

Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe
im Deutschen Institut für Urbanistik



Aktuelle Beiträge
zur Kinder- und Jugendhilfe 70

**Frühe Hilfen
interdisziplinär gestalten
Zum Stand des Ausbaus
Früher Hilfen
in Deutschland**

Dokumentation der Fachtagung
in Kooperation mit dem Nationalen
Zentrum Frühe Hilfen und der Deutschen
Gesellschaft für Sozialpädiatrie und
Jugendmedizin e.V.
vom 19. bis 21. November 2008 in Berlin

Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH
Sitz Berlin
AG Charlottenburg – HRB
Geschäftsführer:
Univ.-Prof. Dr.-Ing. Klaus J. Beckmann

Straße des 17. Juni 112 · D-10623 Berlin ·
Telefon 030 39001-0 · Telefax 030 39001-100
Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe
Telefon 030 39001-136 · Telefax 030 39001-146 ·
E-Mail: agfj@difu.de
Internet: www.fachtagungen-jugendhilfe.de

Der Diskurs wurde aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert.

Impressum:

Herausgeber:

Deutsches Institut für Urbanistik GmbH

Ernst-Reuter-Haus · Straße des 17. Juni 112 · 10623 Berlin

Postfach 12 03 21 · 10593 Berlin

Redaktion, Satz und Layout:

Dörte Jessen

Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe

Deutsches Institut für Urbanistik GmbH, Berlin

Fotos:

Rita Rabe

Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe

Deutsches Institut für Urbanistik GmbH, Berlin

Berlin 2009

Hinweise zur Download-Ausgabe:

Der vorliegende Tagungsband wird von der Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe im Deutschen Institut für Urbanistik nicht mehr als Druckfassung aufgelegt. Es besteht die Möglichkeit, die Fachbeiträge und Diskussionen aus dem Internet herunter zu laden.

Die Texte sind schreibgeschützt.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Eröffnung	7
UNIV.-PROF. DR.-ING. KLAUS J. BECKMANN Wissenschaftlicher Direktor, Institutsleiter und Geschäftsführer, Deutsches Institut für Urbanistik, Berlin	
<u>Fachvorträge:</u>	
Durch Frühe Hilfen Kinder besser schützen: Eine gesellschaftliche, politische und fachliche Herausforderung	17
GERD HOOFE Staatssekretär, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin	
Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen im Rahmen des Aktionsprogramms der Bundesregierung	27
DR. MANUELA STÖTZEL Referentin, Referat Schutz von Kindern, Frühe Hilfen, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin	
DR. KARIN JURCZYK Leiterin der Abteilung Familie/Familienpolitik, Deutsches Jugendinstitut e.V., München	
ECKHARD SCHROLL Leiter der Abteilung Sexualaufklärung, Verhütung, Familienplanung, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln	
Der Untersuchungsbericht zu „Kevin“. Was können wir daraus lernen?	42
PROF. DR. KLAUS WOLF Professor für Sozialpädagogik, Universität Siegen	
Kinderschutz bricht Datenschutz? Der rechtliche Rahmen für die Kooperation	53
DR. THOMAS MEYSEN Fachlicher Leiter des Deutschen Instituts für Jugendhilfe und Familienrecht e.V., Heidelberg	
Wie könnte ein Risikoinventar für Frühe Hilfen aussehen? Expertise für das Projekt „Guter Start ins Kinderleben“	62
DR. HEINZ KINDLER Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Deutsches Jugendinstitut e.V., München	

Zwischenbilanz der drei Praxisprojekte, die sich im Jahr 2006 auf der Fachtagung „Frühe Hilfe und Intervention. Vom Neben- zum Miteinander von Pädiatrie und Jugendhilfe“ vorgestellt haben:

- Was war warum erfolgreich?
- Was ist warum gescheitert?

Das Niederlausitzer Netzwerk Gesunde Kinder 78
HENDRIK KARPINSKI
Chefarzt, Kinderklinik Niederlausitz, Senftenberg

Lernende (Kooperations-)Systeme: Das Präventionsprojekt Zukunft für Kinder in Düsseldorf. Vorsorge – Beratung – Unterstützung. Clearingstelle 95
PETER LUKASCZYK
Leiter der Abteilung Soziale Dienste im Jugendamt Düsseldorf

Modellprojekt Pro Kind – Wir begleiten junge Familien 105
KRISTIN ADAMASZEK
Hebamme, Leiterin des Praxisteils Pro Kind Bremen
JUN.-PROF. DR. TANJA JUNGSMANN
Leiterin der Begleitforschung, Institut für Sonderpädagogik,
Leibniz Universität Hannover

Vorstellung aller durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen begleiteten Modellprojekte

Empirisch gestützte Weiterentwicklung Früher Hilfen: Die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten und vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen begleiteten Modellprojekte in den Bundesländern 122
ALEXANDRA SANN
Wissenschaftliche Referentin des Deutschen Jugendinstituts e. V. im
Nationalen Zentrum Frühe Hilfen, München

**„Frühe Hilfen für Eltern und Kinder“
(Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein)**

Das Bielefelder Projekt „Kinderschutz durch Prävention“ 134
ANKE BERKEMEYER
Jugendhilfeplanerin, Teilfachplanung Hilfen zur Erziehung,
Projekt „Kinderschutz durch Prävention“, Jugendamt Bielefeld

Erste Einsichten aus der Evaluation der Programme „Soziale Frühwarnsysteme in NRW“ und „Schutzengel für Schleswig-Holstein“ 141
PROF. DR. HOLGER ZIEGLER
Professor für Soziale Arbeit, Fakultät für Erziehungswissenschaft,
Universität Bielefeld

„Keiner fällt durchs Netz“ (Hessen und Saarland)	
Konzept und Hintergründe des Präventionsprojektes	152
ANDREAS EICKHORST Projektkoordinator, Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, Uniklinikum Heidelberg	
Praktische Umsetzung des Präventionsprojektes im Landkreis Neunkirchen/Saarland	158
DR. LIESELOTTE SIMON-STOLZ Kinder- und Jugendärztin, Gesundheitsamt Kreis Neunkirchen und Saarpfalz-Kreis	
„Guter Start ins Kinderleben“ (Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Bayern und Thüringen)	162
PD DR. UTE ZIEGENHAIN Leiterin der Sektion Pädagogik, Jugendhilfe, Bindungsforschung und Entwicklungspsychopathologie, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm	
Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“ am Standort Ostalbkreis	167
DIETER FISCHER Koordinator des Modellstandortes Ostalbkreis	
Erfahrungen aus dem Modellstandort Ludwigshafen am Rhein	175
JÜRGEN MAY Koordinator des Modellstandortes Ludwigshafen	
„Familienhebammen: Frühe Unterstützung – frühe Stärkung?“ (Niedersachsen)	178
KATJA MAKOWSKY Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsschwerpunkt Maternal Health, Universität Osnabrück	
SIGRID HUS-HALSTENBERG Familientherapeutin, Deutscher Kinderschutzbund, Orts- und Kreisverband Osnabrück und Leiterin des Praxisprojekts Familienhebammen im Landkreis Osnabrück	
„FrühStart“ – Die Betreuung hoch belasteter Familien durch Familienhebammen in Sachsen-Anhalt	185
GERTRUD M. AYERLE Hebamme, cand. Dr. rer. medic., Institut für Gesundheits- und Pflegerwissenschaften, Universität Halle-Wittenberg	
MANUELA NITSCHKE Familienhebamme und Vorsitzende des Landeshebammenverbandes Sachsen-Anhalt e.V., Halle (Saale)	

„Wie Elternschaft gelingt“ (Brandenburg und Hamburg)	
„Wie Elternschaft gelingt“. Projekt im Land Brandenburg und Hamburg	194
BÄRBEL DERKSEN Mitarbeiterin im Familienzentrum an der Fachhochschule Potsdam	
Das STEEP-Projekt. Praxisforschung und -entwicklung an der HAW Hamburg	200
PROF. DR. GERHARD SUESS Projektleiter, Fakultät Wirtschaft und Soziales, Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Hamburg	
Schritte zu einer erfreulichen und gelingenden Elternschaft	204
AGNES MALI Wissenschaftliche Mitarbeiterin, WiEge Hamburg	
„Netzwerk Kinderschutz“ – Evaluation und Coaching (Berlin)	207
PROF. DR. JÜRGEN GRIES Dozent an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin, Vorstandsmitglied, ISIS Berlin e.V., JENS-UWE SCHARF (Projektleiter) und SUSEN MOLTER Sozialpädagog/in, Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V.	
„Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Eltern“ (Mecklenburg-Vorpommern)	227
Wirksamkeit Früher Hilfen - Abschlussdiskussion	231
Literaturhinweise	253

Eröffnung

UNIV.-PROF. DR.-ING. KLAUS J. BECKMANN

Wissenschaftlicher Direktor, Institutsleiter und Geschäftsführer, Deutsches Institut für Urbanistik, Berlin

Meine Damen und Herren, sehr geehrter Herr Staatssekretär – sehr geehrter Herr Hoofe!

Ich begrüße Sie alle ganz herzlich zu unserer Fachtagung „Frühe Hilfen interdisziplinär gestalten. Zum Stand des Aufbaus Früher Hilfen in Deutschland“. Zunächst möchte ich meiner Freude darüber Ausdruck geben, dass Sie unserer Einladung so zahlreich gefolgt sind und dass auch die fachliche Kombination – die Einladung von Frauen und Männern aus der öffentlichen und der freien Jugendhilfe (75 Prozent) und aus dem Bereich der Gesundheit (25 Prozent) – gelungen ist. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, Reibungsflächen im positiven Sinne für die thematische Behandlung herstellen zu können.

Bevor ich in das Thema der Tagung einführe, möchte ich kurz das Deutsche Institut für Urbanistik (Difu) vorstellen. Das Difu ist die größte deutsche Stadtforschungseinrichtung, getragen vom Deutschen Städtetag. Wir beschäftigen uns mit Themen, die von Stadtentwicklung über Mobilität, Verkehr bis zur Gesundheit reichen; mit Themen, die im Bereich der Finanzen und der Haushalte der Kommunen liegen, sowie mit den Bereichen Flächennutzung und Städtebau. Sie werden in der Aufzählung unschwer gemerkt haben, dass das Thema „Frühe Hilfen“ nicht vorkommt. Jedoch haben wir in diesem Themenfeld mehr zu bieten, als es durch diese Tatsache den Anschein hat. Für eine Einrichtung wie das Deutsche Institut für Urbanistik ist es eine zentrale Frage, sich damit zu beschäftigen, wo die Probleme in den Gemeinden liegen, um in unserem Tätigkeitsbereich gezielt Beiträge zur Förderung der Handlungsfähigkeit der Gemeinden zu leisten. Dies umfasst sowohl Forschung als auch Veranstaltungen wie diese oder kleinere Seminare sowie letztlich auch den Aufbau eines Wissensdokumentationssystems, das aktiv genutzt werden kann.

Damit greifen wir Themen auf, die in der (Fach)Öffentlichkeit einerseits aktuell eine hohe Aufmerksamkeit finden und uns andererseits über eine längere Zeit im Sinne einer zukunftsfähigen Stadtentwicklung betreffen. Beides liegt gleichermaßen im Interesse des Bundes. Das Difu wird institutionell in einem begrenzten Rahmen vom Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung und vom Land Berlin gefördert. Dieses Ministerium wie auch die anderen Ressorts, mit denen wir kooperieren, sehen das Difu als einen Netzknoten, der in die verschiedenen Fachcommunities und insbesondere auch in die kommunale Ebene hineinwirken kann. Wir versuchen stets, unsere Arbeitsprogrammatische bedarfsorientiert und dabei mittel- und langfristig zu aktualisieren. In diesem Gesamtzusammenhang haben in den letzten Jahren schrittweise auch die Themen „Gesundheit“ und „Kinder- und Jugendhilfe“ ein stärkeres Gewicht erhalten.

Wir sind sehr dankbar, dass wir diese Veranstaltung in Kooperation mit engagierten und uns schon länger gewogen erscheinenden Partnern durchführen können: zum einen mit dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen und zum anderen mit der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V., die ergänzend zu unseren Kompetenzen und Fähigkeiten ihre Erfahrungen, Einschätzungen und Kompetenzen einbringen.

Eine Tagung entsteht häufig aus einer Biografie von Tagungen. Zu unserem heutigen Tagungsthema wurde bereits im Jahr 2006 eine Tagung unter dem Titel „Frühe Intervention und Hilfe. Vom Neben- zum Miteinander von Pädiatrie und Jugendhilfe“ veranstaltet. Damals wurde der Wunsch geäußert, sich zwei Jahre später, also 2008, wieder zu treffen und die vorgestellten Projekte zu bilanzieren und zu reflektieren. Es ist eine gute Tradition, wenn man solche Überlegungen und Wünsche aus der Praxis aufgreift. Dies wollen wir – auch weiterblickend – mit dieser Tagung in den nächsten drei Tagen fortführen.

Hinzu kommt, dass es ein klares politisches Bekenntnis auf der Bundesebene mit dem Koalitionsvertrag gibt, der den Schwerpunkt „Frühe Hilfen“ benennt und diesen aktiv angeht. Daraus leitet sich das Aktionsprogramm der Bundesregierung „Frühe Hilfen für Kinder und Eltern“ und das Soziale Frühwarnsystem ab. Mit diesem Aktionsprogramm wird eine Verzahnung zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe angestrebt, mit dem gesellschaftlich hoch zu bewertenden Ziel der Gewährleistung des Schutzes, der Entwicklung und der Integration der Kinder, gerade in Bereichen, in denen sie möglicherweise problematischen Einwirkungen ausgesetzt sind.

In diesem Bereich engagieren sich in allen Regionen Deutschlands viele Menschen aktiv. Es gibt zahlreiche Modelle und Projekte, die die Entwicklung und den besseren Schutz von Kindern unterstützen. Im Aktionsprogramm des Bundesministeriums werden diese Projekte angestoßen und gefördert. Ein solcher Rahmen bietet die besondere Chance, sich über Praxiserfahrungen und positive Ergebnisse und auch über (noch) nicht Gelingenes auszutauschen, um die eigene Arbeit zu verbessern.

Das Aktionsprogramm hat insgesamt in der Öffentlichkeit eine hohe Aufmerksamkeit gefunden, die vielfach auf Einzelfälle fokussiert ist. Diese Einzelfälle muss man in ihrer Bedeutung relativieren, weil sich das Aufmerksamkeits- und Hinweisverhalten inzwischen etwas geändert haben. Aber es hat dazu geführt, dass auf allen Ebenen, auch auf der kommunalen Ebene, die Anstrengungen intensiviert worden sind, eine funktionierende Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen aufzubauen. Diese Kooperation dürfen wir im Difu mit der Bearbeitung des Projektes „Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich früher Hilfen“ unterstützen.

Eine kleine Nebenbemerkung für diejenigen von Ihnen, die schon häufiger hier eine Tagung besucht haben: Die Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe (AGFJ), die verantwortlich für die inhaltliche Konzeption und Organisation dieser Tagung zeichnet, war bisher beim Verein für Kommunalwissenschaften e.V. (VfK) angesiedelt. Wir haben uns jedoch umstrukturiert und die AGFJ läuft zwar jetzt noch förmlich beim VfK, wird aber inhaltlich im Deutschen Institut für Urbanistik betreut und ist organisatorisch direkt bei der Institutsleitung eingeordnet.

Frühe Hilfen sollten ansetzen, bevor sich ungünstige Entwicklungsverläufe ergeben und so ansetzen, dass sie in den frühen Jahren greifen und ein Angebot für alle sind, die in dieser Phase mit Kindern umzugehen haben, im Besonderen Eltern, unabhängig davon, ob Alleinerziehende oder Elternpaare, die zudem individuell unterschiedliche Fähigkeiten haben können. Damit dies gelingt, braucht man eine Vielzahl von Kooperationspartnern, die sich singulär ohne Einschränkung ihrer Verantwortung stets bewusst sind. Die Umsetzung kann aber einen höheren Wert und eine synergetische Wirkung erhalten, wenn man an den Schnittstellen kooperiert.

Diese Themen begleiten wir im Difu auf der Forschungsebene mit dem angesprochenen Projekt „Frühe Hilfen“. Im Fortbildungsbereich hat die Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe schon vor vielen Jahren damit begonnen, sich damit auseinanderzusetzen, und es ist sehr interessant, auf die Geschichte der AGFJ zu schauen. Bereits im April 1999, also fast vor zehn Jahren, gab es eine Fachtagung mit dem Titel „Hilfen von Anfang an. Unterstützung von Familien als interdisziplinäre Aufgabe“. Dieser Titel deckt sich fast mit dem der heutigen Veranstaltung. Es zeigt durchaus, dass in der Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe Themen perspektivisch angegangen worden sind. Damals kamen 36 Fachkräfte, 25 aus der öffentlichen und die anderen aus der freien Jugendhilfe, ohne interdisziplinäre Beteiligung. Interessant ist es auch, aus dem Programm dieser Tagung zu zitieren: „Eine wachsende Zahl interdisziplinärer Forschungsergebnisse belegt einen Zusammenhang zwischen frühen Problemen in der Eltern-Kind-Beziehung und späteren Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Frühe Beziehungsstörungen scheinen sich insbesondere dann nachteilig auf die Entwicklung von Kindern auszuwirken, wenn sie gehäuft und in Wechselwirkung mit anderen Risiken auftreten. Hierzu gehören Armut, Arbeitslosigkeit, Alkohol- oder Drogenmissbrauch in der Familie oder fehlende soziale Unterstützung, unter der jugendliche und/oder allein erziehende Mütter leiden. Damit lässt sich aber ein großer Teil der Familien beschreiben, die von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unterschiedlicher Institutionen in der Jugendhilfe betreut werden. Frühe und präventive Maßnahmen sind also nahe liegend... Wie aber lassen sich präventive Ansätze in die bestehenden Strukturen der Jugendhilfe erfolgreich, nachhaltig und zeitlich vertretbar integrieren?“ Heute würde man sagen: Präventive Ansätze sind frühe Hilfen.

Diese Aussagen haben auch heute noch ihre Gültigkeit und aktuell sogar eine intensiviertere Gültigkeit und Prägnanz. In der Zwischenzeit ist die Jugendhilfe in ihrer fachlichen Selbstbestimmung und Weiterentwicklung ein gutes Stück vorangekommen. Aber wir haben immer wieder gesehen, dass es sinnvoll und notwendig ist, neue Wege gemeinsam mit anderen Fachdisziplinen als Partnern zu beschreiten. So hat es beispielsweise im Jahr 2003 eine Veranstaltung zusammen mit den Entwicklungspsychologen gegeben, mit dem Titel „It Takes Two to Tango. Frühe Kindheit an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Entwicklungspsychologie“, und im Jahr 2006 die bereits angesprochene Tagung in Kooperation mit der Pädiatrie. Diese Tradition des interdisziplinären Kooperierens drückt sich demnach als ein wesentlicher Schwerpunkt auch in unseren Tagungen aus.

Wenn man solche Wege geht, ist es wichtig zu begreifen, dass man diese Wege mit *Menschen* geht, mit Menschen, die uns langjährig als Referentinnen und Referenten begleitet und unterstützt haben. Stellvertretend möchte ich Frau Dr. Ziegenhain aus Ulm und Herrn Dr. Wilfried Kratzsch aus Düsseldorf nennen, die uns an der Kooperationsschnittstelle zur Gesundheitsvorsorge begleitet haben.

Die im Rahmen der Tagung im Jahr 1999 gestellten Fragen bleiben nach wie vor relevant. Sie sind sicher mit neuen und breiteren Erfahrungen zu beantworten, manche bleiben jedoch genauso offen wie damals. Daher ist es das Anliegen dieser Tagung, mit Ihnen, den Fachkräften sowohl aus der öffentlichen und freien Jugendhilfe als auch aus den verschiedenen Gesundheitsdisziplinen, diese Fragen aufzugreifen und zu diskutieren, wie eine gute Kooperation zwischen Pädiatrie und Jugendhilfe sowie weiteren beteiligten Professionen gelingen kann, welche Wege es für eine stabile, belastbare und fruchtbare

Vernetzung gibt, wie vor diesem Hintergrund lokale Hilfestrukturen und Netzwerke in Deutschland aufgebaut werden können und wie das im SGB VIII stärker verortet werden sollte. Wir werden versuchen, diese Fragen über die Beiträge der Referentinnen und Referenten und über die Diskussionen gemeinsam zu beantworten und dazu (neue) Lösungswege aufzuzeigen. Dazu dient letztlich auch die Vorstellung der gelungenen Modellprojekte sowie des Aktionsprogramms der Bundesregierung.

Die Veranstalter bedanken sich insbesondere bei den Personen, die an der Programmprofilierung mitgewirkt haben und uns beim Ansprechen von Mitwirkenden geholfen haben: Frau Barbara Bütow aus dem Martha-Muchow-Institut Berlin, Herrn Dr. Siegfried Haller, Leiter des Stadtjugendamtes Leipzig, außerdem Herrn Dr. Helmut Hollmann, Ärztlicher Leiter des Kinderneurologischen Zentrums der Rheinischen Kliniken in Bonn und Frau Wulfhild Reich, Mitarbeiterin der Dienststelle Qualität und Qualifizierung beim Jugendamt Stuttgart. Die beiden zuletzt Genannten werden Sie als Moderatoren über die gesamte Tagung sehr qualifiziert begleiten. Weiterhin danken die Veranstalter Frau Alexandra Sann und Frau Dr. Reinhild Schäfer vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen und Herrn Karl-Heinz Struzyna aus dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bei Ihnen allen möchte ich mich explizit für die engagierte Mitarbeit bedanken. Ich kann als Institutsleiter, der noch nicht so lange in der AGFJ mitwirkt, sagen, es ist ein sehr angenehmes Verfahren, wie man sich dort kollegial und kooperativ austauscht und daraus letztlich interessante und weiter tragende Programme entwickelt.

Sie können – wie immer – erwarten, dass auch diese Tagung in der Schriftenreihe „Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe“ veröffentlicht wird, in der bisher 68 Titel erschienen sind. Wir wissen, dass diese Bände über den Kreis der Teilnehmenden hinaus eine große Nachfrage erfahren, weil sie aktuelle Themen praxisnah und gleichermaßen zukunftsorientiert aufgreifen.

Ich wünsche den beiden Moderatoren, Frau Reich und Herrn Dr. Hollmann, bei solch einer großen Runde eine glückliche Hand. Und ich möchte Ihnen allen eine erfolgreiche Tagung wünschen. Sie kann nur dann erfolgreich sein, wenn Sie sich alle aktiv einmischen. In diesem Sinne gutes Gelingen für die Tagung und vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Durch Frühe Hilfen Kinder besser schützen: Eine gesellschaftliche, politische und fachliche Herausforderung

GERD HOOFE

Staatssekretär, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin

Kinderschutz ist TOP-Thema

Sehr geehrte Damen und Herren,

Durch Frühe Hilfen Kinder besser schützen: Eine gesellschaftliche, politische und fachliche Herausforderung.

Der frühe, umfassende und wirksame Schutz von Kindern, die gemeinsame Verantwortung dafür und die notwendigen Handlungsschritte zur Realisierung dieses Schutzes stehen zu Recht im Brennglas der gesellschaftlichen und politischen Debatte!

Kinderschutz darf nicht der Beliebigkeit und dem Zufall überlassen werden, darf nicht von der persönlichen Wertschätzung und Kompetenz der Akteure und ihrem zufälligen Zusammentreffen abhängen, sondern braucht eine konzentrierte und stringente Struktur, eine klare Zweckrichtung, Transparenz, Ressourcen und Priorität.

Für mein Haus und die Bundesregierung hat der Kinderschutz allerhöchste Priorität. Angefangen von den Strategien zur frühen Förderung, über die Hilfen für einen verbesserten Schutz von Kindern bis hin zu rechtlichen Veränderungen liegt hier der Schwerpunkt unserer Arbeit.

28.200 Kinder wurden im Jahr 2007 von deutschen Jugendämtern in Obhut genommen. Pro Tag 77 Kinder. Das sind 2.200 Kinder – 8,4 Prozent – mehr als im vergangenen Jahr. In 10.800 Fällen wurde Eltern im Jahr 2007 die elterliche Sorge durch deutsche Familiengerichte entzogen – entweder ganz oder teilweise. Dies ist eine Steigerung gegenüber dem Jahr 2006 um 13 Prozent – oder 1.200 Fälle. Und in 2.000 Fällen mehr - also in 12.800 Fällen - haben Jugendämter bei den Familiengerichten Anträge gestellt, die elterliche Sorge teilweise oder ganz zu entziehen. Dies ist eine Steigerung gegenüber dem Vorjahr um 18,5 Prozent.

Sind unsere Eltern verantwortungsloser, gleichgültiger, gewalttätiger geworden? Oder schießen die Jugendämter und Familiengerichte über das Ziel hinaus?

Offensichtlich sind wir alle sensibler und aufmerksamer geworden. Die Jugendhilfe, das Gesundheitssystem, die Familiengerichte – sie alle gehen noch verantwortungsvoller mit Hinweisen auf Gefährdungen um. Allerdings sind das zum Teil auch Entwicklungen, die mit Unsicherheit, Unklarheit, fehlenden Strukturen und Ressourcenproblemen zu tun haben. Auch insoweit stellt sich die Frage der Verantwortung. Einerseits; andererseits stellen wir insoweit und auch in der Frage des Bedarfs noch deutlicher als bisher die richtigen Fragen und diskutieren sie intensiv in einer dafür geeigneten Rahmung.

Eine Tagung wie diese ist in diesem Sinne für mich ein ganz zentraler Ort für eine fundierte Debatte. Ich erhoffe mir von hier, von Ihnen weitere Impulse für unsere Arbeit und Fortschritt für einen wirksamen Kinderschutz.

Reichen unsere Hilfesysteme? Wie kommen Fehlerketten zustande? Haben die Fachkräfte in den Jugendämtern genügend Anleitung, transparente Verfahrensabläufe, genügend Sicherheit und Hilfe?

Das sind Fragen, auf die wir Antworten brauchen, um sie dann in Lösungen umsetzen.

Die dramatischen Fälle von Kindesmisshandlungen, Kindesvernachlässigungen und Kindstötungen fordern uns gemeinsam zum Handeln auf. Wir erleben mit diesen Fällen, wie sich offenbar belastende Lebensbedingungen zum Risiko und zur konkreten Gefährdung entwickeln, bei der das Kind am Ende zu Schaden kommt.

Die Analyse der schrecklichen Todesfälle – von Kevin in Bremen oder Lea-Sophie in Schwerin – lesen sich wie Horrorszenerien. Sie zeigen uns mehr als deutlich, dass unsere Hilfesysteme Bruchstellen haben. Und wir wissen, dass dies keine Einzelfälle sind: Die polizeiliche Kriminalstatistik zeigt uns, dass jährlich 80 bis 120 Kinder im Vorschulalter durch die Hand ihrer Eltern oder ganz naher Bezugspersonen sterben.

Es ist eine fachlich hochkomplexe Anforderung, diesen Kreislauf zu erkennen und zu durchbrechen, das Zusammenwirken einer Vielzahl von Faktoren zu entschlüsseln und rechtzeitig, angemessen darauf Einfluss zu nehmen, aber es ist auch unsere gemeinsame Aufgabe, der wir uns stellen müssen. Eine gemeinsame Aufgabe von Politik, Fachpraxis und Gesellschaft. Föderale Grenzen dürfen kein Hindernis sein, wenn es darum geht, ein engmaschiges Hilfenetz für gefährdete Kinder zu knüpfen. Bund, Länder und Kommunen handeln in ihren jeweiligen Verantwortlichkeiten, jeder an seinem Platz, aber nicht unwissend voneinander und im Netz miteinander verknüpft.

Aktionsprogramm des BMFSFJ

Die gemeinsame Arbeit gelingt in der Zwischenzeit besonders gut – so finde ich – im Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“.

Wir ziehen in dieser Woche auf der Mitte der Wegstrecke eine erste Bilanz über das Aktionsprogramm, das wir über den Koalitionsvertrag initiiert haben und gemeinsam mit Ländern, Kommunen, Wissenschaft und Praxis umsetzen.

Wir nehmen insbesondere die ersten drei Lebensjahre von der vorgeburtlichen Entwicklung bis zur frühen Kindheit in den Blick, eine Lebensphase in der Entwicklung von Kindern und Gestaltung von Familie, die in der Kinder- und Jugendhilfe bislang nicht immer genügend beachtet wird.

Unser Ziel ist es, den Schutz von Kindern aus besonders belasteten Familien vor Vernachlässigung und Misshandlung von Anfang an zu verbessern. Sozusagen präventiv und nicht erst, wenn die Kinder- und Jugendhilfe aktiv werden muss, weil gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vorliegen.

Wie erreichen wir das?

Ein ganz wesentlicher Schlüssel liegt im Gesundheitswesen. In der Zeit rund um die Geburt gelingt ein vertrauensvoller Kontakt. Wir stärken an dieser Anschlussstelle die Eltern, insbesondere die Mütter.

Ihr Zugang zu dem Kind, ihre Fragen, ihre Unsicherheit, das steht im Mittelpunkt. Nicht anklagend, sondern zugehend.

Und wir helfen diesen oft sehr jungen Eltern, in schwierigen Lebenssituationen wieder Fuß zu fassen, den Schulabschluss nachzuholen, die abgebrochene Berufsausbildung wieder aufzunehmen und zu Ende zu bringen.

Gleichzeitig – und hier greift Politik Hand in Hand – schaffen wir qualifizierte und flexible Betreuungsplätze für unter Dreijährige nicht zuletzt auch für Eltern, die Arbeit suchen und eine feste Tagesstruktur mit Halt und Sicherheit brauchen.

Damit wird auch der Teufelskreis durchbrochen: Arbeit bekomme ich nur, wenn ich die Betreuung organisiert habe, und einen Betreuungsplatz bekomme ich nur, wenn ich eine Erwerbstätigkeit nachweisen kann.

Eltern bekommen in dem Aktionsprogramm rechtzeitige und passgenaue Hilfen. Denn wir wissen, dass Säuglinge und Kleinkinder nicht nur besonders verletzlich sind, sondern diese frühe Entwicklungsphase auch von prägender Bedeutung für das gesamte weitere Leben ist.

Es muss überall ein enges und verlässliches Hilfenetz entstehen! Dafür arbeiten wir intensiv daran, die beteiligten Strukturen systematisch miteinander zu verzahnen. Dies ist die Leitidee: Eine enge und verlässliche Vernetzung der vorhandenen Systeme. Wir wollen das Denken in Säulen aufbrechen und Systeme konsequent miteinander verbinden.

Angesprochen sind insbesondere die Jugendhilfe und das Gesundheitssystem, aber auch die Schwangerschaftsberatung, die Unterstützungseinrichtungen für Frauen und Kinder, die häusliche Gewalt erleben, das Bildungswesen und andere Einrichtungen, die Kontakt zu Familien und Kindern in schwierigen Lebenslagen haben, sowie für die Fälle akuter Gefährdung auch die Polizei und die Familiengerichte.

Wichtig ist dabei, Eltern und Kinder in ihrer persönlichen Lebenssituation zu erreichen, sie also auch zu Hause aufzusuchen und die Hilfe nach ihren Bedürfnissen auszurichten.

Warum kann und muss es uns gelingen, Kinder durch Frühe Hilfen besser zu schützen?

Erstens: Weil wir die verschiedenen Kompetenzen besser aufeinander ausrichten: Wir setzen beim Aufbau Früher Hilfen auf die Verzahnung der Systeme – ich habe sie genannt – und zweitens: Nehmen wir den Begriff Frühe Hilfen einmal beim Wort: Helfen so früh wie möglich; präventiver Schutz von Kindern so früh wie möglich!

Das heißt, wir wollen bereits in der Schwangerschaft und im Kontext der Geburt ansetzen und ein neues Verständnis von Kinderschutz entwickeln.

Und wie bereits erwähnt: Wir wollen die Chance nutzen, dass in dieser Zeit ein nahezu lückenloser und auch unbelasteter Zugang durch das Gesundheitssystem und zum ebenso flächendeckenden System der Schwangerschaftsberatung besteht.

Hier stellen die Länder schon jetzt ein plurales, wohnortnahes Beratungsangebot (Beratungsschlüssel 1:40.000) zur Verfügung. Jede Frau und jeder Mann hat das Recht, sich in allen eine Schwangerschaft berührenden Fragen informieren und beraten zu lassen.

Zulassungsvoraussetzung für die Anerkennung der Beratungsstellen ist u.a., dass diese interprofessionell und mit allen Stellen, die öffentliche und private Hilfen für Mutter und Kind gewähren, zusammenarbeiten. In der Zeit der Schwangerschaft und rund um die Geburt sind Menschen in schwierigen Lebensverhältnissen besonders motiviert, angebotene Hilfen anzunehmen.

Die Bundesstiftung „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“ mit ihren finanziellen Hilfen kann hier als Türöffner helfen, die Zugänge zu den betroffenen Frauen zu finden und die Mittel werden für 2009 noch einmal auf dann 97 Mio. Euro angehoben. Denn: Die Leistungen für notwendige Aufwendungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt sind ein Anreiz für schwangere Frauen und werdende Eltern, sich in einer Notlage an eine Schwangerschaftsberatungsstelle zu wenden. Dort treffen sie auf kompetente psychosoziale Beratungsfachkräfte. Früh – und damit rechtzeitig – werden vor allem hoch belastete und sozial überforderte werdende Mütter und Paare begleitet, niederschwellig und in hohem Maß freiwillig. Dies ist unser Ziel und dort setzen wir an.

Modellprojekte und NZFH

Meine sehr geehrten Damen und Herren, im Aktionsprogramm haben wir mit allen Bundesländern Modellprojekte auf den Weg gebracht. Wir begleiten sie gezielt wissenschaftlich und überprüfen ihre Wirkung.

Schritt für Schritt ist an vielen Orten ein Netz Früher Hilfen entstanden und es sind schon jetzt im Zusammenhang damit viele Einsichten und Erkenntnisse gewonnen worden, die uns Türen öffnen und vermehrt Klarheit für Anschlusspunkte und die notwendige Strukturentwicklung schaffen.

Alle diese Projekte sind hier auf dieser Veranstaltung vertreten und werden ihre wertvolle Arbeit in diesem Rahmen vorstellen.

Dies ist eine meines Erachtens hervorragende Plattform. Voneinander zu lernen, mehr zu erfahren, Einsichten, Sicherheit und Wissen zu gewinnen, stützt unsere Entwicklungsarbeit und bringt Fortschritt für die tägliche Arbeit.

Ich möchte ausdrücklich betonen, dass die Modellprojekte ein ganz wichtiger Teil unseres Aktionsprogramms sind. Und ich möchte die Gelegenheit nutzen, um Ihnen ganz herzlich für Ihre hoch engagierte Arbeit zu danken. Ich weiß, wie mühsam es ist, auf junge Familien, die oft schwer zu erreichen sind, zuzugehen, sie zu motivieren, Scham und Angst zu überwinden.

Einige der Projekte analysieren systematisch die Vernetzungsstrukturen vor Ort und entwickeln diese weiter.

Insgesamt werden in den gemeinsamen Praxisprojekten mehr als 1.000 Frauen betreut. Etwas mehr als die Hälfte werden nach der Geburt erreicht, die anderen bereits in der Schwangerschaft. Hier wird ganz konkret präventiver Kinderschutz praktiziert! Und es gilt festzustellen: Wir erreichen die in den Blick genommene Zielgruppe, wenn die richtigen Wege und Zugänge gewählt werden!

Ein kurzer Blick auf die Besonderheiten der Zielgruppe:

- Mütter und Väter, die allein ihr Kind/ihre Kinder versorgen, ein geringes Bildungsniveau haben, oft arbeitslos sind und von Sozialtransferleistungen ihren Lebensunterhalt bestreiten.
- Mütter und Väter mit verschiedensten psychosozialen Belastungen, z. B. selbst erlebte Vernachlässigung und Misshandlung in der eigenen Kindheit, Konflikte und Gewaltproblematik in der aktuellen Partnerschaft, psychische Erkrankungen und Suchtproblematiken.
- Mütter, die nach der Entbindung in eine schwere Depression fallen und hoch verunsichert sind, wie sie die Zukunft meistern sollen.
- Mütter und Väter mit geringer sozialer Unterstützung, deren Leben geprägt ist von Armut, Arbeitslosigkeit und schlechten Wohnverhältnissen.

Natürlich wissen wir, dass der Zugang zu dieser Zielgruppe schwierig ist, weil wir es mit Menschen in Lebenssituationen zu tun haben, die sich in der Regel nicht von sich aus an Hilfesysteme wenden. Aber die Erfahrung in den Modellprojekten zeigt, dass es trotzdem gelingen kann, sie zu erreichen – insbesondere über das Gesundheitssystem – ich habe es erwähnt – (niedergelassene Frauen- und Kinderärztinnen und -ärzte, Frauen- und Kinderkliniken, Entbindungsstationen und Hebammen) – aber auch über die Kinder- und Jugendhilfe (öffentliche und freie Träger der Jugendhilfe, Projektkoordinatorinnen und -koordinatoren aus Landesmodellprojekten).

Daneben finden Mütter und Väter über Schwangerschafts-(konflikt-)beratungsstellen, Frühfördereinrichtungen, Schulen und die ARGE der Grundsicherung für Arbeitsuchende Zugang zu den Angeboten der Praxisprojekte. Einige Frauen werden durch Werbematerial der Projekte über das Angebot informiert und melden sich selbst an. Auch ehrenamtliche Besuchsdienste können Zugänge eröffnen.

Selbst wenn Erfolge stolz bilanziert werden können, müssen wir auch offen damit umgehen und bekennen, dass in den Projekten die von uns anvisierten Fallzahlen bisher nicht ganz erreicht worden sind. Das beschäftigt die Beteiligten und es wird nach Lösungen gesucht.

Die Erfahrung zeigt uns, was wir noch stärker beachten müssen: Ängste der Familien, gerade in Zeiten von dramatischen und öffentlich diskutierten Fällen. Daraus kann eine Angst vor zu enger Kontrolle und Wegnahme des Kindes resultieren, Angst vor mangeln-

der Vertraulichkeit. Darum müssen wir die besondere Chance der Frühen Hilfen immer wieder betonen:

Es geht uns darum, die Familie früh zu erreichen, zu einem Zeitpunkt, in dem das Kind noch nicht zu Schaden gekommen ist und in dem wir auf freiwilliger Basis zur Inanspruchnahme von Hilfen motivieren möchten. Unser Appell: In der Geburtsklinik nicht nur auf die medizinische Versorgung achten, sondern auch die Lebenssituation der Frau im Blick haben, hierfür sensibler sein!

Weitere Barrieren können sein: Skepsis der Familien an der wissenschaftlichen Begleitung. Oder auch schlicht zu lange Fahrtwege auf dem Land.

Aber auch die Profis müssen vom Projekt überzeugt sein. Den so genannten Multiplikatorinnen kommt eine große Bedeutung zu. Nicht zuletzt hier ist weiterhin unermüdliche Überzeugungsarbeit erforderlich, denn es gibt offenbar immer noch Ängste, Systemgrenzen zu überwinden.

Wir ziehen heute eine Bilanz etwa auf der Hälfte der Strecke des Aktionsprogramms.

Und: Ja, ich glaube schon sagen zu können: **Wir sind auf dem richtigen Weg:**

- Wir erreichen weitgehend die Zielgruppe, kennen die Zugangshindernisse und bearbeiten sie.
- Der Zugang über das Gesundheitssystem gelingt.
- Die Familien nehmen die Beratung und Begleitung über einen langen Zeitraum an und bewerten die Angebote positiv.
- Die Familien nehmen weitere Hilfen an – die Frühen Hilfen wirken als Türöffner.
- Die Kommunikation im Netzwerk nimmt zu, neue Partner werden gewonnen, die Erkenntnis nimmt zu, dass Grenzen überwindbar sind und die Überwindung der Sache dient, ohne den eigenen Existenzraum zu gefährden.

Dies ist wertvolles Wissen, das wir in Zukunft verstärkt nutzen wollen.

Um der Praxis eine Plattform für dieses Wissen anzubieten, haben wir im April 2007 das „Nationale Zentrum Frühe Hilfen“ installiert.

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen bündelt alle diese Erfahrungen und relevanten Informationen rund um die Frühen Hilfen und bereitet sie auf.

Das Zentrum ist Drehscheibe für alle in Ländern und Kommunen, die sich im Bereich Früher Hilfen weiterentwickeln wollen, etwas einbringen können und Anregungen suchen. Und es leistet sehr viel mehr. Auch dies werden wir Ihnen im Rahmen dieser Veranstaltung vorstellen.

Und auch Ihnen, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen gilt mein ausdrücklicher Dank für die gute und zuverlässige Arbeit. Sie sind in der Zwischenzeit zu einer großen Stütze im System der Frühen Hilfen und sozialen Früh-

warnsysteme geworden: kompetent, innovativ mit klaren Zielen und großer Überzeugungskraft.

Aktiver Kinderschutz

Bund, Länder und Kommunen ziehen im Aktionsprogramm „Frühe Hilfen“ an einem Strang. Und nicht nur da, denn der aktive Kinderschutz braucht in der ganzen Breite seiner Aufgabenstellung gemeinsames Handeln.

Es ist ein wichtiger und richtiger Schritt, dass die Bundeskanzlerin und die Regierungschefs der Länder auf dem „Kinderschutzgipfel“ am 19. Dezember 2007 und 12. Juni 2008 konkrete Maßnahmen für einen aktiven Kinderschutz beschlossen haben. Zahlreiche dieser Maßnahmen konnten bereits umgesetzt werden.

Fast alle Länder haben bereits gesetzliche Regelungen auf den Weg gebracht, um die Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder zu erhöhen und diese im Sinne eines verbindlichen Einladungswesens zu organisieren.

Ein Gesetzentwurf, der die Krankenkassen zukünftig verpflichtet, gemeinsam mit den Ländern auf eine Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen hinzuwirken, ist von Deutschen Bundestag bereits verabschiedet worden und wird zum 1. Januar 2009 in Kraft treten.

Bereits seit dem 1. Juli 2008 haben wir die große Lücke zwischen der U7 und der U8 durch eine neue U7a im dritten Lebensjahr geschlossen. Und in die Kinderrichtlinie ist aufgenommen worden, dass der untersuchende Arzt bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder -misshandlung die notwendigen Schritte einzuleiten hat.

Das alles ist in großer Geschwindigkeit passiert. An der Umsetzung weiterer Maßnahmen arbeiten wir mit Hochdruck. So werden wir die einstimmig beschlossenen weiteren gesetzlichen Maßnahmen für einen verbesserten Kinderschutz auf den Weg bringen.

Wir werden die Unsicherheiten im Umgang mit dem Datenschutz bereinigen und die Rechtssicherheit der betroffenen Berufsgruppen erhöhen. Darum werden wir bundesweit eine Befugnisnorm für Berufsheimnisträger einführen. Denn: Kinderschutz kann und darf nicht davon abhängig sein, ob ein Arzt, eine Beraterin oder eine Hebamme in München, Mainz oder Kiel lebt. Ärzte und Therapeuten fühlen sich zum Teil zu Unrecht zum Schweigen verpflichtet: Niemand handelt, weil wichtige Informationen nicht mitgeteilt werden.

Bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung muss sich das Jugendamt in Zukunft einen persönlichen Eindruck von Kind und Eltern und der Situation vor Ort verschaffen. Damit verfolgen wir das Ziel, klare gesicherte Standards zu setzen – für ein gemeinsames Handeln und konsequentes Tätigwerden im Interesse des Kindes.

Und wir werden ein erweitertes Führungszeugnis für jene Berufsgruppen einführen, die eng mit Kindern und Jugendlichen arbeiten. Für alles und jedes braucht es heute Zertifikate und Prüfnachweise. In diesem sensiblen Bereich können wir uns keine Nachlässig-

keit leisten oder einschlägige Verstöße etwa im Bereich Pornographie im Netz als Kavaliersdelikt unter den Tisch kehren.

Und wir werden auch systematisch daran arbeiten, fallübergreifend Defizite im Kinderschutz zu identifizieren. Wir sind es unseren Kindern schuldig, dass wir aus problematischen Kinderschutzverläufen die Konsequenzen ziehen und eine offene lernende Kultur im Umgang mit Fehlern und Fehlerketten im Kinderschutz entwickeln.

Für einen besseren Kinderschutz darf es dabei nicht in erster Linie darum gehen, den Schuldigen zu suchen und an den Pranger zu stellen. Schuldarbeit ist keine Entwicklungsarbeit und optimiert keine Systeme und Strukturen, das kann nur die Fehlerlernanalyse.

Oft hat die öffentliche Diskussion in der Vergangenheit den Mitarbeiter/die Mitarbeiterin im Jugendamt als letztes Glied in der Kette verantwortlich gemacht, wenn ein Kind zu Schaden gekommen ist. Dabei übersehen wir, dass meist schon viel früher im Fallverlauf entscheidende Weichen falsch gestellt wurden und ein komplexes System von Einflussfaktoren eine Rolle spielt.

Dies hat eine von Prof. Fegert und seinem Team erstellte Expertise „Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen“, die wir am Montag der Öffentlichkeit vorgestellt haben, eindrucksvoll gezeigt.

Die Bundeskanzlerin und die Regierungschefs der Länder haben uns den Auftrag erteilt, Defizite im Kinderschutz zu identifizieren und systematisch aus problematischen Kinderschutzverläufen zu lernen. Dazu wird mein Haus in Abstimmung mit Ländern und Kommunen beim Nationalen Zentrum Frühe Hilfen eine Plattform für einen regelhaften Erfahrungsaustausch einrichten.

Die Arbeit daran hat begonnen. Der Bund wird so erstmals eine ganz praktische Hilfe für Kommunen im Bereich Kinderschutz anbieten. Mir ist völlig klar, dass wir damit keine endgültigen Sicherheiten erreichen, aber wir wollen und werden alles dafür tun, Lücken und Schwachstellen in den Kinderschutzstrukturen zu finden und sie zu schließen.

Wir setzen an dieser Stelle auf zwei Ebenen an:

1. suchen wir Experten, die Kommunen dabei unterstützen, ihr Qualitätsmanagement im Kinderschutz zu verbessern. Dafür hat das Nationale Zentrum Frühe Hilfen in unserem Auftrag ein Projekt ausgeschrieben, auf das sich Fachinstitute noch bis zum 1. Dezember 2008 bewerben können.¹

In diesem Projekt geht es darum, Indikatoren zu entwickeln, anhand derer wir Aussagen über die Qualität eines lokalen Kinderschutzsystems machen können. Und es geht darum, Instrumente zur Verbesserung dieser Qualität zu entwickeln und gemeinsam mit 50 Modellkommunen zu erproben.

¹ Infos auf www.fruehehilfen.de

2. werden wir daran arbeiten, gemeinsam mit Ländern und Kommunen eine Struktur zu entwickeln, wie wir problematische Kinderschutzfälle systematisch durch unabhängige Expertinnen auswerten und diese Ergebnisse zurück in die Praxis fließen lassen.

Dabei geht es also um den Aufbau eines systematischen Berichtswesens im Kinderschutz, mit dem andere Länder bereits arbeiten. Ganz wichtig ist und ich betone es noch mal: Es geht auch hier nicht darum, Schuldige zu suchen und sie an den Pranger zu stellen. Es geht aber sehr wohl darum, unsere Strukturen daraufhin zu untersuchen, warum Kinder trotz aller Bemühungen und Anstrengungen der Beteiligten immer wieder durch die Schutznetze fallen, oft bis zu einem bitteren Tod. Es geht darum, eine offene und mutige Kultur zu entwickeln, Fehler zu suchen, zu benennen, sie aufzulösen.

Und ein weiteres Arbeitsfeld gilt es zu schärfen. Auch dies haben die Bundeskanzlerin und die Regierungschefs der Länder beschlossen und Bund, Länder und Kommunen werden daran im Schulterschluss arbeiten: Wir werden uns noch stärker dafür einsetzen, Kooperationsnetzwerke zu gründen, Netzwerke Früher Hilfen weiter zu entwickeln und damit starke Netze für Eltern und Kinder zu knüpfen.

Informationen müssen schnell und verlässlich ausgetauscht werden, damit vor Ort die Angebote optimiert und die betroffenen Kinder und Eltern schneller und wirkungsvoller erreicht werden können. Ich habe bereits erwähnt, dass bestehende Hemmnisse und Unsicherheiten, etwa im Umgang mit dem für den Kinderschutz wichtigen Datenschutz, beseitigt werden müssen. Wir selbst werden im Kinder- und Jugendhilfegesetz Konkretisierungen vornehmen, etwa bei der Weitergabe von Informationen von einem Jugendamt zum nächsten beim Zuständigkeitswechsel. Diese Frage ist in § 86c SGB VIII bisher zu unspezifisch geregelt. Hier brauchen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendämter mehr Klarheit und Sicherheit.

Und gerade zum Thema Vernetzung können wir auf einen großen Fundus von Erfahrungen zurückgreifen:

Aus den Interventions- und Kooperationsprojekten im Bereich häusliche Gewalt gegen Frauen wissen wir, wie wichtig und effektiv die verbindliche Zusammenarbeit der verschiedenen zuständigen Behörden und Hilfseinrichtungen zur Lösung dieser komplexen Fragen ist. Wichtig ist, dass diese Kooperationen dauerhaft auf allen Ebenen (lokal, regional, Land und Bund) bestehen. Wir werden diese Standards, Kooperationsbündnisse und Handlungsempfehlungen auch im Rahmen der „Frühen Hilfen“ nutzbar machen.

Besondere Problemlagen

Nicht nur aus diesen Interventionsprojekten wissen wir, dass ein familiärer Alltag, der von häuslicher Gewalt geprägt ist, ein Risiko für das Kind darstellt. Wenn häusliche Gewalt – meist gegen die Mutter – stattfindet, ist das Kind hiervon immer auch betroffen. Entweder es erleidet selbst Gewalt oder es beobachtet sie.

In jedem Fall hat in der Kindheit erlebte oder miterlebte Gewalt schädigenden Einfluss auf die kindliche Entwicklung und wirkt sich außerdem nachhaltig auf das spätere Erwachsenenleben aus.

Misshandlungen sind intensiver und häufiger, wenn Frauen schwanger sind oder kleine Kinder haben. 10 Prozent der Frauen, die Gewalt in der Partnerschaft erleben, haben diese erstmalig in der Schwangerschaft erfahren und 20 Prozent der Frauen nach der Geburt des Kindes.

Um den Kreislauf der Gewalt zu durchbrechen und Gesundheitsgefährdungen gegen Kinder, Jugendliche und Frauen zu verhindern, hat die Bundesregierung auch in ihrem Aktionsplan II zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen einen entsprechenden Handlungsschwerpunkt mit möglichst früh ansetzenden Präventionsmaßnahmen in Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitssystem, Schwangerenberatungsstellen und Frauenunterstützungseinrichtungen festgelegt.

Meine Damen und Herren, Sie alle wissen, wie wichtig diese systemübergreifende Arbeit für einen verbesserten Schutz von Kindern ist. Und ich danke Ihnen, dass Sie hier zusammengekommen sind, um Ihre Erfahrungen zu teilen und sich mit Ihren Fachkenntnissen gegenseitig zu unterstützen.

Mit der Eröffnung dieser Tagung will ich den Startschuss für Ihren interdisziplinären Austausch geben und wünsche Ihnen konstruktive Diskussionen, vertrauensvolle Gespräche und gute Lösungsansätze.

Denn eins ist und bleibt unsere gemeinsame Richtschnur:

Wir dürfen kein Kind dadurch verlieren, dass seine Not nicht oder nicht rechtzeitig erkannt wurde.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen im Rahmen des Aktionsprogramms der Bundesregierung

DR. MANUELA STÖTZEL

Referentin, Referat Schutz von Kindern, Frühe Hilfen, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin

DR. KARIN JURCZYK

Leiterin der Abteilung Familie/Familienpolitik, Deutsches Jugendinstitut e.V., München

ECKHARD SCHROLL

Leiter der Abteilung Sexualaufklärung, Verhütung, Familienplanung, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme für einen aktiven Kinderschutz – Anlass und Anknüpfungspunkte

Dr. Manuela Stötzel: Anlass und Anknüpfungspunkte für das Aktionsprogramm der Bundesregierung waren:

- Koalitionsvertrag,
- Aktivitäten in Ländern/Kommunen,
- Diskussion um (verpflichtende) Früherkennungsuntersuchungen für Kinder,
- Bedeutung der Frühen Hilfen,
- Ansatzpunkte im Kontext der Geburt,
- Verantwortung insbesondere im Gesundheitssystem und in der Jugendhilfe.

Im **Koalitionsvertrag** der Regierungsparteien aus dem November 2005 wurde ein Projekt zur frühen Förderung für gefährdete Kinder mit einem Gesamtbudget von 10 Millionen Euro über die Laufzeit des Programms vereinbart. Inzwischen konnte dieses Budget um eine weitere Million erhöht werden.

Das Programm bildet ein Dach über vielfältigste **Aktivitäten in Ländern und Kommunen**. An zahlreichen Orten in Deutschland ist in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten zu diesem Thema schon viel entstanden. Diese vorhandenen Elemente wurden als Basis für das Programm aufgegriffen und haben die Entwicklung und Konzipierung des Programms ganz entscheidend beeinflusst.

Die Diskussion um die **Früherkennungsuntersuchungen** begann vor zwei Jahren sehr intensiv. Das Wort „verpflichtend“ hat inzwischen in diesem Zusammenhang an Bedeutung verloren. Fast alle Länder haben gesetzliche Regelungen auf den Weg gebracht, um die Teilnahmequoten an den Untersuchungen über ein verbindliches Einladungs- und Erinnerungssystem, das die Eltern zur Teilnahme motivieren soll, zu erhöhen. Die übrigen Länder sind dabei, solche Regelungen zu diskutieren.

Die **Bedeutung der Frühen Hilfen** ist ein wichtiger Hintergrund in vielfältigen Dimensionen. Zum einen wissen wir – auch aus anderen Bereichen –, dass eine Hilfe umso effekti-

ver sein kann, je früher sie beginnt. Die Entwicklungspsychologie lehrt uns sehr eindrücklich, dass die ersten Monate/Jahre im Leben eine Weichen stellende Bedeutung für sämtliche Entwicklungsdimensionen haben. Das ist ein guter Grund, sich auf diese frühe Phase zu konzentrieren.

Und die uns aus Untersuchungen zur Verfügung stehenden Zahlen zeigen, dass Kinder in der Altersspanne 0 bis 3 Jahre besonders häufig von Misshandlung und Vernachlässigung betroffen sind. Auch aus diesem Grund ist es richtig, dass wir unsere besondere Aufmerksamkeit auf diese frühe Zeit und auf frühe Hilfen lenken.

„Früh“ bedeutet, spätestens im **Kontext der Geburt** anzusetzen, und damit in einer Zeit, in der in der Regel der Kontakt zum (Gesundheits-)System von den Betroffenen gesucht wird. Dies ist ein Moment, in dem es gut möglich ist, Hilfen durch Ansprache von Eltern und Motivationsarbeit sehr erfolgreich anbieten zu können – auch Eltern, die Hilfen nicht aus eigener Initiative suchen würden.

Damit liegen die Verantwortlichkeiten insbesondere im **Gesundheits- und Jugendhilfesystem**. Dazu gibt es weitere Systeme: Schwangerschaftsberatungsstellen, Unterstützungseinrichtungen für Frauen u.v.a. Einrichtungen, die Kontakt zu Familien mit Kindern haben.

Ziele und Zielgruppen des Programms

Das Aktionsprogramm dient der Verbesserung des Schutzes von Kindern vor Gefährdungen durch

- frühe Erkennung von Risiken in sozialen Frühwarnsystemen mit effektiven Kooperationsstrukturen und
- frühe Hilfen und Stärkung der Elternkompetenz.

Es richtet sich an

- Kinder vom vorgeburtlichen Alter bis zu ca. 3 Jahren,
- Schwangere und junge Mütter und Väter
 - mit Risiken und in belastenden Lebenslagen.

Verbreitung von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung

Wir verfügen leider nicht über die eine und umfassende Statistik darüber, wie viele Kinder tatsächlich von Misshandlung und Vernachlässigung betroffen sind. Wir können uns das nur wie ein Mosaik zusammensetzen (**Abbildung 1**) und ein Mosaikteilchen sind die Angaben zum so genannten „Hellfeld“, bei denen man sich in der Regel auf die polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) bezieht. Diese beinhaltet jedoch lediglich die angezeigten, den Ermittlungsbehörden bekannt gewordenen Fälle. Das Dunkelfeld ist nicht daraus ersichtlich. Die absoluten Zahlen zur Entwicklung in den letzten 17 Jahren sind also wenig geeignet, die Phänomene komplett zu beschreiben.

Wir wissen aus Dunkelfelduntersuchungen aus dem Bereich der erzieherischen Gewalt in der häuslichen Umgebung, dass auch schwerwiegende körperliche Bestrafungen und

schwere Prügelstrafen keineswegs aus den Haushalten verschwunden sind. Wir wissen auch, vor allem aus der Begleitforschung zum Recht der Kinder auf gewaltfreie Erziehung, das in das BGB Eingang gefunden hat, dass eine große Gruppe (ca. 70 Prozent) der befragten Kinder und Jugendlichen noch immer darüber berichtet, dass so genannte minderschwere Formen physischer Erziehungsgewalt (leichte Ohrfeige, Klaps auf den Po) durchaus zu ihrem Alltag gehören.

Kindesmisshandlung und -vernachlässigung: Verbreitung

Körperliche Misshandlung:

Hellfeld

Polizeiliche Kriminalstatistik (§ 225 StGB, Misshandlung von Kindern, < 14 J.)

- 1990: 1.213
2007: 3.373 bekannt gewordene Fälle
- 1990: 1.345
2007: 3.926 Kinder

Dunkelfeld

- 10-15% der Eltern wenden schwerwiegendere und häufigere körperliche Bestrafungen an (Engfer 2005)
- Mehrzahl der Jugendlichen berichtet über Erleben minderschwerer Formen physischer Erziehungsgewalt (Bussmann 2002f., Pfeiffer 1999, Wetzels 2001)

Vernachlässigung:

- keine repräsentativen Daten oder Untersuchungsergebnisse (auch mit §§ 171, 225 StGB erfasst)
- Schätzungen:
 - 5-10% aller Kinder (Esser & Weinel 1990)
 - 250.000-500.000 Kinder (Kinderschutzbund 2000)
- Befragung von Jugendämtern (Münder et al. 2000):
 - 65%: Vernachlässigung als Gefährdung
 - 50%: Vernachlässigung als Hauptgefährdung

Abbildung 1

© Dr. Manuela Stötzel

Zur genaueren Beschreibung des Ausmaßes von Vernachlässigung kann auch die PKS nicht weiterhelfen, weil die Vernachlässigung als Tatbestandsmerkmal in der Vorschrift zur Misshandlung von Schutzbefohlenen (§ 225 StGB) integriert ist und in der Statistik nicht entsprechend differenziert wird. Vernachlässigung ist grundsätzlich also auf der Grundlage des § 225 StGB anzeigbar, aber das stellt in der Praxis eher die Ausnahme dar. Zu den Anzeigen auf der Grundlage des § 171 StGB, der Verletzung der Erziehungs- und Fürsorgepflicht, gibt es ebenfalls Zahlen, die jedoch bei weitem nicht das Ausmaß widerspiegeln, das Sie aus der Praxis kennen. Es existieren alte Schätzungen, die aber immer wieder auch in aktuellerer Literatur zu finden sind und offensichtlich immer noch eine Größe sind, an der wir uns orientieren müssen. 5 bis 10 Prozent aller Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren bzw. 250.000 bis 500.000 Kinder sind demnach in Deutschland von Vernachlässigung betroffen, wenngleich es sehr schwierig ist, das Phänomen „Vernachlässigung“ genau zu definieren.

Eine für uns sehr wichtige Untersuchung der Arbeitsgruppe von Professor Munder an der Technischen Universität Berlin mit dem Titel „Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz“ befasste sich mit den Gründen für die Anrufung des Familiengerichts durch Jugendämter – in der Regel mit dem Ziel, die elterliche Sorge teilweise oder komplett zu entziehen. Dazu wurden verschiedene Jugendämter befragt (**Abbildung 2**). Diese Untersuchung kommt zu dem Ergebnis, dass in 65 Prozent der ermittelten Fälle Vernachlässigung ein Anlass für die Jugendämter war, das Gericht anzurufen. In 50 Prozent der Fälle war Vernachlässigung das Hauptproblem in den Familien. Fast drei Viertel der betroffenen Kinder waren dabei unter 3 Jahre alt. Das sind Kinder, die überhaupt nicht in der Lage sind, sich so einer Situation zu entziehen und selbst Hilfe zu holen. Wie bereits gesagt, ist das ein wichtiger Grund, sich auf diese frühe Zeit zu konzentrieren.

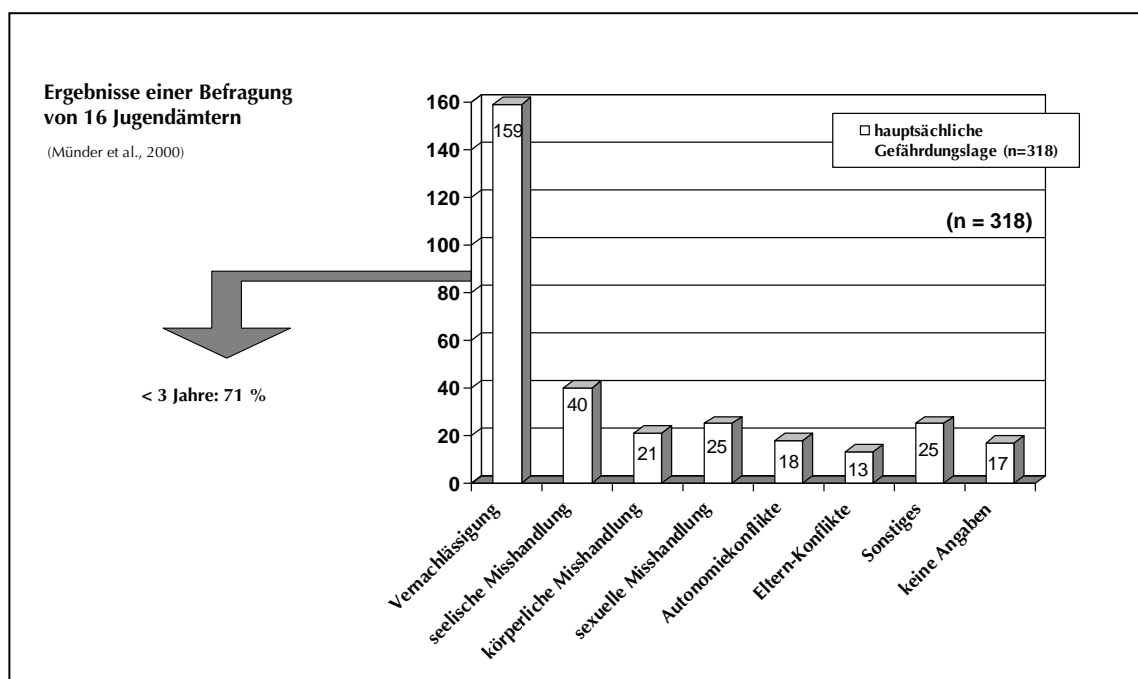


Abbildung 2

© Dr. Manuela Stötzel

Ergänzend zu diesen Ergebnissen geben vor wenigen Monaten vom Statistischen Bundesamt veröffentlichte Zahlen Aufschluss über die neueren Entwicklungen in Bezug auf unser Thema (**Abbildung 3**):

Entwicklungen 2006/2007 (Statistisches Bundesamt)

- Inobhutnahmen um 8,4 % gestiegen (insgesamt 28.200 Kinder)
- Eingriffe der Familiengerichte in elterliche Sorge um 12,5 % gestiegen (insgesamt 10.800)
- Anträge der Jugendämter an Familiengerichte um 18,5 % gestiegen (insgesamt 12.800 Fälle)

Abbildung 3

© Dr. Manuela Stötzel

Die Zahlen der Inobhutnahmen, der Eingriffe der Familiengerichte in die elterliche Sorge sowie die Anträge der Jugendämter an Familiengerichte sind in diesem kurzen Zeitraum jeweils nicht unerheblich gestiegen.

Zeitlicher Ablauf des Aktionsprogramms

Das Aktionsprogramm der Bundesregierung zu den Frühen Hilfen hat eine Laufzeit von 2006 bis 2010 (**Abbildung 4**). Die Kurzevaluation im Jahr 2006 war eine erste vergleichende Untersuchung zu einzelnen ausgewählten Projekten Früher Hilfen. Diese führte zu einer Ausschreibung und zu den Modellprojekten, die inzwischen in allen Bundesländern auf den Weg gebracht wurden. Sie schauen sich verschiedene Vernetzungsstrukturen und auch spezifische Interventionen an und begleiten diese wissenschaftlich.

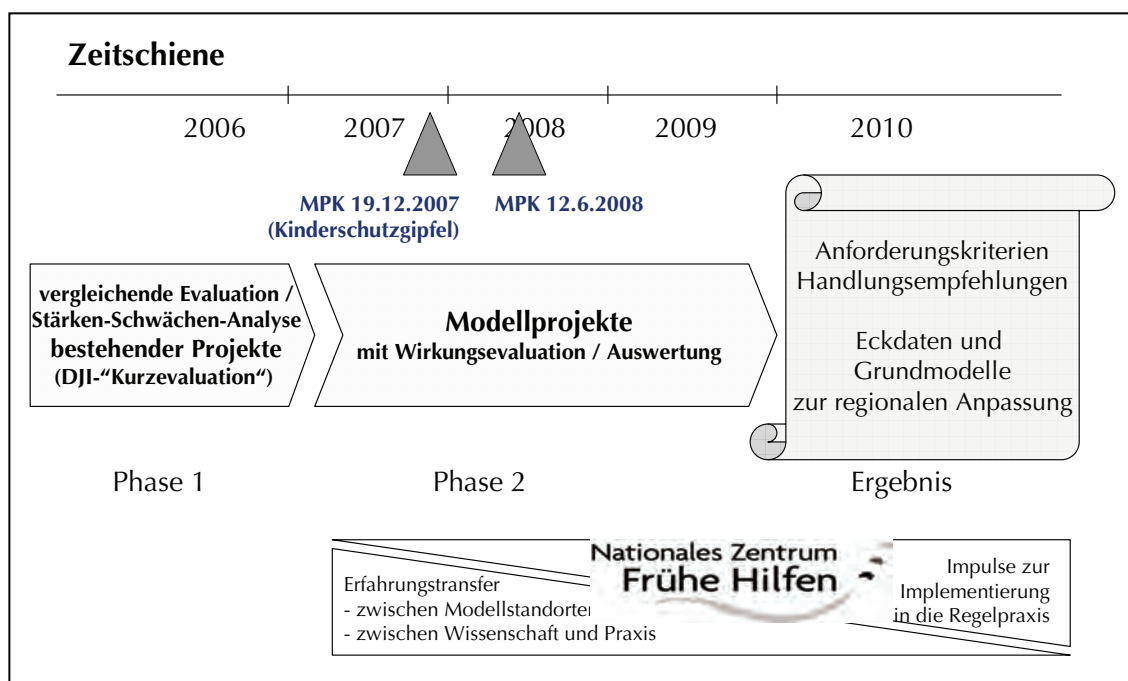


Abbildung 4

© Dr. Manuela Stötzel

Ziel ist es, aus den Projekten Handlungsempfehlungen, Eckdaten und Grundmodelle herauszuarbeiten und diese in die gewachsenen regionalen Strukturen einzufügen und vor Ort umzusetzen.

Im Moment befinden wir uns in der Phase, den Erfahrungstransfer zwischen den Modellprojekten im Programm und den vielen anderen bestehenden, guten Projekten zu unterstützen. Wir werden bald in die Phase übergehen, Impulse zu entwickeln, diese Erfahrungen an die Regelpraxis weiterzugeben und zu implementieren. Dies ist eine zentrale Aufgabe des im letzten Jahr eingerichteten Nationalen Zentrums Frühe Hilfen, das Ihnen im Folgenden vorgestellt wird.

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen – Ausgangssituation

Dr. Karin Jurczyk: Im DJI haben in den Jahren vor der Gründung des Nationalen Zentrums umfangreiche Vorarbeiten stattgefunden. Die wichtigsten Ergebnisse dieser Arbeit wurden in der „Kurzevaluation Frühe Hilfen“ veröffentlicht.¹

Aus dieser Studie konnte das Fazit gezogen werden, dass es in Deutschland bereits ein weit verzweigtes Netz von vielfältigen Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten für Familien gibt, aber: **„Einzelne Modelle für sich allein können keine gute Versorgung von Familien mit Unterstützungsangeboten gewährleisten. Dies gelingt nur in einem umfassenden und differenzierten Netzwerk ‚Frühe Hilfen‘.“**

Als **zentrale Zielsetzung** des Aktionsprogramms des BMFSFJ „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ wurden folgende Punkte formuliert:

Schutz von Kleinkindern vor Misshandlung und Vernachlässigung durch:

- Frühe Hilfen und Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern (Primärprävention),
- Früherkennung von Risiken durch soziale Frühwarnsysteme,
- Optimierung und Implementierung effektiver Hilfesysteme und
- effektive Kooperationsstrukturen in Jugendhilfe und Gesundheitswesen mit klar vereinbarten Handlungsschritten.

Diese Zielsetzung wurde in sechs **Qualitätsdimensionen Früher Hilfen** aufgeschlüsselt:

- Systematisch Zugang zu Familien finden,
- Belastungen und Risiken frühzeitig erkennen,
- Familien zur Annahme von Hilfen motivieren,
- Hilfen an die Bedarfe von Familien anpassen,
- Entwicklung von Familien und Kindern nachhaltig begleiten (Monitoring),
- Verstetigung der Hilfen als Regelangebot.

Entscheidend für Frühe Hilfen sind das Gelingen von systematischen Zugängen zu den oft schwer erreichbaren Familien und die frühzeitige Erkennung von Belastungen und Risiken. In den Projekten konnten wir feststellen, dass es eine große Herausforderung ist, die Familien zur Annahme von Hilfsangeboten zu motivieren.

Die jeweiligen Hilfen sind an die konkreten und sehr unterschiedlichen Situationen und Bedarfe der Familien anzupassen. In der nachhaltigen Begleitung von Familien und Kindern sehen wir einen hohen Entwicklungs- und Verbesserungsbedarf, ebenso in der Verstetigung der Hilfen als Regelangebot. Unser Ziel ist es nicht – wenngleich wir hier solche Impulse geben –, weitere Modellprojekte anzustoßen, sondern die Implementierung von gut funktionierenden Ansätzen in das Regelsystem.

¹ Deutsches Jugendinstitut e.V. -DJI-, München (Hrsg.); Helming, E.; Sandmeir, G.; Sann, A.; Walter, M.: Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. Laufzeit: 01.08.2006 bis 31.12.2006. Abschlussbericht. München (2007); 147 S.; Abb., Lit.

Begriffsbestimmung: Frühe Hilfen (Aktionsprogramm)

Im Nationalen Zentrum wird zurzeit eine Debatte darüber geführt, was Frühe Hilfen wirklich sind. Wir haben an verschiedenen Orten festgestellt, dass es ein breites Spektrum der Begriffsbestimmung für Frühe Hilfen gibt.

Daher haben wir drei Elemente zur Begriffsbestimmung festgelegt. Das Aktionsprogramm Frühe Hilfen bedeutet:

- die Fokussierung auf die **Prävention** von Vernachlässigung und Misshandlung bei Säuglingen und Kleinkindern, beginnend mit der Schwangerschaft bis zum Ende des dritten Lebensjahres,
- die **Früherkennung** von familiären Belastungen und Risiken für das Kindeswohl,
- die **frühzeitige Unterstützung der Eltern** zur Stärkung ihrer Erziehungskompetenz.

Diskutiert wird außerdem die Frage, ob Frühe Hilfen und Kinderschutz dasselbe darstellen, eine Frage, die noch einer abschließenden Antwort bedarf.

Zielgruppen

Zielgruppen sind einerseits

- **Kinder vom vorgeburtlichen Alter bis zu ca. 3 Jahren**, andererseits
- **Schwangere und junge Mütter und Väter in belastenden Lebenslagen:**
 - Armut, Arbeitslosigkeit und geringe Bildung,
 - Frühe Mutterschaft, Alleinerziehende ohne Unterstützungssystem,
 - Psychische Probleme der Eltern (Sucht, Depression),
 - Belastete Biografien der Eltern (eigene Vernachlässigung, Beziehungsabbrüche, negative Bindungserfahrungen),
 - Fehlendes Erziehungswissen,
 - Eigene Gewalterfahrung, Partnerschaftsgewalt,
 - Merkmale des Kindes: beispielsweise Behinderung, schwieriges Temperament.

Es erweist sich in unseren Projekten als sehr schwierig, die Väter einzubeziehen, aber wir bemühen uns aktiv darum.

Aus verschiedenen Studien wissen wir, dass mehr als drei Viertel aller Eltern in der Erziehung verunsichert ist. Damit sind oft unrealistische Erwartungen an das Kind verbunden; die Eltern wissen nicht, in welchem Alter und zu welchem Entwicklungszeitpunkt sie was von dem Kind erwarten können.

Ansatzpunkte Früher Hilfen

An den Frühen Hilfen sind vier wichtige Systeme beteiligt (**Abbildung 5**): das Gesundheitswesen, die Kinder- und Jugendhilfe, Schwangerschaftsberatung und Frühförderung.

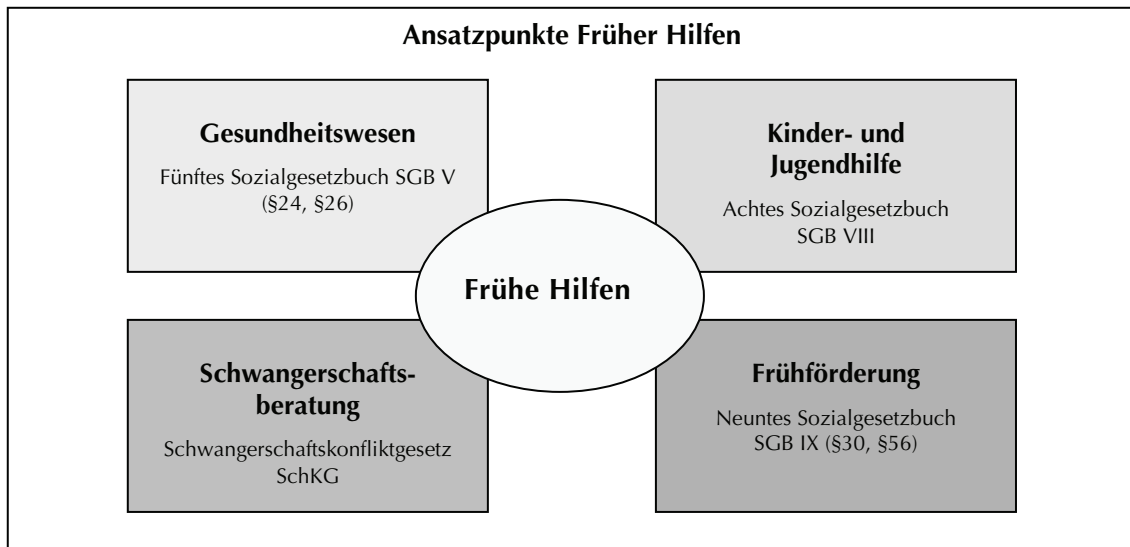


Abbildung 5

© NZFH

Diese Systeme können durch andere Akteure angereichert werden. Diese vier werden explizit genannt, weil es sich hierbei um Leistungserbringer handelt, die auf gesetzlicher Grundlage agieren. Die Frühen Hilfen sind ein System, das aus unterschiedlichen Teilsystemen besteht, die sich miteinander vernetzen müssen.

Kooperation zwischen Gesundheitssystem und Jugendhilfe

Die Kooperation von Gesundheitssystem und Jugendhilfe ist ein unverzichtbarer Kern der Frühen Hilfen. Das Gesundheitssystem hat um den Zeitpunkt der Geburt herum einfach den besten Zugang zu fast allen Eltern und Kindern und gewährleistet medizinische Versorgung und Risikoerkennung.

In der Jugendhilfe liegen die Kompetenzen vor allem in der Abklärung psychosozialer Risiken und im Erkennen des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs sowie der Bereitstellung geeigneter Hilfen.

Wir verfügen über relativ wenig empirisch-wissenschaftlich gut abgesichertes Wissen dazu, über sehr wenig Grundlagenforschung und über keine gesicherte Datenlage. Dennoch kann man aus dem Wenigen **drei Gründe für die Kooperation** zusammenfassen:

- Zur Sicherung des Kindeswohls in psychischer, physischer und sozialer Hinsicht braucht es enge Kooperation und Verzahnung der beiden Systeme.
- Zahlreiche Problemlagen sind nur durch system- und professionsübergreifende Nutzung der Kompetenzen und Ressourcen lösbar.
- Kooperation und Schaffung sicherer Übergänge zwischen Gesundheitssystem und Jugendhilfe (= Soziales Frühwarnsystem).

Arbeitsweise des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen

Eckhard Schroll: Um ein Nationales Zentrum Frühe Hilfen aufzubauen, haben wir – das DJI und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – uns zu einer Kooperation entschlossen (**Abbildung 6**), damit sowohl die Erkenntnisse aus der Jugendhilfeforschung als auch aus der Gesundheitsförderung effektiv in die Aufgabenbearbeitung eingebracht werden können.

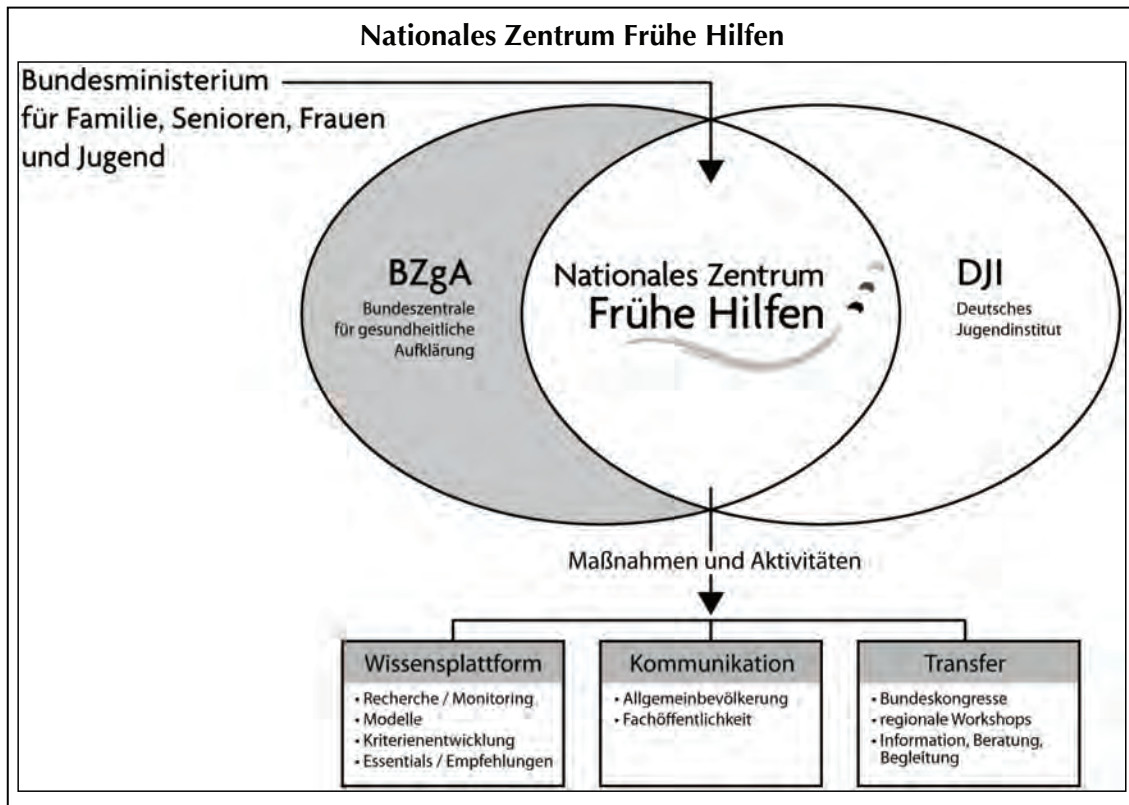


Abbildung 6

© NZFH

Wir haben unser Wissen, unsere Erfahrungen, aber auch unsere Form, nach qualitätsgesicherten Methoden zu arbeiten, in das Zentrum eingebracht. Um dies zu bewerkstelligen, wurde ein Zentrum mit Sitz in der BZgA mit zunächst lediglich vier Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Referententätigkeit und zwei Sachbearbeiterinnen installiert. Hier wurde in Absprache mit dem BMFSFJ bewusst auf ein großes Zentrum mit vielen Mitarbeiterinnen verzichtet, um möglichst viele Mittel für die Modellprojekte vor Ort nutzen zu können.

Im April 2007 haben wir unsere Arbeit aufgenommen. Drei Säulen kennzeichnen unsere Arbeitsschwerpunkte: die **Wissensplattform**, die **Kommunikation** und den **Transfer**.

Wenn zwei unterschiedliche und von einander relativ unabhängige Systeme, wie die Jugendhilfe und das Gesundheitssystem enger miteinander Probleme lösen wollen, dann ist das nicht ganz einfach – das wissen Sie aus der Praxis. Wir sprechen oft von den glei-

chen Themen sowie Problemen und meinen ganz unterschiedliche Dinge. Wir benutzen die gleichen Begriffe, aber definieren sie jeweils anders. Dies zu erkennen, ist ein Prozess, dem wir uns stellen müssen: dazu gehört es auch zu definieren, was wir unter den einzelnen Begriffen verstehen und uns in den gemeinsamen Arbeitsschritten zu vergewissern, wie wir vorgehen. Zu Anfang klingt dies etwas mühsam, ist aber dringend notwendig, wenn wir das Wissen und die Erfahrungen beider Sektoren zur Problemlösung optimal einbringen wollen. Ein Ergebnis dieses Lernprozesses ist es, ein Glossar zum gegenseitigen besseren und vor allen Dingen effektiveren Verständnis des jeweils anderen Arbeitsprozesses zu entwickeln.

Nun zu den einzelnen Säulen unserer Arbeit:

1. Säule: Wissensplattform

Die Wissensplattform besteht aus den vier Elementen:

- Recherche und Monitoring der Praxisentwicklung im Feld Früher Hilfen,
- Entwicklung von Kriterien zur Systematisierung und Bewertung der Praxis,
- Aufbereitung von Forschungsbefunden zu Frühen Hilfen,
- Zusammenführung der Erkenntnisse aus den im Rahmen des Aktionsprogramms geförderten **Modellprojekten in den Bundesländern**.

Die Bestandsaufnahme über die Praxisentwicklung ist ein gutes Beispiel für die Recherche im Feld Früher Hilfen. Hier wird der Stand Vernetzung und Kooperation sowohl von Seiten des öffentlichen Gesundheitswesens als auch von Seiten der Jugendämter in der Bundesrepublik abgebildet. Diese Bestandsaufnahme führt das Deutsche Institut für Urbanistik in unserem Auftrag durch.

Bei der Systematisierung helfen uns neben den Modellprojekten Forschungsbefunde im nationalen und internationalen Bereich.

Im Rahmen des Aktionsprogramms führen wir wissenschaftliche Begleitungen von Modellprojekten in jedem Bundesland durch. In den Bundesländern werden unterschiedliche Zugänge und Verfahren von Frühen Hilfen durch spezifische Formen der Evaluation in den Blick genommen (**Abbildung 7**).

Die Arbeit der verschiedenen Modellprojekte lassen sich in zwei große Gruppen unterteilen: Einmal liegt der Fokus auf der Vernetzung und auf der anderen Seite auf der Erprobung spezifischer Interventionen, wie z.B. dem Einsatz von Familienhebammen.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Modellprojekte)

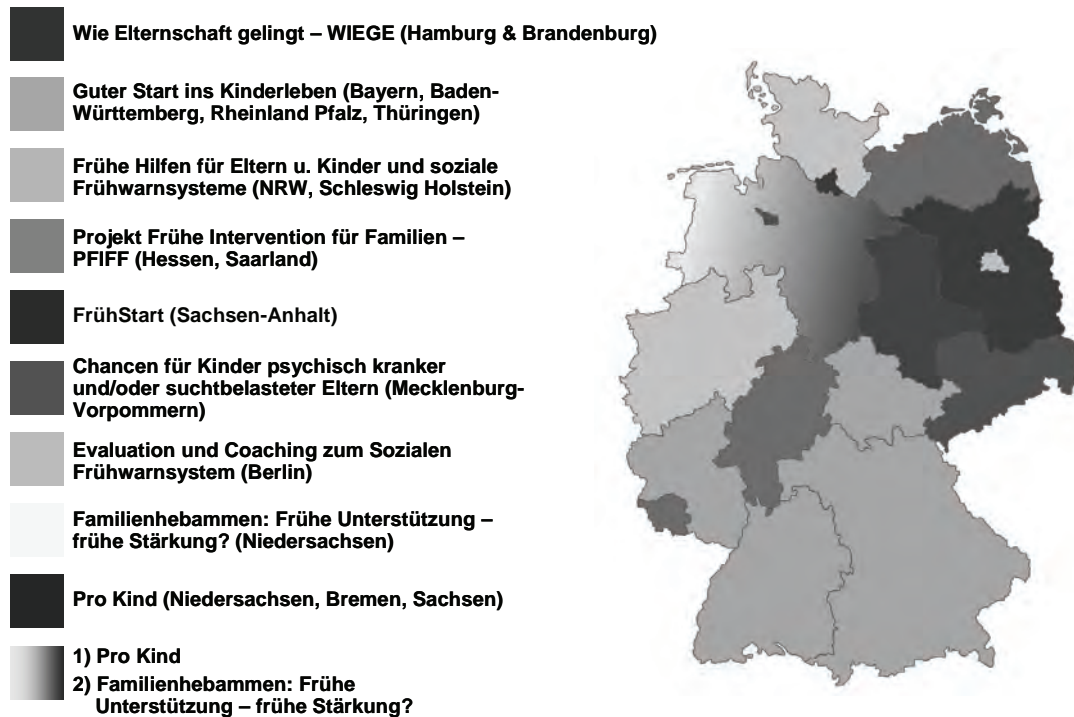


Abbildung 7

© NZFH

Zentrale Themen der Modellprojekte sind im Einzelnen:

- Geeignete Zugangswege zu und Motivationssteigerung bei den hoch belasteten Gruppen herausarbeiten.
- Verlässliche Screening- und Diagnoseinstrumente zur Risikoeinschätzung entwickeln.
- Bewährte verbindliche Vernetzungsstrukturen erarbeiten – nicht nur die persönlichen Vernetzungsstrukturen, die mit Mitarbeiterwechsel verloren gehen.
- Sichere Übergänge zwischen den Systemen (Lotsenfunktion, Präventionskette) unter Wahrung des Datenschutzes schaffen.
- Kriterien einer Clearing- bzw. Koordinierungsstelle und ihre Einbettung in vorhandene Strukturen beschreiben. Braucht das System eine Koordinierungsstelle und wenn ja, wo soll diese angesiedelt sein: im Gesundheitssystem, beim Jugendamt oder an einer dritten Stelle, weil das Vertrauen zwischen den Systemen noch nicht genügend gegeben ist?
- Effektive und passgenaue Hilfen anbieten,
- Ausreichende Professionalisierung der Berufsgruppen in den jeweiligen Systemen hinsichtlich Früher Hilfen und zur Erkennung von Kindeswohlgefährdung befördern.

Erste Ergebnisse der Modellprojekte

Wir haben die Modellprojekte aufgefordert, ganz offen darüber zu berichten, welche Schwierigkeiten es gab, aber auch welche neuen Erkenntnisse sie aus den Projekten gewonnen haben. Die ersten Zwischenergebnisse waren recht vielfältig und z. T. überraschend. Mit unserem wissenschaftlichen Beirat haben wir die Ergebnisse bereits diskutieren können. Der Beirat war von der Offenheit beeindruckt, wie selbstverständlich deutlich die Modellprojekte ihre entwickelten Möglichkeiten und Grenzen der Interventionsansätze diskutiert haben. Ich glaube dies zeigt, wie gut es dem NZFH in kürzester Zeit gelungen ist, hier eine wirklich arbeitsfähige, effiziente Plattform für einen produktiven Austausch zu schaffen. Von der Qualität dieses Austausches wird m. E. die Weiterentwicklung des Feldes Frühe Hilfen abhängen.

Die Ergebnisse können wie folgt zusammengefasst werden²:

- Gute Erreichbarkeit über das Gesundheitswesen.
- Familien in schwierigen Lebenslagen nicht nur auf medizinische Fragen ansprechen, sondern auch auf psychosoziale Aspekte.
- Alle geförderten Projekte erreichen in der Praxis einen wesentlichen Ausschnitt der Zielgruppe.
- Der Erfolg lokaler Netzwerke „Frühe Hilfen“ hängt stark von den Rahmenbedingungen und den handelnden Personen vor Ort ab.

2. Säule: Transfer

Die zweite Säule dient dazu, gesicherte Erkenntnisse in die Öffentlichkeit verständlich zu transferieren und die Fachöffentlichkeit über neue Ergebnisse zu informieren bzw. Diskussionen anzustoßen. Dabei geht es zum einen um regionale Transferkonzepte, aber zum anderen auch um die Diskussion zur Weiterentwicklung von Frühen Hilfen, beispielsweise durch Tagungen und Regionalkonferenzen:

- Unterstützung staatlicher und nicht-staatlicher Akteure beim Aufbau Früher Hilfen durch ein regionales Transferkonzept.
- Unterstützung des **Praxisaustauschs** über bisherige Erfahrungen, Arbeitsansätze und Weiterentwicklung von Frühen Hilfen durch Tagungen und Regionalkonferenzen.
- Unterstützung der **fachübergreifenden Vernetzung** der Akteure durch Einladung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern **aus dem Gesundheitssystem und der Jugendhilfe** zu diesen Veranstaltungen.

Im Jahr 2007 haben wir beispielsweise mit der Evangelische Akademie Tutzing die Frage der Erreichbarkeit von Familien diskutiert. Zwei Regionalkonferenzen für Städte und Gemeinden sowie Landkreise wurden zudem durchgeführt. Eine in Westdeutschland und zwar in Köln, dem Sitz des Nationalen Zentrums, mit rund 40 Kommunen, und eine in

² Weitere Informationen in: Nationales Zentrum Frühe Hilfen: Frühe Hilfen. Modellprojekte in den Ländern. Köln, 2008; http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/fileadmin-nzfh/pdf/Fruehe_Hilfen_-_Modellprojekte_in_den_Laendern.pdf

Ostdeutschland, in Leipzig mit 140 Fachleuten und Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Bei beiden Terminen nahmen Vertreterinnen und Vertreter aus dem Bereich des Gesundheitswesens und der Jugendhilfe teil. Die rege Teilnahme auf beiden Konferenzen sind Belege für die große Nachfrage nach solchen Konferenzen, auf denen man die Umsetzung vor Ort und in der Region miteinander besprechen kann.

Darüber hinaus haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Nationalen Zentrums im letzten Jahr über 90 Fachvorträge auf nationalen und regionalen Konferenzen, Fachtagungen und Seminaren gehalten. Daran kann man ermessen, welche Bedeutung dem Thema im fachlichen Umfeld beigemessen wird und welche Notwendigkeit für fachlichen Input besteht.

Die fachübergreifende Vernetzung wurde durch zwei große Veranstaltungen vorangebracht: Im September 2008 führten wir in Bad Lauterberg gemeinsam mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege eine nationale Fachtagung mit Schwangerschaftsberatungsstellen zum Thema „Unterstützung von Anfang an! Schwangerschaftsberatungsstellen als Brückenbögen zu Jugendhilfe und Gesundheitswesen“ durch. Auch hier war die Nachfrage mit über 200 Teilnehmerinnen und Teilnehmern überwältigend. Dies zeigt, wie stark das Thema zurzeit in den Verbänden diskutiert wird. Zusammenfassend können wir sagen, dass die Verbände sehr unterschiedlich, kompetent um eine Position und eine klare Rolle im Feld Früher Hilfen ringen.

Im Frühjahr 2009 werden wir zusammen mit dem Deutschen Institut für Jugendhilfe und Familienrecht eine Veranstaltung in Bad Godesberg zur Vernetzung in Verbindung mit Fragen des Datenschutzes durchführen.

3. Säule: Kommunikation/Öffentlichkeitsarbeit

Die dritte Säule umfasst im Einzelnen:

- Stellenwert Früher Hilfen deutlich machen,
- Klimaschaffung für fachübergreifende Zusammenarbeit befördern,
- Elternwissen zur Kindesentwicklung in den ersten Jahren verbessern,
- Stärkung der Elternkompetenz,
- Klimaschaffung, um Eltern zur Hilfeannahme zu motivieren.

Aus diesen Aufgaben erscheinen mir besonders wichtig:

1.) Die Schaffung eines Klimas für die fachübergreifende Zusammenarbeit

Während der Tagung mit Vertreterinnen und Vertretern der Schwangerschaftsberatungsstellen kam die Bedingung für ein Klima gegenseitiger übersektoraler Kooperation zur Sprache: Nur wenn es gelingen kann die **Kooperation auf gleicher Augenhöhe** zu führen, kann Zusammenarbeit unterschiedlicher Systeme optimal auf den Weg gebracht werden. Nur wer auf gleicher Augenhöhe kooperiert, wird auch auf den jeweiligen anderen verweisen und sich bereitwillig vernetzen. Dies war eine zentrale Diskussion auf der Tagung, die damit genau den sensibelsten Punkt des notwendigen Klimas von Kooperationen ansprach.

2.) Das Elternwissen zur Kindesentwicklung verbessern und die Elternkompetenz stärken

Der „Gelbe Ordner“ der BZgA, der das gesunde Aufwachsen von Kindern in den Mittelpunkt stellt und in Zusammenarbeit mit zahlreichen Verbänden entstanden ist, richtet sich an alle Eltern.³ Die Möglichkeiten und Bedingungen des Einsatzes evaluieren wir in den Modellprojekten. Inwieweit dieses Angebot gerade auch für Familien in belasteten Lebenslagen hilfreich ist und Unterstützung bietet oder ob und wie wir es ändern müssten, damit es noch erfolgreicher eingesetzt werden kann, werden wir bald näher erfahren.

Laufende Aktivitäten des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen

- Ministerpräsidenten-Konferenz (MPK) vom 12.06.2008: Einrichtung einer Plattform für einen regelhaften Erfahrungsaustausch mit Bund und Ländern, um Defizite im Kinderschutz zu identifizieren und um aus problematischen Kinderschutzverläufen zu lernen („Aus Fehlern lernen“),
- MPK-Konferenz („Kindergipfel“) vom 19.12.2007: Entwurf eines Vorschlags zum „Eckpunktepapier“,
- Begleitung und Zusammenführung der Ergebnisse der Modellprojekte,
- Bestandsaufnahme Früher Hilfe und Erstellung von Expertisen,
- Durchführung von Kongressen, Workshops und Tagungen mit unterschiedlichen Akteuren aus Wissenschaft und Praxis,
- Qualitätssicherung (Wissenschaftlicher Beirat, Fachbeirat, BMFSFJ, BZgA, DJI),
- Bereitstellung und Pflege der Kommunikationsplattform für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (www.fruehehilfen.de),
- Presse- und Öffentlichkeitsarbeit.

Aus den Aktivitäten möchte ich die **Qualitätssicherung** herausgreifen, um zu erklären, wie das NZFH in Wissenschaft und praktischer Umsetzung vernetzt ist. Das Nationale Zentrum hat einen wissenschaftlichen Beirat mit 21 namhaften Professorinnen und Professoren berufen, die im weiten Feld der Frühen Hilfen aus ihren unterschiedlichen Arbeitsdisziplinen wissenschaftliche Reputation mitbringen und ihr Fachwissen für das NZFH-Programm einbringen wollen. Dadurch verankert sich das NZFH in die wissenschaftliche Fachwelt und koppelt seine Maßnahmen mit dem Beirat zurück.

Außerdem konstituierte sich der Fachbeirat beim NZFH mit über 20 Institutionen aus den Kommunen, den Verbänden, den Ländern und den Fachgesellschaften sowohl aus der Jugendhilfe als auch aus dem Gesundheitswesen. Dieser Fachbeirat, der die Gesundheits- und Jugendhilfe vereint, ist sicherlich in dieser Bandbreite von unterschiedlichen Umsetzungsebenen bei gleichzeitiger Repräsentanz beider Sektoren ein Novum in unserer Geschichte. Dieser Beirat ist mit ausschlaggebend dafür, ob uns die Vernetzung auch bundesweit gelingen wird.

³ BZgA (Hrsg.): Gesund groß werden - Eltern-Ordner zum Früherkennungsprogramm für Kinder U1-U9 und J1

Zum Schluss möchte ich Sie noch auf eine wichtige Seite unserer Öffentlichkeitsarbeit hinweisen: Seit einem Jahr unterhält das Nationale Zentrum Frühe Hilfen die Internetseite www.fruehehilfen.de, auf der Sie sich über alle Aktivitäten, Publikationen und alle Modellprojekte detailliert informieren können. Wenn Sie aktuell informiert sein wollen, bestellen Sie sich einfach den newsletter, für den Sie sich auf der **homepage** anmelden können.

Der Untersuchungsbericht zu „Kevin“. Was können wir daraus lernen?

PROF. DR. KLAUS WOLF
Professor für Sozialpädagogik, Universität Siegen

Am 10. Oktober 2006 wurde die Leiche des knapp zweieinhalb Jahre alten Kevin von der Polizei im Kühlschrank seines Ziehvaters gefunden. Der Tod dieses Kindes hat intensive Reaktionen in der Öffentlichkeit und den Medien, in der Politik und auch in der Sozialen Arbeit ausgelöst.

Der Fall Kevin ist ein Symbol – aber ein Symbol für was:

- Für das Versagen der Sozialen Arbeit?
- Für das Mislingen der Kooperation zwischen unterschiedlichen Systemen: Soziale Arbeit, Medizin, Justiz?
- Für einen desillusionierten Blick auf das Leben in Familien?

Für viele Menschen ist er wahrscheinlich auch mit der grundsätzlichen Frage verbunden: In was für einer Gesellschaft leben wir eigentlich, in der so etwas passieren kann? Diese Frage berührt die Legitimation des politischen Systems und sie hat Aktivitäten ausgelöst, unter anderem auch sinnvolle.

Für mich steht dieser Fall für die Hochrisikoseite des Aufwachsens von Kindern unter extrem ungünstigen, ihre Entwicklung, ja ihr Leben bedrohenden Bedingungen. Im Mittelpunkt dieses Textes steht daher der Versuch, die Struktur der Fehler der professionellen Sozialen Dienste herauszuarbeiten, die den Tod des Kindes wahrscheinlicher gemacht haben. Dabei möchte ich keine individuelle Psychopathologie der Akteure behandeln oder strafrechtliche Beurteilung vornehmen – für beides habe ich keine Expertise –, sondern die Strukturen der Fehler analysieren.

Die Probleme liegen auf unterschiedlichen Ebenen:

- intrapersonelle Prozesse, etwa der individuellen Informationsverarbeitung,
- Probleme in der Kooperation zwischen zwei Personen,
- Kooperation zwischen Diensten,
- Organisationsstrukturen von Diensten und
- politischen Entscheidungen, die die Handlungsmöglichkeiten professioneller Dienste einschränken.

Durch den Bericht des parlamentarischen Untersuchungsausschusses (im Folgenden: PUA) der Bremer Bürgerschaft ist der Fallverlauf sehr detailliert rekonstruierbar. Der 386-seitige Abschlussbericht ist weiterhin öffentlich zugänglich.¹

¹ http://www.bremische-buergerschaft.de/uadocs/BerichtUA_Kindeswohl_5cc.pdf

Dieser Abschlussbericht, einige Fachveröffentlichungen² und eigene Recherchen engagierter Studentinnen und Studenten waren die Basis für ein Seminar an der Universität Siegen, in dem wir den „Fall Kevin“ insbesondere unter der Frage analysiert haben „Was kann und muss die Soziale Arbeit aus dem Tod dieses Kindes lernen?“ Dies ist deswegen über den „Fall Kevin“ hinaus interessant, weil hier die Struktur von Fehlern deutlich wird, für die die Soziale Arbeit und die Jugendhilfepolitik generell anfällig sind. Die Darstellung erfolgt in **drei Themenfeldern**:

1. Fehler der einzelnen Fachkraft,
2. Fehler in der Organisation des Amtes,
3. Fehler in der Jugendhilfepolitik.

Das erste Themenfeld werde ich in Details behandeln, die beiden anderen nur grob skizzieren. Es ist hier nicht möglich, den Fallverlauf in seiner „Gesamtdramaturgie“ darzustellen. Dazu sei auf den Bericht der Bürgerschaft³ verwiesen. Die im Folgenden skizzierten Fehler der einzelnen Akteure sind jeder für sich genommen nicht einzigartig. Insofern wird hier nicht in historischer Perspektive ein Fallverlauf analysiert, sondern es werden Risiken und strukturelle Probleme in sozialpädagogischen Handlungsfeldern beschrieben.

1. Fehler der einzelnen Fachkraft

Ich beginne mit den Fehlentscheidungen der einzelnen Fachkräfte und skizziere unterschiedliche Aspekte, die zu Fehleinschätzungen, Fehlentscheidungen und zu Fehlern in Handlungen bzw. der Unterlassung von Handlungen geführt haben.

1.1. Gravierende Fehler in der Informationsverarbeitung

Einzelne Mitarbeiter – hier insbesondere der Casemanager und später der Amtsvormund – haben Hinweise auf eine erhebliche Notsituation von Kevin und von Eskalationen in seiner Familie falsch bewertet. Betrachtet man die Verläufe in einem Sender-und-Empfänger-Modell, dann hat der Empfänger immer wieder Informationen erhalten, die nicht richtig dechiffriert wurden. Im Einzelnen spielen folgende Fehler in der Informationsverarbeitung eine Rolle.

1.1.1. Die Abwägung widersprüchlicher Informationen findet nicht statt oder ist nicht plausibel.

Der Mitarbeiter erhält aus unterschiedlichen Quellen Informationen, die nicht ohne Weiteres zusammenpassen. Daraus ergibt sich eine widersprüchliche Informationslage, die zu kognitiven Dissonanzen und auch emotionalen Spannungen führen kann. In einer solchen Ambivalenz und Ambiguität auslösenden Lage ist eine realitätsnahe Bewertung schwierig, aber eben auch besonders notwendig.

So gibt es im Bericht deutliche Hinweise auf Beobachtungen über einen liebevollen Umgang der Mutter und des Ziehvaters mit Kevin oder ein schön eingerichtetes Kinderzim-

² zum Beispiel Salgo 2006 und 2007; Emig 2007; Kreft, Weigel, Hoppensack 2008

³ insbesondere S. 46-90

mer. Andererseits gab es dramatische Hinweise auf extreme Notsituationen von Kevin und auf Situationen in denen die unter Drogen stehenden Eltern überhaupt nicht in der Lage waren, ein Minimum an Sorge für Kevin zu tragen.

In einer solchen Informationslage besteht die Verführung, Eindeutigkeit herzustellen. Während in der öffentlichen Berichterstattung diese Eindeutigkeit fast immer durch Ausblendung der Wahrnehmungen zum liebevollen Umgang produziert wird, hat der Case-manager viele Alarmsignale bagatellisiert und seine Wahrnehmung auf die positiven Eindrücke fokussiert. Ein zentrales Qualitätskriterium sozialpädagogischer Diagnosen zur Risikobewertung ist somit die Fähigkeit, widersprüchliche Informationen in einer Zusammenschau zu betrachten, Ambivalenz nicht einseitig aufzulösen, sondern mit komplexen, uneinheitlichen, situationsabhängigen Verhältnissen zu rechnen. Solche Einschätzungen sollte ein einzelner Mitarbeiter nicht alleine vornehmen, sondern die verpflichtende kollegiale Beratung ist ein zentrales Prozessmerkmal professioneller Beurteilung.

1.1.2. Informationsquellen werden nicht kritisch bewertet.

Die Quellen, auf die der Mitarbeiter sich beziehen muss, sind interessengeleitet. Die Sender haben eine spezifische Wahrnehmungs- und Deutungsperspektive. Ihre Informationen können also nicht unmittelbar als Tatsachen verwendet werden. Notwendig sind somit eine sachlich distanzierte Bewertung der Qualität der Informationen und ihre Einordnung in das gesamte Geflecht an Wissensbeständen.

So bestätigte der Methadon vergebende Arzt der Eltern immer wieder, dass er Kevin gesehen habe und es ihm gut gehe. Dieser Arzt war offensichtlich in erster Linie an der Stabilisierung der sozialen und psychischen Situation seiner Patienten interessiert und wenig geeignet, eine kompetente Risikoeinschätzung über die Lebens- und Entwicklungsbedingungen des Säuglings und Kleinkindes vorzunehmen. Seine Einschätzungen wurden trotzdem weitgehend übernommen und als Basis der Risikobewertung verwendet.

Auch bei dem Streit um die Entlassung Kevins aus dem Hermann-Hildebrand-Haus zu seinem Ziehvater entstanden zwei Parteien: die Akteure, die für die Behandlung des Ziehvaters zuständig waren, plädierten für die Entlassung von Kevin zum Ziehvater, die, die mit der Betreuung von Kevin befasst waren, sprachen sich sehr deutlich dagegen aus.

Diese Struktur finden wir auch in anderen Feldern der Sozialen Arbeit – etwa in divergierenden Einschätzungen von ASD und Pflegekinderdienst zur Rückkehr von Pflegekindern in die Herkunftsfamilie – und auch bei anderen Professionen – etwa in Diskrepanzen zwischen Erwachsenen- und Kinderpsychiatern, wenn es um den Verbleib von Kindern bei ihren Drogen konsumierenden Müttern geht. Sie kann so beschrieben werden: Aus der dichten Kommunikation mit einer Seite (hier: Ziehvater, sonst: Herkunftsfamilie bzw. Pflegefamilie, erwachsenem Patienten und Kind) entwickelt sich leicht eine spezifische Loyalität mit diesen Kommunikationspartnern und diese wiederum führt in der Gesamtbeurteilung der Situation zu einer Verzerrung. Ein solcher Bias aufgrund asymmetrisch dichter Kommunikation und der daraus entstehenden Parteilichkeit kann nicht grundsätzlich verhindert werden, seine negativen Folgen können aber in einer multiperspektivischen und gegebenenfalls multiprofessionellen Fallbeurteilung begrenzt werden.

1.1.3. Den eigenen Einschätzungen widersprechende neue Informationen werden abgewertet.

Auf der Basis erster Eindrücke und vorausgehender Festlegungen wurden dazu widersprüchliche Informationen abgewertet, abgekapselt und negiert. Insbesondere beunruhigende Informationen wurden dann nicht richtig zur Kenntnis und zum Anlass genommen, die bisherigen Einschätzungen zu prüfen und zu korrigieren.

So steht im PUA (S. 64): „Am 8. Juli 2005 erhielt der Casemanager einen Anruf von der Familienhebamme, die unmittelbar vor der Geburt Kevins in der Familie tätig gewesen war. Sie berichtete ihm, dass sie die Eltern zusammen mit Kevin zwei Tage zuvor vor dem Gesundheitsamt in der Horner Straße gesehen habe. Das Paar habe versucht, das Kind mit dem Löffel zu füttern, was aber nicht gelungen sei, da beide offensichtlich so stark Drogen konsumiert hätten, dass der Löffel immer an Kevins Mund vorbeigegangen sei. Der Casemanager äußerte sich erstaunt darüber, dass sich die Familie noch in Bremen aufhielt, da sie längst in Heiligenhafen zu einer stationären Therapie hätten sein sollen. Er versprach, Kontakt zu der Familie aufzunehmen, wirkte aber nach Aussage der Familienhebamme im Grunde desinteressiert an ihrer Beobachtung.“

1.2. Kein adäquater Zusammenhang von Information und Handlung

Die bisher skizzierten Fehler beziehen sich auf die Informationsverarbeitung. Nun geht es um den Zusammenhang von Informationsbasis und Handlungen. Denn es gibt Situationen, in denen die Informationsbewertung plausibel ist, aber die vor dem Hintergrund der Informationen notwendigen Handlungen nicht erfolgen oder ein eklatantes Missverhältnis von Feststellungen zur Notlage und den folgenden Handlungen besteht.

„Am 4. August 2004 ging eine Mitteilung der Polizei bei dem Casemanager ein. Zeugen hatten am Vorabend gegen 22.00 Uhr die Polizei alarmiert, nachdem sie beobachtet hatten, wie eine Frau, offenbar unter Drogen stehend, ein schreiendes Kleinkind aus dem Kinderwagen genommen, in die Luft geschleudert und wieder aufgefangen hatte. Zudem solle sie das Kind mit der Hand auf das rechte Auge geschlagen haben. Gegenüber der Polizei hatte die Frau, bei der es sich um die Mutter von Kevin handelte, die Vorwürfe abgestritten. Die Polizeibeamten konnten keine Verletzungen des Kindes feststellen. Ein Atemalkoholtest ergab einen Wert von 1,86 Promille. Aufgrund des Zustands der Mutter und ihres Verhaltens erschien es den Polizeibeamten aber zweifelhaft, ob sie in der Lage sei, eine „sozialadäquate Erziehung ihres Kindes zu gewährleisten“.⁴ Am 17. August 2004 erschienen die Eltern im Sozialzentrum und nahmen Stellung zu dem Vorfall. Sie erklärten dem Casemanager gegenüber, ihnen gehe es gut, sie benötigten keinerlei Hilfe. Es wurde vereinbart, dass der Casemanager sie in „absehbarer Zeit“ besuchen werde. Dieser Besuch fand am 8.10. statt.

Auch in Situationen, in denen sich die Alarmsignale häuften und er selbst wohl auch beunruhigt war, schrieb der Casemanager lediglich Briefe an die Eltern und verzichtete auf einen sofortigen Hausbesuch. So notiert der Bericht⁵: „Am 4. Februar 2005 ging im Amt ein Anruf des Kinderarztes der Familie ein, der mitteilte, dass Kevin 500 g abgenommen

⁴ PUA, S. 52

⁵ PUA, S. 60

habe, extrem blutarm sei und die Familie den heutigen Kontrolltermin abgesagt habe. Er sehe eine Kindeswohlgefährdung. Daraufhin vereinbarte der Casemanager mit den Eltern zwischen dem 7. und 17. Februar 2005 mehrere Termine, die aber alle abgesagt wurden. Mit Schreiben vom 18. Februar 2005 schrieb der Casemanager den Eltern, dass ihn diese Absagen sehr nachdenklich machten und sie sich umgehend bei ihm melden sollten.“

Wir beobachten relativ häufig (z. B. bei Lehrforschungsprojekten mit Aktenanalysen von Studierenden im ASD), dass Fachkräfte ihre eigenen Diagnosen und Bewertungen nicht ernst genug nehmen und es keinen plausiblen Zusammenhang zwischen diesen und den folgenden Aktivitäten gibt. Einem hohen Diagnoseaufwand, manchmal inklusive psychiatrischer Gutachten, steht dann eine Planung gegenüber, die keinen Bezug zu den vorhandenen Informationen herstellt. Dies scheint eine besondere Schwachstelle des unsystematischen, „intuitiven“ Handelns⁶ zu sein.

Ein besonderes Problem im Fall Kevin war, dass sehr viele Informationen über gravierende Notlagen des Kindes und extreme Eskalationen in den Lebensumständen der Eltern gesendet wurden, aber keine Reaktionen auslösten, die geeignet waren, die Not zu mildern und die Risiken für das Kleinkind deutlich zu reduzieren. So gab es – anders als beim Methadon vergebenden Arzt – aus dem medizinischen System viele Hinweise. Das Heim, in dem Kevin zweimal in Obhut genommen wurde, schilderte differenziert und kompetent Hinweise auf massive Vernachlässigung und Gewaltanwendung und die Tagespflegemutter war aus guten Gründen über Kevins Zustand elektrisiert und kommunizierte ihre Befürchtungen klar. Die Nichtreaktion auf all diese Meldungen scheint mir eine Besonderheit des Verhaltens der zuständigen Mitarbeiter zu sein. Das macht diesen Fall geradezu einzigartig. Dies sollte uns aber nicht davon abhalten, generell den oben skizzierten Zusammenhang von Informationen, Feststellungen und Handlungen kritisch in den Blick zu nehmen. Ich komme darauf später noch einmal zurück.

Auch in der öffentlichen Diskussion (z. B. um Kinderarmut) werden enge Wechselwirkungen zwischen einer Notlage der Eltern und der Lage der Kinder oft ausgeblendet. Insbesondere bei sehr jungen Kindern ist die Lage der Kinder aber fest an die Lage der Eltern gekoppelt. Das bedeutet, dass jede Verschlechterung der Lage der Eltern auch negative Folgen für die Kinder haben kann und in der Regel hat. Somit müssen von professionellen Diensten Informationen über deutliche zusätzliche Belastungen der Eltern immer auch hinsichtlich der zusätzlichen Risiken für die Kinder dechiffriert werden und entsprechende Handlungen auslösen.

Das erfolgt unzureichend. So informiert die FIM-Mitarbeiterin, die die Familie über einige Wochen intensiv betreut hatte, eine Vertreterin des Casemanagers, das zweite Kind sei im Mutterleib verstorben und die Geburt eingeleitet worden. Der Ziehvater habe sich mit der Bitte an FIM gewandt, auf Kevin aufzupassen, damit er selbst der Mutter im Krankenhaus beistehen könne. Sie habe daraufhin mit PIB (Pflegekinder in Bremen) Kontakt aufgenommen und versucht, für Kevin eine kurzfristige Pflegestelle zu finden. Ihrer Einschätzung nach befand sich die Familie in einer Krisensituation, die sie ohne irgendwelche Unterstützungsmaßnahmen nicht würde bewältigen können. Sie zeigte sich auch erstaunt darüber, dass die ursprünglich geplante Sozialpädagogische Familienhilfe nicht installiert

⁶ vgl. Wolf 2009

worden sei und die Eltern ohne Hilfe dastünden. Auch der Casemanager notiert am 20./21. Juni 2005, der Ziehvater erscheine ihm zurzeit sehr angespannt. Hilfemaßnahmen fanden in diesem Zeitraum überhaupt nicht statt.⁷

1.3. Delegation an Stellen, die für die Bearbeitung nicht primär zuständig sind.

Wichtige Aufgaben wurden an Institutionen und Personen delegiert, die hierfür weder zuständig noch besonders geeignet waren. Der Methadon vergebende Arzt wurde zum Beispiel immer wieder gebeten, mit den Eltern wichtige Themen, die die Betreuung von Kevin betrafen, zu besprechen. So sollte er klären, ob die Familienhebamme nicht doch wieder eingesetzt werden könne und vieles mehr. Er war sicher eine wichtige Vertrauensperson für die Eltern, mit ihm zu kooperieren, lag also nahe. Eine Delegation wichtiger Gespräche an ihn erscheint aber problematisch. Er war den Eltern gegenüber loyal, aber nicht geeignet, die Risiken des Kindes kritisch einzuschätzen. So erklärte er weiterhin, er habe Kevin gesehen und es gehe ihm gut, als Kevin schon längst tot war. Die für die Versorgung von Kevin wichtigen Gespräche hätten Aufgabe des Casemanagers und des Amtsvormundes bleiben müssen.

1.4. Informationsselektion gegenüber Dritten

Die für die Bearbeitung des Problems aktivierten Stellen wurden nicht hinreichend informiert, so dass sie ihre Aufgabe nur eingeschränkt erfüllen konnten. So erhielt die Familie für einige Wochen „Familie im Mittelpunkt (FIM)“, also eine hoch dosierte professionelle Unterstützung. Die FIM-Mitarbeiterin wurde aber nicht über den gravierenden Misshandlungsverdacht informiert und konnte so diese Probleme mit den Eltern auch kaum bearbeiten.

So war die FIM-Mitarbeiterin nicht informiert, dass sich wenige Wochen, bevor sie ihre Arbeit aufnahm, folgender Zwischenfall ereignet hatte: „Am 23. November 2004 erstattete die Polizei Bremen eine Strafanzeige gegen die Mutter von Kevin wegen Verletzung der Fürsorgepflicht. Die Beamten waren gegen 1.00 Uhr von Nachbarn alarmiert worden, da sich im Treppenhaus eine volltrunkene Frau mit einem schreienden Baby befinden sollte. Vor Ort wurde die Mutter von Kevin schlafend im Hausflur aufgefunden. Neben ihr lag das Kind bäuchlings auf dem Boden und weinte sehr laut. Es hatte eine rote Stelle an der Stirn sowie auf der rechten Wange, da die Mutter es vermutlich hatte fallen lassen, als sie einschlief. Die Mutter stand offensichtlich unter Alkohol- und Drogeneinfluss.“⁸

Die Zeit, in der die Familie FIM erhielt, war nach meinem Eindruck die relativ beste und stabilste Zeit im Leben Kevins. Es gelang der Mitarbeiterin offensichtlich, eine vertrauensvolle Beziehung zu den Eltern zu entwickeln. Ihr Vorschlag, unbedingt anschließend eine SPFH einzurichten, blieb aber unberücksichtigt.

Auch innerhalb des Amtes gab es eine extreme Informationsselektion. Gegenüber der Justiz und insbesondere gegenüber den Vorgesetzten wird eine umfangreiche Informationskontrolle betrieben: Es werden extrem beschönigende Darstellungen nach oben ge-

⁷ vgl. PUA S. 62

⁸ PUA S. 56

meldet. Unverständlich ist das nicht, aber folgenreich, wenn die Vorgesetzten eine solche Manipulation nicht erkennen und antizipieren.

Strukturen fehlerhafter Handlungen

Bisher habe ich insbesondere **folgende Fehler** skizziert: Falsche Informationsbewertung → un plausible Risikoeinschätzung → falsche Planungen und un plausible Risikoeinschätzung → falsche Planungen.

Nun geht es um **folgenden Ablauf**: Plausible Risikoeinschätzung → plausible Planungen → plausible Planungen lassen sich nicht realisieren → keine adäquaten neuen Planungen.

Dieses Szenario finden wir ebenfalls an mehreren Stellen: Eine plausible Risikoeinschätzung führt zu einer plausiblen Planung. Dann lässt sich aber die Planung nicht realisieren. Nun müsste unmittelbar eine neue Planung beginnen und gegebenenfalls auch eine neue Risikoeinschätzung erfolgen – tatsächlich passiert das nicht.

So waren, nachdem eine Misshandlung von Kevin in der Klinik festgestellt worden war, der Einsatz der Familienhebamme oder der aufsuchenden Familienberatung und zusätzlich Frühförderung und wöchentliche Kontrollen in der Kinderarztpraxis geplant. Dies hätte ein relativ dichtes Netz von Menschen ergeben, die die Sorge um Kevin mitgetragen hätten. Der Casemanager versucht, diesen Plan zu realisieren. Es stellt sich heraus, dass die Familienhebammen keine Kapazitäten frei haben und die aufsuchende Familienberatung vom Ziehvater abgelehnt wird. Damit waren alle Fragen wieder offen. Es finden sich aber keine Hinweise auf weitere Aktivitäten und neue Planungen.

Noch gravierender waren die Folgen, als die Tagespflege vom Ziehvater abgebrochen wurde. Die Tagespflege wurde eingerichtet, nachdem es vorher eine ganze Serie von alarmierenden Meldungen einschließlich der Feststellungen im Hermann-Hildebrand-Haus über massive Misshandlungen gegeben hatte. Die Tagespflegemutter erfüllte durchaus eine Funktion als Warnsystem. Mit ihr war ein Mensch, der die Sorge um Kevin mittragen konnte, mit unmittelbarem Zugang zum Kind etabliert. Genau als sie diese Sorge realisierte, wird die Tagespflege vom Ziehvater beendet. Ausschlaggebend war folgende Szene:

„Am 17. März 2006 erschien Kevin zusammen mit seinem Vater das letzte Mal bei der Tagesmutter. Nachdem der Vater gegangen war, stellte diese sowie eine zufällig anwesende Mutter fest, dass Kevin große Schmerzen hatte, sobald sie versuchten, ihn hinzustellen. Daraufhin bemerkte die Tagesmutter einen Verband an Kevins Fuß, der ihrer Auffassung nach unsachgemäß angelegt worden war. Nachdem die beiden Frauen den Verband abgenommen hatten, stellten sie fest, dass der rechte Fuß nach rechts abstand und stark angeschwollen, also offensichtlich gebrochen war. Als sie das Kind wickeln wollten, stellten sie weitere Verletzungen fest. Am ganzen Körper fanden sich blaue Flecken und der Penis war geschwollen. Daraufhin versuchte die Tagesmutter, telefonisch Kontakt mit PIB und dem Casemanager aufzunehmen.“⁹

⁹ PUA: 79f

Der Casemanager sprach den Ziehvater auf die Beobachtungen der Tagespflegemutter an, dies führte dazu, dass dieser die Frau bedrohte und sich weigerte, Kevin in Zukunft zu ihr zu bringen. Die Tagespflege endete, ohne dass an ihrer Stelle ein Ersatz gesucht und gefunden wurde. Ein Eckpfeiler der Sicherheitskonstruktion für Kevin war somit ersatzlos entfallen, eine völlige Neubewertung wäre nötig gewesen und erfolgte hier nicht.

Es ist nicht schwer, sich die Frustration von Fachkräften vorstellen, die einen guten Plan entwickeln, der dann an Faktoren, die sie nicht unmittelbar beeinflussen können, scheitert. Das Gefühl – vielleicht „jetzt weiß ich auch nicht mehr, was ich noch machen soll“ – darf aber nicht dazu führen, dass sie in der Frustration verharren. Auch hier spielt eine Teamanbindung zur Korrektur eine wichtige Rolle. Damit sind wir beim zweiten Fehlerfeld.

2. Fehler in der Organisation des Amtes

Der PUA ist in den Teilen, die die unmittelbare Verantwortung einzelner Fachkräfte feststellen, sehr ausführlich, in den Teilen, in denen Fehler der Leitungskräfte behandelt werden, auch noch relativ differenziert, zum Thema der finanziellen Steuerung und Ausstattung der Dienste wird lediglich an wenigen Stellen klar Position bezogen.¹⁰

Hinsicht der Fehler in der Organisation fallen zwei Problemfelder besonders auf:

1. Geringe oder fehlende kollegiale Kontrolle und Kontrolle durch Vorgesetzte und
2. unklare Regelungen, wann Fachkonferenzen einzuschalten sind.

Der PUA (S. 140) stellt hinsichtlich der Kontrolle fest: „Den einzelnen Teammitgliedern, die auch regelmäßig auf ihre Überlastung hingewiesen haben, kann bei den festgestellten Bedingungen daher nicht pauschal vorgeworfen werden, sie hätten den für Kevin zuständigen Casemanager mehr einbinden oder kontrollieren müssen. Dies wäre vor allem Aufgabe der Vorgesetzten gewesen.“ Aufschlussreich ist auch die folgende Passage¹¹: „Einer nur vorübergehend im Sozialzentrum Gröpelingen tätigen Praktikantin war jedoch bereits nach einer ersten Begegnung mit dem Ziehvater von Kevin dessen Aggressivität aufgefallen. Er habe bei dieser Begegnung geäußert, er werde in Bremen Geschichte schreiben, wenn man ihm das Kind wegnehme. Ihre Sorge, ob man das Kind bei einer so bedrohlich auftretenden Person lassen könne, sei dann weder vom Casemanager noch von ihrer Ausbilderin geteilt worden. Die Praktikantin beobachtete ferner, dass der Casemanager auffällig wenige Fälle in die Beratungen und Wochenkonferenzen einbrachte. Sie habe sich sogar bei den Kollegen erkundigt, wie lange es eigentlich dauere, bis es auffalle, dass jemand gar nicht arbeite oder nichts mache. Die Kollegen hätten aber eher desinteressiert reagiert ...“

Die notwendige Autonomie der einzelnen Fachkraft in der Beurteilung des Einzelfalls bedarf zweifellos einer Korrektur insbesondere durch die Diskussion des Falls mit Kolleginnen. Hier fanden wir in Bremen eine deutliche Unterstrukturierung. Keine Organisation ist davor gefeit, dass ein einzelner Mitarbeiter schwere Fehler macht. Hier hat sie aber

¹⁰ vgl. Emig 2007

¹¹ PUA S. 139

bis in die öffentliche Inszenierung hinein den Eindruck zu erwecken gesucht, dass ausschließlich der einzelne Mitarbeiter die Verantwortung trüge. Für die Regelung, wann ein Fall in einer kollegialen Besprechung vorzustellen ist, bleibt die Organisation selbstverständlich verantwortlich.

3. Fehler in der Jugendhilfepolitik

Der sich in erheblichen finanziellen Schwierigkeiten befindende Stadtstaat Bremen hat massiv in die Hilfestellung, insbesondere die der stationären Unterbringung nach § 34 KJHG eingegriffen. So lassen sich die Differenzen in den 2006 neu begonnenen Hilfen nach § 34 KJHG, die wir hier berechnet haben, nicht alleine mit dem gut ausgebauten Pflegekinderdienst in Bremen erklären (**Abbildung 1**).

Begonnene Hilfen nach § 34 KJHG im Jahr 2006			
	Einwohner	Kinder 0-6	Je 100.000 Einwohner
Bremen	663.000	4	1.66
Hamburg	1.757.000	95	5.41
Berlin	3.404.000	219	6.43

Abbildung 1

© Prof. Dr. Klaus Wolf

Ein weiterer Indikator für massive Steuerungseingriffe ist das folgende Zitat aus dem Untersuchungsbericht: „Nach Aussage von Casemanagern hat das Thema der Kosten insbesondere dann eine sehr hohe Rolle gespielt, wenn es um Fremdplatzierungen ging. Durch die zwingend vorzunehmende Plausibilitätsprüfung über Stadtteileitung, Sozialzentraleitung und Fachabteilung hätten sich Maßnahmen unnötig verzögert. Besonders schwierig sei es gewesen, eine Fremdplatzierung von Kindern in einer Einrichtung bewilligt zu bekommen.“¹²

Die Steuerungseingriffe wirken sich entsprechend auf die Zahl der Inobhutnahmen aus:

„Passend dazu fällt auf, dass gerade im Jahr 2005 in der am stärksten frequentierten Notaufnahmeeinrichtung, dem Hermann-Hildebrand-Haus (hier werden ausschließlich Kinder aufgenommen), ein auffälliger Rückgang der Inobhutnahmezahlen zu verzeichnen ist. Nach den Aufzeichnungen des Heimleiters lag die durchschnittliche Anzahl der Inobhutnahmen über einen zehnjährigen Zeitraum (1995 – 2004) bei 94. Für das Jahr 2005 konnte er lediglich 44 Notaufnahmen verzeichnen, was einer Platzbelegung von 35 % entsprach.“¹³

Hier entsteht der Eindruck, dass der individuelle Rechtsanspruch auf die geeignete und notwendige Hilfe praktisch aufgehoben wurde und das Recht eher gebeugt als angewendet wurde. Das gibt es leider nicht nur in Bremen.

¹² PUA S. 298

¹³ PUA S. 306 f

Zur Arbeitsbelastung der Amtsvormünder wird im PUA richtig festgestellt: „Entsprechend hatten die Vormünder zu einigen Zeiten bis zu 250 Mündel zu vertreten. Bereits im März 2000 wurde bei einer nationalen interdisziplinären Fachtagung ... in der so genannten Dresdener Erklärung darauf hingewiesen, dass für die Wahrnehmung der Aufgaben des Vormundes eine persönliche Beziehung zum Mündel unverzichtbar sei. Der Amtsvormund müsse mindestens drei Arbeitstage pro Jahr für sein Mündel da sein und dürfe deshalb nicht mehr als 50 Mündel betreuen. Auch wenn diese Zahl vielerorts in Deutschland überboten werden dürfte, so nimmt Bremen mit den hiesigen Fallzahlen einen Spitzenplatz in der Bundesrepublik ein.“¹⁴

Ebenfalls bemerkenswert ist die Auflösung der Aufsuchenden Familienarbeit. In Bremen war eine Arbeitsteilung vorgesehen, in der der Casemanager aufgrund der Fallzahlen gar nicht in der Lage war, sich um eine einzelne Familie intensiv zu kümmern. Im PUA (S. 34) wird dies so beschrieben: „Zur Unterstützung der Casemanager und Casemanagerinnen wurde die Aufsuchende Familienberatung mit acht Fachkräften gegründet. Sie sollte insbesondere in den Fällen, in denen eine intensivere Beschäftigung mit so genannten Risikofamilien notwendig und aus Gründen der Kindeswohlgefährdung ein Handeln des Jugendamtes im Sinne des Wächteramtes gegebenenfalls auch gegen den Willen des Leistungsberechtigten erforderlich war, zum Einsatz kommen.“

Es gab also zwei Standbeine: Das Casemanagement und die aufsuchende Familienarbeit. Das eine Bein wurde abgehackt. Im PUA (S. 34) klingt das etwas vornehmer formuliert so: „Obwohl eine Evaluation der Arbeit der Aufsuchenden Familienberatung zu dem Ergebnis kam, der Fachdienst erfülle die erwarteten Ziele in hohem Maße und seine Beibehaltung in städtischer Trägerschaft sei unter anderem wegen seiner stringenten Ziel- und Auftragsorientierung, seines ressourcenorientierten Vorgehens, seiner hohen Methodenkompetenz und des Einbeziehens des Sozialraums zu rechtfertigen, wurde er zum 31. Juli 2006 aufgrund drohender Personalunterhänge im Amt aufgelöst. Teile des durch die Auflösung frei werdenden Personals wurden zur Deckung von Unterhängen im Amt für Soziale Dienste eingesetzt. Ursprünglich war geplant, den Wegfall der Aufsuchenden Familienberatung zu kompensieren, indem mit Freien Trägern entsprechende Leistungssegmente entwickelt würden. Dies ist zumindest nach der Aussage einer Casemanagerin vor dem Untersuchungsausschuss bislang noch nicht geschehen.“ Zu diesem Zeitpunkt war Kevin allerdings schon tot.

Fazit

Zunächst und unmittelbar wurde der Tod Kevins – wie das Gerichtsverfahren gegen Kevins Ziehvater festgestellt hat – durch die massive Vernachlässigung und die Misshandlungen durch den Ziehvater verursacht. Beigetragen zur Entwicklung seines Todes haben aber gravierende individuelle Fehler einzelner Akteure, insbesondere des Casemanagers und des Amtsvormundes – auch das werden Strafverfahren klären. Sehr vieles spricht dafür, dass durch professionelles Handeln der Tod dieses Kindes hätte verhindert werden können.

¹⁴ PUA S. 253

Aber sind mit dem Ausschluss dieser Akteure die Probleme gelöst? Es werden auch Fehler deutlich, die nach meinem Eindruck generell in der Sozialen Arbeit nicht ausgeschlossen sind, deren Häufung aber verhindert und deren negative Folgen begrenzt werden können. Schwerwiegende Mängel in der Organisation des Amtes und eine desolante finanzielle Ausstattung der Dienste verschärfen die Risiken zusätzlich und erheblich. Hier haben Soziale Arbeit und Politik eine gemeinsame Verantwortung.

Schließlich bleiben auch Fragen an die Zivilgesellschaft: Sehen wir diese Menschen auch als unsere Kinder und unsere Eltern? Dann können wir die Sorge nicht einfach und vollständig an die staatlichen und kommunalen Institutionen delegieren. Eine Kultur der Sorge dürfte nicht die Aggressionen auf die Eltern, die versagen, verschärfen, sondern sollte sich wohlwollend um sie kümmern – auch in ihren Grenzen und ihrer Überforderung. Und es geht um die gemeinsame Sorge um Kinder in Not – nicht erst, wenn sie stören und Probleme machen, sondern wenn sie Probleme haben. Wir sollten uns stärker darum kümmern, wie wir solche Prozesse in unserer Gesellschaft anregen können.

Literatur

Bremische Bürgerschaft: Bericht des Untersuchungsausschusses zur Aufklärung von mutmaßlichen Vernachlässigungen der Amtsvormundschaft und Kindeswohlsicherung durch das Amt für Soziale Dienste. April 2007.

http://www.bremische-buergerschaft.de/uadocs/BerichtUAKindeswohl_5cc.pdf

Emig, Olaf: Der vermeidbare Tod eines Kleinkindes unter staatlicher Fürsorge. In: Neue Praxis 2007, Heft 5, S. 445-463

Kreft, Dieter; Weigel, Hans-Georg; Hoppensack, Christoph (2008): Vernachlässigte Kinder besser schützen. Sozialpädagogisches Handeln bei Kindeswohlgefährdung. München: Reinhardt.

Salgo, Ludwig (2006): § 8a SGB VIII. Anmerkungen und Überlegungen zur Vorgeschichte und zu den Konsequenzen der Gesetzesänderung. Teil 1. In: Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, H. 12, S. 531–535.

Salgo, Ludwig (2007): § 8a SGB VIII. Anmerkungen und Überlegungen zur Vorgeschichte und zu den Konsequenzen der Gesetzesänderung. Teil 2. In: Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, H. 1, S. 12–16.

Wolf, Klaus (2009): Radikaler Situationsansatz oder planvolles Handeln? In: Forum Erziehungshilfen, Heft 2: im Erscheinen.

Kontakt:

Prof. Dr. Klaus Wolf

Universität Siegen

Adolf-Reichwein-Str. 2

57068 Siegen

E-Mail: Klaus.Wolf@uni-siegen.de

Homepage: www.uni-siegen.de/~wolf.index.htm

Kinderschutz bricht Datenschutz?

Der rechtliche Rahmen für die Kooperation

DR. THOMAS MEYSEN

Fachlicher Leiter des Deutschen Instituts für Jugendhilfe und Familienrecht e. V.,
Heidelberg

1. Datenschutz im Kinderschutz: verschiedene Kulturen, unterschiedliches Verständnis

Werden Kinderschutz und Datenschutz in einem Atemzug genannt, so löst dies sehr unterschiedliche Reaktionen und Assoziationen aus. Beide Begriffe sind je nach persönlichem, beruflichem oder institutionellem Hintergrund sehr verschieden besetzt. Wenn wir uns mit Datenschutz im Kinderschutz befassen und verstehen wollen, was erlaubt ist und worum es geht, bedarf es notwendig einer Reflexion des Kontextes und der Provenienz der Akteur/innen. Einige Beispiele zu den kulturellen Unterschieden:

Die *Politik* hat unlängst die eingängige Forderung aufgestellt: „Kinderschutz darf Datenschutz nicht behindern.“¹ Sie fordert einen „reibunglosen Austausch personenbezogener Daten“. Der *Fachwelt* wird ob solcher Forderungen eher blümerant, weiß sie doch, dass – über den Datenschutz – gesicherter Vertrauensschutz die Grundlage ist für erfolgreiche Arbeit beim Schutz von Kindern und der Hilfe für die Beteiligten in ihren Familien.

In *Westdeutschland* ist das Verständnis des Datenschutzes nach wie vor geprägt von den Diskussionen um die Volkszählung Anfang der 1980er Jahre. Das Bundesverfassungsgericht hat seinerzeit den Gegnern Recht gegeben und das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung entwickelt und konturiert (Art. 2 Abs. 1 GG).² In *Ostdeutschland* war zur gleichen Zeit das Bewusstsein prägend, dass der Staat heimlich Daten über seine Bürger/innen erhebt. Beide Kulturen wirken in unterschiedlichster Weise nach.

Die *Gesundheitshilfe* kennt seit der Antike, seit Hippokrates (um 460 bis 370 v. Chr.) die Schweigepflicht als Wesensmerkmal und Grundlage der Behandlung ihrer Patient/innen. Die *Kinder- und Jugendhilfe* als relativ junges Hilfesystem war sich von Beginn an der Grenzen von Vertraulichkeit im Kind-Eltern-Helfer/innen-Dreieck bewusst.

Die *Gynäkologie* und auch die *Schwangerschaftsberatungsstellen* stellen in ihrer Hilfebeziehung zu den Schwangeren, Müttern und gegebenenfalls Vätern notwendig eine Nähe her. Ihre Notlagen lösen einen Hilfeimpuls aus. Die *Pädiatrie* erlebt im Vergleich dazu Misshandlungen, Vernachlässigungen von Kindern und ihre Wirkungen viel unmittelbarer. Dies erzeugt eher bzw. auch Distanz gegenüber Eltern und weckt Herausnahme- und Sanktionsimpulse.

In *Beratungsstellen* ist die mühsam erkämpfte gesetzliche Schweigepflicht (§ 203 Abs. 1 Nr. 4, 4a StGB) zu einem geradezu identitätsstiftenden, die Niedrigschwelligkeit des An-

¹ Ergebnisprotokoll der Konferenz der Regierungschefs der Länder am 12. Juni 2008, TOP 1.3 Kinderschutz; Ergebnisprotokoll der Konferenz der Regierungschefs der Länder am 19. Dezember 2007, TOP 1.10 Kinderschutz.

² BVerfGE 65, 1.

gebots sichernden Merkmal geworden. In *Jugendämtern* ist die Arbeit auch im Kinderschutz seit jeher geprägt von der Notwendigkeit der Gestaltung von Übergängen und der Kooperation in Hilfebeziehungen.

2. Kinderschutz geht vor Datenschutz?

Was sagt nun das Recht zum Datenschutz im Kinderschutz? Ausgangspunkt ist das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung als Bestandteil des allgemeinen Persönlichkeitsrechts (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG). Der Schutz des Grundrechts findet insbesondere dort seine Grenzen, wo überwiegende Grundrechte Anderer dem entgegenstehen. Im Kinderschutz könnte dies zur Schlussfolgerung führen, dass dem Kindeswohl stets gegenüber Elterninteressen an informationeller Selbstbestimmung der Vorrang einzuräumen ist. Ein solches Bild von einer regelmäßigen Kollision der Erfordernisse für Schutz und Hilfe für Kinder und den Interessen von Eltern entspricht jedoch den Anforderungen an wirksames fachliches Handeln im Kinderschutz.

Diese Kollision der Grundrechte von Eltern und Kind ist nicht das, was die Fachkräfte im System früher Hilfen im jeweiligen Einzelfall entscheidend einer Güterabwägung zuführen sollen. Der Gesetzgeber hat sich vielmehr von Hippokratesscher Erkenntnis überzeugen lassen, dass wirksame Hilfe einen – wenn auch nicht grenzenlosen, so doch generellen, also – einzelfallübergreifenden Schutz der Vertrauensbeziehung dringend braucht. Dieser ist Basis sowohl für den Aufbau von Hilfebeziehungen als auch deren Erhalt. Dies gilt gleichermaßen, wenn die Hilfe durch Schutz sichergestellt werden soll.

Dieser datenschutzrechtlich gesicherte *funktionelle Schutz der Vertrauensbeziehung* unterliegt somit nicht einer permanenten Abwägung mit den Kindesinteressen, sondern kann Kindern und ihren Eltern als verlässlicher Parameter für die Hilfe angeboten werden.

3. Kinderschutz braucht Datenschutz!

Datenschutz steht folglich nicht im Widerspruch zum Kinderschutz, sondern ist elementare Voraussetzung für den effektiven Schutz von Kindern. Soll Kindern in prekären Lebenssituationen geholfen werden, braucht es geschützte Vertraulichkeit beim Aufbau einer Hilfebeziehung. Sollen Informationen gewonnen werden, sollen sich Eltern mit ihren Problemen bei der Erziehung und Versorgung ihrer Kinder öffnen, gelingt dies nur, wenn sie sich anvertrauen können. Es geht darum, in Kontakt und in Beziehung zu kommen, um die Belastungen und Ressourcen innerhalb der Privatheit der Familie überhaupt wahrnehmen und tatsächlich erfassen zu können.

Sollen Eltern und ihre Kinder für Veränderungen gewonnen werden und ist es gelungen, eine Hilfebeziehung aufzubauen, setzt deren Erhalt voraus, dass sich die Beteiligten in der Familie auf die Helfer/innen verlassen können. Zwischen Fachkraft und Klient/in bzw. Patient/in geteilte Informationen sind gleichzeitig Bestandteil der Hilfebeziehung. Ein Ausbrechen aus dieser bedarf daher vorheriger gemeinsamer Klärung und regelmäßig auch des Wissens und Einverständnisses der Klient/innen bzw. Patient/innen. Eine nicht konsentierete Weitergabe setzt die aktuelle und zukünftige Annahme von Hilfe aufs Spiel und ist nur dann ausnahmsweise hilfreich sowie rechtlich zulässig, wenn eine gegenwärtige Gefahr für das Kind nicht anders abwendbar ist. *Kinderschutz braucht Datenschutz!*

4. Transparenzgebot

Zentrales Element des Datenschutzes ist das Transparenzgebot. Danach ist die Gewährleistung eines Höchstmaßes an Transparenz über die Erhebung, Verwendung und Weitergabe von Informationen sicherzustellen.³ Dies fordert nicht nur aus fachlicher Sicht die Sicherung der Tragfähigkeit von Hilfebeziehungen, sondern auch das Recht im Zuge des Schutzes des Grundrechts auf informationelle Selbstbestimmung. Die Klient/innen bzw. Patient/inn/en sind aufzuklären über den Zweck einer Erhebung von Daten, über das, was die Helfer/innen im Rahmen ihrer Aufgaben und Professionalität mit diesen machen, und über Befugnisse und Pflichten für eine Weitergabe sowie die potenziellen Empfänger.

Im Kinderschutz kann es sein, dass Informationen ohne Einverständnis der Klient/innen bzw. Patient/innen weitergegeben werden müssen. Doch auch hier gilt eine der im Kinderschutz wichtigsten fachlichen sowie rechtlichen Anforderung für die Informationsweitergabe: *„Vielleicht gegen den Willen, aber nicht ohne Wissen.“*

5. Aufgabe, Befugnis, Pflicht

Die Jurist/innen, mit ihrer Affinität zur Abstraktion, unterscheiden im Datenschutz zwischen Aufgabe, Befugnis und Pflicht:

Die *Aufgabe* beschreibt das, was die Fachkräfte bzw. Institutionen tun sollen. Für das Jugendamt ergeben sich die Aufgaben aus dem Gesetz, insbesondere dem SGB VIII. Für die Träger der freien Jugendhilfe oder die Vertreter/innen der Gesundheitshilfe werden die Aufgaben mit den Klient/innen bzw. Patient/innen vereinbart.

Die *Befugnis* („ich darf“) beschreibt die Erlaubnis, beispielsweise in der Hilfe eine bestimmte Methode anzuwenden. Sie betrifft aus rechtlicher Sicht die Frage, ob erlaubt ist, in die Grundrechte Beteiligter einzugreifen, etwa durch Erhebung oder Weitergabe von Informationen.

Die *Pflicht* („ich muss“) ist ein gesetzlicher oder vertraglicher Befehl, eine bestimmte Handlung auszuführen oder zu unterlassen.

6. Datenerhebung/Informationsgewinnung⁴

6.1. Im Jugendamt

Die Zulässigkeit der Erhebung von Sozialdaten richtet sich für das Jugendamt nach § 62 SGB VIII. Auch dort gilt, wie in der gesamten Rechtsordnung, der Grundsatz der Datenerhebung beim „Betroffenen“. Dies stützt die fachlichen Anforderungen beim Aufbau eines Vertrauensverhältnisses in der Hilfebeziehung. Eine Problemkonstruktion ist zusammen mit den Beteiligten im Familiensystem vorzunehmen (vgl. § 8a Abs. 1 Satz 2 SGB VIII). Das Hilfekonzept ist in einem partizipativen Prozess gemeinsam zu erarbeiten (§ 8a Abs. 1 Satz 3, § 36 Abs. 1, Abs. 2 Satz 2 SGB VIII).

³ BVerfGE 65, 1 (46); *Maas/Törnig*; in: Jans/Happe/Saubier/Maas, Kinder- und Jugendhilferecht, Stand: Juli 2006, § 62 Rn. 14 f.; Tammen UJ 2007, 126 (129).

⁴ Ausführlich hierzu *Meysen/Schönecker*, in: dieselben/Kindler, Frühe Hilfe im Kinderschutz, 2009, S. 32 ff. mit zahlreichen Nachweisen.

Ausnahmen gelten dann, wenn schon die Aufgabe notwendig eine Erhebung bei Dritten erfordert (§ 62 Abs. 3 SGB VIII). Dies ist bei einer Datenerhebung innerhalb eines Familiensystems stets der Fall, wenn ein Beteiligter über einen anderen dieses Systems redet. Hier erhebt das Jugendamt Daten über einen Betroffenen (zum Beispiel den Vater) bei einem Dritten (zum Beispiel dem Kind). Eine solche Datenerhebung über andere Beteiligte im Familiensystem ist in aller Regel unproblematisch zulässig.

Zulässig ist die Erhebung bei Dritten außerhalb des Familiensystems aber auch, wenn ein wirksamer Schutz andernfalls in Frage gestellt wäre (§ 8a Abs. 1 Satz 2 i.V.m. § 62 Abs. 3 Nr. 2 Buchst. d SGB VIII). Sind Eltern beispielsweise nicht damit einverstanden, dass das Jugendamt mit der Kindertageseinrichtung über das Kind redet, ist die Information aber zur Einschätzung einer Gefährdung erforderlich, so kann die Informationsgewinnung gegen deren Willen zulässig sein. Auch hier gilt allerdings der Grundsatz, dass die Erhebung in diesem Fall zumindest in deren Wissen, wenn möglich auch mit deren Beteiligung, erfolgen soll.

Das Einholen von Informationen bei Personen oder Institutionen außerhalb des Familiensystems ist auch dann ausnahmsweise zulässig, wenn durch eine Erhebung der Daten in der Familie der Zugang des Kindes zur Hilfe ernsthaft gefährdet wäre (§ 62 Abs. 3 Nr. 4 SGB VIII). Hiermit spricht das Gesetz insbesondere die Konstellation des sexuellen Missbrauchs an, in der es häufig kontraindiziert ist, zur Klärung der Gefährdung auf die potenziellen Missbraucher/innen im Familiensystem zuzugehen.

6.2. In Einrichtungen, Diensten und Gesundheitshilfe

Grundlage für die zulässige Informationsgewinnung in Hilfebeziehungen bei einem Träger der freien Jugendhilfe oder in der nicht behördlichen Gesundheitshilfe ist allein der Hilfevertrag, also juristisch gesehen ein Vertrag mit dem/der Klient/in bzw. Patient/in. Auch hier erfordert die Aufgabe die Erhebung von Daten „bei Dritten“. Die Klient/innen bzw. Patient/innen sind Dritte, wenn es beispielsweise um Informationen über andere Personen aus dem Familiensystem geht.

Der Umfang der Befugnis zum Hinschauen und Nachfragen richtet sich also nach dem Hilfevertrag bzw. Behandlungsvertrag. Dieser ist jedoch keineswegs statisch, sondern ein dynamisches Geschehen. Die Erweiterung ist ein bewusster Akt von Helfer/in und Klient/in bzw. Patient/in: „Wären Sie einverstanden, wenn wir auch über ... reden.“ „... wenn ich mir auch einmal Ihr Kind anschau.“ usw.

7. Datenübermittlung/Informationsweitergabe⁵

7.1. Im Jugendamt

Für die Arbeit im Jugendamt ist bei der Informationsweitergabe zu unterscheiden zwischen zwei verschiedenen Qualitäten von Daten: denjenigen, die § 65 SGB VIII unterfallen („65er-Daten“), und denjenigen, deren Weitergabe sich nach § 64 SGB VIII richtet („64er-Daten“).

⁵ Ausführlich hierzu *Meysen/Schönecker*, in: dieselben/Kindler, Frühe Hilfe im Kinderschutz, 2009, S. 54 ff. mit zahlreichen Nachweisen.

Die im Rahmen einer erzieherischen Hilfe besonders anvertrauten Informationen unterliegen nach § 65 SGB VIII einer strengen Vertraulichkeit, vergleichbar der Schweigepflicht in der Gesundheitshilfe oder bei Trägern der freien Jugendhilfe. Ein solches Anvertrauen liegt vor, wenn einerseits der/die Klient/in die Information einer bestimmten Fachkraft im Vertrauen darauf offenbart, dass diese das Anvertraute im geschützten Raum der Hilfebeziehung für sich behält und wenn andererseits die Fachkraft diese Vertraulichkeit von ihrer Seite aus anbietet. Nicht erforderlich ist dabei, dass dies ausdrücklich thematisiert wird. Es reicht aus, wenn sich die Erwartung der Vertraulichkeit aus der Situation ergibt und die Fachkraft diese nicht zurückweist.

Eine Weitergabe von 65er-Daten ist zulässig, wenn

- eine Einwilligung des Anvertrauenden vorliegt (§ 65 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VIII),
- die (potenzielle) Gefährdung im Fachteam reflektiert werden soll (§ 65 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 i.V.m. § 8a Abs. 1 Satz 1 SGB VIII),
- eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen im Raum steht und ein Wechsel der zuständigen Fachkraft erforderlich wird, etwa bei Vertretung oder Wechsel des örtlich zuständigen Jugendamts (§ 65 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VIII),
- zur Abwendung einer Gefährdung oder zur Klärung, ob eine Gefährdung vorliegt, die Anrufung des Familiengerichts erforderlich ist (§ 65 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 i.V.m. § 8a Abs. 3 Satz 1 SGB VIII),
- bei Gefahr im Verzug die Gefährdung nur durch sofortige Informationsweitergabe abgewendet werden kann (§ 65 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VIII i.V.m. § 203 Abs. 1, § 34 StGB).

Bei allen anderen, nicht im Rahmen einer erzieherischen Hilfe von dem/der Klient/in der Fachkraft anvertrauten Informationen handelt es sich um 64er-Daten. Eine Weitergabebefugnis ergibt sich auch hier, wenn eine Einwilligung der Person vorliegt, über die Informationen weitergegeben werden sollen. Gegen den Willen ist eine Übermittlung insbesondere zulässig, wenn dies der Wahrnehmung einer eigenen Aufgabe des Jugendamts oder der Aufgabe eines anderen Sozialleistungsträgers dient *und* – das ist die entscheidende Gegenprobe – dadurch der Erfolg der Hilfe nicht gefährdet wird (§ 64 Abs. 2 SGB VIII i.V.m. § 69 Abs. 1 Nr. 1 Alt. 2 und 3 SGB X).

7.2. In Einrichtungen, Diensten und Gesundheitshilfe

7.2.1. Informationsweitergabe mit Einverständnis

In Hilfebeziehungen bei Trägern der freien Jugendhilfe oder der nichtöffentlichen Gesundheitshilfe sind Informationen durch den Hilfevertrag vor einer Datenweitergabe geschützt. Wenn der Kontrakt zwischen Helfer/in und Klient/in bzw. Patient/in die Übermittlung an andere Stellen ausdrücklich erlaubt, ist sie zulässig. Andernfalls bedarf es der Einwilligung der Klient/inn/en bzw. Patient/inn/en.

Ob ein Einverständnis für eine von der Fachkraft, dem Arzt/der Ärztin, der Hebamme etc. für erforderlich gehaltene Informationsweitergabe gegeben wird, ist keine Frage des Schicksals, sondern der Beratung. Es gehört zu den Aufgaben des Helfers/der Helferin, für die Bereitschaft zur Hinzuziehung anderer Stellen zu werben. Der Brückenbau zu gege-

benenfalls benötigten weitergehenden Hilfen, die es insbesondere beim Jugendamt gibt, ist eine Beratungsaufgabe – und damit sofort auch eine Kompetenz- und Ressourcenfrage.

Beispielsweise niedergelassenen Gynäkolog/innen oder Pädiater/innen mit ihrem knappen abrechenbaren Zeitbudget für Beratung wird im Rahmen ihrer Hilfe kaum gelingen, ihre Patient/innen bzw. deren Eltern für die Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt und die Erlaubnis zur Informationsweitergabe zu gewinnen. Ähnliches gilt für Geburtskliniken, deren Kontakt zu den Patient/innen eher von kurzer Dauer ist und häufig ohne Fortsetzung bleibt. Hier braucht es niedrighschwelligere Anlaufstellen, um den Eltern den Weg zu den weitergehenden Hilfen beim Jugendamt zu ebnet:

- Für *Frauenärzt/inn/e/n* sind die *Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen* wichtige Partner, die sich den werdenden Eltern mit ausreichenden Zeitressourcen annehmen können.
- *Geburtskliniken* können ihren Kontakt zu den jungen Müttern und Vätern sowie deren Säuglingen über kooperierende *Hebammen* mit entsprechenden Kompetenzen zur Thematisierung und Erarbeitung einer Bereitschaft zur Inanspruchnahme weitergehender Hilfe verlängern.
- Für *Kinderärzt/inn/e/n* können *Erziehungsberatungsstellen* eine wichtige Unterstützung sein, wenn sie sich belasteten Familien annehmen und an dem Vertrauen anknüpfen, das die Eltern dem Arzt/der Ärztin entgegenbringen.

Bestehen vor Ort belastbare Kooperationsbeziehungen zwischen den beteiligten Protagonist/inn/en im System der frühen Hilfen, nehmen sich die Vertrauenspersonen der (werdenden) Eltern in der Gesundheitshilfe ihren Klient/innen bzw. Patient/innen sowie deren Sorgen und Problemen an. Wissen die Professionellen, was sie von ihren Kooperationspartner/inne/n erwarten können und stehen ihnen diese tatsächlich verlässlich an der Seite, so rückt die Frage einer Informationsweitergabe gegen den Willen der Patient/innen bzw. Klient/innen automatisch in den Hintergrund.

Wenn die Schweigepflicht als Belastung erlebt wird, ist dies zunächst Anlass, die Belastbarkeit der Kooperationsbeziehungen vor Ort zu hinterfragen. Weiter dürfte lohnen, die Frage nach der eigenen Fachlichkeit beim Umgang mit (potenzieller) Kindeswohlgefährdung und der Ressourcen für die Investition in die Hilfebeziehung zu den besonders psychosozial belasteten Familien zu reflektieren. Die Frage nach einer Unterstützung bei der Gefährdungseinschätzung sowie Methodenwahl durch Fachberatung und nach ergänzenden Beratungsangeboten für die Klient/innen bzw. Patient/innen wird aufgeworfen. In diesen Aspekten liegt regelmäßig der Schlüssel zum Abbau des Drucks, den vermeintlich die Pflicht zum Schutz der Daten im Kontext von Kinderschutz erzeugt.

7.2.2. Informationsweitergabe gegen Willen, aber mit Wissen

Wird im Rahmen einer Hilfebeziehung im System der frühen Hilfen die Zulässigkeit einer Weitergabe von Informationen zwar nicht ohne Wissen, aber gegen den Willen der Eltern aktuell, richtet sich diese nach den Vorgaben des rechtfertigenden Notstands in § 34 StGB. Die Anforderungen lassen sich für den Kinderschutz in vier Elemente kontextualisieren:

Gegenwärtige Gefahr für das Kindeswohl

- Zunächst ist der *Grad des Gefährdungspotenzials* zu bewerten. Ist er als (eher) niedrig anzusehen, scheidet eine Informationsweitergabe ohne Einwilligung von vornherein aus. Nur, wenn die Gefährdung als (eher) hoch eingeschätzt wird, ist weiter zu prüfen.
- Dem Gefährdungspotenzial ist der *Grad der Gewissheit* gegenüber zu stellen. Die Reflexion der eigenen Unsicherheit kann ergeben, dass sie auf einer Gegenübertragung beruht und sich damit zu einer Gewissheit verdichtet. Bleibt der Grad der Ungewissheit relativ hoch, ist die Fachkraft, der Arzt/die Ärztin, die Hebamme etc. gehalten, mit den eigenen Mitteln die Wahrnehmungen zu vertiefen und nicht zur eigenen Entlastung die Verantwortung für die Herstellung von Gewissheit zu delegieren.

Tragfähigkeit der eigenen Hilfebeziehung

- Ist mit erheblicher Gewissheit eine Gefährdung anzunehmen, löst dies noch keine Befugnis zur Informationsweitergabe aus. Vielmehr ist zunächst deren *Erforderlichkeit* zu prüfen. Eine solche liegt nicht vor, wenn die Gefährdung mit den eigenen Möglichkeiten der Hilfe abgewendet werden kann. Erscheint die eigene Beratungs- oder Behandlungsbeziehung ausreichend tragfähig, um am notwendigen Abbau der Belastungen und des Gefährdungspotenzials zu arbeiten, ist die eigene Hilfebeziehung hierfür zu nutzen. Auch das Recht gestattet nicht, durch eine Informationsweitergabe gegen den Willen der Klient/innen bzw. Patient/innen aus dieser auszusteigen.
- In einem letzten Schritt ist eine *Interessenabwägung* vorzunehmen unter den Konsequenzen einer Hinzuziehung Dritter ohne Einverständnis. Es ist einzuschätzen, ob es zu verantworten und gegebenenfalls hilfreicher ist, (weiter) in der eigenen Hilfebeziehung für die Inanspruchnahme weitergehender Hilfe zu werben, oder ob die notwendige Abwendung der Gefährdung eher gelingen kann, wenn zwar im Wissen, aber gegen den Willen der Klient/innen bzw. Patient/innen eine andere Stelle, z.B. das Jugendamt, hinzugezogen wird.

Diese Einschätzungsaufgaben sind jede für sich hoch anspruchsvoll und erfordern Spezialkenntnisse auf dem Gebiet des Kinderschutzes. Sie werden daher nur qualifiziert gelingen können, wenn nicht nur die Fachkräfte bei Einrichtungen und Diensten der freien Jugendhilfe hierzu eine *insoweit erfahrene Fachkraft* konsultieren (§ 8a Abs. 2 Satz 1 SGB VIII), sondern auch die Vertreter/innen der Gesundheitshilfe.

Kommt es zu einer Situation, in der die beschriebenen Einschätzungsaufgaben erforderlich werden, bedarf es auch deren *Dokumentation*. Hierzu gehört die Beschreibung sowohl der Wahrnehmungen als auch der Einschätzungen – jeweils als diese oder jene differenziert erkennbar. Daneben ist zu schildern, wie die Situation mit den Klient/innen bzw. Patient/innen angesprochen wurde und wie bei ihnen für die Inanspruchnahme weitergehender Hilfen geworben wurde.

Und auch hier ist Transparenz oberstes Gebot in der Hilfebeziehung zu einer derart belasteten Familie. Legt die Fachkraft aus der Kinder- und Jugendhilfe oder Gesundheitshilfe ihre eigenen Begrenzungen offen, nimmt sie einen Teil der Last von den Klient/innen bzw. Patient/inn/en und legt damit möglicherweise einen wichtigen Grundstein für ein erneutes Anknüpfen an die Hilfe auch nach einer Informationsweitergabe gegen den Willen: „Ich mache mir Sorgen um Ihr Kind und bin mit meinen Hilfen hier am Ende. Ich brauche jemanden, der sich mit mir ihrem Kind und ihrer Situation annimmt.“

8. Gesetzgebungstrubel

Bund und Länder haben den Kinderschutz als Tummelplatz für allerlei bunte Gesetzgebungsaktivität entdeckt. Sicher ist in dem einen oder anderen Land auch die eine oder andere sinnvolle Regelung dabei und es werden die Kinderschutz-Strukturen vor Ort gesetzlich unterstützt. Hierauf kann an dieser Stelle nicht im Detail eingegangen werden, es sollen aber zwei Aspekte mit Bezug auf frühe Hilfen aus dem zahlreichen Aktionismus herausgegriffen werden.

Die aktuelle Diskussion um das Duisburger Modell RisKid verdeutlicht ein Strukturdefizit: Pädiater/innen bekommen viel von Belastungen in Familien mit, wissen aber nicht wohin damit. In ihren eigenen Hilfebeziehungen ist – bislang – nicht genügend Raum, sich den Familien in der erforderlichen Intensität anzunehmen, Absprachen zu treffen, deren Einhaltung zu überprüfen und den Kontakt gegebenenfalls eigeninitiativ zu halten.

Die bei RisKid gewählte Lösung ist jedoch eine schwierige, gefährliche. Statt sich der Familie anzunehmen, werden die Sorgen um ein Kind an eine geheime Datei delegiert. Dies bewirkt eine massive Störung des Vertrauensverhältnisses zum Kinderarzt/zur Kinderärztin. Eltern werden sich diesen nicht mehr anvertrauen, wenn sie befürchten müssen, dass sie andernfalls in einer für sie intransparenten Datei landen, in der geheime Informationen und Zuschreibungen über sie gespeichert werden.

Ebenfalls ante portas befindet sich der Entwurf eines Kinderschutzgesetzes des Bundes.⁶ Danach ist eine Ergänzung des § 8a SGB VIII vorgesehen, wonach das Jugendamt die – dann doppelte (vgl. § 8a Abs. 1 Satz 2 SGB VIII) – Pflicht haben soll, das Kind bei Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung in Augenschein zu nehmen (§ 8a Abs. 1 Satz 2 SGB VIII-E). Soweit, so überflüssig wie unschädlich. Mehr als dysfunktional wird es aus vielerlei Gründen allerdings, wenn im gleichen Atemzug eine regelhafte Pflicht zum Hausbesuch statuiert werden soll. Virulent wären diese Änderungen auch für das System der frühen Hilfen. Die Übergänge von der Gesundheitshilfe in die Kinder- und Jugendhilfe könnten nicht mehr regelhaft mit einem Anknüpfen am bisherigen Hilfekontakt gestaltet werden, sondern ein Werben für die Inanspruchnahme weitergehender Hilfen und eine Hinzuziehung hieße stets auch, den Klient/innen bzw. Patient/innen gleich im Einstieg das Jugendamt nach Hause zu schicken. Die Errungenschaften der verbesserten Kooperation wären mit einem Handstreich des Gesetzgebers wieder zunichte gemacht.

⁶ Bundesrats-Drucksache 59/09.

9. Haltung in der Kooperation: Schlüssel zum Umgang mit Datenschutz im Kinderschutz

Soll Kooperation in frühen Hilfen und im Kinderschutz gelingen und Datenschutz nicht als Hindernis, sondern als verbindende Grundlage empfunden werden können, kommt es entscheidend auf die Haltung an. Sprache spielt hier eine entscheidende Rolle. Es geht darum,

- prekäre Lebenssituationen zu erkennen und sich diesen anzunehmen,
- Eltern zu erreichen und für Hilfen zu gewinnen,
- Wertschätzung gegenüber allen Hilfebeziehungen aufzubringen,
- Transparenz gegenüber den Klient/innen und Patient/innen herzustellen,
- andere Stellen hinzuzuziehen, statt an diese abzugeben,
- mitzuteilen (die Sorge um ein Kind mit einer anderen helfenden Stelle teilen), statt zu melden,
- gemeinsam zu helfen und zu schützen, statt Verantwortung weiterzureichen.

Wie könnte ein Risikoinventar für Frühe Hilfen aussehen? Expertise für das Projekt „Guter Start ins Kinderleben“

Dr. Heinz Kindler

Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Deutsches Jugendinstitut e.V., München

Einleitung

Der Titel meines Vortrages ist in der Möglichkeitsform formuliert. Gefragt wird, wie es gehen „könnte“. Das heißt, so ganz genau wissen wir das noch nicht. Wir haben viele Ideen und bereits auch ausgearbeitete Vorschläge¹, aber es gibt klar erkennbar noch Diskussions- und Forschungsbedarf. In den letzten Jahren habe ich mich viel mit Fragen der Risikoeinschätzung beschäftigt². Trotzdem bin ich kein ungebrochener Befürworter aller Formen von Risikoeinschätzung. Risikoeinschätzung ist ein schwieriges, manchmal problematisches Thema, das auch ein gerütteltes Maß an Skepsis verdient und sich nicht für ungebrochene Begeisterung eignet. Um diesen Bereich drehen sich mitunter Fantasien, alle Risiken völlig objektiv erfassen zu können, um sie dann nach dem Motto „Risiko erkannt, Gefahr gebannt!“ vollumfänglich kontrollieren zu können. Das ist unrealistisch und provoziert manchmal heftige Gegenreaktionen. Manche Kolleginnen und Kollegen haben für solche Macht- und Kontrollfantasien ein sehr feines Gespür.

Risikoeinschätzung ist aber auch deshalb ein schwieriges Thema, weil teilweise etwas unbedacht mit Begriffen wie „Risiko“ oder „Hochrisikofamilie“ um sich geworfen wird. Wird nachgefragt, wie wahrscheinlich es denn in einer so bezeichneten „Hochrisikofamilie“ im weiteren Verlauf zu einer Kindeswohlgefährdung kommen wird, blickt man manchmal in große, verständnislose Augen. Es wäre aber wichtig zu klären, ob über Familien gesprochen wird, bei denen die Höhe des Risikos einer auftretenden Kindeswohlgefährdung eher bei 20 Prozent, bei 40 Prozent oder bei 60 Prozent liegt. Ohne eine solche Klärung schleichen sich leicht falsche Bilder und Tonlagen ein und Familien, in denen das Risiko einer Kindeswohlgefährdung gegenüber der Allgemeinbevölkerung dreis- bis vierfach erhöht ist, also gegenüber einer angenommenen Grundrate von 5 Prozent auf etwa 20 Prozent steigt, mutieren in der Wahrnehmung des (Fach-)Publikums zu Familien, in denen es nahezu unweigerlich zur Gefährdung kommt.

Ich möchte weiterhin betonen, dass Menschen Risiken auf mehreren Wegen wahrnehmen, die alle der Wertschätzung und Beachtung bedürfen. Insbesondere unterscheiden wir emotionale und analytische Wege bei der Wahrnehmung von Risiken³. Die emotionale Form der Risikowahrnehmung ist beispielsweise schnell, eindrücklich, aber auch grob. Fehler werden hier sehr viel wahrscheinlicher, wenn wir unter dem Eindruck eines früheren, sehr gut oder sehr schlecht gelaufenen Falles stehen oder mit einer Familiensituation noch keine Erfahrungen machen konnten. Zudem ist die Transparenz einer stark emotional geprägten Einschätzung eher gering. Auf der anderen Seite verfügen Menschen über die Fähigkeit zu einer analytischen, dann aber zeitaufwändigeren Form der Risiko-

¹ Vgl. Meysen et al. 2008.

² z.B. Kindler 2007, Kindler & Lillig 2006.

³ z.B. Slovic et al. 2004.

einschätzung, wobei hier die in die Einschätzung eingehenden Hintergrundinformationen, Wahrnehmungen und Bewertungen prinzipiell gegenüber anderen offengelegt werden können. In Alltagssituationen mischen sich häufig beide Formen der Risikoeinschätzung. Es wäre sicher weder wünschenswert noch möglich, im Kinderschutz und bei der präventiven Auswahl von Risikofamilien, die von Hilfsangeboten besonders profitieren können, emotional geprägte Risikowahrnehmungen von Fachkräften völlig zu entwerfen und nur auf analytische Verfahren zu setzen. Trotzdem liegt in einer Stärkung analytischer Umgangsweisen mit Risiken eine wichtige Chance für die Verbesserung des Kinderschutzsystems. Am deutlichsten lässt sich dies im Moment hinsichtlich der Risikoeinschätzung in Gefährdungsfällen demonstrieren, also in Fällen, in denen Hinweise darauf vorliegen, dass bereits Gefährdungseignisse vorgefallen sind. In solchen Fällen ist die Einschätzung des Risikos weiterer Misshandlung bzw. Vernachlässigung ein unausweichlicher und wichtiger Baustein bei der Entscheidung über das nachfolgend richtige Maß an Kontrolle und Hilfe.

Hierzu haben wir in einer 2007 durchgeführten Studie überprüft, inwieweit das Risikomodul im so genannten „Kinderschutzbogen“ in Gefährdungsfällen tatsächlich in der Lage ist, Hinweise auf die Wahrscheinlichkeit erneuter Gefährdungseignisse und anderer Aspekte des Fallverlaufs zu geben (prospektive Validität). Beim „Kinderschutzbogen“ handelt es sich um ein von den Städten Stuttgart und Düsseldorf entwickeltes umfassendes Kinderschutzverfahren.⁴ Kurz gesagt besteht das Verfahren aus mehreren Modulen, die für bestimmte Einschätzungsaufgaben in Gefährdungsfällen genutzt werden können (z.B. Einschätzung der Versorgungslage eines Kindes oder der Erziehungsfähigkeit der Eltern). Das Risikomodul enthält auf einem Blatt 16 Risikofaktoren aus den Bereichen soziale und familiäre Situation, Merkmale der elterlichen Persönlichkeit und bisherige Fallgeschichte. Gemeinsam betrachtet sollen die im Einzelfall vorliegenden Risikofaktoren einen Anhaltspunkt für das Ausmaß der Gefahr erneuter Gefährdungseignisse geben. Um die tatsächliche Vorhersagekraft des Risikomoduls zu prüfen, wurden 60 Fallakten herangezogen. Aufgrund der Ausgangslage im Fall, das heißt der Angaben in der Akte zu den ersten Monaten im Fallverlauf, wurde das Risikomodul ausgefüllt. Unabhängig davon, d.h. ohne Kenntnis der Ergebnisse der Risikoeinschätzung und des ersten Teils der Akte, wurde der weitere Fallverlauf, im Mittel etwas mehr als drei Jahre, untersucht. Hier wurden unter anderem auftretende Gefährdungseignisse und gefährdungsbedingte Schädigungen eines Kindes in der Familie erfasst.

Im Ergebnis der Studie zeigten sich deutliche Zusammenhänge zwischen vorliegenden Risiken und der Häufigkeit, mit der im weiteren Verlauf ein Kind in den einbezogenen Familien durch Gefährdungseignisse zu Schaden kam. Auch wenn die Anzahl der vorliegenden relevanten Risiken betrachtet wurde, zeigte sich ein deutliches Ergebnis (**Abbildung 1, obere Hälfte**). Klar erkennbar kam es in einem nicht unerheblichen Teil der Fälle mit mehr als drei relevanten Risikofaktoren nachfolgend zur gefährdungsbedingten Schädigung eines Kindes in der Familie – und das, obwohl die Jugendhilfe mit allen Fällen befasst war und wir wohl zu Recht unterstellen dürfen, dass die Fachkräfte immer versucht haben, entsprechend ihrer intuitiven Einschätzung gegen Schädigungsrisiken zu arbeiten. Das heißt, sichtbar wird hier der Beitrag, den eine strukturierte Risikoeinschät-

⁴ Für eine nähere Beschreibung des Verfahrens siehe Kindler & Reich 2007.

zung über die ohnehin vorhandenen Einschätzungen der Fachkräfte hinaus zur angemessenen Wahrnehmung von Risiken leisten kann.

Ein anderer Befund aus einer Untersuchung des Kinderschutzsystems in der Hansestadt Lüneburg betrifft ebenfalls Gefährdungsfälle im Jugendamt. Hier haben wir in einer Stichprobe von 23 Akten geprüft, inwieweit empirisch abgesicherte Risikofaktoren in der Akte behandelt wurden, d.h. inwieweit Informationen über das Vorliegen oder Nicht-Vorliegen solcher Risikofaktoren auffindbar waren. Bei den Ergebnisvariablen wurde dann beispielsweise eingeschätzt, ob eingesetzte ambulante Hilfen durchgeführt werden und ihre Ziele (wenigstens teilweise) erreichen konnten. Dabei stellten wir fest, dass eine gründlichere Risikoanalyse einen positiven Zusammenhang zum Gelingen der ambulanten Hilfen aufwies (**Abbildung 1, untere Hälfte**), möglicherweise weil dann eher zum Risikoniveau passende ambulante Hilfen ausgewählt wurden.

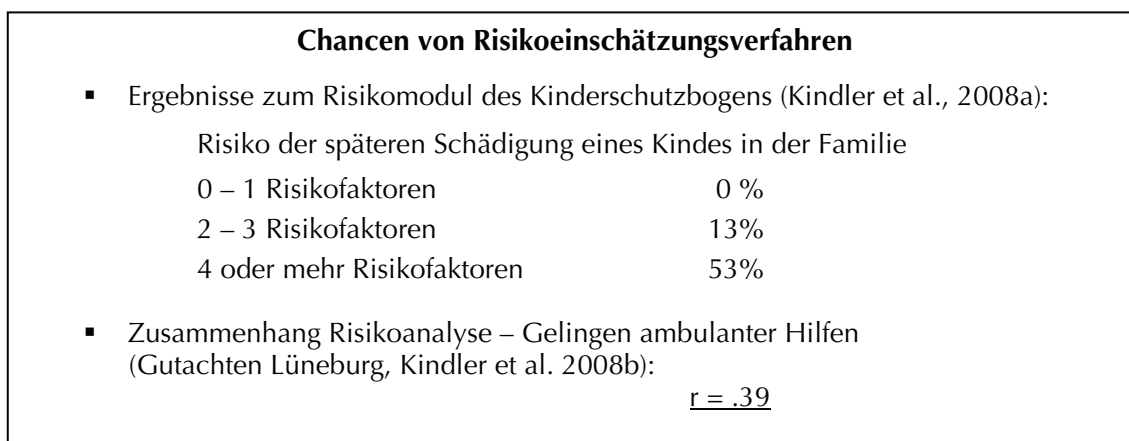


Abbildung 1

© Dr. Heinz Kindler

Die beiden Untersuchungsbeispiele sollen zeigen, dass wir grundsätzlich mit einer gewissen Berechtigung argumentieren können, dass Risikoeinschätzungen in einigen Anwendungsbereichen hilfreich sein können. Wie aber sieht es nun im Bereich der „Frühen Hilfen“ aus?

Warum überhaupt ein Risikoinventar für Frühe Hilfen?

Die erste hierbei zu beantwortende Frage zielt auf den möglichen Nutzen bzw. den Sinn eines Risikoinventars für den Bereich Früher Hilfen. Warum sollte das Feld hier Interesse und Engagement entwickeln?

Aus meiner Sicht sprechen derzeit drei gewichtige Gründe für ein Risikoinventar, was nicht heißt, dass ein solches Verfahren für jedes Projekt erforderlich ist. Es gibt natürlich universelle Präventionsansätze, d.h. Hilfsangebote, die allen interessierten Familien unterschiedslos offen stehen. Für solche Angebote erscheint ein Risikoinventar weder notwendig noch sinnvoll. Im Bereich der Frühen Hilfe werden jedoch zumindest zum Teil

selektive Präventionsstrategien erforderlich, das heißt Unterstützungsangebote, die gezielt bestimmten Familien angeboten werden. Risikoinventare werden für selektive Präventionsstrategien benötigt. Die Notwendigkeit selektiver Präventionsstrategien im Bereich Früher Hilfen ergibt sich aus folgenden drei Umständen:

1. Soweit wir aus der epidemiologischen Forschung wissen, zeichnet sich die Mehrzahl der Fälle früher Vernachlässigung und Misshandlungen durch das Vorliegen multipler Risiken aus⁵.
2. Es gibt weiterhin gute Hinweise darauf, dass die meisten dieser Risiken zum Zeitpunkt der Geburt bereits prinzipiell erkennbar sind⁶.
3. Schließlich lässt sich international (aus Deutschland liegen bislang keine glaubwürdigen Studien vor) zeigen⁷, dass Frühe Hilfen prinzipiell bei der Förderung kindlicher Entwicklung und der Verhinderung von Kindeswohlgefährdung zumindest moderat effektiv sein können. Allerdings sind hierfür bei mehrfach risikobelasteten Familien relativ intensive und qualifizierte, damit aber auch relativ teure Präventionsmaßnahmen erforderlich. Daher können diese Programme nur gezielt Familien angeboten werden, die vermutlich in besonderem Maße davon profitieren können. Hierfür bedarf es einer Auswahl. Zugleich muss bei diesen mehrfach risikobelasteten Familien besonders intensiv um eine Teilnahme geworben werden. Andernfalls gelangen bzw. bleiben genau die Familien mit dem höchsten Bedarf nicht in geeigneten Präventionsmaßnahmen.

Erstaunlicherweise wird in der Bundesrepublik bislang wesentlich intensiver darüber diskutiert, dass sich Familien durch ein Risikoscreening und ein nachfolgendes gezieltes Hilfeangebot diskriminiert fühlen könnten, während der Umstand, dass besonders belastete Familien durch unspezifische, weniger intensive Angebote in der Regel nicht erreicht und damit noch viel stärker diskriminiert werden, eher ausgeblendet wird.

Je nach seiner Gestaltung kann ein Risikoinventar aber noch weitere oder andere Aufgaben erfüllen, von denen nachfolgend zwei aufgeführt sind:

- Hypothesenbildung über im Einzelfall laufende Risikomechanismen mit dem Ziel, dann eine dazu passende Hilfestrategie zu formulieren (Unterstützungsbogen),
- Risikodokumentation und darauf aufbauend Vergleich von Wirkungen über verschiedene Projekte hinweg, um gesellschaftliches Lernen zu befördern.

Die mögliche Aufgabe der Hypothesenbildung baut auf der Unterscheidung von Risikofaktoren und Risikomechanismen auf. Risikofaktoren bezeichnen Faktoren, die rein statistisch mit einer Erhöhung der Wahrscheinlichkeit des späteren Auftretens von Misshandlung und Vernachlässigung einhergehen. Risikomechanismen bezeichnen dagegen den vermittelnden kausalen Prozess. Im Hinblick auf Vernachlässigung bzw. Misshandlung sind mehrere unterschiedliche Risikomechanismen bekannt, so dass verschiedene Wege

⁵ z.B. Wu et al. 2003.

⁶ für eine Forschungsübersicht siehe Meysen et al. 2008.

⁷ für Forschungsübersichten siehe Geeraert et al. 2004, Bilukha et al. 2005.

zum Auftreten einer Kindeswohlgefährdung führen können. Passgenaue Hilfen setzen an den jeweils im Einzelfall vorliegenden Risikomechanismen an. Entsprechend kann ein Risikoinventar, das Hinweise auf die im Einzelfall arbeitenden Risikomechanismen gibt, dazu verwendet werden, um Hypothesen darüber zu bilden, wie im Einzelfall eine möglichst passgenaue Hilfe aussehen könnte.

Das dritte Einsatzfeld für ein Risikoinventar erfüllt ein eher gesellschaftliches Interesse nach der Vergleichbarkeit der Ergebnisse von Projekten im Bereich „Frühe Hilfen“. Ein wichtiger Teil hierfür wäre die vergleichende Risikodokumentation, damit man sehen kann, welchen Ausschnitt aus dem Spektrum möglicher Risiken bestimmte Projekte bearbeiten und mit welchen Ergebnissen.

Wissenschaftliche Grundlagen eines Risikoinventars

Wenn man Risikoeinschätzungen nun zumindest manchmal für sinnvoll hält, heißt das noch lange nicht, dass es auch tatsächlich gelingt, ein aussagekräftiges und in der Praxis anwendbares Risikoinventar zu entwickeln. Die nächste Frage für mich war daher: „Was haben wir überhaupt in der Hand, um solches Risikoinventar zu formulieren?“ Bei der Beantwortung dieser Frage haben wir uns im Rahmen des Projektes „Guter Start ins Kinderleben“ zunächst darauf konzentriert, im Rahmen dreier systematischer Literaturrecherchen empirisch belegte Risikofaktoren für frühe Vernachlässigung bzw. Misshandlung und für frühe Entwicklungsauffälligkeiten bzw. Erziehungsschwierigkeiten herauszufiltern. Auf die Ergebnisse der ersten der drei Literaturrecherchen werde ich nachfolgend kurz eingehen.

Empirisch belegte Risikofaktoren für frühe Vernachlässigung und Misshandlung – Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche

Für die Literaturrecherche wurde zunächst festgelegt, ab wann von einem empirisch belegten Risikofaktor für frühe Vernachlässigung bzw. Misshandlung ausgegangen werden sollte. Die **Kriterien**, um von einem solchen Risikofaktor zu sprechen, lauteten: Es musste für den Faktor ein **wiederholt bestätigter, überzufälliger, zeitlich geordneter statistischer Zusammenhang** zu früher Vernachlässigung bzw. Misshandlung vorliegen, d.h. der Zusammenhang musste in mindestens zwei unabhängigen Studien gefunden worden sein. Er musste weiterhin dabei signifikant gegen den Zufall abgrenzbar gewesen sein. Zudem wurden nur Längsschnittstudien betrachtet, so dass geprüft werden konnte, ob der Risikofaktor tatsächlich vor dem Auftreten einer Kindeswohlgefährdung vorlag.

Bei der Recherche wurden mehrere Literaturdatenbanken mit bestimmten Suchbegriffen nach relevanten empirischen Studien durchforstet. Alle gefundenen Studien wurden auf ihre Eignung hin überprüft und es wurde eine Rangfolge nach der methodischen Aussagekraft der Studien für ein Risikoinventar gebildet (**Abbildung 2**).

Levels von Längsschnittstudien

- **Ia:** Populationsstudien mit Fokus auf Risikofaktoren für Vernachlässigung und Misshandlung in der frühen Kindheit (1)
- **Ib:** Populationsstudien mit Fokus auf Risikofaktoren für Vernachlässigung und Misshandlung in einem längeren Zeitraum einschließlich der frühen Kindheit (3)
- **Ila:** Risikolängsschnittstudien mit angenommener erhöhter Prävalenz von Vernachlässigung und Misshandlung und Fokus auf die frühe Kindheit (7)
- **Ilb:** Risikolängsschnittstudien mit angenommener erhöhter Prävalenz von Vernachlässigung und Misshandlung und Fokus auf einen längeren Zeitraum einschließlich der frühen Kindheit (4)

Abbildung 2

© Dr. Heinz Kindler

Am interessantesten waren für uns zunächst Populationsstudien, also Studien mit Zufallsstichprobe aus der Allgemeinbevölkerung, in denen zugleich ein Fokus auf Risikofaktoren für frühe Vernachlässigung und Misshandlung gelegt wurde. Dazu haben wir lediglich eine Studie gefunden. Drei weitere Bevölkerungsstudien gab es zu Risikofaktoren für Vernachlässigung bzw. Misshandlung, die in der frühen Kindheit, aber auch noch später auftreten konnte. Weiterhin haben wir nach Längsschnittstudien gesucht, in denen Gruppen untersucht wurden, bei denen von einem im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt etwas erhöhten Vernachlässigungs- und Misshandlungsrisiko auszugehen war, z.B. jugendliche Mütter.

Es ist für die Wissenschaftler Erfolg versprechender, mit solchen Stichproben zu arbeiten, denn bei einer erhöhten Häufigkeit von Vernachlässigung bzw. Misshandlung ist auch die Chance größer, statistisch signifikante Zusammenhänge zu Risikofaktoren zu finden; daher gab es dazu sieben Studien und mit einem etwas ausgedehnteren Untersuchungszeitraum noch einmal vier weitere Studien.

Insgesamt standen uns somit 15 Studien zur Verfügung, wobei ich zum besseren Verständnis noch anfügen sollte, wie frühe Misshandlung bzw. Vernachlässigung in den einbezogenen Studien definiert wurde. Wir haben nur Studien akzeptiert, in denen von Misshandlung oder Vernachlässigung dann gesprochen wurde, wenn es ein belegbares Ereignis gab, dass nach Prüfung durch die Jugendhilfe so gewertet wurde, oder wenn eine medizinisch behandlungsbedürftige gefährdungsbedingte Verletzung eines Kindes vorlag. Studien, in denen etwa untersucht wurde, für welche Familien Gefährdungsmeldungen beim Jugendamt eingingen, haben wir als zu unzuverlässig ausgeschlossen. Von „früher“ Misshandlung oder Vernachlässigung wurde gesprochen, wenn sie erstmals im Altersbereich von 0-5 Jahren auftrat. Aus den einbezogenen Studien konnten wir **21 Faktoren** herausfiltern: Diese Risikofaktoren, die sich wiederholt in unabhängigen Längsschnittstudien für die Vorhersage früher Misshandlung und Vernachlässigung als wichtig erwiesen haben, sind in der nachfolgenden Abbildung aufgelistet (**Abbildung 3**):

Ergebnisse Risikofaktoren für frühe Hilfen	
Armut/Sozialeinkommen	Mutter psychisch auffällig
Niedriger Bildungsstand	Mutter depressive Anzeichen
Medicaid	Mutter emotional instabil
Häufige Umzüge	Mutter impulsiv/aggressiv
Partnerschaftsgewalt	Unzureichende Schwangeren-Vorsorge
Isoliert / wenig Unterstützung	Ungewolltes Kind, negativ gegenüber Kind
Geringer IQ Mutter	Negative Attribution, unrealistische Erwartungen
Mutter sehr jung	Geringes Geburtsgewicht
Mutter selbst Gefährdung erfahren	Schwierig zu versorgendes Kind
Mutter/Vater fremdbetreut	Beobachtbar problematisches Fürsorgeverhalten
Mutter geringes Selbstvertrauen	

Abbildung 3

© Dr. Heinz Kindler

Diese 21 Faktoren sind zwar ganz überwiegend, aber nicht völlig durchgängig auf Deutschland anwendbar, den Bezug von Medicaid (einem Programm zur medizinischen Versorgung sozial benachteiligter Personen und Familien) findet man zum Beispiel nur in Amerika. Das Set enthält weiterhin eine große Bandbreite von Faktoren, einige lassen sich als eher „sozial distal“ charakterisieren, das heißt, sie beschreiben die soziale Lage einer Familie, sind aber relativ weit weg vom tatsächlichen Umgang mit dem Kind in der Familie, also z.B. Bildungsstand oder Armut. Bei der Mehrzahl der Faktoren ist aber von einem unmittelbaren Einfluss auf den Umgang mit dem Kind auszugehen, insbesondere bei Verhaltenstendenzen der Eltern und Aspekten der elterlichen psychischen Gesundheit.

Es gibt einige Risikofaktoren, die als „statisch“ zu bezeichnen sind. Wenn ein solcher Risikofaktor vorliegt, kann er sich nicht mehr ändern. Dies betrifft beispielsweise den Risikofaktor „Gefährdungsereignisse in der Kindheit der Eltern“. Die Mehrzahl der Faktoren ist jedoch variabel, zum Beispiel geringes Selbstvertrauen in Bezug auf die Fürsorge für das Kind. Hier sind gezielte oder auch ungeplante Veränderungen möglich.

Das Vorgehen bei dieser Literaturrecherche führt zu einer konservativen Liste. Es sind ziemlich sicher nicht alle in der Wirklichkeit wichtigen Risikofaktoren enthalten. Bei genauer Prüfung ist etwa feststellbar, dass Faktoren, die sich auf Väter beziehen, fast überhaupt nicht vorkommen. Das liegt vermutlich nicht daran, dass es keine solchen Faktoren gibt, sondern daran, dass sie bisher kaum untersucht wurden. Es erschien uns aber trotzdem sinnvoll, nur Faktoren aufzunehmen, die als gut belegt gelten können, da ansonsten die Aussagekraft des zu entwickelnden Risikoinventars hätte leiden können.

Im Anschluss an diese Analyse haben wir noch zwei weitere systematische Literaturrecherchen durchgeführt, eine zu Risikofaktoren im Hinblick auf frühe Entwicklungsauffäl-

lichkeiten und eine zu frühen, von den Eltern wahrgenommenen Erziehungsschwierigkeiten. Zu frühen Entwicklungsauffälligkeiten haben wir eine Menge Studien gefunden. Zu 80 Prozent ergeben sich aber ähnliche Risikofaktoren wie im Bereich Misshandlung und Vernachlässigung. Im Hinblick auf von den Eltern wahrgenommenen Erziehungsschwierigkeiten haben wir fast keine tragfähigen Befunde ausfindig machen können.

Analyse international bereits vorliegender Risikoinventare im Bereich früher Hilfen

In einem zweiten Schritt haben wir untersucht, welche Instrumente zur Risikoeinschätzung im Bereich früher Hilfen international bereits existieren und welche Faktoren diese Instrumente enthalten. Dieser Schritt erschien uns als sinnvoll, weil sich aus der reinen Analyse von Grundlagenbefunden noch nicht ablesen lässt, ob die dort ermittelten Risikofaktoren in der Praxis überhaupt handhabbar und einschätzbar sind. Es hilft uns wenig, wenn wir zwar wissen, dass ein Faktor im Prinzip vorhersagekräftig ist, die Fachkräfte die Situation in Bezug auf diesen Faktor aber wegen der großen Bandbreite der Wahrnehmungen sehr schlecht einschätzen können oder an die entsprechenden Informationen sehr schlecht herankommen. Daher hat uns interessiert, wie international betrachtet andere Projekte vorgehen, da wir vermuteten, dass sich in vielen Projekten zur Risikoeinschätzung herangezogene Faktoren in der Praxis als einigermaßen handhabbar erweisen. Untersucht wurden 18 Risikoinventare aus 85 Projekten zur frühen Hilfe, davon etwas mehr als die Hälfte der Projekte international.

Risikoscreening in frühen Hilfen: Internationale Praxis

Bei den internationalen Projekten hatte die Mehrzahl eine systematische Form der Risikoeinschätzung, bei den deutschen Projekten war das weniger der Fall. Insgesamt hatten 35 Projekte (41 Prozent) eine Form der systematischen Risikoerfassung. In diesen Projekten gab es mindestens 23 verschiedene Verfahren, von denen 18 besorgt werden konnten. Am häufigsten wurde die „Kempe Family Stress Checklist (KFSC)“ (neun Projekte) und das „Postpartum Parkyn Screening Tool (PPST)“ (sieben Projekte) eingesetzt. Bei der Analyse der Verfahren kamen wir zu folgenden Ergebnissen:

- 13 Risikofaktoren decken zusammen mehr als 50 Prozent der in den Inventaren enthaltenen Items ab.
- Diese Items haben sich nicht nur als in der Praxis vermutlich handhabbar erwiesen, sondern zählen auch fast durchwegs zu den empirisch bestätigten Risikofaktoren.
- Sieben, meist ältere Studien zur Vorhersagekraft von Risikoinventaren zeigen insgesamt eine moderate Vorhersagekraft. In der Mehrzahl der Risikofamilien würden Probleme auch ohne Frühe Hilfe vermutlich nicht bis einer Vernachlässigung bzw. Misshandlung eskalieren, aber die Mehrzahl der Fälle von früher Gefährdung des Kindeswohls kann vorab bereits als Risikofall identifiziert werden.

Um diesen letzten Punkt etwas näher zu erläutern und mit Zahlen zu unterfüttern, würde ich gerne Folgendes anmerken: In Familien, bei denen im Risikoinventar ein erhöhtes Risiko angezeigt wurde, kam es in den vorliegenden Studien im weiteren Verlauf im Mittel 17-fach häufiger zum Auftreten von Kindeswohlgefährdung, verglichen mit Familien

mit geringem Risiko. Wird die Blickrichtung umgekehrt, so ist festzustellen, dass bei auftretender Kindeswohlgefährdung in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle (ungefähr 80 Prozent), bei der früheren Risikoeinschätzung ein erhöhtes Risiko angezeigt wurde (Sensitivität). Die „Spezifität“ aber, d.h. die Häufigkeit, mit der Familien, in denen keine Kindeswohlgefährdung auftrat, richtig als Familien mit geringem Risiko erkannt wurden, erwies sich im Mittel der Studien mit 80 Prozent als relativ unbefriedigend. Rein numerisch sind die Werte für die Sensitivität und die Spezifität zwar gleich, die Bedeutung ist jedoch eine andere, weil diese zweite Gruppe der Familien, in denen keine Kindeswohlgefährdung auftritt, sehr viel größer ist. Fehleinschätzungen in 20 Prozent der Fälle bedeuten, dass in sehr vielen der so genannten „Risikofamilien“ die Probleme auch ohne Frühe Hilfe nicht bis zu einer Kindeswohlgefährdung eskalieren würden.

Diese Befundlage hat für die Praxis eine erhebliche Bedeutung. Einerseits wird nämlich ausgesagt, dass es mit einem geeigneten Risikoinventar prinzipiell möglich wäre, die meisten Familien, in denen es später zur Vernachlässigung oder Misshandlung eines Kindes kommen würde, zu erkennen und gezielt Hilfe anzubieten. Andererseits spricht die Befundlage aber auch dafür, dass selbst die besten Risikoinventare viele Familien, in denen es nicht zu einer Kindeswohlgefährdung kommen würde, als risikobehaftet identifizieren. Daraus folgt zum einen, dass extrem vorsichtig mit Begriffen umgegangen werden muss und mehrfach risikobelastete Familien keinesfalls als „Hochrisikofamilien für Kindesvernachlässigung oder -misshandlung“ bezeichnet werden dürfen. Zum anderen folgt daraus auch, dass nur solche selektiven Präventionsprogramme sinnvoll sind, die auch – aber nicht nur – gegen Misshandlung bzw. Vernachlässigung wirken. Unsere Interventionen müssen auch darüber hinaus positive Effekte für die teilnehmenden Familien haben.

Erfreulicherweise scheint genau dies der Fall zu sein. Die bislang untersuchten Präventionsmaßnahmen weisen in Metaanalysen einen moderat starken Effekt im Hinblick auf die Verringerung der Häufigkeit von Misshandlungen und Vernachlässigung auf, aber auch moderate bis starke Effekte im Hinblick auf die Verbesserung der Erziehungsbedingungen und die Förderung zumindest einiger Aspekte kindlicher Entwicklung.

Die **häufigsten Faktoren in bereits vorhandenen Risikoinventaren**, die zudem auch als empirisch belegt angesehen werden können, sind:

▪ **Merkmale der Familiensituation**

- Soziale Isolation bzw. fehlende Unterstützung,
- Wiederholte Krisen, Partnerschaftsgewalt und mehrfache soziale Belastungen,
- Ernsthafte finanzielle Notlage.

▪ **Merkmale der Eltern**

- Eltern sehr jung,
- Beeinträchtigung durch psychische Erkrankung, Sucht, Intelligenzminderung oder Kriminalität,
- Eltern haben in der eigenen Kindheit Misshandlung, Vernachlässigung oder wiederholte Beziehungsabbrüche erlebt.

- **Schwangerschaft, Geburt und Merkmale des Kindes**

- Kaum Vorsorgeuntersuchungen während Schwangerschaft,
- Kind stellt aufgrund chronischer Krankheit, Behinderung oder Verhaltensstörung deutlich erhöhte Anforderungen.

- **Merkmale der Eltern-Kind Beziehung**

- Hinweise auf elterliche Ablehnung oder Desinteresse gegenüber Kind,
- Beziehungsaufbau durch Trennungen erschwert.

Auf der Grundlage der Analysen der Grundlagenforschung und der international bereits vorliegenden Risikoinventare wurde für Deutschland ein Instrument entwickelt: der so genannte **Anhaltsbogen**, der Fachkräfte darin unterstützen soll, mehrfach risikobelastete Familien zu erkennen, denen dann geeignete präventive Hilfen angeboten werden sollen.

Der Anhaltsbogen: Ein deutsches Risikoinventar für Frühe Hilfen

Den Anhaltsbogen kann um die Geburt herum verwendet werden, um Familien zu erkennen, die in besonders hohem Maße von einem intensiven Unterstützungsangebot profitieren können.

Das Verfahren wurde in enger Zusammenarbeit mit dem St. Marien- und St. Annastifts-krankenhaus (Ludwigshafen) entwickelt. Der Bogen sollte sehr kurz sein, um in der Praxis den zusätzlichen Aufwand so gering wie möglich zu halten. Es gibt die Möglichkeit, den Anhaltsbogen als zweistufiges Verfahren zu verwenden. Dafür gibt es auf der ersten Stufe einen Bogen mit nur fünf übergeordneten Einschätzfaktoren für Einrichtungen, die sehr wenig Zeit haben. Für ein etwas intensiveres Screening gibt es eine alternativ oder nachfolgend (z.B. wenn bei mindestens einem der fünf Punkte eine Auffälligkeit vorliegt) einzusetzende Seite mit 26 gewichteten Risikofaktoren, wobei die Gewichtungen nach Effektivitätsstärkenschätzungen gebildet wurden.

Die auf der zweiten Stufe enthaltenen Faktoren lauten im Einzelnen (Gewichte in Klammern):

- Alter der Mutter ≤ 18 Jahre zum Zeitpunkt der Geburt (2),
- mehr als ein zu versorgendes Kind bei einem Alter der Mutter ≤ 20 Jahre und bereits ein Kind oder mehrere (2),
- unerwünschte Schwangerschaft (2),
- allein erziehend (1),
- Hinweise auf schwere Konflikte bzw. Gewalt in der Partnerschaft (3),
- mindestens ein Kind der Mutter in Pflege oder adoptiert (3),
- Mutter mit Heimerziehung oder mit mehrfach wechselnden Hauptbezugspersonen aufgewachsen (2),

- Misshandlungs-, Vernachlässigungs- oder Missbrauchserfahrungen der Mutter in ihrer Kindheit (2),
- bekannte psychische Erkrankung der Mutter bzw. psychiatrische Vorbehandlungen (3),
- Nikotinkonsum > 20 Zig. am Tag (1),
- Hinweise auf Alkoholprobleme bei Mutter oder Partner (3),
- Hinweise auf einen Drogenkonsum durch Mutter oder Partner (3),
- kein qualifizierender Schulabschluss (1),
- finanzielle Notlage (1),
- soziale/sprachliche Isolation (1),
- mehrere fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen (1).
- Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen, die die Möglichkeiten der Familie zu übersteigen drohen
 - Frühgeburtlichkeit (1),
 - Mehrlinge (1),
 - Angeborene/neonatal erworbene Erkrankungen (1).
- Beobachtbare deutliche Schwierigkeiten der Hauptbezugsperson bei der Annahme und Versorgung des Kindes
 - wirkt am Kind desinteressiert (2),
 - macht ablehnende Äußerungen über das Kind (2),
 - wirkt passiv, antriebsarm, psychisch auffällig (2),
 - gibt auffallend häufig das Kind ab (2),
 - übersieht deutliche Signale des Kindes oder reagiert hierauf unangemessen, (z.B. sehr gestresst, wenn Kind schreit oder spuckt) (2),
 - kein Besuch auf der Geburtsstation (2).
- Hauptbezugsperson beschreibt starke Zukunftsangst, Überforderung oder Gefühl, vom Kind abgelehnt zu werden (2).

Einige Faktoren, wie das Alter der Mutter, sind sehr leicht zu erfahren. Es gibt jedoch andere Faktoren, wie die Situation im Hinblick auf Partnerschaftsgewalt, die ein vertrauensvolles Gespräch mit der Mutter bzw. den Eltern erfordern. Darüber hinaus sind Faktoren enthalten, die von den Fachkräften einiges an Schlussfolgerung und Bewertung erfordern, zum Beispiel, ob eine Mutter in ihrer Kindheit selbst Misshandlung und/oder Vernachlässigung erfahren hat. In vielen Fällen werden zu einzelnen Punkten keine oder keine vertrauenswürdigen Informationen vorliegen. Die Vorstellung ist jedoch, dass insgesamt trotzdem ein aussagekräftiges Bild entstehen kann.

Um den Fachkräften die Orientierung hinsichtlich der Bedeutung der einzelnen Faktoren zu erleichtern, haben wir die Faktoren jeweils mit Gewichten versehen, die danach aus-

gewählt wurden, wie gut der Risikofaktor belegt ist und wie stark er – soweit Effektstärkenschätzungen vorgenommen werden konnten – in der Vorhersagekraft ist. Wie vielfach bei Risikoeinschätzungen stellt sich das Problem, dass die vorhersagestärksten Risikofaktoren, da sie nahe an den Ursacheprozessen sind (z.B. an den innerpsychischen Prozessen bei den Eltern) zugleich häufig eher schwer zu erkennen sind. Eine gewisse Ausnahme sind vielleicht die Bereiche, in denen es um die beobachtbare frühe Interaktion geht, die zumindest dann einbezogen werden können, wenn die Mutter einige Tage auf einer Geburtsstation weilt. Die distalen Faktoren sind wesentlich leichter zu erkennen, häufig schon aufgrund der (Patienten-)Akte, dafür aber leider weniger vorhersagekräftig.

Zum Anhaltsbogen gibt es bislang keine Studie, die belastbare Aussagen über die Vorhersagekraft des Bogens in Deutschland machen könnte. Dies ist dringend nachzuholen. Wir können nicht davon ausgehen, dass die internationalen Befunde zu 100 Prozent auf unsere Situation übertragbar sind. Wir müssen annehmen, dass sich die Risikoepidemiologie, d.h. die Verbreitung der verschiedenen Risikofaktoren, über die Gesellschaften hinweg etwas unterscheidet und dies Auswirkungen auf die Vorhersagekraft der einzelnen Faktoren hat. Zumindest haben wir bislang aus der Praxis die Rückmeldung, dass sich das Verfahren als einigermaßen anwendbar erwiesen hat, so dass wir es als sinnvoll erachten, im Prüfprozess weiter voran zu gehen.

Der Unterstützungsbogen: Passgenaue Hilfeplanung im Bereich Früher Hilfen

Bei einem zweiten im Rahmen des Projektes „Guter Start ins Kinderleben“ entwickelten Verfahren, dem **Unterstützungsbogen**⁸, gingen wir von folgender **Grundidee** aus:

- Innerhalb der Risikofamilien gibt es unterscheidbare Risikomechanismen, d.h. verschiedene Nah-Mechanismen, die (belegbar) zu früher Vernachlässigung bzw. Misshandlung führen können und die zielgerichtet bearbeitet werden sollten. Für die Analyse und Beschreibung der unterschiedlichen Risikomechanismen konnten verschiedene Arten von Forschung herangezogen werden:
 - Interventionsstudien mit spezifischem Ansatzpunkt⁹,
 - Studien zur Diskontinuität in der intergenerationalen Weitergabe von Gefährdung¹⁰,
 - Mediationsanalysen, das heißt Analysen, bei denen es um Vermittlungsprozesse zwischen dem statistischen Risikofaktor und dem Auftreten von Misshandlungen und Vernachlässigung geht¹¹.

⁸ Der Unterstützungsbogen wurde bei Kindler et al. (2008c) veröffentlicht.

⁹ z.B. wurde in der Interventionsstudie von Bugental et al. (2002) gezielt am Selbstwirksamkeitserleben von Müttern in sozialen Risikolagen gearbeitet und Auswirkungen auf die spätere Häufigkeit von Misshandlung bzw. Vernachlässigung wurden untersucht.

¹⁰ Beispielsweise konnte in einer Studie von Egeland et al. (1988) gezeigt werden, dass Mütter, die selbst in ihrer Kindheit misshandelt wurden, aber später korrigierende Beziehungserfahrungen machen konnten und dadurch ihre inneren Beziehungsmodelle umarbeiten konnten, eigene Kinder sehr viel seltener gefährdeten als ebenfalls in der Kindheit misshandelte Mütter ohne korrigierende Beziehungserfahrungen.

¹¹ Z.B. eine Studie von Conger & Elder (1994), in der es um den Zusammenhang von ökonomischer Not und Misshandlung ging, der durch harschere Erziehungsvorstellungen und dem Aufbau von Frust in den Familien hergestellt wurde.

- Angesichts der verschiedenen Risikomechanismen passt in der Prävention nicht „ein Schuh für alle“, sondern es ist hilfreich, im Einzelfall zu analysieren, welche Risikomechanismen vorliegen, und das Unterstützungsangebot hieran auszurichten.

Der Unterstützungsbogen soll also für die Jugendhilfe eine Bandbreite von Risikomechanismen aufzeigen und deren Bedeutung für die Hilfeplanung veranschaulichen. Wir identifizierten dazu folgende **bekannte oder wahrscheinliche Risikomechanismen** bei Eltern bzw. Familien:

- Lebensgeschichtlich begründetes verzerrtes Fürsorgebild,
- Konflikt mit anderen Entwicklungsaufgaben,
- Care-/Control Conflict,
- Suchtverhalten,
- Generell erhöhte emotionale Instabilität,
- Antisoziale Entwicklung,
- Generell herabgesetzte Belastbarkeit,
- Negative Selbstwirksamkeitsüberzeugung.

Im Verfahren haben wir jeden Risikomechanismus ausführlich beschrieben und Anhaltspunkte genannt, die im Einzelfall auf ein Vorliegen des Risikomechanismus' hindeuten können:

- **z.B. Lebensgeschichtlich begründetes verzerrtes Fürsorgebild**
 - Geschilderte Lebensgeschichte mit Vernachlässigungs- oder Misshandlungserfahrungen,
 - Kontaktabbruch zur Herkunftsfamilie,
 - Wunsch, das eigene Kind ganz anders als die Herkunftsfamilie zu erziehen,
 - Entsprechende Aktenlage.
- **z.B. Antisoziale Entwicklung**
 - Geschilderte Lebensgeschichte mit früh einsetzenden Regelverletzungen,
 - Ausgeprägtes sexuelles Risikoverhalten,
 - Alkoholmissbrauch und Straffälligkeit,
 - Entsprechende Aktenlage.

Präventionsstrategien

Im nächsten Schritt wurden dann für jeden dieser Mechanismen Hinweise für eine passgenaue Präventionsstrategie gegeben:

- **z.B. bei einem lebensgeschichtlich verzerrten Fürsorgebild:**

Mögliche Hilfestrategie ist ein Feinfühligkeits- oder Elterntaining zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenzen. Im Prinzip sind auch einsichtsorientierte therapeutische Verfahren wirksam, dauern aber sehr viel länger. Eventuell müssen feindselige Attributionen, d.h. feindselige Ursachenzuschreibungen gegenüber dem Kind oder gegenüber der sozialen Umwelt thematisiert und bearbeitet werden. Da die betroffenen Eltern nicht nur gegenüber dem Kind mit negativen Verzerrungen reagieren, sondern häufig auch gegenüber den Fachkräften, haben sie ein erhöhtes Misstrauen und fühlen sich leicht kontrolliert. Daher ist es wichtig, dies in einer freundlichen Form rückzuspiegeln und besonders viel Zeit in eine positive Gestaltung der Arbeitsbeziehung zu investieren.

Wir wissen außerdem, dass es im unmittelbaren Vorlauf von Misshandlung und Vernachlässigungen in der Regel eine Kumulation im Hinblick auf Überforderungssituationen gibt, die in zwei bis vier Tagen entstehen können. Um Anzeichen von Überforderung frühzeitig zu erkennen, ist eine relativ hohe Kontaktdichte erforderlich.

- **Bei antisozialer Entwicklung:**

Die Geburt ist manchmal ein Wendepunkt im Lebenslauf. Dennoch ist die Grundwahrscheinlichkeit, eine ausgeprägt antisoziale Entwicklung durch ambulante Maßnahmen positiv beeinflussen zu können, relativ gering. In der Regel ist eine eher intensive Hilfe- und Kontrollmaßnahme nötig (z.B. Mutter-Kind-Einrichtung). Zusätzlich ist die Förderung der Erziehungsfähigkeit und ein therapeutisches Angebot (z.B. Anti-Aggressivitäts-Training) angezeigt.

Auf diese Art haben wir versucht, für alle Risikomechanismen aufzuzeigen, welche Folgen wir für die Hilfeplanung sehen oder zumindest vermuten.

Meinen Vortrag möchte ich mit zwei Kinderzeichnungen beenden, da manche Kinder ihre Lage sehr treffend in einem Bild zum Ausdruck bringen können. Daher bitte ich Kinder häufig sowohl in Begutachtungen als auch in Studien darum, ein Bild von sich und ihrer Familie zu malen.

Das erste Bild (**Abbildung 4**) stammt von einem vernachlässigten Kind. Es wurde nur eine Farbe verwendet und das Bild wirkt insgesamt sehr karg. Menschen fehlen völlig.

Das zweite Bild (**Abbildung 5**) stammt von einem Kind aus einer Längsschnittstichprobe, das – soweit wir wissen – durchgängig eine sehr gute elterliche Fürsorge erfahren hat. Unser gemeinsames Ziel und unsere Hoffnung ist es, zukünftig möglichst wenige Bilder wie das erste zu sehen und möglichst viele Bilder der zweiten Sorte. Ich denke, dass eine vernünftige Diskussion über Risikoinventare und eine Stärkung der analytischen Kompetenz von Fachkräften im Bereich Risikoeinschätzung hierzu einen Beitrag leisten kann.

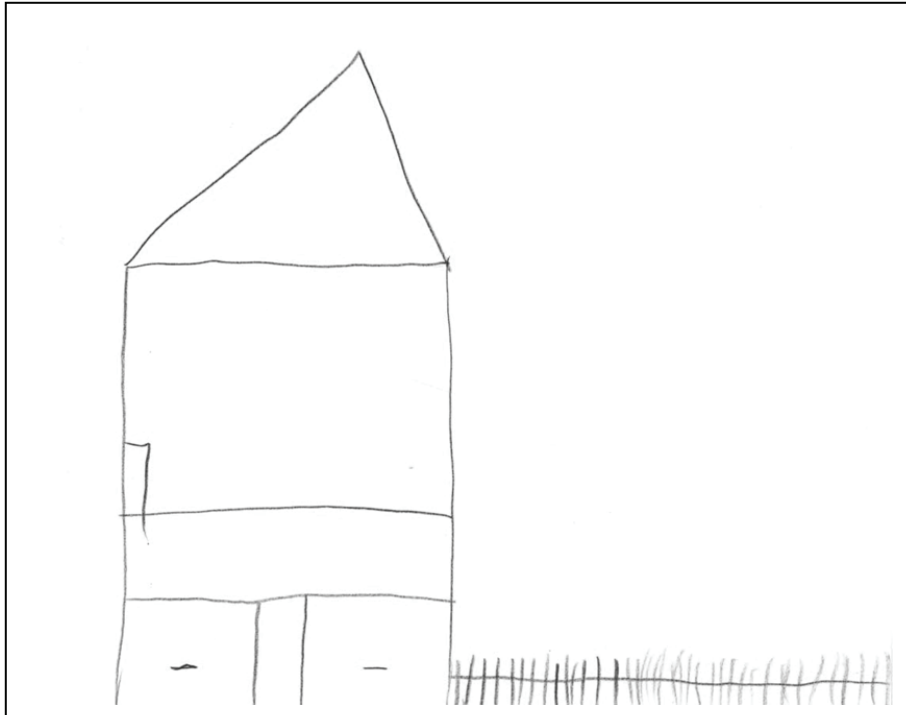


Abbildung 4

© Dr. Heinz Kindler



Abbildung 5

© Dr. Heinz Kindler

Angegebene Literatur

- Bilukha O., Hahn R.A., Crosby A., Fullilove M.T., Liberman A., Moscicki E., Snyder S., Tuma F., Corso P., Schofield A., Briss P.A. & Task Force on Community Preventive Services (2005). The Effectiveness of Early Childhood Home Visitation in Preventing Violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 28, 11-39.
- Bugental D.B., Ellerson P.C., Lin E.K., Rainey B., Kokotovic A. & O'Hara N. (2002). A cognitive approach to child abuse prevention. *Journal of Family Psychology* 16, 243-258.
- Conger R. & Elder G. (1994). *Families in troubled times*. Hawthorne: Aldine de Gruyter
- Egeland B., Jacobvitz D. & Sroufe L.A. (1988). Breaking the Cycle of Abuse. *Child Development*, 59, 1080-1088.
- Geeraert L., van den Noortgate W., Grietens H. & Onghena P. (2004). The Effects of Early Prevention Programs for Families with Young Children at Risk for Physical Child Abuse and Neglect: A Meta-Analysis. *Child Maltreatment*, 9, 277-291.
- Kindler H. (2007). Empirisch gestützte Diagnostik und Intervention bei Kindeswohlgefährdung. In P. Sommerfeld & Hüttemann M. (Hrsg.), *Evidenzbasierte Soziale Arbeit. Nutzung von Forschung in der Praxis*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag, 92-115.
- Kindler H. & Lillig S. (2006). Der Schutzauftrag der Jugendhilfe unter besonderer Berücksichtigung von Gegenstand und Verfahren zur Risikoeinschätzung. In Jordan E. (Hrsg.), *Kindeswohlgefährdung. Rechtliche Neuregelungen und Konsequenzen für den Schutzauftrag der Kinder- und Jugendhilfe*. Weinheim: Juventa, 85-110.
- Kindler H., Lukasczyk P. & Reich W. (2008a). Validierung und Evaluation eines Diagnoseinstrumentes zur Gefährdungseinschätzung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung (Kinderschutzbogen). *ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe*, Heft 12/2008, 500-505.
- Kindler H., Pluto L. & Strobel B. (2008b). *Kinderschutz im Jugendamt der Hansestadt Lüneburg. Abläufe, Kommunikationswege und Handlungskriterien*. München: DJI.
- Kindler H. & Reich W. (2007). Einschätzung von Gefährdungsrisiken am Beispiel der weiterentwickelten Version des Kinderschutzbogens. In Verein für Kommunalwissenschaften e.V. (Hrsg.): *Kinderschutz gemeinsam gestalten: § 8a SGB VIII – Schutzauftrag der Kinder- und Jugendhilfe*. Berlin, 63-94.
- Kindler H., Ziesel B., König C., Schöllhorn A., Ziegenhain U. & Fegert J. (2008). Unterstützungsbogen für die Jugendhilfe: Bogen zur Unterstützung der Hilfeplanung im frühen Kindesalter. *Das Jugendamt*, 81, 467-470.
- Meysen T., Schönecker L. & Kindler H. (2008). *Frühe Hilfen im Kinderschutz*. Weinheim und München: Juventa.
- Slovic P., Finucane M.L., Peters E. & MacGregor D.G. (2004). Risk as Analysis and Risk as Feelings: Some Thoughts about Affect, Reason, Risk, and Rationality. *Risk Analysis*, 24, 311-322.
- Wu S. S., Ma C.-X., Carter R. L., Ariet M., Feaver E. A., Resnick M. B. & Roth J. (2004). Risk factors for infant maltreatment. A population-based study. *Child Abuse & Neglect*, 28, 1253-1264.

Zwischenbilanz der drei Praxisprojekte, die sich im Jahr 2006 auf der Fachtagung „Frühe Hilfe und Intervention. Vom Neben- zum Miteinander von Pädiatrie und Jugendhilfe“ vorgestellt haben:

- Was war warum erfolgreich?
- Was ist warum gescheitert?

Das Niederlausitzer Netzwerk Gesunde Kinder

HENDRIK KARPINSKI

Chefarzt, Kinderklinik Niederlausitz, Senftenberg

1. Projektbeschreibung

Vor zweieinhalb Jahren, im Mai 2006, ist unser Projekt unter Förderung des Landes Brandenburg gestartet:

Projektträger:	Klinikum Niederlausitz GmbH (KNL)
Projektleitung:	Simone Weber, Geschäftsführerin (KNL) Hendrik Karpinski, Geschäftsführer (KNL), Chefarzt, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Projektkoordination:	Solveig Reinisch, Ergotherapeutin (KNL)
Zeitraumen:	15.05.2006 – 31.05.2009
Vorlaufzeit:	6 Monate
Einzugsgebiet:	Landkreis Oberspreewald-Lausitz im Bundesland Brandenburg
Finanzierung:	Fördermittel (MASGF) Eigenanteil (z. B. Spenden)
Evaluation:	intern und extern (FB+E, Berlin)

Hintergrund unsere Arbeit sind zwei Aspekte:

- **Erfahrungen in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Lauchhammer**
 - Bedeutung von positiven Eltern-Kind-Beziehungen,
 - Nicht optimierte Informationsflüsse,
 - Unsicherheiten in der Wahrnehmung von Elternschaft.
- **Bereits gelebte Netzwerkarbeit in der Region, z.B.**
 - Zusammenarbeit Jugendamt / Klinik für Kinder- und Jugendmedizin,
 - Arbeitskreise (AK gegen häusliche Gewalt, AK Frühförderung, AK Kinder- und Jugendpsychiatrie).

Der Grundgedanke bestand darin, dass wir in unserer Klinikarbeit immer wieder merkten, dass man Familien sehr früh erreichen muss, bereits wenn wir auf der Entbindungsstation während der Visite bei einigen Frauen spürten, dass sie Hilfe benötigen und wir etwas tun müssten. Wie aber kann man es erreichen, dass diese Frauen sich auf ein Gespräch oder auf Hilfe einlassen?

Ein weiterer Hintergrund für das Projekt ist u.a. der Arbeitskreis gegen häusliche Gewalt in unserem Landkreis. Wir haben viel voneinander gelernt und verstehen uns gut. Dadurch ist es uns leichter gefallen, das „Netzwerk gesunde Kinder“, das wir bewusst als Gesundheits-Netzwerk konzipierten, als ein gemeinsames Netzwerk zwischen vielen Akteuren der Jugendhilfe und des Gesundheitssystems zu empfinden. In unserem Krankenhaus gibt es ein Jugendhilfezentrum.

Beim Aufbau des Projekts gingen wir von folgenden **Grundannahmen** aus:

- Sinnhaftigkeit früher Prävention,
- Entwicklung des Kindes durch Qualität der Beziehung günstig beeinflusst,
- Nutzung aller vorhandenen Ressourcen und Strukturen im Hilfesystem, keine Parallelstrukturen,
- niedrige Schwellen, aufsuchend,
- sicher finanzierbar.

Wir wollen mit dem Netzwerk keine Parallelstrukturen schaffen. Es muss darauf ankommen, alle vorhandenen Strukturen in das Netzwerk einzubinden. Bevor wir mit unserer Idee an die Öffentlichkeit gegangen sind, haben wir die vorhandenen Arbeitskreise und die beteiligten Institutionen besucht. Beispielsweise haben wir im Jugendamt unsere Absicht besprochen, mit ehrenamtlichen Paten in die Familien zu gehen. Zunächst war die Reaktion eher skeptisch, da befürchtet wurde, dass mit der Ehrenamtlichkeit die Fachlichkeit auf der Strecke bleiben würde. Außerdem haben wir in unserem Territorium alle Arztpraxen einzeln besucht.

Wir waren uns darüber einig, dass wir ein Netzwerk schaffen wollen, das nicht nur durch eine befristete Landesförderung arbeitet, sondern das weiter besteht. Weiterhin sollte es niedrigschwellig und aufsuchend sein. Das alles konnten wir uns durch die Arbeit mit Ehrenamtlichen am besten vorstellen. In unserem Projekt arbeiten daher überwiegend Ehrenamtliche. Auch ich bin als Projektleiter ehrenamtlich tätig.

Das Angebot richtet sich an ALLE Familien im Landkreis Oberspreewald-Lausitz, die ein Kind bekommen. Wir haben kein Risikokzept und erklären stets und überall, dass wir kein Kinderschutzprogramm sind.

Ziele des Projektes

Unser Projekt ist in erster Linie von den Ideen der Primärprävention aus gesundheitlicher Sicht, der Salutogenese, geprägt. Diese stellt nicht die Ursachen von Krankheit in den Mittelpunkt, sondern die Faktoren, die für die Gesundheit und Entwicklung eines Kindes (und der Familie) förderlich sind. Wie können wir so viele förderliche Faktoren wie möglich in die Familien bringen?

Für unser Netzwerk haben wir **drei Zielhierarchien** bestimmt:

- **Oberziel 1: inhaltliche, finale Ziele**
Förderung der gesundheitlich-sozialen Entwicklung von Kindern in den ersten drei Lebensjahren

- die Verbesserung des somatischen Status' von Kindern,
- die Verbesserung der psychosozialen Gesundheit von Kindern,
- die Entwicklung günstiger Beziehungen in den Familien.

▪ **Oberziel 2: Strukturziel**
Entwicklung von Netzwerken

- die Etablierung und Vernetzung bedarfsgerechter Angebote für Schwangere und Familien bzw. Mütter und Väter mit Kindern im Alter bis unter 3 Jahren (zunächst),
- die Vernetzung von Angeboten und Maßnahmen und die Nutzung von Synergien,
- die Gewinnung von (ehrenamtlichen) Paten.

▪ **Oberziel 3: Transferziel**
Projekttransfer auf andere Regionen bzw. Standorte

- aktive Förderung der Projektausweitung auf andere Standorte,
- Regierungspolitik im Land Brandenburg.

2. Methodik – Strukturen und Prozesse

2.1. Struktur des Netzwerks

Der Kontakt des Netzwerks zur Familie wird durch eine Patin realisiert (**Abbildung 1**).

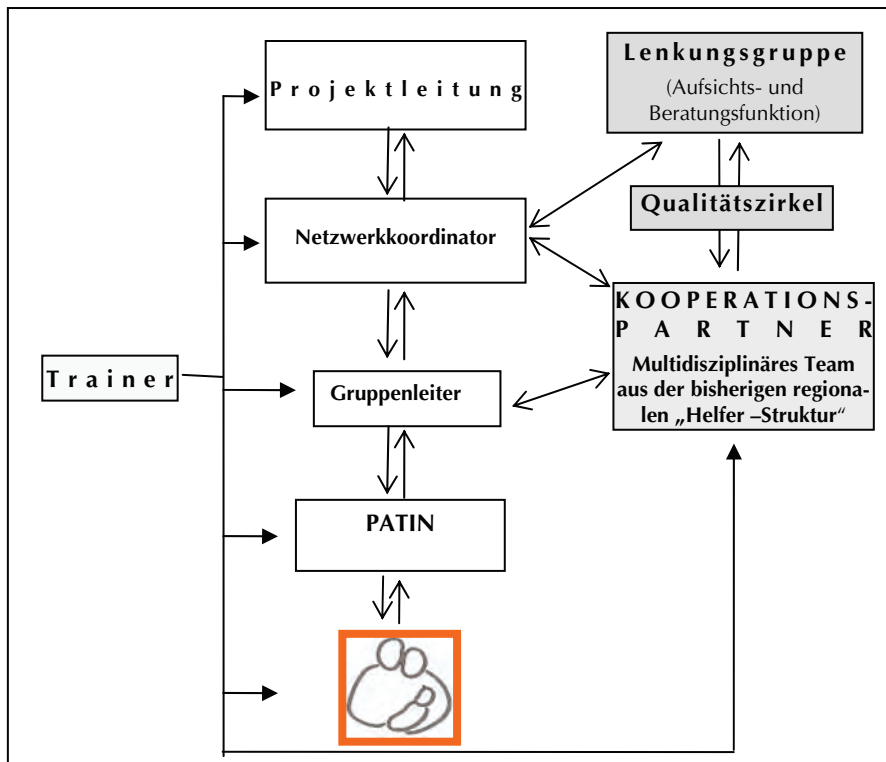


Abbildung 1

© Hendrik Karpinski

Im Augenblick haben wir etwa 100 ehrenamtliche Patinnen, bisher arbeitet lediglich ein Mann als Pate. Diese Patin hält einen regelmäßigen Besuchskontakt zur Familie. Die Familie verpflichtet sich zu nichts anderem als dazu, mindestens zehn Besuche einer Patin bei sich zuzulassen.

Die Patin unterliegt der Schweigepflicht und hat die Aufgabe, in Form von Patenstammtischen, an denen 10 bis 15 Patinnen mit einem professionellen Gruppenleiter aus dem Gesundheits- bzw. Jugendhilfesystem zusammensitzen, über die Patentätigkeit intensiv zu reflektieren. Die Gruppenleiter tauschen sich wiederum untereinander und mit der Netzwerkkordinatorin aus.

Unser Projekt begann mit einem Workshop mit vielen Beteiligten, die mit Familien zu tun haben. Die Teilnehmer an diesem Workshop bildeten eine Lenkungsgruppe, die die Entwicklung beobachtet und berät. Es war vorauszusehen, dass durch die Netzwerkarbeit eine Veränderung und eine Umverteilung von Ressourcen entstehen. Daher sind auch gerade freie Träger Mitglieder in der Lenkungsgruppe.

Wir als Netzwerk schaffen keine Angebote, sondern diese werden von den Akteuren vorgehalten, die bereits bisher in der Hilfeszene tätig sind.

2.2. Instrumente des Netzwerks

Das Netzwerk wird durch verschiedene Instrumente begleitet (**Abbildung 2**).

Instrumente des Netzwerks gesunde Kinder		
Instrument		Frequenz der Treffen
Patenfortbildung	<ul style="list-style-type: none"> - vor dem Einsatz in Familien - während des Einsatzes in Familien 	10 Themen in 3 Monaten ca. 1x monatlich
Patenstammtische	<ul style="list-style-type: none"> - 5 (ab April 7) Gruppenleiter beraten 12 – 15 ehrenamtliche Familienpaten 	aller 6 – 8 Wochen
Supervision für Paten	<ul style="list-style-type: none"> - in den Gruppen von ca. 8 – 12 Paten - von externer Psychologin geleitet 	3x jährlich
Kulturelle Veranstaltungen für Paten	<ul style="list-style-type: none"> - Neujahrsempfang - Sommerfest - Grillabende in Patenstammtischen 	2x jährlich

Abbildung 2

© Hendrik Karpinski

Es gibt regelmäßige Patenfortbildungen, die die Patentätigkeit begleiten. Zehn Ausbildungsgänge sind erforderlich, um in die Familie geschickt zu werden. Ein fester und not-

wendiger Bestandteil des Netzwerks sind die Patenstammtische. Außerdem gibt es Supervision. Die Patinnen wussten vorher nicht genau, was in ihrer Tätigkeit auf sie zukommen würde. Darum ist Supervision sehr wichtig. Die Patinnen bilden inzwischen eine Art Gemeinde mit einem großen Zusammenhalt. Jeder, der mit Ehrenamtlichen arbeitet, weiß, wie wichtig es ist, diesen Zusammenhalt zu pflegen. Das Zusammengehörigkeitsgefühl entsteht aus der Freude an der Arbeit und an der Gewissheit, mit dieser Arbeit etwas Gutes zu bewirken. Wir kultivieren dieses auch durch verschiedene Veranstaltungen.

2.3. Gremien des Netzwerks

Das Netzwerk verfügt über die Gremien Lenkungsgruppe, Qualitätszirkel, Gruppenleiterstammtische und jährlicher Workshop mit den Netzbeteiligten (**Abbildung 3**).

Gremien des Netzwerks gesunde Kinder		
Gremium		Frequenz der Treffen
Lenkungsgruppe	Projektleitung, MASGF, Pro Familia, Jugendamt, Fröbel, Gesundheitsamt	1x jährlich
Qualitätszirkel (QZ)		jeweils 3x jährlich
QZ 1 (Schwangerschaft)	Hebammen, Gynäkologen, Pro Familia	
QZ 2 (0-3 Jahre)	Kinderärzte, Erzieher, Kinderkrankenschwestern, Therapeuten	
QZ 3 (Behörden)	Vertreter aus Kommunen, Jugendamt, Gesundheitsamt, Klinikum, Kinderschutzbund ...	
Gruppenleiterstammtische	Projektkoordinatorin, Gruppenleiter der Patenstammtische	3x jährlich
Workshop mit Netzbeteiligten		1x jährlich

Abbildung 3

© Hendrik Karpinski

Es sind drei Qualitätszirkel entstanden, ein vorgeburtlicher, einer, in dem alle beteiligt sind, die mit dem kleinen Kind zu tun haben, sowie ein behördlicher, der mit Problemen der Struktur und Kooperation befasst ist. Der jährlich stattfindende Workshop soll allen Beteiligten als Plattform für den fachlichen Austausch dienen.

2.4. Netzbeteiligte

Am Netzwerk gesunde Kinder sind Akteure unterschiedlicher Profession und aus unterschiedlichen Systemen beteiligt (**Abbildung 4**), aus dem Gesundheitswesen, der Jugendhilfe sowie aus dem Landkreis und den Kommunen.

Struktur des Netzwerks (2)

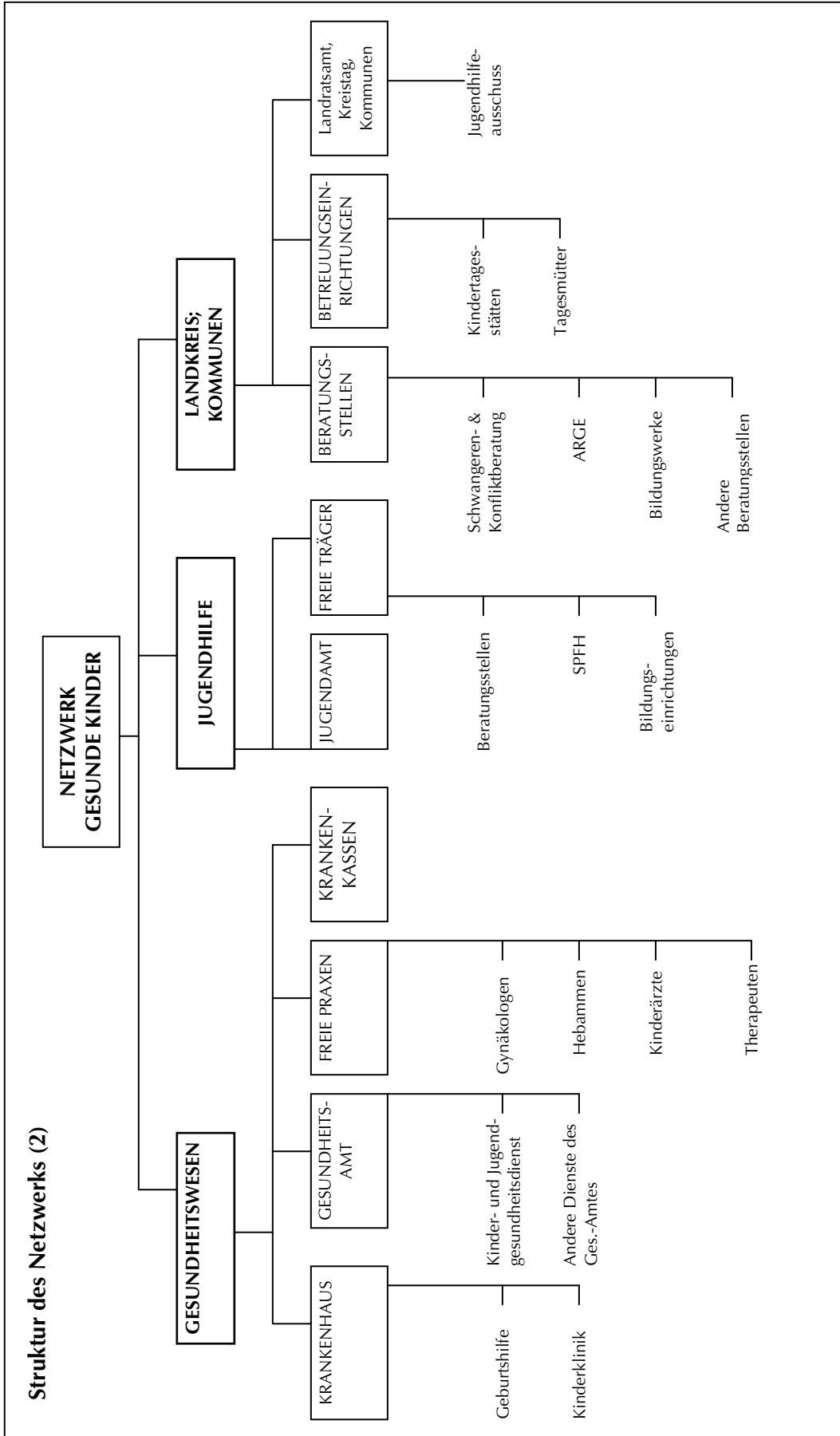


Abbildung 4

Die Netzwerkbeteiligten arbeiten verbindlich miteinander. Jeder dieser Netzwerk-Akteure (**Abbildung 5**) erhält eine Teilnehmerurkunde, die im Wartezimmer des Arztes oder der Einrichtung aushängt und den Besuchern/Patienten/Klienten deutlich macht, dass der Arzt/die Einrichtung/der Träger Beteiligte(r) am Netzwerk gesunde Kinder ist.

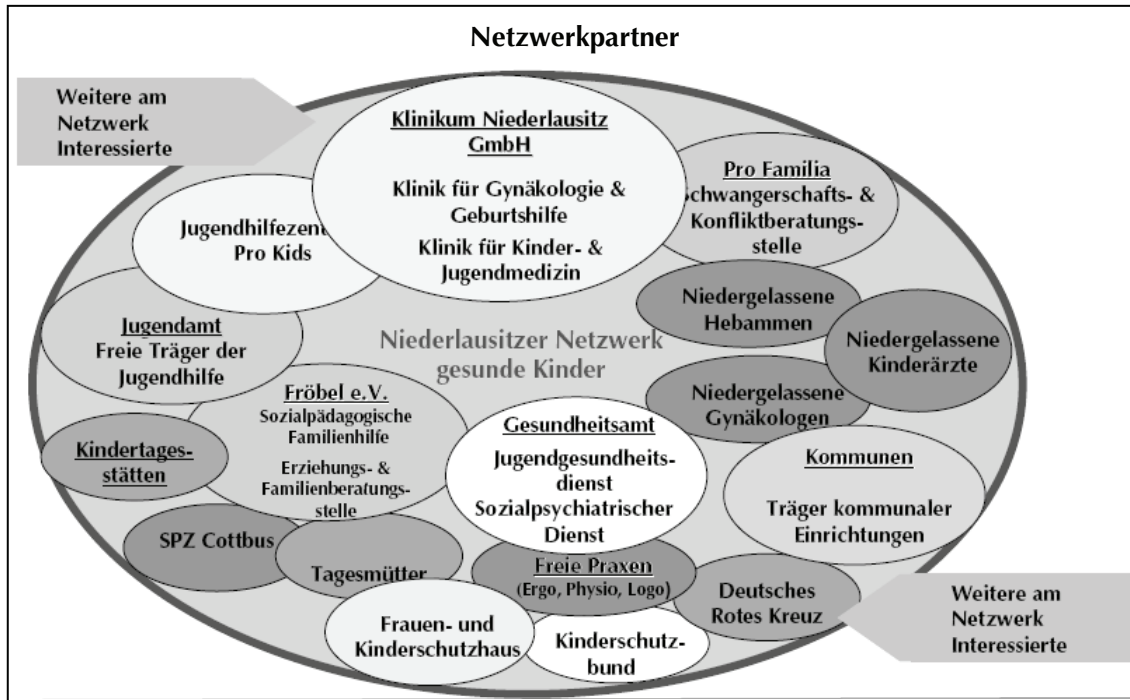


Abbildung 5

© Hendrik Karpinski

2.5. Funktion der ehrenamtlichen Paten

Die Patinnen gehen nicht mit einem therapeutischen Anspruch in ihre Familien (**Abbildung 6**).

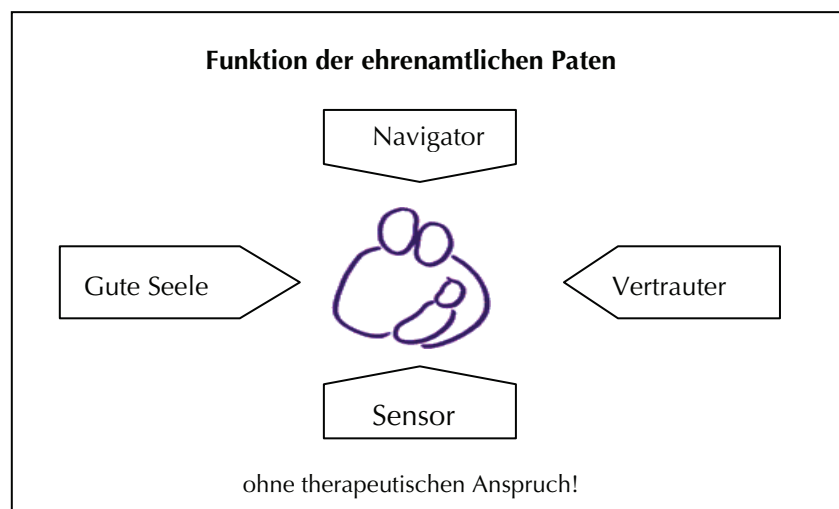


Abbildung 6

© Hendrik Karpinski

Die Patin soll Navigatorin sein, sie kennt sich genau im Sozialraum in Bezug auf Angebote für Familien aus. Sie wird darin geschult, welche Möglichkeiten es für junge Familien gibt, wer wo was kann und liefert, wo man welche Anträge stellt usw. Die Patin soll eine Vertraute der Familie sein, die von den Familien häufig eingeladen wird, z.B. zu Kindergeburtsstagen. Die Patin ist jedoch auch Sensor für mögliche Probleme und einfach eine gute Seele, die u.a. den Auftrag hat, die Familie an bestimmte Untersuchungs- oder Impftermine zu erinnern. Das Wissen um Probleme in den Familien wird streng anonymisiert auf den Patenstammtischen besprochen. Ergeben sich Anhaltspunkte für eine Gefährdungslage oder Sorgen darüber, wird über den Gruppenleiter/die Gruppenleiterin der Kontakt zu den entsprechenden Spezialisten in der Regelstruktur des Netzwerkes gesucht, zunächst streng anonymisiert. Es wird überlegt, was in dem Einzelfall zu tun ist.

Das Curriculum für die Patenausbildung sowie die Themen für die Fortbildungen während der Patentätigkeit machen deutlich, welche Aufgaben auf die Paten zukommen und über welches Wissen sie dazu verfügen müssen (**Abbildung 7**).

Curriculum der Patenausbildung
Themen
1. Gesprächstraining für den Einsatz als Familienpate in Familien mit Säuglingen (180 min)
2. Vorsorgemaßnahmen in den ersten drei Lebensjahren (90 min)
3. Rechte und Pflichten von Eltern bei Geburt eines Kindes (90 min)
4. Entwicklung und Entwicklungsförderung in den ersten drei Lebensjahren (90 min)
5. Kinderkrankheiten und entsprechende Maßnahmen (90 min)
6. Hebammenwissen – „das Leben mit dem neuen Kind“ (90 min)
7. Unfallverhütung im Haushalt (90 min)
8. Sprachliche Entwicklung und Sprachförderung in den ersten Lebensjahren (90 min)
9. Frühkindliche Interaktion (360 min = 6 Std.)
10. Aufgaben, Rechte und Pflichten von ehrenamtlichen Paten im Netzwerk Gesunde Kinder (120 min)
11. Aspekte des Kindeswohls und der Kindeswohlgefährdung (120 min)
Fortbildungen während der Patentätigkeit
Themen
Beratungsstellen und Praxen stellen sich vor (Frühförderstelle, Erziehungsberatung, Geburtsklinik ...)
„Indianer kennen keinen Schmerz!“ - Über gesunde Kinderfüße und fußgesunde Schuhe
Aufgaben der sozialpädagogischen Familienhilfe
Möglichkeiten und Anmeldemodalitäten der Kinderbetreuung für Kinder zwischen 0 und 4 Jahren
Kindeswohl und Kindeswohlgefährdung – Hinweise für Paten
Impfen – Wissenswertes für Paten
Zahngesundheit in den ersten Lebensjahren
Ernährung von Kleinstkindern – vom Stillen zum Brei

Abbildung 7

© Hendrik Karpinski

2.6. Anreize für die Familien

Die Familien erhalten einige Anreize, sich im Netzwerk zu beteiligen:

- Familienpate bringt Informationen,
- Familienbegleitbuch mit wichtigen Einträgen,
- drei hochwertige Geschenke,
- Fortbildungsangebote über „Elternakademie“,
- BZgA-Hefter.

Alles, was in den Sprechstunden beim Frauen- oder Kinderarzt aufgrund der kurzen Zeit nicht besprochen werden kann, erfahren die Familien vom Familienpaten, so dass der Pate/die Patin Informationen geben und/oder vertiefen kann.

Das Familienbegleitbuch ist ein Ordner mit einer Lose-Blatt-Sammlung. Es ist einmal Container für alles, was Familien sammeln, wie das gelbe Heft, Schwangerenausweis, Impfausweis usw., es enthält außerdem wichtige Adressen im Sozialraum. Es hat uns viel Arbeit mit der Landesdatenschutzbeauftragten gekostet, ein System abzustimmen, das es ermöglicht, ohne die informelle Hoheit der Familie zu beschädigen, mehr Wissen von den Systemteilnehmern zu repräsentieren. In einem Einlegeblatt, versehen mit einem Stempel und dem jeweiligen Datum, wird nun lediglich angekreuzt, ob es ein Problem gab oder nicht. Dieses Ankreuzen geschieht mit Wissen und Einverständnis der Familie. Es dient beispielsweise dem Arzt, beim nächsten Besuch und der Vorlage des Heftes nachzufragen und das Problem zu klären. So ist größtmögliche Transparenz gegeben.

Die Patin bringt den BZgA-Hefter als ein sehr hilfreiches Instrument in die Familien und geht bei den Besuchen immer wieder auf die dort aufgeführten Themen und Termine ein.

2.7. Themen der obligatorischen Patenbesuche

Die Besuche sind klar strukturiert und richten sich anhand einer Checkliste für die Paten an folgenden Themen aus, die der Entwicklung des Kindes entsprechen (**Abbildung 8**):

0. Besuch (vor der Geburt)	<ul style="list-style-type: none"> - Schon vor der Geburt: Vertrauensaufbau - Frage nach Kinderarzt - Hebamme - Liste für die Tasche zur Entbindung in der Klinik - Vorstellung des Familienbuchs - Hinweise zu Autokindersitzen
1. Besuch (ca. 14 Lebenstage)	<ul style="list-style-type: none"> - Kinderarzt - Gesunder Babyschlaf (auch plötzlicher Kindstod) - Hebamme - Übergabe Geschenk - Frage nach Anträgen für Kindergeld, Elterngeld, Stiftungen - Vertrauen herstellen und Informationen weitergeben

2. Besuch (4.-5. Lebenswoche)	<ul style="list-style-type: none"> - Erinnerung an die U3 mit Hüftsono - Erinnerung an Schlafsack - Informationen zur Ernährung / zum Stillen - Weitergabe des Feedbackbogens
3. Besuch (12. Lebenswoche)	<ul style="list-style-type: none"> - Unfallprävention (Wickeltisch) - Erinnerung an U4 - Erinnerung an Impfen - Angebote Netzwerk (z.B. Krabbelgruppe) - Informationen „Mutter als Frau“ → Wohlfühlpaket/„Ich fühle mich schön!“
4. Besuch (5. Lebensmonat)	<ul style="list-style-type: none"> - Zahnärztliche Prophylaxe - Hinweis auf mögliche Hörstörung → Arzt/Hörscreening - Sprachentwicklung → Interaktion in der Familie
5. Besuch (7. Lebensmonat)	<ul style="list-style-type: none"> - Erinnerung an U5 - Gefahr durch Lauflernhilfen
6. Besuch (10. Lebensmonat)	<ul style="list-style-type: none"> - Erinnerung an U6 - Hinweis auf Elternakademie - Motorische Entwicklung - Häusliche Unfälle (durch Krabbeln, Hochziehen) - Geschenk und Aufklärung
7. Besuch (1 Jahr)	<ul style="list-style-type: none"> - Gratulation zum 1. Geburtstag - Motorische Entwicklung und Unfallverhütung - Kinderbetreuung, mögliche Verfahren - Aufklärung bzgl. Gefahrenstoffe wie Medikamente, Putzmittel etc. - Spielzeug (altersgerecht) - Hinweis auf Elternakademie
8. Besuch (18. Lebensmonat)	<ul style="list-style-type: none"> - Impfen - Sprachentwicklung - Beobachtungen der Eltern besprechen (Pate als Sensor!)
9. Besuch (23. Lebensmonat)	<ul style="list-style-type: none"> - Erinnerung an U7 - Verkehrsschutz!
10. Besuch (2 ½ - 2 ¾ Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> - Sprachentwicklung - Frage nach Kita-Betreuung (bei Bedarf auch früher erfragen) - Hinweis, dass Infektanfälligkeit durch Besuch der Kita steigt - Bedeutung weiterer U-Untersuchungen - Geschenk-Übergabe, wenn Bedingungen erfüllt sind

Abbildung 8

© Hendrik Karpinski

3. Ergebnisse – Interne und externe Evaluation

Instrumente der internen Evaluation im Klinikum Niederlausitz GmbH sind

- die Interne Datenbank zur Erfassung der Paten und Netzwerkteilnehmer und die
- interne Auswertung/Bewertung der Patenfortbildungen.

Die externe Evaluation – durchgeführt durch Forschung, Beratung + Evaluation GmbH (FB+E), Berlin – erfolgt durch

- Qualitative Interviews und
- Befragung der Netzwerkteilnehmer (in Vorbereitung).

3.1. Netzwerkbeteiligung

Mit Stand vom 31.10.2008 sieht die Beteiligung am Netzwerk folgendermaßen aus:

Von 867 Geburten im Klinikum Niederlausitz im Zeitraum von 05/06 bis 10/08 sind 438 Kinder und derzeit 37 Schwangere im Netzwerk, das entspricht einer Beteiligung von 55 Prozent. Von 475 Teilnehmern insgesamt gab es 42 Austritte.

Das Netzwerk verfügt im Augenblick über 96 ehrenamtliche Patinnen, weitere zehn befinden sich in der Ausbildung und kommen im Dezember 2008 zum Einsatz.

Die Patinnen betreuen eine unterschiedliche Zahl von Familien (**Abbildung 9**). Einige Patinnen betreuen nur eine Familie, einige bis zu zehn Familien. Bei zehn Familien haben wir die Grenze gesetzt.

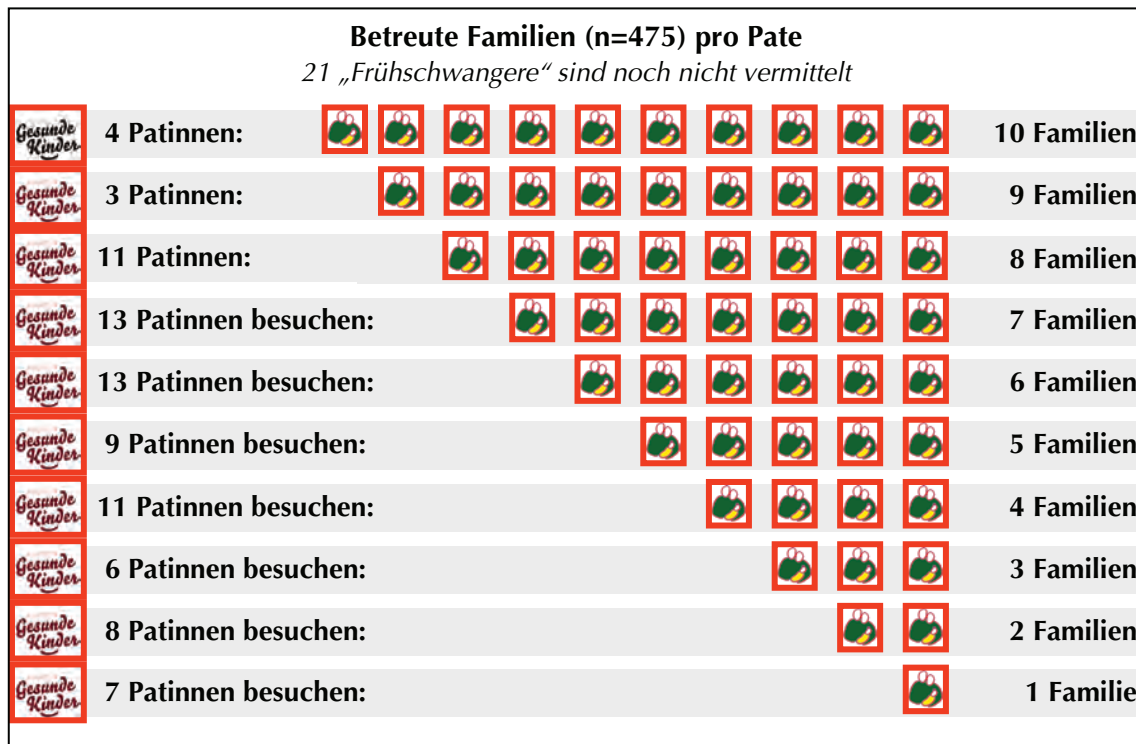


Abbildung 9

© Hendrik Karpinski

Da wir keinen Risikoansatz haben, erheben wir auch keine Risiken. Das ist für unseren Evaluator recht schwierig. Lediglich das Alter der Mütter bei Projekteintritt haben wir erhoben (**Abbildung 10**). Die sehr jungen Mütter könnten eventuell eine „Risikogruppe“ darstellen. Wir erreichen 55 Prozent der Mütter in unserem Bereich, jedoch 85 Prozent dieser Gruppe. Das ist ein Indikator dafür, dass sich nicht nur die Mütter beteiligen, die ohnehin schon alle Möglichkeiten für ihr Kind und ihre Familie nutzen und „alles richtig machen“.

Alter der Mütter zum Projekteintritt (n=475)		
Altersspanne	Anzahl der teilnehmenden Mütter	prozentualer Anteil *
15 - 17 Jahre	16 Mütter	(= 85%) !!
18 - 21 Jahre	75 Mütter	(= 64%)
22 - 26 Jahre	135 Mütter	(= 69%)
27 - 35 Jahre	214 Mütter	(= 49%)
36 - 40 Jahre	28 Mütter	(= 42%)
> 40 Jahre	3 Mütter	(= 44%)
keine Angaben	4 Mütter	

(* gesamt im KNL entbunden/Wohnsitz OSL)

Abbildung 10

© Hendrik Karpinski

Der **Zugang zum Netzwerk** erfolgte über verschiedene Multiplikatoren (Mehrfachnennungen sind möglich):

Pro Familia	208 Mal
Hebammen / ambulant und KLN :	131 Mal
Andere Mitarbeiter KLN:	36 Mal
ambulante Gynäkologen:	24 Mal
Patinnen:	23 Mal
Freunde/Bekannte:	18 Mal
andere Netzwerkakteure (z. B. Kitas, Therapeuten):	8 Mal
Medien (Zeitung, Regionalfernsehen):	5 Mal
Keine Angaben:	51 Mal

3.2. Herkunft der Patinnen

Die Patinnen haben sehr unterschiedliche berufliche Hintergründe und umfassen eine breite Altersspanne (**Abbildung 11**).

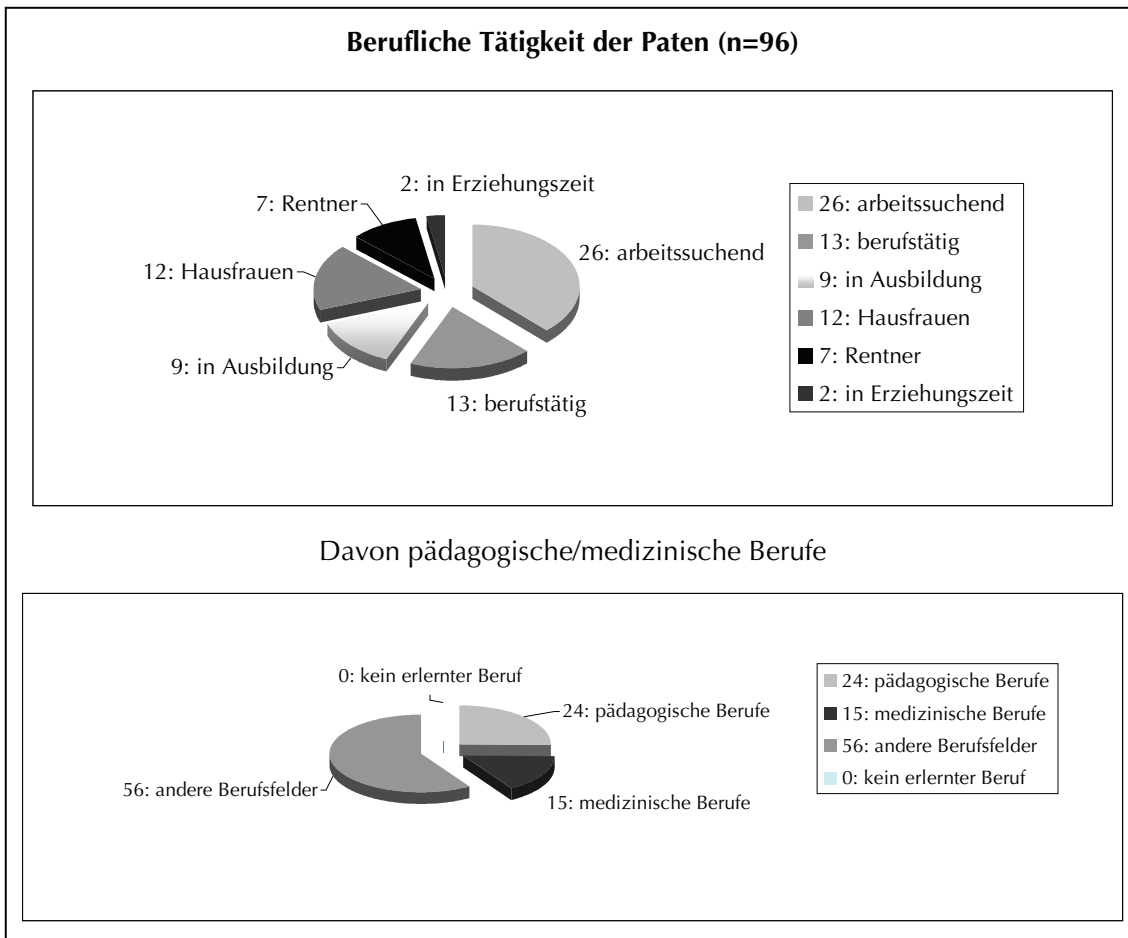


Abbildung 11

© Hendrik Karpinski

Das Alter der Paten (Stand März 2008: n=76) teilt sich wie folgt auf:

Alter	Anzahl
Unter 25	2 Paten
25 – 35	15 Paten
36 – 45	32 Paten
46 – 55	21 Paten
56 – 62	6 Paten

4. Diskussion und Ausblick

4.1. Leitbild

Für die weitere Entwicklung unseres Netzwerks ist zunächst unser **Leitbild** sehr wichtig, es befindet sich in der Entwurfsversion:

Unser Hauptanliegen ist die positive Entwicklung von Kindern in Beziehung. Mit qualifizierten Paten schaffen wir es, die Familien in unserem Landkreis Oberspreewald-Lausitz in den gesellschaftlichen Mittelpunkt zu stellen.

Wir respektieren die Individualität der Familien, nehmen ihre Einzigartigkeit an, vermitteln ihnen Sicherheit und gehen auf ihre Bedürfnisse ein.

Wir stärken die Eigenkräfte der Familie. Familien kennen ihre Verantwortung, nehmen sie an und üben sie aus.

Wir gehen frühzeitig auf die Familie zu und ermöglichen ihnen einen einfachen Zugang zu den Netzwerken.

Wir bieten Familien für Alltagssituationen umfassende regionale Informationen und vermitteln ein auf die Familien angepasstes Angebot. Dabei bleibt die Selbstbestimmung der Familie gewahrt.

Wir würdigen das persönliche Engagement ehrenamtlicher Paten, geben ihnen Raum und Struktur, um Familien in den gesellschaftlichen Mittelpunkt zu stellen.

Wir schätzen das wertvolle Erfahrungswissen der Paten und bieten ihnen vor und während ihrer Tätigkeit im Projekt ein kontinuierliches und vielseitiges Fortbildungsangebot.

Wir schaffen und erhalten gegenseitiges Vertrauen zwischen Familien, Paten und Netzwerkmitgliedern.

Wir nutzen die regional vorhandenen Ressourcen und Erfahrungen. Unsere Zusammenarbeit ist partnerschaftlich, kooperativ und fachübergreifend.

Wir schätzen uns als Partner und lernen von- und miteinander. Wir sind offen für neue Ideen und Anregungen und lernen von den Familien.

Wir verstehen uns als Modellprojekt und überprüfen die Übertragbarkeit des Netzwerkgedankens auf andere Regionen. Wir lernen und wachsen an unseren Erfahrungen und sind bereit, uns einer Zertifizierung zu stellen.

4.2. Entwicklung von Familiennetzwerken in Brandenburg

Inzwischen wurden auch in anderen Landkreisen ähnliche Netzwerke aufgebaut (**Abbildung 12**).

Einige Landkreise haben sich für andere Wege entschieden. Im Landkreis Havelland steht die Patentätigkeit nicht im Vordergrund, dort übernehmen Familienhebammen die ersten Besuche. Weitere Landkreise interessieren sich für das Netzwerk gesunde Kinder oder sind bereits dabei, dieses einzuführen.

Weitere Initiativen gibt es in Rheinlandpfalz: Startpaten Kusel e.V., Kusel, und in Sachsen: Netzwerk gesunde Kinder, Zittau/Löbau.

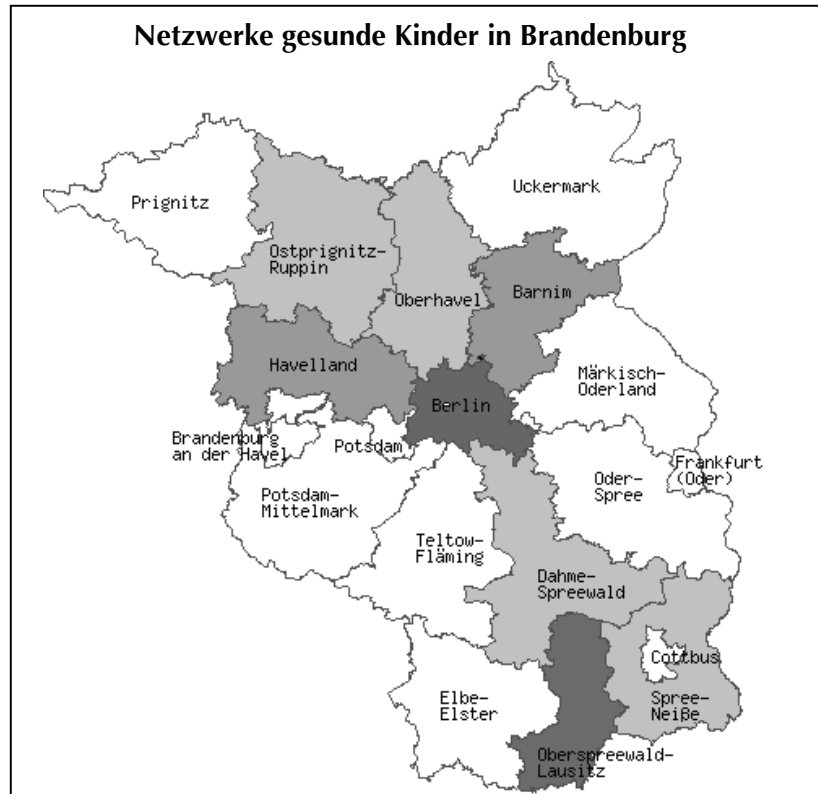


Abbildung 12

© Hendrik Karpinski

4.3. Unsere Beweggründe für das Verlassen der Risikokonzeption in der Primärprävention

Am Anfang unserer Überlegungen, mit welchen Frauen und welchen Familien wir arbeiten wollen, stand in der Tat eine Risikoevaluation. Bei der Beschäftigung mit dieser Frage wurde mir deutlich, dass dies mit methodischen Schwierigkeiten verbunden ist.

In der Medizin arbeitet man viel mit Risiko-Screenings. Die Screening-Methoden in der Jugendhilfe haben mit den Instrumenten in der Medizin jedoch nichts zu tun. Es stellt sich die Frage, um welche Risiken es eigentlich geht. Geht es darum, dass sich eine frühe Interaktionsstörung zwischen Mutter und Kind entwickelt hat oder um ein Risiko für eine schwierige psychosomatische Entwicklung oder um körperliche Misshandlung oder...?

In der Medizin müssen wir mit **Risikokonzepten** kritisch umgehen. Ich denke dabei an die Risikoorientierung im Bereich Schwangerschaft und Geburt. Das hat dazu geführt, dass sich viele Frauen mit dem Thema Schwangerschaft und Geburt in der Medizin nicht mehr gut aufgehoben fühlen, weil das Thema durch Risikoorientierung **pathologisiert** wird.

Durch unser Konzept sollen **Bewertung und Stigmatisierung der Familien** vermieden werden, dafür soll sich die Erkenntnis durchsetzen: „Wenn man in Lauchhammer entbindet, bekommt man eine Patin.“ Das Annehmen einer Patin ist nicht das Eingeständnis eines Defizits, sondern soll zunehmend zur Normalität werden. Diese Erkenntnis habe ich aus Erfahrungen in Finnland gewonnen. Dort ist es selbstverständlich, bestimmte Präventions- und Fördermaßnahmen anzunehmen.

Eine weitere – ethische – Frage ergab sich in unserer Arbeit: **Wer hat denn eigentlich den Einsatz von Ressourcen „verdient“?** Wie wird in unserem Land Geld verteilt? Welche Unterstützung erhält eine Alleinerziehende, die es mit großer Anstrengung schafft, dass ihre drei Kinder jeden Tag sauber, gewaschen und gekämmt und mit Frühstücksbrot in der Tasche pünktlich in die Schule gehen, die auch ihre Kinder nicht verprügelt? Daher sind wir zu dem Schluss gekommen, die Ressourcen allen Familien anzubieten.

Wir verstehen uns ausdrücklich nicht als Frühwarnsystem. Wir bieten Frühe Hilfen, stellen uns aber oft die Frage: **Was geschieht eigentlich nach einer „Frühwarnung“?** Müssen wir nicht zunächst wissen, was Frühe Hilfen sind? Wer von uns weiß genau, was früh wirklich hilft? **Brauchen wir eigentlich ein „Frühwarnsystem“?**

Die Themen der Risikoabschätzung gehören meines Erachtens in die Jugendhilfe-Regelstruktur, sie sind in unserem primärpräventiven, salutogenetischen Bereich nicht brauchbar.

4.4. Was ist warum (noch) gescheitert?

Zusammenfassend lassen sich folgende Aspekte festhalten, die uns (noch) nicht gelungen sind:

- Die ursprüngliche Zielgröße 80 Prozent,
- Jede Familie bekommt sofort eine Patin,
- Elternakademie noch zu wenig angenommen,
- Der sorgfältige Transfer in andere Regionen,
- Qualitätsmanagement und Zertifizierung noch nicht weit genug,
- Regelfinanzierung.

Es ist uns nicht gelungen, die von uns geplanten 80 Prozent der Familien zu erreichen und den Sprung zu schaffen, dass eine Patin für jede Familie „normal“ ist. Unser Evaluator erklärte uns, dass die erreichten 55 Prozent ein außerordentlich gutes Ergebnis sind. Wir müssen noch herausfinden, ab welcher Beteiligungszahl eine kollektive gefühlte Selbstverständlichkeit entsteht.

Wir schaffen es noch nicht, dass jede Familie sofort ihre Patin bekommt, weil wir im Moment nicht genügend neue Patinnen ausbilden konnten. Das Familienbildungsangebot, das Bestandteil des Netzwerkes ist, wird im Augenblick zu wenig angenommen.

Wir werden zwar vom Land Brandenburg unterstützt, das Netzwerk in andere Landkreise zu übertragen, aber in diesem Bereich ist weitaus mehr Sorgfalt und Engagement notwendig, ebenso im Qualitätsmanagement und in der Zertifizierung.

Eine Regelfinanzierung haben wir nicht erreicht, wir werden aber weiter vom Land gefördert. Die Absicht einer Verstetigung ist zwar erklärt worden, die Finanzierung ist jedoch nicht im Regelhaushalt des Landes eingestellt. Wir werden das Modell in einer Drittfinanzierung weitertragen, ein Teil soll vom Land, ein Teil von der Kommune und nach unserer Ansicht sollte ein Teil vom Gesundheitssystem finanziert werden.

4.5. Was war warum erfolgreich?

Wir können auf verschiedene Erfolge unseres Netzwerkes verweisen:

- Gute Akzeptanz bei den Familien,
- Gute Teilnahme der Familien (50-80 Prozent),
- Landtagsbeschluss, Kabinettsbeschluss in Brandenburg,
- Überleben gesichert auch nach Ende des Förderzeitraumes,
- „Patenfamilie“,
- Kommunikation und Kooperation im Regelsystem verbessert,
- Junge Eltern stehen mehr im Mittelpunkt.

Die Teilnahme ist von Monat zu Monat unterschiedlich. In einigen Monaten sind gerade neue Patinnen ausgebildet worden und 80 Prozent der jungen (werdenden) Mütter nehmen teil. In anderen liegt die Beteiligung bei 50 Prozent.

Es gibt einen Landtagsbeschluss sowie einen Kabinettsbeschluss, das Netzwerk als Regelstruktur in Brandenburg umzusetzen. Das ist ein sehr großer Erfolg.

Wir sind uns sicher, dass wir das Netzwerk weiter betreiben können, wenn die Landesförderung nicht mehr gegeben wäre, denn unsere Finanzstruktur ist so aufgestellt, dass nur die Projektkoordinatorin bezahlt wird, alle anderen arbeiten ehrenamtlich. Lediglich die Mittel für Fortbildungen u.a. sind aus dem System zu erbringen. Das bedeutet nicht, dass man in solch einem Netzwerk immer budgetgesteuert arbeiten sollte. Davor würde ich eher warnen. Außerdem haben wir zu Beginn des Projektes mit dem Landrat festgelegt, dass sich aus dem Netzwerk keinerlei Einsparungen in der Jugendhilfe ergeben dürfen.

Die jungen Familien, die sich am Netzwerk beteiligen, haben ein Zusammengehörigkeitsgefühl entwickelt. Sie erkennen sich zum Beispiel im Ort, wenn sie mit der vom Netzwerk geschenkten Tasche unterwegs sind, sprechen sich gegenseitig an und lernen sich untereinander kennen.

Wir haben gelernt, dass die gemeinsame Arbeit an einem Thema, das uns alle gemeinsam beschäftigt und das für uns alle mit einem ähnlichen Leidensdruck verbunden ist, eine starke Verbesserung der Kommunikation und Kooperation untereinander im Regelsystem bewirkt hat. Das ist fühlbar und messbar und vom Evaluator auch bestätigt.

Wir haben es außerdem durch den von uns verursachten Aufruhr geschafft, dass das Thema „Junge Familien“ wesentlich mehr in den Mittelpunkt des gesellschaftlichen Interesses in unserem Landkreis gerückt ist.

Weitere Informationen: www.ekib.info

Zwischenbilanz der drei Praxisprojekte, die sich im Jahr 2006 auf der Fachtagung „Frühe Hilfe und Intervention. Vom Neben- zum Miteinander von Pädiatrie und Jugendhilfe“ vorgestellt haben:

- Was war warum erfolgreich?
- Was ist warum gescheitert?

Lernende (Kooperations-)Systeme:

Das Präventionsprojekt „Zukunft für Kinder in Düsseldorf. Vorsorge – Beratung – Unterstützung.“ Clearingstelle

PETER LUKASCZYK

Leiter der Abteilung Soziale Dienste im Jugendamt Düsseldorf

Die verschiedenen vorgestellten Projekte sind für fachliche und fachpolitische „Glaubenskriege“ ungeeignet – ob man überwiegend auf Freiwilligkeit und Prävention setzt oder auf Risikoerkennung und Intervention. Nach meiner Ansicht geht das Eine nicht ohne das Andere. Mir gefällt an dem eben vorgestellten Modell, dass es ein Referenzmodell für eine ländliche Kreisstruktur darstellt, in der das Krankenhaus eine ganz andere Bedeutung hat als in einer Stadt und die Jugendämter verfähert sind. Ich könnte mir vorstellen, einiges daraus zukünftig in unser Projekt zu implementieren.

Unser Projekt ist inzwischen kein Projekt mehr, sondern ein Programm des Oberbürgermeisters der Landeshauptstadt Düsseldorf und komplett in die Regelbearbeitung integriert. Das ist ein wichtiger politischer Schritt dahingehend, dass solche Präventionsprojekte, „Frühe Hilfen“ und Interventionsprojekte auch so strukturiert werden können, dass diese anschließend von der Kommunalpolitik angenommen und dadurch weiterentwickelt werden können.

Ein weiterer Fortschritt sind die Lernprozesse, die zwischen beiden Systemen der Gesundheits- und der Jugendhilfe entstehen und die eine gute Zusammenarbeit ermöglichen. Auch bei uns hat sich die Erkenntnis bestätigt, dass die Kooperation zwischen Jugend- und Gesundheitshilfe eine der Kernvoraussetzungen für ein gelingendes Programm „Früher Hilfen“ ist.

Der Düsseldorfer Weg

Das Programm „Zukunft für Kinder“ versucht, die unterschiedlichen Ansätze, Sichtweisen und methodischen Zugänge systemisch zusammen zu bringen.

Die Eigenständigkeit der Professionen zu achten, Prävention zu fördern und die gesetzlichen Erfordernisse des Kinderschutzes zu sichern, sind dabei unsere wichtigsten Anliegen.

Die Einbeziehung und Beteiligung der jungen Familien hat dabei eine besondere Bedeutung.

Es ist für eine gelingende Zusammenarbeit notwendig, die jeweils anderen Professionen zu schätzen, zu achten und ihnen nicht zu sagen, was sie der eigenen Meinung nach tun sollten. Dieses Hauptproblem stellt sich oft in Beratungen: Die verschiedenen Professionen erklären sich gegenseitig, was sie zu tun hätten, verbunden mit Schuldzuweisungen, wenn etwas nicht oder zu spät erfolgt. An diesen Schnittstellen entstehen die Fehler, die mitunter Kindern das Leben kosten können.

Die Einbeziehung der Eltern hat eine besondere Bedeutung, denn es geht ausschließlich um Kompensation dessen, was die Eltern selbst aus ihrer Sicht nicht können, nicht, was sie aus Sicht von Professionellen können sollten. Wenn man dieses systematisch kompensieren will, braucht man ganz andere und niederschwelligere Hilfen als im klassischen Interventionsbereich.

Der Düsseldorfer Weg beteiligt hierbei in besonderer Weise in einem Netzwerk der frühen Hilfen:

- alle Frauen-, Geburts- und Kinderkliniken in Düsseldorf,
- freiberufliche Hebammen,
- niedergelassene Kinderärzte,
- niedergelassene Gynäkologen,
- Kindertageseinrichtungen, Familienbildung, Beratungsstellen und sonstige Angebote der Jugendhilfe,
- Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen,
- Angebote der „Hilfe zur Erziehung“,
- Bezirkssozialdienst,
- Angebote des Gesundheitsamtes.

Dieses deckende Kooperationssystem herzustellen, ist in einer Großstadt nicht einfach. Es ist uns im Grundsatz gelungen, jedoch spielen die niedergelassenen Kinderärzte in unserem System eine untergeordnete Rolle. Die Meldungen, die wir benötigen, kommen in der Regel nicht von den niedergelassenen Kinderärzten. Es sei anzumerken, dass es in der Arbeit mit den Einzelfällen eine hervorragend funktionierende Kooperation zwischen ASD und den Kinderärzten gibt. Allerdings scheinen sie offensichtlich weniger für Meldungen in solche Systeme geeignet zu sein, wie wir sie in Düsseldorf aufbauen.

Wir werden in einem nächsten Schritt versuchen, auch die umliegenden Kliniken in den benachbarten Städten in unser Netzwerk einzubinden, da eine relevante Anzahl von Frauen nicht in der Stadt Düsseldorf entbindet.

Das Präventionsprogramm „Zukunft für Kinder in Düsseldorf“ hat folgende Ziele:

- Förderung der gesunden Entwicklung von Kindern,
- Prävention vor Intervention,
- frühe, niedrigschwellige Hilfen vermitteln,
- Vernetzung der Angebote der Gesundheitshilfe und der Jugendhilfe.

Das Kooperationsmodell ist ämter- und trägerübergreifend unter der gemeinsamen Steuerungsverantwortung des Gesundheitsamtes und des Jugendamtes.

In unserem System gibt es keine führende Institution, die die anderen mitzieht, sondern es ist ein System, das sich aus dem Gesundheitsamt und dem Jugendamt in einer gemeinsamen Steuerung und Projektverantwortung speist. Auch dies ist eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen des Programms. In anderen Projektmanagementstrukturen wird meist ein Verantwortungsträger bestimmt. Damit kann man ein solches System wie unseres nicht zum Erfolg führen, da sich der jeweils Andere sofort in einer Defensivposition befindet und abwartet, was der Verantwortliche tut und vorgibt. Wenn Sie also solche Systeme entwickeln, dann immer sofort zusammen mit den konzeptionell notwendigen Beteiligten.

Eine zweite Voraussetzung für das Gelingen eines Netzwerkes ist, dass man nur das umsetzt, was die beteiligten Systeme zulassen. Wenn Sie mehr hineinpresse, entstehen anfällige Systeme, die nicht gut funktionieren, und eine Struktur der Nachrangigkeit eines Systems.

Eines ist wichtig zu wissen: Es dauert seine Zeit, bis man die Punkte erreicht, die zum Funktionieren notwendig sind. Das heißt, man muss Fehler im System zulassen. Es könnte vielleicht besser funktionieren, wenn Sie am „Grünen Tisch“ sitzen und einfach Handlungsstrategien verfügen würden. So gelingt aber das Netzwerk nicht.

Insofern ist es besser, sich mit einem etwas anscheinend schwächeren Ergebnis zufrieden zu geben, aber die Akzeptanz aller Beteiligten herzustellen und später an einen Punkt zu kommen, an dem man die nächsten Umbauschritte gemeinsam wagen kann.

Wissenschaftlicher Zugang

Das Projekt fußt auf unterschiedlichen wissenschaftlichen Theorieansätzen, die auf die Projektstruktur und die methodischen Ansätze wirken:

- Frühkindliche Entwicklungspsychologie und die Forschungsbefunde,
- Public Health und der öffentliche Gesundheitsdienst,
- Haushaltswissenschaft,
- Familienforschung,
- Risiko- und Resilienzforschung.

Ein Präventions-, Hilfe- oder Interventionsprogramm sollte sich nie aus nur einem Wissenschaftszugang heraus organisieren lassen, da sonst die interdisziplinäre Zusammenarbeit nicht herstellbar ist. Wir nehmen Anleihen aus verschiedenen Wissenschaftsfeldern und suchen uns die passenden Ansätze heraus.

Problembeschreibung

Unser Projekt arbeitet mit einem bedingten Risikoprogramm, dahingehend, dass wir auf der einen Seite Prävention betreiben wollen, aber aufgrund von bestimmten Ressourcenstrukturen nicht allen Prävention anbieten können. Es ist also zurzeit eine Ressourcenfra-

ge, wie das Projekt arbeitet. Wir haben Risikostrukturen mit im Blick und machen die Meldesysteme auf Risikolagen aufmerksam.

Die als „Mannheimer Risiko-Kinder-Studie“ in die Fachwelt eingegangene erste deutsche prospektive Längsschnittstudie weist eine Vielzahl von Risikofaktoren aus, die eine spätere bis zu dreimal häufigere Entwicklungsbeeinträchtigung ausmacht als bei unbelasteten Kindern.

Risikofaktoren, auf die das Programm einen besonderen Fokus legt, sind:

- Frühe Elternschaft,
- Unerwünschte Schwangerschaft,
- Mangelnde Bewältigungsfähigkeiten,
- Delinquenz/Herkunft aus zerrütteten familiären Verhältnissen,
- Disharmonische Partnerschaft,
- Ein-Eltern-Familie,
- Psychische Störungen der Eltern,
- Sucht-/Abhängigkeitserkrankungen der Eltern.

Dabei ist ein Risikofaktor allein nicht schon ein Merkmal für eine Hilfe.

Aufbau einer Clearingstelle

Als zentrales städtisches Angebot soll die Clearingstelle frühzeitig und individuell für die Kinder mit erhöhtem medizinischen und sozialen Risiko sowie deren Eltern eine koordinierte und optimale Vor- und Nachsorge einleiten. Wir sammeln nicht nur sozialpsychologische, sondern auch gesundheitliche Risikolagen ein, das heißt Frühgeborene, Kinder mit Behinderungen usw.

Die Anmeldung zum Präventionsprogramm erfolgt nach Beratung zum Beispiel in der Geburtsklinik, bei den Ärzten, Gynäkologen oder in den Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen nach dem Prinzip der Freiwilligkeit für die Mütter/Eltern. Wer in dem Projekt mitarbeiten möchte, muss eine Einverständniserklärung unterschreiben. Ansonsten müssen wir bei einer erhöhten Risikolage, wenn angelaufene Hilfen nicht ausreichend sind, darüber diskutieren und einschätzen, ob wir uns bereits im Bereich des § 8a SGB VIII befinden oder nicht.

Projektorganisation

Bei erhöhtem medizinischen und/oder sozialen Risiko

- erfolgt bereits vor der Geburt eine Betreuung der werdenden Mutter,
- ist im ersten Jahr eine optimierte kinderärztliche Nachsorge angezeigt. Wir haben hier die Möglichkeit, die Fälle mit den Kinderärzten einmal im Monat vorzustellen – „Grünes Heft“.

- erfolgt nach der Geburt die Aufnahme des Kindes ins Programm Vorsorge, Beratung, Unterstützung, Vermittlung von präventiven Hilfen.

Die Organisation des Projekts verläuft nach den folgenden Schritten (**Abbildung 1**):

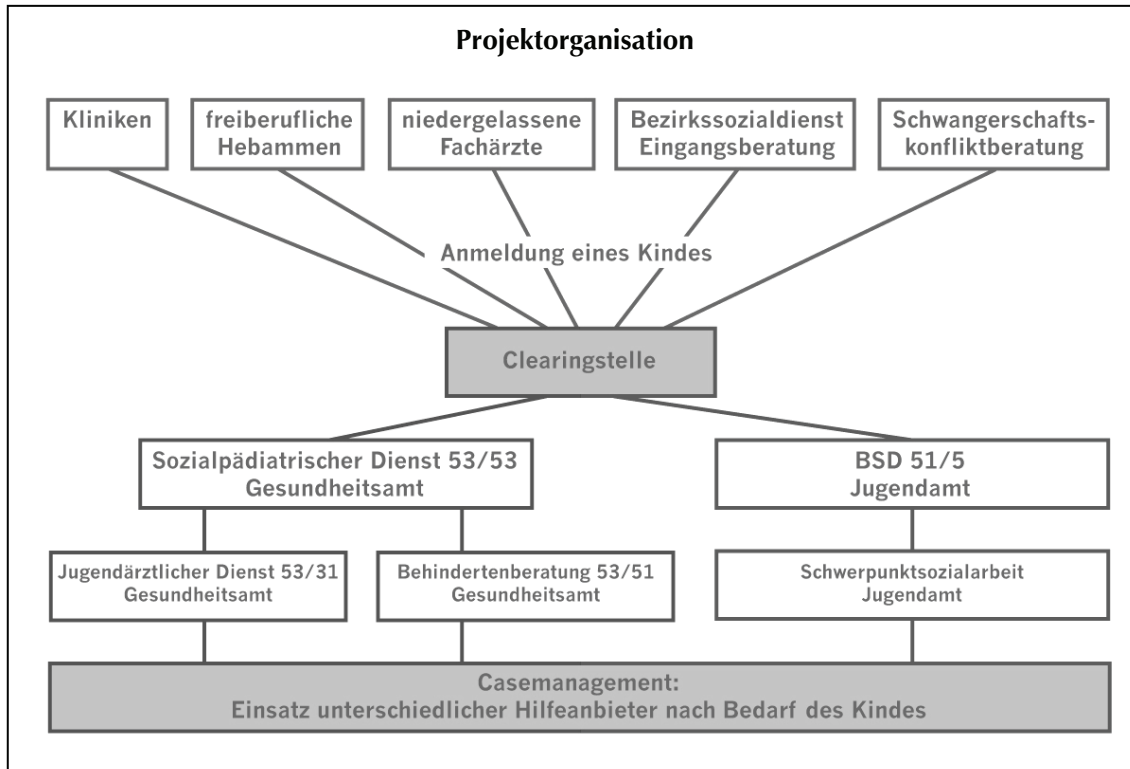


Abbildung 1

© Peter Lukasczyk

Die Anmeldung der Risikofälle erfolgt von den meldenden Systemen über einen erarbeiteten Meldebogen. Die Clearingstelle entscheidet, welcher Dienst primär eingeschaltet wird: die Kinderkrankenschwester des sozialpädiatrischen Dienstes, das Jugendamt oder beide. Bis zur Entscheidung verbleiben die Daten in der Clearingstelle. Die Clearingstelle ist besetzt aus Arzt, Kinderkrankenschwester, Sozialarbeiter aus dem Jugendamt. Anschließend gibt es eine erneute Einverständniserklärung der Familie, wenn die Clearingstelle feststellt, dass weitergehende Hilfen notwendig sind, auch wenn diese Hilfen im gleichen medizinischen System bleiben. Die Eltern müssen zustimmen, ob sie weitere Hilfen von den entsprechenden Fachdiensten annehmen wollen.

Grundlage für das Casemanagement ist, die Familien in der Regel bis zum 3. Lebensjahr des Kindes zu betreuen. Es erfolgt kein Fallwechsel beim ASD und die Übergabe, die den Abschluss ermöglicht, ist der Zeitpunkt, wenn der Eintritt in die Regeleinrichtung gewährleistet ist und die Rahmenbedingungen für die Familie sich positiv verändert haben.

Die Hilfesysteme (**Abbildung 2**) sind in vielen Projekten gleich oder ähnlich. Sie richten sich nach der Notwendigkeit für bestimmte Hilfebedarfe, von der Beistandschaft bis zu

Fachberatungen bei Suchterkrankungen. Alle Systeme stehen den Casemanagern zur Verfügung und können abgerufen werden.

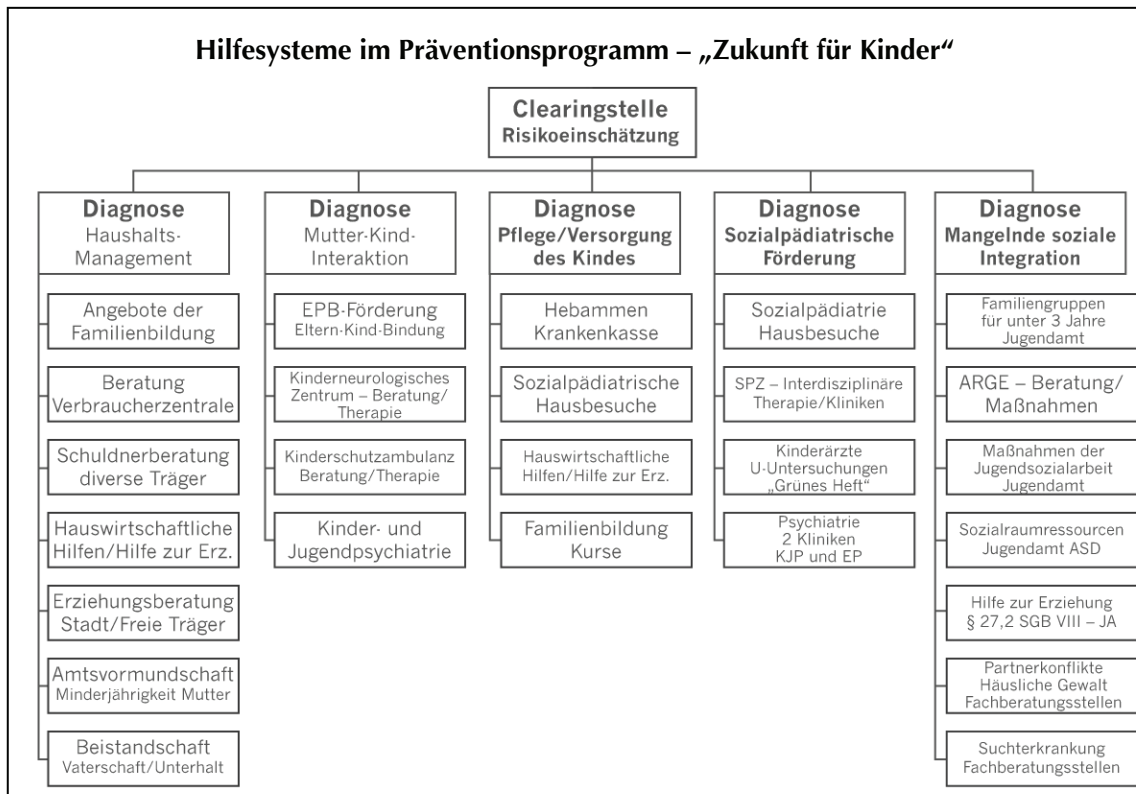


Abbildung 2

© Peter Lukasczyk

Die Früherfassung bietet die Möglichkeit der Prävention vor späterer Intervention:

- Bei den frühen präventiven Maßnahmen, die sich an Familien mit medizinischen und/oder psychosozialen Risiken richten, ist das zu verhindernde Problem z.B. Kindesvernachlässigung noch nicht aufgetreten.
- Die Familien haben lediglich eine höhere statistische Wahrscheinlichkeit, die zu verhindernde Problematik zu entwickeln, als eine nicht belastete Familie.
- Ziel ist es, Probleme oder schon Ansätze von problematischen Verhaltensweisen durch Präventionshilfen frühzeitig und gezielt zu verhindern.

Wir haben es mit Risikolagen zu tun, die de facto nicht zum Ausbruch kommen müssen, es besteht „nur“ statistisch ein erhöhtes Risiko. Das bietet eine große Herausforderung für die Fachkräfte, mit Familien zu arbeiten – vor dem Hintergrund, dass dort Risikofälle eintreten könnten, aber nicht müssen.

Dies erfordert eine verstärkte Personalentwicklung im ASD und bei den Kinderkrankenschwestern. Zu Beginn des Programms haben sich 20 Kolleginnen und Kollegen freiwillig und mit hervorragendem Erfolg des Projekts angenommen. Die Qualität sank signifikant, als die Verantwortung für die Fallübernahme in die Fläche des ASD gebracht wurde. Wir

mussten feststellen, dass sich das Thema „Präventives Arbeiten in Risikolagen“ nicht für alle Mitarbeite/er/innen im ASD eignet. Zurzeit werden die neuen, jungen Mitarbeiter/innen in das System eingebunden, mit besserem Erfolg.

Auf den Punkt gebracht bedeutet unser Präventionsprogramm: **Kinderschutz ist ein erwünschtes Nebenprodukt**. Unser Programm ist keine „Kinderschutz-Suchmaschine“. Das Prinzip lautet nach wie vor: **Prävention vor Intervention**.

Wir gehen davon aus, dass Familien in besonderen Risikolagen einer besonderen Betreuung bedürfen, die zumindest zum jetzigen Zeitpunkt ausschließlich über professionelle Systeme erbracht werden kann. Ehrenamtliche Paten sind zum Teil auch möglich, selbst bei Hochrisiko-Familien, man muss jedoch solche Familien zusätzlich professionell betreuen.

Arbeitsweise des Projekts

Die Arbeitsweise des Projektes sieht **aus der Sicht der Gesundheitshilfe** folgendermaßen aus:

- Durch frühzeitige individuelle Hilfeplanung, Förderung und Betreuung sollen drohende Langzeitdefizite vermieden werden.
- Das ganzheitliche Betreuungsprogramm kombiniert medizinische, psychosoziale und entwicklungspsychologische Arbeitsmethoden und optimiert so die Entwicklungschancen der betroffenen Kinder und ihrer Eltern.

Das medizinische Personal der Clearingstelle nimmt bei vorliegenden medizinischen und psychosozialen Risikolagen umgehend Kontakt zu den betroffenen Elternteilen auf, insbesondere bei Vorlage folgender Parameter:

- Minderjährige Mutter,
- Psychische Erkrankung eines Elternteils oder beider Elternteile,
- Erfahrung von Gewalt in der Familie,
- Sucht-/Abhängigkeitserkrankungen oder Substitution bei einem oder beiden Elternteilen.

Lange Zeit hatten wir keine Regelung zur Zusammenarbeit der unterschiedlichen Systeme in Risikofällen. Wir hatten zahlreiche Schnittstellenprobleme. Wir haben uns daher darauf verständigt, dass es anonymisierte Pflichtberatungen geben soll, wenn besondere Risikofaktoren in den Fällen vorliegen. Das bedeutet, dass die Jugendhilfe den Fall schon kennt, bevor er bei ihr ankommt. Es ist vorgesehen, dass wir bereits zum Zeitpunkt der Beratung eine Fallführung einsetzen. Der Sozialarbeiter, der den Fall übernehmen würde, kennt ihn bereits, ohne die Familie zu kennen.

Zusammengefasst heißt das:

Der Kinderarzt oder die Kinderkrankenschwester des Gesundheitsamtes zieht das Jugendamt frühzeitig (gegebenenfalls vor Entlassung aus der Klinik) hinzu, sobald aufgrund der

übermittelten Daten die ersten Ergebnisse des eingeleiteten Clearings (Kontakt mit der betroffenen Familie und gegebenenfalls mit jenen Professionellen, welche das Kind angemeldet haben) vorliegen.

Bei allen psychosozialen Indikationsgruppen wirken Kinderarzt oder die Kinderkrankenschwester bei den Erziehungsberechtigten darauf hin, einer ämterübergreifenden Beratung zuzustimmen. Diese Zustimmung ist schriftlich festzuhalten.

Kommt diese Zustimmung nicht zustande, wird eine anonymisierte, nicht personenbezogene Beratung unter Beteiligung beider Ämter durchgeführt. Über das Ergebnis der Beratung wird eine Niederschrift gefertigt, die von allen Beteiligten paraphiert wird. Die Niederschrift wird in der Akte beim Gesundheitsamt abgelegt.

Die Kinderkrankenschwestern werden professionell unterstützt, denn diese sind zunächst in der Familie und müssen aus dem anderen System wissen, was sie in Risikofällen tun können. Die Kinderkrankenschwestern erhalten zurzeit die Casemanagement-Ausbildung der Sozialarbeiter, so dass sie in der Lage sind, aus Sicht des Jugendhilfesystems auf die Familie zu schauen. Dies wird ausgesprochen gut angenommen, weil es vom Gesundheitssystem nicht mehr behindert wird.

Ergebnisse des Projektes

Die Fallzahlen sind konstant angestiegen. Es ist wichtig zu wissen, dass man durch ein solches System Fälle bekommt, die man sonst nicht haben würde. Das heißt, man arbeitet mit Familien, bei denen nichts passiert, außer dass man Personalkapazitäten zur Verfügung stellen muss, es läuft jedoch keine HZE oder sonstige Hilfe, sondern es werden niederschwellige Hilfen angeboten und der Kontakt zur Familie wird gehalten. Dies führt zu relativen Fallsteigerungen in der Jugendhilfe.

Seit dem Projektstart am 01. Juni 2005 bis zum 14.10. 2008 wurden insgesamt **767 Kinder** in das Präventionsprogramm in der Gesundheitshilfe angemeldet. Bei **39** Kindern ist die Beratung **abgeschlossen**.

Mit dem Jugendamt gemeinsam werden **185** Kinder in besonderen psychosozialen Risikolagen betreut.

Wir haben nicht mit so vielen Kindern gerechnet, die gemeinsam von Gesundheits- und Jugendhilfe betreut werden. In diesen Fällen haben die Kinderkrankenschwestern eingeschätzt, dass sie die Probleme nicht mehr allein lösen können.

Wir finden nicht alle Fälle, da wir kein systematisches Screening betreiben. Die Kliniken entscheiden aufgrund der Beobachtungen, ob sich die Familie in einer Situation befindet, in der man die Eltern ansprechen muss. Entscheidet sie, dass es nicht notwendig ist, werden die Familien uns nicht bekannt. Schon aus diesem Grund finden wir nicht alle Risikofälle.

Die Fälle verteilen sich auf verschiedene **medizinische und psychosoziale Diagnosen**. Von den psychosozialen Gefährdungslagen erweisen sich als häufigste Anlässe zur Anmeldung in das Programm (Mehrfachnennungen sind möglich):

- Alter der Mutter unter 18 Jahre – 77 Mal,
- Alter der Mutter 18 bis 20 Jahre – 120 Mal,
- allein erziehende Mutter – 86 Mal,
- benannte soziale Belastungen – 185 Mal,
(Finanzen, psychische Belastungen, Integration)
- benannte Gewalterfahrung – 41 Mal,
- Drogen bzw. Substitution – 31 Mal,
- psychische Erkrankung der Mutter – 40 Mal,
- auffällige Mutter-/Kind-Interaktion – 10 Mal

Die jungen Mütter bilden eine recht große Gruppe, auch die jungen Mütter mit deutlichen Kompensationsnotwendigkeiten. Die Mütter, die soziale Belastungen benennen, von finanziellen Problemen bis zu Überforderungssituationen usw., sind ebenfalls stark vertreten.

Die Aufstellung beweist, dass in den Kliniken eine Menge an Risikofaktoren auffällt, und zwar in einem winzigen Zeitfenster von zwei bis drei Tagen.

Gerade bei den psychisch erkrankten Müttern können wir durch die frühe Hilfe auf sehr positive Fallverläufe verweisen. Durch eine Rooming-In- oder Mutter-Kind-Struktur auf dem Psychiatriegelände und eine anschließende ambulante Betreuung, medikamentöse Einstellung und Unterstützungsleistungen gelingt es uns bei vielen psychisch erkrankten Müttern, ein normales Zusammenleben in der Familie zu organisieren.

Zu diesem Thema gab es zunächst bei uns in Düsseldorf heftige Diskussionen. Durch die o.g. Erfolge entwickelte sich jedoch eine vollkommen neue Sichtweise darauf.

Perspektiven des Präventionsprogramms in 2008 und 2009

- Ergebnisse der Evaluation werden in die weitere Projektentwicklung einbezogen.
- Vorgeburtliche Prävention wird ausgebaut, die Einstellung von zwei Familienhebammen ist in Planung.
- Bei Erstgeburten wird ein aufsuchender Besuchsdienst unter dem Namen des Programms aufgebaut, aber nicht von uns durchgeführt, weil es um eine Serviceleistung der Stadt geht, jungen Familien den Service der Stadt Düsseldorf nahe zu bringen.
- Nicht durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen U 5 bis U 9 im Rahmen der Landesverordnung NRW sollen vom ASD überprüft werden. An dieser Stelle ergeben sich Verknüpfungen und Schnittstellen zum Projekt.
- Vorgesehen ist die Entwicklung eines Fehler- und Risikomanagements, weil wir nach wie vor mit Schnittstellen und Schnittstellenproblemen zu tun haben, die wir genauer analysieren müssen. Außerdem soll für die Mitarbeiter eine Möglichkeit

geschaffen werden – nicht nur bezogen auf unser Programm, sondern insgesamt auf das Thema Kinderschutz –, in der Arbeit mit Fehlern im Sinne der Organisation und in ihrem eigenen Sinne positiv umzugehen, über die Fehler zu sprechen, sie zu analysieren und Lösungsmöglichkeiten zu überlegen.

Es ist uns gut gelungen, das Programm auf feste Füße zu stellen. Ich denke, es ist ein sehr erfolgreiches Programm, das sich für Städte und Großstädte, weniger für ländliche Strukturen eignet. Hinweisen möchte ich noch einmal auf die gute Kooperation mit den Kliniken, die ansonsten nicht wissen, wohin sie sich mit den in der kurzen Zeit erhaltenen Informationen wenden sollen.

Ich betone noch einmal: Wenn es um Programme von Frühen Hilfen geht, muss man deutlich vor der Geburt beginnen und sich an die Kliniken wenden. Es wäre ein Fehler, auf das zeitlich dahinter stehende System zu setzen, denn dann kann unter Umständen ein halbes Jahr dazwischen liegen, das ist eine zu lange Zeit für frühe Hilfen. Der erste Kooperationspartner müssen die Kliniken bzw. Hebammen sein.

Für Rückfragen und weitere Informationen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung:

www.duesseldorf.de/gesundheit/zukunft_fuer_kinder

Zwischenbilanz der drei Praxisprojekte, die sich im Jahr 2006 auf der Fachtagung „Frühe Hilfe und Intervention. Vom Neben- zum Miteinander von Pädiatrie und Jugendhilfe“ vorgestellt haben:

- Was war warum erfolgreich?
- Was ist warum gescheitert?

Modellprojekt Pro Kind – Wir begleiten junge Familien

KRISTIN ADAMASZEK

Hebamme, Leiterin des Praxisteils Pro Kind Bremen

JUN.-PROF. DR. TANJA JUNGSMANN

Leiterin der Begleitforschung, Institut für Sonderpädagogik,
Leibniz Universität Hannover

Das Modellprojekt Pro Kind im Überblick

Bei dem Modellprojekt Pro Kind handelt es sich um ein theoriebasiertes Hausbesuchsprogramm, das nach dem Vorbild des amerikanischen Nurse-Family-Partnership (NFP)-Programms¹ in Deutschland implementiert wird. Im Wesentlichen leiten drei Theorien das praktische Handeln der Nurses in den USA bzw. der Familienbegleiterinnen in Deutschland:

- Die Ökologische Theorie² betont die Wichtigkeit des sozialen Umfeldes der Teilnehmerin und hebt ihre Fähigkeit hervor, sich aktiv Zugang zu Informationen, Dienstleistungen und Unterstützungsressourcen zu eröffnen und diese „zum eigenen Nutzen“ einzusetzen. Eine verbesserte Nutzung der sozialen Netzwerke, so die Annahme, vermindert die Belastung der Eltern und wirkt sich dadurch auch positiv auf ihr Erziehungsverhalten und die Interaktion mit ihrem Kind aus.
- Nach der Selbstwirksamkeitstheorie Banduras³ spielen kognitive Bewertungsprozesse und individuelle Überzeugungen über den Zusammenhang zwischen eigenen Anstrengungen und erhofftem Ergebnis eine wichtige Rolle bei der Änderung bestehender maladaptiver Verhaltensweisen (wie z.B. dem Nikotin- oder Alkoholkonsum, aber auch einem strafenden Erziehungsverhalten) und beim Erwerb und der Beibehaltung neuer Verhaltensmuster (zum Beispiel positives Erziehungsverhalten). Die Familienbegleiterinnen von Pro Kind werden darin geschult, den Frauen in einem ersten Schritt Hilfestellungen bei der Setzung kleiner, erreichbarer Ziele zu geben. Dies stärkt ihr Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zur Verhaltensänderung. In einem zweiten Schritt werden dann die intendierten Gesundheits-, Pflege- und Erziehungsverhaltensweisen systematisch von den Familienbegleiterinnen verstärkt. Durch das Aufzeigen von bereits bestehenden Stärken wird ebenfalls sukzessive das Vertrauen der Eltern in ihre Fähigkeiten aufgebaut, was auch einen Anreiz für den Erwerb weiterer Fähigkeiten schafft.

¹ z.B. Olds, 2007

² Bronfenbrenner, 1992

³ Bandura 1977, 1982

- Ein zentraler Anwendungsbereich ist die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung, der in der Bindungstheorie Bowlbys⁴ eine wichtige Funktion für die spätere sozial-emotionale sowie kognitive Entwicklung der Kinder zugeschrieben wird. Eigene negative Bindungserfahrungen der werdenden Mutter oder auch des Vaters spiegeln sich in späterem ungünstigen Kommunikations- und Beziehungsverhalten wieder. Fundamental für eine Veränderung dysfunktionaler Bindungsschemata sind enge, nahezu therapeutische Bündnisse zwischen den Familienbegleiterinnen und den Familien, die frühzeitig während der Schwangerschaft geknüpft werden. Der Aufbau einer durch Respekt und Empathie geprägten Beziehung soll helfen, sich selbst als jemanden zu sehen, der Unterstützung, Aufmerksamkeit und Liebe verdient. Darüber hinaus soll den Eltern geholfen werden, ihr Kind als Individuum mit eigenen Bedürfnissen zu betrachten, die sich von ihren eigenen unterscheiden. Die Wahrnehmung der kindlichen Motivation und Kommunikation soll entwickelt werden. Dabei wird sensibles, responsives und engagiertes Erziehungsverhalten in der frühen Kindheit von den Familienbegleiterinnen unterstützt und gefördert.

Diese theoretischen Annahmen finden ihren Niederschlag in Leitfäden, die den Familienbegleiterinnen als thematische Orientierung für die Vorbereitung und die Durchführung der Hausbesuche in der pränatalen Phase, der Säuglingsphase und der Kleinkindphase dienen. Sie umfassen sechs Themenbereiche:

- Der Bereich „Persönliche Gesundheit“ subsumiert Themen, die den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der (werdenden) Mutter, vor allem während der Schwangerschaft, betreffen.
- Im Bereich „Gesundheitsförderliche Umgebung“ werden ganz alltägliche Gesundheitsgefährdungen im Haushalt (z.B. Schimmelpilzbefall, Treppenabsätze, offene Steckdosen in Reichweite des Kindes, offene Haushaltsreiniger), aber auch z.B. das Passivrauchen des Kindes durch Nikotinkonsum der Mutter oder ihres Partners besprochen.
- In den Bereich „Mutter-/Vater-/Elternrolle“ gehören sowohl die eigenen Bindungserfahrungen und Erziehungseinstellungen, die kindliche Pflege und Ernährung sowie die prä- und postnatale Bindung zwischen dem Kind und seinen Eltern.
- Die Größe und Qualität des informellen sozialen Netzwerkes der werdenden Mutter wird im Bereich „Familien- und Freundeskreis“ thematisiert (z.B. Welche Personen aus der Familie, dem Freundes- oder Bekanntenkreis werden als unterstützend wahrgenommen und könnten als Ressource genutzt werden?).
- Mit dem Bereich „Nutzung von Gesundheitsversorgung und sozialen Diensten“ wird das formelle Netzwerk angesprochen und beispielsweise geklärt, welche sozialen Dienstleistungen wie in Anspruch genommen werden können. Hier sind die Familienbegleiterinnen z.B. auch beim Ausfüllen von Anträgen behilflich.
- Der Bereich „Entwicklung einer eigenen Lebensperspektive“ umfasst berufliche über private bis hin zu rein lebenspraktischen Belangen.

⁴ Bowlby 1969

Die Begleitung ist somit inhaltlich breit gefächert, kann aber je nach den individuellen Bedürfnissen und Problemlagen der einzelnen Frau bestimmte Themenbereiche fokussieren.

Zentrale Ziele des Hausbesuchsprogramms sind, erstens die mütterliche und kindliche Gesundheit bereits in der Schwangerschaft positiv zu beeinflussen, zweitens die vorhandenen, wenn auch vielfach verschütteten, elterlichen Erziehungsfähigkeiten zu kräftigen und darüber auch die kindliche physische und psychische Gesundheit und Entwicklung positiv zu beeinflussen sowie drittens Ressourcen freizusetzen, mit deren Hilfe die eigenen Lebenswege und Lebensräume selbstbestimmt gestaltet werden können. Wie der zusammenfassenden **Abbildung 1** zu entnehmen ist, wird des Weiteren von der Annahme ausgegangen, dass sich der weitere Entwicklungsweg eines Kindes bis ins Jugendalter nachhaltig durch die frühzeitige Stärkung der Familien beeinflussen lässt.⁵

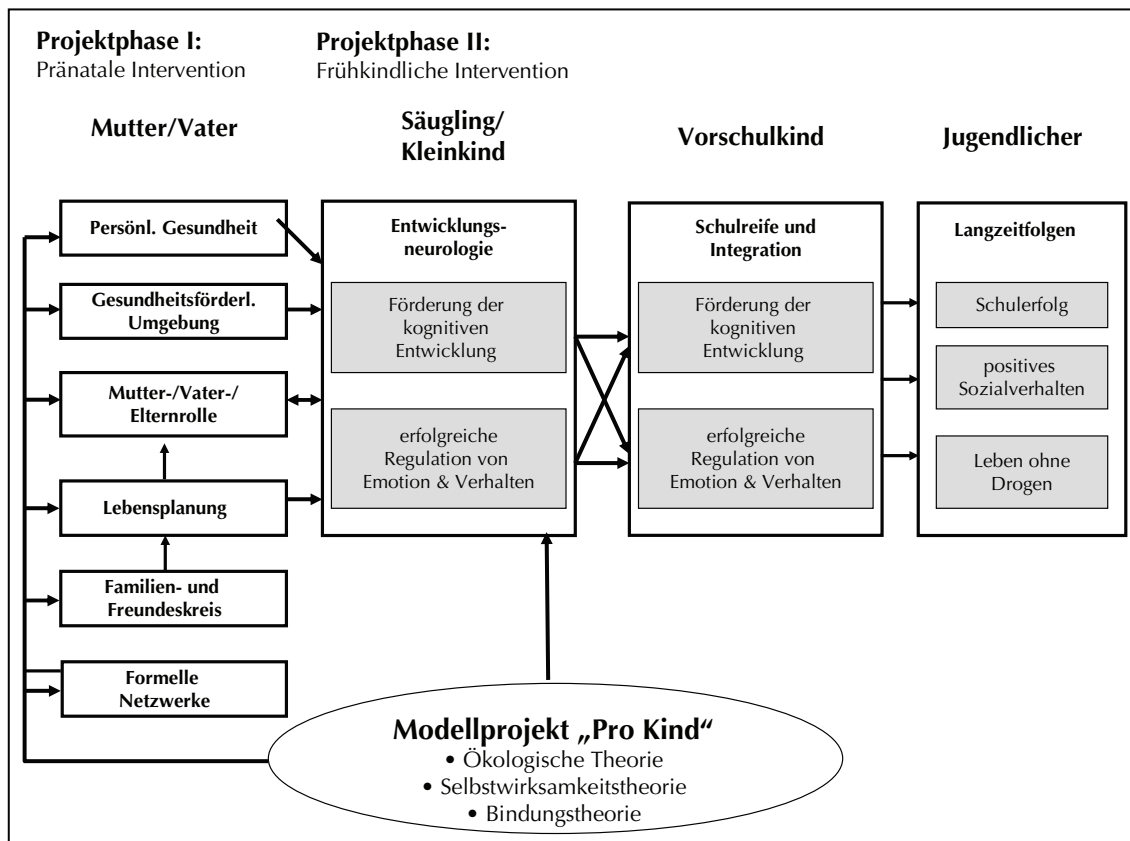


Abbildung 1

© Adamaszek/Jungmann

Die Zielgruppe von Pro Kind

Das Modellprojekt Pro Kind ist ein präventiv ausgerichtetes Hausbesuchsprogramm für Erstgebärende in schwierigen Lebensumständen und ihre Familien. Es beginnt möglichst früh in der Schwangerschaft ab der 12. bis spätestens zur 28. Schwangerschaftswoche. Dieser Umstand grenzt zwar die Zielgruppe erheblich ein, nimmt damit aber eine Perso-

⁵ vgl. Jungmann, Adamaszek & Kolanowski, 2008

nengruppe in den Fokus, die in ihren Erziehungseinstellungen und -verhaltensweisen noch offen und veränderungssensibel sind. Im Sinne von primärer Prävention lässt sich so die Entstehung negativer Entwicklungsverläufe eines Kindes durch die positive Beeinflussung der in der Entstehung begriffenen elterlichen Kompetenzen verhindern.

Um bei Pro Kind aufgenommen werden zu können, müssen sich die Frauen darüber hinaus in einer finanziellen Problemlage befinden (Arbeitslosengeld-II-Bezug, Überschuldung) sowie weitere persönliche oder soziale Belastungsfaktoren aufweisen (z.B. Minderjährigkeit, allein erziehend, soziale Isolation). Dies begründet sich aus den amerikanischen Forschungsergebnissen, die dafür sprechen, dass eine besonders hohe Programmfektivität bei Hoch-Risiko-Familien erzielt werden konnte.⁶ Ein gesicherter Aufenthaltsstatus in Deutschland und ausreichende deutsche Sprachkenntnisse sind für die von Forschung begleitete Modellphase des Projektes ebenfalls Aufnahmevoraussetzung.⁷

Im Folgenden wird nun aus der Sicht der Projektpraxis wie auch aus Forschungssicht ein kurzes Resümee der vergangenen zwei Jahre Projektarbeit hinsichtlich der Fragen „Was war erfolgreich und warum?“ und „Was ist gescheitert und warum?“ gezogen. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass noch nicht einmal die Aufnahmephase in das Modellprojekt beendet ist. Daher können alle Ergebnisse, über die im Rahmen der Fachtagung berichtet wurden und die hier auch schriftlich niedergelegt sind, lediglich als vorläufig betrachtet werden. Aus diesem Grund wird auch nicht von „Erfolg“ und „Scheitern“ gesprochen, sondern davon, was gelungen ist und wo sich noch Herausforderungen in Praxis und Forschung ergeben.

Zum gegenwärtigen Stand der Vernetzung des Modellprojektes Pro Kind

Dem Thema Vernetzung kommt bei dem Modellprojekt Pro Kind eine zentrale Bedeutung zu. Dabei stehen immer Menschen hinter institutionalisierter und strukturierter Vernetzung, die dafür sorgen soll, dass Kontinuität hergestellt wird, auch bei einem Wechsel der Kontaktpersonen. Somit ist sie menschlich und wird von allen Aspekten menschlicher Beziehungen beeinflusst. Im Folgenden werden die bisherigen Erfahrungen des Modellprojektes Pro Kind mit Vernetzung dargestellt.

Standortbestimmung

Das Modellprojekt Pro Kind ist an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsdiensten und Sozialen Diensten zu verorten, die sowohl öffentliche als auch private Angebote einschließen (**Abbildung 2**). Wenn diese Angebote in präventive und interventive eingeteilt werden – eine Einteilung, die sich zum Teil durch die Anbieter selbst zieht (zum Beispiel die Frauenärztin, die sowohl Vorsorge-Untersuchungen als auch Behandlung von Krankheiten durchführt), dann befindet sich das Modellprojekt Pro Kind auf der Seite der Prävention: Es ist ein Angebot auf freiwilliger Basis, das von allen Frauen der Zielgruppe angenommen werden kann.

⁶ z.B. Olds, Kitzman, Cole, Robinson, Sidora, Luckey, Henderson, Hanks, Bondy & Holmberg, 2004

⁷ vgl. Jungmann, Kurtz & Brand, 2008

Von diesem Standort aus vernetzt sich das Modellprojekt Pro Kind mit allen Angeboten in den Bereichen der Prävention und Intervention.

Generelle Herausforderungen in den einzelnen Kommunen, in denen das Modellprojekt implementiert wird, sind die Ressentiments, denen viele neue Angebote und Projekte gegenüber stehen mögen: Warum noch ein neues Modellprojekt? Nimmt uns das neue Modellprojekt womöglich Gelder oder Arbeit weg?

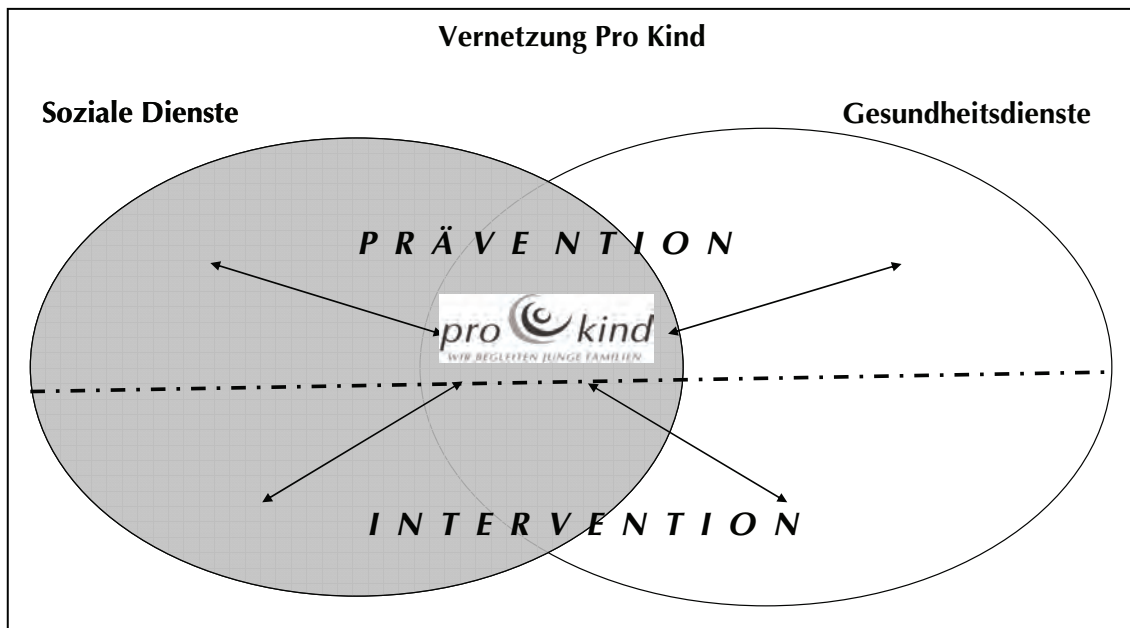


Abbildung 2

© Adamaszek/Jungmann

Eine Besonderheit des Modellprojektes Pro Kind ist, dass es von Forschung begleitet wird. Insofern ist ein äußerst kritischer Punkt die zufällige Zuweisung der interessierten Frauen zur Begleit- oder zur Kontrollgruppe. Gerade für viele Praktiker im Feld und für viele Vernetzungspartner stellt sich die Frage nach der Notwendigkeit des Kontrollgruppendesigns. Dies ist allerdings die einzige Möglichkeit, die Wirksamkeit eines Angebots tatsächlich zweifelsfrei nachzuweisen.

Eine weitere Herausforderung stellt die Definition des Modellprojektes als präventives Angebot dar, da hochrisikobelastete Frauen aufgenommen werden. Wie kann bei diesen Frauen noch präventiv gearbeitet werden? Sicherlich ist der präventive Ansatz bezogen auf die Frauen zumeist ein sekundär präventiver, bezogen auf die Kinder im Modellprojekt Pro Kind kann allerdings von Primärprävention im besten Wortsinn gesprochen werden.

Bewährt hat sich die Gehstruktur des Modellprojektes auch in der Vernetzung mit Dienstleistern des Gesundheits- und Sozialwesens. Durch das konsequente Zugehen auf Kooperationspartner ist die Vorstellung des Projektes in allen wichtigen Bereichen top-down, der fachliche Austausch sowohl mit den Leitern als auch mit den Fachkräften vor Ort und zum Teil auch die Zusammenarbeit mit diesen gelungen.

Die Ebenen der Vernetzung

Die Vernetzung des Modellprojektes vollzieht sich auf verschiedenen strukturellen Ebenen, die kurz vorgestellt werden (**Abbildung 3**).

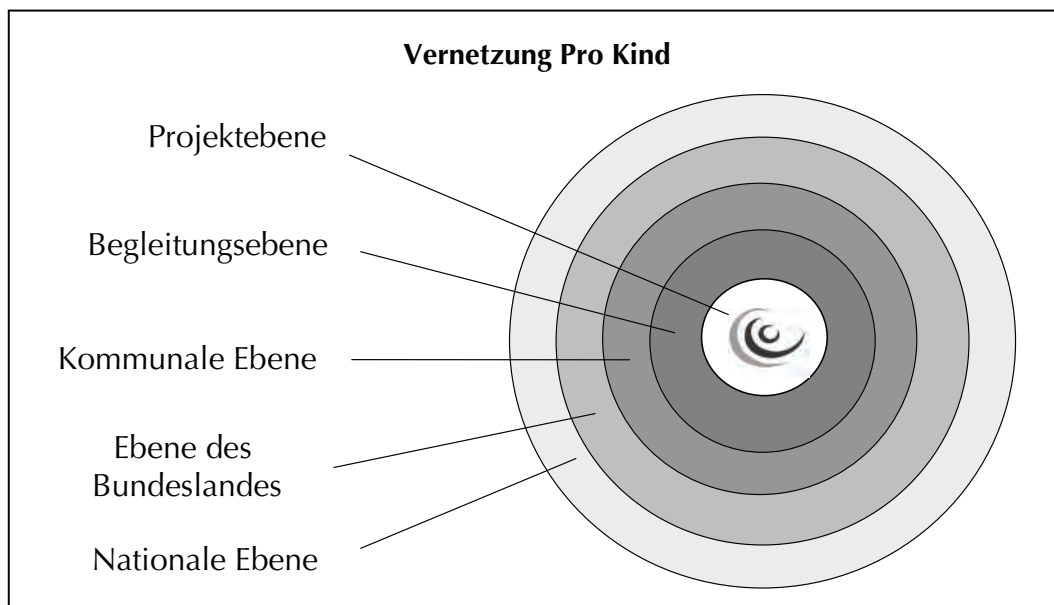


Abbildung 3

© Adamaszek/Jungmann

- Die **Projektebene** beinhaltet das, was innerhalb des Projektes geschieht. Beispiele für Vernetzung auf dieser Ebene sind die Tandembegleitung von Hebammen und Sozialpädagoginnen an einzelnen Standorten in Niedersachsen und Sachsen, die Vernetzung innerhalb der Teams mit Fortbildungen, Teamsitzungen und Fallbesprechungen, die Vernetzung der Standorte auf den Leitungsebenen miteinander und die Vernetzung von Forschung und Praxis unter Wahrung der Unabhängigkeit der Forschung.
- Die **Begleitungsebene** beinhaltet das, was innerhalb der Begleitung geschieht, also die Vernetzung der Familienbegleiterin mit der Teilnehmerin und gegebenenfalls mit deren sozialen Umfeld.
- Die **kommunale Ebene** bezieht sich auf das Projekt in fachlicher und politischer Zusammenarbeit in den Bereichen Schwangerschaft, Eltern, Kind und junge Mütter.

In **Niedersachsen** kooperiert das Modellprojekt Pro Kind mit den Jugendämtern der Modellstandorte. Die zuständigen Vertreterinnen und Vertreter der Jugendämter treffen sich zu regelmäßigen Besprechungen. Pro Kind ist in verschiedene kommunale Arbeitskreise eingebunden, geplant ist eine Mitarbeit im Modellprojekt Koordinierungszentrum für Kinderschutz. Das Projekt arbeitet auf kommunaler Ebene mit zahlreichen Gynäkologen, Beratungsstellen, der Arbeitsverwaltung sowie anderen Kooperationspartnern zusammen, die über einen regelmäßigen Rundbrief informiert und aktiviert werden.

Im **Land Bremen** arbeitet Pro Kind mit den Gesundheitsämtern Bremens und Bremerhavens sowie den angegliederten Familienhebammen zusammen. Beispielsweise hat Pro Kind sein Büro in Bremerhaven beim Gesundheitsamt. Einige Fortbildungen von Pro Kind sind für die Familienhebammen geöffnet. Durch die Mitarbeit in Arbeitsgruppen wie Gesundheit, Junge Mütter, Prävention und Risikowahrnehmung ist Pro Kind in die kommunalen Informationsflüsse und Debatten einbezogen. Auch die Zusammenarbeit mit den Jugendämtern, den ARGEN und dem Qualitätszirkel der Kinderärzte und Gynäkologen findet auf kommunaler Ebene statt.

In **Sachsen** wird Pro Kind als Frühpräventionsangebot im Landesprojekt Netzwerke für Kinderschutz erprobt. In allen Landkreisen und kreisfreien Städten Sachsens gibt es beim Jugendamt angesiedelte Fachkräfte – so genannte Koordinatoren –, die regionale Netzwerke für Kinderschutz etablieren. Ihre primäre Aufgabe besteht darin, verschiedene Professionen und Organisationen zusammen zu bringen, notwendige Strukturen für Frühe Hilfen aus- und aufzubauen, Kommunikationsprozesse zu initiieren und bedarfsgerechte Qualifizierungen und Maßnahmen anzubieten. Die Familienbegleiterinnen von Pro Kind sind in diese Netze eingebunden. Sie erhalten Kontakt zu weiteren Akteuren, lernen deren Angebote kennen und stehen professionenübergreifend mit anderen Fachdisziplinen im Dialog. Über die in die Netzwerke eingebundenen Multiplikatoren werden Kontakte zur Pro Kind Zielgruppe der Schwangeren ermöglicht. Die Koordinatoren selber sind für Schwangere und die Multiplikatoren vor Ort Ansprechpartner für Pro Kind, so dass über sie ein hoher Anteil von Frauen in das Projekt vermittelt wird. Mehrmals jährlich finden gemeinsame Treffen und Fortbildungen von allen Familienbegleiterinnen und den Netzwerkkoordinatorinnen des Landes statt.

- Die **Ebene des Bundeslandes** beinhaltet im Wesentlichen die politische Zusammenarbeit mit den verantwortlichen Ansprechpartnern. Besonders zu erwähnen ist hier, dass der Träger von Pro Kind Bremen (gemeinsam mit der Stiftung Pro Kind) der DRK Kreisverband Bremen e.V. ist. In Sachsen hat das Felsenweg Institut der Karl-Kübel-Stiftung die Trägerschaft übernommen.

In **Bremen** gibt es den Beirat, zu dem die Vertragspartner Senatorin für Jugend, Familie und Soziales, das Amt für Soziale Dienste Bremen, das Amt für Jugend und Familie Bremerhaven, das DRK und die Stiftung Pro Kind zählen, und zusätzlich den Fachbeirat, in dem auch die Landesverbände der Kinderärzte und Frauenärzte und die beiden Gesundheitsämter dabei sind.

In **Niedersachsen** ist Pro Kind auf Landesebene in die Aktivitäten des Niedersächsischen Sozialministeriums eingebunden und Mitglied der Niedersächsischen Kinderschutzkonferenz. Die Niedersächsischen Landesverbände der Frauenärzte sowie der Kinder- und Jugendärzte unterstützen Pro Kind ebenso wie die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen. Geplant ist eine Mitgliedschaft im Landespräventionsrat.

Auf Landesebene gibt es für das Projekt Netzwerke für Kinderschutz – Pro Kind **Sachsen** einen Projektbeirat, der sich aus Vertretern des Sozialministerium und der Landesverbände, den Jugendamtsleitungen aller Modellstandorte sowie weiteren Experten und Vertretern aus dem Gesundheitswesen zusammensetzt. Jährlich findet

eine gemeinsam verantwortete Fachtagung für Kinderschutz für das Land Sachsen statt.

- Die **nationale Ebene** beinhaltet in erster Linie die Zusammenarbeit im Nationalen Zentrum Frühe Hilfen und mit anderen bundesweiten Kontakten zu Praxis und Forschung.

Auf die Vernetzung auf den beiden zentralen Ebenen, Begleitungsebene und kommunale Ebene, wird im Folgenden dezidiert eingegangen (**Abbildung 4**).

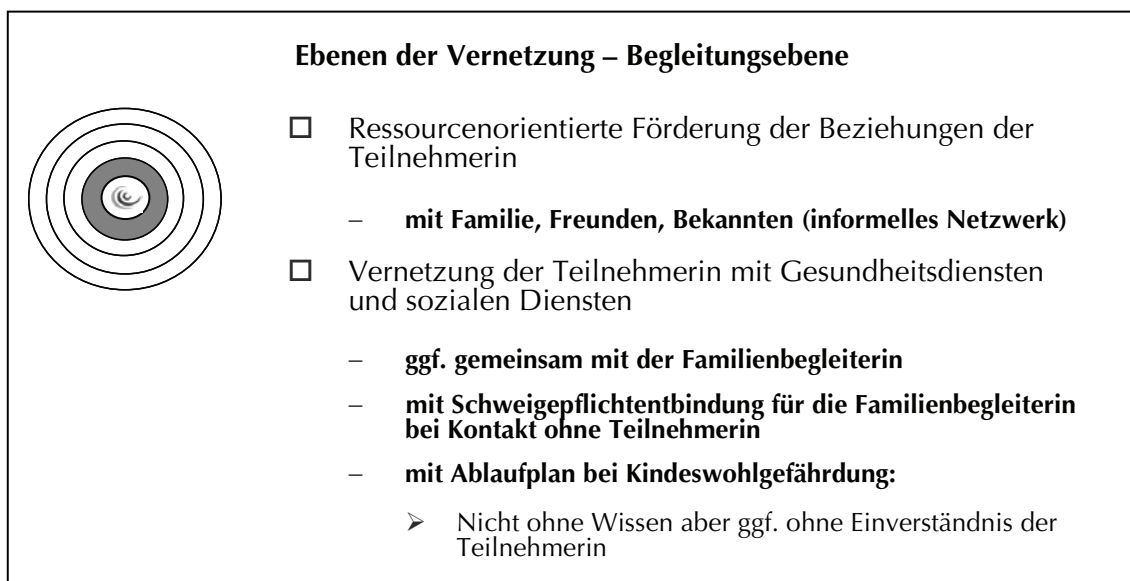


Abbildung 4

© Adamaszek/Jungmann

Begleitungsebene: Ziel der Begleitung ist, dass die Teilnehmerin ihr Leben selbst in die Hand nimmt und dadurch die Chancen für das Kind wachsen. Dazu benötigt sie Unterstützung. Pro Kind begleitet sie dabei, sich selbst zu vernetzen. Dies geschieht durch eine ressourcenorientierte Förderung der Beziehungen der Teilnehmerin zu ihrem informellen Netzwerk der Familie, ihrer Freunde und Bekannten. Darüber hinaus soll die Teilnehmerin mit Gesundheitsdiensten und sozialen Diensten in ihrer Kommune besser vernetzt werden (formelles Netzwerk). Ein zentraler Bestandteil ist dabei die Förderung der Kommunikationskompetenz und der Kompetenz zur Gestaltung förderlicher Beziehungen.

Wenn dies gelingt, ist die Teilnehmerin im besten Fall in der Lage, Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten sowie Termine im formellen Netzwerk alleine wahrzunehmen. Manchmal ist es aber auch erforderlich, dass die Familienbegleiterin mit der Teilnehmerin gemeinsam Termine im formellen Netzwerk wahrnimmt. Der gemeinsame Schritt sollte ihr dabei helfen, eigene Erfolge zu erleben. Wenn die Familienbegleiterin ohne die Teilnehmerin Kontakt mit dem formellen Netzwerk aufnehmen muss, ist es erforderlich, eine Schweigepflichtentbindung einzuholen. Möglichst sollte aber zunächst ein Vertrauensaufbau stattfinden, bevor die Schweigepflichtentbindung eingeholt wird. Bei Verdacht auf oder dem Vorliegen von Kindeswohlgefährdung folgt die Familienbegleiterin einem Ablaufplan, der in Absprache mit Sozialbehörden und Jugendämtern

entstanden ist. Es wird gegebenenfalls eine insoweit erfahrene Fachkraft hinzugezogen. Dabei gilt die Prämisse: Nicht ohne das Wissen, aber gegebenenfalls ohne das Einverständnis der Teilnehmerin!

Die größte Herausforderung bei der Vernetzung auf der Begleitungsebene stellt die Klärung der eigenen Rolle dar und zwar für alle Beteiligten – die Teilnehmerin, die Familienbegleiterin, das private und auch das professionelle Umfeld. In dem Maße, wie klar wird, dass die Familienbegleiterin Begleiterin und Mentorin, nicht Kontrollperson ist, wächst in den Familien die Vertrauensbeziehung, die die Voraussetzung für eine fruchtbare Zusammenarbeit darstellt.

Gelungen ist auf dieser Ebene bereits, dass die Familienbegleiterinnen gute Kenntnisse über die lokalen Angebote für ihre Teilnehmerinnen entwickeln konnten. Immer besser gelingt die Identifikation mit ihrer Rolle, ein Prozess, der nach den Erfahrungen des amerikanischen Vorbilds des „Nurse-Family Partnership“-Programms ca. zwei Jahre in Anspruch nimmt.

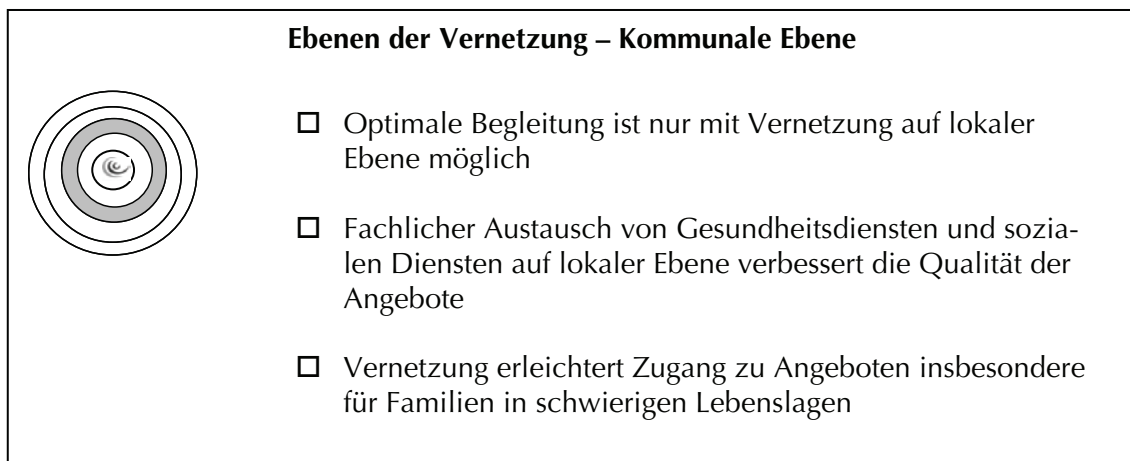


Abbildung 5

© Adamaszek/Jungmann

Kommunale Ebene: Für eine gute Begleitung ist eine gute Vernetzung auf lokaler Ebene unerlässlich. Dies kann in den folgenden grundlegenden **Leitsätzen der Projektpraxis** zusammengefasst werden:

- Optimale Begleitung ist nur mit Vernetzung auf lokaler Ebene möglich.
- Fachlicher Austausch von Gesundheitsdiensten und sozialen Diensten auf lokaler Ebene verbessert die Qualität der Angebote.
- Vernetzung erleichtert den Zugang zu Angeboten insbesondere für Familien in schwierigen Lebenslagen.
- Vernetzung erleichtert somit auch die Gehstruktur: Das Angebot kommt zur Familie, es wird aufgrund der guten lokalen Vernetzung des Modellprojektes vermittelt. Dies ist insbesondere für Familien in schwierigen Lebenslagen wichtig, die sonst gar nicht die Initiative aufbringen würden, selbst mit dem Projekt Kontakt aufzunehmen.

Ein Indikator für das Gelingen der Vernetzung auf dieser Ebene sind die Zugangswege der Teilnehmerinnen zum Modellprojekt Pro Kind.

In Sachsen hat das Modellprojekt seine Arbeit Anfang 2008 aufgenommen. Inzwischen haben 80 Frauen den Weg zu Pro Kind gefunden. Wie die **Abbildung 6** zeigt, gibt es in Sachsen einen sehr hohen Anteil von 39 Prozent Selbstmelderinnen.

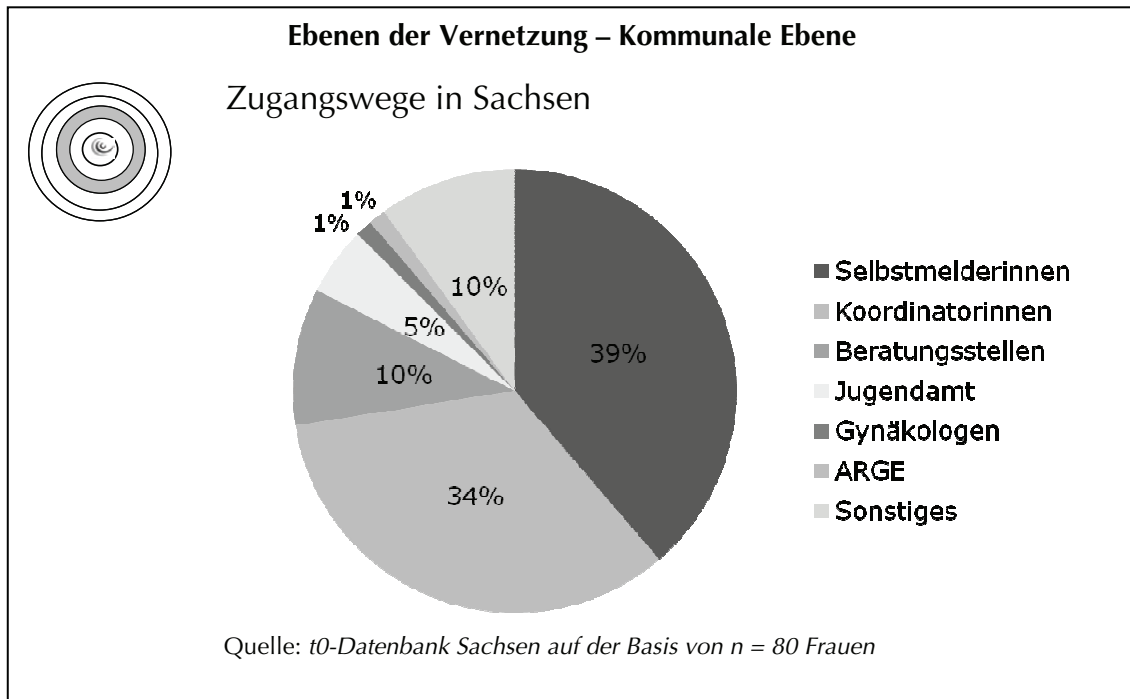


Abbildung 6

© Adamaszek/Jungmann

Fast ebenso viele Frauen (34 Prozent) kamen durch die Koordinatorinnen der Netzwerke für Kinderschutz zu Pro Kind. Es zeigt sich also, dass der indirekte Zugang über die Koordinatorinnen häufig ist und die Multiplikatoren nur im ganz geringen Maße direkt an Pro Kind weiterleiten, nämlich Gynäkologen 1 Prozent, das Jugendamt 5 Prozent, die ARGE 1 Prozent und die Beratungsstellen 10 Prozent der Frauen.

Etwas anders gestaltet sich das Bild für Pro Kind Niedersachsen, das seit November 2006 Teilnehmerinnen, und Pro Kind Bremen, das seit Juni 2007 Frauen aufnimmt. Damit blicken diese beiden Bundesländer bereits auf eine längere Projektphase zurück und es gibt im Vergleich zu Sachsen keine Koordinatorinnen, über die Multiplikatoren den Zugang eröffnen.

Wie die **Abbildung 7** zeigt, sind von den berücksichtigten 308 Frauen die meisten Frauen über die Gynäkologen (23 Prozent) an das Modellprojekt vermittelt worden, fast ebenso viele über die ARGE bzw. die BAglS (Bremer Arbeitsgemeinschaft für Integration und Soziales) (21 Prozent). 16 Prozent der Frauen sind Selbstmelderinnen, 15 Prozent kommen von den Beratungsstellen, 9 Prozent vom Jugendamt und 5 Prozent über das soziale Umfeld. Erstaunlich ist der relativ hohe Anteil von 5 Prozent der Frauen, die über Kliniken und Allgemeinmediziner vermittelt werden. Dies sind Frauen, die wegen drohender

Fehlgeburt bzw. Frühgeburt oder anderer Erkrankungen behandelt wurden. Der Zugang über die Schulen von 3 Prozent der Frauen ist gering und sicher steigerungsfähig.

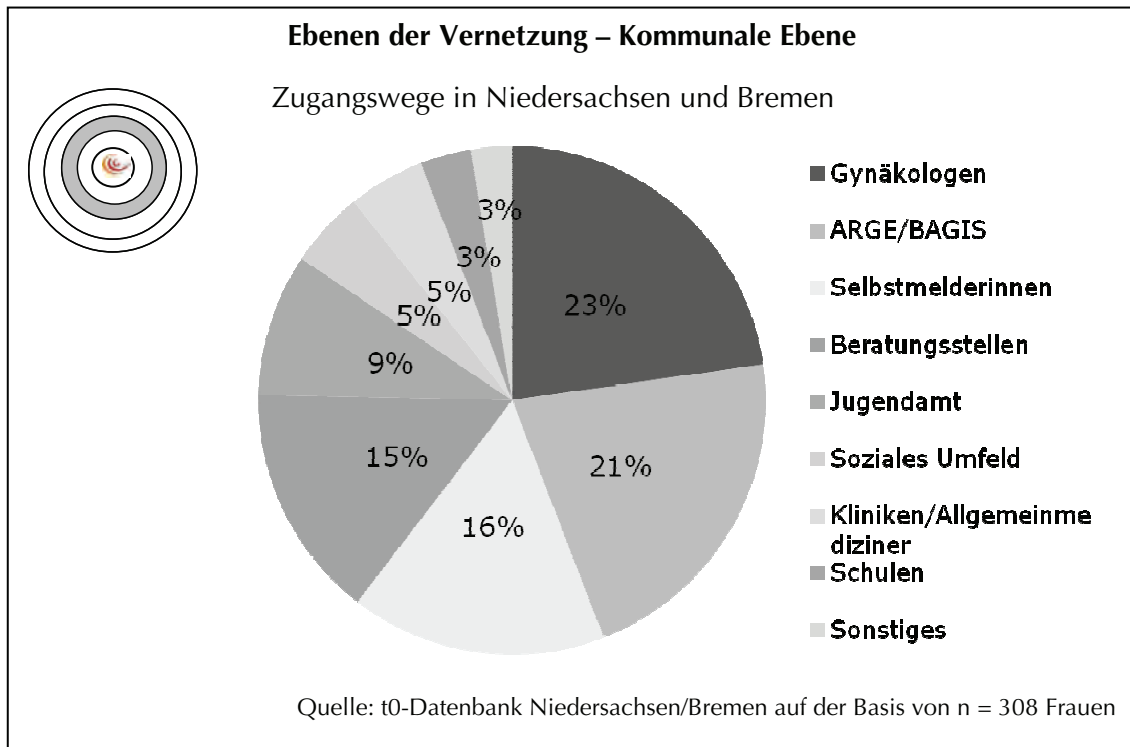


Abbildung 7

© Adamaszek/Jungmann

Diese Zahlen zu den Zugängen ergeben eine Zwischenbilanz zu den Fragen, ob es gelingt, Frauen der Zielgruppe frühzeitig, also ab dem zweiten Drittel der Schwangerschaft zu erreichen und wenn ja, wie dies gelingt. Bisher hat sich gezeigt, dass dies unter der Voraussetzung einer guten Vernetzung mit denjenigen, die von der Schwangerschaft so frühzeitig wissen, gelingt.

Zum gegenwärtigen Stand der Begleitforschung zum Modellprojekt Pro Kind

Abschließend wird ein kurzer und vor allem vorläufiger Einblick in die bisherige Befundlage zur Wirksamkeit des Modellprojektes Pro Kind gegeben.

Deskriptive Daten zum Stand der Zielgruppenakquise

Bisher konnten 388 Erstgebärende in den drei Bundesländern Niedersachsen, Bremen/Bremerhaven und Sachsen aufgenommen werden. Davon sind 204 Frauen in der Treatment- und 184 Frauen in der Kontrollgruppe (**Abbildung 8**).

Wenn man an dieser Stelle von Gelingen und Herausforderung sprechen möchte, dann kann die Akquise zweifelsohne als gelungen bezeichnet werden. Allerdings bleiben die Zielzahlen hinter den ursprünglichen Planungen zurück, so dass von einer bleibenden

Herausforderung im Bereich der Akquise gesprochen werden kann. Insgesamt wurden bisher im Mittel zwei Drittel der angestrebten Teilnehmerzahlen erreicht.

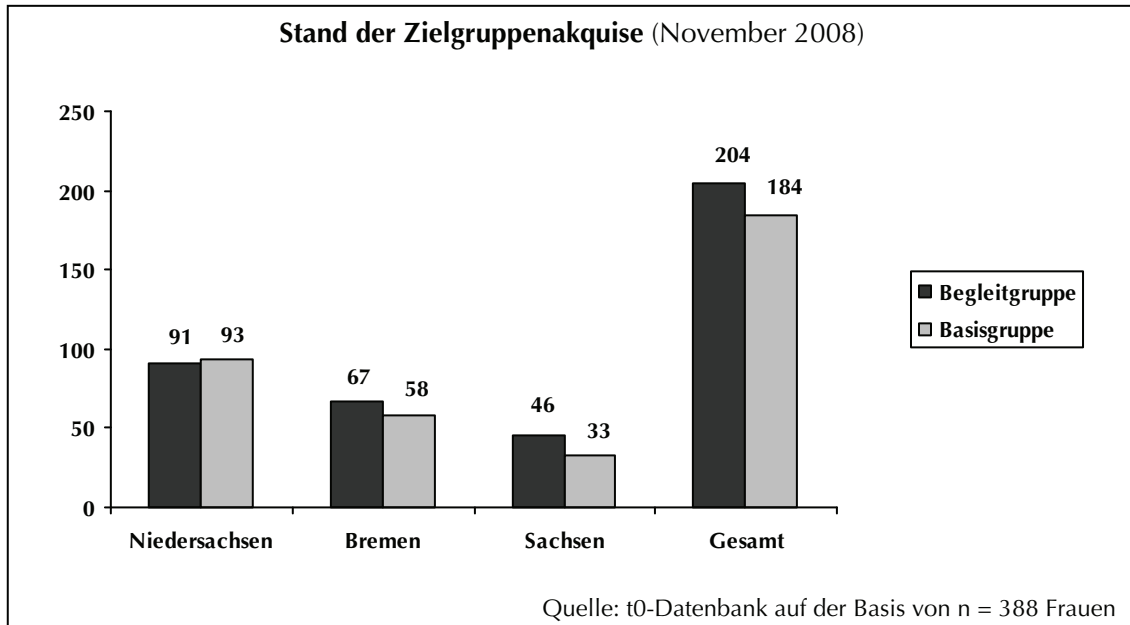


Abbildung 8

© Adamaszek/Jungmann

Wie bereits in den Zielgruppenkriterien definiert, sind Frauen, die bei Pro Kind aufgenommen werden, multipel risikobelastet. Die **Abbildung 9** zeigt die Risikobelastung aller Frauen, die im Modellprojekt aufgenommen wurden und die vollständige Angaben zu den Risikofaktoren gemacht haben (n = 379).

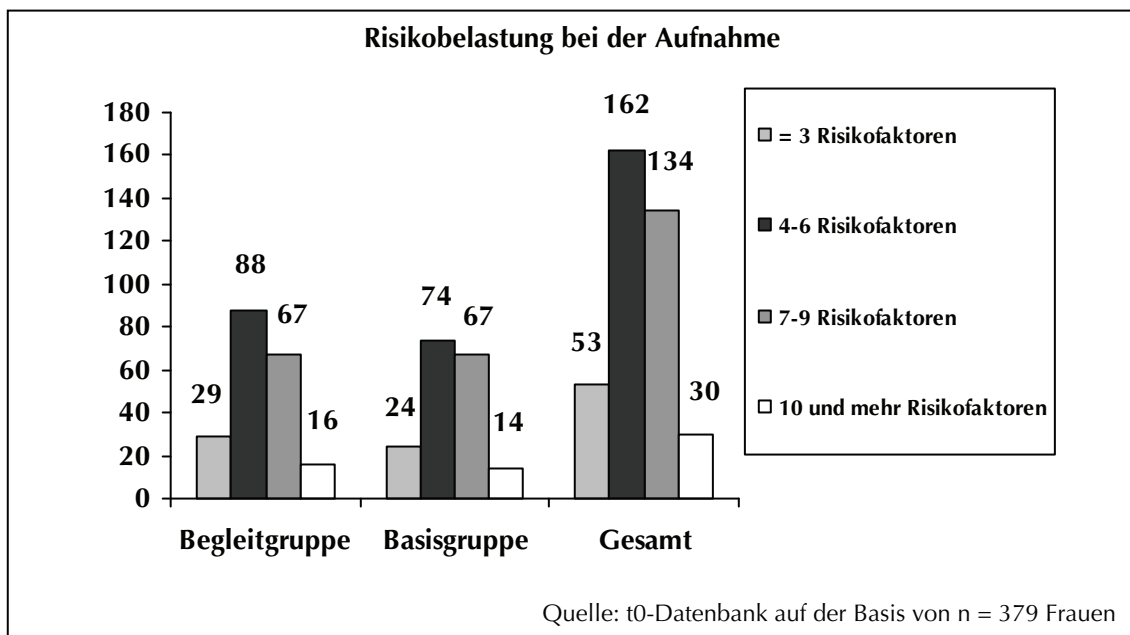


Abbildung 9

© Adamaszek/Jungmann

Zumeist liegen vier bis neun Risikofaktoren vor, im Mittel sind es sechs Risikofaktoren, wobei sich die Risikobelastung der Frauen in den beiden Untersuchungsgruppen nicht unterscheidet.

Erste Befunde aus der biopsychosozialen Evaluationsforschung

Exemplarisch für die Befundlage in der Schwangerschaftsphase wird aus der Domäne „Mutter-/Vater-/Elternrolle“ die mütterliche Selbsteinschätzung ihrer pränatalen Bindung zum Kind dargestellt. Zur Erfassung der pränatalen Mutter-Kind-Bindung wird die Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS)⁸ bei der Aufnahme der Teilnehmerinnen in das Modellprojekt sowie zum Ende der Schwangerschaft eingesetzt. Wie **Abbildung 10** zeigt, schätzen alle Teilnehmerinnen ihre Bindungsbeziehung zum ungeborenen Kind als überdurchschnittlich gut ein.

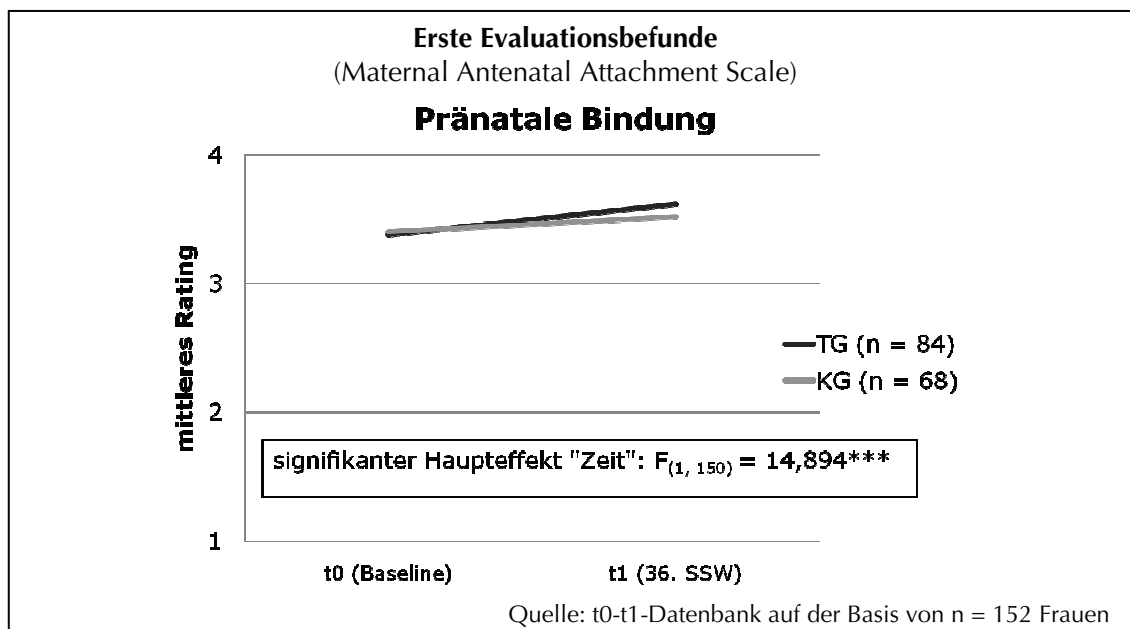


Abbildung 10

© Adamaszek/Jungmann

Zum Ende der Geburt nimmt der Grad der positiven Einschätzung sogar noch signifikant zu und zwar in beiden Gruppen (Haupteffekt „Zeit“: $F_{(1; 150)} = 14,894$, $p < .001$). Ohne Vorhandensein einer Kontrollgruppe wäre dieser Effekt unter Umständen fälschlicherweise als Erfolg des Hausbesuchsprogramms verbucht worden. Der direkte Vergleich von Treatment- und Kontrollgruppe legt allerdings eher die Vermutung nahe, dass dieser Befund mit dem natürlichen Verlauf der Schwangerschaft zu erklären ist: das ungeborene Kind wird für die werdende Mutter mit zunehmender Größe und Bewegung präsenter, deutlicher als eigene Persönlichkeit wahrgenommen und das Bedürfnis, Kontakt mit ihm aufzunehmen, steigt.

Eine differenziertere Betrachtung der beiden Untersuchungsgruppen nach der Risikobelastung der Frauen zeigt sehr wohl eine Tendenz zugunsten der Treatmentgruppe, aber

⁸ Condon, 1993

nur bei den hochrisikobelasteten Frauen. Die hochrisikobelasteten Frauen mit Familienbegleiterin berichten von einer stärker zunehmenden pränatalen Bindung zu ihrem ungeborenen Kind als die Frauen ohne Familienbegleiterin. Auch hier ergibt sich also ein signifikanter Haupteffekt der Zeit ($F_{(1; 72)} = 6,856, p < .05$), aber auch eine leichte Tendenz für unterschiedliche Entwicklungsverläufe über die Zeit zugunsten der Treatmentgruppe (Interaktionseffekt „Zeit x Gruppenzugehörigkeit“: $F_{(1; 72)} = 2,677, p = .106$). Bei den gering- bis mittelgradig risikobelasteten Frauen macht es keinen Unterschied für die selbsteingeschätzte pränatale Bindung zu ihrem Kind, ob sie eine Familienbegleiterin haben oder nicht. Gleichwohl zeigt sich aber die positive Veränderung über die Zeit (Haupteffekt „Zeit“: $F_{(1; 76)} = 16,009, p < .001$) (**Abbildung 11**).

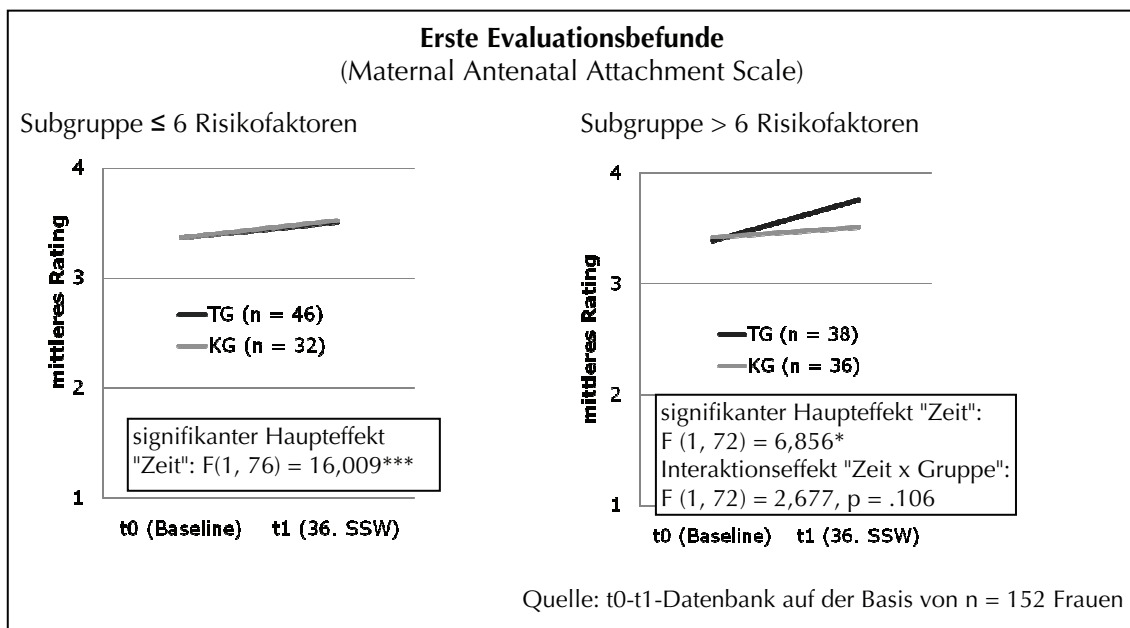


Abbildung 11

© Adamaszek/Jungmann

Es bleibt abzuwarten, wie sich die Selbsteinschätzung der Mutter-Kind-Bindung nach der Geburt des Kindes verändert. Darüber hinaus sind Selbsteinschätzungen durch Verzerrungstendenzen mit einem höheren Messfehler behaftet als Fremdeinschätzungen. Aufgrund dessen ist es wichtig, diese Befunde mit einer unabhängigen Einschätzung der tatsächlichen Eltern-Kind-Interaktion zu validieren. Zu diesem Zweck wird der CARE-Index⁹ eingesetzt. So könnte es beispielsweise sein, dass die überaus positiven Einschätzungen der Eltern-Kind-Beziehung auf eine starke Idealisierung des Kindes und der zukünftigen Mutterrolle hindeuten, die von den Familienbegleiterinnen noch unterstützt wird, obwohl der Aufbau realistischer Erwartungen an das Kind entwicklungsförderlicher wäre.

Ein äußerst reliables und valides Maß sind dagegen die Bayley Scales of Infant Development¹⁰ zur Erfassung der kindlichen Entwicklung. Als erster Befund für die Säuglingszeit werden die vorläufigen Befunde für die Entwicklungsverläufe der Kinder im Alter von sechs bis zwölf Monaten präsentiert (**Abbildung 12**).

⁹ Crittenden, 2005

¹⁰ BSID-II, Bayley, 1993

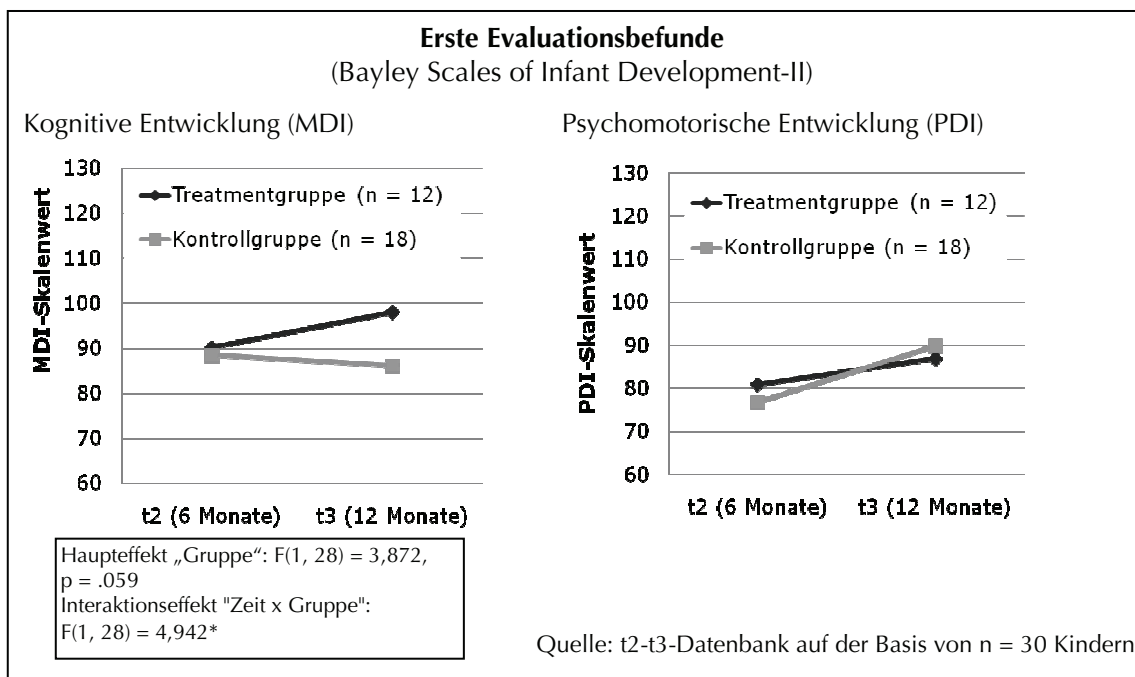


Abbildung 12

© Adamaszek/Jungmann

Die Skalenwerte für die kognitive Entwicklung (MDI) und die psychomotorische Entwicklung (PDI) sind auf einen Mittelwert von 100 und eine Standardabweichung von 15 normiert. Somit liegen die Werte zwischen 85 und 115 im Normalbereich.

Die Betrachtung der MDI-Skalenwerte zeigt, dass im Mittel die Kinder beider Untersuchungsgruppen mit einem Wert um 90 für das Alter von sechs Monaten als kognitiv normal entwickelt zu bezeichnen sind. Allerdings liegen ihre Werte im unteren Normbereich. Während dieser Mittelwert in der Kontrollgruppe über einen Zeitraum von sechs Monaten stabil bleibt, steigt der der Kinder in der Treatmentgruppe auf 98 an (Interaktionseffekt „Zeit x Gruppenzugehörigkeit“: $F_{(1; 28)} = 4,942$, $p < .05$). Unter Beachtung der kleinen Stichproben ($n = 12$ in der Treatment- und $n = 18$ in der Kontrollgruppe) sowie angesichts der kurzen Zeitspanne von nur einem halben Jahr ist dieses Ergebnis mit äußerster Vorsicht zu interpretieren. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Datenlage verändert, wenn weitere Kinder hinzukommen, und wie sich die Entwicklungsverläufe weiterhin gestalten.

Für den Bereich der psychomotorischen Entwicklung ergibt sich kein signifikanter Effekt der Gruppenzugehörigkeit. Mit mittleren Skalenwerten im PDI knapp um die 80 liegen die Kinder beider Gruppen außerhalb der Norm. Die Werte steigen über einen Zeitraum von einem halben Jahr in beiden Gruppen an, wobei die Steigerung in der Kontrollgruppe auf einen Wert um 90 deutlicher ist, während in der Treatmentgruppe lediglich die Steigerung auf einen Wert um 85 zu verzeichnen ist. Derzeit werden die Förderanregungen in den Familien für beide Entwicklungsbereiche dezidierter erfasst, um die Befundmuster besser erklären und interpretieren zu können.

Fazit und Ausblick

Zunächst einmal ist zu konstatieren, dass die Bedeutung einer engen Vernetzung des Modellprojektes Pro Kind mit bestehenden Angeboten der Jugendhilfe und im Gesundheitswesen unmittelbar evident ist: Sie beginnt bei der Akquise der Teilnehmerinnen, bei der Entscheidungsfindung über das richtige Angebot für die Familien und setzt sich fort in der praktischen Arbeit der Familienbegleiterinnen. So ist es ein erklärtes Ziel des Modellprojektes, die formellen Netzwerke, in denen sich die Familien befinden, zu stärken, um dem erhöhten Unterstützungsbedarf, den viele Frauen unserer Zielgruppe haben und dem mit einem rein präventiven Angebot nicht begegnet werden kann, gerecht zu werden. Durch den Einbezug des Modellprojektes in das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ des BMFSFJ ist eine Grundlage dafür geschaffen, auch zukünftig Ergebnisse auszutauschen und somit auch eine Vernetzung verschiedener Angebote in diesem Bereich zu fördern.

Wenngleich die amerikanischen Befunde zur Wirksamkeit und Effizienz des NFP-Programms zweifelsohne beachtlich sind¹¹, ergibt sich die Notwendigkeit einer umfangreichen Begleitforschung zum Modellprojekt Pro Kind – bestehend aus der Implementationsforschung, der Evaluationsforschung und der Kosten-Nutzen-Analyse – allein daraus, dass trotz seiner engen Adaption an das amerikanische Vorbild abzuwarten bleibt, welche Wirksamkeit und Effizienz dieses Hausbesuchsprogramm im Kontext des bundesdeutschen Gesundheits- und Sozialsystems entwickelt. Die vorliegenden Befunde deuten darauf hin, dass vor allem Teilnehmerinnen mit einer hohen Risikobelastung profitieren¹², während dasselbe nicht für die Teilnehmerinnen mit einer mittleren bis geringen Risikobelastung zu gelten scheint. Darüber hinaus zeichnen sich positive Effekte des Hausbesuchsprogramms auf die kognitive Entwicklung der Kinder im ersten Lebensjahr, nicht aber auf ihre psychomotorische Entwicklung ab. Hier bleiben die Ergebnisse einer größeren Anzahl von Kindern ebenso abzuwarten wie der weitere Entwicklungsverlauf. Generell ist durch eine konsequente Verknüpfung von Ergebnissen aus der Implementationsforschung mit Ergebnissen der Evaluationsforschung das Wirkmodell zu klären: Für welche Personen lassen sich durch welches Vorgehen welche Programmziele unter welchen Bedingungen mit welcher Methode am besten erreichen?¹³ Denn letztlich entscheiden über die Wirksamkeit und Effizienz eines Programms die Qualität seiner Umsetzung in der Praxis sowie die Ausgewogenheit von Programmtreue in den Kernkomponenten und Adaption des Programms an die kommunalen Gegebenheiten und Strukturen.¹⁴

Insgesamt bleibt also abzuwarten, ob sich die Wirkung des Programms auch in Deutschland in einem vergleichbar positiven Maße wie in den USA entfalten wird. Letztlich wird das Gelingen der interdisziplinären Zusammenarbeit und der Vernetzung mit kommunalen Angeboten einen wesentlichen Einfluss darauf nehmen.

¹¹ vgl. Olds, 2007; Olds et al., 2004

¹² vgl. Olds et al., 2004

¹³ vgl. Patry & Perrez, 2000, S. 30

¹⁴ vgl. Brand & Jungmann, 2008

Kontaktadressen:

Pro Kind Bremen
Wachmannstr. 9
D-28209 Bremen
Tel.: 0421-3403-211
E-Mail: prokind@drk-bremen.de

Leibniz Universität Hannover
Institut für Sonderpädagogik
Schloßwender Str. 1
D-30159 Hannover
Tel.: 0511-762 17450
Fax.: 0511-762 17408
E-Mail: tanja.jungmann@ifs.phil.uni-hannover.de

KFN e.V.

Lützerodestr. 9
D-30161 Hannover
Tel.: 0511-3 48 36 30
Fax: 0511-3 48 36 10
E-Mail: tjungmann@kfn.uni-hannover.de

Literatur

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Journal of Psychology*, 37, 122-147.

Bayley, N. (1993). Bayley Scales of Infant Development-II (BSID-II, dt. Fassung). Hartcourt Test Services.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.

Brand, T. & Jungmann, T. (2008). Implementation von kriminalpräventiven Programmen: Stand der Forschung und Desiderate. *Sozialwissenschaftlicher Fachinformationsdienst Kriminalsoziologie und Rechtssoziologie*, 2/2008, <http://www.gesis.org/information/sofid/fachbeitraege.htm>

Bronfenbrenner, U. (1992). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Condon, J.T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 167-183.

Crittenden, P. (2005). Der CARE-Index als Hilfsmittel für Früherkennung, Intervention und Forschung. *Frühförderung Interdisziplinär*, 24, 99-106.

Jungmann, T., Adamaszek, K. & Kolanowski, M. (2008). Prävention, die in der Schwangerschaft beginnt – Das Modellprojekt Pro Kind und Familienhebammen in Niedersachsen und Bremen. *Hebammenforum*, 1/2008, 25-28.

Jungmann, T., Kurtz, V. & Brand, T. (2008). Das Modellprojekt „Pro Kind“ und seine Verortung in der Landschaft früher Hilfen in Deutschland. *Frühförderung Interdisziplinär*, 27 (2), 67-78.

Olds, D., Kitzman, H.J., Cole, R.E., Robinson, J., Sidora, K., Luckey, D.W., Henderson, C.R., Hanks, C., Bondy, J. & Holmberg, J. (2004). Effects of nurse home-visiting on maternal life-course and child development: age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 114 (4), 1550-1559.

Olds, D. L. (2007). Preventing crime with prenatal and infancy support of parents: the Nurse-Family Partnership. *Victims & Offenders*, 2 (2), 205-225.

Patry, J.-L. & Perrez, M. (2000). Theorie-Praxis-Probleme und die Evaluation von Interventionsprogrammen. In W. Hager, J.-L. Patry & Brezig, H. (Hrsg.), *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen* (S. 19-40). Göttingen: Huber.

Vorstellung aller durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen begleiteten Modellprojekte

Empirisch gestützte Weiterentwicklung Früher Hilfen: Die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten und vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen begleiteten Modellprojekte in den Bundesländern¹

ALEXANDRA SANN

Wissenschaftliche Referentin des Deutschen Jugendinstituts e. V.
im Nationalen Zentrum Frühe Hilfen, München

Zu Beginn seiner Tätigkeit war das Nationale Zentrum nicht unbedingt bei allen wohlge-
litten, es gab durchaus kritische Bemerkungen und Befürchtungen, dass sich nun noch
jemand in das Feld begeben würde, obwohl es doch bereits viele kompetente Akteure
gibt. Anhand der Modellprojekte möchte ich Ihnen zeigen, dass und wie das Nationale
Zentrum neue Impulse für den Themenbereich geben kann und damit einen Mehrwert für
die Weiterentwicklung der Frühen Hilfen in Deutschland darstellen kann.

Im Vortrag von Frau Dr. Stötzel, Frau Dr. Jurczyk und Herrn Schroll haben Sie unser Or-
ganigramm und die drei Säulen bzw. Aufgabenbereiche bereits kennen gelernt (**siehe
Abbildung 6 auf Seite 35**).

Die Koordinierung der Modellprojekte ist im Aufgabenbereich „Wissensplattform“ an- gesiedelt:

- Recherche und kontinuierliche sozialräumlich orientierte Beobachtung der Praxis-
entwicklung im Feld Früher Hilfen und Identifizierung guter Beispiele,
- **Zusammenführung der Erkenntnisse aus den im Rahmen des Aktionsprogramms
geförderten Modellprojekten der Bundesländer,**
- Aufbereitung von Forschungsbefunden zu Frühen Hilfen,
- Systematisierung und Bewertung der Praxis,
- Konsensuale Entwicklung von Standards und Kriterien,
- Erstellung von Arbeitshilfen und Empfehlungen.

Neben der Bestandsaufnahme zu Vernetzung und Kooperationsstrukturen der kommunalen
Steuerungsbehörden (Jugendämter und Gesundheitsämter) im Bereich Früher Hilfen,
die zusammen mit dem Deutschen Institut für Urbanistik durchgeführt wird, sind die Mo-
dellprojekte *der* zentrale Bestandteil, in dem wir neues, empirisches Wissen über Frühe
Hilfen, wirksame Hilfen, aber auch über Vernetzungsstrategien und Kooperationsmodel-
le, generieren möchten.

¹ Bei diesem Text handelt es sich um die redigierte Bandabschrift eines frei gesprochenen Vortrags.

Modellprojekte in den Bundesländern

Die Modellprojekte sind Bestandteil des **Aktionsprogramms** „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“, das mit 10 Mio. Euro gefördert wird. Im ersten Quartal 2007 erfolgte die Bekanntgabe der Förderung durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Projektanträge wurden durch Ministerien der Bundesländer (zum Teil mit Ranking) an das BMFSFJ eingereicht.

Obwohl das Nationale Zentrum offiziell zu diesem Zeitpunkt noch nicht gegründet war, hatten wir in einer kleinen Besetzung die erste Aufgabe erhalten, diese über 80 Projektanträge zu sichten und dem BMFSFJ Vorschläge für eine Förderung zu unterbreiten. Bei der Auswahl standen folgende Aspekte im Mittelpunkt:

- Übereinstimmung mit **Qualitätsdimensionen** des Aktionsprogramms (Eröffnung von Zugängen zu den Familien, Erkennen von Risiken, Motivation von Familien zur Hilfeannahme u.a. – **siehe S. 32**), vor allem auch in den Praxisanteilen,
- Erkenntnisinteresse und
- wissenschaftliche Gütekriterien.

In einem gewissen (bescheidenen) Rahmen war es uns möglich, unterschiedliche Projekte auszuwählen – aus unterschiedlichen Bereichen mit unterschiedlichen Fragestellungen, um dem Erkenntnisinteresse Rechnung zu tragen und Wissen breit generieren zu können. Es gab jedoch auch Einschränkungen durch Vorabgespräche des Bundes mit den Ländern: Jedes Bundesland sollte ein Projekt vom Bund gefördert bekommen und die Länder konnten sowohl eine Vorauswahl treffen als auch Priorisierungen vornehmen.

Wir haben uns entschlossen, dem Bundesministerium vor allem Projekte vorzustellen, die evaluiert werden, weil wir nach unserer Ansicht in Deutschland empirisch vorankommen müssen und gesichertes Wissen darüber brauchen, wie Frühe Hilfen funktionieren, wie sie Familien erreichen und wie sie Wirkungen erzielen sowie darüber, wie Kooperationsnetze verbindlich aufgebaut werden können. Dieses Wissen erhalten wir nur, wenn Evaluation stattfindet.

Zunächst haben wir acht Projekte zur Förderung vorgeschlagen. Letztendlich hat das Bundesministerium auch die organisatorische und verwaltungstechnische Betreuung der Projekte dem Nationalen Zentrum übertragen. Das heißt, auch die Zuwendungen werden von den Sachbearbeitungen im Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) übernommen. Dabei gibt es eine Ausnahme. Das Projekt Pro Kind hat bereits viel früher mit seiner Arbeit begonnen und wird direkt vom Bundesministerium gefördert.

Die **Aufgaben des NZFH in Bezug auf die Modellprojekte** teilen sich in drei Bereiche:

- **Förderung des Austauschs zwischen den Projekten**
 - Zweimal jährlich gemeinsame Workshops,
 - Optionale Vertiefung von spezifischen Themen (Beispielsweise Väter),
 - Kommunikation via Intranet.

- **Koordination der inhaltlichen Arbeit**
 - Abgleich der Studiendesigns und Erhebungsinstrumente,
 - Zusätzliche Qualifizierungsangebote (CARE-Index),
 - Gemeinsame Beantwortung übergeordneter Fragen.
- **Öffentlichkeitsarbeit und Transfer**
 - Präsentation der Projekte auf www.fruehehilfen.de,
 - Broschüre der Modellprojekte,
 - Gemeinsame Tagungen.

In der Forschungscommunity ist es nicht selbstverständlich, den Austausch der Projekte untereinander bereits im Entstehungsprozess zu fördern. Ohne diesen Austausch würden etwa acht bis zehn Projekte für sich und in Konkurrenz zueinander arbeiten. Sie würden irgendwann ihre Ergebnisse veröffentlichen und erst dann würde die Diskussion darüber beginnen. Uns ist es ein besonderes Anliegen, den Diskussionsprozess bereits zu führen, während die Projekte arbeiten. Im Austausch gibt es vielfältige Möglichkeiten, voneinander zu lernen und bewährte Methoden und Instrumente eventuell zu übernehmen. Dabei ist es gelungen, eine große Offenheit zwischen den Projekten herzustellen.

Die Offenheit bezieht sich auch auf die Probleme, die eintreten können, wenn man in den genannten Zielgruppen Forschung betreibt. Aus eigener Erfahrung weiß ich, dass es nicht nur schwierig ist, Familien für solche Angebote zu begeistern und zu motivieren, sondern auch, diese Familien für die Teilnahme an einer wissenschaftlichen Begleitforschung zu motivieren, denn es werden unglaubliche Anforderungen an die Teilnehmer/innen gestellt. Sie müssen bereit sein, Interviews zu führen und viele Fragen und Tests über sich ergehen zu lassen. Sie wissen oft nicht genau, wozu das dient und was man aus ihren Antworten ablesen kann und werden wahrscheinlich nie wirklich an den Ergebnissen dieser Forschung teilhaben. Trotzdem finden sich Familien bereit, daran mitzuwirken.

In unserer Arbeitsgruppe sprechen wir ganz offen über solche Themen, das heißt, wir legen die Messlatte nicht so hoch, sondern sprechen auch über Schwierigkeiten und über deren Überwindung. Die Projekte gewinnen dadurch die Möglichkeit, sich gegenseitig tatkräftig zu unterstützen. Sie laden sich gegenseitig auf Tagungen ein und verhelfen sich gegenseitig zu Publikationsmöglichkeiten. Jeder hat seine Fachzeitschrift und seine guten Kontakte und nimmt die anderen mit. Auch das ist in der Forschungslandschaft keineswegs selbstverständlich. Insgesamt kann man sagen, dass die Gruppe der Modellprojekte als Ganzes mehr ist als die Summe der einzelnen Projekte, weil schon zu einem frühen Zeitpunkt Synergieeffekte entstehen.

Das Nationale Zentrum ermöglicht und fördert die Zusammenarbeit, lädt zweimal jährlich zu gemeinsamen Workshops ein und bietet darin die Möglichkeit, nicht nur über die Erfahrungen in den Projekten zu sprechen, sondern auch andere Themen anzuschneiden. Beim letzten Treffen wurde zum ersten Mal das Thema „Väter und Frühe Hilfen“ aufgegriffen. Ansonsten sind bei Frühen Hilfen zurzeit vor allem die Mütter im Fokus, auch im öffentlichen Fokus: Die Mütter sind es, die versagen – doch wo sind die Väter? Was tragen die Väter zu den Schwierigkeiten in den Familien bei, aber was stecken auch für Res-

sourcen darin, die Väter für die Frühen Hilfen und zur Unterstützung der Mutter und des Kindes zu gewinnen?

Wir haben den Modellprojekten darüber hinaus angeboten, unkompliziert über ein Intranet zu kommunizieren und Dokumente miteinander auszutauschen. Allerdings ist dies für viele noch nicht so gut möglich, denn es kostet auch Zeit, ins Intranet zu schauen oder etwas einzugeben.

Unsere Aufgabe besteht außerdem darin, dass wir die Zusammenführung der einzelnen Forschungsergebnisse aus den Projekten im Blick behalten und gemeinsam mit den Projekten die Fragen, mit denen wir unser Aktionsprogramm gestartet hatten, zu beantworten.

Wir haben uns zu Beginn der Arbeit mit den Modellprojekten sehr viel Zeit genommen zu untersuchen, mit welchen Methoden die Projekte versuchen, diese Fragen zu beantworten, was für ein Studiendesign sie vorgestellt haben und ob sich Vergleichsmöglichkeiten ergeben. Wir haben allerdings nur relativ bescheidene Schnittmengen finden können und uns daher entschlossen, den Projekten den Einsatz des Care-Index' als Auswertungsinstrument anzubieten. Das trifft allerdings nur für die Projekte zu, die über eine konkrete Intervention forschen und weniger im Bereich Netzwerke arbeiten. Wir erhoffen uns davon, dass wir, wenn dieses gemeinsame Instrument in der Beurteilung der Qualität der Mutter-Kind-Interaktion eingesetzt wird, zu vergleichenden Aussagen kommen können. Damit es den Projekten möglich ist, dieses Instrument einzusetzen, haben wir eine Schulung organisiert. Es ist ein sehr aufwändiges Instrument, für das man sich über einen langen Zeitraum qualifizieren muss. Bei den Projekten ist es auf große Resonanz gestoßen; viele Projektmitarbeiter/innen haben an der Care-Index-Schulung teilgenommen und werden weiterhin dahingehend betreut, bis sie solche Video-Interaktionssequenzen reliabel beurteilen können. Auch bei der Auswertung der Videos wollen wir die Projekte tatkräftig unterstützen, indem wir teilweise ein externes Rating finanzieren, was auch den objektiven Vergleich der Ergebnisse unterstützt. Natürlich müssen die Rahmenbedingungen und jeweils unterschiedlichen Ausgangspunkte bei der Interpretation berücksichtigt werden.

Alle Projekte präsentieren wir auf unserer Homepage. Dort findet man detaillierte Informationen zu allen Projekten. Außerdem haben wir eine aktuelle Broschüre mit allen wichtigen Informationen veröffentlicht.

Die zentralen Fragestellungen orientieren sich an den Qualitätsdimensionen:

- Ansprache der **Zielgruppen** durch präventive Angebote aus Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe,
- Evaluation spezifischer **Hilfeansätze** unter unterschiedlichen Blickwinkeln (Indikation, Wirksamkeit, Nachhaltigkeit, Kosten-Nutzen-Relation, Implementation),
- Entwicklung und Überprüfung von **Screening- und Diagnoseinstrumenten** zur Risikoinschätzung (Belastung und Gefährdung),
- **Vernetzung** und fachübergreifende **Kooperation**: Vernetzungsprozess, Netzwerkstrukturen, Steuerung (Clearing- bzw. Koordinierungsstelle, Verortung), sichere

Übergänge zwischen den Systemen (Datenschutzbestimmungen, kritische Schnittstellen, Präventionskette),

- Implementierung von Hilfen in die **Regelversorgung**: rechtliche Grundlagen, Finanzierungswege.

Die Erforschung der Nachhaltigkeit ist durch die Laufzeit der Projekte begrenzt. Die Projekte laufen maximal über drei Jahre. Einigen Projekten ist es bereits gelungen, in eine Regelfinanzierung überzugehen. Das ist allerdings nicht auf alle anderen Projekte übertragbar; daran arbeiten wir gemeinsam mit den Projekten, um auch den Jugendhilfeplannern in den Kommunen mehr Informationen und Sicherheit zu geben.

Modellprojekte in den Bundesländern im Überblick

Insgesamt arbeiten in der Bundesrepublik – über alle Bundesländer verteilt – zehn Projekte:

- Bayern, Baden-Württemberg, Thüringen und Rheinland-Pfalz: **Guter Start ins Kinderleben** (Begleitung durch Universität Ulm, Prof. Fegert),
- Hessen, Saarland: **Keiner fällt durchs Netz** (Universität Heidelberg, Prof. Cierpka),
- Hamburg, Brandenburg: **Wie Elternschaft gelingt** (mit zwei Projektleitungen – HAW Hamburg, Prof. Suess; FH Potsdam, Prof. Ludwig-Körner),
- Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein: **Frühe Hilfen für Eltern und Kinder** (Universität Münster, Prof. Böttcher – Evaluation von Sozialen Frühwarnsystemen in NRW und „Schutzengel“-Projekten in Schleswig-Holstein),
- Niedersachsen: **Familienhebammen: Frühe Unterstützung – Frühe Stärkung?** (Universität Osnabrück, Prof. Schücking),
- Sachsen-Anhalt: **Frühstart: Professionell gesteuerte Frühwarnsysteme für Kinder und Familien** (Universität Halle-Wittenberg, Prof. Behrens; ein weiteres Familienhebammen-Programm, bei dem es darum geht, wie die Familienhebammen im Hilfesystem verankert sind und wie die Übergänge von Familienhebammen in weitere Hilfen gelingen können),
- Berlin: **Evaluation und Coaching zum Sozialen Frühwarnsystem** (Katholische Fachhochschule Berlin, Prof. Gries),
- Mecklenburg-Vorpommern: **Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Eltern** (Universität Greifswald, Prof. Freyberger),
- **Pro Kind**: Niedersachsen und Bremen (Universität Hannover, Prof. Jungmann, Sachsen (Universität Leipzig, Prof. von Klitzing).

Einige Bundesländer haben sich in Projekten zusammengeschlossen. Das Modellprojekt Frühe „Hilfen für Eltern und Kinder“ in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein hat innerhalb der Gruppe der Projekte bezogen auf das Forschungsdesign einen Sonderstatus, da dieses als einziges ein striktes externes Evaluationsdesign nutzt.

Die Modellprojekte verfolgen unterschiedliche **Zielsetzungen und Ansätze (Abbildung 1)**.

Modellprojekt	Bundesland	Zielsetzung/Ansatz
<p><i>Guter Start ins Kinderleben</i> Universität Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie - Prof. Dr. med. Jörg Fegert</p>	<p>Baden-Württemberg Bayern Rheinland-Pfalz Thüringen</p>	<p>Modellhafte Entwicklung und Etablierung eines interdisziplinär angelegten Vernetzungskonzepts im Rahmen eines aufsuchenden Interventionsangebotes zur Förderung elterlicher Be- und Erziehungskompetenz sowie Evaluation des Vernetzungs-Prozesses (inkl. Erprobung eines Risikoinventars)</p>
<p><i>Familienhebammen: Frühe Unterstützung – frühe Stärkung?</i> Universität Osnabrück Fachbereich Humanwissenschaften und Gesundheitswissenschaften - Prof. Dr. med. Beate Schücking</p>	<p>Niedersachsen</p>	<p>Wirkungsevaluation von Familienhebammen-Projekten Schwerpunkt u.a. auf: Erreichbarkeit und Akzeptanz der Familienhebammen bei Schwangeren und Müttern in schwierigen Lebenslagen, Zusammenarbeit und Vernetzung von Gesundheitsbereich und Jugendhilfe</p>
<p><i>Frühstart- Professionell Gesteuerte Frühwarnsysteme für Kinder und Familien in Sachsen-Anhalt</i> Universität Halle-Wittenberg Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften - Prof. Dr. Johann Behrens</p>	<p>Sachsen-Anhalt</p>	<p>Evaluation der Wirksamkeit von Unterstützungsmaßnahmen durch Familienhebammen bis zum 1. Lebensjahr des Kindes und der vorhandenen regionalen Hilfe- und Unterstützungsstrukturen bis Ende des 3. Lebensjahres</p>
<p><i>Wie Elternschaft gelingt -WIEGE-</i> HAW Hamburg, Fakultät Soziale Arbeit und Pflege - Prof. Dr. G. Suess Fachhochschule Potsdam, Fachbereich Sozialwesen - Prof. Dr. Christiane Ludwig-Körner</p>	<p>Hamburg Brandenburg</p>	<p>Praxisentwicklungsprojekt mit Schwerpunkt auf dem Erkennen und Erreichen von hoch risikobelasteten Familien, deren langfristige Begleitung anhand des Frühinterventionskonzeptes STEEP, Evaluation der Wirksamkeit der Intervention inkl. Weiterentwicklung u. Verbesserung des Instrumentariums</p>
<p><i>Frühe Hilfen für Eltern und Kinder</i> Universität Münster Institut für Erziehungswissenschaften - Prof. Dr. Wolfgang Böttcher</p>	<p>Nordrhein-Westfalen Schleswig-Holstein</p>	<p>Formative, projektbegleitende Evaluation des Programms „Schutzengel für Schleswig Holstein“ und des NRW Modells „Soziale Frühwarnsysteme“, u. a. Entwicklung von Instrumenten zur Selbstevaluation</p>

<p><i>Frühe Interventionen für Familien</i></p> <p>Universität Heidelberg, Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie - Prof. Dr. med. Manfred Cierpka</p>	<p>Hessen Saarland</p>	<p>Evaluation des Präventionsprojektes „Keiner fällt durchs Netz“: Aufsuchende Elternschulung durch Familienhebammen innerhalb eines Netzwerks. Zielgruppe: hoch risikobelastete Familien rund um die Geburt bis zum 1. Lebensjahr des Kindes</p>
<p><i>Pro Kind</i></p> <p>Projektbüro Pro Kind Hannover - Anna Maier-Pfeiffer</p>	<p>Niedersachsen Bremen Sachsen</p>	<p>Regelmäßige Hausbesuche von Hebammen und Sozialpädagoginnen bis zum 2. Lebensjahr des Kindes (Nurse-Family-Partnership) mit Begleitforschung und Kosten-Nutzen-Analyse</p>
<p><i>Evaluation und Coaching zum Sozialen Frühwarnsystem</i></p> <p>Katholische Fachhochschule Berlin, Prof. Dr. Jürgen Gries Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V. - Jens-Uwe Scharf</p>	<p>Berlin</p>	<p>Entwicklung eines interdisziplinär angelegten Vernetzungskonzepts als Teil des Berliner Gesamtkonzepts „Netzwerk Kinderschutz“. Evaluation der Netzwerkaktivitäten.</p>
<p><i>Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Eltern</i></p> <p>Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie - Prof. Dr. Harald J. Freyberger</p>	<p>Mecklenburg-Vorpommern</p>	<p>Etablierung eines niedrigschwelligen Angebots für Zielgruppe unter Einbeziehung bestehender Versorgungsstrukturen</p> <p>Etablierung eines aufsuchenden Interventionsangebotes zur Förderung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenz.</p> <p>Entwicklung eines kommentierten Psychosozialen Wegweisers.</p>

Abbildung 1

© NZFH

Die Projekte werden über unterschiedliche Laufzeiträume gefördert und wissenschaftlich begleitet (**Abbildung 2**). Die längste Laufzeit ist für das Projekt Pro Kind vorgesehen, die kürzeste hat das Berliner Projekt „Evaluation und Coaching zum Sozialen Frühwarnsystem“. Das Projekt „Pro Kind“ hat bereits sehr früh mit der Forschung und Implementation begonnen. Das Projekt „Guter Start ins Kinderleben“ bestand ebenfalls vor Gründung des Nationalen Zentrums und war bereits mit einer Vorstudie befasst.

Auch die Projekte, die bereits vor Einrichtung des Nationalen Zentrums bestanden, arbeiten sehr kooperativ in der Arbeitsgruppe der Modellprojekte mit.

Förderungszeiträume: Wissenschaftliche Begleitung						
Guter Start ins Kinderleben – Baden-Württemberg/Rheinland-Pfalz/Bayern/Thüringen	11/06 – 04/10					
Wie Elternschaft gelingt (WIEGE – STEEP™) Brandenburg	07/07 – 06/10					
Wie Elternschaft gelingt (WIEGE – STEEP™) Hamburg	10/07 – 09/10					
Evaluation Früher Hilfen und sozialer Frühwarnsysteme in NRW und Schleswig-Holstein	10/07 – 03/09					
FrühStart: Familienhebammen im Land Sachsen-Anhalt	10/07 – 05/09					
Familienhebammen. Frühe Unterstützung – frühe Stärkung? Niedersachsen	11/07 – 10/10					
Frühe Intervention für Familien (PFIFF) Hessen/Saarland	01/08 – 12/10					
Evaluation und Coaching zum Sozialen Frühwarnsystem in Berlin-Mitte	02/08 – 01/09					
Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Eltern - Mecklenburg-Vorpommern	08/08 – 12/09					
Pro Kind – Niedersachsen/Bremen/Sachsen	01/06 – 12/11					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011

Abbildung 2

© NZFH

Aktivitäten des NZFH im Bereich der Modellprojekte

Seit der Gründung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen wurden drei Workshops mit allen Modellprojekten durchgeführt:

- **Workshop am 25./26. Oktober 2007 in Bonn:**
 - Projektvorstellungen (8 Projekte),
 - Thematische Inputs: Methoden und Instrumente zur Evaluation Früher Hilfen, Risikoinventare, rechtliche Grundlagen Früher Hilfen,
 - Vereinbarungen zur Zusammenarbeit in der Forscher/innengruppe und mit dem NZFH.
- **Workshop am 12. März 2008 im DJI in München:**
 - gemeinsame Sitzung mit der Kommission des 13. Kinder- und Jugendberichts,
 - Abgleich der Erhebungsinstrumente,
 - Einsatz des CARE-Index zur vergleichenden Auswertung (Angebot des NZFH zur Schulung der Projektmitarbeiter/innen).
- **Workshop am 10. und 11. September 2008 in der BZgA in Köln:**
 - Vorstellung der neuen Projekte aus Mecklenburg-Vorpommern und Berlin,

- Erste Erfahrungen aus der Praxis und Ergebnisse aus den wissenschaftlichen Begleitungen,
- optionale Vertiefung zum Thema Väter und Frühe Hilfen.

Auf unserem ersten Workshop am 25./26. Oktober 2007 haben sich die Modellprojekte gegenseitig vorgestellt, wir vom Nationalen Zentrum haben Inputs gegeben und eine Expertise zu Methoden und Instrumenten der Evaluation Früher Hilfen, zusammengestellt aus internationalen Erfahrungen, anfertigen lassen. Anhand dieser konnten die Projekte ihren eigenen Standort überprüfen und Anregungen für ihre eigene Arbeit mitnehmen.

Dr. Kindler vom DJI stellte damals das Risikoinventar vor und es wurde sehr intensiv darüber diskutiert, wie Risiken in den Modellprojekten erfasst werden können. Außerdem brachte Dr. Meysen vom DIJuF den Teilnehmenden die rechtlichen Grundlagen nahe.

Auf diesem Workshop wurden Vereinbarungen zur Zusammenarbeit untereinander und mit dem NZFH getroffen.

Da sich der nächste Kinder- und Jugendbericht mit dem Thema Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche beschäftigt, war es für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend nahe liegend, dass sich das Nationale Zentrum Frühe Hilfen und die Modellprojekte daran beteiligen und einen fachlichen Input geben. Daher fand der zweite Workshop als eine gemeinsame Sitzung mit der Kommission des 13. Kinder- und Jugendberichts statt. Ein zentrales Thema stellten Erhebungsinstrumente dar. Es wurde der Einsatz des CARE-Index' vereinbart und eine entsprechende Schulung angeboten.

Während des Workshops im September 2008 haben sich die letzten beiden Projekte vorgestellt und es wurden erste Erfahrungen und Ergebnisse diskutiert.

In der **Broschüre des NZFH** zu den Modellprojekten werden folgende Aspekte dargestellt:

- Ausgangslage: unzureichende Datenlage, Forschungsbedarf, Strukturen der relevanten Hilfesysteme,
- Definition von und Anforderungen an Frühe Hilfen,
- Funktion des NZFH gegenüber den Projekten,
- Darstellung der Projekte mit Praxis- und Forschungsteil.

Zwischenbericht zu den Modellprojekten:

Zur Vorbereitung der Pressekonferenz am 15.11.08 sowie dieser Tagung hat das NZFH einen Zwischenbericht erstellt. Es wurden Fragebögen an die Projektleiter mit dem Stichtag 1. September gesandt – mit Fragestellungen zu folgenden Bereichen:

- Rekrutierung von Familien für Praxisangebote und wissenschaftliche Begleitung,
- Soziodemografische und Risikomerkmale der Teilnehmer/innen,
- Zugänge zu Familien, Ansprache- und Motivierungsstrategien, Hürden,
- Vernetzungsaktivitäten und -erfolge,

- Wirksamkeit der Hilfen (erste Hinweise).

Aus den Antworten konnten wir folgende erste Indizien und Hinweise zusammenfassen, die allerdings in dieser Form nicht zu verallgemeinern sind. Man sollte sie eher als Trends verstehen. An dieser Stelle wird auch die Transferfunktion des NZFH noch mal deutlich: Wir fassen die Aussagen aus den Projekten zusammen, strukturieren sie auf einer Meta-Ebene, um damit Antworten auf die Fragen, mit denen wir gemeinsam losgegangen sind, zu finden. Dies können einzelne Projekte nicht leisten. Diese Antworten, die wir mit den Projekten und dem wissenschaftlichen Beirat rückkoppeln, bereiten wir für die Praktiker/innen und Entscheidungsträger/innen in Ländern und Kommunen so auf, dass sie leicht zugänglich und verständlich sind und damit vor Ort gut genutzt werden können.

Erste Ergebnisse aus den Modellprojekten

- Es nehmen derzeit insgesamt **etwa 1.100 Familien** die Angebote in den Praxisprojekten wahr, die Betreuung begann bei 500 Familien in der Schwangerschaft, bei 600 Familien nach der Geburt.
- In vier von zehn Projekten werden derzeit auch **Väter** mit einbezogen (zwischen 1 und 30 Prozent), marginal sind auch **Großeltern** und **Pflegeeltern** involviert.
- Es konnte bislang nur etwa die **Hälfte der** für die wissenschaftlichen Begleitungen geplanten und **benötigten Fallzahlen** rekrutiert werden; **Gründe:** geringes Fallaufkommen, Ablehnung des Studiendesigns und des wissenschaftlichen Vorgehens durch die Multiplikator/innen, keine oder zu geringe Aufwandsentschädigung (für Praktiker/innen und Teilnehmer/innen), lokale Konkurrenzen.
- Teilnehmer/innen entsprechen den Zielgruppenkriterien, jedoch sind **Familien mit Migrationshintergrund deutlich unterrepräsentiert.**
- **Zugangswege** zu den Familien: Neben den Multiplikator/innen aus Gesundheitssystem und Jugendhilfe haben sich insbesondere die **Schwangerschaftsberatungsstellen**, Frühförderinrichtungen, Schulen und die **ARGE** als wichtige Vermittlerinnen erwiesen.
- **Motivation** der Eltern zur Teilnahme: Angebote werden als **bedarfsgerecht** wahrgenommen (Unterstützung, Beratung, Wissensvermittlung, Sicherheit, soziale Kontakte – viele Projekte erweitern die sozialen Netzwerke von Familien), **Kostenfreiheit** (teilweise sogar Aufwandsentschädigung für wissenschaftliche Begleitung), **Freiwilligkeit**, **Erreichbarkeit**, **Vertrauensschutz** (insbesondere im Zusammenhang mit dem Einsatz von Familienhebammen); → **aber: auch äußerer Druck (Angst vor Intervention des Jugendamtes) führt zur Teilnahmebereitschaft.**

Äußere Barrieren für Eltern:

- Aufwändige organisatorische Anforderungen nach der Geburt (viele Ämtergänge),
- Zu viele Hilfen gleichzeitig, keine Möglichkeit zum Rückzug in der sensiblen Phase nach der Geburt,

- Hohe Erwartung an Verbindlichkeit der Teilnahme (Termintreue, Gesamtdauer der Maßnahme/Untersuchung),
- Setting Hausbesuch: zu intim oder kein eigener Wohnraum vorhanden,
- Schwache Infrastruktur (auf dem Land), Fahrtkosten, logistische Probleme in Mehrkindfamilien, fehlende Kinderbetreuung,
- Zu enge Zielgruppenkriterien.

Innere Barrieren von Eltern:

- Vorbehalte gegen wissenschaftliche Begleitung,
- Zweifel an Vertraulichkeit in Bezug auf Weitergabe von Forschungsdaten an Ämter,
- Angst vor Kontrolle, Wegnahme des Kindes → Verstärkung durch Medienberichterstattung über Kinderschutzfälle, - dies als Hinweis darauf, Familien nicht als potenzielle Kindesmisshandler/-vernachlässiger anzusprechen, sondern als Menschen mit einem Recht auf Unterstützung,
- Abwehr/Misstrauen gegen Helfersystem (vor allem bei Migrationshintergrund),
- Negative Vorerfahrungen mit anderen Hilfen,
- Mangelnde Problemeinsicht, Selbstüberschätzung,
- Überlastung, Antriebslosigkeit,
- (körperliche) Erschöpfung nach der Geburt.

Untersuchungsergebnisse zu den Netzwerken

- ☹ Kindertageseinrichtungen und (Geburts-)Kliniken derzeit noch nicht ausreichend einbezogen,
- ☹ Teilweise Ablehnung von Kooperation (Ärzt/innen, Beratungsstellen) → Ablehnung des Forschungsdesigns oder von Modellprojekten allgemein, Konkurrenzsituation,
- ☹ Anstieg lokaler Bedarfe bei nicht ausreichender Bedarfsdeckung,
- ☹ Verunsicherung der Helfer/innen durch Erhöhung der Komplexität → Konkurrenzen, Pseudoengagement, Bedürfnis nach Vereinfachung.
- ☺ Anstieg der Vermittlung von Klient/innen in andere Hilfen,
- ☺ Anstieg der Überweisung der Klient/innen von Kooperationspartnern,
- ☺ Bessere Vernetzung der Familienhebammen mit Jugendhilfe.
- ☺ Eine Klinik in Hamburg entwickelt ein eigenes Konzept für Vermittlung in Frühe Hilfen.

Untersuchungsergebnisse zur Wirksamkeit von Hilfen

- ☺ Ansprache der Zielgruppe durch Angebote möglich (Grad der Zielerreichung unklar),
- ☺ Förderung der Sensibilität der Helfer/innen in Bezug auf Früherkennung,
- ☺ Förderung der sozialen Netzwerke der Familien, Ressourcenstärkung (Familienhebammen),
- ☺ Förderung des Gesundheitsverhaltens und des Selbstwirksamkeitserlebens (Pro Kind),
- ☹ aber: nur bei besonders hoch belasteten Frauen signifikanter Effekt (im Vergleich zur Kontrollgruppe),
- ☹ Belastung der Familien durch Gleichzeitigkeit mehrerer Hilfen,

Die Modellprojekte werden in den Arbeitsgruppen im Einzelnen vorgestellt.

Vorstellung aller durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen begleiteten Modellprojekte

Frühe Hilfen für Eltern und Kinder (Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein)

Das Bielefelder Projekt „Kinderschutz durch Prävention“

ANKE BERKEMEYER

Jugendhilfeplanerin, Teilfachplanung Hilfen zur Erziehung, Projekt „Kinderschutz durch Prävention“, Jugendamt Bielefeld

Das Bielefelder Projekt „Kinderschutz durch Prävention“ startete im Januar 2007 und versteht sich als örtliche Weiterentwicklung des seinerzeit in Nordrhein-Westfalen durchgeführten Modellprojektes „Soziale Frühwarnsysteme“. Zwischenzeitlich hat es seinen Projektstatus im eigentlichen Sinne verloren, da die drei Module des Projekts Bestandteil der Regelversorgung sind.

Zielgruppen des Projektes

Im Gegensatz zu anderen Projekten „Früher Hilfen“, die ihre Unterstützungsangebote grundsätzlich allen (werdenden) Familien zur Verfügung stellen (zum Beispiel Erstbesuche nach Geburt des Kindes), sollte das Angebot in Bielefeld von Anfang an nur bestimmte Zielgruppen erreichen:

- (Werdende) Eltern von Säuglingen und Kleinkindern,
- Familien mit Kleinkindern in belasteten sozialen Situationen,
- junge bzw. minderjährige Mütter und Väter,
- Familien mit Kleinkindern, die aufgrund medizinischer und entwicklungsfördernder Fragestellungen in besonderer Weise fortlaufende Unterstützung benötigen.

Zielgruppen sind also (werdende) Familien, die selbst einen Unterstützungsbedarf mitteilen oder diesen über Kontaktpersonen wie Hebammen, Ärzte und Ärztinnen, Beratungsstellen usw. mitteilen lassen.

Ziele des Projektes

- Verbesserung des Kinderschutzes,
- Verbesserung der Entwicklungsbedingungen von Säuglingen und Kleinkindern,
- Vorbeugung von Überforderungssituationen der Eltern,
- Vermeidung späterer Krisenintervention,
- Sensibilisierung von Personen, die mit (werdenden) Familien in Kontakt kommen.

Die Ziele des Projektes setzen auf zwei Ebenen an:

Zum einen geht es um konkrete, frühzeitige Unterstützungsleistungen für (werdende) Familien mit Säuglingen und Kleinkindern.

Zum anderen sollen über die Fachstelle Kinderschutz des Jugendamtes durch Beratungen im Einzelfall, Öffentlichkeitsarbeit und Informationsveranstaltungen Kontaktpersonen (werdender) Familien erreicht und in ihrer Wahrnehmung von Problemlagen oder auch Risikofaktoren gestärkt werden, um Familien gezielt auf Unterstützungsmöglichkeiten anzusprechen.

Durch die Initiierung von Kooperationsvereinbarungen und Netzwerken sollen verbindliche Absprachen mit angrenzenden Arbeitsbereichen (hier vor allem Gesundheits- und Sozialhilfe) sichergestellt werden.

Die Grundhaltung des Projektes und der Projektidee lautet kurz und knapp: „**Prävention vor Intervention**“.

Die derzeitigen Module und die Gesamtstruktur des Projektes

Aktuell besteht das Projekt aus drei Modulen:

- Die ehrenamtlichen Patinnen des Kinderschutzbundes,
- die Familienhebammen,
- die Fachstelle Kinderschutz des Jugendamtes.

Die **ehrenamtlichen Patinnen** des örtlichen Kinderschutzbundes betreuen (werdende) Familien mit Säuglingen und kleinen Kindern.

Die **Familienhebammen** unterstützen und begleiten auf Fachleistungsstundenbasis im Auftrag der Jugendhilfe (werdende) Familien mit Kindern bis zu einem Jahr. Beauftragt werden sie von der Fachstelle Kinderschutz, die mit den Hebammen gemeinsam auch die Stundenkontingente festlegt.

Die **Fachstelle Kinderschutz** des Jugendamtes sichert die Anleitung und Beauftragung der Familienhebammen, Öffentlichkeitsarbeit rund um das Thema „Kindeswohl und frühe Hilfen“, Information und telefonische Beratung potenzieller Melder sowie die Weiterleitung bzw. Vermittlung an geeignete Hilfsangebote im Einzelfall und die Initiierung von Kooperationsabsprachen.

Das Projekt soll sukzessive um weitere Module ergänzt und ausgebaut werden.

In die Gesamtstruktur des Bielefelder Projektes sind eine Reihe von Personen und Institutionen, mit denen die Familien in Kontakt kommen, sowie die Familien selbst mit ihrem sozialen Umfeld eingebunden (**Abbildung 1**).

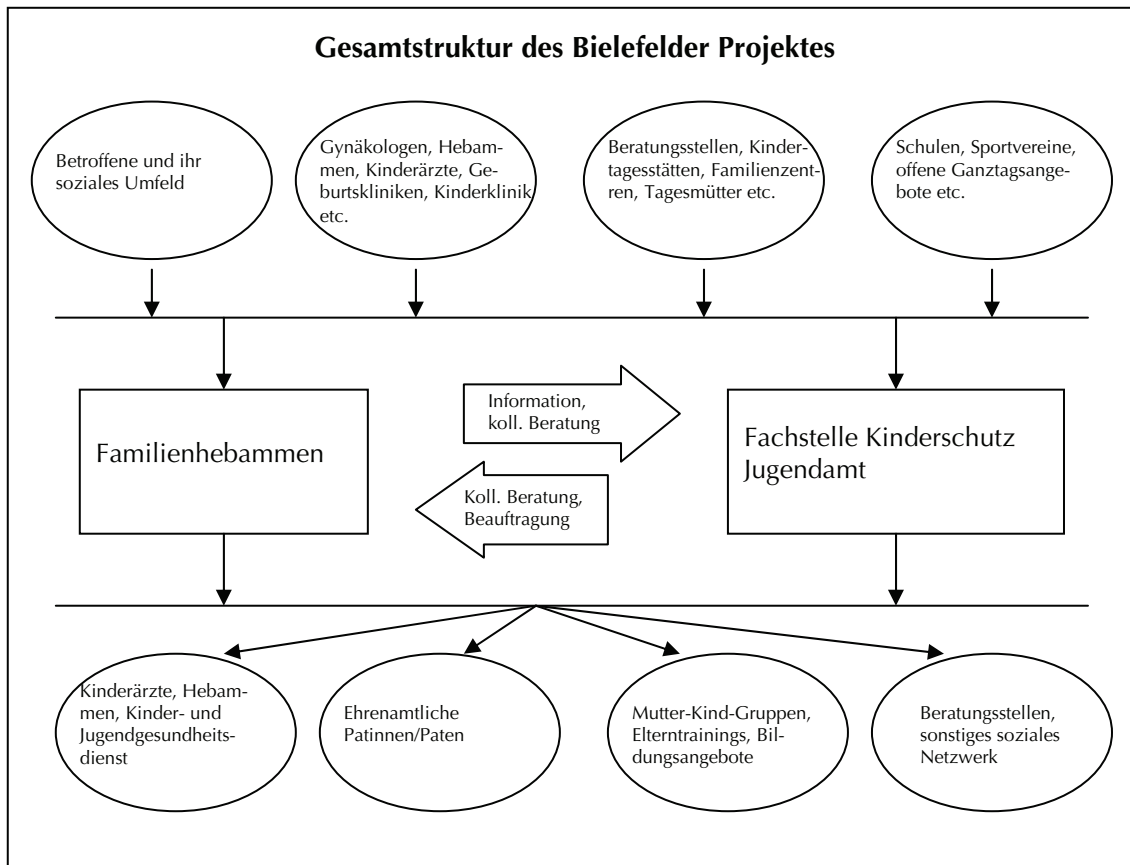


Abbildung 1

© Anke Berkemeyer

Schwerpunkte im ersten Jahr

Die Schwerpunkte des Projekts lagen im ersten Jahr auf folgenden Aktivitäten:

- Öffentlichkeitsarbeit für das Projekt,
- Gestaltung der Zusammenarbeit mit den Familienhebammen.
- Standardisierung der Verfahrensabläufe,
- Intensivierung der Kooperation mit dem Kinderschutzbund,
- Kontaktaufnahme mit den Geburtskliniken.

Zunächst standen die Bekanntmachung des Projektes sowie die Gestaltung der Zusammenarbeit mit den Familienhebammen im Vordergrund. Hierzu gehörten Präsentationen, Kooperationsgespräche und die Schulung und Anleitung der Hebammen.

Viel Zeit wurde auch darauf verwandt, die Verfahrensabläufe zwischen Fachstelle Kinderschutz und den Hebammen abzustimmen und aufgrund der ersten praktischen Erfahrungen in der Zusammenarbeit immer wieder anzupassen.

Gemeinsam mit dem Kinderschutzbund wurde ein Workshoptag veranstaltet. Hier wurden gemeinsame Ziele, Aufgaben und die Kooperation miteinander abgestimmt.

Auch erfolgte eine erste Kontaktaufnahme mit den vier Bielefelder Geburtskliniken, um die Möglichkeiten einer verbindlicheren Kooperation miteinander auszutauschen.

Erste Ergebnisse des Projektes

Im ersten Projektjahr gingen insgesamt 81 Anfragen bezüglich eines konkreten Unterstützungsangebots für (werdende) Familien in der Fachstelle Kinderschutz ein (**Abbildung 2**). Der größte Anteil der Anfragen kam aus den Bereichen der Gesundheits- und Jugendhilfe; hier insbesondere aus dem Jugendamt (damals noch DLZ). Aber auch die Beratungsstellen (hier vor allem die Schwangerschaftsberatungsstellen) und die Selbstmelder/innen waren stark vertreten.

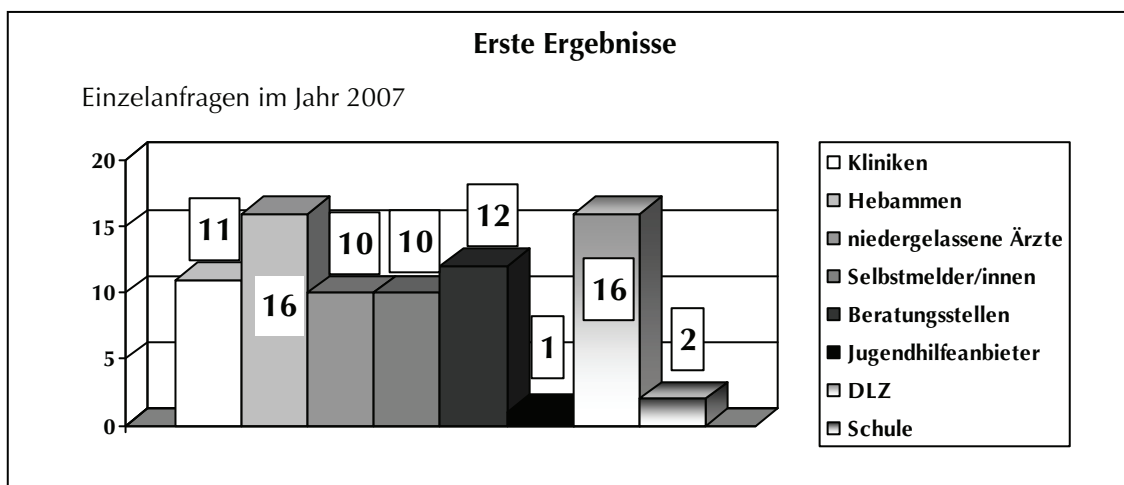


Abbildung 2

© Anke Berkemeyer

Der Hauptteil der Anfragen betraf die Nachfrage nach einer konkreten Unterstützung (werdender) Familien durch eine Familienhebamme (**Abbildung 3**).

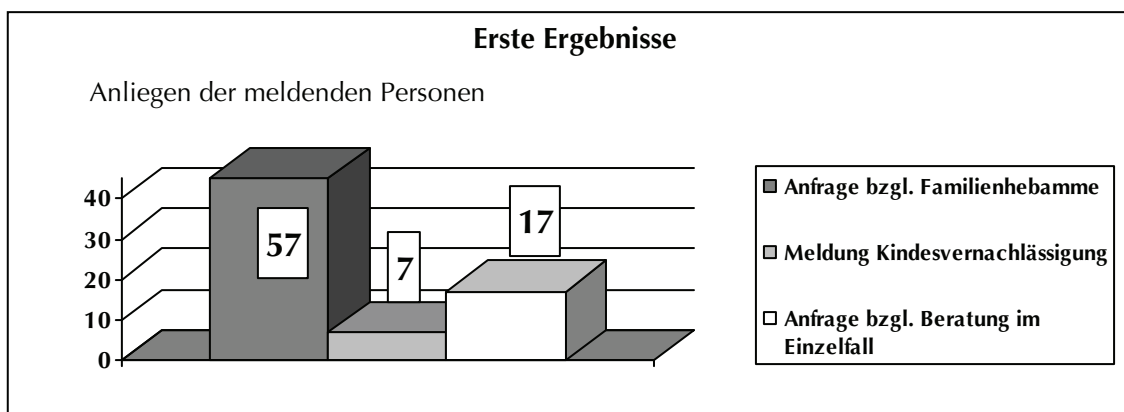


Abbildung 3

© Anke Berkemeyer

In 17 Fällen ging es um eine Beratung im Einzelfall. Häufig waren dies Anrufe von Bürgern oder auch Fachkräften außerhalb der Jugendhilfe, die sich Sorgen um das Wohl eines Kindes machten und in der Fachstelle Kinderschutz um Rat fragten.

Bei sieben Meldungen war der geschilderte Sachverhalt so besorgniserregend, dass die Anfrage als Mitteilung über eine Kindeswohlgefährdung gewertet und an die Bezirkssozialarbeit weiter vermittelt wurde.

Aufgrund der Anfragen hat die Fachstelle Kinderschutz wie folgt gehandelt (**Abbildung 4**):

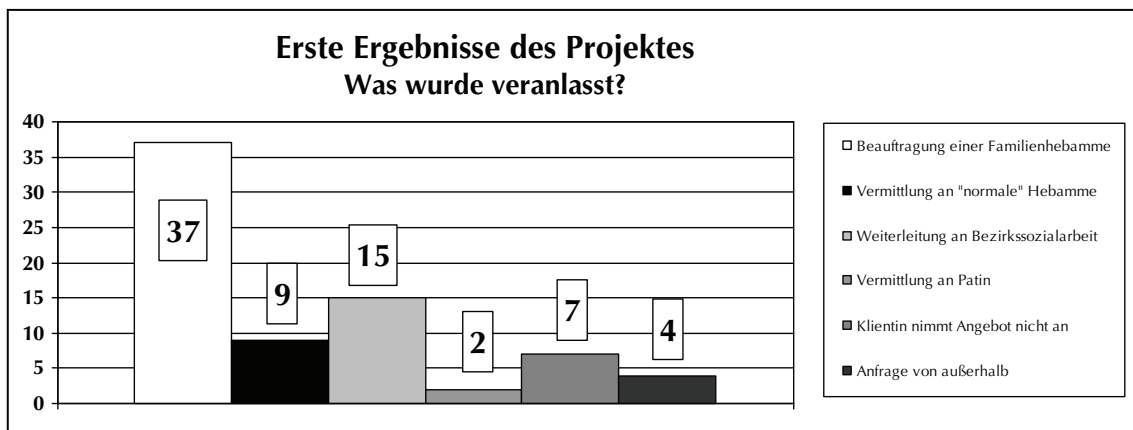


Abbildung 4

© Anke Berkemeyer

In 37 Fällen wurde die Unterstützung der (werdenden) Familie durch eine Familienhebamme initiiert. In neun Fällen wurde zunächst an eine Hebamme weitervermittelt, die im Rahmen der Krankenkassenleistungen tätig wurde. Bei 15 Anfragen reichte eine präventive, frühe Hilfe nicht aus, so dass die Anfrage an die Bezirkssozialarbeit des Amtes weiter geleitet wurde. Zwei Mal wurde an den örtlichen Kinderschutzbund weiter vermittelt. Dort wurde eine Patin mit der Betreuung der Familie beauftragt. In sieben Fällen ergab sich aus der Anfrage keine konkrete Vermittlung eines Unterstützungsangebotes. Hier ist es der anrufenden Person letztendlich nicht gelungen, die Familie zur Annahme eines Unterstützungsangebotes zu bewegen.

Sonstige Daten und Fakten

- 30 Projektpräsentationen in unterschiedlichen Gremien,
- 34 Einzelanfragen zum Projekt und zur Projektstruktur,
- 11 Informationsveranstaltungen zum Thema Kindeswohl und Kindeswohlgefährdung,
- Kooperationstreffen mit anderen örtlichen Projekten und Initiativen,
- Beteiligung an der Entwicklung von Arbeitsinstrumenten zu § 8a SGB VIII im Rahmen der vier AGs nach § 78 SGB VIII.

Neben den zuvor genannten Aktivitäten im Einzelfall fielen für die Fachstelle Kinderschutz eine große Anzahl übergeordneter Tätigkeiten an. Hierzu zählten Präsentationen des Projektes, die Beantwortung von Einzelanfragen zum Projekt und zur Projektstruktur, Informationsveranstaltungen und Vorträge rund um das Thema „Kindeswohl“.

Zu Beginn des Projektes mehrten sich auch die Anfragen anderer in Bielefeld tätiger Initiativen/Projekte, die sich im Bereich der „Frühen Hilfen“ einordneten. Hier erfolgten erste Austauschtreffen und Vereinbarungen hinsichtlich einer Kooperation.

Darüber hinaus wurden in den Arbeitsgemeinschaften nach § 78 SGB VIII verbindliche Verfahrensabsprachen und Checklisten zur Einschätzung von gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung vereinbart. In diesen Prozess war die Fachstelle Kinderschutz eng eingebunden.

Erkenntnisse aus der ersten Projektlaufzeit

- Die Zielgruppe wurde „frühzeitig“ erreicht.
- Es gibt einen Bedarf an interdisziplinärer Hilfestellung (HzE + Hebamme).
- Gesundheits- und Jugendhilfe sprechen unterschiedliche Sprachen.
- Kooperation braucht viel Zeit und gegenseitiges „Wohlwollen“.
- Das „Klima“ für den Aufbau von Kooperationen ist vor Ort gegeben; der Weg zu einer verlässlichen Kooperation lang und weit.
- Das Jugendamt muss in Bezug auf Verbindlichkeit immer wieder mit gutem Beispiel vorangehen.

Die Ergebnisse des ersten Projektjahres haben gezeigt, dass ein großer Teil der Familienhebammeneinsätze im Vorfeld der Hilfe zur Erziehung stattfanden und bereits während der Schwangerschaft oder in den ersten Wochen nach Geburt des Kindes begannen. Demzufolge ist es gelungen, „frühzeitige“ Unterstützungsmöglichkeiten anzubieten und (werdende) Familien zu einer frühen Inanspruchnahme von Hilfen zu motivieren.

Die Auswertung der Hilfeverläufe hat gezeigt, dass es in vielen (werdenden) Familien einen Bedarf an interdisziplinärer Unterstützung gab: Sei es, dass die Familienhebammen parallel zu anderen Diensten der Hilfe zur Erziehung eingesetzt wurden, sei es, dass Dienste des Gesundheits- und Sozialhilfesystems ebenfalls in die Betreuung der Familien eingebunden waren.

Die Bemühungen, mit dem Gesundheitssystem in Kontakt zu kommen, waren hingegen nicht von einem „schnellen Erfolg gekrönt“. Alle betonten die Wichtigkeit des Projektes, konkrete und verbindliche Arbeitsabsprachen machten jedoch noch zahlreiche Gespräche mit zahlreichen Akteuren erforderlich. Dennoch ist Bielefeld hier auf einem guten Weg und die vielen Gespräche in den Kliniken, mit Ärzten und Ärztinnen, aber auch mit Fachkräften des Sozialhilfesystems haben immer wieder gute Ideen für eine praktische Zusammenarbeit gebracht.

Unabdingbar für eine gute Zusammenarbeit war eine hohe Verlässlichkeit seitens der Fachstelle für Kinderschutz. Das „Klima“ der Kooperation war so geprägt, dass die Partner Kritik offen äußerten und Fehler oder Versäumnisse so relativ schnell beseitigt werden konnten.

Weiterentwicklung im Jahr 2008

- Gewinnung weiterer ehrenamtlicher Patinnen,
- Gewinnung weiterer Familienhebammen,
- Initiierung eines Netzwerktreffens „frühe Hilfen“,
- Abschluss einer Kooperationsvereinbarung mit den vier Geburtskliniken,
- Kontaktaufnahme zu den Bielefelder Kinderärzten/innen,
- Planung einer Veranstaltungsreihe zum Thema „Kinderschutz“ für die interessierte Öffentlichkeit,
- Beteiligung am Bundesmodellprojekt, um mehr über die Wirkung unserer Hilfsangebote zu erfahren.

Aufgrund der starken Nachfrage nach Angeboten der „Frühen Hilfen“ mussten zu Beginn des Jahres 2008 weitere ehrenamtliche Patinnen und auch Familienhebammen gewonnen werden – ein weiteres Indiz für den Erfolg des Projektes.

Parallel dazu wurde ein Netzwerktreffen initiiert, welches die Akteure vor Ort zusammengeführt, Angebote transparenter gemacht hat und letztendlich dazu dient, trotz aller Unterschiede ein gemeinsames Selbstverständnis zu entwickeln.

Verbindliche Kooperationsvereinbarungen mit den Geburtskliniken stehen kurz vor dem Abschluss. Sie bekräftigen die gemeinsame Intention, den Kinderschutz durch frühe Hilfen gemeinsam zu gestalten und zu verbessern, sie beinhalten aber auch ganz konkrete praktische Handlungsempfehlungen.

Mit Spannung erwartet das Bielefelder Jugendamt die ersten Ergebnisse aus dem Bundesmodellprojekt, um das Projekt „Kinderschutz durch Prävention“ weiter zu entwickeln.

Die Weiterentwicklung hat das Ziel, den präventiven Kinderschutz sukzessive um weitere Bausteine zu erweitern.

Vorstellung aller durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen begleiteten Modellprojekte

Frühe Hilfen für Eltern und Kinder (Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein)

Erste Einsichten aus der Evaluation der Programme „Soziale Frühwarnsysteme in NRW“ und „Schutzengel für Schleswig-Holstein“

PROF. DR. HOLGER ZIEGLER

Professor für Soziale Arbeit, Fakultät für Erziehungswissenschaft, Universität Bielefeld

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte mich für die Möglichkeit bedanken, einige Einsichten aus der Evaluation der Projekte „Soziale Frühwarnsysteme in NRW“ und „Schutzengel für Schleswig-Holstein“ vorzustellen, die ich gemeinsam mit Prof. Wolfgang Böttcher und unseren Projektmitarbeiter/innen Pascal Bastian, Gregor Hensen, Anna Hentschke, Virginia Lenzmann und Anne Lohmann von der Universität Münster durchführe. Die Evaluation findet im Rahmen des Bundesprojekts „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ statt.

Mein Beitrag ist dreigeteilt. Ich werde zunächst etwas über die Entwicklungstendenzen von Kindesmisshandlungen und -vernachlässigungen sagen, soweit diese sozialstatistisch bekannt sind, sowie über die Prämissen früher Hilfen, wie sie sich aus Basis der Ergebnisse einer Studie in NRW darstellen. Diese Studie ist vom Institut für Soziale Arbeit (ISA) in Münster und der Abteilung Qualitätsentwicklung und Evaluation im Institut für Erziehungswissenschaft der Universität Münster durchgeführt worden (I). In einem nächsten Schritt werde ich unsere Evaluationsmethode skizzieren (II) und im letzten Schritt einige vorläufige Einsichten aus der derzeit laufenden Evaluation vorstellen (III). Diese Einsichten haben mit Wirkungsaussagen im engeren Sinne noch nichts zu tun. Um Wirkungsaussagen zu machen, braucht man Ergebnisse von mindestens zwei Messzeitpunkten. Wir erheben bis Ende 2008 noch Daten zum ersten Messzeitpunkt. Bemerkenswert sind die Daten meines Erachtens dennoch.

1. Entwicklungstendenzen von Kindesmisshandlungen und -vernachlässigungen

Was weiß man über die Entwicklung von Kindesmisshandlungen und -vernachlässigungen? Die Datenlage hierzu ist beschränkt. Die Kolleg/innen vom DJI haben wichtige Einsichten gesammelt. Diese geben ein Bild von Entwicklungstendenzen wieder, die zu einer Versachlichung der Debatte beitragen könnten. Ohne Zweifel ist jeder Fall von Misshandlung und Vernachlässigung ein Fall zu viel, aber die Entwicklung der Anzahl solcher Fälle über die Zeit ist nicht dramatisch negativ. Eher ist das Gegenteil der Fall.

Betrachtet man die jährlichen Fallzahlen der Kindesmisshandlungen und Kindesvernachlässigungen mit Todesfolge – und dies sind die Fälle, über die es auf Basis der Todesursachenstatistik der Polizei die am stärksten gesicherten Daten gibt – so haben diese in letzten Jahrzehnten nicht zu-, sondern abgenommen (seit den 1980er Jahren haben sich die

Zahlen halbiert). In den 2000er Jahren fanden sich etwa 50 solcher Fälle pro Jahr. Was Fälle von Kindesvernachlässigung (bei Kindern unter sechs Jahren) angeht, finden sich indes keine zuverlässigen Daten. Defensive Schätzungen sprechen von etwa ca. 50.000 Fällen pro Jahr, andere von 200.000, offensive Schätzungen von 500.000 (das wären etwa 10 Prozent aller Kinder bis sechs Jahren). Insgesamt kennt man die Zahl schlichtweg nicht. Man sollte daher nichts darüber sagen.

Einige gesicherte Daten finden sich zu den Aktivitäten im Zuge des Kinderschutzes. In einer gemeinsamen Erklärung wesentlicher Fachorganisationen wird Ende 2007 zu Recht darauf hingewiesen, dass es für den Kinderschutz wesentlich sei, „möglichst frühzeitig einen Zugang zu gefährdeten und betroffenen Familien zu bekommen, sie rechtzeitig zu unterstützen und ihnen einen Weg aus einer für sie aussichtslos erscheinenden Lage zu bahnen. Die Statistiken zeigen, dass dies der Kinder- und Jugendhilfe zunehmend gelingt. Die Zahlen des Statistischen Bundesamts belegen, dass sich die Zahl der Kinder mit ‚Anzeichen für Kindesmisshandlung‘ in den Erziehungs- und Familienberatungsstellen sowie Kinderschutz-Zentren in Deutschland seit 1993 mehr als verdoppelt hat“ (plus 114 Prozent). Die Maßnahmen der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe in Form von Hilfen zur Erziehung für Kinder unter sechs Jahren sind nicht erst in den letzten Jahren, sondern bereits in der ersten Hälfte der 2000er Jahren deutlich gestiegen (1992: 79.000 Fälle; 2004: 123.600 Fälle). Ähnliches gilt für die Inobhutnahmen, die von 1995 bis 2005 um etwa zwei Fünftel zugenommen haben. Gleichwohl wurde auch noch Mitte der 2000er Jahre ein deutlicher Nachholbedarf bei den frühen Hilfen konstatiert.

Die Ex-Post-Untersuchung des ISA und der Universität Münster haben diesbezüglich verdeutlicht, dass Null- bis Dreijährige nach wie vor häufig als ein „blinder Fleck“ in den Hilfen zur Erziehung gelten. Der Kinder- und Jugendhilfe werde oft nur eine Feuerwehrfunktion zugeschrieben und die Versäulung von Diensten sowie eine tendenziell fehlende Kommunikation zwischen (Hilfe-)Systemen (insbesondere zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitsbereich) würden es erschweren, innovative und wirksame Handlungskonzepte im Kinderschutz zu implementieren. Als wesentliche Herausforderungen nennt die Studie neben dem Erkennen relevanter Risikofaktoren vor allem das Problem der Entscheidung über die „richtige“ Hilfe (und Kontaktintensität mit den Betroffenen) sowie die Schaffung einer in sich geschlossenen Reaktionskette in einem Netzwerk interdisziplinär angelegter Unterstützungsangebote bei gleichzeitiger Kooperation mit den betroffenen Familien. Dabei werden folgende **fünf Ebenen** als substantiell für ein gelungenes System früher Hilfen hervorgehoben (**Abbildung 1**):

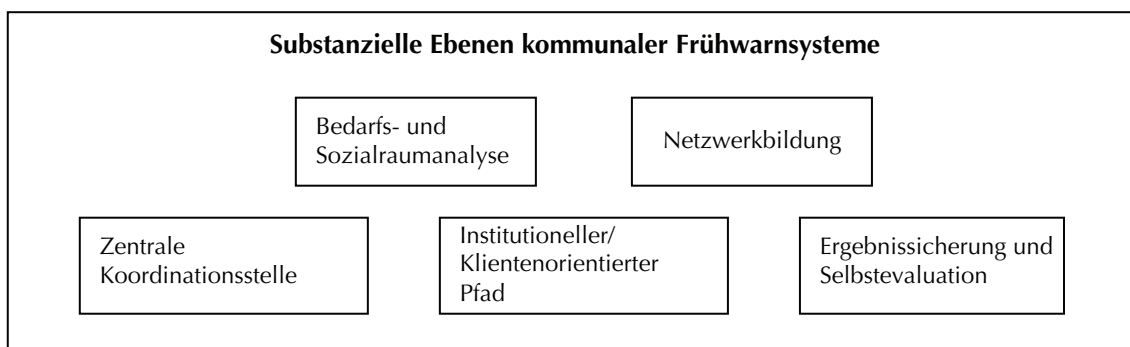


Abbildung 1

© Prof. Dr. Holger Ziegler

Auf diesen fünf Ebenen identifiziert die Studie zehn Faktoren, von denen begründet zu erwarten sei, dass sie die Wirksamkeit von Initiativen Früher Hilfen erhöhen:

1. Bedarfserhebungen,
2. realistische Größe,
3. fachübergreifende Projektgruppe,
4. „Kennenlernen“ (von Akteur/innen unterschiedlicher Bereiche der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitssystems),
5. verbindliche Kooperationsstrukturen,
6. Stellenanteil zur Koordination,
7. klare Strategie zur Implementierung des Projekts,
8. gemeinsame Definition des „sozialen Problems“ und gemeinsamer Ziele (Gemeinsame Sprache),
9. verbindlicher „Institutional Pathway“,
10. ständige Weiterentwicklung.

2. Evaluationsmethode

Die aus diesem Projekt gewonnenen Einsichten aus der Perspektive der Anbieter früher Hilfen stellen einen wichtigen Hintergrund für unsere gegenwärtige Wirkungsevaluation dar.

Unsere Evaluation basiert auf folgenden Grundüberlegungen:

1. Frühe Hilfen zielen auf die Verbesserung elterlicher (Erziehungs-, Beziehungs-) Kompetenzen.
2. Veränderungen dieser Kompetenzen, die auf den Einfluss solcher Interventionen zurückzuführen sind, sollen durch die Wirkungsanalyse offen gelegt und gemessen werden.

Auf dieser Basis lautet die wesentliche Forschungsfrage, in welcher Hinsicht und unter welchen Umständen welche Konzepte Früher Hilfen für diese Zielgruppe wirken. Die Beantwortung dieser Frage soll eine evidenzbasierte Grundlage liefern, für eine praktische Weiterentwicklung und Qualifizierung der Konzepte Früher Hilfen.

Die Grundlage der Wirkungsevaluation ist eine quasi-experimentelle Längsschnittstudie mit drei Messzeitpunkten (Pretest, Prozessbefragung und Posttest). Die **Grundidee des Untersuchungsdesigns** lässt sich wie folgt darstellen (**Abbildung 2**):

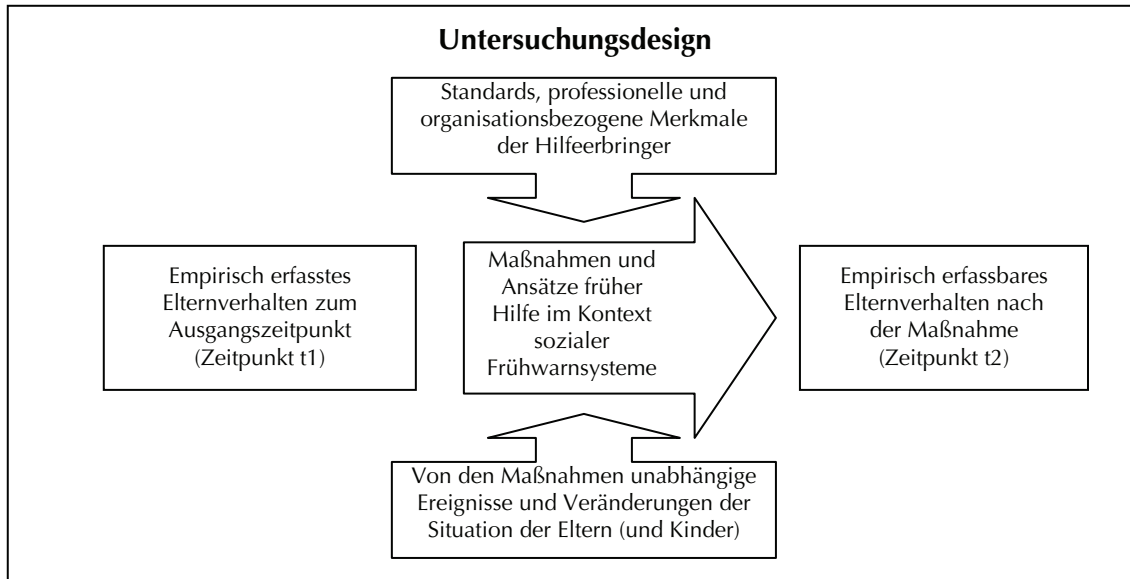


Abbildung 2

© Prof. Dr. Holger Ziegler

Die Evaluation differenziert zwischen nutzer/innen-, fachkräfte- und managementbezogenen Wirkungsdimensionen sowie dem „institutional-pathway“, der als eine weitere eigenständige Dimension verstanden wird. Mit Blick auf den institutional-pathway geht es um Fragen wie z.B.: Welche Informationen initiieren das System? Welche Hilfen können angeboten werden? Wie gestalten sich die Übergänge zwischen den Hilfesystemen? Welche Entwicklungen zwingen zur Abgabe des Falls? Aus welchen Gründen brechen Familien die Hilfe ab?

Nutzer/innenbezogene Daten umfassen neben Veränderungen der Versorgungs- und Erziehungskompetenzen u.a. Fragen bezüglich des Zugangs zu den Hilfen, Daten hinsichtlich ihres Risikoprofils aber auch hinsichtlich motivationaler Aspekte (wie z.B. Vertrauen zu den Fachkräften und Institutionen, Erfahrung von Niedrigschwelligkeit der Angebote, Freiwilligkeit, Empowerment vs. Entmündigung usw.).

Mit Blick auf die Fachkräfte geht es um Qualifikationsprofile, professionelle Einstellungen, Instrumente in der Praxis, Formen der Hilfeplanung etc.

Bei der Analyse des Managements wird schließlich zwischen prozessbezogenen (Informationswege, Ziele, Aufbau und Pflege von Kooperationen, Konzepttreue und Transferfragen) und Strukturaspekten (hinsichtlich Compliance, Plausibilität, Implementierung, Koordination) unterschieden, zu denen jeweils möglichst aussagekräftige Daten gesammelt werden.

3. Einsichten aus der Evaluation

Im Folgenden soll nun ein kleiner Ausschnitt aus laufenden Erhebungen skizziert werden. Hierbei sind jeweils deutlich über 100 Fälle dokumentiert, so dass die Daten als eine zwar vorläufige, in ihrer Richtung jedoch durchaus aussagekräftige Tendenz betrachtet werden können.

Interessant ist hier meines Erachtens ein Zwischenbericht aus einer Auswertung der Risikoeinschätzungen, die unmittelbar zu Hilfebeginn stattfindet, und ein Zwischenstand aus der Baseline-Erhebung der Elternbefragung.

Die Dokumentation zum Hilfebeginn enthält Informationen zu dem, was potenziell bereits am Beginn der Hilfe gesehen werden kann. Viele Hinweise finden sich erst später (und werden in weiteren Falldokumentationsbögen auch akribisch dokumentiert). Der Hilfebeginn bzw. das Erstgespräch ist jedoch besonders interessant, weil teilweise hier schon entschieden wird, ob es einen Bedarf an weiteren Hilfen gibt. Im Übrigen scheint vieles von dem, was heute über Screenings und Risikoinventare gesagt worden ist, genau auf diese Phase bezogen zu sein. Es geht in dieser Phase nicht um eine möglichst dichte Beschreibung der Fälle, sondern um eine Entscheidung darüber, ob der Fall x ein Fall für Frühe Hilfen ist. Der von uns ausgewertete Hilfebeginn dokumentiert diese Entscheidung. Erhoben wurde hierbei:

- der Zugang zur Frühen Hilfe,
- Daten zur Familie (z.B. Migrationshintergrund, weitere Kinder in der Familie),
- eine erste Einschätzung der Gründe für den Hilfebedarf (Risikoeinschätzung),
- die Entscheidung über (weitere) Hilfebedarfe (Frühe Hilfe/ASD/Beratung/kein Hilfebedarf),
- das eröffnete Hilfeangebot,
- die Annahme der Hilfe durch die Eltern.

Dimensioniert man die risikobezogenen Aussagen in Form des statistischen Verfahrens einer iterativen Hauptkomponentenanalyse, lassen sich **drei trennscharfe Problemdimensionen** abbilden (**Abbildung 3**): Überforderung, Partnerschaftsprobleme und finanzielle Probleme.

Problemdimension		
Überforderung	Partnerschaftsprobleme	Finanzielle Probleme
Mangelnde Kenntnisse über Versorgung und Erziehung	Risikante Partnerschaft	Finanzielle Probleme
Überforderung in der Erziehung des Kindes	Probleme in der Partnerschaft	Berufliche Belastung
Niedrige psychische Belastbarkeit		
Bedarf an praktischer Unterstützung		

Abbildung 3

© Prof. Dr. Holger Ziegler

Auf der Basis dieser Dimensionen lassen sich in Form hierarchischer und partitionierender Verfahren der Clusteranalyse vier Gruppen typisieren (**Abbildung 4**). Dabei steht 0 für durchschnittlich, - für unterdurchschnittlich [- - für stark unterdurchschnittlich] und + für durchschnittlich [+ + für stark durchschnittlich].

Gruppe	Überforderung	Partnerschafts- probleme	Finanzielle Probleme
Keine besondere Belastung	0 (-)	0 (-)	- -
Finanzielle Belastung	-	-	++
Starke Partnerschaftsprobleme	0	++++	0 / +
Hohe Überforderung	++++	-	0 / +

Abbildung 4

© Prof. Dr. Holger Ziegler

Die 168 dokumentierten Fälle teilen sich wie folgt auf: 60 Befragte sind in der Gruppe „Keine besondere Belastung“, 65 in der Gruppe „Finanzielle Belastung“, 26 in der Gruppe „Partnerschaftsprobleme“ und 17 in der Gruppe „Hohe Überforderung“. Die Gruppe „Partnerschaftsprobleme“ und – in einem ganz besonderen Maße – die Gruppe „Hohe Überforderung“ lassen sich als „Risikogruppen“ beschreiben. Dies lässt sich für die ersten beiden Gruppen, die an unseren Standorten etwa drei Viertel der Befragten ausmachen, nicht sagen.

Mit Blick auf die Zugänge zum Hilfesystem zeigt sich, dass Institutionen(-vertretern) wie ASD, Kliniken, aber auch Hebammen beim Zugang der eher risikobelasteten Gruppen eine hohe Bedeutung zukommt (**Abbildung 5**). Der informelle oder durch Eigeninitiative begründete Zugang findet sich eher bei den weniger risikobelasteten Gruppen. Kinderärzte spielen in unserer Befragung keine Rolle – der durch diese Gruppe vermittelte Zugang ist bisher (bei immerhin 168 Fällen) insgesamt 0. Woran dies liegt, wird ein Gegenstand weiterer Analyse sein.

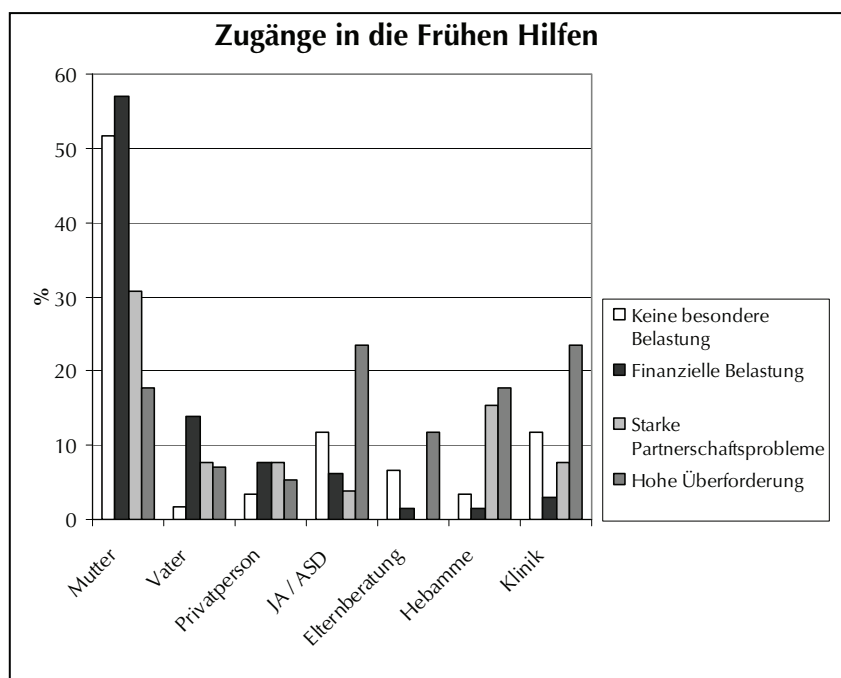


Abbildung 5

© Prof. Dr. Holger Ziegler

Betrachtet man die Verteilung der Personen mit Migrationshintergrund (**Abbildung 6**), so fällt auf, dass diese in den „Risikogruppen“ nicht über-, sondern unterrepräsentiert sind.

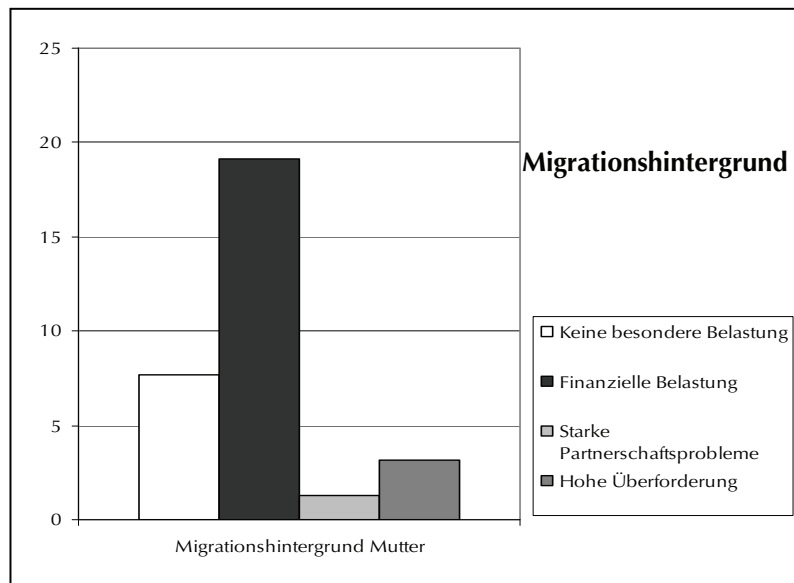


Abbildung 6

© Prof. Dr. Holger Ziegler

Die Hilfevorschläge korrespondieren – und dies ist ein positives Ergebnis – mit den Einordnungen. Insbesondere die „Risikogruppen“ bekamen zu einem hohen Maße Angebote im Rahmen der Frühen Hilfen und/oder seitens des ASD (**Abbildung 7**). Diese Hilfen wurden nahezu ausnahmslos angenommen. Abgelehnt wurden Angebote eher von den beiden anderen Gruppen (die auch vergleichsweise weniger Bedarf zu haben scheinen).

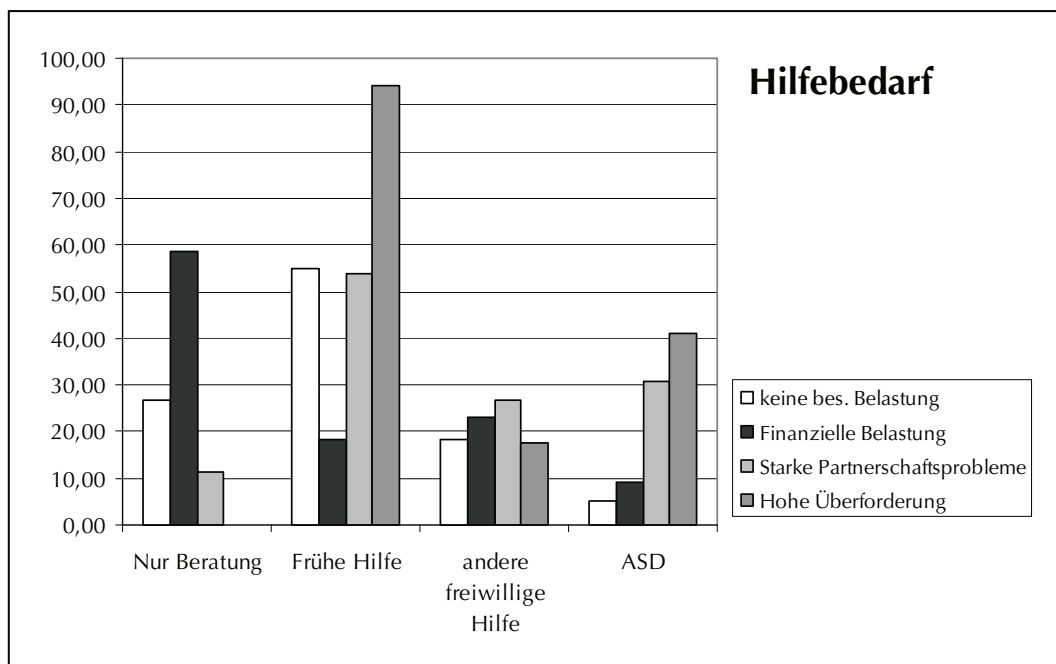


Abbildung 7

© Prof. Dr. Holger Ziegler

Ein Ergebnis, das bislang Rätsel aufgibt, besteht darin, wer die Hilfe erbringt (**Abbildung 8**). Ehrenamtliche scheinen besonders häufig die Gruppen mit dem höchsten Risiko zu betreuen. Eigentlich ist dies genau anders herum zu erwarten. Dieser Befund ist nicht dadurch zu erklären, dass viele Fälle von Ehren- und Hauptamtlichen gleichzeitig betreut werden. Sollte dies systematisch so sein und die schwierigsten Fälle von nicht hauptamtlichen Personen betreut werden, so ist dies – wenn sich nicht andere sehr plausible Gründe auftun – ein Befund, der nachdenklich stimmt.

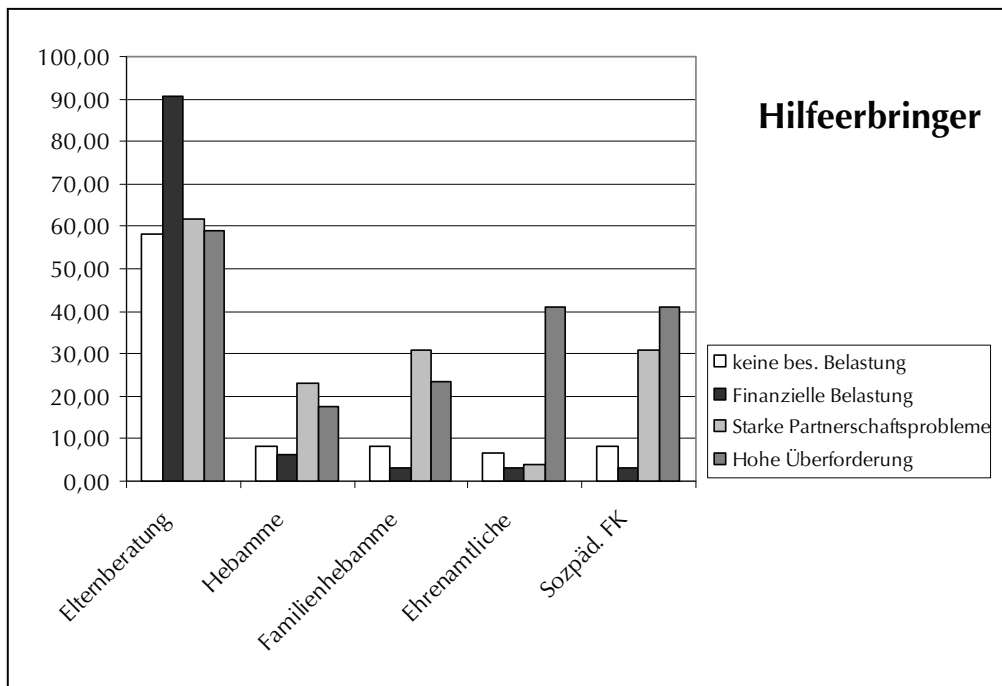


Abbildung 8

© Prof. Dr. Holger Ziegler

Wie stellen sich nun die Perspektiven der Eltern dar, die aus der Telefonbefragung zu entnehmen sind?

In der Telefonbefragung der Eltern – genauer: der Mütter – geht es der Evaluation insbesondere um die Kompetenzen in Bezug auf die Erziehung und Versorgung, die Erziehungseinstellung sowie die Kompetenzüberzeugung der Eltern. Diese stellen gleichzeitig auch jene Dimensionen dar, die durch elternbezogene Maßnahmen Früher Hilfen verändert oder stabilisiert werden sollen. Daneben wurden noch eine Reihe Kontextfaktoren erhoben, die (neben der Hilfe) auf diese „Wirkungsdimensionen“ Einfluss nehmen können. Hierzu gehören z.B. die sozioökonomische Lage, soziale Netzwerke, subjektive Lebenszufriedenheit, Selbstwirksamkeit sowie eine Reihe von Stressfaktoren (bezogen z.B. auf Partnerschaft, Verhalten des Kindes, berufliche Belastung etc.).

Auch in der Analyse der Elternbefragung wurde eine iterative Hauptkomponentenanalyse durchgeführt und auf drei Dimensionen reduziert (**Abbildung 9**). Diese wurden vorläufig mit den mehr oder weniger gelungenen Bezeichnungen „Kompetenzüberzeugung“, „Haltung zu Mutterrolle“ und „Unsicherheit/Frust in der Erziehung“ beschrieben.

Komponente		
Kompetenzüberzeugung	Haltung zur Mutterrolle	Unsicherheit/Frust in der Erziehung
Probleme bei der Erziehung und Versorgung meines Kindes sind für mich leicht zu lösen.	Ich fühle mich vor allem als Mutter.	Manchmal fühle ich mich so, als ob ich nichts schaffen würde.
Bei der Erziehung meiner Kinder erfülle ich sehr gut meine eigenen Erwartungen.	Mutter-Sein ist eine interessante Tätigkeit, die mir Spaß macht.	Für Eltern ist es oft schwer zu wissen, ob sie ihre Sache gut oder schlecht machen.
Ich bin fest davon überzeugt, dass ich alle Fähigkeiten habe, eine gute Mutter zu sein.	Es gibt viele Sachen, die mich mehr interessieren als Kindererziehung.	Obwohl Mutter-Sein sehr erfüllend sein kann, bin ich beim jetzigen Alter meines Kindes oft frustriert.
Ich wäre ein gutes Vorbild für andere Eltern		
Erziehung ist leicht zu schaffen.		

Abbildung 9

© Prof. Dr. Holger Ziegler

Auf Basis dieser Dimensionen wurde eine **Clusteranalyse** durchgeführt (**Abbildung 10**).

Gruppe	Parentale Kompetenz	Identifikation mit der Mutterrolle	Unsicherheit/Frust in der Erziehung
Vergleichsweise geringe Identifikation	0	---	--
Mehrfach problematische Gruppe	---	--	++
Kompetent, aber frustriert	+	0	++
Primäres Selbstverständnis als Mutter	0/+	+	-

Abbildung 10

© Prof. Dr. Holger Ziegler

Auch hier wurde eine vergleichsweise kleine „mehrfach problematische“ „Hochrisikogruppe“ (9,7 Prozent der Befragten) identifiziert (**Abbildung 11**).

Interessanterweise finden sich bei den Befragten dieser Gruppe nicht in auffällig hohem Maße jene soziodemografischen Merkmale, die ihnen häufig zugeschrieben werden. Weder mit Blick auf den Anteil ohne Schulabschluss (**Abbildung 12**) noch hinsichtlich der Art ihres Schulabschlusses (**Abbildung 13**) stellen sich die Befragten der „mehrfach problematischen Gruppe“ als außergewöhnlich dar.

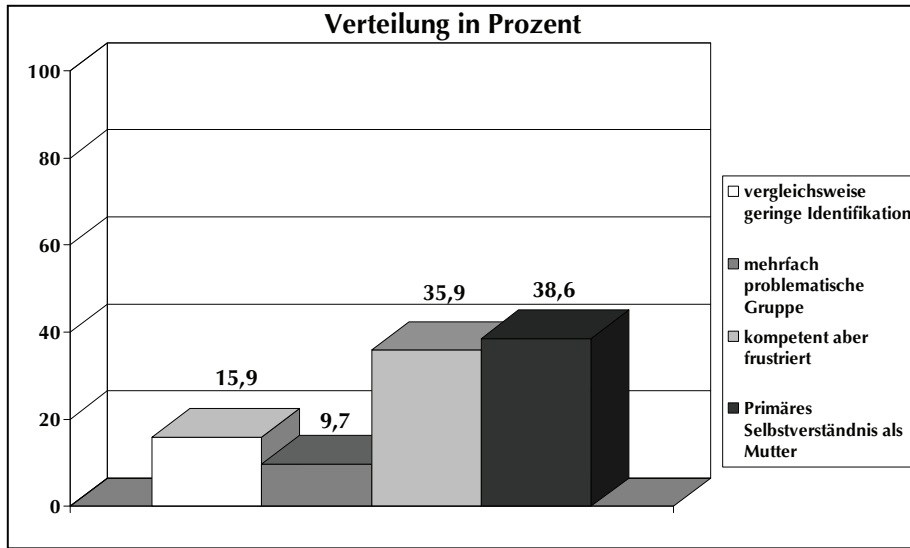


Abbildung 11

© Prof. Dr. Holger Ziegler

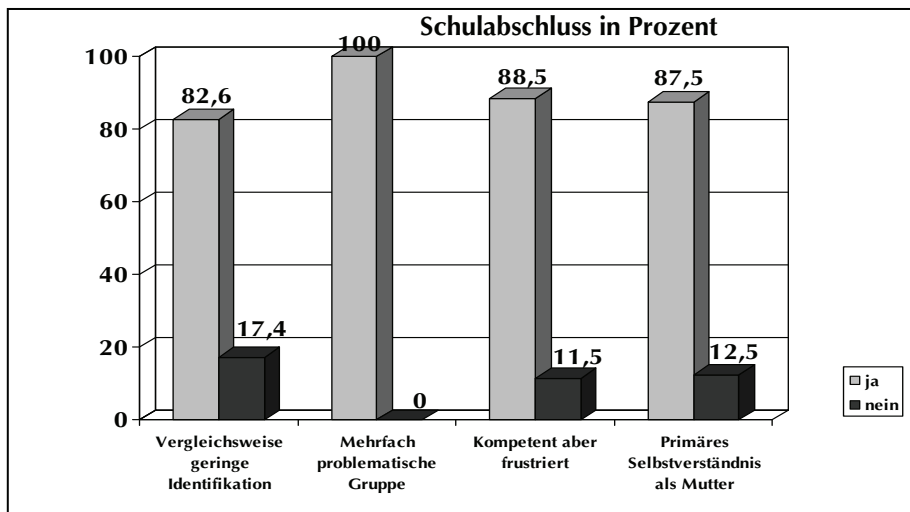


Abbildung 12

© Prof. Dr. Holger Ziegler

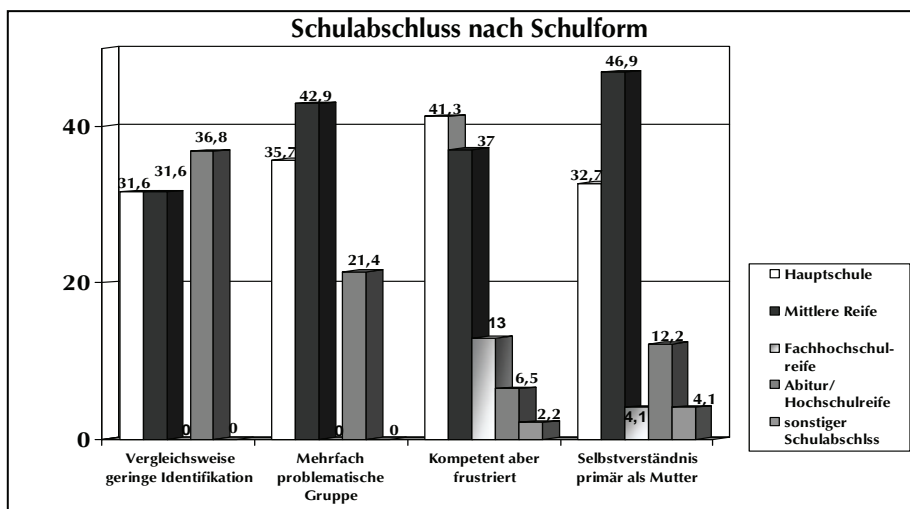


Abbildung 13

© Prof. Dr. Holger Ziegler

Bemerkenswert ist jedoch, dass zwei Aspekte in einem sehr hohen Zusammenhang mit ihren parental Kompetenzen und ihren Problemen im Kontext der Ausfüllung von Anforderungen an Elternschaft stehen: Die Selbstwirksamkeitserwartung und die Lebenszufriedenheit der befragten Mütter (**Abbildung 14**). Hier könnte – gerade mit Blick auf sozialpädagogische Strategien – ein Ansatzpunkt bestehen, der bislang noch (zu) wenig diskutiert worden ist. Selbstwirksamkeit und Lebenszufriedenheit lassen sich als Hinweise auf zwei fundamentale Zieldimensionen der Sozialen Arbeit verstehen: Auf Autonomie und auf Wohlergehen. Diesem kommt eine konstitutive Bedeutung in der sozialpädagogischen Gestaltung von Hilfeleistungen zu, wie sie in den wesentlichen Ansätzen, von der Lebenswelt- bis zur Dienstleistungsorientierung beschrieben werden.

Lebenszufriedenheit	
Vergleichsweise geringe Identifikation	0/-
Mehrfach problematische Gruppe	--
Kompetent, aber frustriert	0/+
Primäres Selbstverständnis als Mutter	0

Abbildung 14

© Prof. Dr. Holger Ziegler

Unsere Daten sprechen dafür, dass diese Dimensionen auch im Kontext Früher Hilfen wesentlich sind.

Neben diesem Moment, das einen interessanten Ansatzpunkt liefert, fand sich jedoch ein Ergebnis, das nachdenklich stimmt. Die risikoindikatorenbezogenen Beschreibungen der Hilfebeginndokumentationen korrelierten praktisch nicht mit den Beschreibungen der Mütter. Dies ist nicht alleine damit zu erklären, dass sich die Mütter unrealistisch positiv darstellten. Obwohl die Items in der Dokumentation jenen entsprechen, die als „evidenzbasiert“ gelten, scheint sich die Identifikation „problematischer“ Fälle als vergleichsweise schwierig zu erweisen. Zumal es Hinweise dafür gibt, dass die Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Elternbefragung in den weiteren Dokumentationen eher höher wird, spricht viel dafür, vorsichtig zu sein, gerade zu Beginn der Hilfen allzu schnell verlässliche („objektive“) Einschätzungen über Fälle von solchen – per se sicher sinnvollen und hilfreichen – Instrumenten zu erwarten.

Zum Autor:

Holger Ziegler ist Professor für Soziale Arbeit an der Fakultät für Erziehungswissenschaft der Universität Bielefeld.

Vorstellung aller durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen begleiteten Modellprojekte

„Keiner fällt durchs Netz“ (Hessen und Saarland) Konzept und Hintergründe des Präventionsprojektes¹

DR. ANDREAS EICKHORST

Projektkoordinator, Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, Uniklinikum Heidelberg

1. Warum ein Präventionsprojekt?

Der Schwerpunkt des Projekts „Keiner fällt durchs Netz“ liegt auf frühen Interventionen.. Diese Schwerpunktsetzung leitet sich aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Folgen von psychosozialen Belastungen für Kinder ab. Schwierigste Bedingungen in der frühen Kindheit können die Entwicklung eines Menschen in vielfältiger Weise einschränken, daher muss sich die primäre Prävention auf die Förderung der Reifungsbedingungen für die Kinder am Anfang ihres Lebens konzentrieren. Dies gilt insbesondere für die Kinder, die in so genannten „Hoch-Risiko-Familien“ aufwachsen. Nach dem UNICEF-Report 2005 betrifft dies in den industrialisierten Ländern zwischen 7 und 10 Prozent aller Kinder.

Hoch belastete Familien zeichnen sich durch das Vorhandensein mehrerer gleichzeitig auftretender Stressfaktoren aus. Im Rahmen langjähriger Studien wurden vier Bereiche früher Stressfaktoren identifiziert: Persönliche Belastungen des Kindes, persönliche Belastung der Eltern/der Familie, soziale Belastungen und materielle Belastungen.

Die familienzentrierte Prävention geht von der Annahme aus, dass Veränderungen auf Seiten der Eltern entsprechend zu Veränderungen bei den Kindern führen. In den ersten drei Lebensjahren kann die Bindung des Kindes zur primären Bezugsperson (meist der Mutter) gefördert werden, indem Eltern lernen, auf die Signale des Kindes feinfühlig, prompt und angemessen zu reagieren. Dabei wird zunehmend versucht, auch die Väter explizit in die Fördermaßnahmen mit einzubeziehen, da deren Wohlbefinden, Motivation und Engagement oftmals einen wichtigen Prädiktor für die Situation der Familie insgesamt darstellen.

2. Das Projekt „Keiner fällt durchs Netz“

2.1. Beschreibung der Idee und des Ablaufs

Das Projekt „Keiner fällt durchs Netz“ will durch Angebote für Eltern die frühe Lebenssituation von Kindern verbessern. Belastungen der Familien sollen frühzeitig identifiziert werden, um rechtzeitig präventive Angebote planen zu können, die zur Verhinderung ungünstiger Entwicklungsverläufe, Missbrauch und Vernachlässigung beitragen. Gleichzeitig sollen die Zugangswege zu Hilfsangeboten so beschaffen sein, dass stark belastete Familien diese annehmen und für sich nutzen können.

Das Projekt sieht drei Stufen vor, um stark belastete Familien zu erreichen (**Abbildung 1**):

¹ Das Konzept wurde von Dr. Andreas Eickhorst und Prof. Dr. Manfred Cierpka vorgestellt.

1. Das Herstellen eines Zugangs zur Familie,
2. Die Identifizierung einer Risikokonstellation,
3. Eine Vermittlung zu einer angemessenen Intervention.

Der Heidelberger Elternkurs „Das Baby verstehen“² sieht Begleitung und Unterstützung durch Hebammen vom Ende der Schwangerschaft an und während der ersten Zeit mit dem Baby vor, um werdende Eltern für die kindlichen Signale zu sensibilisieren.³ Hebammen bieten die Kurse im Rahmen der Schwangerschaftsvorbereitung an und setzen sie nach der Geburt des Babys fort. Seither werden in verschiedenen Regionen Deutschlands fortlaufend Elternkurse angeboten. Es zeigte sich jedoch, dass nur sehr wenige so genannte Risikofamilien oder Multiproblemfamilien an der Elternschule teilnehmen, und es ist fraglich, ob dieses Angebot für diese Personengruppe angemessen ist. Es stellte sich daher die Frage, wie diese Familien in der ersten Zeit mit ihrem Säugling unterstützt werden können, bevor es zu einer akuten Bedrohung des Kindeswohls kommt und sozialpädagogische Familienhilfe oder andere Hilfsmaßnahmen über das Jugendamt notwendig werden.

Zusätzlich zu den üblichen Kommstrukturen müssen Gehstrukturen in der Hilfevermittlung eingerichtet werden, damit Eltern die Schwelle zur Hilfeleistung dann leichter überspringen können.

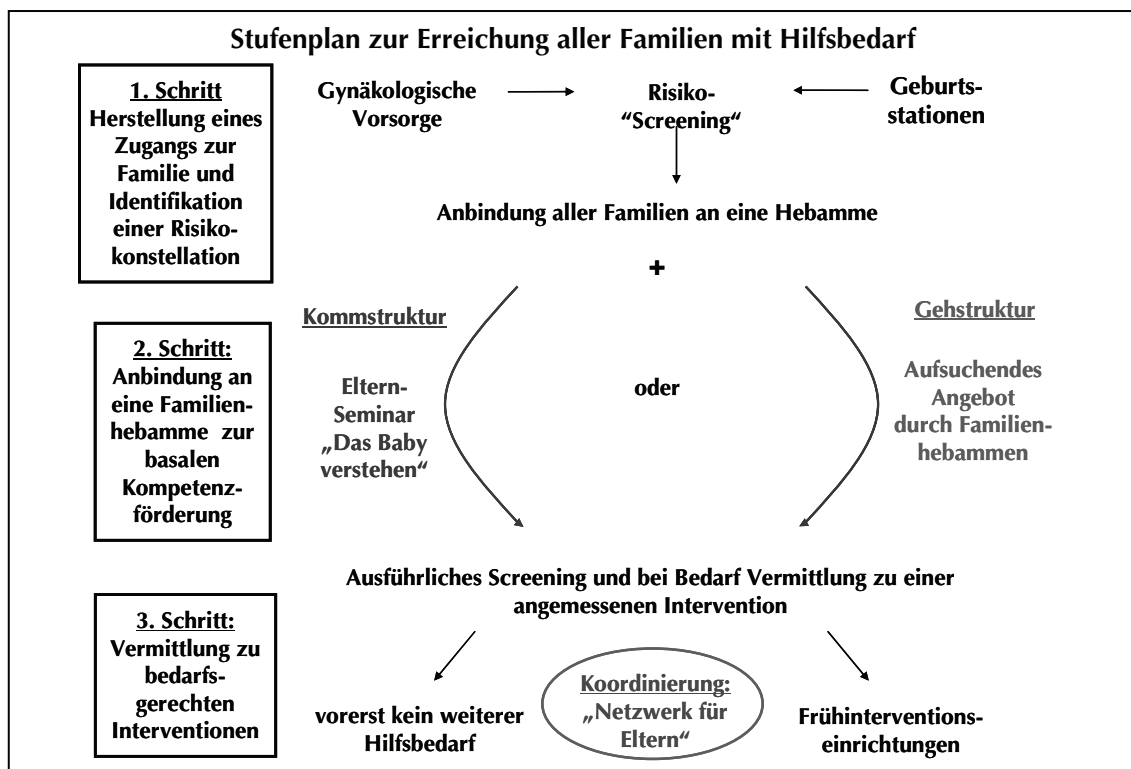


Abbildung 1

© Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung/Familientherapie, Uniklinikum Heidelberg

² Cierpka 2004; www.focus-familie.de

³ Gregor & Cierpka, 2005

In der Zeit unmittelbar vor und nach der Geburt sind es die Hebammen, die Gynäkolog/innen, das Pflegepersonal auf der Entbindungsstation und die Kinderärzt/innen, die im Kontakt mit (werdenden) Eltern stehen und Risiken erkennen können. Aufgrund des engen Kontaktes haben diese Personen die Chance, eine Risikokonstellation in der Familie in einem frühen Stadium zu identifizieren. Im Rahmen des Projektes unterstützen wir diese Berufsgruppen bei der Identifizierung durch Schulungen und Vorträge, um psychosoziale Belastungsfaktoren stärker als bisher ins Blickfeld zu rücken. Zudem wird im Rahmen des Projektes ein Screening-Instrument (Heidelberger Belastungs-Skala, HBS) eingesetzt, um einen Eindruck über den Belastungsgrad der Familie zu gewinnen. Die vier oben genannten möglichen Bereiche früher Stressfaktoren werden mit Hilfe des verwendeten Screening-Instrumentes eingeschätzt.

Während ihrer ersten Hausbesuche nach der Geburt des Kindes können die Hebammen erfahren, ob die Familie an einem Elternkurs teilnimmt und bei Schwierigkeiten zusätzlich Gehstrukturen wie zum Beispiel eine Eltern-Säuglings-Beratung in Anspruch nimmt. Ist dies in einer hoch belasteten Familie nicht der Fall, wird die Zahl der Hausbesuche erhöht und die Familie während des gesamten ersten Lebensjahres begleitet. Diese Leistung kann durch die bereits in der Familie tätige Hebamme erbracht werden, wenn diese zur Familienhebamme ausgebildet ist. Wenn nicht, ist ein Übergang zu einer Familienhebamme fließend zu gestalten. Während der Begleitung über das erste Lebensjahr werden die Familienhebammen der Familie den Inhalt des Kurses „Das Baby verstehen“ individuell abgestimmt zu Hause vermitteln und so gerade bei den besonders belasteten Familien psychosoziale Kompetenzen fördern können.

Durch das Aufsuchen der Familien in ihrem häuslichen Umfeld ist für die Eltern eine Hürde auf dem Weg zu externen Hilfen genommen. Das Aufsuchen von Hilfeeinrichtungen setzt das Empfinden voraus, dass dem Kind etwas fehlt – gerade daran mangelt es potenziell vernachlässigenden Eltern. Zudem werden Hilfeangebote schnell als Kontrolle und Bevormundung erlebt. Die Familienhebammen können auch äußerst wichtige Motivationsarbeit leisten, indem sie Angst- und Schamgefühle vor der Inanspruchnahme vor weiteren Unterstützungsangeboten abschwächen. Durch die „Gehstruktur“, d.h., dass die Familienhebammen die Familien in ihrem häuslichen Umfeld aufsuchen, ist die Schwelle, die es durch eigene Initiative der Familie zu überwinden gilt, minimal, so dass die Familienhebammen am ehesten zur zentralen Bezugs- und Unterstützungsperson insbesondere für die Mütter werden können.

Alle an der Prävention und Intervention in der frühen Kindheit beteiligten Institutionen und Berufsgruppen treffen sich regelmäßig in dem Arbeitskreis *Netzwerk für Eltern*. Ziel des Arbeitskreises ist die Lenkung der primären Präventionsmaßnahmen, das heißt die Optimierung der Identifikation belasteter Familien und die Hilfsvermittlung. Dreh- und Angelpunkt des Netzwerks ist der Koordinator bzw. die Koordinatorin, diese regeln den Informationsaustausch und leiten geeignete Schritte in die Wege (**Abbildung 2**).

Sind die Eltern erst einmal sensibilisiert, können sie an eine Hilfe anbietende Institution angebunden werden. Die Vermittlung an dieser Schnittstelle ist ein entscheidender Prozess, für dessen Gelingen Kenntnisse über die Institutionen vor Ort vorhanden sein und die Vermittler über basale Gesprächsfertigkeiten verfügen müssen. Folgende Einrichtungen kämen unter anderem für eine Vermittlung in Frage:

- Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Beratung an Familienberatungsstellen, Kinderkliniken, Kinder- und Jugendpsychiatrien, Psychosomatischen Kliniken, Sozialpädiatrischen Zentren, Frühförderstellen etc.,
- vereinzelt auch stationäre Behandlungsangebote bei frühkindlichen Regulationsstörungen,
- Sozialpädagogische Familienhilfe,
- Betreutes Mutter-Kind-Wohnen und
- Mutter-Kind-Einheiten an z.B. psychiatrischen Kliniken bei postpartalen psychischen Erkrankungen.

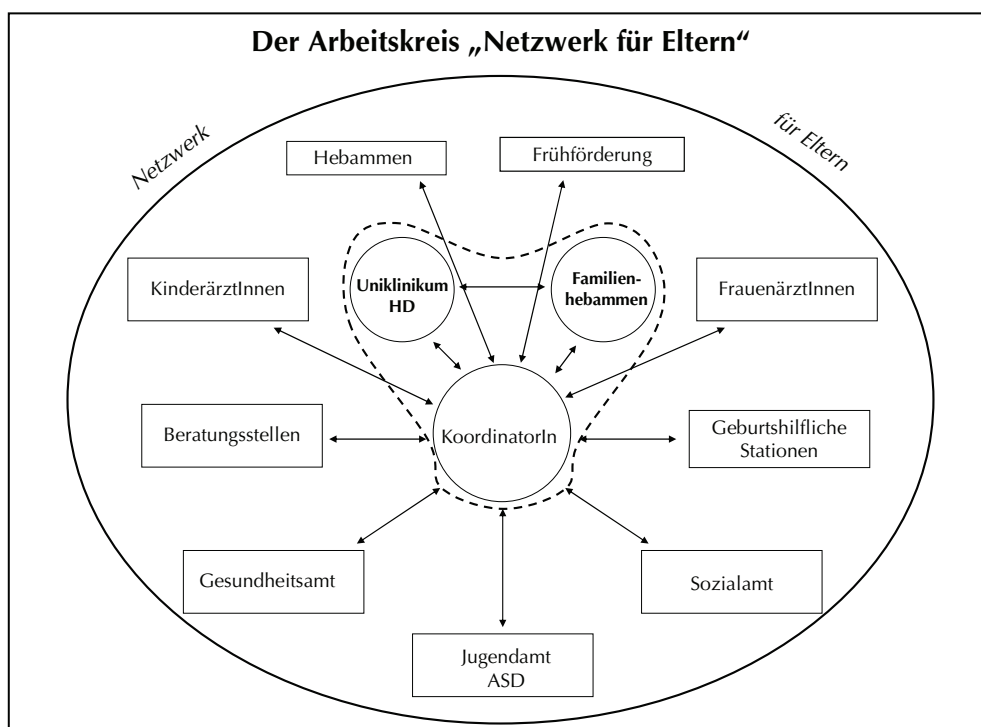


Abbildung 2 © Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung/Familien-
therapie, Uniklinikum Heidelberg

2.2. Familienhebammen: Aufgaben und Qualifikationen

Die Familienhebammen nehmen Aufgaben wahr, die über die üblichen Leistungen von Hebammen hinausgehen: Neben Tätigkeiten wie Vorsorge, Geburtsvorbereitung und -begleitung, Wochenbettbetreuung, Nachsorge und Stillberatung sind die Förderung des Selbsthilfepotenzials der Familien sowie Aufklärung und Vermittlung zu weiterführenden Diensten wie z.B. Sozialamt, Jugendamt oder medizinischer Versorgung Teil des Aufgabenspektrums. Die aufsuchende Arbeit erstreckt sich maximal über das gesamte erste Lebensjahr des Kindes.

Bisher wurden die Hebammen und andere Interessierte in der Durchführung des Eltern-

seminars „Das Baby verstehen“ geschult. An Materialien erhalten sie ein Anleitungsbuch zur konkreten Durchführung, ein Handbuch zur Vermittlung theoretischen Hintergrundwissens und eine DVD mit Videobeispielen. Da dieses bisherige Expertentraining nicht ausreicht, um Hebammen in der individuellen Begleitung von hoch belasteten Familien mit Säuglingen zu schulen, wurde ein erweitertes Curriculum zur Fortbildung zur Familienhebamme ausgearbeitet. Dabei war es wichtig, die Ergänzungen auf die Besonderheiten von hoch belasteten Familien zuzuschneiden. Dazu gehören Kompetenzen

- in der Einschätzung der Mutter-Kind- und Vater-Kind-Interaktionen und dem Bindungsangebot,
- im Vermitteln von basalen Interaktionskompetenzen für Eltern und Kind,
- in der Einschätzung von Partnerschafts- und Familienkrisen,
- in der Gesprächsführung mit dem Schwerpunkt auf Wertschätzung und Ressourcenorientierung,
- im Umgang mit Misstrauen und ambivalenten Gefühlen gegenüber dem Hilfsangebot,
- im Weiterleiten der Hilfe suchenden Mutter bzw. der Eltern an eine adäquate Stelle.

Es wurde ein modular aufgebautes Curriculum erstellt, das sich an bestehenden Weiterbildungen für die aufsuchende Familienarbeit in der frühen Kindheit orientiert.

2.3. Evaluation des Angebots

Das Projekt „Keiner fällt durchs Netz“ wird im Begleitprojekt „PFIFF – Projekt Frühe Interventionen für Familien“ eingehend evaluiert. Die Qualitätsüberprüfung unseres Hausbesuchsprogramms für die Risikofamilien wird mit einem quasi-experimentellen Kontrollgruppendesign untersucht. Entsprechend der Leitidee „Keiner fällt durchs Netz“ wollen wir keiner der Familien ein Hilfsangebot verwehren, was eine randomisierte Zuweisung zu einer „echten“, unbehandelten Kontrollgruppe ausschließt. Die Evaluation des Projektes soll Aussagen darüber ermöglichen,

- welche Prozentzahl der Familien pro Jahr zu der Gruppe der Hochbelasteten gehören,
- wie viele davon den präventiven Zugang nutzen,
- welcher prozentuale Anteil in eine weiterführende Hilfestellung vermittelt werden kann,
- welche Hoch-Risiko-Familien den Zugang nutzen und welche nicht.

2.4. Einbindung in bestehende Strukturen

Es wird angestrebt, das geplante Vorhaben in bereits bestehende bzw. weitere geplante zukünftige Strukturen und Projekte vor Ort einzubinden. Nur so ist zu gewährleisten, dass

- a) alle vorhandenen personellen Kräfte und materiellen Ressourcen effektiv genutzt werden können,
- b) keine Strukturen mehrfach aufgebaut werden oder Arbeit doppelt gemacht wird,
- c) gegenseitiger Austausch von Ressourcen und Wissen ermöglicht wird,
- d) Synergieeffekte genutzt werden können

und auf diese Weise mit den vorhandenen Möglichkeiten der größte Nutzen erzielt werden kann.

Insbesondere das in diesem Projekt zentrale „Netzwerk für Eltern“ bietet sich als Schnitt- und Vernetzungsstelle mit weiteren Institutionen, Projekten sowie sonstigen Beteiligten an.

Kontakt

Projektleitung: Prof. Dr. med. Manfred Cierpka

Projektkoordination: Dr. Andreas Eickhorst

Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie

Universitätsklinikum Heidelberg

Bergheimer Str. 54 / 69115 Heidelberg

06221 / 56 – 38504

andreas.eickhorst@med.uni-heidelberg.de

www.keinerfaelltdurchsnetz.de

Vorstellung aller durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen begleiteten Modellprojekte

„Keiner fällt durchs Netz“ (Hessen und Saarland)

Praktische Umsetzung des Präventionsprojektes im Landkreis Neunkirchen/Saarland

DR. LIESELOTTE SIMON-STOLZ

Kinder- und Jugendärztin, Gesundheitsamt Kreis Neunkirchen und Saarpfalz-Kreis

Im Landkreis Neunkirchen wurde im Januar 2008 eine Koordinationsstelle zum landesweiten Programm „Frühe Hilfen – Keiner fällt durchs Netz“ geschaffen. Diese ist mit einer Kinderärztin des Gesundheitsamtes (Frau Dr. Lieselotte Simon-Stolz) und einem Sozialarbeiter des Jugendamtes (Herr Michael Becker), jeweils mit einer halben Stelle, besetzt. Die Koordinierung des Gesamtprogramms erfolgt über die beiden Koordinatoren in der Kooperation mit dem Kreisjugendamt und dem Gesundheitsamt, einer dem Landkreis zugeordneten psychologischen Mitarbeiterin des Heidelberger Institutes (Frau Marisa Benz), den Familienhebammen und zwei Sozialmedizinischen Assistentinnen des Gesundheitsamtes (Kinderkrankenschwestern mit einer den Familienhebammen gleichzusetzenden Fortbildung), die ebenfalls dem Projekt zugeordnet sind. Die Zusammenarbeit erfolgt in einer interdisziplinären Teamstruktur. Es finden regelmäßige fallbezogene Beratungen, Supervision und flankierende Weiterbildung statt. Durch die Schaffung dieser Koordinationsstelle haben alle, die schon sehr früh mit den Kindern in Kontakt kommen (Beratungsstellen, Kinderärzte, Kliniken, Frühförderstellen, Kindertagesstätten usw.), eine Anlaufstelle auch über das erste Lebensjahr hinaus. Seit Projektbeginn Anfang dieses Jahres wurden 100 Frühe-Hilfen-Fälle von 0-6 Jahren, (davon 50 Prozent über ein Jahr) durch die Koordinationsstelle des Gesundheitsamtes beraten, weitervermittelt und zum Teil auch intensiver, unter anderem im Rahmen von Hausbesuchen, betreut.

Ein wichtiger Zugangsweg zu den Eltern wurde durch die verbindliche Einladung zu den Kinder-Früherkennungsuntersuchungen (nach § 8a des saarländischen Gesundheitsdienstgesetzes zum Schutz von Kindern vor Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung vom Februar 2007) geschaffen. Wenn eine Vorsorgeuntersuchung nicht durchgeführt wurde, wird dies vom Zentrum für Kindervorsorge in der Universitätsklinik Homburg erfasst und an das Gesundheitsamt weitergemeldet. Im weiteren Verlauf haben die Sozialmedizinischen Assistentinnen und die Ärzte des Gesundheitsamtes die Möglichkeit, telefonisch, schriftlich oder persönlich bei Hausbesuchen die Familien zur Teilnahme an der ausstehenden Vorsorgeuntersuchung zu motivieren. Subsidiär ist auch eine Durchführung der Früherkennungsuntersuchung im Gesundheitsamt möglich. Diese Vorsorgeuntersuchungen wurden seit Projektbeginn in sieben Fällen im Landkreis Neunkirchen durchgeführt. Seit Beginn der Meldungen im August 2007 erfolgten insgesamt 756 Meldungen an das Gesundheitsamt. 131 Meldungen wurden dem Jugendamt zugeleitet, dieses jedoch überwiegend wegen Fristüberschreitungen oder Auslandsaufenthalten. In einigen Fällen musste jedoch das Jugendamt tätig werden. Nicht selten zeigte sich gerade bei diesen Hausbesuchen ein großer Beratungs- und Unterstützungsbedarf.

Das Aufgabenspektrum der Koordinationsstelle des Gesundheitsamtes umfasst also

- Kontrollen und subsidiäre Durchführung der verpflichtenden Vorsorgen,
- anlassbezogene Untersuchungen bei Anfragen (u.a. zu Fragen von Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch)
- Ermittlung von individuellen Förder- und Therapiebedarfen und Einleitung von entsprechenden Maßnahmen (Miteinbeziehung des Netzwerkes) bei Kindern mit Entwicklungsstörungen,
- Beratung und aufsuchende Tätigkeit in Familien in Belastungssituationen und Initiierung von weiteren Kontakten.

Darüber hinaus ist die Gesundheitsprävention – insbesondere auch aufsuchend – eine vorrangige Aufgabe der Koordinationsstelle des Gesundheitsamtes:

- Angebote zur Gesundheitsberatung,
- Betreuung von chronisch kranken, behinderten oder zu früh geborenen Kindern,
- „vorausschauende Beratung“ der Eltern zu Ernährung/Stillen/Pflege/Unfallprävention usw.
- entwicklungspsychologische Beratung.

Projektziel ist ein fest etabliertes interdisziplinäres Beratungsangebot, z.B. angesiedelt in einer Kindertagesstätte.

Saarlandweit sind die Aufgaben innerhalb der Koordinationsstellen unterschiedlich organisiert, zum Teil liegt das gesamte Fallmanagement im medizinischen Bereich, was von Projektseite her nicht vorgesehen ist.

Allen Eltern wird im Rahmen des Projektes ein **Elternkurs** „Das Baby verstehen“ zur Stärkung der elterlichen Sicherheit angeboten. Im Landkreis Neunkirchen wurden dazu 20 Multiplikatoren der verschiedenen Träger und Institutionen geschult. Die Koordination erfolgt über die Katholische Familienbildungsstätte, der Eigenanteil beträgt pro Elternpaar 20,- Euro. Ein Elternkurs hat bisher mit positiver Resonanz stattgefunden. Es zeigt sich in der praktischen Arbeit, dass eine intensive Bewerbung und eine bedarfsabhängige Anpassung der Kursinhalte notwendig ist, um eine stärkere Nutzung der guten didaktischen und praxisnahen Struktur des Angebotes zu erreichen.

Ein weiterer zentraler Baustein in dem Projekt ist die Begleitung und Unterstützung des Kindes und seiner Eltern in besonderen Belastungssituationen durch die **Familienhebammen**. Die Belastungen der betreuten Eltern sind unterschiedlicher Art: psychische Erkrankung eines Elternteils, Suchtprobleme, fehlende soziale Unterstützung, junges Alter der Eltern, Alleinerziehung, Partnerkonflikte, finanzielle Probleme usw. Auch Probleme des Kindes spielen eine nicht zu vernachlässigende Rolle: chronische Erkrankung, Behinderung, zu früh geboren, schwieriges Temperament, Regulationsprobleme usw. Da alle Familien im Rahmen der Regelversorgung Unterstützung durch eine Hebamme bei der Pflege und beim Stillen bis zur 8. Woche nach der Geburt bekommen, werden die Hausbesuche bei fast allen Familien gern angenommen. Im Landkreis Neunkirchen sind fünf

Familienhebammen im Einsatz. Inzwischen besteht eine große Nachfrage und ein sich bereits abzeichnendes Kapazitätsproblem.

Saarlandweit wurden 29 Familienhebammen geschult, die Auslastung ist bisher unterschiedlich. Tendenziell muss aber über eine Nachschulung nachgedacht werden.

Im Landkreis Neunkirchen werden seit Projektbeginn etwa 50 Familien in unterschiedlicher Intensität durch Familienhebammen betreut, 20 davon in der regulären Vor- und Nachsorge, in sieben Fällen wurde die Betreuung beendet (Alter des Kindes über 1 Jahr, kein weiterer Bedarf, Inobhutnahme).

Die für die gemeldete Familie passende Hilfe, d.h. die Art der Betreuung und die Betreuungsstunden, werden in Absprache mit den Koordinatoren festgelegt und nach Bedarf im Verlauf angepasst. Im Praxisalltag zeigt sich, dass sich die Effektivität der Betreuung durch die Familienhebammen steigern lässt, wenn nicht allein auf die Pflege und die Eltern-Kind-Interaktion geachtet wird, sondern die Familie zusätzliche Unterstützung bei persönlichen, finanziellen, beruflichen, gesundheitlichen u.a. Problemen erhält. Die Annahme der Hilfen durch die Familienhebammen ist in den bisherigen Ansätzen gut, allerdings im Rahmen des Forschungsprojektes mit viel Bürokratie für alle Beteiligten – auch für die Familien – verbunden, was die Eltern zum Teil abschreckt und die Arbeit der Familienhebammen erschwert.

Die Zugangswege sind unterschiedlicher Art: über Klinikmitarbeiter der gynäkologischen Stationen, über Regelhebammen, über niedergelassene Gynäkologen, Kinderärzte, Schwangerschaftsberatungsstellen, die ARGE, Jugendhilfe usw. Nach Anfangsproblemen (Konkurrenzdenken?) hat sich der Zugangsweg über die Regelhebammen als sehr effektiv erwiesen. Schwieriger gestaltet sich noch der Zugangsweg über die Mitarbeiter der Geburtskliniken und die niedergelassenen Gynäkologen (Problem des Hinschauens, Schwierigkeiten und Unsicherheiten in der Ansprache, Angst vor Stigmatisierung, mangelnde Informationsweitergabe usw.). Bewährt hat sich für einen frühzeitigen guten Vertrauensaufbau zu der sehr misstrauischen, schwer zu erreichenden Zielgruppe der Zugang über die Schwangerschaftsberatungsstellen durch die persönliche Ansprache der Fachkraft und die Kontaktaufnahme zu der Familienhebamme in der Beratungsstelle.

Vom Projekt und allen Beteiligten gewünscht ist eine frühzeitige Betreuung der belasteten Familien schon in der Schwangerschaft, was aber derzeit im Saarland abrechnungstechnisch noch nicht geklärt ist.

In allen Fällen, in denen Familienhebammen im Laufe des Betreuungsjahres weiteren Bedarf sehen oder Risikokonstellationen identifizieren, werden die Familien an die bestehenden Hilfeeinrichtungen vermittelt. Ein weiterer wichtiger Kernpunkt im Rahmen des Projektes ist daher die Zusammenarbeit mit vielen **Netzwerkpartnern** vor Ort durch regelmäßige Treffen und Erfahrungsaustausch in bestehenden Arbeitskreisen. So können die bestehenden Hilfsangebote für die betroffenen Familien und die Helfer bekannt werden, besser zugänglich gemacht und so auch nutzbar gemacht werden. Darüber hinaus sollen auch zusätzliche Bedarfe formuliert werden können (z.B. Schreiambulanz, niedrigschwelliges Beratungsangebot in sozialen Brennpunkten, mehr offene Angebote).

Schwierigkeiten ergeben sich in der täglichen Arbeit dadurch, dass oft von der Problem-Identifizierung bis zur Einleitung einer Intervention lange Zeiträume vergehen (unterschiedliche Zeitdauer von Arbeitsschritten der einzelnen Institutionen, lange Wartezeiten zum Beispiel bei Therapeuten). Kooperationsprobleme mit den einzelnen Institutionen, insbesondere auch zwischen Gesundheitsschiene und Jugendhilfe, sind häufig begründet durch mangelnde Transparenz von Zielen und Vorgehensweisen und Mangel an Rückmeldungen bei gegebenem Datenschutz und festgefahrenen Dienstwegen.

In den einzelnen Arbeitskreisen – aber auch den Fallbesprechungen mit den Familienhebammen im Rahmen der Organisationstreffen – hat sich der Wunsch nach Fallreflexionen herauskristallisiert, mit dem Ziel von Stärken-Schwächen-Analysen eines Fallgeschehens, der Entwicklung von Zielbeschreibungen für künftige Fälle, ebenso wie der Identifizierung eigener Anteile an Wirksamkeit oder Erfolglosigkeit geeigneter Veränderungen.

Dr. Lieselotte Simon-Stolz

Kinder- und Jugendärztin
Koordinatorin für Frühe Hilfen an den Gesundheitsämtern
66538 Neunkirchen , Lindenallee 13
06824/906-8856

l.simon-stolz@landkreis-neunkirchen.de

und

66424 Homburg, Am Forum 1
06841/104-8390

Lieselotte.Simon-Stolz@saarpfalzkreis.de

Vorstellung aller durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen begleiteten Modellprojekte

„Guter Start ins Kinderleben“ (Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Bayern und Thüringen)

PD DR. UTE ZIEGENHAIN

Leiterin der Sektion Pädagogik, Jugendhilfe, Bindungsforschung und Entwicklungspsychopathologie, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm

Säuglinge und Kleinkinder sind aufgrund ihrer besonderen Verwundbarkeit bei Misshandlung und Vernachlässigung besonders gefährdet. Betrachtet man Statistiken, wie sie etwa in den USA im Unterschied zu Deutschland regelmäßig geführt werden, dann ist die Gefahr von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung am größten in den ersten fünf Lebensjahren.¹ Insofern ist frühe Prävention zwingend und notwendig.

Unter den Risiken, die besonders in ihrer Kumulation und Wechselwirkung die Gefährdung für Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung erhöhen, sind eingeschränktes elterliches Erziehungsverhalten und eingeschränkte Erziehungs Kompetenzen von Eltern unmittelbar gefährdend. Gleichzeitig liegt hier aber auch die Chance einer frühen Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen und damit die Chance, eher nicht diskriminierende und rechtzeitige Angebote früher Hilfen vorzuhalten. Eltern früh in ihrem Erziehungs- und Beziehungsverhalten zu stärken und zu unterstützen, ist daher eine plausible Interventionsmaßnahme, eventuellen Fehlentwicklungen, aber auch Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung vorzubeugen. Tatsächlich ist die Wirksamkeit von Interventionen, die Eltern gezielt in ihren Erziehungs- und Beziehungskompetenzen ansprechen, mittlerweile gut belegt.

Dabei kann der frühe Zugang zu Familien und ihre Unterstützung nur interdisziplinär erreicht werden. Dies stellt besondere Anforderungen an Kooperation und Vernetzung zwischen Helfern und Hilfesystemen. Insbesondere zwischen dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe ist eine systematische Kooperation mit geregelten Absprachen und Verfahrenswegen notwendig. Häufig zeigt aber die Praxis, dass gerade in den Fällen, in denen interdisziplinäre Zusammenarbeit fachlich notwendig ist, diese mit vielen Reibungsverlusten verbunden ist.

Dies war der Ausgangspunkt für das Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“. Ziel des Modellprojektes war die frühe Förderung der Erziehungs- und Beziehungskompetenzen von Eltern in prekären Lebenslagen und Risikosituationen insbesondere zur Prävention von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung im frühen Lebensalter. Das Projekt wurde in gemeinsamer Initiative der Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen entwickelt und gemeinsam gefördert. Die Evaluation wird vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ gefördert. Das Projekt wird an je zwei Modellstandorten pro teilnehmendes Bundesland durchgeführt,

¹ US Department of Health and Human Services 1999

und zwar jeweils an einem städtischen und einem ländlichen Standort (Ostalbkreis und Pforzheim in Baden-Württemberg, Erlangen und Traunstein in Bayern, Ludwigshafen und Trier in Rheinland-Pfalz sowie Gera und Kyffhäuserkreis in Thüringen).

Für eine optimale Unterstützung und Versorgung belasteter Eltern wurden im Rahmen des Projektes, gemeinsam mit der Praxis, interdisziplinäre Kooperationsformen und Vernetzungsstrukturen erprobt und entwickelt. Diese bauen ausdrücklich auf bestehenden Regelstrukturen auf beziehungsweise werden in bestehende Regelstrukturen eingebunden. Dabei war es ein wichtiger Schwerpunkt, Angebote von Jugend- und Gesundheitshilfe systematisch miteinander zu koordinieren und dieses Vernetzungskonzept auf der Basis bestehender sozialrechtlicher Grundlagen, Leistungsansprüche und vorhandener Angebote bzw. Zuständigkeiten auf Praxistauglichkeit und Wirksamkeit zu prüfen. Ziel ist es, passgenaue und lückenlose Angebote für die frühe Kindheit vorzuhalten und die bestehende Angebotsstruktur zu optimieren und gegebenenfalls zu ergänzen.

In diesem Beitrag werden beispielhaft für alle anderen Modellstandorte die Erfahrungen aus Ludwigshafen, Rheinland-Pfalz, und dem Ostalbkreis, Baden-Württemberg, berichtet.

Auf struktureller Ebene wurden interdisziplinäre Kooperations- und Vernetzungsstrukturen zwischen Institutionen und niedergelassenen Berufsgruppen der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesundheitshilfe mit den Akteuren an den Modellstandorten etabliert. Als zentrales Instrument wurden „Runde Tische“ eingeführt. Teilnehmer waren alle, die aufgrund ihrer Profession mit dem Thema Kinderschutz in Berührung kommen (Jugendhilfe, Gesundheitshilfe, Beratungsstellen, Polizei, Justiz etc.). Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an den Runden Tischen vor Ort verpflichteten sich als Multiplikatoren bzw. Schlüsselpersonen, die Informationen und Ergebnisse der Runden Tische in ihre jeweiligen Berufsgruppen und Institutionen zurückzumelden und umgekehrt Informationen und Anliegen aus ihrer Berufsgruppe oder Institution in die Runden Tische einzubringen. Zentral für das Gelingen des gesamten Vernetzungsprozesses war die Verabredung, an jedem der Modellstandorte Koordinatorinnen bzw. Koordinatoren, wenn möglich aus der Kinder- und Jugendhilfe und aus dem Gesundheitssystem zu bestimmen, die die Runden Tische organisierten und die Kooperationsabsprachen vor Ort steuerten.

Ziel der Runden Tische war es, eine gemeinsame Kommunikationsplattform zu schaffen und die Grundlage für die Vereinbarung klarer Zuständigkeiten und verbindlicher Verfahrenswege in der Kommune zu legen. Zur Unterstützung dieser interdisziplinären Vernetzungsanforderungen wurde eine Expertise über die sozialrechtlichen und datenschutzrechtlichen Grundlagen der Zusammenarbeit, wie sie in unterschiedlichen Gesetzbüchern festgeschrieben sind, beim Deutschen Institut für Jugendhilfe und Familienrecht in Auftrag gegeben. Diese Expertise „Kooperation für einen guten Start ins Kinderleben – der rechtliche Rahmen“ analysiert die sozial- und datenschutzrechtlichen Grundlagen und Voraussetzungen für eine verbesserte Kooperation im Bereich früher Hilfen, insbesondere an der Schnittstelle zwischen Gesundheitshilfe und Kinder- und Jugendhilfe.²

Ebenso zentral für eine gelingende Vernetzung sind die Entwicklung interdisziplinärer fachlicher Standards und die Entwicklung von Instrumenten zur Einschätzung möglicher

² Meysen, Schönecker & Kindler, 2008

Entwicklungsgefährdung bei Säuglingen und Kleinkindern. Abgestimmt auf die jeweilige Situation und das Risikoniveau von Familien sind sie wichtige Grundlage einer passgenauen Planung von Hilfen. Hierfür wurde eine zweite Expertise von Heinz Kindler erstellt. Diese Expertise „Wie könnte ein Risikoinventar für frühe Hilfen aussehen“ fasst fachliche Grundlagen eines Risikoinventars für den Bereich frühe Hilfen zusammen und leitet daraus einen Vorschlag für ein Risikoinventar ab. Dieser so genannte „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“ eignet sich insbesondere als Baustein für eine frühe und präventive Risikoerfassung für die Zeit rund um die Geburt und im Gesundheitsbereich, da hier gute und wenig stigmatisierende Möglichkeiten eines niedrighwelligen Zugangs zu Eltern liegen.³ Die Initiative hierzu wurde von Frau Dr. Filsinger, Herrn Dr. Gehmann und Herrn Dr. Bechtold sowie weiteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des St. Marien- und St. Annastiftskrankenhauses am Modellstandort in Ludwigshafen ergriffen, von denen eine erste Version des Screeningbogens erstellt wurde, die dann im Rahmen der Expertise weiterentwickelt und genauer gefasst wurde. Der Anhaltsbogen stellt ein einfach und schnell auszufüllendes Grobscreening zum Einsatz in Geburtskliniken dar.

Im Rahmen des Modellprojektes wurden an allen Modellstandorten drei Runden Tische durchgeführt. Die Vorbereitung und Durchführung erfolgte in Kooperation mit den örtlichen Projektkoordinatoren und dem Deutschen Institut für Jugendhilfe- und Familienrecht, das für die Moderation der Runden Tische zur Verfügung stand. Die Rolle des Universitätsklinikums Ulm bestand in der Steuerung und Auswertung des Gesamtprozesses und in fachlichem Input an den Runden Tischen.

Inhaltliche Schwerpunkte dieser Runden Tische waren die Vorstellung und Implementierung des Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch, die Darlegung und Diskussion datenschutzrechtlicher Fragen durch das Deutsche Institut für Jugendhilfe und Familienrecht, die Rückmeldungen und die Diskussion einer Fragebogenerhebung zur Häufigkeit und Zufriedenheit der interdisziplinären Vernetzung mit anderen Akteuren im Frühbereich, die zwischenzeitlich vor Ort durchgeführt wurde, sowie die Diskussion über die Bildung von Arbeitsgruppen zu spezifischen Themen, den jeweiligen Stand bzw. die Weiterentwicklung der Vernetzungsaktivitäten und der Angebotspalette vor Ort.

Zwischen den Runden Tischen fanden an den Modellstandorten Treffen nach Bedarf und in unterschiedlicher Zusammensetzung statt. Es wurden die jeweils vorhergehenden Runden Tische ausgewertet, Rückmeldungen mit den Ansprechpartnern vor Ort eingeholt und rückgekoppelt und die jeweiligen „Arbeitsaufträge“ abgearbeitet.

Über die Begleitung der Runden Tische hinaus und die Bereitstellung der Ergebnisse der Expertisen und der Instrumente wurden ergänzende Angebote für die Vernetzungskoordination der bestehenden Angebotsstruktur an den Modellstandorten vorgehalten.

In Kooperation mit dem Deutschen Institut für Jugendhilfe und Familienrecht wurde für den Übergang von Gesundheitshilfe zur Kinder- und Jugendhilfe an den Modellstandorten ein **Workshop Kinderschutz** durchgeführt, in dem Hebammen, Kinderkrankenschwestern gegebenenfalls Erzieherinnen etc. die Eltern und ihre Säuglinge in (hoch-)belasteten Lebenssituationen sehr früh und in gewöhnlich noch wenig belasteten profes-

³ Meysen, Schönecker & Kindler, 2008

sionellen Kontexten kennen lernen (1), für diskrete und (noch) nicht klinisch auffällige Zeichen beziehungsweise Zeichen von (drohender) Kindeswohlgefährdung sensibilisiert und (2) dafür qualifiziert werden, Eltern ressourcenorientiert und unbedrohlich weiterführende Hilfen anzubieten und ihnen zu vermitteln. Sie werden (3) außerdem über datenschutzrechtliche Aspekte im Kontext von (drohender) Kindeswohlgefährdung informiert und ihnen werden Vorschläge für ressourcenorientierte Formulierungen im Gespräch mit Eltern an die Hand gegeben, die die datenschutzrechtlichen Vorgaben einbeziehen. Ferner (4) werden für sie konkrete Ansprechpartner am Modellstandort angesprochen beziehungsweise Wege der Weitervermittlung von Eltern verbindlich vorgebahnt.

Darüber hinaus werden im Rahmen eines **Workshops Kinderschutz** niedergelassene Berufsgruppen und Mitarbeiter von Institutionen geschult, die Eltern und ihre Säuglinge in Risikolagen früh und in einem noch wenig belasteten professionellen Kontext kennen lernen. Es geht darum, für diskrete und (noch) nicht klinisch auffällige Zeichen beziehungsweise für Zeichen (drohender) Kindeswohlgefährdung zu sensibilisieren, Praktiker dafür zu qualifizieren, Eltern ressourcenorientiert weiterführende Hilfen anzubieten und kompetent zu vermitteln, über datenschutzrechtliche Aspekte im Kontext (drohender) Kindeswohlgefährdung zu informieren und eine ressourcenorientierte Gesprächsführung in der Zusammenarbeit mit Familien zu vermitteln.

An den Modellstandorten wurde des Weiteren ein interdisziplinärer **Weiterbildungskurs Entwicklungspsychologische Beratung** zur Förderung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen durchgeführt.⁴ Die Entwicklungspsychologische Beratung ist als ein Baustein konzipiert, der sich flexibel in unterschiedliche Praxisfelder und institutionelle Hilfestrukturen integrieren und mit anderen Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitssystems verbinden lässt. Die Entwicklungspsychologische Beratung verknüpft die bindungstheoretisch begründete Förderung feinfühligem elterlichen Verhaltens mit der spezifischen Vermittlung von Ausdrucks-, Belastungs- und Bewältigungsverhaltensweisen von Säuglingen und Kleinkindern. Das Vorgehen basiert auf Video-Feedback. Die Durchführung der Beratung ist ressourcenorientiert und erfolgt in Anwesenheit des Säuglings. Auf der Grundlage von kurzen Videoszenen wird Verhalten primär aus der Perspektive des Kindes beschrieben und elterliches Verhalten darauf bezogen. Dabei werden grundsätzlich positive Interaktionen einbezogen und negativen vorangestellt. Den aufeinander folgenden Beratungen werden jeweils neue Videoaufnahmen zugrunde gelegt. Die zertifizierte Weiterbildung wurde berufsbegleitend für Mitarbeiter aus dem Gesundheits- und dem Kinder- und Jugendhilfebereich angeboten.

Mit einer **Kosten-Nutzen-Analyse** wird schließlich die Wirtschaftlichkeit des etablierten Vernetzungs- und Hilfesystems an den Modellstandorten zur Vermeidung von Kindeswohlgefährdung und -vernachlässigung im Hinblick auf ihre finanzielle Rentabilität geprüft.⁵ Aus internationalen Kosten-Nutzen-Analysen ist hinlänglich bekannt, dass direkte und indirekte Effekte durch einen präventiven Kinderschutz die anfänglichen Investitions-

⁴ abgeschlossenes Bundesmodellprojekt, Ziegenhain, Fries, Bütow & Derksen, 2004

⁵ Prof. Dr. Uta Meier-Gräwe und Dipl. oec. troph. Inga Evers

kosten überwiegen, weshalb mit positiven Auswirkungen auch auf finanzieller Ebene für die beteiligten Systeme und darüber hinaus zu rechnen ist.⁶

Insgesamt wurde an allen Modellstandorten ein positives Resümee über die gemeinsame Entwicklung gezogen. Es wurde an allen Modellstandorten einhellig beschlossen, die Vernetzungsarbeit weiterzuführen und, auch nach Ablauf der Modellförderung, weitere Runde Tische durchzuführen. Deutlich wurde aber auch, dass in der Bereitstellung adäquater, rechtzeitiger und passgenauer Hilfen noch Herausforderungen liegen.

Als Ergebnis der Praxisbegleitung und der Erfahrungen an den Modellstandorten wird ein „**Werkbuch Vernetzung**“ erstellt. Es erscheint im Juli 2009. Es soll interessierten Praktikern die Möglichkeit geben, auf der Grundlage der Erfahrungen im Modellprojekt eigene Vernetzungsprozesse zu planen, zu strukturieren und umzusetzen. Die im Projekt gesammelten Praxiserfahrungen werden nach zeitlichen und inhaltlichen Gesichtspunkten strukturiert. Im Rahmen des Handbuches wird überdies ein Glossar mit den wichtigsten Begriffen erstellt, die entweder in der Gesundheits- oder Jugendhilfe unbekannt sind oder unterschiedlich in diesen Systemen gebraucht werden.

⁶ vgl. Meier-Gräwe et al., in diesem Heft

Vorstellung aller durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen begleiteten Modellprojekte

„Guter Start ins Kinderleben“ (Baden-Württemberg, Rheinland- Pfalz, Bayern und Thüringen)

Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“ am Standort Ostalbkreis

DIETER FISCHER

Koordinator des Modellstandortes Ostalbkreis

Der Ostalbkreis liegt 50 Kilometer östlich von Stuttgart und grenzt an seiner Ostseite an das Bundesland Bayern. Die Kreisfläche beträgt 1.512 Quadratkilometer, was ihn zum drittgrößten der 35 Landkreise in Baden-Württemberg macht. Die Einwohnerzahl beträgt etwa 316.000, bei derzeitig jährlich etwa 2.750 Geburten.

Neben den drei Großen Kreisstädten Aalen, Ellwangen und Schwäbisch Gmünd besteht der Ostalbkreis aus den sechs Städten Bopfingen, Heubach, Lauchheim, Lorch, Neresheim und Oberkochen sowie 33 Gemeinden.

Zwischen November 2006 und Dezember 2008 wurden am Modellstandort Ostalbkreis vorhandene Unterstützungs- und Hilfestrukturen im Bereich Schwangerschaft, Geburt und Frühe Kindheit optimiert und dabei gleichzeitig verlässliche Absprachen für einen funktionalen Kinderschutz zwischen den Kooperationspartnern sichergestellt. Informationen zu Kinderschutz, früher Unterstützung und Hilfe wurden aufbereitet, interdisziplinäre Fortbildungen durchgeführt. Dadurch wurde der Grundstock für eine weitere intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit der Kooperationspartner in den verschiedenen Sozialleistungsbereichen gelegt. Unter dem Programmtitel „Gut begleitet durchs Kinderleben“ findet das Projekt im Ostalbkreis jetzt seine Fortsetzung.

Erfassung der Kooperationspartner

Die Kooperationspartner in einem Flächenkreis wie dem Ostalbkreis zu erfassen, machte technische Hilfsmittel erforderlich, die es ermöglichen, den Überblick zu behalten. Mittels der Freeware „Freemind“ war es möglich, die über 1.000 möglichen Kooperationspartner der Jugendhilfe zu erfassen und vor allem noch übersichtlich darzustellen. Es hat sich auch als hilfreich erwiesen, auf vorhandene Adressbestände zurückzugreifen, die für die Jugendhilfe im Jugendamt und für die Gesundheitshilfe im Gesundheitsamt vorhanden sind. Im Rahmen der Netzwerkanalyse durch die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie der Universität Ulm hat sich auch gezeigt, dass das Jugendamt im Bereich der Frühen Hilfen eine zentrale Netzwerkfunktion hat. Zentrale Äste in der Kooperations-“Map“ sind die Bereiche Gesundheit, Schule, Recht und Ordnung, Sozialarbeit und Ausbildung/Beruf. Die weiteren Verzweigungs-Äste der Mindmap ergaben sich aus den lokalen Strukturen. Aus diesen weit über 1.000 Kooperationspartnern galt es dann, repräsentativ für die Bereiche und Raumschaften die Vertreter für die Runden Tische zu finden.

Runde Tische

Der Auftrag seitens der Projektleitung lautete ca. 25 Vertreter für den Runden Tisch zu finden. Dies war im Ostalbkreis, bedingt durch seine Größe und durch die unterschiedlichen Raumschaften, nicht umsetzbar. So waren dann zur Wahrung der Proportionen seitens Träger und Raumschaften zwischen 37 und 45 Mitglieder an den vier Runden Tischen vertreten.

Um es den Vertretern der Gesundheitshilfe, vor allem den freiberuflich Tätigen zu ermöglichen, über den Runden Tisch den Projektprozess aktiv mit zu gestalten, wurde er immer mittwochnachmittags ab 15:00 Uhr einberufen, weil zu dieser Zeit die meisten Arztpraxen keine Sprechstunden hatten.

Am Runden Tisch sind vertreten:

Interdisziplinäre Frühförderstelle Verein Aufwind e.V.; AWO Sozialpädagogische Jugend- und Familienhilfe gGmbH; Landesverband Kath. Kindertagesstätten; Evangelische Kindertagesstättenfachberatung; Marienpflege Ellwangen; St. Canisius Gemeinnützige Kinder- und Jugendhilfe GmbH; Interdisziplinäre Frühförderstelle St. Canisius; Institut für Sozialpädagogische Berufe; Caritas; Kreisdiakonieverband; Sozialberatung; Gleichstellungsbeauftragte Landratsamt Ostalbkreis; Kreisärzteschaft Aalen; Kreisärzteschaft Schwäbisch Gmünd; Hebammen; Gynäkologen; Kinderklinik Ostalb-Klinikum; Elternschule Ostalb-Klinikum; Klinikum Schwäbisch Gmünd; St. Anna-Virngrundklinik; Sozialpsychiatrischer Dienst; Geschäftsbereich Gesundheit Landratsamt Ostalbkreis; AOK Ostalb; Sonderpädagogische Frühförderstellen; Geschäftsbereich Bildung und Innovation, Landratsamt Ostalbkreis; Berufliche Schulen, Arbeitsgemeinschaft für Beschäftigungsförderung im Ostalbkreis; Vertreterin der Familiengerichte; Staatsanwaltschaft Ellwangen; Kinder- und Jugendärzte; Polizeidirektion Aalen; Geschäftsbereichsleitung Jugend und Familie Landratsamt Ostalbkreis; Allgemeiner Sozialer Dienst Landratsamt Ostalbkreis; Besondere Soziale Dienste Landratsamt Ostalbkreis, Beratungsstelle für Schwangere und Eltern mit Kleinstkindern, Landratsamt Ostalbkreis, Ansprechpartner für das Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“.

An den vier Runden Tischen wurden folgende Themen behandelt:

Einführung in das Thema Kindeswohlgefährdung; Datenschutzrechtliche Aspekte zum Kinderschutz; Vorschlag eines Risikoinventars für die Gesundheitshilfe; Chancen und Probleme in Kooperationsbeziehungen; Anhaltbogen für ein vertiefendes Gespräch in der Gesundheitshilfe - Bericht zur Einführung in den Bereichen der Geburtshilfe; Fragebogenerhebung zur Vernetzung und Angebotsstruktur im Ostalbkreis – Rückmeldungen und Diskussion; Weiterführende Überlegungen zum Übergang von der Gesundheitshilfe in Hilfeangebote; Entwicklungspsychologische Beratung – Rückmeldungen und Vernetzung mit dem Runden Tisch – Workshop Kinderschutz; Besondere Kooperationsfelder im Rahmen des Modellprojektes; Die Angebotsstruktur für Familien mit Kindern von 0-3 Jahren im Ostalbkreis – Aktueller Stand und Ideen zur Ausdifferenzierung; Weitere Ausgestaltung der Übergänge von der Gesundheitshilfe in die Jugendhilfe und der interdisziplinären Vernetzung vor Ort; Erläuterungen zum Unterstützungsbogen für die Jugendhilfe durch Dr. Kindler vom Deutschen Jugendinstitut München; Vorstellung der Ergeb-

nisse des Modellprojektes; Abstimmung der sich aus dem Modellprojekt ergebenden weiteren Themen – im Hinblick auf themenbezogene Arbeitskreise (welche sind schon vorhanden, welche sind noch erforderlich?) und im Hinblick auf trägerübergreifende Fortbildungsthemen.

Zugangsbereiche

Die Forschung zeigt uns auf, dass frühe Hilfe sich positiv auf die Entwicklung der Kinder auswirkt. Deshalb war es nahe liegend, dort nach den Kindern zu schauen, wo sich ohnehin die Kinder in hoher Zahl befinden: Im Bereich der Gesundheitshilfe rund um Schwangerschaft, Geburt.

Im Laufe des Projektes wurde ein weiterer Zugangsbereich identifiziert, die Arbeitsgemeinschaft für Beschäftigungsförderung des Ostalbkreises (ABO). Somit ergeben sich Zugangsbereiche, die von fast allen Kindern eines Geburtsjahrgangs durchlaufen werden.

Zuständigkeit für Frühe Hilfen

Aufgrund der Tatsache, dass man in den Rechtsvorschriften der Jugendhilfe, außer der Mutter-Kind-Unterbringung, keinen originären Auftrag für Schwangere findet, stellte sich die Frage, wer denn diesen Bereich sozialpädagogisch zu beraten hat. Es stellte sich heraus, dass die Schwangerenberatungsstellen in der Öffentlichkeit und vielfach auch in der Fachöffentlichkeit vor allem als Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen wahrgenommen, eigentlich die Stellen sind, die sozialpädagogisch kompetent die Schwangeren und wie sich bei weiterer Durchsicht der Rechtsvorschriften ergab, auch die Eltern mit Kleinstkindern zu beraten haben.

Nach einem Kooperationsgespräch mit Caritas und Diakonie konnte dann erreicht werden, dass alle Schwangerenberatungsstellen des Ostalbkreises vor allem den Eltern zur Unterstützung zur Verfügung stehen, deren Unterstützungsbedarf im Ostalbklinikum, im Klinikum Schwäbisch Gmünd oder in der St. Anna–Virngrundklinik erkannt wird.

Im Zuge dieser Erkenntnisse wurde dann auch die Schwangerenberatungsstelle des Landkreises umbenannt in „Beratungsstelle für Schwangere und Eltern mit Kleinstkindern“.

Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch

Ausgehend von der intensiven Kinderschutzdiskussion wurden seitens der Forschung Risikofaktoren für eine mögliche spätere Kindeswohlgefährdung herausgearbeitet.

Mit dem „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“ wurde ein Instrument geschaffen, das es dem Personal in der Gesundheitshilfe möglich macht, Unterstützungsbedarf für Eltern und Schutzbedarf für Kinder möglichst sicher einschätzen zu können. In den drei Ostalbkliniken und über die Kinderkliniken auch zu den Kinderärzten transportiert, entwickelte sich eine rege Diskussion, wer denn die Anhaltsbögen für ein vertiefendes Gespräch, vor allem in den Kliniken, am zweckmäßigsten anwenden könnte.

Im Laufe des Modellprojektes haben sich die Hebammen als die Berufsgruppe herauskristallisiert, die neben den medizinischen Umständen auch die sozialen Umstände einer jungen Familie am ehesten im Blick haben. Von Schwangerschaft über Geburt bis zur Nachsorge vor Ort bei der Familie, genießen sie ein hohes Maß an Vertrauen und können so, sofern Unterstützungs- oder Schutzbedarf in der Familie in ihren Blick kommt, die Familien früh mit den geeigneten Stellen zusammenbringen.

Sehen, erkennen, unterstützen

Jugendhilfe versucht seit langem, früher die Familien zu erreichen, die Unterstützungsbedarf haben, um möglichst zeitig mit weniger Aufwand und weniger Eingriff, Kindern bessere Entwicklungschancen zu ermöglichen.

Vor allem durch die Bindungsforschung wurde deutlich, dass schon sehr früh in der Interaktion zwischen Bezugsperson und Kind deutliche Signale vorhanden sind, die auf Unterstützungsbedarf hinweisen. Können diese gesehen werden und kann erkannt werden, was für die Entwicklung des Kindes erforderlich ist, kann frühzeitig wirksame Unterstützung implementiert werden.

Im Bereich der Gesundheitshilfe werden schon immer die Hochrisikokonstellationen wahrgenommen.

Durch verbesserte Kooperation mit den entsprechenden Fachstellen kann sich die Wahrnehmung der Fachkräfte in den Sozialleistungsbereichen so verändern, dass frühzeitiger dezentraler Unterstützungsbedarf erkannt und damit auch frühzeitiger weniger aufwändig Unterstützung implementiert werden kann.

Internes/externes Fachwissen

Nicht überall ist das für die spezifische Frühberatung pädagogisch/psychologisch/sozialpädagogisch/rechtlich erforderliche Fachwissen vorhanden. In den drei Kliniken des Ostalbkreises ist dieses spezifische Fachwissen für den Frühbereich unterschiedlich vorhanden. Bringt in der einen Klinik der gut ausgebildete und hoch motivierte Krankenhaussozialdienst (Sozialpädagogin) das beraterische Fachwissen ein, ist dies in der anderen Klinik die Sozialpädagogin der Kinderklinik, die hier das pflegerische und medizinische Fachpersonal unterstützt. In der dritten Klinik des Ostalbkreises erfolgt die fachliche Unterstützung durch die sozialpädagogischen Fachkräfte der Schwangerenberatungsstellen. Diese unterstützen die Hebammen der Klinik fachlich, wenn diese bei einer jungen Mutter bzw. bei einer jungen Familie Unterstützungsbedarf sehen und diesen nicht selber erledigen können.

Im Zugehen des Fachpersonals auf die Familien, bei denen Unterstützungsbedarf gesehen wird, besteht noch eine sehr große Unsicherheit. Das führt vor allem dann zu noch mehr Unsicherheiten, wenn die Familien den Unterstützungsbedarf, der in der Klinik gesehen wird, nicht sehen wollen oder nicht sehen können. Diese Unsicherheit, landläufig auch mit einem „unguten Bauchgefühl“ beschrieben, macht deutlich, dass der Umgang mit unterschiedlichen Wahrnehmungen und Einschätzungen noch verbessert werden kann.

Ausbildung, Fortbildung, fachlicher Austausch

In einem zweitägigen Kinderschutz-Workshop für das Personal aus den Sozialleistungsbereichen außerhalb der Jugendhilfe (Ärztinnen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Hebammen, Krankenhaussozialarbeiterinnen, Mitarbeiterinnen aus der Elternbildung, Mitarbeiter aus der Schwangerenberatung, Krankenpflegekräfte, ...) wurden vielfältige Kooperations Themen aufgearbeitet, u.a. auch das Thema, das in Kooperationsbeziehungen oft eine gute Kooperation verhindert, nämlich die Tatsache, dass oft erst beim Kooperationspartner Veränderungsbedarf gesehen wird, bevor man eigenes Handeln verändert.

In diesem Sinne wurden Kooperationswege reflektiert, „ungute Bauchgefühle“ besprochen und der Umgang damit geübt. Daneben konnte auch viel über den Arbeitsalltag der anderen Workshopteilnehmerinnen und -teilnehmer in Erfahrung gebracht werden.

Entwicklungspsychologische Beratung

Im Rahmen des Modellprojektes „Guter Start ins Kinderleben“ wurde im Ostalbkreis ein weiteres Beratungsmodul etabliert: Die Methode der Entwicklungspsychologischen Beratung.

An viermal vier Tagen Blockfortbildung und vielen Vor- und Nachbereitungsterminen konnten die 13 Teilnehmerinnen und Teilnehmer lernen, wie es videogestützt möglich ist, relativ früh bessere Beziehungsqualität zwischen Kleinstkind und Bezugsperson zu erreichen. Neueste Erkenntnisse aus der Säuglings- und Kleinkinderforschung und der Bindungsforschung flossen in diese Fortbildung genauso ein wie entwicklungspsychologische Grundbedürfnisse von Kleinstkindern.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die die Methode der Entwicklungspsychologischen Beratung erlernten, sind in folgenden Arbeitsfeldern tätig:

Sozialpädagogische Familienhilfe, Schwangerenberatungsstelle, interdisziplinäre oder sonderpädagogische Frühförderstelle, Mutter-Kind-Einrichtung, Erziehungsdienst in der Kinderklinik, Erziehungsberatungsstelle, Jugendhilfeeinrichtung.

Das Fortbildungszertifikat überreichten Staatssekretär Dieter Hillebrand vom Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg und der Landrat des Ostalbkreises Klaus Pavel.

Schnell wurde vor allem im Bereich der frühen Hilfen deutlich, dass die Methode der Entwicklungspsychologischen Beratung neben den schon vorhandenen Methoden sehr effektiv eingesetzt werden kann.

Ablaufstrukturen

Als ein wichtiger Faktor im Kooperationsprozess stellte sich heraus, dass die Ablaufstrukturen des jeweiligen Kooperationspartners bekannt sein sollten. Dadurch entstehende Transparenz machte es möglich, Fehlerquellen zu erkennen und zu beseitigen. Insbesondere bei schwierigen Kinderschutzfällen dürfte dies zur Steigerung der Kooperationsqualität beitragen.

Kalender/Plakat

Im Lauf des Modellprojekts sammelte sich immer mehr Material an. Für die Arbeit mit den Familien ist es wichtig, dann, wenn Informationen erforderlich werden, diese verfügbar zu haben.

Es entstand die Idee eines Jahreswandkalenders, der die Informationen über die Stellen, die unterstützend tätig werden können, enthält. Dieser ist – zwischenzeitlich weiterentwickelt – in einer Auflage von über 300 Stück im Ostalbkreis verbreitet.

Passeinleger, Flyer

Im Rahmen der Diskussion, wie mit möglichst wenig Verwaltungsaufwand alle Neugeborenen in den Blick zu bekommen sind und Informationen über Stellen, die Unterstützung anbieten, für die jungen Familien aufbereitet zur Verfügung gestellt werden könnten, entstand die Überlegung, sich doch an vorhandenem Material zu orientieren. So lag es nahe, den Mutterpass und das Untersuchungsheft für Kinder als „Container“ für das Infomaterial zu benutzen. Mit der Realisierung der Einlegeblätter in U-Heft und Mutterpass entstand am Runden Tisch dann auch noch die Idee, die Informationen auch in Form eines Flyers anzufertigen und zur Verfügung zu stellen; zwischenzeitlich auch in russischer und türkischer Sprache.

Infokegel

Als weitere Idee, vor allem am Schreibtisch, in der Praxis, im Wartezimmer wichtige Informationen bereit zu halten, entstand der Infokegel. Dieser Kegel, leicht herstellbar und auch auf weitere Bereiche außerhalb der Frühen Hilfen übertragbar, erfreut sich inzwischen großer Beliebtheit und ist auch in großer Zahl verbreitet.

Denkmodell „Ostalb-Tridem“

Der Slogan, aus dem Marketingbereich der Wirtschaft kommend, „One Face to the Customer“ machte an anderen Modellstandorten die Runde. Koordinierende Kinderschutzzstellen wurden in Bayern eingerichtet. Am Standort Ludwigshafen wurden zwei Stellen als erste Anlaufstellen im Modellprojekt geschaffen. In einem Flächenkreis der Größenordnung von über 1.500 Quadratkilometern ist das nicht sinnvoll umzusetzen. Dazu kommt, dass der Kreis, geschichtlich gewachsen, aus mehreren Raumschaften mit unterschiedlichen Strukturen besteht.

Aus diesem Umstand entstand die Idee, dass jeder Zugangsbereich – und später eventuell jede Institution, die Kinder versorgt, ein Denkmodell im Kopf hat, das zum einen frühe Unterstützungsmöglichkeiten für die Familien sichert, die Unterstützungsbedarf haben, und zum anderen auch gleichzeitig die Stelle aufzeigt, wo schnellstmöglichst der Schutz von Kindern sichergestellt werden kann.

Verbunden mit einer „insoweit erfahrenen Fachkraft im Kinderschutz“ entstand damit ein Denkmodell, das dem Modell des § 8a SGB VIII entspricht.

Fazit

Alles in allem hat sich das Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“ – vor allem für die Kinder im Ostalbkreis – gelohnt. In der ganzen Zeit des Modellprojektes waren die Kooperationspartner, und dies waren nicht wenige, hoch motiviert, den Kinderschutz und den Bereich der Frühen Hilfe im Ostalbkreis weiterzuentwickeln. Wichtige Prozesse wurden, streckenweise in euphorischer Aufbruchstimmung, angestoßen, Ideen in praktische Hilfsmittel umgesetzt und nicht zuletzt exemplarisch für andere Flächenlandkreise modellhaft erprobt, was im Bereich der Frühen Hilfen und im Kinderschutz hilfreich ist. Es steht jetzt schon fest, alle Mitwirkenden am Projekt haben ihre Kooperationsbeziehungen verbessert, ihre Strukturen weiter optimiert und die Arbeitsbeziehungen für eine effektivere Unterstützung unserer jungen Familien verbessert. Mit jedem Schritt im Modellprojekt haben sich alle Beteiligten weiterentwickelt. Nach Abschluss des Modellprojektes heißt es jetzt die Nachhaltigkeit zu sichern. Dies ist im Ostalbkreis dadurch gewährleistet, dass der Runde Tisch sich weiter jährlich trifft, um die Frühen Hilfen weiterzuentwickeln. Das Thema der Frühen Hilfen soll auch weiterhin in allen Arbeitskreisen, die sich mit diesem Themenkreis befassen, immer wieder auf die Tagesordnung kommen. Nicht zuletzt werden die Ergebnisse des Modellprojektes auch in weitere Bereiche transportiert werden.

Das zitierte Material und weitere Informationen finden Sie auf der Internetseite <http://www.guterstart.ostalbkreis.de>.

Zusammenfassung der wichtigsten Projektthemen und deren praktische Umsetzung:

- **Eltern nicht stigmatisieren**
durch Platzierung des Schutzbedarfs als eine Bedarfslage im Gesamtbedarf für Unterstützung, Hilfen und Schutz.
- **Identifizierung von Zugangsbereichen zu Unterstützung/Hilfe/Schutz**
durch Feststellung der Kooperationspartner, bei denen die meisten Kinder systembedingt präsent sind.
- **Kommunikation mit den Kooperationspartnern im Bereich Früher Hilfen**
durch Runde Tische und regelmäßigen interdisziplinären fachlichen Austausch.
- **Möglichst frühe Identifizierung von Unterstützungs-, Hilfe-, bzw. Schutzbedarf**
durch Blick des Klinikpersonals (insbesondere der Hebammen) und des Personals der Arbeitsgemeinschaft für Beschäftigungsförderung im Ostalbkreis auf alle Schwangeren bzw. Neugeborenen und ihre Eltern.
- **Deckung des Informationsbedarfs der Zugangsbereiche über regionale Möglichkeiten von Unterstützung, Hilfe und Schutz**
durch innovative Medien.
- **Praktische Projektarbeit mit enger Kooperation zu wissenschaftlichen Erkenntnissen**
durch Kooperation mit der KJPP der Universität Ulm.
- **Verbesserung der Bindungsmöglichkeiten der Kleinstkinder**
durch Erfassung und positive Veränderung der Interaktion der Eltern mit ihren

Kleinstkindern.

- **Unterstützung der Zugangsbereiche außerhalb der Jugendhilfe im Umgang mit den neuen Anforderungen**
durch Fortbildung zu den Themen Unterstützung, Hilfe und Schutz.
- **Standardisierung der Kooperationsabläufe bei Unterstützungs-, Hilfe- und Schutzbedarf**
durch Strukturierung der eigenen Arbeitsabläufe und Erarbeitung von Kenntnissen über Schnittstellen zu und Arbeitsabläufen bei den Kooperationspartnern.
- **Informationen für alle Eltern von Neugeborenen über Unterstützungs-, Hilfe- und Schutzmöglichkeiten im Ostalbkreis geben**
durch Einleger in Untersuchungsheft für Kinder (Mutterpass).

Vorstellung aller durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen begleiteten Modellprojekte

„Guter Start ins Kinderleben“ (Baden-Württemberg, Rheinland- Pfalz, Bayern und Thüringen)

Erfahrungen aus dem Modellstandort Ludwigshafen am Rhein

JÜRGEN MAY

Koordinator des Modellstandortes Ludwigshafen

Die Teilnahme am Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“ war in Ludwigshafen ein willkommener Anlass, die traditionell gute, aber immer am aktuellen Einzelfall orientierte Zusammenarbeit zwischen dem St. Marien- und St. Annastifts Krankenhaus und dem Stadtjugendamt strukturell zu ordnen.

Mit der engagierten Chefärztin der Geburtsklinik, Frau Dr. Barbara Filsinger, und ihrem Klinikteam auf Seiten der Gesundheitshilfe hat die Jugendhilfe einen zuverlässigen Partner und die oft beschworene „Kooperation auf Augenhöhe“ wird im Arbeitsalltag gelebt.

Sehr schnell wurde deutlich, dass bei etwa 1.600 Geburten im Jahr und bei einem geschätzten Hilfe- und Unterstützungsbedarf für junge Familien von 7 Prozent die Anzahl der Ansprechpartner bei der Jugendhilfe für die Klinik zum einen überschaubar und zum anderen zuverlässig erreichbar sein muss.

Prof. Jörg Fegerts Empfehlung „one face to the customer“ war demnach die handlungsleitende Idee, beim Jugendamt einen Fachdienst für frühe Hilfen einzurichten. Damit wird die Anzahl der Ansprechpartnerinnen für die Klinik auf zwei Fachkräfte klar eingegrenzt.

Der Fachdienst hat eine sowohl nach innen wie nach außen wirkende klare Aufgabenbeschreibung und stellt für die Klinik darüber hinaus auch die Nahtstelle zu den umliegenden Jugendämtern sicher.

Aufgaben des Fachdienstes

Der Fachdienst hat folgende Funktionen:

- Zentrale Ansprechpartnerinnen für Geburtskliniken:
 - St. Marienkrankenhaus,
 - Klinikum der Stadt Ludwigshafen,
 - auswärtige Kliniken.
- Kooperationspartnerinnen für die Hebammen,
- Fallkoordination im Stadtjugendamt Ludwigshafen,
- Vermittlungsstelle für auswärtige Jugendämter,
- Einzelfallbearbeitung,

- entwicklungspsychologische Beratung,
- Vernetzungsaufgaben im Rahmen des Landesgesetzes zum Schutz des Kindeswohls und der Kindergesundheit Rheinland-Pfalz,
- anonyme Fallberatung.

Gerade Letzteres hat sich als das geeignete Instrument zur interdisziplinären Falleinschätzung und gegebenenfalls Einleitung weitergehender Hilfen erwiesen.

Schnell wurde auch deutlich, dass ein vierwöchiger Rhythmus mit zwei Beratungsstunden nicht ausreichte, um eine präzise Falleinschätzung und Hilfeplanung zu realisieren. Mittlerweile ist ein dreiwöchiger Sitzungsturnus mit drei Beratungsstunden eingeführt.

Die zu beratenden Fälle ergeben sich aus der Falleinschätzung der Klinik, die anhand des Anhaltsbogens zu einem ersten Grobscreening kommt.

Der Ludwigshafener perinatale Erhebungsbogen (LuPe) wurde im Rahmen des Modellprojektes „Guter Start ins Kinderleben“ von Dr. Barbara Filsinger, Dr. Jochen Gehrman, Dr. Istvan Bechthold, St. Marien- und St. Anastiftskrankenhaus Ludwigshafen, Priv.-Doz. Dr. Ute Ziegenhain, Universitätsklinikum Ulm, und Dr. Heinz Kindler, Deutsches Jugendinstitut e.V., München, entwickelt.

Die intensive Auseinandersetzung mit jedem Einzelfall hat zu einer deutlichen, professionellen Nähe zur Klientel geführt und die Ressourcen und Möglichkeiten der Familien können einzelfallbezogen mit der geeigneten und notwendigen Hilfe aus dem Leistungskatalog des Gesundheitswesens und der Jugendhilfe ergänzt werden.

Auch kleinere Starthilfen, die in keinem Leistungskatalog vorgesehen sind, konnten unkompliziert und zeitnah finanziert werden.

Die Einrichtung eines „Feuerwehrfonds“ für schnelle Hilfen ist derzeit in der Planung.

Insbesondere die angstfreien Zugänge der Familien zur Jugendhilfe durch die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Hebammen sind hier ein wesentlicher Schritt in eine zukunftsweisende Vernetzung der Disziplinen.

Gemeinsame Fortbildungen führen zu einem gemeinsamen Fallverstehen und damit zu einer gemeinsamen Sprache.

Die Methode der „Entwicklungspsychologischen Beratung“, deren erster Ausbildungsgang am 27.06.2008 mit einer Zertifikatsfeier abgeschlossen werden konnte, eröffnet ein neues Handlungsfeld für eine gute frühkindliche Entwicklung und für eine beständige und verlässliche Bindung von Kind und Eltern.

Nach zwei Jahren intensiver Erfahrungen und zeitnahe Ausbau der geeigneten Konferenzstrukturen ist deutlich, dass hier im präventiven Bereich Lösungen entwickelt werden können, die künftige, langfristige und kostensintensive Maßnahmen für die Gesundheits- und die Jugendhilfe minimieren helfen.

Mit Blick auf die jungen Familien eröffnet sich ein chancenreiches Feld der interdisziplinären Zusammenarbeit, das einen frühen, niederschweligen und unkomplizierten Zugang zu frühen Hilfen ermöglicht.

Offensichtlich wirken gelungene Hilfen auch stark in die Fläche, wie die mittlerweile sieben Frauen verdeutlichen, die bereits im frühen Schwangerschaftsstadium einen Kontakt zum Fachdienst aufgenommen und um Beratung und Begleitung nachgefragt haben.

Die örtlichen Erfahrungen im Modell machen Mut, die Empfehlung auszusprechen, die strukturell vereinbarte Kooperation von Geburtsklinik und Jugendhilfe auszubauen und damit möglichst allen Kindern einen guten Start ins Kinderleben zu ermöglichen.

Weitere Informationen und Kontakt unter:

gsik@ludwigshafen.de

Vorstellung aller durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen begleiteten Modellprojekte

„Familienhebammen – Frühe Unterstützung – Frühe Stärkung?“ (Niedersachsen)¹

KATJA MAKOWSKY

Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsschwerpunkt Maternal Health,
Universität Osnabrück

SIGRID HUS-HALSTENBERG

Familientherapeutin, Deutscher Kinderschutzbund, Orts- und Kreisverband Osnabrück,
und Leiterin des Praxisprojekts Familienhebammen im Landkreis Osnabrück

JUTTA STUKENBORG, BEATE SCHÜCKING

Familienhebammen sind Hebammen mit einer spezifischen Weiterqualifikation, die Frauen in psychosozial belastenden Lebenssituationen in der Schwangerschaft und bis zu einem Jahr nach der Geburt des Kindes im Aufbau einer tragfähigen Familiensituation unterstützen. Dieser Vortrag wird Ihnen einen Einblick in den Einsatz von Familienhebammen im Landkreis Osnabrück geben, er wird auf Hintergründe und Zielsetzungen des Praxisprojektes und der begleitenden wissenschaftlichen Evaluationsstudie eingehen und Ihnen schließlich erste Ergebnisse und Erfahrungen bei der praktischen Umsetzung präsentieren.

Das Praxisprojekt *Familienhebammen im Landkreis Osnabrück* in Trägerschaft des Deutschen Kinderschutzbundes Orts- und Kreisverband Osnabrück e.V. (Leitung: Sigrid Hus-Halstenberg, Dipl. Sozialpädagogin und Familientherapeutin) begann am 01.01.2007, die Evaluationsstudie zu diesem Projekt unter dem Titel *Familienhebammen: Frühe Unterstützung – Frühe Stärkung?* am 1.11.2007 (Universität Osnabrück, Leitung: Prof. Dr. med. Beate Schücking). Beide Projekte sind auf eine Laufzeit von jeweils drei Jahren begrenzt.

Im Landkreis Osnabrück werden insgesamt 11 Familienhebammen eingesetzt. Der Landkreis Osnabrück hat eine Größe von 2.121,59 Quadratkilometern und erstreckt sich über eine Länge von 75 km. Am 31.12.05 lebten 359.449 Menschen im Landkreis Osnabrück, die Geburtenrate lag im Jahr 2005 bei 3.335. Die Familienhebammen werden im gesamten Landkreis eingesetzt. In der Regel richten sich ihre Einsatzbereiche nach den jeweiligen Wohngebieten.

Da bisherige Studien zeigen, dass Hebammen auch bei Familien in psychosozial belastenden Lebenslagen einer hohen Bereitschaft begegnen, sich auf Beratungs- und Unterstützungsangebote einzulassen, entschied sich der Landkreis Osnabrück für den Einsatz von Familienhebammen zur Betreuung gerade dieser Familien. Er finanzierte daher die Fortbildung von 11 interessierten Hebammen zu Familienhebammen. Die grundsätzliche Bereitschaft der Familien soll durch Familienhebammen genutzt werden, um positive Impulse mit nachhaltiger Wirkung zu stabilisieren und weiterzuentwickeln. Übergeordnetes Ziel der angebotenen Familienhebammenhilfe ist es, das Kindeswohl durch präventive

¹ Das Projekt wurde von Katja Makowski und Sigrid Hus-Halstenberg vorgestellt.

Maßnahmen zu fördern, indem den Frauen bereits vor der Geburt Beratung angeboten wird. Die begleitende Evaluationsstudie untersucht, inwieweit das Angebot der Familienhebammen wirklich von Frauen in psychosozial belastenden Lebenssituationen in Anspruch genommen und akzeptiert wird und inwieweit durch den Einsatz von Familienhebammen mütterliche/familiäre Ressourcen nachhaltig gefördert werden. Hinterfragt wird zudem, wie sich die Vernetzung der Familienhebammen im System Früher Hilfen auf die Arbeit der Familienhebammen auswirkt.

Nun möchten wir etwas genauer auf die **Evaluationsstudie** eingehen. Die Evaluation des Familienhebammenprojektes im Landkreis Osnabrück verfolgt im Wesentlichen drei Ziele. Sie will:

- die Akzeptanz und Erreichbarkeit der Familienhebammen durch betroffene Schwangere und Mütter erfassen,
- feststellen, ob durch Familienhebammen bereits vorhandene Ressourcen gefördert und erweitert werden,
- untersuchen, inwieweit sich eine intensivierete Vernetzung aller zuständigen Gesundheits- und Sozialsysteme positiv auf die Arbeit der Familienhebammen – und damit die Gesundheitsförderung der durch sie betreuten Familien – auswirkt.

Angelegt ist die Studie im Design einer prospektiven Kurz-Längsschnitt-Studie mit zwei Erhebungszeitpunkten. Dabei werden sowohl qualitative als auch quantitative Vorgehensweisen eingesetzt. Die Datenerhebung bezieht sich auf die Nutzerinnen (d.h. betroffene Frauen und deren Familien), die Familienhebammen und das professionelle Netzwerk. Die folgende **Tabelle 1** gibt einen Überblick darüber, auf welche Weise und in welchem Umfang diese unterschiedlichen Bereiche und Personengruppen in die Studie einbezogen werden:

Vorgehensweise bei der Datenerhebung		
Nutzerinnen	Familienhebammen	Netzwerk
<p>N= 60 – 80 im Projekt betreute Frauen:</p> <p>Standardisierte, schriftliche Befragung zu Beginn und zum Ende der Betreuung zu ausgewählten Aspekten von Gesundheit und Wohlbefinden</p> <p>Zusätzlich werden mit N= 10 – 20 Frauen dieser Gruppe qualitative problemzentrierte Interviews geführt</p>	<p>N= 11 Familienhebammen: Expertinneninterviews, regelmäßige Teambegleitungen</p> <p>Ergänzend findet eine standardisierte Erfassung z.B. der eigenen Vernetzung zu zwei Zeitpunkten statt</p>	<p>Vertreter/innen des Gesundheits- und Kinder- und Jugendsystems:</p> <p>Expertinneninterviews</p> <p>Standardisierte Erfassung der Familien, die diese Form der Hilfeleistung nicht in Anspruch nehmen, über Einrichtungen im Gesundheitsbereich und der Jugendhilfe</p>

Tabelle 1

© Projekt Familienhebammen

Demnach sollen 60 bis 80 der im Projekt betreuten Frauen zum Beginn und zum Ende der Betreuung mittels eines schriftlichen Fragebogens befragt werden. Dieser Fragebogen wurde aus verschiedenen, bereits validierten, das heißt im Hinblick auf ihre Güte und Aussagekraft erprobten Instrumenten zusammengesetzt. Er enthält beispielsweise einen Fragebogen zum Kohärenzgefühl, zur sozialen Unterstützung, zur Erfassung von Angst und Depressivität und zu körperlichen Beschwerden und Belastungen. Auch die Entwicklung des Kindes sowie gegebenenfalls bestehende Komplikationen und Belastungen werden erfasst. Zusätzlich werden 10 bis 20 dieser Frauen mit Hilfe von problemzentrierten Interviews zum Ende der Betreuung befragt. Diese Interviews ermöglichen es den Frauen, über ihre Erfahrungen und Einstellungen bezüglich der Familienhebammenhilfe zu berichten und ihre derzeitige Lebenssituation zu beschreiben.

Die 11 im Projekt tätigen Familienhebammen werden im Rahmen von Interviews nach ihren Motiven zur Weiterqualifizierung und zu beruflichen Prioritäten und Aufgaben bezüglich ihrer Arbeit als Familienhebamme gefragt. Die Vernetzung wird zusätzlich anhand eines kurzen Fragebogens zu zwei Zeitpunkten standardisiert erfasst.

Vertreter/innen des Kinder- und Jugendhilfesystems und des Gesundheitssystems werden über ihre Erfahrungen und ihre Zufriedenheit mit Familienhebammen befragt. Ergänzend werden Aspekte erhoben, die sich auf die Rolle der Familienhebamme im System Früher Hilfen auch in Abgrenzung zu anderen Helfer/innen beziehen. Außerdem wurden Beratungseinrichtungen und Kliniken in Stadt und Landkreis Osnabrück angeschrieben, um zu erfahren, wie sich Frauen und deren Familien charakterisieren lassen, die diese Hilfe angeboten bekommen, sie jedoch nicht in Anspruch nehmen. In diesem Zusammenhang wird standardisiert beispielsweise erfasst, zu welchem Zeitpunkt durch welche Person über das Angebot informiert wurde, was der erhoffte Nutzen von Familienhebammenbetreuung gewesen wäre und weshalb und durch wen die angebotene Betreuung abgelehnt wurde.

Bislang liegen vorläufige Ergebnisse vor, die wir Ihnen, bezogen auf die in der Tabelle zusammenfassend dargestellten Bereiche bzw. Personengruppen, in ausgewählter Form vorstellen möchten.

Aus der Befragung der **Nutzerinnen**, das heißt der Frauen, die Familienhebammenhilfe in Anspruch genommen haben, lässt sich sagen, dass die Akzeptanz der Familienhebamme besonders dann hoch ist, wenn die Inanspruchnahme auf natürlichem Wege, d.h. im Rahmen der Geburtsvorbereitung oder der Wochenbettbetreuung zustande kommt. Hilfreich ist es zudem, wenn die Familienhebammenbetreuung die ausschließliche Hebammenhilfe darstellt, die Inanspruchnahme freiwillig erfolgt und sich Familienhebamme und betreute Familie sympathisch sind. Diese Erfahrung beschreibt auch eine Familienhebamme nach einem Erstbesuch bei einer Schwangeren:

„Sie können ruhig wiederkommen – Sie haben Humor!“

Die bisherige Statistik über betreute Familien verdeutlicht, dass das Angebot generell von Familien der angestrebten Zielgruppe in Anspruch genommen wird. So verfügten im Jahr 2008 beispielsweise 74 Prozent der betreuten Familien nicht über eigenes Einkommen, eingesetzt wurden Familienhebammen überwiegend aufgrund von Überforderung, psychischer Erkrankung, Migration oder Minderjährigkeit der Mutter. Die erste standardisier-

te Befragung, die in Form eines Pretests mit N=12 Frauen durchgeführt wurde, ergab Hinweise auf einen Bedarf zur Förderung bestehender Ressourcen. Hier gaben überdurchschnittlich viele Frauen eine sehr niedrige soziale Unterstützung (MSSS) und ein sehr niedriges Kohärenzgefühl (SOC-L9) an. Eine Wöchnerin beschreibt rückblickend, wie Familienhebammen ihrer Ansicht nach bestehende soziale Netzwerke fördern können:

„Sie hat mir auch viel so gesehen geholfen auch wieder (...) richtig Kontakt zu meinen Eltern (...) aufzubauen. (...) sie (...) hat (...) mit mir drüber geredet (...) was falsch gelaufen ist (...) Oder (...) wie ich das alles regeln kann (...) oder Kontakt zu meiner Schwester wieder aufzubauen, (...) ich hab dann, (...) wenn die Stunde (...) zu Ende war (...) versucht (...) meine Eltern und bei meiner Schwester (...) anzurufen (...). Es war sehr gut, sonst hätt ich jetzt nicht so Kontakt mit meiner Schwester und mit meinen Eltern wie jetzt“.

Die **Familienhebammen** berichten über sehr unterschiedliche Erfahrungen hinsichtlich ihrer Akzeptanz in den Familien. Während einige Familienhebammen schildern, diesbezüglich durchaus auch Erfahrungen von Ablehnung zu sammeln:

„Ich kam da in strömendem Regen an und sie öffnet mir die Tür mit den Worten: oh, auf dich hab ich jetzt überhaupt keinen Bock.“

berichten andere Familienhebammen über positive Erfahrungen:

„Ich hab bis jetzt immer Familien gehabt, die meine Hilfe gerne angenommen haben. (...) Ich freu mich für die Familie aber auch für mich, ich hab ein Ziel erreicht.“

Auch die Erreichbarkeit der Familien wird von den Familienhebammen angesprochen. Berichtet wird sowohl von Familienhebammen als auch von betreuten Frauen, dass die telefonische Erreichbarkeit sichergestellt sei. Als typisches Merkmal der im Projekt betreuten Familien im Unterschied zu sonstigen Klientinnen beschreiben die Familienhebammen zudem, dass die „Projektfrauen“ in der Regel schwer erreichbar wären und dass es vielfach schwierig sei, Termine zu vereinbaren. Die standardisierte Erfassung zur Vernetzung der Familienhebammen im System Früher Hilfen zeigt zu Beginn der Familienhebammentätigkeit ausgeprägte Vernetzungen im Gesundheitssystem, die sich die Hebammen im Rahmen ihrer Freiberuflichkeit aufgebaut haben. Die Vernetzung im Sozial- und Jugendhilfesystem ist weiter auszubauen. Bezogen auf die Kooperation und Vernetzung werden Schwierigkeiten geäußert, wenn der Kontakt zwischen Familienhebamme und Sozialdienst nicht direkt erfolgt und beispielsweise auf eine Rückantwort gewartet wird. Dies beschreibt beispielsweise eine Familienhebamme:

„(...) Die Kooperation ist eher schleppend. (...). Da wünschte man sich schnelle Kommunikation und (...) Austausch. (...) Ich denke (...) wenn die Arbeit (...) als wichtig angesehen wird (...) von den Mitarbeitern, dass sie dann unsere Arbeit sehen und verstehen (...) was wir machen (...). Andererseits weiß ich, dass die sehr überlastet sind und (...) andere Prioritäten (...) haben als wir. (...) Das zu wissen, (...) hilft mir (...) bei der Arbeit. (...) Ich würde nachhaken, (...) solange, bis ich den Menschen am Telefon habe.“

Positiv werden von den Familienhebammen gemeinsame Absprachen zwischen Familienhebamme und Sozialpädagogischer Familienhilfe bewertet. Hierfür werden Hilfeplangespräche, in denen eine klare Aufgabenverteilung erfolgt, von den Familienhebammen befürwortet. Hervorgehoben wird zudem der Kontakt mit Beratungsstellen:

„ (...) die haben (...) ein offenes (...) Ohr, (...) wenn da so `ne Frau mit ihren Fragen, Problemen kommt, dass sie (...) auf die Frauen (...) eingehen. (...) recht schnell (...) den Bedarf sehen. (...) werden (...) auch recht schnell die Frauen (...) vermittelt.“

Die Befragung der Vertreter/innen im **Netzwerk** ist bislang nicht erfolgt, sodass diesbezüglich noch keine Ergebnisse vorliegen. Die Erfassung der Schwangeren und Mütter in psychosozial belastenden Lebenslagen, die eine Betreuung durch Familienhebammen angeboten bekommen, diese jedoch nicht in Anspruch nehmen, ist zurzeit noch nicht abgeschlossen. Angeschrieben wurden in diesem Zusammenhang sieben Krankenhäuser in Stadt und Landkreis Osnabrück sowie etwa 50 Beratungsstellen. Bislang liegen circa 30 ausgefüllte Fragebögen vor.

Im Folgenden werden wir Ihnen vorstellen, wie das **Praxisprojekt** im Landkreis Osnabrück umgesetzt wird. Die Finanzierung war vorerst nur für ein Jahr sichergestellt, sodass zu Beginn des Projektes weitere Mittel eingeworben werden mussten, um eine längere Projektlaufzeit zu ermöglichen. In dieser ersten Anlaufphase wurde das Projekt daher eher zögerlich im bestehenden System Früher Hilfen bekannt gemacht. Dennoch konnten im Jahr 2007 N=54 Familien in die Betreuung aufgenommen werden, im Jahr 2008 sind es bislang N=78 Familien (Stand November 2008). Die Koordination und inhaltliche Unterstützung der Familienhebammen erfolgt durch Sigrid Hus-Halstenberg als Sozialpädagogin und Familientherapeutin. Diese begann mit dem Schaffen fester Strukturen durch geregelte Teambesprechungen und Supervisionen sowie mit konkreten Absprachen über Tätigkeiten und Ziele in den Familien, auch in Abgrenzung zu anderen Helfer/innen. Die Familienhebamme kann in einer Familie sowohl Leistungen als Hebamme anbieten, die von der Krankenkasse bezahlt werden, als auch Leistungen als Familienhebamme, die über das Projekt finanziert werden. Zielgruppen für die Aufnahme in das Projekt sind Schwangere und junge Mütter, die:

- minderjährig sind,
- allein lebend sind,
- in einem gewalttätigen Milieu leben,
- über einen Migrationshintergrund verfügen,
- suchtkrank sind,
- an einer psychischen oder psychiatrischen Erkrankung leiden.

Die Arbeit der Familienhebamme ist durch natürliche Zugangswege zu den Familien gekennzeichnet. Sie ist eine aufsuchende Tätigkeit und ein niedrigschwelliges Angebot für bedürftige Familien. Ein weiteres Merkmal der Familienhebammentätigkeit stellt die Kopplung zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen dar. Der Kinderschutzbund als Träger des Familienhebammenprojektes übernimmt die Kontaktherstellung zwischen

(werdender) Mutter und Familienhebamme. Er stellt in seiner Funktion die Einhaltung der Garantenverpflichtung sicher und sorgt für die angemessene Durchführung und Auswertung der fallbezogenen Dokumentation. Die Stiftung „Eine Chance für Kinder“, die auch die Fortbildung der Hebammen zu Familienhebammen übernommen hatte, stellt eine standardisierte Dokumentation für Familienhebammen zur Verfügung, die in ausreichender Anzahl für die Familienhebammen erworben wird. Darüber hinaus ist der Kinderschutzbund für die regelmäßige qualifizierte Fortbildung der Familienhebammen verantwortlich. In diesem Zusammenhang greift er beispielsweise geäußerte Fortbildungswünsche der Familienhebammen auf, setzt diese entsprechend um und organisiert und finanziert regelmäßige Teambesprechungen und regelmäßige externe Supervision. Weitere Aufgaben liegen in der kontinuierlichen Unterstützung der Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit, sowohl übergreifend bezogen auf das gesamte Projekt als auch im Kontakt zwischen einzelnen Familienhebammen und beispielsweise Vertreter/innen im Jugendhilfesystem. Bislang wird das Projekt aus Mitteln des Landkreises Osnabrück, der Stiftung der Sparkassen im Landkreis Osnabrück, der Stiftung Stahlwerk Georgsmarienhütte, der RWE Jugendstiftung GmbH und der ZONTA Osnabrück Area finanziert.

Abschließend möchten wir Ihnen die Arbeit einer Familienhebamme anhand eines **Fallbeispiels** vorstellen:

Franziska meldete sich selbst 23 Tage nach der Geburt ihrer Tochter Lena bei der Familienhebamme. Sie hatte die Telefonnummer von der Klinik erhalten. Im Kontakt stellte sich heraus, dass sie die Schwangerschaft als traumatisch erlebt hatte und es zu einer Gestose gekommen war. Lena wurde per Kaiserschnitt in der 33. SSW als Frühgeburt entbunden. Ihr Allgemeinzustand war zunächst bedenklich und sie wog lediglich 1.290 g.

Franziska war 31 Jahre alt und lebte wieder bei ihren Eltern, zusammen mit ihrem 28-jährigen Bruder. Ihr Vater war an Parkinson erkrankt und auf Hilfe angewiesen, die Mutter regelte resolut den Haushalt.

Franziska hatte die Sonderschule abgeschlossen und den Beruf der Altenpflegehelferin erlernt, in dem sie allerdings nicht arbeiten konnte. Zu Beginn der Schwangerschaft absolvierte sie eine durch die kommunale Arbeitsvermittlungagentur unterstützte schulische Ausbildung zur Bürokauffrau in einem 80 km entfernten Ort.

Der Vater von Franziskas Tochter Lena war nicht bekannt. Er hatte einen falschen Namen angegeben und sich von ihr getrennt, als er von der Schwangerschaft erfahren hatte.

Zu Beginn der Betreuung durch die Familienhebamme war die Tochter Lena noch im Krankenhaus. In dieser Zeit übernahm die Familienhebamme sowohl typische Hebammenaufgaben wie z.B. die Hilfe beim Stillen bzw. Abpumpen als auch Aufgaben als Familienhebamme im Rahmen unterstützender Gespräche. So wurde auf Seiten von Franziska hoher Bedarf deutlich, die traumatischen Erlebnisse von Schwangerschaft und Geburt zu verarbeiten und sich auf die neue Situation, wieder in der elterlichen Wohnung zu leben und ein Kind zu haben, einzustellen.

Als Lena nach sieben Wochen mit 2.660 g aus der Kinderklinik entlassen wurde, zeigten sich sowohl Franziska als auch ihre Mutter sehr unsicher im Umgang mit dem kleinen Säugling und im Erkennen der kindlichen Bedürfnisse. Jedes Schreien wurde ängstlich als etwas Bedrohliches verstanden. Lena schrie und spuckte viel, war sehr schreckhaft und kam nur schwer zur Ruhe. An einem Wochenende wies der Kinderarzt Lena wegen eines Schnupfens in die Kinderklinik ein, weil er befürchtete, die Pflege und Versorgung des Säuglings seien nicht in ausreichendem Maße gesichert.

Im Rahmen der Betreuung durch die Familienhebamme wurden erst tägliche Besuche in der Familie durchgeführt, später erfolgten zwei Besuche pro Woche. In diesen Besuchen gelang es der Familienhebamme, Mutter und Großmutter mehr Sicherheit im Umgang mit dem Säugling und im Erkennen der kindlichen Bedürfnisse zu vermitteln, die Bindung zwischen Mutter und Kind beispielsweise durch Baby-massage zu fördern, Lenas Entwicklungsverlauf zu beobachten und schließlich Frühförderung für sie zu organisieren. Zudem lernte Franziska Maßnahmen, wie sie oder ihre Mutter die Entwicklung von Lena zusätzlich positiv unterstützen könnte. Außerdem unterstützte die Familienhebamme Franziska bei der Umstellung auf Beikost.

Nach sechseinhalb Monaten nahm Franziska ihre Ausbildung wieder auf, während sich die Großmutter um Lena kümmerte. Die Familienhebamme besuchte in dieser Zeit weiterhin einmal wöchentlich die Familie und besprach den aktuellen Entwicklungsstand und Lenas Ernährung und Zufriedenheit mit der Großmutter. Auf diese Weise konnte auch der Großmutter zunehmend Ruhe und Sicherheit vermittelt werden. Nach neuneinhalb Monaten beendete Franziska erfolgreich ihre Ausbildung mit dem Abschluss zur Bürokauffrau. Danach übernahm Franziska die Pflege und Betreuung von Lena selbstständig. Die Familienhebamme gab in dieser Zeit Hilfestellung im Umgang mit Ämtern und Formularen, z.B. bei der Beantragung von Unterhaltskosten. Sie ermutigte Franziska zudem, an Babytreffen in der Hebammenpraxis teilzunehmen und sich einer Elterngruppe für Eltern zu früh geborener Kinder anzuschließen. Darüber hinaus wurden berufliche Zukunftsperspektiven für Franziska mit der Familienhebamme erörtert. Die Betreuung durch die Familienhebamme endete mit dem ersten Geburtstag von Lena. Zu dieser Zeit versorgte Franziska Lena selbstständig. Lena hatte sich gut entwickelt, aufgrund leichter Verzögerungen erhielt sie weiterhin Frühförderung.

Vorstellung aller durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen begleiteten Modellprojekte

„FrühStart“ – Die Betreuung hoch belasteter Familien durch Familienhebammen in Sachsen-Anhalt¹

GERTRUD AYERLE

Hebamme, MSN, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

MANUELA NITSCHKE

Familienhebamme, Vorsitzende des Landeshebammenverbandes Sachsen-Anhalt, Halle

PROF. DR. PHIL. HABIL. JOHANN BEHRENS

Projektleiter, und

DR. RER.MEDIC. CHRISTIANE LUDERER

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Das Projekt „FrühStart“ wurde vom Landeshebammenverband Sachsen-Anhalt e.V. und dem Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt initiiert. Es beinhaltet einerseits die Qualifizierung von freiberuflichen Hebammen zu Familienhebammen durch eine Weiterbildung im Umfang von 250 Stunden und andererseits die Betreuung hoch belasteter Familien mit Kindern unter einem Jahr durch die Familienhebammen.

Seit März 2006 wurden insgesamt 33 Familienhebammen auf die inhaltlich und zeitlich erweiterte Tätigkeit vorbereitet. Die aufsuchende Unterstützung für hoch belastete Familien und die Frühe Hilfe für den Säugling, die durch die Familienhebammen gewährleistet wird, wird bis zur achten Lebenswoche entsprechend des Vertrags über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGBV durch die gesetzlichen Krankenversicherungen vergütet. Ab der achten Woche bis zum ersten Geburtstag des Kindes finanziert das Landesministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt ein Honorar von 36 Euro pro Stunde. Die freiberuflichen Hebammen, die als Familienhebamme tätig sind, sollen bis zu zehn Stunden pro Woche in diesem Auftrag tätig sein.

Die Evaluation des Projekts „FrühStart“ durch das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg wird seit Oktober 2007 durch das Bundesfamilienministerium finanziert und durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (angesiedelt an der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und am Deutschen Jugendinstitut) mit sieben weiteren Projekten koordiniert.

Ziele

Die Ziele des Projektes sind die gesundheitsbezogene Chancengleichheit für vulnerable Familien und verbesserte gesundheitliche und entwicklungsbezogene Outcomes des Kindes. Mit dem Ziel der Qualifizierung von mindestens zwei Familienhebammen in größeren Städten und allen Landkreisen Sachsens-Anhalts sollen vorhandene Versorgungslücken

¹ Das Projekt wurde von Gertrud Ayerle und Manuela Nitschke vorgestellt.

geschlossen werden. Die Nachhaltigkeit dieser Interventionsstrategie soll einerseits durch Betreuungskontinuität während des gesamten ersten Lebensjahrs des Kindes und andererseits durch Netzwerkbildung der Familienhebammen mit Akteuren vor Ort erreicht werden.

Dementsprechend sind die Aufgaben der Familienhebammen,

- die kindliche Gesundheit und Entwicklung zu fördern,
- die Interessen des Kindes aktiv zu vertreten,
- die individuellen und sozialen Ressourcen der Eltern zu mobilisieren und zu stärken,
- die Eltern in der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zu unterstützen und
- sich aktiv mit Akteuren des Gesundheits- und Sozialbereichs zu vernetzen.

Familienhebammen in Sachsen-Anhalt arbeiten verstärkt mit Akteuren des Sozialbereichs, wie den Beratungsstellen, dem Jugendamt, dem Allgemeinen Sozialen Dienst und Familienhelfer/innen, zusammen. Im Gesundheitsbereich weisen sie die Schwangeren und Mütter auf präventive Maßnahmen oder eine Behandlung bei Kinder- und Frauenärzt/innen hin bzw. sprechen Termine mit ihnen ab und sind in Kontakt mit Mutter-Kind-Einrichtungen, Frauenhäusern, dem Sozialen Dienst der Krankenhäuser sowie der ARGE und dem Sozialamt.

Einschätzung der Belastungen der Zielgruppe

Der Zugang zum Projekt erfolgt durch eine Einschätzung der gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen der Familie durch die Familienhebamme anhand eines Rasters (**Tabelle 1**). Werden Belastungen von drei oder mehr Punkten vorgefunden, kann die Familie von Maßnahmen der „Frühen Hilfen“ profitieren.

Dieses leicht handhabbare und weitgehend standardisierte Erhebungsinstrument stützt sich auf Forschungserkenntnisse zu Risiken der Kindeswohlgefährdung bzw. diesbezügliche wirksame Interventionen² und wurde vor dem Hintergrund der Erfahrungen von freiberuflichen Hebammen in Sachsen-Anhalt konstruiert, die mittels einer gestuften Abfrage zur Gewichtung der Belastungen befragt wurden. Es erfasst zum einen die Belastungen einer Familie systematisch und transparent und belegt zum anderen die Berechtigung der Familie, längerfristige Hilfe durch die Familienhebammen zu erhalten.

Beschreibung der Zielgruppe

Für den Zeitraum von Juli 2006 bis April 2008 liegen Dokumentationen von 22 Familienhebammen zur Betreuung von 327 Familien vor. Bei 121 (37 Prozent) begann die Betreuung in der Schwangerschaft und bei 206 (63 Prozent) nach der Geburt. Ein Drittel der Mütter (33 Prozent) ist unter 20 Jahre alt, während knapp drei Viertel entweder noch Schülerinnen sind (30 Prozent), keinen Schulabschluss (10 Prozent) oder einen Hauptschulabschluss (32 Prozent) haben. 77 Prozent sind unverheiratet und 34 Prozent haben

² Karoly et al. 2005

keinen Partner oder leben getrennt von ihm. Knapp drei Viertel der Frauen (72 Prozent) leben von ALG I oder II und 9 Prozent erhalten Sozialhilfe. Jede zwanzigste Frau (5 Prozent) ist Migrantin und 9 Prozent der Mütter haben mehr als drei Kinder.

Einschätzungsraster zu gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen		
3 Punkte	2 Punkte	1 Punkt
Eltern mit eingeschränkter Fähigkeit in der Alltagsbewältigung	geringer sozioökonomischer Status (z.B. arbeitslose Mutter/Eltern, Sozialhilfe/Hartz IV)	minderjährige Mutter: Schülerin, Auszubildende
Anzeichen für Überforderung/ Vernachlässigung in der Versorgung des Säuglings	geringer Bildungsstand (kein Schulabschluss, Sonderschule, keine Ausbildung)	mit Kind allein lebende Mutter
Eltern mit Suchtproblemen: Alkohol, Drogen	mangelnde soziale Unterstützung, soziale Isolation	unerwünschte Schwangerschaft
Gewalterfahrung durch Partner/ Familienangehörige/ Freunde	erhebliche Konflikte in Partnerschaft/Familie	Schwangere/ Mutter mit zusätzlichem Kleinkind unter 2 Jahren
mangelndes Wissen über soziale/ gesundheitsbezogene Inhalte: z.B. Gesundheitssystem, Beratungsstellen...	Migrantin und/ oder mangelnde Deutschkenntnisse	Schwangere/ Eltern mit 4 oder mehr Kindern unter 10 Jahren
schwieriges Kind oder Schreibaby	Gewalt in der Herkunftsfamilie (körperliche/ psychische Gewalterfahrung als Kind)	nach Trennung von Mutter und Kind (z.B. Frühgeborenes)
Mutter mit psychischer Erkrankung: Depression, Psychose, Schizophrenie,...	in Einrichtung lebende Schwangere/Mutter	körperliche Behinderung der Mutter
potenzielles Risiko oder Verdacht auf Kindesmisshandlung	behindertes Kind	verwaiste Mutter (nach Totgeburt)
geistige Behinderung der Mutter		

Tabelle 1

© Projekt „FrühStart“

Die psychosozialen Belastungen der Familien, die durch die Familienhebammen mittels des Rasters eingeschätzt werden, sind häufig sehr komplex und massiv: Knapp die Hälfte (46 Prozent) der Mütter sind überfordert, hilflos oder weisen Anzeichen für eine (potenzielle) Vernachlässigung ihres Kindes auf. Jeweils mehr als ein Drittel der Frauen ist nicht fähig, ihren Alltag zu bewältigen (37 Prozent), leidet unter erheblichen Konflikten mit dem Partner (37 Prozent) oder verfügt über kein ausreichendes Wissen zur Gesundheitsversorgung (36 Prozent). Etwa jeweils ein Viertel der Frauen hat keine ausreichende soziale Unterstützung (26 Prozent) oder hat die Schwangerschaft nicht geplant (25 Prozent).

Über Gewalterfahrungen in der Herkunftsfamilie oder durch den Partner berichten jeweils 21 Prozent. Weitere Belastungen sind: psychische Erkrankung der Mutter (14 Prozent), Alkohol- oder Drogensucht (14 Prozent), ein zusätzliches Kleinkind unter zwei Jahren (12 Prozent). Daraus ergeben sich drei typische Belastungsmuster, wie **Tabelle 2** veranschaulicht.

Drei häufige Belastungsmuster der Zielgruppe		
Typ 1:		
Eltern mit eingeschränkter Fähigkeit in der Alltagsbewältigung	geringer sozioökonomischer Status (z.B. arbeitslose Mutter/Eltern, Sozialhilfe/Hartz IV)	
Anzeichen für Überforderung/ Vernachlässigung in der Versorgung des Säuglings	geringer Bildungsstand (kein Schulabschluss, Sonderschule, keine Ausbildung)	
mangelndes Wissen über soziale/gesundheitsbezogene Inhalte		
Typ 2:		
mangelndes Wissen über soziale/gesundheitsbezogene Inhalte	mangelnde soziale Unterstützung, soziale Isolation	minderjährige Mutter: Schülerin, Auszubildende
	in Einrichtung lebende Schwangere/Mutter	Schwangere/Mutter mit zusätzlichem Kleinkind unter 2 Jahren
Typ 3:		
Eltern mit Suchtproblemen: Alkohol, Drogen	erhebliche Konflikte in Partnerschaft/Familie	unerwünschte Schwangerschaft
Gewalterfahrung durch Partner/Familienangehörige/Freunde		
Mutter mit psychischer Erkrankung		

Tabelle 2

© Projekt „FrühStart“

Evaluation

Die Evaluation des Projekts „FrühStart“ erweist sich aus nachfolgenden Gründen als schwierig. Zum einen betreuen die Familienhebammen die Zielgruppe nicht alleine, sondern interdisziplinär und interprofessionell mit anderen Akteuren zusammen. Zum anderen bleiben über das erste Lebensjahr hinweg die Anforderungen von Seiten des Kindes an die Mutter/Eltern nicht statisch. Das Kind erreicht immer wieder neue Meilensteine der kognitiven und motorischen Entwicklung und benötigt daher neben einer altersgerechten Ernährung und Pflege zusätzliche Anreize in der Interaktion und Kommunikation, die ein entsprechendes Wissen und Fertigkeiten voraussetzen. Auch wenn die Mutter des Kindes

von Entwicklungsstufe zu Entwicklungsstufe seine Pflege, Ernährung und kognitive sowie psychosoziale Förderung einigermaßen bewältigen kann, werden solche Phasen des Äquilibrium häufig durch wiederholte Krisen (Konflikte mit Partner/Eltern, Gewalt, Erkrankung und stationäre Aufnahmen des Kindes, Alkohol, Umzug, u. a.) gestört, die das gesamte Familiengefüge erschüttern. So können sowohl verbesserte als auch unveränderte Outcome-Parameter (angesichts widriger Umstände) als Erfolg der Betreuung durch die Familienhebamme gewertet werden.

Um den oben benannten Einflussfaktoren gerecht zu werden, wird die Evaluierung des Projekts durch unterschiedliche Herangehensweisen und Methoden durchgeführt. Im Dokumentationsbogen werden von den Familienhebammen zu Beginn und zum Abschluss der Betreuung sozioökonomische Faktoren (wie Alter, Bildungsstand, Einkommensquellen, u. a.) sowie gesundheitsrelevante Merkmale (wie Gestationsalter, (Geburts-) Gewicht, Reife, u. a.) erhoben. Eine Erhebung der Mutter-Kind-Beziehung, der Versorgung des Kindes und der Kompetenzen der Mutter zu Beginn und zum Abschluss der Betreuung lässt zum Abschluss des Projekts eine Prä-Post-Auswertung zu.

Neben einer ausführlichen Verlaufsdocumentation der Familienhebammen, die ihre gesundheitsfördernden Maßnahmen und ihre Vernetzung mit anderen Akteuren aus dem Gesundheits- und Sozialbereich erfasst, werden die Schwangeren bzw. Mütter bis zu viermal während des Betreuungsverlaufs zu ihrer allgemeinen Selbstwirksamkeit³, ihrer Mütterlichen Kontroll- und Kompetenzüberzeugung⁴ und ihrer wahrgenommene sozialen Unterstützung⁵ erfasst.

Um die subjektive Einschätzung der Frauen hinsichtlich der Betreuung durch die Familienhebammen zu erhalten, wurden für diesen Zweck eigene Items konstruiert. Ergänzend werden zehn Klientinnen anhand eines Leitfadens zu ihren Erfahrungen mit den Familienhebammen und anderen beteiligten Akteuren persönlich befragt.

Darüber hinaus werden mit 50 Müttern etwa vier bis neun Monate nach Abschluss der Betreuung Telefoninterviews geführt, um hinsichtlich der Nachhaltigkeit Auskunft darüber zu erhalten, wie sie die Frühe Hilfe durch die Familienhebamme und andere Akteure retrospektiv einschätzen, wie sie aktuell ihren Hilfebedarf einschätzen, die ihnen verfügbaren Ressourcen nutzen, ihre soziale Unterstützung wahrnehmen und wie sie ihr Kind erleben. Um Erfahrungen hinsichtlich der Begleitung von hoch belasteten Familien und der Vernetzung von beteiligten Akteuren aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich zu dokumentieren, werden in drei Regionen Sachsen-Anhalts mehr als 30 Experteninterviews mittels Fallvignetten durchgeführt, die Auskunft über Betreuungsmuster, typische Klientenpfade und die Zusammenarbeit der Akteure geben werden.

Ergebnisse

Anhand der Dokumentation der Familienhebammen lassen sich bis dato die folgenden Ergebnisse darstellen. Der Zugang zu den Familienhebammen erfolgt am häufigsten über

³ Schwarzer & Jerusalem 1995

⁴ Cappenberg 1997

⁵ Schwarzer & Schulz 2000

die Frau selbst (**Tabelle 3**), die sich beispielsweise die Familienhebammen als betreuende Hebamme für die Schwangerschaft oder die Zeit nach der Geburt wählt. Am zweithäufigsten werden die Frauen durch das Jugendamt an die Familienhebammen verwiesen. Mütter mit einem zweiten oder nachfolgenden Kind kommen häufiger über den Kontakt von Sozialarbeiter/innen zu Familienhebammen als Mütter eines ersten Kindes. Letztere hingegen werden häufiger durch andere Hebammen und niedergelassene Frauenärzt/innen weitergeleitet als Mütter mit einem zweiten oder nachfolgenden Kind.

Zugang zur Familienhebamme		
n=327	Mütter mit erstem Kind	Mütter mit zweitem/ nachfolgendem Kind
Frau selbst	31 %	37 %
Jugendamt	28 %	36 %
Hebammen	17 %	13 %
Sozialarbeiter/-in	12 %	18 %
Beratungsstellen	11 %	10 %
Frauenarzt/-ärztin	13 %	6 %

Tabelle 3

© Projekt „FrühStart“

Kommt der Kontakt bereits in der Schwangerschaft zustande, so fällt er im arithmetischen Mittel auf den Beginn des drittens Schwangerschaftsdrittels (SD: 8; Minimum: 6; Maximum: 40). Nach der Geburt übernimmt die Familienhebamme typischerweise in der 7. Lebenswoche die Betreuung (SD: 7,5; Minimum: 0; Maximum: 46), wenn die Betreuung durch eine freiberufliche Hebamme beendet wird. Die Betreuungsdauer bei bereits abgeschlossenen Betreuungsfällen (n=189) umfasst durchschnittlich 8,3 Monate (SD: 4; Minimum: 0,7; Maximum: 25,2).

Die Familienhebammen erbringen eine breite Palette von gesundheitsfördernden und unterstützenden Leistungen für Mutter und Kind. Im Durchschnitt sind es in der Schwangerschaft 3,6 Anlässe (Hausbesuche), bei welchen beispielsweise eine Beratung zu Schwangerschaftsbeschwerden stattfindet (SD: 6,3; Maximum: 31).

Im Verlauf des ersten Lebensjahres sind es im Durchschnitt viel mehr Anlässe, bei welchen die Familienhebammen ein Bündel von Maßnahmen zur Pflege des Kindes (19,2), Ernährung des Kindes (17,3), Mutter-Kind-Beziehung (17,1) und Informationen zur Gesundheitsversorgung (7,5) sowie Beratungen zur Wahrnehmung von Präventionsmaßnahmen (4,3), wie U-Untersuchungen oder Impfungen, durchführt (**Tabelle 4**). Die **maximale Anzahl der Leistungen** weist daraufhin, dass manche Mütter eine sehr intensive und hochfrequente Unterstützung in der Sorge für ihr Kind benötigen. Mündlich berichten die Familienhebammen (in Sachsen-Anhalt), dass die Mütter, die während des ersten Lebensjahrs von ihnen begleitet werden, ohne größere Probleme die vorgesehenen Un-

tersuchungstermine und Impfungen beim Kinderarzt/bei der Kinderärztin wahrnehmen. Eine abschließende Aussage dazu anhand der Endanalyse der Daten steht noch aus.

Im Hinblick auf die Überforderung der Mütter und das potenzielle Risiko einer Vernachlässigung des Kindes bieten die Familienhebammen im Verlauf der Betreuung durchschnittlich 18,3 Mal Interventionen zur emotionalen Unterstützung der Mutter, beispielsweise bei Überforderung, depressiver Verstimmung und Hilflosigkeit, an. Das Maximum von 136 Mal zeigt auch hier eine intensive bzw. längerfristige Unterstützung einzelner Familien durch die Familienhebamme an. Weitere psychosoziale Hilfeleistungen der Familienhebammen sind das Coaching beim Ausfüllen von Formularen und die Begleitung der Frau zu Arzt- oder Behördenterminen.

Anzahl der Anlässe während der Betreuung, bei welchen gesundheitsfördernde oder unterstützende Maßnahmen durchgeführt werden			
	Mittelwert	Standardabweichung	Maximum
Pflege des Kindes	19,2	17,3	104
Ernährung des Kindes	17,3	15,8	146
Mutter-Kind-Beziehung	17,1	15,6	101
Beratung zu U-Untersuchungen/ Impfungen	4,3	5,4	34
Informationen zur Gesundheitsversorgung und öffentlichen Hilfsangeboten	7,5	8,1	48
Emotionale Unterstützung	18,3	21,4	136
Coaching (Formulare)	4,2	5,2	31
Begleitung zu Terminen	0,4	1,4	14

Tabelle 4

© Projekt „FrühStart“

Vernetzung

Insgesamt kommt es entsprechend der Dokumentation der Familienhebammen im Durchschnitt siebenmal zur Vermittlung der schwangeren Frau/Mutter zu anderen Akteuren aus dem Gesundheits- oder Sozialbereich bzw. zur aktiven interprofessionellen oder interdisziplinären Zusammenarbeit (Median: 6; SD: 6,43; Maximum: 34). Im Einzelnen stellen sich die Kontakte wie in **Tabelle 5** gezeigt dar.

Wird die Vernetzung der freiberuflichen Hebammen mit Akteuren des Gesundheits- und Sozialbereichs vor und nach ihrer Qualifikation zur Familienhebamme verglichen, so zeigen sich folgende Veränderungen auf einer Skala von 1 (kein Kontakt) bis 5 (enge Zusammenarbeit). Die Zusammenarbeit der Familienhebammen mit dem Jugendamt (prä⁶: 2,2; post⁷: 4,2), mit Sozialarbeiterinnen (prä: 1,9; post: 3,5), mit der sozialpädagogischen

⁶ prä: vorher

⁷ post: nachher

Familienhilfe (prä: 1,8; post: 3,3) und mit Beratungsstellen (prä: 2,7; post: 4,0) ist hoch signifikant ($p < 0,000$) enger geworden. Die Zusammenarbeit von niedergelassenen Frauenärzt/innen (prä: 3,2; post: 3,0) und Familienhebammen sowie von Kinderärzt/innen (prä: 3,1; post: 3,3) und Familienhebammen, die bereits zuvor durch eine mittlere Kontakthäufigkeit gekennzeichnet war, hat sich dagegen nicht verändert.

Anzahl der Anlässe zur Vermittlung/Zusammenarbeit mit anderen Akteuren			
	Mittelwert	Standardabweichung	Maximum
Jugendamt (n= 148)	3,8	4,7	32
ÄrztIn/ Krankenhaus (n=128)	2,9	2,1	10
SozialarbeiterIn (n= 91)	2,6	2,0	10
Beratungsstelle (n= 85)	2,4	2,0	11
Sonstige (u. a. FamilienhelferIn) (n= 80)	3,3	3,5	20

Tabelle 5

© Projekt „FrühStart“

Praxiserfahrungen der Familienhebammen

Die subjektive Erfahrung der Familienhebammen in Sachsen-Anhalt zeigt, dass die freiberufliche Tätigkeit als Familienhebamme, die auf 10 Stunden pro Woche begrenzt ist, einen wirksamen Schutz vor Burn-out darstellt. So betreuen sie neben hochbelasteten Familien auch andere Schwangere bzw. Mütter, deren Betreuung weitaus leichter fällt.

Eine besondere Herausforderung für die Familienhebammen sind die häufige Unter-, Fehl- oder Überernährung des Säuglings im ersten Lebensjahr, die ihrerseits engmaschige Besuche und eine intensive Unterstützung erfordern. Wird die Entwicklung des Kindes betrachtet, stellen insbesondere die Übergänge von einer Entwicklungsstufe zur nächsten ein Zeitfenster potenzieller Vernachlässigung dar, da viele Frauen große Wissensdefizite hinsichtlich einer normalen Entwicklung des Säuglings und keine Vorstellung zu Möglichkeiten der aktiven Kindesförderung haben. Häufig verbringt das Kind lange Zeiten im Bettchen oder alleine und muss auf wichtige Anreize verzichten. Nicht wenige Eltern sprechen nur sehr wenig mit ihrem Kind. Während einerseits bei komplexen Problemkonstellationen die Betreuung während des ersten Lebensjahres nicht ausreichend erscheint, trifft andererseits die Begleitung durch die Familienhebammen insbesondere bei jungen und Vielfach-Müttern auf positive Resonanz.

In der Praxis kommt es aufgrund unterschiedlicher Einschätzungen einer Situation in den Familien immer wieder zur Verwirrung der Eltern. Typische Anlässe sind die Bewertung einer fraglich ausreichenden Gewichtszunahme des Säuglings (z.B. durch die Familienhebamme, den niedergelassenen Kinderarzt und die Klinikärztin) oder die Nahrungsumstellung von Brust- oder Flaschenmilch auf Breinahrung bzw. Säfte (z.B. durch die Familienhebamme und die Familienhelferin). Hier wäre eine engere Abstimmung bezüglich

der Kriterien zur Einschätzung einer akuten Gefahr und bezüglich der jeweiligen Entscheidungsbefugnis erforderlich.

Auch wenn die Familienhebammen mit dem Jugendamt zusammenarbeiten, so bemühen sie sich als freiberufliche (d.h. unabhängige) Hebammen darum, nicht als Kontroll-, sondern als Vertrauenspersonen aufzutreten. Allerdings scheinen die Familienhebammen, was ihr zeitliches Kontingent betrifft, hinsichtlich der Zusammenarbeit mit (so vielen) anderen Akteuren immer wieder an eine Grenze zu stoßen. Darüber hinaus ist in manchen Städten und Regionen der Bedarf an Betreuungen größer als das Angebot, das derzeit mit immerhin 33 Familienhebammen in Sachsen-Anhalt besteht. Ein besonderer Bedarf scheint auf Seiten der Teenager-Schwangeren und -Mütter zu bestehen, die immerhin ein Drittel der Zielgruppe ausmachen. Hier fehlt es an interdisziplinären Angeboten, die die spezifischen Bedürfnisse der Jugendlichen und deren (zu) frühe Verantwortung als Mutter berücksichtigen.

Die Schwangeren und Mütter bewerten die Begleitung durch die Familienhebammen überwiegend positiv. Sie schätzen sie als Vertrauensperson und aufgrund ihrer großen Erreichbarkeit und zuverlässigen Hilfe.

Kontakt:

Gertrud Ayerle MSN
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Medizinische Fakultät
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Magdeburger Str. 8
06097 Halle/Saale
E-Mail: gertrud.ayerle@medizin.uni-halle.de, Tel.: 0345/557 5428; Fax: 0345/ 557 4471

Literatur

- Cappenberg, M. (1997). *Mütterliche Kontroll- und Kompetenzüberzeugung und kindliche Entwicklung*. Hamburg: Dr. Kovac.
- Karoly, L. A., Kilburn, A. R., & Cannon, J. S. (2005). *Early Childhood Interventions*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (S. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.
- Schwarzer, R. & Schulz, U. (2000). *Berliner Social Support Skalen*. Homepage: http://web.fu-berlin.de/gesund/skalen/Berliner_Social_Support_Skalen/berliner_social_support_skalen.htm (Stand: 11.11.2008)

Vorstellung aller durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen begleiteten Modellprojekte

„Wie Elternschaft gelingt“. Projekt im Land Brandenburg und Hamburg

BÄRBEL DERKSEN

Mitarbeiterin im Familienzentrum an der Fachhochschule Potsdam

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfe unterstützt und begleitet das Modellprojekt „Wie Elternschaft gelingt, WiEge“. Ein Ziel des Projektes ist die Durchführung und Evaluation des STEEP™-Programms¹ in Deutschland. Das Programm ist ein in der Schwangerschaft beginnendes Interventionsprogramm, das speziell die Gruppe der hoch belasteten Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern über den Zeitraum der ersten zwei Lebensjahre hinweg begleiten und unterstützen will. Im Mittelpunkt des Programms stehen die Förderung der elterlichen Erziehungskompetenz im Umgang mit ihrem Kind und die Unterstützung des Bindungsaufbaus zwischen Eltern und Baby.

Das STEEP™ Programm wurde in einer der bedeutendsten Längsschnittstudien in den USA evaluiert und die Erkenntnisse dieser Arbeit werden seit 2004 in Deutschland an verschiedenen Standorten umgesetzt und den deutschen Bedingungen angepasst.

Mitarbeiter des Projekts sind:

Leiterin: Prof. Dr. Christiane Ludwig Körner, FH Potsdam

Leiter: Prof. Dr. Gerhard Suess, Hamburg, HAW

Mitarbeiterinnen: Dipl. Psych. Bärbel Derksen, FH Potsdam

Dipl. Soz. Päd. Agnes Mali, HAW Hamburg

Dipl. psych. Uta Bohlen, HAW Hamburg

Ziele des Forschungsprojektes „Wie Elternschaft gelingt (WiEge)“ sind:

- die Umsetzung des bindungsorientierten Frühinterventionsprogramms STEEP™ für hoch belastete Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in den ersten zwei Lebensjahren,
- Modifikation des Programms und die Anpassung an die familiären Bedürfnisse, bezogen auf die Gegebenheiten und Besonderheiten in Deutschland,
- Evaluation der Wirksamkeit und Indikationsstellung,
- Aufbau von Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen,
- Frühzeitige Identifizierung von Problemlagen und Optimierung von Früherkennungsmöglichkeiten,
- Integration von Frühen Hilfen in die Regelfinanzierung.

Die Zielgruppe des Modellprojektes sind hoch belastete Eltern mit ihren Säuglingen und Kleinkindern. Die Belastungsfaktoren können sein:

¹ Steps toward effective and enjoyable parenting, Egeland & Erickson, 1993

- zerrüttete Familienverhältnisse,
- problematische Partnerschaftsbeziehungen (z.B. Gewalt in der Familie),
- fehlende soziale Unterstützung (Isolation der Familie),
- psychische Auffälligkeiten und Behinderungen der Eltern,
- sehr junge Eltern,
- niedrige oder fehlende Schul- und Berufsausbildung,
- Armut der Familie.

Frühe primäre/sekundäre Prävention bei jungen Familien durch das STEEP™-Programm:

Inhalte und Ziele der STEEP™-Arbeit:

- Unterstützung, Begleitung und Förderung der Eltern-Kind Beziehung (bindungstheoretischer Schwerpunkt),
- soziale Unterstützung und Integration der meist isoliert lebenden Familien in das Unterstützungssystem vor Ort,
- Verhinderung von dysfunktionalen Erziehungspraktiken,
- Verminderung der transgenerationellen Weitergabe von ungünstigen Beziehungsmustern.

Die Hauptfaktoren zur Förderung einer gelingenden und freudvollen Elternschaft sind:

- realistische Erwartungen ans Elternwerden (Freuden und Schwierigkeiten der Elternschaft),
- Verstehen der kindlichen Entwicklung (frühkindliche Entwicklungsmeilensteine, Kompetenzen und Begrenzungen kindlicher Fähigkeiten, individuelle Unterschiede usw.),
- soziale Unterstützung (Integration und Einbindung der Familienbildungsangebote, Beratungsstellen, Angebote der öffentlichen Träger, medizinische Versorgung vor Ort usw.),
- neue Beziehungserfahrungen als Möglichkeit der Veränderung (langfristige Begleitung und Unterstützung durch eine erfahrene STEEP™-Mitarbeiterin in unterschiedlichen Phasen der Elternschaft, von der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes),
- Reflexion von Beziehungserfahrungen in anderen Lebensphasen (Reflexion über die mütterlichen Lebensbedingungen und Erfahrungen als Kind).

Die Hauptziele und Prinzipien der STEEP™-Arbeit sind:

- Ergebnisse und Erkenntnisse aus der Bindungsforschung praktisch an sehr junge Familien weiterzuvermitteln,

- Förderung einer tragfähigen Eltern-Kind-Beziehung,
- ressourcenorientierter Ansatz: Der Fokus liegt auf den Stärken und Kompetenzen der Familie (jedes Kind, jeder Elternteil verfügt über Stärken, die nutzbar sind).
- Die Eltern-Kind Beziehung ist eingebettet in die Familie und in die übergeordnete Gemeinschaft.
- Jede Familie ist einzigartig.
- Der Ort, an dem Veränderung geschieht, ist die Beziehung selbst.

Die einzelnen Interventionsebenen sind:

- Verhaltensebene im Hier und Jetzt (Videoaufnahmen von zuvor erhobenen Aufnahmen zwischen Mutter und Kind, individuelles Videofeedback im Sinn von „Seeing is believing“, SIB™),
- Wissensvermittlung (Bildung und Information),
- Repräsentationsebene (innere Beziehungsvorstellungen und eigene Beziehungserfahrungen),
- Soziale Unterstützung (Gruppenangebote und Hilfen im täglichen Umgang mit dem Kind),
- Helfende Beziehung zur Beraterin (langfristige kontinuierliche Begleitung).

Die STEEP™-Beratung kombiniert

- Hausbesuche
 - Videointervention mit dem Schwerpunkt kindliche Entwicklung und Kompetenzen des Kindes (Perspektive des Kindes),
 - Reflexion des Erziehungsverhaltens;
- Gruppenangebote
 - Konzentration auf die Kinder beim gemeinsamen Spielen,
 - Gemeinsame Mahlzeiten,
 - Austausch der Mütter untereinander über eigene, persönliche Erfahrungen,
 - Wissensvermittlung;
- gemeinsame Briefe zu den Gruppentreffen und Veränderungen (Elternrundbriefe),
- gemeinsame Familientreffen aller Kinder und Eltern.

Zusätzliche Themen in der STEEP™-Arbeit:

- Wohnungsthemen,
- Ausbildungs- und Arbeitsthemen,
- Beziehungs- und Partnerschaftsprobleme,

- Lebensführung und Haushaltsplanung/Finanzierung,
- Abhängigkeitsprobleme,
- Kontakte und Umgang mit Behörden und Ärzten.

Zusammenfassung der Arbeitsgruppendifkussion

In der Arbeitsgruppe 6 waren sehr unterschiedliche Fachleute vertreten. Manche von ihnen hatten im Bereich der Frühen Hilfen schon sehr viele, umfassende Erfahrungen – auch mit unterschiedlichen Interventionsprogrammen – gesammelt (z.B. „Entwicklungspsychologische Beratung“, „Video-Home-Training“, „Marte-Meo-Konzept“ usw.), andere dagegen wollten sich über frühe Interventionsmöglichkeiten informieren und suchten nach möglichen Ergänzungen für ihre eigenen Arbeit im Austausch mit den Kolleg/innen.

In der Arbeitsgruppe wurden verschiedene Punkte besonders diskutiert:

1. Erreichbarkeit der Familien

Sehr belastete Familien sind schwerer zu erreichen und zu motivieren, Hilfen in Anspruch zu nehmen. Über Mutter-Kind-Einrichtungen werden relativ schnell Kontakte zu sehr jungen Müttern mit ihren Kindern vermittelt, besonders dann, wenn dort schon Mütter im Projekt mitmachen oder die Einrichtung das Konzept als Qualitätsstandard für ihre Arbeit integriert hat. Die Vermittlung über Jugendämter, Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen, Beratungsstellen und Hebammen ist teilweise sehr gut, weniger werden die Mütter über Klinikpersonal und Ärzte informiert.

2. Ausreichende, fachliche Qualifizierung und Eignung der Fachleute

Die Hamburger Hochschule informiert über die in Deutschland geplanten Ausbildungsmöglichkeiten zum/zur STEEP™-Mitarbeiter/in (Zepira – Zentrum für Praxisentwicklung²). Herr Prof. Dr. G. Suess ergänzte in dieser Auseinandersetzung, dass sich die Absolventinnen der STEEP™-Ausbildung selbst in Fortbildung und Supervision mit der eigenen, persönlichen Bindungsgeschichte auseinandersetzen und diese reflektieren. Bei seinen Forschungsarbeiten werden die bindungsbezogenen Daten der STEEP™-Mitarbeiter/innen mit den Evaluationsergebnissen der STEEP™-Arbeit in Verbindung gesetzt.

Manche Fachleute wiesen darauf hin, dass das bindungstheoretische Wissen und die fachliche Kompetenz in die allgemeine Ausbildung von Fachleuten, die mit Eltern und sehr kleinen Kindern arbeiten, grundsätzlich stärker einbezogen werden sollten. Das Wissen und die STEEP™-Arbeit sollte als Basiswissen bzw. „Grundhandwerkszeug“ in die pädagogisch, psychologisch, medizinische Ausbildung integriert werden und als mehr oder weniger selbstverständlicher Ausbildungsteil mit einfließen.

² www.zepira-hamburg.de

3. Bedeutung der frühen Elternschaft

Die Erfahrungen mancher Teilnehmer/innen bestätigen die Bedeutung der sehr frühen Unterstützung und Begleitung von jungen Eltern. Die Unterstützung in der frühen Elternzeit in einer sehr sensiblen Entwicklungsphase trägt sehr viel mehr zu einer gelingenden Entwicklung der Familie bei als später einsetzende Hilfen. Auch die Helfer kommen mit den vorhandenen Akteuren (Hebammen, Ärzte, öffentliche und freie Träger) schneller in Kontakt als später (Beispiel Schule wurde benannt).

4. Indikationsstellung

Fragen und Anmerkungen zur Indikationsstellung wurden gestellt und diskutiert, z.B.: Wer erhält die Unterstützung? Wer entscheidet über die Art der Frühen Hilfen? Wie sind die Antragswege? Dazu gab es unterschiedliche Erfahrungen und Ideen:

- Wichtig scheint zunächst die bessere Unterscheidung zwischen Prävention und Förderung zu sein.
- Es gibt an manchen Standorten ein Selbstverständnis für frühe Unterstützung für alle Eltern (siehe auch Finnland), die Akzeptanz für diese Hilfen ist sehr unterschiedlich.
- Bessere Leitfäden für Entscheidungswege wären sinnvoll.
- Langfristige Prozessbewertungen und Einschätzungen des Interventionsergebnisses scheinen sinnvoll zu sein.
- Unterscheidung zwischen langfristigen, primär präventiven Interventionskonzepten und kurzfristigen Interventionen,
- Möglichkeit der diagnostischen Prozessorientierung.
- Fragen zu „passgenauen Hilfen“ wurden diskutiert.
- Expertenwissen und spezifisch fokussierte Interventionen versus allgemein umfassenden, integrierten Hilfenkonzepten,
- fachlich umfassende Kompetenzen über die eigenen fachlichen Grenzen hinaus, erweitertes Fachwissen,
- ergänzende Hilfsmaßnahmen zusätzlich zu alten etablierten Maßnahmen der Familienbildung und Hilfen zur Erziehung.

5. Haltungsänderung

Es wurde appelliert, dass eine Haltungsänderung gegenüber Eltern und kleinen Kindern stattfinden sollte. Eine positivere Grundhaltung, stärkere Akzeptanz und Wertschätzung gegenüber Elternschaft und Familie wurde gefordert. Die meisten Eltern erziehen ihre Kinder ausreichend gut. Auch Familien mit weniger familiären Ressourcen und Möglichkeiten zeigen Kompetenzen und Stärken. Elterliche Ressourcen sollten stärker genutzt werden.

6. Handbuch der STEEP™-Arbeit

Das Handbuch für die STEEP™-Arbeit: „Die Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung“ von M. Erickson und B. Egeland wurde als gute Unterstützung und Orientierung in der eigenen Arbeit hervorgehoben.

7. Überforderung der Helfenden

Die Grenzen der fachlichen Arbeit wurden gerade auch im Zusammenhang mit Kinderschutz thematisiert. Die Überforderung und Betroffenheit der Helfer wurden in der Arbeitsgruppe diskutiert, u.a.: Wie viel muss und kann ein/e Helfer/in mit unterschiedlich fachlicher Ausbildung leisten? Was kann fachlich noch vertreten werden, wo sind die Grenzen?

8. Ausbau aufsuchender Angebote

Die Angebote müssen sich strukturell verändern und besser ergänzen. Es muss gerade für Eltern mit sehr kleinen Kindern vermehrt aufsuchende Begleitung und Unterstützung geleistet werden. Besonders in ländlichen Bereichen ist eine „Kommstruktur der Hilfsangebote“ ein Problem.

9. Reflexion der fachlichen Unterstützung

Eine Reflexion der Arbeitsbedingungen und -ziele, die unterschiedlichen personellen und finanziellen Rahmenbedingungen, die Sorge der Überforderung der Mitarbeiter und der hohe Erwartungsdruck in Bezug auf Frühe Hilfen kamen zur Sprache.

10. Bestehende Angebote

Auch die schon seit Jahren etablierten Angebote „Früher Hilfen“ sind notwendig, fachlich sehr gut konzipiert und ein wichtiger Bestandteil der bisherigen Arbeit. Viele unterschiedliche Angebote sollten vor Ort zur Verfügung stehen und keine guten Konzepte ausgeschlossen werden. Die Familien brauchen vielfältige Angebote in unterschiedlichen Lebenslagen und Lebenssituationen.

Vorstellung aller durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen begleiteten Modellprojekte

„Wie Elternschaft gelingt“ (Brandenburg und Hamburg)

Das STEEP-Projekt.

Praxisforschung und -entwicklung an der HAW Hamburg

GERHARD J. SUESS

Projektleiter, Fakultät Wirtschaft und Soziales, Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Hamburg

Frühe Hilfen sind in Deutschland auf einem guten Weg. Davon zeugen die vielen gut besuchten Fachtagungen, die seit 1999 im deutschsprachigen Raum zum Thema stattfinden und Ausdruck und Ursache der wachsenden Überzeugung sind, dass Frühe Hilfen wichtig sind und weiterentwickelt werden müssen. Zudem hat die Politik dem Ausbau Früher Hilfen eine hohe Priorität eingeräumt. Dies zeigt sich in der Verankerung des Ausbaus „Früher Hilfen“ im Koalitionsvertrag der schwarz-roten Bundesregierung, einer Förderung von wegweisenden Modellprojekten zusammen mit den Bundesländern und die Gründung eines Nationalen Zentrums „Frühe Hilfen“ in Trägerschaft der BZgA und des DJI^{1,2}

Multizentrische Interventionsstudie an der HAW

Mit dem STEEP-Programm verfügen wir über ein international bekanntes Frühinterventionsprogramm, das aus den Erkenntnissen der fachlich renommierten Minnesota Studie entstanden und aufwändig auf seine Wirksamkeit hin überprüft worden ist.³ Bemühungen, um das STEEP-Interventionsprogramm nach Deutschland zu holen, reichen zurück ins Jahr 2000 und seit 2001 haben wir Martha Erickson zu Fortbildungszwecken regelmäßig nach Deutschland eingeladen und erste gemeinsame Vorplanungen für eine Interventionsstudie zu STEEP erfolgten 2002. Dieser persönliche Austausch ist insbesondere für die Programmintegrität von großer Bedeutung. Gegenseitige Hospitationsbesuche der Teams in Deutschland und Minneapolis dienten ebenfalls der Sicherstellung der Programmintegrität. Mittlerweile hat sich das ursprünglich auf Hamburg und später auf Potsdam⁴ begrenzte STEEP-Projekt zu einer multizentrischen Interventionsstudie entwickelt, mit der Aussicht auf einen wachsenden Stichprobenumfang für die Evaluation. Interventionsforschung wird, wenn sie eine nachhaltige Verbesserung der Praxis einschließt, zu einer sehr komplexen Angelegenheit: Zunächst muss ein Interventionsprogramm unter Nutzung aller verfügbaren wissenschaftlichen und in der Praxis gewonnenen Erkenntnisse entwickelt werden; danach gehört neben einer gelungenen Einführung dieser Intervention in die Praxis sowie einer ständigen Weiterentwicklung – nicht zuletzt infolge formativer Interventionsforschung – und einer darauf abgestimmten Evaluation dazu schließlich

¹ www.fruehehilfen.de

² Helming, Sandmeir, Sann, & Walter, 2006

³ Sroufe et al., 2005; Suess & Kißgen, 2005; Suess et al., 2005

⁴ Ludwig-Körner, Koch & Dercksen

auch die Schaffung der Grundlagen für eine Verbreitung in der Praxis und die Entwicklung von Ausbildungsprogrammen.

STEEP: Komplexe Hilfe für hoch belastete, schwer erreichbare Familien

STEEP ist ein Programm, das in erster Linie für hoch belastete Familien entwickelt worden ist, wenngleich es natürlich auf andere Zielgruppen hin verändert zugeschnitten werden kann.⁵ Es zählt zu den längeren und intensiveren Programmen. Die hoch belasteten Familien sind oftmals schwer erreichbar, müssen in besonderer Weise zur Mitarbeit motiviert werden und sind dann auch nicht besonders zuverlässig in der Wahrnehmung von Terminen – zwischendurch tauchen sie auch mal ganz ab. Diese Personen beteiligen sich an einer Intervention meist nur infolge der persönlichen Ansprache und bleiben im Programm aufgrund der Beziehung zu einer bestimmten Person, und diese Beziehung braucht selbst Zeit, um sich zu entwickeln. Wenn dann nach einem halben oder auch einem Jahr mit einer Maßnahme auch diese Beziehung endet, wird nicht nur deren Potenzial verschenkt, sondern das birgt auch das Risiko, dass ein weiteres Beziehungsangebot durch die folgende Maßnahme nicht wahrgenommen wird und die Eltern abtauchen. Bei unserer Zielgruppe halten wir das in den neunziger Jahren entwickelte Konzept der „Hilfen aus einer Hand“ für dringend notwendig.

In den USA wurde STEEP zunächst auf ein Jahr hin ausgelegt, jedoch bald, nicht zuletzt aus all den genannten Gründen, auf eine zweijährige Dauer ausgedehnt. Diese zeitliche Ausdehnung ist generell bei den bedeutenden Frühinterventionsprogrammen für hoch belastete Familien aus Armutsverhältnissen in den USA zu beobachten. *Byron Egeland* schrieb dazu kürzlich „From our intense involvement with the STEEP families, we learned, that parents living in poverty were often dealing with multiple challenges and barriers that needed to be addressed before they could devote themselves to improving their relationship with their child.“⁶ Zu der gerade stattfindenden Diskussion des Ausbaus von Früherkennung oder gar von Frühwarnsystemen und der Verstärkung von Kontrolle, würden wir mit unserem STEEP-Ansatz gerne einen Beitrag leisten, der positive Formen der Kontrolle durch intensive Formen Früher Hilfen betont, um hoch belastete Eltern frühzeitig ansprechen zu können und Ihnen von Anfang an eine beziehungsbasierte Hilfe wie STEEP über einen mindestens zweijährigen Zeitraum anbieten zu können. Eine verantwortliche – und gut qualifizierte Person – würde nicht nur während der Zeit alle Möglichkeiten zu Förderung der Eltern-Kind-Beziehung ausschöpfen, sondern als oberstes Ziel auch die Sicherheit des Kindes am besten gewährleisten.

Erste Ergebnisse der Evaluation:

Erste Ergebnisse bei 39 durchgeführten STEEP-Interventionen und einer Kontrollgruppe von n=10 weisen nach einem Jahr STEEP-Intervention (Halbzeit) auf die Wirksamkeit der STEEP-Intervention in Deutschland hin ($p=0,057$; Fisher's Exact Test), bezogen auf unser vorrangiges Ziel, eine sichere Eltern-Kind-Bindung zu fördern.⁷ Diese Ergebnisse müssen

⁵ s. Suess et. al 2006a und 2006b; Suess et al., 2008; Bohlen et al., 2006; Bohlen & Mali, 2006

⁶ Egeland, 2007, S. 110

⁷ s. Suess, Mali & Bohlen, 2009

sich im weiteren Verlauf der Untersuchung noch bewähren, doch der Anfang ist sehr ermutigend. Betrachtet man die professionellen Beraterinnen in diesem Interventionsprojekt, so ergibt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen ihrem jeweiligen Bindungshintergrund und der Bindungssicherheit der Kinder (12 Mo) der von ihnen betreuten Mütter (n=38; $p = 0,014$, Fisher's Exact Test).^{8 9} Letzteres Ergebnis ist neben einem Wirksamkeitsnachweis für die Verbreitung von Programmen besonders wichtig, da es Auskunft gibt, warum die Programme wirksam sind bzw. eben nicht. Der Einfluss des Bindungshintergrundes könnte auch eine Erklärung dafür sein, warum die Wirksamkeit von Programmen bei einer flächendeckenden Verbreitung manchmal erheblich schwankt. Neben einer näheren Untersuchung der Wirkfaktoren sind deshalb auch abgesicherte Erfahrungen in der Sicherstellung der Programmintegrität von zentraler Bedeutung für die weitere Verbreitung von Frühen Hilfen.

⁸ s. Suess, Mali & Bohlen, 2009

⁹ Suess, Kissgen, & Mali, 2009

Literatur

- Bohlen, U., Mali, A., Suess, G.J. (2006). Supporting mother-infant-interactions – usefulness of different research instruments for evaluation, intervention and training. Poster presented at 10th World Congress of World Association for Infant Mental Health, July 8-12, 2006 Paris
- Bohlen, U., Mali, A. (2006). Bindungsrelevante Frühintervention STEEP - Praxisforschungsprojekt an der HAW Hamburg. In DBSH Landesrundbrief, 2006.
- Egeland, B. (2007). Understanding Developmental Processes of Resilience and Psychopathology: Implications for Policy and Practice (S. 83-117). In Ann Masten (Hrsg.). *Multilevel Dynamics in Developmental Psychopathology: Pathways to the Future*. London, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Erickson, M.F., Egeland, B. (2006). Stärkung der Eltern-Kind-Bindung. Frühe Hilfen für die Arbeit mit Eltern von der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes durch das STEEP™-Programm. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Helming, E., Sandmeir, G., Sann, A., & Walter, M. (2006). Kurzevaluation von Programmen zu frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. Deutsches Jugendinstitut, e.V., München
- Sroufe, L. A.; Egeland, B.; Carlson, E. A.; Collins, W. A. (2005). *The Development of the Person*. N.Y., London: The Guilford Press
- Suess, G. J.; Kissgen, R.; Erickson, M.F. (2006a). Replication of the STEEP-model in Germany with young high risk mothers. Poster presented at 10th World Congress of World Association for Infant Mental Health, July 8-12, 2006 Paris.
- Suess, G. J.; Kißgen, R. (2005). STEEP™ - ein bindungstheoretisch und empirisch fundiertes Frühinterventionsprogramm. *Psychologie in Erziehung und Unterricht* (S. 287-292). Heft 4/2005.
- Suess, G. J.; Sroufe, J. (2005). Clinical Implications of the Development of the Person. *Attachment and Human Development*, 7(4): 381-392.
- Suess, G. J.; Mali, A.; Bohlen, U. (im Druck): Frühe Hilfen auf der Grundlage des bindungsbasierten STEEP-Programms im Rahmen der Erziehungsberatung. In: Hermann Scheuerer-Englisch, Andreas Hundsalz, Klaus Menne (Hrsg.): *Jahrbuch für Erziehungsberatung*. Band 7 (S. 113-125). Weinheim und München: Juventa.
- Suess, G. J.; Kissgen, R. & Mali, A. (2009). The importance of attachment representations of professionals in attachment-based early intervention serving young high risk mothers. Paper presented at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development.
- Suess, G. J.; Mali, A.; Bohlen, U. (2009). Multizentrische Interventionsstudie zur Überprüfung von Wirksamkeitsfaktoren des bindungsbasierten STEEP-Frühinterventionsprogrammes in Deutschland. Poster beim XXXI. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Hamburg

Vorstellung aller durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen begleiteten Modellprojekte

„Wie Elternschaft gelingt“ (Brandenburg und Hamburg)

Schritte zu einer erfreulichen und gelingenden Elternschaft¹

AGNES MALI

Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Projekt WiEge, Fakultät Soziale Arbeit und Pflege, Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Hamburg,

UTA BOHLEN

Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Hamburg

STEEP™ (Steps Toward Effective and Enjoyable Parenting/Schritte zu einer erfreulichen und gelingenden Elternschaft) ist ein komplexes bindungstheoretisch fundiertes Frühinterventionsprogramm aus den USA. Es wurde 1986 von *Byron Egeland* und *Martha Erickson* entwickelt und enthält Erkenntnisse aus einer der bedeutendsten Längsschnittstudien zur Bindungsentwicklung innerhalb einer Armutsstichprobe in Amerika. Die Effektivität wurde in einer gesonderten Langzeitstudie nachgewiesen.

STEEP™ richtet sich besonders an Eltern, die unter Hochrisikobedingungen (niedriger Bildungsstand, Einkommensarmut, soziale und biografische Probleme) leben. Es soll dazu beitragen, Kinder aus schwer psychosozial belasteten Familien vor desorganisierten Bindungserfahrungen zu schützen und den Aufbau einer sicheren Bindungsbeziehung, die als ein wesentlicher Schutzfaktor der kindlichen Entwicklung gilt, zu fördern.

Eine sichere Bindung bildet die Grundlage für eine spätere kompetente Lebensbewältigung, insbesondere in Bezug auf die soziale Kompetenz. Zusätzlich wirkt die Bindungssicherheit als Schutzfaktor gegen die negativen Auswirkungen späterer Belastungen. Ein unsicheres Bindungsmuster erhöht dagegen die Wahrscheinlichkeit für mäßige Entwicklungsergebnisse, unter anderem auch für Verhaltensauffälligkeiten und Psychopathologien.

Der Prozess des Bindungsaufbaus ist bei Kindern aus Risikopopulationen höchst störanfällig. Bereits Neugeborene sind mittels eines breiten Verhaltensspektrums (Schreien, Weinen, Anklammern, Körperspannung) dazu in der Lage, ihrer Umwelt eindrucksvoll zu vermitteln, dass sie emotional belastet sind. Die Funktion dieser Verhaltensweisen besteht darin, die primäre Bezugsperson zu animieren, sich ihnen zuzuwenden. Die Kinder feinfühligere Bezugspersonen – also jener Eltern, die die kindlichen Signale wahrnehmen, sie richtig interpretieren, prompt und angemessen auf diese reagieren – werden mit recht großer Wahrscheinlichkeit zum Ende des ersten Lebensjahres sicher an sie gebunden sein. Durch die beschriebene Interaktionsqualität erlebt das Kind zum einen, dass ihm die Bindungsperson bei emotionaler Belastung und Erregung verlässlich beisteht. Zum anderen macht es die Erfahrung, dass es trotz emotionaler Erregung organisiert bleiben kann. Letzteres führt im Entwicklungsverlauf eines Kindes schließlich zur Fähigkeit der Selbstre-

¹ Beitrag aus: standpunkt: sozial 3/2007 (gekürzt); in der Arbeitsgruppe vorgestellt von Agnes Mali

gulation. Sicher gebundene Kinder nutzen ihre Bindungspersonen als sichere Basis, von der aus sie die Welt erkunden können.

STEEP™ startet idealerweise im letzten Drittel der Schwangerschaft und begleitet Eltern und Kinder bis zu deren 2. Geburtstag. Das Programm besteht aus Hausbesuchen und Gruppenangeboten und verknüpft damit zwei Elemente der sozialen Arbeit. Die Angebote finden wöchentlich im Wechsel statt und werden von ein und derselben STEEP™-Beraterin erbracht.

Das Programm setzt auf fünf verschiedenen Ebenen an:

▪ Interaktions-/Verhaltensebene

In der STEEP™-Intervention fördern wir die Qualität der Eltern-Kind-Interaktion, bezogen auf die anstehenden Entwicklungsaufgaben unter anderem durch den Einsatz von Video (Video-Intervention: Seeing is believing).

Die Eltern werden im Rahmen der Hausbesuche im Umgang mit ihren Kindern in Alltagssituationen wie Füttern, Wickeln und Spielen auf Video aufgenommen. Die Beraterin wählt die Sequenzen gelungener Interaktion aus und sieht sie direkt im Anschluss gemeinsam mit den Eltern an. Diese Aufnahmen unterstreichen die Kompetenzen und Stärken der Eltern und lenken ihre Aufmerksamkeit auf die Eltern-Kind-Beziehung. Gemeinsam wird eine positive Beziehung zwischen Eltern und Kind entwickelt.

▪ Repräsentationsebene und Beziehungsebene (Gestaltung der helfenden Beziehung)

Bindungsmodelle ändern sich vorwiegend in bedeutsamen Beziehungen; deshalb kommt der Gestaltung der Beziehung mit der STEEP™-Beraterin eine zentrale Bedeutung zu. Das STEEP™-Programm stellt Methoden zur Verfügung, mit denen die Beraterin den Eltern neue Beziehungserfahrungen ermöglicht, mit dem Ziel, die inneren Arbeitsmodelle der Eltern zu wandeln.

In den Gesprächen werden die Bindungsmodelle der Eltern, die meist aus ihrer eigenen Kindheit stammen und die die Beziehung zu ihren Kindern maßgeblich steuern, aufgespürt. Ihre Auswirkungen im konkreten Umgang mit dem Kind werden reflektiert und zum Thema („Looking back, moving forward“).

Die STEEP™-Beraterin dient den Eltern als sichere Basis, von der aus sie alte Bindungsmodelle auf ihre Realitätsangemessenheit hin überprüfen, sie gegebenenfalls durch neue ersetzen können und von der aus sie erproben, ihrem Kind selbst sichere Basis zu sein. Dabei ist die STEEP™-Beraterin partnerschaftlich, respektvoll und ressourcenorientiert.

▪ Ebene der Sozialen Unterstützung und Wissensenebene

Neben den Einzelkontakten kommt dem Gruppenangebot im STEEP™-Programm eine besondere Bedeutung zu, da sie einen sicheren Raum darstellt, um einen Erfahrungsaustausch über belastende und schwierige Erlebnisse zu ermöglichen.

Das spezifische Gruppenprogramm orientiert sich an Alltags- und Erziehungsfragen und den Entwicklungsaufgaben der Kinder. Themen sind zum Beispiel kindliche Signale, Ausdruck von Gefühlen, feinfühliges Grenzsetzen, emotionale Entwicklung, Reflexion über das Elternsein. Die STEEP™-Gruppe dient vor allem dem Aufbau eines sozialen Netzes der Eltern untereinander. Hier erhalten die Eltern die Gelegenheit, sich gegenseitig kennen zu lernen und gemeinsam zu essen, zu reden und mit ihren Kindern zu spielen.

Kontakt:

steep@sp.haw-hamburg.de

Literatur

Erickson, M.F. / Egeland, B. (2006): Die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung. Frühe Hilfen für die Arbeit mit Eltern von der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes durch das STEEP™-Programm. Stuttgart, Klett-Cotta

Vorstellung aller durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen begleiteten Modellprojekte

„Netzwerk Kinderschutz“ – Coaching und Evaluation (Berlin)¹

PROF. DR. JÜRGEN GRIES

Dozent, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin; Vorstandsmitglied ISIS Berlin e.V.

JENS-UWE SCHARF und SUSEN MOLTER

Sozialpädagog/in, Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V.

VINCENZ LEUSCHNER

Wissenschaftlicher Mitarbeiter bei ISIS Berlin e.V.

Vorbemerkung:

Nachdem Frau Alexandra Sann (Wissenschaftliche Mitarbeiterin) vom Deutschen Jugendinstitut e.V., München, im Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln, eine Kurzdarstellung mit dem Arbeitsauftrag des NZFH und seinen Unterstützungsmöglichkeiten sowie einen Überblick über die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Modellprojekte und mir damit eine Steilvorlage zu unserem Workshop mit einem Förderungsschwerpunkt des NZFH zu verbindlichen Kooperation und Vernetzung von Akteuren gegeben hat, möchte ich hier einige Impulse aus Hinweisen zu Anforderungen sowie den Aufbau von „Frühen Hilfen“ bzw. dem „Netzwerk Kinderschutz“ im Zusammenhang von Kooperation und Vernetzung skizzieren. In einem weiteren Schritt wird kurz das Berliner Projekt „Netzwerk Kinderschutz“ und das Teilprojekt „Coaching und Evaluation zum sozialen Frühwarnsystem“ des Caritasverbandes für das Erzbistum Berlin e.V. durch die Mitarbeiter Jens-Uwe Scharf und Susen Molter vorgestellt und von Vincenz Leuschner (wissenschaftliche Begleitung, ISIS Berlin e.V.) auf die Evaluation eingegangen.

Einleitung: Aufwachsen der Kinder in Deutschland

Beobachtungen legen den Schluss nahe, dass sich in den letzten Jahrzehnten in Deutschland und damit auch in Berlin einiges im Verhältnis von Eltern und Kindern verändert, sprich: verbessert hat. Nicht nur, dass Eltern und Kinder freundlicher miteinander umgehen, darüber hinaus kann man auf der Straße deutlich mehr Väter beobachten, die sich mit ihren Kindern beschäftigen. Dies scheint der Vermutung des New Yorker Professors und Psychohistorikers *Lloyd deMause* mit seiner umfangreichen Studie zur psychogenetischen Geschichte der Kindheit² Recht zu geben, dass sich im Laufe der Jahrhunderte die Beziehungen der Eltern zu ihren Kindern kontinuierlich verbessert haben. Seien im Mittelalter noch Kindestötungen und Auseinandersetzungen an der Tagesordnung gewesen, so könne man heute eine im Prinzip einfühlsame Beziehung der Eltern zu ihren Kindern feststellen.

Dieser in der Tendenz positiven Einschätzung der Entwicklung familiärer Beziehungen stehen andere, negativere entgegen. Dramatische Schicksale von Kindern haben Debat-

¹ Das Projekt wurde von Prof. Dr. Jürgen Gries, Jens-Uwe Scharf und Susen Molter vorgestellt

² „Hört ihr die Kinder weinen“, 1977

ten um versagende Familien und versagende staatliche Hilfesysteme entfacht. Hinweise in den Medien zu vernachlässigten, gequälten und auf grausame Weise verstorbenen Kindern haben die Öffentlichkeit erschüttert, empört oder auch Befremdung ausgelöst (zu denken ist hier an den kleinen Jungen Kevin im Untersuchungsbericht von Prof. Dr. Klaus Wolf am gestrigen Tag und all die anderen). Sie lassen erahnen, dass bei diesen Dramen tagtäglich einige Eltern ihre fundamentalsten Pflichten verletzen und die gesellschaftlichen Sicherungssysteme hierfür oft blind oder hilflos sind.

In einer aktuell erschienenen 1. World Vision Kinderstudie „Kinder in Deutschland 2007“, verfasst von einem Wissenschaftlerteam um Prof. Dr. Klaus Hurrelmann und Prof. Dr. Sabine Andresen (Universität Bielefeld), wird bei etwa einem Viertel der unter 12-Jährigen in Deutschland eine problematische Lebenslage festgestellt.³ Ähnliche Ergebnisse liefert die 15. Shell Jugendstudie, die ebenfalls von Klaus Hurrelmann und Prof. Dr. Matthias Albert sowie Mitarbeitern verfasst wurde.⁴ In der World Vision Kinderstudie gaben allein 13 Prozent der Eltern an, in einer unbefriedigenden wirtschaftlichen Situation zu leben.⁵ Diese subjektive Einschätzung der Eltern deckt sich weitgehend mit den objektiven Daten des Dritten Armuts- und Reichtumsberichtes der Bundesregierung.⁶ Hinzu können noch einmal 12 Prozent gerechnet werden, die im Vergleich zu den anderen Eltern in einer sehr ungünstigen wirtschaftlichen, bildungsmäßigen und kulturellen Lebenssituation stehen.

Es gibt inzwischen kaum einen Aspekt familiärer Gewalt und prekärer Lebenssituationen, zu dem nicht Veröffentlichungen vorlägen⁷, ohne dass wesentlich mehr als die beklagenswerte Tatsache selbst beschrieben wird.

Aktuelle Regelungen im Kontext präventiv orientierter Kinder- und Jugendhilfe

Mit dem in Kraft getretenen Kinder- und Jugendhilfegesetz – KJHG, auch SGB VIII – im Jahr 1990/91 schien die (soziale) Arbeit im Jugendamt auch rechtlich den Paradigmenwechsel von einer fürsorgenden und kontrollierenden hin zu einer primär unterstützenden, präventiven Institution zu vollziehen. Ohne hier näher auf das Reformwerk KJHG eingehen zu können, konstituiert sich der normierte zentrale Handlungsauftrag der Kinder- und Jugendhilfe in § 1 Abs. 3 SGB VIII (Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen), wenn auch in einer komplexen und nicht widerspruchsfreien Leitnorm.⁸ Hiernach soll die Kinder- und Jugendhilfe gleichzeitig

- Interessenvertretung für Kinder bzw. Jugendliche sein, soll diese „in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden und abzubauen“,

³ s. World Vision Deutschland e.V. 2007

⁴ s. Shell Deutschland Holding 2006

⁵ World Vision Deutschland e.V. 2007, S. 18

⁶ DBT 2008, S. 81

⁷ näheres zu diesem Thema u.a. bei Walter 1989; Martinius/Frank 1990; Bange/Deegener 1996; Schone u.a. 1997; Wetzels 1997; Iben 1998; Wolff 2002; Butterwegge/Klunt 2003; Skoluda/Holz 2003; Zander 2005; Deegener/Körner 2005; Heitmeyer/Schröttle 2006

⁸ hierzu auch Wiesner 2004, S. 164

- in Anerkennung des natürlichen Rechts der Eltern auf Pflege und Erziehung (§ 1 Abs. 2 SGB VIII) „die Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung beraten und unterstützen“ sowie
- das staatliche Wächteramt sicherstellen, das heißt, „Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen“ und schließlich
- in der Anerkennung der „Familie als Ort primären Aufwachsens“ und als „zentrales Sozialisationsfeld“⁹ „positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt erhalten und schaffen“.

Aus der Rechtsstellung des Kindes als eigenständiger Träger von Grundrechten gemäß Art. 1 Abs. 1 und Art. 2 Abs. 1 des Grundgesetzes¹⁰ leitet sich sein Anspruch auf den Schutz durch den Staat ab. Dieser Schutz korrespondiert mit der Verpflichtung des Staates gegenüber dem Kind, seine „Pflege und Erziehung sicherzustellen“.¹¹ Diese Aufgabe zur Pflege und Erziehung des Kindes wird erst einmal vorrangig in der Verantwortung der Eltern gesehen, „über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft“ (Art. 6 Abs. 2 GG), das heißt, das staatliche Wächteramt hat immer dann zu greifen, „wenn und solange Eltern nicht gewillt oder in der Lage sind, für das Wohl des Kindes zu sorgen“.¹²

Aus der sich in der Öffentlichkeit negativ darstellenden Rolle der Kinder- und Jugendhilfe/ des Jugendamtes in Fällen der nicht verhindernden Kindeswohlgefährdung (u.a. Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch) hat der Gesetzgeber mit einer Korrektur des SGB VIII versucht, seiner diesbezüglichen Verantwortung gerecht zu werden. Mit der Verabschiedung des Kinder- und Jugendhilfeentwicklungsgesetzes (KICK) im Jahr 2005 wird der Kinderschutz durch substantielle Änderungen in § 8a SGB VIII ausgeweitet, die Eingriffsmöglichkeiten des Staates (konkret des Jugendamtes) zu Lasten der Elternrechte gestärkt und die hoheitlichen Aufgaben gegenüber den Hilfen stärker gewichtet. Darüber hinaus sieht die Reform die Einbeziehung der freien Träger der Kinder- und Jugendhilfe in der Wahrnehmung des Schutzauftrages (von der Kindesbetreuung über die Erziehungsberatung bis hin zur Inobhutnahme) stärker und konkreter vor. Auch sie werden verpflichtet, bei Indizien auf eine Gefährdung des Kindeswohls ein bestimmtes Verfahren der fachlichen Bearbeitung durchzuführen. U.a. sieht dieses Verfahren

- die Hinzuziehung einer einschlägig fachlich qualifizierten Person,
- die Prüfung weiterer Klärungsbedarfe,
- die Besprechung und Bewertung der Indikatoren im Team,
- die Kontaktaufnahme und Einbeziehung der Eltern und Kinder und
- Hilfeangebote in Einrichtungen oder von externen Fachdiensten

vor, bevor das fachlich zuständige Jugendamt informiert wird, welches dann die Überprüfung und Klärung der gewichteten Anhaltspunkte vornehmen muss.¹³

⁹ Münder u.a. 2006, S. 105

¹⁰ hierzu näheres bei Wiesner 2004, S. 163; Heilmann/Salgo 202, S. 958

¹¹ hierzu Wiesner 2004, S. 163

¹² Wiesner 2004, S. 163

¹³ s. zu § 8a SGB VIII u.a. Münder u.a. 2006, S. 163 ff.; Wiesner 2006, S. 99 ff.; Verein für Kommunalwissenschaften e.V. 2007; Senbwf 2007

Inzwischen haben viele Kommentatoren¹⁴, auch Bundesländer und überörtliche Zusammenschlüsse, Materialien und Empfehlungen zur Umsetzung gem. § 8a SGB VIII erstellt und entwickelt (z. B. in Form von Checklisten und Einschätzungsbögen), wie u.a. der Bayerische Landesjugendhilfeausschuss (2006) und die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (2006), so auch die Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung mit ihrer Publikation „Jugend in Berlin. Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung. Empfehlungen zur Umsetzung nach § 8a SGB VIII“.¹⁵

In diesem Zusammenhang muss darauf hingewiesen werden, dass freilich die Feststellung einer Kindeswohlgefährdung keine Tatsachenbeschreibung ist, sondern sie bleibt eine fachliche Einschätzung auf der Grundlage einschlägiger Informationen. Die Verpflichtung des Jugendamtes, Hinweisen in jedem Fall nachzugehen, wurde allerdings verschärft. Darüber hinaus haben in den letzten Jahren fast alle Bundesländer die kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen (U1 – U9)¹⁶ und die stärkere Einbeziehung des Gesundheitswesens in den Kinderschutz auf verschiedene Weise verbindlicher oder gar zur Pflicht gemacht.

Kinderschutz auf dem Vormarsch

Der Tod des kleinen Jungen Kevin aus Bremen¹⁷ veranlasste das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erst 10 und jetzt 11 Millionen Euro für den Aufbau eines Frühwarnsystems zur Verfügung zu stellen, „um vernachlässigte und misshandelte Kinder früh zu finden und ihnen zu helfen“¹⁸ bzw. „den Schutz von Kindern (zu) verbessern“¹⁹. „Leitidee ist dabei eine enge und verlässliche Vernetzung der vielerorts vorhandenen, aber oft getrennt voneinander arbeitenden Systeme: Gesundheitswesen (z.B. Geburtskliniken, Hebammen, Kinderärzte), Kinder- und Jugendhilfe (z.B. Jugendämter, Kitas, Familienhilfe), aber auch Schwangerschaftsberatung, Frauenhäuser, Polizei und Gerichte und auch örtliche Träger der Arbeitsverwaltung“.²⁰

Ein „Soziales Frühwarnsystem“, wie es der Koalitionsvertrag der Regierung tragenden Fraktionen Anfang des Jahres 2006 vereinbart und angekündigt hat, soll also für Kinder und deren Familien in schwierigen Lebenssituationen frühzeitige und wirkungsvolle Hilfe ermöglichen, daher gibt es das Aktionsprogramm des Bundesministeriums „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“.

Für die Durchführung dieses Programms wurde eigens im Dezember 2007 das „Nationale Zentrum Frühe Hilfen“ (NZFH) gegründet, zusammengesetzt aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, Köln) und des Deutschen Jugendinstituts (DJI, München) mit Sitz in Köln²¹, „um geeignete Strukturen und Kooperationsformen zu entwickeln und relevante Informationen zur Verfügung zu

¹⁴ u.a. Jordan 2007

¹⁵ 2007; hierzu auch die Beiträge von Brockstedt 2008; Borgmann 2008

¹⁶ u.a. Sengmv 2007

¹⁷ hierzu näheres bei Emig 2007, S. 445 ff.; Hoppensack 2007, S. 290 ff.; Wolf 2008, S. 3 ff.

¹⁸ Pressemitteilung des BMFSFJ v. 12. Oktober 2006

¹⁹ Pressemitteilung des BMFSFJ v. 17. November 2008

²⁰ Pressemitteilung des BMFSFJ v. 17. November 2008

²¹ s. hierzu NZFH 2008, S. 13 f.

stellen“, d.h. „zum einen die Entwicklung von Verfahrensstandards für gelingende Kooperationen und zum anderen die Implementierung von empirisch gesicherten Interventionen in das Regelsystem. Auf diese Weise soll es besser möglich werden, Kinder aus belasteten Familien mit einem erhöhten Risiko für Vernachlässigung und Misshandlung früh zu erkennen und wirksamer zu unterstützen“.²² Verbunden mit der Zieldimension des Aktionsprogramms des Bundesministeriums ist die „Implementierung eines derartigen Netzwerkes (...) in besonderer Weise (...), sozialräumliche Komplexität zu handhaben und die funktional differenzierten Aufgaben, Rollen und Verantwortlichkeiten der beteiligten Systeme zu einer sinnvoll integrierten Dienstleistung für Kinder und ihre Familien zu verbinden“.²³

Ähnlich fasst die Mitarbeiterin vom Deutschen Jugendinstitut *Elisabeth Helming* in ihrem Vortrag „Frühe Hilfen – eine Chance für die Prävention!“ die zentralen Elemente zu einem sozialen Frühwarnsystem des Bundesaktionsprogramms anlässlich des 8. Berliner Präventionstages am 31. Oktober 2007 in Berlin zusammen, mit dem sich die Fachtagung schwerpunktmäßig und thematisch hier und heute auseinandersetzen soll: „Der Aufbau und die Förderung Früher Hilfen für gefährdete Kinder und ihre Eltern werden verstärkt als gesellschaftliche Aufgaben wahrgenommen. Insbesondere eine enge Verzahnung von Gesundheitshilfe und Kinder- und Jugendhilfe soll Gefahren von Vernachlässigung bzw. Misshandlung entgegenwirken und die gesunde Entwicklung von Kindern fördern. Dies soll vor allem erreicht werden durch Vernetzung verschiedenster Akteure vor Ort und durch intensive frühe Hilfen, die besonders problembelastete Familien in riskanten Lebenslagen unterstützen und die Erziehungsfähigkeit der Eltern fördern (...)“.²⁴

Kooperation und Vernetzung als Antwort auf die Zersplitterung sozialer Dienste

Die schon im Achten Jugendbericht der Bundesregierung befürwortete strukturelle Veränderung der Kinder- und Jugendhilfe hin zu einer dezentralen und regionalen Organisation stellt eine Reaktion auf zentralisierte Kinder- und Jugendhilfestrukturen mit erschweren Zugangsmöglichkeiten für die Adressaten dar. Dort heißt es: „Es bedeutet auch Gestaltung, also neben der Unterstützung und Ergänzung auch Neustiftung von regionalen Bezügen, Kooperationen und Vernetzungen, also Arbeit am gelingenden Alltag in der Region“.²⁵ Im SGB VIII gibt es eine Fülle von Regelungen, „die Vernetzung, Koordination und Kooperation (zu) notwendige(n) Strategien zur Steuerung dieses Politikfeldes“²⁶ machen.

In § 1 Abs. 3 SGB VIII wird das System der Kinder- und Jugendhilfe dazu aufgefordert, über die unmittelbaren Zuständigkeiten hinaus auf andere fachliche Handlungsfelder mit dem Ziel der Realisierung positiver Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien Einfluss zu nehmen. Frühe Hilfen innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe als Querschnittsaufgabe verstanden, bedeutet Kooperation auch mit Instanzen und Einrichtungen außerhalb der Kinder- und Jugendhilfe. Wichtiges Problemfeld ist hier die Durch-

²² Sann/Schäfer 2008, S. 104 f.

²³ Hensen/Rietmann 2008, S. 52

²⁴ Helming 2007, S. 45

²⁵ BMJFFG 1990, S. 86

²⁶ Dahme 1999, S. 91

setzbarkeit der für Kinder und ihre Familien relevanten Hilfen auf (politischer) und fachlicher Ebene (im Einzelnen finden sich Kooperationsverpflichtungen im SGB VIII, u.a. § 4 Zusammenarbeit der Träger, § 36 Individuelle Hilfeplanung, § 50 Mitwirkung in gerichtlichen Verfahren, § 78 Arbeitsgemeinschaften, § 80 kooperative Jugendhilfeplanung, § 81 Zusammenarbeit mit anderen staatlichen Stellen).

Eine immer wieder diskutierte Frage, warum das Thema Kooperation und Vernetzung zwischen den verschiedenen sozialen Diensten eine hohe öffentliche Aufmerksamkeit erfährt, lautet: Die Debatte über Kooperation und Vernetzung ist ein Diskurs über die Folgeprobleme gesellschaftlicher Modernisierungsprozesse.²⁷ Sie ist eine Reaktion auf die Pluralisierung von Hilfeangeboten, auf die große Unübersichtlichkeit und auf die oftmals große Lebensweltferne einzelner Spezialdienste. Durch Kooperation und Vernetzung soll die Anschlussfähigkeit der Hilfeangebote an die sich immer stärker ausdifferenzierenden gesellschaftlichen Subsysteme hergestellt werden, „damit es überhaupt zu einer gemeinsamen und wirkungsvollen Bearbeitung von Problemen, Krisen und Entwicklungsaufgaben kommen kann“.²⁸

Voraussetzungen für gelingende sozialraumbezogene Kooperation und Vernetzung

Der Gesundheitsbereich z.B. mehr als eine medizinisch oder die Kinder- und Jugendhilfe mehr als eine pädagogisch vermittelte Antwort auf die veränderten Lebensverhältnisse und -bedingungen junger Menschen und ihrer Familien können ihre Leistungen nur in einem lebensweltlichen Bezug erbringen²⁹, wollen sie die Kinderschutzarbeit zielgerichtet und angemessen unterstützen. So gehört die Kooperation zu den wichtigsten Grundelementen eines modernen Gesundheits- und Kinder- und Jugendhilfebereichs. Kooperation ist demnach eine komplexe Aufgabe und in ihrem Anforderungsprofil auf Interdisziplinarität, Teamstrukturen und ressortübergreifende Arbeit angelegt. Der interdisziplinäre Charakter des Kooperationsvorgangs und die besondere Hervorhebung einer auf Umsetzung ausgerichteten Kinderschutzarbeit vor Ort müssen in der Art, in der Kooperation organisiert und strukturell verankert wird, ihren Ausdruck finden.

Die Handlungsempfehlung des Vorstandes der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ) zur Kooperation von Jugendhilfe und Schule (im Februar 2006) drückt aus, was auch für den Kinderschutz gemeint ist: „Kooperation in sozialraumbezogenen Netzwerken geht über bilaterale Formen der Zusammenarbeit hinaus und eröffnet die Möglichkeiten der Kooperation mehrerer Schulen, Einrichtungen und Träger der Jugendhilfe sowie anderen Institutionen (...) Durch sozialraumbezogene Formen der Kooperation können Schulen und Einrichtungen und Träger der Jugendhilfe sich wechselseitig ergänzen und unterstützen, sie können gemeinsame Arbeitsschwerpunkte und Handlungsfelder bestimmen und durch diese Form der Zusammenarbeit dazu beitragen, die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen zu gestalten“.³⁰ Für einen gelingenden Kinderschutz ist jetzt eine Kooperation und Vernetzung von Diensten und Einrichtungen wichtig.

²⁷ s. u.a. Bergold/Filsinger 1993

²⁸ Kardorff 1998, S. 204

²⁹ s. hierzu Thiersch 1991, 2000; Gries u.a. 2003, S. 19 u. 85

³⁰ Vorstand AGJ 2006, S. 16

Kooperation und Vernetzung sind aktuell und populär und erhalten im Gesundheits- sowie Kinder- und Jugendhilfebereich eine rasant wachsende Bedeutung.³¹ Diese Bedeutung ist inzwischen gut dokumentiert, aber wenig analysiert und noch weniger empirisch untersucht. Der in diesem Zusammenhang gebrauchte Begriff der Netzwerke ist nicht vollkommen neu – denken wir an den politischen oder Kölner Klüngel³², Gesellschaftsclubs (Freimaurer etc.) oder studentische Korporationen. Diese sind allerdings selten als innovativ und kooperativ zu bezeichnen. Moderne Netzwerke besitzen einen Anspruch auf Zusammenwirken (Synergie) und eine gemeinsame Innovationsidee. In ihnen soll Neues entstehen, das durch Netzwerkarbeit unterstützt und umgesetzt wird. Dadurch unterscheiden sie sich auch von traditionellen Arbeitsgemeinschaften.

Netzwerke passen auch gut zum Trend der Enthierarchisierung, sind horizontal verknüpft und bündeln Kompetenz. Sie haben offene Strukturen, sind in der Lage, grenzenlos zu expandieren und neue Knoten zu integrieren. Sie sind in unserem Zusammenhang Zusammenschlüsse von Gesundheits- und Jugendhilfe-Diensten und -Einrichtungen auf freiwilliger Basis. Hierbei müssen allerdings bestimmte Konstitutionsbedingungen beachtet werden, um ihnen eine gewisse Gestalt und Dauerhaftigkeit zu geben. Es muss mindestens vorhanden sein:

- ein gemeinsames Grundinteresse an Entwicklung und Innovation,
- eine Organisationsplattform, zum Beispiel in Form einer gemeinsamen Geschäftsstelle (Clearingstelle, Koordinationsstelle, Netzwerkmanagement),
- ein Budget für Entwicklungsarbeiten, gemeinsame Projekte, Fortbildung, Publikationen etc.,
- ein Informationssystem wie Web Sites oder andere Formen.

Zudem müssen die Rollen der Akteure im Fluss sein und auch von Zeit zu Zeit wechseln, weil sonst bürokratische Erstarrung eintritt.³³

Es gibt eine Vielzahl von Aufgaben für Netzwerke, die hier stichwortartig genannt werden können:

- Erfahrungs-, Wissens- sowie Methoden- und Instrumentenaustausch,
- Identifizierung von *Best Practices*,
- gegenseitige Beratung und
- gemeinsame Fortbildung etc.

Daher sind Netzwerke Unterstützungssysteme auf Gegenseitigkeit. Die Beteiligten tauschen sich aus, kooperieren im Rahmen gemeinsamer Angelegenheiten, Ziele, Schwerpunkte oder Projekte. Sie lernen voneinander und miteinander. Sie lassen sich nach diesem Verständnis über vier Merkmale näher bestimmen:

- gemeinsame Absichten,
- Personenorientierung,

³¹ s. ausführlich hierzu Dahme 2000, 1999; Santen/Seckinger 2003; Schubert 2008

³² hierzu Scheuch 1992

³³ s. hierzu auch Gomez/Zimmermann 1992

- Freiwilligkeit,
- Austauschprinzip.

Wesentliche Voraussetzungen aber für das Gelingen der Arbeit in Netzwerken sind:

- klare Festlegungen (Definitionen) von Zielen und Verantwortlichkeiten,
- Organisationsformen wie Plattformen oder Knoten, die meist an Personen gebunden sind,
- Arbeitsprogramme,
- Einrichtung einer Steuergruppe mit Ansprechpartnern,
- Arbeitstreffen,
- Fortbildungsveranstaltungen.

Es muss vor allem ein gegenseitiges Geben und Nehmen gesichert sein, das heißt, dass der Prozess über die Art und Qualität der Ergebnisse entscheidet.

Der hier vorgetragene Überblick zum Thema Kooperation und Netzwerk wird für die weitere Diskussion neben den vorgegebenen Fragen des Veranstalters im Programmheft der heutigen Tagung (S. 2) und der Kooperation und Vernetzung vor Ort auch den Fokus auf Aspekte der Kinderschutzentwicklung, Organisationsentwicklung und Personalentwicklung legen müssen. Zuvor aber soll in einem weiteren Schritt das Berliner Praxisprojekt „Netzwerk Kinderschutz – Coaching und Evaluation zum sozialen Frühwarnsystem“ kurz vorgestellt, die gemachten Erfahrungen diskutiert und die Fragen von Kooperation und Vernetzung erörtert werden.

„Netzwerk Kinderschutz Berlin“

Im Folgenden soll kurz auf das vom Berliner Senat beschlossene Gesamt-„Konzept für ein Netzwerk Kinderschutz“³⁴ eingegangen werden. Das Ziel des Schutzes der Kinder vor Verwahrlosung, Misshandlung und Gewalt soll durch ein integriertes Konzept zur Prävention, Beratung, Früherkennung, Krisenintervention und rechtzeitiger Hilfestellung u. a. durch ein Netzwerk Soziales Frühwarnsystem erreicht werden.

Zu den konkreten Maßnahmen gehören ein Soziales Frühwarnsystem und das Berliner Kinderschutzgesetz, das im Entwurf vorliegt. Im Folgenden werden **die Maßnahmen und deren Umsetzung kurz skizziert.**

Netzwerk Kinderschutz Berlin – Umsetzung Gesundheit:

- **Soziales Frühwarnsystem**
 - Mutterpass – Einlegeblatt (geplant)
 - Ja-Bitte-Bogen (**Abbildung 1**); ein Fragebogen, der (werdenden) Eltern hilft, eigenen Beratungsbedarf zum Thema Schwangerschaft und Familie zu erkennen.
- **Berliner Kinderschutzgesetz** zur Regelung eines verbindlichen Einladungswesens U1 bis U9 (Entwurf liegt vor).

³⁴ Drs. Nr. 16/0285 vom 20.02.2007; siehe: http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-jugend/kinder_und_jugendschutz/konzept_netzwerk_kinderschutz.pdf

„Ja-Bitte“-Fragebogen

Berlin

Senatsverwaltung
für Gesundheit, Umwelt
und Verbraucherschutz

JA BITTE

Mutter werden – Mutter sein



JA BITTE Angebotsanfrage: Ich möchte ein Angebot über Beratungsmöglichkeiten aus dem
Bereich 1: Persönliches / **Bereich 2: Finanzen** / **Bereich 3: Gesundheit** erhalten.

Name: _____
 Adresse: _____
 Telefon: _____ voraussichtlicher Entbindungstermin: _____

Abbildung 1

© Netzwerk Kinderschutz

Umsetzung Jugend

- Früherkennung
 - Berlineinheitliche Indikatoren und Risikofaktoren und Verfahrensstandards,
 - Verlässliche Melde- und Informationsstruktur,
 - Modellprojekt Aufsuchende Elternhilfe,
 - Umsetzung § 9 KitaFöG (VO).
- Hotline Kinderschutz 610066 (**Abbildung 2**),
- 365 Tage im Jahr,
- Arbeitshilfen für Fachkräfte der Jugendhilfe
 - Empfehlungen zur Umsetzung des Schutzauftrags nach § 8a SGB VIII,
 - Rundschreiben über Hausbesuche und ihre Durchsetzbarkeit durch den RSD,
 - Rundschreiben zur Umsetzung der §§ 72a und 8a SGB VIII,
 - Rundschreiben zur Umsetzung des Schutzauftrags nach § 8a SGB VIII (Empfehlung, Definition Fachkraft).



Abbildung 2

© Netzwerk Kinderschutz

Umsetzung Jugend und Gesundheit

- AV Kinderschutz Jug/Ges vom 8. April 2008 (AV Jug seit 20.2.2007)
 - Koordination Kinderschutz,
 - Verbindliche Ansprechpartner im Sozialraum,
 - Verbindliche Erreichbarkeit: Mo – Fr von 8 bis 18 Uhr,
 - Bezirkliches Krisentelefon -55555,
 - Verbindliches Meldeverfahren,
 - Hausbesuch – 2 Std. bzw. am Meldungstag,
 - Dokumentation (1. Check/Kinderschutzbogen).

Zum Coaching des Modellprojektes

Ausgehend vom Gedanken des Gesamtkonzeptes „Netzwerk Kinderschutz“ steht hier die Entwicklung eines regionalen Netzwerkes unter Beteiligung aller Akteure als „Soziales Frühwarnsystem“ im Rahmen des präventiven Kinder- und Jugendschutzes im Fokus.

Ziel des Coachingprojekts

Ziele des Coachingprojektes durch die Begleitung und Moderation der Akteure im Berliner Bezirk Mitte sind:

- Vernetzung der Akteure aus den Bereichen Gesundheit und Kinder- und Jugendhilfe,
- Aufbau selbsttragender Strukturen,
- Entwicklung geeigneter Kooperationsformen,
- Vermittlung der berlineinheitlichen Qualitätsstandards,

- Vermittlung der berlineinheitlichen Melde- und Erfassungsverfahren
- Dokumentation und Öffentlichkeitsarbeit.

Das Modellprojekt erhielt den Zuwendungsbescheid am 18.03.2008 und endet am 31.01.2009. In dieser kurzen Zeit wurde ein Umsetzungskonzept entwickelt. Als außerordentlich schwierig stellte sich bei der Entwicklung dieses Projektes die zeitgleich stattfindende Neuorganisation und Neuausrichtung des öffentlichen Jugendhilfeträgers unter sozialräumlichen/regionalen Gesichtspunkten dar. Diese ist zusätzlich mit personellen Um- und Neubesetzungen in den einzelnen Leitungs- und Führungsebenen und den neuen Aufgaben und Verfahrensweisen durch die Umsetzung des Gesamtkonzepts „Netzwerk Kinderschutz“ in der Jugendverwaltung verbunden.

Bestandsaufnahme

Die Bestandsaufnahme dient dazu, sich einen Überblick über die Gegebenheiten im Berliner Bezirk Mitte zu verschaffen, die unterschiedlichen Arbeitsgemeinschaften/Gremien und „Vernetzungen“ kennen zu lernen, eine Adressdatenbank zu erstellen und mit den Akteuren aus den Bereichen Jugend, Gesundheit, Bildung und Justiz zu kommunizieren. Im Wesentlichen **lassen sich die Ergebnisse der Gespräche nach den einzelnen Bereichen wie folgt zusammenfassen:**

Bestandsaufnahme Kooperationen: Kinder-, Jugend- und Gesundheitshilfe

- Gespräche mit
 - Abteilungsleitung Gesundheit, AL Jugend,
 - Leitung Kinder- u. Jugendgesundheitsdienst, Kinderschutzkoordinatoren KJGD,
 - Leitung Regionaler Sozialdienst, Kinderschutzkoordinatoren RSD, Fachleitung Sozialpädiatrischer Dienst, Fachleitung Kita, Fachleitung Vormundschaften/Pflegschaften,
 - AG § 78 SGB VIII – Plenum,
 - Vorstellung des Projekts im Rahmen der Informationsveranstaltungen des Gesundheitsamtes zur Kooperationsvereinbarung Jug/Ges/Charité.
- Ergebnisse:
 - Klare Ansprechpartner,
 - Hohes Engagement der Mitarbeiter und Bereitschaft zur Mitarbeit,
 - Kooperationsvereinbarung Jug/Ges,
 - Kooperationsvereinbarung Jug/Ges/Charité.
- Probleme:
 - Umsetzung der Sozialraumorientierung zum 01.01.08: neue Strukturen, Zuständigkeiten, Orientierungen,
 - personelle Veränderungen in den RSDs, z. T. hoher Krankenstand, z. T. Altersstruktur der Mitarbeiter/innen, z. T. keine Fremdsprachenkenntnisse, bezogen auf die Klientel im Stadtteil,
 - vor diesem Hintergrund hohe Arbeitsbelastung der dort tätigen Mitarbeiter.

Bestandsaufnahme Kooperationen: Charité/SPZ

- Gespräche mit
 - Charité/SPZ
- Ergebnisse:
 - Hochmotiviert und großes Interesse an Beteiligung,
 - Kooperationsvereinbarung Jug/Ges/Charité,
 - Einbindung in erste Gesprächsrunden auf Arbeitsebene.

Bestandsaufnahme Kooperationen: Hebammen/Ärzte

- Gespräche mit
 - Hebammenverband/Ärzten.
- Ergebnisse:
 - Kaum Information über das Netzwerk Kinderschutz in Mitte,
 - Interesse an Informationen und z. T. Beteiligung.
- Probleme:
 - Wer bezahlt die Teilnahme am Netzwerk?

Bestandsaufnahme Kooperationen: Schule/Bildung

- Informationen einzelner Schulen
- Ergebnisse:
 - Kinderschutz-Handlungsleitfaden Schule und Allgemeiner Sozialpädagogischer Dienst,
 - AG Schulbezogene Sozialarbeit.
- Probleme:
 - Bitte um klare Ansprechpartner/Struktur.

Bestandsaufnahme Kooperationen: Polizei

- Gespräche mit
 - Polizei.
- Ergebnisse:
 - Klarer Ansprechpartner,
 - Bereitschaft und Interesse zur Mitarbeit,
 - Bündnis gegen häusliche Gewalt,
 - Kooperationsvereinbarung Jugendamt und Polizei; Treffen vierteljährlich.

Planungsphase

In den Gesprächen auf Leitungsebene in Kooperation mit dem Sozialpädagogischen Fortbildungsinstitut Berlin-Brandenburg (SFBB) konkretisierten sich die Leitgedanken und der bereits vom Jugendamt entwickelte Rahmen einer Struktur des Netzwerkes und deren Umsetzung.

Leitgedanke: Die Verringerung und/oder Vermeidung der akuten Fälle von Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung und der damit verbundenen aufwändigen und teuren Intervention soll durch ein Netzwerk zur Prävention von Akteuren aus Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitswesen, Schule und Justiz erreicht werden, damit Familien und deren Kinder rechtzeitig Hilfe und Unterstützung erfahren. Dieses Netzwerk als lebendiges Miteinander der Akteure aus Jugend, Gesundheit, Bildung und Justiz verfügt zum einen über einen unterschiedlichen Zugang zu den Familien und ihren Kindern und dient zum anderen der Verzahnung und zielgerichteten Bündelung der unterschiedlichen Ressourcen zum Kinderschutz.

Struktur bildend ist der „Netz-Werk“-Gedanke, der bereits im Jugendamt entwickelt wurde: Das „Netz“ sind alle sich beteiligenden Akteure (**Abbildung 3**). Als Plenum dienen die „Kinderschutzkonferenzen“. Im Netz wird informiert, kommuniziert, kooperiert und Öffentlichkeit hergestellt. Diese „Netz -Werke“ sollen in allen vier Regionen des Stadtbezirks Berlin-Mitte entstehen. Das „Werk“ als „Steuerungsrunde“ (circa zehn Personen) besteht aus den Kinderschutzkoordinatoren des Gesundheits- und Jugendamtes, einzelnen Vertretern von Beratungsstellen und der Schulen. Das „Werk“ initiiert, plant, koordiniert, moderiert und dokumentiert. Federführend im „Werk“ sind die Kinderschutzkoordinatoren des Jugendamtes.

Zur Implementierung des „Netz-Werkes“ wurden zur Qualifizierung des „Werkes“ Startworkshops in jeder Region in Kooperation mit dem Sozialpädagogischen Fortbildungsinstitut **Berlin-Brandenburg** (SFBB) verabredet. Anschließend wird das „Netz“ zu „Kinderschutzkonferenzen“ eingeladen werden.

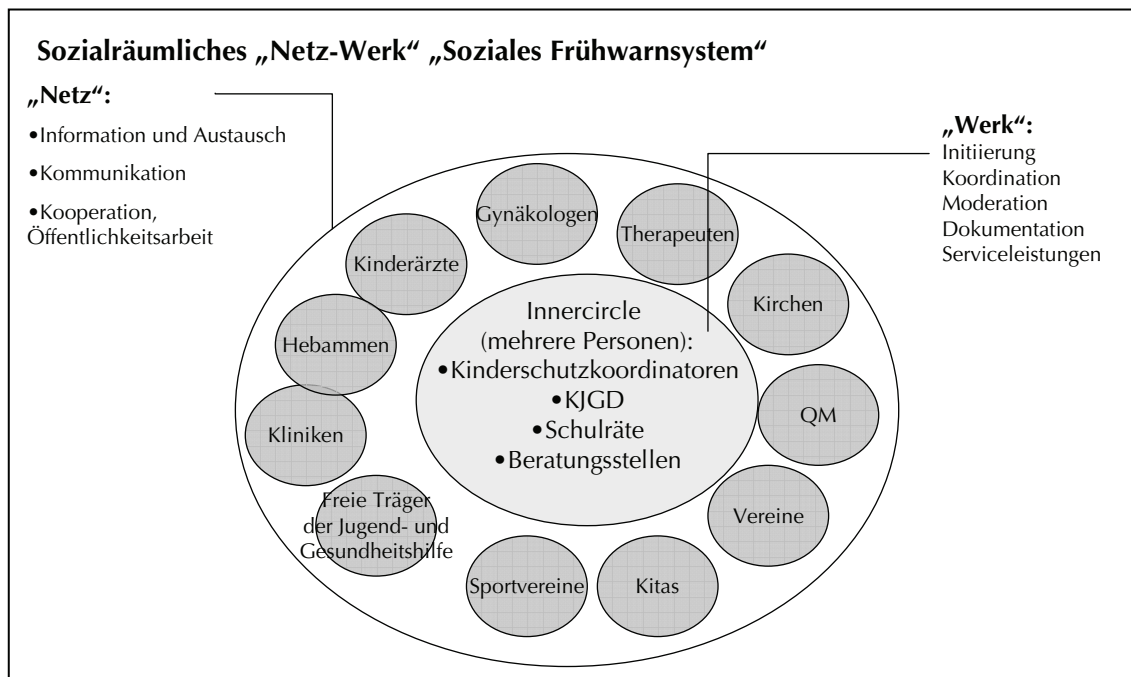


Abbildung 3

© Netzwerk Kinderschutz

Umsetzungsphase

Das Modellprojekt befindet sich am Beginn der Umsetzungsphase. Die „Startworkshops“ unter Leitung des SFBB in jeder Region haben stattgefunden. Hier heraus haben sich Folgeworkshops unter Teilnahme, aber auch Moderation des Modellprojektes ergeben. In der Region Berlin-Moabit wurde für den 14.01.2009 eine „Kinderschutzkonferenz“ als Auftaktveranstaltung zur „Netz-Werk“-Implementierung vereinbart. Das Modellprojekt hat für die Veranstaltung ein Konzept entwickelt und übernimmt hierfür die Tagungsorganisation und Durchführung. Analog hierzu können entsprechende Veranstaltungen in den anderen drei Regionen des Bezirkes Mitte stattfinden.

Erfahrung und Ausblick

Ergebnisse des Projektes „Coaching und Evaluation zum Sozialen Frühwarnsystem in Berlin-Mitte“ lassen sich erst begründet nach erfolgter fortgeschrittener Implementierung darstellen.

Zur Evaluation des Modellprojektes

Im Folgenden soll kurz der Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation, als Teil des Gesamtprojektes „Coaching und Evaluation zum Sozialen Frühwarnsystem“ umrissen werden.

Der zentrale Gegenstand der Evaluation ist die Etablierung eines sozialen Frühwarnsystems im Rahmen der Umsetzung des Berliner „Netzwerks Kinderschutz“ als stadtweitem und regionalbezogenem Zusammenwirken von regionalen Institutionen und Einrichtungen zur Prävention und Frühförderung gefährdeter Kinder und ihrer Familien im Berliner Bezirk Mitte. Damit stehen Prozesse der Netzwerkbildung im Mittelpunkt, die vom Teilprojekt „Coaching“ unterstützt und gefördert werden sollen. Neben dem generellen Prozess der Etablierung eines sozialen Frühwarnsystems ist die Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen des Teilprojektes „Coaching“ ein weiterer Gegenstand der Evaluation.

Um der Komplexität des Evaluationsgegenstands gerecht zu werden, wurde die Strategie einer qualitätsorientierten, formativen Evaluation gewählt. Was ist darunter zu verstehen? Sowohl in der Evaluation als auch in der Qualitätsentwicklung werden häufig die Aspekte Struktur, Prozess und Ergebnis als Gliederungselemente benutzt. Die besonderen Anforderungen hinsichtlich der Strukturqualität erklären sich aus der Vielzahl der Akteure, die hier in dem komplexen Programm zusammenarbeiten müssen, d.h. die Strukturevaluation dient der Verbesserung der Strukturqualität (Frage: „Was ist vorhanden?“). In der Prozessqualität fließen Elemente von systematischer Organisationsentwicklung, (Selbst)Evaluation und kontinuierlicher Qualitätsverbesserung zusammen, d.h., Prozessevaluation dient der Verbesserung der Prozessqualität (Frage: „Wer macht was, wo, warum und unter welchen Bedingungen?“). Ergebnisevaluation wiederum dient der Verbesserung der Ergebnisqualität (Fragen, die sich auf bestimmte Wirkungen beziehen).³⁵

Die formative Evaluation wird als Prozess verstanden, der ein Projekt von Anfang bis Ende begleitet: Von der Implementation und Messung der Outcomes bis hin zur abschlie-

³⁵ Hellstein/Wollmann 1984; Sanders 1999; Jordan/Schone 1998; Gries/Vossebrecher 2007

ßenden Einschätzung der Wirksamkeit und zu Vorschlägen von Verbesserungsmöglichkeiten. Dabei empfiehlt es sich, ein schrittweises Vorgehen einzuschlagen. Das heißt, mit der Implementierung des Projektes und seines Handlungsverlaufs werden die Ziele präzisiert und somit auf Grund der ersten Erfahrungen an die praktischen Möglichkeiten angepasst, ferner werden auch Erfolgskriterien und der Zeitraum, in dem sie erreicht werden können, immer genauer festgelegt. Evaluiert werden sollen tatsächliche und mögliche Auswirkungen des Projektes, die Qualität der Rahmenbedingungen sowie die Art und Effektivität der Durchführung. Der Einbezug vieler Akteure/Betroffener stellt sicher, dass möglichst viele Aspekte, Schrittweisen und Erfahrungen in die Auswertung einfließen und Berücksichtigung finden. Zu einem späteren Zeitpunkt ist zu prüfen, ob nicht im stärkeren Maße soziologische Erkenntnisse (mittels wissenschaftlicher Begleitung) sowohl für die Definition als auch für die Evaluation des Projektes herangezogen werden können.³⁶

Die Evaluation wurde als ein interaktiver und offener Forschungsprozess angelegt, der durch eine Verbindung von quantitativen und qualitativen Methoden (mixed-methods-design) gekennzeichnet ist. Sämtliche Datendokumentationen und Untersuchungen dienen dazu, Einsichten in Kooperations- und Kontaktmuster der Akteure, Problembereiche der Zusammenarbeit und strukturelle Bedingungen im regionalen Raum zu erhalten, über die noch wenig bekannt ist, weshalb unterschiedliche Zugänge genutzt werden. Mit Hilfe verschiedener Untersuchungsbausteine soll ein differenziertes Bild der regionalen Situation sowie der helfenden Institutionen und ihrer Vernetzung gezeichnet werden.

Drei Untersuchungsbausteine wurden formuliert, in denen verschiedene Instrumente verwendet werden:

- **Die Bestandsaufnahme der regionalen Situation**

Um zu bewerten, ob und wie das in Umsetzung begriffene Soziale Frühwarnsystem im Rahmen des Netzwerks Kinderschutz im Bezirk Berlin-Mitte an die sozialstrukturellen Bedingungen und spezifischen Problemlagen des Bezirks angepasst ist, war eine sozialräumliche Beschreibung des Bezirks notwendig. Hierfür wurden die verfügbaren quantitativen Daten des statistischen Landesamtes und der bezirklichen Verwaltung (Jugendamt, Gesundheitsamt) herangezogen und ausgewertet und in Form einer fokussierten Sozialraumanalyse aufbereitet.

- **Untersuchung der helfenden Institutionen und ihrer Kooperationsmuster**

Der zweite Baustein der Untersuchung besteht darin, die potenziellen Akteure, deren Zusammenarbeit über das Netzwerk Kinderschutz angeregt werden soll, zu erfassen und hinsichtlich ihrer bestehenden Kontaktmuster in Kinderschutznotfällen und ihrer Muster der dauerhaften Zusammenarbeit zu untersuchen. Dabei ist es das Ziel, bereits bestehende Kooperationsbeziehungen zum Thema Kinderschutz zu identifizieren, zentrale Akteure zu ermitteln und herauszufinden, welche Akteure noch keine Information hinsichtlich des Netzwerks haben. Besonders jener letzte Punkt bot auch einen Ansatzpunkt für das Coachingprojekt, da auf diese Weise Informationslücken identifiziert werden konnten, die durch Informationsangebote bzw. die Vermittlung solcher Angebote geschlossen werden sollten.

³⁶ hierzu u.a. Kromrey 2001, S. 105 ff.

Als Erhebungsinstrument wurde ein teilstandardisierter Fragebogen eingesetzt, der unter anderem Fragen zur Mitgliedschaft in regionalen oder bereichsspezifischen Arbeitsgemeinschaften und Arbeitsgruppen, zum Informationsstand hinsichtlich des Netzwerks Kinderschutz, zu Kontaktmustern bei Kinderschutzfällen und zu Mustern der bestehenden Zusammenarbeit in Fragen des Kinderschutzes enthielt. Zudem wurden zwei Namensgeneratoren eingebaut, um die Möglichkeit einer netzwerkanalytischen Auswertung zu gewährleisten.

Unter Zuhilfenahme von Adressdaten der öffentlichen Verwaltung wurden insgesamt 1.041 Akteure im Bezirk Mitte angeschrieben. Die Rücklaufquote der Fragebögen lag bei 18,2 Prozent. Über die Analyse der Verteilung des Rücklaufs konnten bereits erste Feststellungen hinsichtlich des Interesses am Netzwerk Kinderschutz bei verschiedenen Akteursgruppen getroffen werden. Die Auswertung der gewonnenen Daten erfolgt mit den Softwarepaketen SPSS und BabstSoft Relations.

▪ **Befragung von zentralen Akteuren im Netzwerk (Experten)**

Der dritte, auch zeitlich nachgeordnete Untersuchungsbaustein betrifft die Evaluation der bisherigen Bemühungen der Netzwerkbildung und die Wirksamkeit der begleitenden Coachingmaßnahmen. Hierfür werden auf der Grundlage der quantitativen Daten und unter Berücksichtigung der Ziele und Ansprechpartner des Coachingprojektes zwanzig regionale Akteure ausgewählt (**Abbildung 4**), die eine zentrale Stellung oder eine Multiplikatorenrolle innerhalb des bestehenden Netzwerks der Zusammenarbeit haben, um bisherige Erfahrungen, best-practice-Beispiele und Problemsichten hinsichtlich der Netzwerkbildung zu erheben.

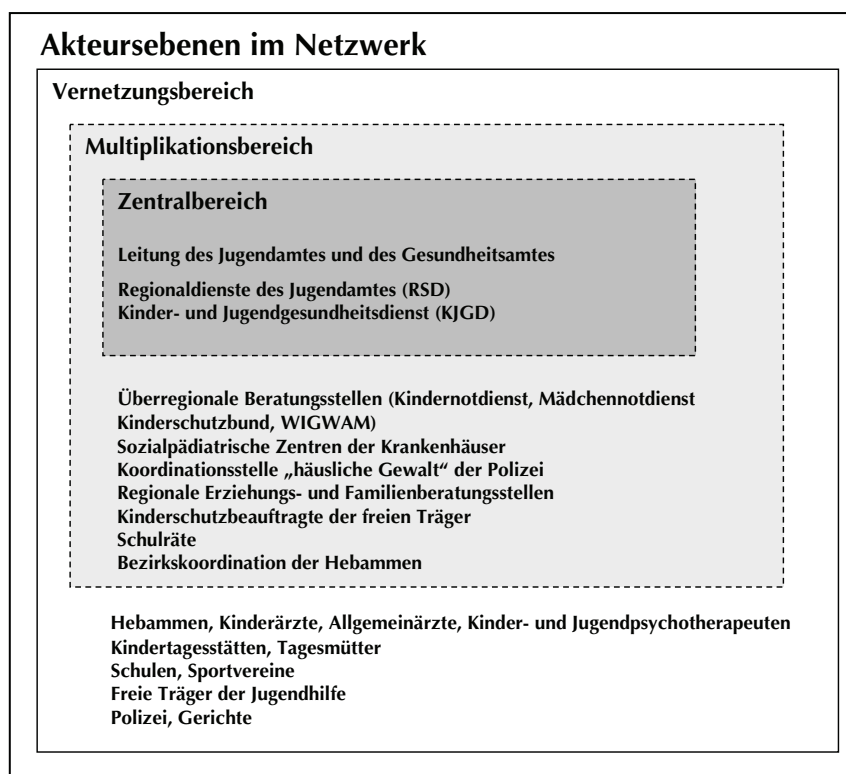


Abbildung 4

© Netzwerk Kinderschutz, Berlin

Als Instrument werden dabei qualitative Leitfadeninterviews eingesetzt, wobei eine Anlehnung an das problemzentrierte Interview³⁷ angelegt wurde. Als Alternative zu standardisierten Befragungen bieten qualitative Interviews als Instrumente der Evaluationsforschung die Möglichkeit, dem Befragten mehr Spielraum in der Beantwortung von Fragen zu geben und seiner Sichtweise und seinem Referenzsystem näher zu kommen.³⁸ Bei der Interpretation der Interviewtexte wird mit der QDA-Software ATLAS.ti gearbeitet.

³⁷ Witzel 1985

³⁸ Flick 2006:216

Literatur:

- Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe im Deutschen Institut für Urbanistik (Hrsg.), Programmheft: Frühe Hilfen interdisziplinär gestalten. Zum Stand des Aufbaus Früher Hilfen in Deutschland. 19. bis 21. November 2008 in Berlin, Ernst-Reuter-Haus, Berlin 2008
- Bange, D./Deegener, G., Sexueller Missbrauch an Kindern. Ausmaß, Hintergründe, Folgen, Weinheim 1996
- Bayerischer Landesjugendhilfeausschuss, Empfehlungen zur Umsetzung des Schutzauftrags nach § 8a SGB VIII, in: FORUM Jugendhilfe 1/2006, S. 31 ff.
- Bergold, J./Filsinger, D. (Hrsg.), Vernetzung psychosozialer Dienste. Theoretische und empirische Studien über stadtteilbezogene Krisenintervention und ambulante Psychiatrie, Weinheim/München 1993
- BMJFFG = Der Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.), Achter Jugendbericht. Bericht über Bestrebungen und Leistungen der Jugendhilfe, Bonn 1990 (BT.-Drs. 11/6576 v. 06.03.90)
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung, Kinderschutz und Beratung. Empfehlungen zur Umsetzung des Schutzauftrages nach § 8a SGB VIII, in: Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe 7/8/2006, S. 346 ff.
- Borgmann, C., Schritte zu einer gelungenen Zusammenarbeit zwischen Medizin und Jugendhilfe: Erfahrungen aus dem Bezirk Mitte, in: Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung/Land Brandenburg (Ministerium für Bildung, Jugend und Sport) (Hrsg.), Netzwerk Kinderschutz – Frühe Interventionen und Hilfen in Kooperation von Pädiatrie und Jugendhilfe. Dokumentation der Fachtagung v. 2.-3 Juli 2008 in Berlin, Berlin 2008 (hekt. MS), S. 95 ff.
- Brockstedt, M., Frühe Hilfen – Kinderschutz vor und nach der Geburt, in: Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung/Land Brandenburg (Ministerium für Bildung, Jugend und Sport) (Hrsg.), Netzwerk Kinderschutz – Frühe Interventionen und Hilfen in Kooperation von Pädiatrie und Jugendhilfe. Dokumentation der Fachtagung v. 2.-3 Juli 2008 in Berlin, Berlin 2008 (hekt. MS), S. 122 ff.
- Butterwegge, Chr./Klundt, M. (Hrsg.), Kinderarmut und Generationengerechtigkeit. Familien- und Sozialpolitik im demografischen Wandel, Opladen 2003
- Dahme, H.-J., Kooperative Steuerung sozialer Versorgungssysteme – Neue Vernetzungsstrategien, in: Theorie und Praxis sozialer Arbeit 2/1999, S. 89 ff.
- Dahme, H.-J., Kooperation und Vernetzung im sozialen Dienstleistungssektor. Soziale Dienste im Spannungsfeld „diskursiver Koordination“ und „systematischer Rationalisierung“, in: DAHME, H.-J./WOHLFAHRT, N. (Hrsg.), Netzwerkökonomie im Wohlfahrtsstaat. Wettbewerb und Kooperation im Sozial- und Gesundheitssektor, Berlin 2000, S. 47 ff.
- DBT= Deutscher Bundestag (Hrsg.), Lebenslagen in Deutschland – Dritter Armuts- und Reichtumsbericht, in: BT.-Drs. 16/9915 v. 30.06.2008
- Deegener, G./Körner, W., Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch, Göttingen u.a. 2005
- deMause, L. Evolution der Kindheit, in: deMause, L. (Hrsg.), Hört ihr die Kinder weinen. Eine psychogenetische Geschichte der Kindheit, Frankfurt a.M. 1977, S. 12 ff.
- Egle, U.T. u.a. (Hrsg.), Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung, Stuttgart 2000
- Emig, O., Der vermeidbare Tod eines Kleinkindes unter staatlicher Fürsorge, in: Neue Praxis 5/2007, S. 445 ff.
- Flick, U., Interviews in der qualitativen Evaluationsforschung, in: Flick, U. (Hrsg.), Qualitative Evaluationsforschung, Konzepte, Methoden, Umsetzungen. Reinbeck 2006, S. 214 ff.
- Gomez, M.A./Zimmermann, T., Unternehmensorganisation, Frankfurt a.M. 1992

- Gries, J. u.a., Lebenssituation und subjektive Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen. Quartiersbezogene Schüleruntersuchung in Berlin-Treptow-Köpenick (QM Oberschöneweide) – Ergebnisse der Untersuchung (hrsg. v. ISIS-Berlin e.V., Forschungsberichte), Berlin 2003
- Greis, J./Vossebrecher, D., Evaluation in der Kinder- und Jugendhilfe, in: Ringler, D. (Hrsg.), Handlungsfelder und Methoden der Kinder- und Jugendhilfe. Eine Einführung, Baltmannsweiler 2007, S. 343 ff.
- Heilmann, S./Salgo, L. Der Schutz des Kindes durch das Recht – Eine Betrachtung der deutschen Gesetzeslage, in: Helfer, M.E. u.a. (Hrsg.), Das misshandelte Kind. Körperliche und psychische Gewalt, sexueller Missbrauch, Gedeihstörungen, Münchhausen-by-proxy-Syndrom, Vernachlässigung, Frankfurt a.M. 2002, S. 955 ff.
- Heitmeyer, W./Schröttle, M. (Hrsg.), Gewalt. Beschreibungen, Analysen, Prävention, Bonn 2006
- Helming, E., Frühe Hilfen – eine Chance für die Prävention!, in: Landeskommission gegen Gewalt (Hrsg.), Berliner Forum Gewaltprävention. Dokumentation des 8. Berliner Präventionstages. In Würde aufwachsen (...), Stärkung von Erziehungskompetenzen, Frühe Hilfen, Zusammenarbeit von Eltern und Schule, Erziehungspartnerschaften, Koordinierter Kinderschutz, Heft 35, Berlin 2008, S. 45 ff.
- Hellstein, G.M./Wollmann, H. (Hrsg.), Handbuch zur Evaluationsforschung, Opladen 1984
- Hensen, G./Rietmann, St., Systematische Gestaltung früher Hilfezugänge. Entwicklungspsychologische und organisationstheoretische Grundlagen, in: Bastian, P. u.a. (Hrsg.), Frühe Hilfen für Familien und soziale Frühwarnsysteme, Münster u.a. 2008, S. 35 ff.
- Hoppensack, H.-Chr., Kevins Tod – ein Beispiel für missratene Kindeswohlsicherung, in: Unsere Jugend 7/8/2007, S. 290 ff.
- Iben, G. (Hrsg.), Kindheit und Armut. Analysen und Projekte, Münster 1998
- Jordan, E. (Hrsg.), Kindeswohlgefährdung. Rechtliche Neuregelungen und Konsequenzen für den Schutzauftrag der Kinder- und Jugendhilfe, Weinheim/München 2007
- Jordan, E./Schone, R. (Hrsg.), Handbuch Jugendhilfeplanung. Grundlagen, Bausteine, Materialien, Münster 1998, S. 265 f.
- Kardorff, E., v., Kooperation, Koordination und Vernetzung. Anmerkungen zur Schnittstellen-Problematik in der psychosozialen Versorgung, in: Röhrle, B. u.a. (Hrsg.), Netzwerkintervention, Tübingen 1998, S. 203 ff.
- Kromrey, H., Evaluation – ein vielschichtiges Konzept. Begriff und Methodik von Evaluierung und Evaluationsforschung: Empfehlungen für die Praxis, in: Sozialwissenschaften und Berufspraxis 24/2001, S. 105 ff.
- Martinius, J./Frank, R. (Hrsg.), Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung von Kindern. Erkennen, Bewusstmachen, Helfen, Bern 1990
- Münder, J. u.a., Frankfurter Kommentar zum SGB VIII: Kinder- und Jugendhilfe, Weinheim/München 2006
- NZFH= Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.), Frühe Hilfen. Modellprojekte in den Ländern, Köln 2008
- Sanders, J.R. (Hrsg.), Handbuch der Evaluationsstandards. Die Standards des „Joint Committee on Standards for Educational Evaluation“, Opladen 1999
- Sann, A./Schäfer, R., Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen – eine Plattform zur Unterstützung der Praxis, in: Bastian, P. u.a. (Hrsg.), Frühe Hilfen für Familien und soziale Frühwarnsysteme, Münster u.a. 2008, S. 103 ff.
- Santen, E., v./Seckinger, M., Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis. Eine empirische Studie zur interinstitutionellen Zusammenarbeit am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe, München 2003
- Scheuch, E.K./Scheuch, U., Cliques, Klüngel und Karrieren. Über den Verfall der politischen Parteien – eine Studie, Reinbek 1992

- Schone, R. u.a., Kinder in Not. Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven sozialer Arbeit, Münster 1997
- Schubert, H. (Hrsg.), Netzwerkmanagement. Koordination von professionellen Vernetzungen – Grundlagen und Beispiele, Wiesbaden 2008
- Senbwf= Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung (Hrsg.), Jugend in Berlin. Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung. Empfehlungen zur Umsetzung nach § 8 a SGB VIII, Berlin 2007
- Senguv= Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (Hrsg.), Gesundheitsberichterstattung Berlin. Basisdaten zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin – Ergebnisse auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2005 – (Spezialbericht 2007 – 1). Berlin 2007
- Shell Deutschland Holding (Hrsg.), Jugend 2006. Eine pragmatische Generation unter Druck, Frankfurt a.M. 2006 (auch Lizenzausgabe für die Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn 2006)
- Skoluda, S./Holz, G., Armut im frühen Kindesalter – Lebenssituation und Ressourcen der Kinder, in: Frühförderung interdisziplinär 22/2003, S. 111 ff.
- Thiersch, H., Lebensweltorientierte Jugendhilfe, in: Forum Jugendhilfe 4/1991, S. 7 ff.
- Thiersch, H., Das Konzept Lebensweltorientierung in der Kinder- und Jugendhilfe, in: Forum Jugendhilfe 2/2000, S. 39 ff.
- Verein für Kommunalwissenschaften e.V. (Hrsg.), Kinderschutz gemeinsam gestalten: § 8a SGB VIII – Schutzauftrag der Kinder- und Jugendhilfe. Dokumentation der Fachtagung am 22. und 23. Juni 2006 in Berlin, Berlin 2007
- Vorstand der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ), Handlungsempfehlungen zur Kooperation von Jugendhilfe und Schule, in: FORUM Jugendhilfe 1/2006, S. 13 ff.
- Walter, J. (Hrsg.), Sexueller Missbrauch im Kindesalter, Heidelberg 1989
- Wetzels, P., Gewalterfahrungen in der Kindheit. Sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und deren langfristige Konsequenzen, Baden-Baden 1997
- Wiesner, R., Das Wächteramt des Staates und die Garantstellung der Sozialarbeiterin/des Sozialarbeiters zur Abwehr von Gefahren für das Kindeswohl, in: Zentralblatt für Jugendrecht 5/2004, S. 161 ff.
- Wiesner, R., SGB VIII. Kinder- und Jugendhilfe. Kommentar, München 2006
- Witzel, A., Das problemzentrierte Interview, in: Jüttemann, G. (Hrsg.), Qualitative Forschung in der Psychologie Weinheim 1985, S. 227 ff.
- Wolf, K., Der vermeidbare Tod – was die Soziale Arbeit aus dem Tod von Kevin lernen muss, in: Blickpunkt Jugendhilfe 2/2008, S. 3 ff.
- Wolff, R., Kindesvernachlässigung – Entwicklungsbedürfnisse und fachliche Aufgaben der Jugendhilfe, in: Zenz, W. u.a. (Hrsg.), Die vergessenen Kinder. Vernachlässigung, Armut und Unterversorgung in Deutschland, Köln 2002, S. 70 ff.
- World Vision Deutschland e.V. (Hrsg.), Kinder in Deutschland 2007. 1. World Vision Kinderstudie, Frankfurt a.M. 2007 (auch Lizenzausgabe für die Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn 2007)
- Zander, M. (Hrsg.), Kinderarmut. Einführendes Handbuch für Forschung und soziale Praxis, Wiesbaden 2005

Vorstellung aller durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen begleiteten Modellprojekte

„Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Eltern“ (Mecklenburg-Vorpommern)¹

Kinder, die mit psychisch kranken Eltern oder Eltern mit Suchterkrankungen aufwachsen, leben mit besonderen Risiken, vernachlässigt oder misshandelt zu werden. Hier ist es besonders wichtig, Eltern in ihrer Erziehungs- und Beziehungskompetenz zu stärken und das unversehrte Aufwachsen ihrer Kinder beständig im Blick zu haben. Leider steckt die für diese besondere Zielgruppe so wichtige Vernetzung zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Kinderschutz noch in den Anfängen.²

Ziel des Modellprojektes ist also die Etablierung eines möglichst niedrighschwelligem Angebots für die Zielgruppe psychisch kranker Eltern mit Säuglingen bzw. Kleinkindern. Der Fokus liegt dabei auf einer frühen Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen und auf der Prävention von daraus resultierender Vernachlässigung und Gefährdung des Kindes. In diesem Zusammenhang wird auch die Installierung eines Koordinierungskreises „Kindeswohl“ angestrebt, um die beteiligten Systeme zusammenzubringen.

Das Projekt wird zum größten Teil im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und außerdem durch das Land Mecklenburg-Vorpommern und der Stadt Schwerin finanziert.

Träger des Projekts sind das Universitätsklinikum Greifswald der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald sowie die AWO – Soziale Dienste gGmbH Westmecklenburg, Schwerin. Es wird von Prof. Dr. Harald Freyberger und Axel Mielke geleitet. Standorte sind Schwerin und Greifswald.

Das Projekt richtet sich an die **Zielgruppen**:

- Kinder psychisch kranker und alkoholerkrankter Mütter und Väter im Alter von 0 bis 5 Jahren,
- Eltern mit psychischen Auffälligkeiten und Störungen und/oder auffälligem Alkohol-/Drogenkonsum.

¹ aus: www.fruehehilfen.de. Das Projekt wurde während der Tagung von Prof. Dr. Harald Freyberger, Professor für Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald und Direktor der am Hanse-Klinikum Stralsund ausgelagerten Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Greifswald, vorgestellt.

² <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/BMFSFJ/kinder-und-jugend,did=115004.html>

Kooperationspartner/innen sind:

- Jugendämter,
- Gesundheitsämter,
- Freie Träger der Jugendhilfe,
- Kinderärzte,
- Hebammen,
- Familienbildungsstätten,
- Helios-Kliniken Schwerin,
- Krankenhaus West Stralsund,
- AWO Kreisverband Schwerin,
- Beratungsstelle Rückenwind Greifswald.

Die Beratungsstelle Rückenwind Greifswald und die AWO – Soziale Dienste gGmbH halten für die Zielgruppen folgende **Angebote und Dienste** vor:

Beratungsstelle Rückenwind:

- telefonische Beratung (auch anonym);
- aufsuchende Beratung/Hausbesuche;
- Beratung per E-Mail;
- Einzelgespräche für Eltern, Kinder und Angehörige;
- Familiengespräche;
- Vermittlung/Begleitung in weitere Hilfeangebote;
- Aufbau Therapiemotivation;
- Entwicklung neuer individueller Angebote.

AWO – Soziale Dienste gGmbH:

- aufsuchende Beratung;
- Hausbesuche;
- Screening/Care-Index;
- Einzel-, Paar- und Familiengespräche;
- Fachteam „Frühe Hilfen“;
- Vermittlung/Begleitung in passende Unterstützungsangebote;
- Entwicklung neuer individueller Angebote.

Die **wissenschaftliche Begleitung** wird durch die Arbeitsgruppe von Prof. Dr. Jörg Fegert an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm und das Universitätsklinikum Greifswald der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald unter Leitung von Prof. Dr. Freyberger durchgeführt. Die Mittelvergabe dafür erfolgt über das Nationale Zentrum Frühe Hilfen.

Kinder psychisch kranker und/oder suchtgefährdeter Eltern stellen eine Hochrisikogruppe für Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung dar. Darüber hinaus ergibt sich für diese Gruppe innerhalb unseres Versorgungs- und Beratungssystems eine gravierende Schnittstellenproblematik, da das allgemeine und das medizinische Versorgungssystem den Kinder- und Jugendbereich und das Erwachsenenalter in verschiedenen Segmenten abbilden.

Ziel der Wirkungsevaluation „Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Eltern“ ist deshalb die qualitative und quantitative Überprüfung der Qualität des mit dem Projekt angestrebten Vernetzungsprozesses und die Messung der Interventionseffekte. Die Wirkungsevaluation überprüft, ob diese Vernetzungsprozesse zur systematischen Koordinierung von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem gelingen. Darüber hinaus wird untersucht, wie die Betroffenen selbst diesen neuen Ansatz erleben und ob Effekte messbar sind. Dabei wird insbesondere die psychische Symptomatik der erkrankten Eltern, ihre Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit erhoben.

Die Evaluation befasst sich mit folgenden **Forschungsfragestellungen**:

- Überprüfung des Vernetzungskonzepts zur systematischen Koordinierung von Angeboten der Jugend- und Gesundheitshilfe (qualitativ und quantitativ mit dem Ziel der Prüfung von Praxistauglichkeit und Wirksamkeit),
- Evaluation des Vernetzungsprozesses im Hinblick auf Veränderung des Versorgungssystems, der Versorgungszufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer sowie anderer Akteurinnen und Akteure des Versorgungssystems,
- Prüfung der Interventions-Effekte mithilfe etablierter Erhebungsinstrumente zur psychischen Symptomatik, Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit und Prüfung in einem Zwölf-Monats-Verlauf auf Stabilität.

Vorgehensweise:

Zunächst werden die Probanden („Problemfamilien“) an die Studie durch enge Zusammenarbeit mit Hilfe bietenden Einrichtungen/Trägern und der Jugendhilfe weitervermittelt.

Die Stärkung der elterlichen Eigenmotivation wird durch das Angebot einer niedrigschwelligen Beratung gefördert.

Das **Forschungsdesign** sieht erstens eine Netzwerkanalyse und zweitens einen Prä-Post-Vergleich (vor Beginn der Hilfe – zwölf Monate nach der Hilfe) durch Interviews, Fragebögen und Videoanalysen vor.

Es wird ein **kommentierter psychosozialer Wegweiser** entwickelt, der für Betroffene und für Mitglieder des Hilfesystems gleichermaßen die in den Regionen relevanten Beratungs- und Behandlungsangebote zusammenfasst und der internetbasiert für die Öffentlichkeit kostenlos verfügbar sein wird.

Wirksamkeit Früher Hilfen: Abschlussdiskussion

Moderation:

DR. HELMUT HOLLMANN

Ärztlicher Leiter, Kinderneurologisches Zentrum, Rheinische Kliniken Bonn; Mitglied in der Bundesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrischer Zentren

WULFHILD REICH

Mitarbeiterin der Dienststelle Qualität und Qualifizierung, Jugendamt Stuttgart

Gesprächspartner/innen:

VERENA GÖPPERT

Beigeordnete, Leiterin des Dezernates Arbeit, Jugend und Soziales, Deutscher Städtetag (DST), Berlin

DR. SIEGFRIED HALLER

Leiter des Jugendamtes Leipzig

DR. ANNETTE NIEDERFRANKE

Leiterin der Abteilung Kinder- und Jugendhilfe, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin

BERNHARD SCHOLTEN

Leiter der Abteilung Familie, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland Pfalz, Mainz

BIRGIT STEPHAN

Integrierte Sozialplanung und Frühe Hilfen Kreis Nordfriesland, Amt für Jugend, Soziales, Arbeit und Senioren, Husum

PROF. DR. UTE THYEN

Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, Vorsitzende des wissenschaftlichen Beirates des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen, Stellvertretende Leiterin der Sozialpädiatrie, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Lübeck

PD DR. UTE ZIEGENHAIN

Leiterin der Sektion Pädagogik, Jugendhilfe, Bindungsforschung und Entwicklungspsychopathologie, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm

Dr. Helmut Hollmann: Liebe Kolleginnen und Kollegen, meine sehr verehrten Damen und Herren, wir nähern uns dem Ende einer langen, einer sehr spannenden, sehr informativen Tagung. Es ist nicht zu viel gesagt, dass wir jetzt einen abschließenden Höhepunkt erleben werden. In der Vorbereitung auf diese Diskussionsrunde haben wir festgestellt, dass sehr viele Aspekte, die in den vergangenen drei Tagen hier im Plenum und in den Arbeitsgruppen diskutiert wurden, ganz offensichtlich auch durch die Referentinnen und Referenten der abschließenden Podiumsdiskussion aufgegriffen werden. Daher sind Frau Reich und ich mit Ihnen sehr gespannt darauf, wie sich diese Diskussion entwickeln wird.

Meine Damen und Herren, „... es ist mit Sicherheit anzunehmen, dass sozialpädiatrische Aufgaben in unserem Land in den nächsten Jahren an Bedeutung gewinnen werden.“ Diesen Satz hat Hans Schlack in seinem Lehrbuch zur Sozialpädiatrie mit dem Untertitel „Gesundheit – Kindheit – Lebenswelten“ 1995 geschrieben. Man kann nun diesem Satz seherischen Fähigkeiten zuschreiben, man kann aber auch darauf verweisen, dass Fachleute in der Sozialpädiatrie, in der Jugendhilfe und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie schon seit vielen Jahren davon gesprochen haben, welche Entwicklung sich für unsere Kinder abzeichnet. Wir sind daher froh darüber, dass diese Botschaft inzwischen auch auf der politischen Ebene sehr deutlich angekommen ist.

Zu Beginn der Tagung hatte ich darauf hingewiesen, dass wir keine politische Diskussion führen, aber jetzt zum Abschluss möchten wir ausdrücklich eine politische Diskussion führen. Es kann gar nicht anders sein, dass Sozialpädiatrie, Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie sehr viele Schnittmengen mit der Politik haben, sowohl im Sinne des Versuches der Informationsgebung und des Gehört-Werdens als auch dahingehend, dass sich die Versorgungssysteme immer nur in dem Rahmen bewegen können, den die politischen Bedingungen zulassen. Nach meiner Wahrnehmung konnten wir in den letzten Jahren diesbezüglich Veränderungen in die richtige Richtung erleben. Ich freue mich deswegen mit den Organisatorinnen und Organisatoren sehr, dass heute sowohl die drei wesentlichen politischen Ebenen – Bund, Länder und der Deutsche Städtetag – als auch Expertinnen und Experten an der Diskussion beteiligt sind.

Als erstes darf ich das Wort an Frau Dr. Niederfranke übergeben. Frau Niederfranke ist Leiterin der Abteilung für Kinder- und Jugendhilfe im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Ich möchte Sie bitten, ein Fazit aus Ihrer Sicht zu ziehen, wie Sie die Entwicklung in den letzten Jahren werten und was Sie für Perspektiven sehen.

Dr. Annette Niederfranke: Vielen Dank, Herr Hollmann. Liebe Mitstreiterinnen und Mitstreiter auf dem Podium, meine Damen und Herren! Es ist schwierig, am Ende einer sehr intensiven Tagung noch einmal zurückzugehen zu Perspektiven, über die Sie sicher schon im Rahmen der Tagung diskutiert haben, und gleichzeitig zu überlegen, was aus unserer Sicht zu resümieren ist, wenn wir nach zwei Jahren des Aktionsprogramms Frühe Hilfen gefragt werden, was wir gelernt haben und welche wichtigen Dinge man auch als Bund weitergeben kann und sollte. Im Grunde berichte ich über Erfahrungen, die vor Ort in vielen Projekten gesammelt wurden und auf die jeder aus seiner eigenen professionellen Sicht ganz anders blicken würde als ich.

Zunächst möchte ich auf die Frage eingehen: Wen sprechen wir in unseren Projekten zu Frühen Hilfen an? Erreichen wir diese Personen?

Aus den Projekten kann man konstatieren: Wir erreichen unsere Zielgruppe. Es sind in der Regel Frauen, manchmal auch Familien und damit Partner in Risikofamilien. Sie haben hier kritisch diskutiert, ob dies der richtige Weg ist und ob darüber nicht sofort eine Stigmatisierung stattfindet. Dieser Frage müssen wir im weiteren Verlauf des Programms sorgfältig nachgehen. Wir stellen zunächst fest, dass wir diese Frauen erreichen.

Die Frage ist: Was sind das für Mütter? Es sind keine per se schlechten oder gewalttätigen Mütter. Wir sehen vielmehr, dass es in der Regel Mütter sind, die selbst in ihrer Biografie

eine Menge an Belastungen und negativen Erfahrungen mitbringen, die in diese Belastungen hinein schwanger werden, in der Regel isoliert sind, die oft auch in sehr dünnen familialen Netzen leben. Wir wissen, dass Familien immer kleiner werden und vor immer größeren Aufgaben stehen. Es sind oft Mütter, die in ihrer eigenen Kindheit Gewalt und/oder Vernachlässigung erfahren haben und dies häufig auch in der eigenen Partnerschaft noch erleben.

Dieser Erfahrungshintergrund führt dazu, dass sie mit vielem, was die Existenz eines Kindes mit sich bringt – Schreien, Anforderungen, Präsenz –, nicht umgehen können und das löst eine negative Reaktionskette aus.

Wie kann man den richtigen Zugang finden?

Wir stellen fest, dass wir die Frauen und Familien erreichen. Wir stellen aber auch fest, dass es zunächst sehr schwierig ist, sie zu gewinnen. Diese Tatsache signalisieren viele Projekte. Die Angst davor, als jemand identifiziert zu werden, der der Hilfe bedarf, ist sehr groß. Diese Frauen und Mütter bzw. Schwangeren suchen nicht selbst Hilfe. Wir haben aus unseren Projekten gelernt, dass wir sehr viel sorgfältiger über die Frage der Zugänge miteinander reden müssen. Die Frage der Zugänge wird ein ganz entscheidender Punkt sein. Dies wird sicherlich auch in einer Abschlussrunde der Fall sein.

Welche ersten Lehren können wir aus den Projekten ziehen?

Wenn wir uns mit der Altersgruppe 0 bis 3 und mit der Lebensphase rund um die Geburt befassen, sind wir in der Kinder- und Jugendhilfe und im Gesundheitssystem in besonderer Weise auf die Zusammenarbeit und die Informationsweitergabe angewiesen. Das ist eine der Bruchstellen, die wir alle miteinander erkennen und für die wir neue Wege erproben. Wir sehen, dass dies funktioniert, aber auch, dass es einen hohen Aufwand bedeutet. Diese Form der Vernetzung und der Koordinierung der Zugänge herzustellen und einen Weg in die regelhafte Überführung zu finden, ist eine zentrale Frage.

Wir gingen bisher davon aus, dass Frauen aus einem System kommen – welchem auch immer – und wir sie in das Netz hinein nehmen müssen. Wir müssen jedoch sehr gründlich miteinander überlegen, wo wir die Zugänge sichern wollen. Ist dazu das Gesundheitssystem am besten geeignet, das die Frauen oder Familien in die Kinder- und Jugendhilfe überführt? Kann es umgekehrt überhaupt funktionieren? Die Organisation der Zusammenarbeit und der Koordinierung stellt die Frage danach, wer das „Zepter“ in die Hand nimmt und den ersten Zugang herstellt. Dies werden wir gemeinsam vor dem Hintergrund der ersten Erkenntnisse aus den Projekten klären müssen.

Wenn wir diese Frauen und Mütter ins Blickfeld nehmen, wollen wir zwei Dinge erreichen: Wir wollen einerseits den Umgang mit Kindern auf eine andere Basis stellen, indem wir sehr viel über die Notwendigkeit von Früherkennungsuntersuchungen weitergeben und darüber, wie man mit schreienden Kindern umgeht, was man tut, wenn man selbst verzweifelt ist. Auf der anderen Seite wollen wir die Lebenssituation der Frauen stabilisieren, das heißt, ihnen die Möglichkeit geben, zum Beispiel Schul- oder Berufsabschlüsse nachzuholen und sie auf dem Weg ins Arbeitsleben zu begleiten. Jedoch: Kann

eine Familienhebamme oder eine Familienberaterin all dieses breit gefächerte Wissen parat haben, wenn sie vor Ort in die Familien geht?

Dieser doppelte Blickwinkel, einerseits die soziale Einbettung der Frau und Mutter hin zu einer Stabilisierung und einer Existenzsicherung ihres eigenen Lebens mit zu begleiten und andererseits das Wissen um das Kind, um den Umgang mit einem Kind und Belastungen zur Prävention von Vernachlässigung und Gewalt in das Blickfeld zu nehmen, scheint mir – und das zeigen auch Gespräche mit den Beraterinnen – im Moment nicht systematisch genug angegangen zu werden. Viele Familienberaterinnen wissen zum Beispiel gar nicht, dass es in Zukunft die Möglichkeit geben wird, auch dann einen Betreuungsplatz für unter Dreijährige zu bekommen, wenn man arbeitssuchend ist. Das heißt, mit der Begleitung der Frauen in eine schulische oder berufliche Ausbildung oder in eine Arbeit und der gleichzeitigen Begleitung des Kindes in eine gute Versorgung sind diese Beraterinnen meist überfordert. Die Vernetzung und das Wissen um die verschiedenen Möglichkeiten sind oft durch Professionsgrenzen getrennt. Wir müssen gründlich miteinander darüber nachdenken, wie wir beides verbinden können, ohne die Ansprüche an die Frühen Hilfen zu hoch werden zu lassen. Wenn die zu bewältigenden Ansprüche zu groß sind, werden sie sich nicht mehr realisieren lassen. Trotzdem sind beide Aspekte sehr wichtig und miteinander verbunden: die Stabilisierung der Mütter und der Familie in ihrer sozialen Situation *und* der Umgang mit Kindern, die Frühen Hilfen und die Stärkung der Erziehungskompetenz und Erziehungsverantwortung der Eltern sowie das Hineinführen in Netze.

Alle unsere Projekte zeigen – bei allen Schwierigkeiten mit den Zugängen zu Frauen und der Angst vor Stigmatisierung: Das Netzwerk erweitert sich, sowohl professionell als auch durch stärkere private, nachbarschaftlich organisierte Hilfe.

Dr. Helmut Hollmann: Herzlichen Dank. Der Beifall zeigt, dass Sie vielen der Anwesenden aus dem Herzen gesprochen haben.

Frau Göppert, inwiefern hat Frau Niederfranke auch Ihnen aus dem Herzen gesprochen? Gemeinhin heißt es: Den Letzten beißen die Hunde. Und in unserem gegliederten und föderalen System sind das nun einmal die Städte, Landkreise und Kommunen, die im Zweifelsfalle die Rechnung bezahlen müssen, die anderenorts aufgestellt wurde. Frau Dr. Niederfranke hat ausgeführt, dass wir die Mütter erreichen, und hat den Querverweis auf mögliche Perspektiven aufgezeigt, zum Beispiel mit der Versorgung mit Krippenplätzen für unter Dreijährige. Gerade in der Umsetzung dieses Bereiches sind Sie besonders gefordert.

Verena Göppert ist Leiterin des Dezernates Arbeit, Jugend und Soziales beim Deutschen Städtetag. Bereits in der Vorbereitung habe ich mit großer Freude vernommen, dass wir an vielen Stellen die gleichen Ideen und die gleichen Bedenken haben. Vielleicht können Sie dazu etwas ausführen.

Verena Göppert: Ich möchte an dieser Stelle nicht unbedingt auf das Thema „Betreuung für unter Dreijährige“ eingehen. Dazu hatten wir bereits viele Diskussionen an anderer

Stelle. Es gehört sicher mit in diesen Kontext, aber das Thema „Frühe Hilfen“ hat einen etwas anderen Schwerpunkt.

Mir ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass man die Begriffe „Frühe Hilfen“ und „Kinderschutz“ nicht synonym verwendet. Wenn wir über Frühe Hilfen sprechen und hinter jeder werdenden Mutter in einer sozial schwierigen Lage eine Täterin vermuten, werden wir Probleme haben, den Zugang zu erreichen.

Wir haben als Kommune die Aufgabe des Kinderschutzes, aber wir haben diese Aufgabe nicht allein. Ich habe gestern einem Länderpapier den sehr schönen Begriff der „Verantwortungsgemeinschaft“ entnommen. Genau hier müssen wir ansetzen. Wir können nicht wie die Medienberichterstattung stets mit Fingern auf die Jugendämter zeigen und ihnen sagen, sie hätten Fehler begangen. Kinderschutz ist eine Aufgabe für viele Akteure, ob in der Jugendhilfe, im Gesundheitswesen, bei den Familiengerichten, oder aber auch in der Gesellschaft. Hier ein Netz so dicht wie möglich zu spannen, um Kinderschutzfälle erkennen und die notwendigen Maßnahmen einleiten zu können, darum müssen wir uns kümmern.

Frühe Hilfen und auch das Nationale Zentrum, das sich die Aufgabe gesetzt hat, gute Beispiele, wissenschaftliche Begleitung usw. anzubieten, können in diesem Kontext eine sehr wichtige Rolle spielen. Aber wir dürfen nicht den Fehler begehen, Frühe Hilfen stigmatisierend zu verwenden und somit junge Frauen davon abzuhalten, solche Hilfen in Anspruch zu nehmen.

Wir haben mit der Entwicklung des Kinderschutzes nicht erst vor zwei Jahren begonnen. Die Städte/die Jugendämter arbeiten schon lange an diesem Thema. Es hat eine neue Dynamik bekommen, nicht nur eine positive, weil jetzt auch mit vielen Ängsten umgegangen werden muss; Ängste, die nicht zuletzt der Medienwelt geschuldet sind, Ängste, irgendetwas falsch zu machen, verbunden mit der Gefahr, überzureagieren und in Aktionismus zu verfallen. Das sollten wir unbedingt vermeiden.

Das Ziel muss im Sinne der Verantwortungsgemeinschaft sein, die Professionen, die mit den jungen Müttern zu tun haben, an einen Tisch zu bringen, so dass jeder weiß, welche Hilfesysteme es gibt, wie man Problemlagen erkennt, und wie diesen jungen Frauen eine Hilfestellung gegeben werden kann, mit ihrer schwierigen Lage umzugehen.

Wulfhild Reich: Frau Göppert, Sie haben den Begriff der Verantwortungsgemeinschaft verwendet. Ich möchte den Blick darauf lenken, was notwendig ist, um eine Verantwortungsgemeinschaft voranzubringen. Es ist sehr viel Wissen nötig. Auf der Tagung „It Takes Two to Tango“ im Juni 2003 hier im Ernst-Reuter-Haus wurden von Ihnen, Frau Dr. Ziegenhain, Erkenntnisse aus der Entwicklungspsychologie und der Bindungsforschung einem breiten Publikum nahe gebracht. Frau Dr. Ziegenhain, Sie als Leiterin der Sektion Pädagogik, Jugendhilfe, Bindungsforschung und Entwicklungspsychopathologie in der Uniklinik Ulm für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sind ja eine sehr engagierte und renommierte Protagonistin der ersten Stunde. Wenn Sie zurückschauen: Was hat sich verändert? Wo stehen wir heute?

PD Dr. Ute Ziegenhain: Das Thema „Frühe Kindheit“ ist in der Praxis, ähnlich wie im akademischen Bereich und in der Forschung, nur langsam angekommen. Es war nicht selbstverständlich. Es gab eine Zeit, in der man in der Medizin noch davon ausgegangen ist, dass Neugeborene keine Schmerzen empfinden. Die bittere Erkenntnis, dass Säuglinge, anders als ältere Kinder, sehr schnell austrocknen können, ist auch ein wichtiges Thema im Kinderschutz gewesen.

Anfang der neunziger Jahre stießen wir bei unserem Versuch, mit entwicklungspsychologischem Hintergrund das Thema „Frühe Kindheit“ als Idee und Konzept in der Stadt zu etablieren, auf Unverständnis, denn man meinte, die Kinder seien doch alle gut versorgt und mehr sei nicht nötig. Inzwischen hat sich die Haltung geändert. Anfang der neunziger Jahre wurde von Mechthild Papousek die erste Münchener Schrei-Sprechstunde gegründet, parallel dazu wurde in Hamburg eine Schrei-Sprechstunde eröffnet. Zunehmend sind auch die Säuglinge und Kleinstkinder ohne Schreiprobleme in unser Interesse gerückt.

Das hat insbesondere innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe eine besondere Bedeutung. Es geht darum, die Besonderheit dieser frühen Zeit zu erkennen: sehr rasche Entwicklungsveränderungen, besondere Erlebens-, Verarbeitungs- und Verhaltensweisen von Kindern, die sich sehr rasch ändern und auf die man sich einstellen muss. Es ist inzwischen ein großes Interesse in der Praxis zu verzeichnen, zunächst bei Ärzten, Psychotherapeuten, zunehmend auch in der Kinder- und Jugendhilfe. Zur ersten Tagung der AGFJ zu diesem Thema im Jahr 1999 kamen 34 Teilnehmer/innen, 2003 waren es schon wesentlich mehr. Das Thema ist also wirklich angekommen.

Angekommen ist auch die besondere Bedeutung von Entwicklung bei Kindern und das Angewiesensein auf nahe stehende Erwachsene und damit die Bedeutung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen. Das ist sicher auch ein Beitrag der Entwicklungspsychologie und der Bindungsforschung. Diese Erkenntnisse ermöglichen uns einen Blick auf die Perspektive des Kindes und das halte ich für sehr wichtig, denn sie bildet eine Klammer, die alle Professionen eint. Mit dem Blick auf die frühe Kindheit müssen wir zur Kenntnis nehmen, dass Frühe Hilfen und Kinderschutz interdisziplinäre Angelegenheiten sind, die nicht von einer Profession allein bewältigt werden können. Vernetzung und Kooperation dürfen daher kein Lippenbekenntnis bleiben, wie es häufig der Fall ist. Wir müssen uns vernetzen und das bietet eine Chance.

Es gibt viele gute Ansätze im Bereich der frühen Kindheit. Die nächsten Schritte, die vor uns liegen, beziehen sich auf die Entwicklung und die empirische Überprüfung von passgenauen Ansätzen. Wir haben in Deutschland einen großen Forschungsbedarf. Nicht alles passt für alle. Gut gemeint ist nicht immer gut gemacht. Wir sind auf einem guten Weg, wenn auch die Projekte nur ansatzweise aufeinander abgestimmt sind. An dieser Stelle besteht Verbesserungsbedarf.

Die Angebote Früher Hilfen müssen in einem der nächsten Schritte in die Kommunen integriert werden. Jugend- und Gesundheitshilfe müssen miteinander vernetzt werden. Dabei geht es nicht darum, das „Rad neu zu erfinden“, denn wir haben bereits gute Versorgungsstrukturen in Deutschland. In diese Strukturen sind die bestehenden und gegebenenfalls auch ergänzende und weiterführende Angebote für Familien mit Säuglingen

und Kleinkindern zu integrieren, so dass lokale Netzwerke entstehen, die für alle Familien passend sind und in denen auch das Thema „Kinderschutz“ seinen Platz haben kann, allerdings als ein Baustein unter anderen in einem breit gefächerten Angebot für alle Familien, das von niedrigschwelligen bis zu hochschwelligen Hilfen reicht.

Wulfhild Reich: Vielen Dank, Frau Dr. Ziegenhain. Daran schließt sich wunderbar meine Frage an Herrn Dr. Haller, Leiter des Jugendamtes Leipzig, an. Die Jugendämter haben Erfahrung mit lokalen Netzwerken und passgenauen Hilfen. Wir sprechen davon, die Projekte im Zusammenspiel von Jugendhilfe und Gesundheitssystem in eine Regelstruktur zu überführen und eine Nachhaltigkeit zu erreichen. Welche Bedeutung kommt dabei dem Jugendamt zu?

Dr. Siegfried Haller: Vielen Dank dafür, dass ich an dieser Stelle für ein Großstadtjugendamt sprechen darf. Ich habe drei Tage lang diese Veranstaltung sehr interessiert verfolgt und durfte an der Konzipierung mitwirken. Es bedeutet für mich eine Qualität, in einem solch großen Saal kein Gegeneinander, sondern ein intensives, aktives Zuhören zu erleben. Das habe ich in den letzten Jahren wenig erlebt.

In der Jugendhilfe sollte es stets nach dem Prinzip gehen: „Die Dinge klären und die Menschen stärken.“ Dies ist ein Satz von Hartmut von Hentig aus der Reformpädagogik. Diese Grundhaltung gilt natürlich auch für das Thema „Frühe Hilfen“.

Wenn wir uns den Jugendämtern, den altherwürdigen Regelinstitutionen, zuwenden, sind wir bei den Regeln angelangt. Das heißt, die Jugendämter haben tagtäglich in ihrem Regularium mit vielen Instrumenten und vielen Partnern eine erfolgreiche Arbeit im Kinderschutz und im gelingenden Aufwachsen zu leisten und nach meiner Erfahrung aus 16 Jahren Jugendamtsleitertätigkeit tun sie das gut. Die Akzeptanz der Arbeit, der Leistung und der Qualität der Jugendämter in der Öffentlichkeit steht im Verhältnis dazu eher problematisch da. Gelingt eine solche Hilfe einmal nicht, ist es fachlich wie in allen anderen Professionen schwierig, damit umzugehen. Allerdings fehlt uns für die Jugendhilfe noch die Kultur im öffentlichen Umgang damit. Wird aber dieses Misslingen öffentlich – dann ist all das, was vorher in vielen Fällen gut gelungen war, in der öffentlichen Wirkung gegenstandslos. Das kann und darf so nicht bleiben.

Die Jugendämter sind ein verlässlicher Partner, allerdings kein einfacher. Wenn sie ihre Arbeit systematisch, gut entwickelt, einigermaßen hinreichend mit Ressourcen ausgestattet und vor dem Hintergrund einer gewissen Fehlerkultur in der Steuerung leisten, erfahren sie Akzeptanz vor Ort, sowohl bei den Bürgerinnen und Bürgern als auch bei den anderen Professionen. Davon bin ich fest überzeugt. Nur – wie kommen wir zu einer solchen Professionalität nach innen und nach außen?

Die Jugendhilfe sollte sich davor hüten zu glauben, dass sie ihr Kerngeschäft der sozialen Pädagogik über Anreicherung anderer Qualitäten verbessern kann. Das kann sie nicht. Nicht die Addition von Kompetenzen, sondern das Zueinanderführen von unabhängigen Kompetenzträgern in eigener Zuständigkeit bringt eine Verbesserung und nur das schafft eine Verantwortungspartnerschaft. Man kann nicht von Verantwortungspartnerschaft reden, wenn jede Seite glaubt, sie könne den Job besser beherrschen als ihr Gegenüber. Ich

finde, es ist eine Schwäche der Jugendhilfe, dass sie sich immer wieder drängen lässt, sich zusätzliche Kompetenzen aus anderen Fachgebieten anzueignen, die ihr System zu sprengen drohen, anstatt sich auf eigene Kompetenzen zu beschränken.

Mit dem Thema „Frühe Hilfen“ sind wir bei der Primärprävention für alle. Das ist auch ein Kerngeschäft der Jugendhilfe (s. § 1 SGB VIII). Aber: Wenn es schwierig wird im Einzelfall, wenn dokumentiert werden muss, wenn geholfen werden muss und Kinder vor ihren Eltern geschützt werden müssen, trifft die Jugendhilfe auf eine schwierige Kernaufgabe, auf ihren widersprüchlichen Funktionszweck. Sie soll zu allererst Eltern in ihrer Erziehungsverantwortung stärken und zugleich im begründeten Einzelfall im rechtlichen Rahmen Kinder vor ihren Eltern schützen. „Helfen mit Risiko“ – nennt man wohl diese Kernaufgabe. Hier stellt sich innerhalb der Diskussion um die Frühen Hilfen und den Kinderschutz sowie über bessere Werkzeuge und bessere Vernetzungen die spannende Frage, wie wir uns in der Jugendhilfe kooperativ und komplementär weiter bewegen. Durch den Verlauf dieser Tagung bin ich da durchaus hoffnungsfroh gestimmt.

Dr. Helmut Hollmann: Herr Scholten, die Länder haben eine besondere Position bei uns in Deutschland. Sie bilden die bunte Gestaltungsvielfalt eines bundespolitischen, gesetzgeberischen Willens. Gleichzeitig haben die Länder häufig nicht die unmittelbare Zuständigkeit bei der Umsetzung von Prozessen und von Schritten. Sie kommen aus dem Bundesland Rheinland-Pfalz und sind als Leiter der Abteilung Familie im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen für viele Aspekte verantwortlich.

Rheinland-Pfalz hat für die sozialpädiatrischen Zentren einen besonderen Stellenwert, weil hier von Anfang an ein Sonderweg innerhalb der Bundesrepublik besritten wurde, was genau zu dem passt, was Herr Haller ausgeführt hat. Es wurde überlegt, wie Versorgungsnotwendigkeiten aussehen, und nicht, wie man eine kleinstmögliche Lösung schafft. Die Lösung, die vor genau 20 Jahren, im Jahr 1988, auf den Weg gebracht wurde, hat sich über zwei Jahrzehnte hinweg bewährt.

Wie sieht es mit der Umsetzung der Frühen Hilfen auf der Ebene der Bundesländer insgesamt aus?

Bernhard Scholten: Die sozialpädiatrischen Zentren übernehmen eine wichtige Aufgabe in dem gesamten System, weil sie Jugendhilfe und Gesundheit zusammengeführt haben. Dort arbeiten schon seit Jahren Ärztinnen und Ärzte mit Sozialpädagog/innen zusammen und sorgen dafür, dass die Kinder dort beides bekommen: Unterstützung bei gesundheitlichen Fragen und Unterstützung im Bereich des gesunden Aufwachsens, wobei Letzteres im weiten Sinne zu verstehen ist.

Für den Prozess der Implementierung der Frühen Hilfen in den Ländern müssen wir sowohl das Thema Verantwortungsgemeinschaft auf der einen Seite als auch die unterschiedlichen Zuständigkeiten auf der anderen Seite in den Blick nehmen.

Wir können bei der Betrachtung der hier vorgestellten Ergebnisse konstatieren: Frühe Hilfen wirken, Frühe Hilfen sind sinnvoll. Wir sollten Frühe Hilfen implementieren. Es sind jedoch noch nicht alle Fragen beantwortet.

Es gibt relativ wenig Forschung in dem Bereich. Hier sehe ich die Zuständigkeit beim Bund. Ich würde mich freuen, wenn das Familienministerium mit dem Forschungsministerium in Kontakt tritt und darüber nachdenkt, ob es nicht ein Forschungsprojekt „Frühe Kindheit“ geben sollte, ausgestattet mit ausreichenden finanziellen Mitteln.

Von der Wissenschaft erwarte ich, dass diese aus den Projekten, die sich im Abschluss befinden, herausarbeiten, was wirksam und umsetzbar ist. Einiges wissen wir schon darüber, daher wäre mein Wunsch an den Bund, hier aktiv zu werden. Wir brauchen zum Beispiel klare Regelungen, wenn wir von den Geburtskliniken erwarten, Risikomanagement zu betreiben und Gespräche zu führen. Das kostet Zeitressourcen und bindet Personal. Geburts- und Kinderkliniken müssen finanziell in die Lage versetzt werden, diese Aufgaben zu erfüllen.

Es wäre wünschenswert, wenn die Hebammen die Möglichkeit bekämen, die Besuche bei den Familien auf die ersten sechs Monate zu erweitern. Auch hier wünschte ich mir mehr Aktivität vom Bund, dies voranzutreiben. Es gäbe noch viele weitere Aspekte, die man aus den Projekten lernen kann und die wir in die Regelstruktur überführen könnten.

Zu den Zuständigkeiten des Bundes gehört es meines Erachtens nicht unbedingt, den Jugendämtern vorzuschreiben, was sie im Einzelfall einer Kindeswohlgefährdung tun sollen. Das sollte in der Zuständigkeit der Jugendämter bleiben. Die Länder haben ihre eigenen Zuständigkeiten. Rheinland-Pfalz hat beispielsweise ein Kinderschutzgesetz auf den Weg gebracht, das von folgendem Gesichtspunkt ausgeht: Wenn es richtig ist, dass Frühe Hilfen funktionieren, wenn Gesundheits- und Jugendhilfe zusammenarbeiten, dann gilt es, diesen Prozess systematisch zu steuern. Wir haben in diesem Gesetz die lokalen Netzwerke vorgeschrieben und geben den Jugendämtern Geld, damit sie Ressourcen haben, die Netzwerke vor Ort zu entwickeln. Die Länder können für die Kommunen in diesem Bereich Servicestellen einrichten, bei denen diese notwendiges Wissen abrufen und Fortbildungsangebote nutzen können.

Die Kommunen haben die Aufgabe, vor Ort die Strukturen zu setzen. Dabei gilt der Grundsatz, die Zuständigkeiten zu wahren und zu respektieren. Die Medizin hat ebenso wie die Jugendhilfe ihr Können und ihr Wissen. Wenn man dies zusammenführt, können alle davon profitieren. Das gilt auch für die Arbeit der Hebammen. Es geht nicht darum, die Hebammen zu Sozialpädagoginnen auszubilden. Wir brauchen sie als Hebammen in dem System und sie wiederum brauchen einen regen Austausch, ansonsten würden wir sie überfordern. Auch das haben wir aus den Projekten gelernt.

Wir können diesen Prozess gestalten, wenn wir die jeweiligen Zuständigkeiten achten und die Verantwortlichkeiten, die wir haben, übernehmen und wenn das Ganze von dem Vertrauen getragen wird, dass jeder seine Aufgaben wahrnimmt.

Wulfhild Reich: Frau Stephan, Sie haben nun viele Statements gehört. Was meinen Sie als Sozialplanerin mit dem Schwerpunkt Frühe Hilfen im Kreis Nordfriesland dazu? Was braucht es für eine Kooperation, damit alle beteiligten Systeme an einen Tisch kommen?

Birgit Stephan: Es ist ein gutes Schnittstellenmanagement nötig. Management hört sich so an, als ob man dies technokratisch bewerkstelligen könnte. Man kann es jedoch nur verwirklichen, wenn man kommunikative Prozesse organisiert. Dabei geht es nicht um die Durchführung einer Veranstaltung, sondern kommunikative Prozesse dauern jahrelang und werden auch nie abgeschlossen sein, so lange unterschiedliche Systeme miteinander kommunizieren. Diese Prozesse müssen professionell organisiert und moderiert werden. Es darf nicht passieren, dass Leute, die alle mit Arbeit sehr belastet sind, sich zusätzlich in irgendwelche Vernetzungsveranstaltungen begeben müssen und danach das Gefühl haben, dass die Teilnahme völlig sinnlos war. Jeder, der so eine Veranstaltung besucht, muss diese mit der Gewissheit verlassen, sie hätte ihn persönlich ein Stück weitergebracht und wichtige Impulse für die eigene Aufgabe gegeben.

Um solche kommunikativen Prozesse über Jahre hinweg zu organisieren, ist auch entsprechendes Personal und Ausstattung notwendig – dies nicht nur in Modellprojekten, sondern das muss regelhaft in den Kommunen installiert sein.

In diesen Prozessen muss es vor allem darum gehen, dass wir übereinander und voneinander lernen, dass wir zunächst wissen, welche Zuständigkeiten, Aufgaben und Arbeitsabläufe es in den unterschiedlichen Systemen gibt, und auch die Sprache und Kultur des jeweils anderen Systems kennen lernen. Ich finde es, seitdem ich mich mit den Frühen Hilfen beschäftige, faszinierend, wie groß die Unterschiede sind und wie wenig man voneinander weiß. Das beginnt schon bei den Unterschieden zwischen Jugend- und Sozialhilfe (Eingliederungshilfe), obwohl diese normalerweise im selben Haus oder sogar demselben Amt angesiedelt sind. Trotzdem gibt es ganz verschiedene Betrachtungs- und Herangehensweisen.

Die Unterschiede zur Medizin sind noch gravierender. Wir haben heute gehört, dass 27 Minuten für eine U-Untersuchung vorgesehen sind. Man muss sich einmal vorstellen, unter welchen Bedingungen Kinderärzte arbeiten müssen. Es sollte einmal einem ASD-Mitarbeiter gesagt werden, er hätte nur 27 Minuten Zeit für ein Elterngespräch. Das ist unzumutbar. Man muss dies einfach wissen, um die jeweils andere Seite besser verstehen zu können.

Wenn man Verständnis füreinander hat, kann auch Akzeptanz und Wertschätzung wachsen. In unserer Arbeitsgruppe wurde noch einmal darauf hingewiesen, dass der Umgang auf Augenhöhe unerlässlich für eine gelingende Zusammenarbeit ist. Und wenn Augenhöhe und Wertschätzung hergestellt sind, haben wir eine Basis für gemeinsames Handeln und können gemeinsame Verfahren entwickeln. Gemeinsame Verfahren können wiederum die kommunikativen Prozesse anregen. Das muss ineinander greifen. Gemeinsame Verfahren müssen immer wieder überprüft und weiterentwickelt werden.

Für diese gesamte Organisation muss jemand verantwortlich sein, der auch die Kapazitäten dafür hat. Ich möchte dafür werben, dass jeder in seinem System überprüft, was er selbst dafür tun kann, um die Schnittstellen gut zu bewältigen, anstatt zu sagen, der andere müsste dies und jenes tun. Das erwarten wir schließlich auch bei unserer Arbeit mit den Klienten. Die Klienten müssen sich verändern und wir selbst auch.

Ich würde es begrüßen, wenn wir dieses Schnittstellenmanagement nicht bräuchten, sondern wenn wir über lebenslagenbezogene Systeme mit lebenslagenbezogener Gesetzgebung und Finanzierungslogik verfügen. Wenn es nicht so viele unterschiedliche Finantöpfe und so viele unterschiedliche Gesetzbücher und Verfahrenswege gäbe, hätten wir deutlich mehr Energie, die den betroffenen Menschen zugute kommen würde.

Dr. Helmut Hollmann: Eine Vereinfachung der Gesetzgebung würden sicher viele von uns begrüßen – ich erinnere an den Spruch von der Steuererklärung auf dem Bierdeckel. Das ist eine ganz andere Ecke, trotzdem ist das für uns alle, die wir gezwungen sind, uns selbstverständlich mit dem, was wir tun, jederzeit auf dem Boden geltenden Rechtes zu bewegen, eine lebensnotwendige Grundlage. Strukturdefizite und Informationsmängel sind ein großes Problem für uns alle – egal, in welcher Profession wir stehen –, das dazu führt, dass wir alle sehr be- und unter Umständen überlastet werden. Die Überlastung von Menschen, die in der Kinderhilfe tätig sind, ist ein beängstigendes, zunehmendes Phänomen.

Ein anderes Thema, das damit unmittelbar zusammenhängt, ist die Frage: Wo fängt der Kinderschutz an, wo hört die Frühe Hilfe auf – und umgekehrt? Wo geht es zusammen, wo widerspricht es sich?

Es ist kaum jemand besser qualifiziert, zu diesen komplexen Fragen, auf die es bekanntlich keine einfachen Antworten geben kann, Stellung zu nehmen als Frau Prof. Ute Thyen. Ute Thyen ist nicht nur langjähriges Vorstandsmitglied in unserer Fachgesellschaft, sondern auch Vorsitzende des wissenschaftlichen Beirates für das Nationale Zentrum Frühe Hilfen, außerdem stellvertretende Leiterin der Universitätskinderklinik Lübeck.

Prof. Dr. Ute Thyen: Im wissenschaftlichen Beirat des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen haben wir vor 14 Tagen über die Möglichkeiten einer Definition des Begriffs „Frühe Hilfen“ diskutiert. Wir haben gemerkt, dass wir noch nicht einmal in diesem wissenschaftlichen Beirat eine gemeinsame Sprache gefunden hatten. Wir wollten klären, wie sich „Frühe Hilfen“ auch zum Begriff „Kinderschutz“ verhalten.

Einige Arbeitsergebnisse werden bis zum Ende des Jahres im Team weiter besprochen und formuliert, so dass wir spätestens im Frühjahr 2009 eine Arbeitshilfe zur Verfügung stellen können. Es wird eine Arbeitsdefinition sein, keine allgemein gültige, wahre oder richtige Definition, sondern eine Begrifflichkeit, auf die wir uns gemeinsam verständigt haben:

- Frühe Hilfen sind ein System von spezifischen Hilfen für einen bestimmten Lebensabschnitt. Sie richten sich an Familien mit Kindern von 0 bis 3 Jahren und schließen die Schwangerschaft mit ein.
- Frühe Hilfen sind präventiv und breit angelegt, das heißt, sie dienen der Entwicklungsförderung. Sie unterstützen im Prinzip die Salutogenese und vermitteln Wissen und soziale Unterstützung.

- Sie dienen damit nicht primär der Verhütung von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Der wissenschaftliche Beirat wird daher empfehlen, den Begriff „Frühwarnsystem“ in diesem Kontext nicht mehr zu benutzen.
- Frühe Hilfe-Systeme definieren aber selbstverständlich auch die Schnittstellen zum Thema Kindeswohlgefährdung. Die professionellen und ehrenamtlichen Helfer nehmen eine aktive Rolle im Kinderschutz nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz ein, indem sie Kooperationswege im Vorfeld klären. Jeder, der mit Kindern und Jugendlichen arbeitet, hat die Verpflichtung, Kindeswohlgefährdung zu erkennen und entsprechende Hilfsmaßnahmen einzuleiten oder Interventionen zu ermöglichen. Diese Arbeit wird aber schon immer überall getan, das ist nichts Besonderes, was neu geschaffen werden muss. Jeder, der von Kindeswohlgefährdung Kenntnis hatte, hatte auch bisher schon Möglichkeiten zu handeln, nur müssen die Kooperationswege in diesem Bereich besser besprochen werden.

Die Angebote der Frühen Hilfen müssen stärker als bisher auf die Zugangswege fokussieren und die eigene Haltung und die eigene Rolle im System reflektieren. Wir haben die Möglichkeit, mehr universelle Ansätze zu entwickeln, das heißt, alle kommen in den Genuss einer bestimmten Maßnahme oder eines bestimmten Angebotes. Der Nachteil ist hierbei, dass die Angebote eher unspezifisch und die Effekte, bezogen auf die Verhütung von Entwicklungsgefährdungen, eher moderat sind.

Risikobezogene Ansätze sind meist spezifischer und zum Teil auch effektiver, aber sie setzen eine bestimmte Filterfunktion voraus. Man könnte es fast mit einer Art Rasterfahndung vergleichen, bei denen man nach Familien sucht, die besondere Risiken für bestimmte Ereignisse aufweisen. Das hat zwar den Vorteil von spezifischen Angeboten und Interventionen, aber Sie können sich vorstellen, dass durch diesen Ansatz die Zugangswege sehr erschwert sind.

Wir würden dafür plädieren, das Miteinander von universellen und risikoadaptierten Ansätzen zu versuchen und zu überprüfen.

Schließlich werden wir festhalten, dass Frühe Hilfen Systemgrenzen überwinden können und müssen, das bedeutet, eine professionelle Orientierung zu entwickeln, die jeweils anderen professionellen Orientierungen der Berufsgruppen zu kennen, wertzuschätzen und die Grenzen des eigenen Handelns zu respektieren.

Es ist nicht jeder für alles zuständig. Aber im Sinne des Kindeswohls tätig zu werden und um Belastungen der Familien durch multiple Hilfezugänge zu vermeiden und Ressourcen zu schonen, müssen Kooperationen strukturell verankert werden und politisch unterstützt werden. Frühe Hilfen dienen auch dazu, Struktur-, Informations- und Kompetenzmängel in den Institutionen zu erkennen und zu überwinden.

Herr Hollmann hatte mich gefragt, welche strukturellen Schwierigkeiten ich in den Institutionen sehe, die die Umsetzung von Frühen Hilfen behindern. Die Probleme sind an sich bekannt. Dazu habe ich mir vier Sofortmaßnahmen überlegt:

1. Ich habe den Eindruck, dass sofort der Druck aus der Jugendhilfe herausgenommen werden muss, wenn wir weiter sinnvoll zusammenarbeiten wollen. Dieser Druck,

der ein Klima der Verunsicherung, der Ängste und der Selbst-Infragestellung verursacht hat, hat nach meiner langjährigen Erfahrung in der Kooperation im Moment zu einer Schräglage geführt, so dass Kooperation wieder eher schwieriger als leichter wird. Alle stehen so massiv unter Druck, irgendetwas zu übersehen. Wir müssen uns alle daran erinnern, dass Helfen nicht ohne Risiko gelingt, das ist in der Medizin nicht anders als in der Jugendhilfe und in allen anderen Fächern.

2. Anstatt noch mehr „Policing“ und Kontrolle und Fehleranalysen zu fordern – so wichtig das auch ist – muss man die Stärkung der Kompetenz und die Sensibilisierung der Menschen, die Zugang zu Familien in schwierigen Lebenslagen haben, dagegen setzen. Das heißt, wir wollen Menschen professionalisieren, die Bedeutung von Beziehungen und Beziehungsstörungen zwischen Menschen zu erkennen. Das verlangt viel mehr Kompetenz und Sicherheit im eigenen Handeln als der Umgang mit Risiko-Checklisten.
3. Wir sollten dafür sorgen, dass Menschen, die mit hoch belasteten Familien arbeiten, dies in Sicherheit, ohne Angst und mit einem Gefühl der Selbstwirksamkeit sowie mit einer gewissen Risikobereitschaft tun können. Wer sich selbst nicht sicher fühlt, kann Familien keine Sicherheit vermitteln. Wer selber Angst hat, kann anderen Menschen nicht die Angst nehmen. Wenn ich selber nicht bereit bin, Risiken einzugehen, kann ich auch nicht die Familien auffordern, bestimmte Risiken zu tragen.
4. Insgesamt bedeutet das aber auch, dass wir die Kultur und Sprache der anderen Profession erlernen müssen. Dafür braucht man Zeit und Menschen für das gemeinsame Gespräch. Das Kinderschutzgesetz in Schleswig-Holstein hat an vielen Stellen koordinierende Maßnahmen, Vernetzungen und Arbeitskreise auf allen Ebenen eingeplant. Aber niemandem ist gesagt worden, woher er denn die Zeit dafür nehmen soll, sich noch in weitere Arbeitskreise einzubringen. Daher sollten wir mit Bedacht darangehen, wenn wir den Menschen weitere Aufgaben aufladen.

Dr. Helmut Hollmann: Der Beifall zeigt, wie wichtig ein wissenschaftlicher Beirat zur Begleitung und Unterstützung von solchen Mega-Projekten, wie sie von der Bundesregierung ins Leben gerufen wurden, ist und dass es gut tut, wenn die Möglichkeit besteht, über den Tellerrand hinaus zu schauen und die Freiheit des Wortes zu nehmen, dieses auch mit Bewusstsein und mit Kenntnis zu formulieren. Vielen Dank.

Sie haben jetzt die Möglichkeit, Fragen an das Podium zu richten.

Teilnehmer: Frau Göppert hatte davon gesprochen, eine Verantwortungsgemeinschaft von Gesundheits- und Jugendhilfe herbeizuführen. Meine Frage an Frau Niederfranke, an die Politik, lautet: Wie kommen wir weiter auf dem Weg dahin, dass die Ausgaben für Hilfen zur Erziehung nicht immer weiter zunehmen? Die Zahlen steigen erheblich an, es finden mehr Herausnahmen von Kindern und Fälle von Sorgerechtsentzug statt – und das, obwohl wir die Frühen Hilfen haben und uns mehr engagieren. Kann es eine Verantwortungsgemeinschaft von Bundesfamilienministerium, Bundesgesundheitsministerium, Ärzteschaft und Krankenkassen geben, um präventive Maßnahmen zu verstärken und die Zahl der HzE-Fälle zu senken?

Dr. Annette Niederfranke: Es stellt sich zunächst die Frage, wie man die steigenden Fallzahlen interpretiert. Brauchen mehr Menschen Hilfe oder ist die Bereitschaft höher, Hilfen anzunehmen oder steckt eine höhere Ängstlichkeit dahinter? Darauf können wir keine schnelle Antwort geben und wir diskutieren den Hintergrund der Fallzahlen eher in der Breite. Wir können mit Sicherheit sagen, dass es eine höhere Aufmerksamkeit in den Professionen, in der Bevölkerung und in der Politik für diese Themen gibt. Daher würde ich nicht so schnell werten, ob die steigenden Zahlen gut oder schlecht sind, sondern wir müssen uns dies genauer im Verlauf ansehen und in dieser Bandbreite diskutieren.

Richtig ist, dass wir eine Verantwortungsgemeinschaft auf der politischen Ebene brauchen. Auf der Bundesebene stehen ebensolche Hürden und Bruchstellen wie auf der Länder- und der lokalen Ebene. Es ist sehr schwer, über die Systemgrenzen hinweg die Versäulung aufzubrechen. Dort stehen wir erst am Anfang.

Wir sehen an einem konkreten Beispiel, dass es gelingen kann. Durch einen Prozess der Zusammenarbeit von Bund und Ländern, der Ministerpräsidenten, der Kanzlerin und aller Bundesminister/innen ist es gelungen, den gemeinsamen Bundesausschuss dazu zu bewegen, noch einmal darüber nachzudenken, ob wir eine zusätzliche Früherkennungsuntersuchung brauchen. Diese Früherkennungsuntersuchung ist beschlossen worden und wenige Monate später in Kraft getreten.

Wir haben auch erreicht, dass das Thema Kindesvernachlässigung stärker in die Ärzteschaft hineingetragen wird. Das heißt, Zusammenarbeit gelingt, aber sie gelingt nicht von heute auf morgen. Die Schnittstellen, die damit verbunden sind, zum Beispiel zwischen SGB V und SGB VIII, müssen in Zukunft anders geschlossen werden, wenn wir Frühe Hilfen umsetzen wollen. Das ist eine Mammutaufgabe für die Zukunft, aber die ersten Ansätze sehe ich sehr wohl und wir machen uns auf den Weg, das zu tun.

Dr. Helmut Hollmann: Herr Scholten, was wird auf Länderebene überlegt, um zukünftig frühe Kindesentwicklung insgesamt systematischer zu stützen? Brauchen wir nicht an verschiedenen Stellen sogar eine Überwindung der föderalen Vielfalt?

Bernhard Scholten: Das ist eine schwierige Frage an einen Landesvertreter. Wir sprechen nicht darüber, wie die Hilfelandschaft idealerweise in 50 Jahren sein könnte, sondern darüber, wie wir mit der Situation, so wie sie sich heute darstellt, umgehen und wie wir das Vorhandene verbessern können. Dafür gibt es nur die Möglichkeit des dialogischen Prinzips, des Zusammensetzens, des Aushandelns, des gemeinsamen Arbeitens, um gemeinsame Ziele zu entwickeln. In der Jugend- und Familienministerkonferenz ist dies geschehen. Sie hat bereits einige sehr kluge Papiere zum Thema Frühe Förderung, zum Thema Gesundheitsförderung und zum Thema Gesundes Aufwachsen verabschiedet, und zwar einstimmig.

Für die detaillierte Umsetzung im Alltag brauchen wir noch mehr an Vernetzung, um uns gegenseitig auszutauschen. Vorhin wurde gesagt: Die Eingliederungshilfe weiß nicht genau, was die Jugendhilfe macht und schon gar nicht, was das Gesundheitswesen für Aufgaben hat. Das muss überwunden werden.

Auch die Länder wissen zum Teil nicht, ob es solche Servicestelle wie in Rheinland-Pfalz auch in anderen Ländern gibt und wenn ja, wie diese aussehen. Wir haben gute Kontakte zu Schleswig-Holstein. Wir haben ähnliche Gesetze und versuchen, die Evaluation dieser Gesetze weitgehend aufeinander abzustimmen, so dass man die Ergebnisse miteinander vergleichen kann. Wir versuchen also, im Alltag Prozesse aufeinander abzustimmen und im Blick zu haben, dass diese vor Ort bewältigt werden. Das geschieht auf Landesebene eher mit den benachbarten Ländern: mit Hessen, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Saarland. Mit dem Saarland arbeitet Rheinland-Pfalz sehr intensiv zusammen. Wir nutzen deren Zentrum für Kindervorsorge an der Universität Homburg, unter anderem auch, um die Einladung zu den Früherkennungsuntersuchungen zu versenden und die Rückmeldungen auszuwerten.

Es bleibt trotzdem ein „bunter Strauß“ auf der Landesebene. Ich wünschte mir den Bund als Mitkoordinator der Prozesse und nicht als jemanden, der die Herstellung einer Frontbildung fördert.

Dr. Helmut Hollmann: Vielen Dank. Ich würde gern die Schlussrunde eröffnen. Wir haben uns darauf verständigt, dass die Diskutant/innen ein kurzes Statement dazu abgeben, was aus ihrer jeweiligen Sicht, ihrer Profession, ihrem Standpunkt und ihrer politischen Organisation der wichtigste Aspekt ist, der in den nächsten drei Jahren unbedingt realisiert oder zumindest höchst intensiv verfolgt werden müsste. Frau Dr. Niederfranke fällt dann die lohnenswerte Aufgabe zu, diese sechs Päckchen zu sichten, zu bewerten und zu überlegen, was sie an dieser Stelle aufnimmt und was aus ihrer Sicht nicht realisierbar sein wird.

Ich finde es bemerkenswert, was sich in dieser Diskussion abspielt. Es passt ausgezeichnet zum Tagungsverlauf – mit einem sehr verständnisvollen Umgang miteinander, ohne wahlkämpferische Perspektiven hineinzubringen. Genau das ist der Sache angemessen.

Herr Dr. Haller, mögen Sie anfangen?

Dr. Siegfried Haller: Ich möchte anfangen mit einem Prozess, der in Sachsen abläuft und von dem ich mir wünsche, dass er bundesweit umgesetzt wird.

Der Freistaat Sachsen hat sich vergeblich bemüht, in die Bundesfinanzierung hineinzukommen. Man hat sich auf ein wissenschaftliches Modellprojekt „Pro Kind“ geeinigt. Der Freistaat Sachsen hat sich nicht damit begnügt, lediglich wissenschaftlich zu forschen und in ein paar Jahren kluge Ratschläge zu bekommen, was gehen kann und was nicht. Die Kommunen und Gebietskörperschaften vor Ort brauchen eine Netzwerkstärkung, die zusätzlich finanziert wird. In allen – damals 29 und heute, nach einer Verwaltungsreform 13 – Gebietskörperschaften wurde ein Vierjahresmodell bis zum Ende 2011 aufgelegt. Das Land finanziert in jeder Gebietskörperschaft anteilig eine Koordinationsstelle. Das Modell nennt sich „Netzwerke für Kinder“. Es ist meines Erachtens ein beispielhaftes Vorgehen.

Ich wünsche mir, dass in der „Architektur“ des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen in den nächsten Jahren stabile, verlässliche Vereinbarungen auf Länderebene mit den kommunalen Spitzenverbänden und eine Stärkung der Gebietskörperschaften vor Ort entstehen.

Verena Göppert: Wir Kommunen wünschen uns natürlich stets mehr Geld, aber das möchte ich jetzt nicht in den Vordergrund stellen. Wir wünschen uns vielmehr, dass das Thema „Frühe Hilfen“ und „Kinderschutz“ nicht als Wahlkampfthema missbraucht wird, da es kein Thema ist, bei dem man mit Schnellschüssen und Medienpräsenz Aufmerksamkeit gewinnen sollte. Es ist ein Thema, dem man auf der örtlichen Ebene Zeit und Ruhe geben muss, die Probleme in diesem Bereich gemeinsam zu bewältigen. Das wäre meine herzliche Bitte, hier sich nicht über Medien zu artikulieren und Druck zu erzeugen, dem man am Ende vielleicht nicht gerecht werden kann.

Dr. Helmut Hollmann: Was Sie ansprechen, Frau Göppert, ist eminent wichtig in der Realisierung jedweder Unterstützungs-, Hilfe- und Fördermaßnahme. Dies muss in Ruhe und doch kompetent vorangetrieben werden können. Herr Scholten, Ihre wichtigsten Aspekte und Wünsche für die nächsten drei Jahre: Was muss unbedingt realisiert werden?

Bernhard Scholten: Ich hatte vorhin schon einige Punkte genannt. Ich wünsche mir zuerst, dass wir uns in der Verantwortungsgemeinschaft wiederfinden. In den verschiedenen Strukturen sind vertrauensbildende Maßnahmen unerlässlich. Jedes System muss darauf vertrauen, dass die jeweils andere Seite gut Familien fördernd arbeitet, und darf nicht versuchen, der anderen Seite vorzuschreiben, was sie tun soll. Das ist eine Beziehungsaufgabe, die wir aus den Frühen Hilfen lernen können. Wir müssen klären, wer wo Verantwortung trägt, wo die Zuständigkeiten angesiedelt sind.

Wir müssen außerdem noch einmal ernsthaft darüber nachdenken, ob wir das, was im Bundes-Kinderschutzgesetz thematisiert ist, auch wirklich brauchen oder ob das nicht vielmehr den Druck auf die Jugendämter weiter erhöht. Mein Wunsch wäre daher, dass der Gesetzentwurf nicht Wirklichkeit wird. Mein Wunsch wäre, dass wir alternativ dazu darüber nachdenken, wie wir die Finanzierung der Leistungen, über die wir gesprochen haben, hinbekommen. Dafür wünschte ich mir Unterstützung.

Mein Wunsch wäre außerdem, dass wir die Forschungsfragen klären und ein entsprechendes Programm auf den Weg gebracht wird. Ein weiterer Wunsch wäre, dass die Länder – wie Sachsen und Rheinland-Pfalz – verbindliche und finanzierte Strukturen für die Vernetzung von Gesundheits- und Jugendhilfe vor Ort schaffen.

PD Dr. Ute Ziegenhain: Ich wünsche mir einen Weg in die Nachhaltigkeit der Angebote Früher Hilfen aus den Modellprojekten. Ich wünschte mir die Realisierung auch – genau wie Sie, Frau Thyen – unter dem Aspekt der nicht-stigmatisierenden Zugänge und auch unter dem Aspekt, dass es Angebote für alle Eltern sein können. Alle Eltern interessieren sich für die Entwicklung und die Bedürfnisse ihrer Kinder und sie haben unterschiedliche Bedarfe. Ich wünsche mir, dass wir auf kommunaler Ebene eine intelligente Infrastruktur in der Vernetzung von Jugend- und Gesundheitshilfe schaffen, in der wir früh beginnen –

rund um die Geburt – und dann Familien mit besonderen Belastungen mit spezifischen, auch methodisch passgenauen Angeboten abholen können.

Ich wünsche mir, dass das im Kontext von Nachhaltigkeit nicht eine Angelegenheit von Kommunen mit best practice bleibt, sondern dass das tatsächlich in eine Regelversorgung überführt werden kann, mit einer gemeinsamen Sprache, mit gemeinsamen Standards innerhalb der Jugendhilfe und besonders auch zwischen den Disziplinen.

Es ist ein erstes Ergebnis aus dem Projekt „Guter Start ins Kinderleben“, dass die Überführung in die Regelversorgung gelingen kann, wenn sie von Länderinitiativen gestützt wird, wie zum Beispiel durch das Kinderschutzgesetz in Rheinland-Pfalz, das Rahmenbedingungen zur Implementierung interdisziplinärer Vernetzungsstrukturen und zur finanziellen Förderung dieser Strukturen geschaffen hat oder wie die Förderrichtlinie „Koordinierende Kinderschutzstellen“ in Bayern, mit der ebenfalls eine **nachhaltige und flächendeckende Etablierung eines systematischen, interdisziplinären Netzwerks** gefördert wird. Dass wir auf diese Weise die Frühen Hilfen in die Flächen bekommen, wäre mein Wunsch.

Prof. Dr. Ute Thyen: Meinen Wunsch kann ich eher für die nächsten 50 Jahre formulieren. Er richtet sich natürlich in erster Linie an Frau Niederfranke, aber ich weiß, dass ich an dieser Stelle zu den bereits Konvertierten predige.

Ich würde mir wünschen, dass sich die zuständigen Ministerien ebenfalls in eine Verantwortungspartnerschaft begeben und sich als System für alle Aspekte der Daseinsfürsorge von Menschen in unserem Land begreifen. Ich nenne zunächst das Ministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, das breit vertreten ist und auch den wissenschaftlichen Beirat unterstützt.

Es muss eine Querverbindung zum Bundesministerium für Justiz geben, das für viele Aspekte wie Kindschaftsrecht, Sorgerechtsregelungen, Unterbringungen und Ansprüchen von Kindern und Jugendlichen zuständig ist.

Ich wünsche mir eine Quervernetzung mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Armut ist ein Risikofaktor für Familien mit jungen Kindern. Wir haben bereits in einzelnen Projekten gesehen, dass es auf der Praxisebene Kooperationen gibt, aber diese müssen verbindlich gestaltet werden.

Außerdem gehört das Bundesministerium für Gesundheit dazu, das zum Beispiel für die Früherkennungsuntersuchungen zuständig ist und für alles, was mit der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu tun hat.

Last but not least nenne ich das Bundesministerium für Bildung und Forschung, einerseits wegen des Aspekts der Bildung, andererseits auch wegen des kontinuierlichen Gesundheitsmonitorings und der dringend notwendigen Forschung für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

Dass diese aufgezählten Ministerien – eventuell könnten sich noch weitere finden – so etwas wie ein Gruppengefühl entwickeln und sich als System für die Daseinsfürsorge

verstehen würden und verbindliche Vernetzungsstrukturen untereinander schaffen würden, wäre mein Hauptwunsch für die nächsten paar Jahre.

Birgit Stephan: Ich hätte gleich einen Vorschlag für die erste Gruppenaufgabe. Diese Ministerien müssten verbindliche Strukturen für die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Kostenträger schaffen, wenn es die dann noch geben wird. Die Kostenträger, denke ich, werden in den nächsten drei bis fünf Jahren nicht abgeschafft. Verbindliche Strukturen heißt nicht, dass irgendwo formuliert wird: „Jeder hat darauf hinzuwirken, dass...“ oder „man soll...“, sondern ich meine, dass es wirklich verpflichtend sein muss. Es müssen verpflichtende Strukturen der Zusammenarbeit sein. Die Frühen Hilfen müssen auch im SGB V verankert werden.

Ich bin eigentlich gegen Modellprojekte, obwohl die vorgestellten Projekte sehr gut sind. Aber wir müssen eine Ausstattung haben, die es ermöglicht, dass überall gut gearbeitet wird, nicht nur mit „Almosen“, die hier und da für die Durchführung eines Projektes verteilt werden.

Dr. Helmut Hollmann: Herzlichen Dank für die präzise Formulierung von vielen wichtigen Vorstellungen, Erwartungen und Wünschen.

Meine Damen und Herren, Frau Dr. Niederfranke ist weder die Bundeskanzlerin noch die Bundespräsidentin. Das bräuchte es eigentlich, wenn man diese Wünsche hört. Ich fasse noch einmal zusammen:

- Netzwerk-Koordination,
- Zeit und Ruhe,
- Verantwortungsgemeinschaft,
- Weg in die Nachhaltigkeit,
- Bündnis der Bundesministerien,
- verbindliche Kooperationsstrukturen der Kostenträger.

Wir sind gerade dabei, unser Staatswesen ein bisschen umzubauen. Frau Niederfranke, vielleicht schaffen Sie es trotzdem, die Wünsche ein wenig zu resümieren und auch eine Aussicht darauf zu geben, woran denn gearbeitet wird.

Dr. Annette Niederfranke: Ich glaube nicht, dass Sie wirklich wollen, dass der Bund für alle Aspekte, die Sie genannt haben, Verantwortung übernehmen soll, denn dann würden wir die Forderung, die im Vorfeld aufgestellt wurde – nämlich, dass der Bund sich tunlichst heraushalten sollte –, ad absurdum führen. Ich möchte konkret darauf eingehen, was ich mitnehmen kann und was ich hier auf dem Tisch liegen lasse, weil es von anderen aufgenommen werden muss.

Der Begriff „Verantwortungsgemeinschaft“ bezieht sich in der Tat auf die Art, wie wir – Bund, Länder und Kommunen – in diesem Kontext zusammenarbeiten. Sie wissen, dass wir in diesem konkreten Bereich über Modellprojekte nicht hinausgehen können. Mo-

dellprojekte sind das Einzige, was wir zur Unterstützung der Praxis vor Ort tun können. Wir unterstützen Forschung – sicherlich nicht mit genug Geld – in den Projekten, die gemeinsam mit den Ländern ausgesucht wurden. Wir dürfen nicht übersehen, wo wir heute im Vergleich zu zwei Jahren zuvor stehen. Wir haben den Begriff „Frühe Hilfen“ das erste Mal im letzten Koalitionsvertrag verankert. Wir schufen mit dieser sicherlich mit zunächst 10 und nun 11 Millionen Euro nicht ausreichend ausgestatteten Verankerung ein Sprungbrett, um dieses Thema in dieser Form und Intensität zu bearbeiten. Das ist ein Feld, auf dem der Bund weiter aktiv bleibt.

Es ist davor gewarnt worden, dies nicht zum Wahlkampfthema werden zu lassen. Wir haben es nicht zum Wahlkampfthema gemacht. Es ist bisher in keiner Landtagswahl zum Wahlkampfthema gemacht worden. Selbst im Bundesland Hessen, wo die Wahl im Januar 2008, also kurz nach dem ersten Kinderschutzgipfel der Bundeskanzlerin mit den Ministerpräsidenten der Länder am 19.12.2007 stattfand, ist es gelungen, dies aus dem Wahlkampf herauszuhalten. Im Bereich Kinderschutz und Frühe Hilfen ist eine relativ große Bereitschaft zu verzeichnen, dieses Thema angemessen und nicht krawallartig zu debattieren. Das ist viel in einem Land, in dem eigentlich jedes Thema skandalisiert wird. Wenn uns das weiterhin gelingt – auch im nächsten Jahr, in dem viele Wahlkämpfe stattfinden –, ist das sehr viel wert.

Auch wenn nicht jeder seine Vorstellungen im Einzelnen durchgesetzt hat, ist in dem gemeinsamen Beratungsprozess der Bundeskanzlerin und der Regierungschefs der Länder über einen effektiven Kinderschutz viel an Zusammenarbeit entstanden, auch zwischen den Ressorts. Wir arbeiten auf Bundesebene hervorragend mit dem Ministerium von Frau Zypries zusammen. Das geht Hand in Hand und wir haben sehr gute gemeinsame Konzepte in diesem Bereich.

Schwierigkeiten bestehen vor allem dann, wenn es darum geht, Frühe Hilfen in Finanzierungssystemen zu verankern. Sie legen mit Ihrer berechtigten Forderung den Finger auf eine Wunde, die ich ebenfalls als schmerzhaft empfinde. Es ist in monatelangen Beratungen nicht gelungen, hier eine Bresche zu schlagen und eine Bereitschaft herzustellen. Es ist nicht einmal gelungen, dass man die Anzahl der Besuche der Hebammen in der Zeit ausdehnt, ohne den Leistungsumfang zu erhöhen. Daran sehen Sie, wie hoch die Barrieren in diesem Bereich sind. Jeder möchte alles dafür tun, um eine Kostenausweitung zu verhindern.

Ich kann Ihnen zusagen, dass wir bis an die Grenze dessen gehen, was in einer solidarischen Zusammenarbeit innerhalb der Bundesregierung möglich ist, um eine ressortübergreifende Finanzierung zu erreichen. Dies nehmen wir als Arbeitspaket auf jeden Fall mit, nicht nur in das nächste Jahr, sondern auch in eine nächste Legislaturperiode. Ich sehe das als eine der zentralen Baustellen an, die Finanzierungssysteme in ihrer Versäulung aufeinander zu beziehen. Das sehe ich wie Sie und weiß, dass dies ein ganz hartes Brot ist und eine Menge an Arbeit und gemeinsamer Verantwortung braucht.

Ich bin ein großer Freund von Bündnissen und finde sie sehr wichtig. Aber man sollte mit stabilen Brücken starten. Diese Brücken haben wir angefangen zu bauen, gemeinsam mit dem Justizministerium. Mit dem Gesundheitssystem ist das schwieriger und das hat nichts mit Parteigrenzen zu tun. Das hat wirklich etwas mit Systemgrenzen zu tun und mit der

Angst, dass, wenn man an einer Stelle eine neue Brücke baut, damit Dämme brechen. Hier kommt es darauf an – und da brauchen wir Ihre Beratung aus der Wissenschaft und aus der Praxis –, dass wir nicht zu weit gehen, sondern kluge Maßnahmen fordern und durchsetzen. Das nehme ich auf jeden Fall mit. Ihre Forderung der Zusammenarbeit der Ministerien untereinander besteht absolut zu Recht, Frau Thyen. Wir setzen jedoch lieber auf das auf, was wir schon erreicht haben und gehen mit diesen Schritten weiter.

Unsere Hauptpartner sind die Länder und Kommunen. Wir sind nicht immer einer Meinung, aber ich glaube, wir haben mittlerweile in den vergangenen Jahren eine Struktur der Zusammenarbeit aufgebaut, die in großen Teilen von Vertrauen geprägt ist. Dieses Vertrauen wird zuweilen von jedem der Partner auch einmal verletzt, kann sich aber an ganz konkreten Projekten beweisen. Zum Umgang mit Fehlern und Skandalisierungen müssen wir in der Praxis gemeinsame Programme entwickeln.

Es ist meines Erachtens ein großer Fortschritt, dass zwei Ministerfachkonferenzen, nämlich die Gesundheitsministerkonferenz und die Jugend- und Familienministerkonferenz, sowie beide Ressorts, Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, eine gemeinsame Arbeitsgruppe gebildet haben, um konkrete Vorschläge bis zum Mai 2009 zu erarbeiten, wie wir Brücken zwischen SGB V und SGB VIII bauen können. Das sind tragfähige Ansätze und Strukturen, in denen wir arbeiten können. Mein Petikum wäre, diese Ansätze zu stabilisieren, zu konkreten Ergebnissen zu kommen und diese dann effizient umzusetzen. Das sind Wege, die wir gehen wollen.

Wir haben das „Aktionsprogramm Frühe Hilfen“ und auch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen bis Ende des Jahres 2010 verankert. Damit unterstützt der Bund im Bereich Früher Hilfen die Länder. Es wurde ein bestimmter Zeitraum gesetzt, in dem wir überprüfen, wo der Bund in Zukunft aktiv werden kann. Wir werden diese Zeit intensiv dafür nutzen. Ich nehme Ihre Anregungen mit.

Wir können die Strukturen in der Fläche nicht schaffen. Wir haben eine föderale Ordnung. Aber wir sind an den Punkten, an denen wir in der Verantwortung stehen, selbstverständlich bereit, über Veränderungen nachzudenken und die Frühen Hilfen besser zu platzieren. Das kann ich für den Bereich des SGB VIII zusichern.

Wir diskutieren in unserem Haus intensiv darüber, ob wir in der Kinder- und Jugendhilfe den Blick genügend auf die ganz jungen Kinder richten. Es besteht die Forderung, dieser Gruppe mehr Beachtung zu schenken. Wir haben meist Kinder ab dem dritten Lebensjahr im Blick, zumindest im Westen der Republik. Die frühe Phase/die frühe Kindheit bedeutet eine ganz andere Anforderung. Ich stimme Ihnen zu, Frau Ziegenhain: Die frühe Kindheit ist in der Debatte angekommen, aber nicht in jedem System in der nötigen Intensität. Die Menschen, die dort im Moment arbeiten, sind mit dem, was frühe Kindheit bedeutet, nicht so vertraut. Wir sehen das zum Beispiel bei den Erzieherinnen in den Kindergärten. Die Phase 0 bis 3 hat andere Anforderungen. Wir müssen darüber nachdenken, wie wir von der Kinder- und Jugendhilfe in diesem Bereich eine gangbare Brücke in das Gesundheitssystem hinein schlagen können. Wir sind dazu bereit und halten gerade diese Öffnung für klug und sinnvoll.

Ich bin der Meinung, dass man vor der eigenen Haustür anfangen und dort handeln muss, wo man handeln kann. Dann kann man in klugen Zusammenhängen die Wege in Systeme wie das Gesundheitssystem und die Finanzierung hinein erweitern, in denen ganz andere Interessen vorliegen und in denen man die Interessen von Kindern noch sehr viel stärker berücksichtigen sollte. Das nehme ich mit. Im nächsten Jahr steht die Bundestagswahl an. Das ist eine schlechte Voraussetzung für konkretes Handeln, weil es eine gewisse Stagnation bedeutet. Auf der anderen Seite sind bestimmte Strukturen wie die erwähnte Arbeitsgruppe bereits aktiv. Außerdem bietet eine neue Wahl eine Chance für Koalitionsvereinbarungen, in denen man so etwas konkret verankern kann. Sie können sicher sein, dass wir uns schon jetzt darauf vorbereiten, gerade diesen Bereich zu stärken.

Sehen Sie es uns nach, wenn wir an manchen Stellen schneller voranschreiten. Es gibt genug Partner, die das aufhalten wollen, aber wir müssen in diesem Bereich Fortschritte erzielen und der Bund wird das im Rahmen seiner Möglichkeiten ganz gewiss tun.

Dr. Helmut Hollmann: Frau Niederfranke, ganz herzlichen Dank. Meine Damen und Herren, ich möchte – auch im Namen von Wulfhild Reich – drei Schlusspunkte setzen.

1. Die Bewährung aller Maßnahmen findet auf der kommunalen Ebene statt. Dieser Leitsatz ist für uns alle eine Selbstverständlichkeit. Wir meinen, dass es sinnvoll wäre, das Nationale Zentrum Frühe Hilfen über das Jahr 2010 hinaus bestehen zu lassen und als Koordinationsstelle und Inputgeber fortzuführen. – Frau Niederfranke sagte gerade, dies sei auch ihre Meinung, vielen Dank. –
2. Zum Thema des Spannungsfeldes zwischen „Hilfe“ und „Schutz für Kinder“ glauben wir und nach meinem Eindruck die überwiegende Mehrheit der Anwesenden im Saal, dass mehr Beratung und Befähigung neben – nicht statt – der notwendigen Kontrolle in schwierigen Lebenssituationen unabdingbar sind. Wir sind der Meinung, dass keine Verschärfung des bestehenden Kinderschutzgesetzes nötig ist, insbesondere keine verpflichtenden oder automatisierten Hausbesuche, diese halten wir für kontraproduktiv. Wir brauchen jedoch eine sichere Personalausstattung. Es kann nicht sein, dass auf der einen Seite politisch richtige Signale gesetzt werden und auf der anderen Seite Stellen nicht besetzt werden oder sogar wegfallen. Wir brauchen einen guten Personalbestand und dies in allen Systemen, die mit diesem Thema befasst sind. Die Menschen, die dort beschäftigt sind, müssen zudem gut qualifiziert sein bzw. weiter qualifiziert werden. Gestern wurde der Satz ausgesprochen: „Wir haben eine geringe Veränderung vorgenommen und schon hatten die Hebammen ganz andere und schwierigere Aufgaben.“ Das war ein regelrechter Spot auf das, was hier passiert. Menschen, die durch ihre Ausbildung nicht dafür qualifiziert sind – was keine Diskreditierung bedeutet –, werden mit Aufgaben belastet, die sie nicht ohne Weiteres stemmen können. Das ist ein großes Problem, das wir sehr bewusst im Blick behalten müssen.
3. Wir möchten Kerstin Landua und ihrem Team herzlich Dankeschön sagen für eine phantastische Veranstaltung. Ich glaube, wir nehmen sehr viel mit und danken für die gute Organisation. Wir würden uns wünschen, dass das Deutsche Institut für Urbanistik mit der Planungsstelle für die Fachtagungen der Jugendhilfe bereit ist, in zwei Jahren eine weitere Folgeveranstaltung zu organisieren. Ich denke, es

wäre sinnvoll, wenn wir in zwei Jahren auch mit Ihrer Unterstützung, Frau Dr. Niederfranke, sehen können, was sich nach der Bundestagswahl getan hat, denn das ist genau die Zeitzone, in der man in Ruhe über fachliche Inputs nachdenken kann und sich nicht durch anstehende politische Entscheidungen so gehetzt fühlen muss.

Meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, Sätze wie „Kinder sind unser höchstes Gut“ und „Kinder sind ein Wechsel auf die Zukunft“ sind Sätze, die uns allen leicht über die Lippen kommen, die wir in unserer Profession auch mit vollem Herzen vertreten. Wir können voller Freude feststellen, dass diese Botschaft in der Politik angekommen ist und es nicht erst unter Ursula von der Leyen, sondern auch schon unter Renate Schmidt, was Frau von der Leyen bei ihrem Antritt ausdrücklich gewürdigt hat, zu einem Umdenken gekommen ist. Durch verschiedene Umstände ist es auch dazu gekommen, dass Kinder mehr Aufmerksamkeit von der höchsten politischen Ebene erhalten. Wenn wir jedoch in die aktuelle Presse hineinschauen, steht die Finanzkrise an erster Stelle. Ich meine, wir haben schon längst in Deutschland eine Kindheitskrise und wir müssen andere Maßnahmen ergreifen als bisher, und zwar auf der Ideenbildungsebene. Daher würde ich Ihnen, Frau Dr. Niederfranke, ein wenig widersprechen wollen. Es ist richtig, dass Sie in Ihrem Auftrag und mit den politischen Möglichkeiten „nur“ Modellprojekte auf die Schiene setzen können. Aber es ist ein generelles Umdenken in der Gesellschaft in die Richtung notwendig, dass Kinder tatsächlich unsere Zukunft bedeuten und wir daher sehr konsequent über Ressourcenverteilung nachdenken müssen, die wir zum Nutzen und Frommen von Kindern und Familien anders einsetzen müssen als bisher.

Die Daten aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey, der KiGGS-Studie, haben nachhaltig im vergangenen Jahr darauf hingewiesen, welche unmittelbaren Zusammenhänge zwischen Lebensbedingungen einerseits und Möglichkeiten der Kindheitsentwicklung andererseits bestehen. Daher sind diese Daten nur die Bestätigung dessen, was in den letzten 15 Jahren weltweit erhoben worden ist und es ist an der hohen Zeit, den Umdenkprozess tatsächlich einzuleiten. Wenn wir über Konjunkturprogramme und Investitionsprogramme sprechen, sollten wir überlegen, dass wir die Investitionen auch in unsere Kinder setzen. Kinder müssen immer Konjunktur haben, weil sie tatsächlich unsere Zukunft sind.

Kerstin Landua, Leiterin der Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe: Stellvertretend für die Veranstalter, für das Deutsche Institut für Urbanistik, das Nationale Zentrum Frühe Hilfen und die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin möchte ich unseren Referentinnen und Referenten sehr herzlich danken, die diese Veranstaltung über die drei Tage hinweg so fachkompetent bestritten haben. Es ist mir ein besonders großes Anliegen, auch den beiden Moderatoren, Frau Reich und Herrn Dr. Hollmann, zu danken, die uns mit ihrem jeweiligen beruflichen Hintergrund engagiert und charmant durch diese Tagung begleitet haben. Herzlichen Dank auch allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern und auf ein Wiedersehen zu einer unserer nächsten Veranstaltungen hier im Deutschen Institut für Urbanistik.

Literaturhinweise

Adamaszek, Kristin

„Pro Kind Bremen“ – Prävention durch Frühförderung.

In: Spielräume, Bremen: Amt für Soziale Dienste, 14 (2007) Nr. 36/37, S. 46-48

Ahnert, Lieselotte (Hrsg.)

Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung. 2., aktual. Aufl.

München: Reinhardt (2008); 419 S.; Abb., Tab., Lit.; ISBN 13-978-3-497-02047-8

Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe - AGJ-, Berlin (Hrsg.)

Schone, Reinhold

Kontrolle als Element von Fachlichkeit in den sozialpädagogischen Diensten der Kinder- und Jugendhilfe. Expertise im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe - AGJ.

Berlin (2008); 83 S.; Abb., Lit.; ISBN 978-3-922975-85-4

Ayerle, Gertrud M. ; Sadowski, Katharina

Gesundheitsförderung durch Familienhebammen im Land Sachsen-Anhalt.

In: Kongressband des XI. Hebammenkongresses, Leipzig (2007); S. 92-105; Abb., Tab., Lit.; ISBN 978-3-00-021906-1

Bastian, Pascal ; Diepholz, Annerieke ; Lindner, Eva

Frühe Hilfen für Familien und soziale Frühwarnsysteme.

Münster: Waxmann (2008); 232 S.; Abb., Lit.; ISBN 978-3-8309-2014-4

Berkemeyer, Anke ; Pohl-Schaper, Sabine Luise

„Nabelpflege und Kinderklau“ - Kooperationserfahrungen zwischen Hebammen und der Kinderschutzfachstelle im Jugendamt Bielefeld. Zwei Akteurinnen ziehen Resümee

In: Jugendhilfe aktuell, Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Landesjugendamt und Westfälische Schulen (2008); Nr. 2; S. 37-40; ISSN 1614-30

Bertelsmann Stiftung, Gütersloh (Hrsg.); Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung -BZgA-, Berlin (Hrsg.); Bundesministerium für Gesundheit, Berlin (Hrsg.)

Stierle, Mirjam

Stärkung der Elternkompetenz in Schwangerschaft und früher Kindheit. Deutscher Präventionspreis 2006. Die Preisträger und Nominierten.

Bad Salzuflen: Geschäftsstelle Deutscher Präventionspreis (2006); 87 S.; Abb.

Beyersmann, Inge

Eine Chance für psychosozial belastete Mütter mit Babys und Kleinkindern - ein Bericht aus der Frühberatungsstelle Bremen-Hermelingen.

In: IKK-Nachrichten, München: Deutsches Jugendinstitut e.V. (2005); Nr. 1-2; S. 33-39

Blum-Maurice, Renate ; Bächer, Korinna

Chancen und Notwendigkeit früher Prävention in psychosozial belasteter Familie. Das Projekt „Frühe Kindheit“ des Kinderschutz-Zentrums Köln.

In: Frühförderung interdisziplinär, München: Reinhardt; 22 (2003); Nr. 3; S. 121-127; ISSN 0721-9121

Böttcher, Wolfgang ; Bastian, Pascal ; Lenzmann, Virginia
Soziale Frühwarnsysteme. Evaluation des Modellprojekts in Nordrhein-Westfalen.
Münster: Waxmann (2008); 152 S.; Lit.; ISBN 978-3-8309-2006-9

Bowlby, John
Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie.
München: Reinhardt (2008); 149 S.; Lit.; ISBN 978-3-497-01931-1

Bütow, Barbara ; Fries, Mauri
Entwicklungspsychologische Beratung. Frühe Hilfen für junge Eltern.
In: Forum Erziehungshilfen, Frankfurt/Main: Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen -IGfH-; 12 (2006); Nr. 2; S. 75-79; Lit.; ISSN 0947-8957

Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V. -BKfE-, Fürth (Hrsg.)
Suess, Gerhard J. (Hrsg.); Pfeifer, Walter-Karl P. (Hrsg.)
Frühe Hilfen. Die Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung und Therapie.
Gießen: Psychosozial (1999); 287 S.; Lit.

Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung -BZgA-, Köln (Hrsg.)
Cierpka, Manfred ; Stasch, Michael ; Groß, Sarah
Expertise zum Stand der Prävention/Frühintervention in der frühen Kindheit in Deutschland.
Köln (2007); 92 S.; Abb., Lit.; ISBN 3-937707-46-8
(Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; 34)

Deegener, Günther
Erfassung der Risikofaktoren von Kindesmisshandlung und Frühprävention.
In: Interdisziplinäre Fachzeitschrift der DGgKV, Lengerich: Pabst; 9 (2006); Nr. 2; S. 3-26;
Abb., Tab., Lit.; ISSN 1436-9850

Deegener, Günther ; Körner, Wilhelm
Risikoerfassung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Theorie, Praxis, Materialien.
Lengerich: Pabst (2006); 348 S.; Lit.; ISBN 978-3-89967-318-0

Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. -DIJuF-, Heidelberg;
Univ. Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie (Hrsg.)
Meysen, Thomas ; Ohlemann, Lydia
Kooperation für einen guten Start ins Kinderleben - der rechtliche Rahmen. Expertise im Rahmen des Projekts „Guter Start ins Kinderleben“.
Länderübergreifendes Modellprojekt mit bundesgeförderter Evaluation zur frühen Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen in prekären Lebenslagen und Risikosituationen insbesondere zur Prävention von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung im frühen Lebensalter.
Heidelberg (2007); 129 S.; Lit.

Deutsches Jugendinstitut e.V. -DJI-, Arbeitsstelle Kinder- und Jugendkriminalitätsprävention, München (Hrsg.)
Early Prevention - Frühe Prävention. Erfahrungen und Strategien aus 12 Ländern.
München (2007); 223 S.; Abb., Tab., Lit., Lit.; ISBN 978-3-935701-30-3

(Arbeitsstelle Kinder- und Jugendkriminalitätsprävention; 10)
Deutsches Jugendinstitut e.V. -DJI-, München (Hrsg.)
Helming, Elisabeth ; Sandmeir, Gunda ; Sann, Alexandra ; Walter, Michael
Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. Laufzeit: 01.08.2006 bis 31.12.2006. Abschlussbericht.
München (2007); 147 S.; Abb., Lit.

Deutsches Jugendinstitut e.V. -DJI-, München (Hrsg.)
Thema 2008/09: Gemeinsam stärker - Kooperation im Bereich Frühe Hilfen.
München (2008); 27 S.; Abb., Lit.

Deutsches Jugendinstitut e.V. -DJI-, München ; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend -BMFSFJ-, Berlin (Hrsg.)
Kindler, Heinz (Hrsg.); Lillig, Susanna (Hrsg.); Blüml, Herbert (Hrsg.);
Meysen, Thomas (Hrsg.); Werner, Annegret (Hrsg.)
Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). Handbuch.
München (2006); o.S.; Lit.; ISBN 3-935701-22-5

Dornes, Martin
Frühe Kindheit: Entwicklungslinien und Perspektiven.
In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 10 (2007); Nr. 6; S. 14-21;
ISSN 1435-4705

Emig, Olaf
Der vermeidbare Tod eines Kleinkindes unter staatlicher Fürsorge.
In: Neue Praxis, Lahnstein: Verl. Neue Praxis; 37 (2007); Nr. 5; S. 445-464; Lit.;
ISSN 0342-9857

Ernst, Stefanie ; Hensen, Gregor
Soziale Frühwarnsysteme - Frühe Hilfen für Familien.
In: Forum Erziehungshilfen, Weinheim: Juventa; 11 (2005); Nr. 2; S. 99-100;
ISSN 0947-8957

„Euch werden wir helfen!“ - Kinderschutz zwischen Hilfe und Kontrolle.
In: Widersprüche, Bielefeld: Kleine; 28 (2008); Nr. 109; S. 1-83; Tab., Lit.;
ISBN 3-89370-445-3

Evangelischer Erziehungsverband e.V. -EREV-, Hannover (Hrsg.)
Der Schutzauftrag nach Paragraph 8a SGB VIII und Konzepte früher Hilfen.
Hannover; 49 (2008); Nr. 1; 91 S.; Abb., Tab., Lit.
(EREV-Schriftenreihe; 2008/1)

Familien stärken. Frühe Hilfen zum besseren Schutz von Kindern vor Vernachlässigung. Schwerpunktthema.
In: Nachrichten Parität, Berlin: Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband -
Gesamtverband (2006); Nr. 2; S. 4-27; Abb.; ISSN 0937-7425

Fendrich, Sandra ; Pothmann, Jens

Kleine Kinder - große Sorgen. Zunehmende Sensibilisierung für Gefährdungen von Kleinkindern in der Familie.

In: KomDat-Jugendhilfe, Dortmund: Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik; 10 (2007); Nr. 3; S. 2-3; Abb., Lit.; ISSN 1436-1450

Frings, Peter

Kindeswohl im Blick der Suchthilfe. Vertrauensschutz vor Kinderschutz?

In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Berlin: Selbstverl.; 88 (2008); Nr. 7; S. 279-284; Lit.; ISSN 0012-1185

Galm, Beate ; Hees, Katja ; Kindler, Heinz

Kindesvernachlässigung - verstehen, erkennen und helfen.

München: Reinhardt (2009); 162 S.; Lit.; ISBN 13 (978-3-497-02066-9)

Gewalt gegen Kinder: Früh erkennen - früh helfen. Schwerpunktthema.

In: IKK-Nachrichten, München: Deutsches Jugendinstitut e.V. (2005); Nr. 1-2; S. 1-62; Abb., Tab., Lit.

Helming, Elisabeth ; Thiessen, Barbara

Gerechtigkeit für alle - oder: Die Einen fördern, die Anderen überwachen?

In: DJI-Bulletin, München: DJI Verlag (2008); Nr. 81; S. 20-21; Abb., Lit.; ISSN 0930-7842

Hensen, Gregor ; Schone, Reinhold

„Guten Tag, wie geht's dem Baby?“. Hausbesuche im Kontext Früher Hilfen als Dienstleistung .

In: Forum Erziehungshilfen, Weinheim: Juventa; 15 (2009); Nr. 1; S. 18-23; Lit. ISSN 0947-8957

Hensen, Gregor

Soziale Frühwarnsysteme in NRW - Frühe Hilfen für Familien durch verbindliche Formen der Kooperation.

In: IKK-Nachrichten, München: Deutsches Jugendinstitut e.V. (2005); Nr. 1-2; S. 5-9; Abb., Tab., Lit.

Herzig, Sabine

Frühe Prävention - Ansätze im internationalen Vergleich.

In: IKK-Nachrichten, München: Deutsches Jugendinstitut e.V. (2005); Nr. 1-2; S. 55

Hillmeier, Hans ; Sauter, Robert

Koordinierende Kinderschutzstellen (KoKi). Inhalt, Aufgaben und Organisation Früher Hilfen in Bayern.

In: Mitteilungsblatt, München: Zentrum Bayern Familie und Soziales , Bayerisches Landesjugendamt (2009); Nr. 1+2; S. 1-16; Abb., Lit.

Hollmann, Helmut

36 Jahre Sozialpädiatrische Zentren - Erfolgsgeschichte und Perspektive.

In: Kinderärztliche Praxis, Mainz: Kirchheim; 75 (2004); Nr. 5; S. 310-315; Abb., Tab., Lit.; ISSN 1432-3605

Hoppensack, Hans-Christoph

Kevin Tod - ein Beispiel für missratene Kindeswohlsicherung.

In: Unsere Jugend, München: Reinhardt; 59 (2007); Nr. 7+8; S. 290-305; Lit.;
ISSN 0342-5258

Johns, Irene

Streitfall Kindeswohl - Gewalt gegen Kinder.

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 10 (2007); Nr. 6; S. 50-53;
ISSN 1435-4705

Jungmann, Tanja ; Kurtz, Vivien ; Brand, Tilman

Das Modellprojekt "Pro Kind" und seine Verortung in der Landschaft früher Hilfen in Deutschland.

In: Frühförderung interdisziplinär, München: Reinhardt; 27 (2008); Nr. 2; S. 67-78; Tab.,
Lit.; ISSN 0721-9121

Kindler, Heinz ; Ziesel, Birgit ; König, Cornelia ; Schöllhorn, Angelika ; Ziegenhain, Ute ;
Fegert, Jörg M.

Unterstützungsbogen für die Jugendhilfe: Bogen zur Unterstützung der Hilfeplanung im frühen Kindesalter.

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht;
81 (2008); Nr. 10; S. 467-470; ISSN 0003-2336

Kindler, Heinz ; Lillig, Susanne

Die Bedeutung von Risikofaktoren für die Gestaltung von Erziehungshilfen.

In: Forum Erziehungshilfen, Frankfurt/Main: Internationale Gesellschaft für
erzieherische Hilfen -IGfH-; 12 (2006); Nr. 1; S. 9-14; ISSN 0947-8957

Kindler, Heinz

Frühe Hilfen: ein Königsweg zum besseren Schutz von Kindern?

In: DJI-Bulletin, München: Deutsches Jugendinstitut (2006); Nr. 77; S. 16; Lit.;
ISSN 0930-7842

Kindler, Heinz ; Sann, Alexandra

Frühe Hilfen zur Prävention von Kindeswohlgefährdung.

In: Kind, Jugend, Gesellschaft, München: Reinhardt; 52 (2007); Nr. 2; S. 42-45
Lit.; ISSN 0939-4354

Kindler, Heinz ; Zimmermann, Peter

Helfen mit handhabbarem Risiko? Empirisch gestützte Verfahren zur Risikoeinschätzung in der Jugendhilfe.

In: Diskurs, München: DJI-Verl.; 13 (2003); Nr. 2; S. 5-7; Lit.; ISSN 0937-9614

Kindler, Heinz ; Baird, Chris

Risikoeinschätzung bei Kindeswohlgefährdung.

In: Diskurs, München: DJI-Verl.; 13 (2003); Nr. 2; S. 34-41; Abb., Tab., Lit.;
ISSN 0937-9614

Kindler, Heinz ; Ziesel, Birgit ; König, Cornelia ; Schöllhorn, Angelika ; Ziegenhain, Ute ; Fegert, Jörg M.

Unterstützungsbogen für die Jugendhilfe: Bogen zur Unterstützung der Hilfeplanung im frühen Kindesalter.

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 81 (2008); Nr. 10; S. 467-470; ISSN 0003-2336

Kindler, Heinz

Wie könnte ein Risikoinventar für frühe Hilfen aussehen? Expertise für das Projekt „Guter Start ins Kinderleben“.

München (2007); 101 S.; Tab., Lit.

Kleve, Heiko

Zwischen Fehlertoleranz und Fehlervermeidung. Kinderschutz an der Nahtstelle von Jugendhilfe und Gesundheitswesen.

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 33 (2008); Nr. 6; S. 42-49; Abb., Lit.; ISSN 0340-8469

Koch, Gabriele ; Derksen, Bärbel

Schritte zu gelingender Elternschaft - STEEP (Steps toward effective and enjoyable parenting). Ein bindungstheoretisch fundiertes Frühinterventionsprogramm für psychosozial mehrfach belastete Familien.

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 10 (2007); Nr. 3; S. 43; ISSN 1435-4705

Kriener, Martina

Risikomanagement im Kinderschutz.

In: Jugendhilfe aktuell, Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Landesjugendamt und Westfälische Schulen (2008); Nr. 2; S. 9-13; Abb., Lit.; ISSN 1614-3027

Künster, Anne Katrin ; Ziesel, Birgit; Ziegenhain, Ute

Je früher um so besser? Wann Kinderschutz beginnen sollte.

In: Frühförderung interdisziplinär, München: Reinhardt; 28 (2009); Nr. 2; S. 51-60; Tab., Lit.; ISSN 0721-9121

Kutscher, Nadja

Prävention unter Druck. Frühwarnsysteme und Elterntrainings.

In: Sozial Extra, Wiesbaden: VS Verl. f. Sozialwissenschaften; 32 (2008); Nr. 1/2; S. 38-41; Lit.; ISSN 0931-279X

Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Landesjugendamt, Münster (Hrsg.); Institut für soziale Arbeit -ISA-, Münster (Bearb.)

U3-Projekt. Unterstützungsnetze für Kinder unter 3 Jahren und ihre Familien in Westfalen-Lippe. Abschlussbericht.

Münster (2009); ISSN 0946-9769

(Ideen & Konzepte; 46)

Landua, Kerstin

„... auch mal die Brille der anderen aufsetzen (hilft)!“. Ein Tagungsbericht über die Kooperationsprobleme von Pädiatrie und Jugendhilfe.

In: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger; 1 (2006); Nr. 7/8; S. 362-365; ISSN 1861-6631

Laukemper, Anke

Frühe Hilfe am Beispiel der Familiären Bereitschaftsbetreuung (FBB) des Jugendamtes der Stadt Hamm (NRW). Was hat sich in der praktischen Arbeit bewährt? Was ist zu beachten?

In: IKK-Nachrichten, München: Deutsches Jugendinstitut e.V. (2005); Nr. 1-2; S. 47-49;

Lenz, Astrid ; Wörster, Wolfgang

Spielend gut gebunden. Ein Projekt zur Förderung der elterlichen Feinfühligkeit im Zusammenleben mit Kindern.

In: Frühförderung interdisziplinär, München: Reinhardt; 27 (2008); Nr. 2; S. 79-86; Lit.; ISSN 0721-9121

Lukasczyk, Peter

Frühe Hilfen schützen Kinder und unterstützen junge Familien. Vernachlässigte und misshandelte Kinder.

In: AKP. Fachzeitschrift für Alternative Kommunalpolitik, Bielefeld: Alternative Kommunalpolitik; 28 (2007); Nr. 4; S. 43-45; ISSN 0941-9225

Lukasczyk, Peter ; Pöllen, Wilhelm

Präventionsprojekt „Zukunft für Kinder in Düsseldorf“. Ein Kooperationsprojekt des Jugend- und Gesundheitsamtes an der Gesundheitskonferenz in der Landeshauptstadt Düsseldorf.

In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Berlin: Selbstverl.; 86 (2006); Nr. 5; S. 197-200; ISSN 0012-1185

Merchel, Jochen

„Frühe Hilfen“ und „Prävention“. Zu den Nebenfolgen öffentlicher Debatten zum Kinderschutz.

In: Widersprüche, Bielefeld: Kleine; 28 (2008); Nr. 109; S. 11-23; Lit.; ISBN 3-89370-445-3

Meysen, Thomas ; Schönecker, Lydia ; Kindler, Heinz

Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe.

Weinheim: Juventa (2008); 220 S.; Tab., Lit.; ISBN 978-3-7799-2260-5

Meysen, Thomas

Datenerhebung bei Dritten - nichts für freie Träger?

In: Jugendhilfe-Report, Köln: Landschaftsverband Rheinland, Landesjugendamt (2007); Nr. 2; S. 8-12

Meysen, Thomas

„Ich war drin Garantie“ im Kinderschutz?

In: Forum Erziehungshilfen, Weinheim: Juventa; 14 (2008); Nr. 4; S.195; ISSN 0947-8957

Naggl, Monika ; Thurmair, Martin

Frühförderung und Kindeswohl - Frühe Hilfen für entwicklungsgefährdete Kinder.

In: Frühförderung interdisziplinär, München: Reinhardt; 27 (2008); Nr. 2; S. 52-66; Abb., Lit.; ISSN 0721-9121

Nationales Zentrum Frühe Hilfen -NZFH- c/o Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung -BZgA-, Köln (Hrsg.)

Frühe Hilfen. Modellprojekte in den Ländern.

Köln (2008); 40 S.; Abb.; ISBN 978-3-937707-61-7

NeFF - Netzwerk Frühe Förderung Schwerpunktthema.

In: Jugendhilfe-Report, Köln: Landschaftsverband Rheinland, Landesjugendamt (2008); Sonderausgabe; 26 S.; Abb., Lit.

Nordrhein-Westfalen, Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie, Düsseldorf (Hrsg.)

Soziale Frühwarnsysteme - Frühe Hilfen für Familien. Textsammlung.

Düsseldorf (2004); 101 S.; Abb., Lit.

Nordrhein-Westfalen, Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie, Düsseldorf (Hrsg.); Institut für soziale Arbeit -ISA-, Münster (Bearb.)

Jordan, Erwin ; Schneider, Karin ; Wagenblass, Sabine

Soziale Frühwarnsysteme - Frühe Hilfen für Familien. Arbeitshilfe zum Aufbau und zur Weiterentwicklung lokaler sozialer Frühwarnsysteme.

Düsseldorf (2005); 32 S.; Abb., Lit.

Papousek, Mechthild ; Schieche, Michael ; Wurmser, Harald

Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen.

Bern: Huber (2004); 408 S.; Abb., Tab., Lit.; ISBN 3-456-84036-5

Rietmann, Stephan ; Hensen, Gregor

Perspektivendifferenz und Interessenanalyse - Koordination Früher Hilfen als Systemischer Diskurs.

In: Interdisziplinäre Fachzeitschrift der DGgKV, Lengerich: Pabst; 11 (2008); Nr. 1; S. 33-46; Lit.; ISSN 1436-9850

Risikostrukturen. Schwerpunktthema.

In: Forum Erziehungshilfen, Frankfurt/Main: Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen -IGfH-; 12 (2006); Nr. 1; S. 1-26; Abb., Lit.; ISSN 0947-8957

Salgo, Ludwig

Erste Eindrücke beim Lesen des Untersuchungsberichts der Bremischen Bürgerschaft zum Tode von Kevin.

In: Forum Erziehungshilfen, Frankfurt/Main: Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen -IGfH-; 13 (2007); Nr. 4; S. 236-242; Lit.; ISSN 0947-8957

Sann, Alexandra ; Schäfer, Reinhild

Auf- und Ausbau "Früher Hilfen" in Deutschland.

In: Diskurs Kindheits- und Jugendforschung, Leverkusen: Budrich; 3 (2008); Nr. 4; S. 503-508; Lit.; ISSN 1862-5002

Sann, Alexandra

Frühe Hilfen. Eine Kurzevaluation von Programmen in Deutschland.

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 10 (2007); Nr. 3; S. 14-17;
ISSN 1435-4705

Sann, Alexandra ; Schäfer, Reinhild

Gerechtigkeit durch Teilhabe. Frühe Hilfen zwischen Helfen und Kontrollieren.

In: DJI-Bulletin, München: DJI Verlag (2008); Nr. 81; S. 25-26; Abb., Lit.;
ISSN 0930-7842

Sann, Alexandra ; Schäfer, Reinhild ; Stötzel, Manuela

Zum Stand der Frühen Hilfen in Deutschland - ein Werkstattbericht.

In: Interdisziplinäre Fachzeitschrift der DGgKV, Lengerich: Pabst; 10 (2007);
Nr. 2; S. 3-23; Tab., Lit.; ISSN 1436-9850

Sann, Alexandra ; Thrum, Kathrin

Balance zwischen Empowerment und Professionalisierung. Stärkung der Erziehung der Familie - Chancen und Grenzen der Arbeit mit Laien.

In: DJI-Bulletin, München: DJI Verlag (2008); Nr. 81; S. 18-19; Abb., Lit.;
ISSN 0930-7842

Schönecker, Lydia

Kooperation und Vertrauensschutz bei frühen Hilfen: ein Entweder - Oder?

In: Frühförderung interdisziplinär, München: Reinhardt; 28 (2009); Nr. 2; S. 61-70; Lit.;
ISSN 0721-9121

Schönig, Werner ; Pollock, Daniela

Familienzentrum mit sozialem Frühwarnsystem. Potenzial und Evaluation eines Königswegs der Familienförderung.

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 33 (2008); Nr. 5; S. 30-37; Tab., Lit.;
ISSN 0340-8469

Schulze, Iris

Kinder im Mittelpunkt - Begrüßungs- und Informationsbesuche bei Neugeborenen.

In: Jugendhilfe aktuell, Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe,
Landesjugendamt und Westfälische Schulen (2008); Nr. 2; S. 33-36; ISSN 1614-30

Smessaert, Angela ; Münder, Johannes

Von der Kinder- und Jugendhilfe zur Kinder-Fürsorge und Kinder-Betreuung?

In: Widersprüche, Bielefeld: Kleine; 28 (2008); Nr. 109; S. 25-37; Tab., Lit.;
ISBN 3-89370-445-3

Schutz vor Kindeswohlgefährdung. Anmerkungen zur aktuellen Debatte. Stellungnahme des Bundesjugendkuratoriums.

in: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger;
3 (2008) Nr. 5 ; S. 200-205; ISSN 1861-6631

Steinbach, Ellen

Zukunft für Kinder in Düsseldorf. Zusammenarbeit von Jugendamt und Gesundheitsamt.

In: Blickpunkt öffentliche Gesundheit, Düsseldorf: Akademie für öffentliches
Gesundheitswesen; 22 (2006); Nr. 2; S. 8; Abb.; ISSN 0177-7165

Suess, Gerhard J.

STEEP. Frühe Hilfen zur Förderung der Resilienz in riskanten Kindheiten?

In: IKK-Nachrichten, München: Deutsches Jugendinstitut e.V. (2005); Nr. 1-2; S. 28-32; Abb., Lit.

Teubert, Anja

„Systeme früher Hilfen“ und „Frühwarnsysteme“ in Deutschland.

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 34 (2009); Nr. 1; S. 30-35; Abb., Lit.;
ISSN 0340-8469

Thurmair, Martin

Frühe Hilfen - ein Wort auf Wanderschaft.

In: Frühförderung interdisziplinär, München: Reinhardt; 27 (2008); Nr. 2; S. 37-39; Lit.;
ISSN 0721-9121

Thyen, Ute

Kindeswohl und Elternverantwortung in der kinderärztlichen Praxis.

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 10 (2007); Nr. 6; S. 54-60;
ISSN 1435-4705

Trzeszkowski, Gerd

NeFF - ein Netzwerk für Familien. Das Dormagener Modell „Willkommen im Leben“.

In: Evangelische Jugendhilfe, Hannover: Evangelischer Erziehungsverband -EREV-
85 (2008); Nr. 4; S. I-IV Beilage; Abb.; ISSN 0943-4992

Univ. Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie (Hrsg.)

Ziegenhain, Ute ; Gebauer, Sigrid ; Ziesel, Birgit ; Künster, Anne Katrin ; Fegert, Jörg M.

Die Chance der ersten Monate. Feinfühlig Eltern - gesunde Kinder.

Ulm (2008); 98 S. + DVD; Abb., Lit.; ISBN 978-3-9812644-0-1

Univ. Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie (Hrsg.)

Fegert, Jörg M. ; Ziegenhain, Ute

**Skizze: Guter Start ins Kinderleben - Länderübergreifendes Modellprojekt mit
bundesgeförderter Evaluation zur frühen Förderung elterlicher Erziehungs- und
Beziehungskompetenzen in prekären Lebenslagen und Risikosituationen insbesondere
zur Prävention von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung im frühen Lebensalter.**

Ulm (2006); 25 S.; Abb., Lit.

Verein für Kommunalwissenschaften e.V., Berlin (Hrsg.)

**Frühe Intervention und Hilfe. Vom Neben- zum Miteinander von Pädiatrie und
Jugendhilfe. Dokumentation der Fachtagung in Kooperation mit der Deutschen
Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ), der
Bundesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrischer Zentren sowie dem Bundesverband
der Kinder- und Jugendärzte e.V. vom 26. bis 28. April 2006 in Berlin.**

Berlin (2006); 236 S.; Abb., Lit.; ISBN 3-931418-61-8

(Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe; 57)

Verein für Kommunalwissenschaften e.V., Berlin (Hrsg.)
Kinderschutz gemeinsam gestalten: § 8a SGB VIII - Schutzauftrag der Kinder- und Jugendhilfe. Dokumentation der Fachtagung am 22. und 23. Juni 2006 in Berlin.
Berlin (2007); 195 S.; Abb., Tab., Lit.; ISBN 978-3-931418-63-2
(Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe; 58)

Wagenknecht, Inga ; Meier-Gräwe, Ute ; Fegert, Jörg M.
Frühe Hilfen rechnen sich.
In: Frühförderung interdisziplinär, München: Reinhardt; 28 (2009); Nr. 2; S. 82-91; Abb., Lit.; ISSN 0721-9121

Werner, Heinz-Hermann
Kooperation und Netzwerke bei der Umsetzung des Kinderschutzes.
In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge; 39 (2008); Nr. 3; S. 60-69; Lit.; ISSN 0340-3564

Wolf, Klaus
Der vermeidbare Tod - was die Soziale Arbeit aus dem Tod von Kevin lernen muss.
In: Blickpunkt Jugendhilfe, Berlin: VPK - Bundesverband privater Träger der freien Kinder-, Jugend- und Sozialhilfe e.V.; 13 (2008); Nr. 2; S. 3-8; Tab., Abb.; ISSN 1613-4230

Ziegenhain, Ute
Beziehungsorientierte Prävention und Intervention in der frühen Kindheit.
In: Psychotherapeut, Berlin/Heidelberg: Springer; 49 (2004); Nr. 4; S. 243-251; Tab., Lit.; ISSN 0935-6185

Ziegenhain, Ute
Bindungstheoretisch konzeptualisierte Modelle zur frühen Prävention.
In: Kinderärztliche Praxis, Mainz: Kirchheim; 76 (2005); Nr. 6; S. 378-383; Tab., Lit.; ISSN 1432-3605

Ziegenhain, Ute
Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenzen bei jugendlichen Müttern.
In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 56 (2007); Nr. 8; S. 660-675; Lit.; ISSN 0032-7034

Ziegenhain, Ute ; Fegert, Jörg M.
Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung für eine verbesserte Prävention im Kinderschutz.
In: Frühförderung interdisziplinär, München: Reinhardt; 28 (2009); Nr. 2; S. 71-81; Lit.; ISSN 0721-9121

Ziegenhain, Ute ; Fegert, Jörg M. (Hrsg.)
Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung. 2., durchges. Aufl.
München: Reinhardt (2008); 213 S.; Lit.; ISBN 3-497-02021-8
(Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär; 15)

Ziegenhain, Ute

Präventive Hilfen für Kinder aus Hochrisikofamilien.

In: Forum Erziehungshilfen, Frankfurt/Main: Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen -IGfH-; 12 (2006); Nr. 1; S. 15-19; Lit.; ISSN 0947-8957

Ziegenhain, Ute ; Fegert, Jörg M. ; Ostler, Teresa ; Buchheim, Anna

Risikoeinschätzung bei Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung im Säuglings- und Kleinkindalter - Chancen früher beziehungsorientierter Diagnostik.

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 56 (2007); Nr. 5; S. 410-428; Lit.; ISSN 0032-7034