

Präv Gesundheitsf 2020 · 15:347–353
<https://doi.org/10.1007/s11553-020-00767-z>
Eingegangen: 14. November 2019
Angenommen: 8. Februar 2020
Online publiziert: 27. März 2020
© Der/die Autor(en) 2020



Caroline Bentgens 

FOM Hochschule für Ökonomie & Management gGmbH, Duisburg, Deutschland

Intersektorale Kooperationen auf verschiedenen Steuerungsebenen in der kommunalen Gesundheitsförderung von Kindern

Eine qualitative Analyse von Expertenperspektiven

In der kommunalen Gesundheitsförderung (KGF) von Kindern kooperieren Akteure aus verschiedenen Settings und Sektoren und auf unterschiedlichen Steuerungsebenen mit dem gemeinsamen Ziel, die Gesundheit von Kindern zu verbessern. Mit einem qualitativen Forschungsdesign wurden die Perspektiven von Experten in der Landeshauptstadt Düsseldorf auf intersektorale Kooperationen untersucht und Schlüsse für die Weiterentwicklung integrierter Strategien gezogen.

Hintergrund

Die Kommunen mit ihren verschiedenen Akteuren spielen eine zentrale Rolle in der Gesundheitsförderung (GF) der Bevölkerung. Sie sind für die allgemeine Daseinsvorsorge zuständig und können auf vielfältige Art die Rahmenbedingungen, in denen Menschen leben, gesundheitsförderlich gestalten [3]. Bereits in der Ottawa Charta der World Health Organization (WHO) wurde für den Ansatz der Gesundheitsförderung ein koordiniertes Zusammenwirken aller Beteiligten gefordert [30]. Kooperationen finden zum einen innerhalb eines Settings, also dem Ort, an dem Menschen lernen, arbeiten, leben und spielen, statt. Intersektorale Kooperationen sind als Weiterentwick-

lung des Settingansatzes zu sehen, da hier Settinggrenzen überwunden werden, um komplexere Projekte oder Netzwerke zu entwickeln [9].

Besonders im Bereich der KGF für Kinder und Jugendliche gibt es in den letzten Jahren Bemühungen, kommunale Akteure auf horizontaler Ebene (über verschiedene Settings und Sektoren hinweg) und vertikaler Ebene (über verschiedene Hierarchieebenen hinweg) zu vernetzen. Der Begriff der Präventionsketten wurde geprägt als integrierte Gesamtstrategien, in deren Rahmen sich auf kommunaler Ebene alle Akteure settingübergreifend engagieren, um ein koordiniertes Vorgehen zu erreichen [25]. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) betonte in einem Positionspapier die Wichtigkeit der kommunalen Integration von Gesundheitsförderung in Lebenswelten und definiert erstmals die Kommune als „Dachsetting“, in deren Rahmen intersektorale Strategien anzusiedeln sind [17].

Zwei beispielhafte Initiativen sind in NRW angesiedelt: „Teilhabe ermöglichen – Kommunale Netzwerke gegen Kinderarmut“ des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR, [16]) und „Kommunale Präventionsketten – Kommunen in NRW beugen vor“ der Landesregierung [4, 15]. Die größten Hindernisse für eine erfolgreiche Umsetzung bestehen

bislang in der schlechten Finanzsituation der Kommunen, der fehlenden gesetzlichen Verpflichtung derselben zu GF und den praktischen Hindernissen bei der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Verwaltungssektoren. In die Initiative der Koordinationsstelle Kinderarmut der LVR-Landesjugendamt sind aktuell 35 Kommunen und 4 Kreise einbezogen und ein unveröffentlichter Abschlussbericht zieht insgesamt ein positives Fazit [12]: Es sind stabile Netzwerke entstanden, deren Effektivität höher ist, wenn eine Koordinationsstelle auf einer höheren Hierarchieebene angesiedelt ist; hinderlich sind eine mangelnde politische Unterstützung, begrenzte personelle, finanzielle und zeitliche Ressourcen. Perspektivisch sollte die Einbindung von Schulen und Ärzten und die Schaffung nachhaltiger Strukturen gefördert werden; kommunale Steuerung ist nötig, eine Verortung im Jugendamt sinnvoll. Mit dem Programm „Kommunale Präventionsketten“ des Ministerium für Kinder, Jugend, Kultur und Sport (MFKJKS NRW) arbeiten Mitte 2019 bereits 40 Kommunen am „Auf- und Ausbau passgenauer Präventionsketten und stellen so die Weichen für gelingendes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen“ [14]. Düsseldorf gehört seit 2012 zu den 18 Modellkommunen [15]. Die Begleitforschung wurde durch

Tab. 1 Experten und Zuordnung zu den Steuerungsebenen

Steuerungsebenen	Experten
Operative Steuerungsebene (OpS)	Schulleiterin, Schulsozialarbeiterin, Leiter Jugendfreizeiteinrichtung
Strategische Steuerungsebene (STS)	Leitende Funktionsträger in Gesundheitsamt, Jugendamt, Sportamt, Schulamt. Wissenschaftliche Mitarbeiterin Universität

Tab. 2 Beispielfragen Interviewleitfaden

BMFC-Aspekte	Beispielfragen
Input	Welche personellen/finanziellen Ressourcen stehen zur Verfügung?
Kooperationsprozess	Welche Gelingensbedingungen/Hindernisse bestehen?
Output	Welche Effekte entstehen für die eigene Arbeit/die Zielgruppe?

BMFC „Bergen model of collaborative functioning“

die Bertelsmann Stiftung veranlasst und in vielen Einzelberichten und einem Abschlussbericht 2017 veröffentlicht [7]. Kommunale Präventionsketten können demnach eine nachhaltige Präventionspolitik durch einen Paradigmenwechsel fördern, und besonders die Einbindung des Gesundheits- und Schulsektors in diese, primär vom Jugendhilfesektor dominierten Kooperationen, ist zielführend.

Ein vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) beauftragter Forschungsverbund „Gesund Aufwachsen“ [23] evaluiert in fünf Forschungsmodulen vernetzte kommunale Gesundheitsförderung für Kinder [11], erste Ergebnisse aus den Modulen „Soziale Teilhabe und Ernährung“, „Psychische Gesundheit“ und „Gesundheit bei Schuleingang“ sind bereits veröffentlicht: Kernerkenntnisse weisen hier auf die starke personelle und finanzielle Belastung von Einrichtungen in benachteiligten Quartieren hin, die besondere Ressourcen erfordern [10]. Ernährung ist im Kita- und Grundschulalltag ein wichtiges, aber zwischen Eltern und Fachkräften konfliktbeladenes Thema, dessen Stellenwert im Kontext integrierter Gesundheitsförderungsansätze noch nicht ausgereizt ist [24]. Angebote der kommunalen Gesundheitsförderung werden selten von Eltern der primären Zielgruppe (Migrationshintergrund, niedriger Bildungsstand und niedriges Einkommen) genutzt [6, 29].

Die Evaluationen kommunaler Kooperationen zur GF von Kindern auf internationaler Ebene weisen darauf hin,

dass höhere Positionen der Akteure und eine längere Amtszeit der Leitung sich positiv auf die Zusammenarbeit auswirken [1]. Auch die persönlichen Beziehungen zwischen den Kooperationspartnern, die erhöhte Ansprechbarkeit innerhalb des Systems und politische Unterstützung werden als förderlich beschrieben [19]. In Dänemark zeigte die Evaluation eines nationalen intersektoralen Gesundheitscurriculums für Schulen [26], dass trotz der Anerkennung der Wichtigkeit des Themas in Schulen (82% Zustimmung), die Umsetzung auf lokaler Ebene (11%) gering ist und begleitende Lehrerfortbildungen fehlen. Als zentrale Probleme werden die fehlende Passung zwischen der Bildungsaufgabe von Schule und der Integration von Gesundheitsförderung, sowie die mangelnde lokale politische Unterstützung identifiziert. Als weitere wichtige Gelingensfaktoren für eine erfolgreiche intersektorale Zusammenarbeit, bei der Schulen beteiligt sind, werden die Anpassung von Programmzielen an die Kernaufgaben der Partner und die Berücksichtigung der spezifischen Besonderheiten des schulischen Settings gesehen [27]. Ein Führungsstil, bei dem eine übergeordnete Koordination Stakeholder umfassend einbezieht, fördert den Kooperationsprozess [22]. Es zeigt sich zusammenfassend, dass sowohl national als auch international ein intersektorales Vorgehen bei Strategien zur Gesundheitsförderung von Kindern eingesetzt und als vorteilhaft beurteilt wird. Es liegen bislang jedoch nur wenige Studien zur Wirksamkeit dieser Strategien vor.

Ziel und Methodik

Ziel dieser Arbeit war es, die Perspektiven von verschiedenen Experten, die in der KGF von Kindern in Düsseldorf tätig sind, zu analysieren und allgemeine Rückschlüsse für eine Verbesserung der intersektoralen Zusammenarbeit zu ziehen. Es wurde ein qualitatives Vorgehen gewählt und 8 offene leitfadengestützte Experteninterviews geführt [2]. Das Sampling der Experten ergab sich aus der Durchführung eines Ernährungsworkshops, welcher in Anlehnung an das schulische Gesundheitsförderungsprogramm Klasse2000 [28] entwickelt wurde. Auf der Basis der Gesundheitsberichterstattung der Stadt Düsseldorf [13] wurde eine am Programm Klasse2000 teilnehmende Grundschule in einem belasteten Sozialraum sowie die benachbarte Jugendfreizeiteinrichtung (JFE) ausgesucht. Unmittelbar in die Planung und Durchführung des Workshops waren neben der Autorin die Schulleiterin, die Schulsozialarbeiterin und der Leiter der JFZE eingebunden. Neben diesen 3 direkt beteiligten und auf der operativen Steuerungsebene tätigen Experten wurden im Sinne eines Schneeballsamplings 5 weitere, auf einer höheren, strategischen Steuerungsebene in der KGF tätige Experten gewonnen. In Anlehnung an Ehlen können in der KGF zwei verschiedenen Steuerungsebenen differenziert werden: 1. eine operative Steuerungsebene (OpS) aus Akteuren, die an der Basis tätig sind und 2. eine strategische Steuerungsebene (StS) aus Akteuren, die auf einer höheren kommunalen Verwaltungsebene angesiedelt sind ([11]; [Tab. 1](#)).

Als Experte wurde für diese Studie ein Akteur definiert, der eine besondere fachliche Qualifikation aufweist und seit mindestens einem Jahr seine Position innehat.

Der Interviewleitfaden wurde auf dem Boden des theoretischen Modells „Bergen model of collaborative functioning“ (BMCF) von Corbin entwickelt [8], welches die drei Aspekte 1. Input, 2. Kooperationsprozess und 3. Output als zentral für intersektorale Kooperationen beschreibt. Die Interviewdauer betrug zwischen 21 und 51 min (ø 34 min), die Gewichtung

der einzelnen Punkte lag in der Hand der Experten. Schriftliche Einwilligun-
gserklärungen der Experten lagen vor, und
die erhobenen Daten wurden anonymi-
siert (■ Tab. 2).

Bei der Analyse des Materials wur-
de, unterstützt durch die Analysesoft-
ware f4 [20], die Methode der Qualitati-
ven Inhaltsanalyse nach Mayring einge-
setzt [18]. Am Text wurde ein induktives
Kategoriensystem entwickelt, welches im
2. Schritt deduktiv den auf der Basis des
BMCF gebildeten Hauptkategorien zu-
geordnet wurde. Je ein Codehandbuch
für die OpS und die StS wurde erstellt.
Am Kodierprozess war nur die Autorin
beteiligt.

Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse auf
beiden Steuerungsebenen dargestellt.
Auf der *Ebene der OpS* wurden 9 Un-
terkategorien gebildet, die wie folgt den
Hauptkategorien zugeordnet wurden:

- Input: Kooperationspartner, themati-
sche Bereiche, Auftrag/Mission.
- Kooperationsprozess: systemische
Perspektive, Bedeutung des sozialen
Kontextes, Kommunikation.
- Output: Effekte für die eigene Arbeit,
Effekte für die Zielgruppe, Zukunfts-
perspektiven.

Die mannigfaltigen bestehenden Koope-
rationen werden einhellig überwiegend
positiv beschrieben.

Für den Kooperationsprozess wirkt
sich hemmend aus, dass sich die koope-
rierenden Systeme und ihre differenti-
erten Strukturen zu wenig kennen, insbeson-
dere der schulische Ablauf ist externen
Partnern zu wenig bekannt. Es stellt eine
Herausforderung dar, den eigenen Kern-
auftrag mit dem Thema Gesundheitsför-
derung zu vereinbaren.

*Okay, ich habe aber auch noch einen Lehr-
plan. Wie kriege ich das jetzt alles noch
rein? ... Aber man hat eben dann auch zu
wenig Zeit, Und ich habe ja nun mal, wie
gesagt, auch Bildungsinhalte noch außer-
halb davon, die ich ja machen muss. (OpS,
Schulleitung)*

Zeitmangel beeinträchtigt die Zusam-
menarbeit. Soziale Faktoren wie nied-

Präv Gesundheitsf 2020 · 15:347–353 <https://doi.org/10.1007/s11553-020-00767-z>
© Der/die Autor(en) 2020

C. Bentgens

Intersektorale Kooperationen auf verschiedenen Steuerungsebenen in der kommunalen Gesundheitsförderung von Kindern. Eine qualitative Analyse von Expertenperspektiven

Zusammenfassung

Hintergrund. Intersektorale Zusammenarbeit
ist eine wichtige Strategie in der kommunalen
Gesundheitsförderung von Kindern, bei der
Akteure aus verschiedenen Sektoren und
auf unterschiedlichen Steuerungsebenen
koordiniert zusammenarbeiten.

Fragestellung. Wie sehen Experten die
intersektorale Zusammenarbeit in der
kommunalen Gesundheitsförderung (KGF)
der Landeshauptstadt Düsseldorf?

Material und Methode. Es wurden acht
Interviews mit Experten geführt, die in der
KGF von Kindern in Düsseldorf auf zwei
verschiedenen Steuerungsebenen tätig
sind. Drei Experten sind der operativen und
fünf der strategischen Steuerungsebene
zuzuordnen. Die Interviews wurden einer
Qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen.

Ergebnisse. Die Experten beschreiben
vielfältige positive Aspekte intersektoraler
Zusammenarbeit, die die eigene Arbeit
bereichern, den Zugang zur Zielgruppe
vereinfachen und die Bedeutung des Themas
gegenüber Politik und anderen Stakeholdern
steigern. Verbesserungswürdig sind die
Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und
die Steuerungsstrukturen.

Schlussfolgerungen. Die Ergebnisse
bekräftigen die Wichtigkeit intersektoraler
Zusammenarbeit in der KGF und zeigen
Entwicklungsmöglichkeiten auf.

Schlüsselwörter

Kindergesundheit · Jugendamt · Set-
ting-Übergreifend · Krankenkassen ·
Soziallagenbezug

Intersectoral cooperation at various control levels in the municipal health promotion of children. A qualitative analysis of expert perspectives

Abstract

Background. Intersectoral cooperation is an
important strategy in the municipal health
promotion of children, in which actors from
different sectors and on different governance
levels work together in a coordinated manner.

Objectives. What view do experts in different
areas have on the intersectoral cooperation in
municipal health promotion in the town of
Düsseldorf?

Materials and methods. Eight interviews
with experts working in the municipal health
promotion of children in Düsseldorf were
conducted. Three experts are assigned to an
operational and five to a strategic level of
governance in municipal health promotion.
The interviews were subjected to a qualitative
content analysis.

Results. The experts describe diverse positive
aspects of intersectoral cooperation which
enrich their own work, simplify access to the
target group and stress the importance of the
topic towards politics and other stakeholders.
There is room for improvement concerning
cooperation with health insurance companies
and the governance structures.

Conclusions. The results support the
importance of intersectoral cooperation in
municipal health promotion and highlight
developmental opportunities.

Keywords

Child health · Youth welfare office · Intersecto-
ral · Health insurance companies · Relevance
of social situation

riger Sozial- und Bildungsstatus und
hoher Migrationsanteil erschweren die
Arbeit. Settingübergreifende Kooperati-
onen erleichtern jedoch eine sonst
schwierige Kontaktaufnahme zur Ziel-
gruppe Familie und befruchten die für
die Experten wichtige Beziehungsarbeit.
Gelingende Kommunikation, sowohl mit

der Zielgruppe Familie als auch unter
Kollegen ist von zentraler Bedeutung in
Kooperationen.

*Ja, ich erlebe die Familien und Kinder ja
mal in einem ganz anderen Rahmen als
Schule. Und vielleicht erlebe ich auch El-
tern, mit denen ich hier im Schulsystem*

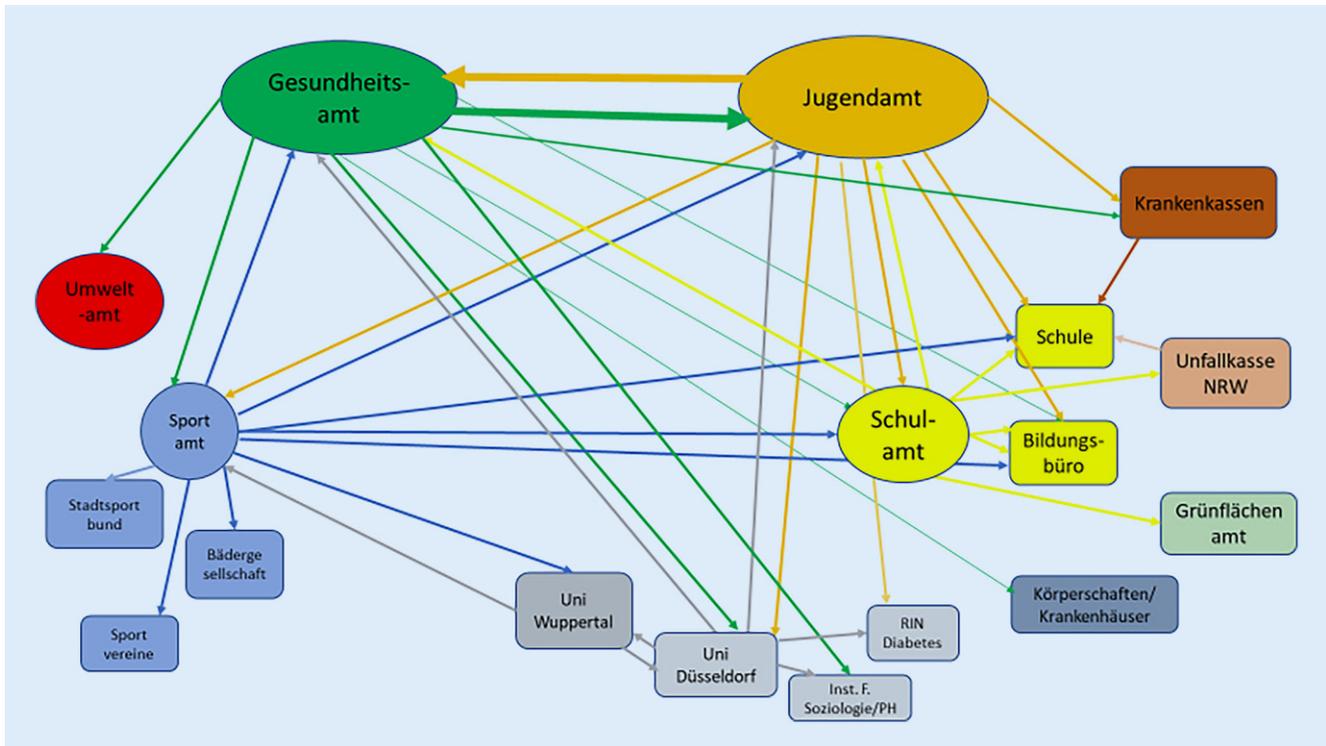


Abb. 1 ▲ Kooperationen auf der strategischen Steuerungsebene (StS) auf Basis der Expertenaussagen. RIN Regionales Innovationsnetzwerk, PH „public health“

noch gar nichts zu tun hatte. ... Also für mich persönlich verbuche ich das unter Beziehungsarbeit. (OpS, Schulsozialarbeit)

Wichtige Ergebnisse der intersektoralen Zusammenarbeit sind Unterstützung und Bestätigung der eigenen Arbeit, Qualitätssteigerung, das Entstehen neuer Kreativität und einer ganzheitlichen Perspektive. Die Kontakte zur Zielgruppe sind intensiver, durch gemeinsame Projekte wird die Zusammenarbeit zwischen den Settings gestärkt. Auch für die Zielgruppe ergeben sich vielfältige positive Aspekte. Kinder und Eltern werden als Familieneinheit erreicht, sie erweitern ihren Horizont, erleben soziale Unterstützung und ihre gesellschaftliche Integration profitiert.

Also ich empfinde es persönlich als sehr bereichernd für die Schule, als auch für die Kinder selbstverständlich, weil die Angebote, die durch die externen Partner noch mal entstehen, auch mit den Blickwinkeln und den Erfahrungen, die hier reingebracht werden, noch mal ganz anders sind, als wenn ich das nur über

den Lehrplan, initiiere letztendlich. Umgekehrt aber auch, dass sich Schule und eben Partnerschaften von außerhalb auch in ihren Ideen ergänzen können. (OpS, Schulleitung)

Auf der Ebene der StS wurden folgende Unterkategorien gebildet und den genannten Hauptkategorien zugeordnet:

- Input: Kooperationspartner, finanzielle Ressourcen, Rolle der Krankenkassen (KK), Auftrag/Mission.
- Kooperationsprozess: Bewertung der Zusammenarbeit, formale Strukturen, Leitungsstrukturen, Bedeutung der Politik, Kommunikation, Hindernisse.
- Output: Vernetzung/Unterstützung, Kenntniszugewinn, Erfolge, Profitieren von Multiprofessionalität, Stärkung der eigenen Themen nach außen, Verlässlichkeit der Beziehungen, Zukunftsperspektiven.

Von den vielfältigen bestehenden Kooperationen auf der StS wird die schon lange bestehende Kooperation zwischen Gesundheitsamt und Jugendamt von den interviewten Experten als am engsten be-

schrieben. Die Vielfalt der von den Experten auf dieser Steuerungsebene genannten Kooperationen zwischen den verschiedenen Akteuren ist in **Abb. 1** dargestellt.

Das persönliche Engagement einzelner Akteure ebenso wie die Länge einer Kooperation sind wichtige Faktoren für das Gelingen. Finanzielle Ressourcen sind von politischen Entscheidungen und Schwerpunkten abhängig, eine wissenschaftliche Begründung von finanziellen Bedarfen ist hilfreich. Den KK kommt durch das Präventionsgesetz eine besondere Bedeutung bei der Finanzierung von GF für Kinder zu. Besonders aus Sicht der Experten des Gesundheits- und Jugendamtes ist die praktische Umsetzung des Präventionsgesetzes jedoch noch unzureichend und die Kommunikation mit den KK unbefriedigend.

..., wie erschrocken wir darüber sind, dass da so wenig, ja, auch von Seiten der Krankenkasse an uns herangetragen wird. ... Warum nimmt man dann nicht die Kommune auch ernst in ihrer Fähigkeit einzuschätzen: Wie können wir denn hier gut das Geld aus dem Präventions-

gesetz ... hier in der Kommune nutzen? (StS, Jugendamt)

Wunsch ist die Einrichtung einer koordinierenden Stelle und ein größeres Engagement der KK für die KGF.

Also ... es muss ... koordinierende, steuernde Stellen geben, die sich mit den Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung auskennen ... Ich bin der Überzeugung durch das Präventionsgesetz wäre es gut, wenn die Krankenkassen hier jetzt tatsächlich eine Option ziehen würden, das gemeinsam mit den Kommunen entwickeln würden, so eine koordinierende Stelle, dann hat es eine Win-win-Situation nämlich für beide. (StS, Gesundheitsamt)

Für die insgesamt positiv beurteilten Kooperationsprozesse auf dieser StS gibt es verschiedene formale Strukturen von der gesetzlich verankerten Kommunalen Gesundheitskonferenz bis zu zahlreichen thematischen Gremien und Arbeitsgruppen auf verschiedenen Hierarchieebenen. Die Leitungen der Gremien wie Gesundheitskonferenz und Bildungskonferenz haben eine politische Bindung und die Politik hat grundsätzlich eine große Bedeutung was die Schwerpunktsetzung der Kommunalverwaltung im Bereich der GF angeht. Die Doppelbesetzung an der Spitze von Arbeitsgruppen durch Gesundheitsamt und Jugendamt ist ein Versuch der Gleichberechtigung von Interessen unterschiedlicher Kooperationspartner. Gemeinsame Themen haben gegenüber Politik und anderen Sektoren ebenso wie gegenüber der Zielgruppe ein größeres Gewicht.

Also, das Thema einfach noch mal stärker setzen, weil es natürlich dann auch in parallel in einigen Ausschüssen läuft und Politik das natürlich auch noch mal anders wahrnimmt. ... Man ist stärker natürlich gemeinsam (StS, Jugendamt)

Regelmäßige und v. a. persönliche Kommunikation ist einhellig von zentraler Bedeutung. Diese ist besonders effektiv, wenn sie gleichberechtigt, sachlich und umfangreich ist. Als mögliche Hindernisse des Kooperationsprozesses werden besonders durch das Gesundheitsamt die

durch unterschiedliche berufliche Hintergründe differente Sicht- und Herangehensweise an Aufgaben gesehen, ebenso wie strukturelle Grenzen, die durch die Versäulung der Verwaltung entstehen.

das Erlernen einer gemeinsamen Sprache, wo will man hin, was will man erreichen, das ist manchmal nicht ganz einfach herzustellen. (StS, Gesundheitsamt)

Auch auf dieser Ebene werden intersektorale Kooperationen als unterstützend, die Planung erleichternd und die eigenen Möglichkeiten, auch finanzieller Art, erweiternd erlebt.

Diskussion

Aus Perspektive der interviewten Experten gibt es in Düsseldorf bereits vielfältige und gut funktionierende intersektorale Kooperationen in der KGF für Kinder. Auf der OpS steht die Schule mit ihren Kooperationspartnern im Zentrum, hier können wegen der bestehenden Schulpflicht alle Kinder der entsprechenden Altersgruppe erreicht werden. Die Schulleitung beschreibt den anspruchsvollen Organisationsrahmen von Schulen, der besondere Anforderungen an Kooperationspartner stellt. Eine australische Studie bestätigt diese Erfahrungen [27]. Die Akteure auf der OpS beschreiben einhellig, dass soziale Randgruppen durch settingübergreifende Projekte leichter erreicht werden können. Personelle und finanzielle Ressourcen sind aus Sicht der Experten teilweise knapp. Der Bedarf an diesen Ressourcen ist jedoch in sozialen Aktionsräumen erhöht [4, 10], was bei der Planung berücksichtigt werden muss. Grundsätzlich müssen die Kernaufgaben verschiedener Sektoren vereinbar sein und es sollte eine gemeinsame Mission definiert werden [8, 22].

Auf der StS verbindet Gesundheitsamt und Jugendamt eine enge Kooperation. Wie dargestellt sind darüber hinaus viele weitere Akteure an sektorübergreifenden Kooperationen in Düsseldorf beteiligt und bereichern bestehende multiprofessionelle Netzwerke mit ihren Kompetenzen und Ressourcen. Andere Studien empfehlen eine engere Anbindung des Sektors Schule auf der StS [7, 12, 26] und befürworten ein dauerhaftes Ein-

binden eines möglichst breiten Feldes an Partnern [5, 8]. Die Experten dieser Studie monieren die bislang unzureichende Beteiligung der KK an Maßnahmen der KGF. Die Zusammenarbeit und der Austausch zwischen den verschiedenen Akteuren in den Kommunen und den KK sollte intensiviert werden, mit dem Ziel die Kommunen in die Planung von kassenfinanzierten Maßnahmen der KGF mit klarem Soziallagenbezug stärker einzubeziehen [5]. Auch das Beschreiten neuer Wege der Finanzierung, z. B. die Einrichtung von sozialraumbezogenen, ressortunabhängigen Finanztopfen, wird beschrieben [5]. Nicht nur die Experten der StS in dieser Studie, sondern auch andere Autoren halten das Einrichten einer dezernatsübergreifenden oder dezernatsunabhängigen Koordinierungsstelle, evtl. in Form einer Stabsstelle, die eine vermittelnde Rolle zwischen allen Partnern und Sektoren einnimmt, für vorteilhaft [5, 7, 12]. Die Entwicklung nachhaltiger Strukturen für Kooperationen sollte angestrebt werden, um Beeinträchtigungen durch Personal- oder Politikwechsel zu verhindern [12]. Um die horizontale Vernetzung der hier beschriebenen vertikal versäulten Kommunalverwaltung zu verbessern, sollten neue Wege und strukturelle Veränderungen, wie z. B. neue Dezernatszuschnitte erwogen werden [5]. Entscheidungsträger werden hier bereits und sollten grundsätzlich in Netzwerken wegen ihrer Entscheidungskompetenz mit eingebunden werden [12, 19]. Die doppelte Besetzung an Spitzen von Gremien hat sich aus Sicht der Experten bewährt, um die Gleichberechtigung verschiedener Sektoren zu fördern, und sollten wo möglich implementiert werden [5]. Maßnahmen der KGF sollten einen Soziallagenbezug haben. Die Berücksichtigung der Daten verschiedener Sektoren und der Daten aus der Gesundheitsberichterstattung der Kommunen bilden für die Experten und ganz grundsätzlich eine wertvolle Planungsgrundlage [21], ebenso wie Erkenntnisse aus lokal durchgeführten Studien in Kooperation mit Forschungseinrichtungen [29]. Ein Prozess hin zu einem politischen Beschluss auf Ebene der Kommune zur Entwicklung von integrierten kommunalen Strategien zur GF, der unabhängig

von politischen und personellen Veränderungen Bestand hat, sollte initiiert werden [5, 19].

Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen bereits bestehende Erkenntnisse über sektorübergreifende Kooperationen. Darüber hinaus fordern sie besonders ein stärkeres Einbinden der KK in soziallagenbezogene Maßnahmen der KGF.

Bei der Auswahl der Experten für diese Studie ist trotz des Querschnitts durch verschiedene Settings und Sektoren einschränkend festzustellen, dass ein Bias durch die Rekrutierung aufgrund persönlicher Kontakte der Autorin im Rahmen eines Projekts besteht. Außerdem ist die Fallzahl $n = 8$ relativ klein. Weitere Untersuchungen sollten folgen.

Aufgrund der großen Chancen von intersektoraler Zusammenarbeit in der KGF sollten bestehende Projekte fortgeführt, evaluiert und neue Projekte entwickelt werden.

Fazit für die Praxis

- Intersektorale Kooperationen bereichern die kommunale Gesundheitsförderung (KGF).
- Über die zentralen Sektoren Gesundheit und Jugend hinaus sollten möglichst viele weitere Sektoren einbezogen werden.
- Der Kooperation mit den Krankenkassen kommt eine besondere Rolle in der KGF zu, die noch verbessert werden muss.
- KGF muss soziallagenbezogen ausgerichtet sein und braucht in diesem Bereich besondere Ressourcen, bietet aber auch besondere Chancen.
- Wissenschaftliche Evaluation von KGF ist nicht nur für deren Weiterentwicklung, sondern auch für die Argumentation gegenüber Politik wichtig.

Korrespondenzadresse



Dr. med. Caroline Bentgens, MPH
FOM Hochschule für
Ökonomie & Management
gGmbH
Bismarckstr 120, 47057 Duisburg,
Deutschland
caroline_anne.bentgens@fom-net.de

Danksagung. Ich danke allen an der Studie beteiligten Experten und Dr. Arnd Hofmeister für Ihre Unterstützung. Die Daten dieser Studie wurden im Rahmen meiner Masterarbeit an der Leuphana Universität Lüneburg erhoben.

Funding. Open Access funding provided by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. C. Bentgens gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Es wird bestätigt, dass alle ethischen Richtlinien eingehalten wurden.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Barile JP, Darnell AJ, Erickson SW, Weaver SR (2012) Multilevel measurement of dimensions of collaborative functioning in a network of collaboratives that promote child and family well-being. *Am J Community Psychol* 49(1):270–282. <https://doi.org/10.1007/s10464-011-9455-9>
2. Bogner A, Littig B, Menz W (Hrsg) (2009) Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder, 3. Aufl. VS, Wiesbaden

3. Böhm K (2017) Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention. *Z Sozialreform* 63(2):77. <https://doi.org/10.1515/zsr-2017-0014>
4. Böhm K, Gehne D (2018) Vernetzte kommunale Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2803-2>
5. Böhme C, Reimann B (2018) Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung. Rahmenbedingungen, Steuerung und Kooperation – Ergebnisse einer Akteursbefragung
6. Bozkulak I, Usluca H-H (2018) Psychisch gesundes Aufwachsen. Eine Frage der Herkunft, sozialer Teilhabechancen oder der Wahrnehmung kommunaler Förderangebote? *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 61(10):1252–1259. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2813-0>
7. Brümmer F, Fittkau J, Koenemund I, Meyer F, Riviere M, Sauerland S, Weiger W (2018) Evaluation des Modellprojektes „Kommunale Präventionsketten“ (ehemals „Kein Kind zurücklassen“). Abschlussbericht
8. Corbin JH, Jones J, Barry MM (2018) What makes intersectoral partnerships for health promotion work? A review of the international literature. *Health Promot Int* 33(1):4–26. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw061>
9. Dadaczynski K (2018) Prävention und Gesundheitsförderung in Settings und Lebenswelten. In: Haring R (Hrsg) *Gesundheitswissenschaften*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S 1–10
10. Ehlen S, Rehaag R (2018) Analyse integrierter Gesamtansätze kommunaler Gesundheitsförderung für Kinder. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 61(10):1260–1269. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2809-9>
11. Ehlen S, Dreiskämper D, Utesch T, Rehaag R (2018) Integrierte Gesamtansätze kommunaler Gesundheitsförderung für Kinder. *Präv Gesundheitsf* 13(3):254–260. <https://doi.org/10.1007/s11553-018-0640-7>
12. Küsslich J, Lar N (2017) Befragung aller 39 Kommunen im LVR-Fördreprogramm „Teilhabe ermöglichen – Kommunale Netzwerke gegen Kinderarmut“. Abschlussbericht
13. Landeshauptstadt Düsseldorf – Gesundheitsamt & Amt Für Statistik und Wahlen (2018) Gesundheitsberichterstattung. Schuleingangsuntersuchungen. <https://www.duesseldorf.de/gesundheitsamt/netzwerke-und-kooperationen/gbe.html>. Zugegriffen: 7. Juli 2018
14. Landesregierung Nordrhein-Westfalen (2018) Kommunale Präventionsketten – Kommunen in NRW beugen vor. <https://www.kommunale-praeventionsketten.de/>. Zugegriffen: 30. Dez. 2018
15. Landesregierung Nordrhein-Westfalen (2019) Kommunale Präventionsketten Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf. Modellkommunen seit 2012. <https://www.kommunale-praeventionsketten.de/kommunen/modellkommunen-seit-2012/duesseldorf/>. Zugegriffen: 9. Jan. 2019
16. Landschaftsverband Rheinland LVR (2019) Teilhabe ermöglichen – Kommunale Netzwerke gegen Kinderarmut. https://www.lvr.de/de/nav_main/jugend_2/jugendmter/koordinationsstellekinderarmut/teilhabe_ermoenlichen/koordinationsstellekinderarmut_4.jsp. Zugegriffen: 5. März 2019
17. Lehmann F (2014) Qualitätssicherung und Zielorientierung – der Beitrag der BZgA

18. Mayring P (2015) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 12. Aufl. Beltz, Weinheim
19. McPherson C, Ploeg J, Edwards N, Ciliska D, Sword W (2017) A catalyst for system change. A case study of child health network formation, evolution and sustainability in Canada. *BMC Health Serv Res* 17(1):100. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2018-5>
20. Pehl T, Dresing T f4analyse. <https://www.audiotranskription.de/f4-analyse>. Zugegriffen: 19. Juni 2019
21. Poethko-Müller C, Kuntz B, Lampert T, Neuhauser H (2018) Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *J Health Monit.* <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-004>
22. Pucher KK, Candel MJJM, Krumeich A, Boot NMWM, de Vries NK (2015) Effectiveness of a systematic approach to promote intersectoral collaboration in comprehensive school health promotion—a multiple-case study using quantitative and qualitative data. *BMC Public Health* 15:613. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1911-2>
23. Rehaag R (2018) Gesund Aufwachsen. Forschungsprojekt „Vernetzte kommunale Gesundheitsförderung für Kinder“. <http://gesundaufwachsen.net/>. Zugegriffen: 30. Dez. 2018
24. Rehaag R, Ehlen S (2018) Ernährung als Ressource der vernetzten kommunalen Gesundheitsförderung für Kinder – Wahrnehmung durch Eltern und Experten. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2810-3>
25. Richter-Kornweitz A, Holz G, Kilian H (2017) BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Alphabetisches Verzeichnis. Präventionskette/Integrierte kommunale Gesundheitsstrategie. <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praeventionskette-integrierte-kommunale-gesundheitsstrategie>. Zugegriffen: 29. Dez. 2018
26. Simovska V, Nordin LL, Madsen KD (2016) Health promotion in Danish schools. Local priorities, policies and practices. *Health Promot Int* 31(2):480–489. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav009>
27. Tooher R, Collins J, Braunack-Mayer A, Burgess T, Skinner SR, O’Keefe M, Watson M, Marshall HS (2017) Intersectoral collaboration to implement school-based health programmes: Australian perspectives. *Health Promot Int* 32(2):312–321. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav120>
28. Verein Programm Klasse2000 e.V. (2018) Klasse2000. Stark und Gesund in der Grundschule. <https://www.klasse2000.de/>. Zugegriffen: 12. Okt. 2018
29. Weyers S, Kreffter K, Wahl S (2018) Soziale Ungleichheit der Inanspruchnahme kommunaler Bewegungsangebote. *Public Health Forum* 26(4):365–367. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2018-0104>
30. World Health Organization (1986) The ottawa charter for health promotion. World health organization. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf. Zugegriffen: 27. Dez. 2018