



FGW-Studie

Vorbeugende Sozialpolitik 19

Ute Klammer, Katja Jepkens (Hrsg.)



Jörg Fischer, Raimund Geene

Gelingsbedingungen der Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen

Handlungsansätze und Herausforderungen im Kontext kommunaler Präventionsketten



Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung (e.V.)
Kronenstraße 62
40217 Düsseldorf

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

Geschäftsführender Vorstand

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

Themenbereich

Vorbeugende Sozialpolitik
Prof. Dr. Ute Klammer, Vorstandsmitglied
Katja Jepkens, wissenschaftliche Referentin

Layout

Olivia Pahl, Referentin für Öffentlichkeitsarbeit

Förderung

Ministerium für Kultur und Wissenschaft des Landes Nordrhein-Westfalen

ISSN

2567-0050

Erscheinungsdatum

Düsseldorf, Mai 2019

Jörg Fischer, Raimund Geene

im Auftrag des Instituts für kommunale Planung und Entwicklung (IKPE)

Gelingsbedingungen der Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen

Handlungsansätze und Herausforderungen im Kontext kommunaler Präventionsketten

Auf einen Blick

- Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen arbeiten mit unterschiedlichen Kooperationsverständnissen. Auch in den einzelnen Systemen selbst kann nicht von einem einheitlichen Verständnis gesprochen werden.
- Zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen existieren vielfältige Kooperationen. In diesem Feld sind es meist lokale Bottom-up-Prozesse mit dem Vorteil hoher Identifikation der Beteiligten bei Gefahr geringer Nachhaltigkeit.
- Den Akteur_innen mangelt es an Unterstützung für Kooperationen. Die Rahmenbedingungen (insb. Sozialgesetzbücher) sind darauf zu wenig ausgerichtet.
- Neben förderlichen Rahmenbedingungen sind persönliches Engagement und das Vorhandensein lokaler Kompetenz zur Netzwerkkoordination zentrale Gelingensfaktoren.
- Bislang scheint die Initiative zur Kooperation eher von der Kinder- und Jugendhilfe auszugehen, während die lokalen Gesundheitsämter aufgrund knapper (auch personeller) Ressourcen Mühe haben, sich auf die Kooperation einzulassen.

Abstract

Gelingensbedingungen der Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen – Handlungsansätze und Herausforderungen im Kontext kommunaler Präventionsketten

Akteur_innen des Gesundheitswesens halten vielfältige Leistungsangebote für Kinder und Jugendliche vor, die jedoch in Richtung Kinder- und Jugendhilfe kaum vernetzt sind. Sie weisen ein spezialisiertes Expertenwissen auf, das sich hoher Nachfrage erfreut, aber lebensweltnahe Zugänge bislang vernachlässigt. Sie sind offen und dankbar für Vernetzungsinformationen, benötigen jedoch präzise und verbindliche Zuständigkeiten.

Dabei wird der Bedarf, sich veränderten Unterstützungsbedarfen mit neuen Methoden und Strategien zu stellen, durchaus gesehen. Aus den Frühen Hilfen gibt es umfangreiche Erfahrungen über fördernde und hemmende Faktoren der Zusammenarbeit.

Die Kinder- und Jugendhilfe ist umfassend auf Kooperationen normiert. Initiativen zur Kooperation gehen daher zumeist von den Jugendämtern aus. Diese sind zumeist als lokale Bottom-up-Prozesse organisiert. Darin liegt der Vorteil einer hohen Identifikation der Beteiligten. Es besteht jedoch die Gefahr geringer Nachhaltigkeit und Ressourcenausstattung.

The Future of Care Today – Options for Local Social Policy: Good conditions and challenges of cooperation between youth welfare and health care

Actors in the healthcare sector offer a wide range of services for children and young people, but these are hardly connected to child and youth welfare. They have specialized expert knowledge that is in high demand, but in its access and services neglects life-world orientation. They are however open and grateful for networking information and acknowledge the need to meet changing support needs with new methods and strategies.

From the field of Early Childhood Intervention ('Frühe Hilfen'), extensive experience is available in relation to cooperation and its promoting and inhibiting factors.

Child and youth welfare is comprehensively geared towards cooperation. Initiatives for cooperation therefore mostly originate from the youth welfare offices. They are usually organized as local bottom-up processes which leads to a high level of identification among those involved. However, this entails the risk of a lack of sustainability, resources, and support.

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	v
1 Einleitung	1
2 Das Gesundheitswesen als Kooperationspartner.....	3
3 Strukturen im Gesundheitswesen zur Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe – Das Beispiel der Frühen Hilfen.....	5
3.1 Hebammen und Kinderkrankenpfleger_innen.....	5
3.2 Frauen-, Geburts- und Kinderkliniken	6
3.3 Gynäkologie und Pädiatrie	8
3.4 Öffentlicher Gesundheitsdienst	10
3.5 Frühförderung, SPZ, Kinder- und Jugendpsychotherapie	11
3.6 Krankenkassen als Partner der Kinder- und Jugendhilfe.....	12
4 Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe in der Praxis.....	16
4.1 Drei Modellkommunen im Blick.....	16
4.1.1 Stadt Kerpen: Kerpen für Kinder und Frühe Hilfen	17
4.1.2 Stadt Leverkusen: Projekt Frühstart.....	18
4.1.3 Stadt Aachen: Gesunde Familiengrundschule.....	18
4.2 Kooperation zwischen lokaler Wahrnehmung und ganzheitlicher Analyse.....	19
4.2.1 Der Blick auf die Praxis in den Kommunen.....	19
4.2.2 Darstellung des empirischen Vorgehens.....	20
4.2.3 Der Stand der lokalen Kooperation	21
4.3 Rahmenbedingungen und Herausforderungen gelingender Kooperation	23
4.3.1 Professionelles Selbstverständnis	24
4.3.2 Einordnung des Netzwerkengagements in Regelstrukturen.....	26
4.3.3 Ideen zur Qualitätssicherung.....	27
4.3.4 Intersektorale Zusammenarbeit als Mehrwert für das Gesundheitsamt.....	29
4.3.5 Zentrale Ableitungen aus Sicht der Kommunen.....	29
5 Analyse der Projekterkenntnisse	32
5.1 Kommunen in der Wahrnehmung von Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen	32

5.2	Strukturelle und prozessuale Ableitungen aus den Projekterkenntnissen	33
5.2.1	Schnittstellenproblematik	33
5.2.2	Kulturelle Beeinflussungen der Kooperationsstruktur am Beispiel des ASD	33
5.2.3	Persönliches Engagement als Impuls für Strukturen der Zusammenarbeit.....	35
5.2.4	Ressourcen als Notwendigkeit für eine strukturelle Zusammenarbeit.....	36
5.2.5	Prozessuale Perspektiven aus den Projekterkenntnissen	37
6	Ausblick.....	38
	Literatur.....	43
	Über die Autoren	50

Abkürzungsverzeichnis

ASD	Allgemeiner Sozialer Dienst (z. T. auch RSD)
BKiSchG	Bundeskinderschutzgesetzes vom 27.10.2011
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
FGKiKPs	Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger_innen
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IfSG	Infektionsschutzgesetz
KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
KKG	Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (Artikel 1 des BKiSchG)
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherung
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PrävG	Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention vom 25.07.2015 (Artikelgesetz zu Änderungen in den SGB V, VI, VII, VIII und XI sowie IfSG)
RKI	Robert Koch-Institut
RSD	Regionaler Sozialer Dienst (z. T. auch ASD)
SGB V	5. Sozialgesetzbuch Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VI	6. Sozialgesetzbuch Gesetzliche Rentenversicherung
SGB VIII	8. Sozialgesetzbuch Kinder- und Jugendhilfe
SGB XI	11. Sozialgesetzbuch Soziale Pflegeversicherung
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
U 1-9	Pädiatrische Früherkennungsuntersuchungen 1 bis 9 (Geburt bis zum vollendeten 5. Lebensjahr)
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1 Einleitung

Im Gesundheitswesen wird eine Vielzahl von Unterstützungsangeboten für Familien, Kinder und Jugendliche vorgehalten. In der Praxis stehen die verschiedenen Anbieter_innen aber weitgehend unverknüpft nebeneinander. Es liegt überwiegend an den Patient_innen bzw. Nutzer_innen, die jeweils relevanten Hilfen aufzusuchen. Inzwischen gibt es zahlreiche Mediationsinstanzen/Vermittlungsdienste wie Patientenberatung, Selbsthilfekontaktstellen, Pflegestützpunkte und vor allem – als ein junges, besonders innovativ entwickeltes Feld – die Frühen Hilfen.

Diese Angebote werden jedoch deutlich weniger von sozial belasteten und benachteiligten Menschen in Anspruch genommen¹, was mit Begriffen wie ‚Mittelschicht-Bias‘ bzw. ‚Präventionsdilemma‘ bezeichnet wird und empirisch vielfach belegt ist. Dabei wird das Paradox deutlich, dass die hier eigentlich erst zu vermittelnden Inhalte und Kompetenzen (wie z.B. Ressourcenaufbau oder Reflektionsfähigkeit) bereits als Zugang zur Inanspruchnahme vorausgesetzt werden. Belastete Menschen reagieren in diesem Zusammenhang – bei genauer Betrachtung ihrer Belastungslage zumeist gut nachvollziehbar – oft mit Rückzug und Vermeidungsstrategien.

Bei einem weniger psychosozial und stärker körperlich orientierten Ansatz, wie er im Gesundheitswesen dominiert, stellt sich dieses Problem deutlich weniger. Fachkräfte aus dem Gesundheitssystem haben z. B. zu (werdenden) Eltern einen nahezu lückenlosen Zugang, da sie in der Zeit der Schwangerschaft und rund um die Geburt sowie in den ersten Lebensmonaten des Kindes von nahezu allen (werdenden) Eltern in Anspruch genommen werden. Dabei vermittelt die hohe Standardisierung des Gesundheitswesens (z. B. über Früherkennungsuntersuchungen und das entsprechend hoch ritualisierte Vorsorgeheft wie Mutterpass und Gelbes Heft der Pädiatrie).

Dabei wird den Akteur_innen des Gesundheitswesens zumeist ein großer Vertrauensvorsprung entgegengebracht: Sie werden als Expert_innen der (kindlichen) Gesundheit anerkannt und damit als Bündnispartner_innen für das Ziel nahezu aller Eltern, dass ihre Kinder gesund aufwachsen und sich wohl fühlen. Kooperationen mit Akteur_innen des Gesundheitswesens ermöglichen auch Akteur_innen der Kinder- und Jugendhilfe einen niedrighwelligen Zugang zu Familien, der für die Vermittlung in sozialpädagogische oder therapeutische Hilfen nutzbar gemacht werden kann.

Grundlegend dafür ist ein Überblick über die unterschiedlichen Aufgaben der Gesundheitsangebote, die nachfolgend in ihren jeweiligen Handlungslogiken und Handlungsgrenzen skizziert werden.

¹ Eine Ausnahme bilden dabei die Schwangerschaftsberatungsstellen. Diesen gelingt es, sozial Belastete sogar überproportional zu erreichen. Der Grund liegt offensichtlich darin, dass sie exklusiv den Zugang zu Fördermitteln der Stiftung Mutter & Kind ermöglichen, die bei finanziellen Bedarfen gewährt werden.

Aufbau dieser Studie

Entsprechend dieser Ideen werden, ausgehend von einer Analyse des Gesundheitswesens als Kooperationspartner, die Strukturen im Gesundheitswesen zur Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe vor allem am Beispiel der Frühen Hilfen aufgezeigt, um die Anknüpfungspunkte für lokale Kooperation zu verdeutlichen. Neben den Ansprechpartner_innen im ärztlichen und klinischen Bereich sollen vor allem die Gesundheitsämter/Öffentlichen Gesundheitsdienste sowie die Förderstrukturen der Krankenkassen, die durch das Präventionsgesetz erweitert wurden, fokussiert werden.

In einem zweiten Schritt werden anhand der konkreten Erfahrungen von drei ausgewählten Modellkommunen die Ansatzpunkte, der Verlauf sowie die dabei deutlich gewordenen Ergebnisse und Hürden in einem zweistufigen Verfahren erfasst und systematisiert. Der Schwerpunkt wird dabei auf der Hinterfragung von praktischen Erkenntnissen im Hinblick auf die Einordnung des Netzwerkengagements in Regelstrukturen, Ideen zur Qualitätssicherung sowie die Verdeutlichung des Mehrwerts einer intersektoralen Zusammenarbeit für das Gesundheitsamt liegen.

Drittens erfolgt eine Analyse der Projekterkenntnisse hinsichtlich einer praktischen Wahrnehmung der Kooperationen zwischen Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen und der strukturellen und prozessualen Ableitungen aus den Projekterkenntnissen.

Unser Dank

Die Verfasser danken allen Beteiligten, die an den begleitenden Workshops aus den Institutionen des Bundes, des Landes Nordrhein-Westfalens und den Kommunen aktiv mitgewirkt haben. Vor allem Frau Annette Berger und Herr Alexander Mavroudis vom Landesjugendamt des Landschaftsverbands Rheinland sowie Herr Dr. Heinz-Jürgen Stolz vom Institut für soziale Arbeit haben sich in der Vorbereitung und Einordnung des Vorhabens intensiv eingebracht.

Ein ganz besonderer Dank gilt den drei mitwirkenden Kommunen und dabei vor allem unseren Ansprechpartnerinnen Frau Annette Tiltmann, der kommunalen Koordinatorin des *Aachener Netzwerks gegen Kinderarmut*, Frau Angela Hillen, der Leiterin des Jugendamts der Stadt Leverkusen und Ansprechpartnerin für das Projekt *Frühstart*, sowie Frau Barbara Jerg, der Koordinatorin des Netzwerks *Kerpen für Kinder*, und Frau Katrin Kaltenberg, der Koordinatorin des Kerpener Netzwerks *Frühe Hilfen*.

Herzlich danken möchten wir auch dem Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung Düsseldorf und insbesondere unseren Ansprechpartner_innen Frau Katja Jepkens und Herrn Prof. Dr. Antonio Brettschneider für ihre wertvolle Unterstützung.

Erfurt und Berlin, im April 2019

2 Das Gesundheitswesen als Kooperationspartner

Das Gesundheitswesen befindet sich in einem Dilemma: Alle Eltern und die gesamte Gesellschaft erwarten eine umfassende Absicherung gegenüber kindlichen Gesundheitsproblemen, jedes Risiko soll möglichst ausgeschlossen werden. So werden Schwangere und Kinder in den gesetzlichen Früherkennungen (Mutterschafts- und Kindergesundheitsuntersuchungen) einer umfassenden medizinischen Diagnostik unterzogen. Gleichzeitig beobachten Gesundheits helfende in der Praxis vielfältige psychosoziale Problemlagen mit negativen Folgen für die kindliche Entwicklung. Die Gesundheit von Kindern ist wesentlich von den sozialen Determinanten ihrer Familien bestimmt, d. h. je schlechter die elterliche Bildung und je geringer ihr Einkommen, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit gesundheitlicher Probleme und (zukünftiger) Krankheitslasten der Kinder. Die kontinuierlichen Aktualisierungen der Kindergesundheitsstudie *KiGGS* (vgl. Hölling et al. 2014; Poethko-Müller et al. 2018; RKI 2018) belegen den engen Zusammenhang und die Verstärkung dieser Armutproblematik.

Wenn sich Kinderärzt_innen mit solchen Formen von „Neuer Morbidität“ (Reinhardt/Petermann 2010, S. 14) konfrontiert sehen, sollen sie sich gemäß den pädiatrischen Kinderrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss um eine möglichst ressourcenorientierte Kooperation mit den Eltern bemühen, wobei sich durch das Präventionsgesetz 2015 mit Verweisen auf regionale Unterstützungsangebote und Neueinführung von Präventionsempfehlungen (etwas) verbesserte Möglichkeiten für ein kinderärztliches Präventionsmanagement ergeben, die jedoch in der Praxis noch kaum angekommen sind.² Gestalten sich die Kooperationen mit Frühen Hilfen oder anderen Akteur_innen der Kinder- und Jugendhilfe schwierig, bleibt weiterhin nur der Verweis auf andere Leistungsbereiche des SGB V/des Gesundheitswesens wie Logopädie, Physiotherapie oder andere Formen der Frühförderung oder gar auf fachärztliche weiterführende Diagnostik. Häufig entstehen so Behandlungskaskaden entlang von Symptomen, ohne dass Ursachen kindlicher Entwicklungsverzögerungen und Fehlentwicklungen behandelt werden können.

Durch das Präventionsgesetz und die Neuausrichtung der Früherkennungs- zu Gesundheitsuntersuchungen sind inzwischen neue Formen der präventiven Beratung und eine stärkere Ausrichtung auf Vernetzung ermöglicht, auch wenn diese bislang noch nicht methodisch hinterlegt und in der Praxis kaum angekommen sind. Zuvor war präventive Beratung nur in geringem Ausmaß möglich: Im Leistungskatalog vorgesehen und entsprechend finanziert wurden bislang nur Aufklärung und Beratung zum Stillen und zu zahnschonender Ernährung, Unfallvermeidung sowie Prävention des Plötzlichen Kindstods (SIDS). Die im Präventionsgesetz vorgesehene stärkere Ausrichtung auf familienbezogene Prävention wird bislang nur in Modellprojekten (sogenannten ‚Selektivverträgen‘ einzelner Krankenkassen)

² So ist zwar die Präventionsempfehlung durch Änderung der Kinderrichtlinie seit 1.1. 2017 formal eingeführt, bislang jedoch noch kaum in der Praxis angekommen (vgl. MDS/GKV 2018).

umgesetzt (vgl. BVKJ 2013). Die flächendeckende Einführung steht noch erheblichen Vorbehalten wie beispielsweise Zweifeln an der Wirksamkeit entsprechender Beratungsleistungen sowie Diskriminierungs- und Stigmatisierungssorgen gegenüber (vgl. Geene/Rosenbrock 2012).

So sind verbindliche Regelungen der Gesundheitsakteur_innen mit der Kinder- und Jugendhilfe bislang auf Bundesebene nur im SGB VIII und im Schwangerschaftskonfliktgesetz normiert worden. In den Ländern gibt es zum Teil Landeskinderschutzgesetze und Gesetze für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, jedoch jeweils mit verschiedenen Schwerpunkten und Aufgaben.

Das Gesundheitswesen erbringt Leistungen der Regelversorgung, die im SGB V umfassend normiert sind. Leistungserbringung erfolgt als Hebammenhilfe und insbesondere über Gynäkologie und Pädiatrie, aber auch durch Geburts- und Kinderkliniken sowie nachgelagert über Angebote der Frühförderung. Weitere Leistungsbereiche des Gesundheitswesens wie primäre Prävention/Gesundheitsförderung oder gesundheitliche Selbsthilfe sind prinzipiell in Handlungsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe möglich. So ist Gesundheitsförderung als Themenfeld der Familienberatung nach § 16 SGB VIII benannt, und gemäß § 45 SGB VIII sind alle Einrichtungen – so auch Mutter-Vater-Kind-Wohnen gemäß § 18 oder Kinder- und Jugendheime gemäß § 33 SGB VIII – verpflichtet, ihre Konzeption gesundheitsförderlich auszurichten (vgl. Wiesner 2011; Geene/Reese 2016).

In der Praxis ist eine Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und Kinder- und Jugendhilfe jedoch (noch) selten. Bislang werden solche Angebote ausschließlich durch die Kinder- und Jugendhilfe gemäß SGB VIII finanziert. Die Krankenkassen betonen immer wieder, dass Familienberatung Aufgabe der Kommunen gemäß SGB VIII sei, auch wenn die Gesetzesbegründung zum PrävG (§ 26 SGB V) ihnen die Förderung gesundheitlicher Elternkompetenz aufträgt. Dabei ist einzuräumen, dass dies tatsächlich schwer vom allgemeinen Auftrag zur Elternkompetenzförderung abzugrenzen ist (vgl. Geene/Reese 2016). So wird von den Kassen ein ‚Verschiebebahnhof‘ befürchtet, d.h. dass sie in Sorge sind, dass Kosten der Elternberatung auf sie verschoben werden, ohne dass sich Leistungen verändern oder erweitern. Zudem wird Familie generell nicht als gesundheitsförderliches Setting ausgewiesen (vgl. MDS/GKV 2018).

3 Strukturen im Gesundheitswesen zur Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe – Das Beispiel der Frühen Hilfen

Welche Kooperationsansätze im und mit dem Gesundheitswesen bieten sich für die Jugendhilfe an, und wie werden diese von Akteur_innen des Gesundheitswesens wahrgenommen? Nachstehend werden einzelne Anbieter_innen im Gesundheitswesen mit ihren jeweiligen Funktionen, Aufgaben und Bezügen zu Frühen Hilfen dargestellt mit dem Ziel, ihre Traditionen, ihre (positiven wie abwehrenden) Erfahrungen und Haltungen und daraus abgeleitet ihre Möglichkeiten zur gemeinsamen Netzwerkarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe zu skizzieren.

3.1 Hebammen und Kinderkrankenpfleger_innen

Der Einsatz von (Familien-)Hebammen sowie Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger_innen, für die sich das schwer aussprechbare Akronym *FGKiKPs* in Fachdiskursen etabliert hat, ist für die Frühen Hilfen prädestiniert: Sie haben nicht nur einen diskriminierungsfreien Zugang, sondern durch ihre obligatorischen Hausbesuche auch einen tiefgreifenden Einblick in die häusliche Lebenssituation von Säuglingen und den Eltern. Hebammen und Entbindungspfleger³ können die Familien mit Finanzierung durch die Gesetzlichen Krankenkassen in der Geburtsvorbereitung sowie bis zu zwölf Wochen nach der Geburt in einem Gesamtumfang von bis zu 20 Stunden betreuen. Unmittelbar in der Lebenswelt von Eltern und Kind agieren zu können, ist ein besonderer Vorteil, wobei manche Eltern zunächst Hemmungen haben, eine Hebamme in Anspruch zu nehmen. Sobald die Inanspruchnahme jedoch sichergestellt ist, beurteilen Familien die Hebammenleistungen nahezu durchgängig als positiv (vgl. Wolf-Kühn/Geene 2009).

Im Rahmen der Frühen Hilfen werden vermehrt Hebammen zu Familienhebammen weitergebildet. Hier erwerben sie eine Zusatzqualifikation, die sie auch zur psychosozialen Unterstützung der Familien befähigt. Sie können dann anschließend Familien bei besonderem Bedarf auch längerfristig begleiten. Für die Familienhebammen stellt sich dabei mitunter das Problem, dass sie nunmehr als durch das Jugendamt finanziertes Angebot mit den Familien arbeiten. Dadurch nehmen die Familien das Angebot der Familienhebammen nicht mehr als Angebot des Gesundheitswesens wahr, sondern können den Einsatz der Familienhebammen als vom Jugendamt ‚angeordnet‘ empfinden. Die Geschäftsgrundlage der Hebammen verändert sich grundsätzlich und dieser Umstand bereitet ihnen häufig Schwierigkeiten, denn sie sind, ebenso wie Ärzt_innen, eine solche verbindliche Kontrahierung nicht gewohnt. Beim Wechsel von der Gesundheits- zur Jugendhilfe zeigt sich ein grundsätzlich anderes

³ Zur Berufsgruppe der Hebammen gehören auch – als männliches Pendant – die Entbindungspfleger, von denen es allerdings bislang in Deutschland erst sehr wenige (< 10) gibt. Zur Familienhebamme ist nach unserem Wissen noch keiner der Entbindungspfleger weitergebildet. Grundsätzlich ist dennoch nachfolgend bei der Verwendung des Hebammenbegriffs auch die männliche Variante des Entbindungspflegers mit gemeint, was jedoch wegen des sprachlichen Ausdrucks und der bislang verschwindend geringen Anzahl nicht immer ausgeschrieben wird.

Arbeitsverständnis: Akteur_innen des Gesundheitswesens sind gewohnt, Expertenwissen weiterzugeben, das sich hoher Nachfrage erfreut. Sie diagnostizieren bzw. verschaffen sich im Regelfall schnell einen Überblick und leiten daraus direkte, unmittelbare Maßnahmen ab. Eine Prozessorientierung wie in der Jugendhilfe ist ihnen eher fremd.

Ähnlich nah am Lebensort der Familie arbeiten vereinzelt auch Kinderkrankenschwestern und -pfleger, die zumeist über Institutionen (z. B. Gesundheitsamt, freie Träger) in Familien vor allem dann eingesetzt werden, wenn besondere Anforderungen an die Pflege eines Kindes zum Beispiel durch eine chronische Erkrankung vorliegen. Sie verfügen über einen klaren organisatorischen Rahmen. Ihre Grundausbildung qualifiziert sie vor allem als Mitarbeitende in Kinderkliniken. Auch sie werden gemeinsam mit Familienhebammen zu Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger_innen (FGKiKPs) ausgebildet. Sie sind zwar zahlenmäßig geringer, aber wo vorhanden gute Ansprechpartner_innen, legitimiert doch ihre starke Orientierung auf die gesunde Entwicklung des Kindes einen grundsätzlich niederschweligen und ressourcenorientierten Zugang zu den Familien.

In Netzwerken Früher Hilfen arbeiten Vertreter_innen dieser Berufsgruppen zumeist gerne mit, insbesondere wenn sie nach Weiterqualifikation zur Familienhebamme bzw. Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger_in aus Mitteln des Bundeskinderschutzgesetzes bzw. der Frühen Hilfen auf eine bessere und sichere finanzielle Grundlage gestellt werden. Die im Rahmen ihrer Selbstständigkeit eigenständig zu tragende hohe Berufshaftpflichtversicherung gilt im Allgemeinen als stark demotivierender Faktor ihrer Berufstätigkeit. Sie haben zudem hohen Austauschbedarf, weil sie im Rahmen ihrer Betreuung Kooperationen mit anderen Anbieter_innen benötigen. Idealerweise sind andere Anbieter_innen und ihre Arbeitsweisen über entsprechende Netzwerke sogar persönlich bekannt. In Netzwerken können Familienhebammen bzw. Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger_innen ressourcen- und lösungsorientierte Sichtweisen einbringen, die ihrem Arbeitsansatz stärker entsprechen (im Überblick: vgl. Geene et al. 2013).

3.2 Frauen-, Geburts- und Kinderkliniken

Fachkräfte in Geburtskliniken verfügen zwar im Gegensatz zu Hebammen über kaum Wissen zum häuslichen Umfeld von (werdenden) Familien. Ihr Zugang ist jedoch noch universeller, weil gut 98 % aller Geburten hier stattfinden. Dabei erreichen sie Familien niedrigschwellig und ohne Stigmatisierungsgefahr. Die Eltern sind – insbesondere bei Erstgeburt – in dieser Phase besonders offen für lebensgestaltende und -verändernde Vorschläge. Wird dieser Zeitpunkt gut genutzt, kann späteren Schwierigkeiten in der Eltern-Kind-Interaktion frühzeitig vorgebeugt werden. Dies ist auch im Interesse der Ärzt_innen und Hebammen, sehen sie doch oft die sozialen Belastungen, die Problemlagen und ihre Risiken für die kindliche Entwicklung. Hier helfen vor allem umfassende Kenntnisse möglicher Unterstützungsstrukturen, die durch die Kooperationsbeziehungen ins Netzwerk Frühe Hilfen ausgebaut und gefestigt werden.

Auf der anderen Seite besteht in Geburtskliniken ebenso wie in Frauen- und Kinderkliniken oft großer Zeitdruck. Die Fallpauschalen begünstigen kurze Liegezeiten, gleichzeitig schafft die Ökonomisierung des gesamten stationären Sektors hohen Effizienzdruck. So sind Ärzt_innen wie Hebammen und Entbindungspfleger gehalten, schnelle Regelungen zu finden und Entscheidungen zu treffen. Präventiv ausgerichtete Unterstützung ist hier kaum vorgesehen, geschweige denn Möglichkeiten der Finanzierung dafür. Eine Vermittlung an die Jugendhilfe ist hier nicht eingepreist, eine Netzwerkteilnahme eher der Ausnahmefall, wie nachstehend dargestellt. Durch das Präventionsgesetz sind Frühe Hilfen zwar indirekt als ärztliche Informationspflicht („regionale Unterstützungsangebote für Eltern und Kind“ gemäß §§ 24d und 26) ins SGB V aufgenommen und werden explizit im Begründungstext erwähnt, jedoch ohne Regelungsoption für einen entsprechenden Übergang von den gesetzgeberischen Zuständigkeiten (SGB V zu SGB VIII). Die neuen Kinderrichtlinien sehen Hinweise auf regionale Unterstützung seit 2017 für U2 bis U6 vor, jedoch noch nicht für U1 sowie U7, U7a und U8 (vgl. GBA 2017).

Grundsätzlich sind Kliniken allerdings im Sinne von Patientenmarketing und auch im Sinne von Öffentlichkeitsarbeit durchaus an ihrem Ruf und ihrer regionalen Stellung interessiert. In diesem Sinne sind sie zumeist offen für regionale Verantwortungsübernahme. So arbeiten schon viele Geburtskliniken mit Erstbesuchsdiensten und niedrigschwelligen, bürgerschaftlichen Hilfsangeboten zusammen (vgl. NZFH 2014). Dies resultiert auch aus der beruflichen Orientierung auf rasche Ergebnisse sowie der Möglichkeit, eine Lösung für schwierige Fälle zu finden. Auch kann dies zur Zusammenarbeit mit Frühe-Hilfen-Netzwerken motivieren, von der sich die Akteur_innen eine erhöhte Handlungssicherheit erhoffen. Gelingt eine solche Einbindung von Geburtskliniken, können diese auch zur Ansprache belasteter Familien über primärpräventive Veranstaltungen, Kurse oder auch Beratungsangebote von Nutzen sein, in deren Rahmen wiederum Frühe Hilfen bzw. weiterführende Angebote unterbreitet werden können.

Weitere wichtige Partner_innen der Jugendhilfe sind Kinderkliniken, da hier häufig Familien mit Kindern vorstellig werden, die Auffälligkeiten, Störungen, Verletzungen oder Erkrankungen aufweisen. Entsprechend gibt es hier Gelegenheiten für die Vermittlung Früher Hilfen. Hier ist die Sensibilität des Personals vergleichsweise hoch, inklusive des Bewusstseins über einen fortlaufend hohen Weiterbildungsbedarf. Mitunter sind den Kinderkliniken bereits spezielle Hilfestellungen wie Babysprechstunden oder Schreibabyambulanzen angeschlossen.

In Netzwerken wie z. B. dem Brandenburger Bündnis *Netzwerk Gesunde Kinder* zeigen sich manche Kinderkliniken sogar besonders initiativ. Speziell leitende Ärzt_innen von Kinderkliniken sind, wenn sie in den Netzwerken mitarbeiten, meist engagiert und treten als Anwalt_innen für die Gesundheit der Kinder auf. Ihre Multiplikationsfähigkeit ist hoch, ihre Aktivitäten sind oft auch besonders medienwirksam. Hier gilt es, die verschiedenen Ansätze gleichberechtigt im Netzwerk Frühe Hilfen miteinander zu verknüpfen (vgl. Geene 2016).

3.3 Gynäkologie und Pädiatrie

Gynäkolog_innen kennen die Frauen oft schon vor der Schwangerschaft und begleiten sie auch während der Schwangerschaft kontinuierlich. Ihnen kommt insbesondere bei der Vermittlung in die Schwangerschaftsberatung eine wichtige Rolle zu. Ihre Aufgabe besteht in der gleichzeitigen Betreuung von (zukünftiger) Mutter und (ungeborenem) Kind, sodass die „Wechselwirkung zwischen dem Befinden der Mutter und der Entwicklung des Kindes in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit“ (Ziegenhain et al. 2010, S. 87) rückt.

Allerdings ist die Gynäkologie durch eine hohe Risikoadjustierung – 73,4 % aller Schwangeren werden Schwangerschaftsrisiken attestiert (vgl. AQUA 2011) – eher defizitorientiert ausgerichtet. Einhergehend mit dieser Überversorgung wird eine gleichzeitige Unterversorgung der „wirklich risikorexponierten Frauen“ (Schücking 2013, S. 135) beklagt, die nicht zielgerichtet betreut werden, mit entsprechenden Folgeproblemen wie einer hohen Fehl- und Frühgeburtenrate insbesondere bei sozial Benachteiligten (vgl. Schücking 2013, S. 135). Gefordert wird hier auch aus der Gynäkologie eine Erweiterung der Mutterschaftsrichtlinien um Ernährungsberatung, Fragen zu Wohlbefinden und psychosozialer Vorbereitung auf das Kind (vgl. Schücking 2013, S. 135), was wiederum Anschlussmöglichkeiten an Frühe Hilfen ermöglicht.

Kinder- und Jugendärzt_innen haben vor allem über die Gesundheitsuntersuchungen laufenden Kontakt zu Kindern und ihren Eltern. Inzwischen umfasst das Kinderfrüherkennungsprogramm Untersuchungen von der U1 (am ersten Lebensstag) bis zur U9 (im Alter von fünf Jahren) sowie eine zusätzliche U7a für dreijährige Kinder, die 2008 nach Aufforderung des Gesetzgebers kurzfristig vom GBA konzipiert und eingeführt wurde. Sie soll die zeitliche Lücke zwischen der U7 (21. bis 24. Lebensmonat) und der U8 (43. bis 48. Lebensmonat) schließen. Säuglinge und Kleinkinder werden bei den Gesundheitsuntersuchungen unter anderem auf Hüft- und andere Körperanomalien, Epilepsie, Fehlbildungen des Zentralnervensystems und der Sinnesorgane gescreent. Weitere Untersuchungsinhalte sind motorische, sprachliche, kognitive oder sozial-emotionale Entwicklungsstörungen (vgl. GBA 2017), die jedoch bislang nicht systematisch hinterlegt sind (vgl. Lerch/Abholz 2009; Allhoff 2010).

Die Pädiatrie gilt als erste Adresse für Familien, die ihr auch besonderes Vertrauen entgegenbringen. Kinderärzt_innen wissen um medizinische Aspekte der kindlichen Entwicklung, auch hinsichtlich besonderer Unterstützung bei sozialen Problemen. Insbesondere die präventivmedizinische Versorgung wie das Impfen können sie flächendeckend sicherstellen, wie die hohe Durchimpfungsrate von Kleinkindern in Deutschland dokumentiert (vgl. RKI 2018). Ausnahmen gibt es weniger bei sozial benachteiligten als eher bei bildungsnahen Familien, z. B. denen, die als impfkritisch gelten. Ähnliche Befunde werden auch bei der Nachverfolgung der Nichtinanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen über das verbindliche Einladewesen vermutet (vgl. Hackauf

2010), sodass entsprechende Lücken für die Ziele der Frühen Hilfen eher irrelevant zu sein scheinen (vgl. Thaiss et al. 2010, S. 1044-1045).

Weil bei jeder U-Untersuchung mit jeweils 26 Minuten Arztkontakt eine vergleichsweise lange Präsenz der Kinderärztin oder des Kinderarztes vergütet wird (vgl. BMG 2013), besteht hier grundsätzlich Zeit für primärpräventive Beratung, die auch eine Vermittlung in die Jugendhilfe einschließen könnte. Sie wird auch, so die Analyse von Bergmann et al., von Eltern gern angenommen (vgl. Bergmann et al. 2009). Aus der internationalen Literatur haben Weber und Jenni dafür ein Konzept der ‚antizipierenden Beratung‘ vorgelegt (vgl. Jenni/Weber 2012, S. 431). Die Wirksamkeit solcher Beratung scheint für die Themenfelder Ernährung, Zahnpflege, Gewalt- und Unfallprävention sowie SIDS/Passivrauchen belegt zu sein (vgl. Kahl et al. 2007; Jorch 2010), jedoch nicht für die Gruppe sozial benachteiligter Kinder und Eltern, die die entsprechenden Präventionsbotschaften aufgrund ihrer belasteten Lebenssituation weniger umsetzen können (vgl. Meurer/Siegrist 2005). Diesbezüglich entwickelte Standardinformationen wie Leitfäden gegen Gewalt und zur Unfallprävention von Krankenkassen und Bundesarbeitsgemeinschaften finden in der pädiatrischen Praxis Anwendung. Erst in den letzten Jahren wird auch den zentralen Gesundheitsproblemen im ersten Lebensjahr wie mütterlichen postpartalen Depressionen oder Regulationsstörungen vermehrt Beachtung geschenkt (vgl. Papoušek et al. 2004), wobei insbesondere für die Schreibabyproblematik erste spezialisierte Ambulanzen bei freien Trägern angesiedelt wurden, deren langfristige Finanzierung bislang nicht geregelt ist (vgl. Korczak et al. 2013).

Erst durch die 2016 in Kraft getretenen neuen Kinderrichtlinien (GBA 2016) werden Fragen der Eltern-Kind-Interaktion zukünftig in das pädiatrische Aufgabenspektrum einbezogen. Hier besteht innerhalb des SGB V zunächst die Möglichkeit der Vermittlung in Maßnahmen der Frühförderung. Die Praxis zeigt jedoch, dass die Inanspruchnahme eher umgekehrt proportional verläuft, d. h. es sind eher die Mittelschichtkinder, die vom Kinderarzt bzw. von der Kinderärztin – häufig auf Drängen der Eltern – in Logopädie, Ergotherapie oder Physiotherapie vermittelt werden (typisches ‚Präventionsdilemma‘, vgl. Bauer 2005). Behandlungsbedarfe sozial benachteiligter Kinder werden häufig erst im Rahmen der Schulung erkannt (vgl. Klein 2009).

Auch Hausärzt_innen sind grundsätzlich berechtigt, Früherkennungsuntersuchungen vorzunehmen. Dies geschieht insbesondere im ländlichen Raum, wo ein Mangel an Pädiater_innen herrscht (Fachärztemangel). Manche Familien befinden sich auch schon generationsübergreifend bei einem Hausarzt oder einer Hausärztin und entsprechend besteht ein besonderes Vertrauensverhältnis. Insofern können auch sie eingebunden werden.

Insgesamt überfordern die vielfältigen Ansprüche an die ambulante medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen manche Leistungserbringer_innen tendenziell, sodass sie grundsätzlich offen und dankbar sind für Vernetzungsinformationen. Hier benötigen sie jedoch präzise und verbindliche Zuständigkeiten. Ihre Zeit ist stark eingeschränkt, eine Beteiligung an

Netzwerken bislang eher nur in Ausnahmefällen oder mit speziellem Zuschnitt (z. B. Qualitätszirkel) möglich.

3.4 Öffentlicher Gesundheitsdienst

Als Ausdruck der föderalen Gesetzgebung in der Bundesrepublik Deutschland sind die Regelungen zum Öffentlichen Gesundheitsdienst Ländersache. Dies hat dazu geführt, dass die Gesundheitsämter seit Jahrzehnten kontinuierlich schrumpfen (vgl. Kuhn/Wildner/Zapf 2012; Gostomzyk 2014). Teichert-Barthel (2013, S. 3) verweist darauf, dass zwischen 1995 und 2012 das (ärztliche) Personal der Gesundheitsämter um 37 Prozent reduziert wurde (vgl. Teichert-Barthel 2013, S. 3). Die früher obligatorischen Hilfeangebote des ÖGDs für Familien in belasteten und benachteiligten Lebenssituationen sind in den entsprechenden Landesgesetzen nur noch zum Teil und jeweils nur als freiwillige Leistungen aufgeführt. Auch verfügen die Gesundheitsämter über unterschiedliche und zumeist eher geringe finanzielle und personelle Ausstattung. Die Ansiedlung der Gesundheitsämter folgt keiner einheitlichen Kommunalstruktur und entspricht auch häufig nicht den Strukturen der Jugendämter auf Ebene der Bezirke, Landkreise und Stadtverwaltungen. Die unterschiedlichen politischen Verantwortlichkeiten führen häufig zu starren Zuständigkeitsgrenzen.

Im Rahmen eines Modellprojekts der Frühe Hilfen von Ziegenhain et al. spielen die Gesundheitsämter dennoch eine mitunter tragende Rolle bis hin zu prinzipiell weiterhin möglicher Projektkoordination der Netzwerke (vgl. Ziegenhain et al. 2010, S. 83-84). Häufiger haben sie jedoch wegen mangelnder Ausstattung mit Ressourcen eher nur eine marginale Rolle im Prozess der Vernetzung inne. In einer aktualisierten Zusammenstellung verweisen Kilian et al. auf engagierte Kommunen, die dem ÖGD eine tragende Rolle einräumen (vgl. Kilian et al. 2013).

Interessant ist die Vernetzung insbesondere dort, wo das Gesundheitsamt noch über eigenständige relevante Angebote verfügt, etwa über Beratungsstellen sowie insbesondere über einen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD). KJGDs sind zum Teil auch Anstellungsträger für die durch die Jugendhilfe finanzierten Familienhebammen bzw. Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger_innen. Auch ein Erstbesuchsdienst kann ein Angebot sein, das ein ÖGD, sofern vorhanden, in die Konzeptstruktur einbringen kann.

Ansonsten kann die Jugendhilfe aber auch Impulse für die eigene Tätigkeit des ÖGD liefern. Dabei können beispielsweise Fragen zur Kinderarmut auch die Aufmerksamkeit politischer Entscheidungsträger gewinnen und dadurch dazu verhelfen, dem ÖGD Ressourcen für die Erledigung entsprechender Aufgaben bereitzustellen, was für den ÖGD einen Anreiz zur Netzwerkteilnahme bedeuten kann.

In seiner Stellungnahme zur Weiterentwicklung des ÖGD postuliert der Deutsche Landkreistag den Ausbau und die Systematisierung von Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung (vgl. Deutscher Landkreistag 2013). Auch das Präventionsgesetz setzt entsprechende

Anreize, u. a. über den Präventionsbericht, der dem Deutschen Bundestag als zweite Säule der Nationalen Präventionsstrategie alle vier Jahre vorzulegen ist, wobei Daten aus der Gesundheitsberichterstattung der Länder beigesteuert werden können (§ 20d Abs. 4 SGB V, vgl. Geene/Reese 2016). Hier bestehen bereits wichtige Datenquellen und Planungsinstrumente, die für die Zusammenarbeit von Gesundheitsämtern und der Kinder- und Jugendhilfe genutzt werden können.

Als mögliches Problem für die Zusammenarbeit beschreiben Ziegenhain et al., dass viele Gesundheitsämter stark hierarchisch organisiert seien (vgl. Ziegenhain et al. 2010, S. 84). Insbesondere mit Blick auf die notwendige Abgrenzung gegenüber einem intervenierenden Kinderschutz könne eine solche hierarchische und eher obrigkeitsbezogene Orientierung zu Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit führen, die zunächst ausgeräumt werden müssten.

3.5 Frühförderung, SPZ, Kinder- und Jugendpsychotherapie

In Fällen beobachteter Entwicklungsverzögerungen kann der oder die Kinderärzt_in an eine Fachärzt_in zur weiteren Diagnostik und Behandlung verweisen. Unmittelbarer noch ist der Verweis auf Maßnahmen der Frühförderung, zu denen zunächst insbesondere Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie gehören. Diese Maßnahmen sind jedoch kindzentriert und insofern als isoliertes Angebot in der Kritik, da sie doch vielfach nur symptomorientiert und zu wenig milieubezogen sind (vgl. Klein 2009). Vor diesem Hintergrund wurde das Konzept der interdisziplinären Frühförderung entwickelt.

Frühförderung wurde als Handlungsfeld im Rahmen der Einführung des SGB IX zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen im Jahre 2001 neu sortiert (vgl. Igl 2004). Es ist in der jetzigen Form ein junges und dynamisches Handlungsfeld, verbunden mit entsprechenden Schwierigkeiten der eindeutigen Verortung, insbesondere auch in der Schnittstellenzusammenarbeit. Im Gesundheitswesen hat es eine Sonderrolle inne, weil es einerseits verschiedene Disziplinen (Pädagogik, Pädiatrie, Psychologie, Sozialpsychologie, Logopädie, Ergo- und Physiotherapie, Heilpädagogik), andererseits unterschiedliche Kostenträger aus vier Sozialgesetzbüchern V, VIII, IX und XII (namentlich Krankenkassen, Jugendämter, Rehabilitations- und Sozialhilfeträger) einbindet.

Interdisziplinäre Frühförderstellen mit pädagogischem Schwerpunkt zielen insbesondere auf Kinder mit Behinderung oder von Behinderung bedrohte Kinder ab, die möglichst frühzeitig über sogenannte Komplexleistungen gefördert werden sollen. Durch das langfristige Betreuungsangebot (bis zum Schuleintritt) kann eine hohe Betreuungskontinuität ermöglicht werden. In Sozialpädiatrischen Zentren (SPZs) findet die Versorgung von Kindern durch ein multiprofessionelles Team statt, hier jedoch mit pädiatrischem Schwerpunkt. SPZs werden entsprechend ärztlich geleitet und sind überregional ausgerichtet, weil insgesamt etwas höherschwelliger angesiedelt.

Frühförderstellen und SPZs sind an einer Vernetzung in der Regel stark interessiert, da sie regelmäßig mit der Problematik unterschiedlicher Zuständigkeiten konfrontiert sind. Sie sind engagiert in Formen verbindlicher Zusammenarbeit und interessiert an verlässlichen Übergängen in andere Systeme – insbesondere der Jugendhilfe (vgl. Weiß 2013).

Die Kinder- und Jugendpsychotherapie ist nur erreichbar durch Überweisung anderer Berufsgruppen, insbesondere der Pädiatrie. Ihre Arbeit ist insofern hochschwellig angelehnt. Andererseits ist eine solche Überweisung für die jeweils überweisende Ärztin bzw. den jeweils überweisenden Arzt mit keinerlei Budgetbelastungen verbunden. Durch den weithin bestehenden Mangel an psychotherapeutischer Versorgung kann die Unterstützung oft nicht kurzfristig installiert werden.

Kinder- und Jugendpsychotherapeut_innen sind Expert_innen entwicklungspsychologischer und -psychopathologischer Prozesse. Auch die Einbeziehung der Eltern ist im Sinne systemischen Arbeitens verbreitet. Für die Kinder- und Jugendhilfe kann es sinnvoll sein, diese Expertise einzubinden und sie auch als mögliche Unterstützungsstruktur zu integrieren, gerade um besondere psychische Belastungssituationen zu antizipieren und präventive Schutzangebote zu konzipieren.

Bei Eltern mit psychischen und/oder Suchterkrankungen wird bislang die familiäre Situation oft zu wenig beachtet, vielmehr werden Kinder mitunter zu sehr als Stabilisatoren ihrer Familie und zu wenig als eigenständig zu beachtende Subjekte betrachtet (vgl. Geene/Böhm 2013). Im Rahmen der Debatten um Kindeswohlgefährdung und Kinderschutz wurde dieser Thematik in den vergangenen Jahren zunehmend Aufmerksamkeit geschenkt, eine weitere Verstärkung ist zu erhoffen. Das gestiegene Bewusstsein kann für die Netzwerke nutzbar gemacht werden (vgl. Lenz 2012). Das vom NZFH herausgegebene Eckpunktepapier zum Thema leistet hierzu einen Beitrag. In den Empfehlungen des Papiers wird eine Verbesserung in der fallübergreifenden wie in der fallbezogenen Kooperation gefordert. Dies schließt eine bessere Zusammenarbeit der beteiligten Systeme und Dienste mit ein. Aber auch auf der Ebene der betroffenen Eltern und Kinder gibt es einen Ausbaubedarf an adäquaten Angeboten (vgl. Pillhofer et al. 2016). In diesem Zusammenhang ist es wichtig, Familien systemisch zu betrachten, ohne Verantwortlichkeiten zu verwischen. Im Sinne der Partizipation sind dabei (insbesondere ältere) Kinder auch in besonders belasteten Familienkonstellationen immer als eigenständig Handelnde zu begreifen, die in ihrer Problemlösungskompetenz wertgeschätzt werden möchten (vgl. Geene/Böhm 2013).

3.6 Krankenkassen als Partner der Kinder- und Jugendhilfe

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat nach § 20 SGB V den Gestaltungsauftrag der primären Prävention und Gesundheitsförderung, der durch das Präventionsgesetz 2015 deutlich ausgebaut wurde. Hierbei handelt es sich um „Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des

selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung)“⁴. Im Gesetzestext wird postuliert, dass diese Leistungen „insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen“ sollen.

Hintergrund der Gesetzesformulierung ist der Umstand, dass Krankenkassen den Gestaltungsauftrag bis zu ihrer vorläufigen Aussetzung 1996⁴ vor allem mit Kursangeboten für ihre Versicherten realisierten (vgl. Priester 2001). Auch heute bilden solche Kurse wieder einen Großteil der verausgabten Präventionsmittel der Krankenkassen (vgl. MDS/GKV 2018). Ihre Wirksamkeit ist zwar häufig nicht nachgewiesen (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014), sie führen aber zu einer hohen Versichertenbindung. Diese Marketingoption ist von besonderer Bedeutung, weil die Krankenkassen im Übrigen im durch das SGB V und die Richtlinienkompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses hoch regulierten Geschäft der Sozialversicherungen kaum Profilierungsmöglichkeiten besitzen.

Um den Sozillagenanspruch umzusetzen, sind solche Kursangebote zumeist ungeeignet, zielen sie doch deutlich stärker auf junge Versicherte mit geringen Krankheitskosten (sogenannte gute Risiken) ab. Als Schlüsselkonzept gilt hier der Settingansatz, der auf die gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebenswelten wie Schulen, Kitas, Betrieben oder auch Kommunen/Stadtteilen setzt (vgl. Naidoo/Wills 2019). Nach dem Leitsatz ‚Die gesündere Wahl zur leichteren machen‘ sind Settingaktivitäten auf Institutionen ausgerichtet mit dem Ziel, diese gesundheitsförderlich zu gestalten (Verhältnisprävention). Durch das Präventionsgesetz ist der Settingansatz als ‚Gesundheitsförderung in Lebenswelten‘ erstmals gesetzlich normiert (vgl. Geene/Reese 2016).

Kommunen sind 2011 als Setting der Gesundheitsförderung in den Leitfaden der Krankenkassen aufgenommen worden (vgl. GKV 2012). Eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Kommunen bedeutet, sie als ‚Dachsetting‘ zu profilieren (vgl. Geene et al. 2013). Vernetzung, Koordination und Verstärkung von Gesundheitsförderung in Lebenswelten vor Ort können idealtypisch über kommunale Präventionsketten erreicht werden (vgl. Kilian/Lehmann 2014).

In Übereinstimmung mit dem Settingkonzept der Weltgesundheitsorganisation WHO, die Familie nicht als ‚Setting‘ sieht (vgl. WHO 2015), lehnt die GKV eine Finanzierung familiärer Hilfen ab, insbesondere weil eine Kostenverschiebung (von SGB VIII nach SGB V) befürchtet wird. Begründet wird diese Ablehnung zudem mit ethischen und rechtlichen Komplikationen im Bereich des Elternrechts: Artikel 6 des Grundgesetzes sieht hier als besonderen Schutz eine „Privatsphäre“ (Schnabel 2010, S. 313) vor, die nur durch die spätere Schulpflicht (Art. 6 (2) GG) eingeschränkt wird. Interventionen in der familiären Lebenswelt mithilfe von Methoden

⁴ Durch das Neuordnungsgesetz 1996 wurde die Gesundheitsförderung als Kassenleistung, die 1990 neu in das SGB V eingeführt wurde, zwischenzeitlich wieder abgeschafft, bevor sie durch die Gesundheitsreform 2000 erneut im §20 SGB V aufgenommen wurde.

des Settingansatzes sind insofern für das Setting Familie sowohl ethisch als auch rechtlich und pragmatisch fraglich (vgl. Geene et al. 2016).

Gesundheitsförderung im Setting Familie bedarf einer anderen Interventionslogik: Sie muss die Autonomie des Systems Familie zunächst anerkennen, alle Maßnahmen basieren auf Freiwilligkeit. Es bedarf anwaltschaftlicher Fürsprache für Eltern mit dem Blickwinkel, die Außenwirkungen auf das System Familie abzuschätzen und gesundheitsförderlich auszurichten. Es sind also nicht die Eltern oder Familien selber, sondern vielmehr die Rahmenbedingungen für Eltern und deren Kinder, die vorrangig gesundheitsförderlich auszurichten sind (vgl. Kolip/Lademann 2012; Geene 2018).

In diesem Sinne erbringen Krankenkassen bereits gewisse Beratungs- und Unterstützungsleistungen beispielsweise in der Schwangerenbegleitung sowie in der gesamten Kindervorsorge (vgl. Kolip et al. 2014). Zudem sind sie als Kostenträger der gesamten gesundheitlichen Versorgung nach SGB V eingebunden.

Durch das Präventionsgesetz wurden neben den Neuregelungen im SGB V aber auch zwei Änderungen im SGB VIII vorgenommen. So sind inzwischen auch die Familienberatung gemäß § 16 und stationäre Einrichtungen der Jugendhilfe gemäß § 45 SGB VIII dazu verpflichtet, auf Gesundheitsförderung hinzuwirken. Hier wird Gesundheitsförderung auch in der Kinder- und Jugendhilfe normiert, verbunden mit dem Vorteil, diese nun für Kooperationen mit Krankenkassen besser anschlussfähig zu machen (vgl. Wiesner 2015, S. 302).⁵ Dabei bezieht sich die Gesetzesbegründung der Bundesregierung (vgl. Deutscher Bundestag 2015) nicht auf verhaltenspräventive Maßnahmen in Familienzentren oder Einrichtungen (etwa Kursangebote), sondern auf Gesundheitsförderung in Lebenswelten (§ 20a SGB V). Sowohl über Familienzentren als auch vor allem über stationäre Einrichtungen der Jugendhilfe, die dem Erlaubnisvorbehalt des § 45 SGB VIII unterliegen, wie Kinderheime, Frauenhäuser, Eltern-Kind-Einrichtungen für Alleinerziehende oder Einrichtungen für Behinderte, können die Lebenswelten dieser besonders vulnerablen und bislang weitgehend ‚vergessenen‘ Gruppen adressiert werden.

Zusammenfassend kann hier festgehalten werden, dass Krankenkassen bislang kaum als Partnerinnen der Kinder- und Jugendhilfe in Erscheinung treten, weil sie befürchten, hier Kosten aus dem SGB VIII aufgebürdet zu bekommen. Mit ihrer Netzwerk- und Steuerungskompetenz könnten sie aber zukünftig einen wichtigen Beitrag in Netzwerken der Kinder- und Jugendhilfe leisten, auch wenn ihre Möglichkeiten zur finanziellen Beteiligung eingeschränkt sind (vgl. Meierjürgen 2017). Dazu bietet das Präventionsgesetz einen – bislang noch weitgehend ungenutzten – Bezugspunkt, auch wenn die Schnittstellenfrage im Sinne des Bundeskinderschutzgesetzes und hier insbesondere zwischen SGB V und SGB VIII weiterhin ungeklärt ist; es bleibt abzuwarten, ob diese in den Bundesländern zukünftig aufgegriffen

⁵ Gesetzeskommentar von Reinhard Wiesner (2015) zur Neuregelung des PräVG im SGB VIII, § 16, RN 11a; vgl. auch Deutscher Bundestag 2015 sowie Geene/Reese 2016, S. 110-112, S. 248-249.

werden, wie es zuvor in der Stellungnahme des Bundesrats (2015, S. 12-13) zum Präventionsgesetz eingefordert wurde.

4 Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe in der Praxis

Im Anschluss an die Darstellung des Kooperationsverständnisses und der Strukturen des Gesundheitswesens wird mit dem Blick auf die Zusammenarbeit aus Sicht der Kinder- und Jugendhilfe eine zweite Perspektive eröffnet. Anknüpfungspunkt dieser Perspektive ist das Vorhandensein von kommunalen Netzwerken, die sich im Rahmen von Präventionsketten auf eine Etablierung lebenslaufbezogener und übergangsfokussierter Leistungen beziehen. Ein zentrales Merkmal dieser Leistungen ist deren multiprofessioneller und interinstitutioneller Ansatz, wodurch Formen der Kooperation zur Erbringung dieser Leistungen konstitutiv sind (vgl. Fischer/Geene 2017). Angesichts der umfassenden praktischen Rezeption von kooperativen Ansätzen ist es naheliegend, vorhandene kommunale Erfahrungen zu nutzen und Merkmale der Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe herauszuarbeiten.

Dieser empirische Zugang kann keine umfassende Systematisierung aller Bedingungsfaktoren einer gelingenden Zusammenarbeit auf der Basis einer flächendeckenden oder repräsentativen Generierung von Daten darstellen. Vielmehr ist es Anliegen der Untersuchung, illustrativ mögliche Umgangsformen in der kommunalen Praxis zu erfassen, zu analysieren und deren Gelingensfaktoren herauszustellen. Nachfolgend sollen daher die drei Kooperationsansätze in den Modellkommunen vorgestellt werden, um den Hintergrund der Zusammenarbeit zu verstehen.

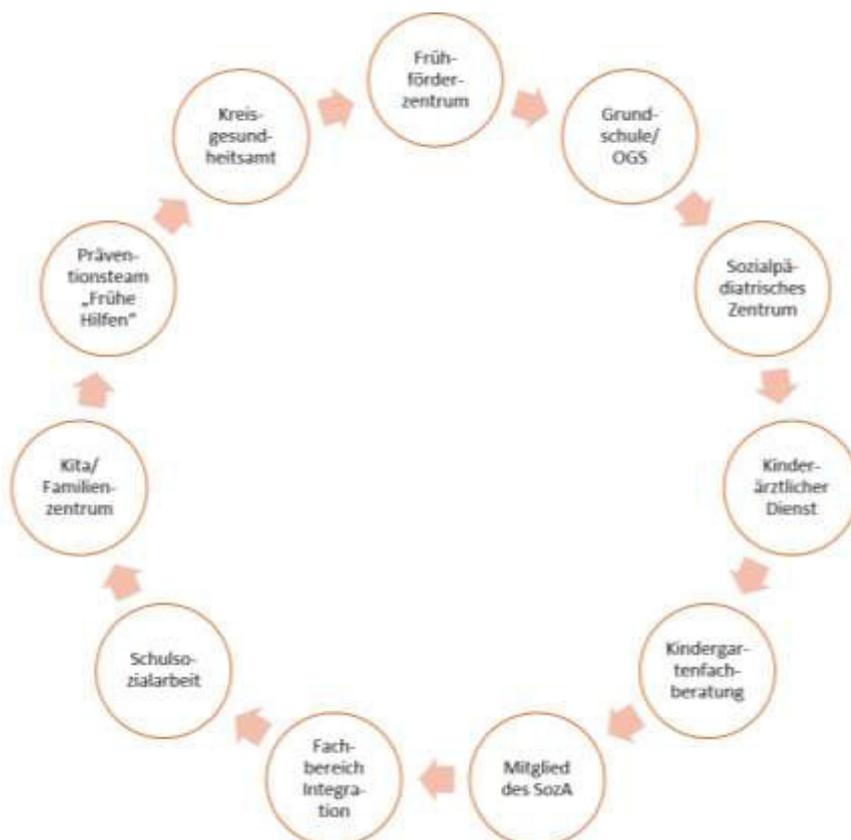
4.1 Drei Modellkommunen im Blick

Die drei Modellkommunen sind allesamt Kommunen, die sich an dem Ansatz der Präventionsketten in Nordrhein-Westfalen längerfristig beteiligen und nach Aussage der Koordinierungsstelle der Präventionsketten durch eine vergleichsweise intensive Kooperation von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe geprägt sind. Die Auswahl der Kooperationsansätze wurde daher aufgrund von Empfehlungen vorgenommen.

4.1.1 Stadt Kerpen: Kerpen für Kinder und Frühe Hilfen

Mit der Stadt Kerpen als erster Modellkommune verbinden sich vor allem die beiden Ansätze des Netzwerks *Kerpen für Kinder* und das Netzwerk *Frühe Hilfen*. Kerpen ist eine kreisangehörige Stadt. Innerhalb aller Formen der Kooperation muss deswegen die Verortung der Stadt zwischen Landkreis und sozialen Akteur_innen mitgedacht werden.

Abbildung 1: Runder Tisch Kindergesundheit und Prävention in Kerpen



Quelle: Präventionsstelle der Kolpingstadt Kerpen/Schaubild Runder Tisch Kindergesundheit und Prävention, 2016.

Aufgabe des Netzwerks *Kerpen für Kinder* ist es, Gesundheit, Bildung, Kultur und soziale Aktivitäten zusammenzudenken, um allen Kindern eine Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen und insbesondere von Armut bedrohte und betroffene Kinder aufgrund ihrer spezifischen Benachteiligung zu fördern. Ziel des Netzwerks ist die so früh wie möglich erfolgende Inanspruchnahme vorhandener sozial- und gesundheitspolitischer Lern- und Förderangebote in der Stadt durch eine Bündelung und lückenlose Förderung aller Aktivitäten.

Als Ansatz dient die Initiierung von partnerschaftlichen Netzwerken mit dem Ziel, allen Kindern faire Chancen zu ermöglichen. In enger Beziehung zu diesem Netzwerk steht das auch aus der Bundesinitiative hervorgegangene lokale Netzwerk *Frühe Hilfen*. Beide Formen der Kooperation von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe werden gemeinsam betrachtet, weil eine große inhaltliche wie strukturelle Nähe besteht und beide Netzwerke

auch gemeinsam koordiniert werden. In allen Formen der Zusammenarbeit nimmt der Gesundheitsaspekt eine zentrale Stellung ein, weswegen die Stadt Kerpen ein geeignetes Beispiel für eine lebendige Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe mit dem Gesundheitswesen darstellt.

4.1.2 Stadt Leverkusen: Projekt Frühstart

Die zweite Modellkommune Leverkusen kann sich vor allem mit ihrem Kooperationsansatz im Projekt *Frühstart* auf eine umfassende und mehrjährige Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe mit dem Gesundheitswesen beziehen. Aus einer bereits vorhandenen guten Kooperation vom Jugendamt mit der Schulaufsicht entstand die Idee einer Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt im Projekt *Frühstart*. Kern des Projekts bildet die Untersuchung aller Kinder mit Blick auf Inklusionsbedarf oder Verhaltensauffälligkeiten durch das Gesundheitsamt sowie die Zusammenschau zwischen Gesundheitsamt und KiTas auf mögliche Förderbedarfe der Kinder. Dazu werden Kinder in 361 Kindertageseinrichtungen und vier Kompetenzzentren diagnostiziert. Befunde werden in einen regelmäßigen Austausch zu fallübergreifender Prozessgestaltung überführt. Das Ziel ist die Sicherstellung eines gelingenden Übergangsmanagements vom Kindergarten in die Schule für Kinder mit besonderen Benachteiligungen und eine bewusste Einbeziehung der Eltern zur Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenzen. Die Einbeziehung schulischer Kompetenzen in den KiTa-Alltag und die gemeinsame Begleitung der Kinder durch alle drei Disziplinen Gesundheitshilfe, Kinder- und Jugendhilfe und Schule tragen maßgeblich zu den Gelingensbedingungen bei.

4.1.3 Stadt Aachen: Gesunde Familiengrundschule

Mit der Stadt Aachen verbindet sich der dritte Modellansatz einer Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe mit dem Gesundheitswesen, der sich in Aachen vor allem auf das Projekt *Gesunde Familiengrundschule* bezieht. Im Gegensatz zu den beiden anderen Modellkommunen handelt es sich hierbei nicht um einen langjährig praktizierten Ansatz, sondern vielmehr um ein im Entstehen begriffenes Projekt, bei dem viele Fragestellungen, die zu Beginn relevant sind, derzeit beantwortet werden müssen und demzufolge eine hohe Reflexionsfähigkeit besteht.

Im Kern des Projekts steht seit September 2018 die Einbindung von Grundschulen in die bereits bestehende Präventionskette mit dem Ziel der Etablierung von sogenannten Familiengrundschulen. Darunter sind in zwei (und evtl. künftig in zwei weiteren) Grundschulen sozialräumlich und auf Familien angelegte Bildungsangebote zu verstehen, die in ihrer Gesamtheit zur Benennung als Familiengrundschule führen. Die Leistungen sind bedarfsorientierte Aktivitäten und Angebote für die ganze Familie im Schulkontext mit einer Verankerung des gesundheitsfördernden Ansatzes im Schulprogramm. In der Kinder- und Jugendhilfe wurden in der Vergangenheit massive Herausforderungen in einzelnen Sozialräumen festgestellt, die einer konzertierten Reaktion mit der Schule zur Verbesserung der Lern- und Lebensverhältnisse bedürfen. Allerdings ist auch die Schule nicht in der Lage, dieser Aufgabe allein nachzukommen, wenn sie nicht die Eltern im erforderlichen Maße

erreicht. Bei dem Projekt handelt es sich um einen Transfer des Konzeptes der Familienzentren NRW auf Grundschulen für Kinder unter starkem Elterneinbezug und mit Betonung des Bildungsansatzes im erweiterten Sinne, v. a. mit Bezug auf die Gesundheit der Kinder.

4.2 Kooperation zwischen lokaler Wahrnehmung und ganzheitlicher Analyse

4.2.1 Der Blick auf die Praxis in den Kommunen

In den Kommunen finden vielfältige Formen von Zusammenarbeit innerhalb von Verwaltungsbereichen und auch über die Aufgabenbereiche von Professionen und Institutionen hinweg statt. Während im Handlungsfeld der Frühen Hilfen durch die Bundesstiftung Frühe Hilfen systematisch und flächendeckend lokale Netzwerke Frühe Hilfen innerhalb eines abgestimmten Prozesses, mit finanzieller Förderung und mit fachlicher Unterstützung seitens des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen implementiert und in ihrer Entwicklung gefördert werden konnten, sind Formen lokaler Kooperation oft eher auf sich allein gestellt. Der Normalzustand ist die Förderung von Leuchtturmprojekten, die beispielhaft für andere Kommunen sind und die als Ideengeber und Impuls für eigene Formen der Zusammenarbeit dienen sollen. Gleichzeitig fußen die vorhandenen Netzwerke in ihrer Ausgangslage, der Prozessdynamik, der Einbindung von vorhandenen Strukturen und der Umsetzung in der Verfolgung von Zielen auf einem sehr hohen Maß an Heterogenität. Dabei konnten in den vergangenen Jahren etwa durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen Erfahrungen zusammengetragen werden, die nunmehr potentiell allen Kommunen zur Verfügung stehen. Generell betrachtet ist hierbei nicht die Generierung von Handlungswissen, sondern eher der geeignete Transfer von als nützlich empfundenem Wissen die Herausforderung in der Verbreitung von Kooperationserfahrungen.

Angesichts dieser Situation haben sich in den Kommunen Kooperationslandschaften entwickelt, die sich in ihren Zielen, Aufträgen, Zusammensetzungen, Arbeitsformen und Ergebnissen nur schwer miteinander vergleichen lassen. Zusammenarbeit ist ein Schlagwort, welches mit vielen Aktivitäten auf lokaler Ebene verbunden ist, aber gleichzeitig in seinen vielfältigen Ausformungen von lokalen Gegebenheiten beeinflusst wird. Insofern lässt sich der Trend zu mehr Kooperation als ein Bottom-up-Prozess auf Ebene der Fachkräfte abbilden, der – außerhalb der Frühen Hilfen – tendenziell wenig systematische Unterstützung durch interne Leitungen, übergeordnete Stellen und politische Initiativen in dauerhafter Form erfährt.

Diese Charakterisierung führt auch dazu, dass bis zum jetzigen Zeitpunkt eine fachübergreifende systematische und empirisch untersetzte Analyse von Formen lokaler Zusammenarbeit über theoretische Erklärungsansätze hinaus fehlt. Es existiert bislang keine flächendeckende Förderstruktur, die zur Etablierung einer empirisch untersetzten wissenschaftlichen Begleitforschung der Entwicklung von Kooperation auf lokaler Ebene jenseits von einzelnen Ansätzen beiträgt.

Vor diesem Hintergrund einer gering ausgeprägten fachlichen und wissenschaftlichen Auseinandersetzung und einer vielfältigen lokalen Praxis erscheint es vermessen, mit den vorhandenen Erkenntnissen zu Formen der Zusammenarbeit die lokale Praxis in diesen Bottom-up-Prozessen umfassend abbilden zu wollen. Vielmehr liegt es nahe, sich von den konkreten Kooperationsformen in der Praxis leiten zu lassen und diese zu erfassen. Insofern beruht der Fokus dieser Studie auf einer Darstellung der Wahrnehmung von Zusammenarbeit in den lokalen Kontexten und auf dem Verzicht auf eine objektivierbare Analyse, etwa hinsichtlich Außenwirkungen der Zusammenarbeit.

Kooperation lebt maßgeblich vom Engagement der beteiligten Fachkräfte vor Ort. Insofern soll diesen Fachkräften auch eine Urteilsfähigkeit zugetraut werden, Aussagen über den Stand der eigenen Zusammenarbeit und deren Gelingensfaktoren treffen zu können. Der methodische Zugang dieser Studie liegt demzufolge auf dem Zuhören und dem gemeinsamen Deuten mit den kommunalen Fachkräften jenseits von definitorischen Fremdzuschreibungen und dem Generieren von Erkenntnissen ohne vorherige theoretische Einordnung. Insofern ist der Zugang dialogisch im gemeinsamen Erkenntnisinteresse von Praxis und Wissenschaft gelegt und auf eine Mitarbeit von Praxispartner_innen angewiesen, wie sie nachfolgend erläutert wird.

4.2.2 Darstellung des empirischen Vorgehens

Die Generierung von empirischen Daten zur Analyse von Erfahrungen in der lokalen Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen erfolgte in zwei Schritten, die sich jeweils aus zwei Bestandteilen zusammensetzen.

Im ersten Schritt ging es darum, Beispiele guter Praxis in der Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen in nordrhein-westfälischen Kommunen zu sammeln und analytisch aufzubereiten. Ziel war es, ausgewählte typologisch geordnete ‚Ankerbeispiele‘ im Rahmen explorativer Feldstudien vertieft darzustellen. Als verbindlich einzubeziehende analytische Dimensionen sind zu nennen:

- Professions- und Präventionsverständnis der beteiligten Akteur_innen mit besonderer Berücksichtigung von Jugendhilfe und Gesundheitswesen: Wie gelingt die multiprofessionelle Zusammenarbeit?
- Anrechenbarkeit von Arbeitszeiten und Abrechnungsmodalitäten für die Präventionsarbeit (Arbeit mit den Klient_innen und Verfügungszeiten für Netzwerk- und Kooperationstätigkeiten)
- Informationsfluss zwischen den beteiligten institutionellen Akteur_innen (einschließlich Feedbackschleifen) sowie Verlaufs- und Erfolgskontrolle (Wirkungsorientierung)

Dazu wurden durch Mitglieder der Projektbegleitgruppe Kommunen benannt, die als Beispiele guter Praxis taugen. In den drei bereits vorgestellten Kommunen Kerpen, Leverkusen und Aachen wurden Interviews mit den Fach- und Leitungskräften geführt, die eine zentrale Rolle im Entstehen und der Fortentwicklung von lokaler Kooperation einnehmen. Außerdem wurden Konzeptionen, Tätigkeitsberichte und Pressedarstellungen analysiert.

In einem zweiten Schritt wurden die Erkenntnisse der ersten Interviewrunde vertieft. Anhand der Schlüsselbegriffe des vor Ort vorherrschenden Präventionsverständnisses, einer Einschätzung der Zusammenarbeit in der Gesundheitsförderung und der eigenen zentralen Ableitungen von Gelingensfaktoren wurde wiederum mit Koordinations- und Leitungskräften in den drei ausgewählten Kommunen jeweils ein halbstandardisiertes Interview geführt und durch eine Analyse von Begleitmaterialien untersetzt.

Drittens wurden Fachgespräche in Form von Gruppendiskussionen geführt. Ziel der Fachgespräche war es,

- den Zwischenstand der Datengenerierung gegenüber dem Auftraggeber und Expert_innen auf Ebene des Landes und des Bundes vorzustellen,
- die Ergebnisse gemeinsam zu deuten,
- daraus Erkenntnisse hinsichtlich des Projektauftrags zu gewinnen sowie
- Ableitungen in Bezug auf das weitere Vorgehen zu treffen.

Zu den beiden Fachgesprächen waren Expert_innen aus der Landeskoordinierungsstelle *Kommunale Präventionsketten*, dem Landesjugendamt des Landschaftsverbands Rheinland, dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Stiftung Auridis, dem Landeszentrum Gesundheit NRW sowie verschiedenen NRW-Landesministerien eingeladen. Beim abschließenden Fachgespräch waren Vertreterinnen aus den drei untersuchten Kommunen in die Deutung der Ergebnisse eingebunden.

4.2.3 Der Stand der lokalen Kooperation

Im Rahmen kommunal koordinierter Präventionsketten arbeiten in Nordrhein-Westfalen mehrere Akteursverbünde für ein gelingendes Aufwachsen institutions-, träger- und ämterübergreifend zusammen. Jenseits von einigen wenigen Netzwerken, die sich dieser Aufgabe bereits seit mehreren Jahren widmen, scheinen noch einige Kooperationsformen zwischen Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen hinzuzukommen, in denen dieser Fokus gerade im Entstehen begriffen ist. Darüber hinaus scheint es gleichwohl noch viele lokale Kontexte zu geben, in denen die Zusammenarbeit eher auf der Basis gelegentlicher persönlicher Kontakte besteht und keine gemeinsame systematische und strategisch angelegte Kooperation besteht. Aufgrund des eng begrenzten empirischen Zugangs ist dies kein Befund aus den eigenen Erhebungen heraus, sondern konnte der Diskussion in den begleitenden

Fachgesprächen entnommen werden. Gleichwohl wandelt sich die Kooperationslandschaft unter Einbindung des Gesundheitswesens.

Die Erkenntnis setzt sich durch, dass durch eine Kooperation der Kinder- und Jugendhilfe mittels erweiterter Analysefähigkeit und fachübergreifender Handlungsansätze benachteiligte Lebenslagen und (Bildungs-)Biographien potentiell kompensiert und Chancengerechtigkeit gestärkt werden können. Die Form der Zusammenarbeit lässt sich politikwissenschaftlich durch das Paradigma der „Local Governance“ (Rieger 2018, S. 14) beschreiben und weist strukturelle Ähnlichkeiten zum Diskurs um kommunale Bildungslandschaften auf. In beiden Ansätzen geht es um konsensorientierte Leitbildentwicklung und strategische Zielfindung, ein evidenzbasiertes Handeln auf Basis eines kleinräumigen Monitorings sowie um den Schritt von Informations- zu Produktionsnetzwerken, wie er ansatzweise vor Ort bereits in den Frühen Hilfen und im Kontext der Bekämpfung von Kindeswohlgefährdung (Kooperation im Bereich des §8a SGB VIII und des KKG) gelingt.

Die Ansätze der Frühen Hilfen und des Kinderschutzes bilden in den lokalen Formen der Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe mit dem Gesundheitswesen den zentralen Dreh- und Angelpunkt der Kooperationsaktivitäten. Erstaunlich ist, welche Breitenwirkung diese Kooperationsätze erzielen und wie die darin geschaffene Kooperationsstruktur und die dort gewonnenen Erkenntnisse in den Kooperationsprozessen auf andere Felder abstrahlen und auch praktisch genutzt werden (vgl. Fischer/Schulze 2017). In diesen beiden Handlungsfeldern wurden bislang bereits viele Erfahrungen in der Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen (Geburtskliniken, Familienhebammen, Frühförderung etc.) gesammelt. Hingegen fehlen ähnlich umfangreiche und belastbare Erfahrungen für die Adressatengruppe der Kinder und Jugendlichen im Schulalter und deren Familien. Aus der Praxis heraus lassen sich erste Übergänge in der Zusammenarbeit bezüglich einer erweiterten Altersgruppe von Kindern erkennen. So fokussiert das Netzwerk in Leverkusen einen gelingenden Übergang von Kindertageseinrichtungen in Schulen und damit über die bisherige in den Frühen Hilfen umgesetzte Begrenzung auf Kinder unter drei Jahren hinaus.

Ergebnisse sowohl aus der NRW-Landesinitiative *Kein Kind zurücklassen!* (jetzt: *Kommunale Präventionsketten*) (vgl. Dezort et al. 2017) und dem LVR-Förderprogramm *Teilhabe ermöglichen – kommunale Netzwerke gegen Kinderarmut* (vgl. Mavroudis 2017) als auch der Bundesinitiative Frühe Hilfen (vgl. Renner et al. 2018) haben übereinstimmend gezeigt, dass sich durch die öffentliche Kinder- und Jugendhilfe nur schwer erreichbare Gruppen über das Gesundheitswesen gut adressieren lassen, etwa im Rahmen der kinderärztlichen Früherkennungsuntersuchungen, der Lotsendienste aus den Geburtskliniken sowie der Familienhebammen/FGKiKPs.

Insofern lässt sich festhalten, dass es einen Trend zu mehr Kooperation der Kinder- und Jugendhilfe mit dem Gesundheitswesen gibt und diese Kooperation in einzelnen Kommunen bereits über mehrjährige Erfahrungen verfügt. Dennoch kann bislang nicht von einer

flächendeckenden, systematischen und strategisch angelegten Kooperation in nordrhein-westfälischen Kommunen zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen ausgegangen werden. Der Stand der lokalen Kooperation ist neben dieser Ausgangssituation noch durch eine prozessorientierte Entwicklung geprägt. In den untersuchten Kommunen war man sich der Bedeutung in der Zusammenarbeit zwischen beiden Handlungsfeldern durchaus bewusst. Die Einbindung des Gesundheitswesens in die Belange der Arbeit mit jungen Menschen und deren Eltern hat eine hohe Relevanz, weswegen mit diesen Prozessen der Zusammenarbeit eine hohe Dynamik in der Entwicklung und Umsetzung von Kooperation verbunden ist.

Trotz dieser Ausgangssituation und der prozesshaften Entwicklung besteht keine angemessene Reflexionstiefe in Bezug auf die Erkenntnisse in der Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens auf Ebene der Kommunen, der Steuerungs- und Begleitinstanzen auf Landes- und Bundesebene sowie innerhalb der Wissenschaft jenseits des Feldes der Frühen Hilfen. Es hat sich eine Praxis entwickelt, die mannigfaltig in ihren Kooperationsarten ist und die zu einem hohen Maß an Kooperationserfahrung führt. Durch die Interviews mit den kommunalen Akteur_innen wurde deutlich, dass alle Kooperationsansätze zur Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe mit dem Gesundheitswesen jenseits von Frühen Hilfen aus lokalen Impulsen heraus entstanden sind und ein interkommunaler Austausch zu den Erfahrungen in der Entwicklung, der Implementierung und dem Ausbau nicht vorausgesetzt werden kann. Vielmehr arbeiten die Partner_innen in der Zusammenarbeit auf sich bezogen und kommen nicht zu der Gelegenheit, ihre eigenen Erfahrungen mit anderen Kommunen mit ähnlichen Ansätzen auszutauschen, zu vergleichen und Transfermöglichkeiten zu fokussieren.

Trotz aller vorhandenen Vernetzungsansätze des Landes auch in der Einbindung von kommunalen Akteur_innen scheint weiterhin ein Bedarf zu bestehen, Räume und Foren zu entwickeln, in denen kommunale Erfahrungen ausgetauscht werden können, und Ansätze wissenschaftlicher Begleitung von kommunalem Handeln zu stärken.

4.3 Rahmenbedingungen und Herausforderungen gelingender Kooperation

Innerhalb der umfassenden Thematik der Rahmenbedingungen und Herausforderungen gelingender Kooperation haben sich in den Vorgesprächen sowohl mit den kommunalen Akteur_innen als auch mit Mitgliedern der Fachgesprächsgruppe konkrete Unterthemen ergeben, die im besonderen Interesse der kommunalen Zusammenarbeit liegen bzw. zentrale Zugänge zu den Gelingensfaktoren darstellen. Diese sollen im Einzelnen nachfolgend analysiert werden.

4.3.1 Professionelles Selbstverständnis

In allen drei befragten Kommunen findet eine multiprofessionelle und interinstitutionelle Zusammenarbeit mit ihren entsprechenden Möglichkeiten und Begrenzungen statt. Die drei Netzwerke arbeiten mit ähnlichen Berufsgruppen und stehen daher auch vor gleichartigen professionellen Herausforderungen. Sowohl für die Kinder- und Jugendhilfe wie auch für das Gesundheitswesen wird diese Form der Zusammenarbeit als alltägliche Erfahrung beschrieben, die nicht ungewöhnlich ist. Gleichwohl kommen immer wieder verschiedene Blickwinkel im eigenen professionellen Selbstverständnis zum Tragen.

So konnte im Interview in Leverkusen festgehalten werden, dass Professionelle aus dem Bereich der Medizin sich der Zusammenarbeit aus einer Fallperspektive heraus annähern, während Vertreter_innen der Kinder- und Jugendhilfe eher mit Blick auf das System agieren. Diese unterschiedlichen Blickwinkel haben ihren Ursprung in der professionellen Sozialisation, dem Auftrag, den Strukturen und den Verfahrensweisen. Mit der fallbezogenen Intention seitens des Gesundheitswesens ist immer ein reaktiver Charakter in der Klärung eines Falls verbunden, der von den an einer Stärkung des Systems orientierten und damit eher vorbeugend angelegten Intentionen der Kinder- und Jugendhilfe abweicht.

Nach übereinstimmender Einschätzung aller Interviewpartnerinnen prägt das eigene professionelle Selbstverständnis die Zusammenarbeit enorm, auch wenn die Kooperationsbeziehungen bereits seit Langem bestehen. Die Unwissenheit über den Auftrag und die Funktionsweisen des jeweils anderen Systems ist ausgeprägt und damit einher geht auch eine Tendenz zu Missverständnissen im professionellen Verhalten. Als zentralen Ausweg präferieren die befragten Akteurinnen einen pragmatischen Umgang mit dieser Ausgangslage, indem

- diese Situation als gegeben berücksichtigt wird,
- Kommunikation ermöglicht und
- Raum für eine diskursive Annäherung geschaffen wird.

Ziel dieser Kommunikation ist nicht, homogene Sichtweisen zu entwickeln, sondern das gegenseitige Wissen um unterschiedliche Auslegungen und den gegenseitigen Respekt im Umgang der Professionen miteinander zu stärken. Aus allen drei Kommunen wurde zurückgemeldet, dass diese Form der Kommunikation zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen funktioniert und eher Schwierigkeiten im Umgang mit Vertreter_innen aus dem Schulbereich auftreten. Darüber hinaus werden allerdings auch Schwierigkeiten in der professionellen Akzeptanz innerhalb des eigenen Handlungssystems etwa in der Kinder- und Jugendhilfe zwischen dem Allgemeinen Sozialen Dienst und auf Förderung spezialisierten Diensten erwähnt. Insofern wurde mehrmals insistiert, die jeweiligen professionellen Handlungssysteme nicht als monolithischen Block zu betrachten, sondern sich in der intersektoralen Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Professionen und

Institutionen auch einen Fokus auf unterschiedliche Nuancen innerhalb der eigenen Profession zu bewahren.

Unter Beachtung dieser Rahmenbedingungen erscheint es nach Aussage der interviewten Koordinations- und Leitungskräfte möglich, eine kontinuierliche Zusammenarbeit zu etablieren, die von beiden Seiten gepflegt wird und sich in ihrer Unterschiedlichkeit respektiert. Die Initiative für diese Zusammenarbeit ging in allen drei Fällen vom Jugendamt aus und wurde vom Gesundheitsamt dann adäquat aufgenommen, wenn es innerhalb dieses Amtes eine feste Ansprechperson gab und die Reaktionen sich nicht auf unterschiedliche Akteur_innen innerhalb des Gesundheitsamts verteilen mussten.

Eine weitere Beeinflussung des professionellen Selbstverständnisses ergab sich vor allem in Kerpen als kreisangehöriger Stadt aus der Kooperation von Professionellen, die entweder auf Ebene der Kreisbehörde oder in kreisangehörigen Struktureinheiten tätig sind. Trotz gleicher professioneller Sozialisation werden die eigenen Aufträge anders wahrgenommen und das eigene Selbstverständnis ist anders geprägt. Dies macht sich etwa an der Bereitschaft fest, sich auf eher allgemeine und aktuelle Ausgangsintentionen einzulassen und diese dann durch Koordination und gute Diskussionsführung im weiteren Verlauf zu konkretisieren und zu systematisieren. So stehen Themen wie „Unruhige Kinder in Kita und Grundschule besser unterstützen“ auf der Agenda des *Runden Tisches Kindergesundheit und Prävention*, die Anlass für eine gemeinsame Diskussion und daraus abgeleitete Handlungsschritte sind.

Aus dem professionellen Selbstverständnis ergeben sich Konsequenzen die Wahrnehmung von Prävention betreffend. In allen drei befragten Kommunen herrscht ein Präventionsverständnis vor, welches durch eine pragmatische Herangehensweise geprägt ist. Prävention wird hierbei als ein alltagsnaher Zugang zu den Adressat_innen verstanden, der trotz aller Fokussierung auf vorhandene und wahrscheinlich eintretende Defizite auch bewusst die Ressourcen in den Blick nimmt. Eine bewusste Auseinandersetzung mit den Vorzügen und Nachteilen des Präventionsbegriffs insbesondere im Umgang mit den Adressaten_innen fand in der Vergangenheit nicht statt. Es überwogen die Überlegungen auf der professionellen Ebene, mittels des Begriffs ein professionsübergreifendes Bindeglied zu schaffen, mit dem sich institutionelle Barrieren überwinden lassen.

In der Zusammenarbeit von Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe wird Prävention vor allem durch Informationen über die vorhandenen Leistungen mit deren Möglichkeiten und Zugängen sowie auch deren Begrenzungen gewährleistet. Diese Information bezieht sich dabei auf die Adressat_innen wie auch die an der Zusammenarbeit beteiligten Fachkräfte, weil nicht vorausgesetzt werden kann, dass jeweils alle Leistungen allen betreffenden Akteur_innen bekannt sind. Anspruch des präventiven Ansatzes ist es, die Bedarfe und die Leistungen fachübergreifend zu betrachten. Im Zusammenspiel mit dem professionellen Selbstverständnis erfolgt auch die Wahrnehmung von Prävention zwischen den beteiligten Professionen und Institutionen unterschiedlich. In der Kinder- und Jugendhilfe, so

kann aus einem Interview in Leverkusen festgehalten werden, wird Prävention trotz der hohen thematischen Anschlussfähigkeit zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesens als gängiger und etablierter Ansatz zur Vermeidung bis hin zur Reduzierung von Problemen verstanden, während im Gesundheitswesen der Begriff der Prävention eher im Sinne von Prophylaxe Eingang findet.

4.3.2 Einordnung des Netzwerkengagements in Regelstrukturen

Nach Einschätzung aller befragten Akteur_innen ist Zusammenarbeit mit einem erhöhten Arbeitsaufwand verbunden. Dieser Mehraufwand wird nicht unmittelbar seitens der eigenen Institution mittels Stundenausgleich, höherer Entlohnung oder Änderung des Aufgabenzuschnitts entgolten. Trotzdem betonen alle Akteur_innen eine anhaltend hohe Motivation, an der Zusammenarbeit festzuhalten und an ihrer Weiterentwicklung mitzuwirken. Auch bereuen sie es nicht, mit einer Zusammenarbeit vom Gesundheitswesen mit der Kinder- und Jugendhilfe begonnen zu haben.

Der Mehrwert dieser Zusammenarbeit stellt die Motivation der befragten Akteur_innen dar und liegt in seinen Auswirkungen außerhalb der Verwaltungslogik, die auf Zuständigkeiten schaut und nur wenig Anreize für eine Mehrleistung im Rahmen der normalen Sachbearbeitung der öffentlichen Verwaltung setzt. Insofern lässt sich eine Motivation feststellen, die im Interesse der öffentlichen Aufgabenerledigung liegt, aber nicht von ihr begünstigt wird.

Die Motivation speist sich vor allem aus gelingenden Arbeitserleichterungen im professionellen Alltag der Akteur_innen. Insoweit ist die Zusammenarbeit auf im Alltag bestehende Herausforderungen ausgerichtet und deren erfolgreiche Erledigung mit einem Mehrwert verbunden, der wiederum motiviert. Als Mehrwert werden

- die Entwicklung neuer Lösungsansätze,
- das Finden und Sichern fester Ansprechpartner_innen in anderen Institutionen als Verbesserung der Kommunikation,
- der Austausch mit anderen Fachkräften,
- die Wertschätzung durch andere Fachkräfte, gerade wenn dies in der eigenen Institution weniger wahrgenommen wird, sowie
- das Erreichen von Zielen im Umgang mit den Adressat_innen

genannt. Zwischen dem Erreichen dieses Mehrwerts und der Einbindung des Netzwerkengagements besteht eine enge Verbindung, weil erfolgreiche Zusammenarbeit mit der gelingenden Übernahme der Koordinationstätigkeiten verknüpft ist. Diese sind in allen drei untersuchten Kommunen vom Jugendamt übernommen wurden. In Kerpen und in Aachen wurden dafür auch gesonderte Stellen eingerichtet, während die Koordination in Leverkusen

von der Leitung des Jugendamts übernommen wird. In allen drei Kommunen wurde übereinstimmend festgestellt, dass die Übernahme von Aufgaben zur Pflege und Stärkung der Zusammenarbeit durch die beteiligten Akteur_innen nicht Bestandteil der jeweiligen Stellen ist, sondern als zusätzliche Aufgabenbelastung hinzukommt.

Um in dieser Gemengelage trotzdem ausreichend Mitwirkende für die Zusammenarbeit zu finden und vor allem auch langfristig zu halten, betonen die Koordinationskräfte die Notwendigkeit des eigenen Servicecharakters. Sie verbinden damit vor allem die Aufgabe, moderativ tätig zu sein, verschiedene Sichtweisen an einen Tisch zu bringen, den Austausch zu initiieren und das multiprofessionelle und interinstitutionelle Wissen in Bezug auf den Auftrag, die Ergebnisse und Bedingungen von Zusammenarbeit zu stärken.

In allen drei Kommunen deuten sich Veränderungsbedarfe hinsichtlich der Verbindung von Regelstrukturen und Zusammenarbeit an. So herrscht gemeinhin in der öffentlichen Verwaltung noch immer ein unklares Verständnis über den Stellenwert, die Potentiale und die Begrenzungen von Zusammenarbeit vor. Die Zusammenarbeit könnte innerhalb der eigenen öffentlichen Verwaltung noch besser genutzt werden. Es besteht somit nicht nur ein großer Optimierungsbedarf in der Zusammenarbeit zwischen den Institutionen, sondern auch in der Einbindung der eigenen Institution in die Zusammenarbeit selbst. Regelstrukturen sind dabei Ausgangspunkt der Zusammenarbeit. Diese werden in einem Netzwerk nicht ersetzt, sondern ergänzt. Die Koordination hat eine zentrale Funktion im Erhalt und in der Fortentwicklung der Zusammenarbeit und ist somit für die Kooperation und die Einbindung der Strukturen und Erkenntnisse in die öffentliche Verwaltung unerlässlich.

Für eine erfolgreiche Einbindung der Zusammenarbeit in die Regelstrukturen bedarf es einer institutionellen Verankerung des Engagements. In der Regel lässt sich dies über Kooperationsvereinbarungen (vgl. Schubert 2018, S. 78) realisieren. Die befragten Kommunen haben damit gute Erfahrungen gesammelt. Darüber hinaus lässt sich eine Rückkopplung der Zusammenarbeit in die eigene Institution nur gewährleisten, wenn die eigene Leitung hinter der Kooperation steht und diese nach außen und nach innen unterstützt. Dafür braucht es eine funktionierende Steuerung der Zusammenarbeit auf Leitungsebene vor allem in der Rückkopplung der Kooperationsergebnisse in die Institution. Einzelne Mitarbeiter_innen wären damit überfordert.

4.3.3 Ideen zur Qualitätssicherung

In allen drei befragten Kommunen sind die befragten Akteur_innen überzeugt, nicht nur Strukturen der Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen geschaffen zu haben, sondern auch eine Qualität zu erreichen, die sich konkret erfassen lässt. So äußern die Akteur_innen gleichermaßen, dass ohne die Zusammenarbeit bestimmte Leistungen überhaupt nicht möglich wären. Die Akteur_innen aus Aachen geben etwa an, dass ohne eine Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe, dem Gesundheitswesen und der Schule das Thema Gesundheit nicht in das Schulprogramm

aufgenommen worden wäre. Gleichzeitig zeigen sie sich überzeugt, dass ohne das Projekt Kinder und deren Eltern in der Schule weniger über Gesundheit und Ernährung wissen würden, sie würden sich weniger in der Schule bewegen, weniger den Blick auf Risikofaktoren haben und ungesunde Lebensgewohnheiten weniger reflektieren.

In den Interviews in Kerpen wurde vor allem auf die Ansatzpunkte zur Qualitätssicherung eingegangen. Festzuhalten bleibt, dass ein Erreichen bestimmter qualitativer Ziele eng verbunden ist mit folgenden Merkmalen:

- einer Etablierung von persönlichen Kontakten als Austauschplattform zum Finden einer gemeinsamen Sprache,
- einer Betonung von Kommunikation als Ausgangspunkt für eine gemeinsame Entwicklung von Zielen und Erfolgsvorstellungen,
- dem Suchen breiter gesundheitsbezogener Ansätze unter bewusster Vermeidung von spezifischen, eng gefassten Zugängen gerade in der Startphase,
- einer Ausrichtung aller Aktivitäten am Nützlichkeitsempfinden der beteiligten Professionellen sowie
- einer konkreten Dokumentation aller Diskussionen und Ergebnisse im Bewusstsein um die hohe Anfälligkeit von Missverständnissen etwa im Übergangsmanagement, in dem eigentlich Ergebnisse vorliegen, aber dennoch eine unterschiedliche Auslegung erfolgt.

Mit Blick auf Qualität wurde in der Zusammenarbeit in Leverkusen insbesondere der Aspekt einer Stärkung der Selbstverständlichkeit in der Zusammenarbeit immer wieder thematisiert. Es galt und gilt fortwährend, den interinstitutionellen und multiprofessionell angelegten Teamgedanken jenseits des Einzelkämpfertums zu stärken und permanent das Verweisungswissen zu verbessern und die Übergänge zu fokussieren.

Trotz aller Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der Zusammenarbeit in den Kommunen lässt sich eine Fokussierung auf den quantitativen Aspekt konstatieren, der Erfolg vor allem darüber definiert, dass überhaupt Formen der Zusammenarbeit geschaffen wurden. In der Diskussion der Begleitgruppe wurde dieses Merkmal mehrfach herausgestellt, da es sich in den gängigen Definitionen wie etwa der Wirkungstreppe nicht wiederfindet, sondern als gegeben vorausgesetzt wird (vgl. Fischer 2018, S. 9). In der Praxis lässt sich feststellen, dass es in der interinstitutionellen Zusammenarbeit alles andere als leicht und selbstverständlich ist, überhaupt ein derartiges Forum zu schaffen und am Leben zu erhalten. Insofern gilt es bei der Betrachtung von Qualität in der vernetzten Zusammenarbeit, die besonderen Umstände zu berücksichtigen.

Gleichzeitig sind sich die befragten Akteur_innen bewusst, dass sich langfristig der Erfolg einer Zusammenarbeit nicht nur in der Schaffung und Beibehaltung von Strukturen ausdrückt,

sondern auch konkrete Resultate erreicht werden müssen, um die Motivation nach innen und die Legitimation nach außen zu sichern. Bislang beruht die Wahrnehmung der befragten Akteur_innen hierbei auf Resultaten, die ihren Arbeitsalltag beeinflussen. Die Dimension des Mehrwerts für die Adressat_innen wurde zwar allgemein immer wieder angesprochen. Bislang fehlt allerdings eine Operationalisierung dieser Dimension in überprüfbare Indikatoren, anhand derer festgestellt werden könnte, ob die Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen Veränderungen bei den Adressat_innen hervorruft und ob diese Veränderungen in eine intendierte Richtung gehen.

4.3.4 Intersektorale Zusammenarbeit als Mehrwert für das Gesundheitsamt

Alle drei analysierten Formen der Zusammenarbeit wurden vom Jugendamt initiiert und dort auch koordiniert. Gleichwohl ergeben sich aus der Zusammenarbeit nach Einschätzung der befragten Akteur_innen gerade für das Gesundheitsamt als ein Hauptakteur in der lokalen Zusammenarbeit Ansatzpunkte, die als Mehrwert an andere interessierte Kommunen als Erkenntnis weitergereicht werden können.

So haben die Gesundheitsämter nach anfänglichen Schwierigkeiten, sich auf die Angebote zur Zusammenarbeit einzulassen, schnell Verbesserungen in ihrer eigenen Arbeit erzielen und das eigene Aufgabenportfolio weiterentwickeln können. Ungeachtet der Schwierigkeiten im Hinblick auf eine ausreichende personelle Besetzung und der finanziellen Ausstattung in den Gesundheitsämtern war die Nutzung der Vorteile in allen befragten Kommunen möglich.

Besonders bedeutsame Faktoren sind:

- Eine Zusammenarbeit bietet für das Gesundheitsamt die Möglichkeit der engeren Begleitung von bestimmten Fällen und Themen.
- Die Zusammenarbeit kann einen intern und extern positiv wahrgenommenen Ansatz für das Gesundheitsamt darstellen, sich aus dem eigenen oft als starr bzw. stoisch wahrgenommenen Gebilde heraus zu entwickeln.
- Es bietet sich für das Gesundheitsamt eine Chance zum frühzeitigen und niedrigschwelligen Einsatz der Ressourcen.
- Darüber hinaus bietet sich dem Gesundheitsamt die Möglichkeit, nicht nur eine – für Eltern oftmals negativ besetzte, defizitorientierte – Diagnose zu entwickeln, sondern mit den Eltern gemeinsam aufzuzeigen, was anders gemacht werden könnte. Das zielt auf ein anderes Rollenverständnis des Gesundheitsamtes in der Wahrnehmung der eigenen Aufgaben.

4.3.5 Zentrale Ableitungen aus Sicht der Kommunen

Jenseits aller thematischen Fokussierungen wurde in den Interviews bewusst ein Freiraum gelassen, in dem die befragten Akteur_innen selbstständig zentrale Erfahrungen der

Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen auch außerhalb der vorbereiteten Fragenbereiche wiedergeben konnten.

In Kerpen wurde insbesondere der Fachtag als ein geeigneter Einstieg empfunden, um alle potentiellen Fachkräfte einbinden und für das Thema einer gemeinsamen Zusammenarbeit sensibilisieren zu können. Dabei kann nach Einschätzung der Koordinationskräfte nicht vorausgesetzt werden, dass alle Akteur_innen zu einem bestimmten Zeitpunkt über ein homogenes Verständnis vom Thema selbst, dessen Bedeutung und geeigneten Verfahrensweisen verfügen. Dies zu erreichen benötigt viel Zeit und Ausdauer. Vorbehalte sind dabei ernst zu nehmen und es ist viel Zeit und Kompetenz für eine angemessene Kommunikation einzuräumen. Durch eine hohe Transparenz in der Kommunikation und eine breit aufgestellte Öffentlichkeitsarbeit lassen sich viele Missverständnisse vermeiden und Unterstützung für das eigene Anliegen generieren. Von besonderer Bedeutung ist es, von Beginn an das Win-win-Potential in der Zusammenarbeit zu verdeutlichen. Aufgabe der Koordination ist es dabei, Engagement wecken und in geeignete Bahnen lenken.

Die zentralen Erfahrungen aus Leverkusen sind durch einen bewusstes Zugehen auf das Gesundheitswesen geprägt. Zusammenarbeit kann nach Einschätzung der befragten Akteur_innen nur gelingen, wenn seitens der Kinder- und Jugendhilfe dem Gesundheitswesen nicht fordernd entgegengetreten wird und das gemeinsame Interesse an Lösungen analog dem bereits Erläuterten zur Win-win-Situation in den Vordergrund gestellt wird. Bei aller Ausrichtung am Erfolg beinhaltet jede interinstitutionelle Zusammenarbeit ein erhöhtes Konfliktpotential, weswegen von Anfang an ein langer Atem und eine bestimmte Form der Resistenz gegenüber Konflikten notwendig ist. Konflikte sind hierbei nicht als konfrontative Auseinandersetzung, sondern als Anlass für das Suchen nach einer gemeinsamen konstruktiven Lösung zu verstehen. Eine Empfehlung bezieht sich auf einen ersten Meilenstein, der in einer verbindlichen Kooperationsabsprache liegen sollte. Diese hat das Ziel, möglichst nicht eine oder mehrere bestimmte Personen einzubeziehen, sondern die dahinter stehenden Institutionen verbindlich in die Absprachen zu integrieren.

In Aachen wird Zusammenarbeit als Bereicherung und Kompetenzerweiterung verstanden. Diese Bereicherung kann aber nur eintreten, wenn die Partner_innen früh eingebunden sind und nicht vor ein fertiges Konzept gestellt werden. Aufgabe der Koordination dieser Zusammenarbeit ist es, Menschen zum Diskutieren zu bringen und den Mehrwert im multiprofessionellen Handeln zu verdeutlichen. Dahinter verbergen sich konkrete Aufgaben als eine Art Handlungskreislauf in der Koordination der Zusammenarbeit. Seinen Ausgangspunkt findet dieser Kreislauf in der Organisation von Veranstaltungen, auf denen der Handlungsbedarf thematisiert wird.

Ziel aller Veranstaltungen ist es, das Bewusstsein für ein bestimmtes Thema zu schärfen und Mitwirkungsbereitschaft zu generieren. Dafür ist es notwendig, zum Mitdenken und Mithandeln aufzurufen und Möglichkeiten zu schaffen, innerhalb derer die Fachkräfte aktiv

eingebunden sind. Dadurch können Freiräume für Mitgestaltung geschaffen werden. Förderlich ist es hierbei, immer auf das Treffen von konkreten praktischen Ableitungen zu achten und bei der Umsetzung der getroffenen Vereinbarung zu motivieren. In Einklang mit den Aufgaben müssen immer wieder die zur Verfügung stehenden Ressourcen erfasst und es muss auf mögliche Synergieeffekte in der gemeinsamen Bewältigung von Kooperationsaufgaben geschaut werden. Ein Gelingen lässt sich dann bewerkstelligen, wenn die Ergebnisse tatsächlich erfasst und mit den geplanten Zielen abgeglichen werden. Erfolg ist im Rahmen einer Zusammenarbeit nur möglich, wenn die Bereitschaft besteht, sich selbstkritisch auf den Umfang und die Güte der erreichten Ergebnisse einzulassen und gegebenenfalls umzusteuern.

5 Analyse der Projekterkenntnisse

5.1 Kommunen in der Wahrnehmung von Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen

Gelingende Kooperation ist aus Sicht der befragten Kommunen fest verwoben mit Faktoren, die Ausdruck des generellen Verhältnisses zwischen Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen sowie der Netzwerkentwicklung sind. Die Kooperationen sind aber auch von den spezifischen Bedingungen vor Ort geprägt. Kommunale Akteur_innen betonen die Bedeutung der Übernahme von Initiative und die Notwendigkeit von Ausdauer in der Beibehaltung derselben. Obwohl die Aktivitäten in den befragten Kommunen jeweils vom Jugendamt ausgehen, erscheint es nicht ausgeschlossen, dass zukünftig auch andere Institutionen als Ausgangspunkt für eine neue oder vertiefte Zusammenarbeit dienen. Viel wichtiger sind allerdings Engagement und Ausdauer, die zum Aufbau und zur Stärkung von interinstitutioneller und multiprofessioneller Zusammenarbeit nötig sind. Wiederholt wurde darauf hingewiesen, Rückschlüsse in Kauf zu nehmen und sich davon nicht entmutigen zu lassen.

Ein weiterer zentraler Faktor bildet aus Sicht der kommunalen Akteur_innen die Etablierung einer festen Koordination. Dies kann, aber muss nicht im Rahmen einer eigenen Stelle angesiedelt sein. Gleichzeitig ist zu beachten, dass gelingende Koordination ein Mindestmaß an Ressourcen, Kompetenz und Rückendeckung benötigt. Die mit Koordination verbundenen Aufgaben lassen sich aus Sicht einzelner Netzwerketeiligter nur schwerlich vollumfassend beschreiben, weil das Aufgabenfeld neben den sichtbaren inhaltlichen, strukturellen und prozessualen Aufgaben eine Vielzahl von Tätigkeiten umfasst, die nach außen nicht sichtbar sind und deren Wirkung bei Gelingen meist unhinterfragt vorausgesetzt wird. Diesbezüglich lassen sich als klassische unsichtbare Herausforderungen etwa die Einbindung mit der Steuerungsgruppe, die Sicherstellung einer fachkompetenten, aber auch entscheidungsfreudigen Zusammensetzung des Netzwerks oder das Verfolgen der Agenda benennen. In Anlehnung an diese Funktionen betonen die befragten Akteur_innen mit Blick auf die Koordination die Bedeutung von ausreichenden Zeitressourcen und die Langfristigkeit des eigenen Handelns mit Blick auf die Herstellung von Kommunikation, das Schaffen von Vertrauen, das Verfolgen von Zielen und die Bewältigung von Konflikten.

Die weiteren Anmerkungen beziehen sich vor allem auf strukturelle und prozessuale Ableitungen, die nachfolgend dargestellt werden.

5.2 Strukturelle und prozessuale Ableitungen aus den Projekterkenntnissen

5.2.1 Schnittstellenproblematik

Im Bereich der Frühen Hilfen gilt das Schnittstellenmanagement zwischen Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen als eine zentrale Herausforderung. Dies ist eine wichtige Aufgabe für die Netzwerke Frühe Hilfen, die überwiegend bei den Jugendämtern verankert sind. Sowohl auf konzeptioneller als auch auf praktischer Ebene gibt es hier inzwischen zahlreiche Anknüpfungspunkte, die ein besseres gegenseitiges Verständnis der beiden Systeme begründet haben. Insbesondere im Gesundheitswesen, aber auch im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe, kann dabei nicht von jeweils geschlossenen Systemen ausgegangen werden. Vielmehr differenzieren und verästeln sich die Versorgungssysteme immer weiter, was einerseits Möglichkeiten zu spezifischen Unterstützungsformen bietet, beispielsweise bezogen auf spezifische Krankheitsbilder oder kulturspezifische Problemlagen. Andererseits ergeben sich darüber hinaus erhebliche Herausforderungen für eine Übergangsbegleitung sowie die intersektorale Zusammenarbeit, um den vielfach multikomplexen Problem- und Krankheitsursachen angemessen begegnen zu können. Dabei zeigt sich eine oft noch eher selbstreferentielle und noch zu wenig nutzerorientierte Ausrichtung der verschiedenen Angebote.

Frühe Hilfen oder auch aus dem Gesundheitswesen entstammende Konzepte der familiären Gesundheitsförderung sind darauf ausgerichtet, Schnittstellenproblemen zu begegnen und Familienorientierung zu verstärken. Mit den durch die Bundesstiftung Frühe Hilfen flächendeckend geförderten Netzwerken Früher Hilfen ist inzwischen eine Grundstruktur etabliert, die sich diesem Aufgabenfeld widmet. Durch die Ergänzungen des Präventionsgesetzes (§§ 24d und 26 SGB V) sind Hebammen, Gynäkolog_innen und Pädiater_innen seit 2016 verpflichtet, Schwangere und junge Eltern auf die Angebote hinzuweisen. Auch in der stationären Geburtshilfe nimmt das Bewusstsein für die besondere Verantwortung zu, wie sich in den kontinuierlich anwachsenden Lotsendiensten der Krankenhäuser zeigt.

5.2.2 Kulturelle Beeinflussungen der Kooperationsstruktur am Beispiel des ASD

Auch wenn diese Normierungen und die entsprechenden Strukturbildungen inzwischen breit verankert sind, gestaltet sich die Zusammenarbeit weiterhin oft sperrig, denn die Kultur der Leistungserbringung⁶ bleibt zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe grundverschieden.

Ein wichtiger Indikator und geeigneter Ausgangspunkt für Kooperation ist das Verständnis von derselben. Aus Sicht der Kinder- und Jugendhilfe kann keine interdisziplinäre und

⁶ ‚Zack-Zack-Entscheider_innen‘ versus ‚Quasselbuden‘ lautet das Klischee gegenseitiger Vorbehalte, vgl. Schneider/Landua 2016.

multiprofessionelle Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Gesundheitswesen ohne die Einbindung des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD) als struktureller Kern des Jugendhilfehandeln stattfinden. Eine alltägliche Umsetzung erscheint nach übereinstimmenden Befunden im Projektverlauf nur möglich, wenn der ASD einerseits ein konstitutiver Bestandteil der Zusammenarbeit ist und andererseits im ASD selbst aber auch ein Verständnis von Kooperation vorhanden ist, sich als Teil einer Angebots- und Maßnahmenlandschaft zu verstehen. Dies ist als eine bestehende Herausforderung zu begreifen, die vor allem in den Diskussionen während der fachlichen Begleitung des Projekts immer wieder thematisiert wurde.

Kooperation ist grundsätzlich nicht als eine Aufgabe zu begreifen, die im Selbstverständnis des ASD a priori verankert ist. Sowohl aus inhaltlichen Gründen wie etwa der institutionellen Letztverantwortung mit dem Fokus auf sekundärem und tertiärem Kinderschutz wie auch aus methodischen Gründen wie etwa der fallbezogenen Orientierung sind Kooperationen über die Kinder- und Jugendhilfe und den unmittelbaren Fallbezug hinweg als besondere Herausforderung für den ASD zu verstehen. Deutlich lässt sich aus den Interviews in den Kommunen und den Diskussionen in der fachlichen Begleitung herauslesen, dass Kooperation mit Blick auf eine gelingende Einbindung des ASD nur funktionieren kann, wenn dieser als eigene Organisationsuntereinheit innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe betrachtet wird und dessen häufig dezidiert problemorientierter Blick auf Kinder und Jugendliche Berücksichtigung in einer eigentlich auf Adressaten kompetenzorientierten Fokussierung findet.

Im Projekt kristallisierten sich drei institutionelle Hürden in der Kooperation von ASD und Gesundheitsförderung heraus:

- (1) Übereinstimmend wurde als erste Hürde für eine Kooperation die hohe Arbeitsbelastung in der Kinder- und Jugendhilfe (vor allem beim ASD) und dem Gesundheitswesen benannt. Die damit verbundene Abwehrhaltung gegenüber neuen Ansätzen wurde als hartnäckig beschrieben.
- (2) Als weitere Hürde wurde das unterschiedliche Kooperationsverständnis innerhalb der Jugendhilfe (etwa zwischen ASD und anderen Diensten) als Herausforderung beschrieben, das erschwerend auf die Kooperation zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen einwirkt. Wie bereits dargestellt lässt sich eine systemimmanente Diffusität ebenso innerhalb des Gesundheitswesens vermuten, auch wenn sich das aufgrund des jugendhilfelistigen empirischen Bezugs im Projektverlauf nur ableitend belegen lässt.
- (3) Als abschließende zentrale Hürde lässt sich aus dem Projekt eine Schwierigkeit innerhalb der bestehenden Kooperation festhalten. So besteht die Tendenz, dass selbst nach Initiierung einer strategischen Kooperation und in der nachgelagerten kooperativen Bearbeitung von Einzelfällen verharrt wird, ohne die Möglichkeiten von Kooperation gerade in der generellen Vermeidung bzw. der universellen Prävention

anzugehen. Formen der Zusammenarbeit verbleiben so häufig im Verständnis eines Interventionsnetzwerks, welches besser in der Reaktion auf Problemstellungen werden soll, und erheben nicht den Anspruch, sich in Richtung eines Präventionsnetzwerks entwickeln zu wollen, in dem es um die Vermeidung von individuellen Problemlagen geht.

Ein Ausweg besteht generell darin, diese im Projektverlauf herausgearbeiteten Hürden als Ausgangspunkt für eine Kooperation zu nutzen und nicht stillschweigend zu übergehen. So bietet sich mit Blick auf die Überwindung der ersten Hürde an, Kooperation wie bereits in den allgemeinen Ableitungen beschrieben zwar als etwas Ergänzendes und damit Zusätzliches zu definieren, in der Ausrichtung aber konsequent darauf zu verweisen, dass Kooperation einen anderen Ansatz zur Lösung bereits bestehender Problemstellungen liefert und nicht die Antwort auf neue und damit zusätzliche Probleme darstellt. Mit Blick auf die anderen Hürden erscheint es ratsam, bestimmte Entwicklungsverläufe zu diskutieren und bewusst Entscheidungen herbeizuführen, um die Sensibilität bzgl. der Abwehrhaltungen und Ausrichtungen in der Kooperation zu erhöhen.

Von der durch die Frühen Hilfen bedingten neuen Form der gegenseitigen Bezugnahme profitieren auch andere Bereiche der Kinder- und Jugendhilfe, etwa im Bereich der Schulsozialarbeit. Hier zeigt sich auch in der Arbeit mit Schulen, Schüler_innen und Eltern ein ausgeprägtes Bewusstsein für die Notwendigkeit für einen Brückenschlag zwischen den Systemen. Gleichwohl fehlt es hier an normativer, struktureller und institutioneller Verknüpfung. Die Zusammenarbeit ist vielmehr angewiesen auf persönliches Engagement.

5.2.3 Persönliches Engagement als Impuls für Strukturen der Zusammenarbeit

Neben den bereits skizzierten strukturellen Bedingungen ergaben sich im Projektverlauf immer wieder Hinweise auf die zentrale Rolle von Engagement. So wurde persönliches Engagement als notwendiger und förderlicher Ausgangspunkt selbst in den Situationen bezeichnet, in denen es scheinbar gute Strukturen für Vernetzung gibt. Strukturen der Verwaltung sind auf Zuständigkeiten ausgerichtet. In ihnen sollen Aufgaben sachbezogen erkannt, bearbeitet und gelöst werden. Verwaltungsstrukturen beruhen nicht auf dem Impetus von Zusammenarbeit über Zuständigkeiten hinaus. Daher kann Zusammenarbeit nur gelingen, wenn die Handlungslogik der Verwaltung um die Logik der Vernetzung ergänzt wird. Diese Ergänzung entsteht nicht selbstständig aus Sachzwängen der Strukturen heraus, sondern bedarf eines initiierenden Moments, das seinen Ursprung im persönlichen Engagement hat und auf die Strukturen einwirkt. Die Herausforderung an die Strukturen liegt in der Aufgabe, derartige Impulse aufnehmen zu können.

Aus diesen Momenten heraus findet persönliches Engagement seinen Übergang in strukturelle Fortentwicklungen, wenn bei aller Fokussierung der Organisationsebene der Bezug zur persönlichen Dimension im Akteurshandeln erhalten bleibt. Strukturelle Zusammenarbeit ist also an die Bedingung gekoppelt, jeweils auch nach den persönlichen Ableitungen und

Konsequenzen zu fragen, die eine bestimmte Problemwahrnehmung, -bearbeitung oder -lösung mit sich bringt. Verschiedene Sichtweisen, die aus den jeweiligen Organisationskulturen, Fachsprachen und Denkweisen entstehen, haben neben aller institutionellen Herangehensweise auch eine persönliche Dimension, die durch persönliches Engagement in den Mittelpunkt gestellt wird und im Sinne des Erfolgs auch erhalten bleiben soll. Die Kombination aus fachlichen und persönlichen Beweggründen vermag es, strukturelle Veränderungen langfristig vorzunehmen, weil dann nicht nur eine fachliche Antwort gefunden wird, sondern die beteiligten Akteur_innen sich bei der Lösung auch persönlich mitgenommen fühlen und auch hinter der fachlichen Lösung mit all ihren Veränderungen stehen. Persönliches Engagement kann also Brücken zwischen institutionell angelegten strategischen Lücken schlagen, in denen nur operativ reagiert wird, ohne dabei langfristig ein gestalterisches Ziel zu entwickeln. Gleichzeitig kann es diese Lücken nicht allein füllen, sondern bedarf Ressourcen, diese auch zu beseitigen.

5.2.4 Ressourcen als Notwendigkeit für eine strukturelle Zusammenarbeit

Für die Zusammenarbeit ist es erforderlich, dass persönliches Engagement von ausreichenden Ressourcen untersetzt ist. Die beteiligten Akteur_innen in den befragten Kommunen haben darauf verwiesen, dass nicht nur die Höhe der Ressourcen von entscheidender Bedeutung ist, sondern auch die Offenheit, Ressourcen einzubringen, eine besondere Rolle spielt. Gelingende Zusammenarbeit ist demnach häufig an die Bereitschaft und Möglichkeit eines Umschichtens von Ressourcen gekoppelt. In den beteiligten Kommunen stand der Ausgabenzuwachs nicht im Fokus; vielmehr war es entscheidend, Möglichkeiten einer Umwidmung von finanziellen Ressourcen vorzunehmen, um Arbeitsprozesse durch Kooperation anders zu organisieren.

Der Begriff der Ressourcen ist in der Zusammenarbeit in einem zweifachen Sinn zu verstehen. Einerseits sind damit die finanziellen Mittel gemeint, die eine professionelle Bearbeitung von Problemlagen ermöglichen. Andererseits wurde dieser Begriff in den Befragungen auch als Umschreibung für vorhandene Potentiale bei den Adressat_innen verstanden. Ganz bewusst wurde dieser Zusammenhang in den Diskussionen um Ressourcen und die damit verbundene Verkürzung auf finanzielle Mittel betont. Ohne einen Blick auf die persönlichen Potentiale bei den Adressat_innen greift jede Diskussion um den effektiven Einsatz von finanziellen Ressourcen zu kurz. Und ohne eine Umwidmung von finanziellen Ressourcen auf die Identifizierung, Anerkennung und Stärkung von persönlichen Ressourcen lässt sich der Paradigmenwechsel von der Defizit- hin zur Ressourcenorientierung kaum umsetzen.

Ausgehend von diesem Zusammenhang gilt es, in anderen Kommunen zu hinterfragen, welche auslösenden Momente kommunale Kooperationen bewirken können, und inwieweit Strukturen vor Ort in der Lage und willens sind, persönliches Engagement anzuerkennen und deren Potentiale zu nutzen. Mit Blick auf die Ressourcen braucht es Antworten auf die Frage nach der Flexibilität in der Nutzung von Ressourcen und die Ausrichtung der finanziellen Ressourcen auf die persönlichen Ressourcen vor Ort.

5.2.5 Prozessuale Perspektiven aus den Projekterkenntnissen

Bei all diesen strukturellen Ansätzen ist die Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Jugendhilfe stets als Entwicklungsprozess zu sehen (vgl. LVGN/BZgA 2013). Wichtige Methoden dazu können interdisziplinäre Qualitätszirkel von Gesundheits- und Jugendhilfe sein, wobei systematische Pfade in die Kinder- und Jugendhilfe entwickelt werden können. Ressourcenstärkung und die Mobilisierung von Selbsthilfepotential sollten dabei im Zentrum stehen (vgl. NZFH 2014). Bei aller Fokussierung auf die Nutzung und die Fortentwicklung von Strukturen muss Zusammenarbeit gelebt werden. Damit ist der Blick auf die Prozessorientierung verbunden, die einer besonderen Aufmerksamkeit durch die beteiligten Fachkräfte, aber insbesondere auch ihrer Leitungskräfte bedarf.

Ein Dialog vor Ort benötigt Zeit für ein gemeinsames Anschauen von Datenbefunden, die Analyse der Erkenntnisse, das Herausfiltern von Problemen und die Ableitung von geeigneten Handlungen. Neben der Inblicknahme von Zeit braucht es auch starke soziale Beziehungen, um eine Zusammenarbeit zu ermöglichen. Die befragten Akteur_innen verweisen dabei häufig auf die bewusste Herbeiführung von einzelnen Aktionen (wie die Vorbereitung und Durchführung eines Fachtags) und längerfristiger Kampagnen als Ausgangspunkt eines gemeinsam getragenen Handelns.

6 Ausblick

Abschließend werden nun Projektbefunde und -ergebnisse zusammen gestellt, die sich aus den unterschiedlichen Arbeitsprozessen für diese Studie – namentlich der Strukturanalyse, der Netzwerkforschung, der unsere Ausarbeitung begleitenden Fachdiskussionen sowie der Befragung der kommunalen Praxis – ergeben haben. Dabei handelt es sich weniger um gesicherte Erkenntnisse als vielmehr um beobachtete Entwicklungsprozesse, die in weiteren fachlichen Diskursen und Ausarbeitungen vertieft werden sollten.

Es zeigt sich zunächst, dass die Kinder- und Jugendhilfe, bedingt durch das Bundeskinderschutzgesetz und die Bundesstiftung Frühe Hilfen, umfassend an Kooperationen mit dem Gesundheitswesen interessiert ist. In den von uns befragten Kommunen gingen die Initiativen zur Kooperation von den Jugendämtern aus. Flankierend spielen auch die Gesundheitsämter eine wichtige Rolle, sofern es ihnen trotz knapper Ressourcen und geringer Personalbesetzung gelingt, sich auf die Kooperation einzulassen.

Kooperationen sind zumeist als lokale Bottom-up-Prozesse organisiert. Darin liegt der Vorteil einer hohen Identifikation der Beteiligten. Es besteht jedoch die Gefahr geringer Nachhaltigkeit. Den Akteur_innen mangelt es an Unterstützung ihrer Kooperationen, es stehen zumeist keine zusätzlichen Ressourcen bereit, sondern diese werden eher durch interne Umwidmungen von Arbeitszeiten oder Haushaltsmitteln eingebracht. Überregionale Rahmenbedingungen setzen hier kaum Kooperationsanreize.

Das Präventionsverständnis scheint dabei zwischen umfassenden gesundheitsförderlichen Ansätzen und eher instrumentellen Betrachtungen im Sinne von Prophylaxemaßnahmen zu schwanken. Allerdings ist diese Abgrenzung nicht nur entlang der Sektoren aufzufinden, vielmehr gibt es sowohl in der Kinder- und Jugendhilfe als auch im Gesundheitswesen beide Tendenzen. Ebenso bestehen Wechselverhältnisse zwischen Einzelfall- und Sozialraumorientierungen. Hieran gilt es, mit Blick auf die Fortentwicklung der Zusammenarbeit anzusetzen.

Haltung gegenüber Zusammenarbeit

Zusammenarbeit über Professions- und Institutionsgrenzen hinweg setzt voraus, dass die eigene Institution kooperationswillig und -fähig ist. Ein Hauptaugenmerk der künftigen Stärkung von Kooperation ist demzufolge nicht nur in der systemübergreifenden Zusammenarbeit zu suchen. Vielmehr sollten auch die organisationsinternen Herausforderungen zur Etablierung einer Kooperationskultur Berücksichtigung finden. Kooperation mit anderen bedarf einer Akzeptanz in den eigenen Reihen bzw. der eigenen Verwaltung. Das wird zumeist als selbstverständlich vorausgesetzt, stellt sich in der Praxis aber mitunter als schier unüberwindliches Problem. Dies gilt es, in Zukunft stärker in den Blick zu nehmen.

Das Verständnis von Prävention

Ein wichtiges Detail des Ausblicks ist es, ein gemeinsames Präventionsverständnis zu entwickeln. Die Wahrnehmung der Jugendhilfe ist dabei häufig noch defizitbezogen, also negativ-vermeidend statt ressourcenorientiert. Es kann mit dem Gesundheitswesen bislang kein gemeinsames Begriffsverständnis vorausgesetzt werden. Es gilt einerseits, sich der bereits beschriebenen Auslegungsmöglichkeiten bewusst zu machen und einen gemeinsamen Arbeitsbegriff zu entwickeln, der nicht mit dem Anspruch der Allgemeingültigkeit versehen sein muss, sondern eine geeignete und transparente Arbeitshilfe unter den spezifischen Bedingungen vor Ort darstellt. Andererseits gilt es, Prävention vor Ort weiterzudenken. So besteht prinzipiell Einigkeit dahingehend, dass Prävention kein „Aufsatteln“ auf Grundversorgung sein sollte, sondern eher als „Gesundheitsförderungs-Mainstreaming“, wie es im WHO-Konzept des „*Health in All Policies*“ formuliert ist (Leppo et al. 2013).

Die Klärung des Präventionsverständnisses könnte Teil einer Strategie zur Zusammenführung bislang unterschiedlicher professioneller Denk- und Handlungsstränge sein. Schneider und Landua greifen dies folgendermaßen auf:

„Mitarbeiter/innen im Jugendamt und der Ärzteschaft sollen anerkennen, dass sie grundsätzlich verschiedenen Logiken folgen. Auf der einen Seite stehe das prozessorientierte Denken der Jugendhilfe, auf der anderen Seite liege es in der Natur der Profession der Ärzte, ‚zack-zack‘ Entscheidungen zu treffen. Während eine Krankheit x oft die Behandlung y verlange, würden unterschiedliche Fälle von Kindeswohlgefährdungen ganz verschiedene Lösungswege verlangen“. (Schneider/Landua 2016, S. 8)

Die Kinder- und Jugendhilfe kann über Netzwerke im Sinne von Präventionsketten wichtige Beiträge dazu leisten, komplementäre Gesundheitshilfen von Gesundheitsämtern und Frühförderung zu stärken und Ärzt_innen mit Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe zu vernetzen. Je nach regionalen Gegebenheiten arbeiten Koordinierungsstellen in Tandemmodellen mit der Kinder- und Jugendhilfe, z. B. bei Fragen einer möglichen Koordination von Familienpat_innen oder Familienhebammen über den ÖGD.

Präventionsketten nutzen vielfach Erfahrungswissen der Akteur_innen des Gesundheitswesens für die Zusammenarbeit und die Ausrichtung der Angebote. Sie müssen dabei die Eigenheiten der Gesundheitsanbieter_innen berücksichtigen. So sind diese es zumeist gewohnt, schnell und eindeutig zu handeln. Dies spiegelt sich auch in ihrer Honorierung, die auf vergleichsweise kurzen und präzisen Kausalitäten (Diagnosen, Therapien) basiert. Diese für die Kinder- und Jugendhilfe vergleichsweise ungewohnte Arbeitsweise hat Vorteile, denn sie sichert den Akteur_innen des Gesundheitswesens den guten Zugang, die Nähe und das hohe Vertrauen auch zu bzw. von besonders belasteten Familien. Hier stellt sich das Präventions- bzw. Vorsorgedilemma kaum, weil benachteiligte Familien sich im Gesundheitswesen zumeist wertgeschätzt fühlen und Informationen über kindliche Entwicklung mit hohem Interesse nachfragen.

Wohlbefinden im Mittelpunkt

Ein weiterer Ansatzpunkt ergibt sich aus der Definition und Fokussierung des Wohlbefindens als Ziel, gerade von den Akteur_innen, die direkt mit Kindern und Familien arbeiten. Bei den Frühen Hilfen steht weiterhin Angebotscharakter (statt Nachfrageorientierung) im Vordergrund. Angesichts der professionellen und institutionellen Herausforderungen in der Etablierung von Zusammenarbeit besteht ein hohes Risiko, dass diese Belange in der Ausgestaltung von Kooperation eine Dominanz gegenüber den Bedarfen von Adressat_innen als Ziel verbesserter Zusammenarbeit haben. Insofern erscheint es notwendig, Mittlerziele anzuerkennen, aber gleichzeitig nicht die auf die Adressat_innen gerichteten Endziele aus den Augen zu verlieren. Neben Akzeptanz und der gebotenen Sensibilität scheint hier vor allem eine bewusste Fokussierung von Wirkung und Erfolg notwendig, um ganzheitliche Antworten finden zu können.

Für Familien, Kinder und Jugendliche gibt es ein breites Angebot, aber auch zahlreiche Lücken und Brüche zwischen den Systemen. Kliniken und niedergelassene Ärzt_innen stehen der zunehmenden Kinder- und Familienarmut und der ‚neuen Morbidität‘ z. T. eher hilflos gegenüber. Die Sozialgesetzgebung im Gesundheitswesen (SGB V), die Honorierung von Ärzt_innen und die Methodenprogramme der Mutterschafts- und Kinderrichtlinien sind überwiegend auf biologische und kaum auf soziale Risiken ausgerichtet. Folge dieser Ausrichtung ist das Vorsorgedilemma: Eine Überdiagnostik biologischer Risiken und damit einhergehende Überversorgung auf der einen Seite führt gleichzeitig zu einer Unterversorgung der schwerer zu erreichenden Familien und der Kinder, die durch vielschichtige Problemlagen ihrer Eltern in ihrer Entwicklung besonders belastet und daher gefährdet sind (vgl. Schücking 2013).

Um Präventions- und Vorsorgedilemmata zu begegnen, können partizipative Ansätze mittels umfassender Nutzerorientierung als ein wichtiges Qualitätskriterium für Gesundheitsförderung herausgestellt werden. Dies wird im Konzept der familiären Gesundheitsförderung aufgegriffen (vgl. Geene et al. 2016), das darauf ausgerichtet ist, Angebote so zu gestalten, dass sie der Bedarfs- und Bedürfnislage von Familien entsprechen.

Familiäre Gesundheitsförderung bedeutet nach Geene und Rosenbrock insbesondere anwaltschaftliche Interessenvertretung der Familien sowie die Vernetzung der sie unterstützenden Angebote, nicht jedoch ihre moralische Steuerung, da solche Art des verhaltenspräventiven Drucks weder sozialrechtlich (Zuständigkeiten nach SGB V und SGB VIII) noch ethisch (familiäre Autonomie) und auch nicht pragmatisch (mögliche Verstärkung von Vermeidungsstrategien und Abwehr) gerechtfertigt sei (vgl. Geene/Rosenbrock 2012, S. 63-64). Hier ist es Aufgabe der Akteur_innen des Gesundheitswesens, kindliche und elterliche Resilienzfaktoren zu entdecken und zu stärken.

In diesem Sinne empfiehlt sich für die familiäre Unterstützung bei psychosozialen Schwierigkeiten, dem Leitsatz zu folgen, die ärztliche Autorität an lebensnahe

Leistungserbringer_innen der Kinder- und Jugendhilfe wie Familienhebammen oder auch Sozialpädagogische Familienhelfer_innen weiterzureichen (vgl. GBB 2013). Dabei gilt es, „transparente Verfahren zu finden, eine wertschätzende Haltung gegenüber den Familien einzunehmen, um die vertrauensvolle Beziehung zwischen Kinderärztinnen und Kinderärzten und Familien nicht zu gefährden“ (Geene et al. 2013, S. 156). Die Zusammenarbeit kann für Ärzt_innen durch regelmäßige und formelle Rückmeldeschleifen attraktiver gestaltet werden. Oft gelingt über Familienhilfe, Familienhebammen oder FGKiKPs ein einfacher Zugang, weil diese informeller und weniger sektorensprengend arbeiten.

Ein wichtiger Benefit insbesondere für Kliniken, aber auch für niedergelassene Ärzt_innen kann darin bestehen, öffentlichkeitswirksam für zivilgesellschaftliche Bündnisse für gesundes Aufwachsen aufzutreten. Ihr Ansehen bei Familien, aber auch gegenüber lokalen Medien kann für die Breitenwirkung der Netzwerke genutzt werden. Wichtig kann es sein, einzelne Vertreter_innen der Ärzteschaft schon in der Initiierung von Netzwerken zu gewinnen, um dadurch Multiplikatoreneffekte zu nutzen.

Erfolg und Wirkung im Fokus von Zusammenarbeit

Ausgehend von der Diskussion um Qualitäts- bzw. Erfolgskriterien stellt sich vorab die Frage, inwieweit sich die beteiligten Akteur_innen als wirkmächtig verstehen. Aus den Befunden des empirischen Zugangs sowie vor allem aus den Diskussionen mit der begleitenden Fachgruppe zeigt sich ein weiterhin vorhandenes Insuffizienzgefühl in der Kinder- und Jugendhilfe. Solange sich die Kinder- und Jugendhilfe aber nicht als selbstwirksam erlebt, kann sie auch gar nicht wirksam werden; insofern sollte man dieses Selbstgefühl nicht zu gering schätzen. Ohne ein Verständnis der eigenen Wirkmächtigkeit ist eine Diskussion mit Kooperationspartner_innen über Erfolg und Wirkung von gelingender Zusammenarbeit mit anderen Institutionen kaum sinnvoll.

Zusammenarbeit über Frühe Hilfen hinaus

Ausgangspunkt aller untersuchten Formen der Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen bildeten die Frühen Hilfen bzw. Kinder im Vorschulalter. Aufgrund gesetzlicher Vorgaben und etablierter Formen der Kooperation ist hier von flächendeckender Zusammenarbeit auszugehen. Gleichzeitig deuten aber mehrere Befunde auf die Notwendigkeit, auch im Umgang mit älteren Kindern und Jugendlichen Formen der interinstitutionellen Zusammenarbeit mit dem Fokus auf Gesundheitsförderung zu etablieren. Offen bleibt, was in den verschiedenen Alterssegmenten an gemeinsamen bzw. abgestimmten Leistungen etwa im BZgA-Programm *gut drauf* und darüber hinaus angeboten wird und inwieweit diese Gruppen im Fokus lokalen Handelns liegen.

Neue Formen der Zusammenarbeit

Akteur_innen des Gesundheitswesens halten vielfältige Leistungsangebote für Kinder und Jugendliche vor, die jedoch untereinander wenig und in Richtung Kinder- und Jugendhilfe noch

kaum vernetzt sind. Dabei wird der Bedarf, sich dem veränderten Krankheitsspektrum („neue Morbidität“) von Kindern und den veränderten Unterstützungsbedarfen junger Menschen mit neuen Methoden und Strategien zu stellen, durchaus gesehen. Für die Lebensphase rund um die Geburt ist die entsprechende Dringlichkeit hoch konsentiert, wenngleich sich die konkreten Vernetzungsaktivitäten im Bereich der Frühen Hilfen weiterhin schwierig gestalten. Dennoch gibt es hier inzwischen umfangreiche Erfahrungen über fördernde und hemmende Faktoren der Zusammenarbeit.

Die Leistungserbringenden im Gesundheitswesen unterscheiden sich in ihren methodischen Ansätzen und nachfolgend den Unterstützungsmöglichkeiten hinsichtlich ihrer spezifischen Aufgaben, Methodiken, Zeitpunkten und Intensitäten. Erfolgsfaktoren gesundheitlicher Dienstleistungen sind ausdifferenzierte und hoch standardisierte Methoden insbesondere in der Diagnostik, aber auch in der Therapie. Damit verbunden ist ein spezialisiertes Expertenwissen, das sich hoher Nachfrage erfreut, aber lebensweltnahe Zugänge bislang vernachlässigt.

Grenzen der Tätigkeit liegen in der bislang noch zu geringen Kompetenz hinsichtlich sozialer und psychologischer Anforderungen. Zudem werden Entmündigung durch Expertenwissen sowie Tendenzen zur Pathologisierung kritisch reflektiert.

Als Erfolgsfaktor für Kooperationen wird herausgestellt, dass die besondere ärztliche Autorität genutzt und im gegenseitigen Interesse verstärkt werden kann. Insbesondere Geburts- und Kinderkliniken können dabei eine herausgehobene Funktion einnehmen als anwaltschaftliche Fürsprecher für Kindergesundheit sowie als Seismograf für die gesundheitliche und soziale Lage vor Ort.

Akteur_innen im Gesundheitswesen sind grundsätzlich offen und dankbar für Vernetzungsinformationen. Hier benötigen sie jedoch präzise und verbindliche Zuständigkeiten. Ihre Zeit ist – insb. als Freiberufler_innen – stark eingeschränkt, eine Beteiligung an Netzwerken ist selten und bedarf eines speziellen Zuschnitts (z. B. Qualitätszirkel).

Aus diesen Ableitungen im Ausblick ergeben sich Ansatzpunkte für die Akteur_innen in der lokalen Kooperation selbst wie auch für die Gremien und Institutionen, die sich mit der Förderung von Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen auf überregionaler Ebene unterstützend befassen. Die vorhandene Dynamik in den Kommunen stellt einen guten Ausgangspunkt für eine Förderung von weiteren Kooperationsformen dar und bildet zugleich eine geeignete Struktur, um qualitative Aspekte in der vertieften und wirksamen Kooperation zu hinterfragen und systematisch weiterzuentwickeln.

Literatur

- Allhoff, Peter (2010): Das deutsche Früherkennungsprogramm für Kinder – zwischen Politik, Lobby, Eminenz und Evidenz. In: Kerbl, Reinhold/Thun-Hohenstein, Leonhard/Damm, Lilly (Hrsg.): Kind und Recht. 3. Jahrestagung Politische Kindermedizin 2009, Wien: Springer, S. 117-129.
- Bauer, Ullrich (2005): Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung, Wiesbaden: VS.
- Bergmann, Karl E./Bergmann, Renate L./Richter, Rolf/Finke, Christian/Dudenhausen, Joachim W. (2009): Frühe Gesundheitsförderung und Prävention am Beginn des 20. und des 21. Jahrhunderts. In: Das Gesundheitswesen 71, S. 709-721.
- BMG Bundesministerium für Gesundheit (2017): Nationales Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf (Zugriff: 26. Jan. 2019).
- Böhm, Katharina (2017): Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention. Zeitschrift für Sozialreform 63, Nr. 2, S. 275-299.
- BVKJ Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (2013): Kinder- und Jugendärzte fordern einen zeitgemäßen Ausbau der Vorsorgeuntersuchungen für Kinder, <http://www.kinderaerzte-im-netz.de/bvkj/pressezentrum/show.php3?id=383&nodeid=105> (Zugriff: 26. Jan. 2019).
- Deutscher Bundestag (2015): Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vom 17. Juli 2015. PräVG. BGBl. I Jahrgang 2015, Nr. 31, S. 1368-1379.
- Deutscher Bundesrat (2015): Stellungnahme des Bundesrats: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PräVG). BR-Drucksache 640/14 vom 06.02.2015. <https://www.bundesrat.de/drs.html?id=640-14%28B%29> (Zugriff: 12. April 2019).
- Dezort Sandra/Günther Christina./Hilke Maren/Jasper Christin/Köhler Sabine /Schütte Johannes/Stolz Heinz-Jürgen (2017): Der Qualitätsrahmen zum Aufbau einer Präventionskette. Landeskoordinierungsstelle *Kein Kind zurücklassen!*, Münster: ISA.
- Fischer, Jörg/Geene, Raimund (Hrsg.) (2017): Netzwerke in Frühen Hilfen und Gesundheitsförderung – Neue Perspektiven kommunaler Modernisierung, Weinheim: Beltz.

- Fischer, Jörg/Schulze, Insa (2017): Von der integrierten zur vernetzten Planung. Modernisierungsansätze in den Kommunen. In: Fischer, Jörg/Geene, Raimund (Hrsg.): Netzwerke in Frühen Hilfen und Gesundheitsförderung – Neue Perspektiven kommunaler Modernisierung, Weinheim: Juventa, S. 262-279.
- Fischer, Jörg (2018): Wirkung in lokaler Netzwerkarbeit. Was Beteiligte darunter verstehen und warum es einer Wirkungsdiskussion bedarf – eine explorative Studie mit Praxisempfehlungen, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- GBA Gemeinsamer Bundesausschuss (2016): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Kinder-Richtlinie: Präventionsempfehlung vom 21. Juli 2016, https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2659/2016-07-21_Kinder-RL_Praeventionsempfehlung_BAnz.pdf (Zugriff: 26. Jan. 2019).
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2016): Regelung zur Präventionsempfehlung. Beschluss zur Änderung der Kinder-Richtlinie. Beschlussdatum: 21.07.2016. BAnz AT 12.10.2016 B2, https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2659/2016-07-21_Kinder-RL_Praeventionsempfehlung.pdf. (Zugriff: 26. Jan. 2019)
- GBB Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V./Regionaler Knoten Berlin (Hrsg.) (2012): Integrierter Handlungsleitfaden Gesundheitsförderung und Prävention rund um die Geburt, Berlin: Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
- Geene, Raimund/Rosenbrock, Rolf (2012): Der Settingansatz in der Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen. In: Gold, Carola/Lehmann, Frank (Hrsg.): Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Gesundheitsförderung konkret, Band 17, Köln: BZgA, S. 46-75.
- Geene, Raimund/Böhm, Katharina (2013): Kinder aus suchtbelasteten Familien. Lebenssituation und Unterstützungsbedarf. In: Marchwacka, Maria (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Setting Schule, Wiesbaden: Springer VS, S. 83-96.
- Geene, Raimund/Höppner, Claudia/Luber, Eva (2013): Kinderärztliche Früherkennungsuntersuchungen zwischen Risikodetektion und Gesundheitsförderung. In: Geene, Raimund/Höppner, Claudia/Lehmann, Frank (Hrsg.) (2013): Kinder stark machen. Ressourcen, Resilienz, Respekt, Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung, S. 139-164.
- Geene, Raimund/Lehmann, Frank/Höppner, Claudia/Rosenbrock, Rolf (2013): Gesundheitsförderung. Eine Strategie für Ressourcen. In: Geene, Raimund/Höppner, Claudia/Lehmann, Frank (Hrsg.) (2013): Kinder stark machen. Ressourcen, Resilienz, Respekt, Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung, S. 19-58.

Geene, Raimund (2016): Das Gesundheitswesen als elementarer Bestandteil der Frühen Hilfen. Möglichkeiten der systematischen Zusammenarbeit im Netzwerk. Impulse zur Netzwerkarbeit Frühe Hilfen 4, Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.

Geene, Raimund/Reese, Michael (2016): Handbuch Präventionsgesetz. Neuregelung der Gesundheitsförderung, Frankfurt: Mabuse.

Geene, Raimund/Thyen, Ute/Quilling, Eike/Bacchetta, Britta (2016): Familiäre Gesundheitsförderung. PräV Gesundheitsf 11, Nr. 4, S. 222-229.

Geene, Raimund (2017): Gesundheitsförderung und Frühe Hilfen. Impulspapier des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen, Köln: BZgA.

Geene, Raimund (2018): Familiäre Gesundheitsförderung. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 61.10 (2018), S. 1289-1299.

GKV/MDS (2018): Präventionsbericht 2018. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2017, Essen: MDS.

GKV-Spitzenverband (2014): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000, in der Fassung vom 10. Dezember 2014, Berlin: GKV-Spitzenverband.

Gostomzyk, Johannes (2014): Der Wiederaufbau des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Bundesrepublik. In: Public Health Forum 85, Nr. 22, S. 8-10.

Hackauf, Horst (2010): Zur Bedeutung Früher Hilfen in Familien. Die Rahmenbedingungen im Kontext Früher Hilfen – Kooperationsformen und Vorsorgemaßnahmen (U-Untersuchungen). In: Ohlbrecht, Heike/Schönberger, Christina (Hrsg.): Gesundheit als Familienaufgabe. Zum Verhältnis von Autonomie und staatlicher Intervention, Weinheim: Juventa, S. 129-149.

Hölling, Heike/Schlack, Robert/Petermann, Franz/Ravens-Sieberer, Ulrike/Mauz, Elvira/KiGGS Study Group (2014): Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1) Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 57, Nr. 7, S. 807-819.

Igl, Gerhard (2004): Das SGB IX und seine Wirkungen auf das System des Sozialrechts. In: ZSR 4-5, Nr. 50, S. 365-383.

Jorch, Gerhard (2010): Prävention des Plötzlichen Kindstodes. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 158, Nr. 6, S. 564-569.

- Kahl, Heidrun/Dortschy, Reinhard/Ellsäßer, Gabriele (2007): Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen und Umsetzung von persönlichen Schutzmaßnahmen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 50, Nr. 5/6, S. 718-727.
- Kilian, Holger/Lehmann, Frank (2014): Präventionsketten. In: Journal Gesundheitsförderung 2, Nr. 2, S. 42-45.
- Kilian, Holger/Block, Pia/ Gerullis, Myriam/Lehmann, Frank (2013): Der ÖGD als koordinierender Akteur? (Mögliche) Rollen beim Aufbau kommunaler Präventionsketten. In: Prävention (36) 4/2013, S. 116-120.
- Klein, Gerhard (2009): Frühförderung für Kinder mit psycho-sozialen Belastungen. Eine kritische Bilanz für Deutschland. In: Geene, Raimund/Gold, Carola (Hrsg.): Kinderarmut und Kindergesundheit, Bern: Huber, S. 99-107.
- Kolip, Petra/Geene, Raimund/Mielck, Andreas/Roozeboom, Justina (2014): Gesundheit rund um die Geburt, Köln: GVG.
- Kolip, Petra/Lademann, Julia (2012): Familie und Gesundheit. In: Hurrelmann, Klaus/Razum Oliver (Hrsg): Handbuch Gesundheitswissenschaften, Weinheim: Beltz, S. 517-540.
- Korczak, Dieter/Kister, Christine/Krause-Girth, Cornelia (2013): Effektivität und Effizienz von psychologischen, psychiatrischen, sozialmedizinischen und komplementärmedizinischen Interventionen bei Schreibabys (z. B. regulative Störung) in Schreieambulanzen. DIMDI HTA-Bericht 124. https://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta338_bericht_de.pdf (Zugriff: 26. Jan. 2019).
- Lenz, Albert (2012): Kooperation und Empowerment bei Frühen Hilfen. In: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung 4/2012, S. 104-107.
- Leppo, Kimmo/Ollila, Eeva/Peña, Sebastián/ Wismar, Matthias/ Cook, Sarah (2013): Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies. <http://equityforchildren.org/wp-content/uploads/2013/09/Health-in-All-Policies-final.pdf> (Zugriff: 12. April 2019).
- Lerch, Christian/Abholz, Heinz-Harald (2009): Ärztliche Prävention in Mutterschaft und Kindheit. Expertise zum Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bonn: SVR.
- LVGN/BZgA (Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. / Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung) (Hrsg.) (2013): Werkbuch Präventionskette, Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen, Hannover, <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/werkbuch-praeventionskette/> (Zugriff: 26. Jan. 2018).

- Mavroudis, Alexander (2017): Präventionsnetzwerke und Präventionsketten erfolgreich koordinieren. Eine Arbeitshilfe aus dem LVR-Programm *Teilhabe ermöglichen – Kommunale Netzwerke gegen Kinderarmut* im Rheinland, Köln: Landschaftsverband Rheinland.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)/GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2018): Präventionsbericht 2018. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung, Berichtsjahr 2017, Berlin: GKV-Spitzenverband.
- Meierjürgen, Rüdiger (2017): Das Präventionsgesetz und kommunale Gesundheitsförderung. In: Fischer, Jörg/Geene, Raimund (Hrsg.): *Netzwerke in Frühen Hilfen und Gesundheitsförderung. Neue Perspektiven kommunaler Modernisierung*, Weinheim: Beltz, S. 194-210.
- Meurer, Anja/Siegrist, Johannes (2005): Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens präventiver und kurativer Leistungen im Gesundheitsbereich durch Kinder und Jugendliche. Forschungsstand, Interventionen, Empfehlungen. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Band 25, Köln: BZgA.
- Naidoo, Jennie/Wills, Jane (2019): *Lehrbuch der Gesundheitsförderung* (3. überarb., aktualis. u. erw. Aufl.), Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2015): *Positionspapier Integrierte Gesamtkonzepte kommunaler Prävention*. MFKJKS NRW, Düsseldorf, https://www.mkffi.nrw/sites/default/files/asset/document/positionspapier_integrierte-gesamtkonzepte-praevention-versand.pdf (Zugriff: 26. Jan. 2019).
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2014): *Leitbild Frühe Hilfen – Beitrag des NZFHBeirats Nr. 1*, Köln: NZFH, https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Kompakt_Berat_Leitbild_fuer_Fruehe_Hilfen.pdf (Zugriff: 26. Jan. 2019).
- Papoušek, Mechthild/Schieche, Michael/Wurmser, Harald (2004): *Regulationsstörungen der Frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehung*, Bern: Huber.
- Pillhofer, Melanie/Ziegenhain, Ute/Fegert, Jörg/Hoffmann, Till/Paul, Mechthild (2016): *Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen im Kontext der Frühen Hilfen*, Köln: NZFH.
- Poethko-Müller, Christina/Kuntz, Benjamin/Lampert, Thomas/Neuhauser, Hannelore (2018): *Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*.

- Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. In: Journal of Health Monitoring 3, Nr. 1, S. 8-15.
- Priester, Klaus (2001): Gesundheitsförderung light? Zur Neuregelung der Gesundheitsförderung und Primärprävention im Rahmen der Gesundheitsreform 2000. In: Jahrbuch für kritische Medizin Nr. 31, S. 128-143.
- Reinhardt, Dietrich/ Petermann, Franz (2010). Neue Morbiditäten in der Pädiatrie. Monatsschrift Kinderheilkunde, 158 (1), 14-14.
- Renner, Ilona/ Scharmanski, Sara/Staa, Juliane van/Neumann, Anna/Paul, Mechthild (2018): Gesundheit und Frühe Hilfen. Die intersektorale Kooperation im Blick der Forschung. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, S. 1-11.
- Rieger, Günter (2018): Governance Sozialer Arbeit. Ein Reflexionsmodell zur politischen und organisatorischen Gestaltung Sozialer Hilfen. In: Sozialmagazin Heft 9-10/2018, S. 14-20.
- RKI (2018): KiGGS Welle 2. Erste Ergebnisse aus Querschnitts- und Kohortenerhebungen. Journal of Health Monitoring 3, Nr. 1.
- RKI (2018): Impfquoten bei den Schuleingangsuntersuchungen in Deutschland 2016. In: Epidemiologisches Bulletin Nr. 16 vom 19.04.2018, https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2018/Ausgaben/16_18.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff: 18. Dez. 2018).
- Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas (2014): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 3. Auflage, Bern: Huber.
- Schnabel, Peter (2010): Prävention und Gesundheitsförderung in Schulen und Familien. In: Hurrelmann, Klaus/Klotz, Theodor/Haisch, Jochen (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 3., vollst. überarb. u. erw. Auflage, Bern: Huber, S. 312-321.
- Schneider, Jessica/ Landua, Kerstin (2016): Vorwort. In: Dt. Institut für Urbanistik (Hrsg.): Was wir nicht alleine schaffen ... Prävention und Gesundheitsförderung im kooperativen Miteinander von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen. Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe 106, Berlin: DiFU, S. 7-12.
- Schubert, Herbert (2018): Netzwerkmanagement in Kommune und Sozialwirtschaft. Eine Einführung, Wiesbaden: Springer VS.
- Schücking, Beate (2013): Kontrolle oder Unterstützung? Chancen und Grenzen der Schwangerenvorsorge in Deutschland und im internationalen Vergleich. In: Geene, Raimund/Höppner, Claudia/Lehmann, Frank (Hrsg.) (2013): Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung, S. 131-138.

Teichert-Barthel, Ute (2013): Öffentlicher Gesundheitsdienst, Prävention und Gesundheitsförderung. Eine Standortbestimmung. In: Prävention 4, Nr. 36, S. 99-102.

Thaiss, Heidrun/Klein, Renate/Schumann, Eike C./Ellsäßer, Gabriele/Breitkopf, Helmut/Reinecke, Heike/Zimmermann, Eberhard (2010): Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz. Erste Erfahrungen der Länder bei der Implementation appellativer Verfahren. In: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 53, Nr. 10, S. 1029-1047.

Weber, Peter/Jenni, Oskar (2012): Kinderärztliche Vorsorgeuntersuchungen. Effektivität und Relevanz einzelner Früherkennungs- und Präventionsmaßnahmen. In: Deutsches Ärzteblatt 109, Nr. 24, S. 431-435.

Weiß, Hans (2013): Interdisziplinäre Frühförderung und Frühe Hilfen. Wege zu einer intensiveren Zusammenarbeit. Standortpapier des NZFH, <http://bib.bzga.de/anzeige/publikationen/titel/26/> (Zugriff: 26. Jan. 2019).

WHO World Health Organization (2015): Healthy Settings, http://www.who.int/healthy_settings/en/ (Zugriff: 26. Jan. 2019).

Wiesner, Reinhard (2015): SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe. Kommentar, 5. Auflage, München: Beck.

Wolf-Kühn, Nicola/Geene, Raimund (2009): Früherkennung und Frühe Hilfen. In: Geene, Raimund/Gold, Carola (Hrsg.): Kinderarmut und Kindergesundheit, Bern: Huber, S. 108-125.

Ziegenhain, Ute/Schöllhorn, Angelika/Künster, Anne/Hofer, Alexandra./König, Cornelia/Fegert, Jörg (2010): Modellprojekt Guter Start ins Leben. Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz. Werkbuch Vernetzung, Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.

Ziegenhain, Ute/Fangerau, Heiner/Fegert, Jörg (2010): Problematische Kinderschutzverläufe, Weinheim: Juventa.

Über die Autoren



Prof. Dr. Jörg Fischer

Jörg Fischer ist Professor für Bildungs- und Erziehungskonzepte an der Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften der Fachhochschule sowie Leiter des Instituts für kommunale Planung und Entwicklung Erfurt (IKPE). Seine Arbeitsschwerpunkte sind der Aufbau und die Entwicklung von Netzwerken, die Erstellung von integrierten Bedarfsanalysen und Planungsansätzen in der kommunalen Sozial- und Bildungspolitik, die Entwicklung eines lokalen Kinderschutzes und der Frühen Hilfen, die Wahrnehmung und professionelle Bearbeitung von Armut und Bildungsbenachteiligung sowie die Gestaltung politischer Steuerung in der Sozialen Arbeit.

Kontakt: joerg.fischer@fh-erfurt.de



Prof. Dr. Raimund Geene

Raimund Geene ist Professor für Gesundheitsförderung und Prävention an der Berlin School of Public Health, einer Gemeinschaftseinrichtung von Alice Salomon Hochschule Berlin, Charité Universitätsmedizin und Technischer Universität Berlin. Er war zuvor (2005-2018) Professor für Kindergesundheit an der Hochschule Magdeburg-Stendal sowie Geschäftsführer von Gesundheit Berlin e.V. (1998-2006). Seine Arbeitsschwerpunkte liegen im Bereich Familiärer Gesundheitsförderung und weiterer patienten- und nutzerorientierter Ansätze im Sozial- und Gesundheitswesen.

Kontakt: raimund.geene@charite.de

Das Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung (FGW)

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

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

Der Themenbereich „Vorbeugende Sozialpolitik“

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

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

www.fgw-nrw.de/sozialpolitik
