

MODELLPROJEKT
**GUTER START INS
KINDERLEBEN**

WERKBUCH VERNETZUNG

Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation
und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz

Mit Förderung der Bundesländer Baden-Württemberg,
Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen sowie des
Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und
Jugend und des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen

Ute Ziegenhain, Angelika Schöllhorn, Anne K. Künster,
Alexandra Hofer, Cornelia König, Jörg M. Fegert





WERKBUCH VERNETZUNG

MODELLPROJEKT
**GUTER START INS
KINDERLEBEN**

Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation
und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz

Mit Förderung der Bundesländer Baden-Württemberg,
Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen sowie des
Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und
Jugend und des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen

Ute Ziegenhain, Angelika Schöllhorn, Anne K. Künster,
Alexandra Hofer, Cornelia König, Jörg M. Fegert

Herausgeber: Nationales Zentrum Frühe Hilfen

IMPRESSUM

Herausgeber:

Nationales Zentrum Frühe Hilfen
(Die Ausführungen im Werkbuch geben die Erkenntnisse
und Meinungen der Autorinnen und Autoren wieder, die vom
Herausgeber nicht in jedem Fall geteilt werden müssen.)

Copyright:

Klinik für Kinder- und Jugend-
psychiatrie/Psychotherapie,
Universitätsklinikum Ulm

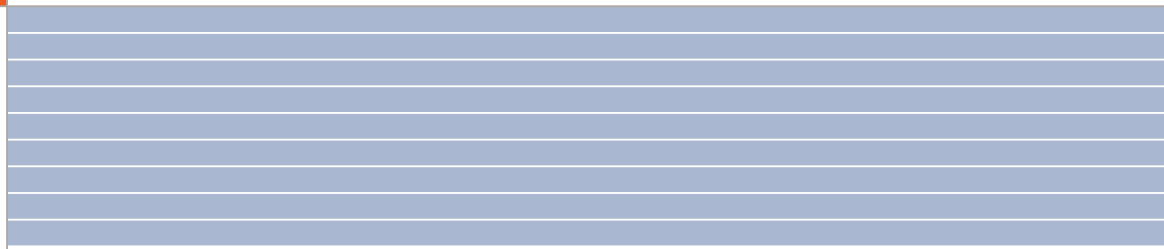
Druck:

Silber Druck, Niestetal

4. Auflage, November 2011
4.6.11.11

BESTELLADRESSE

NZFH in der BZgA
51101 Köln
Best.-Nr. 16000110



INHALT

TEIL 1

EINFÜHRUNG IN DEN THEORETISCHEN HINTERGRUND

1	FRÜHE HILFEN UND KINDERSCHUTZ: NOTWENDIGKEIT INTERDISZIPLINÄRER KOOPERATION UND VERNETZUNG	28
1.1.	Frühe Hilfen und Kinderschutz	29
1.2.	Besondere Anforderungen an interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung in der frühen Kindheit	38
1.3.	Warum ist Vernetzung so kompliziert? Exkurs: Soziale Netzwerke	50
2	DAS MODELLPROJEKT „GUTER START INS KINDERLEBEN“	58
2.1.	Praxisbegleitung	61
2.2.	Evaluation der Wirksamkeit von Vernetzung und präventiven Hilfen	66

TEIL 2

GESAMMELTE ERFAHRUNGEN AUS DER PRAXIS FÜR DIE ARBEIT IN DER PRAXIS

3	DIE PARTNER DER VERNETZUNG UND DIE ANALYSE DER LOKALEN ANGEBOTS- UND VERNETZUNGSSTRUKTUREN	70
3.1.	Die relevanten Berufsgruppen und Institutionen im Netzwerk	71
3.1.1.	Die Rolle der Koordinatoren im Vernetzungsprozess	73
3.1.2.	Die Partner in der Kinder- und Jugendhilfe	75
3.1.3.	Die Partner im Gesundheitswesen	83
3.1.4.	Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen als Partner	91
3.1.5.	Weitere Partner in der Vernetzung	92
3.2.	Die Analyse der lokalen Angebots- und Vernetzungs- strukturen	94
3.2.1.	Die Fragebögen	95
3.2.2.	Die Organisation der Befragung	96
3.2.3.	Die Auswertung der Erhebung	97
3.2.4.	Ein Beispiel zur Vernetzungsanalyse	98

4	DIE INSTRUMENTE DER VERNETZUNG	106
4.1.	Die Auftaktveranstaltung	107
4.2.	Die Runden Tische	109
4.2.1.	Der erste Runde Tisch	110
4.2.2.	Der zweite Runde Tisch	118
4.2.3.	Der dritte Runde Tisch	122
4.3.	Arbeitsgruppen	126
4.4.	Interdisziplinäre Weiterbildungen als Möglichkeit, die Vernetzung auf personeller Ebene zu unterstützen	128
5	DIE SCHAFFUNG GEMEINSAMER STANDARDS UND VORGEHENSWEISEN	130
5.1.	Anhaltsbogen und Workshop Kinderschutz	131
5.1.1.	Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch	131
5.1.2.	Workshop Kinderschutz	135
5.2.	Entscheidungsbaum	137
5.3.	Handreichungen	138
5.4.	Unterstützungsbogen für die Jugendhilfe	140
5.5.	Anonymisierte interdisziplinäre Fallbesprechung und anonyme Fallberatung	142
6	DIE ABSICHERUNG DER NACHHALTIGKEIT	144
6.1.	Die Verankerung in und zwischen den Institutionen	145
6.1.1.	Die Verankerung in den Institutionen	145
6.1.2.	Die Verankerung zwischen den Institutionen	147
6.2.	Die politischen Ebenen zur Absicherung der Nachhaltigkeit	151
6.2.1.	Die Entwicklung kommunaler Gesamtstrategien im Bereich Früher Hilfen	152
6.2.2.	Die Absicherung der Nachhaltigkeit auf der übergreifenden Ebene (Kostenträger, Landes- und Bundesebene)	153
7	LITERATUR	160
8	ANHANG	168
A	Instrumente	170
A1	Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch und Leitfaden zum Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch	170
A2	Entscheidungsbaum bei (drohender Kindeswohlgefährdung)	176
	Leitfaden zum Entscheidungsbaum bei (drohender Kindeswohlgefährdung)	177

A3	Handreichung zum Umgang mit mäßig kritischen Fällen	179
A4	Handreichung zum Umgang mit (potenzieller) Kindeswohlgefährdung	180
A5	Unterstützungsbogen für die Jugendhilfe	182
B	Vernetzungsanalyse	191
B1	Fragebogen zur Vorstellung der Institution	191
B2	Anschreiben zum Fragebogen zur Vorstellung der Institution	193
B3	Einwilligungserklärung zum Fragebogen zur Vorstellung der Institution	195
B4	Fragebogen zur Vernetzungsanalyse	197
B5	Anschreiben zum Fragebogen zur Vernetzungsanalyse	211
C	Adressen der Ärztekammern	213
D	Links für die Recherche neuer Bundesgesetze	214
TEIL 3		
GLOSSAR		217

In den vergangenen Jahren ist uns durch die dramatischen Fälle von Kindesvernachlässigung und Kindermisshandlung immer wieder bewusst geworden, welche große Bedeutung der Kinderschutz in Deutschland hat.

Viele Menschen, die beruflich oder ehrenamtlich mit Kindern arbeiten, erleben ihre Verantwortung für den Schutz dieser Kinder stärker als zuvor. Die Verantwortung für das Wohlergehen von Kindern ist aber nicht nur eine Sache Einzelner: Kinderschutz ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Albert Einstein hatte Recht: „Es gibt keine großen Entdeckungen und Fortschritte, solange es noch ein unglückliches Kind auf Erden gibt“. Alle Kinder verdienen vom Beginn ihres Lebens an die gleichen Chancen auf eine gesunde körperliche und seelische Entwicklung. Diesem Anliegen folgt das Projekt „Guter Start ins Kinderleben“. Der Bund und vier Länder fördern das Projekt gemeinsam, acht Modellkommunen beteiligen sich daran.

Ein Leitmotiv für den Erfolg Früher Hilfen, an dem sich auch das Projekt „Guter Start ins Kinderleben“ orientiert, heißt Vernetzung. Um Belastungen und Risiken so früh wie möglich zu erkennen und effektiv zu handeln, muss das Gesundheitswesen verbindlich mit der Kinder- und Jugendhilfe verzahnt werden. Tragfähige Hilfenetze umfassen aber auch die Schwangerschaftsberatungsstellen und Unterstützungseinrichtungen für Frauen, Kindergärten, Schulen, Familiengerichte und die Polizei. Das Programm des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sammelt in allen Bundesländern und mit Unterstützung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen Erfahrungen in Modellprojekten und nutzt sie für eine Verbesserung des Kinderschutzes. Die Projekte setzen unterschiedliche Schwerpunkte und konzentrieren sich auf die ersten drei Lebensjahre, eine entwicklungspsychologisch ganz besonders sensible Zeit.



Wie kann eine Zusammenarbeit zwischen verschiedenen, bisher oft kaum verbundenen Systemen Erfolg haben? Diese Frage beantwortet das vorliegende Werkbuch Vernetzung, indem es die Erfahrungen aus dem Projekt „Guter Start ins Kinderleben“ auswertet und Kernaussagen für die Übertragung in die Regelversorgung entwickelt. Ich wünsche mir, dass diese wertvollen Anregungen vielerorts aufgenommen und umgesetzt werden.

Dr. Kristina Schröder
Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

SEHR GEEHRTE DAMEN UND HERREN,
LIEBE ENGAGIERTE FACHKRÄFTE FÜR DEN
KINDERSCHUTZ,

gemeinsam mit der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm ist es uns in Kooperation mit dem Bund und länderübergreifend mit Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen gelungen, das Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“ ins Leben zu rufen.

Zu Projektbeginn im November 2006 konnte ich mir bei der Auswahl der Modellstandorte für Baden-Württemberg selbst ein Bild von den vielen guten Konzepten der Stadt- und Landkreise zum Kinderschutz und den Frühen Hilfen machen. Schon damals hat mich das große Engagement aller Beteiligten beeindruckt. Dieses Engagement wurde auch in das Modellprojekt eingebracht. Das Modell hat jedoch nicht nur für die Standorte Pforzheim und Ostalbkreis eine Fülle von Erfahrungen und Erkenntnissen für eine Weiterentwicklung der örtlichen Kinderschutzsysteme gebracht, sondern auch wichtige Impulse für den Kinderschutz in ganz Baden-Württemberg gesetzt.

Zum Abschluss dieses Projektes ist es mir als Kinderbeauftragte der Landesregierung daher ein besonderes Anliegen, dass von den wertvollen Ergebnissen aus diesem Modellprojekt alle im Kinderschutz tätigen Fachkräfte aus Jugend- und Gesundheitshilfe profitieren können. Dies ist auch Ziel des nunmehr vorliegenden Werkbuchs „Vernetzung“. Alle Akteure erhalten hierdurch eine konkrete Hilfestellung, wie sie die Kooperation und Vernetzung vor Ort zukünftig noch besser und effizienter gestalten können.



Darüber hinaus werden wir als Erkenntnis aus diesem Projekt den Ausbau der Frühen Hilfen weiter forcieren. Neben der vorgesehenen flächenmäßigen Implementierung von Familienhebammen als besonders niederschwelliges Hilfeangebot, haben wir bereits - wiederum in Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik Ulm - ein Anschlussprojekt zur Entwicklung eines internetbasierten Weiterbildungskurses „Frühe Hilfen und frühe Interventionen im Kinderschutz“ auf den Weg gebracht. Damit leisten wir einen Beitrag zur notwendigen Weiterqualifizierung aller im Kinderschutz tätigen Fachkräfte durch ein bislang bundesweit einmaliges Verfahren.

Ich danke allen Beteiligten, die zum Gelingen des Modellprojekts „Guter Start ins Kinderleben“ beigetragen haben. Möge dieses Werkbuch für alle im Kinderschutz tätigen Fachkräfte eine wertvolle Hilfe und Unterstützung in der täglichen Praxis sein!

Ihre

Dr. Monika Stolz MdL
Ministerin für Arbeit und Sozialordnung,
Familien und Senioren Baden-Württemberg,
Kinderbeauftragte der Landesregierung

Der effektive Schutz des Kindeswohls entspricht dem Recht eines jeden Kindes auf Entwicklung und Entfaltung seiner Persönlichkeit und ist zugleich von elementarer Bedeutung für unsere Gesellschaft.

Wie wir inzwischen aus zahlreichen Studien wissen, ist die frühe Kindheit von prägender Bedeutung für das gesamte weitere Leben eines Menschen. Gerade in dieser besonderen Entwicklungsphase eines Kindes ist es von entscheidender Bedeutung, dass wir Eltern frühzeitig in ihrer Erziehungsverantwortung unterstützen.

Auf Basis dieser Überzeugung haben die Länder Bayern, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Thüringen seit dem Jahr 2006 das Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“ unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Jörg M. Fegert und PD Dr. Ute Ziegenhain an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm initiiert. Ziel des Modellprojekts war es, belastete Eltern, wie etwa sehr junge und allein erziehende Mütter oder Eltern in schwierigen Lebenssituationen, früh- und rechtzeitig zu unterstützen, um von vornherein Überforderungssituationen in der Familie zu vermeiden. Damit soll Vernachlässigungen und Misshandlungen von Kindern bereits in der Entstehung entgegen gewirkt werden. Im Rahmen des Modellprojekts wurden vielfältige Methoden erarbeitet um diesem Ziel gerecht zu werden. Hierfür danke ich den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Universitätsklinikums Ulm sehr herzlich.

Die stetige Verbesserung des Kinderschutzes hat für die Bayerische Staatsregierung höchste Priorität. Es freut mich besonders, dass die im Modellprojekt gefundenen Ergebnisse bereits in die Praxis umgesetzt werden. Die gesammelten Erfahrungen an den Projektstandorten Erlangen und Traunstein waren so positiv, dass die Bayerische Staatsregierung bereits am 12. Februar 2008 beschlossen hat, die Kommunen ab dem Jahr 2009 bei der Etablierung sozialer Frühwarn- und Fördersysteme finanziell zu unterstützen. Hierzu wurden flächendeckend im Verantwortungsbereich der Jugendämter Koordinierende Kinderschutzstellen (KoKi) geschaffen. Mit diesem Regelförderprogramm haben wir in Bayern die guten Ergebnisse des Modellprojekts „Guter Start ins Kinderleben“ nachhaltig umgesetzt. Die Bündelung vorhandener Kompetenzen vor Ort und der verstärkte interdisziplinäre Austausch ermöglichen eine niedrighschwellige und frühzeitige Unterstützung von Eltern in problematischen Lebenslagen und Risikosituationen.



Denn je früher Klarheit über eine mögliche Gefährdung des Kindeswohls geschaffen werden kann, desto größer ist die Chance, bereits mit Hilfe präventiver Maßnahmen Schlimmeres zu verhindern. Kinderschutz kann nur gelingen, wenn er interdisziplinär angelegt ist und alle Akteure, insbesondere Jugendhilfe und Gesundheitswesen, aber auch Schule, Justiz und Polizei, in engem Schulterschluss gemeinsam agieren und bestmöglich vernetzt sind.

Ein weiteres Ergebnis des Modellprojekts „Guter Start ins Kinderleben“ halten Sie nun in den Händen. Das Werkbuch Vernetzung fasst alle während des Projekts gewonnenen Erfahrungen zusammen und gibt gleichzeitig Arbeitshilfen zur Umsetzung eines interdisziplinär vernetzten Kinderschutzes. Gemeinsam mit dem Glossar, den im Projekt entstandenen Expertisen und der bayerischen fachlichen Handreichung „Kinderschutz braucht starke Netze“ (abrufbar unter www.kinderschutz.bayern.de) können nun alle wissenschaftlichen Erkenntnisse auch in der Alltagspraxis eingesetzt werden. Damit werden wir unserer Verantwortung gegenüber den Kindern, die unsere Unterstützung brauchen, gerecht. Denn Kinder und Jugendliche haben ein Recht darauf, gesund aufzuwachsen.

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Christine Haderthauer'. The signature is fluid and cursive.

Christine Haderthauer

**Bayerische Staatsministerin für Arbeit und Sozialordnung,
Familie und Frauen**

Kinder brauchen Schutz und Förderung. Darauf haben sie ein Recht, das Eltern und Familien in aller Regel auch einlösen. Die meisten Kinder und Jugendlichen wachsen in ihren Familien behütet und geliebt auf.

Gleichwohl erschüttern uns immer wieder neue Fälle von Vernachlässigung, Misshandlung, ja Missbrauch von Kindern. Es ist bekannt, dass Eltern ihre Kinder in der Regel nicht bewusst vernachlässigen oder misshandeln. Meist fehlen ihnen das Wissen und die notwendigen Kompetenzen im Umgang mit Säuglingen und Kleinkindern – sie sind überfordert.

Ziel des vom Bund und von vier Ländern getragenen Projektes „Guter Start ins Kinderleben“ war deshalb die frühe Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen in prekären Lebenslagen und die Prävention von Vernachlässigung und Misshandlung im frühen Lebensalter. Um Kinder dauerhaft und wirksam vor Vernachlässigung und Misshandlung zu schützen, brauchen wir starke Netzwerke und eine gute Zusammenarbeit aller Einrichtungen der Jugend- und Gesundheitshilfe. Das Projekt „Guter Start ins Kinderleben“ verfolgt hier einen zukunftsweisenden und tragfähigen Ansatz. Es hat auch Pate gestanden für das in Rheinland-Pfalz im Jahr 2008 in Kraft getretene Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit. Beides hat bundesweit Vorbildcharakter.



Sowohl im Projektverlauf als auch bei der Umsetzung des Landesgesetzes ist klar geworden, dass die Einrichtungen der Jugend- und Gesundheitshilfe in einer Kommune nur dann gut zusammenarbeiten und zielgenau helfen können, wenn sie ihre unterschiedlichen Angebote kennen und gut miteinander vernetzen.

Das vorliegende Handbuch enthält praktische Arbeitshilfen und Checklisten für die Akteurinnen und Akteure aus dem Bereich der Frühen Hilfen. Ich hoffe, es ist für alle Beteiligten eine wertvolle Hilfe, um Kooperation und Vernetzung zu verbessern.

Dem Universitätsklinikum Ulm und dem Deutschen Institut für Jugend- und Familienrecht danke ich für die kompetente und engagierte Arbeit und für die angenehme und fruchtbare Zusammenarbeit.

A handwritten signature in black ink that reads "M. Dreyer". The signature is written in a cursive, slightly stylized font.

Malu Dreyer
Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen
des Landes Rheinland-Pfalz

SEHR GEEHRTE DAMEN UND HERREN,

„Pflege und Erziehung sind das natürliche Recht der Eltern und zuvörderst ihnen obliegende Pflicht“, so steht es im Artikel 6 Absatz 2 unseres Grundgesetzes. Dieses Elternrecht und diese Elternpflicht sind Grundsatz des Handelns der Regierung und binden jedwede staatliche Gewalt auf Bundes- und auf Landesebene.

Der Freistaat Thüringen hat sich in seiner Verfassung ausdrücklich dazu bekannt, Eltern bei ihrer verantwortungsvollen und nicht selten auch herausforderungsvollen Aufgabe zu unterstützen und die schutzwürdigen Interessen des Kindes zu wahren. Artikel 19 der Thüringer Landesverfassung formuliert diesen Anspruch wie folgt: „Kinder und Jugendliche haben das Recht auf eine gesunde geistige, körperliche und psychische Entwicklung. Sie sind vor körperlicher und seelischer Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch und Gewalt zu schützen.“ Im Rahmen dieses Handlungsauftrages hat die Thüringer Landesregierung in den vergangenen Jahren zahlreiche Maßnahmen zur Stärkung des Kinderschutzes getroffen.

Natürlich sind wir froh über die Tatsache, dass es in der Regel einer Hilfestellung seitens des Staates nicht bedarf. Der überwiegende Teil der Eltern ist durchaus in der Lage, ihre Kinder liebevoll zu versorgen und ihnen ein Lebensumfeld zu bieten, das vom Gefühl der Geborgenheit und Sicherheit geprägt ist. Wir wissen aber auch, dass es Eltern gibt, die ihren Kindern aus Mangel an persönlichen, finanziellen oder auch sozialen Ressourcen ein solches Lebensumfeld nicht bieten können – ein Lebensumfeld, das Kinder für ein gesundes und behütetes Aufwachsen brauchen. Gerade für diese Eltern und ihre Kinder sind frühe, qualifizierte Hilfen und an ihrem Bedarf orientierte Unterstützungsmaßnahmen notwendig, um allen Kindern eine größtmögliche Chance für einen guten Start ins Leben zu ermöglichen.



Dieses Ziel vor Augen wurde über einen Zeitraum von fast drei Jahren das Vier-Länder-Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“ in den Ländern Bayern, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Thüringen durchgeführt. Mit dem „Werkbuch Vernetzung“ wird nun ein wichtiges Ergebnis präsentiert. Aber wozu eigentlich ein Vernetzungshandbuch? Nun, getreu dem afrikanischen Sprichwort: „Es braucht ein ganzes Dorf, um ein Kind großzuziehen“, liegt auch beim Kinderschutz der Schlüssel zum Erfolg in der strategischen Vernetzung der unterschiedlichen Hilfepartner.

Dies hat sich auch an den Modellstandorten in Thüringen gezeigt. Hier ging ein Ruck durch die Struktur des Hilfesystems. Das Handeln von Kooperationspartnern wie Polizei, Jugendamt, Schule, Justiz und Ärzteschaft konnte besser aufeinander abgestimmt, sprich „vernetzt“, und damit auch effektiver ausgestaltet werden.

Das vorliegende Handbuch fasst die Erfahrungen aller vier Bundesländer komprimiert zusammen und soll als Leitfaden beim Aufbau entsprechender Strukturen in anderen Regionen behilflich sein. Ich danke dem Projektträger, dem Universitätsklinikum Ulm, sowie den teilnehmenden Modellregionen für ihr wichtiges und unverzichtbares Engagement im Sinne eines nachhaltigen und verbesserten Kinderschutzes in unserem Land.

Seien Sie herzlich begrüßt,
von Ihrer

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Heike Taubert'.

Heike Taubert

Thüringer Ministerin für Soziales, Familie und Gesundheit

SEHR GEEHRTE DAMEN UND HERREN,

Familien brauchen mehr denn je die solidarische Unterstützung der Gesellschaft, damit sie ihren Kindern ein kindgerechtes und gesundes Aufwachsen ermöglichen können. Dies gilt insbesondere für Familien in schwierigen Lebenslagen. Je früher sie diese Hilfe bekommen, desto größer sind die Chancen, dass sie für die gesunde Entwicklung ihrer Kinder sorgen können.

Aber welches sind die richtigen Hilfen? Bekommen die Familien auch die Unterstützung, derer sie in besonderer Weise bedürfen? Sind die Unterstützungsangebote auch wirklich hilfreich?

In Deutschland gibt es ein weit verzweigtes Angebot von Hilfen. Sie sind allerdings häufig in unterschiedlichen Systemen verankert und wenig aufeinander bezogen. Hier gilt es, Netzwerke zu schaffen, um die vorhandenen Hilfen effektiver für die Familien nutzbar zu machen. Aber wie gelingt es, gewachsene Strukturen so zu öffnen, dass Systemgrenzen überwunden werden, und ein Miteinander der Hilfeanbieter zu initiieren?

Im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ hat das Bundesfamilienministerium in jedem Bundesland die Evaluation eines Modellprojektes im Kontext der Frühen Hilfen gefördert. Ziel der Modellprojekte ist es, Wissenslücken zu schließen, um die Hilfen passgenau weiterentwickeln zu können. Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen hat dabei die Funktion übernommen, Fragestellungen der Modellprojekte zusammenzuführen, den Austausch miteinander herzustellen und eine Plattform für den wissenschaftlich-fachlichen Austausch über Strategien zum quantitativen wie qualitativen Ausbau Früher Hilfen zu bieten.



Das Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“ des Universitätsklinikums Ulm hat sich mit einer der zentralen Fragestellungen des Aktionsprogramms, der Vernetzung von Jugendhilfe und Gesundheitswesen sowie anderer wichtiger Akteure, gewidmet. Es wurde vom Universitätsklinikum Ulm gemeinsam mit den vier Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen entwickelt und erprobt und von den Ländern finanziert.

Ziel der wissenschaftlichen Begleitung dieses Projektes durch die Universitätsklinik Ulm ist die Überprüfung der Wirksamkeit verbesserter Versorgungs- und Vernetzungsstrukturen, wie sie im Praxisteil des Projektes initiiert und aufgebaut wurden. Die Evaluation umfasst eine Analyse der Häufigkeit und Qualität der Kooperationsbeziehungen sowie eine Untersuchung der Veränderung im mütterlichen Erziehungsverhalten.

Das hier vorliegende Werkbuch stellt im Bereich der Frühen Hilfen die Erfahrungen und Ergebnisse aus den vier Bundesländern über die interdisziplinäre Vernetzungsarbeit vor Ort vor und leistet damit einen wichtigen Beitrag, dass auch andere an diesen aufschlussreichen Ergebnissen partizipieren können. Es bietet dabei eine Fülle von Anregungen für eine gelingende interdisziplinäre Vernetzung und macht auf mögliche Schwierigkeiten und deren Überwindung aufmerksam.

Wir danken Herrn Prof. Dr. Fegert und Frau Dr. Ziegenhain sowie dem gesamten Projektteam sehr herzlich für die gute Zusammenarbeit. Es freut uns, dass wir mit der Herausgabe die Verbreitung dieses Werkbuchs unterstützen können und hoffen, dass diejenigen, die mit Kindern und ihren Familien arbeiten, diese wertvollen Ergebnisse aufgreifen und für ihre Arbeit nutzbar machen können.

Prof. Dr. Elisabeth Pott
Direktorin der Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Prof. Dr. Thomas Rauschenbach
Direktor des Deutschen
Jugendinstituts (DJI)

EINLEITUNG

Das hier vorliegende „Werkbuch Vernetzung“ basiert auf dem Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“. Das Projekt wurde in gemeinsamer Initiative der Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen entwickelt und gemeinsam gefördert. Die Förderung der wissenschaftlichen Evaluation des Projektes erfolgt im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen.

Anstoß zum Modellprojekt gaben verschiedene Kinderschutzskandalfälle, die in der Öffentlichkeit, meist unter dem Vornamen der Kinder, breit diskutiert wurden. Im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ sollte ein Modellprojekt durchgeführt und evaluiert werden, welches nicht auf neue und ergänzende Strukturen setzt, sondern welches grundlegend davon ausgeht, dass gelingender Kinderschutz interdisziplinär angelegt sein muss und nur vor dem Hintergrund bestehender Angebote und Regelstrukturen nachhaltig sinnvoll gestaltet werden kann. In allen der vier Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen bestanden vor diesem Hintergrund bereits Planungen für frühe und interdisziplinär verknüpfte Hilfen. In Baden-Württemberg baute die Projektidee auf der Initiative „Kinderland Baden-Württemberg“ auf, in Bayern bot das bayerische Gesamtkonzept „früh erkennen – früh warnen – rechtzeitig handeln“ die Grundlage. In Rheinland-Pfalz basierte das Modellprojekt auf der Weiterführung des Aktionsprogramms „Viva Familia“ zur Unterstützung von Familien und in Thüringen knüpfte die Idee an die Weiterführung des Ausbaus Früher Hilfen zur Prävention von Kindeswohlgefährdung an.

Darauf aufbauend haben sich die vier Länder 2006 zusammengefunden, um dieses Modellprojekt zusammen mit der Forschungsgruppe der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm durchzuführen. Mit allen vier Ländern waren vor diesem Projekt bereits Einzelprojekte erfolgreich durchgeführt und abgeschlossen worden, so dass aufbauend auf diesen Vorerfahrungen sehr schnell eine Bereitschaft bestand, durch eine übergreifende gemeinsame Planung und Förderung Synergieeffekte zu schaffen. Insofern haben die vier Länderministerien auf der Ebene der Fachreferate und der Hausspitze genauso wie das Bundesministerium bei der Planung dieses Projektes der Praxis schon einmal vorgelebt, dass Vernetzung und Zusammenarbeit Ressourcen bündelt und damit mehr erreicht werden kann, als wenn man mit noch so guten Intentionen einzeln auftritt.

Für eine optimale Unterstützung und Versorgung belasteter Eltern wurden, gemeinsam mit der Praxis, interdisziplinäre Kooperationsformen und Vernetzungsstrukturen erprobt und entwickelt. Diese bauten ausdrücklich auf bestehenden Regelstrukturen auf, bzw. wurden in bestehende Regelstrukturen eingebunden. Dabei war es wichtiger Schwerpunkt, Angebote von Jugend- und Gesundheitshilfe systematisch miteinander zu koordinieren und dieses Vernetzungskonzept auf der Basis bestehender sozialrechtlicher Grundlagen, Leistungsansprüche und vorhandener Angebote bzw. Zuständigkeiten auf Praxistauglichkeit und Wirksamkeit zu prüfen. Ziel war es, passgenaue und lückenlose Angebote für die frühe Kindheit vorzuhalten und die bestehende Angebotsstruktur zu optimieren und gegebenenfalls zu ergänzen.

Das „Werkbuch Vernetzung“ ist das Ergebnis dieser Praxisbegleitung und der Erfahrungen an den Modellstandorten.

Dem Vorhaben, systematisch und in engem Austausch mit der Praxis interdisziplinäre Kooperationsformen und Vernetzungsstrukturen zu entwickeln und zu erproben, ging die Erfahrung voraus, dass Kooperation häufig mit Reibungsverlusten und Frustrationen verbunden ist. Häufig werden Verfahrenswege und Absprachen über Kooperation sozusagen unter erschwerten Bedingungen am Einzelfall ausgehandelt oder eingefordert. Dann aber besteht die Gefahr des Scheiterns bzw. der fehlenden Nachhaltigkeit von ausgehandelten Vorgehensweisen. Es geht also um eine grundsätzliche Aushandlung und Festlegung von verbindlichen Kooperationsstrukturen und Verfahrensabläufen, die dann auf jeden Einzelfall angewendet werden können.

Das hier vorliegende „Werkbuch Vernetzung“ erhebt keinesfalls den Anspruch, diesen bisweilen auch leidvoll erworbenen Erkenntnissen grundsätzlich Neues entgegenzusetzen. Was es allerdings beabsichtigt, ist ein Kompendium zur Verfügung zu stellen, das komprimiert und möglichst umfassend Erfahrungen interdisziplinärer Kooperations- und Vernetzungsprozesse bündelt. Damit verbunden ist selbstverständlich auch, Informationen und Best-Practice-Erfahrungen zugänglich zu machen, die helfen können, Vernetzungsprozesse positiv zu gestalten und zu optimieren, bzw. „Schleifen“ im Prozess zu vermeiden. Dabei dürfte insbesondere die Zusammenarbeit und Vernetzung an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitssystem davon profitieren, dass der Handlungsspielraum und die administrativen und sozialrechtlichen Möglichkeiten und Grenzen der Systeme dem jeweils anderen Partner näher gebracht werden. Dazu gehören auf der einen Seite durchaus eher triviale, aber dennoch relevante Aspekte, wie etwa die, dass aus Sicht des Gesundheitssystems gemeinsame Treffen günstigstenfalls an Mittwochnachmittagen stattfinden sollten, wenn viele niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ihre Praxen geschlossen haben oder bei Fachveranstaltungen so genannte CME-Punkte zu beantragen. Dazu gehört auf der anderen Seite aber auch Wissen über datenschutzrechtliche Aspekte wie etwa darüber, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendamtes ohne Einverständnis der betroffenen Personen keine Rückmeldungen geben dürfen, wenn ihnen Ärztinnen bzw. Ärzte oder Hebammen bzw. Entbindungspfleger, aber auch die Polizei ihre Sorge über die (drohende) Vernachlässigung oder Misshandlung eines Kindes mitteilen, bzw. darüber informieren. Nicht selten werden fehlende Reaktionen des Jugendamtes dann als Desinteresse an Kooperation oder als fehlende Wertschätzung interpretiert und belasten die Kommunikation.

Das Ziel der Verbesserung der Angebotspalette vor dem Hintergrund bestehender Strukturen implizierte auch, dass die Projektförderung sich nur auf die Praxisbegleitung beschränkte. Allerdings förderten die vier Bundesländer die Weiterbildung von Fachkräften vor Ort in der Entwicklungspsychologischen Beratung, einem videogestützten Beratungsansatz zur frühen Bindungsförderung, ebenso wie die Workshops Kinderschutz, in denen insbesondere Angehörige des Gesundheitssystems für die Beobachtung diskreter Zeichen kritischer Eltern-Kind-Interaktion sensibilisiert wurden und dafür qualifiziert wurden, bei Eltern für weitergehende Frühe Hilfen in der Kommune zu werben. Darüber hinaus aber wurden den Modellstandorten keine direkten Fördermittel zur Verfügung gestellt. Dies führte in den beteiligten Kommunen durchaus zunächst zu nachvollziehbaren Irritationen. Bedeutete doch die Beteiligung am Projekt für die Akteure vor Ort, Zeit und Arbeit in einen Prozess zu investieren, dessen Endergebnis zumindest zu Projektbeginn nicht abzuschätzen war.

Mit diesem hier vorliegenden „Werkbuch“ soll ein möglichst umfassendes interdisziplinäres Erfahrungswissen für die Praxis zur Verfügung gestellt werden, das bei ähnlichen Vernetzungsprozessen Orientierung, Hilfe und Anleitung geben kann.

Das Werkbuch besteht aus drei Teilen. Im ersten Teil werden die theoretischen und empirischen Grundlagen diskutiert, die eine systematische Vernetzung im Bereich Frühe Hilfen und Kinderschutz insbesondere zwischen dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe begründen. Das Vier-Länder-Projekt „Guter Start ins Kinderleben“, dessen Konzeptionalisierung und Durchführung die Grundlage des Werkbuchs darstellt, wird beschrieben (Kapitel 1 und Kapitel 2).

Im zweiten Teil werden sehr praxisbezogen im Sinne eines „Kochbuchs“ Empfehlungen und Anregungen für die Etablierung eines solchen Netzwerks gegeben. Diese Empfehlungen und Anregungen fassen die Erfahrungen, die aus der Praxisbegleitung der Vernetzungsaktivitäten an den acht Modellstandorten gewonnen wurden, zusammen. Die relevanten Partner der Vernetzung zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen werden beschrieben, das Vorgehen bei der Entwicklung neuer bzw. erweiterter Kooperationsstrukturen vor Ort wird nachvollziehbar dargestellt ebenso wie Instrumente und Weiterbildungen vorgestellt werden, die den Vernetzungsprozess und die Schaffung einer gemeinsamen Sprache in der Kooperation zwischen Jugend- und Gesundheitshilfe unterstützen können. Schließlich werden abschließend Aspekte diskutiert, die sich als wichtig herausgestellt haben, begonnene Vernetzungsprozesse auf unterschiedlichen Ebenen auch nachhaltig abzusichern (Kapitel 3 bis Kapitel 6).

Der dritte Teil schließlich ist ein Glossar über Fachbegriffe aus unterschiedlichen Disziplinen, die im Bereich Frühe Hilfen bzw. Kinderschutz vorkommen und die als gemeinsame Wissensgrundlage für multiprofessionelle Zusammenarbeit gedacht sind.

Wir würden uns freuen, auch über Ihre Erfahrungen bei der Umsetzung solcher Folgeprojekte und Prozesse zu erfahren und haben deshalb auf unsere Homepage ein Diskussionsforum „Guter Start ins Kinderleben – Forum Werkbuch Vernetzung“ eingerichtet (www.uniklinik-ulm.de/kjpp > Forschung > Guter Start ins Kinderleben > Werkbuch Vernetzung oder auch direkt unter: www.werkbuch-vernetzung.soon-community.de). Denn mit diesem Vernetzungshandbuch ist zwar in gewisser Weise ein Leitfaden aus dem Projekt „Guter Start ins Kinderleben“ entstanden, sozusagen die erste Auflage eines „Kochbuchs“, aber das Ganze wird natürlich durch immer wieder neue Umsetzungsversuche, durch Variationen und neue „Rezepte“, die sich im Laufe noch verbessern und regional differenzieren, weiterentwickelt. Deshalb würden wir uns sehr freuen, wenn Leser und Nutzer dieses Leitfadens für Vernetzung ihre Erfahrungen im o. g. Blog mitteilen würden. Der Blog wird am 1. Februar 2010 eröffnet und kann bis zum 31. Oktober 2010 genutzt werden.

Wir danken allen Akteuren an den Modellstandorten sehr herzlich für die Bereitschaft und Offenheit, sich auf einen durchaus sehr „ergebnisoffenen“ Prozess einzulassen, und die Kooperations- und Angebotsstrukturen vor Ort weiterzuentwickeln. Stellvertretend für alle, die sich an den Standorten engagiert haben und sich weiterhin engagieren, möchten wir hier die Koordinatorinnen und Koordinatoren nennen. In Baden Württemberg sind dies Herr Dieter Fischer, Landratsamt Ostalbkreis sowie Herr Norbert Köhne, Amt für Jugend und Familie Pforzheim; in Bayern Frau Doris Blacha, Koordinierende Kinderschutzstelle des Stadtjugendamtes Erlangen sowie Herr Karl Bodensteiner, Amt für Kinder, Jugend und Familie Traunstein, in Rheinland-Pfalz Frau Dr. Barbara Filsinger, St. Marien- und Annastifts Krankenhaus, Ludwigshafen und Herr Jürgen May, Jugendamt Ludwigshafen, sowie Frau Christel Kallies, Mutterhaus der Borromäerinnen, Trier und Frau Dorothee Wassermann, Jugendamt Trier und in Thüringen, Herr Dirk Fehrens, Jugendamt Gera sowie Frau Sabine Bräunicke, Landratsamt Kyffhäuserkreis, Frau Jutta Gebauer, Landratsamt Kyffhäuserkreis und Frau Petra Heidenreich, Starthilfe Sondershausen e. V. Ohne sie hätte dieses Projekt nicht durchgeführt werden können.

Ganz herzlich danken wir außerdem den Initiatorinnen und Initiatoren des Projektes in den Länderministerien, im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und im Nationalen Zentrum Frühe Hilfen. Wir danken Herrn Walter Engelhardt, Frau Sabine Zetzmann, Frau Sonja Lohmüller und Frau Angela Müller, Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg, Frau Johanna Huber und Frau Isabella Gold, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, Herrn Bernhard Scholten, Frau Claudia Porr und Herrn Wolfgang Hötzel, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz, Frau Ines Wesselow-Benkert und Frau Christine Schulze, Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, Frau Dr. Annette Niederfranke, Frau Bärbel Hinz, Frau Dr. Manuela Stötzel und Herrn Karl-Heinz Struzyna, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie Frau Mechthild Paul, Nationales Zentrum Frühe Hilfen.

Bei unseren wissenschaftlichen Kooperationspartnern Herrn Dr. Thomas Meysen, Frau Hanne Stürtz und Frau Lydia Schönecker, Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht, Heidelberg (DIJuF), Herrn Dr. Heinz Kindler, Deutsches Jugendinstitut (DJI), München sowie Frau Prof. Dr. Uta Meier-Gräwe und Frau Inga Wagenknecht, Justus-Liebig-Universität Gießen, möchten wir uns für die konstruktive und intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit herzlich bedanken. Ausgehend von zwei Expertisen zu den sozial- und datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen interdisziplinärer Kooperation bzw. zu fachlichen Grundlagen eines Risikoinventars sowie einer Kosten-Nutzen-Analyse über die wirtschaftliche Rendite Früher Hilfen entwickelten sich „unterwegs“ zunehmend neue gemeinsame Aktivitäten, die im Sinne des interdisziplinären Schaffens gemeinsam geplant und durchgeführt wurden. Dazu gehörte die gemeinsame Gestaltung der Runden Tische mit unterschiedlichen fachlichen Beiträgen und deren Moderation, die Konzeption und Durchführung der Workshops Kinderschutz oder die Bearbeitung der weiterführenden Fragen und Weiterentwicklungen, die im Rahmen des Risikoinventars, des „Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch“ in der Praxis angeregt wurden.

Für ihre Beratung und Unterstützung in unserem Beirat danken wir außerdem unseren Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern in den Länderministerien und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Herrn Harald Britze, Herrn Walter Engelhardt, Frau Bärbel Hinz, Herrn Wolfgang Hötzel, Frau Claudia Porr, Frau Dr. Manuela Stötzel, Herrn Karl-Heinz Struzyna und Frau Ines Wesselow-Benkert. Ebenso bedanken wir uns bei Frau Dr. Barbara Filsinger und unseren wissenschaftlichen Kooperationspartnern Herrn Thomas Meysen, Frau Hanne Stürtz und Herrn Dr. Heinz Kindler für ihre Unterstützung im Beirat.

Des Weiteren gilt unser Dank den Beiratsmitgliedern Herrn Prof. Dr. Thomas Becker, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Bezirkskrankenhaus Günzburg, Herrn Hans-Peter Becker, Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Frau Dr. Renate Berger, Arbeitsstelle Frühförderung Bayern, München, Frau Renate Blum-Maurice, Kinderschutz-Zentrum Köln, Frau Rosemarie Daumüller, Landesfamilienrat Baden-Württemberg, Frau Alexandra Neugebauer, St. Marienkrankenhaus, Ludwigshafen, Herrn Prof. Dr. Lutz Goldbeck, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm, Herrn Reinhold Grüner, Kommunalverband für Jugend und Soziales, Stuttgart, Herrn Hans Hillmeier, Bayerisches Landesjugendamt, München, Frau Dr. Sabine Höck Arbeitsstelle Frühförderung Bayern, München, Frau Dr. Christiane Hornstein, Psychiatrisches Zentrum Nordbaden, Wiesloch, Frau Erika Hohm, Psychiatrisches Zentrum Nordbaden, Wiesloch, Frau Gertraud Huber, Bayerisches Landesjugendamt, Frau Silvia Köhler, Stationäre Jugendhilfeeinrichtung BR-AWO LAND, Unterweißbach, Frau Gisela Külkens, Überre-

gionaler Arbeitskreis Entwicklungspsychologische Beratung, Erziehungs- und Familienberatung, Pößneck, Frau Gudrun Mertens, Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Frau Cristina Montesinos-Handtrack, Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Baden-Württemberg, Herrn Dr. Andreas Oberle, Landesärztekammer Baden-Württemberg und Sozialpädiatrisches Zentrum im Olgahospital Stuttgart, Herrn Bernd Odörfer, Justizministerium Baden-Württemberg, Herrn Wolfgang Pretzer, Salberghaus Entwicklungsförderung und Therapie, Putzbrunn, Herrn Thomas Wust, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, Frau Birgit Zeller, Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Rheinland-Pfalz, Herrn Dr. Andreas Zimmer, Bischöfliches Generalvikariat Trier und Frau Elfriede Zoller, Berufsverband der Kinderkrankenschwestern, Olgahospital Stuttgart.

Die Weiterbildung Entwicklungspsychologische Beratung wurde an den Modellstandorten von unseren langjährigen und geschätzten Kolleginnen Frau Prof. Dr. Luise Behringer, Frau Claudine Calvet, Frau Bärbel Derksen, Frau Ruth Dreisörner, Frau Verena Förderer und Frau Uta Klopfer mit großem Engagement durchgeführt. Ganz herzlichen Dank.

Herzlichen Dank auch an Herrn Nicola Sahhar, der uns in der Vorbereitung der Runden Tische beratend zur Seite stand und gemeinsam mit Frau Hanne Stürtz den Workshop Kinderschutz an den Modellstandorten durchgeführt hat.

Schließlich möchten wir uns sehr herzlich bei den Mitarbeiterinnen des Projektteams in Ulm bedanken, die das Projekt in unterschiedlichen Bereichen und Projektabschnitten unterstützt haben. Der „Gute Start ins Kinderleben“ war durchaus nicht nur fachliches Thema. Bedingt durch die Geburt der „Projektkinder“ Amelie Linnea und Svenja und die Elternzeit ihrer Mütter mussten die Mitarbeiterinnen sich teilweise in laufende Arbeitszusammenhänge einarbeiten. Wir bedanken uns bei Frau Daniela Bolte, Frau Kerstin Lutz, Frau Anna Mark, Frau Melanie Pillhofer, Frau Sibylle Schneider, Frau Simone Schwanda und Frau Birgit Ziesel.

Herzlichen Dank auch an unsere Praktikantinnen Frau Andrea Habermann, Frau Miriam Hägele, Frau Corina Nandi, Frau Vanessa Roudil d'Ajoux, Frau Christina Seeland, Frau Laura Seitz, Frau Isabell Vogel, Frau Florentine Wolfgruber und an unseren Praktikanten Tobias Norys, die im Verlauf des Projektes tatkräftig mitgearbeitet und manche Engpässe ausgeglichen haben.

Frau Christa Lohrmann hat uns wie immer in allen technischen Angelegenheiten und Fragen unterstützt und unsere Homepage eingerichtet und betreut. Vielen Dank dafür.

Für die gelungene grafische Gestaltung und Umsetzung dieses Werkbuchs bedanken wir uns sehr bei Frau Stefanie und Herrn Stephan Deutsch (Firma deutsch_design, Ulm).

Unser großer Dank gilt Frau Vesna Kling. Neben großer Unterstützung in Verwaltung und Projektmanagement hat sie durch ihr Organisationstalent viel auf den ersten Blick unmöglich Scheinendes möglich gemacht.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen und reichhaltige Anregungen für Ihre eigenen Vernetzungsaktivitäten.

**Ute Ziegenhain, Angelika Schöllhorn, Anne K. Künster,
Alexandra Hofer, Cornelia König, Jörg M. Fegert**

TEIL 1
**EINFÜHRUNG IN DEN
THEORETISCHEN HINTERGRUND**

1

FRÜHE HILFEN UND KINDERSCHUTZ: NOTWENDIGKEIT INTERDISZIPLINÄRER KOOPERATION UND VERNETZUNG

- 29 1.1. Frühe Hilfen und Kinderschutz
- 38 1.2. Besondere Anforderungen an interdisziplinäre
Kooperation und Vernetzung in der frühen
Kindheit
- 50 1.3. Warum ist Vernetzung so kompliziert?
Exkurs: Soziale Netzwerke

1.1. FRÜHE HILFEN UND KINDERSCHUTZ

Frühe Hilfen werden gewöhnlich im Zusammenhang mit *Kinderschutz* genannt und diskutiert. Ursprünglich aus der *Frühförderung* stammend, und dort auf die frühe Förderung von behinderten bzw. von *Behinderung* bedrohten Kindern bezogen, werden *Frühe Hilfen* in jüngerer Zeit als mögliche Maßnahmen diskutiert und etabliert, *Kindeswohlgefährdung* und *Vernachlässigung*¹ effektiv zu begegnen.

Es waren tragische Kinderschutzfälle verbunden mit Namen wie Kevin, Lea-Sophie oder Jessica, die die aktuelle Debatte um verbesserten *Kinderschutz* und dabei auch *Frühe Hilfen* maßgeblich mit angestoßen haben. Solche öffentlichen Auseinandersetzungen um *Kindesmisshandlung* und *Kinderschutz* sind keine neuartigen Erscheinungen und haben seit dem zweiten Weltkrieg, besonders seit den 1980er Jahren auch eine zunehmende Beschleunigung erfahren (Fegert, Fangerau & Ziegenhain, im Druck). Dennoch kann bisweilen der Eindruck entstehen, als seien solche tragischen Fälle neue Phänomene in unserer Gesellschaft oder als nähmen sie in ihrer Häufigkeit zu.

Tatsächlich wird in Deutschland im Unterschied zu anderen Ländern wie etwa Großbritannien, Kanada oder den USA keine Statistik über Kinderschutzfälle geführt. Es kann lediglich auf eine äußerst selektive und allein täterorientierte polizeiliche Kriminalstatistik zurückgegriffen werden. Insofern lässt sich eine verlässliche und auf tragfähigen Daten beruhende Aussage über das Ausmaß von *Kindeswohlgefährdung* in Deutschland nicht treffen, ebenso wenig wie es verlässliche Zahlen darüber gibt, ob *Kindeswohlgefährdung* in Deutschland zunimmt. Dies ließe sich nur durch regelmäßige und repräsentative, nach gleichen Standards wiederkehrende Erhebungen feststellen, die *Kindeswohlgefährdungen* nach einer einheitlichen Definition erfassen. Zahlen der polizeilichen Kriminalstatistik, der Kinder- und *Jugendhilfe* und der *Familiengerichte* verweisen in den zurückliegenden Jahren allerdings auf eine Zunahme im Bereich körperlicher *Misshandlung* von Kindern, insbesondere dann, wenn man nicht die relativen Fallzahlen, sondern die relativen Häufigkeiten bezogen auf die Anzahl der Minderjährigen betrachtet. Ebenso zeigte sich ein Anstieg der Inobhutnahmen in der Kinder- und *Jugendhilfe*. Plausibel scheint aber, dass sich die Zunahme angezeigter *Misshandlungen* bzw. die Zunahme von Inobhutnahmen eher auf eine erhöhte Sensibilisierung der (Fach-) Öffentlichkeit zurückführen lässt (Pillhofer, Ziegenhain, Nandi, Fegert & Goldbeck, eingereicht).

Im Unterschied zu vorhergehenden Kinderschutzdebatten wird die derzeitige Debatte über die üblicherweise kurze mediale und politische Aufmerksamkeit hinaus erstaunlich nachhaltig geführt. Dies mag damit zusammenhängen, dass sie von zahlreichen fachlichen und politischen Initiativen begleitet wird, die überwiegend systematisch und längerfristiger angelegt sind. Mit der Novellierung des § 8a Achten Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und *Jugendhilfe* (*SGB VIII*) zum Schutzauftrag bei *Kindeswohlgefährdung* (1.10.2005) setzte eine vertiefte und konstruktive Diskussion in der Kinder- und *Jugendhilfe* über einen verbesserten *Kinderschutz* ein. Relativ zeitgleich wurde mit der im Koalitionsvertrag 2005 vereinbarten Stärkung des staatlichen Schutzauftrages das Aktionsprogramm "Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme" verabschiedet, in dessen Folge sowohl Modellprojekte zu *Frühen Hilfen* in allen Bundesländern gefördert wurden als auch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) etabliert wurde.

Fehlende systematische Statistik über Kinderschutzfälle

Kinderschutzdebatte und Aktivitäten in Deutschland

1) Hier und im Folgenden verweisen kursiv gedruckte Wörter auf Begriffe, die im Glossar erklärt werden.

Uneinheitliche Definition
der Begriffe „Frühe Hilfen“
und „Kinderschutz“

Das *Nationale Zentrum Frühe Hilfen* bündelt Informationen rund um das Thema *Frühe Hilfen*. Das NZFH führt eigene Erhebungen durch, holt wissenschaftliche Expertisen ein und kommuniziert Erkenntnisse in die Fachöffentlichkeit. Das NZFH betreibt das Internetportal www.fruehehilfen.de. Zudem bestanden parallel bereits zahlreiche Initiativen auf kommunaler und auf Länderebene. Die Planungen in den vier Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen für frühe und interdisziplinär verknüpfte Hilfen mündeten in das hier dargestellte Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“.

Dabei ist allerdings der Begriff „*Frühe Hilfen*“ nach wie vor in seinem Bezug zum *Kinderschutz* nicht bestimmt bzw. nicht verbindlich definiert. Im häufigsten Verständnis werden *Frühe Hilfen* als Angebote verstanden, die früh und rechtzeitig vorgehalten werden, um mögliche spätere *Kindeswohlgefährdung* und *Vernachlässigung* zu vermeiden oder zumindest abzupuffern. Dabei gibt es unterschiedliche Auffassungen darüber, wie selektiv präventiv diese Hilfen auf die Verhinderung von *Kindeswohlgefährdung* hin ausgerichtet werden (soziale Frühwarnsysteme) bzw. wie breit und universell präventiv sie vorgehalten werden. Letztere Auffassung stellt eher eine umfassende Förderung von Verwirklichungschancen im Sinn der frühen Förderung von Kindern in den Fokus (Deutscher Bundestag, 2009). Derzeit wird der Begriff *Frühe Hilfen* in der Praxis auf die unterschiedlichsten Unterstützungsbedarfe von Eltern bezogen. Diese reichen von Informationen über die Entwicklung, die Bedürfnisse und das Verhalten von Säuglingen und Kleinkindern bis hin zu gezielter Unterstützung und Anleitung von Eltern bzw. spezifischen *Interventionen* bei *Kindeswohlgefährdung*.

Eine Arbeitsgruppe des Wissenschaftlichen Beirats des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen hat kürzlich eine Begriffsbestimmung erarbeitet, die den derzeitigen Stand der Diskussion über *Frühe Hilfen* widerspiegelt: Danach bilden *Frühe Hilfen* lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren (Schwerpunkt 0 bis 3 Jahre). Ziel *Früher Hilfen* ist es nach dieser Definition, die Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Dies soll sowohl mit einer flächendeckenden Versorgung von Familien mit bedarfsgerechten Unterstützungsangeboten als auch durch die Verbesserung der Qualität der Versorgung erreicht werden. Neben alltagspraktischer Unterstützung geht es insbesondere um die Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenzen von (werdenden) Müttern und Vätern. Die Angebotsformen *Früher Hilfen* umfassen vielfältige Angebote, die sowohl allgemein als auch spezifisch sind, sich aufeinander beziehen und ergänzen und gleichermaßen universell-präventive Angebote der *Gesundheitsförderung* als auch selektiv-präventive Angebote für Familien in Problemlagen einschließen. *Frühe Hilfen* haben danach neben ihrem präventiven Charakter auch die Aufgabe, dann für weitere Maßnahmen zum Schutz des Kindes zu sorgen, wenn die Angebote im Rahmen der *Frühen Hilfen* nicht ausreichen. *Frühe Hilfen*, so die Begriffsbestimmung, basieren vor allem auf multiprofessioneller Kooperation, wobei auch bürgerschaftliches Engagement und die Stärkung sozialer *Netzwerke* von Familien mit einbezogen werden. Dies bedeutet die Vernetzung und Kooperation von Institutionen und Angeboten aus den Bereichen der Schwangerschaftsberatung, des *Gesundheitswesens*, der interdisziplinären *Frühförderung*, der Kinder- und *Jugendhilfe* und weiterer sozialer Dienste (Wissenschaftlicher Beirat des NZFH, Walper, Franzkowiak, Meysen & Papoušek, <http://www.fruehehilfen.de/4010.0.html>).

Die fehlende Eindeutigkeit in der Begriffsbestimmung von Frühen Hilfen und in der Beziehung zwischen *Frühen Hilfen* und *Kinderschutz* mag auch in den Besonderheiten der Entwicklungspsy-

chologie der frühen Kindheit liegen. Säuglinge und Kleinkinder sind in besonderer Weise verwundbar und wie in wohl keinem anderen Entwicklungsalter auf umfassende Betreuung und Versorgung angewiesen. Damit ist eine besondere Beziehungssituation umschrieben, in der sich die körperliche wie psychologische Befindlichkeit von Kindern, ihr Wohlbefinden ebenso wie ihr Unwohlsein, dann, wenn sie keine anderen körperlichen bzw. organischen Beeinträchtigungen haben, überwiegend in ihrer Angewiesenheit auf elterliche Fürsorge erklären lassen. Gelingende Entwicklung ebenso wie Verhaltensprobleme und -auffälligkeiten oder (drohende) *Kindeswohlgefährdung* bei Säuglingen und Kleinkindern lassen sich daher immer auch im Kontext ihrer jeweiligen Beziehung mit ihren Bindungspersonen, in der Regel den Eltern, interpretieren. Eingeschränktes Erziehungsverhalten und eingeschränkte Beziehungskompetenzen von Eltern führen beispielsweise dazu, dass die Eltern sich nicht flexibel auf die verändernden Bedürfnisse des Kindes einstellen können, die eigenen Bedürfnisse nicht von denen des Kindes getrennt wahrnehmen können oder die kindlichen Signale verzerrt wahrnehmen, gefolgt von verzerrten Interpretationen und Zuschreibungen sowie feindseligem, aggressivem Verhalten bis hin zu misshandelndem Verhalten (Teti & Candelaria, 2002; Minde & Minde, 1997). Tatsächlich sind dies Verhaltensweisen, die sich gehäuft und ausgeprägt bei Eltern in Hochrisikosituationen beobachten lassen.

Danach lassen sich aus den mittlerweile empirisch gut abgesicherten Forschungsbefunden über *Risikofaktoren*, die im Zusammenhang mit möglicher *Kindeswohlgefährdung* und *Vernachlässigung* stehen, zwei wesentliche Aspekte zusammenfassen (Brown, Cohen, Johnson & Salzinger 1998). Zum einen führt die Kumulation und die Wechselwirkung von Risikolagen und dabei das Fehlen von so genannten *Schutzfaktoren*, die diese Risiken abpuffern oder mildern können, zu chronischen und schwerwiegenden Überforderungssituationen der Familien. Bei den Risikolagen handelt es sich z. B. um sozio-ökonomische Belastungen, die Situation jugendlicher und alleinerziehender Mütter, die von suchtmittelabhängigen Eltern oder von psychisch kranken Eltern oder um eine vorhergehende *Vernachlässigung* oder *Misshandlung* des Kindes oder eines Geschwisters. Zum anderen sind es insbesondere unzureichende oder fehlende positive eigene Beziehungsvorerfahrungen der Eltern, die ihre Beziehungs- und Erziehungskompetenzen im Umgang mit ihrem Kind einschränken (Fegert, 2007).

Bei Säuglingen und Kleinkindern ist ein solcherart eingeschränktes Repertoire angemessenen elterlichen Beziehungs- und Erziehungsverhaltens wegen ihrer besonderen Verletzlichkeit besonders kritisch. Ist die Versorgung und Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern nämlich unzureichend oder gar nicht gewährleistet, können akute Gefährdungssituationen sehr abrupt eintreten. Wenn eine Mutter, etwa bei Suchtproblemen oder sogar aufgrund eines einmaligen länger dauernden Alkoholexzesses, einen Säugling nicht zuverlässig versorgt, kann dies sehr schnell zu einer lebensbedrohlichen Situation führen. Insofern finden sich gerade im Säuglings- und Kleinkindalter abrupte Übergänge von diskreten Hinweisen bis zur akuten Gefährdung. Fachkräfte, die die Beratung und Betreuung einer Familie als *Frühe Hilfe* beginnen, können unvermutet vor der Situation stehen, eine mögliche (drohende) *Kindeswohlgefährdung* abzuklären. Die Planung von Hilfen muss in diesem Entwicklungsalter in einem extrem engen Zeitraster erfolgen, was bei älteren Kindern nur in akuten Gefährdungssituationen notwendig ist (Fegert 2002; Ziegenhain, Fegert, Ostler & Buchheim, 2007).

Typische Vernachlässigungsformen im Säuglingsalter sind unterlassene Aufsicht, unterlassener Schutz oder *Gedeihstörungen* aufgrund unzureichender Ernährung (bis hin zum psychosozialen Minderwuchs). Akute Gefährdungen liegen in erhöhten Unfallrisiken bei Säuglingen und Kleinkin-

Bedeutung elterlicher
Beziehungs- und Erziehungs-
kompetenzen

Besondere Verletzlichkeit bei
Säuglingen und Kleinkindern

Formen von Vernach-
lässigung und Misshandlung
in der frühen Kindheit

Entwicklungsrisiken
bei Vernachlässigung und
Misshandlung

dern oder in der Gefahr raschen Austrocknens bei unzureichender Flüssigkeitszufuhr (Ziegenhain, Fegert, Ostler & Buchheim, 2007). Außerdem können Hämatome, Platzwunden, Knochenbrüche oder Verbrennungen bzw. Verbrühungen als Folge von *Misshandlung* auftreten, *Schütteltraumata* oder innere Blutungen mit nicht selten fatalen entwicklungsneurologischen bzw. schlimmstenfalls tödlichen Folgen (Trocmé, MacMillan, Fallon & De Marco, 2003; Kindler, Lillig, Blüml & Werner, 2006).

Betrachtet man Statistiken, wie sie etwa in den USA im Unterschied zu Deutschland regelmäßig geführt werden, dann ist die Gefahr von *Vernachlässigung* und *Kindeswohlgefährdung* tatsächlich in den ersten fünf Lebensjahren am größten (US Department of Health and Human Services 1999; Fegert, Schnoor, Kleidt, Kindler & Ziegenhain, 2008; Fegert, Fangerau & Ziegenhain, im Druck) und die Folgen sind am schwerwiegendsten.

Längerfristige Probleme finden sich insbesondere in gehäuften Problemverhaltensweisen im Kontext zwischenmenschlicher Beziehungen und Affektregulation bei misshandelten und vernachlässigten Säuglingen und Kleinkindern (Crittenden, 1992; Main & George, 1985; Schneider-Rosen & Cicchetti, 1984; 1991), aber auch in kognitiven Entwicklungsverzögerungen (Erickson & Egeland 2002; Kindler et al. 2006). Diese Problemverhaltensweisen lassen sich als Vorläufer von Kernsymptomen bei älteren traumatisierten und misshandelten/vernachlässigten Kindern interpretieren. Bei ihnen fanden sich in unterschiedlichen Untersuchungen gehäuft so genannte disruptive Verhaltensstörungen, depressive Symptomatik, dissoziative Störungen (Scheeringa & Gaensbauer, 2000) ebenso wie Suizidalität und posttraumatische Belastungsstörungen (Kindler et al. 2006). Frühe stressreiche Erfahrungen wie *Vernachlässigung* oder *Misshandlung* führen zudem zu dauerhaften neurobiologischen und hormonellen Veränderungen, die ein Kind lebenslang vulnerabler für Stress und psychische Erkrankungen machen (Gunnar & Quevedo, 2008). Schließlich fand sich ein erhöhtes Risiko, im Jugend- bzw. im jungen Erwachsenenalter an einer Persönlichkeitsstörung zu erkranken (Cahill, Kammer & Johnson, 1999; Kaplan, Pelcowitz & Labruna, 1999; Kindler et al. 2006).

Prävention im Kinderschutz:
Förderung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen

Dies sind wesentliche und zwingende Gründe für einen präventiv angelegten *Kinderschutz*. Es ist wichtig, Kinder und Familien möglichst dann zu erreichen und für Unterstützung und Hilfen zu motivieren, wenn kritische Situationen noch nicht eingetreten sind und das Kind noch nicht „in den Brunnen gefallen“ ist.

Die entwicklungspsychologisch bedingte hohe Angewiesenheit von Säuglingen und Kleinkindern auf elterliche Fürsorge eröffnet die große Chance, Familien früh und präventiv durch **die Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen** zu unterstützen und mögliche kritische Entwicklungsverläufe zu verhindern oder zumindest abzupuffern (vgl. Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen, 2005).

Die Wirksamkeit von *Interventionen*, die Eltern gezielt in ihren Erziehungs- und Beziehungskompetenzen ansprechen, ist mittlerweile gut belegt (Gloger-Tippelt, 2007). Dazu gehören auch die *Interventionen*, die misshandelnde Eltern bei der Erziehung und dabei insbesondere im Umgang mit Konfliktsituationen konkret unterstützen (Kindler & Spangler, 2005). Diese selektiven Präventionsprogramme erreichten im Mittel zumindest moderate Verbesserungen wie etwa im Bereich häuslicher Anregung oder eben in der **Förderung der Eltern-Kind-Beziehung** (Meysen, Schönecker & Kindler, 2009). Für die frühe Kindheit haben sich insbesondere bindungstheoretisch kon-

zeptualisierte 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).

Während historisch die Entwicklung solcher Programme zunächst aus der Bindungsforschung bei gut situierten Mittel- und Oberschichtsfamilien hervorgegangen ist, sind die heutigen Interventionsprogramme durchaus auch auf risikobelastete Milieus ausgerichtet. Es gibt mittlerweile spezifische Angebote für Eltern in Risikokonstellationen, etwa als aufsuchende Angebote und mit systematischen flankierenden Hilfen, die erfolgreich evaluiert sind. In Deutschland gehören dazu beispielsweise das STEEP-Programm und die *Entwicklungspsychologische Beratung* (Kißgen & Suess 2005; Erickson u. Egeland 2006; Ziegenhain, Fries, Bütow & Derksen, 2004). Letztere wurde von unserer Arbeitsgruppe entwickelt und explizit für die Hochrisikogruppe jugendlicher Mütter als Baustein regulärer Angebote in die bestehende Angebotspalette der *Jugendhilfe* integriert und in diesem Rahmen evaluiert (Ziegenhain, Derksen & Dreisörner, 2004; Ziegenhain, Libal, Derksen & Fegert, 2005). Der Beratungsansatz basiert 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 ebenso möglich wie die *Diagnostik* zur Perspektivenklärung und *Hilfeplanung*.

Die *Entwicklungspsychologische Beratung* lässt sich flexibel in unterschiedliche Praxisfelder und institutionelle Hilfestrukturen integrieren und mit anderen Angeboten der *Jugendhilfe* verbinden und wird als berufsbegleitende Weiterbildung angeboten². Es zeigte sich, dass auch Eltern in Hochrisikosituationen Unterstützung beim Beziehungsaufbau und im Umgang mit dem Säugling gut annehmen und zugeben können, Hilfe zu benötigen, wenn das Angebot frühzeitig vorgehalten wird. Als „nicht-moralisierendes“ Vorgehen hat sich insbesondere der systematische Einsatz der Videotechnik als Feedback bewährt.

Angebote zur frühen Förderung von Beziehungs- und Erziehungskompetenzen bei Familien in psychosozial hoch belasteten Familien können aber immer nur ein Baustein unter anderen flankierenden Hilfen sein. Die Vermittlung von Angeboten bzw. das Setting, in denen sie angeboten werden, müssen darüber hinaus besonders überlegt werden. Psychosozial hoch belastete Familien sind gewöhnlich Familien, die Hilfen freiwillig, wenn überhaupt, nur sehr niedrigschwellig wie im Kontext aufsuchender Beratung wahrnehmen und sicher nicht im herkömmlichen Kontext von „Komm“-Strukturen. In ihrer eigenen subjektiven Wahrnehmung und Einschätzung haben diese Familien gewöhnlich keine oder nur geringe Probleme (Stern 1998; McDonough 2000).

Insofern müssen Hilfen und Unterstützungsangebote für Familien mit besonderen Belastungen spezifisch zugeschnitten werden. Forschungsbefunde zeigen, dass so genannte risikogruppenspezifische konzeptualisierte Programme sich in internationalen Studien umso wirksamer erwiesen, je gezielter sie Risikofamilien adressierten (Daro & McCurdy, 1996). Risikogruppenspezifische Programme werden systematisch bei Familien angeboten, die in hoch belasteten Sozialräumen leben. Es werden gezielt Basiskompetenzen in der Pflege und der Erziehung von Kindern vermittelt. Im Rahmen sol-

Entwicklung passgenauer Hilfen und Interventionen für Familien mit besonderen Belastungen

2) Die Entwicklung des Curriculums wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Kooperation mit den Bundesländern Bayern, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Thüringen gefördert.

Kinderschutz beginnt mit präventiven Angeboten für alle Familien

cher aufsuchender Interventionsprogramme konnte das Auftreten von *Misshandlung* und *Vernachlässigung* reduziert und adäquates Elternverhalten gefördert werden. Eines der bekanntesten und am nachhaltigsten evaluierten Programme ist das „Nurse Home Visitation“ - Programm von Olds (Olds, Henderson, Kitzman, Eckenrode, Cole & Tatelbaum 1999; Karoly, Greenwood, Everingham, Hoube, Kilburn, Rydell, Sanders & Cheisa 1998; Guterman 1997), welches auch in Deutschland Pate für das Projekt „Pro Kind“ gestanden hat.

Dennoch wäre es zu kurz gedacht, *Kinderschutz* nur auf Familien mit hohen Vernachlässigungs- und Misshandlungsrisiken zu beziehen. Vielmehr muss gelingender *Kinderschutz* in einem deutlich breiteren Rahmen gestaltet werden. Notwendig ist es, frühe und präventive Angebote für alle Eltern ab Schwangerschaft und Geburt bereitzustellen. Tatsächlich profitieren nicht nur Eltern mit besonderen Belastungen von Beratung und Unterstützung. Empirisch gibt es zunehmend Belege dafür, dass Eltern aus allen Schichten zunehmend verunsichert bzw. überfordert sind, wie sie ihre Kinder erziehen sollen (Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen beim BMFSFJ, 2005). Die Grenzen zwischen Normalität, Belastung und Entwicklungsgefährdung sind fließend. Der Unterstützungsbedarf von Eltern reicht von Informationen über die Entwicklung, die Bedürfnisse und das Verhalten von Säuglingen und Kleinkindern bis hin zu gezielter Unterstützung und Anleitung sowie mehreren, auch interdisziplinär und längerfristig angelegten Hilfen. Vor dem Hintergrund eines solchen präventiv orientierten Kinderschutzes stellen Fälle von tatsächlicher *Kindeswohlgefährdung*, so tragisch sie in jedem Einzelfall sind, eher eine Ausnahme dar, entsprechend einem Prozentsatz von geschätzten 5 bis 10% (Esser & Weinel, 1990). Sie finden sich in der Regel in Familien mit besonderen Risikokonstellationen

Ein so verstandener präventiver *Kinderschutz* ist immer auch eine familienpolitische Gestaltungsaufgabe. Dies gilt gleichermaßen für Kommunen wie für die jeweilige Länder- und die Bundespolitik. Es geht darum, gleichermaßen eine gute Infrastruktur für alle Familien vorzuhalten wie etwa ein ausreichendes Angebot an Krippen- oder Tagesmutterplätzen oder an Angeboten der *Familienbildung* als auch Familien in Hochrisikokonstellationen adäquat zu unterstützen.

Die Balance zwischen einer eher breit angelegten Versorgungsstrategie für Familien oder einer eher risikogruppenspezifischen Versorgung ist insbesondere vor dem Hintergrund knapper Mittel nicht immer einfach. Mit dem Blick auf vorhandene Forschungsbefunde sind die risikogruppenspezifisch konzeptualisierten Programme wirksam und den breiter angelegten Programmen überlegen (s.o.). Andererseits zeigten Erfahrungen in anderen Ländern, dass eine einfache Umsetzung solcher Forschungsbefunde auch scheitern kann, weil andere Aspekte wie die der Akzeptanz von Programmen oder die Gefahr der Stigmatisierung von Familien in der Praxis eine Rolle spielen. Die Bedeutung der Akzeptanz von Unterstützungsangeboten in der breiteren (Fach-) Öffentlichkeit zeigte sich in den USA in den 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts. Aufgrund von Budgetkürzungen verschwanden damals mehr als 100 aufsuchende risikogruppenspezifische Programme zur *Prävention von Kindesmisshandlung*. Demgegenüber „überlebten“ die global präventiv angelegten so genannten Head Start Programme aufgrund ihrer guten Akzeptanz in der Bevölkerung. Unter diesem Namen werden in den USA große und kleinere Programme zur Frühintervention zusammengefasst, die sich an die Eltern, besonders die Mütter richteten, und die Stärkung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen, aber auch die Verbesserung der Lebenssituation der Eltern zum Ziel hatten. Head-Start Programme wurden mit Beginn der 60er Jahre im Zuge der Bildungsinitiative in Reaktion auf den „Sputnik-Schock“ aufgelegt. Die Programme bestehen noch heute und wurden über

Jahre hinweg evaluiert. Nicht zuletzt diese Erfahrungen veranlassten das US Advisory Board on Child Abuse and Neglect (1990) verstärkt die Entwicklung von global präventiven und aufsuchenden Angeboten zu empfehlen (Karoly, Greenwood, Everingham, Hoube, Kilburn, Rydell, Sanders & Cheisa, 1998; Guterman, 1999).

Dennoch haben solche universell präventiven Angebote gewöhnlich ihre fachlichen Grenzen, wenn es um spezifische Hochrisikosituationen wie etwa familiäre Gewalt, psychische Erkrankung der Eltern oder alkohol- oder drogenabhängige Eltern geht (Daro & Donnelly 2002; Gomby, Culross & Berman, 1999). Bei diesen Familien sind universell angelegte Angebote allein oft nicht hinreichend wirksam. Klinisch ist es nachvollziehbar, dass bei tief greifenden psychischen Problemen bzw. psychiatrischen Störungsbildern von Eltern die ausschließliche Förderung von Basiskompetenzen in der Pflege und der Erziehung von Kindern oder die Förderung elterlicher *Feinfühligkeit* im Umgang mit dem Kind nicht ausreichen. Hinzu kommt, dass Eltern mit den beschriebenen Risiken auch häufig weniger kooperativ in der Zusammenarbeit sind (Osofsky, Culp & Ware, 1988).

In diesen Fällen können aber frühe und universell präventive Angebote als nicht oder wenig stigmatisierende Zugänge genutzt werden, auch **Eltern in Risikokonstellationen früh anzusprechen und sie für weitergehende interdisziplinäre und flankierende Hilfen zu motivieren**. Gleichzeitig ist es wichtig, auch im Sinne der Peer Education dafür zu sorgen, dass allgemein elterliche *Feinfühligkeit* als wesentlicher Faktor der gesundheitlichen *Prävention* stärker beachtet wird. Es geht also nicht nur darum, die Sensibilität der Wahrnehmung für Risiken zu erhöhen, sondern heute zunehmend verunsicherten Eltern, wenn sie vieles richtig machen, dies auch zurück zu melden und generell dafür zu sorgen, dass ein Bewusstsein dafür entsteht, dass Beziehung bzw. *Bindung* und Bindungsqualität wichtige Faktoren für den späteren Bildungserfolg, aber auch für die spätere gesundheitliche Entwicklung des Kindes sind. Insofern konnte z. B. in Baden-Württemberg additiv zum Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“ mit Unterstützung der Techniker Krankenkasse im so genannten „Settingansatz nach § 20 SGB V“ ein präventives Modellprojekt der Gesundheitsprävention durchgeführt werden, welches sein Augenmerk auf die positiven Effekte von *Feinfühligkeit* und die Verstärkung dieses positiven Verhaltens lenkt. Damit werden auch engagierte junge Eltern in ihrem Wunsch, es bei ihren Kindern richtig zu machen, unterstützt und fachlich gestärkt, womit gleichzeitig wiederum auch die Wahrnehmungsbereitschaft für problematische Interaktionen steigt. Letztendlich geht es um die Etablierung einer Kultur der *Feinfühligkeit* im Umgang mit Säuglingen und Kleinkindern.

Die Bedeutung früher und rechtzeitiger Angebote für Familien zeigt sich auch in den Folgekosten von nicht frühzeitig erkannten Verhaltensauffälligkeiten bzw. fehlenden präventiven Angeboten. Im Grünbuch Seelische Gesundheit der Europäischen Kommission wird darauf ausdrücklich verwiesen. Gemäß einer jüngeren Kosten-Nutzen-Analyse, die die finanziellen Belastungen bei zehnjährigen Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten berechnete, zeigten sich erheblichen Folgekosten in allen gesellschaftlichen Bereichen. Insbesondere im Bereich der Justiz, des Bildungswesens und später der *Sozialhilfe* entstehen Folgekosten dann, wenn es nicht gelingt, frühe Verhaltensauffälligkeiten durch frühe Förderung zu vermeiden oder wenn gar aus Verhaltensauffälligkeiten diagnostizierbare und behandlungsbedürftige psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter werden (Grünbuch der Europäischen Kommission, 2005; Abb. 1).

Frühe Hilfen rechnen sich

Abbildung 1

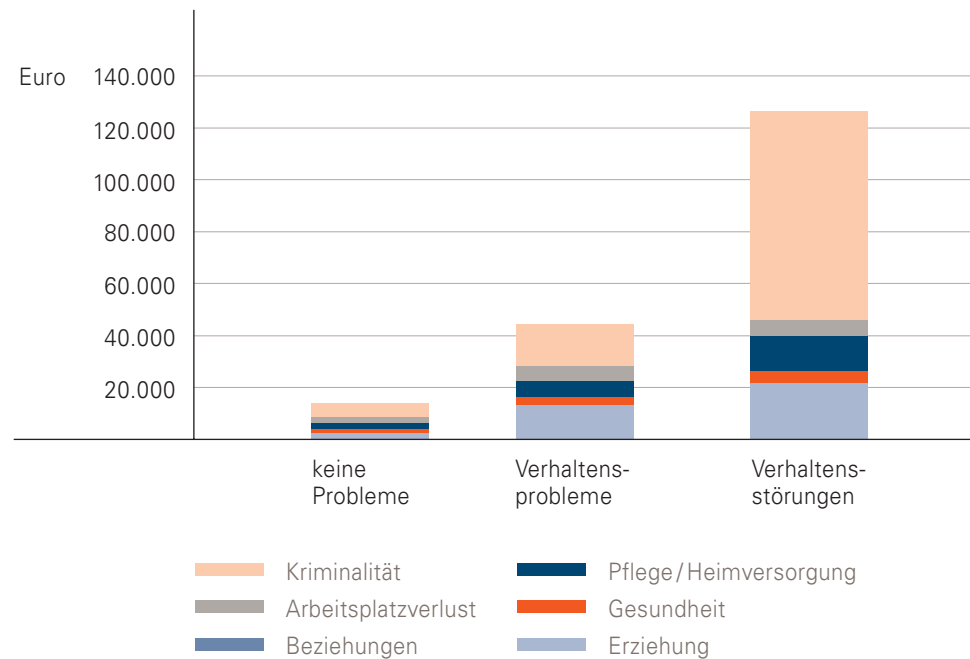


ABB. 1: KOSTEN DER SOZIALEN AUSGRENZUNG: LANGZEIT-FOLLOW-UP VON KINDERN MIT UND OHNE VERHALTENSSTÖRUNGEN UND PSYCHISCHE STÖRUNGEN
Langzeitkosten psychischer Gesundheitsprobleme, umgerechnet auf Euro zum Preisniveau 2002 (Scott, Knapp, Henderson & Maughan, 2001. Umrechnung in Euro durch David McDaid, Mental Health Economics European Network).

Die hohe Bedeutung, die *Frühe Hilfen* und frühe Förderung auch aus wirtschaftlicher Sicht haben, hat der Nobelpreisträger für Ökonomie, James Heckman, aus den Daten des Perry Preschool Project in Ypsilanti, Michigan, herausgearbeitet. Er hat die Kosten für frühkindliche Bildungsprogramme den Folgekosten im Sozial-, Gesundheits- und Justizhaushalt gegenübergestellt, die einer Gesellschaft im weiteren Lebensverlauf benachteiligter Kinder entstehen, wenn solche Investitionen in *Frühförderung* und Bildung nicht vorgenommen werden. Seine Bilanz ist beeindruckend: die größte Rendite ist bei kind- und familienunterstützenden Programmen zu erwarten, die dem Schulbesuch zeitlich bereits deutlich vorgelagert sind. Außerdem sind solche Erträge bei Kindern aus benachteiligten sozialen Herkunftsmilieus deutlich höher als bei Kindern, die über einen bildungsstarken Familienbackground verfügen. In Deutschland werden gerade die Investitionen im Vorschulbereich und noch in der Primar- und Sekundarstufe relativ zum OECD-Durchschnitt deutlich unterschritten. Erst bei den Investitionen in berufliche und weiterführende Bildung übersteigt dann das deutsche Engagement den OECD-Durchschnitt (Wößmann, 2008; vgl. Wagenknecht, Meier-Gräwe & Fegert, 2009; vgl. Abb. 2).

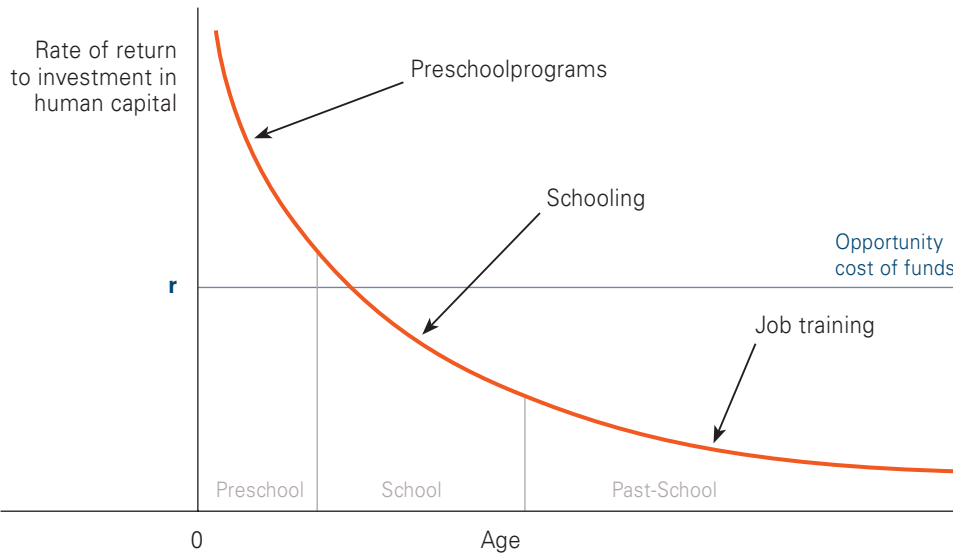


Abbildung 2

ABB. 2: RATE OF RETURN TO INVESTMENT IN HUMAN CAPITAL

Rates of return to human capital investment initially setting investment to be equal across all ages. (Heckman & Masterov, 2007)

Frühe Hilfen und frühe Unterstützung von Familien rechnen sich also. Dabei lässt sich frühkindliche Bildung und Lernen, deren hohe wirtschaftliche Rendite in Heckmans Kosten-Nutzen-Analyse herausragte, nicht ohne Bindungsförderung denken. Lernen bedeutet, sich Neuem zuwenden zu können und es zu verarbeiten. Lernprozesse führen zu Verhaltensänderungen oder kognitiven Veränderungen: Wissenszuwachs, kognitive Strukturen oder Problemlösestrategien (Rauh, 2002; Gloger-Tippelt, 2002). Die günstigste Voraussetzung dafür ist eine sichere *Bindung*, von der aus Kinder sich unbelastet und angeregt Neuem zuwenden können und in der ihre Lernerfahrungen von den Eltern gestützt werden. Insofern ist es auch aus wirtschaftlicher Sicht für die positive Entwicklung eines Kindes bedeutsam, die Eltern oder andere enge Bindungspersonen zu berücksichtigen und ihre Erziehungs- und Beziehungskompetenzen zu stärken. Die Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen als *Prävention* von *Kindeswohlgefährdung* und *Vernachlässigung* stellt damit eine Leistung dar, die im wirtschaftlichen Sinne einen „Output“ erbringt – und damit gerade nicht nur einen Kostenfaktor darstellt (Wagenknecht, Meier-Gräwe & Fegert, 2009).

Die Strategie-Einheit von Tony Blair hat vor einigen Jahren errechnet, bis zu welchem Alter die Investitionen in frühe Förderung und Bildung mit Blick auf die Integration in Arbeit ökonomisch günstig sind. Dieser „Cut Off Point“ für rechtzeitige Investition liegt im Vorschulalter, alle späteren Maßnahmen haben höhere Kosten als Nutzen. Damit rächen sich frühe Versäumnisse über Folgekosten eines „Reparaturbetriebs“ im psychosozialen und Bildungsbereich. Es ist deshalb zu bedauern, dass wir das Thema der frühen Förderung von Kindern teilweise immer noch nur unter dem „Betreuungsaspekt“ diskutieren und dabei die Vermittlung von Bildungschancen eher vernachlässigen. Es geht eben nicht nur darum, die Mutter durch eine zweitbeste Alternative, nämlich die Betreuung, zu ersetzen, sondern es geht darum, möglichst alle Kinder fit für das spätere Leben zu machen und ihren Eltern und Familien diejenigen Unterstützungen dabei zu gewähren, die sie benötigen.

Hohe Rendite durch die Förderung früher Bildung und Bindung

Entscheidend ist die Investition in unsere Kinder bis zum Vorschulalter

Internationale Studien, die die Kosten und den Nutzen verschiedener Präventionsprogramme verglichen haben, weisen darauf hin, dass die Kosten, die für präventive Maßnahmen im *Kinderschutz* aufgewendet werden müssen, deutlich unter den Kosten liegen, die als Folgekosten von *Kindesmisshandlung* und *Vernachlässigung* durch interventive Maßnahmen, und infolge von Beeinträchtigungen u. a. aus gesundheitlichen und psychischen Belastungen, im weiteren Lebenslauf notwendig werden (vgl. Gould & O'Brien 1995; Caldwell 1992). Obwohl *Kindesmisshandlung* und *Vernachlässigung* nicht vollständig verhindert werden können, ist die Investition in *Prävention* – selbst bei einer angenommenen mäßigen Verringerungsrate (Effektivität) – gemäß Hochrechnungen wirtschaftlich effizient (Caldwell 1992). Frühe und interdisziplinäre Hilfen, die professionell und niedrigschwellig angeboten werden, sind also eine sinnvoll angelegte Zukunftsinvestition für die betroffenen Kinder wie für die Gesellschaft insgesamt (Wagenknecht, Meier-Gräwe & Fegert, 2009).

1.2. BESONDERE ANFORDERUNGEN AN INTERDISZIPLINÄRE KOOPERATION UND VERNETZUNG IN DER FRÜHEN KINDHEIT

Insbesondere in der frühen Kindheit sind **frühe und multiprofessionell angelegte Hilfen** zwingend. Dies ergibt sich aus der entwicklungspsychologischen Besonderheit von Säuglingen und Kleinkindern. Frühe präventive Angebote und Hilfen sind eine interdisziplinäre und systemübergreifende Angelegenheit, die nicht mit einer isolierten Maßnahme und nicht mit den Kompetenzen einer einzelnen fachlichen Disziplin oder Zuständigkeit allein abgedeckt und gelöst werden können. Damit verbunden sind **besondere Anforderungen an Kooperation und Vernetzung zwischen Helfern und Hilfesystemen**. Notwendig ist eine klare und verbindliche Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Fachkräften aus unterschiedlichen Disziplinen.

Insbesondere zwischen dem *Gesundheitswesen* und der Kinder- und *Jugendhilfe* ist eine systematische Kooperation mit geregelten Absprachen und Verfahrenswegen notwendig. Aber auch deren Zusammenarbeit mit anderen Hilfesystemen wie der *Frühförderung*, der Schwangerschaftsberatung oder auch, im Falle (drohender) *Kindeswohlgefährdung*, mit dem *Familiengericht* oder der Polizei, bedarf geregelter und verbindlicher Kooperationsstrukturen. Und schließlich sind nach der Einführung der Hartz-IV-Regelung die *ARGE* bzw. die traditionelle Arbeitsverwaltung wichtige Kooperationspartner im *Kinderschutz*. Im Falle des Todes von Lea-Sophie etwa war diese Institution diejenige, die zeitnahe Informationen über die Situation der Familie bzw. die Abmeldung des Kindes aus der Tagesbetreuung hatte.

Gewöhnlich haben in der Säuglings- und Kleinkindzeit nur Fachkräfte im *Gesundheitswesen*, etwa Ärztinnen und Ärzte der Gynäkologie und Pädiatrie, Hebammen oder Entbindungspfleger, Kontakt zum Kind und seinen Eltern. Zuständig für weitergehende Hilfen wie etwa die Vermittlung eines Platzes in der Kindertagesstätte oder die einer Fachfrau, die bei der Alltagsbewältigung und der Erziehung unterstützen kann (die so genannte *Sozialpädagogische Familienhilfe*) ist die *Jugendhilfe*. Sie ist darüber hinaus zuständig für die Sicherung des *Kindeswohls* und für den Schutz von Kindern vor *Vernachlässigung*. Haben die Eltern spezifische Probleme im Sinne einer psychiatrischen Erkrankung oder Suchterkrankung, sind z. B. medizinische Fachkräfte im sozialpsychiatrischen Dienst oder die Suchtkrankenhilfe eingeschaltet, ohne dass hier gewöhnlich eine direkt organisierte Zusammenarbeit mit der *Jugendhilfe* besteht.

Notwendigkeit systematischer Kooperation zwischen Gesundheitshilfe und der Kinder- und Jugendhilfe

Trotz der augenscheinlichen Notwendigkeit für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit gibt es bisher wenig empirische Belege dafür, dass verbesserte Zusammenarbeit und Vernetzung zu verbessertem *Kinderschutz* führen. Im Rahmen einer Studie der Ulmer Arbeitsgruppe zur Hilfeprozess-Koordination im *Kinderschutz* führte planvolles und zielorientiertes Zusammenwirken der beteiligten Institutionen zu stärkerer Professionalisierung und Stärkung der Kompetenz der beteiligten Mitarbeiter. Dabei wurden institutionsexterne *Supervision* und Beratung durch *Kinderschutz*-Experten mit leitlinienorientierter *Diagnostik* und *Intervention* verknüpft. Es zeigte sich gleichermaßen eine tendenzielle Verbesserung in der Sicherheit des interventiven Vorgehens als auch in einer Abnahme der selbst eingeschätzten Sicherheit in der Verdachtseinschätzung bzw. der Abschätzung der Folgen bei Misshandlungsfällen im Vergleich mit Kinderschützern, die gemäß ihrer Routineverfahren vorgehen. Interpretieren lässt sich dies als Folge einer sorgfältigen und wiederholten Reflexion der Fälle mit einem externen Kinderschutzexperten. Gleichzeitig wurde die Zusammenarbeit zwischen den Institutionen von den beteiligten Mitarbeitern als überwiegend konstruktiv eingeschätzt (Goldbeck, Laib-Koenemund & Fegert, 2005, 2007). Darüber hinaus gibt es weiterhin so gut wie keine Studien, die untersuchen, wie interdisziplinäre *Netzwerke* im Bereich *Kinderschutz* etabliert werden können (z. B. Friedman, Reynolds, Quan, Callb, Crusto, 2007). **Allerdings bestätigt die Fachpraxis, dass funktionierende Kooperation und Vernetzung wesentlich für funktionierenden Kinderschutz ist.** Insofern lässt sich davon ausgehen, dass sowohl frühe Unterstützung und Hilfen für Familien als auch die fallbezogene Arbeit im *Kinderschutz* in hohem Maße davon abhängt, wie gut die jeweiligen Berufsgruppen und Institutionen vor Ort miteinander kooperieren und wie sie miteinander vernetzt sind.

Fehlende empirische Grundlagen

In der Praxis aber zeigen sich immer wieder Reibungsverluste in der Zusammenarbeit zwischen Fachkräften aus unterschiedlichen Disziplinen, und zwar gleichermaßen struktureller als auch persönlicher Art. In diesem Vernetzungshandbuch machen wir an verschiedenen Stellen Vorschläge für eine verbesserte Arbeitsweise, z. B. bei der Dokumentation von Güterabwägungen oder bei der Einbeziehung der Betroffenen bei der Informationsweitergabe durch Ärzte. Auch bei der Zusammenarbeit im *Kinderschutz* ist es nötig, Effizienzgesichtspunkte im Auge zu behalten und zu versuchen, in allen Bereichen eine bestmögliche Funktion im jeweiligen System zu erreichen. Doch dies verbessert noch nicht die Vernetzung, sondern schafft höchstens eine höhere Effizienz im bisher gesteckten und als Aufgabe wahrgenommenen Rahmen. Dennoch sind solche Anhaltswerte, wann ein optimales Funktionieren erwartet bzw. noch erwartet werden kann, auch für unsere Fragestellungen nicht irrelevant, denn jeder wird bei der Zahl der Betreuungsfälle des *Vormunds* von Kevin in Bremen erkennen können, dass hier eine verantwortungsvolle Ausübung der Funktion nicht mehr möglich ist. Andererseits greift dieses Ressourcenargument im selben Fall vielfach zu kurz, wenn man sieht, wie viel von verschiedenen Seiten in diesem Fall „investiert“ worden ist. Am Aufwand hat das Scheitern offensichtlich nicht gelegen. Vielmehr lag es an verzerrter Kommunikation, an verzerrter Interaktion oder verzerrten Interpretationen, am Ausblenden von Wahrnehmungen in einem dichten Helfernetz. Manche Wahrnehmungen über die anderen im System dürften durchaus Irritationen ausgelöst haben. Manche dieser Irritationen sind sogar im Untersuchungsbericht ausführlich dokumentiert. Nicht zusammenpassende Informationen lösen eine Spannung aus, welche in bestehenden Strukturen häufig am besten durch Vorannahmen über die anderen reduziert werden. Dabei haben frühere Erfahrungen und Näheverhältnisse in der Zusammenarbeit ebenso wie enttäuschte Erwartungen aus früheren Fällen der Zusammenarbeit eine große Bedeutung. Wir denken dann in Kategorien von richtiger und falscher Sichtweise, von Kausalketten und reduzieren damit aber unsere Irritation, welche ein wichtiger Hinweis für die Besonderheit des Falls sein könnte.

Reibungsverluste in der Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Disziplinen

Reibungsverluste auch bei guten Sozialstrukturen

Es sind also gleichermaßen motivationale als auch strukturelle Aspekte, die eine gute und effiziente Zusammenarbeit bei *Frühen Hilfen* und im *Kinderschutz* behindern bzw. die zu Reibungsverlusten führen. Dies ist offenbar auch bei prinzipiell guten Sozialstrukturen und guten sozialrechtlichen Grundlagen wie in Deutschland der Fall. Tatsächlich zeigen vielfältige Praxiserfahrungen, dass es eine Gemengelage aus gegenseitiger Unkenntnis, unklaren Verfahrensabläufen, motivationalen Aspekten und Kostendruck ist, die zu typischen Reibungsverlusten in der interdisziplinären Zusammenarbeit führt (Fegert, Berger, Klopfer, Lehmkuhl & Lehmkuhl, 2001).

Reibungsverluste insbesondere bei hohen interdisziplinären Anforderungen

Praxiserfahrungen zeigen auch, dass insbesondere dann, wenn hohe interdisziplinäre Anforderungen vorhanden sind, Reibungsverluste in der Zusammenarbeit unterschiedlicher Hilfesysteme auftreten. Dabei dürften Reibungsverluste in der Betreuung von Familien mit vielfältigen Belastungen und Risiken besonders häufig sein. Es fehlt in der Regel eine verbindliche Verfahrensroutine, über die Eltern weitervermittelt werden können. Ärztinnen und Ärzte der Pädiatrie, Hebammen, Entbindungspfleger oder Krankenschwestern bzw. -pfleger sind gewöhnlich weder über die sozial- und datenschutzrechtlichen Grundlagen ihrer Hilfemöglichkeiten noch über bestehende Hilfe- und Versorgungsangebote informiert. Die Kooperationswege sind in der Regel noch nicht gut genug ausgebaut. Es fehlen systematische Kooperationen mit geregelten Absprachen und klaren Zuständigkeiten sowie verbindlichen Verfahrenswegen.

Reibungsverluste aufgrund struktureller Unterschiede zwischen den Disziplinen

Diese Reibungsverluste werden durch strukturelle Gegebenheiten begünstigt. Im Bereich der *Frühen Hilfen* und dem *Kinderschutz* treffen Partner aus verschiedensten Professionen und Bereichen zusammen. Unterschiedliche berufliche Selbstverständnisse, unterschiedliche institutionelle Aufträge mit unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen und daraus folgend unterschiedliche Herangehensweisen prägen den jeweiligen beruflichen Alltag und so auch das Zusammentreffen in der interdisziplinären Arbeit. Die Grenzen zwischen Kinder- und *Jugendhilfe* und dem *Gesundheitswesen* sind durch unterschiedliche Sozialgesetze markiert, die die jeweiligen Leistungen der beiden Systeme begründen. Danach werden Leistungen und Angebote der Kinder- und *Jugendhilfe* im Achten Buch Sozialgesetzbuch Kinder- und *Jugendhilfe* (SGB XIII) und die Leistungen des *Gesundheitswesens* im Fünften Buch Sozialgesetzbuch Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) und im Neunten Buch Sozialgesetzbuch Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) beschrieben und von der kommunalen *Jugendhilfe*, von den Krankenkassen, den örtlichen Trägern (Landkreisen und kreisfreien Städten) und den *Sozialhilfeträgern* finanziert. Die jeweiligen Angebote werden von öffentlichen und freien Trägern der *Jugendhilfe* und von medizinischen Institutionen, niedergelassenen Praxen und Trägern des öffentlichen Gesundheitsdienstes vorgehalten. Die *Frühförderung* ist dem Gesundheitssystem, der *Jugendhilfe* und der *Sozialhilfe* zugeordnet.

Hilfen oder Versorgungsleistungen für Familien werden gewöhnlich entweder nur von dem einen oder dem anderen System vorgehalten bzw. werden nicht miteinander koordiniert. Die jeweiligen Fachkräfte arbeiten im Rahmen der Zuständigkeit ihrer Einrichtung oder Dienststelle und vor dem Hintergrund ihrer eigenen Disziplin und deren Leistungsrepertoires. Mögliche Überschneidungen oder Koordinationsdefizite mit dem jeweils anderen System werden daher selten erkannt. Derzeit werden in Deutschland Hilfen nicht selten parallel vergeben und zwar dann, wenn Familien gleichermaßen von Kinder- und *Jugendhilfe* und von der *Gesundheitshilfe* betreut werden und Hilfen erhalten, diese aber nicht miteinander koordiniert werden. Nicht selten wissen die jeweiligen Institutionen nicht einmal, dass sie eine Familie gleichzeitig betreuen. Oder aber Familien fallen insbesondere an den Übergängen vom *Gesundheitswesen* in die Kinder- und *Jugendhilfe* durch die Systemlücken und erhalten notwendige Hilfen weder in dem einem noch dem anderen System (Fegert, 2007).

Hinzu kommt, dass Angebote des jeweils anderen Systems, die die eigene Beratung oder Behandlung sinnvoll ergänzen oder unterstützen könnten, recht selten einbezogen werden. Innerhalb der Strukturen der Kinder- und *Jugendhilfe* kommt hinzu, dass die Vielfalt von Angeboten und ihre Qualität von der individuellen Angebotspalette einzelner freier und öffentlicher Träger vor Ort abhängig und in der Regel allenfalls teilweise aufeinander abgestimmt ist. Die *Frühförderung* bildet hier aufgrund ihrer besonderen interdisziplinären und systemübergreifenden Struktur eine Ausnahme, da sie heilpädagogische, psychologische und medizinische Leistungen integriert und gleichermaßen Leistungen des Gesundheitssystems wie der Kinder- und *Jugendhilfe* und der Eingliederungshilfe anbietet. Allerdings muss auch festgestellt werden, dass die Etablierung der *Frühförderung* nicht bundeseinheitlich gelungen ist, und dass vielerorts die Frühförderstellen über erhebliche Finanzierungsschwierigkeiten und Reibungsverluste aufgrund multipler Trägerschaften klagen. Nach wie vor ist die Idee so genannter *Komplexleistungen* in den Sozialgesetzbüchern zwar verankert, aber in der Umsetzung enorm schwierig. Inhaltliche und ökonomische Fortschritte können in der Zukunft vor allem dann erzielt werden, wenn es gelingt, wie z. B. in der *Frühförderung*, auch in anderen Bereichen Leistungen aufeinander abgestimmt quasi aus einer Hand anzubieten und zugleich aus unterschiedlichen Ressorts anteilig zu finanzieren. Hier gibt es derzeit aber in den etablierten Strukturen noch erhebliche Probleme.

Als weitere Hinderungsgründe in der interdisziplinären Zusammenarbeit lassen sich in der Praxis häufig Schwierigkeiten beobachten, die Aufgaben und Kernkompetenzen der eigenen Disziplin zu beschreiben und danach zu handeln. Gleichzeitig besteht eine verbreitete Unkenntnis über die Aufgabenbereiche und das Vorgehen der jeweils anderen Disziplinen. In einer eigenen Untersuchung über die interdisziplinäre Zusammenarbeit bei sexuellem Missbrauch zeigte sich, dass es allen sehr viel leichter fiel, Aufgabenbereiche, Chancen und Grenzen des Vorgehens der Kooperationspartner aus anderen Disziplinen zu beschreiben, als das für die eigenen Aufgaben möglich war (Fegert, Berger, Klopfer, Lehmkuhl & Lehmkuhl, 2001). Detailliertes Wissen um die eigenen Kompetenzen, aber auch eine realistische Einschätzung der eigenen Schwächen und Grenzen sind aber Grundvoraussetzungen, um ohne „sprachliche“ Missverständnisse und ohne Vorurteile miteinander zu kooperieren.

Daneben bestehen häufig unrealistisch hohe Erwartungen an die jeweils andere Profession, die dann in der Alltagspraxis zwangsläufig enttäuscht werden müssen. Weiterhin können unterschiedliche hierarchische bzw. eher teambezogene Arbeitsstrukturen in den beiden Systemen *Gesundheitswesen* sowie Kinder- und *Jugendhilfe* zu Missverständnissen in der Zusammenarbeit führen. Während im Bereich des *Gesundheitswesens* klare Rangfolgen und hierarchische Entscheidungen von Einzelpersonen die vorherrschende Herangehensweise sind, werden im Bereich der Kinder- und *Jugendhilfe* insbesondere schwerwiegende Entscheidungen, z. B. über die Herausnahme und Fremdunterbringung eines Kindes, in der Regel im Team getroffen. Diese beruflichen Erfahrungen fließen auch in die Kooperation mit ein und begründen nicht selten Befürchtungen davor, von Kollegen aus den jeweils anderen Disziplinen beeinflusst bzw. in der Zusammenarbeit dominiert oder in der eigenen Arbeitsweise missverstanden zu werden. An dieser Stelle haben wir beobachtet, dass Pseudodatenschutzargumente als Begründung für Nicht-Kooperation eingesetzt werden, wenn die Auseinandersetzung mit dem jeweils anderen System zu mühsam wird.

In der Praxis lässt sich außerdem durchaus beobachten, dass „Vernetzung“ auch als Alibi genutzt wird, um Kostendruck abzuwälzen oder Streit um Zuständigkeiten zu verbergen. Unter dem Vor-

Schwierigkeiten in der Beschreibung der eigenen Kernkompetenzen

Unrealistische Erwartungen und Befürchtungen

Alibifunktion von Kooperation und Vernetzung

Fragen zum Datenschutz und zur Informationsweitergabe als Indikator für Verunsicherungen in der Kooperation mit anderen Berufsgruppen

wand von Vernetzung lassen sich Verantwortlichkeiten verschleiern, in endlose Delegationsketten überführen oder an Spezialbereiche bzw. Modellprojekte abgeben. In diesem Zusammenhang werden nicht selten auch Pseudodatenschutzargumente angeführt, um eine stärkere Kooperation und Vernetzung mit anderen Disziplinen und Institutionen zu vermeiden. Die Folgen zeigen sich dann häufig darin, dass weiterführende oder ergänzende rechtzeitige und präventive Hilfen, wie sie durch die Kinder- und *Jugendhilfe* und die Eingliederungshilfe vorgehalten werden, nicht veranlasst bzw. vermittelt werden. Das *Jugendamt* wird nicht selten erst spät und erst dann hinzugezogen, wenn eine *Kindeswohlgefährdung* droht (Ziegenhain & Fegert, 2008).

Am Thema *Datenschutz* werden zudem auch Verunsicherungen deutlich. Die Zusammenarbeit zwischen Vertreterinnen und Vertretern des Gesundheitssystems und der Kinder- und *Jugendhilfe* wirft zwangsläufig Fragen nach den jeweiligen Verpflichtungen der einzelnen Berufsgruppen zur Verschwiegenheit und Vertraulichkeit auf. Damit verbunden ist die ernstzunehmende Sorge, das Vertrauen der Klienten zu schützen. Dabei werden gewöhnlich insbesondere die glücklicherweise seltenen Grenzfälle diskutiert, in denen Helfer im Gesundheitsbereich hohe Risiken erkennen, die Eltern aber die angebotenen Hilfen ablehnen. Hier zeigen sich am Beispiel des *Datenschutzes* auch die emotionalen Belastungen, die mit der Arbeit im *Kinderschutz* einhergehen.

Während der Projektdauer haben alle vier beteiligten Bundesländer, nicht zuletzt auch basierend auf Expertisen und den konkreten Praxiserfahrungen aus dem Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“, eigenständige *Kinderschutzgesetze* formuliert. Dabei wurden im Kontext der Etablierung eines verbindlichen Einladungswesens zu Früherkennungsuntersuchungen in den Ländern auch **gesetzliche Normen zur Informationsweitergabe** geschaffen.

Die Länder Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg haben eine Befugnisnorm zur Informationsweitergabe an das *Jugendamt* eingeführt, wenn gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des *Kindeswohls* bekannt sind und die eigenen fachlichen Mittel zur Abwendung nicht ausreichen und, wenn möglich, zuvor um die Inanspruchnahme weitergehender Hilfen geworben wurde (rheinland-pfälzisches Landesgesetz zum Schutz von *Kindeswohl* und Kindergesundheit, Gesetz zum präventiven Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg).

Ebenso ist im Thüringer Gesetz zur Weiterentwicklung des Kinderschutzes die Befugnis formuliert, bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine *Vernachlässigung*, Missbrauch oder *Misshandlung* das *Jugendamt* zu informieren. Das bayerische Gesetz zur Verbesserung der gesundheitlichen Vorsorge und des Schutzes von Kindern und Jugendlichen Bayern verpflichtet darüber hinaus den öffentlichen Gesundheitsdienst sowie Ärztinnen, Ärzte, Hebammen und Entbindungspfleger, gewichtige Anhaltspunkte für eine *Misshandlung*, *Vernachlässigung* oder einen sexuellen Missbrauch dem *Jugendamt* unter Übermittlung der erforderlichen personenbezogenen Daten unverzüglich mitzuteilen (vgl. Meysen, Schönecker & Kindler, 2009).

Der Bundesgesetzgeber debattierte zudem ein Bundeskinderschutzgesetz, welches u. a. die Neuregelungen im § 8 a SGB VIII vom Oktober 2005 noch weiter spezifizieren soll und eine bundesweite Befugnisnorm für die Datenweitergabe in Berufen mit einer ärztlichen *Schweigepflicht* nach entsprechender *Güterabwägung* etablieren soll. Zum Zeitpunkt der Drucklegung und zum Ende der abgelaufenen Legislaturperiode war dieses Bundeskinderschutzgesetz nicht verabschiedet (Kemper, Kölch, Fangerau & Fegert, 2009).

Trotz aller Bemühungen durch gesetzliche Regelungen mehr Klarheit zu schaffen, muss uns bewusst sein, dass im Einzelfall jedes dieser Kinderschicksale auch für die Helfer eine emotionale Heraus-

forderung darstellt und dass in jedem Einzelfall Für- und Widerargumente in prekären Situationen abgewogen werden müssen. Das von Anna Freud formulierte Dilemma des Kinderschutzes „stets zu früh zu viel oder zu spät zu wenig“ getan zu haben (Freud, Goldstein & Solnit, 1988) bleibt weiterhin, trotz aller Veränderungen in der öffentlichen Debatte und trotz aller Bemühungen der Länder und des Bundesgesetzgebers weiter bestehen. Insofern ist auch ein Bewusstsein um die Gefahrgeneigntheit des eigenen Handelns eine Qualitätsdiskussion und eine Aufarbeitung von Fehlern unabdingbar (vgl. Fegert et al., 2008; Fegert, Fangerau & Ziegenhain, im Druck).

Die Tragik und das Leid dieser Fälle und dabei die Sorge, gegebenenfalls selber im Umgang mit einem solchen Fall nicht angemessen zu handeln, beeinflussen vermutlich auch die Kooperation im Bereich der *Frühen Hilfen* und im *Kinderschutz*. Sie können zu Gefühlen von Hilflosigkeit, Unsicherheit, Überforderung, Versagensängsten oder Schuldgefühlen führen. Diese können sich negativ auf nachhaltige Kooperationsbemühungen auswirken, nämlich dann, wenn sie etwa zu Aktionismus oder übertriebener Kontrolle im Handeln führen oder aber zu Entwertung der jeweils anderen Berufsgruppe.

Die gewöhnlich hohe Erwartungshaltung und hohen Ansprüche im *Kinderschutz* sowohl an andere Helfer als auch an sich selbst, dürften dabei eine konstruktive interdisziplinäre Zusammenarbeit weiterhin erschweren ebenso wie die immer wieder aufflammenden und dann emotionalisiert geführten öffentlichen Debatten um Kinderschutzfälle.

Auch in anderer Weise ist der *Datenschutz* ein Thema von Reibungsverlusten in der Kooperation, wenn z. B. Mitteilungen an andere Institutionen aus Datenschutzgründen ohne Rückmeldungen bleiben. Dies kann bisweilen durchaus auch als persönliche Kränkung erlebt werden. Dem sicherlich berechtigten Interesse zu wissen, wie ein konkreter Fall aufgegriffen und weiter behandelt wurde, steht die Wahrung des Rechts der Eltern auf informationelle Selbstbestimmung gegenüber. Hier können Vorgehensweisen auf einer allgemeinen Ebene besprochen und transparent gemacht werden oder aber es kann bei den Eltern ein Einverständnis zur Rückmeldung eingeholt werden. In vielen Fällen ist eine Mitteilung über den Eingang und die weitere Bearbeitung durch den zuständigen Mitarbeiter ausreichend. Das Thema *Datenschutz* ist hier auch Indikator für gegenseitige Wertschätzung in der Zusammenarbeit.

Ganz pragmatische Gründe, die eine interdisziplinäre Zusammenarbeit behindern, sind bestehende Aufträge zur Vernetzung, für deren Erledigung jedoch Ressourcen fehlen. Bisher wird der Aufwand für regionale Vernetzungen gewöhnlich weder benannt oder in Tätigkeitsbeschreibungen festgehalten, noch werden die Kosten für Vernetzungen realistisch eingeplant. In einer solchen „Doublebind-Situation“ liegt ein hohes Potential für Frustration und Enttäuschung der beteiligten Akteure.

Ein weiterer Grund für Reibungsverluste in der Kooperation zwischen Kinder- und *Jugendhilfe* und dem Gesundheitssystem dürfte schließlich darin liegen, dass die beiden Systeme auf unterschiedlichen theoretischen Grundlagen und Denkmodellen basieren, die implizit das fachliche Handeln der Akteure aus diesen Bereichen beeinflussen (Fegert & Schrappner 2004). Die Kinder- und *Jugendhilfe* ist pädagogisch orientiert und in der Ausbildung angelegt, während das Gesundheitssystem medizinisch orientiert ist. Diese unterschiedliche Sozialisation mit unterschiedlichen Sprachen, Herangehensweisen und Interpretationsfolien führt nicht selten zu Verständnisschwierigkeiten in der Kommunikation zwischen Akteuren aus den beiden Systemen. Der Blick und die Herangehens-

Fehlende Ressourcen

Unterschiedliche Sprachen
in den verschiedenen Diszi-
plinen

weise in der Kinder- und *Jugendhilfe* sind eher familienzentriert, während im Gesundheitsbereich ein eher individuumszentriertes Herangehen üblich ist. Die Kinder- und *Jugendhilfe* hat den Anspruch, ressourcenorientiert zu handeln, während das Gesundheitssystem bisweilen defizitorientiert arbeitet, zwangsläufig auch deswegen, weil die Voraussetzungen von Hilfe und Leistung an eine störungs- oder krankheitsrelevante *Diagnose* gemäß dem Klassifikationssystem ICD-10 gebunden ist. Die Instrumente und Vorgehensweisen in beiden Systemen unterscheiden sich stark. Bisweilen verbergen sich unter einem Begriff, wie etwa dem der *Diagnose* völlig unterschiedliche Definitionen. Während wie erwähnt, *Diagnose* in der Medizin die systematische Benennung eines Krankheitsbildes auf der Basis eines festgelegten Klassifikationssystems bedeutet, dem unterschiedliche standardisierte Untersuchungs- und Abklärungsverfahren vorangehen, wird (sozialpädagogische) *Diagnose* in der Kinder- und *Jugendhilfe* als Grundlage für eine fachlich begründete *Hilfeplanung* verstanden (Merchel, 2005). Die so verstandene *Diagnose* in der Kinder- und *Jugendhilfe* ist dann nötig, wenn nach §36 SGB VIII über die „im Einzelfall angezeigte Hilfeart“, die für die Entwicklung eines Kindes nach §27 Abs. 1 SGB VIII „geeignet und notwendig“ ist, entschieden werden muss. Es geht dabei sowohl um die inhaltliche, fachliche *Hilfeplanung*, als auch um deren verbindliche Organisation.

Eine Folge dieser unterschiedlichen Definitionen und Herangehensweisen ist, dass in Deutschland bisher eine interdisziplinäre Verständigung auf standardisierte und wissenschaftlich geprüfte Verfahren und Vorgehensweisen, die systematisch und verbindlich angewendet werden, fehlt. Dies gilt sowohl für die Verständigung innerhalb der Kinder- und *Jugendhilfe* als auch für die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssystem, dem in der *Prävention*, d.h. bei der Vermittlung in frühe und rechtzeitige Hilfen, eine wichtige Rolle zukommt. Angesprochen ist insbesondere der Zeitpunkt rund um die Geburt, wenn eine befürchtete kritische Entwicklungsgefährdung (noch) nicht eingetreten ist und Chancen bestehen, diese zu vermeiden oder zumindest abzupuffern.

Die chronisch stattfindenden und offenbar nicht überwindbaren Diskussionen um gemeinsame Standards und den Einsatz empirisch abgesicherter Instrumente lassen sich geradezu als Symptome unbefriedigender und unzureichender Zusammenarbeit interpretieren (vgl. Fegert & Ziegenhain, 2009).

Dabei fehlt es insbesondere im Bereich der frühen Kindheit bisher an leicht einsetzbaren, aber doch aussagekräftigen Verfahren zur Risikoerkennung und –dokumentation (Kindler, 2008). Hierbei geht es nicht um eine situative Einschätzung, ob etwa ein Kind akut gefährdet ist. Vielmehr geht es um eine ausreichend zuverlässige Abklärung, ob aufgrund vorliegender Risiken die Wahrscheinlichkeit einer Entwicklungsgefährdung besteht und ob Eltern für die Inanspruchnahme von frühen und präventiven Angeboten gewonnen werden können. Es geht also um die Entwicklung von Instrumenten, die interdisziplinär eine Klammer gemeinsamer Sprache und verbindlicher Zusammenarbeit setzen können.

Gefährdungen von Kindern lassen sich auf der Grundlage des derzeitigen Forschungsstandes am verlässlichsten über empirisch geprüfte *Screening*-Verfahren ermitteln, die die bekannten *Risikofaktoren* systematisch erheben. Allerdings sind auch gut abgesicherte Verfahren nie absolut in der Lage, etwa zukünftige *Misshandlung*, Verbesserungen oder Verschlechterungen elterlichen Verhaltens in jedem Einzelfall verlässlich zu prognostizieren (Guterman, 1999). Solche Verfahren erfassen das relative Risiko einzelner oder kumuliert vorliegender Risiken und präzisieren statistische Wahrscheinlichkeiten über Risiken. Sie sind insofern für jeden Einzelfall nur annäherungsweise tauglich. Dies hängt mit methodischen Einschränkungen zusammen (Prädiktionsvalidität). Es wird bei Einzelent-

scheidungen immer so genannte „falsch negative“ Einschätzungen geben, also Einschätzungen, die gefährdete Kinder als nicht gefährdet prognostizieren bzw. Eltern, die ihr Kind misshandeln, als nicht gefährdend identifizieren (mangelnde Sensitivität). Umgekehrt wird es mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auch immer „falsch positive“ Entscheidungen geben. Damit sind Entscheidungen gemeint, nach denen Kinder als vernachlässigt diagnostiziert werden, die nicht vernachlässigt werden (mangelnde Spezifität). Letztlich zeigen Studien, zumindest aus dem sozialwissenschaftlichen Bereich, dass die Wahrscheinlichkeit eines Irrtums in der Einschätzung gewöhnlich um nicht mehr als etwa 70% reduziert werden kann (Kaufman & Zigler, 1992; Fegert, 2007; Ziegenhain et al., 2007).

Screening-Verfahren und Risikodiagnostik können also nie für sich allein genommen als Grundlage für die Feststellung einer Gefährdungssituation, für eine Entwicklungsprognose oder eine spezifische und individuell angepasste *Hilfeplanung* stehen. Allerdings übertreffen empirisch gestützte Methoden, die z. B. auf Checklisten basieren, in der Regel die individuelle prognostische Urteilsfähigkeit des durchschnittlichen Sozialarbeiters oder Klinikern (risikoadjustierte Interventionsplanung; Fegert, 2007). Eine standardisierte und verbindliche *Diagnostik*, die auf wissenschaftlichen Rahmenvorgaben beruht, dürfte also die Qualität der täglichen praktischen Arbeit beträchtlich verbessern. Dies zeigen etwa die Erfahrungen aus Großbritannien, wo Rahmenkonzepte im *Kinderschutz* für Risikoeinschätzung, Planung und *Intervention* für alle professionell Beteiligten verbindlich implementiert sind (Department of Health, 2000). Eine weitere Qualitätsverbesserung lässt sich darüber hinaus erreichen, wenn eine solche systematische und verbindliche *Diagnostik* in eine abschließende Entscheidung gemäß konsensus-basierten formalisierten Entscheidungsmodellen einfließt. Diese verbinden unterschiedliche Sichtweisen von Experten aus verschiedenen Professionen und Tätigkeitsfeldern und strukturieren darauf aufbauende Entscheidungen (Goldbeck, 2007; Goldbeck et al., 2006).

Verbindliche und disziplinübergreifende Standards und *Diagnostik* bei *Frühen Hilfen* und im *Kinderschutz* sind zentrale Voraussetzungen für eine passgenaue und flächendeckende Angebotspalette in den Kommunen. Diese umfasst idealerweise spezifische und passgenaue Angebote für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern und zwar sowohl niedrigschwellig, wie etwa in der *Familienbildung*, ebenso wie hochschwellig, etwa für psychisch kranke Eltern mit Säuglingen. Dazu gehören außerdem klar geregelte und verbindliche Verfahrenswege insbesondere für die Vermittlung hochschwelliger und dann meist auch interdisziplinär flankierend angebotener Hilfen (vgl. Ziegenhain & Fegert, 2008).

Reibungsverluste in der interdisziplinären Zusammenarbeit können also systematische und effektive *Frühe Hilfen* und effektiven *Kinderschutz* behindern. Die Überwindung oder zumindest Kontrolle der vielleicht nicht immer vermeidbaren Reibungen und die flächendeckende Einführung und Optimierung von gesicherten Kooperationsverfahren sind daher notwendige Bestandteile des Kinderschutzes.

Neben den realen Organisationsstrukturen und Möglichkeiten von Kooperationspartnern dürften aber auch die angesprochenen emotionalen Herausforderungen im *Kinderschutz* ebenso wie Emotionen und/oder Vorurteile entscheidend zum Gelingen oder aber auch Misslingen von Kooperation und Vernetzung beitragen. Insofern haben wir im Projekt „Guter Start ins Kinderleben“ nicht nur reale Aufgabenbeschreibungen und messbare Vernetzungsstrukturen erfasst, sondern wir haben uns auch bemüht, die emotionalen Bewertungen dieser Strukturen, also die Frage „wer sind Wunschpartner“, „wo gibt es Widerstände“ etc. mit zu erfassen. Dabei ist eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Zusammenarbeit, wie auch für eine erfolgreiche Unterstützung von betroffenen

Empathie als wichtige Voraussetzung für gelingende Kooperation und Vernetzung

Familien, die Fähigkeit zur Empathie. Das Einfühlen in die Erwartungen, in die Lebenslage, in die Rahmenbedingungen des anderen macht es uns erst möglich, seine Handlungsweisen abzuschätzen. Dies befähigt uns sowohl im Einzelfall zur Prognose, wie auch in der Kooperation zu einer Abschätzung der Zuverlässigkeit oder besser noch zur richtigen Einschätzung dessen, was ich von diesem Partner erwarten und verlangen kann. Dabei geht es weniger um die gesetzlichen Rahmenbedingungen und meine Annahmen, was dieser Partner vermag, sondern um ein Gefühl darüber, was er unter den bestehenden Rahmenbedingungen tun wird.

Diese Fähigkeit zur Empathie ist in den letzten Jahren von der Neuropsychologie stärker erforscht worden. Biologisch bilden so genannte Spiegelneurone die Voraussetzung für unsere „Theory of Mind“ die uns in die Lage versetzt, empathisch in unserem Gehirn, in unserem Denken so zu tun, als ob wir der andere wären und damit Einschätzungen über Verhalten in Interaktionen, in *Netzwerken* zu treffen. Es gehört zu den großen Erkenntnissen der Autismusforschung, dass genau diese Spiegelneurone, die uns zur Empathie befähigen, bei Menschen mit Autismus nicht richtig ausgebildet sind und ihnen somit die soziale Kompetenz, eine entsprechende „Theory of Mind“, fehlt. Eines der zentralen neurobiologischen Experimente, welches die Dilemmata in der Zusammenarbeit verdeutlicht, ist das so genannte Gefangenenparadigma, welches Damasio wiederholt in seinen Forschungen eingesetzt hat. Die Ausgangssituation ist folgende: Zwei Gefangene werden eines Mordes verdächtigt, den sie gemeinschaftlich begangen haben sollen. Werden sie überführt, droht ihnen die Todesstrafe oder lebenslängliche Haft. Kann die Staatsanwaltschaft sie nicht festnageln, könnten sie beide frei kommen. Nun bietet die Staatsanwaltschaft beiden einen Deal an und verspricht dem „Kronzeugen“ eine kurze Freiheitsstrafe, wenn der andere aufgrund seiner Angaben überführt werden kann. Diesem drohe dann die Todesstrafe oder lebenslängliche Haft. Halten beide still, könnten beide ohne jegliche Strafe davorkommen. Verrät einer den anderen, droht dem jeweils anderen die Höchststrafe. Wie soll man sich nun verhalten? Nur mit Empathie gegenüber dem anderen, d. h. mit einem Einfühlen, wie er sich entsprechend seinem Temperament, seiner Persönlichkeit etc. verhalten würde, kann im Einzelfall das eigene Handeln geplant werden. Wir brauchen Voraussetzungen und Annahmen über den anderen, um für uns Entscheidungen zu treffen. Hierbei spielt das bisherige Verhalten des anderen, unsere gefühlte Verbundenheit, unsere Wahrnehmung des anderen als heimtückisch, unzuverlässig etc. eine enorme Rolle.

Jugendhilfe und der Gesundheitsbereich sind wie im Gefangenenparadigma aufeinander angewiesen und können effektiv handeln oder die Lage verschlimmern. Eine zentrale Voraussetzung, ob die Zusammenarbeit, ob die Vernetzung erfolgreich ist liegt darin, dass das wahrscheinliche Handeln oder Nichthandeln der Partner im anderen System antizipiert werden kann. Solche empathischen Vorannahmen entstehen häufig auf der Basis vergangener Erfahrungen. Insofern sind Versorgungsnetze auch veränderungsresistent, weil unsere Kooperationspartner uns quasi zu dem machen, was sie von uns erwarten. Veränderungen kann man deshalb nicht einfach anordnen oder verkünden, sie müssen erlebbar gemacht werden. Vorurteile, Vorbehalte etc. können nur dadurch aufgelöst werden, dass gemeinsam emotional geprägte Erfahrungen und Erlebnisse gemacht werden, welche unsere Vorstellung über die anderen verändern. Deshalb ist im Vernetzungsprozess eine gemeinsame Fortbildungserfahrung, wie z. B. im Workshop „Kinderschutz“, den wir im Rahmen des Modellprojekts *Kinderschutz* durchgeführt haben, oder bei der Beobachtung von *Eltern-Kind-Interaktion* so wichtig, weil hier eine neue Gemeinsamkeit, aber auch ein besseres Verständnis über die jeweiligen Wahrnehmungen und Wahrnehmungsmöglichkeiten geschaffen wird. Diese emotionalen Erlebnisse sind genau so wichtig wie hierarchisch gut strukturierte Organisationsformen in der Vernetzung.

Ein weiteres in der Neurobiologie angelegtes Problem der Vernetzung besteht darin, dass wir uns aus dem vernünftigen Grund der Vermeidung von Schwierigkeiten Probleme in der Zusammenarbeit, Schwierigkeiten und Konflikte stärker merken als gelingende Zusammenarbeit. **Insofern haben einige wenige, hochproblematische Fälle in der Zusammenarbeit viel mehr die Chance, unsere Vorstellungen über die anderen zu prägen, als die mehr oder weniger gelungenen Routinefälle im Alltag.** Insofern bedürfen „Scheiter-Fälle“ einer besonders sorgfältigen Nachbearbeitung. Es ist fast immer sinnvoll, diese Fälle mit einigem Abstand noch einmal zu besprechen und Erklärungen für das Verhalten der einzelnen Akteure, vielleicht auch für das damalige Scheitern zu finden und die Bedeutung der einzelnen Haltungen für den weiteren Fallverlauf zu würdigen. Dies verhindert, dass das Scheitern nachhaltig allein dem Gegenüber, d.h. „der Klinik“, „der Jugendhilfe“, „dem Jugendamt“ zugeordnet wird und man eigene Lernchancen in diesem Prozess verpasst. **Zentral für soziales Lernen in Netzwerken sind Geschichten und Metaphern**, denn sie evozieren Bilder, die uns vertraut sind und die Orientierung bieten.

Gründe für Reibungsverluste oder gar das Scheitern von Kooperation und Vernetzung bei *Frühen Hilfen* und im *Kinderschutz* gibt es also hinreichend. Demgegenüber sind soziale Kompetenzen wie die Fähigkeit zur Empathie wichtige Voraussetzungen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit. Eine weitere wesentliche Grundlage für einen gelingenden Vernetzungsprozess ist zudem das Wissen um strukturelle Gegebenheiten unterschiedlicher Institutionen, das Bewusstsein des eigenen institutionellen und beruflichen Profils, der eigenen Kompetenzen und Grenzen, aber auch das Wissen um die Kompetenzen und Grenzen der beteiligten Vernetzungs- und Kooperationspartner.

Die Ergebnisse einer Expertenbefragung im Rahmen des Modellprojektes „Guter Start ins Kinderleben“ stellen einen wesentlichen Beitrag zum Verständnis der Rahmenbedingungen einer gelingenden Kooperation und Vernetzung dar. Befragt wurden 28 Experten aus der Kinder- und *Jugendhilfe* und dem *Gesundheitswesen* (z.B. Mitarbeiter und Leiter der öffentlichen *Jugendhilfe*, Mitarbeiter und Leiter von Einrichtungen in freier Trägerschaft, Mitarbeiter und Leiter der öffentlichen *Gesundheitshilfe*, Ärzte, Hebammen und medizinische Co-Therapeuten in Kliniken und in eigener Praxis), der Polizei und der kommunal jeweils unterschiedlich ausgestalteten Formen der Arbeitsverwaltung bzw. der *Sozialhilfe* (getrennte Trägerschaft mit traditioneller Arbeitsverwaltung und Sozialamt *ARGE*n, bzw. alleinige kommunale Zuständigkeit für die Gewährung von Arbeitslosengeld (ALG II) in Optionskommunen). Inhalte der Interviews waren u.a. das grundlegende Verständnis der Expertinnen und Experten von Kooperation und ihre konkreten Erfahrungen in der Kooperation mit anderen Professionen und Institutionen. Über die Auswertung dieser Interviews konnten verschiedene Faktoren identifiziert werden, die relevant für eine gelingende Kooperation sein dürften. Es wurden drei Hauptkategorien identifiziert, die „Haltung“ zu den Kooperationspartnern, „fallübergreifende Aufgaben“ als Kommunikation über die Kooperation und „fallbezogene Aufgaben“.

An den Anfang jeder Kooperation wird von den Experten die **Kommunikation über die Kooperation** mit gegenseitiger Information über die jeweils eigenen Systeme und die Transparenz bezüglich Herangehensweise und Entscheidungswege gestellt. In einem der Interviews wurde berichtet, dass erfolgreiche Kooperation mit einem Gespräch über Gelingendes in der bisherigen Zusammenarbeit begonnen wurde. Dies habe sich als eine fruchtbare Grundlage für die weiteren Gespräche und die weitere Zusammenarbeit gezeigt. Darüber hinaus müssten aus Sicht der Experten die gegenseitigen Intentionen und Erwartungen in Bezug auf die Kooperation geklärt und gemeinsame Ziele definiert werden, damit die Kooperation für die beteiligten Partner befriedigend verlaufen kann.

Gespräche über Gelingendes in der bisherigen Zusammenarbeit als Beginn erfolgreicher Kooperation

Verbindliche und hierarchisch abgesicherte Entscheidung aufeinander zuzugehen

In Bezug auf die **Haltung der Kooperationspartner zueinander** wird von den Experten eine wertschätzende Haltung verbunden mit der Bereitschaft, den anderen Professionen auf Augenhöhe zu begegnen, das Streben nach einem Interessensausgleich zwischen den Beteiligten, in der jeder von der Kooperation profitieren kann („Win-Win-Situationen“), sowie Verlässlichkeit, Verbindlichkeit und das Vertrauen im Kontakt betont. Die entscheidende Voraussetzung wird jedoch darin gesehen, eine klare hierarchisch abgesicherte Entscheidung in Bezug auf Kooperation zu treffen, die sich in der Bereitschaft, aufeinander zuzugehen ausdrücke. Auftretende Reibungspunkte könnten dann lösungsorientiert angegangen werden und stellten sich eher als methodische Fragestellung denn als grundsätzliches Problem dar. Beispielsweise könne es im Hinblick auf die Kooperation zwischen *Gesundheitsamt* und Kliniken sinnvoll sein, wenn Ärzte die Kommunikation mit Ärzten übernehmen, um mögliche Kommunikationshindernisse zu umgehen, die grundlegende Frage der Kooperation verschiedener Institutionen miteinander würde dadurch jedoch nicht berührt.

Verfahrenswege und Vorgehensweisen müssen in ruhigen Zeiten ausgehandelt und abgestimmt werden

Auf der **Fallebene** bedarf es nach Ansicht der Experten der **Entwicklung gemeinsamer Standards und einer gemeinsamen Sprache** („von was sprechen wir, wenn wir ‚Abklärung von Kindeswohlgefährdung‘ sagen?“), um dann aus verschiedenen fachlichen Blickrichtungen eine gemeinsame Sicht auf die Situation der Familie zu entwickeln. Eine klare Aufgabenteilung mit klaren Kompetenzen und Verantwortlichkeiten zwischen den beteiligten Professionen sowie Absprachen und Rückmeldungen könnten Lücken oder Überschneidungen sowohl in der Wahrnehmung als auch im Angebot für die Familie verhindern. Dazu bedürfe es systematischer Wege in der Kommunikation als auch in der Gestaltung von Übergängen für Familien, da insbesondere bei einer Erhöhung des Handlungsdrucks durch eine (mögliche) *Kindeswohlgefährdung* nur das funktioniere, was in entspannten Zeiten angebahnt werde. Es sei nicht zu erwarten, dass die Kommunikation unterschiedlicher Professionen unter Stressbedingungen reibungslos und ohne Missverständnisse funktioniere. In komplexen Fällen mit mehreren unterschiedlichen Hilfesystemen seien eine umfassende Koordination und ein Fall-Management notwendig. Die benannten Erfordernisse für eine gelingende Kooperation hätten eine Weiterentwicklung der unterschiedlichen Systeme zur Folge, die dann auch politisch abgesichert werden müssten (z. B. Erleichterung der Finanzierung von systemübergreifenden Leistungen, evtl. die Aufhebung von Ressortgrenzen).

Gelingende Kooperation ist abhängig von Personen

Insgesamt wird von den Experten betont, dass das Gelingen der Kooperation personenabhängig ist, dass eine gut entwickelte Kooperation mit einem Mitarbeiter einer Institution nicht ohne weiteres auf andere Mitarbeiter derselben Institution übertragen werden könnten. Insofern bräuchte es neben der notwendigen personenabhängigen Kooperation gleichermaßen eine klare strukturelle Verankerung für die Kooperation, um die aktuellen Anstrengungen nachhaltig zu gestalten und nicht in Abhängigkeit vom guten Willen der jeweiligen Einzelpersonen. Dazu sei die Bereitstellung von finanziellen und zeitlichen Ressourcen für Kooperation und Vernetzung eine zentrale Voraussetzung (vgl. Abb. 3).

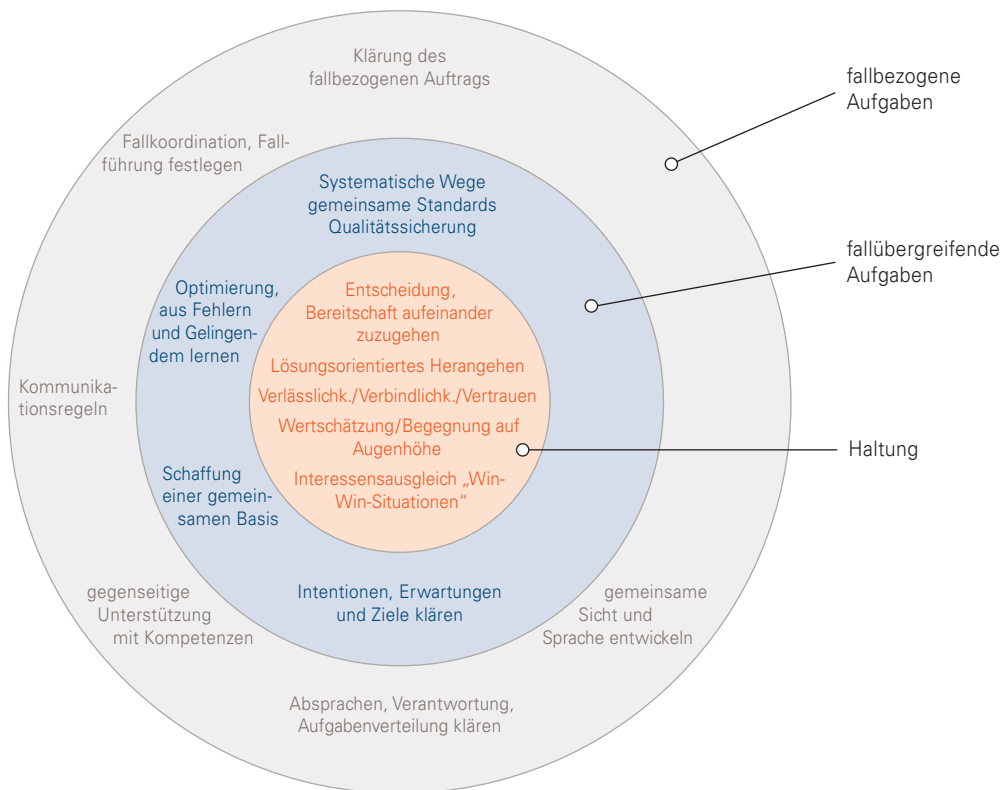


Abbildung 3

ABB. 3: BEDINGUNGEN GELINGENDER KOOPERATION

Die Investition in ein *Netzwerk Frühe Hilfen* und *Kinderschutz* lohnt sich. Ein *Netzwerk Frühe Hilfen* und *Kinderschutz* bietet die Chance, Angebote für Familien aus unterschiedlichen Systemen vorzuhalten und zu koordinieren, die die jeweils eigene Begleitung, Beratung oder Behandlung sinnvoll ergänzen oder unterstützen. Auf der Fallebene haben die Kooperationspartner damit die Möglichkeit, bei den Familien im Bedarfsfall auf die Inanspruchnahme weiterer Hilfen hinzuwirken und beim Einbezug weiterer Hilfen im Einverständnis mit den Eltern mit anderen Helfern zu kooperieren und Absprachen zu treffen. Im Rahmen des Vernetzungsprozesses ergeben sich dann aus den jeweiligen strukturellen Gegebenheiten spezifische Verantwortungsbereiche und Zuständigkeiten, die für die eigene Rolle in diesem Zusammenhang von entscheidender Bedeutung sind. Die gegenseitige Unterstützung mit den jeweiligen Kompetenzen stellt gerade in dem hoch emotional besetzten Thema *Kindeswohlgefährdung* einen nicht zu unterschätzenden Vorteil dar.

Dabei, so zeigen unsere Erfahrungen im Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“, sind eine Kommunikation „auf Augenhöhe“, gegenseitige Wertschätzung und Transparenz eine wichtige Voraussetzung für eine gelingende interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung. Ebenso wichtig ist das Bemühen, alle Akteure vor Ort zu integrieren. Dabei hilft eine gemeinsame Haltung, die Perspektive des Kindes im Blick zu behalten und, angesichts der hohen Erwartungen und Ansprüche an den *Kinderschutz* und der emotionalisiert geführten Debatten, die Einsicht, dass Verbesserungen im *Kinderschutz* zwingend nötig sind, Optimalität aber nicht erreichbar ist: hinreichend gut statt perfekt.

1.3. WARUM IST VERNETZUNG SO KOMPLIZIERT? EXKURS: SOZIALE NETZWERKE

„Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile“ (Aristoteles, 384-322 v. Chr.)

Viele Praktikerinnen und Praktiker kennen aus eigenen leidvollen Erfahrungen, dass man sich an Runden Tischen abgearbeitet und immer wieder engagiert eingebracht hat und sich dennoch nachhaltig wenig verändern ließ. Wie kommt es dazu, dass so viele Menschen hoch motiviert und engagiert an einem gemeinsamen Ziel arbeiten und dennoch immer wieder frustriert werden? Die folgenden Ausführungen sollen aus der Perspektive der sozialen Netzwerktheorien einen Beitrag dazu leisten, das Paradoxon einer gelungenen Vernetzung zu beleuchten und für eine gewisse Frustrationstoleranz zu werben, ohne die Vernetzung sicherlich nur schwerlich gelingen kann. Im Folgenden soll verdeutlicht werden, warum die Bildung eines *Netzwerks Frühe Hilfen* und *Kinderschutz* auch aus Sicht der sozialen Netzwerktheorien gewisse Schwierigkeiten mit sich bringt. Es ist Netzwerk, das eine Brücke zwischen zwei Systemen mit fest etablierten Strukturen schlagen soll, die bisher wenig kooperiert haben, nämlich der *Gesundheitshilfe* auf der einen Seite und der *Kinder- und Jugendhilfe* auf der anderen Seite.

KURZ ZUSAMMENGEFASST

Es handelt sich bei den beiden Säulen *Gesundheitswesen* und *Kinder- und Jugendhilfe* um fest strukturierte Netze, in denen die Position eines Akteurs im *Netzwerk* sein Verhalten determiniert. Oder einfacher ausgedrückt: Ob jemand beispielsweise im Kindergarten oder im *Jugendamt* arbeitet, bestimmt wesentlich mit, welche Rolle die Themen *Frühe Hilfen* und *Kinderschutz* für ihn in der alltäglichen Arbeit spielen und wie er sich im *Netzwerk* *Kinder- und Jugendhilfe* gewöhnlich mit diesem Thema auseinandersetzt. Eine Festlegung der Arbeitsinhalte durch eine Rollenzuschreibung im Netz führt für alle Beteiligten zu einer gewissen Sicherheit bezüglich der Zuständigkeiten und dazu, dass sich – um im Beispiel zu bleiben - Erzieherinnen und Erzieher oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im *Jugendamt* unabhängig von der einzelnen Person in einer vordefinierten Art und Weise mit dem *Kinderschutz* auseinandersetzen. Scheidet eine einzelne Mitarbeiterin oder Mitarbeiter aus, so ist unabhängig von den einzelnen Personen weiterhin klar, welche Aufgabe die neue Mitarbeiterin oder der neue Mitarbeiter zukünftig zu erfüllen haben.

Bei der Zusammenführung der *Netzwerke* *Gesundheitswesen* und *Kinder- und Jugendhilfe* ist es hingegen nötig, unabhängig von den fest etablierten Strukturen und Rollenzuschreibung dynamisch mit einer neuen Aufgabe, nämlich der der interdisziplinären Vernetzung, umzugehen. Die Motivation einzelner Akteure trägt in dieser Phase des Zusammenwachsens entscheidend dazu bei, das neue *Netzwerk* zu knüpfen und damit neue Möglichkeiten der Zusammenarbeit in den *Frühen Hilfen* und dem *Kinderschutz* zu schaffen. Zur Absicherung der Nachhaltigkeit hingegen ist es wiederum erforderlich, dass das neu geknüpfte Netz wieder unabhängig von der Motivation einzelner Person alltagstauglich funktioniert und dennoch dynamisch auf Fehler oder Änderungen im Kontext (z. B. auf neue gesetzliche Bestimmungen) reagiert. Zusammenfassend bedeutet dies, dass wir für die Bildung eines *Netzwerks Frühe Hilfen* und *Kinderschutz* erwarten, dass sich einerseits die Akteure dynamisch und flexibel auf der Grundlage ihrer Motivation zusammenfinden und aneinander anpassen und andererseits das Netz durch feste Rollenzuschreibungen klar strukturiert und unabhängig von einzelnen Personen funktioniert. Damit ist gewissermaßen eine paradoxe Anforderung definiert, die immer wieder neu ausbalanciert werden muss.

Im Rahmen des Modellprojekts „Guter Start ins Kinderleben“ geht es um Vernetzung in einem komplexen Bereich, nämlich um interdisziplinäre Netzwerkarbeit mit dem Ziel der Verbesserung von *Frühen Hilfen* und *Kinderschutz*. Aufgrund der angestrebten Vernetzung zwischen den Säulen *Gesundheitswesen* und *Kinder- und Jugendhilfe* kommt es zu der beschriebenen Spannung zwischen der expliziten Anforderung an das flexible Engagement der beteiligten Akteure, um neue Netze bzw. Strukturen zu bilden und gleichzeitig nachhaltig in beiden etablierten Systemen zu integrieren und zu verankern.

Zur Beschreibung dieser komplexen Systeme und Wechselwirkungen, d.h. der Vernetzungsvoraussetzungen und -prozesse im Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“, eignet sich wie eingangs beschrieben insbesondere die Herangehensweise über die Struktur des *Netzwerks*. Die Grundannahme der Netzwerkmethodik ist dabei die der wechselseitigen Beeinflussung von menschlichem Handeln und sozialem Kontext. Auf diesen Prozess lassen sich hier zwei spannende Ansätze aus der klassischen soziologischen Forschung, d.h. den soziologischen Netzwerkkonzepten, heranziehen. Dies ist zum einen der **positionale** und zum anderen der **relationale** Ansatz zur Beschreibung von sozialen *Netzwerken*.

Zur Beschreibung der bereits fest etablierten Strukturen sowohl im *Gesundheitswesen* als auch in der *Kinder- und Jugendhilfe* lässt sich der **positionale Ansatz** heranziehen. Diese Forschungstradition geht auf die klassische Rollentheorie zurück (Monge, 1987). Danach bestehen Organisationen aus Strukturen (Beziehungen, Kommunikation etc.), die ein Beziehungsgeflecht zwischen den Positionen eines Systems darstellen. Eine Position ist ein Rollenset, an das bestimmte Erwartungen geknüpft sind. Rollen schreiben deshalb ein bestimmtes Verhalten vor. Von einem Individuum in einer bestimmten Position wird erwartet, dass es sich an die Verhaltensvorgaben hält. Positionen legen also die Inhalte von Beziehungen fest und damit auch die Ebene und die Art der Kommunikation. Sie sind formell definiert und unabhängig von bestimmten Personen. Personen im Netz wechseln und sind ersetzbar. Positionen bleiben dagegen erhalten. Eine solche Formalisierung führt zu einer einseitig ausgerichteten Kommunikation. Strukturen entsprechend diesen Vorstellungen, sind hierarchisch, zentral organisiert und beinhalten überwiegend „Top-Down“-Prozesse (Eisenberg und Monge, 1987). Dieser Ansatz kann in unserem Modellprojekt angewendet werden, um all die Bereiche und dazugehörigen *Netzwerke* zu beschreiben, die auf fest etablierten Strukturen beruhen. Dazu zählen viele große Institutionen wie das *Jugendamt*, freie Träger der *Jugendhilfe* oder Krankenhäuser, aber auch Berufsgruppen, die von Einzelpersonen ausgefüllt werden wie beispielsweise Hebammen, Entbindungspfleger und niedergelassene Ärzte und Ärztinnen.

Zur Beschreibung dessen, was in Bezug auf bereits vorhandene *Netzwerke* passiert und dem, was sich als neues *Netzwerk* in der just erweiterten Vernetzung von *Kinder- und Jugendhilfe* und *Gesundheitswesen* abspielt, lässt sich der **relationale Ansatz** anwenden. Der Fokus dieser Forschungstradition richtet sich in erster Linie auf die Interaktionen von Individuen. Im Gegensatz zur positionalen Forschungstradition wird hier die aktive Rolle der Personen in der Konsolidierung und Aufrechterhaltung von Beziehungen betont. Der relationale Ansatz geht davon aus, dass die tatsächlichen Strukturen mit den formellen in der Regel nicht übereinstimmen und dass das Verhalten nicht von den jeweiligen Positionen vorgeschrieben wird, sondern individuell motiviert ist (Eisenberg & Monge, 1987). (Kommunikations-) Beziehungen sind hier dynamisch und beinhalten auch „Bottom Up“-Prozesse.

Theoretische Folien zur
Bewertung der Strukturen
von Netzwerken und ihrer
Wechselwirkungen

Aus der Gegenüberstellung dieser beiden Netzwerktheorien wird der geradezu paradoxe Anspruch an die Personen, die sich in interdisziplinäre Kooperationen im Bereich der *Frühen Hilfen* und des Kinderschutzes einbringen, deutlich. Zum einen füllen diese Menschen im Sinn des positionalen Ansatzes Rollen aus. Ihr Verhalten wird durch die fest etablierten Strukturen im Gesundheitsbereich oder der Kinder- und *Jugendhilfe* entscheidend determiniert. Begeben sie sich in das „Abenteuer“ der neuen und erweiterten Netzwerkbildung, müssen sie sich nach dem relationalen Ansatz aus diesen formellen Positionen hinausbewegen. Ihr Verhalten ist nicht mehr klar durch die Rolle vorgegeben, sondern ist nun verstärkt auch individuell motiviert. Die Strukturen des Herkunftssystems bleiben in ihren Kernbereichen bestehen. Das bedeutet, dass einzelne Personen im Rahmen einer Netzwerkneubildung oder besser -zusammenführung aus dem vordefinierten Verhalten ihrer Rolle mit „einem Bein“ aussteigen, um sich dynamisch der neuen Aufgabe zu widmen. Mit dem „anderen Bein“ bleiben sie aber weiterhin in ihrem Herkunftssystem mit allen seinen Regeln und Strukturen verankert, das sich aber nur langsam und peu à peu auf die dynamische Weiterentwicklung des *Netzwerkes* einstellen kann.

Ein weiterer Anspruch entsteht aus der Idee der Nachhaltigkeit. Nach der relationalen Netzwerktheorie ist das Verhalten der einzelnen Netzwerkpartner in einem neuen und dynamischen *Netzwerk* von den Menschen abhängig, die Teil dieses neuen *Netzwerkes* sind, d.h. von ihrer persönlichen Motivation. In der Phase der Netzwerkneubildung bzw. Erweiterung und Umstrukturierung ist dies nötig, um auch Bottom-Up Veränderungen zu initiieren und neue Wege beschreiten zu können. Um aber nachhaltige Veränderungen in einem so wichtigen Bereich wie *Frühen Hilfen* und *Kinderschutz* zu erzielen, ist es unabdingbar, dass *Netzwerkstrukturen* dauerhaft auch weitgehend unabhängig von der Motivation einzelner Menschen funktionieren. Es gilt also das, was sich in dem neuen, dynamischen *Netzwerk* als erweiterte interdisziplinäre Struktur gebildet hat und anfänglich auf der Motivation der einzelnen beteiligten Personen aufbaute, so zu verankern, dass die Rollenzuschreibungen (im Sinne des positionalen Ansatzes) der einzelnen Netzwerkakteure nachhaltig beeinflusst und verändert werden. Nur so wird das neue interdisziplinäre *Netzwerk* nach einem dynamischen Bildungsprozess auch dauerhaft stabil im Sinne von Rollen, die Verhalten determinieren und personenunabhängig funktionieren.

Doch auch damit ist der Anspruch an das neue *Netzwerk* noch nicht abgedeckt. Damit die Qualität der gemeinsamen Arbeit in einem *Netzwerk* – deren Steigerung ja das Ziel der Vernetzung ist – über längerer Zeit stabil und hoch bleibt, muss sich das *Netzwerk* ggf. immer wieder an neue Gegebenheiten anpassen. In unserem Fall bedeutet dies, dass sich nach einem ersten Netzwerkbildungsprozess – oder besser einem Prozess der Zusammenführung von bereits bestehenden *Netzwerken*, nämlich vorrangig dem der Kinder- und *Jugendhilfe* und dem des *Gesundheitswesens* – das neue, erweiterte *Netzwerk* auf der einen Seite wie eben beschrieben verankern muss, um personenunabhängig zu funktionieren. Daneben aber muss dennoch ein gewisses Maß an Flexibilität beibehalten werden, um auch neue Anforderungen im Bereich *Frühe Hilfen* und *Kinderschutz* zu bewältigen und optimal einarbeiten zu können. Das angestrebte interdisziplinäre *Netzwerk Frühe Hilfen* und *Kinderschutz* befindet sich daher optimalerweise in einem Wechselspiel von dynamischen Phasen, in denen gemäß dem relationalen Ansatz Veränderungen durch das persönlich motivierte Verhalten von einzelnen Personen zu Stande kommen können, und eher statische Phasen, in denen Neuerungen verankert werden müssen, damit gemäß dem positionalen Ansatz wichtige Verhaltensweisen im *Netzwerk* konsolidiert werden.

Abbildung 4 verdeutlicht das Wechselspiel der beiden Phasen, die zur Bildung und Aufrechterhaltung eines optimalen *Netzwerkes Frühe Hilfen* und *Kinderschutz* nötig sind.

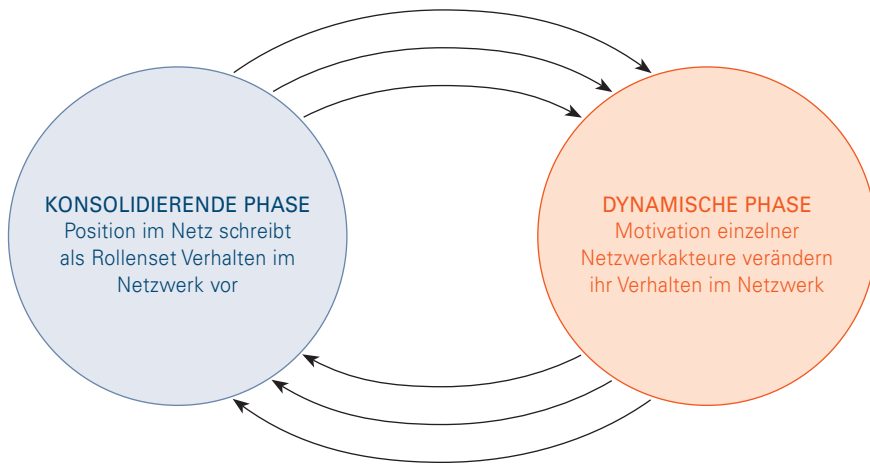


Abbildung 4

ABB. 4: FORTWÄHRENDES AUSPENDELN VON STATISCHEN UND DYNAMISCHEN PHASEN IN EINEM OPTIMALEN NETZWERK „FRÜHE HILFEN UND KINDERSCHUTZ“

Gleichzeitig und quer zu diesen Annahmen bzw. Interpretationen lassen sich diese unterschiedlichen Funktionen im Prozess ihres Wechselspiels vor dem Hintergrund der Annahme moderner Informationsverarbeitung und neuronaler *Netzwerke* abbilden. Sie beschreiben dynamische und vernetzte Systeme in Netzwerkstrukturen, die mehr oder weniger miteinander verkoppelt sind. Veränderungen an einer Stelle in den Systemen bewirken dann andere Wirkungen bzw. erzeugen Nebenwirkungen in anderen Bereichen der Systeme. Dabei können nach dieser Auffassung Aktivitäten in diesen Netzwerkstrukturen durch spezifische Umweltsituationen beeinflusst werden und sind wiederum durch diese veränderbar. Äußere Anstöße können also Vernetzungsaktivitäten durchaus befördern. In Analogie zu dieser Theorie der neuronalen *Netzwerke* lassen sich die Aktivitäten in *Netzwerken* über so genannte „dynamische Knotenpunkte“ interpretieren (Birbaumer & Schmidt, 1999). An diesen Knotenpunkten vollziehen sich deutlich mehr Aktivitäten als an anderen, sie umgebenden Stellen im *Netzwerk* und es bedarf der gemeinsamen und zeitgleichen Aktivität von Zellen bzw., um im Bereich der sozialen *Netzwerke* zu bleiben, der beteiligten Akteure, um eine Veränderung zu bewirken.

Damit sich Veränderungen dann nachhaltig auswirken können, braucht es entsprechende Wiederholungen solcher Prozesse an den Knotenpunkten. Für die Anwendung dieser Auffassung auf die Netzwerkentwicklung im Bereich der *Frühen Hilfen* und der Verknüpfung der Netzwerkstrukturen zwischen *Gesundheitswesen* und Kinder- und *Jugendhilfe* bedeutet dies, dass Veränderungen und Konsolidierungen auch nach diesem Beschreibungsansatz nur dann nachhaltig möglich sind, wenn Veränderungen gleichzeitig an verschiedenen Stellen des Netzes immer wieder initiiert und somit im Netz festgeschrieben werden. Engagierte Aktivitäten einzelner Akteure haben hingegen wenig Chancen auf Veränderungen. Mit dieser Interpretationsfolie wird der hohen Komplexität und der Dynamik der Prozesse der Netzwerkbildung Rechnung getragen.

Netzwerke in der Soziologie

FÜR DIE, DIE ES GENAU WISSEN WOLLEN

Die Idee des *Netzwerks* hat in der Wissenschaft eine lange Tradition. Grundsätzlich findet sich der Begriff der Vernetzung in unterschiedlichen wissenschaftlichen Bereichen, insbesondere im Bereich der sozial- und wirtschaftswissenschaftlichen Disziplinen wie der *Psychologie*, der Soziologie sowie der Volks- und Betriebswirtschaftslehre. All diese Disziplinen versuchen auf unterschiedliche Weise komplexe Strukturen und Zusammenhänge in Form von *Netzwerken* abzubilden.

Der Sozialanthropologe Clyde Mitchell (1969) definierte ein soziales *Netzwerk* als „a specific linkage among a defined set of actors, with the additional property that the characteristics of these linkages as a whole may be used to interpret the social behavior of the actors involved“ (Mitchell, 1969, S.2).

Das Konzept des sozialen *Netzwerkes* lässt sich auf den deutschen Philosophen und Soziologen Georg Simmel (1908) zurückführen. Simmel verstand Soziologie als die Lehre der Vergesellschaftung und sprach dabei explizit von der Geometrie sozialer Beziehungen (Schenk, 1995). Leopold von Wiese (1924) baute auf den Ansätzen Simmels auf und entwickelte eine Klassifikation von Beziehungsarten, wobei unter anderem Verbindungen, die unmittelbar zwischen den Personen bestehen (Beziehungen erster Ordnung) von Beziehungen zwischen sozialen Gebilden (Beziehungen zweiter Ordnung) unterschieden werden. Jakob Moreno (1934) entwickelte mit der Soziometrie ein Erhebungs- und Analyseinstrument, mit dem das Beziehungsgeflecht zwischen Menschen untersucht werden konnte. In den USA wurde die Soziometrie dann mit mathematischen Analysen basierend auf Matrizenoperationen verfeinert, die heute in der modernen Netzwerkforschung Anwendung finden (Schenk, 1984).

Der Anthropologe John Barnes (1954) gilt als Urheber des sozialen Netzwerkbegriffs und gestaltete den Wechsel von einem eher metaphorischen Netzwerkbegriff zum Netzwerkbegriff der modernen Netzwerkanalyse entscheidend mit. Die Ansicht einer analytischen Betrachtung des *Netzwerkes* wird in seinen bereits graphentheoretischen Vorstellungen deutlich. „Die Vorstellung, die ich habe, basiert auf einem Set von Punkten, von denen einige verknüpft sind. Die Punkte werden in meiner Vorstellung durch Personen oder auch Gruppen markiert, und die Linien zeigen an, welche Personen miteinander interagieren“ (Barnes 1954, S. 43).

Die moderne Netzwerkanalyse, die sich in der Soziologie seit den späten 70er Jahren verstärkt entwickelt hat, verwendet den Begriff *Netzwerk* nicht im metaphorischen, sondern im analytischen Sinne. *Netzwerke* sind definiert als eine durch Beziehungen eines bestimmten Typus verbundene Menge an sozialen Einheiten, wie Personen, Positionen, Organisationen.

Entscheidend kommt es bei dieser Begriffsbestimmung darauf an, welche Art der Beziehung untersucht werden soll. Schenk (1995) unterscheidet dabei ein totales *Netzwerk*, das alle möglichen Beziehungen umfasst von einem partialen *Netzwerk*, das eine Extraktion aus dem totalen *Netzwerk* darstellt.

Die Beziehungen können nach Mitchell (1969) in drei Typen klassifiziert werden:

- persönliche (*Netzwerk* aus Freundschafts- Bekanntschafts- Verwandtschaftsbeziehungen),
- kategoriale (Beziehungsmuster, das schichtspezifischen und ethnischen Merkmalen folgt),
- und strukturelle Beziehungen (Set von Rollen und Positionen z. B. in Organisationen).

Wird das *Netzwerk* aus der Perspektive einer Person untersucht handelt es sich um ein egozentriertes *Netzwerk*.

Die durch Harary (1969) eingeleitete graphentheoretische Fundierung der Netzwerkanalyse ermöglichte es, *Netzwerke* anhand von Strukturparametern (z. B. Heterogenität, Zentralität, Dichte, Größe, Geschlossenheit, etc.) zu beschreiben. Neben diesen Parametern sind auch die jeweiligen Relationen, die ein Netz aufspannen von analytischem Interesse. Soziale Netzwerkanalysen können der Beziehungen innerhalb und zwischen Organisationen darstellen. Sie können komplexe Interaktionsmuster erfassen. Sie bieten eine Methodik, um beispielsweise Veränderungen in der interdisziplinären Zusammenarbeit von Versorgungssystemen abzubilden. Soziale Netzwerkanalysen können auf unterschiedlichste Arten von Beziehungen zwischen Organisationen (oder Individuen oder anderen Entitäten) innerhalb eines *Netzwerks* angewendet werden, einschließlich der Beziehungen, die den Austausch von Ressourcen, Informationen, Einfluss und soziale Unterstützung zum Ziel haben (Friedman et al., 2007).

Im Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“ wurden zu Beginn an allen Modellstandorten derartige *Netzwerkanalysen* durchgeführt, um die jeweilige Struktur des bisherigen Netzes vor Ort abzubilden (vgl. Kap. 3). Das besondere Augenmerk lag dabei auf der Häufigkeit der Kontakte zwischen den Akteuren und ihrer Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit. Auf Basis verschiedener statistischer Kennwerte der Vernetzung konnte untersucht werden, ob die Vernetzung sich in der Praxis tatsächlich so zeigt, wie sie konzeptuell angestrebt wurde. Es konnte untersucht werden, ob sich Schwachstellen im System befinden (z. B. Unzufriedenheit in der Kooperation) und welche Institutionen Schlüsselpositionen im Netzwerk einnehmen. Die Anwendung von sozialen *Netzwerkanalysen* im sozialwissenschaftlichen Bereich zur Beschreibung und zum Verständnis der komplexen Natur von Systemen ist relativ neu. Die Vernetzungsanalyse wurde bisher außerhalb der Soziologie überwiegend in der Betriebswirtschaftslehre etabliert, um komplexe Systeme zu untersuchen. Mit *Netzwerkanalysen* werden unter anderem Handelsmärkte berechnet, weltweite Flugpläne optimiert oder die Verbreitung von Erkrankungen vorhergesagt. Anhand dieser komplexen statistischen Verfahren ist es möglich, Netzwerke nicht nur mit Worten zu beschreiben, sondern Zusammenhänge genau und mathematisch sowohl mit Kennziffern als auch graphisch darzustellen. Dadurch ergeben sich neue Möglichkeiten der Auswertung.

Parallele Entwicklungen in der *Psychologie* beschäftigten sich in den 50er und 60er Jahren mit Informationsverarbeitung und gingen dabei von einem sequentiellen Verarbeitungsmodus einkommender Signale aus. Demnach nahm man zunächst an, dass die Aufnahme und Verarbeitung eines Reizes linear erfolgt. Zunehmend zeigte sich, dass diese lineare Darstellung den Prozesscharakter und die Komplexität von Informationsverarbeitungsmechanismen zu stark vereinfachte. Neuere Modelle der Informationsverarbeitung legen eine simultane Verarbeitung verschiedener Informationsmerkmale innerhalb einer Verarbeitungsstufe durch hierfür spezialisierte Neuronenverbände nahe. Für Verhalten ist eine Vielzahl räumlich verteilter, miteinander interagierender Nervennetze notwendig. Diese Erkenntnisse der funktionellen Neurobiologie und Neuropsychologie über komplexe und dynamische Informationsverarbeitung und neuronale *Netzwerke* wurden so dann auch auf unterschiedliche Anwendungsbereiche übertragen.

Neben der teilweise auch ideologisch geführten Diskussion um Lernen und Neuroplastizität, also die Möglichkeit des Lernens und Veränderns auf neuronaler Ebene bis ins höhere Alter, stieß die Theorie und Forschung der Informationsverarbeitung und der neuronalen *Netzwerke* auch eine Veränderung in der Organisationspsychologie und Managementtheorie während der letzten zwanzig bis dreißig Jahre an.

Netzwerke in der Psychologie

Umsetzung in die Praxis:
Von statischen Annahmen
und Verfahrensabläufen zu
verkoppelten Systemen in
unterschiedlichen Netzwerken

Erste große Organisationen und *Netzwerke* hatten sich nach militärischem Vorbild herausgebildet. Zentral waren hierbei klare Hierarchien und definierte Aufgaben und Funktionen. Der Entscheidungsspielraum jedes Einzelnen hing von seiner Position in der Hierarchie ab und war um so geringer, je weiter unten er in der Hierarchie angesiedelt war. Dabei sollte er umso stärker spezielle Funktionen geübt haben und perfekt ausführen und somit wie ein Rädchen in einer großen Maschine funktionieren, je weiter unten er in der Hierarchie stand. Eine der ersten zivilen Organisationen und *Netzwerke* war die Eisenbahn, welche multilokal, häufig Länder, ja sogar Kontinente überspannend arbeitete. Sie funktionierte streng nach militärischen Organisationsprinzipien und einheitlichen, immer wieder erkennbaren Voraussetzungen, so dass jeder Kunde sich an jedem Ort schnell orientieren und die Eisenbahn nutzen konnte. Mit dem Anwachsen der Produktionsstätten, mit der Einführung der Fabrikation am Band und schließlich der Idee der Optimierung einzelner Handgriffe und Operationen durch Taylor entstand die Ära des so genannten Taylorismus. Ursprünglich hatte Taylor durch Beobachtung von Kohlen schaufelnden Arbeitern die ideale Größe und Form der Kohlenschaufel und das ideale Arbeitstempo ermittelt und dadurch die Produktivität in seinem Zuständigkeitsbereich signifikant gesteigert. Noch heute entstammen unsere Arbeitsplatzbeschreibungen, unsere Kalkulationsgrundlagen für Fallbelastungen und viele Vorschläge zur Neuorganisation in Krankenhäusern und Ämtern letztendlich tayloristischen Überlegungen, wie einzelne Arbeitsabläufe optimiert und effizienter gestaltet werden können. Eine große Zahl von Beratungsfirmen hatte zunächst ihren Aufstieg solchen tayloristischen Optimierungsmethoden zu verdanken. Diese Denkweisen waren so erfolgreich in der Produktion, dass sie schließlich auch auf stärker interaktive Bereiche wie die der sprechenden Medizin oder sozialen Arbeit angewandt wurden. Schließlich tauchten auch hier Begriffe wie „Kunden“, „Kundenorientierung“ sowie „Produkte“ auf, obwohl real nichts produziert wurde. Sicher lässt sich innerhalb von Abläufen im Krankenhaus, in der sozialen Arbeit etc. sehr viel durch bessere Organisation und definierte Abläufe erreichen.

Allerdings legen die neueren Erkenntnisse der Informationsverarbeitung und der neuronalen *Netzwerke* nahe, dass solche eher statischen Annahmen und Verfahrensabläufe der komplexen Realität von Kooperation und Vernetzung nicht hinreichend gerecht werden. Solche eher linear und hierarchisch angelegten Organisationsstrukturen, wie sie üblicherweise in Organigrammen abgebildet werden, erschweren ein flexibles Engagement in unterschiedlichen Bereichen bzw. Systemen. Demgegenüber dürften mehr oder weniger verkoppelte Systeme in unterschiedlichen *Netzwerken* die Kooperationsanforderungen im Bereich *Früher Hilfen* und im *Kinderschutz* realistischer abbilden. Menschliches Verhalten ist demnach abhängig von dem wirksamen Zusammenspiel anatomisch oft weit auseinander liegender Nervenetze, deren Verbindungen, deren Morphologie und Überträgerstoffe sehr heterogen sein können. Die Nervenetze werden in ihrer eigenen Aktivität beeinflusst durch spezifische Umweltsituationen und sind durch diese veränderbar.

Um der Plastizität des Gehirns gerecht zu werden, spricht man heute weniger von einem Hirnzentrum als von „dynamischen Knotenpunkten“ oder „neuronalen Ensembles“ (Birbaumer und Schmidt, 1999). Ein neuronales Ensemble besteht aus einer Ansammlung von Nervenzellen, die miteinander enerviert und stärker verknüpft sind als die sie umgebenden Zellansammlungen. Erst das gleichförmige, gleichzeitige Entladungsverhalten eines ganzen Zellensembles führt zu einem bestimmten Verhalten. „Die Aktivität einer einzigen Zelle geht im elektrochemischen Rauschen des zentralen Nervensystems unter“ (ebd. S. 577). Damit sich spezifische neuronale Ensembles konsolidieren und strukturelle Änderungen bewirken können, müssen Erregungskonstellationen in ein und demselben Zellensemble wiederholt kreisen. Je komplexer das Verhalten, desto mehr Zellensembles sind beteiligt und desto längere Konsolidierungsphasen sind notwendig.

Insofern bietet das Modell der Informationsverarbeitung und der neuronalen *Netzwerke* eine adäquate Folie, komplexe und miteinander gekoppelte *Netzwerke* abzubilden.

Zusammenfassend ist bei all der derzeit bestehenden Heterogenität in der Begriffsbestimmung von *Frühen Hilfen* und in ihrer Beziehung zum *Kinderschutz* in der Fachöffentlichkeit ein Konsens darüber entstanden, dass **gelingender Kinderschutz immer auch präventiv** ist. Es ist zunehmend ein Verständnis darüber entstanden, dass die tragischen Fälle, die in der medialen Öffentlichkeit diskutiert werden, häufig mit früher und schleichender *Vernachlässigung* beginnen. Lange bevor familiäre Situationen entgleisen und Kinder massiv gefährdet sind, haben viele Familien Kontakte mit Helfern aus unterschiedlichen institutionellen Zusammenhängen. Hier können frühe und **multiprofessionell angelegte Hilfen** gleichermaßen beitragen, die Entwicklungsmöglichkeiten für alle Kinder zu verbessern und *Kindeswohlgefährdung* und *Vernachlässigung* zu vermeiden oder zumindest abzupuffern. Bisher als wirksam evaluierte Angebote sind häufig bindungstheoretisch orientiert. Wichtig ist es, *Frühe Hilfen* passgenau und spezifisch für unterschiedliche Problemlagen auszuwählen bzw. zu entwickeln. Dabei belegen internationale Studien, dass frühe und präventive Hilfen, insbesondere dann, wenn sie bis zum Vorschulalter etabliert werden, deutlich unter den Kosten liegen, die andernfalls als Folgekosten für *Vernachlässigung* und *Misshandlung* aufgewendet werden müssten. *Frühe Hilfen* rechnen sich.

Die multiprofessionelle Ausrichtung *Früher Hilfen* stellt **besondere Anforderungen an Kooperation und Vernetzung zwischen Helfern und Hilfesystemen**. Notwendig ist eine klare und verbindliche Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Fachkräften aus unterschiedlichen Disziplinen. Dies gilt insbesondere für die Kooperation zwischen dem *Gesundheitswesen* und der Kinder- und *Jugendhilfe*. Dabei lassen sich immer wieder Reibungsverluste in der Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Disziplinen beobachten, die gleichermaßen struktureller als auch persönlicher bzw. motivationaler Art sind. Die Überwindung oder zumindest die Kontrolle der vielleicht nicht immer vermeidbaren Reibungen – und bisweilen kann schon das Wissen um solche Reibungsverluste helfen – und die flächendeckende Einführung und Optimierung von gesicherten Kooperationsverfahren sind wichtige Bestandteile des Kinderschutzes. Neben der Fähigkeit, sich in die Erwartungen, in die Lebenslage, in die Rahmenbedingungen des anderen einzufühlen, und dem Wissen um strukturelle Gegebenheiten unterschiedlicher Institutionen, scheinen darüber hinaus Gespräche zu Beginn von Kooperationsbeziehungen über Gelingendes in der bisherigen Zusammenarbeit sowie die verbindliche und hierarchisch abgesicherte Entscheidung aufeinander zuzugehen, eine gelingende Kooperation zu befördern. Insgesamt gilt, dass Verfahrenswege und Vorgehensweisen in ruhigen Zeiten ausgehandelt und abgestimmt werden müssen, um dann im Einzelfall und ggf. in Krisen zu funktionieren.

Zusammenfassung

2

DAS MODELLPROJEKT „GUTER START INS KINDERLEBEN“

- 61** 2.1. Praxisbegleitung
- 66** 2.2. Evaluation der Wirksamkeit von Vernetzung
und präventiven Hilfen

Die dargestellten fachlichen und strukturellen Probleme im Kinderschutz waren zentrale Themen des Modellprojektes „Guter Start ins Kinderleben“. Ziel des Projektes war die frühe Förderung der Erziehungs- und Beziehungskompetenzen von Eltern in prekären Lebenslagen und Risikosituationen insbesondere zur *Prävention* von *Vernachlässigung* und *Kindeswohlgefährdung* im frühen Lebensalter. Das Modellprojekt wurde in gemeinsamer Initiative der Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen entwickelt und gemeinsam gefördert. Die Evaluation wurde im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) gefördert (www.uniklinik-ulm.de > Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie > Forschung > Guter Start ins Kinderleben).

Das Projekt wurde an je zwei Modellstandorten pro teilnehmendem Bundesland durchgeführt, meist an einem städtischen und einem ländlichen Modellstandort (Ostalbkreis und Pforzheim in Baden-Württemberg, Erlangen und Traunstein in Bayern, Ludwigshafen und Trier in Rheinland-Pfalz sowie Gera und Kyffhäuserkreis in Thüringen).

Gemeinsam mit der Praxis wurden an den Modellstandorten interdisziplinäre Kooperationsformen und Vernetzungsstrukturen erprobt und entwickelt. Ziel war es, passgenaue und lückenlose Angebote für die frühe Kindheit vorzuhalten und die bestehende Angebotsstruktur zu optimieren und gegebenenfalls zu ergänzen (Praxisbegleitung; vgl. Tabelle 1). Wichtige Voraussetzung war es, auf bestehenden Regelstrukturen aufzubauen und insbesondere Angebote von Jugend- und *Gesundheitshilfe* systematisch miteinander zu koordinieren. Dabei war es entscheidend, das Vernetzungskonzept auf der Basis bestehender sozialrechtlicher Grundlagen, Leistungsansprüche und vorhandener Angebote bzw. Zuständigkeiten auf Praxistauglichkeit und Wirksamkeit zu prüfen.

Darüber hinaus wurden die Kooperationsaktivitäten und die Vernetzungsstrukturen evaluiert. Hierfür war es Ziel, die Wirksamkeit der verbesserten Strukturen zu prüfen, wie sie durch niedrigschwellige und interdisziplinäre Versorgungs- und Vernetzungsstrukturen im Frühbereich an den Modellstandorten etabliert wurden (Forschungsbegleitung und Evaluation).

Die Evaluation berücksichtigte gleichermaßen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Projektverlaufes. Sie umfasst (1) die Häufigkeit der interdisziplinären Kooperationen in den acht Kommunen und die Qualität der Kooperations- und Vernetzungsstrukturen sowie (2) deren Auswirkungen auf die Entwicklung der betroffenen Kinder und ihrer Familien. Des Weiteren (3) wurde eine Kosten-Nutzen-Analyse durchgeführt (Forschungsbegleitung und Evaluation; vgl. Tabelle 1).

Es wurden zwei methodische Herangehensweisen gewählt: Zum einen wurde die jeweilige „Vernetzungsrealität“ an den Modellstandorten abgebildet, und zwar gleichermaßen mittels qualitativer und quantitativer Methoden. Zum anderen wurden die unterstellten positiven Veränderungen einer verbesserten Angebots- und Vernetzungsstruktur fallbezogen und quantitativ in ihren Auswirkungen auf die Entwicklung von Kindern und ihren Eltern untersucht.

Das hier vorliegende „Werkbuch Vernetzung“ ist das Ergebnis dieser Praxisbegleitung und der Erfahrungen an den Modellstandorten. Die Ergebnisse der Evaluation sind nicht Gegenstand dieses Werkbuches. Sie wurden und werden auf Fachkongressen und in einschlägigen Fachzeitschriften publiziert bzw. in einem vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen herausgegebenen Reader veröffentlicht, der die Ergebnisse aller im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ geförderten Projekte zusammenfasst. Zwei Expertisen, eine zum *Datenschutz* und sozialrechtlichen Rahmen interdisziplinärer Kooperation im

Bereich *Frühe Hilfen* und eine über die empirischen Grundlagen eines Risikoinventars, die wesentlicher Bestandteil des Modellprojektes waren, sind bereits als Buch veröffentlicht (Meysen, Schönecker & Kindler, 2009; siehe unten). Des Weiteren erschienen und erscheinen Beiträge zum Modellprojekt in unterschiedlichen Fachjournals.

INHALTE DER PRAXISBEGLEITUNG SOWIE DER FORSCHUNGSBEGLEITUNG UND EVALUATION IM MODELLPROJEKT „GUTER START INS KINDERLEBEN“

Tabelle 1

Praxisbegleitung	Forschungsbegleitung und Evaluation
<p>Erprobung interdisziplinärer Kooperations- und Vernetzungsstrukturen</p>	<p>Evaluation der Wirksamkeit verbesserter niedrigschwelliger und interdisziplinärer Versorgungs- und Vernetzungsstrukturen</p>
<p>Individuelle Ebene</p> <p>Präventive und frühe Unterstützung belasteter Eltern (durch evaluierte in der Entwicklung BMFSFJ und Länder geförderte Entwicklungspsychologische Beratung)</p>	<p>Experteninterviews</p> <p>Herausarbeiten von Erwartungen / Vorurteilsstrukturen, (strukturellen) Reibungsverlusten in der Zusammenarbeit</p>
<p>Strukturebene</p> <p>Entwicklung und Erprobung interdisziplinärer Kooperationsformen und Vernetzungsstrukturen</p> <ul style="list-style-type: none"> • aufbauend auf bestehenden Regelstrukturen und eingebunden in bestehende Regelstrukturen • systematische Koordinierung von Angeboten der Jugend- und Gesundheitshilfe • auf der Basis bestehender sozialrechtlicher Grundlagen, Leistungsansprüchen und vorhandener Angebote bzw. Zuständigkeiten 	<p>Vernetzungsanalyse</p> <p>Funktionierende Zusammenarbeit als wichtige Arbeitsbasis im Kinderschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Häufigkeit und Zufriedenheit der Kontakte mit den Kooperationspartnern vor Ort, insbesondere an der Schnittstelle zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitssystem (unmittelbare Rückbindung an die Runden Tische) <p>Kosten-Nutzen-Analyse</p> <p>Wirtschaftlichkeit des etablierten Vernetzungs- und Hilfesystems im Hinblick auf finanzielle Rentabilität</p>
<p>Fachwissen und Skills</p> <p>Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch (Risiken), Workshop Kinderschutz, Expertise Datenschutz, Unterstützungsbogen etc.</p>	<p>Evaluation Entwicklungspsychologische Beratung</p> <p>Auswirkungen auf die Entwicklung der betroffenen Kinder und ihrer Familien</p>

2.1. PRAXISBEGLEITUNG

Eine der zentralen Vorüberlegungen und Begründungen dafür, gemeinsam mit der Praxis interdisziplinäre Kooperationsformen und Vernetzungsstrukturen zu erproben und zu entwickeln, war die vielfach bestätigte Praxiserfahrung und Einsicht, dass Kooperation und Vernetzung gewöhnlich dann scheitern, wenn sie immer wieder neu am Einzelfall etabliert werden müssen. Fehlende Verfahrensabläufe lassen sich nicht einzelfallbezogen kompensieren, ebenso wenig wie sich unzureichendes Wissen um Ansprechpartner für flankierende oder weiterführende Hilfen bzw. deren Angebotsrepertoire am Einzelfall aufarbeiten lassen. Vielmehr zeigt die Erfahrung, dass gerade dann, wenn unterschiedliche Hilfesysteme ohne erprobte Verfahrensregelungen zusammenarbeiten müssen, leicht Reibungsverluste und Frustrationen entstehen, die dann häufig in eine unbefriedigende Bearbeitung des Falls münden.

Kooperationsstrukturen und Verfahrensabläufe müssen grundsätzlich und verbindlich abgesprochen und im Berufsalltag regelmäßig an kleineren Beispielen „trainiert“ werden, damit sie dann auch in einem schwierigen Einzelfall funktionieren können.

Dies ist besonders wichtig, wenn es sich um die Kommunikation und Kooperation mit Fachkräften oder Institutionen aus anderen Disziplinen handelt, deren Kompetenzen und Vorgehensweisen bzw. deren Angebots- und Leistungsrepertoire den Kooperationspartnern aus anderen Aufgabenbereichen nicht immer hinreichend bekannt sind.

Erfahrenen Praktikern ist dies keine neue Erkenntnis. Ebenso wenig wie ihnen die Erfahrung neu sein dürfte, dass Kooperation und Vernetzung gewöhnlich langwierig sind und nicht mit einmaligen Absichtserklärungen oder Absprachen gelingen können. Kooperation und Vernetzung sind vielmehr geprägt durch einen zeitintensiven und nicht immer einfachen Prozess immer wiederkehrender Aushandlungen und Abstimmungen, bisweilen auch von Konflikten.

Was allerdings bei aller Erfahrung und Kompetenz die Entwicklung von Kooperations- und Vernetzungsstrukturen in der Praxis erschwert, sind die oben erwähnten fehlenden Ressourcen bzw. fehlende Tätigkeitsbeschreibungen für Kooperation und Vernetzung.

Erfahrungsgemäß ist die Etablierung systematischer Vernetzungsstrukturen gerade zu Beginn sehr zeit- und personalintensiv. **Eine wesentliche Aufgabe im Modellprojekt war es daher, die Etablierung interdisziplinärer Kooperations- und Vernetzungsstrukturen in den acht Modellstandorten zu unterstützen und die Ergebnisse des Prozesses auszuwerten.**

Wesentliche Voraussetzung eines gelingenden Vernetzungsprozesses ist es, die im Bereich der *Frühen Hilfen* und im Kinderschutz tätigen **Berufsgruppen und Institutionen möglichst breit einzubinden, zunächst die jeweils eigenen Kernkompetenzen und Aufgaben im Feld klar zu definieren, dann die gegenseitigen Erwartungen und Ziele transparent abzuklären und abzustimmen sowie eine gemeinsame und tragfähige Grundlage für die Vereinbarung klarer Zuständigkeiten und verbindlicher Verfahrenswege in der Kommune zu legen.**

Insbesondere bei einer gleichermaßen neuartigen als auch komplexen und umfangreichen Aufgabe wie die der Etablierung verbindlicher und noch wenig strukturierter Vernetzungsabläufe zwischen unterschiedlichen Disziplinen, ist es eine wichtige Strategie, alle verfügbaren Kompetenzen und das jeweils spezifische Wissen aller beteiligten Disziplinen zu integrieren (Neuberger, 1991).

Vernetzung als Entwicklung von verbindlichen Verfahrensregelungen für den Einzelfall

Vernetzung betrifft alle Berufsgruppen und Institutionen im Frühbereich

Die fachlichen Grundlagen

Dabei bestand eine grundlegende Aufgabe des Modellprojektteams am Universitätsklinikum Ulm darin, das Expertenwissen und die Erfahrungen, die jeweils disziplinspezifisch in den Kommunen vorhanden waren, zusammenzuführen und für das gemeinsame Projekt nutzbar zu machen. Wir entschieden uns daher, die Kommunen neben der **Unterstützung der ressortübergreifenden Zusammenarbeit** schwerpunktmäßig mit Fachwissen und mit Informationen über die Bedeutung und die Notwendigkeit früher und präventiver Hilfen und über die **sozialrechtlichen und datenschutzrechtlichen Grundlagen** der Zusammenarbeit, wie sie in unterschiedlichen Gesetzbüchern festgeschrieben sind, zu unterstützen. Die Praxis zeigt, dass datenschutzrechtliche Fragen bei Vernetzungsprozessen immer wieder zu Verunsicherungen und Reibungsverlusten in der interdisziplinären Zusammenarbeit führen.

Eine weitere Aufgabe bestand darin, zu einer Verständigung auf **verbindliche und empirisch abgesicherte Standards** in der interdisziplinären Zusammenarbeit beizutragen. Die Entwicklung interdisziplinärer fachlicher Standards und die Entwicklung von Instrumenten zur Einschätzung möglicher Entwicklungsgefährdung bei Säuglingen und Kleinkindern sind wichtige Voraussetzungen einer passgenauen Planung von Angeboten, und zwar gleichermaßen bei *Frühen Hilfen* als auch im Kinderschutz.

Es wurden zwei Expertisen erstellt. Die eine **Expertise „Kooperation für einen guten Start ins Kinderleben – der rechtliche Rahmen“** analysiert die sozial- und datenschutzrechtlichen Grundlagen und Voraussetzungen für eine verbesserte Kooperation im Bereich *Früher Hilfen* insbesondere an der Schnittstelle zwischen *Gesundheitshilfe* und Kinder- und *Jugendhilfe* (Meysen, Schönecker & Kindler, 2009).

Die andere Expertise „Wie könnte ein Risikoinventar für *Frühe Hilfen* aussehen“ fasst fachliche Grundlagen eines Risikoinventars für den Bereich *Frühe Hilfen* zusammen und leitet daraus einen Vorschlag für ein Risikoinventar ab, den so genannten „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“. Dieser Anhaltsbogen eignet sich insbesondere als Grobscreening für eine frühe und präventive Risikoerfassung für die Zeit rund um die Geburt im Gesundheitsbereich, da hier gute und wenig stigmatisierende Möglichkeiten eines niedrigschwelligen Zugangs zu Eltern liegen (Kindler, 2007; Meysen, Schönecker & Kindler, 2009; siehe Kapitel 5.1). Die Initiative hierzu wurde von Frau Dr. Filsinger, Herrn Dr. Gehrmann und Herrn Dr. Bechtold sowie weiteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des St. Marien- und St. Annastiftskrankenhauses am Modellstandort in Ludwigshafen ergriffen, von denen eine erste Version des Screeningbogens erstellt wurde, die dann im Rahmen der Expertise weiterentwickelt und genauer gefasst wurde. Der Anhaltsbogen deckt mit fünf Kriterien eine erhebliche Bandbreite möglicher *Risikofaktoren* ab. Diese weisen jeweils für sich alleine genommen auf ein mögliches Risiko von Kindeswohlgefährdung hin.

Als Ergänzung der bereits bestehenden Instrumente und Methoden der *Hilfeplanung* in der *Jugendhilfe* wurde darüber hinaus ein *Unterstützungsbogen* entwickelt (Kindler, Ziesel, König, Schöllhorn, Fegert & Ziegenhain, 2008). Dieser kann die fallführende Fachkraft in der Wahl passgenauer Hilfen unterstützen. Bei der Erstellung des Bogens wurden die derzeit verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse über verschiedene Ursachen früher *Vernachlässigung* bzw. *Misshandlung* ausgewertet. Diese Faktoren wurden für Einschätzungen in der Praxis aufbereitet und mit Empfehlungen für die wirksame Ausgestaltung von Hilfe versehen.

Auf struktureller Ebene wurden als geeignetes Instrument der Vernetzungsaktivitäten so genannte Runde Tische etabliert. Die Vorbereitung und Durchführung der Runden Tische erfolgte in Kooperation mit den örtlichen Projektkoordinatoren und dem Deutschen Institut für Jugendhilfe und *Familienrecht*. Zusätzlich bestand die Rolle des Universitätsklinikums Ulm in der Steuerung und Auswertung des Gesamtprozesses.

Den Runden Tischen voraus wurden für eine erste Information aller Akteure in der Kommune über das Vorhaben, aber auch als eine erste beziehungsstiftende Initiative, an allen Modellstandorten so genannte **Auftaktveranstaltungen** durchgeführt. Die Veranstaltungen fanden in Kooperation der Städte bzw. Landkreise, teilweise der Länderministerien und des Universitätsklinikums Ulm statt. Damit wurde der Fachpraxis, aber auch der Öffentlichkeit signalisiert, dass *Frühe Hilfen* und Kinderschutz ein zentrales und wichtiges gemeinsames Anliegen sind.

Runde Tische sind nicht neu. Sie entstehen erfreulicherweise zunehmend in Kommunen und Kreisen. Meist sind sie in ihrer Nachhaltigkeit vom privaten Engagement Einzelner abhängig. Vielerorts bestehen auch bereits *Arbeitsgemeinschaften* zum Kinderschutz nach § 78 SGB VIII, die dann ggf. zeitbegrenzt für die Etablierung von interdisziplinären Vernetzungsprozessen genutzt werden können. Diese Runde Tische sollen weder bestehende *Arbeitsgemeinschaften* ersetzen noch neue dauerhafte *Arbeitsgemeinschaften* einrichten. Vielmehr ist das Ziel Runder Tische ein abgegrenzter definierter und damit auch endlicher Prozess, bei dem der Zeitaufwand überschaubar und kalkulierbar bleibt. Der Vorteil bestehende *Arbeitsgemeinschaften* zu nutzen liegt darin, dass dieselben Akteure, die auch für die interdisziplinäre Vernetzung relevant sind, in diesen *Arbeitsgemeinschaften* bereits engagiert sind.

Im Rahmen dieses Projektes bestanden ein klarer Auftrag und eine hohe Motivation der beteiligten Kommunen für die Arbeit an den Runden Tischen und damit von Anfang an eine hohe Verbindlichkeit. Die Teilnahme an den Runden Tischen war zum großen Teil vom freiwilligen Engagement der beteiligten Akteure getragen. Wichtig war es, dass möglichst alle, die aufgrund ihrer Profession mit dem Thema Kinderschutz in Berührung kommen, an den Runden Tischen teilnehmen. Dazu gehören Vertreterinnen und Vertreter aus der der Kinder- und Jugendhilfe, dem Gesundheitswesen, der Frühförderung, der Schwangerschaftsberatung, den kommunal jeweils unterschiedlich ausgestalteten Formen der Arbeitsverwaltung bzw. der Sozialhilfe, der Polizei oder Familienrichter (vgl. Kapitel 3). Diese Vertreterinnen und Vertreter der unterschiedlichen Bereiche vermittelten als *Multiplikatoren* bzw. Schlüsselpersonen Informationen und Ergebnisse der Runden Tische in ihre jeweiligen Berufsgruppen und Institutionen bzw. brachten umgekehrt Informationen und Anliegen aus ihrer Berufsgruppe oder Institution in die Runde Tische ein. Darüber hinaus wurden an jedem der Modellstandorte Koordinatorinnen bzw. Koordinatoren zur Organisation der Runden Tische und zur Steuerung der Kooperationsabsprachen vor Ort bestimmt. Dabei war es ein wichtiges Anliegen, dass diese nach Möglichkeit der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitssystem angehören. Koordinatoren sind mit den jeweiligen Verhältnissen vor Ort bzw. ihrer eigenen Disziplin weitaus besser vertraut als es Externe sein können. Sie kennen die informellen Regeln und die Machtverhältnisse in der Jugendhilfe- bzw. der Gesundheitshilfe-Landschaft in ihrer Kommune und können Probleme und Schwierigkeiten in der Kommunikation schnell einordnen (Neuberger, 1991). Bei einer von außen begleiteten kommunalen Kooperations- und Vernetzungsentwicklung besteht immer auch die Gefahr, „Eulen nach Athen“ zu tragen. Vor Ort besteht eine profunde Expertise, und zwar gleicher-

maßen fachlich als auch natürlich in der Kenntnis der vorhandenen (Angebots-) Strukturen und der jeweiligen kommunikativen Dynamik.

Die Entscheidung darüber, mit welcher Expertise die vorhandenen Kompetenzen an den Modellstandorten sachdienlich und nützlich ergänzt werden könnten, war insofern eine wesentliche konzeptuelle Entscheidung in der Planung des Projektes. Diese Entscheidung musste umso mehr gut abgewogen werden, weil die zeitlichen Rahmenbedingungen des Modellprojektes es nur erlaubten, drei Runde Tische an jedem der acht Modellstandorte durchzuführen.

Die vorgegebene begrenzte zeitliche Kapazität einer gemeinsamen Vernetzungsplanung vor Ort erforderte eine überlegte Auswahl der Inhalte dieser Runden Tische. Inhalt des **ersten Runden Tisches** war die Einführung in die besondere Bedeutung der *Frühen Hilfen* in der Säuglings- und Kleinkindzeit und die Notwendigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit. Die damit verbundenen sozial- und datenschutzrechtlichen Fragen wurden auf der Basis der oben erwähnten Expertisen von Dr. Thomas Meysen und Lydia Schönecker, Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht, vorgestellt und diskutiert. Als Grundlage für frühe und niedrigschwellige Hilfeangebote wurde die Frage der Weitervermittlung von Eltern aus der *Gesundheitshilfe* in die *Jugendhilfe* und der Einsatz des „Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch“ von Dr. Heinz Kindler, Deutsches Jugendinstitut, zunächst an den Geburtskliniken vorgeschlagen. Dabei war es das Ziel, junge Eltern mit Risiken früh und möglichst breit anzusprechen und zwar zu einem Zeitpunkt, an dem Eltern gewöhnlich offen sind und in einem frühen und vertrauensvollen Kontakt mit Hebammen oder Ärzten stehen. Die Bereitschaft und die Möglichkeiten, einen solcherart strukturierten Zugang zu jungen Familien zu wählen und *Frühe Hilfen* anzubieten, wurde an den Modellstandorten unterschiedlich eingeschätzt und umgesetzt. Mittlerweile wird der Anhaltsbogen an vier der acht Standorte systematisch als Basis für die Vermittlung weiterführender Hilfeangebote genutzt.

Zwischen dem ersten und dem zweiten Runden Tisch wurden zur Darstellung der Beziehungen innerhalb und zwischen Organisationen bei allen relevanten Akteuren im Frühbereich soziale Netzwerkanalysen durchgeführt (vgl. Kapitel 1). Dabei wurden die Vernetzungsstrukturen an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und *Jugendhilfe* in besonderem Maße herausgearbeitet. Grundlage der Analysen war ein „Fragebogen zur Vernetzung“, mittels dessen erfasst wurde, welche Institutionen momentan miteinander in Kontakt stehen und wie zufrieden die Kooperationspartner jeweils mit der Zusammenarbeit sind. Die Ergebnisse dieser Fragebogenerhebung wurde den Standorten am **zweiten Runden Tisch** rückgemeldet. Damit ließen sich im Prozess der Vernetzungsplanung gezielte Rückmeldungen für die Weiterentwicklung und Optimierung der regionalen Kooperationsstrukturen nutzen. Mit der Erstellung einer Angebotsübersicht und -struktur knüpfte dieser zweite Runde Tisch an den ersten an, indem nach frühem Ansprechen der Eltern dann auch eine möglichst passgenaue Angebotspalette entwickelt und abgestimmt wird.

Inhalt des **dritten Runden Tisches** war es, die bisherige Entwicklung an den Standorten zusammenzufassen und die weitere Entwicklung zu planen. Insgesamt wurde ein positives Resumé über die bisherige Arbeit gezogen. An allen Modellstandorten wurde einhellig beschlossen, die Vernetzungsarbeit weiterzuführen und, auch nach Ablauf der Modellförderung, weitere Runde Tische durchzuführen. Deutlich wurde aber auch, dass in der Bereitstellung adäquater, rechtzeitiger und passgenauer Hilfen noch Herausforderungen liegen. Zunächst ist es wichtig, Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf früh zu erkennen und zu erreichen. Dazu müssen Schnittstellen, insbesondere zwischen Gesundheits- und *Jugendhilfe*, organisiert und optimiert werden. Beim Einsatz

prinzipiell wirksamer *Früher Hilfen* kommt es dann aber auch auf ihre passgenaue Ausgestaltung an. Da unterschiedliche Ursachen zu früher *Vernachlässigung* bzw. *Misshandlung* führen können, besteht die fachliche Herausforderung dann darin, die zugrunde liegenden Risikomechanismen, die im jeweiligen Einzelfall wirken, zu erkennen und die Hilfen darauf abzustimmen und sinnvoll auszugestalten. Hierfür wurde der oben erwähnte *Unterstützungsbogen* für die Kinder- und *Jugendhilfe* bereitgestellt (Kindler, Ziesel, König, Schöllhorn, Fegert & Ziegenhain, 2008).

Zwischen den Runden Tischen fanden an den Modellstandorten Treffen nach Bedarf und in unterschiedlicher Zusammensetzung statt. Es wurden die jeweils vorhergehenden Runden Tische ausgewertet, Rückmeldungen mit den Ansprechpartnern vor Ort eingeholt und rückgekoppelt und die jeweiligen „Arbeitsaufträge“ abgearbeitet.

Über die bisher beschriebenen Aktivitäten, fachlichen Input und Instrumente hinaus wurden zur Ergänzung der kommunalen Angebotspalette *Früher Hilfen* zwei Qualifizierungsangebote an den Modellstandorten durchgeführt.

Dabei handelte es sich um die interdisziplinäre **Weiterbildung Entwicklungspsychologische Beratung** zur Förderung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen (abgeschlossenes Bundesmodellprojekt des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und sechs Bundesländern; Ziegenhain, Fries, Bütow & Derksen, 2004; siehe Kapitel 1). Die zertifizierte Weiterbildung wurde berufsbegleitend für Mitarbeiter aus dem Gesundheits- und dem Kinder- und Jugendhilfebereich an den Modellstandorten angeboten. Wegen ihres Bausteincharakters konnte das Angebot gut in unterschiedlichen Bereichen der Kinder- und *Jugendhilfe* und der *Gesundheitshilfe* integriert werden und ergänzte so die jeweiligen interdisziplinären Basiskompetenzen und Angebote vor Ort. Daher war es ein Anliegen, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Weiterbildung aus möglichst vielfältigen Grundberufen stammten bzw. die interdisziplinäre Angebotsstruktur an den Modellstandorten gut repräsentierten.

In Kooperation mit dem Deutschen Institut für Jugendhilfe und Familienrecht wurde zudem für den Übergang von *Gesundheitshilfe* zur Kinder- und *Jugendhilfe* an den Modellstandorten ein **Workshop Kinderschutz** durchgeführt, in dem Hebammen / Entbindungspfleger, Kinderkrankenschwestern bzw. -pfleger sowie ggf. Erzieherinnen und Erzieher etc., die Eltern und ihre Säuglinge in prekären Lebenssituationen sehr früh und in gewöhnlich noch wenig belasteten professionellen Kontexten kennen lernen,

1. für diskrete und (noch) nicht klinisch auffällige *Kindeswohlgefährdung* bzw. für Zeichen von (drohender) *Kindeswohlgefährdung* sensibilisiert werden,
2. sie dafür qualifiziert werden, Eltern ressourcenorientiert und unbedrohlich weiterführende Hilfen anzubieten und ihnen zu vermitteln,
3. sie über datenschutzrechtliche Aspekte im Kontext von (drohender) *Kindeswohlgefährdung* informiert werden und ihnen Vorschläge für ressourcenorientierte Formulierungen im Gespräch mit Eltern an die Hand gegeben werden, die die datenschutzrechtlichen Vorgaben einbeziehen sowie
4. für sie konkrete Ansprechpartner am Modellstandort abgesprochen bzw. Wege der Weitervermittlung von Eltern verbindlich vorgebahnt werden.

2.2. EVALUATION DER WIRKSAMKEIT VON VERNETZUNG UND PRÄVENTIVEN HILFEN

Neben der Praxisbegleitung wurden die Wirksamkeit der verbesserten Vernetzung, wie sie an den Modellstandorten durch niedrigschwellige und interdisziplinäre Versorgungs- und Vernetzungsstrukturen etabliert wurden, und der neu etablierten Angebote Entwicklungspsychologischer Beratung evaluiert. Ebenso wurde eine Kosten-Nutzen-Analyse durchgeführt.

Experteninterviews

Die **Qualität der Kooperations- und Vernetzungsstrukturen** wurde mittels interdisziplinärer (halbstrukturierter) **Experteninterviews** über die jeweiligen Vorurteilsstrukturen, Vorgehensweisen und Handlungsstrategien bzw. über eine Gesamteinschätzung der vorliegenden Strukturen und der Zufriedenheit damit erfasst. Wesentlich bei diesem methodischen Zugang ist ein interaktives Vorgehen im Forschungsprozess und der beständige Austausch und Abgleich mit den Teilnehmern der regionalen Runden Tische (Action Research). Als theoretischer Forschungsansatz wurde die so genannte „Grounded Theory“ herangezogen (Glaser & Strauss, 1996). Mit seinem offenen Vorgehen bietet dieser Ansatz die adäquate Methode für ein an Prozessen der Interaktion im Forschungsfeld orientiertes evaluatives Vorgehen. Es wurden insgesamt 22 Experteninterviews durchgeführt, davon mit 13 Interviewpartnern aus dem Gesundheitssystem, 8 Interviewpartnern aus der Kinder- und Jugendhilfe und 1 Interviewpartner aus der Justiz. Die Interviews wurden anonymisiert und transkribiert. Für die Auswertung wurde die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach einem vorgegebenen Auswertungsraster gewählt.

Danach wurden die Interviews u. a. gemäß der Thematisierung der folgenden Aspekte analysiert:

- Kooperationserfahrungen, wie sie anhand von Fallbeschreibungen beschrieben wurden,
- förderliche bzw. hemmende Faktoren in der Kooperation,
- Veränderungswünsche und die Prüfung dieser Wünsche an der Realität,
- Emotionen im Kontext von Kooperationserfahrungen,
- Erwartungen an Kooperation und Vorurteile gegenüber Kooperationspartnern im Feld,
- datenschutzrechtliche Aspekte im Zusammenhang mit Kooperationsbemühungen bzw. dem Scheitern von Kooperationen.

Des Weiteren dienten die Interviews auch als Quelle für die Zusammenstellung von Begriffen, die Kooperationspartnern aus jeweils anderen Disziplinen nicht unbedingt vertraut sind. Diese Begriffe sind im Glossar dieses Buches aufgeführt (siehe Anhang).

Vernetzungsanalysen

Wie bereits dargestellt wurde die Befragung der **Vernetzungsqualität** an den Modellstandorten unmittelbar genutzt, um die jeweilige Vernetzungsrealität mit gelingenden Kooperationsbeziehungen, aber auch Unzufriedenheiten rückzumelden und an den Runden Tischen zu diskutieren.

Die Befragung gemäß den oben beschriebenen Fragen nach Häufigkeit der Kontakte und der Zufriedenheit der Vernetzung mit anderen Kooperationspartnern vor Ort wurde darüber hinaus ein zweites Mal nach Beendigung der Runden Tische durchgeführt (Prä-Post). Für die Evaluation werden Veränderungen in der Häufigkeit und der Zufriedenheit mit der Kooperation vor und nach den Vernetzungsaktivitäten an den Runden Tischen analysiert und zwar sowohl über alle acht Modellstandorte hinweg als auch jeweils auf den einzelnen Modellstandort bezogen. Für die Analysen wurden drei Bereiche unterschieden, in denen Kooperation und Vernetzung im Frühbereich relevant sind. Es handelt sich um den Bereich „Rund um die Geburt“, um den Bereich „Frühe Hilfen für Familien“ sowie um den Bereich „Spezifische Risikologen und Angebote“.

Ein weiterer Bestandteil des Projektes war schließlich die Durchführung einer **Kosten-Nutzen-Analyse**, um die Wirtschaftlichkeit des etablierten Vernetzungs- und Hilfesystems an den Modellstandorten zur Vermeidung von *Kindeswohlgefährdung* und *-vernachlässigung* im Hinblick auf ihre finanzielle Rentabilität zu prüfen. Diese Kosten-Nutzen-Analyse wurde von Professor Dr. Uta Meier-Gräwe und Dipl. oec. troph. Inga Wagenknecht, Lehrstuhl für Wirtschaftslehre des Privathaushalts und Familienwissenschaft, Justus-Liebig-Universität Giessen, durchgeführt. Die Erhebungen zu dieser Kosten-Nutzen-Analyse wurden zum Zeitpunkt der Drucklegung dieses Werkbuchs abgeschlossen und werden zeitnah veröffentlicht. Aus vorhergehenden internationalen Kosten-Nutzen-Analysen ist hinlänglich bekannt, dass direkte und indirekte Effekte durch einen präventiven Kinderschutz die anfänglichen Investitionskosten überwiegen, weshalb mit positiven Auswirkungen auch auf finanzieller Ebene für die beteiligten Systeme und darüber hinaus zu rechnen ist (Wagenknecht, Meier-Gräwe & Fegert, 2009).

Kosten-Nutzen-Analyse

Schließlich wurden die **Auswirkungen auf die betroffenen Kinder und ihre Familien** bzw. feinfühliges elterliches Verhalten im Verlauf der ersten drei Lebensmonate der Kinder erfasst und mittelfristig im Alter von sechs Monaten geprüft (CARE-Index; Crittenden, 2006). Die Forschungsannahme war, dass sich Mütter, die *Entwicklungspsychologische Beratung* erhielten, sich zunehmend und nachhaltig feinfühlig verhalten und sich von den Müttern einer Kontrollgruppe ohne *Intervention* (treatment as usual) unterscheiden. Zum Zeitpunkt der Drucklegung wurden die Erhebungen an den Modellstandorten noch durchgeführt.

Auswirkungen Entwicklungspsychologische Beratung

Die Ergebnisse dieser *Intervention* ebenso wie auch die anderen dargestellten Themen der Evaluation wurden und werden auf Fachkongressen bzw. in Fachzeitschriften separat veröffentlicht sowie in einem vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen herausgegebenen Reader zusammengefasst.

Zusammenfassend sind die Erfahrungen aus dem Projekt „Guter Start ins Kinderleben“, die in diesem Werkbuch Vernetzung zusammengefasst sind, das Ergebnis eines gemeinsamen und ergebnisoffenen Prozesses zwischen Praxis und Forschung. Vorgegeben waren Rahmenbedingungen wie die des Instrumentes der Runden Tische oder einzelne Themen bzw. Instrumente und Weiterbildungsangebote, die zur Verfügung gestellt wurden. Vieles aber entwickelte sich im Prozess. Beispielsweise war die Konzeptualisierung und Durchführung des Workshops Kinderschutz nicht geplant, sondern ergab sich in der Folge der Einführung des „Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch“ in den Geburtskliniken an den Modellstandorten. Die dort tätigen Kolleginnen und Kollegen forderten berechtigterweise Unterstützung im Umgang mit den Müttern bzw. deren Vermittlung an weitergehende *Frühe Hilfen* in der Kommune. Vor dem Hintergrund der Rahmenbedingungen und des standardisierten Ablaufs der Runden Tische setzte jeder Modellstandort eigene Schwerpunkte und entwickelte eigene und konstruktive Lösungsmöglichkeiten für die vielen kleineren oder größeren strukturellen, aber auch zwischenmenschlichen Probleme im Prozess. Dies ist der unschätzbare Fundus aus dem dieses Werkbuch entstanden ist.

Zusammenfassung

TEIL 2
**GESAMMELTE ERFAHRUNGEN
AUS DER PRAXIS
FÜR DIE ARBEIT IN DER PRAXIS**

3

DIE PARTNER DER VERNETZUNG UND DIE ANALYSE DER LOKALEN ANGEBOTS- UND VERNETZUNGSSTRUKTUREN

- 71** 3.1. Die relevanten Berufsgruppen und Institutionen im Netzwerk
 - 3.1.1. Die Rolle der Koordinatoren im Vernetzungsprozess
 - 3.1.2. Die Partner in der Kinder- und Jugendhilfe
 - 3.1.3. Die Partner im Gesundheitswesen
 - 3.1.4. Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen als Partner
 - 3.1.5. Weitere Partner in der Vernetzung
- 94** 3.2. Die Analyse der lokalen Angebots- und Vernetzungsstrukturen
 - 3.2.1. Die Fragebögen
 - 3.2.2. Die Organisation der Befragung
 - 3.2.3. Die Auswertung der Erhebung
 - 3.2.4. Ein Beispiel zur Vernetzungsanalyse

Der Aufbau oder die Weiterentwicklung eines *Netzwerkes* im Bereich der *Frühen Hilfen* und der *Prävention von Kindeswohlgefährdung* stellt besondere Herausforderungen an die Beteiligten. Die Unterschiedlichkeit der Betrachtungs- und Herangehensweise der verschiedenen Professionen und Systeme aus *Gesundheitswesen* und Kinder- und *Jugendhilfe* birgt die Gefahr von Reibungsverlusten und Missverständnissen verbunden mit Frustrationen und macht eine sorgfältige Gestaltung der Rahmenbedingungen der Kooperation erforderlich (siehe Kapitel 1.2).

Daneben steht die Frage, welche konkreten Professionen und Institutionen eingebunden werden sollen und welche Rolle die jeweiligen Vertreterinnen und Vertreter auf der Grundlage ihres gesetzlichen Auftrags hierbei übernehmen können. Daraus leitet sich unter anderem ab, was die Beteiligten einerseits in das *Netzwerk* einbringen können und wie sie andererseits von diesem *Netzwerk* profitieren. Nur über ein ausgewogenes Verhältnis dieser beiden Aspekte kann die Motivation aller Beteiligten zur Mitwirkung und Weiterentwicklung des *Netzwerkes* auf die Dauer erhalten werden.

Weiterhin bedarf es zu Beginn des Vernetzungsprozesses der Analyse, wie sich die bisherige Angebots- und Vernetzungsstruktur darstellt, um beurteilen zu können, wo Entwicklungsbedarf gegeben ist. Bei einer weiteren Erhebung zu einem späteren Zeitpunkt können erreichte Ziele sichtbar gemacht und neue Aufgaben abgeleitet werden.

3.1. DIE RELEVANTEN BERUFSGRUPPEN UND INSTITUTIONEN IM NETZWERK

Vernetzungspartner sind aus unserer Sicht alle, die aufgrund ihrer Profession mit dem Thema *Kinderschutz* in Berührung kommen. Dazu gehören Vertreter der *Jugendhilfe*, des *Gesundheitswesens* sowie der kommunal jeweils unterschiedlich ausgestalteten Formen der Arbeitsverwaltung bzw. der *Sozialhilfe*, der Polizei oder die Familienrichter. Im Einzelnen sind das im Bereich der *Jugendhilfe* und des *Gesundheitswesens* Vertreterinnen und Vertreter der Jugendämter, der *Familienbildung*, der Beratungsstellen, der Träger der freien *Jugendhilfe*, der *Frühförderung*, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Kliniken, Hebammen und Entbindungspfleger ebenso wie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte der Pädiatrie, Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Kinder- und *Jugendpsychiatrie* und Erwachsenenpsychiatrie, *Psychotherapeutinnen* und *Psychotherapeuten* für Erwachsene, Kinder- und Jugendliche sowie Vertreterinnen und Vertreter von Suchtberatungsstellen. Bei der Zusammenstellung der Runden Tische im Rahmen von „Guter Start ins Kinderleben“ war es uns ein Anliegen und hat es sich bewährt, möglichst alle, das heißt gleichermaßen Vertreterinnen und Vertreter der unterschiedlichen Bereiche (horizontale Achse) als auch von niedrigschwelligen und höherschwelligen Hilfen der einzelnen Bereiche (vertikale Achse) einzubinden. Für einen möglichst frühen Zugang zu Familien mit Hilfebedarf ist es aus unserer Sicht erforderlich, insbesondere auch niedrigschwellige Angebote in den unterschiedlichen Systemen vorzuhalten und einzubeziehen, die durch ihre Angebote einen universell bzw. primär präventiven Beitrag leisten und die gegebenenfalls frühzeitig den Übergang in weitergehende Formen der Hilfe ermöglichen und erleichtern können.

Eine wesentliche Überlegung in diesem Zusammenhang ist die Gestaltung der Systemgrenzen. Es hat aus unserer Sicht wesentliche Vorteile für die Gestaltung von Übergängen für Familien, wenn die unterschiedlichen Institutionen bereit sind, ihre Grenzen zu öffnen. Wenn Angebote dort präsent sind, wo die Familien ankommen, z. B. die *Familienbildung* in den Räumen der Geburtsklinik Kurse hält, die Beratungsstellen Sprechstunden in der Kinderklinik oder in einer kinderärztlichen Praxis anbieten oder das *Jugendamt* für Sprechstunden in Kindertageseinrichtungen zur Verfügung steht, können Berührungs- und Schwellenängste für die Familien minimiert werden und die Möglichkeit,

andere Professionen in die eigene Arbeit mit einzubeziehen, kann intensiviert werden. Für die Gestaltung eines Übergangs in kritischen Einzelfällen sollte es darüber hinaus selbstverständlich sein, dass zu Beginn ein gemeinsamer Termin zwischen initiiender und hinzugezogener Profession stattfindet. Der zusätzliche Aufwand für die Professionen und Institutionen ist dann gerechtfertigt, wenn Familien erreicht werden können, bevor Fehlentwicklungen entstehen und/oder wenn Familien erreicht werden können, die den Weg zu Unterstützungs- und Hilfeangeboten ansonsten nur schwer oder gar nicht finden würden.

Die Kinder- und *Jugendhilfe* lässt sich bei aller Vielfalt der Einrichtungen in die zwei großen Bereiche der öffentlichen und der freien Träger der *Jugendhilfe* zusammenfassen, die trotz aller Differenziertheit insbesondere der Angebotspalette der freien Träger in der Arbeit am Runden Tisch und in den Arbeitsgruppen hohe Ähnlichkeiten aufweisen. Demgegenüber stellt sich das *Gesundheitswesen* sehr viel unterschiedlicher und uneinheitlicher dar. Angefangen von der Vielzahl der hier angesiedelten Professionen (z. B. Ärztinnen und Ärzte unterschiedlichster Fachrichtungen, Hebammen und Entbindungspfleger, *Familienhebammen*, Kinderkrankenschwestern und -pfleger, Ergotherapeuten), bis zur Unterschiedlichkeit der Organisationsformen (z. B. klinisch, niedergelassen und freiberuflich Tätige) ergibt sich ein sehr viel uneinheitlicheres Bild, das in der gemeinsamen Arbeit, der Zusammensetzung der Runden Tische und auch in unserer Darstellung berücksichtigt werden musste. Wir haben es unter anderem mit einer Vielzahl von „Solisten“ vor allem im Bereich der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie freiberuflichen Berufsgruppen zu tun, die nicht ohne weiteres über berufliche Zusammenschlüsse wie Verbände zu erreichen sind. Die Einbindung dieser Berufsgruppen findet im Regelfall über Vertreter der jeweiligen Fachrichtungen an den Runden Tischen oder in den Arbeitsgruppen statt, die die Ergebnisse als *Multiplikatoren* über Berufsgruppentreffen wie Qualitätszirkel, Stammtische oder andere bestehende Strukturen in die Breite der Berufsgruppe vermitteln. Bei aller Sorgfalt kann aber eine zentrale Vorplanung lokale Spezifika nicht hinreichend berücksichtigen, deshalb kann nicht ausgeschlossen werden, dass im geschilderten Vorgehen eine lokal bedeutsame Berufsgruppe oder Institution hier nicht ausreichend berücksichtigt wird. Dies ist auf der menschlichen Ebene nicht einfach, verdeutlicht jedoch, dass Optimalität auch mit gutem Willen und klarem Bemühen in diesem Bereich nicht durchgängig erreicht werden kann.

Ein weiterer wesentlicher Unterschied zwischen den Bereichen Kinder- und *Jugendhilfe* und *Gesundheitswesen* zeigt sich in der Möglichkeit, die Zeit, die für die Kooperation und Vernetzungsarbeit erforderlich ist, im Rahmen der beschriebenen und damit finanzierten Aufgaben aufzubringen. Auf diesen Aspekt gehen wir im Kapitel 6 näher ein, hier sei lediglich darauf hingewiesen, dass der Umgang mit den Möglichkeiten der Finanzierung der gemeinsamen Arbeit ein besonderes Augenmerk und einen transparenten Umgang am Runden Tisch und in den Arbeitsgruppen erfordert.

Für die Gestaltung des komplexen Ausdifferenzierungs- und Vernetzungsprozesses bedarf es der Koordinatoren, die das Geschehen steuern und strukturieren, damit die Entwicklung zielorientiert gestaltet werden kann. Im Folgenden beschreiben wir zunächst die Rolle und die Aufgaben der Koordinatoren, dann die Rollen der Partner im *Netzwerk*, die sie nach unseren Erfahrungen im Rahmen der Runden Tische der acht Modellstandorte auf der Grundlage ihrer gesetzlichen Aufgaben übernehmen können. Die gesetzlichen Grundlagen und Aufgaben selbst werden neben den kurzen Zusammenfassungen hier auch im Glossar beschrieben.

Bei der Übernahme von Rollen im *Netzwerk* spielen regionale Unterschiede in der Infrastruktur und die gewachsene örtliche Aufgabenteilung der Institutionen eine gewichtige Rolle. Während z. B. in strukturstarken, meist städtischen Regionen die relevanten Institutionen vertreten und ansässig sind, müssen strukturschwache und ländliche Regionen häufig auf die Infrastruktur benachbarter Kreise zurückgreifen, angefangen von Geburtskliniken über bestimmte Angebote der Kinder- und

Jugendhilfe bis hin zu psychiatrischen Einrichtungen. Die vertretenen Institutionen passen daher ihr Profil den örtlichen Gegebenheiten an. In den ländlichen Regionen, insbesondere denen mit großer Fläche lässt sich systematische Vernetzung nur mit einer gewissen dezentralen Struktur organisieren. Akteure sind dann mehrfach in unterschiedlichen dezentralen Netzen gefordert. Zudem können die gleichen Institutionen regional auf der Grundlage politisch motivierter Entscheidungen finanziell sehr unterschiedlich ausgestattet sein, so dass z. B. die verstärkte Einbeziehung des *Gesundheitsamtes* an einigen Modellstandorten sinnvoll, an anderen aufgrund der individuellen historischen Entwicklung nicht sinnvoll und auch nicht umsetzbar war. Regional unterschiedlich gestaltete Rollenverteilungen im Zusammenhang der Vernetzung sind daher notwendig und sinnvoll.

Die folgenden Ausführungen zu den einzelnen Rollen und Berufs- und Institutionsgruppen werden durch Zitate begleitet, die aus unseren Experteninterviews oder aus persönlichen Gesprächen mit Experten stammen. Manche beschreiben grundlegende Erfahrungen zu den Bedingungen von Kooperation, andere geben individuelle Eindrücke aus der Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen Berufsgruppen wieder. Bezogen auf die unterschiedlichen Berufsgruppen geben sie, wo möglich, einen Einblick in die Spannbreite der Wahrnehmungen und zeigen wahrgenommene Stärken, aber auch Entwicklungsbedarf in Kooperationsbeziehungen auf. Natürlich sind diese Äußerungen vom subjektiven Erleben der Einzelnen geprägt und ergeben kein allgemeingültiges Bild der beschriebenen Berufsgruppe.

3.1.1. DIE ROLLE DER KOORDINATOREN IM VERNETZUNGSPROZESS

Zentral für das Gelingen des gesamten Vernetzungsprozesses war die Verabredung, an jedem der Modellstandorte Koordinatorinnen bzw. Koordinatoren zu bestimmen, die die Runden Tische organisierten und die Kooperationsabsprachen vor Ort steuerten. Ihnen kam damit die Rolle einer Steuerungseinheit im gesamten Vernetzungsprozess zu.

An den Standorten wurden unterschiedliche Konstellationen im Rahmen der Koordinatoren erprobt. Angefangen von Einzelpersonen aus der Kinder- und *Jugendhilfe* über Tandems aus Kinder- und *Jugendhilfe* (in der Regel aus den Jugendämtern) und *Gesundheitswesen* (z. B. *Gesundheitsamt* oder Geburtsklinik) bis zu Steuerungsgruppen aus unterschiedlichen Institutionen der verschiedenen Bereiche (z. B. *Jugendamt*, freie Träger, Kliniken, niedergelassene Ärzte, *ARGE* bzw. traditionelle Arbeitsverwaltung, Sozialamt, Familienrichter) ergab sich ein breites Spektrum der Möglichkeiten. Nicht selten wurde das Koordinatorenteam im Projektverlauf weiter entwickelt, wenn im Prozess deutlich wurde, was für diesen individuellen Standort eine sinnvolle Lösung ergibt. Jede dieser Konstellationen weist spezifische Chancen und Risiken auf. Dabei stehen sich zentrale, klare Steuerungsmöglichkeiten durch Einzelpersonen und breite Verankerung durch ein Koordinatorenteam, die Gefahr der Überlastung von Einzelpersonen und die Gefahr der Zerfaserung des Prozesses in einer größeren Gruppe gegenüber. Je nach zeitlichen Ressourcen und persönlichen Kompetenzen, die den potentiellen Projektkoordinatoren zur Verfügung stehen, kann es sinnvoll sein, die Zusammensetzung der Koordination unterschiedlich zu gestalten. Eine Einzelperson, die mit den erforderlichen Ressourcen ausgestattet wird und über hohe kooperative Fähigkeiten verfügt, kann den Prozess ebenso wie ein Team aus verschiedenen Personen mit wenig zeitlichen Ressourcen der Einzelpersonen zielführend gestalten. Aus unserer Sicht hat es sich **besonders bewährt, wenn die Koordination paritätisch durch Kinder- und Jugendhilfe sowie Gesundheitswesen zusammengesetzt war**. Damit konnten vor allem die Zugänge zu den beiden Hauptbereichen der Vernetzung informiert gestaltet und gewährleistet werden.

„Mitarbeiter kooperieren, wenn sie emotionale Entlastung, persönlichen Nutzen oder persönliche, hilfreiche Beziehungen dafür bekommen.“

„Ja und vor allen Dingen . . . dass man versucht ‚Win-Win-Situationen‘ zu schaffen. Dass alle Beteiligten an dem Prozess gewinnen oder dass der Prozess so gesteuert wird, dass alle Beteiligten ohne persönliche Nachteile in dem Prozess auch mitwirken können.“

Die **zentrale Aufgabe der Projektkoordinatoren vor Ort ist die Gestaltung der Kommunikation mit den Kooperationspartnern**. Mit einer aktiven, einladenden, wertschätzenden, transparenten und integrierenden Kommunikation sowohl im Rahmen der Runden Tische als auch in Arbeitsgruppen (siehe Kapitel 4) oder Zwischengesprächen ist es an den Modellstandorten gelungen, die Vernetzungspartner in einen konstruktiven gemeinsamen Prozess zu führen. Die Entwicklung einer gemeinsamen Vision, wie ein Netz *Früher Hilfen* am Ort aussehen könnte, das Aufgreifen und Entwickeln von Ideen zur konkreten Ausgestaltung und die Anstöße bzw. Begleitung der konkreten Umsetzungen von Schritten hin zu einer Differenzierung des Angebotsspektrums und zur Gestaltung von systematischen Übergängen im Netz sind hierbei Schritte auf dem gemeinsamen Weg, die die Koordinatoren im Auge haben sollten.

Leicht entsteht ein hoher Anspruch an alle Beteiligten, der auch zu Überforderungsgefühlen führen kann. Hier helfen eine gemeinsame Haltung, die Perspektive des Kindes im Blick zu behalten, und die Einsicht, dass, bei aller Notwendigkeit, die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Vernetzung im *Kinderschutz* zu verbessern, Optimalität nicht erreichbar ist. Angesichts der hohen Erwartungen und Ansprüche an den *Kinderschutz* und der emotionalisiert geführten Debatten hilft auch in der Kooperation eine Haltung, die „hinreichend guten“ statt „perfekten“ *Kinderschutz* anstrebt, nachhaltige und professionell solide Lösungen zu entwickeln und hastige sowie kurzfristige Lösungen zu vermeiden.

In der folgenden Tabelle haben wir förderliche, aber auch hinderliche Haltungen für den Vernetzungsprozess zusammengestellt, wie wir sie im Rahmen unserer Erfahrungen an den acht Modellstandorten erlebt haben. Sie gelten teilweise sowohl für die Koordinatoren als auch für die Teilnehmer an den Runden Tischen.

FÖRDERLICHE UND HINDERLICHE HALTUNGEN IN DER VERNETZUNGSARBEIT

Tabelle 2

Förderliche Haltungen	Hinderliche Haltungen
Eine Einzelperson oder eine Gruppe nimmt zur Koordination die Fäden in die Hand und beteiligt die anderen Kooperationspartner daran	<ul style="list-style-type: none"> • Modell „Lonesome Cowboy“: eine Einzelperson versucht den gesamten Prozess in Eigenregie zu gestalten, überlastet sich dabei und grenzt andere aus • Modell „Herde“: die Teilnehmerinnen und Teilnehmer warten auf die Initiative der anderen, keiner wird aktiv und geht los • Modell „Star“: Einer steht im Rampenlicht, die Anderen erledigen die Arbeit
Die Projektkoordinatoren schaffen einen offenen Entwicklungsprozess von Ideen und Vorgehensweisen, binden die Runden-Tisch-Teilnehmer in den Prozess ein	Die Projektkoordinatoren haben fixierte Vorstellungen, die den Teilnehmerinnen und Teilnehmern klare Rollen zuweisen und versuchen diese durchzusetzen

Förderliche Haltungen	Hinderliche Haltungen
Durch Transparenz (vor allem der Projektkoordinatoren) bezüglich des angestrebten Prozesses, des aktuellen Standes und der eigenen Unzulänglichkeiten und Wissenslücken werden realistische Erwartungen, Authentizität und eine fehlerfreundliche Umgangsweise geschaffen	Durch ausgesprochene oder unausgesprochene Ansprüche oder Angst, eigene Lücken einzugestehen, entsteht eine Atmosphäre von Druck und Heimlichkeit zwischen den Beteiligten
Zielorientierte Zuwendung zur gemeinsamen Aufgabe	Versuche, den Runden Tisch für eigene Belange zu nutzen und zu instrumentalisieren
Bereitschaft zur offenen Diskussion von gelungenen und problematischen Fallverläufen und Verfahren den daraus gewonnen Erkenntnissen anzupassen	Mangelnde Bereitschaft zur Reflektion, Festhalten an vorgegebenen Denk- und Verfahrensabläufen
Begegnung aller Beteiligten auf Augenhöhe	Versuche, die Beziehungen hierarchisch zu gestalten
Positive Bewertung und Integration unterschiedlicher Positionen: Die unterschiedlichen Beiträge von Berufsgruppen, Institutionen oder Einzelpersonen werden positiv aufgenommen und in den Gesamtprozess integriert. Dies gilt auch für die zunächst nicht einfachen Positionen	Abwertung und Ausgrenzung unterschiedlicher Positionen: Beiträge von Berufsgruppen, Institutionen oder Einzelpersonen werden abgewertet und ausgegrenzt, nicht in den Gesamtprozess integriert

3.1.2. DIE PARTNER IN DER KINDER- UND JUGENDHILFE

KURZ ZUSAMMENGEFASST

Die Aufgaben der Kinder- und *Jugendhilfe* werden im Achten Buch Sozialgesetzbuch Kinder- und *Jugendhilfe* (SGB VIII, *Kinder- und Jugendhilfegesetz, KJHG*) beschrieben und umfassen die Förderung junger Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung, die Vermeidung oder den Abbau von Benachteiligungen, die Beratung und Unterstützung von Eltern und anderen Erziehungsberechtigten in der Erziehung, den Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gefahren für ihr Wohl und den Auftrag, dazu beizutragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen (§ 1 SGB VIII).

Die Aufgaben der Kinder- und *Jugendhilfe* reichen von allgemeiner Förderung von Familien über individuelle Hilfe- und Unterstützungsangebote bis zum Schutz von Kindern bei *Kindeswohlgefährdung* und greifen in Ausnahmefällen auch schon vor der Geburt eines Kindes, z. B. bei der Aufnahme einer werdenden Mutter in einer Mutter-Kind-Einrichtung. Aufgaben mit individuellen Rechtsansprüchen (z. B. Anspruch auf Kindertagesbetreuung) stehen neben infrastrukturellen Gewährleistungspflichten (z. B. Angebote von Beratungsstellen). Relevante Aufgabenbereiche im

Zusammenhang mit *Frühen Hilfen* und *Kinderschutz* sind die „allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie“, und dabei die *Familienbildung* (§ 16 SGB VIII) sowie die so genannten „*Hilfen zur Erziehung*“ mit der *Erziehungsberatung* (§ 28 SGB VIII), der *Sozialpädagogische Familienhilfe* (§ 31 SGB VIII) oder den gemeinsamen Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder (§19 SGB VIII). Ebenso haben andere Angebote der Kinder- und *Jugendhilfe* wie etwa Kindertageseinrichtungen bzw. -krippen (§§ 22 – 26 SGB VIII) eine wichtige, insbesondere auch kompensatorische Funktion im Bereich der *Frühen Hilfen*.

Die *Kinder- und Jugendhilfe* setzt sich aus öffentlicher *Jugendhilfe* mit den beiden Säulen Verwaltung des *Jugendamtes* und *Jugendhilfeausschuss* (zu denen u. a. planende und hoheitliche Aufgaben gehören) einerseits und den freien Trägern der *Jugendhilfe* wie den Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege oder privatgewerblichen Anbietern bzw. Trägern (denen die praktische Durchführung von Aufgaben der Jugendhilfe in der Regel obliegt) andererseits zusammen. Die Aufgaben der örtlichen *Träger der öffentlichen Jugendhilfe* werden von den Kreisen und kreisfreien Städten wahrgenommen. Inhaltlich erstrecken sich die Angebote der freien Träger der *Jugendhilfe* von Kindertageseinrichtungen über *Familienbildung* und Beratung bis zu *ambulanten*, teilstationären und *stationären Hilfen zur Erziehung*.

DAS JUGENDAMT ALS ÖFFENTLICHER TRÄGER DER JUGENDHILFE

Im Allgemeinen sind von den Aufgaben des *Jugendamtes* hauptsächlich die Ausschnitte im Bewusstsein der Öffentlichkeit bzw. der anderen Professionen, in denen es um die Sicherstellung des *Kindeswohls* und damit unter Umständen um die Herausnahme von Kindern geht. Dabei sind die Aufgaben der Jugendämter auch in Bezug auf die frühe Kindheit von der Förderung der Erziehung in der Familie (z. B. Beratung in Fragen der Erziehung) über die Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in *Tagespflege*, den *Hilfen zur Erziehung*, der Beratung bei Adoptionen, beim Sorge- und Umgangsrecht, der Unterstützung von Gerichten (z. B. bei familiengerichtlichen Entscheidungen) bis zu *Amtsvormundschaften* (z. B. bei minderjährigen Eltern) weit gespannt.

Auch die interne Organisation und Arbeitsweise der Jugendämter ist den meisten anderen Professionen häufig wenig bekannt. In der Gesamttendenz hat sich seit den 80-er Jahren des vergangenen Jahrhunderts eine Entwicklung von einem allgemeinen sozial(pädagogischen) Dienst (ASD) mit Spezialdiensten (z. B. für *Pflegekinder*, *Vormundschaften*, Kindertagesbetreuungen) hin zu einer *Sozialraumorientierung* mit regionalen Zuständigkeiten innerhalb der Kommunen in gemischten und entspezialisierten Teams als konsequenter Umsetzung des im *SGB VIII* verankerten Prinzips eines lebensweltorientierten Ansatzes entwickelt. In der Regel finden sich meist Mischformen mit sozialraumorientierten Teams und wenigen Spezialdiensten (z. B. Kinderschutzteams).

Das *Jugendamt* ist aufgrund seines gesetzlichen Auftrages, einerseits Hilfen bereitzustellen, die Eltern in der Wahrnehmung ihrer Erziehungsaufgabe unterstützen und Leistungen nach dem *Sozialgesetzbuch VIII* zu vergeben, andererseits als Vertreter der staatlichen Gemeinschaft über die Betätigung der Eltern zu wachen und Kinder „vor Gefahren für ihr Wohl“ zu schützen, in Bezug auf die Wahrnehmung des Kinderschutzes in einer besonderen Position, die Hilfe und Kontrolle in sich vereint. Die Rolle des *Jugendamtes* ist daher spannungsreich, zumal die Jugendämter der kommunalen Selbstverwaltung unterliegen und in ihrer Arbeit daher nicht nur durch die rechtlichen Vorgaben, sondern entscheidend von den jeweiligen organisatorischen, personellen und finanziellen Entschei-

„Also nehmen Sie mal das XXX-Jugendamt, die haben tolle Konzepte. . . . Und die Leitung des Jugendamtes, hervorragend!“

„Es haben ganz viele so wahnsinnige Ängste davor, wenn sie das Jugendamt mit so einer Maßnahme, sei es denn nur 4 Stunden Erziehungsbeistandschaft, reinlassen, dass dann die Kinder weg sind. Das ist immer noch so in den Köpfen drin, das ist wie einbetoniert.“

„Man lässt das Jugendamt auch gern allein mit dieser Doppelseite von ‚Kinder fördern‘ und ‚Kinder aber auch schützen‘. Fördern wollen sie alle. Aber die polizeistaatliche Seite, die Verantwortungsseite, wenn was schief geht, das soll das Jugendamt allein tragen. Und das geht natürlich irgendwo auch nicht.“

dungen der einzelnen Kommunen geprägt sind (siehe Glossar „Jugendämter“). Damit ergibt sich ein breites Spektrum, wie die konkreten Aufgaben der Jugendämter verstanden und wahrgenommen werden, angefangen von politischen Signalen, die auf möglichst effiziente Kosteneinsparungen in der *Jugendhilfe* ausgerichtet sind bis hin zur expliziten Betonung präventiver *Jugendhilfeangebote* als Bereitstellungsaufgabe der Jugendämter. Bei entsprechendem politischem Willen bieten die gesetzlichen Grundlagen Spielräume für Angebote an junge Menschen bis 27 Jahre und damit auch an viele werdende oder junge Eltern.

Ungeachtet der individuellen Ausstattung sind Jugendämter die Institutionen, die aufgrund ihres gesetzlichen Auftrages eine zentrale Position in einem *Netzwerk Früher Hilfen zur Prävention von Kindeswohlgefährdung* einnehmen müssen und aus unserer Sicht jedenfalls in der Mitverantwortung für die Gesamtkoordination sind. Jugendämter können ihr Wissen um die Abläufe innerhalb des gesamten Bereiches und ihren Überblick über die verschiedenen Hilfemöglichkeiten und -anbieter von Seiten der *Jugendhilfe* in die Arbeit des Runden Tisches einbringen. Vertreter der Jugendämter können ihr Fachwissen und ihre Kompetenzen im Rahmen der Runden Tische oder auf der Fallebene in Form von anonymisierten Fallberatungen zur Verfügung stellen. Auf der Fallebene kann das *Jugendamt* weiterhin die Erfahrung in der Koordination und Leitung fallbezogener Netze (*Case-Management*) zur Verfügung stellen.

Andererseits haben die Jugendämter durch die Vernetzung und die Gestaltung systematischer Übergänge die Möglichkeit, frühzeitig Zugang zu Familien mit Hilfebedarf zu bekommen, bevor es zu einer akuten Gefährdung des Kindes kommt. Sie können aus einem breiten Spektrum an Hilfsmöglichkeiten der Kinder- und Jugendhilfe und vor allem des *Gesundheitswesens* schöpfen und passgenaue Hilfen anbieten. Die Ergebnisse der gemeinsamen Arbeit können in die planenden und koordinierenden Aufgaben des *Jugendamtes* einbezogen werden, indem Angebotslücken aufgegriffen und insbesondere über den *Jugendhilfeausschuss* (siehe unten) politische Willensbildung betrieben wird.

In der Zusammenarbeit mit dem *Jugendamt* wird, z. B. aus der Sicht der Medizin, häufig einseitig der Kontrollaspekt wahrgenommen und der Zusammenarbeit vorangestellt. Eine frühzeitige Einbeziehung und Zusammenarbeit kommt so oft nicht zustande. Auch die Balance der Maßnahmen („zu früh zu viel“ oder „zu spät zu wenig“, gemäß Anna Freud das grundlegende Dilemma im *Kinderschutz*) wird aus der Außensicht anderer Professionen genau beobachtet. Es bedarf sowohl der Information als auch der gemeinsamen reflektierten Erfahrungen, um das Bild des *Jugendamtes* bei den Vernetzungspartnern realistisch zu gestalten und eine Basis für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zu schaffen, in der das *Jugendamt* in seiner letztlich Verantwortung für das Wohl von Kindern unterstützt wird.

EXKURS: DIE ROLLE DES JUGENDHILFEAUSSCHUSSES

Dem *Jugendhilfeausschuss*, der aus Vertretern der öffentlichen und der freien Träger der *Jugendhilfe* zusammengesetzt ist, kommt über die *Jugendhilfeplanung* die Aufgabe der Verteilung der zur Verfügung stehenden Mittel und damit der Prioritätensetzung im Bereich der *Jugendhilfe* zu. Die Verwaltung des *Jugendamtes* als zweite Säule der öffentlichen *Jugendhilfe* ist an die Entscheidungen des *Jugendhilfeausschusses* gebunden. Weiterhin kann er über Anhörungs- und Antragsrechte Einfluss auf politische Entscheidungen im Bereich der *Jugendhilfe* nehmen. Damit ist der *Jugendhilfeausschuss* für die politische Willensbildung, die Planung einer Gesamtstruktur und die Gestaltung des finanziellen Rahmens der *Jugendhilfe* in einer Kommune von zentraler Bedeutung.

„Und diese Gratwanderung zwischen Hilfeangebote machen und Wächteramt, die finde ich fachlich und persönlich schwer erkennbar in der Umsetzung mit den Familien, aber auch in der Umsetzung mit den anderen Helfern“

Der Aufbau eines *Netzwerkes Früher Hilfen zur Prävention von Kindeswohlgefährdung* stand bis vor einiger Zeit in vielen Kommunen nicht im Mittelpunkt der Aktivitäten. Der Paradigmenwechsel des Jugendhilfealltags von eher reagierender Unterstützung zur möglichst frühen *Prävention* muss daher vor allem in Gremien mit der Möglichkeit politischer Einflussnahme vorbereitet und begleitet werden. Der *Jugendhilfeausschuss* mit seinen oben benannten Rechten kann hier entscheidende Weichen mit stellen und hat dies in den Modellstandorten im Vorfeld des Projektes auch getan. Im Rahmen der Runden Tische waren Vertreterinnen und Vertreter des *Jugendhilfeausschusses* in der Regel nicht explizit in dieser Funktion eingeladen, waren aber über die Beteiligung aller relevanten Einrichtungen der öffentlichen und der freien Träger der *Jugendhilfe* vertreten. Im Einzelfall kann es sinnvoll sein, die Zusammensetzung des *Jugendhilfeausschusses* zu überprüfen und gezielt einzelne, über die anderen Wege nicht berücksichtigte Mitglieder einzuladen.

DIE FREIEN TRÄGER DER JUGENDHILFE

„... die bei den freien Trägern sind, sind auch in dieser Sache engagierte Mitarbeiter. Die arbeiten da ja auch quasi freiwillig und haben sich das auch so rausgesucht, sich da um solche Aspekte zu kümmern. Und die sind diesbezüglich einfach engagiert.“

Die freien Träger der *Jugendhilfe* setzen in der Regel die Angebote der *Jugendhilfe* praktisch um. Sie erstrecken sich von allgemeinen, am Bedarf der Eltern orientierten familienunterstützenden Betreuungs-, Bildungs- und Erziehungsauftrag der Kindertageseinrichtungen über die klassisch primärpräventiven Angebote in Form von Angeboten der *Familienbildung*, -beratung, -freizeit und -erholung der Familienbildungseinrichtungen bis hin zu den Beratungsstellen der *Jugendhilfe* bei spezifischen Fragestellungen und den Anbietern von familienergänzenden oder -ersetzenden *Hilfen zur Erziehung* breit von niedrigschwellig bis hochschwellig gestreut. Während in den vergangenen Jahren etwa Kindertageseinrichtungen oder *Erziehungsberatungsstellen* noch deutlich häufiger auch in Trägerschaft der öffentlichen *Jugendhilfe* waren, füllen die freien Träger der *Jugendhilfe* aufgrund des Rückzugs der öffentlichen *Jugendhilfe* aus diesen Bereichen das Spektrum zunehmend mehr aus.

Durch die unmittelbare und meist über einen längeren Zeitraum bestehende kontinuierliche Einbindung in die Arbeit mit Kindern und/oder deren Familien und die daraus resultierende Erfahrung können diese Institutionen im Rahmen der Ausdifferenzierung der Angebotsstruktur und der Vernetzung der unterschiedlichen Professionen und Institutionen ihre Kompetenzen in das *Netzwerk* einbringen und nutzbar machen. Die freien Träger haben die Möglichkeit, aufgrund ihrer Erfahrung auf der Fallebene, allgemeine Lücken in der Angebotsstruktur der *Jugendhilfe* und Lücken an den Übergängen zu anderen Systemen aufzuzeigen, sie an die entsprechenden Entscheidungsträger rückzumelden und bei Bedarf in Kooperation mit den öffentlichen Trägern der *Jugendhilfe* Konzepte zur Deckung eines erkannten Bedarfes zu entwickeln. Hierbei können von den Trägern wesentliche Impulse ausgehen. Als Beispiel kann in der *Familienbildung* der allgemeine Auftrag auch als Auftrag zur Erziehung und Bildung in der Familie verstanden werden. Die *Familienbildung* kann damit einen wesentlichen Beitrag im Rahmen der primärpräventiven Angebote leisten. In aller Regel sind die freien und die öffentlichen Träger der *Jugendhilfe* gut eingespielt in Aushandlungsprozessen, damit kann ihr Zusammenspiel auch Modellcharakter für die Zusammenarbeit am Runden Tisch haben.

Auf der anderen Seite können die freien Träger der *Jugendhilfe* im Rahmen der Vernetzung davon profitieren, über die Angebote und Möglichkeiten des *Gesundheitswesens* informiert und fallbezogen durch eine Kooperation im gesundheitlichen Bereich entlastet zu sein. Auch die Information über Kompetenzen und Abläufe in anderen Systemen wie Polizei und *Familiengericht* können für die Gestaltung von Hilfeprozessen der *Jugendhilfe* dienlich sein.

In der konkreten Ausgestaltung von Maßnahmen der *Jugendhilfe* sind die freien Träger im Wesentlichen von der Finanzierung durch die öffentlichen Träger abhängig. Da die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel in aller Regel nicht ausgeweitet werden können, braucht es oft Phantasie und Kreativität, wie das Zur-Verfügung-Stehende effektiv eingesetzt werden kann. In diesem Prozess kann es aus unserer Erfahrung immer wieder zu Enttäuschungen und Frustrationen auf Seiten der freien Träger kommen.

In den folgenden Abschnitten sollen die freien Träger der Kinder- und *Jugendhilfe* mit ihren allgemeinen Aufgaben und den sich daraus ergebenden Möglichkeiten für *Frühe Hilfen* sowie dem spezifischen Nutzen, den diese Einrichtungen aus einer systematischen Vernetzung ziehen können, dargestellt werden.

KINDERTAGESEINRICHTUNGEN UND KINDERTAGESPFLEGE

Die zentrale Aufgabe von Kindertageseinrichtungen und *Kindertagespflege* ist die allgemeine Förderung von Kindern und umfasst die Erziehung, Bildung und Betreuung des Kindes (§§ 22 bis 26 SGB VIII). Der weitere Inhalt und Umfang der Aufgaben und Kinder- und Jugendhilfeleistungen werden durch das jeweilige Landesrecht geregelt (Landesrechtsvorbehalt § 26 SGB VIII) und weisen daher Unterschiede z. B. im zeitlichen Umfang oder der Altersgruppe des Rechtsanspruchs auf Bereitstellung eines Platzes in einer Kindertageseinrichtung auf.

Bei besonderem erzieherischem Bedarf oder Problemlagen in Familien besteht ein Rechtsanspruch auf den Besuch einer Kindertageseinrichtung als so genannte *Hilfe zur Erziehung*. Im Rahmen eines Hilfeplanverfahrens kann dies vom *Jugendamt* als geeignete Hilfe vermittelt werden, wenn eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung ansonsten nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist (§ 27 Abs. 1 SGB VIII).

Im Bereich der Kindertageseinrichtungen und der *Kindertagespflege* fanden in den vergangenen Jahren wesentliche gesetzliche Weiterentwicklungen statt, die den bedarfsgerechten Ausbau der Tagesbetreuung für Kinder, insbesondere im Alter unter drei Jahren weiter vorantrieben und konkretisierten (Gesetz zum qualitätsorientierten und bedarfsgerechten Ausbau der Tagesbetreuung, TAG, 1.1.2005) sowie in einem weiteren Schritt eine objektiv rechtliche Verpflichtung für die Bereitstellung von Plätzen einführten (gemeinsamer Beschluss von Bund und Ländern zum „bedarfsgerechten Ausbau der Betreuungsangebote für unter Dreijährige“ bis 2013). Nach Abschluss der Ausbauphase, soll der Rechtsanspruch auf einen Betreuungsplatz für alle Kinder vom vollendeten ersten bis zum vollendeten dritten Lebensjahr eingeführt werden (Kinderförderungsgesetz, KiFöG, 16.12.08).

Das Thema Vernetzung ist im TAG in Form von Regelungen zur Kooperation der Träger mit anderen Personen und Institutionen enthalten. Danach sollen die Fachkräfte mit den Erziehungsberechtigten und Tagespflegepersonen sowie mit anderen kinder- und familienbezogenen Institutionen und mit den Schulen zusammenarbeiten.

Mit der angestrebten Erweiterung des Altersspektrums von Kindern in Kindertageseinrichtungen und den im Bereich der Kinder- und *Jugendhilfe* niedrigschwelligsten Zugangsmöglichkeiten für Familien mit Kindern im vorschulischen Alter können öffentliche Betreuungsangebote neben der Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf wesentlich zu einer Verbesserung der Chancengleichheit von Kindern beitragen. Im Zusammenhang mit dem gesetzlich vorgesehenen Kooperationsauftrag (TAG) können Kindertageseinrichtungen zum Ausgangspunkt *Früher Hilfen* für Familien mit Unterstützungs- und Hilfebedarf werden, indem weitergehende Bedarfe hier frühzeitig

„Denn wenn die Kinder zu Hause vor dem Fernseher hängen von Morgens bis Abends, und die Eltern das auch nicht abstellen können und wir deswegen auch keinen Grund haben, ihnen das Sorgerecht zu entziehen, dann ist es wichtig, dass sie wenigstens bis um halb fünf in den Kindergarten gehen.“

„Diese Kinder fallen auch im Kindergarten schon auf, aber der Kindergarten ist nach wie vor eher eine Instanz, die davon ausgeht, dass sich auch Dinge auswachsen und nicht bearbeitet werden müssen.“

wahrgenommen und mit den Eltern gemeinsam Wege zur Unterstützung und Hilfe in Kooperation mit anderen Institutionen initiiert werden.

Insbesondere hier können Kindertageseinrichtungen und *Kindertagespflege* von einer systematischen Vernetzung profitieren. Durch Informiertheit über zur Verfügung stehende Angebote und Wege zur Erschließung dieser Angebote ist es wesentlich leichter, Eltern anzusprechen und ihnen gezielt weiterführende Hilfen zu vermitteln. Erzieherinnen und Erzieher können damit insbesondere in prekären familiären Situationen auch Entlastung erfahren.

Wichtig wird es allerdings sein, dass dabei in allen Betreuungsangeboten auch eine hohe pädagogische Qualität sichergestellt wird und damit neben der verbesserten Quantität auch die Qualität der Betreuung in Kindertageseinrichtungen weiter vorangetrieben wird (Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen, 2008). Familienintegrierende Ansätze können vor diesem Hintergrund zu einem wichtigen sozial- und bildungspolitischen Instrument werden.

EINRICHTUNGEN DER FAMILIENBILDUNG

Im Rahmen der allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie hat die *Familienbildung* einen explizit präventiven Schwerpunkt (§ 16 SGB VIII). Klassische Träger sind *Familienbildungsstätten*, sie kann aber beispielsweise auch in Volkshochschulen, in Erwachsenenbildungsstätten oder in Beratungsstellen für Familienfragen in *Gesundheitsämtern* repräsentiert sein. Themenbereiche der *Familienbildung* sind Geburtsvor- und -nachbereitung, Eltern-Kind-Gruppen und Informationen zu Erziehung und Entwicklung. Die Angebote werden üblicherweise in Gruppen vermittelt.

Familienbildung ist niedrigschwellig, wird aber bisher überwiegend von Frauen und Familien aus der Mittelschicht in Anspruch genommen, die mit entsprechenden Strukturen vertraut sind und sie aufsuchen. Für ein *Netzwerk Früher Hilfen zur Prävention von Kindeswohlgefährdung* liegt die Chance der *Familienbildung* in der Möglichkeit, den Adressatenkreis auf Familien in psychosozial belasteten Lebenssituationen zu erweitern. Da diese Familien in der Regel nicht über die klassische Gruppenstruktur der *Familienbildung* zu erreichen sind, bedarf es neuer Konzepte der Öffnung und der Präsenz in anderen Einrichtungen oder Zusammenhängen, in denen diese Familien sich im Alltag bewegen. Beispiele können offene Angebote der *Familienbildung* in Geburtskliniken oder Kindertageseinrichtungen sowie offene thematische Treffs für Mütter und Väter in Begegnungsstätten sein. Umgekehrt haben Einrichtungen der *Familienbildung* in einem *Netzwerk* die Möglichkeit, auf andere Kooperationspartner zuzugehen, wenn Familien einen erweiterten Bedarf an Unterstützung und Hilfe zeigen.

Eine (Teil-) Finanzierung der *Familienbildung* über Kursgebühren wird für die Zielgruppe der belasteten Familien schwieriger zu realisieren sein. Die politische Entscheidung, hierfür Mittel bereitzustellen wird daher eine entscheidende Grundlage dieser Arbeit sein.

BERATUNGSSTELLEN

Erziehungs- und Familienberatung ist in der Kinder- und *Jugendhilfe* explizit als Angebot für Eltern konzipiert, die die Erziehung ihrer Kinder nicht alleine bewältigen können (§ 28 SGB VIII). Sie findet in *Erziehungsberatungsstellen* statt, die in ihrer „modernen“ Nachkriegsstruktur nach dem Vorbild US-amerikanischer „Child Guidance Clinics“ gestaltet wurden (Klug, 2006), wobei die Teams in *Erziehungsberatungsstellen* sich aus Fachkräften verschiedener Fachrichtungen (in der Regel pä-

„... Familienbildungsstätte ... die sind engagiert und haben Interesse da dran und wir haben Interesse da dran und da kommt von beiden Seiten die Kontaktaufnahme.“

„Weil die XXX hat bei uns eine ganz gute Beratungsstelle mit Psychologen und Psychotherapeuten, wo es aber auch um Paartherapie geht, Alleinerzie-

dagogische, psychologische und sozialpädagogische) mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen (pädagogische und insbesondere psychotherapeutische Zusatzqualifikationen) zusammensetzen. *Erziehungsberatung* kann von Kindern, Jugendlichen, deren Eltern oder anderen Erziehungsberechtigten direkt in Anspruch genommen oder im Rahmen eines Hilfeplanverfahrens vom *Jugendamt* als geeignete Hilfe vermittelt werden. Damit ist die *Erziehungsberatung* eine der niedrigschwelligsten Formen der *Hilfen zur Erziehung*. Die *Erziehungsberatungsstellen* erbringen darüber hinaus Angebote der *Familienbildung* wie z. B. Elternabende in Kindertagesstätten oder Elterntraining.

Die Inanspruchnahme von *Erziehungsberatung* ist in den vergangenen Jahren um die Hälfte gestiegen. Damit einher ging eine zunehmende Verschiebung der Adressaten hin zu besonders belasteten Familien und Kindern sowie eine zunehmende Verschiebung von einer überwiegenen Kommstruktur hin zu einer stärker aufsuchenden Beratung. In diesem Zusammenhang wurden und werden auch zunehmend spezifische Angebote für die Erziehungs- und Entwicklungsberatung in der frühen Kindheit wie etwa Beratung bei Regulations- oder Bindungsproblemen etabliert, so dass sich in den vergangenen Jahren eine deutliche Hinwendung zu Angeboten *Früher Hilfen* vollzogen hat.

Auf der Grundlage der rechtlichen Strukturen zeichnen sich *Erziehungsberatungsstellen* in einem *Netzwerk Früher Hilfen* durch vielseitige Zugangswege aus. Familien melden sich aufgrund vorhergehender Erfahrungen oder Empfehlungen anderer Familien selbst, andere Professionen oder Institutionen (z. B. Kinderärztinnen / Kinderärzte oder Kindertageseinrichtungen) suchen selbst Rat und Unterstützung zum Umgang mit belasteten Familien oder verweisen Familien an Beratungsstellen, das *Jugendamt* übermittelt Familien, die *Hilfe zur Erziehung* beantragt haben. Sie können damit eine wichtige Schnittstelle zwischen den niedrig- und den hochschwelligigen Angeboten der *Jugendhilfe* und des *Gesundheitswesens* (z. B. Kindertageseinrichtungen und weiterführende *Hilfe zur Erziehung*, Kinderarzt und Therapie) sein. Damit sind Chancen wie eine hohe Akzeptanz sowohl bei Eltern als auch bei Professionellen, aber auch Risiken wie Überlastung durch die vielfältigen Bedarfe verbunden.

ANBIETER VON AMBULANTEN UND STATIONÄREN HILFEN ZUR ERZIEHUNG

Im Bereich der *Frühen Hilfen* stehen insbesondere zwei Hilfeformen im Mittelpunkt der vom *Jugendamt* im Zuge eines Hilfeplanverfahrens vermittelten *Hilfen zur Erziehung*. Einerseits ist dies die *Sozialpädagogische Familienhilfe* als *ambulante* Form der Unterstützung, andererseits *stationäre* gemeinsame Wohnformen für Mütter/Väter und ihre Kinder. Stellvertretend für die unterschiedlichen Formen der *Hilfen zur Erziehung* sollen sie hier näher dargestellt werden.

ZUM BEISPIEL: SOZIALPÄDAGOGISCHE FAMILIENHILFE

Sozialpädagogische Familienhilfe ist eine intensive und spezielle *ambulante* Hilfeform der so genannten *Hilfen zur Erziehung* (§ 31 SGB VIII) zur Unterstützung von Familien mit erzieherischem Bedarf, wenn die dem Wohle des Kindes adäquate Pflege und Erziehung von den Eltern alleine nicht gewährleistet werden kann. *Sozialpädagogische Familienhilfe*, so der Gesetzestext, „soll durch intensive Betreuung und Begleitung Familien in ihren Erziehungsaufgaben, bei der Bewältigung von Alltagsproblemen, der Lösung von Konflikten und Krisen sowie im Kontakt mit Ämtern und Institutionen unterstützen“. Im Unterschied zu den sonstigen Hilfen ist bei der Sozialpädagogischen Familienhilfe nicht das Kind der Adressat der Hilfe, sondern der zentrale Fokus der Aufgabenbeschreibung liegt in der Verbesserung der unmittelbaren Lebensbedingungen der Familie, wobei die Förderung der

hende, Erziehungsgeschichten, Schulprobleme und so was. Die machen alles Mögliche. Und da kannst du einfach hingehen ohne Krankenschein, ohne Überweisung, ohne alles und kannst ein paar Beratungsgesprächsstunden nehmen. Für die Eltern. Und das hab ich schon öfters empfohlen.“

„Und da wird immer gesagt, man soll die Leute an die Erziehungsberatungsstellen verweisen. Aber was ich bis jetzt erfahren habe ist, dass die Menschen da nicht hingehen, weil da so eine Hemmschwelle ist. Da ist halt vieles; in Beratungsstellen setzt man eine Reflexionsmöglichkeit voraus und vielleicht auch ein bisschen sprachliche Gewandtheit. Und ich merke, dass Eltern, also das Klientel, was ich überwiegend habe, den Weg dahin nicht finden.“

elterlichen Erziehungskompetenzen im Mittelpunkt steht. Insofern bezieht sich die *Sozialpädagogische Familienhilfe* auf das gesamte Familiensystem (Meysen, Schönecker, Kindler, 2009). Sie wird vielfach eingesetzt, um mögliche weitergehende Maßnahmen wie etwa die Herausnahme eines Kindes aus der Familie zu vermeiden. Die Hilfe ist auf einen längeren Zeitraum hin angelegt und findet aufsuchend statt. Wichtige Voraussetzung dieser Hilfe ist die Mitarbeit der Familie. Über die gemeinsame Suche und Entwicklung von Problemlösungen sollen die Familien zunehmend zur Selbsthilfe befähigt werden.

Die *Sozialpädagogische Familienhilfe* bietet damit einen wichtigen Ansatzpunkt für *Frühe Hilfen* in Familien mit hohen Belastungen und daher erhöhtem Risiko für *Kindeswohlgefährdung*. Durch die breit angelegte und intensive Form der Betreuung und Begleitung kann hier in ambulanter Form eine Gesamtsicht der familiären Situation mit den erforderlichen unterstützenden Maßnahmen entwickelt werden, wobei die Integration von spezifischen und wirksamen aufsuchenden Beratungsansätzen bzw. Programmen zur frühen Förderung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen in die Arbeit eine entscheidende Ergänzung des Methodenspektrums bieten könnte.

Die Familienhelferinnen und -helfer (in der Regel mit sozialpädagogischem Studium) sind mit ihrer Nähe zum familiären Alltag und dessen Erfordernissen häufig ein wichtiger Zugangsweg zu und eine wichtige Schnittstelle zwischen den unterschiedlichen, am jeweiligen Fall beteiligten Professionen und Institutionen. Sie können über ihre Träger für ihre Arbeit in besonderer Weise von Vernetzung profitieren, indem kommunale Angebote, Zugangswege und Möglichkeiten der fallbezogenen Kooperation systematisch und fallübergreifend besprochen werden.

ZUM BEISPIEL: GEMEINSAME WOHNFORMEN FÜR MÜTTER/VÄTER UND KINDER

Gemeinsame Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder (früher Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen) sind Einrichtungen und sonstige Wohnformen für Mütter bzw. Väter, die alleine für ein Kind unter sechs Jahren sorgen müssen (§ 19 SGB VIII). Üblicherweise sind es allerdings Mütter, die diese Hilfen in Anspruch nehmen. Da die Konflikt- und Notlage gewöhnlich schon vor der Geburt besteht, ist bereits die Aufnahme der Schwangeren möglich und dient der Hilfe zur Persönlichkeitsentwicklung der Mutter und der Unterstützung ihrer Fähigkeit, selbständig für das Kind zu sorgen. Dazu gehört auch, dass die Mutter während der Betreuungszeit in einer Mutter-Kind-Einrichtung oder einer anderen betreuten Wohnform motiviert wird, eine schulische oder berufliche Ausbildung zu beginnen bzw. fortzuführen oder aber eine Berufstätigkeit aufzunehmen. Die Betreuung schließt auch ältere Geschwister mit ein.

Diese Hilfeform ist ein spezifisches Hilfeangebot für zwei Generationen. Die Unterstützung der Mutter bei der Pflege des Kindes und der Förderung ihrer Beziehungs- und Erziehungskompetenzen ist auf das Wohlergehen des Kindes ausgerichtet und hat einen präventiven Charakter. Die Förderung des Kindes kann darüber hinaus auch weitergehende Angebote einschließen wie besondere elementarpädagogische und kompensatorische Förderangebote.

Als Angebot im Rahmen von *Frühen Hilfen* ist durch Wohnformen für Mütter/Väter und ihre Kinder die Möglichkeit gegeben, belastete und insbesondere sehr junge Mütter (oder Väter), die zeitlich und inhaltlich umfassende Betreuung und Begleitung zur Bewältigung ihrer Lebenssituation mit dem Kind oder den Kindern brauchen, angemessen zu unterstützen. Diese Hilfeform stellt ebenfalls eine hervorragende Basis für den Einsatz von spezifischen und evaluierten aufsuchenden Beratungsansätzen bzw. Programmen zur frühen Förderung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen dar. Entsprechend der Lebenssituation von Elternteil und Kind(ern) kann auch hier der Einbezug weiterer Professionen und Institutionen in die Arbeit erforderlich sein, der durch das Wissen um mögliche Ansprechpartner und Wege über eine systematische Vernetzung entscheidend erleichtert werden kann.

„Was hatten wir da für Erwartungen von dieser Wohngruppe? ... Es war natürlich schon so, dass die sehr viele Bedingungen vorab hatten. Wann sie diese Frau in die Wohngruppe aufnehmen und wann nicht. Und das war dann irgendwie so ein Teufelskreis.“

3.1.3. DIE PARTNER IM GESUNDHEITSWESEN

KURZ ZUSAMMENGEFASST

Die Aufgaben des *Gesundheitswesens* sind im Fünften Buch Sozialgesetzbuch Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) und im Neunten Buch Sozialgesetzbuch Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) beschrieben. Sie umfassen im SGB V die Aufgabe, „die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern“, wobei die Krankenkassen den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen haben und auf gesunde Lebensverhältnisse hinwirken sollen (§1 SGB V). Nach dem SGB IX erhalten Behinderte oder von *Behinderung* bedrohte Menschen Leistungen, „um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen behinderter und von *Behinderung* bedrohter Frauen und Kinder Rechnung getragen“ (§ 1 SGB IX). Im § 2 SGB IX wird der Vorrang der *Prävention* betont.

Während die Träger von Leistungen nach dem SGB V die gesetzlichen Krankenversicherungen sind und als Leistungserbringer Institutionen wie Krankenhäuser, Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und Leistungserbringer von Hilfsmitteln (z. B. physikalische Therapie, Ergotherapie) in Frage kommen, können die Träger der Leistungen nach SGB IX z. B. die gesetzlichen Krankenkassen, die Bundesagentur für Arbeit, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, der öffentlichen *Jugendhilfe* und auch der *Sozialhilfe* sein. Die Rehabilitationsträger sollen gemeinsam mit der Bundesregierung und den Landesregierungen darauf hin wirken, „dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen“ (§ 19 SGB IX). Rehabilitationsdienste und -einrichtungen sind z. B. Einrichtungen zur Behandlung von Suchterkrankungen, Sozialpädiatrische Zentren und Frühförderstellen.

ÖFFENTLICHE TRÄGER DER GESUNDHEITSHILFE

GESUNDHEITSÄMTER

Durch unterschiedliche landesgesetzliche Vorgaben in den Gesetzen für den öffentlichen Gesundheitsdienst sind die *Gesundheitsämter* nicht oder nur bedingt verpflichtet und in der Lage, spezifische Hilfeangebote für werdende Eltern in prekären Lebenssituationen bereit zu halten. Zudem ergibt sich bezüglich der finanziellen und personellen Ausstattung sowie der Aufgabenschwerpunkte durch die Ansiedelung der *Gesundheitsämter* bei den Landräten oder im Einzelfall bei kreisfreien Städten ein extrem heterogenes Bild. Bei der Kooperation zwischen *Jugend-* und *Gesundheitshilfe* kann es in kreisfreien Städten zu unterschiedlichen örtlichen Trägern und damit zu zusätzlichem Koordinationsbedarf (Stadt mit Landrat) kommen, die Stadt kann nicht selbst die notwendigen Entscheidungen treffen, sondern ist darauf angewiesen, dass der Landrat die notwendigen Vorkehrungen trifft und Ressourcen zur Verfügung stellt (Meysen, Schönecker, Kindler 2009).

Auch aus diesen Vorbedingungen ergeben sich die unterschiedlichen Rollen, die *Gesundheitsämter* im Rahmen unseres Modellprojektes übernommen haben. Während sie an manchen Standorten zentral in die Projektkoordination eingebunden waren und als Pendant zum *Jugendamt* den Bereich des *Gesundheitswesens* spezifisch ansprechen und einbinden konnten, spielten sie an anderen Standorten aufgrund ihrer mangelnden Ausstattung mit Ressourcen eine marginale Rolle im Prozess der

„Mit dem Gesundheitsamt jetzt weniger. Das liegt vielleicht auch an dem Arbeitsprofil, dass das Gesundheitsamt insgesamt stark runtergefahren worden ist und nicht mehr so viele Tätigkeiten hat in diesem Bereich ...“

„Und das Gesundheitsamt ist naturgemäß näher an der niedergelassenen Ärzteschaft, an niedergelassenen Kinderärzten, und wird ... leichter eingeschaltet oder leichter informiert wie die Jugendhilfe jetzt.“

„Das System, wie ich auf das Gesundheitsamt drauf gucke . . . ist natürlich so, dass das extrem hierarchisch organisiert ist. Und da geht immer alles von unten nach oben und von oben nach unten.“

Vernetzung. Ähnlich stellte sich das Spektrum in Bezug auf die Bereithaltung spezifischer Angebote für den frühen Bereich dar. Grundlegend haben wir bei den Mitarbeitern der *Gesundheitsämter* eine hohe Offenheit für die anstehenden Themen und Aufgaben erlebt. Wenn es darüber hinaus aufgrund der Ausstattung der *Gesundheitsämter* mit Ressourcen möglich war, die Projektkoordination mit *Jugendamt* und *Gesundheitsamt* gemeinsam zu gestalten, war bereits hier die fruchtbare Grundlage für eine gleichwertige Teilhabe von *Jugendhilfe* und *Gesundheitswesen* am gesamten Prozess gelegt. Die Zugänge zu den jeweiligen Bereichen konnten über die beiden Ämter informiert gestaltet und sichergestellt werden. Wenn das *Gesundheitsamt* weiterhin noch eigene spezifische Angebote für den Bereich der frühen Kindheit bereitstellen konnte (z. B. Beratungsstelle für Schwangere und Kleinstkinder, *kinder- und jugendärztlicher Dienst*, *sozialpsychiatrischer Dienst*), stellte dies aufgrund der öffentlichen Trägerschaft einen wichtigen Beitrag mit besonderen Möglichkeiten im Angebotspektrum der *Frühen Hilfen* dar. Die *Gesundheitsämter* ihrerseits konnten von der Erweiterung des Blicks auf das Angebotsspektrum der *Jugendhilfe* entscheidende Impulse für die eigene Tätigkeit im Bereich der Beratung und Hilfevermittlung gewinnen und konnten die Kompetenzen des Systems *Jugendhilfe* in Form von kollegialer Beratung (z. B. anonymisierte Fallberatungen) oder Hinzuziehung bzw. Überleitung bei einem Einverständnis der Eltern auf der Fallebene nutzen, um Familien in passgenaue Hilfen zu vermitteln.

Ob und gegebenenfalls wie die *Gesundheitsämter* mit anderen Einrichtungen im (präventiven) *Kinderschutz* zusammen wirken, hängt weitgehend von den politisch motivierten Entscheidungen eines jeden Landkreises ab. Die Teilnahme an Runden Tischen, fallübergreifenden Arbeitskreisen, aber auch die Übernahme von verantwortlichen Unterstützungs- und Steuerungsfunktionen kann damit gefördert, erschwert oder aber sogar unmöglich gemacht werden. Aus unserer Sicht bietet die Nutzung und Einbeziehung der *Gesundheitsämter*, die eine entsprechende Ressourcenausstattung vorhalten, Chancen, über die dringend politisch nachgedacht werden sollten.

Reibungspunkte können sich bei enger Zusammenarbeit zwischen *Jugendamt* und *Gesundheitsamt* durch die unterschiedlichen beruflichen Grundlagen ergeben, wie sie oben ausgeführt wurden. Eine Sichtweise, die uns immer wieder begegnete, beschreibt das *Gesundheitsamt* als extrem hierarchisch strukturiert gegenüber dem *Jugendamt*, das in seinen Abläufen weniger hierarchische Entscheidungen sondern Teamgespräche und Teamentscheidungen an verschiedenen Stellen eines Hilfeprozesses vorsieht. Diese Unterschiedlichkeit sollte in der Zusammenarbeit berücksichtigt und entsprechend gestaltet werden.

KLINIKEN

KINDERKLINIKEN, GEBURTS- UND FRAUENKLINIKEN

„. . . die Kinder werden alle gesehen, die werden in Krankenhäusern gesehen, . . . In der Regel sind diese Institutionen nicht diejenigen, also die gehören nicht zu den besten Meldern an dieser Stelle . . .“

Geburtskliniken bzw. Frauenkliniken einerseits und Kinderkliniken andererseits haben unterschiedliche Zielgruppen und können damit unterschiedliche Aufgaben im Zusammenhang der *Prävention* von *Kindeswohlgefährdungen* wahrnehmen.

Geburtskliniken erreichen Familien im Umfeld der Geburt niedrigschwellig und nicht stigmatisierend. Durch ihren frühen Zugang und ihren Zugang zu nahezu allen Eltern in der Geburtssituation können sie einen wertvollen Beitrag bei der Wahrnehmung von Hilfebedarf und der Vermittlung zu potentiellen Anbietern zu einem sehr frühen Zeitpunkt leisten. Zudem sind Familien zu diesem Zeitpunkt meist offen für Unterstützung und Hilfen, die Motivation, die Elternschaft positiv zu gestalten ist hoch, so dass Angebote in aller Regel gut angenommen werden können. Wenn es durch

ein Engagement von Geburtskliniken zu diesem frühen Zeitpunkt gelingt, Hilfen zu initiieren, kann Missverständnissen und Fehlentwicklungen in der *Eltern-Kind-Interaktion* meist nachhaltig vorgebeugt werden.

Ein immer wiederkehrendes Thema bei der Implementierung entsprechender systematischer Strukturen zur Früherkennung von Risiken und Hilfebedarf im klinischen Alltag und von Kooperationsstrukturen ist Zeitmangel und hoher Arbeitsdruck in Kliniken. Dieser führt aufgrund der starken persönlichen Belastung teilweise zu einer reflexhaften Abwehr von neuen Zusatzaufgaben (Schulungen zur Sensibilisierung, zum Umgang mit kritischen Fällen und der Einsatz von Instrumenten) und zu Schwierigkeiten, die erforderlichen Diskussionen im Rahmen der Vernetzungsarbeit auszuhalten. Die Wünsche nach raschen Ergebnissen und der Möglichkeit, schwierige Fälle abzugeben (anstatt sie gemeinsam zu tragen) stehen dann im Vordergrund der gemeinsamen Arbeit. Daneben wird die Sorge formuliert, dass Eltern sich an andere Geburtskliniken wenden könnten, wenn bekannt wird, dass sich eine Klinik um Vermittlung von *Frühen Hilfen* bemüht und im *Kinderschutz* engagiert.

Bisherige Rückmeldungen von Kliniken, die sich auf entsprechende Schulungen und ein systematisches *Screening* zur Klärung von Hilfebedarf bei Familien (beides siehe Kapitel 5) und die Kooperation mit anderen Berufsgruppen eingelassen haben, weisen dem gegenüber auf eine erhöhte Handlungssicherheit und damit Arbeitszufriedenheit im Umgang mit kritischen Fällen sowie eine persönliche Entlastung hin. Möglichkeiten einer kurzfristigen telefonischen *anonymen Fallberatung* oder einer *anonymisierten Fallbesprechung* mit Mitarbeitern aus dem Bereich der Kinder und *Jugendhilfe* haben sich bewährt und werden als sehr hilfreich beurteilt. Weiterhin können im Rahmen der Kliniken primärpräventive Veranstaltungen, Kurse oder auch Beratung durch andere Professionen, z. B. im Rahmen eines Mütter- oder Stillcafés, angeboten werden. Neben der Senkung der Zugangsschwellen zu diesen Bereichen und der Erleichterung von Übergängen für die Eltern kann dies die Attraktivität von Kliniken für Eltern erhöhen. Es wird dann von einem eher erhöhten Zulauf durch Eltern in die Kliniken berichtet.

Der Beitrag der Kliniken kann in diesem Bereich nicht hoch genug geschätzt werden, wobei die Finanzierung der Leistungen keineswegs geklärt und gesichert ist. Auf politischer Ebene muss daher dringlich an einer angemessenen Finanzierung dieser zentralen Arbeit im Bereich der *Prävention* von *Kindeswohlgefährdungen* gearbeitet werden.

Kinderkliniken haben dem gegenüber Zugang zu Familien, bei denen bereits Risiken durch Auffälligkeiten, Störungen oder Erkrankungen des Kindes vorliegen oder die durch Verletzungen der Kinder bei Verdacht auf *Misshandlung* auffallen. Spezifische Angebote wie Schreiambulanzen oder Babysprechstunden in Kinderkliniken (aber auch bei niedergelassenen Kinderärzten oder Sozialpädiatrischen Zentren) bieten Eltern im frühen Alter der Kinder eine Anlaufstelle. In aller Regel sind die MitarbeiterInnen in Kinderkliniken für das Thema *Kindeswohlgefährdung* bereits sensibilisiert und haben nicht selten Initiativen zur Deckung des erkannten Bedarfs an Beratung, Unterstützung und Weitervermittlung von Eltern ergriffen, indem pädagogische oder psychologische Professionen in den Klinikalltag integriert sind. Die Kinderkliniken können von einem *Netzwerk* profitieren, indem sie Möglichkeiten der Vermittlung vor allem in sekundär- oder tertiärpräventive Unterstützungsangebote anderer Professionen zur Verfügung haben, wenn die Begleitung ihren, in der Regel auf die Dauer des klinischen Aufenthaltes beschränkten Rahmen übersteigt.

„Im Rahmen des Projektes hat sich das eigentlich genau auf den Kopf gedreht. Das heißt, ganz offensichtlich ist es ein Bedarf gewesen der Krankenhäuser, der nicht befriedigt worden ist.“

„Dann finde ich es hinderlich, ... dass Mediziner so gerne alles bestimmen und sagen möchten, wie es zu laufen hat, dass sich da nichts bewegt, nichts. Ich erlebe es zumindest nicht. Vielleicht ist das sehr drastisch ausgedrückt irgendwie, aber wir haben das, egal was ich bespreche oder in welcher Situationen ich komme, auf diesen Punkt treffe ich immer, immer.“

„... die Hebammen haben ganz viel Erfahrung, weil sie die Kinder sehen und sie nach der Geburt und die ganze Stillzeit betreuen.“

„Andererseits kenne ich auch Hebammen, die Entwürfe entwickeln, nach denen jeder mit Hebammen bis zum 18. Lebensjahr glücklich werden kann.“

„... wir haben ja schon oft überlegt auch bei uns, die Kinderkrankenschwestern einzustellen z. B., die noch mal ganz genau die medizinische Dinge und auch noch mal die Ernährung usw. im Blick hat ... und dass man diese medizinische Sicht auch nicht so verliert, oder mehr Sicherheit bekommt.“

HEBAMMEN, ENTBINDUNGSPFLEGER, FAMILIENHEBAMMEN, KINDERKRANKENSCHWESTERN UND KINDERKRANKENPFLEGER

Hebammen und Entbindungspfleger haben durch ihren frühen und niedrigschwelligen Zugang zu Familien in der sensiblen Phase um die Geburt und durch ihre Kontakte im häuslichen Umfeld die Gelegenheit, die Gesamtsituation der Familie sehr früh und umfassend zu sehen. Während die Geburtskliniken in der Regel ein sehr schmales Zeitfenster von wenigen Stunden bis Tagen mit den Familien gemeinsam haben, ist diese Zeit für Hebammen/Entbindungspfleger auf bis zu acht Wochen nach der Geburt des Kindes ausgedehnt und wird von den meisten Familien sehr positiv bewertet (genauere Informationen zum Leistungsspektrum von Hebammen siehe Meysen, Schönecker, Kindler 2009). In diesem Rahmen können Hebammen/Entbindungspfleger mit ihren vielfältigen Kompetenzen die Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung und die angemessene Versorgung des Kindes unterstützen. Bei allen Chancen, die dies bietet, dürfen Hebammen/Entbindungspfleger bei Familien mit Risiken jedoch nicht allein gelassen werden in der Verantwortung für die Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung. Wo Hebammen/Entbindungspfleger an ihre fachlichen Grenzen stoßen, muss es im Rahmen des *Netzwerkes* Unterstützung und Ergänzung mit anderen Kompetenzen im medizinischen, pädagogischen oder psychologischen Bereich geben, beispielsweise durch die Möglichkeit einer *anonymisierten* oder offenen *Fallberatung* durch andere Professionen oder dadurch, dass sie andere Professionen hinzuziehen bzw. an diese weitervermitteln. So können im Bedarfsfall durch die Vermittlung von Hebammen/Entbindungspflegern frühzeitig Angebote für eine weitergehende Begleitung gemacht werden.

In der Arbeit an den Runden Tischen zeigte sich, dass Hebammen häufig in einem politischen und berufspolitischen Spannungsfeld zwischen hoher Zuweisung an Kompetenzen und Verantwortung einerseits und mangelnder Anerkennung und Honorierung andererseits stehen. Wie bei den anderen Berufsgruppen ist es hier in besonderem Maße erforderlich, Kompetenzen, Verantwortung aber auch Anerkennung und Honorierung in Übereinstimmung zu bringen. Zudem formulieren Hebammen die Bedenken, Patientinnen könnten sich zurückziehen, wenn sie Sorge um das *Kindeswohl* äußern oder sie Schritte zur Sicherstellung des *Kindeswohls* für erforderlich halten. Dies erfordert zum einen die Schulung von Hebammen/Entbindungspflegern, wie sie mit Fällen mäßiger oder akuter *Kindeswohlgefährdung* gegenüber Eltern und anderen Professionen umgehen können und zum anderen die Bereitschaft von anderen, sich angemessen in Einzelfälle einzubringen, ohne Hebammen den „Schwarzen Peter“ zuzuschieben und diese in ihrer Tätigkeit zu gefährden. Dies gilt in gleichem Maße für alle anderen freiberuflich oder niedergelassen tätigen Berufsgruppen wie medizinische Co-Therapeuten und Ärzte.

Um den Zugangszeitrahmen und vor allem die psychosozialen Kompetenzen von Hebammen für den Einsatz in Familien mit Hilfebedarf zu erweitern, wurden in verschiedenen Bundesländern Weiterbildungsmodule zur **Familienhebamme** entwickelt und entsprechend Fachkräfte qualifiziert (z. B. in Baden-Württemberg und Thüringen). Dabei sind die Qualifikationswege und -inhalte momentan nicht einheitlich geregelt, allerdings hat der Bundesverband der Hebammen einheitliche Curriculumsinhalte vorgeschlagen. Ebenso gibt es bisher für die Finanzierung über Projekte hinaus keine verbindlichen Modelle. Bisherige Modellprojekte förderten den Einsatz von *Familienhebammen* beispielsweise als gesetzlich nicht verankerte *Frühe Hilfen* durch das Land oder eine Kommune oder als Förderung der Erziehung in der Familie (§16 SGB VIII) und als *sozialpädagogische Familienhilfe* (§ 31 SGB VIII) durch das *Jugendamt*. Andere Bundesländer (z. B. Bayern und Rheinland-Pfalz) bieten zum Teil umfangreiche Qualifizierungsprogramme für Hebammen an, ohne das Modell der *Familienhebamme* zu verfolgen.

Damit soll verdeutlicht werden, dass Hebammenleistungen Leistungen der Krankenkassen sind und die Hebammen ihr originäres Geschäft in den Familien erbringen. Grundsätzlich kann es nicht hoch genug geschätzt werden, wenn Hebammen ihre frühe Vertrauensbeziehung zu den Eltern nutzen, um für die Inanspruchnahme weiterführender Hilfen zu werben. Dennoch bleiben sie Hebamme insofern, als sie, auch wenn sie von der Kommune oder dem *Jugendamt* in ihrer Tätigkeit finanziert werden, immer noch den standesrechtlichen Regelungen (Erlaubnispflichtigkeiten, Ausbildungsordnung, Zuständigkeiten von Aufsichtsbehörden etc.) unterliegen (Meysen, Schönecker, Kindler, 2009).

Das Modell „*Familienhebamme*“ bedarf daher nach der Pilotphase dringend politischer Überlegungen und Lösungen zu einheitlichen Weiterbildungsinhalten, zur Ausstattung mit Kompetenzen, zu Einsatzmodellen und zu dauerhaft tragfähigen Finanzierungen. Dabei müssen auch die Grenzen des Modells überprüft und der Baustein „*Familienhebamme*“ in ein gesamtpolitisches Konzept *Früher Hilfen* mit verankerter interdisziplinärer Zusammenarbeit integriert werden.

Kinderkrankenschwestern / -pfleger und angestellte Hebammen/Entbindungspfleger werden im Kontrast zu niedergelassenen Hebammen/Entbindungspflegern, die eine selbständige Berufsgruppe sind, über Institutionen (z. B. *Gesundheitsamt*, häusliche Kinderkrankenpflege, Mutter-Kind-Einrichtungen) in Familien eingesetzt und sind über diese klar in einen organisatorischen Rahmen eingebunden. Sie können hierbei die medizinische Absicherung von Kindern mit gesundheitlichen Risiken niedrigschwellig und engmaschig begleiten und damit andere Professionen ergänzen und entlasten. Bei entsprechender Gestaltung der Kooperation und Einbindung in Rückmeldewege können sie einen wichtigen Beitrag in der Gesamtsicht des Kindes und der Familie leisten.

NIEDERGELASSENE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE

PÄDIATRIE, GYNÄKOLOGIE, ALLGEMEINMEDIZIN

Die Praxis der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Gynäkologie, Allgemeinmedizin und Pädiatrie zeichnet sich durch einen niedrigschwelligen und breiten Zugang zu Familien über ihr jeweils spezifisches medizinisches Versorgungsangebot aus.

Gynäkologinnen und Gynäkologen sehen Frauen über die Zeit der Schwangerschaft (oft auch schon vor der Schwangerschaft) und in der ersten Zeit nach der Geburt regelmäßig und haben die Möglichkeit, Probleme im Zusammenhang mit der Schwangerschaft oder im familiären Umfeld sehr frühzeitig wahrzunehmen und auf Hilfsmöglichkeiten zu verweisen. Insbesondere der Vermittlung und Begleitung in *Schwangerschaftsberatungsstellen* kommt zu diesem Zeitpunkt eine besondere Bedeutung zu. Durch ihre Verantwortung für Mutter und Kind haben sie einen Auftrag, der im Kontrast zu vielen anderen Professionen die Wechselwirkung zwischen dem Befinden der Mutter und der Entwicklung des Kindes in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit rückt.

Kinderärztinnen und Kinderärzte können durch ihre regelmäßigen Kontakte zu Kindern und Eltern, auch im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen, eine kontinuierliche Entwicklungsbegleitung der Kinder gestalten. Sie verfügen über Fachwissen zur gesunden körperlichen und seelischen Entwicklung von Kindern und genießen in aller Regel ein hohes Vertrauen bei den Eltern. Auf dieser Grundlage können sie Unterstützungsbedarf frühzeitig wahrnehmen, die Eltern darauf ansprechen und gegebenenfalls den Übergang in weiterführende Hilfen begleiten. Eine einseitige Instrumentalisierung der Früherkennungsuntersuchungen als Kontrollinstrument kann das angesprochene Ver-

„Ich denke niedrigschwellige Zugänge sind ... die Kinderärzte. Weil die schon sehr früh und auch in dem Alter noch regelmäßiger ... als Hilfsperson zu Rate gezogen werden könnten von diesen Eltern. Wenn sie da positive Erfahrung machen, bleibt das dann sicherlich auch so.“

„Und insoweit war die Kooperation mit den Kinderärzten ok, die waren nett, die waren kooperativ, die haben gemacht.“

„... und dennoch fasziniert mich das immer wieder, was die Sozialisation dieser Ärzte betrifft. Die sind irgendwie alle, haben alle irgendwie so eine gleiche ‚Denke‘, sind fürchterliche Indi-

vidualisten, überhaupt keine Teamarbeit. Und sind so eingenommen zu glauben, dass sie entscheiden können, was richtig ist.“

trauensverhältnis erschüttern und die Grundlage für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Arzt und Eltern in Frage stellen. Dennoch soll nicht außer Acht gelassen werden, dass insbesondere Kinderärzte über Wissen um medizinische Aspekte von *Kindeswohlgefährdungen* wie Austrocknen, Gefährdungen für die körperliche Entwicklung und typische Verletzungsmuster bei *Misshandlung* und Missbrauch verfügen. Damit können sie durch vereinbarte Kontrolluntersuchungen einen wichtigen Beitrag zur Absicherung der medizinischen Seite bei bekannten Risiken leisten. Dies kann jedoch nur vor dem Hintergrund einer offenen Kommunikation der beteiligten Professionen mit den Eltern über die zugrunde liegenden Risiken und den angestrebten Umgang damit stattfinden.

Hausärztinnen und Hausärzte sind durch ihren umfassenden Blick auf die Gesamtsituation der Patienten meist über einen langen Zeitraum in Kontakt mit Familien. Dadurch können sie im günstigen Fall Entwicklungen verfolgen, bei Bedarf auf Hilfemöglichkeiten aufmerksam machen und Übergänge vermitteln. Die oben benannten Möglichkeiten treffen hier entsprechend zu.

Durch die Mitwirkung im Rahmen der Kooperation und Vernetzung bekommen die niedergelassenen Ärztgruppen Informationen über zur Verfügung stehende fachliche Kompetenzen und Unterstützungsangebote in Verbindung mit persönlicher Bekanntheit der dahinter stehenden Personen. Durch fachliche Beratung z. B. im Rahmen anonymisierter Fallberatungen (siehe Kapitel 4, gemeinsame Standards) können dann Anzeichen von Risiken und Gefährdung vor allem im psychosozialen Bereich besprochen und gemeinsam nach Lösungsmöglichkeiten gesucht werden. Die dadurch gewonnene Handlungssicherheit und das Wissen um zur Verfügung stehende Ressourcen in anderen Hilfesystemen fließen in das offene Gespräch über Unterstützungsangebote mit den Eltern ein und erleichtern Übergänge in andere Hilfen. Die Ärzte erfahren eine Entlastung im Umgang mit Risiko- und Gefährdungsfällen, die Verantwortung kann gemeinsam getragen werden, ohne die Arzt-Patienten-Beziehung zu gefährden.

SOZIALPÄDIATRISCHE ZENTREN

„... die Geschichte, dass das SPZ gesagt hat, sie verstehen sich nicht als reine Gutachterstelle, sondern sie wollen in diesen ganzen Prozess stärker involviert werden. Sonst war es so, dass wir die Eltern hingeschickt haben zur Stellungnahme und Gutachten. Und sie sagen, sie seien eigentlich eine therapeutische Einrichtung, ...“

In Sozialpädiatrischen Zentren findet die *ambulante* Untersuchung und Behandlung von Kindern ab dem Säuglingsalter mit beispielsweise Entwicklungsauffälligkeiten, Entwicklungsverzögerungen, neurologischen Erkrankungen und Behinderungen durch ein multiprofessionelles Team (Kinderärztinnen und Kinderärzte, *Psychologinnen* und *Psychologen*, Therapeutinnen und Therapeuten für Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie, Sozialpädagoginnen und -pädagogen) in der Regel unter der Leitung einer Kinderärztin bzw. eines Kinderarztes statt. Aufgrund ihrer überregionalen Struktur gehört eine enge, fachübergreifende Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Therapeuten, Fördereinrichtungen und dem öffentlichen Gesundheitssystem auf medizinischem, psychologischem und pädagogisch-therapeutischem Gebiet zu den Kennzeichen der Sozialpädiatrischen Zentren. Weiterhin werden die Familien in die *Diagnostik* und Behandlung der Kinder einbezogen.

Damit können die *Sozialpädiatrischen Zentren* die Entwicklung von Kindern mit Risiken in einem *Netzwerk Früher Hilfen* durch *Diagnostik* und Behandlung begleiten und unterstützen. Die umfassende Sicht unterschiedlicher Professionen auf die Kinder, der Einbezug der Eltern und die in der alltäglichen Arbeit entwickelten Kompetenzen in der interdisziplinären Zusammenarbeit und Kooperation stellen zudem wichtige Ressourcen in einem *Netzwerk Früher Hilfen* dar. Die *Sozialpädiatrischen Zentren* ihrerseits können von der Vernetzung durch verbindliche und verlässliche Übergänge in andere Systeme z. B. der *Jugendhilfe* bei entsprechend vorliegenden Themenstellungen in den Familien profitieren.

FRÜHFÖRDERSTELLEN

Zielgruppe der Frühförderung sind behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder, die nach dem Rehabilitationsrecht (SGB IX) möglichst früh über so genannte Komplexeleistungen (siehe Glossar) gefördert werden sollen. Im System der Frühförderung ist es möglich, Kinder bis zum Schuleintritt zu betreuen, ein unschätzbare Vorteil, wenn es im Falle von länger notwendiger Betreuung darum geht, Familien einzubinden und eine Vertrauensbeziehung herzustellen. Dies ist insbesondere in der Arbeit mit psychosozial hoch belasteten Familien unabdingbare Voraussetzung einer gelingenden Förderung.

Die *Frühförderung* bildet aufgrund ihrer besonderen Struktur eine Ausnahme im Bereich des *Gesundheitswesens*, indem sie heilpädagogische, psychologische, pädagogische und medizinische Leistungen integriert und gleichermaßen Leistungen des Gesundheitssystems, der *Sozialhilfe* sowie auch der Kinder- und *Jugendhilfe* anbietet. Aufgrund der Integration beider Systeme in ihrer Arbeit kann sie ein Brückenglied zwischen *Gesundheitswesen* und Kinder- und *Jugendhilfe* insbesondere für ihre Zielgruppe sein. In die Vernetzungsarbeit kann die *Frühförderung* darüber hinaus ihren zentralen Gedanken, Beeinträchtigungen durch eine möglichst frühzeitige *Intervention* zu minimieren und Folgen abzumildern und ihre Erfahrungen in der Praxis und der Gestaltung der interdisziplinären Kommunikation und Vernetzung der beiden Systeme einbringen. Die tägliche Übung, möglichst präventiv zu arbeiten und unterschiedliche fachliche Sichtweisen zu einer Gesamtsicht auf das Kind zu integrieren, dabei die Eltern als Mittler einer förderlichen Umgebung in die Arbeit mit dem Kind einzubeziehen, kann Beispiel gebend und sehr hilfreich sein.

Die *Frühförderung* ihrerseits kann vom Prozess der Vernetzung profitieren, indem ihre alltägliche Aufgabe, die Integration der verschiedenen Professionen im Hinblick auf das Kind, mehr zum allgemeinen Standard der interdisziplinären Arbeit wird und damit als gemeinsame Basis entlastend wirkt.

BEHANDLUNGSTELLEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

ÄRZTINNEN UND ÄRZTE FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE, PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE, KLINIKEN FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE

Psychotherapeutinnen und -therapeuten für Kinder und Jugendliche, Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und *Psychotherapie* und Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und *Psychotherapie* werden in der Regel aufgesucht, wenn es zu Verhaltensauffälligkeiten, psychischen Auffälligkeiten oder Störungen beim Kind gekommen ist. Der Zugang ist deutlich höherschwellig und erfolgt meist in einem späteren Alter als bei den bisher benannten Berufsgruppen des *Gesundheitswesens*. Der Beitrag dieser Berufsgruppen zu einem *Netzwerk früher Hilfen* liegt in dem Wissen um entwicklungspsycho(patho)logische Prozesse und Entwicklungsphasen, in ihrem Wissen um kindliche Reaktions- und Verarbeitungsweisen auf die Anforderungen der Innen- und der Außenwelt, dem Wissen um die Bedeutung der Wechselwirkung zwischen Bezugspersonen und Kind und in der Möglichkeit zur Behandlung daraus resultierender Störungen. In den letzten Jahren hat sich das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie und *Psychotherapie* sehr viel stärker der sogenannten „Infant Psychiatry“ geöffnet. In den Behandlungsleitlinien wurden entsprechende Behandlungsgrundsätze aufgenommen und vielerorts wurden spezialisierte Sprechstunden und Behandlungsangebote etabliert. Gleichzeitig betreuen manche Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und *Psychothe-*

„Und jetzt, wo er älter ist, ... ist auch die Frühförderung drin. ... Da kriegt das Kind Anregungen. Und die Mutter lernt, mit einfachen Dingen mit dem Kind zu spielen und zu gucken, wie reagiert das Kind auf was.“

„Und ich hab keine Rückmeldung bekommen für das was ich eigentlich haben wollte. Damit war die Frühförderung überfordert.“

„Also im Moment, ... ist es tatsächlich so, dass wir konkret eben mit einer Psychotherapeutin ... kooperieren und dass das mal jemand ist, mit der man dann tatsächlich telefonieren kann. Wo man tatsächlich auch schon mal Wartezeiten umgehen kann, wenn es einfach eilig ist. Wo man sich schon mal auch Hilfestellung holen kann. Die auch bei den Ärzten für uns vielleicht auch schon mal Sachen durchboxen kann im Sinne des Kindes.“

„Und dann hat man schon manchmal den Verdacht, dass manche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eher Interesse daran haben, ihre Kundschaft zu halten, weil das ja schließlich Geld bringt ... als jetzt wirklich an einer Lösung arbeiten zu wollen.“

„Sie bekam an dem Tag auch ihren Säugling wieder, war also ein ‚rooming in‘ in einer psychiatrischen Klinik, das hat es früher auch noch nicht gegeben.“

„In diesem Zusammenhang gab's auch „Round-Table“-Gespräche mit der Städtischen Drogenberatung ... Aber monatelang wurde auch von dieser Seite die Fachlichkeit hochgefahren ‚das Kind muss zurück. Die Eltern brauchen dieses Kind. Die kommen sonst aus der Sucht nicht raus‘. ... Es wurde Ross und Reiter knallhart fast verdreht. Es ist nicht bewusst geworden, dass es sich hier um einen Säugling handelte, und dass dort einfach Verantwortlichkeiten anders zu setzen sind.“

rapie auch jugendliche Mütter aus Mutter-Kind-Einrichtungen mit. Die Grenzen zwischen normaler Entwicklung mit Anpassungsanforderungen und Störungen dieser Entwicklung sind im frühen Kindesalter fließend und bedürfen besonderer Aufmerksamkeit. Neben beratenden Aufgaben für andere Professionen zur Absicherung der kindlichen Entwicklung können hier Behandlungskonzepte für die früh auftretenden Themen der Kindheit wie Regulations-, Bindungs- und Anpassungsstörungen bereitgehalten und der Chronifizierung von Auffälligkeiten frühzeitig entgegengewirkt werden.

BEHANDLUNGSTELLEN FÜR ERWACHSENE

PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN, NIEDERGELASSENE PSYCHIATER UND PSYCHOTHERAPEUTEN, NERVENÄRZTE, PSYCHIATRISCHE KLINIKEN, PSYCHOSOZIALE (SUCHT-) BERATUNGSTELLEN UND EINRICHTUNGEN DER SUCHTHILFE

Der Blick auf Kinder in Familien und die *Prävention von Kindeswohlgefährdungen* ist nicht der primäre Auftrag der benannten Berufsgruppen und Institutionen, dennoch können sie durch ihre spezifischen fachlichen Kompetenzen einen wesentlichen Beitrag in einem *Netzwerk Früher Hilfen* leisten. Die in ihrem Schwerpunkt mit den Kindern befassten Berufsgruppen stoßen in aller Regel an die Grenzen ihrer fachlichen Kompetenzen, wenn es um die Beurteilung von elterlichen Fähigkeiten und Grenzen auf dem Hintergrund ihrer Erkrankung, die Beurteilung von Krankheitsverläufen, möglichen Krisen und deren Auswirkungen auf die Versorgungs- und Erziehungsfähigkeiten der Eltern gegenüber ihren Kindern geht. Die Beratung durch und Kooperation mit therapeutischen, psychiatrischen und Fachkräften der Suchtbehandlung im *ambulanten* Bereich kann hier Rückversicherung geben und Über- oder Unterbewertungen der Erkrankung der Eltern vermeiden helfen. Nicht jede psychische oder Suchterkrankung muss eine Herausnahme des Kindes aus der Familie zur Folge haben, andererseits müssen jedoch Auswirkungen eingeschätzt, beobachtet und durch passgenaue Unterstützung begleitet werden.

Wie bei vielen anderen Berufsgruppen stellt sich auch hier die Frage der Finanzierung der erforderlichen Kooperationsleistungen, z. B. die Teilnahme an Runden Tischen, Arbeitsgruppen oder Fallgesprächen. Eine Lösung hierzu muss auf politischer Ebene gefunden werden (siehe Kapitel 5).

Im *stationären* Zusammenhang steht zumeist die Behandlung der Erwachsenen im Mittelpunkt. Aus unserer Sicht ergibt sich die Aufgabe, Einrichtungen vorzusehen, die die Elternschaft in die Behandlung der Erwachsenen einbeziehen und sowohl den Elternteil als auch das Kind sowie die Interaktion zwischen Eltern und Kind bei der Behandlung im Blick haben. Bisher gibt es nicht viele Einrichtungen, die sich der Aufgabe stellen, Kinder nicht nur mit aufzunehmen sondern tatsächlich die Gestaltung der Elternrolle, die Interaktion mit dem Kind und die Betreuung des Kindes in Zeiten, in denen der Elternteil dazu nicht in der Lage ist, als gleichwertige Aspekte in die Behandlung einzubeziehen. In Einzelfällen ist es gelungen, *stationäre* Kinder- und *Jugendhilfe*einrichtungen beispielsweise in den Rahmen einer Einrichtung zur Suchtbehandlung zu integrieren und damit den Besonderheiten durch die Elternschaft eines erkrankten Erwachsenen Rechnung zu tragen.

Durch eine Beteiligung an der Kooperation und Vernetzung können Professionelle in Behandlungsstellen für Erwachsene einen Einblick in die Möglichkeiten der Unterstützung von Eltern in Bezug auf die Erziehung ihrer Kinder bekommen und dieses Wissen in ihre Behandlung einbeziehen. Der Blick erweitert sich dabei auf die Elternschaft der behandelten Erwachsenen und bezieht diese in die eigene Sicht und Planung mit ein.

3.1.4. SCHWANGERSCHAFTS (KONFLIKT) BERATUNGSSTELLEN ALS PARTNER

KURZ ZUSAMMENGEFASST

Die Aufgaben der *Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen* sind im Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz – SchKG) beschrieben. Hiernach hat jede Frau und jeder Mann das Recht, sich im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft bezüglich unmittelbar oder mittelbar mit der Schwangerschaft zusammenhängenden Fragen beraten zu lassen.

Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen haben neben den Gynäkologinnen und Gynäkologen den frühest möglichen Zugang zu Familien vor der Geburt eines Kindes und können Familien damit bei erkennbaren Risiken frühzeitig eigene Angebote machen oder auf Unterstützungs- und Hilfeangebote in den verschiedenen Systemen hinweisen oder Übergänge in diese vermitteln. Der Kontakt zu Familien entsteht zu einem Zeitpunkt, an dem Eltern nach der Entscheidung für das Kind meist hoch motiviert sind, die Elternschaft positiv zu gestalten. Durch die Möglichkeit, Zugänge zu finanziellen Hilfen zu vermitteln, genießen sie zudem den Ruf einer tatkräftigen und konkreten Unterstützung von Frauen und Familien in der Schwangerschaft. Durch die meist weniger bekannte zeitliche Zuständigkeit der Beratungsstellen von der Schwangerschaft bis zum Ende des dritten Lebensjahres des Kindes ergibt sich die Möglichkeit, die Familie früh beginnend und über einen längeren Zeitraum in einer sensiblen Phase der Entwicklung zu begleiten und ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Angebote der Elternbildung oder Beratung nach der Geburt des Kindes sind Ergänzungen zur Beratung in der Zeit der Schwangerschaft und können ein wesentlicher Baustein im Aufbau eines differenzierten Angebotsspektrums einer Kommune sein. Um auf ihre weiteren Möglichkeiten der Unterstützung aufmerksam zu machen, haben sich *Schwangerschaftsberatungsstellen* im Zusammenhang unseres Projektes in „Beratungsstellen für Schwangere und Eltern mit Kleinstkindern“ umbenannt. Durch ihre eigenständige Stellung außerhalb der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen könnten *Schwangerschaftsberatungsstellen* eine Brückenfunktion zwischen den beiden Systemen einnehmen, indem Unterstützungs- und Hilfemöglichkeiten beider Systeme in die Beratung einbezogen werden und damit die Türen für Familien in beide Richtungen geöffnet werden.

Aufgrund eines separaten Beratungsgesetzes (SchKG) für *Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen* sind diese rechtlich gesehen auf einer kleinen Insel, da das Gesetz weder zum Sozialgesetzbuch der Kinder- und Jugendhilfe noch zu dem der *Gesundheitshilfe* gehört. Die Verschwiegenheitsanforderung und die Besonderheit, dass die Beratenen auf Wunsch auch anonym bleiben dürfen (§ 6 Abs. 2 SchKG) haben das Bild geprägt, *Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen* seien in einer außergewöhnlichen Sonderstellung. Bei genauer Betrachtung der Bestimmungen zeigt sich jedoch, dass diese Beratungsstellen datenschutzrechtlich gesehen viele Vorschriften mit denen für andere Beratungsstellen teilen: Die Schwelle des rechtfertigenden Notstands (§ 34 StGB), das Zeugnisverweigerungsrecht (§ 53 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3a StPO) teilen sie mit allen anderen Beratungsstellen (§ 53 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 StPO).

Die datenschutzrechtlichen Vorbehalte sind bei näherem Hinsehen also eher ein rein methodisches Problem. Das Angebot der absoluten Verschwiegenheit kann sich auch in der Schwangerschafts(konflikt)beratung nur auf die Entscheidungsfrage zum Schwangerschaftsabbruch beziehen. Bei allen anderen Beratungsgegenständen unterscheidet sich das sehr breite Beratungsangebot nach § 2 SchKG

„Gerade hier an die Schwangerschaftsberatungsstelle, an die kann ich natürlich verweisen, weil die ja auch Hilfeleistungen bieten können.“

„Und andererseits bin ich unglücklich wenn ich höre, das ist einfach nur so gelaufen, dass man halt den Zettel kriegt.“

nicht bzw. kaum von dem in Beratungsstellen der Kinder- und *Jugendhilfe* oder der Eheberatung (Meysen, persönliche Mitteilung).

Profitieren können die *Schwangerschaftsberatungsstellen* von der Einbindung in das *Netzwerk Früher Hilfen* durch die Verbreiterung ihrer Wissensbasis über Angebote in ihrem Einzugsgebiet und durch die Möglichkeit, Impulse für die Ausdifferenzierung des Angebotsspektrums aus ihrer Erfahrung in die Arbeit des Runden Tisches einzugeben. Persönliche Kontakte verbessern darüber hinaus die Gestaltung eines eventuell erforderlichen Übergangs in andere Hilfesysteme und das Gefühl, die anvertrauten Familien in gute Hände zu übergeben.

3.1.5. WEITERE PARTNER IN DER VERNETZUNG

DIE ARBEITSVERWALTUNG, SOZIALHILFE BZW. ARBEITSGEMEINSCHAFTEN DER ARBEITSAGENTUREN (ARGE)

Im Rahmen des „Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt“ (Hartz IV) wurden die Leistungen und die Zuständigkeiten der *Sozialhilfe* (Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch, *Sozialhilfe*, SGB XII) und der Grundsicherung für Arbeitssuchende (Zweites Buch Sozialgesetzbuch, Grundsicherung für Arbeitssuchende, SGB II) neu geregelt. Die Kommunen sind nach wie vor Träger der *Sozialhilfe*, wenn auch für den Teil der klassischen *Sozialhilfe* für Hilfe zum Lebensunterhalt nur noch ein sehr beschränkter Anwendungsbereich übrig bleibt. Sie sind darüber hinaus in die Betreuung von Arbeitssuchenden eingebunden, zuvor alleinige Aufgabe der Bundesagentur für Arbeit.

Gemäß dem Vorschlag der Hartz-Kommission entstanden *Arbeitsgemeinschaften* zwischen Kommunen und Agenturen für Arbeit, die so genannten *ARGE*n, die in einem kooperativen Modell die Aufgaben gemäß dem SGB II in Jobcentern organisieren. In einigen Fällen haben sich die Kommunen und die Agenturen für Arbeit allerdings für eine getrennte Trägerschaft entschieden und die traditionelle Arbeitsverwaltung und das Sozialamt beibehalten. In einem dritten Modell, dem so genannten Optionsmodell, setzen einige Kommunen, zu denen auch die Stadt Erlangen gehört, in alleiniger Zuständigkeit und zunächst zeitbegrenzt ohne die Agenturen für Arbeit die Leistungen des SGB II um.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dieser Organisationsformen haben Zugang zu Klienten in finanziell belasteten Lebensverhältnissen. Gerade bei jungen Eltern kann dies auch mit weiteren Belastungssituationen wie allein erziehender Elternteil, Minderjährigkeit der Eltern, psychischen oder Suchterkrankungen kombiniert sein. Damit bestehen regelhafte Kontakte zu Zielgruppen, die in den Systemen der Kinder- und *Jugendhilfe* und des *Gesundheitswesens* nicht ohne weiteres erreichbar sind.

Durch die Einbeziehung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der *ARGE*n bzw. auch der getrennt organisierten Arbeitsagenturen bzw. Sozialämter in die Vernetzung zur *Prävention* von *Kindeswohlgefährdung* bietet sich die Chance, auch allgemein schwer erreichbare Eltern auf Hilfebedarf anzusprechen, auf Angebote aufmerksam zu machen und gegebenenfalls den Übergang in andere Hilfesysteme zu begleiten. Die Jobcenter, Arbeitsagenturen bzw. Sozialämter können durch eine Erweiterung der ihnen zur Verfügung stehenden Informationen über Hilfemöglichkeiten und die Möglichkeit der eigenen Beratung in kritischen Fällen profitieren sowie durch die Chance, mit gefährdeten Eltern eine qualifizierte Lösung finden zu können.

Reibungspunkte in der Zusammenarbeit entstehen hier häufig auch aus unterschiedlichen beruflichen Profilen, unterschiedlichen Sprachen und Herangehensweisen, die durch gegenseitige Information überbrückt werden können.

„Und ansonsten fand ich die Mitarbeiter vom Sozialamt ... eine sehr positive Frau, eine sehr nette, die auch direkt gesagt hat ‚wir machen alles möglich, damit die erst mal aus dem Obdach rauskommen, damit die eine Chance bekommen fürs Leben‘. Und die hat damals eben auch alles machbar gemacht und hat auch die Sachen als ‚Eilsachen‘ behandelt.“

„Es gibt natürlich immer Mitarbeiter, ... gerade ARGE, also Sozialhilfe, die Teams sind eine ziemliche Katastrophe. ... Ja, und es gibt Mitarbeiter, da hat man das Gefühl, die sitzen auf ihrem eigenen Geld und müssen es rausgeben.“

DIE POLIZEI

Die Polizei als Exekutivorgan des Staates kommt an verschiedenen Stellen mit dem Thema *Kindeswohlgefährdung* in Berührung. Im Rahmen der Aufgaben, die öffentliche Sicherheit und Ordnung zu gewährleisten und Gefahren abzuwehren, werden Polizisten mit Familien in kritischen Situationen wie z. B. bei häuslicher Gewalt oder Drogenauffälligkeiten konfrontiert und bekommen damit einen Blick auf Kinder in Familien, die sich in bedrohlichen Situationen befinden können. In der Folge kann die Polizei im Rahmen der Eilzuständigkeit auch die Aufgaben und Interessen anderer Ämter vertreten, z. B. des *Jugendamtes* bei erforderlichen Inobhutnahmen. Im Zusammenhang mit der Aufgabe als Strafverfolgungsbehörde, die strafbare oder ordnungswidrige Handlungen erforscht, können Polizisten unter anderem mit den Folgen entgleister familiärer Beziehungen im Hinblick auf Kinder konfrontiert werden.

Vor allem in den erstgenannten Situationen kommt der Polizei auf dieser gesetzlichen Grundlage die Rolle einer Notfallhilfe in kritischen und zugespitzten Situationen zu, für die sie auch spezifisch ausgebildet ist. Fachkräfte der Polizei sind damit Spezialisten im Umgang mit Eskalationen, auch in Familien, und können bei Bedarf von Privatpersonen und Fachkräften hinzugezogen werden. Diese Kompetenz und die Information über Handlungsabläufe der Polizei kann in das *Netzwerk* eingebracht werden. Umgekehrt können Kinder in akuten Situationen wie etwa nach Einsätzen wegen häuslicher Gewalt und im Drogenumfeld gut begleitet werden, wenn sie von der Polizei an andere Helfer und Institutionen mit pädagogischen und psychologischen bzw. klinisch-therapeutischen Kompetenzen weitervermittelt werden.

FAMILIENGERICHTE

Wenn eine Gefährdung des *Kindeswohls* vorliegt und die Eltern des Kindes die Gefahr nicht abwenden wollen oder können, liegt es im Aufgabenbereich der *Familiengerichte* zu klären, wie das *Kindeswohl* unter den gegebenen Umständen am Besten zu sichern ist. Das „Gesetz zur Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen bei *Kindeswohlgefährdung*“ sieht hier seit April 2008 eine engere Zusammenarbeit und eine gemeinsame prozesshafte Begleitung von Familien durch das *Jugendamt* und das *Familiengericht* vor. Als neuen Bestandteil des familiengerichtlichen Kindeschutzverfahrens wurde eine „Erörterung der *Kindeswohlgefährdung*“ in das Gesetz aufgenommen. Danach soll das *Familiengericht* künftig mit den Eltern, dem *Jugendamt* und ggf. auch mit dem Kind mündlich erörtern, wie einer möglichen Gefährdung des *Kindeswohls* begegnet werden kann. Zur Verdeutlichung der vielfältigen Handlungsmöglichkeiten des Familiengerichts führt das Gesetz einen beispielhaften Maßnahmenkatalog ein, z. B. das Gebot, Hilfemaßnahmen der Kinder- und *Jugendhilfe* anzunehmen. Hierdurch wird geklärt, dass das *Familiengericht* auch Maßnahmen unterhalb eines Sorgerechtsentzugs anordnen kann. Weiterhin soll das *Familiengericht* künftig in angemessenem Zeitabstand, in der Regel nach drei Monaten, seine Entscheidung überprüfen, wenn es von Maßnahmen zur Sicherung des *Kindeswohls* absieht.

Für die anderen Partner der Vernetzung ist das Wissen über Abläufe und Möglichkeiten des Vorgehens in *Familiengerichten* von hoher Bedeutung. Damit können sie ihr Vorgehen in kritischen Fällen von *Kindeswohlgefährdung* entsprechend strukturieren und haben die Möglichkeit, in Kooperation mit den *Familiengerichten* auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinzuwirken oder schützende Grenzen nachhaltig zu verdeutlichen. Familienrichter haben über die Vernetzung die Chance, Zugang zu

„Also die Polizei ist nicht unwichtig an dieser Stelle, weil die durch die Einsätze – das hat sich in den letzten Jahren verstärkt – bei häuslicher Gewalt sehr oft auf Situationen überforderter Ehefrauen oder allein erziehender Mütter mit aggressivem Lebenspartner, aufmerksam werden und dann das Jugendamt informieren. Die Drogenszene ist nicht unwesentlich in dem Bereich.“

„Z. B. mit der Polizei. Da hat man immer ein bisschen ein ungutes Gefühl blöderweise. Aber das ist einfach so.“

„Es gibt keinen Kooperationspartner ‚Richter‘. Den gibt es nicht. Sollte es aber meiner Meinung nach dringend geben ...“

„Wir haben im letzten Jahr die Richter zu uns schon zweimal eingeladen. ... Und wir haben es immerhin geschafft gut [ein Drittel] zu erreichen und die haben dadurch auch noch mal eine andere Sicht der Dinge. Und wir können denen einfach auch noch mal stärker das Bedürfnis und Wohl des Kindes näher bringen. Das ist ein guter Schritt in der Wirklichkeit, den wir besprochen haben.“

medizinischer, pädagogischer und psychologischer Fachkompetenz im Umfeld von *Kindeswohlgefährdungen* zu bekommen, z.B. über spezifische Fortbildungen der jeweiligen Berufsgruppen für Familienrichter, die die familiengerichtlichen Entscheidungen im Einzelfall dann auf eine solide Basis von Wissen stellen können.

Der berechtigten Sorge von Familienrichtern, im Einzelfall wegen Vorabgesprächen und Befangenheit aus einem Verfahren genommen zu werden, kann durch eine klare Trennung zwischen allgemeiner Fortbildung im Umfeld von *Kindeswohlgefährdungen* und einzelfallbezogenen Besprechungen begegnet werden.

Neben den benannten Berufsgruppen und Institutionen gibt es **etliche weitere Organisationen** wie Mütterzentren, Selbsthilfegruppen, Stillgruppen und Babystuben, die einen wertvollen Beitrag in der Angebotspalette *Früher Hilfen* und der Gestaltung von Übergängen in weitere Hilfen leisten. Da die Zusammensetzung und die Arbeitsweise regional sehr unterschiedlich sein können, möchten wir auf eine allgemeine Darstellung verzichten, jedoch dringend auf die Einbeziehung dieser wertvollen Ressourcen hinweisen. Dabei ist die unterschiedliche Form des Engagements, hier meist auf der Grundlage ehrenamtlicher Tätigkeit, bei den anderen Institutionen auf der Grundlage hauptamtlicher Tätigkeit ein wichtiger Aspekt der Zusammenarbeit, der in seinen Auswirkungen im Blick behalten werden sollte.

3.2. DIE ANALYSE DER LOKALEN ANGEBOTS- UND VERNETZUNGS-STRUKTUREN

Über die Analyse der lokalen Angebots- und Vernetzungsstrukturen durch die Befragung aller Akteure kann ein möglichst breites und differenziertes Bild der Situation vor Ort entstehen, das Rückschlüsse auf Entwicklungsbedarf, aber auch erzielte Erfolge in der gemeinsamen Arbeit zulässt. Im Folgenden wollen wir beispielhaft unser Vorgehen im Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“ darstellen. Auch wenn andere Kommunen vielleicht nicht die Möglichkeiten der von uns eingesetzten Form der statistischen Auswertung haben, werden die Grundzüge des Vorgehens verdeutlicht und können dann entsprechend den lokalen Gegebenheiten modifiziert werden.

Im Modellprojekt wurden die Angebotsstrukturen der Kinder- und *Jugendhilfe* und des *Gesundheitswesens* sowie die Vernetzungsstrukturen zwischen Professionen und Institutionen der beteiligten Systeme an den Modellstandorten quantitativ mit spezifisch hierfür entwickelten Fragebogeninstrumenten erfasst (siehe Anhang B4). Um die Ausgangsbasis für den angestrebten Prozess der Differenzierung der Angebotsstruktur und der Weiterentwicklung der systematischen Vernetzungsstrukturen zwischen den einzelnen Akteuren zu klären und Veränderungen durch die Entwicklung im Rahmen des Modellprojektes erfassen zu können, wurde der jeweilige Stand zu Beginn und am Ende der Projektlaufzeit erhoben (Prä-Post-Erhebung). Veränderungen durch das Projekt konnten so längsschnittlich aufgezeigt werden.

Die beschreibende und graphische Darstellung der vorhandenen Angebote und der lokalen Netzwerkstrukturen zu Beginn des Prozesses wurden von uns im Rahmen der zweiten Runden Tische (siehe Kapitel 4) an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer rückgemeldet. Lücken im Netz konnten so identifiziert werden, bilaterale und multilaterale Kontakte bis hin zur gesamten Netzstruktur (z.B. die Kontaktdichte von Netzen, Akteure mit zentralen Positionen in Netzen) ließen sich in den Blick nehmen und konnten wesentliche Impulse für die weitere Ausgestaltung von Angeboten und Vernetzungsstrukturen geben. Dieses Vorgehen hat sich als eine ausgezeichnete didaktische Methode

erwiesen, um die vorhandenen Strukturen zielgenau und bezogen auf die örtlichen Gegebenheiten weiter entwickeln zu können (Action Research).

3.2.1. DIE FRAGEBÖGEN

Für die Analyse der Angebots- und der Vernetzungsstruktur wurden zwei Fragebögen entwickelt (siehe Anhang B1 und B4).

Der Fragebogen „**Vorstellung der Institution**“ beinhaltet Fragen zu Rahmendaten und zur Struktur von Organisationen. Insbesondere wurden formale (Name, Kontaktdaten, Träger) und inhaltliche Informationen (Zielgruppen, Angebote und Angebotsformen insbesondere für Familien mit Kindern bis zu drei Jahren) sowie die Qualifikation der Fachkräfte und die Leistungsfinanzierung erfragt. Um ein möglichst umfassendes Bild der Gesamtorganisation zu erhalten, haben wir vor allem leitende Personen der relevanten Einrichtungen befragt.

Auf der Grundlage der Rückläufe entstand ein Bild der vorhandenen institutionellen Strukturen und Ressourcen, die im Verlauf des Vernetzungsprozesses effizient koordiniert und bei Bedarf differenziert werden konnten.

Die Ergebnisse der Befragung mit dem Institutionsfragebogen ließen sich weiterhin für die Erstellung eines elektronischen oder gedruckten lokalen „Branchenbuchs Frühe Hilfen“ nutzen, in dem Professionelle oder auch Eltern rasch den Weg zu geeigneten Hilfen finden können. Um diese Möglichkeit für alle Modellstandorte offen zu halten, wurden von den Befragten Einverständniserklärungen für die Veröffentlichung der Daten erbeten (Beispiel eines lokalen „Branchenbuchs Frühe Hilfen“ siehe Abbildung 5).

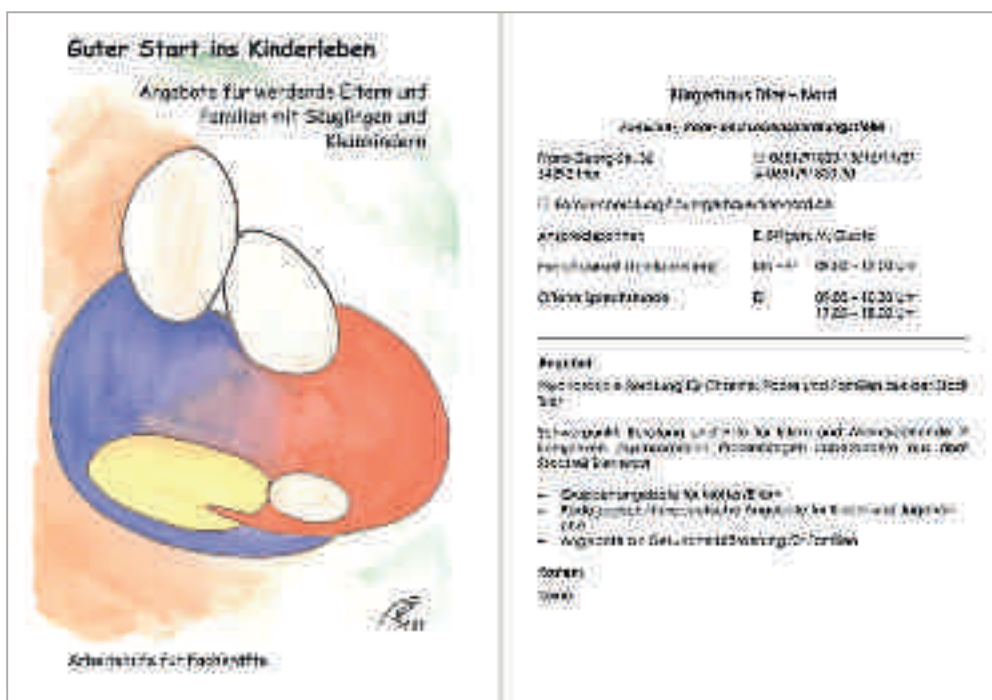


Abbildung 5

ABB. 5: BEISPIEL EINES GEDRUCKTES LOKALEN BRANCHENBUCHS FRÜHE HILFEN AUS TRIER

Im **Vernetzungsfragebogen** wurden Mitarbeiter von relevanten Einrichtungen zunächst zur Art ihrer Institution und ihrer beruflichen Funktion in diesem Rahmen befragt. Anschließend standen Fragen zu Kooperationspartnern im Mittelpunkt und zwar danach, zu welchen Institutionen oder Berufsgruppen berufliche Kontakte bestehen, welche davon innerhalb des eigenen Stadt- oder Landkreises angesiedelt sind, die fallbezogene Kontakthäufigkeit, Kontaktanlässe und die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit. Diese Fragen wurden für alle Institutionsarten oder niedergelassenen Berufsgruppen aus der Kinder- und *Jugendhilfe* sowie dem *Gesundheitswesen* gestellt, die aus unserer Sicht zentral für das Thema und durchgängig an allen Standorten oder im Umkreis vorhanden sind. Am Ende des Fragebogens konnten standortspezifische Institutionen oder Berufsgruppen entsprechend ergänzt werden.

Die gewählten Parameter waren geeignet, sowohl die Quantität als auch die Qualität der Kooperationsbeziehungen angemessen widerzuspiegeln und damit die Vernetzungsrealität möglichst umfassend abzubilden. Beim Einsatz des Fragebogens zur Verlaufsbeobachtung konnten Veränderungen auf beiden Ebenen erkennbar gemacht werden.

3.2.2. DIE ORGANISATION DER BEFRAGUNG

Ein wichtiger Schritt zu Beginn des Vorhabens war die Definition der Systemgrenzen, d.h. die **Entscheidung** darüber, welche Institutionen und Berufsgruppen in die Befragung einbezogen werden sollten (gehören medizinische Co-Therapeuten mit ins Netz? welche Ärzteguppen?) und des regionalen Rahmens, in dem die Befragung stattfinden soll (soll die Geburtsklinik oder Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, die nicht zum Stadtgebiet oder Landkreis gehört, für die Versorgung der Patienten aber zuständig ist, mit einbezogen werden?). Für die Entscheidung und die anschließende **Recherche der Adressen** von Institutionen oder Personen konnten die Expertise der bisherigen Ansprechpartner und öffentliche Verzeichnisse (Branchenbücher, Verzeichnisse der *Landesärztekammern* und Ämter, Gelbe Seiten, Telefonbücher, Internetportale) genutzt werden.

In einem Anschreiben (siehe Anhang B2 und B5) wurden den Befragten die wichtigsten Informationen zum Projekt und zum weiteren Vorhaben vermittelt sowie der Schutz der personenbezogenen Daten und die anonymisierte Auswertung für die Vernetzungsanalyse zugesagt. Ergänzend wurden ein Beiblatt mit Bearbeitungs- und Ausfüllhinweisen, die Einverständniserklärung zur Veröffentlichung der Daten der Angebotsanalyse in einem „Branchenbuch Frühe Hilfen“ sowie die entsprechend adressierten und frankierten Rückumschläge für die beiden Fragebögen beigefügt. Der anonyme Vernetzungsfragebogen und der notwendigerweise nicht anonyme Institutionenfragebogen mit der Einwilligungserklärung zur Datenveröffentlichung sollten separat zurückgesendet werden. Die Zustellung des Materials erfolgte über den Postweg.

MERKZETTEL: WAS GEHÖRT IN DEN UMSCHLAG ZUR BEFRAGUNG?

- Anschreiben mit Informationen zum Projekt und zum Vorhaben sowie zum Datenschutz
- Fragebögen zur Angebots- und Vernetzungsanalyse
- Beiblatt mit Bearbeitungs- und Ausfüllhinweisen
- Adressierte und frankierte Rückumschläge
- Einverständniserklärung zur Veröffentlichung der Daten der Angebotsanalyse

FÜR DIE, DIE ES GENAU WISSEN WOLLEN

Bei Fragebogenerhebungen ist erfahrungsgemäß mit einem Rücklauf von etwa 20% zu rechnen. Je kleiner die Anzahl der Befragten ist, desto schwieriger wird es, mit einem geringen Rücklauf aussagekräftige Ergebnisse zu erzielen. Häufig wird es nicht gelingen, eine Vielzahl von niedergelassenen Kinderärzten, Frauenärzten etc. zum Ausfüllen eines Fragebogens zu bewegen. Wichtig ist aber, dass hinreichend viele Repräsentanten aus diesem Feld zu Wort kommen. In anderen Bereichen, wie z. B. bei den *Familiengerichten*, beim *Gesundheitsamt* etc., ist es praktisch unverzichtbar, dass die wenigen potentiellen Ansprechpartner alle ihre Bögen ausfüllen, damit dieses Feld repräsentiert wird. Daher ist bei regional eng begrenzten Befragungen eine gute Vorbereitung durch **Information und Motivation der Betroffenen**, z. B. über bestehende Kontaktwege oder öffentliche Informationen in der Presse, unerlässlich. Die Zeit für den Rücklauf sollte angemessen angesetzt werden (circa vier Wochen zwischen Erhalt der Unterlagen und der letzten Rücksendemöglichkeit) und Ferien- sowie Festzeiten berücksichtigen.

Wir empfehlen, die **Datenerhebung über den Postweg** zu organisieren, um möglichst viele Akteure zuverlässig zu erreichen.

3.2.3. DIE AUSWERTUNG DER ERHEBUNG

Die Vielzahl und Verschiedenartigkeit der Akteure im *Netzwerk* machte für die **Aufbereitung und Veranschaulichung der Ergebnisse** der jeweiligen Vernetzungssituation eine **Sortierung und Strukturierung** der beteiligten Institutionen und Berufsgruppen erforderlich. Wir haben dies anhand von zwei Dimensionen, den Entwicklungsanforderungen des Kindes und der damit verbundenen Angebotsstruktur für Familien einerseits und der Differenzierung nach der Zugänglichkeit von Institutionen (niedrigschwellig vs. hochschwellig), vorgenommen. Vor diesem Hintergrund entstanden drei **Teilnetze**, nämlich das Teilnetz „**Rund um die Geburt**“, das Teilnetz „**Frühe Hilfen für Familien**“ und das Teilnetz „**Spezifische Risikolagen und Angebote**“. Das Teilnetz „Frühe Hilfen für Familien“ entspricht dem niedrigschwelligen, das Teilnetz „Spezifische Risikolagen und Angebote“ dem hochschwelligen Sektor. Die Aufgaben einzelner Institutionen und Berufsgruppen konnten in mehreren Teilnetzen liegen, sie wurden dann mehrfach in die entsprechenden Teilnetze aufgenommen (z. B. waren die Kinderärzte mit ihren Aufgaben sowohl „Rund um die Geburt“ als auch bei „Frühe Hilfen für Familien“ einzuordnen und auch bei spezifischen Risikolagen). Jedes Teilnetz wurde anschließend für sich analysiert, so dass Impulse für die weitere Gestaltung des Vernetzungsprozesses abgeleitet werden konnten.

Inhaltlich wurden zunächst die **bilateralen Kontakte** zwischen den Akteuren im jeweiligen Netz analysiert. Die Kontaktbereitschaft, die Kontakthäufigkeit und die Zufriedenheit mit den Kontakten wurden einbezogen. Die Ergebnisse wurden nicht auf die Akteurebene, sondern auf die institutionelle Ebene bezogen, um darstellen zu können, ob Kontakte bzw. Kooperationsbeziehungen zwischen den jeweiligen Institutionen bestehen und wie die Qualität von den Befragten beurteilt wird. In der graphischen Darstellung der *Netzwerke* wurden symmetrische (d. h. beidseitig benannte Kooperationen) und asymmetrische (d. h. einseitig benannte) Kooperationsbeziehungen mit Hilfe von Pfeilspitzen erkennbar gemacht. Für die Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit den jeweiligen Kooperationsbeziehungen wurde ein Plus oder Minus auf dem Pfeil zwischen den Institutionen eingetragen (und mit der Nähe zum jeweiligen Akteur diesem zugeordnet). Hierzu wurden die gerundeten durchschnittlichen Werte aller eingegangenen Fragebögen ermittelt. Auf die Rückmeldung genauerer Werte wurde verzichtet, da diese Form der Rückmeldung anschaulich ist und ausreicht,

um Impulse für die weitere Entwicklung zu geben, ohne die betreffenden Berufsgruppen und Institutionen in eine defensive Haltung zu bringen.

Darüber hinaus wurden so genannte **Netzwerkanalysen** auf deskriptiver Ebene durchgeführt (vgl. Kapitel 2). Eine Netzwerkanalyse informiert über soziale bzw. strukturelle Beziehungen innerhalb eines sozialen Systems, wie es eben die unterschiedlichen Institutionen und Berufsgruppen vor Ort darstellen.

FÜR DIE, DIE ES GENAU WISSEN WOLLEN

Für die Netzwerkanalyse liegt der Fokus der Analyse auf der Beziehung zwischen zwei Individuen in einem *Netzwerk* (jeder Wert repräsentiert eine Beziehung zwischen zwei Entitäten in einem *Netzwerk* (vs. Repräsentation der Attribute von Entitäten)). Erfasst wurden die Kontakte zwischen den Kooperationspartnern, und dabei die Häufigkeit und die jeweilige Zufriedenheit mit den Kontakten sowie die zentralen Positionen der jeweiligen Akteure im *Netzwerk*. Es wurden beziehungsspezifische Berechnungen auf der Basis von Datenmatrizen durchgeführt (Einheiten in Spalten und Zeilen; deskriptive und graphische Analysen mit dem Softwareprogramm UCINET). Darüber hinaus wurden übliche Berechnungen von Häufigkeiten, Mittelwerten und Kontingenztabellen (Phi-Koeffizient) erstellt.

3.2.4. EIN BEISPIEL ZUR VERNETZUNGSANALYSE

Für die Veranschaulichung der Ergebnisse einer Vernetzungsanalyse haben wir beispielhaft zwei Netze „Rund um die Geburt“ ausgewählt und genauer beschrieben. Bei den anderen Netzen beschränken wir uns hier kurz auf die Darstellung ihrer Zusammensetzung.

In das Netz „Frühe Hilfen für Familien“ wurden Kinderärzte, Kindertagesstätten, Hausärzte, *Erziehungsberatungsstellen*, Frühförderstellen und das *Jugendamt* aufgenommen. Am Beispiel der Kinderärzte wird deutlich, dass Berufsgruppen und Institutionen mehrfach in den Netzen dargestellt wurden, wenn sie aufgrund ihres Profils Aufgaben in mehreren Netzen wahrnehmen.

Das Netz „spezifische Risikolagen und Angebote“ ist das umfangreichste. Kinderschutzstellen, Sozialpädiatrische Zentren, Frühförderstellen, Kinderärzte, Kinderkliniken, psychiatrische Einrichtungen für Kinder bzw. Jugendliche und Erwachsene, Suchteinrichtungen, die Polizei und das *Jugendamt* wurden hier zusammengefasst. Die Vielzahl der Einrichtungen und ihr breites Spektrum machen deutlich, dass die Gestaltung der Vernetzung in diesem Bereich besondere Herausforderungen an die Akteure stellt.

Das *Jugendamt* in seiner besonderen Rolle beim Thema *Kindeswohlgefährdung* und *Prävention* wurde in alle drei Teilnetze aufgenommen. Vielfach ist das *Jugendamt* erst bei besonderen Risikolagen der Familien im Bewusstsein der anderen Helfer und hat meist keine direkten und regelhaften Kontakte zu Familien, bevor ein deutlicher Hilfebedarf besteht. Wenn Hilfen jedoch so früh wie möglich angeboten werden sollen, ist es unerlässlich, dass das *Jugendamt* Kontakte mit den entsprechenden niedrigschwelligen Professionen und Institutionen pflegt.

DAS NETZ „RUND UM DIE GEBURT“

Am Beispiel eines ländlichen und eines städtischen Modellstandortes lässt sich mit dem Fokus auf die Rolle des *Jugendamtes* im Folgenden illustrieren, dass die Ausgangsbedingungen der Netzwerke an einzelnen Standorten sehr unterschiedlich sein können und es daher spezifisch zugeschnittener und differenzierter Ansatzpunkte für die Optimierung bestehender Netzwerke bedarf.

Wie bereits benannt, wurden Frauenärzte, *Schwangerschaftsberatungsstellen*, Geburtskliniken, *Hebammen*, Kinderärzte und das *Jugendamt* zum Netz „Rund um die Geburt“ zusammengefasst. Die genannten Institutionen mit Ausnahme des *Jugendamtes* haben im Umfeld der Geburt Kontakt zu werdenden oder jungen Eltern. Für die Analyse der Netzwerke wurden sowohl die Quantität (z. B. die angegebene Kontakthäufigkeit) als auch die Qualität (Zufriedenheit mit den Kontakten) der Kontakte mit berücksichtigt.

Bezüglich der **angegebenen Kontakte** zwischen Institutionen und Berufsgruppen zeigte sich an einem **ländlichen Standort** folgendes Bild (Abb. 6):

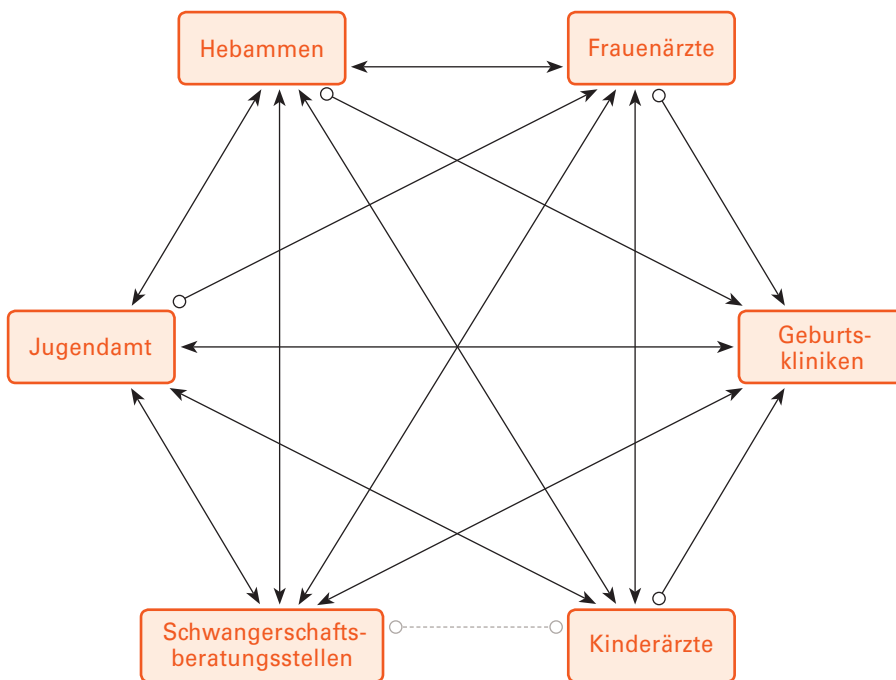


Abbildung 6

ABB. 6: RUND UM DIE GEBURT – KONTAKTE ZWISCHEN INSTITUTIONEN UND BERUFSGRUPPEN AN EINEM LÄNDLICHEN STANDORT

Institution hat sich an der Befragung beteiligt

○ → einseitige Kontaktaufnahme

↔ wechselseitige Kontaktaufnahme

○-----○ kein bestehender Kontakt

In Bezug auf die Rolle des *Jugendamtes* wird in der Grafik der ländlichen Kommune deutlich, dass das *Jugendamt* Kontakte zu allen anderen Beteiligten dieses Netzes angibt. Mit Ausnahme der befragten Gynäkologinnen und Gynäkologen werden diese Kontakte auch von den Kooperationspartnern angegeben. Ein Entwicklungsbedarf kann hier also für die Kooperation zwischen *Jugendamt* und den niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzten im Sinne einer wechselseitigen Kontaktgestaltung angenommen werden.

Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass weitere Lücken zwischen *Schwangerschaftsberatungsstellen*, Geburtskliniken und den niedergelassenen Kinderärztinnen und Kinderärzten sowie zwischen Frauenärzten, Hebammen und den Geburtskliniken deutlich werden.

An einem **städtischen Standort** stellte sich die Situation dem gegenüber folgendermaßen dar (Abb. 7):

Abbildung 7

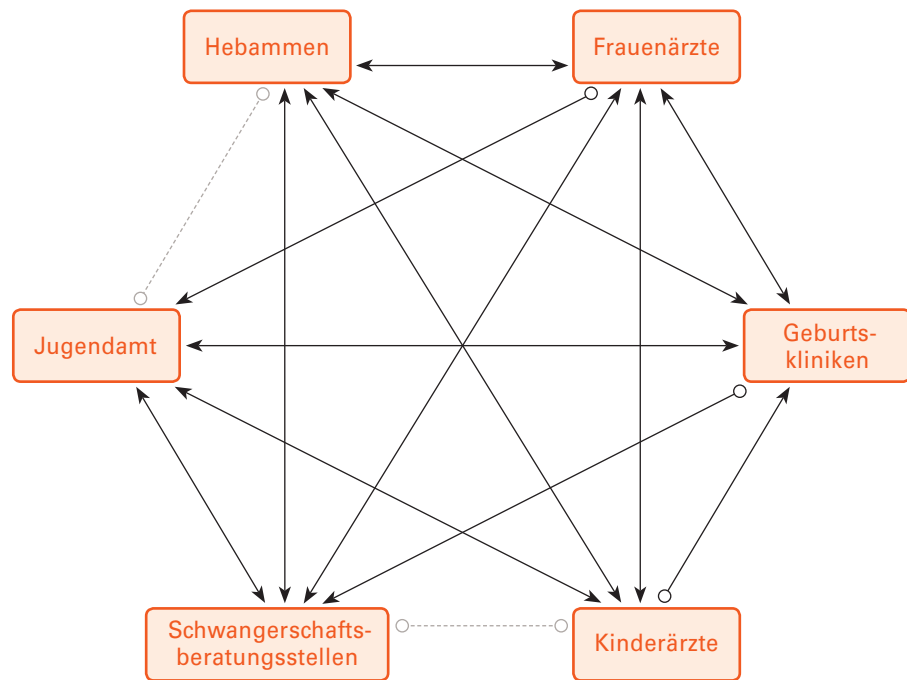


ABB. 7: RUND UM DIE GEBURT – KONTAKTE ZWISCHEN INSTITUTIONEN UND BERUFSGRUPPEN AN EINEM STÄDTISCHEN STANDORT

Hier wurden beidseitige Kontakte des *Jugendamtes* zu den Kinderärzten, den Geburtskliniken und den *Schwangerschaftsberatungsstellen* angegeben, während einseitige Kontakte der Frauenärzte zum *Jugendamt* und keine Kontakte zwischen *Jugendamt* und den Hebammen benannt wurden. Entwicklungsbedarf kann also für die Kommunikation des *Jugendamtes* mit den niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie den Hebammen angenommen werden.

Daneben werden auch zwischen anderen Institutionen dieses *Netzwerkes* Kommunikationslücken deutlich.

Im Rahmen dieser grafischen *Netzwerke* wird noch keine Gewichtung der angegebenen Kontakte vorgenommen. Über diese beschreibende Analyse hinaus lassen sich jedoch Unterschiede über die **Kontakthäufigkeiten** herausarbeiten, mit denen ein jeweiliger Akteur im Netz andere kontaktiert

bzw. kontaktiert wird. Dies gibt genaueren Aufschluss über das Gewicht und die Bedeutung der angegebenen Kontakte.

FÜR DIE, DIE ES GENAU WISSEN WOLLEN

Um die Aktivitäten der Akteure im *Netzwerk* zu untersuchen, wurden alle Kontakte zwischen dem einen Akteur und allen anderen Partnern im *Netzwerk* gezählt. Diese Anzahl von Kontakten wird als „Degree Out“ bezeichnet.

Um darüber hinaus die Relevanz zu untersuchen, die ein jeweiliger Akteur im *Netzwerk* für alle anderen Partner hat, wurden alle Kontakte gezählt, die diesen Akteur erreichten. Diese Anzahl von Kontakten wird als „Degree In“ bezeichnet.

Der so genannte Zentralitätsindex „Betweenness“ ermöglicht Aussagen darüber, wie viele Kontakte jeweils gezählt werden, und wie viele Kontakte darüber hinaus über eine jeweilige Schnittstelle laufen. Je höher der Zentralitätsindex ist, umso zentraler ist die Position, die eine Berufsgruppe oder Institution im Netz einnimmt, d. h., umso höher ist die integrative Funktion.

RUND UM DIE GEBURT – RICHTUNG DER KONTAKTE UND ZENTRALITÄT IN EINEM LÄNDLICHEN UND EINEM STÄDTISCHEN STANDORT

Tabelle 3

ländlicher Standort				städtischer Standort			
Jugendamt	25	24	132	Kinderärzte	22	19	62
Kinderärzte	21	23	56	Frauenärzte	21	28	21
Frauenärzte	17	14	36	Jugendamt	17	22	26
Schwangersch.beratungsst.	15	17	65	Schwangersch.beratungsst.	16	17	43
Hebammen	11	12	20	Hebammen	7	17	4
Geburtskliniken	7	16	7	Geburtskliniken	9	14	3

Das Jugendamt ist Teil der Kinder- und Jugendhilfe, alle anderen Institutionen gehören dem Gesundheitswesen an.

Degree Out

Degree In

Betweenness

Im Vergleich zwischen den beiden hier beispielhaft herangezogenen Standorten stand das Jugendamt am **ländlichen Modellstandort** hinsichtlich der von ihm initiierten Kontakte zu allen anderen Partnern im Netz an erster Stelle. Geburtskliniken und Hebammen hingegen gaben vergleichsweise wenig Kontakte zu anderen Partnern im Netz an (vgl. Tabelle 3, Degree Out). Auch bei den eingehenden Kontakten wird das Jugendamt am ländlichen Standort am häufigsten genannt, gefolgt von den niedergelassenen Kinderärzten (Degree In).

Im Unterschied dazu steht das Jugendamt in der **städtischen Kommune** an dritter Stelle hinsichtlich der von ihm initiierten Kontakte zu den anderen Partnern im Netzwerk. Kinderärzte und Frauenärzte gehören hier zu den Institutionen mit den meisten von ihnen genannten Institutionen zu anderen im Netz. Frauenärzte sind hier die Berufsgruppe mit den meisten eingehenden Kontakten (vgl. Tabelle 3).

Ergänzend hierzu kann analysiert werden wie häufig ein jeweiliger Akteur auf dem kürzesten Weg zwischen zwei anderen Institutionen liegt. Eine solche Position lässt sich als eine integrative Funktion im Netz interpretieren („Gatekeeper“).

Am Beispiel der hier dargestellten Modellkommunen nimmt das Jugendamt in der **ländlichen Region** diese integrative Funktion innerhalb des Gesamtnetzes an erster Stelle ein (vgl. Tabelle 3, Betweenness). Dem gegenüber wird diese integrative Funktion des Jugendamtes in der städtischen Kommune eher nachrangig wahrgenommen (vgl. Tabelle 3). Auch vor dem Hintergrund der gesetzlich vorgegebenen Steuerungsfunktion des *Jugendamtes* lägen hier also wichtige Weiterentwicklungen, die Kontakte des *Jugendamtes* zum Gesundheitsbereich zu verstärken und damit auch seine integrative Funktion hervorzuheben.

Über die Informationen der Kontakthäufigkeiten im Netz hinaus lässt sich die jeweilige **Zufriedenheit mit den professionellen Kontakten** zu anderen Akteuren im Feld bzw. die wahrgenommene Qualität der Kontakte analysieren (Abb. 8).

Abbildung 8

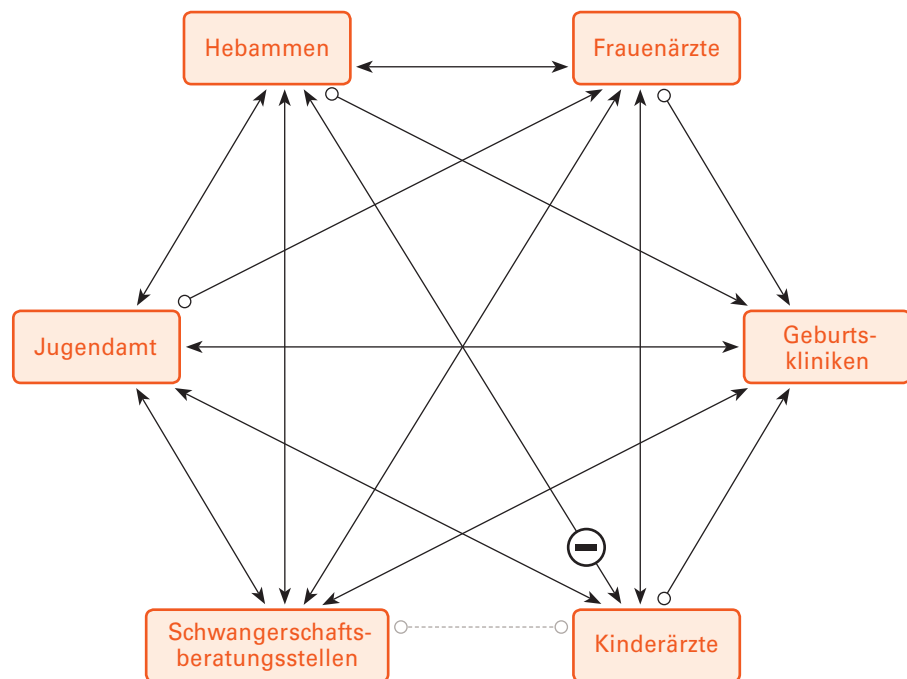




ABB. 8: RUND UM DIE GEBURT – QUALITÄT DER KONTAKTE AN EINEM LÄNDLICHEN STANDORT

- 
 Linien mit einem negativen Zeichen symbolisieren Kontakte, die negativ eingeschätzt wurden, die Nähe des Zeichens zur jeweiligen Berufsgruppe bzw. Institution definiert den Sender.
- 
 Linien ohne Zeichen symbolisieren positiven Kontakt. Analysiert wurden Mittelwerte (zufrieden vs. nicht zufrieden mit dem Kontakt).

Am Beispiel des **ländlichen Standorts** lässt sich ablesen, dass alle Berufsgruppen bzw. Institutionenangaben, zufrieden mit der Qualität der Kontakte zu den jeweiligen Partnern im Feld zu sein. Ausnahme waren die niedergelassenen Kinderärzte, die äußerten, nicht zufrieden mit dem Kontakt mit den Hebammen zu sein (Abb. 8).

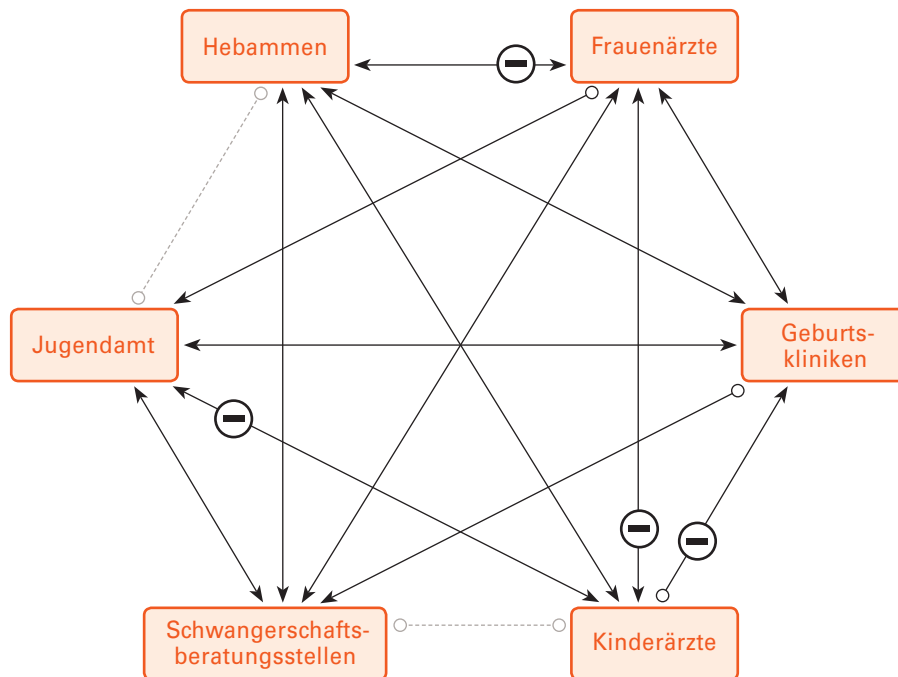


Abbildung 9

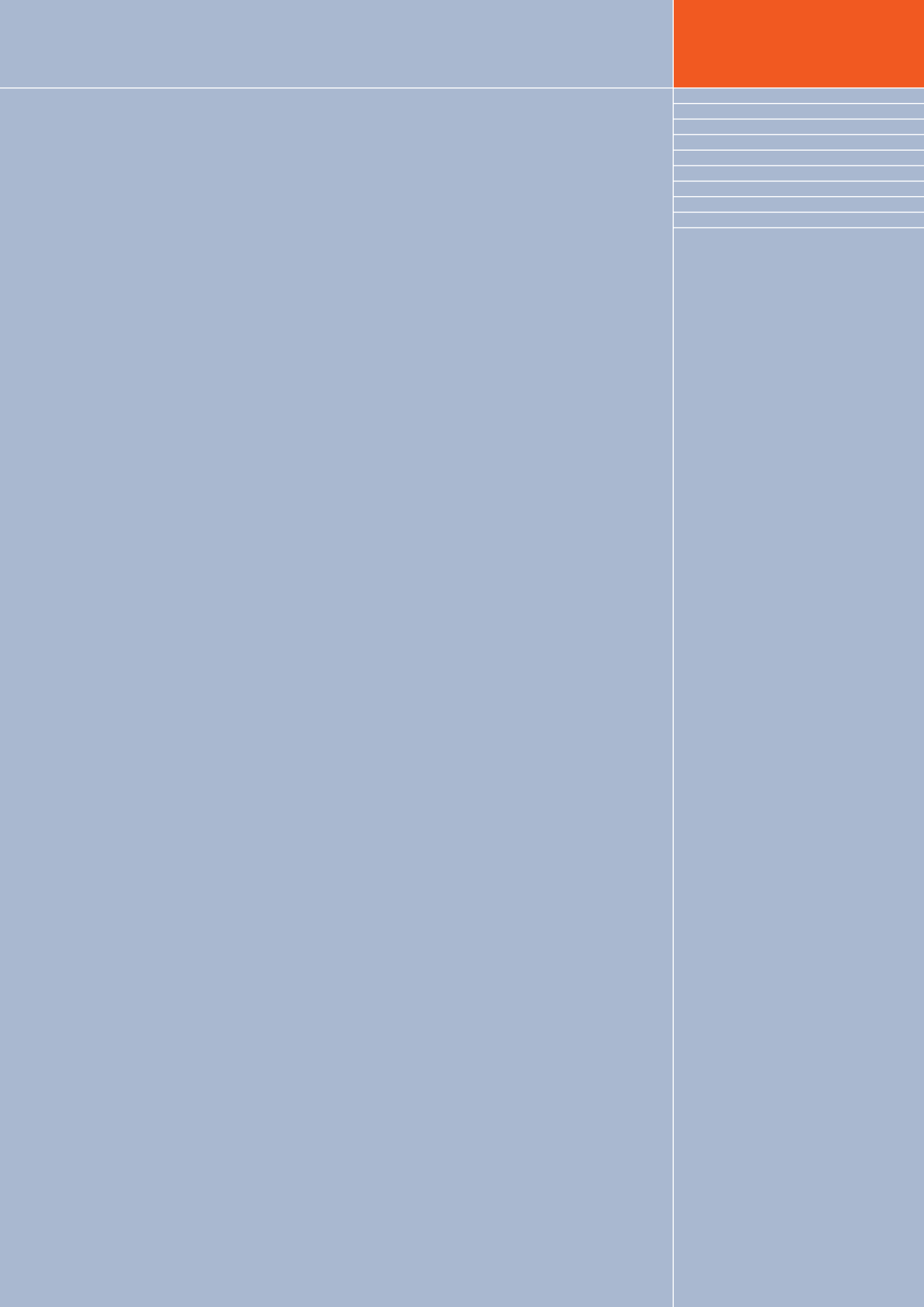
ABB. 9: RUND UM DIE GEBURT – QUALITÄT DER KONTAKTE AN EINEM STÄDTISCHEN STANDORT

Dem gegenüber fanden sich in der **städtischen Kommune** mehrere negativ eingeschätzte Kontakte mit anderen Akteuren im Feld. Danach äußerten die Befragten aus dem *Jugendamt*, nicht zufrieden mit dem Kontakt mit den Kinderärzten zu sein. Die Kinderärzte wiederum gaben an, nicht zufrieden mit der Qualität der Kooperationen mit der Frauenklinik und mit den Gynäkologen zu sein, zudem bewerteten die Gynäkologen die Zusammenarbeit mit den Hebammen negativ (Abb. 9).

In einer **Gesamtbewertung** kann festgestellt werden, dass das *Jugendamt* des **ländlichen Modellstandortes** zum Befragungszeitpunkt im Netz „Rund um die Geburt“ mit allen Institutionen und Berufsgruppen in mindestens einseitigem Kontakt (zu den Frauenärzten) stand, und in der Bewertung der jeweiligen Kontakthäufigkeiten eine zentrale und integrierende Rolle in diesem Netz innehatte. Die Zufriedenheit mit den Kontakten war insgesamt hoch und deutete auf funktionale Wege zwischen den Beteiligten hin.

Am **städtischen Standort** waren neben einseitigen Kontakten (Frauenärzte zum *Jugendamt*) auch Kontaktlücken (zu den Hebammen) zu erkennen. Eine integrierende Funktion des *Jugendamtes* war (noch) nicht gegeben und die Zufriedenheit mit den Kontakten stellte sich insgesamt deutlich geringer als am ländlichen Standort dar. Die Funktionalität dieses Netzes verdeutlichte den Bedarf an gezielter Weiterentwicklung.

Insgesamt zeigte sich an allen Modellstandorten, dass durchaus nicht jede der relevanten Berufsgruppen oder Institutionen, die rund um die Geburt (werdende) Eltern und ihre Neugeborenen und Säuglinge betreuen, im Rahmen der Fallarbeit bzw. auch fallübergreifend zu Beginn des Modellprojektes miteinander im Kontakt standen. Ebenso zeigte sich, dass die Kontakte im Feld nicht immer positiv bewertet wurden. Durch systematische Analysen der jeweiligen Vernetzungssituation, wie etwa durch eine Vernetzungsanalyse, lassen sich die jeweils standortspezifischen Gegebenheiten herausarbeiten und vor Ort mit dem jeweiligen Hintergrundwissen der beteiligten Akteure einordnen und interpretieren bzw. ggf. dann verbessern.



4

DIE INSTRUMENTE DER VERNETZUNG

- 107** 4.1. Die Auftaktveranstaltung
- 109** 4.2. Die Runden Tische
 - 4.2.1. Der erste Runde Tisch
 - 4.2.2. Der zweite Runde Tisch
 - 4.2.3. Der dritte Runde Tisch
- 126** 4.3. Arbeitsgruppen
- 128** 4.4. Interdisziplinäre Weiterbildungen als Möglichkeit, die Vernetzung auf personeller Ebene zu unterstützen

Der Aufbau eines *Netzwerkes Frühe Hilfen* unterliegt jeweils regional unterschiedlichen Bedingungen. Danach gibt es Arbeits- und Umsetzungsanforderungen bzw. Erfahrungen eines erfolgreichen Vernetzungsprozesses, die übergreifend sind. Diese werden im Folgenden vorgestellt und diskutiert.

Wir haben im Rahmen des Modellprojektes an den Standorten eine **Auftaktveranstaltung** zum Projektstart und weitere **Runde Tische** als regelhafte Gesamttreffen aller beteiligten Berufsgruppen in Kombination mit themenbezogenen und interdisziplinären **Arbeitsgruppen** erprobt. Damit kann das im Verlauf des Gesamtprozesses an allen acht Modellstandorten immer wieder angepasste und verbesserte Vorgehen jetzt für interessierte Kommunen in manualisierter Form zur Verfügung gestellt und für diese replizierbar gemacht werden. Die Auftaktveranstaltung betont die Bedeutung des Vorhabens als eine gemeinsame Verantwortung, die alle betrifft und über die engere Fachöffentlichkeit hinausgeht (Aufwachsen in öffentlicher Verantwortung). Alle an *Frühen Hilfen* und am *Kinderschutz* beteiligten Fachkräfte werden zur Mitwirkung eingeladen.

Die Runden Tische sind als Instrument der interdisziplinären Einbindung von Institutionen und Personen geeignet, hier kann eine gemeinsame fachliche und informelle Arbeitsbasis entwickelt werden, die Grundlinien des gemeinsamen Vorgehens können diskutiert und vereinbart werden und Informationen können rasch und transparent in das gesamte *Netzwerk* gebracht werden. Die Gruppenkohäsion ist aufgrund der Gruppengröße eher gering, daher empfiehlt sich ein ziel- und ergebnisorientiertes sowie klar strukturiertes und damit effizientes Vorgehen, das die Beteiligten zur weiteren Mitarbeit motiviert. Für die vertiefte Erarbeitung und Diskussion von Themen, Modellen und Lösungsvorschlägen ist dieses Gremium zu groß und damit zu unflexibel. Zur Ergänzung sind Arbeitsgruppen als kleine und flexible Einheiten zur konkreten Planung und Steuerung sinnvoll. Sie können bedarfsgerecht gebildet werden und enden mit der Erfüllung ihres Arbeitsauftrages. Für eine hohe Verbindlichkeit und Gruppenkohäsion sollte die Gruppengröße acht Mitglieder nicht überschreiten. Als Gesamtstruktur hat sich bewährt, zwischen den Treffen des Runden Tisches thematische Arbeitsgruppen zur Erarbeitung spezifischer Aufgaben einzurichten, die ihre Ergebnisse im Rahmen des Runden Tisches rückmelden.

Darüber hinaus hat sich die **interdisziplinäre Fort- und Weiterbildung von Fachkräften** als eine weitere gute Möglichkeit erwiesen, die Vernetzung auf der personellen Ebene zu unterstützen. Beispielhaft sind hier die Weiterbildung in Entwicklungspsychologischer Beratung (siehe unten) und der „Workshop Kinderschutz“ in Kapitel 5 aufgeführt und beschrieben.

Auf überregionaler Ebene wurden aufgrund der geäußerten Bedürfnisse der Modellstandorte aber auch anderer interessierter Kommunen Standorttreffen und länderspezifische Treffen initiiert und veranstaltet, die Gelegenheit zum Austausch, zur gegenseitigen Anregung und gegenseitigen Befruchtung und zum Blick über den eigenen Tellerrand hinaus gegeben haben.

4.1. DIE AUFTAKTVERANSTALTUNG

Die Vernetzungsarbeit bedarf der horizontalen Einbindung verschiedener Berufsgruppen und Institutionen aber auch der vertikalen Verankerung, d.h. des Mittragens sowohl durch die Leitungsebene als auch durch die Mitarbeiterebene, um nachhaltig sein zu können (siehe Kapitel 6). Ziel der Auftaktveranstaltung als Beginn der Runden Tische ist es, insbesondere die Leitungsebene von Institutionen für die Mitarbeit und Unterstützung des Projektes in ihrer Einrichtung zu gewinnen. Die weitere Arbeit an den Runden Tischen wird dann in der Regel durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Hierarchieebenen getragen. Auch wenn die Organisation der Auftaktveranstaltung mit ei-

Information und Herstellen
einer gemeinsamen Aus-
gangsbasis

nem erhöhten Aufwand wie der Auswahl und Gewinnung von Referentinnen oder Referenten und Mitwirkenden für die Podiumsdiskussion verbunden ist, bietet sie einen unschätzbaren Vorteil für den weiteren Verlauf des Projektes und ist aus dieser Sicht unbedingt zu empfehlen. Über die Auftaktveranstaltung kann die **Notwendigkeit**, der **Nutzen** und die **Attraktivität** des Projektes an Entscheidungsträger unterschiedlicher Institutionen (Klinikleitung, Geschäftsführung von Trägern, Jugendamtsleitung etc.) vermittelt werden. Wenn sie **für die Mitarbeit ihrer Einrichtung gewonnen** werden können, kann die Tragfähigkeit der Projektarbeit abgesichert werden.

Die Einladung und die Auswahl des Ortes für die Auftaktveranstaltung können dabei bereits Impulse für das Vorhaben setzen und zeigen, wer hinter dem Projekt steht und wie andere Bereiche einbezogen werden sollen. Lädt z. B. die Stadt oder der Landkreis als Projektinitiator ein, können andere Räumlichkeiten für das erste Treffen geeignet sein (z. B. Bürgerhäuser, Stadtteilzentren), als wenn beispielsweise das *Jugendamt* und/oder eine Klinik die Initiative ergriffen haben. Bei der Nutzung der Räumlichkeiten eines spezifischen Bereiches (z. B. Klinikhörsäle, Tagungsräume des *Jugendamtes* oder von Trägern) empfiehlt sich die Bitte der Projektinitiatoren an die Repräsentanten dieses Bereiches, die Gastgeberrolle zu übernehmen. Damit können erste Bausteine für die Haltung, gemeinsam an einem Thema zu arbeiten, gelegt werden.

Inhaltlich sind neben Begrüßungen oder Grußworten relevanter politischer (Bürgermeister, Landräte) oder institutioneller Vertreterinnen und Vertreter (Leiterin/Leiter des *Jugendamtes*, Chefärztin/-arzt der Geburtsklinik) Fachvorträge zum Thema, die Vorstellung des Projektes und eine Podiumsdiskussion mit wichtigen Vertretern der regionalen Einrichtungen geeignet, eine gemeinsame Basis für den Beginn des Projektes auf dieser Ebene herzustellen.

Über die **Begrüßungen oder Grußworte** unterschiedlicher Vertreter auf kommunaler Ebene aber auch Landes- oder Bundesebene wird für die teilnehmenden Institutionsvertreter und -leitungen die Bedeutung und der gesellschaftliche Gesamtrahmen deutlich, in den das Projekt einzuordnen ist. Damit sind natürlich auch Fragen des Prestiges für das Projekt und die teilnehmenden Berufsgruppen und Institutionen verbunden.

Eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen der Vernetzung ist die Schaffung einer gemeinsamen fachlichen Grundlage aller Beteiligten, die neben den spezifischen Kompetenzen der jeweiligen Professionen eine Verständigungsbasis herstellt. **Fachvorträge** von anerkannten Referentinnen und Referenten **zum Thema** sind neben dem direkten fachlichen Gewinn ein erster Ansatz hierfür.

Die **Vorstellung des Projektes** schafft Transparenz und ermöglicht den Teilnehmenden die Orientierung innerhalb des Vorhabens und erste Gedanken zur eigenen Verortung im beginnenden Prozess.

In einer **Podiumsdiskussion** können die Vertreterinnen und Vertreter regionaler Einrichtungen und Berufsgruppen in den Prozess einbezogen werden, unterstützende aber auch kritische Gedanken können diskutiert werden und so ein erster Austausch über Chancen und Hindernisse des Vorhabens stattfinden. Die hier angesprochenen Themen sind wichtige Wegweiser für die Projektkoordinatorinnen und Projektkoordinatoren im weiteren Verlauf und können Anlass für klärende Gespräche sein, um mögliche Hindernisse frühzeitig auszuräumen. Die Auswahl der gestaltenden Personen sollte auf die Zielgruppe und die inhaltlichen Ziele abgestimmt sein.

Insbesondere freiberuflich und niedergelassen tätige Berufsgruppen haben keine Möglichkeit, die Mitarbeit im Vernetzungsprozess im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit honoriert zu bekommen. Mit aus diesem Grund sind wir den Weg gegangen, sowohl die Auftaktveranstaltung als auch die Runden Tische mit **Fortbildungseinheiten** zu gestalten und diese, wo möglich, bei der Ärztekammer anzumelden und entsprechende CME-Punkte (Continuous Medical Education) zu beantragen,

die für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dann bescheinigt werden konnten.³

MERKZETTEL: DIE AUFTAKTVERANSTALTUNG

- Einladungen zu den gemeinsamen Treffen haben eine klare Signalwirkung für die Adressaten, sie sollten daher offiziellen Charakter haben und von einer oder mehrerer Personen in entsprechender Position und Stellung unterschrieben sein
- Beilage eines Flyers mit den geplanten Veranstaltungsinhalten, den aktiv Teilnehmenden, der Veranstaltungsdauer und den Kontaktdaten eines Ansprechpartners für Anmeldungen und Rückfragen
- Persönlicher Kontakt und Rückfrage bei zentralen Institutionsvertreterinnen und -vertretern neben der schriftlichen Einladung, um deren Teilnahme sicherzustellen
- Die ausgewählten Räumlichkeiten entsprechend der Anzahl der erwarteten Personen (in der Regel Reihenbestuhlung) und der Veranstaltungsform (Ausstattung mit Vortragspult, Laptop, Beamer und Mikrofonen) vorbereiten
- Teilnehmerlisten mit Namen, Institution und Unterschrift vorbereiten (sowohl für die Erteilung von Fortbildungspunkten erforderlich, als auch für den eigenen Überblick, wer nun tatsächlich teilgenommen hat und welche Institutionen vertreten waren)
- Eventuell Ansteck-Namensschilder vorbereiten

4.2. DIE RUNDENTISCHE

Die Runden Tische sind Konferenzen, in denen alle Berufsgruppen und Institutionen des *Netzwerks* zusammen kommen. Der Aufwand für solche Treffen ist insgesamt hoch, daher liegt ein besonderer Schwerpunkt auf der ökonomischen Gestaltung. Im Rahmen von „Guter Start ins Kinderleben“ wurden die Vernetzungsprozesse an den Standorten mit der Auftaktveranstaltung und **drei Runden Tischen** im Zeitraum von circa einem Jahr initiiert und begleitet. Es hat sich gezeigt, dass die erprobte inhaltliche Gestaltung geeignet ist, die gesteckten Ziele in der kurzen Zeit zu erreichen, so dass es sich um ein äußerst ökonomisches Vorgehen handelt. Sicherlich ist der Gesamtprozess nach drei Runden Tischen nicht abgeschlossen, Vernetzung bedarf fortwährender Aushandlungs- und Abstimmungsprozesse, die Frequenz der Treffen kann jedoch nach der Initiierungsphase auf ein bis zwei Treffen pro Jahr verringert werden.

Für die Runden Tische stehen vielfältige Aufgaben auf ganz verschiedenen Ebenen an: fachliche und inhaltliche Informationen müssen vermittelt werden, das gegenseitige Kennen lernen und aufeinander zugehen muss wahrgenommen und begleitet werden, Inhalte und Vorgehensweisen müssen diskutiert, Absprachen getroffen und fixiert werden. Damit sind unterschiedliche Rollen verbunden, die nicht ohne Schwierigkeiten in einer Person vereint werden können. Wir haben zur Lösung dieses Spannungsfeldes eine **externe Moderation** der Runden Tische hinzugezogen, deren Auftrag mit der kommunikativen Gestaltung der Runden Tische beschrieben war. Die Integration aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer in den Austausch und die Diskussion ist die wesentliche Aufgabe der Moderation, konstruktive Ideen aufzugreifen und kritische Stimmen einzubeziehen, aber nicht dominieren zu lassen. Für diese Rolle sind aus unserer Sicht Personen geeignet, die Erfahrung mit der Moderation von Gruppen oder Teams haben, die mit der Thematik des Projektes annähernd

Vorschläge zur Gestaltung
und Durchführung

³) Die Kontaktdaten zu den jeweiligen Ärztekammern finden Sie im Anhang

vertraut sind und die für die Beteiligten des Runden Tisches „neutral“ sind, d.h. keine eindeutige Parteilichkeit für einen der vertretenen Bereiche haben. Die fachlich / inhaltlichen Beiträge, die Diskussionen und die zu treffenden Vereinbarungen konnten dann inhaltlich geradlinig von den Projektkoordinatorinnen und Projektkoordinatoren vor Ort und als wissenschaftliche Begleitung wahrgenommen werden. Wichtig ist eine enge Absprache zwischen allen Beteiligten bezüglich der Ziele, der Inhalte und des Ablaufs des Runden Tisches.

Wenn der potentielle Teilnehmerkreis des Runden Tisches zu groß ist, hat es sich als sinnvoll erwiesen, bestimmte Berufsgruppen über *Multiplikatoren* in die gemeinsame Arbeit einzubinden, z.B. kann eine Kinderärztin oder ein Kinderarzt die Kommunikation mit den anderen Kinderärzten über deren Stammtisch oder Qualitätszirkel übernehmen. Die ausgewählten Vertreterinnen und Vertreter sollten einen guten Zugang zur jeweiligen Institution oder Berufsgruppe haben und sich mit den Projektzielen identifizieren können. Die Rückbindung in die jeweilige Berufsgruppe soll dabei mit möglichst geringem zusätzlichem Aufwand im Rahmen bereits vorhandener Strukturen stattfinden können. Die Projektkoordinatorinnen und Projektkoordinatoren können bei Bedarf vor dem ersten Runden Tisch, ggf. mit Rücksprache bei den vorgesehenen Vertreterinnen und Vertretern einen Vorschlag erarbeiten.

Die beschriebenen Vorschläge zur Tagesordnung wurden im Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“ erprobt und manualisiert.

MERKZETTEL: VOR DEN RUNDEN TISCHEN

- Auswahl einer geeigneten Räumlichkeit, in der ein „Runder Tisch“ stattfinden kann
- Auswahl eines geeigneten Zeitpunktes
- (der Mittwoch Nachmittag ist für die niedergelassenen Ärzte günstig, Dienst- und Ferienzeiten beachten)
- Vorbereitung gut lesbarer Tisch-Namensschilder
- Einladung mit Tagesordnung und Angabe der Sitzungsdauer
- (bewährt haben sich 3 Stunden)
- Bei Bedarf einen Entwurf für ein Multiplikatorensystem erstellen
- Protokollantin oder Protokollant für die Sicherung der Ergebnisse bestimmen
- Anwesenheitsliste mit den Teilnehmerdaten (Name, Adresse, Telefon, Mail, Institution) vorbereiten und um Korrektur bitten, um die Erreichbarkeit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sicherzustellen
- Versorgung mit Getränken, Gebäck oder Obst-/Gemüse-Dips etc. organisieren
- Eventuell Service-Hotline für Rückmeldungen und Rückfragen einrichten

4.2.1. DER ERSTE RUNDE TISCH

KURZ ZUSAMMENGEFASST

Beim ersten Runden Tisch geht es zunächst darum, mit den Akteurinnen und Akteuren eine gemeinsame Basis für die Zusammenarbeit herzustellen und sie auf den folgenden Prozess einzustimmen. Wichtige Grundlagen dieser Basis sind die Definition von Zielen der gemeinsamen Arbeit und die Benennung der gemeinsamen Aufgaben im Hinblick auf diese Zielsetzungen. Nach kurzen Grundlageninformationen zu den Themen *Prävention* von *Kindeswohlgefährdung*

und den damit verbundenen Implikationen sowie zum *Datenschutz* bekommen die Fachkräfte des *Gesundheitswesens* als ersten konkreten Schritt mit dem „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“ (siehe Kapitel 5) ein Screeninginstrument an die Hand, mit dem Familien mit Hilfebedarf möglichst frühzeitig im Umfeld der Geburt identifiziert werden können.

Der „Workshop Kinderschutz“ (siehe Kapitel 5) zur Schulung der Fachkräfte, die mit dem Anhaltsbogen arbeiten wollen, wird vorgestellt.

Gelungen ist dieser Schritt, wenn für alle Beteiligten sichtbar und erlebbar wird, welcher Nutzen aus dem Projekt der Vernetzung für sie und/oder für die Kinder und deren Familien entstehen kann und sie bereit sind, weiterhin mitzuarbeiten.

DIE TAGESORDNUNG

Begrüßung und Überblick über die Themen des ersten Runden Tisches (10 Min.)

Vorstellung und Einführung der Moderatorin / des Moderators des Runden Tisches, Orientierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Vorstellungsrunde der Beteiligten am Runden Tisch (20 Min.)

Vorstellung mit Name, Beruf, Arbeitsbereich und Berührungspunkten mit dem Thema *Prävention von Kindeswohlgefährdung*.

Wenn die Runde für Einzelvorstellungen zu groß ist, können sich auch Gruppen vorstellen (Gesundheitswesen – öffentliche *Gesundheitshilfe*, Klinikmitarbeiter, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, freiberuflich Tätige, *Jugendhilfe* – öffentliche *Jugendhilfe*, freie Träger der *Jugendhilfe*, *Familiengerichte*, Sozialhilfe, ARGE, Polizei, ...)

Einführung in das Projekt (15 Min.)

Informationen an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer

- zu den Rahmenbedingungen des Projektes (z. B. wie kam es dazu, welche Initiatorinnen und Initiatoren stehen hinter dem Projekt, wer fördert das Vorhaben, mit wem sollen Kooperationen stattfinden)
- zu den Zielen, den anstehenden Aufgaben für die Umsetzung, der Evaluation (hierzu gehört die Darstellung, warum der Kooperation und dem Übergang zwischen Gesundheitswesen und *Jugendhilfe* im Zusammenhang mit der *Prävention von Kindeswohlgefährdung* und frühen Hilfen zentrale Bedeutung zukommt)
- zum zeitlichen Ablauf des Projektes
- zu den Zielen und Inhalten der Runden Tische
- zur Rolle der Projektkoordinatorinnen und Projektkoordinatoren

Einführung zur Prävention von Kindeswohlgefährdung (15 Min.)

Impulsreferat oder Präsentation zum Thema **Frühe Hilfen** und Kinderschutz

Einführung zum rechtlichen Rahmen und Datenschutz (15 Min.)

Impulsreferat oder Präsentation mit Schwerpunkten auf gemeinsame Grundsätze des Datenschutzes im Gesundheitsbereich und in der Kinder- und Jugendhilfe, den Prinzipien der Informationsweitergabe, dem § 8a SGB als Modell der Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe

Einführung des Multiplikatorensystems (bei Bedarf) (5 Min.)
 Kurze Vorstellung eines erarbeiteten Vorschlags mit der Bitte um Überprüfung und Rückmeldung an die Projektkoordinatorinnen und Projektkoordinatoren in der Pause

PAUSE (30 Min.)
 zum informellen Kennen lernen

Vorstellung des Screeninginstruments „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“ (15 Min.)
 (siehe Kapitel 5) für das Gesundheitswesen
 Vorstellung oder Präsentation zum Hintergrund, d.h. der Basis, auf der der Anhaltsbogen entwickelt wurde, den zugrunde liegenden Risikofaktoren, dem Umgang im Einsatz und den Zielen des Anhaltsbogens als fundiertes und praktikables Instrument für das Gesundheitswesen. Weiterhin wird der „Entscheidungsbaum“ (siehe Kapitel 5) zum weiteren Umgang mit den über den Anhaltsbogen gewonnenen Informationen eingeführt.

Vorstellung des „Workshop Kinderschutz“ (15 Min.)
 (siehe Kapitel 5) für das Gesundheitswesen
 Der „Workshop Kinderschutz“ wird für die vorrangigen Zielgruppen (Hebammen und Entbindungspfleger, Kinderkrankenschwestern und -pfleger, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Kinderärztinnen und Kinderärzte, Arzthelferinnen) vorgestellt, die Inhalte (Sensibilisierung, Kommunikationstraining, Datenschutz, Dokumentationstraining, Weitervermittlung) werden benannt. Der Termin, an dem der Workshop stattfindet, wird bekannt gegeben, die Möglichkeiten zur Anmeldung besprochen.

Diskussion und erste Absprachen zum Einsatz des Screeninginstruments (30 Min.)
 Diskussion mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Runden Tisches über Gesamtziele, aktuell anstehende Aufgaben und deren Prioritäten, Aufgabenteilungen und Verantwortlichkeiten für die nächsten Schritte. Die Frage, in welcher Form und in welchen Bereichen der Einsatz des Anhaltsbogens vorstellbar ist und wie er dort implementiert werden kann, soll geklärt werden. Verweis darauf, dass erste Ergebnisse und Erfahrungen beim zweiten Runden Tisch eingebracht werden können.

Zusammenfassung, Ausblick und Verschiedenes (10 Min.)
 Zum Abschluss erfolgt eine Zusammenfassung des Erarbeiteten, ggf. eine Präzisierung und Terminierung von Arbeitsaufträgen für die Zeit bis zum nächsten Runden Tisch. Ein Ausblick auf die Themen des zweiten Runden Tisches wird gegeben.

FÜR DIE, DIE ES GENAU WISSEN WOLLEN

Im Mittelpunkt des ersten Themenblocks steht die Orientierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die Frage nach dem Ziel und den allgemeinen Aufgaben des Runden Tisches und der Vernetzung. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer müssen sich zunächst miteinander und mit der Situation, den Zielen und Aufgaben vertraut machen können, damit die Bereitschaft entstehen kann, sich auf die Mitarbeit verbindlich einzulassen. Die gegenseitige Vorstellung, die transparente Infor-

Abbildung 11



ABB. 11: MATERIAL ZUR STEIGERUNG DER GEMEINSAMEN IDENTITÄT TRIDEM FÜR FACHKRÄFTE – OSTALBKREIS, DIETER FISCHER

Information über das gemeinsame Projekt und gegenseitige Information über die jeweiligen Berufsgruppen und ihrer Arbeit

Vor allem der **Begrüßung** der Teilnehmerinnen und Teilnehmer beim ersten Runden Tisch kommt eine ähnliche Bedeutung zu wie der Begrüßung bei der Auftaktveranstaltung. Hier wird den Akteurinnen und Akteuren vermittelt, welche Bedeutung dem Projekt zugemessen wird und wie das Projekt im kommunalen und gesellschaftlichen Kontext gesehen wird. Eine zumindest kurzzeitige Anwesenheit der Initiatoren oder Unterstützer in Leitungs- und Entscheidungsfunktionen ist aus dieser Sicht mehr als wünschenswert.

Der **Überblick** über die geplanten Themen des Treffens gibt den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Möglichkeit, sich zu orientieren und sich auf die Inhalte einzustellen.

Aufgrund unserer bisherigen Erfahrungen gehen wir davon aus, dass die unterschiedlichen Säulen *Gesundheitswesen, Jugendhilfe, Sozialwesen, Rehabilitation, Polizei und Justiz* nicht regelhaft systematische Kontakte miteinander haben, dass eine Zusammenarbeit oft auf der Basis persönlicher Bekanntschaft aus anderen Zusammenhängen oder punktuell aufgrund fallbezogen notwendiger Situationen stattfindet. Daraus folgt, dass zunächst eine **gegenseitige Information** über die jeweiligen Professionen und institutionellen Hintergründe der Teilnehmerinnen und Teilnehmer hergestellt werden muss. Die Vorstellungsrunde am Runden Tisch bietet Gelegenheit hierzu, es kann ein erstes Kennen lernen und Zuordnen der Personen im jeweiligen institutionellen Kontext stattfinden. In einer offenen, entspannten und wertschätzenden Atmosphäre können Unklarheiten ungeniert ausgesprochen werden und das Wissen übereinander kann auf- und ausgebaut werden. Auf der Grundlage des Wissens, was andere tun und welche Personen hinter Institutionen stehen, steigt die Bereitschaft der Berufsgruppen, andere Professionen früher mit einzubeziehen.

Die beteiligten Berufsgruppen haben erfahrungsgemäß aufgrund ihrer jeweiligen beruflichen Sozialisation unterschiedliche Schwerpunkte und Tempi im Vorgehen. Während z.B. die einen in kurzer Zeit zielorientierte Ergebnisse erwarten, herrscht bei den anderen eine prozessorientierte Diskursorientierung vor. Die Kunst liegt darin, beiden Erwartungen in Teilen gerecht zu werden und dabei

weder den Prozess der Aushandlung und Zielfindung noch das Ziel selbst zu vernachlässigen.

Der kompetente Input zu relevanten Themen (z.B. *Prävention*, *Datenschutz*) schafft eine gemeinsame fachliche Grundlage, da die Teilnehmerinnen und Teilnehmer unterschiedliche Zugänge und unterschiedliches Wissen zum Thema *Prävention von Kindeswohlgefährdung* haben. Auf dieser gemeinsamen fachlichen Basis kann die Entwicklung einer gemeinsamen Identität (Corporate Identity) beginnen.

Auf unserer Homepage finden Sie zwei Foliensätze zu den Themen „Frühe Hilfen und Kinderschutz“ und „Datenschutz“, die Sie zur Vorstellung am Runden Tisch herunterladen können (www.uniklinik-ulm.de/kjpp > Forschung > Guter Start ins Kinderleben > Werkbuch Vernetzung).

Schweigepflicht und *Datenschutz* stellen für viele Professionelle zunächst ein gewichtiges Hindernis in der Kooperation dar. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erfahren, was bei der Kommunikation zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen und Systemen zu beachten ist und wie der Schutz persönlicher Daten der Patientinnen / Patienten oder Klientinnen / Klienten in der Kooperation berücksichtigt werden kann, ohne zum Hindernis zu werden.

Wie in Kapitel 3.1 beschrieben, ist es sinnvoll, niedergelassene Berufsgruppen oder große Institutionen über sogenannte *Multiplikatoren* in die Arbeit an den Runden Tischen einzubeziehen, die die Informationen jeweils an ihre Berufskolleginnen und Berufskollegen bestenfalls im Rahmen schon vorhandener Strukturen (wie z.B. Stammtischen) weiterleiten. Bei der Auswahl der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ist zu beachten, dass sie einen guten Zugang zur jeweiligen Institution oder Berufsgruppe haben und sich mit den Projektzielen identifizieren können.

Im Rahmen des ersten Runden Tisches könnte die Zeit vor der Pause genutzt werden, um die Anwesenden auf ein grafisches Schaubild hinzuweisen (Multiplikatorensystem), auf dem ersichtlich ist, welche Teilnehmerin und welcher Teilnehmer am Runden Tisch künftig für welche Berufsgruppe oder Institution als Multiplikatorin oder Multiplikator dienen soll. In der Pause haben die Anwesenden dann die Möglichkeit, sich ausführlich mithilfe des Schaubildes darüber zu informieren, welche Berufsgruppe oder Institution sie künftig mit Informationen über das Projekt versorgen sollten und können den Projektkoordinatorinnen und Koordinatoren anschließend eine Rückmeldung darüber geben, ob sie mit dieser Zuordnung einverstanden sind und diese für umsetzbar halten.

Die Pause ist eine Möglichkeit, sich zwanglos auszutauschen, Rückfragen an einzelne Personen zu stellen, die bisherigen Themen im Gespräch noch einmal durchzugehen, kurz: sich auch persönlich **gegenseitig kennen zu lernen**. Da gegenseitiges Kennen die Grundlage der weiteren Vernetzungsarbeit ist, sollte die Pause nicht gering geschätzt und nicht ohne Not gekürzt werden.

Mit dem „*Anhaltbogen für ein vertiefendes Gespräch*“ und dem „Workshop Kinderschutz“ als fachlicher Schulung im Zusammenhang mit dem Anhaltbogen kann Fachkräften aus dem *Gesundheitswesen* eine **konkrete Hilfestellung** zur Klärung von Hilfebedarf im Umfeld der Geburt an die Hand gegeben werden. Gleichzeitig werden damit im Rahmen des Runden Tisches die ersten Stellen, die mit Familien im Zusammenhang mit der Geburt eines Kindes in Kontakt kommen, **in das entstehende Netz eingebunden**.

In der **Diskussion** findet die erste gemeinsame Abstimmung über die Ziele und die nächsten Schritte statt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind aufgefordert, sich selbst aktiv mit Zielvorstellungen, Verfahrensvorschlägen und der Übernahme von Verantwortung in den gemeinsamen Prozess einzubringen. In der Vereinbarung der Aufgaben des Runden Tisches müssen sich alle Teilnehmer wieder finden können und etwas dazu beitragen können, um eine Identifizierung mit der Aufgabe und dem Projekt zu ermöglichen.

Um das Erleben eines fortschreitenden Prozesses zu ermöglichen, empfehlen wir zwischen kurz-,

Vermittlung relevanter fachlicher Arbeitsinhalte und Aushandlung des gemeinsamen Vorgehens

mittel- und langfristigen Zielen zu unterscheiden und insbesondere an dieser Stelle auf die Auswahl realistischer und auch kurzfristig bewältigbarer Schritte zu achten. Für die Erfüllung der vereinbarten Aufgaben können Einzelpersonen oder Institutionen die Verantwortlichkeit übernehmen, je nach Aufgabenstellung berufsbezogene bzw. multiprofessionelle Arbeitsgruppen (siehe unten) eingerichtet werden. Persönliche Interessen, Kompetenzen und zur Verfügung stehende Ressourcen sind hierbei wichtige Kriterien, die explizit thematisiert werden sollten.

Beim Austausch über den Einsatz des Anhaltsbogens sind zunächst Fragen zum zeitlichen Aufwand für das *Screening* und das eventuell anstehende vertiefende Gespräch, zu den Berufsgruppen, die für den Einsatz insbesondere im klinischen Rahmen in Frage kommen, zur Integration in bisher bestehende Verfahren und zum weiteren Umgang mit Familien mit Hilfebedarf zu erwarten. Hier muss für die Fachkräfte der Gedanke des *Netzwerkes* deutlich werden, dass sie mit Familien mit Hilfebedarf nicht allein stehen, dass es weitere Institutionen gibt, die sich spezifischer Problemstellungen annehmen und dass erkannte Lücken im gemeinsamen Prozess geschlossen werden sollen. Neben der Information über bisherige Erfahrungen in der Umsetzung kann ein Einsatz für eine begrenzte Zeit mit anschließendem Austausch über eigene Erfahrungen vereinbart werden.

Dieser ersten Diskussion im Rahmen der Runden Tische kommt eine hohe Bedeutung zu. Ein sorgfältiger Umgang mit der Kommunikation durch Rückfragen zum gegenseitigen Verständnis und abschnittsweise Zusammenfassungen ist zu empfehlen, da die Gefahr von Missverständnissen insbesondere am Anfang besonders hoch ist. **Die erste Diskussion ist das Modell, wie im Rahmen des Runden Tisches mit unterschiedlichen Meinungen, mit Aushandlungsprozessen und eventuell auch Konflikten umgegangen wird.** Sie bedarf daher sorgfältiger Vorüberlegungen und sensibler Wahrnehmung.

Die abschließende Zusammenfassung der bisherigen gemeinsamen Schritte und Vereinbarungen **sichert die Ergebnisse** sowohl für das Protokoll als auch für das Bewusstsein der Beteiligten, der Ausblick macht „**Appetit auf mehr**“ und verdeutlicht, dass der Prozess effektiv und ökonomisch gestaltet wird.

MERKZETTEL: NACH DEN RUNDEN TISCHEN

- Nach dem Runden Tisch Reflektion der Projektkoordinatorinnen und Projektkoordinatoren zum Verlauf des Runden Tisches und den Konsequenzen für die weitere Planung
 - Ergebnisprotokoll des Runden Tisches verfassen und zeitnah an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer versenden, um die Ergebnisse allen zur Kenntnis zu geben
 - Rundbriefe zwischen den Runden Tischen können die Teilnehmerinnen und Teilnehmer über aktuelle Entwicklungen informieren
 - Kontakte zwischen Projektkoordinatorinnen/Projektkoordinatoren und Teilnehmerinnen/Teilnehmern (-gruppen) zur Weiterführung und Umsetzung der verabredeten Schritte
 - Kontakte der *Multiplikatoren* zu ihrer jeweiligen Berufsgruppe, Weitergabe von Informationen, Absprachen und übernommenen Aufgaben
- ACHTUNG! Die Einrichtung eines Multiplikatorensystems ist keine Garantie dafür, dass die Informationen immer bei den Multiplikatoren ankommen. Daher ist es günstig, verschiedene Kommunikationswege einzuplanen (z. B. Artikel in Fachzeitschriften der jeweiligen Berufsgruppen)

BISHERIGE ERFAHRUNGEN

Zu Beginn der Runden Tische war für uns häufig eine Unsicherheit und Ambivalenz in der Teilnehmer-Runde spürbar, die sich z.B. auf den Sinn und das Ziel des Vorhabens („was soll das werden?“, „kann das klappen?“), die eigene Zugehörigkeit („ich übernehme Aufgaben“ – „ich weiß nicht, ob ich nächstes Mal kommen werde“) und die eigene Rolle („warum habt ihr noch keine Ergebnisse?“ – „warum habt ihr uns nicht von Anfang an mitreden lassen?“) bezogen. Diese Unsicherheit und Ambivalenz gehört aus unserer Sicht zur Dynamik und zur Entwicklung jeder Gruppe, so auch der Runden Tische. Zu Beginn muss sich jede Teilnehmerin und jeder Teilnehmer entscheiden, ob er/sie sich unter den gegebenen Bedingungen auf die Zusammenarbeit einlassen kann und will.

Am raschesten konnte dieser Schritt aus unseren Beobachtungen bewältigt werden, wenn zu Beginn klare und transparente Informationen über das Ziel und den Weg dorthin gegeben werden konnten, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer explizit zum Mitdenken und Mitmachen eingeladen wurden und geäußerte Gedanken und Ideen sofort konstruktiv in die Gesamtplanung einbezogen wurden. Entsprechend schwieriger gestaltete sich der Beginn der Zusammenarbeit, wenn die Informationsgrundlage unklar oder unvollständig war, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer für sich zunächst keine Aufgabe oder keine Mitwirkungsmöglichkeit im Prozess erkennen konnten bzw. Gedanken und Vorschläge nicht entsprechend aufgegriffen wurden.



Jedes Kalenderblatt beschreibt einen Lebensmonat im ersten Lebensjahr und lässt Raum für die Notizen von eigenen Eindrücken

Abbildung 12

ABB. 12: MATERIAL ZUR STEIGERUNG DER GEMEINSAMEN IDENTITÄT
BABYKALENDER FÜR JUNGE ELTERN – KYFFHÄUSERKREIS

4.2.2. DER ZWEITE RUNDE TISCH

KURZ ZUSAMMENGEFASST

Im Verlauf des zweiten Runden Tisches soll die momentane Ausgangssituation in Bezug auf die möglichst frühe systematische Erkennung von Familien mit Hilfebedarf, die vorgehaltenen Angebote für spezifische Ausgangssituationen und die Vermittlung dieser Familien an die entsprechenden Hilfe leistenden Stellen für alle Beteiligten transparent gemacht werden. Der aktuelle Handlungsbedarf wird daraus abgeleitet.

Das Ergebnis der ersten Fragebogenerhebung (siehe Kapitel 3) zur vorhandenen Angebotsstruktur für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern und die Vernetzung der in diesem Bereich Tätigen wird an den Runden Tisch rückgemeldet. Im gemeinsamen Gespräch darüber können vorhandene Lücken identifiziert werden und es kann geklärt werden, wo von den Beteiligten Handlungsbedarf gesehen wird und wie dieser beantwortet werden soll.

Am Ende des zweiten Runden Tisches stehen Planungen, wer für welche Aufgaben in welchem Rahmen Verantwortung übernimmt und in welchem Zeitraum welche Schritte erarbeitet werden.

DIE TAGESORDNUNG

Begrüßung und Überblick über die Themen des zweiten Runden Tisches (10 Min.)

Informationen und Diskussion zum aktuellen Stand (45 Min.)

- Information über aktuelle Entwicklungen
- Vorstellung bisheriger Ergebnisse zu verabredeten Schritten (Kontakte, Weiterbildung Entwicklungspsychologische Beratung, Workshop Kinderschutz, Arbeitsgruppen)
- Aktueller Stand beim Einsatz des Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch und Überlegungen zur systematischen Erkennung von Hilfebedarfen

Rückmeldung zur Fragebogenerhebung zur Angebotsstruktur und Vernetzung (40 Min.)

- Information über die Rahmenbedingungen und das Vorgehen bei der Befragung, Vorstellung des Fragebogens
- Informationen zum Rücklauf
- Präsentation der Ergebnisse der Befragung zur Angebotsstruktur: welche Institutionen gibt es, welche Zielgruppen werden erreicht, welche spezifischen Angebote halten diese für die frühe Kindheit vor
- Austausch der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, ggf. Ergänzung oder Korrektur der bisherigen Informationen
- Präsentation der Ergebnisse der Vernetzungsbefragung: welche zentralen Einrichtungen konnten identifiziert werden, wie häufig sind Kontakte zwischen Institutionen innerhalb der Netze „Rund um die Geburt“, „Frühe Hilfen für Familien“, und „Spezifische Risikolagen“ und wie zufrieden sind die Beteiligten mit diesen Kontakten
- Austausch der Teilnehmerinnen und Teilnehmer über Übereinstimmungen und Differenzen der eigenen Wahrnehmung im Vergleich zu den dargestellten Ergebnissen

PAUSE

(30 Min.)

Es können ggf. Ausdrucke der Ergebnisse zur vertieften Information ausgehängt werden

Diskussion und weiterführende Überlegungen zur Angebotsstruktur und zur Vernetzung vor Ort

(45 Min.)

Diskussion über die Gestaltung der Angebotsstruktur im Sinne gestufter und differenzierter Hilfen für verschiedene Bedarfslagen und über Schnittstellen zwischen verschiedenen Bereichen und Institutionen, insbesondere zwischen Gesundheitswesen und *Jugendhilfe*, beginnend in der Zeit der Schwangerschaft

Zusammenfassung, Ausblick und Verschiedenes

(10 Min.)

Zusammenfassung des Erreichten und der Arbeitsaufträge mit den vereinbarten Verantwortlichkeiten sowie Ausblick auf den dritten Runden Tisch.

FÜR DIE, DIE ES GENAU WISSEN WOLLEN

Beim zweiten Runden Tisch geht es um die Gestaltung der konkreten Kommunikation und den Rahmen der Zusammenarbeit, den die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sich geben wollen. Damit wird am zweiten Runden Tisch die Zusammenarbeit im gemeinsamen Prozess geklärt, es wird geklärt, wie Entscheidungen getroffen werden und wer die jeweils erforderlichen Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten übernimmt. Unterschiedliche Sicht- und Herangehensweisen vor dem Hintergrund der jeweiligen Profession werden an den gemeinsamen Themen deutlich und müssen im weiteren Prozess zu einem gemeinsamen Weg zusammengeführt und entwickelt werden. Die Information und Rückmeldung im Plenum wie hier zur Erhebung des Ist-Standes zur Angebotsstruktur und Vernetzung, Diskussionen im Plenum und die Einrichtung von Arbeitsgruppen mit konkreten Aufträgen strukturieren den Gesamtprozess auf verschiedenen Ebenen und sind Modelle, wie Lösungen zu Fragestellungen erarbeitet werden können.

Zu Beginn dieses Runden Tisches ist es sinnvoll, auf den Verlauf des vergangenen Treffens und die Verabredungen Bezug zu nehmen und alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer danach über Entwicklungen und Zwischenstände bzw. Ergebnisse von verabredeten Schritten zu informieren. Berichte über Aktivitäten von Einzelpersonen oder Gruppen und Berichte von *Multiplikatoren* über die Vermittlung der verabredeten Inhalte in die Breite können hier ihren Platz finden. So kann für alle Beteiligten, auch bei Wechseln in der personellen Zusammensetzung und bei neu Hinzukommenden, ein **gemeinsamer Informationsstand** hergestellt und allen die Teilhabe am Gesamtprozess ermöglicht werden.

Wenn **Hindernisse** bei verabredeten Schritten aufgetaucht sind, können diese gemeinsam diskutiert und **Lösungsansätze entwickelt** werden. Die Vielfalt der Professionen und beruflichen Erfahrungen der Runde ist eine große Chance, die hier genutzt werden kann.

Die ersten Erfahrungen bei der Implementierung und dem Einsatz des Anhaltsbogens sind die Grundlage für die weiterführende Diskussion, wie **Familien mit Hilfebedarf systematisch möglichst früh erkannt** werden können, über welche Institutionen und Berufsgruppen dies geschehen kann und welche Rahmenbedingungen für den Einsatz eines *Screenings* für die Erkennung des Bedarfs an *frühen Hilfen* gegeben sein müssen. Hier ist beispielsweise an die Zeitplanung für erforderliche Gespräche oder die Möglichkeit, an vorhandene Hilfemöglichkeiten zu verweisen, zu denken.

Klärung der Zusammenarbeit sowie der jeweiligen Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten

Rückmeldung und Diskussion der Vernetzungssituation vor Ort sowie ggf. Vereinbarungen zur Verbesserung der Kommunikation und der interdisziplinären Kooperation

Vielfach sind diese Rahmenbedingungen noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang vorhanden, so dass die Umsetzung zunächst Pionierarbeit von den betreffenden Berufsgruppen erfordert, bis ausreichende Strukturen im Umfeld geschaffen werden können. Das **persönliche Engagement** der Einzelnen dafür kann nicht hoch geschätzt werden.

Die zentralen Anliegen der Runden Tische sind der Ausbau und die Differenzierung der Angebote zur Unterstützung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern und die Vernetzung der anbietenden Institutionen, um einen möglichst reibungslosen Übergang zwischen verschiedenen Unterstützungsmöglichkeiten zu erreichen. Der Ist-Stand in Bezug auf diese Themen wurde in unseren Modellstandorten mit Hilfe eines Fragebogens zur Angebotsstruktur, zur bisherigen Vernetzung und der Zufriedenheit mit den Kooperationskontakten erhoben (siehe Kapitel 3). Dies kann je nach örtlichen Möglichkeiten in unterschiedlichen Formen gemacht werden. Zum Einstieg in die Auseinandersetzung mit den aktuellen Gegebenheiten muss den Teilnehmerinnen und Teilnehmern transparent gemacht werden, wie die **Informationen zum Ist-Stand** gewonnen wurden, damit sie die Bedeutung der Informationen einschätzen können. Jede Erhebungsmethode hat ihre jeweils spezifischen Stärken und Schwächen, die für die Beurteilung der Ausgangssituation berücksichtigt werden müssen.

Nach der Präsentation der Einzelergebnisse der Erhebung können diese durch die Informationen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer **ergänzt und vervollständigt** werden, so dass ein möglichst realitätsnahes und differenziertes Bild bezüglich der zur Verfügung stehenden Angebote und der bisherigen Vernetzung entsteht. Es empfiehlt sich, den Austausch über die Angebotsstruktur und die Vernetzungsaspekte nach der jeweiligen Präsentation der Ergebnisse direkt zu besprechen, da die Gefahr besteht, dass die Gedanken zum ersten Teil der Erhebung von den nachfolgenden Teilen verdrängt und überdeckt werden. Beim Abgleich der Ergebnisse der Erhebung mit den eigenen Wahrnehmungen können sehr unterschiedliche Sicht- und Erlebnisweisen thematisiert werden, die Facetten des komplexen Gefüges unterschiedlicher Einrichtungen und Berufsgruppen sind. Es soll an dieser Stelle nicht verschwiegen werden, dass vorhandene Spannungen deutlich werden können und es dann vor allem im zweiten Teil nach der Pause einer guten Diskussionsführung bedarf, um die offenen Themen ressourcenorientiert anzugehen und Wege zur Bearbeitung zu finden.

Für die Pause können die Ergebnisse der Erhebung ausgehängt werden, damit die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bei Bedarf Informationen nachlesen können. In den Pausengesprächen können im Gespräch weitere Gedanken dazu und erste Ideen für Konsequenzen aus den Ergebnissen entstehen. Die folgende **Diskussion** soll den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Möglichkeit geben, die erarbeitete Darstellung der Angebotsstruktur miteinander zu diskutieren und aus ihrer jeweiligen beruflichen Perspektive vorhandene Lücken zu benennen. Hier können Synergieeffekte als Chance der Vernetzung genutzt werden, vorhandene Angebote eines Bereiches können auch für den anderen Bereich nutzbar gemacht werden. Die Diskussionsbeiträge werden festgehalten, in der Regel ist der Kreis des Runden Tisches jedoch zu groß, um ein vollständig durchdachtes und abschließendes Ergebnis zu erzielen. Hier empfehlen wir die Einrichtung einer interdisziplinär besetzten **Arbeitsgruppe** (siehe unten), die die Anregungen des Runden Tisches und eigene weiterführende Überlegungen in einem Gesamtkonzept zur Angebotsstruktur zusammenfasst und in den dritten Runden Tisch einbringt. Die zentralen Berufsgruppen und Institutionen sollten bei der Zusammensetzung der Arbeitsgruppe unbedingt berücksichtigt werden. Desweiteren sollen im Rahmen des Runden Tisches Verbesserungsmöglichkeiten bzw. -notwendigkeiten an den Schnittstellen und im Gesamtnetz identifiziert und Wege zu deren Bearbeitung geplant werden. Dies können etwa Kontaktinitiativen

sein, um bisher nicht einbezogene Berufsgruppen zur Mitarbeit im Netz zu gewinnen, Treffen zwischen Berufsgruppen, um die Übergänge an den Schnittstellen zu verbessern oder die Entwicklung von Kommunikationsstrukturen zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen zur gegenseitigen Information und zur wechselseitigen Unterstützung mit Kompetenzen. An den Standorten des Modellprojektes wurden beispielsweise Informationsveranstaltungen und Fortbildungen zwischen den Berufsgruppen (die *Jugendhilfe* für das *Gesundheitswesen* und umgekehrt) initiiert. Die anonymisierte Fallberatung und die interdisziplinäre anonyme Fallbesprechung (siehe Kapitel 5) sind Beispiele, wie die jeweiligen Kompetenzen zusammengeführt werden können und wie das Ganze mehr als die Summe der einzelnen Teile werden kann. Die **gemeinsame fachliche Arbeit** ist ein wesentlicher Baustein in der Entwicklung einer **gemeinsamen Identität**.

Bei der Gestaltung der Diskussionen am Runden Tisch ist eine angemessene **Balance zwischen Struktur und Offenheit** zu berücksichtigen. Neben einem orientierenden und unterstützenden Rahmen braucht es genügend Raum für die Äußerung von Bedürfnissen, Wünschen und Bedenken, die ernst genommen werden sollten. Auch die gemeinsame, lösungsorientierte Bearbeitung braucht Zeit für kreative Ideen und Eigeninitiativen, die aufgegriffen und nach einer gemeinsamen Diskussion verbindlich gestaltet werden. Auf diese Weise ist aus dem Wunsch der Kliniken eines Modellstandortes nach Unterstützung beim Einsatz des „Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch“ die Idee und die Konzeption des „Workshop Kinderschutz“ entstanden.

Um effektive Prozesse zu initiieren, ist die **Benennung von Verantwortlichen** und die Vereinbarung eines Zeitraumes, in dem die Aufgabe umgesetzt werden soll, zu empfehlen.

Am Ende des Runden Tisches werden die Ergebnisse des Treffens zusammengefasst und der Ausblick auf das Kommende gegeben. Durch die enge Zeitstruktur der Runden Tische gibt es wenig Gelegenheit, Themen außerhalb der Tagesordnung zu besprechen. Daher haben wir die Gelegenheit am Ende genutzt, um allgemein nachzufragen, ob es wichtige Themen gibt, die heute nicht besprochen werden konnten. Je nach Umfang der ggf. benannten Themen konnten sie entweder sofort besprochen werden oder wurden für die Tagesordnung des kommenden Runden Tisches berücksichtigt. Damit konnten wir sicherstellen, dass niemand der Beteiligten auf einem brennenden Thema sitzen bleibt, für das nicht zumindest ein Platz zur Besprechung eingeplant wurde.

BISHERIGE ERFAHRUNGEN

Der zweite Runde Tisch war für uns an den meisten Standorten durch Unruhe und eine gewisse Unstrukturiertheit geprägt. Nach der Orientierung am ersten Runden Tisch und der Entscheidung, sich am Prozess der Vernetzung beteiligen zu wollen, rückten nun in der Dynamik Themen wie Gemeinsamkeiten und Abgrenzung, der Umgang mit Entscheidungen und Konflikten und die eigene Rolle im Gesamtprozess in den Mittelpunkt. Sorge um die eigene berufliche Identität wurde geäußert und altbekannte Spannungen zwischen Berufsgruppen können auftauchen. An dieser Stelle zeigt sich, wie mit den unterschiedlichen Meinungen und Haltungen, auch kritischen Stimmen umgegangen werden kann. Können sie in den Gesamtprozess integriert werden oder werden sie nicht berücksichtigt und „stören“ bzw. ziehen sich aus dem Vernetzungsprozess wieder zurück.

Hilfreich haben wir in diesem Zusammenhang erlebt, wenn der Rahmen und die Zielrichtung der Zusammenarbeit für alle Beteiligten klar war, die Möglichkeiten aber auch die Grenzen der einzelnen Berufsgruppen und der Zusammenarbeit kommuniziert wurden und deutlich wurde, dass die Vernetzung ein gemeinsamer Prozess ist, in dem die Kompetenzen aller gefragt sind. Zentrale Bedeutung haben an dieser Stelle die Projektkoordinatorinnen bzw. die Projektkoordinatoren. Wenn die

unterschiedlichen Sichtweisen wertschätzend und konstruktiv aufgenommen werden konnten, eine insgesamt offene und transparente Haltung spürbar war, konnten die anstehenden Themen rasch und sachorientiert behandelt werden. Die Unterschiedlichkeit der Meinungen und auch Spannungen konnten dann wahrgenommen, thematisiert und angemessen angegangen werden.

Hinderlich war, wenn eine Atmosphäre von Konkurrenz mit der Gefahr der Abwertung und Ausgrenzung von Meinungen oder sogar Berufsgruppen entstand, eine Einigung und Übereinstimmung an kritischen Punkten zu rasch forciert wurde oder der Eindruck entstand, dass niemand tatsächlich für das Projekt Verantwortung übernimmt.

4.2.3. DER DRITTE RUNDE TISCH

KURZ ZUSAMMENGEFASST

Der dritte Runde Tisch markiert das Ende der ersten intensiven Einstiegsphase und stellt die Weichen für die Fortsetzung und die Verstetigung des begonnenen Prozesses. Die Themen der ersten beiden Runden Tische werden differenziert und vertieft und es werden Absprachen für die weitere Zusammenarbeit getroffen.

Für eine vorläufige Bilanzierung werden der bisherige Prozess und das Erreichte zusammengefasst und dem Runden Tisch rückgemeldet. Die Planung zur Ausdifferenzierung der Angebotsstruktur mit dem Ziel eines gestuften und differenzierten Spektrums von *frühen Hilfen* für Familien und verbindlichen Vereinbarung von systematischen Wegen zwischen den beteiligten Berufsgruppen und Institutionen wird fortgesetzt und weiter konkretisiert und die Fortsetzung der gemeinsamen Arbeit wird besprochen. Für den Einsatz passgenauer Hilfen im Bereich der *Jugendhilfe* wird der so genannte „*Unterstützungsbogen für die Jugendhilfe*“ (siehe Kapitel 5) vorgestellt und eingeführt. Das Ziel der drei Runden Tische ist erreicht, wenn die Teilnehmerinnen/ Teilnehmer weiterhin motiviert sind, gemeinsam an diesem Thema zu arbeiten und Treffen sowie konkrete Vorgehensweisen zur Erreichung der weiteren Ziele geplant und beschlossen werden.

DIE TAGESORDNUNG

Begrüßung und Überblick über die Themen des dritten Runden Tisches (10 Min.)

Information und Diskussion zum aktuellen Stand (30 Min.)

- Rückmeldungen zum aktuellen Stand und zur bisherigen Entwicklung des Projektes durch die örtlichen Projektkoordinatorinnen/Projektkoordinatoren und ggf. die wissenschaftliche Begleitung
- Information über aktuelle Entwicklungen
- Vorstellung bisheriger Ergebnisse zu verabredeten Schritten (außer den unten aufgeführten Berichten der Arbeitsgruppen)

Die Angebotsstruktur für Familien mit Kindern von 0-3 Jahren (35 Min.)

- Bericht der Arbeitsgruppe (sofern eine Arbeitsgruppe zu diesem Thema gebildet wurde)
- Diskussion des Plenums zum aktuellen Stand und weitere Gedanken zur Ausdifferenzierung und zu Wegen der Umsetzung

PAUSE (30 Min.)

Die Übergänge zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe und anderen Bereichen (45 Min.)

- Berichte von Arbeitsgruppen über den aktuellen Stand der interdisziplinären Zusammenarbeit auf der fallbezogenen und institutionellen Ebene
- Diskussion im Plenum und ggf. weitere Arbeitsaufträge

Zusammenfassung, Ausblick mit weiteren Vereinbarungen und Verschiedenes (30 Min.)

- Zusammenfassung des Erreichten und der Arbeitsaufträge
- Vereinbarungen zur weiteren Zusammenarbeit und Ausblick auf das weitere Vorgehen
- Vorstellung „Unterstützungsbogen für die Jugendhilfe“ (siehe Kapitel 5)
- Verschiedenes

FÜR DIE, DIE ES GENAU WISSEN WOLLEN

Beim dritten Runden Tisch zeigen sich in der Regel erste Erfolge der gemeinsamen Arbeit. Eine gemeinsame Identität der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und auch anderer Beteiligter am Gesamtprozess wird sichtbar, Berufsgruppen haben sich kennen gelernt und haben Schritte aufeinander zu gemacht und die Kommunikation untereinander hat sich verbreitert und vertieft.

Im Rahmen des Modellprojektes endete unsere Beteiligung nach dem dritten Runden Tisch und die Projektkoordinatorinnen bzw. Projektkoordinatoren und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mussten sich entscheiden, wie sie den Prozess eigeninitiativ fortführen wollten. Dies war der Zeitpunkt, an dem geklärt bzw. noch einmal bestätigt wurde, wer die Hauptverantwortung in Form von Koordination für die Arbeit am Runden Tisch längerfristig trägt und wie das Zusammenspiel der beiden Hauptsäulen *Gesundheitswesen* und *Jugendhilfe* gestaltet wird. Wird die Hauptverantwortung in einem der beiden Systeme verankert oder gelingt es und ist auch so gewünscht, beide Systeme an dieser Stelle im *Netzwerk* miteinander in Verbindung zu bringen, indem ein Koordinationsteam aus *Jugendhilfe* und *Gesundheitswesen* gebildet wird. Die Verantwortung für Einzelschritte des weiteren Vorgehens kann unbenommen davon, flexibel je nach Aufgabenstellung von Einzelnen übernommen oder auf diese übertragen werden. Der Bedarf an fachlichem Input ist nicht mehr so hoch wie zu Beginn des Prozesses, der Fokus liegt nun stärker auf der gemeinsamen Erarbeitung der weiteren Ziele und Wege zu den Zielen, die Aushandlungs- und Abstimmungsprozesse nehmen einen größeren Raum ein. Dies spiegelt sich auch in der Struktur der Tagesordnung, die einen größeren Zeitrahmen für die Diskussionen vorsieht.

Bilanz des bisher Erreichten
und zukünftiges Vorgehen
zur weiteren Ausdifferenzierung
der Angebotsstruktur
im Bereich Frühe Hilfen

Da der dritte Runde Tisch der letzte im Rahmen unserer Projektbegleitung war, haben wir die Gelegenheit genutzt, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu Beginn des Treffens einen **Rückblick** und eine Zusammenfassung des bisherigen Prozesses und der erreichten Wegmarken aus unserer Sicht zu geben. Die bisherigen Schritte und Erfolge wurden gewürdigt, (noch) offene Themen wurden benannt und mit Impulsen für die weitere Arbeit verbunden. Das bisherige Geschehen, unsere Rolle darin und die damit verbundene erforderliche Veränderung der bisherigen Rollenverteilung wurden thematisiert. Unsere Sichtweise wurde durch die Rückschau der Projektkoordinatorinnen bzw. Projektkoordinatoren vor Ort vervollständigt. Desweiteren wurden die benannten offenen Themen bzw. möglichen Umgehensweisen damit diskutiert.

Da der gesamte Prozess der Vernetzung langfristig angelegt sein muss, haben wir den Blick zurück als sehr hilfreich und motivierend erlebt, indem die Beteiligten nachvollziehen konnten, was bisher bereits erreicht wurde. Mehrfach hat diese Situation einen Schub der Aktivität ausgelöst, die zur raschen Erreichung von Zielen führte und ist daher auch zu empfehlen, wenn keine Begleitung des Prozesses durch Außenstehende stattfindet.

Die Information über aktuelle Entwicklungen und bisherige Ergebnisse zu verabredeten Schritten stellt wieder einen **gemeinsamen Informationsstand** aller Akteurinnen und Akteure her.

Zentrale Fragen der Diskussionen betreffen die Planung und Umsetzung von Ideen zur Ausdifferenzierung des Angebotsspektrums für unterschiedliche Zielgruppen und Problemstellungen bei Familien mit Kindern bis zum dritten Lebensjahr, die Implementierung der Entwicklungspsychologischen Beratung, den systematischen Einsatz des Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch (siehe unten) und Vermittlungswege vor und nach der Geburt mit konkreten Vereinbarungen zu Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern und Abläufen zwischen den Berufsgruppen und Institutionen. An unseren Modellstandorten ist eine Vielzahl von Ideen entstanden, beispielhaft seien hier die Erstellung eines „EntwicklungsKalenders“ für junge Eltern, die Einrichtung eines Elterncafés für jugendliche Mütter in der psychiatrischen Klinik und die Durchführung von Elternkursen in der Geburtsklinik für den Bereich der Angebote sowie die Erstellung eines Leitsystems für Professionelle und die Einheftung einer Karte mit Adressen von Hilfeanbietern in das Untersuchungsheft der Kinder für die Vermittlungswege erwähnt (siehe oben).

Die Diskussionen über die Angebotsstruktur für Familien mit Kindern bis zum dritten Lebensjahr und zu den Übergängen zwischen *Gesundheitswesen*, *Jugendhilfe* und anderen Bereichen sind stark von den **bisherigen Initiativen und Vorarbeiten** zu diesen Themen abhängig. Wenn sich beim zweiten Runden Tisch Arbeitsgruppen zu diesen Themen gebildet haben, kann das Plenum auf der Grundlage dieser Ergebnisse rasch zu einer befriedigenden Diskussion kommen, in der Ergänzungen und Anregungen für die weitere Arbeit der Kleingruppen gegeben werden können. Dies entspricht den Möglichkeiten einer Gruppe von der Größe und Zusammensetzung des Runden Tisches. Die Moderation hat die Aufgabe, diese Impulse zu bündeln und zu strukturieren, so dass entweder deutlich wird, dass die Ergebnisse als Grundlage der weiteren Arbeit ausreichen und die Arbeit der Kleingruppe an dieser Stelle beendet werden kann oder dass sich Aspekte ergeben, die eine Weiterarbeit der Kleingruppe sinnvoll und erforderlich machen.

Haben sich keine Arbeitsgruppen gebildet, haben wir die Beobachtung gemacht, dass die Arbeit im Rahmen des Runden Tisches hier bei einer großen Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mühsam, zäh und unbefriedigend werden kann. Entweder wird kein Fortschritt spürbar und die Großgruppe kann aufgrund ihrer Struktur nicht zu befriedigenden Ergebnissen kommen oder breite Teile der Gruppe können nur Zuhörer sein, ohne sich selbst aktiv zu beteiligen. Die Moderation kann dann die Diskussionsbeiträge und die Stimmung aufgreifen und mit dem Plenum nach Lösungen suchen. Für einen gelungenen Gesamtprozess sind natürlich möglichst viele zufriedenstellende

Situationen wünschenswert, die die Motivation aller Beteiligten steigern und die Wirksamkeit des Vorgehens deutlich machen.

Zusammenfassend werden abschließend die Ergebnisse gesichert und **Absprachen für die weitere Zusammenarbeit** getroffen. Da mit dem dritten Runden Tisch die Initiierungsphase endet, müssen Absprachen über die weitere Zusammenarbeit, die gemeinsamen Treffen und die Koordination des Vernetzungsprozesses getroffen werden. An dieser Stelle ergibt sich die Gelegenheit zu prüfen, ob die bisherige Projektkoordination so belassen werden soll, ob eine Erweiterung oder Reduzierung der steuernden Personen sinnvoll erscheint oder ob Vertreterinnen und Vertreter eines anderen Bereiches mit hinzugenommen werden sollten. Entscheidend ist die Bildung einer arbeitsfähigen Koordinationsstelle, die Kontakte zu allen relevanten Gruppierungen pflegen kann. Neben den Überlegungen zur Koordinationsstelle haben Vereinbarungen zum Umgang mit Informationen zentrale Bedeutung. Wie können die Mitglieder des Runden Tisches zeitnah über wichtige Entwicklungen informiert werden und wie können Informationen über die direkt Beteiligten hinaus in die Breite gebracht werden? An den Standorten unseres Modellprojektes wurden Homepages für das Projekt eingerichtet, Rundbriefe verschickt und neben der Verbreitung über *Multiplikatoren* die Veröffentlichung von Artikeln in Fachzeitschriften der relevanten Berufsgruppen und der Tagespresse umgesetzt.

Der „*Unterstützungsbogen für die Jugendhilfe*“ (siehe Kapitel 5), der eine Hilfestellung zur Auswahl passgenauer Hilfen für unterschiedliche Grundsituationen der Familie ist, wurde von uns abschließend vorgestellt und den Standorten als „Abschiedsgeschenk“ von unserer Seite übergeben. In anderen Zusammenhängen kann der *Unterstützungsbogen* bei einem folgenden Runden Tisch eingeführt und erläutert werden.

BISHERIGE ERFAHRUNGEN

Bei den dritten Runden Tischen wurde die Beteiligung an Diskussionen und Aufgaben meist intensiver und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an den Standorten nahmen zunehmend Aufgaben eigenständig in die Hand. Bei Themen, die am zweiten Runden Tisch offen geblieben waren, zeigte sich teilweise, dass in der Zwischenzeit an Lösungen oder Lösungsansätzen gearbeitet worden war. Die Anzahl der Personen, die bereit waren, Verantwortung für Teile des Gesamtgeschehens zu übernehmen, wurde in der Regel deutlich größer. Die Kommunikation untereinander war zunehmend offen, in Diskussionen wurde das gemeinsame Ziel betont. Eine gemeinsame Identität wurde spürbar, indem die Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Runden Tisch vermehrt von „wir“, „unserem Projekt“ und „unserem Anliegen“ sprachen. Funktionelle Rollen wie „Koordinatoren“, „Verbindungsglied zu den niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzten“, „Ansprechpartnerin/-partner zur Entwicklungspsychologischen Beratung“ usw. bildeten sich heraus, die im Verlauf auch innerlich ausgefüllt wurden. Die Unterschiedlichkeit der Voraussetzungen und Möglichkeiten der beteiligten Berufsgruppen konnte klarer in die Planungen einbezogen werden. Eine zentrale Aufgabe des dritten Runden Tisches lag in der Verstärkung des begonnenen Prozesses, inwieweit es gelingen würde, die erreichten Ziele nachhaltig abzusichern und weiterhin gemeinsam an offenen Themen zu arbeiten.

Diese Entwicklung konnte tendenziell an allen Standorten beobachtet werden. Wie weit sich jedoch der beschriebene Umgang und die Form der Zusammenarbeit entfalten konnten, ist nach unseren Wahrnehmungen stark von den beteiligten Personen, insbesondere den Projektkoordinatorinnen bzw. Projektkoordinatoren und deren Fähigkeit zu einer wertschätzenden, transparenten und

Absprachen für die weitere
Zusammenarbeit

partizipierenden Kommunikation mit allen Beteiligten abhängig. Die sozialen Kompetenzen der Akteurinnen und Akteure stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Verlauf des gemeinsamen Prozesses sowie der Motivation und Bereitschaft, sich weiter für das Anliegen zu engagieren. Die Auswahl der Projektkoordinatoren, aber auch die der weiteren Funktionsträger, ist damit von entscheidender Bedeutung für die Qualität der Umsetzung der Prozesse.

UND WIE GEHT ES WEITER?

Der Aufbau und Erhalt eines *Netzwerkes* erfordert wiederkehrende Aushandlungs- und Abstimmungsprozesse auf verschiedenen Ebenen. Sinnvoll ist es, die Runden Tische, an denen sich alle Beteiligten treffen, nach der Anfangsphase mit ein- bis zweimaligen Treffen pro Jahr fortzuführen. Hier können alle Mitwirkenden immer wieder auf einen gemeinsamen Stand kommen, indem Informationen über aktuelle Entwicklungen ausgetauscht werden, Rückmeldungen zu Arbeitsaufträgen aus Arbeitsgruppen erfolgen, ein Abgleich der Aktivitäten stattfindet und neue Zielsetzungen mit Wegen zu ihrer Umsetzung vereinbart werden. Bei Bedarf kann ein fachlicher Input mit Hilfe interner Kompetenzen oder externer Referentinnen und Referenten zu gemeinsamen Themen organisiert werden, der die Qualität der weiteren Arbeit im *Netzwerk* absichert. Gleichzeitig bleiben über diese Treffen alle beteiligten Professionen und Institutionen in Kontakt, so dass die Kontinuität der Entwicklung auch über personelle Veränderungen hinweg erhalten werden kann.

In allen von uns begleiteten Standorten wurde die Fortführung der Runden Tische mit unterschiedlichen Modi, entweder als regelmäßige Treffen ein- bis zweimal pro Jahr (unbefristet oder zunächst für einen Zeitraum von zwei Jahren) oder bedarfsabhängig auf Initiative einer Lenkungsgruppe, vereinbart.

4.3. ARBEITSGRUPPEN

Ergänzend zu den Runden Tischen können Arbeitsgruppen zur Steuerung und zur Bearbeitung von Themen eingesetzt werden. Die Arbeitsgruppen können die Kontinuität des gesamten Prozesses gewährleisten, da die Runden Tische auf die Dauer in großen Abständen stattfinden und durch ihre Größe in Ausarbeitungsprozessen zu träge sind. Durch die geringere Gruppengröße sind Arbeitsgruppen als Instrument im Einsatz **flexibler und im Prozess der Entwicklung schneller**. Sie können den gesamten Vernetzungsprozess entscheidend beschleunigen, wenn sie zielgerichtet eingesetzt und abgestimmt auf die Aufgabenstellung zusammengesetzt werden.

Eine Arbeitsgruppe zur Steuerung oder Lenkung des Prozesses wurde an mehreren Standorten mit der Aufgabe betraut, sich regelmäßig zu treffen, um Runde Tische zu initiieren, deren Themen festzulegen und die Durchführung zu organisieren. Diese Gruppe nahm auch Wünsche und Anregungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Runden Tisches auf, um sie in die weitere Planung einzubeziehen. Als die zentralen Bereiche des Vernetzungsprozesses sollten das *Gesundheitswesen* und die *Jugendhilfe* auf alle Fälle in einer Steuerungsgruppe vertreten sein, ergänzend können Vertreter anderer Systeme wie z.B. *Familiengericht* oder der Bereich der *Sozialhilfe* mit eingebunden werden. Die Gesamtgröße sollte aus den bisherigen Erfahrungen nicht über acht Personen liegen. Günstig scheint aus unserer Sicht, wenn die Verantwortung für diese Gruppe bei einer Doppelspitze aus *Jugendhilfe* und *Gesundheitswesen* verankert wird. Damit kann sichergestellt werden, dass die

Kommunikation zwischen und mit beiden Systemen auch in der Struktur der Gruppe verankert ist. Diese Form der Arbeitsgruppe hat einen fortlaufenden Auftrag, sie sollte personell möglichst stabil besetzt sein, so dass die Zusammenarbeit ohne Reibungsverluste durch immer wiederkehrende neue Absprachen mit neuen Mitgliedern stattfinden kann.

Wenn sich in der Arbeit des Runden Tisches Aufgaben zeigen, die in einer kleinen Gruppe effektiver bewältigt werden können (z.B. die Entwicklung eines Gesamtmodells von gestuften und passgenauen Hilfen für die Region) oder die nur manche Berufsgruppen und Institutionen betreffen (z.B. die Gestaltung des Übergangs zwischen der Geburtsklinik und Beratungsstellen) ist es sinnvoll, je nach Aufgabenstellung eine Arbeitsgruppe einzurichten, die sich mit der Thematik näher befasst und Lösungen oder Lösungsvorschläge erarbeitet. Um die Arbeit zielgerichtet und verbindlich zu gestalten, empfiehlt sich die Benennung einer/eines Verantwortlichen und die Vereinbarung eines Zeitraumes, in dem der Arbeitsauftrag erfüllt werden soll. Die Zusammensetzung und Größe der Gruppe richtet sich nach dem jeweiligen Auftrag. Bei interdisziplinären Aufgabenstellungen sollte vor allem geprüft werden, ob die dafür relevanten Berufsgruppen vertreten sind. Die Ergebnisse können als fachlicher Input an alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Runden Tisches rückgemeldet werden, Vorschläge, die das gesamte *Netzwerk* betreffen, können am Runden Tisch diskutiert und entschieden werden. Nach der Erfüllung des Auftrages kann die Gruppe sich auflösen, so dass die Zeit des zusätzlichen Engagements begrenzt und überschaubar bleibt.

Da an vielen Standorten bereits Arbeitsgruppen zu relevanten Themen wie „*Kindeswohlgefährdung*“, „häusliche Gewalt“ oder „*sexueller Missbrauch*“ mit Beteiligung der unterschiedlichen Berufsgruppen bestehen, haben sich Standorte entschieden, keine neuen Arbeitsgruppen zu gründen, sondern die bestehenden in die Arbeit des Runden Tisches zu integrieren und neue Themenstellungen dort zu bearbeiten. Dies erscheint uns sehr wichtig, da die Vernetzungskonzeption unseres Projektes kein fest gefügtes Modell der Kooperation darstellt, sondern ausdrücklich bestehende Ansätze aufgreifen, weiter entwickeln und damit auf bestehenden Strukturen aufbauen will. Neu ist sicherlich die Zusammenführung bisheriger Ansätze und damit die Möglichkeit zur Nutzung von Synergien im gesamten *Netzwerk*.

In der von uns begleiteten Initiierungsphase sind an den Standorten verschiedene Arbeitsgruppen entstanden. Die aufgeführten Beispiele sind nicht vollständig und sollen lediglich die eigenen Ideen in Abstimmung mit dem örtlichen Bedarf anregen:

- Arbeitsgruppen, die spezifische Themen des eigenen Arbeitsbereiches als Weiterbildung für andere Berufsgruppen vorbereiten (z.B. gesetzliche Grundlagen der *Jugendhilfe* für Ärzte)
- Arbeitsgruppe zur Erstellung eines Branchenbuches und Leitsystems zu Angeboten *Früher Hilfen* in der Region
- Arbeitsgruppe, die sich mit der Ausdifferenzierung der Angebotsstruktur befasst und Vorschläge erarbeitet
- Arbeitsgruppen zur anonymisierten Fallberatung und interdisziplinären anonymisierten Fallbesprechung (siehe Kapitel 5)

Grundlegend sind Differenzierungsmöglichkeiten für Arbeitsgruppen über spezifische Altersphasen innerhalb des frühen Bereiches (z.B. pränatal, postnatal, erstes Lebensjahr, zweites und drittes Lebensjahr nach den jeweiligen Entwicklungsanforderungen), über Sozialräume, über Themen (z.B. Entwicklung eines Gesamtmodells primär-, sekundär- und tertiärpräventiver Hilfen in der Region, Erstellung eines Branchenbuches *Früher Hilfen* in der Region, Ressourcenbeschaffung und -absi-

cherung für die Vernetzungsarbeit) oder über Zielgruppen (z. B. Eltern mit Migrationshintergrund, Kinder psychisch erkrankter Eltern, minderjährige Eltern) vorstellbar.

Trotz der Breite der Möglichkeiten gilt das Motto „so wenig wie möglich, so viel wie nötig“ für die Einrichtung von Arbeitsgruppen aus unserer Sicht in besonderem Maße. In Zeiten äußerst knapper zeitlicher Ressourcen bei allen Berufsgruppen muss die aufgewendete Zeit für den Arbeitsauftrag in einem guten Verhältnis zum erwarteten Nutzen stehen, damit die Motivation für die weitere Arbeit an diesen wichtigen Themen nicht unnötig strapaziert wird. Es müssen klare Prioritäten gesetzt werden, der Maßstab kann weniger das sein, was denkbar und wünschenswert, sondern eher das, was im Gesamtzusammenhang möglich und notwendig ist.

4.4. INTERDISZIPLINÄRE WEITERBILDUNGEN ALS MÖGLICHKEIT, DIE VERNETZUNG AUF PERSONELLER EBENE ZU UNTERSTÜTZEN

Für Fachkräfte an allen acht Modellstandorten wurde die von einer Arbeitsgruppe um Ute Ziegenhain entwickelte Weiterbildung in „**Entwicklungspsychologischer Beratung**“ als spezifisches Beratungskonzept für den frühen Bereich angeboten (Ziegenhain, Fries, Bütow & Derksen, 2004). Über diese Beratungsform können Eltern ressourcenorientiert und videogestützt in ihren Beziehungs- und Erziehungskompetenzen im Umgang mit ihrem Säugling und Kleinkind gefördert werden. Sie kann als eine Methode der Beratung in bestehende Regelversorgungsangebote wie *Sozialpädagogische Familienhilfe, Erziehungsberatung, Frühförderung* etc. integriert werden und steht daher Fachkräften aus verschiedenen Disziplinen offen. In den von uns angebotenen Weiterbildungskursen findet sich ein breites Spektrum an Professionen, z. B. Hebammen, Ergotherapeuten und Ärzte neben pädagogischen, psychologischen und psychotherapeutischen Berufen. Inhaltliche Schwerpunkte liegen im Bereich der allgemeinen und klinischen Entwicklungspsychologie mit den Erkenntnissen aus der Säuglingsforschung und der Bindungstheorie, bei Belastungen auf Seiten des Kindes (z. B. *Behinderung* oder *Frühgeburt*) oder auf Seiten der Eltern (z. B. psychische Erkrankung) sowie beim Umgang mit Trennungen im frühen Alter und mit *Kindeswohlgefährdungen*. Im Mittelpunkt stehen dabei die Verhaltensbeobachtung von Kind und Eltern und deren Wechselwirkung als Ansatzpunkt der Beratung. Die Weiterbildung erstreckt sich über sechzehn Tage in vier Blöcken mit einer Gesamtdauer von etwa einem Jahr. Zwischen den Blöcken werden die Elemente der Entwicklungspsychologischen Beratung schrittweise bis hin zu einem vollständigen Beratungsverlauf an verschiedenen Beratungsfällen eingeübt und dokumentiert.

Über die Vermittlung der Weiterbildungsinhalte und die intensive gemeinsame Arbeit im Plenum, in Klein- und Supervisionsgruppen, die nicht selten auch zwischen den Blöcken zur Bewältigung der anstehenden Aufgaben und der technischen Herausforderungen weitergeführt wird, entwickelt sich unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine **gemeinsame Sprache**, eine **gemeinsame Sicht** auf die Interaktion zwischen Säuglingen, Kleinkindern und ihren Bezugspersonen und eine **gemeinsame Haltung**, wie Eltern mit ihren Themen im Umgang mit dem Kind begegnet werden kann. Die unterschiedliche, durch berufliche Schwerpunkte geprägte Wahrnehmung der *Eltern-Kind-Interaktion* wird in eine Gesamtsicht integriert und jede Profession bringt einen wesentlichen Beitrag zum Gesamtverständnis ein. Die Übung des ressourcenorientierten Umgangs mit den Eltern zieht einen entsprechend geprägten Umgang in der Weiterbildungsgruppe nach sich, der zu einer tragfähigen Basis für die weitere Kooperation wird. Zudem erfahren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Weiterbildung in Übungs- und auch Pausengesprächen viel über die jeweils anderen

Professionen und Institutionen, so dass sie qualifiziert informiert sind und sich bei entsprechenden Fragestellungen gezielt an andere Professionen wenden können. Dies hat den Vorteil, in den entsprechenden Institutionen bereits persönlich jemanden zu kennen. Teilweise wurde die gemeinsame Arbeit nach dem Abschluss der Weiterbildung in kollegialen *Intervisionsgruppen* oder im Rahmen einer fachlichen *Supervision* fortgeführt und bildet so weiterhin eine Basis für den Austausch und die Kooperation verschiedener Professionen.

Nach der Einschätzung mancher Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden zwei Drittel der Vernetzungsarbeit im Rahmen der gemeinsamen Weiterbildung geleistet. Auch wenn diese Quantifizierung nicht überprüft werden kann, zeigt sie doch die Bedeutung, die dem persönlichen Kennen, der Information über andere Professionen und Institutionen und der gemeinsamen fachlichen Grundlage in Form einer gemeinsamen Sprache, gemeinsamen Sicht und Herangehensweise beigemessen wird. Zu Beginn eines Vernetzungsprozesses kann von einer gezielt ausgewählten gemeinsamen Weiterbildung ein entscheidender Impuls ausgehen, im weiteren Verlauf kann dadurch die Kooperation unterschiedlicher Professionen immer wieder auf eine gemeinsame Basis rückbezogen und themenbezogen intensiviert werden.

5

DIE SCHAFFUNG GEMEINSAMER STANDARDS UND VORGEHENSWEISEN

- 131** 5.1. Anhaltsbogen und Workshop Kinderschutz
 - 5.1.1. Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch
 - 5.1.2. Workshop Kinderschutz
- 137** 5.2. Entscheidungsbaum
- 138** 5.3. Handreichungen
- 140** 5.4. Unterstützungsbogen für die Jugendhilfe
- 142** 5.5. Anonymisierte interdisziplinäre Fallbesprechung und anonyme Fallberatung

Präventiver *Kinderschutz* bedeutet, abgesichertes Wissen um *Risikofaktoren* in der frühen Kindheit für die Praxis nutzbar zu machen und rechtzeitige und effektive Hilfen vorzuhalten. Voraussetzung für passgenaue *Interventionen* ist eine standardisierte Erfassung möglicher *Risikofaktoren* als Basis für anschließende Hilfe und *Prävention* und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, um die unterschiedlichsten Bedürfnisse von Familien, die von Information über Beratung bis hin zu spezifischen *Interventionen* reichen, abzudecken.

Grundlage für eine derartige gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit von unterschiedlichsten Institutionen der *Gesundheitshilfe*, der Kinder- und *Jugendhilfe*, der *Sozialhilfe*, der Polizei, des Rechtswesens und vielen anderen mehr sind gemeinsame fachliche Standards und eine gemeinsame Sprache, denn unterschiedliche berufliche Sozialisierungen können zu Missverständnissen und Vorurteilen zwischen den Kooperationspartnern führen. Mit besserem und präziserem Wissen um die eigenen Kompetenzen und Grenzen, ebenso wie um die der jeweils anderen Berufsgruppen sowie gemeinsamen fachlichen Standards verbessert sich die Bereitschaft der Beteiligten zur Kooperation und mit der Versachlichung subjektiver Vorurteile auch die gegenseitige Wertschätzung.

Die im Folgenden vorgestellten Instrumente werden im Text in Form von Schaukästen dargestellt und befinden sich zudem im Anhang des Werkbuchs als Kopiervorlage.

5.1. ANHALTSBOGEN UND WORKSHOP KINDERSCHUTZ

5.1.1. ANHALTSBOGEN FÜR EIN VERTIEFENDES GESPRÄCH

Im Rahmen des Projektes „Guter Start ins Kinderleben“ wurde ein Risikoinventar für den Einsatz im Bereich *Früher Hilfen* entwickelt. Das Verfahren dient dazu, bereits in Kliniken der Geburtshilfe oder kurz nach der Geburt, Familien zu erkennen, bei denen mehrfache Belastungen ein intensives präventives Angebot an Unterstützung und Begleitung rechtfertigen. Auf diese Weise soll späteren Fürsorge- und Erziehungsschwierigkeiten möglichst zuverlässig vorgebeugt werden.

Heinz Kindler analysierte im Auftrag des Universitätsklinikums Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie / *Psychotherapie*, internationale Untersuchungen, die sich mit Indikatoren für *Kindeswohlgefährdung* beschäftigten. Als empirisch belegte *Risikofaktoren* für frühe *Vernachlässigung* und *Misshandlung* nahm er dabei die Faktoren an, bei deren metaanalytischer Untersuchung wiederholt ein überzufälliger und längsschnittlicher Zusammenhang bestätigt wurde. Grundlage für diese Auswertungen waren 15 Längsschnittstudien. Er stellte als Ergebnis die Faktoren heraus, die – insbesondere in Kumulation miteinander – statistisch bedeutsam zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einer späteren *Kindeswohlgefährdung* führen (Meysen, Schönecker & Kindler, 2009). Tabelle 4 zeigt die Indikatorengruppen mit Beispielen.

Tabelle 4
(Meysen et al., 2009)

RISIKOINDIKATOREN FÜR FRÜHE VERNACHLÄSSIGUNG UND
MISSHANDLUNG

Indikatoren	Beispiele
Grobindikatoren der sozialen Lage der Familie	Armut, niedriger Bildungsstand
Lebenssituation der Familie	Mutter alleinerziehend, Partnerschaftsgewalt, sozial isoliert
persönliche Voraussetzungen von Mutter bzw. Vater für die Bewältigung der Fürsorgeaufgabe	Mutter sehr jung, eigene Gefährdungserfahrungen
psychische Gesundheit der Mutter bzw. des Vaters	Mutter psychisch auffällig, Vater depressive Anzeichen
Verhalten während der Schwangerschaft und Haltung gegenüber Schwangerschaft und dem Kind	unzureichende Vorsorge, Alkoholkonsum in der Schwangerschaft, ungewolltes Kind
Fürsorgeanforderungen durch Kind und Geschwister sowie Geschichte der Fürsorge für andere Kinder	Entwicklungsprobleme, anderes Kind in Fremdbetreuung
beobachtbares Fürsorgeverhalten der Mutter bzw. des Vaters gegenüber dem Kind	problematisches Fürsorgeverhalten, geringe Wärme des Vaters
Weitere Faktoren	inkonsistente Disziplin oder Lernbehinderung des Kindes

In einem weiteren Analyseschritt widmete sich Kindler im Rahmen seiner Recherchen der Untersuchung von international bereits vorliegenden Risikoinventaren im Bereich *Früher Hilfen*. Grundlage dieser Analyse waren 18 Risikoinventare, die in einem oder mehreren internationalen Projekten eingesetzt wurden. Aus den gewonnenen Erkenntnissen formulierte Kindler in Kooperation mit der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie / *Psychotherapie* des Universitätsklinikums Ulm (Arbeitsgruppe: „Guter Start ins Kinderleben“) und der geburtshilflichen Klinik des St. Marien- und St. Annastiftskrankenhauses Ludwigshafen den „*Anhaltsbogen für ein vertieftes Gespräch*“ (siehe Abb. 13 und Anhang A). Der Anhaltsbogen enthält nur fünf Punkte, nämlich „Mindestens eine besondere soziale Belastung“, „Mehrere fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen bzw. U-Untersuchungen“, „Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen, die die Möglichkeiten der Familie zu übersteigen drohen“, „Beobachtbare deutliche Schwierigkeiten der Hauptbezugsperson bei der Annahme und Versorgung des Kindes“ und „Hauptbezugsperson beschreibt starke Zukunftsangst, Überforderung oder Gefühl, vom Kind abgelehnt zu werden“, deckt damit aber eine erhebliche Bandbreite möglicher *Risikofaktoren* ab. Werden einer oder mehrere dieser Punkte bezüglich einer Familie bejaht, empfiehlt der Anhaltsbogen ein weiterführendes Gespräch mit der Familie, das auf der Rückseite des Anhaltsbogens nach folgenden Punkten protokolliert werden soll: Gesprächsverlauf (Sichtweise der Eltern, Ressourcen der Familie, Diskussionspunkte, etc.) und Abwägung (pro/ contra) bezüglich Einbeziehung weiterer Institutionen zur Unterstützung bzw. Weitervermittlung.

Auf Grundlage der Informationen aus dem Anhaltsbogen und dem vertiefenden Gespräch sollte die Familie im Idealfall ggf. eine Weitervermittlung an passgenaue Hilfsangebote erfahren (Meysen, Schönecker & Kindler, 2009).

Abbildung 13

ABB. 13: ANHALTSBOGEN FÜR EIN VERTIEFENDES GESPRÄCH

Der „Leitfaden zum Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“ (siehe Abb. 14 und Anhang A) erläutert kurz und übersichtlich wichtige Aspekte für die Anwendung des Anhaltsbogens in der Praxis, nämlich

- das Ziel des Anhaltsbogens,
- was Risikoindikatoren sind,
- die Entwicklung des Anhaltsbogens,
- die Bewertung der einzelnen Kriterien,
- wie und wann der Anhaltsbogen ausgefüllt werden sollte,
- die Durchführung eines vertiefenden Gesprächs sowie
- die fünf Kriterien.

Abbildung 14



ABB. 14: LEITFADEN ZUM „ANHALTSBOGEN FÜR EIN VERTIEFENDES GESPRÄCH“
DIE ERSTE SEITE DES LEITFADENS ALS BEISPIEL

Die in Tabelle 4 dargestellten Risikoindikatoren für frühe *Vernachlässigung* und *Misshandlung* können mithilfe des „Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch“ schon in der Schwangerschaft bzw. direkt nach der Geburt eines Kindes festgestellt werden und eignen sich daher als Indikatoren insbesondere für den frühen und präventiv wirksamen *Kinderschutz*. Des Weiteren ermöglicht der Anhaltsbogen eine zeitökonomische Erhebung von Risikoindikatoren, die sich auch in den Praxisalltag beispielsweise einer Entbindungsklinik einbetten lässt.

5.1.2. WORKSHOP KINDERSCHUTZ

Bei der Einführung des „Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch“ im Rahmen der Runden Tische wurde von Seiten der *Gesundheitshilfe* der Wunsch laut, eine Schulung zur Anwendung des Anhaltsbogens zu erhalten, um (a) fachlich kompetent die fünf Punkte beurteilen, (b) sicher ein ressourcenorientiertes Gespräch mit Eltern führen und (c) Familien an die richtigen Institutionen weitervermitteln zu können. Um diesem Bedürfnis nachzukommen, wurde der eineinhalbtägige „Workshop Kinderschutz“ konzipiert und an allen acht Standorten durchgeführt.

Ziel des Workshops ist es, Fachkräfte, die Eltern und ihre Säuglinge in (hoch)belasteten Lebenssituationen sehr früh und in gewöhnlich noch wenig belasteten professionellen Kontexten kennen lernen,

- für diskrete und (noch) nicht klinisch auffällige Zeichen von (drohender) *Kindeswohlgefährdung* zu sensibilisieren,
- dafür zu qualifizieren, Eltern ressourcenorientiert und niederschwellig weiterführende Hilfen anzubieten und ihnen zu vermitteln,
- über datenschutzrechtliche Aspekte im Kontext von (drohender) *Kindeswohlgefährdung* zu informieren und ihnen Vorschläge für ressourcenorientierte Formulierungen im Gespräch mit Eltern an die Hand zu geben, die die datenschutzrechtlichen Vorgaben einbeziehen,
- dafür zu qualifizieren, eine schriftliche Rechtsgüterabwägung im Fall einer (drohenden) *Kindeswohlgefährdung* vorzunehmen und
- dafür zu gewinnen, konkrete Ansprechpartner am Modellstandort abzusprechen bzw. Wege der Weitervermittlung von Eltern unter den beteiligten Institutionen verbindlich vorzubereiten.

Tabelle 5 zeigt eine Übersicht über die Inhalte und die zeitliche Gliederung des „Workshop Kinderschutz“. Der Workshop beinhaltet sowohl inhaltliche Inputs, Wahrnehmungstrainings anhand von Videomaterial als auch Übungen z. B. in Gesprächsführung mit Eltern.

Teilgenommen haben an dem Fortbildungsangebot im Rahmen des Modellprojekts 105 Personen, davon drei Arzthelferinnen, 28 Hebammen, 22 Kinderkrankenschwestern, vier Krankenschwestern, acht Erzieherinnen und 32 weitere Personen unterschiedlicher Berufsgruppen. Diese Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren freundlicherweise bereit, an einer Evaluationsstudie zum „Workshop Kinderschutz“ teilzunehmen und diesbezüglich Fragebögen auszufüllen. Erste Ergebnisse dieser Evaluationsstudie weisen darauf hin, dass die Workshopteilnehmer/innen drei Monate nach dem Workshop angeben, inzwischen anders zu arbeiten als vor dem Workshop und von dem Workshop profitiert zu haben (Hägele, M., Ziegenhain & Künster. 2009).

ÜBERSICHT WORKSHOP KINDERSCHUTZ

Tabelle 5

Uhrzeit	1. Tag
09.30	Begrüßung, Vorstellungsrunde 1) Einführung ins Thema: Bindung, Frühe Hilfen, Kindeswohlgefährdung, Feinzeichen des Kindes
10.30	Pause
10.45	2) Sensibilisierung für Familien mit Unterstützungsbedarf
12.15	Pause
13.15	3) Einführung des „Anhaltsbogens“ und Kommunikation mit Eltern (Teil 1)
14.45	Pause
15.00	4) Datenschutz, Dokumentation und Rechtsgüterabwägung
16.30	Pause
16.45	5) Aufbau des Jugendamts
18.15	Ende des 1. Tages
Uhrzeit	2. Tag
09.00	Eingangsrunde
09.30	6) Kommunikation mit Eltern (Teil 2): Einladung von Eltern zur Annahme von Hilfe
10.30	Pause
10.45	7) Kommunikation mit Eltern (Teil 3) und Übungen zur Einschätzung von Beispielfällen (Teil 1)
11.45	8) zur freien Verfügung (oder Kommunikation)
12.15	Pause
12.30	9) Übungen zur Einschätzung von Beispielfällen (Teil 2)
13.30	Abschlussrunde
14.00	Ende des Workshops

5.2. ENTSCHEIDUNGSBAUM

Der Entscheidungsbaum ist eine Orientierungshilfe, um bei Fällen von (drohender) *Kindeswohlgefährdung* das institutionelle Vorgehen zu strukturieren. Inhaltlich geht es um eine Abfolge im Entscheidungsprozess, die von den Mitarbeitern des Projekts „Guter Start ins Kinderleben“ durchdacht und konzipiert wurde. Der Entscheidungsbaum sollte schrittweise von oben nach unten bearbeitet werden. Dabei sollten die jeweiligen Entscheidungen je nach Ausgangslage des Einzelfalls entweder individuell oder im Team getroffen werden (siehe Abb. 15 und Anhang A).

Ausgangspunkte sind die Einschätzung des Risikos einer drohenden *Kindeswohlgefährdung* und der Grad der subjektiven Sicherheit des Mitarbeiters in Bezug auf eine drohende oder bestehende *Kindeswohlgefährdung*. Das weitere Vorgehen richtet sich dann nach der jeweiligen Situation des Kindes und den daraus abgeleiteten Hilfenotwendigkeiten („Hilfebedarf“ oder „*Kindeswohlgefährdung*“).

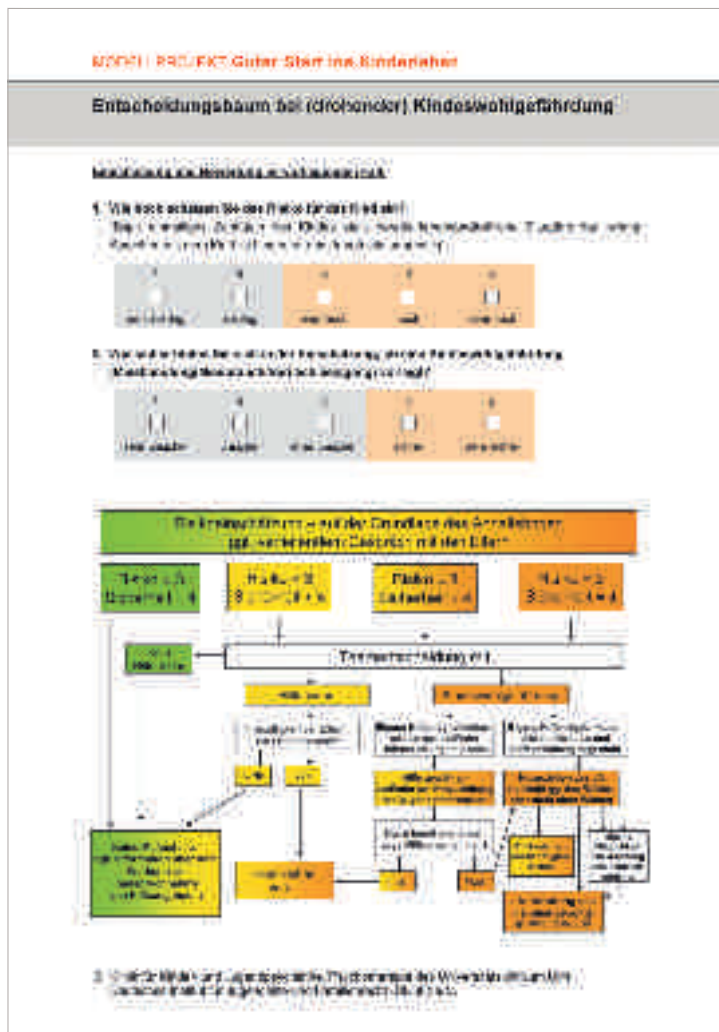


Abbildung 15

ABB. 15: ENTSCHEIDUNGSBAUM BEI (DROHENDER) KINDESWOHLGEFÄHRDUNG

Das Ziel des „Entscheidungsbaums bei (drohender) *Kindeswohlgefährdung*“ sowie die korrekte Handhabung des Entscheidungsbaums werden in einem Leitfaden beschrieben (siehe Abb. 16 und Anhang A).

Abbildung 16

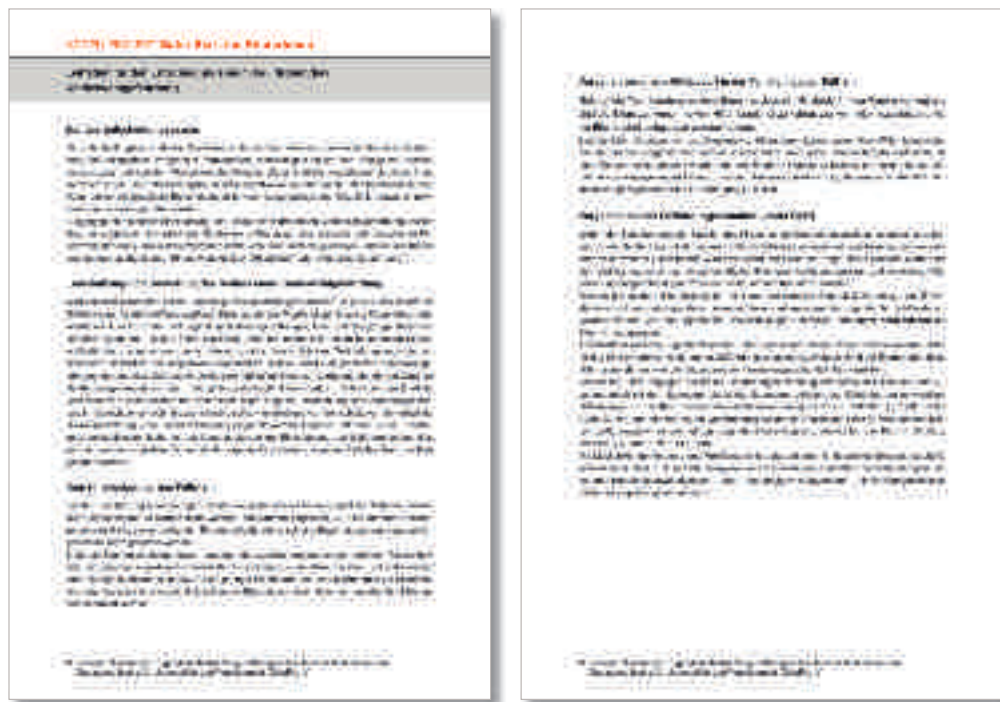


ABB. 16: LEITFADEN FÜR DEN ENTSCHEIDUNGSBAUM BEI (DROHENDER) KINDESWOHLGEFÄHRDUNG

5.3. HANDREICHUNGEN

Neben Instrumenten zur Einschätzung der Bedürfnislage einer Familie und Instrumenten zur einheitlichen Entscheidungs- und Planungshilfe für Experten wurden im Rahmen des Modellprojekts Handreichungen entwickelt, die das Vorgehen bei mäßig kritischen Fällen (sogenannten „gelben“ Fällen; siehe Abb. 17 und Anhang A) und bei Fällen mit (potenzieller) *Kindeswohlgefährdung* (so genannten „roten“ Fällen; siehe Abb. 18 und Anhang A) strukturieren und konkrete Handlungsschritte beschreiben.

Ziel dieser Handreichung ist eine Vereinheitlichung und Qualitätssicherung des Vorgehens, die auch die Vorgaben zum *Datenschutz*, d.h. bezüglich der *Schweigepflicht* und Informationsweitergabe, beinhalten.

5.4. UNTERSTÜTZUNGSBOGEN FÜR DIE JUGENDHILFE

Frühe Hilfen adäquat, rechtzeitig und passgenau bereitzustellen, stellt die Fachpraxis vor einige Herausforderungen: Zunächst ist es wichtig, Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf früh zu erkennen und zu erreichen. Dazu müssen Schnittstellen, insbesondere zwischen Gesundheits- und *Jugendhilfe*, organisiert und optimiert werden. Beim Einsatz prinzipiell wirksamer *Früher Hilfen* kommt es dann aber auch auf ihre passgenaue Ausgestaltung an. Da unterschiedliche Ursachen zu früher *Vernachlässigung* bzw. *Misshandlung* führen können, besteht die fachliche Herausforderung dann darin, die jeweils zugrunde liegenden Risikomechanismen, die im jeweiligen Einzelfall wirken, zu erkennen und die Hilfen darauf abzustimmen und sinnvoll auszugestalten.

Der „*Unterstützungsbogen für die Jugendhilfe*“ (gekürzte Version siehe Abb. 19 und vollständige Version siehe Anhang A) dient der Unterstützung der Fachkraft, die die *Hilfeplanung* leitet. Er ist eine Ergänzung der bereits bestehenden Instrumente und Methoden der *Hilfeplanung* in der *Jugendhilfe*. Bei der Erstellung des Bogens wurden die derzeit verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse über verschiedene Ursachen früher *Vernachlässigung* bzw. *Misshandlung* ausgewertet. Diese Faktoren haben wir aufbereitet und mit Empfehlungen für die Ausgestaltung von Hilfen versehen.

Der *Unterstützungsbogen* ist folgendermaßen gegliedert: Der **erste Abschnitt** gibt eine Übersicht über mögliche grundlegende Probleme von Bezugspersonen in hilfe- und beratungsbedürftigen Familien. Auf dem anschließenden **Erläuterungsblatt**, das sich ausschließlich auf diesen ersten Abschnitt bezieht, haben wir Punkte, die auf das Vorliegen der jeweiligen *Risikofaktoren* hinweisen können sowie Anregungen für die jeweilige Hilfestellung, zusammengetragen.

Der ursächliche Einfluss dieser im ersten Abschnitt zusammengefassten grundlegenden Probleme auf das Entstehen von *Vernachlässigung* bzw. *Misshandlung* gilt als belegt oder zumindest als wahrscheinlich.

Daneben sind in einem **zweiten Abschnitt** einige mögliche zusätzliche aktuelle Problemlagen zusammengetragen. Solche Problemlagen erhöhen allgemein das Risiko von Problemen bei der Erziehung und Fürsorge. Falls eine oder mehrere dieser aktuellen Problemlagen vorliegen, bedürfen sie häufig einer raschen Bearbeitung. Liegen jedoch grundlegendere Probleme ebenfalls vor, ist es nicht ausreichend, sich nur auf die Behebung der aktuellen Schwierigkeiten zu konzentrieren.

In einem **dritten Abschnitt** finden sich einige mögliche Stärken von Eltern bzw. Familien, deren Erfassung für die passgenaue Ausgestaltung *Früher Hilfen* ebenfalls von Bedeutung sein kann. Die wiederkehrende positive Bezugnahme auf erkennbare Ressourcen kann zum einen einen wichtigen Beitrag zum Aufbau einer positiven Hilfebeziehung leisten, zum anderen aber auch einen wichtigen Aspekt bei der prognostischen Beurteilung und der Art und Ausgestaltung der jeweiligen Hilfe darstellen.

Wir möchten darauf hinweisen, dass der *Unterstützungsbogen* in seiner vorliegenden Fassung Anregungen gibt, aber nicht den Anspruch erheben kann, ein validiertes und in der Praxis erprobtes Instrument darzustellen.

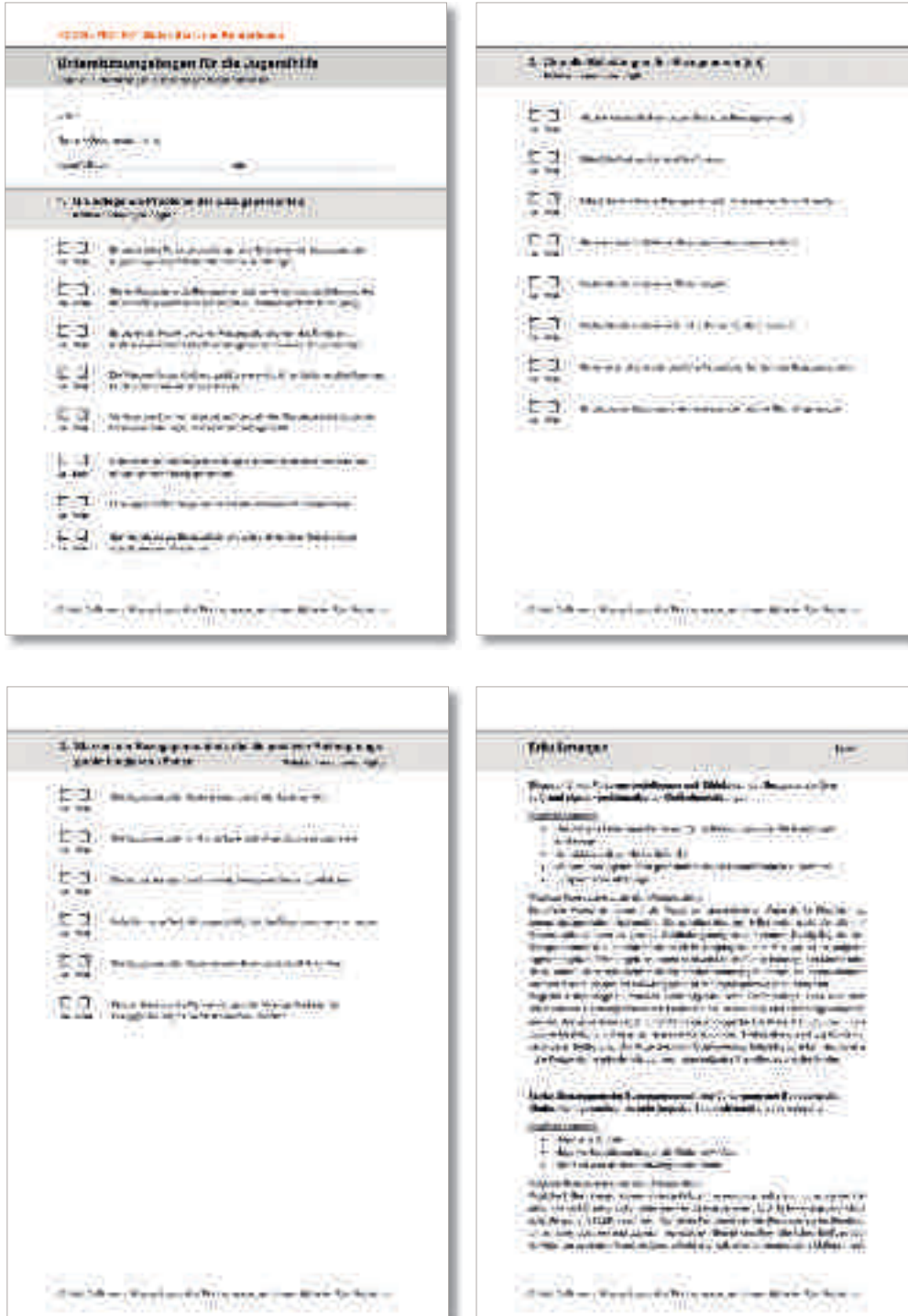


Abbildung 19

ABB. 19: UNTERSTÜTZUNGSBOGEN FÜR DIE JUGENDHILFE MIT DER ERSTEN SEITE DER ERLÄUTERUNGEN

5.5. ANONYMISIERTE INTERDISZIPLINÄRE FALLBESPRECHUNG UND ANONYME FALLBERATUNG

Anonymisierte Fallbesprechungen sind ein erprobtes Instrumentarium im sozialwissenschaftlichen als auch im medizinischen Bereich. Im Rahmen des Modellprojektes haben sie sich in der Entwicklung einer interdisziplinären Sprache und Zusammenarbeit bewährt.

Ziel der **anonymisierten interdisziplinären Fallbesprechung** ist ein regelmäßiger Austausch zwischen unterschiedlichen Institutionen der *Gesundheitshilfe* und der Kinder- und *Jugendhilfe*. Durch Einrichtung des Instruments einer interdisziplinären Fallbesprechung entsteht die Möglichkeit, sich sowohl im konkreten Fall inhaltlich auszutauschen und gegenseitig zu beraten als auch fallunabhängig grundsätzlich Verfahrenswege festzulegen und Kooperationen zu pflegen.

Aktuelle Fälle werden in diesem Rahmen anonymisiert eingebracht. Inhaltliche Aspekte, Verfahrenswege und rechtliche Grundlagen können interdisziplinär diskutiert werden. Dies schafft für die Fallführenden Sicherheit im Handeln auf fallbezogener Ebene, es ermöglicht einen Austausch der verschiedenen Disziplinen, fördert Kooperation, Vernetzung und schließlich Vertrauen zwischen den professionellen Akteuren.

Die **anonyme Fallberatung** hingegen stellt ein Serviceangebot beispielsweise des *Jugendamts* dar. Sie bietet Fachkräften auch aus dem *Gesundheitswesen* die Möglichkeit, sich bezüglich der eigenen Fallarbeit beraten zu lassen.

Im Rahmen des Modellprojekts wurden an allen acht Modellstandorten interdisziplinäre *anonymisierte Fallbesprechungen* und/oder anonyme Fallberatungen an den Modellstandorten etabliert.

In einigen Fällen werden anonymisierte interdisziplinäre Fallbesprechungen direkt nach dem *Screening* junger Familien mithilfe des „Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch“ eingesetzt, d. h. hier diskutierten Vertreterinnen und Vertreter der Geburtskliniken mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des *Jugendamts*, wie den jungen Familien möglichst zeitnah und passgenau Hilfen angeboten werden können (z. B. Erlangen, Gera, Ludwigshafen, Trier). Dabei zeigte sich, dass das Instrument der anonymisierten Fallbesprechung sich gut in den Arbeitsalltag eingliedern ließ und von den Beteiligten als nützlich empfunden wurde. Zudem zeigte sich, dass bei den meisten „kritischen“ Fällen bereits ein Kontakt zwischen der Familie und dem *Jugendamt* bestanden hatte.

Andernorts wurden für alle interessierten Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Modellprojekts offene Fallbesprechungen eingeführt, die von der *Jugendhilfe* initiiert wurden. Vertreterinnen und Vertreter vor allem der *Gesundheitshilfe* können hier Fälle einbringen, diese werden dann interdisziplinär diskutiert (z. B. Kyffhäuserkreis).

Neben den Fallbesprechungen wurden an manchen Standorten ebenfalls anonyme Fallberatungen eingeführt. Im Ostalbkreis wurde beispielsweise ein ungenutztes Stellendeputat in der Schwangerschaftsberatung für *Frühe Hilfen* im Sinne fallbezogener Kooperation eingesetzt, d. h. die vom Landkreis betriebene Schwangerschaftsberatung fungiert als Vermittlungsstelle für die geburtshilflichen Kliniken. Dauerhafte feste Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner in der Beratungsstelle bieten hier den Service einer Fallberatung an. In Trier hingegen wurden konkrete Ansprechpartner der freien Träger der *Jugendhilfe* benannt, an die sich Vertreterinnen und Vertreter des *Gesundheitswesens* wenden können.



6

DIE ABSICHERUNG DER NACHHALTIGKEIT

- 145** 6.1. Die Verankerung in und zwischen den Institutionen
 - 6.1.1. Die Verankerung in den Institutionen
 - 6.1.2. Die Verankerung zwischen den Institutionen
- 151** 6.2. Die politischen Ebenen zur Absicherung der Nachhaltigkeit
 - 6.2.1. Die Entwicklung kommunaler Gesamtstrategien im Bereich Früher Hilfen
 - 6.2.2. Die Absicherung der Nachhaltigkeit auf der übergreifenden Ebene (Kostenträger, Landes- und Bundesebene)

Das Vorhaben, ein differenziertes und gestuftes Spektrum an *Frühen Hilfen* zu schaffen, in einem *Netzwerk* mit geregelten und systematischen Übergängen zu verknüpfen und Familien zugänglich zu machen, braucht Strukturen der Kommunikation und Kooperation zwischen den Professionellen, die es ermöglichen, in immer wiederkehrenden Aushandlungsprozessen das *Netzwerk* zu schaffen, aufrecht zu erhalten und an die aktuellen Erkenntnisse und Erfordernisse anzupassen. Einmalige oder zeitlich begrenzte Aktivitäten und Anstrengungen der Beteiligten auf freiwilliger oder „ehrenamtlicher“ Basis können einen Prozess anstoßen und Impulse geben. Um erreichte Ziele auf die Dauer abzusichern und nicht zu einem temporären Strohfeuer werden zu lassen, das in den wechselnden öffentlichen Interessen rasch auch wieder erlischt, müssen aber nachhaltige Formen der Zusammenarbeit geschaffen werden, die strukturell, rechtlich und finanziell abgesichert sind. Erst die Beiträge der vielen an unterschiedlichen Stellen Mitwirkenden, die Leitungen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Leistungserbringer auf Trägerebene, die Kostenerbringer (z. B. Jugendämter, Krankenkassen), die Entscheidungsträger auf kommunaler Ebene (z. B. *Jugendhilfeausschuss*, Gemeinderat), die politischen Entscheidungsträger auf Landes- und Bundesebene, können das Gesamtvorhaben dauerhaft auf eine tragfähige Basis stellen. Nicht zuletzt ist es wichtig ein Bewusstsein für ein „Aufwachsen in öffentlicher Verantwortung“ zu schaffen und die Öffentlichkeit zu beteiligen. Im Folgenden werden die wichtigsten Ebenen zur Absicherung der Nachhaltigkeit kurz umrissen, ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben. Zu differenziert und komplex ist das Zusammenspiel der vielen beteiligten Ebenen, um in diesem Rahmen umfassend dargestellt werden zu können.

6.1. DIE VERANKERUNG IN UND ZWISCHEN DEN INSTITUTIONEN

Die unmittelbar an der Netzwerkarbeit Beteiligten sind die leistungserbringenden Institutionen, vor allem der Kinder- und *Jugendhilfe* und des Gesundheitswesens. Für die nachhaltige Gestaltung der Vernetzungsarbeit müssen Strukturen innerhalb dieser Institutionen beachtet und in den Entwicklungsprozess einbezogen sowie regelhafte Kommunikations- und Kooperationswege zwischen den Institutionen geschaffen und gepflegt werden.

6.1.1. DIE VERANKERUNG IN DEN INSTITUTIONEN

Für die nachhaltige Implementierung wirkungsvoller Angebots- und Vernetzungsstrukturen steht für die beteiligten Institutionen die Wahrnehmung von Aufgaben auf verschiedenen Ebenen an. Auf der Fallebene muss die Situation und der Bedarf von Familien an Unterstützung und Hilfe wahrgenommen und gegebenenfalls mit der Familie angesprochen werden, Angebote müssen dann möglichst passgenau im Gespräch mit den Familien ausgewählt werden, Übergänge zu anderen Leistungserbringern vorbereitet und eventuell begleitet werden. Auf der Metaebene, auf der mit anderen Professionen, Institutionen oder Bereichen über die zur Verfügung stehenden Angebots- und Vernetzungsstrukturen mit systematischen Wegen zwischen den Beteiligten gesprochen wird, müssen Strukturen der Kommunikation und Kooperation zwischen den Beteiligten geschaffen, erhalten und in wiederkehrenden Aushandlungsprozessen angepasst werden. Auf der kommunalpolitischen Ebene wird teilweise der Einsatz für die ausreichende Bereitstellung von Ressourcen zur Umsetzung und Absicherung der Vernetzungsarbeit erforderlich sein (siehe auch unten). Sind die beteiligten Institutionen klein, werden diese Aufgaben von einer oder wenigen Personen in direktem Kontakt wahrgenommen. Je größer die beteiligten Institutionen sind (z. B. Kliniken und Ämter), desto mehr

Nachhaltige Vernetzung
braucht gleichermaßen
Engagement und Steuerung
„Top-Down“ als auch Engage-
ment und Organisation bzw.
Durchführung „Bottom-Up“

sind diese Aufgaben auf verschiedene Hierarchieebenen aufgeteilt, von Mitarbeitern über Abteilungsleitungen bis zu Bereichs- und Gesamtleitungen (oder Stationsärzten, Oberärzten, Klinikleitung). Je größer und damit hierarchisch differenzierter eine Institution ist, desto wichtiger wird die Notwendigkeit der Beteiligung und das Mittragen auf allen diesen Ebenen sowie die Absprache, wer welchen Teil der Aufgabe verbindlich übernimmt, für das Gelingen der gemeinsamen Aufgabe. Die Leitungsebene kann durch die grundlegende Entscheidung über die Beteiligung an der institutionsübergreifenden Aufgabe der Angebotsdifferenzierung und Vernetzung und die Schaffung von Strukturen und Rahmenbedingungen wie die Bereitstellung zeitlicher und personeller Ressourcen für die Teilnahme an den Runden Tischen in der eigenen Institution das Gelingen nachhaltig unterstützen (Top Down). Die Mitarbeiterebene, die die alltägliche Fallarbeit leistet, kann durch Rückmeldungen und Impulse aus der Fallarbeit Anregungen für die weitere Ausgestaltung in der Institution geben (Bottom Up, siehe Abb. 20).

Aus dem beschriebenen Wechselspiel zwischen den hierarchischen Ebenen wird deutlich, dass auf die Dauer keine Ebene einer Einrichtung die erforderliche Arbeit ohne die Mitwirkung durch die anderen leisten kann, dass die vertikale und damit hierarchische Verankerung der Ziele und der Wege zu diesen Zielen in allen Hierarchieebenen mit getragen werden muss, um letztlich erfolgreich und nachhaltig umgesetzt werden zu können. An unseren Modellstandorten haben wir erlebt, dass z. B. Schwierigkeiten beim Einsatz eines systematischen Risikoscreenings, des Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch und den darauf aufbauenden Gesprächen mit den Familien in den Abläufen der Klinik überwunden werden konnten, wenn die Leitung im Vorfeld die Haltung hatte, dass der Einsatz für Familien mit Hilfebedarf erforderlich sei und dies in die Mitarbeiterschaft kommuniziert wurde. Andererseits waren die Überlegungen der umsetzenden Mitarbeiter unverzichtbar, um die richtigen Rahmenbedingungen (wer führt die Gespräche? zu welchem Zeitpunkt? wie findet die Dokumentation statt? usw.) für Risikoscreenings und die erforderlichen Gespräche festzulegen und damit die Umsetzung realistisch zu gestalten.

Abbildung 20

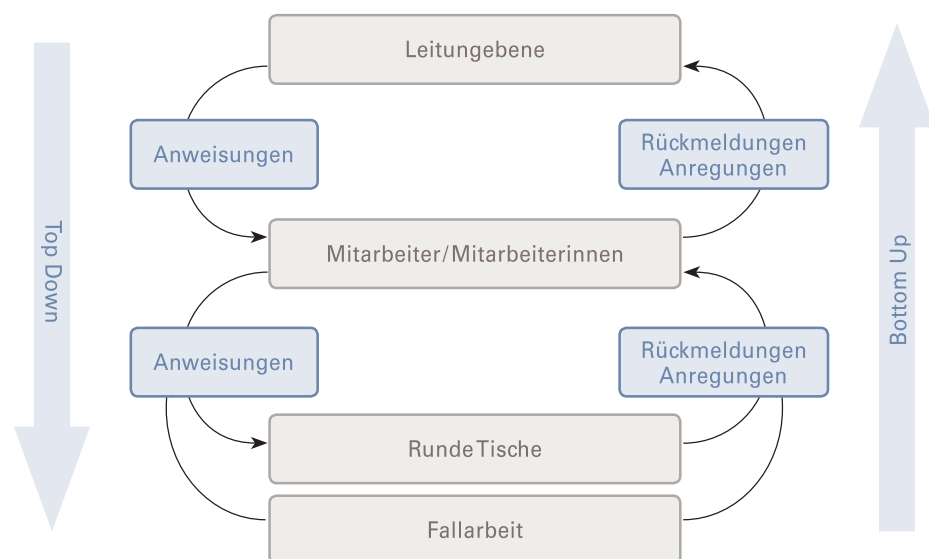


ABB. 20: VERANKERUNG IN DEN UNTERSCHIEDLICHEN EBENEN EINER INSTITUTION

Für die Koordinatoren der Vernetzungsarbeit (vgl. Kapitel 3) ergibt sich hieraus die Aufgabe, die unterschiedlichen hierarchischen Ebenen der Institutionen beim Aufbau des *Netzwerkes* anzusprechen und einzubeziehen. So hat es sich im Rahmen unseres Modellprojektes bewährt, die oberen Hierarchieebenen wie Leitungspersonen bzw. Entscheidungsträger durch Vorgespräche und im Rahmen der Auftaktveranstaltungen (vgl. Kapitel 4) für das Anliegen und die Umsetzung zu gewinnen, während die konkrete Umsetzung an den Runden Tischen mehrheitlich durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geleistet wurde, die mit den Alltagserfordernissen der Fallarbeit vertraut waren.

6.1.2. DIE VERANKERUNG ZWISCHEN DEN INSTITUTIONEN

Um ein *Netzwerk Früher Hilfen* zwischen den Institutionen nachhaltig zu implementieren, braucht es systematische und regelmäßige Kommunikations- und Kooperationswege als Strukturen zwischen den beteiligten Institutionen, die unabhängig vom Engagement einzelner Personen bestehen und über personelle Wechsel hinweg Voraussetzungen schaffen, wie die Zusammenarbeit verbindlich, verlässlich und vertrauensvoll gestaltet werden kann. Neben den in Kapitel 4 bereits beschriebenen Instrumenten der Vernetzung wie Runde Tische und Arbeitsgruppen, die in unterschiedlicher aber regelmäßiger Frequenz die Vernetzungsarbeit insgesamt absichern, sind hier Absprachen und Vereinbarungen zwischen den Professionen und Institutionen gemeint, die die Zusammenarbeit im Arbeitsalltag systematisieren und verbindlich gestalten. Angefangen vom Wissen über konkrete Ansprechpartner in anderen Institutionen, Telefonnummern und Zeiten der Erreichbarkeit bis zu Präsenzzeiten in anderen Einrichtungen, Hinzuziehung und Übergangsgestaltung zwischen verschiedenen Hilfeanbietern und einzelfallbezogenen Absprachen bei paralleler Arbeit mit Familien gibt es eine Vielzahl von Themen, die zwischen Professionen und Institutionen im Rahmen eines *Netzwerkes Früher Hilfen* zu klären sind. Beispielhaft sei hier erwähnt, dass es für die Hebammen und Entbindungspfleger, Kinderkrankenschwestern und -pfleger oder Ärztinnen und Ärzte in einer Geburtsklinik nicht leistbar ist, sich bei Bedarf über eine Vielzahl von Warteschleifen zur zuständigen Mitarbeiterin des *Jugendamtes* durchzufinden. Wenn Kooperation ernst gemeint ist, brauchen die Mitarbeiter der Geburtsklinik eine Telefonnummer des *Jugendamtes*, die möglichst rund um die Uhr besetzt ist und von der aus die intern im *Jugendamt* Zuständigen informiert oder vermittelt werden können. In Anlehnung an den Sprachgebrauch in der freien Wirtschaft haben wir diese Struktur „**One-Face-to-the-Customer**“ genannt.

Dabei ist die dauerhafte Absicherung von erarbeiteten Vorgehensweisen und Standards eine besondere Herausforderung. Abläufe, die nicht ständig praktiziert werden, geraten in Vergessenheit, es gibt Fluktuationen innerhalb der Belegschaft, neue Mitarbeiter kennen Hintergründe und Abläufe nicht und die Kette der Kommunikation zwischen Institutionen kann abreißen. Um die Handlungssicherheit an den Schnittstellen zwischen den Institutionen nachhaltig zu erhöhen, wird es in der Regel notwendig sein, die für alle geltenden Informationen und Absprachen (z. B. Ansprechpartner und Telefonnummern, Erreichbarkeitszeiten, Ablaufschemata für definierte Fälle) schriftlich zu fixieren, den betreffenden Mitarbeitern zugänglich zu machen, die gemeinsamen Standards für qualitätssichernde Maßnahmen in der Erinnerung der Mitarbeiter zu halten und gegebenenfalls aktuellen Entwicklungen und Erfahrungen anzupassen. Insgesamt kann auf alle Möglichkeiten zurückgegriffen werden, die sich auch bei der Absicherung von Standards innerhalb von Einrichtungen bewährt haben.

Um Kooperation zwischen Institutionen nachhaltig und personenabhängig zu implementieren, sind systematische, regelmäßige und verbindliche Kommunikations- und Kooperationsabsprachen notwendig.

Neue Kooperationen sollten auf bereits bestehende Strukturen sinnvoll aufbauen und diese ergänzen, um zeitliche Ressourcen zu schonen.

Die Absicherung der Nachhaltigkeit zwischen den Institutionen bedeutet auch, dass es für die Beteiligten mit einem vertretbaren Aufwand verbunden sein muss, die anstehenden Aufgaben zu bewältigen. In der Konsequenz bedeutet das, dass nach Möglichkeit bestehende Strukturen einbezogen und genutzt werden, um die gemeinsamen Ziele mit möglichst geringem zusätzlichem Aufwand erreichen zu können. Häufig sind es dieselben Personen, die in kommunalen Arbeitskreisen bereits zu anderen Themen zusammenarbeiten und es hat sich bewährt, diese Arbeitskreise dann auch für das Thema *Frühe Hilfen* und *Prävention* von *Kindeswohlgefährdung* zu öffnen. Dies sind z.B. Arbeitskreise wie die Arbeitskreise nach § 78 SGB VIII im Bereich der Kinder- und *Jugendhilfe*. Darüber hinaus bieten Qualitätszirkel oder Stammtische von niedergelassenen Fachgruppen von Ärzten oder Besprechungsstrukturen die Möglichkeit, Absprachen zwischen beteiligten Berufsgruppen der Netzwerkarbeit zu treffen, ohne zu einem zusätzlichen Termin einzuladen. *Multiplikatoren* können die Kommunikation mit den jeweiligen Berufsgruppen absichern, so dass die einzelnen Personen nur begrenzt durch zusätzliche Termine beansprucht werden. Zudem können berufsspezifische Publikationsschriften genutzt werden, um Informationen breit zu streuen.

Als weitere Struktur zur Absicherung der Nachhaltigkeit zwischen den Institutionen hat sich aus unserer Sicht die Einrichtung von **interdisziplinären anonymisierten Fallbesprechungen** als kollegiale Beratungsform bewährt. Im Unterschied zu einer anonymisierten Fallberatung in fraglichen oder kritischen Situationen z. B. durch das *Jugendamt* kann hier der gemeinsame Blick auf Fälle aus unterschiedlicher professioneller Sicht für die weitere Gestaltung der Fallarbeit genutzt und damit eine nachhaltige Form der Zusammenarbeit unabhängig von aktuellen Krisensituationen geschaffen werden (siehe Kapitel 5 gemeinsame Standards).

Wichtige Aufgabe der Koordinatorinnen und Koordinatoren in diesem Prozess der Vernetzung zwischen den Institutionen und Berufsgruppen ist es, sich ausreichend über vorhandene Strukturen zu informieren, um diese möglichst effektiv in die neu entstehenden Strukturen einbeziehen zu können.

EXKURS: ÖFFENTLICHKEITSARBEIT ZUR ABSICHERUNG DER NACHHALTIGKEIT

Öffentlichkeitsarbeit auf unterschiedlichsten Ebenen dient dazu, eine breite öffentliche Verantwortung für das Aufwachsen von Kindern zu fördern und die Nachhaltigkeit des Projekts zu unterstützen.

Zur Sicherung der Nachhaltigkeit des Modellprojekts wurden in der Projektlaufzeit zahlreiche Initiativen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit durchgeführt. Öffentlichkeitsarbeit dient dazu, eine breite öffentliche Verantwortung für das Aufwachsen von Kindern zu fördern. Denn es ist nicht unbedingt auf den ersten Blick ersichtlich, inwiefern gelingendes Aufwachsen von Kindern, *Kinderschutz* und Vernetzung im Bereich *Frühe Hilfen* zusammenhängen. Mithilfe zahlreicher Initiativen des Universitätsklinikums Ulm, der acht Modellstandorte sowie der Ministerien und des Nationalen Zentrums *Frühe Hilfen* wurden daher die Kernkonzepte des Modellprojekts einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht, nämlich dass niedrigschwellige und interdisziplinär angelegte Versorgungsstrukturen zur gezielten Unterstützung eines guten Starts von Säuglingen und Kleinkindern ins Leben beitragen und dass Förderung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen wirksame *Prävention* von *Kindeswohlgefährdung* ist.

Der Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen eines solchen Projekts sollte ein großer Stellenwert eingeräumt und durch kompetente und hochrangige Persönlichkeiten erfüllt werden. Auch empfiehlt es sich,

die unterschiedlichsten Ebenen der Beteiligten und Entscheidungsträger in diesen Prozess mit einzubeziehen, um der Öffentlichkeit gegenüber die breite Verankerung des Projekts zu verdeutlichen. Öffentlichkeitsarbeit ist zwar auf der einen Seite sehr zeitintensiv, doch nur so lassen sich nachhaltige Effekte zur Sicherung der Projektziele erreichen. Keine noch so engagierte Arbeitsgruppe kann allein, ohne die Unterstützung der Fachöffentlichkeit und der Entscheidungsträger in ihrer Stadt oder ihrem Landkreis eine Veränderung der Vernetzungsstrukturen und der Angebotspalette *Früher Hilfen* erreichen.

Im Folgenden soll daher exemplarisch dargestellt werden, auf welchen Ebenen der am Modellprojekt Beteiligten welche Initiativen zur Öffentlichkeitsarbeit durchgeführt wurden.

Auf **Bundes- und Landesebene** zählten zu den Initiativen der Öffentlichkeitsarbeit beispielsweise Pressekonferenzen zu unterschiedlichsten Themen des Kinderschutzes im Allgemeinen und des Modellprojekts im Speziellen sowie Information in unterschiedlichsten Medien wie Internet, Zeitungen und Fernsehen. Auch die Einrichtung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) diente unter anderem dem Zwecke der Öffentlichkeitsarbeit. Das NZFH betreibt eine Homepage mit vielseitigen Informationen zum Bereich *Frühe Hilfen*. Unter anderem werden dort alle geförderten Modellprojekte dargestellt und mit den Seiten der Projekte verlinkt. Darüber hinaus veranstaltet das NZFH Fachtagungen zum wissenschaftlichen Austausch aller geförderten Projekte und bietet eine Reihe weiterer Dienstleistungen an (z. B. Newsletter, Pressemitteilungen, Linklisten).

An den **Modellstandorten** beinhalteten die Initiativen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit unter anderem die Erstellung von Homepages, Informationsveranstaltungen und die Entwicklung zahlreicher Informationsmaterialien für Eltern und Fachkräfte, Pressekonferenzen, die Vorstellung des Modellprojekts bei Fachveranstaltungen und die öffentliche Verleihung der Abschlusszertifikate im Rahmen der Weiterbildung „Entwicklungspsychologische Beratung“ unter Einbeziehung lokaler politischer Entscheidungsträger. Die Runden Tische zeigten darüber hinaus eine starke öffentliche Wirkung. Teilweise wurde in den lokalen Medien darüber berichtet und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Runden Tische fungierten per se als *Multiplikatoren* der dort erworbenen Informationen und sorgten für eine Rückbindung in ihre jeweilige Institution oder Berufsgruppe.

Das **Universitätsklinikum Ulm** engagierte sich im Bereich Öffentlichkeitsarbeit in Form von Fachvorträgen im Rahmen von Kongressen und Fachtagungen, Veröffentlichungen, Pressekonferenzen, Pressemitteilungen und Interviews, durch Teilnahme an Ausschüssen und Expertenrunden zum Thema *Kindeswohlgefährdung*, Radiointerviews und Fernsehberichte sowie die Erstellung und Pflege einer Projekt-Homepage.

Insgesamt wurden auf diesen zahlreichen Wegen zum einen wichtige Informationen und Ergebnisse aus dem Modellprojekt einer breiten (Fach-)Öffentlichkeit zugänglich gemacht, zum anderen aktuelle Impulse aus Forschung und Praxis in das Modellprojekt aufgenommen.

Tabelle 6 zeigt einige nützliche Links, die im Rahmen des Modellprojekts genutzt wurden.

Tabelle 6

EINIGE NÜTZLICHE LINKS IM RAHMEN DES MODELLPROJEKTS „GUTER START INS KINDERLEBEN“

Universitätsklinikum Ulm	www.uniklinik-ulm.de/struktur/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatriepsychotherapie/home/forschung/guter-start-ins-kinderleben.html
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	www.bmfsfj.de
Nationales Zentrum Frühe Hilfen	www.fruehehilfen.de
Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg	www.sozialministerium-bw.de www.stiftung-kinderland.de
Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen	www.stmas.bayern.de www.kinderschutz.bayern.de
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz	www.masgff.rlp.de www.vivafamilia.de
Freistaat Thüringen Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit	www.thueringen.de/de/tmsfg
Erlangen	www.guter-start-ins-kinderleben.info
Ostalbkreis	www.guterstart.ostalbkreis.de www.gutbegleitet.ostalbkreis.de
Traunstein	www.guter-start-ins-kinderleben-traunstein.de

Im Folgenden werden ein paar Ideen zur Öffentlichkeitsarbeit für Modellstandorte vorgestellt:

- Pressemitteilung zur Ankündigung der Auftaktveranstaltung
- Pressetermine oder -mitteilungen nach der Auftaktveranstaltung und ggf. nach Runden Tischen u.ä.
- Gestaltung und Pflege einer Projekt-Homepage
- Teilnahme an bzw. Organisation von Fachveranstaltungen zum Thema *Frühe Hilfen*
- Informationsmaterialien für Fachkräfte und Familien
- Entwicklung und Verbreitung eines Branchenbuchs *Frühe Hilfen*
- Veröffentlichung von Projektergebnissen in Fachzeitschriften und lokalen Medien
- Entwicklungspsychologische Beratung: offizielle Zertifikatsübergabe z. B. mit den örtlichen Projektkoordinatorinnen und Koordinatoren und der/dem Bürgermeister/Bürgermeisterin bzw. Landrätin/Landrat

6.2. DIE POLITISCHEN EBENEN ZUR ABSICHERUNG DER NACHHALTIGKEIT

Im Rahmen des Modellprojektes standen für die teilnehmenden Kommunen keine zusätzlichen finanziellen Mittel zur Verfügung, da die Prozesse ausdrücklich innerhalb bestehender Regelstrukturen und aufbauend auf diesen stattfinden sollten. In den vergangenen Jahren wurden häufig Modellprojekte mit durchaus sehr wichtigen und fachlich notwendigen Zielen durchgeführt, die aber parallel zu bestehenden Strukturen etabliert wurden bzw. nicht dauerhaft abgesichert waren. Nach Ablauf der notwendigerweise zeitbegrenzten Förderdauer mussten Projektträger häufig dann ihre Klientel quasi in „Geiselhaft“ nehmen, um eine Weiterführung ihrer Arbeit zu erreichen. Im Bereich der *Frühen Hilfen* wird etwa mit Modellprojekten in neue Ressourcen wie z.B. die der *Familienhebammen* investiert, deren Weiterbestand nach Ablauf der Modellphase aber nicht gesichert ist und die neue Kosten und Vernetzungsprobleme nach sich ziehen. Hinzu kommt, wie etwa Ergebnisse aus der sozialpsychiatrischen Forschung in den Niederlanden und in Deutschland nahelegen, dass parallel und neu eingerichtete Helfernetze keine Qualitätssteigerung mit sich bringen konnten. Insofern war es wesentliche Vorbedingung des hier berichteten Modellprojektes, bei den bestehenden Ressourcen und Regelstrukturen anzusetzen, eine höhere Effizienz in der Kooperation und Vernetzung anzustreben und damit sicherzustellen, dass nach Ende der Modellprojektzeit nichts zusammenbricht und die miteinander entwickelten Strukturen nachhaltig sind.

Die guten Ergebnisse an unseren Modellstandorten dürfen jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass für den nachhaltigen Aufbau eines *Netzwerkes Früher Hilfen* die Bereitstellung sowohl personeller als auch finanzieller Ressourcen erforderlich ist. Eine Befragung bei den Projektkoordinatorinnen und -koordinatoren an unseren Standorten ergab, dass die Betroffenen in der überwiegenden Zahl der Fälle die erforderliche Arbeit durch Überstunden ermöglicht haben oder dass in einer geringen Zahl der Fälle spezifische personelle Ressourcen durch die Umwidmung oder Erweiterung von Stellen vor allem für die Projektkoordination in der Durchführung des Projektes geschaffen wurden. Als zentrale Erfahrung wurde von den Befragten benannt, dass das Thema auf höchstes Interesse bei den Beteiligten stößt, das Machbare auf der Basis mangelnder Ressourcen jedoch häufig hinter dem Sinnvollen oder auch Notwendigen zurückbleibt. Die aus Sicht der Projektkoordinatoren wichtigsten Aufgaben wie die Herstellung von verschiedenen Kommunikationsmöglichkeiten für alle Kooperationspartner (Runde Tische, Arbeitsgruppen, anonymisierte Fallberatungen oder interdisziplinäre *anonymisierte Fallbesprechungen*, bilaterale Gespräche zwischen Institutionen), die Zusammenführung von Ergebnissen aus Arbeitsgruppen und Anregung der weiteren Diskussion, die Bereitstellung von Arbeitshilfen für die Festlegung verbindlicher Kooperationsstrukturen und die Öffentlichkeitsarbeit konnten auf der Grundlage mangelnder Ressourcen nicht immer im als erforderlich wahrgenommenen Umfang realisiert werden.

Damit ist die Bereitstellung von finanziellen und personellen Ressourcen für die Vernetzungsarbeit eine wichtige Voraussetzung für den nachhaltigen Erfolg der Bemühungen. Punktuell gilt dies sicherlich auch für die Implementierung spezifischer Angebote für den frühen Bereich. Die im Rahmen des Modellprojektes bei Professor Uta Meier-Gräwe und Inga Wagenknecht, Lehrstuhl für Wirtschaftslehre des Privathaushalts und Familienwissenschaft, Justus-Liebig-Universität Gießen, in Auftrag gegebene Kosten-Nutzen-Analyse kann den Sinn solcher Investitionen neben den nahe liegenden menschlichen und gesellschaftlichen Aspekten auch unter ökonomischen Gesichtspunkten klären. Das politische Bewusstsein, dass präventive *Frühe Hilfen* mit den entsprechenden Rahmen-

Der Aufbau eines nachhaltigen Netzwerkes Früher Hilfen benötigt personelle und finanzielle Ressourcen, die durch die politischen Entscheidungsträger mit zur Verfügung gestellt werden können.

Insbesondere im Gesundheitswesen ist dieses Problem noch nicht gelöst.

bedingungen und damit *Kinderschutz* nicht umsonst zu haben sind, ist vielfach bereits gegeben. Die konkrete politische Umsetzung in Dimensionen wie Finanzierung der erforderlichen Leistungen bei den Berufsgruppen sowohl im Hinblick auf Einzelfälle als auch im Hinblick auf die erforderliche Vernetzungsarbeit muss an vielen Stellen vorangebracht und verwirklicht werden. Anstrengungen der Kommunen, der Länder und des Bundes liegen auf dem Weg hierzu.

6.2.1. DIE ENTWICKLUNG KOMMUNALER GESAMTSTRATEGIEN IM BEREICH FRÜHER HILFEN

Ein *Netzwerk Früher Hilfen zur Prävention von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung* ist umso effektiver, je weniger Doppelungen oder Lücken es sowohl in der Bereithaltung einer differenzierten Angebotspalette als auch in der Vernetzung der vorhandenen Angebote und Leistungsträger aufweist. Je fragmentierter die Bemühungen und die Beteiligten in ihren Initiativen sind, desto wahrscheinlicher kommt es zu ineffektiven Entwicklungen, die korrigiert werden müssen. Dabei sind Anstöße für die erforderlichen Entwicklungen von Initiatoren durchaus wünschenswert und hilfreich, die Umsetzung setzt jedoch die breite Beteiligung möglichst vieler Akteure in diesem Feld voraus. Im Rahmen des Modellprojektes wurden die wesentlichen Schritte federführend durch die Forschungsabteilung der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Ulm veranlasst, durchgeführt und begleitet.

Für das Vorgehen außerhalb des Modellprojektes ist die Übernahme dieser Verantwortung durch Andere erforderlich. Auf kommunaler Ebene bieten aus unserer Sicht einerseits die *Jugendhilfeplanung* mit der Jugendhilfeberichterstattung, andererseits die Gesundheitsplanung mit der *Gesundheitsberichterstattung* Foren für die Entwicklung und die konzertierte Umsetzung einer kommunalpolitischen Gesamtstrategie. Im Brückenschlag zwischen diesen beiden Bereichen kann eine Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse von Angeboten und Vernetzungsstrukturen in Verbindung mit einem Vorschlag möglicher Lösungsansätze veranlasst und erarbeitet werden, die die gezielte Schwerpunktsetzung und den Anstoß der als notwendig erachteten Schritte auf einer umfassenden Basis ermöglicht. Durch die Entwicklung in Kooperation der maßgeblichen Entscheidungsträger kann eine breite Akzeptanz und Unterstützung abgesichert werden. Zugleich können Ressourcen im Rahmen einer Gesamtstrategie möglichst effizient eingesetzt und Synergieeffekte von Beginn an berücksichtigt und genutzt werden.

Am Rande sei angemerkt, dass es sinnvoll ist, auch regional angrenzende Kommunen im Netzwerkaufbau mit zu berücksichtigen und mit einzubeziehen, da die Nutzungsgewohnheiten von Familien sich nicht unbedingt an kommunalen Zuständigkeitsgrenzen orientieren.

Auch wenn die erforderlichen Prozesse möglichst effektiv gestaltet werden, ist nicht außer Acht zu lassen, dass die einzelnen Kommunen über sehr unterschiedliche finanzielle Ausstattungen verfügen. Wo in der einen Kommune zusätzliche Ressourcen für *Frühe Hilfen* und Vernetzung neu geschaffen oder durch politische Schwerpunktsetzungen im Rahmen von Umstrukturierungen gewonnen werden können, sind andere aufgrund der allgemeinen Knappheit finanzieller Mittel und der Dringlichkeit der alltäglichen Aufgaben nicht in der Lage, diese Möglichkeiten zu schaffen. Die Herausforderungen sind in diesem Kontext ungleich größer und die kleinen Schritte, die dennoch getan werden, nicht hoch genug wertzuschätzen.

Jugendhilfe- und Gesundheitshilfeplanung sollten bei der Entwicklung einer kommunalen Gesamtstrategie Früher Hilfen früh und eng zusammenarbeiten, um Lücken in der Versorgung zu schließen und Doppelungen zu vermeiden.

6.2.2. DIE ABSICHERUNG DER NACHHALTIGKEIT AUF DER ÜBERGREIFENDEN EBENE (KOSTENTRÄGER, LANDES- UND BUNDESEBENE)

Die politischen Entscheidungsträger auf Landes- und auf Bundesebene können beim Aufbau und beim Erhalt von *Netzwerken Früher Hilfen* entscheidende Impulse setzen und die Entwicklung anstoßen sowie durch die Vorgabe struktureller, finanzieller und rechtlicher Rahmenbedingungen absichern.

Im Rahmen des Modellprojektes „Guter Start ins Kinderleben“ waren es die Länder Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen, die in gemeinsamer Initiative die hier berichtete Entwicklung und Erprobung von Vernetzungsstrukturen zunächst an den Modellstandorten angestoßen haben, sowie das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), das mit dem Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ die Evaluation fördert.

Die Länder haben darüber hinaus den Entwicklungsprozess eng begleitet und mit weitergehenden Maßnahmen, Förderrichtlinien oder durch gesetzliche Verankerung die Umsetzung der Erfahrungen und Ergebnisse in die Breite und in die Nachhaltigkeit geegnet. Die Länderregierungen initiieren und fördern den weiteren Ausbau *Früher Hilfen* durch Bausteine, die die bestehende Angebotspalette sinnvoll ergänzen. Dazu gehört z. B. die weitergehende Förderung von Weiterbildungsangeboten wie die der *Entwicklungspsychologischen Beratung* in Thüringen, eine flächendeckende Qualifizierungsoffensive der Fachkräfte in der Kinder- und *Jugendhilfe* zur Umsetzung des Schutzauftrags bei *Kinderwohlgefährdung* in Baden-Württemberg und die Förderung der spezifischen Qualifizierung und Weiterqualifizierung von Hebammen in allen Bundesländern.

In **Baden-Württemberg** wird der Einsatz von *Familienhebammen* sowie Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger vor Ort durch eine jährliche Anstoßfinanzierung des Landes unterstützt. Weiterhin fördert das Land Programme zur niedrigschwelligen Förderung von Elternkompetenzen, wie das landesweite Programm STÄRKE mit Gutscheinen für den Besuch von Elternbildungskursen sowie einzelbezogenen, spezifischen Förderungen für Familien in besonderen Lebenssituationen, die auch aufsuchend stattfinden können. Weiterhin förderte das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren ein Qualifizierungsprogramm für Fachkräfte im Kinderschutz, das durch das Landesjugendamt (KVJS) durchgeführt wurde, sowie die Entwicklung von Empfehlungen für den Aufbau örtlicher Netzwerke.

In **Bayern** unterstützt die Landesregierung seit Juli 2009 die Kommunen mit einem Regelförderprogramm bei der flächendeckenden Einrichtung **Koordinierender Kinderschutzstellen (KoKi-Netzwerk frühe Kindheit)** mit 16.500 Euro pro Jahr und Vollzeitstelle. Während der Etablierungsphase in 2009 und 2010 werden die Koordinierenden Kinderschutzstellen zudem durch ein umfangreiches Qualifizierungs- und Fortbildungsprogramm begleitet. Ziel der KoKi ist es, belastete Familien frühzeitig zu erreichen und sie passgenau zu unterstützen. So werden Überforderungssituationen vermieden, die zu Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern führen können. Hierzu knüpft die KoKi ein regionales interdisziplinäres Netzwerk zwischen allen, die beruflich mit Säuglingen und Kleinkindern zu tun haben. Besonderer Wert wird auf eine bessere Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen gelegt. Neben der Prävention leistet die KoKi durch die Unterstützung benachteiligter Familien einen wichtigen Beitrag zur Chancen- und Bildungsgerechtigkeit.

Auf politischer Ebene können Länder weitere Maßnahmen, Förderrichtlinien und/oder gesetzliche Verankerungen zur Förderung nach Nachhaltigkeit veranlassen.

Darüber hinaus wurden in einem neuen Art. 14 GDVG verbindliche Regelungen zur Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Gesundheitswesen landesgesetzlich normiert, u. a. die Pflicht der Personensorgeberechtigten, die Teilnahme ihrer Kinder an Früherkennungsuntersuchungen sicherzustellen. Die Einhaltung dieser Pflicht wird in besonders wichtigen Lebensphasen eines Kindes konsequent eingefordert: mit Antrag auf Landeserziehungsgeld, bei Anmeldung in einer Kindertagesstätte und bei der Schuleingangsuntersuchung. Zusätzlich sind in den Absätzen 3 und 6 Mitteilungspflichten bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung geregelt.

In **Rheinland-Pfalz** hat die Landesregierung Rahmenbedingungen für eine effektive Vernetzung aller Institutionen und Dienste, die in der Kinder- und *Jugendhilfe*, aber auch im *Gesundheitswesen* mit Kindern und ihren Familien zu tun haben, gesetzlich verankert. Im rheinland-pfälzischen Landesgesetz zur Förderung des *Kindeswohls* und der Kindesgesundheit (LKindSchuG) werden Kindesgesundheit und *Kinderschutz* verknüpft und als systemübergreifende und interdisziplinäre Aufgabe von Kinder- und *Jugendhilfe* und *Gesundheitshilfe* hervorgehoben. Das umfasst, neben dem Aufbau eines verbindlichen Einladungswesens für die Früherkennungsuntersuchungen, als wichtiges Kernelement die Gestaltung interdisziplinärer lokaler *Netzwerke*. Das Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“ war für die Regelungsinhalte dieses letztgenannten Kernelements wichtiger Baustein. Das Land fördert den Aufbau verbindlicher und interdisziplinärer lokaler Vernetzungsstrukturen mit 7.-Euro für jedes Kind zwischen 0 bis 6 Jahren und hat darüber hinaus eine Servicestelle für Beratung, Fortbildung und Transfer etabliert, die beim *Landesjugendamt* Rheinland-Pfalz angesiedelt ist.

In **Thüringen** wurden 2008 zwei Gesetze verabschiedet, mit denen weitere Grundlagen für die Weiterentwicklung des Kinderschutzes geschaffen wurden. Im Thüringer Gesetz zur Weiterentwicklung des Kinderschutzes wird das Einladungswesen für die Früherkennungsuntersuchungen U3 bis U9 verbindlicher geregelt. Darüber hinaus wird angestrebt, „*Frühe Hilfen*“ für schwangere Frauen, Mütter und Väter in den Landkreisen und kreisfreien Städten zu entwickeln. Dazu stellt die Thüringer Landesregierung zusätzliche Mittel zur Verfügung. Insbesondere sollen damit zur Vermeidung von Überforderung und Fehlverhalten sowie zur Bewältigung besonderer Belastungen oder individueller Beeinträchtigungen der Schwangeren und der Eltern die erforderliche Beratung und Hilfen auch Leistungsträger übergreifend, möglichst frühzeitig und niedrigschwellig angeboten werden.

Auch im Thüringer Gesetz zur Weiterentwicklung der Zusammenarbeit von *Jugendhilfe* und Schule gibt es nachfolgende Regelungen – die Festschreibung des Schutzauftrages in den Schulen und den Kindertagesstätten sowie Bestimmungen zu einer wirksamen Vernetzung und systematischeren Zusammenarbeit vor Ort. Darüber hinaus wurde durch das Thüringer Kabinett im Jahr 2006 ein Maßnahmenkatalog zur Verbesserung des Kinderschutzes verabschiedet und 2008 fortgeschrieben. In diesem Maßnahmenkatalog sind eine Vielzahl von Einzelmaßnahmen enthalten wie z. B. zur Fortbildung, zur Öffentlichkeitsarbeit oder verschiedene Modellprojekte. So wird beispielsweise in Thüringen der Einsatz von Familienhebammen im Rahmen einer modellhaften Erprobung gefördert sowie ein Hausbesuchsprogramm zugunsten von Kindern aus sozial benachteiligten Familien zur Förderung der Erziehung und dem Aufbau einer aktiven Eltern-Kind-Beziehung durchgeführt.

Schließlich wird die Umsetzung der Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Projekt „Guter Start ins Kinderleben“ in die Breite darüber hinaus in Baden-Württemberg mit moderner Technologie im Rahmen eines **E-Learning-Weiterbildungscurriculums** vorangetrieben. Entwickelt wird ein zertifizierter internetbasierter Weiterbildungskurs „**Frühe Hilfen und frühe Interventionen im Kinderschutz**“ (**E-Learning Module**) für Nutzer aus unterschiedlichen Bereichen, z. B. aus dem *Gesundheitswesen*, aus

der Pädagogik und Sozialen Arbeit, der *Psychologie* wie auch der Familiengerichtsbarkeit etc. Ziel ist das lernzielorientierte, dynamische Lernen in einer interaktiven Lernumgebung, basierend auf der Open Source Technology „Moodle“ (Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment), welche verbreitet in der Medizin in Baden-Württemberg und auch im Bereich der Pflege eingesetzt wird. Mit dem erfolgreichen Absolvieren des Weiterbildungskurses erhalten die Teilnehmer ein Baden-Württemberg Zertifikat „Frühe Hilfen und frühe Interventionen im Kinderschutz“, das anrechenbar sein soll auf berufsgruppenspezifische Weiterbildungsmaßnahmen. Fachkräfte aus den genannten Bereichen sollen so die Möglichkeit bekommen, von den Erfahrungen des Projektes „Guter Start ins Kinderleben“ zu profitieren und sich generell ein entsprechendes Grundlagenwissen anzueignen. Insbesondere für den Bereich der *Jugendhilfe* soll dieser innovative und niederschwellige Qualifizierungsansatz einer bundesweiten Fachöffentlichkeit beim Jugendhilfetag 2011 in Stuttgart vorgestellt werden.

Auf Bundesebene hat das **Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)** das im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ etabliert wurde, die Funktion übernommen, Informationen und Wissen rund um das Thema *Frühe Hilfen* zu verbreiten und für die Weiterentwicklung des Bereiches zu sorgen (www.fruehehilfen.de). In diesem Kontext werden auch die Erfahrungen und Ergebnisse des Modellprojektes „Guter Start ins Kinderleben“, und zwar gleichermaßen aus der Praxisbegleitung als auch aus der wissenschaftlichen Evaluation publiziert. Es gibt zudem wissenschaftliche Expertisen in Auftrag und führt Erhebungen wie die „Bestandsaufnahme Früher Hilfe“ (Befragung von Jugend- und Gesundheitsämtern) durch. Das NZFH versteht sich als Kommunikations- und Wissensplattform, auf der Informationen und Erfahrungen der Praxisentwicklung bzw. Forschungsbefunde zusammengeführt und abgerufen werden können, Standards oder Arbeitshilfen und Empfehlungen entwickelt werden, und damit insbesondere auch der Transfer von Informationen und Erkenntnissen und die Weiterentwicklung *Früher Hilfen* vorangetrieben werden. In dieser letztgenannten Funktion unterstützt das NZFH den Informationsaustausch in der Praxis, die Weiterqualifizierung und den Aufbau *Früher Hilfen* ebenso wie die fachübergreifende Vernetzung der Akteure. Das NZFH führt darüber hinaus regelmäßig Kongresse, Workshops und Tagungen zum Thema *Frühe Hilfen* und *Kinderschutz* durch, begleitet politische Aktivitäten wie etwa den „Kindergipfel“ der Bundeskanzlerin und der Ministerpräsidenten der Länder zum *Kinderschutz* und hat eine Plattform für einen regelhaften Erfahrungsaustausch mit Bund und Ländern etabliert, um Defizite im *Kinderschutz* zu identifizieren und um aus problematischen Kinderschutzverläufen zu lernen („Aus Fehlern lernen“).

FÜR DIE, DIE ES GENAU WISSEN WOLLEN

Die politischen Entscheidungsträger auf Landes- und Bundesebene können also durch die Vorgabe und Absicherung struktureller, finanzieller und rechtlicher Rahmenbedingungen den Aufbau und den Erhalt interdisziplinärer Vernetzungsstrukturen entscheidend beeinflussen. Dennoch muss festgehalten werden, dass generelle Veränderungen oder Rahmenbedingungen, im Unterschied zu den sehr vielen konkreten Veränderungen, die das Modellprojekt in seiner Praxislaufzeit vor Ort, auf der Basis der beteiligten Personen anstoßen konnte, längere Zeit benötigen.

Dabei ist es bemerkenswert, dass einer der Hauptkritikpunkte aus dem Projekt, nämlich die datenschutzrechtlichen Hindernisse, in der Kommunikation von Ländergesetzgebern aufgegriffen wurden und entsprechende Befugnisnormen geschaffen wurden.

Ebenfalls seit Projektbeginn wurde von uns die Problematik der Nichterfassung von Misshandlungsbefunden in medizinischen Diagnosen, trotz entsprechender Kategorien in der internationalen Klassifikation, immer wieder thematisiert (vgl. Fegert et al. 2008). Internationale Experten zu *Prä-*

Rechtliche Hindernisse für interdisziplinäre Kooperation

vention von *Vernachlässigung* und *Misshandlung* sind sich einig, dass solche Daten aus der Medizin zu den härtesten Indikatoren zur Beschreibung einer Qualitätsentwicklung im *Kinderschutz* gehören (Fegert, 2008).

Derzeit verhindert eine Bestimmung aus dem Sozialgesetzbuch V, der § 294 a SGB V, eine korrekte Erfassung und damit auch die Entwicklung von kostengerechten Abrechnungsmodellen. Diese Norm beschreibt die Pflicht zur Mitteilung drittverursachter Gesundheitsschäden an Krankenkassen mit Angaben über Ursachen und Angaben über mögliche Verursacher und führt automatisch zur Anforderung von Unterstützungen durch die Strafverfolgungsbehörden durch die Krankenkassen zur Ermittlung des Täters und zur Ermittlung des Tathergangs. Es liegt auf der Hand, dass in vielen Verdachtsfällen die ohnehin schwierige Kooperationsbasis mit den Familien ins Wanken geraten könnte, wenn hier tatsächlich Strafanzeigen erfolgen. Deshalb wird im ganzen Bereich der Medizin weitestgehend von entsprechenden Diagnosestellungen Abstand genommen und uns fehlt sowohl für eine vernünftige kostendeckende Abrechnungsform, wie für das Monitoring der entsprechenden Entwicklungen im Kinderschutzbereich die geeignete Zielgröße, die nach den Standards der internationalen Klassifikation für Krankheiten „IC“ in der derzeit gültigen Form „ICD-1“ erfasst werden sollte. Es bleibt ein Desiderat, dass der Bundesgesetzgeber hier neue Rahmenbedingungen schaffen sollte, die sowohl für die Berichterstattung für entsprechende Modellprojekte wie auch für das gesamte Monitoring in diesem Bereich und insbesondere zur leistungsgerechten Bezahlung der komplexen Leistungen bei der Klärung eines Verdachts auf *Kindesmisshandlung* oder *Vernachlässigung* unbedingt erforderlich sind.

Veränderungen von Rahmenbedingungen zur Unterstützung von Vernetzung

Insofern muss auch gesagt werden, dass sowohl die so genannte „**Vernetzungsarbeit**“ wie die **konkrete Fallarbeit derzeit im klinischen Bereich nicht hinreichend ausfinanziert** ist und sich somit die Modellprojekte auf das überdurchschnittliche Engagement einzelner Personen verlassen mussten. Ähnlich wie in sozialrechtlich derzeit ebenfalls umstrittenen Problemen wie der Sozialpsychiatrievereinbarung für die Kinder- und Jugendpsychiatrie oder der Förderung der institutionalisierten *Frühförderung* und der Sozialpädiatrischen Zentren, sollte hier über entsprechende Pauschallösungen für kooperierende Kliniken und entsprechende Ambulanzen sowie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nachgedacht werden. Es ist sicher kein Zufall, dass entscheidende Veränderungen der Rahmenbedingungen im Jugendressort relativ zeitnah erfolgt sind, während im nicht federführenden *Gesundheitswesen* erhebliche Desiderate bleiben. Auch die anhaltenden Diskussionen um die Finanzierung von so genannten „*Familienhebammen*“ zwischen *Gesundheitswesen* und *Jugendhilfe* sind ein Beispiel, wie schwierig hier Ressortgrenzen als Hindernisse zu überwinden sind. Insofern stehen für eine nachhaltige Umsetzung entsprechender Veränderungen in der Breite nach wie vor wesentliche Schritte, insbesondere im *Gesundheitswesen*, noch aus, während im Bereich der Justiz durch das Gesetz zur Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen eindeutige Veränderungen erfolgt sind, welche die Intentionen des Projektes „Guter Start ins Kinderleben“ nachdrücklich unterstützen. Die Tatsache, dass hier der kausale Zusammenhang zwischen einem elterlichen Erziehungsversagen und der drohenden *Kindeswohlgefährdung* als gesetzliche Voraussetzung für Eingriffe nach § 1666 BGB abgeschafft wurde, führt in vielen Fällen zu einer realitätsnäheren Bearbeitung und Falldiskussion gerade bei Vernachlässigungsproblemen in der frühen Kindheit. Hier war die Kausalitätsfrage oft nicht zu klären, während der Hilfebedarf und die nicht hinreichenden Entwicklungschancen der Kinder aufgrund der ärztlichen und sozialpädagogischen Befunde sehr eindeutig zu beschreiben waren. Insofern hat diese Gesetzesveränderung des Bundesgesetzgebers maßgeblich zur Nachhaltigkeit des Projektes „Guter Start ins Kinderleben“ auf der familiengerichtlichen Ebene, aber auch auf der Ebene

der Zusammenarbeit der Jugendämter mit den Familien beigetragen (vergleiche Anhang D).

Die neu eingeführte Erörterung der *Kindeswohlgefährdung* (§ 50 e II FGG) führte ein Gespräch zwischen *Familiengericht* und den Eltern über *Kindeswohlgefährdung* und deren Abwendungsmöglichkeiten als eigenen Verfahrensbestandteil ein. Ziel ist es, Eltern sowie das *Jugendamt* an einen Tisch zu bringen und die Autorität des Gerichtes zu nutzen, um Eltern den Ernst der Lage vor Augen zu führen und auf mögliche Konsequenzen hinzuweisen und darauf hinzuwirken, dass die Eltern notwendige Hilfen und Leistungen, insbesondere der *Jugendhilfe*, annehmen und insgesamt kooperieren. Im Rahmen des Projekts „Guter Start ins Kinderleben“ haben wir vielfach ausgeführt, dass Entscheidungen, auch gerichtliche Termine, angesichts der häufig rasch wechselnden Befundlagen und der oft in kürzester Zeit bedrohlichen Zustände bei Säuglingen und Kleinkindern, beschleunigt bearbeitet werden müssen. Deshalb ist die Einführung eines Vorrangsverhältnisses und eines Beschleunigungsgebots nach § 50 e I FGG nachdrücklich zu begrüßen. Da die *Jugendhilfe*, abgesehen von den generellen Setzungen für die Rahmenbedingungen im *SGB VIII*, kommunal organisiert ist, müssten entsprechende Setzungen, welche die Nachhaltigkeit der Projekte und mögliche Replikationen in anderen Regionen garantieren, auf kommunaler Ebene erfolgen. Beispielhaft bleibt hier nach wie vor das so genannte „Düsseldorfer Projekt“ („Chancen für Kinder in Düsseldorf“), welches mit dem zweiten Präventionspreis 2006 in Deutschland ausgezeichnet wurde, wo tatsächlich eine Umschichtung der Ressourcenallokation zu Gunsten *Früher Hilfen* und zu Gunsten eines frühen Clearings erfolgt ist. Hier wird es notwendig sein, dass auch dieser Projektbericht von entsprechenden Jugendhilfeausschüssen und weiteren kommunalen Gremien rezipiert wird und dann auf der kommunalpolitischen Ebene vernünftige Umschichtungen bei der Ressourcenallokation im Frühbereich erfolgen.

Am problematischsten ist die Nachhaltigkeitsperspektive in der Medizin, weil hier, wie oben ausgeführt, sozialrechtlich quasi keine Veränderungen erfolgt sind. Die *Jugendhilfe* hat sich in diesem Bereich stärker Kompetenzen erworben, hat sich im interdisziplinären Dialog der Medizin geöffnet und hat durch die Einbindung verschiedener medizinischer Berufe, die häufig den Erstkontakt in diesen Feldern haben, sehr viel für die Vernetzung leisten können. Allerdings beruht die Teilnahme an der Vernetzung nach wie vor auf persönlichem Engagement der in der Medizin Tätigen und nicht auf entsprechenden sozialrechtlichen Grundlagen. Hier wären im Sinne der Nachhaltigkeit entscheidende Veränderungen (siehe oben) zu fordern. In einer nächsten Legislaturperiode sollte also hier das Augenmerk noch einmal stärker auf den medizinischen Bereich gelenkt werden, wobei auch der Settingansatz in der *Prävention* eine nicht unwesentliche Rolle spielen könnte.

Unser, im Rahmen des Projekts „Guter Start ins Kinderleben“ nur in den baden-württembergischen Standorten durchgeführtes, Parallelprojekt mit der Techniker Krankenkasse hat hier unseres Erachtens einen wichtigen Weg aufgezeigt, in dem die Chance erkannt wird, die frühe gelingende Eltern-Kind-Beziehung auch als wichtigen Faktor in der Gesundheitsprävention zu berücksichtigen (vgl. Ziegenhain et al. 2008).

Zusammenfassend braucht es für die Etablierung verbindlicher und nachhaltiger Kooperations- und Vernetzungsstrukturen in der frühen Förderung und Unterstützung von Familien und im *Kinderschutz* die systematische politische Unterstützung und Förderung durch die zuständigen Länderregierungen. Ebenso notwendig ist eine administrative Verankerung und Steuerung der Entwicklung von Strukturen in der Kommune. Neben dieser Top-Down-Steuerung sind aber die Initiativen und Impulse ebenso wie das Engagement und die Motivation der Akteure vor Ort von entscheidender

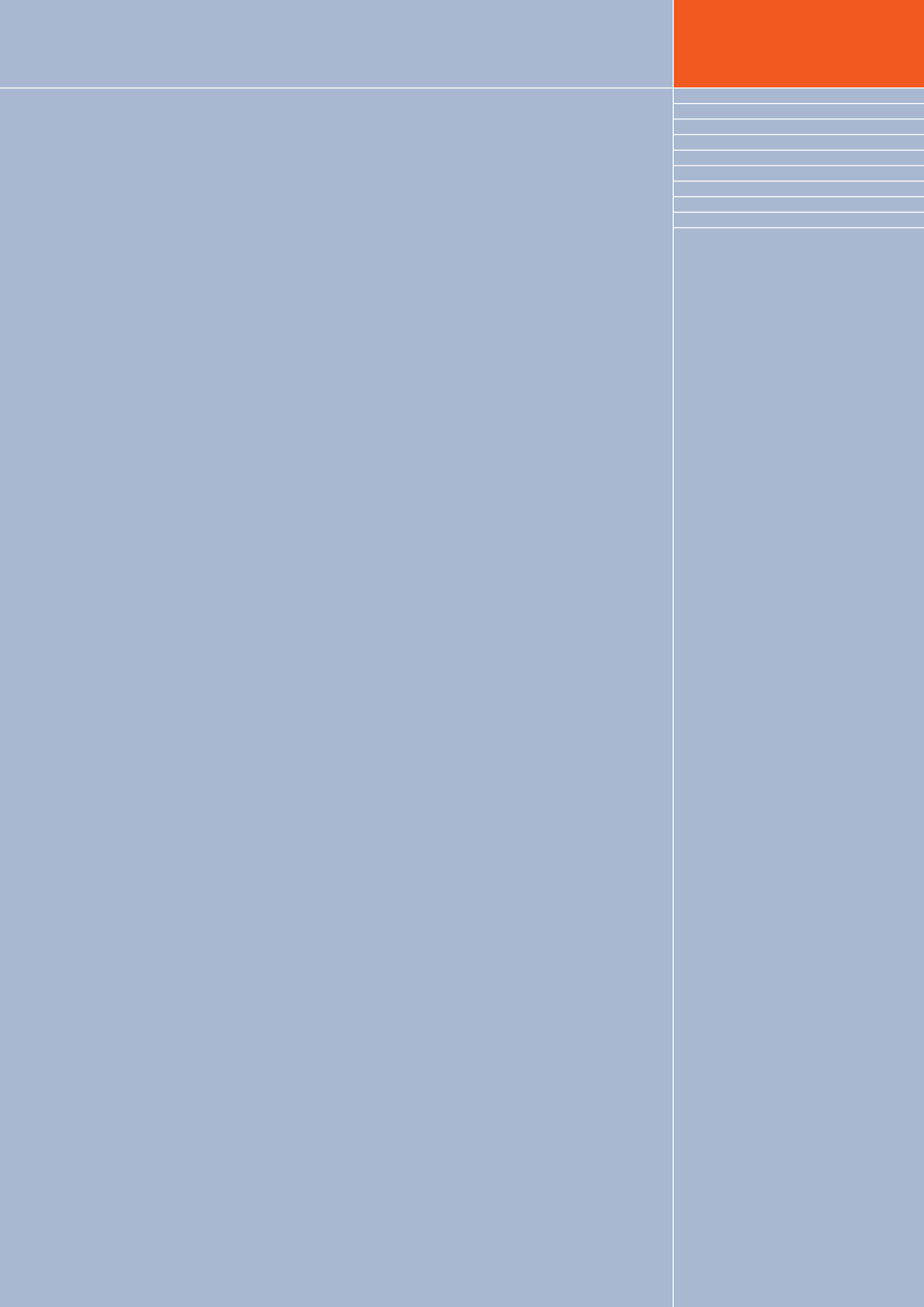
Zusammenfassung

Bedeutung (Bottom-Up). Die Erfahrungen aus dem Projekt „Guter Start ins Kinderleben“, aber auch darüber hinaus, zeigen, dass die ursprünglichen Vernetzungsimpulse in unterschiedlicher Weise sowohl aus dem Bereich der Kinder - und *Jugendhilfe* als auch aus dem der *Gesundheitshilfe* und sowohl von einzelnen Akteuren vor Ort als auch von kommunalen Entscheidungsträgern bzw. durch die Signale der Länderinitiativen angeregt wurden. Unabhängig davon war es ein wichtiges Ergebnis, dass für gelingende Vernetzungsprozesse **gleichermaßen** verbindliches Engagement und Kooperationsbereitschaft von den Akteuren vor Ort (Bottom-Up) als auch verbindliche Strukturen und deren Absicherung durch die Steuerung Top-Down notwendig waren und im Prozess zusammengeführt werden mussten. Wenn eine dieser beiden Voraussetzungen nicht oder nur unzureichend erfüllt werden konnte, machte sich dies in starken Reibungsverlusten im Prozess bzw. Problemen in der Etablierung von verbindlichen und nachhaltigen Strukturen bemerkbar.

Dabei, und das sei nicht abschreckend, sondern als realistische Einschätzung und Vorbereitung für diejenigen gemeint, die sich in einen interdisziplinären Kooperations- und Vernetzungsprozess begeben möchten, braucht es auch in gelingenden Prozessen hohe soziale Kompetenzen wie Durchhaltevermögen und Frustrationstoleranz.

Kooperation und Vernetzung gelingt nicht mit einmaligen Absichtserklärungen oder Absprachen. Sie gelingt nicht mit einmaligen Verabredungen über Verfahrenswege der Kooperation. Sie gelingt auch nicht, wenn eine Disziplin die jeweils andere dominiert. Vielmehr ist Kooperation und Vernetzung ein langwieriger und nicht immer einfacher Prozess immer wiederkehrender Aushandlungen und Abstimmungen, bisweilen auch von Konflikten. Kooperation und Vernetzung kann nur dann gelingen, wenn bestehende Vorurteilsstrukturen über die jeweils andere Disziplin transparent gemacht werden und wenn auch unterliegende Machtstrukturen offengelegt werden können. Kooperation und Vernetzung gelingt nur mit sowohl inhaltlichen als auch administrativ präzisen und verbindlichen Abstimmungen. Das eben setzt hohe soziale Kompetenzen der beteiligten Akteure voraus. Dazu gehören hohe Motivation, Engagement und Überzeugungskraft sowie langer Atem und – wie gesagt – ein gehöriges Stück Frustrationstoleranz.

Vielleicht ist dieser letztgenannte Aspekt von Kooperation und Vernetzung, neben der Schaffung nachhaltiger und tragfähiger Strukturen und der Freisetzung von Ressourcen, der wichtigste und der schwierigste für einen nachhaltigen Erfolg. An allen Modellstandorten sind uns viele hoch engagierte Menschen begegnet, die den jeweiligen Vernetzungsprozess getragen haben. Es war diese einzigartige und lebendige Mischung zwischen engagierten Menschen und der Entwicklung von Verfahrensweisen, der Rückbindung und Anpassung an bestehende Organisations- und Regelstrukturen bzw. die Schaffung neuer Strukturen, die entscheidend zur Etablierung der interdisziplinären Vernetzungsstrukturen beigetragen hat und damit die Entwicklung *Früher Hilfen* und den *Kinderschutz* an den Modellstandorten vorangebracht hat.



7

LITERATUR

B

Barnes, J. A.: Class and Committee in a Norwegian Island Parish. In: *Human Relations*. Vol. 7, S.39-58.

Birbaumer, N. & Schmidt, R. F. (1999): *Biologische Psychologie*, Berlin: Springer.

Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G. & Salzinger, S. (1998): A Longitudinal Analysis of Risk Factors for Child Maltreatment: Findings of a 17-year prospective Study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 22 (11), 1065-1078.

C

Cahill, L. T., Kaminer, R. K. & Johnson, P. G. (1999): Developmental, cognitive, and behavioral sequelae of child abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 8, 827-843.

Caldwell, R. A. (1992): *The costs of child abuse vs. child abuse prevention: Michigan's experience*. East Lansing, MI: Michigan Children's trust fund.

Corbin, J. & Strauss, A. (1996). *Grounded theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Crittenden, P. M. (1992). Children's strategies for coping with adverse home environments: an interpretation using attachment theory. *Child Abuse & Neglect*, 16 (3), 329-343.

Crittenden, P. M. (2006). *CARE-Index Infants (birth - 15 months). Coding Manual*. Miami, FL: Family Relations Institute.

D

Daro, D. & Mc Curdy, K. (1996). Current trends in child abuse reporting and fatalities. *APSAC Advisor*, (9), 21-24.

Daro, D. & Donnelly, A. C. (2002). Charting the waves of prevention: Two steps forward,

one step back. *Child Abuse and Neglect*, 26, 731-742.

Department of Health (2000). Framework for the assessment of children in need and their families. Retrieved October, 23, 2009 from *Department of Health website*: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4014430.pdf

Deutscher Bundestag (2009). Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe. 13. Kinder- und Jugendbericht. Drucksache 16/12860.

E

Esser, G. & Weinel, H. (1990). Vernachlässigende und ablehnende Mütter in Interaktion mit ihren Kindern. In J. Martinius & R. Frank (Hrsg.), *Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung von Kindern*. Erkennen, Bewusstmachen, Helfen. Bern: Huber.

Erickson, M. F. & Egeland, B. (2002). Child Neglect. In: J. E. Myers, L. Berliner (Hrsg.) *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (2nd Ed., S. 3-20). Thousand Oaks, CA: Sage.

Erickson, M. F. & Egeland, B. (2006). *Die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung. Frühe Hilfen für die Arbeit mit Eltern von der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes durch das STEEP-Programm*. Stuttgart: Klett-Cotta.

F

Fegert, J. M., Berger, C., Klopfer, U., Lehmkuhl, U. & Lehmkuhl, G. (2001). *Umgang mit sexuellem Missbrauch. Institutionelle und individuelle Reaktionen*. Münster: Votum Verlag.

- Fegert, J. M. (2002). Veränderung durch Forschung – die multiplen Aufträge und Ziele eines Praxisforschungsmodellprojektes zur Thematik der sexuellen Selbstbestimmung und sexuellen Gewalt in Institutionen für Menschen mit geistiger Behinderung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 51 (8), 626-635.
- Fegert, J. M. & Schrapper, C. (2004). *Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation*. Weinheim: Juventa.
- Fegert, J. M. (2007). Vorschläge zur Entwicklung eines Diagnoseinventars sowie zur verbesserten Koordinierung und Vernetzung im Kinderschutz. In U. Ziegenhain & J. M. Fegert (Hrsg.), *Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung*. (S. 195-206). München: Reinhardt.
- Fegert, J. M., Schnoor, K., Kleidt, S., Kindler, K. H., Ziegenhain, U. (2008). *Verbesserung des Kinderschutzes durch systematische Fehleranalyse*. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin.
- Fegert, J. M. & Besier, T. (2008). *Heimkinder und andere psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen*. Eine Expertise zur Zusammenarbeit der Systeme nach der KICK-Reform. Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Fegert, J. M., Fangerau, H. & Ziegenhain, U. (im Druck). *Problematische Kinderschutzverläufe. Mediale Skandalisierung, fachliche Fehleranalyse und Strategien zur Verbesserung des Kinderschutzes*. Weinheim: Juventa.
- Fegert, J. M. & Ziegenhain, U. (2009). Early intervention: Bridging the gap between practice and academia. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, (3) 23.
- Friedman, S. R., Reynolds, J., Quan, M. A., Callb, S. & Crusto, C. A. (2007). Measuring changes in interagency collaboration: An examination of the Bridgeport Safe Start Initiative. *Evaluation and Program Planning*, 30, 294-306.
- Freud, A., Goldstein, J. & Solnit, A. J. (1988). *Das Wohl des Kindes. Grenzen professionellen Handelns*. Frankfurt: Suhrkamp.

G

- Glaser, B. G. & Strauss A. L. (1996). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Gruyter.
- Gloger-Tippelt, G. (2002). Der Beitrag der Bindungsforschung zur klinischen Entwicklungspsychologie der Familie. In B. Rollett & H. Werneck (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie der Familie* (S. 118-141). Göttingen: Hogrefe.
- Gloger-Tippelt, G. (2007). Eltern-Kind und Geschwisterbeziehung. In J. Ecarius (Hrsg.), *Handbuch Familie* (S. 157-178). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Goldbeck, L., Laib-Köhnemund, A. & Fegert, J. M. (2005). *Hilfeprozess-Koordination im Kinderschutz. Abschlussbericht*. Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm.
- Goldbeck, L., Laib-Köhnemund, A. & Fegert, J. M. (2007). A randomized controlled trials of consensus-based child abuse case management. *Child Abuse & Neglect*, 31 (9), 919-933.
- Goldbeck, L. (2007). Sekundärpräventivstrategien im Kinderschutz. In U. Ziegenhain & J. M. Fegert (Hrsg.), *Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung* (S. 109-118). München: Reinhardt.

Gomby, D. S., Culross, P. L. & Berman, M. D. (1999). Home visiting: Recent program evaluations: Analysis and recommendations. *Future of Children* 1 (9), S. 4-26.

Gould, M. S. & O'Brien, T. (1995). *Child maltreatment in Colorado. The value of prevention and the cost of failure to prevent*. Center for Human Investment Policy, Graduate School of Public Affairs, University of Colorado, Denver. Colorado Children's Trust Fund.

Grünbuch der Europäischen Kommission (2005). Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2005:0484:FIN:DE:PDF>

Gunnar, M. R. & Quevedo, K. M. (2008). Early care experiences and HPA axis regulation in children: a mechanism for later trauma vulnerability. *Progress in Brain Research*, 167, 137-149.

Guterman, N. B. (1997). Early prevention of physical child abuse and neglect: Existing evidence and future directions. *Child maltreatment* 2, 2-34.

Guterman, N. (1999). Enrollment strategies in early home visitation to prevent physical child abuse and neglect and the "universal versus targeted" debate: A meta-analysis of population-based and Screening-based programs. *Child Abuse and Neglect*, 23 (9), 863-890.

H

Hägele, M., Ziegenhain, U. & Künster, A. K. (2009). Evaluation des Workshops „Kinderschutz in den Blick nehmen“ – eine Fortbildung für Fachkräfte aus der Gesundheitshilfe im Rahmen des Modellprojekts „Guter Start ins Kinderleben“ Poster präsentiert auf der 19. Tagung der Fachgruppe Entwicklungspsychologie DGPS, Hildesheim.

Harary, F. (1969): Graph Theory. Reading, Mass.1969. deutsche Übersetzung: *Graphentheorie*, München, Wien, 1974

Heckman, J. J. & Masterov, D. V. (2007). The Productivity Argument for Investing in Young Children. *Review of Agricultural Economics* 29 (3), 446-493.

K

Kaplan, S. J., Pelcowitz, D. & Labruna, V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part 1: Physical and emotional abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (10), 1214-1222.

Karoly, L. A., Greenwood, P. W., Everingham, S. S., Hoube, J., Kilburn, M. R., Rydell, C. P., Sanders, M. & Cheisa, J. (1998). *Investing in our children: What we know and don't know about the costs and benefits of early childhood intervention*. Santa Monica, CA: Rand.

Kaufman, J. & Zigler, E. (1992). The prevention of child maltreatment: Programming, research and policy. In D. J. Willis, E. W. Holden & M. Rosenberg (Hrsg.), *Prevention of child maltreatment. Developmental and ecological perspectives* (S. 269-295). New York: Wiley.

- Kemper, A., Kölch, M., Fangerau, H. & Fegert, J. M. (im Druck). Ärztliche Schweigepflicht bei Kindeswohlgefährdung. Mehr Handlungssicherheit durch die neuen Kinderschutzgesetze? *Ethik in Medizin und Gesellschaft*.
- Kindler, H. & Spangler, G. (2005). Wirksamkeit ambulanter Jugendhilfemaßnahmen bei Misshandlung bzw. Vernachlässigung. *Kindesmisshandlung und –Vernachlässigung*, 8, 101-116.
- Kindler, H., Lillig, S., Blüml, H. & Werner, A. (2006). *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*. Deutsches Jugendinstitut, München 2006, www.dji.de/asd
- Kindler, H. (2007). Prävention von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung im Säuglings- und Kleinkindalter. In U. Ziegenhain & J. M. Fegert (Hrsg.), *Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung* (S. 94-108). München: Reinhardt.
- Kindler, H., Ziesel, B., König, C., Schöllhorn, A., Ziegenhain, U. & Fegert, J. M. (2008). Unterstützungsbogen für die Jugendhilfe: Bogen zur Unterstützung der Hilfeplanung im frühen Kindesalter. *Das Jugendamt*, 10, S. 467-470.
- Kißgen, R. & Suess, G. J. (2005). Bindungstheoretisch fundierte Intervention in Hochrisiko-Familien: Das STEEP-Programm. *Frühförderung Interdisziplinär*, 3, 124-133.
- Klug, W. (2006). "Fallkonstruktion" – Eine Konstruktion des SBG II. Konsequenzen für die Wohlfahrtsverbände. In: *Sozialmagazin. Die Zeitschrift für soziale Arbeit*. 31 Jg., Heft 2, S. 18-24.
- M**
- Main M. & George, C. (1985). Responses of abused and disadvantaged toddlers to distress of an agemate: A study in a day care setting. *Developmental Psychology*, 21 (3), 407-412.
- McDonough, S. C. (2000). Preparing infant mental health personnel for the twenty-first century practice. In J. D. Osofsky & H. E. Fitzgerald (Hrsg.) *WAIMH handbook of infant mental health (Vol 2). Early intervention, evaluation, and assessment*. 535-546. New York: Wiley.
- Merchel, J. (2005). „Diagnostik“ als Grundlage für eine fachlich begründete Hilfeplanung: Inhaltliche Anforderungen und angemessene Semantik. In Verein für Kommunalwissenschaften (Hrsg.), *Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe. Vom Fallverstehen zur richtigen Hilfe*.
- Meysen, T., Schönecker, L. & Kindler, H. (2009). *Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe*. Weinheim, München: Juventa.
- Minde, K. & Minde, R. (1997). Parenting and the development of children. In P. L. Adams & E. Blehy (Eds.). *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry. Vol. 7: Advances and new directions* (265-283). New York: Wiley.
- Mitchell, C. J. (ed.): *Social Networks in Urban Situations: Analysis of Personal Relationship in Central African Towns*. Manchester, Großbritannien.
- Moreno, J. (1960): *The Sociometry Reader*, Illinois: The Free Press.

N

Neuberger (1991): *Personalentwicklung*. Stuttgart: Enke.

O

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

Osofsky, J., Culp, A. M. & Ware, L. M. (1988). Intervention challenges with adolescent mothers and their infants. *Psychiatry*, 51, 236-241.

Pillhofer, M., Ziegenhain, U., Nandi, C., Fegert, J. M. & Goldbeck, L. (eingereicht). Prävalenz von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung in Deutschland. Annäherung an ein Dunkelfeld. *Kindheit und Entwicklung*.

R

Rauh, H. (2002). Vorgeburtliche Entwicklung und frühe Kindheit. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (4. Aufl., 131-208). Weinheim: Beltz/PVU.

S

Schenk, M. (1984). *Soziale Netzwerke und Kommunikation*. Tübingen: Mohr.

Schenk, M. (1995). *Soziale Netzwerke und Massenmedien*. Tübingen: Mohr.

Scheeringa, M. S., Gaensbauer, T. J. (2000). Posttraumatic stress disorder. In C.H. Zeanah (Hrsg.) *Handbook of Infant Mental Health* (2. Aufl., 369-381). New York, NY: Guilford Press.

Schneider-Rosen, K. & Cicchetti, D. (1984). The relationship between affect and cognition in maltreated infants: Quality of attachment and the development of visual self-recognition. *Child development*, 55 (2), 648-658.

Schneider-Rosen, K. & Cicchetti, D. (1991). Early self-knowledge and emotional development: Visual self-recognition and affective reactions to mirror self-images in maltreated and non-maltreated toddlers. *Developmental psychology*, 27 (3), 471-478.

Scott, S., Knapp, M., Henderson, J. & Maughan, J. (2001). Financial costs of social exclusion. Follow-up study of anti-social children into adulthood. *British medical journal*, 323, 191-196.

Simmel, G. (1908): *Soziologie*. Berlin: Duncker & Humblot.

Stern, D. (1998). *Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

T

Teti, D. & Candelari, M. (2002). Parenting competence. In M. H. Bornstein (Hrsg.) *Handbook of parenting: Vol. 4. Applied parenting* (2.Aufl., 149-180). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Trocme, N., MacMillan, H., Fallon, B. & De Marco, R. (2003). Nature and severity of physical harm caused by child abuse and neglect: results from the Canadian incidence study. *Canadian Medical Association Journal*, 169, 911-915.

U

UCINET: <http://www.analytictech.com/ucinet6/ucinet.htm> (28.04.2009)

US Advisory Board on Child Abuse and Neglect (1990): Child Abuse and Neglect: Critical First Steps in Response to a National Emergency. http://www.eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/14/67/87.pdf (12.01.2010)

US Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth, and Families (1999). *Child maltreatment 1997: Reports from the states to the National Child Abuse and Neglect Data System*. US Government Printing Office, Washington, DC.

W

Wagenknecht, I., Meier-Gräwe, U., Fegert, J. M. (2009). Frühe Hilfen rechnen sich. *Frühförderung interdisziplinär*, 2, 82-91.

Wiese, L. v. (1924/1928): *System der Allgemeinen Soziologie*, München: Duncker & Humblot.

Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen (2005). Familiäre Erziehungskompetenzen, Beziehungsklima und Erziehungsleistungen in der Familie als Problem und Aufgabe – Gutachten für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. In S. Walper (Hrsg.) *Grundlagentexte Psychologie*. Weinheim, München: Juventa.

Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen (2008): Bildung, Betreuung und Erziehung für Kinder unter drei Jahren – elterliche und öffentliche Sorge in gemeinsamer Verantwortung – Gutachten für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Redaktion-BMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Bildung-Betreuung-und-Erziehung-Kurzgutachten,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (04.05.2009)

Wissenschaftlicher Beirat des NZFH: Walper, S., Franzkowiak, P., Meysen, T. & Papoušek, M. (2009). *Begriffsbestimmung „Frühe Hilfen“*. Nationales Zentrum Frühe Hilfen, <http://www.fruehehilfen.de/4010.0.html>

Wößmann, L. (2008). Die Bildungsfinanzierung in Deutschland im Licht der Lebenszyklusperspektive: Gerechtigkeit im Widerstreit mit Effizienz? *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 2, 214-233.

Z

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.

Ziegenhain, U. (2004). Beziehungsorientierte Prävention und Intervention in der frühen Kindheit. *Psychotherapeut*, 49, 243-251.

Ziegenhain, U., Libal, E., Derksen, B. & Fegert, J. M. (2005). Entwicklungspsychologische Beratung für junge Mütter mit Säuglingen und Kleinkindern. *Vortrag auf der Fachveranstaltung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen „Entwicklungspsychologische Beratung für junge Mütter mit Säuglingen und Kleinkindern“*. München, 2. Februar 2005.

Ziegenhain, U., Fegert, J. M., Ostler, T. & Buchheim A. (2007). Risikoeinschätzung bei Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung im Säuglings- und Kleinkindalter. Chancen früher beziehungsorientierter Diagnostik. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56, 410-428.

Ziegenhain, U. & Fegert, J. M. (2008). *Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung*. München: Reinhardt.

Ziegenhain, U., Gebauer, S., Ziesel, B., Künster, A. K. & Fegert, J. M. (2008). *Die Chance der ersten Monate. Feinfühlige Eltern – gesunde Kinder*. Ulm: Maurer.

8

ANHANG

- 170** A Instrumente
- A1 Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch und Leitfaden zum Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch
 - A2 Entscheidungsbaum bei (drohender Kindeswohlgefährdung) und Leitfaden zum Entscheidungsbaum bei (drohender Kindeswohlgefährdung)
 - A3 Handreichung zum Umgang mit mäßig kritischen Fällen
 - A4 Handreichung zum Umgang mit (potenzieller) Kindeswohlgefährdung
 - A5 Unterstützungsbogen für die Jugendhilfe
- 191** B Vernetzungsanalyse
- B1 Fragebogen zur Vorstellung der Institution
 - B2 Anschreiben zum Fragebogen zur Vorstellung der Institution
 - B3 Einwilligungserklärung zum Fragebogen zur Vorstellung der Institution
 - B4 Fragebogen zur Vernetzungsanalyse
 - B5 Anschreiben zum Fragebogen zur Vernetzungsanalyse
- 213** C Adressen der Ärztekammern
- 214** D Links für die Recherche neuer Bundesgesetze

Anmerkung zu den Kopiervorlagen

Aus produktionstechnischen Gründen wurden die Kopiervorlagen auf 92 % verkleinert.
Das kann ausgeglichen werden, indem die Vorlagen beim Kopieren auf 109 % skaliert werden.

Vorlagen zum Download

Die Kopiervorlagen finden Sie auch auf der Homepage der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie der Universitätsklinik Ulm in Originalgröße unter Verwendung des Kennworts GUTER ANHANG :

www.uniklinik-ulm.de/kjpp > Forschung > Guter Start ins Kinderleben > Werkbuch Vernetzung

MODELLPROJEKT **Guter Start ins Kinderleben**

Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch

Werden Hilfen für einen guten Start ins Kinderleben benötigt?

mit _____

Name + Geburtsdatum Kind: _____

ausgefüllt von: _____ am: _____

Mehrfachnennungen möglich

Mindestens eine besondere soziale Belastung

Ja **Nein**

Bitte kurz beschreiben: _____

**Mehrere fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen /
U- Untersuchungen**

Ja **Nein**

**Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen, die
die Möglichkeiten der Familie zu übersteigen drohen**

Ja **Nein**

Bitte kurz beschreiben: _____

**Beobachtbare deutliche Schwierigkeiten der Hauptbezugs-
person bei der Annahme und Versorgung des Kindes**

Ja **Nein**

Bitte kurz beschreiben: _____

**Hauptbezugsperson beschreibt starke Zukunftsangst,
Überforderung oder Gefühl, vom Kind abgelehnt zu werden**

Ja **Nein**

Es treffen keine der genannten Kriterien zu.

MODELLPROJEKT Guter Start ins Kinderleben**Dokumentation des vertiefenden Gesprächs****Gesprächsverlauf**

(Sichtweise der Eltern, Ressourcen, Diskussionspunkte, etc.):

Abwägung (pro / contra) bezüglich Einbeziehung weiterer Institutionen zur Unterstützung bzw. Weitervermittlung

Bearbeitungsvermerk: _____

Ausgeführt am: _____

Bearbeitet durch: _____

MODELLPROJEKT **Guter Start ins Kinderleben**

Leitfaden zum Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch

Was ist das Ziel des Anhaltsbogens?

Der Anhaltsbogen ist ein Screeninginstrument, mit dessen Hilfe rund um die Geburt wissenschaftlich belegte Risikofaktoren zur Prävention früher Kindesvernachlässigung bzw. -misshandlung sowie früher Erziehungsschwierigkeiten oder Entwicklungsauffälligkeiten identifiziert werden können.

Was ist überhaupt ein Risikofaktor?

Risikofaktoren können eine erhöhte Wahrscheinlichkeit negativer Ereignisse vorhersagen. Ein Risikofaktor ist **kein Beweis** für einen tatsächlichen, verursachenden Zusammenhang, beispielsweise zwischen psychischer Erkrankung einer Mutter und Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung. Er beschreibt nur die beobachtete, erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass beide Faktoren gemeinsam auftreten.

Wie wurde der Anhaltsbogen erstellt?

Im Rahmen des Projekts „Guter Start ins Kinderleben“ entwickelte Dr. Heinz Kindler vom Deutschen Jugendinstitut (DJI) in München den „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“.

Auf Basis einer umfangreichen Literaturrecherche zu den Themen frühe Kindesvernachlässigung bzw. -misshandlung wurden fünfzehn Studien gefunden, die methodisch so gut und somit aussagekräftig sind, dass ihre Ergebnisse verwendet werden könnten. In diesen Untersuchungen ließen sich 22 wiederholt bestätigte Risikofaktoren für Vernachlässigung und Misshandlung identifizieren.

Dasselbe Vorgehen wurde auch bei der Identifizierung von Risikofaktoren für Erziehungsschwierigkeiten bzw. Entwicklungsauffälligkeiten angewandt. Hierfür konnten aus zwölf Studien 15 Risikofaktoren herausgearbeitet werden.

Zusätzlich zur Analyse wissenschaftlicher Studien wurden international 85 Projekte im Bereich früher Hilfen im Hinblick auf den Einsatz von Risikobögen untersucht. 18 Risikobögen konnten ermittelt werden. Eine Analyse dieser Bögen ergab wiederum 13 wiederholt genannte Risikofaktoren.

Aus diesen Befunden entwickelte Dr. Heinz Kindler den Anhaltsbogen mit fünf Risikofaktoren. **Jeder dieser Risikofaktoren erhöht schon für sich allein genommen die Wahrscheinlichkeit, dass Misshandlung oder Vernachlässigung auftreten können.**

Diese Risikofaktoren können mit Hilfe unterschiedlicher Erhebungsformen ermittelt werden. Die Informationen können **durch ein Gespräch, aus der Anamnese oder durch Beobachtung gesammelt werden.** Werden Risikofaktoren ermittelt, so wird ggf. ein **vertiefendes Gespräch durchgeführt, mit dem Ziel, die Mutter / die Eltern bei Bedarf an weiterführende Hilfen zu vermitteln.** Wird mittels des Anhaltsbogens kein Hinweis auf ein Risiko entdeckt, ist ein vertiefendes Gespräch nicht erforderlich.

Wie werden die einzelnen Kriterien bewertet?

Die Risikofaktoren setzen sich aus unterschiedlichen Merkmalen (Kriterien) zusammen. Die Wahrscheinlichkeit früher Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung ist nicht bei allen Kriterien gleich hoch.

Beim Vorliegen folgender Kriterien ist die Gefährdung des Kindes relativ wahrscheinlich: **Partnerschaftskonflikte und Gewalt in der Familie, bekannte psychiatrische Erkrankung der Mutter / des Partners, Alkoholprobleme oder Drogenkonsum der Mutter / des Partners.**

Folgende Kriterien sollten je nach Ausprägung und Kombination gewichtet und beachtet werden: alleinerziehend, Nikotinkonsum > 20 Zigaretten/Tag, finanzielle Notlage, soziale oder sprachliche Isolation, fehlende Schwangerschafts- oder U-Untersuchungen, Frühgeburt, Mehrlinge, chronische Erkrankung, deutliche Entwicklungsverzögerung des Kindes.

Insgesamt steigt das Risiko, je mehr Kriterien gleichzeitig auftreten.

Wie und bei wem wird der Anhaltsbogen ausgefüllt?

Um ein systematisches Screening zu gewährleisten, sollte der Anhaltsbogen bei jeder Mutter in der Phase vor und/oder direkt nach der Geburt ausgefüllt werden. Ergibt sich aufgrund des Anhaltsbogens kein Risiko, so wird der Punkt „Es treffen keine der genannten Kriterien zu“ angekreuzt. Wird jedoch mindestens ein Risikofaktor mit „Ja“ angekreuzt, ist ein vertiefendes Gespräch zu empfehlen, um gemeinsam mit der Mutter herauszufinden, ob sie weitere Unterstützung benötigt.

Wie wird ein vertiefendes Gespräch durchgeführt?

Das Ziel des Gesprächs ist eine Weitervermittlung der Mutter oder jungen Familie bei Bedarf an entsprechende Hilfsangebote. Die Weitervermittlung sollte dabei so spezifisch wie möglich und dem Risiko angemessen sein. Hierfür ist es hilfreich, die Gewichtung der einzelnen Risikofaktoren zu beachten. **Fragen Sie auch nach den vorhandenen Ressourcen der Familie!** So wäre es beispielsweise nicht angebracht, einer alleinerziehenden, zwanzigjährigen Mutter (Risikofaktor), die jedoch noch bei ihren sie sehr unterstützenden Eltern wohnt, (Ressource) zur Drogenberatungstelle zu schicken (nicht spezifisch) oder zum Umzug in eine betreute Mutter-Kind-Einrichtung zu raten (dem Risiko nicht angemessen). Andererseits würde es nicht ausreichen, eine drogenabhängige Mutter ohne festen Wohnsitz lediglich darauf hinzuweisen, nach sechs Wochen zur nächsten Vorsorgeuntersuchung zum Kinderarzt zu gehen.

Die Eltern können - außer bei akuter Kindeswohlgefährdung - die Angebote freiwillig in Anspruch nehmen. Auf Bevormundung und „ich weiß, was gut für Sie ist“ sollte hierbei gänzlich verzichtet werden. Die Eltern sind gleichwertige und verantwortliche Partner. Es ist die Entscheidung der Eltern, die Hilfsangebote anzunehmen.

Erläuterungen zu den Kriterien

Seite 1

1. Mindestens eine besondere soziale Belastung

- **Mutter ≤ 18 Jahre zum Zeitpunkt der Geburt**
- **Mehr als ein zu versorgendes Kind bei einem Alter der Mutter ≤ 20**
Die Anzahl der bereits erfolgten Geburten und die Anzahl der zu versorgenden Kinder können voneinander abweichen, da in manchen Fällen Kinder in (Verwandten-) Pflege gegeben werden oder Kinder von Partnern mitbetreut werden müssen. Der Focus wird auf die prognostisch wichtigere tatsächliche Belastung durch die Anzahl zu versorgender Kinder gelegt.
- **Unerwünschte Schwangerschaft**
Ausschlaggebend ist hier die Haltung der Mutter, nicht die Haltung des Vaters oder der Großeltern. Die Kodierung kann auf der expliziten Angabe der Mutter beruhen, wenn das Kind nicht gewollt wurde bzw. die Mutter vorhatte, die Schwangerschaft zu unterbrechen oder auf entsprechenden Angaben über die Haltung der Mutter aus dem Umfeld. Eher beiläufig ablehnende bzw. negative Äußerungen über das Kind werden durch nachfolgende Items erfasst. „Unerwünschte Schwangerschaft“ wird nicht kodiert, wenn die Mutter angibt, sich noch im Verlauf der Schwangerschaft von einer anfänglich bestehenden Ablehnung deutlich distanziert zu haben.
- **Alleinerziehend**
Für die Kodierung kommt es darauf an, inwieweit im Alltag neben der Mutter eine weitere, praktisch aber nicht unbedingt rechtlich im Haushalt oder in der Hausgemeinschaft lebende erwachsene Person für die Mitbetreuung des Kindes zur Verfügung steht. Auch getrennt lebende verheiratete Mütter und Mütter mit einer Wochenendbeziehung können als „alleinerziehend“ kodiert werden, während dies bei einer im Stockwerk darüber lebenden, im Alltag verfügbaren Großmutter unter Umständen nicht der Fall ist.
- **Hinweise auf schwere Konflikte oder Gewalt in der aktuellen Partnerschaft**
Ausschlaggebend ist die aktuell bestehende Partnerschaft der Mutter. Hinweise auf heftige Konflikte bzw. Gewalt in der Partnerschaft können sich aus Angaben der Mutter, des Partners bzw. des Umfeldes ergeben, aus medizinisch feststellbaren Verletzungsfolgen oder beobachtbaren Konflikten bzw. Gefühlsreaktionen (Angst, Aggressivität) im Umgang der Partner miteinander während eines Klinikaufenthaltes.
- **Bekannte psychische Erkrankung der Mutter/psychiatrische Vorbehandlung**
- **Nikotinkonsum ≥ 20 Zigaretten am Tag**
- **Hinweise auf Alkoholprobleme/ Drogenkonsum bei Mutter oder Partner**
Hierunter zählen Angaben der Mutter, des Partners oder aus dem Umfeld über einen mehrfachen Alkoholkonsum der Mutter trotz bekannter Schwangerschaft oder einen ansonsten häufigen und umfangreichen Konsum von Alkohol vor der Schwangerschaft bzw. über negative körperliche, psychische oder soziale Folgen des Alkoholkonsums, ein beobachtbares Trinken der Mutter oder des Partners auf der Station, eine bekannte Diagnose von Alkoholmissbrauch bzw. Alkoholabhängigkeit bei Mutter oder Partner und feststellbare angeborene Alkoholeffekte beim Kind. Ebenfalls zählen unter anderem Angaben der Mutter, des Partners oder aus dem Umfeld über einen Drogenkonsum, entsprechende bekannte Diagnosen bei Mutter bzw. Partner, positive Resultate im Drogenscreening oder eine Entzugssymptomatik beim Kind.
- **Finanzielle Notlage**
Von einer finanziellen Notlage muss etwa ausgegangen werden, wenn die Erstausrüstung für das Baby nicht angeschafft werden konnte oder hierfür finanzielle Hilfen erforderlich waren, eine hohe Schuldenlast angegeben wird oder ungenügender Wohnraum und angemessene Grundversicherung ungesichert ursächlich.

Erläuterungen zu den Kriterien

Seite 2

- *Soziale/sprachliche Isolation (im Alltag keine Kontaktperson verfügbar), bekommt keinen Besuch*

Eine sprachliche Isolation der Mutter bzw. Familie liegt dann vor, wenn im Alltag keine Kontaktpersonen verfügbar sind, mit denen eine flüssige sprachliche Verständigung möglich ist. Eine soziale Isolation ergibt sich aus Angaben der Mutter oder des Partners über das Fehlen alltäglich verfügbarer Unterstützungspersonen. Werden in der Nähe wohnende Angehörige oder Freunde genannt, die aber negativ charakterisiert oder als nicht ansprechbar geschildert werden, so wird trotzdem soziale Isolation kodiert.

2. Mehrere fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen/ U-Untersuchungen

- Unter diesem Kriterium werden fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen der Mutter und/oder U-Untersuchungen des Kindes notiert.

3. Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen, die die Möglichkeit der Familie zu übersteigen drohen

- *Frühgeburt*
- *Mehrlinge*
- *Chronische Erkrankung*
- *Deutliche Entwicklungsverzögerung*

4. Beobachtbare deutliche Schwierigkeiten der Hauptbezugsperson bei der Annahme und Versorgung des Kindes

- *Wirkt am Kind desinteressiert*
- *Macht ablehnende Äußerungen über das Kind*
Hierzu zählen explizit ablehnende Äußerungen, die Verwendung deutlich negativ getönter Spitznamen, eine negativ verzerrte Beschreibung des Kindes oder seiner Signale (z.B. Kind schreit um Mutter zu ärgern) und erkennbar negative Götterreaktionen gegenüber dem Kind.
- *Wirkt passiv, antriebsarm, psychisch auffällig*
- *Gibt auffallend häufig das Kind ab.*
- *Übersieht deutliche Signale des Kindes oder reagiert hierauf unangemessen z.B. sehr gestresst, wenn Kind schreit oder spuckt.*

5. Hauptbezugsperson beschreibt starke Zukunftsangst, Überforderung oder Gefühl, vom Kind abgelehnt zu werden

- Unter diesem Kriterium werden Ängste, Gefühle von Überforderung oder Ablehnung erfragt.

Treffen keine der fünf genannten Kriterien zu, so sollte dies unter dem letzten Punkt vermerkt werden.

Literatur: Kindler, H. (2007): *Wie könnte ein Risikoinventar für frühe Hilfen aussehen? Expertise für das Projekt „Guter Start ins Kinderleben“*. München: 2007.

MODELLPROJEKT Guter Start ins Kinderleben

Entscheidungsbaum bei (drohender) Kindeswohlgefährdung

Einschätzung und Bewertung im vorliegenden Fall:

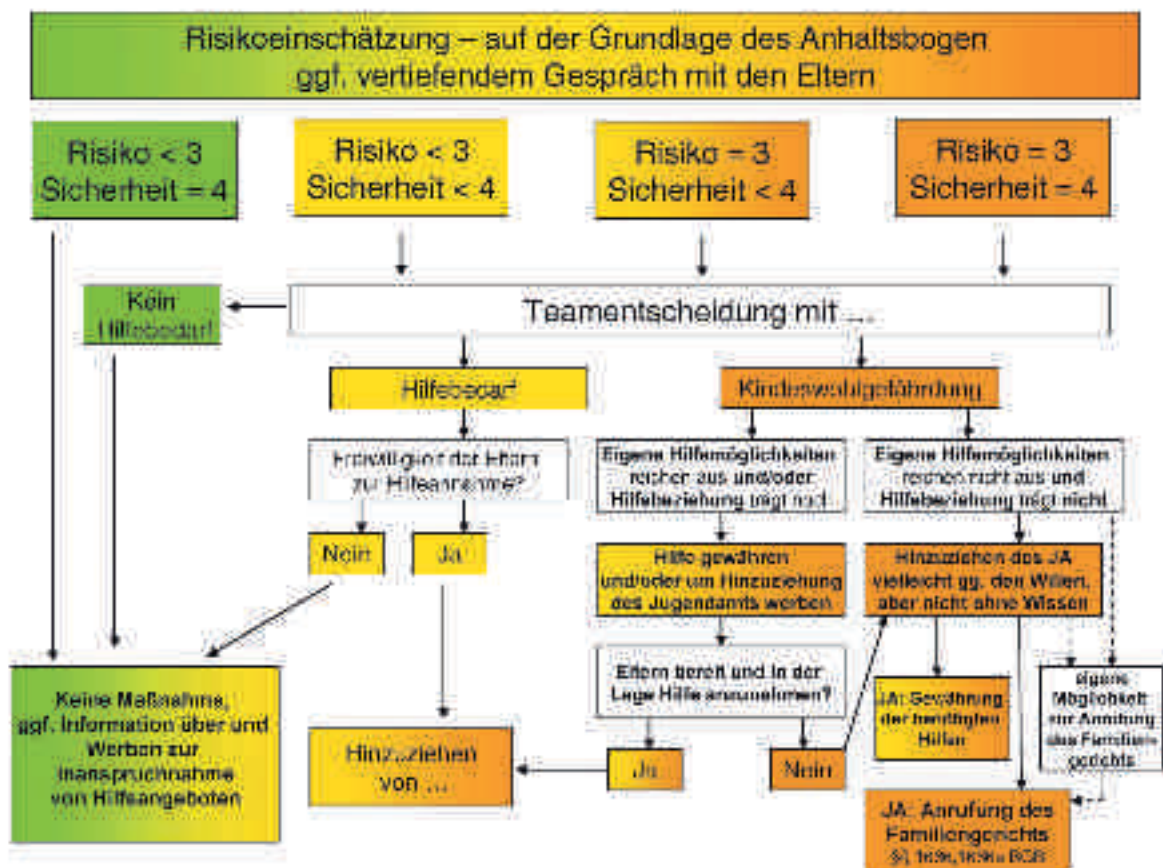
1. Wie hoch schätzen Sie das Risiko für das Kind ein?

(Dopp. einseitiges Schütteln des Kindes stellt bereits lebensbedrohliche Situation dar, wenig Sprechen mit dem Kind ist hingegen eher langfristig ungünstig)

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr niedrig	niedrig	eher hoch	hoch	sehr hoch

2. Wie sicher fühlen Sie sich in der Einschätzung, ob eine Kindeswohlgefährdung (Misshandlung/Missbrauch/Vernachlässigung) vorliegt?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr unsicher	unsicher	eher unsicher	sicher	sehr sicher



MODELLPROJEKT Guter Start ins Kinderleben

Leitfaden für den Entscheidungsbaum bei (drohender) Kindeswohlgefährdung

Ziel des Entscheidungsbaums

Der Entscheidungsbaum ist eine Orientierungshilfe, um bei Fällen von (drohender) Kindeswohlgefährdung das institutionelle Vorgehen zu strukturieren. Inhaltlich geht es um eine Abfolge im Entscheidungsprozess, die von den Mitarbeitern des Projekts „Guter Start ins Kinderleben“ durchdacht und konzipiert wurde. Der Entscheidungsbaum sollte schrittweise von oben nach unten bearbeitet werden. Dabei sollten die jeweiligen Entscheidungen je nach Ausgangslage des Einzelfalles entweder individuell oder im Team getroffen werden.

Ausgangspunkte sind die Einschätzung des Risikos einer drohenden Kindeswohlgefährdung und der Grad der subjektiven Sicherheit des Mitarbeiters in Bezug auf eine drohende oder bestehende Kindeswohlgefährdung. Das weitere Vorgehen richtet sich dann nach der jeweiligen Situation des Kindes und den daraus abgeleiteten Hilfebedürfnissen („Hilfebedarf“ oder „Kindeswohlgefährdung“).

Einschätzung und Bewertung des Risikos einer Kindeswohlgefährdung

Wird von dem Mitarbeiter auf der Grundlage des Anfallsbogens (Kindler, H. (2007): *Wie könnte ein Risikoinventar für frühe Hilfen aussehen? Expertise für das Projekt „Guter Start ins Kinderleben“*. Universitätsklinikum für Kinder und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Ulm) und des ggf. geführten vertiefenden Gesprächs mit den Eltern das Risiko einer drohenden bzw. schon bestehenden Kindeswohlgefährdung angenommen, so ist dieses zunächst hinsichtlich des Gefährdungsgrads und anschließend hinsichtlich der subjektiven Gewissheit im Hinblick auf die eingeschätzte Kindeswohlgefährdung zu beurteilen. Dafür steht jeweils eine fünfstufige Skala zur Verfügung, die für den Grad des Gefährdungspotentials von „sehr niedrig“ bis „sehr hoch“ differenziert, im Hinblick auf den Grad der Gewissheit von „sehr unsicher“ bis „sehr sicher“ reicht. Liegt die Einschätzung des Gefährdungspotentials im Bereich „sehr hoch“ bis „sehr hoch“, sollte – unabhängig von der subjektiven Sicherheit der Risikoeinschätzung – die Teamentscheidung eingeholt werden. Genauso trifft dies für die Einschätzung der subjektiven Sicherheit zu: Unabhängig von der Einschätzung des Gefährdungspotentials, soll bei geringer subjektiver Sicherheit der eigenen Einschätzung in jedem Fall das Team zu Rate gezogen werden.

Kein Hilfebedarf („grüne Fälle“)

Bei der Einschätzung eines geringen Gefährdungspotentials mit hoher subjektiver Sicherheit besteht kein Hilfebedarf und es werden keine weiteren Maßnahmen eingeleitet. Zu allen anderen Einschätzungen des Risikos einer drohenden Kindeswohlgefährdung soll eine Entscheidung des weiteren Vorgehens im Team getroffen werden.

Ergibt die Teamentscheidung, dass – entgegen des zunächst angenommenen erhöhten Risikos bzw. aufgrund geringer subjektiver Sicherheit der Einschätzung – das Risiko für das Kind „sehr niedrig“ oder „niedrig“ ist, besteht kein bzw. nur ein geringer Hilfebedarf, der keine Maßnahmen zur Sicherstellung des Kindeswohls erfordert. Ggf. sollten die Eltern jedoch über allgemein bestehende Hilfeangebote informiert werden.

Vorgehen bei einem Hilfebedarf in der Familie („gelber Fall“)

Gelangt die Teambesprechung zu dem Ergebnis, dass ein Hilfebedarf in der Familie vorliegt und sich die Eltern zur Annahme von Hilfen bereit, ist zu klären, wer wen wie hinzuzieht und wie die Eltern dabei einbezogen werden können.

Sind die Eltern hingegen nicht zur Annahme von Hilfen bereit, können gegen ihren Willen keine weiteren Maßnahmen vorgenommen werden, insbesondere kann keine Datenweitergabe stattfinden. Je nach Situation sollte versucht werden, mit den Eltern im Kontakt zu bleiben, um für die Inanspruchnahme von weitergehenden Hilfen zu werben. Teilweise bietet sich an, Informationsmaterial für Anlaufstellen passgenauer Hilfen zur Verfügung zu stellen.

Vorgehen in einer Gefährdungssituation („roter Fall“)

Wird in der Teambesprechung die Situation des Kindes als gefährdend eingeschätzt, ist zunächst zu prüfen, ob die Gefährdung mit den eigenen Hilfsmöglichkeiten abgewendet oder beseitigt werden kann oder ob es weiterer Hilfen bedarf. Wird dies bejaht, stellt sich die Frage, ob ein weiteres Werben um die freiwillige Inanspruchnahme der benötigten Hilfe verantwortet werden kann und die eigene Hilfebeziehung entsprechend genutzt werden sollte, um den Kontakt zu erhalten.

Reichen die eigenen Hilfsmöglichkeiten nicht aus und kann ein weiteres Zuwarten auf das Einverständnis zur Hinzuziehung anderer berufender Stellen, insbesondere des Jugendamts, nicht mehr abgewartet werden, wird das Jugendamt – vielleicht gegen den Willen, aber **nicht ohne Wissen** der Eltern – hinzugezogen.

Anschließend wird das Jugendamt mit den Eltern gemeinsam klären, ob und welche weiteren Hilfen für das Kind erforderlich sind, um die Gefährdungssituation abzuwenden. Sind die Eltern bereit, diese Hilfen anzunehmen, wird das Jugendamt der Familie entsprechende Hilfen vermitteln.

Lehnen die Eltern hingegen die für die Gefährdungsbewendigung erforderlichen Hilfen und eine Zusammenarbeit mit dem Jugendamt ab, ist das Jugendamt gehalten, zur Schaffung der notwendigen Hilfezugänge für das Kind das Familiengericht anzurufen (§ 8 a Abs. 3 SGB VIII, §§ 1666, 1666 a BGB). Kann aufgrund einer akuten Gefährdungssituation die Entscheidung des Familiengerichts nicht rechtzeitig eingeholt werden, ist das Jugendamt berechtigt und verpflichtet, das Kind in Obhut zu nehmen (§ 42 Abs. 1 Nr. 2 SGB VIII).

Die Möglichkeit zur Anrufung des Familiengerichts aufgrund einer Kindeswohlgefährdung besteht für jedermann, so dass z. B. im Falle divergierender Einschätzungen hinsichtlich der Gefährdungssituation oder Handlungsnotwendigkeiten – auch unabhängig vom Jugendamt – ein familiengerichtliches Verfahren angestrengt werden kann.

MODELLPROJEKT Guter Start ins Kinderleben

Handreichung für die Beraterinnen und Berater im Umgang mit mäßig kritischen Fällen („gelbe“ Fälle)

Wenn sich im Laufe einer Beratung / Betreuung zeigt, dass (weitergehende) Hilfe (z.B. Entwicklungspsychologische Beratung, Sozialpädagogische Familienhilfe, u. ä.) erforderlich wäre, kann folgendermaßen vorgegangen werden:

- ⇒ Bleiben Sie mit der Familie im Kontakt und berücksichtigen Sie, dass nur der glaubwürdige Vertrauenserhalt zu den Eltern und zum Kind wirklich etwas bewirken kann. Es wird Zeit und Beratungsarbeit brauchen, um sich mit den Eltern gemeinsam auf den Weg zu machen.
- ⇒ Ein „gelber“ Fall, das heißt ein Fall, in dem das Kindeswohl nicht akut gefährdet ist, (weitergehende) Hilfe aber angezeigt wäre, reicht nicht aus, um die Schweigepflicht zu brechen; achten Sie daher darauf, diese einzuhalten.
- ⇒ Wenn Sie unsicher sind,
 - wie Sie Ihre Wahrnehmungen über die Situation des Kindes / der Familie einschätzen sollen
 - wie Sie den Kontakt mit den Eltern weiter gestalten sollen
 - welche weitergehenden Angebote für die Familie zur Verfügung stehen würden, holen Sie sich Unterstützung, z.B. in Form einer anonymisierten Fallberatung bei den örtlichen Projektkoordinatoren, dem Jugendamt oder in einer Beratungsstelle.
- ⇒ Thematisieren Sie im Gespräch mit der Mutter / mit den Eltern Ihre Sorge und werben Sie für die Inanspruchnahme weiterer Hilfen. Fokus ist immer die gute Entwicklung des Kindes.
- ⇒ Begleiten Sie die Mutter / die Eltern gegebenenfalls beim Übergang zur neuen Hilfe, z.B. durch einen gemeinsamen Termin.
- ⇒ Wenn die Mutter / Eltern nicht bereit sind, weitere Hilfe in Anspruch zu nehmen, bleiben Sie mit den Eltern darüber im Gespräch, benennen sie Veränderungen (positiv und negativ) und mögliche Konsequenzen aus der Sicht des Kindes. Um einem Vertrauensbruch entgegen zu wirken, thematisieren Sie frühzeitig, welche weitergehenden Folgen sich für die Mutter/Eltern im Falle des Nichtannehmens der angebotenen Hilfen möglicherweise ergeben können (z. B.: Einschalten des Jugendamtes auch gegen den Willen der Eltern bei erhöhter Gefährdung des Kindes).
- ⇒ Beobachten Sie, ob ein Übergang zu einer akuten Kindeswohlgefährdung („roter Fall“) stattfindet. Schauen Sie, dass Sie bei diesen Einschätzungsaufgaben nicht allein bleiben, sondern ziehen Sie möglichst eine insoweit erfahrene Person zu Ihrer persönlichen Beratung hinzu. Ist das Kindeswohl akut gefährdet oder ein weiteres Werben um die Inanspruchnahme weitergehender Hilfen aufgrund der Situation des Kindes nicht mehr zu verantworten, ziehen Sie das Jugendamt hinzu. Machen Sie diesen Schritt den Eltern vorher transparent.

MODELLPROJEKT **Guter Start ins Kinderleben**

Handreichung für Heilberufe zum Umgang mit (potenzieller) Kindeswohlgefährdung („rote Fälle“) – Schweigepflicht und Informationsweitergabe

Wenn im Kontext (potenzieller) Kindeswohlgefährdung („rote Fälle“) zeitnahes Tätigwerden erforderlich erscheint, kann zur näheren Einschätzung der Gefährdung und/oder der Etablierung weitergehender Hilfen im Einzelfall notwendig sein, dass Sie zwar nicht ohne Wissen, aber gegen den Willen der Patient/Inn/en bzw. Klient/Inn/en andere Stellen hinzuziehen (z.B. das Jugendamt).

Zunächst ist festzustellen, ob ein „roter Fall“ vorliegt. In diesem ersten Schritt ist die Gefährdungssituation einzuschätzen, und zwar sowohl im Hinblick auf das Gefährdungspotenzial als auch den Grad Ihrer Gewissheit.

Grad des Gefährdungspotenzials:

Wie hoch schätzen Sie die Beeinträchtigungen für das Kind ein, die von der Gefährdung (potenziell) ausgehen?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr niedrig	niedrig	eher hoch	hoch	sehr hoch

Grad der Gewissheit:

Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrer Einschätzung, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr unsicher	unsicher	eher sicher	sicher	sehr sicher

Befindet sich ein Fall unter beiden Aspekten im hellbrangen bis roten Bereich (3 bis 5), so ist im zweiten Schritt des Abwägungsvorgangs die konkrete Hilfebeziehung zu Ihnen als Berater/In zu bewerten. Erst aus dieser Einschätzung ergibt sich, ob Sie zur Informationsweitergabe gegen den Willen der Beteiligten etwas unternehmen sollten und ob Sie dazu berechtigt sind. Einzuschätzen sind sowohl die eigenen Hilfemöglichkeiten als auch die Belastbarkeit Ihrer Beziehung zu den Patient/Inn/en bzw. Klient/Inn/en.

Tragfähigkeit der konkreten Hilfebeziehung:

Wie gut ist es möglich, mit den eigenen beruflichen Hilfemöglichkeiten die Gefährdung abzuwenden?

1 <input type="checkbox"/> gut	2 <input type="checkbox"/> eher gut	3 <input type="checkbox"/> eher schlecht	4 <input type="checkbox"/> schlecht	5 <input type="checkbox"/> sehr schlecht
--------------------------------------	---	--	---	--

Kann im Hinblick auf die Gefährdung verantwortet werden, die bestehende Hilfebeziehung zur/zum Patient/In für das (weitere) Werben für die Inanspruchnahme weitergehender Hilfe zu nutzen?

1 <input type="checkbox"/> gut	2 <input type="checkbox"/> eher gut	3 <input type="checkbox"/> eher schlecht	4 <input type="checkbox"/> schlecht	5 <input type="checkbox"/> sehr schlecht
--------------------------------------	---	--	---	--

Im diesem zweiten Schritt der Abwägung kommt es in besonderem Maße auf Ihre spezifischen fachlichen Möglichkeiten im Rahmen der konkreten Hilfebeziehung und Ihre persönlichen Kompetenzen an. Diese haben Einfluss auf die Entscheidung und dürfen dies auch. Es ist hilfreich, dass Sie Ihre persönlichen Begrenzungen offen legen und als eine wesentliche Grundlage für die Hinzuziehung weiterer Hilfen mitteilen.

Befinden sich alle vier Einschätzungen im hellorange bis roten Bereich (3 bis 5), ist eine Informationsweitergabe sinnvoll und zulässig. Wenn keine andere Möglichkeit besteht, die Gefährdung abzuwenden, ist sie sogar geboten. In allen anderen Fällen bedarf es einer vorherigen Einwilligung der Patient/Innen bzw. Klient/Innen.

Beachten Sie: Wegen der Komplexität und hohen Subjektivität der Einschätzungsvorgänge sowohl bezüglich der Gefährdung als auch der Tragfähigkeit der konkreten Hilfebeziehung ist erforderlich, hierbei entsprechend erfahrene Fachkräfte zur – wenn möglich anonymisierten – **Fachberatung** hinzuzuziehen.

Die Entscheidung ist sorgfältig zu dokumentieren. Neben den obigen Einschätzungen soll die **Dokumentation** insbesondere enthalten:

- eine differenzierte Beschreibung der Wahrnehmungen und Einschätzungen zur Gefährdung sowie eine Gewichtung der Informationen,
- eine Schilderung, wann und wie und mit welchem Ergebnis mit den Beteiligten über die Gefährdungseinschätzung gesprochen und für die Inanspruchnahme weitergehender Hilfen geworben wurde.

Denken Sie daran, sich auch und gerade bei einer Informationsweitergabe gegen den Willen der Patient/Innen bzw. Klient/Innen diesen gegenüber **transparent** zu verhalten. Sie bringen damit Ihre Verlässlichkeit zum Ausdruck und belasten die bestehende Hilfebeziehung nicht zusätzlich. Dies erleichtert ein mögliches Anknüpfen, ggf. zu einem späteren Zeitpunkt, und stärkt für die weiteren Hilfeprozesse insgesamt das notwendige Vertrauen in die verschiedenen helfenden Stellen und Institutionen.

MODELLPROJEKT Guter Start ins Kinderleben**Unterstützungsbogen für die Jugendhilfe**

Bogen zur Unterstützung der Hilfeplanung im frühen Kindesalter

H. Kindler, B. Ziesel, C. König, A. Schönlhorn, U. Ziegenhain, J. Fegerl, 2007

Frühe Hilfen adäquat, rechtzeitig und passgenau bereitzustellen, stellt die Fachpraxis vor einige Herausforderungen: Zunächst ist es wichtig, Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf früh zu erkennen und zu erreichen. Dazu müssen Schnittstellen, insbesondere zwischen Gesundheits- und Jugendhilfe, organisiert und optimiert werden. Beim Einsatz prinzipiell wirksamer früher Hilfen kommt es dann aber auch auf ihre passgenaue Ausgestaltung an. Da unterschiedliche Ursachen zu früher Vernachlässigung bzw. Misshandlung führen können, besteht die fachliche Herausforderung dann darin, die jeweils zugrunde liegenden Risikomechanismen, die im jeweiligen Einzelfall wirken, zu erkennen und die Hilfen darauf abzustimmen und sinnvoll auszugestalten.

Der vorliegende Bogen dient der Unterstützung der Fachkraft, die die Hilfeplanung leitet. Er ist eine Ergänzung der bereits bestehenden Instrumente und Methoden der Hilfeplanung in der Jugendhilfe.

Bei der Erstellung des Bogens wurden die derzeit verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse über verschiedene Ursachen früher Vernachlässigung beziehungsweise Misshandlung ausgewertet. Diese Faktoren haben wir aufbereitet und mit Empfehlungen für die Ausgestaltung von Hilfe versehen.

Der Unterstützungsbogen ist folgendermaßen gegliedert: Der **erste Abschnitt** gibt eine Übersicht über mögliche grundlegende Probleme von Bezugspersonen in Hilfe- und Beratungsbedürftigen Familien. Auf dem anschließenden **Erläuterungsblatt**, das sich ausschließlich auf diesen ersten Abschnitt bezieht, haben wir Punkte, die auf das Vorliegen der jeweiligen Risikofaktoren hinweisen können sowie Anregungen für die jeweilige Hilfestellung zusammengetragen.

Der ursächliche Einfluss dieser im ersten Abschnitt zusammengefassten grundlegenden Probleme auf das Entstehen von Vernachlässigung bzw. Misshandlung gilt als belegt oder zumindest als wahrscheinlich.

Darüber sind in einem **zweiten Abschnitt** einige mögliche zusätzliche aktuelle Problemlagen zusammengetragen. Solche Problemlagen erhöhen allgemein das Risiko von Problemen bei der Erziehung und Fürsorge. Falls eine oder mehrere dieser aktuellen Problemlagen vorliegen, bedürfen sie häufig einer raschen Bearbeitung. Liegen jedoch grundlegendere Probleme ebenfalls vor, ist es nicht ausreichend, sich nur auf die Behebung der aktuellen Schwierigkeiten zu konzentrieren.

In einem **dritten Abschnitt** finden sich einige mögliche Stärken von Eltern bzw. Familien, deren Erfassung für die passgenaue Ausgestaltung früher Hilfen ebenfalls von Bedeutung sein kann. Die wiederkehrende positive Bezugnahme auf erkennbare Ressourcen kann zum einen einen wichtigen Beitrag zum Aufbau einer positiven Hilfebeziehung leisten, zum anderen aber auch einen wichtigen Aspekt bei der prognostischen Beurteilung und der Art und Ausgestaltung der jeweiligen Hilfe darstellen.

Wir möchten darauf hinweisen, dass der Unterstützungsbogen in seiner vorliegenden Fassung Anregungen geben, aber nicht den Anspruch erheben kann, ein validiertes und in der Praxis erprobtes Instrument darzustellen.

MODELLPROJEKT **Guter Start ins Kinderleben**

Unterstützungsbogen für die Jugendhilfe

Bogen zur Unterstützung der Hilfeplanung im frühen Kindesalter

Eltern: _____

Name + Geburtsdatum Kind: _____

ausgefüllt von: _____ am: _____

1. Grundlegende Probleme der Bezugsperson(en)

Mehrfachnennungen möglich

- Ja** **Nein** Eingeschränkte Fürsorgevorstellungen und -fähigkeiten der Bezugsperson(en) aufgrund eigener problematischer Kindheitserfahrungen
- Ja** **Nein** Starke Überzeugung der Bezugsperson(en), der Versorgung und Betreuung des Kindes nicht gewachsen zu sein (negative Selbstwirksamkeitsüberzeugung)
- Ja** **Nein** Es besteht ein Konflikt zwischen Fürsorgeanforderungen des Kindes und anstehenden eigenen Entwicklungsaufgaben der primären Bezugsperson(en)
- Ja** **Nein** Die Fürsorge für das Kind verursacht gravierend und nachhaltig negative Stimmung bei der / den primären Bezugsperson(en)
- Ja** **Nein** Vorliegen von Suchtverhalten bei der / den primären Bezugsperson(en), das den Fürsorgeanforderungen des/der Kinder entgegensteht
- Ja** **Nein** Generell starke Stimmungsschwankungen (erhöhte emotionale Instabilität) bei der / den primären Bezugsperson(en)
- Ja** **Nein** Lebensgeschichtlich tiefgehend verankerte antisoziale Verhaltensweisen
- Ja** **Nein** Stark herabgesetzte Belastbarkeit, evtl. aufgrund kognitiver Einschränkung oder depressiver Verstimmung

2. Aktuelle Belastungen der Bezugsperson(en)

Mehrfachnennungen möglich

- Ja Nein Aktuelle krisenhafte Trennungserfahrung der Bezugsperson(en)
- Ja Nein Erhebliche Partnerschaftskonflikte / -gewalt
- Ja Nein Erhebliche Konflikte der Bezugsperson(en) mit der eigenen Herkunftsfamilie
- Ja Nein Keine sozialen Kontakte der Bezugsperson(en) (soziale Isolation)
- Ja Nein Drohende oder vorliegende Obdachlosigkeit
- Ja Nein Drohende oder vorliegende Armut (unter dem Existenzminimum)
- Ja Nein Fehlende schulische oder berufliche Perspektiven bei der / den Bezugsperson(en)
- Ja Nein Einbettung der Bezugsperson(en) in eine problematische Gleichaltrigengruppe

3. Stärken der Bezugsperson(en), die als positiver Anknüpfungspunkt fungieren können

Mehrfachnennungen möglich

Ja Nein

Die Bezugsperson(en) leben in einem geordneten Lebensumfeld

Ja Nein

Die Bezugsperson(en) sind in der Lage, sich Unterstützung zu organisieren

Ja Nein

Die Bezugsperson(en) sind motiviert, ihre eigene Situation zu reflektieren

Ja Nein

Hohe Lern- oder Veränderungsmotivation bei den Bezugsperson(en) vorhanden

Ja Nein

Die Bezugsperson(en) haben ein grundlegend positives Bild vom Kind

Ja Nein

Beobachtbare positive Wahrnehmungs- oder Fürsorgefähigkeiten der Bezugsperson(en) in zumindest einzelnen Bereichen

Erläuterungen

Seite 1

Eingeschränkte Fürsorgevorstellungen und -fähigkeiten der Bezugsperson(en) aufgrund eigener problematischer Kindheitserfahrungen

Mögliche Hinweise:

- Geschilderte Lebensgeschichte mit Vernachlässigungs- oder Misshandlungserfahrungen
- Kontaktabbruch zur Herkunftsfamilie
- Wunsch, das eigenes Kind ganz anders als die Herkunftsfamilie zu erziehen
- Entsprechende Aktenlage

Mögliche Konsequenzen für die Hilfestellung:

Betroffene Menschen haben in der Regel den ausdrücklichen Wunsch, ihr Kind nicht zu vernachlässigen oder misshandeln. Sie schaffen dies (mit Hilfe) meist auch. Vor allem in Krisensituationen kann es aber zu Gefährdungsereignissen kommen: Häufig liegt bei den Bezugspersonen eine erhöhte Unsicherheit im Umgang mit dem Kind vor, da es aufgrund eigener negativer Erfahrungen an einem positiven Leitbild für die Fürsorge des Kindes fehlt. Hinzu kommt, dass sehr problematische Kindheitserfahrungen oftmals mit einem erhöhten sozialen Misstrauen und mit Schwierigkeiten in der Impulskontrolle verbunden sind.

Mögliche Hilfestrategien umfassen Feinfühligkeits- oder Elterntrainings. Dies sind etwa videogestützte Beratungsansätze zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenzen der Bezugspersonen (z.B. Entwicklungspsychologische Beratung, STEEP, usw.). Eine positive Gestaltung und eine gemeinsame Reflexion der Hilfebeziehung sind zusätzlich von besonderer Bedeutung. Um Anzeichen von Überforderung frühzeitig zu erkennen ist eine hohe Kontaktdichte erforderlich, ggf. auch eine zeitweise Fremdbetreuung des Kindes.

Starke Überzeugung der Bezugsperson(en), der Versorgung und Betreuung des Kindes nicht gewachsen zu sein (negative Selbstwirksamkeitsüberzeugung)

Mögliche Hinweise:

- Geäußerte Ängste
- Negative Selbstbewertungen als Mutter bzw. Vater
- Das Kind wird als sehr schwierig beschrieben

Mögliche Konsequenzen für die Hilfestellung:

Mögliche Hilfestrategien können videogestützte Interventionsansätze zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenzen der Bezugspersonen (z.B. Entwicklungspsychologische Beratung, STEEP, usw.) sein. Auf jeden Fall benötigen die Bezugspersonen Beratung, um zu einer positiven und zugleich realistischen Beurteilung ihrer eiterlichen Einflussmöglichkeiten zu gelangen (kognitive Umstrukturierung, ggf. psychotherapeutische Maßnahmen).

Erläuterungen

Seite 2

Es besteht ein Konflikt zwischen Fürsorgeanforderungen des Kindes und anstehenden eigenen Entwicklungsaufgaben der primären Bezugsperson(en)

Mögliche Hinweise:

- Jungdliches Alter der Mutter bzw. des Vaters,
- Sorgen und Ängste im Hinblick auf Ablehnung durch Gleichaltrige oder durch Misserfolg in Schule und Ausbildung

Mögliche Konsequenzen für die Hilfestaltung:

Ein videogestützter Beratungsansatz zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenzen der Bezugspersonen stellt eine erfolgversprechende Hilfestrategie dar (z.B. Entwicklungspsychologische Beratung, STEEP, usw.). Entsprechende Maßnahmen haben sich bei jugendlichen Eltern als zumindest moderat wirksam erwiesen. Zusätzlich ist aber häufig eine aufsuchende sozialpädagogische Hilfe mit einem umfassenden, nicht nur auf Probleme reagierenden Hilfeansatz erforderlich. Konflikten mit anderen Entwicklungsaufgaben kann durch die Organisation einer Teillentlastung von Fürsorgeaufgaben und möglichen Gruppenangeboten für jugendliche Mütter bzw. Väter entgegen gewirkt werden.

Die Fürsorge für das Kind verursacht gravierend und nachhaltig negative Stimmung bei der / den primären Bezugsperson(en)

Mögliche Hinweise:

- Fehlende Vorbereitung auf die Ankunft und Bedürfnisse des Kindes, die nicht durch kognitive Defizite erklärt werden kann
- Erhebliche Überschätzung der Eigenständigkeit eines Kindes (distanzierte Fürsorgestrategie)
- Wut, Frustration oder ablehnende Äußerungen, wenn das Kind normale Bedürfnisse äußert
- Geschidertes Unbehagen mit der Aufgabe, für das Kind zu sorgen
- Übergroße Angst vor Zurückweisung durch das Kind

Mögliche Konsequenzen für die Hilfestaltung:

Je nach Ausmaß der Problematik ist ein vor allem auf Kompetenzerhöhung setzender Zugang nicht angemessen. Stattdessen ist eine akzeptierende Beratung nötig, in der eine Entscheidung, für das Kind sorgen zu wollen oder es abgeben zu wollen, erarbeitet wird. Ebenso ist eine Anbindung der Bezugspersonen an Krisentelefondienste wichtig. Falls sich die Bezugsperson entscheidet, selbst für das Kind sorgen zu wollen, ist ggf. Psychotherapie anzuraten.

Erläuterungen

Seite 3

Vorliegen von Suchtverhalten bei der / den primären Bezugsperson(en), das den Fürsorgeanforderungen des / der Kinder entgegen steht

Mögliche Hinweise:

- Selbstbericht der Eltern
- Bei stoffgebundenen Süchten: medizinische Befunde bei Mutter oder Kind, wahrnehmbare Hinweise im Kontakt (z.B. Alkoholgeruch, Verlangsamung)
- Bei nicht-stoffgebundenen Süchten (z.B. Spielsucht): scheinbar unerklärliche Widersprüche zwischen geschildertem Tageslauf und Pflegezustand des Kindes, Zustand der Wohnung und Erreichbarkeit der Eltern

Mögliche Konsequenzen für die Hilfestaltung:

Das Hinzuziehen von Einrichtungen der Suchthilfe bei der Hilfeplanung und Ausgestaltung von Hilfen ist zwingend erforderlich. Gegebenenfalls ist auch die zeitweise Fremdbetreuung des Kindes nötig.

Generell starke Stimmungsschwankungen (erhöhte emotionale Instabilität) bei den / der primären Bezugsperson(en)

Mögliche Hinweise:

- Stark wechselnde Stimmung der Bezugsperson im Kontakt
- Geschilderte heftige emotionale Reaktionen auf Ereignisse
- Ausgeprägte Unzuverlässigkeit
- Sichtbare oder berichtete Selbstverletzungen
- Risikoverhalten und Gewaltverhalten im Affekt
- Zum Teil Versuch der Selbstmedikation durch beruhigende psychotrope Substanzen (z.B. Cannabis)

Mögliche Konsequenzen für die Hilfestaltung:

Ein videogestützter Beratungsansatz, der die Beziehungs- und Erziehungskompetenzen der Bezugspersonen fördert (z.B. Entwicklungspsychologische Beratung, STEEP, usw.), ist nötig. Zusätzlich ist in der Regel Lebensberatung oder Psychotherapie mit einem Schwerpunkt auf dem Umgang mit Impulsen oder innerpsychischen Spannungszuständen erforderlich. Eine Anbindung an Krisendienste ist notwendig. Ebenso ist die Entlastung der Bezugspersonen durch eine teilweise Fremdbetreuung des Kindes sowie durch eine hohe Kontaktdichte mit dem Betreuer in Erwägung zu ziehen.

Erläuterungen

Seite 4

Lebensgeschichtlich tiefgehend verankerte antisoziale Verhaltensweisen

Mögliche Hinweise:

- Geschilderte Lebensgeschichte mit früh einsetzenden Regelverletzungen
- Sexuelles Risikoverhalten
- Alkoholmissbrauch und Straffälligkeit
- Entsprechende Aktenlage

Mögliche Konsequenzen für die Hilfestellung:

Die Geburt eines Kindes stellt manchmal einen Wendepunkt im Lebenslauf dar. Dennoch ist in der Regel eine eher intensive Hilfe und Kontrollmaßnahme, wie evtl. eine Unterbringung in einer Mutter-Kind-Einrichtung erforderlich. Zusätzlich zu dieser Maßnahme sind eine Förderung der Erziehungsfähigkeit und ein therapeutisches Angebot (z.B. Anti-Aggressivitäts-Training) notwendig.

Stark herabgesetzte Belastbarkeit, evtl. aufgrund kognitiver Einschränkung oder depressiver Verstimmung

Mögliche Hinweise:

- Geschilderte Überforderung mit dem Kind und der Lebenssituation
- Häufige Konflikte mit Ämtern aufgrund nicht eingehaltener Fristen
- Beobachtbar problemvermeidendes Bewältigungsverhalten
- Beobachtbar herabgesetzte Stimmungslage
- Geringe emotionale Schwingungsfähigkeit
- Entsprechende Aktenlage

Mögliche Konsequenzen für die Hilfestellung:

Ein videogestützter Beratungsansatz, der die Beziehungs- und Erziehungskompetenzen der Bezugspersonen fördert (z.B. Entwicklungspsychologische Beratung, STEEP, usw.) ist notwendig.

Ergänzt werden kann dies durch eine hauswirtschaftliche Schulung und/oder durch Entlastung mittels teilweiser Fremdbetreuung und Krisenbetreuung für das Kind. Eine sehr verbindliche Kontaktgestaltung ist besonders bei sehr kleinen Kindern wichtig, um auf nicht wahrgenommene Termine oder einen nicht gewährten Zugang zum Kind sofort reagieren zu können. Bei Verdacht auf eine depressive Erkrankung ist eine psychiatrische Vorstellung nötig. Bei einer kognitiven Einschränkung (z.B. Lernbehinderung) ist eine kleinfellige Anleitung in vereinfachter Sprache mit vermehrten Zielkontrollen und positivem Feed-back angebracht.

7. Angebote (Informationsveranstaltungen, Beratung, Behandlung, Einzel- und Gruppenförderung/-therapie, Familienberatung, Elternkurse/-trainings, etc.)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

8. Leistungsfinanzierung (Krankenkasse, Jugendhilfe, Sozialhilfe, Klienten (Selbstzahler), private Spenden etc.)

.....
.....
.....
.....
.....

9. Ergänzungen / sonstiges

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4



**Kinder- und Jugend-
psychiatrie/ Psychotherapie**
Universitätsklinikum Ulm



Guter Start ins Kinderleben

Fragebogen: Vorstellung der Institution

Hinweis zum Datenschutz:

Angaben dürfen nur in den Fragebogen aufgenommen werden, wenn sie bereits veröffentlicht und allgemein zugänglich sind oder wenn die betroffenen Personen eingewilligt haben.
Bitte fügen Sie die Einwilligungserklärungen) bei.

Stempelfeld für Name und Anschrift der Einrichtung

Wenn Sie keinen Stempel zur Hand haben, steht Ihnen auf der nächsten Seite Platz für Ihre Angaben zur Verfügung.

[Empty rectangular box for stamp or contact information]

1

Hinweis zum Ausfüllen des Fragebogens:

Bitte füllen Sie den Fragebogen in Blockschrift aus – Danke!

1. Name der Einrichtung / Praxis / ...

.....
.....
.....
.....
.....

2. Anschrift der Einrichtung

Straße:.....

.....

PLZ:.....

Ort:.....

Telefon:.....

Fax:.....

E-mail:.....

Homepage:.....

3. Träger der Einrichtung

.....
.....
.....
.....
.....

4. Organisationsform (z. B. ambulante, mobil)

.....
.....
.....
.....

5. Zielgruppe (Kinder, Jugendliche, Familien, Altersspektrum)

.....
.....
.....
.....
.....

6. Fachkräfte (Sozialpädagogen/ Sozialarbeiter, Hebammen, Psychologen, Psychotherapeuten, Ärzte, Erzieher, Ergotherapeuten etc.)
Nur Bezeichnung der Berufsgruppen, keine Namen!

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



Universitätsklinikum Ulm

Prof. Dr. med. Univ.-Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert
 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie – Ulm
 89075 Ulm

**Klinik für Kinder- und
 Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie**
Ärztlicher Direktor:
Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert

Dipl.-Psych. Anne Katrin Kolb
 ☎ (07 31) 5 00-61612
 📠 (07 31) 5 00-61882
 mobil (0177) 7773928
 anne-katrin.kolb@uniklinik-ulm.de

Guter Start ins Kinderleben Fragebogen zur Vorstellung der Institution/Praxis/...

Sehr geehrte Damen und Herren,

das **Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“** ist eine gemeinsame Initiative und Förderung der Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen zur **Verbesserung des Kinderschutzes**. In den genannten Bundesländern nehmen jeweils zwei Standorte am Modellprojekt teil.

XY wurde im Rahmen des Projekts als Modellstandort ausgewählt.

Die wissenschaftliche Durchführung liegt bei der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie Ulm. Die Evaluation wird vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend begleitet.

Ihre Adresse haben wir aus allgemein zugänglichen Quellen wie Verzeichnisse der beteiligten Institutionen und kassenärztlichen Vereinigungen, Telefonbuch, Gelbseiten und Internet.

Ziel des Projektes ist es, belastete Eltern, wie etwa sehr junge und alleinerziehende Mütter, früh zu unterstützen, um eine Überforderung in der Familie zu vermeiden. Es werden interdisziplinäre Kooperationsformen erprobt und Vernetzungsstrukturen entwickelt. Diese sollen ausdrücklich auf bestehenden Kooperationen aufbauen und in das bestehende Zusammenwirken der mitwirkenden Einrichtungen eingebunden werden.

Weitere Informationen zum Modellprojekt finden Sie auf unserer Homepage unter www.uniklinik-ulm.de → Kliniken → Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie → Forschung → Guter Start ins Kinderleben.

Der beiliegende Fragebogen dient der Zusammenstellung eines lokalen „Branchenbuchs früher Hilfen“ in XY, um ein schnelles und effizientes Auffinden geeigneter Unterstützungs- und Hilfsangebote für betroffene Familien zu ermöglichen. An manchen Standorten wird erwogen, dieses Branchenbuch im Internet zugänglich zu machen.

Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie das Modellprojekt zur Unterstützung junger Familien unterstützen könnten, indem Sie Informationen zu Ihrer Einrichtung bzw. Praxis und zu Ihren Angeboten möglichst detailliert und in Druckbuchstaben angeben. Den ausgefüllten Fragebogen schicken Sie bitte in dem beiliegenden frankierten Rückumschlag zurück. Bitte legen Sie die un-

terschriebene Einverständniserklärung bei, um die Weitergabe Ihrer Angaben an andere interessierte Institutionen/Praxen/... zu ermöglichen.

Zur Erläuterung: Bitte geben Sie unter Punkt 7 „Angebote“ alle Angebote an, die Ihr Institut/on/Praxis/... vorhält und nicht nur die, für die Sie persönlich zuständig sind. Sollten wir einen Sachverhalt vergessen haben, der für Ihre Institutions- oder Praxisbeschreibung wichtig ist, bitten wir Sie, diese im Anschluss in der Rubrik 11 „Ergänzungen/Sonstiges“ zu ergänzen.

Alle von Ihnen gemachten Angaben gehen in das „Branchenbuch für frühe Hilfen in XY“ ein. Es steht Ihnen frei, den Fragebogen nicht auszufüllen oder einzelnen Angaben auszulassen. Desweiteren können Sie entscheiden, ob Sie einer Veröffentlichung in gedruckter und/oder elektronischer Form für die TeilnehmerInnen und/oder im Internet zustimmen.

Mit dem Ausfüllen und Rücksenden des Fragebogens sowie der beiliegenden Einverständniserklärung geben Sie Ihr Einverständnis, dass Sie mit der Veröffentlichung Ihrer Angaben in einem lokalen „Branchenbuch früher Hilfen in XY“ einverstanden sind.

Ein Widerspruch kann nach Veröffentlichung des „Branchenbuchs früher Hilfen in XY“ nur bei einer späteren Neuauflage berücksichtigt werden.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an Frau Dipl.-Psych. Anna Kolb (Kontaktdaten s. o.).

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Unterstützung!

(PD Dr. Ute Ziegenhain)

(Dipl.-Psych. Anne Katrin Kolb)



Universitätsklinikum Ulm

Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert, Leiter der Klinik
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie – Ulm
Telefon: 07331-290771

**Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Ärztlicher Direktor:
Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert**

Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“, Fragebogen zur Vorstellung der Institution

Im Folgenden möchten wir Sie über die Einzelheiten des von uns geplanten Forschungsvorhabens informieren:

1. Verantwortlicher Träger und Leiter des Forschungsvorhabens ist das Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie (Prof. Dr. Jörg M. Fegert, PD Dr. Ute Ziegenhain).
Zweck des Forschungsvorhabens ist die Zusammenstellung eines lokalen „Branchenbuchs früher Hilfen“, um ein schnelles und effizientes Auffinden geeigneter Unterstützungs- und Hilfsangebote für junge Familien zu ermöglichen.
Die von Ihnen gemachten Angaben werden für diesen Zweck mit denen der anderen TeilnehmerInnen zusammengestellt und öffentlich zugänglich gemacht. Dabei können Sie entscheiden, welcher Art der Veröffentlichung Sie zustimmen (gedruckte Form, elektronische Form zu internen Verwendung der TeilnehmerInnen, Internet). In diesem Rahmen besteht für alle Interessierten ein freier Zugang zu den von Ihnen gemachten Angaben.
2. Sobald der Bearbeitungsstand des Forschungsvorhabens dies erlaubt, werden Ihre personenbezogenen Daten beim verantwortlichen Träger und Leiter des Forschungsvorhabens (Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie) vernichtet bzw. gelöscht. Dies wird spätestens am 30. April 2010 erfolgen. Bitte beachten Sie, dass dies nicht für die Veröffentlichung der Angaben über Ihre Einrichtung in dem lokalen „Branchenbuch frühe Hilfen“ gilt (s.o. unter 1.).
3. Ihre Einwilligung zur Vorstellung Ihrer Institution in dem lokalen „Branchenbuch frühe Hilfen“ ist freiwillig. Durch eine Verweigerung der Einwilligung entstehen Ihnen keine Nachteile. Sie können Ihre Einwilligung bis zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Branchenbuchs jederzeit zurückrufen. Nach Veröffentlichung des Branchenbuchs ist ein Widerruf Ihrer Einwilligung nur für eine spätere Neuauflage möglich.

Einwilligungserklärung zum Fragebogen „Vorstellung der Institution“

Ich habe die Informationen über das Forschungsvorhaben erhalten. Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben wie beschrieben verarbeitet und

- in gedruckter Form
- in einem elektronischen Verzeichnis für die TeilnehmerInnen
- im Internet

veröffentlicht werden.

Diese Einwilligung ist freiwillig und kann für eine spätere Neuauflage widerrufen werden.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Name in Blockbuchstaben)

.....
(Unterschrift)



Kinder- und Jugend-
psychiatrie/ Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm



Guter Start ins Kinderleben Fragebogen zur Vernetzung

Ihre Standort-Kennziffer:

Bitte beachten Sie:

Im Folgenden werden Sie zu jeder der aufgezählten Institutionen/Praxen/...
bezüglich Ihrer Zusammenarbeit befragt. Wenn Sie bei einer Institution **die**
Eingangsfragen A, B und/ oder C mit JA beantworten, überspringen Sie
bitte alle weiteren Fragen bezüglich dieser Institution und gehen Sie
zur nächsten über.

Andernfalls beantworten Sie bitte auch die jeweiligen Fragen 1 bis 3.

Jugendamt

A Ich arbeite im Jugendamt.

ja (bitte weiter zu Erziehungsberatungsstellen) nein

B Ich habe (fast) nie Kontakt mit dem Jugendamt.

ja (bitte weiter zu Erziehungsberatungsstellen) nein

1 Wie häufig stehen Sie mit dem Jugendamt bezüglich Fallarbeit im Kontakt?

eher 1x in sechs Monaten eher 1x im Monat
 eher 1x pro Woche mehrmals pro Woche

2 Worin besteht der Kontakt? (Mehrfachnennungen möglich)

schriftliche Rückmeldungen Fallkonferenzen
 informeller Austausch sonstiges

3 Wie beurteilen Sie die Qualität der Zusammenarbeit mit dem Jugendamt?

schlecht eher schlecht
 eher gut gut

Erziehungsberatungsstelle

A Ich arbeite in einer Erziehungsberatungsstelle.

ja (bitte weiter zu Familienbildungsstätten) nein

B Ich habe (fast) nie Kontakt mit Erziehungsberatungsstellen.

ja (bitte weiter zu Familienbildungsstätten) nein

C In dieser Stadt/diesem Landkreis gibt es keine Erziehungsberatungsstellen.

ja (bitte weiter zu Familienbildungsstätten) nein

1 Wie häufig stehen Sie mit Erziehungsberatungsstellen bezüglich Fallarbeit im Kontakt?

eher 1x in sechs Monaten eher 1x im Monat
 eher 1x pro Woche mehrmals pro Woche

2 Worin besteht der Kontakt? (Mehrfachnennungen möglich)

schriftliche Rückmeldungen Fallkonferenzen
 informeller Austausch sonstiges

3 Wie beurteilen Sie die Qualität der Zusammenarbeit mit Erziehungsberatungsstellen?

schlecht eher schlecht
 eher gut gut

Familienbildungsstätte

A Ich arbeite in einer Familienbildungsstätte.

ja (bitte weiter zum Kinderschutzzentrum) nein

B Ich habe (fast) nie Kontakt mit Familienbildungsstätten.

ja (bitte weiter zum Kinderschutzzentrum) nein

C In dieser Stadt/ diesem Landkreis gibt es keine Familienbildungsstätte.

ja (bitte weiter zum Kinderschutzzentrum) nein

1 Wie häufig stehen Sie mit Familienbildungsstätten bezüglich

Fallarbeit im Kontakt?

eher 1x in sechs Monaten eher 1x im Monat

eher 1x pro Woche mehrmals pro Woche

2 Worin besteht der Kontakt? (Mehrfachnennungen möglich)

schriftliche Rückmeldungen Fallkonferenzen

informeller Austausch sonstiges

3 Wie beurteilen Sie die Qualität der Zusammenarbeit mit Familienbildungsstätten?

schlecht eher schlecht

eher gut gut

4

Kinderschutzzentrum

A Ich arbeite in einem Kinderschutzzentrum.

ja (bitte weiter zu Kindertagesstätten) nein

B Ich habe (fast) nie Kontakt mit Kinderschutzzentren.

ja (bitte weiter zu Kindertagesstätten) nein

C In dieser Stadt/ diesem Landkreis gibt es kein Kinderschutzzentrum.

ja (bitte weiter zu Kindertagesstätten) nein

1 Wie häufig stehen Sie mit Kinderschutzzentren bezüglich

Fallarbeit im Kontakt?

eher 1x in sechs Monaten eher 1x im Monat

eher 1x pro Woche mehrmals pro Woche

2 Worin besteht der Kontakt? (Mehrfachnennungen möglich)

schriftliche Rückmeldungen Fallkonferenzen

informeller Austausch sonstiges

3 Wie beurteilen Sie die Qualität der Zusammenarbeit mit Kinderschutzzentren?

schlecht eher schlecht

eher gut gut

5

Kindertagesstätten – Kindergärten / Kinderkrippen

- A Ich arbeite in einer Kindertagesstätte.**
 ja (bitte weiter zu Frühförderstellen) nein
- B Ich habe (fast) nie Kontakt mit Kindertagesstätten.**
 ja (bitte weiter zu Frühförderstellen) nein
- C In dieser Stadt / diesem Landkreis gibt es keine Kindertagesstätte.**
 ja (bitte weiter zu Frühförderstellen) nein

1 Wie häufig stehen Sie mit Kindertagesstätten bezüglich Fallarbeit im Kontakt?

- eher 1x in sechs Monaten eher 1x im Monat
 eher 1x pro Woche mehrmals pro Woche

2 Worum besteht der Kontakt? (Mehrfachnennungen möglich)

- schriftliche Rückmeldungen Fallkonferenzen
 informeller Austausch sonstiges

3 Wie beurteilen Sie die Qualität der Zusammenarbeit mit Kindertagesstätten?

- schlecht eher schlecht
 eher gut gut

Frühförderstellen

- A Ich arbeite in einer Frühförderstelle.**
 ja (bitte weiter zu Schwangerschaftsberatungsst.) nein
- B Ich habe (fast) nie Kontakt mit Frühförderstellen.**
 ja (bitte weiter zu Schwangerschaftsberatungsst.) nein
- C In dieser Stadt / diesem Landkreis gibt es keine Frühförderstelle.**
 ja (bitte weiter zu Schwangerschaftsberatungsst.) nein

1 Wie häufig stehen Sie mit Frühförderstellen bezüglich Fallarbeit im Kontakt?

- eher 1x in sechs Monaten eher 1x im Monat
 eher 1x pro Woche mehrmals pro Woche

2 Worum besteht der Kontakt? (Mehrfachnennungen möglich)

- schriftliche Rückmeldungen Fallkonferenzen
 informeller Austausch sonstiges

3 Wie beurteilen Sie die Qualität der Zusammenarbeit mit Frühförderstellen?

- schlecht eher schlecht
 eher gut gut

Schwangerschaftsberatungsstellen

A Ich arbeite in einer Schwangerschaftsberatungsstelle.

ja (bitte weiter zu Suchtberatungsstellen) nein

B Ich habe (fast) nie Kontakt mit Schwangerschaftsberatungsstellen.

ja (bitte weiter zu Suchtberatungsstellen) nein

C In dieser Stadt/diesem Landkreis gibt es keine Schwangerschaftsberatungsstelle.

ja (bitte weiter zu Suchtberatungsstellen) nein

1 Wie häufig stehen Sie mit Schwangerschaftsberatungsstellen bezüglich Fallarbeit im Kontakt?

eher 1x in sechs Monaten eher 1x im Monat
 eher 1x pro Woche mehrmals pro Woche

2 Worin besteht der Kontakt? (Mehrfachnennungen möglich)

schriftliche Rückmeldungen Fallkonferenzen
 informeller Austausch sonstiges

3 Wie beurteilen Sie die Qualität der Zusammenarbeit mit Schwangerschaftsberatungsstellen?

schlecht eher schlecht
 eher gut gut

8

Suchtberatungsstellen

A Ich arbeite in einer Suchtberatungsstelle.

ja (bitte weiter zum Gesundheitsamt) nein

B Ich habe (fast) nie Kontakt mit Suchtberatungsstellen.

ja (bitte weiter zum Gesundheitsamt) nein

C In dieser Stadt/diesem Landkreis gibt es keine Suchtberatungsstelle.

ja (bitte weiter zum Gesundheitsamt) nein

1 Wie häufig stehen Sie mit Suchtberatungsstellen bezüglich Fallarbeit im Kontakt?

eher 1x in sechs Monaten eher 1x im Monat
 eher 1x pro Woche mehrmals pro Woche

2 Worin besteht der Kontakt? (Mehrfachnennungen möglich)

schriftliche Rückmeldungen Fallkonferenzen
 informeller Austausch sonstiges

3 Wie beurteilen Sie die Qualität der Zusammenarbeit mit Suchtberatungsstellen?

schlecht eher schlecht
 eher gut gut

9

Gesundheitsamt

A Ich arbeite im Gesundheitsamt.
 ja (bitte weiter zu Geburtskliniken) nein

B Ich habe (fast) nie Kontakt mit dem Gesundheitsamt.
 ja (bitte weiter zu Geburtskliniken) nein

1 Wie häufig stehen Sie mit dem Gesundheitsamt bezüglich Fallarbeit im Kontakt?

- eher 1x in sechs Monaten eher 1x im Monat
 eher 1x pro Woche mehrmals pro Woche

2 Worin besteht der Kontakt? (Mehrfachnennungen möglich)

- schriftliche Rückmeldungen Fallkonferenzen
 informeller Austausch sonstiges
-

3 Wie beurteilen Sie die Qualität der Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt?

- schlecht eher schlecht
 eher gut gut
-

Geburtskliniken

A Ich arbeite in einer Geburtsklinik.
 ja (bitte weiter zu Kinderkliniken) nein

B Ich habe (fast) nie Kontakt mit Geburtskliniken.
 ja (bitte weiter zu Kinderkliniken) nein

C In dieser Stadt/diesem Landkreis gibt es keine Geburtsklinik.
 ja (bitte weiter zu Kinderkliniken) nein

1 Wie häufig stehen Sie mit Geburtskliniken bezüglich Fallarbeit im Kontakt?

- eher 1x in sechs Monaten eher 1x im Monat
 eher 1x pro Woche mehrmals pro Woche

2 Worin besteht der Kontakt? (Mehrfachnennungen möglich)

- schriftliche Rückmeldungen Fallkonferenzen
 informeller Austausch sonstiges
-

3 Wie beurteilen Sie die Qualität der Zusammenarbeit mit Geburtskliniken?

- schlecht eher schlecht
 eher gut gut
-

Kinderkliniken

- A Ich arbeite in einer Kinderklinik.**
- ja (bitte weiter zu SPZ) nein
- B Ich habe (fast) nie Kontakt mit Kinderkliniken.**
- ja (bitte weiter zu SPZ) nein
- C In dieser Stadt/ diesem Landkreis gibt es keine Kinderklinik.**
- ja (bitte weiter zu SPZ) nein
- 1** Wie häufig stehen Sie mit Kinderkliniken bezüglich Fallarbeit im Kontakt?
- eher 1x in sechs Monaten eher 1x im Monat
- eher 1x pro Woche mehrmals pro Woche
- 2** Worin besteht der Kontakt? (Mehrfachnennungen möglich)
- schriftliche Rückmeldungen Fallkonferenzen
- informeller Austausch sonstiges
- _____
- _____
- 3** Wie beurteilen Sie die Qualität der Zusammenarbeit mit Kinderkliniken?
- schlecht eher schlecht
- eher gut gut

12

Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)

- A Ich arbeite in einem SPZ.**
- ja (bitte weiter zur Kinder-/Jugendpsychiatrie) nein
- B Ich habe (fast) nie Kontakt mit SPZs.**
- ja (bitte weiter zur Kinder-/Jugendpsychiatrie) nein
- C In dieser Stadt/ diesem Landkreis gibt es kein SPZ.**
- ja (bitte weiter zur Kinder-/Jugendpsychiatrie) nein
- 1** Wie häufig stehen Sie mit SPZs bezüglich Fallarbeit im Kontakt?
- eher 1x in sechs Monaten eher 1x im Monat
- eher 1x pro Woche mehrmals pro Woche
- 2** Worin besteht der Kontakt? (Mehrfachnennungen möglich)
- schriftliche Rückmeldungen Fallkonferenzen
- informeller Austausch sonstiges
- _____
- _____
- 3** Wie beurteilen Sie die Qualität der Zusammenarbeit mit SPZs?
- schlecht eher schlecht
- eher gut gut

13

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

A Ich arbeite in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

ja (bitte weiter zur Erwachsenenpsychiatrie) nein

B Ich habe (fast) nie Kontakt mit Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

ja (bitte weiter zur Erwachsenenpsychiatrie) nein

C In dieser Stadt / diesem Landkreis gibt es keine Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

ja (bitte weiter zur Erwachsenenpsychiatrie) nein

1 Wie häufig stehen Sie mit Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie bezüglich Fallarbeit im Kontakt?

eher 1x in sechs Monaten eher 1x im Monat
 eher 1x pro Woche mehrmals pro Woche

2 Worin besteht der Kontakt? (Mehrfachnennungen möglich)

schriftliche Rückmeldungen Fallkonferenzen
 informeller Austausch sonstiges

3 Wie beurteilen Sie die Qualität der Zusammenarbeit mit Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie?

schlecht eher schlecht
 eher gut gut

Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie

A Ich arbeite in einer Klinik für Erwachsenenpsychiatrie.

ja (bitte weiter zur Notfallambulanz) nein

B Ich habe (fast) nie Kontakt mit Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie.

ja (bitte weiter zur Notfallambulanz) nein

C In dieser Stadt / diesem Landkreis gibt es keine Klinik für Erwachsenenpsychiatrie.

ja (bitte weiter zur Notfallambulanz) nein

1 Wie häufig stehen Sie mit Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie bezüglich Fallarbeit im Kontakt?

eher 1x in sechs Monaten eher 1x im Monat
 eher 1x pro Woche mehrmals pro Woche

2 Worin besteht der Kontakt? (Mehrfachnennungen möglich)

schriftliche Rückmeldungen Fallkonferenzen
 informeller Austausch sonstiges

3 Wie beurteilen Sie die Qualität der Zusammenarbeit mit Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie?

schlecht eher schlecht
 eher gut gut

Notfallambulanzen

A Ich arbeite in einer Notfallambulanz.

ja (bitte weiter zu niedergel. Kinderärzten) nein

B Ich habe (fast) nie Kontakt mit Notfallambulanzen.

ja (bitte weiter zu niedergel. Kinderärzten) nein

C In dieser Stadt/diesem Landkreis gibt es keine Notfallambulanz.

ja (bitte weiter zu niedergel. Kinderärzten) nein

1 Wie häufig stehen Sie mit Notfallambulanzen bezüglich

Fallarbeit im Kontakt?

eher 1x in sechs Monaten eher 1x im Monat

eher 1x pro Woche mehrmals pro Woche

2 Worin besteht der Kontakt? (Mehrfachnennungen möglich)

schriftliche Rückmeldungen Fallkonferenzen

informeller Austausch sonstiges

3 Wie beurteilen Sie die Qualität der Zusammenarbeit mit Notfallambulanzen?

schlecht eher schlecht

eher gut gut

niedergelassene Kinderärzte

A Ich bin niedergelassene(r) Kinderarzt/Kinderärztin.

ja (bitte weiter zu niedergel. Hausärzten) nein

B Ich habe (fast) nie Kontakt mit niedergelassenen Kinderärzten.

ja (bitte weiter zu niedergel. Hausärzten) nein

C In dieser Stadt/diesem Landkreis gibt es keine niedergelassenen Kinderärzte.

ja (bitte weiter zu niedergel. Hausärzten) nein

1 Wie häufig stehen Sie mit niedergelassenen Kinderärzten bezüglich

Fallarbeit im Kontakt?

eher 1x in sechs Monaten eher 1x im Monat

eher 1x pro Woche mehrmals pro Woche

2 Worin besteht der Kontakt? (Mehrfachnennungen möglich)

schriftliche Rückmeldungen Fallkonferenzen

informeller Austausch sonstiges

3 Wie beurteilen Sie die Qualität der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Kinderärzten?

schlecht eher schlecht

eher gut gut

niedergelassene Hausärzte

A Ich bin niedergelassene(r) Hausarzt/ Hausärztin.

ja (bitte weiter zu niedergel. Hebammen) nein

B Ich habe (fast) nie Kontakt mit niedergelassenen Hausärzten.

ja (bitte weiter zu niedergel. Hebammen) nein

C In dieser Stadt/ diesem Landkreis gibt es keine niedergelassenen Hausärzte.

ja (bitte weiter zu niedergel. Hebammen) nein

1 Wie häufig stehen Sie mit niedergelassenen Hausärzten bezüglich Fallarbeit im Kontakt?

eher 1x in sechs Monaten eher 1x im Monat

eher 1x pro Woche mehrmals pro Woche

2 Worin besteht der Kontakt? (Mehrfachnennungen möglich)

schriftliche Rückmeldungen Fallkonferenzen

informeller Austausch sonstiges

3 Wie beurteilen Sie die Qualität der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Hausärzten?

schlecht eher schlecht

eher gut gut

niedergelassene Hebammen

A Ich bin niedergelassene Hebamme.

ja (bitte weiter zu niedergel. Frauenärzten) nein

B Ich habe (fast) nie Kontakt mit niedergelassenen Hebammen.

ja (bitte weiter zu niedergel. Frauenärzten) nein

C In dieser Stadt/ diesem Landkreis gibt es keine niedergelassenen Hebammen.

ja (bitte weiter zu niedergel. Frauenärzten) nein

1 Wie häufig stehen Sie mit niedergelassenen Hebammen bezüglich Fallarbeit im Kontakt?

eher 1x in sechs Monaten eher 1x im Monat

eher 1x pro Woche mehrmals pro Woche

2 Worin besteht der Kontakt? (Mehrfachnennungen möglich)

schriftliche Rückmeldungen Fallkonferenzen

informeller Austausch sonstiges

3 Wie beurteilen Sie die Qualität der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Hebammen?

schlecht eher schlecht

eher gut gut

niedergelassene Frauenärzte

A Ich bin niedergelassene(r) Frauenarzt/ Frauenärztin.

ja (bitte weiter zu niedergel. KJuuPsychiatern) nein

B Ich habe (fast) nie Kontakt mit niedergelassenen Frauenärzten.

ja (bitte weiter zu niedergel. KJuuPsychiatern) nein

C In dieser Stadt/ diesem Landkreis gibt es keine niedergelassenen Frauenärzte.

ja (bitte weiter zu niedergel. KJuuPsychiatern) nein

1 Wie häufig stehen Sie mit niedergelassenen Frauenärzten bezüglich Fallarbeit im Kontakt?

eher 1x in sechs Monaten eher 1x im Monat
 eher 1x pro Woche mehrmals pro Woche

2 Worin besteht der Kontakt? (Mehrfachnennungen möglich)

schriftliche Rückmeldungen Fallkonferenzen
 informeller Austausch sonstiges

3 Wie beurteilen Sie die Qualität der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Frauenärzten?

schlecht eher schlecht
 eher gut gut

20

niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater/ -psychotherapeut

A Ich bin niedergelassene(r) KJuu-Psychiater/ -psychotherapeut(in).

ja (bitte weiter zu niedergel. Erw.psychiatern) nein

B Ich habe (fast) nie Kontakt mit niedergelassenen KJuu-Psychiatern/ -psychotherapeuten.

ja (bitte weiter zu niedergel. Erw.psychiatern) nein

C In dieser Stadt/ diesem Landkreis gibt es keine niedergelassenen KJuu-Psychiater/ -psychotherapeuten.

ja (bitte weiter zu niedergel. Erw.psychiatern) nein

1 Wie häufig stehen Sie mit niedergelassenen KJuu-Psychiatern/ -psychotherapeuten bezüglich Fallarbeit im Kontakt?

eher 1x in sechs Monaten eher 1x im Monat
 eher 1x pro Woche mehrmals pro Woche

2 Worin besteht der Kontakt? (Mehrfachnennungen möglich)

schriftliche Rückmeldungen Fallkonferenzen
 informeller Austausch sonstiges

3 Wie beurteilen Sie die Qualität der Zusammenarbeit mit niedergelassenen KJuu-Psychiatern/ -psychotherapeuten?

schlecht eher schlecht
 eher gut gut

21

niedergelassene Erwachsenenpsychiater/innen (Psychotherapeut/innen)
A Ich bin niedergelassene(r) Erwachsenenpsychiater/in.
 ja (bitte weiter zur Polizei) nein

B Ich habe (fast) nie Kontakt mit niedergelassenen Erwachsenenpsychiatern/innen.
 ja (bitte weiter zur Polizei) nein

C In dieser Stadt / diesem Landkreis gibt es keine niedergelassenen Erwachsenenpsychiater/innen.
 ja (bitte weiter zur Polizei) nein

1 Wie häufig stehen Sie mit niedergelassenen Erwachsenenpsychiatern/innen bezüglich Fallarbeit im Kontakt?

 eher 1x in sechs Monaten eher 1x im Monat
 eher 1x pro Woche mehrmals pro Woche

2 Worin besteht der Kontakt? (Mehrfachnennungen möglich)

 schriftliche Rückmeldungen Fallkonferenzen
 informeller Austausch sonstiges

3 Wie beurteilen Sie die Qualität der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Erwachsenenpsychiatern/innen?

 schlecht eher schlecht
 eher gut gut

Polizei
A Ich arbeite bei der Polizei.
 ja (bitte weiter zum Familiengericht) nein

B Ich habe (fast) nie Kontakt mit der Polizei.
 ja (bitte weiter zum Familiengericht) nein

1 Wie häufig stehen Sie mit der Polizei bezüglich Fallarbeit im Kontakt?

 eher 1x in sechs Monaten eher 1x im Monat
 eher 1x pro Woche mehrmals pro Woche

2 Worin besteht der Kontakt? (Mehrfachnennungen möglich)

 schriftliche Rückmeldungen Fallkonferenzen
 informeller Austausch sonstiges

3 Wie beurteilen Sie die Qualität der Zusammenarbeit mit der Polizei?

 schlecht eher schlecht
 eher gut gut

Familiengericht
A Ich arbeite in einem Familiengericht.
 ja (bitte weiter zu sonstige) nein
B Ich habe (fast) nie Kontakt mit einem Familiengericht.
 ja (bitte weiter zu sonstige) nein
C In dieser Stadt/ diesem Landkreis gibt es kein
Familiengericht.
 ja (bitte weiter zu sonstige) nein
1 Wie häufig stehen Sie mit einem Familiengericht bezüglich

Fallarbeit im Kontakt?

 eher 1x in sechs Monaten eher 1x im Monat

 eher 1x pro Woche mehrmals pro Woche

2 Worin besteht der Kontakt? (Mehrfachnennungen möglich)
 schriftliche Rückmeldungen Fallkonferenzen

 informeller Austausch sonstiges

3 Wie beurteilen Sie die Qualität der Zusammenarbeit mit einem Familiengericht?
 schlecht eher schlecht

 eher gut gut

24

sonstige Institution / Praxis ... (bitte Art nennen, keine Namen!)
A Ich arbeite in oben genannter Institution / Praxis.
 ja (bitte weiter zur nächsten Institution) nein

B Ich habe (fast) nie Kontakt mit oben genannter Institution / Praxis.
 ja (bitte weiter zur nächsten Institution) nein

C In dieser Stadt/ diesem Landkreis gibt es oben genannte
Institution / Praxis nicht.
 ja (bitte weiter zur nächsten Institution) nein

1 Wie häufig stehen Sie mit oben genannter Institution / Praxis bezüglich

Fallarbeit im Kontakt?

 eher 1x in sechs Monaten eher 1x im Monat

 eher 1x pro Woche mehrmals pro Woche

2 Worin besteht der Kontakt? (Mehrfachnennungen möglich)
 schriftliche Rückmeldungen Fallkonferenzen

 informeller Austausch sonstiges

3 Wie beurteilen Sie die Qualität der Zusammenarbeit mit oben genannter Institution / Praxis?
 schlecht eher schlecht

 eher gut gut

25

sonstige Institution / Praxis ... (bitte Art nennen, keine Namen!)

A Ich arbeite in oben genannter Institution / Praxis.

ja (bitte weiter zur nächsten Institution) nein

B Ich habe (fast) nie Kontakt mit oben genannter Institution / Praxis.

ja (bitte weiter zur nächsten Institution) nein

C In dieser Stadt/ diesem Landkreis gibt es oben genannte Institution / Praxis nicht.

ja (bitte weiter zur nächsten Institution) nein

1 Wie häufig stehen Sie mit oben genannter Institution / Praxis bezüglich Fallarbeit im Kontakt?

eher 1x in sechs Monaten eher 1x im Monat
 eher 1x pro Woche mehrmals pro Woche

2 Worin besteht der Kontakt? (Mehrfachnennungen möglich)

schriftliche Rückmeldungen Fallkonferenzen
 informeller Austausch sonstiges

3 Wie beurteilen Sie die Qualität der Zusammenarbeit mit oben genannter Institution / Praxis?

schlecht eher schlecht
 eher gut gut

sonstige Institution / Praxis ... (bitte Art nennen, keine Namen!)

A Ich arbeite in oben genannter Institution / Praxis.

ja (bitte weiter zur nächsten Institution) nein

B Ich habe (fast) nie Kontakt mit oben genannter Institution / Praxis.

ja (bitte weiter zur nächsten Institution) nein

C In dieser Stadt/ diesem Landkreis gibt es oben genannte Institution / Praxis nicht.

ja (bitte weiter zur nächsten Institution) nein

1 Wie häufig stehen Sie mit oben genannter Institution / Praxis bezüglich Fallarbeit im Kontakt?

eher 1x in sechs Monaten eher 1x im Monat
 eher 1x pro Woche mehrmals pro Woche

2 Worin besteht der Kontakt? (Mehrfachnennungen möglich)

schriftliche Rückmeldungen Fallkonferenzen
 informeller Austausch sonstiges

3 Wie beurteilen Sie die Qualität der Zusammenarbeit mit oben genannter Institution / Praxis?

schlecht eher schlecht
 eher gut gut



Universitätsklinikum Ulm

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

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie
Ärztlicher Direktor:
Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert

Dipl.-Psych. Anne Katrin Kolb
☎ (07 31) 5 00 61612
☎ (07 31) 5 00 61702
mobil (0177) 7773929
anne.katrin.kolb@uniklinik-ulm.de

Guter Start ins Kinderleben Fragebogen zur Vernetzung in XY

Sehr geehrte Damen und Herren,

das **Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“** ist eine gemeinsame Initiative und Förderung der Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen zur **Verbesserung des Kinderschutzes**. In den genannten Bundesländern nehmen jeweils zwei Standorte am Modellprojekt teil.

XY wurde im Rahmen des Projekts als Modellstandort ausgewählt.

Die wissenschaftliche Durchführung liegt bei der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie Ulm. Die Evaluation wird vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend begleitet.

Ihre Adresse haben wir aus allgemein zugänglichen Quellen wie Verzeichnisse der beteiligten Institutionen und kassenärztlichen Vereinigungen, Telefonbuch, Gelbeseiten und Internet.

Ziel des Projektes ist es, belastete Eltern, wie etwa sehr junge und allein erziehende Mütter, früh zu unterstützen, um eine Überforderung in der Familie zu vermeiden. Es werden interdisziplinäre Kooperationsformen erprobt und Vernetzungsstrukturen entwickelt. Diese sollen ausdrücklich auf bestehenden Kooperationen aufbauen und in das bestehend Zusammenwirken der mitwirkenden Einrichtungen eingebunden werden. Weitere Informationen zum Modellprojekt finden Sie auf unserer Homepage unter www.uniklinik-ulm.de → Kliniken → Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie → Forschung → Guter Start ins Kinderleben.

Der beiliegende **Fragebogen** dient der **anonymisierten Erfassung der derzeitigen interdisziplinären Vernetzungsstruktur** in XY. Die Auswertung der Fragebögen wird im Modellprojekt im Rahmen eines Runden Tisches an den Standort XY erörtert, um mögliche Versorgungs- oder Kooperationslücken im weiteren Projektverlauf beheben und jungen Familien zukünftig noch effizienter helfen zu können.

Wir möchten Sie daher ganz herzlich bitten, im Folgenden Angaben darüber zu machen, mit welchen Institutionen bzw. Praxen Sie wie häufig zusammenarbeiten und wie Sie die Qualität dieser Zusammenarbeit empfinden. Am Ende des Fragebogens haben Sie die Möglichkeit Institutionen bzw. Praxen, die nicht aufgeführt sind, zu ergänzen und ebenfalls ihre Zusammenarbeit mit diesen zu bewerten.

Sie können den Fragebogen selber ausfüllen und/oder an eine/n oder mehrere Mitarbeiter/innen in Ihrer Institution zum Ausfüllen weiterleiten.

Der Fragebogen wird anonym ausgewertet. Bitte schreiben Sie daher **keine persönlichen Angaben** wie Name oder Telefonnummer auf den Fragebogen und senden Sie ihn mit dem beigelegten frankierten Rückumschlag an uns zurück.

Das Zurücksenden des ausgefüllten Fragebogens an uns setzt Ihr Einverständnis zur anonymisierten Verarbeitung der Daten im Rahmen des Projekts voraus.

Einsendeschluss ist der XXXX.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Frau Dipl.-Psych. Anne Kolb (Kontaktdaten s. o.)

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Teilnahme und Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen aus Ulm

(PD Dr. Ute Ziegenhain)

(Dipl.-Psych. Anne Katrin Kolb)

ANHANG C

ADRESSEN DER ÄRZTEKAMMERN

BUNDESÄRZTEKAMMER

Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
Anschrift: Postfach 120 864, 10598 Berlin
Telefon: 030 / 4004 56-0, Fax: (030) 4004 56-388

BADEN-WÜRTTEMBERG

Landesärztekammer Baden-Württemberg
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Jahnstraße 40
70597 Stuttgart
Telefon: 0711 / 769 89 0
Telefax: 0711 / 769 89 50
E-Mail: info@laek-bw.de, Internet: www.aerztekammer-bw.de

BAYERN

Bayerische Landesärztekammer
Mühlbauerstraße 16
81677 München
Telefon: 089 / 4147-0, Fax: 089 / 4147-280
E-Mail: info@blaek.de, Internet: www.blaek.de

RHEINLAND-PFALZ

Landesärztekammer Rheinland-Pfalz
Postfach 29 26
55019 Mainz
E-Mail: kammer@laek-rlp.de, Internet: www.laek-rlp.de

THÜRINGEN

Landesärztekammer Thüringen
Postfach 100740
07707 Jena
Telefon: 03641 / 614-0
E-Mail: post@laek-thueringen.de, Internet: www.laek-thueringen.de

ANHANG D

LINKS FÜR DIE RECHERCHE NEUER BUNDESGESETZE

- inkraftgetretene Bundesgesetze kostenlos suchen unter http://www.bmj.de/enid/8426fc44ca5fac9f64cbd978cc832786,0/Service/Bundesrecht_im_Internet_b9.html
- Gesetze in parlamentarischere Beratung suchen unter <http://dip21.bundestag.de/dip21.web/bt>
- Tagesordnung des Bundestages (hier wird über Gesetzesentwürfe verhandelt) <http://www.bundestag.de/aktuell/tagesordnung/index.html>

Das Inkrafttreten wird immer im abschließenden Beratungstext geregelt und tritt erst mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

TEIL 3
GLOSSAR

EINLEITUNG

Vernetzung und Kooperation gelingen insbesondere dann, wenn die Fachkräfte aus den unterschiedlichen Disziplinen und Berufsfeldern eine einheitliche Sprache sprechen. Im Rahmen des Modellprojekts „Guter Start ins Kinderleben“ hat der Blick in die Praxis allerdings gezeigt, dass die gemeinsame Verständigung oft schwierig ist. Fachspezifische Begriffe, Fremdwörter, im eigenen Arbeitsalltag geläufige Abkürzungen oder Bezeichnungen sind den Kooperationspartnern aus anderen Berufsfeldern oft unbekannt. Andere Begriffe wiederum sorgen für Verwirrung, weil sie in den verschiedenen Disziplinen mit unterschiedlicher Bedeutung versehen sind.

Aus der Idee heraus, eine gemeinsame Sprach- und Wissensgrundlage zu entwickeln, ist dieses Glossar entstanden, das häufig in der Kinder- und Jugendhilfe sowie im Gesundheitswesen verwendete Begriffe zu erläutern versucht. Stolpersteine in der Kommunikation sollen ausgeräumt, der Weg zur gegenseitigen Verständigung geebnet und somit Kooperation und Vernetzung einen Schritt weitergebracht werden.

Für die Auswahl der Begriffe für dieses Glossar wurden drei Quellen herangezogen. Zum einen begegneten uns im Zusammenhang mit den Runden Tischen missverständliche Begrifflichkeiten, die immer wieder Anlass zu Diskussionen und Klärungsprozessen gaben. Zum zweiten wurden die Begriffe ins Glossar aufgenommen, die im Rahmen der Analyse von Interviews mit Expertinnen und Experten zu den Themen „Prävention von Kindeswohlgefährdung“ und „interdisziplinäre Kooperation“ als uneinheitlich und daher als Barrieren in der Verständigung zwischen Professionen herausgearbeitet werden konnten. Die dritte Quelle ergab sich aus der Analyse von Diskussionen zwischen Expertinnen und Experten der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens.

Je nach Begriff wurden bei der Erklärung unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt. So mag bei manchem Fremdwort die Wortableitung bereits Erklärungswert besitzen, andere Begriffe werden auf ihre unterschiedliche Bedeutungen in den jeweiligen Disziplinen hin beleuchtet, während bei bestimmten Einträgen auf die Konsequenzen in der Praxis verwiesen wird.

Pfeile (→) verweisen auf die ausführliche Bearbeitung des Begriffs als eigenständigen Eintrag hin, sie sollen Zusammenhänge verdeutlichen und den Überblick erleichtern.

Die Literaturangaben laden zum Weiterlesen ein. Dies sind Verweise auf Bücher, oft aber auch praktische, leicht zugängliche Links ins Internet. Allgemeine Informations- und Literaturquellen finden sich im Anhang an das Glossar, während die für einen Eintrag spezifischen Informationen direkt dem jeweiligen Beitrag zugeordnet sind.

Das Glossar erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Geplant ist es, das Glossar als „Wikipedia“ auf der Seite des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (www.fruehehilfen.de) einzustellen. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie diese Gelegenheit nutzen würden, um weitere Definitionen einzustellen oder unsere zu ergänzen und ggf. zu verbessern. So besteht die Chance, das Glossar immer weiter auszubauen und auf dem aktuellen Stand zu halten. Machen Sie mit!

§ 8 a SGB VIII – Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung

§ 8 a SGB VIII beschreibt den Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung im Rahmen der Wahrnehmung von Aufgaben nach dem SGB VIII. Er ist Ausfluss des staatlichen → Wächteramts bei → Kindeswohlgefährdung. Er trat im Zuge der Novellierung des → Sozialgesetzbuchs Aches Buch – Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) durch das Kinder- und Jugendhilfweiterentwicklungsgesetz (abgekürzt KICK) am 1. Oktober 2005 in Kraft.

Wenn dem → Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung eines Kindes oder Jugendlichen bekannt werden, muss es eine → Gefährdungseinschätzung vornehmen, bei der mehrere Fachkräfte zusammenwirken. Das Kind oder der Jugendliche sowie die Personensorgeberechtigten sind dabei mit einzubeziehen. Kommt das → Jugendamt zum Schluss, dass Hilfen zur Abwendung der Gefährdung geeignet und notwendig sind, muss es diese Hilfen den Personensorgeberechtigten anbieten (Abs. 1).

Das Jugendamt muss das → Familiengericht anrufen, wenn es dessen Tätigwerden zur Abwendung einer Gefährdung für erforderlich hält (auch wenn die Personensorgeberechtigten nicht bereit oder fähig sind, an der Abschätzung des Gefährdungsrisikos mitzuwirken). Kann in Anbetracht der Gefährdungslage eine gerichtliche Entscheidung nicht abgewartet werden, ist das Jugendamt zur → Inobhutnahme (→ § 42 SGB VIII) verpflichtet (Abs. 3).

Wenn die Abwendung der Gefahr das Tätigwerden anderer Leistungsträger, der Einrichtungen der Gesundheitshilfe oder der Polizei erfordert, ist das Jugendamt verpflichtet, die Personensorgeberechtigten zu Inanspruchnahme der dortigen Leistungen und Dienste anzuhalten. Wirken die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten nicht mit und besteht sofortiger Handlungsbedarf, schaltet das Jugendamt die zuständigen Stellen selbst ein (Abs. 4).

Die Fachkräfte der Träger, die Leistungen nach dem SGB VIII erbringen oder Aufgaben nach dem SGB VIII wahrnehmen, sind vom Jugendamt zu einer entsprechenden Wahrnehmung des Schutzauftrages zu verpflichten. Sie müssen bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos eine „insoweit erfahrene Fachkraft“ hinzuziehen, bei den Personensorgeberechtigten auf die Annahme von erforderlichen Hilfen hinwirken und das Jugendamt informieren, wenn das Werben und die Hilfen nicht ausreichen eine erkannte Gefährdung abzuwenden (Abs. 2).

Eine Änderung des § 8a ist zur Zeit der Indruckgabe des Werkbuches Vernetzung im Rahmen eines Entwurfs für ein Kinderschutzgesetz geplant. Dieser sieht konkretere Anforderungen an die Gefährdungseinschätzung durch das Jugendamt vor. Die darin enthaltene Regelung, dass sich das Jugendamt im Rahmen der Gefährdungseinschätzung und bei Vorliegen gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung einen unmittelbaren Eindruck von Eltern und Kind und seinem persönlichen Umfeld mittels Hausbesuch verschaffen muss, löst gegenwärtig heftige Diskussionen aus.

§ 42 SGB VIII

§ 42 SGB VIII enthält die rechtlichen Grundlagen der → Inobhutnahme.

§ 1666 BGB und § 1666 a BGB

Eltern haben das grundrechtlich geschützte Recht, die Erziehung ihrer Kinder selbst zu bestimmen. Gleichzeitig ist es ihre Pflicht, diese Erziehungsaufgabe zu erfüllen. Die Funktion der Jugendhilfe ist es, die Eltern bei dieser Aufgabe zu unterstützen und nur in Notfällen in das Elternrecht einzugreifen.

Diese Notfälle sind gegeben, wenn das körperliche, geistige oder seelische Wohl oder das Vermögen des Kindes oder des Jugendlichen gefährdet ist und die Personensorgeberech-

tigen zur Gefahrenabwendung nicht bereit oder nicht in der Lage sind (§ 1666 BGB). Die wesentlichen gerichtlichen Maßnahmen, die das → Familiengericht bei Gefährdung des → Kindeswohls treffen kann, werden im § 1666 Abs. 3 BGB aufgeführt (z. B. Gebote, angebotene Leistungen der Jugendhilfe in Anspruch zu nehmen; Verbote, Verbindung zum Kind aufzunehmen; die teilweise oder vollständige Entziehung des → Sorgerechts etc.).

Nach § 1666 a (Grundsatz der Verhältnismäßigkeit; Vorrang öffentlicher Hilfen) sind jedoch Maßnahmen, mit denen eine Trennung des Kindes von der elterlichen Familie verbunden ist, nur zulässig, wenn die Gefahr nicht durch andere Maßnahmen und öffentliche Hilfen abgewendet werden kann oder wenn diese als nicht ausreichend eingeschätzt werden (Abs. 1).

Die Entziehung der gesamten Personensorge darf nur geschehen, wenn andere Maßnahmen zu keinem Erfolg geführt haben, oder wenn anzunehmen ist, dass sie nicht ausreichen die Gefahr abzuwenden.

AEH

→ Ambulante Erziehungshilfe

Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)

Der Allgemeine Soziale Dienst, oft auch Bezirkssozialdienst (→ BSD) oder Kommunalen Sozialdienst (KSD) genannt, ist eine Organisationseinheit auf kommunaler Ebene. Der ASD ist in Landkreisen als Einrichtung des Kreises auf Gemeindeebene, als Einrichtung der kreisangehörigen Stadt oder als Einrichtung einer kreisfreien Stadt auf Bezirks- oder Stattelebene tätig und meist dem Jugendamt zugeordnet (bzw. mitunter als eigenständiges Amt oder als gemeinsamer Dienst von Jugend- und Sozialamt organisiert). Das Jugendamt und der ASD bzw. das Jugendamt, der ASD und das Sozialamt können auch Untergliederungen einer übergreifenden Organisationseinheit (z. B. Abteilungen eines Fachbereichs oder Referate einer Abteilung oder eines Amtes) sein.

Die rechtliche Grundlage seiner ämterübergreifenden Tätigkeit bilden das SGB VIII (→ Kinder- und Jugendhilfe), das SGB XII (→ Sozialhilfe) und das BGB (→ Bürgerliches Gesetzbuch).

Das breit gefächerte Aufgabenspektrum des ASD soll die soziale Grundversorgung der Bevölkerung gewährleisten. Als Basisdienst ist der ASD in vielen Fällen der erste Ansprechpartner und trägt dazu bei, dass den Bürgerinnen und Bürgern alle Angebote der sozialen Infrastruktur zugänglich sind. Neben allgemeinen Aufgaben wie die Aufklärung über gesetzliche Möglichkeiten und die Vermittlung zu anderen sozialen Hilfestellungen kommen dem ASD breite Aufgaben der Beratung bei möglichen oder erkannten Hilfebedarfen zu. Bei ihm liegt die Entscheidung über die Gewährung der psychosozialen Sozialleistungen. Der ASD ist u. a. zuständig für die Gewährung von → Hilfen zur Erziehung und die Wahrnehmung des Schutzauftrags bei → Kindeswohlgefährdung.

Zur weiteren Information:

- Kindler, H., Lillig, S., Blüml, H., Meysen, T. & Werner, A. (Hg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Deutsches Jugendinstitut e. V.; online verfügbar: http://db.dji.de/asd/ASD_Inhalt.htm

Ambulant vs. Stationär

Den Begriffen „ambulant“, „teilstationär“ und „stationär“ kommt in den verschiedenen Disziplinen jeweils eine spezifische Bedeutung zu.

In der Medizin spricht man von ambulanter Versorgung, wenn nach Erhalt punktueller diagnostischer bzw. therapeutischer Maßnahmen kein weiterer Klinikaufenthalt notwendig ist. Stationär bedeutet hingegen, dass die medizinischen Versorgungsleistungen die Unterbringung der Patientin oder des Patienten in der Einrichtung über Nacht erfordern. Teilstationär ist z. B. ein Aufenthalt in einer Tagesklinik, bei dem die Patientin oder der Patient über einen längeren Zeitraum tagsüber in der Klinik ist, abends aber jeweils nach Hause geht.

Auch in der Kinder- und Jugendhilfe werden ambulante, teilstationäre oder stationäre Hilfen angeboten. Im Kontext der → Hilfe zur Erziehung bzw. → Eingliederungshilfe bedeutet „ambulant“, dass es sich um ein aufsuchendes Angebot, d. h. um eine Leistung im häuslichen Umfeld handelt (z. B. der → Ambulante Kinderpflegedienst oder die → Ambulante Erziehungshilfe). Teilstationäre Angebote sind z. B. Tagesgruppen. Stationäre Leistungen im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe sind die Heimpflege oder betreutes Wohnen, d. h. die Unterbringung erfolgt Tag und Nacht.

Ambulante Erziehungshilfe (AEH)

Der Einsatz der → ambulanten Erziehungshilfe unterliegt der → Hilfeplanung und ist gesetzlich im § 27 SGB VIII (→ Hilfen zur Erziehung) geregelt. Eine sorgeberechtigte Person hat Anspruch auf diese Art von Hilfe, wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist. Im Falle der ambulanten Erziehungshilfe bleibt der Lebensort des Kindes bzw. Jugendlichen in der Familie und das Fachpersonal der AEH unterstützt die Familie im häuslichen Umfeld (im Gegensatz zu teilstationären und stationären Erziehungshilfen). Die Zielsetzungen der Hilfe ergeben sich immer aus dem erzieherischen Bedarf im Einzelfall und werden gemeinsam mit dem Jugendamt und den Familien entwickelt und konkret definiert.

Ambulanter Kinderkrankenpflegedienst

Die → ambulante oder häusliche Kinderkrankenpflege ist eine Dienstleistung in Familien mit akut, chronisch und unheilbar kranken, zu früh geborenen und behinderten Kindern. Qualifizierte Kinderkrankenschwestern und -pfleger arbeiten *in* und *mit* der Familie, mit dem Ziel, die Gesundheit, Heilung oder den friedvollen Abschied des Kindes und der Familie unter Berücksichtigung der individuellen Situation und der vorhandenen Ressourcen zu unterstützen.

Sobald die Eltern mit der Krankheit oder Behinderung zurechtkommen und über die notwendige Pflegekompetenz verfügen, zieht sich das Pflegefachpersonal wieder zurück.

In Deutschland gibt es momentan etwa 150 spezialisierte Kinderkrankenpflegedienste. Abhängig von der Erkrankung des Kindes bestehen Möglichkeiten, die Behandlung über die Krankenkasse (SGB V), die Pflegekasse (SGB XI) oder das Sozial- bzw. Jugendamt (SGB VIII) zu finanzieren.

Zur weiteren Information:

- Homepage des Bundesverbandes für häusliche Kinderkrankenpflege e.V.:
<http://www.bhkev.de/>

Amtsvormundschaft

→ Vormundschaft

Anamnese

In der Medizin bezeichnet die Anamnese (*griech.: anamnesis – Erinnerung*) das systematische Befragen und Zusammentragen patientenbezogener Informationen wie sein aktuelles körperliches und psychisches Befinden, seine gesundheitliche Vorgeschichte, Erkrankungen in der Familie, sein beruflicher und sozialer Hintergrund etc. Die Anamnese gibt oft die Richtung für die weiteren diagnostischen Maßnahmen vor.

Ähnlich umfasst die Anamnese in der Sozialen Arbeit die Erfassung, Systematisierung und Dokumentation der Informationen zum biographischen Hintergrund (zur Vorgeschichte) der Klientin oder des Klienten, zu seinen früheren oder gegenwärtigen Verhaltensweisen und zu seinen Erfahrungen im sozialen Umfeld. Die Anamnese ist wichtig für die Erstellung einer sozialpädagogischen → Diagnose und dient der Planung des weiteren Vorgehens wie der → Einzelfallhilfe.

Wenn die oder der Betroffene selber seine Situation schildert, spricht man von einer Eigenanamnese. Eine Befragung der Angehörigen wird Fremdanamnese genannt.

Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch

Siehe hierzu die Beschreibung Kapitel 5.1.

Anonymisierte Fallbesprechung

Anonymisierte Fallbesprechungen sind ein Instrumentarium im sozialwissenschaftlichen und im medizinischen Bereich. In diese Fallbesprechungen können aktuelle anonymisierte Fälle eingebracht werden, um inhaltliche Aspekte, Verfahrenswege und rechtliche Grundlagen interdisziplinär zu diskutieren und so der oder dem Fallführenden Sicherheit im Handeln auf fallbezogener Ebene geben.

Außerdem dienen anonymisierte interdisziplinäre Fallbesprechungen fallunabhängig dem regelmäßigen Austausch zwischen den unterschiedlichen Einrichtungen (bzw. deren Fachkräften) der Gesundheitshilfe und der Kinder- und Jugendhilfe, der gegenseitigen Beratung, der grundsätzlichen Festlegung der Verfahrenswege sowie der Förderung von Kooperation, Vernetzung und gegenseitigem Vertrauen.

Zur weiteren Information

- Werkbuch Vernetzung Kapitel 5.5.

Anonyme Fallberatung

Die anonyme Fallberatung ist ein Angebot (beispielsweise des Jugendamts), sich unter Wahrung der Anonymität der betreuten Person bzw. Familie sowie unter Einhaltung des Datenschutzes und der → Schweigepflicht bezüglich der eigenen Fallarbeit beraten zu lassen.

Zur weiteren Information

- Werkbuch Vernetzung Kapitel 5.5.

Anonyme Fallkonferenz

→ Fallkonferenz

Approbation

Die Approbation (*lat.: approbatio – Billigung, Genehmigung*) ist eine Zulassung zur Berufsausübung akademischer → Heilberufe und wird durch den Staat an Ärztinnen und Ärzte, Tierärztinnen und Tierärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten sowie an Apothekerinnen und Apotheker erteilt.

Die einzelnen Bedingungen (wie Studieninhalte, Studienabläufe und Voraussetzungen für staatliche Prüfungen) für das Erhalten einer Approbation sind in den jeweiligen bundeseinheitlichen Approbationsordnungen geregelt. Die Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte wird beispielsweise auf Basis der Bundesärzteordnung erlassen, die Approbation für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten ist im Psychotherapeutengesetz geregelt.

Arbeiterwohlfahrt

Die Arbeiterwohlfahrt (AWO) in Deutschland gehört zu den sechs anerkannten Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege. Eine besondere Prägung sieht die aus der Arbeiterbewegung entstandene AWO in ihrer Geschichte, ihrem sozialemischen Fundament und ihrem gesellschaftspolitischen Selbstverständnis begründet. Das Ziel ihrer Mitglieder und sowohl ehren- als auch hauptamtlich Tätigen ist die Bewältigung sozialer Probleme und Aufgaben der Gesellschaft und die Verwirklichung eines demokratischen, sozialen Rechtsstaates. Ihr Handeln ist durch die Werte Solidarität, Toleranz, Freiheit, Gleichheit und Gerechtigkeit geprägt. Die AWO ist föderativ organisiert und gegliedert in rechtlich selbstständige Bezirks- und Landesverbände, Kreisverbände und Ortsvereine. Vor allem in den traditionell sozialdemokratisch dominierten Städten und Kreisen ist die AWO mit einer Vielzahl von Einrichtungen und Diensten vertreten. Ihre Dienstleistungen umfassen Angebote rund um Kinder und Jugend, Familie, Senioren, Migration, Menschen mit Behinderung, Beratung und Hilfe sowie Arbeit.

Zur weiteren Information:

- Homepage der AWO: <http://www.awo.org>

Arbeitsgemeinschaften (ARGE)

Siehe hierzu die ausführliche Beschreibung Kapitel 3.1.

Arbeitsverwaltung, Sozialhilfe bzw. Arbeitsgemeinschaften von Kommunen und Arbeitsagenturen

Siehe hierzu die ausführliche Beschreibung Kapitel 3.1.

Aufenthaltsbestimmungspfleger

→ Ergänzungspflegschaft

AWO

→ Arbeiterwohlfahrt

Begutachtung

→ Gutachten

Behinderung

Für die Förderung von Kindern und Jugendlichen mit (drohender) Behinderung sind unterschiedliche Rehabilitationsträger (s. SGB IX) verantwortlich, beispielsweise die → Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII), die → Sozialhilfe (SGB XII), die Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) und/oder die Schule.

Speziell der Systemübergang von Kinder- und Jugendhilfe und Sozialhilfe bildet eine Schnittstelle mit Reibungsverlusten, über die in den letzten Jahren viel diskutiert wurde. Entscheidend über die Zuständigkeit der Systeme ist die Art der Behinderung.

Mit der Einführung des → KJHG und des § 35a im Jahre 1990 wurde die Entscheidung zur so genannten „kleinen Lösung“ getroffen. Seither ist für Kinder und Jugendliche mit einer seelischen Behinderung, bzw. die von einer solchen bedroht sind, die Kinder- und Jugendhilfe zuständig, während Kinder und Jugendliche mit einer körperlichen oder geistigen Behinderung dem Leistungssystem „Sozialhilfe“ zugeordnet werden.

In der Praxis bedeutet diese Regelung oft Definitions- und Abgrenzungsprobleme und Zuständigkeitsstreitigkeiten bei der Hilfestellung zwischen den Kostenträgern. Immer wieder wurde und wird daher eine Neuordnung der Zuständigkeiten gefordert. Diese könnte so aussehen, dass es wieder eine Rückführung der Eingliederungshilfe in die Sozialhilfe gibt, was allerdings die entwicklungsbezogenen Bedürfnisse der jungen Menschen in den Hintergrund rücken würde und die Abgrenzungsprobleme nur erneut verschieben würde. Alternativ dazu wird nach wie vor die so genannte „große Lösung“, nämlich die Zusammenführung aller Kinder und Jugendlichen mit Behinderung unter das Dach der Kinder- und Jugendhilfe diskutiert. Somit wäre ein Leistungssystem (Kinder- und Jugendhilfe) für alle Kinder und Jugendliche, unabhängig von der Art der Behinderung und den daraus resultierenden notwendigen Hilfen bzw. Leistungen, zuständig. Hinter diesen Überlegungen steht auch immer die Frage nach der Finanzierung. Da sich die Kinder- und Jugendhilfe aus kommunalen Mitteln, die Sozialhilfe aus Landesmitteln finanziert, würde die große Lösung erhöhte Kosten auf kommunaler Ebene bedeuten.

Begleiteter Umgang

Der begleitete Umgang ist eine Beratungs- und Unterstützungsleistung für Familien, die nach Trennung oder Scheidung nicht mehr zusammen leben und den Kontakt nicht aus eigener Kraft halten können. Ziel ist die Förderung des Kontakts (dessen Anbahnung, Wiederherstellung oder Weiterführung) zwischen einem Kind und dem Elternteil (bzw. anderen Bezugspersonen wie Geschwister, Großeltern, soziale Eltern), bei dem das Kind nicht mehr lebt. Notwendig für den begleiteten Umgang ist ein „mitwirkungsbereiter Dritter“ (§ 1684 BGB), z. B. eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter eines → Trägers der freien Jugendhilfe, des → Jugendamtes oder auch eine geeignete Einzelperson, die oder der die beratende und unterstützende Funktion bei den Treffen übernimmt.

Der begleitete Umgang kommt sowohl auf Antrag von Betroffenen an das örtliche Jugendamt als auch auf familiengerichtliche Anordnung zustande, wobei er als Jugendhilfeleistung vom örtlichen Jugendamt übernommen werden kann.

Die gesetzlichen Grundlagen sind sowohl im BGB als auch im SGB VIII festgehalten.

Zur weiteren Information:

- Begleiteter Umgang im DKSB: Ein Angebot der Jugendhilfe für Kinder und ihre Familien bei Trennung und Scheidung der Eltern. Online: http://www.kinderschutzbund-bayern.de/fileadmin/user_upload/veroeffentlichungen/standards/Begleiteter_Umgang_DKSB-STANDARDS_20060815.pdf

Beistandschaft

Unter Beistandschaft versteht man die Unterstützung durch das → Jugendamt zur Feststellung der Vaterschaft und zur Geltendmachung von Unterhaltsansprüchen. Der Beistand vertritt das Kind beispielsweise gegenüber dem unterhaltspflichtigen Elternteil und vor Gericht.

Die Beistandschaft kann von jedem Elternteil beantragt werden, der die alleinige elterliche Sorge für das Kind hat, oder der das Kind überwiegend betreut (also auch wenn die Eltern nach Trennung oder Scheidung die gemeinsame Sorge fortführen). Dies gilt für alle Kinder, solange sie minderjährig sind und ihren Aufenthalt in Deutschland haben. Beistandschaft kann auch schon vor der Geburt des Kindes beantragt werden, wenn die werdende Mutter nicht verheiratet ist. Der Antrag erfolgt schriftlich beim Jugendamt. Sobald dieser einlangt, tritt die Beistandschaft in Kraft.

Durch die Beistandschaft erfolgt im Gegensatz zur früheren Amtspflegschaft keine Einschränkung des → Sorgerechts.

Die Beistandschaft kann vom antragstellenden Elternteil jederzeit schriftlich beendet werden. Sie endet auch dann, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen (z. B. aufgrund von Sorgerechtsentzug, gemeinsamer elterlicher Sorge, Erreichung der Volljährigkeit des Kindes oder Umzug ins Ausland) nicht mehr gegeben sind.

Zur weiteren Information:

- Broschüre des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Publikationen/beistandschaft/vorwort.html>
- Gesetzliche Grundlagen: § 18, § 52 a, § 55 – 56 SGB VIII; §§ 1712-1714 BGB

Bereitschaftspflege / Familiäre Bereitschaftsbetreuung

Wenn ein Kind aufgrund einer akuten Krisensituation nicht in seiner Herkunftsfamilie bleiben kann, z. B. bei einer → Inobhutnahme des Kindes, kann es vorübergehend in einer Bereitschaftspflegefamilie untergebracht werden.

Rechtsgrundlage für diese Art der Unterbringung sind der → § 42 KJHG (→ Inobhutnahme) und § 43 KJHG. Wird nicht innerhalb 24 Stunden geklärt, wie das Kind oder der Jugendliche weiter untergebracht wird, so gilt der § 33 SGB VIII als Grundlage für eine weitere Unterbringung in Bereitschaftspflege.

Aufgabe des → Jugendamtes ist es, möglichst schnell zu klären, wo das Kind auf Dauer leben wird, d. h. ob es zurück zu seinen Eltern kommt oder in eine → Pflegefamilie, eine Adoptivfamilie oder ein Heim vermittelt wird.

Bereitschaftspflegeeltern sichern die Grundversorgung des Kindes oder des Jugendlichen, wirken aber auch bei der Perspektivenabklärung und beim ersten → Hilfeplan mit. Aufgrund der besonderen Leistungen in der Bereitschaftspflege (die sich aufgrund der psychischen und physischen Belastung durch häufigen Wechsel von Kindern und Jugendlichen, des kurzfristigen Bereitschaftspflegeverhältnis etc. ergeben) erhalten die Pflegefamilien ein erhöhtes Pflegegeld.

Beteiligung von Kindern, Jugendlichen und Eltern bzw. Personensorgeberechtigten

Die Beteiligung von Kindern, Jugendlichen und Eltern ist ein zentraler Gedanke im → Kinder- und Jugendhilfegesetz, der sich in verschiedenen Paragraphen wieder finden lässt und z. B. in der Hilfeplanung (→ Hilfeplan nach § 36 SGB VIII) von großer Bedeutung ist.

§ 8 SGB VIII geht explizit auf die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen ein. Demnach müssen Kinder und Jugendliche ihrem Entwicklungsstand entsprechend in alle sie betreffenden Entscheidungen der öffentlichen Jugendhilfe miteinbezogen werden und auf ihre Rechte hingewiesen werden (Abs.1). Außerdem haben Kinder und Jugendliche das Recht, sich in allen Angelegenheiten der Erziehung und Entwicklung an das Jugendamt zu wenden (Abs. 2). Sie können sich ohne Kenntnis der Personensorgeberechtigten beraten lassen, wenn die Beratung aufgrund einer Not- oder Konfliktlage erforderlich ist und durch das Wissen der Personensorgeberechtigten der Beratungszweck gehindert würde (Abs. 3).

Die Umsetzung dieser Forderung nach Beteiligung von Kindern und Jugendlichen stellt im Alltag eine Herausforderung für die beteiligten Helferinnen und Helfer dar, insbesondere im frühkindlichen Bereich. Die Partizipation von Säuglingen und Kleinkindern gestaltet sich insofern als schwierig, als sich das Kind über sein Wohl, seinen Willen und seine Wünsche noch nicht äußern kann. Entscheidungen müssen daher auch immer aus der Perspektive des Kindes abgewogen werden, um seinen Bedürfnissen und Interessen Rechnung zu tragen, und Übergänge so gestaltet werden, dass sie aus Sicht des Kindes nachvollziehbar sind.

Betreutes Wohnen

Betreute Wohnformen für Kinder und Jugendliche sind in § 34 SGB VIII neben der Heimerziehung als → Hilfe zur Erziehung beschrieben. Kinder und Jugendliche sollen durch ein pädagogisches Angebot und therapeutische Betreuung in einer Alltagsumgebung gefördert werden. Das Ziel ist, das Kind oder den Jugendlichen darauf vorzubereiten, wieder in der Herkunftsfamilie oder in einer anderen Familie zu leben bzw. ihm auf längere Sicht ein selbstständiges Leben zu ermöglichen. Betreutes Wohnen ist besonders dann geeignet, wenn die Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen durch eine Heimerziehung nicht mehr gefördert werden kann oder wenn diese Betreuungssituation der Sozialisierung zuträglicher ist als die Unterbringung in einer Familie.

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Pädagoginnen und Pädagogen, Erzieherinnen und Erzieher unterstützen und beraten die Kinder und Jugendlichen, die in kleinen Gruppen zusammen betreut werden, in der Organisation des Alltags und allgemeinen Lebensführung, bei Problembewältigung in Schule und Ausbildung sowie in Fragen der Ausbildung und Beschäftigung.

Bedarf und Umfang der Hilfen werden aufgrund des SGB VIII in einem → Hilfeplan durch das → Jugendamt erfasst und im Hilfeplanverfahren kontinuierlich überprüft. Für die Kosten kommt das Jugendamt auf.

Bezirkssozialdienst (BSD)

Der Begriff Bezirkssozialdienst ist eine Bezeichnung für den → Allgemeinen Sozialen Dienst.

BGB

→ Bürgerliches Gesetzbuch

Bindung

Bindungsbegriffe begegnen uns in unterschiedlichen Kontexten (Ethologie, Entwicklungspsychologie, Medizin, Recht) und können in ihrer Bedeutung leicht verwechselt werden.

Die *ethologische (verhaltensbiologische) Bindungstheorie* versteht unter **Bindung** ein biologisch angelegtes Motivationssystem. Bei Verunsicherung und Belastung suchen Kleinkinder die Nähe und den Kontakt zu einer nahe stehenden Bezugsperson, um Trost zu finden und wieder Sicherheit zu gewinnen. Mit der Verunsicherung bzw. Belastung geht eine innere Erregung beim Kind (Herzfrequenzanstieg) einher, die mit dem Kontakt zur Bezugsperson wieder abklingt.

Vor dem Hintergrund des Erklärungsmodells der ethologischen Bindungstheorie lassen sich einerseits normale, gelingende Beziehungsentwicklungen, andererseits Bindungsstörungen einordnen.

Unter den normalen Entwicklungsvarianten finden sich unterschiedliche **Bindungsstile**, die sichere (Typ B) und die unsichere (unsicher-vermeidende/Typ A und unsicher-ambivalente/Typ C) Bindung. Diese Bindungsstile werden interpretiert als unterschiedliche (Anpassungs-) Strategien im Umgang mit Belastung und emotionaler Verunsicherung bzw. als Ergebnis mehr oder weniger feinfühligem elterlichen Verhaltens (Sensitivität). Entwicklungspsychopathologisch interpretieren lassen sich die Typen der so genannten hochunsicheren oder atypischen Bindung, darunter fällt die meist genannte hochunsicher-desorganisierte Bindung (Typ D), wenn Kinder auf keine organisierte Verhaltensstrategie bei Belastung zurückgreifen können.

Fehlende Bindung hingegen kommt nur selten vor. Dies sind meist Kinder mit häufig wechselnden Bezugspersonen und schwerer → Vernachlässigung.

Im *klinischen Bereich* spricht man von **Bindungsstörungen**, wenn entweder Kinder unter Verunsicherung und Belastung nicht die Nähe und den Trost ihrer Bezugsperson suchen oder wenn sie gegenüber fremden Menschen distanzloses und oberflächlich freundliches Verhalten zeigen. Bindungsstörungen werden gemäß der → ICD-10 bzw. dem DSM-IV klassifiziert. Beide diagnostischen Manuale beschreiben Bindungsstörungen als Verhaltensweisen, die in den meisten sozialen Kontexten entwicklungsunangemessen sind. Bindungsstörungen werden mit schwerer elterlicher Vernachlässigung und → Misshandlung (im → ICD-10) bzw. mit massiv pathologischer (elterlicher) Betreuungssituation (im DSM-IV) in Zusammenhang gebracht. Bindungsbegriffe wie Bindung und **Bindungstoleranz** werden häufig auch in der *Rechtsprechung*, insbesondere im → Familienrecht verwendet. In diesem Kontext werden die Begriffe aber nicht im Sinne ihres bindungstheoretischen Hintergrundes verstanden, sondern spielen auf soziale Elternschaft oder gar auf die Blutsbande an.

Unter Bindungstoleranz versteht man die Toleranz gegenüber Kontakten mit dem umgangsberechtigten Elternteil. Das Vorliegen von Bindungstoleranz deutet auf eine verantwortete Elternschaft hin. Sie dient als wichtiges Kriterium bei familiengerichtlichen Entscheidungen, z. B. kann fehlende „Bindungstoleranz“ den Entzug des → Sorgerechts oder den Wechsel der Betreuungsverhältnisse bedingen.

Um Verwechslungen in der Bedeutung von Bindungsbegriffen zu vermeiden, bedarf es daher einer Erklärung der bindungstheoretischen Hintergründe und Annahmen, wenn Bindungsbegriffe vor Gericht bzw. im Beisein von Juristinnen und Juristen verwendet werden.

Dies ist auch wichtig, um zu verhindern, dass kindliches Verhalten fehlinterpretiert wird, z.B. dass pathologische Phänomene wie sehr starkes Anklammern nicht im Sinne einer besonders starken „Bindung“ gedeutet werden.

Zur weiteren Information:

- Grossmann K.E. & Grossmann K. (Hrsg.)(2003). Bindung und menschliche Entwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Spangler, G. & Zimmermann, P. (Hrsg.)(2004). Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung. Stuttgart: Klett-Cotta.

Bindungsstil

→ Bindung

Bindungsstörung

→ Bindung

Bindungstoleranz

→ Bindung

BSD

Der → Bezirkssozialdienst ist eine Bezeichnung für den → Allgemeinen Sozialen Dienst.

Bürgerliches Gesetzbuch

Das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) trat am 01.01.1900 in Kraft und stellt eine verbindliche Rechtseinheitlichkeit im Zivil- und Privatrecht in Deutschland dar. Durch das Privatrecht werden Beziehungen natürlicher und juristischer Personen zwischen und untereinander geregelt.

Das BGB gründet auf Erkenntnissen der Rechtswissenschaft aus dem 18. und 19. Jahrhundert und basiert auf leitenden Grundsätzen wie der Autonomie der Einzelperson, erworbener Rechte, sowie Vertragstreue, Schadensersatzpflicht und → Familienrecht. Es ist aufgeteilt in fünf Bücher, den Allgemeinen Teil (§§ 1-240), das Schuldrecht (§§ 241-853), das Sachenrecht (§§ 854-1296), das Familienrecht (§§ 1297-1921) und das Erbrecht (§§ 1922-2385).

Reformiert und novelliert wurden im BGB in Folge gesellschaftlichen Wandels Ehe- und Familienrecht, Kindschaftsrecht, Miet- und Wohnrecht sowie das Schuldrecht.

Caritas

→ Deutscher Caritasverband

Case-Management (CM)

Case Management, auch Fallmanagement oder Unterstützungsmanagement genannt, wurde zunächst als Erweiterung der → Einzelfallhilfe in den USA entwickelt und ist in Deutschland zu einem bedeutenden methodischen Ansatz im Sozial- und Gesundheitswesen geworden.

CM bedeutet die Gliederung des Beratungsprozesses in vordefinierte Einzelschritte (Abklärung, Planung, Durchführung der Intervention, Überwachung, Evaluation). Dies soll Fachkräfte befähigen, vorrangig bei komplexen, schwierigen Einzelfällen Hilfemöglichkeiten abzustimmen, vorhandene institutionelle Ressourcen einzubeziehen und zu koordinieren

und schließlich der oder dem Klienten individuell zugeschnittene und effiziente Hilfestellung zu leisten. Dadurch sollen die Wirtschaftlichkeit, → Fallführung sowie die Versorgungsqualität verbessert werden.

Im CM als Beratungsprozess stehen nicht die Zweierbeziehung zwischen Klientin oder Klient und beratender Person und die Probleme von Klientin oder Klient im Vordergrund, sondern vielmehr sollen Ressourcen durch die möglichst effektive Verknüpfung des individuellen und institutionellen Systems freigelegt werden. Dabei bezieht der → Case-Manager (Beraterin oder Berater) die Klientin oder den Klienten aktiv in die Planung, Zielvereinbarung und Umsetzung des Maßnahmenpakets mit ein, um dessen Selbstmanagement und Selbstverantwortung zu stärken und zu fördern.

Zur weiteren Information:

- Homepage der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management: <http://www.dgcc.de/dgcc/kommis.html>
- Neuffer, M. (2005). Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. Weinheim. Juventa.
- Wendt, W. R. (2001). Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Freiburg i.Br.. Lambertus.

Case-Manager

→ Case Management

Casework

→ Einzelfallhilfe

Clearingstelle

Eine Clearingstelle ist keine klar definierte Einrichtung oder Institution, die regelhaft eingerichtet ist. Sie kann als Schnittstelle verstanden werden, deren Hauptaufgabe es ist, verschiedene Disziplinen, Institutionen und Angebote, beispielsweise zwischen → Jugendhilfe und Gesundheitssystem, zu überblicken, zu koordinieren und zu schlichten. Durch das Kennenlernen der Kompetenzen und Grenzen der eigenen sowie der anderen Institutionen und durch Kooperation sollen Entscheidungswege verkürzt und zuverlässige Interventionen gesichert werden. Den Clearingstellen können in ihrer konkreten Ausgestaltung sehr unterschiedliche Aufgaben zukommen.

Continuing Medical Education (CME)

Der Begriff Continuing Medical Education (CME) wurde aus den USA übernommen und bezeichnet in Deutschland die kontinuierliche Fortbildung für Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Klinikfachärztinnen und -ärzte, die durch zertifizierte Fortbildungsmaßnahmen gewährleistet wird. Während früher die Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte uneinheitlich und ohne Kontrolle des Staates erfolgte, ist die CME seit dem Jahr 2004 gesetzlich im SGB V (§ 95d, §137) geregelt. Seitdem besteht eine bundeseinheitliche fachliche Fortbildungspflicht für alle Vertragsärztinnen und -ärzte bzw. Klinikfachärztinnen und -ärzte. Diese müssen in Abständen von jeweils fünf Jahren Fortbildungen im Ausmaß von 250 anerkannten CME-Punkten nachweisen können, um das erforderliche Fortbildungszertifikat zu erhalten. Wird die Fortbildungspflicht nicht erfüllt, drohen Sanktionen in Form von Honorarkürzungen.

Datenschutz

Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung ist ein Grundrecht (abgeleitet vom Recht auf freie Persönlichkeitsentfaltung des Art. 2 Abs. 1 GG und der staatlichen Verpflichtung zum Schutz der Menschenwürde aus Art. 1 Abs. 1 GG). Es wurde entwickelt in einem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 15. Dezember 1983 zum Volkszählungsurteil. Seitdem ist der Gesetzgeber aufgefordert, die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung von Daten gesetzlich zu regeln. Datenschutzbestimmungen für Bundesbehörden sowie für Unternehmen und Privatpersonen sind im Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Für Behörden auf Länder- und Kommunalebene gelten für die einzelnen Bundesländer jeweils eigene Landesdatenschutzgesetze (LDSG). Im Bereich des Sozialgesetzbuchs gelten eigene Vorschriften (SGB I, SGB X) und in der Kinder- und Jugendhilfe noch einmal spezifische Regelungen (SGB VIII). Für die Arbeit mit dem Umgang mit Daten gelten folgende Grundsätze, (1) die Erhebung und Verwendung der Daten sowie deren Umfang müssen für Bürgerinnen und Bürger im Voraus klar erkennbar sein (→ Transparenzgebot), (2) deren Erhebungs- und Verwendungszweck müssen bereichsspezifisch und präzise bestimmbar und bestimmt sein (Bestimmtheitsgebot), und (3) sowohl die Erhebung als auch die Verwendung der Daten müssen zum Erreichen des angestrebten Zwecks geeignet, erforderlich und angemessen sein (Verhältnismäßigkeitsgrundsatz). Die Entscheidung, wem welche Informationen zu persönlichen Sachverhalten weitergegeben werden, liegt grundsätzlich beim Betroffenen selbst. Datenschutzvorschriften dienen dem Schutz personenbezogener Daten vor Missbrauch und finden sich in verschiedenen Gesetzen wieder.

Der Datenschutz bzw. die → Schweigepflicht ermöglichen und schützen auch das Vertrauensverhältnis zwischen Patientin oder Patient bzw. Klientin oder Klient und seiner Ärztin oder Arzt bzw. seiner Helferin oder seinem Helfer. Werden Daten vorschnell weitergegeben, geht das Vertrauen und die Qualität der Hilfeleistung verloren.

Im Bereich Früher Hilfen sind zur Gewährung von Kinderschutz eine frühest mögliche Erkennung und Kooperation zwischen öffentlicher Jugendhilfe und freien Trägern, zwischen Gesundheits- und Jugendhilfe, Beratungsstellen, Ärztinnen und Ärzten, Hebammen etc. notwendig. Allerdings bedeutet Kooperation zugleich Kommunikation und Austausch von Informationen, was unweigerlich die Frage aufwirft, was mit dem Datenschutz und der Verpflichtung zu → Verschwiegenheit und Vertraulichkeit passiert.

Für → Träger der öffentlichen Jugendhilfe ist die Weitergabe von sozialen Daten an Dritte nur mit der ausdrücklichen Einverständniserklärung der Betroffenen erlaubt, bei Übermittlung an das → Familiengericht oder bei Übermittlung nach strafrechtlichen Bestimmungen. Seit dem Kinder- und Jugendhilfweiterentwicklungsgesetz ist bei Bestehen gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung eine Datenweitergabe auch zulässig, wenn ein Wechsel der fallzuständigen Fachkraft vorliegt oder wenn die Informationen zur → Gefährdungseinschätzung notwendig sind.

Für → Träger der freien Jugendhilfe gelten über diese Bestimmungen hinaus datenschutzrechtliche Vorschriften, die auf der → Schweigepflicht über persönlich anvertraute Daten beruhen. Auch hier gilt es, die Einwilligung der Betroffenen einzuholen, um Daten weitergeben zu dürfen. Wenn aber im Falle einer drohenden → Kindeswohlgefährdung die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten im Rahmen der bestehenden Hilfebeziehung nicht oder nicht schnell genug motiviert werden können, weitere Hilfen in Anspruch zu nehmen, und/oder sie nicht in der Lage sind, bei der Abwendung der Gefährdung mitzuwirken, darf bzw. muss das

→ Jugendamt eingeschaltet werden (Grenzen der → Schweigepflicht). Dies kann zwar ohne die Einwilligung der Personensorge- oder Erziehungsberechtigten erfolgen, nicht aber ohne deren Wissen (Transparenzgebot).

Zur weiteren Information:

- Meysen, T, Schönecker L. & Kindler, H. (2009): Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe. Weinheim und München: Juventa.
- Schindler, G. (2006): Datenschutz und Wahrnehmung des Schutzauftrags bei Kindeswohlgefährdung nach § 8a SGB VIII. IKK-Nachrichten 1-2. DJI. S. 9 – 15.

Deutscher Caritasverband

Die Caritas (*lat.: caritas – Nächstenliebe*) ist ein Wohlfahrtsverband der katholischen Kirche in Deutschland mit Hauptsitz in Freiburg i. Br. und steht als Kurzbezeichnung für „Deutscher Caritasverband e. V.“.

Er ist der größte Wohlfahrtsverband Deutschlands mit knapp 500.000 hauptamtlich Beschäftigten und weiteren 500.000 ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern. Mit ca. 25.000 Einrichtungen ist die Caritas in Verbänden organisiert, die sich auf Landes-, Kreis- und Gemeindeebene innerhalb der Diözesen in rechtlich selbstständige Organisationen unterteilen und nach örtlichem Bedarf wirken. Die hauptberuflich Beschäftigten sind nach kirchlichem Arbeitsrecht (Dritter Weg) angestellt, die Finanzierung erfolgt aus staatlichen Mitteln, Leistungsentgelten, kirchlichen Mitteln und Spenden.

Aufgabenfelder der Caritas sind Allgemeine Sozialberatung, Gesundheits-, Jugend-, Familien-, Alten- und Behindertenhilfe sowie Hilfen bei Migration und Integration, Wohnungslosenhilfe, Straffälligenhilfe, Internationale Hilfsarbeit und Fortbildungen für Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter und ehrenamtliche Helferinnen und Helfer.

Die Caritas unterhält eigene Pflegeheime, Krankenhäuser, Kindertagesstätten, mobile Pflegedienste und Beratungsstellen.

Zur weiteren Information:

- Homepage der Caritas: <http://www.caritas.de>

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband

Der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband (DPWV, kurz: Der Paritätische) gehört zu den sechs deutschen Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege und untergliedert sich in 15 Landesverbände. Der Dachverband umfasst beinahe 10.000 eigenständige Organisationen und Einrichtungen im Bereich der Gesundheit und der Sozialen Arbeit.

Als drittgrößter Spitzenverband ist der DPWV ein nicht-kirchlicher Verband und verpflichtet sich in seiner Satzung und der Ausrichtung seiner Aktivitäten der Gleichwertigkeit von Menschen.

Der DPWV wirkt als Dachverband repräsentativ und fördert die Mitgliedsorganisationen in Fragen der fachlichen Zielsetzung, sowie in Rechts- und Wirtschaftsfragen. Er unterstützt die Mitgliedsorganisationen durch Weiterbildungen und Qualifizierungsmöglichkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und trägt durch eigene Institutionen zum Erhalt, zur Zusammenarbeit und zur Neugründung von Einrichtungen bei. Der DPWV fördert Forschung in der Sozialen Arbeit sowie die Zusammenarbeit der Freien Wohlfahrtspflege auf nationaler

und internationaler Ebene, kann zudem aber auch selbst gemeinnützig tätig werden. Er arbeitet nach dem → Subsidiaritätsprinzip und umschließt die Tätigkeitsfelder der → Gesundheitshilfe, → Jugendhilfe, Altenpflege, Selbsthilfe und Rehabilitation sowie Migrationssozialarbeit und Humanitäre Auslandshilfe.

Zur weiteren Information:

- Homepage Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.: <http://www.der-paritaetische.de/>

Diagnose

Der Begriff Diagnose (→ Diagnostik) findet je nach Fachbereich, in dem er verwendet wird, unterschiedliche Bedeutung.

In der *Medizin* bezeichnet man mit Diagnose die Beschreibung eines körperlichen oder psychischen Krankheitsbildes auf der Basis eines festgelegten Klassifikationssystems, dem unterschiedliche standardisierte Untersuchungs- und Abklärungsverfahren vorgehen. Sie dient als Basis für die weitere medizinische und therapeutische Behandlung. Diagnosen werden nach einem einheitlichen Klassifikationsschema (→ ICD 10) verschlüsselt.

In der *Sozialpädagogik und Sozialarbeit* finden wir Begriffe für Diagnosen wie sozialpädagogische Diagnosen, psychosoziale Diagnosen, pädagogische Diagnosen etc. Dabei geht es darum, die Lebens- und sozialen Problemlagen von Kindern und Familien wahrzunehmen, sie zu verstehen, zu deuten und zu beurteilen. Solche Diagnosen dienen in der → Kinder- und Jugendhilfe der → Hilfeplanung, d. h. sie entscheiden über sozialstaatliche Leistungen, über Gewährung von Schutz vor Gefahr und Bedrohung über Eingriffe in die Privatsphäre von Menschen. Sie sind in der Regel weniger standardisiert als medizinische Diagnosen, sondern eher veränderbar und prozesshaft. Im Vordergrund steht die Frage, welche Funktionen und welche subjektive Logik eine bestimmte Handlungsstrategie in der Lebens- und Lerngeschichte eines Kindes hatte bzw. hat, um so dessen kritische, gefährliche oder belastende Verhaltensweisen und Haltungen verstehen zu können. Dabei können im Zuge der Kooperation mit anderen Disziplinen Informationen durch deren Diagnosen bedeutsam sein. Medizinische Diagnosen ermöglichen die Einschätzung des gesundheitlichen Zustandes. Mittels psychologischen Diagnosen lässt sich feststellen, ob die psychische oder psychosoziale Entwicklung der altersgemäßen Norm entspricht. Und die *juristische* Diagnose ermöglicht die Beurteilung, ob Leistungsansprüche für konkrete Leistungen und ggf. sozialpädagogische Handlungsbefugnisse gegeben sind.

Zur weiteren Information:

- Fegert J., und Schrapper C., (Hrsg.), Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie. Weinheim: Juventa. Insbesondere die Beiträge
 - Ader, S. & Schrapper, C. (2004): Sozialpädagogische Diagnostik als fallverstehende Analyse und Verständigung, Entwicklungslinien, Konzepte und Anforderungen.
 - Goldbeck, L., Schulze, U. & Fegert, J. (2004): Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.
- Merchel, J. (2005): „Diagnostik“ als Grundlage für eine fachlich begründete Hilfeplanung: Inhaltliche Anforderungen und angemessene Semantik. Vortrag auf der Tagung des Vereins für Kommunalwissenschaften: Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe. Vom Fallverstehen zur richtigen Hilfe. 21.-22. April 2005, Berlin.

Diagnostik

Ursprünglich stammt der Begriff Diagnostik (*griech.: diagignóskein – gründlich kennenlernen, entscheiden und beschließen oder sich entscheiden*) aus der Medizin, er wird aber auch in anderen Bereichen verwendet, wie z. B. in der Psychologie oder der sozialen Arbeit.

In der Medizin wird mit dem Begriff Diagnostik die Lehre und Fertigkeit bezeichnet, Krankheiten zu erkennen und zu benennen und sie Ursachen zuzuordnen (→ Diagnosen).

Ähnlich wie in der Medizin versteht man in der Psychologie unter Diagnostik die „Lehre von den Methoden und Verfahren der sachgemäßen Durchführung einer Diagnose...“ (Fisseni, S. 4), die auch Aussagen im Sinne von Prognosen einschließt.

Zur weiteren Information:

- Dorsch Psychologisches Wörterbuch. Hans Huber Verlag. Bern.
- Fisseni, H.-J. (2004): Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Göttingen: Hogrefe.

Diakonie

→ Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche

Das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (kurz: Diakonie) ist ein Wohlfahrtsverband und gehört zu den sechs Spitzenverbänden der Wohlfahrt in Deutschland. Mehr als 435.000 hauptamtliche und weitere 400.000 ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten in fast 27.500 selbstständigen Einrichtungen der Diakonie. Unterstützt wird die Arbeit der Diakonie von rund 18.000 Gemeinden der Landes- und Freikirchen. Die Träger in der Diakonie gliedern sich auf Landes- und Kommunalebene auf und erbringen Leistungen als → freie Träger in der Sozialarbeit auf Basis des → Subsidiaritätsprinzips.

Die Arbeitsfelder der Diakonie sind Altenhilfe, Behindertenhilfe, Familienhilfe, Jugendhilfe und Krankenpflege sowie Migrantenhilfe, Hilfe für Strafentlassene, Obdachlose und Suchtkranke. Weiter betreibt die Diakonie eigene Krankenhäuser, Pflege- und Altenheime, Einrichtungen der Jugendhilfe und Kinderbetreuung.

Zur weiteren Information:

- Homepage der Diakonie: http://www.diakonie.de/4_DEU_HTML.htm

DRG

DRG ist die Abkürzung für Diagnosis Related Groups (Diagnosebezogene Fallgruppen). Patienten werden anhand ihrer Diagnosen und der durchgeführten Behandlungen in Fallgruppen eingeordnet, die jeweils nach dem für die Behandlung erforderlichen ökonomischen Aufwand bewertet werden. Dieses ökonomisch-medizinische Klassifikationssystem wird in verschiedenen Ländern zur Finanzierung von Krankenhausbehandlungen verwendet. In Deutschland bildet es die Grundlage eines Vergütungssystems (Fallpauschalensystems), nach dem das Krankenhaus für jeden stationären Behandlungsfall eine entsprechende pauschale Vergütung erhält. Liegedauer, Sonderbedarfe und der tatsächliche Aufwand werden dabei nicht mehr berücksichtigt, um so zu einer möglichst effizienten Behandlung zu motivieren, was laut Kritikern nicht immer zum Besten der Patienten geschieht. Ein solches Vorgehen ist im Zusammenhang mit Frühen Hilfen und der Erfordernis von interdisziplinärer Kooperation strukturell schwer vereinbar. So ist einer der Kritikpunkte, dass kaum mehr zeitliche

Ressourcen für Gespräche bleiben, was unter anderem das Identifizieren von psychosozialen Belastungen und gegebenenfalls die Vermittlung an weiterführende Hilfen kaum mehr durchführbar macht.

Zur weiteren Information:

- Website des deutschen DRG-Systems: http://www.gdrg.de/cms/index.php/inek_site_de

Ehe-, Lebens- und Familienberatungsstellen

Ehe-, Lebens- und Familienberatungsstellen sind psychologische Beratungsstellen, die Einzelpersonen, Ehepartner und Familien in schwierigen Lebenssituationen beraten. Sie bieten ein kombiniertes Beratungsangebot über verschiedene Lebenslagen hinweg, das von Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen sowie Fachberaterinnen und Fachberatern mit Zusatzausbildung in Familien- und Eheberatung erbracht wird.

Die Beratungsstellen werden von den → freien Trägern der Wohlfahrtshilfe getragen, wobei der Titel „Ehe-, Lebens- und Familienberatungsstelle“ größtenteils von Einrichtungen der katholischen und evangelischen Träger genutzt wird.

Die Beratungen werden teilweise unentgeltlich angeboten, teilweise wird auch ein Unkostenbeitrag berechnet. Beratungen können unabhängig von Konfession oder Staatsangehörigkeit in Anspruch genommen werden.

Eingliederungshilfe

Die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung ist insbesondere eine Leistung der → Sozialhilfe (SGB XII) sowie der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) und enthält insbesondere die Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung, die im SGB IX geregelt sind. Das Recht der Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung kennt drei Leistungsgruppen: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Die Planung zur Durchführung der Eingliederungshilfen übernimmt – je nach Zuständigkeit – das jeweilige Sozial- oder → Jugendamt gemeinsam mit den Betroffenen und den behandelnden Ärzten.

Zuständig für Eingliederungshilfe ist in der Regel das Sozialamt (§§ 53 ff. SGB X). Für Kinder und Jugendliche mit (drohender) seelischer Behinderung ist hingegen die Kinder- und Jugendhilfe vorrangig zuständig (§ 35 a SGB VIII). Im Alter bis zum Schuleintritt machen die meisten Länder hiervon wiederum eine Ausnahme und erklären das Sozialamt für die Eingliederungshilfe bei allen Formen der Behinderung für allein zuständig (Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Sachsen, Schleswig-Holstein, Thüringen).

Zur weiteren Information:

- Fegert, J. (2002): Was ist seelische Behinderung? Münster: Votum.
- Wiesner (Hrsg.) (2006): SGB VIII. Kinder- und Jugendhilfe. München: C.H. Beck Verlag.

Einzel(fall)hilfe

Die soziale Einzel(fall)hilfe, auch → casework oder soziale Fallarbeit bezeichnet, ist eine klassische, auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basierende Methode in der sozialen Arbeit (neben der sozialen Gruppenarbeit und der sozialen Gemeinwesenarbeit). Ein Beispiel für die

Einzelfallhilfe ist das → Case-Management. Im Vordergrund der Beratung, Betreuung bzw. Therapie steht das Individuum mit seinem persönlichen Problem bzw. seiner Belastung. Wesentliche Aspekte sind die effektive Beziehungsgestaltung zwischen Klientin oder Klient und Helferin oder Helfer, die Suche nach Unterstützungsmöglichkeiten im sozialen Umfeld und die Aktivierung von Ressourcen der Klientin oder des Klienten.

Zur weiteren Information:

- Hobmair, H. (Hrsg.)(2002): Pädagogik. Bildungsverlag EINS.

Eltern-Kind-Interaktion

Die Beziehungsqualität zwischen Eltern (bzw. Bezugsperson) und Kind ist wesentlich für die körperliche und psychische Entwicklung des Kindes. Diese Beziehung entsteht in einem dynamischen, wechselseitigen und interaktiven Prozess, der sowohl vom Kind (z.B. durch sein Temperament) als auch von seiner Bezugsperson bestimmt wird. Nach Papoušek (2004) wirken die Kompetenzen von Eltern und Kind im Sinne einer Co-Regulation zusammen und dies schon in den alltäglichen Situationen der vorsprachlichen Eltern-Kind-Interaktion (z.B. beim Stillen, Füttern, Beruhigen, Schlafenlegen, Wickeln, Zwiegespräch und Spiel).

Die Kommunikation erfüllt dabei eine Reihe von adaptiven Funktionen. Die Anpassungs- und Entwicklungsaufgaben der frühen Kindheit werden gemeinsam reguliert und erfüllt: Nahrungsaufnahme, Schlaf-Wach-Organisation, affektive Verhaltensregulation, Regulation von Aufmerksamkeitsprozessen, Aufbau einer gemeinsamen Erfahrungswelt und Sprache, das selbstinitiierte Lernen im Spiel, Balance zwischen Bindungssicherheit und Exploration (→ Bindung), Nähe und Distanz, Abhängigkeit und Autonomie. Sie bilden außerdem die Grundlage von → Bindung, Beziehung und Individuation für das Kind und die Eltern.

Der Qualität der Eltern-Kind-Interaktion wird auch zunehmend im klinischen Bereich Bedeutung für Störungen und Defizite zugesprochen (z.B. im Zusammenhang mit → Bindungsstörungen).

Zur weiteren Information:

- Papoušek, M.(2004): Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept. In: M. Papoušek, M. Schicke & H. Wurmser (Hrsg.), Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Bern: Hans Huber.
- Ziegenhain, U., Fries, M., Bütow, B. & Derksen, B. (2004): Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern. Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe. Weinheim: Juventa.

Elternrecht

Nach Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG ist die **Pflege und Erziehung der Kinder sowohl das natürliche Recht** als auch die **zuvörderst ihnen obliegende Pflicht** (vgl. auch § 1 Abs. 2 SGB VIII). Eltern dürfen ihre Kinder nach ihren Vorstellungen auf- und erziehen. Kommen sie den damit verbundenen Pflichten jedoch nicht nach und wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes gefährdet, ist der Staat verpflichtet, sichernde Maßnahmen zum Wohl des Kindes einzuleiten (Art. 6 Abs. 2 Satz 2, Abs. 3 GG).

Zur weiteren Information:

- Kunkel, P. C.: § 1 Recht auf Erziehung, Elternverantwortung, Jugendhilfe. Im Internet: <http://www.sgbviii.de/S37.html>
- Bauer, P. & Wiezorek, C.: Zwischen Elternrecht und Kindeswohl. In: J. Ecarius (Hrsg., 2007): Handbuch Familie. Wiesbaden: VS. S. 616 – 620.

Entbindungspfleger

Entbindungspfleger ist die Bezeichnung für Männer im Hebammenberuf (→ Hebamme).

Entscheidungsbaum bei (drohender) Kindeswohlgefährdung

Siehe hierzu die Beschreibung Kapitel 5.2.

Entwicklungspsychologische Beratung

Die im Rahmen des Projekts „Guter Start ins Kinderleben“ eingesetzte Entwicklungspsychologische Beratung (EPB) ist ein niedrigschwelliges Beratungskonzept, um Eltern mit Babys und Kleinkindern in belasteten Lebenssituationen stützend zu begleiten.

Durch videogestützte und ressourcenorientierte Beratung soll die Entwicklung einer sicheren Eltern-Kind-Bindung unterstützt werden.

Zur weiteren Information

- Siehe hierzu die Beschreibungen in den Kapiteln 1.1. und 2.
- Ziegenhain, U., Fries, M., Bütow, B. & Derksen, B. (2004): Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern. Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe. Weinheim: Juventa.

EPB

→ Entwicklungspsychologische Beratung

Ergänzungspflegschaft

Wer (nach § 1909 BGB) unter elterlicher Sorge oder unter Vormundschaft steht, erhält für Angelegenheiten, an deren Besorgung die Eltern oder der Vormund verhindert sind, einen Ergänzungspfleger (Vermögenspfleger, Pfleger im Vaterschaftsanfechtungsverfahren, Aufenthaltsbestimmungspfleger, Pflegschaft bei Strafverfahren).

Im Gegensatz dazu wird bei der → Vormundschaft die gesamte elterliche Sorge entzogen.

Erweiterter Suizid

→ Suizid

Erziehungsbeistand

Der Erziehungsbeistand (im § 30 des SGB VIII gesetzlich geregelt) gehört zu den → Hilfen zur Erziehung (§ 27).

Der Erziehungsbeistand ist eine sozialpädagogische Fachkraft, die dem Kind, Jugendlichen oder jungen Volljährigen Hilfestellung bei der Bewältigung von Alltags- und aktuellen Konfliktsituationen gibt, die emotionalen und sozialen Fähigkeiten sowie Selbstständigkeit fördert. Das soziale Umfeld soll dabei möglichst mit einbezogen werden, der Fokus liegt jedoch auf der individuellen Arbeit mit dem Kind bzw. Jugendlichen.

Es ist eine → ambulante Form der Hilfe, die auf freiwilliger Basis bzw. auf Wunsch der Sorgeberechtigten stattfindet. In der Regel ist eine Erziehungsbeistandschaft längerfristig angelegt. Die Beantragung und Finanzierung des Erziehungsbeistandes erfolgen an bzw. über das → Jugendamt, die Leistung wird meist an freie → Träger oder privatgewerbliche Träger der Jugendhilfe übertragen.

Erziehungsberatung, Erziehungsberatungsstellen

Erziehungsberatung ist im Rahmen der so genannten → Hilfe zur Erziehung als Angebot für Eltern bzw. Personensorgeberechtigte vorgesehen, die die Erziehung ihrer Kinder nicht selber bewältigen können. Nach § 28 SGB VIII richten sich Erziehungsberatungsstellen (neben anderen Beratungsdiensten und -einrichtungen) an Kinder, Jugendliche, Eltern und andere Erziehungsberechtigte, um sie bei der Klärung und Bewältigung individueller und familienbezogener Probleme und der zugrunde liegenden Faktoren, bei der Lösung von Erziehungsfragen sowie bei Trennung und Scheidung zu unterstützen. Die Teams in Erziehungsberatungsstellen sollen interdisziplinär zusammengesetzt und mit verschiedenen methodischen Ansätzen vertraut sein. Das Überwinden der Familienmitglieder, sich mit persönlichen bzw. familiären Problemen an Dritte zu wenden, soll nicht durch organisatorische oder finanzielle Hürden verstärkt werden, weswegen die unmittelbare und kostenlose Inanspruchnahme zu den Grundprinzipien der Erziehungsberatung gehört. Im Durchschnitt dauern die Beratungen sechs Monate.

Erziehungsberatung wird durch freie und öffentliche → Träger geleistet.

Zur weiteren Information:

- Homepage der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V. : <http://www.bke.de/>

Erziehungshilfe

→ Hilfe zur Erziehung

Fallführung

Fallführung ist ein Teil des → Case-Managements (CM). Fallführende Personen im Rahmen des CM dienen als Schlüsselpersonen für die Klienten und sind für die Umsetzung der Maßnahmen sowie deren Überprüfung zuständig.

Fallkonferenz

Die Fallkonferenz ist die Zusammenkunft eines interdisziplinären, multiprofessionellen Teams, bei der möglichst alle an einem Fall beteiligten „Helferinnen und Helfer“, eventuell auch die Klientin oder der Klient selber, die weitere Vorgehensweise in der Hilfeleistung und Betreuung der Klientin oder des Klienten besprechen, aufeinander abstimmen und beschließen. Gegebenenfalls kann die Fallkonferenz auch in anonymisierter Form erfolgen.

Ziele einer Fallkonferenz sind ein besseres Fallverständnis, die gemeinsame Festlegung von Zielen, die Klärung von Rollen und Verantwortlichkeiten, Aufgabenverteilung, das Kennenlernen der verschiedenen Helferkreise untereinander sowie die Dokumentation der Vereinbarungen, die Verbesserung des professionellen Handelns sowie die Qualitätssicherung.

Die → Fallführung kann diejenige Person übernehmen, die am stärksten in den Fall involviert ist oder über die höchste Fachkenntnis verfügt oder auch der gesetzliche Vertreter oder eine Vertrauensperson der Klientin oder des Klienten.

Als Alternative zur Fallkonferenz spielt in der Praxis die → kollegiale Fallberatung (Intervention) eine große Rolle.

Fallpauschale

Die Fallpauschale ist eine Entgeltform, bei der Leistungen pro Fall nach einem Festbetrag vergütet werden.

Im *Gesundheitssystem* betrifft die pauschale Vergütung fast alle allgemeinen Krankenhausleistungen bei → stationären Behandlungen und erfolgt auf Grundlage des → G-DRG-Systems (German-Diagnosis Related Groups-System). In diese Fallpauschalen sind Unterkunfts-, Verpflegungs- und Behandlungskosten für eine definierte Verweildauer einkalkuliert.

Auch die Finanzierung von Leistungen der → freien Träger der *Jugendhilfe* kann über Fallpauschalen, also Festbeträgen pro Fall, erfolgen.

Familienaktivierungsmanagement (FAM)

Das Familienaktivierungsmanagement ist eine besondere Form der „Familienaktivierenden Hilfen“, die wiederum unter die Angebote der → Sozialpädagogischen Familienhilfe fallen.

Dabei handelt es sich um ein Angebot für Familien, wenn sie sich in einer schweren Krise befinden und eine Fremdunterbringung eines oder mehrerer Kinder droht. Um eine solche Fremdplatzierung zu vermeiden (soweit dies dem → Kindeswohl entspricht), wird die Familie über sechs Wochen hinweg unterstützt. Dieses Kriseninterventionsprogramm geschieht aufsuchend und zielt darauf ab, die Ressourcen der Familienmitglieder zum Familienerhalt zu aktivieren, und über weitere Hilfemaßnahmen und Unterstützungen eine Stabilisierung zu fördern.

Familienbildung

Familienbildung ist eine Aufgabe der → Jugendhilfe. Im § 16 SGB VIII wird Familienbildung neben der Familienberatung und Familienfreizeit bzw. Familienerholung als Leistung zur „allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie“ aufgeführt. Die Angebote richten sich an Mütter, Väter, andere Erziehungsberechtigte und junge Menschen. Familienbildung soll sich an den Bedürfnissen und Interessen der Familien und den unterschiedlichen Familienformen orientieren. Sie soll die Familie durch Information darin unterstützen, in Erziehungseinrichtungen mitzuwirken und zu Formen der Selbst- und Nachbarschaftshilfe befähigen. Auch die Vorbereitung junger Menschen auf Ehe, Partnerschaft und das Zusammenleben mit Kindern ist Aufgabe der Familienbildung.

Die genauere Regelung zu Inhalt und Umfang der Aufgaben unterliegt den landesrechtlichen Bestimmungen.

Familienbildung wird überwiegend von *Familienbildungsstätten* (von → Trägern der öffentlichen oder freien Jugendhilfe) angeboten. Konkrete Aufgabenfelder bzw. Themen sind beispielhaft die Erziehung und Elternschaft (z. B. Kurse über Säuglingspflege und -ernährung, Stillgruppen, Eltern-Kind-Gruppen etc.), Familie und Partnerschaft (z. B. Familienseminare, Ehevorbereitung bzw. -bildung), Vereinbarkeit von Familie und Beruf, alleinerziehende Eltern, Frühe Hilfen, Haushaltsführung, gesunde Ernährung, Freizeitgestaltung, gesellschaftliche Partizipation etc.

Familienbildungsstätten

→ Familienbildung

Familienförderung

Die Angebote für die „Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie“ sind gesetzlich in den §§ 16-21 des SGB VIII geregelt.

Die Angebote der Familienförderung sollen dazu beizutragen, dass Eltern ihre Erziehungsverantwortung besser wahrnehmen können indem sie Mütter, Väter und andere Erziehungsberechtigte in der Wahrnehmung ihrer Erziehungsverantwortung und der Bewältigung von Konfliktsituationen in der Familie unterstützen (§16 Abs. 1). Die Leistungen umfassen Angebote der → Familienbildung, Beratung in Fragen zur Erziehung und Entwicklung junger Menschen sowie Angebote der Familienfreizeit und der Familienerholung (§ 16 Abs.2) Die genaue Ausgestaltung dieser Aufgaben regelt das Landesrecht (§16 Abs.3).

Familiengericht

Das Familiengericht ist laut deutschem Gerichtsverfassungsgesetz (GVG) als Abteilung des Amtsgerichts zuständig für die Entscheidung von Familiensachen wie z.B. für Ehesachen, Scheidung, das elterliche → Sorgerecht, das Umgangsrecht oder Unterhaltsansprüche.

Die Familiengerichte haben unter den Voraussetzungen der → §§ 1666, 1666a BGB die erforderlichen Maßnahmen zu treffen, um eine Kindeswohlgefährdung abzuwenden. Das Gesetz gibt dem Familiengericht keine konkreten Maßnahmen vor, sondern überlässt es dem Gericht, die für den Einzelfall geeignete Anordnung zu treffen. Dies kann ein teilweiser oder vollständiger Entzug des Sorgerechts sein und die Bestellung eines Pflegers oder Vormunds. Die Arbeit der Familiengerichte ist eng mit derjenigen der → Jugendämter verknüpft. Die Jugendämter schalten das Familiengericht dann ein, wenn eine Kindeswohlgefährdung nicht durch andere Maßnahmen abzuwenden ist und ein Eingriff in die elterliche Sorge erforderlich erscheint (§ 8a Abs. 3 Satz 1 SGB VIII). Das Jugendamt wirkt in nahezu allen familiengerichtlichen Verfahren, die das Wohl eines Kindes betreffen, mit, unterrichtet über angebotene und erbrachte Leistungen und bringt die erzieherischen und sozialen Gesichtspunkte zur Entwicklung des Kindes ein (§ 50 SGB VIII).

Das Familiengericht muss bei allen Entscheidungen, die mit Eingriffen in die elterliche Sorge verbunden sind, das verfassungsrechtliche → Subsidiaritätsprinzip beachten. Es besteht ausdrücklich ein Vorrang von Jugendhilfe und anderen öffentlichen Leistungen. Geeignete Hilfen sind deshalb schon möglichst präventiv im Vorfeld zu initiieren.

Zur weiteren Information:

- Werkbuch Vernetzung Kapitel 3.1.

Familienrecht

Das Familienrecht ist Teil des Zivilrechts und findet sich größtenteils im 4. Buch des Bürgerlichen Gesetzbuchs (§§ 1297 bis 1921 BGB). Es beinhaltet die Rechtsnormen zur Regelung des Rechts der Ehe und Verwandtschaft, definiert den Begriff der Familie aber nicht, sondern ordnet die Rechtsbeziehungen der Familienmitglieder untereinander und zu Dritten.

Wichtige Bereiche des Familienrechts sind das eheliche bzw. lebenspartnerschaftliche Güterrecht, Unterhaltsvorschriften und Versorgungsausgleich nach Scheidung bzw. Auflösung der Lebenspartnerschaft. Zudem umfasst das Familienrecht das Recht der Adoption, Pflegschaft (→ Ergänzungspflegschaft), Betreuung und → Vormundschaft.

Verfassungsrechtlich stehen Ehe und Familie unter dem besonderen Schutz der staatlichen Ordnung (Art. 6 Abs. 1 GG).

Fehlbesuch

Von einem Fehlbesuch spricht man, wenn die Familie bzw. die Klientin oder der Klient bei einem Hausbesuch nicht angetroffen wird.

Feinfühligkeit

→ Bindung

Freie Träger der Jugendhilfe

→ Träger der öffentlichen und freien Jugendhilfe

Frühe Hilfen

Der Begriff Frühe Hilfen ist nicht neu, sondern ursprünglich in den 70er Jahren von der Frühförderung geprägt, findet er sich in unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitssystems oder der Kinder- und Jugendhilfe wieder.

Im Zusammenhang mit Prävention und Kinderschutz wurde der Begriff in den letzten Jahren neu geprägt und viel diskutiert. Den derzeitigen Stand der Diskussion spiegelt der Vorschlag für eine verbindliche Definition des Begriffes „Frühe Hilfen“ vom Wissenschaftlichen Beirat des NZFH wider. Dieser Begriffsbestimmung zufolge bilden Frühe Hilfen lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten aufeinander bezogenen und sich ergänzenden Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren, schwerpunktmäßig in den ersten drei Lebensjahren.

Sie umfassen sowohl universelle/primäre Prävention (Angebote für alle Eltern im Sinne der Gesundheitsförderung) als auch selektive/sekundäre Prävention (Hilfen für Familien in Problemlagen).

Ziel ist die frühzeitige und nachhaltige Verbesserung der Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft durch alltagspraktische Unterstützung und insbesondere auch durch die Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern.

Frühe Hilfen tragen auch dazu bei, Risiken einer Kindeswohlgefährdung frühzeitig wahrzunehmen und zu reduzieren, und sorgen gegebenenfalls dafür, dass weitere Maßnahmen zum Schutz des Kindes ergriffen werden.

Zentraler Aspekt ist eine enge Vernetzung und Kooperation von Institutionen und Angeboten aus den Bereichen der Schwangerschaftsberatung, des Gesundheitswesens, der interdisziplinären Frühförderung, der Kinder- und Jugendhilfe und weiterer sozialer Dienste. Frühe Hilfen streben eine flächendeckende Versorgung und eine Verbesserung der Versorgungsqualität an. Die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Maßnahmen der Frühen Hilfen umfassen einen breiten Rahmen, z.B. UN Kinderrechtskonvention, Grundgesetz, Bürgerliches Gesetzbuch, Strafgesetzbuch, Schwangerschaftskonfliktgesetz, Fünftes, Achtes und Neuntes Sozialgesetzbuch.

Zur weiteren Information:

- Begriffsbestimmung auf der Website des NZFH: <http://www.fruehehilfen.de/4010.0.html>
- siehe Kapitel 1.1.

Frühförderung

Frühförderung ist ein gesetzlich definierter Begriff und wird ausschließlich in Frühförderstellen und in Sozialpädiatrischen Zentren angeboten. Interdisziplinäre Teams bieten den Eltern Beratung, diagnostische Abklärung sowie therapeutische und pädagogische Förderangebote bei Entwicklungsproblemen, Entwicklungsbeeinträchtigungen oder Behinderungen ihres Kindes an. Der Zugang zu Frühförderstellen ist niedrigschwellig und erfordert keine ärztliche Zuweisung.

Früherkennung und Frühförderung ist gesetzlich definiert im Recht der Rehabilitation und Teilhabe (§ 26 Abs. 2 Nr. 2, § 30 SGB IX). Demnach umfasst Frühförderung medizinische, nichtärztliche sozialpädiatrische, psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen und Hilfen für Kinder mit einer bereits eingetretenen oder drohenden Behinderung, die dem Kind und seinen Eltern in der Zeit von der Geburt bis zum Schuleintritt gewährt werden. Die Gesetzgebung (§ 30 Abs. 1 Satz 2, § 56 SGB IX, Frühförderungsverordnung) sieht vor, dass die Frühförderung, falls erforderlich, auch als sogenannte Komplexleistung gewährt wird, d.h. medizinisch-therapeutische Leistungen sollen in Verbindung mit heilpädagogisch-psychologischen Leistungen erbracht werden, um eine ganzheitliche Förderung sicherzustellen.

Die Frühförderstellen sind überwiegend in freien Trägerschaften organisiert und werden sowohl dem Gesundheitssystem als auch der → Sozialhilfe bzw. Kinder- und Jugendhilfe zugeordnet

Zur weiteren Information:

- Werkbuch Vernetzung Kapitel 3.1.
- Frühförderungsverordnung:
http://www.bundesrecht.juris.de/fr_hv/BJNR099800003.html

Garantenpflicht und Garantenstellung

Dem → Jugendamt sind im SGB VIII als Ausdruck des staatlichen → Wächteramts Aufgaben und damit auch Pflichten zum Schutz von Kindern übertragen. Fachkräfte im Jugendamt, denen Aufgaben – auch – zum Schutz von Kindern übertragen wurden, haben daher im Rahmen ihrer Befugnisse und Möglichkeiten auch Pflichten gegenüber dem Kind, bei deren Verletzung sie sich unter Umständen strafbar machen können. Das Strafrecht nennt dies Garantenstellung. In der konkreten Hilfebeziehung wird dies in der strafrechtlichen Terminologie zur „Garantenpflicht“.

Bei Trägern der freien Jugendhilfe ergeben sich Garantenstellung und Garantenpflicht aus den jeweiligen Hilfekontrakten mit den Klienten und sind durch diese begrenzt.

Zur weiteren Information:

- Wiesner, R. (2004): Das Wächteramt des Staates und die Garantenstellung der Sozialarbeiterin/ des Sozialarbeiters zur Abwehr von Gefahren für das Kindeswohl. Zentralblatt für Jugendrecht. 5/2004.
- Mörsberger, T. (2006): Die Angst der Helfer vor der Garantenpflicht. Landkreis Nachrichten Baden-Württemberg, Heft 1/2006, S.39-42. www.landkreistag-bw.de/aktuell/zeit/2006/mat/LKN1_06_39_42.pdf

Garantenstellung

→ Garantenpflicht und Garantenstellung

GBE

→ Gesundheitsberichterstattung

G-DRG-System

→ DRG

Gedeihstörung

Gedeihstörung bezeichnet die Verzögerung der körperlichen Entwicklung eines Kindes oder Jugendlichen. Häufig lassen sich auch Auffälligkeiten in der motorischen und psychosozialen Entwicklung beobachten. Ursachen können in einer unzureichenden Nahrungsaufnahme, Nahrungsverwertungsstörungen oder einem gesteigerten, ungedeckten Energiebedarf liegen. Am häufigsten liegen der Gedeihstörung Fehl- und Unterernährung zugrunde.

Gedeihstörungen können sowohl organisch (aufgrund von Erkrankungen) als auch nicht-organisch bedingt sein. Die nicht-organischen (psychosozialen) Ursachen kommen häufiger bei Kindern vor, die aus ungünstigen sozioökonomischen Verhältnissen stammen.

Gefährdungseinschätzung

→ Kindeswohlgefährdung und Gefährdungseinschätzung

Gelbes Heft

Die → U-Untersuchungen bzw. Früherkennungsuntersuchungen werden im gelben Kinder-Untersuchungsheft („Gelbes Heft“) des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen von der Kinder- und Jugendärztin bzw. vom Kinder- und Jugendarzt dokumentiert. Die Kosten der Untersuchungen werden von den Krankenkassen übernommen. Im Kinder-Untersuchungsheft werden die Überprüfung der Gesundheit und die altersgemäße Entwicklung eines Kindes in den ersten sechs Lebensjahren verzeichnet. Zusätzlich zur Überprüfung der Vitalfunktionen wird durch das „Gelbe Heft“ → Prävention vor Entwicklungsschäden in den verschiedenen, für die Entwicklung des Kindes entscheidenden Altersstufen gewährleistet. Hierbei können von der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt auch Hinweise auf → Misshandlung vermerkt werden.

Gesundheitsamt

Das Gesundheitsamt ist ausführendes Organ des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Es gibt staatliche (je nach Landesgesetz auch „Abteilung“ bzw. „Sachgebiet Gesundheitswesen“ oder „untere Behörde für Gesundheit“ genannt) oder kommunale Gesundheitsämter (oft auch als „Fachdienst Gesundheit“ bezeichnet).

Die gesetzliche Grundlage der Gesundheitsämter bilden die Gesundheitsdienstgesetze der Bundesländer (auch Verordnungen über den → Öffentlichen Gesundheitsdienst genannt). Dabei können je nach Bundesland unterschiedliche Schwerpunktsetzungen in den zu erbringenden Aufgaben erfolgen. Die Gesundheitsämter führen die Aufgaben des → ÖGD aus, indem sie diese entweder in eigener Trägerschaft erfüllen oder freie gemeinnützige → Träger damit beauftragen.

Die Aufgabenbereiche der Gesundheitsämter liegen in den Funktionen „Aufsicht und Kontrolle“ und „Gesundheitsförderung und Beratung bei Krankheit oder Behinderung“. Hierzu zählen die Medizinalaufsicht in Einrichtungen des Gesundheitswesens, Hygiene und Seuchenbekämpfung, Gutachterwesen, Gesundheitsschutz, Gesundheitshilfe und → Gesund-

heitsberichterstattung. Oft sind für diese Aufgaben eigene Abteilungen zuständig (z.B. → Prävention und Gesundheitsförderung, Amtsärztlicher Dienst, → Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, Aids-Beratung, Gesundheitsberichterstattung, → Sozialpsychiatrischer Dienst, Hygiene, Infektionsschutz etc.)

Gesundheitsberichterstattung

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes informiert über die gesundheitliche Lage und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland und ermittelt durch die Analyse der bestehenden Situation den gesundheitspolitischen Handlungsbedarf. In weiterer Folge begleitet und bewertet sie die entsprechenden gesundheitspolitischen Maßnahmen.

Die Themenfelder der GBE des Bundes decken alle Bereiche des Gesundheitswesens ab (Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens, die gesundheitliche Lage, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen, Gesundheitsprobleme und Krankheiten, Gesundheitsversorgung sowie Gesundheitsausgaben, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens).

Daneben gibt es die Gesundheitsberichterstattung auf Landes- und Kommunenebene. Auf letzterer sind maßgeblich die → Gesundheitsämter an der Erstellung des Berichtes beteiligt. So können sie den Fokus speziell auf lokale Gesundheitsthemen legen und den genaueren Handlungsbedarf ermitteln.

Zur weiteren Information:

- Homepage der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: http://www.gbe-bund.de/gbe10/pkg_isgbe5.prc_isgbe?p_uid=gast&p_aid=66196673&p_sprache=D

Gesundheitsförderung und Salutogenese

„Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit“ lautet ein vielzitatierter Grundgedanke der Gesundheitsförderung. Richtungweisende Grundlage für Strategien und Maßnahmen in der Gesundheitsförderung bildet die Ottawa Charta der WHO, die 1986 von der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung verabschiedet wurde. Im Vordergrund steht die Umorientierung von der Krankheitsverhütung zur Förderung von Gesundheit. Danach bilden die Lebensbedingungen eines Menschen die grundlegenden Bedingungen für Gesundheit, d.h. Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Die Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen, schreibt aber auch den politischen Bereichen eine Verantwortung für Gesundheitsförderung zu.

In diesem Sinne ist auch das Konzept der Salutogenese (*lat.: salus – Unverletztheit, Heil, Glück; griech.: genese – Entstehung*) zu verstehen, das von Aaron Antonovsky ab den 1970er Jahren in die gesundheitswissenschaftliche und gesundheitspolitische Diskussion eingebracht wurde. Er betrachtet Krankheit und Gesundheit nicht als zwei Zustände, von denen jeweils einer den anderen ausschließt, sondern als Pole eines Kontinuums. Der Mensch bewegt sich zwischen diesen Polen und ist dabei weder ausschließlich gesund noch ausschließlich krank, sondern relativ gesund bzw. relativ krank. Als Ergänzung zum pathogenetischen (→ Pathogenese) Ansatz fokussiert der salutogenetische Ansatz nicht ausschließlich auf die Frage nach krankmachenden Einflüssen und deren Bekämpfung, sondern sucht Antworten darauf, wie Gesundheit entsteht und erhalten werden kann, d.h. wie Menschen trotz gesundheitsgefährdenden

Einflüssen und Belastungen gesund bleiben oder sich von Erkrankungen erholen. Durch die Stärkung von Ressourcen soll der Organismus widerstandsfähiger gegen krankmachende Einflüsse gemacht werden.

Zur weiteren Information:

- Homepage des Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German
- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (2001): Was erhält Menschen gesund?: Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln: Bzga. Online: http://www.gesundheitsmanagement.com/uploads/media/consulting_Salutogenese_BZgA_www.gesundheitsmanagement.com_01.pdf

Gesundheitshilfe

Im Rahmen der Sozialarbeit umfasst der Begriff Gesundheitshilfe (früher unter den Bezeichnungen Gesundheitsfürsorge oder Gesundheitspflege bekannt) alle Maßnahmen zur Förderung, zum Erhalt und Schutz sowie zur Wiederherstellung von Gesundheit.

Neben der Gesundheitshilfe existieren in der Sozialen Arbeit die Arbeitsbereiche der → Sozialhilfe, Kinder- und Jugendhilfe (→ Jugendhilfe), Behindertenhilfe und Altenhilfe.

Aufgabe der Gesundheitshilfe ist es, Gesundheitsschäden vorzubeugen, vor oder bei der Überwindung eingetretener Schäden unterstützend zu helfen, sowie Folgeschäden und Rückfälle zu vermeiden. Sie soll Menschen befähigen, ein Leben ohne Gesundheitsbeeinträchtigung zu führen.

Im alltäglichen Sprachgebrauch werden die Begriff Gesundheitshilfe und → Gesundheitswesen leicht verwechselt oder fälschlicherweise synonym verwendet. Es sind allerdings zwei verschiedene Begrifflichkeiten. Gesundheitshilfe kann entweder innerhalb oder außerhalb des Gesundheitswesens stattfinden.

Gesundheitshilfe in Einrichtungen des Gesundheitswesens, wie wir sie im Allgemeinen Krankenhaus, Rehabilitationskrankenhaus, in der Suchtkrankenhilfe, bei Krankenkassen, in der → Psychiatrie oder Arztpraxen vorfinden, zielt auf die Vermeidung bzw. Verminderung von *krankheitsbedingten sozialen* Problemen ab.

Die Verhinderung bzw. Verminderung *sozialbedingter gesundheitlicher* Probleme steht im Vordergrund der Gesundheitshilfe, die außerhalb des Gesundheitswesens in Einrichtungen des Sozialwesens angeboten wird wie z. B. → ASD, → Erziehungshilfen, Psychosoziale Betreuungs- und Beratungseinrichtungen etc.

Zur weiteren Information:

- Kreft, D. und Mielenz, I. (Hrsg.) (2005): Wörterbuch soziale Arbeit: Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Weinheim, München, S. 378.

Gesundheitskonferenz

Die Einrichtung von Gesundheitskonferenzen ist gesetzlich über das → Öffentliche Gesundheitsdienstgesetz geregelt und kann in den verschiedenen Ländern unterschiedlich ausgestaltet sein. Vorrangig wird bei einer Gesundheitskonferenz von einem Gremium auf kommunaler Ebene gesprochen, das regelmäßig zusammentritt. Weiterhin kann dies aber auch Konferenzen auf Ebene der Länder, nationaler oder internationaler Ebene bezeichnen,

die bei Bedarf stattfinden.

Die Gesundheitskonferenz ist als Gesprächsplattform für die Gesundheitsversorgung zu verstehen. Sie ist ein Zusammenschluss aller im Gesundheitswesen arbeitenden Stellen, die im gleichen Zuständigkeitsgebiet tätig sind. Dies umfasst sowohl die öffentlichen als auch die → freien Träger der → Gesundheitshilfe sowie soziale Dienste.

Durch die Gesundheitskonferenz werden die wichtigsten Bedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger sowie der aktuelle Stand und die Mängel in der Gesundheitsversorgung ermittelt und in der → Gesundheitsberichterstattung veröffentlicht. Die Leistungen und Zuständigkeiten der Institutionen werden untereinander in Sitzungen und Arbeitskreisen abgestimmt und delegiert.

Gesundheitssystem

→ Gesundheitshilfe

Gesundheitswesen

→ Gesundheitshilfe

Gutachten

Ein Gutachten ist eine, in der Regel schriftliche, Beantwortung einer Fragestellung in Form einer umfassenden Darlegung eines Sachverhaltes durch eine(n), auf dem jeweiligen Sachgebiet ausgewiesenen Sachverständige(n). Gutachten im Kontext → Frühe Hilfen bzw. → Kindeswohlgefährdung beziehen sich neben der fachlichen Einschätzung des Gesundheitszustandes und der Entwicklung des Kindes insbesondere auch auf die Beantwortung der Fragestellung bezüglich der Befähigung der Kindeseltern zur Übernahme der Elternverantwortung und werden im Kontext von → Sorgerechts- bzw. Umgangsfragen nach Trennung oder Scheidung oder auch im Kontext eines fraglichen Sorgerechtsentzuges oder auch der Frage nach Verbleib eines Kindes in einer → Pflegefamilie in der Regel vom → Familiengericht in Auftrag gegeben.

Im hier relevanten Kontext spielen Gutachten in Verwaltungsverfahren beim → Jugendamt oder in → familiengerichtlichen Verfahren (z.B. Verfahren zur Frage der Kindeswohlgefährdung) und unter Umständen auch in strafrechtlichen Verfahren (z.B. bei schweren Misshandlungsformen vor Strafgerichten) eine Rolle. Hierbei werden in der Regel Psychologen/Psychologinnen bzw. Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen oder Psychiater/Psychiaterinnen als Sachverständige herangezogen, welche sowohl zum Sachverhalt, als auch zu den beteiligten Personen Unabhängigkeit und Unparteilichkeit aufweisen.

Ausgehend von der jeweiligen Fragestellung hat der Sachverständige die Aufgabe, die vorliegenden Informationen zu sichten, eigenständige Datenerhebungen gemäß dem aktuellen Wissens- und Forschungsstand durchzuführen, aber gleichzeitig auch auf die Herstellung eines Einverständnisses zwischen den Beteiligten hinzuwirken (siehe hierzu auch Meysen/Balloff/Stötzel, 2009; § 163 FamFG). Das Gutachten liefert dem Auftraggeber somit eine methodisch und wissenschaftlich begründete Entscheidungshilfe bei der jeweiligen Fragestellung.

Von Seiten der Jugendhilfe wird der Begriff „Gutachten“ gelegentlich auch für so genannte (Kurz-) Stellungnahmen verwendet, in welchen z.B. Ärztinnen und Ärzte oder Therapeutinnen und Therapeuten gebeten werden, über ihre Patientinnen oder Patienten mit deren Einverständnis Stellung zu nehmen. Diese Stellungnahmen stellen jedoch in der Regel Schilderungen des professionellen Eindrucks der Therapeutin bzw. des Therapeuten über

seine Patientin bzw. seinen Patienten vor dem Hintergrund des bisherigen Beratungs- bzw. Behandlungskontaktes dar und entsprechen in der Regel nicht einer neutralen und umfassenden Hypothesenprüfung unter Einbeziehung aller diagnostisch relevanten Aspekte wie oben beschrieben.

Zur weiteren Information:

- Meysen, T. (2009). Das Familienverfahrensrecht – FamFG. Praxiskommentar mit Einführung, Erläuterung und Materialien. Bundesanzeiger Verlag. Köln

Güterabwägung

Von Güterabwägung spricht bspw. die Juristin oder der Jurist dann, wenn zwei oder mehrere gleichwertige Güter, z. B. zwei Grundrechte, nicht gleichzeitig verwirklicht werden können. In einer Gegenüberstellung der Rechtsgüter wird untersucht bzw. abgewogen, wie die divergierenden Rechte und Interessen zu einem Ausgleich gebracht werden können und in letzter Konsequenz, welchem Recht im Einzelfall Vorrang einzuräumen ist. Hierbei ist ein etwaiges Rangverhältnis der Güter und deren soziaethische Angemessenheit zu berücksichtigen.

Wenn z. B. im Bereich der Gesundheits- bzw. Kinder- und Jugendhilfe eine → Kindeswohlgefährdung vorliegt, stehen sich → Elternrecht, → Kinderrechte, → Schweigepflicht und → Datenschutz gegenüber, sodass in Ausübung des staatlichen → Wächteramts eine sorgfältige Güter- und Interessensabwägung notwendig ist. Die Entscheidungsprozesse im Rahmen der Güterabwägung sollten immer dokumentiert werden.

Hebamme

Siehe hierzu die ausführliche Beschreibung Kapitel 3

Heilberufe

Heilberuf ist ein Berufsbegriff, der eine Tätigkeit in der Behandlung von Krankheiten und Behinderungen bezeichnet. Er ist gesetzlich nicht eindeutig definiert.

Zu den akademischen Heilberufen werden die Berufsbezeichnungen Ärztin bzw. Arzt, Zahnärztin bzw. Zahnarzt, Apothekerin bzw. Apotheker, Tierärztin bzw. Tierarzt, psychologische Psychotherapeutin bzw. psychologischer Psychotherapeut sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut gezählt. Die Führung einer solchen Bezeichnung setzt in Deutschland eine staatlich geprüfte Berufsqualifikation voraus (→ Approbation), festgelegt in der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) des Bundesministeriums für Gesundheit. Die unzulässige Führung einer solchen Berufsbezeichnung wird mit Geld- oder Freiheitsstrafe geahndet (§ 132a StGB).

Berufsbezeichnungen, die nicht unter die ärztlichen Heilberufe fallen, aber bei Erbringung medizinischer Dienstleistungen geführt werden, gelten als „*Andere Heilberufe*“ (z. B. Heilpraktikerin bzw. Heilpraktiker, Altenpflegerin/Altenpflegehelferin bzw. Altenpfleger/Altenpflegehelfer, Ergotherapeutin bzw. Ergotherapeut, → Hebamme/Entbindungspfleger, Gesundheits-/Kinderkranken-/Krankenpflegerin bzw. Gesundheits-/Kinderkranken-/Krankenpfleger, und Physiotherapeutinnen bzw. Physiotherapeuten) und „*Heilhilfsberufe*“ (z. B. Rettungsassistentin bzw. Rettungsassistent, Medizinische Fachangestellte bzw. Fachangestellter, Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin bzw. Laboratoriumsassistent). Diese gesetzlich geschützten Berufsbezeichnungen unterliegen staatlichen Zugangsvoraussetzungen.

Die Zulassung zur Führung der Berufsbezeichnung „*Heilpraktiker*“ ist im Heilpraktikergesetz (HPG) des Bundes festgelegt. Als Heilpraktiker gilt, wer Heilkunde mit Erlaubnis ausübt, ohne jedoch als Arzt approbiert zu sein. In § 1 Abs. 2 HPG ist Heilkunde als berufs- und gewerbsmäßige Tätigkeit zur Feststellung, Heilung und Linderung von Krankheiten und Körperschäden definiert.

Zur weiteren Information:

- Ratzel, R. und Knüpper, P.: Berufsrecht der Gesundheitsberufe unter Einschluss des Rechts der Selbstverwaltung. In: R. Ratzel, B. Luxenburger (Hrsg.)(2007): Handbuch Medizinrecht. Bonn: Deutscher Anwaltverlag, S. 64f., S. 171 - 189.

Hilfe zur Erziehung (HzE)

Hilfe zur Erziehung (HzE) oder → Erziehungshilfe bezeichnet laut § 27 SGB VIII Leistungen der → Kinder- und Jugendhilfe, auf die ein Personensorgeberechtigter Anspruch hat, wenn eine dem Wohl des Kindes oder Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für die Entwicklung geeignet und notwendig ist. Der Auftrag der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen der HzE hat präventiven Charakter und greift nicht in das Personensorgerecht ein.

Im Vordergrund der HzE stehen pädagogische und damit verbundene therapeutische Leistungen.

Im KJHG werden die einzelnen Arten der HzE beispielhaft aufgeführt:

- Erziehungsberatung (§ 28 SGB VIII)
- Soziale Gruppenarbeit (§ 29 SGB VIII)
- Erziehungsbeistand, Betreuungshelfer (§ 30 SGB VIII)
- Sozialpädagogische Familienhilfe (§ 31 SGB VIII)
- Erziehung in einer Tagesgruppe (§ 32 SGB VIII)
- Vollzeitpflege (§ 33 SGB VIII)
- Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform (§ 34 SGB VIII)
- Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung (§ 35 SGB VIII)

Als Grundlage der Gewährung von HzE dient der → Hilfeplan als Planungsinstrument und Organisationshilfe.

Hilfeplan

Ein Hilfeplanverfahren ist dann durch das → Jugendamt durchzuführen, wenn eine → Hilfe zur Erziehung voraussichtlich für längere Zeit zu leisten ist. Nach § 36 SGB VIII sollen Entscheidungen im Falle einer Hilfe zur Erziehung nicht ausschließlich durch die fallverantwortliche Fachkraft, sondern im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte getroffen werden. Personen, Dienste oder Einrichtungen, die bei der Durchführung der Hilfe(n) tätig werden, müssen sich an der Entwicklung, regelmäßigen Überprüfung und Fortschreibung des Hilfeplans beteiligen. Sowohl die Personensorgeberechtigten als auch die Kinder bzw. Jugendlichen sollen in die Hilfeplanung miteinbezogen und in ihren Wünschen und Bedürfnissen ernst genommen werden.

Im Zuge der Hilfeplanerstellung sollen gemeinsam Entscheidungen über den Bedarf, die zu gewährende Art der Hilfe(n), die damit verbundenen notwendigen Leistungen und die voraussichtliche Dauer der Hilfe(n) in einem partizipativen Prozess erarbeitet werden.

Die getroffenen Entscheidungen müssen in festzulegenden Zeiträumen auf ihre Eignung und Notwendigkeit hin überprüft und eventuell an die Entwicklungen im Hilfeverlauf angepasst werden.

Hilfeplangespräch

Ein Hilfeplangespräch wird zur Abstimmung und Zielsetzung von Leistungen im Rahmen der → Hilfe zur Erziehung und zur Erstellung eines → Hilfeplanes geführt. Am Hilfeplangespräch nehmen Fachkräfte des → Jugendamts, Fachkräfte der leistungserbringenden → freien Träger und das Kind oder der Jugendliche mit den Personensorge- und weiteren Erziehungsberechtigten teil.

Inhalte des Gespräches sind die Herausarbeitung und gegenseitige Abstimmung von Zielen und Wünschen aller Beteiligten zur Hilfeerbringung sowie die Klärung der jeweils zu übernehmenden Aufgaben, Verantwortungen und Kompetenzzuweisungen. Es ist außerdem sinnvoll, Ziele zu vereinbaren, die zum Abschluss der Hilfe bzw. anderen Maßnahmen führen, die Konsequenzen festzulegen für den Fall, dass die Hilfe scheitern sollte und einen Termin abzumachen, wann der Hilfeplan überprüft wird.

Hilfeplanung

Unter Hilfeplanung versteht man den Beratungs-, Aushandlungs- und Planungsprozess, dessen Voraussetzungen und Ergebnis im → Hilfeplan dokumentiert werden.

HZE

→ Hilfe zur Erziehung

ICD 10

ICD ist die Abkürzung für „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“). Die Ziffer 10 verweist auf die 10. Revision der Klassifikation. Es enthält alle nötigen Eingangsmerkmale bzw. Voraussetzungen für die Vergabe von medizinisch-psychiatrischen → Diagnosen. Das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebene Manual aller anerkannten Krankheiten und Diagnosen wurde vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ins Deutsche übersetzt und mit landesspezifischen Erweiterungen ergänzt.

Die Diagnoseverschlüsselung nach ICD ist in der → ambulanten und → stationären Versorgung verpflichtend (§§ 295 und 301 SGB V). Sie dient vor allem der Abrechnung mit den Krankenkassen, aber auch der fachlichen intra- und interdisziplinären Kommunikation.

In der Kinder- und Jugendhilfe ist die ICD 10 vor allem im Kontext der → Eingliederungshilfe und im Hinblick auf → Kindeswohlgefährdung (→ Bindungsstörung) bedeutsam.

Zur weiteren Information:

- Die ICD 10 im Internet: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/index.htm>

Inobhutnahme

Nach → § 42 SGB VIII ist das → Jugendamt berechtigt und verpflichtet, Kinder oder Jugendliche in Obhut zu nehmen, wenn sie (1) selber um Inobhutnahme bitten, (2) eine dringende Gefahr für deren Wohl besteht und die Personensorgeberechtigten nicht widersprechen oder

eine familiengerichtliche Entscheidung nicht rechtzeitig eingeholt werden kann oder (3) wenn ein Kind oder Jugendlicher aus dem Ausland unbegleitet nach Deutschland kommt.

In einem solchen Fall wird das Kind oder der Jugendliche vorläufig bei einer geeigneten Person, einer Einrichtung oder in einer sonstigen betreuten Wohnform untergebracht, wo ihm Schutz und Hilfe gewährt werden.

Geschieht die Inobhutnahme ohne Kenntnis der Eltern, so müssen sie unverzüglich informiert werden. Widersprechen die Eltern, und besteht keine Kindeswohlgefährdung, so muss das Kind oder der Jugendliche entweder an die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten übergeben oder das → Familiengericht angerufen werden, das über die weiteren Maßnahmen entscheidet. Wenn die Eltern der Inobhutnahme nicht widersprechen, so ist unverzüglich ein → Hilfeplanverfahren einzuleiten.

Die Inobhutnahme endet mit der Übergabe des Kindes oder Jugendlichen an die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten oder mit der Entscheidung über die Gewährung von Hilfen nach dem SGB VIII.

Intervention

Dem Begriff Intervention (*lat. intervenire – dazwischen schreiten, sich einschalten*) kommen in den verschiedenen Fachbereichen unterschiedliche Bedeutungen zu. Zudem drückt der Begriff je nach Bereich eine unterschiedliche Intensität der Maßnahmen aus.

In der *Medizin* bedeutet Intervention jede aktive Form von Behandlung, und kann sowohl therapeutische als auch präventive Maßnahmen beinhalten. Ähnlich spricht die *Psychologie* von Interventionen, wenn es um geplante und gezielt eingesetzte Maßnahmen geht, um Störungen vorzubeugen (→ Prävention), sie zu beheben (→ Psychotherapie) oder deren negative Folgen einzudämmen (Rehabilitation).

In der *Sozialarbeit* bezeichnet Intervention ein zielgerichtetes Eingreifen in einer konkreten, oft akuten Problemlage, wenn eine Selbstgefährdung oder eine Fremdgefährdung (z. B. wenn Kinder, die von anderen Personen rechtlich, physisch, psychisch und/oder materiell abhängig sind, erheblich geschädigt oder gefährdet werden) vorliegt. Bei der Intervention handelt es sich um die Einleitung rechtlicher oder faktischer Maßnahmen, die eine Schädigung verhindern können. Die Sozialarbeiterin bzw. der Sozialarbeiter übt dabei einen rechtlichen oder faktischen Zwang aus. Das heißt, von Intervention spricht man nur dann, wenn die Maßnahmen in das Selbstbestimmungsrecht eines Problembeteiligten eingreifen.

Intervision

→ Supervision und Intervision

Intuitive elterliche Kompetenzen

Unter intuitiven elterlichen Kompetenzen versteht man das Verhalten von Eltern (bzw. Bezugspersonen), das sich intuitiv an die Bedürfnisse und Fähigkeiten des Kindes anpasst. Eltern wissen implizit, wie man den Säugling beruhigt, angemessen anregt, wie man sich für den Säugling verständlich und voraussagbar macht und sich von den Signalen der Aufnahmebereitschaft und Belastbarkeit des Kindes leiten lässt.

Solche Verhaltensweisen lassen sich z. B. in der so genannten „Baby- oder Ammensprache“, in übertriebener Mimik und Gestik, in der Stimmlage usw. beobachten.

Zur weiteren Information:

- Papoušek, M. (2001): Intuitive elterliche Kompetenzen. Ressource in der präventiven Eltern-Säuglings-Beratung und -psychotherapie. Frühe Kindheit. Zeitschrift der Deutschen Liga für das Kind, 1, 4-10.

Jugendamt

Das Jugendamt (→ Träger der öffentlichen Jugendhilfe) unterliegt der kommunalen Selbstverwaltung und übernimmt im Rahmen seines gesetzlichen Auftrages die außerschulische Förderung und Hilfen für Kinder, Jugendliche und deren Familien.

Die Organisationseinheit, die die Aufgaben eines Jugendamtes wahrnimmt, wird nicht immer als „Jugendamt“ bezeichnet, sondern auch als Abteilung, Fachbereich, Referat o.ä. Dabei kann diese Organisationseinheit zusätzlich zu den Aufgaben des Jugendamtes auch andere Aufgaben wahrnehmen (insbesondere Kombinationen mit den Aufgaben eines Sozialamtes).

Das Jugendamt ist in der Regel eine Einrichtung einer kreisfreien Stadt oder eines Landkreises. Das Kreisjugendamt ist auch in den kreisangehörigen Städten und Gemeinden tätig. Daneben können auch die Verwaltungen der kreisangehörigen Städte und Gemeinden Aktivitäten für Kinder, Jugendliche oder Familien durchführen, ohne ein Jugendamt zu sein.

Das Jugendamt setzt sich zusammen aus dem → Jugendhilfeausschuss und der Jugendamtsverwaltung. Der Jugendamtsverwaltung fallen die Geschäfte der laufenden Verwaltung der Jugendhilfe zu. Sie ist hierin den Richtungsentscheidungen und der Fachaufsicht des Jugendhilfeausschusses unterstellt.

Zur weiteren Information:

- Werkbuch Vernetzung Kapitel 3.1.

Jugendarbeit

Jugendarbeit soll Kindern und Jugendlichen entwicklungsförderliche Angebote bieten, die sich an deren Interessen und Wünschen orientieren bzw. von den Kindern und Jugendlichen mit gestaltet werden. Außerdem sollen die Leistungen junge Menschen zu Selbstbestimmung, gesellschaftlicher Mitverantwortung und sozialem Engagement anregen.

Zu den Arbeitsfeldern der Jugendarbeit zählen die außerschulische Bildung, Jugendarbeit in Sport, Spiel und Geselligkeit, die arbeitswelt-, schul- und familienbezogene Jugendarbeit, die internationale Jugendarbeit sowie die Kinder- und Jugenderholung und die Jugendberatung. Angebote der Jugendarbeit kommen von Verbänden, Initiativen der Jugend selbst und von Trägern der öffentlichen Jugendhilfe und der Jugendarbeit.

Jugendgerichtshilfe

Die Aufgaben und Bestimmungen der Jugendgerichtshilfe finden sich im § 38 JGG (Jugendgerichtsgesetz), im § 50 JGG und im § 52 SGB VIII.

Die Jugendgerichtshilfe wird von der → Jugendhilfe (von den → Jugendämtern im Zusammenwirken mit den Vereinigungen für Jugendhilfe) ausgeführt, wenn gegen einen Jugendlichen oder Heranwachsenden strafrechtlich ermittelt wird.

Die Jugendgerichtshilfe bringt die erzieherischen, sozialen und fürsorglichen Gesichtspunkte in das Verfahren vor dem Jugendgericht mit ein. Vertreter der Jugendgerichtshilfe prüfen auch die bisher erbrachten oder geplanten Leistungen und Maßnahmen der Jugendhilfe und bringen diese vor Gericht vor. Das Jugendgericht wiederum prüft, ob diese Leistungen ein

Absehen von der Verfolgung (nach § 45 JGG) oder eine Einstellung des Verfahrens (nach § 47 JGG) ermöglichen.

Die Jugendgerichtshilfe soll dem Jugendlichen oder jungen Erwachsenen sowie seiner Familie während der gesamten Dauer des Verfahrens betreuend und beratend zur Seite stehen, die Nachbetreuung übernehmen und in der Resozialisierung unterstützen.

Jugendhilfe

Der Begriff Jugendhilfe wird synonym verwendet zu seinem eigentlichen Begriffsinhalt Kinder- und Jugendhilfe, schließt also Kinder in das Aufgabenfeld mit ein.

Die Jugendhilfe ist ein Handlungsfeld der sozialen Arbeit und umfasst Aufgaben rund um die Förderung der Entwicklung von jungen Menschen, deren Schutz, die Unterstützung der Erziehungsberechtigten, die Vermeidung bzw. den Abbau von Benachteiligungen sowie die Schaffung oder den Erhalt positiver Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien.

Ihr Leistungs- und Aufgabenspektrum erschließt sich aufgrund der gesetzlichen Grundlage im SGB VIII und ist aufgeteilt in die *Leistungen der Jugendhilfe* (z. B. → Hilfen zur Erziehung, → Jugendarbeit, → Jugendsozialarbeit etc.) und die sog. *anderen Aufgaben* (keine Sozialleistungen wie → Inobhutnahme, → Pflegschaft und → Vormundschaft, Mitwirkung in → Familiengerichten).

Die Kinder- und Jugendhilfe setzt sich aus den → öffentlichen Trägern, den → freien Trägern und den privatgewerblichen Anbietern bzw. Trägern der Jugendhilfe zusammen. Leistungsansprüche von Kindern und Jugendlichen sind an öffentliche Träger der Jugendhilfe gerichtet, die praktische Durchführung von Leistungen und Aufgaben führen im Generellen → freie Träger nach Zuteilung durch die zuständigen öffentlichen Träger aus.

Zur weiteren Information:

- Werkbuch Vernetzung Kapitel 3.1.

Jugendhilfeantrag

Ein Jugendhilfeantrag ist ein Antrag auf Gewährung von Leistungen der → Jugendhilfe, der von den Eltern bzw. Personensorgeberechtigten an das → Jugendamt gestellt wird, das den Antrag auf Bedarf und Finanzierung prüft.

Hilfen können in Form von Förderungen zur Erziehung für Familien (§§ 19, 20, 21), → Hilfen zur Erziehung (§ 27), Hilfen für junge Volljährige (§ 41) und → Eingliederungshilfen für seelisch Behinderte (§ 35 a) beantragt werden. Neben den Sozialdaten muss der Personensorgeberechtigte Auskunft über Einkommen, Vermögen, Ausgaben und Schulden geben.

Dem Jugendhilfeantrag folgt ein → Hilfeplangespräch zur Klärung des Hilfebedarfs.

Jugendhilfeausschuss

Der Jugendhilfeausschuss bestimmt als beschließendes Organ des → Jugendamtes die strategische Ausrichtung der Aufgaben in der → Jugendhilfe, während die operativen Aufgaben durch die Verwaltung des Jugendamtes ausgeführt werden.

Der Jugendhilfeausschusses setzt sich nach § 71 SGB VIII zu drei Fünfteln aus Vertretern des → Trägers der öffentlichen Jugendhilfe und zu zwei Fünfteln aus Vertretern der freien Träger zusammen. Dabei soll auf eine gleichmäßige Besetzung von Frauen und Männern und eine angemessene Berücksichtigung der Vorschläge von Jugend- und Wohlfahrtsverbänden geachtet werden.

Der Jugendhilfeausschuss übernimmt die Erörterung aktueller Problemlagen junger Menschen und ihrer Familien, Anregungen und Vorschläge für die Weiterentwicklung der Jugendhilfe sowie die Jugendhilfeplanung und die Förderung der freien → Jugendhilfe.

Der Jugendhilfeausschuss kann in Angelegenheiten der Jugendhilfe Beschlüsse fassen, muss vom Kreistag oder Stadtrat zur Berufung eines Leiters des Jugendamts gehört werden und kann Anträge an den Kreistag oder Stadtrat stellen.

Die Sitzungen finden nach Bedarf, jedoch nach Antrag von mindestens einem Fünftel der Stimmberechtigten statt. Sie sind öffentlich, solange Allgemeinwohl oder Interessen einzelner Parteien nicht gefährdet werden.

Zur weiteren Information:

- Werkbuch Vernetzung Kapitel 3.1.

Jugendhilfegesetz

→ Kinder- und Jugendhilfegesetz

Jugendhilfeplanung

Die Jugendhilfeplanung (§ 80 SGB VIII) steuert die Umsetzung des → SGB VIII. Um Jugendhilfeleistungen bedarfsgerecht und effektiv zu planen, müssen im Vorfeld der Bestand von Einrichtungen und Diensten erhoben, der Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Wünsche und Interessen der Kinder bzw. Jugendlichen und ihren Familien ermittelt und die Vorhaben zur Bedarfsdeckung rechtzeitig und ausreichend geplant werden.

Bei der Planung von Hilfen soll berücksichtigt werden, dass Kontakte in der Familie und im sozialen Umfeld erhalten werden können, dass das Angebot möglichst wirksam, vielfältig und aufeinander abgestimmt ist, dass gefährdete junge Menschen und Familien besonders gefördert werden, und dass die Eltern in einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Erwerbstätigkeit unterstützt werden.

Die Jugendhilfeplanung liegt in der Verantwortung der → öffentlichen Träger der → Jugendhilfe, die die freien Träger frühzeitig und umfassend in den Prozess der Planung einzubinden haben.

Die Landesjugendämter unterstützen die örtliche Jugendhilfeplanung der Kommunen durch Beratung, Fortbildung und Fachservice, unterstützen aber auch → freie Träger sowie private Anbieter der Jugendhilfe mit diesen Leistungen.

Jugendsozialarbeit

Die Jugendsozialarbeit wird im § 13 SGB VIII geregelt und bietet im Rahmen der → Jugendhilfe sozialpädagogische Hilfen zur Förderung der schulischen und beruflichen Ausbildung, der Eingliederung in die Arbeitswelt und der sozialen Integration an. Die Leistungen richten sich an junge Menschen, die aufgrund einer sozialen Benachteiligung oder individuellen Beeinträchtigung erhöht auf Unterstützung angewiesen sind. Ein Teilbereich der Jugendsozialarbeit ist die Jugendberufshilfe, die konkrete Unterstützungs- und Qualifizierungsangebote für den Übergang von der Schule in den Beruf bereitstellt.

Abs. 4 fordert, dass die Angebote der Jugendsozialarbeit mit den Maßnahmen der Schulverwaltung, der Bundesagentur für Arbeit, Ausbildungsstätten sowie der Träger von Beschäftigungsangeboten abgestimmt werden.

Kassenärztliche Vereinigung

Eine Kassenärztliche Vereinigung (KV) ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, der alle Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeutinnen bzw. Vertragspsychotherapeuten mit kassenärztlicher Zulassung angehören, die gesetzlich Krankenversicherte behandeln.

Die KV hat den Auftrag (nach dem SGB V), die (→ ambulante) ärztliche Versorgung eines Landes zu garantieren. Sie vertritt die Rechte ihrer Mitglieder gegenüber Krankenkassen und Politik und vereinbart die Vergütung der ärztlichen Leistungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen. Sie unterliegt in der Durchführung ihrer hoheitlichen Aufgaben dem jeweiligen Landesministerium für Gesundheit.

Auf Bundesebene bilden die insgesamt 17 KV unter Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Die KBV ist politischer Interessenträger ihrer Mitglieder gegenüber der Bundesregierung sowie den Krankenkassen und ist gesetzlich zur Sicherstellung und Gewährleistung der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung in Deutschland verpflichtet. Ihre Aufgaben umfassen hierbei Vertragsabschlüsse mit dem GKV-Spitzenverband (zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Krankenversicherung) und anderen Sozialleistungsträgern, die Verfassung der bundesweiten Gebührenverordnung und die Führung des Bundesarztregisters.

Dies gilt parallel für die zahnärztlichen Vereinigungen und die zahnärztliche Bundesvereinigung.

Zur weiteren Information:

- Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: <http://www.kbv.de/>
- Die Kassenärztliche Bundesvereinigung – ein Kurzportrait: <http://daris.kbv.de/daris/link.asp?ID=1003750381> (15.04.2009)

Katamnese

Eine Katamnese ist der medizinische Fachausdruck für einen zusammenfassenden ärztlichen Bericht über den Behandlungsverlauf, wenn dieser abgeschlossen ist. Katamnesen dienen der Überprüfung des Behandlungserfolges und vermitteln notwendige Informationen für anschließende Behandlungsprogramme.

Ähnlich dienen Katamnesen in der → Jugendhilfe der Überprüfung von langfristigen Folgen auf die Entwicklung des Kindes oder des Jugendlichen nach Abschluss der erbrachten Hilfen.

Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst (KJÄD) oder Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) ist als Abteilung des Gesundheitsamtes eine Einrichtung der Kommunen zur Förderung der körperlichen und seelischen Gesundheit vom Säuglings- bis ins Jugendalter. Im Vordergrund des niederschweligen Angebots stehen Beratung und → Prävention im Hinblick auf Entwicklungsdefizite, körperliche Auffälligkeiten, Verhaltensstörungen und Fehlernährung. Zu seinen Aufgaben gehören u. a. Einschulungsuntersuchungen, Durchführung von Impfkampagnen und das Erstellen von → Gutachten.

Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

→ Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

Kinder- und Jugendhilfegesetz

Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) beinhaltet den Artikel 1 des SGB VIII sowie weitere Artikel zur Neuordnung des Kinder- und Jugendhilferechts.

(→ Sozialgesetzbuch VIII)

Kinderrecht(e)

Die UN-Kinderrechtskonvention, die im Jahre 1989 von den Vereinten Nationen verabschiedet wurde, ist ein Kollektiv von Kinderrechten, eine Art weltweites Grundgesetz für Kinder bzw. alle Menschen, die noch nicht volljährig sind. Darunter fallen neben dem Recht auf gewaltfreie Erziehung das Recht auf Entfaltung der Persönlichkeit, Recht auf Schutz vor körperlicher, seelischer oder sexueller Gewalt, Schutz vor Ausbeutung, Recht auf Fürsorge, Recht auf Bildung und weitere. Fast alle Länder dieser Erde haben sich durch ihre Unterzeichnung dazu verpflichtet, die Kinderrechte bestmöglich umzusetzen und der Kinderhilfsorganisation UNICEF regelmäßig darüber Bericht zu erstatten.

Die Bundesregierung Deutschlands ratifizierte die UN-Kinderrechtskonvention nur unter bestimmten Einschränkungen (durch das Familien- und Ausländerrecht fällt Kindern ohne Aufenthaltsgenehmigung in Deutschland nicht der gleiche Rechtsstatus zu wie deutschen Kindern). Seit den 90er Jahren gab es mehrere Versuche, Kinderrechten Verfassungsstatus zu verleihen. Diese sind z. B. im Kinder- und Jugendhilferecht (SGB VIII) und im Grundgesetz festgehalten. Beispielsweise wird in § 1631 Abs. 2 BGB dem Kind das Recht auf eine gewaltfreie Erziehung zugesprochen, ohne Anwendung körperlicher Bestrafung, seelischer Verletzungen und anderer entwürdigender Maßnahmen.

Zur weiteren Information:

- Homepage der National Coalition zur Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention in Deutschland: <http://www.national-coalition.de/index.php?id1=1&id2=0>
- UN-Kinderrechtskonvention im Internet:
http://www.unicef.de/fileadmin/content_media/projekte/themen/PDF/UN-Kinderrechtskonvention.pdf

Kinderschutzbund

Der Deutsche Kinderschutzbund wurde 1953 gegründet, ist sowohl parteipolitisch als auch konfessionell ungebunden und besteht aus dem Bundesverband, 16 Landesverbänden und über 420 Ortsverbänden, die als gemeinnützige Vereine anerkannt sind. Schwerpunktthemen des Kinderschutzbundes sind der Kinderschutz, die verfassungsmäßige Verankerung der → Kinderrechte und die Bekämpfung der Kinderarmut.

Der Deutsche Kinderschutzbund hat es sich zum Ziel gesetzt, Missstände aufzuspüren, sich für die Kinderrechte auf politischer Ebene einzusetzen und als Lobby für Kinder eine kindgerechtere Gesellschaft zu verwirklichen

Die praktische Kinderschutzarbeit wird vorwiegend auf kommunaler Ebene durchgeführt und richtet sich mit vielfältigen Angeboten und Hilfen an alle Kinder und Jugendlichen sowie deren Familien in Deutschland.

Der deutsche Kinderschutzbund ist → Träger von neun → Kinderschutzzentren.

Zur weiteren Information:

- <http://www.kinderschutzbund.de>

Kinderschutzdienst

Kinderschutzdienste sind eine spezifische Einrichtung in den Bundesländern Rheinland-Pfalz und Thüringen. Der Kinderschutzdienst ist eine niedrigschwellige Anlauf- und Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche, die Opfer von → Misshandlungen wurden oder davon bedroht sind. Er tritt für den Schutz und die Rechte der Kinder ein, bietet pädagogische und psychologische Hilfe und vermittelt bei Bedarf juristische bzw. medizinische Hilfen. Sowohl Kinder und Jugendliche, Mütter und Väter als auch andere Bezugspersonen und Fachkräfte können sich an die Kinderschutzdienste wenden.

Kinderschutzdienste werden von → freien Trägern der → Jugendhilfe angeboten (z. B. Deutscher → Kinderschutzbund, → Caritasverband, Diakonisches Werk, Arbeiter-Samariter-Bund, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Deutsches Rotes Kreuz und weitere Trägervereine).

Kinderschutzgesetz

→ Landesgesetzliche Regelungen zum Kinderschutz

Kinderschutzzentrum

Kinderschutzzentren sind Beratungsstellen für Familien in Krisensituationen, mit dem Schwerpunkt auf Gewaltproblemen (insbesondere körperlicher und seelischer → Kindesmisshandlung, → Kindesvernachlässigung und sexuellem Missbrauch).

Die Hilfe bzw. Beratung erfolgt kostenlos, freiwillig und auf Wunsch anonym. Die Hilfen setzen möglichst an den Ursachen an und zielen darauf ab, → Kindeswohlgefährdung entgegenzuwirken bzw. zu verhindern. Ein weiteres Angebot neben der Arbeit mit Familien ist die Zusammenarbeit mit Fachpersonal anderer Hilfeinrichtungen, um die Koordination und Vernetzung von Hilfeangeboten zu gewährleisten. Die Kinderschutzzentren der Bundesrepublik Deutschland sind in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutzzentren e.V. zusammengeschlossen und verfolgen ausschließlich gemeinnützige Zwecke.

Zur weiteren Information:

- Homepage der Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren: www.kinderschutzzentren.org
- Homepage des Deutschen Kinderschutzbund Bundesverband e.V.: www.dksb.de

Kindertagespflege

Bei der Kindertagespflege wird das Kind (von 0 bis 14 Jahren) von einer Tagespflegeperson (Tagesmutter oder Tagesvater) häufig gleichzeitig mit bis zu fünf anderen Kindern betreut. Diese familiennahe Betreuung findet meist im Haus der Tagesmutter, seltener im Haus der Eltern oder in angemieteten Räumen statt. Tagespflege wird besonders oft für Kinder bis zu drei Jahren in Anspruch genommen, da das Betreuungsangebot in Kindertagesstätten oft nicht ausreichend ist.

Die grundlegenden gesetzlichen Bestimmungen erfolgen auf Bundesebene. Im Rahmen des Tagesbetreuungsausbaugesetzes (TAG) und der Änderungen im SGB VIII durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe (KICK) (→ Jugendhilfe) im Jahre 2005 sowie durch das Kinderförderungsgesetz (KiföG) 2009 wurde die Tagespflege neu konzipiert, deutlich aufgewertet und rechtlich zunehmend der Betreuung in Kindertagesstätten gleichgestellt. Die Grundsätze der Kindertagesbetreuung sowohl für Tageseinrichtungen als auch Kinder-

tagespflege sind im § 22 SGB VIII geregelt, Kindertagespflege im Besonderen findet sich im § 23 SGB VIII. Länder und Kommunen setzen das Gesetz mit ihren spezifischen Ausgestaltungen in der Praxis um.

Ansprechpartner für die Kindertagespflege ist das → Jugendamt. Es berät in allen Aspekten der Kindertagespflege und erteilt die Erlaubnis zur Kindertagespflege. Das Jugendamt sorgt auch für die fachliche Begleitung von Tagespflegepersonen (Fortbildung, Vermittlung, etc.), indem es dies selbst übernimmt oder an die Stellen weitervermittelt, die diese Leistungen erbringen (Tageselternvereine, → Familienbildungsstätten oder Wohlfahrtsverbände).

Die Kosten der Kindertagespflege tragen das Land, die Kommune, sowie die Eltern und sind von Land zu Land bzw. von Kommune zu Kommune unterschiedlich.

Tagespflege kann auch im Rahmen der → Hilfe zur Erziehung und → Eingliederungshilfe erfolgen. Dies wird in einigen Bundesländern „Heilpädagogische Tagespflege“ oder „Teilstationäre Familienpflege“ genannt. In diesen Fällen erhalten die Kinder ein an ihren Bedürfnissen orientiertes pädagogisches Angebot und eine spezielle Förderung.

Zur weiteren Information:

- Handbuch Kindertagespflege des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend: <http://www.handbuch-Kindertagespflege.de/>

Kinder-Untersuchungsheft

→ Gelbes Heft

Kindesmisshandlung

Kindesmisshandlung ist eine gewaltsame, nicht zufällige, psychische oder physische Schädigung von Kindern, die zu Verletzungen und/oder Entwicklungsgefährdungen führen kann. Kindesmisshandlung kann in Familien aber auch in Institutionen vorkommen. In der Kinderschutzpraxis unterscheidet man zwischen → Vernachlässigung, körperlicher und emotionaler Misshandlung und → sexuellem Missbrauch. Allerdings ist diese Differenzierung problematisch, da zwischen den Gewaltformen Überlappungen und zeitliche Verkettungen bestehen können.

Körperliche Misshandlung liegt bei direkter Gewalteinwirkung vor, die zu medizinisch relevanten Verletzungen führen (z. B. Platzwunden, Knochenbrüche, Ausrenkungen von Gliedmaßen oder ausgeprägte Blutergüsse)

Die *emotionale Misshandlung* lässt sich schwerer an äußerlichen Symptomen festmachen als die körperliche. Diese Form der Misshandlung umfasst Handlungen, die Kinder ängstigen, überfordern oder ihnen das Gefühl der Wertlosigkeit vermitteln wie etwa Mangel an Wärme und feindliche Ablehnung.

Besondere Formen der Kindesmisshandlung sind das → Münchhausen-by-proxy-Syndrom und das → Schütteltrauma.

Zur weiteren Information:

- Homepage der Deutschen Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und -Vernachlässigung (DGgKV) e.V.: <http://www.dggkv.de/index.html>
- Homepage der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.): <http://awmf.org/>
- Ziegenhain, U. & Fegert, J.M. (2008). Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung. München: Reinhardt.

Kindesvernachlässigung

Kindesvernachlässigung beschreibt einen chronischen Mangelzustand eines Kindes, ausgelöst durch die vernachlässigende Person bzw. die sorgeberechtigte Person. Das Ausbleiben von Versorgungsleistungen auf materieller, emotionaler oder kognitiver Ebene (wie etwa unzureichende Ernährung oder Zuwendung) kann sich negativ auf die gesamte Entwicklung der Kinder auswirken. Aufgrund ihrer psychischen und physischen Abhängigkeit sind diesbezüglich vor allem Säuglinge und jüngere Kinder gefährdet.

Zur weiteren Information:

- Homepage der Deutschen Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und -Vernachlässigung (DGgKV) e.V.: <http://www.dggkv.de/index.html>
- Homepage der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.): <http://awmf.org/>
- Ziegenhain, U. & Fegert, J. M. (2008). Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung. München: Reinhardt.

Kindeswohl

Der Begriff „Kindeswohl“ wird als solcher im Grundgesetz nicht definiert. Nach Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG ist es Recht und Pflicht der Eltern, sich um das Wohl ihres Kindes zu kümmern. Hierbei steht ihnen ein weiter Spielraum bei der Gestaltung der Erziehung und Pflege zu. Eine Grenze setzt das Recht bei der Gefährdung (Art. 6 Abs. 2 Satz 2, Abs. 3 GG).

Als zentrale normative Bezugspunkte, um den Begriff „Kindeswohl“ abzuleiten, gelten die Grundrechte des Kindes oder des/der Jugendlichen. So lassen sich wesentliche Bereiche des Kindeswohls aus der Präambel und den Artikeln der UN-Kinderrechtskonvention (→ Kinderrechte) erschließen, während bestimmte Fragestellungen zu Kindeswohl(dienlichkeit) und → Kindeswohlgefährdung durch ärztliche, psychologische, sozialpädagogische oder juristische Fachkräfte aufgeklärt werden müssen.

Zur weiteren Information:

- Fegert, J. (1999): Kindeswohl – Definitionsdomäne der Juristen oder der Psychologen? In Dreizehnter Deutscher Familiengerichtstag vom 23. - 25. September 1999 in Brühl. Schriften zum Familienrecht, Bd. II. Bielefeld: Gieseking.

Kindeswohlgefährdung und Gefährdungseinschätzung

Der Begriff Kindeswohlgefährdung wird rechtlich im Wesentlichen über → § 1666 BGB definiert. Die Vorgangsweise des Jugendamtes, wenn ihm gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt werden, regelt → § 8 a SGB VIII.

Nach § 1666 Abs. 1 BGB sind dann gerichtliche Maßnahmen zu treffen, wenn eine gegenwärtige oder zumindest unmittelbar bevorstehende (konkrete) Gefahr für die Kindesentwicklung abzusehen ist, die bei ihrer Fortdauer mit ziemlicher Sicherheit eine erhebliche Schädigung des körperlichen, geistigen oder seelischen Wohls des Kindes bedeutet. Was Kindeswohl bedeutet oder wann eine konkrete Gefahr vorliegt, wird im Gesetz bewusst unbestimmt gehalten, um das Gesetz auslegen und jeweils dem aktuellen Forschungs- und Wissenstand entsprechend Kindeswohl und Kindeswohlgefährdung einschätzen zu können.

Die Gefährdungseinschätzung obliegt den jeweiligen Fachkräften und orientiert sich an den

drei in der rechtlichen Definition genannten Kriterien (1) gegenwärtige vorhandene Gefahr; (2) Erheblichkeit der Schädigung und (3) Sicherheit der Vorhersage. Da die Einschätzung der Gefahr und damit verbunden die Abwägung der Schutz- und Risikofaktoren und der Effektivität der in Betracht gezogenen Hilfen sehr komplexe Angelegenheiten sind, sieht das Gesetz vor, dass die im Jugendamt bzw. in der Kinder- und Jugendhilfe tätigen Fachkräfte insoweit erfahrene Fachkräfte auf dem jeweiligen Gebiet (z. B. Ärztinnen und Ärzte, → Psychologinnen und Psychologen, Drogenberaterinnen und Drogenberater) zur Gefährdungseinschätzung hinzuziehen.

Im Zuge der Kooperation der in einen Einzelfall involvierten Institutionen (insbesondere wenn das Gesundheitssystem mit der Kinder- und Jugendhilfe aufeinandertreffen) liegt auch im Austausch der verschiedenen disziplinspezifischen Bewertungen und Deutungen ein hohes Potential, die im Raum stehende Gefährdung besser einschätzen zu können.

Zur weiteren Information:

- Kindler, H., Lillig, S., Blüml, H., Meysen, T. & Werner, A. (Hg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Deutsches Jugendinstitut e.V.; online im Internet: http://db.dji.de/asd/ASD_Inhalt.htm
- Meysen, T, Schönecker L. & Kindler, H. (2009): Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe. Weinheim und München: Juventa.
- Maas, U. (1992): Soziale Arbeit als Verwaltungshandeln. Systematische Grundlegung für Studium und Praxis. Weinheim und München: Juventa.

KJÄD

→ Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

KJGD

Kinder- und Jugendgesundheitsdienst → Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

KJHG

→ Kinder und Jugendhilfegesetz, → Sozialgesetzbuch Aachtes Buch (SGB VIII)

Kollegiale Fallberatung

→ Supervision und Intervention

Komplexleistungen

Im Gesundheitswesen spricht man von Komplexleistungen, wenn mehrere einzelne Leistungen, die inhaltlich-sachlich zusammenhängen, zu einem Leistungskomplex zusammengefasst werden. Dieser kann meist auch als Komplex abgerechnet werden. In der → Frühförderung beispielsweise werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und heilpädagogischen Leistungen in Komplexleistungen zusammengeführt.

Konsiliardienst

Als Konsil wird in der Medizin die patientenbezogene Beratung einer Ärztin bzw. eines Arztes durch eine weitere Ärztin bzw. einen weiteren Arzt (meist eine Fachärztin bzw. ein Facharzt aus einem anderen Fachgebiet) bezeichnet. Dieser wird hinzugezogen, um Unklarheiten bei

der Patientenbeurteilung abzuklären.

Der Konsiliardienst bezeichnet ein institutionalisiertes Angebot für Konsile und ist oft in Krankenhäusern zu finden. Auf Anforderung des Arztes oder auch der Patientin bzw. des Patienten übernimmt der Konsiliardienst die Beurteilung und Mitbetreuung einer Patientin bzw. eines Patienten. Nach § 2 der Bundespflegesatzverordnung gehören die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter, meist ärztliche Untersuchungen und Behandlungen, zu den allgemeinen Krankenhausleistungen.

Koordinierende Kinderschutzstellen

Nachdem in Bayern im Rahmen der Umsetzung des Projekts „Guter Start ins Kinderleben“ bereits sehr positive Erfahrungen mit Koordinierenden Kinderschutzstellen (KoKis) gemacht wurden, hat die Staatsregierung am 12. Februar 2008 beschlossen, Kommunen ab 2009 bei der Etablierung sozialer Frühwarn- und Fördersysteme in Form von Koordinierenden Kinderschutzstellen (KoKi-Netzwerk frühe Kindheit) fachlich und finanziell zu unterstützen.

Die KoKi ist am örtlichen → Jugendamt angesiedelt und unterstützt potentiell oder akut belastete Familien durch Aufbau und Pflege eines interdisziplinären Netzwerks Früher Hilfen, insbesondere aus → Jugendhilfe und Gesundheitswesen. Zielgruppe der KoKi sind vor allem Familien, deren Lebensverhältnisse auf hohe Benachteiligung und Belastung hinweisen und die deshalb erhöhter Unterstützung bedürfen. Die Förderung erfolgt seit 1.7.2009. Die → öffentlichen Träger der Jugendhilfe erhalten einen Personalkostenzuschuss von 16.500 Euro pro Jahr und Vollzeitstelle; bis 2010 kann die Förderung landesweit auf 250 Stellen ausgebaut werden. Zur Förderung gehört auch ein umfassendes Qualifizierungs- und Fortbildungsprogramm für die Fachkräfte in den Koordinierenden Kinderschutzstellen.

Zur weiteren Information:

- www.kinderschutz.bayern.de sowie die Handreichung „Kinderschutz braucht starke Netze“ des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen: <http://www.stmas.bayern.de/kinderschutz/handreich/starkenetze.pdf>

Landesärztekammer

Landesärztekammern sind Organe der ärztlichen Selbstverwaltung. Sie sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und stehen auf jeweiliger Länderebene unter der Aufsicht des Ministeriums für Gesundheit. Ihre Aufgaben basieren auf dem Heilberufe- oder Kammergesetz eines Bundeslandes. Aufgabe der Landesärztekammern ist grundsätzlich die Wahrung der beruflichen Belange der Ärzteschaft, wie deren Interessenvertretung, die Förderung des Gesundheitsschutzes, die Überwachung der Berufspflichten sowie Qualitätssicherung und Förderung der Aus- und Weiterbildung und Berufsausübung im ärztlichen Bereich.

(Pflicht-) Mitglieder der Landesärztekammer sind alle Ärztinnen und Ärzte, die auf Grund einer Berufserlaubnis oder → Approbation zur Berufsausübung berechtigt sind und im entsprechenden Bundesland ihren Beruf ausüben oder bei Nicht-Ausübung des Berufs ihren Wohnsitz dort haben. Organisatorisch sind die 17 Landesärztekammern als Arbeitsgemeinschaft in der Bundesärztekammer (nichteingetragener Verein) zusammengeschlossen.

Landesgesetzliche Regelungen zum Kinderschutz

Seit 2007 werden von den Bundesländern eigene gesetzliche Regelungen zur Verbesserung des Kinderschutzes entwickelt, die in vielen Ländern bereits in Kraft getreten sind, sich in anderen

Ländern noch im Gesetzgebungsverfahren befinden (vgl. Tabelle 1).

Ein Fokus liegt dabei auf den → Früherkennungsuntersuchungen, z. B. durch die Einführung von verbindlichen Einladungsbescheiden und/oder unterschiedlich ausgestalteten Regelungen zu Meldungen und Datenweitergabe an Jugendämter, wenn gewichtige Anhaltspunkte für → Kindeswohlgefährdung vorliegen (vgl. Tabelle 1).

Einige Länder (insbesondere Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz) legten darüber hinaus Gesetze zur Qualifizierung des Kinderschutzes vor, die z. B. Konkretisierungen der Aufgaben im Kinderschutz oder Vorgaben zur Kooperation bei Kinderschutz und bei der Verbesserung der Kindergesundheit beinhalten. Beispielfhaft genannt sei hier der Aufbau von → lokalen Netzwerken durch die Jugendämter in Rheinland-Pfalz.

Tabelle 1

KINDERSCHUTZGESETZE DER BUNDESLÄNDER (BEARBEITUNG, STAND, DATUM)
NACH KEMPER ET AL. (IN DRUCK, MIT FREUNDLICHER GENEHMIGUNG VON SPRINGER
SCIENCE AND BUSINESS MEDIA)

Baden-Württemberg

Gesetz zum präventiven Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg (Kinderschutzgesetz Baden-Württemberg)

- in Kraft seit März 2009 (LT-Drucks. 14/4081)

keine Regelung eines verbindlichen Einladewesens

- Eltern werden auf ihre Pflicht (gemäß Kinder-Richtlinien), die Teilnahme ihrer Kinder an Früherkennungsuntersuchungen sicherzustellen, hingewiesen, ggf. durch Gesundheitsamt nachdrücklich an Nachholung erinnert

Spezielle Befugnisnorm zur Datenweitergabe an das Jugendamt durch schweige-pflichtige Personen bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung

- § 1 Abs. 5: abgestuftes Meldesystem: Prüfung eigener Mittel und Hinwirken auf Inanspruchnahme weitergehender Hilfen – entspricht dem Vorgehen in RLP

Bayern

Gesetz zur Änderung des Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetzes und des Bayerischen Gesetzes über das Erziehungs- und Unterrichtswesen

- in Kraft seit Mai 2008 (BayRS 2120-1-UG)

keine Regelung eines verbindlichen Einladewesens; aber verpflichtende Früherkennungsuntersuchungen mit Kontrolle in besonders wichtigen Lebensphasen:

- Personensorgeberechtigte sind verpflichtet, die Teilnahme ihrer Kinder an den Früherkennungsuntersuchungen sicherzustellen (Art. 14 Abs. 1 GDVG)
- Teilnahme an jüngst fälliger Untersuchung muss bei Antrag auf Landeserziehungsgeld, Anmeldung in einer Kindertageseinrichtung und zur Schuleingangsuntersuchung nachgewiesen werden

**Spezielle Verpflichtung zur Datenweitergabe an das Jugendamt durch schweige-
pflichtige Personen bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung**

- Art. 14 Abs. 3 GDVG: Pflicht der Gesundheitsämter zur unverzüglichen Einbindung des Jugendamtes.
- Art. 14 Abs. 6 GDVG: Pflicht von Ärztinnen und Ärzten, Hebammen und Entbindungspflegern zur unverzüglichen Einbindung des Jugendamtes.

Berlin

Berliner Gesetz zum Schutz und Wohl des Kindes

- im Gesetzgebungsverfahren, als Drs. 16/2154 ins Abgeordnetenhaus Berlin eingebracht, 1. Anhörung erfolgt

Regelung eines verbindlichen Einladewesens:

- Ablauf des Einladewesens vergleichbar mit dem in RLP

**Spezielle Befugnisnorm zur Datenweitergabe an das Jugendamt durch schweige-
pflichtige Personen bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung**

- § 8: zunächst sollten eigene Schutz- und Unterstützungsmaßnahmen eingesetzt werden, außer bei Gefahr in Verzug
- ähnlich wie in RLP

Brandenburg

**Gesetz zur Neuregelung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und
der Krankenhausplanung**

- in Kraft seit Mai 2008 (GVBl. für das Land Brandenburg, I, Nr. 5, 2008)

Regelung eines verbindlichen Einladewesens

- Ablauf des Einladewesens vergleichbar mit dem in RLP

keine spezielle Befugnisnorm zur Datenweitergabe an das Jugendamt

Bremen

**Gesetz zur Sicherung des Kindeswohls und zum Schutz vor Kindesvernachlässigung
(Kindeswohlggesetz – KiWG)**

- in Kraft seit April 2007 (LT-Drucks. 16/1365)

Regelung eines verbindlichen Einladewesens

- Ablauf des Einladewesens vergleichbar mit dem in RLP

keine spezielle Befugnisnorm zur Datenweitergabe an das Jugendamt

Hamburg

Keine Gesetzesinitiativen (Diskussion bzgl. verbindlichem Einladewesen, zunächst als Modellversuch)

Hessen**Gesetz zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes für Kinder**

(Kindergesundheitsschutzgesetz)

- in Kraft seit Januar 2008 (GVBl. des Landes Hessen, I, Nr. 27, 2007)

Regelung eines verbindlichen Einladewesens

- Ablauf des Einladewesens vergleichbar mit dem in RLP

**Spezielle Befugnisnorm zur Datenweitergabe an das Jugendamt durch schweige-
pflichtige Personen bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung**

- § 4 Abs. 3: Verpflichtung, dem Jugendamt unverzüglich Mitteilung zu machen, **ohne** Prüfung eigener Mittel oder Hinwirken auf Inanspruchnahme weitergehender Hilfen

Mecklenburg-Vorpommern**Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst**

- in Kraft seit Oktober 2008 (GVBl. für Mecklenburg-Vorpommern, I, Nr. 13, 2008)

Regelung eines verbindlichen Einladewesens

- Ablauf des Einladewesens vergleichbar mit dem in RLP

keine spezielle Befugnisnorm zur Datenweitergabe an das Jugendamt**Niedersachsen****Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Gesundheit und Verbesserung des Schutzes von
Kindern in Niedersachsen**

- noch im Gesetzgebungsverfahren, letzte öffentliche Anhörung im März 2009 (LT-Drs. 16/755)

Regelung eines verbindlichen Einladewesens

- Ablauf des Einladewesens vergleichbar mit dem in RLP

keine spezielle Befugnisnorm zur Datenweitergabe an das Jugendamt**Nordrhein-Westfalen****Verordnung zur Datenmeldung der Teilnahme an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen /
U-Untersuchungen (UTeilnahmeDatVO)**

- in Kraft seit September 2008 (GVBl. NRW 2008, S. 609)

Regelung eines verbindlichen Einladewesens

- Ablauf des Einladewesens vergleichbar mit dem in RLP, erste Einladung hier aber erst nach Ausbleiben der Untersuchungsbestätigung

keine spezielle Befugnisnorm zur Datenweitergabe an das Jugendamt

Rheinland-Pfalz

Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit (LKindSchuG)

- in Kraft seit März 2008 (GVBl. Rheinland-Pfalz 2008, S. 52)

Regelung eines verbindlichen Einladewesens

**Spezielle Befugnisnorm zur Datenweitergabe an das Jugendamt durch schweige-
pflichtige Personen bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung**

- § 12: abgestuftes Meldesystem: Prüfung eigener Mittel und Hinwirken auf Inanspruchnahme weitergehender Hilfen

Saarland

Gesetz zum Schutz von Kindern vor Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung:

Neuer § 8a im Gesundheitsdienstgesetz

- in Kraft seit April 2007 (Amtsblatt des Saarlandes 2007, S. 742)

Regelung eines verbindlichen Einladewesens

- Ablauf des Einladewesens vergleichbar mit dem in RLP

keine spezielle Befugnisnorm zur Datenweitergabe an das Jugendamt

Sachsen

Gesetz zur Förderung der Teilnahme von Kindern an Früherkennungsuntersuchungen

(SächsKiSchG)

- in Kraft seit Juni 2009 (LT-Drs. 4/14409)

Regelung eines verbindlichen Einladewesens

- Ablauf des Einladewesens vergleichbar mit dem in RLP

**Spezielle Befugnisnorm zur Datenweitergabe an das Jugendamt durch schweige-
pflichtige Personen bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung**

- § 5: abgestuftes Meldesystem: Prüfung eigener Mittel und Hinwirken auf Inanspruchnahme weitergehender Hilfen – entspricht dem Vorgehen in RLP

Sachsen-Anhalt

Entwurf: **Gesetz zur Verbesserung des Schutzes von Kindern**

(Das „Gesetz zur Förderung der frühkindlichen Bildung“ wurde aus dem ursprünglich zusammenhängenden Entwurf herausgelöst und ist seit Dezember 2008 in Kraft, GVBl. Sachsen-Anhalt, Nr. 28, 2008)

- Im Gesetzgebungsverfahren – wird derzeit überarbeitet

Regelung eines verbindlichen Einladewesens

- der derzeitige Entwurf sieht (noch) vor, dass das Einladewesen im Wesentlichen wie in RLP abläuft, bei Ausbleiben der Untersuchung trotz Erinnerung soll allerdings **unverzüglich** das Jugendamt eingeschaltet werden, welches wiederum „unverzüglich über Maßnahmen zur Abwendung einer möglichen Gefährdung des Kindes“ entscheidet

Spezielle Befugnisnorm zur Datenweitergabe an das Jugendamt durch schweigepflichtige Personen bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung

- § 7: abgestuftes Meldesystem: Prüfung eigener Mittel und Hinwirken auf Inanspruchnahme weitergehender Hilfen – entspricht dem Vorgehen in RLP

Schleswig-Holstein**Gesetz zur Weiterentwicklung und Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein: Neuer § 7a im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst**

- in Kraft seit April 2008 (GVObI. Schleswig-Holstein, Nr. 10, 2008, S. 270)

Regelung eines verbindlichen Einladewesens

- Ablauf des Einladewesens vergleichbar mit dem in RLP
- bei Gefahr in Verzug nimmt Jugendamt das Kind in Obhut (§ 7a Abs. 6)

keine spezielle Befugnisnorm zur Datenweitergabe an das Jugendamt**Thüringen****Thüringer Gesetz zur Förderung der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder**

- in Kraft seit Dezember 2008 (GVBl. für den Freistaat Thüringen, Nr. 14, 2008)

Regelung eines verbindlichen Einladewesens

- das Einladewesen läuft im Wesentlichen wie in RLP ab, bei Ausbleiben der Untersuchung trotz Erinnerung wird allerdings unverzüglich das Jugendamt benachrichtigt, welches dann weitere Maßnahmen einleitet (§ 7 f.)

Spezielle Befugnisnorm zur Datenweitergabe an das Jugendamt durch schweigepflichtige Personen bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung

- § 10 Abs. 2: **Befugnis**, dem Jugendamt unverzüglich Mitteilung zu machen, **ohne** Prüfung eigener Mittel oder Hinwirken auf Inanspruchnahme weitergehender Hilfen

Zur weiteren Information:

- Meysen, T., Schönecker, L. & Kindler, H. (2009). Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe. Weinheim, München: Juventa.

Landesjugendamt

Die Landesjugendämter sind „überörtliche Träger“ der Jugendhilfe, die je nach Landesrecht beim Land oder bei den Kommunen angesiedelt sind. Als zentrale Fachbehörde mit Dienstleistungsfunktion plant, koordiniert und fördert das Landesjugendamt die Tätigkeit der Jugendämter und freien Träger im jeweiligen Zuständigkeitsbereich. Die Aufgaben sind in § 85 Abs. 2 SGB VIII aufgeführt und können in den Ausführungsgesetzen der verschiedenen Bundesländer landesspezifisch ausgestaltet und konkretisiert werden. Wie das Jugendamt ist auch das Landesjugendamt eine zweigliedrige Behörde (§ 70 Abs. 3 SGB VIII) und besteht aus dem Landesjugendhilfeausschuss und der Verwaltung des Landesjugendamtes.

In den vergangenen Jahren wurden vermehrt Landesjugendämter aufgelöst und die Aufgaben den Sozialministerien (oberste Landesjugendbehörde) zugeteilt (z. B. Hessen).

Zur weiteren Information:

- Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter: <http://www.bagljae.de/>
- Online-Handbuch zum Landesjugendamt: <http://www.sgbviii.de/S27.html>

Lokale Netzwerke

Beispiele für lokale Netzwerke sind so genannte „Runde Tische“, wie sie im Rahmen des Modellprojekts „Guter Start ins Kinderleben“ etabliert wurden. Auch in den → landesgesetzlichen Regelungen zum Kinderschutz in Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Sachsen-Anhalt bildet der Aufbau lokaler Netzwerke einen Schwerpunkt.

Z. B. sieht das Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit (§ 3 LKind-SchuG) in Rheinland-Pfalz vor, dass über die Jugendhilfe hinaus sämtliche Einrichtungen und Dienste, die im Rahmen ihrer Aufgaben Risiken für das Kindeswohl feststellen und zu wirksamer Hilfe beitragen können, aktiv in solche lokale Netzwerke einzubinden, insbesondere auch die Bereiche der Gesundheitsvorsorge und der → Gesundheitsförderung. Die Planung und Steuerung der lokalen Netzwerke ist Aufgabe der → Jugendämter. In den mindestens einmal im Jahr stattfindenden lokalen Netzwerkkonferenzen werden grundsätzliche Fragen der Förderung des → Kindeswohls, der Verbesserung des Kinderschutzes und die sich daraus für das jeweilige lokale Netzwerk ergebenden Konsequenzen besprochen. Ziel dieser lokalen Netzwerke ist die Förderung des Kindeswohls durch den Aufbau verbindlicher Kommunikationsstrukturen und der Sicherung eines interdisziplinären fachlichen Austauschs. Zudem sollen die unterschiedlichen Hilfeangebote transparenter werden sowie Eltern möglichst frühzeitig erreichen und umfassender durch die verstärkte Nutzung und Weiterentwicklung der vorhandenen Angebote unterstützt werden. Das Land unterstützt die lokalen Netzwerke mit einer finanziellen Förderung von Euro 7,- pro Kind.

Lokale Netzwerkkonferenzen

→ Lokale Netzwerke

Misshandlung

→ Kindesmisshandlung

Multiplikator

Als Multiplikatorin oder Multiplikator wird eine Person bezeichnet, die zur Verbreitung (Multiplizierung) bestimmten Wissens oder Informationen beiträgt.

Im Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“ hat es sich bewährt, größere Berufsgruppen über Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in die gemeinsame Arbeit einzubinden. So wurden Vertreter zu den Runden Tischen eingeladen, die die Information jeweils an ihre Berufskolleginnen und Berufskollegen bestenfalls im Rahmen schon vorhandener Strukturen (wie z. B. Stammtischen) weiterleiteten.

Bei der Auswahl der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ist zu beachten, dass sie einen guten Zugang zur jeweiligen Institution oder Berufsgruppe haben und sich mit den Projektzielen identifizieren können.

Münchhausen-by-proxy-Syndrom

Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom (auch Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom genannt) ist eine ungewöhnliche Misshandlungsform, bei der eine nahe Bezugsperson Krankheiten beim Kind vortäuscht oder bewusst induziert. Die daraufhin durchgeführten medizinischen Untersuchungen und therapeutischen Maßnahmen können zu einer massiven Schädigung des Kindes führen.

Mutter-Kind-Interaktion, Mutter-Säuglings-Interaktion

→ Eltern-Kind-Interaktion

Mutterpass

Der Mutterpass ist ein Dokument, das die werdende Mutter von ihrer Frauenärztin bzw. ihrem Frauenarzt nach der offiziellen Feststellung der Schwangerschaft erhält. In diesem Untersuchungsheft werden Daten und gesundheitliche Befunde von Mutter (z. B. Blutgruppe, Gewicht) und Kind (z. B. Größe, Lage), der Verlauf der Schwangerschaft und mögliche Risiken festgehalten. Schwangeren Frauen wird empfohlen, den Mutterpass immer bei sich zu tragen, da die Daten wichtige Informationen bei der Geburt oder bei medizinischen Notfällen liefern.

Mutterschutz

Die Bestimmungen zum Mutterschutz sind im Mutterschutzgesetz (MuSchG) festgehalten. Das Gesetz enthält Bestimmungen zum Schutz von Frauen, die zum Zeitpunkt ihrer Schwangerschaft in einem Arbeitsverhältnis stehen. Es schützt die schwangere Frau bzw. die Mutter vor Kündigung und schützt die Gesundheit von Mutter und Kind vor Gefahren am Arbeitsplatz. Insgesamt haben schwangere Frauen bzw. Mütter ein Anrecht auf eine Mutterschutzfrist von 14 Wochen, sechs Wochen vor und acht Wochen nach der Geburt.

Die Überwachung der Arbeitgeber bezüglich der Einhaltung von Bestimmungen des Mutterschutzgesetzes erfolgt durch die Aufsichtsbehörden.

Zur weiteren Information:

- Information zum Mutterschutzgesetz auf den Internetseiten des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: <http://www.bmfsfj.de/Kategorien/gesetze,did=3264.html>

Mutterschutzgesetz

→ Mutterschutz

Netzwerk

→ soziales Netzwerk

Öffentliche Träger der Jugendhilfe

→ Träger der öffentlichen und freien Jugendhilfe

Öffentliches Gesundheitsdienstgesetz (ÖGDG)

Das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst regelt die Erbringung gesundheitlicher Leistungen für die Bevölkerung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst auf Landesebene. Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist mit den Leistungsangeboten der → Gesundheitsämter neben der → ambulanten und → stationären Versorgung die „dritte Säule“ des Gesundheitswesens und dient dem Schutz der Gesundheit der Gemeinschaft und des Einzelnen. Mit dem Angebot sollen insbesondere auch soziale Randgruppen erreicht werden. Die Aufgaben des ÖGD werden größtenteils von den kommunalen Gesundheitsämtern wahrgenommen und sind vorrangig im Bereich der Bevölkerungsmedizin, der → Prävention und der Gesundheitsförderung angesiedelt.

Zur weiteren Information:

- Homepage der Bundesärztekammer: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1%2E117%2E1507&all=true>

ÖGDG

→ Öffentliches Gesundheitsdienstgesetz

Pädiatrie

Die Pädiatrie oder Kinderheilkunde (*griech.: pädi – das Kind; iatrós – der Arzt*) ist die Lehre von der Entwicklung des Organismus im Kindes- und Jugendalter, dessen Erkrankungen und Behandlung. Heute wird der Begriff Pädiatrie bezeichnet als Kinder- und Jugendmedizin.

Paritätischer

→ Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband

Pathogenese

Die Pathogenese (*griech.: pathos – Leiden, Schmerz, genesis – Ursprung, Entstehung*) beschreibt die Entstehung und Entwicklung einer physischen oder psychischen Erkrankung oder den Verlauf eines krankhaften Prozesses bis zu einer Erkrankung. Nicht zu verwechseln ist dieser Begriff mit dem der Ätiologie. Während die Ätiologie die Ursache einer Krankheit untersucht, betrachtet die Pathogenese den Gesamtprozess, in dem eine Krankheit über einen zeitlichen Verlauf entsteht.

Pflegefamilie, Pflegeeltern

Der Familienbegriff in Bezug auf die Pflegefamilie ist weitgefasst. Pflegefamilien können Familien, aber auch unverheiratete Paare oder Einzelpersonen sein, die Kinder und Jugendliche

regelmäßig betreuen, erziehen und Unterkunft gewähren.

Ein → Pflegekind kann entweder von den Erziehungsberechtigten selbst in eine Pflegestelle gegeben oder über das Jugendamt an eine Pflegefamilie vermittelt werden. Im letzteren Fall ist die Unterbringung des Kindes in einer Pflegefamilie (nach § 33) eine der möglichen Formen der Fremdunterbringung, wenn die nach § 27 SGB VIII angebotenen → Hilfen zur Erziehung nicht ausreichen, um das Kindeswohl zu gewährleisten.

Bevor in einem solchen Fall eine Pflegegenehmigung durch das → Jugendamt an die Pflegeeltern erteilt wird, wird die Eignung nach festgelegten Kriterien geprüft. Erfolgt eine Vermittlung, so müssen alle relevanten Regelungen zum Pflegeverhältnis zu Beginn in einem → Hilfeplan mit allen Beteiligten festgelegt werden. Das örtliche Jugendamt übernimmt gemeinsam mit den Pflegeeltern die Verantwortung und Pflichten für die Erziehung und Entwicklung des Kindes. Dem Jugendamt kommt dabei eine → Garantenstellung zu. Das Jugendamt ist außerdem für die Auszahlung des Pflegegeldes zuständig.

Die Art und Dauer der Unterbringung in der Pflegefamilie hängt u. a. von der Situation in der Herkunftsfamilie und deren Entwicklung im Laufe der Zeit ab. Formen der Vollzeitpflege sind die zeitlich befristete Pflege, die Dauerpflege, und die sozialpädagogische Familienpflege.

Die gesetzlichen Grundlagen sind sowohl im BGB als auch im SGB VIII und in länderspezifischen Gesetzen geregelt.

Pflegekind

Als Pflegekinder werden Kinder und Jugendliche bezeichnet, die kurzfristig oder auf Dauer in Ersatzfamilien (→ Pflegefamilien) leben.

Pflegekinderdienst

Der Pflegekinderdienst ist meist ein Teilbereich des örtlichen → Jugendamtes. Die gesetzliche Grundlage ist § 33 des SGB VIII zur Vollzeitpflege.

Er ist zuständig für die Auswahl, Qualifizierung, Beratung und Begleitung von → Pflegeeltern. Oberstes Ziel dabei ist das Wohl des → Pflegekindes. Neben der Vermittlung von Vollzeitpflege, wird meist auch die Betreuungsform der Kurzzeitpflege vermittelt.

Plötzlicher Kindstod / Säuglingstod

Von plötzlichem Kindstod oder Säuglingstod (engl. Sudden Infant Death Syndrome/SIDS) spricht man, wenn ein gesundes Baby bzw. Kleinkind (überwiegend während des ersten Lebensjahres mit Häufigkeitsmaximum im zweiten bis vierten Lebensmonat) plötzlich und unerwartet ohne erkennbare Ursache stirbt. Meist tritt er während des Schlafs auf. Der plötzliche Kindstod lässt sich nur nach Ausschluss anderer Todesursachen und durch eine Autopsie diagnostizieren. Die Ursachen des plötzlichen Kindstodes sind bisher nicht eindeutig geklärt. Allerdings konnten einige → Risikofaktoren wie Bauchlage, Rauchen, Überwärmung gefunden werden, durch deren Vermeidung die Anzahl der SIDS-Fälle zurückging. Dennoch tritt SIDS in Deutschland immer noch bei 0,3 von 1000 Kindern auf.

Zur weiteren Information:

- Homepage Gemeinsame Elterninitiative Plötzlicher Säuglingstod (GEPS) Deutschland e.V.: http://www.geps.de/cms/front_content.php?path=Impressum/

Prävention

Der Begriff Prävention (*lat. praevenire – zuvorkommen, verhüten*), synonym auch Vorbeugung, Verhütung oder Prophylaxe genannt, findet in unterschiedlichen Disziplinen Bedeutung.

Prävention in der *Medizin oder Psychologie* bezeichnet Handlungen, die voraussichtlich körperliche bzw. psychische Störungen und deren Folgen verhindern und minimieren sollen. *Primäre Prävention* soll das Auftreten einer Krankheit oder einer psychischen Störung verhindern, während *sekundäre Prävention* auf deren möglichst frühzeitiges Erkennen und Bekämpfen abzielt. *Tertiäre Prävention* minimiert die Folgen einer bereits manifesten körperlichen oder psychischen Störung und die Gesundheitsförderung beabsichtigt die ganzheitliche Förderung von Gesundheit durch die Stärkung allgemeiner Ressourcen.

Auch in der *Sozialen Arbeit* versucht man präventiv unerwünschte Entwicklungen zu vermeiden, noch bevor sie entstehen. In der primären Prävention sollen einerseits Personen durch Aufklärung, Anleitung und Beratung dazu befähigt werden, ihr Verhalten selber zu regulieren, andererseits Lebensbedingungen verbessert werden, um ungünstigen Entwicklungen vorzubeugen. Sekundäre Prävention umfasst Maßnahmen wie Beratung, Behandlung und Betreuung, um erste Anzeichen von abweichendem Verhalten möglichst früh erkennen und ihm entgegenwirken zu können. Das Ziel von tertiär präventiven Maßnahmen ist die Besserung und gegebenenfalls Resozialisierung von Personen, die bereits gegen verbindliche Verhaltensnormen verstoßen haben.

Prävention ist ein bedeutsames Thema, wenn es darum geht, *Kinder vor Gefährdungen* zu schützen. In diesem Zusammenhang sind sowohl das Gesundheitssystem als auch die Kinder- und Jugendhilfe (→ Jugendhilfe) gefordert, präventive Ansätze zu verbessern und zu vernetzen.

In diesem Sinne wurde auch das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gestartet, dessen Ziele der Schutz von Kleinkindern, die Früherkennung von Risiken und Gefährdungen und die Implementierung effektiver Hilfesysteme sind (→ soziale Frühwarnsysteme).

Zur weiteren Information:

- Homepage der Bundesärztekammer: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.117.1501>

Präventionsgesetz

Seit 2004 wird in Deutschland ein Präventionsgesetz verhandelt, das die gesundheitliche → Prävention neben der Akutbehandlung, der Rehabilitation und der Pflege zu einer eigenständigen Säule im Gesundheitswesen ausbauen soll. Es sieht eine Neuregelung der primären Prävention und der Gesundheitsförderung vor.

Psychiater / Psychiaterinnen,

→ Psychiatrie, Psychologie, medizinische und psychologische Psychotherapie

Psychiatrie, Psychologie, medizinische und psychologische Psychotherapie

Oft stolpert man über die Bezeichnungen Psychiaterinnen/Psychiater, Psychologinnen/Psychologen, medizinische und/oder psychologische Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, ohne aber genau zu wissen, worin eigentlich der Unterschied liegt.

Die Bezeichnung als Psychiaterin oder Psychiater (*altgriech. Psyche – Seele, Leben; iatros – Arzt*) setzt ein Medizinstudium und eine psychiatrische Facharztausbildung voraus. Diese Berufsgruppe beschäftigt sich mit der Erkennung, Vorbeugung, Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen und ist aufgrund ihrer Ausbildung befähigt, Patienten medikamentös zu behandeln.

Um neben der Facharztbezeichnung die Zusatzbezeichnung „*Medizinische Psychotherapeutin*“ oder „*Medizinischer Psychotherapeut*“ zu erhalten, muss der Psychiater eine psychotherapeutische Zusatzausbildung absolvieren (die allerdings in neueren Facharztausbildungen bereits integriert ist).

Eine *Psychologin* oder ein *Psychologe* hat ein Psychologiestudium absolviert und beschäftigt sich mit der Beschreibung, Erklärung und Veränderung menschlichen Erlebens und Verhaltens.

Durch eine psychotherapeutische Zusatzausbildung kann die Psychologin oder der Psychologe den Titel „*Psychologische Psychotherapeutin*“ oder „*Psychologischer Psychotherapeut*“ erhalten. Die Behandlung in der psychologischen Psychotherapie erfolgt nicht mit Medikamenten, sondern setzt auf eine bewusste Auseinandersetzung mit den Ursachen der psychischen Störung bzw. auf gezieltes Einüben neuer Verhaltensweisen.

Zur weiteren Information:

- Bundesverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen: <http://www.bdp-verband.org/Psychologie/psytherapie.shtml>

Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)

Eine psychiatrische Institutsambulanz (PIA) ist ein → ambulantes Behandlungsangebot psychiatrischer Fachkrankenhäuser, psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Universitätsklinken und Kinder- und Jugendpsychiatrien, welche gemäß § 118 SGB V zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sind.

Auftrag psychiatrischer Institutsambulanzen ist die ambulante Behandlung psychisch Kranker, die aufgrund „Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten“ (§ 118 SGB V) in anderen Versorgungsstrukturen nur unzureichend therapiert werden können. Durch die Verkürzung oder sogar Vermeidung der → stationären Behandlung können mehr Behandlungskapazitäten geschaffen werden und die Patientin bzw. der Patient wird nicht aus dem Alltag gerissen.

Die Patientinnen bzw. Patienten werden nach individuellen Therapieplänen von multiprofessionellen Teams (Fachärztinnen und Fachärzten, Pflegekräften, → Psychologinnen und Psychologen sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern) behandelt.

Zur weiteren Information

- Spengler, A. (2003): Psychiatrische Institutsambulanzen – ein Überblick. *Nervenarzt* 74: 476-478.
- Spengler, A. (2004): Psychiatrische Institutsambulanzen: Funktionierende Integrierte Versorgung. Online: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=41054>

Psychologe / Psychologin

→ Psychiatrie, Psychologie, medizinische und psychologische Psychotherapie

Psychologischer Dienst (an Kliniken)

Angebote des Psychologischen Dienstes an Kliniken sind z. B. Diagnostik, psychologische Unterstützung, Beratung, Therapie- und Trainingsverfahren für Patienten und deren Familien, sowie Information und Vermittlung zu weiteren Unterstützungsmöglichkeiten innerhalb und außerhalb der Klinik (z. B. durch Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Jugendamt, psychologische Beratungsstellen, Frühförderstellen etc.).

Die Einrichtung eines Psychologischen Dienstes oder auch eines Sozialen Dienstes an Kliniken ist ein Beispiel dafür, wie interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb einer Institution gelingen kann. Die Kooperation von Vertreterinnen und Vertretern aus dem ärztlich-therapeutischen, psychologischen und sozialpädagogischen Bereich sowie weiterer Berufsgruppen innerhalb und außerhalb der Klinik ermöglicht einerseits die Berücksichtigung von körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren in der Behandlung, und schafft bzw. unterstützt andererseits Übergänge zu Hilfsangeboten anderer Institutionen (z. B. → der Jugendhilfe).

Psychosozialer Minder- oder Kleinwuchs

Der psychosoziale Minderwuchs ist eine seltene Deprivationsstörung, deren Ursachen im Zusammenhang mit psychischer bzw. sozialer Vernachlässigung oder Misshandlung gesehen werden. Die Ursachen für diese Form des Minderwuchses sind noch nicht eindeutig geklärt, z. B. dürften Mangelernährung, Schlafstörungen und verminderte Ausschüttung von Wachstumshormonen dabei eine Rolle spielen. Bei Beseitigung der Belastung ist der Minderwuchs meist reversibel.

Psychotherapie, medizinische Psychotherapie, psychologische Psychotherapie

→ Psychiatrie, Psychologie, medizinische und psychologische Psychotherapie

Resilienz

Der Begriff „Resilienz“ (*engl. resilience* – *Spannkraft, Widerstandsfähigkeit, Elastizität*) bezeichnet allgemein die Fähigkeit einer Person oder eines sozialen Systems, erfolgreich mit belastenden Lebensumständen und negativen Folgen von Stress umzugehen. Gegenstück zur Resilienz ist die Vulnerabilität (Verwundbarkeit). Damit ist die Verwundbarkeit, Verletzbarkeit oder Empfindlichkeit einer Person gegenüber äußeren, ungünstigen Einflussfaktoren gemeint, die die Entwicklung ungünstig beeinflussen.

Die Resilienzforschung beschäftigt sich mit dem „Phänomen“, warum manche Kinder Risiken, Probleme, Belastungen überwinden und bewältigen, während andere daran scheitern und sucht nach den dahinterliegenden Faktoren und Wirkmechanismen. Bisherige Studien, die sich mit der unterschiedlich ausgeprägten Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber Entwicklungsrisiken beschäftigen, fanden eine Vielzahl an → Risiko- und → Schutzfaktoren. Unter → *Risikofaktoren* versteht man Merkmale, die die Wahrscheinlichkeit einer Störung erhöhen aber nicht zwangsläufig bedingen. Dies können Merkmale des Kindes (z. B. Frühgeburt, Geburtskomplikationen, Erkrankungen, schwierige Temperamentsmerkmale, unsichere → Bindung etc.) und/oder → Risikofaktoren in der Familie bzw. im sozialen Umfeld sein (z. B. niedriger sozioökonomischer Status, chronische Armut, familiäre Disharmonie, Alkohol- bzw. Drogenmissbrauch, psychische Erkrankungen von Vater und/oder Mutter etc.).

→ *Schutzfaktoren* hingegen fördern die Anpassung des Kindes an seine Umwelt, wirken der Manifestation einer Störung entgegen und erhöhen die Wahrscheinlichkeit für eine positive

Entwicklung. Sie lassen sich einteilen in kindbezogene Faktoren (Faktoren, die das Kind von Geburt an zeigt wie positive Temperamenteigenschaften etc.), Resilienzfaktoren (Eigenschaften, die das Kind in der Interaktion mit seiner Umwelt erwirbt wie Problemlösefähigkeiten, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, hohes Selbstwertgefühl, Fähigkeit, Unterstützung zu mobilisieren, → sicheres Bindungsverhalten etc.) und umgebungsbezogene Faktoren (stabile Bezugsperson, die Vertrauen und Autonomie fördert, Zusammenhalt in der Familie, familiäres Netzwerk, kompetente und fürsorgliche Erwachsene im weiteren sozialen Umfeld, Ressourcen auf kommunaler Ebene).

Zur weiteren Information:

- Wustmann, C. (2004): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Berlin, Düsseldorf, Mannheim: Cornelsen.
- Opp G. & Fingerle, M. (2007): Was Kinder stärkt : Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München: Reinhardt.

Risikofaktoren

- Resilienz
- Anhaltsbogen

Rooming-In

Rooming-In bedeutet die räumliche Zusammenlegung von Mutter und Neugeborenem und wird bereits in den meisten Kliniken angeboten. Mutter und Baby werden nach der Geburt nicht mehr getrennt, die Mutter kann ihr Kind selber versorgen und es rund um die Uhr bei sich haben, bekommt aber bei Bedarf Unterstützung und Beratung durch die Krankenschwester. So haben Mutter und Kind genügend Zeit, sich langsam kennen zu lernen. Dies ermöglicht einen engen Mutter-Kind-Kontakt, hilft beim Stillen, trägt dazu bei, Wochenbett-Depressionen vorzubeugen, und fördert das Entstehen von → Bindung.

Rooming-In gibt es teilweise auch auf psychiatrischen Stationen, wenn bei einer psychiatrischen Erkrankung der Mutter (wie postpartalen psychischen Störungen) die Kinder mit aufgenommen werden.

Zur weiteren Information:

- Biancuzzo, M. (2005): Stillberatung: Mutter und Kind professionell unterstützen. Elsevier GmbH. Urban und Fischer Verlag.

Salutogenese

- Gesundheitsförderung und Salutogenese

Schuleingangsuntersuchung

Bevor Kinder in Deutschland eingeschult werden, wird in den so genannten Schuleingangsuntersuchungen festgestellt, ob oder inwieweit ein Kind für den Schulalltag bereit und fähig ist und ob es in bestimmten Bereichen besonderer Förderung und Unterstützung bedarf. In diesen Untersuchungen wird überprüft, ob die Entwicklung des Kindes (sowohl in körperlicher und geistiger, seelischer als auch sozialer Hinsicht) altersadäquat ist. Außerdem werden die Teilnahme an den → Früherkennungsuntersuchungen und der Impfschutz überprüft. Aufgrund der unterschiedlichen Schulgesetze der Bundesländer können der Umfang und

die Durchführung dieser Untersuchungen variieren. In den meisten Bundesländern ist die Schuleingangsuntersuchung eine Pflichtaufgabe des → Gesundheitsamtes. Je nach Größe der Kommune ist eine eigene Abteilung des Gesundheitsamtes, der → Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, dafür zuständig. Die Untersuchung selbst findet in der Schule, in der Kindertagesstätte oder im Gesundheitsamt statt. Der Nachweis über die Untersuchung muss bei der Einschulung vorgelegt werden.

Zur weiteren Information:

- Internetportal der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, mit Link zu den länderspezifischen Schulgesetzen: <http://www.kindergesundheit-info.de/1763.0.html>

Schütteltrauma

Ein Schütteltrauma (engl. „shaken baby syndrome“) ist eine ungewöhnlich gefährliche Form der → Kindesmisshandlung. Es wird angenommen, dass es insbesondere aufgrund der Überforderung von Vater oder Mutter bzw. einer Pflegeperson zu dieser Kindesmisshandlung kommt.

Es entsteht durch einen besonderen Verletzungsmechanismus. Wenn ein Säugling kräftig geschüttelt oder mit dem Kopf gegen eine weiche Oberfläche geschleudert wird, kann der Kopf des Kindes so starken Flieh- und Rotationskräften ausgesetzt sein, dass äußerlich oft nicht sichtbare Verletzungen wie Einrisse in Blutgefäße, Gewebe- und Knochen-Verletzungen entstehen.

Die Folgen können sehr schwerwiegend sein. Verschiedene Untersuchungen sprechen von einer Sterblichkeit zwischen 13 bis zu 30 Prozent. Bei etwa 50 Prozent der Fälle bleiben Langzeitschädigungen wie Blindheit, geistige Behinderung oder Lernbehinderung.

Zur weiteren Information:

- Kindler, H., Lillig, S., Blüml, H., Meysen, T. & Werner, A. (Hg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD), München: Deutsches Jugendinstitut e.V., online im Internet: <http://db.dji.de/asd>

Schutzfaktoren

→ Resilienz

Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen

Das Angebot der Schwangerschaftsberatungsstellen umfasst Themen rund um Schwangerschaft, Familienplanung und Sexualaufklärung. Sie leisten Beratung, Hilfe und Begleitung der Familie sowohl vor, als auch während und nach der Schwangerschaft bis maximal zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes. Diese Angebote umfassen soziale und rechtliche Fragen zu Schwangerschaft und Geburt, Familienplanung sowie Informationen über gesetzliche, soziale und finanzielle Hilfen. Auch Beratung und Betreuung nach einem Schwangerschaftsabbruch werden angeboten.

Schwangerschaftskonfliktberatung bezeichnet einen Beratungsprozess für schwangere Frauen, wenn sie vor der Entscheidung stehen, eine Schwangerschaft fortzuführen. Diese Form der Beratung beruht auf Freiwilligkeit zur Beratung der Klientin.

Da der Abbruch einer Schwangerschaft nach § 218 StGB strafbar ist und nur von einer Ärztin oder einem Arzt nach Beratung in einer Schwangerschaftsberatungsstelle durchge-

führt werden darf (§ 219 StGB), ist im Fall eines geplanten Schwangerschaftsabbruchs eine Schwangerschaftskonfliktberatung gesetzlich vorgeschrieben und muss durch eine staatlich anerkannte Beratungsstelle durchgeführt werden. Näheres ist im Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) geregelt.

Das Beratungsgesetz (SchKG) für Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen ermöglicht, dass die Beratenen auf Wunsch auch anonym bleiben dürfen (§ 6 Abs. 2 SchKG). Ansonsten gelten für sie zu einem großen Teil die Datenschutzrechtlichen Vorschriften, die auch andere Beratungsstellen (Schwelle des rechtfertigenden Notstands, § 34 StGB, das Zeugnisverweigerungsrecht, § 53 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3a StPO) berücksichtigen müssen.

Besonderheiten der Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen ergeben sich erstens aufgrund ihres frühen Kontakts zu den Familien, und zweitens aufgrund ihrer eigenständigen Stellung außerhalb der Kinder- und Jugendhilfe (→ Jugendhilfe) und dem Gesundheitswesen. Dies ermöglicht ihnen schon zu einem sehr frühen Zeitpunkt, die Unterstützungs- und Hilfsangebote der beiden Systeme in die Beratung mit einzubeziehen.

Im Zusammenhang mit dem Projekt „Guter Start ins Kinderleben“ haben sich einige Schwangerschaftsberatungsstellen in „Beratungsstellen für Schwangere und Eltern mit Kleinstkindern“ umbenannt.

Schweigepflicht

Unter der beruflichen Schweigepflicht (auch Verschwiegenheitspflicht genannt) versteht man die rechtliche Verpflichtung, die im Rahmen der beruflichen Tätigkeit anvertrauten Geheimnisse nicht an Dritte weiterzugeben. Dies dient dem Schutz der Privatsphäre einer Person. Die Schweigepflicht ist strafrechtlich geregelt und gilt für Angehörige verschiedener Berufsgruppen wie Ärztinnen und Ärzte, → Psychologinnen und Psychologen, Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen etc. sowie für deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Gehilfinnen und Gehilfen (§ 203 StGB).

Der Bruch der Schweigepflicht ist nur unter bestimmten Voraussetzungen zulässig. Dies ist der Fall, wenn ein Gesetz die Weitergabe explizit erlaubt oder wenn der Betroffene ausdrücklich damit einverstanden ist und eine schriftliche Schweigepflichtentbindung bzw. Einwilligung in die Weitergabe von Informationen gibt.

Der Bruch der Schweigepflicht gegen den Willen und/oder ohne das Wissen der betroffenen Personen ist eine strafbare Handlung, die nur durch Rechtfertigungsgründe aus dem Strafgesetzbuch gerechtfertigt werden kann. Wenn ein *rechtfertigender Notstand* (§ 34 StGB) vorliegt, wie z. B. wenn das Kindeswohl gegenwärtig gefährdet ist, besteht eine Offenbarungsbefugnis. Im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe (→ Jugendhilfe) kann eine Offenbarungspflicht bestehen, wenn eine akute und unmittelbare Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit eines Menschen besteht (→ § 8a SGB VIII).

Schweigepflichtentbindung

→ Schweigepflicht

Screening

Ein Screening (*engl.: Durchsichtung, Selektion, Rasterung*) oder Siebttest ist ein systematisches Testverfahren, um bestimmte Sachverhalte an einer großen Gruppe von Personen zu identifizieren.

Ein Beispiel für ein Screeningverfahren in der Medizin ist die Reihenuntersuchung, die meist als Vorsorgeuntersuchung bezeichnet wird. Diese soll bei möglichst vielen Menschen ein möglichst frühes Erkennen von bestimmten Krankheiten oder → Risikofaktoren ermöglichen.

In der Psychologie dienen Screeningverfahren der groben Klassifizierung von Situationen, Personen bzw. Merkmalen von Personen. So können in kurzer Zeit Fälle „herausgesiebt“ werden, bei denen Handlungsbedarf besteht und eine weitere Abklärung nötig ist. Ein im Rahmen des Modellprojekts „Guter Start ins Kinderleben“ entwickeltes und eingesetztes Screeningverfahren ist der → Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch, der eine frühe und präventive Risikoerfassung ermöglicht. Treffen ein oder mehrere → Risikofaktor/en zu, wird als nächster Schritt in einem vertiefenden Gespräch mit der Mutter ermittelt, ob sie weitere Unterstützung benötigt.

Sexueller Missbrauch, sexuelle Misshandlung

Sexueller Missbrauch bzw. sexueller Misshandlung meint jede sexuelle Handlung an / mit / vor einem Kind. Darunter versteht man auch die Einbeziehung von Kindern und Jugendlichen in sexuelle Aktivitäten, die sie aufgrund ihres Entwicklungsstandes nicht verstehen können oder wenn es zur Gewaltanwendung kommt und die Aktivitäten gegen den Willen des Kindes oder Jugendlichen geschehen. Da sich körperliche Hinweise nur bei einem geringen Teil der Opfer finden lassen, ist es oft schwierig, sexuellen Missbrauch festzustellen. In Fällen von sexuellem Missbrauch ist die Aussage des Opfers das einzige Beweismittel, mit dem sehr bewusst und vorsichtig umgegangen werden muss (dabei ist die Dokumentation und die Übergabe an Fachstellen sehr wichtig).

Zur weiteren Information:

- Homepage der Deutschen Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (DGgKV) e.V: <http://www.dggkv.de/index.html>
- Homepage der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.): <http://awmf.org/>
- Ziegenhain U. und Fegert J. (2008): Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung. München: Reinhardt.

Sichere vs. Unsichere Bindung

→ Bindung

SGB VIII

→ Sozialgesetzbuch VIII

Sorgerecht / Elterliche Sorge

Eltern haben das Recht und die Pflicht, für ihr minderjähriges Kind zu sorgen (§ 1626 Abs. 1 BGB). Das Sorgerecht besteht aus der Personensorge (beinhaltet u. a. die Vertretung des Kindes in Personensorgesachen, die Bestimmung von Namen, Wohnsitz und Aufenthaltsort, Erziehung und Beaufsichtigung, Umgangsrecht des Kindes etc.) und der Vermögenssorge (tatsächliche und rechtliche Maßnahmen zur Erhaltung und Vermehrung des Kindesvermögens).

Dies gilt, wenn die Eltern zum Zeitpunkt der Geburt miteinander verheiratet sind. Wenn die Eltern nicht verheiratet sind, erhält die Mutter des Kindes das Sorgerecht, außer wenn die

Eltern erklären, dass sie gemeinsam die Sorge übernehmen wollen (Sorgeerklärung), oder wenn sie heiraten.

Das Sorgerecht kann nur im Rahmen des staatlichen → Wächteramts entzogen werden. Kann die elterliche Sorge nicht ausgeübt werden, wird sie gegebenenfalls auf den anderen Elternteil, auf einen → Vormund oder (Teile davon) auf einen → Pfleger übertragen.

Sozialassistentinnen und Sozialassistenten

Sozialassistentinnen und Sozialassistenten bzw. Sozialhelferinnen und Sozialhelfer sind in Familien-, Kinder, Heilerziehungs- und Behindertenpflege tätig.

Sie arbeiten unterstützend in Einrichtungen der Behindertenhilfe, in Kindertagesstätten, in Krankenhäusern, sozialpädagogischen und pflegerischen Einrichtungen wie Heimen und Wohngruppen sowie in Privathaushalten. Ihr Tätigkeitsfeld erstreckt sich je nach Einsatzgebiet von der Unterstützung Pflegebedürftiger bei der hygienischen Grundpflege über Einkaufen und Zubereiten von Mahlzeiten bis zu Hausaufgabenbetreuung und Unterstützung in der Freizeitgestaltung.

Die Ausbildung erfolgt nach landesrechtlicher Regelung in Berufsfachschulen auf eine Dauer von zwei Jahren nach abgeschlossener mittlerer Reife. Dabei können Schwerpunkte in Sozialpädagogik, Familien-, Sozial- und Heilerziehungspflege gesetzt werden.

Sozialdienst katholischer Frauen

Der Sozialdienst katholischer Frauen (SkF) ist ein Fachverband im → Deutschen Caritasverband e.V. mit Hauptsitz in Dortmund. Der SkF ist Fachverband der Kinder- und Jugendhilfe (→ Jugendhilfe), der Gefährdetenhilfe und der Hilfe für Frauen und Familien in Not.

Der SkF unterstützt Kinder und Jugendliche, Frauen und Familien, die benachteiligt sind oder sich in besonderen Belastungssituationen befinden. Beratung und Hilfe werden in Schwangerschaftsberatungsstellen, Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie Mutter-Kind-Einrichtungen und Frauenhäusern angeboten.

Zur weiteren Information:

- Homepage des Sozialdienst katholischer Frauen: <http://www.skf-zentrale.de/>

Soziales Frühwarnsystem

Ein Frühwarnsystem ist eine Installation oder ein Meldesystem, z. B. bekannt aus Katastrophenschutz und Militär, das Gefahren möglichst früh erkennt und die gefährdeten Personen unverzüglich davor warnt, um Gefahren und Folgen abzuwenden und zu begrenzen.

Der Begriff des *sozialen Frühwarnsystems* ist auch im Zusammenhang mit dem Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ bekannt, das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur Stärkung des öffentlichen Schutzauftrages gestartet wurde. Um Kinder besser vor Gefährdungen zu schützen, soll die → Prävention für hoch belastete Eltern und Kinder vom vorgeburtlichen Alter bis zum Alter von circa drei Jahren verbessert und ein breitgefächertes Paket von primärpräventiven und intervenierenden Maßnahmen erarbeitet werden (→ Intervention). Die Entwicklung und Umsetzung sozialer Frühwarnsysteme sollen dazu beitragen, dass die Maßnahmen möglichst lückenlos alle Kleinkinder erreichen, Diskriminierungen vermieden werden und der Zugang zu Familien in belasteten Lebenslagen erleichtert wird. Soziale Frühwarnsysteme sollen durch eine bessere Verzahnung von Leistungen des Gesundheitswesens, der Kinder- und Jugendhilfe

(→ Jugendhilfe) sowie zivilgesellschaftlichem Engagement entwickelt werden.

Kritisiert wird der Begriff Soziales Frühwarnsystem deswegen, weil er eine negative Sichtweise impliziert, während in einer positiven Formulierung wie „Frühe Hilfen“ der unterstützende Hintergedanke mehr mitschwingt.

Zur weiteren Information:

Homepage des Nationalen Zentrums: <http://www.fruehehilfen.de/3232.0.html>

Soziales Netzwerk

Ein soziales Netzwerk ist ein Beziehungsgeflecht zwischen Menschen und Organisationen, das sich durch direkte und indirekte Beziehungen in sozialen Handlungsräumen wie der Familie, Gemeinde und Arbeitswelt bildet. Ziel ist es, durch bestehende Beziehungen in einem Netzwerk die Kontaktaufnahme und Kommunikation der jeweils Beteiligten zu unterstützen und in weiterer Folge deren Informationsaustausch, Kooperation und Unterstützung zu fördern. Netzwerke basieren auf Dauerhaftigkeit, Freiwilligkeit und Gegenseitigkeit.

Netzwerkkonzepte dienen in der Theorie von Psychologie, Soziologie und Sozialarbeit als Modelle, um Beziehungen um ein Individuum bzw. eine Organisation oder zwischen Individuen bzw. Organisationen darzustellen und zu analysieren. Die Akteure stellen Knoten in einem Netz dar, die Beziehungen die Verbindungen zwischen den Knotenpunkten. Die Analyse eines solchen Netzwerkes (Anzahl der Akteure, die Intensität der Beziehungen, Symmetrie, Transitivität und Reziprozität) gibt Aufschluss darüber, wie gut Netzwerke funktionieren.

Für das → Case Management ist die Nutzung eines professionellen Netzwerkes von elementarer Bedeutung, da hier der Einbezug von weiteren Fachkräften und Organisationen in einen Fall strukturiert koordiniert werden kann. Zur Koordination der Helfer im Netzwerk ist eine Netzwerkadministration notwendig, die v.a. Leistungen und Zuständigkeiten delegiert. Dies kann von einer oder mehreren fallbetreuenden Fachkräften übernommen werden.

Zur weiteren Information:

- Galuske, M. (2009): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Weinheim, München: Juventa.
- Kapitel 4.2. (Runde Tische)

Sozialgesetzbuch Ahtes Buch (SGB VIII)

Das Sozialgesetzbuch Ahtes Buch (SGB VIII) stellt den rechtlichen Rahmen für die Kinder- und Jugendhilfe (→ Jugendhilfe) in Deutschland. Statt SGB VIII wird in Fachkreisen auch oft die Bezeichnung KJHG verwendet.

Genau betrachtet sind KJHG und SGB VIII nicht identisch, weil das Sozialgesetzbuch VIII nur der Artikel 1 (d.h. der zentrale Artikel) des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) ist. Das KJHG beinhaltet zudem Gesetzesänderungen verschiedener Rechtsbereiche und Vorschriften. Das SGB VIII setzt sich als Misch-Gesetz aus einem (pädagogischen) Programmgesetz, einem sozialrechtlichen Leistungsgesetz und einem Organisationsgesetz zusammen. Daraus lässt sich der Rechtsanspruch Jugendlicher auf Förderung ihrer Entwicklung, die Verpflichtung → öffentlicher Träger zur Leistungserbringung in der Jugendhilfe und die Regelung zur Abstimmung der Aufgabenfelder zwischen öffentlichen und freien Trägern ableiten.

Sozialhilfe

Aufgabe der Sozialhilfe ist es, den Leistungsberechtigten ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen. Dabei sollen sowohl die → Träger der Hilfe sowie die Leistungsberechtigten selber daraufhin arbeiten, ein von der Sozialhilfe unabhängiges Leben führen zu können.

Die Sozialhilfe richtet sich nicht an spezifische Gruppen von Hilfeempfängern wie z. B. die → Jugendhilfe, sondern bezeichnet ein Aufgabenfeld der sozialen Arbeit, das psychosoziale und sozioökonomische Problemfelder umfasst und individuelle Hilfeleistungen in angepasstem Umfang erbringt. Die Aufgabenfelder gliedern sich nach § 8 SGB XII in Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Hilfen zur Gesundheit, Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, Hilfe zur Pflege, Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und Hilfe in anderen Lebenslagen (§ 1 SGB XII).

Die Sozialhilfe folgt dem Prinzip der Nachrangigkeit (→ Subsidiaritätsprinzip), d. h. sie kann nur in Gefährdungs- und Notlagen gewährleistet werden, wenn ein Hilfesuchender nicht mehr aus eigenen Mitteln schöpfen kann, keine Sozialversicherungen des Staates greifen und keine Unterhaltsansprüche an Familienmitglieder geltend gemacht werden können. Hilfen werden unterschieden in Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) und Hilfe in besonderen Lebenslagen (HBL) und sind am individuellen Bedarf bemessen. Die HLU wird ausschließlich monetär geleistet, wogegen die HBL vorrangig in Form sozialer Dienstleistungen erbracht wird. Träger der Sozialhilfe sind örtliche Träger (kreisfreie Städte und Kreise) und überörtliche Träger (von den Ländern bestimmt). Die Erbringung sozialer Dienstleistungen (HLU) kann und soll vorrangig von den Sozialämtern an freie Wohlfahrtsverbände delegiert werden.

Sozialmedizinische Assistentinnen / Assistenten

Sozialmedizinische Assistentinnen und Assistenten arbeiten als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Ärztinnen und Ärzten z. B. in Gesundheitsämtern, Krankenhäusern und → ambulanten Diensten. Ihre Tätigkeit umfasst die Bereiche Vorsorge, → Gesundheitshilfe, Epidemiologie, Schwangerschaftsvorsorge und Berichtswesen (z. B. Beratung und Aufklärungsarbeit zu Themen der gesundheitlichen Gefährdung und Präventionsmaßnahmen, Mitwirkung bei Ernährungsschulungen, epidemiologischen Untersuchungen, Impfungen und Maßnahmen zur Schwangerschaftsvorsorge etc.).

Die Weiterbildung zur Sozialmedizinischen Assistentin bzw. zum Sozialmedizinischen Assistenten ist durch Landesrecht geregelt und wird meist von staatlichen oder öffentlichen Stellen des Gesundheitswesens angeboten.

Zur weiteren Information:

- Bundesagentur für Arbeit: <http://berufenet.arbeitsagentur.de/berufe/start?dest=profession&prof-id=9014>

Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH)

Die Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) ist im § 31 SGB VIII als eine → Hilfe zur Erziehung aufgeführt. Die Bewilligung für SPFH erfolgt über das → Jugendamt, das die konkrete Ausführung meist den → Trägern der freien → Jugendhilfe überträgt. Die SPFH bietet eine intensive Betreuung und Beratung bei Erziehungsfragen und alltäglichen Problemen, Hilfe bei Krisen und Konflikten sowie Unterstützung beim Kontakt mit Ämtern und Institutionen an. Dies erfolgt im Sinne einer „Hilfe zur Selbsthilfe“ und erfordert die Mitarbeit der Familie. Durch den längerfristigen Einsatz z. B. einer Familienhelferin oder eines Familienhelfers im

Alltag der Familie liegt der Schwerpunkt auf dem Erhalt und der Förderung der Familie, um eine Herausnahme des Kindes vermeiden zu können.

Sozialpädiatrie

Sozialpädiatrie als so genannte Querschnitts-Wissenschaft der Kinderheilkunde und Jugendmedizin beschäftigt sich mit den Bedingungen von Gesundheit und Entwicklung sowie deren Störungen.

Zu den Arbeitsschwerpunkten der Sozialpädiatrie gehören die Beobachtung der kindlichen Entwicklung und die Rehabilitation von Entwicklungsgefährdungen, Entwicklungsstörungen und Behinderungen bei Kindern und Jugendlichen sowie die Säuglingsfürsorge, die Gesundheitserziehung, der schulärztliche Dienst und die Bekämpfung von Infektionskrankheiten.

Sozialpädiatrisches Zentrum

Unter Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) versteht man in der Regel ärztlich geleitete Einrichtungen der → ambulanten Krankenversorgung, die sich auf die Untersuchung, Behandlung und Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, die eine Behinderung oder Entwicklungsverzögerung haben bzw. davon bedroht sind, spezialisiert haben. Sie arbeiten im Auftrag und ausschließlich auf Überweisung niedergelassener Vertragsärztinnen und -ärzte. SPZ können ihren Arbeitsschwerpunkt recht unterschiedlich auf bestimmte Krankheits- und Störungsbilder legen. Charakteristisch für alle SPZ hingegen sind die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf medizinischem, psychologischem und pädagogisch-therapeutischem Gebiet und die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens, eine bis ins Jugendalter dauernde Behandlung und die Einbeziehung der Familien in die Therapie.

Zur weiteren Information:

- Homepage Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.: <http://www.dgspj.de>

Sozialpsychiatrie

Die Sozialpsychiatrie ist ein Bereich innerhalb der → Psychiatrie, der psychische Krankheiten verstärkt im Zusammenhang mit der sozialen Umwelt des Patienten betrachtet. Neben den psychologischen und biologischen Faktoren bezieht die Sozialpsychiatrie die soziale Umwelt, die individuellen, familiären und gesellschaftlichen Lebensumstände des Patienten in die Behandlung mit ein.

Sozialpsychiatrischer Dienst

Der Sozialpsychiatrische Dienst bietet Menschen mit psychischen Erkrankungen, Suchterkrankungen und mit geistigen Behinderungen, Menschen in akuten Krisensituationen sowie deren Angehörigen kostenlos Hilfe und Beratung durch ein multiprofessionelles Team an. Der Sozialpsychiatrische Dienst ist Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes und meist an das → Gesundheitsamt angegliedert.

Die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes sind jeweils landesspezifisch in den Gesetzen über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) geregelt.

Sozialraumorientierung

Ein „Sozialraum“ bezeichnet in der Sozialen Arbeit eine regionale, lokale und institutionelle Struktur eines Ortes, an dem verschiedene Personen und Institutionen tätig sind.

Die „Sozialraumorientierung“ ist ein Fachkonzept aus der Theorie der Sozialen Arbeit, das Perspektiven zu Vorgehensweisen der Hilfeerbringung in einem Sozialraum bietet. Dabei baut es nach Hinte (2006) auf fünf Prinzipien auf, (1) eine Arbeit wird ausgehend von Wille und Interesse der Leistungsberechtigten aufgenommen, (2) aktivierende Arbeit hat grundsätzlich Vorrang vor Betreuung, (3) sozialräumliche und personale Ressourcen sollen bevorzugt zur Hilfeerbringung eingebunden werden, (4) die Arbeit soll zielgruppen- und bereichsübergreifend erfolgen, und (5) es soll auf eine Vernetzung der verschiedenen sozialen Dienste in den Einzelfall hingearbeitet werden. Dies soll die Nutzung vorhandener Ressourcen eines Sozialraumes steigern und die Entwicklung von Ressourcen in einem Sozialraum vorantreiben. In der Praxis bedeutet dies vor allem eine Reorganisation und Umstrukturierung bestehender Leistungserbringungsformen und des Kostenmanagements sozialer Dienste sowie eine Verwaltungsmodernisierung bei den → Trägern der Sozialen Arbeit. Die Verwirklichung dieses Fachkonzeptes betrifft nicht nur die Sozialarbeit, sondern bezieht auch Behörden, Schulen und politische Gremien eines Sozialraumes in die Gestaltung und Bereitstellung der Hilfen mit ein.

Zur weiteren Information:

- Dahme, H.-J. und Wohlfahrt, N.: Recht und Finanzierung. In: F. Kessl et al. (Hrsg., 2005): Handbuch Sozialraum. Wiesbaden: VS.
- Hinte, W.: Geschichte, Quellen und Prinzipien des Fachkonzeptes „Sozialraumorientierung“. In: W. Budde, F. Früchtel, und W. Hinte (Hrsg., 2006): Sozialraumorientierung. Wege zu einer veränderten Praxis. Wiesbaden: VS.

Stationär

→ ambulant vs. stationär

Stellungnahme

→ Gutachten und gutachtliche Stellungnahme

StGB

→ Strafgesetzbuch

Strafgesetzbuch (StGB)

Das Strafgesetzbuch (StGB) gründet auf dem Reichsstrafgesetzbuch des Deutschen Reiches von 1871 und erfuhr vor allem nach der Zeit des Nationalsozialismus eine grundlegende Novellierung. Neuere Veränderungen sind im Zuge der Verletzung des → Datenschutzes und zur Sanktionierung terroristischer Vereinigungen erfolgt.

Das StGB besteht aus einem Allgemeinen Teil, in dem Begriffsklärungen, Strafbarkeitsvoraussetzungen und Geltungsbereiche festgehalten sind, sowie einem Besonderen Teil, welcher die einzelnen Strafdelikte und deren Sanktionierung beinhaltet.

Subsidiaritätsprinzip

Subsidiarität ist ein gesellschaftspolitisches, verfassungsrechtliches Prinzip. Es bedeutet, dass übergeordnete Instanzen nur solche Aufgaben übernehmen sollen, die nicht von untergeord-

neten, der Person näheren Einheiten wahrgenommen werden können. Z. B. darf der Staat erst dann eingreifen, wenn Aufgaben weder von der Familie noch von Leistungen der → Jugendhilfe bzw. anderen öffentlichen Leistungen erfüllt werden können. Übergeordnete Instanzen sollen die Untergeordneten unterstützen.

Das Subsidiaritätsprinzip bzw. Verhältnismäßigkeitsgebot hat im Sozialbereich vor allem im → Kinder- und Jugendhilferecht (KJHG) und im Sozialhilferecht (SGB XII) praktische Bedeutung erlangt, weil z. B. das → Jugendamt und das Sozialamt notwendige Hilfen nicht selbst erbringen, wenn Freie → Träger diese Aufgabe übernehmen.

Substitution

Substitution bezeichnet allgemein den Ersatz oder Austausch eines Mittels oder eines Guts durch ein Anderes.

Substitution im Bereich der Medizin findet Bedeutung in der Substitutionstherapie (Behandlung, bei der dem Körper nicht mehr eigens hergestellte Substanzen künstlich zugeführt werden) oder auch in der Drogensubstitution (Wechsel von einer illegalen Droge auf eine legale, synthetische „Ersatzdroge“, die unter ärztlicher Aufsicht verabreicht wird, um den physischen Entzug aus der Abhängigkeit einfacher und kontrollierter bewerkstelligen zu können und um der Beschaffungskriminalität und Infektionsgefahr vorzubeugen).

In der Sozialarbeit kommt dem Begriff Substitution weitgehend dann Bedeutung zu, wenn die Teilnahme einer Klientin oder eines Klienten an einem Drogensubstitutionsprogramm Bedingung für die Erbringung einer Hilfe ist.

Suizid

Der Suizid (*lat. sua manu caedere – durch eigene Hand fallen, oder sui caedere – sich fällen, töten, opfern*), auch Selbstmord oder Selbsttötung genannt, ist eine vom Menschen absichtlich durchgeführte Handlung mit Todesfolge.

Bestimmte Gruppen weisen ein erhöhtes Suizidrisiko auf, u. a. Menschen die an psychischen Krankheiten (Depressionen, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen), Suchtmittelabhängigkeiten oder unheilbaren Krankheiten leiden.

Der Suizid zählt in den westlichen Industrienationen mittlerweile zu den zehn häufigsten Todesursachen. In Deutschland sterben nach offiziellen Statistiken jährlich ungefähr 10 000 Menschen durch Suizid. Die Suizidraten gingen zwar in den letzten Jahren zurück, u. a. aufgrund der verbesserten fachärztlichen Versorgung und der Enttabuisierung psychischer Erkrankungen, doch der Bedarf an präventiven (→ Prävention) und interdisziplinären Hilfen ist nach wie vor hoch.

Beim erweiterten Suizid nimmt der Suizidale noch ein oder mehrere Personen mit in den Tod. Meist handelt es sich bei den Opfern um nahestehende Personen, wie z. B. die eigenen Kinder.

Zur weiteren Information:

- Homepage Nationales Suizidpräventionsprogramm Deutschland: <http://www.suizidpraevention-deutschland.de/Home.html>

Supervision und Intervision

Supervision ist eine berufsbezogene Beratungsform, die über den sozialen Arbeitsbereich hinweg zunehmend auch in anderen Bereichen (z. B. Wirtschaft, Politik) angewandt wird. Sie wird zur Sicherung der Qualität beruflicher Arbeit eingesetzt. Durch gemeinsame Reflexion des Supervisors und dem Supervisanden bzw. der Supervisionsgruppe über Erlebnisse und Probleme aus dem beruflichen Alltag sollen individuelle Problemlösekompetenzen gestärkt und die Mitarbeiter entlastet werden.

Die *Intervision* oder Kollegiale Fallberatung ist eine Beratungsform, um ein Problem unter Kollegen zu besprechen. Da im Gegensatz zur Supervision keine externe Fachperson ins Team kommt, ist die gegenseitige kollegiale Beratung eine kostensparende und organisatorisch weniger aufwändige Unterstützung.

Zur weiteren Information:

- Homepage der Deutschen Gesellschaft für Supervision e. V. (DGsv): www.dgsv.de

Tagespflege

→ Kindertagespflege

Träger der öffentlichen und freien Jugendhilfe

Das → SGB VIII regelt in § 3, dass Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe (→ Jugendhilfe) von Trägern der öffentlichen Jugendhilfe und von Trägern der freien Jugendhilfe nebeneinander angeboten werden, und betont die Vielfalt an Trägern, Wertorientierungen, Inhalten, Methoden und Arbeitsformen in der Jugendhilfe.

Umgangssprachlich spricht man oft von „öffentlichen Trägern“ und „freien Trägern“ der Jugendhilfe.

Träger der öffentlichen Jugendhilfe werden nach örtlichen und überörtlichen Trägern (§ 69 SGB VIII) unterschieden. Örtliche Träger sind die Landkreise und die kreisfreien Städte (und je nach Landesrecht auch ausgewählte kreisangehörige Kommunen). Überörtliche Träger werden im Landesrecht bestimmt (Landesjugendamt z. B. als selbständige Organisation oder als Teil eines Ministeriums). Jeder örtliche Träger ist zur Errichtung eines → Jugendamtes, jeder überörtliche Träger zur Errichtung eines Landesjugendamtes verpflichtet.

In Umsetzung des → Subsidiaritätsprinzips werden die Leistungen der Jugendhilfe auf örtlicher Ebene geleistet, während überörtliche Träger die Gesamtplanung, unterstützende und beratende Aufgaben übernehmen. Öffentliche Träger auf kommunaler Ebene (Kreisjugendamt, Jugendamt der Stadt) gewährleisten, dass die Aufgaben der Jugendhilfe erfüllt werden, und finanzieren einerseits die Angebote der freien Träger, andererseits bieten sie auch selbst als Träger Dienstleistungen an. Ein Teil der Aktivitäten eines Kreisjugendamtes wird in den kreisangehörigen Städten und Gemeinden durchgeführt (z. B. „Spielmobil“ oder andere Freizeitangebote oder Schülerbücherei am Standort eines von vielen Fahrschülern genutzten Bahnhofs). Zusätzlich bieten auch kreisangehörige Gemeinden und Städte ohne eigenes Jugendamt Leistungen für Kinder, Jugendliche und Familien an (z. B. als Träger von Kindertagesstätten oder Freizeitangeboten für Jugendliche). Dabei befinden sie sich Jugendhilferechtlich in einer ähnlichen Position wie die Träger der freien Jugendhilfe.

Träger der freien Jugendhilfe sind hauptsächlich Jugendverbände, Wohlfahrtsverbände sowie Kirchen und Religionsgemeinschaften des öffentlichen Rechts. Sie unterhalten eigene Einrichtungen und erbringen Leistungen auf der gesetzlichen Grundlage des → Subsidiaritätsprinzips.

Die Anerkennung als Träger der freien Jugendhilfe ist in § 75 SGB VIII geregelt. Die sechs anerkannten Spitzenverbände der Wohlfahrtsarbeit sind die → Arbeiterwohlfahrt – Bundesverband e.V., der → Deutsche Caritasverband e.V. der → Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband e.V., das Deutsche Rote Kreuz e.V. sowie das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. und die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V.

Auch die Aufgabenverteilung zwischen öffentlichen und freien Trägern der Jugendhilfe wird durch das → Subsidiaritätsprinzip geregelt. Die öffentliche Jugendhilfe hat die freien Träger der Jugendhilfe in der selbständigen Erbringung der Leistungen zu achten und zu fördern und soll nur dann eigene Leistungen anbieten, wenn diese nicht durch die freien Träger erbracht werden können.

Transparenzgebot

Das Transparenzgebot ist einer der drei elementaren Grundsätze, die es im Rahmen des → Datenschutzes zu befolgen gilt.

Wird das Grundrecht einer Bürgerin oder eines Bürgers auf informationelle Selbstbestimmung eingeschränkt, so muss dies gesetzlich begründet sein. Die oder der Betroffene muss (möglichst zu jeder Zeit) darüber Bescheid wissen, was mit seinen Informationen geschehen ist und geschehen soll. Das Transparenzgebot erfordert Aufklärungs-, Auskunfts- und Löschungspflichten, Einsichtsrechte sowie die Beteiligung eines Datenschutzbeauftragten (als Kontrollinstanz).

Zur weiteren Information:

- Meysen, T, Schönecker L. & Kindler, H. (2009): Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe. München: Juventa.

U-Untersuchungen (Früherkennungsuntersuchungen)

Das Früherkennungsprogramm für Kinder (§ 26 des SGB V) ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen und umfasst von der Geburt eines Kindes bis zu seinem sechsten Lebensjahr insgesamt zehn Früherkennungsuntersuchungen bzw. so genannte „U-Untersuchungen“ in regelmäßigen Abständen (zu länderspezifischen Regelungen der U-Untersuchungen siehe → Landesgesetzliche Regelungen zum Kinderschutz). Bei diesen U-Untersuchungen werden der allgemeine Gesundheitszustand und die altersadäquate Entwicklung des Kindes ärztlich überprüft, um mögliche Krankheiten, Probleme oder Auffälligkeiten, die die körperliche und geistige Entwicklung gefährden, frühzeitig zu erkennen. Erst im Jahr 2008 wurde die U7a eingeführt, um die vorherige Lücke zwischen der U7 (21. bis 24. Lebensmonat) und der U8 (46. bis 48. Lebensmonat) zu schließen und auch einen Arztbesuch der Dreijährigen sicherzustellen. Die Befunde werden im → Gelben Heft dokumentiert. Im Zuge der Diskussionen um Kinderschutz kommt den U-Untersuchungen auch im Hinblick auf die frühzeitige Erkennung von Kindeswohlgefährdung Bedeutung zu (→ Landesgesetzliche Regelungen um Kinderschutz). Alle Befunde der zehn Früherkennungsuntersuchungen werden im Gelben

Heft dokumentiert. Diskutiert wird, inwieweit punktuelle Früherkennungsuntersuchungen bei fehlenden spezifischen Kriterien (Risikoscreeningverfahren) dem Anspruch des Kinderschutzes gerecht werden können.

Zur weiteren Information:

- Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen:
http://www.g-ba.de/downloads/62-492-290/RL_Kinder_2008-06-19.pdf

Unterstützungsmanagement

→ Case Management

Verfahrensbeistandschaft

Am 1. September 2009 wurde der Begriff Verfahrenspflegschaft durch den Begriff Verfahrensbeistandschaft ersetzt. Seit der Kindschaftsrechtsreform 1998 nimmt der Verfahrensbeistand (früher Verfahrenspfleger) die eigenständigen Interessen von Kindern und Jugendlichen in familien- und vormundschaftsgerichtlichen Verfahren wahr. Dieser Vertreter, auch als so genannter „Anwalt des Kindes“ bezeichnet, wird vom Familiengericht eingesetzt.

Die Bestellung eines Verfahrensbeistands ist in § 158 FamFG (Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit) für bestimmte Fälle vorgeschrieben. Dem Kind bzw. Jugendlichen muss ein Verfahrensbeistand zur Seite gestellt werden, wenn die Interessen des Kindes im Gegensatz zu den Interessen der Eltern stehen, wenn es um gerichtliche Maßnahmen aufgrund von → Kindeswohlgefährdung oder um eine Kindeswegnahme geht (§ 1682 BGB).

Zur weiteren Information:

- Salgo, L., Zenz, G., Fegert, J., Bauer, A., Weber, C. und Zitelmann M. (2002): Verfahrenspflegschaft für Kinder und Jugendliche: ein Handbuch für die Praxis. Köln: Bundesanzeiger.

Verfahrenspflegschaft

→ Verfahrensbeistandschaft

Vernachlässigung

→ Kindesvernachlässigung

Versorgungsamt

Das Versorgungsamt ist eine Behörde auf Bezirksebene und oftmals dem Landratsamt bzw. der Kreisverwaltung untergliedert. Es stellt die regionale Dienststelle der Landesbehörden mit den Aufgabenbereichen Versorgung, Soziales und Familie dar, die in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche Bereiche abdecken, somit auch unterschiedliche Bezeichnungen führen. Das Aufgabenfeld ergibt sich aufgrund des § 24 SGB I (Versorgungsleistungen bei Gesundheitsschäden).

Das Versorgungsamt entscheidet je nach Bundesland über Versorgungs-, Renten- und Ausgleichsleistungen und zahlt diese aus. Es stellt fest, ob und zu welchem Grad eine Schwerbehinderung vorliegt und stellt einen Schwerbehindertenausweis aus. Empfangsberechtigte sind Kriegs-, Wehrdienst- und Zivildienstgeschädigte, gesundheitlich geschädigte Verbrechen- und politische Opfer sowie Impfgeschädigte und Schwerbehinderte nach SGB IX.

Vormund

→ Vormundschaft

Vormundschaft

Ein minderjähriges Kind erhält einen Vormund, wenn es nicht unter elterlicher Sorge steht oder wenn die Eltern zur Vertretung (sowohl hinsichtlich der Personen- als auch der Vermögenssorge) des minderjährigen Kindes nicht berechtigt sind (§ 1773 BGB).

Die Vormundschaft gilt für das gesamte → Sorgerecht. Kann nur ein Teilbereich des Sorgerechts nicht mehr ausgeübt werden, so wird für diesen Teilbereich eine → Ergänzungspflegschaft angeordnet.

Der Vormund übernimmt die gesetzliche Vertretung des Kindes und die Ausübung des Sorgerechts. Die Kontrolle erfolgt durch das → Familiengericht, dessen Genehmigung auch bei gewissen Entscheidungen wie Rechtsgeschäfte oder Vertragsabschlüsse eingeholt werden muss. → Amtsvormundschaft ist eine Vormundschaft durch das jeweils zuständige → Jugendamt. Gesetzlicher Amtsvormund ist das Jugendamt bei Kindern minderjähriger, unverheirateter Mütter (§ 1791c BGB). Eine bestellte Amtsvormundschaft (§ 1791b BGB) liegt dann vor, wenn keine andere als Vormund geeignete Person vorhanden ist (§ 1779 BGB), und das Jugendamt vom Familiengericht zum Vormund bestellt wird.

Wächteramt des Staates

Art. 6 Abs. 2 Satz 2 GG bestimmt, dass über die Ausübung der elterlichen Pflege und Erziehung der Kinder die staatliche Gemeinschaft wacht. Diese Wächterfunktion wird durch Normierung entsprechender Aufgaben in einfachgesetzlichen Regelungen auf staatliche Institutionen übertragen. Dies sind unter anderem das → Familiengericht und die Träger der öffentlichen → Jugendhilfe (Jugendamt).

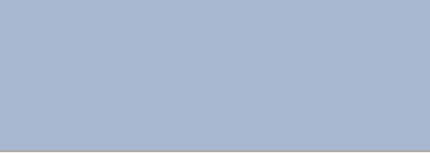
Dabei haben die staatlichen Stellen die Erziehungsweise der Eltern (→ Elternrecht) zu achten und Eltern sowie ihren Kindern präventiv (→ Prävention) Hilfe und Unterstützung zu bieten. Sie greifen nur dann in das → Sorgerecht der Eltern ein, wenn diese Hilfen nicht greifen oder nicht angenommen werden und daher das → Kindeswohl in schwerwiegender Weise gefährdet ist. In diesem Fall ist das Jugendamt dazu angehalten, das Familiengericht anzurufen, das gerichtliche Maßnahmen und wenn nötig, Eingriffe in das Sorgerecht der Eltern anordnen kann (nach → § 1666 BGB).

Zur weiteren Information:

- Willutzki, S. (2008): Der Schutzauftrag des Jugendamtes im neuen Recht. In: Familie Partnerschaft Recht. 10/2008. S. 488-492

GENERELLE INFORMATIONS- UND LITERATURQUELLEN:

- Becker-Textor, I. und Textor, M. (Hrsg) (1990 – 2005): SGB VIII Online-Handbuch:<http://www.sgbviii.de/> (06.11.2009)
- Fegert, J.M. & Schrappner, C. (2004). Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim: Juventa.
- Kindler, H., Lillig, S., Blüml, H., Meysen, T. & Werner, A. (Hg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD), München: Deutsches Jugendinstitut e.V.; online im Internet: http://db.dji.de/asd/ASD_Inhalt.htm (06.11.2009)
- Meysen, T, Schönecker L. & Kindler, H. (2009): Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe. Weinheim: Juventa.
- Nikles, B. W. (2008): Institutionen und Organisationen der Sozialen Arbeit. München: Reinhardt.



Herausgeber:

Nationales Zentrum Frühe Hilfen

Bestelladresse:

NZFH in der BZgA

51101 Köln

Best.-Nr. 16000110
