

VON ANFANG AN.
GEMEINSAM.



BUNDESKONGRESS
DES NATIONALEN ZENTRUMS
FRÜHE HILFEN
DOKUMENTATION

| | |
|---|----------|
| EINLEITUNG | 4 |
| VORTRÄGE | |
| 1 Gesundes Aufwachsen, Förderung von Familien, Schutz von Kindern. Welchen Beitrag können Frühe Hilfen dazu leisten? Prof. Dr. Ute Thyen | 6 |
| 2 Die Förderung positiven Elternverhaltens im Lichte differentieller Empfänglichkeit Prof. Dr. Marinus H. van IJzendoorn | 14 |
| 3 Frühe Hilfen und frühkindliche Förderung – familienbezogen und kompensatorisch. Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe im Spannungsfeld von Prävention und Intervention. Dr. Heidemarie Rose | 26 |
| PODIUMSDISKUSSIONEN | |
| „Ganz schön viel dazu gelernt...“ – Vier Jahre Aktionsprogramm Frühe Hilfen | 30 |
| „Strategisch in die Zukunft denken“ – Frühe Hilfen auf dem Weg in die Regelversorgung | 34 |
| FOREN | |
| 1 Frühe Hilfen und Kinderschutz – Balance zwischen Förderung und Kontrolle | 38 |
| 2 Erfolgreich helfen – Ergebnisse aus Modellprojekten Früher Hilfen | 42 |
| 3 Voneinander wissen – miteinander vernetzt Hilfen anbieten | 46 |
| 4 Hier geht's zu Familien – systematisch Zugang finden | 50 |
| 5 Mit Frühen Hilfen müssen Sie rechnen – Chancen der Verstetigung | 54 |
| 6 Aus Fehlern lernen – neue Wege der Qualitätsentwicklung im Kinderschutz | 64 |
| 7 Mit Gewinn beteiligt? – Partizipation von Familien im Feld Früher Hilfen | 68 |
| 8 Qualifizierung im Feld Früher Hilfen – Bedarf erkannt und jetzt? | 72 |

POSTERAUSSTELLUNG DER MODELLPROJEKTE „FRÜHE HILFEN“

Baden-Württemberg | Rheinland-Pfalz | Bayern | Thüringen

Guter Start ins Kinderleben 80

Berlin

Evaluation und Coaching zum Sozialen Frühwarnsystem in Berlin-Mitte 83

Brandenburg

Wie Elternschaft gelingt 86

Hamburg

Wie Elternschaft gelingt 89

Hessen | Saarland

Keiner fällt durchs Netz (KFDN) | Frühe Interventionen für Familien (Pfiff) 92

Mecklenburg-Vorpommern

Chancen für Kinder psychisch Kranker und/oder suchtbelasteter Eltern 95

Niedersachsen

Familienhebammen. Frühe Unterstützung – frühe Stärkung? 98

Niedersachsen | Bremen | Sachsen

Pro Kind 101

Nordrhein-Westfalen | Schleswig-Holstein

Evaluation Früher Hilfen und Frühwarnsysteme in NRW und Schleswig-Holstein 104

Sachsen-Anhalt

Frühstart – Familienhebammen im Land Sachsen-Anhalt 107

POSTERAUSSTELLUNG DER PROJEKTE DES NZFH

NZFH

Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen 110

NZFH

Erkenntnisse aus den Modellprojekten: Übergreifend und zusammengefasst 113

NZFH

Kommunale Praxis Früher Hilfen – eine erste Bestandsaufnahme 116

PUBLIKATIONEN

120



Zugang finden

Vernetzung stärken

Kindeswohl schützen

Hilfen anpassen

verbindlich und nachhaltig

Beratung auf Augenhöhe

Prävention ausbauen

Risiken erkennen

Kooperation

Respekt

Wissenslücken schließen

Eltern motivieren

Empathie

Beziehung aufbauen

behutsam beraten

Erziehungskompetenz stärken

BUNDESKONGRESS DES NATIONALEN ZENTRUMS FRÜHE HILFEN

LIEBE LESERINNEN UND LESER,

„Von Anfang an. Gemeinsam.“ Unter dieser Überschrift kamen im Herbst 2010 auf Einladung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) im Berliner Umweltforum 350 Fachkräfte zusammen, die in den unterschiedlichsten Fachbereichen rund um die Frühen Hilfen arbeiten.

Mit dieser Dokumentation zeichnet das NZFH den Verlauf des Bundeskongresses nach. Alle Vorträge im Wortlaut sowie Zusammenfassungen der Diskussionen finden Sie auf den folgenden Seiten, dazu das Wichtigste aus den acht parallelen Workshops mit den dort erarbeiteten zentralen Botschaften. Auch die vielbeachteten Poster zu den Modellprojekten Frühe Hilfen sowie zu weiteren Projekten des NZFH sind vollständig in dieser Dokumentation abgebildet.

Allen Beteiligten möchten wir nochmals herzlich für die Teilnahme am Bundeskongress und für Ihre engagierte Arbeit danken.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre!

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen

vieren und beteiligen

Versorgung sichern

präventiv unterstützen

Familien begleiten

ärken

GESUNDES AUFWACHSEN, FÖRDERUNG VON FAMILIEN, SCHUTZ VON KINDERN. WELCHEN BEITRAG KÖNNEN FRÜHE HILFEN DAZU LEISTEN?

VORTRAG VON PROF. DR. UTE THYEN, UNIVERSITÄT ZU LÜBECK, KLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN, VORSITZENDE DES WISSENSCHAFTLICHEN BEIRATS DES NZFH



Prof. Dr. Ute Thyen,
Vorsitzende des Wissenschaftlichen Beirats des
NZFH

Frühe Hilfen haben das gesunde Aufwachsen von Kindern zum Ziel. Nach der WHO-Definition ist damit nicht allein körperliches, sondern auch seelisches und soziales Wohlbefinden gemeint. Jedes Kind hat laut der UN-Kinderrechtskonvention das Recht, seine Entwicklungspotenziale möglichst weitgehend auszuschöpfen. Frühe Hilfe meint auch, die soziale Teilhabe von Kindern zu sichern. Dieser Aspekt entstammt dem neuen Diskurs über Inklusion, der sich auch im Sozialgesetzbuch IX wiederfindet.

FRÜHE HILFEN BIETEN ALLTAGSPRAKTISCHE UNTERSTÜTZUNG

Der erste Lebensort eines Kindes ist die Familie. Das ist für die allermeisten Kinder auch der beste Ort zum Aufwachsen. Deshalb richten sich die Frühen Hilfen an angehende Eltern, bieten alltagspraktische und soziale Unterstützung, stärken Ressourcen, vermitteln Wissen, öffnen Zugangswege zu Hilfen und reduzieren psychosoziale Risiken. Sie konzentrieren sich auf Familien, die besonderer Hilfe bedürfen, um die knappen finanziellen Ressourcen möglichst effektiv einzusetzen.

Und sie konzentrieren sich auf die Phase von der Schwangerschaft bis zum dritten Lebensjahr, weil insbesondere die erste Schwangerschaft und die Geburt des ersten Kindes für Familien eine besondere Situation bedeuten. Ressourcen in Familien zu stärken, ist immer auch ein Beitrag zum Kinderschutz. Das betrifft nicht spezifisch die Frühen Hilfen, sondern jede Profession, die mit Kindern zu tun hat. Zu den Entwicklungsbedürfnissen von Kindern gehört Gesundheit im engeren Sinne, aber auch Identitätsbildung, Bildungschancen, Entwicklung emotionaler Stabilität und sozialer Repräsentation. Das sind nicht notwendigerweise sämtlich Angebote, die vom Gesundheitswesen abgedeckt werden. Sie werden von vielen verschiedenen Systemen geleistet.

FRÜHE HILFEN STÄRKEN SCHUTZFAKTOREN

Eltern müssen in der Lage sein, die Grundversorgung ihres Kindes sicherzustellen. Dazu gehört zunächst die basale Versorgung: Essen, Heizung, Sicherheit und Schutz vor Unfallgefahren. Allein diese Versorgung ist oftmals eine unüberwindbare Herausforderung für Familien. Das Kind muss lernen, wo Gefahren in der Gesellschaft bestehen und wie es sich selbständig vor diesen schützen kann. Emotionale Wärme ist ein weiterer, zentraler Aspekt. Familiäre Umfeldfaktoren sind begünstigende oder benachteiligende Faktoren, sie sind aber niemals Ursache einer gestörten Eltern-Kind-Beziehung. Ich kenne aus meinen Sprechstunden so viele Kinder die unter den ungünstigsten Verhältnissen leben und leben müssen. Die Mehrzahl der jeweiligen Eltern versorgt ihre Kinder sehr gut.

Unter Risikofaktoren und Schutzfaktoren versteht man in der Wissenschaft Einflussfaktoren, die eine Entwicklung beeinflussen können. Faktoren, die negative Auswirkungen von Risikofaktoren abmildern, nennt man Ressourcen. Ob diese einen eigenständigen, positiven Entwicklungsaspekt mit sich bringen, ist in der Wissenschaft noch nicht ganz klar. Beide Arten von Faktoren interagieren miteinander. Ziele der Frühen Hilfen sind die Stärkung von Schutzfaktoren und die Reduktion von Risikofaktoren. Soziale Benachteiligung kann in Familien, die wenig persönliche Ressourcen haben, das Fass zum Überlaufen bringen – normalerweise lässt sie sich bewältigen. Elterliche Erkrankung ist in diesem Zusammenhang ein wichtiges Thema geworden. Wir sehen in unserer Arbeit täglich, dass Sucht- und psychische Erkrankungen, biografische Erfahrungen von Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung in der Elterngeneration jungen Eltern die gute Versorgung ihrer Kinder extrem erschweren.

NICHT-NORMATIVE BELASTUNGEN MÜSSEN EXTRA BEWÄLTIGT WERDEN

Auch Umweltfaktoren wie die stetige Beschleunigung unserer Lebensart, stellen für manche Eltern ein großes Problem dar. Individuelle Risikofaktoren sind Alter und Geschlecht. Bei den Jugendlichen sind zum Beispiel die Mädchen sehr viel anfälliger für psychosomatische Erkrankungen. Jungen zeigen in diesem Alter im Vergleich zu den Mädchen häufiger eine dissoziale Entwicklung, Chronische Gesundheitsstörungen wie Krankheit oder Behinderung bedeuten nicht-normative Belastungen, die extra bewältigt werden müssen. Deswegen sind individuelle Schutzfaktoren wie ein stabiles, positives Temperament und gelingende Resilienz-Entwicklung, gute kognitive Gaben und damit Zugang zu Wissen sehr wichtig.

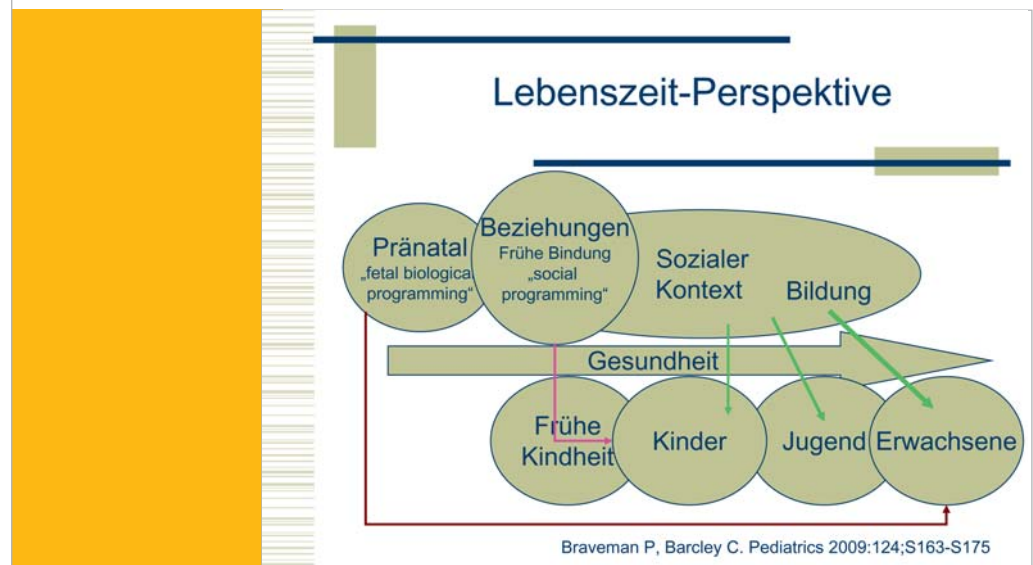
Je mehr Risiken vorliegen, welcher Art auch immer, desto größer ist die Häufigkeit von seelischen Entwicklungsstörungen. Genauso verhält es sich bei der kumulativen Wirkung von Schutzfaktoren, also Faktoren, die das Leben einfacher machen. Sind diese bei risikobelasteten Kindern vorhanden, reduzieren sie das Risiko für das Auftreten seelischer Entwicklungsstörungen. Bei Kindern mit einem, zwei oder zum Teil drei Risikofaktoren kann es durch zusätzliche Schutzfaktoren gelingen, seelische Entwicklungsstörungen zu reduzieren. Die besten Erfolge und Effekte lassen sich demnach bei der Unterstützung mäßig risikobelasteter Menschen erzielen. Bei Kindern mit mehr als vier Risikofaktoren konnten zusätzliche Schutzfaktoren seelische Entwicklungsstörungen nicht reduzieren. In solchen Fällen muss eine Behandlung aufgenommen werden, präventive Maßnahmen reichen hier nicht mehr aus.

DAS FAMILIENKLIMA ALS WESENTLICHER SCHUTZFAKTOR

Das Familienklima ist einer der wesentlichsten Schutzfaktoren für Kinder und Jugendliche. Wachsen Kinder in gutem Familienklima auf, wird das Risiko halbiert, eine Depression oder Angstsymptome in der mittleren Kindheit zu entwickeln. Störungen des Sozialverhaltens treten dann sogar nur bei einem Viertel der Kinder auf. Diese Ergebnisse bekräftigen nochmals, wie wichtig es ist, dass die Frühen Hilfen so nachhaltig wirkend arbeiten. Dass sie auch in der mittleren Kindheit oder im jungen Erwachsenenalter noch Auswirkungen haben, hat auch die große amerikanische Studie von Davids Olds gezeigt. Unsere Modellprojekte zu Frühen Hilfen in Deutschland sollten deshalb nicht nur in der Praxis verankert werden sondern auch weiter wissenschaftlich begleitet werden, damit wir diese Effekte auch auf europäischem Boden nochmals nachweisen können.

JUGENDLICHE – DIE JUNGEN ELTERN VON MORGEN

Wichtig ist mir ganz besonders die Lebenszeitperspektive. Wir dürfen nicht vergessen, dass es auch Jugendliche in Not gibt. Offene Jugendhilfen und -zentren wurden in Deutschland in erheblichen Maß reduziert. Eine zu starke Fokussierung auf kleine Kinder birgt die Gefahr, dass Jugendliche außer Acht gelassen werden. Wir sehen auch in dieser Gruppe heute mehr Auffälligkeiten. Jugendliche sind die jungen Eltern von Morgen, deswegen sollten wir sie niemals aus den Augen verlieren.



Wichtig sind in diesem Zusammenhang auch pränatale Risikofaktoren. Diese können sich direkt auch auf Erwachsene auswirken. Intrauterine gesundheitliche Erfahrung, das so genannte Programming, wird (epi-)genetisch verankert. Babys, die intrauterin mangelernährt werden, haben in ihrem Leben ein höheres Risiko, einen Diabetes Typ II zu entwickeln. Grund dafür ist die frühe Entwicklung einer Insulinresistenz. So kommen auch genetische, transgenerationale oder, wie die Wissenschaft sagt, epigenetische Phänomene, zustande: Die körperliche Gesundheit einer Generation hat über genetische Wege Auswirkungen auf die Gesundheit nachfolgender Generationen.

In den USA durchgeführte Lebenszyklus-Studien zeigen, dass die ungeborenen Kinder von jungen Müttern, die durch Diskriminierung soziale Stigmatisierung erleben und dadurch an Stress und Depression leiden, besonderen Risiken ausgesetzt sind. Eine frühe Bindung des Kindes an die Mutter ist ein Social Programming. Es ist die Voraussetzung dafür, dass ein Mensch in seinem Leben erfolgreich soziale Beziehungen führen kann. Dies ist kein „Alles oder Nichts“-Prinzip. Das Führen von Beziehungen kann auch später noch gelernt werden. Doch in der frühen Kindheit wird der Grundstein dazu gelegt. Im weiteren Leben spielen dabei der soziale Kontext und vor allen Dingen emotionale und soziale Bildung eine sehr große Rolle.

Zusammengefasst lässt sich hypothetisch festhalten, dass es in kritischen Lebensphasen irreversible Effekte gibt, die spätere Einflussfaktoren wiederum verstärken können. Dabei gibt es additive Faktoren, aber auch Risiko- und Schutzfaktoren, die sich potenzieren oder synergistisch funktionieren.

Manche Risikofaktoren, die nur als Trigger wirken, haben alleine keine negative Wirkung. In einer bestimmten Konstellation mit anderen Faktoren jedoch, wirken sie negativ. Dies kann zum Beispiel zu Verlust der Impulskontrolle oder ähnlichen Effekten bei Kindern und Eltern führen.

WICHTIGE FAKTOREN IN FRÜHE-HILFEN-PROGRAMMEN

Lebenszyklusstudien zu Programmen in den USA haben bewiesen, dass vier Faktoren eine besondere Rolle spielen. Die Programme zu aufsuchenden Hilfen waren in der Regel multi-modal angelegt und bestanden aus verschiedenen Komponenten.

Die Datenanalyse hat ergeben, dass Konstanz und Kontinuität in den Beziehungen zu den Klienten sehr wichtig sind – kurze Beratungen helfen hier eher nicht. Besonders relevant ist auch die Fähigkeit der Fachmitarbeiterinnen oder -mitarbeiter, auf Krisen reagieren zu können.



nen. Sie sollten versiert darin sein, depressive Erkrankungen, Partnergewalt und Suchterkrankungen zu erkennen und anzusprechen. Die dritte wichtige Komponente ist die Fähigkeit der Fachkräfte zur Selbstreflektion. Als vierte Komponente ist eine manualbasierte Wissensvermittlung an die Klienten von Bedeutung. Weiterhin sollte es in Programmen stets eine Qualitätssicherung und Begleitung geben, so dass gewährleistet ist, dass Inhalte wirklich richtig vermittelt werden.

FRÜHE HILFEN REDUZIEREN BELASTUNG

In Deutschland hat Prof. Dr. Andreas Beelmann Ergebnisse interessanter Studien zusammengestellt. Er untersuchte 23 Arbeiten, von denen sechs im Bereich Frühe Hilfen oder Familienförderung angesiedelt waren. Misst man die Belastung von Kindern vor der Intervention und die Änderung der Situation nach der Intervention kann man Veränderungen bzw. Effekte beschreiben. In den untersuchten Arbeiten gab es einen Rückgang der Belastung um 15-25%. Frühe Hilfen können niemanden komplett gesunden lassen. Jedoch kann das Maß der Belastung unter eine bestimmte Triggerschwelle gebracht werden.

Beelmann hat herausgefunden, dass an multimodalen Fähigkeiten orientierte, interaktive Programme anderen Programmen, die nur auf Wissensvermittlung setzen, überlegen sind. Zu langfristigen Effekten liegen für den europäischen Raum leider noch zu wenig Daten vor.

VERHÄLTNISPRÄVENTION – VERÄNDERUNG JENSEITS DER INDIVIDUELLEN KONTROLLE

Die meisten Frühen Hilfen beziehen sich auf Verhaltensprävention. Es wird oft vergessen, dass es auch so etwas wie Verhältnisprävention geben muss. Nicht nur die Kinder und Familien, auch die Hilfesysteme müssen sich verändern. Hierbei geht auch um die Befindlichkeiten der Helferinnen und Helfer sowie die Mittelschichtorientierung, die die meisten Programme auszeichnet. Dadurch kommt das Präventionsparadox zustande, dass die Menschen, die der Hilfen und Unterstützung am meisten bedürfen, am wenigsten erreicht werden. Die Verhältnisprävention ist da effektiver, weil sie auf politischem und sozial- sowie gesundheitspolitischem Wege Dinge verändert – jenseits der individuellen Kontrolle. Werden gesunde Lebenswelten für Familien hergestellt, braucht nicht der Einzelne sein Verhalten zu ändern.

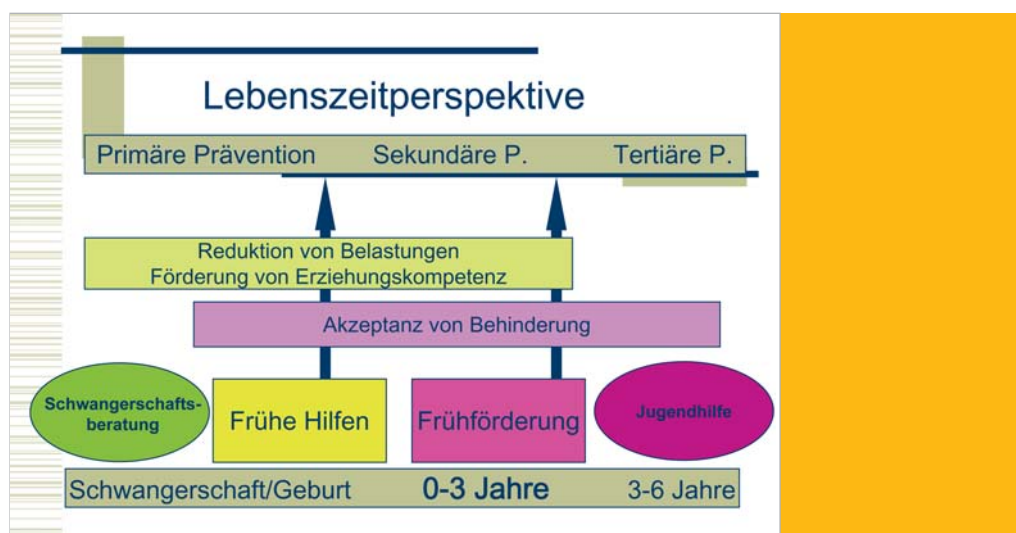
Wichtig ist, dass wir als Helferinnen und Helfer stets unsere Rolle reflektieren. Dazu gehört auch, dass wir nochmals überlegen, was ein Hilfesystem eigentlich ist und wie sich Subsysteme zusammensetzen. Eine Definition aus der sozialen Arbeit besagt: „Ein Hilfesystem ist ein organisierter Ablauf von miteinander verknüpften Aktivitäten durch verschiedene Berufsgruppen, die ein gemeinsames spezifisches Ziel besitzen“. Komplexe Systeme, wie die, in der auch die Frühen Hilfen fungieren, setzen sich demnach aus einer Gruppe verschiedener, miteinander verknüpfter Subsysteme zusammen, die gemeinsam die Aufgabe haben, zu helfen. Von dieser Definition ist leicht ableitbar, wie wichtig es ist, Frühe Hilfen, Gesundheitswesen, Kinder- und Jugendhilfe, Schwangerschaftsberatung und Frühförderung miteinander zu ver-

netzen. Dabei ist es wichtig, um die besonderen Aufgaben, das professionelle Verständnis und die rechtlichen Rahmenbedingungen der Akteure zu wissen. Schwangerschaftsberatungsstellen sind beispielsweise nicht eingebunden in den Kinderschutz nach § 8a. Das ist eine Besonderheit, über die alle Kooperationsakteurinnen und -akteure informiert sein müssen. Die Hälfte aller Schwangeren nimmt Schwangerschaftsberatungsstellen in Anspruch. Die Früherkennungsuntersuchung für Kinder nach Sozialgesetzbuch V ist zunächst nur ein Angebot der Krankenkassen an ihre Versicherten. Im Gesundheitswesen geht es nicht um Ressourcenstärkung, es geht um die Behandlung von Krankheiten. Das defizitorientierte Modell in der Biomedizin kann man kritisieren, aber es ist ein Teil unserer Kultur.

BILDUNGSSTAND IST NICHT AUSSCHLAGGEBEND FÜR DIE INANSPRUCHNAHME DER FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNG

In den Früherkennungsuntersuchungen sind bisher keine Instrumente zur Diagnostik seelischer Gesundheitsstörungen integriert. Die vorbeugende Beratung, also antizipatorische, ressourcenstärkende Beratung ist nicht Bestandteil der Früherkennungsuntersuchung – auch wenn viele Ärztinnen und Ärzte sie durchführen. Durch die verpflichtende Früherkennungsuntersuchung, die in den Landeskinderschutzgesetzen geregelt ist, ist die Anzahl der Teilnehmenden gestiegen. Aber die Früherkennungsuntersuchung ist sicherlich kein geeignetes Instrument zur Prävention von akuter Kindesmisshandlung und Vernachlässigung.

Ist der Bildungsstand der Mutter niedrig, liegt die Nicht-Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung laut den Zahlen des öffentlichen Gesundheitswesens ähnlich niedrig, wie wenn der Bildungsstand hoch ist. Der Bildungsstand ist also nicht ausschlaggebend für die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchung. Ausschlaggebend jedoch ist der Migrationsstatus, weil in anderen Kulturen Arztbesuche zu Präventionszwecken oft nicht üblich sind.



Bezüglich der Früherkennung, Behandlung und Förderung von Kindern mit einer drohenden oder bereits eingetretenen Behinderung werden wir nach der Zeichnung der UN-Behindertenkonvention die nächsten 20 Jahre damit beschäftigt sein, Inklusion in der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen neu zu denken. Die Frühförderung soll familienwohntnah und in der Regel ambulant sowie aufsuchend sein. Diese Eigenschaften sowie die interdisziplinäre Arbeitsweise haben wir in ähnlicher Form auch in den Frühen Hilfen. Eine enge Kooperation ist hier deswegen realistisch und wünschenswert. Mit der schlecht funktionierenden Finanzierung der Frühförderung werden derzeit bundesweit nur etwa vier Prozent aller 0 bis 6-Jährigen erreicht.

KOOPERATIONEN WERDEN TEILWEISE NEGATIV BEWERTET

Aus den Modellprojekten der Frühen Hilfen wurde häufig die Kritik geäußert, dass die Kooperation mit Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens von den Frühen Hilfen und von der Jugendhilfe als sehr wichtig erachtet werde und erwünscht sei. Aber insbesondere die Kooperationen mit den niedergelassenen Kinder- und Frauenärztinnen und -ärzten wurden fast durchweg eher negativ bewertet. Die Qualität wurde immer dann positiver beurteilt, wenn es eine verbindliche vertragliche Ausgestaltung der Zusammenarbeit gab.

Eine Befragung durch Dr. Gabriele Ellsäßer in Brandenburg hat ergeben, dass bereits fast 90 Prozent der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte regelmäßig mit anderen Stellen zusammenarbeiten, aber nur etwa 50 Prozent mit dieser Kooperation zufrieden sind. Das liegt unter anderem an den zahlreichen strukturellen Vorgaben. Nur ein kleiner Teil unseres Gesundheitswesens ist öffentlich. Ärztinnen und Ärzte müssen sich mit sehr vielen, im Grunde mit fast allen Gesetzesbüchern befassen : Mit dem Schwangerschaftskonfliktgesetz, der Hebammen-Ordnung, die noch nach der Reichsversicherungsordnung geregelt ist, der Frühförderung im Sozialgesetzbuch IX, dem Gesundheitswesen im Sozialgesetzbuch V sowie den rechtlichen Belangen von Kindern, Jugendlichen und Familien im Sozialgesetzbuch VIII. Diese Unübersichtlichkeit bereitet große Schwierigkeiten.



EINE REGELUNG FÜR DIE ÄRZTLICHE SCHWEIGEPFLICHT IST NOTWENDIG

Ein zentrales Element, das geregelt werden muss, ist die ärztliche Schweigepflicht, die unserem Berufsstand sehr wichtig ist. Das Problem ist hier nicht, alleine die Befugnis zu erhalten, im Fall von Kindesmisshandlung Informationen weiterzugeben. Das Problem von Kinderärztinnen und -ärzten liegt im niedrighschwelligem, präventiven Bereich. Hier muss, wenn auch nicht unbedingt im individuellen Fall, effektiv auf Systemebene kommuniziert werden. Freiberufliche Ärztinnen und Ärzte sowie Hebammen sollten beispielsweise die Möglichkeit bekommen, zur Weiterbildung an Netzwerk-Workshops teilzunehmen, ohne deswegen durch zeitweise Schließung ihrer Praxen einen Verdienstaussfall zu haben. Ihre Leistungen sollten anerkannt und im Gesundheitswesen in SGB V besser implementiert werden.

UNSER ANSPRUCH AN DIE ZUKUNFT

Zusammenfassend und ausblickend kann man sagen: Wir leben in einem Land, in dem es vielfältige Angebote des Gesundheitswesens gibt. Wir profitieren von einem hochprofessionellen System, in dem jeder versichert ist und Zugang zu Gesundheitsleistungen hat. Das ist nicht selbstverständlich. Was brauchen wir auf der institutionellen Ebene, um Familien zu stärken und Kinderschutz zu verbessern? Wir brauchen eine Vernetzung der relevanten Helferinnen- und Helfersysteme. Auf der individuellen Ebene brauchen wir eine Stärkung der persönlichen Kompetenzen jeder Einzelnen und jedes Einzelnen, die oder der in diesem Bereich arbeitet oder arbeiten möchte. Wir haben gesellschaftlich anerkanntes Expertenwissen. Doch wir brauchen mehr Theorie-Praxis-Transfer. Das kann die Wissensplattform des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen zukünftig anbieten. Und wir brauchen eine Professionalisierung von Leistungsangeboten.



Die gute Nachricht, mit der ich schließen möchte, ist, dass Kindeswohl im Interesse der Eltern liegt. So gut wie alle Eltern wünschen sich, dass ihre Kinder glücklich, gesund und erfolgreich sind. Manche Eltern haben nur wenige Kompetenzen und soziale Ressourcen, um diese Ziele zu erreichen. Aber nahezu alle Eltern können dabei unterstützt werden, ihre Rolle als Anwälte des Kindes zu verstehen und anzunehmen. Deswegen bin ich auch eine Befürworterin von Kinderrechten im Grundgesetz. Nur so können Eltern sagen: „Mein Kind hat Rechte gegenüber dieser Gesellschaft! Ich stehe dafür ein, ich kämpfe für mein Kind!“ Die Frühen Hilfen, und damit meine ich natürlich auch das NZFH, sind wichtige Mediatoren in diesem Prozess, wenn sie an der Schnittstellengestaltung unterstützt werden und nachhaltig wirken können.

DIE FÖRDERUNG POSITIVEN ELTERN- VERHALTENS IM LICHTE DIFFERENTIELLER EMPFÄNGLICHKEIT

VORTRAG VON PROF. DR. MARINUS VAN IJZENDOORN, CENTRE FOR CHILD AND FAMILY STUDIES, UNIVERSITÄT LEIDEN, NIEDERLANDE



Prof. Dr. Dr. h.c. Marinus van IJzendoorn, Centre for Child and Family Studies, Universitat Leiden, Niederlande

Der Vortrag von Prof. Dr. van IJzendoorn wurde auf dem Bundeskongress des NZFH in englischer Sprache gehalten. Es handelt sich hier um eine vom Vortragenden autorisierte Übersetzung der Transkription des Vortrags. Für die Besucherinnen und Besucher des Kongresses waren auf den Leinwänden Videoeinspielungen sichtbar, auf die sich einige der Ausführungen bezogen. Soweit verfügbar, sind Internet-Links zu diesen Videoeinspielungen angegeben. In einigen Fällen erfolgten textliche Anpassungen, um das Textverständnis auch ohne audio-visuelle Unterstützung zu gewährleisten.

DIE BINDUNGSORIENTIERTE INTERVENTION

Ich freue mich, in diesem Rahmen über unsere in Holland durchgeführte Forschung auf dem Gebiet frühkindlicher Intervention sprechen zu können. Wir in Holland sind sehr neidisch auf das Nationale Zentrum Frühe Hilfen. Ich möchte über die Förderung positiven Elternverhaltens sprechen und evidenzbasierte Ansätze differentieller Empfänglichkeit vorstellen. Die Studien, die die Grundlage für den Vortrag bilden, habe ich mit Professor Dr. Marian Bakermans-Kranenburg durchgeführt, die Co-Autorin dieses Aufsatzes ist. Um klarzustellen, wo genau ich stehe, werde ich einige Vorbemerkungen machen. Als Erstes möchte ich erwähnen, dass wir seit etwa drei Jahrzehnten mit einem großen Team an einer bestimmten Art der Intervention forschen: Der bindungsorientierten Intervention. Wir sind der Ansicht, dass frühkindliche Intervention zumindest teilweise auf der Bindungstheorie basieren sollte, einer der ausdruckskräftigsten prädiktiven Theorien. Jedoch sollte man sich nicht ausschließlich auf diesen Ansatz stützen. Ich werde Ihnen zeigen, dass wir auch auf der Basis der sozialen Lerntheorie arbeiten – Pattersons Ideen bezüglich der Verstärkung und Schwächung der „Cycles of Coercion“.

PRO RANDOMISIERTE KONTROLLIERTE STUDIEN

Die zweite Vorbemerkung, die ich machen möchte, ist die, dass ich mich klar für randomisierte kontrollierte Studien ausspreche, diesbezüglich bin ich voreingenommen. Ich weiß, dass sich darüber streiten lässt. In der Entwicklungsphase eines Interventionsprojektes ist es selbstverständlich wichtig, nicht randomisierte Kopfarbeit zu leisten. Wenn man jedoch die Wirksamkeit von Intervention belegen möchte, ist es äußerst wichtig, randomisierte kontrollierte Studien durchzuführen, so schwer das in der Praxis auch sein mag.

DAS KONZEPT DER INDIVIDUELLEN EMPFÄNGLICHKEIT

Drittens möchte ich ausdrücklich das Konzept der Individuellen Empfänglichkeit¹ hervorheben. Dieses ist meiner Meinung nach äußerst bedeutend – nicht nur für die Wissenschaft, sondern auch in der Politik, der Praxis und in professionellen Systemen, da es unseren gesunden Menschenverstand anspricht aber auch zu neuen Einsichten führt. Im Allgemeinen denken

¹ Differentielle Empfänglichkeit ist eine erhöhte Sensibilität für sowohl negative als auch positive Umweltfaktoren. Eine ausführlichere Erläuterung des Begriffes folgt im Verlaufe des Vortrags.

wir, dass unsere Interventionen recht wirksam – aber eben moderat effektiv sind. Das liegt meines Erachtens daran, dass unsere Interventionen bei einer bestimmten Gruppe von Kindern und Familien sehr wirksam sind, sich aber bei den übrigen Kindern nichts verändert. Die erste Gruppe von Kindern und Eltern ist generell für von der Umwelt produzierten Druck sehr empfänglich, für positive wie auch negative Umweltveränderungen. Differenzielle Empfänglichkeit verhält sich völlig konträr zum herrschenden kumulativen Risikomodell. Ich hoffe, es gelingt mir, dies zu verdeutlichen. Dieses Modell ist sehr wichtig, denn die Effektgrößen der Intervention sind moderat, gerade weil sie für die ganze Gruppe berechnet werden. Politiker beklagen sich manchmal über die schwachen Effekte der Interventionen, doch meiner Meinung nach sind die Interventionen wirksam, wenn auch nicht bei allen Kindern, sondern nur bei einer Untergruppe von Kindern und Familien, die für negative wie auch positive Einflüsse sehr empfänglich sind.

FRÜHER IST BESSER

Ich möchte mit einigen Prämissen beginnen. Die erste ist: Früher ist besser. Ich bediene mich einiger Daten von James Heckman, der im Jahr 2000 den Nobelpreis für Wirtschaftswissenschaften erhielt. Er betätigte sich aber auch auf dem Gebiet der frühkindlichen Erziehung. Eine von James Heckmans Thesen lautet: „Unterschiede in der frühen Entwicklung bleiben lange bestehen“. Er zeigt, dass bei Kindern im Alter zwischen 6 und 12 Jahren, die aus Familien mit unterschiedlichem sozioökonomischem Hintergrund stammen, Unterschiede bestehen. Wird ein Kind in eine Familie mit einem niedrigen sozioökonomischen Hintergrund hineingeboren, besteht ein hohes Risiko, dass dieses Kind im Peabody Mathematiktest schlechte Ergebnisse im unteren Viertel der Bewertungsskala erzielt. Wird ein Kind in eine US-amerikanische Familie mit einem hohen Einkommen hineingeboren, erzielt es durchschnittlich gute Ergebnisse in diesem Test. James Heckman findet das besorgniserregend und ich stimme ihm zu, denn das ist keine unveränderliche Tatsache. Es sollte möglich sein, dies zu verändern.

DER MATTHÄUS-EFFEKT

Die andere Problematik ist die, dass frühkindliche Unterschiede im Laufe des Wachstums der Kinder ebenfalls ausgeprägter werden – das ist der so genannte „Matthäus-Effekt“. Laut dem Apostel Matthäus werden die Reichen immer reicher und die Armen immer ärmer. Dies gilt auch für Kinder. Das Vokabular eines Kleinkindes entwickelt sich von wenigen Wörtern beim ersten Geburtstag exponentiell auf bis zu etwa 800 Wörter mit etwa zweieinhalb Jahren. Dies gilt jedoch nur dann, wenn die Kinder in einer Familie aufwachsen, in der die Mutter (es handelt sich um Forschung an Müttern) auf hohem Niveau mit dem Kleinkind spricht. Wächst das Kind in einer Familie auf, in der die Mutter auf niedrigem Niveau mit dem Kind spricht, erhält man einen vergleichsweise flachen Verlauf der Sprachentwicklung. Die Unterschiede werden stetig größer. Wenn diese Kinder eingeschult werden, zeigen einige von ihnen große Lücken im Vokabular und in anderen, auf das Lesen vorbereitende, Fähigkeiten.

DIE DREI INTERVENTIONSPOTENTIALE NACH HECKMAN

Investitionen in frühe Förderung zahlen sich aus. James Heckman unterscheidet drei Interventionspotentiale, nämlich die der Vorschule, der Grundschule und der weiterführenden Schulen sowie der beruflichen Ausbildung nach der Schulzeit. Er versucht zu errechnen, wie viel wir pro Dollar, der in Programme in den verschiedenen Schulformen investiert wird, zurückerhalten. Anhand vieler Zahlen legt er dar, dass Investitionen in Vorschulprogramme bis zu einem gewissen Punkt einen höheren Ertrag pro investiertem Dollar bringen, als die Investition eines Dollars an der Börse. Und zwar sogar dann, wenn man einen langfristigen Überblick über den Börsenmarkt hat und sich nicht in einer solchen Krise befindet, von der wir uns derzeit zu erholen versuchen. Das ist wirklich ein enorm großer Unterschied. Doch in der Schulzeit und der Berufsausbildung erreicht man den Wendepunkt. Überschreitet man diesen Punkt, sind die Erträge pro Dollar, der in Programme investiert wird, weitaus geringer als die entsprechend erzielbaren Erträge an der Börse.

DAS PERRY VORSCHULPROGRAMM

Im Perry Vorschulprogramm wurde zum Beispiel ausgerechnet, dass innerhalb von zwei Jahren 2.004 Dollar investiert wurden. Es ist ein sehr intensives und kostspieliges Programm. Wenn man jedoch die Erträge betrachtet und sie mit denen der Kontrollgruppe vergleicht – es gab hier eine, randomisierte, kontrollierte Studie – dann sieht man, dass aufgrund dieser Intervention hohe Erträge zu erzielen sind, speziell bezüglich der Kriminalitätsprävention. Der Nettoertrag verhält sich in der Kostennutzenanalyse mit eins zu fast neun. Für einen investierten Dollar erhält man in der Vorschule einen Ertrag von neun Dollar. Das ist keine Ausnahme der Regel. Es ist bei Vorschulprogrammen vielmehr die Regel.

Es ist nicht nur Kognition. Auch nicht-kognitive Fähigkeiten sind äußerst wichtig, sogar entscheidend. Das Vertrauen, das Kinder in ihre Umgebung haben und das Vertrauen, das Erwachsene als Eltern vermitteln können, sowie das Selbstvertrauen, das sich daraus ableitet, ist entscheidend für das Lernen in der Schule und für die soziale Adaption im Allgemeinen. Selbstregulierende Fähigkeiten, Planung und Beschränkung sind sehr wichtig für die schulischen Leistungen, meiner Meinung nach in gewisser Weise sogar wichtiger als kognitive Fähigkeiten. James Heckman untersuchte Zusammenhänge mit Gefängnisaufenthalten in den USA. Bis zum ungefähr 20sten Lebensjahr sagen die nicht-kognitiven Fähigkeiten weit mehr darüber aus, ob jemand mit 30 im Gefängnis landet, als die kognitiven Fähigkeiten. Wir müssen uns also sowohl auf die kognitiven als auch auf die nicht-kognitiven Fähigkeiten konzentrieren.

KOGNITIVE FÄHIGKEITEN UNTERLIEGEN STARKEM UMWELTEINFLUSS

Die gute Nachricht ist, dass die menschliche Entwicklung formbar ist. Ich bin verwundert darüber, wie Kinder sich aufgrund drastischer Veränderungen ihres Umfeldes verändern können. Der Psychologe Dennis Wayne berichtete 1973 über ein Quasi-Experiment über adoptierte Kinder. Es handelt sich nicht um eine wirklich randomisierte Studie, aber es ist eine viel-sagende Geschichte über eine Studie in einem libanesischen Waisenhaus. Er untersuchte 136



Kongressteilnehmende diskutieren an den Postern der Modellprojekte Früher Hilfen.

Waisen im Alter von elf Jahren. Die Hälfte dieser Kinder war von Familien in den USA adoptiert worden, die andere Hälfte war im Waisenhaus verblieben. Der Unterschied des Intelligenzquotienten (IQ) im Alter von elf Jahren belief sich auf 20 IQ-Punkte. Das ist mehr als eine Standardabweichung. Man könnte vielleicht meinen, es habe eine Vorauswahl stattgefunden, das denke ich jedoch nicht. Denn betrachten wir 42 Studien mit mehr als 6.000 Kindern, die wir analysiert haben, kann man sehen, dass ein Unterschied von ca. 15 IQ-Punkten zwischen den Kindern besteht, die das Glück hatten, adoptiert zu werden und den Kindern, die im Heim bleiben mussten. Das ist wirklich ein enorm starker Einfluss der Umwelt und des Familienumfelds auf kognitive Fähigkeiten wie den IQ, von dem wir alle meinen, er sei eine genetisch festgelegte Größe. Das ist er nicht, zumindest nicht in diesem Entwicklungsstadium und dieser Umgebung.

BINDUNG BEDEUTET NÄHE UND KONTAKT

Mit dieser Information im Hinterkopf werfen wir einen genaueren Blick auf die Förderung positiven Elternverhaltens, welches wir in einer Reihe von Videofeedback-Interventionen, die wir an der Universität Leiden entwickelt haben, zu stimulieren versuchen. Im Sinne von John Bowlby gehen wir davon aus: Eine Bindung zu jemandem zu haben bedeutet, vermehrt die Nähe und den Kontakt zu einer bestimmten Person zu suchen und dies in speziellen Situationen zu tun, besonders wenn man Angst hat, müde oder krank ist. Eine gute Arbeitsdefinition. Ich denke, es ist wichtig zu bedenken, dass nicht nur Menschen, sondern auch Affen in der Lage sind, Bindungen aufzubauen. Eines der sehr bekannten Experimente auf dem Gebiet der Bindungstheorien ist Harry Harlows Experiment mit Affen, die die Wahl haben zwischen einer Ersatzmutter aus Stoff und einer aus Draht nachgebildeten Mutter². Der Affe sucht in einer Stresssituation Nähe und Kontakt zur „Stoffmutter“, nicht zur „Drahtmutter“, an der er sich nicht festhalten kann. Wenn ein Angst auslösender Stimulus gegeben wird, sucht der Affe den Komfort der „Stoffmutter“, unabhängig davon, welche Mutter den Affen zuvor gefüttert hat. Das ist also Bindung. Von der „Drahtmutter“ geht keine Liebe aus.

² Ein der Präsentation im Vortrag ähnliches Video ist abrufbar unter www.youtube.com/watch?v=cE0DaZOJDag

ANGEBORENES BEDÜRFNIS NACH BINDUNG

Bindung basiert auf der Evolution. Jeder hat das angeborene Bedürfnis nach Bindung, doch die Unterschiede zwischen Kindern im Bezug auf die Qualität der Bindung sind groß und nicht genetisch bedingt. Das ist ein etwas schwieriges Thema. Überall auf dem Erdball finden wir unterschiedliche Grade der Bindung. Etwa ein Viertel der Kinder weist eine unsicher-vermeidende Bindung auf, etwa zwei Drittel der Kinder eine sichere Bindung und etwa 10 Prozent der Kinder weisen eine unsicher-ambivalente Bindung auf. Wir sehen nun ein kurzes Video über ein Kind mit einer sicheren Bindung. Das entscheidende an dieser Situation ist: Das Kind ist ängstlich, da es sich in einer fremden Umgebung befindet. Dort sitzt ein Fremder. Nur die Schuhe sind sichtbar. Die Mutter lässt das Kind für drei Minuten allein. Später läuft und krabbelt es zur Mutter und wird von ihr in nur einer bis zwei Minuten wieder beruhigt. Wir haben auch eine Vielzahl von Videos mit Vätern und Kindern, die ähnliches Verhalten zeigen. Ein anderes Video zeigt ein völlig entgegengesetztes Verhalten, nämlich das eines unsicheren und ängstlich vermeidenden Kindes. In einem ansonsten vergleichbaren Szenario kommt die Mutter zurück in den Raum. Das Kind steht offensichtlich unter Stress, aber es krabbelt weg in eine Ecke. Sucht die Mutter Nähe, meidet das Baby sie sogar umso mehr. Das ist der Fall, da dieses Baby erwartet, dass die Mutter ablehnend auf seine Stresssignale reagiert. Diese Mutter ist zwar dazu in der Lage, in einem spielerischen oder erzieherischen Kontext sehr sensibel mit dem Kind zu interagieren. Sie reagiert jedoch nicht gut auf Stresssignale, und das ist eine sehr wichtige Signalkategorie für diese jungen Kinder.

UNSENSIBLES ELTERNVERHALTEN HAT FOLGEN

Wichtig ist also die Feinfühligkeit, man kann es auch positives Elternverhalten nennen. Sind die Eltern in der Lage, die Signale der Kinder korrekt wahrzunehmen und können sie auf diese adäquat und unverzüglich reagieren? Steht ihnen ihre eigene Kindheitsgeschichte im Wege? Hindert diese sie daran, die Stresssignale des Kindes wahrzunehmen? Ist ein Elternteil trotz negativer Gefühle in der Lage, auf die Notsignale des Kindes adäquat zu reagieren? In verschiedenen weltweit durchgeführten Studien stellten wir fest, dass ein durchgehend unsensibles Elternverhalten ein unsicher-vermeidendes Kind-Eltern-Verhältnis zur Folge hat.



Ein nicht durchgehend unsensibles Elternverhalten wiederum ruft eine ambivalente Bindung hervor: Das Kind maximiert seine Notsignale, weil es weiß, dass der Elternteil zwar in der Lage ist, sensibel darauf zu reagieren, er dieses aber nicht durchgängig tut. Manchmal ist dabei die eigene Gemütslage ein Hindernis.

FÖRDERUNG POSITIVEN ELTERNVERHALTENS PER VIDEO-FEEDBACK

Interventionen können auf zweierlei Art wirken. Sie können einerseits versuchen, die elterliche Verkörperung, die Vision der eigenen Kindheit zu ändern, oder sie können die Sensibilität der Interaktionen zwischen diesem Elternteil und dem Kind verbessern. Ich spreche hauptsächlich über sensibilitätsorientierte Interventionen und möchte Ihnen eine Konzeption für eine von uns entwickelte VIPP-Intervention vorstellen (Videofeedback Intervention to promote Positive Parenting / Video-Feedback-gestützte Intervention zur Förderung positiven Elternverhaltens). Die beiden Eltern sehen sich gemeinsam ein Video an, das während der vorangegangenen Sitzungen aufgenommen wurde. Wir geben – und das ist entscheidend – persönliches Video-Feedback zu Aufnahmen, die zu Hause gemacht wurden, mit genau dieser Mutter und diesem Kind. Dabei versucht man zu erreichen, dass die Mutter die Geschehnisse auf den Videoaufnahmen reflektiert. Eine Therapeutin oder ein Therapeut spricht sozusagen für das Kind, so kann sie oder er empathische Gefühle der Eltern gegenüber ihrem Kind fördern. Wir sprechen von einer Feinfühligkeitskette: Das Baby zeigt ein Spielzeug, die Mutter reagiert positiv, und das Kind zeigt durch ein Lächeln, dass es diese positive Reaktion der Mutter wahrnimmt. Sogar in schlecht funktionierenden Familien findet man solche Veränderungen in der Interaktion. In unseren VIPP-Interventionen nehmen wir dieses kleine Fragment, dieses kurze Stück der Videoaufnahme, spielen es in Zeitlupe ab und zeigen dem Elternteil, wie wundervoll dieses Kind ist und wie wundervoll es mit diesem Kind interagieren könnte, auch wenn das selten geschieht. Das bestärkt Elternteile in der Position als Expertin oder Experte für ihr eigenes Kind. Das ist entscheidend bei einer Intervention. Nicht die Fachkräfte sind die Expertinnen und Experten dieses Kindes – die Eltern sind es.

MÜTTER MÜSSEN EMPATHIE LERNEN

Ursachen für problematische Situationen können in der Vergangenheit der Mutter liegen. In einer unserer Sitzungen badet eine sehr an Hygiene interessierte Mutter ihr Kind. Auf die Frage hin, wie sich ihr Kind fühlt, sagt sie: „Nun, vielleicht fühlt es sich ein wenig unwohl, aber mir ging es ständig so, als ich Schwimmen lernte. Ich wurde ins Wasser gehoben, meine Geschwister tauchten mich unter Wasser. Ich wurde eine exzellente Schwimmerin und deshalb glaube ich nicht, dass es dem Baby schadet. Es macht sogar eher hart im Nehmen für zukünftige Herausforderungen.“ Es ist sehr wichtig, weiterhin zu versuchen empathisch zu sein, die Mutter dazu zu bringen, sich in die wahren Bedürfnisse dieses Kindes einzufühlen.

Eine andere Mutter stand vor ihrer ersten Sitzung, sie hatte einen Termin vereinbart und ist nicht erschienen. In dem dazugehörigen Video wird viel gesprochen. Doch nichts davon bezieht sich auf etwas, das das Kind tut, denn das Kind hat tatsächlich gar keine Möglichkeit, selbst zu handeln. Das ist ein Problem, das wir häufig in solchen Familien vorfinden. Zum ersten Termin,

*Erfahrungsaustausch:
Alexandra Sann, wiss.
Referentin des Deutschen
Jugendinstituts im NZFH
vor einem Poster zum
Projekt „Bestandsaufnahme“
des NZFH.*



zu dem sie nicht erschienen ist, sagte die Mutter: „Ich brauche keine Intervention. Nehmen Sie meinen Ehemann.“ Wir versuchten, sie zu einer Teilnahme zu bewegen und sie stimmte zu. „Okay, ich nehme teil, weil andere Eltern etwas von mir lernen können.“ Sie nahm also am Programm teil und wurde immer enthusiastischer. Die abschließende Sitzung fand in unserem Labor statt. Für diesen Tag aber war ein Eisenbahn-Streik angekündigt. Sie unternahm die sehr lange Anreise also einen Tag früher, weil sie pünktlich sein wollte. Sie brachte uns Blumen und war sehr enthusiastisch bezüglich der Intervention, des Video-Feedbacks. Das ist eine Erfolgsgeschichte, wir alle haben diese Erfolgsgeschichten aufzuweisen. Allgemein gesehen ist der Erfolg natürlich viel geringer. Aber dieser Muttertyp kann sehr viel lernen durch die Beobachtung ihres eigenen Verhaltens in der Interaktion mit dem Verhalten ihres Kindes.

UMGEBUNG ENTSCHIEDET ÜBER VERHALTEN

Bei sehr kleinen Kindern zu intervenieren bedeutet, in sehr sensiblen Interaktionen zu intervenieren. Wenn die Kinder älter sind – ein, zwei oder drei Jahre – zeigen sie bereits ungehorsames und aggressives Verhalten. Für diese Fälle erarbeiteten wir ein weiteres Modul mit dem Fokus auf Disziplin. Hier versuchen wir, die Eltern in die Lage zu versetzen, besser als bisher mit aggressivem, widersetzendem Verhalten umgehen zu können. Wir haben festgestellt, dass im Alter von 12 Monaten bereits die Hälfte der Kinder aggressives Verhalten gegenüber ihren Geschwistern oder Eltern zeigt, indem zum Beispiel geschlagen und geschubst wird. Bei den Zweijährigen, den „Terrible Two’s“, sind es bereits um die 80 Prozent. Für viele Eltern stellt das ein dermaßen großes Problem dar, dass Richard Tremblay, ein bekannter kanadischer Wissenschaftler auf dem Gebiet des Antisozialen Verhaltens, der Meinung ist, dass es eine Anlage sein muss, wenn Babys bereits so früh Aggressionen zeigen. Michael Tomasello ist der gegensätzlichen Meinung. Er meint, dass Kinder bereits altruistisch geboren werden. Wir haben Hinweise darauf, dass Kinder mit beiden Möglichkeiten geboren werden und die Umgebung entscheidet, welches Verhalten charakteristisch wird.

DIE ZWICKMÜHLE DER VERSTÄRKUNG

In der VIPP-Intervention versuchen wir in etwa sechs Sitzungen, Eltern dabei zu helfen, mit dem aggressiven Verhalten umzugehen. Die „Sensible Disziplinierung“ entwickelte sich aus Bowlbys Bindungstheorie und die „Disziplinierung“ aus Pattersons Theorie des Sozialen Lernens. Wie kommen Aggressionen bei diesen sehr jungen Kindern zustande? Hier kommen die „Coercive Cycles“ (Machtkämpfe) ins Spiel. „Übermäßige, aggressive Disziplinierung“ der Eltern ist ein gutes Modell für aggressives Verhalten des Kindes. Wenn ein Elternteil überreagiert, ist das hartes Elternverhalten. Es ist ein gutes Modell für Aggressionen der Kinder gegenüber Geschwistern oder den Eltern selbst. Eltern verstehen es grundsätzlich, sensibel zu sein, aber sie wissen manchmal nicht, wie sie sensibel sein können und gleichzeitig feste Grenzen setzen können. Das ist also die Zwickmühle der Verstärkung. Das ist es, was wir in unserem Labor und auch bei den Eltern zu Hause sehen und zu ändern versuchen.

ELTERN ALS EXPERTINNEN UND EXPERTEN IHRER KINDER

Wenn man Videosequenzen zeigt und versucht festzustellen, wo etwas verändert werden muss, kann nach unserer Erfahrung die Reduzierung des Externalisierungsverhaltens sehr wirkungsvoll in etwa sechs bis sieben Sitzungen mit Video-Feedback erreicht werden. Bestimmte Situationen werden zu Hause auf Video aufgenommen, im Abstand von jeweils zwei bis vier Wochen. Während dieser Zeit sind die Eltern die Expertinnen und Experten ihres eigenen Kindes und wir verstärken besonders positive, nicht negative Interaktionen. Das Hauptaugenmerk liegt hier auf positiver Verstärkung anstatt negativer Verstärkung, für die Eltern und für das Kind. Das Kind lernt, dass es Gründe gibt, warum es nicht sofort seinen Willen bekommt. Die Wirksamkeit dieser Art der Intervention liegt bei ungefähr einer halben Standardabweichung, bezogen auf verschiedene Stichproben mit verschiedenen Problemen, also Eltern und Kinder im klinischen Kontext sowie sich typisch entwickelnde Kindern. Verglichen mit dem Effekt, den eine gewöhnliche sensibilitätsfokussierte Intervention erreicht, etwa 0,38 einer Standardabweichung, ist es im Großen und Ganzen eine recht effektive Intervention. Es lässt jedoch außer Acht, dass manche Familien empfänglicher für äußere Einflüsse sind als andere. Thomas Boyce, ein kanadischer Kinderarzt, umschreibt es mit dieser schönen Metapher von den Orchideen und dem Löwenzahn: Die Orchideen entwickeln sich wunderbar in einem sehr positiven Umfeld, doch sie verwelken in einer schlechten Umgebung. Löwenzahn hingegen kommt in jeder Umgebung zurecht. Das ist die Kernthese der differentiellen Empfänglichkeit. Es gibt Kinder, die gefährdet erscheinen. Tatsächlich sind sie einfach nur empfänglich für Einflüsse aus der Umgebung, für gute und schlechte Einflüsse.

KINDER PROFITIEREN VON DER EMPATHIE DER ELTERN

Wenn man die Wirksamkeit einer unserer Interventionen mit Video-Feedback in einer randomisierten kontrollierten Studie betrachtet, erkennt man einen Anstieg in der Kontrollgruppe, aber einen noch größeren Anstieg in der Interventionsgruppe. Man beobachtet einen ausgeprägten Effekt. Signifikant ist auch der Anstieg der Sicherheit der Bindung in den Interventionsgruppen von 56 auf 68 Prozent. Wenn man nun die Gruppe in zwei Teile aufteilt, und nur die Gruppe von Kindern betrachtet, die ein schwieriges/reaktives Temperament

haben, wird sichtbar, dass die Mütter der schwierigen Kinder sich in ihrer Fähigkeit, sensibles Elternverhalten zu zeigen, verschlechtern. Dies ist logisch, da sie viel negative Verstärkung ihres eigenen Verhaltens verarbeiten müssen. Aber die schwierigen Kinder der Interventionsgruppe profitierten stark von der Stärkung der Einfühlsamkeit des Elternteils und der Bindungssicherheit, wie ein nachgelagerter Test der Bindung oder Beziehung zum Elternteil offenbarte. In einer Gruppe von reaktiven Kindern hat dies also große Auswirkungen. Wenn sich das Elternverhalten der in der Interventionsgruppe befindlichen Mütter verbessert, lässt sich eine erheblich verbesserte Bindungssicherheit in der entsprechenden Familie und bei den Kindern beobachten. Man kann aber keine Auswirkungen feststellen an den Kindern, die nicht besonders reaktiv sind – also „Löwenzahn“ sind. Das muss also berücksichtigt werden, wenn man die Wirksamkeit von Interventionen in der frühen Kindheit betrachtet. Differentielle Empfänglichkeit ist eine erhöhte Sensibilität für sowohl negative als auch positive Umweltfaktoren.

GENETISCHE GRÜNDE FÜR DIFFERENTIELLE EMPFÄNGLICHKEIT

Folgendes Modell steckt hinter dieser Theorie: Ein negatives Umfeld verursacht negative Entwicklungen bei Kindern, die aufgrund ihres Temperaments bzw. ihres Genotyps zu einer Risikogruppe gehören. Sie entwickeln sich möglicherweise negativ. Positiv betrachtet sind es aber genau diese Kinder, die eventuell empfänglicher als andere Kinder gegenüber positiven Entwicklungen in ihrer Umgebung sind. Sie profitieren vielleicht am meisten von einer positiven Entwicklung des Umfeldes. Das bedeutet differentielle Empfänglichkeit. Für diesen Umstand gibt es genetische Gründe. Wir betrachten die Gene, die die empfänglichen Kinder charakterisieren (und die Erwachsenen im Übrigen auch), wie auch die gar nicht oder weniger empfänglichen Kinder. Wir schauen uns speziell das DRD4-Rezeptor-Gen an. Ich werde Ihnen erläutern, warum gerade das DRD4. Es existiert in einer langen und einer kurzen Variante. Wir führten eine randomisierte kontrollierte Studie mit 157 Kindern im Alter von ein, zwei und drei Jahren durch. Ein Drittel von ihnen verfügte über die lange Variante des DRD4-Rezeptors (7-Repeat-Allel). Wir wählten dann diejenigen aus, die aufgrund des externalisierten entgegengesetzt-aggressiven Verhaltens am schwierigsten waren, die oberen 25 Prozent. Wir beobachteten sie erneut im Alter von zwölf und 24 Monaten. Auf den ersten Blick war die VIPP-Intervention nur in der zweiten Nachkontrolle und nur in der Untergruppe mit dem 7-Repeat-Allel effektiv. Dieses wird in der Literatur aber als „Risiko-Gen“ bezeichnet. Es wird in Verbindung gebracht mit Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen. Aber in einem positiven Umfeld sind sie für eine positive Veränderung empfänglicher, offener. Wir entdeckten auch, dass sich die Kinder mit dem 7-Minor (kurze Variante) in den Familien, in denen die Eltern in ihrem Verhalten positiver waren, in Bezug auf externalisiertes Verhalten nicht so stark verändern. In der 7-Repeat-Gruppe (lange Variante) gingen die externalisierten Verhaltensprobleme hingegen signifikant zurück. Es gibt also eine Untergruppe von Kindern und Eltern, die empfänglicher waren für unsere Interventionen. Wir sollten das berücksichtigen, wenn wir unsere Interventionen auswerten, denn sie sind effektiver als wir denken oder empfinden, und zwar in einer Untergruppe mit bestimmtem Genotyp.

INDIVIDUELLE EMPFÄNGLICHKEIT AUCH BIOLOGISCH BEDINGT

Wir fanden ebenfalls heraus, dass diese Art der Intervention nicht nur das Verhalten ändert, sondern sich auf das Innere der Kinder auswirkt. Sie verändert ihr Stress-Regulierungssystem. Wir haben uns das Hormon Cortisol angesehen. Bei so stark externalisierten Kindern ist es das Ziel, die tägliche Cortisolproduktion zu reduzieren. In Bezug auf die tägliche Gesamtproduktion von Cortisol stellten wir im Abgleich mit der Kontrollgruppe fest: Nach der Intervention war in der Gruppe mit der längeren Variante des DRD4-Trägers, die geringste Menge des Stresshormons Cortisol vorzufinden. Das war ein weiterer Beleg für die individuelle Empfänglichkeit auf biologischer Ebene.

Das Medikament Dopamin ist aufgrund der Arbeit von Oliver Sacks bekannt. Er verwendete dieses Medikament, um Menschen aufzuwecken, die sich jahrzehntelang in einer Art Schlafzustand befunden haben. Der Versuch war zumindest bei manchen Patienten kurzfristig erfolgreich. Dopamin steht in Verbindung mit dem Belohnungs- und Aufmerksamkeitssystem. Der VIPP-Mechanismus in diesem Zusammenhang könnte sein: Es ist wichtig, positives Feedback zu geben, nicht negatives, da nach diesem Dopamin-Transferdefizit-Modell Träger des DRD4-7-Repeat weniger empfänglich für negatives Feedback und gegenüber positivem Feedback offener sind.

UNTERSCHIEDLICHE EMPFÄNGLICHKEIT GEGENÜBER UMWELTFAKTOREN

Es gibt also einen Mechanismus, der erklären könnte, warum VIPP die festgestellte Wirkung auf DRD4-7-Träger hat. Es ist nicht beschränkt auf bindungsorientierte Interventionen.





Wir haben gemeinsam mit Prof. Adriana Bus von der sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Leiden neue Erkenntnisse im kognitiven Bereich erlangt. Sie ist Expertin für Dyslexia und versucht durch ihre Arbeit zu verhindern, dass Kinder sehr früh in der Schule Lese-probleme entwickeln. Es handelt sich um eine Kindergartenintervention mit Computerspielen. Die sehr jungen Kinder werden z.B. darin trainiert, die Buchstaben ihres eigenen Vornamens von anderen Buchstaben zu unterscheiden. In den Sitzungen werden 40 Spiele gespielt. Wir fanden heraus, dass Computerspiele in denen richtige oder annähernd richtige Antworten der Kinder durch positives Feedback verstärkt wurden, keine Auswirkungen auf die Träger der kurzen Variante des DRD4-Gens hatten. Wenn man aber die Untergruppe mit der langen Variante betrachtet, erkennt man eine starke Wirkung auf die Gruppe der 7-Repeat-Träger, wenn sie dieses positive Feedback erhalten. Wenn sie es nicht bekommen, verschlechtert sich ihre Leistung. Es besteht kein Unterschied bezüglich des Intelligenzquotienten, dies haben wir kontrolliert. Aber es bestand ein großer Unterschied in der Empfänglichkeit gegenüber Umweltfaktoren.

WENIGER IST MEHR

Wie ist das möglich? In Meta-Analysen, die anhand von vielen Sets von Tausenden Studienobjekten belegen, dass bindungsorientierte Interventionen die größte Wirkung zeigen, haben wir herausgefunden, dass relativ kurze Interventionen am effektivsten sind. Damit meine ich 16 oder weniger Sitzungen in der frühen Kindheit, die sich auf die Interaktion und nicht auf andere Probleme innerhalb der Familie konzentrieren. „Weniger ist mehr“ – Das ist der Titel dieser Arbeit. Wie kann denn nun weniger mehr sein? In der Arbeit mit Video-Feedback oder

anderen Arten der Interventionen der gleichen Kategorie verstärkt man zuallererst die Stärken der Eltern und nicht die Fehler, die sie machen. Man führt positives Elternverhalten z.B. nicht in einem Lehrvideo oder einer Broschüre vor. Abstrakte Anweisungen sind keineswegs wirksam. Das fanden wir bereits vor 30 Jahren in einem unserer ersten Experimente zum Thema Elterntaining heraus. Das Kleinkind selbst verstärkt die Zunahme der Feinfühligkeit innerhalb der Familie. Das Kleinkind erzeugt das positive Feedback. Die Mutter konzentriert sich mehr auf positives Feedback als vor der Intervention, und das Kind gibt mehr positives Feedback, man erreicht die Feinfühligkeitsketten. Es ist wichtig zu erkennen, dass kürzere Interventionen eine geringere Belastung für die Teilnehmenden darstellen. Häufig kommt es bei randomisierten kontrollierten Studien, die über einen langen Zeitraum hinweg laufen, zu einer „differentiellen Mortalität“, wie es so schön heißt. Das bedeutet, dass die schlimmen Fälle aus der Kontrollgruppe verschwinden, was wiederum bedeutet, dass der Durchschnittswert der Kontrollgruppe höher ist und somit der Unterschied zur Interventionsgruppe Null sein wird.

FOKUSSIERUNG AUF DAS WESENTLICHE

Ein weiterer Punkt ist die Tatsache, dass VIPP ergebnisorientiert ist, sich auf Interaktion konzentriert, auf Verhalten. VIPP macht Eltern nicht glücklicher. Es macht sie nicht weniger niedergeschlagen und weniger depressiv. VIPP versucht lediglich das Niveau des positiven Elternverhaltens zu heben. Denn das Einzige, was in dieser Intervention zählt, ist das Kind und die Interaktionen der Eltern mit dem Kind. In vielen Programmen sind die Therapeutinnen und Therapeuten überlastet. Sie müssen die Familie auch bei Dingen des Alltags unterstützen, z.B. dabei eine Anstellung zu finden oder irgendeine Versicherung abzuschließen. Wir setzen vielmehr darauf, dass die Familie tatsächlich von der Arbeit der Therapeutin oder des Therapeuten profitiert. Es besteht eine niedrigere Fluktuation der Therapeutinnen und Therapeuten und eine stabilere Beziehung zwischen ihnen und der Familie.

Wir haben im Rahmen neuer Entwicklungen eine VIPP-Intervention für Kinder mit autistischen Symptomen entwickelt. Wir befinden uns noch mitten in der Durchführung des Experiments, daher kann ich zum jetzigen Zeitpunkt nicht mehr darüber sagen. Auch haben wir eine VIPP-Intervention mit dem Fokus auf Familien der in Holland lebenden türkischen Minderheit entwickelt. Weiterhin haben wir eine VIPP-Intervention in der Tagesbetreuung und Gruppenbetreuung durchgeführt. Diese sogenannte VIPP-CC hat sich in einer randomisierten kontrollierten Studie als wirksam erwiesen. Wir arbeiten derzeit an der Entwicklung einer VIPP zusammen mit palästinensischen und israelischen Kollegen. Wir wollen versuchen, Familien in der geschundenen Region des Mittleren Ostens zu unterstützen. Wir entwickeln neue Varianten unseres Video-Feedback-Programms für spezifische Erziehungsprobleme. Ich hoffe, Ihnen gezeigt zu haben, dass Video-Feedback effektiv sein kann, und dass wir Interventionseffekte aus der Perspektive der Differenziellen Empfänglichkeit heraus evaluieren sollten.

FRÜHE HILFEN UND FRÜHKINDLICHE FÖRDERUNG – FAMILIENBEZOGEN UND KOMPENSATORISCH. AUFGABEN DER KINDER- UND JUGENDHILFE IM SPANNUNGSFELD VON PRÄVENTION UND INTERVENTION.

VORTRAG VON DR. HEIDEMARIE ROSE, LEITERIN DER OBERSTEN LANDESJUGENDBEHÖRDE UND DER ABTEILUNG JUNGE MENSCHEN UND FAMILIE, SENATORIN FÜR ARBEIT, FRAUEN, GESUNDHEIT, JUGEND UND SOZIALES, BREMEN



*Dr. Heidemarie Rose,
Leiterin der Obersten
Landesjugendbehörde und
der Abteilung Junge
Menschen und Familie,
Senatorin für Arbeit, Frauen,
Gesundheit, Jugend und
Soziales, Bremen.*

Zunächst sollen die Begriffe „Frühe Hilfen und frühkindliche Förderung“ erläutert werden. Betrachtet man die verschiedenen Definitionen, geht es immer um beides: um Hilfen für die Eltern, mit der Zielsetzung, ihre Fähigkeiten zur Entwicklungsförderung ihrer Kinder zu verbessern. Den „Familienbezug“ betone ich, weil frühkindliche Förderung immer auch im Zusammenhang mit der Wertschätzung eines Kleinkindes in Relation zu seinen Eltern steht – und niemals in der Loslösung. Frühe Hilfen und frühe Förderung sollten immer familienbezogen gedacht sein. „Kompensatorisch“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass es bei den Frühen Hilfen und der frühkindlichen Förderung auch immer um „Wieder-gut-machung“ geht. Dies treffen wir in Familien an, die von Armut, mangelnder (Aus-)Bildung oder Deprivation betroffen sind. Aus einer schwierigen Ausgangssituation heraus soll etwas anders gemacht – etwas verbessert werden. Und dies zieht auch die Herausforderung nach sich, andere Anforderungen an Didaktik, Methodik und Herangehensweisen zu stellen.

DIE INDIVIDUALITÄT EINES FÖRDERFALLS SOLLTE STETS IM VORDERGRUND STEHEN

Frühe Hilfen und frühkindliche Förderung sind nicht in jedem Fall das Gleiche. Zum einen kommt es auf die individuelle Situation an: An welchem Punkt seiner Entwicklung steht das Kind, wie lassen sich die nächsten Entwicklungsschritte gestalten? Aber zum anderen kommt es auch darauf an, in welcher Situation wir Kinder und Familien vorfinden. Danach sollten sich zum Teil auch die Methodik und Didaktik richten. Die Herangehensweise ist also nicht allein logisch zu bestimmen, sie ist individuell zu entwickeln. In diesem Zusammenhang beinhaltet ein kompensatorischer Ansatz immer auch eine höhere Komplexität in der Anforderung an die Akteure, dies wiederum hat zur Folge die Notwendigkeit einer größeren Anstrengung und professionellen Kompetenz.

Das Begriffspaar „Prävention und Intervention“ ist allen Professionen der Frühen Hilfen geläufig. Doch am Ende muss dieser vermeintliche Gegensatz in unserer Debatte keine Rolle mehr spielen. In den USA und in Australien gibt es getrennte Leistungsbereiche mit sogenannten Child Protection Services, wo „Officers“ ähnlich Polizistinnen und Polizisten die Arbeit des Kinderschutzes leisten. Auf der anderen Seite stehen dort die fast schon marginale Youth-Work oder die allgemeine Kinder- und Jugendförderung. Beide funktionieren nicht wie die frühkindliche Förderung oder die Frühen Hilfen in Deutschland. Man glaubt dort, die Schutzaufgabe gelöst zu haben, indem sehr durchsetzungsstarke und effektive „Child Protection Officers“ eingesetzt werden und nach Aufspürung der betrof-

fenen Familien oder Kinder innerhalb von 24 Stunden eine Lösung für die Schutzbedürftigkeit des Kindes gefunden wird. Dieser wenig nachhaltigen Herangehensweise, der überorganisierten Trennung zwischen Prävention und Intervention, sind wir in Deutschland zum Glück fern.

FAMILIEN SIND OFTMALS SCHWER ZUGÄNGLICH

Das Zusammenspiel von Intervention und Prävention funktioniert aber auch hierzulande innerhalb eines Spannungsfelds. Sprechen wir über Frühe Hilfen, Frühe Förderung und Kinderschutz, beschreiben wir auch ein Spannungsfeld zwischen privat und öffentlich, zwischen einem Subjekt- und Objektstatus – und sprechen immer auch über eine Störung von Intimität. Die Familien sind anfangs oft schwer zugänglich, da ihre Probleme nach ihrem Empfinden niemanden etwas angehen. Es geht hier auch um eine Spannung zwischen Macht und Ohnmacht: Wir möchten Hilfen anbieten, können es aber nicht immer. Sei es, weil sich die Familien dagegen wehren oder weil jeder Arbeit menschliche Grenzen gesetzt sind. Die Frage ist an dieser Stelle: Wie kann diese Kraft und Energie, die durch diese Spannung erzeugt wird, produktiv und konstruktiv genutzt werden?

VERNETZUNG VON HILFEN, FÖRDERUNG UND SCHUTZ IST BESONDERS WICHTIG

Doch wo Spannungen sind, können auch Schäden und Verletzungen entstehen. Es kann gesellschaftlicher oder individueller Schaden auf Seiten der Eltern oder der Kinder entstehen. Es kann sogar Schaden bei den Helfenden entstehen, etwa wenn der Verdacht aufkommt, dass falsch oder zu spät gehandelt wurde. Die Helfenden handeln nicht eigenmächtig, sie haben sich an Normen zu halten. Artikel 19 der UN-Kinderrechtskonvention stellt eine solche Norm dar und die Arbeit wird durch geeignete Gesetzgebungs-, Verwaltungs-, Sozial- und Bildungsmaßnahmen geregelt, mit dem Ziel das Kind von jeder Form körperlicher oder geistiger Gewaltanwendung, Schadenszufügung oder Misshandlung, vor Verwahrlosung oder Vernachlässigung, vor schlechter Behandlung oder Ausbeutung einschließlich des sexuellen Missbrauchs, zu schützen. Bei Betrachtung von einzelnen Programmen und Maßnahmen zur Vorbeugung, Aufdeckung, Meldung, Weiterverweisung, Untersuchung, Behandlung und Nachbetreuung und für das Einschreiten von Gerichten wird deutlich, wie notwendig es ist, den Zusammenhang von Hilfen, Förderung und Schutz immer wieder herzustellen und im Kompetenzrepertoire wirksam werden zu lassen.

NICHT ALLES WAS GUT GEMEINT IST, HILFT!

Politik lebt davon, Handlungsfähigkeit zu beweisen. Ein Beispiel im Zusammenhang Kinderschutz ist die Einführung der verpflichtenden Vorsorgeuntersuchung. Sie erschien oberflächlich betrachtet zunächst sinnvoll, aber welcher Effekt ist hier längerfristig zu verzeichnen und mit welchem Aufwand? Es ist wünschenswert, dass Systeme oder Arbeitsansätze, die nachweislich nicht mehr effizient sein können, geändert werden, um Platz zu schaffen für andere Ansätze. Dies sollten alle Akteurinnen und Akteure der Frühen Hilfen in Zukunft stärker in die Debatte einbringen.

In Bremen sind nach dem tragischen Fall Kevin die Ausgaben in den Hilfen zur Erziehung um mindestens ein Drittel, also um 30 Millionen Euro angestiegen. Damals wurde im parlamentarischen Untersuchungsausschuss die Anklage laut, die Sozialarbeiterinnen und -arbeiter seien überlastet, hätten zu viele Fälle zu betreuen. Es wurden ab 2007 neue Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter eingestellt und mehr Gelder bereitgestellt. Zum Teil arbeiten dort jetzt sehr junge Menschen als „Case-Manager“. Doch die Fallzahlen haben sich seitdem wieder erhöht, so dass mittlerweile wieder das gleiche numerische Verhältnis herrscht wie zuvor. Diese jungen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tragen eine hohe Verantwortung und Last. Aber eines hat sich darüber hinaus geändert: weiterführende Qualifikation, Supervision, kollegiale Beratungen, der eigene Ressourcencheck, die Einhaltung von positiven Routinen sind zum schützenswerten Standard geworden und müssen nicht mehr aus einer Überlastsituation heraus eingefordert werden.

NZFH GEWÄHRLEISTET ÜBERBLICK ÜBER FRÜHE HILFEN-PROGRAMME

Institutionen wie der Kinder- und Jugendnotdienst und deren Kampagnen zeigen eine gute Entwicklung in den Hilfen an, auch wenn es durch Einrichtungen wie 24-Stunden-Notdienste zunächst mehr Fälle gibt. Es gibt viele neue, begrüßenswerte Initiativen und Institutionen: Guter Start ins Kinderleben, ProKind, Opstapje, STEEP, Wellcome, TippTapp, Tripple P, Starke Eltern - Starke Kinder, Kinder- und Jugendnotdienste, PEKIP, Rucksack, EKIP, Aus Fehlern lernen, Frühwarnsysteme, Förderketten, Familienhebammen, Familienbegleiterinnen, Vernetzung etc.

Das NZFH hilft, durch Prüfung und teils Bewertung, einen Überblick über die Vielzahl der Angebote zu gewährleisten. Das ist auch eine Entwicklungsaufgabe für alle Akteurinnen und Akteure. Durch die Logik der Wissenschafts-, Forschungs- und Praxisinstitute befinden sich die „Helfer“ immer mehr in Situationen mit Marktcharakter. Auch das bedeutet Konsequenzen für das Handeln in den Frühen Hilfen. Es gibt mehr und mehr sogenannte lizenzierte und normierte Programme, die wissenschaftlich fundiert sind und Effekte nachweisen können. Das ist gut, die diversen Programme und Projekte erweitern das Kompetenzrepertoire der Helfer und Förderer. Eine Gefahr liegt jedoch darin, zwar bestimmen zu können, für welche Fälle die jeweiligen Programme geeignet sind, die Arbeit der Helfenden wird damit aber einer Programmlogik unterworfen, die über dem Einzelfall steht. Wie sollen die Akteurinnen und Akteure handeln, wenn ihre Fälle aus den Mustern, für die diese Programme entworfen wurden, herausfallen? Individualisierte, dabei nachhaltige Herangehensweisen sind für alle Professionen der Frühen Hilfen das Ziel. Was wir neben einer einzelnen Programmlogik brauchen, ist eine professionelle Gesamtsystematik, die ausreichende Anpassungsoptionen zulässt. Ein Programm sollte immer nur eine Möglichkeit innerhalb der Professionalität der Fachkräfte sein.

BEISPIELE FÜR ERFOLGSGESCHICHTEN DER FRÜHEN HILFEN

Ein Beispiel für eine kleine mir bekannte Erfolgsgeschichte in diesem Zusammenhang ist „Mo.Ki, frühes Fördern von Anfang an“ aus Monheim am Rhein. Die kleine Kommune hat in



Interessierte Konferenzteilnehmende

Kooperation mit dem Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (ISS) eine erfolgreiche Förderkette für Kinder von 0 bis 10 Jahren entwickelt. Alle, die sich auf den Weg machen über Förderketten nachzudenken anstatt nur über Einzelprogramme, sind, glaube ich, auf einem guten Weg.

In der letzten Legislaturperiode ist es misslungen, ein Bundeskinderschutzgesetz zu verabschieden. Der neue Gesetzentwurf fordert „aktiven Kinderschutz“. Mir gefällt diese Formulierung – und die gesetzliche Normierung Früher Hilfen ist auch vorstellbar. Normierungen bringen aber auch Gefahren mit sich. So sollte weiterhin immer individuell auf die Bedürfnisse der Kindesentwicklung eingegangen werden können.

NEUE STRATEGIEN ENTWICKELN

Für viele Akteurinnen und Akteure der Frühen Hilfen sind die fiskalischen Entwicklungen von zentraler Bedeutung für ihre Arbeit. Wenn die Ausgaben immer weiter steigen, heißt es irgendwann selbst in der finanziell stärksten Kommune: Der Anstieg muss gebremst werden – Lassen Sie sich was einfallen! Wir haben uns „was einfallen lassen“. Das Team im Bremer Nachbarstadtteil Walle wird mit sechs weiteren Case-Managern verstärkt und mit anderen Angeboten im Stadtteil vernetzt. Case Management, Frühe Hilfen und Prävention werden über verschiedene Institutionen miteinander verbunden. Die Idee dahinter ist, dass das Case Management nicht länger die alleinige Krisenverantwortung tragen soll. Außerdem soll die Infrastruktur für deprivierte Familien geöffnet werden. So könnten langfristig und nachhaltig Sozialarbeiterinnen und -arbeiter entlastet werden, was zu einem Anstieg der Qualität ihrer Arbeit führen würde.

Überlegungen und neue Strategien dieser Art gibt es aktuell nicht nur bei der Jugendhilfe in Bremen – sie passieren bereits überall in Deutschland. Es gibt viel Spezielles zu tun. Es gibt aber auch viele gute Erfahrungsberichte und die Beschreibung von Qualitätsanforderungen und dafür möchte ich an dieser Stelle – persönlich und im Namen Aller – dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen danken, das einen großen Beitrag zu dieser Arbeit leistet.

DAS NZFH IST GUT ETABLIERT

Podiumsdiskussion „Ganz schön viel dazugelernt...“ – Vier Jahre Aktionsprogramm Frühe Hilfen. v.l.: Prof. Dr. Dr. h.c. Reinhard Wiesner, Mechthild Paul, Prof. Dr. Manfred Cierpka, Miriam Hartmann, Moderatorin Sabine Brandt, Dr. Ulrich Fegeler, Dr. Heidrun Thaiss, Verena Göppert.



Die Podiumsdiskussion am 13. Oktober 2010 unter dem Titel „Ganz schön viel dazugelernt ... – Vier Jahre Aktionsprogramm Frühe Hilfen“ widmete sich den Resultaten der Frühen Hilfen. Die Teilnehmenden stellten fest, dass sich das NZFH gut etabliert hat. Die flächendeckende und berufsübergreifende Zusammenarbeit zeigt erste Erfolge und wird konsequent ausgebaut.

Es diskutierten:

Prof. Dr. Manfred Cierpka Universitätsklinikum Heidelberg, Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats des NZFH

Dr. Ulrich Fegeler Bundespressesprecher des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

Verena Göppert Beigeordnete des Deutschen Städtetages

Miriam Hartmann Leiterin Projekt ADEBAR

Mechthild Paul Leiterin des NZFH

Dr. Heidrun Thaiss Fachreferentin im Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein

Prof. Dr. Dr. h.c. Reinhard Wiesner Ministerialrat a. D.

Unter der Moderation der Journalistin Sabine Brandt entwickelte sich ein spannendes Gespräch zwischen den „Pionierinnen und Pionieren der ersten Stunde“, die den Aufbau der Frühen Hilfen in Deutschland von Anfang an begleitet und somit auch das NZFH mit aus der Taufe gehoben haben.

Die Diskussion eröffnete **Professor Dr. Reinhard Wiesner**, Ministerialrat a.D. Er betonte die Wichtigkeit der Zusammenarbeit aller Länder: „Wir müssen weiterhin verstärkt Mitwirkende und Helfende in ein Boot holen! Insbesondere die Gesundheitsberufe und die Jugendhilfe sollten stärker

zusammen arbeiten. Als das NZFH die Arbeit aufnahm, war dieses Denken neu, doch diesen Weg müssen wir weitergehen. Denn wenn ich über Prävention nachdenke, komme ich am Gesundheitssystem nicht vorbei. Nur dadurch kann man zu neuen Lösungen kommen“, so sein Fazit bezüglich der Zusammenarbeit der Systeme.

DAS NZFH HAT EIN GUTES FUNDAMENT

Verena Göppert, Beigeordnete des Deutschen Städtetages, hob hervor, wie wichtig diese Zusammenarbeit sei. Darüber hinaus bewertete sie es als Erfolg, dass es nicht nur darum gehe, auf tagesaktuelle, schreckliche Ereignisse wie Kindesötung oder Misshandlung einzugehen und zu reagieren. Es gehe dabei um viel mehr – nämlich frühzeitig werdende Mütter zu erreichen, bei denen bereits vorauszusehen ist, dass ihr Kind keine ausreichende soziale und gesundheitliche Betreuung erhalten wird. Damit meine sie in erster Linie Mütter und Väter aus dem sozial schwachen und konfliktbeladenen Umfeld. Solche Eltern müssten rechtzeitig erreicht werden: „Rückblickend kann ich sagen, dass viele Unterstützungssysteme bereits gelungen sind. Damit wurden wichtige Grundbausteine für eine bessere Versorgung dieser Kinder gelegt, die trotz schwieriger Startbedingungen ins Leben eine glückliche Entwicklung einschlagen können“, beschreibt sie den Fortschritt. Das Fazit von Reinhard Wiesner und Verena Göppert zog sich wie ein roter Faden durch den gesamten Kongress: Nur in gemeinsamer Arbeit lassen sich die Probleme lösen und neue Strategien für die Zukunft finden.

Auch für **Mechthild Paul**, Leiterin des NZFH, war es ein zentrales Thema, auf die

enge Verflechtung unterschiedlichster Berufszweige und Organisationen einzugehen. Das Zusammenwirken von Jugendhilfe und Gesundheitssystem sei angesichts der unterschiedlichen Strukturen beider Systeme nicht ganz einfach: „Jedoch liegt es an den Menschen, mit denen man zusammenarbeitet, wie sehr diese sich mit ihrer Kompetenz und ihrem Engagement einzubringen verstehen.“ Mechthild Paul hat mit Freude beobachtet, wie dabei Grenzen positiv überschritten und verkrustete Systeme aufgebrochen wurden: „Das ist für die Arbeit dieser noch jungen Organisation äußerst wichtig. Dabei die Kontrolle über die umfangreichen Tätigkeiten zu behalten, gestaltet sich dagegen oft nicht so leicht. Doch insgesamt kann ich feststellen, dass das NZFH eine wichtige Institution geworden ist, die gut auf den Weg gebracht wurde – in der die Zusammenarbeit funktioniert.“

VERNETZUNGEN AUSBAUEN

Dr. Ulrich Fegeler, Bundespressesprecher des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte, griff das Thema „Kindertagesstätten“ als wichtige außerfamiliäre Einrichtungen auf. Den Kitas kommt seiner Meinung nach auch zukünftig eine große Bedeutung zu. Grund dafür sei, dass viele Kinder ohne Geschwister aufwachsen. Deshalb sei es umso wichtiger, ein soziales Netz für die Jüngsten zu schaffen, in dem die Mädchen und Jungen qualifiziert betreut werden: „Außerdem erkennt man so rechtzeitig, welche Familien Probleme haben und Hilfe benötigen. Manchmal hat man nicht gleich Beweise für eine soziale oder gesundheitliche Vernachlässigung oder für einen Missbrauch. Aber oft gibt es Indizien, bzw. gefühlte Irritationen, denen man nachgehen kann, und bei denen man verstärkt

das Augenmerk auf die entsprechenden Familien richten muss.“ Ärzte dürfen allein aufgrund eines unguuten Gefühls nicht direkt nachrecherchieren. Dennoch bestünde die Möglichkeit, über das Jugendamt oder andere Einrichtungen, Informationen intern weiterzugeben. So könne bei Verdacht auf kindlichen Missbrauch, Vernachlässigung oder häusliche Gewalt oftmals Schlimmeres verhindert werden. Dr. Ulrich Fegeler betonte zusammenfassend, dass es weiterhin das Ziel sein müsse, besseren Kinderschutz zu erreichen. Hierfür sei die enge Zusammenarbeit von Jugendamt, Sozialarbeitern und Ärzten notwendig.

FLEXIBEL SEIN FÜR ALTERNATIVE LÖSUNGSANSÄTZE

Diskutiert wurde nachfolgend über die anfängliche Skepsis, mit der Einige den Frühen Hilfen anfangs gegenüberstanden. **Dr. Heidrun Thaiss**, Fachreferentin im Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein, hatte selbst in der ersten Zeit Vorbehalte. Dies führt sie darauf zurück, dass „man oft nicht dieselbe Sprache sprach“. Doch wertete sie es als Erfolg, dass sich die unterschiedlichen Ansatzpunkte im Denken gelegt hätten.

Miriam Hartmann, Leiterin des Projektes ADEBAR, war von Anfang an begeistert: „Für ADEBAR ist es stets das Ziel gewesen, Familien frühzeitig zu stärken und Hebammen sowie Ärzte als familiäre Krisenhilfe fungieren zu lassen. Es ist weiterhin ein Schwerpunkt, nachhaltig an bestehenden Strukturen zu arbeiten, um schwangere Frauen und ihren Familien, besonders jene, die große Schwierigkeiten im sozialen Bereich aufweisen oder sich diesbezüglich

nicht gut artikulieren können, zu unterstützen. Dabei müssen wir kreativ und flexibel reagieren, denn es gibt nicht den einen richtigen Weg, es gibt verschiedene Wege, die zur Lösung oder zu Lösungsansätzen führen.“ So könne eben manchmal die Hebamme, die Ärztin oder der Arzt oder auch die Nachbarin als Helferin mit einbezogen werden.

GRÜNDUNG DES NZFH ZUM RICHTIGEN ZEITPUNKT

Die Gründung des NZFH geschah nach Ansicht der Teilnehmenden genau zum richtigen Zeitpunkt. Der Arzt und Psychoanalytiker **Manfred Cierpka** aus München führte aus, für ihn sei, schon als er vor 15 Jahren mit der Gewaltforschung begann, recht schnell klar gewesen, dass Prävention nicht erst in der Schule beginnen dürfe: „Da kommt auffälliges oder gewalttätiges Verhalten zwar verstärkt zum Ausbruch, doch erste Anzeichen lassen sich deutlich früher beobachten. Und wenn sich eine Störung abzeichnet, ist es umso dringlicher, frühzeitig helfend einzugreifen.“

Mechthild Paul fügte ergänzend hinzu: „Vier Jahre NZFH sind schon viel, aber Erfolge brauchen ihre Zeit.“ Deshalb gelte es, mehrgleisig zu fahren: „Es muss noch mehr vom bisherigen Wissens- und Erkenntnisstand umgesetzt werden. Gleichzeitig ist es notwendig, weiter zu forschen, um mehr über die Zusammenhänge zu erfahren. Wir haben kein Wissensdefizit, aber manchmal doch ein Umsetzungsdefizit.“ Mechthild Paul betonte, dass es an der Zeit sei, von den bisherigen Erfolgen zu lernen: „Die Frage ist, wann dies nun politische Konsequenzen haben wird.“



Gut besucht – die Podiumsdiskussion „Ganz schön viel dazu gelernt...“ – Vier Jahre Aktionsprogramm Frühe Hilfen.

FLÄCHENDECKEND UND ÜBER-REGIONAL ARBEITEN

Insgesamt wurde in der Diskussion schnell der Wunsch deutlich, verstärkt zusammenzuarbeiten und sich flächendeckend zu unterstützen, anstatt in nicht vernetzten Inselprojekten zu arbeiten. Dr. Fegeler betonte die Bedeutung und Relevanz einer engen Zusammenarbeit in den verschiedenen Wirkungsbereichen und erläuterte das Projekt des Runden Tisches in Berlin-Spandau. Hier gebe es Kinderschutzkoordinatorinnen und -koordinatoren, mit denen gute Erfolge erzielt wurden.

Die Frage, wie Netzwerkarbeit besser gelingen könne, beschäftigte alle Podiumsteilnehmenden. Prof. Wiesner plädierte für eine verstärkte Zusammenarbeit der Jugend- und Gesundheitsämter: „Wir müssen ein Klima des Vertrauens aufbauen, denn es geht um Strukturen, nicht um Einzelfälle.“ Dem widersprach Miriam Hartmann. Sie finde, dass es auch um Einzelfälle gehe, da sich dort Verhaltensstrukturen des

Einzelnen erkennen ließen. Mechthild Paul fügte hinzu: „Es ist entscheidend, wer im entsprechenden Netzwerk arbeitet und wie die Mitarbeitenden strukturell verankert sind. Alles in allem sind verbindliche Strukturen absolut wichtig.“

Dem stimmte Manfred Cierpka zu, doch gab er zu bedenken: „Netzwerkarbeit ist notwendig, oft aber auch zeitraubend und frustrierend. Besonders, wenn man merkt, dass andere nicht mit gleichem Enthusiasmus mitziehen, wie man selbst. Zu unserem Projekt gehört ein langer Atem – und die feste Überzeugung, dass dieses Engagement für eine wichtige und lohnende Sache absolut notwendig ist.“

Das Fazit des ersten Kongresstages: Das NZFH hat sich gut etabliert. Die flächendeckende und berufsübergreifende Zusammenarbeit zeigt erste Erfolge und soll weiterhin konsequent ausgebaut werden. Dafür braucht es verbindliche Strukturen und ein Klima des gegenseitigen Vertrauens.

WIR BRAUCHEN MEHR KINDERBEWUSSTSEIN

Podiumsdiskussion „Strategisch in die Zukunft denken“ – Frühe Hilfen auf dem Weg in die Regelversorgung. v.l.: Prof. Dr. Ute Thyen, Uwe Lübking, Lutz Stroppe, Moderatorin Sabine Brandt, Senator Dr. Dietrich Wersich, Dr. Wolfram Hartmann, Dr. Andreas Meusch, Dr. Heidemarie Rose.



Die zweite Podiumsdiskussion am 14. Oktober 2010 behandelte das Thema „Strategisch in die Zukunft denken – Frühe Hilfen auf dem Weg in die Regelversorgung“. Als Fazit wurde hier gezogen: Es muss noch stärker auf Prävention gesetzt werden. Weiterhin gilt es, die Verbindlichkeit von Netzwerken zu erhöhen.

Es diskutierten:

Dr. Wolfram Hartmann Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte

Uwe Lübking Deutscher Städte- und Gemeindebund

Dr. Andreas Meusch Leiter der Landesvertretungen der Techniker Krankenkasse

Dr. Heidemarie Rose Leiterin der Obersten Landesjugendbehörde und der Abteilung Junge Menschen und Familie, Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, Bremen

Lutz Stroppe Abteilungsleiter „Kinder und Jugend“ im BMFSFJ

Prof. Dr. Thyen Universität zu Lübeck, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Vorsitzende des wissenschaftlichen Beirats des NZFH

Dr. Dietrich Wersich Senator für Gesundheit und Soziales Hamburg

„Wir können auf das Erreichte stolz sein, denn das NZFH genießt ein großes Ansehen“, so die einführenden Worte von **Uwe Lübking**, Beigeordneter des Deutschen Städte- und Gemeindebundes. Auch **Prof. Dr. Ute Thyen** von der Universität zu Lübeck, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin und Vorsitzende des wissenschaftli-

chen Beirats des NZFH, unterstrich die Bedeutung der Frühen Hilfen. Sie verglich das NZFH mit einem kleinen Lotsen, der die großen Tankschiffe „Bildung“, „Jugendhilfe“ und „Gesundheit“ dirigieren solle. „Denn diese drei Schiffe müssen einen guten Kurs fahren. Doch ist das gemeinschaftliche Vorwärtkommen gelegentlich schwierig, mal

muss man andocken und sich austauschen, mal sollte einer die Führung übernehmen. Jedoch, es ist die Aufgabe des NZFH, diese Schiffe gut zu begleiten.“

Am zweiten Kongresstag wurde immer wieder darauf hingewiesen, dass solche Projekte Zeit bräuchten. Darauf ging auch Ute Thyen ein: „Es ist mein Wunsch an die Politik, Geduld zu haben – man kann nicht Bäume pflanzen und gleichzeitig erwarten, dass sie noch in derselben Legislaturperiode erblühen. Lassen Sie uns 25, 30 Jahre Zeit dafür!“

DIE ARBEIT IN DAS REGELSYSTEM ÜBERFÜHREN

In der Diskussion wurde klar, dass es sogar schon erste Früchte zu ernten gibt. „Es ist ein Bewusstsein dafür entstanden, was das NZFH ist und wohin die Arbeit gehen soll“, so **Lutz Stroppe**, Abteilungsleiter der Abteilung Kinder und Jugend des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. „Man muss über die Legislaturperioden hinaus denken. Bisher können wir auf ein gutes Zusammenwirken von Bund, Ländern und Kommunen in den Frühen Hilfen zurückblicken. Wünschenswert wäre es jedoch, diese Arbeit in das Regelsystem zu überführen.“

In der folgenden Diskussion ging es um die Vorsorgeuntersuchungen und darum, wie wichtig es sei, dass diese von den Eltern wahrgenommen werden. „Denn bei diesen Untersuchungen haben Ärzte auch Zugang zu problematischen Familien mit ihren Kindern“, betonte **Dr. Wolfram Hartmann**, Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte. „Da nämlich kommt man leichter ins Gespräch, vor allem noch zu einem Zeitpunkt, wo kein sofortiger Handlungsdruck besteht. Meine Beobachtung ist,

dass so betreute Kinder auch mit weniger Defiziten eingeschult werden als jene, die bei keiner Vorsorgeuntersuchung waren.“

STÄRKER AUF PRÄVENTION SETZEN

Im Anschluss daran drehte sich die Diskussion um das Image der Jugendämter. **Dr. Heidemarie Rose**, stellvertretende Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe, betonte, dass das öffentliche Bild der Jugendämter Sinne gestärkt werden müsse. Als besonders wichtig erachtete sie, direkt vor Ort zu jenen Menschen zu gehen, die Unterstützung brauchen. So würde ein Teil der hilfebedürftigen Bevölkerung auch die Angst vor dieser Institution verlieren. „Viele denken noch, dass dies eine Organisation ist, die Familien im Krisenzustand auseinander reißt.“

Dr. Dietrich Wersich, Senator für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz in Hamburg, fügte hinzu, dass das Jugendamt sein oftmals schlechtes Image nicht verdient habe: „Wer in irgendeiner Weise Probleme hat und Hilfe in Anspruch nehmen will, ist oft gebrandmarkt. Meine Erfahrung zeigt, dass das Vertrauen in das Gesundheitsamt größer ist als das Vertrauen in die Jugendhilfe. Ziel muss es sein, in Schulen, Kindertagesstätten und im Gesundheitswesen das Thema Prävention mit zu bedenken und nicht nur neue Spezialeinrichtungen aufzubauen.“

ENGERE ZUSAMMENARBEIT NOTWENDIG

Weiterhin ging es um die zentrale Frage der besseren Zusammenarbeit. Dietrich Wersich gab zu bedenken: „Es geht nicht nur darum, sich besser zu vernetzen, sondern es sollte auch auf Qualität geachtet werden.“

Uwe Lübking betonte, es gebe auch Regionen ohne ausreichende ärztliche Versorgung. Deshalb sei es notwendig einen Weg zu finden, die Frühen Hilfen flächendeckend zu etablieren. Außerdem sei eine Zusammenarbeit mit Partnerinnen und Partnern wie beispielsweise den Kitas von besonderer Relevanz. „Netzwerke dürfen nicht unverbindlich sein!“, so seine abschließende Forderung.

Moderatorin **Sabine Brandi** stellte die Frage, wie es um die Offenheit der Eltern stehe. Dietrich Wersich erklärte: „Die Bereitschaft der Eltern zur Zusammenarbeit ist oft vorhanden. Wir müssen stärker daran anknüpfen.“ **Andreas Meusch**, Leiter der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse, lenkte den Fokus dabei auf die Sensibilisierung durch die Hebammen. „Auch hier ist eine bessere Vernetzung nötig, Infrastrukturen müssen für die Einzelhilfen gestärkt werden, eben um Bedürftige aus ihrer Isolation herauszuholen.“

VERNETZUNG ALS WICHTIGE AUFGABE DES JUGENDAMTES

Lutz Stroppe sprach von der Wichtigkeit eines strukturellen Wandels in der Zusammenarbeit rund um das Thema Schwangerschaft und Geburt. „Es beginnt bei den Hebammen, den Schwangerschaftsberatungsstellen oder - aus finanziellen Gründen - bei der Stiftung Mutter und Kind; das sind die Anknüpfungspunkte für erste Kontakte zu Familien in belasteten Lebenslagen. Dem Jugendamt kommt die zentrale Aufgabe zu, diese Akteure zusammen zu bringen. Das Problem ist, dass sich immer mehr Eltern überfordert fühlen und nicht wissen, wie sie mit der neuen Situation umgehen sollen. Dafür gibt es viele Gründe. So existieren immer weniger Vorbilder in der eigenen Familie, an denen sich die Eltern orientieren können und Sicherheit im Umgang mit Neugeborenen schöpfen.“ Er verwies in diesem Zusammenhang noch einmal darauf, dass Jugendämter viele neue Aufgaben erhal-



ten, und deswegen immer wieder neu in die Lage versetzt werden müssen, diese auch bewältigen zu können.

EMPATHIE FÜR SOZIAL SCHWACHE ENTWICKELN

Diskutiert wurde auch das Thema Unterstützung. Diese würde umso besser gelingen, wenn man für bedürftige Familien Empathien entwickeln würde, betonte Heidemarie Rose: „Das gilt besonders für finanziell schwache Menschen, die gerne Kinder haben möchten.“

Daran knüpfte Ute Thyen an: „Soziale Probleme gab es immer, jetzt stehen Kinder zwar mehr im Zentrum, aber sie haben auch eine kleinere Lobby. Deshalb ist Empathie wichtig. Doch das Thema ist zweischneidig. Einerseits ist die Anteilnahme gestiegen, andererseits sind auch die Standards gewachsen. Die Frage ist heutzutage häufig: Wie perfekt muss ein Kind sein? Früher galten einige Makel noch als normal,

heute gibt es einen starken Druck, auf allen Gebieten mithalten zu müssen. Diesbezüglich haben sich die Ansprüche erhöht, auch seitens der Gesellschaft.“

Wolfram Hartmann wies auf den Aspekt hin, dass heutzutage sogar jene Kinder eingeschult würden, die sprachliche Mängel aufwiesen und noch nie ein Buch in der Hand gehalten haben: „Frühe Hilfen müssen das Potential der Kinder fördern. Auch insofern, dass Kinder mit Kindern spielen, was zum Teil nicht selbstverständlich ist, wenn sie nicht in die Kita gehen und nur von Erwachsenen umgeben sind. „Wir brauchen mehr Kinderbewusstsein in der Gesellschaft!“, war seine Forderung, der alle Teilnehmenden zustimmten.

Das Fazit des zweiten Kongresstages: Das NZFH muss noch stärker auf Prävention hinwirken, eine größere Sensibilisierung der Gesellschaft für Frühe Hilfen erreichen und deren Weg in das Regelsystem bereiten.



Konzentriertes Auditorium bei der Podiumsdiskussion „Strategisch in die Zukunft denken“ – Frühe Hilfen auf dem Weg in die Regelversorgung.

FORUM 1

**FRÜHE HILFEN UND KINDERSCHUTZ –
BALANCE ZWISCHEN FÖRDERUNG UND
KONTROLLE****Referentinnen und Referenten:**

Dr. Gertrud Ayerle *Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg*

Dr. Christiane Luderer *Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg*

Prof. Dr. Reinhold Schone *Fachbereich Sozialwesen, Fachhochschule Münster*

Moderation:

Cornelia Benninghoven *Journalistin und Moderatorin, Köln*

Sind die Frühen Hilfen ein primärpräventives Förderangebot für alle Eltern oder Interventionen im Kontext von Kindeswohlgefährdung? Sind die Frühen Hilfen ein freiwilliges Angebot für Eltern mit Belastungen oder sind sie Maßnahmen zur Kontrolle von Familien mit erhöhtem Risiko? In dieser Bandbreite werden derzeit in der Fachpraxis die Frühen Hilfen verortet. Eine Standortbestimmung ist daher dringend erforderlich.

In Forum 1 wurde die Begriffsbestimmung vorgestellt und diskutiert, die der wissenschaftliche Beirat des NFZH in Kooperation mit dem Fachbeirat des NZFH erarbeitet hat. In der Praxis sind die Übergänge vom Förderangebot zu einer „verordneten Hilfe“ häufig fließend. Anhand von Fallbeispielen wurde erarbeitet, wie in der Praxis mit der Schnittstelle zwischen Frühen Hilfen und intervenierendem Kinderschutz umgegangen werden kann.

POSITIONIERUNG DER FORUMSTEILNEHMENDEN

Etwa die Hälfte der Teilnehmenden gab an, in der täglichen Arbeit eher mit Hilfe und Förderung befasst zu sein, jedoch auch Berührungspunkte zum Bereich der Kontrolle und des Kinderschutzes zu haben. Die übrigen Teilnehmenden ordneten sich zwischen beiden Bereichen ein. Fachkräfte aus dem Bereich Gesundheit gaben an, eine größere Nähe zum Bereich der Kontrolle zu haben. Die Übergänge in der Praxis sind also fließend und nicht eindeutig zu identifizieren.

KINDERSCHUTZ ZWISCHEN FRÜHEN HILFEN UND GEFÄHRDUNGSSCHUTZ**Vortrag von Prof. Dr. Reinhold Schone**

Einleitend stellte **Prof. Dr. Schone** zur Begriffsbestimmung die Frühen Hilfen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen dem Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung (§8a) gegenüber. Er führte aus, dass der Einsatz Früher Hilfen bei Kindeswohlgefährdung ebenso paradox sei, als würde man von Vorsorge und Früherkennung bei akutem Krankheitsausbruch sprechen (vgl. „IzKK-Nachrichten 2010“, Heft 1). Schone kam zu dem Schluss, dass Hilfe und Kontrolle eine spannungsgeladene Polarität in der Jugendhilfe kennzeichnen. Grundsätzlich von einem Gegensatz von Hilfe und Kontrolle auszugehen, sei aber für die Gestaltung tragfähiger Handlungskonzepte nicht angemessen.



Prof. Dr. Reinhold Schone

ERGEBNISSE DER ANSCHLIEßENDEN DISKUSSION

Die anschließende Diskussion verdeutlichte, wie oft die Bereiche Frühe Hilfen und Gefährdungsschutz in der Praxis ineinander übergehen und wie notwendig daher eine Differenzierung der Begriffe ist. Festgestellt wurde auch, wie wichtig Kontrolle im Kontext der Frühen Hilfen in vielen Fällen sein kann. Dies betrifft insbesondere Professionen, die direkt mit Säuglingen und deren Eltern in Kontakt stehen. Rechtzeitige Risikoeinschätzungen sind hier besonders relevant. Die Verortung der Schwelle zwischen Frühen Hilfen und Gefährdungsschutz sollte jedoch letztendlich den Fachkräften des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD) überlassen werden. Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Bereichen erschien den Teilnehmenden als besonders wichtig, ihre Qualität sei derzeit zufriedenstellend. Auch bestand Einigkeit, dass Eltern gegenüber zu jeder Zeit Transparenz herrschen sollte und Stigmatisierung, etwa indem an erster Stelle der Bezug von Hartz IV als Risiko eingestuft werde, dabei unbedingt vermieden werden sollte.

Die Teilnehmenden befanden als wichtige Schritte, das Hebammen-Netz weiter auszubauen und Frühe Hilfen noch früher anzusetzen. Der verbreitete Einsatz Früher Hilfen als Intervention solle vermieden werden. Aus den Bereichen Frühe Hilfen und Netzwerkarbeit wurde von interprofessionellen Spannungsfeldern berichtet. Damit Unklarheiten aufgrund mangelnder Kommunikation nicht in die Familien getragen werden, sei die Kommunikation der verschiedenen Professionen untereinander besonders wichtig, um eine klare Aufgabenteilung der einzelnen Mitarbeitenden gegenüber den Eltern zu gewährleisten.

FALLBEISPIELE AUS DER PRAXIS

Dr. Christiane Luderer und Dr. Gertrud Ayerle

Zunächst erklärten die Mitarbeiterinnen des Modellprojekts „FrühStart – Familienhebammen in Sachsen-Anhalt“ anhand zweier Fallbeispiele, wie in der Praxis an der Schnittstelle zwischen Frühen Hilfen und intervenierendem Kinderschutz agiert werden kann. Die Evaluation des Modellprojekts wurde vom NZFH gefördert.

FALLVIGNETTE 1 – KATRIN

- 23-jährige verheiratete Frau
- ohne Schul- und Berufsabschluss
- Überforderung in der Versorgung der Kinder: sieben Monate (Mädchen), fünf Jahre (Junge)
- neigt zu Gewalttätigkeit
- schwierige Wohnsituation (Hygiene)
- massiver Nikotinmissbrauch beider Elternteile
- Probleme im Umgang mit Geld

FALLVIGNETTE 2 – JANINE

- Junges Mädchen, 17 Jahre, Realschulabschluss, erwerbslos
- gerade aus der Klinik entlassen (2. Woche nach der Geburt)
- Notfall-Kaiserschnitt, gesunder Junge
- Wechselhafte Gefühlslage, auch dem Kind gegenüber
- Neue Wohnsituation: im Elternhaus des vermutlichen Kindesvaters (21 Jahre)
- Problematischer familiärer Hintergrund
- Verschuldung

Während die Gruppe den ersten Fall als drohende Kindeswohlgefährdung beurteilte, war sie sich im Zweiten Fall unsicher, ob dies ein Kinderschutzfall oder ein Fall für Frühe Hilfen ist. Gemeinsam mit den Referentinnen wurden Risiken und Potentiale prognostiziert. Eine Trennung von Mutter und Kind wurde zunächst erwogen und dann wieder verworfen.

Die Gruppe erarbeitete zu den beiden Fällen Möglichkeiten zum balancierten Umgang mit Förderung und Kontrolle. Bedingung war dabei, Wege aufzuzeigen, die die Beziehungen zu den Familien stabilisieren oder verbessern, ohne sie dabei abzuschrecken. Die verschiedenen Perspektiven der Akteurinnen und Akteure im Netzwerk Früher Hilfen wurden dabei als hilfreich empfunden. Sie konnten gewährleisten, dass unterschiedliche Belastungsdimensionen erfolgreich erkannt wurden. In der Praxis kann so eine angemessene Balance zwischen Beratung, Anleitung und Übernahme kompensatorischer Unterstützung bezüglich der Alltagsgestaltung sowie gezielter Interventionen in den Frühen Hilfen hergestellt werden.

DIE ERGEBNISSE – WICHTIGE BEDINGUNGEN FÜR ERFOLGREICHE FRÜHE HILFE:

- Respektvoller Umgang mit der Familie/Beteiligung (ggf. „Runder Tisch“)
- Transparente Arbeit auf Helferebene und der Familie gegenüber
- Aufbau von Vertrauen, um die Familie als Helfer beim Schutz der Kinder zu gewinnen
- Entwicklung von Verständnis für die Sichtweise der Familie
- Aufklärung der Eltern über angemessene Fürsorge und Bedürfnisse ihrer Kinder

ZUR RELEVANZ VON KRITISCHER REFLEXION UND EVALUATION

Wichtig sei, bei allen Angeboten, den Kinderschutz nicht aus den Augen zu verlieren. So sollten sich Akteurinnen und Akteure nicht wegschicken lassen. Sie sollten den Familien verdeutlichen, dass sie die Anwaltschaft für die Kinder übernehmen. So könne vermieden werden,

dass es überhaupt zu einem Gefährdungsfall kommt. Eine kritische Reflexion und Evaluation von Fällen, in denen Frühe Hilfen nicht rechtzeitig eingesetzt werden konnten, sei in diesem Zusammenhang besonders wichtig. Ist ein Fall nicht eindeutig den Frühen Hilfen oder dem Kinderschutz zuzuordnen, sei es wichtig, auch dort angemessene Hilfen bereitzustellen. So könne oftmals beispielsweise eine Trennung von Mutter und Kind vermieden werden. Die Netzwerkarbeit und eine klare Abgrenzung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten unter Berücksichtigung des Datenschutzes und der Beteiligung der Familie erachteten alle Teilnehmenden als besonders wichtig.

ZUSAMMENFASSUNG

Als Zusammenfassung der Ergebnisse des Forums und zum Stand der Diskussion im Spannungsfeld zwischen Frühen Hilfen und Kinderschutz wurden folgende Antworten zu den Leitfragen zusammengestellt:

DIE BOTSCHAFTEN

- Der Netzwerkarbeit ist es gelungen, die Zusammenarbeit der Jugendhilfe, der Gesundheitsbehörden und der Forschung zu bewirken und Schnittstellen der verschiedenen Bereiche zu erkennen.
- Durch die Diskussion über die Klärung der Begriffe „Frühe Hilfen“ und „Schutzauftrag“ konnte eine Profilschärfung beider Begrifflichkeiten erreicht werden.
- Besonderes Augenmerk sollte auf den Spagat der Akteurinnen und Akteure zwischen „Hilfe“ und „Kontrolle“ gelegt werden.
- Die Bedürfnisse der Kinder sollten bei jeder Form der Unterstützung der Eltern immer maßgeblich sein.
- Die Prävention im Kinderschutz sollte gestärkt werden.
- Die Eltern müssen noch stärker einbezogen werden.
- Frühe Hilfen sollten flächendeckend verstetigt werden.
- Es wird eine offensive Sozialplanung benötigt, in der die kommunale Jugendhilfe- und Sozialpolitik gestärkt werden sollte.
- Es sollte eine Regelfinanzierung der Frühen Hilfen und der Netzwerkarbeit eingeführt werden.
- Standards und Leitlinien müssen entwickelt werden, die Fortbildung und weitere praktische Qualifizierungen der Akteurinnen und Akteure verbessern.
- Die Aufgaben und Rollen der einzelnen Akteurinnen und Akteure sollten zu jeder Zeit klar abgegrenzt und geklärt sein.

FORUM 2

**ERFOLGREICH HELFEN – ERGEBNISSE
AUS MODELLPROJEKTEN FRÜHER HILFEN****Referentinnen und Referenten:**

Dr. Andreas Eickhorst Projektkoordinator „Keiner fällt durchs Netz (KFDN)“, Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie am Universitätsklinikum Heidelberg

Prof. Dr. Tanja Jungmann Universität Rostock

Ilona Renner Wissenschaftliche Referentin der BZgA im NZFH

Dr. Manuela Stötzel Referentin und stellvertretende Referatsleiterin im Referat „Aufwachsen ohne Gewalt, Aktiver Kinderschutz“ im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Moderation:

Dagmar Grundmann Freie Moderatorin, Köln

Die Erkenntnisse und Erfahrungen aus den Modellprojekten sind für die weitere Entwicklung der Frühen Hilfen von entscheidender Bedeutung. Zunächst wurde das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme“ des Bundesfamilienministeriums (BMFSFJ) sowie erste projektübergreifende Ergebnisse zu den Qualitätsdimensionen vorgestellt. Anschließend diskutierten etwa 50 Teilnehmende in fünf Arbeitsgruppen jeweils eine Forschungs- und eine Praxisthese.

Die Praxisthesen stellte **Dr. Andreas Eickhorst** auf, Koordinator des Modellprojekts „Keiner fällt durchs Netz“, die Thesen zu Forschungsbedarfen formulierte Frau Prof. Dr. Tanja Jungmann, Leiterin der Begleitforschung zum Modellprojekt „Pro Kind“. Die zentralen Fragen betrafen die Etablierung von Zugangswegen zu hoch belasteten Familien und den Einsatz standardisierter Verfahren zur Risikoerfassung.

IMPULSE – ZENTRALE INHALTE DES AKTIONSPROGRAMMS DES BMFSFJ

Dr. Manuela Stötzel präsentierte die Entwicklung und die zentralen Inhalte des Aktionsprogramms des BMFSFJ. Die ersten Ergebnisse der Projekte in Bezug auf die Qualitätsdimensionen wurden von **Ilona Renner** vorgestellt. Hierzu merkte sie an, dass die wissenschaftliche Begleitforschung der Projekte noch nicht abgeschlossen sei.

Die vorgetragenen Ergebnisse bezogen sich auf Wirkungsvoraussetzungen: Inwieweit ist es in den Modellprojekten gelungen, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Angebote früher Unterstützung wirken können? Was unter „Überführung in die Regelfinanzierung“ verstanden werden kann, sei noch nicht abschließend geklärt. Bezüglich der Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten betonte sie, dass diese durchaus Interesse an Kooperationen zeigten, es ihnen jedoch an Wissen über ihre Möglichkeiten und über bestehende Hilfestrukturen in ihrer Umgebung mangle. Diesbezüglich werde es weitere Aktivitäten zur Verbesserung der Situation geben.



Nachdem Herr Dr. Eickhorst fünf Thesen zur praktischen Umsetzung und Frau Prof. Dr. Jungmann fünf Thesen zu Forschungsbedarfen vorgestellt hatten, wurde in fünf Arbeitsgruppen je eine Praxis- und eine Forschungsthese diskutiert. Die Gruppen stellten ihre Ergebnisse danach dem Forum vor.

ERGEBNISSE DER DISKUSSIONSRUNDEN

Arbeitsgruppe 1: Zugänge zu Familien finden – Erkenntnisse über die Reichweite Früher Hilfen gewinnen

Es wurde diskutiert, wie eine bessere Vernetzung, insbesondere mit den Akteuren aus dem Gesundheitswesen, erreicht werden könne. Des Weiteren setzte sich die Arbeitsgruppe damit auseinander, wie mehr Erkenntnisse über die charakteristischen Bedarfe von Familien gewonnen werden können, die nach dem Erstkontakt die Hilfe ablehnen oder gar nicht erreicht werden.

Für eine bessere Vernetzung sollten wegen seiner hohen Akzeptanz in der Bevölkerung sowohl der öffentliche Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, als auch Sprechstundenhelferinnen und Arzthelferinnen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte stärker einbezogen werden. Letztere verfügten eher über Zugänge auf Augenhöhe zu den Patienten und seien weniger von dem Aspekt der Abrechenbarkeit einzelner Leistungen betroffen. Diese Gruppen müssten gezielt für eine bessere Kooperation qualifiziert werden. Für eine Prävalenzstudie zu Hilfebedarfen – auch in den bislang nicht erreichten Gruppen – könnten Zugänge über die ARGE oder die Leistungserbringung nach dem SGB XII, die Erwachsenenpsychiatrie oder Gehstrukturen wie „fahrbare Praxen“, genutzt werden.

Arbeitsgruppe 2: Effektivität Früher Hilfen und Praktikabilität der Screening-Instrumente

Die zweite Arbeitsgruppe beschäftigte sich mit der relativen Effektivität der jeweiligen Modelle Früher Hilfen in verschiedenen Subgruppen sowie der Anwendbarkeit und Akzeptanz der Screening-Instrumente in der Praxis. Es stellte sich heraus, dass es nicht eine einzige ideale Wirkungsforschung für alle Frühen Hilfen geben kann, da die Programme sehr unterschiedlich seien und viele Faktoren die individuelle Wirksamkeit beeinflussten. Anhand experimenteller Studien könnten aber gezielt bestimmte Programme überprüft werden,

z.B. im Hinblick auf Selbstwirksamkeit. Im Sinne einer pragmatischen Wirkungsforschung könnte die Wirkung auch über die Klientinnen- und Klientenzufriedenheit gemessen werden. Bezüglich des Screenings gestalte sich die Vereinheitlichung der Verfahren schwierig, da bereits zu viele verschiedene Instrumente in der Praxis verankert seien. Das Screening sollte zielgerichtet als Orientierungshilfe erfolgen und ein passgenaues Angebot nach sich ziehen. Ein Screening mache vor allem frühzeitig Sinn – z.B. in den Geburtskliniken – und nicht erst dann, wenn der die Klientin oder der Klient bereits in einem konkreten Angebot Früher Hilfen „angekommen“ ist.

Arbeitsgruppe 3: Aufbau von Netzwerken, Systematische und Objektive Risikoerkennung

Wie Netzwerke sinnvoll ausgestaltet und Risiken systematisch und objektiv erkannt werden können, war Gegenstand der Diskussion in Arbeitsgruppe 3. Um den Hilfebedarf von Familien zutreffender einschätzen zu können, sollten nicht nur die Risiken, sondern auch die Ressourcen von Familien berücksichtigt werden. Werden Screening-Instrumente zur Risikoeinschätzung verwendet, müssten die Verfahren berufsgruppentauglich und für die Praxis versteh- und damit anwendbar sein. Hier bestehe noch Schulungsbedarf. Bei der Gestaltung der Netzwerkarbeit bedürfe es zudem einer zentralen Koordinierung. Außerdem sollte zwischen Kooperationsarbeit und Netzwerkarbeit differenziert werden. Um die Beteiligung an Netzwerken zu fördern, sei nicht nur eine Finanzierung gefragt, sondern auch eine stärkere Anerkennung der Teilnahme. Hier sollte über Anreize zur Teilnahme, z.B. durch die Vergabe von Punkten, nachgedacht werden. Die Netzwerke sollten nicht zu groß werden. Dem Netzwerkziel entsprechend sollten nur ausgewählte Personen daran beteiligt werden.

Arbeitsgruppe 4: Wirkmodelle entwickeln und Frühe Hilfen in das Regelsystem überführen

Arbeitsgruppe 4 beschäftigte sich damit, wie die Überführung der Frühen Hilfen in das Regelsystem gestaltet werden kann. Außerdem beschäftigte sie sich mit der längerfristigen Entwicklung von Wirkmodellen. Hierzu wurde untersucht, wie anhand von Informationen zur Umsetzungsqualität der Frühen Hilfen erkannt werden kann, warum eine konkrete Wirkung erzielt oder nicht erzielt wird. Die Überprüfung der Umsetzungsqualität erfordere klare Konzepte dessen, was überprüft wird. Es müsse klar sein, ob das Hilfesystem, z.B. die Arbeit und die Qualifikation der Fachkräfte oder die Effekte bei der Zielgruppe (Kinder und Eltern) überprüft werden. Im Hinblick auf die Begleitung der Überführung in das Regelsystem müsse zunächst definiert sein, wie das Regelsystem definiert ist – finanziell, ideell und administrativ.

Arbeitsgruppe 5: Nutzen von Kooperation/Vernetzung untersuchen und Herausforderungen angehen

Mit dem Nutzen von Kooperation und Vernetzung sowie der Ähnlichkeit der Herausforderungen der Modellprojekte setzte sich die fünfte Arbeitsgruppe auseinander. Hierbei fanden die Qualitätsdimensionen trotz unterschiedlicher Ansätze Beachtung. Die Teilnehmenden stimmten darin überein, dass es bislang wenig Wissen über die Wirksamkeit und den Erfolg

von Vernetzungsstrategien in Bezug auf die Ebene der Familien und der Kinder gibt. Vernetzungsstrategien können nicht ohne weiteres auf andere örtliche Gegebenheiten übertragen werden. Aus den nun vorhandenen Studien und Datensätzen zu Vernetzungsmodellen sollte herausdestilliert werden, was den Kindern und Familien wirklich nützt und welche allgemeinen Erkenntnisse aus den erhobenen Daten gewonnen werden können. Nachdem sich vergleichbare Ergebnisse zu den Qualitätsdimensionen aus den unterschiedlichen Modellprojekten herauskristallisieren, komme es nun darauf an, die bestehenden Herausforderungen – z.B. in der Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten – detailliert zu benennen und zu betrachten, in welchen Modellen und warum etwas dort besonders gut funktioniert hat. So könne versucht werden, Lösungen weiterzureichen und Handlungsempfehlungen zu entwickeln. Außerdem sei es wichtig, verlässliche Strukturen für die Helfenden und für die Familien zu schaffen, so dass auch bei einem Umzug eine funktionierende Hilfe weitergeführt werden kann.

Zusammenfassung

Aus den Modellprojekten liegen zahlreiche Erkenntnisse und Informationen vor, die nun intensiv genutzt und ausgewertet werden müssen. Jetzt kommt es darauf an, den Blick zu schärfen, denn viele Fragen können jetzt detailliert beantwortet werden.

DIE BOTSCHAFTEN

- Bei der Verarbeitung der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, mit welchem Ziel und für wen die Projekte und die wissenschaftliche Begleitung durchgeführt worden sind.
- Diese Erkenntnisse müssen auch in die Praxis übertragen werden. Dazu muss die Fachsprache verständlich angepasst werden – aber auch die verwendeten Instrumente sind zu überprüfen und im Hinblick auf ihre Tauglichkeit für die Praxis grundlegend zu hinterfragen.
- Für den gesamten Prozess ist ein durchgängiger und kontinuierlicher Informationsfluss zwischen dem NZFH, dem Bund, Ländern und Kommunen unerlässlich.

FORUM 3

VONEINANDER WISSEN – MITEINANDER VERNETZT HILFEN ANBIETEN**Referentinnen:**

Dr. Lilith König Projektkoordination Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm

Alexandra Sann Wissenschaftliche Referentin des DJI im NZFH

Moderation:

Dr. Mike Seckinger Wissenschaftlicher Referent im DJI

Herr Dr. Seckinger vom Deutschen Jugendinstitut begrüßte die 27 interdisziplinären Teilnehmenden und betonte dabei den Auftrag des Bundeskongresses: „Von Anfang an. Gemeinsam.“ Mit Verweis auf seine langjährige Forschungserfahrung am DJI zum Thema interdisziplinäre Kooperation, betonte Herr Seckinger, dass der Bundeskongress des NZFH den Teilnehmenden aus der Praxis die Chance biete, gemeinsam Botschaften an die auf der Tagung anwesenden Verantwortlichen aller Institutionen sowie an die Politik zu formulieren.

Die Fachvorträge zur bundesweiten Entwicklung der interdisziplinären Kooperation im Feld der Frühen Hilfen und zu Empfehlungen für die Arbeit in Netzwerken Früher Hilfen aus dem Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“ legten die inhaltlichen Grundlagen für die anschließende Gruppenarbeit.

KOOPERATIONSFORMEN IM BEREICH FRÜHER HILFEN**Vortrag von Alexandra Sann**

Alexandra Sann vom NZFH präsentierte Teilergebnisse aus der bundesweiten Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen¹, mit der das Deutsche Institut für Urbanistik beauftragt worden war. Die Befragung aller Jugend- und Gesundheitsämter sollte

¹Download: <http://www.fruehehilfen.de/netzwerk/bestandsaufnahme-zu-kooperationsformen-im-bereich-fruehe-hilfen/>



Alexandra Sann, Wissenschaftliche Referentin des DJI im NZFH

einen Überblick darüber verschaffen, was Jugend- und Gesundheitsämter unter Frühen Hilfen verstehen, welche Aktivitäten sie in diesem Bereich entwickelt haben und mit wem sie im Einzelfall kooperieren. Außerdem sollte das Ergebnis der Befragung verdeutlichen, in welchem Umfang sie bereits an fallunabhängigen Netzwerken beteiligt sind und welche Auswirkungen die Netzwerkarbeit zeigt.²

DIE ERGEBNISSE – VIER ZENTRALE THESEN:

1. Frühe Hilfen sind nur beschreibbar als komplexe Systeme, welche durch die Koordination von unterschiedlich intensiven Hilfen vielfältiger Leistungserbringer aus unterschiedlichen Sozialleistungsbereichen vor Ort aktiv installiert werden müssen.
2. Jugend- und Gesundheitsämter beteiligen sich in großem Ausmaß am Auf- und Ausbau interdisziplinärer Netzwerke Früher Hilfen. Das Engagement der Gesundheitsämter ist trotz fehlenden allgemeinen gesetzlichen Auftrags überraschend hoch.
3. Was Kooperation im Bereich Früher Hilfen angeht, klaffen zwischen Wunsch und Wirklichkeit an einigen Stellen noch erhebliche Lücken. Bei den Jugendämtern ist vor allem die Kooperation mit den niedergelassenen Kinderärztinnen und Kinderärzten hoch bedeutsam, aber oftmals schwierig. Bei den Gesundheitsämtern besteht die größte Diskrepanz zwischen Bedeutung und Bewertung bei der Zusammenarbeit mit dem Jugendamt. Dabei wird auch eine deutliche Asymmetrie zwischen den beiden kommunalen Behörden sichtbar.
4. Die subjektiv wahrgenommenen positiven Wirkungen von Netzwerkarbeit beziehen sich in erster Linie auf das Wissen über Strukturen, Kommunikation zwischen den Beteiligten und auf die Verbesserung der Zusammenarbeit im Gefährdungsfall. Zugänge zu Familien, Akzeptanz von Hilfen, sichere Übergaben zwischen den Systemen und die Verstetigung der Frühen Hilfen werden dadurch kaum positiv beeinflusst. Je verbindlicher jedoch ein Netzwerk organisiert ist, desto mehr positive Effekte werden von den Beteiligten wahrgenommen. Dies schlägt sich dann auch bei den Zugängen zu belasteten Familien nieder.

ERGEBNISSE UND EMPFEHLUNGEN AUS DEM MODELLPROJEKT „GUTER START INS KINDERLEBEN“

Vortrag von Dr. Lilith König. Aus dem Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“³ wurden beispielhaft Empfehlungen zur Arbeit in Netzwerken Früher Hilfen vorgestellt.⁴

Wie der Vergleich zeigt, basieren die Systeme des Gesundheitswesens und der Jugendhilfe auf unterschiedlichen theoretischen Grundlagen und Denkmodellen. Die Kommunikation erweist sich hier als Chance, ist aber gleichzeitig auch ein Risiko. Die unterschiedliche

²Abstract Download: <http://bundeskongress.fruehehilfen.de/50-0-Abstracts.html>

³Werkbuch Vernetzung: <http://www.fruehehilfen.de/wissen/werkbuch-vernetzung/>

⁴Abstract Dr. König Download: <http://bundeskongress.fruehehilfen.de/50-0-Abstracts.html>



Teilnehmende des Forums 3 „Voneinander wissen – miteinander vernetzt Hilfen anbieten“

Begriffsbedeutung führt leicht zu Missverständnissen. Eine paritätische Besetzung einer Koordinierungsstelle mit Vertretern des Gesundheitswesens und der Jugendhilfe hat sich als positive Grundlage erwiesen. Sie erhöht die Motivation, sich an Netzwerkarbeit zu beteiligen. Weiterhin ist es wichtig, die einzelnen Partnerinnen und Partner und deren Aufgaben klar zu benennen. Entscheidungen müssen von der Leitungsebene ebenso wie von der Basis getragen werden. Der Nutzen der Netzwerkarbeit muss für jede Beteiligte und jeden Beteiligten deutlich sein. Es ist Wechselseitigkeit in der Kommunikation nötig. Die Ziele der Kooperation müssen klar benannt werden. Gute Netzwerke beginnen mit der Beziehungsarbeit der Akteurinnen und Akteure. Gefestigte, fallunabhängige Kooperationen erhöhen die gute Zusammenarbeit im spezifischen Fall.

GRUPPENARBEIT ZUM THEMA GELINGENDE KOOPERATION

Die Leitfrage für die Gruppenarbeit lautete: „Was ist aus Ihrer Erfahrung das Wichtigste für eine gelingende Kooperation?“ Auf Wunsch der Teilnehmenden wurde diese Fragestellung an einem konkreten Beispiel erarbeitet, nämlich der oft besonders schwierigen Gestaltung des Kontakts zu freiberuflich tätigen Akteurinnen und Akteuren. Dafür wurde exemplarisch die Gruppe der niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen ausgewählt. Es wurde berichtet, dass viele Ärztinnen und Ärzte Sorge haben, dass eine Stigmatisierung der Patientin durch ein gezieltes Angebot Früher Hilfen zu Patientenverlust und Einnahmeeinbuße führen könnte. Im Hintergrund dieser Sorge spielen eventuell auch implizite Vorstellungen über Elternschaft und Ansprüche der PatientInnen an den Service der Praxen eine Rolle. Auch Bedenken wegen des Datenschutzes werden oftmals als Hürde genannt. Da Netzwerkarbeit außerdem keine gesetzlich finanzierte Leistung sei, befürchteten die Ärztinnen und Ärzte finanzielle Einbußen.

In der Gruppenarbeit wurden konkrete und praktikable Ansatzpunkte gesucht, um gynäkologische Praxen zu motivieren, sich am Netzwerk Frühe Hilfen zu beteiligen.

Zusammenfassung der Ergebnisse:

- Eine Erweiterung des Akteurinnen- und Akteurkreises um die Sprechstundenhilfen könnte die Brücke zu den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten schlagen.
- Um Stigmatisierung vorzubeugen, sollten alle Patientinnen und Patienten umfassend informiert werden.
- Gynäkologinnen und Gynäkologen, die bereits in Frühe-Hilfen-Netzwerken sind, können motiviert werden, weitere Kolleginnen und Kollegen zu involvieren.
- Es sollten Fortbildungspunkte der Ärztekammer zur Motivation eingeführt werden.
- Arztgerechte Informationen über Frühe Hilfen und die Struktur des Jugendhilfesystems sollten in knapper und übersichtlicher Form angeboten werden.
- Für Ärztinnen und Ärzte sollten persönliche und zentrale Ansprechpartnerinnen oder Ansprechpartner bzw. Anlaufstellen angeboten werden.
- Die Rückmeldung des Jugendhilfesystems ist wichtig: „Was ist daraus geworden?“
- Ärztinnen und Ärzte könnten die Beteiligung am Netzwerk als besonderes Profil ihrer Praxen nutzen.
- „Zahlen sprechen lassen“: Effekte von guten Angeboten könnten Ärztinnen und Ärzte motivieren, Patientinnen zu „überweisen“.
- Die Einführung einer „Sozialüberweisung“ ist wünschenswert.
- Um Stigmatisierung zu vermeiden, sollte Ärztinnen und Ärzten „eine Sprache angeboten werden“.
- Entscheidungsgewohnten Ärztinnen und Ärzten sollten entsprechende Positionen im Netzwerk angeboten werden.

DIE BOTSCHAFTEN

- Was wissen wir? Frühe Hilfen sind hoch komplexe Systeme. Dennoch ist es wichtig, die Bedeutung jeder einzelnen Akteurin und jedes einzelnen Akteurs wahrzunehmen und ihre oder seine spezifischen Beiträge und Bedarfe in der Kooperation anzuerkennen.
- Was können wir? Die wechselseitige Kommunikation auf Augenhöhe ist zentrale Voraussetzung für den Erfolg von Netzwerken. Dafür notwendig ist eine selbstkritische Einschätzung der eigenen Fähigkeiten und Grenzen. Die Jugendhilfe sollte sich davor hüten, all ihre Kooperationspartnerinnen und -partner zu Klientinnen oder Klienten zu machen und in der Kooperation versorgen zu wollen.
- Was brauchen wir? Virtuelle Netzwerke müssen zu begehbaren Orten im Sozialraum werden. Dies gilt gleichermaßen für Fachkräfte wie für Familien.

FORUM 4

**HIER GEHT'S ZU FAMILIEN –
SYSTEMATISCH ZUGANG FINDEN****Referentinnen:**

Dr. med. Birgit Schmidt-Lachenmann *Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ)*

Dr. Heidrun Thaiss *Fachreferentin im Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein*

Moderation:

Prof. Dr. Reinhild Schäfer *Fachbereich Sozialwesen, Hochschule RheinMain*

Eines der Hauptanliegen der Frühen Hilfen ist es, Eltern in schwierigen Lebenssituationen frühzeitig zu erreichen, damit ihnen Hilfe angeboten werden kann. Den Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitssystem kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Sie sind meist die ersten, die Kontakt zu Eltern und Kindern haben. Im Fokus stehen dabei insbesondere auch niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie Kinderärztinnen und Kinderärzte.

Beide Berufsgruppen genießen eine große Akzeptanz und bieten daher gute Voraussetzungen, einen systematischen Zugang herzustellen. Allerdings bleibt die Kooperation in Netzwerken Früher Hilfen in der Praxis hinter den Erwartungen aller Beteiligten zurück. Das Forum diente der Diskussion darüber, worin Grenzen der Kooperation bestehen und welche Strukturen verändert werden müssten, um diesen Zugangsweg noch besser nutzen zu können.

Anhand von drei Leitfragen wurde das Thema des Forums vertieft:

1. Welche Möglichkeiten bestehen, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte dafür zu gewinnen und im System Frühe Hilfen als Kooperationspartnerinnen und -partner zu etablieren?
2. Welche Rolle spielen Datenschutz, Vergütung, Gesetze und Systeme in der Praxis?
3. Kann ein „Risikoscreening“ aus einer Geburtsklinik übertragbar sein für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte?

Die Ziele des Systems der Frühen Hilfen sind:

- Familien mit Risiken frühzeitig zu erkennen,
- passende Interventionen anzubieten ohne dabei zu stigmatisieren oder zu diskriminieren.

In ihrem Vortrag thematisierte **Dr. Heidrun Thaiss**, wie gut es mit Hilfe der verbindlichen Vorsorgeuntersuchungen U1-J1 gelingt, einen systematischen Zugang zu belasteten Familien zu finden.¹

¹Vgl. auch: H.Thaiss, R.Klein, E.C. Schumann, G. Elsässer, H. Breitkopf, H. Reinicke & E. Zimmermann: Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz. Erste Erfahrungen der Länder bei der Implementation appellativer Verfahren. Bundesgesundheitsblatt, Bd. 53, Heft 10

Da der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) in den meisten Fällen erst mit der Untersuchung zum Schulanfang in Erscheinung tritt, stellt sich die Frage, welchen Stellenwert niedergelassene Kinderärztinnen und Kinderärzte bei der Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen haben, um die genannten Ziele erfolgreich zu realisieren.

Das regelmäßige und vor allem niedrigschwellige Angebot der Vorsorgeuntersuchungen umfasst neben körperlichen Untersuchungen auch die Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion und des Verhaltens von Kind und Bezugsperson während der Untersuchungen. Dieses Angebot stellt somit eine gute Möglichkeit dar, Risiken oder Gefährdungen zu erkennen und anzusprechen.

Die Erfahrungen der einzelnen Länder bei der Implementierung appellativer Verfahren zeigen folgende Ergebnisse:

Die Identifikation von Fällen der Kindeswohlgefährdung ist gering. Allerdings haben Kinderärztinnen und Kinderärzte eine Steigerung der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen verzeichnen können. Diese umfasst auch Familien mit Migrationshintergrund, alleinerziehende Eltern sowie sozial benachteiligte Familien. Dieses Ergebnis ist in jedem Fall positiv zu bewerten. Erreicht wurde dies allerdings mit einem extrem hohen Personal- und Kostenaufwand.

Der Vortrag von **Dr. med. Birgit Schmidt-Lachenmann** behandelte die Frage, welche Strukturen notwendig sind, um niedergelassene Kinderärztinnen und Kinderärzte besser in das System der Frühen Hilfen einbinden zu können. Eltern sprechen in Vorsorgeuntersuchungen immer häufiger von ihren Erwartungen bezüglich der Beratung und Hilfe zum Umgang mit ihren Kindern. Damit steigt der primär-präventive Anteil der Arbeit der Ärztinnen und Ärzte.

Dr. Schmid-Lachenmann betonte die Sinnhaftigkeit der Vorsorgeuntersuchungen, da auf diesem Wege alle Familien erreicht werden können. Um jedoch das gesamte Potenzial dieses Instruments nutzen zu können, bedürfe es verbindlicher, regional verankerter, Kooperationsvereinbarungen.

Bedarfe formulierte Dr. Lachenmann hinsichtlich der Überarbeitung der Vorsorgeuntersuchungsinhalte, Klärungen im Bereich des Datenschutzes sowie der angemessenen Vergütung von Ärztinnen und Ärzten.

ERGEBNISSE DER ANSCHLIEßENDEN DISKUSSION

Welche Möglichkeiten bestehen, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte als Kooperationspartnerinnen und -partner für die Frühen Hilfen zu gewinnen?

Um niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Hebammen fest im System der Frühen Hilfen verankern zu können, werde zunächst ein gemeinsames Austauschforum benötigt. Ein „Runder Tisch“ könnte die verschiedenen Akteurinnen und Akteure zusammenbringen und dazu beitragen, eine gemeinsame Sprache zu entwickeln. Ärztinnen und Ärzte benötigten zudem



*Dr. Heidrun Thaiss,
Fachreferentin im Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein*



*Dr. med. Birgit Schmidt-Lachenmann (vorne),
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) und Moderatorin Prof. Dr. Reinhold Schäfer, Fachbereich Sozialwesen, Hochschule RheinMain*

Fortbildungen zum Thema interdisziplinäres Handeln, da dies in der Ausbildung bisher keine Beachtung finde. Unabdingbar sei bei der Zusammenarbeit der verschiedenen Hilffsysteme eine Koordinierungsstelle, die z.B. beim ÖGD eingerichtet werden könnte.

Bringt ein Instrument zur Risikoeinschätzung Systematik in den Zugang zu den Familien?

Mit Sicherheit erleichtert das Einsetzen eines „Screenings“ die Einschätzung, ob das Wohl eines Kindes gefährdet ist. Ein einheitliches Verfahren für die unterschiedlichen Professionen mit ihren spezifischen Schwerpunkten zu entwickeln, wird jedoch nicht einfach werden. Ärzte müssten genau wissen, an wen sie sich bei einem Verdacht wenden können. Hierzu erklärte Dr. Siefert ein angeschlossenes Hilffsystem am Beispiel der Stiftung „See You“.² Der Idee, ein Screeninginstrument aus dem klinischen in den niedergelassenen Bereich zu übertragen, stand der Großteil der Anwesenden skeptisch gegenüber.

Steht und fällt die Einbindung von Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitssystems in die Frühen Hilfen mit der Vergütung bestimmter Leistungen?

Es erschien wichtig und auch umsetzbar, Kooperationen in regionaler Reichweite auf bestehenden Strukturen aufzubauen. Die daran beteiligten Berufsgruppen sollten neben der fachlichen Auseinandersetzung auch politische Forderungen stellen und darauf aufmerksam machen, dass die Politik im Hinblick auf die Finanzierung reagieren muss. Nur so könne die Entwicklung der Frühen Hilfen weiter gefördert und ausgebaut werden.

Möglichkeiten der Zusammenarbeit zeigt ein vom NZFH finanziertes Projekt der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg auf, das Dr. med. Roland Müller vorstellte³. Dort hat sich der ärztliche Qualitätszirkel als Plattform des kollegialen Austauschs für Fachkräfte der Jugendhilfe geöffnet, um neue Strukturen der Kommunikation zu etablieren. Die Moderation der Zirkel erfolgt in Tandems, die sich aus je einer Vertreterin oder einem Vertreter aus Ärzteschaft und Jugendhilfe zusammensetzen. Erste Rückmeldungen aus dem angelaufenen Projekt waren äußerst positiv.

Welche Rolle spielt der Datenschutz in der Praxis?

Es herrscht Konsens darüber, dass es mittlerweile ausreichend gesetzlich festgelegte Bestimmungen für die Weitergabe von Daten gibt, Ärztinnen und Ärzte aber besser darüber informiert werden müssten.

²www.babylotse.de

³<http://www.fruehehilfen.de/netzwerk/vernetzungsprojekt-der-kassenaerztlichen-vereinigung-baden-wuerttemberg/>

DIE BOTSCHAFTEN

ES GIBT NOCH VIEL ZU TUN

Repräsentative Umfragen starten

Fest steht, dass die Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens einen guten Zugang zu Familien haben, die sich in riskanten Lebenslagen befinden. Dies kann zu passgenauen Hilfen führen, ohne die Familien zu stigmatisieren. Es gibt einzelne, sehr engagierte Akteurinnen und Akteure sowie Projekte und Netzwerke, die gestärkt und weiter ausgebaut werden sollten. Um exakt zu analysieren, warum die Kooperation zwischen Gesundheitssystem und Jugendhilfe schwierig ist, wäre es ratsam, repräsentative Umfragen bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie bei Hebammen zu starten.

ÖGD personell und finanziell stärken

Zudem wurde als notwendig erachtet, den Öffentlichen Gesundheitsdienst personell und finanziell zu stärken, damit dieser als Vermittlungsstelle zwischen Gesundheitsdienst und Jugendhilfe effizient arbeiten kann.

Es muss für die Ärztinnen und Ärzte eine Gewissheit über die weitere Unterstützung der Familien geben. Eine Rückmeldung ist also unbedingt erforderlich, um die Bereitschaft der Ärztinnen und Ärzte zu erhöhen, sich langfristig im System der Frühen Hilfen zu engagieren.

Netzwerke ausbauen

Auch die bereits vorhandenen regionalen Netzwerke sollten weiter ausgebaut werden. Eine wesentliche Voraussetzung liegt hier in der Verankerung der Leistungen im System der Gesundheitsdienste mit ihrer entsprechenden gesetzlichen Verankerung im SGB V.

FORUM 5

MIT FRÜHEN HILFEN MÜSSEN SIE RECHNEN – CHANCEN DER VERSTETIGUNG**Referenten:****Prof. Dr. Knut Hinrichs** *Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg***Bernhard Scholten** *Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz***Moderation:****Dr. Petra Mund** *Alice Salomon Hochschule Berlin*

Angebote Früher Hilfen in Kommunen werden mehr und mehr selbstverständlich. Doch wie können diese Angebote dauerhaft im Regelsystem etabliert und finanziert werden? Die Teilnehmenden des Forums erhielten zunächst einen Überblick zu den Möglichkeiten und Grenzen der (Regel-)Finanzierung im geltenden Sozialrecht. Hierzu wurden Ergebnisse einer vom NZFH beauftragten Expertise vorgestellt. Aus Sicht eines Bundeslandes wurden Anforderungen an eine Regelfinanzierung Früher Hilfen formuliert.

Danach wurden die Teilnehmenden des Forums zu einem „Spaziergang“ durch fünf Kommunen eingeladen, die mit ganz unterschiedlichen Konzepten versuchen, ihre Angebote Früher Hilfen zu verstetigen oder dies bereits erreicht haben.

Schließlich bestand in einer abschließenden Gesprächsrunde mit den Referenten und den Ansprechpartnerinnen und -partnern aus den beteiligten Kommunen die Möglichkeit, noch einmal genauer nachzufragen, wo die Schwierigkeiten, aber auch Chancen für eine Verstetigung von Frühen Hilfen liegen.

ÜBERBLICK ZU GRENZEN UND MÖGLICHKEITEN DER (REGEL-)FINANZIERUNG IM GELTENDEN SOZIALRECHT – ERGEBNISSE EINER VOM NZFH BEAUFTRAGTEN EXPERTISE**Vortrag von Prof. Dr. Knut Hinrichs**

Gegenwärtig stellt sich für die Projekte Früher Hilfen die Frage, wie man von der Projekt- zur Regelfinanzierung gelangen kann. Ist dies eigentlich möglich? Gibt es Rechtsansprüche auf Frühe Hilfen? Diese Fragen müssen beantwortet werden, will man die Finanzierung Früher Hilfen auf sichere Füße stellen.

Dabei zeigen sich gleich mehrere Probleme: Frühe Hilfen sind im Eigentlichen ein Sammelbegriff für unterschiedliche soziale Dienstleistungen rund um die Geburt, die der Gesetzgeber



Bernhard Scholten Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz

bislang nicht alle bedacht hat. Bei einer umfassenden rechtlichen Überprüfung erweist es sich insbesondere als schwierig, dass viele Institutionen nur für einzelne Leistungsbestandteile zuständig zeichnen. Viele von ihnen sind nicht einmal formelle Sozialleistungsträger. Daneben zeigen sich häufig Zuständigkeitsüberschneidungen. Weil die beteiligten Institutionen Hand in Hand arbeiten sollen, benötigen sie Zeit und Geld für die Vernetzung.

Auf der Ebene der einzelnen Rechtsgrundlagen stellt sich das Problem einer sehr weitgehenden Zuständigkeit der Jugendämter und der Schwangerschaftsberatungsstellen. Dagegen steht eine eher zurückgenommene gesetzliche Verpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Finanzierung von Sozialfachkräften, Ärztinnen und Ärzten, Hebammen und Entbindungspflegern. Zugleich zeigt sich aber, dass letztere Institutionen am besten dazu geeignet sind, Leistungen Früher Hilfen federführend zu tragen – neben den Gesundheitsämtern, die jedoch in ihrer Struktur sonderordnungs- und nicht leistungsrechtlich ausgerichtet sind. Die weiteren Bereiche des Sozialrechts, wie etwa das Rehabilitationsrecht (Frühförderung und Eingliederungshilfe), das Sozialhilferecht und die Grundsicherung, streifen das Sachgebiet demgegenüber nur. Sie können daher wertvolle Beiträge leisten, aufgrund der sozialpolitischen Zweckrichtung ihrer Rechtsgrundlagen jedoch nicht voran gehen.

Die rechtliche Lage ist daher einerseits unübersichtlich, andererseits stehen durchaus umfangreiche Rechtsgrundlagen zur Verfügung. Diese können mittels bewährter Abgrenzungskriterien, Vorrang- und Nachrangregelungen sowie der vertraglichen Vereinbarung kooperativer Finanzierungsmodelle zur Realisierung Früher Hilfen genutzt werden.

FINANZIERUNG IST DAUERHAFT NUR MIT RECHTSANSPRUCH ZU GEWÄHRLEISTEN

Hauptanliegen aller Anstrengungen ist die Stärkung der Familie innerhalb der Gesellschaft und die Schaffung von Rechtsansprüchen auf die Finanzierung Früher Hilfen. Anstelle objektiver und allgemeiner Leitsätze ist subjektives Recht zu formulieren. Anspruchsgrundlagen, Zuständigkeiten und Verbindlichkeitsprämissen sind bereits in Gesetzen formuliert. Der Hilfebedarf darüber hinaus bleibt auf der Strecke. In Einzelfällen gibt es schwer abgrenzbare Verantwortlichkeiten.

Finanzierungen für Leistungen in Kooperation sind bisher gesetzlich nicht vorgesehen. In Ausnahmefällen existiert eine „Poolfinanzierung“, die als „unzulässige Mischfinanzierung“ angesehen wird. Nur mit Rechtsanspruch auf Frühe Hilfen ist eine Finanzierung dauerhaft gewährleistet. Allerdings werden von stark geschwächten Familien in der Praxis Leistungen, die ihnen gesetzlich zustünden, nicht auf dem Rechtsweg verfolgt.

ANFORDERUNGEN AN EINE REGELFINANZIERUNG FRÜHER HILFEN AUS LÄNDERSICHT

Vortrag von Bernhard Scholten

Es gibt zahlreiche wissenschaftliche Studien die belegen, dass Frühe Hilfen wirksam sind. Sie stärken die Kindergesundheit und fördern das Kindeswohl – beispielsweise, indem Eltern befähigt werden, die Verwirklichungschancen für ihre Kinder zu nutzen. Frühe Hilfen sind besonders wirksam, wenn es vor Ort gelingt, die Systeme – besonders das Gesundheitssystem und das System der Kinder- und Jugendhilfe – miteinander verbindlich zu vernetzen. So können sich die Unterstützungs- und Förderangebote der verschiedenen Systeme gegenseitig verstärken und befruchten.

Die Erfahrung der Wirksamkeit entsprechender lokaler Netzwerke wurde anhand der Ergebnisse verschiedener Projekte, die punktuell gefördert wurden, belegt. Mit dem Gesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit hat das Land Rheinland-Pfalz begonnen, diese Erkenntnisse in die Regelstrukturen einzubinden. Das Gesetz sieht vor, dass unter Federführung der Jugendämter lokale Netzwerke mit dem Ziel entstehen, „durch Früherkennung von Risiken für Fehlentwicklungen sowie durch rechtzeitige Förderung und Hilfen einen wirksamen Schutz von Kindern vor Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlungen zu erreichen“ (§ 3 Absatz 1 Satz 1 LKIndSchuG RLP).“

Um dies umzusetzen, fördert das Land Rheinland-Pfalz die Arbeit der Jugendämter pro Jahr mit sieben Euro pro Kind bis zu sechs Jahren. Eine Servicestelle beim Landesjugendamt berät die Jugendämter bei der Netzwerkbildung.

Erste Ergebnisse zeigen, dass es gelingt, die lokalen Netzwerke landesweit aufzubauen. Es zeigen sich erste Wirkungen bei der Verstetigung der frühen Hilfen.

KONZEPTE AUS FÜNF KOMMUNEN – DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

- Das Land regt an und fördert, die Kommune setzt modellhaft um – Frühe Hilfen in Leipzig
- Frühe Hilfen als Einstieg in eine Präventionskette – Mo.Ki Monheim
- Regelversorgung im Flächenlandkreis – Frühe Hilfen im Ortenaukreis
- Hand in Hand im Sozialbezirk – Frühe Hilfen in München
- Land und Kommune in gemeinsamer Finanzierungsverantwortung – Frühe Hilfen in Saarbrücken

MOMENTAUFNAHME

- Eine Verstetigung Früher Hilfen ist in Ansätzen mit Insellösungen vorhanden.
- Größtenteils bestehen allgemeine gesetzliche Formulierungen.
- Es gibt bedarfsgerechte kommunale Wege.
- Auf Länderebene existieren Regelungen zur Netzwerkbildung und -förderung.

WEGWEISER

- Es ist eine positive Begriffsbestimmung von Kindeswohl zu formulieren und zu verinnerlichen.
- Verstetigung braucht verbindliche Finanzierungsmodelle.
- Bestehendes Recht ist nutzbar zu machen, wobei in Systemlogiken gedacht werden muss.
- Der Einzelfall ist für Änderungen im System als Musterfall zu nutzen.
- Es sind verlässliche gesetzliche Landesregelungen zu schaffen.
- Für Hebammen ist eine Berufsbildentwicklung erforderlich.

FORSCHUNGSBEDARF

Nach Meinung der Forumsteilnehmenden sollte das Wissen über die präventive Wirkung von Frühen Hilfen erhöht werden und vorhandene Arbeitsansätze empirisch überprüft werden. Außerdem müsse die Effektivität von Zugangswegen zu den Familien weiter untersucht werden. Klar wurde auch, dass Familien-Langzeitstudien durchgeführt werden müssen, um mehr Erkenntnisse über die Wirkungen der Frühen Hilfen zu generieren. Außerdem sollten Kooperations- und Netzwerkwirkungen ermittelt und verstärkt werden.

BLITZLICHTER AUS DER DISKUSSION

- Unter Beachtung der Konnexität braucht es klare politische Botschaften und sinnvolle gesetzliche Verankerungen.
- Eine Finanzierung muss vom Land kommen und an die Jugendämter gehen.
- Ständige „Kampfansagen“ durch Kämmerei gegenüber allen Beteiligten der Frühen Hilfen müssen aufhören.
- Leitbilder führen nicht zu Zahlungsverpflichtung und sind abhängig vom politischen Willen.
- Kindergesundheit beginnt bei der U-Untersuchung.
- Sozialpädiatrische Zentren müssen grundsätzlich – mit Gesetzesänderung – einbezogen werden.

- Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Entbindungspfleger gehen in hohem Maße in Vorleistung und müssen Erfolge belegen, um Kosten erstattet zu bekommen. Das ist inakzeptabel. Gesetzliche Krankenkassen und Ärztekammern sollten – auch wegen vorhandener berufsrechtlicher Aufgaben – in die Pflicht genommen werden.
- Kliniken sollten an Netzwerke angeschlossen werden. Dazu ist, unter Beachtung der Zuständigkeit der Länder, eine Vernetzungsklausel in Klinikgesetze zu nehmen.
- Fortbildungen zu Frühen Hilfen sollten etabliert werden.
- Es fehlen flexible Hilfen in Notsituationen, z.B. die gezielte und qualifizierte, stundenweise Kinderbetreuung als begleitende Entlastung für Familien.
- Die Teilnehmenden machen den Vorschlag, die wichtigsten Erfahrungen aus dem gesamten Frühe-Hilfen- Bereich als Basis für gesetzliche Finanzierungsfestschreibungen herauszuarbeiten.

DIE BOTSCHAFTEN

Wir müssen damit rechnen, dass

- gesetzliche Regelungen auf unterschiedlichsten Ebenen nötig sind, um dauerhaft Verlässlichkeit herzustellen.
- wir noch stärker lernen müssen, in der Logik anderer Systeme zu denken, um das dort gültige Recht für Frühe Hilfen nutzbar zu machen.
- wir uns noch intensiver mit den positiven Wirkungen Früher Hilfen beschäftigen müssen, um noch nicht hinreichend an den Frühen Hilfen beteiligte Systeme zu überzeugen und ihnen deren Mehrwert für sie aufzuzeigen.
- eventuell Einzelfälle als Musterbeispiele den „Weg durch die Instanzen“ gehen müssen, um systemübergreifende Finanzierung voran zu bringen.

Hinweis: Zur vergrößerten Ansicht der Poster bitte die Zoom-Funktion Ihres PDF-Readers benutzen. Wenn Sie die Poster ausdrucken möchten, empfehlen wir zur besseren Lesbarkeit das Format A3.

DAS LAND REGT AN UND FÖRDERT, DIE KOMMUNE SETZT MODELLHAFT UM – FRÜHE HILFEN IN LEIPZIG

Grundlage: »Sächsisches Handlungskonzept für präventiven Kinderschutz«

Leipzig: Modellstandort »Netzwerke für Kinderschutz – Pro Kind Sachsen«

(Weitere Modellstandorte: Dresden, Landkreis Leipzig und Vogtlandkreis)

Schwerpunkte des Landesprojektes: • Erstellung einer Konzeption zur Gestaltung kommunaler Netzwerke für Kinderschutz und Frühe Hilfen • Entwicklung eines Begleitkonzeptes für die Praxis (Koordinatoren und Netzwerkpartner) • Öffentlichkeitsarbeit (Landesweite Identität der Netzwerke – Internetportal) • Erprobung und Umsetzung eines Präventionsangebotes (Pro Kind) an Projektstandorten

LEIPZIG

Freistaat Sachsen
Kreisfreie Stadt (10 Stadtbezirke, 63 Ortsteile)
520.000 Einwohnerinnen und Einwohner



Stadt Leipzig
Jugendamt



DAS LEIPZIGER NETZWERK FÜR KINDERSCHUTZ

Laufzeit 01.11.2007 – 31.12.2011

Grundlage für Implementierung des Netzwerkes:

- Expertise (vom Land beauftragt) »Netzwerke für Kinderschutz«

Hauptaufgaben:

- Kommunale Netzwerke weiter auf- und ausbauen
- Kommunikations- und Informationsstruktur bei Kindeswohlgefährdung verbessern
- Präventionsangebote für Familien in schwierigen sozialen Lagen erweitern

Ziel:

- Handeln aller Netzwerkpartner besser aufeinander abstimmen
- Risikosituationen bzw. Gefährdungen frühzeitig mit Familien thematisieren
- Zeitnahe Informationen zwischen Netzwerkpartnern bei Hilfe- oder Schutzbedarf
- Vorhandene und bewährte frühpräventive Angebote vernetzen
- Beteiligte Akteure über das Thema Frühe Hilfen/Kinderschutz sensibilisieren bzw. qualifizieren

Umsetzung durch:

- Verbindliche Vereinbarung der Netzwerkpartner zu Aufgaben, Inhalten und Qualitätsstandards
- Koordinationsstelle
- Mitarbeit im »Leipziger Netzwerk Kinderschutz«

Netzwerkstruktur:

a) Projektbüro

- Projekt- bzw. Netzwerkkoordinatorin ist mit Vollzeitstelle beim Jugendamt angesiedelt
- Aufgaben: • Organisiert Austausch zwischen den Netzwerkpartnern • Sichert vereinbarte Arbeitsstrukturen (Veranstaltungsorganisation, Netzwerkkonferenzen, Organisation der interdisziplinären Steuerungsgruppe (Projektgruppe), Organisation und Begleitung der Qualitätszirkel) • Neuauflage des »Leipziger Handbuch für Familien« (als Beispiel für eine aktuelle Aufgabe)

b) Netzwerkkonferenz

- Tagt 2x pro Jahr (davon 1 Fachtag)
- Vorbereitung erfolgt mit der interdisziplinären Projektgruppe (s.u.) entsprechend der Jahresziele
- Fachkräfte und Entscheidungsträger aller Professionen aus dem Leipziger Kinderschutz:
 - Jugendamt, Gesundheitsamt und Ordnungsamt • Sächsische Bildungsagentur (Schulen)
 - Kommunale Kinder- und Jugendhilfe • Freie Träger der Kinder- und Jugendhilfe • Krankenhäuser, Sozialpädiatrische Zentren, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ärztinnen und Ärzte, Hebammen • Polizeidirektion Leipzig und Familiengericht • ARGE Leipzig • Krankenkassen • Städtische Behinderteneinrichtung • Stadtsportbund • Netzwerke und Angebote außerhalb der Jugendhilfe (Frauenhaus, Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen etc.)

c) Interdisziplinäre Projektgruppe

- Steuerungsgremium des Netzwerkes tagt einmal pro Quartal
- **Aufgaben:** • Zielsetzungen thematisch konkretisieren • Themenzuweisung an Qualitätszirkel und Ergebnissammlung • Übernimmt Abstimmungsprozess zwischen Netzwerkpartnern und Stadtverwaltung • Öffentlichkeitsarbeit
- **Mitglieder:** • Projektkoordinatorin • Bildungsagentur (Regionalstelle Leipzig) • Krankenhäuser • Freiberufliche Hebamme (gleichzeitig: Familienbegleiterin, siehe Pro Kind) • Vertreter/-in der freien Träger der Jugendhilfe • Vertreterin der Schwangerschaftsberatungsstelle • Vertreterin des Netzwerkes gegen häusliche Gewalt und Stalking und des Netzwerkes »Familie in Trennung«

d) Interdisziplinäre Qualitätszirkel

- Zeitlich begrenzte Bearbeitung der Themen, die von Projektgruppe zugewiesen werden
- Unterschiedliche Zusammensetzung; je nach Themenstellung (stets mit einer Hebamme)
- Bisherige Themen: • **Qualifizierung und Fortbildung:** • Vorstellung in Auftaktveranstaltung • In Programm der VHS aufgenommen • Teilnahme ist freiwillig; Kosten übernehmen Fachkräfte oder Anstellungsträger • Fachtage gelten auch als Fortbildungen • **Öffentlichkeitsarbeit:** • Plakatkampagnen • **Frühe Hilfe und frühpräventive Angebote:** • Verständigung zum Begriff »Frühe Hilfen« • Bestandsaufnahme der frühpräventiven Angebote (Jugendhilfe und andere Systeme) • **Standardisiertes Informationssystem:** • Klarheit in Verfahrens- und Informationswegen schaffen, wenn eigene Institution bzw. Profession keine ausreichende Hilfe oder ausreichenden Schutz gewähren kann • Informationsschnittstelle der Netzwerkpartner zum ASD klären • Veröffentlichung der Informations- und Verfahrensstandards als Teil der Broschüre »Leipziger Leitfaden für Kinderschutz« • **Erarbeitung einer Angebotsübersicht vorhandener Leistungen für Familien und Kinder (Leipziger Handbuch für Familien)** • **Recht:** • Datenschutz im Kontext Kinderschutz in den jeweiligen Professionen • Rolle und Verantwortung der Professionen im Kinderschutz

e) Fachkraftstellen Kinderschutz

- 4 x halbe Fachkraftstellen = ASD Netzwerkkoordinatoren für Kinderschutz (ANKK)
- Angesiedelt beim ASD
- **Aufgaben:** • Ansprechpartner und Multiplikatoren für das Netzwerk in den Stadtteilen und Sozialräumen • Vorhandene Akteure und Institutionen in den Sozialräumen stärker zu verzahnen • Bereits vorhandene Gremien besser für das Thema frühpräventive Hilfeangebote zu nutzen • Erzeugung von Synergieeffekten zwischen bestehenden Angeboten • Schaffung neuer Angebote muss dann ggf. von den zuständigen Stellen (SGB VIII und SGB V) geprüft werden

f) Einrichtungen und Dienste der Netzwerkpartner

- Fachkräfte im Netzwerk bringen in die Konferenzen einerseits Fragen und Probleme aus der direkten Praxis ein.
- Gleichzeitig sind sie Multiplikator/-innen in die eigenen Institutionen über den Arbeitsstand des »Leipziger Netzwerks für Kinderschutz«
- Verantwortung für die Sicherstellung einrichtungsinterner Verfahrensstandards zum Schutz des Kindeswohls

PRO KIND SACHSEN

Laufzeit: 01. Januar 2008 bis Dezember 2009

Projekträger: Felsenweg-Institut in Dresden

Wissenschaftliche Begleitung: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. in Kooperation mit der Leibniz-Universität Hannover, der Universität Rostock und der Universität Leipzig

Zielgruppe:

- Erstgebärende Frauen und ihre Familien in besonderen Belastungslagen
- **Voraussetzungen:**
 - Deutschkenntnisse sind vorhanden
 - Schwangerschaft nicht weiter als bis zur 28. Woche fortgeschritten
 - mindestens eine besondere finanzielle Problemlage
 - mindestens eine besondere soziale/persönliche Belastung

Ziel:

- Schwangere Frauen unterstützen und gesunde Entwicklung ihrer Kinder fördern
- Gesunde pränatale Prävention und Förderungen der kindlichen Entwicklung, insbesondere die Stärkung der Beziehung zwischen Mutter und Kind
- Unterstützung der Eltern bei der eigenen Lebensplanung und sozialen Integration

Teilnehmende: 50 Frauen/Familien in einer Basis- und Begleitgruppe mit verschiedenen Angeboten

Hausbesuchsprogramm durch Familienbegleiterinnen:

Von der Schwangerschaft bis zum zweiten Geburtstag des Kindes

- 1. Monat wöchentliche Besuche
- später 14-tägige Besuche
- Letzte drei Monate nur noch monatliche Betreuung
- Hausbesuche dauern ca. 1,5 Stunden
- »Selbsthilfekompetenz« der Frauen erhöhen (Schwerpunkt beim Beziehungsaufbau Mutter – Kind)
- Aufwand für Teilnahme der Mütter an den Befragungen und Untersuchungen wird finanziell entschädigt

Familienbegleiterinnen:

- 3 speziell für dieses Projekt qualifizierte Hebammen (15-tägige Qualifizierung)
- angestellt beim Felsenweg-Institut
- 14-tägige Fach- und Fallberatungen
- beteiligen sich aktiv am »Leipziger Netzwerk für Kinderschutz«

FINANZIERUNG

Implementationskosten

- Vorgeschaltete Expertise »Netzwerke für Kinderschutz« wurde aus Landesmitteln finanziert.
- Konzepterarbeitung für Modellprojektförderung aus Personalressourcen des Jugendamtes

Laufende Finanzierung

- Koordinationsstelle des »Leipziger Netzwerkes für Kinderschutz«
 - 90% durch Landesprojektförderung, 10% durch Kommune
 - 4 halbe Stellen der ASD-Netzwerkkoordinatoren durch Landesförderung für die Projektlaufzeit
 - Mitarbeitende im »Leipziger Netzwerk für Kinderschutz«
 - Keine Refinanzierung der Netzwerkarbeit
 - Schwangerschaftsberatungsstellen sind gemäß Landesgesetz zur Mitarbeit verpflichtet
 - »Leipziger Handbuch für Familien« wurde aus Landes- und Bundesmitteln finanziert

PRO KIND SACHSEN

Praxistest:
Landesmittel bis zunächst 2011

Begleitforschung:

- Bundesmittel aus Aktionsprogramm Frühe Hilfen (bis Ende 2010)
- Dürr-Stiftung (bis Ende 2010)
- Günter-Reimann-Dubbers-Stiftung (bis Ende 2010)
- TUI-Stiftung (bis Ende 2010)
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (2011)

FAZIT UND WEITERE PERSPEKTIVEN

- Befristete Mitfinanzierung durch das Land kann Prozesse zur Weiterentwicklung des Kinderschutzes auf örtlicher Ebene anregen. (Wenn allerdings die Finanzierung fast komplett aus Landesmitteln besteht, wird eine kommunale Fortführung schwieriger.)
- Die Koordinationsstelle soll nach Auslaufen des Landesprojekts von der Stadt Leipzig übernommen und dauerhaft im Jugendamt verortet werden. (Abhängig von finanziellen Bedingungen 2011/12)
- Schnittstellen im Bereich der Eingliederungshilfe sollen stärker einbezogen werden
- Stärkere finanzielle Beteiligung der Krankenkassen ist angestrebt

FRÜHE HILFEN ALS EINSTIEG IN EINE PRÄVENTIONSKETTE – MO.KI MONHEIM

Monheim für Kinder (Mo.Ki)

Die Präventionskette »Monheim für Kinder« (Mo.Ki) enthält zurzeit vier altersspezifische Bestandteile, die Teil eines kommunalen Gesamtkonzepts zur Förderung der Entwicklungs- und Bildungschancen von Kindern, Jugendlichen und Familien sind.

DIE MODULE

MO.KI 0

Das Modul »Mo.Ki 0« umfasst die frühe Förderung von Babys und kleinen Kindern von vor der Geburt bis zum 3. Lebensjahr.

MO.KI 1

- Ausbau trägerübergreifender Qualifizierung für Fachkräfte
- Ausbau der Kitas in Monheim am Rhein
- Kinderförderung und Elternbildung im Mo.Ki-Familienzentrum

MO.KI 2

- Ausbau von Bildungsangeboten für Eltern und Kinder
- Ganztägliche Förderung von Kindern
- Ausbau Übergang von Kita zur Grundschule

MO.KI 3

- Entwicklung Übergangskonzept Grundschule zu weiterführenden Schulen und Offenen Ganztagschule

MONHEIM AM RHEIN

Nordrhein-Westfalen
Kreisangehörige Stadt im Kreis Mettmann
44.000 Einwohnerinnen und Einwohner



ANGEBOTE DER FRÜHEN HILFEN IN MONHEIM AM RHEIN

ANGEBOTE DER FRÜHEN FÖRDERUNG IN MO.KI 0:

- Gesundheitsförderung
- Sprachförderung
- Förderung der Entwicklungs- und Kommunikationskompetenzen von Eltern
- Einzelfallhilfe für hoch belastete Familien
- Aufbau einer durchgehenden Betreuungs- und Bildungskette ab Schwangerschaft und Geburt

Zielgruppe der Frühen Hilfen:

- Angebote für alle Eltern und
- spezifische Angebote für Eltern in belasteten Lebenslagen

4 SÄULEN DER FRÜHEN FÖRDERUNG IN MO.KI 0

Erstbesuch direkt nach der Geburt

- Erstbegrüßungspaket inklusive Geschenkgutschein der AOK als Anreiz für U-Untersuchung
- Offene Familiensprechstunde im Mo.Ki-Café

SÄULE 1

Familienhebamme (25 Wochenstunden)

- Hebammensprechstunde in Mo.Ki-Café
- Einzelfälle über Mo.Ki-Café oder Erstbesuchskontakte
- Zusätzliche Kooperation mit Frauenarztpraxis als „klassische Hebamme“
- Betreuung und Begleitung von Risikofamilien im Rahmen von Hilfen zur Erziehung
- Aufbau eines Hebammen-netzwerkes

SÄULE 2

Mo.Ki-Café

- niedrigschwelliger Beratungszugang mit Bildungsangeboten für (werdende) Eltern
- Offene Treffs
- Sprechstunden der Familienhebamme und einer Sozialpädagogin

SÄULE 3

Familienbildungsangebote (im Mo.Ki-Café, Kitas oder bei Netzwerkpartnern)

- Familienbildungsnetzwerk aus VHS, Familienbildungsstätten, kirchlichen Familienbildungsangebote
- Gruppen- und Einzelangebote
- Spiel- und Frühförderangebote
- Elterninformations- und Erziehungsthemenabende

SÄULE 4

FINANZIERUNG

IMPLEMENTATIONSKOSTEN

1995–2007

- Programme im Stadtteil »Berliner Viertel« befördern u.a. die Bildung verschiedener Netzwerke
- Finanzierung u.a. über Projekt Soziale Stadt
- Netzwerkaufbau Frühe Hilfen kann hieran anknüpfen

2002–2004

- Aufbau des Frühförderkonzepts Mo.Ki für Altersgruppe 3 bis 6 Jahre
- Schwerpunkt im Stadtteil »Berliner Viertel«
- Einrichtung einer Koordinierungsstelle (»Motor« weiterer Aktivitäten)
- Modellprojektmittel des Landschaftsverbandes Rheinland

seit 2005

Mo.Ki mit Koordinierungsstelle als fester Bestandteil der Jugendhilfe

seit 2006

Aufbau eines Familienzentrums im Stadtteil »Berliner Viertel« aus Mitteln des Landes NRW

2009–2011

- Mo.Ki 0 als Modellprojekt der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW
- Antragsteller: AWO Niederrhein und Stadt Monheim
- Einbindung weiterer freier Träger: Diakonie und Sozialdienst katholischer Frauen
- Stellenfinanzierung über Modellprojekt: • 30 Stunden Sozialpäd. Begleitung (Erstbegrüßung) • 20 Stunden Familienhebamme (plus 5 Stunden über Jugendhilfe) • 30 Stunden Eltern- und Familienbildung zuzüglich Sachkosten • 12 Stunden Leitung Mo.Ki-Café
- Bewährte Bestandteile sollen nach Auslaufen der Förderung über kommunale Mittel weiter finanziert werden.

LAUFENDE FINANZIERUNG

- Refinanzierung der Frühen Hilfen-Aktivitäten in Mo.Ki 0 aus Stiftungsmitteln
- Geschenkgutschein als Anreiz für U-Untersuchung wird von AOK Mettmann finanziert
- Kooperation mit AOK-Institut für Sprachförderung für zusätzliche Angebote im Familienzentrum
- Familienzentrum (Zusammenschluss aus 5 Kitas im Stadtteil »Berliner Viertel«) bieten im Rahmen ihres Angebotes Eltern-Familien-Kompetenz-Trainings und Sprachförderung an

Koordinierungsstelle Mo.Ki

- Vollzeitstelle als Stabsstelle beim Jugendamt
- Koordiniert alle Mo.Ki-Angebote und die Vernetzung der Akteure
- Netzwerketeiligte erhalten kein Netzwerkbudget, erfahren aber »immateriellen Mehrwert«

Fortbildungsangebote

- Fortbildungen zu Frühen Hilfen als Sachkosten aus Mo.Ki 0
- Interne Fortbildungen von Erzieherinnen und Erziehern
- Themenzentrierte Weiterqualifizierungen des ASD für Hebammen (Mo.Ki 0)
- Fortbildungsveranstaltungen für Ärztinnen und Ärzte zum Kinderschutz

(Niedrigschwellige) Familienhilfe

- Verbund aus Jugendamt, AWO, Diakonie und Sozialdienst katholischer Frauen
- Niedrigschwellige SPFH ohne Hilfeplanverfahren
- 200 Fachleistungsstunden insbesondere für präventive Arbeit als Fortbildung von Erzieherinnen und Erziehern sowie Elternteilen zu Erziehungsthemen

Familienhebamme

- Finanzierung für drei Jahre
- 20 Wochenstunden aus Modellprojektförderung
- 5 Wochenstunden über Zusatzvereinbarung zur o.g. Familienhilfe aus Jugendhilfeetat
- Jugendhilfeetat auch für intensivere Einzelfallarbeit nutzbar
- Feiberufliche Tätigkeit in Frauenarztpraxis im Stadtteil »Berliner Viertel« (Abrechnung nach Hebammenverordnung)
- Intensivere Arbeit mit Familien im Sinne Früher Hilfen wird über das Modellprojekt finanziert

Produktgruppe Mo.Ki (für alle Mo.Ki-Module) im Produkthaushalt des Jugendamtes Gesamtvolumen (2010): 450.000 EUR (davon 240.000 EUR kommunale Eigenleistung) Gesetzliche Grundlage: § 1 SGB VIII

Kommunale Mehrkosten für Mo.Ki 0 in 2010 liegen bei 3 % (mit Modellförderung) und bei 6 % (ohne Modellförderung) des gesamten Jugendhilfeetats.

DREI WICHTIGE ASPEKTE ZUM GELINGEN VON MO.KI

1. Freigestellte Koordinierungsstelle – als Stabsstelle – beim öffentlichen Träger
2. Steuerungsverantwortung durch den öffentlichen Träger
3. Anerkennung durch Preisverleihungen »Präventionspreis« und breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit

HAND IN HAND IM SOZIALBEZIRK

Das Münchner Modell der Früherkennung und Frühen Hilfen für psychosozial hoch belastete Familien – Frühe Hilfen durch den öffentlichen Gesundheitsdienst sowie die öffentliche und freie Kinder- und Jugendhilfe Angebote der Frühen Hilfen in München haben ihren Ausgang im Hausbesuchsdienst der Kinderkrankenschwestern des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Dieser wird seit 30 Jahren angeboten. Der Hausbesuchsdienst ist Kern eines breit gefächerten und systematisch miteinander verbundenen Angebotes der Früherkennung und Frühen Hilfen. Start des Münchner Modells im Jahr 2008 mit fünf wesentlichen Bestandteilen:

LANDESHAUPTSTADT MÜNCHEN

Bayern

1, 3 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner
Dezentralisierte Sozial- und Jugendamtsverwaltung
in 13 »Sozialbürgerhäusern«



Landeshauptstadt
München
Referat für Gesundheit
und Umwelt



Landeshauptstadt
München
Sozialreferat



1 INFOFLYER (IN ACHT FREMDSPRACHEN) ÜBER DEN HAUSBESUCHSDIENST ZU DEN KINDERKRANKSCHWESTERN

An alle Eltern zusammen mit Impfbuch und Infolyer zur Impfung
Weitere Zugangswege zu den Familien

- Besuch von Schwerpunktadressen (z.B. Straßenzüge mit hoher Armutsbelastung) durch die Kinderkrankenschwestern
- Kooperationspartner im Gesundheitsbereich und in der Kinder- und Jugendhilfe (inkl. Bezirkssozialarbeit) in den Sozialregionen
- Fachpersonal in 3 städtischen Geburtskliniken (20% der Münchener Kinder werden dort geboren) empfiehlt Eltern mit Belastungen den Besuch der Kinderkrankenschwestern.

2 HAUSBESUCHSDIENST DER KINDERKRANKSCHWESTERN

- Aufsuchend, niedrigschwellig, kostenlos und freiwillig für Familien mit Kindern bis zu 3 Jahren
- Fachliche Leitung und Koordination liegt beim Gesundheitsamt der Stadt München
- 21 Vollzeitstellen im Außendienst
- 4 Kinderkrankenschwestern und 2 Verwaltungskräfte im Innendienst
- Spezialisierte Qualifizierung im Bereich der Frühen Hilfen, medizinische Fortbildung und fortlaufende Supervision

Ziele des Hausbesuchsdienstes:

- Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Kinder
- Kompetenzsteigerung der Eltern im Umgang mit dem Kind
- Erkennung von Anhaltspunkten für Vernachlässigung und Misshandlung

Aufgaben der Kinderkrankenschwestern: • **Risikoerkennung** • Motivieren für und Weitervermitteln an die Frühen Hilfen • Weiterbetreuung (bei Bedarf) • Kooperationsausbau

3 TEILREGIONSLEITUNGEN FRÜHE HILFEN IN DEN 13 SOZIALBÜRGERHÄUSERN UND DER ZENTRALEN WOHNUNGSLOSENHILFE

- Insgesamt 14 halbe Stellen beim öffentlichen Träger der Jugendhilfe
- **Aufgaben:** • Auftraggebende der Fachkräfte Frühe Hilfen • Sichere Übergabe der Familien von den Kinderkrankenschwestern an die Fachkräfte Frühe Hilfen • Fachberatung der Fachkräfte • Beginn/Ende der Frühen Hilfen gemeinsam im Blick behalten • Analyse der Monitoringdaten der Fachkräfte Frühe Hilfen • Koordination von Angebot und Bedarf an Frühen Hilfen • Aufbau von verlässlichen Kooperationsbeziehungen im Netzwerk Frühe Kindheit

4 SCHWERPUNKTDIENST FRÜHE HILFEN (FACHKRÄFTE FRÜHE HILFEN)

- In jeder Sozialregion sowie in der zentralen Wohnungslosenhilfe
- Freier Träger mit jeweils im Durchschnitt 1,3 Vollzeitstellen pro Region
- Stadtweit insgesamt 17 Vollzeitstellen für Fachkräfte Frühe Hilfen
- Träger kooperieren auf vertraglich geregelter Grundlage
- Fachkräfte Frühe Hilfen jeweils integriert in das Gesamtangebot des Trägers
- **Aufgaben:** • niedrigschwellige Kontakte zu belasteten Familien mit Kindern bis 3 Jahren • Förderung der individuellen und sozialen Entwicklung des Kindes • Stärkung der Eltern-Kind-Bindung • Weitervermittlung – in Kooperation mit Teilregionsleitung – an weitere Hilfen oder auch an Bezirkssozialarbeit • Koordination und Suche geeigneter weiterer Hilfsangebote für Familien • Auswertung der laufenden Praxis • Durchschnittlich 12 Hausbesuche je Familie (Stärkung der Bindung in 3 Monaten) • Verlängerung um 3 weitere Monate in Kooperation mit Teilregionsleitung

5 ZENTRALE KOORDINATION

- Vollzeit-Planstelle
- Koordination des Gesamtangebotes in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt und den freien Trägern
- Fortentwicklung des Konzepts
- Abschluss und Begleitung der Verträge mit den Schwerpunktträgern Frühe Hilfen
- Gesamtsteuerung im Sozialbereich
- Evaluation der Fallverläufe und Ergebnisse

INDIKATORENGESTÜTZTE RISIKOERKENNUNG

1. Standardisierter (interner) Indikationsbogen: • Eltern-Kind-Interaktion • Probleme bei der Mutter • Probleme beim Kind • Familiäres Umfeld
 2. Indikation für weitere unterstützende Frühe Hilfen = Motivationsgespräch mit den Eltern
 3. Bei Einverständnis der Eltern werden Kontaktdaten und abgestimmte Angaben zum Unterstützungsbedarf an zuständiges Sozialbürgerhaus weitergeleitet
 4. Je nach Bedarf gemeinsamer Termin der Kinderkrankenschwester mit der Fachkraft Frühe Hilfen bei den Eltern
 5. Kinderkrankenschwester kann noch eine Zeitlang in der Beratung zu gesundheitlichen Themen in der Familie bleiben.
- Bei einer möglichen Kindeswohlgefährdung erfolgt keine Vermittlung an die Frühen Hilfen, sondern die Benachrichtigung des kommunalen sozialen Dienstes

ERGEBNISSE AUS 2009

3.900 Risikoeinschätzungen durch Kinderkrankenschwestern während der Hausbesuche
davon 20% mit Indikation für Frühe Hilfen und Angebot von Unterstützung (850)
• 77% dieser Kinder (653) und deren Familien wurden durch die Fachkräfte Frühe Hilfen betreut
• 23% der Familien lehnten das Angebot der Frühen Hilfen ab

PLANUNG

- Jährlich 5.000 Neugeborene (von 14.000) über die Kinderkrankenschwestern zu erreichen
- Etwa 1.200 werden an Fachkräfte Frühe Hilfen in den Sozialregionen weitergeleitet

FINANZIERUNG

IMPLEMENTATIONSKOSTEN

- 2006/07 Entwicklung des Konzepts zur Früherkennung und Frühen Hilfen gemeinsam vom Referat für Gesundheit und Umwelt
- Frühkindliche Gesundheitsförderung, Sozialreferat/Stadtjugendamt unter Einbezug der Freien Wohlfahrtspflege
- Personalressourceneinsatz der Freien Träger in der Konzeptionsphase: 1 Tag pro Woche für jede involvierte Person (Finanzierung aus Eigenmitteln der freien Träger oder durch kommunale Mittel)
- Arbeit in den Netzwerken und Steuerung des gesamten Ansatzes der Frühen Hilfen benötigt im laufenden Umsetzungsprozess ca. 2 bis 3 Wochenstunden, die die freien Träger selbst aufbringen

LAUFENDE KOSTEN

Kinderkrankenschwestern

- Kommunale Mittel
- Gesetzliche Grundlage: Art. 9. 13 und 14 GDVG (Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz)

Fachkräfte Frühe Hilfen

- Kommunale Mittel
- Gesetzliche Grundlage: § 27 II SGB VIII (ohne Hilfeplanverfahren)
- Finanzierung der Personalkosten und der anfallenden Sachkosten

Teilregionsleistung Frühe Hilfen in Sozialbürgerhäusern und zentraler Wohnungslosenhilfe

- Kommunale Mittel
- Refinanzierung je Vollzeitstelle in Höhe von 16.500 EUR aus dem Bayrischen Förderprogramm KoKi-Netzwerk frühe Kindheit (Kordinierende Kinderschutzstellen)

Gesamtsumme für das Modell der Früherkennung und Frühe Hilfen ab 2010:

2,4 MILLIONEN EUR (jährlich)

GRUNDSATZ FÜR ALLE BESTANDTEILE

Durchgehende Freiwilligkeit für Eltern, Verbindlichkeit für professionelle Helferinnen und Helfer, Transparenz für alle Beteiligten unter Wahrung des Datenschutzes.

REGELVERSORGUNG IM FLÄCHENLANDKREIS – FRÜHE HILFEN IM ORTENAU-KREIS

Wesentliche Ziele der Frühen Hilfen im Ortenaukreis:

- Stärkung elterlicher Kompetenzen im Umgang mit Säuglingen und Kleinkindern
- Gesundes Aufwachsen und gesunde Entwicklung der Kinder
- Vermeiden ungünstiger Entwicklungsverläufe bei organischen/psychosozialen Risiken
- Vermeiden von Kindeswohlgefährdungen möglichst im Vorfeld

DREI SÄULEN DER FRÜHEN HILFEN

Wenig stigmatisierender Zugang durch den Ansatz einer allgemeinen Prävention für alle (werdenden) Eltern mit Kindern von 0 bis 3 Jahren. Dezentrale Grundstruktur über Fachstellen Frühe Hilfen an den Erziehungsberatungsstellen mit zentraler Ergänzung durch eine Kinderschutzbambulanz an einer Klinik. Die Frühen Hilfen wurden beim Amt für Soziales und Psychologische Dienste bewusst unterhalb der Schwelle des Jugendamtes angesiedelt. So sollten mögliche Hemmnisse in der Inanspruchnahme vorab vermieden werden.

lanz an einer Klinik. Die Frühen Hilfen wurden beim Amt für Soziales und Psychologische Dienste bewusst unterhalb der Schwelle des Jugendamtes angesiedelt. So sollten mögliche Hemmnisse in der Inanspruchnahme vorab vermieden werden.

ORTENAU-KREIS

Baden-Württemberg
Flächengrößter Landkreis des Bundeslandes
(51 Gemeinden und 5 große Kreisstädte)
Kommunale Soziale Dienste und Erziehungsberatungsstellen sind dezentral in 5 Raumschaften organisiert



1 NETZWERKBILDUNG »FRÜHE HILFEN UND SEINE WEITERENTWICKLUNG«

In das Netzwerk sind eingebunden:

- Entbindungskliniken
- Ärztinnen und Ärzte (Gynäkologie, Pädiatrie)
- (Familien-)Hebammen
- Kinderklinik
- Psychiatrische Einrichtungen für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche
- Erziehungsberatungsstellen
- Gesundheitsamt
- Jugendamt/Kommunale Soziale Dienste
- Frühförderung
- Suchtberatung
- Schwangerschaftsberatung
- Kindertagesstätten
- Freie Wohlfahrtspflege
- Stationäre Mutter-Kind-Einrichtung

2 VERBESSERUNG DER FRÜHERKENNUNG UND FRÜHEN ERREICHBARKEIT

- Insbesondere Einbeziehung aller sechs Entbindungskliniken des Landkreises
 - Unterstützungsbogen (»Screeningbogen für einen guten Start ins Kinderleben«) in der Klinik (Anhaltbogen für ein vertiefendes Gespräch mit Eltern)
 - Alle Eltern erhalten einen Informationsflyer zu Frühen Hilfen und Beratungsangebot der regionalen Fachstellen
- Screeningbogen ist Grundlage für Einordnung in Ampelschema: grün, gelb oder rot und die Kooperation mit den Fachstellen
 - Grün: Eltern erhalten Flyer
 - Gelb: Empfehlungen zur Fachstelle, evtl. vertiefendes Gespräch
 - Rot: Vertiefendes Gespräch und verbindliche Weiterleitung an Fachstelle Frühe Hilfen (i.d.R. mit Zustimmung der Eltern) • Beachtung des Vertrauens- und Datenschutzes • Eltern sollen gewonnen werden, die Angebote als Unterstützung wahrzunehmen und nicht als Kontrolle • Bislang eher selten »rote Fälle«

3 PASSGENAUE HILFEN FÜR BESONDERE ZIELGRUPPEN

- Seit Herbst 2009 gibt es 5 Fachstellen Frühe Hilfen in den Raumschaften Offenburg, Lahr, Achern, Kehl und Kinzigtal
- Angegliedert an die Psychologischen Beratungsstellen für Eltern, Kinder und Jugendliche
- 3x kommunale Trägerschaft / 2x Trägerschaft durch Caritas
- Jeweils mit Diplom-PsychologInnen besetzt

Wesentlichen Aufgaben der Fachstellen Frühe Hilfen:

- Umfangreiches Angebot an eigener Diagnostik, Beratung und Therapie
- Abklärung des Präventionsbedarfs im Einzelfall und direkte Vermittlung passgenauer Hilfen aus dem Präventionspool (s.u.)
- Entwicklungspsychologische Beratung (EPB nach Ziegenhain et al.)
- Zielgenaue Vermittlung weiterer Hilfen
- Fachliche Begleitung der Akteure, die mit Familien arbeiten (z.B. Familienhebammen)
- Clearing für Kooperationspartner aus dem Netzwerk (z.B. Ärztinnen und Ärzte) einschließlich anonymisierter Fallbesprechungen
- Verbindliche Koordination der fünf regionalen runden Tische
- Entwicklung weiterer Angebote

FINANZIERUNG

Implementationskosten

- Ressourcenaufwand im Vorfeld und bei der Erstellung des Konzeptes wurde im Wesentlichen durch Kommunalverwaltung getragen.
 - Gesamtverantwortung für die Frühen Hilfen bei Leiterin des Amtes für Soziale und Psychologische Dienste und dem Projektleiter Frühe Hilfen (Leiter einer Beratungsstelle), ohne zusätzliche Ressourcen
 - Bei der Implementation des Netzwerkes wurden keine Modellmittel in Anspruch genommen!
- Teil der Regelversorgung, keine Befristung

GELINGENDE FAKTOREN FÜR DIE FRÜHEN HILFEN IM ORTENAU-KREIS

- Einbeziehung aller relevanten Akteure in den gesamten Planungs-, Konzeptionierungs- und Öffentlichkeitsprozess von Anfang an
- Gewinnung der Entbindungskliniken durch Verbindung von Früherkennung mit schnellen und unbürokratischen Hilfen
- Präventionspool gewährleistet Kurzfristigkeit von Unterstützungen an Familien
- Klare Schnittstellenvereinbarungen unter den Kooperationspartnern
- »Motoren« der Entwicklung in Projektleitung und Kliniken
- Anbindung an dezentral vorhandene Strukturen (Erziehungsberatungsstellen in den Teilsozialräumen des Landkreises)
- Unterstützung durch die Verwaltungsspitze des Landkreises
- Kontinuierliche und transparente Information in den politischen Gremien

Laufende Finanzierung

Dauerhafte Regelversorgung (vorbehaltlich aktueller Haushaltsnotwendigkeiten)

Gesamtbudget 800.000 EUR jährlich (Stufenaufbau von ca. 710.000 EUR für 2010) kommunal finanziert

- 160.000 EUR jährlich Personalkosten für 5x Fachkräfte Frühe Hilfen (50% Stellen Diplom-PsychologInnen)
- 160.000 EUR jährl. Personalkosten für Kinderschutzbambulanz (insgesamt 1,5 Stellen: Kinderärztin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Sozialpädagogin plus Verwaltungsstelle) Die angestrebte Refinanzierung von körperlichen und neurologischen Untersuchungen sowie Entwicklungsdiagnostiken über SGB V wurde seitens der KV nicht bewilligt!
- Ca. 450.000 EUR Leistungsumfang im Präventionspool (Bei Versorgungsrate von etwa 2% aller Neugeborenen mit Leistungen) Leistungen für:
 - **Familienhebammen:**
 - Bis zu 10 Familienhebammen können für Einzelfallhilfe bis zum Ende des ersten Lebensjahres angefragt werden.
 - Refinanzierung der Zusatzausbildung über entsprechende Honorierung
 - Kalkulation: Durchschnittlicher Familieneinsatz von 20–40 Stunden pro Monat
 - **Ambulante Frühe Familienhilfen** (außerhalb von Hilfe zur Erziehung)
 - **Haushaltstrainings**
 - **Bindungsstärkende Verfahren**
 - **Sonstige individuelle und passgenaue Hilfen**
- Ca. 30.000 EUR: Öffentlichkeitsarbeit, Prozessentwicklung und eine auf drei Jahre angelegte wissenschaftliche Evaluation

PRÄVENTIONSPOOL

Umfasst alle Arten geeigneter und passgenauer Hilfen, die zusätzlich zu den eigenen Angeboten der Fachstellen im Einzelfall gewährt und vermittelt werden können (ohne HzE-Antragsverfahren):

- Hebammen bzw. Familienhebammen (auf Honorarbasis)
 - Frühe Familienhilfen
 - ambulante Hilfen analog zur Sozialpädagogischen Familienhilfe mit Spezialisierung für Säuglinge und Kleinkinder
 - Hilfen zur Strukturierung des Alltags (z.B. HOT – Haushaltsorganisationstraining)
- Alle Hilfen (können) erfolgen als Hausbesuch; inklusive der Angebote der Fachstellen selbst

INTERDISZIPLINÄRE KINDERSCHUTZAMBULANZ AN DER KINDERKLINIK IM ORTENAU-KLINIKUM, OFFENBURG

- Interdisziplinär besetzte Stelle für alle Altersgruppen in Fällen von Gewalt
 - Integriertes Angebot Babysprechzeit für Eltern mit Kindern von 0-3 Jahren
 - Niedrigschwellige interdisziplinäre – einschließlich medizinischer – Betreuung
- Fachstellen Frühe Hilfen und die Babysprechstunde stimmen ihre Angebote im Landkreis aufeinander ab

LAND UND KOMMUNE IN GEMEINSAMER FINANZIERUNGS-VERANTWORTUNG

Das Modellprojekt Frühe Hilfen im Regionalverband Saarbrücken

Das Projekt »Keiner fällt durchs Netz« (KFDN) läuft seit 2007 im Regionalverband Saarbrücken und den weiteren fünf Landkreisen im Saarland. Es ist ein Teil des Landesprogramms »Frühe Hilfen« unter gemeinsamer Beteiligung des Ministeriums für Gesundheit und Verbraucherschutz und des Ministeriums für Arbeit, Familie, Prävention, Soziales und Sport. Das Projekt richtet sich an werdende Mütter und Väter bzw. Eltern von Neugeborenen/Kindern im 1. Lebensjahr. Ein spezieller Fokus liegt dabei auf Familien mit besonders hohen und/oder Mehrfachbelastungen. Ein weiterer wichtiger Teil der »Frühen Hilfen« im Saarland ist die regelmäßige Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen.

Im Regionalverband Saarbrücken bilden 4 Bausteine den Kern des Modellprojekts:

1 KOORDINIERUNGSSTELLE FRÜHE HILFEN

Ausstattung

- 4 Koordinatorinnen und Koordinatoren (jeweils 50% Stellen):
- Jugendhilfe (Sozialpädagogin und Sozialarbeiter) → kommunal finanziert
- Gesundheitsamt (2 Kinderärztinnen) → vom Land finanziert

Aufgaben

Einzelfallkoordination

Anfragen durch Geburtskliniken, Hebammen, Beratungsstellen, Ärztinnen und Ärzte (Gynäkologie und Pädiatrie), Sozialer Dienst des Jugendamts

- Auswahl der Frauen/Familien basiert auf einer individuellen Einschätzung von Belastungsfaktoren durch die Fachkräfte vor Ort.
- Wöchentliches Falleingangsteam der Koordinator/-innen entscheidet über Einsatz der Frühe Hilfen-Fachkraft (siehe Baustein 2) oder anderes Angebot

Einzelfallberatung / Austausch / Weiterbildung

- Regelmäßige Einzelfallberatungen der FH-Fachkräfte
- 14-tägiges Orgateam aller Mitarbeiter/-innen im Projekt
- Elternleitfaden

- Flächendeckende Verteilung eines regionalen Elternleitfadens zu Frühen Hilfen

Saarlandweite Treffen der Koordinator/-innen

- Quartalsweise Erörterung von Fragen und Problemen der Umsetzung mit den zuständigen Ministerien und wissenschaftlichen Mitarbeiter/-innen aus Heidelberg
- Lenkungsgruppe auf Landesebene übernimmt Steuerung, insbesondere bezüglich finanzieller Ausgestaltung und Weiterentwicklung Früher Hilfen

2 FRÜHE HILFEN-FACHKRÄFTE

a) 10 Familienhebammen (freiberuflich - Honorarverträge mit Jugendamt)

Zusatzqualifikation zur Familienhebamme beim »Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie« des Universitätsklinikums Heidelberg

b) 5 projektbezogene sozialmed. Assistentinnen (angestellt beim Gesundheitsamt),

- Kinderkrankenschwestern sowie (Familien-)Hebammen
- Einsatzes einer FH-Fachkraft längstens bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes
- Unterstützungsleistungen der im Gesundheitsamt angestellten FH-Fachkräften können in besonderen Fällen bis zum dritten – in einigen Fällen sogar bis zum sechsten – Lebensjahr in Anspruch genommen werden
- Anleitung in Pflege und Grundversorgung des Kindes
- Beratung und Vermittlung der Kenntnisse aus dem Elternkurs »Das Baby verstehen« (siehe Baustein 3)
- Sicherheit im Umgang mit Kind geben
- Begleitung im Übergang zur Elternschaft; Eltern-Kind-Beziehung stärken

FRÜHE HILFEN-FACHKRÄFTE IM GESUNDHEITSAMT AUCH TÄTIG IM RAHMEN DER FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN

- Seit Mai 2007: Meldung über Durchführung von Früherkennungsuntersuchung an das Zentrum für Kindervorsorge (ZfK) am Universitätsklinikum Homburg
- Nicht eingehaltene Untersuchungen meldet das ZfK an die Gesundheitsämter (Zwischen 30 bis 60 Meldungen wöchentlich an den Regionalverband)
- Weiteres Verfahren:
 - Gesundheitsamt kontaktiert Familien schriftlich, telefonisch und ggf. durch zwei angekündigte Hausbesuche
 - Ziel: Motivation zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchung**
 - Auch Gesundheitsamt selbst bietet an, Untersuchungen durchzuführen
 - Information an Jugendamt, wenn binnen drei Wochen keine Rückmeldung an Gesundheitsamt oder wenn Untersuchung trotzdem nicht erfolgt
- Erste Ergebnisse:
 - Interventionsmaßnahmen oder Hilfen zur Erziehung sind nur in geringem Maße indiziert
 - Meldepflicht führt zu verstärkter Teilnahme an Untersuchungen
 - Entwicklungsdefizite werden häufig früher erkannt und Fördermaßnahmen früher eingeleitet
 - Durch Bearbeitung der Meldungen des ZfK trifft man auf weitere Familien mit Unterstützungsbedarf durch Frühe Hilfen

FAZIT UND WEITERE PERSPEKTIVEN

- Durch verbesserte Kooperationsstrukturen der Jugend- und Gesundheitshilfe können »Frühe Hilfen« deutlich besser als bisher geleistet werden
- Gemeinsamer Entwicklungsprozess von Jugendamt und Gesundheitsamt war für Vernetzung, gemeinsames Verständnis von

Frühen Hilfen und die Beschreibung der Kommunikations- und Kooperationsprozesse wichtig

- Ein Großteil der aktuell angebotenen Unterstützungsleistungen hängt an der Modellfinanzierung des Landes (bis Ende 2012)

REGIONALVERBAND SAARBRÜCKEN

Saarland

Kommunalverband aus
5 Städten und 5 Gemeinden
(hervorgegangen aus dem
früheren Stadtverband
Saarbrücken)
330.000 Einwohnerinnen
und Einwohner



Das Projekt »Keiner fällt durchs Netz« (KFDN) läuft seit 2007 als Modellprojekt in zwei hessischen Landkreisen und in allen saarländischen Landkreisen. Entwickelt wurde das Konzept am Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie am Uniklinikum Heidelberg. Finanziert wird das Projekt von der hessenstiftung, dem Ministerium für Arbeit, Familie, Prävention, Soziales und Sport des Saarlandes und den Modellstandorten. Die Begleitforschung wird aus Bundesmitteln durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) finanziert.

3 DER ELTERNKURS »DAS BABY VERSTEHEN«: EIN ANGEBOT FÜR ALLE ELTERN MIT NEUGEBORENEN

- Entwickelt am Universitätsklinikum Heidelberg
- Wird nach Möglichkeit allen Eltern mit Neugeborenen angeboten
- Katholische und evangelische Familienbildungsstätte koordinieren Termine und Organisation der Kurse und stellen die Kursleitungen
- Kooperationsverträge und regionale Zuständigkeiten vereinbart
- Je Familienbildungsstätte 2 bis 4 Kurse pro Jahr
- Außerdem wohnortnahe Kurse durch Beratungsstellen, Gemeinwesenprojekte etc.
- Familienhebammen vermitteln Kursinhalte individuell bei Hausbesuchen
- Elternkurs: Fünf Lektionen verteilt auf sechs Termine
 - Kurs ist Brücke zu weiteren niedrigschwelligen Unterstützungsangeboten (z.B. Krabbelgruppen, Müttersprechstunden etc.) von Gemeinwesenprojekten und Kinderhäusern

4 DAS NETZWERK FÜR ELTERN

Arbeitsgruppe bzw. Beirat aus Fachleuten für Prävention und Intervention in der frühen Kindheit (beispielsweise):

- Chefarzt Kinderklinik
- Jugendamtsleitung
- Gesundheitsamt
- Niedergelassene Kinderärzte
- ARGE
- Gemeinwesenarbeit
- Schwangerschaftsberatungsstellen
- Frühförderung
- Gynäkologen
- Familienzentren
- Familienbildungsstätten

→ Optimierung und Weiterentwicklung des Projekts sowie Ausbaus der regionalen Netzwerke
→ Entsprechend Sozialraumaufteilung sollen kleinere Arbeitskreise entstehen
→ FH-Fachkräfte sollen an lokalen Arbeitskreisen der Jugendhilfe teilnehmen

FINANZIERUNG

Implementationskosten

- Personalaufwand zur Etablierung des Modellprojekts wurde im Rahmen der bestehenden Personalressourcen im Jugend- und Gesundheitsamt abgedeckt

Erster Umsetzungsschritt des Projekts KFDN

- Familienhebammenausbildung finanziert durch das Land und eine Stiftung
- Familienhebammen verpflichteten sich für zwei Jahre im Projekt zu arbeiten
- Multiplikatoren für den Elternkurs »Das Baby verstehen« wurde durch das Land finanziert
- Land finanziert das Zentrum für Kindervorsorge (ZfK)

Die laufende Finanzierung

Aus Bundesmitteln, Mitteln des Landes und kommunalen Mitteln!

- Wiss. Begleitung bei Aufbau und Implementierung sowie Begleitforschung des Modellprojekts und projektstandortübergreifende Treffen und Workshops werden aus Mitteln des Landes und des Bundes (NZFH) finanziert
- Finanzierung freiberufliche FH-Fachkräfte (aufsuchende Arbeit u. Supervision) und Elternkurse durch Landesmittel (1/3) und Mittel der Kommunen (2/3)
- Krankenkassen vor Ort beteiligen sich seit 2010 nicht mehr am Gesamtvolumen des Projekts, weil ausschließlich Jugendhilfeleistungen erbracht wurden.
- Angebote und Strukturen der Frühen Hilfen unter Einschluss der Früherkennungsuntersuchungen, die nicht im Rahmen der Modellprojektförderung finanziert werden, werden vom Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz sichergestellt.
- »Elternleitfaden« wurde aus Jugendhilfemitteln sowie mit Personalressourcen der beteiligten Akteure (Jugendamt, Gesundheitsamt, freie Träger etc.) und aus Spenden finanziert.

Gesamtvolumen der Mittel (2009):

| | |
|----------------------------|-------------|
| Land: | 152.000 EUR |
| Gemeindeverbände (gesamt): | 292.000 EUR |
| Gesamt: | 444.000 EUR |

→ 324.000 EUR für Hebammenleistungen
→ 120.000 EUR für die Elternkurse

Die Vertragslaufzeit des Modellprojekts KFDN wurde über den 31.12.2010 hinaus um zwei Jahre verlängert.

Landesweiter Haushaltsansatz 2011 und 2012:

- Erhöhte Nachfrage von Familienhebammenleistungen im Gesamtprojekt
- Jährliche Erhöhung des Ansatz um 100.000 EUR auf 544.000 EUR
- Dementsprechend erhöhen sich die anteiligen Investitionen des Regionalverbandes und der Landkreise

FORUM 6

**AUS FEHLERN LERNEN – NEUE WEGE
DER QUALITÄTSENTWICKLUNG
IM KINDERSCHUTZ****Referentinnen:****Christine Gerber** *Wissenschaftliche Referentin des DJI im NZFH***Prof. Dr. Ulrike Urban-Stahl** *Alice Salomon Hochschule Berlin***Moderation:****Dr. Frauke Zahradnik** *Leiterin des Kinderbüros der Stadt Karlsruhe, Sozial- und Jugendbehörde***PROJEKTBEREICH „LERNEN AUS PROBLEMATISCHEN KINDERSCHUTZ-
VERLÄUFEN“ DES NZFH**

Im ersten Beitrag stellte **Christine Gerber** erste Erkenntnisse aus dem Projektbereich „Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen“ des NZFH vor.

Ansätze des Lernens aus Fehlern

Beim traditionellen, personenorientierten Ansatz der Fehleranalyse steht die Frage der Schuld und Verantwortung im Vordergrund. Ist die verantwortliche Person gefunden, endet in der Regel auch die Untersuchung.

Der systemorientierte Ansatz hingegen sucht nach den Zusammenhängen, Ursachen und Hintergründen des Fehlers. Da unterschiedliche Menschen in der gleichen Situation Fehlentscheidungen treffen, wird der Fehler weniger auf individuelles Fehlverhalten als auf schlechtes „organisiertes Design“, d.h. auf ein kritisches Zusammenspiel (individueller und organisatorischer) Rahmenbedingungen, zurückgeführt. Ziel der systemorientierten Fehleranalyse ist das Verstehen von Zusammenhängen, die die Praxis (positiv oder negativ) beeinflussen, um so Erkenntnisse über mögliche Schwachstellen, aber auch Stärken, zu gewinnen.

Was ist ein Fehler?

Aus der systemorientierten Perspektive sind Fehler nur indirekt von Interesse, weil sie den Ausgangspunkt und nicht das Ende der Untersuchung bilden. Ausgehend vom „Fehler“ – oder besser: einem unerwünschten Verlauf – wird versucht, rückblickend nachzuvollziehen, wie es dazu kommen konnte.

Folgende Fallkonstellationen können als sogenannte „problematische Kinderschutzverläufe“ identifiziert werden. Sie geben damit Anlass für eine vertiefte Analyse des Fallverlaufs:

- Fälle, in denen Kinder trotz Kontakt zur Jugendhilfe verletzt oder gar zu Tode gekommen sind
- Fälle, in denen es nicht gelungen ist, in Kontakt mit den Eltern zu treten und eine berufliche Beziehung aufzubauen
- Fälle, in denen der Hilfeprozess von Brüchen und häufigen Wechseln gekennzeichnet ist
- Fälle, in denen aus der Sicht der Fachkräfte oder der Eltern/Kinder/Jugendlichen trotz mehrfacher Versuche kein zufriedenstellendes Ergebnis erzielt werden konnte



Christine Gerber Wissenschaftliche Referentin des DJI im NZFH

- Fälle, in denen sich Eltern, Kinder oder Jugendliche beschwert haben (z.B. Fälle aus Ombuds- und Beschwerdestellen)
- Fälle mit einem hohen Konfliktniveau innerhalb des Hilfesystems

Für die Qualitätsentwicklung im Kinderschutz sollten neben der Analyse problematischer Fallverläufe auch Analysen erfolgreicher Fälle in Betracht gezogen werden.

Die Entwicklung einer Fehlerkultur: Fehleroffenheit vs. Anklage und Schuld

Ohne Beteiligung und Dialog mit den am Fall beteiligten Fachkräften können Dynamiken im Fallverlauf rückblickend kaum sichtbar gemacht werden. Von zentraler Bedeutung für die Untersuchung von Fällen sind daher das Einverständnis, die Unterstützung und das Vertrauen der Fachkräfte. Eine offene Auseinandersetzung mit problematischen Fallverläufen wird nur dann gelingen, wenn sie nicht als Suche nach dem Schuldigen, sondern als Chance zur Weiterentwicklung verstanden wird. Die Entwicklung einer Fehler- und Vertrauenskultur ist daher von besonderer Bedeutung für das „Lernen aus Fehlern oder problematischen Verläufen“.

OMBUDS- UND BESCHWERDESTELLEN IN DER KINDER- UND JUGENDHILFE IN DEUTSCHLAND UND DEREN MÖGLICHER BEITRAG ZUM „LERNEN AUS FEHLERN IM KINDERSCHUTZ“

Prof. Dr. Ulrike Urban-Stahl stellte in ihrem Vortrag die Expertise über einrichtungsexterne Ombuds- und Beschwerdestellen in der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland vor, die sie im Auftrag des NZFH erstellt hat. Neben¹ den Strukturen, Arbeitsweisen und Erfahrungen von Ombuds- und Beschwerdestellen steht ihr möglicher Beitrag zum „Lernen aus Fehlern“ aus der Sicht der Betroffenen im Zentrum der Expertise.

Bestandsaufnahme

Ombuds- und Beschwerdestellen in der Jugendhilfe sind in Deutschland noch relativ neu. Erste Initiativen gab es 2002, nachdem der Berliner Rechtshilfefonds Jugendhilfe e.V. gegründet wurde. Inzwischen gibt es zwölf dieser Institutionen (Stand Juli 2010). Eine der Schwierigkeiten bei der Etablierung von Ombuds- und Beschwerdestellen ist die fehlende gesetzliche Verankerung. Zwar sind Beschwerdestellen als freie Träger der Kinder- und Jugendhilfe anerkannt, dennoch ist bisher keine der Initiativen durch eine Regelfinanzierung abgesichert. Die Arbeit wird weitgehend ehrenamtlich erbracht. Die Arbeit der hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird meist über Stiftungsmittel finanziert. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass Beschwerden und Beschwerdemanagement in der Kinder- und Jugendhilfe kaum etabliert sind.

Arbeitsweisen

In der Beratung geht es nie um eine anwaltliche Beratung in dem Sinne, dass die Wünsche der Betroffenen durchgesetzt werden. Vielmehr geht es um die Prüfung der Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben nach SGB VIII und SGB X.

¹www.fruehehilfen.de/no_cache/wissen/ombuds-und-beschwerdestellen-in-der-kinder-und-jugendhilfe-in-deutschland/

Auch nach Ende des Forums „Aus Fehlern lernen – neue Wege der Qualitätsentwicklung im Kinderschutz“ wurde noch angeregt diskutiert.



Legt man die Statistik der ältesten und etabliertesten Initiative, des Berliner Rechtshilfefonds (BRJ), zugrunde², so lässt sich feststellen, dass die mit Abstand am häufigsten beratene Altersgruppe Jugendliche bzw. junge Erwachsene zwischen 17 und 18 Jahren waren.

In gut 20 Prozent der Fälle ging es darum, die Betroffenen über die Verfahren und die Entscheidung des öffentlichen Trägers aufzuklären. Wesentlich ist dabei, dass es sich um korrekte Entscheidungen von Jugendämtern handelt, die jedoch von den Betroffenen nicht akzeptiert oder nachvollzogen werden. Die Hintergründe dafür können vielfältig sein, z.B.:

- Den Betroffenen wurde das Verfahren und sein Ergebnis nicht ausreichend verständlich erklärt und begründet.
- Die Betroffenen legen zur Absicherung ihrer Rechte Wert auf eine Prüfung der Entscheidung durch eine unabhängige dritte Instanz.

Im Interesse der Betroffenen hat die außergerichtliche Vermittlung stets Vorrang. So erklärt sich auch, warum nur in 19 von 400 Fällen eine Hinwendung zum Gericht empfohlen wurde. In der relativen Mehrheit der Fälle (40 Prozent) konnten die Betroffenen mit Hilfe des BRJ ihren Jugendhilfeanspruch beim öffentlichen Träger geltend machen.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Mitarbeitenden in Ombuds- und Beschwerdestellen häufig als Vermittlerinnen oder Vermittler und bisweilen sogar als Mediatorinnen oder Mediatoren zwischen öffentlichem Träger und Betroffenen fungieren, die nicht blind parteilich die Interessen der Betroffenen vertreten.

Möglicher Beitrag zum „Lernen aus Fehlern“

Bisher gibt es in den meisten Kommunen massive Vorbehalte gegenüber Ombuds- und Beschwerdestellen. Die Tätigkeit der Initiativen wird häufig als Angriff empfunden, als unberechtigte Infragestellung oder gar als Bedrohung gedeutet.

Die fehlende Kooperation und der mangelnde Austausch über Einzelfälle hinaus sind sehr bedauerlich. Ombuds- und Beschwerdestellen können wertvolle Hinweise über Außenwahrnehmung des öffentlichen Trägers und Hilfeprozessverläufe geben. Dabei geht es keineswegs darum, alle Beschwerden von Eltern, Kindern und Jugendlichen den Jugendämtern anzulasten. Dies wird alleine schon dadurch deutlich, dass beinahe ein Viertel der Fälle richtig beschieden wurden und die Aufgabe der Beschwerdestelle v.a. darin bestand, den Betroffenen die Entscheidung des Jugendamtes zu erläutern.

²400 Fälle in 2009

DIE BOTSCHAFTEN

1. Sowohl Familien als auch die Kooperationspartnerinnen und -partner sollten über die Angebote und Leistungen, Aufgaben und Arbeitsweisen des Jugendamtes ebenso wie über die Beschwerdemöglichkeiten und -stellen informiert werden.
2. Die Jugendämter sollten aktiv auf Eltern, Kinder und Jugendliche zugehen und z.B. durch Fragebogenbefragungen einen Eindruck davon zu bekommen, wie die Betroffenen die Arbeit des Jugendamtes einschätzen.
3. Ombuds- und Beschwerdestellen sollten zu einem festen Bestandteil der Infrastruktur in der Kinder- und Jugendhilfe werden. Voraussetzung dafür wäre die Aufnahme von unabhängigen Ombuds- und Beschwerdestellen in die Regelfinanzierung.
4. Die Entwicklung einer Fehlerkultur im Kinderschutz muss weiter gefördert werden. Nur so kann es gelingen, dass kritische Situationen frühzeitig offen angesprochen werden. Grundlage dafür ist eine Grundhaltung (auf allen Hierarchieebenen) von Anerkennung, Wertschätzung, Offenheit aber auch Schutz, Rückhalt und Unterstützung.
5. Ein konstruktiver Umgang mit problematischen Fallverläufen im Hinblick auf das Lernen aus Fehlern setzt voraus, dass die Fehlerfrage von der Schuldfrage getrennt wird.
6. Grundlage für die Analyse problematischer Fallverläufe sollte ein systemorientiertes Fehlerverständnis bilden.
7. Die leistungsorientierte Bezahlung kann sich kontraproduktiv auf die Entwicklung einer Fehlerkultur auswirken. Das Eingestehen von Schwächen, Unsicherheiten oder Fehlern könnte dadurch erschwert werden, dass die Fachkräfte befürchten, bei der Ausschüttung des leistungsorientierten Gehaltsbestandteils nicht berücksichtigt zu werden.
8. Problematische Fallverläufe und tragische Kinderschutzfälle werden sich niemals gänzlich verhindern lassen. Bestandteil eines qualifizierten Risikomanagements in Institutionen der Jugendhilfe ist daher auch ein geregelter und kompetenter Umgang mit den Medien.

FORUM 7

**MIT GEWINN BETEILIGT? – PARTIZIPATION
VON FAMILIEN IM FELD FRÜHER HILFEN****Referentinnen und Referenten:**

Agnes Mali Hochschule für Angewandte Wissenschaft Hamburg

Ingrid Schneider-Rabeneick Landratsamt Rems-Murr-Kreis – Kreisjugendamt

Prof. Dr. Gerhard Suess Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Moderation:

Julia Hartmann selbständige Moderatorin und Organisationsberaterin, Berlin

Dr. Heinz Kindler (Wissenschaftlicher Referent des DJI im NZFH) gab einleitend einen Überblick über die verschiedenen Begrifflichkeiten der Professionen im Zusammenhang mit den Leitkonzepten „Beteiligung – Mitwirkung“.

Partizipation in der Kinder- und Jugendhilfe kann durch das gemeinsame Formulieren von Zielen und die gemeinsame Auswahl von Programmen und Hilfen zum Ausdruck kommen. Hier komme es häufig zu Enttäuschungen, da dies oft schwierig umzusetzen sei. Engagement bedeute auch Zuverlässigkeit. Engagement im Rahmen der Frühen Hilfen könnte auch bedeuten, dass sich ehemalige Klientinnen oder Klienten an Maßnahmen Früher Hilfen und an der Planung und Weiterentwicklung von Konzepten beteiligen. Bisher habe die Mitarbeit von ehemaligen Klienten im Rahmen von Gremien noch keine Bedeutung im Bereich der Frühen Hilfen.

DER ERSTE KONTAKT ZU FAMILIEN IST VON ZENTRALER BEDEUTUNG

Dr. Kindler berichtete von Studien, die den Zusammenhang von Verhalten und innerer Beteiligung untersuchen. Die Untersuchungen ergaben, dass es in Programmen stets eine Gruppe von Klientinnen und Klienten gibt, die formal Angebote mitmachen, aber nicht innerlich beteiligt sind. Eine weitere Gruppe ist innerlich beteiligt, aber z.B. unzuverlässig. Innere Beteiligung kann sich beispielsweise dadurch ausdrücken, dass Klientinnen und Klienten von



v.l. Ingrid Schneider-Rabeneick, Landratsamt Rems-Murr-Kreis – Kreisjugendamt; Agnes Mali, Hochschule für Angewandte Wissenschaft Hamburg; Dr. Heinz Kindler, Nationales Zentrum Frühe Hilfen

selbst Themen einbringen. Der Ablauf der Mitarbeit stellt einen Prozess mit mehreren „Türen“ dar. Hierbei ist es wichtig die „erste Tür“ zu öffnen, da sonst schon am Beginn der Intervention diese nicht weitergeführt werden kann. Der erste Kontakt mit der Familie, das Ansprechen derselben, ist demnach von zentraler Bedeutung.

DAS RISIKO DER „ERSTEN TÜR“

Weiterhin stellte Dr. Kindler den Forschungsstand zu den Einflussfaktoren in Bezug auf das Engagement der Familie vor. In der empirischen Literatur wird besonders auf das Risiko der „ersten Tür“ hingewiesen. Familien, die Vertrauen aufbringen, lassen sich eher auf Hilfe ein. Wenn Fachkräfte wenig Hoffnung haben, kann kein Funke überspringen. Dies wirkt sich negativ auf die Beteiligung der Familie aus. Zudem sollten sich Fachkräfte bewusst sein, dass sich ein zu hohes Arbeitspensum auch negativ auf die Zusammenarbeit mit der Familie auswirken kann.

Einen günstigen Effekt hat es, wenn Fachkräfte in der Anfangsphase deutlich machen, dass sie die Situation der Familie verstehen und sich ehrlich interessieren. Darüber hinaus sind eine „Schnupperphase“ und die Aufgliederung eines Angebotes in Wahlmodule vorteilhaft. Günstig auf Mitarbeit wirkt sich aus, wenn Zweifel, z.B. der Mutter, offensiv angesprochen und thematisiert werden. Angebote werden vor allem dann positiv angenommen, wenn die Familie zu Beginn nicht mit Terminen überladen wird und die organisatorischen Aspekte überschaubar sind.

Die Beschäftigung mit Beteiligung lohnt sich, da dieser Aspekt mit darüber entscheidet, ob die „erste Tür“ geöffnet wird und somit, ob eine Zusammenarbeit mit der Familie nach dem ersten Kontakt überhaupt zustande kommt. Beteiligung ist Teil des Veränderungsprozesses. Es stellt eine wichtige Erfahrung dar, etwas verändern zu können.

DAS NETZWERK DER FRÜHEN HILFEN FUNKTIONIERT

Im Anschluss an die Einführung in das Thema „Partizipation“ thematisierte der erste Kurzvortrag von **Ingrid Schneider-Rabeneick** die „erste Tür“ bzw. die Zugangswege und Hilfeanliegen zu Beginn der Zusammenarbeit mit Familien.

Das Frühe-Hilfen-Projekt des Rems-Murr-Kreises ist angesiedelt im Kreisjugendamt und läuft seit 2009. Es setzt sich zusammen aus einem Fach- und einem Schwerpunktdienst. Die Aufgaben des Fachdienstes sind Netzwerkaufbau und Kooperation, Sensibilisierung der (Fach-)Öffentlichkeit und Koordination. Die Beratung von Familien, Vermittlung von Hilfen, Anonyme Fallberatung, ggfs. Risikoeinschätzung und Überleitung zu Hilfen zur Erziehung sowie die lokalen Netzwerke gehören zu den Aufgabengebieten des Schwerpunktdienstes. Die Eltern finden überwiegend durch die Netzwerkpartnerinnen und -partner Zugang zu den Frühen Hilfen – wie beispielsweise Kinder- oder Geburtskliniken, Hebammen, Kinderärztinnen oder -ärzte, Sozialdienste der Kliniken oder Frauenhäuser. In einigen Fällen melden sich Familien selbst. In wenigen Fällen kommen die Familien durch anonyme Meldungen in die

Frühen Hilfen. Es zeigt sich, dass das Netzwerk funktioniert. Es gibt Netzwerke auf regionaler und lokaler Ebene. Runde Tische, die interdisziplinär besetzt sind, wurden eingerichtet. Innerhalb dieser wurde z.B. auch eine Ressourcendatei entwickelt.

Die Hilfeanliegen / die Motivation der Eltern sind vielfältig, so z.B.

- Allgemeine Überlastung und der Wunsch nach Hilfe
- Alltagsentlastung
- finanzielle Entlastung
- Kinderbetreuung
- Wunsch nach konkreter Unterstützung zu Hause
- soziale Isolation
- Essproblematik des Kindes
- Bedarf an Tipps und Informationen
- Hilfe bei der Suche einer Hebamme

Die Erfahrung zeigte, dass über unbürokratische Hilfestellung erstes Vertrauen gewonnen werden und die Arbeit so meist fortgesetzt werden konnte. Bewährt haben sich aufsuchende Angebote. Durch Transparenz kann Vertrauen geschaffen und Skepsis abgebaut werden.

STEEP™ – EIN INTERVENTIONSKONZEPT FÜR DIE GANZE FAMILIE

Vortrag von Agnes Mali und Prof. Dr. Gerhard Suess

Die Zeit vor und nach der Geburt, also der Übergang zur Elternschaft, eignet sich besonders für die Intervention. Eltern seien in dieser Lebensphase offen für Veränderung. Sie möchten es oft „besser machen als die eigenen Eltern“.

Bei STEEP™ handelt es sich um einen nachgehenden, niedrigschwelligen und aufsuchenden Ansatz. Frau Mali und Herr Dr. Suess erläuterten in ihrem Vortrag Erfahrungen im Rahmen des bindungsbasierten Projektes WiEge (Wie Elternschaft gelingt)/STEEP™, das eine Möglichkeit darstellt, Vertrauen zu Eltern aufzubauen. Zur primären Zielgruppe gehören junge Mütter. Diese sind oft schwer erreichbar, leicht ablenkbar und wenig ausdauernd. Der Kontakt zu den Familien wird über den Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) und eine Entbindungsklinik hergestellt, indem das Pflegepersonal auf eine mögliche Kooperation mit STEEP™ hinweist.

Mutter und Beraterin – eine gleichberechtigte Partnerschaft auf Augenhöhe

Die STEEP™-Beraterin „wirbt“ um die Mutter und hat die Verantwortung für den Kontakt mit ihr. „Freude am Kind“ ist Name und Inhalt des Programms. Es wird mit Videointerven-



Referentin Agnes Mali im Gespräch mit den Forumsteilnehmenden

tionen nach der Methode „Seeing is believing“ gearbeitet. Ziele hierbei sind, das Erziehungsverhalten zu reflektieren und die Perspektive des Kindes einnehmen. Hierzu werden öffnende Fragen verwendet, so z.B. „Was denken Sie, fühlt ihr Baby? Wie teilt Ihr Baby Ihnen mit, dass es Hunger hat?“ Die Mutter soll über das gemeinsame Reflektieren von positiven Interaktionssequenzen mehr Freude am Umgang mit dem Baby gewinnen. Wichtig hierbei ist, wie die ersten Videoaufnahmen gestaltet werden und wie die Beziehung zur Beraterin ist. Die Mutter soll bei den Aufnahmen und der Auswertung ein positives Gefühl bekommen. Gelungene Sequenzen werden ihr z.B. als Bild geschenkt. Die Zusammenarbeit zwischen Mutter und Beraterin kennzeichnet sich durch eine gleichberechtigte Partnerschaft auf Augenhöhe. Positive Ziele erleichtern den Einstieg in die gemeinsame Arbeit. In diesem Konzept wird Beziehung als Weg zur Veränderung gesehen. Das oberste Ziel von STEEP™ ist es, die Sicherheit des Kindes zu gewährleisten. Dieses Ziel wird der Mutter im Einstiegsgespräch kommuniziert (Spielregeln zum Vertrauen). Die Rolle der Beraterin ist entscheidend. Sie muss zuverlässig sein und verbindliche Zusagen machen. Zudem muss ihr Verhalten vorhersagbar sein.

Vom Plenum wurde die Frage aufgeworfen, wie denn ganz konkret Partizipation in den Frühen Hilfen erreicht werden soll. Prof. Dr. Suess wies darauf hin, dass es hierbei um Details im Zwischenmenschlichen gehe und „darüber reden“ hilft. Die charakterlichen und fachlichen Eigenschaften der Beraterin seien das Wichtigste, um eine Beteiligung der Familie zu erreichen.

KERNBOTSCHAFTEN FÜR DAS KONGRESSPLENUM

- Es gibt eine Vielfalt von Angeboten.
- Frühe Hilfen sind durchführbar. Eltern finden sie und beteiligen sich.
- Es müssen Brücken gebaut und strukturell abgesichert werden.
- Es gibt oft strukturelle Spannungen zwischen Hilfeanliegen und -angebot. Eine Möglichkeit, diese zu überwinden, ist die Beziehungsarbeit und die Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Zudem können frühere Klientinnen und Klienten aktiv in die Weiterentwicklung von Konzepten eingebunden werden. Hierzu gibt es bisher wenige Erfahrungen.

FORUM 8

QUALIFIZIERUNG IM FELD FRÜHER HILFEN – BEDARF ERKANNT UND JETZT?

Referentinnen und Referenten:

Elke Becker Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. (BeKD e.V.)

Elsbeth Hoeck Frühe Hilfen am Kinderschutz-Zentrum Lübeck (AWO); Sprecherin des Unterfachausschusses Frühe Hilfen der BAG der Kinderschutz-Zentren

Prof. Dr. A. Windorfer Stiftung „Eine Chance für Kinder“

Moderation:

Monika Hünert Referatsleiterin Zusammenarbeit und Koordination in der Sexualaufklärung und Familienplanung in der BZgA

v.l.: Elsbeth Hoeck, Frühe Hilfen am Kinderschutz-Zentrum Lübeck (AWO) und Sprecherin des Unterfachausschusses Frühe Hilfen der BAG der Kinderschutz-Zentren; Prof. Dr. A. Windorfer, Stiftung „Eine Chance für Kinder“; Elke Becker, Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. (BeKD e.V.)



Niedrigschwellige aufsuchende Angebote haben sich als Hilfen für schwer erreichbare, belastete Familien mit Kindern unter drei Jahren bewährt. Diese Arbeit im Kontext der Frühen Hilfen ist aber mit besonderen Anforderungen an die professionellen Helferinnen und Helfer verbunden.

DIE LEITFRAGEN:

- Welches Wissen und welche Kompetenzen brauchen (Familien-)Hebammen und Geburtspflegerinnen und -pfleger, Kinderkrankenschwestern und -pfleger sowie Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, um den Bedarf von belasteten Familien zu erkennen und sie zu unterstützen?
- Wo sind professionsspezifische Curricula notwendig?
- Wann sind interdisziplinäre Fortbildungen angebracht?

In einem Impulsvortrag stellten die Referentinnen und Referenten ihre jeweilige berufsspezifische Perspektive dar. Anschließend folgte eine Diskussion der Teilnehmenden über ihre Einschätzungen und Erfahrungen zu den oben genannten Fragen. Ziel des Forums war eine Erarbeitung der Anforderungen im Fort- und Weiterbildungsbedarf an die verschiedenen Professionen. Das Forum richtete sich an alle Vertreterinnen und Vertreter von Berufsgruppen, die sich im Feld Früher Hilfen für Fragen der Qualifizierung interessieren.

AUFGABEN UND KOMPETENZEN VON FAMILIENHEBAMMEN

Vortrag von Prof. Dr. A. Windorfer

Familienhebammen haben meist einen barrierefreien Zugang zu Schwangeren und jungen Müttern. Diese speziell qualifizierten Hebammen sind in den Bereichen der sozialen und gesundheitlichen Sekundärprävention, also dem Erkennen und Bearbeiten von Risikofaktoren, aufsuchend tätig. Zu ihrem Aufgabenfeld gehört ebenso die aufsuchende Tertiärprävention, also die Intervention bei bereits bestehenden Risikofaktoren. Das Aufgabenspektrum einer Familienhebamme umfasst die gesamte Breite der sozialpflegerischen, psychosozialen und gesundheitlichen Fragestellungen bei Schwangeren, jungen Müttern und ihren Säuglingen. Neben rein fachlichem Wissen brauchen Familienhebammen gute Kenntnisse in rechtlichen und strukturellen Fragen, im Qualitätsmanagement, der Kommunikation, Beratung, sowie einer beruflichen Distanzierung. Eine staatlich anerkannte Weiterbildung zur Familienhebamme erscheint unerlässlich und wird daher ab 2011 in Niedersachsen angeboten. Der Umfang der Ausbildung ist dabei von ursprünglich 200 auf 400 Stunden erhöht worden.

WAS SIND AUFGABEN DER GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGE IN DEN FRÜHEN HILFEN?

Vortrag von Elke Becker

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger verfügen über fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen und Wissen über die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Mit ihrem Wissen über die Entstehung von Krankheiten lernen sie, Pflegesituationen wahrzunehmen, zu reflektieren und den daraus resultierenden Bedarf an Gesundheitsförderung oder Beratung zu ermitteln. Im klinischen wie im ambulanten, aufsuchenden Bereich haben sie guten Zugang, kontinuierlichen Kontakt und unterstützen Eltern im Umgang mit dem kranken und gesunden Kind. Die Beratung, Schulung und das Gesundheitstraining im Alltag bedeutet eine wichtige Ressource auch für die Frühen Hilfen. Dieser Anforderung wurde mit der Weiterbildung zur Familiengesundheits- und Kinderkrankenschwester oder -pfleger Rechnung getragen, welche 200 Stunden umfasst.

SOZIALPÄDAGOGIK IN DEN FRÜHEN HILFEN

Vortrag von Elsbeth Hoeck

Sozialpädagogische Fachkräfte verfügen über Wissen in frühkindlicher Entwicklung und gelingenden Interaktionsmustern. Sie erreichen auch Familien mit Kindeswohlgefährdenden Rahmenbedingungen. Sie helfen Familien, die selbst keinen Unterstützungsbedarf formulieren, diesen zu erkennen und Hilfen anzunehmen. Dazu betreiben sie regionale Netzwerkarbeit.

Sozialpädagogische Fachkräfte verfügen über ein abgeschlossenes (Fach-) Hochschulstudium zur Sozialpädagogik. Neben einer wertschätzenden, ressourcen- und lösungsorientierten Haltung gibt es Wissen darüber, was Familien mit Kleinkindern brauchen, um trotz schwieriger Rahmenbedingungen eine gelingende Bindung zu ihren Kindern aufbauen zu können und sie bestmöglich zu fördern. Diese Erkenntnisse beziehen sich sowohl auf den konkreten Unterstützungsbedarf, als auch auf die Wege, wie professionelle Helferinnen und Helfer die Familien erreichen können. Sozialpädagogische Fachkräfte im Bereich der Frühen Hilfen strukturieren die vielfältigen Themen, bei denen die Familien Unterstützung suchen und binden gegebenenfalls andere Fachkräfte ein.

DIE DISKUSSION

Ausgangsbedingungen und Standards

Die GAIMH (German Association of Infant Mental Health) als erstrangige Gesellschaft für die frühe Kindheit hat bereits vor Jahren Standards für den Bereich der Begleitung, Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern entwickelt. Wie kann es gelingen, das NZFH als Plattform zu nutzen, um konzentriert diese Standards umzusetzen? Das NZFH will zukünftig Aus- und Weiterbildungskonzepte sondieren und bewerten, jedoch kein eigenes Curriculum „Frühe Hilfen“ erstellen. Stattdessen sollen Standards für Multiplikatoren entwickelt werden. Eine bedeutende Hilfestellung stellt dabei der „Deutsche Qualifikationsrahmen“ dar.

Bezüglich einer Qualifikation hat beispielsweise das Deutsche Jugendinstitut bereits ein Tagesmütter-Curriculum entwickelt. Es wurde angeregt, wieder eine Trennung von Sozialarbeit und Sozialpädagogik einzuführen. Studierenden (z.B. der Sozialpädagogik) sollten bereits fundierte Kenntnisse über z.B. Entwicklungspsychologie, psychische Störungen und Kinderschutz erhalten. Spezialisierungen im Studium sollten ermöglicht werden, damit früh mehr Fachkenntnis für den Bereich Frühe Hilfen erworben werden kann.



Fachkräfte diskutieren an den Postern der Modellprojekte Früher Hilfen.

Herausforderungen

Die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen ist nicht immer leicht. Konflikte müssen gemeinsam erkannt und bearbeitet werden. Dies gestaltet sich nicht immer einfach, denn der Bereich Frühe Hilfen ist nicht explizit umgrenzt und festgesetzte Qualitätsstandards bestehen nicht. Es bleibt daher in diesem Zusammenhang bedeutsam, weiter an einer klaren Definition der Frühen Hilfen zu arbeiten. Der Qualifikationsbedarf ist bei den einzelnen Professionen teilweise noch unklar. Es braucht beispielsweise mehr Fachwissen in der Sozialgesetzgebung, der Einschätzung von Eltern-Kind-Interaktionen, zum Entwicklungsstand von Kindern oder zu Kindeswohlgefährdung. Ebenfalls ist Qualitätsmanagement einschließlich standardisierter Dokumentation wichtig. Beispielsweise durch gemeinsame interdisziplinäre Fallbesprechungen sollte dabei eine enge Anbindung an kommunale Strukturen gegeben sein.

Es braucht eine Erweiterung von Beratungskompetenzen und die Fähigkeit zur Reflexion und Kooperation. In die Qualifizierung müssen beispielsweise auch Kinderärztinnen und -ärzte, Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie Pädagoginnen und Pädagogen einbezogen werden. Besonders im Bereich der Betreuung Frühgeborener existieren Lücken in der Unterstützung. Die Beratung der Eltern muss dringend integriert werden. Wichtig ist auch die Bestandsaufnahme und Evaluation von Weiterbildungen. Was können andere Disziplinen? Was braucht meine Disziplin mehr oder weniger? Welches Wissen zu Themen wie „problematische Familien, psychische Erkrankungen, etc.“ wird vermittelt? Was sind diesbezüglich die Zielsetzungen und praktischen Anwendungsmöglichkeiten?

Visionen

Bei der Entwicklung eines neuen Bundeskinderschutzgesetzes sollte der Bereich der Qualifikation verstärkt verankert und somit auch finanziert werden. Es gibt oft keine vertraglichen Vereinbarungen mit Krankenkassen. Der Öffentliche Gesundheitsdienst muss verstärkt als Ressource gesehen werden.

Wichtig ist auch eine nachhaltige Finanzierung von Supervision für die Fachkräfte. Die Frage für die Kommunen ist, wie unterschiedliche Professionen zusammen kommen und wie diese ohne Mehraufwand gemeinsam qualifiziert werden können. Es gibt sehr unterschiedliche Berufsprofile und Kompetenzen. Alle Professionen können ihren Beitrag im Bereich Frühe Hilfen leisten.

Die Botschaften

Es hat sich gezeigt, dass die Diskussion über Qualifikation im Bereich Frühe Hilfen komplex ist. Als Zusammenfassung der Ergebnisse wurden drei Botschaften formuliert.

1. Bestands- und Bedarfsaufnahme

In den Frühen Hilfen wurden bereits gute Qualitätsstandards entwickelt. Diese sollen in Zukunft verstärkt auch flächendeckend genutzt und gesetzlich verankert werden. Wie wird in der Fort- und Weiterbildung mit der Vielfalt umgegangen und wie kann Komplexität reduziert werden? Es muss sich intensiver am individuellen Bedarf der Eltern orientiert werden. Mütter und Väter sollten stets in die Prozesse der Hilfen integriert werden. Jede Profession sollte sich die Frage stellen: Was funktioniert in meiner Disziplin gut und was nicht? Eine besondere Bedeutung kommt auch der fachlich transparenten Entwicklung von allgemein gültigen Standards und Abgrenzungen der verschiedenen Bereiche zu. Nur so kann anstatt einer rein additiven Bedarfszusammenführung eine stärkere Orientierung an gelingenden Faktoren erreicht werden.

2. Qualifizierung und Ausbildung

Die Anschlussfähigkeit und Durchlässigkeit von Bildungsgängen muss sichergestellt werden. Stärkere Qualifizierung darf nicht dahin gehen, dass manche Professionen kein Arbeits- und Betätigungsfeld mehr bekommen und in Bildungssackgassen geraten. Die gewünschte Entwicklung sollte zu besseren Arbeitsmarktchancen führen. Ein besonderer Qualifizierungsbedarf besteht generell im Umgang mit schwierigen Eltern, der Erweiterung der Interventionsmöglichkeiten bei schwierigen Interaktionen zwischen Elternteil und Kind und dem Umgang mit dem Thema Kindeswohlgefährdung.

3. Interdisziplinarität und Kooperation

Die Identifikation und Evaluation von Gelingensfaktoren in der interdisziplinären Zusammenarbeit der Frühen Hilfen ist essentiell und sollte im neuen Bundeskinderschutzgesetz verankert werden. Bedarfe sind vielgestaltig, daher ist Interdisziplinarität mit genauer Auftragsklärung und einem kompetenzen- und arbeitsteiligen Verständnis wichtig. So kann die Komplexität von Fällen reduziert werden. Interdisziplinäre Zusammenarbeit sollte für alle Berufsgruppen gesetzlich verankert sein. Ein integrierter Bestandteil in der universitären Ausbildung ist wünschenswert. Neben der formellen Fort- und Weiterbildung sollte es zusätzlich auch informelle Fallkonferenzen in interdisziplinären Teams geben.

DIE BOTSCHAFTEN

- Der Qualifikationsbedarf der unterschiedlichen Berufsgruppen sollte erhoben werden.
- Fortbildungs- und Weiterbildungsangebote müssen evaluiert werden.
- Die Qualifizierung von Fachkräften sollte im Bundeskinderschutzgesetz verankert und ihre Finanzierung gesichert sein.
- Die Kommunikations- und Beratungskompetenz aller beteiligten Berufsgruppen ist optimierungsbedürftig.



POSTERAUSSTELLUNG DER MODELLPROJEKTE „FRÜHE HILFEN“

Baden-Württemberg | Rheinland-Pfalz | Bayern | Thüringen

Guter Start ins Kinderleben

Berlin

Evaluation und Coaching zum Sozialen Frühwarnsystem in Berlin-Mitte

Brandenburg

Wie Elternschaft gelingt

Hamburg

Wie Elternschaft gelingt

Hessen | Saarland

Keiner fällt durchs Netz (KFDN) | Frühe Interventionen für Familien (Piff)ff)

Mecklenburg-Vorpommern

Chancen für Kinder psychisch Kranker und/oder suchtbelasteter Eltern

Niedersachsen

Familienhebammen. Frühe Unterstützung – frühe Stärkung?

Niedersachsen | Bremen | Sachsen

Pro Kind

Nordrhein-Westfalen | Schleswig-Holstein

Evaluation Früher Hilfen und Frühwarnsysteme in NRW und Schleswig-Holstein

Sachsen-Anhalt

Frühstart – Familienhebammen im Land Sachsen-Anhalt

POSTERAUSSTELLUNG DER PROJEKTE DES NZFH

NZFH

Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen

NZFH

Erkenntnisse aus den Modellprojekten: Übergreifend und zusammengefasst

NZFH

Kommunale Praxis Früher Hilfen – eine erste Bestandsaufnahme

Hinweis: Zur vergrößerten Ansicht der Poster bitte die Zoom-Funktion Ihres PDF-Readers benutzen. Wenn Sie die Poster ausdrucken möchten, empfehlen wir zur besseren Lesbarkeit das Format A3.

BADEN-WÜRTTEMBERG | BAYERN | RHEINLAND-PFALZ | THÜRINGEN

GUTER START INS KINDERLEBEN

INTERVENTION UND VERNETZUNG GUTER START INS KINDERLEBEN

„Guter Start ins Kinderleben“ ist ein Modellprojekt zur frühen Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen in prekären Lebenslagen und Risikosituationen. Es dient insbesondere der Prävention von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung im frühen Lebensalter.

Ziel des Modellprojekts ist es, belastete Eltern, wie etwa sehr junge und alleinerziehende Mütter, früh zu unterstützen. Für eine optimale Unterstützung und Versorgung werden interdisziplinäre Kooperationsformen und Vernetzungsstrukturen entwickelt und erprobt. Diese sollen auf bestehenden Regelstrukturen aufbauen und in bestehende Regelstrukturen eingebunden werden (Ziegenhain et al., 2010).

WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITUNG GUTER START INS KINDERLEBEN

Die wissenschaftliche Begleitung des Modellprojekts „Guter Start ins Kinderleben“ umfasste folgende Aspekte:

- **Soziale Netzwerkanalyse lokaler Versorgungs- und Vernetzungsstrukturen:** Im Praxisteil des Projektes war es Ziel, durch systematische Koordinierung von Angeboten der Jugend- und Gesundheitshilfe die lokalen Netzwerke Frühe Hilfen an den acht Modellstandorten zu optimieren. Die Evaluation der lokalen Netzwerke umfasste eine Analyse der Häufigkeit und Qualität der Kooperationsbeziehungen. Es konnte gezeigt werden, dass die Methode der sozialen Netzwerkanalyse ein geeignetes Instrument darstellt, um bestehende Vernetzungsstrukturen systematisch zu erfassen und hilfreiche Rückmeldungen zur Modifikation für die Praxis daraus abzuleiten (Künster et al., im Druck; Künster et al., 2010).
- **Qualitative Inhaltsanalyse gelingender und nicht-gelingender Bereiche von Kooperationsbeziehungen:** Zur differenzierten Analyse von Bedingungen für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit wurden 27 Expertinnen und Experten aus Jugendhilfe und Gesundheitswesen semistrukturiert interviewt. Mithilfe der Qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 1983) und den Methoden der Grounded Theory Methodology (Mey u. Mruck, 2007) wurden daraus allgemeine Anforderungen an Kooperationsbeziehungen identifiziert. Anschließend wurden die gefundenen Aufgaben auf die Schilderungen der Kooperationserfahrungen übertragen. Es zeigte sich, dass sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Feld der Frühen Hilfen und des

Kinderschutzes als komplexes Geschehen auf unterschiedlichen Ebenen darstellt. Daraus ergeben sich für eine gelingende interdisziplinäre Kooperation Aufgaben für die einzelnen Professionen und Institutionen, nämlich *fallbezogene Aufgaben*, *fallübergreifende Aufgaben* und *Haltungsaufgaben*, deren Erfüllung nicht als selbstverständlich vorausgesetzt und erwartet werden kann (Schöllhorn et al., 2010).

- **Kosten-Nutzen-Analyse:** Derzeit findet an einem der Modellstandorte eine Kosten-Nutzen-Analyse Früher Hilfen statt.
- **Evaluation der Entwicklungspsychologischen Beratung:** Diese wird im Folgenden ausführlich dargestellt.

Träger und Förderung

Das Projekt zur Intervention und Vernetzung wird in gemeinsamer Initiative der Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen gefördert und befindet sich in Trägerschaft des Universitätsklinikums Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie. Das Projekt zur wissenschaftlichen Begleitung wird gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme“. Die Mittelvergabe erfolgt über das NZFH.

Literatur (Tafel 1):

- Künster, A.K., Knorr, C.C., Fegert, J.M. und Ziegenhain, U. (2010). Netzwerkanalyse als Chance der Praxisentwicklung und Evaluation.
- Schöllhorn, A., König, C., Künster, A.K., Fegert, J.M., Ziegenhain, U. (2010). Lücken und Brücken. Eine qualitative Studie zu gelingenden und nicht-gelingenden Bereichen von Kooperationsbeziehungen zwischen Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens im Rahmen des Modellprojektes „Guter Start ins Kinderleben“.
- Beide in: Renner, I., Sann, A. (2010). Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen. Modellprojekte begleitet vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Künster, A.K., Knorr, C.C., Fegert, J.M., Ziegenhain, U. (im Druck). Soziale Netzwerkanalyse interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung in den Frühen Hilfen: Eine Pilotuntersuchung. Eingereicht bei: Bundesgesundheitsblatt im Mai 2010.
- Mayring, P. (1983). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe.
- Mey, G., Mruck, K. (2007). Grounded Theory Methodologie – Bemerkungen zu einem prominenten Forschungsstil. In G. Mey und K. Mruck (Hrsg.). Grounded Theory Reader. HSR Supplement 19. Köln: ZHSE, 11–39.

Literatur (Tafel 2 und 3):

- Crittenden, P.M. (2006). CARE-Index: Coding Manual. Unpublished Manuscript, Miami, FL. Verfügbar vom Autor.
- Main, M., Goldwyn, R., Hesse, E. (2002). Classification and scoring systems for the Adult Attachment Interview. Unpublished Manuscript. University of California at Berkeley.
- Meyen, T., Schönecker, L., Kindler, H. (2009). Frühe Hilfen im Kinderschutz: Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe. Weinheim: Juventa.
- Ziegenhain, U., Derksen, B., Dreisörner, R. (2004). Frühe Förderung von Resilienz bei jungen Müttern und ihren Säuglingen. Kindheit und Entwicklung, 13, 226–234.
- Ziegenhain, U., Fries, M., Bütow, B., Derksen, B. (2004). Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern. Ein Handlungsmodell für die Jugendhilfe. Weinheim: Juventa.

AUSGANGSLAGE UND FRAGEN ...

Im Kontext interdisziplinärer Hilfen liegt in der **frühen Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen** eine große Chance zur Vorbeugung von Vernachlässigung und Misshandlung. Für die frühe Kindheit haben sich insbesondere **bindungstheoretisch konzeptualisierte Angebote** zur Förderung elterlicher Feinfühligkeit bzw. zur Förderung sicherer Bindung beim Kind bewährt. Dabei waren die Ansätze am wirksamsten, die weniger breit angelegt und stattdessen gezielt auf die Verbesserung mütterlichen Verhaltens ausgerichtet waren. Interessanterweise ragten dabei die Programme heraus, die zeitlich begrenzt und klar verhaltensbezogen waren (vgl. Ziegenhain, 2004).

Der von unserer Arbeitsgruppe entwickelte Beratungsansatz zur frühen Beziehungsförderung gründet auf spezialisiertem und fundiertem entwicklungspsychologischem Wissen sowie Verhaltensbeobachtung und ist insofern sehr konkret an den Regulations- und Ausdrucksverhaltensweisen des Kindes ausgerichtet. Damit sind spezifische und individuell angepasste Beratungsprozesse möglich.

Die **Entwicklungspsychologische Beratung** soll den **Aufbau einer gelungenen Eltern-Kind-Beziehung** und einer **sicheren emotionalen Bindung beim Kind** unterstützen. Eine sichere emotionale Bindung gilt als wesentlicher **Schutzfaktor** bei späteren Belastungen und bei der Bewältigung von schwierigen Lebenssituationen. Genauso aber lässt sich die **Entwicklungspsychologische Beratung** in Hochrisikosituationen auch als Grundlage einer spezifischen und differenzierten Diagnostik nutzen, wie sie etwa in der Perspektivklärung und Hilfeplanung bei Kindern notwendig ist, die akut entwicklungsgefährdet sind und/oder bei denen eine Gefährdung des Kindeswohls geprüft wird. Der Beratungsansatz ist als ein Baustein konzipiert, der sich flexibel in unterschiedliche Praxisfelder und institutionelle Hilfestrukturen integrieren und mit anderen Angeboten der Jugendhilfe verbinden lässt.

Das Vorgehen basiert auf **Video-Feedback**. Die Durchführung der Beratung ist ressourcenorientiert und erfolgt in Anwesenheit des Säuglings. Auf der Grundlage von kurzen Videoszenen wird Verhalten primär aus der Perspektive des Kindes beschrieben und elterliches Verhalten darauf bezogen. Dabei werden grundsätzlich positive Interaktionen einbezogen und negativen vorangestellt. Den aufeinanderfolgenden Beratungen werden jeweils neue Videoaufnahmen zugrunde gelegt. Das Ziel dieser Studie bestand in der Evaluation der **Entwicklungspsychologischen Beratung** an einer Hochrisikogruppe. Erwartet wurde, dass die Mütter der Interventionsgruppe nachhaltig feinfühlicher mit ihren Säuglingen umgehen als die Mütter der Kontrollgruppe mit regulärer Unterstützung.

Die Studie wurde im Rahmen eines quasi-experimentellen Kontrollgruppen-Designs durchgeführt. Während die Kontrollgruppe lediglich die reguläre Behandlung im Rahmen der Gesundheits- und Jugendhilfe (TAU) erfuhr, durchlief die Interventionsgruppe zusätzlich jeweils sieben Sitzungen im Abstand von etwa zehn Tagen, bei denen mit den Müttern im Sinne des Modells der **Entwicklungspsychologischen Beratung** gearbeitet wurde.

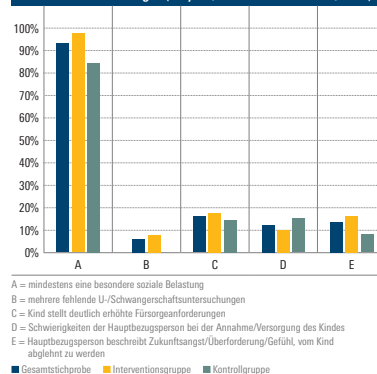
ERGEBNISSE

55 Mütter (15 bis 37 Jahre) und deren Kinder (ein bis drei Monate) nahmen an der Studie teil, davon 41 Mütter in der Interventions- und 14 in der Kontrollgruppe. Kriterien zur Teilnahme waren ein maximales Alter des Kindes von drei Monaten bei Studienbeginn sowie die Erfüllung eines oder mehrerer der folgenden Risiken:

- jugendliche Mutter (<21 Jahre),
- psychische Erkrankung der Mutter,
- Migrationshintergrund der Mutter,
- Entwicklungsrisiken beim Kind (Frühgeburt, Behinderung) sowie
- das Vorliegen mehrerer psychosozialer Belastungen in der Familie.

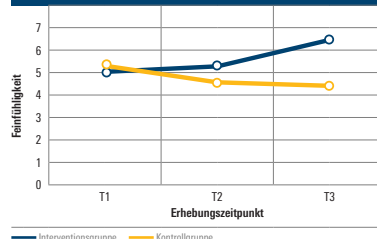
Abbildung 1 zeigt die Verteilung der Risiken in der Stichprobe gemäß des Anhaltsbogens (Meysen, Schönecker & Kindler, 2009).

Abbildung 1: Prozentuale Risikoverteilung in der Stichprobe gemäß Anhaltsbogen (Meysen, Schönecker & Kindler, 2009)



Die Daten wurden bei Hausbesuchen vor (T1), während (T2) und nach (T3) der Intervention sowie im Alter des Kindes von sechs und zwölf Monaten erhoben. In der Kontrollgruppe fanden die Besuche zu entsprechenden Zeitpunkten statt. In beiden Gruppen wurden die Mütter mit ihren Kindern zu jedem Erhebungszeitpunkt etwa drei bis fünf Minuten lang bei freiem Spielen und in einer Alltagssituation (Füttern, Wickeln, Baden) gefilmt. Die Feinfühligkeit wurde mittels des CARE-Index (Crittenden, 2006) auf einer Skala von null bis 14 Punkten bestimmt. Zur Erhebung der Bindungsvorerfahrungen und -repräsentationen der Mütter diente das AAI (Adult Attachment Interview, Main, Goldwyn & Hesse, 2002).

Abbildung 2: Mittlere Feinfühligkeit (CARE-Index, Crittenden, 2006) in Interventions- und Kontrollgruppe vor (T1), während (T2) und nach (T3) der Intervention

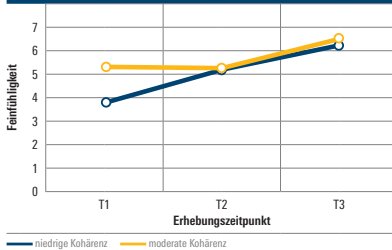


Die Daten wurden bei Hausbesuchen vor (T1), während (T2) und nach (T3) der Intervention sowie im Alter des Kindes von sechs und zwölf Monaten erhoben. In der Kontrollgruppe fanden die Besuche zu entsprechenden Zeitpunkten statt. In beiden Gruppen wurden die Mütter mit ihren Kindern zu jedem Erhebungszeitpunkt etwa drei bis fünf Minuten lang bei freiem Spielen und in einer Alltagssituation (Füttern, Wickeln, Baden) gefilmt. Die Feinfühligkeit wurde mittels des CARE-Index (Crittenden, 2006) auf einer Skala von null bis 14 Punkten bestimmt. Zur Erhebung der Bindungsvorerfahrungen und -repräsentationen der Mütter diente das AAI (Adult Attachment Interview, Main, Goldwyn & Hesse, 2002).

Für weitere Analysen wurde eine Medianisierung der Kohärenzskala des AAI bei drei Punkten vorgenommen. In der Interventionsgruppe waren dann 28,6% Mütter mit niedriger (≤ 3 Punkte) und 71,2% mit moderater Kohärenz (> 3 Punkte), in der Kontrollgruppe 50% vs. 50%. Eine Varianzanalyse mit Messwiederholung ergab eine **signifikante Interaktion** zwischen Kohärenzniveau (niedrig vs. moderat) und Erhebungszeitpunkt

($F=2,11; df=2; p>.10$). Zu T1 lag die mittlere Feinfühligkeit der Mütter mit niedriger Kohärenz bei 3,9, die Feinfühligkeit der Mütter mit moderater Kohärenz bei 5,2, zu T2 bei 5,1 vs. 5,1 und zu T3 bei 6,2 vs. 6,5 (siehe Abbildung 2).

Abbildung 3: Mittlere Feinfühligkeit (CARE-Index, Crittenden, 2006) in Abhängigkeit der mütterlichen Kohärenz im Adult Attachment Interview (Main, Goldwyn & Hesse, 2002) vor (T1), während (T2) und nach (T3) der Intervention



Bezüglich der Evaluation des Beratungserfolgs, operationalisiert durch die Feinfühligkeit, ergab die Varianzanalyse mit Messwiederholung einen **signifikanten Interaktionseffekt** der unabhängigen Variablen Gruppe (Interventions- vs. Kontrollgruppe) und Erhebungszeitpunkt ($F=3,96; df=2; p<.05$). Zu T1 lag die mittlere Feinfühligkeit in der Interventionsgruppe bei 5,0 und in der Kontrollgruppe bei 5,2 und zu T2 bei 5,2 vs. 4,6, zu T3 bei 6,3 vs. 4,5 (siehe Abbildung 3).

EINSCHRÄNKUNGEN UND FAZIT

Entwicklungspsychologische Beratung ist ein niedrigschwelliger Ansatz, mit dem Risikofamilien innerhalb der ersten Lebenswochen des Säuglings erreicht werden können.

In Einklang mit der bisherigen Forschung zur transgenerationalen Übertragung wurde in der Studie die Bedeutsamkeit der Qualität der mütterlichen Bindungsrepräsentationen und ihr Zusammenhang zum feinfühligem Umgang mit den eigenen Kindern ersichtlich.

Im Vergleich zur Kontrollgruppe erhöhte sich die Feinfühligkeit der Mütter im Umgang mit ihren Säuglingen, die eine Entwicklungspsychologische Beratung erhalten hatten, im Verlauf der Intervention signifikant. Dieses Ergebnis spricht für die Effektivität des Beratungsansatzes.

Allerdings gilt einschränkend, dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht alle Daten im Längsschnitt vorliegen. Erweisen sich die Erfolge als stabil, so gilt es, die Position der Entwicklungspsychologischen Beratung in der Frühförderung zu festigen und gegebenenfalls gesetzlich zu verankern. Im Kontext mit flankierenden Hilfen des Regelangebotes kann Entwicklungspsychologische Beratung ein wichtiger Baustein zur Vorbeugung von Vernachlässigung und Misshandlung im Kindesalter sein.



Leitung:



Prof. Dr. Jörg M. Fegert
Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie



Prof. Dr. Ute Ziegenhain
Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

Mitarbeiterinnen:

Dr. Dipl. Psychologin Anne Katrin Künster
Dipl.-Päd. Angelika Schöllhorn
Dipl.-Psych. Melanie Pillhofer
Dipl.-Psych. Alexandra Hofer
Cornelia König

Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie



Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie

Universitätsklinikum Ulm

BERLIN

EVALUATION UND COACHING ZUM FRÜHWARNSYSTEM IN BERLIN-MITTE

VERNETZUNG UND COACHING

NETZWERK KINDERSCHUTZ ALS SOZIALES FRÜHWARNSYSTEM IN BERLIN-MITTE

Das vom Berliner Senat beschlossene Gesamtkonzept „Netzwerk Kinderschutz Berlin“ zielt auf den Schutz von Kindern vor Verwahrlosung, Misshandlung und Gewalt durch ein integriertes Konzept zur Prävention, Beratung, Früherkennung, Krisenintervention und rechtzeitigen Hilfestellung, unter anderem durch das Netzwerk „Soziales Frühwarnsystem“. Das hier vorliegende Teilprojekt „Coaching des Sozialen Frühwarnsystems in Berlin-Mitte“ möchte ein stadtteilbezogenes Zusammenwirken von Institutionen und Einrichtungen zur Prävention und Früherkennung erreichen. Es soll dazu dienen, Kindern und ihren Familien in Belastungssituationen adäquate Lösungsmöglichkeiten und rechtzeitige Hilfeangebote zur Verfügung zu stellen. Hierzu soll eine möglichst wirksame, d.h. verbindliche Vernetzung (durch Dialog- und Kooperationsvereinbarungen) aller regional helfenden und unterstützenden Bereiche (Gesundheit und Kinder- und Jugendhilfe, aber auch Bildung und Justiz) erfolgen. Dieses Projekt endete im Juni 2009.

Zielgruppen

Akteurinnen und Akteure des Bezirkes Berlin-Mitte, die sich mit dem Thema Kinderschutz befassen: Gesundheits- und Jugendverwaltung, Ärztinnen und Ärzte, Hebammen, Sportvereine, Kindertageseinrichtungen, Tagesmütter, Schulen, Polizei, freie Träger, Entbindungskliniken, Beratungsstellen, Stadtteilmanagement.

Kooperationspartner/-innen

- Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung, Abteilung Jugend
- Bezirksamt Mitte, Jugend- und Gesundheitsamt Berlin-Mitte
- Sozialpädagogisches Fortbildungsinstitut Berlin-Brandenburg (SFBB)
- ISIS Berlin e.V. – Institut für Sozialforschung, Informatik und soziale Arbeit
- Netzwerk Kinderschutz, Berlin

Angebote und Hilfen

Im Zusammenspiel der drei untenstehenden Ebenen wird eine Balance zwischen Eigenaktivitäten der Akteurinnen und Akteure und der koordinierenden und kooperativen Steuerungsebene angestrebt. Damit die Vernetzungsaktivitäten übersichtlich bleiben, ist von drei Handlungsebenen auszugehen:

1. Vernetzungsfeld unter Berücksichtigung aller Akteurinnen und Akteure im regionalen Raum,
2. strategischer Prozess von Information, Abstimmung und Zusammenwirken,
3. Koordination und Kooperation als organisatorische Entwicklung, inhaltliche Moderation und unterstützende Servicefunktion.

WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITUNG

EVALUATION UND COACHING ZUM SOZIALEN FRÜHWARNSYSTEM IN BERLIN-MITTE

Die Begleitforschung des Modellprojektes „Soziales Frühwarnsystem in Berlin-Mitte“ als Teil des Berliner Gesamtkonzeptes „Netzwerk Kinderschutz“ widmet sich der Beschreibung der regionalen sozialen Situation in Form einer Sozialraumanalyse und führt eine Bestandsaufnahme von Einrichtungen und Akteurinnen und Akteuren im Kinderschutz Berlin-Mitte durch. Es werden die durch die Mitarbeitenden des Projektes des Caritasverbandes für das Erzbistum Berlin e.V. initiierten und tatsächlich schon vorhandenen sozialräumlichen Kooperationen und Vernetzungen aller (möglichen) Akteurinnen und Akteure in diesem Untersuchungsfeld beschrieben und bewertet. Hierzu nutzt die wissenschaftliche Begleitung eine Verbindung von quantitativen und qualitativen Methoden, wobei die Dokumentationen und Untersuchungen dazu dienen sollen, Einsichten in Problembereiche des Kinderschutzes hinsichtlich Kooperation und Vernetzung im regionalen Raum zu erhalten.

Träger und Förderung

Das Projekt zur wissenschaftlichen Begleitung befindet sich in der Trägerschaft des Instituts für Sozialforschung, Informatik und Soziale Arbeit (ISIS Berlin e.V.).

Das Projekt zur Vernetzung und zum Coaching befindet sich in der Trägerschaft des Caritasverbandes für das Erzbistum Berlin e.V.

Beide Projekte werden durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme“ gefördert. Die Mittelvergabe erfolgt über das NZFH.



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend



Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung



Deutsches
Jugendinstitut

AUSGANGSLAGE

Ausgehend von den bekannten Einzelfällen von Kindeswohlgefährdung und Kindesvernachlässigungen im Bund wie auch in Berlin wurde zum Schutz der Kinder vor Verwahrlosung, Misshandlung und Gewalt ein integriertes Konzept zur Prävention, Beratung, Früherkennung, Krisenintervention und rechtzeitigen Hilfestellung, das „Netzwerk Kinderschutz Berlin“ (Drs.Nr. 16/0285 vom 20.02.2007) beschlossen. Dieses Konzept enthält eine Vielzahl von Maßnahmen und Regelungen, wie zum Beispiel:



www.kinderschutznetzwerk-berlin.de

- berlineinheitliche Verfahrenstandards,
 - verlässliche Melde- und Informationsstrukturen,
 - gemeinsame Ausführungsvorschriften für die Verwaltungen,
 - die „Hotline Kinderschutz“ und
 - Arbeitshilfen für die Bereiche Jugendhilfe, Schule,
- die es in den Berliner Bezirken umzusetzen gilt.

Im Zentrum aller Bemühung steht hierbei die Vernetzung der unterschiedlichen und oft nebeneinander existierenden Hilfesysteme in ein sozialräumliches Netzwerk als „soziales Frühwarnsystem“. Dies bildet den Anknüpfungspunkt für das praktische Modellprojekt vom Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V. mit wissenschaftlicher Begleitung durch das Institut für Sozialforschung, Informatik und Soziale Arbeit (ISIS Berlin e.V.).

FRAGEN ...

Da das „Netzwerk Kinderschutz Berlin“ die Vernetzung von unterschiedlichen Hilfesystemen, professionellen Akteuren und Einrichtungen zum Ziel hat, beschäftigte sich das Projekt mit folgenden Fragestellungen:

- Wie kann die Vernetzung gelingen? Welche Voraussetzungen sollten gegeben sein? Welche Organisationsform ist für die Koordination von Akteurinnen und Akteuren und Maßnahmen geeignet?
- Welche Empfehlungen für Akteurinnen und Akteure und Einrichtungen können aus dem Projekt generiert werden?
- Wie ist die Arbeit des Projektes im Hinblick auf selbst gesetzte Ziele zu bewerten?

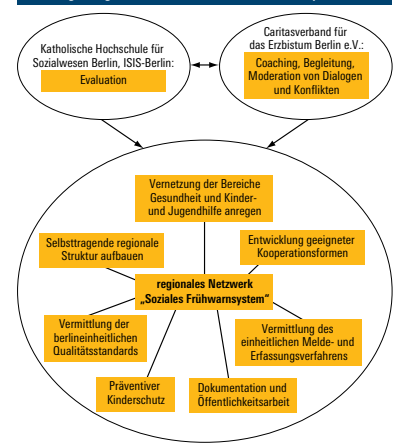
... UND WEGE ZU DEN ANTWORTEN

Ziel des Teilprojektes „Coaching“ war die Beratung, Begleitung, Unterstützung und Motivation zur Implementierung des regionalbezogenen Netzwerks Kinderschutz in Berlin Mitte.

Gleichzeitig erfolgte durch das Teilprojekt „Evaluation“ die wissenschaftliche Begleitung:

- Auswertung quantitativer Daten (u. a. des statistischen Landesamtes und der bezirklichen Verwaltung)
- Quantitative Erhebung potentieller Akteure im Netzwerk Kinderschutz (N = 1041); Rücklaufquote: 18,2 Prozent (Auswertung mit SPSS und BabstSoft Relations)
- Problemzentrierte Interviews mit 20 zentralen Akteuren (Expertinnen und Experten) (inhaltsanalytische Auswertung mit ATLAS.ti)

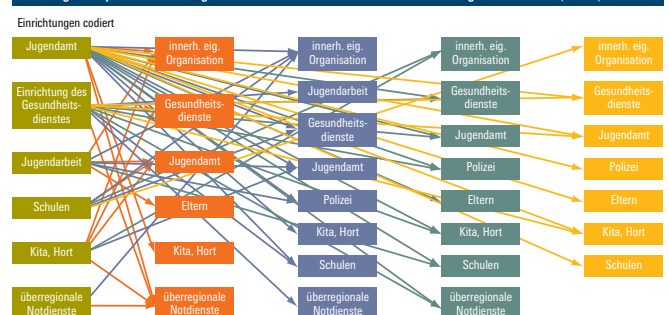
Abbildung 1: Regionales Netzwerk „Soziales Frühwarnsystem“



AUSGEWÄHLTE ERGEBNISSE

- Es gibt eine gute Vernetzung innerhalb der Bereiche (Jugend, Gesundheit, etc.), jedoch wenig „Brücken“ zueinander.
- Interdisziplinäre „Kinderschutzkonferenzen“ als „Brückenschlag“ werden als fruchtbringend erlebt.
- Es gibt unterschiedliche Auffassungen von „Frühe Hilfe“ und von „Netzwerken“.
- Es gibt professionsabhängige Unterscheidungen von Vernetzungsziele.

Abbildung 2: Kooperationsbeziehungen bzw. Zusammenarbeit der erfassten Einrichtungen im Überblick (n=125)



FAZIT

Die interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung im Sinne präventiven Kinderschutzes kann gelingen:

- wenn die personellen wie zeitlichen Ressourcen bei den Akteuren zur Verfügung gestellt werden,
- wenn strukturell die Rahmenbedingungen geschaffen werden, z.B. durch eine „Koordinierungsstelle Kinderschutz“ incl. Netzwerkkonzept mit den sächlichen Ressourcen für Schulung, Fortbildung und Öffentlichkeitsarbeit,
- wenn ein persönliches Interesse und Engagement vorliegen und tragfähige, informelle und persönliche Beziehungen bestehen,
- wenn durch Zieldefinitionen, Aufgaben, Arbeitsprogramme, Geschäftsordnung für „Kinderschutzkonferenzen“ eine verbindliche Kommunikation und Erreichbarkeit gestaltet wird,
- wenn regelmäßige Treffen und ein ressourcenschonender Austausch der Akteure stattfindet.



Netzwerkveranstaltung „MoNet“



Leitung:



Diplom-Sozialarbeiter Jens-Uwe Scharf
Projektkoordination, Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V.



Prof. Dr. Jürgen Gries
wissenschaftliche Begleitung; Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin

Mitarbeiter/-innen:

Diplom-Sozialpädagogin Susen Molter, Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V.

Dr. Vincenz Leuschner, Institut für Sozialforschung, Informatik und Soziale Arbeit – ISIS Berlin e.V.

Dr. Gerhard Wenzke, Institut für Sozialforschung, Informatik und Soziale Arbeit – ISIS Berlin e.V.



BRANDENBURG

WIE ELTERN SCHAFT GELINGT

INTERVENTION

WIE ELTERN SCHAFT GELINGT (WIEGE – STEEP™)

Das Projekt „WIEGE Brandenburg“ möchte (werdende) Mütter und Paare, deren Lebensbedingungen durch eine Kumulation verschiedener Risikofaktoren gekennzeichnet sind, im Übergang zur Elternschaft erreichen und effektiv begleiten. Hierfür wird ein in den USA seit Jahren erfolgreich erprobtes, bindungstheoretisch fundiertes Programm mit dem Namen STEEP™ („Steps towards effective and enjoyable parenting“, Egeland & Erickson 1993) eingesetzt.

Ziel der STEEP™ Intervention ist es – bereits beginnend in der Schwangerschaft – hoch belastete Familien auf das Zusammensein mit ihrem Kind vorzubereiten und in den ersten zwei Lebensjahren des Kindes den Aufbau sicherer Bindungen zu unterstützen. Eine sichere Bindung gilt als ein wichtiger Schutzfaktor für das gesunde Aufwachsen von Kindern. Mithilfe von videografierten Eltern-Kind-Interaktionen, Einzelberatungen und Gruppenkontakten soll ein gelungenes, einfühlsames Erziehungsverhalten vermittelt und gefestigt werden.

Seit 2004 wird STEEP™ in einem hochschulübergreifenden Verbund der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg zusammen mit der Fachhochschule Potsdam in Praxiseinrichtungen eingeführt und in einer aufwendigen Begleitforschung bewertet.

Zielgruppen

- Risikobelastete werdende Eltern und Familien mit Säuglingen und Kleinkindern von null bis drei Jahren mit Clearing-Bedarf
- Hoch risikobelastete Eltern-Kind-Paare mit HzE-Bedarf (Hilfen zur Erziehung, treatment as usual)
- Hoch risikobelastete Eltern-Kind-Paare mit STEEP™-Beratung

Angebote und Hilfen

Verhaltensbene: Der aktuelle Umgang von Eltern mit ihrem Kind wird unterstützt. Interaktionen zwischen dem Kind und seinen Eltern werden z.B. videografiert und das Ergebnis gemeinsam, ressourcenstärkend betrachtet („Seeing is believing“) und immer wieder den Prozess begleitend eingebracht.

Repräsentationsebene: Erziehungsvorstellung und Beziehungsmodelle der Eltern, die meist aus ihrer eigenen Kindheit stammen, werden in ihrer Auswirkung auf den konkreten Umgang mit dem Kind aufgespürt („Looking back, moving forward“) und mit den Eltern im Einzelgespräch als auch in der Mütter-Gruppe thematisiert und reflektiert.

Soziale Unterstützung: Gegenseitige, mütterliche und familiäre Unterstützung wird aufgebaut und weiterentwickelt (Selbsthilfemöglichkeiten unterstützt, Gruppenanteile gestärkt) und bei Bedarf zusätzliche Unterstützungsmöglichkeiten im erweiterten Netzwerk von Frühen Hilfen eingeleitet.

Beziehung: Die Bildung und Aufrechterhaltung der Beziehungen und deren Qualität stehen im Vordergrund der STEEP™-Arbeit (bindungs-/beziehungs-fokussierte Arbeit). Der besondere Anspruch besteht im Finden einer stärkehenden Balance zwischen einer stimmigen Zugewandtheit und der gebotenen Distanz, die im Verlauf der ersten Lebensjahre besonders zwischen den Familienmitgliedern und der STEEP™-Beraterin thematisiert und aufgebaut werden.

Kooperationspartner/-innen

Jugend- und Gesundheitsämter, Netzwerk „Gesunde Kinder“, Havelländische Kliniken, Potsdam; Ernst von Bergmann Klinikum, Sozialpädiatrisches Zentrum, Potsdam; PädiaterInnen, Hebammen, freie Träger der Jugendhilfe wie z.B. Mutter-Kind-Einrichtungen, Familienzentren, Eltern-Kind-Zentren, Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen, Erziehungs- und Familienberatungsstellen

Träger

IFFE Institut für Forschung, Fortbildung und Entwicklung an der Fachhochschule Potsdam, Potsdam

WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITUNG

WIE ELTERN SCHAFT GELINGT (WIEGE – STEEP™)

Die wissenschaftliche Begleitung des Projekts „WIEGE Brandenburg“ untersucht, wie effektiv Akteurinnen und Akteure aus den Bereichen Jugendhilfe und Gesundheitswesen in einen vernetzenden und qualifizierenden Qualitätsentwicklungsprozess eingebunden wurden. Insbesondere Mitarbeiter/-innen des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD) und der freien und öffentlichen Träger der Jugendhilfe sowie Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen und Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens schaffen die Grundlage für eine frühzeitige und präventiv ausgerichtete Hilfe zur Erziehung (STEER™). Die wissenschaftliche Begleitung prüft, welche Instrumente zur Einschätzung von Risiken unter Einbeziehung psychosozialer Ressourcen bereits existieren und für das Vorhaben verwendet werden können. Zudem wird untersucht, inwieweit STEER™ bei sehr hoch belasteten Eltern positive Effekte erzielt.

Träger

Fachhochschule Potsdam
Fachbereich: Sozialwesen, Familienzentrum der FHP, Potsdam

Finanzierung

Beide Projekte werden durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme“ gefördert. Die Mittelvergabe erfolgt über das NZFH.



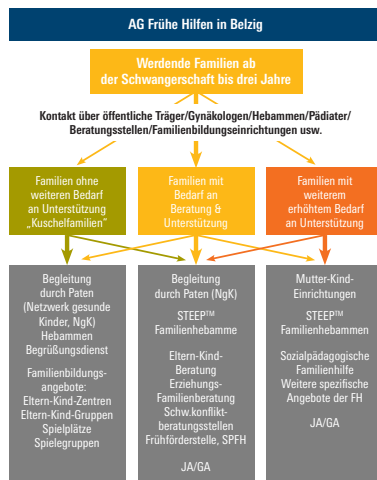
AUSGANGSLAGE

Seit mehr als 10 Jahren stellt die Elternberatung an der Fachhochschule Potsdam Angebote der Begleitung, Beratung und Therapie für junge Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern zur Verfügung. Die Arbeit in ihren unterschiedlichen methodischen Ansätzen entlastet das familiäre System und mobilisiert deren Ressourcen. Erfahrungen dieser Arbeit zeigen, dass bei einer sehr frühzeitig einsetzenden Unterstützung der Elternschaft und Förderung der kindlichen Entwicklung effektive und nachhaltige Verbesserungen eintreten.

Allerdings erreichen diese Hilfen meist nur Eltern, die genügend Ressourcen haben und von sich aus Unterstützung suchen. Trotz unterschiedlicher intensiver beziehungsfördernder Angebote konnten Eltern in schwierigen sozialen Lebenslagen nur selten erreicht werden. Gleichzeitig nahmen Anfragen aus dem Bereich der Jugend- und Gesundheitshilfe bezüglich Früherkennung und Unterstützung hoch belasteter Eltern zu, und der öffentliche Druck bei Kindeswohlgefährdung stieg.

Notwendiger Bedarf

In Deutschland besteht in Hinsicht „Früher Hilfen“ bei psychosozial mehrfach belasteten Familien nach wie vor Entwicklungsbedarf, da geeignete Konzepte noch fehlen oder wenig evaluiert sind. Es gibt noch zu wenige Fachkräfte, die speziell im Bereich früher Elternschaft ausgebildet sind. Dabei spielt die interdisziplinäre, koordinierende Zusammenarbeit zwischen Gesundheitswesen, Jugendhilfe als auch dem Bereich Bildung eine sehr große Rolle. Die Förderung der Elternschaft und kindlichen Entwicklung – besonders bei psychosozial hoch belasteten Familien und dem damit teilweise implizit bestehenden Kinderschutzauftrag – kann nur in gemeinsamer Vernetzung und Kooperation gelingen.



FRAGEN ...

- Wie können hoch belastete Familien frühzeitig in der Schwangerschaft erkannt und motiviert werden, an dem Frühinterventionsprogramm STEEP™ teilzunehmen?
- Kann das STEEP™-Programm als langfristiges Frühinterventionsprogramm in die Regelfinanzierung integriert und dem Bedarf angepasst werden?
- Können Früherkennungsmöglichkeiten ergänzt und optimiert werden?
- Welche Vernetzungsstrukturen bestehen oder können aufgebaut werden?

... UND WEGE ZU DEN ANTWORTEN

Um das Frühinterventionsprogramm STEEP™ zu evaluieren, wurde ein Längsschnittsdesign geplant. Innerhalb der Projektzeit sollte – möglichst schon in der Schwangerschaft – die erste Erhebung stattfinden, weitere, wenn das Kind ein und zwei Jahre alt ist. Es wurden Fragebögen und Interviews mit den Eltern zu ihrer Biographie, ihrem Erleben und ihrer emotionalen Belastung eingesetzt. Bei den Kindern wurden deren Entwicklung und Bindungsqualität überprüft. Gleichzeitig konnten mehrere unterschiedliche Eltern-Kind-Interaktionen videografiert werden. Der Schwerpunkt der Datenerhebung lag auf der Erfassung der Bindungserfahrung der Mutter und des Kindes sowie der Interaktion hinsichtlich der kindlichen Kommunikationsbereitschaft und der Feinfühligkeit der Eltern.

Interviews und Fragebögen mit den STEEP™-Mitarbeiterinnen und den Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern sowie die Qualifizierung der Fachleute und ihre Erfahrungen mit einem Früherkennungsbogen wurden ausgewertet.

AUSGEWÄHLTE ERGEBNISSE

- Neunzehn Familien mit einer Kumulation von Risikofaktoren konnten in Brandenburg mit dem STEEP™-Programm erreicht und über einen längeren Zeitraum begleitet werden. Eltern konnten in ihren erzieherischen Fähigkeiten gestärkt werden. Die kindliche Entwicklung wurde unterstützt und eine In-Obhut-Nahme fast immer verhindert. Die Kontrollgruppe besteht bisher aus vierzehn Familien.
- Das STEEP™-Programm wurde als ein spezifisches Angebot über die Hilfen zur Erziehung finanziert und teilweise im Rahmen eines Pauschalfinanzierungskonzeptes oder als Hilfen zur Erziehung im Rahmen der Sozialpädagogischen Familienhilfe etabliert.
- Das STEEP™-Programm musste den Bedürfnissen und Belastungen der Familie angepasst werden. Gruppensitzungen und Einzelberatungen wurden je nach familiärer Situation erhöht.

- Netzwerkaktivitäten konnten begleitet, der Aufbau einer Koordinierungsstelle „Frühe Hilfen“ unterstützt und eine Arbeitsgruppe „Frühe Hilfen“ mitinitiiert werden.
- Fachkräfte wurden im Bereich Früherkennung qualifiziert. Die Erprobung eines Früherkennungsbogens führte zu weiteren Differenzierungen im Bereich der Erfassung von Risikokonstellationen bei Kindeswohlgefährdung. Dieser Prozess hält an.

Tabelle 1: Risikofaktoren

| | Interventionsgruppe (n=19) | Kontrollgruppe (n=14) |
|---------------------|----------------------------|-----------------------|
| Alter der Mutter | <18 | 15,8 |
| | 18-24 | 73,7 |
| | >25 | 10,5 |
| Sozialer Status | niedrig | 94,7 |
| | mittel | 5,3 |
| | hoch | 0,0 |
| Ausbildung | keine | 36,8 |
| | 9./10. Klasse | 63,2 |
| | Beruf | 0,0 |
| Totaler Stressindex | niedrig | 0,0 |
| | mittel | 10,5 |
| | hoch | 89,5 |

Angaben in Prozent

EINSCHRÄNKUNGEN

Zur Zeit gibt es vor Ort nur vereinzelt ausgebildete STEEP™-Begleiterinnen, die diese Arbeit in ihren beruflichen Alltag etablieren können. Die meisten Fachkräfte haben neben der STEEP™-Intervention weitere berufliche Aufgaben, welche die STEEP™-Arbeit erschweren. Das langfristige, über zwei Jahre angelegte Konzept stellt sowohl für Eltern und Beraterinnen sowie deren Institutionen, als auch für die Behörde eine Herausforderung dar. Die intensive kontinuierliche Arbeit mit hoch belasteten Familien fordert ein hohes emotionales Engagement und eine fundierte fachliche Qualifizierung. Die Erfolge rechtfertigen den finanziellen Einsatz der Methode.

In Brandenburg gibt es parallel aufgebaute Vernetzungsstrukturen und Vernetzungsaktivitäten, ausgehend vom Gesundheitswesen oder von der Jugendhilfe. Einzelne Landkreise und Städte haben sich an unterschiedlicher Stelle engagiert und verfolgen verschiedene Wege der „Frühen Hilfen“. Gemeinsame Netzwerkaktivität braucht deshalb Zeit.

Bei Familien mit besonders hoher psychosozialer Belastung, die das Wohl des Kindes nicht sicher oder dauerhaft gewährleisten können, sind umfassendere Hilfestellungen notwendig. Hier reicht alleine die STEEP™-Intervention mit ihrem spezifischen Fokus auf die Eltern-Kind-Beziehung nicht aus. Auch die Voraussetzung der Freiwilligkeit ist nicht immer gegeben.

FAZIT

Es braucht

- flexible, umfassende Indikationsstellungen und angepasste Hilfeleistungen im Prozess,
- kurzfristig angesetzte Hilfeplanung mit schnellen Informations- und zentrierten Kommunikationswegen in einem überschaubaren Kooperationskreis,
- spezifische Identifizierung und Differenzierung des Hilfebedarfs – bezogen auf die schnellen Veränderungsprozesse innerhalb der Familien bei einer Zuspitzung der Gefährdungssituation,
- anhaltende Kooperation zwischen unterschiedlichen Helfersystemen und Bereitstellung von Ressourcen,
- Zeit und Auseinandersetzung für ein einheitliches Konzept der Früherkennung und Etablierung von Routinen,
- Zeit, damit die unterschiedlichen regionalen Netzwerke sich selbst etablieren können,
- besondere finanzielle, personelle und zeitliche Sicherheit für ein auf lange Interventionszeit ausgerichtetes Konzept mit hoher Intensität,
- gut qualifizierte STEEP™-Mitarbeiterinnen und kontinuierlich begleitende Supervision und Selbsterfahrung.



Prof. Dr. Christiane Ludwig-Körner
Fachhochschule Potsdam, Fachbereich
Sozialwesen



Dipl. Psych. Bärbel Dercksen
Fachhochschule Potsdam, Fachbereich
Sozialwesen



HAMBURG

WIE ELTERN SCHAFT GELINGT

INTERVENTION

WIE ELTERN SCHAFT GELINGT (WIEGE – STEEP™)

STEER™ (Steps towards effective and enjoyable parenting) ist ein in den USA seit Jahren erfolgreich erprobtes Programm. Es setzt darauf, hoch belastete Familien auf das Zusammensein mit ihrem Kind vorzubereiten und mithilfe von Videoaufnahmen („Seeing is believing“) von Eltern-Kind-Interaktionen ein gelungenes, einfühlsames Verhalten zu erkennen und zu festigen.

Zielgruppen

- risikobelastete werdende Eltern und Familien mit Säuglingen und Kleinkindern von null bis drei Jahren mit Clearing-Bedarf
- hoch risikobelastete Eltern-Kind-Paare mit HzE-Bedarf
- hoch risikobelastete Eltern-Kind-Paare mit STEEP™-Beratung

Angebote und Hilfen

STEER™ ist ein komplexes bindungstheoretisch basiertes Frühinterventionsprogramm, das auf unterschiedlichen Ebenen ansetzt und die Eltern-Kind-Beziehung zum Fokus hat:

Verhaltensebene: Der Umgang von Eltern mit ihrem Kind wird auf Video aufgenommen, das Ergebnis gemeinsam betrachtet („Seeing is believing“).

Repräsentationsebene: Modelle der Eltern, die meist aus ihrer eigenen Kindheit stammen, werden in ihrer Auswirkung auf den konkreten Umgang mit dem Kind aufgespürt („Looking back, moving forward“).

Soziale Unterstützung: Wird nicht nur von professionellen Helfern, sondern auch von anderen „Müttern“ (Gruppenangebote) geleistet.

Beratende Beziehung: Der besondere Anspruch besteht im Finden einer Balance zwischen einer stimmigen Zugewandtheit und der gebotenen Distanz.

Kooperationspartner/-innen

HAW Hamburg; Asklepios Kliniken HH GmbH (Klinik Nord, Heidelberg); Dezernat Soziales, Jugend und Gesundheit, HH; Gesundheitsförderung, HH; Fachamt Sozialraummanagement, HH; Koordinator Kinderschutz, Frühe Hilfen ASD HH Nord; Beratungsstelle nullbisdrei, HH; Abendroth-Haus, HH; Erziehungshilfe e.V., HH; Zentrum für Alleinerziehende des LEB HH Hohe Liedt; Augenblicke e.V., HH; mamamia e.V., HH

Träger

HAW Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales, Hamburg

Finanzierung

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme“. Die Mittelvergabe erfolgt über das NZFH.

WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITUNG

WIE ELTERN SCHAFT GELINGT (WIEGE – STEEP™)

Wie Elternschaft gelingt (WIEGE) ist ein Evaluations- und Vernetzungsprojekt mit dem Ziel der frühzeitigen Identifikation hoch belasteter werdender Eltern und der erfolgreichen Implementierung des präventiven bindungstheoretisch fundierten Eltern-Kind-Programms STEER™.



Neben der Überprüfung von Instrumenten zur Einschätzung von Risiken unter Einbeziehung psychosozialer Ressourcen auf ihre Praxistauglichkeit liegt das Hauptaugenmerk auf der Überprüfung der Wirksamkeit von STEER™. Darüber hinaus wird untersucht, welche Faktoren zur Wirksamkeit beitragen.

Träger

HAW Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales, Hamburg

Finanzierung

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme“. Die Mittelvergabe erfolgt über das NZFH.



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend



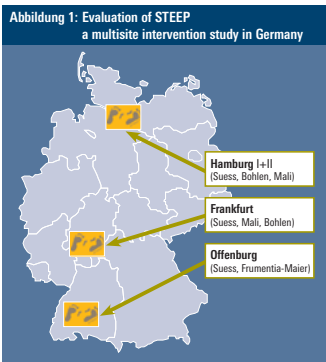
Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung



Deutsches
Jugendinstitut

AUSGANGSLAGE

Im Rahmen der Entwicklung und Erprobung von Früherkennungsroutinen nach dem Ulmer Risikoscreeninginventar wurden umfangreiche Trainingsprogramme durchgeführt und gezielt Praxiseinrichtungen in der Durchführung begleitet. Durch den Aufbau verbindlicher Kooperationsbeziehungen zwischen Jugendhilfe und Gesundheitssystem soll gewährleistet werden, dass insbesondere Kindern in Hochrisikokonstellationen ein frühzeitiger und systematischer Zugang zu Frühen Hilfen ermöglicht wird und Strategien der Frühprävention und Frühintervention optimiert werden.



Seit 2004 wird STEEP™ an den Standorten Hamburg, Offenburg und Frankfurt in Praxiseinrichtungen eingeführt. Im Rahmen der Evaluation wurden längsschnittlich zu mehreren Messzeitpunkten bei einer Interventions- und einer Kontrollgruppe (TAU-Gruppe) Daten vergleichbar an den verschiedenen Standorten erhoben. Die Mütter der Interventionsgruppe wurden im letzten Drittel der Schwangerschaft bis max. 3 Monate nach Geburt des Kindes und die Mütter der TAU-Gruppe zum ersten Geburtstag ihres Kindes rekrutiert.

ZIELE UND FRAGEN ...

Die Ziele im Einzelnen:

- Implementierung von STEEP™ als evidenzbasierte Hilfeform in der Jugendhilfe im Rahmen der Hilfen zur Erziehung
- Entwicklung und Erprobung von Routinen zur Früherkennung und Überleitung an der Schnittstelle vom Gesundheitssystem in die Jugendhilfe
- Überprüfung der Wirksamkeit von STEEP und die Identifizierung von besonderen Wirkfaktoren

... UND WEGE ZU DEN ANTWORTEN

Berichtet wird über eine Stichprobe mit N=58 in der Interventions- und N=12 in der TAU-Gruppe. In der Interventionsgruppe lag der erste Messzeitpunkt zu Beginn der Intervention, der zweite folgte nach einem Jahr, der dritte nach Abschluss der Intervention. In der Kontrollgruppe wurden zu zwei Zeitpunkten Daten erhoben, im Kindesalter von 1 bzw. 2 Jahren. Die Mütter der Interventionsgruppe waren zum Zeitpunkt der Geburt maximal 25 Jahre alt (ein Viertel war minderjährig), 80 bzw. 90% waren alleinerziehend und lebten von Sozialtransferleistungen. Ein Drittel der Mütter hatte keinen Schulabschluss und über 70% erhielten Hilfen zur Erziehung.

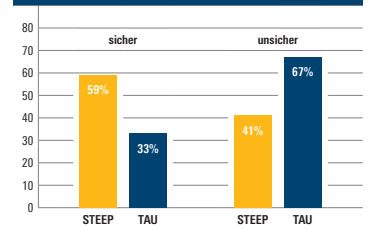
Es wurden komplexe Bindungs- und Interaktionsmaße sowie Maße zur Stress- und psychischen Belastung der Mütter erhoben. Die Datenerhebung beinhaltete: den Bindungshintergrund der Beraterinnen und Mütter anhand des Adult Attachment Projective, die Bindungsmuster der Mutter-Kind-Beziehungen mit 12 Monaten anhand der Fremden Situation nach Ainsworth, die elterliche Stressbelastung (Parenting Stress Index), die Erziehungsvorstellungen (Adult Adolescent Parenting Inventory) und die Depressivität der Mütter (Edinburgh Postnatal Depression Scale).

AUSGEWÄHLTE ERGEBNISSE

Mütter in der Treatment-Gruppe zeigten signifikant mehr sichere Bindungsbeziehungen (59%) zu ihren einjährigen Kindern im Vergleich zur TAU-Gruppe (33%) ($p=0,054$, 1-seitig). Dieser Effekt wurde wahrscheinlich moderiert durch den Bindungshintergrund der Beraterinnen: Sichere STEEP™-Beraterinnen waren erfolgreicher darin, sichere Eltern-Kind-Bindungen zu fördern ($p<0,05$). Alter der Mütter bei Geburt ihrer Kinder, Bildungsgrad, Alleinerziehenden-Status und Diagnosen einer seelischen Erkrankung zeigen, dass beide Gruppen vergleichbar sind.

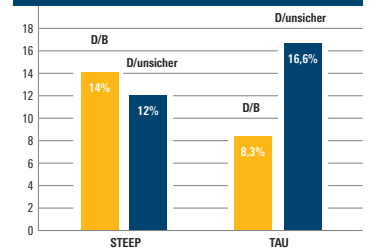
Ein globales Maß zum Risiko-status weist darauf hin, dass sich Mütter der Interventionsgruppe sogar mehr Risiken zu stellen haben. Dies spricht dafür, dass die gefundenen Unterschiede einen Effekt der STEEP-Intervention darstellen. Treatment- und Kontrollgruppe unterscheiden sich jedoch nicht signifikant hinsichtlich des Anteils an desorganisierten Eltern-Kind-Bindungen. Jedoch gab es in der TAU-Gruppe mehr Mutter-Kind-Paare, die eine Desorganisation auf Grundlage einer unsicheren Bindung zeigten, was als ein größeres Risiko für die weitere kindliche Entwicklung anzusehen ist.

Abbildung 2: Verteilung der Bindungsmuster (Fremde Situation im 12-Monats-Alter der Kinder)



TAU: Kontrollgruppe (Treatment as Usual)
 STECP: Interventionsgruppe
 sicher: sichere Eltern-Kind Bindung (B)
 unsicher: unsichere Eltern-Kind Bindung (A,C,D)

Abbildung 3: Verteilung desorganisierter Bindungsmuster im 12-Monats-Alter der Kinder



TAU: Kontrollgruppe (Treatment as Usual)
 STECP: Interventionsgruppe
 D/B: Desorganisiert/sichere Bindungsqualitäten
 D/unsicher: Desorganisiert/unsichere Bindungsqualitäten (A,C)

EINSCHRÄNKUNGEN

Innerhalb einer Kooperation von Jugendhilfe, Gesundheitsförderung und einer Entbindungsklinik in Hamburg Nord wurden Routinen für die Früherkennung und Überleitung von hoch belasteten Familien vom Gesundheits- in das Jugendhilfesystem entwickelt, erprobt und durch das Projekt BAMBINI Erfolg versprechend konzeptionell verankert. Dieses Vorgehen erfordert von den Kooperationspartnern ein Umdenken, da die Rekrutierung dieser Zielgruppe an dieser Schnittstelle (Geburtsanmeldung/Entbindung) persönliche und sachliche Ressourcen erfordert, die über das bisherige Maß hinausgehen.

FAZIT



STEEP™ wurde an mehreren Standorten im Bundesgebiet erfolgreich von engagierten Trägern der Jugendhilfe als Hilfen zur Erziehung implementiert und mit Leistungsvereinbarungen abgesichert. Die vorläufigen Ergebnisse der Evaluationsstudie geben klare Hinweise auf die Wirksamkeit des Interventionsprogramms.

Es zeigt sich, dass mehr junge hoch belastete

Mütter im zweijährigen STEEP™-Programm sichere Bindungsbeziehungen zu ihren Kindern entwickelten, als dies bei Müttern der Kontrollgruppe der Fall war. Die Unterstützung von Müttern in Richtung höherer Feinfühligkeit und größerer Reflektion, wie es im STEEP™-Programm geschieht, scheint aber nicht ausreichend zu sein, um Bindungsdesorganisation zu verhindern. Obgleich die Ergebnisse auf kleinen Stichproben basieren, sind sie informativ für eine Verbesserung von Interventionsstrategien. Es bedarf einer stärkeren Fokussierung in der Weiterbildung und Supervision der Beraterinnen auf die der Entwicklung von Bindungsdesorganisation zugrunde liegenden Mechanismen.

Literatur:

Erickson, M.F., Egeland, B. (2009). Die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung. Frühe Hilfen für die Arbeit mit Eltern von der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes durch das STEEP™-Programm. Klett-Cotta Stuttgart.

Suess, G.J., Bohlen, U., Mali, A., Maier, F. (2010). Erste Ergebnisse zur Wirksamkeit Früher Hilfen aus dem STEEP-Praxisforschungsprojekt (WIEGE). Bundesgesundheitsblatt.

Suess, G.J., Bohlen, U., Mali, A. (2010). What works in attachment based early intervention? Results of a multisite longitudinal intervention study with young high-risk mothers using the STEEP™-program. Poster presentation at the 12th World Congress of the World Association for Infant Mental Health. 2010 Leipzig.



Leitung:



Prof. Dr. Gerhard J. Suess

Hochschule für Angewandte Wissenschaften, HAW Hamburg, Fak. Wirtschaft und Soziales, Dep. Soziale Arbeit

Mitarbeiterinnen:



Dipl.-Soz.-Päd. Agnes Mali

Hochschule für Angewandte Wissenschaften, HAW Hamburg, Fak. Wirtschaft und Soziales, Dep. Soziale Arbeit



Dipl.-Psych. Uta Bohlen

Hochschule für Angewandte Wissenschaften, HAW Hamburg, Fak. Wirtschaft und Soziales, Dep. Soziale Arbeit



**Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg**

Hamburg University of Applied Sciences

HESSEN | SAARLAND

KEINER FÄLLT DURCHS NETZ (KFDN) – FRÜHE INTERVENTIONEN FÜR FAMILIEN (PFIFF)

INTERVENTION

KEINER FÄLLT DURCHS NETZ (KFDN)

Das Projekt „Keiner fällt durchs Netz (KFDN)“ richtet sich an werdende Mütter und Väter bzw. Eltern von Neugeborenen. Ein spezieller Fokus liegt dabei auf Familien mit besonderen Belastungen. Auf den Geburtshilfe-Stationen in den acht Projektlandkreisen werden Eltern mithilfe einer Risikocheckliste für zwei Interventionsformen, entweder für eine Elternschule (nicht oder nur leicht belastete Familien) und/oder für eine Begleitung durch eine Familienhebamme (stark belastete Familien), ausgewählt. In allen Landkreisen werden Koordinationsstellen und ein „Netzwerk für Eltern“ etabliert, in dem die Vertreterinnen und Vertreter der Frühen Hilfesysteme zusammenarbeiten. Ferner bietet ein Team des Universitätsklinikums Heidelberg den Hebammen regelmäßige Supervisionen an.

Zielgruppen

Familien im Projektgebiet mit deutlichem Schwerpunkt auf besonders belasteten Familien. Zeitraum: 1. Lebensjahr des Kindes, danach Sicherstellung der Weitervermittlung.

Angebote und Hilfen

- Schritt 1:** Von den Teams auf den Geburtsstationen werden denjenigen Eltern Familienhebammen vermittelt, die sich nicht bereits aus eigener Initiative um Unterstützung durch eine Hebamme bemüht haben.
- Schritt 2:** Allen Eltern wird die Elternschule „Das Baby verstehen“ zur Stärkung der elterlichen Sicherheit angeboten. Besonders belastete Familien erhalten Hausbesuche durch eine Familienhebamme über das gesamte erste Lebensjahr.
- Schritt 3:** In Fällen, in denen die Familienhebammen im Laufe dieses Jahres mithilfe eines Screenings Risikokonstellationen identifizieren, werden die Familien an die bestehenden Hilfeinrichtungen vermittelt.

Standorte

Landkreise Offenbach und Bergstraße (Hessen), alle sechs Landkreise des Saarlandes (St. Wendel, Saarlouis, Merzig-Wadern, Neunkirchen, Saarpfalz-Kreis und Regionalverband Saarbrücken)

Kooperationspartner/-innen

Jugend- und Gesundheitsämter der beteiligten Projektlandkreise, Focus Familie gGmbH, hessenstiftung – familie hat zukunft

Träger

- Saarländisches Ministerium für Arbeit, Familie, Prävention, Soziales und Sport
- hessenstiftung – familie hat zukunft
- Universitätsklinikum Heidelberg, Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie

Finanzierung

Ministerium für Bildung, Familie, Frauen und Kultur des Saarlands, hessenstiftung sowie die Modellstandorte. In Hessen übernehmen die Krankenkassen einen Großteil der Kosten für das Elternseminar.

WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITUNG

FRÜHE INTERVENTIONEN FÜR FAMILIEN (PFIFF)

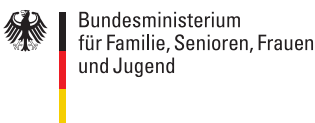
Die Evaluationsstudie „Frühe Interventionen für Familien – PFIFF“ untersucht die Wirksamkeit der im Praxisprojekt durchgeführten Interventionen bei Risikofamilien. In der Studie soll überprüft werden, ob die Maßnahmen mit Elternschule und zusätzlichen Hausbesuchen durch die Familienhebammen über ein Jahr einen signifikanten Effekt zeigen. Die kontrollierte Studie wird unter naturalistischen Bedingungen durchgeführt.

Träger

- Saarländisches Ministerium für Bildung, Familie, Frauen und Kultur
- Hessisches Sozialministerium
- Universitätsklinikum Heidelberg, Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie

Finanzierung

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme“. Die Mittelvergabe erfolgt über das NZFH.



AUSGANGSLAGE

Ausgehend von sowohl internationalen als auch kontrollierten deutschsprachigen Studien zu Risikofamilien besteht allgemeiner Konsens darüber, dass Kinder, die in solche Familien geboren werden, besonders unterstützt werden müssen, um angemessene Umgebungs- und Reifungsbedingungen zu erhalten.

Der hohe Kostenaufwand für die Implementierung von „Keiner fällt durchs Netz“ in mehreren bundesdeutschen Regionen erscheint allerdings nur dann gerechtfertigt, wenn dieses Vorhaben von einer evaluativen Begleitforschung flankiert wird. Nur über eine solche kann geklärt werden, ob sich dieses Frühförderprogramm (KFEDN) sowohl auf die Eltern als auch die Kinder positiv auswirkt und dabei in Deutschland mit seiner vergleichsweise guten sozialstaatlichen Grundversorgung positive Effekte erzielt. Am Institut für Familientherapie wird die Begleitstudie in Form des Projekts „Frühe Interventionen für Familien – PFIFF“ durchgeführt.

Durch die Durchführung des Projektes erhoffen wir uns Aussagen darüber treffen zu können, was im Einzelnen zum Erfolg der Frühförderung beiträgt und welche Maßnahmen weniger zu empfehlen sind. Unsere umfangreiche Begleitforschung, die als kontrollierte Studie unter naturalistischen Bedingungen konzipiert ist, setzt sich dementsprechend aus einer Prozess- und einer Ergebnisevaluation zusammen. Im Rahmen unserer Prozessevaluation sollen die einzelnen Abläufe im Projektverlauf evaluiert werden. In der Ergebnisevaluation soll die Wirksamkeit der Interventionsangebote bewertet werden, welche sich nach drei Bereichen (Eltern, Kinder und Eltern-Kind-Interaktion) untergliedern lassen.

FRAGEN ...

Die zentrale Forschungsfragestellung betrifft die Wirksamkeit von „Keiner fällt durchs Netz“. Nach einer Intervention über ein Jahr wird im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ein signifikanter Effekt in den folgenden Bereichen erwartet:

- angemessener Entwicklungsstand der Säuglinge, vor allem in den Bereichen der sozialen Entwicklung und der Kommunikation,
- niedrigeres Risiko der Kindeswohlgefährdung,
- niedrigeres Risiko der mütterlichen Stressbelastung,
- niedrigere Ausprägungen der depressiven Symptomatik,
- größere elterliche Kompetenz.



... UND WEGE ZU DEN ANTWORTEN

INSTRUMENTE

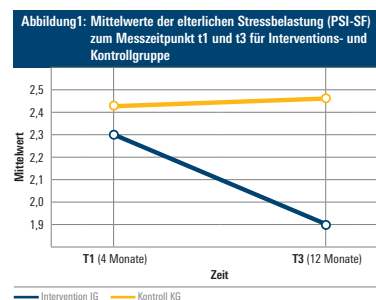
- Entwicklungsstand des Kindes: Ages & Stages Questionnaire (ASQ, Squires et al. 1999)
- Risiko für eine Gefährdung des Kindeswohls: Eltern-Belastungs-Screening zur Kindeswohlgefährdung (EBKS, Deegener et al. 2009)
- Elterliche Stressbelastung: Parenting Stress Index Kurzversion (PSI-SF, Abidin, 1995)
- Postpartale depressive Symptomatik: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS, Cox et al., 1987)

STICHPROBE

- Vergleich der Interventionsgruppe (IG) mit der Kontrollgruppe (KG)
- Stichprobe Interventionsgruppe t1: N=284, zu t3: N=137.
- Alter der Kinder t1: 19 Wochen, zu t3 12 Monate
- Alter der Mütter t1: im Durchschnitt 26,5 Jahre
- Familienstand t1: 38% der Mütter ledig (69% geben jedoch eine Partnerschaft mit dem Vater des Kindes an)
- Bildungsstand t1: 13% kein Schulabschluss – 47% Hauptschulabschluss
- Einkommen t1: Bei 49% der Haushalte betrug das Monatseinkommen unter 1000 Euro

AUSGEWÄHLTE ERGEBNISSE

ASQ Skala „Soziale Entwicklung“: T-Test zu t3 erbrachte einen signifikanten Effekt ($t=2.4, p=.018$) zugunsten der IG ($M=48.6, SD=11.1$) im Vgl. zu KG ($M=43.6, SD=13.1$), die Effektstärke betrug $d=0.40$. 7.5% der Kinder in der IG lagen unter dem cut-off-Wert im Vgl. zu 16.7% der Kinder in der KG. Andere ASQ-Skalen: n. s.



EBKS: T-Test des Risikos für eine Kindeswohlgefährdung zu t3 erbrachte keinen signifikanten Effekt. Die IG erzielte vergleichbare Risikowerte ($M=173, SD=46$) wie KG ($M=167, SD=30.6$). Über dem cut-off-Wert 207 (sehr starke Belastung) lagen in der Gesamtstichprobe 11,5% der Mütter.

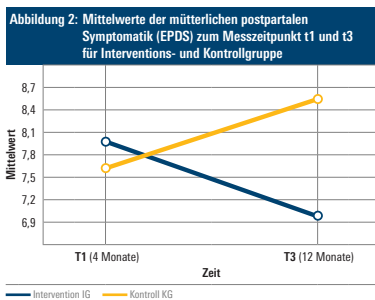
PSI-SF: Eine ANOVA für die elterliche Stressbelastung mit Messwiederholung (t1 und t3) und der Gruppe als Faktor erbrachte einen signifikanten F-Wert für den Interaktionseffekt zwischen Zeit und Gruppe [$F(1, 116)=6.5, p=.012$] und für den Haupteffekt der Zeit [$F(1, 116)=5.7, p=.018$]. Mittelwertunterschied zu t3 ($M=1.9$ in IG vs. $M=2.4$ in KG), Effektstärke $d=0.72$.

EINSCHRÄNKUNGEN

- Die Daten zu t3 sind noch nicht vollständig erhoben, es handelt sich lediglich um Zwischenergebnisse.
- Die EBKS in vorliegenden Ergebnissen schätzt das Risiko für eine Kindeswohlgefährdung eher konservativ ein, d.h. das Risiko wird vermutlich unterschätzt. Darüber hinaus liegen keine Daten für Risiken der Kindeswohlgefährdungen zu t1 vor.
- Die Einschätzung des Entwicklungsstandes der Kinder (ASQ) basiert auf den Auskünften der Eltern.
- Die Ergebnisse zum Hauptkriterium der Wirksamkeit von KFDN, der mütterlichen Sensitivität, liegen noch nicht vor.

FAZIT

- Unsere bisherigen Ergebnisse weisen auf die Wirksamkeit von KFDN in bestimmten Bereichen hin im Bezug auf die Belastung der Mütter und auf den Entwicklungsstand der Kinder. Die Effektstärken zugunsten der Interventionsgruppe im Querschnittvergleich (Post-Erhebung) liegen im schwachen bis mittleren Bereich.
- Ein besonders ausgeprägter Effekt der Intervention ($d=0.72$) wurde im Bereich der elterlichen Stressbelastung (PSI) erzielt. **In der Interventionsgruppe ist die empfundene Stressbelastung nach der Beendigung der Intervention zurückgegangen**, während sie in der Kontrollgruppe gleich geblieben ist.
- Die depressive Symptomatik ist in der Interventionsgruppe **nach der Beendigung der Intervention zurückgegangen**, während sie in der Kontrollgruppe gestiegen ist.
- Bezüglich des Entwicklungsstandes des Kindes wurden, wie erwartet, vor allem in dem Bereich der sozialen Entwicklung bessere Werte in der Interventionsgruppe erzielt, während sich die Kommunikation in den beiden Gruppen nicht voneinander unterschied. Generell ist anzumerken, dass die Kinder in unserer Stichprobe insgesamt gut entwickelt waren. Die Anzahl der Kinder, die unter dem bedenklichen cut-off liegen, variiert je nach Skala von 0% bis 13%, wobei die besten Werte bei den Skalen Fein- und Grobmotorik erzielt wurden. Literaturkonform (Squires et al., 1999) ist dennoch davon auszugehen, dass der negative Einfluss eines belasteten Umfeldes auf die kindliche Entwicklung erst ab dem Kindergartenalter (ab 3 Jahre) feststellbar wird. Ähnlich ist zu vermuten, dass weitere positive Effekte der Intervention in der 1-Jahres-Katamnese nachweisbar werden.
- Innerhalb des erfassten Zeitraumes lassen sich keine Effekte auf das **Risiko für eine Kindeswohlgefährdung** innerhalb der Interventionsgruppe nachweisen.



Leitung:

Prof. Dr. Manfred Cierpka
 Universitätsklinikum Heidelberg, Institut für
 Psychosomatische Kooperationsforschung und
 Familientherapie

Mitarbeiter/-innen:

**Dr. Anna Sidor, Dr. Andreas Eickhorst,
 Dr. Elisabeth Kunz, Dr. Daniel Schweyer**
 Universitätsklinikum Heidelberg, Institut für
 Psychosomatische Kooperationsforschung und
 Familientherapie



MECKLENBURG-VORPOMMERN

CHANCEN FÜR KINDER PSYCHISCH KRANKER UND/ODER SUCHTBELASTETER FAMILIEN

INTERVENTION UND VERNETZUNG CHANCEN FÜR KINDER PSYCHISCH KRANKER UND/ODER SUCHTBELASTETER ELTERN

Ziel des Modellprojekts ist die Etablierung eines möglichst niedrigschwelligen Angebots für die Zielgruppe psychisch kranker Eltern mit Säuglingen bzw. Kleinkindern. Der Fokus liegt dabei auf einer frühen Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen und auf der Prävention von daraus resultierender Vernachlässigung und Gefährdung des Kindes. In diesem Zusammenhang wird auch die Installierung eines Koordinierungskreises „Kindeswohl“ angestrebt.

Zielgruppen

- Kinder psychisch kranker und alkoholerkrankter Mütter und Väter im Alter von null bis drei Jahren
- Eltern mit psychischen Auffälligkeiten und Störungen und/oder auffälligem Alkohol-/Drogenkonsum
- Teenagereltern

Angebote und Hilfen

Beratungsstelle Rückenwind: telefonische Beratung (auch anonym); aufsuchende Beratung/Hausbesuche; Beratung per E-Mail; Einzelgespräche für Eltern, Kinder und Angehörige; Familiengespräche; Vermittlung/Begleitung in weitere Hilfeangebote; Aufbau Therapiemotivation; Entwicklung neuer individueller Angebote

AWO – Soziale Dienste gGmbH: aufsuchende Beratung; Hausbesuche; Screening/Care-Index; Einzel-, Paar- und Familiengespräche; Fachteam „Frühe Hilfen“; Vermittlung/Begleitung in passende Unterstützungsangebote; Entwicklung neuer individueller Angebote

Kooperationspartner/-innen

Jugendämter, Gesundheitsämter, Freie Träger der Jugendhilfe, Kinderärzte, Hebammen, Familienbildungsstätten, Helios-Kliniken Schwerin, Krankenhaus West Stralsund, AWO Kreisverband Schwerin, Beratungsstelle Rückenwind Greifswald

Träger

Universitätsklinikum Greifswald, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, AWO – Soziale Dienste gGmbH Westmecklenburg, Schwerin

Finanzierung

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme“. Weitere Mittel stammen vom Land Mecklenburg-Vorpommern und der Stadt Schwerin.

WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITUNG CHANCEN FÜR KINDER PSYCHISCH KRANKER UND/ODER SUCHTBELASTETER ELTERN

Kinder psychisch kranker und/oder suchgefährdeter Eltern stellen eine Hochrisikogruppe für Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung dar. Darüber hinaus ergibt sich für diese Gruppe innerhalb unseres Versorgungs- und Beratungssystems eine gravierende Schnittstellenproblematik, da das allgemeine und das medizinische Versorgungssystem den Kinder- und Jugendbereich und das Erwachsenenalter in verschiedenen Segmenten abbilden. Ziel der Wirkungsevaluation „Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchbelasteter Eltern“ ist deshalb die qualitative und quantitative Überprüfung der Qualität des mit dem Projekt angestrebten Vernetzungsprozesses und die Messung der Interventionseffekte.

Kooperationspartner/-innen

Arbeitsgruppe Prof. Dr. J. M. Fegert, Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Ulm

Träger

- Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie, Ulm
- Universitätsklinikum Greifswald, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Finanzierung

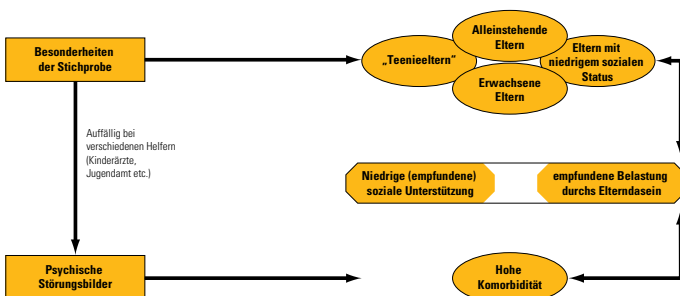
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme“. Die Mittelvergabe erfolgt über das NZFH.

AUSGANGSLAGE

Kinder psychisch kranker und/oder suchtgefährdeter Eltern stellen eine Hochrisikogruppe für Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung dar. Empirisch belegt ist, dass dabei insbesondere die Kinder psychisch kranker Eltern kaum in den Fokus präventiver Bemühungen gelangen. Dies liegt zum Teil an der krankheitsbedingten Unfähigkeit der Eltern, sich aktiv um Hilfe zu bemühen und zum anderen an einem Mangel geeigneter Therapieangebote. Hier können niederschwellige und individuell angepasste Hilfsangebote eine entscheidende Rolle übernehmen. Um den präventiven Charakter beizubehalten, ist es zudem wichtig, die Intervention möglichst früh anzusetzen.

Für unser Modellprojekt, das sowohl einen Praxisteil als auch wissenschaftliche Begleitung und Evaluation enthält, wurden mit Schwerin und Greifswald zwei Standorte gewählt, die sowohl die Region Mecklenburg (Schwerin – städtische Region) als auch die Region Vorpommern (Greifswald – ländliche Region) abdecken. Dieses Vorgehen ermöglicht ein ganzheitlicheres Abbild des Bundeslandes. Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Zielgruppen des Projekts und ihre Besonderheiten.

Abbildung 1: Zielgruppe Eltern mit 0- bis 3-jährigen Kindern



FRAGEN ...

Folgende Fragen sollen mithilfe des Modellprojekts beantwortet werden:

- Welche Interventionseffekte zeigen sich hinsichtlich der psychischen Symptomatik, Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit?
- Welche Vernetzungsprozesse innerhalb des Versorgungssystems finden statt?
- Wie gut sind die Angebote der Jugend- und Gesundheitshilfe miteinander koordiniert (qualitative und quantitative Überprüfung des Vernetzungskonzeptes hinsichtlich der Praxistauglichkeit und Wirksamkeit)?

... UND WEGE ZU DEN ANTWORTEN

In die Untersuchungen wurden Eltern einbezogen, die mindestens ein Kind im Alter von 0 Monaten bis 3 Jahren hatten. Der Zugang zu dem Projekt verlief über verschiedene Zuweiserinnen und Zuweiser, die psychische Auffälligkeiten bei den Eltern feststellten. Einige kamen auch aus eigener Motivation.

Mithilfe verschiedener Erhebungsinstrumente zur psychischen Symptomatik, zu psychosozialen Faktoren und zur Behandlungszufriedenheit wurde die Situation der Eltern zu zwei Erhebungszeitpunkten (t0 zu Beginn der Intervention, t1 6 Monate nach der Intervention) erfasst.

AUSGEWÄHLTE ERGEBNISSE

Insgesamt sind in die Berechnungen die Daten von 104 Müttern, 7 Vätern und ihren 139 Kindern eingegangen. Im Rahmen dieser Präsentation sollen die Ergebnisse zur psychischen und psychosozialen Situation der Eltern dargestellt werden. Die Mütter hatten zu t0 ein Alter von durchschnittlich 24,7 Jahren. 46,1% (N=48) waren Teenagemütter, also vor dem 20. Geburtstag Mutter geworden. Bei den Vätern waren 42,8% (N=3) bei der Geburt ihres Kindes jünger als 20 Jahre alt. Ihr Durchschnittsalter betrug 25,3 Jahre. Die Kinder hatten zum Zeitpunkt t0 ein durchschnittliches Alter von 15 Monaten, 65,5% der Kinder waren männlich.

Psychische Symptomatik

In Abbildung 2 sind die Häufigkeiten psychischer Störungen zu t0 erhoben und mittels SCL-90-R, DIA-X und SKID abgebildet.

Abbildung 3 gibt die Veränderungen der aktuellen Symptomatik zu t1 an. Es zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten. Auch hinsichtlich der psychosozialen Faktoren der elterlichen Belastung und der sozialen Unterstützung sind signifikante Unterschiede messbar (Abbildung 4).

Abbildung 2: Häufigkeiten psychischer Störungen zu t0

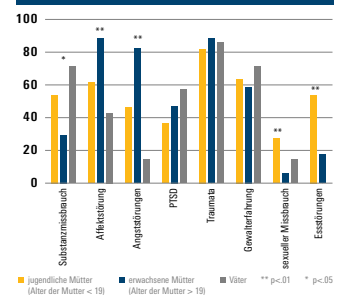


Abbildung 3: Veränderung der Symptomatik: Störungen erhoben mittels SCL-90-R

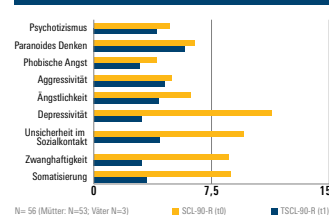
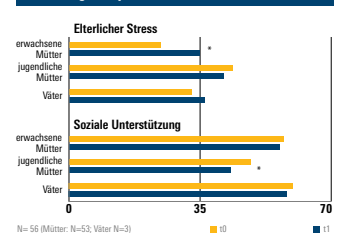


Abbildung 4: Psychosoziale Faktoren



EINSCHRÄNKUNGEN

Ursprünglich war für das Projekt nur die Gruppe psychisch kranker Eltern vorgesehen. Da in Mecklenburg-Vorpommern Teenagerschwangerschaften aber vergleichsweise häufig vorkommen und ein sehr junges Alter der Mutter ebenso wie psychische Erkrankungen als Risiko für die Entwicklung der Kinder gilt, wurde diese Gruppe als Subgruppe mit in die Untersuchungen und in die Berechnungen aufgenommen.

Ferner ist die erhobene Gruppe der Väter nur sehr klein und nicht als repräsentativ anzusehen. Dennoch finden wir ihre Erwähnung besonders wichtig, um diese Gruppe nicht auszuschließen.

Ein weiteres Problem in Mecklenburg-Vorpommern, das auch durch die Forschung belegt wurde, offenbart sich in der niedrigen Inanspruchnahme der Hilfe. Dies liegt vor allem an der Flächencharakteristik des Bundeslandes. Durch die Niedrigschwelligkeit des Projektes soll dem entgegengewirkt werden. Dennoch zeigen sich – vor allem in ländlichen Regionen (Vorpommern) – hohe Drop-Out-Quoten, die besonders durch häufige Umzüge entstehen sowie durch die weite Entfernung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zur nächsten Stadt (zusätzlich gekoppelt mit schlechter Infrastruktur). Es gibt also nur unzureichende Möglichkeiten für die Eltern, die nächste Stadt mit den geeigneten Hilfsangeboten zu erreichen. Deshalb ist hier aufsuchende Arbeit besonders sinnvoll, damit auch diese Eltern die Möglichkeit erhalten, Unterstützungen anzunehmen.

FAZIT

Wie die Daten des ersten Messzeitpunktes belegen, weisen alle in die Stichprobe aufgenommenen Eltern eine sehr hohe psychische Symptomatik auf. Auch wenn es zwischen den einzelnen Gruppen hinsichtlich der Störungsbilder signifikante Unterschiede gibt, ist allen Gruppen gemein, dass in den Biografien Gewalterfahrungen gehäuft auftreten. Besonders erschreckend ist, dass eine große Anzahl der jugendlichen Mütter von sexuellem Missbrauch berichtet. Bezogen auf die Tatsache, dass ein hohes Risiko von Gewalttransfers zwischen den Generationen besteht, bedeutet dies darüber hinaus ein massives Risiko für die Kinder.

Bei den Nachuntersuchungen zeigte sich, dass es signifikante Veränderungen hinsichtlich der aktuellen psychischen Symptomatik der Eltern gab. Besonders die gesenkte Depressivität kann sich dabei positiv auf die Sensitivität der Eltern auswirken. Da diese eine wichtige Voraussetzung für eine sichere Eltern-Kind-Bindung ist, sind die vorliegenden Ergebnisse im Hinblick auf die Entwicklung der Kinder als sehr positiv zu bewerten. Ebenso die verringerte Unsicherheit im Sozialkontakt. Dies ist eine gute Voraussetzung für die Schaffung eines eigenen sozialen Netzwerks. Vor allem jugendliche Mütter berichteten 6 Monate nach Beginn der Intervention von mehr sozialer Unterstützung als zuvor.

Es scheint daher notwendig, künftig besondere Aufmerksamkeit auf die psychisch belasteten jugendlichen Mütter zu legen, da bei diesen eine Vielzahl von Risikofaktoren (hohes Risiko des Gewalttransfers, geringe soziale Unterstützung, hohe elterliche Belastung) kumuliert vorliegen. Die ersten hier dargestellten Daten geben aber bereits Hinweise darauf, dass die Interventionen des Modellprojektes „Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Eltern“ sinnvoll und erfolgreich sind.



Leitung:

Prof. Dr. Harald-Jürgen Freyberger
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald,
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Axel Mielke
AWO – Soziale Dienste gGmbH Westmecklenburg

Mitarbeiterinnen:

Susan Kluth
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald,
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Kathleen Stern
AWO – Soziale Dienste gGmbH Westmecklenburg



NIEDERSACHSEN

FAMILIENHEBAMMEN. FRÜHE UNTERSTÜTZUNG – FRÜHE STÄRKUNG?

INTERVENTION**FAMILIENHEBAMMEN IM LANDKREIS OSNABRÜCK**

Für die Betreuung von Familien in belastenden Lebenslagen bieten Familienhebammen umfassende und vielfältige Unterstützungsangebote. Dabei begegnen sie häufig einer stark ausgeprägten Bereitschaft von Müttern bzw. Eltern und Kindern, die Hebammenhilfe anzunehmen. So können positive Impulse mit nachhaltigen Wirkungen weiterentwickelt werden. Durch eine enge Verzahnung zwischen Gesundheitsdienst und Jugendhilfe wird zudem angestrebt, einer möglichen Kindeswohlgefährdung durch die eigenen Eltern frühzeitig entgegenzuwirken. Darüber hinaus soll das Projekt dazu beitragen, den Kreislauf der sogenannten vererbten Armut und ihrer Symptome aufzubrechen.

Zielgruppen

- Junge Schwangere/Mütter unter 18 Jahren mit Kindern im 1. Lebensjahr
- Alleinerziehende Schwangere/Mütter mit Kindern im 1. Lebensjahr
- Schwangere/Mütter mit Kindern im 1. Lebensjahr, die in einem gewalttätigen Milieu oder mit gewalttätigen Männern leben
- Ausländische Schwangere/Mütter mit Kindern im 1. Lebensjahr mit Zugangsbarrieren durch fehlende Berechtigung sowie kulturellen oder psychologischen Hemmschwellen zum deutschen Gesundheitswesen
- Alkohol-, medikamenten- und/oder von illegalen Drogen abhängige Schwangere und Mütter mit Kindern im 1. Lebensjahr

Kooperationspartner/-innen

Projektbeteiligte Familienhebammen, Landkreis Osnabrück, Fachdienst Jugend, Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Kinderärztinnen und Kinderärzte, Entbindungskliniken, freie Träger der Jugendhilfe

Träger

Deutscher Kinderschutzbund, Osnabrück

Projektleitung

Sigrid Hus-Halstenberg, Dipl.-Sozialarbeiterin und Familientherapeutin

Finanzierung

- Landkreis Osnabrück
- Stiftung Stahlwerk Georgsmarienhütte
- Stiftung der Sparkassen im Landkreis Osnabrück
- RWE Jugendstiftung gGmbH, Essen

Angebote und Hilfen

- Vermittlung von Familienhebammen an bedürftige Familien
- Kontinuierliche Begleitung der Arbeit der Familienhebammen durch Teamsitzungen, Supervisionen, individuelle Beratung und gegebenenfalls Begleitung in die Familien
- Organisation und Unterstützung der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen
- Förderung der interdisziplinären Kooperation durch Herstellen von Kontakten
- Statistische Erfassung ausgewählter Aspekte betreuter Familien

**WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITUNG****FAMILIENHEBAMMEN. FRÜHE UNTERSTÜTZUNG – FRÜHE STÄRKUNG?**

Wenn die Lebenssituation durch schwerwiegende Belastungen wie Armut, Gewalterfahrung oder Drogenkonsum geprägt ist, kann der Einsatz von Familienhebammen positiv wirken. In der wissenschaftlichen Begleitung des Interventionsprojekts „Familienhebammen im Landkreis Osnabrück“ sollen quantitative und qualitative Daten erhoben werden, um einzuschätzen, ob mit dem Einsatz der Familienhebammen das Risiko für Säuglinge und Kleinkinder, zu Schaden zu kommen, vermindert werden kann.

Träger

Universität Osnabrück, FB 8, Gesundheits- und Krankheitslehre & Psychosomatik, Osnabrück

Finanzierung

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme“. Die Mittelvergabe erfolgt über das NZFH.

AUSGANGSLAGE

Familienhebammen sind Hebammen mit einer spezifischen Weiterbildung. Sie werden eingesetzt, um Schwangere und junge Mütter in psychosozial belastenden Lebenslagen bis zu einem Jahr nach der Geburt im Aufbau einer tragfähigen Familienstruktur zu unterstützen. Ergänzend zur üblichen Hebammenbetreuung, die jeder (werdenden) Mutter zusteht, schließt die Arbeit von Familienhebammen weitere Betreuungsmöglichkeiten ein. Dies können beispielsweise Hilfestellungen sein, die den Aufbau einer neuen Tagesstruktur unterstützen oder die Integration der Familie in soziale Netzwerke fördern. Übergreifend zielt die Arbeit von Familienhebammen darauf ab, das Kindeswohl präventiv zu fördern, indem den Frauen bereits in der Schwangerschaft Beratung angeboten wird.

Im Landkreis Osnabrück wurde der Einsatz von 11 Familienhebammen wissenschaftlich begleitet. Eingesetzt wurden Hebammen, die für ihre Arbeit als Familienhebamme die in Niedersachsen übliche Zusatzqualifikation über ca. 170 Stunden bei der Stiftung *Eine Chance für Kinder* erwarben. Der Einsatz freiberuflicher Familienhebammen erfolgte in Anbindung an einen freien Träger mit dem Ziel, mögliche Hemmschwellen gegenüber Personen und Einrichtungen der Jugendhilfe zu umgehen. Der Kinderschutzbund als Beratungsstelle wurde als neutrale Institution betrachtet.

Generell arbeiten Familienhebammen zurzeit in unterschiedlichen Organisationsformen: im Auftrag oder als Angestellte der behördlichen Jugendhilfe zur Betreuung bestimmter Fälle, auf Honorarbasis in Angliederung an einen freien Träger oder direkt in Anbindung an Hebammenpraxen (Stiftung *Eine Chance für Kinder*, 2010). Sie betreuen z.B. Schwangere und Mütter, die

- minderjährig sind,
- alleinstehend sind,
- in einem gewalttätigen Milieu leben,
- aufgrund eines Migrationshintergrundes Hemmschwellen gegenüber dem deutschen Gesundheits- und/oder Jugendhilfesystem haben,
- suchtkrank sind, oder
- an einer psychischen Störung leiden.

FRAGEN ...

Aus der Perspektive des Landkreises Osnabrück sollte im Rahmen der zunächst auf drei Jahre befristeten Projektlaufzeit untersucht werden, ob durch den Einsatz von Familienhebammen das regionale System Früher Hilfen sinnvoll – im Sinne einer Förderung des Kindeswohls – ergänzt werden könnte. Die Studie hinterfragte Aspekte der Akzeptanz, Erreichbarkeit und Vernetzung von Familienhebammen entlang übergeordneter zentraler Forschungsfragen.

Forschungsfragen

- Wird das Angebot der Familienhebammenhilfe von Frauen und Familien in psychosozial belastenden Lebenslagen in Anspruch genommen und akzeptiert?
- Inwieweit gelingt es durch die Arbeit von Familienhebammen, das soziale Netzwerk zu erweitern, bestehende Ressourcen zu fördern und Gesundheit und Wohlbefinden von Mutter und Kind positiv zu beeinflussen?
- Wie sind Familienhebammen bislang im System Früher Hilfen vernetzt und wie wirkt sich diese Vernetzung auf ihre Arbeit mit den Familien und damit auf die Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung von Mutter und Kind aus?

... UND WEGE ZU DEN ANTWORTEN

Im Design einer prospektiven Kurz-Längsschnitt-Studie mit zwei Erhebungszeitpunkten wurden sowohl qualitative als auch quantitative Vorgehensweisen angewandt. Abb. 1 gibt einen Überblick über die gewählten methodischen Vorgehensweisen, orientiert an den jeweils einzubeziehenden Personengruppen.

Vorgehensweisen

- Die Befragungen der Nutzerinnen zielten auf die Erfassung individueller Risiken und Ressourcen, Veränderungen biopsychosozialer Aspekte von Gesundheit sowie subjektiver Erfahrungen der Ressourcenförderung ab.
- Im Zentrum der Befragung der Familienhebammen, leitender Personen und der Vertreterinnen und Vertreter des Jugendhilfe- und Gesundheitsbereichs standen Aspekte zur Vernetzung und Akzeptanz ebenso wie Vorstellungen über Prioritäten, förderliche und hemmende Strukturen und Prozesse sowie Barrieren der Vermittlung.

Abbildung 1: Stichproben und Methoden

| Nutzerinnen (Mütter, die von einer Familienhebamme betreut wurden) | Familienhebammen/ Kinderschutzbund | Netzwerk/ Nichtnutzerinnen |
|--|--|---|
| Standardisierte Befragung: Pretest: (01/08-05/08) N=12 T1: (01/08-01/10) N=67 T2: (06/08-05/10) N=46 Qualitative problem-zentrierte Interviews zum Ende der Betreuung durch eine Familienhebamme: N=14 | Experteninterviews mit Familienhebammen: N=8 Leitungspersonen: N=3 Protokolle von Teamitzungen: N=60 Standardisierte Befragung von Familienhebammen bezüglich ihrer Vernetzung und Kooperation: 01/08 und 01/09: N=11 | Experteninterviews mit Vertreterinnen des Gesundheits- und Jugendhilfesystems: N=13 Standardisierte Erfassung von Personen, die die Betreuung durch eine Familienhebamme ablehnten: N=30 |

AUSGEWÄHLTE ERGEBNISSE

Im Rahmen der dreijährigen Projektlaufzeit konnten N=235 Familien betreut werden. Die Nachfrage erfolgte im Wesentlichen aufgrund von psychosozial belastenden Lebenslagen durch Überforderung, psychische Erkrankung, Suchterkrankung, Migration, Minderjährigkeit und Gewalt in der Beziehung. Folglich wurde die angestrebte Zielgruppe erreicht.

Auf Grundlage einer vielfach hohen Akzeptanz der Familienhebammen beschreiben Nutzerinnen, wie Familienhebammen ihre Ressourcen förderten:

„(...) ich hab auch durch (Name Familienhebamme) gelernt, (...) der Umgang mit meinem Sohn überhaupt, (...) was ich machen kann, wenn er Bauchweh hat, (...) Blähungen (...) nicht essen will oder einfach so schreit. (...) wenn ich selber aufgeregt bin und der Kleine schreit. (...) dass ich erst mal rausgehe auf den Balkon, (...) dass ich meinem Sohn erst mal die Hand drücke (lächelt hörbar), dass ich auch erstmal wieder runterkomm. (...) Es waren eigentlich ziemlich gute Vorschläge. (...) Und (...) wie ich sehen kann, wie zufrieden er ist.“ (F)

Quantitativ betrachtet ist die Vernetzung zu Netzwerkpartnern im Verlauf eines Jahres angestiegen, wobei sich die Qualität nur im Bereich der Jugendhilfe positiv veränderte. VertreterInnen des Gesundheitssystems äußern sich insbesondere dann kritisch über Familienhebammen, wenn sie nicht auf Erfahrungen zurückgreifen können:

„(...) ich hatte noch keine Kontakte dazu, es war noch nicht notwendig (...). Eine Familienhebamme mit drei Jahren Lehrzeit kann nicht aufgrund ihrer Erfahrung (...) dieses Berufsbild ausüben (...). Das kann nicht sein, dass wir riesen Fakultäten haben dafür (...) und Familienhebammen das mal eben nebenbei machen.“ (Gyn)

EINSCHRÄNKUNGEN

Einige Einschränkungen müssen bei der Betrachtung der Ergebnisse berücksichtigt werden. So beziehen sich die hier vorgestellten Ergebnisse zunächst nur auf die im Osnabrücker Land unter den beschriebenen Rahmenbedingungen betreuten Personen. Der Feldzugang zu Nutzerinnen erfolgte über die Familienhebammen. Es ist folglich nicht auszuschließen, dass sich vorwiegend Frauen zur Teilnahme an einem Interview bereit erklärt haben, die die Betreuung durch die Familienhebamme positiv als Unterstützung und als Förderung eigener Ressourcen erlebt haben und die Kompetenz besaßen, sich über eigene Wünsche und Bedürfnisse detailliert zu äußern.

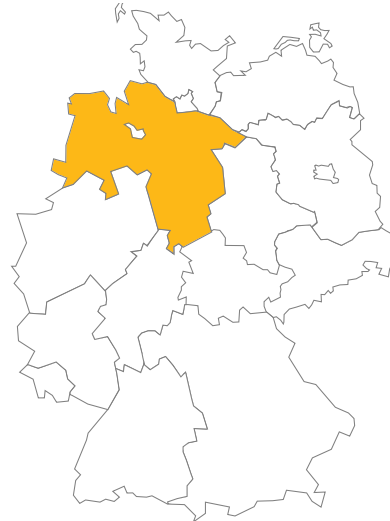
Der abschließende Nachweis einer auch längerfristigen Erweiterung der elterlichen Kompetenzen (zum Beispiel durch Außenstehende) kann mithilfe der beschriebenen Vorgehensweisen nicht erbracht werden. Die vorgestellten Ergebnisse zeigen, dass gerade die Hebammenbetreuung mit ihrem niedrigschwelligen und für Familien hoch akzeptablen Angebot umfassende Möglichkeiten bietet, Risiken gezielt zu begegnen und Bedingungen für die Entwicklung des Kindes und die Elternschaft zu verbessern.

FAZIT

Trotz einiger Einschränkungen ermöglichen die hier vorgestellten Ergebnisse einen Einblick in den Bedarf und die Bedürfnisse der Nutzerinnen von Familienhebammenleistungen. Ableiten lässt sich auch eine hohe Akzeptanz der Familienhebammen bei der Zielgruppe. Die Vernetzung ist insbesondere im Bereich des Gesundheitssystems weiter auszubauen. Diesbezügliche Überlegungen sollten über die reine Informationsweitergabe hinausgehen und auch bisherige historisch gewachsene Kooperationshemmnisse insbesondere zwischen Gynäkologinnen/Gynäkologen und Hebammen (z.B. Struthmann 2000, Schindele 1995) berücksichtigen.

Inwieweit Familienhebammen im Kontext Früher Hilfen Versorgungslücken schließen könnten, bleibt allerdings noch offen. Zum einen ist nicht davon auszugehen, dass diese Form der Hilfeleistung für alle Familien angemessen und ausreichend ist. Zudem ist gesundheitspolitisch zu bedenken, dass mit der Hinzuziehung freiberuflicher Hebammen in den Bereich Früher Hilfen eine zwar kostengünstige und in den ersten Wochen von Krankenkassen finanzierte Versorgung eingerichtet wird, bisher aber weder die angemessene Weiterbildung noch die berufliche Grundsicherung (Bereich Haftpflicht) [Die Zeit 2010] geklärt ist.

Die Ergebnisse sind insgesamt als Basis für die Entwicklung von Konzepten für eine gesundheitsfördernde Versorgungsgestaltung zu betrachten, die sich – neben dem gesellschaftlich definierten Bedarf nach Prävention von Kindeswohlgefährdungen – gleichermaßen am Bedarf wie auch an den Bedürfnissen vulnerabler Familien orientieren.



Leitung:



Prof. Dr. Beate Schücking
Universität Osnabrück

Mitarbeiterin:



Dr. Katja Makowsky
Universität Osnabrück



NIEDERSACHSEN | BREMEN | SACHSEN

PRO KIND

INTERVENTION UND VERNETZUNG PRO KIND

„Pro Kind“ ist ein Modellprojekt zur frühen Prävention sowie zur ganzheitlichen Förderung von erstgebärenden schwangeren Frauen und ihren Familien in schwierigen Lebenslagen. Die Teilnehmerinnen werden im Rahmen eines Hausbesuchsprogramms von Familienbegleiterinnen – Hebammen und Sozialpädagoginnen – von der Schwangerschaft bis zum 2. Geburtstag des Kindes kontinuierlich begleitet. „Pro Kind“ basiert auf der Konzeption des in den USA seit fast 30 Jahren erfolgreich etablierten und evidenzbasierten Hausbesuchsprogramms „Nurse Family Partnership“ (NFP). Zusätzlich wird ein Modul zur zahnärztlichen Gesundheitsfrühförderung im Rahmen der Hausbesuche implementiert.

Zielformen

Schwangere Frauen in belasteten sozialen Lebenslagen und ihre Familien.

Kooperationspartner/-innen

- Bremen:** Netzwerk durch Arbeitskreise im Bereich Gesundheit, Jugendhilfe, Bildung und Arbeit; Jugendämter; Mütterzentren; Häuser der Familie; Freie Träger; Beratungsstellen; Jobcenter/Arbeitsagentur; Gynäkologen/-innen; Hebammen; Zahnärzte; Kliniken; Kassenärztliche Vereinigung; Mutter-Kind-Häuser; Kindertageseinrichtungen; Kinderpflegedienst (Tagesmütter); Schulen
- Sachsen:** Jugendämter der jeweiligen Kommunen, regional spezifische Institutionen aus den Bereichen Gesundheit, Justiz, Bildung und Jugendhilfe
- Niedersachsen:** Jugendämter, Freie Träger, Beratungsstellen, Jobcenter/Arbeitsagentur, Medizinische Hochschule Hannover, Gynäkologen/-innen, Hebammen, Zahnärzte, Kassenärztliche Vereinigung sowie andere Institutionen aus den Bereichen Gesundheit, Jugendhilfe, Bildung und Justiz

Träger

- Bremen:** Stiftung Pro Kind, Hannover, in Kooperation mit dem DRK Kreisverband Bremen, Bremen
- Sachsen:** Felsenweg-Institut der Karl Kübel Stiftung, Dresden
- Niedersachsen:** Stiftung Pro Kind, Hannover

Finanzierung

- Bremen:** Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Land Bremen; Deutsches Rotes Kreuz/Kreisverband Bremen
- Sachsen:** Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz

Niedersachsen: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme“; AOK Niedersachsen; Klosterkammer Hannover; Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit; Robert Bosch Stiftung; PSD-Bank Braunschweig; die Städte Braunschweig, Garbsen, Göttingen, Hannover, Laatzen, Wolfsburg, Stadt und Landkreis Celle, Region Hannover

WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITUNG PRO KIND

Die dreiteilige Begleitforschung zum Modellprojekt „Pro Kind“ besteht aus der Implementationsforschung (formative Evaluation), der biopsychosozialen Evaluation (summative Evaluation) und der Kosten-Nutzen-Analyse.

Die **Implementationsforschung** soll feststellen, ob das Programm wie intendiert umgesetzt wurde. Ziel der **biopsychosozialen Evaluation** ist die Beantwortung der Frage, ob und in welchem Ausmaß das Projekt bei den Kindern und ihren Eltern die gewünschten Ergebnisse und Erfolge erzielt. In diesem Rahmen wird auch die Effektivität des Moduls „Zahnärztliche Gesundheitsfrühförderung“ evaluiert. Die **Kosten-Nutzen-Analyse** ermittelt die soziale und fiskalische Rendite des Modellprojektes.

Kooperationspartner/-innen

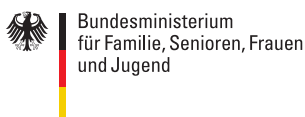
- Niedersachsen und Bremen:** Institut für Sonderpädagogische Entwicklungsförderung und Rehabilitation (ISER), Universität Rostock; Institut für Öffentliche Finanzen, Leibniz Universität Hannover; Medizinische Hochschule Hannover (MHH)
- Sachsen:** Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters des Universitätsklinikums Leipzig

Träger

Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen (KFNI)

Finanzierung

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme“. Pro Kind Niedersachsen wird außerdem gefördert durch die Dürr-Stiftung, die Günter-Reimann-Dubbers-Stiftung und die TUI-Stiftung. Pro Kind Sachsen wird außerdem gefördert durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz.



AUSGANGSLAGE

Die Kumulation von finanziellen, psychischen und sozialen Belastungen erhöht das Risiko für Gewalt und Vernachlässigung in Familien, die wiederum Ursache für kindliche Entwicklungsstörungen sein können. Diese Kette negativer Entwicklungsverläufe wollen präventive Maßnahmen schon im Entstehen unterbrechen, um die Entwicklungsbedingungen von Kindern in ihren Familien nachhaltig zu verbessern.

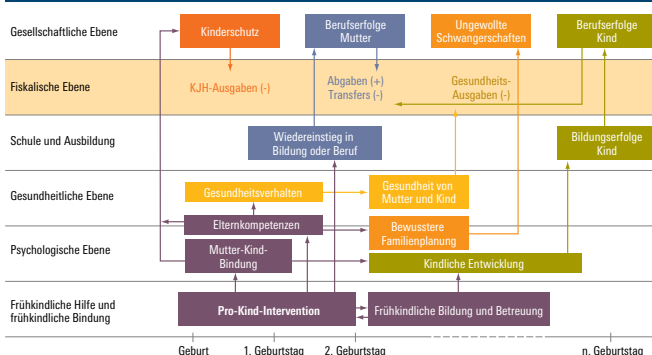
„Pro Kind“ ist ein Hausbesuchsprogramm für finanziell und sozial (z.B. minderjährig, alleinerziehend) mehrfach risikobelastete Erstgebärende und ihre Familien. Das elterntzentrierte, partnerschaftliche Begleitungsangebot beginnt früh in der Schwangerschaft und endet mit dem zweiten Geburtstag des Kindes. Die Teilnahme ist freiwillig. In den ca. zweiwöchentlich stattfindenden Hausbesuchen orientieren sich die Familienbegleiterinnen (Hebammen und Sozialpädagoginnen) an strukturierten Leitfäden. Zudem werden sie in ihrer Arbeit durch regelmäßige Fachberatungen von den Programmkoordinatorinnen unterstützt.

Ein zentrales Ziel von „Pro Kind“ ist die Prävention von Kindeswohlgefährdung durch die Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenzen, die Förderung der kindlichen Entwicklung und die Verbesserung der elterlichen Lebensumstände. „Pro Kind“ wird seit Herbst 2006 an 13 Standorten in drei Bundesländern umgesetzt.

FRAGEN ...

- Wird die Zielgruppe erreicht? Kann das Programm wie geplant umgesetzt werden? Sind Änderungen des ursprünglichen Konzepts erforderlich? (Implementation)
- Welche Effekte hat das Projekt auf das mütterliche Gesundheitsverhalten während der Schwangerschaft, die Gesundheit von Mutter und Kind (z.B. Geburtsoutcomes, Zahngesundheit), die elterlichen Erziehungskompetenzen und Lebensumstände sowie die kindliche Entwicklung? (Evaluation)
- Welche soziale und fiskalische Rendite erbringt das Programm? Bei welchen öffentlichen Haushalten sind kurz- und langfristige Auswirkungen feststellbar? (Kosten-Nutzen-Analyse)

Abbildung 1: Wirkmodell des Hausbesuchsprogramms „Pro Kind“



... UND WEGE ZU DEN ANTWORTEN

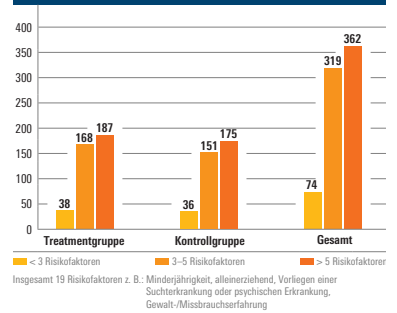
Um die Effektivität und Effizienz des Hausbesuchsprogramms zu prüfen, wurde erstmals in Deutschland ein randomisiertes Kontrollgruppendesign gewählt.

In der **Implementationsforschung** wird der Prozess der Programmumsetzung auf kommunaler Ebene, auf der Ebene der praktischen Durchführung sowie der organisationalen Ebene erfasst.

In der **Evaluationsforschung** werden zu fünf Untersuchungszeitpunkten standardisierte Interviews mit den Müttern durchgeführt, medizinische Dokumente analysiert, Mutter-Kind-Interaktionen auf Video aufgezeichnet und ausgewertet sowie die kindliche kognitive, motorische, sozial-emotionale und sprachliche Entwicklung mit standardisierten Tests (BSID-II, CBCL 1,5-5, SETK-2) erfasst. Zusätzlich wird der Zahnstatus der Mütter und Kinder erhoben.

Die **Kosten-Nutzen-Analyse** führt halbjährliche Telefoninterviews mit den Müttern durch, in denen z.B. ihre Einkommensverhältnisse und ihre Inanspruchnahme von Hilfen zur Erziehung erfragt werden. Zudem werden Krankenversicherungsdaten, Jugendhilfedaten und Daten des Bundeszentralregisters erhoben und analysiert.

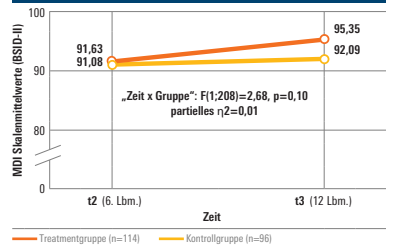
Abbildung 2: Kategorisierte Risikobelastung der Teilnehmerinnen zum Projekteinstieg (n=755)



AUSGEWÄHLTE ERGEBNISSE

- Die Baseline-Stichprobencharakteristika der Teilnehmerinnen zeigen, dass die Zielgruppe mehrfach belasteter Frauen und ihrer Familien erreicht wird.
- Interimsanalysen erster Daten zeigen tendenziell positive Effekte des Hausbesuchsprogramms auf die kognitive Entwicklung der Kinder.
- Es wurden bisher 237 Frauen mit einem mindestens zwölf Monate alten Kind befragt, welche Leistungen sie von der Kinder- und Jugendhilfe erhalten haben. Die Inanspruchnahme stationärer Hilfen (n=6 vs. n=2) und die Herausnahme aus der Familie (n=4 vs. n=2) wird häufiger in der Treatmentgruppe berichtet.

Abbildung 3: Vergleichende längsschnittliche Ergebnisse der kindlichen kognitiven Entwicklung vom 6. bis 12. Lebensmonat



EINSCHRÄNKUNGEN

Die Teilnehmerinnenakquise verlief zunächst langsamer als erwartet, sodass die errechnete Zielzahl von insgesamt N=740 Frauen nicht in der vorgesehenen Zeit erreicht werden konnte. Ein Grund hierfür waren Vorbehalte der Multiplikatoren gegenüber dem gewählten Forschungsdesign. Durch eine Verlängerung der Akquisephase bis Ende 2009 konnten letztlich N=755 Frauen aufgenommen werden, allerdings unterstreichen diese Erfahrungen die Notwendigkeit einer längeren Pilotphase, um bessere strukturelle Voraussetzungen zu schaffen.

Bisher sind nicht in allen Zielbereichen Programmwirkungen nachweisbar. Kurzfristig zeigen sich eher tendenzielle Effekte auf die kindliche Entwicklung als auf das Elternverhalten. Das kann darin begründet sein, dass an der Person ansetzende Präventionsmaßnahmen (z.B. am mütterlichen Gesundheitsverhalten) weniger erfolgreich sind als solche, die strukturelle Bedingungen verändern (z.B. mehr Anregungen in der Lebensumwelt der Kinder). Zudem fallen die sich andeutenden Effekte eher gering aus. Internationale Metaanalysen zur Effektivität und Effizienz von Hausbesuchsprogrammen zeigen ebenfalls, dass diese vor allem langfristig positive Wirkungen kleinerer bis mittlerer Stärke entfalten.

Einige Daten (z.B. zur Erziehungskompetenz oder zur Inanspruchnahme von Kinder- und Jugendhilfeleistungen) basieren auf Selbstauskünften der Teilnehmerinnen. In einem nächsten Schritt wird die Aussagekraft dieser Auskünfte durch den Vergleich mit Fremdeinschätzungen (z.B. Beobachtung von Mutter-Kind-Interaktionen, Jugendamtsdaten) geprüft.

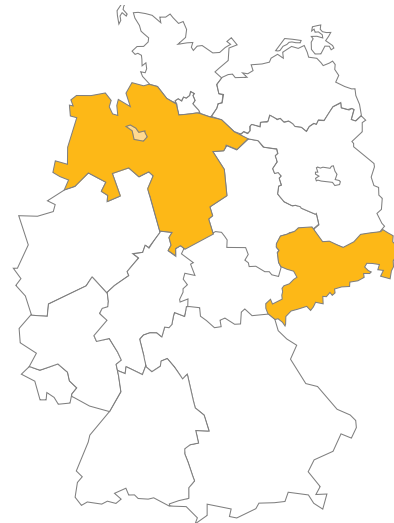
Die vorliegenden Befunde sind als vorläufig zu betrachten. Vollständige Datensätze liegen erst 2012 vor.

FAZIT

Es ist im Modellprojekt „Pro Kind“ gelungen, eine stark belastete Zielgruppe zu erreichen. Erste Ergebnisse deuten zudem positive Wirkungen des Hausbesuchsprogramms für den kindlichen Entwicklungsverlauf an. Allerdings müssen diese Tendenzen durch den nachfolgend größeren Datensatz belegt werden.

Fiskalisch können sich diese Effekte vor allem langfristig niederschlagen, wenn die Kinder der begleiteten Frauen nach einer erfolgreicherer Schulausbildung auch ein tatsächlich höheres Lebens Einkommen erzielen. Beeindruckende Renditen 40 Jahre nach Durchführung eines Förderprogramms im Vorschulalter konnten in Follow-Up-Studien aus den USA ermittelt werden.

Möglicherweise erfüllt das Hausbesuchsprogramm „Pro Kind“ eine Vermittlungsfunktion für höherschwellige (z.B. stationäre) Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe. Bestätigt sich dieser Trend, so würden die Kosten wegen der häufigeren stationären Unterbringung der begleiteten Frauen kurzfristig steigen. Langfristig könnte dies jedoch zu einer Senkung der Rate an Kindesvernachlässigung mit den damit verbundenen positiven Konsequenzen für Kinder, Eltern und Gesellschaft führen.



Leitung:

Prof. Dr. Tanja Jungmann (Leitung Implementationsforschung und biopsychosoziale Evaluation), Universität Rostock, Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V.

PD Dr. Peter F. Lutz (Leitung Kosten-Nutzen-Analyse), Leibniz Universität Hannover

Prof. Dr. Kai von Klitzing (Koordination Begleitforschung Sachsen), Universitätsklinikum Leipzig

Prof. Dr. Hüsamettin Günay (Leitung der Zahnärztlichen Gesundheitsfrühförderung), Medizinische Hochschule Hannover

Anna Maier-Pfeiffer (Leitung Projektpraxis Niedersachsen)

Kristin Adamaszek (Leitung Projektpraxis Bremen/Bremerhaven)

Margot Refle (Leitung Projektpraxis Sachsen)

Mitarbeiter/-innen:

Tilman Brand (Implementationsforschung)

Vivien Kurtz (Evaluationsforschung)

Malte Sandner (Kosten-Nutzen-Analyse)

Susan Sierau (Evaluationsforschung Sachsen)

Peggy Herrmann (AG Zahnärztliche Gesundheitsfrühförderung)

Susanne Hartmann (stellv. Projektleitung Niedersachsen)

Roswitha Schneider (stellv. Projektleitung Bremen/Bremerhaven)

Garnet Helm (stellv. Projektleitung Sachsen)

NORDRHEIN-WESTFALEN | SCHLESWIG-HOLSTEIN

EVALUATION FRÜHER HILFEN UND SOZIALER FRÜHWARNSYSTEME IN NRW UND SCHLESWIG-HOLSTEIN

INTERVENTION UND VERNETZUNG

„SOZIALE FRÜHWARNSYSTEME IN NRW“ UND „SCHUTZENGEL FÜR SCHLESWIG-HOLSTEIN“

Die „Sozialen Frühwarnsysteme in NRW“ sowie die „Schutzengel für Schleswig Holstein“ bestehen aus einer Vielzahl von Projekten. Gemeinsames Ziel dieser Projekte ist es, Kindern und deren Familien durch eine wirksame und verbindliche Vernetzung von Hilfesystemen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe frühzeitig passende und flexible Hilfen anzubieten und diese Kinder so besser vor Gefährdungen zu schützen.

Zielgruppen

- Alle Maßnahmen zielen auf Familien mit Kindern bis zu drei Jahren und adressieren die Eltern.

Projektkoordination

Soziale Frühwarnsysteme in NRW: Dr. Sigrid Bathke, Institut für soziale Arbeit e.V., Münster

Schutzengel Schleswig Holstein: Stefanie Sommer, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein

Caritas-Netzwerk Frühe Hilfen: Christa Maria Pigulla

Träger

Verschieden – je nach Einrichtung

Standorte

Soziale Frühwarnsysteme in NRW:

Sozialpädagogische Beratung im Kreisgesundheitsamt Mettmann, Projekt Kinderschutz durch Prävention der Stadt Bielefeld, Elternberatungsstelle der Stadt Gütersloh, Projekt Caritasnetzwerk Frühe Hilfen/Sozialdienst katholischer Frauen in den Städten Bonn und Remscheid sowie Kreis Euskirchen, Rheinisch-Bergischer Kreis und Rhein-Sieg-Kreis.

Schutzengel Schleswig-Holstein:

Projekt Gut ins Leben im Kreis Nordfriesland, Projekt Frühe Hilfen für Familien der Brücke gGmbH im Kreis Rendsburg-Eckernförde, Projekt Hand in Hand der Familienbildungsstätte Elmshorn, Projekt Schutzengel e.V. in Flensburg, Projekt Gesunde Zukunft im Kreis Herzogtum Lauenburg.

Finanzierung

NRW: Ministerium für Generationen, Frauen, Familie und Integration; Kommunen

Schleswig-Holstein: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren

Caritas-Netzwerk Frühe Hilfen: Erzbistum Köln; Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln; Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes NRW; RheinEnergieStiftung Familie
Ferner erhalten die Projekte ihre Zuwendungen im Rahmen von Landesprogrammen, Initiativen einzelner Kommunen oder als Modelle eines Trägers der freien Wohlfahrtspflege.

WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITUNG

EVALUATION FRÜHER HILFEN UND SOZIALER FRÜHWARNSYSTEME IN NRW UND SCHLESWIG- HOLSTEIN

Die wissenschaftliche Begleitung untersucht die Wirkungen von 16 Projekten Früher Hilfen und Sozialer Frühwarnsysteme in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein anhand eines einheitlichen Forschungsdesigns. Der Vergleich verschiedener Modelle und Herangehensweisen soll empirische Belege für allgemeine Erfolgsbedingungen liefern und dabei Kontextfaktoren angemessen berücksichtigen. Die Schaffung einer empirisch verlässlichen Basis für Transfers und damit für die Weiterentwicklung der Kinder-, Jugend- und Gesundheitshilfe ist Ziel der Evaluation. Die Fokussierung auf Wirkungsforschung ist dabei ein tragendes Element des vorliegenden Evaluierungskonzeptes, gleichzeitig geht es auch um prozessbegleitende Qualitätsentwicklung.

Kooperationspartner/-innen

NRW: Ministerium für Generationen, Frauen, Familie und Integration; Kommunen; Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln

Schleswig-Holstein: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren

Träger

Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Institut für Erziehungswissenschaft, Abteilung II, Qualitätsentwicklung und Evaluation, Münster

Universität Bielefeld, Fakultät für Pädagogik/AG 8, Bielefeld

Finanzierung

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme“. Die Mittelvergabe erfolgt über das NZFH.



AUSGANGSLAGE

Die „Sozialen Frühwarnsysteme in NRW“ sowie die „Schutzengel für Schleswig-Holstein“ bestehen aus einer Vielzahl von Einzelprojekten, die im Rahmen von Landesprogrammen, Initiativen einzelner Kommunen oder als Modelle eines Trägers der freien Wohlfahrtspflege arbeiten. Die Programme Früher Hilfen zeichnen sich dadurch aus, dass sie zwar eine Orientierung an allgemeinen Zielen vorgeben, diese aber über heterogene Einzelprojekte umgesetzt werden.

Gemeinsames Ziel dieser Projekte ist es, Kindern und deren Familien durch eine wirksame und verbindliche Vernetzung von Hilfesystemen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe frühzeitig passende und flexible Hilfen anzubieten und diese Kinder so besser vor Gefährdung zu schützen. Trotz dieses allgemeinen Leitbilds arbeiten die einzelnen Standorte Früher Hilfen hinsichtlich der Programmentwicklung und -durchführung relativ autonom. Hinzu kommen Unterschiede in den Trägerstrukturen, den Ausbildungen der Handelnden und den Sozialräumen, in denen die Programme verankert sind.

FRAGEN ...

In diesem Evaluationsprojekt werden 16 Projekte und Angebote in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein anhand eines einheitlichen Forschungsdesigns untersucht. Der Zugang zu diesen Angeboten und deren Ausübung erfolgt auf der Grundlage professioneller Netzwerke (BMFSFJ 2007).

Nach einem Modell der „realistic evaluation“ von Pawson & Tilley (1997) gehen wir in der Wirkungsevaluation „Früher Hilfen und sozialer Frühwarnsysteme in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein“ davon aus, dass Netzwerke Mechanismen bei den Eltern auslösen.

Ein solcher Mechanismus, ausgelöst durch das Netzwerk als Kontextfaktor, lässt sich theoretisch beschreiben: Durch die netzwerkbasierende Unterstützung (zeitnah, bedarfsgerecht, interdisziplinär) wird die Zufriedenheit der Eltern erhöht. Dieser Mechanismus wiederum kann sich positiv auf das Hilfeziel auswirken. Empirische Studien zur Nutzerinnen- und Nutzerzufriedenheit geben diesbezüglich Hinweise (Schrödter & Ziegler 2007, S. 26).

Mit der Prüfung dieser theoretischen Aussage zu möglichen Kontext-Mechanismus-Ergebnis-Konstellationen (Context-Mechanism-Outcome-Configurations, CMOC) wird der Frage „Why does it work?“ nachgegangen.

Das Poster legt den Fokus auf die **Netzwerkanalyse** als ein **Baustein der Gesamtevaluation**. Gezeigt werden das Erhebungsdesign und ein erster Blick auf die Ausgestaltung der Netzwerke Früher Hilfen.

... UND WEGE ZU DEN ANTWORTEN

Es wurde eine Analyse der kommunalen Netzwerke Früher Hilfen durchgeführt.

Hierzu wurden Fachkräfte und Ehrenamtliche der Anlaufstellen Früher Hilfen nach ihren direkten Kontaktpartnern im Rahmen der Unterstützung von Schwangeren und Familien gefragt. Auch diese direkten Partner wurden nach Kontakten befragt. Sie stellen indirekte Kontaktpartner der Anlaufstellen dar.

Mit diesen im Schneeballverfahren gewonnenen Angaben über die Akteure und ihre Beziehungen liegen Daten über 16 Netzwerke Früher Hilfen vor.

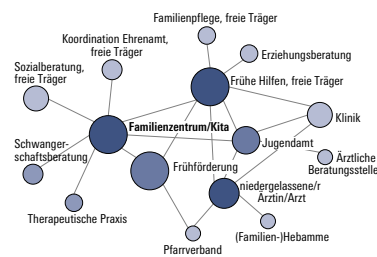
ERGEBNISSE

Im Folgenden werden exemplarisch einzelne Aspekte der Netzwerke als Kontexte bei Früher Hilfen dargestellt. Die ermittelten Netzwerke Früher Hilfen gestalten sich sehr vielfältig. Kennzeichnende Merkmale sind z.B.

- ihre Größe,
- die Art der beteiligten Akteure sowie
- die Positionen dieser Akteure.

Abbildung 1 visualisiert ein Netzwerk.

Abbildung 1: Netzwerk Früher Hilfen



Zur Anonymität der Befragten wurden Personen von Diensten gleicher Art zu einem Knotenpunkt zusammengefügt. In der Abbildung 1 sind Akteure mit zentralen Positionen hervorgehoben.

Neben der Früher Hilfe verfügen **Familienzentren** über hohe Popularität (viele eingehende Kontakte, dunkel eingefärbte Knotenpunkte), gleichzeitig auch über eine hohe Expansivität (viele ausgehende Kontakte, Größe der Knotenpunkte). Auch die **Frühförderung** zeigt sich sehr aktiv, hingegen weniger populär. Im Gegensatz dazu erreichen **Jugendämter** und **niedergelassene Ärzte** ohne herausragende eigene Aktivitäten ein hohes Maß an Popularität.

Die Abbildung gibt auch ein typisches Merkmal unserer Standorte wieder: In den Netzwerken Früher Hilfen sind v.a. Akteure der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens eingebunden. Weitere zentrale Akteure, in diesem Fall die Frühförderung, ergänzen die Aktivitäten.

Es lässt sich festhalten, dass die Anlaufstellen mit ihren direkten Kontakten zu meist Partner aus einigen wenigen Systemen erreichen, selten jedoch alle im Konzept angestrebten Partnerinnen und Partner einbinden. Wird die Zugehörigkeit indirekter Kooperationspartner betrachtet, werden nahezu alle in den Konzepten Früher Hilfen genannten Systeme durch aktive Netzwerketeiligte repräsentiert.

Abbildung 2: Kooperationspartner – Vergleich zwischen Konzept und Realität

| Kreis (ca. 600.000 Einwohner) | Konzept | Realität | |
|-------------------------------|---------|------------------|--------------------|
| | | direkte Kontakte | indirekte Kontakte |
| Gesundheitswesen | X | 46 | 35 |
| Kinder- und Jugendhilfe | X | 46 | 40 |
| Schwangerschaftsberatung | X | -- | 10 |
| Frühförderung | X | 8 | -- |
| Soziale Sicherung | X | -- | 5 |
| Seelsorge/Pastoral | X | -- | 5 |
| Ehrenamt/Selbsthilfe | X | -- | 5 |

Angaben in Prozent

Die Abbildung 2 verdeutlicht dies am Beispiel einer Früher Hilfe.

Laut Konzeption wird die Zusammenarbeit zu verschiedenen Akteuren aus den sieben Bereichen angestrebt. Direkte Kooperationspartner lassen sich den Systemen Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitswesen sowie der Frühförderung zuordnen. Indirekte Kooperationspartner erfüllen schließlich die Erwartungen der Konzeption.

EINSCHRÄNKUNGEN

Der Vergleich verschiedener Modelle und Herangehensweisen soll empirische Belege für allgemeine Erfolgsbedingungen für Frühe Hilfen liefern und dabei Kontextfaktoren angemessen berücksichtigen. Die Schaffung einer empirisch verlässlichen Basis für Transfers und damit für die Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens ist Ziel der Evaluation. Die Analyse der Hilfewirkung auf die parentalen Erziehungskompetenzen ist zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen. Allerdings gibt die hier vorgestellte Teilstudie bereits erste wichtige Hinweise zu Kontexten und Mechanismen, die die Wirkung von Frühen Hilfen beeinflussen können.

FAZIT

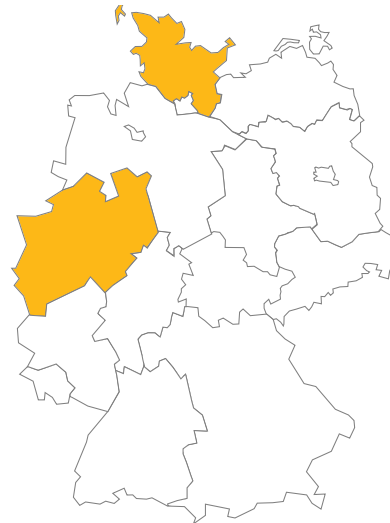
Aus den ersten Ergebnissen der Netzwerkanalyse kann die Empfehlung für Frühe Hilfen formuliert werden, nicht den direkten Kontakt zu möglichst vielen Akteuren zu suchen, sondern möglichst Personen direkt einzubinden, die sich selbst als aktive Kooperationspartner mit vielen Kontakten herausstellen und so weitere Partner akquirieren. Außerdem bestätigen die Daten die bereits in den Konzepten deutlich gewordene Dominanz von Akteuren aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen.

Anhand der Analysen lassen sich die Netzwerke in Abhängigkeit ihrer Merkmale (z.B. Art der Akteure) zu Gruppen zusammenfassen und vergleichen. Diese Netzwerktypen werden in weiteren Analysen bzgl. ihrer Einflüsse auf relevante Aspekte der Frühen Hilfen (z.B. die Zufriedenheit der Eltern) überprüft.

Durch die Kenntnis von Kontexten und Wirkmechanismen werden Fachkräfte in die Lage versetzt, fall- und kontextspezifisch Entscheidungen zu treffen, um angemessene Interventionen planen und durchführen zu können. Der Beitrag diskutiert beispielhaft theoretische und methodische Aspekte eines solchen Evaluationsdesigns im Vergleich zu klassischen randomisierten Kontrollstudien.

Literatur:

- Bastian, P./Hensen, G./Lenzmann, V./Lohmann, A./Böttcher, W./Ziegler, H. (2009): Evaluationsforschung zu Wirkungen und Mechanismen Früher Hilfen. In *Soziale Passagen* 1 (2), S. 259–266
- Böttcher, W./Ziegler, H. (2008). Support Systems in Early Childhood and how to evaluate their Impact. *Child Development Perspectives*, 2 (2), S. 93–98
- Lenzmann, V./Bastian, P./Lohmann, A./Böttcher, W./Ziegler, H. (2010): Hilfebeziehung als Wirkfaktor aus professionstheoretischer Perspektive. Im Druck
- Lohmann, A./Bastian, P./Lenzmann, V./Böttcher, W./Ziegler, H. (2010): Netzwerke Früher Hilfen – Zur Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen bei Frühen Hilfen – eine empirische Analyse der Akteurskonstellationen. Im Druck
- Pawson, R./Tiley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. London: Sage.
- Schrödter, M./Ziegler, H. (2007): Was wirkt in der Kinder- und Jugendhilfe? Internationaler Überblick und Entwurf eines Indikatorensystems von Verwirklichungschancen. *Wirkungsorientierte Jugendhilfe*. Band 02, Eine Schriftenreihe des ISA zur Qualifizierung der Hilfen zur Erziehung. Münster: Institut für soziale Arbeit e. V.



Leitung:

Prof. Dr. Wolfgang Böttcher
Westfälische Wilhelm-Universität Münster

Prof. Dr. Holger Ziegler
Universität Bielefeld

Mitarbeiter/-innen:

Dipl.-Päd. Pascal Bastian
Dipl.-Päd. Virginia Lenzmann
Dipl.-Päd. Anne Lohmann
Dipl.-Päd. Anna Hentschke
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Universität Bielefeld



WESTFÄLISCHE
WILHELMS-UNIVERSITÄT
MÜNSTER

SACHSEN-ANHALT

FRÜHSTART – FAMILIENHEBAMMEN IM LAND SACHSEN-ANHALT

INTERVENTION

FAMILIENHEBAMMEN IM LAND SACHSEN-ANHALT

Anfang 2006 wurde im Rahmen des Landesbündnisses für Familien Sachsen-Anhalt vom Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes und dem Landeshebammenverband Sachsen-Anhalt e.V. dieses Projekt initiiert und aufgebaut (Familienhebammen im Land Sachsen-Anhalt: Aufsuchende Familienhilfe durch qualifizierte Hebammen mit erweitertem Tätigkeitsfeld).

Das übergreifende Ziel des Projekts ist

- zum einen die Förderung der gesundheitsbezogenen Chancengleichheit von vulnerablen/stark belasteten Familien und
- zum anderen die Mobilisierung und Stärkung von individuellen und sozialen Ressourcen, zum Beispiel durch die Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen.

Notwendig hierfür sind die Etablierung eines niedrighwelligen Hilfeangebots, eine verbesserte Betreuungskontinuität sowie eine regionale interdisziplinäre Netzwerkbildung. Dadurch werden eine nachhaltige und weitestgehend flächendeckende Unterstützung der Familien und eine Verbesserung der kindlichen Gesundheit und Entwicklung möglich.

Projektleitung

Vorsitzende des Landeshebammenverbandes

Zielgruppen

1. Vulnerable Familien mit psycho-sozialen Risikofaktoren:

Gestörte Mutter-Kind- (Eltern-Kind-) Beziehung; Suchtprobleme; Gewalterfahrungen/-potenzial in der Familie, Straffälligkeit eines Familienangehörigen; Verdacht auf Kindesmisshandlung/-vernachlässigung; soziale Benachteiligung bzw. erschwelter Zugang zu Hilfen (Familien in Armut, ALG-II-Empfängerinnen, Überschuldung, kinderreiche Familien, Analphabetinnen, Migrantinnen, Asylantinnen, Frauen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus); mangelnde soziale Unterstützung (z.B. alleinerziehende/verlassene Frauen); Überforderung (z.B. Minderjährigkeit, geistige Behinderung); psychische Belastungen; ungewollte Schwangerschaft

2. Vulnerable Familien mit gesundheitlichen Risikofaktoren:

Chronische Erkrankungen (z.B. Hepatitis, Epilepsie, HIV/Aids); psychische Erkrankungen; körperliche Behinderung der Mutter/des Vaters; Kinder mit chronischer Erkrankung oder Behinderung (geistig/körperlich)

Angebote und Hilfen

- Aufsuchende Hilfe
- Begleitungscontinuität von der Schwangerschaft bis zum 1. Geburtstag des Kindes
- Bedarfsorientierte Betreuung

Kooperationspartner/-innen

regionale Anbieterinnen und Anbieter von Beratung, Betreuung, Begleitung und/oder Therapie für belastete Frauen in der Schwangerschaft und/oder mit kleinen Kindern; Fachbereich Kinder, Jugend und Familie in Halle/Saale

Träger

- Landeshebammenverband Sachsen-Anhalt e.V.
- Landesministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt

Finanzierung

- Landeshebammenverband Sachsen-Anhalt e.V.
- Landesministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt

WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITUNG

FRÜHSTART – FAMILIENHEBAMMEN IM LAND SACHSEN-ANHALT

Das Begleitforschungsprojekt untersucht die Wirksamkeit der seit dem Jahr 2006 in Sachsen-Anhalt qualifizierten Familienhebammen und deren Einbettung in vorhandene Versorgungsstrukturen. Es werden nicht nur Leistungen der Familienhebammen für Frauen/Familien mit gesundheitlichen und psychosozialen Risikofaktoren bewertet, sondern auch die Zugänge, Schnittstellen und Überleitungen von und zu weiteren Akteurinnen und Akteuren des regionalen Gesundheits- und Sozialbereichs.

Träger

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Halle

Finanzierung

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme“. Die Mittelvergabe erfolgt über das NZFH.



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend



Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung



Deutsches
Jugendinstitut

AUSGANGSLAGE UND FRAGEN ...

Im Zeitraum von Mai 2006 bis Dezember 2008 wurden von den Familienhebammen in Sachsen-Anhalt 734 Familien mit 757 Säuglingen betreut.

Die Ziele der Evaluation sind:

1. die soziodemografische Situation der Zielfamilien und assoziierte Belastungsmuster bzw. -intensitäten genau zu beschreiben;
2. die Beratungs- und Betreuungsleistungen der Familienhebammen differenziert darzustellen und mit ihrer Wirksamkeit hinsichtlich der mütterlichen Kompetenzen und der Befriedigung der emotionalen, körperlichen und gesundheitlichen Bedürfnisse des Säuglings in Beziehung zu setzen;
3. die Zugangswege und Zuständigkeiten der Familienhebammen in bestehenden Versorgungsstrukturen des Netzwerkes Frühe Hilfen in Sachsen-Anhalt zu charakterisieren;
4. die Netzwerkkommunikation und bestehende Kommunikations- und Koordinationsmuster zur Eruiierung von Zugangs- bzw. Überleitungsbarrieren aufzudecken;
5. Klientinnenpfade zur Zugangseröffnung und Versorgungssteuerung hoch belasteter Familien für alle bedeutenden klinischen und kommunalen Settings zu entwickeln.

Als Ressourcen und Stärken des Projekts waren folgende wirksam:

- 33 Familienhebammen, die sowohl in Städten als auch in ländlichen Gebieten Sachsen-Anhalts tätig sind;
- die zielgerichtete Qualifikation der Familienhebammen, die eine angemessene Betreuungs- und Koordinationsarbeit im Netzwerk der Frühen Hilfen sicherstellte;
- einheitliche Verträge und Finanzierung der Pauschalhonorare durch das Landesministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt;
- großes Vertrauen der Frauen/Eltern den Familienhebammen gegenüber;
- keine Stigmatisierung der hoch belasteten Familien, da die Familienhebammen auch als „normale“ Hebammen andere Familien während der Schwangerschaft und nach der Geburt besuchen;
- die Familienhebammen gehören dem Gesundheitswesen an, stehen jedoch in engem Kontakt mit Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe bzw. des Sozialwesens;
- eine flächendeckende regionale Öffentlichkeitsarbeit der Familienhebammen und regionaler/kommunaler Partner, die den Bekanntheitsgrad und die Akzeptanz seitens der Akteure gegenüber den Familienhebammen erhöhte.

Als Schwierigkeiten konnten identifiziert werden:

- die umfangreiche Dokumentation, die von den Familienhebammen als eine zusätzliche Belastung erlebt wurde;
- die fehlende Finanzierung der Vernetzungstätigkeit und der fehlgeschlagenen Hausbesuche der Familienhebammen;
- der reduzierte Rücklauf von Fragebögen bei Wiederholungsbefragungen;
- die schlechte telefonische Erreichbarkeit der Frauen/Familien (hohe Mobilität/Wechsel der Mobiltelefone);
- die Diversität und Komplexität der Aussagen der Akteure (Experteninterviews).

... UND WEGE ZU DEN ANTWORTEN

Die Evaluation des Projekts „FrühStart“ sowie der vorhandenen regionalen Hilfe- und Unterstützungsstrukturen wurde mittels eines Mehrfach-Methodenansatzes vorgenommen (Behrens 1983, 2002, Glaser & Strauss 1998):

1. *Teilstandardisierte Befragung mit Interviewleitfaden*
Outcomes: Erleben des Frühe Hilfen-Netzwerkes aus Sicht der Klientinnen
2. *Regelmäßige teilstandardisierte Dokumentation*
Outcomes: Kompetenzen der schwangeren Frau/Mutter, Ernährung und Versorgung des Säuglings, Mutter-Kind-Beziehung
3. *Längsschnittliche schriftliche Befragung (T1–T4)*
Outcomes: Allgemeine Selbstwirksamkeit, Mütterliche Kontroll- und Kompetenzüberzeugung, Betreuung durch die Familienhebamme
4. *Telefonbefragung ca. 3–9 Monate nach Beendigung der Familienhebammen-Betreuung*
Outcomes: Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten der Region über das erste Lebensjahr des Kindes hinaus
5. *Problemzentrierte Experteninterviews (Fallvignetten)*
Outcomes: Vernetzung, Leistungsspektrum, Kommunikations- und Koordinationsmuster; Klientinnenpfade und Brüche im Netzwerk der Frühen Hilfen

AUSGEWÄHLTE ERGEBNISSE

Die Einschätzungen der Familienhebammen hinsichtlich der Kompetenz der Mütter zum Abschluss der Betreuung unterschieden sich je nach Grund der Betreuungsbeendigung. In allen drei Kompetenzbereichen wurden diese signifikant höher eingeschätzt, wenn die Familie bis zum 1. Geburtstag des Kindes betreut wurde ($p < 0,01$).

Tabelle 1: Zusammenhang zwischen Belastungstypen und Kompetenzen der Frauen nach Parität (Beginn der Betreuung)

| Belastungstypen | | Kompetenz | | | | | |
|---|----|----------------------------|-------------------|-----------------------|-------------------|------------------------------|-------------------|
| | | Selbsthilfe/ Familienleben | | Versorgung des Kindes | | Suche/Annahme externer Hilfe | |
| | | 1. Kind (n=236) | 2./n Kind (n=206) | 1. Kind (n=231) | 2./n Kind (n=200) | 1. Kind (n=236) | 2./n Kind (n=206) |
| Gewalt/Sucht/ Psychische Erkrankung | KP | ,175** | ,079 | ,037 | ,141* | ,059 | ,052 |
| | S | ,007 | ,256 | ,572 | ,046 | ,368 | ,458 |
| Wissens- und Ressourcenmangel/ Überforderung | KP | ,491** | ,469** | ,325** | ,296** | ,347** | ,037 |
| | S | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,594 |
| Minderjährigkeit/ Einrichtung/ Unerwünschte Schwangerschaft | KP | ,110 | ,136 | ,010 | ,204** | ,086 | ,037 |
| | S | ,090 | ,050 | ,885 | ,004 | ,188 | ,594 |
| Trennung/ Krankes Kind | KP | ,019 | ,020 | ,083 | ,031 | ,108 | ,006 |
| | S | ,770 | ,774 | ,209 | ,665 | ,096 | ,934 |

KP: Korr. Pearson; S: Signifikanz
* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.
** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

In den Bereichen „Selbsthilfe/Familienleben“ und „Suche/Annahme externer Hilfe“ waren die Werte ebenso signifikant angestiegen, wenn die Familienhebamme entschied, dass keine weitere Betreuung mehr notwendig war ($p = 0,000$ bzw. $p = 0,017$).

Wenn das Kind in Obhut genommen oder adoptiert wurde, fiel der Wert für die durchschnittliche Einschätzung bei Betreuungsbeendigung geringer aus (Versorgung des Kindes: $p = 0,001$).

Hinsichtlich der vier Belastungstypen, die sich in den Daten herauskristal-

lisierten (Hauptkomponentenanalyse), verfügten Frauen des Belastungstyps „Wissens- und Ressourcenmangel/Überforderung“ über geringere Kompetenzen, je höher ihre Belastung innerhalb dieses Belastungstyps war (siehe Tabelle 1).

Kommunikation im Netzwerk Frühe Hilfen

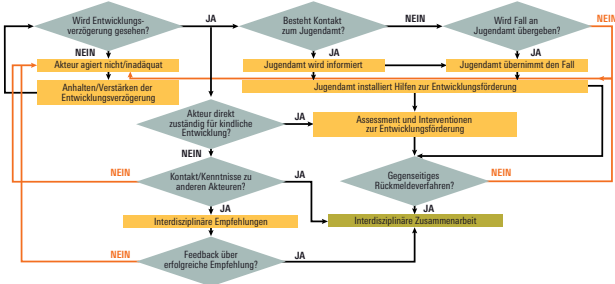
Die Befragung der 39 Akteure des Gesundheits- und Sozialbereiches, denen Fallvignetten hoch belasteter Familien vorgelegt wurden, offenbarte eine gelingende, jedoch heterogene Gestaltung der Lösungsansätze in den Frühen Hilfen, die multiple Versorgungs- und Vernetzungsoptionen beinhaltet.

In dieser Vielgestaltigkeit der Vernetzungswege begründet sich die Gefahr einer Über- oder Unterversorgung und damit die Entstehung von Versorgungsbrüchen im System der Frühen Hilfen.

Dies wird exemplarisch für die Entwicklungsverzögerung der Kinder (Fallvignette Katrin) in einem Entscheidungsbaum zur Netzwerkkommunikation dargestellt, in dem Bruchstellen erkennbar werden (rote Verbindungslinien), die vorrangig Konsequenzen unzureichender Netzwerkkennnisse oder -arbeit sind (siehe Abbildung 1).



Abbildung 1: Exemplarischer Entscheidungspfad: Kindeswohl bzw. Entwicklung der Kinder (Fallvignette Katrin)



FAZIT

Familienhebammen im Netzwerk Frühe Hilfen

Die betreuten Frauen/Familien schätzen an der Arbeit der Familienhebammen insbesondere:

- die Hausbesuche (Niedrigschwelligkeit),
- ihre hohe Verfügbarkeit (auch nachts und am Wochenende),
- ihr anwaltschaftliches Engagement und die Funktion als Lotsin im Netzwerk Frühe Hilfen,
- ihr Coaching bezüglich der Festsetzung und Wahrnehmung von Terminen (Gesundheits- und Sozialwesen) und
- die Förderung des informellen Netzwerks.

Eine bereits frühzeitige Zuführung von hoch belasteten schwangeren Frauen und schwangeren Teenagern zu den Familienhebammen ist verstärkt anzustreben.

Finanzierung und Verstetigung

Problematisch ist, dass weder die erfolgte Kooperation im Netzwerk Frühe Hilfen noch Besuche, bei denen die Familie nicht anzutreffen war, vergütet werden.

Nachhaltige Strukturen bezüglich der Qualifikation (länderübergreifend anerkannt), die gesetzliche Verankerung (SGB V und/oder SGB VIII) und eine Regelfinanzierung der präventiven Leistungen der Familienhebammen und ihrer Lotenfunktion sind erstrebenswert.

Leitung:



Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Mitarbeiterinnen:



Dr. Gertrud M. Ayerle MSN
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg



Dr. Christiane Luderer
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg



MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT HALLE-WITTENBERG

NZFH

LERNEN AUS PROBLEMATISCHEN KINDERSCHUTZVERLÄUFEN

EINLEITUNG

Der Projektbereich „Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen“ im NZFH hat sich zum Ziel gesetzt:

- aktuelle Aktivitäten der Länder und Kommunen im Bereich des Lernens aus Fehlern im Kinderschutz zu bündeln,
- einen länder- und kommunenübergreifenden Austausch zwischen den beteiligten Akteuren zu initiieren bzw. zu intensivieren,
- eine breite Diskussion in der Fachpraxis über das Lernen aus Fehlern im Kinderschutz zu fördern,
- inhaltliche Beiträge zur Weiterentwicklung des Themenfeldes zu liefern.

Das Thema wird in zwei Schwerpunkten bearbeitet (siehe Abbildung 1):

Abbildung 1: Umsetzung der neuen Aufgabe im NZFH



- Praxisentwicklungs- und Forschungsprojekt „Aus Fehlern lernen – Qualitätsmanagement (QM) im Kinderschutz“. Das Projekt wurde vom NZFH konzipiert und europaweit ausgeschrieben. Es untersucht die lokalen Rahmenbedingungen der Kinderschutzarbeit – insbesondere beim öffentlichen Träger – sowie die vorhandenen Risiko- und Fehlermanagementkonzepte. Ziel ist es, eine fehleroffene und reflexive Kinderschutzpraxis im multidisziplinären Setting lokaler Kinderschutzsysteme (weiter)zuentwickeln. Das geschieht durch die Initiierung und Durchführung eines dialogischen, mehrseitigen und wissenschaftlich begleiteten Qualitätsentwicklungsprozesses mit 42 Kommunen/Kinderschutzsystemen.
- Entwicklung bzw. Bereitstellung einer „Plattform für einen regelhaften Austausch zu problematisch verlaufenen Kinderschutzfällen“. Mit diesem Projektbereich unterstützt das NZFH eine breite Diskussion, mit dem Ziel der (Weiter-)Entwicklung einer Fehlerkultur im Kinderschutz in Deutschland. Neben der Vernetzung der Aktivitäten von Bund, Ländern und Kommunen werden internationale Erfahrungen und Erkenntnisse in den Prozess eingebracht. Zur Bearbeitung beider Projektbereiche wurde die begleitende AG „Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen“ eingerichtet.

AUSGANGSLAGE

In der Ministerpräsidentenkonferenz am 12. Juni 2008 wurde folgender Beschluss gefasst:

„Um Defizite im Kinderschutz zu identifizieren und um aus problematischen Kinderschutzverläufen zu lernen, wird das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in Abstimmung mit Bund und Ländern eine Plattform für einen regelhaften Erfahrungsaustausch einrichten.“

Dieser Beschluss hebt hervor, dass die Reflexion problematisch verlaufener Fälle sowie die Evaluation lokaler Kinderschutzsysteme verstärkt im Hinblick auf die Weiterentwicklung des Schutzes von Kindern in Deutschland genutzt werden sollte.

In der Vergangenheit gab es sehr unterschiedliche Formen der Auseinandersetzung mit tödlich oder tragisch verlaufenen Kinderschutzfällen in Deutschland.

Einige Beispiele

- 1995: Der Fall Laura-Jane wird im Rahmen eines strafrechtlichen Verfahrens über drei Instanzen verhandelt (bekannt als sog. Osnabrücker Fall). Im Rahmen des Verfahrens erstellte Prof. Dr. Christian Schrapper (damals Institut für Soziale Arbeit e.V., Münster) das Sachverständigengutachten.
- 2003: Nach der Aufdeckung eines Missbrauchsfalls wird in Saarbrücken eine Kommission aus Fachleuten einberufen. Ergebnis dieser Kommission ist das sogenannte *Saarbrücker Memorandum*.
- 2006: Zur Aufarbeitung des „Falls Kevin“ in Bremen wird ein parlamentarischer Untersuchungsausschuss eingerichtet. Das Ergebnis ist ein 350 Seiten umfassender Untersuchungsbericht.
- 2008: Die Stadt Lüneburg beauftragt – anlässlich eines Einzelfalls – das DJI, die Abläufe, Kommunikationswege und Handlungskriterien des Jugendamtes insgesamt zu untersuchen.
- 2008: Im Rahmen des „Programms zur Qualifizierung der Kinderschutzarbeit im Land Brandenburg“ wird die Fachstelle Kinderschutz beauftragt, *Fälle gravierender Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung mit Todesfolge und schwerster Körperverletzung im Land Brandenburg* zu untersuchen. Die Untersuchung erfolgte anhand der Analyse von Staatsanwaltschaftsakten zu Fällen aus den Jahren 2000 bis 2005.

Jede dieser Untersuchungen ist ein Beispiel für die kritische Reflexion fachlichen Handelns unter Einbeziehung der jeweiligen Rahmenbedingungen. Alle wurden vor einem anderen Hintergrund und mit unterschiedlichen Zielsetzungen durchgeführt. Insofern kann gesagt werden, dass es in Deutschland durchaus Erfahrung in der Analyse von Einzelfällen gibt.

Dennoch gibt es in Deutschland keine erprobte Methode als Grundlage für eine Strategie des systematischen Lernens aus problematischen Kinderschutzverläufen. Dieser Projektbereich des NZFH soll daher sowohl die Entwicklung einer Fehlerkultur als auch die (Weiter-)Entwicklung des „Lernens aus Fehlern im Kinderschutz“ in Deutschland fördern und unterstützen.



PROJEKTBEREICH 1

„AUS FEHLERN LERNEN. QUALITÄTSMANAGEMENT IM KINDERSCHUTZ“

Projektnehmer: Alice-Salomon-Hochschule in Berlin und Kronberger Kreis für Qualitätsentwicklung e.V.

Leitung: Prof. Dr. Uwe Flick und Prof. Dr. Reinhart Wolff

Projekt- und Forschungsdesign

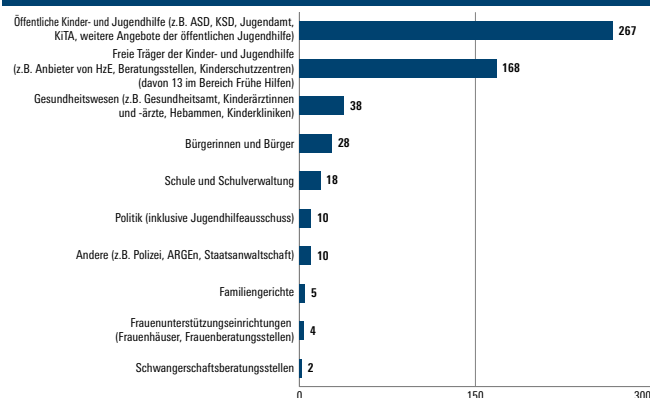
Bundesweit engagierten sich 42 Kommunen aus 12 Bundesländern in einem dialogischen Qualitätsentwicklungsprozess, um die Kinderschutzarbeit in ihrer Region nachhaltig zu verbessern. 12 Modell-Kommunen arbeiteten im Sinne regionaler Netzwerkbildung mit bis zu drei Partner-Kommunen zusammen und bilden ein „Kinderschutz Cluster“ (siehe Karte).

Mit sechs der insgesamt 12 Modell-Kommunen wurde vor Beginn der Qualitätsentwicklungs-Werkstätten (QE-Werkstätten) Schwerpunkt-Baseline-Erhebungen (Fremdevaluation) durchgeführt. Darüber hinaus werden Expertinnen- und Experteninterviews, ethnographische Felderkundungen sowie Dokumenten- und Aktenanalysen durchgeführt. Die übrigen sechs Modellkommunen führten, mit Unterstützung des Projektträgers, eine Selbstevaluation ihres Kinderschutzsystems durch.

Qualitätsentwicklungswerkstätten (QE-Werkstätten)

Die Vertreterinnen und Vertreter der Kommunen nahmen ab Herbst 2009 an fünf 2-tägigen QE-Werkstätten teil. Diese dienten der Weiterentwicklung des lokalen Qualitätsmanagementsystems im Kinderschutz. Sie fördern den Auf- und Ausbau fehleroffener Organisationskulturen und die Entwicklung einer achtsamen Kinderschutzpraxis. Hierbei wurden Qualitätskriterien und -indikatoren für eine „gute“ Fachpraxis präzisiert sowie Methoden und Verfahren eines dialogischen Qualitätsmanagements im Kinderschutz weiter entwickelt, erprobt und dokumentiert. An diesen Werkstätten nahmen jeweils insgesamt 35–50 Fachkräfte des lokalen interorganisationalen Kinderschutzsystems sowie Nutzerinnen und Nutzer sozialer Dienstleistungen teil (siehe Abbildung 2). Der Qualitätsentwicklungsprozess wird mithilfe von Fragebögen in den Werkstätten evaluiert.

Abbildung 2: Teilnehmende an den QE-Werkstätten (Vorläufige Auszählung – Stand: 17.08.2010, N = 550)



Es werden v.a. zu folgenden Fragestellungen bis Ende 2010 Ergebnisse erwartet:

- Welches Kinderschutz-, Fehler-, Qualitätsverständnis sowie Rollenverständnis haben die Fachkräfte?
- Welche Qualitäts- und Fehlermanagementkonzepte bzw. -strategien werden angewandt?
- Nach welchen Qualitätsstandards wird gearbeitet? Wie können sie (weiter-)entwickelt werden?
- Wie stellt sich die Situation von Kindern und Jugendlichen sowie deren Partizipation im Kinderschutz dar?

Darüber hinaus wird eine Handreichung zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz erstellt. Darin werden auch die Methoden der dialogischen Qualitätsentwicklung, die im Rahmen der Qualitätsentwicklungswerkstätten angewendet wurden, dargestellt.

Am 12.11.2010 findet in Berlin die Abschlusstagung des Projektes statt.

PROJEKTBEREICH 2

„PLATTFORM FÜR EINEN REGELHAFTEN AUSTAUSCH ZU PROBLEMATISCH VERLAUFENEN KINDERSCHUTZFÄLLEN“

Die Erfahrungen anderer Staaten haben gezeigt, dass ein durch eine Top-Down-Strategie eingeführtes System der Fehleranalyse – ohne ausreichende Akzeptanz in der Praxis – nicht erfolgreich umgesetzt werden kann. Gelingt es jedoch, die maßgeblichen Akteure für die Analyse problematischer Fallverläufe zu gewinnen, sind die Chancen deutlich besser, eine erfolgreiche Kultur des Lernens aus Fehlern zu entwickeln.

Das NZFH hat es sich zum Ziel gesetzt, über das Projekt „Aus Fehlern lernen – Qualitätsmanagement im Kinderschutz“ hinaus, durch folgende Initiativen den bundesweiten Dialog zum Thema „Lernen aus Fehlern im Kinderschutz“ auf allen Ebenen zu befördern.

Workshops

Zu den Workshops wurden Vertreterinnen und -vertreter der Praxis, der Wissenschaft und der Politik sowie nationale und internationale Expertinnen und Experten eingeladen.

Ziele:

- Bedarfe ermitteln,
- bereits vorhandene Aktivitäten und Erfahrungen in Ländern und Kommunen zum Lernen aus Fehlern im Kinderschutz zusammentragen,
- neue Aspekte und Erfahrungen durch internationale Expertise einbringen sowie
- Gelegenheiten für den Austausch der Akteure schaffen.



NZFH

ERKENNTNISSE AUS DEN MODELLPROJEKTEN – ÜBERGREIFEND UND ZUSAMMENGEFASST

AUSGANGSLAGE

Das Aktionsprogramm

In den letzten Jahren haben Todesfälle von Kindern in Folge von Miss-handlung und Vernachlässigung in Politik und Öffentlichkeit Bestürzung ausgelöst. Die Notwendigkeit eines effektiveren Kinderschutzes rückte ins Zentrum der öffentlichen und politischen Diskussion. 2006 wurde daraufhin vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme“ auf den Weg gebracht. Es zielt darauf ab, Strukturen zu entwickeln, um Risikosituationen frühzeitig zu erkennen und Erziehungskompetenzen hoch belasteter Eltern zu stärken. Dass die Verbesserung des Kinderschutzes mit dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) durch präventive Strategien weiter vorangebracht werden soll, wird auch im Koalitionsvertrag 2009 hervorgehoben.

Die Modellprojekte

Um die an vielen Standorten bereits vorhandenen guten Ansätze Früher Hilfen weiterzuentwickeln, hat das BMFSFJ im Rahmen des Aktionsprogramms mit den Ländern zehn Modellprojekte ausgewählt, die in allen 16 Bundesländern verortet sind. Eine Finanzierung gemeinsam mit den beteiligten Ländern, Gebietskörperschaften und in einzelnen Fällen auch mit Verbänden, Stiftungen oder kirchlichen Einrichtungen soll die Initiativen auf eine breitere Basis stellen. Alle Projekte bestehen aus zwei Komponenten: dem Praxisangebot Früher Hilfen und seiner wissenschaftlichen Begleitung. Der Fokus des Bundes liegt

- auf der Förderung der wissenschaftlichen Begleitung,
- der Koordination des Austauschs,
- der Bearbeitung projektübergreifender Fragestellungen und
- der zusammenfassenden Kommunikation der Ergebnisse, Erfahrungen und Erkenntnisse.

Diese Aufgaben gegenüber den Modellprojekten werden vom NZFH wahrgenommen.

Ein gemeinsames Anliegen

Die Modellprojekte unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich der Praxisangebote und Untersuchungsschwerpunkte, sondern auch hinsichtlich des Forschungsdesigns und der Stichprobenauswahl sehr stark voneinander. Dennoch haben sie ein gemeinsames Anliegen: Die Suche nach Erkenntnissen, Erfahrungen und Forschungsergebnissen zu den im Aktionsprogramm formulierten Qualitätsdimensionen Frühe Hilfen. Erste Ergebnisse dazu werden in diesem Poster zusammenfassend und projektübergreifend dargestellt. Die Darstellung basiert auf den Ergebnissen einer explorativen Befragung der Modellprojekte durch das NZFH.

FRAGEN ...

Im Aktionsprogramm wurden Anforderungen an Frühe Hilfen formuliert. Diese Anforderungen – auch als Qualitätsdimensionen bezeichnet – sind Strategien, um Familien in Belastungslagen bei der Bewältigung ihrer Alltags- und Erziehungsaufgaben sinnvoll zu unterstützen und so einer späteren Kindeswohlgefährdung präventiv zu begegnen.

Aber wie können diese Qualitätsanforderungen in der Praxis Früher Hilfen erfolgreich umgesetzt werden? Hierzu gibt es erheblichen Forschungsbedarf:

■ Systematisch und umfassend Zugang zur Zielgruppe finden

Systematische Zugänge zu Familien sollen weiter ausgebaut werden, um Familien frühzeitig Hilfeangebote unterbreiten zu können. Dabei müssen Effektivität und Praxistauglichkeit unterschiedlicher Zugänge vergleichend untersucht werden, um Empfehlungen für die Praxis aussprechen zu können und die Erreichbarkeit hoch belasteter Familien weiter zu verbessern.

■ Systematisch und objektiviert Risiken erkennen

In der Praxis des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe sollen Hinweise auf psychosoziale Risikofaktoren für eine gesunde Entwicklung der Kinder frühzeitig erkannt werden, um rechtzeitig Hilfe anbieten zu können. Der Einsatz von Instrumenten zur Erkennung und Einschätzung von Risiken bedarf einer wissenschaftlichen Begleitung, um Erkenntnisse zu Zweck und Praktikabilität zu erhalten.

■ Familien zur aktiven Teilnahme an Hilfen motivieren

Ansätze zur Aktivierung von Eltern in gravierenden Unterversorgungslagen müssen weiter vorangebracht werden, ebenso ihre Verbreitung in die Fläche. Aber welche Strategien zur Motivierung von Familien erweisen sich in der Praxiserprobung als geeignet?

■ Hilfen an den Bedarf der Familie anpassen

Die Passgenauigkeit einer Hilfe ist ein entscheidendes Qualitätskriterium für ihren Erfolg. Es gibt noch wenig fundiertes Wissen zur Einschätzung verschiedener Methoden der Feststellung spezifischer Hilfebedarfe von Familien.

■ Monitoring des Verlaufs der Hilfeerbringung

Familien bei Bedarf langfristig zu begleiten, ist – insbesondere dann, wenn unterschiedliche Hilfen und Hilfeanbieter am Prozess beteiligt sind – eine besondere Herausforderung für die Praxis.

■ **Vernetzung und verbindliche Kooperation der Akteure**

Durch die Disziplinen übergreifende Kooperation zwischen Akteuren im Bereich Früher Hilfen sollen sichere Übergänge zwischen den Systemen geschaffen werden. Es gibt einen hohen Forschungsbedarf hinsichtlich der Struktur und Effektivität verschiedener Kooperationsmodelle.

■ **Verankerung der Frühen Hilfen im Regelsystem**

Um langfristig wirken zu können, müssen die Frühen Hilfen den Status von Modellprojekten verlassen und im Regelsystem verankert werden. Aus den Erfahrungen der Modellprojekte werden Hinweise auf praktische Chancen und Barrieren erwartet.

Die Qualitätsanforderungen an die Frühen Hilfen sind eine Herausforderung für die wissenschaftliche Begleitung: Es gilt kritisch zu überprüfen, welche Entwicklungen in der Praxis geeignet sind, die Anforderungen zu erfüllen. Und welche Schwierigkeiten müssen dabei bewältigt werden?

... UND WEGE ZU DEN ANTWORTEN

Mehrmals wurden die Projekte in der Förderphase vom NZFH um die Beantwortung von Fragebögen gebeten. Diese Erhebungen ermöglichen eine zusammenfassende Einschätzung der Erkenntnisse, Erfahrungen und Ergebnisse zu ausgewählten gemeinsamen Forschungsthemen. In der aktuellen Befragung vom Februar 2010 wurden die Modellprojekte gezielt nach Erkenntnissen entlang der Qualitätsdimensionen gefragt. Da die meisten Projekte noch nicht abgeschlossen sind, handelt es sich um erste Einschätzungen, die jedoch einen guten Einblick in die Situation erlauben. Alle zehn Modellprojekte haben den Fragebogen zurückgesandt. Die Bögen wurden – je nach Zuständigkeit – zum Teil von der wissenschaftlichen Begleitung, zum Teil von Mitarbeitenden des Praxisteam beantwortet. Die Auswertung erfolgte durch das NZFH.



AUSGEWÄHLTE ERGEBNISSE

Systematisch und umfassend Zugang zur Zielgruppe finden

Die Modellprojekte arbeiten mit mehreren Akteuren des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe sowie mit Leistungserbringern weiterer Hilfesysteme zusammen. Viele dieser Kooperationen zielen (auch) darauf ab, einen systematischen und umfassenden Zugang zur Zielgruppe zu finden. Dabei sollten folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die angebotenen Leistungen sollen potenziell allen jungen Eltern rund um die Geburt zugänglich sein.
- Die Inanspruchnahme der Leistung soll in der Zielgruppe hoch akzeptiert sein und (auch) deshalb nicht als stigmatisierend erlebt werden.
- Der Kontakt soll frühzeitig erfolgen, möglichst bereits während der Schwangerschaft oder der Geburt des Kindes.

Aber wie funktionieren diese Kooperationen in der Praxis? Inwieweit eignen sich die verschiedenen Akteure – aus Sicht der Modellprojekte und vor dem Hintergrund der Erfahrungen, die in der praktischen Arbeit gewonnen wurden – als Zugangswege zu hoch belasteten Familien?

Um zu ermitteln, welche Kooperationen im Kontext Früher Hilfen aus Sicht der Modellprojekte erfolgreich waren, wurden die Projektleitungen und Mitarbeitenden um eine Einschätzung der Qualität der Zusammenarbeit mit potenziellen Kooperationspartnern anhand einer fünfstufigen Skala gebeten (von 1 „sehr gut“ bis 5 „gar nicht gut“). In der Tabelle sind die Ergebnisse für einen Teil der insgesamt 20 Kooperationspartner dargestellt.

Tabelle 1: Bewertung der Qualität der Zusammenarbeit hinsichtlich der Herstellung eines Zugangs zu hoch belasteten Familien

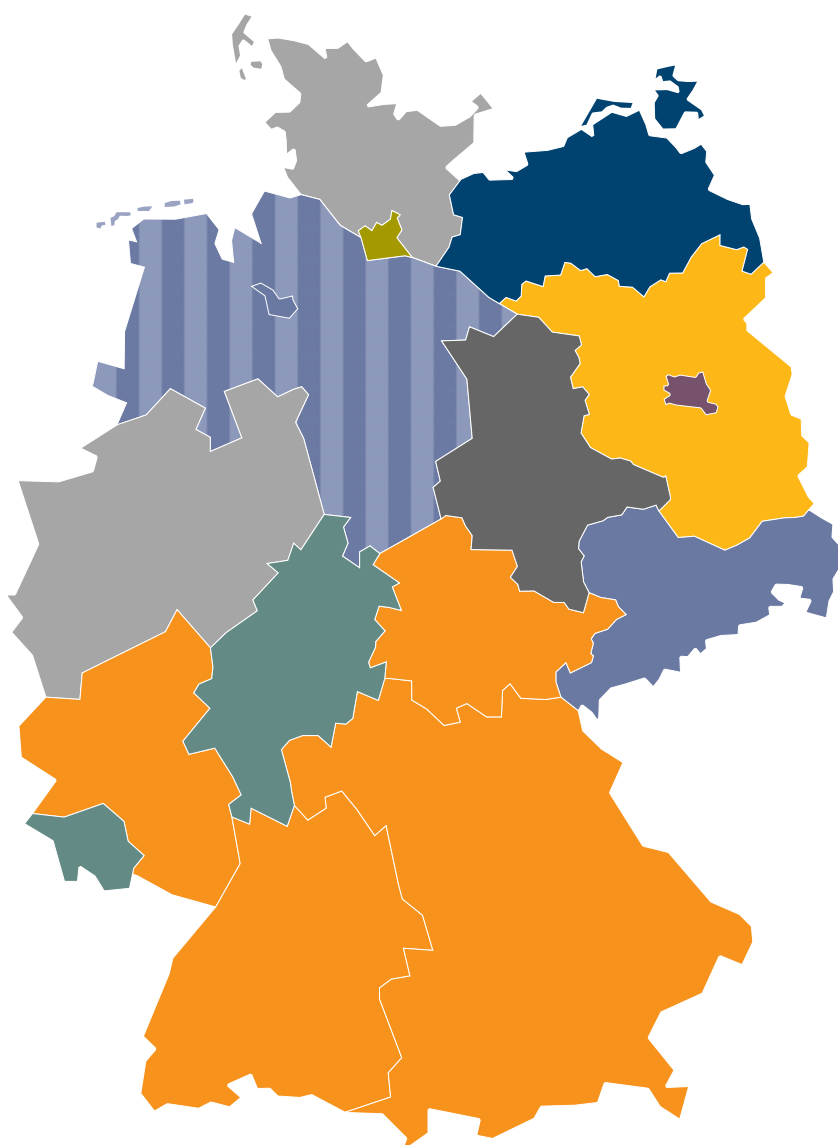
| Ausgewählte Akteure / Institutionen | Antwortkategorie 5-stufig: sehr gut bis gar nicht gut |
|---|---|
| Jugendamt, ASD / BSA | 1,9 |
| Schwangerschaftsberatungsstellen | 2,2 |
| Hebammen | 2,3 |
| Niedergelassene Kinderärzte/Kinderärztinnen | 3,4 |
| Niedergelassene Gynäkologen/Gynäkologinnen | 4,4 |

Basis: N = 10 Modellprojekte

Frage 6.1.2: Bitte bewerten Sie die Zusammenarbeit mit Blick auf die Zugänge für jeden Akteur / jede Institution – Allgemein: Qualität der Zusammenarbeit

Die Ergebnisse zeigen, dass mit Blick auf die Zugänge zu hoch belasteten Familien die Qualität der Zusammenarbeit mit dem Jugendamt, den Hebammen und den Schwangerschaftsberatungsstellen als hoch bewertet wird. Noch nicht zufriedenstellend ist insbesondere die Kooperationsqualität mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.

LÄNDERKARTE



Die Länderkarte zeigt, in welchen Bundesländern die einzelnen Modellprojekte – Praxis und wissenschaftliche Begleitung – verortet sind.

Baden-Württemberg | Rheinland-Pfalz | Bayern | Thüringen

- Guter Start ins Kinderleben

Brandenburg

- Wie Elternschaft gelingt (WIEGE – STEEP™)

Hamburg

- Wie Elternschaft gelingt (WIEGE – STEEP™)

Nordrhein-Westfalen | Schleswig-Holstein

- »Soziale Frühwarnsysteme in NRW« und »Schutzengel für Schleswig-Holstein«
- Evaluation Früher Hilfen und Sozialer Frühwarnsysteme in NRW und Schleswig-Holstein

Sachsen-Anhalt

- Familienhebammen im Land Sachsen-Anhalt
- FrühStart: Familienhebammen im Land Sachsen-Anhalt

Niedersachsen

- Familienhebammen im Landkreis Osnabrück
- Familienhebammen. Frühe Unterstützung – frühe Stärkung?

Hessen | Saarland

- Keiner fällt durchs Netz (KFDN)
- Frühe Interventionen für Familien (PIFFF)

Berlin

- Netzwerk Kinderschutz als Soziales Frühwarnsystem in Berlin-Mitte
- Evaluation und Coaching zum Sozialen Frühwarnsystem in Berlin-Mitte

Mecklenburg-Vorpommern

- Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Eltern

Niedersachsen | Bremen | Sachsen

- Pro Kind

NZFH

KOMMUNALE PRAXIS FRÜHER HILFEN – EINE BESTANDSAUFNAHME

EINLEITUNG

Die Beobachtung der Praxisentwicklung Früher Hilfen in Deutschland zählt zu den zentralen Aufgaben des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) im Aufgabenbereich Wissensplattform. Im Sommer 2008 hat das NZFH deshalb das Deutsche Institut für Urbanistik GmbH (DifU) beauftragt, eine erste Bestandsaufnahme zur Entwicklung der kommunalen Praxis im Bereich Früher Hilfen in Deutschland vorzunehmen. Verschiedene Untersuchungen (z.B. MGFFI, 2005; Bastian et al. 2008) haben gezeigt, dass sowohl die evidenzbasierte Entwicklung und Implementation erfolgreicher Hilfemodelle, als auch eine aufeinander abgestimmte Kooperation von zum Teil sehr unterschiedlichen Einzelansätzen im Rahmen regionaler Hilfenetze entscheidend für die Qualitätsentwicklung im Bereich Früher Hilfen ist. Bis dato lagen jedoch nur wenige Informationen über kommunale Angebotsstrukturen und die sich (weiter-)entwickelnden Kooperationsformen von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe vor, welche als Hauptakteure im Feld Früher Hilfen angesehen werden.

Die kommunalen Steuerungsbehörden Jugendamt und Gesundheitsamt nehmen bei der Planung und Sicherung der Versorgung sowie der Koordination der unterschiedlichen Systeme im Bereich Früher Hilfen eine zentrale Rolle ein, auch wenn ihre jeweiligen konkreten Aufträge und Handlungsmöglichkeiten von unterschiedlicher Natur sind. Daher wurden sie als Adressatinnen der Befragung ausgewählt. Die gemeinsame Untersuchung der zwei bislang weitgehend getrennt arbeitenden Behörden zum selben Themenbereich stellte eine große Herausforderung für die Konzeptionierung und Durchführung der Studie dar. Beide wurden mit einem identischen Erhebungsinstrument befragt. Dies erlaubt in der Auswertung eine kontrastierende Gegenüberstellung der beiden Systeme mit Darstellung der Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Nachteil bei dieser Vorgehensweise war, dass systemspezifische Fragestellungen nicht berücksichtigt werden konnten.

Die Studie besteht insgesamt aus zwei Teilerhebungen mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen. **Teiluntersuchung I** mit den Schwerpunkten Vernetzung und Kooperation im Bereich Früher Hilfen wurde zum Jahreswechsel 2008/2009 durchgeführt. Zentrale Ergebnisse dieser Untersuchung werden hier vorgestellt. **Teiluntersuchung II** erfolgte zum Jahreswechsel 2009/2010 und konzentrierte sich auf die lokalen Angebotsstrukturen im Bereich Frühe Hilfen. Die Auswertung dieser Teilstudie ist noch nicht abgeschlossen.

Mit den beiden Teiluntersuchungen der Bestandsaufnahme werden Basisdaten darüber erfasst, wie sich das Feld Früher Hilfen zum Zeitpunkt des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ (Laufzeit 2006 bis 2010) des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) darstellt. Diese Daten bilden den Ausgangspunkt für mögliche Follow-Up-Erhebungen in den darauffolgenden Jahren, um auch Entwicklungen in diesem Feld aufzeigen zu können.

AUSGANGSLAGE

Den Schwerpunkt der ersten Teiluntersuchung der Bestandsaufnahme Früher Hilfen bildete die Frage nach der Zusammenarbeit der bislang weitgehend getrennten Systeme der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitssystems im Bereich Früher Hilfen. Entscheidend für diese Schwerpunktsetzung waren bereits vorliegende Erkenntnisse, dass es in Deutschland zwar schon vielfältige Hilfe und Unterstützungsmöglichkeiten für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in unterschiedlichen Systemen gibt, aber einzelne Modelle für sich allein keine gute Versorgung von Familien mit Hilfeangeboten gewährleisten können. Dies gelingt, so ein Fazit der 2006 vom DJI durchgeführten Kurzevaluation zu Frühen Hilfen, „nur in einem umfassenden und differenzierten Netzwerk Frühe Hilfen“ (DJI, 2007). Zu ähnlichen Ergebnissen gelangen die wissenschaftliche Begleitung der Installierung Sozialer Frühwarnsysteme in NRW wie auch das Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“, das Runde Tische in einigen Modellkommunen initiiert und begleitet hat.

DESIGN UND FORSCHUNGSFRAGEN

Die Untersuchung wurde als Vollerhebung angelegt, die Datenerhebung erfolgte über standardisierte, postalische Befragungen. Der Zeitraum der Datenerhebung belief sich, einschließlich mehrerer Nachfassaktionen, auf rund zwei Monate (Dezember 2008 bis Januar 2009).

Übersicht zur ersten Teiluntersuchung der Bestandsaufnahme Früher Hilfen

| | |
|---|--|
| Projektlaufzeit (insgesamt) | Juni 2008 bis Juni 2010 |
| Projekthalte (1. und 2. Teiluntersuchung) | I: Kooperationsformen und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen II: Angebotsstrukturen und Instrumente im Bereich Früher Hilfen |
| Grundgesamtheit | Alle Jugend- und Gesundheitsämter in Deutschland |
| Erhebungsverfahren | Standardisierte postalische Befragungen (Primärerhebung) |
| Erhebungszeitraum | Teiluntersuchung I: Ende November 2008 bis Januar 2009 |
| Datensatz | Teiluntersuchung I: 573 befragte Ämter; 290 Variablen |

Zentrale Themenbereiche der **Teiluntersuchung I** der Bestandsaufnahme Früher Hilfen sind:

- Begriffsverständnis Früher Hilfen:** Was verstehen Fachkräfte in Jugend- und Gesundheitsämtern genau unter Frühen Hilfen? Wie ordnen sie Frühe Hilfen ein im Spannungsfeld von früher Unterstützung bzw. Förderung und rechtzeitigem Eingreifen im Kontext Kinderschutz?
- Aktivitäten im Bereich Früher Hilfen:** Was waren für Jugend- und Gesundheitsämter die auslösenden Faktoren für ihre Aktivitäten in diesem Bereich? Welche Art von Aktivitäten steht im Vordergrund ihrer Bemühungen um den Auf- und Ausbau Früher Hilfen in ihrem Amtsbezirk? Wo liegen Steuerungsverantwortung, strukturelle Verankerung und personelle Ressourcen in den

Kommunen und in den jeweiligen Behörden? Welche weiteren Unterstützungsbedarfe beim Auf- und Ausbau Früher Hilfen werden von den kommunalen Behörden formuliert?

- Kooperationsstrukturen:** Wie beurteilen die Behörden die Bedeutung möglicher Kooperationspartner? Wie werden der Umfang, die Qualität sowie die Verbindlichkeit der Kooperation mit einzelnen Partnern eingeschätzt?
- Netzwerkarbeit:** Von wem ging die Initiative zur Bildung von Frühe-Hilfe-Netzwerken aus? Welchen Umfang, welche Funktionselemente und welche Verbindlichkeit zeichnen die einzelnen Netzwerke aus? Welche Auswirkungen der Netzwerkarbeit sind aus Sicht der Behörden festzustellen?

Einige ausgewählte Ergebnisse dieser Untersuchung werden im Weiteren vorgestellt.

ERGEBNISSE

Am Ende der Erhebungsphase lagen von 967 ermittelten Jugend- und Gesundheitsämtern in Deutschland insgesamt 573 auswertbare Datensätze vor. Der Rücklauf in Höhe von knapp 60% ist für eine schriftliche Institutionenbefragung positiv zu bewerten. Allerdings fiel die Teilnahmequote unter den Jugendämtern mit ca. 63% etwas höher aus als unter den Gesundheitsämtern (ca. 52%). Aufgrund dieses Unterschieds, aber auch wegen der eingeschränkten Vergleichbarkeit der beiden Adressatengruppen, werden die Befunde getrennt nach Ämtern dargestellt.

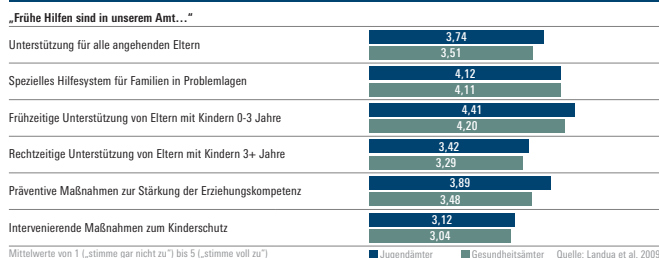
Die teilnehmenden und nicht teilnehmenden Ämter unterscheiden sich hinsichtlich einer Reihe von strukturellen und geographischen Merkmalen nur unwesentlich, es sind kaum Anhaltspunkte für signifikante Beeinträchtigungen der Validität der Befragungsdaten festzustellen (siehe Arlt, Landua & Sann 2009). Die Aussagen der Untersuchung können deshalb verallgemeinert und auf die Gesamtheit der Jugend- und Gesundheitsämter in Deutschland übertragen werden.

Frühe Hilfen zwischen früher Förderung und präventivem Kinderschutz:

Frühe Hilfen werden von den Fachkräften in den kommunalen Behörden übereinstimmend als biografisch früh einsetzende Angebote an Familien mit Säuglingen und Kleinkindern verstanden. Bei der Frage nach der Ausrichtung der Maßnahmen herrscht aber Uneinigkeit: sowohl ein primär-präventives Verständnis (Förderung für alle Familien) als auch ein sekundär-präventives Verständnis (Maßnahmen zur Prävention von Kindeswohlgefährdung für Risikogruppen) sind in der kommunalen Praxis anzutreffen.

Diese Ausrichtung differenziert sich nicht entlang der Systemgrenzen, sondern variiert innerhalb beider Systeme von Behörde zu Behörde.

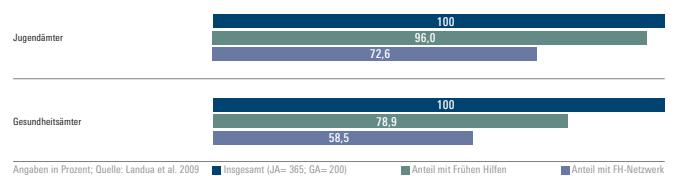
Abbildung 1: Zustimmung von Jugend- und Gesundheitsämtern zu einzelnen Begriffsfacetten von Frühen Hilfen



Hohes Aktivitätsniveau der kommunalen Behörden:

Beinahe alle Jugendämter und die überwiegende Mehrheit der Gesundheitsämter in Deutschland sind aktiv im Bereich Früher Hilfen. Beide kommunalen Behörden beteiligen sich am Aufbau interdisziplinärer Netzwerke für Fachkräfte sowie an der Bereitstellung zusätzlicher, niedrigschwelliger Hilfen für Familien. Die Beteiligung von Gesundheitsämtern beim Auf- und Ausbau Früher Hilfen ist trotz fehlender allgemeiner gesetzlicher Grundlagen unerwartet hoch ausgefallen. Welche Aufgaben vor Ort konkret in welche Zuständigkeit fallen und wie sie personell hinterlegt sind, ist jedoch noch unklar.

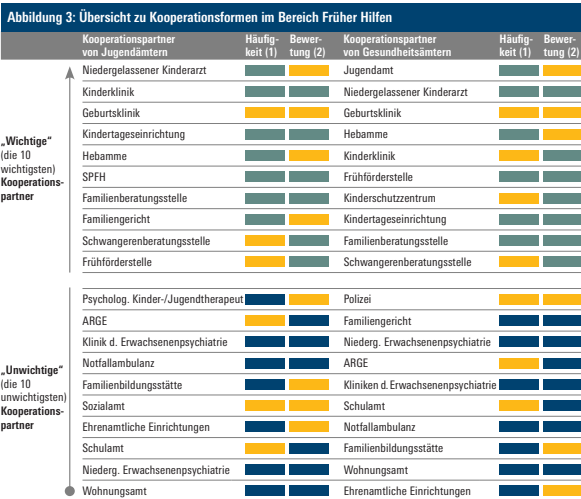
Abbildung 2: Anteile von Jugend- und Gesundheitsämtern nach ihren Beteiligungen im Bereich Früher Hilfen



Kooperation über Systemgrenzen hinweg – zwischen Wunsch und Wirklichkeit:

Quantität und Qualität der Kooperationen der kommunalen Steuerungsbehörden mit den verschiedenen Einrichtungen und Berufsgruppen, die im Feld Früher Hilfen relevante Beiträge leisten (können), stellen sich äußerst heterogen dar:

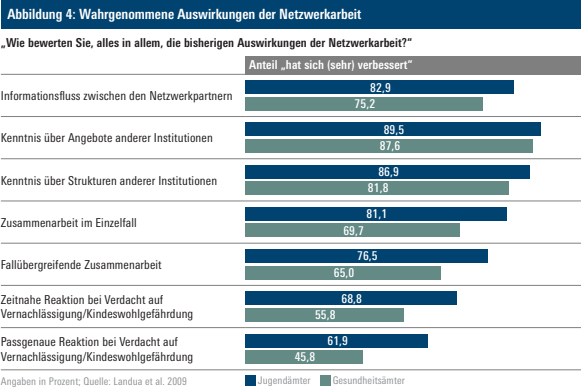
- Verbindliche bzw. vertraglich abgesicherte Kooperationen finden sich eher selten und wenn, dann vorwiegend zwischen dem Jugendamt und Akteuren aus dem Jugendhilfesektor.
- Beide Behörden schätzen die Kooperation mit Schwangerschaftsberatungsstellen und stationären Geburtshilfeeinrichtungen als hoch bedeutsam ein, haben jedoch nur mittelmäßig häufig tatsächlichen Kontakt mit diesen Einrichtungen.
- Eine Diskrepanz zwischen hoher Bedeutung und vergleichsweise niedriger Qualität der Kooperation wird von beiden Behörden ebenfalls im Bereich der Geburtshilfe (Kliniken und niedergelassene Hebammen) und seitens der Jugendämter hauptsächlich mit niedergelassenen Pädiatern erlebt.
- Dagegen wird von beiden Ämtern die gute Zusammenarbeit mit Familienberatungsstellen und Kindertageseinrichtungen positiv hervorgehoben.
- Die Zusammenarbeit von Jugend- und Gesundheitsamt selbst weist eine starke Asymmetrie auf: Das Jugendamt ist der wichtigste Partner für die Gesundheitsämter, wenn es um Frühe Hilfen geht, umgekehrt jedoch wird der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) von der Jugendhilfe kaum als relevanter Partner angesehen.



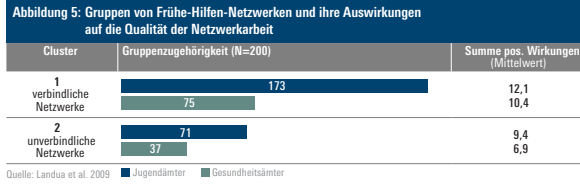
(1) Häufigkeit der Kooperation: Mittelwerte auf einer Skala von 0 „nie“ bis 5 „oft“
 (2) Bewertung der Kooperation: Mittelwerte auf einer Skala von 1 „sehr unzufrieden“ bis 5 „sehr zufrieden“
 ■ gehört zu den 10 „häufigsten“/„besten“ Kooperationspartnern
 ■ nahm bei Häufigkeit und Bewertung einen mittleren Rang ein
 ■ gehört zu den 10 „seltesten“/„schlechtesten“ Kooperationspartnern
 Datenbasis: Bundesweite Bestandsaufnahme Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen, Deutsches Institut für Urbanistik, 2009

Verbindliches Netzwerken lohnt sich:

Der größte Teil der befragten Jugend- und Gesundheitsämter arbeitet bereits in einem Netzwerk zu Frühen Hilfen mit. Die kommunikativen Aspekte der Zusammenarbeit stehen dabei zumeist im Vordergrund. Die Netzwerkarbeit verbessert aus Sicht der Behörden vor allem das wechselseitige Verständnis der Akteure und wirkt sich zudem positiv aus sowohl auf die Zusammenarbeit im Einzelfall als auch auf die fallübergreifende Kooperation. Damit verbessert sich auch die Möglichkeit, zeitnah bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung zu reagieren.



Die Auswirkungen eines verbindlich organisierten Netzwerks auf die Zielerreichung Früher Hilfen werden deutlich positiver erlebt als die eines unverbindlichen Netzwerks. Dies betrifft gerade auch die Akzeptanz Früher Hilfen seitens der Familien. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, ausreichende zeitliche, finanzielle und personelle Ressourcen für Netzwerkarbeit zur Verfügung zu stellen.



Literatur:

Arlt, Maja/Landua, Detlev/Sann, Alexandra (2009). Methodenbericht (1. Teiluntersuchung) zum Projekt *Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen*. Manuskript. Berlin

Bastian, Pascal/ Diepholz, Annerieke/Lindner, Eva (Hrsg.) (2008). *Frühe Hilfen für Familien und soziale Frühwarnsysteme*. Münster

Deutsches Jugendinstitut München (Hrsg.) (2007). *Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern*. Abschlussbericht. München

Nordrhein-Westfalen, Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration (Hrsg.) (2005). *Frühe Hilfen für Familien. Arbeitshilfe zum Aufbau und zur Weiterentwicklung lokaler sozialer Frühwarnsysteme*. Münster

Literatur zur Erstveröffentlichung der Studie:

Landua, Detlev/Sann, Alexandra/Arlt Maja (2009). *Ergebnisbericht (1. Teiluntersuchung) zum Projekt Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen*. Berlin

Nationales Zentrum Frühe Hilfen



Leitung:
Prof. Dr. Jörg M. Fegert
Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Prof. Dr. Ute Ziegenhain
Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

Mitarbeiterinnen:
Dr. Dipl. Psychologin Anne Katrin Künster
Dipl.-Päd. Angelika Schöllhorn
Dipl.-Psych. Melanie Püllhofer
Dipl.-Psych. Alexandra Hofer
Cornelia König
Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm

Nationales Zentrum Frühe Hilfen

TERSTÜTZUNG

LEISTUNGSBEREICH

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) ist ein interdisziplinäres Team aus Kinder- und Jugendpsychiatern, Psychologen, Pädagogen, Sozialarbeitern und Hebammen. Es bietet umfassende Unterstützung für Familien mit Kindern, die eine psychische Erkrankung haben oder eine psychische Erkrankung entwickeln könnten.

LEISTUNGSBEREICH

Das NZFH bietet umfassende Unterstützung für Familien mit Kindern, die eine psychische Erkrankung haben oder eine psychische Erkrankung entwickeln könnten.

LEISTUNGSBEREICH

Das NZFH ist ein interdisziplinäres Team aus Kinder- und Jugendpsychiatern, Psychologen, Pädagogen, Sozialarbeitern und Hebammen. Es bietet umfassende Unterstützung für Familien mit Kindern, die eine psychische Erkrankung haben oder eine psychische Erkrankung entwickeln könnten.

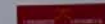
FAZIT

Das NZFH ist ein interdisziplinäres Team aus Kinder- und Jugendpsychiatern, Psychologen, Pädagogen, Sozialarbeitern und Hebammen. Es bietet umfassende Unterstützung für Familien mit Kindern, die eine psychische Erkrankung haben oder eine psychische Erkrankung entwickeln könnten.



Prof. Dr. Hans Schilling
Universitätsklinikum Ulm

Dr. Ina M. M. M. M.
Universitätsklinikum Ulm



material health



Nationales Zentrum Frühe Hilfen



Alle Publikationen unter www.fruehehilfen.de/wissen/materialien/publikationen/
Die Publikationen sind in umgekehrter chronologischer Reihenfolge nach Erscheinungsdatum gelistet.

Interdisziplinäre Frühförderung und Frühe Hilfen gehören zusammen! Wege zu einem inkludierenden Verbundsystem Früher Hilfe und Förderung Hans Weiß. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in Kooperation mit der Bundesvereinigung Lebenshilfe. Köln 2012 (im Erscheinen)

Bestandsaufnahme zur Entwicklung der kommunalen Praxis im Bereich Früher Hilfen - zweite Teiluntersuchung Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2011.

Expertise Kosten und Nutzen Früher Hilfen Uta Meier-Gräwe, Inga Wagenknecht. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2011.

Ombuds- und Beschwerdestellen in der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland Ulrike Urban-Stahl. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln 2011.

Pilot Projects in the German Federal States. Summary of Results Ilona Renner, Viola Heimeshoff. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln 2011.

Werkbuch Vernetzung. Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation Ute Ziegenhain, Angelika Schöllhorn, Anne K. Künster, Alexandra Hofer, Cornelia König, Jörg M. Fegert. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), 4. Auflage 2011.

Wie Elternschaft gelingt (WIEGE) - Projektstandort Hamburg Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2011.

Bundesgesundheitsblatt Nr. 11/2010: Frühe Hilfen zum gesunden Aufwachsen von Kindern Hrsg.: Robert Koch Institut, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation (DIMDI), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Paul-Ehrlich-Institut, Springer Medizin Verlag (Verlag), 2010 (Nr. 11/2010).

Bundesgesundheitsblatt Nr. 10/2010: Frühe Hilfen zum gesunden Aufwachsen von Kindern Hrsg.: Robert Koch Institut, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation (DIMDI), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Paul-Ehrlich-Institut, Springer Medizin Verlag (Verlag), 2010 (Nr. 10/2010).

IzKK-Nachrichten 1/2010: Kinderschutz und Frühe Hilfen Hrsg.: Informationszentrum Kindesmisshandlung / Kindesvernachlässigung (IzKK), Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Deutsches Jugendinstitut (Verlag), München 2010.

Aus Fehlern lernen – Qualitätsmanagement im Kinderschutz Christine Gerber, Jörg Backes. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Bonn 2010.

Bibliographie Frühe Hilfen Katja Haibach. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), 2010.

Datenschutz bei Frühen Hilfen Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht (DIJuF) e.V.. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Informationszentrum Kindesmisshandlung / Kindesvernachlässigung (IzKK) am Deutschen Jugendinstitut e.V., 2010.

Die Bedeutung der Schwangerschaftsberatung im Kontext Früher Hilfen Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), 2010.

Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen Hrsg.: Ilona Renner, Alexandra Sann, Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), 2010.

Frühe Hilfen bei Häuslicher Gewalt Hrsg.: Reinhild Schäfer, Susanne Nothhafft, Regine Derr, Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Informationszentrum Kindesmisshandlung/Kindesvernachlässigung (IzKK), Köln 2010.

Kommunale Praxis Früher Hilfen in Deutschland Alexandra Sann. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln 2010.

Modellprojekte in den Ländern Ilona Renner, Viola Heimeshoff. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln 2010.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)
in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimerstraße 220
51109 Köln
Telefon: 0221- 8992 0
www.bzga.de
www.fruehehilfen.de

Redaktion:

Michael Hahn (NZFH)

Konzept und Gestaltung:

steinrücke+ich gmbh

Alle Rechte vorbehalten.

Diese Publikation wird vom NZFH kostenlos abgegeben.
Sie ist nicht zum Weiterverkauf bestimmt.

Die aktuelle Publikationsliste und Informationen zu weiteren
Materialien finden Sie unter: www.fruehehilfen.de