

Krankenkassen als Partner der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention: Erfolgsbedingungen der Umsetzung des Präventionsgesetzes durch die Kommunen in Nordrhein-Westfalen

Böhm, Katharina; Klinnert, Dorothea; Weidtmann, Jonas

Veröffentlichungsversion / Published Version
Forschungsbericht / research report

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Böhm, K., Klinnert, D., & Weidtmann, J. (2018). *Krankenkassen als Partner der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention: Erfolgsbedingungen der Umsetzung des Präventionsgesetzes durch die Kommunen in Nordrhein-Westfalen*. (FGW-Studie Vorbeugende Sozialpolitik, 10). Düsseldorf: Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung e.V. (FGW). <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-67179-8>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>



FGW-Studie
Vorbeugende Sozialpolitik 10



Katharina Böhm, Dorothea Klinnert, Jonas Weidtmann

Krankenkassen als Partner der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention

Erfolgsbedingungen der Umsetzung des Präventionsgesetzes
durch die Kommunen in Nordrhein-Westfalen

Herausgeber



FGW – Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung e.V.
Kronenstraße 62
40217 Düsseldorf

Telefon: 0211 99450080
E-Mail: info@fgw-nrw.de
www.fgw-nrw.de

Geschäftsführender Vorstand

Prof. Dr. Dirk Messner, Prof. Dr. Ute Klammer (stellv.)

Themenbereich

Vorbeugende Sozialpolitik
Prof. Dr. Ute Klammer, Vorstandsmitglied
Christoph Gille, Wissenschaftlicher Referent

Layout

Olivia Pahl, Referentin für Öffentlichkeitsarbeit

Förderung

Ministerium für Kultur und Wissenschaft des Landes Nordrhein-Westfalen

ISSN

2567-0050

Erscheinungsdatum

Düsseldorf, September 2018

Krankenkassen als Partner der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention

Erfolgsbedingungen der Umsetzung des Präventionsgesetzes durch die Kommunen in Nordrhein-Westfalen

Auf einen Blick

- Das Präventionsgesetz trifft auf sehr unterschiedliche Ausgangsbedingungen in den Kommunen. Es bestehen sowohl große Unterschiede in der Anerkennung, die Gesundheitsförderung und Prävention (GFP) in den Kommunen erfährt, als auch im Hinblick auf den Umfang und die Professionalität der GFP-Arbeit.
- Bereits vor dem Präventionsgesetz hatten Kommunen und Krankenkassen im Bereich der GFP zusammengearbeitet. Dabei bestanden zwischen den Kommunen größere Unterschiede sowohl im Aktivitätsniveau als auch in der Form der Kooperation.
- Den Kommunalen Gesundheitskonferenzen kommt für die Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen eine bedeutende Rolle zu.
- Zum Zeitpunkt der Erhebung (Mai – August 2017) hatten erst wenige Kommunen einen Förderantrag gestellt, die Aussagen zu den Erfolgsfaktoren der Antragstellung sind daher begrenzt. Die Ergebnisse deuten jedoch darauf hin, dass die bisherige Zusammenarbeit ausreichende Personalressourcen sowie eine entsprechende Anerkennung von GFP in Verwaltung und Politik relevante Einflussfaktoren darstellen.
- Die Autor_innen empfehlen,
 - den weiteren Verlauf der Umsetzung des Präventionsgesetzes zu evaluieren, um eventuelle Fehlentwicklungen, wie z. B. eine fehlende Beteiligung der im Bereich GFP schwach aufgestellten Kommunen, frühzeitig zu erkennen;
 - den im Bereich GFP schwächer aufgestellten Kommunen zusätzliche Unterstützung zukommen zu lassen;
 - Bürgermeister_innen und Landräte/-rätinnen weiter für das Thema GFP zu sensibilisieren;
 - GFP als Thema in den Kommunalen Gesundheitskonferenzen zu stärken und die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen u. a. GFP-Akteuren dort auszubauen.

Abstracts

Krankenkassen als Partner der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention. Erfolgsbedingungen der Umsetzung des Präventionsgesetzes durch die Kommunen in Nordrhein-Westfalen

Durch das Präventionsgesetz haben sich für die Kommunen neue Möglichkeiten zur Kooperation mit den Krankenkassen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention ergeben. Ziel des Forschungsprojektes war es, die Erfolgs- und Hinderungsbedingungen dieser Zusammenarbeit zu ermitteln sowie die Steuerungsrolle der Kommunen im Feld der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention zu analysieren. Die hierzu durchgeführte Telefonbefragung der nordrhein-westfälischen Kommunen zeigte sehr heterogene Ausgangsbedingungen bei den Kommunen – insbesondere im Hinblick auf den Grad der Professionalisierung sowie auf die bisherigen Beziehungen zu den Krankenkassen. Die Beziehungen zwischen den Kommunen und Krankenkassen wurden zusätzlich in sechs Fallstudien (drei Städte, drei Kreise) und vier Experteninterviews mit Kassenvertreter_innen vertiefend beleuchtet. In den Fallstudien konnten zudem drei unterschiedliche Steuerungsrollen der Kommunen identifiziert werden.

Health Insurance Funds as Co-Partners of Municipalities in Health Promotion and Disease Prevention. Achievement Conditions for the Implementation of the Prevention Act 2015 in the State of North Rhine-Westphalia

The Prevention Act 2015 created new possibilities for German municipalities to cooperate with the statutory health insurance funds regarding health promotion and disease prevention. The research project aimed at identifying the factors that increase or hinder the chance for this cooperation. Furthermore, the study strived at analyzing the role the municipalities assume in the local governance of health promotion and disease prevention. For these purposes, the authors conducted a telephone survey amongst North Rhine-Westphalian municipalities. The survey revealed a huge diversity amongst municipalities in particular with regard to their degree of professionalism and their previous relationship with health insurance funds. In addition, the authors carried out six case-studies of municipalities and four expert interviews with representatives of health insurance funds to further analyze their relationship. Thus, they also identified three different governance roles amongst municipalities.

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	v
Tabellenverzeichnis.....	v
Abkürzungsverzeichnis.....	v
1 Einleitung	1
2 Hintergrund.....	4
2.1 Das Präventionsgesetz und seine Umsetzung auf Bundes- und Landesebene.....	4
2.2 Umsetzung des Präventionsgesetzes auf Landesebene in Nordrhein-Westfalen	6
3 Analyserahmen	8
3.1 Forschungsstand	8
3.2 Zentrale Untersuchungsfragen	9
3.3 Forschungsdesign.....	10
3.3.1 Analyserahmen	10
3.3.2 Vorgehen	12
4 Bestandsaufnahme.....	14
4.1 Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune: Zuständigkeiten u. ressortübergreifende Vernetzung, Bedeutung, Ressourcen.....	15
4.1.1 Zuständigkeiten und ressortübergreifende Vernetzung.....	15
4.1.2 Bedeutung der GFP	16
4.1.3 Ressourcen	17
4.1.4 Erfolgs- und Hinderungsfaktoren.....	17
4.2 Gesundheitsförderung und Prävention als strategische Aufgabe	18
4.2.1 GBE als Grundlage für die Planung und Umsetzung von GFP-Maßnahmen.....	19
4.2.2 Strategieformulierung.....	20
4.2.3 Umsetzung von GFP-Maßnahmen	20
4.2.4 Koordinierung von GFP.....	20
4.2.5 Vernetzung	21
4.2.6 Grad der Professionalisierung	22
4.3 Zusammenarbeit mit den Krankenkassen	24
4.3.1 Die Rolle der Krankenkassen in den kommunalen Gesundheitskonferenzen.....	24

4.3.2	Zusammenarbeit vor dem PrävG	25
4.3.3	Zusammenarbeit unter dem neuen PrävG	26
4.3.4	Grad der Kooperation	26
4.4	Das „Ankommen“ des PrävG in den Kommunen	30
	Zusammenfassung Telefonbefragung	34
5	Kooperationen zwischen Kommunen und Krankenkassen in der qualitativen Betrachtung.....	36
5.1	Die Perspektive der Kommunen	36
5.1.1	Die sechs Kommunen im Überblick	38
5.1.2	Institutionelle Faktoren und Aspekte.....	46
5.1.3	Erfahrungswissen und Wahrnehmung der Kassen	51
5.1.4	Ideelle Faktoren	54
5.2	Die Perspektive der Krankenkassen	58
5.2.1	Institutionelle Faktoren.....	59
5.2.2	Beziehung zu Kommunen und Erfahrungswissen.....	60
5.2.3	Ideelle Faktoren	62
6	Zusammenführung und Diskussion	66
6.1	Beantwortung der drei Fragestellungen.....	66
6.1.1	Welche Faktoren bedingen eine (erfolgreiche) Beantragung von Projekten nach § 20a SGB V durch die Kommunen in NRW?.....	66
6.1.2	Welche Faktoren begünstigen eine Kooperation der Kommunen mit den Krankenkassen?	70
6.1.3	Welche Steuerungsrolle kommt den Kommunen unter dem neuen Präventionsgesetz in der Praxis zu?.....	71
6.1.4	Zusammenhang zwischen Förderung – Kooperation – Steuerungsrolle.....	73
6.2	Diskussion	73
6.3	Handlungsempfehlungen	77
7	Verzeichnis der Rechtsnormen und Vereinbarungen	80
8	Literaturverzeichnis.....	81
	Über die Autor_innen	84

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Fördermöglichkeiten nach § 20a SGB V in NRW.....	7
Abbildung 2: Analyserahmen	11
Abbildung 3: Der Public Health Action Cycle auf kommunaler Ebene	19

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Relevanz von und Kommunikation mit anderen Fachbereichen	16
Tabelle 2: Erfolgsbedingungen und Hinderungsfaktoren der GFP	18
Tabelle 3: Professionalisierungsindex.....	23
Tabelle 4: Verteilung der Professionalisierungsindizes	24
Tabelle 5: Kooperationsindex.....	28
Tabelle 6: Verteilung des Kooperationsindex	29
Tabelle 7: Merkmale der Kommunen, die einen Antrag gestellt hatten bzw. dies planten	32
Tabelle 8: Erwartungen an die Umsetzung des PräVG.....	33
Tabelle 9: Fallauswahl basierend auf Kreuzkombinationen der Indizes-Werte.....	37

Abkürzungsverzeichnis

GBE	Gesundheitsberichterstattung
GFP	Gesundheitsförderung und Prävention
GSN	Gesunde-Städte-Netzwerk
KGC	Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit
KGK	Kommunale Gesundheitskonferenz(en)
LRV	Landesrahmenvereinbarung
LVG	Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung und Prävention
LZG	Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen
NRW	Nordrhein-Westfalen
ÖGD	Öffentliche(r) Gesundheitsdienst(e)
PräVG	Präventionsgesetz

1 Einleitung

Chronische Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, chronische Atemwegserkrankungen und Diabetes gehören zu den häufigsten Erkrankungen in entwickelten Wohlfahrtsstaaten. In Deutschland entfallen allein auf die vier genannten Krankheiten 75 Prozent der Todesfälle und 25 Prozent der Behandlungskosten (vgl. RKI 2011, S. 57). Durch eine umfassende Gesundheitsförderung und Prävention (GFP) wären viele dieser Erkrankungen vermeidbar bzw. ließe sich deren Schweregrad vermindern oder der Krankheitseintritt im Lebensverlauf nach hinten verschieben. Dadurch könnte die Lebensqualität der Betroffenen erhöht und gleichzeitig die finanzielle Belastung des Gesundheitssystems verringert werden. Viele chronische Krankheiten sind zudem sozial sehr ungleich verteilt: Je geringer der sozioökonomische Status, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, krank zu sein (vgl. RKI 2015, S. 150). GFP-Maßnahmen, die sich an sozial Benachteiligte und Risikogruppen richten, können deshalb auch einen wichtigen Beitrag zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit leisten. Trotz des Wissens um die Bedeutung von GFP sind diese Bereiche in Deutschland im Vergleich zu anderen Wohlfahrtsstaaten nur gering entwickelt. Im Jahr 2013 entfielen nicht einmal 3,5 Prozent aller Gesundheitsausgaben auf Prävention und Gesundheitsschutz (vgl. Statistisches Bundesamt 2016). Und nur ein Bruchteil dieser Ausgaben wurde für Primärprävention – die Senkung von Erkrankungsrisiken – ausgegeben (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 82).

Gesundheit ist kein statischer Zustand, sondern ein Prozess: Sie muss jeden Tag von den Menschen „hergestellt“ werden. Prävention und Gesundheitsförderung sind deshalb nur erfolgreich, wenn sie an der Lebenswelt der Menschen (z. B. Schulen, Betrieben, Stadtteil) ansetzen (vgl. Francke et al. 2003; WHO 1986). Die Lebensbedingungen der Menschen werden maßgeblich von den Kommunen bestimmt. Diese gestalten mit ihrer Politik die Arbeits-, Umwelt- und Wohnbedingungen der Bevölkerung, sie sind zuständig für Bildungs- und Gesundheitsangebote sowie für die Bereitstellung anderer sozialer Infrastruktur (vgl. SVR 2005, Rn. 58). Ihnen kommt deshalb eine besondere Bedeutung bei der GFP zu. Gleichzeitig stehen den Kommunen jedoch immer weniger Ressourcen für diese Aufgaben zur Verfügung. Die kommunalen Haushalte stecken in einer „Dauerkrise“ (Grunow 1999, S. 374), welche sich durch die stetige Zunahme kommunaler Aufgaben weiter zuspitzt.

Eine mögliche finanzielle Unterstützung für die Kommunen bietet das neue Präventionsgesetz (PrävG), das im Juli 2015 vom Bundestag verabschiedet wurde. Das Gesetz sieht erstmals explizit Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für lebensweltbezogene Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention vor (§ 20a SGB V).¹ Hierfür müssen die Krankenkassen mindestens zwei Euro pro Versicherten pro Jahr, insgesamt ca. 140 Millionen Euro, ausgeben. Leistungen werden allerdings nur finanziert, wenn sich die für die jeweilige Lebenswelt Ver-

¹ Solche Maßnahmen konnten auch bereits vorher auf der Grundlage des § 20 SGB V (Fassung vom 17.06.2015) von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden, jedoch wurden lebensweltbezogene Maßnahmen nicht explizit im Gesetz genannt.

antwortung tragenden Akteure angemessen beteiligen (§ 20a (2) SGB V). Für die Kommunen bedeutet dies, dass sie, wenn sie zusätzliche finanzielle Mittel von den Krankenkassen akquirieren wollen, eigene Mittel einbringen und mit den Krankenkassen kooperieren müssen. Es heißt auch, dass die Initiative weitgehend von den Kommunen ausgehen muss: Nur Kommunen, die entsprechende Projekte anstoßen, werden von der neuen Regelung profitieren können.

Ziel des Forschungsprojektes ist es deshalb, zu untersuchen, welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, damit Städte und Kreise (erfolgreich) Mittel nach § 20a SGB V beantragen (*Forschungsfrage 1*). Da wir davon ausgehen, dass die Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und Kommunen auf lokaler Ebene einen entscheidenden Faktor hierfür darstellt, rücken wir diese Kooperation in den Fokus unserer Analyse und untersuchen zusätzlich, welche Faktoren eine Zusammenarbeit von Kassen und Kommunen begünstigen (*Forschungsfrage 2*). Dieses Wissen kann anderen Kommunen helfen, zukünftig besser mit den Kassen vor Ort zu kooperieren und zusätzliche Mittel für die GFP vor Ort zu akquirieren.

Neben der Generierung von praktischem Handlungswissen ist die Analyse der Umsetzung des PräVG durch die Kommunen auch für die politikwissenschaftliche Forschung relevant. Zum einen trägt sie dazu bei, die Lücke der Policy-Forschung im Bereich der kommunalen Gesundheitspolitik zu verringern – bislang hat diese Ebene in der Gesundheitspolitikforschung nur sehr geringe Aufmerksamkeit erfahren. Zum anderen ist sie aus steuerungstheoretischer Perspektive interessant. Aufgrund fehlender direkter Steuerungsmacht des Bundes für Gesundheitsbelange auf Länder- und Kommunalebene hat der Gesetzgeber die Krankenkassen in Kooperation mit den anderen Sozialversicherungsträgern damit beauftragt, lebensweltbezogene GFP zu erbringen. Anders als bei der im Gesundheitswesen sonst üblichen korporatistischen Steuerung fehlt im Feld der GFP jedoch ein zweiter korporatistischer Steuerungsakteur, mit welchem die Krankenkassen die Umsetzung aushandeln könnten. Das Gesetz bestimmt daher, dass die Sozialversicherungsträger gemeinsam mit den Länderministerien die Rahmenbedingungen der Umsetzung vereinbaren (§§ 20-21 SGB V) und dass die jeweils für die Lebenswelt Verantwortlichen miteinbezogen werden sollen (§ 20a SGB V). Wie dies konkret zu erfolgen hat, wird vom Gesetz weitgehend offengelassen. Welche Steuerungsrolle den Kommunen also in der Umsetzung des PräVG zukommt, hängt demnach zum einen von den Rahmenbedingungen auf Landesebene und zum anderen von den Aushandlungsprozessen auf lokaler Ebene und damit den Kommunen selbst ab. Diesem zweiten Aspekt werden wir uns im Rahmen der Untersuchung widmen, indem wir uns anschauen, welche Rolle die Kommunen, bezogen auf die Koordinierung der lokalen GFP, sich selbst zuschreiben und wie sie diese erfüllen (*Forschungsfrage 3*).

Im Folgenden werden wir zunächst das neue Präventionsgesetz sowie dessen Umsetzung auf Landesebene in NRW beschreiben (*Kapitel 2*). Im Anschluss daran stellen wir den analytischen Rahmen unserer Untersuchung vor (*Kapitel 3*), bevor wir die Ergebnisse der empirischen Analyse präsentieren. Diese umfasst zwei Bestandteile: erstens, eine Telefonbefragung der NRW-Kommunen zur Erhebung des Ist-Zustands kommunaler GFP und der Umsetzung des PräVG (*Kapi-*

tel 4); zweitens, sechs qualitative Fallstudien ausgewählter Kommunen, ergänzt durch vier Experteninterviews mit Krankenkassenvertreter_innen (*Kapitel 5*). Die Ergebnisse der beiden Erhebungen werden im Anschluss zusammengeführt und im Hinblick auf die Fragestellungen diskutiert, um so Handlungsempfehlungen abzuleiten (*Kapitel 6*).

2 Hintergrund

2.1 Das Präventionsgesetz und seine Umsetzung auf Bundes- und Landesebene

Nach fast 30-jähriger Debatte und drei gescheiterten Anläufen wurde im Juni 2015 erstmals in Deutschland ein Präventionsgesetz verabschiedet. Das Gesetz konzentriert sich aufgrund der begrenzten Rechtssetzungskompetenz des Bundes auf dem Gebiet der GFP auf Regelungen im Bereich der Sozialversicherungen und dort maßgeblich auf die GKV (vgl. Meierjürgen et al. 2016). Die gesetzlichen Krankenkassen werden verpflichtet, ab 2016 jährlich sieben Euro pro Versichertem pro Jahr für GFP aufzuwenden.² Dabei sollen mindestens zwei Euro in die bereits seit längerem im SGB V verankerten Leistungen der Betrieblichen Gesundheitsförderung fließen. Weitere mindestens zwei Euro sind für die mit den PräVG neu eingeführten Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten (§ 20a SGB V) aufzuwenden.³ Lebenswelten werden dabei von Gesetz definiert 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 das PräVG die Kommunen im Gesetzestext nicht explizit erwähnt, gehören sie zu den zentralen Lebenswelten der Menschen und können damit Förderungen nach § 20a SGB V erhalten.

Mit den neuen Geldern soll „insbesondere de[r] Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen“ (§ 20a Abs. 1, S. 1 SGB V) gefördert werden. Das PräVG sieht vor, dass die Leistungen zur GFP in Lebenswelten von den Krankenkassen gemeinsam und in Zusammenarbeit mit den „für die Lebenswelt Verantwortlichen“ erbracht werden (§ 20a Abs. 1, S. 3 u. 4 SGB V). Eine Förderung nach § 20a SGB V kann jedoch nur erfolgen,

„wenn die Bereitschaft der für die Lebenswelt Verantwortlichen zur Umsetzung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten besteht und sie mit einer angemessenen Eigenleistung [...] beitragen“ (§ 20a Abs. 2 SGB V).

Das Erfordernis einer Eigenleistung durch die in den Lebenswelten verantwortlichen Institutionen und Akteure trägt der Kritik der Krankenkassen Rechnung, welche befürchteten, mit dem PräVG nun für die Finanzierung von eigentlichen Aufgaben der Länder und Kommunen herangezogen zu werden. Es bezieht auch die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ein, wonach Versichertenbeiträge allein zur Finanzierung der Aufgaben der Sozialversicherung verwendet werden dürfen (BT-Drs. 18/4282, S. 35).

² Der Mindestbetrag wird ab 2017 jährlich an das Wachstum der Lohn- und Gehaltsentwicklung der Versicherten (Bezugsgröße der Rentenversicherung) angepasst (vgl. Geene/Reese 2017, S. 105).

³ Der Restbetrag kann dann für verhaltensbezogene Individualleistungen (§ 20 Abs. 5 SGB V) verwendet werden. Zusätzlich werden noch 30 Cent von den Pflegekassen für GFP in Pflegeeinrichtungen zur Verfügung gestellt (§ 5 SGB XI).

Für die Umsetzung sieht das PrävG neue Strukturen sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene vor. Auf Bundesebene wurde eine Nationale Präventionskonferenz (NPK) eingerichtet, welche sich aus den Trägern der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung sowie der sozialen Pflegeversicherung zusammensetzt (§ 20e Abs. 1 SGB V). Mit beratender Stimme nehmen Bund und Länder, die kommunalen Spitzenverbände, die Bundesagentur für Arbeit sowie weitere Fachorganisationen teil. Die NPK ist beauftragt, eine nationale Präventionsstrategie, bestehend aus den Bundesrahmenempfehlungen (BRE) und einem alle vier Jahre zu veröffentlichendem Präventionsbericht, zu entwickeln (§ 20d SGB V). Bei ihren Beratungen wird die NPK von einem Präventionsforum unterstützt, welches einmal jährlich zusammenkommt und neben den Mitgliedern der NPK mit Vertreter_innen von für GFP relevanten Organisationen besetzt ist (§ 20e Abs. 2 SGB V).

Die BRE wurden im Februar 2016 verabschiedet. Sie bestimmen die Grundsätze der gemeinsamen Umsetzung des PrävG, legen die Dokumentations- und Berichtspflichten der SV-Träger fest und definieren gemeinsame Ziele und Handlungsfelder. Im Unterschied zum Gesetzestext heben die BRE den besonderen Stellenwert der Kommune hervor:

„Die Kommune (auch Stadtteil/Quartier) ist eine Lebenswelt von besonderer Bedeutung, weil sie die anderen in der Aufzählung genannten Lebenswelten umgreift. In der Lebenswelt Kommune werden auch Zielgruppen erreicht, die nicht über eine der anderen genannten Lebenswelten erreicht werden können (z. B. allein lebende Ältere, Arbeitslose, Selbständige, Freiberufler, Hausfrauen/-männer, Erwerbsgeminderte). Darüber hinaus besitzen Kommunen – zusätzlich zu und auch unabhängig von ihrer Trägerverantwortung für einzelne weitere Lebenswelten wie Kindertagesstätten und Schulen – politische Gestaltungskompetenz für ihr Gebiet.“ (Nationale Präventionskonferenz 2016, S. 6)

Die zentrale Rolle der Kommunen wurde auch auf dem zweiten Präventionsforum von allen Akteuren der GFP noch einmal bekräftigt. Das Präventionsforum tagte im Oktober 2017 zum Thema „Kommunale Prävention und Gesundheitsförderung stärken“ und erarbeitet zahlreiche Empfehlungen zur Weiterentwicklung der BRE im Hinblick auf die Umsetzung des PrävG auf kommunaler Ebene (vgl. Nationale Präventionskonferenz 2018). Diese Empfehlungen fließen nun in die aktuell laufende Überarbeitung der BRE ein.

Die BRE definieren nur sehr allgemein die Kriterien, denen die Leistungen nach § 20 SGB V entsprechen müssen⁴ und verweisen stattdessen auf den Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes (vgl. GKV-Spitzenverband 2018). Dieser wurde inzwischen überarbeitet und enthält ein eigenes Kapitel zur GFP in der Kommune, in welchem die Ziele und Förderkriterien für die Umsetzung der Gesundheitsförderung in Kommunen expliziert werden.

Für die Umsetzung auf Landesebene sieht das PrävG den Abschluss einer Landesrahmenvereinbarung (LRV) zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, den Renten- und Unfallversicherungsträgern, den Pflegekassen und den zuständigen Länderministerien vor. Die LRV soll sich an den BRE orientieren, dabei aber länderspezifische Gegebenheiten

⁴ „Präventive und gesundheitsfördernde Leistungen aller Träger müssen einen belegbaren Nutzen haben, allgemein anerkannten Qualitätsmaßstäben entsprechen sowie in fachlich gebotener Qualität und wirtschaftlich erbracht werden.“ (Nationale Präventionskonferenz 2016, S. 9)

berücksichtigen. Einigen sollen sich die Beteiligten vor allem über gemeinsame Ziele und Handlungsfelder, die Koordinierung von Leistungen zwischen den Beteiligten, die Klärung von Zuständigkeitsfragen und über die Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren, wie z. B. dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) (§§ 20-21 SGB V). Der LRV beitreten können die kommunalen Spitzenverbände, die Bundesagentur für Arbeit und die für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden. Inzwischen wurden in allen Bundesländern mit Ausnahme von Berlin (Stand Juli 2018) LRVs abgeschlossen. Der Inhalt der LRVs variiert dabei erheblich insbesondere im Hinblick auf die Verbindlichkeit der neu geschaffenen Strukturen und die Beteiligung der Ministerien (vgl. Böhm/Klunnert 2018).

2.2 Umsetzung des Präventionsgesetzes auf der Landesebene in Nordrhein-Westfalen

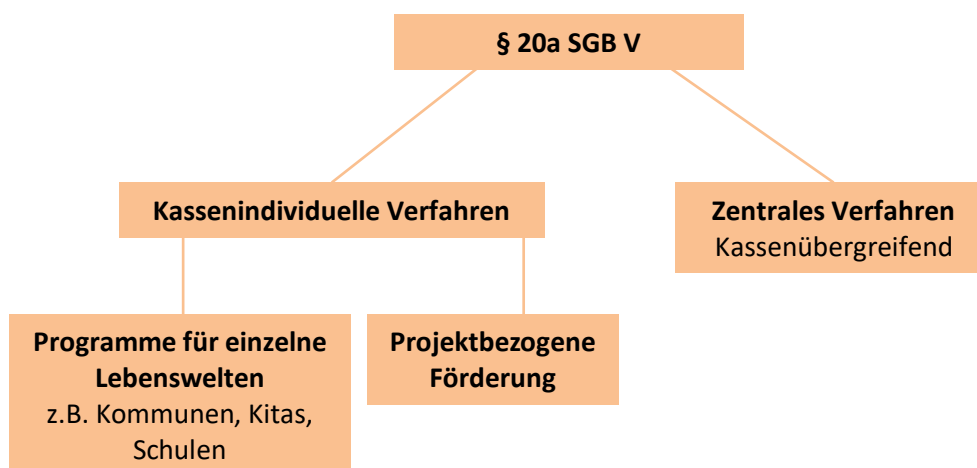
In NRW haben die oben genannten Beteiligten im August 2016 die LRV unterzeichnet. Die LRV NRW gehört im Bundesländervergleich zu den weitreichendsten Vereinbarungen, insbesondere im Hinblick auf die Verbindlichkeit der neu geschaffenen Strukturen und der Beteiligung des Landes, aber auch im Hinblick auf die Berücksichtigung der Kommunen (vgl. Böhm/Klunnert 2018). Die LRV NRW 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.“ In § 2 Abs. 4 LRV NRW wird zudem der ausdrückliche Wille bekundet, mit Kommunen, dem ÖGD und weiteren für die GFP relevanten Akteuren zusammenzuarbeiten.

Auf Landesebene wurde eine Steuerungsgruppe eingerichtet, welche sich aus allen Beteiligten sowie den LRV-Beigetretenen zusammensetzt. Die kommunalen Spitzenverbände sind der LRV NRW bislang nicht beigetreten und deshalb auch nicht in der Steuerungsgruppe vertreten. Die Federführung der Steuerungsgruppe obliegt der GKV und wechselt zwischen den Kassen (§ 4 Abs. 1 LRV NRW). Die Steuerungsgruppe trifft einstimmig Entscheidungen zu strategischen, konzeptionellen, organisatorischen und finanziellen Grundsatzfragen (§ 4 Abs. 2 u. 3 LRV NRW). Zudem wurden drei themenspezifischen Arbeitsgruppen (§ 4 Abs. 5 LRV NRW) gebildet: für die nichtbetrieblichen Lebenswelten, die Betriebliche Gesundheitsförderung und die Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen (vgl. Dickersbach/Weidtmann 2017).

Um die vom PräVG vorgegebene kassenübergreifend Finanzierung von „Leistungen der GFP in Lebenswelten“ (§ 20a Abs. 1 SGB V) umzusetzen, haben die gesetzlichen Krankenkassen in NRW im Jahr 2017 ein zentrales Antragsverfahren eingerichtet. Hier können die Kommunen und andere Verantwortliche für Lebenswelten Anträge für GFP-Projekte stellen. Die Entscheidung über die Finanzierung trifft die „Arbeitsgruppe Lebenswelt der GKV“. Unterstützt wird sie bei der Prüfung und Vorbereitung der Entscheidung von der Prüfstelle der GKV, die beim Landeszentrum für Gesundheit (LZG) angesiedelt ist. Zudem bietet die „Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit“ (KGC) eine inhaltliche Beratung sowie Unterstützung bei der Antragstellung.

Neben dem zentralen Antragsverfahren besteht auch die Möglichkeit der kassenindividuellen Förderung (siehe Abbildung 1). Hier haben die Krankenkassen zum einen jeweils eigene Präventionsprogramme für die unterschiedlichen Lebenswelten (z. B. Kitas, Schulen) eingerichtet. Einzelne Krankenkassen bieten hier auch ein speziell auf Kommunen ausgerichtetes Förderprogramm an. Zum anderen ist weiterhin die kassenindividuelle Finanzierung einzelner Projekte möglich. Hierfür muss mit den Kassen individuell Kontakt aufgenommen werden.

Abbildung 1: Fördermöglichkeiten nach § 20a SGB V in NRW



Im Jahr 2017 sind im zentralen Verfahren 32 Anträge eingegangen, davon stammte circa ein Drittel von Kommunen. Von den 32 Anträgen wurde jedoch nur einer positiv entschieden; die anderen Anträge erfüllten die Kriterien des Leitfadens Prävention nicht (KK4 Abs. 105-108). Im Jahr 2017 befanden sich die Strukturen allerdings erst noch im Aufbau. Das für die nichtbetrieblichen Lebenswelten relevante Kapitel des Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes wurde erst im November 2017 an die neuen gesetzlichen Regelungen angepasst (vgl. GKV-Spitzenverband 2017), und auch die Auslegung der Leitfadenskriterien auf Landesebene wurde erst im Jahresverlauf kommuniziert. Zudem hat die KGC die Beratung erst im November 2017 aufgenommen. Die Rahmenbedingungen der Förderung haben sich somit während unseres Untersuchungszeitraumes noch im Wandel befunden, sodass wir mit unseren Ergebnissen zur Umsetzung des PräVG in den NRW-Kommunen nur eine Momentaufnahme zeichnen konnten, welche die Situation im Sommer 2017 (Telefonerhebung) bzw. Winter 2017/18 (qualitative Interviews) beschreibt.

3 Analyserahmen

3.1 Forschungsstand

Das Forschungsprojekt untersucht, welche Faktoren Einfluss auf die Umsetzung des Präventionsgesetzes auf kommunaler Ebene haben. Damit schließt die Untersuchung an die klassische Implementationsforschung (vgl. Mayntz 1983; Wollmann/Baestlein 1980) an. Mit dem Fokus auf die „street-level bureaucrats“ (Weatherley/Lipsky 1977) der Kommunalverwaltung verfolgt sie dabei eine Bottom-up-Perspektive. Grundannahme dieser ist, dass die erfolgreiche Umsetzung von zentral beschlossenen Gesetzen von den institutionellen Gegebenheiten auf der Mikroebene abhängig ist. Da diese lokal variieren, können keine allgemeingültigen Aussagen über die Gelingensbedingungen einer Politik gemacht werden, vielmehr müssen diese in Einzelfallstudien überprüft werden (vgl. Matland 1995).

Im Unterschied zur Implementationsforschung betrachtet die *Governance*-Forschung nicht nur eine Phase des *Policy*-Zyklus, sondern analysiert sie die Interaktion und Steuerung von verschiedenen Akteuren über alle Policy-Phasen hinweg (vgl. Knill/Tosun 2015). Es gibt viele *Governance*-Studien über das deutsche Gesundheitswesen (z. B. Bandelow 2004; Böhm 2008; Döhler/Manow-Borgwardt 1992; Gerlinger 2002). Diese haben sich bislang jedoch auf das Gesundheitsversorgungssystem und darin auf die Akteure der Bundes- und Landesebene konzentriert. Die dort gewonnenen Erkenntnisse können aber nicht einfach auf die kommunale Ebene übertragen werden, da sich die Akteurkonstellationen und Interaktionsformen grundlegend unterscheiden. So fehlen auf kommunaler Ebene nicht nur die korporatistischen Strukturen, auch die Steuerungsmacht der Kommunen gegenüber den nicht staatlichen Akteuren ist begrenzter als die der Länder oder des Bundes.

Die Beziehung von Krankenkassen und Kommunen ist bislang kaum erforscht. Bereits vor Einführung des Präventionsgesetzes war es den Kassen möglich, lebensweltbezogene Präventionsmaßnahmen zu fördern (§ 20a i. V. m. §20 SGB V), was sie seit 2008 auch in zunehmendem Maße getan haben (vgl. Schreiner-Kürten et al. 2012). Allerdings dominieren hier die Settings Schule und Kindertageseinrichtungen, im Setting Stadtteil/Ort wurden 2014 nur neun Prozent aller bezuschussten Projekte durchgeführt (vgl. GKV-Spitzenverband 2015b, S. 4). Welche Rolle den Kommunen als Antragssteller zukommt, lässt sich aus dem Präventionsbericht der GKV (GKV-Spitzenverband 2015a) nicht ermitteln, da dieser Öffentliche Verwaltung/Institutionen und Ministerien zusammen erfasst und nur Gesundheitsämter gesondert ausweist. Die Kassen scheinen jedoch die besondere Rolle der Kommunen in der Prävention und Gesundheitsförderung anzuerkennen, denn ihre Verbände haben 2013 gemeinsam mit den kommunalen Spitzenverbänden eine „Empfehlung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune“ verabschiedet. Darin empfehlen sie ihren Mitgliedern, ihre Maßnahmen in diesem Bereich „möglichst weitgehend aufeinander abzustimmen“ (Gesetzliche Krankenkassen).

sen/Kommunale Spitzenverbände 2013, S. 2). Die Empfehlung hebt die Bedeutung der Kommunen hervor und rät unter anderem, für die Zusammenarbeit bestehende Gremien (z. B. Gesundheitskonferenzen) zu nutzen.

Erste Hinweise auf die Gelingensbedingungen der Kooperation von Kommunen und Krankenkassen lieferte eine Fachtagung zu dem Thema.⁵ Aus den Vorträgen und Workshops ist zu entnehmen, dass neben dem persönlichen Engagement der zuständigen Mitarbeiter_innen insbesondere ein regelmäßiger Informationsaustausch sowie ein hoher allgemeiner Stellenwert der GFP innerhalb der jeweiligen Organisation die Zusammenarbeit fördert. Als hinderlich wurden eine schlechte Ressourcenausstattung der Kommune sowie eine mangelnde Qualifikation bzw. Informationsdefizite bei den zuständigen Mitarbeiter_innen identifiziert.

3.2 Zentrale Untersuchungsfragen

In der Vergangenheit haben die Kommunen die Möglichkeit der Kofinanzierung durch die Krankenkassen sehr unterschiedlich genutzt. Es ist daher davon auszugehen, dass es bei der Implementation des neuen Präventionsgesetzes ebenfalls erhebliche Unterschiede zwischen den Kommunen geben wird. Im Zentrum der Untersuchung steht deshalb die Frage: *Welche Faktoren sind ausschlaggebend für eine (erfolgreiche) Beantragung von Projekten nach § 20a SGB V durch die nordrhein-westfälischen Städte und Kreise? (Forschungsfrage 1).* Das Antragsverfahren und die Antragskriterien werden zentral auf Bundes- und Landesebene in den Bundesrahmempfehlungen bzw. Landesrahmenvereinbarungen (§§ 20d, 20f SGB V) festgelegt. Die Antragsbedingungen sind daher für alle Kommunen (und anderen Antragssteller_innen) innerhalb eines Bundeslandes gleich. Die Kommunen unterscheiden sich jedoch erheblich in den Ausgangsbedingungen: So divergieren zum Beispiel die für die Antragstellung benötigten Ressourcen (z. B. Personal- und Mittelausstattung), die bei der beantragenden Stelle vorhandenen Kenntnisse (Wissen über Antragsverfahren und -kriterien, Kenntnisse von Zuständigkeiten), das durch frühere Anträge gesammelte Erfahrungswissen wie auch die Relevanz, welche dem Thema GFP beigemessen wird. Inwieweit diese und weitere Faktoren Einfluss auf die Umsetzung des § 20a SGB V haben, ist Gegenstand der Analyse. Da die Umsetzung des PrävG zum Zeitpunkt unserer Untersuchung noch nicht abgeschlossen war und erst sehr wenige positive Förderentscheidungen getroffen waren, konnten wir nicht, wie ursprünglich geplant, untersuchen, welche Faktoren eine erfolgreiche Beantragung bedingen, sondern nur, welche Faktoren die Antragstellung begünstigen.

Ein besonderer Fokus der Untersuchung liegt auf der Kooperation von Krankenkassen und Kommunen. Auch wenn die lokale Zusammenarbeit in NRW aufgrund des zentralen Verfahrens keine notwendige Voraussetzung für eine GKV-Förderung darstellt, kann sie dennoch eine erfolgreiche

⁵ Die Fachtagung wurde unter dem Thema „Kommunen und Krankenkassen engagieren sich gemeinsam“ von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, dem Deutschen Städtetag und dem Deutschen Institut für Urbanistik am 08.12.2014 in Berlin veranstaltet (vgl. BZgA et al. 2014).

Antragstellung unterstützen. Die lokalen Kassenvertreter_innen sind häufig die ersten Ansprechpartner_innen für die Kommunen und können diese über die neuen, unterschiedlichen Fördermöglichkeiten informieren. Zudem kennen sie die Bedarfe vor Ort und können so gemeinsam mit den Kommunen auf die lokalen Bedarfe abgestimmte Projekte entwickeln bzw. diese unterstützen. Wir gehen dabei davon aus, dass die Faktoren, die eine (erfolgreiche) Beantragung von Fördermitteln nach §20a SGB V begünstigen, auch generell förderlich für die Zusammenarbeit der genannten Akteure sind. Die zweite Forschungsfrage geht aber über die erste Frage hinaus, indem sie allgemeiner fragt: *Welche Faktoren begünstigen eine Kooperation der Kommunen mit den Krankenkassen?*

Neben dem praktischen Erkenntnisinteresse an der Umsetzung des Präventionsgesetzes möchte die Studie auch einen Beitrag zur gesundheitspolitischen Governance-Forschung leisten, indem sie untersucht, *welche Steuerungsrolle den Kommunen unter dem neuen Präventionsgesetz in der Praxis zukommt (Forschungsfrage 3)*.⁶ Die Kommunen bilden das übergreifende Setting, in dem die einzelnen spezifischen Lebenswelten wie Schulen, Kindertagesstätten und Betriebe verortet sind, und erreichen darüber hinaus auch Bevölkerungsgruppen, die nicht an diesen Lebenswelten teilhaben (vgl. RKI 2015, S. 284). Städten, Gemeinden und Kreisen kommt deshalb eine zentrale Rolle in der Steuerung und Koordinierung der lokalen Akteure der Gesundheitsförderung zu (vgl. Böhm 2017; Böhme/Stender 2015). Das Präventionsgesetz trägt dieser besonderen Rolle der Kommunen jedoch kaum Rechnung. Es weist den Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern zentrale Steuerungsaufgaben zu und überlässt ihnen die konkrete Ausgestaltung. Deshalb wird es zum einen darauf ankommen, ob die SV-Träger die Kommunen als Steuerungsakteure betrachten und entsprechende Koordinierungsaufgaben finanzieren. Zum anderen wird es natürlich auch davon abhängen, ob die Kommunen bereit (und fähig) sind, diese Steuerungsaufgabe zu übernehmen.

3.3 Forschungsdesign

3.3.1 Analyserahmen

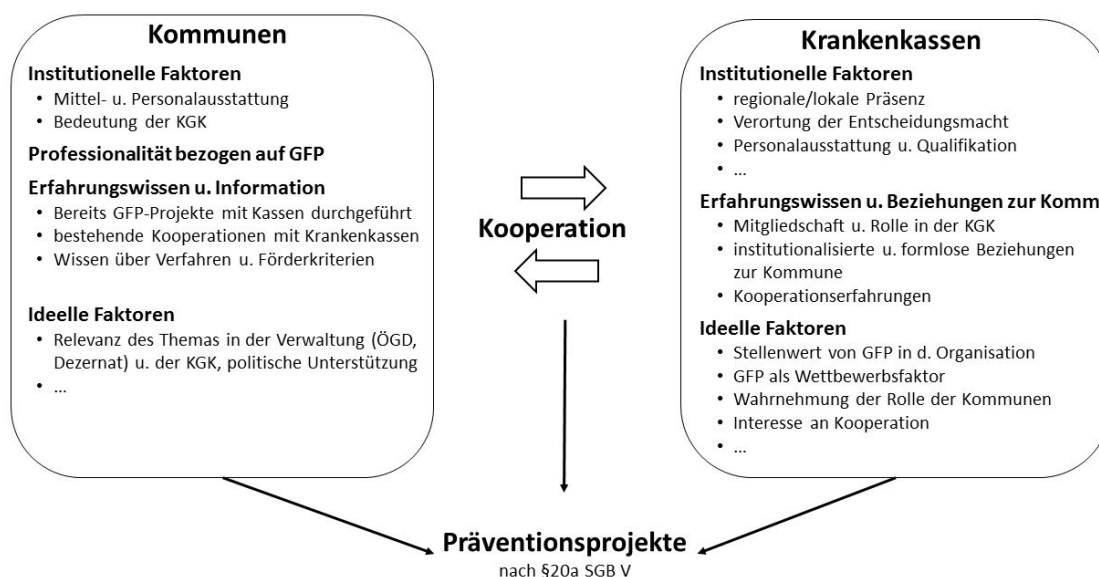
Einen Analyserahmen für die empirische Untersuchung zu entwickeln, gestaltete sich schwierig, weil bislang nichts über die Umsetzung des Präventionsgesetzes in den Kommunen und nur sehr wenig über die Zusammenarbeit zwischen Kommunen und Krankenkassen bekannt war. Wir haben deshalb im ersten Schritt ein Experteninterview mit einer Praxis-Expertin für kommunale

⁶ Die Verwendung des Begriffs Steuerung impliziert nicht, dass die Kommunen das Handeln der anderen Akteure im Feld determinieren können. Er drückt aber die dem Projekt zugrundeliegende Hypothese aus, dass den Kommunen aufgrund ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur Daseinsvorsorge (§ 28 Abs. 2 GG) sowie ihrer demokratischen Legitimation eine besondere Rolle unter den Akteuren auf kommunaler Ebene zukommt. Auch wurde bewusst der Begriff Steuerung und nicht *Governance* gewählt, weil die Untersuchung den Fokus auf die Akteure und weniger auf die Beschaffenheit von Regelungsstrukturen richtet (vgl. Mayntz 2004).

GFP in NRW durchgeführt. Ziel des Interviews war es, mehr Informationen über GFP auf kommunaler Ebene und die Zusammenarbeit der Kommunen und Krankenkassen zu erhalten.

Basierend auf den Informationen aus dem Interview, dem oben beschriebenen Wissensstand und weiterer Annahmen (siehe unten) haben wir einen Analyserahmen für die quantitative und qualitative Bearbeitung der Fragestellungen 1 und 2 entwickelt (siehe Abbildung 2). Unser Analyserahmen berücksichtigt als Einflussfaktoren auf die Antragstellung sowohl Faktoren auf Seiten der Kommunen als auch auf Seiten der Kassen und ergänzt diese mit der Annahme, dass die Kooperation zwischen beiden eine eigene Einflussgröße darstellt.

Abbildung 2: Analyserahmen



Im Hinblick auf die kommunalen Einflussfaktoren verfolgen wir mehrere Annahmen:

- (1) Kommunen, die im Bereich GFP professionell aufgestellt sind und über ausreichende Ressourcen verfügen, stellen eher einen Förderantrag als Kommunen, die weniger professionell aufgestellt sind und über wenige Ressourcen verfügen. Zudem ist zu erwarten, dass Anträge von professionellen Kommunen mit größerer Wahrscheinlichkeit positiv beschieden werden. Das zentrale NRW-Verfahren wie auch die zentralen GKV-Programme stellen hohe qualitative Anforderungen an die Projekte, und die Antragstellung ist mit einem großen Zeitaufwand verbunden, sodass dies nur von Kommunen geleistet werden kann, die zum einen über das notwendige Personal und zum anderen über ausreichend Expertise verfügen.
- (2) Anträge werden nur gestellt, wenn GFP auf kommunaler Ebene als relevantes Handlungsfeld anerkannt ist und ausreichend politische Unterstützung erfährt.
- (3) Kommunen, die bereits gute Erfahrungen mit einer Krankenkassenförderung gemacht haben, ziehen eher eine solche Förderung in Betracht als Kommunen, die bislang keine oder schlechte Erfahrungen gemacht haben.

Auf Kassenseite beschränken sich unsere Annahmen auf die kassenindividuellen Verfahren, weil wir uns primär für die Kooperation zwischen Krankenkassen und Kommunen auf kommunaler Ebene interessieren. Die Zusammenarbeit im Rahmen des zentralen NRW-Verfahrens findet zu meist nur indirekt über die KGC oder die gemeinsame Prüfstelle beim LZG statt. Unsere Annahmen im Hinblick auf die kassenseitigen Einflussfaktoren lauten wie folgt:

- (1) Förderzusagen erfolgen dort, wo die lokalen Kassenvertreter_innen über die entsprechende Entscheidungsmacht verfügen oder kassenintern eine Entscheidung herbeiführen können.
- (2) Eine Kooperation und Förderung erfolgt nur dort, wo Kassenvertreter_innen der GFP ausreichend Relevanz beimessen und dies als ihre Aufgabe ansehen.

Abbildung 2 enthält neben den Einflussfaktoren auf die Antragstellung bzw. Förderung auch Einflussfaktoren auf die Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen (*Fragestellung 2*). Hier gehen wir davon aus, dass die bisherige Erfahrung in der Zusammenarbeit maßgeblichen Einfluss darauf hat, ob es zu einer (erfolgreichen) Zusammenarbeit bei der Umsetzung des PräVG kommt. In vielen Kommunen beschränkt sich der Kontakt zwischen Kommune und Krankenkassen auf die KGK. Deshalb gehen wir davon aus, dass die Zusammenarbeit dort zentral für die Kooperation im Rahmen des § 20a SGB V ist. Einflussfaktoren auf die Zusammenarbeit sind nicht gänzlich von den Einflussfaktoren auf die Antragstellung bzw. Förderung zu trennen, weshalb wir sie hier in einem Analyserahmen vereint haben.

Einschränkend bleibt anzumerken, dass unser Analyserahmen lediglich ein heuristisches Instrument darstellt, das es in der empirischen Analyse zu überprüfen, zu konkretisieren und zu füllen gilt.

3.3.2 Vorgehen

Bei der Studie wurde ein Mixed-Method-Design (vgl. Creswell 2014; Kuckartz 2014) angewendet, welches eine quantitative Vollerhebung (Telefonumfrage basierend auf standardisierten Fragebögen) mit qualitativen Einzelfallstudien ausgewählter Kommunen und Interviews mit Vertreter_innen der Krankenkassen (beides semi-strukturierte Interviews) kombiniert.⁷ Die quantitative Erhebung zielt zum einen darauf, einen Einblick in den Status quo der GFP in den Kommunen zu bekommen, um dadurch potentielle Einflussfaktoren auf die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und die Umsetzung des PräVG zu identifizieren. Zum anderen soll damit der Ist-Zustand der Umsetzung des PräVG durch die nordrhein-westfälischen Kommunen erfasst werden. Die qualitativen Fallstudien und die Interviews mit den Kassenvertreter_innen tragen zum einen zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage bei, indem sie die in der Umfrage gewonnen

⁷ Entsprechend der Klassifizierung von Creswell (2014) handelt es sich um ein „explanatory sequential“-Design: Die Untersuchung beginnt mit einer quantitativen Analyse und die dort gewonnen Erkenntnisse werden dann in einer qualitativen Untersuchung vertieft. Dieses Vorgehen weicht insofern von dem von Creswell beschriebene Design ab, als mit der qualitativen Untersuchung die in der quantitativen Umfrage erhobenen Daten nicht nur vertieft, sondern auch noch eine zusätzliche Fragestellung beantwortet werden soll.

Informationen vertiefen und um die Perspektive der Krankenkassenseite erweitern. Zum anderen werden mithilfe der ausführlichen Einzelinterviews die Kooperationsbeziehungen zwischen Kassen und Kommunen sowie die Steuerungsrolle der Kommunen nachvollzogen, um so Forschungsfrage 2 und 3 zu beantworten.

Für die *quantitative Analyse* sollten diejenigen Personen in der Kommune befragt werden, die für GFP zuständig sind. Problem hierbei ist, dass die Zuständigkeiten für GFP in den Kommunen unterschiedlich verteilt sind. Aufgrund dessen haben wir zunächst alle Geschäftsstellenleiter_innen der kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) per E-Mail angeschrieben. Diese sind häufig auch für GFP zuständig. Dort wo sie dies nicht sind, haben wir um Weitervermittlung an die zuständige(n) Person(en) gebeten. In den Kommunen, in denen keine zuständige Person identifiziert werden konnte, haben wir das Gespräch mit dem/der Geschäftsstellenleiter_in der KGK geführt. Die Befragung erfolgte telefonisch und mittels eines standardisierten Fragebogens, der offene und geschlossene Fragen enthielt.

Geplant war, im Zuge der *quantitativen Erhebung* für jeden Kreis und jede kreisfreie Stadt zu ermitteln, welche Projekte (Anzahl, Fördersumme, Förderanteil) auf der Grundlage des § 20a SGB V beantragt und von den Krankenkassen (mit-)finanziert wurden. Diese Informationen sollten die abhängige Variable der Analyse bilden. Da sich die Umsetzung des Präventionsgesetzes auf Bundes- und Landesebene jedoch zeitlich stark verzögerte und sich das zentrale Verfahren in NRW zum Zeitpunkt der quantitativen Datenerhebung noch im Aufbau befand, hatte noch kaum eine Kommune Erfahrung mit der Beantragung von Mitteln nach § 20a SGB V gesammelt. Wir haben deshalb erhoben, welche Kommune einen Antrag eingereicht hatte bzw. konkret Pläne verfolgte, zeitnah einen Antrag zu stellen.

Die *qualitative Analyse* gliedert sich in zwei Teile. Im ersten Teil wurden sechs Fallstudien in Kommunen durchgeführt. Hierfür wurden die Kommunen auf der Basis der aus der Telefonerhebung gewonnenen Informationen ausgewählt. Wir haben dort mit den für GFP zuständigen Personen ein persönliches oder telefonisches semi-strukturiertes Interview geführt. Im zweiten Teil wurden Interviews mit vier Vertreter_innen von drei Krankenkassen geführt. Die Interviews wurden von uns transkribiert, anonymisiert und anschließend mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. Mayring 2010) unter Verwendung der Software MAXQDA ausgewertet. Grundlage der Auswertung bildeten dabei die in Abbildung 2 dargestellten Kategorien. Es wurden jedoch induktiv im Auswertungsprozess weitere Kategorien gebildet.

4 Bestandsaufnahme

Um zunächst ein Bild von den Aktivitäten und Strukturen im Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention zu erhalten, haben wir im Zeitraum zwischen Mai und August 2017 eine Telefonbefragung unter den 53 Kommunen in Nordrhein-Westfalen durchgeführt. Insgesamt nahmen 32 Kommunen, davon 18 Kreise und 14 kreisfreie Städte, an der Befragung teil. Dies entspricht einer Rücklaufquote von insgesamt 60,4 Prozent. Bei den Städten haben sich 64 Prozent und bei den Kreisen 58 Prozent beteiligt, was zu einem leichten Überhang von Städten in unserem Sample führt. Da die Teilnahme freiwillig erfolgte, kann es sein, dass unser Sample nicht repräsentativ für die Gesamtheit der Kommunen ist. Es besteht die Möglichkeit einer negativen Selbstselektion, d. h., dass Kommunen, in denen GFP eine geringe Bedeutung erfährt oder die über negative bzw. keine Erfahrung in der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen verfügen, nicht an der Befragung teilgenommen haben.

Im ersten Schritt haben wir alle Geschäftsstellenleiter_innen der kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) per E-Mail angeschrieben und um einen Telefontermin gebeten. Bei der Vereinbarung des Termins wurden die Geschäftsstellenleiter_innen gefragt, ob sie für GFP zuständig sind. Waren sie dies nicht, haben wir um Weitervermittlung an die zuständige(n) Person(en) gebeten. In den Kommunen, in denen keine zuständige Person identifiziert werden konnte, haben wir das Gespräch mit dem/der Geschäftsstellenleiter_in der KGK geführt. Die Befragung erfolgte mittels eines standardisierten Fragebogens, der offene und geschlossene Fragen enthielt.

Der Fragebogen gliederte sich in vier Themenblöcke (siehe Anhang). Zu Beginn haben wir unseren/unsere Gesprächspartner_in zu seinem/ihrer beruflichen Hintergrund und den Aufgaben sowie zur organisationalen Verankerung von GFP in der jeweiligen Verwaltung befragt. Der zweite Fragenblock enthielt Fragen zu Bedarfen, Ressourcen und Tätigkeiten der Kommune im Bereich der GFP (z. B. zur Durchführung von GFP-Maßnahmen, zur Koordinierung, zur Beratung anderer Akteure) ebenso wie Fragen zur Einschätzung der Bedeutung des Themas in der Verwaltung und in der lokalen Politik, zur Zusammenarbeit mit anderen Verwaltungsbereichen und zu den Erfolgs- und Hinderungsbedingungen lokaler GFP. Die Kreise haben wir zudem gefragt, inwiefern sie mit den Kommunalverwaltungen der kreisangehörigen Städte und Gemeinden im Bereich GFP zusammenarbeiten und ob Beratungsangebote zu dem Thema für die Städte und Gemeinden des Kreises bestehen. Der dritte Fragenblock beschäftigte sich mit GFP in der KGK und beinhaltete Fragen zur Bedeutung der GFP in der KGK, der Beteiligung von GFP-relevanten Akteuren und zu GFP-bezogenen Arbeitsgruppen. Der letzte Teil widmete sich der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen in und außerhalb der KGK sowie dem Präventionsgesetz. In Bezug auf letzteres hat uns insbesondere interessiert, inwiefern die Kommunen Wissen über das zentrale Antragsverfahren und die Bewilligungskriterien haben sowie welche Erwartungen sie diesbezüglich haben.

Die Antworten wurden während der Befragung von dem/der Interviewer_in in Stichpunkten notiert bzw. entsprechenden Antwortkategorien zugeordnet. Den Befragten wurde volle Anonymität zugesichert. Der Name des/der Ansprechpartners/-partnerin und der Kommune wurde

deshalb nach Auswahl der Fallkommunen aus dem Fragebogen gelöscht und durch Kategorien der Einwohnerzahl und der Sozialleistungsquote ersetzt. Die Antworten wurden anschließend kodiert und in eine Excel-Datei übertragen. Die Datenauswertung erfolgte mittels deskriptiver Statistik und blieb aufgrund der geringen Fallzahl hauptsächlich auf univariate und bivariate Analysen beschränkt.

Im Folgenden werden wir die Ergebnisse der Telefonbefragung im Hinblick auf die Ist-Situation der GFP in den Kommunen beschreiben, indem wir zunächst die Zuständigkeiten und Ressourcen für GFP sowie die Bedeutung, die der GFP in den Kommunen zukommt, darstellen und anschließend aufzeigen, wie unterschiedlich die Kommunen bei der Umsetzung von GFP vorgehen. Im dritten Teil präsentieren wir die Ergebnisse der Telefonbefragung im Hinblick auf die Zusammenarbeit der Kommunen und Krankenkassen innerhalb der KGK, sowie vor und nach dem PräVG. Der vierte Teil stellt unsere Ergebnisse bzgl. der Umsetzung des PräVG durch die Kommunen vor und geht dabei auch auf das Wissen der Kommunen über das PräVG sowie auf indirekte Auswirkungen des PräVG ein.

4.1 Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune: Zuständigkeiten u. ressortübergreifende Vernetzung, Bedeutung, Ressourcen

4.1.1 Zuständigkeiten und ressortübergreifende Vernetzung

Es existiert keine einheitliche Verortung der Zuständigkeiten für Gesundheitsförderung und Prävention in den kommunalen Verwaltungsstrukturen. Innerhalb des ÖGD sind in NRW häufig die Geschäftsstellen der Kommunalen Gesundheitskonferenzen für GFP zuständig; nur wenige ÖGDs haben hingegen eine eigene Abteilung für GFP.

Der Lebenswelt-Ansatz erfordert ressortübergreifende Kooperationen innerhalb der Kommunalverwaltung. Wir haben unsere Gesprächspartner_innen deshalb gefragt, welche Fachbereiche über den ÖGD hinaus in ihrer Kommune eine Rolle für GFP in Lebenswelten spielen. Am häufigsten wurde dabei das Jugendamt (n = 26) genannt, gefolgt vom Sozialamt (n = 22), dem Bildungsbereich (n = 17) und der Stadtplanung/Bau (n = 7). Wir fragten auch, wie Kommunikation und Absprachen mit diesen Fachbereichen verlaufen. Hier zeigen sich größere Kommunikationsprobleme nur in der Zusammenarbeit mit dem Schulamt. Auch gaben 31 Prozent der Befragten an, dass die Kommunikation mit dem Jugendamt besser laufen könnte. Bei den anderen beiden Bereichen wurden Kommunikation und Absprachen größtenteils als gut bis sehr gut bewertet (siehe Tabelle 1).

Wir haben die Kreise gefragt, ob sie mit den Kommunalverwaltungen der kreisangehörigen Städte und Gemeinden im Feld der GFP zusammenarbeiten. Mit Ausnahme von zwei Kreisen (n = 18) findet eine solche Zusammenarbeit statt, allerdings halten nur drei Kreise ein Beratungsangebot für die angehörigen Städte und Gemeinden vor.

Tabelle 1: Relevanz von und Kommunikation mit anderen Fachbereichen

	Bedeutung für GFP					Kommunikation			
	wichtig	Eher wichtig	Mittel wichtig	Wenig wichtig	n	Gut oder sehr gut	Könnte besser sein	Klappt überhaupt nicht	n
Jugendamt	58%	42%	0%	0%	26	65%	31%	4%	26
Sozialamt	45%	41%	14%	0%	22	85%	15%	0%	20
Schulamt/Bildung	12%	47%	41%	0%	17	41%	47%	12%	17
Stadtplanung	43%	14%	43%	0	7	80%	20%	0%	10

4.1.2 Bedeutung der GFP

Grundvoraussetzung dafür, dass Kommunen im Bereich GFP tätig werden, ist, dass sie diesen als relevantes Handlungsfeld ansehen. Wir haben deshalb danach gefragt, welche Anerkennung GFP innerhalb des ÖGD bzw. Dezernats⁸ im Vergleich zu den anderen Aufgaben erfährt. Die Antworten zeichnen ein sehr heterogenes Bild: Während GFP in 14 Kommunen eine große Anerkennung erfährt, geben zehn Gesprächspartner_innen an, dass GFP wenig anerkannt ist; in acht Kommunen besteht eine teilweise Anerkennung des Themas. Ähnlich sieht es bei der Bedeutung von GFP in der KGK aus. In elf KGKs nimmt GFP eine zentrale Rolle ein, in 13 Kommunen ist die Bedeutung von GFP gleichauf mit Versorgungsthemen, und in sieben Kommunen kommt GFP eine geringe Bedeutung in der KGK zu. Insgesamt scheint die Bedeutung des Themas in der KGK etwas zu steigen: 13 Befragte gaben an, dass der Stellenwert von GFP in der KGK innerhalb der letzten Jahre gestiegen ist, in 15 blieb er konstant und nur in drei KGKs hat die Bedeutung von GFP abgenommen.

GFP erfährt nicht in allen Kommunen politische Unterstützung. In vier Kommunen zeigt der/die Landrat/-rätin oder der/die Bürgermeister_in nach Angaben der Gesprächspartner_innen kein Interesse an GFP-Maßnahmen. Im Unterschied hierzu gaben 14 Kommunen an, dass der/die Landrat/-rätin bzw. der/die Bürgermeister_in wichtige Partner bei GFP-Maßnahmen seien. Eine grundsätzliche Unterstützung durch den/die Bürgermeister_in besteht in 14 Kommunen.

Generell zeigt sich eine sehr starke Korrelation zwischen der Anerkennung von GFP innerhalb des ÖGD, der zugeschriebenen Bedeutung von GFP in den KGKs und der wahrgenommenen Unterstützung durch die politische Führung: Dort, wo die Anerkennung von GFP innerhalb des ÖGD hoch ist, ist die Bedeutung des Themas in der KGK groß oder hat zugenommen, und es findet

⁸ In den zwei Fällen, in denen wir nicht mit Vertreter_innen des ÖGDs gesprochen haben, haben wir nach der Relevanz innerhalb des Dezernats gefragt.

sich ebenfalls eine starke politische Unterstützung. Wo dem Thema im ÖGD hingegen nur geringe Anerkennung zugesprochen wird, ist die Bedeutung in der KGK in der Regel gering und es fehlt an politischer Unterstützung.

Es zeigt sich auch, dass GFP in den Städten weit mehr Bedeutung zukommt als in den Kreisen: Während in Städten 53 Prozent der Befragten angaben, dass GFP innerhalb des ÖGD bzw. Dezernats „sehr anerkannt“ ist, finden wir entsprechende Antworten nur bei 35 Prozent der Kreise. Dort geben 41 Prozent an, dass GFP keine Anerkennung erfährt, während dieser Wert bei den kreisfreien Städten nur bei 20 Prozent liegt. Bei den kreisfreien Städten ist zudem ein Zusammenhang mit der Größe der Stadt erkennbar. Mit jeweils nur einer Ausnahme beschreiben alle großen (Einwohner_innen ≥ 380.000) und mittelgroßen Städte (240.000 bis 379.999 Einwohner_innen) die Anerkennung von GFP als groß. Die sechs kleineren kreisfreien Städte gaben, ebenfalls mit einer Ausnahme, nur eine geringe ($n = 3$) bzw. mittlere Anerkennung ($n = 2$) an. Bei den Kreisen lässt sich kein Zusammenhang zwischen Größe und Anerkennung des Themas feststellen. Ähnliche Zusammenhänge bestehen bezogen auf die Bedeutung der GFP in den KGKs.

4.1.3 Ressourcen

Die Personalausstattung des ÖGD für den Bereich GFP schwankt in unserem Sample zwischen null und zehn Mitarbeiter_innen: Zwei Kommunen haben keine für GFP zuständigen Beschäftigten, fünf Kommunen verfügen über eine halbe bis eine Stelle, acht Kommunen halten 1,5 bis 2,9 Stellenanteile, sieben Kommunen beschäftigen drei bis vier Mitarbeiter_innen für den Bereich GFP; mehr als vier Stellen existieren nur in drei Kommunen. Sieben Kommunen konnten keine genauen Angaben über die Anzahl der Stellen bzw. Mitarbeiter_innen für den Bereich der GFP machen. Diese Zahlen sind jedoch nur wenig aussagekräftig. Wir haben gefragt: „Wie viele Mitarbeiter_innen bzw. Stellenanteile sind im Bereich GFP tätig?“ Damit ist das Ergebnis davon abhängig, was die von uns Befragten als GFP definieren.

Finanziell haben die meisten Kommunen keinen Spielraum, was GFP-Maßnahmen angeht: In 18 Kommunen stehen keine Haushaltsmittel für GFP-Maßnahmen zur Verfügung; elf Kommunen haben ein kleines Budget von 12.000 EUR oder weniger, und nur zwei Kommunen können über ein Budget von mehr als 12.000 EUR verfügen. Eine Kommune konnte keine genaue Angabe machen.

4.1.4 Erfolgs- und Hinderungsfaktoren

Wir haben die Kommunen gefragt, welche Faktoren sie als Erfolgsbedingungen kommunaler GFP ansehen und welche Faktoren die Arbeit in diesem Bereich GFP erschweren. Obwohl die Frage offen gestellt wurde, gab es viele gleichlautende Antworten, wie Tabelle 2 zeigt.

Tabelle 2: Erfolgsbedingungen und Hinderungsfaktoren der GFP

<p>Erfolgsbedingungen</p>	<p>Kooperation/Vernetzung n=12</p> <p>Ausreichende Ressourcen (Personal u./o. Haushaltsmittel) n=9</p> <p>fachübergreifende Zusammenarbeit n=5</p> <p>Kommunikation n=6</p> <p>Partizipation n=4</p> <p>Unterstützung von oben n=5</p>
<p>Hinderungsfaktoren</p>	<p>Ressourcenmangel (Finanzen u./o. Personal) n=10</p> <p>Segmentierte Verwaltung n=9</p> <p>Fehlende Unterstützung/Desinteresse von oben n=3</p> <p>Projektitis n=3</p>

4.2 Gesundheitsförderung und Prävention als strategische Aufgabe

Gesundheitspolitik, egal auf welcher Ebene, ist langfristig nur erfolgreich, wenn sie systematisch erfolgt. Ein praxisorientiertes Modell strategischen Handelns im Gesundheitsbereich existiert in Form des Public Health Action Cycles (siehe Abbildung 3). Dieser sieht als ersten Schritt eine Bedarfs- und Problembestimmung vor, welche die Grundlage für die im zweiten Schritt erfolgende Strategieformulierung und Maßnahmenplanung bildet (vgl. Rosenbrock/Hartung 2015). Die Bedarfsanalyse auf lokaler Ebene erfolgt durch die kommunale Gesundheitsberichterstattung (GBE), zu der die unteren Gesundheitsbehörden in NRW per Gesetz verpflichtet sind (§ 21 ÖGDG NRW). Die Strategieformulierung sollte die Definition von Gesundheitszielen und die entsprechende Ableitung von Maßnahmen enthalten und kann z. B. im Rahmen eines lokalen Fachplans Gesundheit (vgl. Claßen/Mekel 2016) umgesetzt werden. Im Schritt 3 folgt die Umsetzung der Maßnahmen und im Schritt 4 die Evaluation der Maßnahmen im Hinblick auf ihre Wirksamkeit bzw. die zuvor formulierten Ziele. Diese bilden dann den Ausgangspunkt für die erneute Bedarfsanalyse. Beim Public Health Action Cycle handelt es sich um ein idealtypisches Modell, dessen Phasen in der Praxis meist nicht trennscharf sind und nicht immer sequentiell verlaufen (vgl. Rosenbrock/Hartung 2015). Die Phasen werden jedoch auch vom Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes als Kernelemente des lebensweltbezogenen Gesundheitsförderungsprozesses definiert und stellen Kriterien der Förderung nach § 20a SGB V dar (vgl. GKV-Spitzenverband 2017, S. 29-31).

Abbildung 3: Der Public Health Action Cycle auf kommunaler Ebene



Quelle: leicht adaptiert nach Claßen/Mekel 2016

Um zu erfassen, ob bzw. inwieweit die Kommunen im Bereich GFP strategisch handeln, haben wir, angelehnt an den Public Health Action Cycle, Fragen zur Bedeutung der GBE für die Planung und Umsetzung von GFP-Maßnahmen, zur Strategieformulierung und zur Umsetzung von Maßnahmen gestellt.⁹ Auf kommunaler Ebene umfasst strategisches Handeln aufgrund der Vielfalt der Akteure und Maßnahmen darüber hinaus auch die Koordinierung bestehender Angebote (vgl. Böhm 2017). Ein weiterer wichtiger Faktor stellen die Vernetzung und der Austausch mit anderen Kommunen dar, da dies den kommunalen Akteuren ermöglicht, voneinander zu lernen.

4.2.1 GBE als Grundlage für die Planung und Umsetzung von GFP-Maßnahmen

Die Bedeutung, die der Gesundheitsberichterstattung zukommt, schwankt stark zwischen den Kommunen. In 14 Kommunen und damit in 44 Prozent der Fälle spielt die GBE eine zentrale Rolle für die Planung und Umsetzung von GFP-Maßnahmen. Eine mittlere Bedeutung findet sich in vier Kommunen. In fünf Kommunen kommt der GBE jedoch keine und in zehn Kommunen eine geringe Bedeutung zu. Zwischen Städten und Kreisen findet sich hier nur ein geringer Unterschied. Während die GBE in 60 Prozent der Städte eine mittlere bis zentrale Bedeutung für die Planung und Umsetzung von GFP-Maßnahmen hat, liegt dieser Wert bei den Kreisen bei 47 Prozent.

⁹ Ob eine Evaluation und damit Qualitätssicherung der Maßnahmen erfolgt, haben wir in der Befragung nicht erhoben.

4.2.2 Strategieformulierung

Ist eine Bedarfsanalyse erfolgt, sollten im nächsten Schritt Ziele festgelegt und Maßnahmen abgeleitet werden (siehe oben). Wir haben in der Telefonbefragung deshalb gefragt, warum von der Kommune GFP-Maßnahmen ergriffen wurden. Von den 27 Kommunen, die in den letzten fünf Jahren GFP-Maßnahmen durchgeführt haben, gaben dabei 17 Kommunen (neun Städte, acht Kreise) an, dass die Maßnahmen aufgrund entsprechender Ergebnisse der Bedarfsanalyse oder auf der Basis anderer Daten ergriffen wurden. Somit findet in der Mehrzahl der Kommunen ein begründetes Vorgehen statt. Allerdings wurden nur in fünf Kommunen unseres Samples, darunter nur ein Kreis, Gesundheitsziele formuliert.

4.2.3 Umsetzung von GFP-Maßnahmen

Bei der Umsetzung von GFP-Maßnahmen bestehen große Unterschiede zwischen den Kommunen. Es gibt wenige, die überhaupt nicht aktiv sind. So haben fünf Kommunen auf die Frage, ob von ihnen in den letzten fünf Jahren Maßnahmen oder Projekte im Bereich GFP umgesetzt wurden, mit Nein geantwortet (zwei Städte, drei Kreise). In 13 Kommunen wurden eine oder zwei Maßnahmen genannt.¹⁰ 14 Kommunen konnten dagegen von mehreren Maßnahmen berichten. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass dies kein vollständiges Bild der GFP-Aktivitäten der Kommunen zeichnet. Wir haben zumeist mit ÖGD-Vertreter_innen gesprochen und somit nur Projekte und Maßnahmen erfassen können, die vom ÖGD angestoßen wurden oder bei denen dieser beteiligt war. Projekte, die z. B. durch das Jugendamt initiiert wurden, sind in diesen Zahlen nicht enthalten.

Die Maßnahmen, die in den vergangenen fünf Jahren ergriffen wurden, sind sehr vielfältig und reichen von Multiplikator_innen-Schulungen (z. B. Ärzte/Ärztinnen, Erzieher_innen) über spezielle Angebote für Flüchtlinge oder für Kinder psychisch kranker Eltern. Sehr häufig wurden Maßnahmen im Bereich Bewegung und Ernährung sowie in Kitas und Schulen genannt. Sozialraumbezogene Maßnahmen finden sich dagegen nur selten statt. Insgesamt dominieren eindeutig Aktionen im Kinder- und Jugendbereich.

4.2.4 Koordinierung von GFP

Auf kommunaler Ebene sind zahlreiche Akteure auf dem Feld der GFP aktiv (z. B. Sportvereine, Wohlfahrtsverbände, Eltern- und Bürgerinitiativen). Zentrale Aufgabe der Kommunen ist es daher, die Angebote vor Ort zu koordinieren.¹¹ Aufgrund der Vielfalt der Akteure und Maßnahmen ist dies eine anspruchsvolle Aufgabe, der sich nur ein Teil der Kommunen annimmt. Nur fünf Kommunen, darunter ein Kreis, gaben in unserer Befragung an, dass bei ihnen eine Koordinierung der GFP-Maßnahmen stattfindet; immerhin in neun Kommunen können Ansätze einer Ko-

¹⁰ Impfmaßnahmen und Suchtprävention wurden von uns dabei nicht berücksichtigt.

¹¹ Das ÖGDG NRW benennt explizit die Koordination der Gesundheitsförderung als eigenständige Aufgabe des ÖGD (§ 23 ÖGDG NRW).

ordinierung beobachtet werden. In 18 Kommunen findet keine Koordinierung statt. Jedoch hatten in der Befragung zwölf Gesprächspartner_innen einen (weiteren) Bedarf nach Koordinierung geäußert, ohne dass wir danach gefragt hatten.

Eine Koordinierung setzt voraus, dass die bestehenden GFP-Angebote bekannt sind. Deshalb haben wir die Kommunen auch danach gefragt, ob sie einen Überblick über die GFP-Maßnahmen, die in den verschiedenen Lebenswelten (z. B. Kitas, Vereinen, Stadtteilen) ihrer Kommune durchgeführt werden, haben. Hier ergibt sich ein ähnliches Bild: Nur eine Kommune gibt an, einen umfassenden Überblick über die GFP-Angebote zu haben, immerhin elf Städte und drei Kreise haben einen Überblick über einzelne Settings oder Bereiche bzw. versuchten zum Zeitpunkt der Befragung gerade einen solchen zu bekommen. 17 Kommunen besitzen jedoch keinen Überblick über die GFP-Landschaft. Auch hier wurde wieder von 15 Gesprächspartner_innen ein (weiterer) Bedarf nach einem Überblick über die GFP-Angebote in den einzelnen Settings geäußert, ohne dass wir danach gefragt hatten.

4.2.5 Vernetzung

GFP in der Kommune umzusetzen ist eine voraussetzungsvolle Aufgabe, die weitreichendes Wissen und Kompetenzen bei den Zuständigen erfordert. Zudem fallen die meisten GFP-Aktivitäten in den Bereich der freiwilligen Selbstverwaltungsaufgaben der Kommunen, sodass hier weitgehender Handlungsspielraum besteht. Insofern ist es hilfreich, sich mit anderen Verantwortlichen über die praktische Umsetzung der GFP auszutauschen und voneinander zu lernen. In Deutschland besteht mit dem Gesunde-Städte-Netzwerk¹² ein bundesweites Netzwerk, das sich dem fachlichen Austausch der Mitglieder verschrieben hat. Die Mitglieder leisten sich gegenseitig Unterstützung bei der Umsetzung von GFP, und es findet ein regelmäßiger Austausch über kommunale GFP-Themen statt (www.gesunde-staedte-netzwerk.de). Von den 32 von uns befragten Kommunen sind 14 Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk. Dies ist eine sehr hohe Zahl, bedenkt man, dass insgesamt nur 80 Städte und Gemeinden Mitglied sind. Dies deutet auf einen Bias in unserer Befragung hin. Vermutlich haben überwiegend die Kommunen teilgenommen, die sich überdurchschnittlich stark mit dem Thema GFP auseinandersetzen.

Um vernetzt zu sein, muss eine Kommune aber nicht unbedingt Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sein. Auch auf Landes- und regionaler Ebene bestehen zahlreiche Austauschforen und Netzwerke. Wir haben deshalb unsere Gesprächspartner allgemein gefragt, ob sie mit Verantwortlichen anderer Kommunen vernetzt sind. Dies ist bei 80 Prozent der Kommunen der Fall. Bei den Städten sind sogar alle, mit nur einer Ausnahme, in Netzwerke eingebunden.

¹² Das Netzwerk heißt zwar „Gesunde Städte“, es können jedoch auch Kreise und Gemeinden Mitglied werden.

4.2.6 Grad der Professionalisierung

Um die Arbeit der Kommunen auf dem Feld der GFP besser miteinander vergleichen zu können, haben wir die eben beschriebenen Merkmale zusammengefasst und daraus einen additiven Index gebildet. Da zahlreiche für die GFP-Arbeit relevante Faktoren in den Index einfließen, sagt dieser zumindest näherungsweise etwas über den Professionalisierungsgrad der GFP-Arbeit einer Kommune aus.

Der Index setzt sich aus den folgenden acht Merkmalen zusammen:

- (1) Die Gesundheitsberichterstattung dient als Grundlage für die Planung und Umsetzung von GFP-Maßnahmen.
- (2) GFP-Maßnahmen werden durch Daten und Analysen begründet.
- (3) In der Kommune wurden Gesundheitsziele definiert.
- (4) Es wurden in den vergangenen fünf Jahren GFP-Maßnahmen durchgeführt.
- (5) Es gibt Versuche einer Bestandsaufnahme bestehender Angebote.
- (6) GFP-Maßnahmen werden koordiniert.
- (7) Es besteht eine regionale Vernetzung.
- (8) Die Kommune ist Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk.

Die Ausprägungen der Variablen sind in Tabelle 3 beschrieben. Da die einzelnen Variablen unterschiedliche Werte hatten, haben wir die Werte zunächst standardisiert, sodass sie jeweils zwischen 0 und 1 liegen. Dann wurden diese Werte aufsummiert und so ein ungewichteter, additiver Index gebildet. Der Indexwert gibt den jeweiligen Grad der Professionalisierung an.

Tabelle 3: Professionalisierungsindex

Variablenbeschreibung	Variablenname	Mögliche Ausprägungen
(1) GBE als Grundlage für die Planung und Umsetzung von GFP-Maßnahmen	bed_gbe	Keine = 0 Gering = 1/3 teils/teils= 2/3 hoch = 1
(2) GFP-Maßnahmen durch Daten und Analysen begründet	konkm_grund	Gründe: Allgemeines = 0 Studien/Analyse = 1
(3) Gesundheitsziele definiert	gesz	Nein = 0 Ja = 1
(4) GFP-Maßnahmen in den vergangenen 5 Jahren	konkrm	Nein = 0 1-2 Maßnahmen = 0,5 Mehrere = 1
(5) Bestandsaufnahme bestehender Angebote	ueberblick	nein = 0 systematische Versuche o. Überblick über Teilbereiche = 0,5 umfassender Überblick = 1
(6) Koordinierung von Maßnahmen	koord	Nein = 0 Versuch bzw. Zielsetzung geäußert = 0,5 Koordinierungsmaßnahmen ergriffen = 1
(7) Regionale Vernetzung	vernetzung	Nicht/kaum = 0 ja = 1
(8) Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk	gsn	Kein Mitglied = 0 Mitglied = 1
Grad der Professionalisierung	in- dex_prof_unge_ohne_Be- darf_gfp	Min.-Wert = 0 Max-Wert = 8

Ein Drittel der befragten Kommunen erreicht einen Index-Wert zwischen fünf und acht Punkten, d. h., sie sind auf dem Feld der GFP relativ aktiv und agieren, gemessen an unseren Kriterien, professionell (siehe Tabelle 4). Fast die Hälfte der Kommunen erreicht einen Wert zwischen zwei und fünf Punkten, was heißt, dass hier Ansätze professionellen Handelns erkennbar sind. Allerdings finden sich mit acht Kommunen auch eine nicht geringe Zahl an Kommunen, die weniger professionell aufgestellt sind. Unser Sample enthält sogar zwei Kommunen, jeweils eine Stadt und einen Kreis, die insgesamt auf null Punkte kommen. Die Höchstpunktzahl von 8 wurde hingegen nur von einer Stadt erreicht. Da wir einen Selbstselektions-Bias in unserem Sample nicht ausschließen können, können wir von der Verteilung des Professionalisierungsindex in unserem Sample keine Rückschlüsse auf die tatsächliche Verteilung in der Gesamtheit der Kommunen ziehen.

Tabelle 4: Verteilung der Professionalisierungsindizes

Professionalisierungsindex	$0 \leq X \leq 2$	$2 < X \leq 5$	$5 < X \leq 8$
Stadt	1	7	7
Kreis	7	6	4
Insgesamt	8 (25%)	13 (41%)	11 (34%)

Insgesamt sind die Städte professioneller aufgestellt als die Kreise, sie erreichen im Durchschnitt 4,5 Punkte, während die Kreise auf durchschnittlich 2,9 Punkte kommen. Bei den Städten zeigt sich ein mittlerer positiver Zusammenhang zwischen Größe und Professionalität (Pearson-Korrelationskoeffizient = 0,74): Große Städte erreichen im Durchschnitt 6,2 Punkte, mittelgroße Städte 5,3 und kleine Städte nur 2,5. Bei den Kreisen findet sich ein solcher Zusammenhang nicht. Warum dies so ist, können wir auf der Basis unserer Daten nicht beantworten. Auch korreliert der Wert des Professionalisierungsindex positiv mit der Anerkennung, die das Thema GFP innerhalb des ÖGD erfährt (Pearson-Korrelationskoeffizient = 0,70).

4.3 Zusammenarbeit mit den Krankenkassen

4.3.1 Die Rolle der Krankenkassen in den kommunalen Gesundheitskonferenzen

Die Städte und Kreise in NRW sind seit 1998 verpflichtet, regelmäßig Kommunale Gesundheitskonferenzen (KGK) durchzuführen. Die KGK „berät gemeinsam interessierende Fragen der gesundheitlichen Versorgung auf örtlicher Ebene mit dem Ziel der Koordinierung und gibt bei Bedarf Empfehlungen“ (§ 27 ÖGDG NRW). Die Ausführungsverordnung zum ÖGDG bestimmte die Mitglieder der KGK und legte unter anderem fest, dass GKV und PKV in der KGK vertreten sein sollen. Die Ausführungsverordnung gilt zwar seit 2006 nicht mehr, dennoch sind in allen von uns

befragten Kommunen die gesetzlichen Krankenkassen weiterhin Mitglied der KGK. Jedoch bestehen größere Unterschiede zwischen den Kommunen in Bezug darauf, wie viele und welche Kassen an der KGK teilnehmen. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass in den Städten mehr Kassen an der KGK teilnehmen als in den Kreisen. Während in Städten i. d. R. mindestens drei unterschiedliche Kassen zu den Sitzungen kommen, erscheint in den 16 Kreisen, für die wir Daten haben, in drei Fällen nur eine Kasse (AOK) und in vier Fällen nur zwei Kassen (AOK u. Barmer). Die einzige Kasse, die in allen KGKs vertreten ist, ist die jeweilige AOK.

Wir haben auch gefragt, ob die Vertreter_innen, die von den Kassen entsendet werden, immer dieselben Personen sind oder ob diese wechseln. Einen beständigen Ansprechpartner oder Ansprechpartnerin zu haben, ist insbesondere wichtig, um eine persönliche Beziehung aufbauen und die Kontinuität der Arbeit gewährleisten zu können. 14 Kommunen gaben an, dass immer derselbe/dieselbe Kassenvertreter_in an der KGK teilnimmt. In elf Kommunen sind manche der Kassenvertreter_innen kontinuierlich anwesend. Nur in fünf Kommunen wechseln die Ansprechpartner_innen häufig. Insofern besteht in den meisten Kommunen eine gute Grundlage für die Zusammenarbeit mit den Kassen innerhalb der KGK.

Die Rolle, die den Krankenkassen in der KGK zukommt, variiert jedoch erheblich zwischen den Kommunen. Auf unsere Frage, welche Bedeutung den Krankenkassen in der KGK insgesamt zukommt, haben zehn Kommunen (davon sieben Kreise) geantwortet, dass sie keine Bedeutung haben. In elf Fällen beteiligen sich die Kassenvertreter_innen, indem sie Wissen und Information einbringen. In nur neun Fällen haben sie sich finanziell an Projekten beteiligt. Auf unsere offene Frage, welcher Partner der KGK besonders wichtig für das Thema GFP ist, haben nur 18 der 30 Kommunen die Krankenkassen genannt. Insofern scheint die Rolle der Krankenkassen in der KGK insgesamt und auch in Bezug auf das Thema GFP in vielen Kommunen noch ausbaufähig.

4.3.2 Zusammenarbeit vor dem PräVG

Die Zusammenarbeit zwischen Kommunen und Krankenkassen beschränkt sich nicht auf die gemeinsame Arbeit in der KGK. Der ÖGD kooperiert seit Langem mit den Krankenkassen im Bereich der Gruppenprophylaxe von Zahnerkrankungen (§ 21 SGB V) und der Selbsthilfe (§ 20h SGB V), welche beide Pflichtaufgaben der GKV sind. Aber auch darüber hinaus bestand bei der Hälfte der von uns befragten Kommunen (n = 30) schon vor dem PräVG eine Kooperation mit den Krankenkassen. Die Kooperationen sind vielfältig und umfassen z. B. die gemeinsame Organisation eines Präventionstages, die Organisation von Nachbarschaftshilfe für Demenz-Erkrankte oder Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Dabei ist oft, aber nicht immer, der ÖGD der Kooperationspartner der Kassen. Vereinzelt finden sich aber auch Kooperationen mit dem Dezernat für Soziales oder Wirtschaft, dem Jugendamt oder dem Jobcenter. Die Ergebnisse zeigen aber auch, dass bislang die Hälfte der Kommunen keine bis kaum Erfahrung in der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen besaß. Hierbei zeigen sich keine Unterschiede zwischen Städten und Kreisen.

Kooperation kann auf vielfältige Weise stattfinden. Vor dem Hintergrund des PräVG hat uns bei der Befragung insbesondere die finanzielle Beteiligung der Krankenkassen an GFP-Projekten interessiert. Deshalb fragten wir, ob die Krankenkassen sich in den letzten fünf Jahren finanziell an den von der Kommune durchgeführten GFP-Maßnahmen beteiligt haben. Bei der Hälfte der 32 Kommunen ist dies der Fall gewesen, wobei sieben Gesprächspartner_innen von einer breiten finanziellen Beteiligung der Krankenkassen berichtet haben. Es besteht eine große Überschneidung zwischen den Kommunen, die von einer Kooperation mit Krankenkassen berichtet haben, und denen, die eine finanzielle Beteiligung der Kassen angeführt haben. Allerdings sind die beiden Gruppen nicht ganz deckungsgleich, was darauf schließen lässt, dass entweder die Kooperation länger als fünf Jahre zurückliegt oder Kooperationen auch ohne finanzielle Beteiligung der Kassen stattfinden (z. B. Datenbereitstellung). Natürlich ist es auch möglich, dass die Befragten inkonsistent geantwortet haben.

4.3.3 Zusammenarbeit unter dem neuen PräVG

Zum Zeitpunkt unserer Befragung war das PräVG zwar bereits ungefähr zwei Jahre in Kraft und die LRV in Nordrhein-Westfalen schon ca. ein Jahr unterschrieben, aber das zentrale Verfahren war erst ein paar Monate vorher eingerichtet worden (siehe Kapitel 2.2). Wir haben deshalb zunächst danach gefragt, inwieweit die Kommunen von den Krankenkassen über die neuen Fördermöglichkeiten informiert wurden. 20 Kommunen haben hierzu angegeben, dass die Kassen in der KGK von den finanziellen Fördermöglichkeiten des PräVG berichtet haben, jedoch empfand davon die Hälfte der Kommunen den Bericht als eher unkonkret. In 14 Kommunen haben die Kassen darüber hinaus in anderen Zusammenhängen über finanzielle Fördermöglichkeiten informiert. Auch hier nahmen wieder sechs Kommunen den Bericht als eher unkonkret wahr. Es besteht eine größere Schnittmenge zwischen beiden Antworten: So haben zehn Kommunen sowohl in der KGK als auch im direkten Austausch mit Kassenvertreter_innen Informationen über die Finanzierungsmöglichkeiten des PräVGs erhalten.

Zum Zeitpunkt unserer Erhebung standen 15 von 31 Kommunen, davon zehn Städte und fünf Kreise, im Austausch mit Krankenkassen bzgl. einer möglichen finanziellen Förderung von GFP-Projekten.

4.3.4 Grad der Kooperation

Um die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen besser zwischen den Kommunen vergleichen zu können, haben wir die oben beschriebenen Merkmale zusammengefasst und daraus einen additiven Index gebildet. Der Index setzt sich aus den folgenden acht Merkmalen zusammen:

- (1) Die Krankenkassen werden als wichtige Partner der GFP in der KGK genannt.
- (2) Es sind immer dieselben Ansprechpartner_innen der Kassen in der KGK vertreten.
- (3) Die Kassen bringen sich inhaltlich und/oder finanziell in die KGK ein.
- (4) Es bestehen Kooperationsbeziehungen mit den Kassen über die KGK hinaus.
- (5) Die Kassen haben sich in den letzten fünf Jahren finanziell an GFP-Projekten der Kommune beteiligt.

- (6) Die Kassen haben über finanzielle Fördermöglichkeiten des PräVG in der KGK berichtet.
- (7) Die Kassen haben an anderer Stelle als der KGK über das PräVG berichtet.
- (8) Die Kommune steht im Austausch über die Finanzierung einer GFP-Maßnahme mit einer oder mehreren Kassen.

Die Ausprägungen der Variablen sind in Tabelle 5 beschrieben. Da die einzelnen Variablen unterschiedliche Werte hatten, standardisierten wir die Werte zunächst, sodass sie jeweils zwischen 0 und 1 lagen. Dann haben wir diese Werte aufsummiert und so einen ungewichteten additiven Index erhalten. Der Indexwert gibt den jeweiligen Grad der Kooperation zwischen Kommunen und Krankenkassen an.

Tabelle 5: Kooperationsindex

Variablenbeschreibung	Variablenname	Mögliche Ausprägungen		
(1) Krankenkassen als wichtige Partner der GFP in KGK	partner	Ja = 1 Nein = 0	Kooperation innerhalb der KGK	Kooperation vor PräVG
(2) Stetige_r Ansprechpartner_in der Kassen in der KGK	kk_stetig	Nein = 0 zwischen den Kassen unterschiedlich = 0,5 stetig = 1		
(3) Kassen bringen sich in KGK ein	kk_bedeut	Nein = 0 Wissen/Information = 0,5 Wissen u. Finanzierung= 1		
(4) Kooperationsbeziehungen über die KGK hinaus	kk_koop	Nein = 0 Ja = 1	Kooperation im Zuge PräVG	
(5) Beteiligung an GFP-Projekten (letzte fünf Jahre)	beteilkk	Nein = 0 1-2 Projekte = 0,5 ¹³ mehr als 2 Projekte = 1		
(6) Bericht über Fördermöglichkeiten des PräVG in der KGK	kk_Bericht-KGK	Nein = 0 Unkonkret = 0,5 Ja = 1	Kooperation im Zuge PräVG	
(7) Bericht über Fördermöglichkeiten des PräVG außerhalb der KGK	kk_Bericht	Nein = 0 Unkonkret = 0,5 Ja = 1		
(8) Austausch über die Finanzierung einer GFP-Maßnahme mit einer oder mehreren Kassen	kk_Austausch	Nein = 0 Ja 1		
Kooperationsindex	index_koop	Min-Wert = 0 Max-Wert = 8		

¹³ Da Zahnprophylaxe und Selbsthilfe zu den Pflichtaufgaben der Krankenkassen gehören, wurden diese hier nicht berücksichtigt.

Ein Drittel der befragten Kommunen erreicht einen Index-Wert zwischen fünf und acht Punkten, d. h., hier besteht, gemessen an unseren Kriterien, eine gute Zusammenarbeit zwischen den Kommunen und Krankenkassen. Ebenfalls ein Drittel der Kommunen erreicht einen Wert zwischen zwei und fünf Punkten, was heißt, dass hier Ansätze der Zusammenarbeit bestehen. Allerdings findet in zehn Kommunen kaum eine Zusammenarbeit statt (siehe Tabelle 6). Unser Sample enthält sogar drei Kommunen, zwei Städte und einen Kreis, die insgesamt auf null Punkte kommen. Die Höchstpunktzahl von acht wurde nicht erreicht. Ein Kreis kommt jedoch auf 7,5 Punkte und weitere zwei Kreise und drei Städte erreichen sieben Punkte. Insgesamt sind auch hier wieder die Städte besser aufgestellt als die Kreise: Sie erreichen im Durchschnitt 4,4 Punkte, während die Kreise auf durchschnittlich 3,1 Punkte kommen. Da wir einen Selbstselektions-Bias in unserem Sample nicht ausschließen können, können wir von der Verteilung des Kooperationsindex in unserem Sample keine Rückschlüsse auf die tatsächliche Verteilung in der Gesamtheit der Kommunen ziehen. Anders als beim Professionalisierungsindex besteht kein Zusammenhang zwischen dem Kooperationsindex und der Anerkennung, die das Thema GFP innerhalb des ÖGD erfährt. Es lässt sich jedoch ein schwach positiver Zusammenhang zwischen politischer Unterstützung der GFP und Zusammenarbeit mit den Krankenkassen finden (Pearson-Korrelationskoeffizient = 0,52).

Tabelle 6: Verteilung der Kooperationsindizes

Kooperationsindex	$0 \leq X \leq 2$	$2 < X \leq 5$	$5 < X \leq 8$
Stadt	2	7	6
Kreis	8	4	5
Insgesamt	10 (31%)	11 (34%)	11 (34%)

Für die Beantwortung unserer zweiten Fragestellung ist es notwendig, die einzelnen Bestandteile des Kooperationsindex getrennt zu betrachten. So enthält dieser Informationen über die Kooperation vor der Umsetzung des PräVG sowie Informationen über die Zusammenarbeit im Zuge der Umsetzung (siehe Tabelle 5). In Kapitel 3 hatten wir die Ausgangsthese formuliert, dass die bisherige Erfahrung in der Zusammenarbeit maßgeblichen Einfluss darauf hat, ob es zu einer Zusammenarbeit bei der Umsetzung des PräVG kommt. Wir haben deshalb einen Indexwert für die bestehende Kooperation¹⁴ sowie einen Indexwert für die Kooperation im Zuge der Umsetzung des PräVG¹⁵ ermittelt und diese in Beziehung gesetzt. Es zeigt sich eine mittlere Korrelation zwischen der Zusammenarbeit, die zwischen den Kommunen und Kassen bereits bestand und der Zusammenarbeit im Zuge der Einführung und Umsetzung des PräVG (Pearson-Korrelationskoeffizient = 0,68). Wir hatten außerdem vermutet, dass die Zusammenarbeit in der KGK zentral für die Kooperation im Zuge der Umsetzung des PräVG ist. Um diese Annahme zu überprüfen,

¹⁴ Bestehend aus den Variablen: partner, kk_stetig, kk_bedeut, kk_koop, beteilkk, siehe Tabelle 5.

¹⁵ Bestehend aus den Variablen: kk_BerichtKGK, kk_Bericht, kk_Austausch, siehe Tabelle 5.

haben wir die Variablen über die Zusammenarbeit innerhalb der KGK zusammengefasst¹⁶ und ermittelt, ob diese in Zusammenhang mit der Kooperation im Zuge der Umsetzung des PräVg stehen. Und auch hier finden wir einen mittleren Zusammenhang (Pearson-Korrelationskoeffizient = 0,71). Die Kooperation in der KGK scheint also ein wichtiger Einflussfaktor für die Zusammenarbeit im Zuge der Umsetzung des PräVg zu sein.

4.4 Das „Ankommen“ des PräVg in den Kommunen

Zum Zeitpunkt der Telefonbefragung (Mai bis August 2017) zeigte sich, dass in fast allen Kommunen eine Auseinandersetzung mit dem PräVg stattgefunden hatte. In keiner der Kommunen war dieses allerdings „angekommen“. Das heißt, von den von uns befragten Vertreter_innen konnte zum Zeitpunkt der Befragung niemand von bewilligten Maßnahmen nach § 20a SGB V berichten.

Die Befragten kannten zwar zumeist die allgemeinen Voraussetzungen der Förderung nach § 20a SGB V (21 von 31 Kommunen), darüber wie das Antragsverfahren konkret abläuft, wussten jedoch nur 13 Befragte Bescheid. Sieben Kommunen, darunter nur ein Kreis, berichteten, bereits einen Antrag auf Förderung eingereicht zu haben oder kurz vor der Einreichung zu stehen. Die Anträge wurden dabei nicht immer vom ÖGD, sondern zum Teil auch aus anderen Fachbereichen gestellt (z. B. Jugendamt). Wir haben nicht systematisch erhoben, über welche Förderverfahren die Anträge gestellt wurden bzw. gestellt werden sollten. Aus den Anmerkungen der Gesprächspartner_innen wissen wir jedoch, dass zwei Kommunen eine Finanzierung über das speziell auf Kommunen ausgerichtete Programm „Gesunde Kommune“ (Techniker Krankenkasse 2017) der Techniker Krankenkasse anstrebten. Eine befragte Kommune hatte bereits eine Ablehnung vom zentralen Verfahren erhalten.

Auch indirekt hatte das PräVg zum Zeitpunkt der Befragung nur geringe Auswirkungen. Lediglich in zwei Städten hatte das Thema GFP im Zuge der Umsetzung des PräVg an Bedeutung gewonnen, und in weiteren zwei Städten intensivierte sich die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen durch das PräVg. Eine Stadt berichtete sogar, dass die Kassen zunächst bis 2016 der KGK fernblieben, dann aber wieder teilnahmen und ihr Engagement dort verstärkten. In den Kreisen hatte das PräVg auch indirekt keine Auswirkung.

Bezogen auf unsere erste Fragestellung ist es interessant, die Merkmale der Kommunen näher zu betrachten, die einen Antrag eingereicht hatten bzw. konkret planten, einen solchen zu stellen (siehe Tabelle 7). Bei sechs der sieben Kommunen handelt es sich, bezogen auf die Einwohnerzahl, um mittelgroße (240.000 bis 379.999 Einwohner_innen) beziehungsweise große Kommunen (≥ 380.000 Einwohner_innen). Trotz der aufwendigen bzw. personalintensiven Antragstellung scheint die Anzahl der Mitarbeiter_innen im Bereich GFP keine Rolle zu spielen, da auch Kommunen mit relativ wenigen Beschäftigten einen Antrag planten bzw. eingereicht hatten. Da unsere Daten der Personalstellen jedoch nicht sehr aussagekräftig sind (siehe Abschnitt 4.1),

¹⁶ Variablen: partner, kk_stetig, kk_bedeut, siehe Tabelle 5.

können wir zum Zusammenhang zwischen Personalausstattung und Antragsverhalten keine belastbaren Aussagen treffen.

Entsprechend unseren Erwartungen erfährt GFP in allen sieben Kommunen, die bereits einen Antrag eingereicht hatten oder dies planten, innerhalb des ÖGD mindestens eine durchschnittliche Bedeutung, in vier der Kommunen sogar eine hohe. Und auch die politische Unterstützung scheint ein wichtiger Einflussfaktor zu sein: So ist die Unterstützung des Themas durch den/die Bürgermeister_in bzw. Landrat/-rätin in vier der sieben Kommunen stark und in den übrigen immerhin grundsätzlich gegeben.

Vier der Städte, die einen Antrag eingereicht hatten oder planten, sind im Bereich GFP überdurchschnittlich professionell aufgestellt, eine Stadt liegt mit 4,5 Punkten genau im Durchschnitt; eine Stadt sowie ein Kreis liegen unter der durchschnittlichen Punktzahl unseres Professionalisierungsindex. Dies könnte darauf hindeuten, dass die Antragstätigkeit einer Kommune davon abhängt, wie diese im Bereich GFP aufgestellt ist. Allerdings ist die Fallzahl zu klein, um hier belastbare Aussagen zu machen. Zudem haben wir im Professionalisierungsindex sehr unterschiedliche Faktoren zusammengefasst, die ggf. nicht alle für eine Antragstellung relevant sind. Sicherlich relevant ist die Bedeutung, die der GBE zukommt, denn in allen Anträgen müssen die Maßnahmen ausführlich begründet werden. Hier zeigen unsere Daten auch einen deutlichen Zusammenhang: Fünf Kommunen gaben an, dass die GBE eine sehr hohe Bedeutung für die Planung und Durchführung von GFP-Maßnahmen hat; in einer Stadt kommt ihr immerhin eine mittlere Bedeutung zu. Lediglich im einzigen Kreis der sieben Kommunen ist dies nicht der Fall. Auch sind unter den sieben Kommunen nur solche, die in der Vergangenheit bereits GFP-Maßnahmen durchgeführt hatten; fünf davon gehören dabei zu den aktiveren und hatten in den vergangenen fünf Jahren mehrere Maßnahmen initiiert.

Mit Ausnahme einer Kommune weist jede der sieben Kommunen einen überdurchschnittlichen Kooperationsgrad auf (zwischen 5 und 7 Punkte). Dies deutet darauf hin, dass die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen ein wichtiger Einflussfaktor für die Antragstätigkeit der Kommunen ist. Mit einer Ausnahme hatten alle Kommunen in den vergangenen fünf Jahren schon ein oder mehrere Projekte in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen realisiert. Bemerkenswerterweise kannten nicht alle Kommunen, die einen Antrag gestellt hatten bzw. dies planten, die Details der Antragsverfahren; eine der sieben Kommunen gab sogar an, die Kriterien nicht zu kennen. Dies kann allerdings daran liegen, dass der Antrag ggf. von einer anderen Person als dem/der Gesprächspartner_in gestellt wurden.

Tabelle 7: Merkmale der Kommunen, die einen Antrag gestellt hatten bzw. dies planten

Kommune	1	2	3	4	5	6	7
Stadt/Kreis	Stadt	Stadt	Stadt	Stadt	Stadt	Stadt	Kreis
Einwohner_innen (<240.000 = 1; 240.000 bis 379.999 = 2; ≥ 380.000 = 3)	1	2	2	2	2	3	2
Personalstellen GFP	5	0,5	2	1,6	2	-	3
Bedeutung GFP im ÖGD/Dezernat (keine/gering = 0; mittel =1, hoch = 2)	1	1	2	2	2	2	1
Unterstützung durch Bürgermeister_in/Landrat/-rätin (keine =0; grundsätzlich =1, stark = 2)	2	2	2	1	2	1	1
Kennt Verfahren	1	0	1	1	0	1	1
Kennt Förderkriterien	1	0	1	1	1	1	1
Professionalisierungsindex	4,5	2,7	6,5	6,5	5,5	6	2,3
bed_gbe	1	0,66	1	1	1	1	0,33
konkrm	0,50	1	1	1	0,50	1	1
konkm_grund	0	0	1	1	1	1	0
gesz	0	0	0	1	0	1	0
ueberblick	0,50	0	0,50	0,50	0,50	0,50	0
koord	0,50	0	1	1	0,50	0,50	0
vernetzung	1	1	1	1	1	1	1
gsn	1	0	1	0	1	0	0
Kooperationsindex	7	5	2,5	5	6,5	6	7
partner	1	0	0	1	1	1	1
kk_stetig	0,5	1	0,5	1	1	0,5	1
kk_bedeut	1	1	0	0,5	1	0,5	1
kk_koop	1	1	0	1	0	0	1
beteilkk	0,5	1	0	0,5	0,5	1	1
kk_BerichtK GK	1	0	1	0,5	1	1	1
kk_Bericht	1	0	0	0,5	1	1	0
kk_Austausch	1	1	1	0	1	1	1

Zum Abschluss der Befragung haben wir die kommunalen Vertreter_innen noch gefragt, welche Erwartungen sie an die Umsetzung des PrävG haben. Die häufigsten Antworten sind in Tabelle

8 aufgeführt. Die Liste spiegelt weitgehend die Punkte wieder, die im Zuge der Umsetzung des PräVG immer wieder von den Kommunen hervorgebracht werden (vgl. Nationale Präventionskonferenz 2018). Angesichts klammer Kommunalhaushalte ist die größte Hoffnung, durch das PräVG an zusätzliche Mittel für GFP zu kommen. Als problematisch erachten die Kommunen dabei die Projektförderung, weil ihnen damit die Mittel nur kurz- bis mittelfristig zur Verfügung stehen und nachhaltiges Arbeiten nur bedingt möglich ist. Vermutlich weil die Kommunen von den Ergebnissen der ersten Antragsrunden gehört hatten, haben sie ein einfacheres Antragsverfahren und breitere Förderkriterien angemahnt.

Tabelle 8: Erwartungen an die Umsetzung des PräVG

Mehr Mittel n = 7
Keine Projektitis n = 6
Tranzparenz n = 4
Einfaches Antragsverfahren n = 4
Breitere Förderkriterien n = 4
Finanzierung von Koordinierungsaufgaben n = 4
Beteiligung der Kommunen n = 3

Zusammenfassung: Ergebnisse der Telefonbefragung

- An der Telefonbefragung haben 32 Kommunen, davon 18 Kreise und 14 kreisfreie Städte teilgenommen.
- Die *Bedeutung*, die dem Thema GFP in den einzelnen Kommunen zukommt, unterscheidet sich stark. In ca. 40 Prozent der Kommunen hat GFP einen hohen Stellenwert, in ca. 30 Prozent spielt es nur eine geringe Rolle. Dabei kommt GFP in den Städten weit mehr Bedeutung zu als in den Kreisen. Grundsätzlich besteht ein enger Zusammenhang zwischen der Anerkennung des Themas innerhalb des ÖGD, seiner Bedeutung innerhalb der KGK und der Unterstützung durch die politische Führung.
- Die Kommunen sind *unterschiedlich aktiv* bei der Umsetzung von GFP-Maßnahmen: In den letzten fünf Jahren haben 16 Prozent der befragten Städte und Kreise keine, 41 Prozent eine bis zwei und 44 Prozent der Kommunen mehrere GFP-Maßnahmen durchgeführt.
- Eine *Koordinierung* von GFP-Maßnahmen erfolgt in 56 Prozent der Kommunen nicht. Ansätze einer Koordinierung lassen sich in 28 Prozent der Kommunen feststellen.
- Um zu erfassen, wie die Kommunen im Bereich GFP insgesamt aufgestellt sind, haben wir einen *Professionalisierungsindex* aus acht Merkmalen (z. B. Rolle der GBE, Koordinierung, Umsetzung von Maßnahmen) erstellt. Ein Drittel der befragten Kommunen erreicht einen hohen Index-Wert, knapp die Hälfte einen mittleren und acht Kommunen einen niedrigen Wert. Insgesamt schneiden die Städte dabei besser ab als die Kreise.
- Die Rolle, die den *Krankenkassen in der Kommunalen Gesundheitskonferenz* zukommt, variiert erheblich zwischen den Kommunen. Auf unsere offene Frage, welche Partner der KGK besonders wichtig für das Thema GFP sind, haben nur 18 der 30 Kommunen die Krankenkassen genannt. Zugleich bestand bei der Hälfte der von uns befragten Kommunen schon vor dem Präventionsgesetz eine Kooperation mit den Krankenkassen.
- Wir haben aus mehreren Merkmalen der Zusammenarbeit zwischen Kommunen und Kassen (z. B. Rolle der Kassen in der KGK, gemeinsame Projekte, Information über das PräVG) einen additiven *Index der Kooperation* gebildet. Je ein Drittel der befragten Kommunen erreicht einen hohen und einen mittleren Index-Wert. Beim Rest der Kommunen findet kaum eine Zusammenarbeit statt. Insgesamt sind auch hier wieder die Städte besser aufgestellt als die Kreise.

- Zum Zeitpunkt der Telefonbefragung hatte in fast allen Kommunen eine *Auseinandersetzung mit dem Präventionsgesetz* stattgefunden. 15 von 31 Kommunen standen im Austausch mit Krankenkassen bzgl. einer möglichen finanziellen Förderung von GFP-Projekten. Sieben Kommunen hatten einen Antrag gestellt bzw. konkrete Pläne, einen Antrag einzureichen. In keiner der befragten Kommunen war jedoch bis dato eine Maßnahme nach § 20a SGB V bewilligt worden.
- Von den sieben Kommunen, die einen Antrag eingereicht hatten bzw. planten, einen einzureichen, weisen alle, mit einer Ausnahme, einen überdurchschnittlich hohen Wert des Kooperationsindex auf. Dies deutet darauf hin, dass die *Zusammenarbeit mit den Krankenkassen* ein wichtiger Einflussfaktor für die Antragstätigkeit der Kommunen ist.

5 Kooperationen zwischen Kommunen und Krankenkassen in der qualitativen Betrachtung

Die Ergebnisse der Telefonbefragung haben gezeigt, dass große Unterschiede in der Kooperation der Kommunen mit den Krankenkassen bestehen: Ein Drittel der Kommunen arbeitet umfangreich mit den Krankenkassen zusammen, in einem Drittel bestehen Ansätze einer Zusammenarbeit, und ein Drittel der Kommunen verfügt über nahezu keine Kooperationserfahrung. Gleichzeitig ergaben sich deutliche Hinweise darauf, dass eine ausgeprägte Kooperation die Wahrscheinlichkeit für eine Antragstellung erhöht. Im Folgenden werden wir deshalb die Zusammenarbeit zwischen Kommunen und Krankenkassen ausführlicher beleuchten und dabei auch weitere Faktoren, die eine Antragstellung begünstigen könnten, mit in den Blick nehmen. Wir haben hierfür leitfadengestützte Interviews mit Vertreter_innen von sechs ausgewählten Kommunen sowie mit vier Krankenkassenvertreter_innen geführt. Im ersten Schritt werden wir die Sicht der Kommunen (Kapitel 5.1) und in einem zweiten Schritt die Sicht der Kassenvertreter_innen (Kapitel 5.2) darstellen. Eine Zusammenführung beider Perspektiven erfolgt in Kapitel 6.

5.1 Die kommunalen Fallstudien

Zwischen den Kommunen bestehen große Unterschiede im Bereich der GFP, wie Kapitel 4 gezeigt hat (z. B. Relevanz des Themas, Ressourcenausstattung, professionelle Handlungsweisen). Um zu ermitteln, wie sich diese Unterschiede auf die Antragstellung und die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen auswirken, haben wir in sechs Kommunen eine qualitative Analyse durchgeführt.

Eine zentrale Annahme unserer Analyse lautet, dass erfolgreiche Förderanträge eher von Kommunen zu erwarten sind, die im Bereich GFP professionell aufgestellt sind (siehe Kapitel 3.3.1). Die Ergebnisse der Telefonbefragung deuten zwar darauf hin, dass diese Annahme zutrifft, sie haben jedoch auch gezeigt, dass eine professionelle Ausrichtung allein keine Garantie für eine erfolgreiche Kooperation mit den Krankenkassen zu sein scheint. Um besser untersuchen zu können, welche Beziehung zwischen Professionalität und Kooperation mit den Kassen besteht, bzw. welche Bedeutung den Einflussgrößen im Einzelnen zukommt, haben wir die Kommunen für die qualitative Analyse auf der Grundlage der aus der Telefonbefragung gewonnenen Indizes „Professionalisierung“ und „Kooperation“ (siehe Kapitel 4) ausgewählt. Aus der Kreuzkombinationen hoher und niedriger Werte der beiden Indizes ergeben sich vier Konstellationen:

- 1) Kommunen mit einem hohen Grad der Professionalisierung und einem umfangreichen Grad der Kooperation;
- 2) Kommunen mit einem hohen Grad der Professionalisierung und einem nur gering ausgeprägten Grad der Kooperation;

- 3) Kommunen mit einem niedrigen Grad der Professionalisierung, aber einem umfangreichen Grad der Kooperation;
- 4) und schließlich Kommunen mit einem niedrigen Grad der Professionalisierung und einem nur gering ausgeprägten Grad der Kooperation.

Aufgrund der von uns erwarteten geringen Aussagekraft von Fällen der vierten Gruppe im Hinblick auf unsere Fragestellungen haben wir diese von der Fallauswahl ausgenommen. Um den unterschiedlichen Problemstellungen in Kreisen und kreisfreien Städten Rechnung zu tragen, wurden für jede der anderen drei Gruppen jeweils eine kreisfreie Stadt und ein Kreis ausgewählt. Da einige der Interviewpartner_innen um eine vollständige Anonymisierung gebeten haben, geben wir die Kommunen hier nur anonym als Kommune 1-6 wieder. Das Sample umfasst mit K1 und K2 zwei Kommunen, die entsprechend unseren Indizes sowohl sehr professionell aufgestellt sind als auch vergleichsweise umfangreich kooperieren. Der Grad der Professionalisierung ist ebenfalls stark ausgeprägt in der Stadt K5 sowie im Kreis K6, beide kooperieren bisher aber kaum mit den Krankenkassen. Anders stellt es sich im Falle von K3 und K4 dar: Während der Grad der Professionalisierung in den zwei Fällen eher gering ist, erreichen beide vergleichsweise hohe Werte beim Grad der Kooperation (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Fallauswahl basierend auf Kreuzkombinationen der Indizes-Werte

		Grad der Professionalisierung	
		stark ausgeprägt	schwach ausgeprägt
Grad der Kooperation	stark ausgeprägt	K1 (Stadt): KOOP: 6,5 PROF: 8 K2 (Kreis): KOOP: 5,5; PROF: 6	K3 (Stadt): KOOP: 7; PROF: 3,3 K4 (Kreis): KOOP: 7; PROF: 2,3
	schwach ausgeprägt	K5 (Stadt) KOOP: 4; PROF: 6,5 K6 (Kreis) KOOP: 1; PROF: 5,2	/

Für die qualitative Analyse haben wir einen Interviewleitfaden entwickelt, der für jede Kommune an ihre jeweils spezifischen Ausgangsbedingungen angepasst wurde. Der Leitfaden enthielt zunächst eine Zusammenfassung der aus der Telefonbefragung erhaltenen Informationen mit der Bitte, diese zu bestätigen bzw. eventuelle Änderungen anzuzeigen. Es folgten Fragen zur Rolle und Bedeutung der KGK, zu den Beziehungen zu den Krankenkassen, zu der bisherigen Erfahrung der Kommune bei Kooperationen und Fragen zur Einschätzung der Situation. Insgesamt wurden sieben kommunale Vertreter_innen, meist aus dem Bereich des ÖGD interviewt.

In einer Kommune haben wir zusätzlich noch mit dem/der zuständigen Dezernent_in gesprochen.

Nach der Transkription der Interviews erfolgte die Auswertung mithilfe von MaxQDA und anhand eines Kategoriensystems, das auf den in Kapitel 3 vorgestellten Kategorien beruhte und induktiv ergänzt wurde. Im Hinblick auf die Aussagekraft der im Gespräch gewonnenen Daten bleibt anzumerken, dass zwar teils relativ einfach überprüfbare Informationen wie z. B. institutionelle Strukturen oder vergangene Kooperationen der Akteure abgefragt wurden. Primäres Ziel der Interviews war es jedoch, einen Einblick in die jeweiligen Perspektiven der Akteure und ihre Bewertung der komplexen Sachzusammenhänge zu erhalten, d. h. ihre Wahrnehmung und Einschätzung der Situation, basierend auf ihrem bisherigen Erfahrungswissen, den institutionellen Gegebenheiten und ihren ideellen Prämissen, zu rekonstruieren. In diesem Sinne sollten im Rahmen der Interviewauswertung keine objektiven Probleme benannt, sondern diejenigen Faktoren identifiziert werden, die aus Sicht der beteiligten Akteure maßgeblichen Einfluss auf das Gelingen oder das Scheitern der Kooperationen hatten.

In Kapitel 5.1.1 erfolgt zunächst die Beschreibung der sechs Kommunen auf der Grundlage der in den Interviews gewonnenen Informationen. In der sich anschließenden vergleichenden Analyse werden die wesentlichen Ergebnisse im Hinblick auf die Rolle institutioneller Aspekte (Kapitel 5.1.2), des Erfahrungswissens der Akteure (Kapitel 5.1.3) und bestimmter ideeller Faktoren (Kapitel 5.1.4) zusammengefasst.

5.1.1 Die sechs Kommunen im Überblick

Die Darstellung der Ergebnisse der Interviews mit den Kommunen ist jeweils wie folgt strukturiert: Zunächst erfolgt eine qualitative Beschreibung der Professionalisierungs- und Kooperationsmerkmale, die wir aus der Telefonbefragung gewonnen haben. Daran schließt sich eine Beschreibung der möglichen weiteren Einflussfaktoren wie die institutionellen Charakteristika (Ressourcenausstattung, organisationale Verortung, Rolle der KGK, Bedeutung der GFP, institutionalisierte Beziehungen zu den Krankenkassen), das Erfahrungswissen (Kooperations- und Antragserfahrung, Wissen über Fördermöglichkeiten) und die ideellen Faktoren (Rollenverständnis und Handlungsstrategie, Wahrnehmung der Krankenkassen und des Verfahrens) an.¹⁷

Kommune 1 (K1)

Die Stadt K1 ist nach den in Kapitel 4 dargelegten Maßstäben vergleichsweise professionell aufgestellt und weist einen vergleichsweise hohen Kooperationsgrad auf. Bei der Telefonbefragung gab der/die kommunale Vertreter_in an, dass der GBE eine hohe Bedeutung für die Maßnahmenplanung der GFP zukommt. Zudem begründete er/sie die ergriffenen GFP-Maßnahmen mit

¹⁷ In dieser einführenden Übersicht werden die Belegstellen aus den Interviews nur bei wörtlichen Zitaten aufgeführt, in der weitergehenden Analyse ab Kapitel 5.1.2 dann auch bei den einzelnen Ergebnissen.

Verweis auf entsprechende Daten der GBE. Die Kommune versucht, einen Überblick über bestehende Angebote und Maßnahmen der GFP zu bekommen und Aktivitäten in diesem Bereich zu koordinieren. Außerdem hat sie selbst in den vergangenen fünf Jahren zahlreiche GFP-Maßnahmen durchgeführt. Zudem wurden Gesundheitsziele definiert. Die Stadt ist Mitglied im GSN und auch anderweitig vernetzt. Der/Die Gesprächspartner_in nannte die Krankenkassen als wichtigen Partner der GFP. In der KGK sind immer dieselben Ansprechpartner_innen der Kassen vertreten und bringen sich dort sowohl inhaltlich als auch finanziell ein. Zum Zeitpunkt der Telefonbefragung bestand keine Kooperation mit den Krankenkassen, jedoch hatten sich die Kassen in der Vergangenheit an GFP-Projekten der Kommune beteiligt. Die Krankenkassen hatten nicht nur im Rahmen der KGK, sondern auch in Einzeltreffen mit dem ÖGD die neuen Fördermöglichkeiten vorgestellt. Die Kommune stand im Austausch mit den Kassen bezüglich einer weiteren GFP-Kooperation.

Im öffentlichen Gesundheitsdienst besteht eine GFP-Koordinationsstelle, welche sich mit einem mehrköpfigen, multiprofessionellen Team um die Gesundheitsberichterstattung, die GFP sowie die Psychiatrie- und Suchtkoordination kümmert und die Geschäftsstelle der KGK betreut. Der Abteilung steht ein kleines Budget für Projekte zur Verfügung. Die KGK tagt nur zweimal im Jahr, weshalb dort kaum konkrete Projekte besprochen, sondern vielmehr programmatische Ziele verhandelt werden. Da GFP auch für die Amts- und die Dezernatsleitung ein „wichtiges Thema“ ist, erfahren die Mitarbeiter_innen von diesen eine entsprechende Unterstützung (K1 Abs. 43). Vor der Einführung der KGKs gab es in der Stadt bereits eine Arbeitsgemeinschaft aller größeren Krankenkassen, welche im Zuge der Gründung der KGK jedoch in dieser aufging. Institutionalisierte Beziehungen mit den Krankenkassen existieren darüber hinaus nicht, jedoch temporäre Kontakte mit einzelnen Kassen.

K1 hatte bereits in der Vergangenheit mit Krankenkassen kooperiert. Jüngere Förderanträge der Kommune lehnten die Kassen jedoch, meist unter Verweis auf die mangelnde Leitfadenskonformität, ab. Als problematisch wurden dabei seitens der Kommune weniger die Kriterien an sich, als vielmehr die jeweilige Auslegung der Kriterien im Vergleich zu anderen Fällen bewertet, welche in den Aussagen des/der Vertreter_in nicht immer transparent und nachvollziehbar gewesen sei. Viel scheine auch von den jeweiligen Ansprechpartner_innen oder von der Ebene abzuhängen, mit der man zu tun habe, so der/die Interviewpartner_in. Über das zentrale Antragsverfahren war er/sie informiert; eine Antragstellung dort war angedacht, stellte aber nur eines von mehreren möglichen Förderszenarien dar.

Vor diesem Hintergrund verfolgt K1 die Strategie, zunächst unabhängig von den Kassen ein systematisches, ganzheitlich ansetzendes Konzept zu entwickeln, um dann an die Geldgeber heranzutreten und diese „mit ins Boot zu holen“ (K1 Abs. 23). Diesem Ansatz liegt ein eigenständiger Steuerungsanspruch und ein aktives Rollen- bzw. Selbstverständnis zugrunde, wie auch die weiteren Aussagen des/der Vertreters/Vertreterin demonstrieren: Ziel müsse es sein, das Thema GFP dauerhaft in der Kommune zu verankern und in diesem Sinne als zentraler Akteur

die entsprechende Verantwortung zu übernehmen. Die Kassen seien zwar grundsätzlich abgeschlossen, könnten jedoch einige Aufgaben wie z. B. die Bestandsaufnahme bestehender Angebote schlicht nicht leisten. Mit der Verantwortung müsse aber auch die Autonomie der Kommune gestärkt werden, zumal die inhaltliche Ausgestaltung aufgrund der besseren Orts- und Problemkenntnis dieser ohnehin obliegen sollte. Konsequenterweise würde sich der/die Vertreter_in daher von Kassen wünschen, zukünftig eine Dauerfinanzierung von bereits bestehenden Projekten zu ermöglichen, ferner Möglichkeiten zur Finanzierung von Personal zu schaffen, welches bei der Identifizierung von Bedarfen helfe, sowie über die Einrichtung eines gemeinsamen Topfes nachzudenken.

Kommune 2 (K2)

Der Grad der Professionalisierung sowie der Grad der Kooperation sind auch im Kreis K2 vergleichsweise hoch. Auch hier hob der/die kommunale Vertreter_in während der Telefonbefragung die hohe Bedeutung der GBE hervor und begründete bereits ergriffene Maßnahmen mit datengestützten Analysen von Bedarfen. Ebenfalls berichtete er/sie von Versuchen, Maßnahmen und Aktivitäten zu koordinieren, obgleich kein Überblick über bestehende Angebote bestehe. In den vergangenen fünf Jahren wurden zahlreiche GFP-Projekte von K2 initiiert. Die Kommune ist gut vernetzt, hat jedoch keine Gesundheitsziele definiert. Die Kooperation mit den Krankenkassen ist ausgeprägt: So wurden sie von dem/der Telefongesprächspartner_in als wichtiger Partner der GFP genannt. Nicht alle Kassen entsenden immer dieselben Ansprechpartner_innen in die KGK, beteiligen sich dort jedoch inhaltlich. Außerdem haben sie in den vergangenen fünf Jahren auch mehrere GFP-Projekte mitfinanziert. Eine kassenseitige Berichterstattung über das neue Antragsverfahren war im Rahmen der KGK vorgesehen, zum Zeitpunkt der Befragung aber noch nicht umgesetzt worden; auch an anderer Stelle hatten die Kassen noch nicht berichtet. Jedoch stand die Kommune bereits im Austausch mit den Kassen bezüglich einer möglichen Projektfinanzierung.

Hinsichtlich der institutionellen Merkmale verfügt der Kreis über etwas mehr als eine Personalstelle für die Gesundheitsberichterstattung, die Koordinierung von GFP, die Konzipierung von Projekten und die KGK-Geschäftsstelle. Zusätzlich sind häufig noch (wenngleich befristet) Projektmitarbeiter_innen beschäftigt. Weitere Ressourcen existieren in Form eines kleinen finanziellen Budgets. Von der Amtsleitung wie von dem/der Gesundheitsdezernent_in fühlen sich die Mitarbeiter_innen grundsätzlich unterstützt. Die konkrete Rolle und Bedeutung der KGK konnten im Verlauf des Interviews nicht näher beleuchtet werden, da die KGK nicht in den Zuständigkeitsbereich der befragten Person fiel. Institutionalisierte Beziehungen zu den Krankenkassen über die KGK hinaus bestehen im Rahmen eines gemeinsamen Projektes.

K2 hatte bereits in der Vergangenheit mehrfach mit den Krankenkassen kooperiert. Die Erfahrung mit diesen beschreibt der/die Vertreter_in dabei als gut, die Kooperationen als „sehr erfolgreich“ (K2 Abs. 76); die Kassen würden der Kommune „sehr großes Vertrauen“ entgegenbringen. Man genieße „individuelle Freiheit, da wirklich zu gestalten“, wobei die Kommune auch

sehr transparent arbeite (K2 Abs. 106). Erfahrungsgemäß bedürfe es für eine gelingende Kooperation zunächst einer guten Idee, dann der entsprechenden Vorarbeit und anschließend ausreichenden Personals. Die Projektentwicklung ist in der Vergangenheit größtenteils von der Kommune geleistet worden. Die Kassen wurden erst im Anschluss daran hinzugezogen und haben dann über die Finanzierung und deren Höhe entschieden. Eine Negativ-Erfahrung im Sinne der Ablehnung eines Projekts hat die Kommune laut den Aussagen unseres/unserer Interviewpartners/-partnerin noch nicht gemacht. Mit dem neuen Antragsverfahren sind die Vertreter_innen der Kommune vertraut (vgl. Telefonbefragung); eine Antragstellung über das zentrale Verfahren war auch angedacht, wurde dann jedoch nicht realisiert, da das Vorhaben nicht vollständig vom Leitfaden gedeckt war. Insgesamt entstand bei der Kommune der Eindruck, auch durch den Austausch mit anderen Kommunen sowie deren Berichte, dass das Verfahren doch recht komplex bzw. schwierig sei, da z. B. Begrifflichkeiten bzw. deren Auslegung nicht ganz klar seien.

K2 verfolgt eine ähnliche GFP-Strategie wie K1: Man entwickelt zunächst eigeninitiativ eine gute Idee, konzeptualisiert diese dann „umsichtig“ und transparent, um anschließend mit den Kassen ins Gespräch über eine Finanzierung zu kommen. Anstatt auf bestehende Programme der Krankenkassen zurückzugreifen, entwickelt die Kommune lieber eigene Projekte, so unser_e Gesprächspartner_in, dies insbesondere auch, um partizipativ zu arbeiten und die Akteure vor Ort einzubinden. Für eine gelingende Zusammenarbeit sei insbesondere eine offene Kommunikation zwischen Krankenkassen und Kommune wichtig.

Kommune 3 (K3)

Die Stadt K3 ist bezogen auf die in Kapitel 3 beschriebenen Merkmale weniger professionell aufgestellt, kooperiert aber vergleichsweise umfangreich mit den Kassen. Bei der Telefonbefragung gab die Kommune an, dass die Bedeutung der GBE für die GFP eher gering sei; durchgeführte Projekte und Aktivitäten wurden nicht mit Verweis auf die GBE oder andere Daten begründet. Ein Überblick über bestehende GFP-Maßnahmen und -Angebote wird von der Kommune angestrebt, jedoch findet keine Koordinierung ersterer statt. Die Kommune gab an, in den vergangenen fünf Jahren zwei GFP-Projekte initiiert zu haben. Gesundheitsziele wurden nicht definiert. Es besteht eine regionale Vernetzung mit anderen Kommunen. Der/Die Gesprächspartner_in nannte die Krankenkassen als wichtigen Partner der GFP. In der KGK sind immer dieselben Ansprechpartner_innen der Kassen anwesend, welche sich auch inhaltlich beteiligten. Die Kommune kooperiert über die Pflichtbereiche hinaus mit den Krankenkassen. Auch hatten die Kassen in der Vergangenheit mehrere GFP-Projekte mitfinanziert. Die Kassen hatten zum Zeitpunkt der Befragung bereits in der KGK über die Fördermöglichkeiten des PräVgS berichtet und eine Einladung für eine weitere Informationsveranstaltung angekündigt. Die Kommune stand zudem im konkreten Austausch mit den Kassen bezüglich der Planung möglicher Projekte.

Für die Aufgabengebiete der GFP, der KGK-Geschäftsführung, der Psychiatriekoordination, der Frühen Hilfen und der Gesundheitsberichterstattung sind insgesamt dreieinhalb Mitarbeiterstellen vorgesehen, welche zusammen als Stabsstelle innerhalb des Gesundheitsamtes angesiedelt sind. Ein eigenes Budget für GFP existiert nicht. GFP-Themen werden zwar in der KGK gleichauf

mit Versorgungsthemen behandelt, das Thema findet jedoch eher wenig Anerkennung bzw. Unterstützung auf Leitungsebene und in der Politik. Hinsichtlich der Beziehungen zu den Krankenkassen bildet die KGK den wesentlichen Dreh- und Angelpunkt: Hier werden Kontakte geknüpft, und die Kassen bringen nicht nur ihre Expertise ein, sondern signalisieren innerhalb der Arbeitsgruppen auch Förderbereitschaft. So wurden beispielsweise alle früheren Projekte stets über die KGK-Arbeitsgruppen initiiert, welche die Projekte dann auch fortlaufend begleiten. Über die KGK hinaus besteht kein regelmäßiger Kontakt zu den Krankenkassen.

Wie erwähnt verfügt K3 bereits über einschlägige Kooperationserfahrung mit den Krankenkassen, wobei bisher noch kein Antrag bei einer Krankenkasse oder beim zentralen Antragsverfahren gestellt wurde, sondern alle Projekte stets über die KGK liefen. Die bisherige Zusammenarbeit mit den Kassen wurde seitens der Kommune als „recht gut“ beschrieben, wobei es „nicht immer nur von der Krankenkasse ab[hängt], sondern auch von der jeweiligen Person, der Geschäftsführung, wie hoch das Interesse ist und die Bereitschaft für offene, neue Sachen“ (K3 Abs. 81). Die Förderlandschaft, d. h. die Möglichkeiten der kassenindividuellen Finanzierung, der kassenübergreifenden Unterstützung wie auch die Landes- und Bundesprogramme werden von der Kommune als strukturiert und übersichtlich wahrgenommen. Im Zusammenhang mit der Einrichtung des zentralen Antragsverfahrens sei allerdings partiell der Eindruck entstanden, dass durch die Formalisierung und Zentralisierung der Strukturen einige Kassen die Aufmerksamkeit vor Ort abgezogen haben.

Die grundsätzliche Finanzierungsbereitschaft der Kassen ist aus Sicht des/der Interviewpartners/-partnerin eng verknüpft mit der Forderung nach einer Eigenbeteiligung der Akteure, was für die jeweiligen Akteure jedoch teils schwierig zu stemmen sei. Von den Kassen erhofft er/sie sich zukünftig mehr als nur die bloße Finanzierung, so wäre ihm/ihr insbesondere eine gemeinsame Erarbeitung von Projekten wichtig. Das zentrale Antragsverfahren wird von dem/der Vertreter_in eher kritisch eingeschätzt, da seines/ihres Erachtens der Lebenswelt-Ansatz vernünftigerweise nahelege, dass Entscheidungen aufgrund der Kenntnisse der Bedarfe und Begebenheiten vor Ort und nicht auf Landesebene getroffen werden sollten. Zum anderen verweist er/sie, wenn auch lachend, auf die Rolle informeller Netzwerke und auf den in der Kommune früher noch öfter vorzufindenden „Klüngel“, der – so der/die Vertreter_in lachend – vermutlich einen wesentlichen Beitrag zu den gelungenen Kooperationen mit den Krankenkassen geleistet hätte.

Kommune 4 (K4)

Ähnlich wie in K3 ist auch im Kreis K4 der Grad der Professionalisierung, gemessen an unseren Kriterien (siehe Kapitel 4), nicht sehr hoch, die Kooperation mit den Kassen hingegen ist vergleichsweise umfangreich ausgeprägt. Bei der Telefonbefragung bezeichnete der/die Gesprächspartner_in die Bedeutung der GBE für die GFP als eher gering und begründete kommunale GFP-Maßnahmen nicht mit einem Verweis auf die Ergebnisse der GBE oder entsprechender Analysen. Eine Bestandsaufnahme und Koordinierung der GFP erfolgt nicht. K4 hat jedoch in den vergangenen Jahren mehrere GFP-Projekte durchgeführt. Der Kreis ist kein Mitglied im GSN, es

besteht jedoch eine regionale Vernetzung mit anderen Kommunen. Der/Die Gesprächspartner_in nannte die Krankenkassen als wichtigen Partner der GFP. Es sind stets dieselben Ansprechpartner_innen der Kassen in der KGK vertreten, und diese bringen sich sowohl inhaltlich als auch finanziell in die KGK ein. Der/Die Vertreter_in der Kommune berichtete in der Telefonbefragung von Kooperationen mit den Krankenkassen über die KGK hinaus und gab an, dass bereits mehrere GFP-Projekte mit finanzieller Beteiligung der Kassen erfolgen. Zum Zeitpunkt der Telefonbefragung stand der Kreis bzgl. einer weiteren Kooperation mit den Kassen im Austausch. Diese hatten im Rahmen der KGK bereits zweimal über bestehende Fördermöglichkeiten informiert, darüber hinaus (z. B. bei kassenindividuellen Treffen) jedoch nicht.

In der beim Sozialdezernat angesiedelten Stabsstelle sind insgesamt drei Personalstellen für die Aufgabengebiete Gesundheitsberichterstattung, KGK-Geschäftsstelle, GFP-Planung und weitere Aufgaben vorgesehen; ein kleines Budget ist vorhanden. Der Kontakt zu und die Vernetzung mit anderen Verwaltungseinheiten läuft größtenteils über die KGK, wo beispielsweise auch abgeprochen wurde, sich im Falle von Kooperationen mit Krankenkassen oder entsprechenden Antragstellungen wechselseitig zu informieren. Die Anerkennung des Themas innerhalb des Dezernats beschrieb der/die Vertreter_in der Kommune bei der Telefonbefragung als ausbaufähig, wobei die Bedeutung des Themas in den letzten Jahren gestiegen und auch auf politischer Ebene der Wille vorhanden sei, GFP voranzutreiben und die Fachebene zu unterstützen. Die Bedeutung des Themas spiegelt sich auch in der KGK wider, wo in der Regel mehr über präventive Themen als über klassische Versorgungsthemen gesprochen wird. Die KGK spielt darüber hinaus eine wichtige Rolle, da über sie die Kontakte zu den Krankenkassen bestehen und in den Arbeitsgruppen auch konkrete Finanzierungszusagen seitens der Kassen gemacht werden. Regelmäßiger Kontakt über die KGK besteht ansonsten im Rahmen eines inzwischen verstetigten Projekts.

Trotz der mehrfachen Kooperationserfahrung hat K4 noch nie einen förmlichen Antrag bei einer Kasse oder über das zentrale Antragsverfahren gestellt. Die Projekte liefen stets über die Arbeitsgruppen der KGK, wobei die Initiative von der Kommune ausging, die Kassen ihre Bereitschaft signalisierten und dann gemeinsam das entsprechende Projekt entwickelt wurde. Die Erfahrung bei den bisherigen Kooperationen bewertete unser_e Gesprächspartner_in als positiv, es gebe stabile Beziehungen und eine enge Anbindung zu den Kassen. Negative Erfahrungen im Sinne der Ablehnung eines Projekts hat die Kommune bis dato nicht erlebt. Über das zentrale Antragsverfahren und die Förderlandschaft ist der/die kommunale Vertreter_in gut informiert, zum Zeitpunkt des Interviews bestand jedoch kein Interesse an einer Antragstellung im zentralen Verfahren. Die Kommune befand sich jedoch schon im Austausch bezüglich eines konkreten Projekts.¹⁸

¹⁸ Nähere Informationen wie z. B. im Hinblick auf eine Beteiligung der Kassen konnte der/die Vertreter_in zum damaligen Zeitpunkt nicht weiterreichen.

Da der/die Interviewpartner_in nur eingeschränkt Zeit zur Verfügung hatte, konnten während des Interviews nicht alle Fragen des Leitfadens gestellt werden. Hinsichtlich der von der Kommune verfolgten Handlungsstrategie, ihrer Wahrnehmung der Kassen und der Rollenzuweisung für Kommune und Kassen liegt infolgedessen nur wenig Datenmaterial vor. Aussagen zum Engagement der Kassen deuten aber darauf hin, dass die Kommune die Kassen als grundsätzlich engagiert und kooperationswillig und zudem als wichtigen Partner wahrnimmt, der nicht nur die Finanzierung bereitstellt, sondern Sachkompetenz und personelle Ressourcen einbringt. Als wesentlichen Faktor für das Gelingen der Kooperation nannte der/die Vertreter_in eine Strategie der Vertrauensbildung, der Verbindlichkeit und der Beziehungspflege.

Kommune 5 (K5)

Ebenfalls professionell aufgestellt ist die Stadt K5: In der Telefonbefragung zeigte sich, dass der Gesundheitsberichterstattung eine hohe Bedeutung zugesprochen wird und Maßnahmen mit Daten und Analysen begründet werden. Eine Koordinierung der Maßnahmen findet statt, und es gibt Versuche, einen Überblick über die bestehenden GFP-Angebote und Maßnahmen zu erhalten. In den vergangenen fünf Jahren hat die Kommune zahlreiche GFP-Projekte selbst durchgeführt. K5 ist multipel mit anderen Kommunen vernetzt, unter anderem auch über das GSN; lediglich Gesundheitsziele wurden nicht definiert. Während die bisher vorgestellten Kommunen jedoch alle vergleichsweise umfangreich mit den Krankenkassen zusammenarbeiten, ist der Kooperationsgrad bei der Stadt K5 nur mittelmäßig ausgeprägt: Die Kommune hatte in der Vergangenheit bereits mit den Krankenkassen kooperiert und die Kassen sich finanziell an mehreren Projekten beteiligt. Der/Die Gesprächspartner_in nannte bei der offenen Frage, welche Mitglieder der KGK er/sie für besonders wichtig für die GFP erachte, die Kassen nicht. Diese bringen sich jedoch inhaltlich in die KGK ein, und zumindest einige Kassen entsenden immer dieselben Vertreter_innen in die KGK. Die Kassenvertreter_innen hatten allerdings nur außerhalb der KGK über Fördermöglichkeiten des PräVG berichtet, was von der Kommune als wenig konkret wahrgenommen wurde. Ein Austausch über konkrete Finanzierungsmöglichkeiten bestand zum Zeitpunkt der Befragung nicht.

In K5 ist eine eigene Abteilung für den Themenbereich GFP eingerichtet, welche sich mit mehreren Mitarbeiterstellen um die Koordinierung von Maßnahmen, die Geschäftsleitung der KGK, die Gesundheitsberichterstattung und weitere Aufgaben kümmert und über ein Budget verfügt. GFP erfährt schon seit längerer Zeit einen hohen Stellenwert in der Stadt, so ist nach Aussage des/der Interviewpartners/-partnerin beispielweise auch der Rat dem Thema bzw. konkreten Projekten gewogen, wenn man diese gut begründe und auf Daten der GBE stütze. Bezüglich der Beziehungen zu den Kassen besteht neben der KGK ein institutionalisierter Kontakt im Rahmen eines privaten Vereins, bei dem Kassen wie Kommune Mitglied sind. Darüber hinaus bestehen keine Kontakte zu den Krankenkassen; ebenso ist keine der Kassen an die Kommune individuell herantreten, um beispielweise in Anknüpfung an in der KGK besprochene Bedarfe Projektmöglichkeiten zu eruieren.

Zwar ist K5 im Bereich GFP sehr aktiv, die Kooperationserfahrung in diesem Bereich beschränkt sich jedoch auf ein kassenindividuelles Projekt, welches noch vor der Verabschiedung des Präventionsgesetzes von Seiten der Kassen angeboten wurde.¹⁹ Über das zentrale Antragsverfahren sind die kommunalen Vertreter gut informiert; ein eingereicherter Antrag wurde jedoch aus formalen Gründen abgelehnt. Mit Unterstützung der KGC arbeitet die Kommune derzeit an einem neuen Antrag; darüber hinaus sind keine weiteren Anträge geplant. Nach seiner/ihrer Einschätzung der verschiedenen Fördermöglichkeiten gefragt, äußert einer/eine der beiden Interviewpartner_innen eine klare Präferenz für den lokalen, dezentralen Förderweg über ortsansässige Krankenkassen, die über tatsächliche Ortskenntnis verfügen würden und einen persönlichen Bezug zur Kommune hätten.²⁰

Die Kommune versteht sich als zentraler Steuerungsakteur, welcher eigenständig und unabhängig Projekte entwickelt und umsetzt. Die Kassen würden dabei weniger aufgrund der fachlichen Kompetenz als vielmehr als Financiers gebraucht, so die Vertreter_innen. Aus der Perspektive der Kommune haben die Kassen in der Vergangenheit zu selten die Initiative ergriffen und seien potentiell eher an Marketing-Projekten interessiert gewesen. Da die Kassen zudem selbst keinen Überblick über durchgeführte Maßnahmen und Projekte hätten, obliegt die problem- bzw. lösungsorientierte Steuerung der Kommune.

Kommune 6 (K6)

Der Kreis K6 verfügt über eine vergleichsweise professionelle Aufstellung, die Kooperation mit den Kassen ist jedoch eher schwach ausgeprägt. Bei der Telefonbefragung hatte der/die kommunale Vertreter_in der GBE eine hohe Bedeutung bei der Planung und Umsetzung von GFP zugesprochen und GFP-Maßnahmen mit Daten und Analysen begründet. Die Kommune, so der/die Befragte, strebt eine Bestandsaufnahme bestehender Angebote an und koordiniert entsprechende Aktivitäten. In den vergangenen fünf Jahren wurden zahlreiche GFP-Maßnahmen von der Kommune durchgeführt. K6 ist kein Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk, aber regional vernetzt. Gesundheitsziele wurden nicht definiert. Eine Kooperation mit den Krankenkassen besteht derzeit nicht, und auch an den GFP-Projekten der Kommune in den vergangenen fünf Jahren waren die Kassen finanziell nicht beteiligt. Die Bedeutung der Krankenkassen in der KGK wurde von dem/der Befragten als gering eingestuft, und die Kassen wurden auch nicht auf die offene Frage, wer in der KGK ein wichtiger Partner der GFP sei, von dem/der Befragten genannt.

¹⁹ Zudem bestand früher einmal ein Austausch mit den Krankenkassen mit dem Ziel, einen Überblick über alle in der Kommune angebotenen Maßnahmen zu erhalten.

²⁰ „Also aus meiner Sicht würde ich den einfacheren Weg zu den ortsansässigen Krankenkassen mit den hiesigen Vertretern wählen wollen. Weil ich glaube, dass viele dieser Vertreterinnen auch schon lange in so einer Kommune tätig sind oder sogar leben und warum die einen anderen Begriff entwickelt haben für die Gelder, die sie ja investieren sollen [...], dass das zielführender wäre, so ein Miteinander zu entwickeln als eine vielleicht fachlich versiertere, aber eine anonymere Stelle an einem zentralen Ort, die über die Kommune von XY im Grunde nichts weiß. Und das nach einem Raster, nach bestimmten Kriterien macht, aber hier eben doch Kollegen sitzen bei den Krankenkassen, die eigentlich wissen, was in einer Kommune nottut und vielleicht auch sogar noch sich eher damit identifizieren könnten, wenn sie erleben, wo ihr Geld nachher tatsächlich hinfließt.“ (K5 Abs. 61)

Die Kassen haben auch nicht in der KGK über die Fördermöglichkeiten des PräVG informiert, jedoch außerhalb der KGK. Die Kommune stand zum Zeitpunkt der Befragung nicht im Austausch mit den Kassen über eine potentielle Förderung.

Im Gesundheitsamt des Kreises sind für den Themenbereich GFP drei Personalstellen vorgesehen, welche eine eigene Abteilung bilden und als Stabsstelle bei der Amtsleitung angesiedelt sind. Die Aufgabengebiete der Abteilung umfassen die GFP-Koordinierung, die Betreuung der Geschäftsstelle der KGK, die Gesundheitsberichterstattung sowie die Planung und Koordinierung gesundheitlicher Hilfen. Die Abteilung verfügt über ein kleines Budget. Auf politischer Ebene sei Prävention ein „großes Thema“ (K6 Abs. 58-59), und auch durch die Leitung des Gesundheitsamtes und ebenfalls durch das Jugendamt erfahren die Mitarbeiter_innen starke Unterstützung. Beziehungen zu den Krankenkassen bestehen zum einen über die KGK, an der die Kassen regelmäßig teilnehmen und Wissen und Informationen einbringen, wenngleich sie keine Förderzusagen machen. Darüber hinaus existieren nichtinstitutionalisierte Kontakte teils auf Fach-, teils auf Geschäftsleiterebene zu einzelnen Krankenkassen.

Erfahrungswissen im Hinblick auf die Kooperation mit Krankenkassen besitzt der Kreis aufgrund eines bereits etwas länger zurückliegenden Projektes; allerdings wurde gemäß den Aussagen des/der Interviewpartners/-partnerin damals kein förmlicher Antrag gestellt, sondern Projekt und Finanzierung im Gespräch entwickelt. Derzeit besteht außerdem eine Kooperation zwischen Jobcenter und Krankenkassen. Mit dem zentralen Antragsverfahren sind die kommunalen Vertreter_innen im Näheren nicht vertraut; wenngleich unser_e Gesprächspartner_in die Einrichtung einer zentralen Stelle, die einen Überblick hat und die Aktivitäten koordiniert, allgemein begrüßte. Ein Antrag wurde noch nicht gestellt; prospektiv kann sich die Kommune aber eine Antragstellung vorstellen bzw. ist diese mittelfristig in Planung – wenn möglich unter Inanspruchnahme der Beratung durch die KGK.

Mit Blick auf die Handlungsstrategie und den Steuerungsanspruch der Kommune spiegelt sich in den Aussagen des/der Vertreters/Vertreterin ein aktives Steuerungsverständnis wider, im Rahmen dessen die Kassen als gleichwertige Partner wahrgenommen werden, die eingebunden werden müssten. In diesem Sinne verfolgt die Kommune die Strategie, zunächst einen Überblick über Maßnahmen und Aktivitäten zu erhalten, darauf aufbauend Bedarfe zu identifizieren und sodann die Kassen einzubinden, um gemeinsame, langfristige Kooperationen zu etablieren. Als wesentliche Voraussetzung für das Gelingen oder den Erfolg der Kooperation nannte unser_e Interviewpartner_in insbesondere die Vernetzung und den persönlichen Kontakt zu den jeweiligen Ansprechpartnern.

5.1.2 Institutionelle Faktoren und Aspekte

Im Hinblick auf die institutionellen Faktoren, die für die Kooperation von Kommunen und Krankenkassen und die erfolgreiche Beantragung von PräVG-Mitteln eine Rolle spielen könnten, ha-

ben sich im Zuge der vergleichenden Analyse der Fallstudien drei wesentliche Aspekte herauskristallisiert: die personellen Ressourcen, die Unterstützung innerhalb der Behörde durch die Amtsleitung und die Politik sowie die jeweilige Bedeutung der KGK.

Vier der sechs von uns untersuchten Kommunen verfügen über ein eigenes, wenn auch teils eher kleines Budget (K1 Abs. 25), welches keine personellen Spielräume eröffnet, sondern für einmalige kleinere Projekte wie z. B. eine Preisgeldfinanzierung oder eine Materialbestellung reicht (vgl. z.B. K6 Abs. 55; oder K4 Abs. 16). In einer Kommune bestehen hingegen dank eines ausgeglichenen Haushalts größere Spielräume für Projekte (K5 I Abs. 12). Dennoch scheinen weniger die Budgets denn vielmehr die *personellen Ressourcen* die entscheidenderen Größen zu sein, und dies in zweierlei Hinsicht: Zum einen benötigen die Kommunen ausreichend Personal, um die verschiedenen organisatorischen Teilbereiche abzudecken, wovon im Zweifelsfall eine erfolgreiche Antragstellung abhängen kann. Um einen überzeugenden Projektentwurf zu erstellen, bedarf es nicht nur einer Fachkraft für die Konzipierung, sondern idealerweise in entsprechender Vorarbeit auch Kolleg_innen, die sich einen Überblick über die Angebote und Maßnahmen in den verschiedenen Settings der Kommune verschaffen und die Gesundheitsberichterstattung erstellen, um auf dieser Grundlage Bedarfe identifizieren zu können und ggf. die bestehenden Aktivitäten zu koordinieren (vgl. z.B. K2 Abs. 102; K1 Abs. 89²¹). Die jeweilige Personalstärke ist aber zum anderen auch entscheidend, weil die Finanzierung von Projekten seitens der Kassen an eine angemessene Eigenbeteiligung der Kommunen in Form finanzieller oder personeller Ressourcen gebunden ist. Insbesondere für kleinere oder ärmere Kommunen ist dies schwierig zu stemmen, da teils keine eigene Abteilung mit ausdifferenzierten Aufgabengebieten (Koordinierung, Planung, GBE usw.) bestehen, sondern ein oder zwei Personen mit einem ohnehin schon breiten Bündel an verschiedenen Aufgaben betraut sind und eng an der Belastungsgrenze arbeiten (vgl. K2 Abs. 50; ähnlich K3 in der Telefonbefragung). Für die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen scheint die Personalstärke hingegen nicht ausschlaggebend zu sein. So demonstriert der Fall K5, dass auch ein mehrköpfiges, multiprofessionelles Team kein Garant für umfassende Kooperationen mit den Krankenkassen ist, und der Fall K2 zeigt, dass auch bei begrenzten Personalressourcen eine erfolgreiche Kooperation mit den Kassen stattfinden kann.

Trotz der Bedeutung der jeweiligen kommunalen Ressourcen und den Schwierigkeiten, die für die Beteiligten aus einer klammen Haushaltslage erwachsen, sehen sich nicht alle Kommunen auf die Finanzierung durch die Krankenkassen angewiesen. Nur zwei der von uns interviewten Kreise sprechen von einer starken Abhängigkeit sowohl in finanzieller als auch in personeller und

²¹ Der/Die Interviewpartner_in aus K1 konstatierte in diesem Zusammenhang: „[...] natürlich, wir sind personell einfach gut ausgestattet. [...] das ist schon komfortabel, das ich sagen kann, ich habe drei Mitarbeiter, die die drei Arbeitsgruppen besetzen. Wenn ich jemanden hab, der die kommunale Gesundheitskonferenz macht, der gleichzeitig Psychiatrie- und Suchtkoordination macht, der gleichzeitig Gesundheitsberichterstattung macht und Gesundheitsförderung, dann können Sie sich ja vorstellen, wie man so einen Prozess vorantreiben kann, so wie wir es jetzt hier machen. Das ist einfach schon ein Erfolgsfaktor, man muss Leute haben, die wollen und man muss die Leute erst mal überhaupt haben, also quantitativ. Wenn ich keinen hab, kann ich das auch nicht machen.“ (K1 Abs. 89)

kompetenztechnischer Hinsicht (K2 Abs. 44-46; K4 Abs. 67). Der dritte Kreis berichtete, dass seitens der Verwaltungsleitung darum gebeten wurde, bestehende externe Fördermöglichkeiten auszuschöpfen (K6 Abs. 53). Die drei Städte scheinen bezüglich der Angewiesenheit auf die kassenseitige Unterstützung eher ambivalent: Die finanzielle Hilfe sei zwar nötig bzw. begrüßenswert, angewiesen sei man darauf jedoch nicht bzw. man werde im Zweifelsfall auch ohne diese zurechtkommen (K3 Abs. 104-105; K1 Abs. 98-99; K5 I Abs. 74-76). Während jedoch K3 (geringer Professionalisierungsgrad) eine inhaltliche Unterstützung der Kassen begrüßen würde (K3 Abs. 87), sähen K1 und K5 (hoher Professionalisierungsgrad) es lieber, wenn die Kassen sich auf die Rolle des Finanziers beschränken und die Entscheidungen über die inhaltliche Ausrichtung und Gestaltung den Kommunen überlassen würden (K1 Abs. 91; K5 Abs. 74). Die sich hier andeutenden unterschiedlichen Selbstverständnisse und Rollenzuweisungen werden in Kapitel 5.1.4 bzw. 6.1.3 noch einmal ausführlicher thematisiert.

Neben den kommunalen Ressourcen stellt *die Unterstützung durch die Amtsleitung und durch die politisch Verantwortlichen* einen weiteren bedeutenden Faktor für die kommunalen GFP-Aktivitäten und die Kooperationen mit den Krankenkassen dar. Die Interviewten wiesen immer wieder darauf hin, dass viele Projekte und Aktivitäten ohne die Unterstützung oder „Rückendeckung“ (K6 Abs. 59) der jeweiligen Verwaltungsleitung, d. h. des/der Leiters/Leiterin des Gesundheitsamtes und des/der jeweiligen Dezernent_in, kaum umsetzbar gewesen wären (vgl. K6 Abs. 59) bzw. die Mitarbeiter_innen „mehr bewegen“ können, wenn die Amtsleitung das Thema auf die Agenda setzt (K1 Abs. 43). Der/Die Vertreter_in der K2 antwortete auf die Frage, warum K2 im Vergleich zu anderen Städten und Kreisen relativ umfang- und erfolgreich mit den Kassen kooperiere, wie folgt:

„Ich glaube, dass das wirklich [...] Person X [der früheren Leitung des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes, Anm. d. Autoren] zu verdanken ist, die da ganz engagiert immer auf die Krankenkassen zugegangen ist, aber eben auch an der Amtsleitung, die uns unterstützt und vor allen Dingen unserem_r Gesundheitsdezernent_in, der/die sehr in Richtung Prävention arbeitet und interessiert ist und da auch Kontakt aufnimmt. Und wahrscheinlich einfach wirklich, weil wir a) ein gutes Programm haben und b) wirklich die Krankenkassen alle zusammen an den Tisch geholt haben und zusammen mit denen beraten haben und nicht irgendwie einzeln verhandelt haben. Also ich habe die Kooperation bisher immer als sehr erfolgreich empfunden.“ (K2 Abs. 76)

Die Unterstützung durch Amtsleitung und Dezernent_innen wird hier zusammen mit Aspekten wie der inhaltlichen Güte oder der kassenübergreifend ansetzenden Strategie genannt. Außerdem weist das Zitat auf die Rolle des Engagements der jeweiligen Dienst- und Amtsleitung hin, welche zum Teil Projekte und Kooperationen selbst initiieren.

Wir haben unsere Interviewpartner_innen in diesem Zusammenhang gefragt, ob ihr Arbeitsbereich aus ihrer Sicht genügend Wertschätzung bzw. Unterstützung durch die Amtsleitung erfährt und ob auf politischer Ebene der Wille vorhanden ist, GFP voranzutreiben. Vier der Kommunen fühlen sich teils stark von der Amtsleitung unterstützt und bejahen den vorhandenen politischen

Willen (K4 Abs. 79; K2 Abs. 76; K1 Abs. 43, 89; K6 Abs. 59); in der fünften Kommune lassen zahlreichen Initiativen auf eine entsprechende Unterstützung schließen.²² Lediglich eine Kommune würde sich mehr Anerkennung von der Verwaltungsleitung wünschen, welche sie bis dato eher auf Arbeitsgruppenebene erhält (K3 Abs. 107-110). Bemerkenswerterweise handelt es sich hier jedoch um eine Kommune, die zwar eher weniger professionell aufgestellt ist, dafür aber umso erfolgreicher mit den Krankenkassen kooperiert.

Aufschlussreich im Hinblick auf die Bedeutung der Unterstützung durch Verwaltungsleitung und Politik ist in diesem Zusammenhang auch die Antwort eines/einer Kassenvertreters/-vertreterin auf die Frage, welche Faktoren auf Seiten der Kommunen vorliegen müssen, damit eine Kooperation gelingt:

„Ganz klar natürlich, dass es auf höchster Ebene der Kommune, Landrat oder Bürgermeister, einen politischen Willen gibt, das Ganze umzusetzen. Dass es einen Kümmerer dann zusätzlich noch gibt vor Ort, der auch in seiner Rolle bestimmte Möglichkeiten hat. Also wir erleben das, dass Kommunen zum Beispiel (unv.) sagen, ja ich bin jetzt der/die Kümmerer_in für Gesundheitsförderung bei uns in der Stadt, aber egal an welche Tür ich klopfe und welche Klinke ich drücke, ich muss immer wieder neu für Verständnis sorgen. Also das muss sich so vorstellen, die Kommune ist in so (unv.) aufgestellt und wenn die Kümmerer_innen nicht die Möglichkeit haben, tatsächlich in den einzelnen Ämtern mit den Partnern zu sprechen und die auch eine konkrete Aufforderung von oben haben das Thema anzugehen, dann ist der/die auf sich alleine gestellt.“ (KK3 Abs. 143)

Was hier zum Ausdruck kommt, ist der Umstand, dass das persönliche Engagement eines/einer Kümmerer_in zwar notwendig, aber nicht unbedingt hinreichend ist für erfolgreiche Kooperationen zwischen Kommunen und Kassen und für GFP-Aktivitäten allgemein: Ohne die Unterstützung der politischen und administrativen Leitung, die das Thema auch bei anderen Abteilungen platziert, für ein gemeinsames Problemverständnis sorgt, Rückendeckung gibt und idealiter Gelder bereitstellt bzw. auf politischer Ebene um diese wirbt und Einfluss geltend macht, ist der Handlungsspielraum der Kümmerer stets nur begrenzt.

In diesem Zusammenhang wies der/die Kassenvertreter_in ebenfalls darauf hin, dass

„die Kommunen ja auch in Ressorts eingeteilt sind und der Kümmerer oder derjenige, der das möchte, meistens aus einem Ressort kommt, was wenig übergreifend denkt oder arbeitet, also oft aus dem Bereich der Jugendhilfe, wo einfach die größten Mankos bestehen und wo der größte Bedarf formuliert wird. Und ja, der Geist der Gesundheitsförderung noch gar nicht so verankert ist.“ (K3 Abs. 151)

²² Es ist an dieser Stelle nicht auszuschließen, dass unsere Interviewpartner auch in strategischer Absicht zugunsten einer guten Presse bzw. im Sinne bestimmter Verpflichtungen gegenüber ihrem Arbeitgeber geantwortet haben. Vor dem Hintergrund der jeweiligen kommunalen GFP-Aktivitäten der Kommunen erscheint dies jedoch nicht plausibel.

Genau jenen übergreifenden Geist zu schaffen und die verschiedentlich Beteiligten, teils über unterschiedliche Dezernate verstreuten Verwaltungseinheiten zur Vernetzung zu bewegen und hierfür entsprechende Möglichkeiten zu schaffen, ist die Aufgabe der politischen Ebene.

Zuletzt haben die Interviews auch ein Licht auf die *Bedeutung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen* geworfen. Die KGKs bieten zum einen ein Forum für die Vernetzung der verschiedenen Verwaltungseinheiten innerhalb der Kommune (vgl. z.B. K5 I, Abs. 84; K4, Abs. 69), in welchem die Akteure ein gemeinsames Problemverständnis erarbeiten und ihre Aktivitäten abstimmen können. Zum anderen stellen sie auch in den meisten Fällen die einzigen institutionalisierten Beziehungen zwischen Kommunen und Kassen dar und fungieren daher als Plattform zur Herstellung des Kontakts oder sogar zur konkreten Projektinitiierung (K3 Abs. 45; K4 Abs. 37). In allen unseren sechs Beispiel-Kommunen nehmen Kassenvertreter_innen regelmäßig an der KGK teil. Dabei sind meist Vertreter_innen mehrerer Kassen anwesend (K3 Abs. 15; K4 Abs. 21; K1 Abs. 11), wenngleich es zum Teil auch Stellvertreter_innen-Regelungen zwischen einzelnen Kassen gibt, d. h., die Kassen einigen sich intern auf einen/eine Vertreter_in, der/die dann die anderen informiert (vgl. K5 I, Abs. 34; K3 Abs. 15). Laut den Aussagen der von uns interviewten kommunalen Vertreter_innen ist für die Teilnehmerschaft häufig die Größe der Kassen, die Ortsansässigkeit sowie die jeweilige Organisationsstruktur entscheidend (K4 Abs. 21; K1 Abs. 11; K5 I Abs. 14). Im Hinblick auf die Bedeutung der GFP in der KGK berichteten die kommunalen Interviewpartner_innen: dass diese gleichauf mit Versorgungsthemen sei (K3 Abs. 39-41), dass sich die Gewichtung der Themen zugunsten der GFP in der letzten Zeit umgekehrt habe (K1 Abs. 43), dass kein Unterschied zwischen den Themen bestehe (K6 Abs. 26) und dass in der Regel mehr GFP-Themen behandelt würden (K4 Abs. 26).

Der Input der jeweiligen Kassenvertreter_innen wird in den Kommunen unterschiedlich wahrgenommen. Der/die Vertreter_in von K3 lobt die aktiven Mitarbeiter_innen der Kassen in den Arbeitsgruppen und die eingebrachte fachliche Kompetenz (K3 Abs. 34-35; vgl. auch die Telefonbefragung). In den Kommunen K1, K5 und K6 bringen die Kassen gemäß den Interviewpartner_innen zwar teils Wissen ein und informieren in den KGKs über Fördermöglichkeiten, dennoch sieht der/die kommunale Vertreter_in von K1 die Kassenvertreter_innen eher in einer „zuhörenden Rolle“ (K1 Abs. 11). Der/die Interviewpartner_in von K6 spricht hingegen von den Kassen als regulären Mitgliedern wie alle anderen auch, deren Bedeutung themenabhängig variere (K6 Abs. 19, 23). Der jeweilige Input der Kassen hängt allerdings auch vom konkreten Format der KGK ab. Während z. B. in K1 die KGK nur zweimal im Jahr tagt und entsprechend eher auf grundsätzliche, programmatische Fragen zugeschnitten ist, kann in KGKs, die häufiger im Jahr tagen und ggf. über mehrere themenspezifische Arbeitsgruppen verfügen, eher auf konkrete Projekte eingegangen werden. In zwei Kommunen (K3 und K4) wurden im Rahmen der Arbeitsgruppen der KGK sogar konkrete Förderzusagen seitens der Kassen gemacht (K3 Abs. 31; K4 Abs. 24).²³

²³ In K1, K5 und K6 wurden gemäß den Aussagen unserer Gesprächspartner_innen bisher noch keine Förderzusagen von den Kassen gemacht (K1 Abs. 13; K6 Abs. 25; K5 Abs. 36).

Die Rolle und Bedeutung der jeweiligen KGK für die Zusammenarbeit der Kommunen und Kassen variiert also unter den Kommunen, wenngleich einige Gründe dafür sprechen, sie als Steuerungsinstrument zu nutzen bzw. zu einem zentralen Instrument auszubauen. Erstens können die KGKs eine Plattform für den regelmäßigen Austausch und die inhaltliche Arbeit mit den Kassen bereitstellen (K3 Abs. 23; K5 I Abs. 49). Insbesondere die Beispiele K3 und K4 legen in diesem Zusammenhang nahe, dass dort, wo häufiger tagende und konkret inhaltlich arbeitende Arbeitsgruppen der KGK eingerichtet wurden, die Kooperation zwischen Kommunen und Krankenkassen tendenziell erfolgreicher ist als in solchen Kommunen, wo die KGKs eher programmatisch ausgerichtet sind (z. B. K1). Allerdings hat auch K6 themenspezifische Arbeitsgruppen in der KGK eingerichtet, die Kooperation mit den Kassen ist hier aber nur schwach ausgeprägt. Zweitens empfiehlt sich die Stärkung der KGK auch im Hinblick auf die verwaltungsinterne Vernetzung, wie K5 zeigt (K5 I Abs. 84). Dort konnten in der KGK Kontakte zwischen den Verwaltungseinheiten auch über Dezernatsgrenzen hinweg gestärkt und Aktivitäten aufeinander abgestimmt werden.

Zusammenfassend lässt sich im Hinblick auf die Bedeutung der vorgängig genannten institutionellen Aspekte für die Kooperation zwischen Kommunen und Krankenkassen festhalten, dass Faktoren wie die Unterstützung durch die Verwaltungsleitung und die Politik diejenigen Kontextbedingungen darstellen, die ein Gelingen zwar nicht garantieren, gleichwohl aber stark begünstigen. Insgesamt weisen die Fallstudien darauf hin, dass eine der einflussreichsten Variablen hinsichtlich des Kooperationserfolges in der Personalausstattung liegt. Zwar gelang es im Einzelfall, eingeschränkte oder knappe Personalressourcen durch Engagement und hohe Qualifikation zu kompensieren – dies belegt jedoch eher die generelle Tendenz der Bedeutsamkeit personeller Ressourcen, als dass es sie widerlegen würde. Außerdem haben die Fallstudien ein Licht auf die Relevanz der KGKs geworfen. Hier deutet sich an, dass in den Kommunen, in welchen der Kooperationsgrad hoch ist, stets auch die KGK eine hervorgehobene Rolle spielte – nämlich als Austauschplattform und gemeinsamer Arbeitszirkel.

5.1.3 Erfahrungswissen und Wahrnehmung der Kassen

Wir gehen davon aus, dass neben dem als Rahmen für das Handeln der Akteure fungierenden institutionellen Settings die Erfahrung der Akteure bei vergangenen Kooperationen und die darauf basierende Wahrnehmung der Krankenkassen eine zentrale Variable für deren zukünftiges Kooperationsverhalten darstellt. Unter der Kategorie „Erfahrungswissen“ haben wir daher mit den Unterkategorien „Kooperationserfahrung“, „Erfahrung mit dem zentralen Antragsverfahren“, „Bewertung der Förderlandschaft“ und „Wahrnehmung der Krankenkassen“ die Aussagen der kommunalen Interviewpartner_innen verglichen.

Während die von uns untersuchten Kommunen zwar alle über durchaus unterschiedliche Kooperationserfahrung verfügen, wurde interessanterweise vor der jeweiligen Zusammenarbeit in keiner Kommune ein förmliches Antragsverfahren durchlaufen (K4 Abs. 37, K3 Abs. 47, 57; K6 Abs. 35; K1 Abs. 53). In einigen Kommunen sind die erfolgreichen *Kooperationen* auf die Initiative einzelner, besonders engagierter Personen zurückgegangen (K2 Abs. 36), oder der Kontakt

ist im Rahmen der KGKs entstanden (K4 Abs. 37, K3 Abs. 45-47). Unterschiedlich gestaltete sich die Zusammenarbeit auch im Hinblick auf die Entwicklung der Projekte bzw. die Aufgabenteilung zwischen Kommunen und Krankenkassen: In einigen Kommunen waren die Kassen bei der Projektentwicklung involviert bzw. über die KGK-Arbeitsgruppen eingebunden (K3 Abs. 50-53; K4 Abs. 37), in anderen Kommunen erfolgte die Projektentwicklung ausschließlich durch die Kommune und die Kassen wurden erst später zwecks Finanzierung mit ins Boot geholt (K2 Abs. 42). Negative Erfahrungen im Sinne einer Ablehnung von Projekten wurden uns von zwei Kommunen berichtet. In K1 wurden in der Vergangenheit bereits mehrere Anträge aufgrund mangelnder Leitfadenskonformität abgelehnt (K1 Abs. 13); in K6 wurde die angefragte Finanzierung eines Projektes abgelehnt, da die Kasse für sich bzw. ihre Mitglieder nach den Aussagen des/der kommunalen Interviewpartners/-partnerin keinen Nutzen sehen konnte (K6 Abs. 67).

Die bisherige Kooperation bewerten jene Kommunen, die bereits umfangreicher mit den Kassen zusammenarbeiten, größtenteils als sehr positiv (K2 Abs. 76; K3 Abs. 8; K4 Abs. 72). Lediglich der/die Vertreter_in von K1 schien diesbezüglich eher ambivalent zu sein, was wohl vor allem auf die gescheiterten Anträge zurückzuführen ist, deren Ablehnung dem/der Antragsteller_in nicht in jeder Hinsicht transparent und nachvollziehbar war. Beispielhaft erzählte er/sie von einem Projektantrag, der den Kassen nicht innovativ genug erschien (K1 Abs. 59), bei dem aber im Vergleich zu den bewilligten Projekten nicht klar sei, im Hinblick auf welche Aspekte diese innovativer seien. Auch im Hinblick auf die Relevanz des Kriteriums der Nachhaltigkeit zeigten sich Differenzen zwischen Kassen und Kommune: So würden teils Projekte, die bereits seit Jahren erprobt worden seien und sich bewährt hätten, von den Kassen aufgrund eng gefasster Kriterien von vorneherein von der Finanzierung ausgeschlossen, was letztlich im Hinblick auf effektive GFP nicht zielführend sein könne (K1 Abs. 15). Seinem/Ihrem Eindruck nach folge die Bewertung der Kassen daher nicht in jedem Fall einem kohärenten Schema, und es hänge jeweils viel von der jeweilig zuständigen Person ab (K1 Abs. 13). Diese Einschätzung teilen auch andere Kommunen (K4 Abs. 73; K1 Abs. 103; K3 Abs. 83, K6 Abs. 69-71).

Bemerkenswerterweise werden die Krankenkassen von den einwohnerstarken Städten mit professioneller Aufstellung insgesamt kritischer eingeschätzt als von den kleineren Städten und den Kreisen. So teilt K5 den eher skeptischen Eindruck von K1, wenn auch eher im Hinblick auf das aus ihrer Sicht ausbleibende Engagement der Kassen vor Ort (K5 II Abs. 49; K5 I Abs. 70) und die nicht bei jedem Kassenvertreter vorzufindende, einschlägige Fachkompetenz (K5 II Abs. 57). Außerdem entstand bei den Vertreter_innen von K5 zum Teil der Eindruck, dass für die Kassen weniger der Inhalt als das Marketing-Potential und die jeweiligen Versichertenzahlen zählten (K5 I Abs. 14, 42, 62, 72). Diese Einschätzung wird in abgemilderter Form auch von den anderen Kommunen mehrheitlich geteilt (u. a. K1 Abs. 99). Wenngleich diese die inhaltlichen Interessen der Kassen anerkennen (K3 Abs. 98-101) und diesbezüglich größere Schnittmengen zwischen Kommunen und Krankenkassen sehen (K6 Abs. 71). In K4 bejahte der/die Interviewpartner_in die Frage, ob der Wettbewerb eine Rolle spiele, merkte aber an, dass sich dies insbesondere im Bestreben der Kassen nach anteilig gleicher Finanzierung äußere, was sehr gut funktioniere (K4 Abs. 77). Nichtsdestoweniger hat mit Ausnahme von K5 die Mehrzahl der von uns untersuchten

Kommunen den Eindruck, dass die Kassen einer Kooperation grundsätzlich aufgeschlossen gegenüberstehen (K1 Abs. 93; K6 Abs. 44-47; K2 Abs. 80; K3 Abs. 93).

Über das *zentrale Antragsverfahren* waren alle der von uns interviewten Kommunen informiert; über eine entsprechende Antragserfahrung verfügte jedoch lediglich K5, dessen Antrag aber aus formalen Gründen abgelehnt wurde (K5 II Abs. 26-27). Zum Zeitpunkt des Interviews erarbeitete die Kommune mit Unterstützung der KGC einen neuen Antragsentwurf (K5 II Abs. 27); ihr zukünftiges Antragsverhalten wollte sie den Aussagen des/der Gesprächspartners/-partnerin zufolge vom Ausgang dieses zweiten Versuchs abhängig machen (K5 II Abs. 43). Auch die anderen Kommunen konnten sich mittelfristig eine Antragstellung vorstellen, haben aber aus unterschiedlichen Gründen noch keine konkreten Schritte in diese Richtung unternommen. In K1 wurde zum Zeitpunkt des Interviews noch an einem systematischen, ganzheitlich ansetzenden Konzept gearbeitet, welches zunächst fertig gestellt werden sollte, um dann die Fördermöglichkeiten auszuloten (K1 Abs. 21). Auch in K3 und K4 bedurfte es noch der entsprechenden konzeptuellen Vorarbeit (K3 Abs. 59). Im Unterschied hierzu scheinen K2 und K6 zunächst abwarten zu wollen, weil es ihrem Eindruck nach und entsprechend den Informationen, die sie von anderen Kommunen erhalten hatten, „doch noch relativ schwierig“ (K6 Abs. 39; ähnlich: K2 Abs. 50, 70) sei, über das zentrale Antragsverfahren Gelder zu erhalten. Auf die Frage hin, ob er/sie die Schwierigkeit näher benennen könne, antwortete der/die Interviewpartner_in:

„[...] da bekomme ich halt mit, dass da die Antragsformulare beziehungsweise die Informationen, die da gebraucht werden beziehungsweise, wie genau Konzepte ausschauen müssen und so weiter, dass es da sehr klare Vorgaben gibt, die unheimlich schwierig zu fassen oder auch einzuhalten sind. [...] Also das sind, glaube ich, bekomme ich mit, dass es da einfach noch unheimliche Schwierigkeiten gibt, was dann auch bestimmte Begrifflichkeiten angeht. Wie Partizipation oder Ähnliches, wie das jetzt ausgelegt wird, wie wird Setting ausgelegt und so weiter.“ (K6 Abs. 41)

Dieser Eindruck wurde in ähnlicher Weise von unserem/unserer Interviewpartner_in aus K2 formuliert²⁴. Auch die Erfahrung von K1, deren Projektantrag aufgrund mangelnder Innovativität abgelehnt wurde, deutet darauf hin, dass die Vorgaben aus der Sicht der Kommunen teils sehr komplex und schwierig zu erfüllen sind und dass die Auslegung der jeweiligen Kriterien bzw. die zugrunde gelegten Begrifflichkeiten nicht immer transparent sind.

Kritisch wird das kassenübergreifende Antragsverfahren zum Teil auch von einigen Kommunen aufgrund der Zentralisierung der Entscheidungskompetenz betrachtet. Sowohl K5 wie auch K3 würden den Aussagen der Interviewpartner_innen zufolge den dezentralen Förderweg, d. h.

²⁴ „Man kriegt immer nur die Rückmeldung, dass viele an diesen Antrag schon, also Schwierigkeiten mit dem Antrag als solches haben. Aber es gibt ja auch die Möglichkeit, wir hatten hier halt, als es um [eine konkrete Projektidee, Anm. d. Autoren] auch ein Treffen mit einer Vertreterin vom Ministerium und auch von der LZG, die ja auch diese Abteilung haben, die quasi beratend unterstützen bei so einer Antragstellung. Und ich glaube, das ist ganz wichtig. Man hat eine Idee und dann muss man eben bevor man das einreicht, lohnt es sich auch mal die Unterstützung holen und gucken, ist der Antrag so wie er ist gut, realistisch, passt das oder stimmt da irgendwas nicht. Manchmal sind es ja auch einfach Formulierungen.“ (K2 Abs. 70)

über die ortsansässigen Kassen, bevorzugen (K5 II Abs. 61; K3 Abs. 87-89). Begründet wurde dies seitens der kommunalen Vertreter_innen mit der besseren Kenntnis über die Gegebenheiten vor Ort der ortsansässigen Kassen wie auch mit dem persönlichen Bezug. Die Einschätzung von K3, dass mit der Einrichtung des zentralen Antragsverfahren die Aufmerksamkeit einiger Kassen vor Ort ggf. etwas nachgelassen habe, wurde seitens der Vertreter_innen von K4 (K4 Abs. 68) und K6 (K6 Abs. 43) jedoch nicht bestätigt. Letztere begrüße sogar die Einrichtung einer zentralen Stelle, welche zu einer Koordinierung der bisher nicht immer überschaubaren Aktivitäten der Kassen beitrage (K6 Abs. 43).

Insgesamt lässt sich mit Blick auf das Erfahrungswissen und die Wahrnehmung der von uns untersuchten Kommunen festhalten, dass einerseits die Kooperation dort, wo sie zustande gekommen ist, positiv bewertet wird (K2, K3, K4), dass aber andererseits die Frustration hoch ist, wenn Anträge abgelehnt werden oder Kooperationen nicht zustande kommen – zumal, wenn die Kommune mit professionellem Anspruch auftritt (K1, K5). Aus der konkreten Kenntnis der bereits über größere Kooperationserfahrung verfügenden Kommunen lassen sich vor allem eine gute konzeptuelle Vorarbeit (K2, K1) sowie gute persönliche Beziehungen (K1, insb. aber auch K3 und K4) als Schlüssel zur erfolgreichen Kooperation herausfiltern. Im Hinblick auf das zentrale Antragsverfahren scheinen die größten Probleme insbesondere bei der Auslegung von Kriterien (K1, K2, K6) zu bestehen. Die von einigen Kommunen geforderte Aufweichung der Kriterien (K5 I Abs. 79; K1 Abs. 73, 91) kann dabei allerdings nur bedingt eine Lösung darstellen, da die meisten dieser Kriterien der Qualitätssicherung dienen.²⁵ Notwendig wäre außerdem ein fortgesetzter Kommunikationsprozess zwischen Kommunen und Kassen, also Vernetzung und Dialog, in dessen Rahmen Begriffe und Vorgaben geklärt werden können. Eine zentrale Rolle kommt in dieser Hinsicht auch der KGC zu, welche die Kommunen aktiv bei der Antragserstellung berät. Die KGC hatte ihre Arbeit jedoch erst wenige Wochen vor unseren Interviews aufgenommen.

Das Erfahrungswissen der Akteure, ihre Wahrnehmung der Kassen und die darauf basierende Einschätzung der Sachlage beeinflussen, wie die Kommunen agieren. Was aus diesem Erfahrungswissen konkret folgt, hängt aber nicht zuletzt von ideellen Faktoren ab, welche im nächsten Kapitel beschrieben werden.

5.1.4 Ideelle Faktoren

Unter ideellen Faktoren verstehen wir jene Präferenzen und Prinzipien, die das Handeln der Kommunen anleiten, bzw. die Handlungsstrategie, die sich in Abgleichung von Zielsetzung, Prinzipien und Erfahrungswissen ergibt.

Im Hinblick auf handlungsleitende Prinzipien und die Handlungsstrategien der untersuchten Kommunen lassen sich bei den Kommunen, die über eine größere Kooperationserfahrung verfügen (K1, K2, K3, K4) – und hierbei insbesondere bei denen, die zugleich auch vergleichsweise

²⁵ Wenngleich die Kassen den Kommunen in dieser Hinsicht bereits entgegengekommen sind und inzwischen auch Personalstellen finanzieren, welche zuvor von der Finanzierung ausgeschlossen waren.

professionell aufgestellt sind (K1, K2) –, tendenziell auch die ausgereiftesten Handlungsstrategien in Bezug auf die Kooperation mit den Kassen feststellen. Insbesondere das Vorgehen von K1, welches der/die Vertreter_in im Rahmen des Gesprächs ausführlich schilderte, zeichnet sich durch einen systematischen und zieleorientierten Ansatz aus. Prinzipiell, so der/die Vertreter_in, müsste die Verantwortung für den Bereich GFP in der Kommune verankert werden. Diese müsse auch bereit sein, hierfür die Verantwortung zu übernehmen und entsprechend Leistung zu zeigen (K1 Abs. 23). Als primäre Verantwortungsträger_innen wollen die kommunalen Vertreter_innen in K1 ganzheitlich ansetzen und nicht bloß ein einzelnes kleines Projekt für z. B. einzelne Kitas konzipieren, sondern als Kommune ein Programm mit verschiedenen Bausteinen entwickeln, welches die Kitas Schritt für Schritt umsetzen können (K1 Abs. 17, 57). Darüber hinaus sollen auch nicht nur Kinder, bzw. das Ziel „gesund Aufwachsen“, sondern ebenfalls die anderen Lebensphasen adressiert werden. Bevor jedoch Schwerpunkte und konkrete Aktivitäten festgelegt werden könnten, so der/die Vertreter_in weiter, müsse sinnvollerweise zunächst einmal eine Bestandsaufnahme erfolgen. Hier sei man gerade noch dabei, man schließe sich diesbezüglich auch mit anderen Verwaltungseinheiten kurz und wolle sich im Hinblick auf eine baldige Antragstellung auch nicht stressen lassen (K1 Abs. 61) – letztlich lässt sich diese Einstellung als das Prinzip „Gründlichkeit vor Schnelligkeit“ beschreiben. Erst wenn dies erledigt sei, wollen die Vertreter_innen an die Kassen herantreten und diese mit einem durchdachten und fundierten Konzept überzeugen (K1 Abs. 95). Im Hinblick auf den Steuerungsanspruch der Kommune und die Aufgaben- bzw. Rollenverteilung zwischen Kommune und Krankenkassen ist der Kommune prinzipiell wichtig, dass Entscheidungen über die konkrete Gestaltung von Projekten stets auf lokaler Ebene getroffen werden (K1 Abs. 91). So führt der/die Vertreter_in unter anderem aus:

„Und wenn man das hinkriegen würde, den kassenübergreifenden [K1] Topf hinzukriegen, also dass wir auch, wir wissen ja am besten, was in den Kitas, in den Schulen los ist. Das wissen die Kassen nicht, die fragen dann an, haben ein Programm, schmeißen das da rein, weil die Kitaleitung sagt, ja finde ich gut, interessiert mich und wir haben hier eh ein Problem mit übergewichtigen Kindern oder die Kinder bewegen sich nicht richtig. Und dann wird zehnmal was gemacht und das wars. Ist doch besser, wenn die Kassen sagen, ja wir wollen das unterstützen und wir gucken von der Gesundheitsamtseite über eine zentrale Stelle drauf, wo ist der Bedarf und haben dann aber Mittel und die Kassen sagen, ja gut dann zahlen wir für den [K1] Topf noch mal jeder 20.000 sag ich mal von allen großen Kassen, dann haben wir noch mal ein Budget, das man einsetzen kann. Aber das wird nicht kommen, also das ist jetzt illusorisch.“ (K1 Abs. 91).

Das hier deutlich werdende Steuerungsverständnis der Kommune und die entsprechende Erwartungshaltung gegenüber den Kassen werden wir am Ende des Kapitels noch einmal ausführlicher thematisieren.

Weniger umfassend, aber dafür pragmatisch und fokussiert setzt die Kommune K2 an, wie der/die Vertreter_in ausführt: Eine gute und realistische Idee müsse man haben (K2 Abs. 76, 106); hinderlich sei es, „wenn man da irgendwas macht, was keinen Sinn hat in Anführungsstrichen, oder was sich vielleicht auf dem Papier schön liest, was sich aber in der Realität nicht umsetzen lässt“ (K2 Abs. 106). Für den/die Interviewpartner_in ist es grundsätzlich wichtig, flexibel

auf die Gegebenheiten und Bedarfe vor Ort eingehen zu können, weswegen die Kommune nicht auf die Programme einzelner Kassen zurückgreift, sondern vorzugsweise selbstbestimmt die Projekte gestaltet und partizipationsorientiert, d. h. unter Einbindung der lokalen Akteure, vorgeht (K2 Abs. 42, 64-66). Wenn ein Projektentwurf dann stehe, würde nicht einzeln mit einer Kasse verhandelt, sondern alle Kassen würden gemeinsam an einen Tisch geholt, um dann gemeinsam zu überlegen (K2 Abs. 76). Dabei gehe es um Transparenz und offene Kommunikation, also um die Darlegung, was konkret gemacht wird, wie die Qualitätssicherung garantiert werden kann und wofür Geld genau ausgegeben werden soll (K2 Abs. 90, 106, 116).

Trotz der unterschiedlichen Schwerpunktsetzung von K1 und K2 ähneln sich beide im Hinblick auf die Strategie, zunächst eigenständig und selbstbestimmt ein Konzept zu entwickeln, welches sie anschließend den Kassen zur Finanzierung vorschlagen. Weniger strategisch, dafür kooperativer setzt K3 an. Wenngleich auch der/die Vertreter_in von K3 sich grundsätzlich für das weiter oben schon beschriebene Lokalprinzip ausspricht, also dass Entscheidungen konkret vor Ort getroffen werden sollten, würde er/sie sich nichtsdestoweniger wünschen, dass nicht die Kommune allein Projekte entwickelte, sondern dass diese in Kooperationen von Krankenkassen und Kommunen gemeinsam erarbeitet würden. In diesem Zusammenhang führt der/die Vertreter_in aus:

„Mir wäre eine gemeinsame Erarbeitung, die wäre mir wichtig. Nicht einfach nur einen Antrag stellen, das möchten wir jetzt gerne machen, also ich hätte mir von dem Präventionsgesetz, deswegen hatten wir ja auch die Krankenkassen eingeladen, um eben zu gucken, was stellen die sich vor, was stellen wir uns vor und was macht Sinn, dass man da gemeinsam entscheidet für ein paar Jahre, das hätte jetzt Priorität und das könnte als Nächstes gefördert werden, aber eben gemeinsam. Grundsätzlich finde ich es halt mit diesem Antrag nicht so toll.“ (K3 Abs. 87)

Der/Die Vertreter_in von K3 hatte partiell den Eindruck, dass sich die Kassen im Rahmen der Präventionsgesetzgebung bzw. der LRV-Implementierung zumindest teilweise vor Ort zurück- und auf die Landesebene gezogen haben. Da mit dem Gesetz eigentlich der Lebenswelt-Ansatz gestärkt werden sollte, erscheint dem/der Interviewpartner_in eine weitere Zentralisierung der Entscheidung daher eher kontraintuitiv und nicht sachdienlich. Vor dem Hintergrund der Erfahrung, dass die gelungenen Kooperationen maßgeblich von den Personen vor Ort abhingen, erscheint diese Sichtweise durchaus nachvollziehbar.

Zugleich ähnlich und doch anders stellt sich die Lage in K5 dar: Einerseits bevorzugt die Kommune prinzipiell wie K3 ortsnahe Entscheidungen und hält den Weg über das zentrale Förderverfahren aufgrund der mangelnden Ortskenntnis und des fehlenden persönlichen Bezugs für nicht optimal (K5 II Abs. 61). Andererseits geht es der Kommune nicht um die gemeinsame Erarbeitung von Projekten, sondern vielmehr um die selbstbestimmte Steuerung des Themenfeldes, wie auch das folgende Zitat verdeutlicht, in welchem der/die Interviewpartner_in den Ansatz des Präventionsgesetzes kritisiert:

„Wir sind ja vehement [...] gegen das Präventionsgesetz angetreten und haben gesagt, das kann nicht sein, was ihr da tut. Ihr wollt Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene machen, dann müsst ihr uns fragen. Und jetzt stülpt ihr uns was über, das wollen wir nicht. [...]

[I]ch weiß, dass ich im [...] Stadtteil [X] Alkoholprobleme mit Rotwein habe und im [...] Stadtteil [Y] Alkoholprobleme mit Bier, das wisst ihr in eurer Zentrale in Hamburg, Berlin oder irgendwo nicht. Da macht ihr Alkoholentwöhnungskurse für ganz [K5], ich muss aber an bestimmte Sozioschichten anders ran als da die anderen.“ (K5 I Abs. 74)

Im Vergleich zu K3, welche sich auch für möglichst ortsnahe Entscheidungen aussprach, aber eine gemeinsame Erarbeitung von Projekten bevorzugte, scheint hier die professionelle Aufstellung den zentralen Unterschied auszumachen: K5 verfügt nicht nur über jahrelange Erfahrung im Bereich GFP und deren Koordinierung, sondern ebenso über das entsprechende Personal bzw. die entsprechende Ausstattung an Mitteln, um Pläne und Projekte in Eigenregie umzusetzen. Diesem umfassenden Steuerungsanspruch liegt unter anderem die Erfahrung der Kommune zugrunde, dass die Kassen manchmal nicht kooperieren wollten oder könnten, so z. B. wenn es um die Beschaffung von Daten (K5 I Abs. 70; K5 II Abs. 13) oder die Bereitstellung von Informationen über vor Ort durchgeführte, kassenindividuelle GFP-Aktivitäten gehe (K5 II Abs. 23). Aus diesem Grund sieht sich die Kommune in der Hauptverantwortung und betrachtet die Kassen primär als Finanziere (K5 I Abs. 74, 76). Die Kassen scheinen aus Sicht der Kommune – vermutlich aufgrund ausgebliebener Kooperationen und wegen des Eindrucks fehlenden Engagements und fehlender Fachkompetenz – keine geeigneten Akteure für die inhaltliche Zusammenarbeit zu sein.

Im Kontrast zu den ausgewiesenen Handlungsstrategien von K5 und K1 lassen sich die Handlungsstrategien von K6 und K4 mit den eher kooperativen Ansätzen von K3 vergleichen, wenn gleich sich aus den Interviews weniger eindeutige Informationen im Hinblick auf den Steuerungsanspruch der Kommune bzw. die Aufgabenverteilung zwischen Kommunen und Krankenkassen ergeben. K6 möchte zukünftig vor allem den Kontakt und die Vernetzung mit den Kassen weiter ausbauen, insbesondere auch, um einen besseren Überblick über von diesen angebotenen und durchgeführten Maßnahmen zu erhalten, um dann mit diesem Wissen die einzelnen Einrichtungen der Kommunen besser beraten zu können (K6 Abs. 51). Im Zuge der Annäherung an die Kassen sollen Ansprechpartner_innen bestimmt und mittelfristig auch Finanzierungsmöglichkeiten ausgelotet werden (K6 Abs. 51). Auf Prinzipien und Handlungsstrategien von K4 konnte aufgrund der nur kurzen Interviewdauer nicht ausführlicher eingegangen werden. Da der Kreis derzeit sehr gut mit seinen Projekten fahre, so der/die Interviewpartner_in, sei zunächst keine Bewerbung beim zentralen Antragsverfahren geplant (K4 Abs. 74). Als zentralen Faktor für die eigene Vorgehensweise nannte er/sie ein auf Verbindlichkeit und offene Kommunikation zielendes Vertrauensverhältnis, welches es zu etablieren gelte (K4 Abs. 80).

Hinsichtlich der Rolle ideeller Faktoren lässt sich abschließend zusammenfassen: Aufschlussreich war der Vergleich hinsichtlich der Handlungsstrategien der Kommunen sowie des jeweiligen Steuerungsverständnisses der Kommunen. Die Ansicht, dass die Kommune selbst die beste Übersicht über die Geschehnisse und Bedarfe in der Kommune habe und entsprechend Entscheidungen zu inhaltlichen Details auf Ortsebene durch die Kommune getroffen werden sollten, wurde insbesondere von Vertreter_innen der drei Städte betont (K3 Abs. 91; K5 I Abs. 74; K1 Abs. 91). Auch der Kreis K2 ist prinzipiell darauf bedacht, möglichst ortsnah und partizipativ

zu arbeiten, allerdings scheint hier die Kommune weniger die zentrale Steuerung als vielmehr eine koordinierende und vermittelnde Rolle zu übernehmen, während sich das eigentliche Wissen dezentral in den lokalen Einrichtungen konzentriert. Vor diesem Hintergrund liegt die Vermutung nahe, dass die unterschiedlichen räumlichen Strukturen in Kreisen und Kommunen auch zu unterschiedlichen Steuerungsansprüchen führen.

Im Hinblick auf den Steuerungsanspruch müssen allerdings auch die Rolle, die den Kassen von den Kommunen zugewiesen wird, und die Aufgabenverteilung zwischen Kommune und Kasse berücksichtigt werden. Hier stehen auf der einen Seite mit K1 und K5 zwei professionell aufgestellte Städte, die von der Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse bis zur Maßnahmenkonzeption und Koordinierung eigentlich alle Aufgaben weitgehend selbstständig bewerkstelligen können bzw. wollen und die Kassen lediglich als Financiers beteiligen möchten. Im Kontrast zu dem umfassenden und alleinigen Steuerungsanspruch dieser zwei Kommunen steht auf der anderen Seite der Kreis K2, der zwar selbstbestimmt und bedarfsgestützt eigene Projekte konzipieren will und kann, eine umfassende Bestandsaufnahme und Koordinierung aber nicht zu leisten vermag und deshalb auf die Kassen nicht nur als Financiers, sondern auch als Informationsgeber und Berater angewiesen ist und sie infolgedessen auch als Partner auf Augenhöhe wahrnimmt. Eine dritte Gruppe bilden Kommunen wie K3, die die Kassen zwar ebenso wie die zweite Gruppe als Partner auf Augenhöhe wahrnehmen, jedoch im Hinblick auf die Projektentwicklung und -konzipierung stärker auf die Kassen angewiesen sind und auf eine gemeinsame Projektentwicklung drängen.²⁶ Korrespondierend zu den jeweiligen Steuerungsverständnissen formulieren dann auch die Kommunen mit dem ausgeprägten Steuerungsanspruch die größeren Forderungen an die Kassen – die Einrichtung eines gemeinsamen Topfes in Höhe der jeweiligen Einwohnerzahlen (K5 I Abs. 42; K1 Abs. 91), die Finanzierung von Personal sowie die Bereitstellung von Daten (K5 I Abs. 79) –, während die kooperativ ausgerichteten Kommunen insbesondere auf die stärkere Finanzierung von Projekten sowie auf die Finanzierung bereits bestehender Projekte hoffen (K6 Abs. 51; K2 Abs. 78); dieser Wunsch wurde auch von K1 geäußert (K1 Abs. 29, 91). Vor dem Hintergrund der Fallspezifika scheint das jeweils spezifische Rollen- und Steuerungsverständnis insgesamt nicht nur vom Kommumentyp (Städte K1, K3 und K5 vs. K2, K4 und K6), sondern insbesondere auch vom Grad der Professionalisierung (vgl. K1, K2 und K5 vs. K3) und der Größe der Kommunen (K3 vs. K1, K2 und K5) abzuhängen.

5.2 Die Perspektive der Krankenkassen

Ergänzend zur Perspektive der Kommunen haben wir auch Vertreter_innen der Kassenseite befragt. Diese Interviews erfolgten ebenfalls leitfadengestützt und enthielten Fragen zur kasseninternen Organisation von GFP, zu Ressourcen, zu den Beziehungen zwischen Kassen und Kommunen, zu den verschiedenen Förderverfahren und zu der Erfahrung in der Zusammenarbeit mit

²⁶ Aufgrund der nur rudimentär vorliegenden Informationen im Hinblick auf das Steuerungsverständnis und die Handlungsstrategie von K4 ist deren Klassifizierung ebenso wie jene von K6 nicht ohne weiteres möglich.

den Kommunen. Zugunsten der Anonymität verzichten wir auf eine konkretere Darstellung der Kassen, wie sie in Kapitel 5.1.1 für die Kommunen erfolgte. Wir werden im Folgenden zunächst auf institutionelle Aspekte eingehen, anschließend ideelle Aspekte vergleichen und schließlich auf die Beziehungen zu und die Erfahrungen mit den Kommunen aus Sicht der Krankenkassen beschreiben.

5.2.1 Institutionelle Faktoren

Im Hinblick auf institutionelle Faktoren, die für die Kooperation zwischen Kommunen und Krankenkassen relevant sein könnten, haben wir uns auf die Organisationsstruktur und Personalausstattung, das Budget, die regionale Präsenz und Entscheidungsmacht sowie kassen- und GKV-interne Vernetzung konzentriert und die von uns interviewten Kassen anhand dieser Kriterien verglichen.

Die *Organisationsstruktur* der Krankenkassen variieren stark in Abhängigkeit der bundes- oder landesweiten Aufstellung sowie der Größe der Kassen. Je nachdem, ob die Kassen landes- oder bundesweit geöffnet sind, lassen sich drei bis vier Organisationsebenen unterscheiden (KK1 Abs. 19-23, 31-33; KK4 Abs. 18-22, 25-26; KK3 Abs. 33-42; KK2 Abs. 55-56): Bei den bundesweiten Kassen steht an oberster Stelle die Zentrale, auf Landesebene folgt eine Landesvertretung – das Land ist selbst manchmal noch in verschiedene Regionen aufgeteilt –, und auf lokaler Ebene folgen dann die Geschäftsstellen mit dem alltäglichen Geschäft und Kundenverkehr. Bei den landes- oder auch teils nur regional aufgestellten Kassen steht an oberster Stelle auf Landesebene die Zentrale, bei größeren Kassen folgt noch eine weitere Unterteilung in verschiedene Regionen, auf der untersten, lokalen Ebene sind die Geschäftsstellen angesiedelt.

Mit Blick auf die *Personalausstattung* haben einige Krankenkassen eine relativ eigenständige Präventionsabteilung (manchmal sind auch noch weitere Themenbereiche angegliedert wie z. B. die Selbsthilfe) mit teils doppelstelliger Mitarbeiterzahl, die entweder in der Zentrale oder auf regionaler Ebene angesiedelt ist; andere Krankenkassen haben einzelne Fachkräfte eingesetzt, die in größere Abteilungen mit eingegliedert sind (KK1 Abs. 19-23, 28-33; KK2 Abs. 30-44; KK3 Abs. 33-42; KK4 Abs. 6-22). In den Geschäftsstellen sitzen hingegen meist keine ausgewiesenen Präventionsfachkräfte (KK1 Abs. 28-31). Im Hinblick auf die Qualifikation der von uns interviewten Kassenvertreter_innen handelte es sich teils um Public-Health-Spezialist_innen mit langjähriger Facherfahrung und teils um ausgewiesene Versicherungsfachkräfte mit unterschiedlich langer Facherfahrung; alle verfügten jedoch über langjährige Kassenerfahrung (KK1 Abs. 11; KK2 Abs. 45-50; KK3 Abs. 8-18; KK4 Abs. 7-10).

Die *Präventionsbudgets* werden bei den verschiedenen Kassen je nach Aufstellung entweder auf Bundes- oder Landesebene festgesetzt und gesteuert, bei den meisten von uns interviewten Kassen orientiert sich das jeweilige Regional- oder Landesbudget dabei an den Versichertenzahlen (KK1 Abs. 81; KK2 Abs. 125-128; KK3 Abs. 124-125). Für § 20a-Projekte gibt es bei einigen Kassen ein Extra-Budget (KK2 Abs. 162); ebenso können Projekte, die nicht die Kriterien des § 20a SGB V erfüllen, auch über Marketingmittel finanziert werden (KK2 Abs. 162).

Ebenfalls von der Aufstellung und der Organisationsstruktur abhängig ist die regionale bzw. lokale *Präsenz* der Kassen. Bei den landesweit aufgestellten Kassen ist das Geschäftsstellennetz etwas dichter als bei den bundesweit agierenden Kassen (KK4 Abs. 34; KK3 Abs. 61; KK2 Abs. 74). Die lokalen Geschäftsstellen sind häufig erster Anlaufpunkt für die Kommunen, die Entscheidung über die Finanzierung wird allerdings mit wenigen Ausnahmen ein oder zwei Ebenen höher getroffen (KK3 Abs. 62f, 104-110, 125), wenngleich die Entscheidungsstrukturen bei vielen Kassen komplex sind und von mehreren Faktoren abhängen.

Auf welcher *Entscheidungsebene* über konkrete Projektfinanzierungen beschlossen wird, ist zunächst von der Projekt- bzw. Programmart abhängig. Wird die Aufnahme in ein Landesprogramm beantragt, entscheidet die Landesebene, wird hingegen die Aufnahme in ein Bundesprogramm beantragt, entscheidet die Bundesebene (KK3 Abs. 62-63, 104-110, 125; KK1 Abs. 78-79). Bei anderen, individuellen Anträgen wird die Entscheidung teils auf Landes-, teils auf Regional- und manchmal auch auf der Lokalebene getroffen, wenngleich in den meisten Fällen interne Abstimmungsprozesse zwischen den Ebenen stattfinden (KK4 Abs. 79-82, 35-36; KK3 Abs. 62-63, 104-110, 125; KK2 Abs. 63-66, 120-124, 160; KK1 Abs. 67). Geht z. B. ein Antrag oder Anliegen bei einer Geschäftsstelle ein, erfolgt bei vielen Kassen eine inhaltliche Prüfung durch die Präventionsexpert_innen auf Landesebene, die dann eine Empfehlung an die Regionalebene aussprechen, wo entschieden wird (KK1 Abs. 67; KK4 Abs. 79-82, 35-36; KK2 Abs. 63-66, 120-124, 160). In Zweifelsfällen wird auch manchmal die Zentrale eingeschaltet (KK4 Abs. 79-82, 35-36). Hält ein Anliegen der Prüfung bzw. den Kriterien des GKV-Leitfadens für Prävention nicht stand, kann sich die lokale Ebene – je nach Haushaltslage – noch entscheiden, das Projekt über Marketingmittel zu finanzieren.

Im Hinblick auf die *Vernetzung* gibt es, wie erwähnt, jeweils kasseninterne Abstimmungsprozesse bei Projektanträgen; sollten Kommunen in Landesprogramme oder Bundesprogramme aufgenommen werden, werden zum Teil auch die Geschäftsstellen informiert (KK1 Abs. 126f; KK2 Abs. 177-180; KK3 Abs. 135-138; KK4 Abs. 71-72). Im Rahmen des zentralen Antragsverfahrens bzw. der „AG Nichtbetriebliche Lebenswelten“ vernetzen sich die Kassen auch untereinander und tauschen sich z. B. über Antragstellungen aus, die kassenindividuell eingegangen sind, um Doppelbearbeitungen zu vermeiden (KK3 Abs. 135-138).

5.2.2 Beziehung zu Kommunen und Erfahrungswissen

Die Beziehungen zu und die Erfahrungen mit den Kommunen haben wir über die Kategorien Mitgliedschaft in der KGK, sonstige institutionalisierte Beziehungen zur Kommune, nichtinstitutionalisierter Kontakt, Erfahrungen in der Kooperation (inklusive Erfahrungen im Rahmen des zentralen Antragsverfahrens) sowie Wahrnehmung der Kommunen zu erfassen versucht.

Die Mitgliedschaft in den *Kommunalen Gesundheitskonferenzen* ist unterschiedlich und je nach Kassenart geregelt. Teilweise wird die Entscheidung, ob und welcher/welche Vertreter_in an der KGK teilnimmt, auf regionaler Ebene getroffen; manche Kassen haben sich aber auch zusam-

mengeschlossen und im Rahmen einer Stellvertreterregelung die Kommunen zentral auf Landesebene nach Versichertenanteilen aufgeteilt (KK1 Abs. 44-47; KK2 Abs. 77-78; KK3 Abs. 64f; KK4 Abs. 38-40). Teilnehmende sind in vielen Fällen die Mitarbeiter_innen vor Ort aus den Geschäftsstellen (ebd.). Da wir mit keinen lokalen Vertreter_innen der Kassen gesprochen haben, konnten wir auch keine weiterführenden Details im Hinblick auf die inhaltliche Arbeit erhalten. Wir haben unsere Interviewpartner_innen dennoch um eine Einschätzung der Rolle der KGKs gebeten. Einerseits wiesen die Vertreter_innen auf die große Heterogenität im Hinblick auf die faktische Rolle und Funktion der jeweiligen KGK hin (KK1 Abs. 55; KK2 Abs. 93-94; KK3 Abs. 80); so beschäftigten sich beispielsweise nicht alle KGKs überhaupt mit dem Thema GFP (KK2 Abs. 93-94). Andererseits, so der/die Interviewpartner_in weiter, fielen diejenigen Kommunen, in denen KGK das Thema eine Rolle spiele, durchaus positiv auf (KK2 Abs. 93-94).

Neben den im Rahmen der KGKs institutionalisierten Beziehungen stehen einige Kassen auch in einem regelmäßigen Austausch mit einzelnen Kommunen über die *Teilnahme an Netzwerken* (vgl. z.B. KK3 Abs. 81-82, 86, 95) sowie im Rahmen bestehender Projekte (KK3 Abs. 141), wenngleich diese Kooperationen häufig auf regionaler und lokaler Ebene stattfinden und zentral nicht immer ein Überblick besteht (KK1 Abs. 48-49, 128f). Das gleiche gilt für formlose Kontakte (KK1 Abs. 48-49, 128-129), welche zudem ebenfalls von individuellen Schwerpunkten und dem individuellen Engagement der lokalen Kassenvertreter_innen abhängen (KK2 Abs. 80). Nichtinstitutionalisierter Kontakt besteht außerdem über individuelle Einladungen seitens der Kommunen (KK3 Abs. 141) und ein, wenn auch vermittelter, Austausch wird durch die Prüfstelle Prävention beim Landeszentrum Gesundheit NRW sichergestellt (KK4 Abs. 52).

Im Hinblick auf die *Richtung der Beziehung*, also darauf, wer jeweils den Kontakt oder ein Projekt initiiert, treten zwar einerseits die Kommunen in der Regel an die Kassen heran; andererseits bewerben die Kassen auch aktiv ihre Angebote, teils auch über Netzwerke oder über entsprechende Berichte im Rahmen der KGK (KK1 Abs. 84-85; KK3 Abs. 95, 129-130; KK2 Abs. 166). Da nicht jede von uns interviewte Kommune kassenseitig angesprochen wurde, vermuten wir, dass sowohl die Größe bzw. Struktur der jeweiligen Kommune wie auch die Rolle bzw. Bedeutung der jeweiligen KGK eine Rolle spielt, d. h., in solchen Kommunen, in denen die KGK nur selten tagt oder stärker auf Versorgungsthemen ausgerichtet ist, dürfte auch weniger über entsprechende Fördermöglichkeiten für GFP gesprochen werden. Einige Kassen bieten eigens an Kommunen adressierte Programmbausteine, andere konzipieren derzeit ein entsprechendes Modul oder verzichten auf ein entsprechendes Angebot, begrüßen aber individuelle Anträge von Kommunen (KK3 Abs. 85-86; KK2 Abs. 147-150; KK4 Abs. 75-79).

Zwar hat jede der von uns interviewten Kassen schon mehrfach mit Kommunen kooperiert;²⁷ Details bezüglich des inhaltlichen Ablaufs konnten wir allerdings nicht erfahren, da die meisten

²⁷ Wenn auch meistens nur im einstelligen Bereich (KK3 Abs. 90-94; KK2 Abs. 116-118): Bei einer Kasse laufen derzeit grob geschätzt circa sieben Projekte; bei einer anderen beschränkt es sich auf eine Handvoll Projekte in den letzten fünf Jahren. Anzumerken bleibt jedoch, dass nicht jede lokale Kooperation auch stets zentral bzw. auf Landesebene erfasst wird.

Projekte von den Mitarbeiter_innen vor Ort betreut wurden. Erfahrungen mit kassenübergreifenden Finanzierungen, die über das zentrale Antragsverfahren zustande gekommen sind, gab es im Erhebungszeitraum noch nicht (Dezember 2017 bis Februar 2018). Wie die Kassenvertreter_innen berichteten, sind im Jahr 2017 ca. 30 *Anträge* eingegangen, von denen rund ein Drittel von Kommunen eingereicht wurde. Bis auf einen Antrag hat jedoch keiner der Anträge einer formalen und inhaltlichen Prüfung standgehalten (KK4 Abs. 105-108). Die häufigsten Probleme bei den Anträgen, so berichteten die Kassenvertreter_innen, betrafen zum einen den Kriterienkatalog, so z. B. im Hinblick auf die Qualifikation des Personals (KK2 Abs. 182) oder die Definition eines Settings (KK4 Abs. 108), zum anderen wurden Anträge zur Fortführung bereits bestehender Projekte gestellt (KK2 Abs. 182). Ebenso fehlten bei manchen Anträgen die notwendigen Strukturen, in die das Projekt eingebettet sein muss (KK2 Abs. 182, 186). Einige Anträge sind auch bereits an den Formalien gescheitert.

Der bis dato noch ausbleibende Erfolg im Hinblick auf die Menge wie die Qualität der eingereichten Anträge ist in der Wahrnehmung der Kassen teilweise auf eine falsche Erwartungshaltung einiger Kommunen zurückzuführen. Einige Kommunen hätten sich nach der Verabschiedung des Präventionsgesetzes über das neue Geld im System gefreut, allerdings nicht ausreichend beachtet, dass dieses nicht frei oder analog zu der jeweiligen Anzahl von Versicherten innerhalb der Kommunen zur Verfügung stehe, sondern die Vergabe an bestimmte Kriterien geknüpft sei (KK1 Abs. 93, 131-133; KK3 Abs. 80). Diese Kriterien, so der Eindruck der Vertreter_innen, seien aus Sicht einiger Kommunen wohl zu eng gefasst. Stattdessen wünschten sich die Kommune eine Dauerfinanzierung von Beratungsstellen, die Finanzierung von Gerätschaften oder die Einrichtung eines gemeinsamen Fördertopfes (KK3 Abs. 156-160). Zudem seien noch nicht sehr viele Kommunen wirklich aktiv und setzten selbstständig einen Schwerpunkt, indem sie Bedarfe identifizierten und einen solchen bei den Kassen anmeldeten, was jedoch Grundvoraussetzung für die Antragstellung sei (KK3 Abs. 72-74). Dennoch sei die Situation ebenso wie die Interessen in den Kommunen insgesamt sehr unterschiedlich, und in letzter Zeit habe sich im Hinblick auf die Bereitschaft der Kommunen, ihre Verantwortung anzuerkennen, auch einiges zum Positiven verändert (KK2 Abs. 204).

5.2.3 Ideelle Faktoren

Ergänzend zu den beiden Kategorien „Institutionelle Faktoren und Aspekte“ und „Erfahrungswissen und Beziehung zu den Kommunen“ haben wir auch bei den Kassenvertreter_innen versucht, ideelle Faktoren, die eine Rolle für die Kooperation zwischen Kommunen und Krankenkassen spielen könnten, zu identifizieren. Neben der Relevanz des Themas innerhalb der jeweiligen Krankenkasse haben wir auch hier untersucht, ob und inwiefern die Kassen GFP als Wettbewerbsfeld einschätzen, welche Sicht sie auf die Rolle der Kommunen haben und ob Interesse an einer Kooperation besteht sowie welchen Handlungsansatz sie verfolgen und welche Erwartungen sie gegenüber den Kommunen haben.

Im Hinblick auf die *Relevanz* der Gesundheitsförderung und Prävention innerhalb der jeweiligen Krankenkasse haben alle Kassenvertreter_innen auf einen durchweg hohen *Stellenwert* verwiesen, wenngleich hier sicherlich angemerkt werden muss, dass eine strategisch motivierte Antwort nicht auszuschließen ist. Teils konnten die Krankenkassen ihre Aussage durch Verweis auf langjährige diesbezügliche Aktivitäten und Strukturen historisch begründen; bei anderen scheint vielmehr das Präventionsgesetz die Relevanz erhöht zu haben (KK1 Abs. 40-43; KK2 Abs. 76; KK3 Abs. 53; KK4 Abs. 28).

Den Eindruck der Kommunen bestätigend (siehe Kapitel 5.1) spielt der *Wettbewerb* aus der Perspektive der meisten der von uns interviewten Kassen zwar am Rande eine Rolle, sollte aber insgesamt nicht überbewertet werden (KK1 Abs. 143; KK3 Abs. 123) und könnte, so ein_e Kassenvertreter_in, zukünftig auch noch weiter abnehmen (KK1 Abs. 143). Traditionell stelle die nichtbetriebliche GFP kein großes Wettbewerbsfeld in NRW dar (KK2 Abs. 194-198; ähnlich KK3 Abs. 123). So hätte jeder sein spezielles Angebot gehabt und mit diesem sei man sich nicht in die Quere gekommen (KK2 Abs. 198). Darüber hinaus wurde mit der Einrichtung der gemeinsamen Strukturen, d. h. der Steuerungsgruppe und dem zentralen Antragsverfahren, der Wettbewerb „schon fast im Keim [...] erstickt“ (KK4 Abs. 128).

Die kassenübergreifende Zusammenarbeit im Rahmen der Steuerungsgruppe beschreiben die Vertreter_innen durchgängig als „konstruktiv [...], weil halt eigentlich alle das Thema bewegen wollen“ (KK1 Abs. 143): Man arbeite „sehr sehr eng und offen miteinander“ (KK2 Abs. 194), und „harmonisch zusammen“, und es zögen „alle an einem Strang“ (KK4 Abs. 128); man könne sich

„fach-, sachlich auf das Anliegen konzentrieren [...] und gucken [...], wie kann man auch den Auftrag des Gesetzes wirklich nach vorne bringen, weil die Notwendigkeit ist für alle ersichtlich, die Gelder sind da und wie kann mans jetzt am besten auf den Weg bringen. Und da herrscht große Übereinstimmung, empfinde ich persönlich auch als sehr konstruktiv und angenehm“ (KK3 Abs. 123).

Vor diesem Hintergrund müsse es nicht unbedingt problematisch sein, wenn sich einzelne Kassen die individuelle Finanzierung von Projekten als Option offen hielten (KK2 Abs. 194) – man spräche sich ohnehin GKV-intern ab, diskutiere die jeweilige Bereitschaft der Kassen, sich zu beteiligen, ein Projekt kassenübergreifend zu finanzieren oder vielleicht doch lieber kassenindividuell zu fördern, und auf diesem Wege bliebe dann immerhin die Möglichkeit, unterschiedliche Wege zu beschreiten und zu erproben (KK2 Abs. 198).

Auf die Frage, welcher Weg den Kommunen zu empfehlen sei, d. h. welche Vorteile sich jeweils mit der kassenindividuellen Förderung und mit dem zentralen Antragsverfahren für die Kommunen verbinden, raten die Kassenvertreter_innen tendenziell zum zentralen Antragsverfahren – wenn nicht schon lokale Beziehungen zu einer Krankenkassen bestünden –, denn: Dort erhielten die Kommunen mehr Hilfestellung (KK3 Abs. 113-116) und könnten sich mit der KGC zwecks erfolgsversprechender Antragstellung beraten (KK2 Abs. 194). Zudem hätte man Kontakt zu allen Kassen, d. h., man könne potentiell mit einer breiteren Finanzierungsbasis rechnen, im Fall der Ablehnung einer kassenübergreifenden Finanzierung aber auch noch mit einzelnen Kassen

ins Gespräch kommen (KK3 Abs. 113-116; KK4 Abs. 96). Letztlich könne aber keine Standardempfehlung gegeben werden, so müsse sich jede Kommune in Abhängigkeit zu ihrem spezifischen Ausgangskontext selbst entscheiden, welchen Weg sie gehen möchte (KK3 Abs. 116).

Ganz im Sinne der letzteren Aussage schreiben die Kassen den Kommunen im Bereich der nichtbetrieblichen GFP eine „sehr zentrale Rolle“ (KK3 Abs. 78, ähnlich KK1 Abs. 53) oder die „Hauptrolle“ (KK4 Abs. 57f) zu. Ihnen käme einerseits eine Scharnierfunktion zwischen den einzelnen Akteuren zu, andererseits seien sie die größte Lebenswelt bzw. der primäre Lebenswelträger, über den man viele Menschen erreichen könne (KK4 Abs. 58; KK3 Abs. 78). Entsprechend, so ein_e Kassenvertreter_in, sollten sie eigentlich auch die Hauptantragsteller sein (KK1 Abs. 125), denn nur wenn ein Antrag über die Kommune laufe, sei die Informiertheit und Vernetzung der Akteure gewährleistet, und nur die Kommune könne einzelne Aktivitäten nachhaltig im Sinne einer integrierten Handlungsstrategie ausrichten. Notabene müssten die Kommunen diese Rolle auch für sich annehmen und selbstständig wahrnehmen (KK3 Abs. 78; KK1 Abs. 53). Einhergehend mit dieser Rollenbestimmung äußern die von uns interviewten Kassenvertreter_innen denn auch einhellig ein bestehendes Interesse an Kooperationen bzw. an deren Ausbau (KK4 Abs. 59f; KK1 Abs. 56-57, 99-101, 141; KK2 Abs. 147-148) – ein Eindruck, den die meisten Vertreter_innen der von uns interviewten Kommunen bestätigt haben (K1 Abs. 93; K3 Abs. 93; K6 Abs. 44-47; K2 Abs. 80).²⁸

Im Hinblick auf die *Erwartung* der Kassen gegenüber den Kommunen lassen sich aus den Interviews mit den Krankenkassenvertreter_innen vier Punkte identifizieren, die für die zukünftige Zusammenarbeit zwischen Kommunen und Krankenkassen bzw. deren Erfolg aus der Perspektive letzterer maßgeblich sind.²⁹ Einen wichtigen Faktor stellt das Selbstverständnis der Kommune dar, welche die eigene Verantwortung und Steuerungsfunktion anerkennen und Projekte entsprechend mitfördern bzw. sich angemessen einbringen müsse (KK2 Abs. 204; vgl. auch KK3 Abs. 78).³⁰ Dies umfasse insbesondere auch die selbstständige Identifizierung der jeweiligen Bedarfe vor Ort, welche überhaupt erst die Grundlage einer Antragstellung bzw. Kooperation sein könne (KK1 Abs. 92-93, 99), jedoch von der Kommune eigeninitiativ geleistet werden müsse. Wünschenswert wäre außerdem,

„wenn es in allen Kommunen jemanden gibt, der für nichts anderes da ist, als eben solche Projekte zu entwickeln, Bedarfe zu ermitteln, zu gucken, wo müssen wir tätig werden und dann halt entsprechend wirklich die Verantwortung für so ein Projekt trägt. [...] Also das

²⁸ In diesem Zusammenhang verwies ein_e Kassenvertreter_in auf die derzeitige Initiative der Kassen, sich sowohl im Rahmen bestehender Formate wie der LGK, den KGK oder dem LZG wie auch über temporäre Workshops stärker mit den Kommunen zu vernetzen (KK3 Abs. 80).

²⁹ Wir haben die Kassenvertreter_innen in den Interviews nicht direkt nach deren Handlungsansatz oder Erwartungshaltung gefragt, sondern diese Punkte aus den Gesprächsinhalten herausgearbeitet. Insofern ist die Aufzählung weder umfassend noch als offizielle Sicht der Kassen zu verstehen.

³⁰ Vgl. in diesem Zusammenhang die folgende Aussage des/der Vertreters/Vertreterin der KK3: „Aber was da auch deutlich wird, ist dass die Kommune auch eine Steuerungsfunktion übernehmen muss, damit es funktionieren kann. Also eine koordinierende Rolle und das ist auch, glaube ich, genau der Knackpunkt vom Selbstverständnis her der Kommune, dass man die Rolle natürlich auch annehmen muss und auch erfüllen muss.“ (KK3 Abs. 78)

wäre so ein Wunsch, glaube ich, da spreche ich von allen Kassen, das wäre toll, wenn in den Kommunen wirklich Ansprechpartner wären, die halt wirklich für das Thema abgestellt sind und wirklich auch nichts anderes bewegen.“ (KK1 Abs. 135)

Doch auch wenn die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme und zur Eigeninitiative grundsätzlich gegeben ist – und in letzter Zeit habe sich in dieser Hinsicht deutlich etwas verbessert, wie ein_e Vertreter_in anmerkte (KK2 Abs. 204) –, ist nicht bei jeder Kommune das entsprechende Wissen und Know-how vorhanden, die Planung bedarfsorientiert, zielorientiert und ergebnisversprechend anzugehen bzw. umzusetzen. Manche Kommunen

„haben [...] die Themen des Leitfadens [...] nicht so auf der Agenda, kennen die Rahmenbedingungen nicht so, wissen nicht, haben vielleicht die Ressourcen nicht, haben vielleicht das Wissen noch nicht, also wir sagen immer, sie müssen auch noch ein Stück weit befähigt werden für die Umsetzung und begleitet werden“ (KK3 Abs. 80).

Dieser Befähigungsprozess sei derzeit bereits in vollem Gange und zeige, so ein_e Kassenvertreter_in, sichtbare Erfolge (KK2 Abs. 182). Er/Sie verwies in diesem Zusammenhang auf die jüngst eingegangenen Förderanträge, von denen mehrere förderfähig gewesen seien,

„[w]as sich sicherlich daraus begründet, dass durch die Beratung der KGC Kollegen oder Mitarbeiter ganz viel passiert ist, es haben regionale Veranstaltungen stattgefunden. Das, was ich am Anfang auch schon gesagt habe, die Strukturen haben sich eben aufgebaut, es ist sehr viel mehr Kenntnis über den Leitfaden, es ist sehr viel mehr Klarheit über die Definition Prävention erfolgt. Man weiß besser Bescheid in Richtung, was ist Verhaltensprävention, was ist Verhältnisprävention. All da, wo vorher die Schwachstellen lagen, wo wir zum Teil eben auch gar nicht zuständig waren in dem, was da beantragt worden ist, hat sich da jetzt ganz ganz viel getan, wir sind da jetzt wirklich auf einem sehr guten Weg aus meiner Sicht [...] und da tut sich gerade ganz ganz viel.“ (KK2 Abs 182)

Die Weiterführung dieses Prozesses nannte ein_e Vertreter_in eine Aufgabe der Kassengemeinschaft (KK3 Abs. 79-80) und wies dabei insbesondere auch auf die Rolle der KGKs hin. Diese eigneten sich hervorragend als Steuerungsgremium (so z. B. unter anderem zur Bedarfsidentifizierung, vgl. KK2 Abs. 166; KK1 Abs. 55) sowie als Kommunikations- und Präsentationsplattform (KK2 Abs. 166), da sie wie kein zweites Forum viele Lebensweltträger wie auch die Kassen versammle (KK3 Abs. 78-80). Dementsprechend äußerten die meisten Kassenvertreter_innen auch ein positives Interesse am Ausbau der Rolle der KGKs (KK4 Abs. 44; KK1 Abs. 55; KK3 Abs. 80).

Mit Bedauern stellten die interviewten Kassenvertreter_innen fest, dass die kommunalen Spitzenverbände bisher nicht der LRV beigetreten sind (KK4 Abs. 46; KK2 Abs. 89-90), ein Beitritt aber sehr hilfreich wäre: „[W]enn die vertreten wären, wenn die von vorneherein alles irgendwie mitbekommen würden und eben auf Landesebene auch mitgestalten können und im Grunde genommen halt auch ihre Erfahrungen mit einbringen können“ (KK1 Abs. 95), dann würde sich nicht nur die Kommunikation einfacher gestalten, sondern ebenfalls der Informationsfluss, der Erfahrungsaustausch und die Umsetzung von GFP-Angeboten in den Lebenswelten (KK1 Abs. 95; KK2 Abs. 92). Die Gründe für den ausbleibenden Beitritt sind den Kassenvertreter_innen nicht nachvollziehbar (KK1 Abs. 101); dennoch stünden die Türen der Kassen diesbezüglich offen und es würden weitere Schritte in diese Richtung geplant (KK2 Abs. 89-90).

6 Zusammenführung und Diskussion

In Kapitel 4 haben wir die Ergebnisse der Telefonbefragung der NRW-Kommunen und in Kapitel 5 die Ergebnisse der vertiefenden qualitativen Interviews mit sechs Kommunen und vier Krankenkassen dargestellt. In diesem Kapitel werden wir die Ergebnisse der beiden Erhebungen zusammenführen und auf den in Kapitel 3 entwickelten analytischen Rahmen beziehen. Zudem werden wir ausgewählte Ergebnisse diskutieren, um daraus Handlungsempfehlungen für die weitere Umsetzung des Präventionsgesetzes in NRW abzuleiten.

6.1 Beantwortung der drei Fragestellungen

Das Forschungsprojekt verfolgte insgesamt drei Fragestellungen: Wir wollten erstens ermitteln, welche Faktoren eine erfolgreiche Beantragung von Projekten nach § 20a SGB V bedingen. Zweitens haben wir danach gefragt, welche Bedingungen die Kooperation zwischen Kommunen und Kassen fördern. Drittens wollten wir wissen, welche Steuerungsrolle den Kommunen unter dem Präventionsgesetz zukommt. Im Folgenden werden wir die drei Fragen durch die Zusammenführung unserer Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Analyse versuchen zu beantworten. Obwohl sich die Fragen inhaltlich aufeinander beziehen, werden wir zunächst jede Frage einzeln beantworten und die Zusammenhänge dann abschließend diskutieren.

6.1.1 Welche Faktoren bedingen eine (erfolgreiche) Beantragung von Projekten nach § 20a SGB V durch die Kommunen in NRW?

Wie in der Einleitung bereits angesprochen, lässt sich die Frage nach den Faktoren einer *erfolgreichen* Projektbeantragung mit den Ergebnissen unseres Forschungsprojektes nicht beantworten, da zum Zeitpunkt der Datenerhebungen noch keine positiven Förderentscheidungen getroffen worden waren. Wir konnten deshalb nur erheben, ob die Kommunen einen Antrag gestellt hatten bzw. ob sie konkrete Pläne verfolgten, zeitnah einen Antrag einzureichen. Selbst mit dieser Einschränkung ergab sich in der quantitativen Analyse nur eine Fallzahl von sieben Kommunen, auf die dies zutraf, was die Aussagekraft der quantitativen Analyse einschränkt. Allerdings hatten schon viele Kommunen vor dem PräVG eine finanzielle Förderung ihrer GFP-Projekte durch die Krankenkassen erhalten, sodass unsere Ergebnisse trotz der oben erwähnten Einschränkungen wichtige Hinweise auf die Erfolgsbedingungen der Förderung geben können.

In Kapitel 3 hatten wir drei zentrale Annahmen in Bezug auf die Erfolgs- und Hinderungsfaktoren für eine Beantragung von § 20a-Fördermitteln auf Seiten der Kommune aufgestellt. Diese werden wir im Folgenden auf der Basis unserer Ergebnisse diskutieren, um dann auf weitere Faktoren, die sich in der Analyse als relevant gezeigt haben, einzugehen. Abschließend werden noch die Annahmen, die wir bezüglich der Einflussfaktoren auf Kassenseite formuliert haben, erörtert.

Annahmen in Bezug auf die Kommunen:

- (1) *Kommunen, die im Bereich GFP professionell aufgestellt sind und über ausreichende Ressourcen verfügen, stellen eher einen Förderantrag als Kommunen, die weniger professionell aufgestellt sind und über wenige Ressourcen verfügen. Zudem ist zu erwarten, dass Anträge von professionellen Kommunen mit größerer Wahrscheinlichkeit positiv beschieden werden. Das zentrale NRW-Verfahren wie auch die zentralen GKV-Programme stellen hohe qualitative Anforderungen an die Projekte, und die Antragstellung ist mit einem großen Zeitaufwand verbunden, sodass dies nur von Kommunen geleistet werden kann, die sowohl über das notwendige Personal als auch über ausreichend Expertise verfügen.*

Diese Annahme bezieht sich auf zwei Einflussfaktoren: die Professionalität der kommunalen GFP-Arbeit und die Ressourcen, die für diese zur Verfügung stehen. Im Hinblick auf die Professionalität lassen die Ergebnisse unserer Telefonbefragung keine eindeutige Aussage zu. Der Professionalisierungsindex liegt nur in vier der sieben Kommunen, die zum Zeitpunkt unserer Erhebung einen Antrag gestellt hatten bzw. planen, einen zu stellen, über dem Durchschnitt und bei einer Kommune im Durchschnitt. Der Index fasst allerdings viele unterschiedliche Faktoren zusammen, die eventuell nicht alle für die Antragstellung relevant sind. Für die Antragstellung von großer Bedeutung ist laut den interviewten Krankenkassenvertreter_innen die Bedarfsanalyse und -identifizierung und damit die Gesundheitsberichterstattung. Diese hat für die Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in fünf der sieben Kommunen eine hohe und in einer immerhin eine mittlere Bedeutung, nur beim einzigen Kreis erfährt die GBE geringe Bedeutung. Dies deutet darauf hin, dass Kommunen, die im Bereich der GBE gut aufgestellt sind, eher dazu tendieren, einen Antrag zu stellen, als Kommunen, bei denen die GBE eine geringe Rolle spielt. Inwieweit eine professionelle Ausrichtung der GFP-Arbeit notwendig ist, um einen *erfolgreichen* Antrag zu stellen, können wir auf der Basis unserer quantitativen Daten nicht bestimmen. Eine Antwort auf diese Frage wäre aber insofern wichtig, als sie Hinweise darauf geben kann, wie weitreichend die Kommunen qualifiziert werden müssen, um erfolgreich Anträge zu schreiben. Die Fallstudien deuten darauf hin, dass, zumindest für die lokale Förderung der Vergangenheit, eine konzeptuelle Vorarbeit hilfreich, ein voll ausgearbeitetes Konzept aber nicht immer notwendig war. Es reichte manchmal auch eine gute Idee, eine sorgfältige Herangehensweise und die offene Kommunikation mit den Krankenkassen, um ein Projekt zu initiieren.

Auch bezogen auf die notwendigen Ressourcen für die Antragstellung sind die Ergebnisse der Telefonbefragung nicht eindeutig. So finden sich unter den sieben Kommunen sowohl einige mit relativ hohen Beschäftigtenzahlen im Bereich der GFP als auch welche mit geringer Personalausstattung. Jedoch haben wir die Beschäftigtenzahl bei der Befragung nicht konsistent erhoben, sodass hier keine Aussage möglich ist. Die qualitativen Interviews mit den kommunalen Vertreter_innen der Öffentlichen Gesundheitsdienste haben jedoch gezeigt, dass die Kommunen ausreichend Personal als Grundvoraussetzung für eine Antragstellung erachten. Dies nicht nur, weil das Schreiben des Antrags selbst sehr zeitaufwendig

ist, sondern weil hierfür sehr viel Vorarbeit (z. B. Bedarfsanalyse, Ermittlung der vorhandenen Angebote) notwendig ist, welche nicht von einem_r Mitarbeiter_in alleine geleistet werden kann.

- (2) *Anträge werden nur gestellt, wenn GFP auf kommunaler Ebene als relevantes Handlungsfeld anerkannt ist und ausreichend politische Unterstützung erfährt.*

Die Telefonbefragung hat gezeigt, dass sowohl die Anerkennung der Gesundheitsförderung und Prävention innerhalb der Öffentlichen Gesundheitsdienste als auch die politische Unterstützung wichtige Einflussfaktoren der Antragstätigkeit sind. Von den sieben Kommunen, die zum Zeitpunkt der Umfrage einen Antrag eingereicht hatten oder planten, einen Antrag einzureichen, findet in keiner das Thema GFP innerhalb des ÖGDs nur geringe Anerkennung. Bei vier der sieben Kommunen zeigt sich sogar eine hohe Anerkennung des Themas, bei drei eine mittlere. Dies lässt sich vermutlich damit erklären, dass die Mitarbeiter_innen für das Schreiben des Antrags von ihren sonstigen Arbeiten entlastet werden müssen, und dies ist nur mit Zustimmung der Amtsleitung bzw. des/der Vorgesetzten möglich.

Unter den sieben (potentiellen) Antragstellern aus der Telefonbefragung findet sich auch keine Kommune, die nur geringe politische Unterstützung durch den/die Bürgermeister_in bzw. Landrat/-rätin erfährt. Auch hier gaben vier der sieben Kommunen an, eine starke Unterstützung durch die Politik zu erfahren; drei erhalten immerhin eine grundsätzliche Unterstützung. Die politische Unterstützung der GFP ist vermutlich auch für die erfolgreiche Antragstellung ein wichtiger Faktor, weil diese, wie unsere Telefonbefragung gezeigt hat, hoch mit der Professionalisierung der GFP-Arbeit korreliert: je höher die politische Unterstützung, desto höher der von uns entwickelte Professionalisierungsindex der GFP-Arbeit.

- (3) *Kommunen, die bereits gute Erfahrung mit einer Krankenkassenförderung gemacht haben, ziehen eher eine solche Förderung in Betracht als Kommunen, die bislang keine oder schlechte Erfahrungen gemacht haben.*

Diese Annahme wird sowohl durch die quantitative als auch die qualitative Analyse bestätigt. Alle sieben Kommunen der Telefonbefragung, die einen Antrag planten oder gestellt hatten, hatten bereits in der Vergangenheit GFP-Projekte mit finanzieller Beteiligung der Krankenkassen durchgeführt, fünf von ihnen hatten sogar mehrere Projekte in den vergangenen fünf Jahren gemeinsam verwirklicht. Auch in der qualitativen Analyse wurde deutlich, dass die Vorerfahrung eine große Rolle spielt. Die Interviews mit den Kommunen haben aber auch gezeigt, dass negative Erfahrungen sich negativ auswirken können – über die direkt betroffenen Kommunen hinaus. Die Kommune, deren Antrag im zentralen Verfahren abgelehnt wurde, wird zwar nochmals einen Antrag stellen, will von dessen Ausgang aber

ihre weiteren Aktivitäten abhängig machen. Zwei der sechs qualitativ untersuchten Kommunen hatten von der hohen Ablehnungsrate des zentralen Verfahrens in 2017 gehört und deshalb beschlossen, mit einem eigenen Antrag noch abzuwarten.

Die Telefonbefragung hat auch aufgezeigt, wie wichtig die Kooperation von Kommunen und Kassen vor Ort für die Antragstätigkeit der Kommunen ist. Alle sieben Kommunen, die einen Antrag planten oder gestellt hatten, wiesen einen überdurchschnittlichen Kooperationsgrad auf.

Die Telefonbefragung hat zwei *weitere Faktoren* identifiziert, welche die Antragstellung möglicherweise beeinflussen: Eine Antragstellung erfolgt eher durch mittelgroße und große Kommunen und dabei eher von Städten als von Kreisen: Unter den sieben Kommunen, die in der Telefonbefragung angegeben hatten, einen Antrag gestellt zu haben bzw. dies zeitnah zu tun, befand sich nur ein Kreis und keine Kommune mit einer Einwohnerzahl von unter 240.000.

Die qualitativen Interviews sowohl mit den Krankenkassen als auch mit den Kommunen haben gezeigt, dass die Förderkriterien für die Kommunen eine große Hürde darstellen. Viele Anträge im zentralen Verfahren 2017 wurden abgelehnt, weil sie nicht leitfadiskonform waren. Zugleich haben die Kommunen berichtet, dass ihnen die Kriterien bzw. deren Auslegung nicht transparent sind. Ebenso gaben in der Telefonbefragung mehrere Kommunen an, sich ein transparentes Verfahren sowie breitere Förderkriterien zu wünschen.

Auch in Bezug auf die Kassenseite haben wir im dritten Kapitel zwei Annahmen formuliert. Da diese sich jedoch primär auf die kommunale Ebene bezog, wir aber nur Interviews mit Kassenvertreter_innen der übergeordneten Ebenen geführt haben, können wir hierzu nur wenige Aussagen machen.

- (1) *Förderzusagen erfolgen dort, wo die lokalen Kassenvertreter_innen über die entsprechende Entscheidungsmacht verfügen oder kassenintern eine Entscheidung herbeiführen können.*

Die Interviews mit den Kassenvertreter_innen haben gezeigt, dass die Entscheidungsstrukturen der kassenindividuellen Förderung sehr komplex und sehr unterschiedlich zwischen den Kassen geregelt sind. Die Kassenvertreter_innen vor Ort können meist nicht direkt entscheiden, sondern müssen Förderzusagen intern abstimmen, wobei der Abstimmungsprozess bei den Kassen unterschiedlich geregelt und auch davon abhängig ist, welche kassenindividuelle Förderung ins Auge gefasst wird.

- (2) *Eine Kooperation und Förderung erfolgt nur dort, wo Kassenvertreter_innen der GFP ausreichend Relevanz beimessen und dies als ihre Aufgabe ansehen.*

Alle von uns interviewten Kassenvertreter_innen zeigten großes Interesse an einer Kooperation mit den Kommunen. Sie sehen die Kommunen als zentrale Akteure der GFP in Lebenswelten und wollen diese entsprechend fördern. Diese Haltung findet sich jedoch nicht bei allen lokalen Kassenvertreter_innen, wenn auch die meisten einer Kooperation offen gegenüberstehen, wie die qualitativen Interviews der Kommunen gezeigt haben.

6.1.2 Welche Faktoren begünstigen eine Kooperation der Kommunen mit den Krankenkassen?

Wir haben in der Telefonbefragung erhoben, wie ausgeprägt die Kooperation zwischen Kommunen und Krankenkassen in NRW ist. Die Ergebnisse zeigen eine große Heterogenität: Während in einem Drittel der befragten Kommunen, gemessen an unseren Kriterien, eine ausgeprägte Zusammenarbeit stattfindet und immerhin in einem Drittel der Kommunen Ansätze einer Zusammenarbeit bestehen, findet in fast einem Drittel der Kommunen keine oder nur eine sehr geringe Zusammenarbeit statt. Dabei ist die Zusammenarbeit in den Städten viel stärker ausgeprägt als in den Kreisen. Wie die qualitativen Interviews mit den Kommunen gezeigt haben, ist die Zusammenarbeit vor Ort dadurch gekennzeichnet, dass der Kontakt über die Kommunalen Gesundheitskonferenzen oder über persönliche Treffen entsteht und dann entweder in (den Arbeitsgruppen) der KGK oder im persönlichen Austausch weiter entwickelt wird. Ob eine inhaltliche Zusammenarbeit erfolgt oder die Kooperation auf eine finanzielle Beteiligung der Kassen beschränkt bleibt, unterscheidet sich zwischen den Kommunen. Bei den zwei professionell eher schwach aufgestellten Kommunen unserer Fallstudienauswahl erfolgte eine inhaltliche Zusammenarbeit in den Arbeitsgruppen der KGK, bei den professionell aufgestellten Kommunen beschränkte sich die Rolle der Kassen zumeist auf die Finanzierung. Ob dies jedoch ein generelles Muster ist, können wir auf der Basis unseres kleinen Samples nicht beurteilen. Keine der sechs von uns interviewten Kommunen hatte vor dem Präventionsgesetz ein förmliches Antragsverfahren durchlaufen, vielmehr erfolgten Förderzusagen immer ohne formellen Antrag.

Bezogen auf die Einflussfaktoren der Kooperation haben wir in Kapitel 3 folgende Ausgangsvermutung aufgestellt: *Die bisherige Erfahrung in der Zusammenarbeit hat maßgeblichen Einfluss darauf, ob es zu einer (erfolgreichen) Zusammenarbeit bei der Umsetzung des Präventionsgesetzes kommt. In vielen Kommunen beschränkt sich der Kontakt zwischen Kommune und Krankenkassen auf die KGK, weshalb wir davon ausgehen, dass die Zusammenarbeit dort zentral für die Kooperation im Rahmen des § 20a SGB V ist.* Diese Annahme wurde von unserer Analyse bestätigt. Die Telefonbefragung hat eine deutliche Korrelation zwischen der Zusammenarbeit vor dem PräVG und im Zuge der Umsetzung ergeben. Auch für die Zusammenarbeit innerhalb der KGK und im Zuge der Umsetzung des Präventionsgesetzes zeigen die Daten der Telefonbefragung einen starken Zusammenhang. Die Kooperation in der Kommunalen Gesundheitskonferenz scheint also ein wichtiger Einflussfaktor auf die Zusammenarbeit im Zuge der Umsetzung des PräVG zu sein. Die qualitativen Interviews haben dies bestätigt. In den meisten Fällen stellen die KGKs die einzigen institutionalisierten Beziehungen zwischen Kommunen und Kassen dar und dienen damit zum einen der Kontaktaufnahme, zum anderen dem inhaltlichen Austausch, aus welchem dann in manchen Fällen konkrete Projektkooperationen entstehen. Wie tief die Zusammenarbeit im Rahmen der KGK erfolgt, hängt stark von deren Format ab, wie die qualitativen Interviews der Kommunen gezeigt haben. Erfolgt eine inhaltliche Bearbeitung von Themen, z. B. im Rahmen von Arbeitsgruppen der KGK, ermöglicht dies tendenziell eher eine inhaltliche Zusammenarbeit als innerhalb von KGKs, die stärker programmatisch orientiert sind.

Die Telefonbefragung und die qualitative Analyse konnten zudem Aufschluss über weitere Einflussfaktoren der Zusammenarbeit der Kommunen und Krankenkassen geben. So hat die Datenanalyse der Telefonbefragung gezeigt, dass kein Zusammenhang besteht zwischen dem von uns entwickelten Kooperationsindex und der Anerkennung, die das Thema GFP innerhalb des ÖGD erfährt. Die qualitativen Interviews haben verdeutlicht, dass eine Unterstützung durch die Amtsleitung oder den/die Dezernent_in für die Kooperation insbesondere dann hilfreich ist, wenn diese selbst auf die Kassen zugehen und Kooperationen initiieren. Die Zusammenarbeit kann aber auch auf der Ebene der Mitarbeiter_innen der ÖGDs ohne Unterstützung von oben funktionieren, wie eine der Fallstudien gezeigt hat.

Auch die Personalstärke im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention scheint für die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen nicht ausschlaggebend zu sein. Die Fallstudien umfassten sowohl einen Fall, bei dem es trotz eines mehrköpfigen GFP-Teams nicht zur Kooperation kam, wie auch einen Fall, bei dem eine erfolgreiche Kooperation trotz weniger Personalstellenanteile initiiert werden konnte. Ob und wie eine Zusammenarbeit stattfindet, hängt insbesondere vom Selbstverständnis der Kommunen und deren Wahrnehmung der Kassen ab. Dies werden wir im nächsten Unterkapitel ausführlicher darstellen.

6.1.3 Welche Steuerungsrolle kommt den Kommunen unter dem neuen Präventionsgesetz in der Praxis zu?

In der Telefonbefragung haben wir versucht, den Ist-Zustand kommunaler Steuerung zu erheben, indem wir Fragen sowohl zur Bedarfsanalyse als auch zur Koordinierung von GFP-Maßnahmen und zur Strategieformulierung gestellt haben. Insgesamt zeigt sich dabei, dass nur wenige Kommunen vor dem Präventionsgesetz eine steuernde Rolle in der lokalen Gesundheitsförderung und Prävention übernommen haben: In mehr als der Hälfte der befragten Kommunen findet keine Koordinierung statt; ebenfalls mehr als die Hälfte der von uns befragten Kommunen hat keinerlei Übersicht über die Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention vor Ort. Gesundheitsziele wurden nur in insgesamt fünf der 32 befragten Kommunen definiert. Der Gesundheitsberichterstattung kommt immerhin in 44 Prozent der befragten Kommunen eine zentrale Rolle bei der Planung und Umsetzung von GFP-Maßnahmen zu, in weiteren 12,5 Prozent noch eine mittlere Bedeutung; in den übrigen Kommunen spielt die GBE keine oder nur eine geringe Rolle. Allerdings äußern sehr viele Kommunen sowohl den Bedarf nach einem Überblick über die GFP-Angebote als auch nach der Koordinierung der GFP-Landschaft, sehen sich aber außerstande, dies mit ihren vorhandenen Mitteln zu leisten.

Zwischen den Kommunen bestehen zudem große Unterschiede bezogen auf die Steuerungsrolle sowie auf die Wahrnehmung bzw. Definition der Rolle der Krankenkassen in der GFP, wie die qualitativen Interviews der Kommunen gezeigt haben. In den sechs Kommunen konnten wir drei unterschiedliche Steuerungsrollen identifizieren:

Typ 1: Aktive und umfassende Steuerungsrolle

Die Kommune versteht sich als unabhängiger und zentraler Steuerungsakteur. Sie übernimmt die Bedarfsanalyse und Koordinierung und entwickelt und plant eigenständig GFP-Maßnahmen. Sie vertritt einen entsprechenden Steuerungsanspruch gegenüber den Kassen. Inhaltlich ist sie nicht auf die Kassen angewiesen und sucht erst nach der Entwicklung von Projekten den Kontakt zu den Kassen, um Finanzierungsmöglichkeiten auszuloten. Typ 1 wird in unserem Sample von den beiden Städten K1 und K5 repräsentiert.

Typ 2: Aktive, aber eingeschränkte Steuerungsrolle

Die Kommune übernimmt ebenfalls eine aktive Steuerungsrolle. Sie weiß um die Wichtigkeit der Koordinierung und Bestandsaufnahme der GFP, kann dies jedoch nicht leisten. Sie entwickelt aber eigenständig Ideen für GFP-Projekte und führt eine eigenständige, bedarfsgestützte Planung durch. Die Kassen nimmt sie als Partner auf Augenhöhe wahr, und sie ist bereit, die eigenen Projektideen mit den Kassen zu diskutieren und ggf. anzupassen. Dieser Typ wird in unserem Sample vom Kreis K2 repräsentiert.

Typ 3: Keine aktive Steuerungsrolle möglich

Die Kommune will GFP voranbringen, verfügt jedoch nur über sehr eingeschränkte Kapazitäten und kann deshalb weder Koordinierung noch Bedarfsanalyse oder Projektentwicklung leisten. Sie ist daher sehr auf die inhaltliche und finanzielle Unterstützung der Kassen angewiesen und bereit, vollumfänglich mit ihnen zu kooperieren. Dieser Typ wird in unserem Sample von der Stadt K3 repräsentiert.

Vermutlich gibt es noch einen vierten Typ: die Kommune, die nicht an einer Entwicklung der GFP interessiert ist und deshalb weder eine Steuerungsrolle noch eine Kooperation mit den Kassen anstrebt. Eine solche Kommune hatten wir aber aufgrund des geringen Lerneffekts erst gar nicht in unser Sample aufgenommen.

Die unterschiedlichen Rollen hängen stark vom Professionalisierungsgrad der Kommune und der ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen ab. Die beiden Kommunen des Typs 1 verfügen über ein mehrköpfiges multiprofessionelles Team und weisen bei unserem Professionalisierungsindex sehr hohe Werte auf, während die Kommune vom Typ 3 wenig professionell aufgestellt ist und über weniger Ressourcen verfügt. Aufgrund unseres kleinen Samples können wir nicht sagen, inwieweit die von uns identifizierten Typen die Gesamtheit repräsentieren.

Es gibt keine einfache Antwort darauf, welcher der drei Typen am besten mit den Krankenkassen kooperiert, denn für alle drei Typen gibt es in unserem Sample Beispiele für eine gelungene Kooperation mit den Kassen. Für Typ 1 und 2 enthält unser Sample aber auch Beispiele, in welchen die lokale Kooperation nicht funktioniert hat. Vermutlich kommt es darauf an, welches Selbstverständnis die Krankenkassenvertreter_innen vor Ort von ihrer Rolle haben und ob dieses kompatibel mit dem Rollenverständnis der Kommunen ist. Für das zentrale Verfahren ist sicherlich Typ 1 am besten geeignet, weil dieser eigenständig Projekte entwickelt und nur auf eine Finanzierung zielt. Aber auch Typ 2 entwickelt eigenständig Projektideen und kann deshalb, ggf. mit beratender Unterstützung der KGC, erfolgreiche Anträge verfassen. Lediglich bei Typ 3 besteht

größerer Unterstützungsbedarf, der vermutlich nicht immer alleine durch eine Beratung gedeckt werden kann.

6.1.4 Zusammenhang zwischen Förderung – Kooperation – Steuerungsrolle

Die obigen Ausführungen haben gezeigt, dass die drei Fragestellungen unseres Forschungsprojektes nicht voneinander getrennt beantwortet werden können. Sowohl zwischen der finanziellen Förderung (*Fragestellung 1*) und der Kooperation (*Fragestellung 2*) als auch zwischen beiden und der Steuerungsrolle (*Fragestellung 3*) besteht ein inhaltlicher Zusammenhang. Eine Zusammenarbeit auf lokaler Ebene scheint bislang häufig die Grundlage für eine Förderung gewesen zu sein, wobei die Kooperation nicht immer allein dem Zweck der (Ko-)Finanzierung folgte, sondern auch inhaltlicher Natur sein konnte. Welche Folgen die Etablierung der neuen Finanzierungsoptionen auf das Verhältnis der Kommunen zu den Kassen auf lokaler Ebene haben wird, bleibt abzuwarten.

Die Steuerungsrolle der jeweiligen Kommune wiederum hat Auswirkungen auf ihre Kooperationsbereitschaft wie auch vermutlich auf ihre Fähigkeit, erfolgreiche Anträge zu stellen. Kommunen, die eine aktive Steuerungsrolle in der GFP übernehmen, sind professionell aufgestellt, sie benötigen i. d. R. daher keine inhaltliche Unterstützung und sind fähig, weitgehend alleine qualitativ gute Anträge zu stellen. Auch aus ihrem Selbstverständnis als Steuerungsakteure heraus wollen sie keine inhaltliche Einmischung, sondern lediglich eine finanzielle Beteiligung. Kommunen, die nicht professionell aufgestellt sind, können keine umfassende Steuerungsrolle übernehmen und schreiben vermutlich weniger erfolgreiche Anträge. Nichtsdestoweniger sind sie in der Lage, auf lokaler Ebene mit den Kassen zu kooperieren. Natürlich gibt es auch Kommunen, die sich zwischen diesen beiden Extremen bewegen. In unserem Sample waren diese durchaus kooperativ ausgerichtet und konnten Teile der Anforderungen eines Förderungsantrages selbstständig erledigen. Wie schon unter 6.1.3 geschrieben, beruht unsere Typologie lediglich auf der Auswahl von sechs Kommunen, weshalb es sein kann, dass weitere und andere Zusammenhänge zwischen Steuerungsrolle und Kooperationsbereitschaft bestehen.

6.2 Diskussion

Das Forschungsprojekt hat sich erstmals wissenschaftlich mit dem Politikfeld GFP auf lokaler Ebene beschäftigt. Dabei hat sich sowohl im Hinblick auf die Bedeutung des Politikfelds wie auch hinsichtlich dessen Bearbeitung eine sehr große Heterogenität zwischen den Kommunen gezeigt. Zugleich wurde die Kooperation von Kommunen und Krankenkassen auf lokaler Ebene das erste Mal näher beleuchtet und dabei unterschiedliche Kooperationsaktivitäten wie auch -niveaus gefunden. Da wir an dieser Stelle nicht alle Ergebnisse detailliert aufgreifen und diskutieren können, beschränken wir uns im Folgenden auf zwei Punkte, die unserer Ansicht nach zentral für die weitere Umsetzung des PräVG in NRW sind, nämlich die Vor- und Nachteile der dezentralen Kooperation im Unterschied zum zentralen Verfahren sowie die Rolle der KGKs für die

Zusammenarbeit der Kommunen und Krankenkassen im Bereich GFP. Zudem gehen wir noch auf die Limitationen unserer Arbeit ein.

Dezentrales und zentrales Verfahren

Bislang erfolgten Kooperationen zwischen Kommunen und Krankenkassen überwiegend auf der lokalen Ebene und Förderzusagen wurden zumeist ohne formales Antragsverfahren erteilt. Mit der Etablierung des zentralen Verfahrens ist für die Kommunen eine neue Möglichkeit des Zugangs zu GKV-Mitteln entstanden. Welche Auswirkungen dies für die lokale Kooperation und Förderung haben wird, ist im Moment noch nicht zu beurteilen.

Es sprechen viele Gründe dafür, die Möglichkeit lokaler Förderung zu erhalten. In vielen Kommunen bestehen schon Kontakte zu Krankenkassen vor Ort, weshalb diese häufig die ersten Ansprechpartner für die Kommunen sind. Unsere Ergebnisse zeigen, dass die ersten Anträge insbesondere von den Kommunen gestellt wurden, die vorher schon Erfahrung mit der Kooperation mit Krankenkassen hatten. Häufig bestehen persönliche Kontakte zu Mitarbeiter_innen der Geschäftsstellen, was den Zugang für die Kommunen vereinfacht. Der persönliche Kontakt kann zugleich positive wie auch negative Auswirkungen haben, wie die Fallstudien gezeigt haben. Wenn die Zusammenarbeit auf der persönlichen Ebene nicht funktioniert oder die lokalen Kassenvertreter_innen kein Interesse an einer Kooperation haben, kommt keine Förderung zustande. Auf der anderen Seite war es in der Vergangenheit möglich, über persönliche Beziehungen bzw. enge Zusammenarbeit Förderungen zu ermöglichen, die nicht vollumfänglich den Kriterien des Leitfadens genügten bzw. eine weite Auslegung der Kriterien verlangten. So hatten auch Kommunen Zugang zur GKV-Förderung, für die das zentrale Verfahren ggf. zu aufwendig oder zu anspruchsvoll ist. Hier stellt sich die Frage, wie dieser einfache Zugang erhalten bleiben kann und dabei gleichzeitig wenigstens minimale Qualitäts- und Effektivitätskriterien gewährleistet werden können.

Gleichzeitig, so zeigen unsere Ergebnisse, fehlt es den lokalen Verfahren an Transparenz. Entscheidungen erscheinen den Kommunen oftmals willkürlich, weil manche Anfragen positiv beschieden, andere abgelehnt werden. Dies könnte daran liegen, dass die Entscheidungsstrukturen innerhalb der Kassen zum Teil sehr komplex sind und je nach Förderung unterschiedliche Entscheidungsebenen zuständig sind. Ein weiterer Nachteil des lokalen Verfahrens ist, dass meist nur ein Zugang zu einzelnen oder wenigen ortsnahen Krankenkassen besteht; damit ist der Finanzierungsumfang geringer. Für das lokale Verfahren spricht jedoch, dass die Beziehung zwischen Kommune und Krankenkasse nicht auf die Finanzierung beschränkt bleibt, sondern auch eine inhaltliche Zusammenarbeit ermöglicht. Zudem kennen die lokalen Kassenvertreter_innen die Bedarfe vor Ort und, wenn sie in die Arbeit der KGKs eingebunden sind, auch die GFP-Ziele, Strategien und Probleme der Kommune, wodurch sie den individuellen Fall besser beurteilen können. Ihre beratende Einbindung in die Planung mindert zudem Risiken, da informelle Zusagen schon während der Konzeption von Projekten verabredet werden können. Allerdings sind die meisten lokalen Kassenvertreter_innen keine GFP-Expert_innen.

Im Unterschied hierzu zeichnet sich das zentrale Verfahren dadurch aus, dass klare Abläufe (und Fristen) definiert sind und die Entscheidungen von den Kassenvertreter_innen auf Landesebene gemeinsam getroffen werden. Auch Kommunen, die bislang keine Kooperation vor Ort aufbauen konnten (oder wollten), können so einen Zugang zur GKV-Förderung erhalten. Durch die gemeinschaftliche Finanzierung besteht zudem eine breitere Finanzierungsbasis, sodass auch größere, strategisch orientierte Vorhaben gefördert werden können. Außerdem erhalten die Kommunen (und andere Antragsteller) durch die KGC eine professionelle Hilfestellung bei der Antragstellung. Das Verfahren ist allerdings aufwendig und anspruchsvoll und erfordert daher entsprechende personelle Ressourcen und Fachwissen. Das Aufbringen personeller Ressourcen für eine Antragstellung ist zudem mit dem Risiko des Scheiterns verbunden. Die Kommunen haben darüber hinaus oftmals den Eindruck, dass die Vorgaben des zentralen Verfahrens sehr komplex und schwierig sind, wie unsere Ergebnisse zeigen. Das zentrale Verfahren bietet das Potential für mehr Transparenz als lokale bzw. regionale Entscheidungen, da hier sowohl das Verfahren als auch die Kriterien festgelegt sind und für alle Anträge in gleicher Weise gelten. Allerdings nehmen die Kommunen das Verfahren bislang nicht als transparent wahr. Hier besteht insbesondere über die Auslegung der Kriterien Unsicherheit. Dies könnte daran liegen, dass sich das Verfahren im Jahr 2017 noch in der Entwicklung befand und eine klare Auslegung der Kriterien des Leitfadens noch nicht kommuniziert worden war.

Sowohl das lokale Verfahren als auch das zentrale Verfahren sind mit jeweils eigenen Vor- und Nachteilen verbunden, sodass die Kommunen entscheiden müssen, welcher Weg für sie der geeignete ist. Für die strukturelle Weiterentwicklung des Systems stellt sich jedoch die Frage, wie die lokale und die Landesebene sinnvoll verbunden werden können. Zum einen ist hier zu überlegen, wie das Wissen aus der Kooperation vor Ort in die Entscheidungsfindung auf Landesebene mit einfließen kann. Dies ist wichtig, um das zentrale Verfahren weitestmöglich an den Bedarfen der Kommunen auszurichten. Eine Verbindung der beiden Ebenen könnte aber auch helfen, Anreize für eine lokale Kooperation zu setzen. Wenn die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen vor Ort für die Förderentscheidung keine Relevanz hat, könnten die Kommunen eventuell in Zukunft davon absehen. Zum anderen ist zu überlegen, wie der Informationsfluss von der zentralen Ebene (des NRW-Verfahrens wie auch der anderen zentralen GKV-Förderprogramme) auf die Geschäftsstellenebene gewährleistet werden kann, sodass die Kassenvertreter_innen vor Ort über die GFP-Aktivitäten der Kommune und der anderen lokalen Lebensweltverantwortlichen umfassend informiert sind und dieses Wissen auch an die Kommune weitertragen können. Außerdem stellt sich die Frage, inwieweit das zentrale Verfahren es schaffen wird, das Investitionsrisiko gering zu halten, sodass risikoaverse Kommunen nicht von einer Antragstellung absehen.

Kommunale Gesundheitskonferenzen als Forum für Gesundheitsförderung und Prävention

In NRW besteht der Vorteil, dass Kommunale Gesundheitskonferenzen aufgrund der gesetzlichen Verankerung flächendeckend in allen Kommunen eingerichtet sind. Allerdings variiert die Bedeutung, die der Gesundheitsförderung und Prävention in den jeweiligen KGKs zukommt: In 35 Prozent der von uns befragten Kommunen nimmt GFP einen zentralen Stellenwert in der

Kommunalen Gesundheitskonferenzen ein, in 42 Prozent der KGKs ist ihre Bedeutung gleichauf mit Versorgungsthemen, in 22,7 Prozent der Kommunen kommt ihr nur eine geringe bis keine Bedeutung zu (siehe Kapitel 4.2.1). Viele Kommunen gaben allerdings an, dass die Bedeutung des Themas in der KGK in den letzten Jahren gewachsen ist. Den KGKs kommt auch eine zentrale Rolle für den Austausch zwischen Kommunen und Krankenkassen zu. In allen von uns befragten Kommunen sind die Kassen Mitglieder der KGK. Allerdings schwankt die Anzahl der teilnehmenden Kassenvertreter_innen zwischen den Kommunen und ist generell in den Städten höher als in den Kreisen. Es nehmen häufig immer dieselben Kassenvertreter_innen teil, sodass die Möglichkeit besteht, eine langfristige, persönliche Kooperation aufzubauen. Jedoch nennen nur 60 Prozent der von uns befragten Kommunen die Krankenkassen als wichtigen Partner der GFP in den Kommunalen Gesundheitskonferenzen. Dies könnte daran liegen, dass die Kassen sich in nur 30 Prozent (n = 30) der KGKs finanziell an GFP-Projekten beteiligt haben. In 37 Prozent bringen sie Information und Wissen ein, aber in 33 Prozent tragen sie in den KGKs nichts bei. Insofern zeigen unsere Ergebnisse zum einen, dass GFP noch nicht in allen KGKs die Bedeutung erfährt, die ihr eigentlich zukommen sollte. Zum anderen zeigen sie, dass einzelne Krankenkassen zwar in der KGK regelmäßig vertreten sind, aber ihre Beteiligung insbesondere in Kreisen zum Teil deutlich ausbaufähig ist. Damit Gesundheitsförderung und Prävention gelingt, sollten alle relevanten Akteure – und dabei insbesondere die für die einzelnen Lebenswelten Verantwortlichen – in der KGK vertreten sein. Inwieweit dies der Fall ist, wurde von uns jedoch nicht erhoben.

Limitationen des Forschungsprojektes

Das Forschungsprojekt war mit dem Problem konfrontiert, dass sich der Untersuchungsgegenstand während der Untersuchung im stetigen Veränderungsprozess befand. Die Landesrahmenvereinbarungen waren zum Zeitpunkt der Erhebungen zwar verabschiedet, aber die konkrete Umsetzung in den Kommunen hatte erst begonnen. Somit konnten wir nur eine Momentaufnahme der ersten Schritte der Umsetzung zeichnen. Unsere Analyse spiegelt die Ist-Situation im Sommer 2017 (Telefonbefragung) bzw. zum Jahresende 2017 (qualitative Interviews) wider. Inzwischen wurden viele Informationsveranstaltungen durchgeführt, die KGK hat ihre Beratungsarbeit aufgenommen und es wurden Änderungen im zentralen Antragsverfahren vorgenommen. Dadurch haben sich die Bedingungen der Umsetzung verändert. Hierüber kann unsere Untersuchung keine Auskunft geben.

Der Vorteil des eigentlich zu frühen Untersuchungszeitpunktes war, dass wir dadurch erheben konnten, wie die Kooperation zwischen Kommunen und Krankenkassen auf lokaler Ebene vor dem Präventionsgesetz ausgestaltet war. Zudem haben wir durch unser breites Vorgehen bei der Telefonbefragung einen Überblick darüber gewinnen können, wie GFP in den Kommunen aufgestellt ist, und damit, auf welche Ausgangslage die Umsetzung des PräVG trifft. Zum Zeitpunkt unserer Erhebungen hatten sich schon alle Kommunen in der einen oder anderen Weise mit dem PräVG auseinandergesetzt, aber nur wenige schon konkrete Aktivitäten unternommen. Dadurch konnten wir nur erste mögliche Einflussfaktoren auf die Antragstellung identifizieren

und keine Erkenntnisse zu den Erfolgs- und Hinderungsfaktoren einer *erfolgreichen* Antragstellung gewinnen.

Die Landesrahmenvereinbarung NRW zeichnet sich durch die besondere Berücksichtigung integrierter Ansätze aus (siehe Kapitel 2.2). Da jedoch zum Zeitpunkt unserer Erhebung noch kaum Anträge vorlagen, konnten wir diesen Aspekt in unserer Analyse nicht miteinbeziehen. Die Telefonbefragung hat aber gezeigt, dass viele Kommunen bereits fachbereichsübergreifend zusammenarbeiten, auch wenn die Zusammenarbeit nicht immer überall reibungslos funktioniert. Hier besteht also weiterer Forschungsbedarf, um zu ermitteln, ob und wann integrierte Ansätze von den Kommunen bei der Umsetzung des Präventionsgesetzes verfolgt werden.

6.3 Handlungsempfehlungen

Das Forschungsprojekt hat einen aktuellen Überblick über die kommunale Gesundheitsförderung und Prävention in NRW gegeben, zum ersten Mal die Kooperation zwischen Kommunen und Krankenkassen auf lokaler Ebene beleuchtet und einen Einblick in die Umsetzungsschritte des Präventionsgesetzes ermöglicht. Aus den gewonnenen Erkenntnissen lassen sich mehrere Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung des Systems ableiten.

Sowohl die Telefonbefragung als auch die qualitativen Interviews mit den Kommunen haben deutlich gezeigt, dass eine *sehr große Heterogenität* in den Kommunen in Bezug auf GFP besteht. Es gibt Kommunen, die Gesundheitsförderung und Prävention als relevantes Handlungsfeld erkannt haben, entsprechende Ressourcen mobilisieren konnten, professionell agieren und eine, von vielen Seiten geforderte, aktive Steuerungsrolle übernehmen. Daneben existieren Kommunen, welche die Relevanz von GFP erkannt haben und in dem Bereich auch tätig werden, welchen jedoch die Ressourcen fehlen, um voll eine aktive Steuerungsrolle einzunehmen und umfassend professionell zu agieren. Ebenfalls gibt es einige Kommunen, die im Bereich GFP kaum bis gar nicht tätig sind, weil sie nicht über die entsprechenden Ressourcen verfügen und/oder weil GFP dort keine Relevanz erfährt. Die Weiterentwicklung des Systems muss diese Heterogenität berücksichtigen, sonst besteht die Gefahr, dass die im Bereich GFP schwach aufgestellten Kommunen nicht von der Umsetzung des Präventionsgesetzes profitieren und im Vergleich zu den anderen Kommunen noch weiter zurückfallen. Die schwächer aufgestellten Kommunen benötigen entsprechende Unterstützung. Die Beratung durch die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit ist hier sicherlich ein wichtiger Baustein, reicht für die personell und fachlich schwach aufgestellten Kommunen aber vermutlich nicht aus, da hier grundlegende Voraussetzungen (wie z. B. eine Gesundheitsberichterstattung oder genügend Personal für Gesundheitsförderung und Prävention) nicht gegeben sind. Hier ist zu überlegen, welche Förder- und Unterstützungsmöglichkeiten für diese Kommunen geschaffen werden können. Allein mit den Mitteln des PräVG ist dies vermutlich nicht zu leisten. Hier müsste das Land die GFP durch entsprechende Ressourcen und ggf. Weiterqualifikationen in den Kommunen stärken. Wichtig wäre es auch, die lokale Politik und insbesondere die politische Führung der Kommunen für das Thema zu sensibilisieren. In der GFP-Praxis und -Forschung ist schon lange bekannt, dass die

Unterstützung durch die politische Führung ein Erfolgsfaktor für die nachhaltige Verankerung von GFP darstellt. Unsere Ergebnisse haben dies bestätigt.

Unsere Ergebnisse zeigen, dass die *Kooperation zwischen Kommunen und Krankenkassen* bislang zumeist auf lokaler Ebene verlief und die lokale Ebene den Hauptzugangsweg für eine GKV-Förderung von GFP-Projekten darstellte. Mit dem zentralen Verfahren und den bundesweiten Präventionsprogrammen der einzelnen Kassen haben sich durch das Präventionsgesetz nun weitere Finanzierungsoptionen für die Kommunen ergeben. Welche Auswirkungen dies auf die lokale bzw. lokal initiierte Förderung hat, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht ermessen werden. Da das lokale Verfahren gegenüber den zentralen Verfahren spezifische Vorteile aufweist (siehe Kapitel 6.2), sollte diese Möglichkeit weiterhin bestehen bleiben. So kann der großen Heterogenität der Kommunen und ihren unterschiedlichen Bedarfen sowohl im Hinblick auf konkrete GFP-Maßnahmen wie auch hinsichtlich der notwendigen Unterstützung entsprochen werden. Eine funktionale Differenzierung zwischen Projekten mit geringem Finanzvolumen und strategisch orientierten, kostenintensiven Projekten könnte hier eine mögliche Lösung sein.

Im Hinblick auf das *zentrale Verfahren* konnte unsere Erhebung nur wenige Erkenntnisse gewinnen, weil nur eine der von uns befragten Kommunen bis dato Erfahrung mit dem neuen System gemacht hatte. Aufgrund der hohen Ablehnungsquote im Jahr 2017 waren in unserer Befragung und auch in den Interviews jedoch einige Vorbehalte in den Kommunen festzustellen, diese betrafen insbesondere die Komplexität und Transparenz des Systems. Hier haben die Verantwortlichen inzwischen durch zahlreiche Informationsveranstaltungen und die individuelle Beratung der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit viel Aufklärungsarbeit geleistet. Dennoch bleibt die Herstellung von Transparenz ein entscheidender Faktor, um Vertrauen bei den Kommunen zu schaffen und Vorbehalte gegenüber einer Antragstellung im zentralen Verfahren abzubauen. Hierfür sind eine umfängliche Kommunikation und ein Austausch mit den Kommunen nötig. Ein solcher Austausch ist nicht nur notwendig, um etwaige Vorbehalte auszuräumen, sondern auch, um das System in seiner weiteren Entwicklung an den Bedarfen der Kommunen auszurichten. Für den Austausch könnten zum Beispiel die schon bestehenden lokalen Kooperationen genutzt oder weitere Austauschformate wie die Landesgesundheitskonferenz oder die Klausurtagung der KGKs nutzbar gemacht werden. Eine Ergänzung könnte auch der Beitritt der kommunalen Spitzenverbände zur Landesrahmenvereinbarung darstellen. Dadurch erhielten die Kommunen eine Interessenvertretung im Steuerungsgremium auf Landesebene und könnten so ihre Erfahrungen in die Weiterentwicklung des Prozesses einfließen lassen.

Sowohl die quantitative als auch die qualitative Analyse haben die *Bedeutung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen* für die Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen aufgezeigt. Die KGK tragen außerdem zu einer verwaltungsinternen Vernetzung bei und erleichtern daher die Erfassung bestehender Angebote und Bedarfe sowie die Abstimmung kommunaler Maßnahmen. Auch können darüber die anderen örtlichen Akteure der GFP eingebunden werden. Aus diesem Grund sollte GFP als Thema in den KGKs gestärkt und die Zusammenarbeit dort ausgebaut werden. Unsere Ergebnisse haben gezeigt, dass auch das Format der KGKs ein entscheidender Faktor für die Zusammenarbeit ist. Große, ein- bis zweimal jährlich tagende Foren eignen sich zwar gut, um Kontakte mit den Krankenkassen herzustellen und aufrechtzuerhalten

sowie einen grundlegenden Informationsfluss zu gewährleisten; eine ausgeprägte inhaltliche Zusammenarbeit erfolgt aber erst in den Arbeitsgremien der KGKs, wie zwei unserer Fallstudien gezeigt haben. Dort wurden in den Arbeitsgruppen der KGKs gemeinsam mit den Krankenkassen konkrete Projektmöglichkeiten erarbeitet. Die Zusammenarbeit ließe sich vor diesem Hintergrund z. B. durch die Einrichtung themenspezifischer Arbeitsgruppen intensivieren.

Nicht zuletzt zeigte unsere Untersuchung, dass weitere Forschung zur Umsetzung des Präventionsgesetzes notwendig ist. Wir konnten aufgrund des frühen Untersuchungszeitraums nur die Anfangsphase der Umsetzung dokumentieren und analysieren. Es ist jedoch notwendig, den weiteren Verlauf der Implementation wissenschaftlich zu begleiten. Zum einen, um die Erfolgsbedingungen und Hinderungsfaktoren einer erfolgreichen Umsetzung zu identifizieren und zum anderen, um eventuelle Fehlentwicklungen oder systematische Verzerrungen wie z. B. größere Hürden für schwache Kommunen oder die geringere Antragstätigkeit von Kreisen gegenüber Städten, die sich in unserer Analyse andeuteten, frühzeitig zu erkennen und diesen entgegenwirken zu können. Die so gewonnen Erkenntnisse könnten helfen, die Umsetzung effektiver zu steuern, damit letztlich alle Kommunen – nicht nur die professionell aufgestellten, sondern insbesondere auch die schwächeren – vom Präventionsgesetz profitieren. Ein Augenmerk sollte dabei nicht zuletzt auf den integrierten Ansätzen liegen, deren Umsetzung einen wesentlichen Beitrag zu einer gelingenden Gesundheitsförderung und Prävention versprechen.

Verzeichnis der Rechtsnormen und Vereinbarungen

Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß § 20f SGB V im Land Nordrhein-Westfalen (LRV NRW), Fassung vom 26.08.2016

Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention. Präventionsgesetz (PrävG), Fassung vom 18.06.2015

Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V (BRE), Fassung vom 19.02.2016

Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW), Fassung vom 14.05.2015

Sozialgesetzbuch XI (SGB XI), Fassung vom 18.07.2017

Sozialgesetzbuch V (SGB V), Fassung vom 17.06.2015

Sozialgesetzbuch V (SGB V), Fassung vom 17.08.2017

Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland (GG), Fassung vom 13.07.2017

Literaturverzeichnis

- Bandelow, Nils C. (2004): Governance im Gesundheitswesen. Systemintegration zwischen Verhandlung und hierarchischer Steuerung. In: Lange, Stefan/Schimank, Uwe (Hrsg.): Governance und gesellschaftliche Integration. Wiesbaden, S. 89–107.
- Böhm, Katharina (2008): Politische Steuerung des Gesundheitswesens. Die Rolle von Korporatismus und Wettbewerb im Krankenhausesektor. Frankfurt am Main.
- Böhm, Katharina (2017): Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention. In: Zeitschrift für Sozialreform 63, Nr. 2, S. 77.
- Böhm, Katharina/Klennert, Dorothea (2018): Die Umsetzung des Präventionsgesetzes auf Länderebene. Eine Analyse der Landesrahmenvereinbarungen. In: Das Gesundheitswesen (im Erscheinen).
- Böhme, Christa/Stender, Klaus-Peter (2015): Gesundheitsförderung und Gesunde / Soziale Stadt / Kommunalpolitische Perspektive, <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?id=angebote&idx=123> (Zugriff: 22. Jan. 2016).
- BZgA/difu/DST (2014): Für eine bessere Gesundheitsförderung und Prävention in der Stadt. Kommunen und Krankenkassen engagieren sich gemeinsam, <https://difu.de/dokument/fuer-eine-bessere-gesundheitsfoerderung-und-praevention-in.html> (Zugriff: 11. Juli 2018).
- Claßen, Thomas/Mekel, Odile (2016): Fachplan Gesundheit – ein neues Konzept für eine nachhaltige, gesundheitsförderliche Kommunalentwicklung. In: Public Health Forum 24, Nr. 4, S. 275-277.
- Creswell, John W. (2014): Research design. Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. 4. ed., Los Angeles.
- Deutscher Bundestag (2015): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention. Präventionsgesetz – PräVG. Bundestag-Drucksache 18/4282.
- Dickersbach, Manfred/Weidtmann, Jonas (29.11.2017): Die neue Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit NRW am LZG.NRW. Unterstützungsleistungen für Kommunen, https://www.kommunale-praeventionsketten.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/Veranstaltungsdokumentation/20171129_Dickersbach_Weidtmann_Vorstellung_KGC_PraevKetten.pdf (Zugriff: 12. Juli 2018).
- Döhler, Marian/Manow-Borgwardt, Philip (1992): Gesundheitspolitische Steuerung zwischen Hierarchie und Verhandlung. In: Politische Vierteljahresschrift, Nr. 33, S. 571–596.
- Francke, Robert/Glaeske, Gerd/Kirschner, Klaus/Kolip, Petra/Mühlenbruch, Sonja (2003): Prävention und Gesundheitsförderung stärken und ausbauen. Bonn.
- Geene, Raimund/Reese, Michael (2017): Handbuch Präventionsgesetz. Neuregelungen der Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main.

- Gerlinger, Thomas (2002): Zwischen Korporatismus und Wettbewerb. Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel. Berlin.
- Gesetzliche Krankenkassen/Kommunale Spitzenverbände (2013): Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune. Berlin.
- GKV-Spitzenverband (2015a): Präventionsbericht 2015. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung, Berichtsjahr 2014. Berlin.
- GKV-Spitzenverband (2015b): Tabellenband zum Präventionsbericht 2015. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung, Berichtsjahr 2014. Berlin.
- GKV-Spitzenverband (2017): Leitfaden Prävention. Kapitel 4: Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V. Berlin.
- GKV-Spitzenverband (2018): Leitfaden Prävention. Berlin.
- Grunow, Dieter (1999): Kommunale Gesundheitspolitik. Die neue kommunale Rolle im Gesundheitswesen. In: Dietz, Berthold/Eißel, Dieter/Naumann, Dirk (Hrsg.): Handbuch der kommunalen Sozialpolitik. Wiesbaden, S. 373–386.
- Knill, Christoph/Tosun, Jale (2015): Einführung in die Policy-Analyse. Opladen.
- Kuckartz, Udo (2014): Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren. Wiesbaden.
- Matland, Richard E. (1995): Synthesizing the Implementation Literature. The Ambiguity-Conflict Model of Policy Implementation. In: J Public Adm Res Theory 5, Nr. 2, S. 145–174.
- Mayntz, Renate (Hrsg.) (1983): Implementation politischer Programme II. Ansätze zur Theoriebildung. Wiesbaden.
- Mayntz, Renate (2004): Governance Theory als fortentwickelte Steuerungstheorie? Köln.
- Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte und überarb. Aufl., Weinheim.
- Meierjürgen, Rüdiger/Becker, Silke/Warneke, Andrea (2016): Die Entwicklung der Präventionsgesetzgebung in Deutschland. In: Prävention und Gesundheitsförderung, Nr. 4, S. 206–2013.
- Nationale Präventionskonferenz (2016): Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V. Verabschiedet am 19.02.2016. Berlin.
- Nationale Präventionskonferenz (2018): Präventionsforum 2017. Dokumentation. Berlin.
- RKI (Hrsg.) (2011): Daten und Fakten. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Berlin.

- RKI (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS. Berlin.
- Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas (2014): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 3., vollst. überarb. Aufl., Bern.
- Rosenbrock, Rolf/Hartung, Susanne (2015): Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, E-Book 2018: BZGA, S. 833-835.
- Schreiner-Kürten, Karin/Wanek, Volker/Stripel, Harald (2012): GKV-investitionen in Prävention – Stellungnahme zur kritischen Berichterstattung zum Präventionsbericht 2011. In: Impulse, Nr. 76, S. 22.
- Statistisches Bundesamt (2016): Gesundheitsausgabenrechnung. Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/Leistungsarten.html;jsessionid=44664F13BA8D6C0C10A8CC5F43000D2C.cae2> (Zugriff: 20.01.2016).
- SVR (2005): Gutachten 2005. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen (Kurzfassung). Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2005/Kurzfassung.pdf (Zugriff: 24. Sept 2018).
- Techniker Krankenkasse (2017): „Gesunde Kommune“. Die TK fördert Städte, Gemeinden und Regionen, <https://www.tk.de/techniker/unternehmensseiten/unternehmen/gesunde-lebenswelten/gesunde-kommune-2010460> (Zugriff: 11. Jul. 2018).
- Weatherley, Richard/Lipsky, Michael (1977): Street-Level Bureaucrats and Institutional Innovation. Implementing Special Education Reform. In: Harvard Educational Review, Nr. 47, S. 170–196.
- WHO (1986): The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Weltgesundheitsorganisation. Ottawa.
- Wollmann, Hellmut/Baestlein, Angelika (Hrsg.) (1980): Politik im Dickicht der Bürokratie. Beiträge zur Implementationsforschung. Opladen.

Über die Autor_innen



Prof. Dr. Katharina Böhm

Katharina Böhm ist Juniorprofessorin für Gesundheitspolitik an der Ruhr-Universität Bochum. Zu ihren Forschungsschwerpunkten gehören Prävention und Gesundheitsförderung, kommunale Gesundheitspolitik, Rationierung von Gesundheitsleistungen und die international vergleichende Gesundheitspolitik.

Dorothea Klinnert

Dorothea Klinnert hat an der Goethe-Universität Frankfurt Politikwissenschaft studiert. Nach ihrem Diplom-Abschluss arbeitete sie zunächst als wissenschaftliche Mitarbeiterin in einem Forschungsprojekt über Entscheidungsverfahren und Verteilungseffekte in OECD-Gesundheitssystemen. Anschließend wechselte sie als Referentin für den Verband der Ersatzkassen für knapp ein Jahr in die Praxis. Seit 2016 arbeitet sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Mainz und promoviert zum Begriff der Solidarität. An dem an der Ruhr-Universität Bochum angesiedelten Projekt zur Umsetzung des Präventionsgesetzes in NRW arbeitete sie von November 2017 bis Mai 2018 mit.



Jonas Weidtmann

Jonas Weidtmann hat an der Ruhr-Universität Bochum Politikwissenschaft, Volkswirtschaftslehre und Soziologie studiert. Nach seinem Abschluss arbeitete er am Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung (ZEFIR) als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Bereich Kommunale Präventionspolitik für Familien. Er arbeitete von Dezember 2016 bis November 2017 im Projekt zur Umsetzung des Präventionsgesetzes in den NRW-Kommunen und wechselte anschließend in die Landesverwaltung. Dort beschäftigt er sich in der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit NRW insbesondere mit der Beratung kommunaler Akteure im Rahmen der Umsetzung des Präventionsgesetzes.

Das Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung (FGW)

Das Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung (FGW) wurde mit Unterstützung des für Wissenschaft zuständigen Ministeriums des Landes Nordrhein-Westfalen im September 2014 als eigenständiger, gemeinnütziger Verein mit Sitz in Düsseldorf gegründet. Aufgabe und Ziel des FGW ist es, in Zeiten unübersichtlicher sozialer und ökonomischer Veränderungen neue interdisziplinäre Impulse zur gesellschaftlichen Weiterentwicklung zu geben und politische Gestaltungsoptionen für die Gewährleistung sozialer Teilhabe in einer sozial integrierten Gesellschaft zu entwickeln. Durch die Organisation innovativer Dialogformate und die Förderung zukunftsorientierter Forschungsprojekte will das Forschungsinstitut die Vernetzung von Wissenschaft, Politik und zivilgesellschaftlichen Akteur_innen vorantreiben und den zielgruppengerechten Transfer neuer Forschungsergebnisse gewährleisten.

Weitere Informationen zum FGW finden Sie unter: www.fgw-nrw.de

Der Themenbereich „Vorbeugende Sozialpolitik“

Vorbeugende Sozialpolitik zielt darauf ab, die Entstehung und Verfestigung sozialer Problemlagen durch wirkungsorientierte Interventionen, den Aufbau von „Präventionsketten“ und eine bessere Verzahnung der Regelsysteme nach Möglichkeit bereits im Vorfeld zu verhindern, anstatt die daraus resultierenden Defizite nachträglich zu kompensieren. Zentrale Aufgabe des Themenbereichs „Vorbeugende Sozialpolitik“ des FGW ist es, das in den verschiedenen Handlungsfeldern vorhandene Handlungs- und Erfahrungswissen systematisch zu bündeln und aufzubereiten, die konkreten Spannungsfelder und Dilemmata zu analysieren, innerhalb derer sich vorbeugende Sozialpolitik bewegt, und die Ergebnisse dieser Arbeit in einen fruchtbaren Dialog zwischen Wissenschaft, Politik und Zivilgesellschaft einzuspeisen. Durch die Förderung kleinerer und größerer Forschungsprojekte sowie durch geeignete Dialogformate will der Themenbereich dazu beitragen, für die verschiedenen beteiligten Akteure und Professionen eine gesicherte Wissensgrundlage und einen gemeinsamen Orientierungs- und Bezugsrahmen zu schaffen.

Weitere Informationen zum Profil und zu den aktuellen Aktivitäten des Themenbereichs finden Sie unter:

www.fgw-nrw.de/sozialpolitik
