

LebensWerte Kommune | Ausgabe 2 | 2021

Gesundheitsförderung und Prävention gemeinsam gestalten!

Eine Analyse der Kooperationen zwischen Kommunen und
medizinischen Leistungserbringern

Marian Schönknecht, Katharina Böhm, Anja Langness

Nicht zuletzt durch die 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.

Diese Aufgaben haben in den letzten Jahren aufgrund unterschiedlicher Entwicklungen zugenommen. So sehen sich immer mehr Kommunen zum Beispiel aufgrund von Ärztemangel und Krankenhausschließungen mit Versorgungsproblemen konfrontiert und müssen lokale Lösungen finden, um die wohnortnahe medizinische Versorgung aufrechtzuerhalten. Auch haben viele Kommunen damit begonnen, integrierte Präventionsstrategien insbesondere für Kinder und Familien zu entwickeln.

Leistungserbringer des Gesundheitswesens werden immer wieder als hoch relevante Kooperationspartner genannt, wenn es um den Zugang zu belasteten Familien geht. Obwohl die Kooperation sowohl für die kommunalen Präventionsakteure als auch die Leistungserbringer des Gesundheitswesens vorteilhaft ist, gestaltet sich die Zusammenarbeit in der Praxis oftmals herausfordernd. Die vorliegende Studie des Zentrums für interdisziplinäre Regionalforschung (ZEFIR) der Ruhr-Universität Bochum identifiziert Faktoren, die eine gelingende Zusammenarbeit bedingen, und formuliert Handlungsempfehlungen für Kommunen für die Gestaltung der Kooperation vor Ort. Die Studie wurde von der Bertelsmann Stiftung im Rahmen des Projektes „Kein Kind zurücklassen!“ gefördert. Sie ist Teil des Forschungsvorhabens des ZEFIR „Die Rolle der Kommunen im Bereich Gesundheit“ (www.sowi.rub.de/gespol/kommunen.html), das von der Robert Bosch Stiftung und der Bertelsmann Stiftung unterstützt wird.



Inhalt

- 2 Einleitung
- 3 Integrierte Gesundheitsförderung und Prävention
- 4 Die Kompetenzen der Kommunen im Bereich Gesundheit
- 4 Die Kompetenzen der Kommunen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention
- 5 Die Kompetenzen der Kommunen in der medizinischen Versorgung
- 6 Kooperationen zwischen Kommunen und Leistungserbringern des Gesundheitswesens im Rahmen integrierter kommunaler Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention
- 7 Kooperation zwischen Kinder-/ Jugendhilfe und Gesundheitsversorgungssystem
- 7 Kooperation zwischen Gesundheitsämtern und Gesundheitsversorgungssystem
- 8 Erfolgs- und Hinderungsfaktoren interprofessioneller Kooperation
- 9 Forschungsergebnisse aus den Fallkommunen
- 13 Drei Fragen an ...
- 14 Handlungsempfehlungen für kommunale Akteure
- 15 Literatur
- 16 Impressum

Zugänge zu Kindern und Familien über das Gesundheitssystem verbessern – der Werkstattbericht steht unter <https://www.bertelsmann-stiftung.de/KeKiz-Gesundheit> zum kostenlosen Download bereit.

Einleitung

Im Rahmen des Projektes „Kein Kind zurücklassen!“ (KeKiz) verantwortet die Bertelsmann Stiftung seit 2012 die wissenschaftliche Begleitforschung. Die Ergebnisse der letzten Jahre zeigen u. a., dass belastete Familien besonders gut über den Gesundheitssektor zu erreichen sind: Insbesondere niedergelassene Kinderärztinnen und -ärzte, Familienhebammen und Geburtskliniken genießen bei allen Familien großes Vertrauen (Strohmeier et al. 2016). Die Zugangswege sind relativ niedrig. Medizinische Angebote werden weitaus selbstverständlicher in Anspruch genommen als Jugendhilfeangebote oder sonstige Beratungsangebote. Eine stärkere Integration des Gesundheitssektors in die lokalen Präventionsketten bietet daher noch ungenutzte Möglichkeiten, den Zugang zu Kindern und Familien in Risikolagen zu verbessern.

Ausgehend von diesen Erkenntnissen hat die Bertelsmann Stiftung diese Studie der Ruhr Universität Bochum gefördert, die den Fokus auf die Kooperation von Gesundheitssektor und Kommune legt. Dies ist ein weiterer Baustein, um integrierte Strategien in der Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder und Familien in Kommunen weiterzuentwickeln.

Ziel der Studie ist es, die Rolle der Kommunen hinsichtlich der Entwicklung, Umsetzung und Steuerung einer integrierten Gesundheitsstrategie zu untersuchen. Der Fokus liegt dabei auf integrierten kommunalen Präventionsstrategien für Kinder und Familien. Von besonderem Interesse ist die Frage, wie die Einbindung des Gesundheitssektors in die Präventionsarbeit einen Beitrag dazu leisten kann, den Zugang zu belasteten und schwer erreichbaren Kindern und Familien zu verbessern. In fünf ausgewählten Kommunen wird die Kooperation zwischen kommunalen Akteuren¹ (z. B. Jugendämter, Gesundheitsämter) und Akteuren des Versorgungssektors (z. B. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser) untersucht.

¹ Institutionelle Akteure werden im Folgenden nicht gegendert.

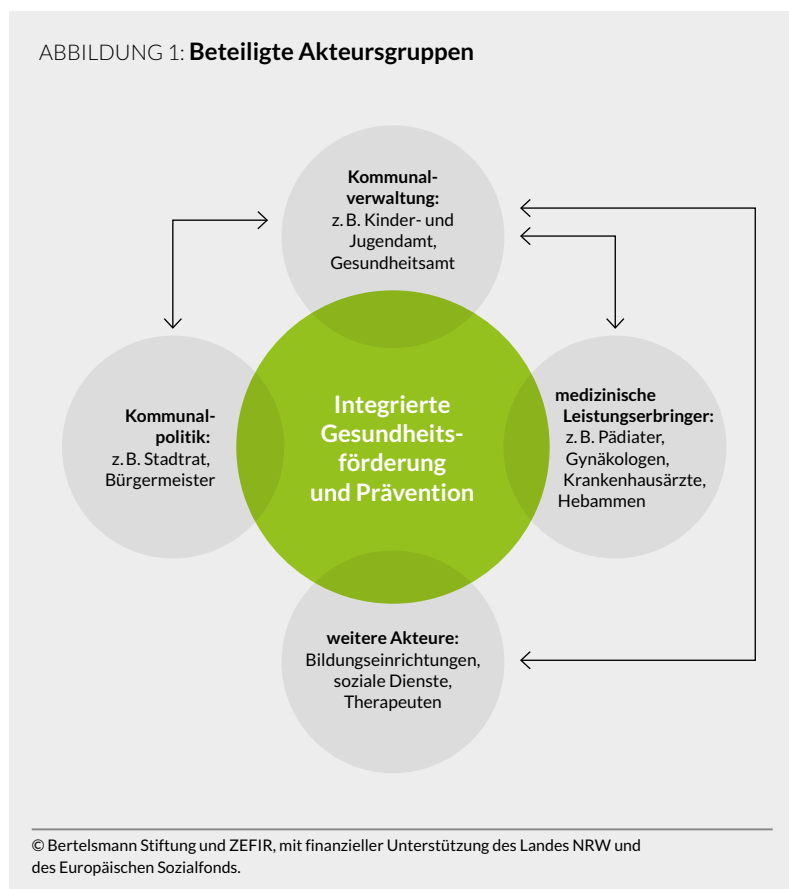
Integrierte Gesundheitsförderung und Prävention

Integrierte Strategien erfordern ein sektoren- 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 Akteur 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). 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 (Abbildung 1).

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 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 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 (vgl. van Staa und Renner 2019).

Aus der Begleitforschung zu den Frühen Hilfen 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 Ärztinnen und Ärzten oftmals als Herausforderung empfunden. Durch die Zusammenarbeit entsteht bei diesen eine höhere Zufriedenheit, weil sie ihre Patient:innen gut versorgt wissen. Trotz einiger Hürden gibt es



Kommunen, in denen die Zusammenarbeit relativ erfolgreich verläuft (vgl. Neumann und Renner 2020).

Im Einzelnen verfolgen wir mit der Studie folgende Fragestellungen:

- 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?
- Welche Voraussetzungen und förderliche Faktoren müssen gegeben sein, damit die Kooperation zwischen Kommunen und Leistungserbringern des Gesundheitswesens gelingt?
- 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: Aachen, Bonn, Landkreis Havelland, Herten, Kassel und Münster. 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 Kompetenzen der Kommunen im Bereich Gesundheit

Die Kompetenzen der Kommunen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention

Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention (GFP) liegt die Gesetzgebungskompetenz weitgehend bei den Ländern. Zwischen den Ländern bestehen jedoch große Unterschiede in der GFP-Politik (vgl. Schmidt am Busch 2007). 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 festge-

legt. 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 (Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages 2015).

Kommunale GFP hat in den letzten Jahren insbesondere durch das Bundespräventionsgesetz (PrävG) einen Schub erfahren. Durch das Präventionsgesetz haben sich zum einen neue Finanzierungsoptionen für kommunale GFP ergeben, zum anderen wurden neue Strukturen der Zusammenarbeit auf Landesebene geschaffen. Kommunen können wie alle anderen Träger von Lebenswelten seit 2015 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 gemeinsame Förderung durch mehrere Krankenkassen (gemeinsame Förderung) möglich. Die Verfahren der gemeinsamen Förderung werden auf Landesebene festgelegt und unterscheiden sich deshalb zwischen den Bundesländern.²

Zusätzlich hat das GKV-Bündnis für Gesundheit im Jahr 2019 zwei Förderlinien speziell für Kommunen aufgelegt: 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 Prävention der GKV³ festgelegten Förderkriterien und es ist ein Eigenanteil durch die Kommune zu leisten. Die Förderung umfasst

² <https://www.gkv-buendnis.de/buendnisaktivitaeten/buendnisaktivitaeten-im-ueberblick/>

³ https://ssltest.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention_2018_barrierefrei.pdf

ABBILDUNG 2: Kompetenzen der Kommune im Bereich Gesundheit

| GFP | ambulante Versorgung | stationäre Versorgung |
|---|---|---|
| Länder | Sicherstellungsauftrag vom Bund auf Krankenkassen und KVen übertragen | Länder |
| pflichtige kommunale Aufgaben durch Gesundheitsdienstgesetze | kommunale Steuerungsmöglichkeiten: • Gesundheitskonferenzen • Schaffung guter Rahmenbedingungen | Sicherstellungsauftrag größtenteils auf Kommunen übertragen |
| freiwillige kommunale Aufgaben gestärkt durch Präventionsgesetz | | begrenzte kommunale Steuerungsmöglichkeiten |

© Bertelsmann Stiftung und ZEFIR, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

neben finanziellen Mitteln auch inhaltliche Unterstützung. So wurden zum Beispiel die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit 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.

Die Kompetenzen der Kommunen in der medizinischen 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). Dieser legt die benötigte Anzahl und Verteilung der Haus- und Fachärztinnen und -ärzte 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 (vgl. Hoffer 2013).

Die Kommunen haben aber andere – wenn auch begrenzte – Möglichkeiten, Einfluss auf die lokale Verfügbarkeit ärztlicher Versorgung zu nehmen (Abbildung 2). Zahlreiche Kommunen versuchen zum Beispiel, mittels Gesundheitskonferenzen die ambulante Versorgung vor Ort zu koordinieren. Die Zusammensetzung der kommunalen Gesundheitskonferenzen unterscheidet sich dabei zwischen den Kommunen, in der Regel sind jedoch die versorgungsrelevanten Akteure, wie zum Beispiel die gesetzlichen Krankenkassen, die zuständigen KVen und/oder Ärztekammern, die örtlichen Krankenhäuser und andere Leistungserbringer vertreten. Der Erfolg der kommunalen Koordinationsbemühungen ist jedoch abhängig von der Bereitschaft der Beteiligten, zu kooperieren, und hängt damit häufig von Individualakteuren ab, denn das Sozialgesetzbuch V sieht keine Verpflichtung der Leistungserbringer zur Kooperation vor (vgl. Hoffer 2013).

Eine weitere Möglichkeit, die medizinische Versorgung vor Ort zu verbessern, ist durch die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen für die Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten. Hierzu gehören zum Beispiel die Bereitstellung geeigneter Praxisräume oder Bauplätze, Hilfe bei der Suche nach Investoren oder die Zurverfügungstellung von Kinderbetreuungsplätzen. Zum Teil erhalten die Kommunen hierfür auch Unterstützung vom Land, wie zum Beispiel in Bayern, wo ein Kommunalbüro für ärztliche Versorgung zur Beratung der Kommunen geschaffen wurde.

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, KHG). 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 (vgl. Wabnitz 2013).

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, zum Beispiel über regionale Krankenhauskonferenzen oder Stellungnahmen, an der Krankenhausplanung mitwirken. Mit Ausnahme von Baden-Württemberg haben die Stellungnahmen jedoch nur Empfehlungscharakter. 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 (vgl. a. a. O.).

Auch an der Finanzierung der Krankenhäuser sind die Kommunen direkt und indirekt beteiligt. Zum einen müssen sie sich in manchen Flächenländern zum Beispiel durch eine Krankenhausumlage an der Aufbringung der Investitionsmittel für die Krankenhausfinanzierung beteiligen. 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 (vgl. a. a. O.).

Kooperationen zwischen Kommunen und Leistungserbringern des Gesundheitswesens im Rahmen integrierter kommunaler Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention

Leistungserbringer des Gesundheitswesens werden immer wieder als hoch relevante Kooperationspartner genannt, wenn es um den Zugang zu belasteten Familien geht. Gleichzeitig wird die Zusammenarbeit mit den medizinischen Leistungserbringern von den kommunalen Akteuren als schwierig eingestuft (vgl. 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 Ärztinnen und Ärzte, 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.

Für den Begriff der Kooperation existieren unzählige Definitionen. 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. Eine für unsere Untersuchung zentrale Unterscheidung von Kooperationsformen ist zwischen fallübergreifender und fallbezogener Kooperation. Bei der fallübergreifenden Kooperation wird 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 die Hoffnung verbunden, auf diesem Weg die fallbezogene Kooperation auf- und auszubauen bzw. zu verbessern, um so den Kindern und Familien über die Ärztinnen und Ärzte und anderen medizinischen Leistungserbringer einen Zugang zu weiteren Hilfesystemen zu ermöglichen.

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.

Kooperation zwischen Kinder- / Jugendhilfe und Gesundheitsversorgungssystem

Die Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und den Leistungserbringern des Gesundheitsversorgungssystems erfolgt zumeist im Rahmen der Frühen Hilfen. Dadurch liegt der Fokus der Zusammenarbeit auf der Zielgruppe der kleinen Kinder und deren Familien, größere Kinder werden nur sehr selten durch diese Kooperation adressiert. Durch die Kooperation mit dem Gesundheitswesen erhofft man sich in den Frühen Hilfen einen besseren Zugang insbesondere zu psychosozial belasteten Familien.

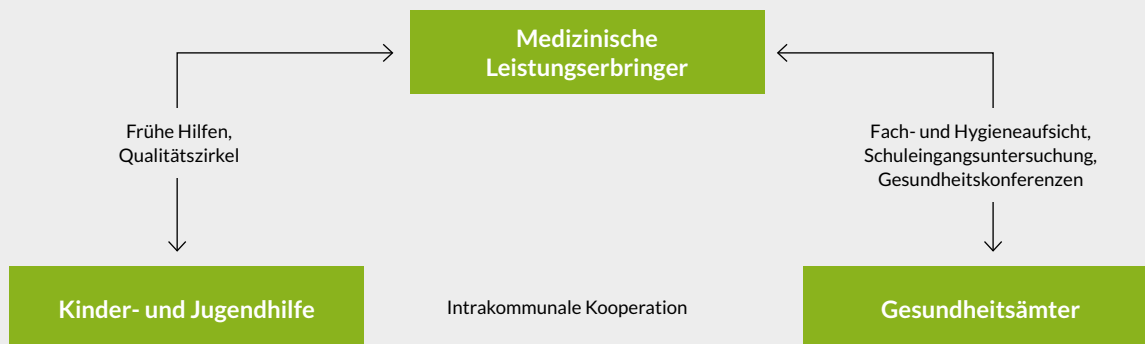
Die Teilnahme am Frühe-Hilfen-Netzwerk ist zumeist der erste Schritt für eine spätere intensivere Kooperation. Eine solche Kooperationsform stellen zum Beispiel interprofessionelle Qualitätszirkel dar. Dies sind kleinere Austauschforen, die zugleich mit Ärztinnen, Ärzten und Vertreter:innen der Kinder- und Jugendhilfe besetzt sind und dem fachlichen und fallbezogenen Austausch dienen. 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 2009).

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 weisen unterschiedliche Kommunikationsformen auf und verfügen über unterschiedliche Sicht- und Herangehensweisen. Während in der Medizin zum Beispiel eher fallbezogen und reaktiv gehandelt wird, nimmt die Kinder- und Jugendhilfe eine eher systemische Perspektive ein, die ressourcenorientiert und vorbeugend ausgerichtet ist. Diese Unterschiede zwischen den Professionen können zu erheblichen Problemen und Missverständnissen führen. 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 (vgl. Fischer und Geene 2019).

Kooperation zwischen Gesundheitsämtern und Gesundheitsversorgungssystem

Der öffentliche Gesundheitsdienst auf kommunaler Ebene unterhält vielfältige Beziehungen zu den Leistungserbringern des Gesundheitsversorgungssystems (Abbildung 3). So sind die Gesundheitsämter zum Beispiel mit der Fachaufsicht über die Heilberufe (Ärztinnen und Ärzte, 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 Kinderärztinnen und -ärzten. Eine Zusammenarbeit im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention erfolgt oftmals

ABBILDUNG 3: Kooperation zwischen Leistungserbringern des Gesundheitssystems und der Kommune



© Bertelsmann Stiftung und ZEFIR, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

in Kommunen, die eine kommunale Gesundheitskonferenz etabliert haben (vgl. Sann 2010).

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 (vgl. a. a. O.) bestätigt.

Erfolgs- und Hinderungsfaktoren interprofessioneller Kooperation

Der Fokus unserer Studie liegt auf der Zusammenarbeit zwischen kommunalen Akteuren und Leistungserbrin-

gern des Gesundheitsversorgungssystems. Eine solche Kooperation zwischen kommunalen und privaten Akteuren ist gängige Praxis der kommunalen Steuerung. Die Politikwissenschaftler:innen Ansell und Gash (2007) haben untersucht, unter welchen Voraussetzungen solche Kooperationen zwischen der öffentlichen Hand und privaten Akteuren erfolgreich verlaufen. Zu diesem Zweck analysierten sie 137 Studien zu interprofessionellen Kooperationen aus unterschiedlichen Politikfeldern und arbeiteten eine Reihe von Faktoren heraus, deren Gegebenheit einen Kooperationserfolg begünstigt oder – aus der entgegengesetzten Perspektive – eine erfolgreiche Kooperation unwahrscheinlich macht. Aus dieser Analyse entstand ein Modell der Collaborative Governance (CG), das auch auf das Politikfeld Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention anwendbar ist und von uns deshalb als theoretische Grundlage unserer Forschung gewählt wurde. Ein Aspekt, der bei Ansell und Gash nicht vorkommt, ist der von Fischer und Geene (2019) hervorgehobene unterschiedliche professionelle Hintergrund der beteiligten Akteure. 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 (Abbildung 4).

ABBILDUNG 4: Analysekategorien der Studie



(basierend auf Ansell und Gash 2007, eigene Darstellung)

© Bertelsmann Stiftung und ZEFIR, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

Forschungsergebnisse aus den Fallkommunen

Alle sechs Fallbeispiele hier in voller Ausführlichkeit zu präsentieren, würde den Rahmen des vorliegenden Formats sprengen. In diesem Kapitel werden aus diesem Grund die zusammengefassten Ergebnisse der untersuchten Kommunen kurz vorgestellt und exemplarisch Bezug auf zwei Fallbeispiele – das Netzwerk „Gelingendes Aufwachsen in Kassel – Netzwerk Frühe Hilfen und Willkommen von Anfang an“ und die Familiensprechstunde in Münster – genommen. Für die ausführlichen Ergebnisse aller einzelnen Fallkommunen möchten wir auf die Lektüre des Werkstattberichts (Böhm und Schönknecht 2020) verweisen.

Die Fallstudien haben gezeigt, dass sich die Zusammenarbeit zwischen kommunalen Ämtern und medizinischen Leistungserbringern sehr vielfältig gestaltet. 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.

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, Ärztinnen und Ärzten sowie 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) 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 tiefergreifende Kooperationen entwickelt werden. Grundvoraussetzung hierfür ist, dass die Leistungserbringer im Netzwerk vertreten sind.

In der Stadt Kassel wurde bspw. bereits 2007 die integrierte Präventionsstrategie „Willkommen von Anfang an – Gesunde Kinder in Kassel“ (WvAa) initiiert. Ziel des Angebots war und 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 Eltern mit erstgeborenem Kind durch Mitarbeiter:innen des Gesundheitsamtes. WvAa vermittelt bei Bedarf außerdem Familienhebammen und Familien-, Gesundheits- bzw. Kinderkrankenpfleger:innen. Finanziert wird das Netzwerk 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 Will-

kommen 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.

In Münster besteht bereits seit 1997 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 Ärztinnen und Ärzten sowie aus Ärztinnen und Ärzten einer örtlichen Klinik. Hierdurch kann die Stadt auf eine gewachsene Vernetzungsstruktur in diesem Themenfeld zurückgreifen.

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

Wie bereits 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 Ärztinnen und Ärzte regelmäßig per Post, besuchen ärztliche Qualitätszirkel, versuchen Termine mit Chefärztinnen und -ärzten von Kliniken zu bekommen oder bieten spezielle, auf Ärztinnen und Ärzte zugeschnittene Veranstaltungsformate an.

In allen von uns untersuchten Fallstudien wurde dabei 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 Bezie-

hungsarbeit. Die Koordinator:innen bzw. Projektleiter:innen müssen also über entsprechende Kompetenzen verfügen. In Kassel verwenden die Koordinator:innen viel Zeit und Engagement darauf, die Angebote der Frühen Hilfen bei den medizinischen Leistungserbringern bekannt zu machen, und verstehen ihre Arbeit auch als Service für die Fachkräfte im Gesundheitswesen.

Hilfreich ist des Weiteren, wenn die Koordinator:innen bzw. Projektleiter:innen bereits Erfahrung in der Zusammenarbeit mit medizinischen Leistungserbringern besitzen und deren Arbeitsweise und institutionellen Rahmenbedingungen kennen. In Münster verfügt die:der Projektkoordinator:in über berufliche Erfahrung in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung 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.

Regelmäßiger persönlicher Kontakt zwischen den kooperierenden Akteuren ist essenziell. 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 Münster kannten sich die kooperierenden Akteure durch den Arbeitskreis „Psychische Erkrankungen in Familien“ persönlich und arbeiteten bereits mehrere Jahre zusammen. Durch die Mitgliedschaft der beteiligten Klinik im Arbeitskreis war diese zudem von Beginn an in das Projekt involviert.

In allen von uns beschriebenen Kommunen treffen sich die Kooperationspartner mindestens einmal, meist jedoch mehrmals im Jahr. Je tiefergehender 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. In Kassel 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.

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 sichtbar gewordenen 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.

Unsere Fallstudien zeigen darüber hinaus, dass der professionelle Hintergrund der Akteure eine Rolle spielt. Vor den Kooperationen bestanden teilweise grundlegende Differenzen sowohl in der Arbeitsweise als auch im Verständnis von Konzepten und Begriffen: 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. 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. 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 Leistungs-

erbringern 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.

In Kassel geht man einen weiteren Erfolg versprechenden Weg. Schon seit mehreren Jahren bietet das Gesundheitsamt regelmäßig Fortbildungen für Medizinische Fachangestellte (MFA) aus Kinder- und Frauenarztpraxen zu unterschiedlichen gesundheitlichen Themen an. Seit ein paar Jahren werden die Fortbildungen gemeinsam für MFA aus pädiatrischen Praxen und für 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 hausärztlichen – Praxen, mit dem Ziel, die Teilnehmer:innen als Lots:innen in den Frühen Hilfen auszubilden. Geplant ist, 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 Ärztinnen und Ärzte, weshalb sie gut über den medizinischen Bereich hinausgehende Bedarfe bei Familien erkennen können. Die Fortbildung sensibilisiert nicht nur die teilnehmenden MFA, sondern – so die Hoffnung – erreicht über die MFA auch die Ärztinnen und Ärzte.

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

Wie bereits 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 Leistungserbringer und bündeln Informationen, sodass 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 übertragen. 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 die Finanzierung. Maßnahmen wurden in unseren untersuchten Kommunen zumeist kooperativ, gemeinsam mit den Leistungserbringern entwickelt. So konnten die medizinischen Leistungserbringer ihr Fachwissen einbringen und die Maßnahmen konnten an deren 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“. Die Aachener Gesunde Grundschule wird aus Mitteln des Präventionsgesetzes von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert.



Drei Fragen an ...

Susanne Absalon, Koordination Netzwerk Frühe Hilfen Bonn, Caritasverband für die Stadt Bonn e. V.

Was bedeutet für Sie multiprofessionelle Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention?

Multiprofessionelle Zusammenarbeit erfordert grundsätzlich die Bereitschaft, einen Perspektivwechsel vorzunehmen, sich auf andere Systemlogiken einzulassen, eine andere Fachsprache und andere Denk- und Handlungsansätze zu akzeptieren. Das eröffnet aber auch großes Lernfeld und ermöglicht es, den Blick „über den Tellerrand“ hinweg zu weiten und durch diese Offenheit wird der Handlungsspielraum größer. Im Bereich der Frühen Hilfen bedeutet dies zum Beispiel, dass der etablierte und stigmatisierungsfreie Zugang zu werdenden Eltern und Familien über die Gesundheitshilfe, also über Hebammen, gynäkologische und pädiatrische

Praxen und die Geburtshilfe sehr früh erfolgen kann. Mögliche Belastungen in Familien, aber auch deren Ressourcen, können gemeinsam mit den Eltern besprochen und passgenaue Hilfsangebote gefunden werden. So können präventive und gesundheitsfördernde Angebote frühzeitig greifen.

Was sind die vergangenen und aktuell noch bestehenden Hürden, mit denen Sie bei der Koordination multiprofessioneller Zusammenarbeit konfrontiert waren und sind?

Die größten Hürden sind aus meiner Sicht, dass es nach wie vor insbesondere im Bereich der Gesundheitshilfe noch keine ausreichenden gesetzlich verankerten Refinanzierungsmöglichkeiten für die systematische Zusammenarbeit gibt. Die guten Erfahrungen in unterschiedlichen Kontexten, die wir hier in Bonn machen, basieren in der Regel auf dem Engagement Einzelner, die die Wichtigkeit der multiprofessionellen Zusammenarbeit sehen und deren Gewinn für die eigene Arbeit schätzen. Entsprechende (gesetzliche) Regelungen wären Voraussetzung dafür, dass die Kooperation in den Ländern und Kommunen flächendeckend und strukturiert umgesetzt werden kann. Hier muss aus meiner Sicht noch nachgebessert werden.

Die Interprofessionellen Qualitätszirkel, die es in den Frühen Hilfen gibt, sind ein gelungenes Beispiel: Sie bieten ein Forum für den Austausch von Fachkräften aus der Jugendhilfe und der Gesundheitshilfe und seit 2014 auch eine Rahmenvereinbarung zur Finanzierung der präventiven ärztlichen Leistung.

Im Bereich der Lotsendienste durch Fachkräfte der Frühen Hilfen in der Geburtshilfe oder auch in Arztpraxen gibt es eine solche Rahmenvereinbarung noch nicht.

Was ist der Ausblick bei Ihnen in Bonn? Was sind Ihre zukünftigen Handlungsansätze / Projekte / Ideen?

Wir haben in Bonn schon einiges erreicht, was die multiprofessionelle Zusammenarbeit betrifft. Neben dem Netzwerk Frühe Hilfen, das ca. 60 Einrichtungen aus ganz unterschiedlichen Bereichen miteinander vereint, haben wir seit 2008 Kooperationen mit Einrichtungen der Gesundheitshilfe auf- und ausgebaut. Hierzu gehören der ehrenamtliche Besuchsdienst „Hallo Baby“ auf einer Wöchnerinnenstation, der Lotsendienst „Frühe Hilfen im Krankenhaus“ in der Bonner Universitätsklinik und dem St.-Marien-Hospital (eine Betriebsstätte der GFO-Kliniken Bonn) und der oben beschriebene Interprofessionelle Qualitätszirkel „Entwicklungs- und Sozialpädiatrie“ gemeinsam mit einem niedergelassenen Bonner Kinderarzt und dem Kinderneurologischen Zentrum. Insgesamt erleben wir als Koordinierungsstelle der Frühen Hilfen in Bonn ein positives Klima und viel Offenheit, was die multiprofessionelle Zusammenarbeit betrifft.

Gerne würden wir den Lotsendienst im Krankenhaus auf die beiden verbleibenden Entbindungskliniken in Bonn ausdehnen und auch in pädiatrischen Praxen Sprechstunden der Frühen Hilfen anbieten. Dazu reichen die bisherigen finanziellen Mittel aber nicht aus.

Handlungsempfehlungen für kommunale Akteure

1

Persönlichen Kontakt aufbauen und den Kontakt aufrechterhalten

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 zum medizinischen Leistungserbringer hat und den Kontakt vermitteln kann. Dies können zum Beispiel Kolleg:innen aus dem Gesundheitsamt sein oder ein medizinischer Leistungserbringer, zu dem schon Kontakt besteht. Eine Möglichkeit ist auch, den Kontakt zu den Obleuten der Fachärztinnen und -ärzte (gewählte, regionale Vertreter:innen der Fachärztinnen und -ärzte) zu suchen oder das Netzwerk bzw. Projekt bei den lokalen ärztlichen Qualitätszirkeln vorzustellen.

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

2

Den medizinischen Leistungserbringern ihren Mehrwert deutlich machen und ihre zeitlichen Kapazitäten berücksichtigen

Es braucht in der Regel Anreize, um die medizinischen Leistungserbringer für die Zusammenarbeit zu gewinnen. Deshalb ist es sinnvoll zu überlegen, welche Vorteile den Ärztinnen und Ärzten durch die Zusammenarbeit entstehen könnten. Die Vorteile sind abhängig vom jeweiligen Projekt. Beispiele aus unseren Fallstudien sind Weiterbildungspunkte für Informationsver-

anstaltungen oder die Unterstützung in der Arbeit mit psychosozial belasteten Familien.

Medizinische Leistungserbringer verfügen in der Regel über wenig Zeit. Zugleich wird die Zusammenarbeit nicht vergütet, sodass bei den medizinischen Leistungserbringern durch die Kooperation gegebenenfalls Einnahmeverluste entstehen. Dies muss bei der Zusammenarbeit berücksichtigt werden, indem zum Beispiel Treffen zeitlich begrenzt werden oder bei den Leistungserbringern stattfinden.

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 die Bedürfnisse der Leistungserbringer zugeschnitten werden und deren Fachexpertise von Anfang an miteinfließen. Zudem erhöht sich so die Verbindlichkeit gegenüber dem Projekt bzw. der Zusammenarbeit.

3

Erfahrene und qualifizierte Koordinator:innen bzw. Projektleiter:innen 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 diesen 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 Koordinator:innen mit ausreichend qualifizierten Mitarbeiter:innen zu besetzen und diese nicht nur als Projekt-, sondern als Dauerstelle anzulegen.

4 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. Verwaltungsmäßig sollte die Zusammenarbeit zwischen Jugend- und Gesundheitsamt institutionalisiert werden, damit ein regelmäßiger Austausch gewährleistet ist.

5 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.

6 Alle Finanzierungsmöglichkeiten berücksichtigen

Eine Finanzierung der Koordinierungsstellen 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. Auch ist es gegebenenfalls möglich, den Aufbau des Netzwerks über Stiftungen zu finanzieren, wie eines der Fallbeispiele gezeigt hat.

Insbesondere seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes zum 25.7.2015 investieren die gesetzlichen Krankenkassen und Pflegekassen rund 500 Millionen Euro in Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Präven-

tion. Die Schwerpunkte sind die Lebenswelten (wie z. B. Kitas, Schulen u.Ä.) sowie Betriebe. Mit Mitteln des Präventionsgesetzes wurden auch die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) in den Ländern ausgebaut. Diese beraten und unterstützen Kommunen in Hinblick auf gesundheitsförderliche Strategien und Maßnahmen zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit.

Die Handlungsempfehlungen, die wir aus den Ergebnissen der Fallstudien abgeleitet haben, fokussieren 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 sind in erster Linie die Verpflichtung und Vergütung der medizinischen Leistungserbringer sowie eine langfristig angelegte Finanzierung der Koordinierungsstellen zu nennen.

Literatur

- Ansell, Chris, und Alison Gash (2007). „Collaborative Governance in Theory and Practice“. *Journal of Public Administration Research and Theory* (18) 4. 543–571.
- Böhm, Katharina, und Marian Schönknecht (2020). Zugänge zu Kindern und Familien über das Gesundheitssystem verbessern. Eine Analyse der Kooperationen zwischen Kommunen und medizinischen Leistungserbringern. Werkstattbericht. Hrsg. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.
- 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.
- Hoffer, Heike (2013). „Die Kommune im Kontext neuer Versorgungsansätze“. *Kommunale Gesundheitslandschaften*. Hrsg. Ernst-Wilhelm Luthe. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 399–414.
- Lohmann, Anne (2015). *Kooperationen in Frühen Hilfen. Ansätze zur zielorientierten Gestaltung*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Neumann, Anna, und Ilona Renner (2020). *Die Gynäkologische Praxis in den Frühen Hilfen. Ergebnisse aus dem NZFH-Forschungszyklus »Zusammen für Familien« (ZuFa-Monitoring)*. Kompakt. Hrsg. Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Köln.
- NZFH (2009). „Frühe Hilfen – Begriffsbestimmung und Leitbild“. <https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/grundlagen-der-fruehen-hilfen/fruehe-hilfen-begriffsbestimmung-und-leitbild/> (Download 15.8.2020).

- Sann, Alexandra (2010). Kommunale Praxis Früher Hilfen in Deutschland. Teiluntersuchung 1: Kooperationsformen. (Materialien zu Frühen Hilfen Bestandsaufnahme, 2. Hrsg. Nationales Zentrum für Frühe Hilfen. Köln.
- Schmidt am Busch, Birgit (2007). Die Gesundheitssicherung im Mehrebenensystem. Tübingen: Mohr Siebeck.
- 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. Weinheim, Basel: Beltz Juventa. 81–123.
- Seckinger, Mike (2015). „Kooperationen in Netzwerken Früher Hilfen“. Sozial Extra (39) 1. 45–47. DOI: 10.1007/s12054-014-9002-7.
- Strohmeier, Klaus Peter, David H. Gehne, Jörg Bogumil, Gerhard Micosatt und Regina von Görtz (2016). Die Wirkungsweise kommunaler Prävention: Zusammenfassender Ergebnisbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. Hrsg. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.
- van Staa, Juliane, und Ilona Renner (2019). Die Kinderärztliche Praxis in den Frühen Hilfen. Ergebnisse aus dem NZFH-Forschungszyklus »Zusammen für Familien«. ZuFa-Monitoring. Kompakt. Hrsg. Bundesstiftung Frühe Hilfen. Köln.
- Wabnitz, Reinhard Joachim (2013). „Kommune und Krankenhauswesen – zwischen staatlicher Steuerung, Kommunalisierung, Privatisierung und Fusion“. Kommunale Gesundheitslandschaften. Hrsg. Ernst-Wilhelm Luthé. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 337–350.
- Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2015). Die Gesundheitsdienstgesetze der Länder. Hrsg. Deutscher Bundestag (Ausarbeitung, WD 9 – 3000 – 027/1).

Mission

„Analysen und Konzepte“ ist eine Publikationsreihe aus dem Programm „LebensWerte Kommune“ der Bertelsmann Stiftung. Das Programm widmet sich den drei großen gesellschaftlichen Herausforderungen auf kommunaler Ebene: dem demographischen Wandel in seinen Ausprägungen und Auswirkungen auf alle Politikfelder, der zunehmenden sozialen Spaltung, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, sowie der Haushaltskrise, die sich regional vertieft und kommunales Agieren behindert. „Analysen und Konzepte“ soll Ergebnisse der Stiftungsarbeit zu diesen Themen praxisgerecht vermitteln und den Entscheidungsträgern relevante Informationen zur Verfügung stellen.

Die Bertelsmann Stiftung engagiert sich in der Tradition ihres Gründers Reinhard Mohn für das Gemeinwohl. Sie versteht sich als Förderin des gesellschaftlichen Wandels und unterstützt das Ziel einer zukunftsfähigen Gesellschaft. Die Bertelsmann Stiftung tritt ein für die Stärkung kommunaler Selbstverwaltung, da auf kommunaler Ebene gesellschaftlichen Herausforderungen am wirkungsvollsten begegnet werden kann. Die Stiftung ist unabhängig und parteipolitisch neutral.

Ausblick

Nr. 3 | 2021 erscheint im April 2021 in englischer Sprache

Making prevention work: Preventive structures and policies for children, youth and families

Making Prevention Work draws on research findings associated with the German initiative „Leave no child behind!“ („Kein Kind zurücklassen!“). The initiative demonstrates just how effective a few good preventive measures can be in improving the educational opportunities of disadvantaged.

The study aims to provide a foundation for the development of preventive policies across Europe. A comprehensive report maps the preventive structures and policies and includes summary fact sheets of the preventive concepts, structures and practices in 12 EU member states (Austria, Czech Republic, Denmark, England (UK), Finland, France, Germany, Ireland, Lithuania, the Netherlands, Spain and Sweden). In addition, Making Prevention Work features three case studies on Austria, Netherlands and France. The next „Analyses and Concepts“ summarizes the findings and presents conclusions for the European level.

Bertelsmann Stiftung | German Research Institute for Public Administration

Impressum

© 2021 Bertelsmann Stiftung

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256 | 33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0
www.bertelsmann-stiftung.de

Verantwortlich | Dr. Kirsten Witte, Dr. Anja Langness | **Autoren** | M. A. Marian Schönknecht, Wissenschaftlicher Mitarbeiter am ZEFIR an der Fakultät für Sozialwissenschaft an der Ruhr Universität Bochum, Dr. Katharina Böhm, Junior Researcher am ZEFIR an der Fakultät für Sozialwissenschaft an der Ruhr Universität Bochum, Dr. Anja Langness, Senior Project Manager, Bertelsmann Stiftung | **Korrektur** | Rudolf Jan Gajdacz, München | **Grafikdesign** | Dietlind Ehlers, Bielefeld | **Bildnachweis** | © gpointstudio – stock.adobe.com

ISSN 2199-7969
DOI 10.11586/2021011

