ausgesucht und das Angebot hier an bereits bestehende und gut besuchte Treffen und Veranstaltungen (u.a. ein Eltern-Café) angegliedert. Den Eltern wird so die Möglichkeit geboten, sich in vertrauter Atmosphäre und mit Unterstützung von Fachkräften zu selbst ausgewählten Gesundheitsthemen auszutauschen (Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. - AGETHUR 2018). Für die kassengetragene Finanzierung dieses Angebotes wurde zwischen der AOK PLUS und der Stadt Gera auf Basis einer generellen Rahmenvereinbarung zwischen den beiden Akteuren eine spezifische Projektvereinbarung geschlossen (siehe Kapitel 4.3.4).

Aufbau gelingender Strukturen für die lebensweltgerechte Förderung psychischer Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Ziel dieses ebenfalls von der AOK PLUS geförderten Projektes ist es, ein Netzwerk aufzubauen, um die psychische Gesundheit junger Menschen zu stärken, damit sie in belastenden Situationen in ihrem Alltag besser zurechtkommen und wissen, wo sie Hilfe und Unterstützung erhalten (Stadtverwaltung Gera 2020). Initiiert wurde das Projekt von der Sucht- und Psychiatriekoordinatorin der Stadt Gera, unter anderem weil sich in der Vergangenheit Hinweise auf psychische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen von Sozialarbeiter*innen in den Schulen, aus Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst häuften (ebd.). Die AOK PLUS fördert dieses kommunale Projekt im Rahmen einer so genannten „AOK Gesundheitspartnerschaft“ und auf Basis einer Kooperationsvereinbarung zwischen der Stadt Gera und der AOK PLUS. Voraussetzung hierfür ist unter anderem, dass das geförderte Projekt in ein integriertes Gesamtkonzept „Gesunde Kommune“ eingebettet ist (AOK PLUS o.J.).

Nichtnutzung der Förderung über die Landesrahmenvereinbarung

Nach Inkrafttreten der Landesrahmenvereinbarung im April 2016 waren zunächst vor allem Unklarheiten und Intransparenz mit Blick auf die Fördervoraussetzungen/-möglichkeiten der Grund, warum die Stadt Gera keinen Förderantrag über die Landesrahmenvereinbarung gestellt hat. So führte eine interviewte Person aus, dass signalisiert worden sei, bei der Landesrahmenvereinbarung den Förderschwerpunkt auf den Zielbereich „Gesund alt werden“ zu legen. Vor allem kommunale Projekte zum Übergang vom Erwerbsleben in die Rente sollten gefördert werden. Die Geschäftsstelle der Landesrahmenvereinbarung habe hierzu auch Krankenkassen und Kommunen zu einem Workshop eingeladen, um gemeinsam Handlungsmöglichkeiten zu erörtern. Nach diesem Workshop hätte es aber keine weiteren Informationen mehr gegeben. Eine andere Gesprächspartnerin beklagte ebenfalls mangelnde Transparenz: „Man weiß gar nicht, wie dieser Prozess auf der Landesebene gesteuert wird. Wie läuft die Auswahl? Wer hat da überhaupt eine Möglichkeit?“. Zudem seien viele Anträge anderer Kommunen ohne Begrün-

derung abgelehnt worden: „Es war nicht transparent, warum die Angebote abgelehnt wurden oder warum man etwas nicht fördert“. Hier hätte man sich mehr Förder- und Antragsberatung gewünscht. All dies habe letztlich dazu geführt, dass die Stadt Gera selbst keinen Antrag über die Landesrahmenvereinbarung gestellt habe.

Mittlerweile hat Thüringen seit 2017 als einziges Bundesland Abstand vom Projektantragsverfahren auf Landesebene genommen; stattdessen werden zwei landesweite Pilotprojekte im Setting Schule – „Bewegte Kinder = gesündere Kinder“ und „Koordination von Beratung und Angeboten für Gesunde Schulen in Thüringen“ (KoBAGS) – gefördert (Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V. – AGETHUR o.J.; Zwei Jahre Gesundheit für Thüringen gestaltet 2018). Eine Beantragung kassenfinanzierter Projekte über die Landesrahmenvereinbarung ist daher für die Stadt Gera wie auch für alle anderen Kommunen in Thüringen derzeit nicht möglich (vgl. Kapitel 3.2).

4.3.4 Kooperation mit Krankenkassen

Kooperation im Netzwerk „Gesunde Kommune“

Eine wichtige Struktur für die Zusammenarbeit der Stadt Gera mit Krankenkassen ist das 2014 gegründete Netzwerk „Gesunde Kommune“. Sowohl die AOK PLUS als auch die IKK classic arbeiten auf Einladung des Gesundheitsamtes von Beginn an aktiv und regelmäßig in diesem Netzwerk mit. Die DAK Gesundheit hat sich dagegen nach anfänglicher Mitwirkung aus dem Netzwerk zurückgezogen; demgegenüber hat die BARMER im Herbst 2020 Interesse an einer zukünftigen Mitarbeit signalisiert. Auch wenn die Krankenkassen miteinander im Wettbewerb stehen, steht bei ihrem Engagement im Netzwerk – so die Interviewpartner*innen – der kollegiale fachliche Austausch im Vordergrund. Die Vertreter*innen der Krankenkassen bringen ihr Know-how in die Netzwerkarbeit ein (u.a. Gesundheitsdaten) und wirken bei der konzeptionellen Entwicklung neuer Angebote mit. Zudem informieren die Krankenkassen über ihre eigenen Projekte und Produkte, um gemeinsam im Netzwerk zu erörtern, ob und wo im Rahmen der kommunalen Gesundheitsförderung der Stadt Gera Bedarf zur Umsetzung dieser Angebote besteht.

Kooperation mit einzelnen Krankenkassen

Eine sehr intensive Kooperation hat sich seit 2014 zwischen der Stadt Gera und der AOK PLUS entwickelt. Ergebnis dieser Zusammenarbeit ist u.a. das zusammen neu entwickelte Angebot „ElternPlus – für löwenstarke Familien“; ein weiteres gemeinsames Projekt – „Gesundheit für alle“ – ist auf dem Weg (siehe Kapitel 4.3.3). Die AOK Plus ist zudem als einzige Krankenkasse nicht nur im Netzwerk „Gesunde Kommune“, sondern auch in der dazugehörigen Steuerungsgruppe vertreten.

Als Grundlage für ihre Zusammenarbeit haben die Stadt Gera und die AOK PLUS im Jahr 2018 eine Rahmenvereinbarung über eine Laufzeit von zwei Jahren geschlossen. Diese Vereinbarung drückt den gemeinsamen Willen der beiden Partner aus, „einen wirksamen Beitrag zum Erhalt und zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung in speziellen Lebenswelten (Setting) zu leisten“ (Rahmenvereinbarung 2018). U.a. folgende Punkte sind in der Vereinbarung geregelt:

- Grundsätze der Zusammenarbeit,
- Grundsätze für die Projektarbeit,
- Projektsteuerung/Steuerungsgremium,
- Datenschutz/Geheimhaltung,

- Finanzierung von Projekten,
- Information und Dokumentation,
- Öffentlichkeitsarbeit/Verwertungsrechte,
- Vereinbarungsdauer.

Darüber hinaus schließen die Stadt Gera und die AOK PLUS eine gesonderte Projektvereinbarung über einzelne Projekte auf dem Gebiet der primären Prävention in Lebenswelt sowie über hierfür von der AOK PLUS zur Verfügung gestellte Projektmittel ab.

Befördert wird die Kooperation zwischen der Stadt Gera und der AOK PLUS nach Einschätzung der Gesprächspartner*innen durch folgende Faktoren seitens der AOK PLUS:

Vor-Ort-Strukturen: Anders als bei anderen Krankenkassen ist in der regionalen Geschäftsstelle der AOK PLUS eine spezielle Fachkraft für Gesundheitsförderung tätig (siehe Kapitel 4.3.2). Eine Interviewpartnerin führt dazu aus: „Die AOK hat hier vor Ort ihre Strukturen. Die hat Gesundheitsförderer. Mit denen kann ich auch richtig Projekte gemeinsam machen. Das ist ein Nehmen und Geben“.

Selbstverständnis: Die AOK PLUS versteht sich nicht allein als Finanzier. Vielmehr wirkt sie auch aktiv bei der Projektentwicklung, -umsetzung und -evaluierung mit. Dies bestätigt auch eine der Gesprächspartner*innen: „Von der AOK geht auch viel Initiative aus – vom Konzept über die Umsetzung bis zur Auswertung und Weiterentwicklung. Wir treffen uns und besprechen, was könnte anders gemacht werden. Das ist das, was eine Zusammenarbeit erst ausmacht, und nicht nur, dass die Kommune ein Konzept vorlegt und die Krankenkasse dann abhakt, ob alles in die Punkte passt, die der Leitfaden Prävention vorsieht, und dann das Geld gibt.“

Flexibilität: Über die jährlich abgeschlossene Projektvereinbarung hinausgehende gesundheitsförderliche Maßnahmen, die sich im weiteren Verlauf des Jahres als erforderlich herausstellen, können zwischen der Stadt Gera und der AOK Plus gesondert vereinbart werden – vorausgesetzt sie entsprechen den Kriterien des „Leitfadens Prävention“. Die regionale Fachkraft für Gesundheitsförderung der AOK Plus ist hierfür die Ansprechpartnerin. Sie prüft das Konzept für die geplante Maßnahme und leitet es an die zentral angesiedelte Fachberaterin für die Gesundheitsförderung in Lebenswelten weiter, die dann über die Finanzierungszusage entscheidet.

Eigeninteresse: Mehrere Interviewpartner*innen weisen darauf hin, dass die AOK PLUS ein großes Eigeninteresse an der Zusammenarbeit mit Kommunen hat, da sie auf diesem Wege einen besseren Zugang zu Zielgruppen erlangt, die sie bislang mit ihren Angeboten kaum oder gar nicht erreicht hat. Dies treffe vor allem auf sozial Benachteiligte und damit besonders vulnerable Zielgruppen zu.

Kassenübergreifende Kooperation

Eine über das Netzwerk „Gesunde Kommune“ hinausgehende Initiative des Gesundheitsamtes für eine kassenübergreifende Kooperation scheiterte. Das Amt für Gesundheit hatte 2016 kurz nach Inkrafttreten des Präventionsgesetzes alle vor Ort tätigen Krankenkassen zu einem gemeinsamen Treffen eingeladen, um mit deren Vertreter*innen eine kassenübergreifende Kooperation mit der Kommune zu erörtern. Die Idee der Stadt war, mit allen Krankenkassen gemeinsam eine kommunale Koordinierungsstelle Gesundheit auf den Weg zu bringen. Jede Krankenkasse und auch die Kommune sollten sich hierbei finanziell engagieren. Verschiedene Krankenkassen (u.a. AOK

Plus, Techniker Krankenkasse) folgten zwar der Einladung, standen jedoch der kassenübergreifenden Kooperationsidee der Stadt ablehnend gegenüber. Sie favorisierten ein individuelles Zugehen der Kommune mit konkreten Projektanträgen auf einzelne Krankenkassen.

Gleichwohl wurde in den Interviews auch von Vertreter*innen der Krankenkassen der Wunsch nach einem gemeinsamen „Runden Tisch“ von regionalen Krankenkassen und Kommune geäußert. Bislang funktioniere das vom Präventionsgesetz eingeforderte kassenübergreifende Agieren für die Stadt Gera nämlich noch nicht. Eine solche kassenübergreifende Kooperationsstruktur könne dazu dienen, Informationen und Erfahrungen untereinander auszutauschen, aber auch um einen gemeinsamen Fördertopf der Kassen für die Stadt Gera zu generieren: „In anderen Regionen wie zum Beispiel Leipzig gibt es eine Art Fördertopf. Von allen Krankenkassen wird der gespeist und die Kommune muss dann nicht für alles einen Riesenprojektantrag stellen, sondern es gibt eine Rahmenvereinbarung. Und da drin ist festgelegt, dass die Gelder des Fördertopfs nur im Rahmen von Gesundheitsförderung ausgegeben werden dürfen. So wäre man dann etwas beweglicher als Kommune.“

Förderliche Faktoren und Rahmenbedingungen

Gefragt danach, welche Faktoren und Rahmenbedingungen sie generell für die Kooperation zwischen Kommune und Krankenkassen für förderlich halten, benennen die Interviewpartner*innen eine Vielzahl unterschiedlicher Aspekte: Je nach institutionellem Hintergrund der befragten Akteure – Kommune oder Krankenkasse – werden teils unterschiedliche Aspekte hervorgehoben, aber auch verschiedene Faktoren übereinstimmend benannt.

Impulsfunktion des Präventionsgesetzes: Einhellig benennen Gesprächspartner*innen sowohl der Stadt Gera als auch der Krankenkassen das Präventionsgesetz als einen wichtigen förderlichen Faktor für die Zusammenarbeit. Durch das 2016 in Kraft getretene Präventionsgesetz habe die Kooperation zwischen der Stadt und den Krankenkassen einen Schub erhalten, da die Kommune im Gesetz und den dazu verabschiedeten Bundesrahmeneempfehlungen als Lebenswelt von besonderer Bedeutung herausgehoben wird. Das folgende Statement eines Vertreters der Krankenkassen steht stellvertretend für eine Reihe ähnlicher Einschätzungen anderer befragter Akteure: „Treiber für Gesundheitsförderung und Prävention war ganz einfach auch die Einführung des Präventionsgesetzes 2016, wo die Erhaltung der Gesundheit in den Lebenswelten in den Mittelpunkt gerückt ist, aber auch die Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen wird und das Zusammenwirken aller Akteure noch mehr in den Fokus gerückt ist. Das war schon ein Stück weit der Auslöser für die Zusammenarbeit mit den Kommunen. Ohne diese gesetzlichen Grundlagen hätten wir gar nicht die finanziellen Mittel, in den Kommunen zu unterstützen und mitzumachen.“

Mehrwert aus der Kooperation: Ebenfalls übereinstimmend halten es die Interviewten der Kommune und der Krankenkassen für wichtig, dass sich die Zusammenarbeit für beide Institutionen lohnt, beide also für sich einen Mehrwert aus der Kooperation generieren. Als mögliche Benefits werden von den Befragten benannt:

- Für die Kommunen eröffnet die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen eine zusätzliche Finanzierungsquelle für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung.

- Das Wissen, die Kompetenzen und Erfahrungen von Krankenkassen können in kommunale Gesundheitsförderung einfließen und diese qualifizieren.
- Die Krankenkassen können durch die Kommune bessere Zugänge zu Zielgruppen erlangen, die sie bislang kaum oder gar nicht erreichen (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.
- Das für die Bewohnerschaft erfahrbare Engagement einer Krankenkasse im Quartier und in der Nachbarschaft kann ihr Image positiv beeinflussen und damit ein Marketingvorteil für die Krankenkasse sein.
- Die Zusammenarbeit eröffnet Impulse für die Netzwerkarbeit und für die bessere Verzahnung der Angebote verschiedener Träger.

Engagement der Kommune für Gesundheitsförderung: In großer Übereinstimmung führen die Interviewpartner*innen zudem 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. „Die Beteiligung der Kommune als Hauptakteur ist existenziell, die Krankenkassen sind Unterstützer und nicht alleinige Treiber“, lautet hierzu das Statement eines Krankenkassenvertreters. Eine fundierte Bedarfsermittlung seitens der Kommune sowie Rückendeckung für kommunale Gesundheitsförderung durch die Verwaltungsspitze werden dabei – auch mit Blick auf Nachhaltigkeit – als wichtige Aspekte des kommunalen Engagements hervorgehoben.

Politische Rückendeckung: Auch die vorhandene kommunalpolitische Unterstützung für das Thema Gesundheitsförderung in der Stadt Gera – so die Interviewpartner*innen – sei ein förderlicher Faktor für die Kooperation mit Krankenkassen. Mit dieser Rückendeckung, die u.a. Ausdruck in der Mitwirkung der Sozialdezernentin in den Gremien der Landesrahmenvereinbarung und der Landesgesundheitskonferenz findet, seien Krankenkassen eher für eine Zusammenarbeit zu gewinnen.

Kommunale Ansprechperson für Gesundheitsförderung: Von Seiten der Krankenkassen wird es als förderlich für die Kooperation wahrgenommen, dass sie eine zuständige Ansprechperson im Gesundheitsamt haben. Das sei nicht in allen Kommunen der Fall, die Stadt Gera sei diesbezüglich eine hervorzuhebende Ausnahme: „Wir haben vor zwei, drei Jahren versucht, mit allen Thüringer Kommunen Kontakt aufzunehmen, um zu gucken, wer überhaupt verantwortlich für Gesundheitsförderung und Prävention ist. Meist gibt es da niemanden. Das, was wir in Gera haben, ist Luxus, dass jemand mit dieser Aufgabe betraut ist. Deswegen ist es für uns als Krankenkasse sehr schwer, da Ansprechpartner zu finden, wenn es auch darum geht, mit Kommunen in Kontakt zu kommen.“

Netzwerkstrukturen in der Kommune: Gut ausgebaute Netzwerkstrukturen in einer Kommune werden insbesondere von Vertreter*innen der Krankenkassen als förderlich eingeschätzt: „Ohne Vernetzungsstrukturen ist keine Nachhaltigkeit sichergestellt. Ohne sie kann man keinen Erfolg haben. Ich brauche Akteure vor Ort, damit das Ganze weiter umgesetzt werden kann, wenn die Kasse sich herauszieht. Denn wir dürfen ja nur Anschubfinanzierung leisten.“

Leitfaden Prävention: Zudem sehen die Interviewten der Krankenkassen den „Leitfaden Prävention“ des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband 2020) als förderliches Handlungsinstrument an. Vor allem die klare Aufgabenzuweisung mit Blick auf die beteiligten Akteure wird positiv hervorgehoben: „Ich finde sehr gut, dass in dem neuen ‚Leitfaden Prävention‘ erstmalig klar beschrieben ist, welcher Akteur welche Aufgabe in dem Prozess hat, sodass man mit den Kommunen ganz klar arbeiten kann. Man kann sagen: ‚Dein Job ist das, wir übernehmen diesen Job, und das Land übernimmt jenen Job‘. Das finde ich ein sehr gut abgestimmtes Miteinander.“ Gleichzeitig bietet der Leitfaden Kommunen und Krankenkassen auch Freiräume, Dinge auszuprobieren: „Der Leitfaden bietet ja die Möglichkeit, Pilotprojekte zu starten, bei denen noch nicht klar ist, ob sie wirksam sind oder nicht. Solche regionalen Pilotprojekte kann ich eben als Krankenkasse individuell auch unterstützen.“

Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung: Seit 2004 unterstützen die zwölf Good-Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“ die Qualitätsentwicklung in der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2017). 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.

Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. AGETHUR : Die befragten Akteure sehen darüber hinaus die Unterstützungs- und Beratungsleistungen der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. – AGETHUR und der hier eingerichteten und zur Hälfte mit Mitteln der GKV finanzierten Koordinierungsstelle „Gesundheitliche Chancengleichheit“ als förderlich für die Zusammenarbeit an: „Die Koordinierungsstelle unterstützt Kommunen beim Aufbau von Netzwerken und Strategien zur Gesundheitsförderung. Sie bietet hierfür Begleitung und Coaching an und organisiert verschiedene landesweite Austauschformate. Auf diese Weise trägt sie dazu bei, die Basis für ein förderliches Zusammenarbeiten zu schaffen.“ Auch nach erfolgreicher Unterstützung und Begleitung beim Aufbau des Netzwerks „Gesunde Kommune“ ist die Landesvereinigung mit ihrem Außenblick weiterhin eine wichtige Ansprechpartnerin für die Stadt Gera; es besteht ein regelmäßiger fachlicher Austausch.

Hemmende Faktoren und Rahmenbedingungen

Die Interviewpartner*innen benennen neben den förderlichen Aspekten auch eine Reihe von Faktoren und Rahmenbedingungen, die sich ihrer Einschätzung nach hemmend auf die Kooperation zwischen Kommunen und Krankenkassen auswirken. Dabei gibt es unter den befragten Akteuren der Stadt Gera und der Krankenkassen große Übereinstimmung in den Einschätzungen; hemmende Faktoren speziell aus Sicht eines der beiden Akteure werden nur vereinzelt benannt.

Fehlender Überblick über Angebotslandschaft: Sowohl die Kommune als auch die Krankenkassen beklagen in den Interviews den fehlenden Überblick über die in der Stadt Gera bereits vorhandenen Projekte und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Die Kenntnis hierüber wird als essenziell eingeschätzt, damit Kommune und Krankenkassen gemeinsam die Angebotslandschaft bedarfsorientiert weiterentwickeln können. Die Informationen über die Angebote sollten an einer zentralen Stelle in der Kommune gebündelt und möglichst auch koordiniert werden. Eine kommunale Gesprächspartnerin führt hierzu aus: „Das ist das, woran wir mühevoll arbeiten. Wir wollen gerne,

dass es eine Stelle gibt, wo letztendlich diese Maßnahmen alle mehr oder weniger bekannt sind und auch in gewissem Maße koordiniert werden. Die Träger und Akteure sollen ja machen, aber dass man zumindest einen Gesamtüberblick hat. Denn es gibt sehr, sehr viel.“ Erste Schritte in diese Richtung seien der thüringenweite „Familienkompass“ – ein Internetportal, in dem Träger ihre regionalen Angebote für Familien einstellen können (<https://www.familienkompass.info/>) – sowie die durch die AG Prävention (siehe Kapitel 4.3.1) erstellten Stadtteilpläne zu sozialen Infrastrukturangeboten. Aus Krankenkassenperspektive stehen vor allem Datenschutzbelange einer größeren Informationstransparenz mit Blick auf ihre Projektaktivitäten auf kommunaler Ebene im Wege.

Fehlende lokale Ansprechpartner*innen bei den Krankenkassen: Von den kommunalen Gesprächspartner*innen wird als Hemmnis wahrgenommen, dass es bei einigen Krankenkassen vor Ort in den Geschäftsstellen keine qualifizierten Ansprechpartner*innen und -partner zum Thema Prävention und Gesundheitsförderung gibt. Häufig würden die zuständigen Ansprechpartner*innen 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.

Unzureichendes Wissen über Strukturen der Krankenkassen: Übereinstimmend nehmen die Befragten als Hindernis für die Kooperation wahr, dass die Mitarbeiter*innen der Kommune oftmals keine ausreichenden Kenntnisse über die Strukturen der Krankenkassen besitzen. Dieses Wissen sei aber insbesondere zur Anbahnung der Kooperation seitens der Kommune notwendig. Erschwerend komme hinzu, dass die Strukturen von Krankenkasse zu Krankenkasse häufig unterschiedlich seien.

Agieren der Krankenkassen mit Standardprogrammen/-projekten: Von einzelnen kommunalen Vertreter*innen wird beklagt, dass verschiedene Krankenkassen mit gesundheitsfördernden Standardprogrammen und -projekten in den Kommunen agieren, ohne den konkreten Bedarf der Zielgruppen vor Ort in den Blick zu nehmen und ohne die Angebote mit der Kommune abzustimmen. Zudem seien diese Angebote vielfach nur ein „Strohfeuer“ und vor Ort nicht ausreichend verankert. Im Ergebnis würden die Krankenkassen – so eine kommunale Gesprächspartnerin – auf diese wenig nachhaltige Weise nicht die Zielgruppen erreichen, die sie eigentlich ansprechen wollen. „Die sozial Benachteiligten oder die mit Migrationshintergrund, die kommen nicht einfach so. Die kommen nur, wenn da ein Vertrauensverhältnis ist, wenn das Angebot in ihnen vertrauten Einrichtungen im Quartier verortet ist. Sonst kommen die nicht. Die erreichen sie so nicht.“

Restriktive Förderbedingungen: Mit Blick auf das Förderprogramm „Zielgruppenspezifische Interventionen“ des GKV-Bündnisses für Gesundheit wird von den Interviewpartner*innen beklagt, dass lediglich Maßnahmen in den klassischen Handlungsfeldern der Prävention (Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung, Suchtprävention) gefördert werden. Das von der Stadt Gera beantragte Stillgruppenangebot habe keine Förderzusage erhalten. Generell sei bislang noch kein einziger Antrag von Thüringer Kommunen in diesem Programm bewilligt worden.

4.4 Fallstudien in der Querschau

4.4.1 Kommunale Gesundheitsförderung: Organisation und Ziele

Die Organisation kommunaler Gesundheitsförderung ist in den drei Fallstudienstädten teilweise sehr unterschiedlich aufgebaut:

- In Bielefeld ist sie in unterschiedlichen Fachressorts (gleichzeitig) verankert (Dezernat Umwelt und Gesundheit: Gesundheitsamt; Dezernat Soziales: Büro für Integrierte Sozialplanung und Prävention), zwischen denen ein entsprechender Austausch besteht. Generell werden auch andere Fachbereiche im Rahmen der verwaltungsinternen Zusammenarbeit in Gesundheitsthemen eingebunden, beispielsweise im Zuge der integrierten Stadtentwicklung.
- In Erlangen wird das Thema kommunale Gesundheitsförderung vor allem auf der regionalen Ebene bewegt (Modellprojekt „Gesundheitsregion plus Erlangen-Höchstadt & Erlangen“). Die Geschäftsstelle der Gesundheitsregion ist je zur Hälfte im Landratsamt und in der Stadtverwaltung Erlangen angesiedelt, wo das Sportamt durch eine Fachstelle für Gesundheitsförderung (Geschäftsstelle der „Gesundheitsregion plus“ in Erlangen) und eine Projektmanagementstelle zum Amt für Sport und Gesundheitsförderung erweitert wurde. Von Letzterer ausgehend sollen in Erlangen unter anderem eine integrierte (Gesundheits-) Planung und eine regelmäßige (Gesundheits-)Berichterstattung aufgebaut werden, woran insbesondere auch die Amtsbereiche Umwelt und Stadtplanung beteiligt sind. Die Geschäftsstelle der Gesundheitsregion kooperiert in der Erlanger Stadtverwaltung vor allem mit den für Senior*innen und Jugendliche zuständigen Verwaltungsbereichen der Stadt (Amt für Soziokultur, Sozialamt).
- In Gera ist die kommunale Gesundheitsförderung beim Amt für Gesundheit und Versorgung im Dezernat Soziales angesiedelt. Im Mittelpunkt stehen hierbei Steuerungs- und Koordinierungsaufgaben, insbesondere mit Blick auf das Netzwerk „Gesunde Kommune“, das sich als ein Bündnis verwaltungsinterner und verwaltungsexterner Akteure – u.a. aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich – zum Thema Gesundheitsförderung versteht. Kooperationspartner des Gesundheitsamtes in der Verwaltung sind insbesondere die Kinder- und Jugendhilfe sowie die Stadtentwicklung, deren Fachämter beide im Netzwerk „Gesunde Kommune“ mitarbeiten.

In allen drei Projektkommunen wurden eigene Gesundheitsziele entwickelt, die den jeweiligen Strategien und Maßnahmen der kommunalen Gesundheitsförderung zugrunde liegen: In Bielefeld wurden Gesundheitsziele für den Zeitraum 2017 bis 2022 in Zusammenarbeit verschiedener Verwaltungsbereiche und anderer Akteure erarbeitet und vom Stadtrat beschlossen. In der „Gesundheitsregion plus“ haben der Landkreis Erlangen-Höchstadt und die Stadt Erlangen im September 2017 eine gemeinsame Gesundheitsstrategie als Handlungsrahmen beschlossen. Und im Sozialplan 2018-2023, der die grundlegenden Handlungslinien der Sozialpolitik für die Stadt Gera bestimmt und als ein Leitprojekt im Integrierten Stadtentwicklungskonzept verankert ist, sind ebenfalls gesundheitsbezogene Ziele enthalten.

Damit kann festgehalten werden: Gesundheitsförderung ist – zumindest in den projektbeteiligten Kommunen – keine sektorale Aufgabe lediglich eines Verwaltungsbereichs. Vielmehr werden eine Querschnittsorientierung des

Themas und damit seine fachbereichsübergreifende Verankerung und Operationalisierung „gelebt“ und ausgebaut. Entsprechend wurden Gesundheitsziele erarbeitet und dienen als (gemeinsame) Handlungsgrundlage für alle beteiligten Fachbereiche.

4.4.2 Krankenkassen vor Ort: Organisationsstrukturen, Präventionsziele und -schwerpunkte

Organisationsstrukturen

Die drei Projektkommunen arbeiten mit Blick auf lebensweltliche Prävention und Gesundheitsförderung insbesondere mit der AOK, der Techniker Krankenkasse sowie der IKK classic zusammen. Die (regionalen und lokalen) Organisationsstrukturen dieser drei Krankenkassen weisen sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede auf:

- Die bundesweiten Geschäftszentralen aller in diese Untersuchung einbezogenen Krankenkassen spielen für die Gesundheitsförderung in kommunalen Lebenswelten eine wichtige Rolle: Für die AOK Bayern werden hier das Thema Gesundheitsförderung und Prävention zentral bearbeitet und auch die Kooperationsvereinbarungen mit den Kommunen geschlossen. In der Techniker Krankenkasse ist der Bereich Prävention in der Zentrale in Norddeutschland, Bereich Gesundheitsmanagement, angesiedelt, welche den Handlungsrahmen vorgibt. Und in der IKK classic wird der Geschäftsbereich Prävention ebenfalls auf der Bundesebene gesteuert; hier liegt kassenweit die Zuständigkeit für die Umsetzung der gesetzlichen Regelungen.
- Alle betrachteten Krankenkassen haben starke regionale Strukturen aufgebaut, unter anderem um mit Kommunen im Bereich lebensweltliche Prävention und Gesundheitsförderung zusammenarbeiten zu können:
 - Die für Sachsen und Thüringen zuständige AOK PLUS ist in sechs Regionen gegliedert, die jeweils durch eine Regionalgeschäftsführung personell und auch fachlich geleitet wird. Dort sind jeweils Fachkräfte für Gesundheitsförderung tätig, die für den Bereich nichtbetriebliche Lebenswelten durch eine zentral angesiedelte und für beide Bundesländer zuständige Fachberaterin unterstützt werden. Auch in der AOK Nordwest sind insgesamt sechs „Serviceregionen“ eingerichtet worden, in denen programmatische Überlegungen aus dem Bereich Prävention angestellt werden.
 - Bei der Techniker Krankenkasse sind die Zuständigkeiten unterhalb der zentralen Ebene in bundesweit zehn „Marktregionen“ organisiert, die unter anderem für den Bereich Gesundheitsmanagement mit Zuständigkeiten für die Themen betriebliche Gesundheitsförderung, betriebliches Gesundheitsmanagement sowie nichtbetriebliche Settings verantwortlich sind. Außerdem gibt es in den Marktregionen jeweils eine Koordinatorin für Fragen zur Landesrahmenvereinbarung bzw. kassenübergreifende Konzepte. Für die Vor-Ort-Begleitung und -Beratung im Bereich „Nichtbetriebliches Setting“ sind bundesweit 16 Mitarbeiter*innen zuständig.
 - Die IKK classic unterhält Landesdirektionen in mehreren Bundesländern, jeweils mit einem eigenen Fachbereich Prävention, der für die individuelle, betriebliche und Gesundheitsförderung in nichtbetrieblichen Lebenswelten sowie für Selbsthilfe zuständig ist. Im Fachbereich

Prävention der Landesdirektion Thüringen sind drei Gesundheitsmanager*innen im Bereich der nichtbetrieblichen Lebenswelten operativ für die vier Regionaldirektionen Erfurt, Leinefelde, Suhl und Gera tätig. Im Bereich Westfalen-Lippe, zu dem Bielefeld gehört, gibt es neun Gesundheitsmanager*innen Prävention für nichtbetriebliche Lebenswelten.

- In unterschiedlicher Ausprägung agieren alle drei Krankenkassen auch unmittelbar auf der kommunalen (Umsetzungs-)Ebene

Zusammenfassend zeigt sich: Das Zusammenspiel von programmatisch-strategischer Grundlagenarbeit auf der jeweiligen Bundes- und Landesebene sowie die beratend-unterstützende Arbeit in dezentralen Strukturen auf kommunaler oder regionaler Ebene scheint das kassenseitige „A und O“ für eine gelingende Kooperation von Kommunen und Krankenkassen zu sein.

Präventionsziele und -schwerpunkte

Die in dieser Untersuchung betrachteten Krankenkassen verfolgen – dies liegt auf der Hand – allesamt Ziele im Rahmen des SGB V bzw. gemäß des entsprechenden „Leitfadens Prävention“. Neben dem generellen Ziel, gesundheitliche Chancengleichheit durch eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebenswelten zu schaffen, werden dabei im Detail unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt bzw. besondere Aspekte hervorgehoben; dazu gehören: Entwicklung und Vermittlung von kasseneigenen Programmen zur Gesundheitsförderung (AOK Nordwest, AOK PLUS, IKK classic, TK), Betonung der vier Handlungsfelder Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Suchtprävention (IKK classic), starke Vernetzungs- und Beteiligungsorientierung sowie Einbettung in ein kommunales integrierten Handlungs- bzw. Entwicklungskonzept (TK).

4.4.3 Beantragung kassenfinanzierter Projekte

In allen drei Fallkommunen wurde die Möglichkeit genutzt, Projekte und Maßnahmen zur lebensweltlichen Prävention und Gesundheitsförderung – zumindest teilweise – von Krankenkassen finanzieren zu lassen. Dabei zeigen sich in den drei Beispielen unterschiedliche Vorgehensweisen:

- **Bielefeld:** Hier wurden zwei Anträge auf Basis der Landesrahmenvereinbarung für Nordrhein-Westfalen gestellt, weil hier verschiedene Vorteile gegenüber einer kassenindividuellen Förderung gesehen werden: höhere Finanzrahmen, auf Landesebene organisierter Erfahrungsaustausch zwischen beteiligten Kommunen sowie Beratungsmöglichkeiten durch das Landeszentrum für Gesundheit Nordrhein-Westfalen. Die kommunalen Förderangebote des GKV-Bündnisses wurden bislang nicht genutzt – im Falle des Angebotes „Kommunaler Strukturaufbau“ aufgrund fehlender Fördervoraussetzungen (Indikator Deprivationsindex).
- **Erlangen:** Bislang wurde in Erlangen ausschließlich der Weg über Antragstellungen bei einzelnen Krankenkassen gegangen, während die Möglichkeiten der Landesrahmenvereinbarung für Bayern sowie des GKV-Bündnisses hier (noch) keine Rolle spielten. Ein Grund hierfür sind die aus Erlanger Perspektive besseren und direkteren Rückkopplungsmöglichkeiten mit den Krankenkassen vor Ort, während sich eine Zusammenarbeit mit den darüber liegenden Ebenen allein schon in kommunikativer Hinsicht als ungleich komplizierter darstelle. Auch die Stadt Erlangen er-

füllt nicht die Voraussetzungen für das kommunale Förderangebot „Kommunaler Strukturaufbau“ des GKV-Bündnisses (Indikator Deprivationsindex).

- Gera: Die Stadt Gera nutzte bislang die Antragsmöglichkeit über das GKV-Bündnis für Gesundheit sowie über einzelne Krankenkassen. Anders als Bielefeld und Erlangen weist Gera mit Blick auf die Sozialstruktur im Bundes- und Landesbezug vergleichsweise niedrige sozioökonomische Werte auf und erfüllt damit eine wesentliche Voraussetzung des Förderprogramms „Kommunaler Strukturaufbau“ des GKV-Bündnisses für Gesundheit. Ein Förderantrag über die Landesrahmenvereinbarung wurde, solange dies noch möglich war (seit 2017 gibt es in Thüringen kein entsprechendes Antragsverfahren mehr), nicht gestellt, da der Stadt die Fördervoraussetzungen zu unklar bzw. intransparent erschienen.

Damit wird in allen drei Fallstudienstädten bei der Beantragung kassenfinanzierter Projekte ein unterschiedlicher Weg eingegangen – teilweise aufgrund unterschiedlicher Rahmenbedingungen vor allem mit Blick auf die Teilnahmevoraussetzungen für das Förderangebot „Kommunaler Strukturaufbau“ des GKV-Bündnisses für Gesundheit. Aber auch andere lokale „Faktoren“ – dazu gehören Informationstransparenz, eingespielte Kooperationsbeziehungen und das individuelle Engagement bzw. die Perspektive zentraler Akteure – spielen im Zusammenhang mit der Frage, welche Beantragungswege die Städte wählen, eine Rolle.

4.4.4 Kooperation Kommune – Krankenkassen

Im Kern der hier angestellten Betrachtungen stehen Fragen nach Organisation und Inhalten von Kooperationen zwischen Kommunen und Krankenkassen bei der lebensweltlichen Prävention und Gesundheitsförderung.

- In Bielefeld wurde dafür eine Lenkungsgruppe „Prävention und Gesundheitsförderung“ als Arbeitsgruppe der Kommunalen Gesundheitskonferenz ins Leben gerufen, in der alle beteiligten Krankenkassen sowie die Dezernate Soziales, Bildung und Umwelt, Gesundheit vertreten sind, außerdem die Arbeitsgemeinschaft der Wohlfahrtsverbände sowie nach Bedarf auch weitere Akteure. Dieses zwei- bis dreimal im Jahr tagende Gremium befasst sich ausschließlich mit Themen und Fragen im Kontext des Präventionsgesetzes: Anforderungen, gemeinsames Aufgaben- und Rollenverständnis von Kommune und Krankenkassen. Aus kommunaler Perspektive geht es auch darum, dass sich die Krankenkassen über ihr bereits bestehendes Angebotsportfolio hinaus in Richtung einer stärkeren Zusammenarbeit mit der Verwaltung öffnen. Aus Krankenkassensicht dient die Lenkungsgruppe unter anderem dazu, die Stadt zu den Antragsverfahren im Rahmen des Präventionsgesetzes beratend zu unterstützen. Die Kooperation basiert nicht auf einer gesonderten schriftlichen Vereinbarung.
- Mit Einführung der Gesundheitskonferenzen in Bayern vor rund 25 Jahren wurde auch in Erlangen eine solche Abstimmungs- und Koordinierungsrunde etabliert, die nun für die „Gesundheitsregion plus Erlangen-Höchststadt & Erlangen“ als Arbeitsgremium unter anderem von Kommunen und Krankenkassen dient. Da sie für strategische Steuerungsfragen zu groß ist, wurde eine zusätzliche, deutlich kleinere Strategieguppe für die „Gesundheitsregion plus“ ins Leben gerufen, in der allerdings keine Krankenkassen vertreten sind. Zu einigen Kooperationsprojekten (im

Rahmen des Präventionsgesetzes) in der „Gesundheitsregion plus“ existiert außerdem ein Steuerkreis unter anderem mit Vertreter*innen der involvierten Kommunen und Krankenkassen.

In der Stadt Erlangen selbst wurde eine Arbeitsgruppe gebildet, an der der Landkreis, die Stadt Erlangen (Kommunalpolitik und Verwaltung) sowie die Techniker Krankenkasse beteiligt waren. Hier konnten die Eckpunkte für den zentralen Förderantrag Erlangens im Rahmen des Präventionsgesetzes bereits im Vorfeld der Antragstellung gemeinsam festgeschrieben werden. Dass sich die beteiligte Krankenkasse dabei vor allem als Projektpartnerin, Begleiterin und Beraterin verstand, wird aus kommunaler Perspektive als sehr gewinnbringend bewertet. Umgekehrt war es aus Krankenkassensicht wertvoll, bereits in der Erarbeitungsphase des Antrags kommunale Strukturen und Perspektiven kennenlernen und damit im Bewilligungsverfahren über eine bessere Beurteilungsgrundlage verfügen zu können.

- Eine wichtige Struktur für die Zusammenarbeit der Stadt Gera mit Krankenkassen ist das im Jahr 2014 gegründete Netzwerk „Gesunde Kommune“. Sowohl die AOK PLUS als auch die IKK classic arbeiten darin aktiv und regelmäßig mit. Sie bringen ihr Know-how in die Netzwerkarbeit ein, wirken bei der konzeptionellen Entwicklung neuer Angebote mit und informieren über ihre eigenen Projekte und Produkte, um gemeinsam im Netzwerk zu erörtern, ob und wo im Rahmen der kommunalen Gesundheitsförderung der Stadt Gera Bedarf zur Umsetzung dieser Angebote besteht.

Zudem arbeiten Stadt und AOK PLUS eher „bilateral“ auf der Grundlage einer generellen Rahmenvereinbarung sowie gesonderter Projektvereinbarungen zusammen. Befördert wird diese Kooperation vor allem durch die Vor-Ort-Strukturen der AOK PLUS und ihr Selbstverständnis als Gestalterin im kommunalen Kontext.

Wie die Kooperation von Kommunen und Krankenkassen im Kontext des Präventionsgesetzes vor Ort gestaltet wird oder gestaltet werden kann, hängt – dies zeigen die Fallstudien sehr deutlich – wesentlich von lokalen bzw. regionalen Besonderheiten sowie vom Handlungsradius und -willen der beteiligten Akteure ab: Kann auf bereits etablierten Strukturen der Zusammenarbeit aufgebaut werden? Kennt man sich also und hat gegenseitiges Vertrauen aufgebaut? Wie groß sind die (Mit-)Gestaltungsspielräume der Krankenkassen, was ist ihr Selbstverständnis im Zusammenwirken mit Kommunen? Und inwieweit können und wollen sich Kommunen auf die „Logiken“ von Krankenkassen einlassen?

Damit sind förderliche und hemmende Faktoren und Rahmenbedingungen angesprochen, die Umfang und Qualität der Zusammenarbeit von Kommune und Krankenkassen in starkem Maße beeinflussen (können).

Zentrale förderliche Faktoren und Rahmenbedingungen

Impulsfunktion des Präventionsgesetzes: In allen drei Fallstudienstädten wird das Präventionsgesetz sowohl aus kommunaler als auch Krankenkassenperspektive grundsätzlich als förderlicher Faktor für die Zusammenarbeit beider Akteure gesehen: Unter anderem befördere es gegenseitige (Kennen-)Lerneffekte, forcieren die Auseinandersetzung von Kommunen mit dem Thema kommunale Gesundheitsvorsorge, führe Krankenkassen näher an die kommunale Umsetzungsebene heran, stärke den Setting-Ansatz, fundiere regionale, kommunale und/oder lokale Kooperationsstrukturen.

Leitfaden Prävention: Insbesondere in Bielefeld und Gera – und hier vor allem aus Sicht der Krankenkassen – wird der Leitfaden als wesentliche Voraussetzung für eine Zusammenarbeit mit Kommunen im Rahmen des Präventionsgesetzes gesehen: Er regle die Rollen- und Aufgabenteilung zwischen beiden Partnerinnen und stelle die Mittelvergabe der Kassen auf eine rechtssichere Basis.

Lokale, dezentrale Organisationsstrukturen von Krankenkassen: Lokale Organisationsstrukturen von Krankenkassen werden insbesondere in Bielefeld und Erlangen als Erleichterung der Zusammenarbeit gesehen: Man kenne sich vor Ort, kommuniziere hier „auf Augenhöhe“, habe „kürzere Wege“ – auch informelle – zueinander und könne leichter gemeinsame Arbeitsstrukturen gestalten.

Gemeinsame Strukturen für Austausch und Zusammenarbeit: In allen drei Fallkommunen wird von kommunaler und Krankenkassenseite auf die Notwendigkeit tragfähiger Strukturen für die Zusammenarbeit hingewiesen. Dazu können auch zentrale Ansprechpersonen auf beiden „Seiten“ gehören.

Politische Rückendeckung: Mit Unterstützung durch die kommunalpolitische Spitze – so vor allem die Ansicht in Erlangen und Gera – seien die Krankenkassen leichter für eine Zusammenarbeit zu gewinnen; die Kassen würden ein politisches Bekenntnis zur Gesundheitsförderung sehr begrüßen und für elementar halten.

Wesentliche hemmende Faktoren und Rahmenbedingungen

Bei den hemmenden Faktoren und Rahmenbedingungen für eine gelingende Kooperation von Kommunen und Krankenkassen fällt auf, dass sich die drei Fallkommunen dazu sehr unterschiedlich geäußert haben. Dies deutet auf kommunal- und akteursspezifische Umstände und Sichtweisen hin.

Mangelnde Transparenz über Fördermöglichkeiten, Zuständigkeiten und über Logiken der Mittelvergabe: Bielefeld und Erlangen problematisierten, im Gesundheitsbereich gebe es mittlerweile viele verschiedene, teilweise parallel installierte Fördertöpfe und -regularien: Programme einzelner Krankenkassen, generelle Fördermöglichkeiten im Rahmen des Präventionsgesetzes, speziell auch der Landesrahmenvereinbarung, themen- und zielgruppenbezogene Förderprogramme auf Bundes- und Landesebene. Zunehmende Intransparenz insgesamt sowie speziell zur Frage, welche (Teil-)Maßnahmen durch wen gefördert werden können und welche Teilbereiche einer geplanten Maßnahme förderfähig sind bzw. welche nicht, verhindere, dass Akteure vor Ort Mittel beantragen. Budgetlimitierungen erschwerten (Erfolg versprechende) Antragstellungen mit höheren Fördersummen.

Kommunale Perspektive(n): teilweise Inkompatibilitäten mit Krankenkassenstrukturen: Mit Blick auf ihren Kooperationspartner Krankenkasse wurde auf kommunaler Ebene teilweise kritisch bemerkt:

- unzureichender Überblick der Kommunalverwaltung über Strukturen, Ziele sowie lokale Angebote und Projekte der Krankenkassen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung,
- unzureichende Integration der Bereiche Gesundheitsversorgung und -förderung im Sinne eines lebensweltorientierten Ansatzes,
- Agieren von Krankenkassen mit „Standardprogrammen/-projekten“, ohne den konkreten Bedarf der Zielgruppen vor Ort in den Blick zu nehmen und ohne die Angebote mit der Kommune abzustimmen,

- Ungleichgewicht von Erwartungshaltungen der Krankenkassen und Leistbarem auf der kommunalen Ebene,
- teilweise Zentralisierung von Krankenkassenstrukturen mit den Folgen erschwerter Kooperationsmöglichkeiten vor Ort, rückgehender Kenntnis der lokalen Situation von Krankenkassenmitarbeiter*innen und dem Fehlen lokaler Ansprechpartner*innen zum Thema Prävention und Gesundheitsförderung.

Krankenkassenperspektive(n): teilweise Inkompatibilitäten mit kommunalen Strukturen: Aus Krankenkassensicht wurde gegenüber den Kommunen teilweise kritisch bemerkt:

- unzureichende Verankerung des Handlungsfeldes „Gesundheit“ in Kommunalpolitik und Stadtverwaltung,
- Gleichzeitigkeit von integrativem kommunalem Ansatz und sektoralen Einzelmaßnahmen, teilweise zu starke Orientierung an Einzelprojekten („Projektitis“),
- Fehlen einer zentralen Ansprechperson auf kommunaler Ebene,
- unzureichende kommunale Verstärkungsstrategie.

5. Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

Auf Basis der Untersuchungsergebnisse wurden gemeinsam mit kommunalen und Krankenkassenakteuren aus den drei Fallstudien Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen mit Blick auf die Kooperation von Kommunen und Krankenkassen bei der lebensweltlichen Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext des Präventionsgesetzes abgeleitet. Die Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen richten sich an Kommunen, Krankenkassen sowie an die rahmensetzende Bundes- und Landesebene.

Kommune als Kooperationspartnerin von Krankenkassen

Eine umfassende Gesundheitsförderungsstrategie der Kommune mit Verlinkung zu anderen für die Gesundheitsförderung relevanten Bereichen ist ein wichtiger Rahmen für Akteurskooperationen, auch mit Krankenkassen.

Die Kommune sollte Verantwortung für die Initiierung, Steuerung und Koordination einer gesundheitsfördernden Strategie übernehmen. Im Sinne von „Health in all policies“ sollte diese Strategie mit anderen für die Gesundheitsförderung relevanten Bereichen (u.a. Soziales, Jugendhilfe, Bildung, Stadtentwicklung, Umwelt) verlinkt sein. Eine solche Strategie kann Grundlage für Akteurskooperationen in der Verwaltung, aber auch mit Krankenkassen sein. Ein erkennbares Engagement der Kommune in der Gesundheitsförderung ist für die Kooperation mit Krankenkassen förderlich oder sogar Voraussetzung. Krankenkassen erwarten die Federführung und Verantwortungsübernahme für die lebensweltorientierte Gesundheitsförderung durch die Kommune, die unter anderem in der Entwicklung einer umfassenden Gesundheitsförderungsstrategie ihren Ausdruck finden können.

Kommunale/kommunal initiierte Netzwerke sind Voraussetzung für eine erfolgreiche Kooperation von Kommune und Krankenkassen sowie für die Nachhaltigkeit von Maßnahmen.

Gut ausgebaute und ineinandergreifende Netzwerkstrukturen in einer Kommune bieten den Krankenkassen Zugang zu den für die kommunalen Lebenswelten relevanten Akteuren und Gelegenheit, sich mit diesen auszutauschen und zu vernetzen. Zudem schaffen Netzwerke für Kommune und Krankenkassen die Möglichkeit, gemeinsam Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen. Soweit möglich sollten bereits vorhandene Strukturen wie beispielsweise Steuerungs-/Lenkungsgruppen zur kommunalen Gesundheitsförderung oder kommunale Gesundheitskonferenzen und deren thematische Arbeitsgruppen genutzt werden. Netzwerke können aber auch erst im Laufe des Kooperationsprozesses von Kommune und Krankenkassen aufgebaut werden. Wichtig ist „nur“, dass sie als tragfähige Strukturen für die Zusammenarbeit vorhanden sind. Solche Netzwerkstrukturen können auch zur Nachhaltigkeit und zur Versteigerung von Maßnahmen beitragen.

Krankenkassen benötigen „eindeutige“/verlässliche Ansprechperson(en) bzw. eine Koordinierungsstelle für Gesundheitsförderung in Kommunen.

Für die Kooperation von Kommune und Krankenkassen ist es förderlich, wenn es auf kommunaler Ebene eine zentrale Ansprechperson für die Kassen zum Thema Gesundheitsförderung gibt. Im Idealfall wird diese Funktion in größeren Städten von einer kommunalen Koordinierungsstelle Gesundheitsförderung wahrgenommen, die nicht nur als zentrale Ansprechpartnerin und als Mittlerin für die Kassen in die Verwaltungsstrukturen hinein fungiert, sondern gleichzeitig auch aktiv auf Krankenkassen zugeht und die Netzwerkstrukturen vor Ort betreut. Dies setzt eine entsprechende Ressourcenausstattung der Koordinierungsstelle voraus.

Krankenkassen als Kooperationspartner von Kommune

„Herkömmliche“ Angebote/Produkte der Krankenkassen alleine reichen nicht aus, notwendig sind auf die spezifischen Herausforderungen und Bedarfe der jeweiligen Kommune ausgerichtete Projekte und Maßnahmen.

Wenn Krankenkassen mit gesundheitsfördernden Standardprogrammen und -projekten in den Kommunen agieren, ohne die spezifischen Herausforderungen und Bedarfe vor Ort in den Blick zu nehmen und ohne die Angebote mit der Kommune abzustimmen, birgt dies die Gefahr, dass Maßnahmen der Krankenkassen fehlgeleitet bzw. nicht an den Zielen und Erfordernissen vor Ort orientiert sind. Das heißt nicht, dass bewährte und evaluierte Produkte der Krankenkassen außer Acht gelassen werden sollen. Aber die stark auf die Themen Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung und Suchtprävention ausgerichteten Angebote der Krankenkassen sollten passfähig zur örtlichen Bedarfslage und zur Gesundheitsförderungsstrategie der Kommune sein. Und es braucht darüber hinaus vor allem spezifische Projekte und Maßnahmen, die an den vor Ort ermittelten Bedarfen ansetzen.

Krankenkassen sollten ihre Rolle als Mitgestalterin auf kommunaler Ebene aktiv(er) wahrnehmen.

Bislang scheint es für viele Krankenkassen noch eine Herausforderung zu sein, sich nicht allein finanziell, sondern auch gestaltend und strategisch in die kommunale Gesundheitsförderung einzubringen. Eine solche aktive Gestaltungsrolle kann verschiedene Vorteile haben:

- Das Wissen, die Kompetenzen und Erfahrungen von Krankenkassen können in die kommunale Gesundheitsförderung einfließen und diese qualifizieren.
- Entscheidungen zu Handlungsschwerpunkten in der kommunalen Gesundheitsförderung können gemeinsam erörtert und abgestimmt werden.
- Die Mitwirkung der Kassen bereits an antrags- bzw. projektvorbereitenden Überlegungen erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass der Förderantrag einer Kommune bei den Kassen auch Erfolg hat. Die Krankenkassen können von Beginn an ihre „Eckpunkte“ setzen.

Damit Krankenkassen mitgestalten können, braucht es aber Netzwerkstrukturen, die von der Kommune initiiert bzw. aufgebaut werden sollten.

Ansprechpartner*innen der Krankenkassen auf der lokalen/regionalen Ebene sind ein wichtiger Erfolgsfaktor für die Kooperation.

Lokale/regionale Organisationsstrukturen der Kassen erleichtern die Zusammenarbeit mit der Kommune, weil „man sich kennt“ und die lokalen/regionalen Ansprechpartner*innen Kenntnisse über die Situation vor Ort haben. Sitzen die zuständigen Ansprechpartner*innen der Kassen dagegen weit entfernt und sind für mehrere Regionen oder ein gesamtes Bundesland zuständig, fehlen diesen überörtlichen Mitarbeiter*innen in der Regel die Kenntnisse über die spezifische Situation einer Kommune und die Vertrautheit mit den jeweiligen kommunalen Akteuren. Lokale/regionale Organisationsstrukturen von Krankenkassen führen zudem zu „kürzeren Wegen“ – auch informellen – zueinander und erleichtern die Gestaltung gemeinsamer Arbeitsstrukturen.

Rahmenbedingungen für die Kooperation von Kommune und Krankenkassen: Ebenen Bund und Länder

Die „Förderkulisse“ nach dem Präventionsgesetz sollte überschaubarer und handelbarer ausgestaltet werden und auch für Kommunen nutzbar sein, die bei der Gesundheitsförderung noch am Anfang stehen.

Die „Förderkulisse“ nach dem Präventionsgesetz ist vielfältig: bundesweite Förderangebote des GKV-Bündnisses für Gesundheit, Förderung auf Basis von Landesrahmenvereinbarungen, Programme und Angebote einzelner Krankenkassen. Mit dieser Vielfalt an Fördermöglichkeiten ist eine ebenso große Vielfalt an Förderregularien verbunden. Für die Kommunen ist es nicht einfach, hier den Überblick zu behalten – speziell zur Frage, welche (Teil-) Maßnahmen durch wen gefördert werden können und welche Teilbereiche einer geplanten Maßnahme förderfähig sind bzw. welche nicht. Im Ergebnis kann die mangelnde Transparenz über Fördermöglichkeiten, Zuständigkeiten und über Logiken der Mittelvergabe dazu führen, dass Kommunen erst gar keine Mittel beantragen. Hinzu kommen teils sehr aufwändige und lange Antragsverfahren, die eine zusätzliche Hürde für die Kommunen darstellen.

Mehr Transparenz und Vereinfachung alleine reichen aber nicht aus. Zudem sollte von den für die Ausgestaltung der „Förderkulisse“ maßgeblichen Akteuren auf Bundes- und Landesebene (GKV-Bündnis für Gesundheit, Partner der Landesrahmenvereinbarungen, einzelne Krankenkassen) stärker darauf geachtet werden, nicht diejenigen Kommunen von den Geldern der Krankenkassen „abzuhängen“, die mit Blick auf Gesundheitsförderung noch „in den Kinderschuhen“ stecken. Diese Kommunen können die Fördervoraussetzun-

gen bisheriger Programme wie datengestützte Bedarfsermittlung, kommunale verantwortete Steuerungsgremien, Gesamtkonzept zur kommunalen Gesundheitsförderung häufig (noch) nicht erfüllen. Insbesondere für diese Kommunen sind passgenaue Fördermaßnahmen notwendig.

Parallelität von zentralen (GKV-Bündnis für Gesundheit Landesrahmenvereinbarungen) und dezentralen Antragsverfahren (individuelle Kassenförderung) sollte erhalten bleiben.

Zentrale und dezentrale Verfahren haben gleichermaßen Vorteile, wenn diese auch unterschiedlich sind. Die zentralen Antragsverfahren ermöglichen durch die gemeinschaftliche Finanzierung mehrerer Krankenkassen höhere Fördersummen und damit die Förderung größerer, auch strategisch ausgerichteter Vorhaben. Zudem können auch Kommunen, die bislang noch keine Kooperation zu Krankenkassen vor Ort aufgebaut haben, auf diese Weise einen Zugang zu Präventionsmitteln der Krankenkassen erhalten. Umgekehrt bietet das dezentrale lokale Verfahren insbesondere für Kommunen mit langjährigen persönlichen Kontakten zu Krankenkassen vor Ort häufig einen einfacheren Zugang zu Fördermitteln der Kassen. Darüber hinaus spricht für dieses Verfahren, dass es die Chance darauf erhöht, dass die Krankenkassen sich nicht allein finanziell, sondern auch gestaltend und strategisch in die kommunale Gesundheitsförderung einbringen und damit auch eine inhaltliche Zusammenarbeit zwischen Kommune und Krankenkasse stattfindet (vgl. auch Böhm/Klunnert/Weidtmann 2018: 74 f.).

Die Landesrahmenvereinbarungen sollten, soweit noch nicht erfolgt, um Festlegungen zur Zusammenarbeit mit Kommunen und dem öffentlichen Gesundheitsdienst ergänzt werden.

Einige Landesrahmenvereinbarungen enthalten keinerlei Aussagen zur Zusammenarbeit mit den Kommunen und dem öffentlichen Gesundheitsdienst; andere gehen über eine Absichtserklärung zur Zusammenarbeit nicht hinaus (Böhm/Klunnert 2019: 1010). Nur in den wenigsten Vereinbarungen werden wie in Nordrhein-Westfalen die wesentliche Rolle der Kommune bei der lebensweltlichen Gesundheitsförderung und Prävention hervorgehoben und Festlegungen zur Zusammenarbeit getroffen. Damit nutzt ein Großteil der Landesrahmenvereinbarungen bislang nicht die Chancen, die eine Kooperation mit den Kommunen eröffnen (u.a. Nutzung des Wissens über gesundheitliche Bedarfslagen vor Ort sowie der Zugänge der Kommune zu schwer erreichbaren Zielgruppen).

Der „Leitfaden Prävention“ des GKV-Spitzenverbandes sollte stärker „alltagspraktisch“ fortgeschrieben werden.

Mit dem „Leitfaden Prävention“ legt der GKV-Spitzenverband Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune vor, die für die Leistungserbringung vor Ort verbindlich gelten. Im Detail werden Leistungsarten, Qualitäts-, Förder- und Ausschlusskriterien dargelegt. Der Leitfaden hat damit präjudizierende Wirkung für die Bewilligung von Fördermitteln der Krankenkassen und ist daher nicht nur für Krankenkassen, sondern auch für mittelbeantragende Kommunen ein wichtiges handlungsleitendes Dokument. Damit der Leitfaden diese Funktion noch besser ausfüllen kann, wäre es hilfreich, wenn er stärker „alltagspraktisch“ ausgestaltet wird. Dies könnte u.a. erreicht werden durch:

- Veranschaulichung der möglichen Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten durch konkrete Beispiele,

- kurze Erläuterung der mehrfach im Leitfaden angesprochenen Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“ (u.a. Setting-Ansatz, Partizipation, Empowerment),
- einen generalisierten Überblick zur „Förderkulisse“ für Kommunen (Förderangebote des GKV-Bündnisses für Gesundheit, Förderung auf Basis von Landesrahmenvereinbarungen, kassenindividuelle Förderung).

Bundes- und Landesebene sollten stärker als bisher Erfahrungsaustausch zur Kooperation von Kommunen und Krankenkassen ermöglichen.

Die Förderung des Erfahrungsaustausches zwischen Kommunen, zwischen Krankenkassen sowie zwischen Kommunen und Krankenkassen zu Zielen, Inhalten und Strukturen einer Kooperation von Kommunen und Krankenkassen kann beide Akteursgruppen auf dem Weg zu einer erfolgreichen Zusammenarbeit unterstützen. Vielerorts gibt es hierzu noch keine Routinen. Auf der anderen Seite gibt es in einigen Kommunen, wie unter anderem die untersuchten Fallstudien zeigen, bereits sehr tragfähige Kooperationen zwischen Kommune und Krankenkassen für gesunde Lebenswelten vor Ort. Der Austausch über solche ortsspezifischen Kooperationsansätze sollte durch Akteure der Bundes- und Landesebene (u.a. GKV-Bündnis für Gesundheit, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit, Partner der Landesrahmenvereinbarungen, kommunale Spitzenverbände) mit bundes- und landesweiten sowie regionalen Veranstaltungsformaten unterstützt werden.

Literatur

- AOK Bayern (o.J.a): Projektförderung – Übers. förderfähiger Inhalte und Maßnahmen. https://www.aok.de/pk/fileadmin/user_upload/AOK-Bayern/05-Content-PDF/AOK_BY_Gesund_Kommune_Uebersicht_foerderfaehiger_Inhalte.pdf (letzter Zugriff am 16.07.2020)
- AOK Bayern (o.J.b): Gesunde Kommune. Gesundheit für Ihre Bürger. Flyer. https://www.aok.de/pk/fileadmin/user_upload/AOK-Bayern/05-Content-PDF/AOK_BY_Gesunde_Kommune_Flyer.pdf (letzter Zugriff am 16.07.2020)
- AOK Bayern/Landratsamt Erlangen-Höchstadt, Gesundheitsamt (o.J.a): Projektbeschreibung („Tom und Lisa“ [Präventionsmaßnahmen an Schulen – Suchtprävention]) als Anlage1 zum Abschluss einer Kooperationsvereinbarung zur finanziellen Projektförderung mit der AOK Bayern.
- AOK Bayern/Landratsamt Erlangen-Höchstadt, Gesundheitsamt (o.J.b): Projektbeschreibung (Maßnahmen zur Partizipation) als Anlage1 zum Abschluss einer Kooperationsvereinbarung zur finanziellen Projektförderung mit der AOK Bayern.
- AOK Bayern/Landratsamt Erlangen-Höchstadt, Gesundheitsamt (o.J.c): Projektbeschreibung (Wissenschaftliche Begleitung) als Anlage1 zum Abschluss einer Kooperationsvereinbarung zur finanziellen Projektförderung mit der AOK Bayern.
- AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen (o.J.): Gesundheitsförderung in Kommunen, <https://www.aok.de/pk/plus/inhalt/gesundheitsfoerderung-in-kommunen/> (letzter Zugriff am 17.01.2020).
- AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen, Bereich Gesundheitsförderung (Hrsg.) (2018): Aktiv für eine gesunde Gesellschaft.
- Böhm, Katharina, und Dorothea Klinnert (2019): Die Umsetzung des Präventionsgesetzes auf Länderebene: Eine Analyse der Landesrahmenvereinbarungen. In: Das Gesundheitswesen, 81(12), S. 1004-1010. DOI: 10.1055/a-0638-8172.
- Böhm, Katharina, Dorothea Klinnert und Jonas Weidtmann (2018): Krankenkassen als Partner der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention. Erfolgsbedingungen der Umsetzung des Präventionsgesetzes durch die Kommunen in Nordrhein-Westfalen. Hrsg. v. Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung (FGW). Düsseldorf (FGW-Studie Vorbeugende Sozialpolitik, 10).
- Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2020): Statistik nach Regionen. Bund, Länder und Kreise, <https://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Regionen/Politische-Gebietsstruktur-Nav.html> (letzter Zugriff am 10.11.2020).
- Der kommunale Partnerprozess: „Gesundheit für alle“ – Angebot & Teilnahme (2019), <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/partnerprozess/> (letzter Zugriff am 16.12.2019).
- DST – Deutscher Städtetag (2013): Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankerversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune.
- FAU – Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Department für Sportwissenschaft und Sport (2018): Partizipation und gesundheitliche Chancengleichheit – leicht gesagt und schwer getan? Abschlussbericht für das erste Jahr zur wissenschaftlichen Beratung und Evaluation in dem Projekt Gesundheitsregion plus Erlangen-Höchstadt & Erlangen. Berichtszeitraum: 1.3.2017 – 28.2.2018.
- Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vom 17. Juli 2015 (BGBl. 2015 I: 1368).
- Gesundheitsregion plus Erlangen-Höchstadt & Erlangen (2018): Abschlussbericht zur partizipativen Bestands- und Bedarfsanalyse. Verfasst für den Abschlussbericht zum Kooperationsvertrag „Bedarfsanalyse“ mit der AOK Bayern. Erlangen.
- Gesundheitsregion plus Erlangen-Höchstadt & Erlangen: Website <http://www.fueralleinstadtundland.de/konzept/> (letzter Zugriff am 16.07.2020).

- GKV-Bündnis für Gesundheit (o.J.): Förderung zielgruppenspezifischer Interventionen. <https://www.gkv-buendnis.de/foerderprogramm/zielgruppenspezifische-interventionen/> (letzter Zugriff am 29.04.2021).
- GKV-Bündnis für Gesundheit (2019): Häufig gestellte Fragen. Kommunales Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit zum Aufbau gesundheitsfördernder Steuerungsstrukturen. https://www.gkv-buendnis.de/fileadmin/user_upload/Foerderprogramm/Kommunaler_Strukturaufbau/FAQs_Kommunales-Foerderprogramm_Stand_05122019.pdf (letzter Zugriff am 28.04.2021).
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2020): Leitfaden Prävention: Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 14. Dezember 2020. In Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. Berlin. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/Leitfaden_Praevention_2020_barrierefrei.pdf (letzter Zugriff am 28.04.2021).
- Holst, Hanna (2020): Kommunales Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit: „Zielgruppenspezifische Interventionen“. In: Impulse, H. 107, S. 23.
- Hupfeld, Jens, und Merle Wiegand (2020): Kommunaler Strukturaufbau für Gesundheit – Umsetzung ist gestartet. In: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) und GKV Spitzenverband (Hrsg.): Präventionsbericht 2020, S. 15-17. https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/praeventionsbericht/praeventionsbericht.jsp (letzter Zugriff am 28.04.2021).
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, Geschäftsstelle Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (2017): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit, 2. Aufl. Berlin. <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice-kriterien/> (letzter Zugriff am 28.04.2021).
- Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. – AGETHUR (o.J.): Koordinierung von Beratung und Angeboten für Gesunde Schulen in Thüringen (KoBAGS), <https://agethur.de/arbeitschwerpunkte/bildung-und-gesundheit/koordinierung-von-beratung-und-angeboten-fuer-gesunde-schulen-in-thueringen-kobags.html> (letzter Zugriff am 27.02.2020).
- Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. – AGETHUR (2018): Otto-Dix-Stadt Gera. Netzwerk Gesunde Kommune, Weimar.
- LZG _ Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (o.J.): Antragstellung. <https://lzg-bayern.de/taetigkeitsfelder/geschaeftsstelle-landesrahmenvereinbarung-praevention-bayern/antragstellung> (letzter Zugriff am 30.04.2021).
- LZG.NRW – Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (2021): Antragstellung nicht-betriebliche Lebenswelten nach § 20a SGB V. https://www.lzg.nrw.de/ges_foerd/kgc/foerderung/antragstellung_n_betr/index.html (letzter Zugriff am 30.04.2021).
- LVR Bayern – Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß § 20f SGB V im Freistaat Bayern vom 26.06.2017. <https://www.vdek.com/LVen/BAY/Vertragspartner/praevention/LRV.html> (letzter Zugriff am 23.04.2021).
- LVR NRW – Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß § 20f SGB V in Nordrhein-Westfalen vom 26.08.2016. https://www.lzg.nrw.de/ges_foerd/kgc/grundlagen/gf_in_praev/index.html (letzter Zugriff am 23.04.2021).
- LVR Thüringen – Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß § 20f SGB V in Thüringen vom 24.03.2016. http://www.gesundheitsfoerderde-hochschulen.de/Inhalte/B1_Praeventionsgesetz/lrv_thueringen.pdf (letzter Zugriff am 23.04.2021).
- NPK Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (Hrsg.) (2018): Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V. Erste weiterentwickelte Fassung vom 29. August 2018. <https://www.npk-info.de/praeventionsstrategie/bundesrahmenempfehlungen> (Zugriff am 19.04.2021).
- NPK Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (Hrsg.) (2016): Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V – verabschiedet am 19.02.2016.

- Rahmenvereinbarung (2018) – Rahmenvereinbarung zwischen der Otto-Dix-Stadt Gera und der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen vom 13.02.2018.
- Schultes, Mona/AOK Bayern (2018): Gesunde Kommune. Vortrag am 13.04.2018 im Rahmen der Gemeinsamen Gesundheitskonferenz Erlangen-Höchstadt & Erlangen.
- Stadt Bielefeld (o.J.a): Kommunale Gesundheitskonferenz. https://www.bielefeld.de/de/rv/ds_stadtverwaltung/gvla/kgk/ (letzter Zugriff am 29.05.2020).
- Stadt Bielefeld (o.J.b): Kommunale Gesundheitskonferenz: Arbeitsgruppen und Themen. https://www.bielefeld.de/de/rv/ds_stadtverwaltung/gvla/kgk/ags/ (letzter Zugriff am 29.05.2020).
- Stadt Bielefeld (2018a): Antrag zur Förderung von Projekten in Lebenswelten nach § 20a SGB V durch die Krankenkassen/-verbände in NRW [Baumheide]. Unveröffentlichtes Dokument.
- Stadt Bielefeld (2018b): Antrag zur Förderung von Projekten in Lebenswelten nach § 20a SGB V durch die Krankenkassen/-verbände in NRW [Stieghorst]. Unveröffentlichtes Dokument.
- Stadt Bielefeld (2017a): Gesundheitsziele für Bielefeld 2017 – 2022. Bielefeld. <https://www.bielefeld.de/ftp/dokumente/Gesundheitsziele102017.pdf> (letzter Zugriff am 19.06.2020).
- Stadt Bielefeld (Hrsg.) (2017b): Bielefeld Baumheide. Integriertes Städtebauliches Entwicklungskonzept. Bielefeld. https://anwendungen.bielefeld.de/bi/vo0050.asp?__kvonr=24840 (letzter Zugriff am 19.06.2020).
- Stadt Bielefeld (Hrsg.) (2008): Integriertes städtebauliches Entwicklungskonzept Stadtumbau Bielefeld. Bielefeld. <https://www.bielefeld.de/de/pbw/mup/musta/stb/> (letzter Zugriff am 19.06.2020).
- Stadt Gera (2020): Zielvereinbarung zur Erlangung des Zertifikats „Familienge-rechte Kommune“ der Stadt Gera. Entwurf Stand 26.02.2020.
- Stadt Gera (2015): Zielvereinbarung zur Erlangung des Zertifikats „Familienge-rechte Kommune“ der Stadt Gera, <https://www.gera.de/fm/193/Zielvereinbarung%20Stand%2025.pdf> (letzter Zugriff am 13.12.2019).
- Stadt Gera, Dezernat Soziales (Hrsg.) (2018): Sozialplan 2018-2023. Integriertes Handlungskonzept der Stadt Gera, <https://www.gera.de/fm/193/20181001%20Sozialplan%20komplett.pdf> (letzter Zugriff am 13.12.2019).
- Stadtverwaltung Gera (o.J.a): Netzwerk Gesunde Kommune. Mitglieder, https://www.gera.de/sixcms/detail.php?id=208321&_nav_id1=&_nav_id2=&_lang=de (letzter Zugriff am 16.12.2019).
- Stadtverwaltung Gera (o.J.b): Projektarbeit "Netzwerk Gesunde Kommune", https://www.gera.de/sixcms/detail.php?id=208303&_nav_id1=&_nav_id2=&_lang=de (letzter Zugriff am 03.01.2020).
- Stadtverwaltung Gera (2020): Stadt Gera und AOK PLUS schließen Vereinbarung um seelische Gesundheit von Jugendlichen zu fördern, https://www.gera.de/sixcms/detail.php?id=237406&_lang=de (letzter Zugriff am 27.03.2020).
- Stadtverwaltung Gera (2018): AOK PLUS unterstützt Frühe Hilfen mit 2.000 Euro jährlich. <https://www.gera.de/sixcms/detail.php?id=228066> (letzter Zugriff am 31.5.2021).
- Stadtverwaltung Gera, Amt für Zentrale Steuerung, Team Statistik (2020): Bevölkerung August 2020. <https://www.gera.de/fm/193/08%20Monatsstatistik%20Bev%C3%B6lkerung%20August%202020.pdf> (letzter Zugriff am 10.11.2020).
- Stadtverwaltung Gera, Dezernat Bau und Umwelt (Hrsg.) (2014): ISEK GERA2030. Integriertes Stadtentwicklungskonzept der Stadt Gera bis 2030. Kurzfassung, <https://www.gera.de/fm/193/ISEK%20Gera2030%20Kurzfassung.pdf> (letzter Zugriff am 13.12.2019).
- Thüringer Landesamt für Statistik (2019): Statistische Daten. Kreisfreie Stadt: Stadt Gera, <https://statistik.thueringen.de/datenbank/portrait.asp?auswahl=krf&nr=52&vonbis=&TabelleID=kr000102> (letzter Zugriff am 13.12.2019).
- TK – Techniker Krankenkasse (o.J.a): Förderantrag Prävention in Kitas, Schulen und Kommunen. Projekt GEMEINSam - GESundheit MitEINander - Brückenbauer für Menschen in sozialen Ungleichlagen.
- TK – Techniker Krankenkasse (o.J.b): Förderantrag Prävention in Kitas, Schulen und Kommunen. Projekt Verfügungsfonds Gesundheit in der Stadt Erlangen.
- TK – Techniker Krankenkasse (o.J.c): Gesunde Kommune. <https://www.tk.de/lebenswelten/einstieg-gesunde-kommune-2073106> (letzter Zugriff am 16.07.2020).
- TK – Techniker Krankenkasse (o.J.d): "Gesunde Kommune": Die TK fördert Städte, Gemeinden und Regionen. <https://www.tk.de/techniker/unternehmensseiten/unternehmen/gesunde-lebenswelten/gesunde-kommune-2010460> (letzter Zugriff am 16.07.2020).
- TK – Techniker Krankenkasse (o.J.e): Gesunde Kommune - gemeinsam mit starken Partnern. <https://www.tk.de/techniker/unternehmensseiten/unternehmen/gesunde-lebenswelten/gemeinsam-mit-starken-partnern-2010462> (letzter Zugriff am 16.07.2020).

Trojan, Alf, Veronika Reisig und Joseph Kuhn (2016): Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden. Entwicklungsstand und Perspektiven für das Setting „Kommune“ nach Verabschiedung des Präventionsgesetzes. In: Prävention und Gesundheitsförderung, H. 4; S. 259-264. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11553-016-0557-y>.

Voigt, Carolin, und Constanze Planert (2015): „Gesundes und aktives Leben in Gera gestalten“. Auftaktveranstaltung und Werkstatt zur Gründung des „Netzwerks Gesunde Kommune“ in Gera, 20. und 21. November 2014, <https://www.gesundheitliche-chancen-gleichheit.de/gesund-es-und-aktives-leben-in-gera-gestalten/> (letzter Zugriff am 16.12.2019).

Zwei Jahre Gesundheit für Thüringen gestaltet (2018), in: Kyffhäuser Nachrichten, https://www.kyffhaeuser-nachrichten.de/news/news_lang.php?ArtNr=234457 (letzter Zugriff am 27.02.2020).



Kommunale Gesundheitsförderung hat durch das 2016 in Kraft getretene Präventionsgesetz einen kräftigen Impuls erhalten. Das Gesetz verpflichtet die Krankenkassen, sich finanziell in kommunalen Lebenswelten zu engagieren.

Mit dem lebensweltorientierten Ansatz lässt sich Gesundheitsförderung konsequenter an den Zielgruppen und den Bedarfen vor Ort ausrichten. Dies gelingt umso besser, wenn Krankenkassen und Kommunen eng zusammenarbeiten. Eine derartige Kooperation ist aber nicht selbstverständlich und auch nicht immer einfach: Unterschiedliche Interessen und Arbeitsweisen müssen offengelegt, erörtert und aufeinander abgestimmt, Schnittstellen und passende Formen der Zusammenarbeit gefunden werden.

Am Beispiel der Städte Bielefeld, Erlangen und Gera zeigt die Publikation bisherige Erfahrungen mit der Kooperation von Kommunen und Krankenkassen auf und leitet Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen für die Zusammenarbeit der beiden Akteure ab.