

Verein
für
Kommunalwissenschaften e.V.



Aktuelle Beiträge
zur Kinder- und Jugendhilfe 57

**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 Berufsverband der Kinder- und
Jugendärzte e.V.
vom 26. bis 28. April 2006
in Berlin

Verein für Kommunalwissenschaften e.V.
Straße des 17. Juni 112 · D-10623 Berlin · Telefon 030 39001-0 · Telefax 030 39001-100
Fachtagungen Jugendhilfe
Telefon 030 39001-136 · Telefax 030 39001-146 · e-mail: agfj@vfk.de · Internet: www.vfk.de/agfj

Diese Fachtagung wurde aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert.

Impressum:

Herausgeber:

Verein für Kommunalwissenschaften e.V.

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

Verein für Kommunalwissenschaften e.V.

Fotos:

Rita Rabe

Deutsches Institut für Urbanistik, Berlin

Herstellung:

Verein für Kommunalwissenschaften e.V.

Berlin 2006

Hinweise zur Download-Ausgabe:

Der vorliegende Tagungsband wird vom Verein für Kommunalwissenschaften e.V. 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
Vorwort	7
KERSTIN LANDUA <i>Leiterin der Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe, Verein für Kommunalwissenschaften e.V., Berlin</i>	
<u>Einführungsvortrag</u>	
Frühe Intervention und Hilfe. Eine (neue) Herausforderung für Pädiatrie und Jugendhilfe. Was wissen wir, was wollen wir, was können wir tun? Welche Präventivmaßnahmen kann die Bundesregierung unterstützen?	15
DR. HERMANN KUES <i>Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin</i>	
Grußwort der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.	20
PROF. DR. UTE THYEN <i>Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, Stellvertretende Leiterin der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck</i>	
Grußwort des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.	23
DR. MED. WOLFRAM HARTMANN <i>Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V., Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kreuztal</i>	
<u>Fachreferate</u>	
Rechtliche Grundlagen für die Kooperation von Pädiatrie und Kinder- und Jugendhilfe	27
MINISTERIALRAT PROF. DR. DR. H.C. REINHARD WIESNER <i>Leiter des Referats Kinder- und Jugendhilferecht, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin</i>	
„Löcher“ im (Kooperations)-System aus kinderärztlicher Sicht	38
PROF. DR. UTE THYEN <i>Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, Stellvertretende Leiterin der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck</i>	

Wo sind die „Löcher“ im (Kooperations-)System aus Sicht der Jugendhilfe? 55
BRUNO PFEIFLE
Leiter des Jugendamtes der Stadt Stuttgart

**Frühe Förderung von Kindern aus sozial benachteiligten Familien.
Das Projekt Pro Kind Niedersachsen** 63
ANNA MAIER-PFEIFFER
Projektleiterin, Referentin im Niedersächsischen Sozialministerium, Hannover
PROF. DR. CHRISTIAN PFEIFFER
*Direktor und Vorstand des Kriminologischen Forschungsinstituts
Niedersachsen e.V., Hannover*

**Entwicklung von Kindern in Beziehung (EKiB) im
„Netzwerk Gesunde Kinder“: Ein Präventionsprojekt im Landkreis
Oberspreewald-Lausitz, gefördert vom Land Brandenburg** 87
HENDRIK KARPINSKI
*Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Geschäftsführer der
Klinikum Niederlausitz GmbH, Lauchhammer*

**Lernende (Kooperations-)System:
Das Präventionsprojekt „Zukunft für Kinder in Düsseldorf.
Vorsorge – Beratung – Unterstützung. Clearingstelle“** 103
DR. MED. BERNHARD DOMBROWSKI
*Kinderarzt, Gesundheitsamt Düsseldorf, Kinderärztlicher Leiter
der Clearingstelle*
DR. MED. WILFRIED KRATZSCH
*Oberarzt, Kinderneurologisches Zentrum der Städtischen Kliniken
Düsseldorf-Gerresheim*
PETER LUKASCZYK
*Leiter der Abteilung Soziale Dienste, Jugendamt Düsseldorf,
Moderator in der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz*

Qualität im Kinderschutz 119
DR. PETER LACHMAN
*Consultant Paediatrician, Royal Free Hospital Hampstead NHS Trust
London; Institute of Health Improvement, Cambridge Mass.*

Löcher im (Kooperations-)System schließen, aber wie? Arbeitsgruppen

**Arbeitsgruppe 1: Von Kindeswohlgefährdungen und schwierigen Familien
erfahren? Vorsorgeuntersuchungen (U1 bis U9) als ein Zugangsweg hierzu?**
Das Vorsorgeprogramm der Kinder- und Jugendärzte 128
DR. HERMANN-JOSEF KAHL
*Vorsitzender des Ausschusses für Prävention und Frühtherapie des Landes
Nordrhein-Westfalen, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte,
Kinder- und Jugendarzt, Kinderkardiologe, Düsseldorf*

Die Diskussion um die Vorsorgeuntersuchungen als Pflicht für die Eltern	130
GEORG KOHAUPT	
<i>Familienberater, Kinderschutzzentrum Berlin, Vorstandsmitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft Die Kinderschutzzentren</i>	
Arbeitsgruppe 2: Möglichkeiten und Grenzen medizinischen Handelns in der familiären Frühbetreuung – aus Sicht der Medizin	133
PROF. DR. MED. WIELAND KIESS	
<i>Dekan der medizinischen Fakultät, Universitätsklinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche der Universität Leipzig</i>	
Möglichkeiten und Grenzen medizinischen Handelns in der familiären Frühbetreuung – aus Sicht der Jugendhilfe	142
DAGMAR VON HERMANNI	
<i>Leiterin des Allgemeinen Sozialen Dienstes im Jugendamt der Stadt Leipzig</i>	
Arbeitsgruppe 3: Frühe Vernetzung der Aktivitäten von Jugendhilfe und Kinderärzten	150
SABINA SCHAEFER	
<i>Diplompsychologin, Supervisorin, Leiterin des Beratungszentrums Mitte, Jugendamt Stuttgart</i>	
EBERHARD SCHILLING	
<i>Niedergelassener Kinder- und Jugendarzt, Stuttgart</i>	
Arbeitsgruppe 4: Grenzüberschreitendes Handeln – Umgang mit Datenschutz und Schweigepflicht bei Hilfeverweigerung	157
DR. JUR. GERHARD NOTHACKER	
<i>Professor für Recht in der sozialen Arbeit, Fachbereich Sozialwesen, Fachhochschule Potsdam</i>	
Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen Pädiatrie und Jugendhilfe vor dem Hintergrund der Datenschutzregelungen in der Jugendhilfe	171
UTA VON PIRANI	
<i>Leiterin des Jugendamtes Charlottenburg-Wilmersdorf, Berlin</i>	
Arbeitsgruppe 5: Ist die gemeinsame Hilfekonferenz eine Illusion?	182
ANTJE REINHARDT	
<i>Ärztin im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst für Landkreis und Stadt Osnabrück</i>	
WOLFGANG RUTHEMEIER	
<i>Regionalleiter im Fachdienst Familie/Sozialer Dienst im Fachbereich Kinder, Jugendliche und Familien der Stadt Osnabrück</i>	
Arbeitsgruppe 6: Die dringende Notwendigkeit eines Case-Managements für die Kooperation von Pädiatrie und Jugendhilfe	
Case-Management und frühe Prävention/Hilfe	186
DR. HEINZ KINDLER	
<i>Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Deutsches Jugendinstitut e.V., München</i>	

Sozialmedizinische Nachsorge	191
KARIN SCHWARTZENBERGER	
<i>Sozialarbeiterin und Casemanagerin, Kinderneurologisches Zentrum der Städtischen Kliniken Düsseldorf-Gerresheim</i>	
Dynamik und „Fallen“ in Familien mit Vernachlässigungsproblemen	198
DR. EBERHARD MOTZKAU	
<i>Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Leiter der Ärztlichen Kinderschutzambulanz am Evangelischen Krankenhaus Düsseldorf</i>	
„Löcher“ im (Kooperations-)System schließen, aber wie? Berichte aus den Arbeitsgruppen	207
Schluss-Statements des Moderatorenteams:	
Ein Tandem aus Pädiatrie und Jugendhilfe	222
DR. HELMUT HOLLMANN	
<i>Ärztlicher Leiter, Kinderneurologisches Zentrum, Rheinische Kliniken Bonn, Sprecher der Bundesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrischer Zentren</i>	
WULFHILD REICH	
<i>Mitarbeiterin der Dienststelle Qualität und Qualifizierung im Jugendamt der Stadt Stuttgart</i>	
Literaturhinweise	227

Vorwort

Nach der Tagung ist vor der Tagung

Die Fachtagung „Frühe Intervention und Hilfe. Vom Neben- zum Miteinander von Pädiatrie und Jugendhilfe“ hat vom 26. bis 28. April 2006 mit 198 Teilnehmerinnen und Teilnehmern in Berlin im Ernst-Reuter-Haus stattgefunden. Dieses große Interesse aus der Praxis signalisierte zugleich den großen Bedarf, sich mit dieser Thematik auseinanderzusetzen. Anliegen dieser Tagung war es, die Kooperation zwischen der Pädiatrie und Jugendhilfe zu fördern und so wurde sie nicht allein vom Verein für Kommunalwissenschaften e.V. veranstaltet, sondern wir haben engagierte Kooperationspartner als Mitveranstalter gesucht und gefunden, bei denen wir uns an dieser Stelle noch einmal sehr herzlich für ihre Mitwirkungsbereitschaft und Unterstützung bedanken möchten:

- die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.,
- die Bundesarbeitsgemeinschaft der Sozialpädiatrischen Zentren und
- den Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Der Anlass, diese Fachtagung zu konzipieren, war kein schöner, aber dafür umso wichtiger. In unserem Ausschreibungstext zu dieser Tagung war bereits zu lesen, was viele in der Praxis tätige Fachkräfte in der Kinder- und Jugendhilfe bereits – und das manchmal leider auch aus eigener Praxis – wissen:

Fast jede Stadt hat inzwischen ihre „Jessica“.

Vor acht Jahren bei einer thematisch ähnlich gelagerten Veranstaltung des Vereins für Kommunalwissenschaften e.V. mit dem Titel „Und schuld ist im Ernstfall das Jugendamt“ hieß Jessica „Jenny“. Viele von Ihnen werden den Fall sicherlich noch gut in Erinnerung haben. Und auch wenn uns allen bewusst ist, dass ein Restrisiko immer bleibt, veranlasste uns das doch zu der Frage:

Was ist fachlich passiert in der Zeit zwischen (den Fällen) „Jenny“ und „Jessica“? Ist überhaupt etwas geschehen?

Seit „Jenny“ ist eine Menge passiert. Nicht nur in Stuttgart oder in Hamburg, sondern bundesweit. Zunächst hat es nicht nur eine Menge an medialer und öffentlicher Diskussion gegeben, sondern eine noch viel intensivere und fruchtbringendere fachliche Diskussion. Eng damit verbunden waren die Entwicklung von Instrumentarien wie Checklisten, Kinderschutzbögen etc. und die Gründung interdisziplinärer Arbeitskreise. Die einzelnen Professionen waren und sind sich also sehr wohl und verstärkt ihrer Verantwortung bewusst, aber trotzdem gibt es immer wieder „diese Fälle“, die es eigentlich nicht geben sollte.

Der Verein für Kommunalwissenschaften e.V. hat sich auch nach der oben bereits erwähnten Tagung 1998 wiederholt mit dieser Problematik befasst. So haben wir im Jahr 2001 eine Tagung zu diesem Themenfeld unter dem Titel „Die Verantwortung der Jugendhilfe zur Sicherung des Kindeswohls“ durchgeführt und uns auf dieser Veranstaltung mit dem **Verhältnis von Jugendhilfe und Justiz** im Spannungsfeld der „Kindeswohlgefährdung“ auseinandergesetzt und damit, wie professionelles Krisenmanagement aussehen muss. Dies u. a. mit dem Ziel, die in der Jugendhilfe tätigen Fachkräfte darin zu bestärken, mit der Justiz vertrauensvoll zusammenzuarbeiten und diese nicht zuerst als etwas Bedrohliches in Bezug auf die strafrechtliche Verantwortung der einzelnen in

der Jugendhilfe tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu begreifen. Die Chancen einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit standen im Vordergrund dieser Diskussion. Auf diesem Weg hat die Sozialarbeit, hat die Jugendhilfe seitdem ein langes Stück Weg in ihrer fachlichen Selbstbestimmung und Weiterentwicklung zurückgelegt und dabei neue, vielfach noch brachliegende Felder entdeckt, so zum Beispiel die **Entwicklungspsychologie**.

Am Rande der Tagung des Vereins mit dem beschwingten Titel „It Takes Two to Tango. Frühe Kindheit an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Entwicklungspsychologie“ im Jahr **2003** fand sich auf Initiative von Herrn Dr. Kratzsch aus Düsseldorf eine kleine Runde zusammen, die erste Überlegungen für diese Tagung entwickelte. Ein Resultat dieser Vorüberlegungen, aber auch der Diskussionen auf der damaligen Tagung selbst, war „It takes **more than two** to Tango“! So haben wir gemeinsam die **Pädiatrie** als ein weiteres noch weitgehend unbearbeitetes Kooperationsfeld „entdeckt“ und wir wollten der Frage nachgehen, ob durch ein weitreichenderes Kooperationsverständnis von Pädiatrie und Jugendhilfe als bisher und eine Stärkung der Handlungssicherheit für die Fachkräfte tatsächlich ein besserer Schutz für gefährdete Kinder in Problemfamilien erreicht werden kann.

„Klärungs- und Handlungsbedarf“ gab es darüber hinaus zu folgenden Aspekten:

- Welches sind die **gesetzlichen und fachlichen (Handlungs-)Grundlagen** für eine effektive Kooperation von Pädiatrie und Jugendhilfe? Welche Möglichkeiten und Angebote gibt es auf Seiten der Jugendhilfe? Welche Rolle spielt der Kinderarzt? Was „darf“ er und wo sind seine Grenzen?
- **Was heißt Netzwerk überhaupt?** Inanspruchnahme, „etwas“ abgeben, kooperieren, einen Auftrag annehmen? Wer ist zuständig, wer bleibt am Ball und achtet darauf, dass niemand durch das Netz fällt?
- **Wo ist der Ort der Kooperation in der „frühen Phase“?** Die Geburtsklinik, die Hebammen, die Kinderarztpraxis, die Krisenintervention in der Jugendhilfe?
- Was ist mit **Schweigepflicht und Datenweitergabe**? Wie können Kinderärzte von Jugendhilfe über ein mögliches Risiko informiert werden und umgekehrt? Wo, wann und wie finden Übergaben statt?
- **Welche Erfahrungen mit früher Prävention gibt es?** Wie kann die Geburt eines Kindes als ein relativ kurzes „Zeitfenster“ für den Zugang zu schwierigen Familien genutzt und in diesem Kontext die Jugendhilfe als Partner angesprochen werden?
- Soll die **Zahlung von Erziehungsgeld und/oder Kindergeld** von der Wahrnehmung der **Vorsorgeuntersuchungen** abhängig gemacht werden?

Diese Fragen haben wir versucht während der Tagung gemeinsam zu beantworten und Lösungswege zu beschreiben:

- mit der Vorstellung bereits existierender Regionalprojekte,
- mit der Diskussion über die Regelung von interdisziplinärer Kooperation im Einzelfall und
- mit der Darstellung europäischer Erfahrungen.

Der Startschuss ist erfolgt

Den Einführungsvortrag zum Tagungsthema hielt der Parlamentarische Staatssekretär Dr. Hermann Kues. Er erinnerte daran, dass die Gesellschaft eine gemeinsame Verantwortung für Kinder habe, die auf der Schattenseite des Lebens geboren werden. Die Bundesregierung habe deshalb die Initiative ergriffen. Auf der Grundlage des Koalitionsvertrags sollen im Rahmen eines Projekts zur frühen Förderung gefährdeter Kinder soziale Frühwarnsysteme entwickelt werden. Ziel sei es, den Schutz von Kindern aus besonders belasteten Familien vor Vernachlässigung und Misshandlung insbesondere durch die Stärkung der Erziehungskompetenz ihrer Eltern und durch die Einleitung früher Hilfen zu verbessern. Diese Verbesserung des Kinderschutzes durch ein soziales Frühwarnsystem und durch frühe Hilfen stelle eine explizite Herausforderung für die interdisziplinäre Kooperation von Jugendhilfe und Gesundheitssystem dar. Mit der Eröffnung dieser Tagung wolle er den Startschuss für die gemeinsame Entwicklung und Implementierung eines effektiven professionsübergreifenden Hilfesystems in Deutschland geben.

„Nicht nur fachlich agieren, sondern auch politisch werden ...“

Prof. Dr. Ute Thyen, Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, Stellvertretende Leiterin der Sozialpädiatrie, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Lübeck, und Dr. med. Wolfram Hartmann, Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kreuztal, sprachen als Kooperationspartner für ihre Fachverbände die Grußworte. Sie sagten u. a., dass die Aufgabenfelder von Pädiatrie und Jugendhilfe sehr verschieden seien und dass bei Kindesvernachlässigungen mit Todesfolge oft bereits Kenntnis vorlag, aber zu spät gehandelt wurde. Hier sei „die Frage nach dem Warum“ zu klären. Gefordert wurde in diesem Kontext mehr Verbindlichkeit, mehr Kontrolle und mehr Empathie. Es sei wichtig, einen frühen Zugang zu schwierigen Familien zu finden. Niedergelassene Kinderärzte könnten Eltern keine Pflichten auferlegen, dies könne nur der Staat. Hierfür müssten Lösungen gefunden werden.

Eine gemeinsame Verantwortung von Pädiatrie und Jugendhilfe

Ministerialrat Prof. Dr. Dr. h. c. Reinhard Wiesner, Leiter des Referates Kinder- und Jugendhilferecht im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin, referierte sehr engagiert über die rechtlichen Grundlagen für die Kooperation von Pädiatrie und Kinder- und Jugendhilfe. Ein Thema, zu dem es bisher (leider) noch nicht viel nachzulesen gibt.

Was will „die Politik“: Ein Screening von Entwicklungsstörungen oder eher das frühzeitige Erkennen von Kindesmisshandlungen?

Prof. Dr. Ute Thyen begann ihr Fachreferat über die „Löcher im Kooperationssystem zwischen Pädiatrie und Jugendhilfe“ mit der Bemerkung, dass sich anhand der Statistik die ständige Abnahme der Zahl der Kindstötungen in den letzten drei Dekaden nachweisen lasse. Und auch die Definition von Kindesmisshandlung habe sich erheblich verändert, waren es früher „schwere Schläge“ so zähle heute schon massiver Fernsehkonsum dazu. Nie ging es Kindern so gut wie heute. Gleichzeitig würden aber auch in Armut lebende Familien (insbesondere mit 0 bis 7-jährigen Kindern) zunehmen. In diesen Familien sei das Risiko für Kindesmisshandlung besonders hoch. Sie verwies allerdings auch darauf, dass niedergelassene Kinder- und Jugendärzte Probleme beim Erkennen

von Kindesmisshandlungen hätten, hier sei Fortbildung notwendig. Wichtig sei es außerdem, die Eltern zu motivieren, die Vorsorgeuntersuchungen wahrzunehmen. So sei bei einer Mutter mit niedrigem Bildungsstand und mit Migrationshintergrund die Wahrscheinlichkeit, Vorsorgeuntersuchungen nicht wahrzunehmen, sechs mal höher als bei anderen Vergleichsgruppen. In diesem Kontext stelle sich die Frage, was das vordringliche Interesse der Politik eigentlich sei: Ein Screening von Entwicklungsstörungen oder aber das frühzeitige Erkennen von Misshandlungen.

Kooperation nur in Krisenfällen reicht nicht aus!

Bruno Pfeifle, Leiter des Jugendamtes Stuttgart, hatte die Aufgabe übernommen, ebenfalls über die „Löcher im Kooperationssystem von Pädiatrie und Jugendhilfe“ zu referieren, allerdings aus der Sicht der öffentlichen Jugendhilfe. Kinder- und Jugendhilfestatistiken zeigten, dass die Jugendhilfe bislang gefährdete Kinder meist erst dann erreiche, wenn diese in Kitas gehen. Dann seien Entwicklungsdefizite meist nicht mehr aufzuholen, das belegen neuere Forschungsergebnisse. Wichtig sei, Hilfezugänge möglichst schon in der Schwangerschaft und nach der Geburt zu nutzen und auszubauen. Große Veränderungen mit Blick auf einen geregelten Zugang seien mit dem Ausbau der Tagesbetreuung für Kinder unter drei Jahren zu erwarten. Damit werde der Jugendhilfe generell ein breiterer Zugang zu Familien eröffnet, den es zu gestalten und zu nutzen gelte.

Lernende Kooperationssysteme

Der zweite Arbeitstag stand im Zeichen der Vorstellung „Lernender Kooperationssysteme“. Konkret vorgestellt wurden drei unterschiedliche Projektansätze aus dem Bundesland Niedersachsen, dem Landkreis Oberspreewald-Lausitz und der Stadt Düsseldorf, die in dieser Dokumentation ausführlich nachzulesen sind. Nach der Projektvorstellung im Plenum war für alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Möglichkeit gegeben, sich in sechs Arbeitsgruppen darüber auszutauschen, wie die Löcher im Kooperationssystem geschlossen werden könnten.

Am Ende dieser Tagung stand ein Referat von Dr. Peter Lachman, Consultant Paediatrician, Royal Free Hospital Hampstead NHS Trust London, über „Das neue Modell der Multi-Service Zentren einer Londoner Qualitätssicherungsbehörde“. Dr. Lachman war der Überzeugung, dass wir von funktionierendem Kinderschutz noch weit entfernt seien und Versuche, die Situation von Kindern zu verbessern, durch die Struktur der Gesellschaft zunichte gemacht würden. In der Öffentlichkeit werde erwartet, dass die Medien Fälle von Kindesmisshandlung als etwas darstellen, das außerhalb der Gesellschaft geschehe. Diese Einstellung verhindere aber die Übernahme „öffentlicher“ Verantwortung für den Schutz von Kindern. Die Medien, die Öffentlichkeit und die Politik gingen davon aus, dass extreme Kindesmisshandlungen verhindert werden könnten. Gebraucht werde dazu ein anders geartetes Modell des Kinderschutzes, das eher auf Verfahrenssicherheit und Qualitätsverbesserung beruht als auf Schuldzuweisungen. Die Mehrzahl der misshandelten Kinder erhalte aufgrund struktureller Probleme bei den Hilfeeinrichtungen nicht die angemessene Versorgung. Es bestehe dringender Handlungsbedarf, die durch mangelhafte Integration der Dienste entstehenden Probleme zu lösen. Hier müsse Abhilfe geschaffen werden.

Ein Fazit dieser Tagung war, dass es zuallererst einer guten Kommunikation zwischen den beteiligten Professionen bedarf, um frühzeitig Probleme zu entdecken und andere Fachdienste einzubeziehen. Wer trägt die Verantwortung hierfür? Um mit den Worten von Dr. Peter Lachman abzuschließen: „Immer derjenige, der gerade mit dem Kind zu tun hat“.

Den Wunsch vieler Teilnehmerinnen und Teilnehmer an dieser Veranstaltung nach einer weiteren zu dieser Thematik teilen wir sehr. Ebenso das Interesse zu sehen, wie erfolgreich die auf dieser Tagung vorgestellten Projekte mittelfristig (geworden) sind und welche Ansätze sich davon in die Breite tragen lassen. Und deshalb: Wir werden „dran bleiben“.

KERSTIN LANDUA

*Leiterin der Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe
Verein für Kommunalwissenschaften e.V., Berlin*

Frühe Intervention und Hilfe. Eine (neue) Herausforderung für Pädiatrie und Jugendhilfe. Was wissen wir, was wollen wir, was können wir tun? Welche Präventivmaßnahmen kann die Bundesregierung unterstützen?

DR. HERMANN KUES

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

Sehr geehrter Herr Dr. Löhr,
sehr geehrte Damen und Herren,

wenn es um zentrale Aufgaben und Interessen unserer Gesellschaft geht, darf deren Realisierung nicht an den Grenzen einer Profession halt machen. Das gesunde Aufwachsen von Kindern, das Erkennen von Risiken für ihre Entwicklung und der Schutz vor Gefährdungen ist nicht nur ein Gebot der Menschlichkeit, sondern auch Ausdruck **gesamtgesellschaftlicher Verantwortung**.

Das **Grundgesetz** weist die Sorge für Kinder zu Recht primär ihren Eltern zu. Gleichzeitig weist es allerdings der staatlichen Gemeinschaft die Verantwortung zu, über die Ausübung der elterlichen Sorge zu wachen.

Und verantwortungsbewusste Wachsamkeit ist angesichts der **gravierenden Fälle von Kindeswohlverletzung**, teilweise mit Todesfolge, über die in den vergangenen Monaten in den Medien berichtet wurde, unverzichtbar. Wir sind auch in dem Bewusstsein hier zusammengekommen, dass wir unsere Aufmerksamkeit für das Aufwachsen von Kindern in unserer Gesellschaft deutlich steigern müssen. Dies gilt sowohl im professionellen als auch im zivilgesellschaftlichen Bereich.

Wir dürfen **kein Kind zurücklassen** und müssen in unsere Bemühungen auch und gerade die Kinder einschließen, die unter ungünstigen Bedingungen aufwachsen. Wir haben eine gemeinsame Verantwortung für Kinder, die auf der Schattenseite des Lebens geboren werden. Sie verdienen nicht weniger, sondern verstärkte Aufmerksamkeit!

Dabei geht es nicht nur um die Kinder, denen aktiv Gewalt durch ihre Eltern oder in ihrem sozialen Umfeld angetan wird, sondern auch um die, die Opfer von Vernachlässigung werden. Häufiger als durch Gewalt sind Kinder durch **Vernachlässigung** bedroht. Nach einer empirischen Untersuchung von Münder et al. aus den Jahren 1996 bis 1999 nennen Fachkräfte der Jugendämter bei der Anrufung des Familiengerichts in fast zwei Drittel (65,1 Prozent) aller Fälle Kindesvernachlässigung als Gefährdungsmerkmal.

Die Angebote und die gesetzlichen Leistungen unseres Sozialstaats sind für alle da und aufmerksame Eltern finden **zahlreiche Beratungs- und Unterstützungsangebote** zur Förderung ihrer Kinder.

Aber offenbar sind nicht alle Eltern aufmerksam und gewandt genug, um ihrem Kind die Förderung zukommen zu lassen, die es für eine optimale Entwicklung braucht. Al-

kohol- oder Drogenabhängigkeit oder psychiatrische Erkrankungen der Eltern stellen harte Belastungen dar. Armut und Langzeitarbeitslosigkeit können Familien zerrütten. Minderjährige Mütter, die selbst noch nicht erwachsen und wirtschaftlich unselbstständig sind, stellen eine besondere Problemgruppe dar. Vielleicht fehlt manchen Eltern auch schlichtweg das Wissen oder die Sensibilität, um Belastungen und Risiken für ihr Kind zu erkennen und rechtzeitig die Initiative zu ergreifen, um Hilfe in Anspruch zu nehmen. Diese Kinder dürfen wir nicht einfach ihrem Schicksal überlassen!

Sehr geehrte Damen und Herren, **die Bundesregierung hat deshalb die Initiative ergriffen**. Auf der Grundlage des Koalitionsvertrags sollen im Rahmen eines Projekts zur frühen Förderung gefährdeter Kinder **soziale Frühwarnsysteme** entwickelt werden. Unser Ziel ist es, den **Schutz von Kindern aus besonders belasteten Familien** vor Vernachlässigung und Misshandlung insbesondere durch die Stärkung der Erziehungskompetenz ihrer Eltern und durch die Einleitung früher Hilfen zu verbessern.

Wir wissen aus der internationalen Forschung, dass Risiken für die kindliche Entwicklung und Gefahren für das Kindeswohl in aller Regel nicht plötzlich und unvorhersehbar auftreten, sondern dass **Signale und Hinweise bereits frühzeitig erkannt werden können**.

Die meisten Eltern sind in der Lage, ihre Kinder angemessen zu versorgen, zu betreuen und ihnen eine liebevolle Zuwendung zu geben. Doch dort, wo dies nicht der Fall ist, muss der Staat **frühzeitig** auf die Eltern zugehen, um ihnen Hilfe bereits vor der Geburt des Kindes anzubieten.

Dazu wollen wir **auf vorhandenen Erfahrungen aufbauen**. In den vergangenen Jahren wurden – teils mit Unterstützung des Bundes oder eines Landes, teils aufgrund lokaler Initiative – in verschiedenen Regionen Deutschlands **zahlreiche unterschiedlich strukturierte Projekte und Modelle** zur Unterstützung der Entwicklung und zu einem besseren Schutz in der frühen Kindheit entwickelt, einige befinden sich derzeit in der Erprobung.

Die Erfahrungen zeigen, dass es durch vernetzte, niedrigschwellige und frühzeitige Angebote durchaus gelingen kann, auch solche Eltern zu erreichen, die besonderes belastet sind und von sich aus nicht rechtzeitig Hilfe in Anspruch nehmen. Wir müssen allerdings auch vermehrt durch so genannte „**Geh-Strukturen**“ den Zugang zu diesen Familien suchen und finden.

Die Zeit der Schwangerschaft und die Phase rund um die Geburt sind Lebenslagen, in denen junge Frauen in der Regel medizinische Versorgung in Anspruch nehmen und gegenüber sozialen Beratungsangeboten besonders **zugänglich** sind. Auch viele (werdende) Väter sind in dieser Zeit besonders ansprechbar.

Dieses Zeitfenster nutzen einige der Projekte, die bereits in der Praxis erprobt werden. So haben sich im Rahmen der Initiative „**Zukunft für Kinder in Düsseldorf**“ Geburts- und Kinderkliniken gemeinsam mit dem Jugendamt und dem Gesundheitsamt organisiert, um Mütter in belastenden Lebenslagen möglichst früh erkennen und ihnen geeignete Hilfen anbieten zu können.

Auch die „**Sozialen Frühwarnsysteme in NRW**“ – ein Landes-Modellprojekt mit verschiedenen Standorten in Nordrhein-Westfalen – haben sich zum Ziel gesetzt, Risiken früh zu erkennen.

Das Projekt „**Schutzensel für Schleswig-Holstein**“ will ein verbessertes Netzwerk von Hilfen für Familien aufbauen.

Schließlich gibt es viele gute Beispiele dafür, wie Eltern wichtige Informationen zu ihrem Kind und über Unterstützungsmöglichkeiten vermittelt werden. In der Stadt Dornagen wird allen jungen Eltern das „**Baby-Begrüßungspaket**“ überreicht. Jungen Müttern und Vätern im Landkreis Bergstraße wird die „**Elternschule – Das Baby verstehen**“ angeboten. Auch im Rahmen des in München entwickelten Programms „**SAFE**“ (das steht für: **Sichere Ausbildung für Eltern**) werden Eltern bereits während der Schwangerschaft über die Entwicklung des Kindes sowie Eltern-Kind-Beziehungen und Bindungen informiert. Eine Besonderheit an diesem Ansatz ist, dass Eltern, die in ihrer Kindheit traumatische Erfahrungen gemacht haben, eine Psychotherapie angeboten wird, um den Kreislauf der Weitergabe elterlicher Gewalterfahrungen an folgende Generationen zu durchbrechen.

Schließlich möchte ich auch ein Projekt für familiäre Frühbetreuung erwähnen, dass ein finnisches Modell der Schwangeren- und Familienfürsorge zum Vorbild hat. Damit sich keine Mutter und kein Vater vergessen fühlt, soll im Süden Brandenburgs unter dem Namen „**Eltern und Kinder in Beziehung**“ (**EKIB**) ein enges Netz aus ehrenamtlichen Helfern, Kinderärzten, Erzieherinnen, Fachkräften in Jugendämtern und Beratungsstellen zusammenarbeiten. Dies alles wird in einer Region auf die Beine gestellt, die in besonderer Weise unter Arbeitslosigkeit und Abwanderung zu leiden hat.

Einige der von mir genannten Modelle werden auf dieser Tagung ausführlich vorgestellt. Allein diese Auswahl zeigt, dass es bereits viele interessante Ansätze gibt und es weniger darauf ankommt, jetzt noch weitere neue Modelle zu entwickeln, als vielmehr die vorhandenen auszuwerten, auf ihre Anschlussfähigkeit an unser Regelsystem zu überprüfen und verbleibende offene Fragen zu klären.

Sehr geehrte Damen und Herren, frühe Hilfen für Eltern und Kinder sind in doppeltem Sinn von entscheidender Bedeutung: **Hilfen müssen frühzeitig ansetzen**, damit Gefährdungsrisiken rechtzeitig erkannt werden und Schädigungen gar nicht erst entstehen (Prävention), und sie müssen **bereits im frühen Lebensalter** (gegebenenfalls bereits während der Schwangerschaft) einsetzen, weil Säuglinge und Kleinkinder einerseits besonders verletzlich sind, und weil andererseits damit die Chance besteht, Entwicklungen von Anfang an günstig zu beeinflussen und Entwicklungsrisiken sich nicht erst verfestigen.

Im Rahmen des **Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“** des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sollen bereits entwickelte Modelle in Absprache mit den Ländern hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und ihrer Übertragbarkeit in das Regelsystem evaluiert werden. Denn letztlich muss das Ziel sein, über eine Modellphase hinaus die Regelversorgung zu verbessern.

In einem durch das Kriminologische Forschungsinstitut Hannover begleiteten Modellversuch soll im Rahmen des Aktionsprogramms ein in den Vereinigten Staaten entwickeltes und **mit positiven Ergebnissen evaluiertes Förderprogramm** hinsichtlich seiner Übertragbarkeit nach Deutschland erprobt werden. Dieses viel versprechende Modell wird ebenfalls auf unserer heutigen Tagung vorgestellt. Es wird derzeit auch in Holland erprobt.

Darüber hinaus sollen einzelne Modellvorhaben gefördert werden, die **Lösungen für die zentralen offenen Fragen** entwickeln. Die Kriterien werden im Rahmen einer öffentlichen Ausschreibung voraussichtlich im Frühsommer des Jahres bekannt gemacht. Das gibt Interessenten die Möglichkeit, ihr Konzept auf diese Anforderungen auszurichten.

Um den Erfahrungstransfer in die Fachpraxis sicherzustellen, soll im Rahmen des Programms des BMFSFJ ein **Servicebüro** eingerichtet werden. Dieses soll auch die Kommunen und Regionen, die letztlich für die Dienste der Regelversorgung die Verantwortung tragen, bei der Implementierung eines sozialen Frühwarnsystems und früher Hilfen beraten und unterstützen.

Uns ist bei der Umsetzung des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“, für das insgesamt **10 Millionen Euro**, verteilt auf fünf Jahre vorgesehen sind, an einer **engen Absprache mit den Ländern und den kommunalen Spitzenverbänden, ebenso mit den Fach- und Berufsverbänden** gelegen, damit die vielfältigen Initiativen auf den verschiedenen Ebenen sinnvoll zusammengeführt werden. Deshalb freue ich mich, dass die **Jugendministerkonferenz und die Gesundheitsministerkonferenz** mit entsprechenden Beschlüssen die Entwicklung einer guten Zusammenarbeit und eine stärkere Vernetzung zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen unterstützen.

Sehr geehrte Damen und Herren, ich will zum Ausblick einige Fragen ansprechen, die es im Zuge der Umsetzung des Aktionsprogramms des Bundes zu lösen gilt.

Stolperstein vieler bestehender Projekte ist der konsequente Zugang zur Zielgruppe, die möglichst **lückenlose Erreichung der belasteten Familien** schon in der Schwangerschaft oder um die Geburt herum. Denn nur wer angesprochen und zur Mitwirkung motiviert werden kann, kann auch mit geeigneten Hilfen begleitet werden. Wer nicht erreicht wird, steht in der Gefahr, durch den Rost zu fallen. Hier setzen wir vor allem auf das Gesundheitssystem, und zwar über die Pädiatrie hinaus. Denn fast jede Frau nimmt während der Schwangerschaft die Beratung einer Schwangerschaftsberatungsstelle, eine Hebamme oder die Untersuchung durch einen Frauenarzt wahr. Später wird der Kinderarzt zur wichtigen Vertrauensperson.

Erster Ansprechpartner besonders belasteter Familien ist also in der Regel ein Arzt oder eine Pflegeperson der Gesundheitshilfe. Eine entscheidende Frage bei der Entwicklung sozialer Frühwarnsysteme und früher Hilfen für Familien mit besonderen Belastungen wird sein, wie beziehungsweise wann andere Professionen und Hilfesysteme, insbesondere die Kinder- und Jugendhilfe, hinzuzuziehen sind.

Wir werden daher insbesondere durch eine **Verzahnung von Leistungen der Gesundheitshilfe und der Kinder- und Jugendhilfe** den Schutzauftrag der staatlichen Gemeinschaft verstärken müssen. Hierzu bedarf es der **Entwicklung von Verfahrensstandards** für die Kooperation dieser beiden Hilfesysteme und von **Methoden einer partnerschaftlichen Beteiligung der Eltern** am Hilfeprozess von Anfang an.

Die Abklärung vorhandener Risiken, die Feststellung des Hilfebedarfs und die Einleitung geeigneter Hilfen sind weitere Stolpersteine, die nur wenige Modelle meistern. Denn es geht dabei nicht allein um den Gesundheitsstatus und um bestimmte Entwicklungsmerkmale des Kindes, sondern es geht ebenso um die **Erkennung von psychischen Belastungen der Eltern, um Störungen im Bindungsverhalten sowie um Risiken – aber auch aktivierbare Unterstützungsmöglichkeiten – im sozialen Umfeld**. Welches die im jeweiligen Fall geeignete Hilfe ist, kann entsprechend unterschiedlich sein.

Diese Bandbreite vermag keine Profession alleine abzudecken. Die Zusammenführung der sich **ergänzenden Kompetenzen** aus Gesundheitshilfe und Jugendhilfe erscheint zur wirksamen Lösung dieser Aufgabe unverzichtbar.

Es geht darum, dass **beide Bereiche gemeinsam Verantwortung** für eine zentrale gesellschaftliche Aufgabe übernehmen. Wer diese Aufgabe – Eltern und Kinder in risikobelasteten Lebenslagen mit effektiven Hilfen zu begleiten – sorgfältig analysiert, wird schnell feststellen, dass die Aufgabe nur mit vereinten Kräften, besser gesagt mit vereintem Wissen, zu lösen ist.

Deshalb ist die **multiprofessionelle Zusammenarbeit** hier keine freiwillige Option, sondern eine zwingende Notwendigkeit. Und sie darf nicht von der Einsicht und Kooperationsfähigkeit einzelner engagierter Personen abhängen, sondern muss in eine **organisatorische Verknüpfung der Systeme** münden.

Die **wirksame Verbesserung des Kinderschutzes** durch ein soziales Frühwarnsystem und durch frühe Hilfen stellt also eine explizite Herausforderung für die interdisziplinäre Kooperation von Jugendhilfe und Gesundheitssystem dar. Mit der Eröffnung dieser Tagung will ich den **Startschuss** für die gemeinsame Entwicklung und Implementierung eines **effektiven professionsübergreifenden Hilfesystems** in Deutschland geben.

Vielen Dank.

Grußwort der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.

PROF. DR. UTE THYEN

Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V., Stellvertretende Leiterin der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

Herzlichen Dank an den Verein für Kommunalwissenschaften für die Einladung, sie unterstreicht die Notwendigkeit der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen. In meiner Funktion als Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin überbringe ich Ihnen allen ganz herzliche Grüße des Vorstands und möchte daran erinnern, dass die Initiative für diese Veranstaltung auch über Dr. Hollmann, Sprecher der Bundesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrischer Zentren, zustande gekommen ist. Dafür herzlichen Dank.

Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin versteht sich als eine wissenschaftliche Fachgesellschaft, die als einzige medizinische Fachgesellschaft ausdrücklich eine interdisziplinäre Mitgliedschaft erwünscht. In diesem Sinne hoffe ich, dass sich am Ende dieser Tagung vielleicht viele von Ihnen überlegen, wenn Ihr Arbeitsgebiet an der Schnittstelle von Gesundheit, Sozialem und/oder Bildung liegt, dass diese Fachgesellschaft ein Forum und eine Heimat für Sie werden kann. Wir würden uns jedenfalls das sehr wünschen.

Die Betätigung der Sozialpädiatrie hat verschiedene Felder. Auf dem Gebiet der primären Prävention von Gesundheits- und Entwicklungsstörungen von Kindern arbeiten wir in der Fachgesellschaft seit vielen Jahren intensiv und interdisziplinär mit dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des öffentlichen Gesundheitswesens zusammen. Sie wissen, dass in Deutschland insbesondere nach der Zeit des Faschismus das öffentliche Gesundheitswesen einen sehr schweren Stand hatte, anders als in anderen europäischen, vor allem skandinavischen Ländern. Der öffentliche Gesundheitsdienst ist in manchen Kommunen nahezu zur Unsichtbarkeit zurückgeschraubt worden. Wir als Fachgesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin setzen uns ausdrücklich dafür ein, dass diese Dienste gestärkt werden, weil sie möglicherweise der einzige Zugang zu besonders vulnerablen Familien sind.

Im Bereich der sekundären Prävention, das heißt, für Familien, in denen bereits Risiken und Belastungsfaktoren bestehen, gibt es eine Vielzahl von Hilfen in unserer Gesellschaft. Die Zusammenarbeit zwischen den Fachgruppen, die für Gesundheit und für Jugendhilfe zuständig sind, lässt jedoch an manchen Stellen noch zu wünschen übrig. Ich darf daran erinnern, dass die schrecklichen Fälle von Jenny oder Jessica und anderen häufig nicht daher entstanden sind, dass diese Kinder niemandem im System bekannt gewesen wären, sondern daran, dass die Hilfen ineffektiv, manchmal unprofessionell oder zu spät erfolgten.

In diesem Zusammenhang ist es sehr wichtig, dass interdisziplinäre Kooperation eingeübt wird. Wir haben das große Glück, dass seit mehreren Jahrzehnten in sozialpädiatri-

schen Zentren immer und ohne Ausnahme interdisziplinär gearbeitet wird, mit Sozialpädagogik, Psychologie, verschiedenen Therapeutengruppen und Kinder- und Jugendärzten sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hier gibt es Modelle, wie man zusammenarbeiten kann. Hier gibt es Modelle, wie man die „Brille“ der jeweils anderen Profession kennen lernen kann und es ertragen lernen kann, die „Brille“ des jeweils anderen auch einmal aufzusetzen und durchzuschauen. Unsere Aufgabenfelder sind verschieden und es bringt nichts, sich gegenseitig Vorwürfe darüber zu machen, wessen Aufgabe wichtiger wäre. Zum Schutz der uns anvertrauten Kinder müssen wir besser zusammenarbeiten.

Ein drittes Betätigungsfeld der Sozialpädiatrie und Jugendmedizin ist natürlich auch die individuelle Fürsorge für ein einzelnes Kind. Traditionell ist das die Kinder- und Jugendrehabilitation. Die moderne Bezeichnung heißt „Kinder, die von Teilhabestörungen bedroht sind“. Die Zahl dieser Kinder wächst an, weil sie den Belastungen unserer Gesellschaft nicht mehr gewachsen sind. Es gibt die Zunahme chronischer Erkrankungen, das vermehrte Überleben von Kindern mit Behinderungen und Entwicklungsstörungen, aber auch die zunehmende Zahl von Kindern mit psychologischen und emotionalen Entwicklungsstörungen. Auch für diese Kinder müssen wir uns gemeinsam einsetzen.

Dennoch muss sich unsere Fachgesellschaft noch weiter verändern. Wir sind eine wissenschaftliche Fachgesellschaft, das heißt, wir vertreten nie „Meinungen“, sondern versuchen Forschungsergebnisse und Evidenz für bestimmte Handlungsleitlinien der Öffentlichkeit zu präsentieren, aber: wir müssen doch politischer werden. Wir müssen noch mehr aus dem Elfenbeinturm heraus kommen und das umfangreiche Wissen, das wir über belastete Familien und ihre Kinder haben, der Öffentlichkeit mitteilen. Wir sind froh, dass wir durch die gegenwärtige politische Debatte die Chance haben, uns verstärkt zu äußern. Wir haben uns schon seit Jahrzehnten geäußert und die Chance gehört zu werden, war im Laufe der Zeit sehr unterschiedlich.

Wir müssen uns auch gegenüber europäischen Konzepten öffnen. Wir müssen einen Abgleich im Lernen von anderen Ländern durchführen und nicht nur punktuell darauf schauen, das macht man in Finnland gut und jenes in Frankreich. Wir müssen uns mit den Fachgesellschaften aus den anderen europäischen Ländern zusammensetzen und übergreifende Konzepte entwickeln, insbesondere auch, was Familien mit Migrationshintergrund und das Abgleichen der Erfüllung der Kinderrechte, wie sie in der UN-Kinderrechtskommission festgelegt sind, betrifft.

Morgen findet in Schleswig-Holstein eine Anhörung zum Thema verpflichtende Vorsorgeuntersuchung statt. Dazu ist ein veritabler Flächenbrand in den letzten Monaten entstanden und keiner unserer Vorstandsmitglieder in der Fachgesellschaft musste nicht schon an einer solchen Anhörung teilnehmen und die Stellungnahme unserer Fachgesellschaft präsentieren. Ich werde einige Ergebnisse in meinem Vortrag mitteilen.

Viele Stellungnahmen vom Berufsverband, der Psychotherapeutenkammer bis hin zum Deutschen Kinderschutzbund lehnen das Wort „verpflichtende“ Vorsorgeuntersuchung ab. Das ist eine grammatikalisch falsche Verknüpfung, denn die Vorsorgeuntersuchungen verpflichten nicht zu etwas. Daher wird von häufig einer „verbindlichen“ Vorsorgeuntersuchung gesprochen. Ich selbst finde den Begriff „verpflichtend“ nicht schlecht,

allerdings in einem anderen Sinne. Kinder, die der Vorsorgeuntersuchung oder überhaupt einer fürsorgenden Stelle zugeführt werden, sind für uns eine Verpflichtung. Die Ergebnisse jeder Begegnung mit einem Kind sollten zu einer Verpflichtung für unser Handeln werden. Da sehen wir in der Fachgesellschaft ein Problem, dass wir Eltern noch mehr Verpflichtungen auferlegen wollen, mehr Verbindlichkeit von ihnen einfordern und auch mehr Kontrolle hineinbringen wollen. Das ist sicher auch eine wichtige und richtige Diskussion. Es sind jedoch auch die Angebote in unserer Gesellschaft, die verpflichtender Natur werden müssen. Es nützt nichts, mehr Familien zu identifizieren, wenn bereits jetzt identifizierten Problemfamilien nicht ausreichend geholfen wird.

Unsere Fachgesellschaft orientiert sich an der UN-Kinderrechtskonvention, die insbesondere die Frage des Zugangs thematisiert. Kinder haben ein Recht auf uneingeschränkten Zugang zu Einrichtungen unserer Gesellschaft, die dazu dienen können, ihre Gesundheit zu erhalten, die Wiederherstellung der Gesundheit zu fördern und ihnen eine möglichst optimale Entwicklung zu garantieren. Das ist der Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention, der sich auch die Bundesrepublik Deutschland angeschlossen hat. Lassen Sie uns gemeinsam zunächst einmal den Zugang verbessern. Dann können wir sehen, wie viel mehr Verantwortung noch bei den Familien gesucht werden muss und wie viel Zwang und Kontrolle wir brauchen, um sie zu erreichen.

Vielen Dank.

Grußwort des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.

DR. MED. WOLFRAM HARTMANN

Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V., Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kreuztal

Meine Damen und Herren, dem von Frau Professor Thyen Gesagten muss ich eigentlich nicht mehr viel hinzufügen. Wir sind auch keine konkurrierenden Verbände, sondern arbeiten in der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin eng zusammen. Der Präsident der Sozialpädiater sitzt in unserem Vorstand und ich sitze im Vorstand der Sozialpädiater. Insofern herrschen keine Meinungsverschiedenheiten, sondern wir haben bereits ein Netzwerk, wie wir uns das woanders vorstellen.

Meine Damen und Herren, Sie haben sicher in den letzten Monaten gehört, was die Politik zum Thema Kindeswohl geäußert hat. Wenn das alles umgesetzt würde, was verbal an Absichten geäußert wurde, würde es den Kindern in Deutschland in Zukunft besser gehen. Aber dahinter steckt viel Geld und vieles von dem, was auf Bundesebene diskutiert wird, muss auf kommunaler Ebene finanziert werden. Das ist keine Bundespolitik, sondern Kommunalpolitik. Ich fürchte, daran wird manches wohlmeinende Projekt scheitern. Eben haben Sie bereits von dem schönen Projekt des Vorsitzenden des Kinderschutzbundes, Herrn Hilpert, gehört, der gleichzeitig Bürgermeister der Stadt Dormagen ist. Das ist ein sehr schönes Projekt, dort wird jede Familie aufgesucht. Finanziert wird es durch Sponsoren. Das zahlt nicht die Gemeindekasse, lediglich ein Sozialarbeiter wird durch die Gemeindekasse finanziert. Der Vorteil ist: Es gibt keine Stigmatisierung einer Familie im Vorfeld. Das ist entscheidend.

Viele Projekte basieren auf bereits erkannten Problemfamilien. Wie Sie wissen, gibt es aber Kinder aus Problemfamilien, die prächtig gedeihen. Wenn man die Kinder und die Familienverhältnisse zunächst betrachtet, geht man davon aus, dass diese bei den Umständen, in denen sie leben, dringend Hilfe von außen benötigen. Aus meiner langjährigen pädiatrischen Tätigkeit kann ich Ihnen versichern, es gibt aus solchen Familien etliche Kinder, die sich hervorragend entwickeln, die Familie managen, ein Studium absolvieren und beruflich erfolgreich sind – ohne weitere Hilfe von außen, weil sie auf ihrem Weg auf verständnisvolle Kindergärtnerinnen, auf engagierte Lehrer gestoßen sind und somit gefördert wurden. Mit dem, was wir als Risikofamilien bereits identifiziert haben, kann man also allein nicht agieren. Es gibt durchaus Risikofamilien, die letztlich für das Kind kein Risiko darstellen. Trotzdem müssen wir natürlich handeln.

Wir Kinder- und Jugendärzte sind sozial sehr engagiert. Vieles von dem, was wir tun, hat mit einer GKV-Tätigkeit überhaupt nichts zu tun, das wird nicht bezahlt. Das ist soziales Engagement der Fachgruppe, zu dem wir uns verpflichtet fühlen. Wir machen das sehr gern, weil wir wissen: Gesundheit von Kindern hängt von Lebensbedingungen ab und primäre Prävention ist ein ganz wesentliches Aufgabengebiet, dem wir uns verpflichtet fühlen, das aber nicht Gegenstand der GKV ist. Die einzige primäre Prävention, die die GKV finanziert, sind Impfungen. Die Früherkennungsuntersuchungen sind Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen und somit sekundäre Prävention und haben

mit primärer Prävention nichts zu tun. Deshalb haben wir uns heftig gewehrt, als einige Politiker gemeint haben, man könnte mit einer Pflicht-Früherkennungsuntersuchung bei Kindern das Problem von Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung lösen. Das kann man nicht. Wir sind auch nicht die Büttel des Staates.

Zu uns kommen die Eltern freiwillig. Wir möchten dieses Vertrauensverhältnis auch erhalten. Allerdings sagen wir, das Kind hat ein Recht auf Prävention, und zwar auf bestmögliche Prävention. Dazu gehören Früherkennungsuntersuchungen, die aber inhaltlich ganz anders aussehen müssen, als sie heute aussehen, natürlich auch Impfungen. Wir sind bereit, daran mitzuwirken. Wir als niedergelassene oder angestellte Kinder- und Jugendärzte können Eltern keine Pflichten auferlegen. Der Staat kann seinen Bürgern Pflichten auferlegen. Und wenn er dies tut, muss er ihnen auch sagen, welche Konsequenzen es hat, wenn diese Pflichten nicht erfüllt werden. Auch das können wir nicht lösen. Dazu habe ich noch keine vernünftigen Vorschläge gehört.

Was macht man eigentlich mit Eltern, die ihre Kinder nicht zu Impfungen und nicht zu Vorsorgeuntersuchungen bringen? Da wird alles Mögliche diskutiert, die Einbehaltung des Kindergeldes ist nicht umsetzbar, wie ich von Fachleuten gehört habe. Da muss man sich Lösungen einfallen lassen, wie man reagiert, wenn die Eltern ihren Pflichten nicht nachkommen. Es gibt verschiedene Vorschläge dazu, zum Beispiel die Einschaltung des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Diesen muss man dann aber auch erhalten und weiter ausbauen. Im Moment beobachten wir jedoch eine flächendeckende Abschaffung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, insbesondere des Jugendmedizinischen Dienstes im öffentlichen Gesundheitsdienst, der als Einziger die Chance hat, Kinder aufzusuchen, der in Familien gehen kann, ohne dass er eingeladen wird. Diese Möglichkeit haben wir als niedergelassene Kinder- und Jugendärzte nicht.

Daher muss der öffentliche Gesundheitsdienst, wenn man glaubhaft bleiben will, erhalten und ausgebaut werden. Das bedeutet auch flächendeckende Untersuchungen zum Beispiel in Kindertagesstätten oder zur Einschulung. In einigen Bundesländern ist die Einschulungsuntersuchung bereits abgeschafft worden. Andere Bundesländer überlegen ähnliches aus Kostengründen. Das ist der völlig falsche Ansatz. Hier gibt es auch kein Konkurrenzdenken zwischen dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten. Hier steht das Kindeswohl an erster Stelle. Wir arbeiten an vielen Orten hervorragend zusammen. **Unsere politische Botschaft ist: Erhalten Sie den Jugendmedizinischen Dienst im öffentlichen Gesundheitsdienst und bauen Sie auch die Kinderfrüherkennungsuntersuchung aus!**

Der § 26 im SGB V muss demnach geändert werden. Dort haben nämlich Kinder zwischen dem sechsten und zehnten Lebensjahr überhaupt keinen Anspruch auf Früherkennungsuntersuchungen. Die Signale der Politik deuten meines Erachtens darauf hin, dass eine Änderung im Bundestag eine Mehrheit findet.

Ein weiterer Punkt ist unsere Schweigepflicht. Das ist ein Hindernis. Viele Richter verweisen auf das Elternrecht und vergessen dabei das Kindeswohl. Auch Kinder haben ein Recht. Wir müssen in die Lage versetzt werden, im Interesse von Kindern zu handeln, ohne immer die Eltern vorher um ihre Zustimmung zu bitten. Normalerweise, wenn ich das juristisch richtig auslege, darf ich als Kinderarzt in der Praxis noch nicht einmal mit

einer Kindergärtnerin sprechen, wenn ich weitere Informationen über ein Kind haben möchte, das mir auffällig erscheint. Dazu benötige ich das Einverständnis der Eltern, ebenso die Kindergärtnerin, wenn sie mit mir über das Kind sprechen möchte. Das Gleiche gilt für die Lehrerin.

Viele von uns sind so engagiert, dass sie sich in manchen Fällen über die Bestimmungen hinwegsetzen und das Kindeswohl als wichtiger ansehen, wenn sie es als notwendig erachten, weitere Informationen zu bekommen und im Interesse des Kindes handeln zu müssen. Sie tragen dabei das Risiko, dass die Eltern sie anschließend verklagen und die Mehrzahl der Richter handeln in solchen Fällen nicht im Interesse des Kindes, sondern sagt, der Arzt hat die Schweigepflicht gebrochen. Das muss anders werden, meine Damen und Herren. Natürlich können wir uns irren. Aber wir müssen die Möglichkeit haben, nachzufragen und uns weitere Informationen einholen zu können. Wir sehen die Kinder in den Praxen nur in Begleitung der Eltern und haben nicht die Möglichkeit zum Beispiel zu erforschen, wie sich das Kind in einer anderen sozialen Umgebung verhält. Dazu brauchen wir zusätzliche Informationen.

Ein weiteres Problem ist die Rechtsprechung der Familiengerichte. Ein typisches Beispiel sind Drogenabhängige. Da werden Kinder in der Familie mit der Begründung belassen, das Kind wirke stabilisierend für die Familienverhältnisse. Das Kind ist kein Stabilitätsfaktor. Das Kind ist eigenständige Persönlichkeit mit eigenen Rechten. Das muss auch bei uns politisch mehrheitsfähig werden, notfalls muss man es im Grundgesetz noch deutlicher machen als bisher, dass das Kind eine eigenständige Persönlichkeit mit eigenen Rechten ist und nicht als Stabilitätsfaktor in einer Familie zu wirken hat. Dazu müssen auch die Familienrichter entsprechend ausgebildet und qualifiziert werden.

Wenn Sie mit einem vierjährigen Kind sprechen, das zu Hause misshandelt worden ist, und es fragen, ob es bei Mama und Papa bleiben oder lieber in eine Pflegefamilie gebracht werden wolle, sagt es immer, es möchte bei Mama und Papa bleiben. Es kennt nämlich nichts anderes und liebt auch die Eltern, die es misshandeln und missbrauchen. Solche Äußerungen von Kleinkindern sind überhaupt nicht zu verwerten. Es kommt aber immer wieder vor. Jeder von Ihnen, der auf diesem Gebiet tätig ist, weiß das. Dagegen müssen wir uns im Interesse der Kinder wehren.

Ein Thema möchten wir dem Ministerium mitgeben. Es hat uns gefreut, dass Sie über Kindergartenpflicht gesprochen haben. Natürlich muss diese dann kostenlos sein, es darf die Eltern finanziell nicht belasten. Es ist sehr wohl zu überlegen, ob man eine Kindergartenpflicht spätestens ab einem Jahr vor der Einschulung einführt. In einigen Bundesländern gibt es so etwas. Das ist durchaus in unserem Sinne, dass Kinder die Möglichkeit haben, in einer sozialen Umgebung beobachtet zu werden und rechtzeitig Hilfestellungen zu bekommen.

Wir hören immer wieder, das Familienbild würde heute falsch gesehen. Diejenigen, die in der Praxis tätig sind, wissen, dass es Familien gibt, die nicht in der Lage sind, ihrer Erziehungspflicht nachzukommen. Hier müssen wir als Anwälte des Kindes handeln. Dazu ist der Staat verpflichtet. Er muss dem Kindeswohl zu seinem Recht verhelfen. Daher muss in solchen Fällen der Vorrang der Familie hintan gestellt werden. Dem

Kind muss die Möglichkeit gegeben werden, sich seinen Fähigkeiten entsprechend entwickeln zu können, damit es gesund erwachsen werden und ein nützliches Glied unserer Gesellschaft werden kann. In den Kindern steckt viel Potenzial, meine Damen und Herren. Wir müssen dieses Potenzial fördern.

Deshalb bin ich sehr froh, dass es diesen Kongress hier gibt. Es gibt mehrere Kongresse in diesem Jahr zu diesem Thema. Bereits in vier Wochen gibt es einen multidisziplinären Kongress zum gleichen Thema. Ich hoffe, dass es nicht bei Kongressen bleibt, ich hoffe, dass Vieles in praktische Politik umgesetzt wird und dass die zahlreichen engagierten Leute, die hier sitzen, die Möglichkeit haben, ihr Engagement auf Dauer fortzuführen und dass es nicht bei Projekten bleibt, die nur auf bestimmte Zeit finanziert werden, sondern dass es dauerhafte Einrichtungen werden. Das ist entscheidend. Wir sind bereit, unser Bestes dazu beizutragen.

Vielen Dank.

Rechtliche Grundlagen für die Kooperation von Pädiatrie und Kinder- und Jugendhilfe

MINISTERIALRAT PROF. DR. DR. H.C. REINHARD WIESNER

Leiter des Referates Kinder- und Jugendhilferecht, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin

Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich hatte meinen Vortrag mit den Worten einleiten wollen, dass ich als Jurist die Ehre habe, mit dem ersten Fachreferat diese Tagung zu eröffnen. Ich muss mich jedoch revidieren, weil die angekündigten Grußworte eigentlich schon Referate waren. Wenn ich vor allem an die Worte von Herrn Dr. Hartmann denke, dann kann ich als Jurist nicht nur meinen Respekt aussprechen, sondern ich bin in gewisser Weise auch beschämt, wenn Kinderärzte uns Juristen sagen müssen, welchen Rang die Rechte und Interessen von Kindern haben und wenn sie feststellen müssen, dass Gerichte, sogar obere Gerichte, in der Tat bis heute die Rechtsstellung von Kindern nicht in der Weise werten, wie sie eigentlich in unserer Verfassung, in der UN-Kinderrechts-Konvention und an anderer Stelle vorgegeben ist. Wir müssen also gemeinsam marschieren: Kinderärzte, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und Juristen, um auch in den Köpfen so mancher (nicht aller) Juristen eine Veränderung herbeizuführen.

Ich bin gebeten worden, etwas zu den rechtlichen Grundlagen für die Kooperation von Pädiatrie und Jugendhilfe zu sagen. Ich habe mich gern auf das Referat eingelassen, aber je länger ich damit zu tun hatte, desto schwieriger wurde es dann für mich, Ansätze zu finden. Es gibt natürlich verschiedene Ansätze und einige Punkte sind bereits genannt worden. Ich vermute aber, es bleibt eine Menge für uns Juristen zu tun, auf Grund einer fachlichen Praxis, auf Grund des Engagements der beteiligten Berufsgruppen. An dieser Stelle ist wahrscheinlich die Praxis mit ihren verschiedenen Modellen weiter, als es die Rechtsgrundlagen sind.

Zwei Systeme und/oder zwei Disziplinen?

Wenn man zunächst von der Kooperation von Pädiatrie und Jugendhilfe spricht, dann kann man sich natürlich fragen, ob die Gleichung von Pädiatrie und Jugendhilfe stimmt (**Abbildung 1**).

System	Fachdisziplin
Krankenkasse	<u>Medizin („Kinder“-Heilkunde)</u>
<u>Jugendhilfe</u>	Sozialarbeit

Abbildung 1

© Prof. Dr. Dr. h.c. Reinhard Wiesner

Beim Vergleich von Pädiatrie und Jugendhilfe kommt man zu dem Ergebnis, dass es einmal um ein System (Jugendhilfe) und auf der anderen Seite um eine Fachdisziplin (Kinderheilkunde) geht. Man könnte nun auf der Systemebene bleiben und nach Mög-

lichkeiten der Kooperation zwischen Krankenkassen und dem System Jugendhilfe suchen. Oder man betrachtet die Kooperation von der Fachdisziplin aus, zwischen der Kinderheilkunde und der Sozialarbeit beziehungsweise zwischen den Ärzten und den Berufsfeldern, die in der Jugendhilfe tätig sind. Wir brauchen uns allerdings nicht für eine Seite zu entscheiden, wir brauchen die Kooperation auf beiden Ebenen, auf der System- und auf der Fachebene.

Untersuchen wir zunächst, welche Konnotationen wir mit dem System der Krankenkassen und auf der anderen Seite mit dem System Jugendhilfe verbinden. Im **System Krankenkassen** geht es zunächst um den so genannten **Versicherungsfall**. Ein Leistungsanspruch entsteht, wenn ein gesetzlich definiertes „Risiko“ eintritt. Die Aufgabe der Ärzte besteht im **Verhüten und Heilen von Krankheiten**. Der Schwerpunkt der ärztlichen Tätigkeit ist das **kassenärztliche System**. Daneben gibt es den **öffentlichen Gesundheitsdienst**. Ich kann an dieser Stelle Herrn Dr. Hartmann nur zustimmen. Es besorgt uns alle, wenn wir sehen, dass der öffentliche Gesundheitsdienst in den Ländern zurückgefahren wird. Wir können meines Erachtens aufhören, über Prävention und Kooperation zu sprechen, wenn es nicht gelingt, diese Entwicklung zu stoppen beziehungsweise den öffentlichen Gesundheitsdienst zu stärken und auszubauen.

Ein weiteres Merkmal des Systems der Krankenkassen ist die **unmittelbare Inanspruchnahme des Leistungserbringers**. Der Patient geht in der Regel nicht erst zur Kasse als Leistungsträger, sondern er geht unmittelbar zum Arzt als Leistungserbringer, wo er die Leistungen erhält. Es gilt grundsätzlich das **Sachleistungsprinzip**, kein Kostenerstattungsprinzip.

Im **System Jugendhilfe** geht es nicht um einen Bereich der Sozialversicherung, in dem man durch Beitragszahlungen Rechte erwirbt und die Solidargemeinschaft etwas finanziert, sondern es geht um einen Bereich der **öffentlichen Fürsorge**, der aus Steuermitteln finanziert wird. Durch die leeren öffentlichen Kassen wird es zurzeit immer schwieriger, in diesem Bereich Weiterentwicklungen und Innovationen durchzusetzen, weil sich immer die Finanzfrage stellt. Sie werden wahrscheinlich sagen, dass es in den Krankenkassen trotz der Beitragszahlungen nicht anders aussieht, weil man die Beiträge aus verschiedenen Gründen niedrig halten will. Insofern unterscheiden sich die beiden Systeme nicht so sehr voneinander.

Die Funktion des Systems Kinder- und Jugendhilfe ist **Verhütung, Ausgleich, Überwindung von Erziehungs-/Entwicklungsdefiziten junger Menschen**. Das Feld ist auf diese Altersgruppe eingeschränkt. **Der Ansatzpunkt** in der Kinder- und Jugendhilfe ist weniger personen- sondern eher systembezogen, auf die **Interaktion** von Eltern und Kind, Mutter und Kind, auf das **soziale Bezugssystem**. Klassischerweise ist es bei den Ärzten anders, dort geht es meist um eine Person und um die Frage, ob der Patient gesund oder krank ist und wie er zu heilen ist. Auf der anderen Seite weiß ich auch, dass gerade Kinderärzte und Kinderpsychotherapeuten längst über diese personale Sicht hinaus sind und nicht nur das kranke Kind als Symptomträger, sondern auch dieses Kind im Kontext der Eltern sehen, so dass sich in der Praxis die Sichtweisen aufeinander zu bewegen, auch wenn sie ursprünglich einen unterschiedlichen Ansatzpunkt haben.

Das System der Jugendhilfe ist durch eine **vielfältige Angebotsstruktur** (öffentliche und freie Träger) gekennzeichnet. Manche sprechen auch gern von der bunten Landschaft der Kinder- und Jugendhilfe. Was bunt ist, ist einerseits sehr abwechslungsreich und vielfältig, andererseits wird es aber auch unübersichtlich. Damit haben wir in der Kinder- und Jugendhilfe manchmal unsere Probleme in der Selbstdarstellung und in der Vermittlung nach außen, weil es eben eine Vielzahl von Leistungsträgern und Leistungserbringern gibt. Das Jugendamt ist nur die eine „Bastion“, wenn auch nicht immer positiv konnotiert. Daneben gibt es eine Vielzahl von Leistungserbringern, von Einrichtungen und Diensten, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, in Kirchen, Wohlfahrtsverbänden usw. Es ist von außen schwer überschaubar, was sich unter diesem Oberbegriff „Jugendhilfe“ versammelt.

Wir haben in der Jugendhilfe grundsätzlich die **Steuerung über das Jugendamt**, nicht den unmittelbaren Zugang zum Leistungserbringer. Die so genannte Selbstbeschaffung ist auf bestimmte Fallkonstellationen beschränkt. Wir haben in der Jugendhilfe eine **Kostenbeteiligung bei stationären und teilstationären Hilfen**, nicht bei ambulanten Hilfen. Dahinter steht die Überzeugung, dass wir gerade hier keine finanziellen Barrieren aufbauen sollten, wenn wir präventiv tätig sein wollen. Wir werden immer wieder mit Initiativen der Länder konfrontiert, die gern auch für die ambulanten Hilfen Kostenbeiträge einführen wollen. Wir sehen das mit Sorge, weil wir meinen, dass damit Prävention mit hoher Wahrscheinlichkeit auf der Strecke bleibt.

Schnittstellen bei der Intervention

In welchem Verhältnis stehen die beiden Systeme und die beiden Berufsgruppen zueinander? Dies muss zunächst geklärt werden, wenn man von einem Nebeneinander zu einem Miteinander kommen möchte. Im Folgenden werden einige Schnittstellen benannt:

- **Krankenbehandlung und Gewährung von Jugendhilfe im Fall von Kindeswohlgefährdung.**
- Kumulativ: Leistungen aus beiden Systemen werden nebeneinander und unabhängig von einander erbracht.
- Integrativ: „Entwicklungsstörung“ hat sowohl Krankheitswert als auch pädagogisch-therapeutische Indikation: Komplexleistung.
- Alternativ: Hilfebedarf kann von jedem System umfassend gedeckt werden.

Die erste Schnittstelle ist uns aus vielen Fällen, die auch in den Medien behandelt werden, bekannt. Sie betrifft Fälle von Kindeswohlgefährdung, von Gewalt gegen Kinder, bei denen eine enge Verknüpfung von ärztlicher Tätigkeit und der Erkenntnis entsteht, dass diese Kindeswohlgefährdung nicht allein mit ärztlichen Leistungen abgewehrt werden kann.

Daneben gibt es durchaus andere Verfahren, wenn jemand Leistungen der Jugendhilfe erhält, zum Beispiel sozialpädagogische Familienhilfe von einer Erziehungsberatungsstelle, und daneben besuchen die Eltern mit dem Kind auch einen Kinderarzt. Die beiden Hilffssysteme wissen jedoch nichts voneinander und verlaufen tatsächlich nebenein-

ander. Das muss nicht unbedingt schlecht sein. Allerdings sollte man doch versuchen, die beiden unterschiedlichen Akteure miteinander ins Gespräch zu bringen.

Etwas anspruchsvoller ist die Schnittstelle, die ich als „integrativ“ bezeichnet habe. Es geht hier um eine Symptomatik, die es sinnvoll erscheinen lässt, dass die beiden Ansätze nicht unverbunden nebeneinander laufen und es stattdessen zu einer ganzheitlichen Sichtweise kommt und man die Stärken der verschiedenen Systeme nutzt, um einen Hilfeansatz zu finden, der beide miteinander sinnvoll verknüpft. Das ist sehr anspruchsvoll, so eine Komplexleistung stellt natürlich auch ein Finanzierungsproblem dar, weil geregelt werden muss, welche Anteile vom einen und welche vom anderen System bezahlt werden. Sie kennen das Problem aus der Frühförderung.

Die letztgenannte Schnittstelle („alternativ“) wird im Verhältnis Jugendhilfe – Kinderarzt nicht so häufig vorkommen. Es geht hier um eine Symptomatik, die man durch die Brille der Sozialpädagogik/ der Sozialarbeit sehen kann und eine umfassende Antwort darauf weiß oder die man eben durch die medizinische Brille sehen und auch eine umfassende Antwort wissen kann. In der Relation Sozialarbeit – Kinderarzt kann ich mir eine solche Fallkonstellation kaum denken. Wenn es um psychotherapeutische Leistungen geht, sieht es der Sozialarbeiter anders als der Psychotherapeut und jeder könnte zu einer Lösung kommen. Diese alternative Variante, dass man je nach Position den gesamten Bedarf über ein System decken kann, kommt in der Praxis nicht so häufig vor.

Schnittstellen bei der Prävention

Man könnte nun darüber diskutieren, was tatsächlich mit Intervention und was mit Prävention gemeint ist. Intervention würde ich unter dem Aspekt Kindeswohlgefährdung stehen lassen. Alles, was davor liegt, das kann primär, sekundär oder tertiär sein, würde ich unter dem Stichwort Prävention einordnen:

- Unterstützung des Eltern-Kind-Systems
 - bei der Versorgung des Kleinkinds
 - bei der Eltern-Kind-Interaktion
- Präventionsgesetz
- Elterntraining (§ 16 SGB VIII)
- Leistungen zur Verhütung von Krankheiten (§§ 20 ff. SGB V).

Prävention ist nun einmal recht unspezifisch und kennt letztlich keine Grenzen. Daher ist es hier schwieriger, über Schnittstellen zu sprechen. Es geht allgemein um eine unspezifische Unterstützung des Eltern-Kind-Systems, in der frühesten Phase bei der Versorgung des Kleinkindes, in der das Gesundheitssystem gefragt ist, bei der Eltern-Kind-Interaktion, in der man möglicherweise über das Gesundheitssystem hinaus hin zu Heilpädagogen, Psychologen und damit möglicherweise in das Jugendhilfesystem kommt.

Wir haben in dieser Legislaturperiode ein Präventionsgesetz zu erwarten, dessen Inhalte noch nicht genau feststehen. Dort wird sich zeigen, ob sich der Präventionsgedanke, der im Prinzip überzeugend ist, in die Praxis umsetzen lässt oder ob es sich im Wesentli-

chen auf verbale Aussagen, auf Modellprojekte oder bestimmte Fonds beschränkt und die Prävention damit letztlich nicht den Stellenwert erhält, den sie eigentlich haben müsste.

Bezogen auf das Jugendhilfesystem verweise ich auf den § 16 SGB VIII, die Förderung der Erziehung in der Familie, in dem es um vielfältige Formen der Elternbildung und um verschiedene Ansätze von Elterntraining geht. Im medizinischen System gibt es die Leistungen zur Verhütung von Krankheiten. Vorhin haben wir erfahren, dass der Katalog der §§ 20 ff. SGB V nicht sehr gefüllt ist, dass es dort einerseits um Vorsorgeuntersuchungen und andererseits um Impfungen geht. Das heißt, auch hier besteht erheblicher Bedarf, dieses System entsprechend auszuweiten.

Zugang, Kooperation und Verweisung

Meines Erachtens ist der Zugang die Schlüsselfrage: Jede Hilfe, jeder Hilfeansatz setzt einen Zugang voraus. In der Konstellation Eltern-Kind haben wir es dabei mit einer besonderen Problematik zu tun, nämlich mit dem Gegensatz von

- gesellschaftlicher Akzeptanz von ärztlicher Hilfe und
- der gesellschaftlichen Stigmatisierung von „Hilfe“ durch das Jugendamt (strukturelle Ambivalenz von Hilfe und Kontrolle).

Der klassische Patient wendet sich, weil er einen bestimmten Leidensdruck hat, selbst an den Arzt und sucht um Hilfe nach. In der Konstellation Eltern-Kind ist es häufig etwas anders. Den Leidensdruck hat in der Regel das Kind, auch wenn es diesen vielleicht noch nicht so klar empfindet und ausdrücken kann. Das Kind leidet und die Eltern meist nicht oder nicht so sehr. Sie merken von den Problemen des Kindes nichts oder – schlimmer noch – sie haben dieses Leiden selbst verursacht und sind völlig uneinsichtig. Zu diesen das Kind schädigenden Eltern muss ich einen Zugang finden, um dem leidenden Kind helfen zu können.

Ärztliche Hilfe hat insofern einen Startvorteil, weil der Arztbesuch mit dem Kind die Eltern zunächst einmal in keiner Weise stigmatisiert, weil vorausgesetzt wird, dass das Kind krank ist und der Arzt seine Diagnose stellt und hilft. Das Ganze erscheint für die Eltern sehr neutral.

Bei der Jugendhilfe ist das anders. Obwohl wir seit Jahrzehnten versuchen, das Verständnis von Jugendhilfe zu verändern, nicht zuletzt über das Kinder- und Jugendhilfegesetz, gelingt uns das nur partiell. Wir werden nie eine Jugendhilfe präsentieren können, die immer nur erwünschte und populäre Leistungen erbringt. Das hängt mit der Fragestellung nach Elternrecht und Kindeswohl/Schutzauftrag zusammen. Das heißt, die Verpflichtung dem Kind gegenüber, die die Eltern im Einzelfall gar nicht so gern einsehen wollen, bleibt erhalten. Es kann also nur darum gehen, präventive, Familien unterstützende Ansätze in den Vordergrund zu stellen und den Eltern deutlich zu machen, dass es immer darum geht, das Kind – wo immer es möglich ist – mit ihnen zusammen zu schützen und nicht gegen sie. Es kann jedoch nicht völlig ausgeklammert werden, im Interesse des Kindeswohls in die elterliche Sorge einzugreifen, das Kind vor den Eltern zu schützen. Auch beim Arzt gibt es Kontrolle, diese ist jedoch nicht mit

solchen weit reichenden Konsequenzen ausgestattet, es droht am Ende kein Sorge-rechtsentzug. Diese strukturelle Ambivalenz von Hilfe und Kontrolle kann man in der Jugendhilfe nicht wegdiskutieren. Sie ist eher eine fachliche Herausforderung, wie man damit produktiv im Interesse der Kinder und der Eltern umgeht.

Wenn man sich den Zugang zu beiden Systemen ansieht, ist das Gesundheitssystem so etwas wie der „Türöffner“ in diesen Prozessen. Aus diesem Gedanken heraus bringt man die Pflichtuntersuchungen ins Spiel, weil das ein Verfahren wäre, an alle Kinder heran zu kommen. Dass das nicht ganz so stimmt, haben wir bereits gehört. Aber die Vorstellungen und Hoffnungen gehen in diese Richtung. In der Regel wird im präventiven Bereich der Weg vom Arzt, vom Gesundheitssystem zur Jugendhilfe gehen und nicht umgekehrt. Im Gesundheitssystem ist die Möglichkeit gegeben, an das Kind und an die Eltern heran zu kommen. Damit stellt sich die Frage der Weitergabe von Daten beziehungsweise die Frage nach dem Vertrauensverhältnis. Diese Fragen diskutieren wir auch in der Jugendhilfe, sie stellen sich hier jedoch in einer besonderen Schärfe.

Welche Formen der Kooperation sind möglich?

- **Institutionelle Kooperation**
(Kooperation der Systeme)
Rechtsgrundlagen: § 24 ÖGDG-NRW
§ 81 SGB VIII.
- **Individuelle Kooperation**
(Fallmanagement, case-work)
Rechtsgrundlage: § 36 SGB VIII.

Der § 81 SGB VIII regelt die Kooperationspflichten der Jugendämter mit verschiedenen anderen Institutionen, die mit Kindern, Jugendlichen und Eltern zu tun haben: Schulen, Arbeitsverwaltung, Gesundheitsdienst usw. Als Pendant gibt es ähnliche Regelungen für den öffentlichen Gesundheitsdienst. Als Beispiel sei hier die Regelung aus Nordrhein-Westfalen genannt. In den anderen Bundesländern gibt es ebensolche Gesetze. Dort finden sich ebenfalls Rechtsgrundlagen für die Zusammenarbeit mit anderen Systemen, etwa mit dem der Kinder- und Jugendhilfe. Diese findet auf einer **institutionellen Ebene** statt, auf der man nicht über Einzelfälle sprechen kann, sondern sich strategisch Gedanken machen muss, wie man zusammenarbeitet, wie die Verfahren der Zusammenarbeit ablaufen. Daher muss man die **individuelle Kooperation** in Form von Fallmanagement oder case-work usw. in den Vordergrund stellen.

In der Jugendhilfe ist das so genannte Hilfeplanverfahren nach § 36 SGB VIII bekannt, zunächst als ein internes Verfahren, bei dem Eltern, Leistungserbringer wie Heimerzieher, Pflegeeltern und die Sozialarbeiterin sowie das Kind an einem Tisch sitzen. Es ist durchaus denkbar, dass dieses Hilfeplanverfahren erweitert wird, dass man andere Professionen und andere Leistungssysteme, die in dem Fall eine Rolle spielen, mit einbezieht. Dazu muss man sich über die Verfahrensweise verständigen. Es stellt sich außerdem die Frage, wie dieses zeitaufwändige Verfahren in den Vergütungskatalogen berücksichtigt wird. Diese Frage darf man in der Praxis nicht außer Acht lassen.

Welche Kooperationsinstrumente sind vorstellbar?

- **Gemeinsame Informationsveranstaltungen** von Kinderärzten und Jugendämtern beziehungsweise einzelnen Leistungserbringern,
- Verfahren für ein **gemeinsames „Fallmanagement“**,
- **Gesundheitskonferenzen**,
- **Gemeinsame Hilfeplanverfahren und Fallkonferenzen.**

Es lassen sich sicher mühelos noch viele andere Instrumente finden. Durch gemeinsame Informationsveranstaltungen im Sinne von Öffentlichkeitsarbeit machen Kinderärzte und Jugendämter beziehungsweise freie Träger in der Öffentlichkeit deutlich, dass sie einen gemeinsamen Auftrag und eine gemeinsame Verantwortung haben. Sie schaffen damit auch Vertrauen.

Ein gemeinsames Fallmanagement ist für den Bereich der Intervention denkbar. Andere Formen sind zum Beispiel die Sozialpädiatrischen Zentren und Clearingstellen, die es in verschiedenen Städten und verschiedenen Modellprojekten gibt. Dort arbeitet man nicht nur allgemein strategisch zusammen, sondern bespricht durchaus Einzelfälle, entweder anonym oder auch offen. Hilfeplanverfahren und Fallkonferenzen kann man sich ebenfalls System übergreifend vorstellen.

Kooperation bei der Intervention

Im Bereich der Intervention liegt die Kooperation näher und wird häufiger praktiziert als bei der Prävention. Dort gibt es einerseits mehr Erfahrungen und andererseits mehr Probleme. Die Kooperation bei der Intervention geht von zwei Richtungen aus:

1. Erstzugang beim Jugendamt:

Das Jugendamt erhält Informationen über eine mögliche Kindeswohlgefährdung, entweder durch die Eltern oder wesentlich häufiger durch andere Personen aus der Nachbarschaft, der Verwandtschaft oder der Kindertagesstätte. Diese tragen gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt heran. Der neue **§ 8a Abs. 4 SGB VIII** sieht bestimmte Verfahren zur Risikoklärung vor. Am Ende eröffnet er mehrere Möglichkeiten, die im Grunde alle bekannt sind. Das Gesetz weist an dieser Stelle darauf hin, dass es durchaus Konstellationen gibt, in der ich der Kindeswohlgefährdung nicht allein mit sozialpädagogischen Mitteln abhelfen kann und daher andere Systeme wie Kinder- und Jugendpsychiatrie, aber auch andere ärztliche Disziplinen, mit einbeziehen muss.

Dazu gibt es eine Aussage im **§ 8a Abs. 4 SGB VIII**, nach der die Weiterverweisung an das Gesundheitssystem zu erfolgen hat. Grundsätzlich geht der Weg nach dem Prinzip der Verhältnismäßigkeit **primär über die Eltern**. Die Eltern müssen in die Pflicht genommen werden, sich an das andere System zu wenden. Im Fall der **Gefahr in Verzug**, wenn also das Risiko für das Kind zu groß ist und ich nicht abwarten kann, dass die Eltern den Weg dorthin beschreiten, muss ich das Gesundheitssystem **unmittelbar** informieren. Es bleibt die Frage, wie das Gesundheitssystem mit dieser Information um-

geht. Der normale Arzt hat kein Recht, die Eltern zu sich zu rufen. Im Rahmen der Psychiatrie gibt es vielleicht entsprechende Möglichkeiten. Somit ist die Frage noch nicht geklärt, wenn das Gesundheitssystem die Information hat, dass ärztliche Hilfe erforderlich ist, wie der Zugang des Arztes zu diesem Kind im Einzelfall realisiert werden kann.

2. Erstzugang zum Kinder- und Jugendarzt

Die Eltern gehen mit dem Kind zum Kinderarzt. Dieser schöpft **Verdacht** auf Vernachlässigung, Kindesmisshandlung oder sexuellen Missbrauch. Im Rahmen des Behandlungsvertrags trifft den Arzt eine **Verschwiegenheitspflicht (§ 203 StGB)**. Es erinnert mich in gewisser Weise an die Diskussion um den Datenschutz in der Kinder- und Jugendhilfe, auch wenn das dort etwas anders ist. Schweigepflicht und Datenschutz sind ohne Zweifel ein hohes Gut. Wenn die Vertrauensbeziehung nicht besteht, würden sich Kinder, Jugendliche oder Eltern nicht an den Arzt wenden, weil sie dort über persönliche, intime Dinge reden wollen und reden müssen, um Hilfe zu erfahren.

Besteht diese Verschwiegenheitspflicht unbegrenzt oder gibt es Möglichkeiten, dass ich diese Pflicht auch umgehen kann? **Die Weiterverweisung an das Jugendamt** geschieht auch hier **primär über die Eltern**. Der Arzt veranlasst die Eltern, sich an das Jugendamt oder an einen anderen Dienst zu wenden oder erbittet ihr Einverständnis zur Information des Jugendamtes.

Allein die Schweigepflicht, die positiv an keiner Stelle geregelt ist, sondern nur die Verletzung der Schweigepflicht als Straftatbestand, ist ein Hindernis für eine Kooperation. Es wird der Anschein erweckt, als sei es absolut nicht hinnehmbar, diese Pflicht zu verletzen. Allerdings möchte ich darauf hinweisen, **dass in der Regel ein Elternteil dem Arzt etwas anvertraut und das Kind sich in einer Notsituation befindet und dem Kind geholfen werden muss**.

Eine Möglichkeit der – **unmittelbaren** – Weitergabe ist der so genannte **rechtfertigende Notstand (Abbildung 2)**. Der Gesetzgeber hält unter einer bestimmten Voraussetzung die Durchbrechung der Schweigepflicht für gerechtfertigt.

Rechtfertigender Notstand (§ 34 StGB)

Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren **Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut** eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder **einem anderen abzuwenden**, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, **das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt**. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.

Abbildung 2

Es gibt in den Straftatbeständen drei Ebenen: Tatbestandsmäßigkeit, Rechtswidrigkeit und Schuld. Erst wenn alle drei erfüllt sind, stellt sich die Frage der strafrechtlichen

Verantwortung. Wenn ein rechtfertigender Notstand vorliegt, ist zwar ein Tatbestand erfüllt, aber die Tat ist dennoch gerechtfertigt und die Frage nach der Schuldhaftigkeit oder gar der Bestrafung stellt sich im Einzelfall nicht mehr. Der § 34 StGB ist jedoch sehr abstrakt formuliert. Es geht dabei um einen schwierigen **Abwägungsprozess**.

Es kollidieren zwei Rechtsgüter miteinander:

- Verschwiegenheitspflicht gegenüber dem Elternteil,
- Schutzpflicht gegenüber dem Kind.

Es gilt das **Prinzip des überwiegenden Interesses**:

- das zu schützende Interesse (**hier Leben und Gesundheit des Kindes**) muss
- das beeinträchtigte Interesse (**hier Vertrauen in die Verschwiegenheit helfender Berufe**) wesentlich überwiegen.

Wenn ich mir diese beiden Güter nebeneinander ansehe, kann ich mir nicht vorstellen, dass im Falle einer bestehenden Gefahr für Leben oder Gesundheit des Kindes das Vertrauen in die Verschwiegenheit helfender Berufe wesentlich höher steht als das zu schützende Interesse des Kindes. Für mich wäre die Interpretation des Gesetzes eindeutig, so dass immer eine Rechtfertigung vorliegt. Insofern ist das ein Signal an die Ärzte, dass sie nicht nur wagemutig sein müssen, sondern dass sie sich auf einem gesicherten rechtlichen Terrain befinden, wenn sie im Einzelfall dem Kinderschutz den Vorrang geben. Wenn sich der Arzt irren sollte und sich herausstellt, dass keine Gefahr für das Kind bestand, kann es letztlich eine Frage des Verbotsirrtums sein, die Weitergabe ist also nicht gerechtfertigt, sondern wird im Einzelfall entschuldigt. So ein Irrtum liegt strafrechtlich auf der nächsten Ebene, aber bleibt letztlich auch straffrei.

Man wird mit allen Beteiligten offensiv darüber diskutieren müssen. Im Wesentlichen ist es noch nicht einmal eine Rechtsfrage, denn rechtlich scheint es klar zu sein. Es ist für mich eher eine strategische oder psychologische Frage im Einzelfall, wie der Arzt damit umgeht. Der Arzt oder die Ärztin ist verständlicherweise auch daran interessiert, seinen Patientenstamm zu erhalten. Wenn sich herumspricht, dass ein Arzt/eine Ärztin sich öfter schon beim Jugendamt gemeldet hat, könnte das für die Praxis am Ende geschäftsschädigend sein. Diesen Aspekt muss man auch berücksichtigen. Am besten wäre es, wenn sich die Ärzte nicht gegenseitig ausspielen, sondern dass man eine gemeinsame Strategie hat und damit den Eltern klar wird, was das vorrangige Interesse sein muss.

In der Jugendhilfe wurde über die Änderung des § 65 SGB VIII eine Öffnung gefunden: Daten dürfen bei Anhaltspunkten über eine Kindeswohlgefährdung sowohl innerhalb des Jugendamtes als auch nach außen weitergegeben werden.

Kooperation bei der Prävention

Bei der Prävention besteht die Notwendigkeit der Zusammenarbeit nicht in dem Umfang wie bei der Intervention. Die Kooperation gestaltet sich wesentlich diffuser. Auch hier unterscheidet man grundsätzlich zwei Verfahren:

1. Erstzugang zum Jugendamt

Im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Beratungsangeboten, Hilfen zur Erziehung, Eingliederungshilfe usw. wird die Früherkennung von Krankheiten thematisiert. Den Eltern wird bei Themen der Säuglings- und Kleinkindpflege **geraten**, einen Kinderarzt aufzusuchen. In dem Fall bestehen keine rechtliche Möglichkeiten und auch keine Notwendigkeit, an den Eltern vorbei das Gesundheitssystem zu informieren. **Die Verweisung an das Gesundheitssystem erfolgt über die Eltern.**

2. Erstzugang zum Kinderarzt

Die Eltern gehen mit dem Säugling zum Kinderarzt, der Befund deutet (auch) auf psychosoziale Risiken hin. **Die Verweisung an das Jugendamt beziehungsweise an soziale Dienste erfolgt über die Eltern.** Der Arzt empfiehlt den Eltern, sich an das System Jugendhilfe zu wenden. In diesem Stadium sehe ich nicht die Möglichkeit, die Schweigepflicht zu durchbrechen.

Um diese Form der Kooperation weiter zu verbessern, sind **interdisziplinäre, vertrauensbildende Maßnahmen** erforderlich:

- Gegenseitige Information über
 - den gesetzlichen Auftrag,
 - das berufliche Selbstverständnis,
 - die Schnittstellen,
 - die örtliche Hilfeinfrastruktur;
- Ausloten der Möglichkeiten und Grenzen der Kooperation;
- Öffentlichkeitsarbeit.

Diese Maßnahmen sind notwendig, nicht nur, um sich selbst über den eigenen Auftrag bewusst zu werden, sondern um dem jeweils anderen System bewusst zu machen, wo die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen des jeweiligen Auftrags liegen. Die Kenntnis über die Schnittstellen müssen zur Kooperation tatsächlich genutzt werden. Jede Seite muss wissen, wer im jeweils anderen System die konkreten Ansprechpartner sind und welche Stellen und Einrichtungen es gibt. Konkret geht es um das Ausloten der Möglichkeiten und Grenzen der Kooperation am Runden Tisch. Nicht zuletzt ist eine gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit wichtig, um in der Politik gehört zu werden und durch gemeinsames Auftreten den Handlungsdruck auf die Politik zu verstärken.

Gewaltleitfäden für Kinderarztpraxen

Die Gewaltleitfäden für Kinderärzte sind als länderspezifische Empfehlungen formuliert. Hamburg war dabei Vorreiter. In diesen Leitfäden findet man eine sehr umfassende Beschreibung im Hinblick auf die wichtigsten Aspekte des Problems „Gewalt gegen Kinder“, Informationen über die anderen Hilfesysteme sowie Hinweise zur Kooperation mit anderen Systemen. Aus der Sicht der Kinderärzte ist das ein wichtiges und interessantes Instrumentarium, um mit dem anderen System ins Gespräch zu kommen.

Eine gemeinsame Verantwortung von Pädiatrie und Jugendhilfe

verlangt

- Sensibilität für die Bedürfnisse von Kindern,
- Fachliche Kompetenzen,
- Förderliche Rechtsgrundlagen,
- Kooperationsstrukturen,
- Angemessene Finanzierung der Tätigkeit.

Wenn wir von einer gemeinsamen Verantwortung für die Kinder sprechen – mehrfach ist die UN-Kinderrechtskonvention genannt und der Artikel 24 vom Recht des Kindes auf Zugang zu den Einrichtungen und den entsprechenden Hilfen zitiert worden –, können diese Anforderungen die Basis dafür sein.

Wir brauchen Kooperationsstrukturen, die im Wesentlichen regional und örtlich aufgebaut werden müssen. Wir brauchen nicht zuletzt eine angemessene Finanzierung der Tätigkeit, sowohl im System der Jugendhilfe als auch in den Katalogen der Ärzte. Es kann nicht sein, dass sie Untersuchungen oder andere Dinge nur aus persönlichem Engagement durchführen. Die Gesellschaft kann nicht erwarten, dass diese Tätigkeiten, die nicht einmalig sind, sondern zum Standard gehören, nur aus persönlichem Engagement erfüllt werden. Dazu bedarf es einer angemessenen finanziellen Grundlage.

„Löcher“ im Kooperationssystem aus kinderärztlicher Sicht

PROF. DR. UTE THYEN

*Stellvertretende Leiterin der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin,
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck*

Hintergrund der aktuellen Diskussion

Der Hintergrund der gegenwärtigen Diskussion um verbindliche Vorsorgeuntersuchungen im Sinne vermehrter Kontrolle, Ausbau und bessere Finanzierung der Hilfesysteme bezieht sich auf **zwei verschiedene Aspekte**, die in der Öffentlichkeit vermehrt diskutiert und sehr häufig nicht deutlich voneinander abgegrenzt werden.

Einerseits geht es um **seltene Fälle von schwerer Kindesmisshandlung und -vernachlässigung**, teilweise spektakulärste Fälle mit Todesfolge. Vergleicht man die Gesamtzahl der Kinder unter 3 Jahren, die in Schleswig-Holstein leben und die Zahl derer, die wegen schwersten Misshandlungs- und Vernachlässigungsformen stationär behandelt werden, muss man von einer Größenordnung von unter 1:1.000 für schwerste, körperliche Misshandlungsformen ausgehen. Dies ist eine persönliche Abschätzung, epidemiologischen Daten über Kindesmisshandlung und -vernachlässigung stehen nicht zur Verfügung, allerdings Todesfall- und Krankenhausstatistiken. Ich spreche hier explizit über die Formen von Misshandlung und Vernachlässigung, die mit Lebensgefahr verbunden sind, nicht über solche mit weniger gravierenden Folgen, die selbstverständlich weitaus häufiger sind.

Andererseits erfahren wir aus der Gesundheitsberichterstattung der Länder von **häufiger werdenden Fällen von Entwicklungsstörung**. Die Einschulungsuntersuchungen zeigen ganz klar, dass inzwischen etwa 10 bis 15 Prozent der Kinder eines Jahrgangs von Entwicklungsstörungen betroffen sind, die zumindest ein Risiko für den weiteren Bildungs- und Schulerfolg darstellen.

Diese beiden Ursprünge der öffentlichen Diskussion lohnt es sich so klar aufzuzeigen, weil es im ersten Fall um Screening, Frühentdeckung und Prävention eines seltenen, schwerwiegenden Ereignisses geht, im anderen Fall um das Ziel einer möglichst frühen Indikationsstellung für Beratung und Förderung. Auch die notwendigen Interventionen unterscheiden sich: Im ersten Fall geht es um die Abschätzung der Kindeswohlgefährdung und wird in schwerwiegenden Fällen mit einer Fremdunterbringung einhergehen. Im zweiten Fall sollen Beeinträchtigungen der gesunden körperlichen, seelischen und psychosozialen Entwicklung früh erkannt und durch Maßnahmen der sekundären Prävention, der Entwicklungsförderung und der Rehabilitation abgewendet werden. Selbstverständlich gibt es Überschneidungsbereiche: eine seelische Entwicklungsstörung kann aus einer chronischen Vernachlässigungs- oder Misshandlungssituation resultieren und dies würde die Abklärung eines Entwicklungsdefizits auch ergeben – zum Beispiel im Fall einer nicht-organischen Gedeihstörung, einer schweren Sprachentwicklungsstörung aufgrund der gravierenden Ablehnung der Eltern, aber die meisten Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen sind nicht mit einer Kindeswohlgefährdung im Sinne des Kinder- und Jugendhilfegesetzes in Verbindung zu bringen.

Bei der überwiegenden Zahl der Fälle handelt es sich um Familien, die vielleicht in belasteten Umständen leben, aber ihre Kinder durchaus im Rahmen des gesellschaftlichen Standards erziehen.

Die Entwicklung von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung in der Bundesrepublik Deutschland

Ich würde zunächst provozierend die These formulieren, dass sich die Situation für Kinder in Bezug auf Misshandlung und Vernachlässigung in den letzten drei Dekaden erheblich gebessert hat, auch wenn die öffentliche Diskussion und die medialen Darstellungen uns das Gegenteil suggerieren: Hier entsteht der Eindruck, es würden immer mehr Kinder misshandelt, die Entwicklungsstörungen nähmen gravierend zu usw. Wenn Sie mir folgen, dass Kindesmisshandlungen mit Todesfolge die Spitze des Eisberges sind, die in einem bestimmten Verhältnis zu allen Formen von Kindesmisshandlung stehen, dann muss man feststellen, dass sowohl die Zahl der Kindstötungen unmittelbar nach der Geburt (< 28 Tage) von etwa 150 Fällen pro Jahr auf 20 bis 30 Fälle pro Jahr seit den 90er Jahren abgenommen hat, als auch die Zahl der tödlich verlaufenden Kindesmisshandlungen. Hier weist die amtliche Kriminalstatistik einen Rückgang der Fälle von Mord, Totschlag und vorsätzlicher Verletzung bei Kindern unter einem Jahr von etwa 50 Fällen in den 80er Jahren auf 10 bis 20 Fälle in den 90er Jahren auf. (**Abbildung 1**).

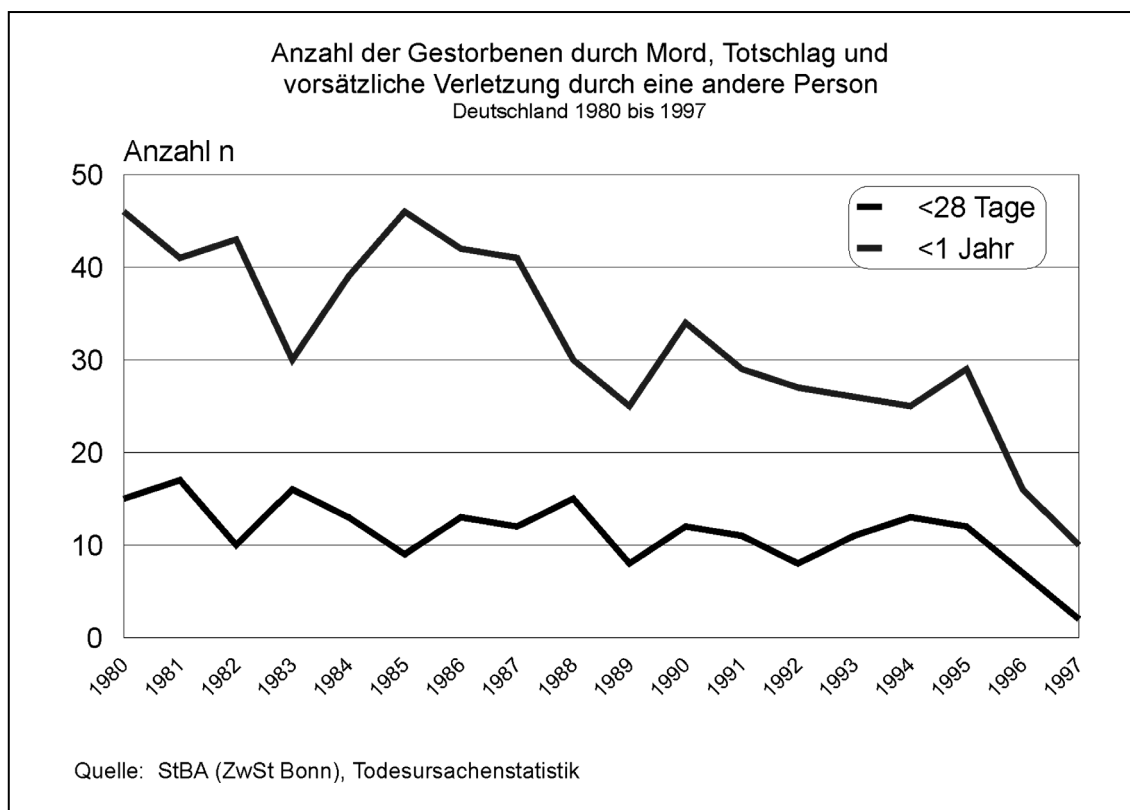


Abbildung 1

Sicher gibt es weitere Fälle von Misshandlungen und Todesfälle, die nicht in diese Kriminalstatistik eingegangen sind, aber es zeigt sich ein Trend, dass gravierendste Fälle von Kindesmisshandlung und Tötung von Kindern zurückgegangen sind. Dies hat unter anderem damit zu tun, dass sich der gesellschaftliche Standard in der Kindererziehung verändert hat. Es ist uns zum Beispiel gelungen, die Prügelstrafe zuerst aus den Schulen und später zunehmend aus den Familien zu verbannen. Es ist seltener geworden, dass ein Kind halb zu Tode geprügelt oder mit Gegenständen schwer geschlagen wird. Allerdings ändert sich gleichzeitig ständig unsere Definition von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Welche Erziehungsformen sind angemessen, was ist noch gut genug? Es gibt bereits Diskussionen, wie viel Fernsehkonsum pro Tag bereits eine Kindesmisshandlung darstellt. Ein hoher Fernsehkonsum bedeutet einen schädigenden Einfluss auf die Entwicklung des Kindes und wenn Eltern dafür verantwortlich gemacht werden, ihren Kindern optimale Entwicklungsbedingungen zu ermöglichen, kann man vielleicht von einer Kindesmisshandlung sprechen. Ich persönlich würde jedoch davon abraten, die Definitionen in diesem Sinne auszuweiten, weil der gesamtgesellschaftlichen Kontext, in dem Familien mit Kindern leben, und die Anforderungen, denen sie sich ausgesetzt finden, erheblich zu der Problematik beiträgt und eine individuelle Verantwortung schwer darstellbar ist.

Neben einem Rückgang von schweren Misshandlungen, Zunahme eines gewaltfreien Erziehungsstils sind auch die Unterstützungsmaßnahmen von Familien und Kindern in unserer Gesellschaft angewachsen. In den fünfziger/sechziger Jahren hatten weniger als die Hälfte aller Kinder Zugang zu Kindertageseinrichtungen und damit vorschulischer Bildung. Heute besuchen 90 bis 95 Prozent der Kinder eine vorschulische Kinderbetreuungsstätte. Ich würde also provozierend in den Raum stellen, dass es Kindern noch nie so gut ging wie heute, bezogen auf wichtige Aspekte ihrer Lebensumwelt.

Risikofaktoren

Es gibt jedoch neue Probleme, die sich daraus ergeben, dass sich unsere Gesellschaft wandelt. Wir sehen ganz neue Bevölkerungsgruppen, auch bei den Kindern und Jugendlichen, und wir sehen ganz aktuell in den letzten zehn Jahren eine erhebliche Zunahme des **Armutsrisikos (Abbildung 2)**. Das sind spezifische Probleme, denen wir uns mit spezifischen Interventionen stellen müssen.

Die Statistik über die Familien, die in Armut leben, zeigt deutlich, dass der Anteil der 0- bis 7-jährigen, die von Sozialhilfe leben müssen, über die Jahre von 1987 bis 1998 kontinuierlich angestiegen ist. Wegen dieser Entwicklung wurde die Formulierung von „Kindern als Armutsrisiko“ geprägt. Familien mit Kindern leben deutlich häufiger in Armutsverhältnissen als solche, die keine Kinder haben.

Eine weitere Risikopopulation ist die Gruppe der Kinder, die aus **Familien mit Migrationshintergrund** kommt. Auch diese sind in den letzten drei Dekaden sehr stark angewachsen. Der Anteil ist regional sehr unterschiedlich, beträgt durchschnittlich aber inzwischen 18 Prozent. In manchen Großstädten wie Frankfurt am Main und Berlin sind es in einigen Stadtteilen noch sehr viel mehr. Sie erfahren besondere Barrieren im Zugang zum Gesundheitssystem, der Jugendhilfe und des Bildungswesens. Wir müssen ihnen gezielte und spezifische Angebote machen und vor allem: Zugang ermöglichen!

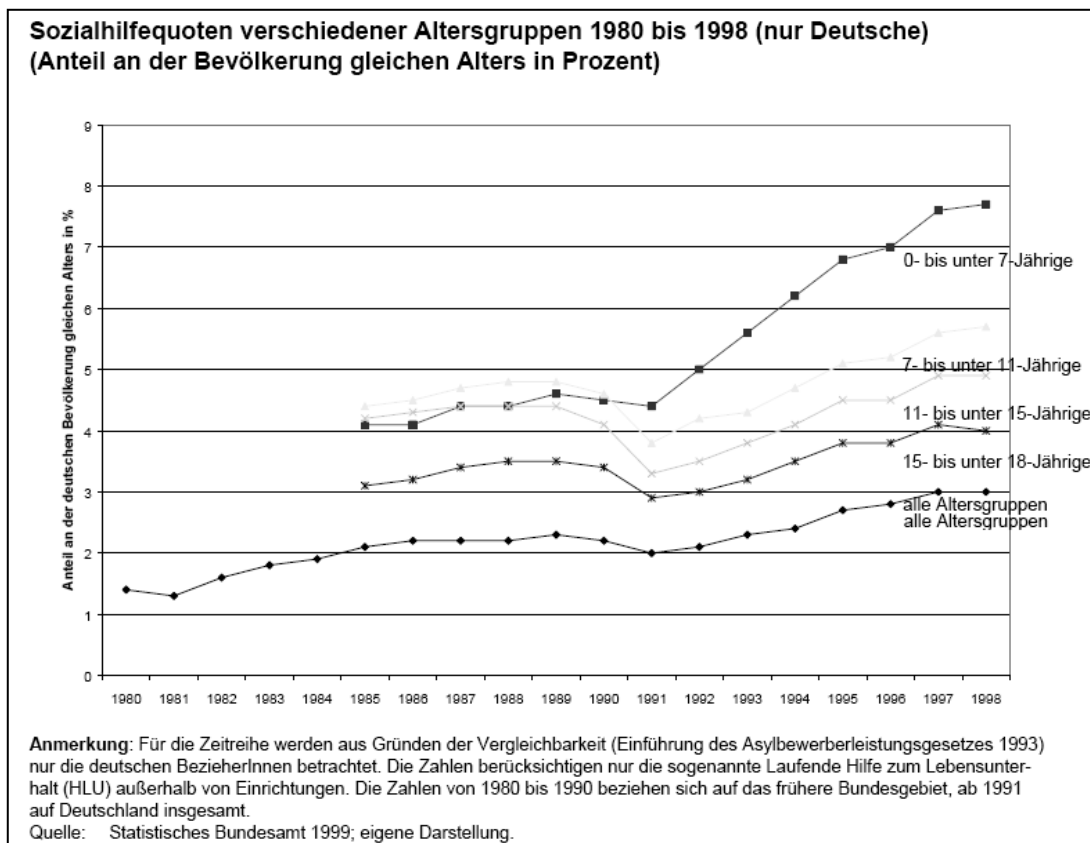


Abbildung 2

Eine weitere, wachsende Gruppe von Kindern leidet an komplexen gesundheitlichen Problemen, die mit psychosozialen Begleitumständen in Verbindung stehen, diese Störungen nennen wir Kinder- und Jugendärzte die „neue Morbidität“. Es handelt sich um **Kinder mit seelischen Entwicklungsstörungen**, die daraus resultieren, dass Kinder und Jugendliche und ihre Eltern den zunehmenden Anforderungen in der Gesellschaft nicht mehr gewachsen sind und mit Stresssymptomen reagieren.

Viele der im Weiteren gezeigten Daten stammen aus den Einschulungsuntersuchungen, die in Schleswig-Holstein noch flächendeckend durchgeführt werden und uns daher ein gutes Datenmaterial liefern, um Aussagen über den gesundheitlichen Zustand von Kindern kurz vor dem Schulbesuch zu machen. Eines von zehn Kindern hat vor der Einschulung nie eine Kindertagesstätte besucht (**Abbildung 3**). Diese Zahl ist im Vergleich mit anderen Bundesländern recht hoch. Im Saarland ist das letzte Kindergartenjahr kostenfrei und wird daher von fast 100 Prozent der Kinder in Anspruch genommen. Wir haben in unseren Sozialfragebogen die Ressourcen der Familie nach Bildungsstand und Migrationserfahrung operationalisiert. Wenn man die beiden Variablen „Niedriger Bildungsstand der Mutter“ und „mindestens ein Elternteil mit Migrationserfahrungen“ kombiniert, besuchen 10,6 Prozent der Kinder niemals vor der Einschulung eine Kindertagesstätte, während das bei den Kindern, deren Eltern einen höheren Bildungsstand und keinen Migrationshintergrund haben, nur 6,2 Prozent sind. Hinter dieser Differenz verbergen sich immerhin einige hundert Kinder. Insgesamt besuchen also knapp 1.500 Kinder in Schleswig-Holstein niemals eine vorschulische Bildungseinrichtung vor der Schule, überproportional sind Kinder aus Familien mit sozialen Risikofaktoren betroffen.

Wer besucht die Kita vor der Schule?		
Ressourcen der Familie	Kita ja	Kita nein
Niedrig: Bildungsstand der Mutter <10 J. und mind. ein Elternteil mit Migrationserfahrung	89,3 %	(181) 10,6 %
Eines der beiden Merkmale	91,0 %	(957) 9,0 %
Keines der beiden Merkmale	93,8 %	(288) 6,2 %

Einschüleruntersuchung Schleswig-Holstein 2004
N=17.016 mit vorliegenden Daten, Auswertung S. Brehm, Med. Dokumentarin

Abbildung 3

© Prof. Dr. Ute Thyen

Es handelt sich sicher um „Löcher im System“, dass diese Familien nicht erreicht werden und den Kindern kein vorschulisches Bildungsangebot gemacht werden kann. Welche Rolle spielt dieser Umstand nun im Kontext der Diskussion um Verhütung von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung?

Manche Entwicklungsstörungen sind die Folge von Vernachlässigung, Verwahrlosung und/oder Gewalt gegen Kinder. Außerdem basieren beide Themen, Entwicklungsrückstände/Entwicklungsstörungen und Kindesmisshandlung und -vernachlässigung sehr häufig auf dem Hintergrund **komplexer psychosozialer Belastungssituationen**:

- veränderte Familienstrukturen,
- innerfamiliäre Konflikte,
- mangelnde Erziehungskompetenz,
- Substanzmissbrauch,
- psychische Erkrankungen der Eltern,
- soziale Isolation, erschwerter Zugang zu Versorgungsangeboten.

Diese Merkmale sind stets nur assoziiert und nicht die Ursache. Die Ursache von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung sind intrafamiliäre Beziehungsstörungen. Armut zum Beispiel führt nicht notwendigerweise zur Kindesmisshandlung. Im Gegenteil: Viele Familien, die in Armutsverhältnissen leben, tun ihr Bestes, ihre Kinder gut zu erziehen. Das muss ausdrücklich gesagt werden, weil diese Zuweisung „arme Eltern“ oder „Eltern ausländischer Herkunft“ mit gleichzeitiger Zuweisung als Jugendamts„kandidaten“ nicht richtig ist. Armut und Migrationshintergrund erhöhen lediglich statistisch das Risiko, dass es zu solchen Problemsituationen kommt.

In einer Studie, die wir gemeinsam mit den Kinderschutz-Zentren in der Bundesrepublik durchgeführt haben, wurden die Fälle von 263 Kindern analysiert, die Zugang zu Hilfen in Kinderschutz-Zentren gefunden hatten. Bei 81,7 Prozent der Kinder waren psychische Auffälligkeiten das Leitsymptom, an dem sie aktuell litten. Man kann einem Kind seine Misshandlungserfahrung selten am Körper ablesen. In aller Regel kann man

zurückliegende sexuelle Misshandlungen, verheilte körperliche Verletzungen oder frühere emotionale Vernachlässigung bei einer kinderärztlichen Untersuchung nicht feststellen, sondern allenfalls auf psychische Auffälligkeiten aufmerksam werden. Bei 55 Prozent der Kinder, die in der Studie untersucht wurden, fand sich aktuell eine Störung der sozialen und emotionalen Entwicklung. Bei 21 Prozent bestand bereits eine Entwicklungsretardierung oder Lernbehinderung, die damit zusammenhängt, dass das sich entwickelnde Gehirn des Kindes in den ersten Lebensjahren sehr verletzlich gegenüber negativen und deprivierenden Einflüssen ist. 31 Prozent der Kinder wiesen vorbestehende Verhaltensstörungen auf. Nur 2,3 Prozent waren in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung, obwohl 5,7 Prozent der über Zehnjährigen bereits einen dokumentierten Suizidversuch unternommen hatten.

Verschiedene psychosoziale Risikofaktoren werden in der Literatur als kausal, einige nur als assoziiert gewertet (**Abbildung 4**).

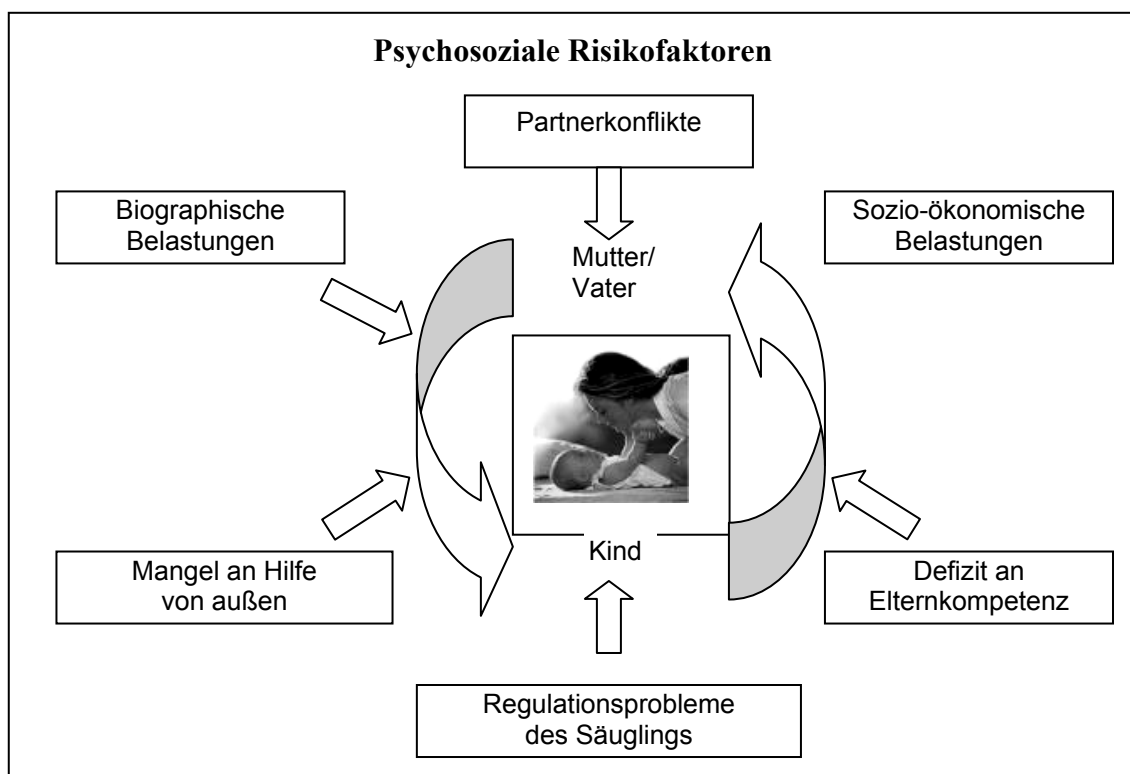


Abbildung 4

© Prof. Dr. Ute Thyen

Als ursächlicher Faktor kann aktuelle intrafamiliäre Gewalt angesehen werden. Nach der Studie des niedersächsischen kriminologischen Forschungsinstituts wurde festgestellt, dass aktuelle Partnergewalt in der Familie und das Zeuge-Werden von tätlichen Auseinandersetzungen zwischen den Eltern ursächlich damit verbunden ist, dass auch das Kind möglicherweise von Vernachlässigung oder körperlicher Gewalt bedroht ist. Als ursächlich angesehen werden auch biographische Belastungen und eigene Gewalterfahrungen der Eltern, wobei diese nicht so signifikant mit späterer Misshandlung der eigenen Kinder assoziiert ist, wie man gemeinhin denken möchte. Sehr vielen Men-

schen gelingt es, den biographischen Zyklus von Gewalterfahrungen und Gewaltanwendungen bei den Kindern selbst zu durchbrechen.

Regulationsprobleme des Säuglings gehören wahrscheinlich auch zu den kausalen Ursachen, weil Eltern mit sehr wenig erzieherischen und persönlichen Ressourcen auf Säuglinge mit schwierigem Temperament möglicherweise nicht adäquat reagieren können.

Mangel an Hilfe von außen und sozio-ökonomische Belastungen halte ich nicht für kausale, sondern für assoziierte Aspekte bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, die nicht die Ursache sind, aber das Risiko der Manifestation erhöhen.

Das Erkennen von Kindesmisshandlung/Vernachlässigung in der Praxis

Was haben die Kinderärzte bisher getan? Auf einem Kinderärztekongress vor 22 Jahren in Frankfurt war zum ersten Mal Kindesmisshandlung eines der Hauptthemen einer großen kinderärztlichen Fortbildung in Deutschland. Seitdem ist in der Kinderärzteschaft das Thema Gewalt gegen Kinder kontinuierlich auf der Tagesordnung.

Landzettel hat in den achtziger Jahren in Hessen niedergelassene Kinderärzte zu diesem Problem befragt und fand heraus, dass 17 Prozent der Praxen in der Großstadt und 55 Prozent der Praxen auf dem Land in einem Jahr keinen einzigen Fall von Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung gesehen haben. Das heißt, die Kinderärzte waren nicht auf die Tatsache vorbereitet, dass Eltern ihre Kinder misshandeln, und haben deshalb auch keine Fälle identifizieren können. „Ich sehe nur, was ich weiß“ – eine Diagnose kann nur gestellt werden, wenn sie in Betracht gezogen wird. Im Durchschnitt hatten die Praxen 4,2 Fälle im Jahr bemerkt, das stellte sicher eine massive Unterschätzung des Problems dar.

Von 1992-94 wurde eine Studie in Hamburg, in den so genannten Hamburger Beobachtungspraxen, durchgeführt. Hier hatten nur noch 8 Prozent der Praxen im Jahr keinen einzigen Fall gesehen. In Brandenburg gab es 2002/2003 eine Umfrage durch Frau *Ellsäßer* vom Landesgesundheitsamt. Hier gaben 3,3 Prozent der Praxen an, im Jahr keinen Fall identifiziert zu haben, durchschnittlich wurden 9,3 Fälle pro Jahr gesehen.

Es zeichnet sich eine langsame, aber kontinuierliche Verbesserung im Erkennen von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung ab. Allerdings zeigt sich eine extreme Variationsbreite. Es gibt Praxen, in denen kein einziger Fall auftaucht oder erkannt wird, und solche, die es mit über 100 Fällen im Jahr zu tun haben. Daraus leitet sich eine erhebliche Notwendigkeit für die Standardisierung der Dokumentation und Intervention der Kinderärzte sowie für die Erarbeitung von entsprechenden Leitfäden ab.

Die Früherkennungsuntersuchung

Seit den 70er Jahren gibt es in Form der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder im Alter zwischen 0 und 6 Jahren, der so genannten U1-U9, für Eltern kostenfreie Gesundheitsuntersuchungen. Sie dienen der Früherkennung von Krankheitssymptomen, in der jetzigen Fassung handelt es sich überwiegend um körperliche Erkrankungen, die erkannt werden sollen. Die Möglichkeiten, seelische Entwicklungsstörungen in der Kin-

derarztpraxis zu erkennen, sind begrenzt, zumal auch viele Allgemeinmediziner ohne spezielle pädiatrische Expertise diese Früherkennungsuntersuchung durchführen.

Die Früherkennungsuntersuchung ist ein freiwilliges Angebot der Krankenkassen, die Datenhoheit liegt bei den Eltern. Die Eltern führen das so genannte gelbe Heft bei sich und jeder Befund, der eingetragen wird, muss mit den Eltern besprochen werden. Das ist auch begrüßenswert, führt jedoch dazu, dass die Diagnose der emotionalen oder der sozialen Entwicklungsstörung im Rahmen des Früherkennungsprogramms viel zu selten dokumentiert wird: Bei der U8 lag die Häufigkeit bei 32 zu 10.000 Vorsorgeuntersuchungen. Das bedeutet, nur 0,3 Prozent der Vierjährigen hätten eine Störung der emotionalen oder sozialen Entwicklung. Wir müssen aber vom Zehn- oder noch Mehrfachen dieser Zahl ausgehen.

Bisher sind in das Früherkennungsprogramm keine Instrumente zur Diagnostik seelischer Gesundheitsstörungen integriert. Eine entsprechende Erweiterung und Weiterentwicklung des Früherkennungsprogramms für Kinder ist in der gemeinsamen Diskussion der Krankenkassen und Ärzte.

Ärzte haben bei Verdacht auf Kindesmisshandlung und Vernachlässigung in Deutschland im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern und den USA keine Meldepflicht gegenüber den Behörden, aber natürlich hat jeder niedergelassene Arzt und jeder Arzt im öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst eine Fürsorgepflicht für die ihm anvertrauten Kinder. Insofern ist davon auszugehen, dass das Früherkennungsprogramm zunehmend genutzt wird, auch die soziale und emotionale Entwicklung zu beobachten und auf Folgen von Traumatisierung zu achten. Hier zeigt sich aber wiederum eines der „Löcher im System“.

Wer nimmt am Früherkennungsdienst teil? Ich möchte Ihnen dazu nochmals Daten von den knapp 20.000 Einschülern in Schleswig-Holstein zeigen. Die Eltern sollten das gelbe Heft zur Untersuchung mitbringen. Es kommt aber immer wieder vor, dass sie das nicht tun. Die Zahl der Eltern, die überhaupt das Heft mitbringen konnten, ist über die Jahre von 2000 bis 2004 von 84,9 auf 89,2 Prozent angestiegen. Von denen, die ein Vorsorgeheft vorlegen konnten, lag die Teilnahmerate an der U9 zwischen 85 und 87 Prozent.

Die Zahlen in **Abbildung 5** beziehen sich auf die knapp 90 Prozent, die ein Vorsorgeheft vorlegen können. Es handelt sich eher um eine konservative Schätzung, weil man mit dieser Annahme davon ausgeht, dass 10,8 Prozent der Familien im Jahr 2004 das Heft nur vergessen haben, im Prinzip aber eines besitzen und sich nicht unterscheiden von den Familien, die das Heft mitgebracht haben. Wir haben ein „komplettes Untersuchungsprogramm“ definiert als mindestens acht von neun Untersuchungen, ein „inkomplettes“ als weniger als acht Untersuchungen.

Bei niedrigem Bildungsstand der Mutter hatten 8,6 Prozent der Kinder ein inkomplettes Früherkennungsprogramm, bei hohem Bildungsstand der Mutter nur 6,1 Prozent. Das relative Risiko, nicht an allen Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen, ist bei Kindern von Müttern mit niedrigem Bildungsstand 1,4-fach erhöht.

Welche Kinder nehmen nicht am Früherkennungsprogramm teil?			
		Inkomplette Untersuchungsreihe	Relatives Risiko
Bildungsstand der Mutter	niedrig hoch	8,6 % 6,1 %	1,4
Migrationsstatus mind. eines Elternteils	ja nein	24,8 % 6,1 %	4,1
Kombination beider Merkmale			5,9
Neuer Befund bei Einschulung (im Vergleich zu 17% bei Kindern mit komplettem Untersuchungsprogramm)	ja	25 %	1,4

Einschüleruntersuchung Schleswig-Holstein 2004; inkomplett: 0-7 Untersuchungen, komplett 8 oder 9 Untersuchungen (von 9 möglichen)

N=17.016 mit vorliegenden Daten, Auswertung S. Brehm, Med. Dokumentarin

Abbildung 5

© Prof. Dr. Ute Thyen

Der Migrationsstatus hat einen wesentlich größeren Einfluss auf die Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung. Wenn mindestens ein Elternteil Migrationshintergrund hat, dann waren 24,8 Prozent der Kinder bei weniger als acht Vorsorgeuntersuchungen. Diese Zahl ist bei beiden Elternteilen mit Migrationshintergrund noch viel höher. Bei Migrationsstatus ist das relative Risiko, nicht an allen Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen, vierfach gegenüber der Vergleichsbevölkerung erhöht. Bei Kombination beider Merkmale ist das Risiko sechsfach erhöht.

Wir haben uns natürlich auch gefragt, ob der regelmäßige Besuch der Vorsorgeuntersuchung etwas nützt. Einen neuen Befund, der eine neue ärztliche Überweisung oder Untersuchung nach sich zieht, wurde bei 25 Prozent der Kinder, die ein unvollständiges Vorsorgeprogramm haben, durch die Schulärzte dokumentiert. Typischerweise ist die U8 oder U9 weggefallen. Im Vergleich dazu trifft das bei 17 Prozent der Kinder mit kompletter Untersuchungsreihe zu. Dies bedeutet, dass Kinder mit inkomplettem Früherkennungsprogramm ein höheres Risiko haben, dass ein behandlungsbedürftiger Befund noch nicht erkannt wurde. Allerdings ist dies auch bei Kindern mit komplettem Untersuchungsprogramm oft der Fall. Das bedeutet, dass das Früherkennungsprogramm und die Einschulungsuntersuchung nicht alternativ gesehen werden dürfen. Die beiden Untersuchungen haben einen unterschiedlichen Fokus. Die Vorsorge ist ein Krankheits-Früherkennungsprogramm. Die Einschulungsuntersuchung ist die Prüfung der Schulfähigkeit. Es ist wie eine arbeitsmedizinische Untersuchung, ob ein Kind für seinen künftigen „Arbeitsplatz“ in der Schule geeignet ist. Insofern sind die Fokussierung und die Ausrichtung dieser beiden Untersuchungen so unterschiedlich, dass ich davon abrate, diese als Alternativen anzusehen. Eine Ersetzung der Einschulungsuntersuchung durch die U9 würde ein weiteres Loch in das System reißen.

Kommen wir zurück auf unsere Ausgangsfrage: **Screening auf Entwicklungsstörungen oder auf Vernachlässigung und Misshandlung?** Was ist die Zielsetzung der verschiedenen vorgelegten Gesetzesentwürfe? Es wird die Meinung vertreten, wenn wir mehr nach Entwicklungsstörungen fahnden, finden wir auch mehr Fälle von Kindesmisshandlung. Aber die Interventionen sind bei diesen beiden Bereichen so unterschiedlich, dass man sie auf keinen Fall in einen Topf werfen kann.

Beim Screening auf Vernachlässigung/Misshandlung stellen wir Folgendes fest:

- Bisher liegen keine adäquaten Screening-Instrumente zur Früherkennung von drohender Kindesmisshandlung und Vernachlässigung vor, von drohender sexueller Misshandlung ganz zu schweigen;
- bei Risiko-Screening sind sehr viele falsch positive Meldungen mit nachfolgender Gefahr der Stigmatisierung der betroffenen Familien zu erwarten;
- eine Meldepflicht bei Verdacht auf Misshandlung oder Vernachlässigung im Zusammenhang mit der Früherkennungsuntersuchung ist derzeit nicht mit der Angebotsstruktur der ärztlichen Untersuchungen vereinbar;
- im Rahmen der kinderärztlichen Untersuchung sind zu wenig Ressourcen für Bestätigungsdiagnostik und Intervention vorhanden;
- im Fall von positivem Screening ist (außerhalb von Modellprojekten) kein erfolgsgeprüftes Interventionskonzept vorhanden.

Für die Fokussierung auf Vernachlässigung/Misshandlung werden zum Beispiel vom Deutschen Jugendinstitut Screening-Fragebögen vorgeschlagen. Es handelt sich dabei um Listen von Risikofaktoren, um Hinweise aus der psychosozialen Anamnese und um bestimmte Belastungsfaktoren. Aber es gibt kein Scoring-System, mit dessen Hilfe man ab einem bestimmten Cut-off-Wert davon ausgehen kann, dass mit 90-prozentiger Wahrscheinlichkeit eine Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung vorliegt. Die Effizienz solcher Screening Bögen ist ungeprüft.

Bei Verwendung von Screening-Fragebögen besteht das Risiko, sehr viele falsch-positive Meldungen zu bekommen. Das bedeutet in der Medizin, jemand wird identifiziert, obwohl „die Krankheit“ nicht vorliegt. Sie können sich das Ausmaß der Stigmatisierung einer solchen falsch-positiven Meldung – an wen auch immer – ausmalen und sich vorstellen, was das für die Jugendhilfe bedeutet, nach einer Meldung tätig werden zu müssen und dann mit einer solchen falsch-positiven Meldung konfrontiert zu werden.

Ein Screening-Programm ist ethisch nur dann vertretbar, wenn eine wirksame und effiziente Therapie bekannt ist und auch zum Einsatz kommen kann, so wie beim Neugeborenen-Screening. Insofern sollten wir uns eine evidenz-basierte Therapie und Intervention überlegen. Wir brauchen mehr Forschung in diesem Bereich und eine wissenschaftliche Evaluation der im Moment laufenden Modellvorhaben. Der Erfolg eines Screening-Programms ist davon abhängig, dass es den Kindern, die damit identifiziert werden, hinterher deutlich besser geht, als wenn wir sie nicht identifiziert hätten. Sicher gibt es Erfolgskonzepte für einzelne Modelle, aber es ist jeweils zu überprüfen, ob diese auch in die allgemeine Praxis übertragen werden können.

Kooperation Kinderärzte und soziale Dienste

Es gibt eine, allerdings wenig strukturierte, Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung. Meiner Ansicht sind in den letzten 25 Jahren viele Fortschritte erreicht worden. Das ist selbstverständlich verbesserungswürdig, aber wir sind auf einem guten Weg, wie eine Umfrage in Brandenburg (**Abbildung 6**) deutlich macht. Die Statistik von Ellsäßer und Cartheuser vom Landesgesundheitsamt Brandenburg aus der Zeitschrift „Das Gesundheitswesen“, ist im Rahmen einer Befragung der Kinderärzte, wie sie mit der Zusammenarbeit mit anderen Stellen zufrieden sind, entstanden. Es ist natürlich fraglich, ob eine Befragung in anderen, vor allem den alten Bundesländern, dieselben Ergebnisse zeitigen würde, aber ich denke, es zeichnet sich ein Trend ab. Viele Kinderärzte möchten gern mit anderen Stellen zusammenarbeiten, wissen jedoch nicht, was dann konkret passiert. Sie wissen nicht, welche Hilfsangebote es für die Familien gibt.

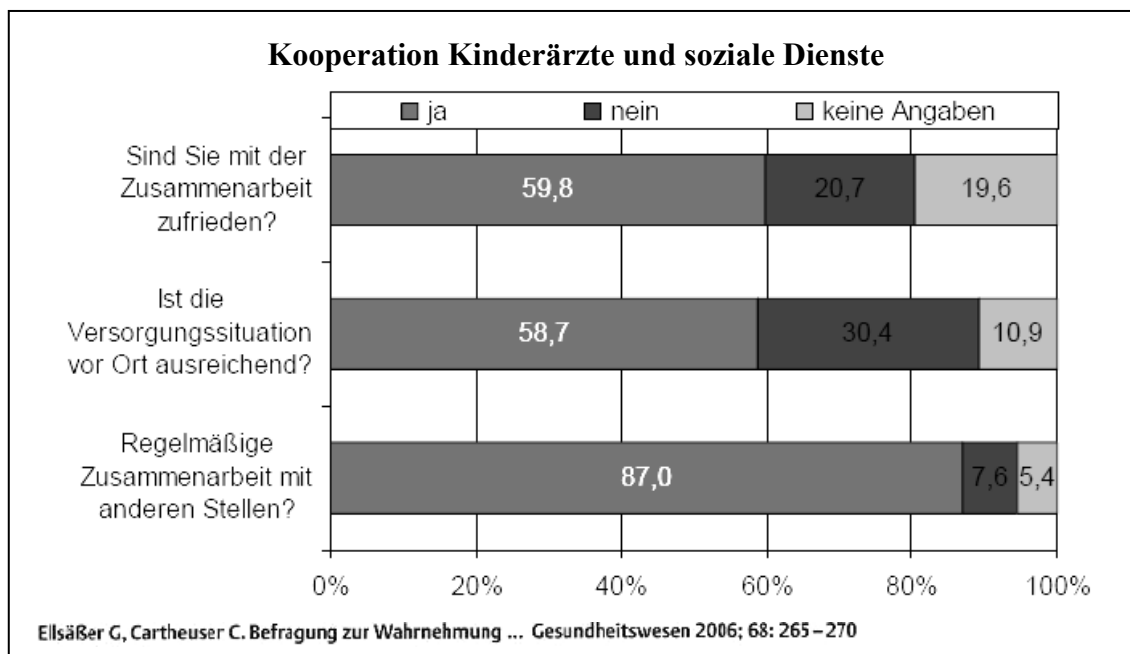


Abbildung 6

Ohne Frage geht auch vieles schief. **Abbildung 7** zeigt die Perzentilen der Körpermaße und das Foto eines 13 Monate alten Mädchens nach der intensivmedizinischen Behandlung, nachdem es bereits wieder 500 Gramm an Gewicht zugenommen hat.

An der Gewichtskurve ist erkennbar, dass das Kind bei der Geburt und kurz danach ein gutes Gewicht hatte. In der ersten Zeit wurde es zur Vorsorge vorgestellt. Dann hatte das Mädchen ein durchschnittliches Körpergewicht, bei dem man den Eindruck hatte, es findet jetzt sein Perzentile. Bei der nächsten Vorsorgeuntersuchung, im Alter von sechs Monaten, liegt das Gewicht knapp unterhalb der dritten Perzentile. Die Kinderärztin sagte später, das Kind wäre noch voll gestillt und ein zartes Kind gewesen und sie hätte den anwesenden Vater darauf hingewiesen, dass man nun zufüttern müsse und sich wieder melden sollte, wenn es Probleme gäbe. Das passierte nicht. Die Ärztin hatte auch

versäumt, von sich aus aktiv auf die Eltern zuzugehen. Das Kind kam mit einem Gewicht, das etwa ein Kilogramm über dem Geburtsgewicht lag, zur stationären Aufnahme auf die Intensivstation. Die Körpertemperatur betrug 28,4 Grad Celsius, es bestanden Herzrhythmusstörungen, das Kind war in akuter Lebensgefahr.

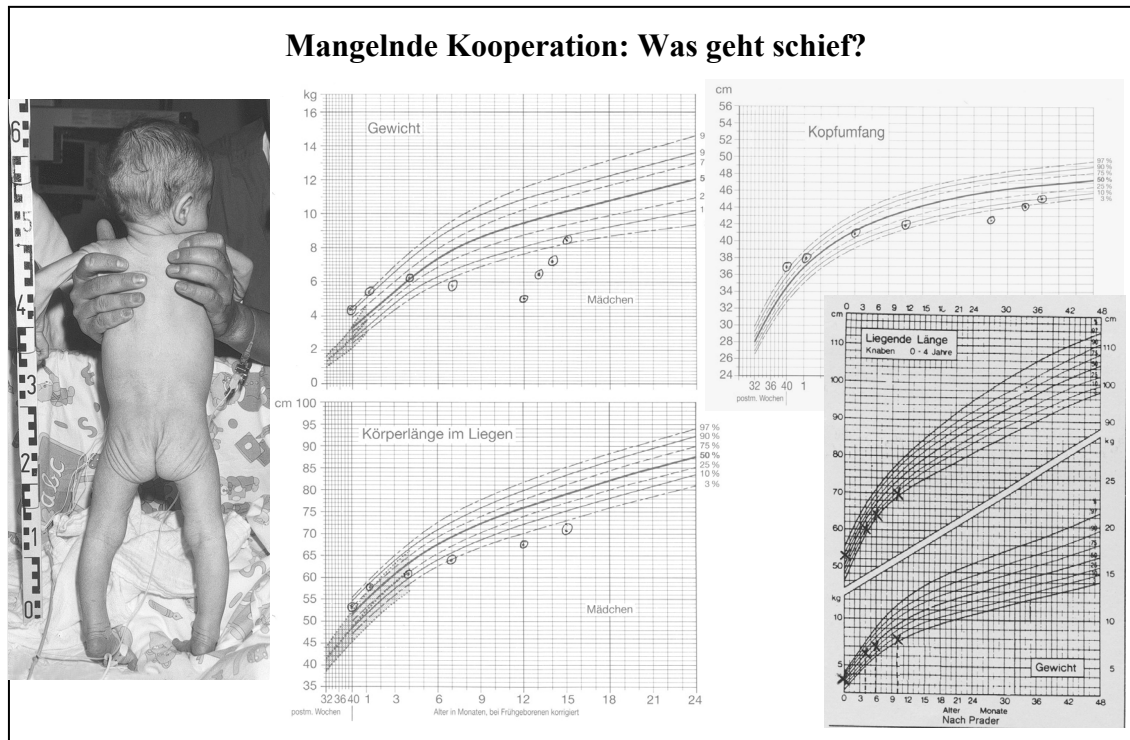


Abbildung 7: Perzentilen und Foto eines schwer dystrophen und psychomotorisch retardierten 13 Monate alten Kindes. Rechts unten die Perzentilen ihres heute 6jährigen Bruders im ersten Lebensjahr, der später einen echten psychosozialen Minderwuchs entwickelte (9cm < 3. Perzentile, Gewicht ~3. Perzentile, bei normalem Kopfumfang).

© Prof. Dr. Ute Thyen

Die Perzentilen zeigen an, wie sich die Körpermaße im Rahmen der stationären Behandlung und in der Pflegefamilie entwickelten. Die Risiken für die weitere Entwicklung des Kindes liegen darin, dass der chronische Energiemangel andere Entwicklungsverzögerungen nach sich zieht. Das Kind wächst nicht mehr, der Körper spart. Es ist ausgeschlossen, dass das Längenwachstum sein normales Ausgangspotenzial erreicht. Dasselbe passiert mit dem Kopfumfang. Das Gehirn ist auf regelmäßige Glukosezufuhr angewiesen, sonst wächst es nicht. Wenn das Gehirn im ersten Lebensjahr, in dem etwa 80 Prozent des Wachstums der Nervenzellen, der Myelinisierung, der Synapsenverbindung hergestellt wird, nicht wachsen kann, sondern auf Sparflamme gestellt wird, sieht man an der Kurve zwar, dass ein Aufholwachstum möglich ist, aber die Auswirkung auf das Entwicklungspotenzial für die weitere kognitive, soziale und emotionale Entwicklung können beträchtlich sein.

Diese Kasuistik weist auf das Problem hin, dass die kinderärztliche Vorsorgestruktur nicht alle Kinder erfasst, die gar nicht oder nicht wieder vorgestellt werden. Niedergelassene Kinderärzte haben durch das Werbeverbot keine Möglichkeit, aktiv auf Familien zuzugehen und sie aufzufordern, sich bei ihnen zu vorzustellen. Der rechtlich richtige

Weg wäre, dass die Krankenkassen die Versicherten schriftlich daran erinnert, die Vorsorgeuntersuchung wahrzunehmen. Ob es, wie aktuell im Bundesrat diskutiert, eine Möglichkeit für die Kassen geben wird, die Daten bei Nicht-Inanspruchnahme an staatliche Behörden weiterzuleiten, muss rechtlich geprüft werden.

Die Früherkennung psychosozialer Problemlagen in Familien kann beim Arzt am Rande geschehen, ist jedoch nicht die prioritäre Aufgabe des niedergelassenen Arztes, ebenso nicht die frühe Prävention und Intervention bei Bildungsbenachteiligung. Dieses tritt nun umso mehr bei der Heilmittelbudgetierung zutage. Kinder, die eine unzureichende Sprachentwicklung aufgrund eines deprivierenden Umfeldes haben, sollen vom niedergelassenen Kinderarzt auf Kosten der Krankenkassen Logopädie verordnet bekommen, obwohl sie eigentlich in ein vorschulisches Bildungsangebot zur Förderung der Sprachentwicklung gehören. Hier sollte ein Loch im vorschulischen Bildungswesen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung gestopft werden; eine klarere Definition von Aufgaben, oder besser eine Aufgabe der vertikalen Trennung der Bereiche Gesundheit, Soziales und Bildung bei Kindern, sollte zu besserer Abstimmung führen und Unter- wie auch Überversorgung vermeiden.

Bei allen Aktivitäten müssen die **Entwicklungsbedürfnisse von Kindern** ganzheitlich in den Blick genommen werden (**Abbildung 8**). Die gesundheitlichen Bedürfnisse sind nur ein Teil davon. In vielen Aspekten spielen die elterlichen Fähigkeiten eine bedeutende Rolle. Als Ko-Faktoren sind aber auch außer-familiäre und Umweltfaktoren zu beachten. Alle diese Aspekte müssen berücksichtigt werden, wenn wir von der Ausschöpfung des maximalen Potenzials einer gesunden Entwicklung von Kindern und Jugendlichen sprechen.

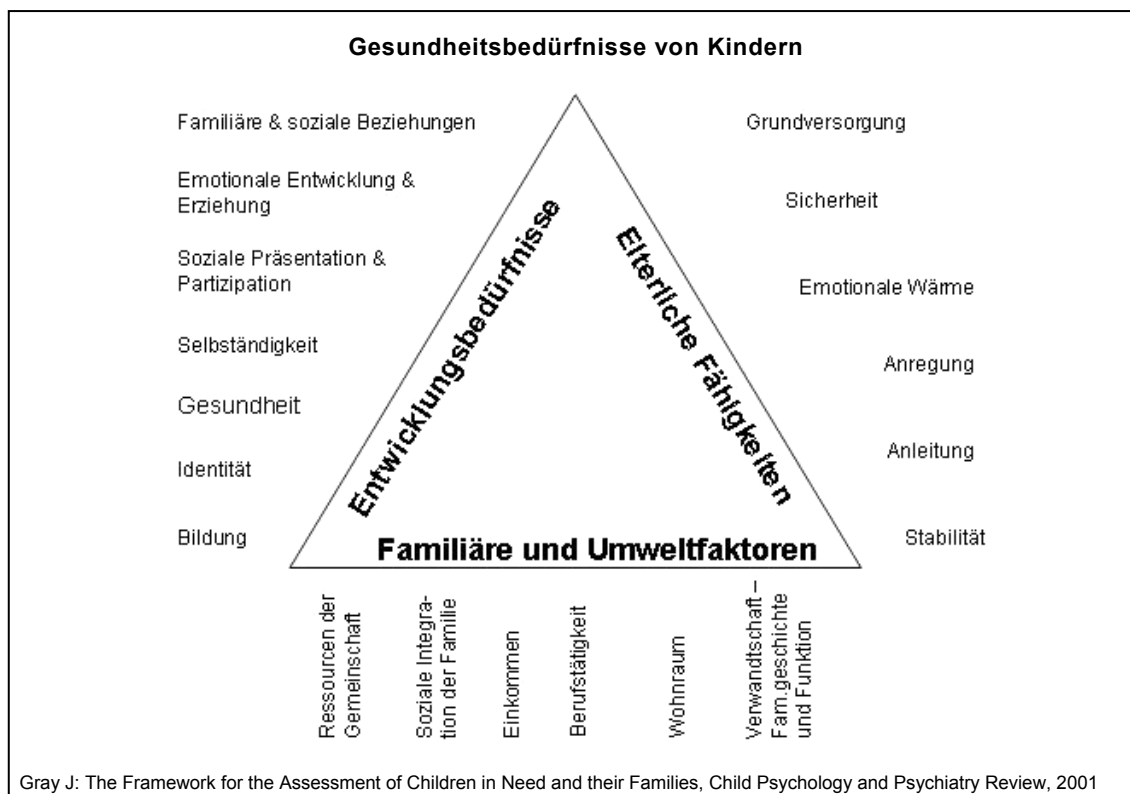


Abbildung 8

Die wichtigste Frage, über die wir hier diskutieren, ist die **frühe Entwicklung in den ersten drei Lebensjahren**. Insbesondere geht es um die **frühe Eltern-Kind-Bindung (Abbildung 9)**. Die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte haben diese Problematik erkannt, wenn zum Beispiel die Mutter keinen Blickkontakt zu dem Säugling aufnimmt und sind zunehmend in der Lage Interaktionsstörungen zu diagnostizieren. Aber wo sind die Hilfen für die gestörte Eltern-Kind-Interaktion? Manche Eltern sind überfordert von einem Säugling mit einem schwierigen Temperament, das in exzessivem Schreien, Fütter- oder Schlafproblemen resultiert. Diese Eltern suchen immer wieder den niedergelassenen Kinderarzt auf, der in einigen Fällen abweisend reagiert, weil er kein gutes Angebot in seiner Stadt kennt, wohin er diese Familien verweisen könnte.

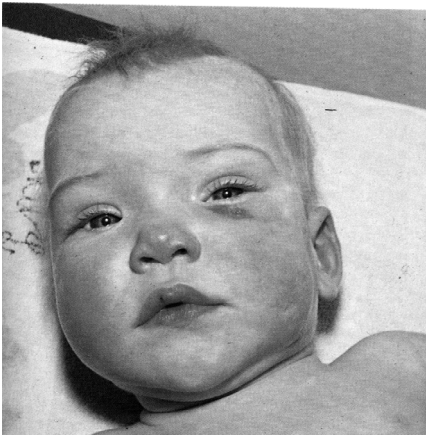
Frühe Eltern-Kind-Bindung	
	▪ Wichtigste Entwicklungsaufgabe des Säuglings - Bezugspersonen übernehmen Hilfsfunktion - Regulationsprobleme in Form von exzessivem Schreien, Fütterstörungen oder Schlafproblemen - Ohne Unterstützung und eigene Ressourcen Risikofaktor für Gewaltanwendung

Abbildung 9

© Prof. Dr. Ute Thyen

Neben den frühen Interaktionsstörungen stellt frühe schwere Vernachlässigung die schwerste Bedrohung für die gesunde seelische Entwicklung des Kindes dar. In der Diskussion zur Früherkennung von Vernachlässigung ist es zunächst wichtig, sich über eine gemeinsame **Definition** zu verständigen. *Deegener & Körner* definieren Vernachlässigung als

- Ausgeprägte, andauernde oder wiederholte Beeinträchtigung oder Schädigung der Entwicklung von Kindern durch die sorgeberechtigten und -verpflichteten Personen aufgrund unzureichender Pflege und Kleidung, mangelnder Ernährung und gesundheitlicher Fürsorge, zu geringer Beaufsichtigung und Zuwendung, nachlässigem Schutz vor Gefahren sowie nicht hinreichender Anregung und Förderung motorischer, geistiger, emotionaler und sozialer Fähigkeiten.¹

Diese letzten Merkmale gehören nicht prioritär zu den Aufgaben des Gesundheitswesens. Diese Definition können wir im Katalog der Krankheiten und Gesundheitsstörungen sehr schwer operationalisieren. Das ist genau der Punkt, an dem ein interdisziplinäres Diagnostik- und Interventionsangebot gemacht werden muss.

¹ Deegener & Körner, Interdisziplinäre Fachzeitschrift der DGgKV, 2005; 8(2); 82-111

Es wird darauf ankommen, die verschiedenen Kooperationspartner (Abbildung 10) zusammenzuführen. Bestehende Kooperationen sind oft gewachsene Strukturen, weil sich Menschen in einer Stadt oder in einem Wohngebiet gut kennen und weil sie gute Erfahrungen in der Arbeit miteinander gemacht haben, aber sie sind nicht institutionalisiert und sie treten auch nicht automatisch in Kraft. Ich plädiere für eine Schaffung von qualitativen Voraussetzungen zur Verbesserung der Kooperation statt einer quantitativen Vermehrung der Kooperationspartner.

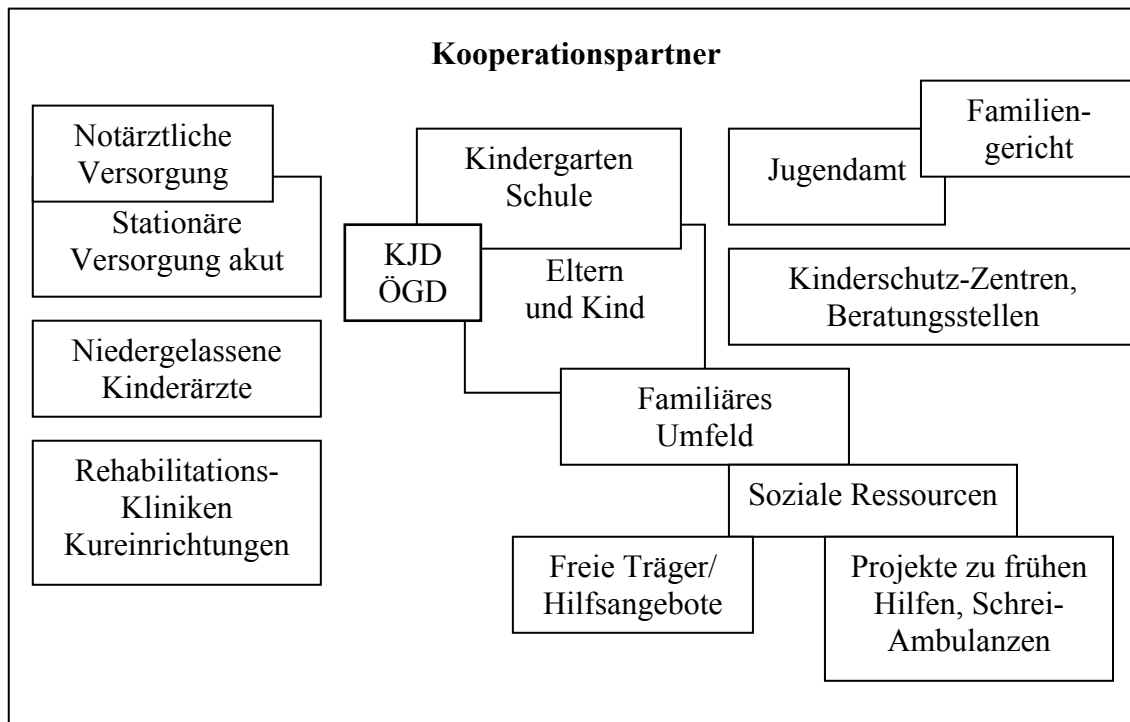


Abbildung 10

© Prof. Dr. Ute Thyen

Leider ist es nicht zu leugnen und es erschwert die Kooperation mit anderen Diensten, dass die **sozialrechtlichen Bestimmungen** für uns Kinder- und Jugendärzte und auch für die betroffenen Familien nicht mehr durchschaubar sind:

- SGB V: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (Ärztliche Behandlung und Heilhilfsberufe, Hilfsmittel, zum Teil Reha-Maßnahmen, SPZ),
- SGB VIII (KJHG): Hilfe zur Erziehung, Wiedereingliederungshilfen bei seelischer Behinderung,
- SGB IX: Rehabilitation, SPZ, Frühförderung,
- SGB XI: Hilfe zur Pflege,
- BSHG: Eingliederungshilfen für körperlich und geistig behinderte Kinder,
- Länderrecht: spezielle Beschulung.

Die Leistungen für Kinder mit Teilhabestörungen im weitesten Sinne sind auf fünf verschiedene Gesetzesbücher verteilt. Das kann niemand entflechten, wer wann Anspruch auf welche Leistungen hat. Gerade die Formulierungen im Sozialgesetzbuch IX, das ich

in seiner Diktion wunderbar finde, haben dazu geführt, dass sich die verschiedenen Leistungsträger die Verantwortlichkeiten gegenseitig zuschieben. Soweit ich das über- schaue, hat es in den letzten vier bis fünf Jahren noch keiner Familie wirklich geholfen. Der Zugang zu Komplexleistungen ist nach wie vor sehr schwierig.

Die rechtlichen Grundlagen bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung sind meiner Meinung nach ausreichend, Kinder zu schützen, auch ohne eine gesetzliche Meldepflicht für Kindesmisshandlung und -vernachlässigung:

- Schutz der Kindeswürde
 - UN Konvention der Rechte des Kindes
 - Grundgesetz Art II (Leben und körperliche Unversehrtheit)
 - §1631 BGB, § 1666 BGB (Entzug der elterlichen Sorge)
- Leitziele moderner Jugendhilfe: KJHG, §8a 2005
- Verfahrensgrundsätze Familiengericht
- Strafrecht: §§ 170, 173-182, 223 StGB
- Verschwiegenheit: § 203 StGB, § 53 StPO.

Früherkennung und Intervention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung be- wegt sich für alle beteiligten Berufsgruppen in einem komplexen Spannungsfeld (**Ab- bildung 11**).

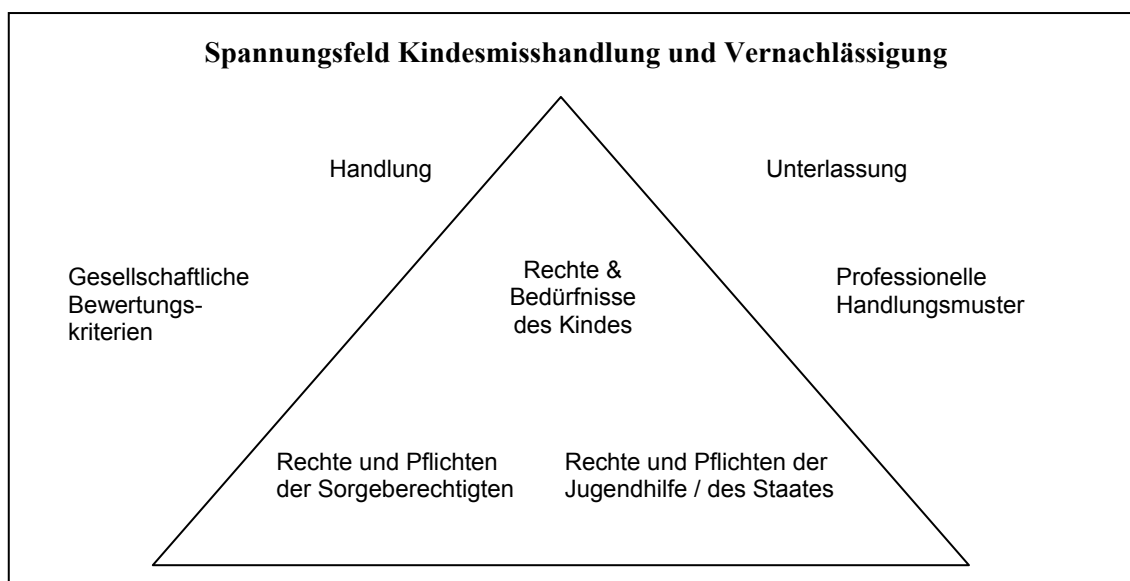


Abbildung 11

© Prof. Dr. Ute Thyen

Es gibt die gesellschaftlichen Bewertungskriterien, die sich immer wieder verändern. Professionelle Handlungsmuster haben sich in den letzten 20 Jahren enorm verändert. Wir sprechen von Unterlassungen und von Handlungen von Eltern, über Rechte und Bedürfnisse des Kindes und wir wägen die Rechte und Pflichten der Sorgeberechtigten und die Rechte und Pflichten der Jugendhilfe/des Staates ab. In diesem Feld müssen wir

uns bewegen, es gibt keine Auflösung. Es ist täglich eine neue, sehr anspruchsvolle Tätigkeit, allen Seiten gerecht zu werden.

Die Prävention von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung muss auf verschiedenen Ebenen stattfinden:

- Primäre Prävention
 - Allgemeine Aufklärungskampagnen
 - Zielgruppenorientierte Kampagnen
- Sekundäre Prävention
 - Niedrigschwellige Hilfsangebote für Familien
 - Sensibilisierung des Hilfesystems
- Tertiäre Prävention
 - Beratung und Therapie von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Misshandlungserfahrung

Wichtig bei der primären Prävention sind allgemeine Aufklärungskampagnen. Der Deutsche Kinderschutzbund hat sehr viel bewegt, zum Beispiel das Verbot der Prügelstrafe. Der entsprechende Passus ist aus dem Bürgerlichen Gesetzbuch heraus genommen worden, dass man das Recht hat, Kinder aus erzieherischen Gründen zu schlagen. Das ist ein großer Erfolg einer langjährigen Kampagne für eine gewaltfreie Erziehung. Gesetzliche Änderungen werden auch wiederum Verhaltensänderungen nach sich ziehen.

Niedrigschwellige Hilfsangebote für Familien im Bereich der sekundären Prävention sind zum Beispiel Schreiambulanzen, Frühe Hilfen, Eltern-Kind-Cafés und vor allem kostenfreier Kita-Besuch für Familien in Armutsverhältnissen. Die tertiäre Prävention umfasst die Behandlung und Hilfestellung bei bereits erfahrener Gewalt. Sie ist wichtig, um seelische Folgeerkrankungen zu vermeiden und den Zyklus der Gewalterfahrung über mehrere Generationen zu unterbrechen. Sie ist das Feld der klassischen ärztlichen und psychotherapeutischen kurativen Tätigkeit und Rehabilitation. Alle beteiligten professionellen Helfer verorten sich auf den verschiedenen Ebenen der Prävention und übernehmen sehr unterschiedliche Aufgaben. Es wird weiter notwendig sein, Lücken in diesem sehr komplexen Netz zu erkennen und Konsequenzen zu ziehen. Vorrangiges Ziel ist dabei, die Kooperation zu vereinfachen, Abläufe zu standardisieren und Fachkompetenzen und Fähigkeit zur Zusammenarbeit zu stärken.¹

¹ Für Informationen und Diskussionen möchte ich mich herzlich bedanken bei einer Reihe von Mitstreitern, insbesondere Dethleff Banthien, Arzt für Kinder- und Jugendmedizin, Bad Oldesloe, Vorsitzender des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte Schleswig-Holstein, Irene Johns, Diplom-Pädagogin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Kiel, Vorsitzende des Deutschen Kinderschutzbundes Landesverbandes Schleswig-Holstein, Dr. Dagmar Hundhausen, Schleswig, Sprecherin des Kinder- und jugendärztlichen Dienstes im Öffentlichen Gesundheitswesen des Landes Schleswig-Holstein, Dr. Gabriele Ellsäßer, Wünsdorf, Landesgesundheitsamt Brandenburg, Dr. Eberhard Zimmermann, Gesundheitsamt Bremen, Dr. Ulrike Horacek, Kreisgesundheitsamt Recklinghausen, Prof. Harald Bode, Ulm, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin.

Wo sind die „Löcher“ im (Kooperations-)System aus Sicht der Jugendhilfe?

BRUNO PFEIFLE

Leiter des Jugendamtes der Stadt Stuttgart

Sehr verehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Jugendhilfe und vor allem das Jugendamt in seinem gesetzlichen Auftrag des Kinderschutzes ist gezwungen und verpflichtet zur Kooperation. Dazu wird sie im neu gestalteten § 8a SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfegesetz – nochmals per Gesetz verpflichtet.

Wie Kooperationen so gestaltet werden, dass sie in möglichst jedem Einzelfall hilfreich sind, gehört damit zu den wichtigsten Fragestellungen der Jugendhilfe. An allererster Stelle steht dabei natürlich die Kooperation mit den Eltern – auch dies verlangt im Übrigen schon das Kinder- und Jugendhilfegesetz. Ohne die Bereitschaft der Eltern zur Zusammenarbeit sind Unterstützungsangebote nur begrenzt oder gar nicht hilfreich oder kommen nicht zustande.

Alle anderen Kooperationen der Jugendhilfe: innerhalb des Jugendhilfesystems, mit der Schule, dem Gericht und so auch mit der Pädiatrie stehen seitens der Jugendhilfe grundsätzlich unter dieser Vorgabe. Gleichzeitig bringt dieser Grundsatz aber oft schon die ersten Schwierigkeiten in der Kooperation vor allem mit Systemen außerhalb der Jugendhilfe mit sich.

Darüber hinaus leidet nach meinen Erfahrungen die Kooperation der Jugendhilfe mit anderen Systemen und damit mit anderen Professionen sehr häufig an der fehlenden gegenseitigen Akzeptanz. Der Grund dafür sind mangelndes Wissen über die jeweilige Aufgabenstellung mit ihren Grenzen und Möglichkeiten, Vorurteile, aber auch Fragen des Status' der jeweiligen Profession in der Gesellschaft. Ich verbinde mit der Tagung daher vor allem den Wunsch, dass auch diese Themen offen diskutiert werden.

Nun aber zum konkreten Thema, den – möglichen – Löchern im Kooperationssystem Jugendhilfe – Pädiatrie aus Sicht der Jugendhilfe. Dabei gehe ich auf folgende Fragen ein:

- Welchen Auftrag hat die Jugendhilfe?
- Wie sind die Zugänge der beiden Systeme Jugendhilfe und Pädiatrie zu Eltern und Kindern?
- Welche Stolpersteine liegen bereit, die ein Miteinander von Pädiatrie und Jugendhilfe erschweren?
- Wie könnte eine gemeinsame Perspektive aussehen?
- Wie kann es gelingen, dass ein tragfähiges Netz zwischen den Profis entsteht, mit dem wir die Risiko-Familien erreichen können?
- Auf welchen Ebenen sind solche verbindlichen Kooperationen zwischen den Systemen voranzubringen?

Breite gesellschaftliche Diskussion um den demografischen Wandel, Wertediskussion, Armut, Überforderung von Familien mit der Erziehung, gesellschaftliche Integration von zugewanderten Menschen sind alles Fragen, die uns beschäftigen.

In unserem heutigen Diskurs muss es uns darum gehen, die Grenzen zwischen der Gesundheitsversorgung und Jugendhilfe durchlässiger zu machen, damit Ressourcen der Jugendhilfe (aber auch der Medizin) frühzeitig genutzt werden können. Eltern dabei zu unterstützen, eigene belastende Erfahrungen zu überwinden, Schutzfaktoren im Lebensumfeld zu stärken und herauszufinden, welche Hilfen Risikofamilien mit Kleinkindern brauchen und welche professionelle Kooperation Vernachlässigung und Misshandlung erfordern.

Welchen Auftrag hat die Jugendhilfe?

Nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz hat Jugendhilfe den Auftrag, Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung zu beraten und zu unterstützen, junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung zu fördern und sie vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen (vgl. § 1 SGB VIII). Aufgabe des Jugendamts ist auch die Wahrnehmung des Wächteramtes für das Kindeswohl. Das Jugendamt hat den Schutzauftrag bei Gefährdungen gemäß § 8a SGB VIII sicherzustellen.

Dabei stellen sich für die Jugendhilfe u.a. folgende Fragen:

- Hilfen, Beratung und Unterstützung sind vorhanden, doch wie erreichen sie die Familien?
- Wer hat welchen Zugang zu Familien, um Fehlentwicklungen und Bindungsprobleme im frühen Kindesalter erkennen zu können?
- Wie verbreitet ist das Wissen über frühe Signale von Kindeswohlgefährdungen, Formen der Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellen Missbrauch?
- Wie gehe ich auf Familien zu? Bin ich in der Lage, mein möglicherweise kurzes Zeitfenster für die Installierung einer Hilfe zu nutzen?
- Was weiß ich über notwendige und geeignete Hilfen für Familien mit psychosozialen Risiken?

Wie sind die Zugänge der beiden Systeme Jugendhilfe und Pädiatrie zu Eltern und Kindern?

Zugänge der Jugendhilfe

Kinder- und Jugendhilfestatistiken zeigen, dass die Jugendhilfe bislang gefährdete Kinder meist erst erreicht, wenn diese in Kitas gehen. Durch neuere Forschungsergebnisse wissen wir, dass damit Entwicklungsdefizite bereits verfestigt sind und dass wir Hilhezugänge möglichst ab der Schwangerschaft und der Geburt nutzen und ausbauen müssen.

Zugang zu einem gefährdeten Kleinkind und seinen Eltern haben: Schwangerschafts- und Konfliktberatungsstellen, Beratungsstellen für Eltern, Kinder und Jugendliche,

Kindertagesstätten und Tagesgruppen, Krippen, Krabbelgruppen, Tagesmütter, Bereitschaftspflege, sozialpädagogische Familienhilfe und andere Hilfen zur Erziehung, der ASD, Familienbildungsstätten und Mutter-Kind-Einrichtungen, um nur einige wichtige Angebote zu nennen.

Große Veränderungen mit Blick auf einen geregelten Zugang sind mit dem Ausbau der Tagesbetreuung für Kinder unter drei Jahren zu erwarten. Damit wird der Jugendhilfe generell ein breiterer Zugang zu Familien eröffnet, den es zu gestalten und zu nutzen gilt.

Einen weiteren wichtigen Zugang bietet die Familienbildung. Hier könnten sicher noch erheblich mehr Mittel in die frühzeitige Unterstützung der elterlichen Erziehungskompetenz investiert werden.

Zugänge der Gesundheitshilfe

Den ersten Kontakt zu einer sich neu gründenden Familie hat in der Regel das Gesundheitssystem, haben Gynäkologen, Hebammen, Entbindungsstationen der Kliniken, Kinderärzte, Kinderkliniken, Sozialpädiatrische Zentren, Schreiambulanzen, Psychiater, Stationäre Psychiatrie, Sucht- und Drogenberatung, Logopädie, Ergotherapie, Allgemeinmedizin, (schulärztliche) Dienste des Gesundheitsamtes, ambulante Pflegedienste (zum Beispiel häusliche Kinderkrankenpflege).

Der medizinische Bereich hat also mit Kindern in den ersten drei Lebensjahren sehr viel zu tun und befasst sich intensiv mit dieser Entwicklungsphase. So gut wie alle Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern haben Kontakt zu Kinderärzten, indem sie zumindest die ersten sieben der neun U-Untersuchungen wahrnehmen. Kinderärzte, ob niedergelassen oder in den Kliniken oder in den sozialpädiatrischen Zentren tätig, sind in der Zeit der frühen Kindheit häufig die einzigsten professionellen Ansprechpartner, wenn Eltern Probleme mit ihrem Kind haben.

Damit haben Kinderärzte eine Schlüsselfunktion im Hilfesystem, denn: In diesem Zeitfenster (0-2 Jahre) haben Kinderärzte auch Kontakt mit sehr belasteten Familien und somit grundsätzlich die Möglichkeit, Gefährdungen frühzeitig zu erkennen und Interventionen – nicht zuletzt der Jugendhilfe – zu initiieren. Diese Schlüsselfunktion macht deutlich, dass eine Zusammenarbeit eigentlich unverzichtbar ist, will man Eltern tatsächlich früh erreichen.

Tragfähige verbindliche Kooperationsstrukturen zwischen den Systemen sind jedoch in der Breite in der Bundesrepublik noch unzureichend entwickelt. Noch gibt es ein Zuviel an Nebeneinander.

Welche Stolpersteine liegen bereit, die ein Miteinander von Pädiatrie und Jugendhilfe erschweren?

Lassen Sie mich dem vertieften Beleuchten der Stolpersteine zwischen den professionellen Helfern ein Zitat aus dem Buch von *Armbruster* zum Thema „Misshandeltes Kind – Hilfe durch Kooperation“ voranstellen.

„Kooperation wird einfacher, produktiver und erfreulicher, wenn man sich ihr skeptisch nähert. Das Verständnis zwischen Berufsgruppen wird vertieft, wenn man die Unterschiede klärt. Schräges, neurotisches oder arrogantes Verhalten anderer Fachleute wird mir verständlicher, wenn ich mir deren Gebührenordnung, Richtlinien oder Karrieremuster anschaue.“¹

Grundsätzlich fehlt immer wieder das gegenseitige Wissen um den jeweiligen Auftrag und die möglichen Hilfen.

Medizin hat bei geringer Berührung unrealistische Erwartungen an die Jugendhilfe und Vorurteile gegenüber dem Jugendamt: Kooperation gestaltet sich schwierig, zeitaufwändig und bringt nicht viel, das Jugendamt geht sowieso nicht ans Gericht, das Jugendamt geht viel zu schnell ans Gericht, der Wunsch nach einem Feedback im Einzelfall wird nicht befriedigt und das Profil des Jugendamts ist unklar. Dies sind im Übrigen gängige Einschätzungen der Jugendhilfe, besser gesagt des Jugendamtes, nicht nur seitens der Medizin. Andererseits weiß auch die Jugendhilfe zuwenig über den Beitrag, den die Medizin tatsächlich leisten kann und hat ihrerseits Vorbehalte und Vorurteile.

Gründe für dieses Denken und diese Einschätzungen sind meines Erachtens einerseits, dass es unterschiedliche Aufträge, institutionelle Rahmenbedingungen und sozialleistungsrechtliche Vorgaben in der Pädiatrie und in der Jugendhilfe gibt, die aber nicht hinreichend bekannt sind.

Andererseits erschweren auch verschiedene Fachsprachen und unterschiedliche Definitionen von Gefährdung die Verständigung auf ein gemeinsames Ziel. Es gibt Unterschiede zwischen medizinischem und psychologisch-pädagogischem Denken und der Sprache, die die Verständigung zunächst schwierig machen. Die Probleme des Kindes werden fachlich unterschiedlich bewertet, einerseits aus einer sozialpädagogischen Sicht und andererseits aus der pädiatrischen (und somatischen) Perspektive. Die Gewichtung der Probleme ist bei den beiden Hilfesystemen oft nicht deckungsgleich.

Kooperation nur in Krisenfällen reicht nicht aus! Dies ist ein weiterer Stolperstein.

Kooperation im Einzelfall kostet Arbeitszeit und ist mit Reibungsverlusten verbunden, so eine bekannte Haltung. Kooperation mit dem anderen System wird deshalb oft erst bei zugespitzten Krisen gesucht und hat dadurch eine erhöhte Gefahr zu scheitern.

Schlecht gelaufene Einzelkontakte werden dann mit einer „schlechten“ Institution gleichgesetzt und so Bilder und Zuschreibungen gegenüber den jeweiligen Professionen gepflegt. Das ist banal, aber leider durchaus wirksam: „Mit Behörden hat man am besten nichts zu tun, Jugendamt, das sind Beamte, die alle nach Schema F arbeiten“ usw.

Letztendlich ist es für alle zeitsparend, wenn bereits im Vorfeld von sich abzeichnenden familiären Problemen/Krisen die Professionen miteinander kooperieren. Warum? Eltern fallen häufig als Vermittler zwischen dem, was die Pädiatrie tut und dem, was die Jugendhilfe tut, aus.

¹ Armbruster, M.M. (Hrsg., 2000): Misshandeltes Kind: Hilfe durch Kooperation. Freiburg: Lambertus Verlag.

Oft hat bereits eine Diagnostik beim Kinderarzt stattgefunden, wenn Jugendhilfe dies von den Eltern einfordert. Wenn Eltern zum Beispiel dann am Telefon per Lautsprecher mithören können, was zwischen Kinderarzt und Jugendamt besprochen wird, schafft das Sicherheit für alle Seiten und der nächste Schritt kann erfolgreich bewältigt werden.

Damit spreche ich einen weiteren mir wichtigen Punkt an: wie offen kommuniziere ich von Anfang an mit den Eltern und den anderen Professionen? Wie aktiv bemühe ich mich von vornherein um eine elterliche Einwilligung in den Informationsaustausch?

Es ist immer wieder von neuem entscheidend, wie ich ein Gespräch beginne. Kann ich offen fragen, ohne gleich zu bewerten oder zu unterstellen? Wie ist mein professioneller Umgang in der Kooperation mit Eltern, anderen Professionen, wenn ich unter Druck gerate? Setze ich mich erst mal hin und überlege mir meine Fragen? Oder greife ich gleich zum Telefonhörer und gebe meinen Druck / meine Unterstellungen weiter?

Findet Kooperation in einem Notfall, also unter Druck und Stress statt, wird diese oft als große Prüfung verstanden, mit Blick auf den Umgang miteinander und die gegenseitige Wertschätzung.

Aus der Bindungsforschung wissen wir inzwischen, dass Hilfe für das Kind und seine Familie umso wirkungsvoller und nachhaltiger ist, je früher kooperiert wird, und desto befriedigender ist dies auch für die beteiligten Helfer von Jugendhilfe und Pädiatrie.

Negativ formuliert: Die Pädiatrie informiert das Jugendamt spät über den Einzelfall. Sie formuliert unrealistische Erwartungen an das Jugendamt und hat wenig/keine Kenntnisse über Entscheidungswege und rechtliche Möglichkeiten der Jugendhilfe.

Im Klinikbereich dagegen erschweren sowohl hierarchische Strukturen als auch die schichtbedingte hohe Fluktuation beim Pflege- und ärztlichen Personal die Kooperation im Einzelfall. Wie können hier überhaupt relevante Informationen gesichert und zusammengeführt werden?

Und wer übernimmt das Case Management?

Kooperation setzt also ein vom Einzelfall unabhängiges Wissen voraus. Ich muss wissen, welche Kompetenzen ich brauche, wie Doppelarbeit vermieden werden kann. Eine gute Zusammenarbeit kann als gegenseitige Unterstützung und Hilfestellung erfahren werden, die einen kreativen, interdisziplinären Prozess in Gang setzt. Sie kann Sicherheit geben, die eigene fachliche Kompetenz und Sichtweise erweitern und zugleich vor Grenzüberschreitungen und Überforderungen schützen. Diese Art der Kooperation muss zwischen den Professionen durch regelmäßige Treffen gepflegt werden. Dieses Wissen kann dann im Einzelfall zum Tragen kommen.

Lassen Sie mich ein Beispiel skizzieren:

Angenommen, ein Kinderarzt spricht nach der Untersuchung des Kindes die Eltern auf ein Problem an und erfragt ihrer Sichtweise. Die Antworten geben Hinweise auf aktuelle elterliche Fragen und Belastungen. Wichtig ist an dieser Stelle, wie der Kinderarzt diese Informationen aufnimmt und ob er im Hinterkopf bereits sein Kooperationswissen

hat, wie geholfen werden kann. In der Zwischenzeit bis zur nächsten Untersuchung kann der Arzt schon mal sein Profinetzwerk informieren. Sind dann die Eltern „reif“ – das ist Zitat eines Kinderarztes –, sich innerlich auf Hilfe einlassen zu können, kann diese Hilfe schneller beginnen und hat dadurch eine bessere Chance auf Erfolg als eine ad hoc Aktivität. Alle Beteiligten, auch die Jugendhilfe, waren schon im Vorfeld auf eine mögliche Hilfeebringung vorbereitet.

Bei allen Stolpersteinen hat aber auch ganz eindeutig die Jugendhilfe eine Bringschuld und noch viel zu leisten.

Wie könnte eine gemeinsame Kooperations-Perspektive aussehen?

Aktuell erlebe ich ein deutliches Aufeinanderzugehen beider Systeme. Die ganzheitliche Sicht auf kindliche Entwicklung gewinnt an Bedeutung. Die Erkenntnisse aus Gehirnforschung, Entwicklungspsychologie, Bindungsforschung, Langzeitstudien zu Risikofaktoren und Resilienz werden von allen Disziplinen aufgenommen.

Der 12. Kinder und Jugendbericht (10/2005) bringt dies deutlich zum Ausdruck, er beschäftigt sich ausdrücklich mit den wesentlichen Merkmalen und Erfordernissen von Entwicklungs- und Bildungsprozessen in der Lebensphase der 0- bis 6-Jährigen. Dazu gehört, dass Gesundheit nicht mehr aus einem primär medizinischen Fokus als Gegenpol zu Krankheit aufgefasst, sondern als „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ definiert wird. Gesundheit ist beeinträchtigt, wenn sich Anforderungen ergeben, die von der Person in einer Lebensphase nicht erfüllt und bewältigt werden können.

Interdisziplinäres Lernen findet statt. Dies kommt für mich auch ganz konkret darin zum Ausdruck, dass unser Diagnoseinstrument zur Gefährdungseinschätzung, der so genannte Kinderschutzbogen, eine enorme Resonanz erfährt. Er wurde in den letzten fünf Monaten 300 Mal angefordert, nach den Jugendämtern und Jugendhelfeträgern folgen an dritter Stelle bereits die Kinderkliniken und Kinderärzte.

Seit ein paar Jahren beobachte ich, dass auch Jugendhilfe-Vertreter zu kinderärztlichen Fachtagungen eingeladen werden, dass von medizinischer Seite das Interesse an einem interdisziplinären Diskurs (auf gleicher Augenhöhe) wächst und zum Beispiel auch gemeinsam veröffentlicht wird. So entsteht eine andere Durchlässigkeit in den Institutionen, neue Netzwerke und gemeinsame Initiativen, um noch stärker auf familienpolitische Forderungen Einfluss zu nehmen.

Meines Erachtens sind wir auf einem guten Weg – trotzdem gibt es noch einiges zu tun, um die „Löcher im Kooperationssystem Jugendhilfe – Pädiatrie“ zu schließen. Denn unsere Kooperation ist zwingend notwendig, um rechtzeitig – also möglichst frühzeitig – Kindeswohlgefährdungen zu erkennen und abzuwenden.

Wie kann es gelingen, dass ein tragfähiges Netz zwischen den Profis entsteht, mit dem wir die Risiko-Familien erreichen können?

Grundsätzlich ist Kooperation kleinräumig zu installieren. Der Zeitaufwand ist geringer, der gegenseitige Nutzen größer.

Eine erfolgreiche Kooperation setzt zwischen den Kinderkliniken, Sozialpädiatrischen Zentren, den niedergelassenen Kinderärzten, dem Gesundheitsamt und dem Jugendamt beziehungsweise der Jugendhilfe einen regelmäßigen, fachlichen und respektvollen wechselseitigen Austausch voraus.

Diese Regelgespräche sollten vor allem auch dem Abbau von gegenseitigen Vorurteilen dienen, dem Kennenlernen der jeweiligen institutionellen Aufträge und Arbeitsweisen, aber auch der Zwänge, Notwendigkeiten und Grenzen der beteiligten Systeme. Nur so kann sich ein Dialog auf gleicher Augenhöhe entwickeln und die Kompetenzen des Gegenseitigen können auf diese Weise optimal genutzt werden.

Interdisziplinäre kommunale Arbeitskreise und gemeinsame Fachtage etwa zum Thema der frühen Hilfen, die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnis' und einer gemeinsamen Definition von Kindeswohlgefährdungen und Entwicklungsrisiken der frühen Kindheit fördern eine gemeinsame Sprache im Kinderschutz. Dies erleichtert die Kooperation im Einzelfall und vermeidet Irritationen und Missverständnisse.

Kooperationsvereinbarungen, wie sie der § 8a SGB VIII jetzt systematisch für die Jugendhilfe fordert, schaffen auf allen Seiten Sicherheit, wie dem Schutzbedürfnis von Kindern konkret entsprochen wird. Aber auch zuvor gab und gibt es Vereinbarungen zwischen Kinderkliniken und Jugendamt, zum Beispiel, dass Kinder bei Hinweisen auf eine Gefährdung nicht aus der Kinderklinik in eine ungeklärte häusliche Situation entlassen werden.

Kooperation muss beiden Systemen nutzen, indem jeder mit seinen jeweiligen Kompetenzen seinen Beitrag leistet. Doppelarbeit kann so vermieden werden.

Wenn Sozialarbeit und Pädiatrie den Eltern vermitteln kann, im Kontakt mit der jeweiligen anderen Stelle in guten Händen zu sein, bedeutet das eine positive Empfehlung.

Wissen über Rolle und Auftrag hilft vor dem Gefühl der Überforderung, das mit einer interdisziplinären Kooperation einhergehen kann. Vielmehr nutzt es dafür, seine Grenzen besser einhalten zu können.

Auf welchen Ebenen sind solche verbindlichen Kooperationen zwischen den Systemen voranzubringen?

Wie verschiedene Projekte zeigen, reicht es nicht, im Jugendamt eine Stelle mit der Kooperation und Koordination zwischen Medizin und Jugendhilfe zu beauftragen. Vielmehr sind verschiedene Anforderungen an verschiedene Entscheidungsebenen zu stellen. **Kooperationen voranzubringen ist zuallererst Chefsache.**

So ist die **Ebene Klinikleitung, Leitung des sozialpädiatrischen Zentrums, Jugendamtsleitung und Leitung des Gesundheitsamts** gefordert, in einem Konzept ihren innerinstitutionellen Auftrag, was und wie sie ihren Auftrag im Sinne des Kindeswohls umsetzen und wie sie miteinander kooperieren, schriftlich festzulegen. Dazu gehört auch die Frage, wie eine gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit aussieht – ein Thema, das immer wieder zu Konflikten führt.

Hier muss an den jeweiligen kommunalpolitischen Gegebenheiten angesetzt werden, um dann Verbesserungsbedarfe in punkto frühe Intervention und (präventive) Hilfen zu formulieren.

Die Institutionen müssen sicherstellen, dass ihre Mitarbeitenden die Standards kennen und umsetzen können. Dazu braucht es Instrumente der Qualitätssicherung und -weiterentwicklung, wie ein Diagnoseinstrument zur Einschätzung von Gefährdung, gesicherte Informationswege, eine transparente Dokumentation, Fortbildungen, Regelauswertungen von Fallverläufen, fortlaufende Reflexion und Verbesserung der „Datenlage“. Diese müssen veröffentlicht und in die fachpolitische und gesellschaftliche Diskussion eingebracht werden.

Ein bedeutsamer Faktor für die Beförderung von Professionalität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern stellen Qualifizierungen dar, die bedarfsorientiert, zeitnah und soweit als möglich und sinnvoll professionsübergreifend zu organisieren sind. Auch hierfür trägt die Hierarchie die Verantwortung.

Auf der **Ebene der Kooperation in den Stadtteilen** (im jeweiligen Sozialraum) sind wiederum die Leitungskräfte der zuständigen Dienste des Jugendamtes und der Dienste des Gesundheitsamts gefragt. Sie müssen auf niedergelassene Kinderärzte (natürlich auch Kinder- und Jugendpsychiater, freiberufliche Therapeuten) zugehen, um die Notwendigkeit und den Nutzen von kontinuierlicher einzelfallunabhängiger Kooperation deutlich zu machen.

Diese Vernetzungen sind umso wirkungsvoller für die Familien und Kleinkinder, je verbindlicher und regelhafter die Professionellen voneinander wissen und wenn die Erfahrung gemacht wird, dass so familiäre Krisen und Risiken für die kindliche Entwicklung rechtzeitig erkannt und geholfen werden kann.

Mein Fazit ist, dass Kooperation ein zwingend notwendiger Bestandteil des professionellen Arbeitsauftrages beider Systeme ist, beiden Systemen aber vor allem den Kindern und ihren Eltern nutzt.

Wie sich die Kooperation unserer beiden Systeme im Einzelnen darstellt, was bereits getan wird und was noch getan werden kann, werden wir in den nächsten beiden Tagen noch ausführlich beleuchten und hoffentlich und sicherlich wertvolle neue Erkenntnisse und Anregungen für ein Mehr an Miteinander gewinnen.

Vielen Dank.

Frühe Förderung von Kindern aus sozial benachteiligten Familien. Das Projekt Pro Kind Niedersachsen

ANNA MAIER-PFEIFFER

Projektleiterin, Referentin im Niedersächsischen Sozialministerium, Hannover

Christian Pfeiffer

Direktor und Vorstand des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen e.V., Hannover

1. Ausgangsvoraussetzungen

1.1. Forschungsbefunde zur Auswirkung pränataler und frühkindlicher Prägung

Zahlreiche Forschungsergebnisse belegen, dass schwere Erkrankungen, Lern- und Bildungsdefizite, soziale Benachteiligung, Probleme des Sozialverhaltens und kriminelle Karrieren häufig bereits in den ersten Jahren der Kindheit angelegt sind:

Prä- und perinatal wirkt sich soziale Benachteiligung zunächst vor allem auf die *Gesundheit* von Kindern aus. Faktoren, wie inadäquate Ernährung und erhöhter Stress der Mütter, die geringere Nutzung von Vorsorgemaßnahmen sowie ein häufigerer Konsum legaler und illegaler Drogen durch die Mütter, bedingen unter anderem ein im Schnitt niedrigeres Geburtsgewicht, mehr Geburtskomplikationen und mehr Frühgeburten. Insgesamt kommt es so bereits zu einer erhöhten konstitutionellen Anfälligkeit der Neugeborenen.¹ Die negativen gesundheitlichen Auswirkungen setzen sich im Säuglings- und Kleinkindalter fort (zum Beispiel mehr Mittelohrentzündungen und andere Erkrankungen, mehr Unfälle und eine höhere Belastung durch Umweltgifte). Daraus resultierende Probleme, wie zum Beispiel ein Eisenmangel oder eine erhöhte Bleikonzentration im Blut, beeinträchtigen sowohl die körperliche als auch die geistige Entwicklung und sind langfristig Risikofaktoren für künftige Schulprobleme.²

Sehr gut dokumentiert sind des Weiteren die Auswirkungen auf die *kognitive Entwicklung*: Kinder, die unter sozial benachteiligenden Bedingungen aufwachsen, erhalten im familiären Bereich weniger kognitive und sprachliche Anregungen.³ In der Folge findet man hier bereits im Vorschulalter deutliche Rückstände im Hinblick auf die Intelligenz, die rezeptive und produktive Sprache sowie die Schulreife.⁴ Chronische Armut und soziale Benachteiligung beeinträchtigen außerdem die *sozial-emotionale Entwicklung* von Kindern und führen zu höheren Auffälligkeiten sowohl bei ängstlich gehemmten Störungsbildern als auch bei ausagierend-aggressiven Verhaltensweisen. Langfristig besteht ein erhöhtes Risiko für Delinquenz.⁵ Die Verhaltensprobleme werden von den Eltern durch häufigeres inkonsistentes Erziehungsverhalten und häufigere harte Disziplinierungsmaßnahmen noch verstärkt.

¹ vgl. Mayr, 2000

² Pollitt, 1994

³ McLoyd, 1998

⁴ Duncan et al., 1994; Smith et al., 1997; Walker, 1994

⁵ Mayr, 1993; Yoshikawa, 1994

Deutliche Effekte sozialer Benachteiligung zeigen sich schließlich im Bereich *schulischer Leistungen*: Die betroffenen Kinder haben im Schnitt schlechtere Noten, schneiden bei Leistungstests schlechter ab, wiederholen häufiger eine Klasse, verlassen häufiger die Schule ohne Abschluss und weisen ein erhöhtes Risiko für die Zuweisung auf die Sonderschule auf.¹ Einerseits sind diese schulischen Defizite sicherlich Spätfolgen früher gesundheitlicher Beeinträchtigungen und fehlender familiärer Anregung im Kleinkind- und Vorschulalter. Andererseits liegen aktuelle Ursachen bei den Eltern und ihrem Verhältnis zu Schule und Leistung, das sich zum Beispiel in mangelndem Interesse, fehlender Unterstützung, negativem Vorbildverhalten sowie niedrigen Erwartungen ausdrückt. Neben abträglichen Bedingungen in den Schulen besteht ein Mangel an materiellen Ressourcen (vor allem Bücher).

Die *Stabilität* des Einflusses von belastenden Kindheitserfahrungen, wie Missbrauch, Elterngewalt, psychische Erkrankungen oder Alkohol- und Drogenkrankungen der Eltern sowie der Verlust eines Elternteils in der Kindheit belegt eindrücklich die Studie von Felitti (2002): Noch fünfzig Jahre später waren tief greifende Folgen für den Gesundheitszustand und das Befinden der betroffenen Personen feststellbar. Frühere psychosoziale Erfahrungen manifestierten sich dabei häufig auch in Form einer körperlichen Erkrankung. Personen, die in der Kindheit vier oder mehr der genannten Risikofaktoren ausgesetzt waren, trugen ein um 460 Prozent höheres Risiko, später psychisch krank zu werden. Ein männliches Kind, das sechs dieser Belastungsfaktoren ausgesetzt war, hatte sogar ein um 4600 Prozent erhöhtes Risiko für späteren Drogenkonsum bis hin zur Drogenabhängigkeit.

1.2. Vorhandene Angebote

Trotz des Wissens um diese Belastungsfaktoren und ihre Auswirkungen greifen Staat und Gesellschaft meist erst dann ein, wenn akute Probleme zum Handeln zwingen. Die vorhandenen Angebote der Kinder- und Jugendhilfe greifen erst dann, wenn das Kind geboren ist. Sie sind zudem ganz überwiegend darauf ausgerichtet, Eingriffsmöglichkeiten und Hilfsangebote für den Fall vorzusehen, dass schon eine Problemsituation manifest geworden ist und das Kindeswohl ein Eingreifen erfordert. Ein Großteil der Hilfen des SGB VIII erreicht erst Familien mit Kindern im schulpflichtigen Alter.²

In anderen Bereichen ist zwar ein präventives Handeln möglich. So sieht zum Beispiel das SGB XII umfangreiche Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsvorsorge vor. Hier liegt die Schwierigkeit eher darin, dass gerade die Zielgruppe, für die es besonders wichtig wäre, dass sie die entsprechenden Angebote nutzt, nicht erreicht wird. Dies zeigt sich zum Beispiel an der politischen Debatte um die verbindliche Einführung der U-Untersuchungen. Schon bisher werden die Angebote der Vorsorgeuntersuchungen für Säuglinge und Kinder von der überwiegenden Mehrzahl der Familien genutzt (ca. 90 Prozent). Es muss aber davon ausgegangen werden, dass gerade die 10 Prozent der Kinder, die nicht zu den Vorsorgeuntersuchungen erscheinen, in Familien in schwierigen sozialen Lebenslagen aufwachsen.

¹ Pagani et al., 1997; Patterson et al., 1990

² vgl. Kinder- und Jugendhilfestatistik

Diese Tatsache hat im Übrigen auch Auswirkungen darauf, in welchem Umfang die Jugendämter dem Schutzauftrag des § 8a SGB VIII tatsächlich nachkommen können: das Jugendamt ist auf Hinweise möglicher Gefährdung angewiesen. Eine entsprechende Information ist in den ersten Lebensjahren nicht sichergestellt. Nach dem Verlassen der Geburtsklinik bis zum Eintritt in den Kindergarten (beziehungsweise in die Schule, wenn kein Kindergartenbesuch erfolgt) ist kein regelmäßiger Kontakt einer Institution mit den Kindern vorgesehen. Wir müssen deshalb konstatieren, dass es für die Kinder, die in schwierigsten sozialen Verhältnisse aufwachsen und für die die o.a. Risiken frühkindlicher Fehlentwicklungen in besonderem Maße bestehen, nicht die erforderlichen präventiven Angebote in unserem Sozialsystem gibt.

Dabei ist aus der Evaluation von Behandlungs- und Fördermaßnahmen bekannt, dass sich Krankheiten und negative Verhaltensweisen umso schlechter korrigieren lassen, je später man reagiert. Als besonders wirksam und kostengünstig haben sich dagegen in den USA¹ sehr früh einsetzende Interventionen erwiesen, die sich gezielt an solche Familien wenden, bei denen eine Häufung von Risikofaktoren erwarten lässt, dass die Kinder ohne Frühförderung in massive gesundheitliche Probleme oder in das gesellschaftliche Abseits geraten werden.

1.3. Gründe für die Wahl des NFP-Konzeptes als Modell

Ausgehend von den oben aufgeführten Entwicklungsrisiken für Kinder aus Familien in schwierigen sozialen Lebenslagen fiel die Entscheidung, das Nurse-Family-Partnership-Programm zu adaptieren und in Deutschland als Modell zu erproben. NFP ist ein Hausbesuchsprogramm für erstgebärende Schwangere. Es beginnt während der Schwangerschaft und endet am zweiten Geburtstag des Kindes. Nurses betreuen die Teilnehmerinnen nach einem spezifischen bewährten inhaltlichen Konzept. Wir haben uns für die Erprobung gerade dieses Konzeptes aus folgenden Gründen entschieden:

- Das „Nurse-Family-Partnership-Programm“ von David Olds und seinen Kollegen² ist eines der wenigen Programme, die zwingend schon im pränatalen Bereich ansetzen. Dadurch steigen die Chancen erheblich, dass eine Prävention gesundheitlicher Risiken gelingen kann und dass rechtzeitig Grundlagen für eine gute Mutter-Kind-Bindung gelegt werden.
- NFP ist passgenau auf die Bedürfnisse der Zielgruppe der Schwangeren in schwierigen Lebenslagen zugeschnitten. Die besten Ergebnisse wurden bei den Teilnehmerinnen erzielt, die die schlechtesten Ausgangsbedingungen hatten.
- NFP ist eines der erfolgreichsten Programme früher Förderung. Es wurde vom Zentrum für Gewaltforschung und -prävention der Universität von Colorado 1996 in die Liste der herausragenden amerikanischen Präventionsprojekte („Blueprint-Modell“) aufgenommen. Von allen „Blueprint-Modellen“ hat sich das NFP als eines der nachhaltigsten Projekte mit hoch signifikanten Effekten erwiesen.³

¹ Olds et al., 1998; Schweinhart, 2005

² Olds et al., 1998, 1999

³ Elliot, 2004

- NFP wurde in verschiedenen Städten und Staaten der USA (Elmira, Memphis, Denver) erprobt und inzwischen über einen Verlauf von 20 Jahren im Rahmen eines experimentellen Kontrollgruppendesigns evaluiert.
- Die positive Wirkung des Programms zeigt sich insbesondere in folgenden Ergebnissen der Evaluation:
 - Verbesserung der mütterlichen und kindlichen Gesundheit während der Schwangerschaft (insbesondere Erhöhung des durchschnittlichen Geburtsgewichts),
 - weniger weitere Schwangerschaften der Mütter und längere Intervalle zwischen den Schwangerschaften,
 - signifikante Verbesserung der kindlichen Entwicklung im Alter von 6 Jahren: höherer IQ, bessere Sprachentwicklung, weniger geistige/psychische Probleme,
 - Reduzierung von Misshandlung und Vernachlässigung um 48 Prozent,
 - Reduzierung späterer Verhaftungen im Jugendalter um 59 Prozent,
 - höhere Raten mütterlicher Berufstätigkeit.
- Das Programm verbreitet sich in den USA: Derzeit werden über 24.000 Frauen mit niedrigem Einkommen aus schwierigen sozialen Verhältnissen, die mit dem ersten Kind schwanger sind, von „Nurses“ im Rahmen von Hausbesuchen erfolgreich betreut. NFP wird seit kurzem auch in anderen Ländern eingeführt und erprobt: Niederlande, Kanada, Paraguay; Italien, Österreich und England haben Interesse.
- Kosten-Nutzen-Analysen belegen, dass das Programm langfristig Folgekosten spart.¹ Das Investment macht sich bereits vor dem vierten Geburtstag der Kinder bezahlt. Im Verlauf von 20 Jahren spart jeder Dollar, der in die Frühprävention floss, vier Dollar an späteren Folgekosten, die bei der Kontrollgruppe vor allem im Bereich der staatlichen Fürsorge und im Justizwesen angefallen waren.
- NFP hat eine Infrastruktur, die es ermöglicht, die Qualität der Umsetzung zu erhalten und kontinuierlich zu verbessern. Dies erfolgt durch Monitoring, laufende Fortbildung und Supervision der Nurses, Dokumentation der Arbeit und Feedback, Beratung der Projektstandorte beim Aufbau und in der Durchführung. Wir haben die Möglichkeit, dass wir all diese Angebote auch nutzen können.

1.4. Notwendigkeit der Durchführung eines Modellversuchs in Deutschland

Das NFP-Programm ist zwar in den USA evidenzbasiert und bewährt. Trotzdem ist bei einer Einführung in Deutschland eine Modellphase erforderlich, in der das Projekt von einer wissenschaftlichen Evaluation, basierend auf einem Kontrollgruppendesign, begleitet wird. Es muss erprobt werden, ob das NFP-Programm auch für Deutschland geeignet ist und zu ähnlich positiven Ergebnissen führt.

Das ist nicht selbstverständlich. Es stellen sich u.a. folgende Fragen:

- Gelingt es uns, die Teilnehmerinnen zu gewinnen, oder besteht in Anbetracht der schon vorhandenen Sozialleistungen kein Interesse an einer Mitwirkung?

¹ Olds et al., 1999

- Lässt sich das Projekt in unser vorhandenes Sozialsystem einfügen?
- Gibt es auch bei uns vergleichbare Kosten-Nutzen-Effekte?
- Finden wir die richtige Profession, die bei uns anstelle der amerikanischen Nurses die Hausbesuche durchführt?
- Wie gelingt uns die Adaption des Materials am besten?

Vor diesem Hintergrund besteht die Notwendigkeit, begleitend zur Umsetzung des Projektes „Pro Kind“ auch in Deutschland eine Forschung durchzuführen.

2. Die fünf Zielsetzungen des Modellprojektes „Pro Kind“

2.1. Gesundes Leben während der Schwangerschaft

Während der Schwangerschaft sollen die Gesundheit und die psychische Stabilität der werdenden Mutter gefördert werden. Dazu gehört auch das Bemühen, sie zu einem möglichst vollständigen Verzicht auf Rauchen und Alkohol zu motivieren und sie bei praktischen Fragen der Lebensgestaltung zu unterstützen. Starke psycho-soziale Belastungen sollen soweit wie möglich vermieden werden, beziehungsweise wenn diese auftreten, wird die werdende Mutter bei der Bewältigung unterstützt. Durch Geburtsvorbereitung soll Stress abgebaut und eine möglichst problemlose Geburt ermöglicht werden; dabei wird angestrebt, auch den Vater in die Geburtsvorbereitungen einzubinden. Ziel ist die frühzeitige Erkennung von und Intervention bei Schwangerschaftskomplikationen seitens der Mutter oder des Kindes und schließlich die Geburt eines gesunden Kindes mit normalem Geburtsgewicht. Mutter und Vater sollen auf die Elternrolle vorbereitet werden und sich nach der Geburt möglichst gemeinsam um ihr Kind kümmern.

2.2. Frühe Förderung des Kindes

Nach der Geburt soll zunächst die emotionale Bindung zwischen Mutter und Kind und – soweit möglich – auch die zwischen Vater und Kind gefördert werden. Dadurch soll eine gesunde Ernährung, angemessene Pflege und liebevolle Betreuung des Kindes sichergestellt werden. Mit zunehmendem Alter des Kindes geht es dann darum, seine körperliche, sprachliche und kognitive Entwicklung so zu unterstützen, dass sich seine Persönlichkeit, seine Fähigkeiten und Fertigkeiten optimal entfalten können und stark belastende Krankheiten beziehungsweise Verhaltensauffälligkeiten (zum Beispiel ADHS) seltener oder gar nicht auftreten.

2.3. Förderung der elterlichen Erziehungskompetenz und Alltagsbewältigung

Eine wichtige Aufgabe des Projekts besteht ferner darin, die Mütter und gegebenenfalls die Väter zu stärken. Zum einen betrifft das ihre Erziehungskompetenz. Beiden soll Mut gemacht werden, sich positiv auf die Elternrolle einzulassen, das heißt die damit verbundenen Lasten zu akzeptieren und richtiges Erziehungsverhalten zu erlernen. Hierfür werden ihnen die erforderlichen Erfahrungen und Kenntnisse vermittelt. Zum anderen geht es aber auch darum, die sozial randständigen Mütter (und Väter) aus der Abhängigkeit von staatlichen Sozialleistungen herauszuführen, in der sie sich zumeist befinden. Durch die Angebote der Krippen- beziehungsweise der Tagesmutterbetreuung und des späteren Kindergartenbesuches sollen sie dazu ermutigt werden, die Chance der

Ganztagsbetreuung ihres Kindes dazu zu nutzen, sich schrittweise auf eigene Beine zu stellen. Sie werden dabei zum Beispiel beim Abschluss einer abgebrochenen Schul- oder Berufsausbildung und beim Finden eines Arbeitsplatzes unterstützt, der ein geregeltes Einkommen sichert, aber auch im Umgang mit Behörden, damit sie ihnen zustehende Förderungen auch in Anspruch nehmen und erhalten. Die amerikanischen Erfahrungen machen Mut, dass auch dieses Ziel bei vielen erreicht werden kann. Dabei gehen wir davon aus, dass eine Stärkung der beruflichen und sozialen Position der Mutter (und gegebenenfalls des Vaters) positive Auswirkungen auf ihren Umgang mit dem Kind haben wird.

2.4. Einsparungen für Kommunen, Staat und Krankenkassen

Das vierte, primär sozialökonomische Ziel des Modellversuches ist es, die Kosten deutlich zu senken, die besonders häufig für Menschen aus Hoch-Risiko-Familien aufgewendet werden müssen. Dies betrifft die Gesundheitskosten während der Kindheit ebenso wie die hohen Aufwendungen, die entstehen, wenn aus Problemkindern später Frühkriminelle, Drogenabhängige, Trebegänger oder Schulversager werden.

Das Frühförderungsprojekt verfolgt das Ziel, die Lasten, die aus solchen Negativkarrieren für Krankenkassen, Landkreise und Städte und Bundesländer erwachsen, nachhaltig zu reduzieren. Die amerikanischen Modellversuche haben demonstriert, dass dies in beachtlichem Maß gelingen kann. Der Modellversuch soll die Überprüfung der Frage ermöglichen, ob auch in Deutschland mit seiner im Vergleich zu den USA besseren sozialstaatlichen Grundversorgung ein entsprechender Effekt erwartet werden kann. Dabei sollen in die Kosten-Nutzen-Analyse dann nicht nur die finanziellen Lasten einbezogen werden, die für die geförderten Kinder beziehungsweise ihre identisch zusammengesetzte Kontrollgruppe entstehen, sondern auch die, die für die Eltern jeweils erwachsen (Sozialhilfe, Arbeitslosenunterstützung, usw.). Und schließlich sind hier auch Nutzeffekte der Förderung zu berücksichtigen (zum Beispiel die Steuerleistungen, die für Kommunen und Staat langfristig aus dem Arbeitseinkommen der Eltern und ihrer in das Arbeitsleben hineinwachsenden Kinder resultieren).

2.5. Übertragbarkeit und bundesweite Implementation des Projekts

Das fünfte Ziel, das quer zu den bisher definierten Zielen und im Fokus der Implementationsforschung liegt, ist die Übertragbarkeit des Projektes. Die Voraussetzungen für die Übertragbarkeit sollen durch folgende Punkte geschaffen werden:

- Wichtig für eine spätere Übertragbarkeit ist die Übernahme der Betreuungskosten im Rahmen der Regelförderung. Um dies zu erleichtern, haben wir uns dazu entschlossen, uns im Modellprojekt „Pro Kind Niedersachsen“ möglichst eng an die schon vorhandenen Systeme zu halten: die Hebamme übernimmt ganz überwiegend hebammentypische Tätigkeiten im Umfang des zeitlichen Rahmens, in dem sie nach der Hebammengebührenordnung tätig wird. Die Sozialpädagogin wird mit dem ganz überwiegenden Teil ihrer Arbeit erst dann tätig, wenn Sozialpädagoginnen auch im Rahmen der Sozialpädagogischen Familienhilfe nach SGB VIII tätig werden, nämlich nach der Geburt des Kindes.

- Auch aus diesem Grund haben wir die Aufgabe der Durchführung der Hausbesuche Berufsgruppen übertragen, die es in allen Städten und Landkreisen bereits gibt – Hebammen und Sozialarbeiterinnen.
- Besonders wichtig für eine politische Akzeptanz des neuen Angebots ist die wissenschaftliche Begleitforschung: ein präventives Angebot wird sich nur dann durchsetzen können und eine Chance haben, in die Regelförderung übernommen zu werden, wenn seine Wirksamkeit nachgewiesen ist und wenn nachgewiesen ist, dass es im Ergebnis Kosten sparend ist.
- Ebenso wichtig und grundlegend für die Umsetzbarkeit ist die begleitende Implementationsforschung, die es ermöglicht, dass nachfolgende Projekte auf die Erfahrungen des Modellprojektes zurückgreifen und aus den Fehlern lernen können. Im Rahmen der Implementationsforschung soll ein Handbuch zur Implementation entstehen.

3. Projektstrukturen

3.1. Trägerschaft

Das Projekt „Pro Kind Niedersachsen“ wurde zunächst während der Anschubphase und in der ersten Zeit der Pilotphase in Trägerschaft des Kriminologischen Forschungsinstituts durchgeführt. Seit Mitte Juli ist es in die Trägerschaft der Stiftung Pro Kind übergegangen.

3.2. Teilnehmende Kommunen

Pro Kind Niedersachsen wird in folgenden niedersächsischen Kommunen umgesetzt: Braunschweig, Celle, Göttingen, Hannover und Wolfsburg.

Mit jeder dieser Kommunen schließt Pro Kind einen Vertrag über die Kooperation ab. Die Kommunen sind zum einen an den Kosten der Familienhelferinnen zur Hälfte beteiligt, zum anderen sind sie aktive Kooperationspartner bei der Umsetzung des Projektes vor Ort. Sie haben jeweils einen Ansprechpartner im Jugendamt benannt, der die enge Verbindung zur Stadtverwaltung gewährleistet. Die Kommunen leisten Unterstützung bei der Gewinnung der Schwangeren, die stellen Kontakte zu Ämtern und anderen lokalen Kooperationspartnern her, sie stellen die Räumlichkeiten für Mutter-Kind-Gruppen, sie sind beteiligt bei der Auswahl der Träger, Familienhelferinnen und Hebammen, sie leisten Unterstützung bei der späteren Suche von Tagesmüttern oder Krippen- beziehungsweise Kitaplätzen für die betreuten Kinder. Eine weitere wichtige Aufgabe ist, dass sie das Projektteam über kommunale Besonderheiten im Bereich der frühen Förderung informieren.

3.3. Projektdauer

Pilotphase: Die Pilotphase begann am 15. Februar 2006. Anfang März fand eine Fortbildung der Projektmitarbeiterinnen in Denver statt. Anschließend konnte das Projektbüro bei der AOK Niedersachsen bezogen werden. Es wurden Teams, bestehend aus Hebamme und Sozialpädagogin (Familienbegleiterinnen), in den Kommunen gesucht, es begann die Adaption des Materials und es wurde Ende April die erste Fortbildung der

Familienbegleiterinnen durchgeführt. Die Aufnahme von jeweils ein bis zwei Teilnehmerinnen begann im Juni. Die Pilotphase endet im Oktober 2006.

Hauptphase: Die Hauptphase des Projektes soll im November 2006 beginnen. Am Beginn der Hauptphase steht zunächst die 22monatige Aufnahmephase, während der neue Teilnehmerinnen in das Projekt aufgenommen werden können. Während dieser Zeit findet für alle aufgenommenen Teilnehmerinnen das Hausbesuchsprogramm statt. Nach Abschluss der Aufnahmephase werden die Teilnehmerinnen und ihre Familien betreut bis das letzte im Programm befindliche Kind den letzten Hausbesuch erhalten hat. Rechnet man ab Ende der Aufnahmephase fünf Monate hinzu bis zur Geburt des letzten aufgenommenen Kindes und dann nochmals drei Jahre bis zum letzten Hausbesuch, dann beträgt die Gesamtdauer der Hauptphase des Projektes 63 Monate. Das Projekt endet nach dieser Planung voraussichtlich im Januar 2012.

3.4. Programminhalt – Hausbesuchsprogramm

Erstgebärenden Schwangeren und ihren Familien, die in schwierigen finanziellen und sozialen Verhältnissen leben, soll durch das Modellprojekt Hilfe angeboten werden. Die Teilnahme ist freiwillig. Die Frauen werden möglichst ab dem fünften Monat ihrer Schwangerschaft von einem Team, bestehend aus einer Hebamme und einer Familienhelferin, den so genannten Familienbegleiterinnen, begleitet. In der Schwangerschaft und den ersten acht Wochen nach der Geburt werden die Hausbesuche ganz überwiegend von der Hebamme geleistet. Die Familienhelferin übernimmt ab dem 3. Lebensmonat des Kindes die aufsuchende Betreuung der Familie, bis das Kind 3 Jahre alt ist. Für den Standort Hannover gilt ein anderer Betreuungsplan für die Zeit nach der Geburt: Auf Wunsch des Hebammenverbandes Niedersachsen haben dort die Hebammen acht Besuchstermine zwischen dem 3. und dem 8. Lebensmonat des Kindes im Bereich hebammentypischer Tätigkeiten. Die Familienhelferin berät und unterstützt die Eltern bei der Erziehung des Kindes und bei deren beruflicher Aus- und Weiterbildung oder Arbeitsplatzsuche. Begleitend zur aufsuchenden Hilfe führen die Familienhelferinnen Mutter-Kind-Gruppen durch.

3.5. Hebammen

Bei der Auswahl legen wir folgendes Anforderungsprofil zu Grunde:

- Die Hebamme hat Interesse daran, Schwangere in sozialen Problemlagen zu Hause zu betreuen.
- Sie ist bereit, an der Fortbildung nach dem Nurse-Family-Partnership (NFP)-Programm teilzunehmen und die Betreuung an dem Konzept auszurichten.
- Sie kooperiert vertrauensvoll mit der Familienhelferin und Pro Kind.
- Sie unterstützt die Schwangeren und ihre Familien bei der Setzung realistischer Ziele und ihrer Erreichung bei der Schwangerschaftsvorbereitung und der Nachsorge, in Ernährungsfragen, bei der Pflege des Kindes, bei der weiteren Familienplanung und bei speziellen Gesundheitsproblemen.
- Sie behält den Zielerreichungsprozess im Auge und nimmt, wenn nötig, Kurskorrekturen vor.

- Sie baut eine Arbeitsbeziehung mit den Frauen und ihren Familien auf, die den Rahmen für die Verbesserung ihrer Problemlösekompetenzen bietet.
- Sie bezieht, wenn möglich, andere Familienmitglieder in die Schwangerschaftsbegleitung, die Geburtsvorbereitung und die frühe Säuglingspflege ein.
- Sie nimmt an den Teambesprechungen und der Fachberatung teil.
- Sie dokumentiert ihre Tätigkeiten gemäß den Besuchsrichtlinien.
- Sie gibt Feedback zu den Besuchsrichtlinien und zur Durchführbarkeit der Tätigkeiten und ist bereit, an der Forschung mitzuwirken.
- Sie zeigt Lern- und Anpassungsbereitschaft an die Veränderungen, die sich im Laufe der Programmumsetzung ergeben.
- Sie bringt eine gewisse Berufserfahrung mit. Bei der Auswahl der Hebammen legen wir besonderen Wert darauf, dass ein gutes menschliches Einvernehmen zwischen Hebamme und Familienhelferin herrscht.

Mit jeder Hebamme wird eine Kooperationsvereinbarung geschlossen. Sie arbeitet auf Honorarbasis und erhält eine Vergütung für die Besuchstermine und die fachspezifischen Stunden (Fachberatung und Fallbesprechung). Die Fortbildungen können nicht vergütet werden.

3.6. Träger der Jugendhilfe – Familienhelferinnen

Pro Kind kooperiert in jeder Kommune mit einem Träger der Jugendhilfe, der die Familienhelferinnen stellt. Die Träger wurden teilweise von den Kommunen benannt, teilweise auf Grund einer Ausschreibung und eines Auswahlverfahrens ermittelt. Grundlage der Kooperation ist in jeder Kommune ein Vertrag zwischen Pro Kind, dem jeweiligen Träger und der Kommune. In dem Vertrag sind die Einzelheiten der Projektdurchführung geregelt. Die Auswahl der Familienhelferinnen findet in Kooperation mit den jeweiligen kommunalen Ansprechpartnern statt. In den einzelnen Kommunen sind unsere Kooperationspartner: Braunschweig: Sankt Nikolaus; Celle: Caritas; Göttingen: Jugendhilfe Südniedersachsen; Hannover: Heimverbund (der Heimverbund ist ein kommunaler Träger); Wolfsburg: Diakonisches Werk.

3.7. Leitungsteam

Das Leitungsteam von Pro Kind ist in Hannover angesiedelt. Es besteht in der Pilotphase aus drei Personen, der Leiterin (Juristin), der stellvertretenden Leiterin (Sozialpädagogin) und einer weiteren Mitarbeiterin (Psychologin). In der Hauptphase des Projektes ist die Besetzung der dritten Stelle mit einer Hebamme oder einer Kinderkrankenschwester beziehungsweise einer Sozialpädagogin mit gesundheitsbezogener Zusatzausbildung geplant. Außerdem wird in der Hauptphase eine Bürokraft eingestellt. Die Buchhaltung wird von einer Buchhalterin übernommen.

3.8. Begleitende Forschung

Geplant ist eine Begleitforschung, die die Umsetzbarkeit des Modellprojektes sowie die Effekte der Frühintervention auf verschiedenen Wirkebenen überprüft. Diese setzt sich aus drei Teilen zusammen:

- Die **Implementationsforschung** soll klären, ob sich das Programm der frühen Förderung wie geplant umsetzen lässt, ob die angestrebte Zielgruppe erreicht wird und welche Veränderungen des ursprünglichen Konzepts erforderlich sind, damit die Projektziele verwirklicht werden können.
- Die **Evaluation der Programmwirksamkeit** beantwortet die Frage, ob und in welchem Ausmaß das Projekt bei den Kindern und ihren Eltern die gewünschten Ergebnisse und Erfolge erzielt und wie sich die festgestellten Wirkungen erklären lassen. Außerdem liefert der Vergleich der unterschiedlichen Maßnahmen („Pro Kind Bremen“ versus „Pro Kind Niedersachsen“) Anhaltspunkte zur Beantwortung der Frage, ob die Verlängerung der frühen Förderung über die ersten beiden Lebensjahre hinaus noch zu substantiellen Verbesserungen der kindlichen Entwicklung in den unterschiedlichen Bereichen und zu einer höheren Erziehungskompetenz und besseren Alltagsbewältigung der Eltern führt.
- Die **Kosten-Nutzen-Analyse** ermittelt die ökonomischen Auswirkungen des Modellversuches durch eine vergleichende Datenauswertung zu den finanziellen Lasten, die im Rahmen der frühen Förderung entstehen und den Kosten, die für beide Gruppen von Kindern und Eltern im Laufe der Jahre erwachsen.

Für die ersten beiden Teile der Begleitforschung sind das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen und Frau Professorin Tanja Jungmann (Universität Hannover) gemeinsam verantwortlich, wobei die Evaluation der medizinischen Frühfördereffekte in Kooperation mit der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) durchgeführt wird. Die Kosten-Nutzen-Analyse wird von PD Dr. Peter Lutz vom Lehrstuhl IV für Öffentliche Finanzen der Universität Hannover übernommen.

4. Teilnehmerinnen

4.1. Zielgruppendefinition

Zur Zielgruppe gehören Schwangere, die folgende Kriterien erfüllen:

- erstgebärend,¹
- bis einschließlich 28. Woche der Schwangerschaft,
- Sozialhilfe/Alg-II-Bezieherin, Vorliegen der Voraussetzungen für Sozialhilfe-/Alg-II-Bezug oder Überschuldung und

¹ Das Projekt richtet sich ausschließlich an schwangere Frauen und ihre Partner, die das erste Kind erwarten, um zum einen schwer zu kontrollierende Einflussfaktoren auszuschließen, die den Erfolg der Frühförderung gefährden könnten. Dazu gehören bereits etablierte maladaptive Erziehungsmethoden, die äußerst änderungsresistent sind, Spannungen zwischen den Geschwistern, weil das in die Frühförderung einbezogene Kind privilegiert aufwächst und dadurch einen Entwicklungsvorsprung erhält und eine zu starke Verfestigung der sozialen Randlage einer Hoch-Risiko-Familie mit vorhandenen Kindern, so dass die Fördermaßnahmen nicht mehr den Effekt erzielen können, der bei einer erstgebärenden Mutter und ihrem Kind erreichbar erscheint.

Zum anderen ist bei dem hier empfohlenen Konzept zu erwarten, dass spätere Geschwister eines Kindes der Fördergruppe sehr davon profitieren werden, wenn ihre Eltern und deren erstes Kind von vornherein durch die Fördermaßnahmen auf einen guten Kurs gebracht worden sind.

- das Vorliegen von einem der folgenden Indizien für eine besondere soziale oder persönliche Problemlage:
 - minderjährig,
 - kein Schulabschluss,
 - kein Berufsabschluss,
 - soziale Isolation,
 - Gewalt-/Missbrauchserfahrung,
 - gesundheitliche Probleme,
 - Suchtprobleme (nach individueller Entscheidung),
 - sonstiger sozialer und persönlicher Belastungsfaktor.

Die Teilnehmerinnen müssen sich auf Deutsch verständigen können. In Hannover werden wir versuchen, je ein russischsprachiges und ein türkischsprachiges Team zur Betreuung von Teilnehmerinnen dieser beiden ethnischen Gruppen zu gewinnen, die kein Deutsch sprechen. Während der Pilotphase, aber auch noch in der Hauptphase werden wir ein besonderes Augenmerk darauf richten, ob das Angebot von Pro Kind für die gesamte Zielgruppe, die wir ansprechen möchten, geeignet ist. Es könnte sich dabei herausstellen, dass für Drogenabhängige das Betreuungsangebot nicht intensiv genug ist. Es kann sich auch herausstellen, dass sich eine Gruppe – zum Beispiel Minderjährige – in besonderer Weise angesprochen fühlt und vom Projekt profitiert. Durch die Begleitforschung haben wir die Möglichkeit, wertvolle Erkenntnisse zu sammeln, für wen genau Pro Kind eine passgenaue Hilfe darstellt.

4.2. Anzahl der Teilnehmerinnen in der Betreuungsgruppe

Nach den Erfahrungswerten der städtischen Behörden sind circa 43 Prozent eines Jahrgangs Erstgeburten. Ferner können wir nach den Erkenntnissen einer Begleitforschung des hier durchgeführten Projekts „Aufsuchende Familienhilfe für junge Mütter – Netzwerk Familienhebamme“ und Angaben des UNICEF-Reports 2005 davon ausgehen, dass circa 7 bis 10 Prozent der Neugeborenen zu unserer Zielgruppe der sozial stark belasteten Familien gehören. Auf der Basis amerikanischer Erfahrungswerte unterstellen wir zudem, dass es gelingen wird, ca. 50 Prozent der schwangeren Frauen unserer Zielgruppe dafür zu gewinnen, das Betreuungsangebot des Projekts anzunehmen. Legen wir diese Eckdaten zugrunde, dann errechnet sich als Gesamtrekrutierungszeit anhand der Geburtenzahlen der fünf Projektstandorte Hannover, Braunschweig, Celle, Göttingen und Wolfsburg die Zeit von 22 Monaten, um in den beteiligten Kommunen die Gesamtzahl von 168 Kindern zu erreichen, die zu unserer Zielgruppe gehören. Dabei unterstellen wir für die Aufnahmephase eine Verlustquote von 10 bis 15 Prozent, die wir jeweils durch Neurekrutierungen ausgleichen.

Über die Abbrecherquote, die sich später ergibt, können wir in Ermangelung von Erfahrungswerten aus Deutschland keine belastbaren Angaben machen. In den USA liegt sie insgesamt betrachtet bei den NFP-Projekten bei 10 Prozent. Wir streben an, sie dadurch auszugleichen, dass wir in der Aufnahmephase von der Zielgruppe 55 bis 60 Prozent erreichen. Grundlage dieser Annahme ist die Einschätzung, dass im deutschen Sozialstaat für sozial randständige Frauen generell eine engere Betreuungsdichte besteht als in

den USA. Dabei sind wir uns Klaren darüber, dass all diese Prognosen zwangsläufig mit Unsicherheiten behaftet sind, die wir gegenwärtig auf der Basis der verfügbaren Informationen nicht ausschalten können. Erst die Praxis der beiden Pro-Kind Modellprojekte wird hier zu gesicherten Erkenntnissen führen.

4.3. Gewinnung der Teilnehmerinnen

Die Entwicklung und Umsetzung einer Strategie zur Gewinnung von Schwangeren für die Projektteilnahme ist ein Schwerpunkt der Pilotphase des ersten Drittels der Hauptphase. Wir gehen davon aus, dass es eine Herausforderung darstellt, erstgebärende Schwangere unserer Zielgruppe schon während der Schwangerschaft für eine Teilnahme an einem Projekt zu motivieren, das auf Freiwilligkeit basiert.

Wir haben folgenden Plan für unser Vorgehen entwickelt, der jedoch einer ständigen Überprüfung ausgesetzt ist, ob er tatsächlich effizient und geeignet ist.

Zunächst gehen wir davon aus, dass wir die Teilnehmerinnen auf drei Wegen erreichen können: Entweder sie melden sich selbst oder sie werden von Menschen aus ihrem persönlichen Umfeld gemeldet (Freunde, Verwandte) oder der Kontakt zu uns wird über Dritte vermittelt, die auf Grund ihrer beruflichen Stellung in Kontakt mit unserer Zielgruppe stehen.

Für die ersten beiden Fallgruppen – Selbstmelderinnen und Vermittlung durch nahe stehende Personen aus dem privaten Umfeld – haben wir folgende Informationswege vorgesehen:

- Wir legen Flyer an den Stellen aus, an denen wir vermuten, dass unsere Zielgruppe auf sie aufmerksam werden könnte,
- wir stellen unser Projekt bei öffentlichen Veranstaltungen in der Kommunen dar: zum Beispiel Tag der offenen Tür im Jugendamt, Gesundheitstag etc.,
- wir informieren, beginnend mit der öffentlichen Projektvorstellung, in den Medien über das Projekt.

Wir gehen jedoch davon aus, dass wir die Mehrzahl unserer Teilnehmerinnen auf dem dritten Weg, also über die Vermittlung durch Dritte, erreichen werden. Wir müssen daher Zeit und Engagement darauf verwenden, Dritte als Kooperationspartner zu gewinnen.

Dabei sind folgende Fragen entscheidend:

Wer kommt als Kooperationspartner in Betracht?

Im Auftaktworkshop haben wir gemeinsam mit den kommunalen Ansprechpartnern die möglichen Berufsgruppen, Einrichtungen und Stellen identifiziert und je nach ihrer voraussichtlichen Eignung in zwei Gruppen eingeteilt

Gruppe 1

- Frauenärzte, Mitarbeiterinnen der Schwangerschaftsberatungsstellen (Pro Familia, Caritas, Diakonie), Sozialarbeiterinnen der beteiligten Jugendämter, niedrig-

schwellige Beratungsstellen in Stadtteilen (Caritas, Diakonie), ARGE, Schulsozialarbeiter, Streetworker, die in der Jugendszene tätig sind.

Gruppe 2

- Krankenhäuser/Kliniken, Geburtshäuser, Kirchengemeinden, Frauenzentren, Bürgerämter, Sozialambulanzen aus Wohnungsbaugesellschaften, DCJD=Deutsches Christliches Jugenddorf, Träger der Jugendhilfe, Bewährungshilfe, Treffpunkte für Jugendliche/Jugendszenetreffs, Jugendwerkstätten, Heime, Drogenberatung, Stadtteilcafés, Mütterzentren, Mehrgenerationenhäuser, Krankenkassen.

Zu den genannten Einrichtungen beziehungsweise Personengruppen nehmen wir gezielt Kontakt auf. Dabei werden von uns in der ersten Phase primär die Mitglieder der Gruppe 1 angesprochen.

Wie gelingt es, die Kooperationspartner zu motivieren, als aktive „Headhunter“ für Pro Kind tätig zu sein?

Dafür sind – so vermuten wir – folgende Punkte hilfreich:

- Sie müssen davon überzeugt sein, dass das Programm tatsächlich wirksam und passgenau ist – und zwar in dem Bereich, der aus ihrer beruflichen Perspektive von besonderem Interesse ist.
- Die Anwerbung einer Schwangeren darf nicht zeitintensiv sein. Sie muss sich in den Arbeitsablauf einfügen, ohne dass es stört.
- Es muss eine Bindung zwischen Pro Kind und dem Kooperationspartner aufgebaut werden.

Letzteres möchten wir dadurch erreichen, dass wir die Kooperationspartner in ein Netzwerk von Partnern, die wir regelmäßig über den Stand des Projektes informieren, aufnehmen.

Wie gelingt es den Kooperationspartnern, die Schwangeren tatsächlich für eine Teilnahme zu motivieren?

Dies ist die zentrale Frage. Wir helfen ihnen dabei, indem wir den Kooperationspartnern Flyer und eine Kurzbeschreibung des Projektes zur Verfügung stellen. Da wir mit einem Kontrollgruppendesign arbeiten, wird es entscheidend darauf ankommen, dass die Kooperationspartner in kurzen, einfachen Sätzen die Vorzüge des Projektes – Vergleichsgruppe ebenso wie Betreuungsgruppe – schildern können.

Im Rahmen der begleitenden Dokumentation verfolgen wir, welche Kooperationspartner uns wie viele Schwangere vermitteln. Besonders erfolgreiche Headhunter planen wir nach ihren „Erfolgsstrategien“ zu befragen. Aus den Ergebnissen der Dokumentation können interessante Rückschlüsse gezogen werden, welche Kooperationspartner besonders geeignet sind, um die Zielgruppe zu erreichen.

5. Konzept des Hausbesuchsprogramms

5.1. Zur Erreichung der drei Primärziele sollen im Rahmen einer differenzierten Einzelfallbetreuung folgende Maßnahmen kombiniert werden:

▪ Pränatale Intervention

Aufsuchende Beratung von schwangeren Frauen durch Hebammen nach dem NFP-Programm; einige Besuchstermine werden von der Familienhelferin beziehungsweise von beiden gemeinsam wahrgenommen.

▪ Frühkindliche Intervention

Aufsuchende Familienhilfe für junge Mütter und Väter nach dem NFP-Programm. Im Rahmen dieses Konzepts werden die Mütter und auch die Väter mit den Fähigkeiten, Verhaltensweisen, Zuständen und Signalen von Neugeborenen und Säuglingen vertraut gemacht. Außerdem sollen mit den Müttern Mutter-Kind-Gruppen durchgeführt werden beziehungsweise die Mütter in bestehende Mutter-Kind-Gruppen integriert werden.

5.2. Hausbesuche durch Hebammen und Familienhelferinnen (Familienbegleiterinnen)

Die NFP-Besuchsfrequenz ist wie folgt: Im ersten Monat nach der Aufnahme ins Programm findet einmal wöchentlich ein Besuch statt. Dann vierzehntägig bis zur Geburt. Nach der Geburt findet im amerikanischen Programm in den ersten vier Wochen einmal wöchentlich ein Besuch statt, anschließend bis zum 21. Lebensmonat ein Besuch vierzehntägig. In den letzten drei Monaten vor dem zweiten Geburtstag ist nur noch ein monatlicher Besuch geplant. Im Projekt Pro Kind Niedersachsen gibt es folgende Veränderungen gegenüber dem amerikanischen Modell: Hier ist anstelle der Nurses ein Team, bestehend aus einer Hebamme und einer Familienhelferin, für die Besuche zuständig. Da in der Zeit der Schwangerschaft und in den ersten Wochen nach der Geburt vorwiegend die Hebammen für die Hausbesuche zuständig sind, werden in der Regel auch die nach der Hebammengebührenverordnung anfallenden zusätzlichen Termine von den Hebammen wahrgenommen. Es gibt also eine größere Dichte an Besuchen rund um die Geburt. Gerade in den ersten acht Wochen sind ja viele Besuche nach der Hebammengebührenverordnung im Rahmen der Wochenbettbetreuung vorgesehen und erstattungsfähig.

5.3. Dauer und Struktur des Hausbesuchs

Jeder Besuch dauert etwa 1 bis 1,5 Stunden. Die Besuche erfordern eine intensive Vorbereitung und eine Nachbereitung, in der die Dokumentation durchgeführt wird. Der Ablauf jedes Familienbesuchs ist mit Hilfe des Besuchplans gegliedert, der auch der betreuten Frau beziehungsweise Familie vorliegt. Bei jedem Besuch wird in dieser Abfolge vorgegangen, allerdings können die Schwerpunkte von Besuch zu Besuch variieren. Die Einführung dieser Struktur stellt einen positiven Kontrast zu den zum Teil wenig strukturierten Verhältnissen dar, in denen manche Familien leben, und gibt der Familienbegleiterin die Möglichkeit, mit dem Zeitmanagement während des Familienbesuchs als Modell zu dienen. Die Einführung von Zeitgrenzen und das Beibehalten eines ganz bestimmten Fokus von Besuch zu Besuch helfen sowohl den Familienbegleiterin-

nen als auch den Klienten dabei, sich nicht durch Krisen überfordern zu lassen. Zudem wird verhindert, dass man sich bei dem Versuch, zu viele Dinge gleichzeitig erledigen zu wollen, verzettelt und dabei andere wichtige Ziele aus den Augen verliert.

5.4. Theoretische Grundlagen des Besuchsprogramms

Das Betreuungskonzept basiert inhaltlich auf Erkenntnissen und Hypothesen der Ökologischen Theorie *Bronfenbrenners*, der Selbstwirksamkeitstheorie *Banduras* und der Bindungstheorie *Bowlbys*.

- Das Programm nimmt dies zum Anlass, die Ergebnis- und Effizienzerwartungen der Mütter differenziert zu erfassen. Einige Frauen sind zum Beispiel überzeugt, dass das Rauchen ihnen und ihrem ungeborenen Kind schadet (Ergebniserwartung), aber sie glauben nicht, dass sie es schaffen werden, damit aufzuhören (Wirksamkeitserwartung). Die „Nurses“ wurden bei *Olds* 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 zum Beispiel Pflege- und Erziehungsverhaltensweisen systematisch von der „Nurse“ verstärkt, die bereits Teile des gewünschten Verhaltens enthalten oder eine Annäherung an das Zielverhalten darstellen. Durch das Aufzeigen von bereits bestehenden Stärken wird sukzessive das Vertrauen der Eltern in ihre erzieherischen Fähigkeiten aufgebaut, was auch einen Anreiz für den Erwerb weiterer Erziehungsfähigkeiten schafft. Die „Nurses“ unterstützen die Frauen zudem im Umgang mit alltäglichen Problemen sowie dem Finden von geeigneten Bewältigungsstrategien. Dadurch werden Angst und Unsicherheit bei den Frauen abgebaut und Handlungsspielräume aufgezeigt.
- Die eigenen frühkindlichen Bindungserfahrungen der werdenden Mütter sind nach der *Bindungstheorie Bowlbys* (1969) in Form von Beziehungsschemata enkodiert, die den Stil der emotionalen Kommunikation und der Beziehungen prägen. Negative Bindungserfahrungen spiegeln sich folglich in späterem ungünstigen Kommunikations- und Beziehungsverhalten wieder. Dies kann enorme Auswirkungen im Hinblick auf die Qualität der späteren Mutter-Kind-Beziehung haben. Fundamental für eine Veränderung dysfunktionaler Bindungsschemata sind enge, nahezu therapeutische Bündnisse zwischen den „Nurses“ und den Familien, die bereits 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. Dabei ist es wichtig, dass die „Nurses“ die Kindheitserlebnisse der Mütter und deren Beziehungsschemata kennen beziehungsweise systematisch erfassen. Mütter und andere Erziehungspersonen sollen ihre eigenen Kindheitserfahrungen reflektieren und Entscheidungen darüber treffen, wie sie im Lichte der eigenen Erfahrungen ihr Kind erziehen möchten. Die „Nurses“ führen dieses Thema zwischen dem 6. und 8. Lebensmonat des Kindes ein. In der Denver-Studie wurde in einigen Familien sogar schon pränatal über die eigenen Kindheitserfahrungen der Eltern gesprochen (insbesondere Disziplinierungsmaßnahmen, Identifikation mit anderen Eltern, die ihrer Meinung nach ihre Kinder gut erzogen haben). Dabei ist es wichtig, ein Gespräch

für die Bereitschaft der Eltern zu entwickeln, über dieses Thema zu reflektieren (häufig macht es erst Sinn, wenn die Disziplinierung der eigenen Kinder ansteht). Den Eltern soll so geholfen werden, ihr Kind als eigenes Individuum mit Bedürfnissen zu sehen, die sich von ihren eigenen unterscheiden. Die Wahrnehmung kindlicher Motivationen und Kommunikationsmethoden sollen entwickelt werden. Dabei werden explizit sensibles, responsives und engagiertes Erziehungsverhalten in der frühen Kindheit von den „Nurses“ unterstützt und gefördert.

5.5. Haltung der Familienbegleiterinnen

Die innere Haltung der Familienbegleiterinnen, die sich in ihrem konkreten Verhalten den Teilnehmerinnen gegenüber äußert, ist das Herzstück des Programms und Voraussetzung für das Gelingen und den Erfolg der Arbeit mit den Teilnehmerinnen. Diese Haltung ist aus unserer Sicht auch die Basis dafür, dass die Teilnehmerinnen eine tragfähige Beziehung zur Familienbegleiterin entwickeln, dass sie an das Projekt gebunden werden und sich über einen langen Zeitraum freiwillig beteiligen. Die Familienbegleiterin orientiert sich in ihrer Arbeit an den folgenden Leitgedanken des Projekts Pro Kind:

a. Jeder ist Experte für das eigene Leben!

Es geht darum, die Teilnehmerinnen als Expertinnen für ihr Leben ernst zu nehmen und ihnen nicht vorgefertigte Lösungen für ihre Probleme und Fragen zu präsentieren. Es sind nur die Lösungen hilfreich, die sie selbst für sich entwickeln; es führen nur die Wege weiter, die sie selbst aktiv einschlagen. Dabei brauchen sie Unterstützung, sind auf zusätzliche Informationen angewiesen und müssen Selbstvertrauen zu sich selbst entwickeln, dass sie es schaffen.

b. Folge den Herzenswünschen der Familie!

Die Teilnehmerinnen werden dann am ehesten ihre inneren Kräfte mobilisieren und sich auf den Wege einer Änderung eigener Verhaltensmuster begeben, wenn sie in ihren eigenen Herzenswünschen angesprochen werden. Auch deshalb ist es besonders wichtig, dass die Familienbegleiterinnen sich mit den Teilnehmerinnen auf die Suche nach deren – oft verschütteten – Lebensträumen begeben und sie dann dabei unterstützen, diese Wünsche zu realisieren. Dem Projekt kommt zugute, dass gerade viele erstgebärende Schwangere als großen Herzenswunsch haben, dass sie mit ihrem Kind glücklich werden und dass ihr Kind es einmal besser haben soll als sie selbst.

c. Kleine Schritte können Großes bewirken!

Viele Teilnehmerinnen der Zielgruppe haben in ihrem Leben einen Misserfolg nach dem anderen erlebt. Eine wesentliche Aufgabe der Familienbegleiterin besteht darin, diese Häufung von Negativerfahrungen aufzubrechen und der Teilnehmerin zu ermöglichen, dass sie auf eine Erfolgsspur kommt. Dies geschieht dadurch, dass die Familienbegleiterinnen mit den Frauen möglichst kleine erreichbare Ziele vereinbaren, so dass die Teilnehmerin die Erfahrung macht, dass sie diese kleinen Schritte gut schaffen kann.

d. Der Weg ist das Ziel!

Im Lauf der langen Begleitung durch die Hebamme und die Familienhelferin, die ihr als Coach zur Seite stehen, macht die Teilnehmerin wichtige Lernerfahrungen. Ziel ist, dass ihr die dabei gewonnenen Erkenntnisse in ihrem weiteren Leben nützlich sind und dass sie während der Zeit, in der sie begleitet wird, Problemlösungskompetenzen erwirbt, die es ihr ermöglichen, später eigenständig ohne Unterstützung ihr Leben zu meistern.

e. Betone die Stärken!

Ein ganz wichtiger Punkt ist, dass die Familienhelferinnen daran arbeiten, die Stärken jeder einzelnen Teilnehmerin aufzuspüren. Dies wird dann schwierig sein, wenn die Teilnehmerinnen ein geringes Selbstvertrauen haben. Doch gerade in diesen Fällen ist es umso wichtiger, die Stärken zu identifizieren, zu betonen und weiterzuentwickeln. Denn in den Stärken der Teilnehmerin sind die Kräfte enthalten, die es ihr ermöglichen, eine gute Beziehung zu ihrem Kind zu entwickeln und das eigene Leben erfolgreich zu meistern.

5.6. Inhalte der Hausbesuche

Die Inhalte der Hausbesuche drehen sich um ausgewählte Bereiche des individuellen und familiären Lebens. Eine Gesamtschau der Themenbereiche belegt den ganzheitlichen Ansatz des Konzeptes. Inwieweit jeweils einzelne Themenbereiche bei einem bestimmten Hausbesuch vertieft werden, hängt von der Zielsetzung des Besuchs ab. Bei einigen Hausbesuchen werden alle inhaltlichen Bereiche thematisiert, andere Besuche berühren nur Teile davon. Innerhalb dieses vorgegebenen Rahmens setzt jede Familienbegleiterin ihre professionelle Entscheidungskraft ein, um die Inhalte der Hausbesuche den individuellen und aktuellen Interessen der Mutter und ihrer Familie anzupassen.

Die Inhaltsbereiche sind:

- **Persönliche Gesundheit:** Innerhalb dieses Inhaltsbereichs thematisieren die Familienbegleiterinnen gesundheitsförderliche Verhaltensweisen der Frauen und der Familien, wie insbesondere Ernährung und sportliche Betätigung, die psychische Gesundheit sowie den Konsum von Zigaretten, Alkohol oder illegalen Drogen.
- **Gesundheitsförderliche Umgebung** – Inhalt ist hier die Angemessenheit der Wohnsituation, der Arbeit, der Schule und Nachbarschaft für die Gesundheit der Mutter und des Kindes.
- **Lebensplanung und -gestaltung** – die Familienbegleiterinnen thematisieren die Ziele der Frauen bezüglich ihrer (schulischen) Ausbildung und einer Berufstätigkeit beziehungsweise der Familienplanung.
- **Mutterrolle/Vaterrolle/Elternrolle** – es geht hier um die Akzeptanz der neuen Rollen und den Erwerb von Kenntnissen und Fähigkeiten zur Förderung der Gesundheit und der Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern.

- **Familie, Bekannte und Freunde** – die Familienbegleiterinnen unterstützen darin, mit Beziehungsfragen umzugehen und die Unterstützung für ihre eigenen Ziele und bei der Kinderversorgung zu erweitern.
- **Soziale Dienste und Gesundheitsversorgung** – Thema ist hier der Kontakt zu medizinischen und sozialen Einrichtungen, die Umgangsweise mit diesen Einrichtungen und die zusätzlichen Verbindungen, die notwendig sind, um dem Bedarf der Klientin beziehungsweise ihrer Familien zu entsprechen.

5.7. NFP-Materialien

Das amerikanische NFP-Programm hat ausführliche Materialien entwickelt, die zur Unterstützung der Arbeiten der Familienbegleiterinnen dienen. Eine Aufgabe von Pro Kind ist es, begleitend zur Umsetzung des Hausbesuchsprogramms die amerikanischen Materialien zu adaptieren.

Die Inhalte des Programms sind in drei Handbüchern gegliedert:

- Handbuch für die Schwangerschaft,
- Handbuch für das Säuglingsalter,
- Handbuch für das Kleinkindalter.

Je nach Lebensphase und Entwicklungsstand werden Themen für jeden Besuch ausgewählt. Die Handbücher geben Inhalte und Struktur des Besuchs vor, um die Gefahr zu vermindern, dass die Familienbegleiterin und die Familie völlig von den Alltagsproblemen in Beschlag genommen werden und die langfristigen Ziele des Programms aus den Augen verlieren. Die Inhalte des „Handbuchs Schwangerschaft“ gehen über die körperlichen Veränderungen und das mütterliche Gesundheitsverhalten während der Schwangerschaft hinaus und thematisieren in besonderem Maße die emotionalen und psychologischen Herausforderungen, die mit der zukünftigen Mutter- beziehungsweise Elternrolle verknüpft sind (zum Beispiel Aufbau der pränatalen und Vorbereitung der postnatalen Mutter- beziehungsweise Eltern-Kind-Bindung, Vermittlung von anschaulichem Wissen über die Entwicklung des Kindes im Mutterleib und die Bedeutung der pränatalen Gehirnentwicklung).

5.8. NCAST/PIPE

Die aufsuchende Familienhilfe für junge Mütter und Väter soll in Ergänzung der NFP-Handbücher nach dem NCAST Keys to Caregiving-Konzept¹ und den NCAST Beginning Rhythms and Sleep Activity Records beziehungsweise nach vergleichbaren deutschen Materialien durchgeführt werden. Im Rahmen dieses Konzepts werden die Mütter und auch die Väter mit den Fähigkeiten, Verhaltensweisen, Zuständen und Signalen von Neugeborenen und Säuglingen vertraut gemacht. Die Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Interaktion werden thematisiert und transparent gemacht.

Das amerikanische PIPE-Material bietet ergänzende Bausteine für die Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern. Auch hier ist noch offen, ob das amerikanische Material adaptiert wird oder ob adäquate deutsche Materialien zum Einsatz kommen werden.

¹ Barnard, 1990

5.9. Fortbildung

Die mit uns kooperierenden Hebammen und Familienhelferinnen werden in spezifischen Fortbildungskursen auf die Umsetzung des Programms vorbereitet. Die Fortbildungsinhalte werden unter Berücksichtigung der Inhalte der NFP-Trainings und unter Berücksichtigung der spezifischen Fortbildungsbedarfe der Hebammen und Familienhelferinnen konzipiert. Ein Schwerpunkt in der Fortbildung der Hebammen ist darauf gerichtet, die schwangeren Frauen unserer Zielgruppe zu einem gesunden Lebenswandel, das heißt zu einer gesunden Ernährung und zum Verzicht auf Drogen und Alkohol sowie Rauchen zu motivieren. Im Hinblick auf das zuletzt genannte Ziel möchten wir mit dem Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin zusammenarbeiten, an dem derzeit ein EU-gefördertes Projekt zur Reduzierung von Rauchen in der Schwangerschaft durchgeführt wird, das sich primär an Hebammen wendet. Ihnen wird im Rahmen eines Fortbildungskurses vermittelt, wie sie schwangere Frauen durch motivierende Gesprächsführung bei der Raucherentwöhnung am besten und wirksamsten erreichen können. Es ist geplant, allen im Projekt mitarbeitenden Hebammen eine entsprechende Fortbildung anzubieten.¹

5.10. Fachberatung/Fallbesprechung

Ein essenzieller Bestandteil des NFP-Programms ist die fachliche Begleitung der Familienhelferinnen durch regelmäßige Fachberatung und Fallbesprechungen. Diese fachspezifischen Termine werden von einer Mitarbeiterin des Projektes Pro Kind für die Familienbegleiterinnen angeboten.

5.11. Dokumentation

Die Familienbegleiterinnen dokumentieren die Hausbesuche mit Hilfe verschiedener Dokumentationsbögen. Diese werden in ein computergestütztes Programm eingegeben und ausgewertet. Dadurch ist es möglich, der einzelnen Familienbegleiterin eine detaillierte Rückmeldung zu ihrer Arbeit zu geben. Nach der Erfahrung des NFP-Programms in den USA ist das Dokumentationssystem eine wertvolle Erkenntnisquelle für die Qualitätskontrolle der Arbeit der Familienbegleiterinnen. Außerdem bietet es die Grundlage für die permanente Weiterentwicklung und Verbesserung des Programms.

5.12. Besonders wichtige Punkte bei der Umsetzung von Pro Kind Niedersachsen

- In unserem Modellversuch soll die Betreuung von Mutter und Kind im dritten Monat nach der Geburt schrittweise an die Familienhelferinnen übergeben werden. Diese verfügen als Sozialarbeiterinnen auch über die Kompetenz, die Mütter in allen lebenspraktischen Fragen zu beraten. Es erscheint uns deshalb nicht sinnvoll, den Hebammen durch ein aufwändiges Fortbildungsprogramm diese sozialpädagogische Kompetenz zu vermitteln. Stattdessen streben wir schon in der Phase der Schwangerschaftsbetreuung ein Teamwork von Vertretern beider Berufsgruppen an. Wenn es beispielsweise darum geht, die schwangere Frau über die Leistungsangebote der Sozialhilfe oder die ihr zustehenden Unterhaltsleistungen zu informieren, ihr eine Sozialwohnung zu vermitteln, ihr Schuldnerberatung anzubieten oder sie bei der Lösung innerfamiliärer Konflikte zu unterstützen, soll

¹ www.bips.uni-bremen.de/rauchen/

die zuständige Familienhelferin von der Hebamme bereits während der Schwangerschaft zur Beratung der Frau herangezogen werden. Dieses Teamwork ist auch vor dem Hintergrund des NFP-Konzepts von *Olds* äußerst sinnvoll, da sowohl die Hebamme als auch die Familienhelferin so schon vor der Geburt des Kindes und damit in einer Phase, in der die Frauen mit höherer Wahrscheinlichkeit Unterstützung annehmen, eine Beziehung aufbauen können. Da die Familienhelferin die Betreuung nach der Geburt des Kindes fortsetzt, wird eine erneute Erfahrung des Verlassenswerdens vermieden.

- Der Erfolg des Frühförderungsprogramms wird entscheidend davon abhängen, ob es gelingt, die jungen Frauen dafür zu motivieren, mit den Familienhelferinnen zusammenzuarbeiten. Um dies zu erreichen, sollen die Sozialarbeiterinnen von den Hebammen positiv eingeführt und mit den jungen Frauen möglichst noch während der Schwangerschaft bekannt gemacht werden. Die Chance hierzu ergibt sich dann unproblematisch, wenn die oben skizzierten Sachfragen es erforderlich machen, die Familienhelferin bereits während der Schwangerschaft zur Beratung bei lebenspraktischen Problemen heranzuziehen. Sollte dies nicht der Fall sein, ist geplant, dass die jeweils zuständige Sozialarbeiterin die Hebamme in der neunten und zehnten Woche nach der Geburt des Kindes bei den Hausbesuchen begleitet und dadurch mit der jungen Mutter bekannt wird. Ziel ist es, dass zwischen beiden eine gute, belastbare Beziehung entsteht, die durch die gemeinsame Freude an dem neugeborenen Kind mitgeprägt wird. Die Familienhelferin soll für Mutter und Kind in die Rolle eines *Entwicklungslotsen* hineinwachsen und so für die nächsten Jahre zu einer wichtigen Bezugsperson werden.
- Im Hinblick auf das dritte Lebensjahr des Kindes gibt es zur Häufigkeit von Hausbesuchen bisher keine internationalen Vorerfahrungen. Generell streben wir an, im Vergleich zum zweiten Lebensjahr das Betreuungsangebot weiter zurückzunehmen. Im Grunde soll es darauf beschränkt werden, den jungen Familien in Krisensituationen zur Seite zu stehen. Bei einigen wird es möglich sein, die Hausbesuche zunächst völlig einzustellen und sie nur dann wieder aufzunehmen, wenn sie von den Müttern beziehungsweise Vätern wegen aktueller Probleme ausdrücklich gewünscht werden. In anderen Fällen wird man eine Verringerung der Besuchshäufigkeit auf einmal pro zwei bis drei Monate erreichen können. Ziel ist es, aus den Erfahrungen des dritten Betreuungsjahres zu lernen und Standards zu entwickeln, die später von Nachfolgeprojekten genutzt werden können.
- Ein zentrales Anliegen des Frühförderungsprojekts besteht darin, die Eltern in der Schlussphase der Hausbesuche zu motivieren, ihren Kindern ab dem dritten Geburtstag den Besuch eines Kindergartens zu ermöglichen. Zuvor sollen Familien, die Probleme dabei haben, für ihre kleineren Kinder tagsüber eine gute Betreuung zu gewährleisten, auf geeignete Kinderkrippen hingewiesen werden. Die Aussichten dafür, diese Einrichtungen im Rahmen des Modellversuches zu nutzen, sind günstig. Die Stadt Hannover verfügt über ein breites Angebot von Kindergärten und Kinderkrippen und möchte das Projekt engagiert dabei unterstützen, für jedes Kind, das Frühförderung erhalten soll, einen geeigneten Krippen- oder Kindergartenplatz zur Verfügung zu stellen. Entsprechende Rahmenbedingungen streben wir auch bei den anderen Städten an, mit denen wir zusammenarbeiten wollen.

- Ein zusätzlicher Bestandteil des niedersächsischen Modellversuches soll die Organisation von Kleingruppentreffen mit jeweils sechs bis acht Müttern und ihren Säuglingen beziehungsweise kleinen Kindern sein. Die Treffen dienen dazu, die jungen Mütter mit den in den verschiedenen Altersphasen des Babys beziehungsweise Kleinkindes auftretenden Besonderheiten und Schwierigkeiten vertraut zu machen, die Mütter bei der Erziehung des Kindes zu unterstützen und einen konstruktiven Erfahrungsaustausch zu ermöglichen. Die Themen reichen vom Umgang mit irritablen Säuglingen (schreienden und ihren Schlafrhythmus nicht findenden Babys) über Kleinkindernährung, das Erkennen von kindlichen Bedürfnissen und Kinderkrankheiten bis hin zu entwicklungsförderlichen Spiel- und Singangeboten. Die Familienhelferin organisiert die Gruppentreffen alle drei bis vier Wochen in der Nachbarschaft, zum Beispiel in Räumen von Kirchengemeinden, Stadtteilzentren, Mütter-Zentren und Mehrgenerationenhäusern. Bei Bedarf können zu den jeweiligen Themen Honorarkräfte mit Expertise eingeladen werden.

- Im Rahmen der Hausbesuche und des Elterntrainings sollte intensive Beratung über die gravierenden Schädigungen, die aus extensivem frühkindlichem Fernsehen entstehen können, stattfinden. Dabei geht es vor allem darum, die Eltern schrittweise zu einem verantwortungsbewussten Umgang mit Medien und zur Medienkompetenz zu befähigen. Es gibt durchaus Befunde, die dafür sprechen, dass moderater Fernsehkonsum entwicklungsförderlich wirkt, insbesondere dann, wenn Co-Watching und anschließende Interaktion über das Programm stattfindet.¹ Bei überdurchschnittlich langer Fernsehzeit sehr junger Kinder sind die Mehrzahl der Befunde allerdings alarmierend: So zeigen Befunde einer Längsschnittanalyse², die in den USA mit über 1.000 Kleinkindern durchgeführt wurde, dass sich bei einer Steigerung der Fernsehzeit einjähriger Kinder um zwei Stunden das Risiko von Aufmerksamkeitsstörung und Hyperaktivität um 28 Prozent erhöhte. Weitere amerikanische wie auch deutsche Studien verweisen zudem auf den Zusammenhang zwischen Bewegungsarmut und Übergewichtigkeit von Kindern, die zur Gruppe der Vielseher gehören,³ sowie auf negative Effekte extensiven Fernsehkonsums auf Sprach- und spätere Lesekompetenz⁴ von Vor- und Grundschulkindern. Implizit lassen die Befunde aber auch erkennen, dass es nicht das Fernsehen an sich, sondern die Art der Nutzung im sozialen Umfeld ist, die den wesentlichen negativen oder positiven Effekt zum Beispiel auf die Sprachentwicklung ausmacht. Außerdem wird vermutet, dass sich eine Kumulation sozioökonomischer Belastungsfaktoren negativ auf die soziale Interaktion in der Familie auswirkt und damit auch die Sprachentwicklung der Kinder negativ beeinflussen kann.

- Muttersprachliche Beratungs- und Betreuungsangebote für Migrantenfamilien. Etwa ein Fünftel bis maximal ein Viertel der Kinder soll aus sozial randständigen Familien stammen, die ethnischen Minderheiten angehören. Im Vordergrund stehen hier Kinder aus russischsprachigen Familien (Aussiedler oder sonstige Zu-

¹ zum Beispiel Böhme-Dürr, 2000 zum Einfluss der Medien auf die Sprachkompetenz

² Christakis et al., 2004: S. 710

³ vgl. etwa Dietz & Gortmaker, 1985; Korsten-Reck et al., 2004

⁴ Schiffer et al., 2002

wanderer aus Staaten der früheren Sowjetunion) und aus türkischen Familien, die in Hannover die beiden größten Migrantengruppen stellen. Für diejenigen Teilnehmerinnen aus beiden Migrantengruppen, die gar kein deutsch sprechen, sollen in Hannover Familienhelferinnen gewonnen werden, die nicht nur deren Sprache beherrschen, sondern auch die Mentalität der Menschen aus diesen Gruppen verstehen und auf die besonderen Probleme, die sich daraus ergeben, eingehen können.

- Bei Auftreten von ausgeprägten und andauernden Konflikten der Eltern soll Beratung und Unterstützung dabei geleistet werden, die Beziehungskrise entweder konstruktiv zu überwinden oder eine Trennung (und gegebenenfalls Scheidung) einzuleiten. Sollte es im Zuge solcher Auseinandersetzungen zwischen den Eltern zum Einsatz von Gewalt kommen, ist es Aufgabe der Familienhelferinnen, das betroffene Opfer auf die Hilfen hinzuweisen, die nach dem Gewaltschutzgesetz von Polizei, Sozialarbeit und Familiengericht angeboten werden.
- Die Beratungs- und Unterstützungsleistungen der Familienhelferinnen sollten sich dabei nicht nur an die Mütter richten, sondern ebenso an ihre Lebenspartner, unabhängig davon, ob sie die Kindsväter sind oder nicht. Wichtig ist lediglich, dass sie mit der Mutter und dem Kind zusammenleben. Nach den Erfahrungen des laufenden Modellversuches ist dies bei etwa der Hälfte der jungen Familien der Fall. Seine Erziehungs- und Pflegefertigkeiten, sein Beitrag zum Familienleben und die Unterstützung seiner Frau sind wichtige Ressourcen (Schutzfaktoren). In einigen Fällen stellen die Lebenspartner der Mutter aber auch zusätzliche Risikofaktoren dar. Die Hebammen oder Familienhelferinnen unterstützen in diesen Fällen die Mütter dabei, Entscheidungen zu treffen, die in ihrem Interesse sind.¹
- Damit die Familienhelferinnen diesen Erwartungen gerecht werden können, müssen sie auf die vielfältigen Aufgaben der aufsuchenden Hilfe gründlich vorbereitet werden. Sowohl vor dem Start des Modellversuches als auch während seiner Laufzeit sind deshalb zu den verschiedenen Inhalten der Frühförderung Fortbildungskurse geplant, die die Projektmitarbeiterinnen in die Lage versetzen, entweder die erforderliche Unterstützung selber anzubieten oder sie zumindest kompetent zu vermitteln (zum Beispiel bei der Schuldnerberatung).

6. Finanzierung

Zusagen für die Kostenübernahme für das Modellprojekt „Pro Kind Niedersachsen“ liegen seitens der Robert-Bosch-Stiftung, der AOK Niedersachsen, der PSD Bank Braunschweig und der Klosterkammer Hannover vor. Die beteiligten Kommunen leisten ebenfalls einen Beitrag zur Deckung der anfallenden Kosten. Beim BMFSFJ werden weitere Fördermittel für die Umsetzung des Modellprojektes beantragt. Das niedersächsische Sozialministerium trägt die Kosten für die Projektleitung.

¹ vgl. Olds et al., 1998

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.
- Böhme-Dürr, K. (2000). Einfluss von Medien auf den Sprachlernprozess. In H. Grimm (Hrsg.), *Sprachentwicklung. Enzyklopädie der Psychologie. Themenbereich C: Theorie und Forschung, Serie III, Band 3*, 433-459. Göttingen: Hogrefe.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bronfenbrenner, U. (1992). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Christakis, D.A., Zimmerman, F.J., DiGiuseppe, D.L. & McCarty, C.A. (2004). Early television exposure and subsequent attentional problems in children. *Pediatrics*, 113, 708-713.
- Dietz, W.H & Gortmaker, S.L. (1985). Do we fatten our children at the television set? Obesity and television viewing in children and adolescents. *Pediatrics*, 75, 807 – 812.
- Duncan, G.J., Brooks-Gunn, J. & Klebanov, P.K. (1994). Economic deprivation and early childhood development. *Child Development*, 65, 296-318.
- Elliot, D. (2004). *Blueprint-Modelle zur Gewaltprävention*. DVJJ Sonderdruck zum 26. Deutschen Jugendgerichtstag.
- Felitti, V.J. (2002). The relationship between adverse childhood experiences and adult health: Turning gold into lead. *The Permanente Journal*, 6, 44-47.
- Korsten-Reck, U., Kromeyer-Hauschild, K., Korsten, K., Bjarnason-Wehrens, B., Dickhuth, H.H., Berg, A. (2004). Bedeutung des Freizeit- und Ernährungsverhaltens und der Spezialanamnese in der Therapie der Adipositas bei Kindern. *Perfusion*, 17, 458-464.
- Mayr, T. (1993) Entwicklungspsychologische Perspektiven – Drogenprävention im Kindergarten? In: H. Zöpfl (Hrsg.), *Drogen. Informieren und Vorbeugen in der Erziehung* (S. 151-192). Donauwörth: Auer.
- Mayr, T. (2000). Entwicklungsrisiken bei armen und sozial benachteiligten Kindern und die Wirksamkeit früher Hilfen. In: H. Weiß (Hrsg.), *Frühförderung mit Kindern in Armutslagen* (S. 142-163). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- McLoyd, V.C. (1998). Socioeconomic disadvantage and child development. *American Psychologist*, 53, 185-204.
- Olds, D., Henderson, C.R., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D., Pettitt, L., Sidora, K., Morris, P. & Powers, J. (1998). Long-term effects of Nurse Home Visitation on children's criminal and anti-social behavior. *The Journal of the American Medical Association*, 280, 1238-1244.

Olds, D., Henderson, C.R., Kitzman, H.J., Eckenrode, J.J., Cole, R.E. & Tatelbaum, R.C. (1999). Prenatal and infancy home visitation by nurses: Recent findings. *The Future of Children*, 9, 44-63.

Pagani, L., Boulerice, B. & Tremblay, R.E. (1997). The influence of poverty on children's classroom placement and behaviour problems. In G.J. Duncan & J. Brooks-Gunn (eds.), *Consequences of growing up poor* (pp. 311-339). New York: Russell Sage Foundation.

Patterson, C.J., Kupersmidt, J.B. & Vaden, N. (1990). Income level, gender, ethnicity, and household composition as predictors of children's school-based competence. *Child Development*, 61, 485-494.

Pollitt, E. (1994). Poverty and child development: Relevance of research in developing countries to the United States. *Child Development*, 65, 283-295.

Schiffer, K., Ennemoser, M. & Schneider, W. (2002). Die Beziehung zwischen dem Fernsehkonsum und der Entwicklung von Sprach- und Lesekompetenzen im Grundschulalter in Abhängigkeit von der Intelligenz. *Zeitschrift für Medienpsychologie*, 14(2), 2-13.

Schweinhart, L.J. (2005). The High/Scope Perry Preschool Study through age 40. Summary, conclusions and frequently asked questions. Ypsilanti, MI: High/Scope Press. [<http://www.highscope.org/Research/PerryProject/PerryAge40SumWeb.pdf>. Zugriff am 01.04.2005]

Yoshikawa, H. (1994). Prevention as cumulative protection: Effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks. *Psychological Bulletin*, 115, 28-54.

Entwicklung von Kindern in Beziehung (EKiB) im „Netzwerk Gesunde Kinder“: Ein Präventionsprojekt im Landkreis Oberspreewald-Lausitz, gefördert vom Land Brandenburg

HENDRIK KARPINSKI

Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Geschäftsführer der Klinikum Niederlausitz GmbH, Lauchhammer

Sehr verehrte Damen und Herren, ich möchte mich kurz vorstellen: Ich leite eine kleine Kinderklinik im Süden von Brandenburg, in Lauchhammer. Zum Klinikum Niederlausitz gehören die Standorte Senftenberg, Lauchhammer und Klettwitz. Dass man gleichzeitig Arzt und Wirtschaftler sein muss, ist nicht ganz bedeutungslos, sondern ist Voraussetzung dafür, dass Kinderkliniken auch in dünn besiedelten Regionen überleben können. Wir haben das glücklicherweise leisten können, auch mit einigen Anstrengungen.

Dazu haben wir das Konzept in der Klinik grundlegend verändert. Wir haben ein sehr weit reichendes Netz von Zusammenarbeit der Kinderklinik mit anderen Kliniken, aber eben auch eine Arbeitsweise, die sehr familienorientiert ist. Bei uns werden bei allen Kindern, bei denen es möglich ist, die Eltern mit aufgenommen. Die Eltern sind sehr weit reichend in den Pflegeprozess mit einbezogen. Sie machen eigentlich alles allein, was sie zu Hause auch tun. Das hat das Berufsbild der Kinderkrankenschwestern bei uns ein ganzes Stück verändert. Wir nehmen viel mehr Trainings- und Coachingfunktionen wahr. Dadurch war es aber möglich, dass wir diesen Familienaspekt viel stärker in der täglichen Arbeit haben und es war auch die wirtschaftlichste Art, die Klinik zu betreiben. Gleichzeitig haben wir so die Möglichkeit, uns „Luxus“ zu leisten. Einer dieser Luxusartikel heißt, sehr intensiv an der Interaktion zwischen Kind und Familie zu arbeiten. Wir tun das nach einem strukturierten Verfahren (IntraActPlus nach *Janssen* und *Streit*), damit haben wir die Möglichkeit, an vielen Stellen, an denen wir vorher Schwierigkeiten in der Interaktion nur erkannten, nun effektiv intervenieren zu können. Das ist sinnvoll, hier erwähnt zu werden, weil es eine wichtige Wurzel für die ganze Projektidee war.

Die zweite Wurzel steckt logischerweise in der Geburtshilfe. Wir als Kinderärzte sind ja immer wieder auf der Entbindungsstation. Mit der langen pädiatrischen Erfahrung – das werden alle meine Kollegen hier bestätigen – und insbesondere mit diesem videotrainierten Blick für die Interaktion sieht man sofort, wenn man Mütter und deren Kinder nach der Entbindung erlebt, wo die Probleme stecken. Wir haben lange Zeit darunter gelitten, dass wir das sehen und uns eigentlich die Instrumente fehlen, etwas zu verändern. Wir wussten also, wir müssten etwas tun und ganz früh ansetzen.

Das ist, wie gesagt, die zweite wichtige Wurzel noch mal verstärkt durch die Erfahrung eines „Loches im (Kooperations-)System“, wie es hier auf der Tagung genannt wird. Wir erkannten beispielsweise die schwierige Interaktion zwischen Mutter und Kind, wir erkannten eigentlich die Unfähigkeit der Mutter, sich wirklich ihrem Kind zuzuwenden.

Wir haben das, was im System vorgesehen ist, getan, haben mit der nachbetreuenden Hebamme gesprochen, die die Hausbesuche gemacht hat. Sie war auch öfter da, als sie abrechnen konnte, wurde am Ende aber nicht wirklich von der Frau zugelassen. Wir hatten mit dem Jugendamt gesprochen, das auch Unterstützung zusagte. Die Mutter hat aber die Hilfe nicht annehmen wollen oder unsere Partner vom ASD sahen ihre Grenzen erreicht und resignierten. In diesem konkreten Beispiel war dann nach drei Monaten das Kind tot, ein Schütteltrauma war die Ursache. Das ist der Punkt gewesen, an dem wir dachten, jetzt muss wirklich endlich etwas passieren. Wir haben dann lange überlegt, wie man das machen kann und welche Voraussetzungen dafür nötig sind. „Wir“ heißt immer die Gruppe, die das Projekt betreibt, aber auch viele Partner.

Unsere Erfahrungen aus anderen Projekten

Wir arbeiten nicht – wie im Tagungsprogramm ausgewiesen – nach dem Vorbild von Neuvola. Neuvola ist ein finnisches Konzept, was nach dem Kriege in Finnland entwickelt wurde. Es ist ein staatlich gelenktes und finanziertes System, was eine sehr gute kontinuierliche Betreuung von Schwangeren, Wöchnerinnen und jungen Müttern gewährleistet. Es hat im Wesentlichen institutionellen, in geringeren Anteilen auch aufsuchenden Charakter, es ist aus Steuermitteln finanziert und hat eine außerordentlich hohe Akzeptanz. 99 Prozent der Familien nehmen daran teil, es ist formal freiwillig, bis auf die kleine Einschränkung, dass das Erziehungsgeld an die Teilnahme des Projektes gebunden ist. Die Familie, insbesondere die Mutter, muss im Verlaufe der Schwangerschaft in das Projekt eintreten, um die Hilfe zu bekommen. Als wir unsere Vorstellungen in der Niederlausitz schon sehr gut und weit entwickelt hatten, hatten wir die Möglichkeit, mit der brandenburgischen Gesundheitsministerin Frau Ziegler und dem Bildungsminister Herrn Rupprecht nach Finnland zu fahren und uns das anzuschauen. Es war sehr interessant, aber auch sehr deutlich zu sehen, dass es sich in keiner Weise übertragen lässt. Wir haben hier in Deutschland eine Vielzahl von sehr wirksamen und vernünftigen Hilfeelementen, was wir bisher viel zu wenig gewürdigt haben. Es kommt darauf an, die vielfältigen Instrumente, die wir haben, am Ende auch wirksam werden zu lassen für die Familien, auf die es uns ankommt. Wenn man sich Finnland anschaut, stellt man fest, dass die Arztkontakte sowohl in der Schwangerschaft als auch in der Phase nach der Geburt weniger sind als bei uns. Wir haben da ein größeres Angebot. Unser Problem ist die Erreichbarkeit der Familien für die vielen Angebote. Wie kann man denn diese Erreichbarkeit wirklich umsetzen?

Der Stand des Projektes ist inzwischen sehr klar. Wir haben einen Projektantrag an unsere Landesregierung gestellt, das sind so ungefähr 100 Druckseiten, auf denen ein klar definiertes Kernkonzept steht. Dazu gehört außerdem ein Datenschutzkonzept, ein Evaluationskonzept und ein Qualitätsmanagement. Das Projekt wird am 15. Mai 2006 starten, wir wollten eigentlich schon am 1. April starten, so dass wir uns gewünscht hatten, Ihnen hier schon die ersten Realtime-Erfahrungen mitzuteilen. Leider hat das nicht funktioniert, die Verzögerung ergab sich aus ungeklärten Fragen des Datenschutzes. Das ist eben im präventiven Bereich noch viel, viel schwieriger, als das gestern zum Ausdruck kam und auch schwieriger, als wir es uns gedacht haben, aber man kann das eben nur regeln, wenn man ganz eng mit den Datenschützern zusammenarbeitet. Wenn man ein großes präventives Projekt hat, dessen erklärtes Ziel die Übertragbarkeit auf andere Regionen ist, stellen sich die Fragen noch ganz anders.

Eine wichtige Voraussetzung dafür ist das Netzwerk, das bei uns bereits besteht. Es gibt bei uns seit etwa fünfeinhalb Jahren einen Arbeitskreis gegen häusliche Gewalt (**Abbildung 1**) mit verschiedenen Teilnehmern. Das ist eine Initiative, die damals vom Frauenhaus und von der Kinderklinik ausgegangen war. Dort arbeiten wir sehr selbstverständlich und strukturiert miteinander. Dabei handelt es sich um keine Einzelfallkonferenz, sondern es ist ein Verbund von allen Beteiligten, die sich bereit erklärt haben, im Kinderschutzfall zusammenzuarbeiten. Wir haben eine wesentliche Lernphase gehabt, in der wir gelernt haben, den Anderen zu verstehen: die Möglichkeiten und Grenzen des Systems, das Denken der anderen Berufsgruppe, um endlich die gegenseitigen Vorurteile zu überwinden. Ich gebe zu, wir haben bestimmt anderthalb Jahre gebraucht, bis es soweit war, inzwischen ist es sehr selbstverständlich geworden. Auch die Art, mit der Sprache des anderen vernünftiger umzugehen, funktioniert.

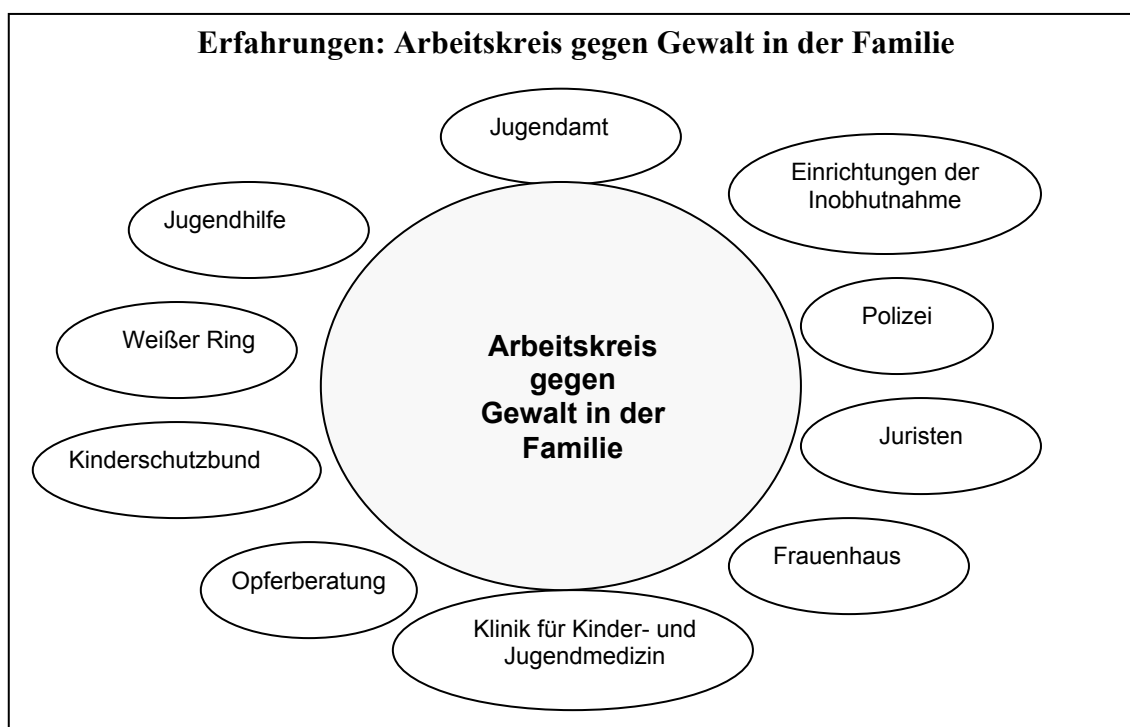


Abbildung 1

© Hendrik Karpinski

Ich weiß als Kinderarzt jetzt, was ich tun muss, damit das Jugendamt in der Weise tätig werden kann, wie ich mir das immer gewünscht habe. Ich weiß aber auch, dass nicht alles geht, was ich mir gewünscht habe. Wir sprechen uns sehr intensiv ab, beispielsweise an dieser ganz sensiblen Stelle: „Ab wann lasse ich denn den Kinderschutzfall in eine strafrechtliche Schiene laufen?“ Wir stimmen uns sehr genau über solche Fragen ab: Wer erstattet die Anzeige, die Klinik oder das Jugendamt? Wer ist zukünftig für die Familie wichtiger, wer gibt jetzt seine Position eher preis als der andere? Manchmal zeigen wir den Fall als Klinik an, weil es für uns leichter ist, denn das Jugendamt muss künftig an der Familie dranhängen. Wenn sie die Anzeige initiieren, haben sie es schwerer. Das haben wir alles miteinander herausgefunden und deshalb ist es so, dass wir in diesem Projekt mit einer Selbstverständlichkeit zusammenarbeiten, dass es auch möglich ist, dass ich hier für den ASD mit sprechen darf.

Wir hatten gestern festgestellt, dass es schön gewesen wäre, wenn neben dem Fachministerium, was unseren unmittelbaren Arbeitspunkt hier verantwortet, eben auch ein anderes Fachministerium da gewesen wäre. Wir wissen, wie schwierig das manchmal ist, auf den administrativen Strecken die Dinge zusammenzubringen. Wir an der Basis haben es eigentlich viel leichter. Das haben wir gemerkt und auch, dass es richtig Spaß machen kann. **Abbildung 2** ist unser Vorschlag, welche Beteiligten ein ähnliches Projekt haben sollte. Sie sehen, hier tritt jetzt das Familiengericht auf, das in unserem Arbeitskreis nicht dabei war. Uns ist es nicht gelungen, unsere Familienrichter mit an den Tisch zu bekommen. Wir müssen immer wieder auf die Familienrichter zugehen. Wir alle sehen, dass wir oft mit der Entscheidung der Familienrichter nicht einverstanden sind. Wir wollen oft gar nicht die Entscheidung treffen, weil wir dies mit unserem fachlichen Hintergrund nicht können. Die Familienrichter müssen es dann tun, sie tun es auch und wir können nur von uns aus immer wieder darauf hinwirken, zu einer fachlichen, gemeinschaftlichen Bildung zu finden, deshalb möchte ich das nicht als Vorwurf an die Familiengerichtsbarkeit verstanden wissen, sondern als Auftrag an uns, auch darüber ins Gespräch zu kommen.

Erfahrungen: Strukturqualitäten regionaler Verbünde

notwendig Beteiligte:

- Jugendamt,
- regionale Kinderklinik / Kinderärzte / Öffentlicher Gesundheitsdienst,
- Einrichtungen Inobhutnahme,
- freie Träger der Jugendhilfe,
- Polizei,
- Familiengericht,
- Frauenhaus.

Verbindlichkeit:

- Teilnehmer/ gegebenenfalls Stellvertreter,
- Turnus (zweimal monatlich),
- Aufgaben, Abgrenzung der Funktionen,
- verabredete Interdisziplinarität,
- Absprachen über Rückkopplungen,
- Vorgaben durch Landesempfehlungen,
- Modelle für case management,
- Qualitätskontrolle, sektorenübergreifend.

Abbildung 2

© Hendrik Karpinski

Es muss klar sein, wer die Teilnehmer sind: nicht die Privatperson, sondern die Institutionen, die vertreten sind. Wir treffen uns aller zwei Monate und wir besprechen von Zeit zu Zeit auch einzelne Fälle, jedoch anonymisiert, soweit unter den Bedingungen möglich. Die Interdisziplinarität ist verabredet, wir legen Wert auf die Rückkopplung.

Wir haben inzwischen in Brandenburg eine Landesempfehlung, in der die Bildung solcher regionaler Verbünde angeregt wird. Wir suchen nach Modellen für Case-Management und eine Qualitätskontrolle, die eben Sektoren übergreifend sein muss. Ich denke, es ist ein wesentlicher Fortschritt, dass es in den Jugendämtern thematisiert wird, aber wir müssen uns übergreifend zusammensetzen und am Ende dahin gelangen, dass wir Familienrichter mit in das Boot kriegen. Die Familienrichter können so unsere Positionen kennen lernen und sehen, was aus ihren Entscheidungen am Ende wird.

Das Projekt EKIB

Unsere Projektidee beinhaltet fünf Grundannahmen:

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

Wir gehen davon aus, dass es Sinn macht, früh Prävention durchzuführen. Wir glauben, dass durch die Qualität der Beziehung in der frühen Kindheit, insbesondere von Mutter und Kind/Vater und Kind, die Entwicklung des Kindes günstig beeinflusst wird. Wir sind zutiefst davon überzeugt, dass wir in allererster Linie die vorhandenen Ressourcen nutzen müssen. Deshalb steht auch dieser Netzwerkgedanke bei uns besonders im Vordergrund. Wir glauben, dass die Strukturen im Hilfesystem durchaus an vielen Stellen effektiv sind, hohe fachliche Qualität haben. Es kann nicht darum gehen, mit einem neuen System parallele Strukturen zu etablieren, wo es wieder nur Befindlichkeiten und Abgrenzungsstrukturen gibt, wo es innerhalb eines Projekts und in den vorhandenen Hilfesystemen Kommunikationsprobleme oder Informationsabbrüche gibt. Das kann nicht das Ziel sein. Wir denken, es muss um eine niedrige Schwelle gehen. Für den sozialpädagogischen Bereich ist das eine Selbstverständlichkeit. Aber wie will man das im medizinischen Bereich organisieren? Darüber haben wir lange nachgedacht. Wir müssen zu diesen Familien hingehen. Letztendlich ist uns die Finanzierbarkeit wichtig und das ganze Projekt ist darauf angelegt, dass auch nach Auslaufen der Förderung nach drei Jahren, die uns vom Land zugesagt wurde, das Projekt möglichst unverändert weitergehen kann. Im Augenblick spricht alles dafür, dass das funktionieren kann.

EKIB ist die Abkürzung von „**Entwicklung von Kindern in Beziehungen**“, das ist Programm und Name unserer Idee. Auf Landesebene gibt es sozusagen als Dach die Bezeichnung „Netzwerk gesunde Kinder“. Wir in der Niederlausitz starten als Pilotprojekt für das Land Brandenburg und kurz danach werden ein oder zwei weitere Landkreise etwa nach vergleichbarem Konzept starten. Von vornherein wollten wir nicht durch eine Projektförderung an einer Stelle etwas verbessern und uns alle daran freuen, dass es gut wird, sondern es muss immer geprüft werden, was übertragbar ist, was mit den Personen vor Ort verknüpft ist und was man im Routinebetrieb weiterführen kann.

„**Netzwerk gesunde Kinder**“ gibt es im Moment nur bei uns, wird es aber auch in Zukunft woanders in Brandenburg geben. Demnach hat das Projekt folgende **Ziele**:

- Das Projekt „Netzwerk Gesunde Kinder“ soll eine förderliche gesundheitlich-soziale Entwicklung aller Kinder ermöglichen. Das wird insbesondere durch die kontinuierliche Entwicklung günstiger Beziehungen in der Familie unterstützt.
- Es wird ein strukturiertes fach- und behördenübergreifendes Netzwerk etabliert, das regionale Kompetenzen bündelt.
- Es soll die Übertragbarkeit des Modellprojekts auf andere Regionen und Standorte erreicht werden.
- Es soll auf freiwilliger Basis ein umfassendes Angebot zur Begleitung von Familien und ihren Kindern schaffen. Dieses Angebot mit präventivem Charakter beginnt in der Schwangerschaft und gilt in den ersten Lebensjahren.
- Diese Maßnahme schließt alle Familien ein, deren Kinder ab 15. Mai 2006 im Klinikum Niederlausitz geboren werden und deren Wohnsitz im Landkreis Oberspreewald-Lausitz liegt.
- Verbesserung der
 - Raten der Inanspruchnahme der Netzwerkangebote als Folge der Beratungsqualität aus dem Projekt,
 - Lebensqualität in den Familien,
 - Erziehungskompetenz der Eltern.

Die Zielgruppe sieht bei uns etwas anders aus. Wir haben aufgrund der Tatsache, dass wir die Schwelle wirklich niedrig halten wollen, als Zielgruppe eine Klientel regional ausgewählt, das darin besteht, dass alle Familien, die in unserem Landkreis ihr Kind bekommen, einbezogen werden. Das heißt, wir haben kein Risikokonzept und wir haben auch keine Selektion, wir haben aber auch keine Kontrollgruppe in dem Sinne. Wir haben keine Randomisierungsmöglichkeiten in den Settings, das würde sicherlich bei einem wissenschaftlichen Studiendesign kritisch angemerkt werden.

Jetzt stellt sich die Frage, wie man Angebote, die aus unserer Sicht wichtig sind, an diese Familien herantragen kann. Die Erfahrung, sowohl von unseren Jugendhilfe- und Jugendamtsleuten, aber auch von den Kinderärzten, war immer wieder: Es ist in unserem Lande und in unserer Sozialisierung – und es trifft auf den Osten sicher so zu wie auf den Westen – eben sehr schwierig für die Familien, Hilfe anzunehmen. Mit der Unterstellung der Hilfebedürftigkeit ist automatisch eine Stigmatisierung verbunden und uns war klar, dass wir mit unserem System nur dann vorankommen, wenn wir diesen Punkt rauskriegen. Wir haben in Finnland gelernt, wenn mit Selbstverständlichkeit Hilfe angenommen wird, erreichen wir eine hohe Akzeptanz, denn wenn es alle tun, werde ich als Einzelperson dadurch nicht abgewertet. Deshalb geht unser Ziel dahin, alle zu erreichen.

Dazu kommt noch ein Moment, das uns im Laufe der Arbeit besonders deutlich geworden ist. Wir haben festgestellt, dass in unserem Hilfesystem unsere Leistungen oft auf die Familien fokussieren, wo die Probleme und die Konflikte offenbar werden. Erstens

ist es dann schon relativ spät und zweitens erreichen wir nicht oder vergessen wir die Familien, die jeden Tag mit viel Kraft und viel Mühe ihr Leben irgendwie noch hinkriegen und nicht auffällig werden. Also war unser Motiv, es allen anzubieten, die Grundidee für diese Niedrigschwelligkeit.

Das kann nur gehen, wenn alle dabei sind. Aus diesem Grund hatten wir, bevor wir unsere Projektidee so fix und fertig im Kopf und auf dem Papier hatten, von vornherein den Ansatz, wir gehen auf alle zu, die irgendwie wichtig sind, die mit Kindern arbeiten, und fragen, ob sie Lust hätten mitzumachen, damit sich jeder mit einbringen kann und von allen Leuten der Erfahrungsschatz einfließt. Dieses Projekt wird also von den mit Kindern Aktiven unserer Region getragen.

Ein wichtiges Element ist in unserem Konzept die absolute Freiwilligkeit der Teilnahme, die wir natürlich versuchen, mit Anreizen zu ergänzen. Es werden alle Familien angesprochen, und zwar sehr strukturiert. Wir nahmen am Anfang an, dass in der Klinik – dort, wo alle Familien zur Entbindung sind, abgesehen vom Geburtshaus und den Hausgeburten – das Nadelöhr wäre, in dem wir die Möglichkeit hatten, Frauen für unsere Gedanken zu werben. Inzwischen hat sich das Setting total verändert, weil die Leute von Pro familia in der Schwangerschafts- und Konfliktberatung gesagt haben, dass bei ihnen 80-90 Prozent der Schwangeren in der Beratung sind und alle Kinder, die ab 15. Mai 2006 bei uns geboren werden, eingeschlossen sind. Es wurde bereits begonnen, die Schwangeren für das Projekt zu gewinnen. Seit den ersten drei Wochen der Werbung hatte jede Frau ihre Teilnahme zugesagt. Es wird nicht immer so bleiben, aber das ist sehr ermutigend.

Wir wollen die Inanspruchnahme aller im System vorhandenen Angebote verbessern, wir werden Netzwerkangebote schrittweise und bedarfsgerecht entwickeln. Was aber ist bedarfsgerecht, wie wird das sein? Dafür haben sich die beteiligten Institutionen ausgetauscht und aus ihrer Sicht den Bedarf ermittelt.

Es mag sich etwas verschwommen anhören, aber wir sind überzeugt, wenn es den Familien gelingt, in dieser Situation Unterstützung anzunehmen, dann ist es einfacher und freudvoller, Kinder zu haben und in der Familie zu leben. Wir sind uns ganz sicher, dass sich die Lebensqualität der Familien dabei verbessern wird. Natürlich gehört die Erziehungskompetenz der Eltern dazu.

Die Beteiligten am Netzwerk

Abbildung 4 führt alle die Institutionen auf, die bereits jetzt ihre Bereitschaft erklärt haben mitzumachen. Dabei bedeutet Netzwerkbildung nicht einfach, alle Leute, die damit zu tun haben, in so einem Chart zusammenzufassen, weil die alle etwas Gutes für die Kinder wollen. Diese Grafik ist Resultat einer sehr detaillierten gemeinsamen Erarbeitung von abgestimmtem Vorgehen.

Wir haben in der Frühphase der Projektentstehung einen gemeinsamen Workshop durchgeführt, an dem nicht zufällig aus dem gerade vorgestellten Arbeitskreis relativ viele Teilnehmer teilnahmen. Inzwischen sind die Teilnehmer des Workshops weitestgehend in die Lenkungsgruppe dieses Projekts übergegangen. Die meisten der hier vorgestellten Institutionen sitzen in der Lenkungsgruppe und damit haben wir die Gewähr,

dass wir am Ende nicht so einen Verselbständigungseffekt haben werden. Sollte so ein Risiko entstehen, werden die uns immer wieder zurückholen. Die freien Träger wirken auch von sich aus richtig mit, damit nicht die Situation einer Wettbewerbskonstellation vorstellbar wird. Die Teilnahme ist nicht nur eine Willenserklärung, wir haben das sehr strukturiert gestaltet, beim Projektauftritt wird dies belegt mit einer Urkunde, unterschrieben auch vom Ministerpräsidenten.

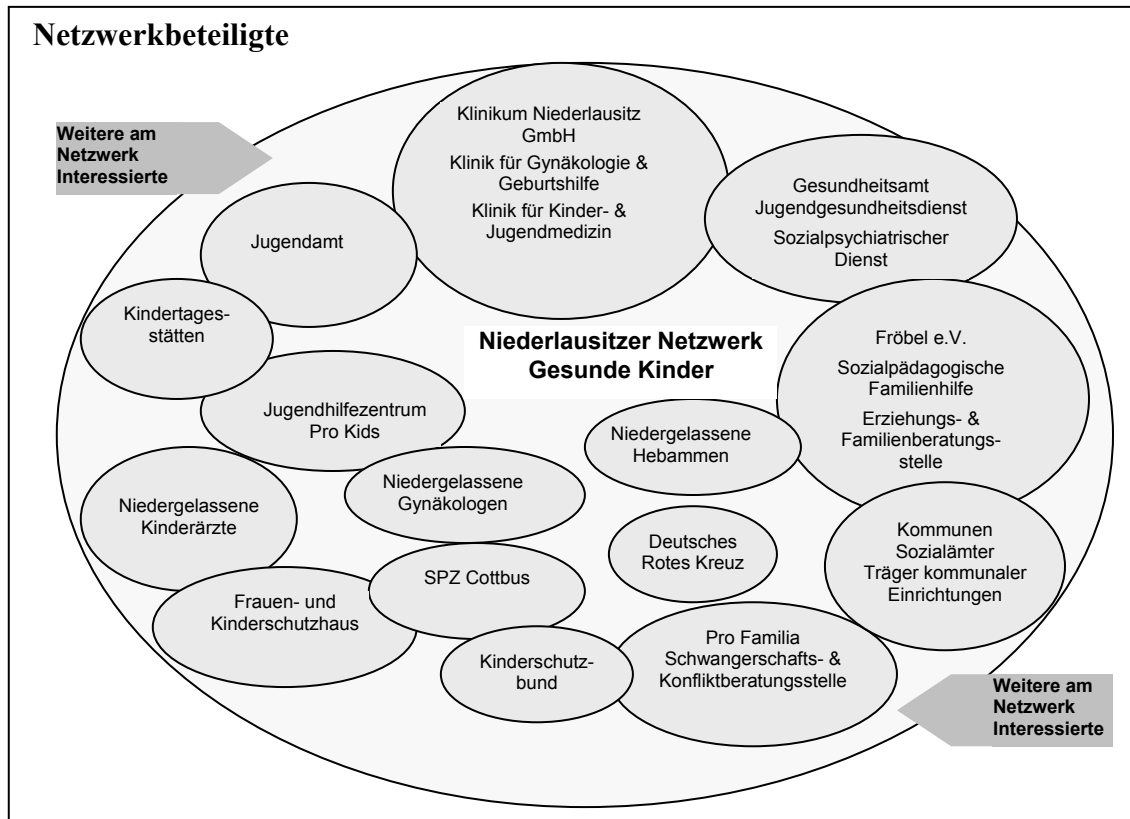


Abbildung 4

© Hendrik Karpinski

Projektstrukturen und Verantwortlichkeiten

Auf der **Abbildung 5** steht unten die Familie als Adressat und wir haben für diese Niedrigschwelligkeit die Idee eines Paten entwickelt. Am Anfang dachten wir, der Pate sei eine sehr mutige Konstruktion, inzwischen sind wir sehr souverän und sicher. Der Pate versteht diese Funktion ehrenamtlich, er wird in einem von uns klar abgesteckten Curriculum dazu qualifiziert, diese Funktion wahrzunehmen. Inzwischen ist die erste Gruppe von Paten weitgehend qualifiziert und diese Leute werden in die Familien gehen und werden eine Vertrauensfunktion in dieser Familie übernehmen.

Es gibt dann eine Art von Supervision, eine fachliche Aufsicht, aber auch eine Möglichkeit der Rückversicherung durch Gruppenleiter. Die Gruppenleiter sind Profis, denn sie kommen aus dem System. Es wurden in dem Projekt keine neuen Gruppenleiter eingestellt, sondern alle Institutionen haben gesagt, wir geben dem System etwas von unserer Arbeitskraft ab, damit hier ein Gespräch und die notwendige Rückkopplung der Paten stattfinden und abgedeckt werden kann.

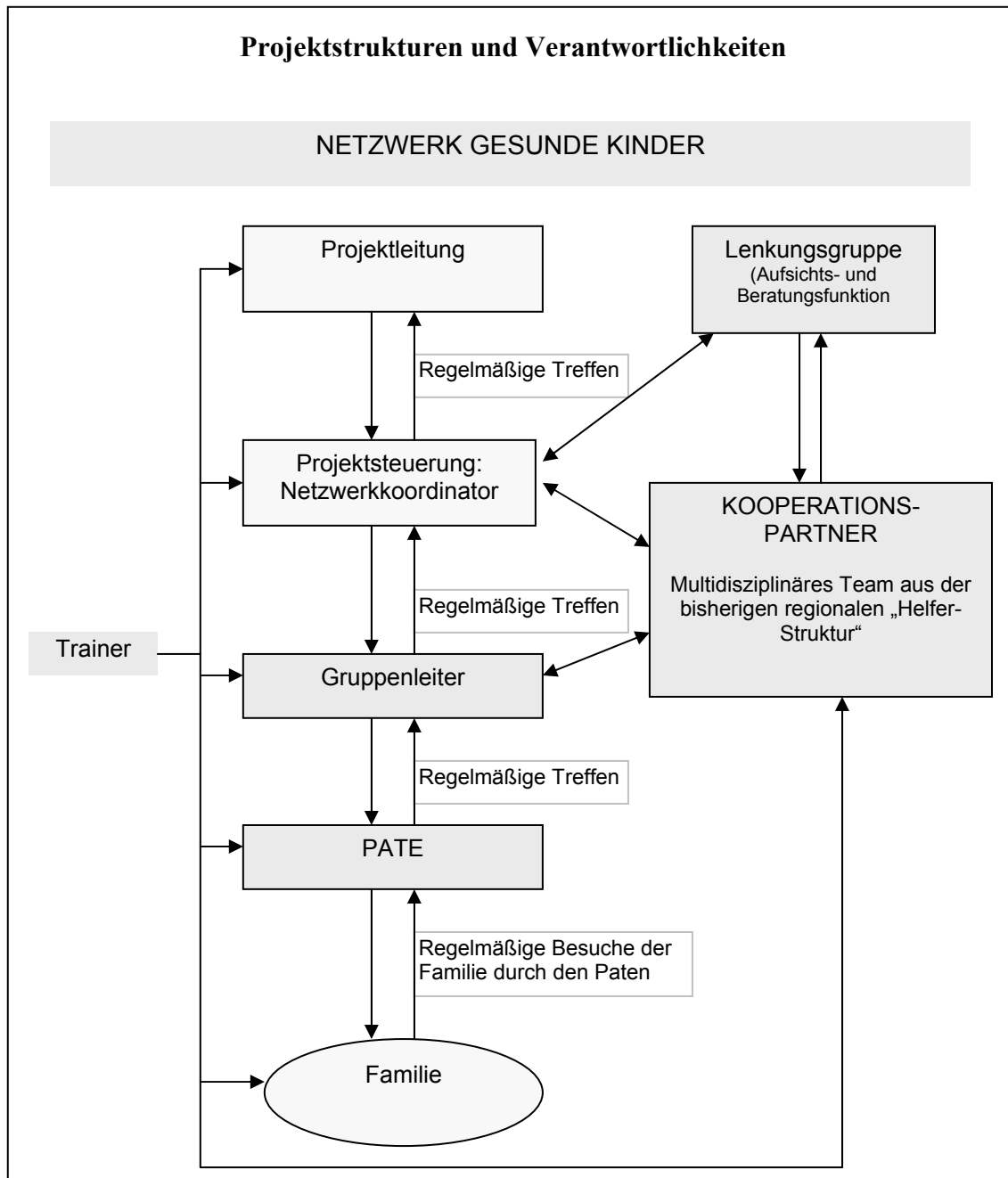


Abbildung 5

© Hendrik Karpinski

Weiterhin gibt es eine Projektsteuerung. Diese und die bereits angesprochene Lenkungsgruppe, die aus dem ehemaligen Workshop hervorgegangen ist, sind im Moment zum Projekt dazugekommen. Die Kooperationspartner sind auf Abbildung 4 zu sehen. Natürlich sind die Kinderärzte dabei und alle niedergelassenen Hebammen des Landkreises, auch jeder Frauenarzt.

Die Ausbildung und die Arbeit der Trainer ist ein zentraler Punkt in der nötigen Unterstützung des Landes Brandenburg. Wir benötigen dringend Training und Qualifikation für dieses Projekt. Wenn man eine Prävention startet, die insbesondere auf diesen frühen Bereich zielt, dann wird es eine ganze Reihe von Zusatzqualifikationen brauchen, denn

wenn man bedenkt, wie viele Angebote für Familien es in der Schwangerschaft und im Bereich der frühen Kindheit gibt, dann weiß man, dass man noch einiges gestalten und organisieren muss. An der frühen Interaktion werden wir sehr fokussiert ansetzen.

Definition des Paten

Wir haben sehr lange an einer Definition gefeilt, wir haben viel Rat geholt, vor allem in der Sozialpädagogischen Familienhilfe, die ja vor Ort Familienarbeit betreiben. Auch die Abgrenzung zwischen Paten und Familienhilfe war ein wichtiger Punkt. Der Pate ist eben **kein Profi, kein Therapeut** und er ist nicht dazu da, die Familien glücklich zu machen. Der Pate ist ein **Begleiter**, der vor allem die Gesamtheit der Informationen über alle Angebote, die vorhanden sind, hat, Informationen über das Hilfesystem bis hin zu den Behördeninformationen. Die Leute bei uns aus der ARGE haben unsere Paten richtig trainiert: Was muss man wann wie wo tun und wohin muss man welchen Antrag schicken? Wie sehen diese Anträge aus und was muss ausgefüllt werden?

Der Pate soll **Navigator** in diesem Hilfesystem sein, er soll der Ermutiger sein, er soll es nicht selbst machen, sondern er soll den Familien die Möglichkeit geben, früher mit mehr Selbstverständlichkeit auf das System zurückzugreifen. Dadurch wollen wir früher den Eintritt in die Hilfen gewährleisten. Dazu ist eine absolute **Vertrauensposition** wichtig, eine absolute Verschwiegenheit. Er ist der **Zuhörer**.

Unsere ASD Mitarbeiter hatten bei der Auswahl der Paten überlegt, was denn die wichtigste Qualität eines Paten sein müsste. Er müsste etwas aushalten beziehungsweise er darf sich nicht rausschmeißen lassen und keine Bewertungen abgeben. Das ist ganz schwierig, wir haben viel mit den Paten trainiert, das heißt Rollenspiele, Gespräche trainiert und am Video intensiv nachgearbeitet. Dabei merkt man schnell, wer für diese Tätigkeit geeignet ist und wer nicht. So können wir der Verantwortung, die in der Auswahl der Paten liegt, auch besser gerecht werden.

Wir wollen, dass das System – und damit meine ich auch die Vorsorgeuntersuchungen und die Impfungen – besser genutzt werden und deswegen ist der Pate auch der **Erinnerer**, er soll nicht das schlechte Gewissen verkörpern, sondern er soll sozusagen den Familien die Möglichkeit geben zu verstehen, warum die U-Untersuchung wichtig ist für ihr Kind, und diese Termine dann auch freiwillig einzuhalten. Es gibt **keinen therapeutischen Anspruch**, die Leute, die sich dafür bei uns gemeldet haben, sind nicht selten aus völlig anderen Branchen und wir sind auch froh darüber.

Der Kontakt der Paten soll möglichst intensiv sein, aber genau so intensiv, wie die Familie ihn sich wünscht. Auch hier herrscht Freiwilligkeit. Die Familie und der Pate vereinbaren allerdings **zehn obligate Besuchskontakte**, die wir insbesondere erst einmal am Rahmen der Gesundheitsfürsorge orientiert haben, um damit den Familien den Eintritt in die U-Untersuchung zu erleichtern, zu erinnern, dass jetzt diese Impfung wichtig ist und wozu. Um der Mutter deutlich zu machen, dass die Tetanusimpfung auch für ihr Baby wichtig ist, muss man nicht unbedingt Arzt sein, sondern das kann man auch so erklären und wenn der Arzt dann gefordert wird, ist er auch da.

Im Augenblick sieht das **Konzept für unsere zehn obligaten Besuchskontakte** folgendermaßen aus:

- **in den ersten 14 Tagen nach der Entbindung** (Übergabe des Starter Kid 1),
- **um die 4. bis 5. Lebenswoche** des Kindes (Erinnerung an U3 / Erinnerung an Vorsorgeimpfungen – erste Kombinationsimpfung gegen Diphtherie (D), Tetanus (T) und Pertussis (aP)),
- **um die 12. Lebenswoche** des Kindes (Erinnerung an die U4),
- **im fünften Lebensmonat** (Erinnerung an Vorsorgeimpfungen – DtaP Haemophilus influenzae Typ b (Hib), Poliomyelitis (IVP) und Hepatitis B (HB)),
- **im siebten Lebensmonat** (Erinnerung an die U5),
- **um den zehnten Lebensmonat** (Erinnerung an die U6/Übergabe des Starter Kid 2),
- **um das vollendete erste Lebensjahr** (Erinnerung an Vorsorgeimpfungen / vierte Kombinationsimpfung, dazu sollte in diesem Alter die erste Impfung gegen Masern-Mumps-Röteln (MMR)),
- **um den 18. Lebensmonat** des Kindes,
- **um den 23. Lebensmonat** (Erinnerung an die U7),
- **im Alter von zweieinhalb bis zweidreiviertel Jahren** (Übergabe von Starter Kid 3 nach Realisierung aller Vorsorgetermine),

Weitere Besuche sollten auf Wunsch der Familie möglich sein.

Ich bin mir sicher, dass wir im Laufe des Projekts die Termine immer wieder nachregulieren und sie passend machen werden. Wir verstehen dieses Projekt als lernendes System und dazu haben wir von Beginn an viele Rückkopplungsmechanismen vorgesehen, weil wir glauben, dass wir nach einem halben oder ganzen Jahr schlauer sein werden und dass es dann noch veränderbar sein muss.

Wir denken sehr wohl und wünschen es auch, dass einzelne Familien sehr viel häufiger Besuch von ihren Paten beanspruchen, und das soll auch möglich sein, deshalb wird die Häufigkeit oder die Anzahl der Familien, für die ein Pate zuständig ist, sehr individuell festgelegt. Der Pate bekommt immer erst einmal eine Familie und dann kann er einschätzen, ob er noch Ressourcen, Lust und Zeit für eine weitere Familie hätte. Nach unseren Vorstellungen wird ein Pate zwischen ein und sechs Familien betreuen.

Es gibt drei Geschenke als **materiellen Anreiz** für die Familien. Das sind meist Dinge für das Baby, aber auch solche, die der Mutter nach der Schwangerschaft und der Entbindung wie auch der Familie gut tun. Daneben gibt es **immaterielle Anreize**: Wir liefern Informationen frei Haus – das ist sicherlich ein guter Anreiz –, Informationen auch zu Behördenangelegenheiten. Wir werden ein reichhaltiges Repertoire von kostenloser Familienbildung anbieten. Außerdem haben wir eine Vielzahl von Klinikangeboten zum Beispiel durch die Geburtshilfe vom Säuglingsschwimmen über Stillcafe usw. im kostenlosen Angebot.

Zu den materiellen Anreizen würde ich unser **Familienbegleitbuch** zählen, das viele Funktionen hat. Eine ist die Contain-Funktion, er beinhaltet u.a. den Mütter-Pass. Er ist

die Zentrale für Informationen und die Information bleibt bei den Familien, wie auch das Familienbuch bei den Familien bleibt. Jeder Kinderarzt weiß, wenn die so genannten gelben Hefte eintreffen, dass diese mit vielen Zetteln, Terminkarten usw. vollgestopft sind. Auch Familien, denen es leidlich schwer fällt, Termine wahrzunehmen und auch immer so gut für ihre Kinder zu sorgen, wie wir es uns wünschen, haben fast immer das gelbe Heft dabei. Diesen Effekt müssen wir einfach aufgreifen. Dieses Familienbegleitbuch dient dazu, das gelbe Heft und sämtliche anderen Zettel und Karten mit aufzunehmen und unsere Informationen mit in dieses Heft zu bringen, damit alles einigermaßen übersichtlich zusammen ist. Das Familienbegleitbuch findet gute Akzeptanz bei den Familien. Viele Mütter haben ja ein Kästchen für diese ganzen Erinnerungen oder einen eigenen Hefter, wir liefern das schon im Voraus.

Zusammen ergibt das ein Geschenkset im Wert von circa 150 Euro pro Familie, mit dem wir bereits präventiv tätig werden. Wir verknüpfen unsere Gesundheitsprävention sehr eng mit der Initiative zum gesunden Babyschlaf, das ist nicht zufällig. Wir wissen, dass Schlafen im Schlafsack in einer gesunden Umgebung für das Baby einer der wesentlichen Faktoren für einen gesunden Schlaf und zur Verhinderung des plötzlichen Kindstodes ist. Daher ist im Geschenkset ein Schlafsack, dazu kommt eine Wickeldecke, ein Jäckchen, Lätzchen und eine schöne Tasche, außerdem ein Pflegeset für die Mutter. Die Kinderkrankenschwestern hatten die Idee mit den Fieberthermometern, viele junge Familien haben so etwas noch nicht. Auf das Pflegeset für die Mutter wäre ich als Kinderarzt gar nicht gekommen, aber die Frauen in unserer Gruppe, vor allem die Hebammen, meinten, das etwas für die Mütter getan werden müsste. Sie meinten, dass alle nur an die Kinder denken, aber die Mütter kämen mit der hormonellen Umstellung und damit verbundenen Problemen aus dem Krankenhaus und sollten sich auch mal pflegen können. Es gibt einen Massagegutschein für die Mutter, der wahlweise auch in einen Kosmetiktermin umgewandelt werden darf. Die Finanzierung läuft im Augenblick auch über die Förderung des Landes Brandenburg. Wir sind uns allerdings sicher, dass wir dies durch unsere Öffentlichkeitsarbeit schrittweise durch Sponsoring ablösen können. Den Schlafsack würde schon unsere Sparkasse bezahlen. Wir hatten bisher keine Zeit, Sponsoren anzuwerben, die kommen jetzt schon von sich aus.

Methodik

Was tun wir, wenn es uns durch die Paten gelungen ist, die Familien zu erreichen? Wir wollen, dass das System nutzbar ist. Wir haben schon über eventuell vorhandene Lücken und über neue Angebote nachgedacht. Eine Methode, aus der wir sehr viel Optimismus beziehen, ist das so genannte **IntraAct-Plus**, das von Dr. Fritz Jansen und Uta Streit entwickelt worden ist (**Abbildung 6**). Beide haben viele Jahre als Psychologen im Kinderzentrum München gearbeitet, Dr. Jansen war dort lange der psychologische Leiter. Inzwischen haben sich beide selbständig gemacht.

IntraAct-Plus ist eine Methode, die aus der Verhaltenstherapie kommt, aber über das klassische verhaltenstherapeutische Setting weit hinaus geht, im Wesentlichen an Interaktion orientiert ist. Durch eine enge Zusammenarbeit der beiden mit der Universität Tübingen, mit dem Lehrstuhlinhaber Prof. Glaser, wird sehr viel an psychologischer Grundlagenforschung gearbeitet. Das bietet die Chance, dass das, was wir tun und wor-

an wir scheitern, mit aktueller Forschung rückgekoppelt werden kann. Das könnten wir als vor Ort Arbeitende sonst überhaupt nicht leisten.

IntraAct Plus (Dr. Fritz Jansen, Dipl. Psych. Uta Streit)

- Verhaltenstherapeutisch orientierter Ansatz,
- Betonung psychologischer Grundlagenforschung,
- Beziehung sowohl als eigener Wert wie auch als technisches Mittel in Veränderungsprozessen,
- Interaktion, Videoarbeit,
- Anwendbarkeit in allen Alterstufen.

Abbildung 6

© Hendrik Karpinski

Die Beziehung wird von Jansen und Streit nicht nur als eigener Wert verstanden. Das ist wichtig für unser Projekt, denn wir wollen ja Beziehungen gestalten und verbessern, über Beziehung lässt sich eben auch Veränderung erreichen. Beziehung wird über die Arbeit am Video, über die Arbeit an der Interaktion genutzt, um Veränderungen zu erreichen. Das wesentliche Element ist die Arbeit an der Interaktion. Wir arbeiten viel mit den Videos, das durchzieht auch die Arbeit an unserer Klinik. Wenn es da Besonderheiten gibt und die Eltern daran interessiert sind, von uns Unterstützung zu erhalten, dann filmen wir den Problempunkt und gucken darauf, was in der Interaktion passiert. Die klassischen Fälle dabei sind: „Mein Kind isst nicht, mein Kind schreit, mein Kind schläft nicht!“ oder „Seit das Baby da ist, tickt der Große aus.“

Die große Wirkung des Konzeptes liegt darin, dass den Leuten nicht mehr erklärt werden muss, was gut ist oder nicht – wir versuchen immer, über die Erklärung des Guten zu arbeiten –, sondern an der strukturierten Analyse in diesen Videos erkennen die Beteiligten selbst, wo der Fehler liegt. Man muss nicht immer erklären und agieren, sondern die Familien kommen aus eigener Anschauung zur Erkenntnis. Dabei entsteht eine unheimliche Energie in den Eltern, die freigesetzt werden kann. Das ist positive Energie, mit der wir arbeiten. Wir setzen diese von der Zeit der Neugeborenenphase bis hin in die Arbeit mit Jugendlichen ein. Die Anwendung ist in allen Altersstufen möglich.

Zusammenfassend stellen sich die Charakteristika des Projektes so dar:

Es herrscht eine absolute Freiwilligkeit mit Anreizen und ein niedrigschwelliges Aufsuchen. Die Paten sind im Ehrenamt. Wir wollten die eigentliche familiäre Kompetenz, die Tante, die Großmutter, die mit helfen könnte, als stärkendes Element über unsere Paten mit in die Familie nehmen. Wir glauben, dass die frühe Prävention die Verbesserung bringt. IntraAct-Plus wird vielfältig angewandt. Auch die Methodik in der Ausbildung der Paten erfolgt nach diesem Prinzip. Dr. Jansen hat das Kommunikationstraining mit unseren Paten selbst durchgeführt. Die enge Zusammenarbeit der Partner, die Nutzung der vorhandenen Ressourcen sind weitere Prinzipien des Projekts. Wir glauben, dass es schrittweise zu einer Umverteilung von Ressourcen kommen wird, und zwar eher aus der Vermutung heraus, dass man eben mehr Energie und Kraft und wohl dann auch mehr Geld in die frühe Zeit hineingeben wird.

Welche Probleme gibt es? Wie geht es weiter?

Ein schwieriger Punkt ist der Datenschutz (**Abbildung 7 und 8**). Wir haben lange Gespräche mit der Landesdatenschutzbeauftragten des Landes Brandenburg geführt und sind mit den Ergebnissen beide noch nicht ganz zufrieden. Wir haben jetzt einen Weg geschmiedet, sind uns aber sicher, dass im Laufe des Projektes Erkenntnisse entstehen, aus denen wir sagen können, wenn wir dieses oder jenes verändern würden, wird das Ganze besser laufen. Wir sind zutiefst davon überzeugt, dass wir dann auch Politiker finden werden, die die gesetzlichen Änderungen möglich machen werden.

Rechte, Pflichten, Empfehlungen

Anforderungen des Landesdatenschutzes:

Verpflichtung zur Einhaltung des Datengeheimnisses gemäß § 5 Bundesdatenschutzgesetz

1.) Verpflichtungserklärung

Herr/Frau

(Name, Vorname, Adresse)

wird hiermit auf die Wahrung des Datengeheimnisses nach § 5 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) verpflichtet.

Hiermit bestätige ich, dass ich belehrt wurde:

- dass es mir nach § 5 BDSG untersagt ist, unbefugt personenbezogene Daten zu erheben, zu verarbeiten (das heißt nach § 3 Absatz 4 BDSG: speichern, verändern, übermitteln, sperren, löschen) oder zu nutzen,
- dass ich verpflichtet bin, das Datengeheimnis auch nach meiner Tätigkeit zu wahren,
- dass nur diejenigen Daten verarbeitet werden dürfen, die für die konkrete Aufgabenerfüllung erforderlich sind,
- dass eine Übermittlung personenbezogener Daten nur zulässig ist, wenn die rechtlichen Voraussetzungen dafür vorliegen,
- dass andere Geheimhaltungspflichten aufgrund gesetzlicher Bestimmungen ebenfalls zu beachten sind,
- dass Verstöße gegen die Verpflichtung zur Wahrung des Datengeheimnisses nach § 43 BDSG mit einer Geldbuße bzw. nach § 44 BDSG mit Freiheits- oder Geldstrafe geahndet werden können.

Abbildung 7

© Hendrik Karpinski

Rechte, Pflichten und Empfehlungen

Verschwiegenheitserklärung für ehrenamtliche Paten

- a. Hiermit erkläre ich, dass ich über alle während meiner ehrenamtlichen Tätigkeit für die Klinikum Niederlausitz GmbH erlangten Kenntnisse, Informationen und Daten der Projektteilnehmer und deren Angehörigen gegenüber jedermann absolutes Stillschweigen zu wahren habe. Die Verschwiegenheitsverpflichtung besteht gegenüber jedermann, so auch gegenüber Familienangehörigen, Arbeitskollegen und demjenigen, der von der betreffenden Tatsache bereits Kenntnis erlangt hat.
- b. Ich wurde darüber belehrt, dass sich diese Verpflichtung nicht nur auf die medizinischen und privaten Geheimnisse der Projektteilnehmer und deren Angehörigen erstreckt, sondern auch auf alle Tatsachen, die mir während meiner ehrenamtlichen Tätigkeit für die Klinikum Niederlausitz GmbH von Projektteilnehmer und deren Angehörigen anvertraut oder bekannt werden.
- c. Informationen über Projektteilnehmer und deren Angehörigen dürfen nur mit dem Einverständnis der Betroffenen und nur in Abstimmung mit dem Projektleiter der Klinikum Niederlausitz GmbH verwendet werden.
- d. Die Weitergabe von Informationen über das bzw. aus dem Projekt „Niederlausitzer Netzwerk gesunde Kinder“ an die Medien (z.B. Rundfunk, TV, Presse, Internet, usw.) ist den ehrenamtlichen Paten nicht gestattet.
- e. Bei Verstößen gegen diese Vereinbarung hat das Klinikum das Recht, die Zusammenarbeit mit dem ehrenamtlichen Paten zu beenden und die weitere Projektteilnahme des ehrenamtlichen Paten auszuschließen.
- f. Diese Verschwiegenheitsverpflichtung endet nicht mit der Beendigung der ehrenamtlichen Tätigkeit für die Klinikum Niederlausitz GmbH, sondern bleibt darüber hinaus bestehen.
- g. Mit meiner Unterschrift bestätige ich ferner, dass mir ein Exemplar der Verpflichtung zur Einhaltung des Datengeheimnisses gemäß § 5 Bundesdatenschutzgesetz / Verschwiegenheitserklärung ausgehändigt wurde.

Abbildung 8

© Hendrik Karpinski

Der kritische Punkt bei uns sind die Paten (Recht, Pflichten, Empfehlungen siehe **Abbildung 9**). Wir werden dafür sorgen, dass es nach dem 3. Lebensjahr, nach dem Ablauf des Projekts und der Finanzierung, ein Anschlussprojekt geben wird, da wir die Familien bis in den Beginn der Schulzeit begleiten wollen. Es gibt schon Signale vom Bildungsministerium, dass sie dann einsteigen würden.

Wir als Krankenhaus sind jetzt sehr umgetrieben von Ideen der so genannten integrierten Versorgung, dabei ist mit integriert stationär und ambulant gemeint. Wir denken an eine integrierte Versorgung, übergreifend zwischen Medizin und Jugendhilfe. Das findet seinen konkreten Ausdruck darin, dass wir im Juni eine Einrichtung der Jugendhilfe in unserem Landkreis, dessen Träger die weitere Trägerschaft nicht mehr übernehmen will, zu uns ins Klinikum holen und da wird diese Nähe und das gemeinsame Arbeiten selbstverständlich werden.

Rechte, Pflichten, Empfehlungen

a. Das Recht auf regelmäßige Fortbildung

Um die verantwortungsvolle Aufgabe als ehrenamtlicher Pate/Patin erfüllen zu können, bietet das Projekt *NIEDERLAUSITZER NETZWERK GESUNDE KINDER* regelmäßig Fortbildungen zu aktuellen Themen der Kindergesundheit und Gesundheitsprävention sowie rechtlichen und sozialen Schwerpunkten an.

Diese Fortbildungen werden von qualifizierten Fachleuten durchgeführt und sind für alle ehrenamtlichen Paten kostenfrei.

b. Das Recht auf regelmäßige Gespräche und Beratung durch einen Gruppenleiter

Jeder Pate/jede Patin hat das Recht, an den angebotenen Patenstammtischen teilzunehmen. Hier besteht die Möglichkeit, sich zu bestimmten Fragen und Problemen, die sich aus den Aufgaben ergeben, vom Gruppenleiter Rat zu holen.

c. Das Recht auf Erstattung von Auslagen

Fahr-, Telefon- und Portokosten, die dem Paten/der Patin durch die Besuche in der Familie entstehen, werden bei Abgabe der Nachweisliste an die Koordinatorin durch das Projekt *NIEDERLAUSITZER NETZWERK GESUNDE KINDER* zeitnah erstattet.

Dazu führen die Paten eine Liste mit den Positionen:

Fahrkosten: *Datum, wohin, gefahrene km, x 0,20 €*,

Telefon: *Datum, telefonierte Minuten x 0,12 €*

Porto: *Datum der Briefsendung, reale Portokosten*

d. Das Recht auf für die Aufgabe als Pate notwendigen Unterlagen

Jeder Pate/jede Patin erhält:

- *einen Ordner, in dem alle wichtigen Projektunterlagen enthalten sind und der ständig aktualisiert und ergänzt werden kann.*
- *einen Projektstempel mit dem Logo des NIEDERLAUSITZER NETZWERKS GESUNDE KINDER*
- *zur Legitimation einen Projekt-Ausweis*

Abbildung 9

© Hendrik Karpinski

Lernende (Kooperations-)Systeme: Das Präventionsprojekt Zukunft für Kinder in Düsseldorf. Vorsorge – Beratung – Unterstützung. Clearingstelle

DR. MED. BERNHARD DOMBROWSKI

Kinderarzt, Gesundheitsamt Düsseldorf, Kinderärztlicher Leiter der Clearingstelle

DR. MED. WILFRIED KRATZSCH

Oberarzt, Kinderneurologisches Zentrum der Städtischen Kliniken Düsseldorf-Gerresheim,

PETER LUKASCZYK

Leiter der Abteilung Soziale Dienste, Jugendamt Düsseldorf, Moderator in der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz

Historie des Präventionsprojektes

Dr. med. Wilfried Kratzsch: In Düsseldorf arbeiten zwei Systeme an einem gemeinsamen Ziel. In Gerresheim beginnt die Vernetzung in der Klinik, beim Jugend- und Gesundheitsamt in der Clearingstelle. Unser gemeinsames Ziel ist, durch Früherkennung in der Geburtshilfe und frühe Intervention und Prävention Gefahren von Kindeswohlgefährdung, -misshandlung und -vernachlässigung vorzubeugen und Folgen, vor allem Langzeitfolgen zu vermeiden.

Der Ausgangspunkt waren verschiedene Medienberichte, Kampagnen und Projekte:

- Aktuelle Presseberichte über Todesfälle: in Hamburg („Jessica“), Düsseldorf („Pervin“), in Itzehoe, Lübeck, Brandenburg u.a.m.,
- Forderung nach früher Prävention,
- Familienministerin Frau von der Leyen will mit Projekten (Gesamtsumme von 10 Millionen Euro) Fälle wie „Jessica“ verhindern,
- „Projekt Niedersachsen“, Initiatoren Anna Maier Pfeiffer und Prof. Dr. Christian Pfeiffer.

Die Anfänge des Projektes gehen auf das Jahr 1971 zurück. Damals fertigte ich in Köln eine Promotionsarbeit zum Thema „Psychosoziale Untersuchungen zur Kindesmisshandlung, Studie an einer ausgewählten Gruppe“ an. Diese Arbeit wurde 1975 im „Spiegel“ besprochen, im Anschluss daran traf ich mit einem der Mitväter der Kinderschutz-Zentren, Reinhard Wolff, zusammen, um mit ihm über diese Thematik zu sprechen. 1980 nahm ich an einem Internationalen Kongress in London über „child abuse“ teil. Acht Jahre danach startete das erste Projekt in der Geburtshilfe am Klinikum Düsseldorf-Gerresheim (1988-1990). Obwohl dieses Projekt gut lief und alle Beteiligten gut zusammengearbeitet haben, scheiterte es an mangelnder Unterstützung von „offiziellen“ Stellen.

Im Jahr 2000 fand im Verein für Kommunalwissenschaften e.V. ein Workshop mit dem Titel „Rechtzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen im frühen Kindesalter und das angemessene Reagieren von Jugendhilfe und Medizin unter besonderer Berücksichtigung von Datenschutz und Schweigepflicht“ statt, bei dem ich aus medizinischer/klinischer Sicht über das rechtzeitige Erkennen von Fehlentwicklungen referieren durfte und zusammen mit dem Leiter des Sozialen Dienstes in Osnabrück bereits zu diesem Zeitpunkt eine Arbeitsgruppe mit dem Titel „Ist die gemeinsame Hilfekonferenz eine Illusion?“ leitete. Auch heute beschäftigt sich eine Arbeitsgruppe mit diesem Thema. Die nächste Veranstaltung zum Thema Zusammenarbeit der Jugendhilfe und Entwicklungspsychologie führte der Verein für Kommunalwissenschaften e.V. im Jahr 2003 mit dem Titel „It Takes Two to Tango. Frühe Kindheit an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Entwicklungspsychologie“ mit einem Pre-Conference-Workshop „Konzepte und Modelle zur Früherkennung von Entwicklungsgefährdungen bei Säuglingen und Kleinkindern“ durch, auf dem ich das Modell zur Früherkennung von Entwicklungsgefährdungen bei Hochrisiko-Kindern zum Zeitpunkt der Geburt vorstellen konnte.

Weitere Meilensteine auf dem Entwicklungsweg des Projektes waren:

- der Neuropädiatrische Nachmittag mit Dr. Laucht als Referenten zur „Mannheimer Längsschnittsstudie“¹ Düsseldorf-Gerresheim am 2.7.03,
- der Arbeitskreis „Hochrisikokinder“ wurde im Februar 2004 der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz zugeordnet,
- auf der Jahrestagung der Gesellschaft für Sozialpädiatrie traten im September 2004 Dr. Manfred Laucht, PD Dr. Ute Ziegenhain, Wulfhild Reich, Dr. Eberhard Motzkau, Dr. med. Wilfried Kratzsch² gemeinsam in Berlin auf. Der Moderator war Dr. Helmut Hollmann, Sprecher der Sozialpädiatrischen Zentren.

Am 1. Juni 2005 startete unser Präventionsprojekt mit folgenden Zielen:

- Vorbeugung und Verhinderung von Kindesmisshandlungs- und -vernachlässigungsfällen, gegebenenfalls auch von Todesfällen wie bei „Jessica“,
- Verhinderung von hohen Folgekosten von psychosozialen Fehlentwicklungen (Schulversagen, dissoziale Entwicklungen),
- Verhinderung, dass sich Misshandlungen und -vernachlässigungen in der nächsten Generation wiederholen.

¹ Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M H (2001) Längsschnittsforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption, und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. In: Klein. Psychol.-Psychother., Hans Huber 29, Nr. 4: 246-262

² Kinderärztliche Praxis 76, 384–388 (2005), Nr. 6, Kirchheim Verlag Mainz

Neue Wege im Präventionsprojekt „Zukunft für Kinder“

Peter Lukasczyk: Das Problem eines Modellprojektes ist: Wie bekommt man ein solches System auf eine flächendeckende Struktur umgestellt? Solche Systeme leben in der Bundesrepublik oft durch das Engagement einzelner Leute, einzelner Organisationsstrukturen und in der Regel keiner systemischen Strukturen. Die Aufgabenstellung, die wir übernommen haben, ist eigentlich, die positive Zusammenarbeit, die in Düsseldorf gewachsen ist, auf ein gesamtstädtisches System zu übertragen. Das ist nur möglich mit ständigem Reden und Überzeugen. Es ist ein höchst kompliziertes System, weil die Systeme Medizin und Jugendhilfe nicht gleich funktionieren. Beide Systeme arbeiten unterschiedlich, sie kommunizieren anders, sie haben andere Vorstellungen, sie haben andere Zeitstrukturen und verfügen über unterschiedliche methodische Zugänge. Das ist ein umfangreiches Vorhaben, aber darin liegt die Chance.

Ich halte nichts von Systemen, die zusätzlich installiert werden müssen. Es ist sicher sinnvoll, neue Systeme einzuführen, wo sie methodisch-fachlich fehlen. Aber die neuen Vorgehensweisen müssen auf die bestehenden Systeme passen. Daher glaube ich, dass alle Maßnahmen, die sich mit zusätzlichen, schwer handhabbaren Systemen entwickeln, nicht zum gewünschten Erfolg führen. Ich bin davon überzeugt, dass nur unter Beibehaltung der existierenden Systeme ein Aufeinander-Zugehen und ein gemeinsames Lernen voneinander der richtige Weg ist, flächendeckend zusammenarbeiten zu können.

Wir haben eine gemeinsame Definition. Die Definition von Gesundheit der WHO (1946) gilt nicht nur für die Mediziner:

„Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Beschwerden und Krankheit.“

Die Definition der WHO macht deutlich, dass die Sichtweise deutlich auf einen ganzheitlichen Ansatz abzielt. Die Entwicklung von zwei Systemen in Deutschland hat historische Gründe. Wenn wir von gesunder Entwicklung von Kindern reden, haben wir unterschiedliche Zugänge:

- Die Jugendhilfe nähert sich dieser Frage eher über eine sozialwissenschaftliche Sichtweise. Sozio-ökonomische Begründungsmuster stehen im Vordergrund. Systemische Sichtweisen und der Blick auf Bindungsmuster sind in den letzten Jahren hinzugekommen.
- In der Gesundheitshilfe stehen Fragen des klassischen Gesundheitsbegriffes deutlich im Fokus. Gesund gleich nicht krank, Heilung und Rehabilitation sind die herausragenden Begrifflichkeiten. Deutlicher werden Ansätze der Gesundheitsversorgung (Public Health) im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖDG) eingeführt.

Früherfassung bietet die Möglichkeit der Prävention vor späterer Intervention

Das Prinzip unseres Projektes ist: Prävention vor Intervention. Bei den frühen präventiven Maßnahmen, die sich an Risikofamilien richten, ist das zu verhindernde Problem (zum Beispiel Kindesvernachlässigung) noch nicht aufgetreten. Die Risikofamilien mit Kindern haben lediglich eine höhere statistische Wahrscheinlichkeit, die zu verhindern-

de Problematik zu entwickeln, als eine nicht belastete Familie. Ziel ist es, das zu verhindernde Problem oder gar ansatzweise die Manifestation von problematisierenden Verhaltensweisen durch Präventionshilfen frühzeitig und gezielt zu verhindern. Ob sich das so rechnen wird, können wir noch nicht mit Bestimmtheit sagen. Auf jeden Fall profitieren die Kinder davon, daher ist es auf jeden Fall richtig.

Wir steigen dann ein, wenn noch nichts passiert ist, nämlich gleich nach der Geburt. Das bringt eine völlig andere Sichtweise im klassischen Bereich der Jugendhilfe, die immer dann zum Einsatz kommt, wenn bereits etwas passiert ist. Hier müssen sich also Sichtweisen ändern.

Wissenschaftlicher Zugang

Wenn Sie sich dem Thema nur von einer theoretischen Sichtweise nähern, werden Sie es nicht gesamt erfassen. Das Projekt fußt auf unterschiedlichen wissenschaftlichen Theorieansätzen, die auf die Projektstruktur und die methodischen Ansätze wirken:

- Frühkindliche Entwicklungspsychologie und die Forschungsbefunde zur frühen Bindung,
- Public Health und der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖDG),
- Haushaltswissenschaft,
- Familienforschung,
- Risiko- und Resilienzforschung.

Ohne den Öffentlichen Gesundheitsdienst schaffen sie gewisse Zugänge für die Familien nicht. Die Haushaltswissenschaft bedeutet eine umfassende Haushaltskenntnis und ein umfassendes Haushaltsmanagement, zum Thema: Wie gehe ich mit Haushalt, Kindern, mit Familie und Partnerschaft um?. Es braucht dazu maßgebliche Nachschulungstätigkeiten, damit Familien ihre Kinder entsprechend versorgen können. Ohne Ansätze der Familienforschung, wie sich Partnerschaften und Beziehungen mit Kindern entwickeln, können Sie das Thema der multikomplexen Veränderungsstrukturen und der wechselnden Beziehungsdynamik, die sich innerhalb eines Lebens von Kindern abspielen, nicht bewältigen. Es muss untersucht werden, an welcher Stelle es Risiken und an welcher Stelle fördernde Faktoren gibt. Daher ist unser Projekt nicht an alle Kinder beziehungsweise Familien gerichtet, sondern an die, die diese Risikofaktoren aufweisen.

Schutzauftrag der Jugendhilfe

Die Jugendhilfe ist dem Schutzauftrag aus dem SGB VIII verpflichtet:

„§ 8a SGB VIII Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung

(1) Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so hat es das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte abzuschätzen.

Dabei sind die Personensorgeberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche einzubeziehen, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird. Hält das Jugendamt zur Abwendung der Gefährdung die Gewährung von Hilfen für geeignet und notwendig, so hat es diese den Personensorgeberechtigten oder den Erziehungsberechtigten anzubieten ...

(4) Soweit zur Abwendung der Gefährdung das Tätigwerden anderer Leistungsträger, der Einrichtung der Gesundheitshilfe oder der Polizei notwendig ist, hat das Jugendamt auf die Inanspruchnahme durch die Personensorgeberechtigten hinzuwirken.

Ist ein sofortiges Tätigwerden erforderlich und wirken die Personensorgeberechtigten nicht mit, so schaltet das Jugendamt die anderen zur Abwendung der Gefährdung zuständigen Stellen selbst ein.“

Dieser Paragraph gibt uns alle Voraussetzungen, präventiv zu arbeiten. Das ist ein Kinder-Schutz- und -Sicherungsparagraph und ein Präventionsparagraph. Wenn Sie diesen so begreifen, können Sie damit in hervorragender Weise präventiv umgehen.

Der Düsseldorfer Weg

Das Projekt in Düsseldorf versucht, die unterschiedlichen Ansätze, Sichtweisen und methodischen Zugänge systematisch zusammenzubringen. Die Eigenständigkeit der Professionen zu achten, Prävention zu fördern und die gesetzlichen Erfordernisse des Kinderschutzes zu sichern, ist unser Anliegen. Die Einbeziehung und Beteiligung der jungen Familien hat dabei eine herausragende Bedeutung. Insbesondere sind beteiligt:

- alle Kliniken in Düsseldorf,
- freiberufliche Hebammen,
- der Allgemeine Sozialdienst,
- niedergelassene Kinderärzte,
- Kindertageseinrichtungen, Familienbildung, Beratungsstellen und Angebote der „Hilfe zur Erziehung“,
- Angebote des Gesundheitsamtes.

Die Kliniken sind beteiligt, wir greifen jedoch nicht in die Klinikstruktur ein. Die Kliniken tun, was sie können und was sich in den Klinikalltag integrieren lässt. Wir sagen ihnen nicht, wie sie es tun sollen.

Beim Präventionsprogramm „Zukunft für Kinder“ handelt es sich um ein ämter- und träger übergreifendes Kooperationsmodell in der gemeinsamen Steuerungsverantwortung des Jugend- und des Gesundheitsamtes.

Problembeschreibung

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 sind unter anderem:

- frühe Schwangerschaft,
- unerwünschte Schwangerschaft,
- mangelnde Bewältigungsfähigkeiten,
- Delinquenz und/oder Herkunft aus zerrütteten familiären Verhältnissen,
- disharmonische Partnerschaft,
- Ein-Eltern-Familie,
- psychische Störungen der Eltern,

wobei die Risikofaktoren nicht einzeln schon ein Merkmal für Hilfe darstellen.

Ziele des Programms

Durch frühe und niedrigschwellige Hilfen sollen nach einem abgestimmten System bereits ab dem Klinikaufenthalt unmittelbar vor oder nach der Entlassung spätere Krisenintervention vermieden oder die Folgen abgeschwächt werden.

Das Zusammenleben zwischen leiblichen Eltern und ihren Kindern soll unter anderem durch die in **Abbildung 1** aufgeführten Maßnahmen ermöglicht werden.

Wir müssen von unterschiedlichen Diagnosebefunden ausgehen. In Düsseldorf wie in anderen großen Städten haben wir alle Systeme, die Sie benötigen, um Prävention und Hilfen zu organisieren. Es fehlt fast nichts. Die entscheidende Frage ist, wie man das verbindet. Daher gestatten Sie mir die Anmerkung, dass ich kein Vertreter von Partnerschaftsmodellen bin, die nicht einen gewissen professionellen Status haben.

Das Case-Management liegt bei uns beim ASD. Daraus können sich verschiedene Partnerschaftsstrukturen entwickeln, aber ich halte es für ausgesprochen wichtig, dass ein Case-Management über dem gesamten System steht. Es gibt Kinderschutzfälle, die uns nicht bekannt werden, obwohl mehrere Personen mit den Familien zu tun hatten. Das heißt, wir brauchen Instrumente, zum Beispiel den Stuttgarter Kinderschutzbogen, den wir gemeinsam weiterentwickeln.

Wir haben das Thema Haushaltsmanagement, das Thema Mutter-Kind-Interaktion, das Thema Versorgung des Säuglings, das Thema sozialpädiatrische Förderung und das Thema Mangelnde soziale Integration erfasst, vom Thema Arbeit bis hin zum Thema Hilfen zur Erziehung.

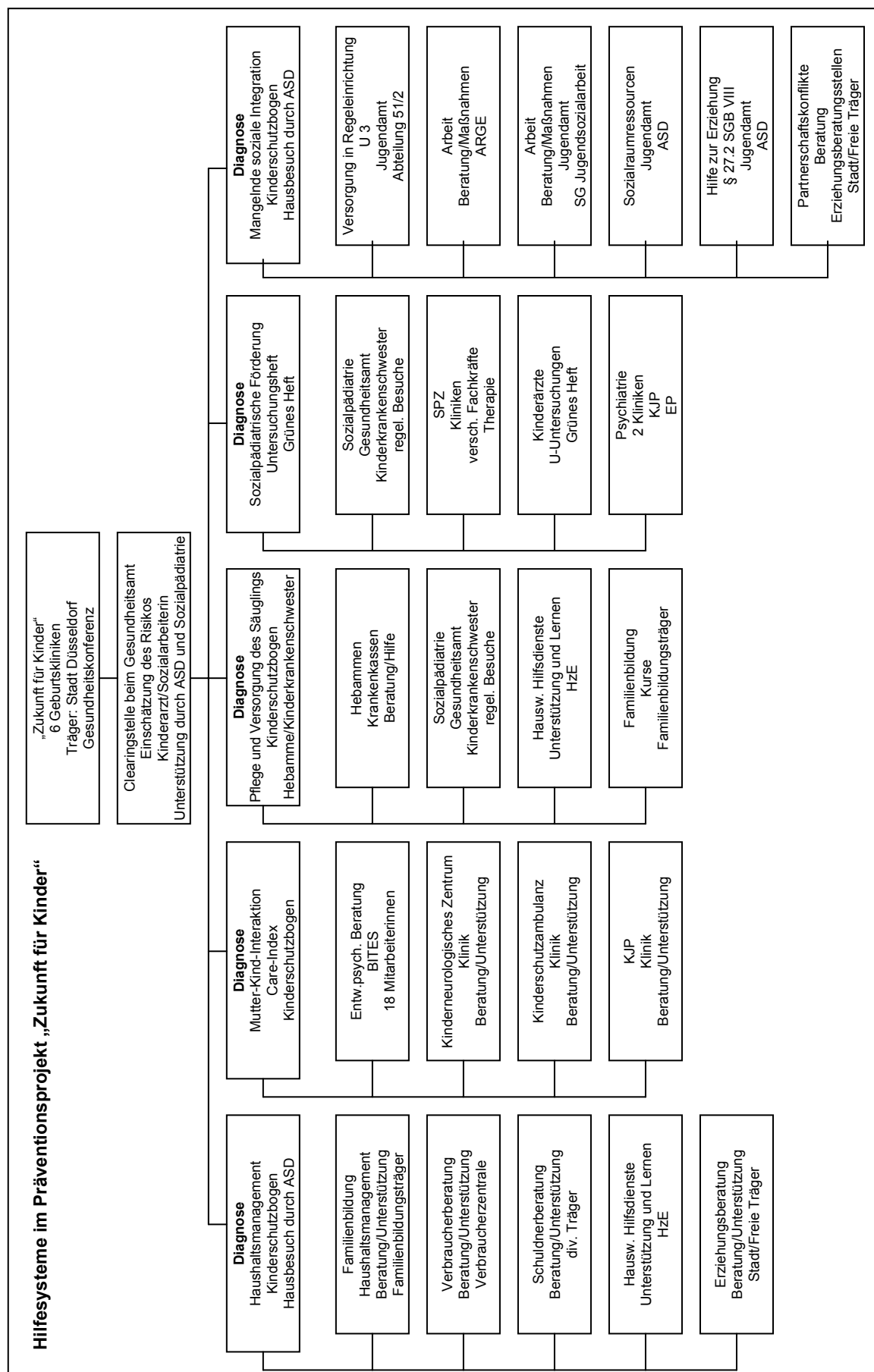


Abbildung 1

Wir haben uns für ein Clearing-System entschieden, das beim Gesundheitsamt angesiedelt ist (**Abbildung 2**). Das hat strategische Gründe gegenüber dem Gesundheitssystem, weil das Gesundheitssystem prinzipiell nicht unbedingt gern mit der Jugendhilfe zusammenarbeitet. Das kann man aber nur so aufbauen, wenn man das System gemeinsam mit dem Gesundheitswesen entwickelt.

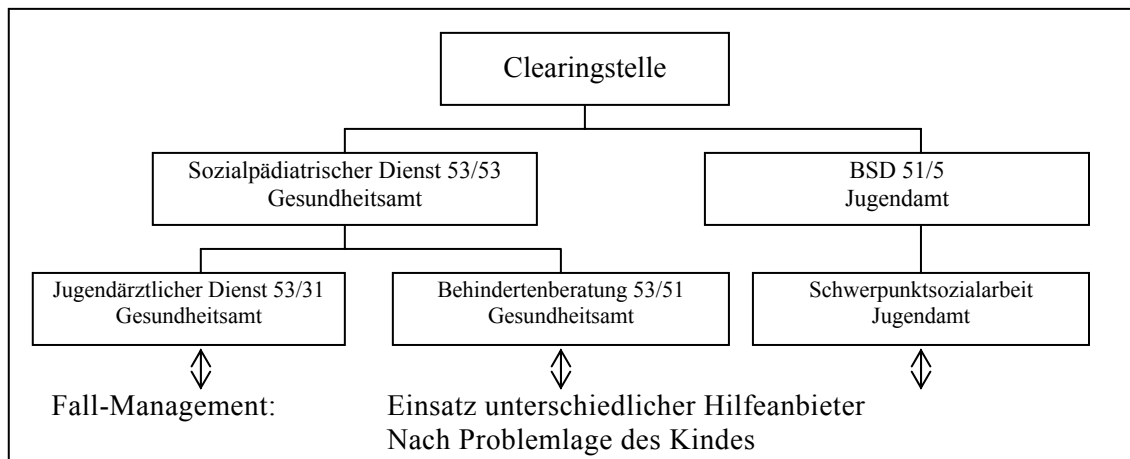


Abbildung 2

© Peter Lukasczyk, Jugendamt Düsseldorf

Die Vorteile des Düsseldorfer Modells

Die Vorteile des Düsseldorfer Projektes lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Das Düsseldorfer Projekt ist in besonderer Weise geeignet, durch ein qualifiziertes Entlassverfahren der Kliniken unterstützungsbedürftige Familien mit ihren Kindern zu identifizieren.
- Die Angebotspalette aller Träger, öffentliche wie freie, ist leistungsfähig und wird durch besondere Angebote für die Zielgruppe qualifiziert. Diese Palette wird voll ausgeschöpft. Es handelt sich um eine Umstrukturierung der Zugänge zu den Familien, nicht über neue Modelle.
- Die intensive und nachhaltige Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Jugendhilfe ist bundesweit einmalig und zukunftsweisend. Beide Systeme verändern sich dabei.
- Das Modell lässt sich problemlos auf andere Kommunen übertragen.
- Das Projekt ist ein deutliches Präventionsprojekt, mit nachhaltigen Wirkungen für Kinder und Familien.
- Die Kinder und Familien werden durch eine feste Betreuungsperson beim ASD im Rahmen von Fallmanagement betreut – es gibt keinen Fallwechsel.

Stand des Projektes

Nach der Auswertung der Pre-Test-Phase mit den seit 01.06.2005 bis dahin angeschlossenen Kliniken wurde das Projekt nun für die Einführung in die Gesamtstadt freigegeben. Bis Mitte des Jahres 2006 werden alle Düsseldorfer Geburtskliniken an das Meldesystem angeschlossen sein. Von Herrn Prof. Dr. Jörg Fegert und Frau PD Dr. Ute Ziegenhain vom Universitätsklinikum Ulm werden wir das Projekt wissenschaftlich evaluieren lassen. Das Düsseldorfer Projekt ist für den deutschen Präventionspreis nominiert und befindet sich in der Auswahl der letzten 11 Bewerber. Die Preisverleihung findet am 29. Mai 2006 in Berlin statt. Die Landesvertretung der Angestellten Krankenkassen Nordrhein-Westfalen unterstützt das Präventionsprojekt als erste gesetzliche Krankenkasse. Gespräche mit weiteren Krankenkassen sind in Vorbereitung. Es fand eine gemeinsame Visitation des Bundesfamilienministeriums und des Bundesgesundheitsministeriums statt.

Präventionsprojekt „Zukunft für Kinder in Düsseldorf“: Beschreibung der Aspekte von Gesundheitshilfe und Sozialpädiatrie

Dr. med. Bernhard Dombrowski: Grundlegendes Ziel ist die Sicherheit für Kinder und deren Entwicklung bei medizinischer und/oder sozialer Gefährdung. Erreicht werden soll dabei die Altersgruppe der Kinder im Alter von 1 bis 3 Jahren.

Beispiele:

- Kinder, die an einer chronischen Krankheit oder Behinderung leiden oder hiervon bedroht sind;
- Kinder aus Familien mit psychosozialer Belastung.

Erreicht werden muss zuvor das medizinische Personal, welches zunächst (Hinweise auf) eine medizinische und/oder soziale Gefährdungslage von Kindern wahrnehmen und dann zum Wohle des betroffenen Kindes reagieren soll.

Angestrebt wird eine möglichst frühe Erkennung von medizinischen und/oder sozialen Gefährdungslagen für Kinder. Als idealer Zeitpunkt hierfür sind Schwangerschaft beziehungsweise die Geburts-Situation anzusehen. Informationen, die sich einem aus diesen beiden Bereichen erschließen, unterliegen fast stets medizinischem Datenrecht. Vor diesem Hintergrund wäre die generelle Durchführung eines sozialmedizinischen screenings datenrechtlich problematisch, der personelle und finanzielle Aufwand überdies (zu) hoch. Stattdessen soll durch die langfristig angelegte Arbeitsweise des Projektes das medizinische Personal regelhaft bei der Wahrnehmung einer Gefährdung im individuellen Fall unterstützt werden.

Zurückgegriffen werden kann in diesem Rahmen auf:

- Eigene Informationen und Beobachtungen;
- Schriftliche und/oder mündliche Befunde/Hinweise aus der medizinischen Betreuung der Schwangerschaft (FrauenärztInnen/Hebammen).

Voraussetzungen beim präventiven Vorgehen sind:

- Gefährdung des Kindes wird befürchtet, ist bisher aber nicht eingetreten.

- Eltern: Einverständnis zur Abgabe von medizinischen Daten aus der Geburts-Situation!

Nach der Erkennung einer medizinischen und/oder sozialen Gefährdungslage findet die Anbindung des Kindes und seiner Eltern an das Präventionsprojekt statt. Da es sich hierbei um Prävention und nicht um Intervention handeln soll, wird dieses Verfahren nicht als „Meldung“, sondern als „Anmeldung“ eines Kindes bezeichnet. Mittels einer hierfür entworfenen Einverständnis-Erklärung bestätigen die Eltern schriftlich ihre Zustimmung zur Abgabe von (sozial-)medizinischen Daten aus der Geburts-Situation.

Für diese Weitergabe von (sozial-)medizinischen Daten wird ein Anmeldungsbogen verwandt, welcher die medizinische und/oder soziale Gefährdungslage mittels Diagnosen beschreibt. Für das Kind erfolgt die Eintragung der vorliegenden (sozial-)medizinische Diagnosen laut ICD 10 (Neonatale EDV-Erfassung).

Die Diagnosen, welche schwierige soziale Aspekte bei Mutter/Eltern abbilden, werden mittels vorgegebener Ankreuz-Felder eingetragen, welche sich an den vorgegebenen Diagnosen-Schlüssel aus Mutterpass und perinataler EDV-Erfassung anlehnen; dieser gliedert sich in folgender Weise auf:

„Mütterliche Anamnese und allgemeine Befunde (vor Beginn der Schwangerschaft)“:

- O (Aktuelle) psychische Erkrankung
- O 06 Besondere psychische Belastung (zum Beispiel familiär oder beruflich)
 - O Gewalterfahrung
- O 07 Besondere soziale Belastung (zum Beispiel Probleme mit Integration, Einsamkeit, Finanzen)
 - O Heimaufenthalte der Mutter
 - O (V. a.) Gewalt im häuslichen Milieu
- O 13 Alter der Mutter: unter 18 Jahren
 - O Alter der Mutter: 18-20 Jahre
- O 26 sonstige Befunde
 - O Kindsvater: Heimaufenthalte, Gewalterfahrung, Abusus

„Schwangerschaft“:

- O 29 Abusus (Drogen, Alkohol, Medikamente, Nikotin); Drogen-Substitution
- O 30 Besondere psychische Belastung
 - O unerwünschte Schwangerschaft
- O 31 Besondere soziale Belastung
 - O Mutterpass: maximal fünf Vorsorgeuntersuchungen dokumentiert
 - O allein erziehend
- O 52 sonstige besondere Befunde

Ergänzende Hinweise oder Fakten, welche die vorgegebenen Diagnosen nicht hinreichend abbilden, können als Freitext in einem Feld „Sonstige Bemerkungen“ eingetragen werden: zum Beispiel: Mutter wünscht Hilfe, auffällige Mutter/Kind-Interaktion etc.

Fall-Betreuung innerhalb des Projektes:

- Durch frühzeitige individuelle Hilfeplanung, Förderung und Betreuung sollen drohende Langzeitdefizite bei der Zielgruppe der Kinder zwischen Geburt und 3. Lebensjahr verhindert werden. Das ganzheitliche Betreuungsprogramm kombiniert medizinische, psychosoziale und entwicklungs-psychologische Arbeitsmethoden und optimiert so die Entwicklungschancen für die betroffenen Kinder und deren Eltern.
- Clearing-Stelle des Projektes:
 - Auftrag: Als zentrales städtisches Angebot soll die Clearingstelle frühzeitig und individuell für Kinder mit erhöhtem medizinischem und/oder sozialem Risiko sowie deren Eltern eine koordinierte und optimale Nach- bzw. Vorsorge einleiten.
 - Personal:
 - 1 x Kinderarzt/Kinderärztin,
 - 1 x Sozialarbeiter/in.
- Abläufe und Organisation:
 - Bereits vor der Geburt Betreuung der werdenden Mutter,
 - Nach der Geburt Anmeldung des Kindes im Projekt,
 - Im ersten Jahr optimierte kinderärztliche Nachsorge („Grünes Heft“).
- Fall-Management:
Einsatz unterschiedlicher Hilfeanbieter, je nach der individuellen Problemlage des Kindes.
- Diagnostik und Beratung
 - Kind:
Erweiterte Diagnostik und soziale Anamnese in Geburts- und Kinderkliniken;
In Einzelfällen:
 - Kinderneurologie/Entwicklungsneurologie; Pädaudiologie;
 - Augenärztliche Diagnostik;
 - Orthopädische Diagnostik.
 - Mutter/Eltern:
Psychische Krankheit, Diagnostik und Therapie;
Psychosoziale Diagnostik, erweiterte Fragestellung;
Drogen-/Sucht-Beratung und -Behandlung;
Diagnostik/Therapie bei anderen (chron.) Krankheiten;
Systemische (Familien-)Diagnostik.
- Hilfeplanung:
(Sozial-)Pädiatrie:
 - Nachsorge-Hembamme,
 - Niedergelassene/r Kinderarzt/-ärztin,
 - Sozialpädiatrisches/Kinderneurologisches Zentrum,

- Krankengymnastik,
- Ergotherapie/Mototherapie,
- Frühförderung, Heilpädagogik,
- Logopädie/Spracherziehung,
- Ernährungsberatung,
- (Kinder-)Krankenpflege, ambulant,
- Behinderung/Erkrankung: Rehabilitation,
- Familienbildung,
- Spielgruppe/Krabbelgruppe,
- Hilfe für Familie/Angehörige, medizinisch.

Soziale und psychosoziale Hilfen:

- Eingliederungsmaßnahmen,
- Pflegegeld, Beantragungsverfahren,
- Finanzielle Hilfen,
- Wohnungsversorgung/-Umbau,
- Flexible Hilfe,
- Wirtschaftliche Hilfe für Familie/Angehörige,
- Hilfen der Sozialdienste/BSD,
- Sonstige Maßnahmen.

Einführung des Projektes:

bis Sommer 2006: 10 Stadtbezirke

6 Krankenhäuser:

- 6 geburtshilfliche Abteilungen,
- 4 pädiatrische Abteilungen.

Hebammen, Nachsorge

ab Sommer 2006: Niedergelassene Kinder- und Frauenärzte;
psychiatrische Abteilungen.

Anmeldungen – Gesamt: 56 (Juni 2005 bis April 2006)

Diagnosen, Mutter (vor Beginn der Schwangerschaft):

- 3 Mal (Aktuelle) psychische Erkrankung,
- 8 Mal Besondere psychische Belastung (zum Beispiel familiär oder beruflich),
 - 4 Mal Gewalterfahrung,
- 9 Mal Besondere soziale Belastung,
 - 3 Mal Probleme mit Integration, 3 Mal Probleme mit Finanzen,
 - 1 Mal Heimaufenthalt der Mutter,
 - 2 Mal (V. a.) Gewalt im häuslichen Milieu,
- 11 Mal Alter der Mutter: unter 18 Jahren,
- 10 Mal Alter der Mutter: 18-20 Jahre,
- 3 Mal sonstige Befunde (3 Mal Kindsvater: Abusus).

Diagnosen, Mutter (Schwangerschaft):

- 12 Mal Abusus (1 Mal Alkohol, 10 Mal Nikotin, 2 Mal Drogen-Substitution),

- 4 Mal Besondere psychische Belastung (3 Mal unerwünschte Schwangerschaft),
 12 Mal Besondere soziale Belastung:
 4 Mal Mutterpass: maximal fünf Vorsorgeuntersuchungen,
 9 Mal allein erziehend.

Mutter, sonstige Bemerkungen:

- 4 Mal Unsicherheit der Mutter,
 2 Mal Überlastung der Mutter (1 Mal mit psychosomatischer Reaktion),
 2 Mal geistige Behinderung, Eltern (1 Mal Mutter, 1 Mal Vater),
 2 Mal Schwangerschaft bis zur Geburt nicht genannt/bekannt,
 2 Mal unerwünschtes Geschlecht des Kindes.

Dr. med. Wilfried Kratzsch: Es gibt in Düsseldorf zwei Wege mit einem gemeinsamen Ziel: Einerseits die Vernetzung in der Klinik, neuerdings bereits vor der Geburt, und andererseits die Vernetzung in der Clearingstelle (**Abbildung 3**).

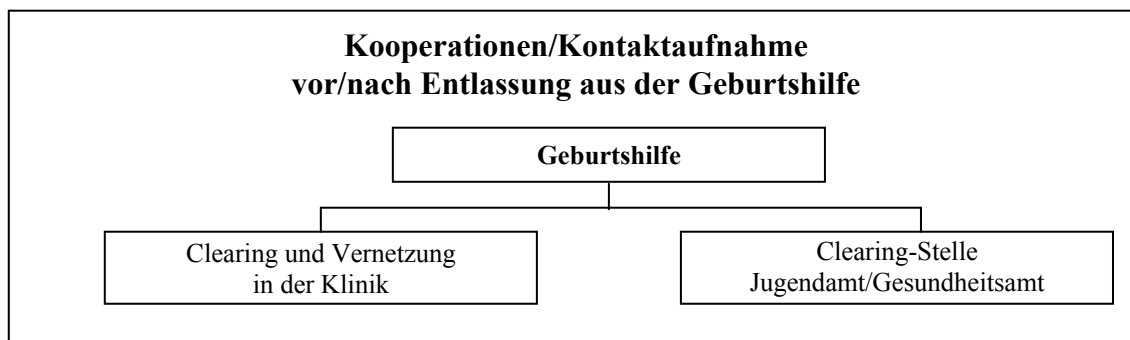


Abbildung 3

© Dr. med. Wilfried Kratzsch

Bisher sind drei Kliniken beteiligt, die Beteiligung der anderen Kliniken ist geplant.

Das Besondere am Krankenhaus Düsseldorf-Gerresheim ist, dass es ein Klinikum ist, in dem alle Professionen vertreten sind, die „irgendwie“ mit Medizin und Sozialpädiatrie zu tun haben, auch Sozialarbeiter gehören dazu. Außerdem gibt es ein Müttercafé, gefördert vom Kinderschutzbund.

Wie werden gefährdete Kinder aus psychosozialen Hochrisikofamilien in der Geburtshilfe erkannt?

Viele von Ihnen kennen die Prädiktoren der Mannheimer Längsschnittstudie¹:

- **Belastungen der Eltern**, Psychische Erkrankung der Eltern, broken home-Familien, Misshandlungserfahrungen, geringe Schulbildung,
- **Belastungen der Partnerschaft**, frühe Elternschaft, unter 21 Jahre, gestörte Partnerschaft, unerwünschte Schwangerschaft,
- **Belastungen der Familie**, beengte Wohnverhältnisse, Armut.

¹ Laucht et al.

Sieht man einer Mutter an, dass sie depressiv ist oder dass sie misshandelt worden ist? Manchmal „erfährt“ man es. Die frühe Elternschaft erkennt man sofort, aber dass die Partnerschaft gestört ist, erkennt man nicht ohne weiteres. Auf Wohn- und Armutsverhältnisse können wir inzwischen mit Hilfe einer Map-Point-Karte von Düsseldorf aus bestimmten Wohnbezirken, in denen die Mütter leben, schließen.

Wir erfassen fast alle Geburten (circa 650 im Jahr) in Düsseldorf-Gerresheim, davon sind etwa 5 bis 7 Prozent Kinder mit einem Hochrisiko behaftet. Die Hebamme oder Kinderkrankenschwester wendet zur Identifizierung solcher Hochrisikofamilien ein Screening-Verfahren an:

- Screening 1 (Gelber Zettel): Alter, Familienstand, Kinder in Pflege mangelnde/zu späte Vorsorge, Zigaretten >10 täglich, Risikofaktoren im Mütterpass,
- Wenn vorhanden, Sichtung der Krankenakte der Mutter in der Klinik mit Hinweisen auf eine problematische Vorgeschichte,
- Screening 2 (grüner Zettel): Beobachtung der Mutter auf der Wöchnerinnenstation.

In einem psychosozialen Beobachtungsbogen werden auf der Wöchnerinnenstation und im Neugeborenenzimmer folgende Faktoren erfasst:

- Auffällig negative Bemerkungen über das Kind,
- raucht viel,
- Mutter wirkt antriebsarm,
- kein Besuch,
- auffällige Familie (Vater, Kinder).

Wenn uns diese Informationen vorliegen, kommt der Sozialpädiater ins Spiel. Dieser ist Mitarbeiter desselben Klinikums und ist jeden Tag ansprechbar, oft auch am Wochenende. Sie müssen bedenken, dass die meisten Mütter lediglich drei Tage in der Klinik sind und der Kontakt innerhalb dieser drei Tage hergestellt werden muss. Der Sozialpädiater spricht mit der „identifizierten“ Mutter auf der Wöchnerinnenstation, spricht mit dem Vater, mit der Familie, sieht die älteren Kinder und nimmt sowohl Risikofaktoren als auch Schutzfaktoren (Resilienz)¹ wahr. Je mehr Risikofaktoren vorhanden sind, desto höher ist die Gefahr von Entwicklungsstörungen und von späterer Kriminalität der Kinder. Bei vielen Müttern stelle ich fest, dass sie mehrere Risikofaktoren aufweisen – in Armutsverhältnissen aufgewachsen sind, Gewalterfahrungen hatten usw. – und dennoch bewunderungswürdige Persönlichkeiten darstellen und somit eine hohe Resilienz entwickelt haben.

Ergebnisse aus 34 Familien

20 Mütter sind unter 20 Jahre. Sechs Mütter sind Teenager, darunter sind auch Raucherinnen. Bei den sehr jungen Müttern (zum Beispiel 15 Jahre) ist die Frage nach dem

¹ Laucht, M., Schmidt, M. H., Esser, G. (2000): Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. In: Frühförderung interdisziplinär, 19. Jg. 97-108

Schulsystem sehr wichtig. In manchen Fällen werden diese Mädchen der Schule verwiesen und in anderen besuchen die Lehrer diese sogar in der Klinik. Zehn Mütter hatten eine mangelnde Vorsorge. Einzelne sind erst sehr spät, jenseits der 36. Woche, zum ersten Mal zur Untersuchung gekommen oder haben gerade drei Untersuchungen absolviert. 15 Mütter sind Raucherinnen mit mehr als zehn Zigaretten täglich. Bei den Kindern dieser Mütter haben wir zwei Todesfälle („plötzlicher Kindstod“) zu beklagen. Zweimal haben wir Gewalt in der Wöchnerinnenstation mit massivsten Auseinandersetzungen erlebt. Zweimal ist Gewalt gegenüber Schwangeren angewandt worden.

Die Sozialpädiatrie beginnt in der Geburtshilfe

In der Geburtshilfe sind alle MitarbeiterInnen vertreten. In der Kinderneurologie sind einzelne hoch-kompetente MitarbeiterInnen, zum Beispiel Dipl.-Psychologin, Ergotherapeutin, beteiligt. Die Erstberatung findet in der Geburtshilfe statt.

Die Vernetzung beginnt in der Klinik:

- Ambulante Hebammen sind häufiger bereits pränatal tätig,
- Kontaktaufnahme zu den niedergelassenen Kinderärzten (Hausarzt des Kindes). Wahrscheinlich werden wir alle Kinderärzte im Einzugsgebiet der Klinik erreichen.
- Vereinbarung über Wiedervorstellung im KNZ/SPZ, wenn ein Hochrisiko vorliegt.
- Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) wird in einzelnen Fällen tätig. Aufgabe und Dauer der Tätigkeit müssten wir noch genauer definieren.
- Jugendhilfe (nicht nur Jugendamt, auch freie Träger), wenn involviert, hat Wächterfunktion und präventive Aufgaben, die noch zu präzisieren sind.

Beispiel für eine gelungene Kooperation

Das erste Baby des Projektes (Andreas S.) wird am 25.05.06 ein Jahr alt. Die Mutter ist Alkoholikerin und hat bereits vier Kinder. Der Vater S. hat bereits vier Kinder, darunter eine Tochter Mandy, 19 Jahre. Baby Andreas wird der Kinderärztin regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung vorgestellt. Die Mutter ist nie dabei, der Vater bringt das Baby zur Untersuchung. Die 19-jährige Mandy S. bekommt am 26.1.06 ihr erstes Kind, sie berichtet über ihr „Halbbrüderchen“ Andreas. Es findet ein Hausbesuch mit Kinderarzt und einer Mitarbeiterin vom Jugendamt statt. Dabei wird eine Überweisung an das Kinderneurologische Zentrum ausgestellt. Nach dem zweiten Besuch ist eine positive Entwicklung zu verzeichnen, ein Kompliment geht an die Eltern.

Bisheriger Projektverlauf in Gerresheim

- Bisher haben wir 34 Kinder mit ihren Müttern und Familien kontaktiert.
- Bei den letzten zwei (pränatal bereits bekannten) Kindern fand der Kontakt letzte Woche statt (Vater gewalttätig gegenüber seiner schwangeren Partnerin), gestern ein Handykontakt zu einer Mutter.

- Jeden Monat kommen – bei 650 Geburten im Jahr – zwei bis vier Kinder dazu (circa 5-7 Prozent aller Geburten).
- Wir wollen alle Kinder möglichst bis zum Kindergartenalter nachhaltig begleiten.
- Bisher kostet das Projekt nichts zusätzliches, wir führen es ehrenamtlich durch. An zusätzlichem Personalaufwand benötigten wir bisher eine Sekretärin mit weniger als zwei Stunden pro Woche, diese hält Kontakt zu den Kinderärzten.
- Wir haben eine ganze Reihe von Kontakten zu neuen **Partnern**:

Überregionale Kooperation

- SPZs in Nordrhein-Westfalen und der Bundesrepublik,
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte,
- Gesellschaft für Sozialpädiatrie,
- Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und Vernachlässigung,
- Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshelfer,
- Berufsverband der Hebammen,
- Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen.

Neue MED-Kooperationspartner:

- Sozialmedizinische Nachsorge (Casemananger) „Bunter Kreis“, „See You“ St. Wilhelmstift Kinderkrankenhaus, Dr. Siefert, Hamburg,
- Präventionsassistentinnen bei den Kinderärzten, Ausbildung über Kinderhospital Osnabrück, Dr. Lob Corzilius,
- GEPS („plötzlicher Kindstod“) Dr. Soditt, Städt. Kinderklinik Solingen.

Neue Kooperationen zur Prävention:

- Kinderkommission im Bundestag, Bundesabgeordnete Frau Noll, Kontakt 24.4.06,
- Richterbund Nordrhein-Westfalen („Kriminalprävention“) seit Nov. 2005,
- Bundesjustizministerium (Kriminalprävention) seit 25.4.06,
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Berlin (Herr Struzyna) und Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration in Nordrhein-Westfalen (AK Gesundheit CDU, FDP).

Auf verschiedenen Veranstaltungen in diesem Jahr (unter anderem Neuropädiatrischer Nachmittag am 07.06.06 und Jahrestagung der Kinderheilkunde in Mainz im September) werden wir über den aktuellen Stand unseres Projektes berichten.

Qualität im Kinderschutz¹

DR. PETER LACHMAN

Consultant Paediatrician, Royal Free Hospital Hampstead NHS Trust London; Institute of Health Improvement, Cambridge Mass.

Einleitung

Inhalt dieses Vortrags ist die Verknüpfung von Prinzipien der Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen mit Methoden, die im Kinderschutz angewendet werden. Die Öffentlichkeit fordert eine Qualitätsverbesserung der Hilfe, die wir Kindern gewähren, und der Art und Weise, wie wir ihre Familien unterstützen. Ziel des Kinderschutzes ist es, Kinder vor Gefahren zu schützen. Dies ist eine schwierige Aufgabe. In diesem Vortrag werde ich die Lehren, die wir aus einem sehr ernsten Fall in Großbritannien gezogen haben, analysieren. Wir werden anhand dessen die Prinzipien der Qualitätsverbesserung kennen lernen und sie auf den Bereich des Kinderschutzes übertragen. Schließen werde ich mit einer Untersuchung zu den britischen „Safeguarding Boards“, einer Methode, die Hilfequalität für Kinder und ihre Familien zu verbessern.

Eines der Probleme, mit denen wir im Kinderschutz konfrontiert sind, ist der an uns gestellte überaus hohe Anspruch. Die Öffentlichkeit geht davon aus, dass die Fachleute das Wohl des Kindes zu allen Zeiten gewähren können; aber wie wir alle wissen, hindert uns die Struktur der Gesellschaft daran, dieses Ziel zu erreichen – es ist ein Ziel, dem wir niemals gerecht werden können. Dennoch werden wir von der Öffentlichkeit an dieser unrealistischen Zielvorgabe gemessen. Es gilt daher, dieser an uns gestellten Erwartung so nahe wie möglich zu kommen.

Alle Fachstellen im sozialen Bereich müssen sich permanent mit den Erwartungen der Gesellschaft an sie auseinander setzen und sind in diesem Dilemma gefangen. Wir haben die unterschiedlichsten Wege ausprobiert, dies zu verbessern, aber bisher sind wir immer gescheitert. Wir sind uns bewusst, dass die Öffentlichkeit ein perfektes System erwartet und die Medien dieses einfordern. Wir sind uns auch darüber im Klaren, dass die Gesellschaft für Kindesmissbrauch keine Verantwortung übernimmt. Stets werden Kindesmissbrauch oder Kindesmisshandlungen innerhalb der eigenen gesellschaftlichen Gruppierung außer Frage gestellt. Fragt man: „Gibt es in Ihrer Straße Misshandlungen von Kindern?“, bekommt man etwa zur Antwort: „Nein. So was passiert hier nicht“, oder „das kommt bei Ausländern/bei den Armen vor, nicht bei uns.“ Die Armen sagen: „Das kommt bei denen vor“; die Ausländer sagen: „Nicht bei unseren Landsleuten, bei den anderen aber schon“. Jeder leugnet also das reale Vorhandensein von Kindeswohlverstößen. Besonders sind es die Medien, die die Tatsachen leugnen, indem sie in der Manier von Sensationsreporten berichten. Dies führt dazu, dass eine Übernahme der Verantwortung durch die Gesellschaft verhindert wird. Kindesmisshandlungen und Kindesmissbrauch sind jedermanns Verantwortung – das schließt die Medien ein, die Poli-

¹ Aus dem Englischen übersetzt von Anne Taubert, Verein für Kommunalwissenschaften e.V., deutsche Erstveröffentlichung

tiker, die Lehrer und die Ärzte; jeder von uns trägt diese Verantwortung. Das Kind muss im Zentrum stehen.

Insgesamt gesehen gehen die Politiker in Großbritannien – und ich vermute, in Deutschland ebenso – davon aus, dass die sozialen Fachstellen zusammen mit den Ärzten das perfekte System entwickeln. Die Forderung nach dem perfekten System, in dem Verstöße gegen das Kindeswohl nicht geschehen können, hat es immer gegeben.

Eine solche Forderung ist allzu simpel, denn wir wissen genau, dass wir Perfektion nicht erreichen werden. Was wir erreichen können, ist ein System, das Verstöße gegen das Kindeswohl auf ein Minimum reduziert, auch wenn wir diese nie vollständig werden beseitigen können. Wir müssen uns darüber im Klaren sein, dass es Kindesmisshandlungen und -missbrauch immer geben wird. Bei jedem schweren Fall formuliert die Politik schärfere Gesetze – dies kann positiv sein, wenn sie gut durchdacht sind, aber oft handelt es sich lediglich um ein bloßes Reagieren. Das ist zumindest das, was in derartigen Fällen in England passiert. Der Unterschied zu Deutschland liegt in unserem zentralistischen Staatssystem. Obwohl es Regionen gibt, können Entscheidungen für ganz England von der in London ansässigen Regierung getroffen werden. Bei jedem negativen Vorfall gibt es eine neue Gesetzgebung. Anstatt also positiv zu agieren, reagieren wir auf eher negative Art. Für uns besteht nun die Herausforderung darin sicherzustellen, dass wir kontinuierlich dazulernen und unsere Dienste verbessern, damit schwere Fälle weder für die Hilfestellen noch das Kind zu negativen Konsequenzen führen.

Eine kurze Fallbeschreibung

Im Februar 2000 starb Victoria Climbié. Es war ein besonders grausamer Tod, der die intensivste nationale Untersuchung in Gang setzte, die es in Großbritannien in einem Fall von Kindesmisshandlung je gegeben hatte. Die Großtante, bei der Victoria in Obhut war, und deren Partner hatten das Mädchen verhungern lassen und es zu Tode gequält. Es wurde von seinen Peinigern für eine Hexe gehalten. Den Sozialdiensten von vier Londoner Verwaltungsbezirken, zwei Spitälern, zwei Kinderschutzteams und der Nationalen Gesellschaft für Kinderschutz (National Society of Child Protection) war Victoria bekannt. Dennoch musste sie sterben. Wie konnte es zu einer Fehlleistung solchen Ausmaßes kommen?

Victoria stammte von der Westküste Afrikas und wurde zur Ausbildung nach England geschickt, dort wurde sie im Schulsystem aber nie angemeldet. Stattdessen wurde sie Opfer des schlimmsten Falles von Kindesmisshandlung aus der jüngeren Geschichte Englands.

Untersuchung und Analyse

In Großbritannien hat es innerhalb der letzten zwanzig oder dreißig Jahre 70 Kindstod-Untersuchungen gegeben, davon 67 in England, und alle kamen zu dem Schluss, dass **mangelnde Kommunikation** die Hauptursache war. Vier Abteilungen des Sozialdienstes, zwei Polizeiteams, zwei Hospitäler und die freien Träger im Kinderschutzbereich, Nachbarn, die Öffentlichkeit und die Kirche – keinem gelang es, Victoria zu schützen. Keiner hatte Kontakt zum anderen oder wenn doch, dann hörten sie einander nicht zu.

Dies ist im Kinderschutz an der Tagesordnung und ich vermute, die Erfahrungen werden in Deutschland nicht viel anders sein.

Dazu kommt, dass es an einem vorbildlichen Verhaltenskodex (good practice) mangelte sowie der Entschlossenheit, Verantwortung zu übernehmen. Was lief also verkehrt?

Zunächst stimmte die Art des Vorgehens nicht – der **Prozess**. Dem Kind wurde kein Gehör geschenkt, es gab keine Kommunikation, mangelhafte Verfahrensweisen und Praktiken: Die Sozialdienste hatten Vorgaben, die keiner gelesen hatte, es fehlte an fachlicher Unterstützung, an Schulung, es gab keine Fallauswertung (**Abbildung 1**).

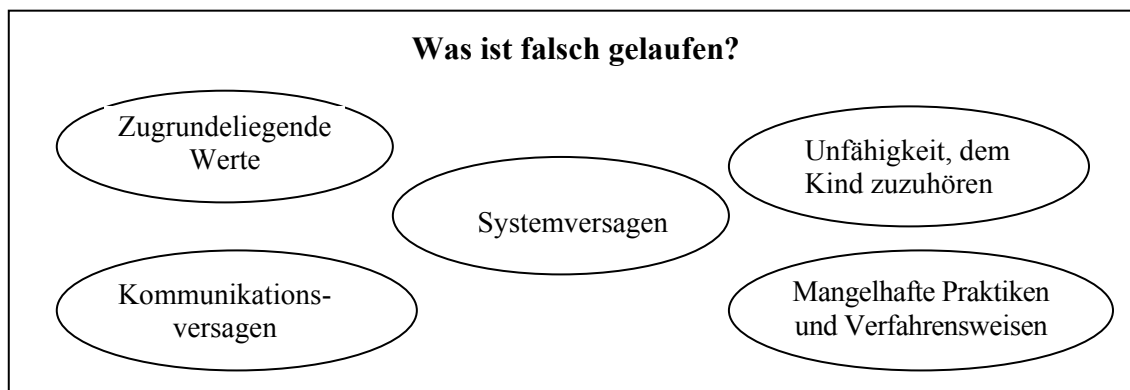


Abbildung 1

© Dr. Peter Lachman

Es ging niemals wirklich um das Kind selbst. Es kann nicht darum gehen, was der Kinderarzt denkt, was die Polizei oder die Sozialstellen denken, sondern um das, was für das Kind richtig ist. Dies ist der Kern meiner Botschaft. Es geht um die Notwendigkeit zur **kollektiven Verantwortungsübernahme**. Und das umfasst auch die **Führungsebene** einer Organisation.

Auch die **Kultur** innerhalb der Organisationen war weder dem Lernen noch dem Schutz zuträglich. Die vorhandene Kultur war eine der Schuldzuweisung mit der entsprechenden Angst der Mitarbeiter vor Fehlern. Zudem gab es Vorurteile, denn bei dem Fall von Victoria spielte ihr Hintergrund als Einwanderungschild eine Rolle. Das nennen wir institutionellen Rassismus. Die Verfahrensweisen waren nicht danach ausgelegt, die speziellen Bedürfnisse des jungen Mädchens zu berücksichtigen. Letztendlich legt dies den Schluss nahe, dass die hier vorhandene **Struktur** inadäquat war.

Die Folge des Falls war ein Vertrauensverlust in der Öffentlichkeit und bei den Fachstellen ein Verlust an Motivation und Selbstsicherheit und die Unwilligkeit, überhaupt involviert zu werden. Die erste Reaktion bestand darin, dass Schuld zugewiesen wurde; dabei erkannte man nicht, dass es sich in Wirklichkeit um eine systemimmanente Problematik handelte. Bevor Fachkräfte entlassen werden, sollte über eine Verbesserung des Systems nachgedacht werden, denn in der Regel ist es das System, das versagt.

Schritt 1: Eine lernende Kultur entwickeln

Zu den Gebieten, die wir oft unbeachtet lassen, gehört die Kultur der Organisation, in der wir arbeiten. Im vorliegenden Fall geriet Victoria Climbié an Organisationen, die

hierarchisch strukturiert waren und entweder autoritär, schlecht organisiert oder konfus waren. Es ist dringend die Entwicklung einer „lernenden Organisation“ nötig, in der man aus den schwierigen Fällen Schlüsse für die Zukunft zieht, in der die Mitarbeiter zu Nachfragen ermutigt werden und in der sie aktiv an der Entwicklung teilhaben, wobei Sie von der Führungsebene unterstützt werden. Und schließlich muss sich eine Organisation zu ihrer Verantwortung bekennen; dies ist ein wichtiger Bestandteil von Führung. Die Ausbildung einer solchermaßen nachdenkenden Kultur in einer Organisation ist wünschenswert. Sie beeinflusst den im Folgenden beschriebenen Prozess und die sich dann herausbildenden Strukturen, die die Prozesse erleichtern.

Schritt 2: Eine Organisationsstruktur bewerten und weiterentwickeln – die Safeguarding Boards

Als Ergebnis der Untersuchung zum Tod Victoria Climbiés wurden Strukturen zur Stützung des oben beschriebenen Prozesses entwickelt. Man erkannte, dass die Fachkräfte isoliert in „Silos“ arbeiteten und dies positive Prozesse wie eine fachübergreifende Kommunikation verhinderte. Eine der entscheidenden Empfehlungen bestand darin, die Fachkräfte dazu zu motivieren, außerhalb dieser Silos zu arbeiten. Das frühere Modell hatte regionale Kinderschutzkomitees (Area Child Protection Committees) vorgesehen, denen die Verantwortung für den Kinderschutz in der Region oblag, ohne dass diese Verantwortung jedoch eine gesetzliche Grundlage hatte und wenn es hart auf hart kam, konnten die Komitees nicht zur Rechenschaft gezogen werden. Im Rahmen der Reformen wurden die Safeguarding Boards¹ eingesetzt, mit der Aufgabe, echte Verantwortlichkeiten zu installieren, Prozesse anzustoßen und eine neue Kultur der Zusammenarbeit zu etablieren. Die Aufgabe der Boards ist es, sich mit Mustern zu befassen; sie sind dafür eingesetzt, die Rollen aller Fachstellen zu verstehen, mit allen zusammenzuarbeiten und Barrieren abzubauen. Durch Abschaffung der „Silos“, so wird erwartet, werden die Barrieren, die es verhindern, dass alle auf ein und dasselbe Ziel hin arbeiten, abgebaut. Wie oft haben beispielsweise Fachkräfte Hilfe Suchende an eine andere Stelle verwiesen, um dort zu erfahren, dass der Fall nicht bedeutend genug ist, um angenommen zu werden? Oft werden Entscheidungen aufgrund von Budgets getroffen oder aufgrund der Anzahl der verfügbaren Kräfte und nicht nach den Bedürfnissen der Kinder und Familien. Ziel ist ein gemeinsamer Rahmen, damit Kinder und Familien nicht mit Konfusion oder ungenügender Versorgung konfrontiert werden, als Resultat daraus, dass sich die Fachstellen nicht auf ein Dienstangebot einigen können.

Die Boards müssen natürlich in der Führungsebene vertreten sein, damit in der höchsten Ebene die Verantwortlichkeit sichergestellt ist. Der Leiter der Sozialen Dienste hat den Vorsitz und alle anderen Dienste sollten vertreten sein. Die Funktion beruht auf Verantwortlichkeit, Führungsstil, Monitoring und Führungsqualität. Darüber hinaus sind die Boards verantwortlich für fachliche Weiterentwicklung und Unterstützung. Die Richtlinien für die Boards geben den Rahmen für die Zusammenarbeit innerhalb von „Children’s Trusts“ vor und schaffen einen strategischen Rahmen, innerhalb dessen alle Kinderhilfsdienste in einer Region handeln. Allen Fachstellen obliegt es, im Verlauf ihrer normalen Arbeit das Kindeswohl zu schützen und zu fördern. In diesem Rahmen unterstützen die Boards das Gelingen sowohl der Kooperation als auch der Schutzmaß-

¹ Siehe auch <http://www.everychildmatters.gov.uk/lscb>

nahmen und fördern die Aufgaben der Hilfestellen. Die Regeln, auf die sich diese Richtlinien beziehen, erfordern, dass die regionalen Behörden zur Erstellung eines Strategieplans zusammenarbeiten, der die Maßnahmen beschreibt, mit denen die gewünschten Resultate für Kinder und Jugendliche erreicht werden können. Dazu zählen das Entwickeln von **Programmen und Verfahren** für den Schutz und die Förderung des Kindeswohls – einschließlich von Maßnahmen für Zweifels- und Grenzfälle, die Schulung von Personal, das mit Kindern arbeitet, Einstellungsverfahren und Supervision, die Untersuchung von Vorfällen, Kinder in privater Obhut, die Kooperation mit Nachbarbehörden und die Teilnahme an **Planungsgruppen** für Kinder in dem jeweiligen Hoheitsgebiet der Behörde.

Zu den hauptsächlichen Aufgaben der Boards gehört es, die Notwendigkeit des Schutzes und der Förderung von Kindern zu **kommunizieren** sowie die **Effektivität** dessen, was für den Schutz und die Förderung von Kindern getan wird, **zu überwachen**. Zu guter Letzt gehört es zu den Pflichten der Boards, in ernsten Fällen **Untersuchungen** vorzunehmen, in deren Verlauf Informationen über den Tod von Kindern gesammelt und analysiert werden. Das allem vorstehende Ziel ist die Bewertung der Effektivität und die Beratung zu Möglichkeiten der Verbesserung.

Ziel ist es, eine Struktur zu entwickeln, innerhalb der sich die Fachkräfte anpassen müssen. Die Struktur allein wird das Problem nicht lösen; die Struktur gibt den Gesamtrahmen und definiert die Prozesse, mit denen die Dienste an die Kinder gebracht werden. Die Leitungskräfte müssen diesem Prozess verpflichtet sein, damit sich die notwendigen kulturellen Änderungen einstellen können.

Schritt 3: Den innerhalb der Struktur ablaufenden Prozess als von der Kultur geprägt begreifen

Das System versagte, weil es keine Sicherheiten zum Schutz der Ärzte und Sozialdienste gab, die sie an Fehlern gehindert hätten. In der Terminologie der Qualitätsverbesserung ausgedrückt, muss eine Prozessanalyse stattfinden, um sicherzustellen, dass ein Prozess im Vergleich mit den gewünschten Ergebnissen angemessen, effektiv und zuverlässig ist. Es gibt sechs Qualitätsbereiche, die wir in der Qualitätsverbesserung beachten müssen (**Abbildung 2**).

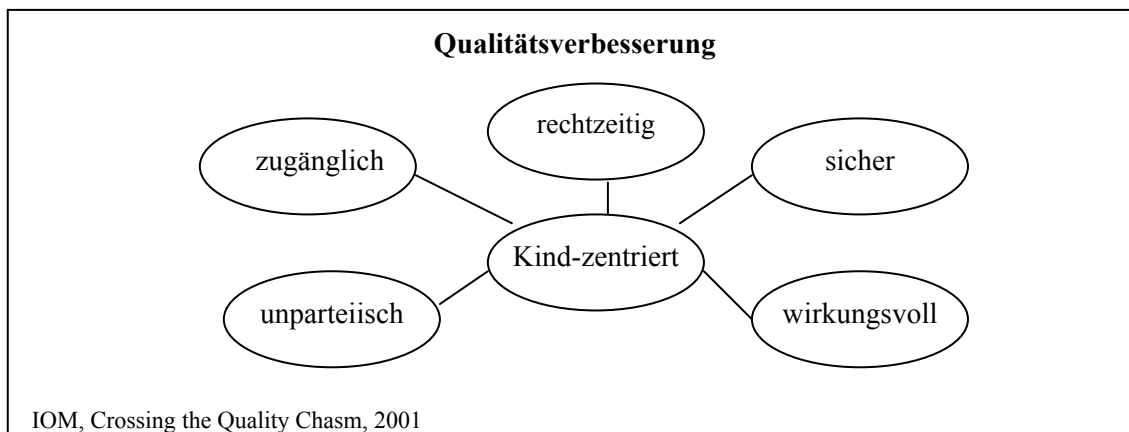


Abbildung 2

1. Hilfe muss **sicher** sein: Kinder dürfen durch die Hilfe, die zu ihrem Vorteil sein soll, nicht geschädigt werden.

Sicherheit ist das Prinzip, das allem, was wir tun, zugrunde liegt. Wie es *Dr. Peter Senge*¹ vom amerikanischen Massachusetts Institute of Technology (MIT) ausdrückte: „Systeme bringen genau die Ergebnisse hervor, auf die sie zugeschnitten wurden.“ Wenn also ein Fehler auftritt, dann deshalb, weil unser System für das Auftreten dieses Fehlers ausgelegt ist. Wenn wir den Fehler übersehen, hat das System versagt. Natürlich gibt es auch menschliches Versagen, aber wir müssen über das Individuum hinausblicken. Die besten Beispiele für funktionierende Sicherheit sind Kernkraftwerke und die Luftfahrtindustrie, hier gehören Sicherheits- und Fehlerprüfverfahren zum Standard. Wenn jedoch ein Kind zum Gesundheitsdienst oder in die sozialen Dienste kommt, können wir nicht sicher sagen, dass es nicht zu einem Fehler kommen wird. Wir müssen uns also unsere Systeme genauer anschauen. Wenn wir uns auf den Faktor Mensch verlassen, dann wird es mit Sicherheit Fehler geben (**Abbildung 3**).

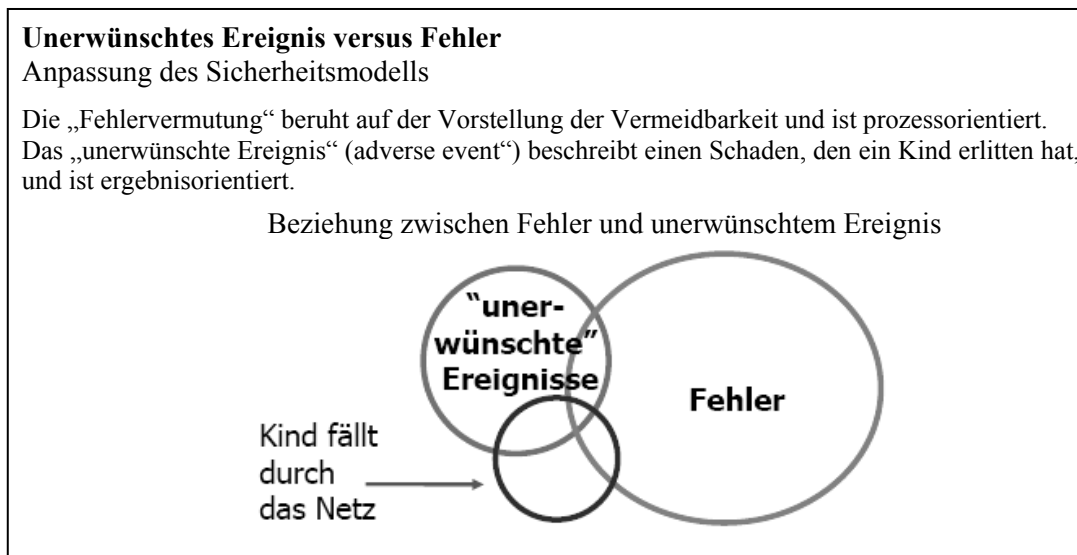


Abbildung 3

© Dr. Peter Lachman

James Reason führte das Prinzip des Schweizer Käses als Modell für Sicherheit oder eher Mangel an Sicherheit ein (**Abbildung 4**). Dienstleistungen sind wie ein Schweizer Käse, sie haben Löcher. Manchmal lässt es sich nicht vermeiden, dass man durch ein Loch fällt, aber dann gibt es eine Sperre und dort fällt man nicht weiter. Manche Löcher liegen jedoch hintereinander und an diesen Stellen rutscht man durch alle hindurch. Beispielsweise haben Sie Pech und erwischen gerade den einen Tag, an dem der Sozialarbeiter frei hat, die Vertretung mit Ihrem Fall nicht vertraut ist; der Kinderarzt, zu dem Sie sonst gehen, krank ist; die Schwester, auf die Sie sich sonst immer verlassen konnten, keinen Dienst hat und der Lehrer gerade heute nicht in der Schule erschienen ist; alles an diesem einen Tag und das ist gerade auch der Tag, an dem Ihnen gekündigt wurde. Dann kommen Sie nach Hause und schlagen Ihr Kind.

¹ Peter Senge The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization 1st edition, 1994, Doubleday

In diesem Moment sind Sie durch alle Löcher komplett hindurchgefallen. Unsere Aufgabe ist es sicherzustellen, dass trotz der Löcher, die sich nicht vermeiden lassen, Kinder nicht in einem Rutsch durch alle hindurchfallen. Sie fallen durch eines, aber dann fängt sie der nächste Hilfedienst auf.

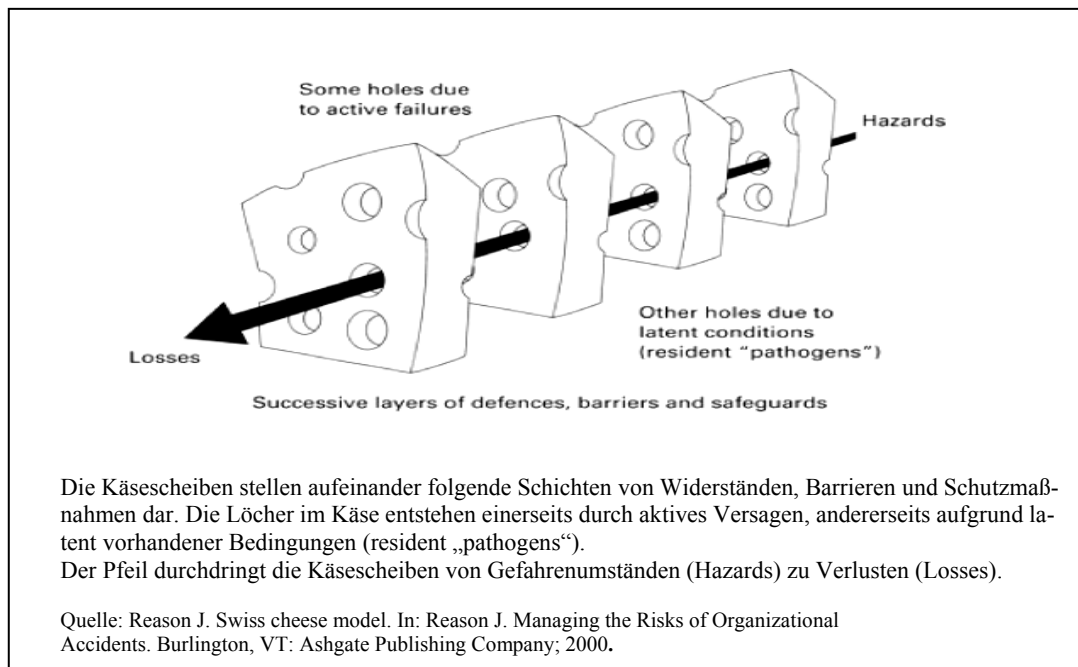


Abbildung 4

Können wir Sicherheit in Bezug auf die Art, wie wir Kinder schützen, die Art, wie wir reagieren, schaffen? Zum Beispiel: Wie können Hebammen Unregelmäßigkeiten feststellen, bevor es zu Problemen kommt? Und falls sie es übersehen, wie kann es der Gesundheitsdienst oder die nächste Ebene erfassen? Wie können wir diese Schutzschichten aufbauen? Das Individuum trifft keine Schuld mehr, denn das System an sich wurde sicher gestaltet. In einem ersten Schritt muss in der Art, wie oben angeführt, die Unternehmenskultur angesprochen werden: ohne Schuldzuweisungen, mit der Fähigkeit dazuzulernen und zu reflektieren. Dies sind die wichtigen Elemente der Sicherheitskultur, die gefordert ist.

2. Hilfe muss **effektiv** sein: Hilfe, die auf sicherem Wissen beruht, für alle, die davon profitieren können, aber nicht für die, die davon voraussichtlich nicht profitieren.
3. Hilfe muss **patienten-zentriert** sein, geprägt von Respekt für die persönlichen Präferenzen, Bedürfnisse und Werte der Patienten – und darauf eingehend. Es müssen die Werte der Patienten sein, die alle klinischen Entscheidungen leiten.
4. Hilfe muss **rechtzeitig** erfolgen: Verzögerungen müssen zugunsten derjenigen reduziert werden, die die Hilfe empfangen, wie derjenigen, die sie geben.
5. Hilfe muss **effizient** sein: Verschwendung von Ideen und Energie sollen vermieden werden. Intelligenter, nicht härter, arbeiten, das kann unnötige Arbeit reduzieren und Zeit schaffen für persönliche Kontakte mit den Patienten.

6. Hilfe muss **unparteiisch** sein: Hilfe darf aufgrund persönlicher Eigenschaften nicht anders sein, etwa wegen Geschlecht, Herkunft, Ortszugehörigkeit, sozioökonomischem Status.

Die o.g. Regeln lassen sich in alle Bewertungsrahmen einfügen, die entwickelt werden. Ich verweise auf den Rahmen, der in England entwickelt wurde und der eine Hilfe dafür sein mag, das Kind in das Zentrum aller Prozesse zu stellen.¹ Gefordert ist eine Anpassung unserer Prozesse dahingehend, dass wir kontinuierlich dazulernen. Zum Erreichen des erforderlichen Qualitätsniveaus müssen wir lernende Organisationen aufbauen, die mithilfe von Systemen kontinuierlicher Evaluation und Qualitätsverbesserung arbeiten. Das Qualitätsverbesserungsmodell (Model for Improvement) ist ein einfaches Werkzeug, das hierfür herangezogen werden kann. Das Modell setzt sich aus zwei Teilen zusammen (**Abbildung 5 und 6**):

- Drei Grundfragen zu allen Aktivitäten: Was wollen wir erreichen? Woher wissen wir, ob die Veränderung eine Verbesserung ist? Welche Änderungen können wir vornehmen, die zu der Verbesserung führen?
- Der PDSA-Kreis (Plan-Do-Study-Act cycle), der „Planen, Ausprobieren, Untersuchen und Handeln“ zum Überprüfen und Etablieren von Veränderungen im realen Arbeitsumfeld vorsieht. Der PDSA-Kreislauf ist der Wegweiser durch das Testen einer Veränderung, um festzustellen, ob die Veränderung bereits eine Verbesserung darstellt.²

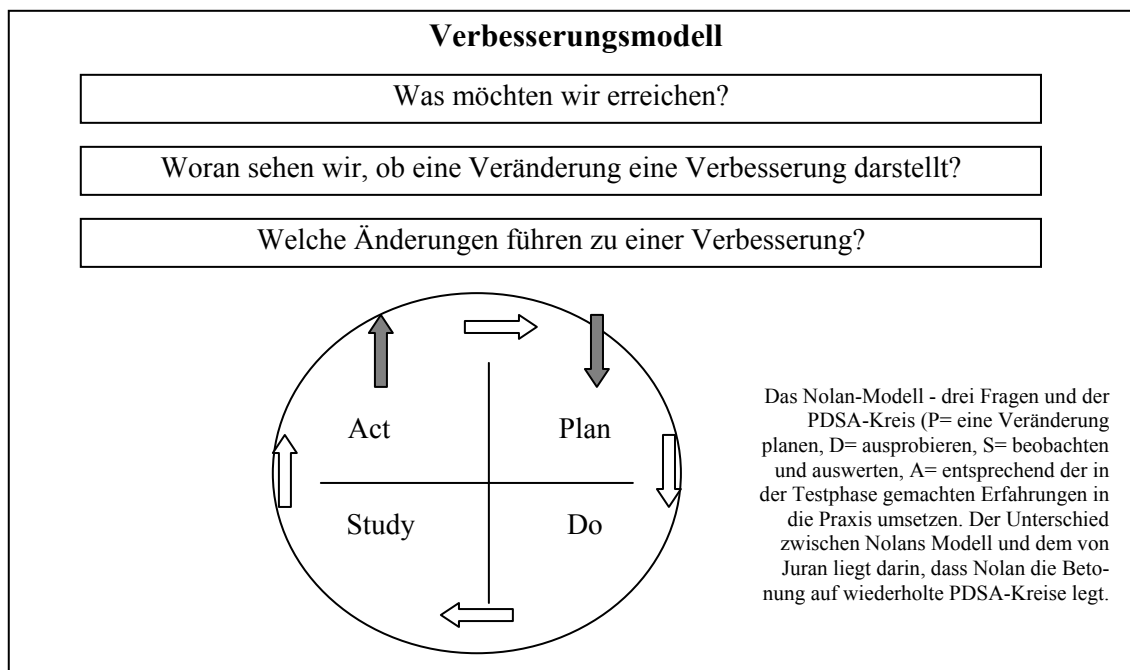


Abbildung 5

© Dr. Peter Lachman

¹ Common Assessment Framework <http://www.everychildmatters.gov.uk/deliveringservices/caf/>

² Model for Improvement: www.ihl.org/IHI/Topics/Improvement/ImprovementMethods/HowToImprove/

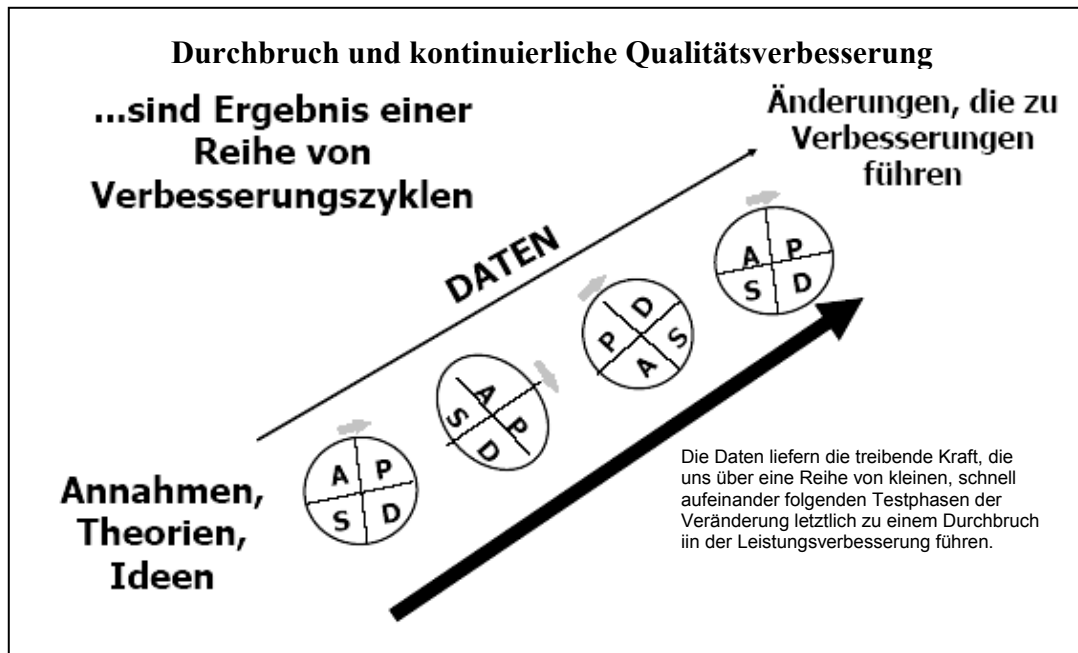


Abbildung 6

© Dr. Peter Lachman

Zusammengefasst heißt dies: Um Hilfe für Kinder zu verbessern, muss man sich die Prozesse ansehen, die zur Verfügung stehen. Innerhalb dieser Prozesse muss man die Bedingungen für kontinuierliches Lernen und kontinuierliche Verbesserungen schaffen. Das Qualitätsverbesserungsmodell ist eine Methode, die zum Erreichen dieses Ziels zur Verfügung steht.

Fazit

In diesem Vortrag habe ich einige konzeptionelle Grundsatzfragen, mit denen sich Praktiker konfrontiert sehen, sowie die Schwierigkeiten der Kinderschutzarbeit skizziert. Ich habe einen schwerwiegenden Fall dafür verwendet, Fehlfunktionen im System aufzuzeigen, und dargelegt, wie es uns gelingen kann, dazuzulernen und uns weiterzuentwickeln. Ich habe drei essentielle Bausteine der Qualitätsverbesserung angeführt, mit denen wir zu den gewünschten Ergebnisse gelangen können: durch Untersuchung der Kultur, der Struktur und der Prozesse. Gewünscht sind effektive und sichere Hilfedienste, die den Bedürfnissen von schutzbedürftigen Kindern und ihren Familien angemessen sind. Wir stehen nun vor der Herausforderung, diese analytische Herangehensweise so einzusetzen, dass die Dienste, die wir unterhalten und anbieten, kontinuierlich weiterentwickelt und verbessert werden.

Löcher im (Kooperations-)System schließen, aber wie? Arbeitsgruppen

Arbeitsgruppe 1: Von Kindeswohlgefährdungen und schwierigen Familien erfahren? Vorsorgeuntersuchungen (U1 bis U9) als ein Zugangsweg hierzu?

Das Vorsorgeprogramm der Kinder- und Jugendärzte

DR. HERMANN-JOSEF KAHL

Vorsitzender des Ausschusses für Prävention und Frühtherapie des Landes Nordrhein-Westfalen, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendarzt, Kinderkardiologe, Düsseldorf

Das Vorsorgeprogramm der Kinder- und Jugendärzte – dargestellt im so genannten „Gelben Heft“ – besteht seit 1971. Seither wurde es um zwei weitere Vorsorgen ergänzt: Eine im Alter von 5 Jahren und eine weitere im Alter von 13 Jahren (Jugendgesundheitsuntersuchung). Das Programm umfasst inzwischen zehn Vorsorgeuntersuchungen im Alter von 0 bis 13 Jahren, wovon allein sechs im ersten Lebensjahr erfolgen. Die Teilnahmerate beträgt in den ersten beiden Jahren mehr als 90 Prozent. Somit erfassen die Kinder- und Jugendärzte einen sehr großen Anteil der Bevölkerung und sind daher bestens in der Lage, für die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen zu sorgen.

Nach den gesetzlichen Vorgaben ist jedoch lediglich eine so genannte Sekundärprävention vorgesehen, also ein Screening auf angeborene Erkrankungen und Störungen. Es ist jedoch sehr erwünscht, dass auch die so genannte Primärprävention, das heißt die Beratung der Eltern, Kinder und Jugendlichen in wichtigen Themen der Gesundheit erfolgen soll. Da zurzeit im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) das Vorsorgeprogramm einer Revision unterworfen wird, hoffen wir sehr, dass in Zukunft diese Beratungen in den Kinder- und Jugendärztlichen Praxen durchgeführt werden können. Dabei ginge es natürlich um Themen wie Gewalt, Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch, AIDS, Drogen, Ernährung, Unfälle, Bewegung usw.

Natürlich müssten die derzeitigen Vorsorgeuntersuchungen um entsprechende Maßnahmen ergänzt werden. In Anbetracht der öffentlichen Diskussion um eine verpflichtende Vorsorge halten wir vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte folgendes Vorgehen für gerechtfertigt:

Nach dem Gesetz haben Kinder und Jugendliche ein Recht auf seelische und körperliche Gesundheit und somit auch ein Recht auf Vorsorgeuntersuchungen. Der Staat muss allerdings dafür Sorge tragen, dass den Kindern zu diesem Recht verholfen wird. Der Kinder- und Jugendarzt ist dann in der Lage, mit einer verbesserten Vorsorge kritische

Themen mit den Eltern zu besprechen und drohende Gefahren von den Kindern abzuwenden.

Eingebettet in ein Netz aus Hilfsmaßnahmen – wie beispielsweise das Düsseldorfer Modell von Dr. Kratzsch – würde das modifizierte und verbesserte Vorsorgeprogramm eine ideale Ergänzung auch zum frühen Schutz der gefährdeten Kinder und Jugendlichen beitragen.

Die Diskussion um die Vorsorgeuntersuchungen als Pflicht für die Eltern

GEORG KOHAUPT

Familienberater, Kinderschutz-Zentrum Berlin, Vorstandsmitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft Die Kinderschutzzentren

Bei der politischen und medialen Debatte um frühe Vernachlässigung wurde immer wieder die Vorsorgeuntersuchung als Möglichkeit genannt, früh Gefährdungen von Kindern zu erkennen. Eine Gesetzesänderung, die die Vorsorgeuntersuchung verpflichtend machen soll, wurde angeregt. Die Diskussion über die Vorsorgeuntersuchung ist, so meine These, von der aufgeregten Debatte und den heftigen Gefühlen, die das Thema Gewalt gegen Kinder auslöst, nicht zu trennen.

Daher möchte ich einleitend zur Diskussion über dieses Thema Anmerkungen zu zwei Themen machen:

1. zu den heftigen Gefühlen, die Gewalt gegen Kinder auslöst und wie diese in die Debatte über Kinderschutz eingehen.
2. zu den widerstreitenden Haltungen gegenüber den Eltern, die dieses mit ihren Kindern machen: strafende und kontrollierende Impulse stehen Impulsen gegenüber, frühzeitig und hilfeorientiert in Kontakt zu kommen.

1. Gesellschaftliches Feld, politischer Hintergrund

Unerträgliche Fälle von Vernachlässigung und von Misshandlung finden in letzter Zeit ein breites Echo in den Medien: Fälle, in denen niemand etwas wusste und niemand das Leid der Kinder ahnte, aber auch Fälle, in denen das Jugendamt die Familie betreut hat. Der Kinderschutz ist ins Gerede gekommen. Fragen tauchen auf:

Wie kann man diese Fälle „entdecken“, ehe es zu spät ist? Wer hätte wie etwas wissen können?

Wie kann man mit den Familien in Kontakt kommen?

Kontrollbedürfnisse (nachgucken, was in Familien geschieht) stehen Kontaktwünschen (Frühe Hilfen auf den Weg bringen) gegenüber.

Ich glaube, dass wir die Debatte über Vernachlässigung und Misshandlung sinnvoll nur führen können, wenn wir den **medialen, politischen und vor allem den emotionalen Kontext der Debatte** ein wenig verstehen.

Gewalt gegen Kinder ruft unerträgliche Gefühle in uns allen hervor:

1. Unverständnis, Wut und Ärger auf die gewalttätigen Eltern; der Ruf nach höheren Strafen; nach schärferen Eingriffen ins Elternrecht, im Kontext der Vorsorgeuntersuchung die Drohung mit Kindergeld- oder Rentenentzug.

2. Betroffenheit und Mitleid mit dem misshandelten Kind.
3. Die Unerträglichkeit der Gewalt erzeugt einen Handlungsdruck bei gleichzeitiger Ratlosigkeit, was denn helfen könnte. Etwas muss geschehen. Fieberhaft wird nach neuen Programmen gesucht (oft wird vergessen, dass die alten Programme gerade dem Rotstift zum Opfer vielen). Oft wird die gesamte Jugendhilfe diskreditiert (um neue Retter, zum Beispiel den Arzt) ins Gespräch zu bringen.

Schlagworte sind dazu in aller Munde: Unerträglichkeit der Gewalt. „Jessica darf nicht wieder passieren“. Wunsch nach schnellen plausiblen Konzepten. Unerträglich, was im Dunkeln einer Familie passiert. Man möchte nachgucken, der Familie ihre Geheimnisse entreißen. Jemand soll kontrollieren, was hinter verschlossenen Türen in Familien passiert. Jemand soll es richten. Es muss doch ein Rezept geben. Etwas soll passieren, was das Ganze ausschließt. Die Hoffnung auf die Ärzte, die bei der Vorsorgeuntersuchung alles entdecken, die die Jugendhilfe auf Trab bringen, die endlich durchgreift und das Kindeswohl über das Elternwohl stellt, die Hoffnung auf die Polizei, auf den Nachbarn.

Die Wut auf den Misshandler verschiebt sich schnell auf die Gesellschaft, die tatenlos zusieht, auf den gleichgültigen Nachbarn und besonders gern auf die Jugendhilfe, die zahnlos ist, mit den Eltern im Bunde; auf die Jugendhilfe, die untätig zuguckt, die nichts macht, die überhaupt nur dann ins Blickfeld gerät, wenn sie „nichts macht“ oder wenn sie Eltern die Kinder entreißt, und deren Reputation miserabel ist.

Es steigen die Kontrollwünsche: Vorsorgeuntersuchung als Kontrolle von Verwahrlosung und Misshandlung, der Arzt als Wächter des Kindeswohls im staatlichen Auftrag; wer nicht hinget, dem wird das Kindergeld entzogen, die Eltern als Misstruenspersonen.

2. Vorsorgeuntersuchung zwischen gemeinsamer Sorge und Kontrolle

In der Diskussion um die Vorsorgeuntersuchung ergeben sich Dichotomien: Auf der anderen Seite gibt es die Debatte über „Frühe Hilfen“. Wie kann man Eltern erreichen, die mit psychischen, sozialen und gesundheitlichen Risiken ins Familienleben starten? Sie brauchen jemanden, an den sie sich vertrauensvoll wenden können, der ihre Not versteht, der ihre Probleme behutsam anspricht, der weiß, wo es Hilfe gibt.

Diese Eltern sind oft isoliert, sie sind misstrauisch, da sie mit Nachbarn, mit Behörden keine guten Erfahrungen gemacht haben, sie können sich nicht ausdrücken, finden für ihre Not keine Worte. Sie vermuten (oft zu Recht), dass andere ihnen gegenüber feindselige Gefühle haben. Könnte der Arzt, der Kinderarzt jemand sein, dem man sich anvertraut? Der verschwiegen ist, der eine Autorität ausstrahlt? Kann man mit ihm die Sorge um das Kind, darüber, dass alles nicht so läuft, wie man sich das vorgestellt hat, teilen? Weiß er Rat oder Abhilfe? Wenn ich zur Vorsorgeuntersuchung gehe, geht es dann um die gemeinsame Sorge um das Kind, ist es gut entwickelt, ist alles normal oder stehe ich als Mutter auf dem Prüfstand? Welche Haltung wird der Arzt zu mir (als Mutter) einnehmen?

Dieser Hilfe-Orientierung könnte man eine Kontroll-Orientierung gegenüberstellen:

- vertrauliche Zusammenarbeit mit den Eltern – Kontrolle der Eltern;
- Kooperation gewinnen – Kooperation erzwingen;
- Vorsorge als gemeinsame Sorge um das Kind (entwickelt es sich gut? Ist alles in Ordnung?) – als Kontrolle (ist das Kind misshandelt?);
- für Selbstverständlichkeit der Untersuchung werben – Nichtteilnahme an Untersuchung sanktionieren;
- Der Arzt als Vertrauenspersonen, als Hilfe-Bringer – der Arzt als Wächter.

Diese Aufspaltung in vertrauliche Zusammenarbeit und misstrauende Kontrolle nimmt gedanklich auseinander, was möglicherweise in der ärztlichen Praxis nicht zu trennen ist. Mir geht es um eine innere Haltung zu und um eine Botschaft an die Eltern.

Die Botschaft könnte sein:

Kommt zur Vorsorgeuntersuchung, damit ihr seht, dass ihr auf einem guten Weg seid, damit wir darüber sprechen können, wenn sich Euer Kind nicht optimal entwickelt, und damit wir gemeinsam etwas für das Kind tun können, damit wir etwas für Euch tun können, wenn es Euch mit Eurem Kind nicht gut geht.

Kontrolluntersuchungen, die mit der Furcht vor unentdeckten Misshandlungen und Vernachlässigungen begründet werden und erzwungen werden, könnten unerwünschte Nebenwirkungen haben, wenn sie als Botschaft bei den Eltern ankommen: Eltern, die oft sowieso schon isoliert und misstrauisch sind, bekommen Angst: es steigt der Wunsch, etwas zu vertuschen, zu verbergen, sich zu entziehen. Da das befürchtet wird, hat man sich auch schon Sanktionen überlegt (zum Beispiel Kindergeldentzug). Diese Drohbärde könnte das (Kinder-)Arzt-Eltern-Verhältnis nachhaltig stören und die Chance, die in diesem spezifischen Verhältnis liegt, gefährden.

Aus meiner Sicht geht es daher um drei Dinge:

- Eltern vertrauensvoll zur Vorsorge ermutigen,
- (Kinder-)Ärzte in der Wahrnehmung von gefährdenden Eltern-Kind-Beziehungen zu qualifizieren,
- Und vor allem: Ärzte im Ansprechen des Wahrgenommenen zu unterstützen und zu qualifizieren und ihnen Ansprechpartner und Kenntnisse zu vermitteln, wie sie für diese Eltern geeignete Hilfen auf den Weg bringen können.

Eine letzte Anmerkung: Vieles spricht für die These, dass gravierende Probleme zwischen Eltern und Kindern (nicht nur in der Kinderarztpraxis) nicht wahrgenommen werden, weil es eine große Unsicherheit darüber gibt, wie ich mit dem dadurch entstehenden Handlungsdruck sinnvoll umgehen kann.

Arbeitsgruppe 2: Möglichkeiten und Grenzen medizinischen und sozialarbeiterischen Handelns in der familiären Frühbetreuung – aus Sicht der Medizin

WIELAND KIESS

Dekan der medizinischen Fakultät, Universitätsklinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche der Universität Leipzig

Einleitung

Unter der Überschrift „Geraubte Zukunft“ berichtet die Tagespresse im Juli 2006 über die Zahlen der Armut bei Kindern und Jugendlichen, die der Deutsche Kinderschutzbund soeben vorgelegt hat. 2,5 Millionen Kinder und Jugendliche leben laut diesem Bericht auf Sozialhilfeniveau. Damit hat sich innerhalb von nur zwei Jahren seit 2004 die Zahl der armen Kinder und Jugendlichen in Deutschland verdoppelt. Damit wird einer großen Zahl von Kindern und Jugendlichen die Zukunft geraubt. In manchen deutschen Großstädten seien bereits 30 bis 35 Prozent aller Kinder und Jugendlichen arm. Dagegen gelten in Schweden landesweit nur circa 2,4 Prozent als arm.

Der Grad von Armut bedingt in einer Gesellschaft den Gesundheitszustand: Je geringer das Einkommen einer Familie ist, desto größer ist die Zahl der Kinder mit Adipositas, das heißt krankhaftem Übergewicht und dessen Folgeerkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2, Bluthochdruck und Gelenkschmerzen. Außerdem haben Kinder und Jugendliche, die aus Familien mit geringem Einkommen stammen, häufiger Asthma bronchiale oder allergische Erkrankungen wie Neurodermitis. Hörprobleme, Sehprobleme sowie insbesondere Sprachentwicklungsstörungen sind in Familien mit geringem Einkommen und geringerer Bildung häufiger als in Familien aus höheren Einkommensschichten. Circa 14 Prozent aller Kinder und Jugendlichen, die in Armut leben, sind in ihrer geistigen Entwicklung beeinträchtigt, während nur circa 0,8 Prozent aller reichen Kinder an einer Entwicklungsstörung leiden. Besonders wichtig scheint in diesem Zusammenhang zu sein, dass Kinder aus armen Familien häufig den Weg zum Arzt nicht finden, selbst wiederum die Schule abbrechen, beziehungsweise im Kindergarten fehlen und in der Schule versagen. Damit haben arme Kinder und Jugendliche wenig Aussicht auf einen Ausbildungsplatz und der Kreislauf der Armut ihrer Eltern schließt sich. Armut raubt damit den Kindern und Jugendlichen ihre Zukunft.

Parallel zur Diskussion um Kinderarmut im Lande wird derzeit (Juli 2006) in Deutschland wieder viel über die Rolle der Frau als Mutter und Hausfrau und über fehlende Kindertagesstätten und Kindergartenplätze diskutiert. Die amerikanische Soziologin Linda Herschman wird zitiert, dass nach ihrer Ansicht nach ein hoch bezahlter Job zu mehr menschlicher Erfüllung ver helfe als Elternschaft und Familie, Stillen und Baden, mit dem Kind das Alphabet aufsagen oder Gutenachtlieder singen. Dieser These wird entgegengesetzt, dass die Sprachentwicklung und motorische Geschicklichkeit von Kindern, deren Wohlergehen von einer Mutter und Hausfrau ganztags gefördert wird, höher sei als von Kindern in Kindergärten. Diese Hypothesen lassen sich wenig mit Daten aus

Studien belegen. Sicher scheint zu sein, dass auch die Kinderarmut vor allem bei Alleinerziehenden ohne Doppelverdienerstatus vorherrscht. Auch mangelnde Bildung von Kindern und Jugendlichen, die sich wiederum in sprachlichen Entwicklungsstörungen und in Bewegungsarmut äußert, findet sich besonders bei Einwandererfamilien, Migrantenfamilien und am sozialen Rand der Gesellschaft. Interessant ist, dass gerade die am besten ausgebildeten Berufstätigen (Akademikerinnen) eine Auszeit nehmen, um ihren Kindern einen besonders guten Start ins Leben und sich selbst eine einmalige Familienzeit zu ermöglichen. Laut publizierter Daten sind nur 38 Prozent der weiblichen Absolventen der Harvard Business School während der Jahre voll berufstätig, in denen sie kleine Kinder haben. Dies bedeutet, dass 62 Prozent aller hoch ausgebildeten Amerikanerinnen in Boston während der Zeit der Kindererziehung nur in Teilzeitpositionen arbeiten oder ihre Berufstätigkeit gar unterbrechen.

Anliegen

Im Folgenden sollen die Möglichkeiten und Grenzen medizinischen und sozialarbeiterischen Handelns im Kontext der familiären Frühbetreuung aus der Sicht eines Kinderarztes diskutiert werden. Dabei geht es nicht um die Medizinalisierung gesellschaftlicher Probleme, sondern um die Darstellung der medizinischen Folgen von Armut und Bildungsmangel in unserer Gesellschaft. Lösungsansätze, wodurch gerade die Bedürftigsten an die vorhandenen Hilfsangebote besser herangeführt werden könnten, werden diskutiert.

Gesundheitssysteme in Europa und kinderärztliche Versorgung in Deutschland

Laut einer europaweiten Umfrage aus dem Jahr 2002 werden Kinder und Jugendliche in Europa prinzipiell innerhalb von drei möglichen Gesundheitsversorgungssystemen versorgt: Spanien, Griechenland und Bulgarien sowie einzelne baltische und osteuropäische Staaten sorgen dafür, dass Kinder und Jugendliche von Kinder- und Jugendärzten medizinisch versorgt werden. Dabei haben häufig diese Kinder- und Jugendärzte wenig Kenntnisse in Community Pediatrics oder Public Health Themen. In den skandinavischen Ländern (Finnland, Norwegen, Dänemark) sowie in den Niederlanden und in England und Irland sind Allgemeinärzte gerade auch im Hinblick auf allgemeinpädiatrische Aspekte und medizinische Vorsorge ausgebildet, um die komplette Versorgung der Bevölkerung im Kindes- und Jugendalter zu gewährleisten. In einem Teil der Europäischen Union (Frankreich, Deutschland, Belgien, Polen, Schweden und Italien) sind Kombinationen der beiden vorgenannten Versorgungsstrukturen umgesetzt. Während in der Vergangenheit insbesondere die Säuglingssterblichkeit und das Pro-Kopf-Einkommen als Indikatoren für den Gesundheitsstatus der europäischen Bevölkerung herangezogen wurde, ist in den letzten Jahren die Erkenntnis gereift, dass insbesondere sozio-psychokulturelle Unterschiede und die Veränderungen im sozio-psychokulturellen Bereich wichtig sind, wenn man den Gesundheitszustand einer pädiatrischen Bevölkerung in reichen Ländern messen will. Katz, Rubino, Collier, Rosen, Ehrich¹ schlussfolgern, dass jede politische Entscheidung im Hinblick auf die Versorgung von Kindern

¹ Katz M., Rubino A., Collier J., Rosen J., Ehrich J.H.H., Demography of Pediatric Primary Care in Europe: Delivery of Care and Training; Pediatrics; 109:788-796 (2002)

und Jugendlichen im medizinischen oder psychosozialen Bereich als den wichtigsten Endpunkt und Faktor das Wohlbefinden des Kindes in den Vordergrund rücken müsste.

Bewältigung von Erziehungsalltag, Problemstellung, Fehlentwicklung, Unterstützung von positiven Ressourcen

Bereits Medizinstudenten lernen Fragen der Gesundheit und Krankheit immer noch aus der Sicht des Negativen, das heißt aus der Sicht der Krankheit und Fehlentwicklung heraus. Dem wird heute in der modernen Medizin die Salutogenese gegenübergestellt, das heißt, über den Ansatz aus Gesundheit und positivem Unterstützen heraus das Leben der Menschen zu diskutieren. Als übergeordnetes Thema gilt entsprechend, dass sowohl Sozialarbeiter als auch Psychologen, Soziologen, Kinder- und Jugendärzte sowie Familienbetreuer positive Ansätze in Familien aufnehmen und unterstützen sollten. Die Bewältigung des Erziehungsalltages mit allen Chancen und Möglichkeiten unseres Landes soll Familien mit eingeschränkten Ressourcen möglich gemacht werden. Hilfe zur Selbsthilfe wäre eine vereinfachte Formulierung dieses Konzeptes. Im Folgenden soll dennoch die Problematik „negativer Aspekte“ der entsprechenden Zielgruppe aus kinderärztlicher Sicht skizziert werden.

Aus kinderärztlicher Sicht muss die Deklaration des Weltärztebundes von Ottawa vom Oktober 1998, in der Kinder „ein naturgegebenes Recht auf Leben sowie das Recht auf Zugang zu den geeigneten Einrichtungen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit“ haben, umgesetzt werden. In der UN-Kinderrechtskonvention, die seit 1992 auch in Deutschland Gesetzeskraft erlangt hat, heißt es im Artikel 24 (Gesundheitsvorsorge) „Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an sowie auch Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit. Die Vertragsstaaten bemühen sich sicherzustellen, dass keinem Kind das Recht auf Zugang zu derartigen Gesundheitsdiensten vorenthalten wird“.

Mögliche Risikofaktoren für Vernachlässigung und medizinische Folgen, die die Erreichung der beiden genannten Ziele beeinträchtigen könnten:

1. Psychische/psychiatrische Erkrankung der Mutter (beispielsweise Wochenbettdepression) und/oder des Vaters,
2. Alkoholabhängigkeit eines oder beider Elternteile,
3. Übermäßiges Rauchen einer oder beider Elternteile (definiert: Rauchen von mehr als 20 Zigaretten am Tag),
4. Drogenabusus der Eltern oder/und Geschwister,
5. Unerwünschte Schwangerschaft,
6. Junge Mütter (Teenager; jünger als 20 Jahre),
7. Niedriges Bildungsniveau, insbesondere kein Schulabschluss,
8. Arbeitslosigkeit,
9. Armut in der Familie.

Es gilt als gesichert, dass bereits während Schwangerschaft und Geburt Eltern aus Problemfamilien Hilfe zukommen sollte.

Risikofaktoren für Kindesmisshandlung, die als Indikatoren für besonders hilfsbedürftige Familien gelten können:

1. Beengte Wohnverhältnisse,
2. Alleinerziehende Mutter,
3. Frühe Elternschaft,
4. Geringe Ausbildung der Eltern,
5. Unerwünschte Schwangerschaft,
6. Chronische Schwierigkeiten, das eigene Leben zu meistern (frühe Schulden, Arbeitslosigkeit und Abbruch von Berufstätigkeit),
7. Psychisch auffällige Eltern.

Aufgaben von Kinderärztinnen und Kinderärzten im Rahmen der familiären Frühbetreuung

Kinder- und Jugendärzte sind als „Anlaufstelle“ für alle Eltern etabliert. Das so genannte „Gelbe Vorsorgeheft“ ist zur Dokumentation von den gesetzlich vorgeschriebenen und von allen Krankenkassen/dem Sozialamt refinanzierten Vorsorgeuntersuchungen zur Verfügung gestellt. Während allerdings die ersten Untersuchungen kurz nach Geburt eines Kindes von der allergrößten Mehrheit der Familien wahrgenommen wird, so nimmt die Teilnahme an Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen in Deutschland bis zur so genannten J1 im frühen Jugendalter auf unter 40 Prozent ab. Nach vielen Untersuchungen und Dokumentationen von Gesundheitsämtern, Jugendämtern, Berufsverbänden und Krankenkassen scheint die Schlussfolgerung erlaubt zu sein, dass besonders bedürftige Familien und Risikofamilien die kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen gerade nicht wahrnehmen.

Dagegen wird im akuten Krankheitsfall entweder in Kinderkliniken oder in der Kinderarztpraxis sowie in Deutschland auch in Allgemeinpraxen oder anderen medizinischen Umgebungen (zum Beispiel Notfallambulanzen) vermehrt eine Gruppe von Kindern und Jugendlichen, die aus Armut und Verhältnissen mangelnder Bildung entstammen, vorgestellt. In der Akutsituation von Krankheit und Notfall können entsprechend Weichen gestellt und Unterstützung angeboten werden.

Konkrete Problemsituationen und Beispiele

1. Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen am Beispiel einer Kinderklinik

Laut einer eigenen Erhebung wurden vom Jahr 2000 bis zum Jahr 2006 nahezu 200 Kinder und Jugendliche mit einem Alter zwischen 9 und 18 Jahren bewusstlos mit einer Alkoholintoxikation in der Universitätsklinik für Kinder und Jugendliche in Leipzig im Intensivmedizinischen Zentrum aufgenommen. Der Blutalkoholspiegel bei den betrof-

fenen Kindern und Jugendlichen betrug zwischen 1,4 und 4,8 Promille. Drei Jugendliche (ausnahmslos Jungen) mussten künstlich beatmet werden, ein 16-Jähriger über drei Tage. Die Kinder und Jugendlichen entstammten aus Familien aller sozialer Schichten der Stadt Leipzig. Jugendliche, die häufiger als einmal stationär eingewiesen worden waren, fanden sich allerdings besonders in zerrütteten, finanziell sehr schlecht gestellten und bezüglich der elterlichen Bildung schlecht gestellten Familien.

2. Selbstmordversuche am Beispiel einer klinik-gestützten retrospektiven Untersuchung

Wiederum in einer eigenen Erhebung wurde an der Universitätsklinik für Kinder und Jugendliche Leipzig gefunden, dass von circa 70 Jugendlichen, die wegen eines Suizidversuchs stationär in die Klinik aufgenommen worden waren, die Mehrzahl aus Familien mit psychiatrischen oder psychologischen Anamnesen kam. Insbesondere Patchwork-Familien, allein erziehende Eltern, Alkoholismus in der Familie, Armut in der Familie sowie mangelnde Bildung waren mit Selbstmordversuch-Wiederholung sowie assoziierten psychiatrischen und psychosozialen Problemen verknüpft.¹

3. Misshandlung und Vernachlässigung

Die meisten größeren Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland registrieren mindestens ein Dutzend Kinder und Jugendliche mit körperlicher oder sexueller Misshandlung sowie psychischer Misshandlung oder Vernachlässigung pro Jahr. Dabei sind Extreme wie Kindsmord, brutale Gewalt mit Todesfolgen sowie sexueller Missbrauch häufig medienwirksam und Effekt haschend falsch dargestellt.

Mögliche Folgen von Misshandlung und Vernachlässigung im Kindes- und Jugendalter sind:

1. Verhungern,
2. Wasservergiftung (mit Hyponatriämie und Krampfanfall),
3. Knochenbrüche (Schädel, Rippen, Extremitäten),
4. Hirnblutungen (insbesondere subdurales Hämatom),
5. Weichteilverletzungen aller Art, Blutergüsse, Prellungen (z. B. Zigaretten),
6. Verbrühungen (Eintauchen in heißes Wasser),
7. Vergiftungen (Einflößen z. B. von hochprozentigen Alkoholika oder Verabreichung von Giftstoffen oder Tabletten),
8. Psychische Vernachlässigung (mangelnde Ansprache, mangelnde Stimulation),
9. Mangelnde körperliche Bewegung.

4. Neugeborene mit neonatalem Abstinenzsyndrom – Neugeborene drogenabhängiger Mütter

¹ Nickel P., Dalitz E., Demandt C., Kiess W., Gühne K., Siekmeyer W., Sozio-emotionale und psychische Faktoren bei suizidalen Handlungen von Kindern und Jugendlichen. Monatsschrift Kinderheilkunde. 151:202-208 (2003)

Im Zeitraum 1998 bis 2003 wurden an der Universitätsklinik für Kinder und Jugendliche insgesamt 42 Neugeborene von drogenabhängigen Müttern betreut. Bei 39 der betroffenen Mütter wurde ein Drogennachweis im Urin durchgeführt. Dabei wurde in 33 Fällen der Nachweis einer von der Mutter eingenommenen Substanz im Urin geführt. Besonders häufig war die Einnahme von Methadon und Methadonderivaten sowie von Opiaten und Benzodiazepinen.

Circa 38 Prozent der betroffenen Neugeborenen waren für ihre Schwangerschaftsdauer untergewichtig (small for date). Über 90 Prozent wiesen Symptome wie Unruhe, schrilles Schreien und exzessives Saugen auf. Insgesamt wurden die Kinder im Durchschnitt ca. zwei Wochen in der Kinderklinik betreut. Alle Kinder wurden in Absprache mit den Mitarbeitern des Sozialdienstes der Klinik entlassen. Dabei wurde immer auch zum allgemeinen Sozialdienst und zum Jugendamt Kontakt aufgenommen. 34 von 42 Patienten wurden zu ihren Eltern oder Großeltern nach Hause entlassen. Bei fünf Kindern wurde durch das Jugendamt den Eltern das Sorgerecht entzogen.

Schwächen der Situation in Deutschland

Häufig sind Case Management und frühe Netzwerke sowohl in Städten als auch in ländlichen Gebieten in Deutschland nur sporadisch und punktuell ausgebildet. Eine landesweite konzertierte Vorgehensweise existiert nicht. Frühzeitige Angebote für eine Entlastung der Eltern durch Betreuung zum Beispiel in kostenlosen Kindertageseinrichtungen fehlen. Eine positive Verstärkung, gute Erziehungsanreize im Alltag fehlen. Abläufe sind häufig wenig transparent, Angebote auch im Netzwerk von Kliniken, Hebammen, Frauenärzten, Kinder- und Jugendärzten, Sozialarbeitern, Sozialpädagogen und Kinderschutzbund zu wenig vorhanden („Die Helfer wissen nichts voneinander“). Eine Abstimmung von Prozessorientierung und Entwicklungsorientierung bei Eltern und Kind, mit den Familien sowie unter den Helfenden in Fallbesprechungen fehlt vielerorts. Die Qualifikation der Helfer scheint insbesondere in Fort- und Weiterbildungsangeboten im europäischen Vergleich ungenügend.

Stärken des Systems in Deutschland

Noch immer ist Deutschland ein hoch entwickeltes und hoch industrialisiertes Land mit immens breiten Angeboten und Ressourcen. Sowohl in den Städten als auch auf dem Land gibt es Netzwerke von Kliniken und Arztpraxen, Kinderschutzbundeinrichtungen sowie Jugend- und Sozialämter, deren Mitarbeiter engagiert Familien bei der Bewältigung ihres Erziehungsalltags helfen. Dabei ist vielen Beteiligten bewusst, dass sie isoliert für ihren Bereich (zum Beispiel Kinderarzt für kindermedizinische Aspekte) Verantwortung übernehmen und diese Verantwortung in Abgrenzung zu anderen Beteiligten (zum Beispiel Jugendamt oder Kinderschutzbund) getragen wird. Ansätze zu Einrichtungen von Case-Management-Einrichtungen sind deutschlandweit in großer Zahl vorhanden. Zum Beispiel gibt es an der Universitätsklinik für Kinder und Jugendliche Leipzig ein Projekt zur psychosozialen Betreuung von Eltern Frühgeborener und kranker Neugeborener, das von der Deutschen Kinderhilfe direkt e.V. unterstützt wird. Dabei ist es zu einer Kooperation der neonatologischen Abteilung des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin sowie der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe gekommen, eine Diplomsozialarbeiterin/Sozialpädagogin wird an der Klinik finanziert.

Die Diplomsozialarbeiterin/Sozialpädagogin arbeitet als Case-Managerin und hat binnen nur eines Jahres folgende Leistungen erbracht (**Abbildung 1**).

Leistungsprofil im Projekt zur psychosozialen Betreuung von Eltern Frühgeborener und kranker Neugeborener am Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin in einem 8-monatigen Beobachtungszeitraum

1. Betreute Eltern: 150
2. Betreute Frühgeborene und kranke Neugeborene (Mehrlingsschwangerschaften): 168
3. Kinder, deren Geburtsgewicht unter 1.500 g betrug: 49
4. Elterngespräche: 622
5. Elterninformationsveranstaltungen: 6
6. Krisensitzungen mit Arzt, Jugendamt, Sozialdienst etc.: 5
7. Psychosoziale Krisengespräche: 71
8. Trauerbegleitung: 5
9. Interventionen für Eltern (Telefonate, Briefe, Ämter- und Behördenwege, Hausbesuche etc.): 181

Abbildung 1

© Prof. Dr. Wieland Kiess

Möglichkeiten, Lösungsansätze und Vision

Das Ziel einer echten familiären Frühbetreuung muss sein, flächendeckend und in die Tiefe gehend jede Familie aufzusuchen. Wie die Schulpflicht, so gilt es erstens zu einer relativen Impfpflicht und zweitens zur Pflicht zur Vorsorge zu kommen. „Eltern, Schule und Familienbildung“ dürfen nicht nur bloße Schlagworte bleiben. Jede Familie, auch wenn sie in großer Armut lebt und mit mangelnden Bildungsressourcen ausgestattet ist, hat Stärken und Ressourcen, die unterstützt werden können und müssen. Das Kind/der oder die Jugendliche muss im Zentrum der Arbeit stehen. Insgesamt soll hervorgehoben werden, dass nach amtlichen Statistiken die Zahl der Kindstötungen in den letzten drei Dekaden nachweislich nachgelassen hat. Während auch noch vor 10 bis 30 Jahren schwere Kindesmisshandlungen im Sinne körperlicher Misshandlung prävalent gewesen seien, wird heute bereits massiver Fernsehkonsum oder mangelnde Bildung von Kindern als Risikoverhalten in Familien angesehen. Andererseits nimmt wie bereits ausgeführt die Zahl der in Armut lebenden Familien in Deutschland sehr rasch zu. Insbesondere Kinder von allein erziehenden Müttern mit niedrigem Bildungsstand und mit Migrationshintergrund sollten frühzeitig sozialarbeiterisch betreut und versorgt werden.

In Deutschland wird eine Kooperation zwischen Jugendämtern, Sozialarbeitern und Sozialamt mit Kinder- und Jugendärzten häufig nur in Krisenfällen wahrgenommen. Entsprechend werden von allen Beteiligten über „Löcher im Kooperationssystem von Pädiatrie und Jugendhilfe“ berichtet. Entwicklungsdefizite und Entwicklungsstörungen werden dadurch meist zu spät, nämlich nach dem Kindergartenalter, erkannt. Als Lö-

sung werden das Erkennen und Aufsuchen von Risiken bereits in der Schwangerschaft und kurz nach der Geburt angearbeitet.

Unterschiedliche Berufe haben unterschiedliche Aufgaben. Menschen mit unterschiedlicher Berufsausbildung agieren häufig in unterschiedlichen Kommunikationssystemen und mit unterschiedlichen Erwartungen. Dies gilt auch für Psychologen, Sozialarbeiter und Mediziner. Häufig haben Mediziner unrealistische Erwartungen an Jugendhilfe und Vorurteile gegenüber Sozial- und Jugendamt. Umgekehrt werden von Sozialarbeitern und psychosozialen Mitarbeitern häufig Mediziner als ungeduldig und als mit sozialen Problemen überfordert angesehen. Verschiedene Fachsprachen und unterschiedliche Definitionen von Gefährdung von Kindern und Jugendlichen erschweren die Verständigung auf ein gemeinsames Ziel, nämlich den Schutz von Kindern und Jugendlichen sowie die Früherkennung von Gefahren für Entwicklung und Gesundheit eines Kindes.

Gemeinsames Ziel

Gemeinsames Ziel von Ärzten und Sozialarbeitern in der familiären Frühbetreuung sollte es sein, Eltern dabei zu unterstützen, eigene belastende Erfahrungen zu überwinden, vorhandene Schutzfaktoren im eigenen Umfeld zu stärken. Zusätzlich muss gemeinsam mit den Familien herausgefunden werden, welche Hilfen eine jeweilige Risikofamilie insbesondere mit Kleinkindern braucht. Professionelle Kooperation beim Umgang mit vernachlässigten und misshandelten Kindern und Jugendlichen sollte heute eine Selbstverständlichkeit sein.

Fazit – Der Teufel steckt im Detail:

Für das praktische Handeln ist die Kenntnis von Risikofaktoren für Gefährdungen des Kindeswohls nicht ausreichend. Klare Handlungsanweisungen, wie man mit einem Kind aus einer Hochrisiko-Familie umzugehen hat bzw. diese betreut, sind überfällig. Mediziner und gleichermaßen Kollegen aus Jugend- und Sozialämtern stehen vor demselben Problem. Die in dieser kurzen Arbeit aufgezeigten Risikofaktoren (insbesondere Armut und mangelnde Bildung) sowie Comorbidität (Alkoholkrankheit) und psychiatrische Erkrankungen sowie Drogenabhängigkeit bei den Eltern müssen erkannt und entsprechend interpretiert werden. Eine konzertierte Aktion muss dabei die häufig fälschlicherweise als Netzwerk titulierte Kettenreaktion ohne Transparenz und Abstimmung in der Zukunft ersetzen. Die Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern aus Hochrisiko-Familien kann auf dem Boden von Kooperation und Vernetzung von Jugendhilfe und Kinderärzten flächendeckend und umfassend erfolgreich sein und ist dies in Deutschland vielerorts bereits.

Literatur

- (1) Katz M., Rubino A., Collier J., Rosen J., Ehrich J.H.H., Demography of Pediatric Primary Care in Europe: Delivery of Care and Training; Pediatrics; 109:788-796 (2002)
- (2) Nickel P., Dalitz E., Demandt C., Kiess W., Gühne K., Siekmeyer W., Sozio-emotionale und psychische Faktoren bei suizidalen Handlungen von Kindern und Jugendlichen. Monatsschrift Kinderheilkunde. 151:202-208 (2003)
- (3) Laucht M., Schmidt M.H.; Entwicklungsverläufe von Hochrisikokindern; Kinderärztliche Praxis 76: 348-354 (2005)
- (4) Motzkau E. ; Kindesvernachlässigung: Frühe Intervention statt spätes Krisenmanagement; Kinderärztliche Praxis 76: 356-362 (2005)
- (5) Kratzsch W.; Früherkennung: Prävention bei Kindern aus psychosozialen Hochrisikofamilien; Kinderärztliche Praxis 76: 363-369 (2005)
- (6) Müller K.; Jahresbericht 2005 Deutsche Kinderhilfe direkt e.V., Berlin 2005

Möglichkeiten und Grenzen medizinischen und sozialarbeiterischen Handels in der familiären Frühbetreuung – aus Sicht der Jugendhilfe

DAGMAR VON HERMANNI

Leiterin des Allgemeinen Sozialdienstes im Jugendamt der Stadt Leipzig

Frühbetreuung, Fehlentwicklungen, Bewältigung des Erziehungsalltags

„Mehr Frühbetreuung soll Vernachlässigung von Kindern stoppen“ lautete eine Überschrift in der WELT vom 26.4.06, einer von vielen in den letzten Wochen und Monaten erschienenen Artikeln, eine von vielen Forderungen. Es geht um Fragen des Rechtsanspruches auf einen Betreuungsplatz für Kinder unter 3 Jahren, um Familienhebammen, die den Familien im ersten Lebensjahr des Kindes zur Seite gestellt werden sollen und um pflichtige Vorsorgeuntersuchungen statt der bisher freiwilligen Angebote. Es stellt sich schon die Frage, ob es tatsächlich um „mehr“ Frühbetreuung geht oder um Frühbetreuung für alle.

Bei einem Begriff in der Überschrift wie „familiäre Frühbetreuung“ neigt man schnell dazu, an die Familien in unserer Gesellschaft schlechthin zu denken. Vielleicht dahingehend, dass Familien sehr früh (bei Familienbildung) gefördert und betreut werden, so früh, dass alles vorher gesehen wird und nichts mehr „schief gehen“ könnte.

Zunächst ist es mir jedoch wichtig festzuhalten, dass das Gros der Eltern in unserer Gesellschaft verantwortlich, fürsorglich, betreuend und versorgend mit ihren Kindern umgeht. Sie bereiten sich bereits vor und während Schwangerschaft auf die Elternschaft vor, nehmen Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen in Anspruch, holen sich bei Fragen oder Zweifel Rat und Hilfe in ihrer Familie, im sonstigen sozialen Umfeld, bei Ärzten, Beratungsstellen usw.

Aber, wie Sie vielleicht festgestellt haben werden, habe ich soeben nicht von Familien, sondern von Eltern gesprochen. Macht das einen Unterschied?

Als ich vor über 30 Jahren ins Berufsleben wie aber auch in meine Ehe „einstieg“ hieß es mit dem leichten Unterton einer gesellschaftspolitischen Bedrohung: „Jede dritte Ehe wird geschieden“. Heute wird jede 2. Ehe geschieden, allerdings von deutlich weniger überhaupt geschlossenen Ehen. Sind Kinder bei weniger geschlossenen Ehen weniger Trennungsbelastungen ausgesetzt? Nach meinen Erfahrungen eindeutig nein.

Bei familienpolitischen Diskussionen – das heißt auch bei „familiärer Frühbetreuung“-müssen wir uns auf ein breites Spektrum von Familien einstellen, in der politischen Diskussion wird ein „modernes“ Familienbild gefordert. Inwieweit sich die Bedürfnisse von Kindern entsprechend eines modernen Familienbildes modernisieren, ist jedoch nicht gesichert.

Es häufen sich die Anzahl der Auseinandersetzungen um das Umgangsrecht, es häufen sich die Auseinandersetzungen bei vorher erfolgten Sorgerechtsklärungen um das Umgangs- und Sorgerecht. Wir nehmen in einer Vielzahl von Fällen wahr, dass die el-

terlichen Auseinandersetzungen zu einer Gefährdung des Kindeswohls führen. Ein bindungsfreies Leben mit wechselnden Partnerschaften hat fraglos Auswirkungen auf die konkreten Lebensbedingungen der Kinder – und gegebenenfalls auch auf ihr Bindungsverhalten. Im Einführungstext zu dieser Veranstaltung heißt es „fast jede Stadt hat inzwischen ‚ihre Jessica‘“. Das ist zutreffend, aber nicht zwingend in einer Familienkonstellation „Vater-Mutter-Kind“, sondern nach unseren Erfahrungen in Leipzig überwiegend in Konstellationen mit so genannten „allein erziehenden Müttern“ und deren Lebenspartnern.

Ja, hier erfolgt dann sozialarbeiterisches Handeln, nicht jedoch im Sinne einer familiären Frühbetreuung, sondern im Interesse der Kinder – Kinder aus kurzfristigen Beziehungen in einer Zeit in der es „in“ und „modern“ ist, so genannte LebensabschnittspartnerInnen zu haben und damit seinen Kindern auch ein gemischtes und wechselndes Angebot an Muttis, Vatis, Freunden, Freundinnen usw. einschließlich daraus resultierender Erziehungsstile, Lebensauffassungen, Perspektivvorstellungen, Normen und Werten zu bieten.

„Notwendigkeit von verbindlichen Absprachen?“ lautete eine der gestellten Fragen. Die Antwort, hier bezogen auf Absprachen mit dem Klientel, lautet „ja“, aber wir müssen uns darüber im Klaren sein, dass sich die Absprachen auf den kleinsten gemeinsamen Nenner, das heißt „Schädliches vermeiden“ aber noch lange nicht „Förderliches tun“, beziehen.

Aber kommen wir zu den Feldern, die landläufig von Sozialarbeitern ins Auge gefasst und mit professionellem Handeln untersetzt werden: Sozialarbeiterisches Handeln im Rahmen einer familiären Frühförderung zur Vermeidung von Fehlentwicklungen und Hilfestellung bei der Bewältigung des Erziehungsalltags. Der trainierte Fernseh Zuschauer kann dies nun bejahen, weiß er doch aus Serien wie der „Supernanny“, wie erfolversprechend klare Worte, klare Ziele, klare Regeln, klare Vereinbarungen sind. Der Beweis tatsächlicher Erfolge, insbesondere bei sich verändernden Erziehungssituationen, die Frage, ob lediglich einzelne Situationen konditioniert oder aufgrund von Transferdenken auch auf andere übertragen werden können, steht in diesen Fernsehserien aus. Kennzeichnend für die in diesen Sendungen „auftretenden“ Familien ist, dass sie mitwirkungs- und veränderungsbereit sind.

Was bestimmt den familiären Erziehungsalltag, für den wir uns frühzeitige Hilfen zur Stabilisierung wünschen? Zunächst, dass diese Familien häufig nicht von sich aus einen Veränderungsbedarf sehen und häufig auch nicht zu Vorsorgeuntersuchungen gehen oder die Kindertagesstätte aufsuchen.

Dieser Erziehungsalltag basiert dabei zunächst auf den persönlichen Rahmenbedingungen der Erwachsenen/der jeweils erziehenden Personen und umfasst im Wesentlichen die Merkmale der Grundfunktionen der Alltagsbewältigung und des Zusammenlebens:

1. Grundfunktionen der Alltagsbewältigung

1.1 Gesundheit und Hygiene beachten und erhalten

1.1.1 Ernährung

1.1.2 Medizinische Versorgung

1.1.3 Hygienische Verhältnisse (in der Wohnung, bei Körper- und Kleiderpflege)

- 1.2 Wohnraum schaffen, sichern und gestalten
- 1.3 Alltagsstruktur regelmäßig, rechtzeitig und verbindlich planen und umsetzen
- 1.4 Umgang mit Geld/Schulden
- 1.5 Öffentliche Einrichtungen nutzen und mit ihnen zusammen arbeiten
- 2. Ressourcen der Eltern und erwachsener Bezugspersonen
 - 2.1 Wertvorstellungen bewusst machen und danach handeln
 - 2.2 Sich etwas zutrauen und sich wertschätzen
 - 2.3 Gefühle spüren und leben können
 - 2.4 Bereit sein, sich zu verändern
 - 2.5 Eigene Herkunftsgeschichte akzeptieren
 - 2.6 Eigenverantwortlich handeln
 - 2.7 Mit Konflikten umgehen
 - 2.8 Einkommen und Auskommen verbessern oder zu erhalten
 - 2.9 Gesund bleiben oder (wieder) gesund werden
 - 2.10 Soziale Kontakte
- 3. Erziehungskompetenz
 - 3.1 Angemessene Regeln und Anforderungen formulieren können
 - 3.2 Erlebte Gefühle angemessen ausdrücken
 - 3.3 Soziales Verhalten der Kinder fördern
 - 3.4 Individuelle Fähigkeiten und Selbständigkeit des Kindes altersangemessen zu fördern
- 4. Familiensystem und Familienbeziehungen
 - 4.1 Familienzusammenhalt schaffen und erlebbar machen
 - 4.2 Erziehungsverantwortung verabredet wahrnehmen
 - 4.3 Abgrenzungen innerhalb der Familie
 - 4.4 Abgrenzung der Familie gegenüber dem Umfeld
 - 4.5 Mit Veränderungen umgehen

Je nach eigener vorangegangener Sozialisation und Lebensgeschichte bringen die Erwachsenen hier unterschiedlich ausgeprägte Kompetenzen, gegebenenfalls jedoch auch Defizite mit. Gerade wenn wir uns im Kontext von Kindeswohlgefährdungen bewegen, liegen die Lösungen vielleicht im Bereich der Ressourcen, der Anlass der Hilfestellungen jedoch regelmäßig in den Defiziten.

Den Blick auf eine Hilfe im Erziehungsalltag verkürzt aus meiner Sicht zu häufig, dass es zunächst um Hilfe zur Bewältigung des Alltags überhaupt geht. Werfen wir noch mal kurz einen Blick auf solche Fernsehserien wie die „Supernanny“ und erinnern uns dabei daran, dass zumindest äußerlich die Haushalte einen durchschnittlich aufgeräumten Eindruck machten und auch die Tagesabläufe durchaus eine nachvollziehbare Gesamtstruktur aufweisen. In der Praxis eines Jugendamtes müssen wir hingegen (zunehmend) Haushalte, Familien, Lebenssituationen – wie immer wir es nennen wollen – wahrnehmen, in der die Ausstattung der Wohnungen, die Ordnung und Sauberkeit nicht dem

Wohl der Kinder entsprechen oder zumindest äußerst grenzgängig sind. Wir erleben Tages-/Wochenabläufe, die weder durch einen natürlichen Tages-/ Nachtrhythmus, noch durch Arbeits- und Schulzeiten, noch durch traditionelle Öffnungszeiten des Einzelhandels strukturiert werden.

Ladenöffnungszeiten bis 20:00 Uhr und 24 Stunden geöffnete Tankstellen mit einem Rundumangebot sowie einem 24-Stunden-Fernsehangebot mit einem komfortabel konsumierbaren Leben aus 2. Hand machen es entbehrlich, den Tag, die Wochen, die Monate und damit auch das Leben zu strukturieren. Da fällt es schon über Tage oder Wochen schwer, die Öffnungszeiten des Einwohnermeldeamtes einzuhalten, um den Personalausweis verlängern zu lassen, ebenso fällt es schwer, die Öffnungszeiten der ARGE einzuhalten, von den konkreten Terminen, die man von seinem persönlichen Ansprechpartner der ARGE erhalten hat, ganz zu schweigen.

Wie schwer fällt es dann erst, auf die Anforderungen eines Kindes einzugehen, welches beispielsweise mit Regelmäßigkeit, sozusagen mit einer biologischen Tagesstrukturierung nach Nahrung und Körperpflege verlangt. Hilfe im Erziehungsalltag, Erziehung, das ist eine hohe Anforderung. Pflege und Erziehung sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Sehr häufig muss es uns darum gehen, zunächst die Pflege und Versorgung der Kinder und damit körperlich-existenzielle Rahmenbedingungen sicher zu stellen.

„Wie kann eine familiäre Frühbetreuung aussehen?“ lautete eine der Fragen: Indem wir schrittweise vermitteln, was minimal erforderlich ist, damit Kinder ungefährdet aufwachsen können. Meine Oma hätte das früher umschrieben mit: „Mädchen, das musst du schon mal lernen, damit aus dir ein ordentlicher Mensch werden kann.“

Die Antwort auf die Frage nach dem Aussehen von familiärer Frühbetreuung könnte auch lauten: Kümmern wir uns um die heute 15-,16-,17-jährigen Schulverweigerer, machen wir sie in den nächsten vier bis sechs Jahren fit für eine psychologisch und sozial kompetente Elternschaft? Das bedeutet aber auch: Schicken wir sie heute regelmäßig in die Schule, ertragen wir sie heute regelmäßig in der Schule (statt Suspendierungen auszusprechen), zeigen wir ihnen heute Zuverlässigkeit und lehren sie Verantwortung, gehen wir heute nicht den bequemen Weg, alles einer Modernität und Beliebigkeit anheim zu stellen und benennen statt dessen Normen und Werte und erwarten deren Einhaltung?

Heute nennen wir das, was meine Oma als selbstverständlich für einen „ordentlichen Menschen“ hielt, Vermittlung von Haushaltskompetenzen. Wir versuchen, es in Gruppenarbeit zu vermitteln oder auch durch individuelle ambulante Hilfen. Wir freuen uns, wenn bei der Vermittlung der „Geist willig“ ist und hoffen, dass bei der Anwendung das „Fleisch nicht schwach“ sein wird. Tatsächlich liegt jedoch im Letzteren ein wesentlicher Teil des Problems, insbesondere was die Nachhaltigkeit von erwünschten und gegebenenfalls zunächst auch eingetretenen Veränderungen anbetrifft.

Als Hilfe, zur Stabilisierung der Eltern, als Schutz für die Kinder und als Sicherheit für die Helfersysteme kommt es deswegen immer darauf an, die Familien in soziale Netze einzufädeln und sie einzubinden in die Netzsysteme mit ihren Hilfen, Ritualen, Regeln und auch der damit verbundenen sozialen Kontrolle. Soziale Netze und Regelangebote

wie Kindestagesstätten unterstützen auch am geeignetsten eine Stärkung und Stabilisierung von Eltern im Erziehungsalltag.

Verantwortung des Einzelnen in Abgrenzung zu anderen Beteiligten

Die Fragestellung lautete nicht, ob eine Verantwortung besteht, sondern **welche** Verantwortung der Einzelne trägt. Für mich ist unstrittig, dass die Verantwortung zunächst darin besteht, das Problem oder die Probleme klar und offen zu benennen.

Klar und offen heißt ohne Umwege oder Umschweife. Das heißt auch

- in einer für den Betroffenen verständlichen Sprache (das bezieht sich nicht nur auf Ausländer. Wir haben zunehmend Fälle, in denen ein Helfer beispielsweise zu Arztterminen mitgehen muss, weil es sonst nicht möglich ist, dass der Patient/Klient hinterher weiß, was er hat, was das bedeutet, was nun wie und wie häufig erfolgen muss und was dringend zu unterlassen ist) und
- unmissverständlich, das heißt, ohne eine Grundlage für Missverständnisse oder auch Interpretationen zu geben.

Das ist durchaus schwierig und heißt zunächst, dass man sich stellen, man selber „Farbe bekennen“ muss. Man spricht etwas an, was der Angesprochene als Kritik aufnehmen wird, wovon er daher mit hoher Wahrscheinlichkeit „nicht begeistert sein wird“. Der Arzt hat vielleicht Angst, einen Patienten zu verlieren, von SozialarbeiterInnen höre ich mitunter, dass damit die Grundlage für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Klientel entfallen würde. Ich teile diese Auffassung überhaupt nicht. In Gegenteil, für mich ist die Offenheit und Klarheit eine wesentliche Voraussetzung für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Die Anforderung, es klar und offen zu benennen, muss ergänzt werden um „konkret“. Der Sozialarbeiter steht in der Verantwortung, präzise zu sagen, was problematisch, was veränderungsbedürftig ist und – bewegen wir uns im Bereich der Kindeswohlgefährdung – was veränderungsnotwendig ist. Das bringt die Sozialarbeiter aus dem Bereich des typischen Sozialarbeiterwitzes (Weißt du, wie spät es ist? – macht nichts, ist aber gut, dass wir mal drüber gesprochen haben) hinaus.

Auch ist das Benennen von Problemen Voraussetzung dafür, dass überhaupt ein eventueller Veränderungs- und/oder Hilfebedarf geklärt werden kann. Und es gehört sodann zur Verantwortung des jeweils Einzelnen, die erforderliche und geeignete Hilfe anzubieten, die in seinem Leistungsvermögen liegt. Im eigenen Leistungsvermögen liegt es immer, die Hilfe, die man selber nicht leisten kann, zu benennen und darauf hinzuweisen, wer sie leisten kann.

Notwendigkeit verbindlicher Absprachen?

Die **Notwendigkeit** richtet sich nach der Not. Sind wir nicht in Not, wird es auch keine Notwendigkeit, sondern vielleicht ein „wünschenswert“, ein „es wäre schön, wenn ...“ geben. Handelt es sich um Kindeswohlgefährdung oder um die Gefahr von Kindeswohlgefährdung, dann ist ein Kind in Not und wir haben es mit Notwendigkeiten zu

tun, mit der Notwendigkeit, Abhilfe zu schaffen, und um dies sicher zu stellen, mit der Notwendigkeit, verbindliche Absprachen zu treffen. Bei uns in Leipzig hat diese „Absprache“ den Namen „Kontrollvertrag“ (**siehe Anlage**). Wir benennen damit unmissverständlich, worum es geht: um Kontrolle. In dem Vertrag wird genau genannt, was wer wie und bis wann zu erledigen, sicherzustellen, zu ändern hat und es wird auch ganz klar benannt, was passiert, wenn dies nicht erfolgt.

Es besteht Klarheit

- über die Einschätzung der Sachlage,
- über die erforderlichen Veranlassungen/Veränderungen,
- über die Verantwortlichkeiten/Verantwortlichen,
- über Folgemaßnahmen, wenn die Vereinbarung nicht eingehalten wird.

Soweit Dritte hierbei einzubeziehen sind, wird auch dies in dem Kontrollvertrag aufgeführt. Absprachen beziehen sich selbstverständlich zunächst auf die Betroffenen, mit ihnen ist zu besprechen und abzusprechen.

Absprachen beziehen sich aber auch auf Dritte, die nun auf dem Weg der Problemlösungen eine teilweise wichtige Rolle spielen. Zu den Absprachen mit der Klientel gehört es, dass auch die Absprachen mit Dritten getroffen werden und damit für alle Beteiligten auch die erforderliche Klarheit über die jeweiligen Aufgaben und Verantwortlichkeiten besteht. Und die Anzahl der „Dritten“ kann, je nach Fallstruktur, umfänglich sein, vom Hausarzt über den Kinderarzt, die Klinik, die Großmutter, den Arbeitgeber, die Schule, den Kindergarten...

Das Wesentliche an Absprachen ist ihre Verbindlichkeit und damit ihre Verlässlichkeit. Eine Grundvoraussetzung ist weiterhin, dass auch die „gleiche Sprache“ gesprochen wird, das heißt gleiche Vorstellung zu einem Sachverhalt bestehen. Was ist eine Gefährdung des Wohls eines Kindes? Bleiben wir beim derzeit diskutierten Thema der Vorsorgeuntersuchungen. Ist das Wohl eines Kindes gefährdet, wenn die Vorsorgeuntersuchungen nicht oder nicht regelmäßig wahrgenommen werden? Was immer jeder hierzu empfinden mag, die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen stellt keine von den Eltern zu erfüllende Norm dar. Es ist keine Pflicht. Weder Pädiatrie noch Jugendhilfe können dies einfordern. Wir können zunächst nur hinweisen und motivieren.

Entscheidend ist und bleibt damit, dass die Möglichkeiten sozialarbeiterischen Handelns in jedem Fall eine Kenntnis voraussetzt – und Kenntnis haben wir häufig nicht oder- wir erhalten sie „im letzten Augenblick“ (Der Anruf der Klinik am Freitagvormittag, dass man nun die junge Mutter mit dem Neugeborenen entlassen werde, aber nach allem was man wisse, die Mutter daheim überhaupt nicht auf das Kind vorbereitet sei und auch ansonsten erhebliche Zweifel bestünden, ob sie das Kind ausreichend versorgen könne.) Auch das rechtzeitige Einbeziehen Anderer ist Verantwortung. Allerdings besser spät als gar nicht.

Anlage

Kontrollvertrag bei (Verdacht auf) Kindeswohlgefährdung

zwischen Familie _____

und Mitarbeiter/in des Allg. Sozialdienstes (ASD) _____

betreffs der seelischen, körperlichen und geistigen Entwicklung von:

Name, Vorname Geb.-Datum

Name, Vorname Geb.-Datum

Name, Vorname Geb.-Datum

Artikel 6, Absatz 2, Grundgesetz: „Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvorderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.“

Am heutigen Tag, _____ wurde folgende Vereinbarung getroffen:

1. Wir/Ich habe/n als Eltern/Mutter/Vater dafür Sorge zu tragen, dass

(Alles, was dem/der Sozialarbeiter/in als gefährdend aufgefallen ist während des Kontaktes/ Hausbesuches, z. B. Beaufsichtigung, Versorgung, Hygiene, Erziehungsverhalten, Strukturen usw.)

ab sofort endet.

2. Wir/Ich verpflichte/n uns/mich, ab sofort Nachstehendes

(Lösungsstrategien)

zu tun.

3. Die Einhaltung des Vertrages wird durch den/die Sozialarbeiter/in des ASD überprüft in Form von:

(Wie, in welcher Form und Ausgestaltung findet diese Prüfung statt? Zeitraum, Häufigkeit, Hausbesuche, Anrufe, Erkundigung über andere Institutionen ...)

4. Bei Vertragsbruch, z. B. Nichteinlassen der Familie, Nichteinhaltung der Lösungsstrategien, werden folgende Maßnahmen festgeschrieben:

(Anschreiben des Familiengerichtes mit konkreter Auflagenerteilung, es wird noch ein zweiter Versuch gegeben. Hilfen im Zwangskontext. Möglichkeiten über Familiengericht: Arztbesuche festschreiben; Auflage Kontrollkontakte einzuhalten ...)

Leipzig, den _____

Unterschrift Sozialarbeiter/in

Unterschrift

Arbeitsgruppe 3: Frühe Vernetzung der Aktivitäten von Jugendhilfe und Kinderärzten

SABINA SCHAEFER

Diplompsychologin, Supervisorin, Leiterin des Beratungszentrums Mitte, Jugendamt Stuttgart,

EBERHARD SCHILLING

Niedergelassener Kinder- und Jugendarzt, Stuttgart

1. Entwicklung des Ärztetreffs in Stuttgart-Mitte:

Im Stadtbezirk Stuttgart-Mitte gibt es schon seit circa 15 Jahren den so genannten „Ärztetreff“, an dem drei niedergelassene Kinderärzte aus dem Stadtbezirk, eine Ärztin des Gesundheitsamtes und Mitarbeiter des Jugendamtes teilnehmen. Hin und wieder kommen auch weitere Kinderärzte zu diesen Treffen dazu.

Der Ärztetreff findet circa vier bis sechs Mal pro Jahr statt. Ursprünglich waren die Fachkräfte der Psychologischen Beratungsstelle in Stuttgart-Mitte die Kooperationspartner für die niedergelassenen Kinderärzte. In der „frühen“ Phase der Kooperationsbeziehung standen Störungen mit körperlicher Symptomatik im Vordergrund (zum Beispiel Einnässen, Einkoten, Kopf- oder Bauchschmerzen). Am Anfang ging es vor allem darum, sich mit der jeweiligen Arbeitsweise vertraut zu machen.

Dies soll an einem Fallbeispiel verdeutlicht werden:

Es ging um die siebenjährige Sylvia, die die erste Klasse besucht und die laut Mutter weder tags noch nachts je richtig trocken war. Nach ausführlicher medizinischer Abklärung beim Kinderarzt und verschiedenen Versuchen, das Problem zu lösen (unter anderem mit dem Einsatz der Klingelhose und sogar mit Psychopharmaka) empfahl der Kinderarzt den Eltern, sich an die Psychologische Beratungsstelle zu wenden. Anhand dieses Fallbeispiels lässt sich das familientherapeutische Vorgehen kombiniert mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen zeigen.

Seit 2003 gibt es in Stuttgart-Mitte das **Beratungszentrum Mitte**, in dem die bisher getrennten Dienste Allgemeiner Sozialdienst und Psychologische Beratungsstelle zu einer gemeinsamen Organisationseinheit zusammengeführt sind.

In diesem Beratungszentrum werden einerseits Aufgaben des bisherigen Allgemeinen Sozialdienstes (Leistungsgewährung und fachliche Begründung für Leistungen der Hilfen zur Erziehung, Kinderschutz) und andererseits die Aufgaben der Psychologischen Beratung erbracht. Im Beratungszentrum Mitte kommen stärker noch als in der Beratungsstelle Hochrisikofamilien an.

In den letzten Jahren wurde der fachliche Blick verstärkt auf Säuglinge und Kleinkinder aus Risikofamilien gerichtet. Diese fachliche Orientierung wurde unter anderem durch die **AG Kinderschutz** in Stuttgart, einer interdisziplinär zusammengesetzten Arbeitsgruppe, die es seit 20 Jahren gibt, gefördert.

In dieser vom Jugendamt initiierten Arbeitsgruppe sind zum Beispiel Kinderärzte, Familienrichter, Ärzte des Gesundheitsamtes und Fachkräfte des pädiatrischen Zentrums, anderer Beratungsdienste und des Jugendamtes vertreten. Bei den psychosozialen Diensten kamen die verstärkte Beschäftigung mit der Säuglings- und Kleinkindphase aus entwicklungspsychologischer Sicht sowie die Anwendung von Interventionsprogrammen dazu.

Diese speziellen Interventionsprogramme, die auf den Erkenntnissen der Bindungstheorie basieren, haben sich als sehr erfolgreich in der praktischen Arbeit erwiesen. Seit ein paar Jahren gibt es daher fundierte Ansätze, wie Eltern praktisch angeleitet werden können (zum Beispiel mit Video gestützten Beratungen) feinfühlig mit ihren Säuglingen und Kleinkindern umzugehen, um so die Grundlage für eine positive Bindungsbeziehung zu schaffen.

(Videobeispiele aus dem in Stuttgart durchgeführten Projekt „Entwicklungsberatung für Eltern mit Säuglingen“ gaben einen Eindruck von diesem Arbeitsansatz.)

2. Unterschiedliche Zugänge von Kinderärzten und Jugendhilfe zu Risikofamilien

Die Kooperation zwischen Jugendamt und niedergelassenen Kinderärzten ist unabdingbar, da unterschiedliche Informationen über die jeweiligen Familien und damit ein mögliches Gefährdungsrisiko für die Kinder zusammengetragen werden müssen.

Der Kinderarzt wird zum Beispiel mit Kindern unter zwei Jahren wegen rezidivierenden Infekten, Regulationsstörungen (Schrei-, Fütter-, Schlafproblemen) aufgesucht. Eltern suchen den Kinderarzt auch mit ihren Kindern im Alter von zwei bis fünf Jahren wegen aggressiv-oppositionellen Verhalten (Trotzanfälle) auf.

Jenseits des ersten Lebensjahres eines Kindes können auch hyperaktives Verhalten, sprachlich-kognitive Entwicklungsverzögerung beziehungsweise Bindungsstörung (Kontakt-, Distanzstörungen) Anlass sein, sich an den Kinderarzt zu wenden.

In **Tabelle 1** sind die häufigsten Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern aus Hochrisikofamilien dargestellt. Erfahrungsgemäß können solche Entwicklungsstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern mit psychosozialen Belastungen bei den Familien einhergehen, die dem Kinderarzt oft nicht unbedingt bekannt sind. Beim Jugendamt sind dagegen gerade diese Belastungen meistens bekannt, wie beispielsweise Drogenkonsum/Alkoholismus/psychische Störungen bei den Eltern, gravierende Partnerprobleme (Gewalt in der Partnerschaft), eigene Misshandlungserfahrung, ungünstige Bindungserfahrungen in der Kindheit der Eltern usw. In **Tabelle 2** sind diese psychosozialen Risikofaktoren dargestellt.¹

¹ vgl. Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie von Laucht und Schmidt von 2001

Häufigste Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern aus Hochrisikofamilien (Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie)

Entwicklungs- und Verhaltensstörungen	ICD
Regulationsstörungen (Schrei-, Fütter-, Schlafstörungen)	F 43.2, F98.2, F51.9
Aggressiv-oppositionelle Verhaltensstörungen	F 91.0, F 91.1
Hyperaktivität	F 90.1
Bindungsstörungen	F 94.1, F 94.2
Sprachlich-kognitive Entwicklungsstörungen	F 89, F 80.2
Störungen häufig kombiniert	

Tabelle 1

Psychosoziale Risikofaktoren bei Kindern in Hochrisikofamilien
(Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie)

1. psychisch auffällige Eltern
2. Mütter/Väter mit Drogen-, Alkohol-, Nikotinabusus
3. junge Mütter (< 21 Jahre)
4. Eltern aus „Broken home“-Familien, Misshandlungserfahrungen in der Kindheit, Heimaufenthalte
5. unerwünschte Schwangerschaft
6. Disharmonien in der Partnerschaft
7. Armut (beengte Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit, niedriges Bildungsniveau)
8. Häufung von Risikofaktoren

Tabelle 2

Die in der oben dargestellten Tabelle genannten Faktoren stellen für die Jugendämter Warnsignale dar, die für die Kinder in diesen Familien ein Entwicklungsrisiko bedeuten können. Wenn wenigstens zwei aus der Mannheimer Längsschnittstudie bekannten Hochrisikofaktoren vorliegen, wird eine Familie als Hochrisikofamilie eingestuft.

Auf Seiten der Kinderärzte können die Symptome der Kinder (vgl. Tabelle 1) auf psychosozial belastete Familienverhältnisse hinweisen. Dies erfordert ein möglichst frühzeitiges Beratungsangebot für die Eltern, um langfristige gravierende Folgen für die Kinder (Entwicklungsverzögerungen, massive Schulprobleme, Suchtprobleme) zu vermeiden. Dabei gilt, dass es umso besser ist, je früher die Hilfe einsetzt.

Frühzeitige Intervention hat das Ziel, die Stärken und Fähigkeiten der Eltern und Kinder zu erkennen und zu fördern und die Eltern-Kind-Interaktion möglichst frühzeitig in der Kindheit zu verbessern. Von den beteiligten Professionen erfordert dies die Bereitschaft zu interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung, da nur auf diese Weise die entsprechenden Beratungs- und Unterstützungsangebote für die Familien bereitgestellt werden können.

3. Themen in der Kooperation von Jugendhilfe und Kinderärzten

In Bezug auf die Arbeit mit Risikofamilien werden beispielsweise folgende Themen bearbeitet:

- Gemeinsame Grundhaltung den Familien gegenüber: Nur auf der Basis einer annehmenden, offenen Haltung kann eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung entstehen.
- Arbeitsweise, Verfahrensabläufe, Möglichkeiten des medizinischen beziehungsweise des Jugendhilfe-Systems.
- Eigene Einstellung und Haltung zur Problematik.
- Verständigung über „schwierige“ Lebenslagen, Risikofaktoren, Belastungen.
- Umgang mit Verleugnung, Bagatellisierung, Rationalisierung, Projektion und Verschiebung auf Seiten der Eltern.
- Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle als Helfer (als Arzt oder als Mitarbeiter der Jugendhilfe), Vermeidung von „Fallen“, wie beispielsweise der, als besserer Vater oder als bessere Mutter aufzutreten.
- Offenheit, Transparenz in der Kommunikation mit den Eltern, so dass auf der Basis einer vertrauensvollen Zusammenarbeit auch Schwierigkeiten angesprochen und Hilfen vermittelt werden können.
- Verständigung darüber, wie Unterstützung für die Eltern und Kontrolle im Sinne des Kindeswohls ausbalanciert werden können und Klärung, wer welchen Part und Auftrag übernimmt.
- Austausch über Fälle, um die jeweilige familiäre Dynamik zu verstehen und gegebenenfalls widersprüchliche Interessen zwischen Kindern und Eltern zu erkennen und entsprechend darauf zu reagieren.

Eine offene, vollständige Kommunikation zwischen den Professionen kann auch zum Modell für die Familien werden. Im Laufe der Jahre wächst das Vertrauen in die jeweils andere Profession und man entwickelt ein Gefühl dafür, dass man sich aufeinander verlassen kann. Gerade auch Pannen oder Fälle, die nicht optimal verlaufen, können so besprochen werden, dass alle Beteiligten daraus lernen können.

Erfahrungsgemäß gelingt die Vermittlung der Familien von einem System in das andere viel leichter, wenn die professionellen Helfer konkret vermitteln können, welche Art

von Unterstützung die Familien im jeweils anderen System erhalten können. Wenn die beteiligten Professionen positive Erfahrungen in der Zusammenarbeit gemacht haben, lässt sich den betroffenen Eltern auch eher eine hoffnungsvolle Perspektive aufzeigen und die Vermittlung gelingt in der Regel ohne Probleme.

Insgesamt gesehen sollte es für alle Professionen, die mit Kinderschutz zu tun haben, normal und selbstverständlich sein, dass verschiedene Fachkräfte mit unterschiedlichen Zugangswegen und Blickwinkeln mit den betreffenden Familien arbeiten.

Beispiel aus der Kinderarztpraxis: Eine aus Projektmitteln finanzierte Sozialpädagogin bietet regelmäßig Beratung in der Praxis an. Es sollte nicht nur eine „Meldung“ über diesen oder jenen Problemfall geben, sondern die Familie sollte begleitet und motiviert werden, die Hilfs- und Beratungsangebote des jeweils anderen Systems auch anzunehmen. Insbesondere kann man sich gegenseitig unterstützen, wenn die Familie eine Hilfe des Jugendamtes beispielsweise abbrechen will oder den Arzt wechselt. Für die betroffene Familie kann es hilfreich sein, wenn die beteiligten Professionen hier an einem gemeinsamen Strang ziehen.

4. Fallbeispiel

Mutter von Timo (1 Jahr alt) wird von Dr. Schilling an das Beratungszentrum verwiesen. Timo wacht nachts alle 2 Stunden auf und trinkt aus der Flasche. Bei der Patentante schläft er überhaupt nicht. Beide Eltern möchten es in der Erziehung gut machen, sind aber ziemlich unsicher und unerfahren (Familienkonstellation siehe **Abbildung 1**).

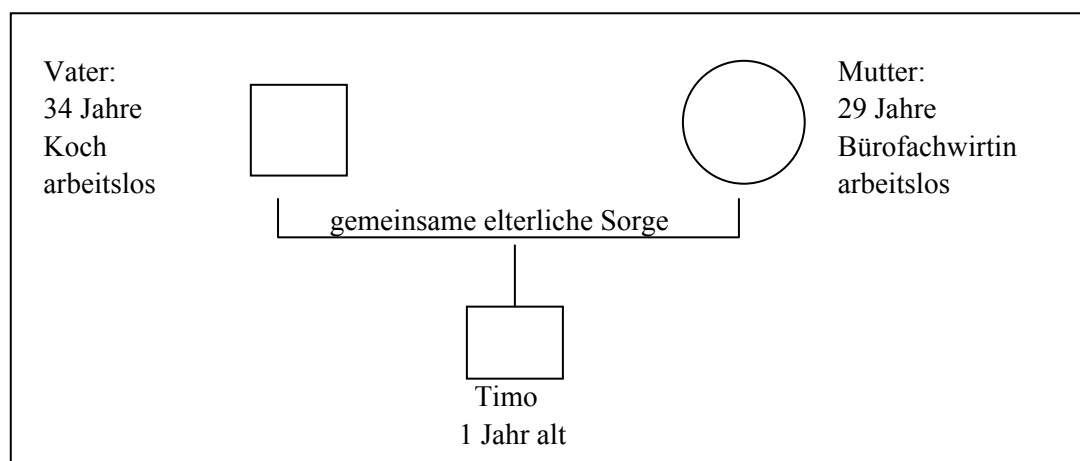


Abbildung 1

Beratungsansatz:

- Entwicklungspsychologische Beratung,
- Hausbesuche, Videoaufnahmen (zum Beispiel von der Wickelsituation),
- Eltern sind zunächst vorsichtig und misstrauisch (fürchten Abwertung), akzeptieren die Hilfe aber und entwickeln Vertrauen zur Psychologin,

- Einführung eines Einschlafrituals, die Eltern werden angeleitet, Timo nicht gleich wieder aus dem Bett zu holen, wenn er quengelt.

Diese Strategie funktioniert gut und Timo schläft jetzt gut ein.

Weitere Themen in der Beratung:

- weniger Fernsehkonsum tagsüber,
- bei Timo: Steigerung der Trinkmenge tagsüber, damit er nachts nicht so häufig etwas braucht,
- eigene Kindheitserfahrungen der Eltern: der Vater wuchs z.B. bis zum 8. Lebensjahr bei Pflegeeltern auf, wo es ihm gut gegangen sei. Anschließend kam er zu seiner leiblichen Mutter zurück, wo er massive Symptome zeigte (wie Einnäsen/Einkoten),
- Vermittlung in eine Krabbelgruppe ist im Gespräch.

Ergebnis der Beratung:

Die Eltern werden sicherer in der Erziehung, können Timos Bedürfnisse und Signale besser einschätzen, haben auch in praktischer Hinsicht wichtige Hinweise umsetzen können.

5. Rahmenbedingungen, Weiterentwicklungen und Wünsche in Bezug auf eine effektive Vernetzung der Aktivitäten von Jugendhilfe und Kinderärzten

- Die Kooperation der Fachkräfte aus verschiedenen Institutionen erfordert Zeit und Geduld und muss z. B. für die Ärzte auch abrechenbar sein.
- Alle beteiligten Professionen müssen sich das entsprechende Know how aneignen, um Angebote für Risikofamilien zu haben.
- Die kinderärztlichen Untersuchungen im ersten Lebensjahr (U1-U6) sollten verpflichtend stattfinden. Damit könnten nicht nur Misshandlungen und Vernachlässigungen, sondern auch Sprach- und Entwicklungsstörungen, die sonst oft erst vor der Einschulung mit sechs Jahren festgestellt werden, rechtzeitig erkannt und entsprechend behandelt werden.
- Stärkere Vernetzung mit weiteren Stellen wie SPZ (Sozialpädiatrisches Zentrum) oder IFF (Interdisziplinäre Frühförderstelle), Hebammen, Gynäkologen, Fachärzten für Psychiatrie wäre notwendig.
- Einführung eines „Frühwarnsystems“, mit dem schon vor oder kurz nach der Geburt eines Kindes ein intensiver Kontakt zu Risikofamilien aufgebaut werden kann. An diesem Frühwarnsystem sollten nicht nur Kinderärzte und Fachkräfte der Jugendhilfe, sondern auch Hebammen, Gynäkologen oder Erzieher/-innen beteiligt sein, um die Not gefährdeter Kinder rechtzeitig zu entdecken und eine entsprechende Hilfe einzuleiten.

6. Fazit

Die Kooperation und Vernetzung der Aktivitäten von Jugendhilfe und Kinderärzten stellt für alle Beteiligten einen Gewinn dar: die beteiligten Fachkräfte erweitern ihr Wissen und ihr Handlungsspektrum und können die Last der Verantwortung auf mehrere Schultern verteilen, die Risikofamilien erhalten eine umfassende, integrative Hilfe.

Literatur:

Manfred Laucht, Martin H. Schmidt: Entwicklungsverläufe von Hochrisikokindern

Eberhard Motzkau: Kindervernachlässigung: Frühe Intervention statt spätes Krisenmanagement

Wilfried Kratzsch: Früherkennung und Prävention bei Kindern aus psychosozialen Hochrisikofamilien

Wulfhild Reich: Der Stuttgarter Kinderschutzbogen

Ute Ziegenhain: Bindungstheoretisch konzeptualisierte Modelle zur frühen Prävention

Alle Artikel aus: Kinderärztliche Praxis 76 (2005) Nr. 6

Schaefer, Sabina, Widmann, Ingeborg: „Entwicklungsberatung für Eltern mit Säuglingen – ein spezielles Interventionsprogramm der Städtischen Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche in Stuttgart. Aus: Arist v. Schlippe, Gisela Lösche, Christian Hawellek (Hrsg.): „Frühkindliche Lebenswelten und Erziehungsberatung“, Münster 2001

Arbeitsgruppe 4: Grenzüberschreitendes Handeln – Umgang mit Datenschutz und Schweigepflicht bei Hilfeverweigerung

DR. JUR. GERHARD NOTHACKER

*Professor für Recht in der Sozialen Arbeit, Fachbereich Sozialwesen,
Fachhochschule Potsdam*

Von der Arbeitsgruppe waren nach den Vorgaben des Veranstalters folgende drei Fragen zu beantworten:

1. Was tun, wenn der Klient nicht ansprechbar ist, sein „Problem“ nicht erkennt/nicht erkennen will, keine Hilfe annimmt, aber dringender Handlungsbedarf besteht und eine weitere Profession/Institution angesprochen werden muss? (Stichwort: Hilfeverweigerung)
2. Welche rechtlichen Grundlagen für Mediziner beziehungsweise Mitarbeiter der Jugendhilfe sind bei einer Zusammenarbeit zu beachten? (Stichwort: Datenschutz)
3. Sollte eine Einschränkung der Schweigepflicht erfolgen? (Stichwort: Meldepflicht)

1. Hilfeverweigerung

1.1. Gefährdung voraussehen und erkennen

Ausgangspunkt der Überlegungen ist zunächst die Frage, wie potenzielle Gefährdungslagen fachlich qualifiziert prognostiziert und Gefährdungsmerkmale entsprechend diagnostiziert werden können. Die mögliche Prognosestellung für Gefährdungslagen beginnt in der vorgeburtlichen Phase der Schwangerschaft. Ein erster fachlicher Blick innerhalb des professionellen Hilfesystems auf die Gefährdungslagen eröffnet sich deshalb vor allem in der Facharztpraxis für Gynäkologie und Geburtshilfe, in Notfallambulanzen und bei schwangerschaftsbegleitender und geburtsvorbereitender Beratung in Kliniken sowie in Partnerschaftsberatungs- und insbesondere in Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen. Kinder- und Jugendärzten kann eine Gefährdungslage in dieser Phase nur in den Blick geraten, wenn die Schwangere bereits Kinder hat, die sie zur Behandlung begleitet. In dieser Phase ist die Jugendhilfe und speziell das Jugendamt insbesondere dann beteiligt, wenn eine Minderjährigenschwangerschaft vorliegt und eine Vormundschaft für das werdende Kind vorbereitet wird, wenn die Schwangere in einer Jugendhilfeeinrichtung lebt oder wenn die schwangere Frau bereits Kinder hat und ambulante oder für ihre Kinder stationäre Leistungen der Jugendhilfe erhält. Sozialpädiatrische Zentren werden bei Schwangerschaft und Geburt noch wenig und bei Säuglingen und in der frühen Kleinkindphase noch zu selten kontaktiert. Entsprechendes gilt für Frühförderstellen.

Solange die Gesamtschau auf medizinische, psychologische und soziale Belastungslagen wegen der Aufgabenteilung der Professionen in der Praxis eher die Ausnahme als die Regel ist, bedarf es der umfassenden Informiertheit am jeweiligen Ort, um Klientin-

nen beziehungsweise Patientinnen an die fachlich geeignete Beratungsstelle weitervermitteln zu können. Wenn eine solche anderweitige Beratung als unabweisbar erscheint, weil die eigene Kompetenz überschritten ist, kann es notwendig sein, die Patientin um eine Einwilligungserklärung (mit oder ohne weitergehende Entbindung von der Schweigepflicht) zu bitten, um bei der vermittelten Stelle zumindest die Information einholen zu dürfen, ob die Patientin dort zur Beratung erschienen ist. Andernfalls sollte sie zu einer erneuten Konsultation veranlasst werden.

Soziale Prognosekriterien für potentielle Gefährdung bei Geburt des Kindes sind in der Fachliteratur vielfach beschrieben worden. Ein erhöhtes Risiko wird etwa bei der Kumulation von Merkmalen wie Minderjährigkeit der Mutter, Alleinerziehung, psychische Erkrankung, geistige oder seelische Behinderung, mehrere Kindsgeburten in kurze Abständen, Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, ungeklärte Wohnverhältnisse, schlechte sozioökonomische Bedingungen (Armut, Arbeitslosigkeit), häufig wechselnde Partnerschaften, soziale Isolation u. a. gesehen. Außerdem existieren in der Praxis zahlreiche Kriterienkataloge und Checklisten, um bereits in der frühen Lebensphase des Kindes an dessen äußerer Erscheinung, seinem Verhalten, der persönlichen Situation und dem Verhalten der Erziehungspersonen in der häuslichen Gemeinschaft mit fachlichem Blick Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Kindes systematisch erfassen zu können. Dies gilt sowohl für die Pädiatrie¹ als auch für die Kinder- und Jugendhilfe².

1.2. Hilfeverweigerung erkennen

Selbst wenn aus Sicht einer beteiligten Profession die Gefährdungslage diagnostiziert wurde, ist damit noch nicht ausgemacht, dass eine Intervention gegen den Willen der Sorgeberechtigten und gegebenenfalls des Kindes angezeigt ist. Dies ist besonders dann nicht der Fall, wenn die Sorgeberechtigten (und eventuell sogar schon das Kind) ihr „Problem“ sehen (Problemakzeptanz), in ihrer Sicht mit den beteiligten Fachkräften übereinstimmen (Problemkongruenz) und bereit sind, Hilfeangebote anzunehmen und zu nutzen (Hilfeakzeptanz).³

Der Praxis fällt es allerdings offenbar gelegentlich schwer zu erkennen, ob bei den Bezugspersonen des Kindes die dazu erforderliche Einsichtsfähigkeit und -bereitschaft, Veränderungsbereitschaft sowie Kooperationsbereitschaft⁴ tatsächlich vorhanden sind oder nur vorgespielt werden, um die Verdachtsmomente für eine Kindesgefährdung – wenn sie denn erkannt worden sind – zu zerstreuen. Neben mangelnder fachlich qualifizierter Einschätzungs- und Dokumentationskompetenz, mangelnder Unterbringungskapazität sowie mangelnden Zeit- beziehungsweise Personalkontingenten und Finanzmitteln mag hierfür eine unzureichende Kooperation zwischen den beteiligten Professionen (mit)ursächlich sein (zur Verpflichtung der Träger der öffentlichen Jugendhilfe siehe § 81 SGB VIII).

¹ siehe etwa AWMF-Leitlinien 2002

² siehe etwa ISA 2006, S. 78 f., 90-93; aus Sicht der Familienrechtspsychologie siehe ferner etwa Dettenborn/Walter 2002

³ siehe Kinderschutz-Zentrum Berlin 2000, S. 111 f.

⁴ zu diesen Verhaltensdispositionen siehe Dettenborn/Walter, a.a.O.

Beispiele:

- (1) Bei dem acht Wochen alten Säugling Lisa aus Berlin-Neukölln wurden von Ärzten im Krankenhaus eine ausgeprägte Hirnblutung sowie frische und ältere Brüche der Rippen, Arme und Beine festgestellt. Die 16-jährige Mutter befindet sich seit ihrem 14. Lebensjahr in einer Einrichtung, in der sie zwar eigenständig in einer kleinen Wohnung lebt, aber von Sozialarbeitern des Jugendamtes betreut wird. Nach der komplizierten Geburt von Lisa hat sich zudem eine Hebamme zehn Tage lang um Mutter und Kind gekümmert. Die Mutter war fünf Mal mit Lisa beim Kinderarzt. Dessen letzte Diagnose lautete: Lisa leide an einem Blähbauch. Neun Tage später rief der 19-jährige Vater von Lisa die Feuerwehr an, weil sich das Baby verschluckt hatte und rot anlief. Lisas Mutter sei derweil mit der Sozialarbeiterin beim Einkauf gewesen. Vom Rettungswagen in das Krankenhaus gebracht, stellten die Ärzte die schweren Misshandlungen fest und informierten die Polizei. Ein Richter erließ Haftbefehle gegen beide Eltern, die bestreiten, das Baby misshandelt zu haben, ließ sie jedoch gegen Meldeauflagen wieder frei, da Fluchtgefahr nicht bestehe. Das Jugendamt sucht nunmehr nach einer Pflegefamilie für Lisa (nach: „Der Tagesspiegel“ vom 13./14.04.2006, S.16).
- (2) Dennis aus Cottbus starb 2001 im Alter von sechs Jahren an Auszehrung als Folge von Vernachlässigung und Misshandlung. Seine Leiche wurde 2004 in der Tiefkühltruhe der elterlichen Wohnung entdeckt. Bereits 1999 hatte eine Angestellte der Wohnungsbaugesellschaft, die in einer leer stehenden Wohnung nach dem Rechten sah, das Jugendamt darüber informiert, dass aus der Wohnung darüber „jämmerliches Weinen eines Kindes“ zu hören war, „das in grauenvolles Winseln überging“ und von dem „unmenschlichen“ Brüllen einer Frau überdeckt wurde. Das Jugendamt teilte der Informantin später mit, man sei dem Hinweis nachgegangen, es hätte sich aber nichts Auffälliges ergeben. Die neue Sozialarbeiterin des Jugendamtes, die sich im Jahr 2000 bei den Eltern von Dennis vorstellte, hatte darüber keine Informationen. Anlass ihres Besuchs war es, den Eltern Hilfe bei der Erziehung der acht Kinder anzubieten. Die älteren Kinder waren wegen Schulschwänzens aufgefallen, von Misshandlungen war nichts bekannt. Die Eltern seien freundlich und kooperativ gewesen. Deshalb habe sie auch später keine Zweifel gehabt, als ihr die Mutter 2002 erzählte, dass Dennis im Krankenhaus sei und deshalb nicht eingeschult werden könne. Ob Dennis jemals kinderärztlich untersucht worden ist, ist dem Jugendamt nicht bekannt geworden (nach: „Der Tagesspiegel“ vom 19.11.2005, S.13).

Eklatante Fälle von Systemversagen führen gelegentlich – zumindest in der ex post-Betrachtung – drastisch vor Augen, dass ohne abgestimmte Kooperation zwischen den beteiligten Professionen und Institutionen ein qualifiziertes fachliches Handeln zugunsten gefährdeter Kinder nicht möglich ist. Bei der notwendigen Analyse solcher Fälle geht es weniger darum, den Verschuldensgrad einzelner Professionen zu ermitteln, sondern vielmehr darum, die Lücken im Sicherheitssystem für Kinder zu erkennen und zu beseitigen. Zum Standard fachlichen Handelns gehört es dabei auch, Sensoren für Belastungssituationen von Eltern zu entwickeln und Sensoren zu aktivieren, um bei Kontaktaufnahmen nicht deren sie selbst entlastender Sicht- und Handlungsweise aufzusitzen, sondern den Handlungsauftrag am Kind auszurichten und erforderlichenfalls zu erweitern. Im Fall (1) wurde Hilfe zwar angenommen, aber die Wahrnehmung der tat-

sächlichen Situation des Kindes blieb den beteiligten professionellen Kräften durch Verschweigen seitens der Eltern und mangels eigener situationsangemessener medizinischer wie psychosozialer Diagnose vorenthalten, so dass die erforderliche Hilfe nicht geleistet wurde. Im Fall (2) wurde keine Hilfe angenommen und der Eindruck erweckt, eine solche sei nicht notwendig. Es liegt Hilfeverweigerung seitens der Eltern vor. Ist das Schulschwänzen der älteren Kinder als Vernachlässigungssymptom erkannt, darf die Aussage der Mutter, ein zur Einschulung anstehendes Kind sei im Krankenhaus und könne deshalb nicht eingeschult werden, nicht auf sich beruhen. Eine Rückfrage beim und ein Informationsaustausch mit dem Schulamt muss dann ebenso Standard sein wie das Einholen einer Einwilligungserklärung der Mutter, das Kind im näher zu bezeichnenden Krankenhaus sehen zu dürfen. Wird dies verweigert, ist dies ein gewichtiges Anzeichen für eine Kindeswohlgefährdung, dem weiter nachgegangen werden muss.

1.3. Mit Hilfeverweigerung umgehen

Ist die Hilfeverweigerung erkannt, bedarf es unverzüglich der Prüfung, worauf sie beruht. Daraus können sich Anhaltspunkte ergeben, ob die Bezugsperson bei Darlegung der anstehenden Handlungsalternativen noch umgestimmt werden kann, und zwar in einer Weise, welche die Sicherheit des Kindes garantiert. Ist dies nicht (mehr) möglich, darf mit einer Intervention zugunsten des Kindes nicht gewartet werden. Während der Prüfung, Entscheidung und Dokumentation muss das gefährdete Kind stets im Blick behalten werden. Wird dies verhindert, ist dieser Umstand als ein Alarmsignal zu werten, dem sofort nachgegangen werden muss – es gilt das bereits oben Gesagte.

Beispiel:

- (3) Der 2-jährige Benjamin aus Schlagethin in Sachsen-Anhalt ist im Frühjahr 2005 verhungert. Die arbeitslosen Eltern wurden in Untersuchungshaft, ihre fünf weiteren Kinder vom Jugendamt in Obhut genommen. Eine Ärztin hatte bei einem der Kinder deutliche Vernachlässigungssymptome festgestellt und die Polizei informiert. Die Beamten fanden den verhungerten Benjamin in einer Mülltonne. Aus Angst, das Sorgerecht für ihre anderen Kinder zu verlieren, hatten die Eltern die Leiche dort versteckt. Im August 2005 war die Familie aus einem benachbarten Dorf mit dem toten Kind im Umzugsgut zugezogen. Nicht aufgefallen war, dass die Mutter zwar sechs Kinder am früheren Wohnort abgemeldet, aber nur fünf am neuen Wohnort angemeldet hatte. Am früheren Wohnort war die Familie mehrmals im Monat von Jugendamtsmitarbeitern besucht worden. Sie hatten der Darstellung der Mutter geglaubt, dass Benjamin sich bei der Schwester ihres Mannes oder bei der Großmutter aufhalte. Dies sei aber nicht nachgeprüft worden. Bei einigen Besuchen im Haushalt der Familie sei alles sauber und ordentlich gewesen, bei anderen nicht. Später habe die Familie jegliche Hilfe verweigert. Der Vater habe Jugendamtsmitarbeiter sogar bedroht, als sie in Begleitung von Polizeibeamten die Wohnung betreten wollten. Strafanzeige war nicht gestellt, beim Familiengericht aber die Entziehung des Sorgerechts für alle Kinder beantragt worden. Die Richterin hatte dem nicht entsprochen, sondern ein externes Gutachten angefordert, das erst zehn Monate später vorlag (nach: „Der Tagesspiegel“ vom 03.03.2006, S. 36).

Bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Gefährdung des Kindes und manifester Hilfeverweigerung der Bezugspersonen muss das **Jugendamt** in wenigstens dreifacher (im Beispielsfall sogar in vierfacher) Hinsicht aktiv werden:

- (1) Es ist das Familiengericht anzurufen. Die mangelnde Bereitschaft oder Fähigkeit der Sorge- oder Erziehungsberechtigten, bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos mitzuwirken, ist ein gesetzlich normierter Fall, in der das Tätigwerden des Familiengerichts als erforderlich anzusehen ist (§ 8a Abs. 3 Satz 1 SGB VIII).
- (2) Es ist das Kind in Obhut zu nehmen, wenn eine dringende Gefahr für das Kind besteht und die Entscheidung des Gerichts nicht abgewartet werden kann (§ 8a Abs. 3 Satz 2 SGB VIII) oder nicht rechtzeitig eingeholt werden kann (§ 42 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2b SGB VIII). Hierbei ist das Jugendamt seit dem 1.10.2005 kinder- und jugendhilferechtlich befugt (und nicht mehr nur bei eigener zivil- und strafrechtlicher Inanspruchnahme gerechtfertigt), das Kind den Eltern, und zwar auch in deren Haushalt, wegzunehmen (§ 42 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 SGB VIII).
- (3) Es sind andere zur Abwendung der Gefährdung zuständige Stellen einzuschalten, wenn sofort gehandelt werden muss (§ 8a Abs. 4 Satz 2 SGB VIII). Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Eltern das Kind nicht freiwillig herausgeben, sondern unmittelbarer Zwang erforderlich ist. Denn hierzu gibt das Gesetz dem Jugendamt keine jugendhilferechtliche Befugnis, sondern es bedarf der Amtshilfe durch die Polizei (§ 42 Abs. 6 SGB VIII in Verbindung mit den Polizeigesetzen der Länder). Es ist ferner der Fall, wenn das vernachlässigte, misshandelte oder missbrauchte Kind zur notwendigen medizinischen Diagnosestellung und Therapie sofort in einer „Einrichtung der Gesundheitshilfe“ (siehe § 8a Abs. 4 Satz 1 SGB VIII) oder von einem niedergelassenen Arzt untersucht werden muss.
- (4) Bei einem Wechsel der örtlichen Zuständigkeit oder bei einem Wechsel der Fallzuständigkeit im Jugendamt (etwa wie im Beispielsfall wegen des Umzugs) ist zu prüfen, ob dem neuen für eine eventuelle Leistungsgewährung verantwortlichen Mitarbeiter nicht nur Aktenkenntnis vermittelt werden muss, sondern zugleich darin enthaltene, zum Zweck persönlicher und erzieherischer Hilfe anvertraute Sozialdaten weitergegeben werden sollen, weil Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Kindeswohls (wenn nicht des in Obhut genommenen, so doch möglicherweise der weiteren Kinder) gegeben und die Daten für eine weitere Abschätzung des Gefährdungsrisikos notwendig sind (§ 65 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VIII).

Werden diese kinder- und jugendhilferechtlichen Pflichten – wie im Beispielsfall die Punkte (2) bis (4) – künftig nicht beachtet, kann es im Einzelfall zur Strafbarkeit wegen eines so genannten unechten Unterlassungsdelikts (fahrlässige Körperverletzung oder gar fahrlässige Tötung durch Unterlassen) kommen. Die Rechtsprechung hat vereinzelt eine Beschützergarantenstellung des Jugendamtsmitarbeiters angenommen und eine Garantenpflicht aus der tatsächlichen Übernahme von Schutzpflichten hergeleitet. Die kontroverse Fachdiskussion hierzu kann an dieser Stelle nicht vertieft werden. Verwie-

sen sei auf eine profunde Darstellung der Fachdiskussion und Analyse der genannten Judikate.¹

Ein **Träger der freien Jugendhilfe** hat auf der Grundlage einer entsprechenden Vereinbarung mit dem Jugendamt² dieses immer dann zu informieren, wenn die angebotenen Hilfen nicht angenommen werden oder zwar angenommen werden, aber nicht ausreichend erscheinen (§ 8 a Abs. 2 Satz 2 SGB VIII).

Für **Ärzte** gelten die erläuterten gesetzlichen Bestimmungen des SGB VIII nur dann, wenn sie in Einrichtungen der Jugendhilfe oder im Jugendamt unselbstständig tätig sind und ausnahmsweise an der Erbringung von Jugendhilfeleistungen mitwirken. In der Regel erbringen sie jedoch Gesundheitsdienstleistungen und in einer Einrichtung der öffentlichen Gesundheitshilfe richtet sich ihr Handeln nach den landesrechtlichen Gesetzen über den öffentlichen Gesundheitsdienst (und im Übrigen nach dem ärztlichen Berufsrecht und dem SGB V). Für Ärzte in sozialpädiatrischen Zentren und in Krankenhäusern sowie für niedergelassene Ärzte ist neben den allgemeinen Regelungen des ärztlichen Berufsrechts in erster Linie das SGB V maßgeblich, das die Berufsausübung als Vertragsarzt in der vertragsärztlichen Versorgung der sozialversicherten Bevölkerung regelt. Die Leistungen richten sich vor allem nach § 20 SGB V (Verhütung von Krankheiten), § 26 SGB V (Kinderuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten) und §§ 27 ff. SGB V (Krankenbehandlung einschließlich von Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V, nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen nach § 43a SGB V sowie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 40 SGB V, 26, 30 SGB IX).

Weder im Kassenarztrecht noch in anderen bundesgesetzlichen Berufsausübungsregelungen für Ärzte finden sich jedoch spezielle Bestimmungen über den Umgang mit Sorgeberechtigten, die ihre Kinder gefährden und ihnen Hilfe verweigern. Nicht anders verhält es sich mit den landesrechtlichen Berufsordnungen, die von den Vertreterversammlungen der Landesärztekammern beschlossen und erlassen werden. Nur das Strafrecht stellt über die Androhung von Strafsanktionen indirekt diesbezügliche Anforderungen an die Rechtmäßigkeit der ärztlichen Berufsausübung. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang (siehe ferner §§ 132 a, 218-219 b StGB) insbesondere

- §§ 223, 229 StGB (vorsätzliche und fahrlässige Körperverletzung): Der indizierte und lege artis ausgeführte ärztliche Heileingriff erfüllt nach der Rechtsprechung zwar den äußeren Tatbestand der Körperverletzung, ist aber durch wirkliche oder mutmaßliche Einwilligung des Patienten gerechtfertigt. Verweigern Eltern die Einwilligung in die (Weiter-)Behandlung ihres Kindes und wird dadurch seine Gesundheit gefährdet, so ist unter den Voraussetzungen von § 34 StGB (rechtfertigender Notstand) die Behandlung gegen ihren Willen gerechtfertigt. Vorausgesetzt wird nach § 34 StGB (a) eine gegenwärtige und nicht anders abwendbare Gefahr für Leib oder Leben des Kindes, (b) die mit der angemessenen ärztlichen Behandlung verbundene Absicht, die gesundheitliche Gefahr abzuwenden, und (c) ein wesentliches Überwiegen des gesundheitlichen Wohls des Kindes gegenüber dem Interesse der Eltern an der Beachtung ihres Sorgerechts. Wenn dem Kind aktuelle Gesundheitsgefahren drohen

¹ Albrecht 2004

² zum Inhalt näher ISA 2006

und sich ohne ärztliche Behandlung sein Gesundheitszustand verschlechtert, muss das in diesen Fällen missbräuchlich ausgeübte Sorgerecht (ohne vorangegangene familiengerichtliche Entscheidung) zurücktreten, weil die Gesundheit des Kindes als Rechtsgut wesentlich überwiegt.

- §§ 223, 229, 13 StGB (vorsätzliche und fahrlässige Körperverletzung durch Unterlassen) und §§ 222, 13 StGB (fahrlässige Tötung durch Unterlassen): Eine Körperverletzung (und nachfolgende Tötung) kann vorsätzlich oder fahrlässig auch dadurch verwirklicht werden, dass jemand, der eine so genannte Garantenstellung innehat, seiner Garantenpflicht nicht genügt und dadurch der Verletzungserfolg eintritt. Mit der in der Regel vertraglich begründeten Übernahme der ärztlichen Behandlung eines Kindes tritt der Arzt in diese Stellung ein. Stellt er nach der Erstbehandlung fest, dass ohne Weiterbehandlung die Gesundheit des Kindes erheblich gefährdet ist und entziehen sich die Eltern der Weiterbehandlung ihres Kindes, muss er im Interesse des Kindes tätig werden (Bestehen gegenüber den Eltern auf Weiterbehandlung oder auf Vorlage eines Nachweises der Fortsetzung der Behandlung an anderer Stelle, Meldung an das Jugendamt oder an die Polizei) – schon um eigener potentieller Strafbarkeit vorzubeugen (und sich nicht im Hinblick auf ein so genanntes Übernahmeverschulden eventuell zivilrechtlich schadensersatzpflichtig zu machen). Selbst wenn bei Körperverletzung der an sich erforderliche Strafantrag seitens des Kindes nicht gestellt wird (etwa durch den bestellten Vormund, nachdem den Eltern das Sorgerecht entzogen worden ist), ist nicht auszuschließen, dass die Staatsanwaltschaft wegen des besonderen öffentlichen Interesses an der Strafverfolgung (zum Beispiel im Hinblick auf einen in der Öffentlichkeit geforderten wirksameren Kinderschutz) ein Einschreiten von Amts wegen für geboten hält (siehe § 230 Abs. 1 StGB). Es ist darauf hinzuweisen, dass den Arzt eine Fortbildungsverpflichtung als besondere Berufspflicht trifft, die in den einzelnen Berufsordnungen und den jeweiligen Kammergesetzen (und als kassenärztliche Fortbildungsverpflichtung zusätzlich in § 81 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit den Bestimmungen in den einzelnen Satzungen der kassenärztlichen Vereinigungen) verankert ist. Ein Facharzt für Pädiatrie wird sich kaum mit dem Argument entlasten können, er habe Vernachlässigungs-, Misshandlungs- oder Missbrauchssymptome an einem Kind mangels eigener Sachkunde nicht erkennen können. Im Übrigen ist es dem Arzt zwar grundsätzlich nicht gestattet, zusammen mit Personen, die weder Ärzte sind noch zu seinen berufsmäßig tätigen Mitarbeitern gehören, zu untersuchen oder zu behandeln (§ 23 Abs. 1 Musterberufsordnung). Ein unzulässiges Zusammenwirken ist allerdings nicht gegeben, wenn der Arzt die Mitwirkung einer nichtärztlichen Profession nach den Regeln der ärztlichen Kunst für notwendig hält, um den Heilerfolg beim Patienten zu erzielen und die Verantwortungsbereiche klar erkennbar von einander getrennt bleiben (§ 23 Abs. 2 Musterberufsordnung). Neben der Überweisung an einen anderen Facharzt oder die Krankenhauseinweisung besteht dadurch auch die Möglichkeit, einen unabhängigen nichtärztlichen Spezialisten beizuziehen (etwa zur Frage des sexuellen Missbrauchs).
- § 323c StGB (unterlassene Hilfeleistung): Dieser Straftatbestand statuiert für jedermann eine allgemeine Hilfeleistungspflicht, nicht speziell nur für Ärzte. Bestraft werden kann, wer unter anderem bei Unglücksfällen nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten ist. Erkrankungen werden von der Rechtsprechung insbesondere dann als Unglücksfälle angesehen, wenn eine er-

hebliche Verschlimmerung des Krankheitszustandes droht. Für Ärzte kann die Bestimmung etwa bei Teilnahme am allgemeinen Notfalldienst (siehe § 75 Abs. 1 SGB V) praktisch werden. Besteht eine Garantenpflicht wegen Übernahme der Behandlung, hat die durch Unterlassen begangene Körperverletzung (oder Tötung) prinzipiell Vorrang vor § 323c StGB, der als subsidiär zurücktritt. Verweigern Eltern ihrem Kind die erforderliche medizinische Hilfe, ohne dass ein ärztliches Behandlungsverhältnis bereits begründet ist, und erlangt ein Arzt davon Kenntnis, ist er nach § 323 c StGB im Hinblick auf seine fachliche Kompetenz zumindest zu einer vorläufigen Untersuchung verpflichtet, um den Krankheitszustand feststellen und weitere Hilfe veranlassen zu können.

- § 203 StGB (Verletzung von Privatgeheimnissen): Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe, denen eine staatlich geregelte Ausbildung zu Grunde liegt, dürfen ihnen in dieser Funktion anvertraute oder sonst bekannt gewordene fremde Geheimnisse nicht unbefugt offenbaren (§ 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB). Entsprechendes gilt für ihre Gehilfen und die bei ihnen in Berufsausbildung befindlichen Personen (§ 203 Abs. 3 Satz 2 StGB). Diese Regelung des strafrechtlichen Datenschutzes wird nachstehend gesondert behandelt.

2. Datenschutz

2.1. Rechtslage gegenüber Strafjustiz und Polizei

Weder Ärzte noch Jugendhelfemitarbeiter haben im Rahmen ihrer Berufsausübung eine spezielle Verpflichtung, Strafanzeige zu erstatten, wenn sie von einer Straftat Kenntnis erlangen. Auch für sie gilt grundsätzlich nur die zur Vermeidung eigener Strafbarkeit für jedermann verbindliche Anzeigepflicht von schwersten geplanten (nicht begangenen!) Straftaten nach § 138 StGB. Ergibt sich ausnahmsweise eine Anzeigepflicht nach § 138 StGB, ist das Jugendamt berechtigt, Sozialdaten an die Justiz zu übermitteln (§§ 61 Abs. 1 Satz 1 SGB VIII, 71 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB X). Anzeigepflichtig wäre es etwa, wenn jemand glaubhaft davon erfährt, dass Eltern ihr Kind verhungern lassen oder durch aktives Handeln töten wollen. Eine Verletzung der Schweigepflicht nach § 203 StGB wäre insoweit durch rechtfertigenden Notstand (§ 34 StGB) legitimiert. Darüber hinaus stellt das bloße Unterlassen der Anzeige einer begangenen Straftat ohne Garantenpflicht noch keine Strafvereitelung (§ 258 StGB) dar. Nur im Einzelfall kann sich eine Anzeigepflicht daraus ergeben, dass eine eigene Garantenpflicht gegenüber dem Kind begründet worden ist (siehe oben 1.3), die Eltern weitere Hilfe verweigern und das Kind dadurch erheblich gefährdet wird. Die Strafanzeige kann dann auch eigener potenzieller Strafbarkeit wegen eines unechten Unterlassungsdelikts vorbeugen, weil Polizei und Staatsanwaltschaft nunmehr aufgrund des Legalitätsprinzips (§ 152 Abs. 2 StPO) gesetzlich verpflichtet sind, wegen einer möglichen Straftat der Eltern zu ermitteln und damit auch den Verbleib des Kindes aufzuklären (und seine weitere Gefährdung damit abzuwenden).

Sowohl Ärzte als auch staatlich anerkannte Sozialarbeiter und Sozialpädagogen (nicht aber andere Berufe in der Jugendhilfe außer Psychologen) unterliegen unabhängig von ihrem beruflichen Tätigkeitsfeld (insoweit anders als Ehe-, Familien-, Erziehungs-, Jugend- und Suchtberater in anerkannten Beratungsstellen, bei denen es wiederum nicht

auf die Ausbildung ankommt) der Schweigepflicht nach § 203 Abs. 1 Nr. 1 beziehungsweise Nr. 5 StGB.

Ein berufliches Zeugnisverweigerungsrecht vor Gericht kommt grundsätzlich nur Ärzten (§ 53 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 StPO), nicht aber Sozialarbeitern und anderen in der Jugendhilfe Tätigen zu. Machen Ärzte von diesem Recht auf Zeugnisverweigerung nicht Gebrauch, ist ihre Zeugenaussage dann kein Verstoß gegen § 203 StGB, wenn die Informationsweitergabe nach § 34 StGB gerechtfertigt und damit „befugt“ ist.

Jugendhelfemitarbeiter unterliegen hingegen der Zeugnispflicht, die dem Geheimnisschutz nach § 203 StGB vorgeht. Sind sie bei einem Träger der öffentlichen Jugendhilfe oder einem kirchlichen Träger beschäftigt, bedürfen sie jedoch einer Aussagegenehmigung ihres Dienstherrn (siehe § 54 StPO), also einer Entbindung von der dienstrechtlichen Verschwiegenheitspflicht. Eine solche Aussagegenehmigung darf zumindest oder muss nach anderer Auffassung sogar vom Anstellungsträger verweigert werden, wenn eine sozialrechtliche Befugnis zur Übermittlung nach den §§ 67d, 68 ff. SGB X, 64, 65 SGB VIII nicht besteht (siehe § 35 Abs. 3 SGB I). In diesem Fall darf die Justiz auch keine Unterlagen beim Anstellungsträger beschlagnahmen. Eine sozialrechtliche Übermittlungsbefugnis für die Durchführung eines Strafverfahrens besteht (insbesondere) dann, wenn es um ein Verbrechen oder eine sonstige Straftat von erheblicher Bedeutung geht und die Übermittlung der Sozialdaten an die Strafjustiz erforderlich ist (§ 73 Abs. 1 SGB X). Hierzu gehören etwa die Verletzung der Fürsorge- und Erziehungspflicht (§ 171 StGB), Delikte gegen die sexuelle Selbstbestimmung von Kindern (§§ 174 ff. StGB) und in der Regel auch vorsätzliche Delikte gegen die körperliche Unversehrtheit (§§ 223-227 StGB). Eine Datenübermittlung an die Strafjustiz für die Durchführung eines mit der Erfüllung einer gesetzlichen Jugendhilfeaufgabe zusammenhängenden Strafverfahrens nach § 69 Abs. 1 Nr. 2 SGB X wird insbesondere von Strafrechtjuristen¹ unter Hinweis auf das in § 1 Abs. 3 Nr. 3 SGB VIII an die Jugendhilfe gerichtete Gebot befürwortet, Kinder vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen. Aber es darf der Erfolg einer zu gewährenden Leistung dadurch nicht in Frage gestellt werden (§ 64 Abs. 2 SGB VIII). Wenn Eltern jegliche Hilfe verweigern, wird davon häufig ausgegangen werden können.

Sind dem Jugendamt die Daten von einem Arzt zugänglich gemacht worden, dürfen sie nur dann an die Strafjustiz übermittelt werden, wenn der Arzt seinerseits die Daten befugt, etwa wegen rechtfertigenden Notstandes (§ 34 StGB), also nicht unter Verstoß gegen § 203 StGB, an das Jugendamt übermittelt hatte (§ 76 SGB X).

Dem zeugnispflichtigen Mitarbeiter des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe selbst anvertraute Daten dürfen ohne Einwilligung des Anvertrauenden im Rahmen der Zeugenaussage vor Gericht dann ohne Verstoß gegen § 203 StGB offenbart werden, wenn ein Rechtfertigungsgrund (zum Beispiel § 34 StGB) gegeben ist (siehe § 65 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VIII). Die Sozialarbeiterin im ASD des Jugendamtes, aber auch eine andere Mitarbeiterin, die den Berufsgruppen des § 203 StGB nicht untersteht, darf deshalb mit Aussagegenehmigung ohne Verstoß gegen eine Verschwiegenheitspflicht über die ihr von der Mutter anvertrauten Misshandlung des Kindes durch den Lebenspartner der

¹ etwa Freudenberg 2000, S. 61

Mutter insbesondere dann aussagen, wenn die weitere Misshandlung des Kindes nur in dieser Weise unterbunden werden kann.

Mitarbeiter von Trägern der freien Jugendhilfe (außer den mit öffentlich Bediensteten gleichbehandelten kirchlichen Mitarbeitern) unterliegen zwar im Verhältnis zu ihrem Anstellungsträger der arbeitsrechtlichen Verschwiegenheitspflicht, hinsichtlich der Zeugnispflicht vor dem Strafgericht können sie sich jedoch nicht auf eine fehlende Aussagegenehmigung berufen. Einiges spricht dafür, dass sie sich unabhängig davon auf eine fehlende sozialrechtliche Übermittlungsbefugnis beziehen können, wenn sich ihr Anstellungsträger zur Gewährleistung des speziellen Kinder- und Jugendhilfedatenschutzes verpflichtet hat (siehe § 61 Abs. 3 StGB) und im Übrigen der Geheimhaltungspflicht des allgemeinen Sozialdatenschutzes unterliegt (§ 78 Abs. 1 Satz 2 SGB X); eine abschließende Klärung dieser Rechtsfrage ist jedoch durch die Rechtsprechung bisher nicht erfolgt.

2.2. Rechtslage zwischen Ärzten und Jugendamt

Die Schweigepflicht der **Ärzte** nach der Musterberufsordnung (§ 2 MuBO) geht weiter als § 203 StGB, „weil sie nicht nur Tatsachen, die im ärztlichen Berufsbereich liegen, der Schweigepflicht unterwirft, sondern jedwede Wahrnehmung des Arztes oder Mitteilung an den Arzt, die dieser in Ausübung seines Berufs schweigepflichtig macht“.¹ Deshalb kann eine standesrechtliche Verfolgung selbst dann möglich sein, wenn § 203 StGB nicht verletzt ist. Eine Grenze für standesrechtliche Sanktionen muss allerdings dort bestehen, wo wegen rechtfertigenden Notstandes (§ 34 StGB) ein Privatgeheimnis strafrechtlich befugt offenbart wird, denn in der Rechtsordnung allgemein verbindliche Rechtfertigungsgründe können durch Standesrecht nicht eingeschränkt werden. Der Arzt ist also berechtigt, dem Jugendamt auch ohne Einwilligung der Eltern seine Informationen über eine Gefährdung ihres Kindes zu übermitteln, wenn Hilfeverweigerung und deshalb auch keine Einwilligung zur Weitergabe vorliegt und nach seiner Abwägung die Gesundheit des Kindes als Schutzgut den Geheimnisschutz wesentlich überwiegt. Eine gesetzlich normierte Verpflichtung hierzu besteht jedoch nicht (dazu 3.1). Nur in einem besonderen Einzelfall wurde bisher von der Rechtsprechung angenommen, dass die Befugnis in eine Meldepflicht umschlagen kann. Dies betraf den Fall, dass ein an AIDS erkrankter Patient diesen Befund seiner Lebensgefährtin, die ebenfalls Patientin des Arztes war, verschwiegen hatte. Angesichts der Lebensgefahr für die Patientin verlangte das Oberlandesgericht Frankfurt am Main vom Arzt eine Aufklärung der Patientin.²

Das **Jugendamt** darf von einem Arzt unter den Voraussetzungen des rechtfertigenden Notstandes erhaltene Informationen über ein Kind nicht nur dem Strafgericht (siehe 1.3), sondern auch dem Familiengericht oder einer anderen Stelle im Rahmen von §§ 68-75 SGB X, 64, 65 SGB VIII nur unter denselben Voraussetzungen übermitteln wie der Arzt selbst (siehe § 76 SGB X). Dem Arzt darf das Jugendamt und der Mitarbeiter anvertraute Daten über ein Kind dann weitergeben, wenn er zur Abschätzung des weiteren Gefährdungsrisikos nach § 8a SGB VIII als Fachkraft hinzugezogen wird (§

¹ Timm 1988, S. 36

² NJW 2000, S. 875

65 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VIII), wobei die Zweckbindung durch ihn gewahrt bleiben muss. Dies gilt unabhängig davon, ob es sich um einen bei einem öffentlichen Träger beschäftigten oder um einen niedergelassenen Arzt handelt. Da diese Leistung beim niedergelassenen Arzt nicht von der Krankenkasse vergütet wird, sollte eine Vergütung über Fachleistungsstunden praktiziert werden, die eine Kooperation insoweit beträchtlich erleichtern könnte. Bei einer eventuell späteren Mitwirkung eines Arztes im Rahmen der Hilfeplanung von für das Kind einzuleitenden Jugendhilfeleistungen ist die auf Fachkräftebeteiligung ausgerichtete Regelung in § 36 Abs. 2 SGB VIII sowie bei Eingliederungshilfe die speziellen Regelungen in § 35a Abs. 1a und § 36 Abs. 3 SGB VIII zu beachten.

3. Meldepflicht

3.1. Einschränkung der Schweigepflicht

Wie die Ausführungen zu Datenschutz und Schweigepflicht (oben 2.) erkennen lassen, bieten die gesetzlichen Übermittlungs- und Weitergabebefugnisse bei richtigem Verständnis und entsprechender Anwendung ausreichende Möglichkeiten, bei Hilfeverweigerung der Eltern die notwendigen Informationen an die zuständigen Stellen weiterzuleiten. Dies gilt gerade auch im Verhältnis zwischen Pädiatern und dem Jugendamt. Letztlich wird eine sachgerechte und sorgfältig dokumentierte Güterabwägung im Rahmen des § 34 StGB so gut wie nie zu dem Ergebnis kommen können, dass das Geheimhaltungsinteresse der Hilfe verweigernden Sorgeberechtigten an sie belastenden Informationen das geschützte Interesse des Kindes auf Gesundheit und Unversehrtheit überwiegt. Insofern geht in der Tat „Kinderschutz vor Datenschutz“, und dies gelegentlich in Frage stellende Äußerungen¹ sind für die Praxis eher verwirrend als hilfreich. Im Ergebnis wird eine Einschränkung der Schweigepflicht im Bereich der Jugendhilfe und der Ärzteschaft als nicht notwendig und sogar schädlich angesehen. Immerhin haben die hohen Datenschutzerfordernisse in der Jugendhilfe – neben dem Missstand einzelner Arbeitsverweigerung unter Hinweis auf den Datenschutz – einen sorgfältigeren Umgang mit persönlichen Daten von Klienten bewirkt, damit zusätzliches Vertrauen geschaffen und die Qualität der Leistungserbringung erhöht. Eine ärztliche Meldepflicht bei Kindesmisshandlung, vergleichbar der ärztlichen Meldepflicht bei bestimmten, sich epidemisch verbreitenden Infektionskrankheiten (nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 IfSG), ist abzulehnen. Gerade Ärzte finden – nicht zuletzt wegen der hohen Akzeptanz und des hohen Bekanntheitsgrades der ärztlichen Schweigepflicht in der Öffentlichkeit – noch am ehesten Zugang zu Sorgeberechtigten in besonders belasteten Familien mit gefährdeten Kindern. Auch diese Eltern suchen bei (verschuldeten wie unverschuldeten) Gesundheitsbeeinträchtigungen ihres Kindes durchaus um ärztliche Hilfe nach.² Bevor sie sich wieder zurückziehen, müssen Kinderärzte allerdings besser als bisher Misshandlungs- und Vernachlässigungssymptome diagnostizieren und die notwendigen Behandlungs- und Schutzmaßnahmen einleiten. Bekanntlich gehen bisher bei Jugendämtern weit mehr Informationen über Misshandlungen und Vernachlässigungen von Klinikärzten als von niedergelassenen Ärzten ein.³ Dies liegt nur zum Teil an unterschiedlichen Möglichkei-

¹ Mörsberger 2000, S. 47, 49

² siehe Kratzsch 2000, S. 17

³ vgl. Ruthemeier/Kratzsch 2000, S. 88

ten der Diagnostik: „Nicht zuletzt verzichten Ärzte auf eine Zusammenarbeit mit dem Jugendamt, um ihre Patientenzahlen zu halten, damit sie in ihrer Praxis nicht existenziell gefährdet werden“.¹ Durch eine Meldepflicht wird dem keinesfalls wirksam begegnet werden können, wohl aber durch ein abgestuftes System kontinuierlicher und verstärkter Kooperation.

3.2. Kontrollpflicht der Krankenkassen

Verpflichtende ärztliche Vorsorgeuntersuchungen werden teilweise im Hinblick auf die Grundrechtsposition der Eltern als verfassungsrechtlich nicht durchsetzbar angesehen.² Wenn allerdings die Pflichtuntersuchung durch einen Nachweis der Eltern über eine anderweitige ärztliche Behandlung ihres Kindes vermieden werden kann, dürfte die Verhältnismäßigkeit gewahrt sein und kein unzulässiger Eingriff in Elternrechte vorliegen. Gewährleistet sein muss dann aber, dass die Vorsorgeuntersuchungen zum einen auch die Altersphase zwischen dem 2. und 4. Lebensjahr erfassen und zum anderen nicht nur in einem reinen Screeningverfahren ohne eingehende Diagnostik bestehen, in dem Misshandlung und Vernachlässigung nicht ausreichend erfasst werden können.³ Vorausgesetzt, es käme zu einer entsprechenden Verbesserung, könnte eine Überprüfung durch die gesetzlichen Krankenkassen sinnvoll sein, ob alle bei ihnen gesetzlich Krankenversicherten die Vorsorgeuntersuchungen auch noch in der Kleinkindphase ihres Kindes wahrnehmen. Bei Nichtbeachtung könnte dies mit gewissen Leistungseinbußen sanktioniert werden. Alternativ dazu, wenngleich teurer und voraussichtlich weniger effektiv, könnte eine finanzielle Honorierung freiwilliger Vorsorgeuntersuchungen in Betracht kommen, ähnlich wie dies etwa bei der Versorgung mit Zahnersatz nach § 55 Abs. 1 Satz 3 bis 5 SGB V bereits anderweitig bei Inanspruchnahme von Prophylaxeuntersuchungen der Fall ist.

3.3. Geburts- und Umzugsmeldepflicht an die Jugendämter

Die Geburt eines Kindes, dessen Eltern nicht miteinander verheiratet sind, muss der Standesbeamte unverzüglich dem Jugendamt anzeigen (§ 21b Satz 1 PStG). Dies geschieht in erster Linie deshalb, um dem Jugendamt zu ermöglichen, unverzüglich nach der Geburt Beratung und Unterstützung bei der Vaterschaftsfeststellung und der Geltendmachung von Unterhaltsansprüchen anbieten und auf die Möglichkeiten der gemeinsamen elterlichen Sorge und einer Beistandschaft hinweisen zu können (§ 52a Abs. 1 SGB VIII). Dies trägt vorbeugend zum Schutz des Kindeswohls sicher bei, allerdings nur bei einem eingeschränkten Kreis von Kindern und nur bezogen auf einen Ausschnitt vornehmlich rechtsförmiger Hilfen. Um einer Gefährdung aller neugeborenen Kinder vorzubeugen, könnte es hilfreich sein, wenn alle Geburten dem Jugendamt vom Standesbeamten angezeigt würden. Es wäre der Wahrnehmung des Jugendamtes in der Öffentlichkeit zuträglich, wenn der Erstkontakt bei allen Geburten selbstverständlich und durch Beratungs- und Dienstleistungsangebote geprägt wäre. Die künftige Kooperation von Eltern, aber auch Ärzten, mit dem Jugendamt würde dadurch erleichtert. Aufsuchende Hilfen bei potenziellen Gefährdungslagen würden womöglich stärker als bisher

¹ Cobus-Schwertner 2000, S. 39

² Peschel-Gutzeit 2006; S. 22 f., 24 f.

³ siehe bereits Kratzsch 2000, S. 12 f., 14

als Hilfen und Unterstützung angenommen werden können und weniger als Kontrolle erlebt werden.

Während die Geburtsmeldepflicht erst einmal nur die Kommunikation und Kooperation zwischen dem Jugendamt und Eltern erleichtern könnte, die das Jugendamt anders als womöglich befürchtet erleben, trägt diese Meldung unmittelbar nicht zum Kinderschutz in Hilfeverweigerungsfällen bei. Gerade sich den Hilfeangeboten entziehende Eltern gefährdeter Kinder reagieren auf entsprechend dringlich formulierte Angebote von Ärzten und der Jugendhilfe gelegentlich mit einem Umzug an einen anderen Ort. Zwar eröffnet inzwischen § 65 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VIII dem bisher für die Leistungen verantwortlichen Jugendamtsmitarbeiter eine Weitergabebefugnis (nicht Verpflichtung!) von anvertrauten Daten an den am neuen Wohnort der Familie für Leistungen zuständigen Jugendamtsmitarbeiter, wenn Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung bestehen und die Datenweitergabe für eine Abschätzung des Gefährdungsrisikos notwendig ist. Diese Vorschrift greift aber nicht, wenn beispielsweise am bisherigen Wohnort eine Leistung der Fremdunterbringung für eines von mehreren Kindern, für das kein Sorgerecht der Eltern mehr besteht, abgeschlossen ist, und für die übrigen gefährdeten Kinder in der Familie noch keine Leistungen eingeleitet worden sind. Bei der „Hilfeverweigerung durch Umzug“ könnte es im Interesse des Kinderschutzes – wie auch Fall (3) zeigt – äußerst hilfreich sein, wenn jeder Umzug mit minderjährigen Kindern von der Meldebehörde am neuen Wohnort an das für diesen Wohnort zuständige Jugendamt übermittelt würde, um bei Anhaltspunkten mit dem aufgrund der Kenntnis des früheren Wohnorts dann bekannten vormals zuständigen Jugendamts Kontakt aufnehmen zu können. Bundesrechtlich bedürfte dies einer Ergänzung von § 18 des Melde-rechtsrahmengesetzes (MRRG) und nachfolgend der landesrechtlichen Meldegesetze beziehungsweise Durchführungsverordnungen.

Literatur:

Albrecht, Hans-Jörg: Sozialarbeit und Strafrecht: Strafbarkeitsrisiken in der Arbeit mit Problemfamilien. In: DIJuF - Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e. V. (Hrsg.): Verantwortlich handeln - Schutz und Hilfe bei Kindeswohlgefährdung. Saarbrücker Memorandum; Köln (Bundesanzeiger) 2004, S. 183-228

Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin zur Vernachlässigung - Kindesmisshandlung (AWMF-Leitlinien-Register Nr. 071/003/Entwicklungsstufe 1); 2002 (<http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/11/071-003.htm>)

Cobus-Schwertner, Inge: Fehlentwicklung im frühen Kindesalter als normative Kategorie - angemessenes Reagieren unter dem Blickwinkel von Rechtzeitigkeit und Ressourcenorientierung. In: Verein für Kommunalwissenschaften (Hrsg.) 2000, S. 33-45

Dettenborn, Harry/Eginhard Walter: Familienrechtspsychologie; München, Basel (Reinhardt) 2002

Freudenberg, Dagmar: Zum Umgang mit Datenschutz und Schweigepflicht aus juristischer Perspektive. In: Verein für Kommunalwissenschaften (Hrsg.) 2000, S. 59-62

Institut für soziale Arbeit e. V. - ISA (Hrsg.): Der Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung - Arbeitshilfe zur Kooperation zwischen Jugendamt und Trägern der freien Kinder- und Jugendhilfe; Münster 2006 (<http://www.kindesschutz.de/Arbeitshilfe>)

Kinderschutz-Zentrum Berlin: Kindesmisshandlung: Erkennen und Helfen, 9. Aufl.; Berlin 2000

Kratzsch, Wilfried: Rechtzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen im frühen Kindesalter aus medizinischer/klinischer Sicht. In: Verein für Kommunalwissenschaften (Hrsg.) 2000, S. 12-24

Kunkel, Peter-Christian: § 61 und § 65. In: Gerhard Fieseler/Hans Schleicher/Manfred Busch (Hrsg.): Kinder- und Jugendhilferecht. Gemeinschaftskommentar zum SGB VIII (GK-SGB VIII); München (Luchterhand - Wolters Kluwer) 2001

Lackner, Karl/Kristian Kühl: Strafgesetzbuch. Kommentar, 25. Aufl.; München (Beck) 2004

Mörsberger, Thomas: Datenschutz und Schweigepflicht als Hinderungsgrund für rechtzeitige Hilfen ? In: Verein für Kommunalwissenschaften (Hrsg.) 2000, S. 46-58

Peschel-Gutzeit, Lore Maria: Prüfung der Verbindlichkeit frühkindlicher staatlicher Förderung unter verfassungsrechtlichen, familienrechtlichen und jugendhilferechtlichen Aspekten. Eine Studie im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung, Landesbüro Berlin; Berlin 2006

Ruthemeier, Wolfgang/Wilfried Kratzsch: Ist die gemeinsame Hilfekonferenz eine Illusion? Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Medizin über die Hilfeplanung im Einzelfall hinaus. In: Verein für Kommunalwissenschaften (Hrsg.) 2000, S. 87-93

Sauer, Jürgen: Der Schutz von Beratungs-, Sozial- und Datengeheimnis. In: Albrecht Brühl/Rainer Kessler/Gerhard Nothacker u.a.: Handbuch Sozialrechtsberatung - HSRB; Baden-Baden (Nomos) 2005, S. 640-651

Timm, Manfred: Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht; Köln (Deutscher Ärzteverlag) 1988

Verein für Kommunalwissenschaften e.V. (Hrsg.): Rechtzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen im frühen Kindesalter und das angemessene Reagieren von Jugendhilfe und Medizin unter besonderer Berücksichtigung von Datenschutz und Schweigepflicht. Dokumentation des Workshops am 30. und 31. März 2000 in Berlin (Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe 26); Berlin 2000

Weber, Marco/Ulrike Böhm/Werner Johann Kleemann: Aufklärung, Einwilligung und Schweigepflicht: Allgemeine und spezielle pädiatrische Aspekte. In: Kinder- und Jugendmedizin Heft 5/2005, S. 254-258

Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen Pädiatrie und Jugendhilfe vor dem Hintergrund der Datenschutzregelungen in der Jugendhilfe

UTA VON PIRANI

Leiterin des Jugendamtes Charlottenburg-Wilmersdorf, Berlin

Wir kennen es alle: Das Gefühl, wir haben es mit einem Kind zu tun, das nicht gut gedeiht, dem es nicht gut geht, und wir wissen nicht, wie wir an die Eltern mit diesem Eindruck und dem von uns erkannten Hilfebedarf heran kommen. Dann stellen sich uns die folgenden Fragen:

Welche Ursachen kann „Hilfeverweigerung“ haben?

- Vorurteile,
- Angst,
- Unsicherheit,
- Unwissen über die Hilfestrukturen und -angebote,
- Eigene schlechte Erfahrungen oder solche von Bekannten,
- Nicht-Kümmern wollen/können,
- Falsche oder keine Informationen,
- Eine Umgebung, auf die diese Punkte ganz oder teilweise zutreffen.

Wie gelingt es, „Hilfeverweigerung“ zu reduzieren?

- als Helfer (Medizinerin, Lehrerin, Erzieherin, Mitarbeiterin der Jugendhilfe) die gesamte Hilfestruktur in der Region kennen¹,
- Aufgaben, Befugnisse und Verfahrensweisen des Jugendamtes bei Kindeswohlgefährdung kennen,

Exkurs: Kinderschutz, ein komplexer Handlungsauftrag, umfasst:

1. Präventive Aufgaben zur Förderung von jungen Menschen und Familien: Begleitende Angebote, soziale Infrastruktur, gezielte Angebote für besonders kritische Entwicklungsphasen, Reduzierung von Risikofaktoren, Stärkung von Schutzfaktoren
2. Reaktion auf Krisen in uns bekannten Familien, Reaktion auf Meldungen von außen, zum Beispiel Kita, Schule, Polizei, Nachbarschaft, Reaktion auf Meldungen von Verwandten oder Jugendlichen selbst.

¹ s. hierzu auch meine Ausführungen über „Dienste für Kinder und Jugendliche... im Sozialen Frühwarnsystem“ in der **Anlage 1**

In allen Fällen ist das Jugendamt federführende Koordinations- und Schaltstelle.

- Ansprechpartner kennen,
- In professioneller Gesprächsführung überzeugen, werben, erklären, Konsequenzen aufzeigen,
- Auch erklären, dass im Falle einer anhaltenden Gefährdung und weiterer Nicht-Inanspruchnahme von Hilfe Jugendamt und Familiengericht die Zustimmung der Eltern ersetzen können,
- Eigene Rolle, Aufgaben, Grenzen und Verpflichtungen zum Schutz von Kindern kennen.

Wie ist trotz „Hilfeverweigerung“ Gefährdung zu erkennen?

Kindeswohl ist ein unbestimmter Rechtsbegriff. Dieser wird in Anlehnung an die UN-Kinderrechtskonvention in sechs großen Bedürfnisbereichen von Kindern umrissen:

- Liebe, Akzeptanz, Zuwendung,
- Stabile Bindungen,
- Ernährung und Versorgung,
- Gesundheit,
- Schutz vor Gefahren materieller und sexueller Ausbeutung,
- Wissen, Bildung, Vermittlung hinreichender Erfahrung.

Die Definition für eine angemessene Gewährleistung des Kindeswohls ist allerdings abhängig von den jeweiligen konkreten gesellschaftlichen Bedingungen und Möglichkeiten eines Landes. Insoweit bleibt es bei der Unbestimmtheit dieses Begriffes. Er muss im jeweiligen gesellschaftlichen Kontext immer wieder neu definiert werden.

Gefährdung von Kindeswohl tritt am häufigsten in der Ausprägung von Vernachlässigung oder Misshandlung auf:

Gewalt gegen Kinder (Misshandlung/Missbrauch) kann im Prinzip von jedem Erwachsenen (und zunehmend auch Jugendlichen) gegen jedes Kind ausgehen. Der Personenkreis ist also nicht definiert. Sie geschieht meist durch eindeutige Akte.

„Vernachlässigung ist die andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns sorgeverantwortlicher Personen (Eltern oder andere von ihnen autorisierte Betreuungspersonen), welches zur Sicherstellung der physischen und psychischen Versorgung des Kindes notwendig wäre. Diese Unterlassung kann aktiv oder passiv (unbewusst), aufgrund unzureichender Einsicht oder unzureichenden Wissens erfolgen.

Die durch Vernachlässigung bewirkte chronische Unterversorgung des Kindes durch die nachhaltige Nichtberücksichtigung, Missachtung oder Versagung seiner Lebensbedürfnisse hemmt, beeinträchtigt oder schädigt seine körperliche, geistige und seelische Ent-

wicklung und kann zu gravierenden bleibenden Schäden oder gar zum Tode des Kindes führen.“¹

Wie ist in Gefährdungssituationen mit „Hilfeverweigerung“ umzugehen?

Zur Einschätzung der Gefährdung ist Art, Ausmaß und Dauer der Beeinträchtigung des Kindeswohls möglichst genau zu beschreiben und zu dokumentieren. Dazu haben sowohl Mediziner als auch Sozialpädagogen Diagnoseinstrumente. Lässt sich eine Mitwirkung/Einwilligung der Eltern nach alledem nicht erreichen, ist diese dokumentierte Risikoabschätzung notwendige, aber auch hinreichende Voraussetzung, um gegebenenfalls befugt bestehende Schweigepflichten zu durchbrechen (im Sinne des § 34 StGB) und das Jugendamt zu informieren.

Exkurs: Datenschutz in der Jugendhilfe

1. In der Jugendhilfe ist Datenschutz nicht vorrangig berufsspezifisch geregelt, sondern aufgabenspezifisch, und zwar in den §§ 61 – 68 SGB VIII.

Dort finden sich allerdings Querverweise zu SGB I und X sowie zum Strafgesetzbuch. Darüber hinaus gilt natürlich der verfassungsrechtliche Grundsatz der informationellen Selbstbestimmung, das heißt, der Umgang mit personenbezogenen Daten muss den Prinzipien der Transparenz, Erforderlichkeit und Zweckbindung genügen. (Eigentlich klassische sozialpädagogische Arbeitsprinzipien). Kurz gefasst: Der Umgang mit, insbesondere die Weitergabe von Informationen ist möglich, wenn sie aus den o.g. Prinzipien und Rechtsgrundlagen legitimierbar ist. Die Weitergabe ist aber nur in wenigen Ausnahmen vorgeschrieben.

2. Der besondere Vertrauensschutz für anvertraute Daten bezieht sich eben gerade nicht nur auf besondere Berufsgruppen, sondern auf alle Mitarbeiter, die persönliche oder erzieherische Hilfe leisten. Auch für die Jugendhilfe gilt: Wenn der Zugang zu den Hilfebedürftigen nicht konsequent im Blick bleibt, dann ist die Gefahr noch größer als ohnehin, dass Hilfe – wenn überhaupt – zu spät kommt.

3. Zeugenaussagen von Mitarbeiter/-innen bedürfen einer Aussagegenehmigung durch den Arbeitgeber, in deren Vorfeld nicht nur dienst- oder tarifrechtliche Fragen, sondern insbesondere die sozialrechtliche Befugnis zur Datenweitergabe zu prüfen ist.

4. Daher kommt der Rollen-/Aufgabenklärung der Mitarbeiter/-innen im Verhältnis zur Familie / zum Klienten eine besondere Bedeutung zu:

- als vertraute Berater/in der Klient/inn/en,
- in der Funktion als Sachbearbeiter/in für die Leistungserbringung oder Aufgabenerfüllung nach dem SGB VIII,
- als Gutachter/in für das Jugend-, Vormundschafts- oder Familiengericht,

¹ Schöne u.a., Kinder in Not, 1994-96

- als Ermittler/in im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens (Sachverhaltsaufklärung),
- als Arbeitnehmer/Beamter.

5. Durch entsprechende Vereinbarungen der öffentlichen Träger mit den Freien Trägern der Jugendhilfe gelten diese Regelungen weitgehend auch für die Freie Jugendhilfe.

6. Datenschutz verhindert die notwendige Kommunikation nicht, zum Beispiel in dem man Betroffene in die Kommunikation mit einbezieht, sie informiert, um Zusammenarbeit wirbt, Wege erläutert, Konsequenzen aufzeigt.

7. Bekannt ist den meisten Professionellen/Multiplikatoren, die in die Überlegung eintreten, in einer möglichen Gefährdungssituation mit dem Jugendamt oder eben einem Anderen beispielsweise der Polizei zusammenarbeiten:

- Sozialarbeiter/innen haben kein Zeugnisverweigerungsrecht nach dem StGB.
- Das Jugendamt hat (oder sogar ist) „das Wächteramt“, das heißt, Eltern müssen mit (Straf-) Sanktionen rechnen.

Aber: Weder ist der Begriff Jugendamt ein Synonym für Wächteramt, noch folgen aus einer Einbeziehung des Jugendamtes automatisch Sanktionen für die Eltern.

8. Bekannt werden muss nach wie vor, dass

- die Jugendhilfe sehr begrenzte Befugnisse/Pflichten zur Datenweitergabe hat (in alle Richtungen),
- das Jugendamt vorrangig hilfeorientiert arbeitet und erst kontrollierend tätig wird (und werden muss), wenn trotz nachhaltiger Bemühungen Hilfe und Zusammenarbeit abgelehnt werden – Diese Abwägung muss im Übrigen nicht lange dauern! –,
- die Bereitschaft, Hilfe anzunehmen, mitzuwirken, Angst zu überwinden, umso besser ist, je mehr Professionelle/Multiplikatoren selbst Kenntnisse über und Vertrauen in die Arbeit des Jugendamtes haben,
- Mitarbeiter/innen des Jugendamtes nicht verpflichtet sind, Straftatbestände, über die sie im Zuge einer Hilfeleistung für Familien Kenntnis erhalten, an Strafverfolgungsorgane (Polizei, Staatsanwaltschaft...) mitzuteilen (Ausnahme: geplante schwere Straftaten; § 138 StGB).

Für Ärzte, die in aller Regel auf der Grundlage des SGB V tätig werden, gelten genauso die Datenschutzregelungen des SGB X bzw. die oben angesprochenen Bestimmungen des Strafrechts. Es wäre sicherlich hilfreich, entsprechende Hinweise in den Berufsordnungen zu verankern. Aus dem Fehlen dieser Hinweise an dieser Stelle kann aber nicht geschlossen werden, dass es für Ärzte keine Befugnisse zur Datenweitergabe gibt.

Gibt es Änderungsbedarfe der rechtlichen Rahmenbedingungen?

Diese Frage sollte der Diskussion in der AG vorbehalten bleiben. Ich möchte sie erweitern um einen Punkt, der bisher in der öffentlichen Diskussion nicht vorkommt:

- Regelmäßige Geburtsmeldungen an die Jugendämter, um Angebote an die Familien zu machen, die sie in ihrer neuen Lebenssituation unterstützen und entlasten können, oder auch um feststellen zu können, dass Kinder weder im Bildungssystem (Kita/Schule) noch im Hilfesystem (Haus des Säuglings, Haus der Familie, RSD, Erziehungsgeldstelle etc.) auftauchen und um so gegebenenfalls zu recherchieren, ob dies auf eine Gefährdung hinweisen könnte.

Anlage 1

Dienste für Kinder und Jugendliche des Jugendamtes Charlottenburg-Wilmersdorf im Sozialen Frühwarnsystem

Uta von Pirani, Jugendamtsdirektorin Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf/Berlin

Bevor ich Ihnen jetzt, wie vorgesehen, die Strukturen, Einrichtungen, Dienste und Angebote des Jugendamtes Charlottenburg-Wilmersdorf vorstelle, gestatten Sie mir drei Vorbemerkungen zur besseren Einordnung:

Die **1. Vorbemerkung** bezieht sich auf die Sozialstruktur des Bezirks und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe:

Einwohner (Einwohnermelderegister):

- Im Jahr 2002 waren im Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf 309.487 Menschen mit erstem Wohnsitz gemeldet; das sind unter 10 % des Landes Berlin.
- 54.769 Menschen (17,7 %) hatten im Jahr 2002 eine andere als die deutsche Staatsangehörigkeit.
- 163.917 Bewohner (52,96 %) waren weiblichen Geschlechts.

Kinder und Jugendliche

- 39.922 Bewohner (12,85 %) waren unter 18 Jahre alt. 7.010 junge Menschen, das sind 17,6 %, hatten eine andere als die deutsche Staatsangehörigkeit.
- 13.612 Bewohner (4,4 %) waren unter 6 Jahre alt. 2.032 Kinder, das sind 14,9 %, hatten eine andere als die deutsche Staatsangehörigkeit; die Quote betrug im Vorjahr noch 15,3 %.
- Geburtenzahlen 2002 = 2.398

Haushalte (Mikrozensus)

- 2002 gab es in Charlottenburg-Wilmersdorf insgesamt 186.298 Haushalte. In 31.894 dieser Haushalte (17,1 %) lebten junge Menschen unter 18 Jahren. Der Anteil der Alleinerziehenden an den Familien mit „Kindern“ unter 18 Jahren betrug 48,4 %. Diese Zahl ist gegenüber dem Vorjahr stark angestiegen (2001 = 41,4 %).

Es gibt im Bezirk die ganze Bandbreite sozialer Strukturen: Wir haben eine Region in Charlottenburg-Nord, da lebt die Hälfte der Kinder von Sozialhilfe. Wir haben den Bahnhof Zoo im Bezirk, wo es dann ein bisschen gediegener zugeht; was aber nicht heißt, dass etwa die strittigen Familiengerichtsverfahren da einfacher wären. Also, es hat jede Region so ihre Spezifika. Das trifft auch auf die Zahl der Alleinerziehenden zu; da sind auch nichteheliche Lebensgemeinschaften subsumiert, aber der größere Teil ist unter Garantie der der „echten“ Alleinerziehenden.

Leistungen und Angebote der Jugendhilfe

- 1227 Erstkontakte zu Familien mit Säuglingen (das sind also ca. 50 % der Geburten), davon 10 % mit weiterem Betreuungsbedarf
- Im Bezirk verfügen wir über knapp 12.000 Kitaplätze, davon in öffentlicher Trägerschaft 5.707, dazu kommen ca. 2.800 Ganztagsschulplätze und ca. 700 Tagespflegeplätze.
- Es gibt 15 Kinder- und Jugendeinrichtungen, 1 Haus der Familie in öffentlicher Trägerschaft, 6 Einrichtungen freier Träger der Jugendarbeit; ca. 800 Kinder konnten in Ferien-Aktionen betreut werden (Tendenz wegen knapper Haushaltsmittel fallend); 130 Familien bekamen Zuschüsse für einen Erholungsaufenthalt.
- Hilfen zur Erziehung
2002 wurden im Bezirk 30 Millionen Euro ausgegeben. Für 2003 bestand die Vorgabe, sieben Millionen weniger auszugeben, das haben wir nicht ganz geschafft. Wir haben nur (!) 3,5 Millionen weniger ausgegeben. Und die große spannende Frage ist jetzt: Wird das im Rahmen der Basiskorrektur abgedeckt oder kriegen wir das als Defizitvortrag für 2005?

Hilfeart 2002	Leistungs- bezieher
<u>Ambulante Hilfen</u>	
§ 27,2 und 3 SGB VIII	
Psychotherapien, Familientherapien, Lerntherapien	253
§ 28 Erziehungsberatung	707
§ 29 SGB VIII Soziale Gruppenarbeit	173
§ 30 SGB VIII Einzelfallhilfe	73
§ 31 SGB VIII Familienhilfe	223
§ 35 SGB VIII Intensive Soz.päd. Betreuung	30
§ 35 a SGB VIII Eingliederungshilfe f. seel. beh. Kinder	8
<u>Teilstationäre und stationäre Hilfen</u>	
§ 32 SGB VIII Tagesgruppe	55
§ 33 SGB VIII Kinder in Vollzeitpflege	125
§ 34 SGB VIII stationäre Hilfen	501
30 Kinder/Jugendliche wurden 2002 in Obhut genommen. In dieser Zahl ist nicht die Zahl der Kinder und Jugendlichen enthalten, die außerhalb der Öffnungszeiten im überbezirklichen Kinder- und Jugendnotdienst als Selbstmelder auftauchen oder zugeführt werden. In dieser Zahl sind auch nicht Kinder und Jugendliche enthalten, für die das Jugendamt in einer Krisen- oder Konfliktsituation einvernehmlich mit den Beteiligten, also insbesondere den Eltern, eine umgehende Hilfe gestalten kann.	
In meiner 2. Vorbemerkung will ich etwas über meine Philosophie von öffentlicher Jugendhilfe sagen, damit Sie wissen, vor welchem Hintergrund ich meine Ausführungen mache. Leitnorm für die öffentliche Jugendhilfe ist, ergänzend zu anderen – und mit Anderen sind vorrangig die Eltern und die Schule gemeint – zur Verwirklichung des Rechts jedes jungen Menschen auf Erziehung, Förderung und Bildung beizutragen, und zwar durch - Individuelle Hilfen, - Beratung und Unterstützung der Eltern, - Schutz vor Gefahren und - Erhaltung/Schaffung positiver Lebensbedingungen. D.h., das Jugendamt hat ein breites Spektrum von Aufgaben zugunsten aller Kinder. Es stellt gemeinsam mit den Trägern der Freien Jugendhilfe ein begleitendes Angebot für die gesamte Kinder- und Jugendphase zur Verfügung ebenso wie gezielte Hilfeangebote für besonders kritische Ereignisse oder Entwicklungen, wie es z.B. Geburt, Trennung, Ablösung vom Elternhaus, Übergang von Schule ins Berufsleben sein können. Daraus folgt das Erfordernis einer laufenden Veränderung der Angebote entsprechend den sich verändernden Bedarfen. Gesellschaft verändert sich, Lebenslagen von Familien verändern sich. Damit solche Reaktionen möglich sind, besteht die Notwendigkeit und die Vorgabe für eine Jugendhilfe „aus einer Hand“, für die Realisierung einer sozial-pädagogischen Fachbehörde. Also ich verstehe das Jugendamt als die sozialpädagogische Fachbehörde, in der die verschiedenen Zweige der „Jugendfürsorge“ und „Jugendpflege“, ich greife diese beiden Begriffe gerne auf, weil sie im JWG so schön getrennt waren, unter dem einheitlichen Gesichtspunkt der Erziehung zusammengefasst werden. Unter dem Stichwort Entsäulung der Jugendhilfe unter sozialräumlichen Aspekten bedeutet das für das Jugendamt - eine gute, breit gestreute, öffentliche, jeweils aktuelle Information über die Dienste und Einrichtungen des Jugendamtes, z.B. in Form von Broschüren oder Internetseiten, - spezielle Informationen für benachbarte Professionen und Institutionen, z.B. regelmäßige gemeinsame Informationsgespräche mit anderen Professionen, z.B. Faltblätter mit speziellen Angeboten für bestimmte Zielgruppen oder Situationen,	

- ein ausreichendes Angebot von Kindertagesbetreuung sowie außerschulische Angebote für Kinder und Jugendliche,
- eine gezielte präventive Erziehung in den Einrichtungen, indem die Mitarbeiter/-innen den Kindern Glauben schenken, ihnen zuhören, sie ernst nehmen, sie darin bestärken, Nein zu sagen, sie ermutigen, sich mit ihren Sorgen Hilfe zu holen,
- Beratungsstellen (jeder Bezirk verfügt über eine öffentliche Erziehungsberatungsstelle und eine in freier Trägerschaft) und Begegnungsstätten für Eltern (wie z.B. unser Haus der Familie),
- gezielte Unterstützungsangebote und Erziehungshilfen für Eltern im familialen Umfeld, d.h. insgesamt eine stabile, niedrigschwellige, entlastende soziale Infrastruktur. Ich nenne das eigentlich am liebsten Unterstützungskultur, nicht Elternbildung; der Begriff hat für mich irgendwie so einen Mittelschichtsbezug und trifft auch nicht genau. Ich finde, es muss eine soziale Infrastruktur für Eltern da sein.

Eine besonders wichtige Aufgabe in diesem Zusammenhang ist, hinzuwirken auf eine möglichst hohe Akzeptanz **für** sowie Vertrauen **in** das Jugendamt bei den Kindern, Jugendlichen und ihren Familien sowie im kommunalen Umfeld (andere Ämter, Ärzte, Lehrer, weitere Multiplikatoren etc.). Ich erlebe immer wieder, dass viele eher mit dem Jugendamt drohen, wenn sie nicht mehr weiter wissen, so nach dem Motto: Dann sagen wir es dem Jugendamt. Und solange diese benachbarten Professionen so eine Werbung für uns machen, dürfen wir uns alle nicht wundern, weder die noch wir, dass es so ist, wie es ist.

3. Vorbemerkung: Das Jugendamt ist derzeit in fünf Fachbereiche gegliedert (1. Jugend- und Familienförderung, 2. Tagesbetreuung, 3. Psychosoziale Dienste, 4. Familienunterstützende Hilfen und 5. Gesundheitliche Dienste für Kinder und Jugendliche), wobei der Fachbereich 3 in Charlottenburg-Wilmersdorf inzwischen in den Fachbereich 4 integriert ist. Außerdem gibt es ein paar Besonderheiten bei uns.

Wir haben die Zuständigkeit für unsere Zielgruppen auch für Hilfen nach dem BSHG.

Dann gibt es die Besonderheit, dass der Jugendnotdienst für ganz Berlin im Rahmen der Abschtichung der Aufgaben aus der ministeriellen und Landesjugendamtsebene auf die Bezirke bei uns gelandet ist, weil er in unserem Bezirk liegt und da erfüllen wir für alle 12 Bezirke Aufgaben.

Und eine große Besonderheit ist der Fachbereich 5: Gesundheitliche Dienste für Kinder und Jugendliche, und zwar sowohl mit

- dem klassischen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, der die Einschulungs- und Kita-Untersuchungen macht,
- dem Haus des Säuglings, das werde ich noch gesondert erläutern,
- der Beratungsstelle für entwicklungsgefährdete Kinder, die einerseits Gutachten macht, wenn es um behinderte Kinder geht, aber auch für den therapeutischen Bereich, der in den Einrichtungen arbeitet, die Verordnungen und
- dem kinder- und jugendpsychiatrischen Dienst.

Diesen Fachbereich 5 haben wir ungefähr seit 1995. Damals gab es ein Organisationsgutachten für die Gesundheitsämter mit dem Effekt, dass viele Stellen abgebaut werden sollten. Vor diesem Hintergrund hatten die beiden damals politisch verantwortlichen Stadträte die Idee, da ja der Jugendgesundheitsdienst auch zu einem großen Teil Aufgaben des Kinderschutzes, der Gesundheitsprävention für Kinder und damit eigentlich Aufgaben erledigt, wie sie auch nach dem KJHG zu erledigen sind, zur Rettung der Stellen diese ins Jugendamt zu verlagern. Das war heftigst umstritten, weil Ärzte sich gar nicht vorstellen konnten, in einem Jugendamt zu arbeiten, sondern sie eigentlich nur in einem Gesundheitsamt unter einer Amtsärztin arbeiten könnten. Das hat enorme Aufstände gegeben, die Bezirksaufsicht wurde mobilisiert und Rechtsgutachten wurden eingeholt. Im Ergebnis hat dann der Leiter dieses Fachbereichs die Fachaufsicht von der Amtsärztin delegiert bekommen, die Dienstaufsicht ist aber im Jugendamt geregelt.

Wenn ich im Folgenden die **Strukturen, Einrichtungen und Angebote des Jugendamtes im Sozialen Frühwarnsystem** erläutere, werde ich mich chronologisch am Kindesalter orientieren:

- a) Modellprojekt „**Aufsuchende Elternhilfe**“: Begleitung werdender Eltern aus sozial benachteiligten Milieus; **Finanzierung** über Fallpauschale aus Erbschafts- und Stiftungsmitteln; **gesetzliche Grundlage** §§ 16, 17 und 18 SGB VIII; **Personal**: eine ehemalige freie Mitarbeiterin für Sozialpädagogische Familienhilfe (§ 31 SGB VIII), ausgebildete Erzieherin und Sozialpädagogin; **Zeitraumen**: 5. Schwangerschaftsmonat bis 5. Monat nach der Geburt und Auswertung nach ½ Jahr;

Konzeption: Gegliedert in 3 Arbeitsphasen werden folgende Themenbereiche bearbeitet:

- Schwangerschaft (körperliche Veränderungen, Gesundheitsvorbehalt, Körperpflege, Entwicklung des Kindes im Mutterleib, Geburtsvorbereitung)
- Elternbezogene Themen (Herkunftsfamilie, Kindheitserfahrungen, Interaktionen, Mutter/Kind, Erziehungsstile, Ausbildung, Beruf, Aufgabenverteilung im Haushalt, wirtschaftliche Zukunftssicherung, Kinderbetreuung, Elternkonflikte, Entwicklung einer Familienkultur, soziale Netzwerke, Elternerwartungen an das Kind)
- Kindbezogene Themen (Erstausstattung, Ernährung, Pflege, körperliche/seelische/soziale Entwicklung, Krankheiten, Erste Hilfe, Impfung, Sauberkeitserziehung, Schlaf- und Schreip Probleme, Geschwister, Spielen)

Zuweisung durch das Jugendamt in Abstimmung mit dem Sozialmedizinischen Dienst. Räumlich im Haus des Säuglings angesiedelt, Supervision ist Pflicht, ebenso wie ggf. Rückkoppelung zum Sozialpädagogischen Dienst.

Ich lege Wert darauf, dass dies als eine Hilfe außerhalb der Erziehungshilfe angesiedelt ist. Weil ich denke, das ist klassische Familienförderung. Auch wenn die Familie gerade erst im Entstehen ist. Wir können nur ca. drei Fälle im Jahr finanzieren, der Bedarf liegt eigentlich so zwischen 5 und 10. Aber da reicht unser Finanzierungsrahmen im Moment nicht. Mehr nachzulesen über das Konzept ist in der Veröffentlichung Nr. 19 des Vereins für Kommunalwissenschaften mit dem Titel „Hilfen von Anfang an“.

- b) Durch die Senatsverwaltung werden allen Eltern neugeborener Kinder die ersten drei Elternbriefe des Arbeitskreises Neue Erziehung (ANE) zugeschickt; danach kann die weitere Zusendung kostenfrei angefordert werden. Wir sind allerdings gerade dabei, dieses zu kommunalisieren, denn wenn wir sozialräumlich arbeiten wollen, dann können wir diese Briefe nicht durch die Senatsverwaltung verschicken lassen mit einem netten Brief vom Senator, sondern lieber mit einem netten Brief vom örtlichen Jugendamt, damit die Eltern auch wissen, wo sie hingehen können, wenn sie gerne Rat und Unterstützung hätten oder unsere Infrastruktur nutzen möchten. Damit liegt auch von vornherein ein positives Angebot des Jugendamtes vor. Dies soll bei der derzeit vorbereiteten Änderung des Ausführungsgesetzes zum SGB VIII in Berlin erarbeitet werden, denn um Adressen mit den Geburtenmeldungen vom Einwohnermeldeamt zu bekommen, bedarf es natürlich einer gesetzlichen Grundlage (Stichwort Datenschutz). – Nur unser Jugendamt bekommt diese jetzt schon, weil der Jugendgesundheitsdienst zu uns gehört. – Ich halte das für eine sehr gute Sache. Es gibt da unterschiedlichste Finanzierungsmodelle; die Elternbriefe sind im Prinzip relativ billig, das Problem ist das Porto. Hier kann man auch ggf. Sponsoren wie z.B. Sparkasse, Versicherungen o.Ä. werben.
- c) Das **Haus des Säuglings** arbeitet auf der gesetzlichen Grundlage des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (GDG) und im Rahmen des § 16 SGB VIII. Es erhält als Teil des Jugendgesundheitsdienstes Meldungen aller Geburten im Bezirk vom Einwohnermeldeamt (s.o.) und verschickt einen Glückwunschbrief des Dezernenten mit Hinweisen auf alle Hilfeangebote des Jugendamtes sowie Sprechstunden und Gruppenangebote im Haus des Säuglings, Kinderarztsprechstunde, Adresse, Telefonnummer und Sprechzeiten des Allgemeinen Sozialpädagogischen Dienstes (ASPD). Dabei erfolgt ein **Angebot** zum Hausbesuch unter sozialkompensatorischen Gesichtspunkten, da wir dieses leider nicht mehr flächendeckend machen können. Kriterien können sein: sehr junge Mütter, Kenntnis über eine Risikoschwangerschaft, Mehrlingsgeburt, ausländische Mädchen, bei denen ggf. die Einbettung in ein soziales Netz nicht so selbstverständlich ist

oder auch die regionale Zuordnung – ich sagte ja schon, Charlottenburg-Nord ist bei uns ein besonders belastetes Stadtgebiet und die Innenstadtbereiche sind teilweise auch problematisch, da ist die Einwohnerdichte einfach besonders hoch.

Dieses Angebot mit einem konkreten Terminvorschlag ist also Bestandteil des Glückwunschbriefes; es kann abgelehnt werden, das passiert, ist aber nicht die Regel.

Das Haus des Säuglings verfügt neben Sozialarbeiterinnen auch über zwei Kinderkrankenschwestern, die 2x wöchentlich Kontakte auch in der Entbindungsklinik des Bezirks herstellen.

Seit einiger Zeit wird eine gemeinsame Sprechstunde mit der Erziehungs- und Familienberatung ganz speziell für junge Mütter angeboten, die oft gar nicht wissen, was ist eigentlich eine normale Entwicklung oder was nicht, die dann sehr verunsichert sind.

Der Fachbereich Gesundheitliche Dienste lädt 2x jährlich die im Bezirk niedergelassenen Kinderärzte zu Informationsgesprächen über gemeinsam interessierende Themen ein, dies auch als vertrauensbildende Maßnahme, so dass einzelne Kinderärzte in bestimmten Situationen uns auch ihre Besorgnis über möglicherweise gefährdende Situationen mitteilen. Die waren natürlich erst sehr irritiert, als wir den Jugendgesundheitsdienst ins Jugendamt transferiert haben. Aber sie haben sich inzwischen daran gewöhnt und sehen das nicht mehr als Problem.

Die Zuständigkeit des Haus' des Säuglings bezieht sich regelmäßig auf die Begleitung der ersten 6 Lebensmonate eines Kindes (manchmal bis zu 12 Monate, wenn zu erwarten ist, dass dann eine weitere Hilfe nicht erforderlich wird), danach findet eine Weitervermittlung an den Allgemeinen Sozialpädagogischen Dienst statt; Aufgaben nach dem SGB VIII insbesondere Anträge an das Familiengericht oder Ähnliches werden ausschließlich vom Allgemeinen Sozialpädagogischen Dienst wahrgenommen.

- d) Der **Allgemeine/Regionale Sozialpädagogische Dienst** als Basisdienst und zentraler Kinderschutzdienst des Jugendamtes (Zuständigkeit für Kinder und ihre Familien bis zum 16. Lebensjahr, danach – wenn die Ablöseprozesse eine größere Rolle spielen – ist die Jugendberatung Ansprechpartner) ist in Außenstellen über den Bezirk verteilt.

Der Allgemeine Sozialpädagogische Dienst **informiert**

- über Rechte von Eltern und jungen Menschen,
- über Hilfen, Einrichtungen und Initiativen im Stadtteil und darüber hinaus,
- über öffentliche Hilfen für junge Menschen und Familien.

Der Allgemeine Sozialpädagogische Dienst **berät**

- bei finanziellen/existenziellen Notlagen (z.B. drohenden Wohnungsverlust),
- bei Anträgen auf Sozialleistungen anderer Abteilungen des Bezirksamtes,
- bei Konflikten in Familien,
- bei Unsicherheiten von Eltern über ihre Rolle und Aufgaben,
- bei Trennung und Scheidung von Eltern.

Der Allgemeine Sozialpädagogische Dienst **vermittelt** Kontakte und Hilfen, **organisiert** Unterstützung, **vernetzt und koordiniert** Hilfen unterschiedlichster Art bei

- Krankheit, Behinderung, Entwicklungsverzögerung von Kindern,
- Erziehungsproblemen,
- nicht ausreichender Betreuung und Beaufsichtigung von Kindern,
- Überforderung von Eltern,
- Gefährdung von Kindern.

Der Allgemeine Sozialpädagogische Dienst **leistet** bzw. vermittelt **Hilfe zur Erziehung** in Form von

- ambulanten Hilfen: soziale Gruppenarbeit, Erziehungshilfe/Erziehungsbeistandschaft, Sozialpädagogische Familienhilfe, intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung,
- Unterbringung in teilstationärer/stationärer Einrichtung: in einer Tagesgruppe, in Kurz-, Wochen- oder Dauerpflege, in Heimen, Wohngemeinschaften, betreutem Einzelwohnen.

Er bleibt dabei kontinuierlich in der Verantwortung für die Gestaltung von Hilfeprozessen unabhängig von Art, Zahl und Aufgabe der unterschiedlich beteiligten Institutionen/Personen. Dabei ist der Hilfeprozess laufend den sich verändernden Gegebenheiten anzupassen.

Der Allgemeine Sozialpädagogische Dienst leistet Krisenhilfe und Kinderschutz:

- wenn Eltern plötzlich ausfallen,
- junge Menschen nicht mehr zu Hause leben wollen oder können,
- wenn Trennungsauseinandersetzungen zwischen Eltern zu einem „Kampf ums Kind“ führen,
- bei akuten und gewaltsamen Konflikten in der Familie,
- bei allen Formen von Gefährdung, Vernachlässigung, Misshandlung und sexueller Gewalt.

Wie das Jugendamt, und hier ist im engeren Sinn der Allgemeine Sozialpädagogische Dienst gemeint, in akuten Gefährdungssituationen arbeitet, werde ich jetzt hier nicht weiter ausführen, da es hier um Soziale Frühwarnsysteme und nicht um spätes Agieren geht. Hierzu gibt es aber – falls es interessiert – auch Ausführungen von mir aus einer gemeinsamen Veranstaltung von Jugendhilfe und Polizei, in der es um gegenseitige Information über die jeweiligen Arbeitsweisen und Befugnisse ging.

- e) Das Haus der Familie ist eine Einrichtung der Jugend- und Familienförderung des Jugendamtes. Es ist 1991 aus einer Jugendfreizeiteinrichtung entstanden. Es liegt sehr günstig am Ende einer Einkaufsstraße, wo man quasi beim Einkaufen dann noch einmal vorbeikommt und mit ein paar Leuten einen Kaffee trinkt und redet. Hauptklientel sind Alleinerziehende und Mütter mit nicht deutscher Herkunft.

Das Haus der Familie versteht sich vorrangig als Begegnungs- und Kontaktstätte für junge Eltern, allein erziehende Mütter und Väter, ausländische Familien und Pflegefamilien mit kleinen Kindern: Es will insbesondere Eltern, deren Kinder noch nicht in Kindertagesstätten gehen und die in einer möglicherweise relativ isolierten, einsamen Situation leben, ein Angebot machen. Es unterstützt Selbsthilfeprojekte und bietet auch pädagogische Beratung und themenorientierte Gruppenarbeit an. Es gibt ein Elterncafé, das durch Eltern selber bewirtschaftet wird. Diese Einrichtung wird gut angenommen und könnte ihr Angebot bei vorhandenen Ressourcen ausweiten.

Ich hoffe sehr, dass es uns gelingt, im Ortsteil Wilmersdorf einen 2. Standort einzurichten, denn die Nachfrage ist unvermindert groß.

Ein Haus der Familie soll ein Ort sein, wo Eltern mit ihren Kindern auftauchen, damit sie einfach gesehen und wahrgenommen werden und sich austauschen können; das verstehe ich klassisch unter entlastender sozialer Infrastruktur.

- f) Das Jugendamt verfügt auch über einige wenige Stellen für Kitaberatung. Die sind Ansprechpartner für Erzieherinnen, die in der Kita etwas wahrnehmen, was sie bemerkenswert finden, und sich Rat holen wollen. Und dann gibt es ggf. auch entsprechende Weitervermittlungen zu anderen Diensten.

Das hier vorgestellte Netz von Diensten, Einrichtungen und Angeboten des Jugendamtes und seine Kooperationen mit weiteren Partnern wie Kindertagesstätten, Schulen, freien Trägern, regionalen Kiez-AGen oder -Bündnissen der Polizei hat sich weitgehend bewährt; es darf aber nicht zu der trügerischen Sicherheit verleiten, damit ließen sich schwerwiegende Gefährdungen völlig ausschließen. Die wird es immer geben und wir werden auch nicht immer alles rechtzeitig erkennen, bei aller Frühwarnsystematik mit einem guten Netz. Mein wichtigster Punkt an der Stelle ist immer: so etwas funktioniert ja immer gut, wenn die handelnden Akteure untereinander gut miteinander können; aber wie kann man das unabhängig von dieser eher zufälligen Übereinstimmung der handelnden Akteure möglichst strukturell verankern. Da habe ich auch noch nicht den Stein der Weisen gefunden. Da bin ich immer noch sehr am Überlegen, wie das funktionieren kann.

Aus: AGJ (Hrsg.): Forum Jugendhilfe. 1(2006). – S. 61-65

Arbeitsgruppe 5: Ist die gemeinsame Hilfekonferenz eine Illusion?

ANTJE REINHARDT

Ärztin im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst für Landkreis und Stadt Osnabrück

WOLFGANG RUTHEMEIER

Regionalleiter im Fachdienst Familie/Sozialer Dienst im Fachbereich Kinder, Jugendliche und Familien der Stadt Osnabrück

1. Vorstellung der Referenten und Teilnehmer mit Angabe der Erwartungen an den Arbeitskreis

Es wird deutlich, dass die Teilnehmer einen sehr unterschiedlichen beruflichen Hintergrund sowie unterschiedliche Erfahrungen und daher auch ganz unterschiedliche Erwartungen und Fragen haben: Austausch; Erfahrungen aus anderen Städten kennen lernen; Fragen wie: Wo sind die Lücken im Hilfesystem? Wie kommt man zur Kooperation? Was gibt es in der Praxis für Probleme?

Auch die Begriffsklärung „Hilfekonferenz“ ist Thema: Unterscheidung von Einzelfallmanagement gegenüber struktureller Zusammenarbeit

- § 36 Hilfeplankonferenzen sind von Jugendamt zu Jugendamt unterschiedlich organisiert, im Verlauf regelmäßiger Hilfeplangespräche – dazu können unterschiedliche Fachleute eingeladen werden.
- § 81 strukturelle Konferenzen überregionaler Art.

2. Darstellung des unterschiedlichen diagnostischen Denkens in Sozialpädiatrie und Medizin

Zum Einstieg in die Diskussion werden die unterschiedlichen Weisen des Denkens und der Diagnosefindung in Medizin und Sozialpädagogik – in bewusst überspitzter Weise dargestellt:

Diagnostik in der Sozialpädagogik:

- Der Klient hat das Problem und behält während des ganzen Beratungsprozesses die Verantwortung (es sei denn, ein Familiengericht hat diese Verantwortung entzogen).
- Diagnose kann nur in Abstimmung mit dem Klienten erfolgen.
- Der Klient gestaltet wesentlich den Beratungsprozess mit, Lösungen wirken nur gemeinsam mit den Klienten.
- Die Diagnose ist beziehungsorientiert.
- Sozialpädagogik hilft dem Klienten, die prozesshaften Ereignisse richtig zu interpretieren und zu verstehen, um dann selber angemessen zu reagieren.

- In der sozialpädagogischen Diagnostik ist die Anamnese so ausgelegt, dass die gesamte Lebenssituation des Klienten berücksichtigt wird.
- Methoden und Techniken: einführendes Verstehen, Spiegeln, Gruppenarbeit usw.
- „black box“.

Diagnostik in der Medizin:

- Der Klient/Patient spürt beziehungsweise leidet unter bestimmten körperlichen (psychischen) Symptomen, deren Ursache, vor allem aber mögliche Lösungsansätze sind ihm unbekannt.
- Der Arzt erhält im Wesentlichen die Verantwortung für die richtige Diagnose anhand der Symptome und für die angemessene Lösung.
- Der Patient ist abhängig vom Beratungsprozess bis zur Lösungsfindung.
- In der medizinischen Diagnose geht es eher um kategorisierende Klassifikation von Krankheiten (ICD).
- Es geht eher um konfrontierende Befragung des Patienten, zum Beispiel: Haben Sie schon...? Wo tut es weh?
- Die Anamnese betrachtet eher die körperliche und seelische Entwicklung des Patienten.
- Methoden und Techniken: Messen, Vergleichen, Kategorisieren usw.
- In der Kinderheilkunde Filterung über die Eltern.
- In allen Fächern Orientierung an medizinischen Leitlinien.

3. Diskussion

An diese Vorstellung schließt sich eine kontrovers geführte Diskussion an. Es wird aber gerade daran deutlich, dass es noch große Unterschiede in den Denkweisen der verschiedenen Professionen gibt. Es stellt sich die Frage nach möglichen ersten Schritten aufeinander zu, Vorschläge sind:

- sich gegenseitig als Partner erleben,
- gleiche Augenhöhe zwischen Sozialarbeiter und Arzt.

Wie kann man die Dienste (zum Beispiel Gesundheitsdienst, Jugendamt) auf die gleiche Augenhöhe bringen?

Stufensystem muss vorher gelaufen sein:

- Erklärungshypothesen müssen von beiden Seiten zusammengetragen werden.
- Akzeptieren der gegenseitigen Wertauffassung.
- Bearbeiten der gegenseitigen Vorurteile.
- Die Professionen müssen sich zu erkennen geben und sich austauschen/Transparenz.

- Zum Beispiel Entwicklung von Kooperationsverträgen zwischen Ärzten und Sozialarbeitern, wann ärztliche Hilfe in Anspruch genommen wird.
- Auch die betreute Familie sollte ein gleichwertiger Partner sein (Ist das bei Risikofamilien durchsetzbar?).

Offener Umgang mit dem Problem der „unterschiedlichen Denksozialisation“:

- Erwartungen müssen formuliert werden,
- Hilfeplankonferenzen sind Gespräche mit „Anwälten“ der verschiedenen Parteien,
- Moderator des Gespräches wäre wünschenswert.

Praxiserfahrungen werden geschildert:

- Zusammenarbeit zum Beispiel mit Schulen war für beide Seiten produktiv;
- Angst des Jugendamtes, es würden Hilfeprogramme vorgeschrieben;
- Dr. Seidler stellt das Konzept aus Lörrach nach verschiedenen Ausgangslagen in Fallbeispielen dar:
 1. Das SPZ hat diagnostiziert und empfiehlt erzieherische Hilfe:
Gibt es Rückmeldung vom Jugendamt? Wird die Hilfe umgesetzt?
Die Eltern machen den Vorschlag.
 2. Das Kind hat schon Hilfe vom Jugendamt und wird dem SPZ zur weiteren Diagnostik vorgestellt:
Wird das SPZ über die Maßnahmen des Jugendamtes informiert?
SPZ fragt beim Jugendamt nach.
 3. Kind soll Schule für Erziehungshilfe verlassen, Eltern wenden sich an das SPZ und fordern irgendeine Art der Hilfe ein:
SPZ fordert Jugendamt auf, neue Hilfeplanung zu machen und das SPZ wird dabei mitgehört.
 4. Jugendamt will ein Gutachten haben, es aber nicht bezahlen.
 5. Regelmäßige Vorstellung von Risikokindern im SPZ.

Es gibt aber noch Schwierigkeiten bei folgenden Themen, die ein SPZ betreffen:

- Zuweisungshoheit zum SPZ beim niedergelassenen Arzt
- soll sich ein SPZ hier aufdrängen?
- Kostenproblematik/Finanzierungsproblematik des SPZ.

4. Fazit

Momentan ist die gemeinsame Hilfeplanung noch eine Illusion. Es gibt aber Ansätze, auf einen gemeinsamen Weg zu kommen.

Gemeinsame Hilfeplanung ist nur dann möglich, wenn Rollen, Aufträge und Ziele für alle Beteiligten deutlich sind.

Offener Umgang mit den Problemen der „unterschiedlichen Denksozialisation“ ist Grundvoraussetzung, um die unterschiedlichen Erklärungshypothesen (über das, was dem Einzelfall zu Grunde liegt) zusammen zu tragen.

Die Zusammenarbeit zwischen Sozialpädagogik und Pädiatrie ermöglicht es, die Interessen der Kinder und die Ressourcen der Eltern zu berücksichtigen, gegebenenfalls ist aber eine Moderation hilfreich.

Arbeitsgruppe 6: Die dringende Notwendigkeit eines Case-Managements für die Kooperation von Pädiatrie und Jugendhilfe

Case-Management und frühe Prävention/Hilfe

DR. HEINZ KINDLER

Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Deutsches Jugendinstitut e.V., München

Was wird unter Case-Management verstanden und welche Formen lassen sich unterscheiden?

Case-Management bezeichnet in Anlehnung an *Wendt (1997)* fallbezogenes methodisches und reflektiertes Handeln mit dem Ziel, die Bedürfnisse eines „Patientensystems“ mit den Angeboten der „Hilfesysteme“ kompetent zusammen zu führen.

Aus dieser Aufgabenstellung ergibt sich eine Ordnung oder Reihenfolge verschiedener Handlungselemente, die im Case-Management üblicherweise als bedeutsam angesehen werden. Wenngleich in der Literatur manchmal etwas unterschiedliche Bezeichnungen gewählt werden, lassen sich doch grob Kontaktaufbau, Assessment, Interventionsplanung, Interventionsdurchführung, Evaluation und Beendigung als aufeinander aufbauende Arbeitsschritte ansehen.

Da unter einer *kompetenten* Zusammenführung der Bedürfnisse von Patienten beziehungsweise Klienten mit Hilfeangeboten Verschiedenes verstanden werden kann, gibt es im Case-Management unterschiedliche Strömungen. Hierauf gründet sich etwa die von *Moxley (1989)* eingeführte Unterscheidung zwischen Ansätzen, die als „system-driven“ oder als „consumer-driven“ bezeichnet werden. Bei Ansätzen, die als „system-driven“ benannt werden können, steht der aus dem Case-Management möglicherweise erwachsende Vorteil für Hilfe- und Versorgungssysteme im Vordergrund. Ein solcher Vorteil kann sich etwa ergeben, wenn durch Case-Management Fehlverweisungen verringert und dadurch Kosten gespart werden können. Auf der anderen Seite stellen die als „consumer-driven“ bezeichneten Ansätze Vorteile für Klientinnen und Klienten in den Mittelpunkt, die durch Case-Management angestrebt werden. In vielen Fällen, dies ist unschwer zu erraten, sind Vorteile für das Hilfesystem zugleich auch Vorteile für Klienten beziehungsweise Patienten (zum Beispiel sparen verhinderte Fehlverweisungen Kosten, aber auch Zeit der Patienten), jedoch ist dies nicht zwangsläufig der Fall (zum Beispiel ist eine hohe Auslastung von Untersuchungsgeräten oder BeraterInnen unter Kostengesichtspunkten günstig, kann aber Wartezeiten erhöhen).

Weitere Unterschiede zwischen verschiedenen Formen von Case-Management, die in der Praxis auftauchen können, liegen zum Beispiel in der „Reichweite“ von Case-Management-Programmen. So kann sich Case-Management auf eine Einrichtung beschränken (zum Beispiel ein Krankenhaus) oder auf ein Versorgungssystem (zum Beispiel die Jugendhilfe) oder Case-Management kann bereichsübergreifend organisiert

sein und beispielsweise Pädiatrie und Jugendhilfe umfassen. Es ist nahe liegend, dass die mit der Funktion eines Case-Managers verbundene Übersicht umso größer sein muss, je größer die Reichweite des beteiligten Case-Management-Systems ist. Damit zusammenhängend ergibt sich ein weiteres Unterscheidungsmerkmal, das die Stellung des Case-Managers, insbesondere seine Definitions- und Ressourcenverfügungsmacht, betrifft. In manchen Bereichen verfügen Case-Manager über Definitionsmacht, können beispielsweise Diagnosen stellen beziehungsweise Hilfeberechtigungen feststellen und auch – in gewissem Rahmen – selbst über den Einsatz von Ressourcen entscheiden. In anderen Bereichen handeln Case-Manager auf der Grundlage von Diagnosen oder Entscheidungen über Ressourcen, die von anderen Fachkräften getroffen werden.

Gründe für Case-Management im Bereich früher Prävention und Hilfen

Case-Management ist für Ansätze früher Prävention aus mehreren Gründen von Bedeutung.

Der **erste Grund** ergibt sich aus einer epidemiologischen Perspektive. Es konnte wiederholt gezeigt werden, dass sich Familien, in denen Kinder hohen Entwicklungsrisiken ausgesetzt sind, durch eine Akkumulation von Problemen in verschiedenen Lebensbereichen, etwa in den Bereichen Gesundheit und psychosoziale Lebenslage, auszeichnen. In einer großen Längsschnittstudie über die Entstehung von Misshandlung und Vernachlässigung in den ersten drei Lebensjahren fanden *Wu et al. (2004)* beispielsweise bei über 50 Prozent der später bekannt werdenden Gefährdungsfälle bereits zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes eine Häufung von mehr als drei Belastungen beziehungsweise Problemen in der Familie in verschiedenen Lebensbereichen. Auf die Probleme dieser mehrfach belasteten Familien angemessen und frühzeitig einzugehen, setzt koordinierte Hilfen, die in der Regel verschiedenen Hilfesystemen entstammen (zum Beispiel dem Gesundheits- und dem Jugendhilfesystem) voraus, würde aber die Chance eröffnen, einen nicht unerheblichen Anteil aller Misshandlungs- und Vernachlässigungsfälle verhindern zu können.

Als weiteres Beispiel möchte ich gerne auf Ergebnisse einer aktuellen Studie verweisen, die wir am Deutschen Jugendinstitut (DJI) zur Situation von Pflegekindern durchgeführt haben. Dabei hat sich unter anderem herausgestellt, dass mehr als die Hälfte der Pflegekinder unter sechs Jahren Probleme in mehr als einem Lebensbereich aufweist, beispielsweise Entwicklungsverzögerungen, gesundheitliche Einschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten. Die Häufung verschiedener Probleme spricht nun sehr stark für Case-Management, da gerade bei den besonders gefährdeten Kindern regelhaft Probleme in mehreren Lebensbereichen erkannt und Hilfemaßnahmen, die verschiedene Hilfesysteme ins Spiel bringen, koordiniert werden müssen.

Ein **zweiter Grund** für Case-Management liegt in der Struktur des deutschen Versorgungssystems, die dazu führt, dass in ihrer Entwicklung gefährdete oder von Misshandlung beziehungsweise Vernachlässigung bedrohte Kinder in den ersten drei Lebensjahren, also in einer Zeit besonders hoher Verletzlichkeit, mit ihren Eltern einigermaßen flächendeckend nur von Fachkräften der Geburtshilfe und Kinderheilkunde gesehen werden. Das bedeutet: Bei einem Präventionsansatz, der frühzeitig und umfassend Hilfe anbieten will und dazu notwendig auch Probleme berücksichtigen muss, die über den

Gesundheitsbereich hinausgehen (zum Beispiel Erziehungsprobleme, Lernschwierigkeiten, ungesicherte soziale Lagen), müssen in der Regel Informationen über Systembereichsgrenzen hinaus fließen und es muss im Einzelfall eine bereichsübergreifende Zusammenarbeit beispielsweise zwischen Pädiatrie und Jugendhilfe hergestellt werden. Dies gelingt nicht ohne Mühen und genau hierfür wird Case-Management benötigt.

Als **dritten Grund** für Case-Management möchte ich anführen, dass in der Zielgruppe der Hochrisikofamilien häufig – in einer Studie¹ etwa bei der Hälfte dieser Familien – Einschränkungen in der Fähigkeit zur Nutzung von Hilfen bestehen, so dass eine enge Begleitung und Unterstützung erforderlich ist, wenn Präventions- und Hilfsangebote tatsächlich in Anspruch genommen werden sollen.

Ein **viertes**, für die Sinnhaftigkeit von Case-Management sprechendes **Argument** stützt sich auf Ergebnisse der Misserfolgsforschung im Kinderschutz. In der Bundesrepublik fehlen solche Forschungen bislang. International zeigt sich aber, dass bei einer hohen Anzahl an Misserfallsfällen² Informationsverluste oder Kontaktabbrüche an Schnittstellen zwischen Institutionen beziehungsweise Systemen eine wesentliche Ursache für Fehlschläge darstellen. Hier kann Case-Management helfen sicherzustellen, dass Informationen tatsächlich ankommen und Menschen im Übergang zwischen verschiedenen Hilfen begleitet werden.

Case-Management als Teil erfolgreicher Programme zu früher Prävention und Intervention

Case-Management ist bereits jetzt häufig Teil erfolgreicher früher Präventions- und Hilfekonzepte. In der Diskussion wird allerdings vielfach die Hilfe im direkten Kontakt mit betroffenen Eltern und Kindern in den Vordergrund gestellt. Beispiele für Programme früher Prävention und Hilfe mit deutlicher Case-Management Komponente sind das „Comprehensive Child Development Program“, das „European Early Promotion Project“³ oder das „Nurse Home Visitation Program“. Nicht immer wird Case-Management dabei auch Case-Management genannt, manchmal ist beispielsweise von Fallbegleitung und der Vermittlung geeigneter Hilfen die Rede. Konzeptionell handelt es sich aber jeweils um Case-Management-Elemente.

Case-Management kann dabei für den Erfolg durchaus ausschlaggebend sein. Im „Nurse Home Visitation Program“ von *Olds* und Kollegen erwies es sich beispielsweise als ausschlaggebend, inwieweit bei Partnergewalt angemessene spezialisierte Hilfe zur Beendigung der Gewalt vermittelt werden konnte.⁴ Die frühe Hilfe mit Müttern und Kindern bewirkte nichts, wenn in der Familie Partnerschaftsgewalt vorhanden war und die Familie nicht dahingehend begleitet werden konnte, dieses Problem zu bearbeiten.

Auch in einem anderen Projekt dem „Comprehensive Child Development Program“⁵ ergab sich ein interessanter Befund im Hinblick auf die Bedeutung von Case-

¹ Zierau et al. 2005

² zum Beispiel Munro 1999: ein Viertel bis ein Drittel

³ Puura et al. 2005

⁴ Eckenrode et al. 2000

⁵ St. Pierre et al. 1999

Management: Es zeigte sich, dass Case Management nur eine bedingte Erfolgswahrscheinlichkeit besitzt. Das heißt, Case-Management läuft ins Leere, wenn die Versorgungsangebote vor Ort unzureichend oder qualitativ nicht gut sind. Case-Management allein reicht nicht aus, um wesentliche Verbesserungen für Familien und Kinder zu erreichen.

Organisation und Verankerung von Case-Management im internationalen Vergleich

Im Bereich früher Prävention und Hilfe ist Case-Management in Deutschland bislang weder verbreitet noch gesetzlich oder in anderer Form fest verankert. Deutschland befindet sich dabei in guter Gesellschaft: In einer vergleichenden Studie zur Situation in verschiedenen europäischen Ländern stellte *Brummelkamp* (2005) fest, dass die engere Verzahnung früher Hilfen in vier von fünf untersuchten Ländern ein gewichtiges Thema in der Fachdiskussion darstellt.

Die Ausgangsvoraussetzungen für Case-Management sind in einigen anderen Ländern aber gleichwohl günstiger. Die gilt aus meiner Sicht etwa,

- wenn eine holistische Sicht kindlicher Entwicklung weithin akzeptiert ist, wie dies etwa für den „whole child“-Ansatz in Neuseeland zutrifft,
- wenn auf umfassende Assessment-Prozeduren zurückgegriffen werden kann, die verschiedene Bereiche kindlicher Entwicklung umfassen (zum Beispiel Gesundheit, Lernen, soziale Entwicklung), wie dies etwa im Konzept des „need assessment“ in Großbritannien verankert ist,
- wenn multiprofessionelle Teams mit Entscheidungskompetenzen für Fachkräfte aus verschiedenen Ausbildungsrichtungen fest etabliert sind, so wie dies etwa in den Child Protection Teams in Großbritannien der Fall ist,
- wenn eine etablierte Kultur der Zusammenarbeit besteht und politisch gefördert wird, wie dies etwa für die Niederlande zutrifft, und
- wenn eine qualitativ gute Versorgungsforschung betrieben wird, die uns zeigt, wie viele Kinder tatsächlich unter- oder fehlversorgt bleiben beziehungsweise an Schnittstellen verloren gehen. Eine solche Forschung, die sich etwa in England in der „Children supported and unsupported“-Studie beispielhaft findet, existiert in Deutschland bislang noch nicht.

Fest verankert ist Case-Management in Europa meines Wissens nach bislang vor allem im Bereich der Prävention von Behinderung.¹

¹ European Agency for Development in Special Needs Education 1998

Literatur

Brummelkamp G. (2005). Approaches towards children in risk. A cross-national analysis. Zoetermeer (NL): EIM Business & Policy Research,

Eckenrode J., Ganzel B., Olds D., Henderson C., Powers J., Cole R., Kitzman H. & Sidora K. (2000). Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation: The limiting effects of domestic violence. *Journal of the American Medical Association*, 284, 1385-1391.

European Agency for Development in Special Needs Education (1998). Early Intervention in Europe. Trends in 17 European Countries. Middelfart (DK): EADSNE.

Moxley D.P. (1989). The practice of case management. Newbury Park: Sage.

Munro E. (1999). Common Errors of Reasoning in Child Protection. *Child Abuse & Neglect*, 23, 745-758.

Puura K., Davis H., Papadopoulou K., Tsiantis J., Ispanovic-Radojkovic T.V., Rudic N., Tamminen T., Turunen M., Dragonas T., Paradisiotou A., Vizacou S., Roberts R., Cox A. & Day C. (2002). The European Early Promotion Project: A New Primary Health Care Service to Promote Children's Mental Health. *Infant Mental Health*, 23, 606-624.

St. Piere R., Layzer J.I., Goodson B. & Bernstein L. (1999). The Effectiveness of Comprehensive, Case Mangement Interventions: Evidence from the National Evaluation of the Comprehensive Child Development Program. *American Journal of Evaluation*, 20, 15-34.

Wendt W.R. (1997). Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

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.

Zierau J., Gonzáles-Campanini I.-M., Blume E., Mair G., Schöberle M. & Schöberle H. (2005). Aufsuchende Familienhilfe für junge Mütter – Netzwerk Familienhebammen. Ergebnisse einer Evaluation. Hannover: Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung an der Universität Hannover.

Sozialmedizinische Nachsorge

KARIN SCHWARTZENBERGER

Sozialarbeiterin und Casemanagerin, Kinderneurologisches Zentrum der Städtischen Kliniken Düsseldorf-Gerresheim

Familien mit chronisch kranken Kindern haben einen gesetzlichen Anspruch auf sozialmedizinische Nachsorge

Geschichte

Der Bunte Kreis in Augsburg hat vor mehr als 15 Jahren ein Konzept entwickelt, das Familien mit chronischen kranken Kindern bei allen anstehenden Problemen nach dem Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ unterstützt. Den betroffenen Familien wird ein so genannter Case-Manager, eine Art Lotse im Gesundheitswesen, als Hauptansprechpartner zur Seite gestellt. Je nach Fall ist dies entweder eine für die Nachsorge zusätzlich qualifizierte Kinderkrankenschwester, die den Eltern Kenntnisse in der häuslichen Pflege vermittelt, oder eine psycho-soziale Fachkraft mit umfangreicher sozialrechtlicher Kompetenz. Der Case-Manager entlastet die Familie und koordiniert alle notwendigen Betreuungsmaßnahmen.

Qualitätsverbund Bunter Kreis

Im Qualitätsverbund Bunter Kreis sind alle Nachsorgeeinrichtungen zusammengeschlossen, die nach den Kriterien des Bunten Kreises organisiert sind. Der Vorteil des Qualitätsverbundes ist, dass auf sozialpolitischer Ebene für alle Mitglieder konstruktive Verhandlungen mit den Krankenkassenverbänden geführt werden können. Zurzeit sind die finanziellen Vergütungen für die gesetzlich verankerte Nachsorgeleistung nicht ausreichend geregelt. Der von den Krankenkassen vorgeschlagene Stundensatz ist noch zu niedrig. Im Juli 2006 soll auf bundespolitischer Ebene ein weiteres Gespräch stattfinden.

Studien zur Nachsorge¹

Die Augsburger Nachsorgeforschung (ANF) hat zum Ziel, einen Standard für Nachsorgeinterventionen für schwer und chronisch kranke Kinder zu entwickeln, die die Kompetenz der Familien in der Krankheitsbewältigung stärken sollen. ANF umfasst drei Studien, von denen zwei bereits abgeschlossen sind:

QUIB – Qualität im Bunten Kreis:

Das QUIB-Projekt zur Erarbeitung von Qualitätsstandards für die Nachsorge lief von 2000 bis 2003 und fand seinen Abschluss in der Erarbeitung eines exemplarischen Qualitätsmanagement-Handbuchs.

Gesundheitsökonomische Studie:

Die wissenschaftliche Kosten-Nutzen-Analyse auf der Datenbasis des Bunten Kreises in Augsburg brachte 2003 ein für viele überraschendes Ergebnis: Versorgung mit

¹ Auszug aus dem beta-Institut, Augsburg

Nachsorge ist in den meisten Fällen kostengünstiger als ohne Nachsorge, weil die Liegezeiten in den Kliniken reduziert werden.

PRIMA-Studie:

Die PRIMA-Studie (Prospektive randomisierte Implementierung des Modellprojekts Augsburg) soll den Nachweis erbringen, dass die familienorientierte Nachsorge bei Müttern von Frühgeborenen und Risikogeborenen die Familienkompetenz verbessert. Gemessen wird dies an der Qualität der Mutter-Kind-Interaktion und der Familienbelastung.

INIP - Interdisziplinäre Nachsorge in der Pädiatrie:

Das Projekt INIP entwickelt als QUIB-Folgeprojekt ein Qualitätshandbuch für die Nachsorge sowie Ausbildungsstandards.

Der Zusammenschluss der bestehenden Nachsorgeeinrichtungen nach dem Modell des Bunten Kreises ist in **Abbildung 1** dargestellt:

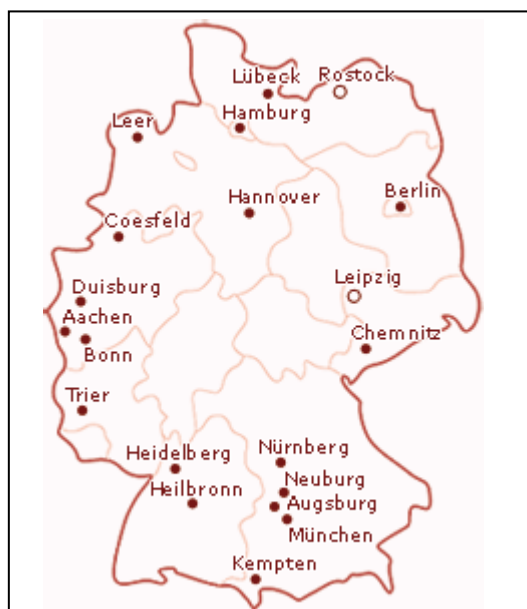


Abbildung 1

Schwerpunkte und Ziele der Nachsorge sind:

- Sicherung und Verbesserung des Behandlungserfolgs,
- Verkürzung, gegebenenfalls Vermeidung von stationären Aufenthalten,
- Förderung der individuellen Krankheitsbewältigung,
- Sicherung und Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität des Patienten und seiner Familie,
- Integration der Krankheit im Alltag.

Sozialmedizinische Nachsorge wird Gesetz

Die Spitzenverbände der Krankenkassen verabschieden zum 01.07.2005 die gesetzliche Grundlage im SGB V:

Rahmenvereinbarung § 43.2 SGB V

„(2) Die Krankenkasse kann aus medizinischen Gründen in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder stationäre Rehabilitation erforderliche sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erbringen oder fördern, wenn die Nachsorge wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern. Die Nachsorgemaßnahmen umfassen die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme. Angehörige und ständige Betreuungspersonen sind einzubeziehen, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist.“

Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen gemeinsam und einheitlich das Nähere zu den Voraussetzungen sowie zu Inhalt und Qualität der Nachsorgemaßnahmen.“

Empfehlungen § 132 c SGB V

(1) Die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen können mit geeigneten Personen oder Einrichtungen Verträge über die Erbringung sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen schließen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen legen gemeinsam und einheitlich in Empfehlungen die Anforderungen an die Leistungserbringer der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen fest.

Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen

- Analyse des Versorgungsbedarfs,
- Multiprofessionelle Fallkonferenz,
- Abstimmung der am Versorgungsprozess Beteiligten,
- Koordinierung der verordneten Leistungen,
- Anleitung und Motivierung der Eltern zur Inanspruchnahme,
- Komm- und Gehstruktur.

Leistungsumfang und Leistungsdauer:

- mindestens 6 sozial-medizinische Nachsorgeeinheiten (3 im häuslichen Umfeld),
- eine Einheit á 60 Minuten,

- + Fahrzeiten,
- maximal 20 Einheiten in 6-12 Wochen.

Verordnung durch:

- behandelnden Arzt im Krankenhaus,
- behandelnden Arzt der Reha-Einrichtung,
- behandelnden Vertragsarzt,
- Erstverordnung innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung,
- bis zu 6 Wochen nach Entlassung kann die Verordnung nachgereicht werden,
- Eltern unterschreiben den Vertrag.

Verordnung enthält:

- Diagnose (ICD),
- Art der Einzelleistung,
- Nachsorgemaßnahmen,
- Krankenkassengenehmigung innerhalb von vier Arbeitstagen.

ICD 10 Diagnosen:

- 14 Diagnosegruppen,
- Unterscheidung zwischen Krankheiten, bestimmten Zuständen, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben,
- angeborene Fehlbildungen,
- Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen.

Hochrisikokinder können nach Rücksprache mit dem Bunten Kreis integriert werden:

- Missbrauch von Personen (Vernachlässigung, körperlicher, sexueller und psychischer Missbrauch).

Anforderungen an die Nachsorgeeinrichtung

Die Nachsorgeeinrichtung arbeitet nach einem sozialmedizinischen Nachsorgekonzept, wie zum Beispiel dem Bunten Kreis.

Personelle Anforderungen

- Kinderkrankenschwestern/-pfleger,
- Dipl. Sozialarbeiter, Dipl. Sozialpädagoge, Dipl. Psychologe,
- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin.

Qualifikation der Teammitglieder

- Kenntnisse des Sozialleistungssystems,
- Kenntnisse des regionalen und kooperierenden Netzes an Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens,
- Kenntnisse des Case-Managements,
- Kenntnisse der Krankheitsauswirkungen,
- Kenntnisse und Erfahrungen in der verhaltensmedizinischen Betreuung von chronisch kranken und schwerstkranken Kindern.

Kooperation mit anderen Institutionen

- Eine sozialmedizinische Nachsorgeeinrichtung hat Kooperationsverträge mit den regionalen Krankenhäusern/Rehabilitationseinrichtungen,
- Regelung der Zusammenarbeit,
- Integration der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen in das Entlassmanagement.

Fallbeispiel: Anna

- Anna ist 5 Monate alt.
- Bereitschaftspflegestelle meldet das Kind an.
- Problemstellung: Kind lebt in Bereitschaftspflegefamilie, Pflegemutter berichtet über Unruhe, Angespanntsein, häufiges Schreien in Wartesituationen, bei Müdigkeit, beim Aufwachen, beim Baden. Man könne sie dann nur schwer beruhigen.
- Vorgeschichte Frau K.: 21-jährige Mutter mit Borderline-Symptomatik lebt mit dem Vater des Kindes seit 4 Jahren zusammen in einer Wohnung. Sie müsse sich um nichts kümmern, ihr Freund würde alles machen. Davor lebte sie seit ihrem 13. Lebensjahr im Heim und teilweise auch bei Pflegeeltern. Sie habe sich dann noch während der Schwangerschaft um einen Platz in einer Mutter-Kind-Einrichtung bemüht, um Unterstützung für den Umgang mit dem Kind zu bekommen.
- Beobachtungen der Mutter: Sie beklagt die Unfähigkeit der Pflegepersonen im Krankenhaus und im Heim, die ihr keine klaren Strategien im Umgang mit dem Kind vermittelt und sie immer kritisiert hätten. Dies habe sie sehr verunsichert. Die Mutter hätte sich diese Art von Beratung früher gewünscht.
- Sozialmedizinisches Setting:
 - Kinderneurologe untersucht das Kind,
 - Diagnose: Regulationsstörung bei psychosozialer Belastungssituation der Mutter (Unterbringung des Kindes am 13. Lebenstag),
 - Therapieempfehlung: Ergotherapie,
 - Case-Managerin nimmt Kontakt zur Mutter auf,
 - Hilfebedarf: keine Krankenversicherung.

- Verlauf:
 - 7 Ergotherapie Termine – altersgerechtes EA (Entwicklungsalter),
 - 50 Prozent in Anwesenheit der Mutter,
 - Kontaktaufnahme mit ambulanten psychiatrischen Beratungsstellen,
 - Helferkonferenz mit Jugendamts-Vertretern (BSD, Pflegestelle, Vormund des Kindes),
 - Koordination einer begleiteten Wohnform für Eltern und Kind,
 - Einbeziehung der Mutter in die Ergotherapie nur bedingt möglich, Freude der Mutter über die Fortschritte ihrer Tochter,
 - Anbindung an eine psychiatrische Beratungsstelle nicht möglich,
 - Interesse der Mutter an einer begleiteten Wohnform fand durch den Partner keine Unterstützung,
 - Übernahme der Verantwortung für Anna ohne ein intensives ambulantes Betreuungssetting nicht möglich,
 - Beendigung der Therapie.

Zusammenfassung

Das im SGB V verankerte Gesetz der Sozialmedizinischen Nachsorge ist eine Verbesserung in der psycho-sozialen Versorgung der Familien mit chronisch kranken Kindern. Alle Einrichtungen, die in diesem Bereich diagnostisch, therapeutisch und begleitend tätig sind, sollen intern prüfen, ob sie sich den Kriterien des Bunter Kreises im Bereich der Nachsorge-Arbeit anschließen wollen. Am Beispiel des Kinderkrankenhauses Wilhelmstift und der dort integrierten Nachsorgeeinrichtung „See you“¹ wird deutlich, dass die Verordnung von Nachsorgeeinheiten in Einzelfällen auch ohne verbindliche Vertragsbindung möglich ist.

Sobald der Qualitätsverbund Bunter Kreis eine für alle organisierten Nachsorgeeinrichtungen finanziell gesicherte Vertragsgrundlage geschaffen hat, wird die Etablierung dieser neuen Krankenkassenleistung automatisch leichter erfolgen.

Die Integration der Hochrisikokinder in das Nachsorgeangebot sollte auf jeden Fall versucht werden.

**Lernen ist wie Rudern gegen den Strom:
Sobald man aufhört, treibt man zurück.
(Benjamin Britten)**

¹ www.nachsorge-hamburg.de

Links:

www.beta-institut.de, darin als PDF-Dateien zum Download:

Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen

Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen

Verordnungsbogen für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen

Dokumentationsbogen für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen

Anforderungen für die Anerkennung als Leistungserbringer

1. Augsburger Nachsorgesymposium 1999

2. Augsburger Nachsorgesymposium 2001

3. Augsburger Nachsorgesymposium 2003

4. Augsburger Nachsorgesymposium 2005

5. Augsburger Nachsorgesymposium ist am 30. Juni 2007 geplant.

www.nachsorge-hamburg.de

Kontakte:

Qualitätsverbund Bunter Kreis Deutschland

Andreas Podeswik, Jacqueline Gräubig

c/o beta Institut

Gemeinnütziges Institut für angewandtes Gesundheitsmanagement

Kobelweg 95

86156 Augsburg

Tel.: 0821/45054 - 0

E-Mail: info@beta-institut.de

Kontakt zur ANF-Studienleitung

Dr. Friedrich Porz

Telefon 0821/400-3382

E-Mail friedrich.porz@beta-institut.de

Dynamik und „Fallen“ in Familien mit Vernachlässigungsproblemen

DR. EBERHARD MOTZKAU

Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Leiter der Ärztlichen Kinderschutzambulanz am Evangelischen Krankenhaus Düsseldorf

Die Kinderschutzambulanz am Evangelischen Krankenhaus Düsseldorf existiert seit 18 Jahren und ich selbst arbeite seit 13 Jahren dort. Wir haben viel mit Familien zu tun, die mit Vernachlässigung, mit wenig Bindungsangeboten, mit wenig Bildung zurechtkommen.

Wenn ich Ihnen zeige, welche Dynamiken, Fallen und Schwierigkeiten wir kennen lernen, dann versuche ich mich auf diesen Teil zu konzentrieren, denn darüber wird am meisten diskutiert. Wenn die Diskussion zu Lösungen führt, verstehen wir auch über uns etwas, wenn sie nicht gelingt, heißt es, „die Familien taugen nicht für unsere Hilfe“.

Folgende, an der Mannheimer Längsschnittstudie von *Laucht et.al.* orientierte, **Hochrisikofaktoren für die kindliche Entwicklung** berücksichtigen wir, wenn es um frühe Intervention und Hilfe geht:

- Psychische/psychiatrische Erkrankung von Mutter und/oder Vater (zum Beispiel chronische Depression der Mutter, Drogen-/Alkoholabusus, starkes Rauchen in der Schwangerschaft, > 20 Zigaretten),
- Unerwünschte Schwangerschaft,
- Junge Mütter < 20 Jahre,
- Niedriges Bildungsniveau, kein Schulabschluss,
- Alleinerziehende Mutter,
- Broken home/Misshandlungserfahrung der Eltern,
- Häufung von Risikofaktoren.

Das sind die häufigsten Probleme, mit denen die meist jungen Eltern zu kämpfen haben. Wir sehen nicht nur Eltern, die ihr erstes Kind oder als Jugendliche ihr Kind bekommen, sondern wir sehen auch Mütter, die mit 24 Jahren ihr fünftes Kind bekommen haben und in der Regel von verschiedenen Vätern. Das heißt, die Voraussetzung für eine gelingende Eltern-Kind-Interaktion, für ein gelingendes Familienleben und eine gelingende Säuglingsentwicklung sind in vielen dieser Familien denkbar schlecht.

Wenn man analysiert, warum es so häufig schief geht, stellt man fest, es gibt Probleme, die sich überschneiden. Diese Probleme bestehen vor allem in Bruchstellen, in Nahtstellen und möglicherweise in Konkurrenzen (**Abbildung 1**), insbesondere dort, wo es um Hierarchien geht und um die Frage, wer weiß etwas besser beziehungsweise glaubt, etwas besser zu wissen.

Problemüberschneidungen

Bruchstellen/Nahtstellen/Konkurrenz?

▪ **Helfersystem**

- Klinik – Niedergelassene,
- Medizin – Jugendhilfe,
- Jugendamt – Jugendhilfeträger,
- Helfer untereinander.

▪ **Familiensystem**

- Diskontinuität, Ambivalenz,
- Spaltung,
- Konkurrenz, Misstrauen.

Abbildung 1

© Dr. Eberhard Motzkau

Die Nahtstellen im Helfersystem kennen Sie. Die Familien werden gelegentlich von fünf oder mehr Institutionen „umzingelt“. Die meisten dieser Helferinstitutionen kommunizieren nicht miteinander und die Hilfen werden nicht koordiniert. Das wäre eine Aufgabe von Case-Management.

Im Familiensystem stellen wir fest, dass der Familien- und Beziehungsalltag, die Beziehungsrichtungen und -vorzeichen nicht kontinuierlich gestaltet, sondern ambivalent sind und dass die Kinder gerade in diesen Familien besonders häufig nicht wissen, ob sie getröstet und ihnen geholfen wird, wenn sie weinen, oder ob ihre Eltern sie dafür ausschimpfen. Das ist das Problem von Ambivalenz und Unvorhersehbarkeit. Wir kennen auch das Problem von Spaltung. Der eine findet alles richtig, der andere lehnt alles ab. Der eine darf etwas wissen, was der andere nicht wissen darf. Das tritt besonders häufig in Missbrauchs- und Misshandlungsfamilien auf. Die Außenwelt darf nicht erfahren, was in der Familie passiert. Innerhalb der Familie gibt es ebenfalls das Phänomen der Konkurrenz und des Misstrauens. Wer ist der bessere Elternteil? Wer sind die besseren Eltern: die Eltern selbst oder vielleicht die Großeltern?

Wenn Sie sich die beiden Systeme Familie und Helfer nebeneinander ansehen, merken Sie, viele dieser Probleme gleichen sich. Daher ist es wichtig, dass wir unser Helfersystem besonders daraufhin betrachten, ob wir für die Dynamik, die in den Familien schon problematisch ist, auch selbst anfällig sind. Und das sind wir!

An einem Beispiel möchte ich eine solche Familiendynamik über drei Generationen darstellen (**Abbildung 2**). Die Darstellung ist sehr einseitig und polarisiert, aber daran wird vieles deutlich.

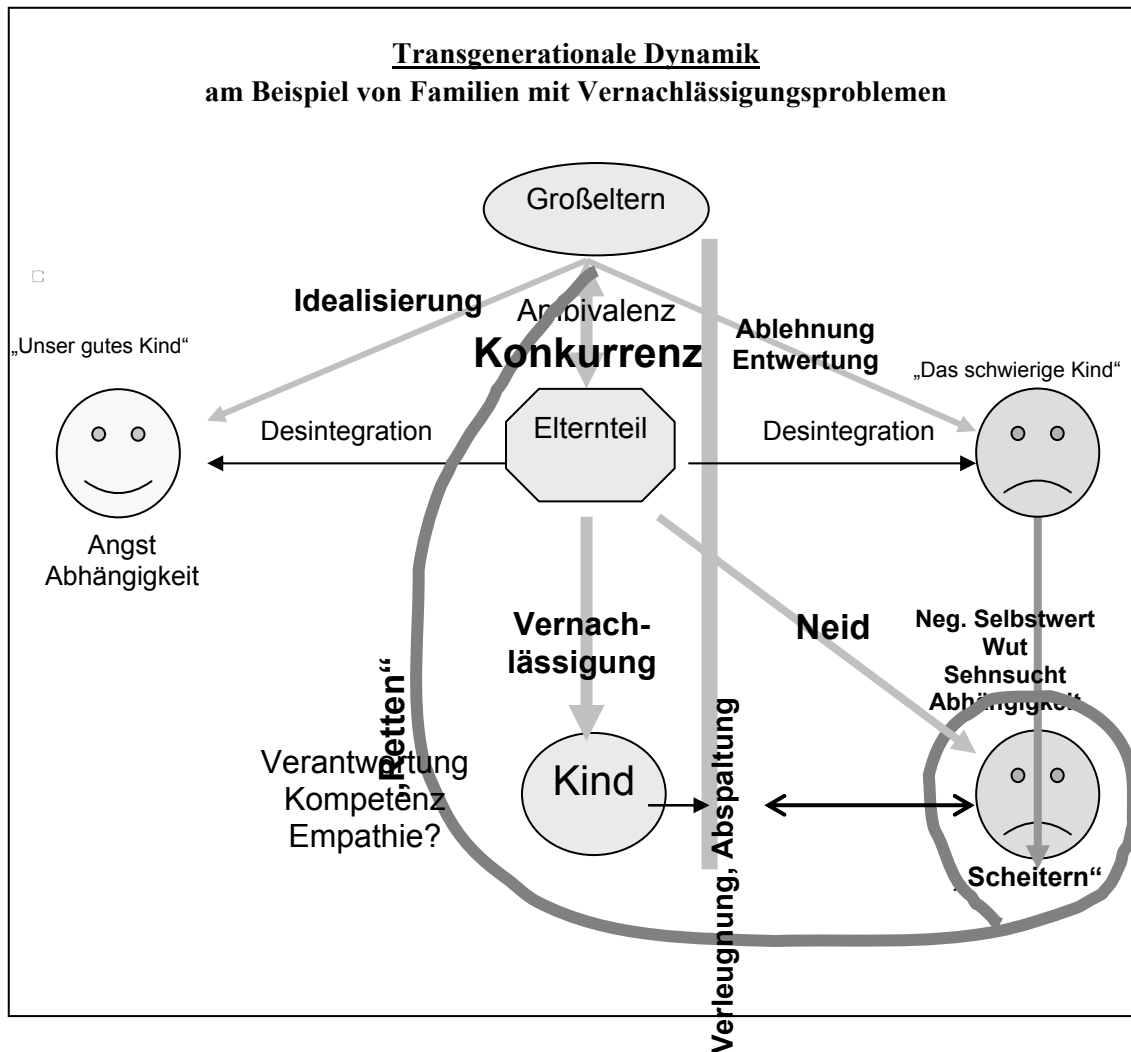


Abbildung 2

© Dr. Eberhard Motzkau

Die Großeltern haben ein Kind, das später ein Elternteil wird. Das Problem hier heißt Ambivalenz. Sie wollen das Kind, sie wollen es aber auch nicht. Sie finden es gut, finden es aber auch nicht gut. Sie wollen aber auch nicht darüber nachdenken, ob Schwierigkeiten des Kindes etwas mit ihnen selbst zu tun haben und ob sie in ihrer Erziehungshaltung etwas verändern könnten, sondern sie lösen es mit einer Entwicklung, die wir Desintegration nennen. Es gibt einen Anteil des Kindes (später Eltern), mit dem sich die Eltern (später Großeltern) identifizieren und von dem sie sagen: „Das ist unser gutes Kind“. Dieser Anteil wird idealisiert und fällt in der Regel nicht auf das Kind selbst zurück, sondern ist ein Verdienst, sind die Gene oder ist das Vorbild der Eltern oder eines Elternteils, dass das Kind in bestimmten Dingen „so gut“ ist.

Es gibt eine andere Seite des Kindes, des späteren Elternteils. Es ist „ein schwieriges Kind“, nicht „unser schwieriges Kind“. Es werden Gründe dafür gesucht, die nicht in der Familie liegen. Die schwierigen Seiten werden gesehen und weggeschoben, gleichzeitig abgelehnt und entwertet. „Andere“ sind dafür verantwortlich, dass das Kind schwierig ist: der Kindergarten, die Schule oder die Umgebung. Es wird eine Mauer aus Verleumdung und Abspaltung errichtet, hinter der sich die Familie verbarrikadiert. Mit

diesem Teil will und kann die Familie nicht umgehen. Die guten Seiten des Kindes verhelfen aber nicht dazu, dass dieses Kind besonders stolz ist, auch in den guten Momenten nicht. Ein idealisiertes Kind wird ängstlich, ob es in der Lage sei, diesen Erwartungen zu entsprechen, und wird abhängig von der meist nicht nachvollziehbaren Anerkennung der Eltern. Die abgelehnte Seite des Kindes entwickelt sehr viel Wut und ein negatives Selbstwertgefühl und gleichzeitig sehr viel Sehnsucht nach Zuwendung und Anerkennung, daher auch wieder Abhängigkeit. Das sind Kinder, die selbst im Erwachsenenalter noch immer darauf warten, irgendwann einmal die Anerkennung ihrer Eltern zu bekommen, die sich davon nicht lösen können und versuchen, ihren Eltern treu zu bleiben. In dieser Treue merken sie nicht, wie viel selbsterfüllende Prophezeiungen der eigenen Eltern sie ausüben, indem sie nämlich weiterhin schwierig bleiben.

Sie bekommen ein Kind und sie werden für dieses Kind nicht gut sorgen – hier plakativ Vernachlässigung genannt –, weil sie nicht alle ihre Persönlichkeitsanteile kennen, sondern weil sie die positiven Seiten kennen, diese aber mit sehr viel Ängstlichkeit bedenken und nicht wissen, ob sie das wirklich an ihr Kind weitergeben können oder ob sie mit ihren Kindern so scheitern werden, wie sie selbst als gescheitert bezeichnet werden. Die Eltern sagen in der Regel zu ihrem Jungen: „Du wirst einmal in der Gosse landen.“ oder zu ihrer Tochter: „Wenn du dich spät noch herumtreibst, komm uns bloß nicht mit einem Kind!“ Die Eltern sprechen schon sehr früh unter unterschiedlichen Vorzeichen Prophezeiungen aus, die die Kinder in der Regel auch erfüllen, ohne es zu wissen und ohne es zu wollen, und diese auf ihre Kinder projizieren.

Dass die Elternteile mit ihren Kindern nicht zurechtkommen, wissen die Großeltern schon lange im Voraus. Nun kommt es dazu, dass die Erziehung und die Entwicklung der Kinder tatsächlich nicht positiv verlaufen. Die Elternteile werden das nicht gut wahrhaben können und die Abspaltungsdynamik vollzieht sich weiter in der nächsten Generation. Die Großeltern sehen die Situation ganz anders und von oben, wie ihre Kinder, die nicht mehr „ihre Kinder“ sind, sondern nur noch die „schwierigen Kinder“, mit den Enkelkindern nicht zurechtkommen. Sie sagen dann: „Das wussten wir schon, als du 15 Jahre alt warst: Wenn du ein Kind bekommst, wird das nicht klappen.“ Sie warten auf das Kommando, auf das sie anfangen können, ihre Enkelkinder vor ihren eigenen Kindern zu „retten“. Dass sie mit diesem Scheitern etwas zu tun haben, das wissen diese Großeltern nicht oder wollen es nicht hören. Auf einmal entwickeln die Großeltern, die als Eltern für eine gesunde und integrative Entwicklung ihres Kindes nicht sehr hilfreich sein konnten, Fähigkeiten zur Verantwortungsübernahme und Erziehungskompetenz, sie sind emphatisch für die Bedürfnisse ihrer Enkelkinder. Die Eltern sehen Zuwendungsleistungen und auch materielle Leistungen an sich vorbei gehen an ihre Kinder, dass sie sich fragen, warum sie das nie bekommen haben. Und schon passiert etwas, das der weiteren Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung abträglich ist, nämlich dass die Eltern auf ihre eigenen Kinder neidisch werden, weil diese von den Großeltern verwöhnt werden. Viele Eltern kappen daraufhin die Verbindung. Sie sind nicht in der Lage, sich darüber zu freuen, dass ihre Eltern den Kindern etwas bieten können, was sie selbst ihren Kindern nicht bieten können. Da entsteht Neid und eine sehr große Konkurrenz.

Wenn Sie sich das Ergebnis solcher Familiensysteme ansehen (**Abbildung 3**), beobachtet man häufig, dass die Großeltern ihre Enkelkinder aufnehmen, mit ihren eigenen Kin-

den, den jetzigen Elternteilen, nicht gebrochen haben, die immer wieder ihre Eltern um Hilfe bitten und ihre Kinder zu ihnen bringen. So werden Eltern und Kinder wie Geschwister auf einer Ebene liegen. Wenn man sich mit den Eltern unterhält, sagen diese das auch: „Mein Kind ist so missraten, weil seine Großeltern es so verwöhnen und nun hat es keinen Respekt mehr vor mir und spricht mit mir wie mit seinesgleichen.“ Sie können nicht wissen, wie genau sie die Wahrheit sprechen. Die Eltern lassen es zu, dass die Großeltern sie mit ihren Kindern auf eine Stufe stellen. Das kann natürlich nicht gut gehen. Die Eltern müssen weiter das „böse Kind“ spielen, sind „die Dummen“ und die Großmutter muss das Enkelkind betreuen. Das funktioniert nur, wenn die Abspaltung erhalten bleibt und die Eltern in der gescheiterten Rolle bleiben. Sonst würden die Eltern ja ihre Eltern fragen: Was habt ihr eigentlich für mich getan?“ Die Großeltern übernehmen die Verantwortung für ihre Enkelkinder, als wären es die eigenen und endlich „gelungenen“ Kinder.

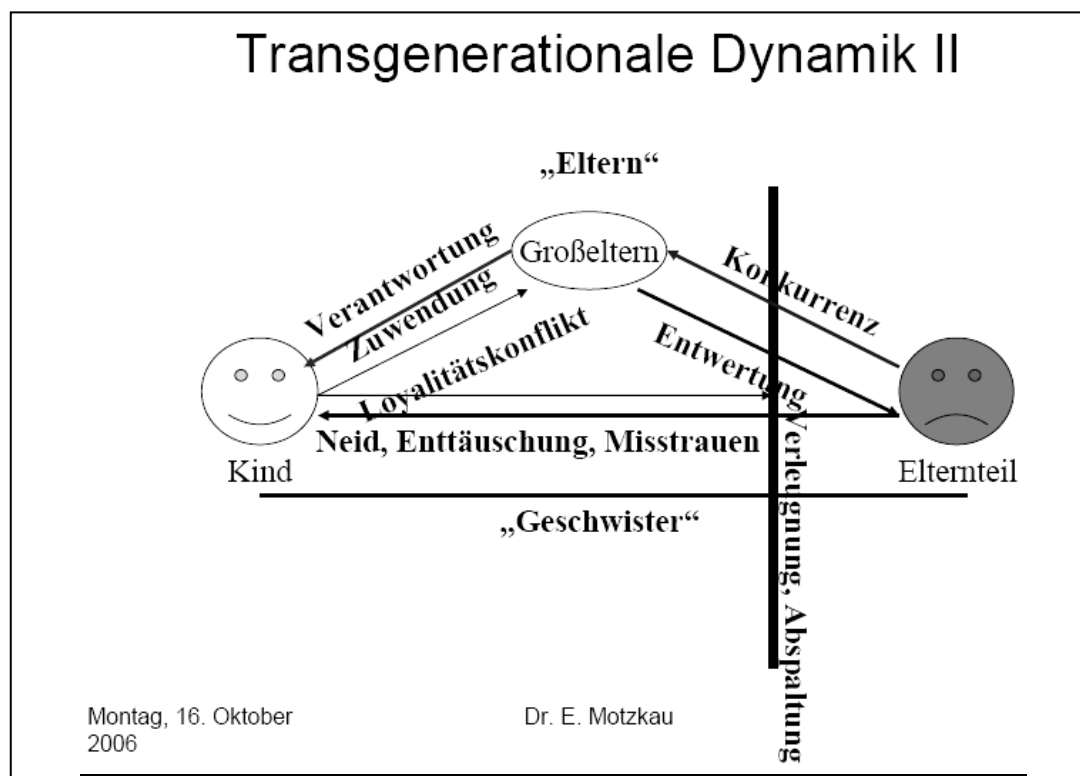


Abbildung 3

© Dr. Eberhard Motzkau

Zwischen den Eltern und den Kindern ist eine ausgesprochen ungute Atmosphäre von Neid, Misstrauen und Enttäuschung von Seiten der Eltern entstanden. Die Kinder werden als „Verräter“ angesehen, weil sie möglicherweise die Großeltern lieber haben. Wir hatten beispielsweise einen neunjährigen Jungen in unserer Kinderschutzambulanz, dessen Mutter ihn auf dem Weg zu uns mit den Worten allein stehen gelassen hatte: „Wenn du die Oma lieber hast als mich, dann geh doch gleich zur ihr.“ Der Junge stand nun völlig verwirrt da und hatte glücklicherweise den Weg zu uns gefunden.

Die Entwertung und Konkurrenz zwischen Eltern und Großeltern bleibt bestehen und die Kinder befinden sich in einem Loyalitätskonflikt, weil sie die Mama zwar lieb ha-

ben, aber die Mama doch bitte verstehen soll, dass bei der Oma eine Katze oder ein Hund oder die Hasen wohnen, die das Kind auch so gern hat, oder dass die Großeltern wirklich viel mit dem Kind unternehmen. Aus diesem Loyalitätskonflikt sind Kinder sehr schwer herauszulösen, wenn man die Gesamtstruktur nicht verändert.

Wenn man das theoretischer auf die einzelnen Problembereiche fasst (**Abbildung 4**), haben die Eltern in diesen Familien in aller Regel ein geringes Selbstwertgefühl, haben die Eltern ein desintegratives Grundkonzept von Menschen und von Beziehungen: „Entweder hältst du zu mir oder du bist mein Feind. Entweder du bist ein liebes Kind oder du bist ein böses Kind. Beides geht nicht. Entweder du magst den Papa oder du meidest ihn.“ Es gibt überhaupt keine Zwischentöne.

Mögliche Problembereiche in Familien mit Vernachlässigung

- Geringes Selbstwertgefühl,
- Desintegratives Grundkonzept (gut/böse),
- Wenig Stress-/Konfliktkompetenz
- Instabiles Familiensystem/Realitätskonzept,
- Funktionalisierung von Beziehungen, Rollenumkehr,
- Vermeiden von Verantwortung, wenig Empathie,
- Abspaltung + Verleugnung (Projektiver Umgang mit Konflikten und belastenden Gefühlen)
 - Misstrauen, Loyalität versus Verrat, Neid, Konkurrenz, Ablehnung, Entwertung, Pessimismus, Ohnmacht, Enttäuschung, Sehnsucht, Verstrickung (Liebe ⇔ Idealisierung, Kritik ⇔ Ablehnung), Wut

Abbildung 4

© Dr. Eberhard Motzkau

Es gibt keine oder wenig Kompetenz, mit Konflikten umzugehen. Es gibt auch keine Erfahrungen, dass Konflikte gelöst werden können und dass Streit wieder in eine gute Beziehung umgewandelt wird. Lieb ist lieb und feindlich bleibt feindlich. Beides geht nicht miteinander.

Es sind in der Regel instabile Familiensysteme, das ist immer wieder zu berücksichtigen. Es ist auch ein instabiles Realitätskonzept. Wenn Kinder mit einer guten Note aus der Schule kommen, sind es gute Kinder und die Realität, dass sie gestern noch eine schlechte Nachricht vom Lehrer mitbrachten, dass die Kinder zum Beispiel andere verprügelt hätten oder ihre Turnschuhe häufig vergessen, ist dann nicht mehr wahr.

Beziehungen werden funktionalisiert: „Wenn du mich lieb hast, gehst du jetzt brav ins Bett.“ oder „Wenn du jetzt schreist und mich ärgerst, magst du mich wohl nicht mehr.“ oder „Sag deiner Oma, sie soll mir auch mal Geld schicken und nicht immer nur dich verwöhnen.“ Da wird Beziehung nicht als Wert für sich gesehen, sondern wird mit einer Funktion verbunden. Sie kennen das auch, dass Kinder zumindest psychisch für ihre Eltern sorgen. Das tun schon sehr kleine Kinder, selbst Säuglinge, indem sie ihre depressiven Mütter immer wieder durch Schreien in Bewegung halten. Sie machen die

Erfahrung, nicht vorhanden zu sein, wenn sie sich nicht durch Schreien bemerkbar machen. Verantwortung wird als etwas Unbequemes, Beängstigendes von den Eltern vermieden. In diesen Familien gibt es in der Regel wenig Empathie, also die Fähigkeit, sich in die Gefühlswelt von anderen hineinzusetzen.

Die Abspaltung und Verleugnung ist ein großes Problem. Wenn wir den Eltern sagen, dass wir annehmen, sie kämen mit ihrem Kind nicht mehr zurecht, wird das in der Regel als Angriff aufgefasst und verleugnet. Wenn ein Kind untergewichtig ist, liegt es nach Meinung der Eltern daran, dass die Kinderschwester die falsche Nahrungsempfehlung gegeben hat. Solche Dinge für sich zu nehmen und zu schauen, was kann ich als Mutter/Vater besser machen, macht einfach Angst und wird daher vermieden. Zu dieser Abspaltung und Verleugnung gehören Gefühle wie Misstrauen und Loyalität, Angst vor Verrat, Neid usw. Dieses Prinzip, dass Liebe gleich in Idealisierung umschlägt oder umgekehrt Idealisierung als Liebe und Kritik sofort als Ablehnung und Abwertung verstanden wird, ist das Problem, mit dem wir am meisten zu tun haben, wenn wir mit diesen Familien arbeiten.

Helferdynamik

Wir merken die Ohnmacht und die Hilflosigkeit, die Resignation und Hoffnungslosigkeit, die Gleichgültigkeit, die sich in diesen Familien ausbreitet. Wir merken Ablehnung, Lästigkeit, Unlust, Mutlosigkeit, etwas zu tun, Verpflichtungen aufzunehmen, Vereinbarungen einzuhalten. Bei manchen, gerade jugendlichen Müttern merken wir körperliche Abneigung, Ekel gegen die Säuglinge. In den Familien existiert unglaublich viel Wut über Enttäuschungen, Verrat, Misstrauen usw.

Alle diese Gefühle nehmen wir Helfer auf, ob wir es wollen oder nicht. Sobald wir mit diesen Gefühlen in Kontakt kommen, haben wir sie. Wir als Personen entwickeln unsere Reaktionen darauf, das kann man Gegenübertragung nennen. Wer sehr erfahren und ruhig ist, kann wahrscheinlich mit Ohnmacht, Hilflosigkeit mit Resignation gut umgehen. Wer nicht so viel Erfahrung damit hat, aber glaubt, er müsse die Effektivität der Einrichtung beweisen, der wird in Aktionismus verfallen oder andere, wenig hilfreiche Gefühle darauf entwickeln. Mit Wut umzugehen, ist ausgesprochen schwierig, wenn der Prozess lange dauert und man ständig kritisiert wird, wenn eine Mutter sich beklagt, dass niemand ihr richtig hilft und sie richtig berät.

Das ist unsere individuelle Gegenübertragung. Es gibt aber auch noch eine institutionelle Gegenübertragung. Wenn ich ein Anbieter von Jugendhilfeleistungen bin, kann ich es mir dann leisten, mit Ohnmacht, Hilflosigkeit und Resignation umzugehen und mir einzugestehen, dass ich nach vier Wochen oder vier Monaten des Arbeitens mit der Familie noch nichts bewirkt habe? Das Problem ist, wie man mit einem solchen Ausmaß von Hoffnungslosigkeit umgeht. Muss ich dem Kostenträger, dem Jugendamt nun irgendwelche Erfolge vorweisen? Das sind Beispiele für institutionelle Gegenübertragungen.

Wer mit solchen Familien arbeitet, wird die **Fallen für die Helfersysteme** kennen:

- Konkurrenz, Machtkampf, gegenseitige Entwertung,
- Rationalisieren, „Belehren statt Beziehung“,

- Isolierung, Tabuisierung,
- Unklarheit, Strukturlosigkeit,
- Ressourcenverkennung/ -verleugnung,
- Vergessen, Lähmung, Abschieben,
- Überfordern mit Anforderung + Verantwortung,
- Überfordern mit Überversorgung,
- „Umzingeln“ mit Hilfen,
- Nicht-Wahrnehmen.

In der Isolierung liegt eine große Gefahr des Scheiterns. Ich habe mit einer Familie zu tun und lasse nun keinen anderen heran. Ich muss/will es allein bewältigen. Damit scheitert nicht nur ich, sondern auch die Familie, die ja mit dieser Strategie schon bisher gescheitert ist.

Wenn ich den Auftrag bekomme, dreißig Stunden in der Woche mit einer Familie zu arbeiten, glaube ich, sehr viel tun zu müssen, und übersehe dabei das, was ich nicht selbst tun muss, also die Ressourcen der Familie. Man gerät auch leicht in die Situation, Fälle zu vergessen. Wenn die Familie einen Termin nicht wahrgenommen hat, erledigt man in der Zeit etwas anderes und vergisst, einen neuen Termin zu vereinbaren. Das passiert mit diesen Familien häufig, weil der Wert von Individualität und von Kontakt dort nicht gespürt und signalisiert wird. Das passiert gerade an den Nahtstellen von Übergabe von Klinik zum Kinderarzt oder von Kinderarzt zur Heilpädagogin oder von Jugendamt zum Jugendhilfeträger. Es werden Termine vereinbart und man meint, alles wäre erledigt. Auf diese Art und Weise haben wir in der Kinderschutzambulanz in Düsseldorf ein neunjähriges Mädchen kennen gelernt, das noch keinen einzigen Tag eine Schule von innen gesehen hat. Das kann man sich in unserem preußisch verwalteten Staat gar nicht vorstellen. Das hat etwas mit Lähmung und Vergessen zu tun.

Genauso gut kann man sich überfordern und zu viel wollen. Man kann auch die Familien mit Überversorgung überfordern. Das ist früher häufig passiert, heute seltener. Das Nicht-Wahrnehmen von unscheinbaren Problemen oder auch Personen in der Familie ist ebenfalls eine Falle, die für den Erfolg bei der Arbeit mit der Familie hinderlich ist.

Diese Fallen und die Hindernisse bei der Kooperation mit den Familien (**Abbildung 5**) sollten uns alle davon überzeugen, dass Case-Management ausgesprochen wichtig ist, weil das, was wir den Familien anbieten, nicht automatisch so sehr gern gesehen wird. Wenn wir sagen, sie kämen nicht zurecht, wird die Problembeschreibung recht schnell zu einer Entwertung. Oder die Eltern sind misstrauisch, ob die angebotene Hilfe nicht letztendlich doch dazu führen wird, dass ihnen die Kinder weggenommen werden.

Eltern haben Fähigkeiten, die sie nicht immer verfügbar haben. Auch Kinder haben Fähigkeiten, die sehr wechselhaft sind. Ich muss damit rechnen, dass zum Beispiel eine Säuglingsversorgung von den Eltern gut bewältigt wird, aber die Autonomieentwicklung des inzwischen eineinhalb-jährigen Kindes überhaupt nicht mehr gut ausgehalten wird. Das sind die Familien, bei denen die Kinder im Abstand von einem oder einem und einem Viertel Jahr zu uns kommen, weil die Mütter mit dem wachsenden Kind

nicht mehr zurechtkommen und schnell das Bedürfnis nach einem neuen Säugling entwickeln.

Kooperationshindernisse mit Familien bei früher Intervention und Hilfe

- Problembeschreibung → Entwertung
- Misstrauen: Hilfe → feindliche Machtausübung
- Inkonstanz in Kompetenz und Verantwortung
- Identifikation mit negativen Anteilen → Kritik und projektive Schuldvorwürfe
- Angst vor Stetigkeit in Beziehungen
- Gefahr des Abbruchs → zentrale Verantwortung
- Balance von Hilfe und Kontrolle
- Balance Hilfe für Eltern und Kindeswohl

Abbildung 5

© Dr. Eberhard Motzkau

Es gibt die Gefahr, dass die Eltern sich nur mit den negativen Anteilen, so wie sie es aus ihren Familien gewohnt sind, identifizieren. Wenn wir bestimmte Dinge als Arbeitsfeld benennen, hören sie, dass sie diese Dinge eben nicht können. Sie verstehen das sofort als Kritik und entwickeln sehr schnell eine Hypothese, warum andere daran schuld sind, dass das gerade nicht funktioniert. Wenn wir nicht aufpassen, sind wir schnell in Rechtfertigungs- und Rechthaberstreitigkeiten.

Die Angst vor Stetigkeit in Beziehungen bekommen die Kinder mit der Muttermilch eingegeben. Das müssen wir berücksichtigen. Wenn wir diesen Familien zu eng, zu konstant und zu beziehungsorientiert begegnen, kann es durchaus dazu führen, dass diese sich zurückziehen. Wir müssen die Nähe und die Stetigkeit dosieren. Der Kontakt muss langsam wachsen.

Das alles führt dazu, dass diese Familien die Hilfen häufig abbrechen, viel häufiger als beispielsweise Familien mit körperlich kranken Kindern oder Familien mit Schuldenproblemen. Abbruch heißt nicht sofortiger Untergang der Familie, aber Abbruch und vorherige Entwertung oder Abbruch und Vergessen können Untergang bedeuten. Da diese Probleme häufig zusammenkommen, ist es besonders wichtig, dass es eine zentrale Verantwortung gibt, die den Faden der Familie stetig weiterverfolgt und danach schaut, wie die Hilfe funktioniert, wie sie wirkt, die die Rückmeldung von den eingeschalteten Helferinstitutionen bekommt und die dafür sorgt, dass die Balance zwischen Hilfe und Kontrolle immer präsent ist. Diese Menschen zu kontrollieren, heißt, auch für sie zu sorgen und sie zu entlasten. Case-Management ist gerade für diese Familien besonders wichtig.

Unsere Erfahrung ist, je geringer die Bereitschaft oder die Fähigkeit zur Verantwortungsübernahme ist, umso größer muss die Machtoption der Helfenden oder der Case-Manager sein. Machtoption heißt, notfalls Anträge zu stellen, sich an das Jugendamt wenden oder auch, das Jugendamt mit seiner Wächterfunktion zu sein. Die Balance zwischen Hilfe und Kontrolle ist wichtig.

„Löcher“ im (Kooperations-)System schließen, aber wie? Berichte aus den Arbeitsgruppen

Bericht aus der Arbeitsgruppe 1: Von Kindeswohlgefährdungen und schwierigen Familien erfahren? Vorsorgeuntersuchungen (U1 bis U9) als ein Zugangsweg hierzu?

GEORG KOHAUPT

*Familienberater, Kinderschutz-Zentrum Berlin; Vorstandsmitglied der
Bundesarbeitsgemeinschaft Die Kinderschutzzentren*

In der Arbeitsgruppe entwickelte sich eine lebendige und kontroverse Diskussion, in der neben der Vorsorgeuntersuchung auch die erweiterten Fragen im Mittelpunkt standen: wie können Risiken früh erkannt werden und wie kann ein helfender Kontakt zu Familien (möglichst früh) entstehen? Durch das Miteinander von Menschen aus der Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen wurden Unterschiede im Kategoriensystem und in der Herangehensweise zwischen beiden Berufsgruppen fassbar und lebendig. Einander zuzuhören und sich mit „der Welt“ der anderen vertraut zu machen, war ein wichtiges Erlebnis der Arbeitsgruppe.

Zur Vorsorgeuntersuchung gab es unterschiedliche Haltungen. Zunächst wurde der Begriff problematisiert, da es im Kern nicht um Vorsorge, sondern um Früherkennung gehe.

Haltungen zur Verpflichtung:

- Verpflichtung ist notwendig, um die Kinder zu entdecken, die geschädigt werden und durch den Rost fallen, Kindeswohl vor Elternrecht, Kinder haben ein Recht auf Gesundheit und Vorsorge.
- Haltungen bei der Vorsorgeuntersuchung: Misstrauen in das Tun der Eltern (Ich will ja die Kinder identifizieren, die ohne die verpflichtende Untersuchung unentdeckt blieben) oder vertrauliches Zusammenwirken zum Wohle des Kindes? Steht im Mittelpunkt die gemeinsame Sorge um die Entwicklung und die Gesundheit des Kindes oder das Entdecken von Misshandlung und Vernachlässigung. Welche Rückwirkungen könnte eine Zwangsbeziehung (erzwungene Untersuchung) auf das Vertrauensverhältnis zwischen Eltern und Kinderärzten haben? Und welche Wirkungen hat die öffentliche Debatte über Vorsorgeuntersuchungen zwecks Erkenntnis von Kindeswohlgefährdung?
- Rechtsprobleme: Begründet werden könnte der Eingriff ins Elternrecht mit dem § 1666 BGB (Kindeswohlgefährdung). Das Versäumen der Untersuchung allein ist kein rechtlich ausreichender Anhaltspunkt für Kindeswohlgefährdung (nach Ansicht der meisten Juristen), und rechtfertigt daher keine Zwangsuntersuchung gegen den Willen der Eltern. Vielleicht wäre eine rechtliche Grundlage möglich, wenn ein Recht des Kindes auf Gesundheitsförderung und Prävention ähnlich wie dem Recht auf gewaltfreie Erziehung im BGB (§ 1631) verankert wäre (in Anleh-

nung an das in der UN-Kinderrechtskonvention postulierte Kinderrecht auf Gesundheit). Diese rechtliche Grundlage hätte den Charme, dass nicht alle Eltern unter Generalverdacht „Kindesmisshandlung“ gestellt werden. Stattdessen steht die Sorge um die Gesundheit und Entwicklung des Kindes im Mittelpunkt. Ob diese oder eine andere rechtliche Begründung praktikabel ist, konnte in der Arbeitsgruppe nicht erörtert werden.

- Inhalt der Vorsorgeuntersuchung:

1. Herr Dr. Kahl, mit dem zusammen ich diese Arbeitsgruppe geleitet habe, ist Mitglied einer Arbeitsgruppe, in der Krankenkassen und Ärzte zusammensitzen, um in einem sehr langwierigen Prozess den Inhalt, den Umfang und die Zeitabstände der Vorsorgeuntersuchung neu zu verhandeln. Das wird jedoch noch einige Jahre in Anspruch nehmen. Aus kinderärztlicher Sicht soll zum Wohle der Kinder vor allem eine Verbesserung der sozialpädiatrischen Diagnostik der Kinder stattfinden. Dr. Kahl möchte gern ein Gefährdungsscreening und einen Test über Bindungsstörungen in der Vorsorgeuntersuchung unterbringen. Es soll außerdem mehr Zeit zur Verfügung stehen und auch der Rhythmus soll enger gefasst werden. Er plädierte auch für eine Trennung der Untersuchung und des Elterngesprächs, das notwendig wird, wenn man Probleme feststellt und Sorge um das Wohl eines Kindes entsteht.
2. Das Erkennen von Risiken und das Wahrnehmen von Beziehungen, die das Kind schädigen, sind wichtig. Zentral aber ist, was der Arzt aus der Kenntnis des Problems macht, was er nun tun soll. Und das bedeutet zuallererst, wie er mit der Mutter/den Eltern über seinen Eindruck ins Gespräch kommen kann. Hier geht es vor allem um Kontakt, um Vertrauen, um Einfühlung in die schwierige Situation des Gegenübers. Gerade bei vernachlässigenden Eltern scheitert das Gespräch mit ihnen oft an ihrer „Kontaktstörung“. Wie thematisiert man eine Bindungsstörung, eine Vernachlässigung, eine aggressiv gefärbte Beziehung zwischen Mutter und Kind? Wie kann man eine Brücke zur Hilfe bauen? Wie kann man vermeiden, dass die Eltern sich angegriffen fühlen? Dass sie das Gespräch als feindselig erleben?

Gerade an der Frage: „Wie komme ich mit den Eltern in einen hilfreichen Kontakt, wenn das Wohl eines Kindes gefährdet ist?“ war die sprachliche Verständigung in der Arbeitsgruppe nicht leicht. Während „die Mediziner“ eher in Richtung verbesserte Diagnostik und Hilfe als Verschreibung dachten, standen für „die Jugendhilfer“ Begriffe wie In-Kontakt-Kommen, Brücken bauen, Beziehung aufbauen im Vordergrund.

Wir waren uns darüber einig, dass es wichtig ist, Eltern frühzeitig ins Boot zu nehmen, und dass die Vorsorgeuntersuchungen in der Umgestaltung der Zusammenarbeit einen notwendigen und sinnvollen Platz haben, dies allein aber nicht leisten können. Die Teilnehmer der Arbeitsgruppe berichteten aus ihren jeweiligen Arbeitsbereichen über frühzeitige Kontakte zu Müttern und Eltern. Mitarbeiterinnen der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste berichteten von den Chancen, die durch frühe Kontakte bei Hausbesuchen für präventive Hilfen entstehen und über ihr Unverständnis, dass einerseits „Frühe

Hilfen“ bei Gewalt gegen Kinder in die Diskussion kommen, andererseits diese in ihrem Bereich in den letzten Jahren abgebaut werden.

In der AG wurde deutlich, dass es oft bei „den Medizinerinnen“ wenig Kenntnis der Hilfsangebote und der präventiven Angebote der Jugendhilfe gibt. Vielmehr wird diese eher als letzte Instanz und Eingriffsbehörde vorgestellt (oft mit dem Unterton, dass sie diese Aufgabe nur schlecht erfüllt). Hilfreich wären Ansprechpartner für Kinderärzte und alle anderen aus dem Gesundheitswesen, wo deren Mitarbeiter sich über (passgenaue) Hilfen informieren und erfahren können, wie sie diese auf den Weg bringen können. Auch eine bessere Erreichbarkeit der Jugendhilfe wurde angemahnt. Und die Jugendämter sind gut beraten, sich in ihrer Selbstdarstellung und Öffentlichkeitsarbeit deutlich als Anbieter von Hilfen zu profilieren und die von ihnen angebotenen Hilfen offensiv bekannt zu machen.

Bericht der Arbeitsgruppe 2: Möglichkeiten und Grenzen medizinischen und sozialarbeiterischen Handelns in der familiären Frühbetreuung

KLAUS SALOMON,

Bezirkssozialdienstmitarbeiter im Präventionsprojekt, Jugendamt Düsseldorf

Wir mussten zunächst erschreckend feststellen, dass überarbeitete Klinikärztinnen und -ärzte beziehungsweise überarbeitete Leiterinnen und Leiter von Jugendämtern einfach nicht mehr innehalten konnten in ihrem Arbeitsstress und Frust, so dass mehrere Teilnehmer dafür plädierten, umzudenken und die Referenten von den Teilnehmenden lernen zu lassen.

Voraussetzung, die beiden Professionen miteinander in Verbindung zu bringen, ist gegenseitiger Respekt, das Begegnen auf gleicher Augenhöhe. Wichtig ist auch das Kennenlernen der jeweils anderen Profession. Selbst wenn Personen, die bisher zusammengearbeitet haben, wechseln, sollte diese Kenntnis über den Partner verankert sein. Jeder muss in seiner Verantwortung im eigenen Bereich mit anderen kooperieren und nicht gegenseitig mit Omnipotenz den anderen an die Wand zu drücken versuchen. Das bedeutet, das Wissen und die Kompetenz der anderen Profession zu nutzen.

Einen großen Raum in der Diskussion nahmen die **Stolpersteine** ein:

- Mangelndes Wissen über das Tun und die Möglichkeiten der anderen Profession,
- Keine klaren Problemdarstellungen – das wird vor allem den Sozialarbeitern vorgeworfen. Die Probleme sollen klar und für alle Beteiligten verständlich dargelegt werden.
- Unsicherheiten auf Grund von Ausbildungs- und Fortbildungsmängeln auf beiden Seiten, unter anderem auf dem Gebiet der Kooperation und des Case-Managements. Diese führen zu Abstimmungsproblemen zwischen Ärzten und Sozialpädagogen in konkreten Fällen.
- Zuständigkeiten werden nicht wahrgenommen, auch innerhalb der Ärzteschaft („Verschiebebahnhof“).
- Verbindlich getroffene Absprachen werden nicht immer umgesetzt. Das hat oft etwas mit Arbeitskapazitäten in Kliniken und im Jugendamt zu tun.
- Reduzierte Finanzaufkommen in den Kliniken und Budgetierung in der Jugendhilfe bei steigenden „schwierigen Fällen“.

Trotzdem, so stellten wir in der Arbeitsgruppe fest, gibt es bekannte gute Beispiele, wie die Möglichkeiten medizinischen und sozialarbeiterischen Handelns verbunden und ausgeschöpft werden können. Daran sollten wir festhalten, umdenken, mit dem Jamern aufhören, neue Visionen zulassen und uns Ziele setzen. Unsere Zielvorstellungen diskutierten wir an Hand der Beispiele aus Düsseldorf und Gelsenkirchen. Wie kann man durch Strukturveränderungen im Jugendamt (Steuerungsmodell – Budget – Fachcontrolling), durch Kooperationsverträge mit anderen Trägern neue Ressourcen innerhalb der Organisation finden, um Kindern schneller und effektiver Hilfen anzubieten?

Das bedeutet Bereitstellung und Schulung von Personal zur Sicherung der familiären Frühbetreuung. Das gleiche gilt für Kliniken. Hier sollten die Ressourcen gebündelt werden. Wenn Klinikärzte in ihrem eigenen Bereich nicht mehr wissen, wie sie Familien helfen sollen, kann eine Zusammenarbeit mit neuen Kooperationsträgern wie zum Beispiel Kinderschutzambulanzen eine Hilfestellung und Entlastung der Kinderärzte auf den Stationen bewirken.

Letztendlich resümierten wir, wenn man zur Umstellung von Strukturen und seiner Arbeit bereit ist und Möglichkeiten gemeinsamen Handelns schafft, steht der aktiven Umsetzung in der täglichen Praxis nichts im Wege. Unser Leitmotiv zum Abschluss der Diskussion in der Arbeitsgruppe lautete: Wir in der Praxis Tätigen sind diejenigen, die die Grundlagen für Veränderungen und für neue Gesetze schaffen.

Bericht aus der Arbeitsgruppe 3: Frühe Vernetzung der Aktivitäten von Jugendhilfe und Kinderärzten

BARBARA REINKE

Fachbereich Kinder und Jugendhilfe, Ressort Kinder, Jugend und Familie der Stadt Wuppertal

In unserer Arbeitsgruppe wurde das Thema „Frühe Vernetzung der Aktivitäten von Jugendhilfe und Kinderärzten“ von Frau Sabina Schaefer, Leiterin des Beratungszentrums Stuttgart Mitte (Allgemeiner Sozialdienst und Erziehungsberatung) und Herrn Eberhard Schilling (niedergelassener Kinderarzt in Stuttgart Mitte) vorgestellt. Das Thema „Frühe Unterstützung“ wurde in der Arbeitsgruppe intensiv diskutiert.

Konsens der Arbeitsgruppe war, dass das Stuttgarter Modell ermutigend wirkt, auch im Hinblick auf bereits bestehende, gut entwickelte kleinere Projekte, die tatsächlich im Sozialraum verankert sind und die nicht zwangsläufig wissenschaftlich begleitet werden müssen, sondern nur aus der Kenntnis und dem Willen zur Kooperation heraus entstanden und weiterentwickelt worden sind.

In Stuttgart Mitte hat sich aus einer jahrelangen Zusammenarbeit zwischen der Kinderarztpraxis und der ortsansässigen Erziehungsberatungsstelle ein tragfähiges Konstrukt in der Einzelfallarbeit entwickelt, welches durch die Wertschätzung der verschiedenen Professionen und der kontinuierlichen Weiterentwicklung geprägt ist. Um das zu erreichen, ist ein kontinuierlicher Austausch notwendig.

Für die Arbeitsgruppe wurde deutlich, dass auch nach der Umstrukturierung des Jugendamtes Stuttgart von Zentralisierung in Dezentralisierung die Arbeit weiter fortgesetzt werden konnte. Die Erziehungsberatungsstelle wurde dem Allgemeinen Sozialdienst Stuttgart Mitte zugeordnet. Aber selbst die veränderten Bedingungen haben trotz anfänglicher Skepsis der Gesamtentwicklung der Kooperation nicht geschadet. Im Gegenteil, die Arbeit konnte intensiviert werden und bildete zugleich Modellcharakter für anliegende Sozialräume.

Bei der Vorstellung der Kooperation wurde deutlich, dass das Interesse an der gemeinsamen Weiterentwicklung des Projekts möglich wurde, weil die dafür Hauptverantwortlichen die gemeinsame Arbeitsatmosphäre wertschätzend und humorvoll gestaltet haben und es damit auch in der Abklärung in schwierigen Einzelfällen immer zu einer Einigung im weiteren Verfahren kommen konnte. Ich denke, dies ist ein wichtiger Faktor in der Vernetzungsarbeit, der Mut macht, solche Projekte anzustoßen.

Auch wenn nicht als Konsens benannt, möchte ich noch auf einen wichtigen Faktor aufmerksam machen, der sich in der Diskussion ergeben hat: Wie uns beispielhaft erklärt wurde, hat das Bundesland Bayern und wohl auch Baden-Württemberg vor, den Jugendärztlichen Dienst allmählich abzubauen. In der Stadt Wuppertal haben wir sehr gute Erfahrungen mit dem Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes gemacht. Den dort tätigen Ärztinnen werden alle schulpflichtig werdenden Kindern vorgestellt, also auch diejenigen, die bisher keinen Kindergarten besucht haben. Vor dem Hintergrund, dass bundesweit eine nicht unerhebliche Anzahl von Kindern keine Kindertageseinrich-

tungen besuchen, ist dieser Dienst eine zentrale Schnittstelle im Bereich Früherkennung von Fehlentwicklungen in der Kindheit. Zudem ist dieser Dienst in Wuppertal in allen Sonderschulverfahren mit eingebunden. Hier ergibt sich wiederum eine zentrale Schnittstelle im Hinblick auf besonderen Förderbedarf. Daher ist es unverständlich, dass die Entwicklung in einigen Bundesländern in Richtung Abbau des Jugendärztlichen Dienstes geht.

Für die Möglichkeit, in der Arbeitsgruppe ein kleineres Projekt kennen zu lernen und darüber in einen intensiveren Austausch gehen zu können, bedanke ich mich sehr.

Dr. Helmut Hollmann: Es ist in der Tat sehr wichtig, was Frau Reinke angesprochen hat. Wir haben in Deutschland eine völlig heterogene Landschaft in Bezug auf öffentliche Kinder- und Jugendgesundheitsdienste. Insbesondere Bayern sieht den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst nicht mehr als so wesentlich an. Das ist ein riesiges Problem, weil wir gleichzeitig als Nebeneffekt von der Tätigkeit der Kolleginnen und Kollegen aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst die einzigen derzeit verfügbaren, belastbaren epidemiologischen Daten gewinnen. Es ist die einzige Möglichkeit, um Querschnittsdaten in Deutschland zu erheben. Sie wissen vielleicht, dass das Robert-Koch-Institut in Berlin seit mehreren Jahren ein Mega-Projekt durchführt, den Kinder- und Jugendgesundheits-Survey, aus dem zwischendurch interessante Ergebnisse publiziert werden. Das ist jedoch ein wissenschaftliches Mikrozensus-Projekt, das auf viele Jahre angelegt ist. Die aktuellen Daten über die gesundheitliche Entwicklung von Kindern, über die Entwicklung von motorischen, sprachlichen, gewichtsmäßigen Faktoren, finden Sie auf den Internetseiten der Jugendgesundheitsdienste eine frappierende Fülle von Daten. Es ist eine Schande, dass das auf der politischen Ebene nicht als wertvoll und notwendig erkannt und entsprechend auch wertgeschätzt wird. Daher würde ich Ihre Diktion ein wenig verändern wollen: Man überlegt nicht, ob man darauf verzichten kann, sondern man versucht einen systematischen Kahlschlag und tut dabei so, als ob man darauf verzichten könne. Das ist ein eklatanter Fehler.

Bericht aus der Arbeitsgruppe 4: Grenzüberschreitendes Handeln – Umgang mit Datenschutz und Schweigepflicht bei Hilfeverweigerung

UTA VON PIRANI

Leiterin des Jugendamtes Charlottenburg-Wilmersdorf, Berlin

1. Prüfung von Hilfeverweigerung

Unsere Arbeitsgruppe hat sich damit beschäftigt, was bei Hilfeverweigerung zu tun sei. Zunächst wurde die Frage diskutiert, welche Kriterien überhaupt für eine Hilfeverweigerung sprechen und wie man mit den Familien in Kontakt kommt und sie überzeugen kann, Hilfe doch anzunehmen. Wissen wir überhaupt, welche Hilfen die verschiedenen Systeme anbieten?

Die Zahl der Hilfeverweigerungen zu minimieren heißt für uns, mit den Familien Klarheit zu reden, ihnen zu vermitteln, welche Hilfen angeboten werden und was diese konkret beinhalten, ihnen zu erläutern, warum bestimmte Hilfen notwendig sind und was passiert, wenn sie die Hilfen nicht nutzen.

Voraussetzung ist natürlich, dass Mitarbeiter der Jugendhilfe und der Medizin die Hilfestrukturen des jeweils anderen Systems kennen. Aus meinem Jugendamt konnte ich berichten, dass wir regelmäßig zweimal im Jahr die niedergelassenen Kinderärzte im Bezirk einladen. Diese Zusammenkünfte finden seit der Zeit statt, nachdem wir uns als einziger Stadtbezirk den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst ins Jugendamt geholt haben. Das ist aus meiner Sicht eine sehr gute Variante, weil man dadurch viel mehr voneinander weiß. Wenn der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst einlädt, kommen die Ärzte auch eher, als wenn das Jugendamt einlädt. Insofern sind wir in einer komfortablen Lage.

Vor allem muss den Familien klar gesagt werden, dass Hilfeannahme verantwortungsbewusst gegenüber den Kindern und keine Schwäche ist.

Ein weiterer Diskussionspunkt betraf die Feststellung der Hilfeverweigerung. Dabei wurde der Begriff des Kindeswohls anhand der UN-Kinderrechtskonvention analysiert. Wenn man abwägt, ob tatsächlich eine Kindeswohlgefährdung vorliegt oder nicht, sollte man dies auch dokumentieren. Insbesondere beim Thema „Datenweitergabe“ ist das eine wichtige Voraussetzung. Stellt man eine Hilfeverweigerung fest, muss man auch tatsächlich handeln und darf sich nicht zurückziehen und zögern.

2. Datenweitergabe

Zunächst ist es das Beste, Einwilligung zu erzielen. Wie bringt man Eltern dazu, sich von der Wichtigkeit der Hilfeannahme überzeugen zu lassen? Dabei erzielt man in der Regel eine Einwilligung. Das schafft man auch in der Mehrzahl der Fälle. Wir haben uns in der Arbeitsgruppe über die verschiedenen datenschutzrechtlichen Regelungen und Befugnisse ausgetauscht. Ich nehme in meiner Praxis immer wieder wahr, dass über Jugendämter bekannt ist, dass die Sozialarbeiter kein Zeugnisverweigerungsrecht haben

und das Jugendamt das Wächteramt hat. Es ist weniger bekannt, dass wir relativ wenig Pflichten zur Datenweitergabe an Polizei und Staatsanwaltschaft haben. Dieser Umstand wird häufig vergessen. Wir haben das ausführlich thematisiert und ich hatte den Eindruck, dass das die Kollegen aus dem medizinischen Bereich etwas entlastet hat, weil sie meist davon ausgingen, wenn sie etwas an das Jugendamt weitergeben, geben sie es damit schon an die Polizei. Dies den anderen beteiligten Professionen deutlich zu machen, ist eine Aufgabe der Jugendhilfe.

Die letzte Instanz zur Datenweitergabe ist der Rechtfertigende Notstand (§ 34 StGB).

3. Einschränkung der Schweigepflicht

Ist es sinnvoll, die Schweigepflicht einzuschränken? Dazu gab es die klare Aussage, dass es keine Meldepflicht bei Kindesmisshandlung für Ärzte geben sollte, sondern dass es tatsächlich ausreicht, die gegenwärtig vorhandenen Möglichkeiten zu nutzen. Außerdem wurde die Frage von Geburtsmeldungen an die Jugendämter thematisiert. Damit werden der Bevölkerung die Aufgaben und die gesamte Angebotspalette des Jugendamtes nahe gebracht. Das Jugendamt wird somit ins Gespräch gebracht, ohne dass es einen belastenden Anlass gibt. Daher würde ich eine solche Regelung sehr begrüßen.

Dr. jur. Gerhard Nothacker, *Professor für Recht in der sozialen Arbeit, Fachbereich Sozialwesen an der Fachhochschule Potsdam*: Ich möchte nur kurz begründen, warum es keine Meldepflicht bei Kindesmisshandlung für Ärzte geben sollte. Es geht letztendlich darum, ob eine ärztliche Meldepflicht ähnlich dem, was wir nach dem Infektionsschutzgesetz bei epidemischen Krankheiten haben, bestehen sollte. Eine vergleichbare Meldepflicht halten wir wirklich nicht für sinnvoll, weil sich gerade für Eltern, deren Kinder besonders gefährdet sind, die ihre Kinder vernachlässigt und/oder misshandelt haben, immer wieder gezeigt hat, dass der wirkliche Ansprechpartner, den sie noch aufsuchen, um sich auch zu entlasten, die niedergelassenen Ärzte sind. Diese sollen das, was sie beim Kind kaputt gemacht haben, wieder reparieren. In dem Moment, in dem wir diese Möglichkeit wegnehmen, weil die Schwelle dadurch erhöht wird, dass die Eltern Angst vor polizeilichen oder gerichtlichen Maßnahmen haben, ist die Rückzugstendenz noch sehr viel stärker. Darum ist das aus unserer Sicht kontraindiziert. Wir sehen nicht, dass wir mit einer solchen Meldepflicht wirklich zum Wohle des Kindes weiterkommen würden. Wir würden den anderen eindeutigen Weg, der beim Düsseldorfer Modell zur Sprache kam, vorziehen, dass man frühzeitig, bereits in der Schwangerschaft und gleich nach der Geburt Begleitung anbietet und dabei für mögliche Gefährdungspotenziale sensibilisiert ist.

Bericht der Arbeitsgruppe 5: Ist die gemeinsame Hilfekonferenz eine Illusion?

WOLFGANG RUTHEMEIER

Regionaldienstleiter im Fachdienst Familie/Sozialer Dienst im Fachbereich für Kinder, Jugendliche und Familien der Stadt Osnabrück

Auch in unserer Arbeitsgruppe gab es eine rege Diskussion zwischen den beiden Professionen. Diese möchte ich in einer Anekdote zusammenfassen, ohne den Wert der Diskussion abwerten zu wollen, sondern im Gegenteil, ich möchte sie damit besser erklären.

Stellen Sie sich vor: Sie sind im Theater, der Vorhang ist zu, Sie sehen uns nicht. Sie warten und wissen, es wird ein modernes Stück zur Aufführung kommen. Sie warten weiter, plötzlich betritt eine gut gekleidete Person die Bühne, stellt sich als Intendant des Theaters vor und sagt: „Es tut uns Leid, es gibt eine kleine Verzögerung, wir haben eine kleine Krise. Ist unter Ihnen ein Arzt, der Kenntnisse in Notfall-Medizin hat?“ Es meldet sich ein Arzt und geht mit hinter die Bühne. Stellen Sie sich die Situation noch einmal vor: Sie sitzen im Theater, Vorhang ist geschlossen, Sie warten auf das moderne Theaterstück, es kommt wieder der nett gekleidete Mann, stellt sich als Intendant vor und sagt: „Es tut uns Leid, wir haben eine kleine Krise. Ist vielleicht ein Sozialpädagoge unter Ihnen, der Fachkenntnisse in Krisenintervention hat?“ Dann wissen Sie in der Regel, das Theaterstück hat nun begonnen. Oder anders gesagt: Von Medizin haben wir häufig eine relativ klare Vorstellung, was die Mediziner alles können und tun und was wir von ihnen erwarten können. Dagegen ist es schwierig zu sagen, was Sozialpädagogik ausmacht. Das ist auch in unserer Arbeitsgruppe immer wieder ein Problem gewesen.

Ist nun die gemeinsame Hilfekonferenz eine Illusion? Wenn es die Hilfekonferenz im Sinne des § 36 SGB VIII sein soll, ist es eher eine Illusion, weil es ein Prozess ist und die Erwartung, dass dort jedes Mal ein Kinderarzt teilnimmt, ist vielleicht etwas illusorisch. Dennoch sind wir in unserer Arbeitsgruppe davon ausgegangen, dass es schon tagtäglich Gespräche zwischen Sozialpädagogik und Medizin gibt.

Wir sind dabei erst einmal vom Einzelfall ausgegangen. Die bisherige Debatte lief ja darauf hinaus, eine gemeinsame Infrastruktur zu schaffen, um dann zum Einzelfall zu kommen. Wir sind davon ausgegangen, dass es zunächst viele Einzelfälle gibt, bei denen Zusammenarbeit stattfindet. Dafür haben wir unsere erste These aufgestellt:

Gemeinsame Hilfeplanung ist nur dann möglich, wenn Rollen, Aufträge und Ziele für die Beteiligten deutlich sind. Das gilt nicht nur für eine gemeinsame Hilfeplanung, sondern für jedes gemeinsame Gespräch. Meine Kollegin Frau Reinhardt aus dem Gesundheitsamt Osnabrück berichtete von einem Beispiel, dass eine SPFH-Mitarbeiterin zur Schuluntersuchung mitkommt und als Freundin vorgestellt wird oder als Bekannte. Da weiß man nicht, welchen Auftrag, welche Rolle und welche Ziele diese hat. Eine Gemeinsamkeit kann dabei nicht entstehen. Wir müssen also mit den Familien besprechen, warum die SPFH mit zum Arzt geht, was damit erreicht werden soll. Wir müssen

es nicht nur mit den Familien im Vorfeld besprechen, sondern wir müssen es auch dem Arzt sagen. Wenn es der Familie zu unangenehm ist, muss man überlegen, ob so eine Begleitung überhaupt sinnvoll ist. Sonst kann man die Rollen, Aufträge und Ziele nicht klären. Im schlimmsten Fall bleibt Folgendes: Der Kinderarzt merkt, dass die Begleiterin jemand vom Jugendamt ist. Er lehnt sich beruhigt zurück und macht sich keine Gedanken mehr. Die SPFH sagt sich, sie wäre nun mit beim Arzt gewesen. Ob es dem Kind geholfen hat, ist dabei fragwürdig.

Unsere zweite These lautet:

Offener Umgang mit den Problemen der verschiedenen Denksozialisierungen ist Grundvoraussetzung, um die unterschiedlichen Erklärungshypothesen über das, was dem Einzelfall zugrunde liegt, zusammenzutragen. Anders gesagt: Häufig weiß die Sozialpädagogik nicht weiter und der Kinderarzt auch nicht. Wichtig ist jedoch, beide Erklärungsideen zu haben. Vielleicht lassen sich diese vernetzen. Vielleicht ergibt sich aus beiden ein neuer Lösungsansatz. Im schlimmsten Fall konkurrieren beide miteinander (Wer hat Recht?). Herr Dr. Oberle aus Stuttgart hatte dankenswerterweise gesagt, dass wir häufig eher beide hilflos sind, wenn es um Haltungsänderung von Eltern geht. Wenn die Eltern beispielsweise ein Kind haben, das schwer übergewichtig ist, deshalb schon Diabetes und andere Erkrankungen bekommt und das Kind zur Behandlung in eine Klinik geben und nach einem halben Jahr kommt das Kind wieder mit denselben Symptomen, weil sich die Eltern nicht verändert haben, sind Sie genauso hilflos, wie wenn wir als Sozialarbeiter in der Familie mit Interventionen tätig waren und sie sich nicht ändern. Die gemeinsame Hilflosigkeit kann auch als gemeinsame Chance betrachtet werden. Darin liegt aber auch die Tatsache, dass wir unterschiedlich sind. Diese Unterschiede sind auch zu akzeptieren.

Es ist natürlich ein erheblicher Unterschied, ob es sich um frei praktizierende Ärzte handelt, um Klinikärzte oder um Ärzte im Gesundheitsamt. Gespräche mit frei praktizierenden Ärzten, die ja auch Unternehmer sind, müssen anders strukturiert sein, als Gespräche mit den Kollegen des Gesundheitsamtes.

Dritte These: Die Zusammenarbeit zwischen den Sozialpädagogen und Pädiatrie ermöglicht es, die Interessen der Kinder und die Ressourcen der Eltern zu berücksichtigen, gegebenenfalls ist eine Moderation hilfreich. Es passiert häufig, gerade wenn es um Vernachlässigung geht, dass sich die unterschiedlichen Professionen gegenseitig Vorwürfe machen. Das hat meines Erachtens in der Regel etwas mit der Dynamik zu tun, die diese Familien auslösen. „Hätte der andere etwas getan oder anders gehandelt, wäre alles besser.“ Es hat auch etwas mit der Identifikation zu tun. Ist man in der Identifikation mit dem Kind oder ist man in der Identifikation mit den Eltern? Wir brauchen beides. Wir brauchen Identifikation mit den Eltern, um zu verstehen, warum sie so handeln. Aber wir brauchen auch, gerade wenn es um Schutz geht, jemanden, der mahnt, es sei zwar richtig, mit den Eltern zu arbeiten, aber das Kind hat nicht mehr so viel Zeit, darauf zu warten, dass sich etwas zum Besseren ändert.

In Fallberatungen im Jugendamt muss man sich erst einmal in die verschiedenen Personen einfühlen, um zu verstehen. Aber der Arzt hat häufig schon die Einfühlung in das Kind und kann deutlich sagen, dass sich das Kind in hoher Not befindet. Wenn die

SPFH im Einsatz ist, hat sie auch die Not der Mutter erlebt. Das kann auch zu Polarisierungen führen. Polarisierungen sind jedoch der falsche Weg. Immer dann, wenn man gegeneinander kämpft, ist das ein Zeichen, dass man nicht weiter kommt. Wir sollten beide Sichtweisen nutzen und uns im Rahmen der Hilfeplangespräche darüber verständigen, wie lange wir an Haltungsänderungen arbeiten wollen. Wie lange kann das Kind das aushalten? Wenn es zu Polarisierungen kommt, ist eine Moderation hilfreich. Wir müssen dann versuchen, eine neutrale Person dazu zu holen.

Ich möchte mich bei allen Beteiligten bedanken. Wir waren ein kleinerer Kreis, aber die Diskussion hat Spaß gemacht.

Bericht der Arbeitsgruppe 6: Die dringende Notwendigkeit eines Case-Managements für die Kooperation von Pädiatrie und Jugendhilfe

PIA WOLTERS

Jugend- und Sozialdezernentin, Bezirksamt Bergedorf, Hamburg,

KATHARINA SUTTER

Fachreferentin, PFAD Bundesverband, Frankfurt/Main

Pia Wolters: Ergebnisse der Arbeitsgruppe vorzustellen, ist etwas schwierig, denn uns wurden drei geballte, aber auch sehr qualifizierte Vorträge gehalten. Ich möchte mich auch bei den Referenten herzlich bedanken, es war eine interessante Arbeitsgruppe. Darüber war es allerdings schwer, konkrete Ergebnisse zu erzielen.

Im ersten Vortrag ging es um den Begriff des Case-Managements. Es wurde eine kurze, prägnante Definition gegeben: Case-Management ist ein methodisches Handeln, um zu versuchen, die Bedürfnisse der Klienten mit den Angeboten des Hilfesystems zusammen zu bringen. Das sagt sich natürlich einfach, ist aber schwer und zeitaufwändig zu realisieren.

Unser Thema lautete speziell Case-Management in frühen Hilfen. Als Gründe für Case-Management wurde überzeugend aufgeführt, dass gerade in den Problemfamilien viele Probleme akkumulieren, die viele Hilfesysteme fordern. Da geht es um Geld, um Gesundheit, um Arbeit, um Überforderung und es gibt viele verschiedene Hilfesysteme, die notwendig sind, um in solchen Familien das Leben „in Ordnung zu bringen“.

Es bestehen bei einer Schwangerschaft beziehungsweise nach einer Geburt frühe Kontakte zur Geburtshilfe und zur Kinderheilkunde. Case-Management führt dazu, dass Informationen bereichsübergreifend fließen. Ich selbst bin im Jugendamt tätig und muss gestehen, mir ist es erst durch die schwierigen Fälle – auch Todesfälle – in den vergangenen Jahren klar geworden, wie notwendig die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitssystem und Jugendhilfe ist und dass man an die Familien über die anderen Professionen im Gesundheitssystem viel besser herankommt.

Aus der Misserfolgsforschung weiß man, dass gerade die Informationsverluste an Schnittstellen die wesentliche Ursache für Misserfolge im Kinderschutz sind. Wenn man sich das klar macht, wird einem die Notwendigkeit der koordinierten Zusammenarbeit der Professionen deutlich. Case-Management ist deshalb Bestandteil erfolgreicher Prävention und kann ausschlaggebend für den Erfolg sein.

Es gibt jedoch nur eine bedingte Erfolgswahrscheinlichkeit, denn Case-Management kann nur dann gut funktionieren, wenn es im Hilfesystem ausreichende und gute Angebote gibt. Ein Haus der Familie ist eine Erfolg versprechende Variante für einen niedrigschwelligen Zugang. Case-Management kann auch nur dann funktionieren, wenn die Betroffenen in den Hilfesystemen zur Kooperation bereit sind.

Unsere Arbeitsgruppe diskutierte darüber, welchen Nutzen Case-Management hat und wie man das belegen kann. Das ist natürlich nicht einfach, weil es einerseits eine Glau-

bensfrage, andererseits eine Erfahrung ist. Wir sind zu dem Ergebnis gekommen, dass der Nutzen und die Notwendigkeit von Case-Management steigen, weil unser Hilfesystem sehr komplex ist und immer komplexer wird.

Ein Beispiel für die Wirkung ist die Fremdunterbringung von Kindern. Viele beklagen, dass sich zuwenig um die Herkunftsfamilie gekümmert wird. Die Herkunftseltern geraten leicht aus dem Blick des Jugendamtes. Die Kinder werden in Pflegefamilien oder in Heimen untergebracht. Wer kümmert sich darum, die Erziehungsfähigkeit der Eltern (wieder-)herzustellen? Im Augenblick tut sich an dieser Stelle sehr viel, die Elternarbeit wird verstärkt in den Blick genommen, weil man weiß, dass es unter anderem aus Kostenaspekten wichtig ist, die Kinder wieder zurückführen zu können. Case-Management kann mittelfristig zur Kostensenkung beitragen.

Der zweite Vortrag beschäftigte sich mit der Sozialmedizinischen Nachsorge, einer neuen Krankenkassenleistung (§§ 43,1 und 132c SGB V). Das war besonders für die in der Jugendhilfe Tätigen interessant, weil es ihnen noch nicht bekannt war. Der § 43,2 eröffnet die Möglichkeit, bis zu 20 sozialmedizinische Nachsorgeeinheiten in drei Monaten nach der Geburt beziehungsweise nach einem Krankenhausaufenthalt zu verordnen. Es gab eine Arbeitsgruppe in Augsburg, die sich mit der Vorbereitung dieser gesetzlichen Regelung beschäftigte und die sich „Bunter Kreis Augsburg“ nannte. Dabei wurde für die Vorgehensweise in der Umsetzung unter anderem die Rolle des Case-Managers bestimmt. Der Case-Manager analysiert den Bedarf, stimmt sich mit allen Beteiligten ab, koordiniert die Leistungen, motiviert die Eltern und klärt die Kostenübernahme.

In der Diskussion sind wir zu dem Ergebnis gekommen, dass das für unsere Hochrisikofamilien schwierig in der Umsetzung sein wird, weil die Krankenkassen sehr mauern, weil die Diagnose auf das Kind bezogen sein muss. Die Ausführungsbestimmungen haben das Gesetz schon sehr eingeeengt und festgelegt, dass man das nicht allein mit belastenden Bedingungen im Umfeld des Kindes begründen kann. Somit werden die Antragsstellung und die Kostenklärung für diese Familien sehr erschwert.

Katharina Sutter: Der dritte Vortrag zeigte Dynamik und Fallen der Beratung in Familien mit Vernachlässigungsproblemen auf. Am Beispiel einer Drei-Generationen-Familie wurde sehr gut verdeutlicht, welche Psychodynamik sich zwischen den Generationen abspielt, wenn jede Generation nicht in der Lage ist, voll die Verantwortung für sich als Eltern zu übernehmen, und wenn die gesamte Stimmung in der Familie von Abspaltung und Verleugnung bestimmt ist, wenn keine Fähigkeiten vorhanden sind, sich mit der eigenen Persönlichkeit auseinanderzusetzen. Der Großelterngeneration gelingt es im Eltern-Kind-System nicht, ihr Kind, das spätere Elternteil, mit einem hinreichenden Selbstwertgefühl auszustatten, weil die Kinder nicht richtig angenommen und ernst genommen werden. Die Eltern (späteren Großeltern) idealisieren ihr Kind mit dessen positiven Seiten, jedoch indem sie sich diese selbst zuschreiben, während die negativen Seiten nichts mit ihnen zu tun haben. Das Kind ist entweder „böse“ beziehungsweise „schwierig“ oder „unser gutes Kind“. Dieses Kind ist später als Elternteil nicht in der Lage, Verantwortung für sein Kind zu übernehmen. Es vollzieht sich eine Entwicklung, in der die Großeltern für die Enkelkinder gute Ersatzeltern werden. Die mittlere Generation scheitert, die Großeltern sind seltsamerweise nun in der Lage, für die Enkelkinder sehr gut zu sorgen. Es entstehen Konkurrenzen, Neid usw. Es entstehen die ver-

wirrendsten Dynamiken in der Familie, die keinen wirklich glücklich werden lassen und die mir auch aus meiner Praxis in der Familienberatung bekannt sind.

Diese Situation aufzubrechen und genau zu reflektieren und supervisorisch zu begleiten, löst wiederum Fallen im Helfersystem aus: Gegenübertragungen, Vergessen und Lähmung im professionellen Helferteam und institutionelle Überforderung, Abwehr und Hilflosigkeit usw. Dies wurde in der Arbeitsgruppe ebenfalls thematisiert. Herr Dr. Motzkau brachte das auf den Nenner, dass die Professionellen in Versuchung geraten zu sagen, die Familien seien nicht geeignet für unsere Hilfen. Das ist aber die falsche Konsequenz.

Die genannten Bruchstellen im Helfer- und im Familiensystem sowie Problemüberschneidungen machen Case-Management unbedingt notwendig.

Schluss-Statements des Moderatorenteams: Ein Tandem aus Pädiatrie und Jugendhilfe

DR. HELMUT HOLLMANN

Ärztlicher Leiter, Kinderneurologisches Zentrum, Rheinische Kliniken Bonn; Sprecher der Bundesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrischer Zentren

WULFHILD REICH

Mitarbeiterin der Dienststelle Qualität und Qualifizierung im Jugendamt der Stadt Stuttgart

Dr. Helmut Hollmann: Meine Damen und Herren, wir stehen am Ende einer Veranstaltung, die, wie ich denke, eine hervorragende Kooperation gezeigt hat – im Plenum wie auch in den Arbeitsgruppen. Wir haben in dieser Runde vielfältige Teilnehmerinnen und Teilnehmer gehabt und sehr hochkarätige Vertreterinnen und Vertreter hier begrüßen dürfen, insbesondere aus der Jugendhilfe und dem öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst. Der Teilnehmerkreis aus meiner eigenen Profession, bei den Kinderärzten, wie das eben schon angeklungen ist, ist aus anderen Bereichen der kinderärztlichen Tätigkeit sicherlich noch erweiterungsbedürftig. Wir freuen uns sehr, dass Herr Dr. Hartmann als Präsident des Berufsverbandes und Herr Dr. Fischbach als einer der wesentlichen Vorstandsmitglieder im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte hier vertreten waren. Das mag Ihnen zeigen, dass die niedergelassenen Kinderärzte durchaus an der Kooperation interessiert sind. Das ist aber sicher ein Pflänzchen, das noch weiter gedüngt und gegossen sein will.

Wir haben uns sehr gefreut, bei der Tagung aus meinem Arbeitsbereich mehrere SPZ-Leiter und natürlich auch zahlreiche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Sozialpädiatrischen Zentren begrüßen zu dürfen. Das sind momentan im pädiatrischen Bereich neben den Kolleginnen und Kollegen des öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes diejenigen Kooperationspartner, die auf diesem Wege schon am weitesten vorangeschritten sind.

Wir müssen also insgesamt noch viel mehr in die Fläche, wenn wir uns dieses Themas annehmen wollen, wenn wir vor allem die Herausforderungen, die das Thema Gewalt gegen Kinder und Vernachlässigung von Kindern beinhaltet, bewältigen wollen.

Bei der Jugendhilfe ist das selbstverständlich, weil es ihre Aufgabe ist. Bei den Kinderärzten, das ist in den drei Tagen ebenfalls deutlich geworden, ist es auf der einen Seite auch selbstverständlich, jedoch auf der anderen Seite noch durch sehr viele Vorbehalte, Ressentiments, Unsicherheit und Unwissen gekennzeichnet. Ich denke, die Veranstaltung hat in erheblichem Maße dazu beigetragen, dass hier eine Menge an Klarheit auf beiden Seiten geschaffen werden konnte. Die Basis für die Kooperation muss aber insgesamt noch verbreitert werden. Ich glaube, wir sind auf einem guten Weg dazu.

Wulfhild Reich: Es ist Vieles schon gesagt worden, das ich nicht wiederholen möchte. Ich halte es für außerordentlich bemerkenswert, dass bei dieser Tagung sehr viele Jugendamtsleitungen und ASD-Leitungen anwesend sind. Es ist auch mehrfach wie ein

roter Faden während der letzten drei Tage deutlich geworden, dass interdisziplinäre Kooperation von oben gewollt und vorangetrieben werden muss, also absolute Chefsache ist. Das hat auch Dr. Lachman noch einmal betont. Es geht darum, dass Verantwortung auf kommunaler und regionaler Ebene tatsächlich in die Hand genommen wird, vor dem traurigen Hintergrund von Kinderschutzfällen, die wir alle kennen, dass sich die verschiedenen Professionen zu ihrer Verantwortung bekennen. Wir haben fachkompetente Mitarbeiterinnen in den einzelnen Einrichtungen und Diensten der Kinder- und Jugendhilfe, aber auch der Gesundheitshilfe. Es ist wichtig, dass diese Kompetenz gestützt und gestärkt wird, so dass tatsächlich der Schutz für die Kinder zusammengeht mit dem Schutz für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Ich denke, dass das Profi-Netzwerk in den nächsten Jahren noch einmal erweitert wird, wenn der Bereich der Versorgung der Kleinstkinder in der Jugendhilfe weiter ausgebaut wird. Wir haben gehört, es gibt den neuen § 8a SGB VIII, in dem der Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung formuliert ist. Hier wäre unbedingt das Netzwerk zu erweitern, um auch die Kindertagesbetreuung als einen zentralen Baustein zur Förderung der kindlichen Entwicklung mit einzubeziehen.

Dr. Helmut Hollmann: Die Tagung konnte selbstverständlich nicht sämtliche Bereiche ansprechen. Das wäre zuviel gewesen. Grundsätzlich ist es aber wichtig, zum Schluss noch einmal für sich zu klären, dass wir auf zwei verschiedenen Ebenen denken und auch handeln müssen. Das eine ist der große Bereich der Gewaltprävention. Das stellt aber sicher nur die negative Spitze des Eisberges dar. Frau Thyen hatte in ihren Einleitungsfolien gezeigt, dass zum Glück die worst case-Numerik rückläufig ist. Das ist erfreulich, das sollte man auch nicht aus dem Auge verlieren. Daneben haben wir aber einen anderen Bereich, den ich als Verstoß gegen die Kindesrechte bezeichnen möchte. Auch das ist hier dargestellt worden. Herr Pfeifle hat uns das Recht auf Entwicklung, das Recht auf Fürsorge, das Recht auf Gesundheit im weitesten Sinne der WHO-Konvention in Erinnerung gerufen. Das ist ein breites und leider ein massiv zunehmendes Thema. Ich glaube, es ist sehr sinnvoll, um insgesamt Politik wie Finanzressourcen nicht zu überfordern, dass man diese beiden Dinge immer wieder trennt und sich selbst Klarheit und den Gesprächspartnern Offenheit darüber abgibt, worüber gesprochen und verhandelt werden soll.

Wir haben drei Projekte kennen gelernt. Die Arbeitsgruppe um Herrn und Frau Pfeiffer und die Arbeitsgruppe aus Düsseldorf haben uns Projekte vorgestellt, die eher zu dem ersten Bereich, der Gewaltprävention, tendieren. Herr Dr. Karpinski hat uns das Projekt aus dem Klinikum Niederlausitz vorgestellt, was eher in Anlehnung an das finnische Modell auf eine Basisprävention im Sinne der Förderung des Kindeswohles im breitesten Sinne abhebt. Wir werden in allen drei Projekten keinen Widerspruch erblicken, sondern wir werden eine sinnvolle Ergänzung mit unterschiedlichen Schwerpunkten sehen können.

Das Gleiche gilt auch für die Themen Finanzierung und Evaluation. Es ist sehr nachhallig angekommen, dass beide Bereiche geklärt sein müssen. Auch dieses sind keine Widersprüche dazu, dass wir Gutes tun. Darauf hat Herr Lachman in seinem Beitrag noch einmal hingewiesen. Es darf darüber selbstverständlich nicht vergessen werden, dass wir über sehr gute empirische Erkenntnisse verfügen. Das möchte man nochmals deut-

lich machen. Ich habe vielleicht gestern sehr prononciert für die Evaluation Stellung ergriffen. Ich stehe dazu. Aber es ist ganz klar, das soll nicht die Empirie diskreditieren. An vielen Stellen müssen wir uns, solange wir keine besseren Instrumente haben – und wir können nicht darauf warten, bis wir sie haben, das wird Jahre dauern –, zunächst mit der Empirie begnügen und dürfen uns auch nicht scheuen, empirisches Wissen weiter zu transportieren.

Viele Institutionen waren in dieser Runde nicht vertreten. Ich nenne nur die Geburtshelfer, die Hebammen, die Institutionen der Frühförderung, aber auch die Erzieherinnen und Lehrer. Aber das Anliegen dieser Veranstaltung war ein anderes. Das Anliegen war zunächst einmal, die zentralen Berufsgruppen hier zusammenzuführen. Ich glaube, es hat sich gelohnt, dies so zu tun. Sie haben aus der Darstellung der Arbeitsgruppen erlebt, dass das durchaus gar nicht so einfach ist, den Konsens herzustellen, selbst bei den Menschen, die – davon können wir ausgehen – überdurchschnittliches Engagement zeigen, indem sie nämlich zu so einer Veranstaltung kommen.

Ein bisschen haben wir vielleicht die Krankenkassen vermisst. Wir hatten das im Vorfeld überlegt, das war aber so nicht möglich. Das hätten wir vielleicht etwas intensiver verfolgen sollen, weil die Finanzen massiv immer wieder angesprochen wurden. Auf der anderen Seite kann man auch sagen, das sei so hoffnungslos, da ginge man besser über die Politik, das sei im Augenblick aussichtsreicher.

Wir haben in diesen drei Tagen einen wunderbaren Bogen geschlagen von Herrn Prof. Wiesner mit der Einführung in die juristischen Grundlagen bis zu Herrn Dr. Lachman, der seine Erfahrungen bis zum Sicherheitsnetz auch für uns selbst dargestellt hat, dazwischen die sechs Arbeitsgruppen, die mit gelebter Kommunikation und Entwicklung zur Kooperation beigetragen haben; in einem im Qualitätsmanagementsystem, dem EFQM, heißt es: auf dem Weg zur Exzellenz. Ich glaube, das kann man sich durchaus zu Eigen machen.

In der Medizin gilt: Eine Therapiemethode muss lehr- und lernbar sein. Das gilt auch für das, was wir in diesem Bereich tun, in der Gewaltprävention wie auch der kindlichen Entwicklungsförderung im breitesten Sinne. Wir haben hier viele Überlegungen angestellt, sie sind hoch spezialisiert, sie sind multiprofessionell, sie sind interdisziplinär und Bereich übergreifende Tätigkeiten. Wir müssen aber darauf achten, wenn wir solche Impulse aus unseren Arbeitsbereichen heraus setzen, dass wir beizeiten auf eine Implementierung von Konstanz hinarbeiten. Es ist wunderbar, wenn wir selber uns engagieren. Wenn wir darüber aber die Lehr- und Lernbarkeit aus den Augen verlieren oder nicht die Möglichkeit bekommen, dafür Sorge zu tragen, nutzt es nichts, wenn ein wunderbares Modellprojekt nach drei Jahren wieder von der Bildfläche verschwindet. Das ist sehr wichtig.

Die frühe und umfassende Förderung von Entwicklung hat weitere und teilweise andere Anforderungen zu erfüllen als die Gewaltprävention. Das muss man auseinander halten. Auch das ist von Peter Lachman noch einmal angesprochen worden.

Ich möchte herzlich Herrn Struzyna vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend danken, dass er die gesamte Veranstaltung hier begleitet hat. Ich

weiß, dass Sie sehr viel Input aus dieser Veranstaltung an die geeigneten Stellen weitergeben werden. Wir drücken Ihnen und uns die Daumen, dass Sie Resonanz finden, und wir hoffen sehr, dass wir jetzt wirklich auf der politischen Ebene Möglichkeiten finden werden, die guten Ansätze, die im ganzen Land vorhanden sind, besser umzusetzen, als das an vielen Stellen bisher der Fall war.

Es gibt auch Wünsche an den Verein für Kommunalwissenschaften e.V., dergestalt, dass er auch weiterhin die Möglichkeit haben möge, solche wunderbaren Veranstaltungen hier auszurichten. Frau Reich und ich möchten auch gleich zwei Themen anmelden: einmal eine gemeinsame Veranstaltung zu Funktion und Möglichkeiten der Kitas vor sich veränderndem Hintergrund und Anforderungsprofil, zweitens eine Art Follow-Up konkret zu dieser Veranstaltung. Was ist aus den drei vorgestellten Projekten geworden? Was ist aus uns persönlich und institutionell geworden? Das wäre eine spannende Geschichte, so etwas in nicht so ganz kurzer Zeit zu wiederholen.

Herzlichen Dank an alle Mitwirkenden und an die Teilnehmenden an dieser Veranstaltung, vor allem aber auch an das Organisationsteam hier vor Ort, das uns so hervorragend durch die Tagung begleitet hat.

Literaturhinweise

Ahnert, Lieselotte (Hrsg.)

Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung.

München: Reinhardt (2005); 418 S.; ISBN 3-497-01723-X

Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe -AGJ-, Berlin (Hrsg.)

Frühe Förderung gefährdeter Kinder. Besserer Schutz von Kindern im Vorschulalter. Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe vom 21. Juni 2006.

Berlin (2006); 6 S.

Armbruster, Meinrad Matthäus (Hrsg.)

Misshandeltes Kind. Hilfe durch Kooperation.

Freiburg/Breisgau: Lambertus (2000); 192 S.; ISBN 3-7841-1239-0

Barth, Renate

Präventive Konzepte für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern am Beispiel der Beratungsstelle „Menschens-Kind“.

In: Frühförderung interdisziplinär, München: Reinhardt; 19 (2000); Nr. 1; S. 1-9

Behringer, Luise

Interdisziplinarität in der Frühförderung.

In: Frühförderung interdisziplinär, München: Reinhardt; 24 (2005); Nr. 4; S. 168-178

Behringer, Luise; Höfer, Renate

Wie Kooperation in der Frühförderung gelingt.

München: Reinhardt (2005); 136 S.; ISBN 3-497-01783-3

(Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär; 13)

Bernzen, Christian

Warum Vorsorgeuntersuchungen für Kinder keine Pflicht werden dürfen und wie der Schutz von Kindern vor Verwahrlosung verbessert werden kann.

In: Forum Jugendhilfe, Berlin: Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe (2006); Nr. 1; S. 66-67

Bertelsmann Stiftung, Gütersloh; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung -BZgA-, Berlin; 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.

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 belasteten Familien. Das Projekt „Frühe Kindheit“ des Kinderschutz-Zentrums Köln.

In: Frühförderung interdisziplinär, München: Reinhardt; 22 (2003); Nr. 3; S. 121-127

Bowlby, John

Frühe Bindung und kindliche Entwicklung. 5., neu gestalt. Aufl.

München: Reinhardt (2005); 201 S.; ISBN 3-497-01770-1

(Beiträge zur Kinderpsychotherapie; 13)

Breitkopf, Helmut; Sommer, Ralf

Das Wohl der Kinder in den Mittelpunkt stellen. Verordnung des Bundes zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder zügig und sachgerecht umsetzen.

In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt/Main: Selbstverl.; 84 (2004); Nr. 1; S. 24-28

Burkert, Michael

Landkreise für Familien. Präventionsarbeit mit Familien im Rahmen der Jugendhilfe am Beispiel des Stadtverbandes Saarbrücken.

In: Der Landkreis, Stuttgart: Kohlhammer; 76 (2006); Nr. 7; S. 524-526

Bütow, Barbara ; Fries, Mauri

Entwicklungspsychologische Beratung. Frühe Hilfen für junge Eltern.

In: Forum Erziehungshilfen, Frankfurt/Main: Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen -IGfH12 (2006); Nr. 2; S. 75-79

Chancen und Notwendigkeit früher Prävention in psychosozial belasteten Familien. Frühe Prävention in der Praxis. Stellungnahme der Gesellschaft für Seelische Gesundheit in der frühen Kindheit e.V. (GAIMH).

In: Informationen für Erziehungsberatungsstellen, Fürth: Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V. (2003); Nr. 2; S. 35-36

Crittenden, Patricia M.

Präventive und therapeutische Intervention bei risikoreichen Mutter-Kind-Dyaden: Der Beitrag von Bindungstheorie und Bindungsforschung.

In: IKK-Nachrichten, München: Deutsches Jugendinstitut e.V. (2005); Nr. 1-2; S. 20-27

Deegener, Günther (Hrsg.); Körner, Wilhelm (Hrsg.)

Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch.

Göttingen: Hogrefe (2005); 874 S.; ISBN 3-8017-1746-1

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, Berlin (Hrsg.)

Niedrigschwelliger Zugang zu familienunterstützenden Angeboten in Kommunen. Handlungsempfehlungen des Deutschen Vereins vom 7.12.2005.

Berlin (2005); 26 S.

Ernst, Stefanie; Hensen, Gregor

Soziale Frühwarnsysteme - Frühe Hilfen für Familien.

In: Forum Erziehungshilfen, Weinheim: Juventa; 11 (2005); Nr. 2; S. 99-10

FH Potsdam, Fachbereich Sozialwesen (Hrsg.)

Ludwig-Körner, Christiane; Derksen, Bärbel; Koch, Gabriele u.a

Primäre Prävention und Intervention im Bereich der frühen Eltern-Kind-Beziehung.

Potsdam (2001); 210 S.; ISBN 3-935619-00-6

(Schriftenreihe des Fachbereichs Sozialwesen; 15)

Fliß, Sabine ; Riepenhausen, Iris

Projekt „Aufsuchende Familienhilfe für junge Mütter“.

In: Forum Erziehungshilfen, Frankfurt/Main: Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen -IGfH12 (2006); Nr. 2; S. 86

Fries, Mauri; Behringer, Luise; Ziegenhain, Ute

Beziehungs- und bindungsorientierte Intervention in der Frühförderung am Beispiel der Entwicklungspsychologischen Beratung.

In: Frühförderung interdisziplinär, München: Reinhardt; 24 (2005); Nr. 3; S. 115-123

Galm, Beate

Frühprävention von Gewalt gegen Kinder in psychosozial belasteten Familien.

In: DJI-Bulletin, München: DJI Verl. (2005); Nr. 72; S. 4-5

Grossmann, Karin

Frühe Bindungen und psychische Sicherheit bis ins junge Erwachsenenalter.

In: Frühförderung interdisziplinär, München: Reinhardt; 24 (2005); Nr. 2; S. 55-64

Grossmann, Karin; Grossmann, Klaus E.

Bindungen - das Gefüge psychischer Sicherheit. 2. Aufl.

Stuttgart: Klett-Cotta (2005); 672 S.; ISBN 3-608-94097

Häßner, Tobias; Rudl, Rainer

Opstapje - Schritt für Schritt zu mehr Chancengleichheit. Ein neues Frühförderprogramm könnte zugleich zum sozialen Frühwarnsystem werden.

In: Evangelische Jugendhilfe, Hannover: Evangelischer Erziehungsverband; 83 (2006); Nr. 3; S. 201-203

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

Herzig, Sabine

Frühe Prävention - Ansätze im internationalen Vergleich.

In: IKK-Nachrichten, München: Deutsches Jugendinstitut e.V. (2005); Nr. 1-2; S. 55

Hollmann, Helmut

36 Jahre Sozialpädiatrische Zentren - Erfolgsgeschichte und Perspektive.

In: Kinderärztliche Praxis, Mainz: Kirchheim; 75 (2004); Nr. 5; S. 310-315

Hopf, Christel

Frühe Bindungen und Sozialisation. Eine Einführung.

Weinheim: Juventa (2005); 272 S.; ISBN 3-7799-1529-4

Jansen, Lenka ; Vlecken, Silke

Diagnose von sozialen Problemen in der Bezirkssozialarbeit.

In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Berlin: Selbstverl.; 86 (2006); Nr. 5; S. 283-287

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

Kindler, Heinz; Lillig, Susanna

Früherkennung von Familien mit erhöhten Misshandlungs- oder Vernachlässigungsrisiken.

In: IKK-Nachrichten, München: Deutsches Jugendinstitut e.V. (2005); Nr. 1-2; S. 10-13

Kissgen, Rüdiger; Suess, Gerhard J.

Bindung in Hoch-Risiko-Familien. Ergebnisse aus dem Minnesota Parent Child Project.

In: Frühförderung interdisziplinär, München: Reinhardt; 24 (2005); Nr. 1; S. 10-18

Kissgen, Rüdiger; Suess, Gerhard J.

Bindungstheoretisch fundierte Intervention in Hoch-Risiko-Familien: Das STEEP™ - Programm.

In: Frühförderung interdisziplinär, München: Reinhardt; 24 (2005); Nr. 3; S. 124-133

Klein, Gerhard

Frühförderung für Kinder mit psychosozialen Risiken.

Stuttgart: Kohlhammer (2002); 192 S.; ISBN 3-17-016592-5

Köckeritz, Christine

Hilfen zur Erziehung als Hilfen zur Entwicklung? Anmerkungen zur Unterstützungswirkung ambulanter Jugendhilfeangebote für Kinder in den ersten sechs Lebensjahren.

In: Frühförderung interdisziplinär, München: Reinhardt; 24 (2005); Nr. 4; S. 147-157

Kratzsch, Wilfried

Früherkennung und Prävention bei Kindern aus psychosozialen Hochrisikofamilien. Wege und Vorgehensweise aus der Sicht eines Kinderneurologischen Zentrums.

In: Kinderärztliche Praxis, Mainz: Kirchheim; 76 (2005); Nr. 6; S. 363-368

Kurek-Bender, Ines

Sozialpädiatrische Zentren. Diagnostik, Beratung und Therapie für Pflege- und Adoptivkinder und ihre Familien.

In: PFAD.Fachzeitschrift für das Pflege- und Adoptivkinderwesen, Idstein: Schulz-Kirchner; 19 (2005); Nr. 4; S. 107

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

Laucht, Manfred; Schmidt, Martin H.

Entwicklungsverläufe von Hochrisikokindern. Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie.

In: Kinderärztliche Praxis, Mainz: Kirchheim; 76 (2005); Nr. 6; S. 348-354

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

Lukascyk, 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.; 85 (2005); Nr. 5; S. 197-200

McKinsey Crittenden, Patricia

Der CARE-Index als Hilfsmittel für Früherkennung, Intervention und Forschung.

In: Frühförderung interdisziplinär, München: Reinhardt; 24 (2005); Nr. 3; S. 99-106

Motzkau, Eberhard

Kindesvernachlässigung: Frühe Intervention statt spätes Krisenmanagement. Ein integratives Konzept aus Düsseldorf.

In: Kinderärztliche Praxis, Mainz: Kirchheim; 76 (2005); Nr. 6; S. 356-360

Nehrke, Markus; Buß, Petra; Raupp, Ullrich

Die allerersten Schritte. Praxisorientiertes Vorgehen beim Verdacht auf Gewalt gegen Kinder- und Jugendliche.

In: Kinderärztliche Praxis, Mainz: Kirchheim; 75 (2004); Nr. 3; S. 363-369

Nordrhein-Westfalen, Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie, Düsseldorf (Hrsg.); Institut für soziale Arbeit -ISA-, Münster

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.

Nordrhein-Westfalen, Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie,
Düsseldorf (Hrsg.)

Soziale Frühwarnsysteme - Frühe Hilfen für Familien. Textsammlung.
Düsseldorf (2004); 101 S.

Nuber, Ursula

Der lange Schatten der Kindheit.

In: Blickpunkt Jugendhilfe, Berlin: VPK - Bundesverband privater Träger der
freien Kinder-, Jugend- und Sozialhilfe e.V.; 10 (2005); Nr. 2; S. 4-8

Papousek, Mechthild (Hrsg.); Schieche, Michael (Hrsg.); Wurmser, Harald (Hrsg.)

**Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im
Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen.**

Bern: Huber (2004); 408 S.; ISBN 3-456-84036-5

Petermann, Franz; Winkel, Sandra

Entwicklungspsychologische Diagnostik im frühen Kindesalter.

In: Frühförderung interdisziplinär, München: Reinhardt; 24 (2005); Nr. 1; S. 19-24

Pfeiffer, Christian; Hosser, Daniela; Maier-Pfeiffer, Anna; Jungmann, Tanja

**Prävention durch Frühförderung. Modellversuch zur Prävention von Krankheit,
Armut und Kriminalität für Kinder aus sozial benachteiligten Familien.**

Projektankündigung.

In: IKK-Nachrichten, München: Deutsches Jugendinstitut e.V. (2005); Nr. 1-2; S. 52-53

Pirani, Uta von

**Dienste für Kinder und Jugendliche des Jugendamtes Charlottenburg-
Wilmerdorf im Sozialen Frühwarnsystem.**

In: Forum Jugendhilfe, Berlin: Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe (2006); Nr. 1;
S. 61-66

Pretis, Manfred

Frühförderung planen, durchführen, evaluieren. 2. Aufl.

München: Reinhardt (2005); 144 S.; ISBN 3-497-01758-2

(Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär; 8)

Rakers, Andrea

Mutter-Kind-Projekt „Leben Lernen“.

In: Forum Erziehungshilfen, Frankfurt/Main: Internationale Gesellschaft für
erzieherische Hilfen -IGfH12 (2006); Nr. 2; S. 80-85

Raupp, Ullrich

**Vernachlässigung und Gewalt gegen Kinder. Ein Handlungsplan für den Umgang
mit dem Verdachtsfall in der Praxis.**

In: Kinderärztliche Praxis, Mainz: Kirchheim; 75 (2004); Nr. 3; S. 352-362

Reich, Wulfhild

**Der Stuttgarter Kinderschutzbogen. Ein Diagnoseinstrument bei
Kindeswohlgefährdung.**

In: Kinderärztliche Praxis, Mainz: Kirchheim; 76 (2005); Nr. 6; S. 370-377

Schlack, Hans G.

Neue Morbidität im Kindesalter - Aufgaben für die Sozialpädiatrie.

In: Kinderärztliche Praxis, Mainz: Kirchheim; 75 (2004); Nr. 5; S. 292-298

Schwerpunktthema: Bindungsorientierte Ansätze in der Praxis der Frühförderung.

In: Frühförderung interdisziplinär, München: Reinhardt; 24 (2005); Nr. 3; S. 97-141

Schwerpunktthema: Familien stärken. Frühe Hilfen zum besseren Schutz von Kindern vor Vernachlässigung.

In: Nachrichten Parität, Berlin: Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband (2006); Nr. 2; S. 4-27

Schwerpunktthema: Gewalt gegen Kinder: Früh erkennen - früh helfen.

In: IKK-Nachrichten, München: Deutsches Jugendinstitut e.V. (2005); Nr. 1-2; S. 1-62

Schwerpunktthema: Kindesmisshandlung.

In: Kinderärztliche Praxis, Mainz: Kirchheim; 75 (2004); Nr. 3; S. 349-388

Schwerpunktthema: Risikostrukturen.

In: Forum Erziehungshilfen, Frankfurt/Main: Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen -IGfH-; 12 (2006); Nr. 1; S. 1-26

Schwerpunktthema: Rückblick und Ausblick Sozialpädiatrie.

In: Kinderärztliche Praxis, Mainz: Kirchheim; 75 (2004); Nr. 5; S. 279-332

Sohns, Armin

Frühförderung entwicklungsauffälliger Kinder in Deutschland. Handbuch der fachlichen und organisatorischen Grundlagen.

Weinheim: Juventa (2000); 368 S.; ISBN 3-7799-2035-2
(Edition Sozial)

Soziales Frühwarnsystem in Bielefeld. Früherkennung und rechtzeitige Bearbeitung sozialer Problemlagen als Präventionsansatz in Zusammenarbeit von Klinik, Kinderschutz und Jugendamt.

In: Forum Erziehungshilfen, Frankfurt/Main: Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen -IGfH-; 12 (2006); Nr. 1; S. 25-26

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

Suchodoletz, Waldemar von (Hrsg.)

Früherkennung von Entwicklungsstörungen. Frühdiagnostik bei motorischen, kognitiven, sensorischen, emotionalen und sozialen Entwicklungsauffälligkeiten.

Göttingen: Hogrefe (2005); XI, 286 S.; ISBN 3-8017-1877-8

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

Thurmair, Martin; Naggl, Monika

**Praxis der Frühförderung. Einführung in ein interdisziplinäres Arbeitsfeld.
2. überarb. Aufl.**

München: Reinhardt (2003); 281 S.; ISBN 3-8252-2171-7

Tröster, Heinrich; Reineke, Dirk

**Früherkennung von Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten im
Vorschulalter.**

In: Frühförderung interdisziplinär, München: Reinhardt; 24 (2005); Nr. 4; S. 158-167

Univ. Dortmund, Fachbereich Erziehungswissenschaft und Soziologie (Hrsg.)

Hannemann, Anika

Pflicht und Recht des Jugendamtes in die elterliche Sorge einzugreifen.

Dortmund (2002); 270 S.

Unzner, Lothar

Bindung als handlungsleitendes Konzept in der Frühförderung.

In: Frühförderung interdisziplinär, München: Reinhardt; 24 (2005); Nr. 3; S. 134-141

Verein für Kommunalwissenschaften e.V., Berlin (Hrsg.)

**It Takes Two to Tango. Frühe Kindheit an der Schnittstelle zwischen
Jugendhilfe und Entwicklungspsychologie. Dokumentation der Fachtagung in
Kooperation mit dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband,
Landesverband Berlin e.V., und dem Universitätsklinikum Ulm, Klinik für
Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie vom 14. bis 16. Mai 2003 in Berlin.**

Berlin (2004); 287 S.; ISBN 3-931418-47-2

(Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe; 43/1)

Verein für Kommunalwissenschaften e.V., Berlin (Hrsg.)

**It Takes Two to Tango. Konzepte und Modelle zur Früherkennung von
Entwicklungsgefährdungen bei Säuglingen und Kleinkindern. Dokumentation des
Pre-Conference-Workshops II in Kooperation mit dem Deutschen Paritätischen
Wohlfahrtsverband, Landesverband Berlin e.V., und dem Universitätsklinikum
Ulm Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie am
14. Mai 2003 in Berlin.**

Berlin (2004); 117 S.; ISBN 3-931418-46-4

(Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe; 43/2)

Verein für Kommunalwissenschaften e.V., Berlin (Hrsg.)

**Rechtzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen im frühen Kindesalter und das
angemessene Reagieren von Jugendhilfe und Medizin unter besonderer
Berücksichtigung von Datenschutz und Schweigepflicht. Dokumentation des
Workshops am 30. und 31. März 2000 in Berlin.**

Berlin (2000); 125 S.; ISBN 3-931418-27-8

(Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe; 26)

Wagenblass, Sabine

Aufgaben, Funktionsweisen und Modelle eines Sozialen Frühwarnsystems.

In: Forum Erziehungshilfen, Frankfurt/Main: Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen -IGfH-; 12 (2006); Nr. 1; S. 20-24

Wagenblass, Sabine

„Soziales Frühwarnsystem“ - Am Beispiel der Kinder- und Familienhilfe.

In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, Weinheim: Beltz; 55 (2004); Nr. 2; S. 48-52

Weiß, Hans; Neuhäuser, Gerhard; Sohns, Armin

Soziale Arbeit in der Frühförderung und Sozialpädiatrie.

München: Ernst Reinhardt (2004); 176 S.; ISBN 3-8252-2548-8
(Soziale Arbeit im Gesundheitswesen; 3)

Werner, Ulrich

Risikomanagement in sozialen Organisationen. Risiken als Chance am Beispiel der Familienpflege.

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 31 (2006); Nr. 6; S. 26-35

Witzke, Katharina

Kinder- und Jugendhilfe - Eine Chance für „Schreibabys“?

In: Forum Erziehungshilfen, Weinheim: Beltz; 9 (2003); Nr. 5; S. 301-309

Wollwerth de Chuquisengo, Ruth; Kreß, Heike

Exzessives Schreien in den ersten Lebensmonaten und seine Behandlung in der „Münchener Sprechstunde für Schreibabies“.

In: IKK-Nachrichten, München: Deutsches Jugendinstitut e.V. (2005); Nr. 1-2; S. 40-46

Wustmann, Corina

Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern.

Weinheim: Beltz (2004); 172 S.; ISBN 3-407-56243-8

Wustmann, Corina

Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern fördern.

In: Klein & Groß, Weinheim: Beltz (2004); Nr. 7-8; S. 28-31

Wustmann, Corina

„So früh wie möglich!“ - Ergebnisse der Resilienzforschung.

In: IKK-Nachrichten, München: Deutsches Jugendinstitut e.V. (2005); Nr. 1-2; S. 14-19

Ziegenhain, Ute

Bindungstheoretisch konzeptualisierte Modelle zur frühen Prävention.

In: Kinderärztliche Praxis, Mainz: Kirchheim; 76 (2005); Nr. 6; S. 378-383

Ziegenhain, Ute

Liaison Jugendhilfe und Entwicklungspsychologie der frühen Kindheit? Interdisziplinäre Kooperation am Beispiel eines Weiterbildungsprojektes.

In: Erziehungsberatung aktuell, Schwabach: Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungs-, Jugend- und Familienberatung (2005); Nr. 1; S. 31-39

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

Ziegenhain, Ute; Fegert, Jörg M.

Bindungsrisiken in der frühen Kindheit.

In: Frühförderung interdisziplinär, München: Reinhardt; 24 (2005); Nr. 2; S. 49-54

Ziegenhain, Ute; Fries, Mauri; Bütow, Barbara; Derksen, Bärbel

Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern. Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe.

Weinheim: Juventa (2004); 208 S.; ISBN 3-7799-1533-2

In der Reihe „Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe“ bisher erschienene Titel

- 1. Eingliederung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher in die Jugendhilfe**
Dokumentation der Fachtagung am 30./31.3.1995. Berlin 1995
kostenlos im Internet verfügbar
- 2. Jugendhilfeplanung - ein wirksames Steuerungsinstrument der Jugendhilfe**
Dokumentation der Fachtagung am 18./19.5.1995. Berlin 1995
kostenlos im Internet verfügbar
- 3. Anforderungen der Jugendhilfe an neue Steuerungsmodelle**
Dokumentation der Fachtagung am 28./29.8.1995. Berlin 1996
kostenlos im Internet verfügbar
- 4. Aufgaben, Kompetenzen, Strukturen und Arbeitsweisen von Jugendhilfeausschüssen**
Dokumentation der Fachtagung am 24./25.11.1995. Berlin 1996
kostenlos im Internet verfügbar
- 5. Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen im Wandel: Neue Anforderungen an Jugendhilfe und Schule**
Dokumentation der Fachtagung am 26./27.1.1996. Berlin 1996
kostenlos im Internet verfügbar
- 7. Jugendarbeitslosigkeit - was tun?! Jugendhilfe und Sozialamt, Arbeitsverwaltung und Wirtschaft als Partner bei der Sicherung beruflicher Perspektiven junger Menschen**
Dokumentation der Fachtagung am 21./22.5.1996. Berlin 1997
kostenlos im Internet verfügbar
- 8. Verwaltungsmodernisierung - Standpunkte und Entwicklungen in der Jugendhilfe**
Dokumentation der Fachtagung am 25./26.11.1996. Berlin 1997
kostenlos im Internet verfügbar
- 9. Eingliederung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher in die Jugendhilfe. Erfahrungen – Probleme – Entwicklungen**
Dokumentation des Workshops am 2.-4.9.1996. Berlin 1997
kostenlos im Internet verfügbar
- 10. Kinder-Leben in der Stadt**
Dokumentation der Fachtagung am 22./23.1.1997. Berlin 1997
kostenlos im Internet verfügbar
- 11. Flexibilisierung und Steuerung im Bereich der Hilfen zur Erziehung**
Dokumentation der Fachtagung am 18./19.10.1996. Berlin 1997
kostenlos im Internet verfügbar

- 12. Aufgaben und Möglichkeiten der Jugendhilfe bei der Auseinandersetzung mit sexueller Gewalt gegen Kinder**
Dokumentation der Fachtagung am 6.-7.6.1997. Berlin 1998
kostenlos im Internet verfügbar
- 13. Jugendhilfeausschuss und kommunale Jugendpolitik**
Dokumentation der Fachtagung am 28.2./1.3.1997. Berlin 1998
kostenlos im Internet verfügbar
- 14. Die Reform des Kindschaftsrechts – Auswirkungen auf die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe**
Dokumentation der Fachtagung am 12./13.12.1997. Berlin 1998
kostenlos im Internet verfügbar
- 15. Netzwerk Kriminalprävention – was kann Jugendhilfe leisten?**
Dokumentation der Fachtagung am 19./20.9.1997. Berlin 1998
kostenlos im Internet verfügbar
- 16. Die Beratung im Kontext von Scheidungs-, Sorgerechts- und Umgangsrechtsverfahren: Anforderungen an Strukturen und Formen der Kooperation von Familiengericht, Jugendhilfe und Anwaltschaft**
Dokumentation der Fachtagung am 24./25.9.1998. Berlin 1999
kostenlos im Internet verfügbar
- 17. ... und schuld ist im Ernstfall das Jugendamt. Probleme und Risiken sozialpädagogischer Entscheidungen bei Kindeswohlgefährdung zwischen fachlicher Notwendigkeit und strafrechtlicher Ahndung**
Dokumentation der Fachtagung am 16./17.11.1998
Berlin 1999, 110 S., DIN A4,
ISBN-13: 978-3-931418-21-2, ISBN-10: 3-931418-21-9 Preis: 7,00 Euro
- 18. Partnerschaftliche Kooperation oder marktwirtschaftlicher Wettbewerb? - Zur Zukunft des Zusammenwirkens von öffentlicher und freier Jugendhilfe**
Dokumentation des 1. Berliner Diskurses zur Jugendhilfe 11./12.12.1998
Berlin 1999 kostenlos im Internet verfügbar
- 19. Hilfen von Anfang an. Unterstützung von Familien als interdisziplinäre Aufgabe**
Dokumentation der Fachtagung am 23./24.4.1999
Berlin 1999, 163 S., DIN A4,
ISBN-13: 978-3-931418-22-9, ISBN-10: 3-931418-22-7 Preis: 7,00 Euro
- 20. Was tun mit den Schwierig(st)en?**
Dokumentation der Fachtagung am 21./22.6.1999
Berlin 1999, 205 S., DIN A4,
ISBN-13: 978-3-931418-23-6, ISBN-10: 3-931418-23-5 Preis: 7,00 Euro

- 21. Lokale Agenda 21 – Gestaltungsmöglichkeiten für Jugendhilfe und Schule – Herausforderung für die Kommunalpolitik?**
Dokumentation der Fachtagung am 1./2.10.1999.
Berlin 2000 kostenlos im Internet verfügbar
- 22. Braucht flexible Jugendpolitik ein neues Jugendamt?**
Dokumentation des 2. Berliner Diskurses zur Jugendhilfe 15.11.1999
Berlin 2000 kostenlos im Internet verfügbar
- 23. Verantwortung, Aufgaben und Möglichkeiten der Jugendhilfe zur Sicherung der Chancen junger Menschen auf Ausbildung und Arbeit**
Dokumentation des Workshops am 29./30.11.1999
Berlin 2000 kostenlos im Internet verfügbar
- 24. Mitwirkung und Beteiligung von Kindern und Jugendlichen – Hindernisse, Probleme, Erfolge**
Dokumentation des Seminars des Deutschen Instituts für Urbanistik und des VfK am 20.-22.3.2000. Berlin 2000 kostenlos im Internet verfügbar
- 25. Die Reform des Kindschaftsrechts - eine Reform für Kinder?**
Dokumentation der Fachtagung am 12./13.5.2000
Berlin 2001 kostenlos im Internet verfügbar
- 26. Rechtzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen im frühen Kindesalter und das angemessene Reagieren von Jugendhilfe und Medizin unter besonderer Berücksichtigung von Datenschutz und Schweigepflicht**
Dokumentation des Workshops am 30./31.3.2000,
Berlin 2001, 125 Seiten, DIN A4,
ISBN-13: 978-3-931418-27-4, ISBN-10: 3-931418-27-8 Preis: 7,00 Euro
- 27. Sozialarbeit im sozialen Raum**
Dokumentation der Fachtagung am 21./22.9.2000.
Berlin 2001 kostenlos im Internet verfügbar
- 28. Kindertagesbetreuung - eine Investition, die sich lohnt!**
Dokumentation des 3. Berliner Diskurses zur Jugendhilfe am 20.11.2000
Berlin 2001 kostenlos im Internet verfügbar
- 29. Pädagogische Konzepte in der Jugendsozialarbeit mit rechten Jugendlichen**
Dokumentation des Workshops am 8./9.3.2001
Berlin 2001 kostenlos im Internet verfügbar
- 30. Qualitätsmanagement in der Jugendhilfe**
Dokumentation der Fachtagung am 30.11./1.12.2000
Berlin 2001 kostenlos im Internet verfügbar
- 31. Auf dem Weg zur solidarischen Stadt - Kooperation von Stadtentwicklung und Jugendhilfe**
Dokumentation der Fachtagung am 10./11.5.2001
Berlin 2001 kostenlos im Internet verfügbar

- 32. Mit Kindern und Jugendlichen verhandeln?!
Partizipation im Jugendhilfekontext**
Dokumentation der Fachtagung am 20./21.9.2001
Berlin 2002 kostenlos im Internet verfügbar
- 33. Das Verhältnis von Sozialen Diensten und Amtsvormundschaft/
Amtspflegschaft im Jugendamt**
Dokumentation der Fachtagung am 11./12.10.2001
Berlin 2002 kostenlos im Internet verfügbar
- 34. Die Verantwortung der Jugendhilfe zur Sicherung des Kindeswohls**
Dokumentation der Fachtagung am 29./30.11.2001
Berlin 2002, 204 S., DIN A4,
ISBN-13: 978-3-931418-37-3, ISBN-10: 3-931418-37-5 Preis: 14,00 Euro
- 35. DAS ANDERE. Perspektiven der Jugendhilfe zum Umgang
mit kultureller Vielfalt**
Dokumentation der Fachtagung am 6./7.6.2002
Berlin 2003 kostenlos im Internet verfügbar
- 36. Erste Erfahrungen bei der Umsetzung der Regelungen nach
§§ 78a-g SGB VIII und die wirkungsorientierte Gestaltung von
Qualitätsentwicklungs-, Leistungs- und Entgeltvereinbarungen**
Dokumentation der Workshops am 8./9.4.2002 und 17./18.6.2002
Berlin 2003 kostenlos im Internet verfügbar
- 37. Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention**
Dokumentation der Fachtagung am 10./11.10.2002
Berlin 2003 kostenlos im Internet verfügbar
- 38. Nicht nur *gut aufgehoben*. Kindertagesbetreuung als
zukunftsorientierte Dienstleistung**
Dokumentation der Fachtagung am 17./18.10.2002
Berlin 2003, 176 S. DIN A4,
ISBN-13: 978-3-931418-41-0, ISBN-10: 3-931418-41-3 Preis: 14,00 Euro
- 39. Die Vereinbarungen nach §§ 78a ff. SGB VIII
(Achttes Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe).**
Bestandsaufnahme und Analyse der Leistungs-, Entgelt- und
Qualitätsentwicklungsvereinbarungen sowie der Rahmenverträge.
Studie zum Umsetzungsstand der gesetzlichen Neuregelungen der
§§ 78a ff. SGB VIII im Auftrag des Bundesministeriums für Familie,
Senioren, Frauen und Jugend
Berlin 2003, 156 S. DIN A4,
ISBN-13: 978-3-931418-42-7, ISBN-10: 3-931418-42-1 Preis: 14,00 Euro

- 40. Startchancen verbessern – Für ein neues Verständnis von Bildung in der Jugendhilfe**
Dokumentation des 5. Berliner Diskurses zur Jugendhilfe am 8.11.2002
Berlin 2003, 118 S., DIN A4,
ISBN-13: 978-3-931418-43-4, ISBN-10: 3-931418-43-X Preis: 14,00 Euro
- 41. Steuerungsmöglichkeiten der Jugendhilfe im Kontext der demographischen Entwicklung in Deutschland**
Dokumentation der Fachtagung am 28./29.11.2002
Berlin 2003, 169 S., DIN A4,
ISBN-13: 978-3-931418-44-1, ISBN-10: 3-931418-44-8 Preis: 14,00 Euro
- 42. Freiheitsentziehende Maßnahmen als Voraussetzung für pädagogische Einflussnahme: Indikationen, Settings, Verfahren**
Dokumentation des Workshops am 3./4.04.2003
Berlin 2004 96 S., DIN A4,
ISBN-13: 978-3-931418-45-8, ISBN-10: 3-931418-45-6 Preis: 17,00 Euro
- 43/1. It Takes Two to Tango. Frühe Kindheit an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Entwicklungspsychologie**
Dokumentation der Fachtagung am 14.-16.05.2003
Berlin 2004 287 S., DIN A4,
ISBN-13: 978-3-931418-47-2, ISBN-10: 3-931418-47-2 Preis: 17,00 Euro
- 43/2. It Takes Two to Tango. Konzepte und Modelle zur Früherkennung von Entwicklungsgefährdungen bei Säuglingen und Kleinkindern**
Dokumentation des Pre-Conference-Workshops II zur Fachtagung „It Takes Two to Tango“ am 14.05.2003
Berlin 2004 117 S., DIN A4,
ISBN-13: 978-3-931418-46-5, ISBN-10: 3-931418-46-4 Preis: 13,00 Euro
- 44. Wenn das Jugendamt wüsste, was das Jugendamt weiß... Das Jugendamt auf dem Weg zu einer lernenden Organisation**
Dokumentation der Fachtagung am 18./19.09.2003
Berlin 2004 72 S., DIN A4,
ISBN-13: 978-3-931418-48-9, ISBN-10: 3-931418-48-0 Preis: 13,00 Euro
- 45. Zusammenhänge und Wirkungen: Umsetzungsstand und Perspektiven der Regelungen nach §§ 78a bis g SGB VIII**
Dokumentation der Fachtagung am 26./27.06.2003
Berlin 2004 224 S., DIN A4,
ISBN-13: 978-3-931418-49-6, ISBN-10: 3-931418-49-9 Preis: 17,00 Euro
- 46. (Mehr) Selbstverantwortung zulassen. Neue Konzepte in der Kinder- und Jugendhilfe**
Dokumentation der Fachtagung am 22./23.04.2004
Berlin 2004 122 S., DIN A4,
ISBN-13: 978-3-931418-50-2, ISBN-10: 3-931418-50-2 Preis: 17,00 Euro

- 47. Kindererziehung zwischen elterlicher und staatlicher Verantwortung**
Dokumentation des 6. Berliner Diskurses zur Jugendhilfe am 14.11.2003
Berlin 2004 88 S., DIN A4,
ISBN-13: 978-3-931418-51-9, ISBN-10: 3-931418-51-0 Preis: 10,00 Euro
- 48. Neuorganisation der Jugendarbeit**
Dokumentation des Workshops am 23./24.09.2004
Berlin 2004 50 S., DIN A4,
ISBN-13: 978-3-931418-52-6, ISBN-10: 3-931418-52-9 Preis: 12,00 Euro
- 49. Die Verantwortung der Jugendhilfe für Kinder von Eltern mit chronischen Belastungen**
Dokumentation der Fachtagung am 17./18.06.2004
Berlin 2005 209 S., DIN A4,
ISBN-13: 978-3-931418-53-3, ISBN-10: 3-931418-53-7 Preis: 17,00 Euro
- 50. Die Straftat als Hinweis auf erzieherischen Bedarf?
Pädagogik und Konsequenz im Umgang mit Kinderdelinquenz**
Dokumentation der Fachtagung am 02./03.12.2004
Berlin 2005 250 S., DIN A4,
ISBN-13: 978-3-931418-54-0, ISBN-10: 3-931418-54-5 Preis: 17,00 Euro
- 51. Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe. Vom Fallverstehen zur richtigen Hilfe**
Dokumentation der Fachtagung am 21./22.04.2005
Berlin 2005, 262 S., DIN A4,
ISBN-13: 978-3-931418-55-7, ISBN-10: 3-931418-55-3 Preis: 17,00 Euro
- 52. Jugendhilfe und Hartz IV: Umsetzungsstand und Handlungsbedarf**
Dokumentation des Workshops am 02./03.06.2005
Berlin 2005, 82 Seiten, DIN A4,
ISBN-13: 978-3-931418-56-4, ISBN-10: 3-931418-56-1 Preis: 17,00 Euro
- 53. Verändertes Kinder- und Jugendhilferecht und seine Auswirkungen auf die Praxis. Die Umsetzung aktueller Gesetzesänderungen im SGB VIII**
Dokumentation der Fachtagung vom 22.-24.06.2005
Berlin 2005, 294 Seiten, DIN A4,
ISBN-13: 978-3-931418-57-1, ISBN-10: 3-931418-57-X Preis: 17,00 Euro
- 54. Das verflixte siebente Jahr: Erfahrungen der Jugendhilfepraxis mit der Kindschaftsrechtsreform**
Dokumentation des 8. Berliner Diskurses zur Jugendhilfe am 21./22.09.2005
Berlin 2006, 193 Seiten, DIN A4,
ISBN-13: 978-3-931418-58-8, ISBN 10: 3-931418-58-8 Preis: 17,00 Euro
- 55. „Ja mach nur einen Plan...“ Bildungsprogramme im Elementarbereich**
Dokumentation der Fachtagung am 24./25.11.2005
Berlin 2006, 140 S., DIN A4
ISBN-13: 978-3-931418-59-5, ISBN 10: 3-931418-59-6 Preis: 17,00 Euro

56. Ein Jahr nach der Arbeitsmarktreform: Erste Erfahrungen der Jugendhilfe mit Hartz IV

Dokumentation der Fachtagung „Jugendhilfe + Hartz IV: Umsetzungsstand und Handlungsbedarf“ am 18./19.01.2006

Berlin 2006, 162 Seiten, DIN A4,

ISBN-13: 978-3-931418-60-1, ISBN 10: 3-931418-60-X

Preis: 17,00 Euro

Weitere Veröffentlichungen des Vereins für Kommunalwissenschaften e.V.:

WS 1. Soziale Arbeit in der Schule (Schulsozialarbeit) - Konzeptionelle Grundbedingungen

Abschlusspapier eines Workshops am 13./14.12.1996. Berlin 1997

kostenlos im Internet verfügbar

WS 2. Die Verantwortung der Jugendhilfe für den Schutz der Kinder vor sexueller Gewalt: Was muss Jugendhilfe leisten, wie kann sie helfen? Mit wem soll sie wie kooperieren?

Thesen und Leitlinien des Workshops am 15./16.6.1998. Berlin 1998

kostenlos im Internet verfügbar

Literaturauswahl Jugendhilfe 2000: Veröffentlichungen aus dem Jahr 2000.

Berlin 2001

kostenlos im Internet verfügbar

Literaturauswahl Jugendhilfe 2001: Veröffentlichungen aus dem Jahr 2001.

Berlin 2002

kostenlos im Internet verfügbar

Literaturauswahl Jugendhilfe 2002: Veröffentlichungen aus dem Jahr 2002

Berlin 2003

kostenlos im Internet verfügbar

Literaturauswahl Jugendhilfe 2003: Veröffentlichungen aus dem Jahr 2003

Berlin 2004

kostenlos im Internet verfügbar

Literaturauswahl Jugendhilfe 2004: Veröffentlichungen aus dem Jahr 2004

Berlin 2005, 165 S., DIN A4

kostenlos im Internet verfügbar

Literaturauswahl Jugendhilfe 2005: Veröffentlichungen aus dem Jahr 2005

Berlin 2006, 158 S. DIN A4

Preis: 5,50 Euro

Demnächst wird folgender Titel erscheinen:

Kinderschutz gemeinsam gestalten: § 8a SGB VIII – Schutzauftrag der Kinder- und Jugendhilfe

Dokumentation der Fachtagung am 22./23.06.2006

Bezugsadresse:

Verein für Kommunalwissenschaften e.V.,

Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe, Postfach 12 03 21, 10593 Berlin

Telefon: 030 / 39001-136

E-Mail: agfj@vfk.de

Fax: 030 / 39001-146

Internet: www.vfk.de/agfj