

ZEFIR-Materialien Band 12

**DIE ROLLE DER KOMMUNEN IM BEREICH
GESUNDHEIT**

Eine Analyse der Kooperationen zwischen
Kommunen und medizinischen Leistungs-
erbringern im Rahmen integrierter kommunaler
Präventionsstrategien

Katharina Böhm

Marian Schönknecht

ZEFIR-Materialien Band 12 (Dezember 2020)

Katharina Böhm & Marian Schönknecht

Die Rolle der Kommunen im Bereich Gesundheit

Eine Analyse der Kooperationen zwischen Kommunen und medizinischen Leistungserbringern im Rahmen integrierter kommunaler Präventionsstrategien

Verlag: ZEFIR (Verlagsnummer: 978-3-946044)

Die Schriftenreihe wird herausgegeben vom

© Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung (ZEFIR), Fakultät für Sozialwissenschaft, Ruhr-Universität Bochum, LOTA 38, 44780 Bochum (zugleich Verlagsanschrift)

Herausgeber der Schriftenreihe:

Prof. Dr. Jörg Bogumil

Prof. Dr. Sören Petermann

Prof. Dr. Jörg-Peter Schräpler

ISBN: 978-3-946044-12-3



Dieses Material steht unter der Creative-Commons-Lizenz Namensnennung – Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 Unported. Um eine Kopie dieser Lizenz zu sehen, besuchen Sie <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/legalcode.de>

Die Rolle der Kommunen im Bereich Gesundheit

Eine Analyse der Kooperationen zwischen Kommunen und medizinischen Leistungserbringern im Rahmen integrierter kommunaler Präventionsstrategien

Katharina Böhm, Marian Schönknecht

Abkürzungsverzeichnis

AGnES	Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention
agnes ^{zwei}	Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention in Brandenburg im Einsatz
EVA	Entlastende Versorgungsassistentin
BKiSchG	Bundeskinderschutzgesetz
GFP	Gesundheitsförderung und Prävention
GG	Grundgesetz
KiM	Kinder im Mittelpunkt
KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
KSD	Kommunaler Sozialdienst
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MFA	Medizinische Fachangestellte
MoNi	Modell Niedersachsen
MoPra	Mobile Praxisassistentin
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PORT	Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung
PrävG	Präventionsgesetz
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
VERAH	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WvAa	Willkommen von Anfang an – Gesunde Kinder in Kassel
ZuFa	Zusammen für Familien

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Modell der Collaborative Governance.....	22
Abbildung 2: Analysekatgorien der Studie.....	25
Tabelle 1: Übersicht über die Fallstudien.....	27
Tabelle 2: Übersicht Anzahl Interviews.....	28

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Die Rolle der Kommunen im Bereich Gesundheit.....	4
2.1 Die Rolle der Kommunen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention	4
2.1.1 Zuständigkeiten und Potenziale	5
2.1.2 Die Bedeutung des Bundespräventionsgesetzes für die Kommunen.....	6
2.1.3 Integrierte kommunale Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder und Familien	7
2.2 Die Rolle der Kommunen im Bereich der medizinischen Versorgung	9
2.2.1 Die Rolle der Kommunen in der ambulanten ärztlichen Versorgung.....	10
2.2.2 Die Rolle der Kommunen in der Krankenhausversorgung.....	12
2.2.3 Integrierte regionale Versorgung.....	13
3. Kooperationen zwischen Kommunen und Leistungserbringern des Gesundheitswesens im Rahmen integrierter kommunaler Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder und Familien	15
3.1 Kooperation zwischen Kinder-/Jugendhilfe und Gesundheitsversorgungssystem	17
3.1.1 Rechtliche Grundlagen	17
3.1.2 Kooperationspraxis.....	18
3.1.3 Interprofessionelle Zusammenarbeit.....	19
3.2 Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsämtern und Gesundheitsversorgungssystem	20
3.3 Erfolgs- und Hinderungsfaktoren der Kooperation.....	20
4. Methodisches Vorgehen	26
4.1 Fallauswahl.....	26
4.2 Datenerhebung und -auswertung.....	28
5. Beispiele der Kooperation	30
5.1 Bonn: Frühe Hilfen Bonn – Das Netzwerk für Vater, Mutter, Kind.....	30
5.2 Havelland: Netzwerk Gesunde Kinder	34
5.3 Herten: Frühe Hilfen auf Rezept	37
5.4 Stadt und Landkreis Kassel: Netzwerk „Gelingendes Aufwachsen in Kassel – Netzwerk Frühe Hilfen und Willkommen von Anfang an" und Netzwerk Frühe Hilfen im Landkreis Kassel.....	40
5.5 Münster: Familiensprechstunde	45
5.6 Aachen: Gesunde Familiengrundschule	48
5.7 Zusammenfassung der Ergebnisse	51
6. Handlungsempfehlungen für Kommunen.....	59
Literaturverzeichnis	63

1. Einleitung

Während der COVID-19-Pandemie wurde deutlich, welche bedeutende Rolle den Kommunen für die Gesundheit der Bevölkerung zukommt. Die Kommunen sind aber nicht nur für den Infektionsschutz zuständig, sondern übernehmen auch in anderen Gesundheitsbereichen, wie der Gesundheitsförderung und Primärprävention sowie der medizinischen Versorgung, wichtige Aufgaben.¹ Diese Aufgaben haben in den letzten Jahren aufgrund unterschiedlicher Entwicklungen zugenommen. So sehen sich immer mehr Kommunen zum Beispiel aufgrund von Ärzt*innenmangel und Krankenhausschließungen mit Versorgungsproblemen konfrontiert und müssen lokale Lösungen finden, um die wohnortnahe medizinische Versorgung aufrechtzuerhalten. Auch die persistente gesundheitliche und soziale Ungleichheit, die vor Ort in den Kommunen besonders sichtbar wird, erzeugt Handlungsdruck auf kommunaler Ebene. In der Folge haben viele Kommunen damit begonnen, sich in der Gesundheitsversorgung, in der Pflege sowie der Gesundheitsförderung und Prävention verstärkt zu engagieren und integrierte Versorgungs- bzw. Präventionsstrukturen aufzubauen.

Integrierte Strategien erfordern ein sektor- und akteursübergreifendes Handeln und machen damit eine umfassende Koordination notwendig. Eine solche Koordination ist mit besonderen Herausforderungen verbunden, da weder die Kommune noch ein anderer Akteur² das Handeln der anderen beteiligten Akteure bestimmen kann und somit eine hierarchische Steuerung nicht möglich ist. Eine Koordinierung erfolgt stattdessen zumeist in Netzwerken. Netzwerken kommt in der kommunalen Steuerung auch außerhalb des Gesundheitsbereichs eine immer größere Bedeutung zu (Schubert 2017; Bogumil und Seuberlich 2015). Darüber, wie die Koordination in den Netzwerken in der Praxis erfolgt und welche Rolle die Kommunen in diesen Netzwerken einnehmen, ist bislang jedoch nur sehr wenig bekannt. Die Studie zielt deshalb darauf ab, die Rolle der Kommunen bei der Entwicklung, Umsetzung und Steuerung integrierter Gesundheitsstrategien empirisch zu untersuchen. Dabei liegt der Fokus auf der Zusammenarbeit zwischen Kommunen und Leistungserbringern des medizinischen Versorgungssystems (z. B. ambulant tätige Ärzt*innen, Krankenhäuser). Eine solche Zusammenarbeit wird von immer mehr Kommunen angestrebt. Zum einen, um Versorgungslücken zu schließen, zum anderen, um einen besseren Zugang zu belasteten und sonst schwer erreichbaren Familien zu finden.

Die Studie umfasst zwei empirische Bausteine: Im ersten Teil steht die Zusammenarbeit zwischen Kommunen und Leistungserbringern des Gesundheitswesens im Zuge integrierter Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder und Familien im Fokus der

¹ Die Kompetenzen der Kommunen unterscheiden sich zwischen den verschiedenen Gesundheitsbereichen erheblich. Während Gesundheitsförderung und Prävention in allen Bundesländern zu den (zumeist nicht weisungsgebundenen) Pflichtaufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes gehören, sind die kommunalen Zuständigkeiten im Bereich der medizinischen Versorgung sehr begrenzt. Allerdings können die Kommunen in beiden Bereichen aufgrund der im Grundgesetz verbrieften Selbstverwaltungsgarantie in allen „Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft“ (Art. 28 GG) tätig werden. Siehe hierzu ausführlich Kapitel 2.

² Institutionelle Akteure werden in dieser Studie nicht gegendert.

Analyse.³ Im zweiten Teil wird diese Zusammenarbeit für den Bereich der integrierten Versorgung am Beispiel der von der Robert Bosch Stiftung geförderten Patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung (PORT) analysiert.⁴ Beide Teile beleuchten die Steuerungsrolle der Kommunen bei der Entwicklung und Umsetzung von integrierten Gesundheitsstrategien und untersuchen, welche Voraussetzungen und förderlichen Faktoren gegeben sein müssen, damit die Kooperation zwischen Kommunen und Leistungserbringern des medizinischen Versorgungssystems gelingt. Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse der ersten Teilstudie vorgestellt.

Die Leistungserbringer des Gesundheitswesens sind für die Kommunen wichtige Kooperationspartner für den Auf- und Ausbau integrierter Präventionsstrategien, weil diese über einen umfassenden Zugang zu Familien verfügen und hierüber nahezu alle Familien stigmatisierungsfrei mit präventiven Angeboten erreicht werden können. So betreuen Gynäkolog*innen im Rahmen der Schwangerenvorsorge fast alle werdenden Mütter, 98 Prozent der Geburten finden in Geburtskliniken statt und die meisten Kinder nehmen regelmäßig an den U-Untersuchungen bei einer Kinderärztin oder einem Kinderarzt teil. Die Eltern bringen den medizinischen Leistungserbringern zudem in der Regel großes Vertrauen entgegen (van Staa und Renner 2019) und folgen zumeist deren Empfehlungen. Außerdem können Pädiater*innen und Gynäkolog*innen psychosoziale Belastungen von Familien gut erkennen und somit Familien mit besonderen Hilfebedarfen identifizieren (van Staa und Renner 2019; Neumann und Renner 2020). Aus der Begleitforschung zu den Frühen Hilfen⁵ wissen wir, dass die Kooperation mit den kommunalen Präventionsakteuren auch für die medizinischen Leistungserbringer ein Gewinn ist: Der Umgang mit psychosozial belasteten Familien wird von den behandelnden Ärzt*innen oftmals als Herausforderung empfunden (Neumann und Renner 2020; van Staa und Renner 2019). Durch die Zusammenarbeit entsteht bei ihnen eine höhere Zufriedenheit, weil sie ihre Patient*innen gut versorgt wissen (NZFH 2019).

Obwohl die Kooperation sowohl für die kommunalen Präventionsakteure als auch die Leistungserbringer des Gesundheitswesens vorteilhaft ist, gestaltet sich die Zusammenarbeit in der Praxis oftmals schwierig. Wie oben erwähnt, sind die Kommunen auf die freiwillige Zusammenarbeit der medizinischen Leistungserbringer angewiesen, weil sie ihnen gegenüber keine Weisungsmacht haben. Bei den Ärzt*innen und anderen medizinischen Leistungserbringern bestehen jedoch kaum Anreize zur Kooperation, weil die Zusammenarbeit in der Regel zeitaufwendig ist und nicht vergütet wird. Zudem ist die Arbeitsbelastung bei den meisten Leistungserbringern ohnehin schon sehr hoch, sodass nur wenige die zusätzliche Arbeit auf sich nehmen wollen. Hinzu kommt ein zumeist unterschiedlicher professioneller Hintergrund zwischen den kommunalen und medizinischen Akteuren, der die Zusammenarbeit erschwert, da beide Seiten oftmals über unterschiedliche Sicht-, Herangehens- und Arbeitsweisen verfügen. Trotz dieser Hürden gibt es Kommunen, in denen die Zusammenarbeit

³ Teil 1 der Studie wurde von der Bertelsmann Stiftung gefördert.

⁴ Teil 2 der Studie wurde von der Robert Bosch Stiftung gefördert.

⁵ Die Frühen Hilfen sind ein bundesgesetzlich verankertes, kommunales Präventions- und Unterstützungsangebot für (werdende) Eltern und deren Kinder im Alter von null bis drei Jahren. Siehe hierzu ausführlich Kapitel 3.

relativ erfolgreich verläuft. Ein Ziel dieser Studie ist es, die Faktoren zu identifizieren, die eine gelingende Zusammenarbeit bedingen.

Im Einzelnen verfolgen wir mit der Studie folgende Fragestellungen:

1. *Warum und unter welchen Voraussetzungen streben Kommunen eine Zusammenarbeit mit Leistungserbringern des Gesundheitswesens im Rahmen integrierter Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder und Familien an?*
2. *Welche Voraussetzungen und förderliche Faktoren müssen gegeben sein, damit die Kooperation zwischen Kommunen und Leistungserbringern des Gesundheitswesens gelingt?*
3. *Welche Steuerungsrolle kommt den Kommunen in Bezug auf die Leistungserbringer in der Praxis zu?*

Zur Beantwortung dieser Fragestellungen wurden qualitative Fallstudien in sechs deutschen Kommunen durchgeführt. Als theoretische Grundlage für die Datenerhebung und -auswertung diente das Modell des „Collaborative Governance“ (Ansell und Gash 2007), das von den Autor*innen der Studie für die Anwendung auf die Zusammenarbeit zwischen Kommunen und medizinischen Leistungserbringern angepasst wurde.

Die Studie beschreibt zunächst in Kapitel 2 die Rolle der Kommunen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention sowie im Bereich der medizinischen Versorgung ausführlich, um dann in Kapitel 3 die bisherigen Erkenntnisse zur Zusammenarbeit von Kommunen und Leistungserbringern des Gesundheitswesens zusammenzufassen. In Kapitel 3 werden zudem die zentralen Begrifflichkeiten der Studie erklärt und das theoretische Modell vorgestellt. Kapitel 4 erläutert das methodische Vorgehen näher, bevor in Kapitel 5 die sechs Fallstudien präsentiert werden. Am Ende des fünften Kapitels werden die Ergebnisse der Fallstudien zusammengeführt und die Fragestellungen der Studie beantwortet. Aus den gewonnenen Erkenntnissen werden in Kapitel 6 Handlungsempfehlungen abgeleitet, die sich an Kommunen richten, die eine Zusammenarbeit mit Leistungserbringern aufbauen bzw. verbessern wollen.

Wir möchten uns sehr herzlich bei unseren Interviewpartner*innen bedanken, die sich trotz ihrer umfassenden Aufgaben die Zeit genommen haben, unsere Fragen zu beantworten. Besonderer Dank gilt auch Kira Pelloth, der wissenschaftlichen Hilfskraft des Forschungsprojektes, die uns bei der Datenerhebung, Erstellung des Forschungsberichts sowie organisatorisch unterstützt hat. David H. Gehne vom Zentrum für Interdisziplinäre Regionalforschung danken wir für die inhaltliche Durchsicht des Manuskripts und seine hilfreichen Kommentare.

Die Studie wurde ermöglicht durch die Förderung der Bertelsmann Stiftung. Bedanken möchten wir uns hier insbesondere bei Dr. Anja Langness für den anregenden inhaltlichen Austausch und die sehr gute Zusammenarbeit.

2. Die Rolle der Kommunen im Bereich Gesundheit

In Deutschland sind die Zuständigkeiten für Gesundheit zwischen den föderalen Ebenen verteilt. Die zentrale Verantwortung für Gesundheit liegt bei den Ländern, der Bund hat jedoch mit seiner primären Zuständigkeit für die gesetzliche Krankenversicherung und für weitere zentrale Bereiche, wie zum Beispiel Arzneimittel und Medizinprodukte (Art. 74 GG), weitreichende Gesetzgebungskompetenzen. Den Kommunen kommt hingegen nur eine vergleichsweise geringe Rolle in der Steuerung des Gesundheitswesens zu (Gerlinger et al. 2018). Sie haben jedoch von den Ländern zahlreiche Aufgaben insbesondere im Bereich des Gesundheitsschutzes und der Prävention übertragen bekommen. Zudem können sie aufgrund der im Grundgesetz (GG) verankerten Selbstverwaltungsgarantie (Art. 28 GG) selbstständig tätig werden. In den folgenden Abschnitten betrachten wir näher, welche Handlungsmöglichkeiten und -pflichten die Kommunen in den beiden großen gesundheitlichen Handlungsbereichen, Gesundheitsförderung und Prävention (Kapitel 2.1) sowie medizinische Versorgung (Kapitel 2.2), besitzen und geben einen Überblick über den Stand der Forschung zur Praxis der Kommunen in diesen Bereichen.

2.1 Die Rolle der Kommunen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung und Prävention (GFP) unterscheiden sich im Hinblick auf ihre Historie, ihren zugrunde liegenden Gesundheitsbegriff und ihre Ziele (z. B. Altgeld und Kolip 2014). Während das Präventionskonzept auf Risikofaktoren fokussiert und versucht diese zu mindern, um Krankheiten zu vermeiden, zielt die Gesundheitsförderung auf die Stärkung von Schutzfaktoren bzw. Ressourcen, um die Gesundheit der Menschen zu verbessern. Für die Gesundheitsförderung ist Gesundheit nicht die Abwesenheit von Krankheit, sondern Gesundheit und Krankheit werden als Pole eines Kontinuums verstanden, auf dem sich die Menschen ständig hin und her bewegen (Altgeld und Kolip 2014). Gesundheit wird neben dem Verhalten vor allem durch soziale, ökonomische, ökologische und politische Faktoren unserer Lebensumwelt beeinflusst. Gesundheitsförderung zielt darauf, diese Faktoren gesundheitsförderlich zu verändern. In der Praxis kommt der konzeptionellen Unterscheidung zwischen Prävention und Gesundheitsförderung nur eine geringe Rolle zu, da sich Maßnahmen häufig nicht eindeutig einem der beiden Konzepte zuordnen lassen (Altgeld und Kolip 2014). Aus diesem Grunde verwenden wir im Folgenden immer beide Begrifflichkeiten. Von größerer Relevanz ist die Unterscheidung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention⁶: *Verhaltensprävention* zielt primär auf das Individuum und versucht dessen Gesundheitsverhalten zu verändern (z. B. Raucherentwöhnungskurse, Bewegungs-Apps); *Verhältnisprävention* zielt hingegen auf die Lebens- und Umweltbedingungen der Menschen und versucht

⁶ Die Begriffe Verhaltens- und Verhältnisprävention beziehen sich nicht nur auf Prävention, sondern umfassen auch Gesundheitsförderung (Altgeld und Kolip 2014).

diese zu verändern (z. B. Lärm- und Luftschadstoffgrenzwerte; gesundheitsförderliche Stadtplanung) (Leppin 2014).

2.1.1 Zuständigkeiten und Potenziale

Im Bereich der GFP liegt die Gesetzgebungskompetenz weitgehend bei den Ländern.⁷ Zwischen den Ländern bestehen jedoch große Unterschiede in der GFP-Politik (Schmidt am Busch 2007). Da bislang ein systematischer Vergleich der Landespräventionspolitiken fehlt, kann hier keine Übersicht der Unterschiede gegeben werden. Die landespolitischen Vorgaben sind insofern für die kommunale GFP von Relevanz, da sie Aufgaben der Kommunen definieren und Unterstützungsstrukturen für kommunale GFP schaffen. Die pflichtigen GFP-Aufgaben der Kommunen sind zumeist in den Gesundheitsdienstgesetzen der Länder festgelegt. In einigen Bundesländern bestehen darüber hinaus noch weitere Vorgaben für die kommunale GFP. Alle Gesundheitsdienstgesetze bestimmen Gesundheitsförderung als Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Dabei unterscheiden sie sich jedoch darin, was unter Gesundheitsförderung zu verstehen ist. Bei einigen Gesundheitsdienstgesetzen umfasst dies nur individuumsbezogene GFP-Maßnahmen, während andere Gesetze auf einem weiten Verständnis beruhen und auch die Beeinflussung der Lebensverhältnisse als Aufgabe des ÖGDs definieren (Schmidt am Busch 2007: 41; Walter und Volkenand 2017). Viele Gesundheitsdienstgesetze übertragen dem ÖGD zudem weitreichende Planungs-, Koordinations- und Steuerungsaufgaben für GFP (Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages 2015).

Die Kommunen können jedoch auch eigenverantwortlich in der GFP tätig werden, denn das Grundgesetz gesteht ihnen das Recht auf Selbstverwaltung in allen „Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft“ (Art. 28 GG) zu (Walter und Volkenand 2017; Luthe 2013a; Schmidt am Busch 2007: 44). Damit können die Kommunen frei entscheiden, ob und in welchem Umfang sie GFP-Maßnahmen ergreifen und wie sie diese ausgestalten. Darüber hinaus sind die Kommunen in vielen weiteren gesundheitsrelevanten Politikfeldern, wie zum Beispiel der Sozialhilfe, der Kinder- und Jugendhilfe oder der Bauleitplanung, mit Aufgaben betraut und nehmen zudem viele freiwillige Selbstverwaltungsaufgaben wahr, denen eine hohe Gesundheitsrelevanz zukommt (z. B. offene Jugendarbeit, sozialer Wohnungsbau, kommunale Arbeitsmarktförderung, Sport- und Kulturförderung). Aufgrund dieser multiplen Zuständigkeiten können die Kommunen GFP als Querschnittspolitik umsetzen (Böhm 2017: 282).

Die Kommunen verfügen als unterste Verwaltungseinheit über den direktesten Zugang zu den Menschen. Sie kennen die jeweiligen Problemlagen der Bevölkerung am besten und können so GFP an den Bedarfen der Menschen orientieren. Sie nehmen aufgrund dessen auch bei der Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit eine besondere Rolle ein: Gesundheitliche Belastungen sind nicht nur zwischen den Kommunen, sondern auch

⁷ Das Grundgesetz weist dem Bund lediglich die Aufgabe zu, „Maßnahmen gegen gemeingefährliche und übertragbare Krankheiten“ (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG) zu ergreifen. Diese Ausnahme fällt unter die konkurrierende Gesetzgebung, d. h. auch hier können die Bundesländer Vorgaben machen, solange der Bund keine Regelungen getroffen hat.

innerhalb einer Kommune sehr ungleich verteilt und erfordern deshalb eine differenzierte lokale GFP-Strategie.

Auf kommunaler Ebene ist GFP durch eine Vielfalt an Angeboten und Akteuren (z. B. Vereine, Wohlfahrtsverbände, kommunale Träger, private Anbieter) gekennzeichnet. Die Angebote sind zumeist nicht aufeinander abgestimmt und nur selten auf die gesundheitlichen Bedarfe der unterschiedlichen Zielgruppen ausgerichtet. Kommunen kommt deshalb insbesondere die Aufgabe der Koordination zu. Hierbei können sie oftmals auf bereits bestehende Beziehungen zu den Akteuren zurückgreifen (z. B. durch die Sportförderung, die Zusammenarbeit mit Wohlfahrtsverbänden). Dies ist wichtig, da die Kommunen gegenüber den meisten GFP-Akteuren keine Weisungsmacht besitzen und deshalb auf deren freiwillige Zusammenarbeit angewiesen sind.

2.1.2 Die Bedeutung des Bundespräventionsgesetzes für die Kommunen

Kommunale GFP hat in den letzten Jahren insbesondere durch das Präventionsgesetz (PrävG) einen Schub erfahren, weshalb hier noch etwas ausführlicher auf die neuen Rahmenbedingungen eingegangen wird. Durch das Präventionsgesetz haben sich zum einen neue Finanzierungsoptionen für kommunale GFP ergeben, zum anderen wurden neue Strukturen der Zusammenarbeit auf Landesebene geschaffen.

Das Präventionsgesetz verpflichtet die gesetzlichen Krankenkassen Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (§ 20a SGB V) zu erbringen und hierfür jährlich mindestens 2,15 Euro pro Versicherte*^m aufzuwenden.⁸ Lebenswelten „sind 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). Die Kommunen werden vom Gesetz zwar nicht explizit als Lebenswelt genannt, gehören aber als zentraler Träger von Lebenswelten zu den Förderberechtigten und können daher finanzielle Mittel für GFP-Projekte bei den gesetzlichen Krankenkassen beantragen. Hier ist grundsätzlich sowohl eine Förderung durch eine einzelne Krankenkasse (kassenindividuelle Förderung) als auch eine Förderung durch mehrere Krankenkassen (gemeinsame Förderung) möglich. Die Verfahren der gemeinsamen Förderung werden auf Landesebene festgelegt und unterscheiden sich deshalb zwischen den Bundesländern. Entsprechende Informationen und Ansprechpersonen finden sich auf der Webseite des GKV-Bündnisses für Gesundheit.⁹

⁸ Von diesem Betrag erhält die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung 45 Cent, um die Krankenkassen „bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, insbesondere in Kindertageseinrichtungen, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, in Schulen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen und zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen“ zu unterstützen (§ 20a Abs. 3 SGB V). Der Betrag wird jedes Jahr automatisch entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV angepasst. Im Jahr 2020 wurde die Verpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen, den o. g. Mindestbetrag auszugeben, coronabedingt ausgesetzt.

⁹ <https://www.gkv-buendnis.de/> (Download 12.10.2020).

Zusätzlich hat das GKV-Bündnis für Gesundheit im Jahr 2019 zwei Förderlinien speziell für Kommunen aufgelegt.¹⁰ In der Förderlinie „Kommunaler Strukturaufbau“ können Kommunen, die einen besonders hohen Anteil an sozial benachteiligten Einwohner*innen aufweisen, finanzielle Mittel für den Aufbau bzw. die Weiterentwicklung lokaler GFP-Strukturen beantragen. Die Förderlinie „Zielgruppenspezifische Interventionen“ ist für alle Kommunen offen. Hier können finanzielle Mittel für GFP-Projekte, die besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen adressieren, beantragt werden. Für alle Verfahren gelten die im Leitfaden Prävention¹¹ festgelegten Förderkriterien und es ist ein Eigenanteil durch die Kommune zu leisten. Die Förderung umfasst neben finanziellen Mitteln auch inhaltliche Unterstützung. So wurden zum Beispiel die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit¹² auf Länderebene aus Mitteln des Präventionsgesetzes aufgestockt, um Kommunen und andere GFP-Akteure zu sozialogenbezogener Gesundheitsförderung zu beraten und weiter zu vernetzen. Auch wurden in vielen Bundesländern im Zuge der Umsetzung des Präventionsgesetzes Landespräventionskonferenzen oder ähnliche Austauschforen eingerichtet, die darauf zielen, die Vernetzung der GFP-Akteure zu verbessern.

Wie die Ausführungen gezeigt haben, kommt den Kommunen im föderalen Mehrebenensystem eine zentrale Rolle in der GFP zu. Allerdings erfüllen bislang nur wenige Kommunen diese Rolle umfassend. Zwar sind viele Kommunen in diesem Bereich aktiv und führen GFP-Projekte durch, aber nur wenige Kommunen übernehmen Koordinationsaufgaben oder setzen GFP als Querschnittspolitik um. Auch gibt es immer noch zahlreiche Kommunen, die in diesem Bereich über die Pflichtaufgaben hinaus nicht tätig werden (Böhm, Klinnert und Weidtmann 2018). Warum manche Kommunen in der GFP besonders engagiert sind, andere aber nur wenig aktiv werden, ist bislang noch weitgehend unerforscht.

2.1.3 Integrierte kommunale Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder und Familien

Die oben beschriebene Vielfalt an GFP-Maßnahmen und Akteuren auf kommunaler Ebene erfordert ein koordiniertes Vorgehen, um eine Dopplung von Angeboten zu vermeiden, die Angebote aufeinander abzustimmen und sie an den Bedarfen der Kinder und Familien vor Ort auszurichten. Integrierte Strategien zielen deshalb darauf, „die vorhandenen Strukturen zu einer integrierten kommunalen Infrastruktur weiterzuentwickeln, in der alle vor Ort enga-

¹⁰ Weitere Informationen zu den Förderlinien finden sich auf der Webseite des GKV-Bündnisses für Gesundheit: <https://www.gkv-buendnis.de/> (Download 12.10.2020).

¹¹ https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention_2018_barrierefrei.pdf (Download 11.8.2020).

¹² Die Koordinierungsstellen sind Teil des Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit. Der Verbund aus über 70 Organisationen setzt sich für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen ein, indem er z. B. Vernetzung ermöglicht, Informationen bereitstellt und Angebote zur Qualitätssicherung macht. <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/> (Download 11.8.2020).

gierten Akteure zusammenarbeiten, sich ressort- und handlungsfeldübergreifend vernetzen und durch gemeinsames Planen und arbeitsteiliges Handeln präventive Angebote und Hilfen für die Bürger und Bürgerinnen schaffen“ (Richter-Kornweitz et al. 2017).¹³ Das Vorgehen ist dabei idealerweise am Public Health Action Cycle orientiert: Ausgehend von einer Problem- bzw. Bedarfsanalyse werden Ziele formuliert und Maßnahmen abgeleitet. Nach der Umsetzung der Maßnahmen bzw. die Umsetzung begleitend erfolgt eine Evaluation, um das Vorgehen gegebenenfalls noch besser auf die Bedarfe anzupassen. Eine besondere Form integrierter kommunaler Strategien der GFP sind die sogenannten *Präventionsketten*. Hier wird versucht, die Angebote lebensphasenübergreifend (z. B. beim Übergang von der Kita in die Schule) aufeinander abzustimmen. Grundlage einer jeden integrierten Strategie ist der Aufbau eines (oder mehrerer) Netzwerks, welche neben den zuständigen kommunalen Ämtern (z. B. Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendhilfe, Schulamt) alle relevanten privaten und gesellschaftlichen Akteure (z. B. Vereine, Einrichtungsträger, Wohlfahrtsverbände) einbeziehen sollten.

Immer mehr Kommunen machen sich auf den Weg, integrierte Strategien umzusetzen. Der Fokus liegt dabei in den meisten Kommunen auf der Zielgruppe der kleinen Kinder und deren Familien. Allerdings gibt es bislang keine Erhebung über die Verbreitung von integrierten Strategien der GFP in deutschen Kommunen (Böhm und Gehne 2018). Es existieren inzwischen aber immer mehr Bundes- und Landesinitiativen, die Kommunen beim Aufbau integrierter Strategien der GFP unterstützen.¹⁴ Viele dieser Initiativen, wie zum Beispiel das baden-württembergische Programm „Gegen Kinderarmut und für Kindergesundheit“ oder das nordrhein-westfälische Förderprogramm „Kommunale Präventionsketten“ (jetzt „kinderstark“) verfolgen eine breite Strategie und setzen bei den sozialen Determinanten der Gesundheit an. In der Umsetzung der integrierten Strategien zeigt sich in den Kommunen eine große Vielfalt, da die konkreten Strukturen stark von den lokalen Gegebenheiten (z. B. den Verwaltungsstrukturen und bestehenden Kooperationen) und den lokalen Bedarfen geprägt sind.

Der bislang einzige, bundesweit umgesetzte integrierte Präventionsansatz sind die *Frühen Hilfen*. Diese sind bundes- und landesgesetzlich verankert und müssen von den Kommunen verpflichtend umgesetzt werden. Die Frühen Hilfen richten sich an werdende Eltern und Familien mit Kindern im Alter von null bis drei Jahren und verfolgen das Ziel, „lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten“ zu schaffen, um die „Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern“ (NZFH 2009) und so zum gesunden Aufwachsen von Kindern beizutragen. Die Frühen Hilfen sind 2006 als Aktionsprogramm der Bundesregierung gestartet und wurden nach der erfolgreichen Durchführung der Modellprojekte 2012 im Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) gesetzlich normiert (Paul und Backes 2017). Das Gesetz adressiert die Jugendhilfe und sieht vor, dass in jeder Kommune entsprechende Hilfestrukturen aufge-

¹³ Das Zitat bezieht sich auf Präventionsketten, trifft unserer Ansicht nach aber auf alle Formen integrierter Strategien zu.

¹⁴ Für eine Ausführliche Übersicht siehe Böhm und Gehne 2018.

baut und vorgehalten werden müssen. Unterstützung erfahren die Kommunen hierbei durch die Bundesstiftung Frühe Hilfen (früher Bundesinitiative Frühe Hilfen) und deren Koordinierungsstellen in den Ländern sowie dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Finanziert werden die Frühen Hilfen von Bund und Ländern über den gemeinsamen Fonds Frühe Hilfen. Inzwischen sind Frühe-Hilfen-Netzwerke flächendeckend in nahezu allen Kommunen aufgebaut (Küster, Pabst und Sann 2017a), es besteht jedoch eine große Varianz in der konkreten Ausgestaltung (Sann 2010). In den meisten Kommunen sind die Frühen Hilfen in den Jugendämtern angesiedelt, die Gesundheitsämter sind jedoch in vielen Kommunen in die Umsetzung miteinbezogen (Sann 2010). Im Zuge der Umsetzung der Frühen Hilfen wird schon länger versucht, Kooperationen mit niedergelassenen Ärzt*innen und mit Krankenhäusern aufzubauen, um einen breiten und möglichst diskriminierungsfreien Zugang zu den Familien zu bekommen. Aus diesem Grund sind hier die Kooperationen zwischen Kommunen und medizinischen Leistungserbringern schon weit, wenn auch noch nicht flächendeckend, verbreitet (siehe Kapitel 3.1).

Die Umsetzung integrierter GFP-Strategien ist sehr voraussetzungsvoll,¹⁵ da hierfür viele verschiedene Akteure mit unterschiedlichem Hintergrund und unterschiedlichen Interessen zusammenarbeiten müssen. Für eine erfolgreiche Zusammenarbeit ist es deshalb wichtig, die Kommunikation transparent zu gestalten und die Verantwortlichkeiten der beteiligten Akteure klar abzugrenzen. Als förderlich hat sich auch die Definition gemeinsamer Ziele erwiesen, die dann als Handlungsgrundlage für alle Beteiligten dienen. Zudem bedarf die Umsetzung ausreichend finanzieller und personeller Ressourcen. So ist für die Steuerung in der Regel eine Koordinierungsstelle notwendig, die mit entsprechend geschultem Personal besetzt sein sollte. Insgesamt ist es wichtig, entsprechende institutionelle Strukturen aufzubauen, damit der Prozess nicht allein vom Engagement einzelner Personen abhängt und die integrierte Strategie langfristig Bestand hat. Ein weiterer, besonders relevanter Faktor ist die Unterstützung durch die politische Ebene: Ein Ratsbeschluss erhöht die Legitimität und erleichtert in der Regel den Zugang zu benötigten Ressourcen. Auch innerhalb der Kommunalverwaltung ist es unabdingbar, dass die Strategie von der Dezernatsleitung und/oder den Hauptverwaltungsbeamten Unterstützung erfährt.

2.2 Die Rolle der Kommunen im Bereich der medizinischen Versorgung

Im bundesdeutschen Föderalismus liegt die Zuständigkeit für die medizinische Versorgung weitgehend beim Bund. Dieser hat die Steuerung und Finanzierung der medizinischen Versorgung größtenteils an die Institutionen des Gesundheitswesens – die gesetzlichen Krankenkassen und medizinischen Leistungserbringer – übertragen. Der Bundesgesetzgeber legt lediglich Rahmenvorgaben fest (SGB V), die konkrete Ausgestaltung wird dann zwischen den (Verbänden der) Krankenkassen, den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und den Ver-

¹⁵ Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf Forschungsergebnisse zu den förderlichen und hinderlichen Faktoren integrierter GFP-Strategien (Böhme, Dilger und Quilling 2018; Bogumil und Seuberlich 2015) bzw. kommunaler GFP (Böhm, Klinnert und Weidtmann 2018).

bänden der Krankenhäuser in Gremien auf Bundes- und Landesebene ausgehandelt. Innerhalb dieses korporatistischen Systems kommt den Kommunen, abgesehen von ihrer Rolle als Krankenhausträger, keine Funktion zu. Ihr Gestaltungsspielraum in der medizinischen Versorgung ist deshalb gering (Luthe 2013a; Trojan 1999).

Ungeachtet dessen sind die Kommunen die zentralen Ansprechpartner für die Bürger*innen bei Versorgungsproblemen. Droht zum Beispiel die Schließung des örtlichen Krankenhauses oder kann kein*e Nachfolger*in für die Hausarztpraxis im Ort gefunden werden, wird dies schnell zum kommunalpolitischen Thema. Aufgrund dessen sehen sich immer mehr Kommunen gefordert, trotz ihrer eigentlich begrenzten Handlungsmacht, im Handlungsfeld der medizinischen Versorgung tätig zu werden. Entsprechend fordern auch die kommunalen Spitzenverbände mehr Mitbestimmungsrechte bei der Versorgung (z. B. Deutscher Landkreistag 2018).

2.2.1 Die Rolle der Kommunen in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Zuständig für die ambulante ärztliche Versorgung sind die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Ihnen obliegt innerhalb des GKV-Systems der Sicherstellungsauftrag für eine ausreichende ärztliche Versorgung (§ 75 Abs. 1 SGB V). Diesem Auftrag kommen sie nach, indem sie, im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, einen Bedarfsplan erstellen (§ 99 SGB V). Der Bedarfsplan legt die benötigte Anzahl und Verteilung der Haus- und Fachärzt*innen fest und ist damit auch Grundlage für die Feststellung einer Über- oder Unterversorgung. Die Kommunen haben keinen direkten Einfluss auf die Bedarfsplanung, sie können lediglich mittelbar über die Länder, die Stellung nehmen können und den Bedarfsplan genehmigen müssen, die Planung beeinflussen (Hoffer 2013: 409).

Die Kommunen haben aber andere, wenn auch begrenzte Möglichkeiten, Einfluss auf die lokale Verfügbarkeit ärztlicher Versorgung zu nehmen. Zahlreiche Kommunen versuchen zum Beispiel mittels Gesundheitskonferenzen die ambulante Versorgung vor Ort zu koordinieren.¹⁶ Die Zusammensetzung der kommunalen Gesundheitskonferenzen unterscheidet sich dabei zwischen den Kommunen, in der Regel sind jedoch die versorgungsrelevanten Akteure, wie die gesetzlichen Krankenkassen, die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und/oder Ärztekammern, die örtlichen Krankenhäuser und andere Leistungserbringer, vertreten (Hollederer 2015). Der Erfolg der kommunalen Koordinationsbemühungen ist jedoch abhängig von der Bereitschaft der Beteiligten zu kooperieren und hängt damit häufig von Individualakteuren ab (Burgi 2013: 37), denn das Sozialgesetzbuch (SGB V) sieht keine Verpflichtung der Leistungserbringer zur Kooperation vor (Hoffer 2013: 409).

Eine weitere Möglichkeit, die medizinische Versorgung vor Ort zu verbessern, ist die „Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen“ (Geuter et al. 2017: 29) für die Niederlassung von Ärzt*innen. Hierzu gehören zum Beispiel die Bereitstellung geeigneter Praxisräume oder

¹⁶ Gesundheitskonferenzen sind bislang nur in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen für die Kommunen verpflichtend durchzuführen.

Bauplätze, Hilfe bei der Suche nach Investoren, oder die Zurverfügungstellung von Kinderbetreuungsplätzen (Geuter et al. 2017: 31). Zum Teil erhalten die Kommunen hierfür auch Unterstützung vom Land, wie zum Beispiel in Bayern, wo ein Kommunalbüro für ärztliche Versorgung zur Beratung der Kommunen¹⁷ geschaffen wurde. Kommunen können darüber hinaus auch zum Beispiel im Internet ihre „Standortvorteile“, wie beispielsweise hohe Lebensqualität, Schul- und Betreuungsplätze vor Ort oder eine gute ÖPNV-Anbindung, anpreisen, um ärztlichen Nachwuchs anzuwerben oder Fahrdienste zu den nächstgelegenen Arztpraxen zu organisieren (Geuter et al. 2017; Kuhn und Amelung 2016).

Sollten diese „flankierenden Unterstützungsmaßnahmen“ (Kuhn und Amelung 2016: 21) nicht den gewünschten Erfolg erzielen, bleibt den Kommunen noch die Option, selbst als Leistungserbringer tätig zu werden. Aufgrund zunehmender Versorgungsengpässe insbesondere im ländlichen Raum hat der Bundesgesetzgeber mit dem Versorgungsstrukturgesetz seit 2012 die Möglichkeit geschaffen, dass Kommunen eigene Einrichtungen zur medizinischen Versorgung gründen können. Dies ist jedoch nur „in begründeten Ausnahmefällen“, zum Beispiel dann, „wenn eine Versorgung auf andere Weise nicht sichergestellt werden kann“, und nur mit Zustimmung der KV möglich (§ 105 Abs. 5 SGB V). Diese Vorgaben waren sehr voraussetzungsvoll, weshalb neben der Pioniergemeinde Büsum kaum eine Kommune eine solche Eigeneinrichtung gegründet hatte. Darum legte der Gesetzgeber 2015 mit dem Versorgungsstärkungsgesetz nach und ermöglichte Kommunen auch die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Obwohl die Hürden für die Gründung eines MVZs geringer sind als bei Einrichtungen nach § 105 Abs. 5 SGB V, haben bislang nur wenige Kommunen, wie zum Beispiel Darmstadt-Dieburg, diesen Weg beschritten. Es gibt jedoch zahlreiche kommunale Krankenhäuser, die ein MVZ betreiben (BMVZ 2017). Eine weitere Möglichkeit besteht für Kommunen darin, nicht ärztliche Leistungserbringer, wie zum Beispiel Familienhebammen, im Rahmen der Frühen Hilfen zu beschäftigen (Hoffer 2013: 410) oder eine Gemeindeschwester für die Versorgung in der Kommune zu gewinnen. Für den Einsatz von Gemeindeschwestern bestehen in den Bundesländern unterschiedliche Modelle. Das älteste und bekannteste Modell ist die „Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention“, kurz AGnES. Dies ist ein*e Mitarbeiter*in einer Arztpraxis, die/der Hausbesuche übernimmt und dort ärztlich delegierte Aufgaben, wie zum Beispiel Blutentnahmen, und andere Aufgaben, wie Wundmanagement oder Sturzprophylaxen, durchführt. AGnES wurde weiterentwickelt und ist als agnes^{zwei} in Brandenburg im Einsatz. Ähnliche Arzttassistentenmodelle gibt es mit EVA (Entlastende Versorgungsassistentin) in Nordrhein-Westfalen, MoPra (Mobile Praxisassistentin) in Sachsen, MoNi (Modell Niedersachsen) und VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) (Günther et al. 2019). In Rheinland-Pfalz gibt es mit der Gemeindeschwester^{plus} seit 2015 zudem ein präventives, aufsuchendes Beratungsangebot für hochbetagte Menschen.¹⁸

¹⁷https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsversorgung/aerztliche_versorgung/ (Download 15.8.2020).

¹⁸<https://msagd.rlp.de/de/unsere-themen/aeltere-menschen/gemeindeschwesterplus/> (Download 12.10.2020).

2.2.2 Die Rolle der Kommunen in der Krankenhausversorgung

Im Unterschied zum ambulanten Bereich liegt die Hauptzuständigkeit für die Krankenhausversorgung bei den Ländern. Diese haben den Sicherstellungsauftrag, d. h. sie müssen eine ausreichende, wohnortnahe Versorgung mit Krankenhausleistungen gewährleisten. Aus diesem Grund sind die Länder verpflichtet, einen Krankenhausbedarfsplan zu erstellen und für alle Krankenhäuser, die im Plan aufgenommen sind, die Investitionskosten zu übernehmen (§ 6 Krankenhausfinanzierungsgesetz). Die meisten Bundesländer haben den Sicherstellungsauftrag auf die Kommunen übertragen: Sind nicht hinreichend viele private und gemeinnützige Krankenhäuser vorhanden, müssen die Kommunen für eine ausreichende Krankenhausversorgung sorgen (Wabnitz 2013: 339; Schmidt am Busch 2007: 260; Burgi 2013: 73).

Kommunen kommt als Trägern von Krankenhäusern eine wichtige Rolle zu. Fast jedes zweite Krankenhausbett steht in einem kommunalen Krankenhaus (Statistisches Bundesamt 2018). Allerdings ist die Anzahl kommunaler Krankenhäuser in den letzten drei Jahrzehnten aufgrund von Privatisierungen stark gesunken. Budgetdeckelungen und die Einführung eines neuen Vergütungssystems um die Jahrtausendwende brachten viele Krankenhäuser in finanzielle Schwierigkeiten. Zahlreiche Kommunen reagierten hierauf, indem sie ihre Krankenhäuser entweder an private Krankenhausträger veräußerten oder sie zumindest rechtlich selbstständigten (Simon 2018: 89 ff.). Durch mehrere Reformen seit 2008 und eine teilweise erhöhte Investitionskostenförderung durch die Länder hat sich die finanzielle Situation der Krankenhäuser in den letzten Jahren wieder etwas verbessert und der Privatisierungstrend schwächte sich ab (Simon 2018: 95 f.).

Die Kommunen sind zwar Träger vieler Krankenhäuser, bei der Steuerung der Krankenhausversorgung kommt ihnen jedoch nur eine sehr begrenzte Rolle zu. In manchen Bundesländern können sie, z. B. über regionale Krankenhauskonferenzen oder Stellungnahmen, an der Krankenhausplanung mitwirken. Mit Ausnahme von Baden-Württemberg haben die Stellungnahmen jedoch nur Empfehlungscharakter (Wabnitz 2013: 340–341). Viele Bundesländer beschränken sich allerdings inzwischen auf eine Rahmenplanung. Damit bleibt den einzelnen Krankenhausträgern, und damit auch den kommunalen Trägern, mehr Freiraum, über ihr Leistungsspektrum selbst zu entscheiden (Gerlinger et al. 2018: 111; Wabnitz 2013: 341).

Auch an der Finanzierung der Krankenhäuser sind die Kommunen direkt und indirekt beteiligt. Zum einen müssen sich die Kommunen in manchen Flächenländern zum Beispiel durch eine Krankenhausumlage an der Aufbringung der Investitionsmittel für die Krankenhausfinanzierung beteiligen (Wabnitz 2013: 339). Zum anderen müssen sie als Krankenhausträger für die Verluste der kommunalen Krankenhäuser aufkommen. Da sich die Investitionsmittel der Länder über einen langen Zeitraum rückläufig entwickelt haben und viele Krankenhäuser alleine mit den erwirtschafteten Betriebsmitteln nicht auskommen, sind dies zum Teil beträchtliche Summen, die von den Kommunen für die defizitären Häuser aufzubringen sind. Viele Kommunen nehmen dies jedoch in Kauf, denn die „Krankenhäuser [sind] ein Eckpfeiler der sozialen und gesundheitlichen Daseinsvorsorge und deshalb für jede Kommune von besonderer Bedeutung“ (Wabnitz 2013: 337).

2.2.3 Integrierte regionale Versorgung

Die bisherige Darstellung der Rolle der Kommunen in der medizinischen Versorgung erfolgte getrennt für die zwei Sektoren ambulante und stationäre Versorgung, weil diese beiden Bereiche im deutschen Gesundheitssystem organisatorisch weitgehend getrennt nebeneinander existieren. Dies hat weitreichende Ineffizienzen und Schnittstellenprobleme zur Folge (Weatherly 2013: 371), weshalb der Bundesgesetzgeber in zahlreichen Gesetzesreformen der vergangenen Jahrzehnte versucht hat, die Grenzen zwischen den Sektoren aufzuweichen, indem er verschiedene Möglichkeiten der integrierten Versorgung geschaffen hat.¹⁹ Auf diese wird hier jedoch nicht näher eingegangen, da sie primär auf die Integration von Gesundheitsleistungen und -strukturen innerhalb des Sozialversicherungssystems abzielen. Aus kommunaler Sicht sind aber insbesondere systemübergreifende Konzepte, wie sie zum Beispiel in der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zum Ausdruck kommen, interessant. Die WHO definiert integrierte Versorgung als

„Gesundheitsleistungen, die innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens so organisiert und erbracht werden, dass die Menschen entsprechend ihrer Bedürfnisse und über ihre gesamte Lebensspanne ein Kontinuum aus Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Diagnostik, Behandlung, Disease Management, Rehabilitation und palliative Versorgung erhalten und die über die verschiedenen Leistungsbereiche und Ebenen koordiniert werden.“ (WHO 2016: Übers. d. d. Autor*innen)

In diesem breiten Verständnis umfasst integrierte Versorgung auch Gesundheitsförderung und Prävention und reicht über das Gesundheitssystem hinaus. Kernelement aller integrierten Versorgungskonzepte ist eine starke Patienten- bzw. Nutzerorientierung: die Patient*innen stehen im Mittelpunkt und die Leistungen werden an ihrem Bedarf ausgerichtet (Goodwin, Stein und Amelung 2017: 10; Trojan und Hildebrandt 2017).

Grundsätzlich lässt sich zwischen indikationsbezogenen und populationsbezogenen integrierten Konzepten unterscheiden (Trojan und Hildebrandt 2017): Bei indikationsbezogenen Konzepten werden die unterschiedlichen Leistungen zur Behandlung einer bestimmten Erkrankung (z. B. Diabetes) integriert; bei populationsbezogenen Strategien wird hingegen das gesamte gesundheitliche Leistungsspektrum für eine bestimmte Bevölkerungsgruppe (z. B. innerhalb einer Region) integriert. Die bislang umfassendste Umsetzung eines populationsbezogenen regionalen Versorgungsnetzwerks in Deutschland ist das „Gesunde Kinzigtal“.²⁰ Das Versorgungsnetz umfasst zahlreiche Haus- und Fachärzt*innen sowie andere Leistungserbringer (z. B. Pflegeheime, Physiotherapeut*innen). Zusätzlich werden vielfältige Vorsorge- und Gesundheitsprogramme angeboten. Das Versorgungsnetz kooperiert darüber hinaus mit

¹⁹ Für eine ausführliche Darstellung der sozialversicherungsrechtlichen Möglichkeiten der Integrierten Versorgung siehe Rosenbrock und Gerlinger 2014: 394.

²⁰ Weitere Informationen finden sich auf der Webseite des Gesunden Kinzigtals <https://www.gesundes-kinzigtal.de/> (Download 23.7.2020).

vielen lokalen Vereinen und Initiativen und setzt so nicht nur verhaltens-, sondern auch verhältnisbezogene Maßnahmen um. Ein weiteres Beispiel für ein populationsbezogenes integriertes Angebot sind die von der Robert Bosch Stiftung geförderten „Patientenorientierten Zentren der Primär- und Langzeitversorgung“ (PORT). Dies sind lokale Gesundheitszentren, die eine, auf den regionalen Versorgungsbedarf ausgerichtete, umfassende Grundversorgung der Bevölkerung in einer Region bereitstellen. Die PORT-Zentren verfügen über multiprofessionelle Teams, die eine patientenzentrierte, koordinierte und kontinuierliche Versorgung bieten, die auch Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention umfasst.²¹

Darüber, welche Rolle den Kommunen bei solchen regionalen, integrierten Versorgungsansätzen zukommt, ist bislang nur wenig bekannt. Je nach Ausgestaltung des regionalen Versorgungsmodells kann sich die Rolle der Kommune von der Beratung über die Koordinierung bis hin zur Leistungserbringung erstrecken (Schneider, Hamm und Zehrt 2018).²² Eine koordinierende Rolle übernehmen die Kommunen zum Beispiel bei den bayrischen „Gesundheitsregionen^{plus}“²³. Ein Beispiel für eine kommunale eigene Einrichtung ist das „kommunale Medizinische Versorgungszentrum in Büsum in Schleswig-Holstein“, das zudem seit 2017 zu einem PORT-Zentrum entwickelt wird. Auch wenn regionale Versorgungsmodelle grundsätzlich auch von privaten oder zivilgesellschaftlichen Akteuren initiiert werden können, wie das Beispiel „Gesundes Kinzigtal“ zeigt, ist es sinnvoll, die Kommunen grundsätzlich miteinzubeziehen, weil nur sie „Gesundheit zu einem Thema lokaler Sozialräume“ (Luthe 2013b: 49) machen können. Sie können die medizinischen Versorgungsangebote mit den weiteren gesundheitsrelevanten Angeboten und Einrichtungen, wie zum Beispiel Kitas, Sportvereinen, Selbsthilfegruppen, vor Ort vernetzen und so eine umfassende integrierte Versorgung, wie in der WHO-Definition gefordert, schaffen.

²¹ Ausführliche Informationen zu den PORT-Zentren finden sich auf der Webseite der Robert Bosch Stiftung <https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/port-patientenorientierte-zentren-zur-primar-und-langzeitversorgung> (Download 30.7.2020).

²² Schneider, Hamm und Zehrt (2018) unterscheiden bei der Rolle der Kommunen zwischen Netzwerkorganisator, Koordinator und Leistungserbringer. Wir haben diese Unterscheidung übernommen und durch die Beraterrolle ergänzt. Auch die Beispiele der Gesundheitsregionen^{plus} sind aus Schneider, Hamm und Zehrt 2018 entnommen.

²³ <https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsversorgung/gesundheitsregionenplus/index.htm> (Download 30.7.2020).

3. Kooperationen zwischen Kommunen und Leistungserbringern des Gesundheitswesens im Rahmen integrierter kommunaler Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder und Familien

Leistungserbringer des Gesundheitswesens werden immer wieder als hochrelevante Kooperationspartner genannt, wenn es um den Zugang zu belasteten Familien geht. Gleichzeitig wird die Zusammenarbeit mit ihnen von den kommunalen Akteuren als schwierig eingestuft (Renner 2010; Bogumil und Seuberlich 2015; Sann 2010). In diesem Kapitel werden wir deshalb die bisherigen Erkenntnisse zur Zusammenarbeit von Kommunen und Leistungserbringern des Gesundheitswesens vorstellen, um dann die Erfolgs- und Hinderungsfaktoren der Kooperation in einem Modell zusammenzufügen. Einleitend gehen wir näher auf die von uns betrachteten Akteure ein und erklären die zentralen Begrifflichkeiten der Studie.

Wenn wir im Folgenden von den *Leistungserbringern des Gesundheitswesens* sprechen, beziehen wir uns auf die Leistungserbringer des medizinischen Versorgungssystems, wie zum Beispiel niedergelassene Ärzt*innen, Krankenhäuser oder Hebammen. Den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) zählen wir nicht hierzu, auch wenn er elementarer Bestandteil des Gesundheitswesens ist. Die Gesundheitsämter sind für unsere Studie in ihrer Rolle als kommunaler Akteur und damit als kommunaler Kooperationspartner für die Leistungserbringer des Gesundheitsversorgungssystems von Interesse.²⁴ Aus diesem Grund verwenden wir auch nicht den Begriff der Gesundheitshilfe. Dieser ist in der Kinder- und Jugendhilfe ein feststehender, jedoch nicht abschließend definierter Begriff.

Der Fokus unserer Studie richtet sich auf die *Gesundheitsämter* und die kommunale *Kinder- und Jugendhilfe*. Letztere strebt insbesondere im Rahmen der Frühen Hilfen eine Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern des Gesundheitswesens an. Die Gesundheitsämter unterhalten vielfältige Beziehungen zu den Leistungserbringern des medizinischen Versorgungssystems (z. B. im Rahmen der Hygienekontrollen) und auch die Kinder- und Jugendämter stehen zum Beispiel bei Fällen der Kindeswohlgefährdung im Austausch mit Kinderärzt*innen und Kliniken. In unserer Untersuchung betrachten wir jedoch primär die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsämtern bzw. Jugendämtern und Leistungserbringern des Gesundheitswesens, die fallunabhängig im Rahmen integrierter Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategien erfolgt.

Für die medizinische Versorgung von Kindern und Familien sind insbesondere niedergelassene *Kinder- und Jugendärzt*innen* von Bedeutung. Sie führen die Vorsorgeuntersuchungen (die sogenannten U-Untersuchungen) durch und sind zumeist die ersten Ansprechpersonen bei gesundheitlichen Problemen des Kindes. Diese Aufgabe wird in Regionen mit wenigen Kinderärzt*innen auch oftmals von den *Hausärzt*innen* übernommen. Von großer Relevanz sind auch die niedergelassenen *Frauenärzt*innen*. Sie haben in der Regel schon sehr früh,

²⁴ Nicht in allen Bundesländern sind die Gesundheitsämter kommunale Akteure. In Bayern und Baden-Württemberg sind sie staatliche Akteure, die in die Landratsämter eingegliedert sind. Vielfach tragen Gesundheitsämter inzwischen auch andere Bezeichnungen wie zum Beispiel Fachbereich Gesundheit.

und im Zuge der Vorsorgeuntersuchungen auch regelmäßigen, Kontakt zu den schwangeren Frauen. Bei fast einem Drittel der Gynäkolog*innen übernehmen die *Medizinischen Fachangestellten* (MFAs) das Ausfüllen des Mutterpasses und damit auch die psychosoziale Anamnese. Durch Tätigkeiten wie Blutdruckmessen, Blutabnahme und CTG-Schreiben verbringen sie zudem längere Zeit mit den Schwangeren und können dadurch oftmals psychosoziale Belastungen erkennen (Neumann und Renner 2020: 16). Da in Deutschland nahezu alle Kinder im Krankenhaus zur Welt kommen, können junge Familien auch gut über die *Geburtskliniken* erreicht werden. Eine besondere Rolle nehmen *Hebammen* und ambulant tätige (*Kinder*)*Krankenschwestern* ein: Sie besuchen die Familien zu Hause und erhalten so einen Einblick in das Alltagsleben der Familien. Kontakt zu bereits belasteten Kindern und Familien haben die (*Kinder- und Jugend*)*Psychotherapeut*innen* und (*Kinder- und Jugend*)*Psychiater*innen*.²⁵ Gegenüber all diesen Akteuren des Gesundheitswesens haben die Kommunen keine direkte Weisungsmacht und sind deshalb auf deren freiwillige Mitarbeit angewiesen.

Für den Begriff der *Kooperation*²⁶ existieren unzählige Definitionen.²⁷ Da auch in der Praxis unterschiedliche Vorstellungen darüber bestehen, was eine Kooperation darstellt, stützen wir uns im Rahmen dieser Studie auf eine allgemeine Definition, die unter Kooperation „ein aufeinander abgestimmtes Verhalten, das in zielorientierten Aushandlungsprozessen realisiert wird“ (Lohmann 2015: 31) versteht. Kooperationen können mehr oder weniger formalisiert sein und in ihrer Intensität variieren: Wenig voraussetzungsvoll und wenig intensiv ist der Austausch von Informationen. Hier wird von den Kooperationspartnern nur die Mitteilung bzw. das Zur-Kennntnis-Nehmen von Informationen erwartet. Mehr Engagement erfordert eine Arbeitsteilung: hier werden Teilaufgaben von einzelnen Akteuren erledigt und im Anschluss zusammengeführt. Eine noch intensivere Form der Kooperation ist die *Ko-Konstruktion*, bei der eine gemeinsame Bearbeitung einer Aufgabe, wie zum Beispiel eine Konzeptentwicklung, erfolgt (Lohmann 2015: 36.). Eine für unsere Untersuchung zentrale Unterscheidung von Kooperationsformen ist zwischen *fallübergreifender* und *fallbezogener* Kooperation. Bei der fallübergreifenden Kooperation werden der Aufbau von Strukturen und die Entwicklung von Konzepten angestrebt, während die fallbezogene Zusammenarbeit darauf zielt, eine Lösung für einen konkreten Einzelfall (z. B. konkreter Hilfebedarf einer Familie) zu finden. Wir konzentrieren uns in der Studie überwiegend auf fallübergreifende Kooperationen. In der Regel ist mit dem Aufbau fallübergreifender Kooperationen und Netzwerke die Hoffnung verbunden, auf diesem Weg die fallbezogene Kooperation auf- und auszubauen bzw. zu verbessern, um so den Kindern und Familien über die Ärzt*innen und anderen medizinischen Leistungserbringer einen Zugang zu weiteren Hilfesystemen zu ermöglichen.

²⁵ An der Frühförderung beteiligte Gesundheitsberufe wie Physiotherapeut*innen, Logopäd*innen und Ergotherapeut*innen haben auch regelmäßigen Kontakt zu Kindern und Familien, werden von uns aber nicht betrachtet. Auch nicht berücksichtigt haben wir die Familienhebammen und Kinderkrankenschwestern, die im Rahmen der Frühen Hilfen zum Einsatz kommen. Diese sind entweder bei den Kommunen angestellt oder von diesen beauftragt, sodass sich hier in der Regel keine Kooperationsprobleme ergeben.

²⁶ Wir verwenden die Begriffe *Kooperation* und *Zusammenarbeit* synonym.

²⁷ Für eine ausführlichere Darstellung siehe Lohmann 2015: 30 ff.

Kooperationen im Zuge integrierter Präventionsstrategien finden zumeist im Rahmen eines *Netzwerks* statt. Netzwerke stellen ein „Beziehungsgeflecht von unterschiedlichen Akteuren“ (Seckinger 2015: 45) dar. Sie bilden den strukturellen Hintergrund für Kooperationen. Durch die Kooperation werden die Beziehungen zwischen den Akteuren aktiviert und auch verändert, sodass jede Kooperation sich wiederum auf das Netzwerk auswirkt (Lohmann 2015: 37).

3.1 Kooperation zwischen Kinder-/Jugendhilfe und Gesundheitsversorgungssystem

Die Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und den Leistungserbringern des Gesundheitsversorgungssystems erfolgt zumeist im Rahmen der Frühen Hilfen. Durch die Kooperation mit dem Gesundheitswesen erhofft man sich in den Frühen Hilfen einen besseren Zugang insbesondere zu psychosozial belasteten Familien. Aus diesem Grund wird die Zusammenarbeit mit Akteuren des Gesundheitswesens durch die Bundesstiftung Frühe Hilfen gefördert und vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) durch eine umfassende Begleitforschung²⁸ evaluiert. Dank dieser Begleitforschung und weiterer Forschungsarbeiten liegen über die Praxis der Zusammenarbeit bereits viele Erkenntnisse vor, die nach der Darstellung der rechtlichen Grundlagen der Kooperation von uns zusammengefasst werden.

3.1.1 Rechtliche Grundlagen²⁹

Das „Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz“ (KKG), das mit dem Bundeskinderschutzgesetz 2012 erlassen wurde (siehe Kapitel 2), verpflichtet die örtlichen Träger der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen der Frühe-Hilfen-Netzwerke zur Zusammenarbeit mit Krankenhäusern und Angehörigen der Heilberufe mit dem Ziel, „sich gegenseitig über das jeweilige Angebots- und Aufgabenspektrum zu informieren, strukturelle Fragen der Angebotsgestaltung und -entwicklung zu klären sowie Verfahren im Kinderschutz aufeinander abzustimmen“ (§ 3 Abs. 1 KKG). Dieser Verpflichtung der Kinder- und Jugendämter steht in der Regel keine entsprechende Verpflichtung der Akteure des Gesundheitswesens gegenüber, d. h. ihre Mitarbeit im Netzwerk Frühe Hilfen bleibt freiwillig und auch eine Vergütung des Engagements erfolgt nicht. Die niedergelassenen Vertragsärzt*innen wurden mit dem Präventionsgesetz 2015 lediglich verpflichtet, bei den U-Untersuchungen (§ 26 SGB V) und bei den Schwangerschaftsvorsorgen (§ 24d SGB V) bei Bedarf auf regionale Unterstützungsangebote hinzuweisen. In einzelnen Bundesländern, wie zum Beispiel in Baden-Württemberg und Hamburg, schreiben die Landeskrankenhausgesetze zudem den Geburtskliniken eine Kooperation mit den lokalen Frühe-Hilfen-Netzwerken vor.

²⁸ Zusammen für Familien (ZuFa-Monitoring) <https://www.fruehehilfen.de/forschung-im-nzfh/kooperations-und-schnittstellenforschung/zusammen-fuer-familien-zufa-monitoring-gesundheit-und-fruehe-hilfen/> (Download 16.6.2020).

²⁹ Hier gehen wir nur auf die fallunabhängige Kooperation ein. Regelungen zur Kooperation bei Fällen der (vermuteten) Kindeswohlgefährdung finden sich in § 8a SGB VIII.

3.1.2 Kooperationspraxis

Da die Kooperation zwischen Kinder- und Jugendamt und den Leistungserbringern des Gesundheitsversorgungssystems meist im Rahmen der *Frühen Hilfen* erfolgt, liegt der Fokus der Zusammenarbeit auf der Zielgruppe der kleinen Kinder und deren Familien, größere Kinder werden nur sehr selten durch die Kooperation adressiert (Fischer und Geene 2019: 22).

Innerhalb der Frühen Hilfen lassen sich verschiedene Kooperationsformen unterscheiden. Primäre Aufgabe der Frühen Hilfen ist die Etablierung eines Netzwerks, um sich gegenseitig „über Angebots- und Aufgabenspektrum zu informieren, strukturelle Fragen der Angebotsgestaltung und -entwicklung zu klären sowie Verfahren im Kinderschutz aufeinander abzustimmen“ (§ 2 Abs. 1 KKG). Dieser Austausch findet zumeist im Rahmen regelmäßiger Netzwerktreffen sowie bilateral oder in kleineren Austauschforen, wie zum Beispiel Arbeitsgruppen, statt. Eine Beteiligung am Netzwerk ist mit relativ geringem Aufwand verbunden, sie erfordert zunächst nur eine Teilnahme an den Netzwerktreffen. Eine solche Zusammenarbeit ist deshalb inzwischen schon weitreichend etabliert. Die Kommunalbefragung des NZFH ergab für das Jahr 2015, dass in 76,4 Prozent der befragten Kommunen niedergelassene Pädiater*innen in die fallübergreifende Frühe-Hilfen-Netzwerkarbeit eingebunden sind. In 50,9 Prozent der Kommunen sind niedergelassene Gynäkolog*innen, in 18,8 Prozent Hausärzt*innen, in 76,9 Prozent Geburtskliniken und in 63,4 Prozent der Kommunen sind Kinderkliniken im Netzwerk aktiv. Dabei ist die Teilnahme aller eben genannten Akteursgruppen im Vergleich zur Befragung von 2013 gestiegen (Küster, Pabst und Sann 2017b; 2017c). Eine etwas neuere Befragung der niedergelassenen Ärzt*innen ergab, dass 37,5 Prozent der befragten Pädiater*innen, jedoch nur 14 Prozent der befragten Gynäkolog*innen schon einmal an einem Netzwerktreffen teilgenommen haben (Neumann und Renner 2020; van Staa und Renner 2019). Immerhin 60 Prozent der Geburtskliniken nehmen bereits an Frühe-Hilfen-Netzwerktreffen teil oder planen dies zumindest (Scharmanski und Renner 2019).

Die Teilnahme am Frühe-Hilfen-Netzwerk ist zumeist der erste Schritt für eine spätere intensivere Kooperation. Eine „intensivere Kooperationsform“ (Küster, Pabst und Sann 2017b: 4) stellen zum Beispiel interprofessionelle Qualitätszirkel dar. Dies sind kleinere Austauschforen, die zugleich mit Ärzt*innen und Vertreter*innen der Kinder- und Jugendhilfe besetzt sind und dem fachlichen und fallbezogenen Austausch dienen. Moderiert werden die Qualitätszirkel ebenfalls in gemischten Tandems. Als Pilotprojekt 2010 in Baden-Württemberg gestartet, gibt es solche interprofessionellen Qualitätszirkel inzwischen auch in Berlin, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen (NZFH 2020). Die Anzahl der Kommunen, in denen solche Qualitätszirkel etabliert sind, ist jedoch überschaubar (Küster et al. 2017b:4).

Eine weitere Form der institutionellen Zusammenarbeit sind Lotsendienste in Geburtskliniken. Dies sind „speziell ausgebildete Fachkräfte [...], die mit der Familie ihren Unterstützungsbedarf klären, sie über weitergehende Hilfeangebote beraten und bei der Kontaktaufnahme unterstützen“ (NZFH 2019). Ein solcher Lotsendienst besteht schon in ungefähr 30

Prozent der deutschen Geburtskliniken oder ist dort zeitnah geplant (NZFH 2019). Lotsendienste sind grundsätzlich auch für niedergelassene Arztpraxen denkbar und sollen zukünftig in Nordrhein-Westfalen etabliert werden.³⁰ Darüber hinaus bestehen weitere Formen der Zusammenarbeit. Einen Einblick geben die Fallbeispiele in Kapitel 5. Grundsätzlich wird die Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern des Gesundheitswesens im Rahmen der Frühen Hilfen von kommunaler Seite jedoch als noch stark verbesserungswürdig gesehen, nur 5,6 Prozent der vom NZFH befragten Kommunen geben an, dass die Einbeziehung des Gesundheitswesens bislang gelungen sei (Küster, Pabst und Sann 2017b).

In einigen Kommunen erfolgt die Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen nicht direkt, sondern über freie Träger. Diese „können auf bilateraler Ebene im Rahmen ihres institutionellen Auftrages die Übergänge zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen mit systematischen Wegen gestalten und damit Brückenfunktion übernehmen“ (Schöllhorn et al. 2010: 218 f.). Ein Beispiel dieser Form der Zusammenarbeit beschreiben wir näher in Kapitel 5.1.

3.1.3 Interprofessionelle Zusammenarbeit

Die Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen ist auch deshalb herausfordernd, weil sie über Professionsgrenzen hinweg erfolgt. Die Leistungserbringer des Gesundheitsversorgungssystems gehören in der Regel der medizinischen Profession an, während die Akteure aufseiten der Kinder- und Jugendhilfe in der Regel der Profession der Sozialen Arbeit angehören. Beide Professionen beziehen sich auf „unterschiedliche theoretische Grundlagen und Denkmodelle“ (Schöllhorn et al. 2010: 204), weisen unterschiedliche Kommunikationsformen auf (Eger 2013) und verfügen über unterschiedliche Sicht- und Herangehensweisen (Fischer und Geene 2019). Während in der Medizin zum Beispiel eher fallbezogen und reaktiv gehandelt wird, wird in der Kinder- und Jugendhilfe eine eher systemische Perspektive eingenommen, die ressourcenorientiert und vorbeugend ausgerichtet ist (Fischer und Geene 2019: 24). Diese Unterschiede zwischen den Professionen können zu erheblichen Problemen und Missverständnissen führen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn „[d]ie Unwissenheit über die Funktionsweisen und den Auftrag des jeweils anderen Systems [...] ausgeprägt [ist]“ (Fischer und Geene 2019: 24). Die interprofessionelle Zusammenarbeit erfordert deshalb eine ausgeprägte Kommunikation und einen intensiveren Austausch mit dem Ziel, die Funktionsweise der anderen Akteure besser zu verstehen. Dabei sollte das eigene professionelle Selbstverständnis nicht beiseitegelegt, sondern der Umgang und das Verständnis für unterschiedliche Herangehensweisen gestärkt werden (Fischer und Geene 2019: 24).

³⁰ Ein Förderaufruf hierzu wurde am 17.4.2020 vom Ministeriums für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen veröffentlicht: <https://www.kinderstark.nrw/aktuelles> (Download 15.5.2020).

3.2 Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsämtern und Gesundheitsversorgungssystem

Der öffentliche Gesundheitsdienst auf kommunaler Ebene³¹ unterhält vielfältige Beziehungen zu den Leistungserbringern des Gesundheitsversorgungssystems. So sind die Gesundheitsämter zum Beispiel mit der Fachaufsicht über die Heilberufe (Ärzt*innen, Hebammen u. a.) und der Hygieneaufsicht in Arztpraxen und Krankenhäusern betraut. Hierfür sind jedoch in den meisten Fällen andere Abteilungen zuständig als für Gesundheitsförderung und Prävention. Für Kinder und Jugendliche ist im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) zuständig. Dieser führt zum Beispiel die Schuleingangsuntersuchungen durch und erstellt amtsärztliche Gutachten. In diesen Zusammenhängen besteht häufig eine fallbezogene Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kinderärzt*innen. In Kommunen, in denen die Frühen Hilfen beim Gesundheitsamt und nicht beim Jugendamt angesiedelt sind, sind diese oft beim KJGD verortet (Sann 2010: 18). Eine Zusammenarbeit im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention erfolgt oftmals in Kommunen, die eine kommunale Gesundheitskonferenz etabliert haben (siehe Kapitel 2.1). Viele Gesundheitsdienstgesetze verpflichten den ÖGD zur Zusammenarbeit mit den Akteuren des Gesundheitsversorgungssystems. Die Vorgaben sind in den einzelnen Bundesländern jedoch unterschiedlich weitreichend ausgestaltet.

Über die Praxis der Zusammenarbeit liegen kaum Erkenntnisse vor, da der ÖGD bislang in der Forschung wenig Beachtung erfahren hat. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Kooperation zwischen ÖGD und kurativem Gesundheitswesen weniger Hürden erfährt als die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen, weil die kooperierenden Akteure einen ähnlichen professionellen Hintergrund aufweisen. Zudem haben die ärztlichen Mitarbeiter*innen des ÖGD häufig Arbeitserfahrung in der medizinischen Versorgung und kennen daher die Zwänge und institutionellen Logiken des medizinischen Systems. Diese Annahme wird auch von den Ergebnissen der Befragung der kommunalen Akteure der Frühen Hilfen bestätigt. Die Gesundheitsämter bewerteten die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kinderärzt*innen besser als die befragten Jugendämter. Bei der Bewertung der Zusammenarbeit mit den Kinder- und Geburtskliniken gab es allerdings keine Unterschiede, diese beurteilten beide Ämter als eher schwierig (Sann 2010: 21).

3.3 Erfolgs- und Hinderungsfaktoren der Kooperation

Der Fokus unserer Studie liegt auf der Zusammenarbeit zwischen kommunalen Akteuren (Kinder-/Jugendamt, Gesundheitsamt) und Leistungserbringern des Gesundheitsversorgungssystems. Eine solche Kooperation zwischen kommunalen und privaten Akteuren ist gängige Praxis der kommunalen Steuerung (z. B. Schubert 2017). Kommunen verfügen in vielen Fällen nicht über direkte Steuerungsmacht und müssen deshalb auf alternative

³¹ Siehe Fußnote 24.

Governance³²-Formen, wie zum Beispiel Netzwerke, zurückgreifen. International wird die partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen staatlichen bzw. kommunalen und privaten Akteuren (z. B. Unternehmen, Verbänden, Interessengruppen, Bürger*innen) auch als *Collaborative Governance* bezeichnet. Das Kennzeichen dieser Form der Steuerung ist ein formaler, konsensorientierter Aushandlungsprozess, bei dem Entscheidungen gemeinsam von staatlichen bzw. öffentlichen und nicht staatlichen Akteuren getroffen werden (Ansell und Gash 2007: 544).³³

Die Politikwissenschaftler*innen Ansell und Gash haben untersucht, unter welchen Voraussetzungen solche Kooperationen zwischen der öffentlichen Hand und privaten Akteuren erfolgreich verlaufen. Zu diesem Zweck analysierten sie 137 Studien zu Collaborative Governance aus unterschiedlichen Politikfeldern und arbeiteten eine Reihe von Faktoren heraus, deren Gegebenheit einen Kooperationserfolg begünstigen oder – aus der entgegengesetzten Perspektive – eine erfolgreiche Kooperation unwahrscheinlich machen. Aus dieser Analyse entstand ein Modell der Collaborative Governance (Ansell und Gash 2007), das auch auf das Politikfeld Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention anwendbar ist und von uns deshalb als theoretische Grundlage unserer Forschung gewählt wurde.

Ansell und Gash unterscheiden in ihrem Modell (siehe Abbildung 1) zwischen Erfolg versprechenden Rahmenbedingungen der Kooperation und Erfolg versprechenden Faktoren innerhalb des Kooperationsprozesses. Zu den zentralen *Rahmenbedingungen* gehören: die Ausgangsbedingungen der Kooperation, eine ermöglichende Führung und das institutionelle Design der Kooperation. Zu den *Ausgangsbedingungen* zählen Ansell und Gash Macht-/Ressourcen-/Wissens(un)gleichgewichte vor Kooperationsbeginn, ein Vertrauensvorschuss bzw. -defizit durch Vorerfahrungen mit den Kooperationspartnern sowie finanzielle und andere Anreize zum Kooperationseintritt. Die *ermöglichende Führung* als zweite Rahmenbedingung beschreibt die Fähigkeit der Projektleitung bzw. der*des Netzwerkkoordinator*in, nach außen und innen überzeugend und durchsetzungsstark aufzutreten. Nach außen meint hier, in Verwaltung und Praxis für das Projekt bzw. das Netzwerk zu werben und Kooperationspartner zu akquirieren. Nach innen dagegen meint, alle Kooperationspartner für das Projekt bzw. das Netzwerk zu begeistern und zur Partizipation anzuregen. Als dritte Rahmenbedingung ist das *institutionelle Design* der Zusammenarbeit wichtig, um den Kooperationserfolg zu gewährleisten. Von Relevanz sind hier das Mitspracherecht eines jeden Akteurs (Partizipativität), klare Verantwortlichkeiten, transparente Prozesse sowie eine gewisse Exklusivi-

³² Der Begriff „Governance“ wird in der politikwissenschaftlichen Literatur zum staatlichen Handeln als Alternative zum Begriff „Steuerung“ verwendet, um auszudrücken, dass politische Entscheidungen nicht hierarchisch „von oben“ durchgesetzt werden, sondern eine Aushandlung zwischen staatlichen, gesellschaftlichen und privaten Akteuren erfolgt. Der Wandel von Government (hierarchische staatliche Steuerung) hin zu Governance ist ein Kennzeichen moderner Demokratien und auf allen politischen Ebenen zu finden (Benz 2004).

³³ Konkret definieren Ansell und Gash (2007: 544) Collaborative Governance als: „A governing arrangement where one or more public agencies directly engage non-state stakeholders in a collective decision-making process that is formal, consensus-oriented, and deliberative and that aims to make or implement public policy or manage public programs or assets.“

tät³⁴ des Kooperationsnetzwerks oder -projektes. Je umfangreicher diese Rahmenbedingungen erfüllt sind, desto wahrscheinlicher wird der Erfolg einer Kooperation. Andersherum kann aber bereits die Abwesenheit eines der genannten Kriterien das gesamte Kooperationsvorhaben gefährden.

Abbildung 1: Modell der Collaborative Governance



Quelle: angelehnt an Ansell und Gash 2007, eigene Darstellung und Übersetzung

Sind diese Rahmenbedingungen gegeben, hängt der Erfolg von der Gestaltung des *Kooperationsprozesses* ab. Zentral für das Gelingen ist ein intensiver, *persönlicher Austausch* zwischen den Beteiligten. Möglichst frühzeitig sollten die Perspektiven und Interessen der einzelnen Akteure hierbei transparent gemacht werden. Dadurch und durch verwirklichte Mitspracherechte kann Vertrauen zwischen den Beteiligten erwachsen. *Vertrauen* ist für Ansell und Gash die zentrale Ressource einer Kooperation. Um eine *Verpflichtung aller gegenüber dem gemeinsamen Entscheidungsprozess* zu erreichen, ist zum einen notwendig, dass jeder Beteiligte erkennt, für das Gelingen der Kooperation mitverantwortlich zu sein, diesen Prozess mitgestalten zu können, zum anderen die Gewissheit, dass der durch die Kooperation gemeinsam erzielte Gewinn höher zu bewerten ist als die Summe der Einzelgewinne der jeweiligen Akteure. Eine weitere essenzielle Voraussetzung ist, dass die Beteiligten im Laufe

³⁴ Der Erfolg einer Kooperation kann davon abhängen, ob es weitere Projekte mit dem gleichen Ziel innerhalb einer Region oder einer Kommune gibt. Wäre dies der Fall, würden beide Kooperationsprojekte bzw. -netzwerke um Partner konkurrieren und Ressourcen, Reichweite und letztendlich Wirksamkeit der einzelnen Projekte oder Netzwerke wäre begrenzt.

der Zusammenarbeit ein *gemeinsames Verständnis* entwickeln. Hierzu gehören u. a. eine gemeinsame Problem- wie auch Zieldefinition und die Verständigung über gemeinsame Werte. Wenn Ziele feststehen, können Strategien oder praktische Maßnahmen entwickelt werden. Den Befunden Ansell's und Gash's nach hat es sich als ratsam erwiesen, zum einen die Maßnahmen gemeinsam zu entwickeln, um das spezialisierte Wissen jedes einzelnen Akteurs zu nutzen, und zum anderen *Zwischenziele* zu formulieren, damit die Kooperationspartner den Mehrwert der Zusammenarbeit möglichst schnell erkennen. Diese kleinen Erfolge der Zusammenarbeit können das Vertrauen in die Partner stärken, die Motivation erhöhen und die Basis für weitere Kommunikation bezüglich Zielanpassungen oder erweiterten Maßnahmen sein.

Für einzelne Erfolgs- und Hinderungsfaktoren des Collaborative-Governance-Modells lassen sich auf Grundlage der oben zitierten Studien zur Zusammenarbeit von Kommunen und Gesundheitswesen bereits erste Aussagen treffen. Die allgemeinen *Ausgangsbedingungen* der Kooperation sind nicht förderlich. Aufseiten der Leistungserbringer bestehen nur begrenzte Ressourcen für die Zusammenarbeit zur Verfügung: Sowohl niedergelassene Ärzt*innen als auch andere medizinische Berufe müssen ein hohes Arbeitsaufkommen bewältigen und somit haben sie wenig Zeit für Kooperationen (Fischer und Geene 2019: 7). Zudem erhalten sie keine Vergütung für ihr Engagement, sodass sie den finanziellen Verlust, der durch Arbeitsausfall entsteht, nicht kompensiert bekommen. Aber auch aufseiten der Kommunen stehen, mit Ausnahme der Frühen Hilfen, zumeist nur begrenzte personelle und finanzielle Ressourcen für die Zusammenarbeit zur Verfügung. Fischer und Geene sehen deshalb die Bereitschaft, Ressourcen für die Kooperation umzuschichten, als wichtigen Gelingensfaktor (Fischer und Geene 2019: 36). Die Leistungserbringer des Gesundheitsversorgungssystems sind in der Regel nicht verpflichtet, mit den kommunalen Ämtern im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention (GFP) zu kooperieren (siehe Kapitel 2.2.1). Dennoch kann für sie ein Anreiz zur Kooperation bestehen, wenn sie daraus einen Gewinn für ihre Arbeit ziehen können. Der Umgang mit psychosozial belasteten Familien wird von vielen Ärzt*innen als Herausforderung empfunden (van Staa und Renner 2019; Neumann und Renner 2020). Die Studien zur Umsetzung der Frühen Hilfen deuten darauf hin, dass Ärzt*innen und Pflegepersonal durch die Zusammenarbeit eine höhere Zufriedenheit erfahren, weil sie ihre Patient*innen gut versorgt wissen (NZFH 2019). Wie in Kapitel 3.2 beschrieben, bestehen insbesondere zwischen Gesundheitsamt und Leistungserbringern des Gesundheitsamtes vielfältige Beziehungen. Die Akteure haben dadurch häufig schon Vorerfahrung in der Zusammenarbeit, was sich abhängig von der individuellen Erfahrung positiv oder negativ auf die Kooperation auswirken kann.

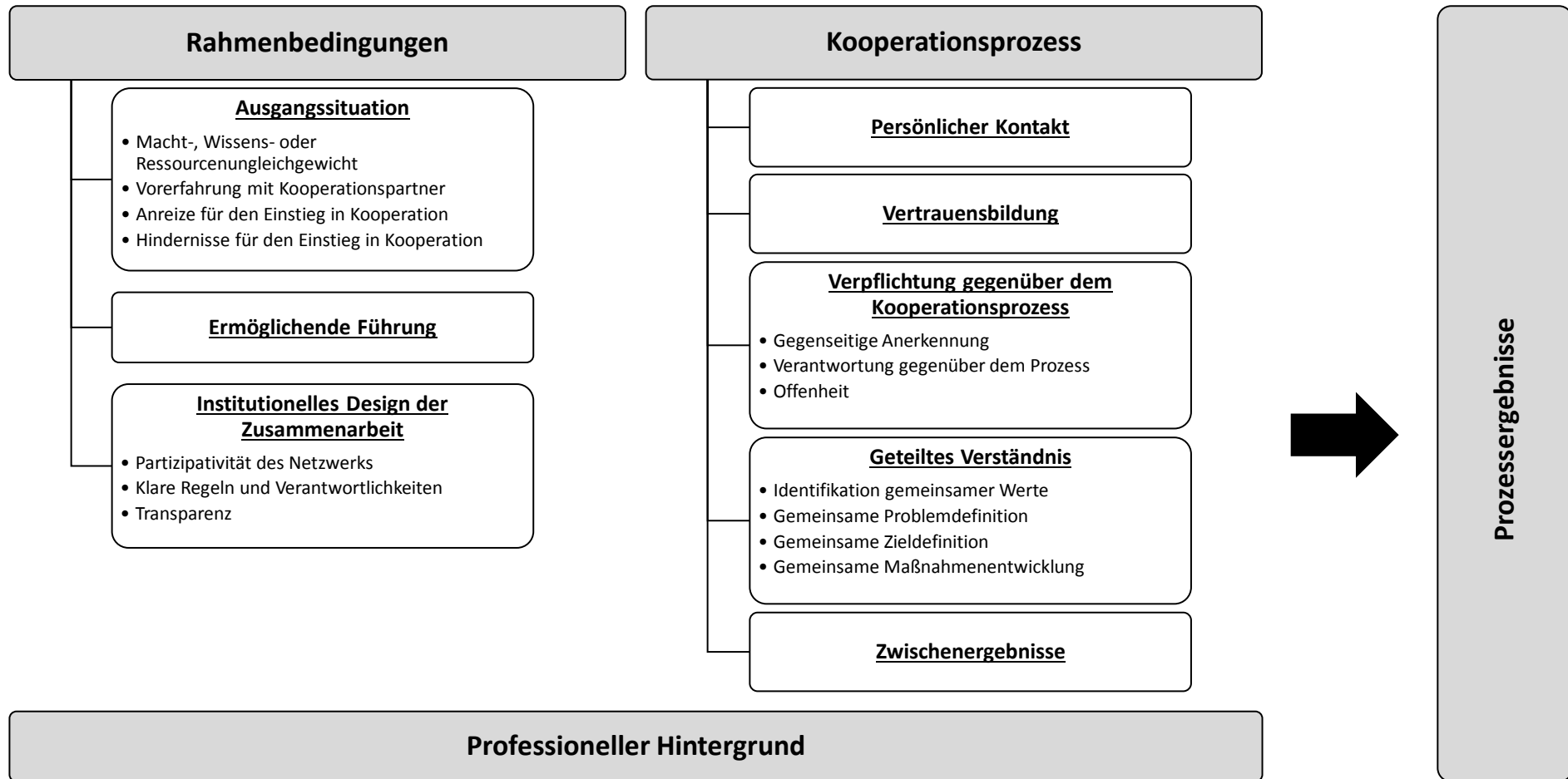
Der bedeutende Einfluss von *ermöglichender Führung* und insbesondere die Rolle der Netzwerkkordinator*innen für das Gelingen der Kooperation ist aus der einschlägigen Literatur zum Aufbau kommunaler Netzwerke (Quilling et al. 2013; Schubert 2018) bekannt. Auch Müller und Quilling (2017) zeigen in ihrer Analyse der Umsetzung der Frühen Hilfen in einer deutschen Großstadt, dass der Erfolg des Netzwerks stark vom Engagement und den Kompetenzen der*des Netzwerkkordinator*in abhängt. Fischer und Geene (2019) stellen nach der

Auswertung von drei Fallstudien zur Kooperation zwischen Kinder-/Jugendhilfe und Gesundheitswesen heraus, wie wichtig die Schaffung einer*ines festen Koordinierungsverantwortlichen ist. Diese*r muss für die Netzwerkarbeit entsprechende Kompetenzen besitzen und zudem über ausreichend Ressourcen und Unterstützung durch die Führungsebene verfügen (Fischer und Geene 2019: 32). Den Koordinator*innen kommt zudem ein „Servicecharakter“ zu: Sie sind für die Initiierung und Organisation des Austauschs, die Moderation und die Vermittlung zwischen unterschiedlichen professionellen und institutionellen Verständnissen zuständig (Fischer und Geene 2019: 27).

Auch einzelne, der Kategorie des *Kooperationsprozesses* zugehörige Faktoren haben sich in der zuvor genannten Studie als relevant erwiesen: So ergibt sich die Qualität der Zusammenarbeit aus dem persönlichem Kontakt, der intensiven Kommunikation zur Entwicklung gemeinsamer Ziele und der Verwendung möglichst breiter und daher anschlussfähiger gesundheitsbezogener Ansätze (Fischer und Geene 2019: 28). Zudem ist es förderlich, wenn die Aktivitäten für alle Beteiligte einen Nutzen aufweisen sowie eine umfängliche Dokumentation aller Diskussionen und Ergebnisse erfolgt (Fischer und Geene 2019: 28). Auch Sann (2010: 16) betont in der Kommunalanalyse der Frühen Hilfen die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses über die Grundlagen der Zusammenarbeit.

Fischer und Geene (2019) heben in ihrer Studie einen Aspekt hervor, der von Ansell und Gash (2007) nicht berücksichtigt wird: der unterschiedliche professionelle Hintergrund der beteiligten Akteure. Während die Akteure der Kinder-/Jugendhilfe zumeist aus dem Bereich der Sozialen Arbeit kommen, gehören die Leistungserbringer des Gesundheitsversorgungssystems dem medizinischen System an (siehe Kapitel 3.1). Aus der Zusammenarbeit über Systemgrenzen hinweg können Synergien entstehen, aber auch Probleme aufgrund von Wissensunterschieden, verschiedenen Vorgehensweisen oder Zielen resultieren. Aus diesem Grund haben wir das von Ansell und Gash entwickelte Modell der Collaborative Governance für unsere Analyse um die Kategorie des professionellen Hintergrunds erweitert (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Analysekategorien der Studie



Quelle: basierend auf Ansell und Gash 2007, eigene Darstellung

4. Methodisches Vorgehen

4.1 Fallauswahl

Für die empirische Untersuchung haben wir Kommunen gesucht, die eine Kooperation mit Leistungserbringern des Gesundheitsversorgungssystems im Rahmen integrierter Präventionsstrategien eingegangen sind. Diese Kooperationen gestalten sich in der Praxis sehr vielfältig. Sie unterscheiden sich in ihren Zusammensetzungen, Arbeitsformen, Inhalten und den adressierten Zielgruppen, sodass Fischer und Geene (2019) sogar von „Kooperationslandschaften“ sprechen. Bislang wurde noch kein Versuch unternommen, die Kooperationen zwischen Kommunen und medizinischen Leistungserbringern zu systematisieren, sodass wir bei der Fallauswahl auf keine bestehende Systematik zurückgreifen konnten. Wir haben uns deshalb entschieden, die Fälle anhand der an der Kooperation beteiligten Akteure auf kommunaler und auf Leistungserbringerseite auszuwählen. Diese Entscheidung fußt auf der Annahme, dass der professionelle Hintergrund (siehe Kapitel 3) und gegebenenfalls die Art des medizinischen Leistungserbringers relevante Erfolgs- bzw. Hinderungsfaktoren der Kooperation darstellen. Unser Ziel war es, möglichst unterschiedliche Kooperationsbeziehungen in Bezug auf die beteiligten Akteure auszuwählen. Außerdem sollte die Fallauswahl neben den Frühen Hilfen auch Kooperationen umfassen, die ältere Kinder als Zielgruppe haben, da über diese Kooperationen bislang kaum etwas bekannt ist. Als weitere Auswahlkriterien haben wir festgelegt, dass die Kooperation seit mindestens einem Jahr bestehen muss, damit schon ausreichend Erfahrungen in der Zusammenarbeit gesammelt werden konnten, und dass die Kommunen nicht mehr als 500.000 Einwohner*innen umfassen dürfen, weil bei Großstädten die institutionellen Rahmenbedingungen der Kooperation (z. B. Ausstattung des Gesundheitsamtes, Anzahl der medizinischen Leistungserbringer) in der Regel nicht mit denen in kleineren Kommunen vergleichbar sind.

Unsere Fallauswahl spiegelt die Vielfalt der Kooperationsbeziehungen wider (siehe Tabelle 1). Sie umfasst Kooperationen, bei denen von kommunaler Seite das Jugendamt oder das Gesundheitsamt beteiligt sind sowie Kooperationen mit Beteiligung beider Ämter. Einen Sonderfall stellt Bonn dar. Hier erfolgt die Kooperation mit den medizinischen Leistungserbringern durch freie Träger, weil diese von der Kommune mit der Koordination der Frühen Hilfen beauftragt wurden. Auf Seite der Leistungserbringer haben wir uns im Wesentlichen auf niedergelassene Ärzt*innen und Krankenhäuser fokussiert, weil diese die zentralen medizinischen Kooperationspartner der Kommune darstellen. In Kassel haben wir darüber hinaus auch die Zusammenarbeit mit Medizinischen Fachangestellten untersucht, weil dies ein vielversprechender, aber bislang kaum erprobter Weg ist, um Familien zu erreichen. Einen Sonderfall stellt die Gesunde Familiengrundschule in Aachen dar. Hier kooperiert die Stadt mit zwei freien Trägern, die Gesundheitsangebote an Grundschulen für Kinder und Eltern gemeinsam organisieren und Gesundheit als Thema in der Schule stärken. Die freien Träger beauftragen zumeist Gesundheitsdienstleister (z. B. Übungsleiter*innen für Schwimm- oder Ernährungskurse) mit der Umsetzung dieser Angebote. Kooperationen zwischen Jugend-

oder Gesundheitsamt und medizinischen Leistungserbringern außerhalb der Frühen Hilfen zu finden gestaltete sich schwierig, da diese bislang kaum etabliert sind. In unserer Fallauswahl adressieren lediglich Münster und Aachen andere Zielgruppen: Die Familiensprechstunde in Münster wendet sich an sucht- und psychisch kranke Eltern und deren Kinder und das Projekt in Aachen an Grundschulkindern und deren Eltern.

Tabelle 1: Übersicht über die Fallstudien

Kommune	Fall	Zielgruppe	Kooperationspartner ³⁵		
			Kommune	Med. Leistungserbringer ³⁶	Sonstige
Aachen	Gesunde Familien-grundschule	Grundschulkindern und deren Eltern	Jugendamt (Gesundheitsamt)	divers	Freie Träger, Grundschulen
Bonn	Kooperationen im Rahmen des Frühe-Hilfen-Netzwerks (u. a. Lotsendienst Geburtsklinik)	Schwangere und Familien mit Kindern 0–3 Jahre	Jugendamt und Gesundheitsamt	Krankenhaus, niedergelassene Ärzt*innen	Freie Träger
Havelland	Netzwerk Gesunde Kinder	Schwangere und Familien mit Kindern 0–3 Jahre	Gesundheitsamt	Krankenhaus	
Herten	Frühe Hilfen auf Rezept	Familien mit Kindern 0–3 Jahre	Jugendamt	Niedergelassene Ärzt*innen	
Kassel	Kooperationen im Rahmen des Netzwerks „Gelingendes Aufwachsen in Kassel – Netzwerk Frühe Hilfen und Willkommen von Anfang an“; Netzwerk Frühe Hilfen im Landkreis Kassel	Schwangere und Familien mit Kindern 0–3 Jahre	Jugend- und Gesundheitsamt	Niedergelassene Ärzt*innen, Medizinische Fachangestellte	
Münster	Familiensprechstunde	sucht- und psychisch kranke Eltern und deren Kinder	Gesundheitsamt	Krankenhaus	

Quelle: Eigene Darstellung

Wir haben auf mehreren Wegen nach geeigneten Fallkommunen für unsere Studie gesucht: Auf dem Gesunde-Städte-Symposium 2019 haben wir zur Teilnahme an der Studie aufgeru-

³⁵ Wir beziehen uns hier ausschließlich auf die Kooperation zwischen Kommune und medizinischen Leistungserbringern und nicht auf die Netzwerke.

³⁶ In manchen Kommunen bestehen im Rahmen der Netzwerke Kooperationen mit weiteren Leistungserbringern des Gesundheitswesens. Wir haben uns bei unserer Analyse auf die in der Tabelle genannten Leistungserbringer fokussiert.

fen und auf der Webseite des Gesunde Städte-Netzwerks³⁷ einen Aufruf zur Teilnahme veröffentlicht. Hierauf haben sich jedoch nur wenige Kommunen gemeldet, die alle nicht die oben genannten Kriterien erfüllt haben. Zudem haben wir in der Good-Practice-Datenbank des Kooperationsverbundes gesundheitliche Chancengleichheit³⁸ nach geeigneten Fällen recherchiert. Ein weiterer Zugangsweg war eine Fachtagung zum Thema „Frühe Hilfen – Kooperation Jugendhilfe und Gesundheitswesen“ im Mai 2019 in Hessen,³⁹ wo erfolgreiche Beispiele der Kooperation vorgestellt wurden. Zu diesen Kommunen haben wir Kontakt aufgenommen und sie gefragt, ob sie an der Studie teilnehmen wollen. Leider haben mehrere der von uns ausgewählten Kommunen aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen eine Teilnahme nicht realisieren können. Unsere Fallauswahl ist nicht repräsentativ, stellt aber einen guten Überblick über die Vielfalt der Kooperationsbeziehungen auf kommunaler Ebene dar.

4.2 Datenerhebung und -auswertung

Für die Datenerhebung haben wir leitfadengestützte Expert*eninterviews durchgeführt. Der Leitfaden orientierte sich dabei an den Fragestellungen der Untersuchung und basierte weitgehend auf dem in Kapitel 3 vorgestellten Kategoriensystem. Die Interviews wurden im Zeitraum Dezember 2019 bis April 2020 geführt. Sie fanden zum Teil vor Ort bei den Interviewpartner*innen und zum Teil per Telefon statt. Mit Ausnahme von Aachen haben wir in jeder Kommune mindestens ein Interview mit einer*einem medizinischen Leistungserbringer*in geführt. In allen Kommunen haben wir mit Vertreter*innen aus dem Jugend- und/oder Gesundheitsamt gesprochen, darunter sowohl Amtsleitungen als auch Netzwerkkoordinator*innen. Insgesamt haben wir 20 Interviews mit 22 Interviewpartner*innen geführt (siehe Tabelle 2).⁴⁰ Die Anzahl der Interviews pro Kommune schwankt zwischen zwei und fünf in Abhängigkeit von der Anzahl der an der Kooperation beteiligten Akteure.

Tabelle 2: Übersicht Anzahl Interviews

Kommune		Medizinische Leistungserbringer	Sonstige
Gesundheitsamt	Jugendamt		
7	4	6	3

Quelle: Eigene Darstellung

Die Interviews wurden transkribiert und anschließend von uns mithilfe der Software MAXQDA inhaltsanalytisch angelehnt an Mayring 2015 ausgewertet. Die qualitative Inhalts-

³⁷ <https://gesunde-staedte-netzwerk.de/> (Download 25.6.2020).

³⁸ <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/> (Download 24.6.2020).

³⁹ <https://www.hage.de/veranstaltungen/veranstaltungsdocumentationen/250519-fachtagung-fruehe-hilfen-kooperation-jugendhilfe-und-gesundheitswesen-2019/> (Download 25.6.2020).

⁴⁰ Aufgrund von Anonymisierungen führen wir hier nicht näher aus, wen wir in welcher Kommune interviewt haben.

analyse erfolgte dabei weitgehend deduktiv auf Grundlage der in Kapitel 3 vorgestellten Analysekatgorien.⁴¹

⁴¹ Nicht alle aus der Theorie abgeleiteten Analysekatgorien konnten sinnvoll auf das Material angewendet werden und wurden deshalb im Verlauf des Codierprozesses gelöscht oder, bei nicht trennscharfen Katgorien, zusammengelegt.

5. Beispiele der Kooperation

Im Folgenden beschreiben wir die von uns untersuchten Kooperationen zwischen Kommunen und medizinischen Leistungserbringern und stellen die Ergebnisse unserer Analyse vor. Um die Fallbeispiele besser miteinander vergleichen zu können, sind alle Fallbeschreibungen ähnlich gegliedert: Einleitend wird der *Hintergrund* der Kooperation vorgestellt. Im zweiten Abschnitt wird das jeweilige Projekt bzw. die *Kooperation mit den Leistungserbringern des Gesundheitswesens* ausführlich beschrieben und im dritten Abschnitt werden das *Kooperationsergebnis und Einflussfaktoren auf die Kooperation* erläutert. In einigen Fällen haben sich in den Interviews auch Hinweise auf *Einflussfaktoren auf den Zugang zur Zielgruppe* ergeben, die gegebenenfalls in einem vierten Abschnitt dargestellt werden.

5.1 Bonn: Frühe Hilfen Bonn – Das Netzwerk für Vater, Mutter, Kind

Hintergrund

Das Bonner Netzwerk „Frühe Hilfen Bonn – Das Netzwerk für Vater, Mutter, Kind“ besteht seit 2010. Es wurde vom Amt für Kinder, Jugend und Familie der Stadt Bonn initiiert und vom Rat der Stadt beschlossen. Mit dem Aufbau und der Koordination des Netzwerks wurden die beiden zentralen freien Träger der Stadt, der Familienkreis e.V. sowie die Caritas, beauftragt. Beide Träger hatten zuvor schon jeweils ein eigenes, kleineres Netzwerk in diesem Bereich initiiert. Mit dem neuen Netzwerk sollten Parallelstrukturen vermieden, die bestehenden Angebote der beiden Träger im Stadtgebiet gebündelt und ein zentraler Ansprechpartner und Vermittler für alle relevanten Hilfs- und Unterstützungsangebote in der Stadt geschaffen werden.

Bonn (NRW)
<ul style="list-style-type: none">• Kreisfreie Stadt• Einwohner*innen 2018: 327.258• Anteil der Haushalte mit Kindern 2018: 28,0 %• SGB-II-Quote 2018: 11,5 %
Quelle: Wegweiser Kommune 2020

Projektbeschreibung

Jeder der Träger beschäftigt eine*n Koordinator*in für das Netzwerk mit jeweils einer halben Stelle. Im Jahr 2012 wurde das Netzwerk, in dem inzwischen mehr als 50 soziale, Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen organisiert sind, mit Mitteln aus dem Bundeskinderzuschutzgesetz verstetigt.⁴² Die zentralen Netzwerkpartner sind auf kommunaler Seite neben dem Amt für Kinder, Jugend und Familie der Stadt Bonn, in dem das Frühe-Hilfen-Netzwerk angesiedelt ist, die Ärzt*innen und Sozialarbeiter*innen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie das Amt für Soziales und Wohnen und die Stabsstelle Integration. Von der medizinischen Leistungserbringerseite sind im Netzwerk niedergelassene Ärzt*innen, Hebammen, Kinderkrankenschwestern sowie mehrere Bonner Geburtskliniken vertreten. Die Netzwerk-

⁴² Weitere Informationen zu den Frühen Hilfen in Bonn finden sich auf der Webseite <https://www.fruehehilfen-bonn.de/> (Download 3.6.2020).

treffen mit allen Kooperationspartnern finden vier Mal pro Jahr statt, ebenso eine kleinere Koordinierungsgruppe, bestehend aus Vertreter*innen von Caritas, Jugendamt, Gesundheitsamt, weiteren Netzwerkpartnern und den Netzwerkkoordinator*innen. Die Hilfsangebote der Frühen Hilfen in Bonn umfassen unter anderem Hausbesuche durch pädagogische Fachkräfte, den Einsatz von Familienhebammen und ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen sowie die Anbindung von Familien an Fachkräfte aus dem Netzwerk.

Kooperation mit Leistungserbringern des Gesundheitswesens

Das Netzwerk unterhält zahlreiche Kooperationen mit Leistungserbringern des Gesundheitswesens: Seit der Gründung des Netzwerks sind die Koordinator*innen der Frühen Hilfen Bonn Mitglied im interprofessionellen Arbeitskreis Kinder- und Jugendgesundheit der Kommunalen Gesundheitskonferenz des Gesundheitsamtes Bonn. Schon seit vielen Jahren besuchen die Koordinator*innen regelmäßig einmal im Jahr den Qualitätszirkel der Kinder- und Jugendärzt*innen und informieren dort über die Angebote der Frühen Hilfen und neuere Entwicklungen in diesem Bereich. Seit 2019 gibt es einen eigenen, interdisziplinären sozialpädiatrischen Qualitätszirkel, an dem Kinderärzt*innen, Mitarbeiter*innen des Jugendamtes und die Koordinator*innen des Netzwerks teilnehmen. Vier Jahre länger besteht das Projekt „Von Anfang an gemeinsam – Frühe Hilfen im Krankenhaus“, ein Lotsendienst der Frühen Hilfen am Bonner Universitätsklinikum und am St.-Marien-Hospital. Auf den Geburtsstationen der beiden Kliniken ist jeweils eine Familienhebamme eingesetzt, die Eltern in schwierigen Lebenslagen berät und sie gegebenenfalls in Hilfsangebote vermittelt. Zusätzlich gibt es im St.-Marien-Hospital einen Besuchsdienst „Hallo Baby“, bei dem Ehrenamtliche die jungen Familien über bestehende Hilfs- und Unterstützungsangebote informieren. Der Besuchsdienst wurde 2008 von einem der beiden Träger gegründet und wird über das Netzwerk koordiniert. Von niedergelassenen Bonner Pädiater*innen wurde zudem ein Aufkleber entwickelt, der Kontaktdaten der Frühen Hilfen zeigt und von den Entbindungskliniken auf die U-Untersuchungshefte der Neugeborenen geklebt wird, sodass nahezu jede Familie diese Information erhält.

Der Lotsendienst wurde von den Koordinator*innen des Netzwerks initiiert, um noch mehr belastete Familien in den Kliniken erreichen zu können als bislang mit dem ehrenamtlichen Besuchsdienst. Die Koordinierungsstelle hat ein erstes Konzept entwickelt und dieses dann gemeinsam mit der jeweiligen Klinik auf deren Bedarfe und Gegebenheiten angepasst. Dieses wurde dann in Kooperationsvereinbarungen festgehalten. Die Kliniken tragen einen Teil der Personalkosten der Hebammen. Die restlichen Kosten wurden in den ersten drei Jahren von Stiftungen übernommen und seit 2018 von der Stadt Bonn finanziert. Auch die beiden freien Träger übernehmen Teile der Kosten. Die Familienhebammen sind eng in das Frühe-Hilfen-Netzwerk eingebunden und es findet ein regelmäßiger Austausch zwischen den Projektpartnern statt. In Bonn hat die Tätigkeit der Familienhebammen eine lange Tradition, bereits 2008 wurde über das Gesundheitsamt bei einem freien Träger nach politischem Beschluss die Anzahl von zwei teilzeitbeschäftigten Familienhebammen initiiert. Im Laufe der Jahre zeigte sich ein zunehmender Bedarf, sodass eine weitere Personalaufstockung erfolg-

te. Auch diese Familienhebammen, finanziert über das Gesundheitsamt, arbeiten engagiert im Netzwerk mit.

Kooperationsergebnis und Einflussfaktoren auf die Kooperation

Von den Familienhebammen des *Lotsendienstes* werden pro Jahr mehrere hundert Familien erreicht. Die Arbeit der Hebammen hilft nicht nur den Familien, sondern entlastet auch das Klinikpersonal. Dieses stellt bei vielen Familien einen Unterstützungsbedarf fest, hat gleichzeitig aber kaum zeitliche Ressourcen und Wissen über die lokalen Hilfestrukturen. Mehr als 50 Prozent der in einer Evaluation des Projektes befragten Mitarbeiter*innen der Kliniken gaben an, dass sie durch die Arbeit der Familienhebammen in ihrem Arbeitsbereich entlastet werden (Absalon und Kocks 2018). Dies wurde auch in unseren Interviews deutlich:

„[...] da wir eben da diese beiden Stellen⁴³ haben, können wir diese organisatorischen Sachen ganz gut abgeben, sodass wir nicht mehr SO viel mit Jugendämtern telefonieren müssen. Es ist immer noch viel, aber einiges können wir auch abgeben und vor allem diese ganzen Sozialamtssachen Sozialfragen und gerade bei Asylbewerbern, da müssen wir zum Glück deutlich weniger mittlerweile machen.“ (Leistungserbringer_Bonn, Interview 20200219, Pos. 8)

Ein weiterer Gewinn der Arbeit der Familienhebammen und des Netzwerks sind verringerte Liegezeiten von psychosozial belasteten Müttern:

„Und wie gesagt, eine Qualitätsverbesserung. Ganz, ganz entscheidender Punkt: die Aufenthaltsdauern der Patienten verringern sich dadurch. Also wir mussten früher oft eben, weil wir so ungelöste soziale Probleme hatten, sind die länger in der Klinik geblieben, [...] das ist nicht der richtige Ort und das ist sicherlich ein ganz wesentlicher Punkt, der sich da ja eben durch die Netzwerkarbeit verbessert hat.“ (Leistungserbringer_Bonn, Interview 20200219, Pos. 34)

Der Lotsendienst wurde 2019 mit dem Gesundheitspreis Nordrhein-Westfalen ausgezeichnet. Es sind viele Faktoren, die zum Gelingen der Kooperation im Rahmen des Lotsendienstes beitragen. Durch den ehrenamtlichen Besuchsdienst bestand schon ein Kontakt der Koordinator*innen in eine Geburtsklinik. Damit konnte auf Vorerfahrung in der Kooperation zurückgegriffen werden. Außerdem sind die Krankenhäuser mit mehreren Personen im Netzwerk vertreten. Dies ist auf die gute Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt zurückzuführen: Es vermittelt den Kontakt zu den Kliniken im Rahmen der Arbeit der Kommunalen Gesundheitskonferenz sowie durch persönliche Ansprache und stellt dadurch gewissermaßen einen Türöffner für das Netzwerk dar. Darüber hinaus entstehen auch direkte Kontakte zu Verantwortlichen des Gesundheitswesens durch die Netzwerkteilnehmer*innen in den Arbeitsgruppen der Kommunalen Gesundheitskonferenz. So existiert der Arbeitskreis Kinder- und Jugendgesundheit, der dem interprofessionellen Austausch dient, bereits seit 2004. Auch zu den *niedergelassenen Kinderärzt*innen* unterhält das Netzwerk gute Kontakte. In den Interviews hat sich gezeigt, dass die Zusammenarbeit gut funktioniert, wenn die

⁴³ In der Klinik gibt es neben der Familienhebamme noch eine Mitarbeiterin eines anderen freien Trägers, die sich um kranke Kinder kümmert.

Ärzt*innen erkennen, wie hilfreich das Netzwerk für ihre tägliche Arbeit ist. Hierfür ist zum einen eine stetige Aufklärungsarbeit notwendig, welche die Koordinator*innen in Bonn durch zum Beispiel ihre regelmäßigen Besuche im Qualitätszirkel der Kinder- und Jugendärzt*innen leisten:

„Ich glaube man kann es nicht an irgendeinem ganz konkreten Ereignis festmachen, sondern eigentlich an dem permanenten Bearbeiten der Netzwerkkordinatorinnen in die Richtung. Also die haben da nie aufgegeben, die haben da auch zunehmend die guten Verbindungen zu Kliniken auch dafür genutzt und die ein bis zwei Kinderärzte, die von Beginn an oder relativ früh dazu gestoßen sind, haben ja auch dann festgestellt: Das ist eine gute Art der Zusammenarbeit und das kann hilfreich sein und haben das in ihren Zirkel gespielt und darüber hat man glaube ich, durch permanentes Bohren, hat man da eine Offenheit geschaffen so und jetzt sind wir da mit im Boot und müssen gucken, dass wir auch dranbleiben.“ (Jugendamt_Bonn, Interview 20200219, Pos. 72)

Zum anderen bieten sie den Ärzt*innen eine zentrale Anlaufstelle, an die sich bei hilfebedürftigen Familien wenden können bzw. an die sie die Familien verweisen können:

„[...] weil das ist ja das Problem bei uns im Alltag, dass es schnell gehen muss. Also wir können nicht erstmal zehn Seiten durchblättern und gucken, wer ist jetzt der richtige Ansprechpartner für das Problem der Familie, sondern es ist wichtig, dass wir eine zentrale Stelle haben und uns da hinwenden können und dass das dann gegebenenfalls auch weitergeleitet wird.“ (Leistungserbringer_Bonn, Interview 20200219, Pos. 24)

Für die Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern des Gesundheitswesens und die interprofessionelle Netzwerkarbeit allgemein ist es zudem hilfreich, dass die*der Koordinator*in die notwendige Offenheit für die verschiedenen Systemlogiken mitbringt. Da sie*er weder einseitig einer Verwaltungslogik noch einer medizinischen Versorgungslogik folgt, kann sie*er zwischen den Professionen vermitteln. Diese Vermittlung findet vor allem in den großen Netzwerktreffen statt, die sehr partizipativ organisiert sind und viel Freiraum für allseitigen Input bieten. Gleichzeitig finden diese Treffen an regelmäßig wechselnden Standorten statt, damit sich die Beteiligten aus unterschiedlichen Professionen ein Bild über die Verhältnisse bei den Kooperationspartnern vor Ort machen können. Obwohl die Teilnehmer*innen zu Beginn teilweise stark variierende berufliche Problemverständnisse und Zielvorstellungen hatten, konnten sie sich durch das partizipative Format des Austauschs auf eine gemeinsame Vorgehensweise und gemeinsame Ziele verständigen:

„[...] wenn wir im medizinischen Bereich ein Problem haben, muss ja immer relativ schnell eine Lösung her und man spricht sich dann noch mit anderen ab, aber eigentlich ist es ein knapperer Entscheidungsprozess und ich bin jetzt einfach durch diese Netzwerkarbeit im Allgemeinen schon gewohnt, dass bestimmte Sachen länger dauern oder gut vorbereitet sein müssen. Aber die Gründung von diesem Netzwerk war wirklich ambitioniert, weil wirklich sehr viel von Anfang an partizipativ entwickelt wurde und dann haben sie manchmal

ganz, ganz lange Diskussionen um einen Begriff [...].“ (Gesundheitsamt_Bonn, Interview 20200203, Pos. 46).

Die Verständigung auf Netzwerkziele und auf gemeinsame Regeln der Zusammenarbeit hat die Zusammenarbeit gefördert:

„Doch, doch. Halte ich für ganz wichtig eigentlich aus zwei Gründen. A, dass man das ziemlich aus den Augen verliert, wenn man keins hat [...] und vor allem wenn man Ziele gemeinsam entwickelt und auch für sich dann festlegt hab ich erlebt, dass bei der Zielfestlegung nochmal deutlich wird, dass teilweise die unterschiedlichen Professionen ursprünglich unterschiedliche Vorstellungen hatten oder unterschiedliche Sachen im Kopf und wenn man es wirklich versucht konkret als Ziel zu definieren, dann muss man auch über alle Kleinigkeiten ganz genau im Vorfeld sprechen und dann weiß man auch wirklich, was damit gemeint ist. Dann wissen ALLE was damit gemeint ist und in welche Richtung es gehen soll. Also es hilft glaube ich allen gerade wegen den unterschiedlichen Brillen, die man auf hat, dass man wirklich auch weiß, wir sprechen gerade vom Gleichen und meinen das damit und da soll es hingehen, also das halte ich schon für wichtig.“ (Jugendamt_Bonn, Interview 20200219, Pos. 38)

Nicht zuletzt lässt sich die erfolgreiche Kooperation mit dem Gesundheitswesen auch auf die Qualifikation und das langfristige und nachhaltige Engagement der Netzwerkkoordinator*innen zurückführen.

5.2 Havelland: Netzwerk Gesunde Kinder

Hintergrund

Seit 2006 gibt es im Land Brandenburg das „Netzwerk Gesunde Kinder“.⁴⁴ Es wurde gegründet, um Familien in den ersten Lebensjahren der Kinder zu begleiten und die Kompetenzen der Eltern in ihrer neuen Lebenssituation zu stärken. So soll ein gesundes Aufwachsen der Kinder möglichst werden. Um dies zu tun, kooperiert das Netzwerk mit verschiedenen Akteuren und setzt Elternbildungsmaßnahmen um. Ein

Landkreis Havelland (BB)

- Einwohner*innen 2018: 161.909
 - Anteil der Haushalte mit Kindern 2018: 30,9 %
 - SGB-II-Quote 2018: 7,3 %
- Quelle: Wegweiser Kommune 2020-

zentrales Angebot des Netzwerks sind die ehrenamtlichen Familienpat*innen. Diese besuchen und beraten kostenlos Familien mit Kindern zwischen null und drei Jahren. Das Netzwerk hat 21 Regionalnetzwerke, die an verschiedenen Standorten des Landes Brandenburg ansässig sind, darunter auch der Landkreis Havelland.

⁴⁴ Weitere Informationen zum Netzwerk Gesunde Kinder finden sich auf der Webseite des Netzwerks: <https://www.netzwerk-gesunde-kinder.de/netzwerkstruktur/> (Download 7.5.2020).

Projektbeschreibung

Das Havelländische Netzwerk Gesunde Kinder ist ein Angebot für alle Familien mit Wohnsitz im Havelland. Herzstück des Angebots sind auch hier die ehrenamtlichen Familienpat*innen. Im Unterschied zu den anderen Regionalnetzwerken werden diese im Havelland Familienlots*innen genannt, da es sich bei den Ehrenamtlichen überwiegend um Fachkräfte (Hebammen, Erzieher*innen, Pflegekräfte u. a.) handelt, die die Familien in ihrer Freizeit betreuen und deren Angebot damit über das von Familienpat*innen hinausgeht. Sie besuchen Familien mit neugeborenen Kindern auf deren Wunsch über die ersten drei Lebensjahre des Kindes hinweg regelmäßig zu Hause. Bei ihren Besuchen unterstützen die Ehrenamtlichen die Familien, indem sie zuhören, ihre eigenen Erfahrungen teilen, Anregungen für die gesunde Entwicklung des Kindes geben und auf Familienangebote in der Nähe hinweisen. Zu den weiteren Angeboten des Havelländischen Netzwerks Gesunde Kinder gehören u. a. ein Schwangerenfrühstück, das in den Kliniken in Nauen und Rathenow stattfindet, und eine Hebammen-Sprechstunde in der Klinik in Nauen und im Gesundheits- und Familienzentrum Premnitz.

Das Havelländische Regionalnetzwerk ist im Jahr 2006 als eines von drei Pilotprojekten der Landesinitiative „Netzwerk Gesunde Kinder“ gestartet. Der Landkreis und die Havelland Kliniken GmbH – eine medizinische Unternehmensgruppe in Trägerschaft des Landkreises – erarbeiteten damals gemeinsam das Konzept und übernahmen auch gemeinsam die Trägerschaft. Nach Ende der Pilotphase 2009 wurde das Netzwerk verstetigt. Finanziert wird es aus Mitteln des Landes Brandenburg, des Landkreises Havelland und der Havelland Kliniken GmbH.

Das Netzwerk beschäftigt eine*n Netzwerkkoordinator*in in Vollzeit. Sie*er ist bei der Havelland Kliniken GmbH angestellt und für die Organisation und Moderation des Netzwerks zuständig. Die Projektleitung haben die Geschäftsführung der Havelland Kliniken GmbH und der Landrat des Landkreises Havelland gemeinsam inne. Mit dem Landkreis als Träger sind auch die anderen Ämter des Landkreises wie das Jugendamt und das Sozialamt zentral im Netzwerk beteiligt. Die jeweiligen Amtsleiter*innen sind Mitglied in der Lenkungsgruppe, in der auch die*der Koordinator*in des Netzwerks, die Chefärzt*innen der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, die*der Verwaltungsdirektor*in sowie Hebammen der Havelland Kliniken vertreten sind. Die Lenkungsgruppe tagt einmal im Jahr und trifft v. a. strategische Entscheidungen zur Weiterentwicklung des Netzwerks. Operative Entscheidungen werden von der*dem Netzwerkkoordinator*in und den Projektleiter*innen getroffen, die sich hierfür ca. alle zwei Monate treffen.

Die*der Netzwerkkoordinator*in des Havelländischen Netzwerks Gesunde Kinder arbeitet eng mit der*dem Koordinator*in des Netzwerks Frühe Hilfen/Kinderschutz, das im Jugendamt angesiedelt ist, zusammen. Eine enge Zusammenarbeit besteht auch mit der Schwangerenberatungsstelle, die beim Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes angesiedelt ist.

Kooperationsergebnis und Einflussfaktoren auf die Kooperation

Die Zusammenarbeit im Netzwerk Gesunde Kinder im Havelland wird von allen von uns interviewten Beteiligten sehr positiv bewertet. Das Netzwerk profitiert von der dualen Trägerschaft aus Landkreis und Klinik, einer transparenten Netzwerkstruktur, in der operativ alle Fäden bei der Koordinierungsstelle zusammenlaufen, und von klar geregelten Abläufen des Kooperationsprozesses, die die Verantwortlichkeiten jedes Netzwerkpartners festlegen.

Durch die duale Trägerschaft kann das Netzwerk auf bereits bestehende Kontakte und Kommunikationswege der beiden Träger zurückgreifen. Die Einbindung des medizinischen Personals in den Kliniken wird auf diese Weise deutlich vereinfacht. Da zur Havelland Kliniken GmbH auch Facharztpraxen gehören, reduzieren sich zudem auch die Kommunikationshürden zwischen den medizinischen Leistungserbringern und der Netzwerkkoordination. Die Koordinierungsstelle wird von den von uns befragten Personen als zentraler Faktor des Havelländischen Netzwerks betrachtet, da ihr Aufgabenspektrum breit gefächert ist. Hier laufen erstens alle relevanten und datenschutzkonformen Informationen der Schwangerenberatung, der Ärzt*innen in den Kliniken sowie der Familienlots*innen zusammen. Zweitens ist die Koordinierungsstelle für die Präsentation des Netzwerks nach außen und den Transfer von Wissen in die Netzwerke anderer Landkreise verantwortlich. Drittens übernimmt sie die Beziehungsarbeit des Netzwerks: Sie bindet neue Akteure in das Netzwerk ein, zum Beispiel bei Personalwechsel, und hält Kontakt zu den Mitgliedern des Netzwerks. Vorteilhaft ist dabei die konstante Besetzung der Koordinierungsstelle fast von Beginn des Netzwerks an. Durch den häufigen persönlichen Austausch auf formeller und informeller Ebene „wird [man] irgendwie dann doch zum Gesicht des Netzwerks“ (Interview_1_Havelland, 20200420, Pos. 68), was eine gute Vertrauensbasis schafft.

Die Abläufe des Kooperationsprozesses sind klar geregelt: Der Erstkontakt zu den Familien findet zumeist in den Geburtskliniken oder der Schwangerenberatungsstelle statt. In den Geburtskliniken werden die Frauen routinemäßig von den Ärzt*innen nach der Geburt gefragt, ob sie Interesse an einer freiwilligen Teilnahme an Angeboten des Netzwerks haben. Bei Interesse werden die Netzwerkmitarbeiter*innen informiert, die die Frauen dann noch in der Geburtsklinik besuchen und sie über die Angebote des Netzwerks informieren. Damit entsteht in der Klinik ein geringer Mehraufwand bei gleichzeitig großem Mehrwert, denn so werden nahezu alle Frauen bzw. Familien erreicht.

Im Laufe der Zeit hat sich ein weiterer Kommunikationsweg als sehr gewinnbringend erwiesen: Auf Initiative der Schwangerenberater*in wurde der Austausch von Informationen zwischen der Beratungsstelle und der*dem verantwortlichen Chefärzt*in der Kinderklinik intensiviert. Bei entsprechendem Bedarf und erfolgter Schweigepflichtentbindung informiert die*der Berater*in die*den Chefärzt*in über den Einzelfall, sodass dort schneller und zielgerichteter auf die Bedürfnisse der Familie eingegangen werden kann.

Während die Kooperation zwischen Landkreis und Kliniken sehr gut funktioniert, erweist sich die Einbindung der niedergelassenen Ärzt*innen in das Netzwerk als schwierig. Der Kontakt zu den niedergelassenen Pädiater*innen wird von einer*einem unserer Inter-

viewpartner*innen als schwierig bezeichnet. Als mögliche Ursache wurde der Ärztemangel im ländlichen Raum angeführt, der die Anzahl der Patient*innen pro Ärzt*in erhöht und damit zu weniger zeitlichen Ressourcen führt. Mögliche Ursache könnte laut Aussage einer*ines Interviewpartner*in auch der professionelle Unterschied zwischen den Beteiligten sein, da die Mitarbeiter*innen der Beratungsstelle und die*der Koordinator*in keine Mediziner*innen sind, sondern Pädagog*innen.

Einflussfaktoren auf den Zugang zur Zielgruppe

Der Zugang zu Familien hat sich im Havelland durch das Netzwerk Gesunde Kinder erheblich verbessert, was sich an den steigenden Teilnehmer*innenzahlen ablesen lässt. Der verbesserte Zugang sowie die positive Erkenntnis, dass sich immer mehr Familien von sich aus für die Angebote des Netzwerks interessieren, können u. a. auf folgende Faktoren zurückgeführt werden: Die Teilnahme am Netzwerk beruht auf Freiwilligkeit. Die Familien haben die Wahl, welche Hilfs- und Beratungsangebote sie wahrnehmen und welche nicht. Ein zweiter Faktor ist die Ansprache der Familien über mehrere Kanäle: die Klinik, die im Gesundheitsamt ansässige Schwangerenberatung und die ebenfalls vom Gesundheitsamt organisierten und durchgeführten Neugeborenenbesuche im Rahmen der Frühen Hilfen. Möglicherweise gelingt die Ansprache auch, so vermutet eine*r unserer Interviewpartner*innen, weil bei keinem der eben genannten Zugänge das Jugendamt involviert ist. Manche Familien verbinden mit dem Jugendamt hauptsächlich Aufsichtsfunktionen und haben oftmals eine eher abneigende Haltung diesem gegenüber.

5.3 Herten: Frühe Hilfen auf Rezept

Hintergrund

Das Projekt „Frühe Hilfen auf Rezept“ ist Teil des Netzwerks „Frühe Hilfen und Kinderschutz“ in Herten. Das Netzwerk wurde im Jahr 2012 nach Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes (BKisSchG) initiiert. Aufgrund der relativ geringen Größe von Herten und der daraus resultierenden häufigen Überlappung von Zuständigkeiten wurde entschieden, die Frühen Hilfen und den Kinderschutz in einem gemeinsamen Netzwerk zu organisieren. Für die Koordinierung

Herten (NRW)
<ul style="list-style-type: none">• Kreisangehörige Stadt (Kreis Recklinghausen)• Einwohner*innen 2018: 61.791• Anteil der Haushalte mit Kindern 2018: 27,9%• SGB-II-Quote 2018: 16,7 %
Quelle: Wegweiser Kommune 2020

des Netzwerks wurde eine neue, volle Stelle beim Jugendamt eingerichtet. Das Netzwerk ist per Ratsbeschluss verankert und verfügt neben der Förderung im Rahmen des Bundeskinderschutzgesetzes über ein eigenes Budget. Im Netzwerk kooperieren zurzeit 104 Personen aus 72 verschiedenen familienbezogenen Einrichtungen und Institutionen aus Herten und dem Kreis Recklinghausen.

Projektbeschreibung

Ziel des Projektes „Frühe Hilfen auf Rezept“ ist es, die Überleitung aus dem Gesundheitswesen in die Frühen Hilfen zu verbessern. Es beruht auf dem Konzept des grünen Rezepts, das sonst von Ärzt*innen als Empfehlung für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel ausgestellt wird. Bei den Frühen Hilfen auf Rezept verwenden die kooperierenden Ärzt*innen das grüne Rezept, um eine Kontaktaufnahme mit den Frühen Hilfen zu empfehlen, wenn sie bei Familien einen über die medizinische Versorgung hinausgehenden Unterstützungsbedarf feststellen. Zusätzlich zum Rezept erhalten die Eltern in Herten eine Infokarte, die Kontaktdaten von drei Ansprechpersonen der Frühen Hilfen (eine Kinderkrankenschwester vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Kreises Recklinghausen, das Familienbüro Herten und die*der Netzwerkkoordinator*in) enthält und eine kurze Übersicht über deren Tätigkeiten gibt. Zudem werden die Eltern mit der Infokarte aufgefordert, einen kostenlosen Termin zu vereinbaren.

Das grüne Rezept wird auch in anderen Kommunen im Rahmen der Frühen Hilfen eingesetzt. Die*der Netzwerkkoordinator*in wurde bei einem Vernetzungstreffen darauf aufmerksam und stellte das Projekt daraufhin in einer Netzwerkkonferenz Ende 2016 in Herten vor. Die zwei im Netzwerk beteiligten Ärzt*innen (Pädiater*in, Hausärzt*in mit pädiatrischer Versorgung) erklärten sich dort bereit, am Projekt mitzuwirken. Im Austausch mit beiden Ärzt*innen entstand daraufhin die Idee, eine Infokarte zusammen mit dem grünen Rezept auszuhändigen, damit die Ärzt*innen auf dieses verweisen können und somit weniger Hintergrundinformationen geben müssen. In der Folge wurden 2017 alle Arztpraxen in Herten von der*dem Koordinator*in angeschrieben, über das Projekt informiert und zur Teilnahme aufgefordert.

Kooperationsergebnis und Einflussfaktoren auf die Kooperation

Die Zusammenarbeit mit den beiden Ärzt*innen wird von der*dem Netzwerkkoordinator*in positiv bewertet. Durch die Zusammenarbeit im Projekt hat sich auch die Kooperation in anderen Bereichen (z. B. Kinderschutz) und im Netzwerk verbessert und es ist ein weiteres gemeinsames Projekt entstanden. Die*der Koordinator*in und die kooperierenden Ärzt*innen kannten sich schon aus dem Netzwerk, d. h. es bestand schon vor Projektbeginn ein persönlicher Kontakt. Durch den persönlichen Kontakt hat die*der Koordinator*in die Probleme und die Sichtweise der Ärzteseite kennengelernt und konnte dies bei der Ausgestaltung des Projektes berücksichtigen. Als Grund für die Beteiligung am Projekt gibt die*der von uns interviewte Ärzt*in die gewandelten ärztlichen Aufgaben an:

„Früher war ja das rein medizinisch nach dem Motto: Das Kind hat Schnupfen, das Kind hat eine kaputte Hüfte oder irgendwas. Und jetzt geht es ja mehr [...] in Richtung vorbeugend gesehen: Wie kann man verhindern, dass hier später eventuell eine Kindeswohlgefährdung oder eine Entwicklungsstörung oder so was vorliegt? Wie kann man da früh eingreifen noch in den ersten Lebensmonaten oder ersten Jahren? Wie kann man auch Familien im sozialen Bereich eventuell helfen und nicht nur durch Verschreiben einer Pille?“ (Interview_2_Herten, 20191206, Pos. 34)

Außerdem vereinfache das grüne Rezept die Arbeit der Ärzt*innen, weil sie selbst keinen Überblick über die Unterstützungsangebote für Kinder und Familien haben müssen, sondern an eine Ansprechperson verweisen können:

„Wenn ich zum Beispiel hingehge und Sie kommen zu mir mit Rückenschmerzen, dann sag ich: ‚Ok, Sie gehen zum Orthopäden oder Sie gehen [...] mit Schnupfen zum Hals-Nasen-Ohren-Arzt [...]‘. Bei den Frühen Hilfen ist es sehr schwierig dann zu sagen ‚Wenden Sie sich an die Stelle oder an die Stelle oder an die‘, sondern es gibt eher die Möglichkeit, [...] dass wir diese Unterordnung in verschiedene Bereiche abgeben und sagen: ‚Wir füllen einfach ein grünes Rezept aus‘.“ (Interview_2_Herten, 20191206, Pos. 18)

Durch die bereits bestehende Zusammenarbeit im Rahmen des Netzwerks „Frühe Hilfen und Kinderschutz“ konnte ein geteiltes Verständnis entwickelt werden. Dass Familien durch die Kooperation Zugang zu den Frühen Hilfen finden, wirkt sich positiv auf das Projekt aus: Die*der Netzwerkkoordinator*in schöpft daraus Motivation für ihre*seine Arbeit und die Ärzt*innen sehen, dass sich ihr Engagement lohnt. Allerdings erschweren datenschutzrechtliche Vorgaben und das begrenzte Zeitbudget der beiden Ärzt*innen den regelmäßigen Austausch. Dieser wäre jedoch notwendig, um bei ihnen die Möglichkeit der „Überweisung“ in die Frühen Hilfen präsent zu halten, denn selbst bei diesen engagierten Ärzt*innen gerät die Möglichkeit, Familien per Rezept an die Frühen Hilfen zu verweisen, im Arbeitsalltag oftmals in Vergessenheit. Die anderen Ärzt*innen in Herten nutzen das grüne Rezept für die Frühen Hilfen kaum bis gar nicht. Die*der Netzwerkkoordinator*in erklärt dies damit, dass es nicht gelingt, den Ärzt*innen den Mehrwert der Zusammenarbeit näherzubringen.

Einflussfaktoren auf den Zugang zur Zielgruppe

Mit den Frühen Hilfen auf Rezept werden belastete Familien erreicht, die sonst vermutlich keinen Zugang zu den Frühen Hilfen gefunden hätten. Zum einen gelingt dies, weil die Familien den Empfehlungen der Ärzt*innen aufgrund deren Autorität zumeist Folge leisten:

„[...] und das hab ich unterschätzt, was diese Autorität Arzt, was das wirklich bedeutet für die Familien, wenn ein Arzt etwas sagt.“ (Koordinator*in_Herten, Interview 20191203, Pos. 81)

Zum anderen wird mit dem grünen Rezept laut Aussage unserer Interviewpartner*innen eine größere Verbindlichkeit erzielt als bei einer rein mündlichen Empfehlung. Ein weiterer Vorteil aus Sicht einer*eines unserer Interviewpartner*innen ist die Freiwilligkeit des Angebots:

„[...] weil letztendlich auch das Schöne daran ist, der Patient kann selber in sich gehen, kann entscheiden, ob er es annimmt.“ (Interview_2_Herten, 20191206, Pos. 28)

Ein möglicher Hinderungsgrund, das Rezept einzulösen, könnte die Nennung des Jugendamtes auf dem Infolyer sein. Viele Familien verbinden mit dem Jugendamt laut Aussage der interviewten Expert*innen immer noch ausschließlich Kindeswohlgefährdung und scheuen

deshalb den Kontakt aus Angst vor einem potenziellen Kindesentzug. Eine*r der Interviewpartner*innen sieht einen Hinderungsgrund für die Einlösung des Rezepts auch darin, dass die Interventionsnotwendigkeit bei Verhaltens- und Sozialauffälligkeiten in der Bevölkerung noch nicht anerkannt bzw. mit einem Stigma verbunden ist.

Aussagen über den Erfolg des Projektes sind schwierig zu treffen, weil nicht immer nachvollziehbar ist, welche Familien aufgrund des Rezepts die Beratung der Frühen Hilfen aufsuchen. Familien, die ein Rezept erhalten haben und dann die Hilfe nicht in Anspruch nehmen, können aufgrund datenschutzrechtlicher Hürden nicht erfasst werden, weil ein Datenaustausch zwischen Ärzt*innen und Frühen Hilfen nur mit Zustimmung der Eltern möglich ist. Dies erfordert jedoch auf ärztlicher Seite einen größeren Aufwand und kann von den Familien zudem als Verpflichtung zur „Einlösung“ des Rezepts wahrgenommen werden.

5.4 Stadt und Landkreis Kassel: Netzwerk „Gelingendes Aufwachsen in Kassel – Netzwerk Frühe Hilfen und Willkommen von Anfang an“ und Netzwerk Frühe Hilfen im Landkreis Kassel

Hintergrund

In der Stadt Kassel wurde bereits 2007 eine integrierte Präventionsstrategie initiiert. Anlass für das Präventionsangebot „Willkommen von Anfang an – Gesunde Kinder in Kassel“ (WvAa)⁴⁵ war ein Fall von Kindesmisshandlung mit Todesfolge im Jahr 2006. In dessen Folge beauftragte die Stadtverordnetenversammlung das Gesundheits- und das Jugendamt, ein präventives Angebot zur Unterstützung von Eltern zu entwickeln.

Kassel (HE)
• Kreisfreie Stadt
• Einwohner*innen 2018: 201.585
• Anteil der Haushalte mit Kindern 2018: 22,0 %
• SGB-II-Quote 2018: 15,0 %
Quelle: Wegweiser Kommune 2020-

Projektbeschreibung

Ziel des Projektes in der **Stadt Kassel** ist es, Eltern möglichst frühzeitig zu informieren und in ihrer neuen Lebenssituation zu begleiten und zu unterstützen. Hierzu wird den Schwangeren von den Gynäkologiepraxen bzw. Hebammen ein umfangreicher Ordner mit Informationsmaterialien zur Schwangerschaft und zum ersten Lebensjahr des Kindes überreicht. Zudem erfolgt – nach Zustimmung der Eltern – ein Begrüßungsbesuch bei allen Eltern mit erstgeborenem Kind durch Mitarbeiter*innen des Gesundheitsamtes. WvAa vermittelt bei Bedarf außerdem Familienhebammen und Familien-, Gesundheits- bzw. Kinderkrankenpfleger*innen. Außerdem wird eine Sprechstunde für Eltern angeboten und Fachkräfte können sich beraten lassen, wenn sie Familien in weitere Hilfen vermitteln wollen. Die Grundlage für

⁴⁵ Weitere Informationen zu „Willkommen von Anfang an“ finden sich auf der Webseite der Stadt Kassel https://www.kassel.de/buerger/gesundheit/kinder_und_jugendgesundheit/willkommen-von-anfang-an.php (Download 15.6.2020).

die Arbeit bildet ein breites Netzwerk an GFP- und kinderschutzrelevanten Akteuren, das über die Jahre auf- und ausgebaut wurde. Das Netzwerk hat feste Strukturen mit mehreren regelmäßigen Treffen im Jahr. Angesiedelt wurde das Projekt im Gesundheitsamt, weil man sich so erhoffte, eine höhere Akzeptanz der Maßnahmen bei den Eltern zu erreichen. Finanziert wird es von der Stadt Kassel.

Mit der Einführung der Frühen Hilfen 2012 wurden eine Koordinierungsstelle und entsprechende Steuerungsstrukturen der Frühen Hilfen im Jugendamt geschaffen. Da WvAa bereits vor Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes bestand, konnte es nicht über die Frühen Hilfen gefördert werden, wurde jedoch als bestehendes Netzwerk in die Frühe-Hilfen-Strukturen integriert. Da sich eine intensive Zusammenarbeit zwischen Frühe Hilfen und WvAa entwickelte, wurden beide Netzwerke unter dem Titel „Gelingendes Aufwachsen in Kassel – Netzwerk Frühe Hilfen und Willkommen von Anfang an“ kürzlich zusammengeführt. Das Netzwerk in Kassel ist eingebettet in eine lebensphasenübergreifende Präventionskette, die u. a. auch die Lebenswelten Kita, Schule und Quartiere umfasst.

Im **Landkreis Kassel** sind die Frühen Hilfen ebenfalls beim Jugendamt angesiedelt. Insgesamt gibt es im Landkreis fünf Frühe-Hilfen-Netzwerke, die von einer* einem Koordinator*in organisiert werden. Diese bieten ein umfassendes Beratungs- und Unterstützungsangebot für werdende Eltern und für Familien mit Kindern bis zum dritten Lebensjahr und vermitteln bei Bedarf Familienhebammen und Kinderkrankenpfleger*innen an diese Familien.

Kooperation mit Leistungserbringern des Gesundheitswesens

Bei der Kooperation mit den Leistungserbringern des Gesundheitswesens arbeiten die Koordinator*innen der Frühen Hilfen der Stadt Kassel und des Landkreises Kassel eng zusammen. Auch das Gesundheitsamt ist sowohl für die Stadt als auch für den Landkreis zuständig. Unsere Beschreibung der Zusammenarbeit von Kommune und Leistungserbringern des Gesundheitswesens bezieht sich deshalb im Folgenden, wenn nicht anders angegeben, auf die gesamte Region Kassel.

Die Zusammenarbeit mit Leistungserbringern des Gesundheitswesens zeichnet sich in der Region Kassel durch eine Vielfalt an unterschiedlichen Kooperationsformen und Leistungserbringern aus. Wir konzentrieren uns im Folgenden auf die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzt*innen, da diese in der Region Kassel sehr gut funktioniert, und auf die Zusammenarbeit mit Medizinischen Fachangestellten (MFA), weil die Region Kassel hier eine Vorreiterrolle einnimmt.

*Niedergelassene Ärzt*innen* aller relevanten Fachrichtungen sind in der Stadt Kassel sowohl im Steuerungskreis der Frühen Hilfen als auch bei den Netzwerktreffen vertreten. Im Landkreis Kassel sind sie Teil der Netzwerke. Dort bringen sie sich aktiv ein, zum Beispiel bei der (Weiter)Entwicklung von Unterstützungsstrukturen. Viele niedergelassene Ärzt*innen nehmen an Informations- und Vernetzungsveranstaltungen teil. In der Stadt Kassel verteilen zudem fast alle gynäkologischen Praxen den Informationsordner „Willkommen von Anfang an“ an die Schwangeren. Diese strukturelle Zusammenarbeit wirkt sich auf die fallbezogene Zusammenarbeit aus: Kinder- und Frauenärzt*innen verweisen Familien mit Unterstüt-

zungsbedarf häufig an die Frühen Hilfen bzw. lassen sich von diesen oder von WvAa über Unterstützungsmöglichkeiten in Einzelfällen beraten.

Schon seit mehreren Jahren bietet das Gesundheitsamt regelmäßig Fortbildungen für *MFA aus Kinder- und Frauenarztpraxen* zu unterschiedlichen gesundheitlichen Themen an. Seit ein paar Jahren werden die Fortbildungen gemeinsam für MFA aus pädiatrischen Praxen und Kita-Leitungen durchgeführt. Die Koordinator*innen der Frühen Hilfen von Stadt und Landkreis Kassel entwickelten zusätzlich eine vierteilige Fortbildungsreihe für MFA und andere medizinische Fachkräfte aus gynäkologischen, pädiatrischen und im Landkreis Kassel auch hausärztlichen⁴⁶ Praxen mit dem Ziel, die Teilnehmer*innen als Lots*innen in den Frühen Hilfen auszubilden. Die Fortbildung umfasst Informationen zu den Frühen Hilfen, zum Kinderschutz sowie Übungen zur Gesprächsführung mit den Familien. Geplant ist, die MFA, die an der Fortbildung teilgenommen haben, in der Folge zweimal jährlich zu einem Netzwerktreffen einzuladen. MFA verbringen in der Regel mehr Zeit mit den Familien als Ärzt*innen und „die kriegen einfach mehr mit, weil man sich auch gegenüber der MFA anders verhält als Elternteil“ (Koordinator*in_1_Kassel, Interview 20200302, Pos. 128). Damit können sie oftmals einen Bedarf bei Familien erkennen, der den Ärzt*innen verborgen geblieben wäre. Die Fortbildung sensibilisiert nicht nur die teilnehmenden MFA, sondern, so die Hoffnung, erreicht über die MFA auch die Ärzt*innen.

Kooperationsergebnis und Einflussfaktoren auf die Kooperation

Die gute Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzt*innen in Stadt und Landkreis Kassel lässt sich auf mehrere Faktoren zurückführen. Erstens erfolgt die Kommunikation mit den Ärzt*innen schwerpunktmäßig über die Obleute⁴⁷ und delegierte Fachvertreter*innen der jeweiligen Fachrichtung (z. B. der Kinder- und Jugendärzt*innen). Diese fungieren dabei als Multiplikator*innen in die Ärzteschaft hinein, was für die kommunalen Koordinator*innen den Vorteil hat, nicht jede*n Praxisinhaber*in einzeln kontaktieren zu müssen. Zudem können sie so vom Vertrauen der Ärzteschaft in ihre Obleute profitieren: Denn geben Obleute Informationen an ihre niedergelassenen Kolleg*innen weiter, so kann man davon ausgehen, dass diese zur Kenntnis genommen werden. Die Obleute und ärztlichen Fachvertreter*innen können ihrerseits wiederum Bedarfe der Ärzteschaft gebündelt ins Netzwerk einbringen. Als praktizierende Ärzt*innen können sie zudem gut einschätzen, ob neue Angebote oder Maßnahmen der Frühen Hilfen auch praktisch umsetzbar sind. In der Stadt Kassel trifft sich das Team von WvAa seit 2009 regelmäßig ein- bis zweimal im Jahr sowohl mit den Obleuten der Gynäkolog*innen als auch der Kinder- und Jugendärzt*innen, um sich mit ihnen fachlich auszutauschen, Stolpersteine und Verbesserungsmöglichkeiten zu besprechen und neue Möglichkeiten der Zusammenarbeit zu diskutieren. Zweitens werden die Mediziner*innen frühzeitig in die Entwicklung von Angeboten einbezogen. So wurden zum Beispiel die Frauen- und Kinderärzt*innen bei der Entwicklung des WvAa Konzepts beteiligt und sind auch weiterhin in die regelmäßige Aktualisierung der WvAa-Ordner eingebunden. Drittens ist man

⁴⁶ Im Landkreis Kassel werden auch MFA aus hausärztlichen Praxen eingeladen, weil dort die pädiatrische Versorgung häufig von Hausärzt*innen übernommen wird.

⁴⁷ Obleute sind die gewählten lokalen Vertreter*innen der Fachärzt*innen.

sich in Stadt und Landkreis Kassel der Hürden, die einer Zusammenarbeit entgegenstehen, wie zum Beispiel geringe Zeitressourcen der Ärzt*innen, bewusst, und schaut deshalb, wie „[...] man es den Niedergelassenen erleichtern [kann,] mitzuarbeiten“ (Gesundheitsamt_Kassel, Interview 20200302, Pos. 52). So wurde zum Beispiel von den Koordinator*innen der Frühen Hilfen ein eigenes Format des Austauschs entwickelt: ein runder Tisch am frühen Abend, begrenzt auf eine Stunde mit vorher klar festgelegten Themen. Mit diesem Format passen die Koordinator*innen ihre Arbeit auch an die Arbeitsweise der Mediziner*innen an:

„[...] also praktisch gesehen, wenn ich ein Angebot mache für Pädagogen, dann muss ich viel Zeit lassen für Austausch. Mach ich ein Angebot für das Gesundheitswesen muss das zack zack zügig Informationsvermittlung sein, sonst finden die das doof. [...] Deswegen passen wir das ja jetzt an, jetzt machen wir auch zack zack.“ (Koordinator*in_2_Kassel, Interview 20200302, Pos. 158 u. 164)

Viertens verwenden die Koordinator*innen viel Zeit und Engagement darauf, die Angebote der Frühen Hilfen bei den medizinischen Leistungserbringern bekannt zu machen:

„[...] haben wir die Erfahrung gemacht, dass es einfach ein jahrelanges Klinkenputzen [ist]. Also wir waren in sehr sehr vielen Qualitätszirkeln, wo wir uns selber sozusagen eingeladen haben. Und da erstmal diese Schranke zu brechen, dass man überhaupt hinkommen DARF [...], wenn man dann aber da war und erzählt, was wir unterstützen können und welche Hilfe wir anbieten können, danach ging es dann immer: ‚dass wir erst jetzt darauf kommen, das ist ja super, wir müssen es unbedingt weiterempfehlen‘.“ (Koordinator*in_1_Kassel, Interview 20200302, Pos. 79)

Fünftens profitieren die niedergelassenen Ärzt*innen vom Netzwerk, das ihnen als zentrale Anlaufstelle sowohl für allgemeine Informationen als auch für die fallbezogene Arbeit dient:

„Da hatten [die Kinderärzte früher] deutlich mehr Aufwand und weniger Möglichkeiten, da wirklich kompetente Hilfe zu installieren, da war letztendlich häufig nur die Möglichkeit, [auf] das Jugendamt zum Teil zu verweisen oder eben an andere Hilfsprojekte, die aber eben nicht flächendeckend immer vorhanden sind, und da lokal sehr starke Unterschiede waren und das ist doch jetzt deutlich besser geworden für alle Kinderärzte.“ (Leistungserbringer_Kassel, Interview 20200415; Pos. 56 - 57)

„[...] also die sind da sehr dankbar für, dass es solche, dass es uns gibt als Anlaufstelle, und wenn die das wissen, sind sie sehr froh. Und sie sind auch sehr froh, die Ärzte, die in dem Netzwerk mitarbeiten, diese Informationen aus dem Netzwerk zu bekommen. Also die erleben das als unheimliche Bereicherung.“ (Koordinator*in_1_Kassel, Interview 20200302, Pos. 81)

Hierfür hilfreich ist, dass die Frühe-Hilfen-Koordinator*innen ihre Arbeit auch als Service für die Fachkräfte im Gesundheitswesen verstehen:

„Es ist ja oft auch so ein Service, den wir bieten, also dann sind Fragen, wo kann ich denn die Familie mal hinschicken [...]. Also [es] ist immer sehr viel Unterstützung, die wir liefern, aber auch Service, [...] wo die Ärzte immer erstmal dankbar sind, dass wir ihnen irgendwas mit an die Hand geben können. Also weil wir sagen auch, wir wissen nicht alles, aber wir wissen zumindest Leute, die wir fragen können, und wir können dann irgendwie in unserem Netzwerk nochmal fragen damit, und [dann] wissen die Ärzte immer, dass sie UNS anrufen können erstmal, wissen, da kümmert sich jetzt jemand drum und ich kriege nachher irgendeine Antwort. Da sind [die] eigentlich erst immer ganz froh.“
(Koordinator*in_2_Kassel, Interview 20200302, Pos. 119 - 120)

Ein weiteres zentrales Element für die gelungene Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzt*innen in der Region Kassel, so unsere Vermutung, die in den Interviews bestätigt wurde, ist, dass die Zusammenarbeit am Anfang vom Gesundheitsamt initiiert wurde und heute auch noch teilweise über das Gesundheitsamt läuft. Das Gesundheitsamt unterhält vielfältige Kontakte zu Leistungserbringern des Gesundheitsversorgungssystems und hat diese für die Einbindung der Leistungserbringer in die präventive Strategie genutzt. Voraussetzung hierfür ist laut Aussage unserer Interviewpartner*innen eine gut funktionierende Kommunikation zwischen den verschiedenen Fachabteilungen des Gesundheitsamtes, da für die verschiedenen Aufgaben unterschiedliche Stellen zuständig sind. Die bestehende Kooperation des Gesundheitsamtes hat die Kontaktaufnahme der in den Jugendämtern angesiedelten Frühen Hilfen zu den Akteuren des Gesundheitswesens erleichtert. Ein unterschiedlicher professioneller Hintergrund wirkt nach Aussage der von uns interviewten Koordinator*innen der Frühen Hilfen vor allem als „Einstiegshürde“. Wenn die Expertise der anderen Seite aber von den Mediziner*innen erkannt wird, ist ein unterschiedlicher professioneller Hintergrund eher bereichernd als hinderlich: „[...] das ist eine Einstiegshürde würde ich sagen. Also aber wenn man sich dann kennt und wenn man weiß, was hat der andere für Qualitäten, dann wird das eigentlich auch gut genutzt“ (Koordinator*in_1_Kassel, Interview 20200302, Pos. 108 - 109).

Die gute Zusammenarbeit mit den MFA resultiert nach Aussage einer unserer Interviewpartner*innen daraus, dass die Mitarbeiter*innen von WvAa regelmäßig in die Gynäkologiepraxen fahren und die Informationsordner dort persönlich abgeben. Dabei besteht immer die Möglichkeit, mit den MFA ins Gespräch zu kommen.

Neben den oben beschriebenen Erfolgsfaktoren für die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitswesen zeichnet sich die Region Kassel durch weitere Faktoren aus, die nicht nur die Zusammenarbeit befördern, sondern generell zum Gelingen der integrierten Strategie beitragen. Hervorzuheben ist hier die jahrelange, enge Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsamt und Jugendämtern. Diese wird in der Stadt Kassel begünstigt durch ein gemeinsames Dezernat (Jugend, Frauen, Gesundheit und Bildung) und regelmäßige ämterübergreifende Besprechungen. Durch die doppelte Verankerung des Netzwerks im Gesundheits- und Jugendamt wird die Arbeit zudem auf mehrere Schultern verteilt. Netzwerkarbeit wird in Stadt und

Landkreis Kassel zudem nicht als alleinige Aufgabe der Koordinator*innen verstanden, sondern als Teamarbeit:

„Das ist glaube ich auch so eine Krux [...]: dann hat man eine Koordinatorin und dann denkt man, die macht jetzt alles und das geht gar nicht. Die kann nicht alleine arbeiten. [...] die ist keine Einzelkämpferin [...], die braucht die Unterstützung der Fachabteilungen, die dann sowohl im Gesundheitsamt als auch im Jugendamt im Prinzip die Leute mit heran[holt]. Also das muss ein Team sein finde ich, die dann die Wege leitet und [...] die muss da wirklich ihre Unterstützer gut und eng beisammenhaben und die müssen auch alle wollen, die müssen miteinander können, das ist glaube ich, auch manchmal sehr frustantes Handeln.“ (Gesundheitsamt_Kassel, Interview 20200302, Pos. 88)

In Kassel erhält die integrierte Gesundheitsförderung und Prävention auch umfassende politische Unterstützung, was für das langfristige Gelingen unabdingbar ist: „[...] und dazu braucht [man] aber eben auch diesen politischen Rückhalt, den wir hier immer hatten über viele viele Jahre, sonst wäre das auch nicht, so hätte sich das nicht entwickelt“ (Gesundheitsamt_Kassel, Interview 20200302, Pos. 78). Die politische Unterstützung zeigt sich auch darin, dass die Stadt Kassel Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk ist (hierfür ist ein Ratsbeschluss erforderlich), und darin, dass Gesundheit als Querschnittsziel des Jugend-, Frauen-, Gesundheits- und Bildungsdezernats verankert ist. Und schließlich finden sich in der Region Kassel auch die Grundvoraussetzungen erfolgreicher Netzwerkarbeit gegeben: Qualifizierte Netzwerkkoordinator*innen und ein hohes Engagement der Beteiligten.

5.5 Münster: Familiensprechstunde

Hintergrund

Seit 1997 besteht in der Stadt Münster ein „Arbeitskreis psychische Erkrankungen in Familien“. Dieser setzt sich zusammen aus Vertreter*innen der Abteilung Psychische Gesundheit des Gesundheitsamtes, Akteuren der Erwachsenen- und Kinderpsychiatrie, der Jugendhilfe, freien Trägern, niedergelassenen Ärzt*innen sowie aus Ärzt*innen der LWL-Klinik. Hierdurch kann die Stadt auf eine gewachsene Vernetzungsstruktur in diesem Themenfeld zurückgreifen.

In der Abteilung Psychische Gesundheit des Gesundheitsamtes werden die Kinder psychisch kranker Eltern besonders in den Fokus genommen. Der Sozialpsychiatrische Dienst und der Kinder- und

Münster (NRW)
<ul style="list-style-type: none">• Kreisfreie Stadt• Einwohner*innen 2018: 314.319• Anteil der Haushalte mit Kindern 2018: 25,3%• SGB-II-Quote 2018: 8,0 %
Quelle: Wegweiser Kommune 2020

Jugendpsychiatrische Dienst der Abteilung arbeiten bei dieser Zielgruppe zusammen, um

sowohl den psychisch kranken Eltern als auch den betroffenen Kindern Beratung und Unterstützung zu bieten. Es finden gemeinsame Beratungstermine und Hausbesuche statt. Die familiäre Diagnostik, Beratung und Hilfeplanung erfolgt in enger Kooperation mit der Fachstelle Frühe Hilfen, dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst und dem Kommunalen Sozialdienst (KSD). Das Gesundheitsamt kooperiert hier fallbezogen mit dem KSD und bietet monatlich in jedem Bezirk des KSD eine kinder- und jugendpsychiatrische Sprechstunde an. Auf diese Weise besteht sowohl amtsintern als auch amtsübergreifend eine langjährige Erfahrung der interprofessionellen Zusammenarbeit.

Projektbeschreibung

Bei dem präventiven Projekt Familiensprechstunde⁴⁸ handelt es sich um ein freiwilliges und niedrigschwelliges Angebot für sucht- und psychisch kranke Eltern und deren Kinder. Durchgeführt wird das Angebot in der LWL-Klinik Münster. Als größte Versorgungsklinik im psychiatrischen Bereich in Münster hat sie einen großen Anteil an Suchtpatient*innen und kann so viele der betroffenen Familien erreichen. Während der Behandlung in der LWL-Klinik Münster werden die betroffenen Eltern vom Stationspersonal (Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen, Sozialdienst, Pflegepersonal) motiviert, mindestens einen Erstkontakt zu den Sozialpädagog*innen des Projektes wahrzunehmen. Die Sozialpädagog*innen bieten bis zu zwei Sprechstunden pro Woche in der Klinik an. In dieser Zeit können Elternberatung, Familienberatung, individuelle Hilfeplanung und Psychoedukation der betroffenen Kinder durchgeführt werden.

Die Idee für die Familiensprechstunde entstand im „Arbeitskreis psychische Erkrankungen in Familien“, in dem auch ein*e Ärzt*in der Abteilung für Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie der LWL-Klinik mitwirkt. Das Gesundheitsamt erarbeitete daraufhin den Projektantrag und übernahm die Federführung für das Projekt. Dieses startete zum 1. Oktober 2016 und lief zunächst bis zum 31. März 2019, wurde inzwischen aber verstetigt. Finanziert wurde das Projekt im Rahmen der Landesinitiative „Starke Seelen“ des Landes Nordrhein-Westfalen. Das Budget belief sich für die Jahre 2016 bis 2019 auf insgesamt 70.000 Euro, wobei die Stadt Münster einen Eigenanteil von 15.000 Euro leistete. Für die Verstetigung des Projektes wurde beim Gesundheitsamt eine Teilzeitstelle geschaffen. Mit dieser Stelle wird das Projekt an der LWL-Klinik weitergeführt, das Know-how aber auch weiteren Kliniken angeboten, damit diese von den in der Familiensprechstunde gemachten Erfahrungen profitieren können. Längerfristig sollen auch niedergelassene Ärzt*innen in das Angebot miteinbezogen werden.

Kooperationsergebnis und Einflussfaktoren auf die Kooperation

Die interprofessionelle Zusammenarbeit im Rahmen der Familiensprechstunde wird von allen Interviewpartner*innen als gelungen bezeichnet. Dies lässt sich auf mehrere Faktoren zurückführen. Durch den Arbeitskreis „Psychische Erkrankungen in Familien“ kannten sich

⁴⁸ Weitere Informationen zur Familiensprechstunde sind auf der Webseite der Stadt Münster zu finden <https://www.stadt-muenster.de/gesundheits/psychische-gesundheit/kinder-und-jugendpsychiatrischer-dienst.html> (Download 15.6.2020).

die kooperierenden Akteure persönlich und arbeiteten bereits mehrere Jahre zusammen. Durch die Mitgliedschaft der LWL-Klinik im Arbeitskreis war diese zudem von Beginn an in das Projekt involviert. In der Klinik wurde ein entsprechender Beratungsbedarf gesehen, aber es fehlten die Ressourcen, um ein Beratungsangebot eigeständig zu gewährleisten, sodass das neue Angebot von der Klinik begrüßt wurde. Förderlich war auch der professionelle Hintergrund der*des Projektkoordinator*in. Sie*er verfügt über berufliche Erfahrung als Fachärzt*in für Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie als Psychotherapeut*in und kennt somit die Arbeitsweise der medizinischen Leistungserbringer gut. Auch die Projektmitarbeiter*innen hatten Erfahrung in der Zusammenarbeit mit medizinischen Leistungserbringern, was die Kommunikation mit dem Klinikpersonal erleichtert:

„Es ist hilfreich zu wissen, wie die Strukturen in den Kliniken sind. Das ist schon sehr hilfreich, dass auch unsere mitarbeitenden Sozialpädagoginnen und -pädagogen die Strukturen in der Zusammenarbeit kennen. So weiß man, [...] wie die anderen arbeiten.“ (Koordinator*in_Münster, Interview 20200127, Pos. 56)

Die Einbeziehung des Stationspersonals zählt zu den Herausforderungen der Zusammenarbeit, da vor allem beim Pflegepersonal eine große Fluktuation herrscht und neues Personal immer wieder über das Projekt informiert und von dessen Vorteilen überzeugt werden muss. Durch die regelmäßige Anwesenheit der Sozialarbeiter*innen in der Klinik konnte dies jedoch gewährleistet werden. Durch die Anwesenheit vor Ort waren die Projektmitarbeiter*innen den Klinikmitarbeiter*innen auch persönlich bekannt, was die Zusammenarbeit erheblich vereinfachte:

„Ja, also ich glaube dadurch, dass man sich einfach kannte und der direkte Kontakt in der Kommunikation leichter war, hat sich schon etwas verändert. Wir waren nicht irgendeine Nummer oder irgendein Amt [...]. Wir konnten uns regelmäßig melden. ‚Hallo, hier sind wir, können wir nochmal 5 oder 10 Minuten in eurem Team dabei sein?‘ Und auch für die Klinikmitarbeitenden war es leichter, wirklich `mal den Hörer in die Hand zu nehmen und eben zu fragen: ‚Wir haben da jemanden, könnt ihr da einen Sprechstundentermin anbieten?‘“ (Interview_2_Münster, 20200127, Pos. 40)

Zusätzlich hat sich eine regelmäßige Rückkopplung der Ergebnisse des Projektes an das Stationspersonal als hilfreich erwiesen. Durch positive Rückmeldungen wird das Vertrauen in die interprofessionelle Zusammenarbeit gestärkt.

Die Zusammenarbeit im Rahmen des Projektes erweitert auch die ärztliche Sichtweise in Bezug auf die familiären Strukturen der Patient*innen:

„Ja, also ich erleb` das vor allem in der Assistentenweiterbildung. Wir haben ja ständig wechselnde, auch jüngere Arztassistenten, denen dieses Thema noch nicht so bewusst ist. Durch dieses Instrument der Familiensprechstunde kriegen sie die Kinder mehr in den Fokus. Die Versorgung der Kinder wird überhaupt mehr beachtet. [...], dass es da Kinder gibt [...], dass man das bei der Behandlung der Patientinnen und Patienten auch mehr nochmal mit im Fokus behält.

Auch in den Frühkonferenzen wird nun über die Kinder berichtet, zum Beispiel: ‚Die Kinder sind bei der Oma‘.“ (Interview_2_Münster, 20200127, Pos. 84)

Einflussfaktoren auf den Zugang zur Zielgruppe

Durch das Angebot konnten belastete Familien identifiziert und angesprochen werden, die bislang noch keinen Zugang zu den bestehenden Hilfsangeboten hatten, neben Alleinerziehenden und Familien in Geldnot auch viele Familien mit Migrationshintergrund. Der Zugang zu den Familien gelingt durch den aufsuchenden Charakter des Projektes, der den betroffenen Familien die erste Kontakthürde nimmt. Als weiterer Erfolgsfaktor wird von einer*inem von uns interviewten Projektmitarbeiter*in die Freiwilligkeit des Angebots genannt, weil sie den Familien ihre Selbstbestimmtheit lässt.

5.6 Aachen: Gesunde Familiengrundschule

Hintergrund

„KiM – Kinder im Mittelpunkt“, die kommunale Präventionskette in Aachen, existiert seit 2011. Grundlage war ein politischer Beschluss im Rat der Stadt Aachen, das Thema Kinderarmut im Rahmen eines Präventionsnetzwerks anzugehen. Ziel dieses Netzwerks ist es, die bereits vorhandenen Angebote der Stadt Aachen zu vernetzen und die Kooperation zwischen verschiedenen Akteuren zu erleichtern, um Kindern und Jugendlichen sowie ihren Eltern passgenauere Unterstützung zu bieten. Aufgebaut wurde die Präventionskette zunächst im Pilotgebiet im sozialstrukturell besonders belasteten Bezirk Aachen-Nord, bevor sie 2012 auf Basis der dort gewonnenen Erkenntnisse auf die Stadtteile Haaren/Verlautenheide und im Anschluss sukzessive auf weitere Sozialräume ausgeweitet wurde. Die Netzwerkkoordination ist im Amt für Kinder, Jugend und Familie angesiedelt.

Aachen (NRW)
<ul style="list-style-type: none">• Kreisfreie Stadt• Einwohner*innen 2018: 247.380• Anteil der Haushalte mit Kindern 2018: 24,6 %• SGB-II-Quote 2018: 11,9 %
Quelle: Wegweiser Kommune 2020

Projektbeschreibung

Das Projekt „Familiengrundschule Aachen“⁴⁹ ist auf Initiative der*des Koordinator*in der Präventionskette KiM entstanden. Es wurde festgestellt, dass beim Wechsel der Kinder von den zu Familienzentren⁵⁰ weiterentwickelten Kindertageseinrichtungen in die Grundschule

⁴⁹ Weitere Informationen zur Familiengrundschule sind auf der Webseite der Stadt Aachen zu finden: http://www.aachen.de/DE/stadt_buerger/familie/familien_aachen_praeventionsketten/47_programm/07_massnahmen/index.html (Download 11.5.2020).

⁵⁰ Die Familienzentren sind Teil eines Landesprogramms des nordrhein-westfälischen Ministeriums für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration. Die Idee der Familienzentren ist es, durch die Bündelung der bestehenden Angebote verschiedener Träger aus Bildung, Erziehung und Betreuung eine Unterstützungsstruktur „aus einer Hand“ zu gewährleisten. Diese Familienzentren wurden vor allem in benachteiligten Stadtgebieten eingerichtet.

für die Eltern eine wichtige Beratungs- und Unterstützungsstruktur verloren geht. Die Familiengrundschulen sollten eine ähnliche Unterstützungsstruktur bieten wie die Familienzentren und die Eltern der Kinder mehr in das System Schule einbeziehen, um so einen Austausch der Eltern untereinander zu gewährleisten mit dem Ziel, ihre Erziehungskompetenz zu stärken. Die Familiengrundschulen wurden 2018 in Aachen zusätzlich um den Aspekt der Gesundheit erweitert, da sich Grundschulen als Ort für niedrigschwellige Angebote der Gesundheitsförderung und -bildung besonders eignen.

Pilotprojekte für das Konzept „Gesunde Familiengrundschule Aachen“ wurden im September 2018 die beiden Grundschulen „Driescher Hof“ und „Am Haarbach“, da die Daten der Schuleingangsuntersuchungen eine Häufung gesundheitlicher Risiken der hier lebenden Kinder zeigten. Grundlegende Ziele der Gesunden Familiengrundschulen sind die Verankerung von Gesundheitsförderung und -bildung im Leitbild der Grundschulen und die Entwicklung und Integration von Gesundheitskompetenz in den Familienalltag durch Einbindung der Eltern in die Präventionsprogramme. Das Projekt wird für drei Jahre von den Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen aus den Mitteln des Präventionsgesetzes mit 272.000 Euro unterstützt. Die Projektleitung im Umfang einer halben Stelle ist beim Amt für Kinder, Jugend und Familie angesiedelt. Dieses kooperiert mit den beiden freien Trägern Helene-Weber-Haus e.V. und der Evangelischen Familienbildungsstätte, die die operative Umsetzung an den Schulen übernehmen.

An jeder der beiden Pilotschulen ist ein*e Gesundheitskoordinator*in für vier Stunden pro Woche eingesetzt. Die Koordinator*innen sind bei den freien Trägern angestellt. Ihre Aufgaben umfassen die Kooperation mit allen Projektpartnern, die konkrete Ausarbeitung der Gesundheitsprogramme für die Schüler*innen und ihre Eltern sowie die Fortbildung und Beratung des Lehrpersonals zur Integration von Gesundheitsthemen in den Unterricht. Das Besondere an den Gesunden Familiengrundschulen ist die starke Einbeziehung der Eltern in die Gesundheitsförderung. Zentrales Element ist das Eltern-Café, das regelmäßig an den Schulen stattfindet und gesundheitliche Themen ins Zentrum des Familienalltags rückt. Außerdem werden regelmäßig Kurse zu den Handlungsfeldern Ernährung, Stress, Bewegung und Lebenskompetenz durchgeführt. Die Angebote werden für jede Schule individuell mithilfe von Bedarfsanalysen entwickelt, bei denen die Eltern und Kinder nach ihrer Gesundheitswahrnehmung und weiteren Aspekten befragt werden.

Zentrale Entscheidungen des Projektes werden in einer Steuerungsgruppe getroffen, die sich aus der Projektleitung, der*dem Koordinator*in der Aachener Präventionskette, den beiden Schulleiter*innen, den beiden Gesundheitskoordinator*innen, den Schulsozialarbeiter*innen, Vertreter*innen der beiden freien Träger, einer*einem Krankenkassenvertreter*in und Elternvertreter*innen der beiden Schulen zusammensetzt. Operative Entscheidungen trifft eine kleinere Gruppe bestehend aus der Projektleitung, der*des Koordinator*in der Aachener Präventionskette und den beiden freien Trägern. Im Rahmen des Projektes kooperiert das Amt für Kinder, Jugend und Familie eng mit dem Gesundheitsamt. Beide Ämter haben hierfür eine Kooperationsvereinbarung geschlossen. Das Gesundheitsamt berät

tet. Weitere Informationen finden sich auf der Webseite <https://www.familienzentrum.nrw.de/> (Download 3.6.2020).

die Projektleitung und vermittelt seine Angebote für die Arbeit an den Schulen. Das Projekt wird kontinuierlich in Bezug auf die Inanspruchnahme der Angebote dokumentiert und mithilfe von Workshops und Interviews evaluiert. Die Ergebnisse dieser Evaluationen werden zweimal pro Jahr in der Steuerungsgruppe besprochen.

Kooperationsergebnis und Einflussfaktoren auf die Kooperation

Das Projekt „Familiengrundschule Aachen“ wird von allen Interviewpartner*innen als erfolgreich beschrieben. Sowohl die Schulen als auch die Kommune profitieren davon. Da die Schulen in der Regel mit sozialen und präventiven Angeboten, die über den schulischen Bildungsauftrag hinausgehen, unterversorgt sind, wirken sich zusätzliche personelle Ressourcen dort direkt positiv aus. Die Gesundheitskoordinator*innen nehmen als zusätzliche Ansprechpersonen für Eltern und Kinder dem Lehrpersonal Aufgaben ab und bilden es zusätzlich hinsichtlich gesundheitsfördernder Unterrichtsgestaltung weiter. Die Kommune hingegen gewinnt durch den Begegnungsort Grundschule einen breiten Zugang zu belasteten Familien und erreicht dort mit den präventiven Angeboten sowohl die Kinder als auch deren Eltern.

Die Umsetzung der gesundheitsfördernden Programme durch das Helene-Weber-Haus und die Evangelische Familienbildungsstätte, mit denen das Amt für Kinder, Jugend und Familie schon seit vielen Jahren erfolgreich zusammenarbeitet, stellt einen wichtigen Faktor der Kooperation dar. Nicht nur stärken positive Vorerfahrungen mit den Kooperationspartnern das Vertrauen untereinander, die beiden Einrichtungen verfügen dazu über breite Erfahrung in der armutssensiblen und interkulturellen sozialen Arbeit, die in den Stadtteilen mit überdurchschnittlichem Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund elementar ist.

Als weiteres förderliches Element der Kooperation wurde von einer*inem Interviewpartner*in die klaren Regeln der Zusammenarbeit genannt. Durch die geschlossenen Kooperationsvereinbarungen ist erstens der Verantwortungsbereich jedes Kooperationspartners klar definiert. Als zielführend wird zweitens das Festlegen konkreter Maßnahmen mit messbaren Zielen (wie bspw. die Teilnahme von mindestens 20 Prozent aller Eltern an den Sportangeboten oder die Durchführung von mindestens zwei Elternkompetenztrainings pro Schule im Jahr) in den Kooperationsvereinbarungen angesehen, auch, um Prioritäten zu setzen und den Überblick über die Angebote nicht zu verlieren:

„Ne, also das [Definition von Zielen] ist sehr wichtig für uns [...].Wir haben ja vorher diese Bedarfsermittlung gemacht bei ganzen Eltern und Kindern auch, und allein weil wir so unterschiedliche Ergebnisse haben, ist das einfach wichtig, dass man sich auch einfach im Vorfeld einigt, wo geht man hin, was macht man zuerst, was hat jetzt Priorität, wer entscheidet, was hat Priorität und bewegen wir uns da in die gleiche Richtung und, dass wir uns auch nicht zu viel vornehmen [...]“ (Interview_3_Aachen, 20200113, Pos. 140).

Die Projektziele wurden zunächst von der*dem Netzwerkkoordinator*in im Fachbereich Kinder, Jugend und Schule ausgearbeitet, die*der mit sehr klaren Vorstellungen in die Zusammenarbeit gegangen ist. Die Ziele wurden daraufhin transparent in der Steuerungsgruppe kommuniziert und werden durch o. g. Bedarfsanalysen fortlaufend angepasst. Die regel-

mäßigen Bedarfsanalysen werden von den Befragten ebenfalls als positiv wahrgenommen, da sie ständige Anpassungen an die Bedarfe der Zielgruppe gewährleisten und Fortschritte transparent machen.

Besonders hervorgehoben wurde von unseren Interviewpartner*innen die interprofessionelle Offenheit aller Akteure, die sich im transparenten und partizipativen Charakter der Steuerungsgruppentreffen zeigt. Dort können sich alle Netzwerkpartner aktiv einbringen, die Beteiligten sind stets für andere Perspektiven offen, schätzen das Wissen und die Arbeit der anderen Professionen und sehen in diesen teilweise unterschiedlichen Perspektiven auf Gesundheitsförderung und Prävention einen Mehrwert für das Projekt:

„Also positiv aufgefallen ist mir vor allem die Offenheit und die Wertschätzung gegenüber allen, die an diesem Projekt teilnehmen, sowohl den Eltern als auch den Mitgliedern der Steuerungsgruppe als auch diese Gastfreundschaft. Also das ist schon etwas sehr Positives. Die Atmosphäre war grundsätzlich sehr offen und man sieht auch, dass jeder, der sich daran beteiligt, den Wunsch hat, das Thema Gesundheitsförderung an diesen beiden Schulen auch wirklich voranzubringen, und dass wir Lösungswege suchen, um Eltern und auch Kindern dabei zu helfen, sich gesundheitsförderlicher aufzustellen.“ (Interview_2_Aachen, 20200113, Pos. 56)

Auch wenn in Aachen im Rahmen der gesunden Grundschule keine direkte Kooperation mit medizinischen Leistungserbringern erfolgt, ist es dennoch ein gutes Beispiel, wie Familien und Kinder, vermittelt über das Thema Gesundheit, Hilfe und Unterstützung erfahren können.

5.7 Zusammenfassung der Ergebnisse

Wie die Fallstudien gezeigt haben, gestaltet sich die Zusammenarbeit zwischen kommunalen Ämtern und medizinischen Leistungserbringern sehr vielfältig. Trotz der Unterschiede lassen sich Faktoren identifizieren, die über den Einzelfall hinaus Relevanz besitzen. Im Folgenden fassen wir die Ergebnisse der Fallstudien im Hinblick auf die Fragestellungen der Studie zusammen und gehen dabei insbesondere auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Fallstudien ein.

Fragestellung 1: Warum und unter welchen Voraussetzungen streben Kommunen eine Zusammenarbeit mit Leistungserbringern des Gesundheitswesens im Rahmen integrierter Strategien an?

Grundmotivation der kommunalen Ämter für die Kooperation mit Kliniken, Ärzt*innen und anderen medizinischen Leistungserbringern ist deren regelmäßiger und umfassender Kontakt zu Familien, insbesondere mit Kindern unter drei Jahren. Die Kommunen erhoffen sich durch die Kooperation einen frühen Zugang zu dieser Zielgruppe, die für sie sonst nur schwer zu erreichen ist, solange die Kinder noch nicht Institutionen wie Kindertageseinrichtungen oder Schulen besuchen. Zudem können die medizinischen Leistungserbringer psychosozial belastete Familien in der Regel gut identifizieren. Somit kann über die Kooperation mit den

medizinischen Leistungserbringern insbesondere für diese Zielgruppe ein Zugang zum Hilfesystem ermöglicht werden.

In allen von uns untersuchten Kommunen bilden präventive Netzwerkstrukturen die Grundlage für die Kooperationen mit den Leistungserbringern des Gesundheitswesens. Der Hintergrund der Netzwerke ist dabei unterschiedlich. In drei Kommunen bilden Netzwerke der Frühen Hilfen bzw. deren Vorläufer (Herten, Kassel, Bonn)⁵¹ den Ausgangspunkt für die Kooperation. In Münster ist die Zusammenarbeit aus einem Arbeitskreis entstanden. Das Havelland ist ein Sonderfall, hier war die Beteiligung der Kliniken als Trägerorganisation des Netzwerks eine Voraussetzung für die Landesförderung des Netzwerks. Die Netzwerke bilden somit die institutionelle Struktur, aus der dann tieferegreifende Kooperationen entwickelt werden. Grundvoraussetzung hierfür ist, dass die Leistungserbringer im Netzwerk vertreten sind.

Fragestellung 2: Welche Voraussetzungen und förderliche Faktoren müssen gegeben sein, damit die Kooperation zwischen Kommunen und Leistungserbringern des Gesundheitswesens gelingt?

Wir haben fünf Kommunen⁵² mit unterschiedlichen Kooperationsbeziehungen zu Leistungserbringern des Gesundheitswesens untersucht. Trotz der Unterschiede in den Kooperationsformen lassen sich zahlreiche Gemeinsamkeiten in Bezug auf förderliche und hinderliche Faktoren der Kooperation identifizieren. Im Folgenden fassen wir die Ergebnisse der Fallstudien gegliedert nach den in Kapitel 3 vorgestellten Kategorien zusammen.

Rahmenbedingungen

Ausgangssituation: *Vorerfahrung mit Kooperationspartnern, Anreiz/Hindernisse für den Einstieg in die Kooperation*

Wie eben beschrieben, bilden in allen Kommunen die Netzwerke das Grundgerüst tiefergehender Kooperation. In allen Kommunen sind die kooperierenden medizinischen Leistungserbringer Mitglied im jeweiligen Netzwerk, sodass die Akteure sich schon aus den Netzwerktreffen kennen. Zum Teil bestand auch schon vorher ein persönlicher Kontakt außerhalb des Netzwerks, zum Beispiel durch gemeinsame Fallarbeit. Die Fallstudien zeigen, dass Leistungserbringer, zu denen kein persönlicher Kontakt besteht, nur schwer für eine Zusammenarbeit zu gewinnen sind. Deshalb ist es entscheidend, zunächst einen persönlichen Kontakt herzustellen. Hier zeigen sich die Kommunen sehr einfallsreich: Sie kontaktieren niedergelassene Ärzt*innen regelmäßig per Post, besuchen ärztliche Qualitätszirkel, versuchen Termine mit Chefärzt*innen von Kliniken zu bekommen oder bieten spezielle, auf Ärzt*innen zuge-

⁵¹ Interessant ist, dass wir in unserer Auswahl mit Kassel und Bonn zwei Kommunen haben, die schon vor Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes Frühe-Hilfen-ähnliche Netzwerke etabliert hatten.

⁵² Aachen ist ein Sonderfall, da hier keine Kooperation zwischen Kommune und medizinischen Leistungserbringern, sondern zwischen Kommune und Schulen erfolgt. Aus diesem Grund wird in der Zusammenfassung nicht auf Aachen eingegangen.

schnittene Veranstaltungsformate an. Um Kontakt herzustellen, bedarf es häufig jedoch eines Türöffners. Diese Rolle wurde in unseren Fallkommunen zum Teil vom Gesundheitsamt, das in der Regel über Kontakte sowohl zu niedergelassenen Ärzt*innen als auch zu Kliniken verfügt, wahrgenommen. Zwei Kommunen kooperieren eng mit den Obleuten der Kinderärzt*innen und erhalten hierüber Zugang zu den Ärzt*innen.

Ärzt*innen zur Mitarbeit zu motivieren, stellt für die Koordinator*innen eine schwierige Aufgabe dar, weil die meisten Ärzt*innen über wenig Zeit verfügen und die Kooperation nicht vergütet bekommen. Eine Zusammenarbeit gelingt in der Regel dann, wenn die Leistungserbringer in der Zusammenarbeit einen Gewinn für ihre Arbeit sehen. Wie in Kapitel 3 beschrieben, stehen Ärzt*innen und anderes medizinisches Personal bei der Arbeit mit psychosozial belasteten Familien vor großen Herausforderungen. Zum einen haben sie nicht ausreichend Zeit, um sich intensiv um diese Familien zu kümmern. Zum anderen besteht aber auch häufig Unkenntnis über die konkreten Hilfen. Wenn die Leistungserbringer aus der Kooperation mit den kommunalen Ämtern bzw. Netzwerken einen Mehrwert für die Arbeit mit diesen Familien ziehen können bzw. dadurch eine Entlastung erfahren, sind viele Leistungserbringer auch für eine weitergehende Zusammenarbeit bereit. Hier zeigen unsere Fallstudien sehr deutlich, dass es für die Leistungserbringer gewinnbringend ist, eine zentrale Ansprechperson zu haben. So können sie vergleichsweise einfach weitergehenden Unterstützungsbedarf für eine Familie organisieren. Voraussetzung hierfür scheint zu sein, dass die Mediziner*innen die Ansprechpersonen – in der Regel die Netzwerkkoordinator*innen – als Fachexpert*innen anerkennen. Dies entsteht jedoch häufig erst durch die Zusammenarbeit. Auch hier können die „Türöffner“ helfen, indem sie die Arbeit der Koordinator*innen empfehlen. Insgesamt, so zeigen alle Fallstudien, bedarf es eines langen Atems und einer stetigen Information und „Bearbeitung“ der medizinischen Leistungserbringer.

Ermöglichende Führung durch Koordinator*innen

In allen von uns untersuchten Fallstudien wurde deutlich, wie wichtig die Arbeit der Netzwerkkoordinator*innen bzw. Projektleiter*innen für das Gelingen der Zusammenarbeit mit den medizinischen Leistungserbringern ist. Wie oben beschrieben, erfordert diese Zusammenarbeit aufseiten der Koordinator*innen bzw. Projektleiter*innen Fachexpertise und stetige Beziehungsarbeit. Die Koordinator*innen bzw. Projektleiter*innen müssen also über entsprechende Kompetenzen verfügen. Hilfreich ist hier, wenn sie bereits Erfahrung in der Zusammenarbeit mit medizinischen Leistungserbringern besitzen und deren Arbeitsweise und institutionelle Rahmenbedingungen kennen. Als förderlich wurde in mehreren Fallstudien auch die personelle Konstanz auf der Koordinationsstelle beschrieben: Durch langjährige Zusammenarbeit kann zum einen eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut werden; zum anderen verfügen erfahrene Koordinator*innen über ein umfassendes Netzwerkwissen und können so die Leistungserbringer kompetent unterstützen. Ein*e gut vernetzte*r und erfahrene*r Koordinator*in fällt in den meisten Fällen nicht vom Himmel. Netzwerkarbeit erfordert Zeit und personelle Konstanz, was beides im Widerspruch zu der zumeist nur befristeten Finanzierung steht.

Institutionelles Design der Kooperation

Aus den Fallstudien lassen sich nur wenige allgemeine Aussagen darüber ableiten, wie die Zusammenarbeit institutionell ausgestaltet sein sollte. Zentral für die Zusammenarbeit hat sich in allen untersuchten Fällen der regelmäßige Austausch der Kooperationspartner gezeigt, weil dadurch Fragen und Probleme zeitnah bearbeitet werden können und die Kooperation bei den Leistungserbringern präsent bleibt.

Die Definition klarer Regeln und Verantwortlichkeiten und deren schriftliche Festlegung scheinen insbesondere wichtig bei Kooperationen mit Institutionen (z. B. Kliniken) und wenn die Kooperationspartner noch keine oder wenig Erfahrung in der Zusammenarbeit haben (z. B. zwischen kommunalen Ämtern). Bei Kooperationen mit einzelnen Ärzt*innen und bei Kooperationen, die nur wenig Aktivität aufseiten der Leistungserbringer erfordern, (z. B. Verteilung von Infomaterial) ist dies nicht erforderlich.

Insgesamt zeigt sich, dass die Rahmenbedingungen für die Kooperation zwischen Kommunen und Leistungserbringern nicht ausreichend anreizwirksam ausgestaltet sind bzw. es vermehrter Anstrengung bzw. Engagements bedarf, um trotz der Rahmenbedingungen eine erfolgreiche Kooperation aufzubauen. Die medizinischen Leistungserbringer sind weder gesetzlich zur Kooperation verpflichtet noch werden sie im Rahmen des bestehenden Vergütungssystems dafür finanziell entlohnt. Ihre Arbeitsbedingungen gestalten sich so, dass ein Engagement „nebenbei“ kaum möglich ist. Auch aufseiten der Kommunen sind die Voraussetzungen aufgrund der meist befristeten Projektfinanzierungen nicht ideal. Dass Kooperationen dennoch gelingen, liegt oftmals an dem beherzten und intensiven Engagement Einzelner.

Kooperationsprozess

Persönlicher Kontakt & Vertrauensbildung

Wie in der Literatur beschrieben (siehe Kapitel 3), ist ein regelmäßiger persönlicher Kontakt zwischen den kooperierenden Akteuren essenziell. Das wird auch von all unseren Fallstudien bestätigt. Durch den persönlichen Austausch lernen sich die Akteure besser kennen, entwickeln ein Verständnis für die Situation des Kooperationspartners, bauen Vertrauen auf und können im Dialog ein geteiltes Verständnis entwickeln. Sich persönlich zu kennen senkt zudem die Hemmschwelle für die Kontaktaufnahme. So wurde in mehreren Interviews beschrieben, dass man bei Fragen oder Problemen einfacher einmal „zum Hörer“ greift und Kontakt aufnimmt, wenn man sich bereits kennt. In allen von uns beschriebenen Kommunen treffen sich die Kooperationspartner mindestens einmal, meist jedoch mehrmals im Jahr. Je tiefergehend die Kooperation, desto häufiger findet in der Regel ein persönlicher Austausch statt. Die Intensität des Austauschs ist dabei immer eine Gratwanderung: Sie ist notwendig für die Zusammenarbeit, zugleich haben die medizinischen Leistungserbringer nur sehr begrenzte zeitliche Ressourcen, um daran teilzunehmen. Einige der von uns untersuchten Kommunen haben deshalb versucht, die Austauschformate diesen Rahmenbedingungen anzupassen, indem sie zum Beispiel kurze Treffen mittwochnachmittags machen oder, für

längere Formate, die Veranstaltung bei der Ärztekammer akkreditieren, um Fortbildungspunkte vergeben zu können.

Geteiltes Verständnis & Verpflichtung gegenüber dem Prozess

Die Kooperationspartner haben unterschiedliche professionelle Hintergründe und kommen aus unterschiedlichen Institutionen, deshalb ist es für die Zusammenarbeit wichtig, ein geteiltes Verständnis über Probleme, Ziele und Maßnahmen zu entwickeln. Auch gilt es, ein Verständnis über Möglichkeiten und Grenzen der jeweiligen Kooperationspartner aufzubauen. Die von uns untersuchten Kommunen sind hier unterschiedlich vorgegangen. Bei manchen stand ein expliziter Zielentwicklungsprozess am Anfang der Kooperation, bei anderen hat sich durch die Zusammenarbeit über die Zeit ein geteiltes Verständnis entwickelt. Die gemeinsame Definition von Zielen wurde von vielen Akteuren als hilfreich beschrieben, weil hierüber zum einen ein geteiltes Verständnis entwickelt werden konnte. Zum anderen dienten die Ziele im Verlauf des Projektes immer wieder als Orientierung und später als Evaluationsgrundlage.

Erfolg versprechend scheint es zu sein, wenn die Leistungserbringer direkt in die Entwicklung der Maßnahmen einbezogen sind, wie zum Beispiel in Kassel bei der Erstellung und Aktualisierung der Informationsordner für werdende Eltern oder in Herten bei der Ausgestaltung des grünen Rezepts. So können sie ihre Sichtweisen und Anforderungen an die Kooperation von Anfang an einbringen und es entsteht eine größere Verpflichtung gegenüber dem Projekt.

Gemeinsamer Austausch über Zwischenergebnisse

Als weiteres förderliches Kriterium hat sich in den von uns untersuchten Kooperationen der Austausch über Zwischenergebnisse bzw. die Evaluation der Zusammenarbeit erwiesen. Zum einen kann die Zusammenarbeit so immer wieder adaptiert und verbessert werden. Zum anderen wurde von mehreren Akteuren beschrieben, dass sie durch die so sichtbaren Erfolge Motivation für die (Zusammen)Arbeit schöpfen.

Gerade bei der fallbezogenen Arbeit ist den Leistungserbringern eine Rückmeldung über den Verlauf wichtig. Dies ist jedoch aufgrund datenschutzrechtlicher Hürden nicht immer einfach möglich.

Professioneller Hintergrund

Die wenigen bislang existierenden Forschungsergebnisse zur Kooperation zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen deuten darauf hin, dass insbesondere der unterschiedliche professionelle Hintergrund der kooperierenden Akteure eine Herausforderung für die Kooperation darstellt. Auch unsere Fallstudien zeigen, dass grundlegende Unterschiede sowohl in der Arbeitsweise als auch im Verständnis von Konzepten und Begriffen bestehen: So dominieren im medizinischen System eher schnelle, effiziente Entscheidungsprozesse, während im System der Sozialen Arbeit eher eine konsensuale, diskursive Entscheidungsfindung vorherrscht. Diese Unterschiede können zu Konflikten führen bzw. Kooperationen verhindern: „Also ich würde sagen, das medizinische System und die Jugendhilfe [...] funktionieren sehr unter-

schiedlich und solange man das nicht irgendwie verstanden hat, kommt [man] da nicht weit“ (Jugendamt_Kassel, Interview 20200302, Pos. 156).

In den Interviews wurden verschiedene Strategien deutlich, um mit diesen Systemunterschieden umzugehen. Grundlegend scheint es zu sein, die Unterschiede anzuerkennen und dem Kooperationspartner wertschätzend zu begegnen. Hier sind insbesondere wieder die Koordinator*innen bzw. Projektleiter*innen gefragt: „Ja aber es geht immer wieder [...] um eine Dolmetscherarbeit, die man leisten muss. [...] Also, dass man sich einfach anpasst, zu gucken [...] was erwartet der andere, wie ist der sozialisiert“ (Jugendamt_Kassel, Interview 20200302, Pos. 171). Es hat sich auch gezeigt, wie wichtig ein persönlicher Austausch ist, um die unterschiedlichen Sichtweisen zu erkennen und gemeinsame Haltungen entwickeln zu können. Da die Unterschiede zwischen den professionellen Systemen bestehen, kann es hilfreich sein, die Kooperation nicht von Jugendamtsseite aus zu initiieren, sondern durch das Gesundheitsamt. Insgesamt hat sich in unseren Fallstudien gezeigt, dass eine gute Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Jugendamt förderlich für die Kooperation mit den medizinischen Leistungserbringern ist. Eine solche ist jedoch nicht überall gegeben und aufgrund der professionellen Unterschiede, die auch zwischen den Ämtern bestehen, kann diese Zusammenarbeit ebenso voraussetzungsvoll sein. Wo sie gelingt, profitieren jedoch beide Seiten.

Wir haben unsere Interviewpartner*innen auch gefragt, ob es Unterschiede zwischen den medizinischen Leistungserbringern bezüglich der Kooperation gibt. Hier waren die Antworten jedoch nicht eindeutig. Manchen Kommunen fällt die Zusammenarbeit mit Kliniken leichter als mit niedergelassenen Ärzt*innen, in anderen Kommunen ist es genau umgekehrt. Als Besonderheit bei Kooperationen mit Kliniken wurden jedoch von mehreren Kommunen die besonders starken Hierarchien in Kliniken genannt, die es bei der Zusammenarbeit zu beachten gilt.

Kooperationsergebnis

In allen von uns untersuchten Kommunen sind sowohl die Akteure auf kommunaler Seite als auch die befragten medizinischen Leistungserbringer grundlegend zufrieden mit der Kooperation. Dies lässt sich zum Teil auf unsere positive Fallauswahl zurückführen: Wir haben nur Kommunen ausgewählt, bei denen schon länger eine Kooperation mit medizinischen Leistungserbringern besteht. Auftretende Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit konnten erfolgreich gelöst und Herausforderungen konnte erfolgreich begegnet werden.

Die Fallstudien deuten darauf hin, dass sich die Initiierung weiterer Kooperationen einfacher gestaltet, wenn bereits eine Kooperation besteht. In drei Kommunen sind aus der Kooperation mit den medizinischen Leistungserbringern weitere Kooperationen erwachsen. Zudem wirkt sich die Zusammenarbeit auch positiv auf die Zusammenarbeit der Akteure in anderen Zusammenhängen aus. Insbesondere scheint ein enger Zusammenhang zwischen fallbezogener und struktureller Zusammenarbeit zu bestehen. Wenn die Zusammenarbeit auf struktureller Ebene gelingt, hat das oftmals positive Auswirkungen auf die Zusammenarbeit bei konkreten Fällen und umgekehrt: Hat ein medizinischer Leistungserbringer gute Erfahrung in der Zusammenarbeit mit kommunalen Akteuren bei einem Hilfefall gemacht, ist er in der

Regel eher bereit, sich auch auf struktureller Ebene zu engagieren. In allen Kommunen bleibt jedoch das Ziel, die Zusammenarbeit mit den medizinischen Leistungserbringern noch weiter auszubauen und insbesondere noch mehr niedergelassene Ärzt*innen zu erreichen.

Zugang zur Zielgruppe

Die Kommunen verfolgen die Kooperationen mit den medizinischen Leistungserbringern nicht als Selbstzweck, sondern um insbesondere belastete Familien besser mit Hilfsangeboten zu erreichen. Dieses gelingt in allen von uns untersuchten Fällen. Dennoch werden auch dort, wo die Kooperation gelingt, noch nicht alle Familien mit Hilfebedarf erreicht. Dies hat verschiedene Ursachen: Es sind nicht alle relevanten Leistungserbringer eingebunden (insbesondere zu Gynäkolog*innen fällt der Kontakt schwer), finanzielle bzw. zeitliche Ressourcen des Projektes sind begrenzt oder der Datenschutz verhindert eine engere Zusammenarbeit. Wir haben in den Interviews nicht explizit nach den Einflussfaktoren der Inanspruchnahme gefragt, dennoch kamen viele Interviewpartner*innen darauf zu sprechen. Als relevante Faktoren für den Zugang zu den Familien sehen sie die Freiwilligkeit des Angebots, das Vertrauen bzw. die Autorität, die von den Ärzt*innen ausgeht und, als möglichen Hinderungsfaktor, die Beteiligung des Jugendamtes.

Fragestellung 3: Welche Steuerungsrolle kommt den Kommunen in Bezug auf die medizinischen Leistungserbringer in der Praxis zu?

Wie in Kapitel 3 beschrieben, haben die Kommunen gegenüber den medizinischen Leistungserbringern keine Handlungsmacht, d. h. sie sind auf die freiwillige Beteiligung der Leistungserbringer angewiesen. Hieraus folgt, dass die Kommunen die Initiative für die Zusammenarbeit übernehmen und Anreize zur Kooperation setzen müssen. Die von uns untersuchten Kommunen gehen auf die Leistungserbringer zu, suchen immer wieder über verschiedene Kanäle den Kontakt zu ihnen und versuchen, die Zusammenarbeit an den Arbeitsbedingungen der Leistungserbringer auszurichten. Die Kommunen übernehmen dabei eine Art Servicefunktion: Sie bieten mit den Koordinierungsstellen oder der Projektleitung eine zentrale Anlaufstelle für die medizinischen Leistungserbringer und bündeln Informationen, so dass sich die Zusammenarbeit für die Leistungserbringer relativ einfach gestaltet und ihnen ein Mehrwert für die eigene Arbeit erwächst.

Die Kommune muss die Kooperation mit den medizinischen Leistungserbringern nicht selbst übernehmen, wie die Fallstudie der Frühen Hilfen in Bonn zeigt, sondern kann diese Aufgabe auch an freie Träger überantworten. In Bonn ist die Koordination des Netzwerks Frühe Hilfen an zwei freie Träger ausgegliedert. Das Jugendamt und das Gesundheitsamt sind Teil der Steuerungsgruppe des Netzwerks und profitieren so von der Netzwerkarbeit. Im Havelland sind die Kommune und der Leistungserbringer gemeinsam Träger des Netzwerks. In den übrigen Fallstudien ist die Kommune der zentrale Steuerungsakteur, wobei Steuerung hier im Sinne von Koordinierung zu verstehen ist: Die Kommunen entwickeln Strukturen und koordinieren Prozesse, geben Impulse zum Beispiel für mögliche Maßnahmen und sorgen gegebenenfalls für eine Finanzierung (siehe unten). Maßnahmen wurden in unseren untersuch-

ten Kommunen zumeist kooperativ, gemeinsam mit den medizinischen Leistungserbringern entwickelt. So konnten die medizinischen Leistungserbringer ihr Fachwissen einbringen und die Maßnahmen konnten an ihre Bedarfe und Arbeitsrealität angepasst werden. Zudem erhöht die kooperative Maßnahmenentwicklung die Verpflichtung der Leistungserbringer gegenüber dem Projekt.

Den Kommunen kommt auch die Aufgabe zu, für die Finanzierung der Kooperationen bzw. der entwickelten Maßnahmen zu sorgen. Unsere Fallkommunen haben dabei auf unterschiedliche Finanzierungsmöglichkeiten zurückgegriffen: Im Havelland und in Münster erfolgt die Finanzierung über ein Landesprogramm. Der Bonner Lotsendienst wurde zunächst durch Stiftungen finanziert und die Kliniken und freien Träger haben Eigenmittel eingebracht. Seit Ablauf der Stiftungsfinanzierung finanziert die Stadt Bonn das Projekt mit. Auch in Kassel trägt die Kommune die Kosten des Teilnetzwerks „Willkommen von Anfang an – Gesunde Kinder in Kassel“. Die Aachener Gesunde Grundschule wird aus Mitteln des Präventionsgesetzes von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert. Generell ist eine (Ko)Finanzierung der Kooperation durch Dritte (z. B. Stiftungen, Gesetzliche Krankenkassen, medizinische Leistungserbringer) also möglich. Diese ist in den allermeisten Fällen jedoch zeitlich begrenzt, sodass eine langfristig angelegte Kooperation nicht ohne kommunale Eigenmittel auskommt. Ausnahmen sind die Frühen Hilfen, die über Bundes- und Landesmittel finanziert werden.

6. Handlungsempfehlungen für Kommunen

Aus den Ergebnissen unserer Analyse lassen sich für Kommunen⁵³, die eine Zusammenarbeit mit Leistungserbringern des Gesundheitswesens im Rahmen integrierter Präventionsstrategien auf- bzw. ausbauen wollen, mehrere Handlungsempfehlungen ableiten.

Persönlichen Kontakt aufbauen

Unsere Fallbeispiele haben gezeigt, dass das Bestehen eines persönlichen Kontakts zu den medizinischen Leistungserbringern Grundvoraussetzung für die Etablierung einer tiefergreifenden Kooperation ist. Es gilt deshalb zunächst einen persönlichen Kontakt herzustellen. Hierfür kann es hilfreich sein, einen „Türöffner“ einzusetzen, der Kontakt zu den medizinischen Leistungserbringern hat und den Kontakt vermitteln kann. Dies kann zum Beispiel ein*e Kolleg*in aus dem Gesundheitsamt sein oder ein medizinischer Leistungserbringer, zu dem schon Kontakt besteht. Eine Möglichkeit ist auch, den Kontakt zu den Obleuten der Fachärzt*innen (gewählte, regionale Vertreter*innen der Fachärzt*innen) zu suchen oder das Netzwerk bzw. Projekt bei den lokalen ärztlichen Qualitätszirkeln vorzustellen.

Mehrwehrt der Zusammenarbeit deutlich machen

Es braucht in der Regel Anreize, um die medizinischen Leistungserbringer für die Zusammenarbeit zu gewinnen. Deshalb ist es sinnvoll zu überlegen, welche Vorteile den Ärzt*innen durch die Zusammenarbeit entstehen könnten. Die Vorteile sind abhängig vom jeweiligen Projekt. Beispiele aus unseren Fallstudien sind Weiterbildungspunkte für Informationsveranstaltungen oder die Unterstützung in der Arbeit mit psychosozial belasteten Familien. Auch medizinische Leistungserbringer sehen in der Behandlung psychosozial belasteter Familien eine Herausforderung. Die Kommunen aus unseren Fallbeispielen haben die medizinischen Leistungserbringer bei der Arbeit mit diesen Familien unterstützt, indem sie zum Beispiel eine zentrale, fachkundige Anlaufstelle (z. B. in Person der Netzwerkkoordinator*innen) etabliert haben, an die sich die medizinischen Leistungserbringer wenden können, wenn sie konkrete Fragen oder Hilfebedarf bei einer Familie festgestellt haben. Medizinische Leistungserbringer können die Vermittlung in die Hilfesysteme in der Regel nicht selbst leisten, hierfür ist sehr viel und aktuelles Wissen über Hilfestrukturen vor Ort notwendig. Die Bereitstellung von Information, zum Beispiel in Form von Broschüren, reicht deshalb zumeist nicht aus.

Arbeitsbedingungen und Arbeitsweise der medizinischen Leistungserbringer berücksichtigen

Medizinische Leistungserbringer verfügen in der Regel über wenig Zeit. Zugleich wird die Zusammenarbeit nicht vergütet, sodass bei den medizinischen Leistungserbringern durch die

⁵³ Die Handlungsempfehlungen richten sich insbesondere an kommunale Akteure der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesundheitsämter sowie an Koordinator*innen, die mit der Aufgabe betraut sind, entsprechende Netzwerke aufzubauen. Sie richten sich aber insbesondere auch an die politisch Verantwortlichen auf der Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene, da sie für die Ausgestaltung der Rahmenbedingungen zuständig sind.

Kooperation gegebenenfalls Einnahmeverluste entstehen. Dies muss bei der Zusammenarbeit berücksichtigt werden, indem zum Beispiel Treffen zeitlich begrenzt werden, Sitzungen auf den Mittwochnachmittag gelegt werden oder Treffen bei den Leistungserbringern stattfinden, sodass diese nicht anreisen müssen. Eine Nichtteilnahme an Treffen muss nicht ein Zeichen für fehlendes Interesse sein, sondern ist häufig den begrenzten zeitlichen Ressourcen der medizinischen Leistungserbringer geschuldet. Hier gilt es zu überlegen, wie sie dennoch erreicht werden können. Beispiele aus unseren Fallbeispielen sind die Versendung von Infomaterialien und Protokollen per Post oder über die Obleute.

Die Arbeitsweise der medizinischen Leistungserbringer unterscheidet sich für gewöhnlich von der Arbeitsweise im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe. Zum Beispiel sind Ärzt*innen in der Regel kurze und effiziente Entscheidungsprozesse gewohnt. Für die Zusammenarbeit ist es hilfreich, sich diese *interprofessionellen Unterschiede* bewusst zu machen und sie anzuerkennen, um einen Weg zu finden, damit umzugehen.

Weitere medizinische Leistungserbringer einbinden

Ärzt*innen genießen großes Vertrauen bei Familien, ihre Empfehlungen werden aufgrund der ärztlichen Autorität von den Familien zumeist befolgt. Sie haben in der Regel jedoch nur kurzen Kontakt zu den Kindern bzw. Familien und sie sind oftmals schwer für eine Kooperation zu gewinnen. Es lohnt sich deshalb, den Kreis der medizinischen Leistungserbringer weiter zu fassen und auch nicht ärztliche Leistungserbringer, wie zum Beispiel Pflegepersonal, Medizinische Fachangestellte (MFA) oder Apotheker*innen, in die Zusammenarbeit einzubinden.

Eine der von uns untersuchten Kommunen bietet regelmäßig Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte an. Diese verbringen zumeist mehr Zeit mit den Familien und können deshalb psychosoziale Belastungen ebenfalls gut erkennen. Außerdem besteht zwischen den Familien und den MFA eine geringere Hierarchie als gegenüber den Ärzt*innen, sodass die Familien für gewöhnlich den MFA gegenüber offener sind. Zudem können die MFA als Multiplikatoren fungieren und Inhalte an ihre Kolleg*innen und die Ärzt*innen weitergeben.

Medizinische Leistungserbringer an der Ausgestaltung der Zusammenarbeit bzw. der Projekte beteiligen

Die Fallstudien haben gezeigt, dass es sinnvoll ist, die Leistungserbringer in die Erarbeitung der Projekte bzw. die Ausgestaltung der Zusammenarbeit möglichst von Anfang an einzubeziehen. So kann das Projekt bzw. die Zusammenarbeit auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten werden und ihre Fachexpertise von Anfang an miteinfließen. Zudem erhöht sich so die Verbindlichkeit gegenüber dem Projekt bzw. der Zusammenarbeit.

Regelmäßig Kontakt zu den medizinischen Leistungserbringern halten

Die präventiven Angebote und Projekte geraten im Arbeitsalltag schnell in Vergessenheit, deshalb ist es sinnvoll, die Leistungserbringer regelmäßig zu kontaktieren und über Neuigkeiten zu informieren. Dies ist über verschiedene Wege, wie zum Beispiel Einladung zu Veran-

staltungen, Informationen per Post bzw. E-Mail, über die Obleute oder den Besuch von Qualitätszirkeln möglich.

Mit Leistungserbringern, mit denen tiefergehende Kooperationen bestehen, sollten regelmäßige persönliche Treffen stattfinden, in denen die Zusammenarbeit besprochen und Ergebnisse evaluiert werden. Gemeinsame Erfolge verdeutlichen den Mehrwert der Zusammenarbeit und motivieren für die weitere Zusammenarbeit. In der gemeinsamen Fallarbeit (z. B. bei der Vermittlung einer Familie in das Hilfesystem der Frühen Hilfen durch eine*n Ärzt*in) sollte, wenn datenschutzrechtlich möglich, eine Rückmeldung über den Verlauf erfolgen, damit der Leistungserbringer sehen kann, ob die Zusammenarbeit „etwas gebracht hat“. Ein regelmäßiger Kontakt ist insbesondere dort notwendig, wo ein häufiger Personalwechsel stattfindet (z. B. beim Pflegepersonal in den Geburtskliniken), um die neuen Mitarbeiter*innen über das Projekt bzw. die Kooperation zu informieren.

Die Häufigkeit des persönlichen Kontakts stellt immer eine Gratwanderung dar: Regelmäßiger Austausch ist für eine erfolgreiche Zusammenarbeit essenziell; gleichzeitig sollten die begrenzten zeitlichen Ressourcen der medizinischen Leistungserbringer berücksichtigt und der Kontakt deshalb auf das notwendige Maß beschränkt werden.

Erfahrene und qualifizierte Koordinator*innen bzw. Projektleiter*innen langfristig beschäftigen

Unsere Fallstudien haben einmal mehr die Bedeutung der Koordinator*innen bzw. Projektleiter*innen für den Erfolg der Kooperation gezeigt. Sie sind in der Regel für den Kooperationsprozess und damit für die Interaktion mit den Leistungserbringern zuständig. Um von den Leistungserbringern anerkannt zu werden, müssen sie über ausreichend fachliche Expertise verfügen. Als hilfreich hat sich in unseren Fallstudien auch die langfristige Tätigkeit der Koordinator*innen gezeigt. Für die Zusammenarbeit ist Vertrauen notwendig, das erst durch den persönlichen Kontakt über die Zeit entsteht. Durch die langjährige Tätigkeit verfügten die Koordinator*innen zudem über umfassende Kenntnisse der lokalen Hilfestrukturen und konnten so die medizinischen Leistungserbringer in der Arbeit mit den Familien kompetent unterstützen. Es empfiehlt sich deshalb, die Stelle der*des Koordinator*in mit einer*inem ausreichend qualifizierten Mitarbeiter*in zu besetzen und die Stelle nicht nur als Projekt-, sondern als Dauerstelle anzulegen.

Zusammenarbeit von Jugend- und Gesundheitsamt intensivieren

Für die Zusammenarbeit mit den medizinischen Leistungserbringern ist es hilfreich, wenn neben dem Jugendamt auch das Gesundheitsamt (hier insbesondere der Kinder- und Jugendärztliche Dienst) eingebunden ist. Neben der fachlichen Expertise verfügt das Gesundheitsamt in der Regel bereits über Kontakte zu vielen medizinischen Leistungserbringern und kann deshalb als Türöffner fungieren. Zudem haben die Mitarbeiter*innen des Gesundheitsamtes oft einen ähnlichen professionellen Hintergrund wie die medizinischen Leistungserbringer und sind deshalb mit deren Arbeits- und Sichtweisen vertraut. Verwaltungsintern sollte die Zusammenarbeit zwischen Jugend- und Gesundheitsamt geregelt werden, damit ein regelmäßiger Austausch gewährleistet ist.

Langen Atem und Hartnäckigkeit zeigen

Der Auf- und Ausbau der Zusammenarbeit mit medizinischen Leistungserbringern ist zumeist ein langwieriger Prozess. Es bedarf zahlreicher Kontaktversuche über unterschiedliche Kanäle. Dabei kann es immer wieder zu Absagen und Rückschritten kommen. Wichtig ist, sich davon nicht entmutigen zu lassen und immer wieder den Kontakt über verschiedene Wege zu suchen.

Alle Finanzierungsmöglichkeiten berücksichtigen

Eine Finanzierung der Koordinationsstellen durch die Kommune ist in vielen Fällen (zunächst) nicht zu realisieren. Deshalb sollten alle alternativen Möglichkeiten der Finanzierung berücksichtigt werden. Hier bestehen je nach Bundesland unterschiedliche Möglichkeiten. In Nordrhein-Westfalen werden Kommunen zum Beispiel beim Aufbau von Präventionsketten im Rahmen des Programms „kinderstark“⁵⁴ unterstützt. Auch ist es gegebenenfalls möglich, den Aufbau des Netzwerks über Stiftungen zu finanzieren, wie eines der Fallbeispiele gezeigt hat. Die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit in den Ländern⁵⁵ beraten Kommunen zu Finanzierungsmöglichkeiten und können gegebenenfalls auch bei der Antragsstellung unterstützen.

Die Handlungsempfehlungen, die wir aus den Ergebnissen der Fallstudien abgeleitet haben, fokussieren auf die Faktoren, die von den Kommunen mehr oder weniger direkt beeinflussbar sind. Ob die Kooperation zwischen Kommune und medizinischen Leistungserbringern erfolgreich verläuft, hängt aber insbesondere von den Rahmenbedingungen ab, die auf Bundes- und Landesebene gestaltet werden. Hier ist in erster Linie die Verpflichtung und Vergütung der medizinischen Leistungserbringer sowie eine langfristig angelegte Finanzierung der Koordinierungsstellen zu nennen. Ohne diese förderlichen Rahmenbedingungen wird es auf kommunaler Ebene weiterhin nicht einfach sein, eine erfolgreiche Kooperation zu realisieren. Dass es dennoch gelingen kann, haben die vorgestellten Fallbeispiele gezeigt.

⁵⁴ <https://www.kinderstark.nrw/> (Download 4.11.2020).

⁵⁵ <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/koordinierungsstellen/> (Download 4.11.2020).

Literaturverzeichnis

Absalon, Susanne, und Andreas Kocks (2018). „Von Anfang an gemeinsam – ‚Frühe Hilfen im Krankenhaus‘ aus Sicht der Beschäftigten. Eine Befragung von Hebammen, Pflegenden und Ärzt*innen in Kooperation mit dem St.-Marien-Hospital und dem Universitätsklinikum Bonn“. Hrsg. Familienkreis e.V. und Caritasverband der Stadt Bonn e.V. Bonn.

Altgeld, Thomas, und Petra Kolip (2014). „Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung“. *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Hrsg. Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz und Jochen Haisch. Bern: Verlag Hans Huber. 45–56.

Ansell, Chris, und Alison Gash (2007). „Collaborative Governance in Theory and Practice“. *Journal of Public Administration Research and Theory* (18) 4. 543–571.

Benz, Arthur (2004): „Governance - Modebegriff oder nützliches sozialwissenschaftliches Konzept? Governance - Regieren in komplexen Regelsystemen. Eine Einführung“. Hrsg. Arthur Benz. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, S. 11–28.

BMVZ (2017). „Nur auf den ersten Blick sind alle gleich ...“. Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V.

<https://www.bmvz.de/presse/journalisten/%C2%A7%C2%A795-311-105-systematik/#Kommunales%20MVZ> (Download 24.4.2020).

Böhm, Katharina (2017). „Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention“. *Zeitschrift für Sozialreform* (63) 2. 275–299. DOI: 10.1515/zsr-2017-0014.

Böhm, Katharina, und David Gehne (2018). „Vernetzte kommunale Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche“. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* (61) 10. 1208–1214.

Böhm, Katharina, Dorothea Klünnert und Jonas Weidtmann (2018). *Krankenkassen als Partner der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention. Erfolgsbedingungen der Umsetzung des Präventionsgesetzes durch die Kommunen in Nordrhein-Westfalen*. Hrsg. Forschungsinstitut für Gesellschaftliche Weiterentwicklung. FGW-Studie Vorbeugende Sozialpolitik, 10. Düsseldorf. (Auch online unter http://fgw-nrw.de/fileadmin/user_upload/FGW-Studie-VSP-10-Boehm-2018_10_08-komplett-web.pdf, Download 3.4.2020).

Böhme, Christa, Ulrich Dilger und Eike Quilling (2018). „Integriertes Verwaltungshandeln für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung“. *Planung für gesundheitsfördernde Städte*. Hrsg. Sabine Baumgart, Heike Köckler, Anne Ritzinger und Andrea Rüdiger. Hannover: Verlag der ARL. 135–144. (Auch online unter https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/59577/ssoar-2018-bohme_et_al-Integriertes-Verwaltungshandeln_fur_eine_gesundheitsfordernde.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2018-bohme_et_al-Integriertes-Verwaltungshandeln_fur_eine_gesundheitsfordernde.pdf, Download 11.6.2019).

Bogumil, Jörg, und Marc Seuberlich (2015). *Gestalten statt Verwalten. Ressortübergreifende Präventionspolitik*. Hrsg. Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung und Bertelsmann Stiftung. Arbeitspapiere wissenschaftliche Begleitforschung „Kein Kind zurücklassen!“, 4. Gütersloh. (Auch online unter http://www.zefir.ruhr-uni-bochum.de/mam/content/kekiz_wb_4_gruen_final.pdf, Download 3.4.2020).

Burgi, Martin (2013). *Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung*. Bochumer Schriften zum Sozial- und Gesundheitsrecht, 15. Baden-Baden: Nomos.

Deutscher Landkreistag (2018). „Ambulante Versorgung sicherstellen. Rolle der Landkreise bei der Gestaltung einer zukunftsfähigen medizinischen Struktur vor Ort“. <https://www.landkreistag.de/images/stories/publikationen/180110%20PosPap%20Ambulante%20Versorgung.pdf> (Download 24.4.2020).

Eger, Frank (2013). „Jugendämter in gesundheitlicher Verantwortung“. *Kommunale Gesundheitslandschaften*. Hrsg. Ernst-Wilhelm Luthe. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss. 317–329. (Auch online unter https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-02431-4_19.pdf, Download 20.8.2020).

Fischer, Jörg, und Raimund Geene (2019). „Gelingensbedingungen der Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen. Handlungsansätze und Herausforderungen im Kontext kommunaler Präventionsketten“. Hrsg. Katja Jepkens und Ute Klammer. Forschungsinstitut für Gesellschaftliche Weiterentwicklung. FGW-Studie Vorbeugende Sozialpolitik, 19. Düsseldorf. (Auch online unter http://www.fgw-nrw.de/fileadmin/user_upload/FGW-Studie-VSP-19-Fischer-2019_05_21-komplett-web.pdf, Download 21.6.2019).

Gerlinger, Thomas, Janina Kutzner, Caspar Lückenbach, Renate Reiter und Phillip Florian Schmidt (2018). „Die Kommune als Akteur in der Gesundheitspolitik“. *Die Kommune als Ort der Gesundheitsproduktion*. Hrsg. Monika Alisch, Meredith Dale, Anja Dieterich, Raimund Geene, Thomas Gerlinger und Stefan Greß. Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, 52. Hamburg: Argument Verlag. 103–126.

Geuter, Gunnar, Thomas Ewert, Timo Deiters und Alfons Holleder (2017). „Optimierung der kommunalen Gesundheitsversorgung. Erste Erfahrungen des Kommunalbüros für ärztliche Versorgung des Landes Bayern“. *Gesundheitswesen* (79) 1. 28–34. DOI: 10.1055/s-0042-102343.

Goodwin, Nicholas, Viktoria Stein und Volker E. Amelung (2017). „What is integrated care?“. *Handbook integrated care*. Hrsg. Volker E. Amelung, Viktoria Stein, Nicholas Goodwin, Ran Balicer, Ellen Nolte und Esther Suter. Cham, Switzerland: Springer. 3–23.

Günther, Hans-Joachim, Claudia Bader, Rosa Maria Erlenberg, Cornelia Hagl, Bianca Schirmacher und Andreas Schuster (2019). „Von AGnES bis PA — Arztassistentenberufe in Deutschland: Wer hat noch den Überblick?“. *MMW Fortschritte der Medizin* (161) Suppl. 7. 21–30. DOI: 10.1007/s15006-019-1175-3.

Hoffer, Heike (2013). „Die Kommune im Kontext neuer Versorgungsansätze“. *Kommunale Gesundheitslandschaften*. Hrsg. Ernst-Wilhelm Luthe. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss. 399–414. (Auch online unter https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-02431-4_25.pdf, Download 18.6.2019).

Holleder, Alfons (2015). „Gesundheitskonferenzen in Deutschland. Ein Überblick“. *Gesundheitswesen* (77) 03. 161–167. DOI: 10.1055/s-0033-1361109.

Küster, Ernst-Uwe, Christopher Pabst und Alexandra Sann (2017a). *Kommunale Netzwerkstrukturen Frühe Hilfen*. Hrsg. Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Faktenblatt zu den Kommunalbefragungen zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen, 3. Köln.

Küster, Ernst-Uwe, Christopher Pabst und Alexandra Sann (2017b). *Vernetzung der ambulanten medizinischen Versorgung mit den Frühen Hilfen*. Hrsg. Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Faktenblatt zu den Kommunalbefragungen zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen, 4. Köln.

Küster, Ernst-Uwe, Christopher Pabst und Alexandra Sann (2017c). *Vernetzung der stationären medizinischen Versorgung mit den Frühen Hilfen*. Hrsg. Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Faktenblatt zu den Kommunalbefragungen zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen, 5. Köln.

- Kuhn, Bertolt, und Volker E. Amelung (2016). „Gemeinden unter Druck – Welche Rolle kann die Kommune bei der Lösung von ambulanten ärztlichen Versorgungsproblemen spielen?“. *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik* (69) 6. 16–24. DOI: 10.5771/1611-5821-2015-6-16.
- Leppin, Anja (2014). „Konzepte und Strategien der Prävention“. *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Hrsg. Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz und Jochen Haisch. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. 36–44.
- Lohmann, Anne (2015). *Kooperationen in Frühen Hilfen. Ansätze zur zielorientierten Gestaltung*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Luthe, Ernst-Wilhelm (2013a). „Gesundheitliche Versorgung und kommunale Selbstverwaltungsgarantie“. *Kommunale Gesundheitslandschaften*. Hrsg. Ernst-Wilhelm Luthe. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss. 55–66. (Auch online unter https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-02431-4_3.pdf, Download 11.6.2019).
- Luthe, Ernst-Wilhelm (2013b). „Modellebenen der Integrierten Versorgung“. *Kommunale Gesundheitslandschaften*. Hrsg. Ernst-Wilhelm Luthe. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss. 37–54. (Auch online unter https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-02431-4_2.pdf, Download 11.6.2019).
- Mayring, Philipp (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz (Beltz Pädagogik).
- Müller, Merle, und Eike Quilling (2017). „Intersektorale Zusammenarbeit in den Netzwerken Frühe Hilfen“. *Netzwerke in Frühen Hilfen und Gesundheitsförderung. Neue Perspektiven kommunaler Modernisierung*. Hrsg. Jörg Fischer und Raimund Geene (unter Mitarbeit von Linda Gerigk). Weinheim, Basel: Beltz Juventa. 112–123.
- Neumann, Anna, und Ilona Renner (2020). *Die Gynäkologische Praxis in den Frühen Hilfen. Ergebnisse aus dem NZFH-Forschungszyklus »Zusammen für Familien« (ZuFa-Monitoring)*. Hrsg. Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Köln (Kompakt). (Auch online unter https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation-NZFH-Kompakt-Die-Gynaekologische-Praxis-in-den-Fruehen-Hilfen.pdf, Download 13.5.2020).
- NZFH (2009). „Frühe Hilfen – Begriffsbestimmung und Leitbild“. <https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/grundlagen-der-fruehen-hilfen/fruehehilfen-begriffsbestimmung-und-leitbild/> (Download 15.8.2020).
- NZFH (2019). „Lotsendienste – Ein Gewinn für Geburtskliniken und Familien“. *Frühe Hilfen Aktuell II*. Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Köln. https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Fruehe-Hilfen-aktuell-02-2019.pdf (Download 13.5.2020).
- NZFH (2020). „Interprofessionelle Qualitätszirkel – Hintergrund und Konzept“. Hrsg. Nationales Zentrum Frühe Hilfen. <https://www.fruehehilfen.de/qualitaetsentwicklung-fruehe-hilfen/kooperationen-in-den-fruehen-hilfen/interprofessionelle-qualitaetszirkel/hintergrund-und-konzept/> (Download 15.5.2020).
- Paul, Mechthild, und Jörg Backes (2017). „Frühe Hilfen“. Hrsg. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/fruehe-hilfen/> (Download 25.8.2020).
- Quilling, Eike, Hans J. Nicolini, Christine Graf und Dagmar Starke (2013). *Praxiswissen Netzwerkarbeit*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Renner, Ilona (2010). „Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems. Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Früher Hilfen“. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* (53) 10. 1048–1055.

Richter-Kornweitz, Antje, Holger Kilian und Gerda Holz (2017). „Präventionskette / Integrierte kommunale Gesundheitsstrategie“. Hrsg. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praeventionskette-integrierte-kommunale-gesundheitsstrategie/> (Download 15.8.2020).

Rosenbrock, Rolf, und Thomas Gerlinger (2014). *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. 3. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Sann, Alexandra (2010). *Kommunale Praxis Früher Hilfen in Deutschland. Teiluntersuchung 1: Kooperationsformen*. Materialien zu Frühen Hilfen Bestandsaufnahme, 2. Hrsg. Deutsches Jugendinstitut. Köln.

Scharmanski, Sara, und Ilona Renner (2019). *Geburtskliniken und Frühe Hilfen: Eine Win-Win-Situation? Ergebnisse aus dem NZFH-Forschungszyklus »Zusammen für Familien« (ZuFa-Monitoring)*. Hrsg. Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Köln. (Auch online unter https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation-NZFH-Geburtskliniken-und-Fruehe-Hilfen.pdf, Download 14.5.2020).

Schmidt am Busch, Birgit (2007). *Die Gesundheitssicherung im Mehrebenensystem*. Tübingen: Mohr Siebeck ..

Schneider, Michael, Steffen Hamm und Jürgen Zerth (2018). „Die Kommune als Gestalter von Versorgungsprozessen – Eine organisationstheoretische Betrachtung“. *Entrepreneurship im Gesundheitswesen III. Digitalisierung – Innovationen – Gesundheitsversorgung*. Hrsg. Mario A. Pfannstiel, Patrick Da-Cruz und Christoph Rasche. Wiesbaden: Springer Gabler. 243–263. (Auch online unter https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-18413-1_14, Download 3.7.2019).

Schöllhorn, Angelika, Cornelia König, Anne Katrin Künster, Jörg Fegert und Ute Ziegenhain (2010). „Lücken und Brücken“. *Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen. Modellprojekte begleitet vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen*. Hrsg. Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Köln. 202–221.

Schubert, Herbert (2017). „Netzwerk als neue Leitlinie kommunalen Handelns“. *Netzwerke in Frühen Hilfen und Gesundheitsförderung. Neue Perspektiven kommunaler Modernisierung*. Hrsg. Jörg Fischer und Raimund Geene (unter Mitarbeit von Linda Gerigk). Weinheim, Basel: Beltz Juventa. 81–123.

Schubert, Herbert (2018). *Netzwerkmanagement in Kommune und Sozialwirtschaft*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Seckinger, Mike (2015). „Kooperationen in Netzwerken Früher Hilfen“. *Sozial Extra* (39) 1. 45–47. DOI: 10.1007/s12054-014-9002-7.

Simon, Michael (2018). „Kommunen als Krankenträger: Historischer Rückblick und neuere Entwicklungen“. *Die Kommune als Ort der Gesundheitsproduktion*. Hrsg. Monika Alisch, Meredith Dale, Anja Dieterich, Raimund Geene, Thomas Gerlinger und Stefan Greß. Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, 52. Hamburg: Argument Verlag. 82–102.

Statistisches Bundesamt (2018). „Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1 - 2017“. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611177005.html> (Download 28.4.2020).

Trojan, Alf (1999). „Kommunale Gesundheitspolitik“. *Kommunalpolitik. Politisches Handeln in den Gemeinden*. Hrsg. Hellmut Wollmann und Roland Roth. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 780–800.

Trojan, Alf, und Helmut Hildebrandt (2017). „Gesundheitsförderung und Integrierte Versorgung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung“. Hrsg. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln. <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-und-integrierte-versorgung/> (Download 27.4.2020).

van Staa, Juliane, und Ilona Renner (2019). *Die Kinderärztliche Praxis in den Frühen Hilfen. Ergebnisse aus dem NZFH-Forschungszyklus »Zusammen für Familien« (ZuFa-Monitoring)*. Hrsg. Bundesstiftung Frühe Hilfen. Köln. (Auch online unter https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation-NZFH-kompakt-Die-kinderaerztliche-Praxis.pdf, Download 13.5.2020).

Wabnitz, Reinhard Joachim (2013). „Kommune und Krankenhauswesen – zwischen staatlicher Steuerung, Kommunalisierung, Privatisierung und Fusion“. *Kommunale Gesundheitslandschaften*. Hrsg. Ernst-Wilhelm Luthe. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss. 337–350. (Auch online unter https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-02431-4_21.pdf, Download 18.6.2019).

Walter, Ulla, und Katrin Volkenand (2017). „Kommunale Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Pflichten, Rechte und Potenziale im Kontext der kommunalen Daseinsvorsorge“. *Gesundheitswesen* (79) 4. 229–237. DOI: 10.1055/s-0042-113129.

Weatherly, John N. (2013). „Integrierte Versorgung. Ärzte Kooperationen und Medizinische Versorgungszentren (MVZ)“. *Kommunale Gesundheitslandschaften*. Hrsg. Ernst-Wilhelm Luthe. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss. 369–382.

Wegweiser Kommune (2020). „Statistische Daten“. <https://www.wegweiser-kommune.de/> (Download 15.6.2020).

WHO (2016). „Framework on integrated, people-centred health services“. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1 (Download 29.4.2020).

Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2015). „Die Gesundheitsdienstgesetze der Länder“. Hrsg. Deutscher Bundestag (Ausarbeitung, WD 9 – 3000 – 027/1). <https://www.bundestag.de/resource/blob/410444/a2f24acb7bdabf15da541c95d2946167/WD-9-027-14-pdf-data.pdf> (Download 14.4.2020).