



QUALITÄTSENTWICKLUNG IM NETZWERK FRÜHE HILFEN UND KINDERSCHUTZ

PRAXISHANDBUCH





QUALITÄTSENTWICKLUNG IM NETZWERK FRÜHE HILFEN UND KINDERSCHUTZ

PRAXISHANDBUCH

Prof. Dr. Ute Ziegenhain, Ruth Himmel M. A., Dr. Anne K. Künster

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
des Universitätsklinikums Ulm

INHALT

VORWORT **6**

MINISTERIN FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG, FAMILIE,
FRAUEN UND SENIOREN DES LANDES BADEN-WÜRTTEMBERG

HINWEIS ZUM TEXT **9**

LEGENDE

1. EINLEITUNG **11**

2. ENTWICKLUNGSPROZESSE PLANEN UND DURCHFÜHREN **23**

ZENTRALE ELEMENTE AUS DEM PROJEKT „NETZWERK
FRÜHE HILFEN UND KINDERSCHUTZ“

- | | | |
|-----|-------------------------------------|----|
| 2.1 | Individuell ausgerichtete Coachings | 27 |
| 2.2 | Gemeinsame Workshops | 27 |
| 2.3 | Fachtage | 28 |

3. VON DER KRABELGRUPPE BIS ZUM KINDERSCHUTZFALL **33**

GOOD PRACTICE-ERFAHRUNGEN AUS DEM PROJEKT
„NETZWERK FRÜHE HILFEN UND KINDERSCHUTZ“

- | | | |
|-------|---|----|
| 3.1 | Fallübergreifendes Netzwerkmanagement | 34 |
| 3.1.1 | Steuerung im Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz | 35 |
| 3.1.2 | Was das Netz zusammenhält: Die Frage nach der Netzwerkkohäsion | 38 |
| 3.1.3 | Synergien schaffen: Fallübergreifende Kooperationsstrukturen | 40 |
| 3.2 | Das Angebotsrepertoire Früher Hilfen | 40 |
| 3.3 | Passgenaue Angebote für Familien | 43 |
| 3.4 | Wie kommen Frühe Hilfen zu den Familien und umgekehrt?
Zugangswege ins Hilfenetzwerk | 46 |
| 3.5 | Um Frühe Hilfen werben – Gesprächsführung mit Eltern | 48 |
| 3.6 | Qualifizierung im interdisziplinären Netzwerk Frühe Hilfen | 51 |
| 3.7 | Nachhaltigkeit: Verstetigung der Kooperations- und Vernetzungs-
strukturen – von verbindlichen Absprachen und Vereinbarungen | 53 |
| 3.8 | Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe | 54 |

4. INSTRUMENTE	57	
4.1	Checkliste: Wesentliche Kriterien für die Zielformulierung	58
4.2	Fragebogen Projekt „Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz“	59
4.2.1	Fragebogen Teil 1	60
4.2.1	Fragebogen Teil 2	68
4.3	Leitfragenkatalog Entwicklungsgespräch	73
4.4	Muster Zielvereinbarung	74
4.5	Dokumentationsbogen für Beratungen	76
4.6	Zielerreichungsskala Angebotsstruktur	78
4.7	Zielerreichungsskala Vernetzung	79
4.8	Fragebogen zur Erfassung der Angebotsstruktur	80
5. VERZEICHNISSE	87	
5.1	Abbildungsverzeichnis	88
5.2	Tabellenverzeichnis	88
5.3	Literaturverzeichnis	88
6. ANHANG	91	
6.1	Teilnehmende Stadt- und Landkreise und kreisangehörige Städte mit eigenem Jugendamt im Projekt „Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz I und II“	92
6.2	Definition Frühe Hilfen	93
6.3	Gesprächsführung mit Eltern: Hilfen vermitteln	95
6.4	Neuköllner Erklärung	99

VORWORT

Das Projekt „Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz“ wurde im Kontext des Kinderschutzkonzeptes Baden-Württemberg von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm in enger Kooperation mit dem Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Dezernat Jugend – Landesjugendamt konzipiert und umgesetzt. Es hat unter der fachpolitischen Leitvorstellung „Vernetzung der Akteurinnen und Akteure“ darauf abgezielt, die von den Stadt- und Landkreisen sowie zwei kreisangehörigen Städten getragenen Jugendämtern in Baden-Württemberg beim Aufbau einer interdisziplinären Vernetzungs- und Angebotsstruktur im Bereich der Frühen Hilfen und des präventiven Kinderschutzes qualifiziert zu begleiten und zu unterstützen. Konkrete Einzelziele waren dabei vor allem, die Vernetzung der Kooperationspartner zu verbessern – insbesondere zwischen der Kinder- und Jugendhilfe sowie dem Gesundheitswesen – und das regionale Angebot Früher Hilfen zu erweitern sowie zu optimieren.

An der 1. Tranche des Projekts, die in der Zeit von August 2010 bis April 2012 stattgefunden hat, haben 18 Jugendämter aus 15 Landkreisen und drei Stadtkreisen teilgenommen. Das Sozialministerium hat hierfür Haushaltsmittel in Höhe von rund 255.000 Euro zur Verfügung gestellt. Im Hinblick auf die positiven Ergebnisse des Projekts und die anhaltende Nachfrage der Jugendämter nach einer Teilnahmemöglichkeit, wurde unmittelbar im Anschluss an die Abschlussveranstaltung eine 2. Tranche aufgelegt, an der zwischen Mai 2012 und September 2013 17 Jugendämter aus 12 Landkreisen und drei Stadtkreisen sowie die beiden kreisangehörigen Städte mit eigenem Jugendamt beteiligt waren. Hierfür wurden vom Sozialministerium nochmals rund 235.000 Euro bereitgestellt. Insgesamt haben sich – da ein Jugendamt an beiden Tranchen teilgenommen hat – 34 der insgesamt 46 Jugendämter im Land in das Projekt eingebracht.



Die Evaluation beider Projekttranchen hat gezeigt, dass die intendierten Ziele in hohem Maße erreicht werden konnten. Die Zahl der Kooperationspartner hat sich im Projektverlauf erhöht und die Qualität der Kooperation hat sich signifikant verbessert. Die Angebotsstruktur im Bereich der Frühen Hilfen und des präventiven Kinderschutzes konnte im Projektverlauf zusätzlich ausdifferenziert werden. Durch das Projekt konnten im Bereich der Vernetzung Grundlagen geschaffen werden, die bei der Umsetzung der Bundesinitiative Frühe Hilfen von großem Vorteil waren.

Mit diesem Handbuch sollen die in dem Projekt gemachten Erfahrungen und gewonnenen Erkenntnisse einem größeren Personenkreis zugänglich gemacht werden. Sein zentraler Nutzen besteht in der Nachhaltigkeit und Verstetigung der vielfältigen Erfahrungen, die im Rahmen des Projekts bei den Teilnehmern gewonnen werden konnten – insbesondere durch die Darstellung von Good Practice-Beispielen. Das Handbuch soll Jugendämter dazu anregen, einen vergleichbaren Entwicklungs- und Qualifizierungsprozess einzuleiten oder zusätzliche Impulse für die Fortentwicklung der Netzwerkstrukturen initiieren.

A handwritten signature in black ink that reads "Katrin Altpeter". The signature is written in a cursive, slightly slanted style.

Katrin Altpeter, MdL

Ministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familie,
Frauen und Senioren des Landes Baden-Württemberg



HINWEIS ZUM TEXT

LEGENDE

Die vier farblich unterlegten Symbole – Werkzeug, Information, Lupe und Häkchen – markieren Texte mit bewährten Instrumenten, nützlichen Hinweisen, vertieftem Wissen und Beispielen für Good Practice.

VERWEISE AUF BEWÄHRTE INSTRUMENTE



NÜTZLICHE HINWEISE



VERTIEFTES WISSEN



BEISPIELE FÜR GOOD PRACTICE





KAPITEL 1
EINLEITUNG

Dieses Praxishandbuch enthält in kompakter Form Informationen und Erfahrungen, Verfahrensabläufe und Strategien sowie Methoden und Instrumente für die Umsetzung der Frühen Hilfen vor Ort. Es sind Ergebnisse aus den bisherigen Entwicklungsprozessen im Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen und des präventiven Kinderschutzes in 34 Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg. Diese wurden im Rahmen des Projektes „Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz“ zusammengetragen. Das Projekt wurde mit Förderung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg in enger Kooperation von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm und dem Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Dezernat Jugend – Landesjugendamt durchgeführt.

Projekt „Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz“

Ziel dieses Projektes war es, Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg beim Auf- und Ausbau einer interdisziplinären Vernetzungsstruktur vor Ort zu unterstützen. Dabei ging es überwiegend um die Optimierung der Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen, aber auch um die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Sozialsystemen, wie etwa der Schwangerenberatung, der Frühförderung oder den Jobcentern. Auch im vorliegenden Handbuch geht es also um die Entwicklung lokaler Netzwerkstrukturen, die – fallübergreifend – eine verbindliche und systematische Zusammenarbeit mit geregelten Absprachen und Verfahrenswegen zwischen den beteiligten Fachkräften aus unterschiedlichen Disziplinen und Systemen ermöglichen. Im Bereich der Frühen Hilfen lässt sich eine adäquate Unterstützung und Versorgung im Sinne der Kinder und ihrer Familien gewöhnlich nur gewährleisten, wenn Angebote und Leistungen aus unterschiedlichen Systemen individuell und passgenau zusammengesetzt werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn Familien psychosozialen Belastungen unterliegen bzw. wenn die Kinder besondere Bedürfnisse haben.

Tatsächlich hat sich fachpolitisch in den vergangenen Jahren zunehmend die Überzeugung durchgesetzt, dass eine systematische und gut funktionierende interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung unabdingbar ist. Dies gilt sowohl für den gelingenden Schutz von Kindern als auch für deren qualitativ gute und jeweils individuell passende frühe und präventive Unterstützung und Versorgung, wie sie in den Frühen Hilfen angestrebt wird.

Informationsaustausch im Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz

Gut funktionierende lokale Netzwerke stellen regelmäßigen Informationsaustausch zwischen den professionellen Akteurinnen und Akteuren vor Ort sicher, aber darüber hinaus auch, dass diese systematisch zusammenarbeiten und sich verbindlich absprechen. Es geht dabei um ein Forum für allgemeine Informationen über lokale Entwicklungen in den Frühen Hilfen, aber auch darum, dass möglichst alle professionellen Akteurinnen und Akteure über die Angebote und Leistungen informiert sind, die vor Ort von unterschiedlichen Disziplinen und Systemen vorgehalten werden. So genannte „Runde Tische“ sind ein Instrument ein solches Forum bereitzustellen. Dabei hängt der Erfolg dieser Netzwerke auch davon ab, wie gut und systematisch Informationen an die jeweiligen Akteurinnen und Akteure und Berufsgruppen vermittelt werden und wie bestehende Strukturen vor Ort es engagierten professionellen Akteurinnen und Akteuren aus dem Gesundheitsbereich, aber auch anderen Disziplinen erleichtern, im Netzwerk mitzuwirken. Hier geht es also um qualifizierte Koordination.

Es geht zudem um Abstimmungen und Absprachen darüber, inwieweit Träger etwa spezifische Beratungsangebote zur Förderung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen verbindlich vorhalten oder inwieweit etwa eine Familienbildungsstätte bzw. eine Beratungsstelle regelmäßig in

der Geburtsklinik Beratungen über typische Entwicklungsfragen bei Säuglingen, wie z.B. Schreien, Schlafen oder Füttern anbietet.

Solche Vernetzungsstrukturen müssen fallübergreifend und in „ruhigen Zeiten“ verbindlich vereinbart werden. Umgekehrt, so die Praxiserfahrungen, scheitern Kooperationsbemühungen gewöhnlich dann, wenn sie immer wieder für jeden neuen Hilfefall etabliert werden müssen. Fehlende Verfahrensabläufe lassen sich schwer einzelfallbezogen kompensieren, ebenso wenig wie sich unzureichendes Wissen um Ansprechpersonen für flankierende oder weiterführende Hilfen bzw. deren Angebotsrepertoire nur schwer in der jeweiligen Betreuung einer Familie ausgleichen bzw. aufheben lässt. Vielmehr zeigt die Erfahrung, dass gerade dann, wenn unterschiedliche Hilfesysteme ohne erprobte Verfahrensregelungen zusammenarbeiten müssen, leicht Reibungsverluste und Frustrationen entstehen. Diese münden dann häufig in eine unbefriedigende bzw. qualitativ nicht adäquate Unterstützung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern (vgl. Ziegenhain, Schöllhorn, Künster, Hofer, König & Fegert, 2010; Ziegenhain, Künster, Zwönitzer, Besier, Pillhofer & Fegert, 2013).

Fallübergreifende Vernetzung

Lokale Netzwerke sind also eine wichtige Voraussetzung dafür, dass Familien mit Säuglingen und Kleinkindern rechtzeitig und passgenau unterstützt und versorgt werden: „Helft Ihr schon oder koordiniert Ihr noch“, hat Dr. Thomas Meysen, Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (DIJuF), diese notwendige, aber eben nicht hinreichende Bedingung für qualitativ gute Frühe Hilfen auf den Punkt gebracht.

Rechtzeitige und passgenaue Unterstützung für Familien

Zweifellos ist „Netzwerken“ zeitintensiv, oft mühsam und langwierig und insbesondere dann frustrierend, wenn Absichtserklärungen oder Absprachen im Alltag und in der gemeinsamen Unterstützung von Familien nicht funktionieren. Netzwerkarbeit ist ein Prozess immer wiederkehrender Aushandlungen und Abstimmungen, bisweilen auch von Konflikten (Ziegenhain et al., 2010). Netzwerkarbeit kann aber auch im Falle gelingender Zusammenarbeit professioneller Akteurinnen und Akteure dazu führen, dass die Familien, für deren Unterstützung und Versorgung Netzwerkstrukturen in erster Linie entwickelt werden, aus dem Blick geraten. Die Familien werden dann nicht systematisch in die Überlegungen und Planungen einbezogen, die für ihre Unterstützung angestellt werden. Die Professionellen genügen sich selber (Goldbeck, Laib-Köhnemund & Fegert, 2007).

Insofern ist ein weiteres zentrales Qualitätsmerkmal Früher Hilfen, dass vor Ort ein breites und interdisziplinär abgestimmtes Angebotsrepertoire vorgehalten wird. Tatsächlich benötigen Familien unterschiedliche und unterschiedlich intensive Hilfen. Diese umfassen gleichermaßen niedrigschwellige, so genannte universell präventive Angebote als auch hochschwellige, spezifische, selektiv präventive Angebote und Leistungen. Es dürfte den Charme der Frühen Hilfen ausmachen, dass ihre ausgewiesene Niederschwelligkeit und Breite für alle jungen Familien unterstützend ist. Junge Eltern sind an der Entwicklung ihrer Kinder interessiert, vielen verschafft vielleicht ein Elternkurs mehr Sicherheit im Umgang mit ihrem Säugling, zunehmend mehr junge Eltern sind auf eine gute Infrastruktur und Ausstattung mit Krippenplätzen angewiesen. Dies gilt für alle jungen Eltern. Dabei wünschen die weitaus meisten jungen Familien eher Informationen und niedrigschwellige Unterstützung. Demgegenüber ist es eine verhältnismäßig kleine Gruppe von Familien, die längerfristige und spezifische Unterstützung beansprucht. Das sind gewöhnlich Eltern mit vielfältigen psychosozialen Belastungen. Sie benötigen darüber hinaus weitergehende spezifische Hilfen, wie z.B. Frühförderung bzw. rechtzeitige diagnostische Abklärung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum, Unterstützung durch eine Sozialpädagogische Familienhilfe oder ggf. eine verlässliche erwachsenenpsychiatrische Anbindung.

Frühen Hilfen:
Interdisziplinär abgestimmtes
Angebotsrepertoire



Definition Frühe Hilfen

Die Angebote und Leistungen Früher Hilfen sollten sich also idealerweise aufeinander beziehen und ergänzen. Für Kommunen bedeutet dies, eine gute Infrastruktur zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für alle junge Familien (z. B. Krippenplätze) intelligent mit spezifischen Leistungen für psychosozial belastete Familien zu kombinieren.

Eine so verstandene kommunale Ausgestaltung Früher Hilfen entspricht auch der Definition des wissenschaftlichen Beirats des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen¹ (NZFH; Walper, Franzkowiak, Meysen & Papoušek, 2009). Danach sind Frühe Hilfen lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für den Altersbereich 0 bis 3 Jahre. Ein besonderer inhaltlicher Schwerpunkt Früher Hilfen ist es, die Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern zu fördern. Zudem umfassen Frühe Hilfen sowohl Angebote, die sich, im Sinne der Gesundheitsförderung an alle (werdenden) Eltern mit ihren Kindern richten (universelle Prävention) als auch an Familien in Problemlagen (selektive Prävention). Dabei ist eine gleichermaßen flächendeckende und qualitativ gute Versorgung gemäß den definierten inhaltlichen und strukturellen Aspekten wesentliches Definitionsmerkmal. Als notwendige strukturelle Voraussetzung wird die enge interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung von Institutionen und Angeboten (Schwangerschaftsberatung, Gesundheitswesen, interdisziplinäre Frühförderung, Kinder- und Jugendhilfe sowie weiterer sozialer Dienste) hervorgehoben.

Erfolgskriterium Früher Hilfen: Zusammenfassend sind funktionierende lokale interdisziplinäre Netzwerkstrukturen ebenso wie **gelingende Entwicklung der Kinder** ein interdisziplinäres Angebotsrepertoire mit einem breiten Spektrum von niedrigschwelligen bis hochschwelligen Angeboten also zentrale Qualitätsmerkmale Früher Hilfen vor Ort. Sie sind die Voraussetzung dafür, dass Unterstützung und Leistungen für junge Familien mit Säuglingen und Kleinkindern passgenau und individuell vorgehalten werden können. Im Einzelnen geht es darum, dass Frühe Hilfen **rechtzeitig** bei den Familien ankommen, dass sie tatsächlich auf die jeweiligen individuellen Bedürfnisse der Kinder und ihrer Familien **abgestimmt** sind und dass sie, wenn notwendig, auch aus unterschiedlichen und **interdisziplinär** zusammengesetzten Angeboten und Leistungen bestehen. **Zentrales Erfolgskriterium**, inwieweit diese Merkmale auch jeweils den qualitativen Vorgaben entsprechen, **ist die gelingende Entwicklung der Kinder!**

Bundesmodellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“ Diese und andere Erfahrungen und Erkenntnisse waren Ergebnis des Bundesmodellprojektes „Guter Start ins Kinderleben“, das in gemeinsamer Initiative der Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen entwickelt und gefördert wurde. Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen förderte die Evaluation des Projektes. Aufbauend auf bestehenden Regelstrukturen, wurden im Rahmen des Projektes in enger Kooperation mit der Praxis interdisziplinäre Kooperationsformen und Vernetzungsstrukturen vor Ort erprobt und entwickelt.

Werkbuch Vernetzung Das „Werkbuch Vernetzung“ ist Ergebnis dieser Praxisbegleitung und der Erfahrungen, die in den vier Bundesländern und an acht Modellstandorten gesammelt wurden (Ziegenhain et al., 2010). Im Werkbuch werden insbesondere die Erfahrungen gebündelt, die die Modellstandorte im Prozess der Etablierung systematischer Kooperations- und Vernetzungsstrukturen gesammelt haben. Dabei ging es vordringlich um die Optimierung der Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen bzw. um die Etablierung verbindlicher und fallübergreifender

1) siehe Kapitel 6.2, S. 93

Strukturen der Zusammenarbeit vor Ort. Es war zum Zeitpunkt des Projektes durchaus nicht selbstverständlich und längst kein allgemeiner fachlicher Konsens, dass interdisziplinäre Netzwerkstrukturen qualitativ wichtige Voraussetzung Früher Hilfen sind bzw. auch der Prävention von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung dienen. Zum damaligen Zeitpunkt, das Projekt startete im Jahr 2006, war die öffentliche und fachliche Diskussion vielmehr noch von den tragischen Kinderschutzfällen bestimmt, die die zahlreichen folgenden Initiativen auf Bundes- und Länderebene, aber zunehmend und, bis heute andauernd, auch auf kommunaler Ebene angestoßen hatten. Im Zuge der folgenden Entwicklungen wurde die zunächst etwas martialisch anmutende Debatte, charakterisiert etwa durch Begriffe wie „soziale Frühwarnsysteme“, immer mehr durch die „Frühen Hilfen“ abgelöst. Damit verbunden war ein explizit präventiver Zugang zu jungen Familien. Nach diesem Verständnis geht es zunächst um die Gesundheits- und die Entwicklungsförderung aller Säuglinge und Kleinkinder. Erst im Kontext dieses universell präventiven Zugangs zu jungen Familien geht es dann ggf. um Prävention von Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung (Ziegenhain, 2012).

Dass die Debatte im Unterschied zu vorhergehenden Kinderschutzdebatten und über die üblicherweise kurze mediale und politische Aufmerksamkeit hinaus erstaunlich nachhaltig geführt wurde, mag auch damit zusammenhängen, dass sie von systematischen und längerfristig angelegten fachlichen und politischen Initiativen begleitet wurde. Mit der Einführung des §8a Achten Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) zum Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung (01.01.2005) setzte eine vertiefte und konstruktive Diskussion in der Kinder- und Jugendhilfe über einen verbesserten Kinderschutz ein.

Etwa zeitgleich wurde nach der Bundestagswahl 2005 mit der im Koalitionsvertrag vereinbarten Stärkung des staatlichen Schutzauftrages das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ verabschiedet. In dessen Folge wurden auf Bundesebene sowohl Modellprojekte zu Frühen Hilfen gefördert als auch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH; www.fruehehilfen.de) etabliert. Zeitgleich initiierten sowohl die Länder als auch zahlreiche Kommunen Projekte und Initiativen zum Auf- und Ausbau Früher Hilfen. Mittlerweile sind die Frühen Hilfen in Deutschland etabliert. Sie sind im Verständnis und in der Praxis von professionellen Akteurinnen und Akteuren und Institutionen im Frühbereich größtenteils verankert.

Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“

Nationales Zentrum Frühe Hilfen

Das Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes im Januar 2012 markiert einen vorläufigen Endpunkt in der bisherigen Entwicklung der Frühen Hilfen. Als eine erfolgreiche Neuerung wurden im Gesetz zur Kooperation und Kommunikation im Kinderschutz (KKG), das Bestandteil des Bundeskinderschutzgesetzes ist, die Stärkung präventiver Ansätze bzw. der Auf- und Ausbau lokaler Netzwerke erstmals gesetzlich verankert. Zum Zeitpunkt der Verabschiedung des KKG war der Stand des Aus- und Aufbaus der Frühen Hilfen in den Bundesländern und in den Stadt- und Landkreisen ausgesprochen heterogen. Aber auch seither verläuft die Entwicklung der Frühen Hilfen durchaus noch mit unterschiedlichem Tempo und ist nach wie vor von unterschiedlicher Qualität.

Bundeskinderschutzgesetz 2012

Mit dem KKG sowie der damit verknüpften Bundesinitiative wird der Auf- und Ausbau lokaler Netzwerke sowie auch der Einsatz von Familienhebammen vor Ort zudem mit insgesamt 177 Millionen Euro finanziert. Auch nach Ablauf der auf vier Jahre befristeten Bundesinitiative ist die weitere Finanzierung durch einen Fonds des Bundes mit jährlich 51 Millionen Euro gesichert. Im Einzelnen wurden Angebote wie z. B. Familienbesuche (§2 KKG, Information der Eltern über Unterstützungsangebote in Fragen der Kindesentwicklung) normiert und in die Zuständigkeit des örtlichen Trägers

der Jugendhilfe übertragen. Ebenso ist die interinstitutionelle Zusammenarbeit im Kinderschutz als ein weiteres zentrales Element im KKG normiert (§3 KKG, Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz). Damit verbunden ist erstmalig auch die Möglichkeit, Instrumente wie Familienbesuche bzw. lokale Netzwerkstrukturen/Runde Tische nachhaltig, d.h. auch finanziell abgesichert, vor Ort zu etablieren.

Insbesondere mit der Normierung der interdisziplinären Zusammenarbeit wurde ein wesentliches Strukturelement funktionierender lokaler Netzwerkstrukturen (auch finanziell) verstetigt. Es fanden letztlich auch die bis dahin ausgewerteten Erfahrungen und Ergebnisse Eingang ins Gesetz, wie sie u. a. im Projekt „Guter Start ins Kinderleben“ entwickelt wurden und wie sie in den beteiligten Ländern etwa in einem Landeskinderschutzgesetz, durch Förderrichtlinien oder durch intelligent gesteuerte Maßnahmen in die Breite weiterentwickelt und verstetigt wurden.

Eine in diesem Zusammenhang immer wieder gestellte Frage ist, ob und inwieweit die Frühen Hilfen bei den Kindern und Familien ankommen und ob sie ihre unterstützende Wirkung bei diesen entfalten können. Dies wird insbesondere auch in Hinblick auf die Finanzierung bei immer knapper werdender monetärer Ressourcen diskutiert. Es ist schwierig, die positive Wirkung der Frühen Hilfen auf die Kinder und Familien eindeutig zu messen. Großangelegte Langzeitstudien, die Kinder und deren Familien über Jahre, wenn nicht Jahrzehnte, begleiten, wären dazu notwendig.

Eine Kosten-Nutzen-Analyse², die im Rahmen des Modellprojekts „Guter Start ins Kinderleben“ von Prof. Dr. Uta Meier-Gräwe und Inga Wagenknecht durchgeführt wurde, weist aber bereits heute darauf hin, dass sich Frühe Hilfen in finanzieller Hinsicht lohnen und die Kosten in einem positiven Verhältnis zum Nutzen stehen. Die durch Frühe Hilfen verursachten Kosten stehen im Vergleich zu den Folgekosten, die entstehen, wenn ein Kind von Vernachlässigung und/oder Misshandlung betroffen ist in einem moderaten Verlaufsszenario (d.h. Hilfebeginn im Alter von 3 Jahren) im Verhältnis 1:60 und im pessimistischen Fall (d.h. Hilfebeginn im Alter von 6 Jahren) sogar in einem Verhältnis von 1:159. So konstatieren die Autorinnen der Analyse auch, dass ihre Befunde – bei aller noch notwendigen begleitenden Evaluation über längere Zeiträume – für einen entschiedenen Paradigmenwechsel in den Finanzierungsstrukturen von Gesundheitswesen und Jugendhilfe sprächen. Gelingt es durch Frühe Hilfen Entwicklungsrisiken zu erkennen, einen guten Zugang zu (gefährdeten) Familien herzustellen, Unterstützung und Hilfen im Sinne eines guten „Übergangsmangements“ anzubieten und damit eine mögliche Kindesvernachlässigung und Misshandlung zu verhindern, ist das für das Wohlergehen der Kinder aber auch für die Gesellschaft unschätzbar und führt zu einer „doppelten Dividende“ (Meier-Gräwe & Wagenknecht, 2011, S. 9ff).



Kosten-Nutzen-Analyse

Entwicklung der Frühen Hilfen und des Kinderschutzes in Baden-Württemberg

Das Land Baden-Württemberg hat den Weg der interdisziplinären Entwicklung und Etablierung Früher Hilfen und der Professionalisierung des Kinderschutzes im Rahmen aufeinander abgestimmten Förderungen und Projekte bzw. Maßnahmen auf Landesebene konsequent und systematisch begleitet und unterstützt. Neben dem bereits genannten Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“ förderte das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg in Kooperation mit dem Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg,

2) [http://www.fruehehilfen.de/no_cache/serviceangebote-des-nzfh/materialien/publikationen/einzelansicht-publikationen/titel/kosten-und-nutzen-frueher-hilfen/?sword_list\[\]=kosten&sword_list\[\]=nutzen&no_cache=1](http://www.fruehehilfen.de/no_cache/serviceangebote-des-nzfh/materialien/publikationen/einzelansicht-publikationen/titel/kosten-und-nutzen-frueher-hilfen/?sword_list[]=kosten&sword_list[]=nutzen&no_cache=1)

Dezernat Jugend – Landesjugendamt, eine Qualifizierungsoffensive zum Kinderschutz. Im Rahmen des **Ausbaus der Frühen Hilfen** legte das Land u. a. ein Förderprogramm für Familienhebammen sowie das Landesprogramm „Stärke“ auf oder förderte ehrenamtliche Angebote wie Familienpaten oder „welcome“. Mit der Entwicklung des E-Learning-Kurses „Frühe Hilfen und frühe Interventionen im Kinderschutz“³ griff das Land aktiv den bis dahin wenig bearbeiteten, aber zentralen Aspekt der systematischen, breiten und **interdisziplinären Fort- und Weiterbildung** für Fachkräfte auf. Schließlich unterstützte das Land weiterhin die **Vernetzungsaktivitäten** in Baden-Württemberg, wie etwa mit der Initiative „Vernetzung von lokalen Angeboten mit vertragsärztlichen Qualitätszirkeln“⁴, die gemeinsam mit dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen und der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) durchgeführt wurde. Das hier dargestellte **Projekt „Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz“** schließt in gewisser Weise an das Bundesmodellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“ an.

Dabei setzte das Projekt gezielt an der außergewöhnlich aktiven, kreativen und bunten Landschaft der Entwicklung der Frühen Hilfen in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs an. Dieses kommunale Engagement in Baden-Württemberg wie z. B. im Alb-Donau-Kreis, im Ortenaukreis, im Zollernalbkreis und in den weiteren Stadt- und Landkreisen Böblingen, Esslingen, Mannheim, Sigmaringen, Karlsruhe, Tübingen und Waldshut ist sicher besonders. Bereits früh und parallel etwa zu den Prozessbegleitungen in Pforzheim und dem Ostalbkreis, den beiden Modellstandorten im Projekt „Guter Start“, entwickelten sich zunehmend kommunale Initiativen in Baden-Württemberg. Diese entstanden teilweise weit **vor dem KKG** und nahmen die darin formulierte Stärkung präventiver Ansätze und die Etablierung lokaler Netzwerke vielfach vorweg. Es wurden ergänzende und spezifische Angebote Früher Hilfen vor Ort etabliert, wie z. B. Familien- bzw. Willkommensbesuche, Familienhebammen oder Angebote zur Bindungsförderung, wie die Entwicklungspsychologische Beratung (EPB)⁵. Diese Angebote wurden häufig dauerhaft und als Teil der präventiven Regelversorgung verstetigt. Teilweise hat sich damit auch der Leistungsbereich der Kinder- und Jugendhilfe vor Ort erweitert.

Diese produktiven kommunalen Entwicklungsprozesse der Frühen Hilfen in Baden-Württemberg zeichneten sich von Anfang an durch einen vielfältigen und selbstverständlichen Austausch zwischen den Stadt- und Landkreisen aus. Insofern zeigte sich hier die Herausforderung an „Vernetzung“ noch einmal jenseits der Etablierung lokaler Netzwerke, nämlich kommunalübergreifend. Der Austausch zwischen den Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg findet und fand informell und/oder im Rahmen ganz unterschiedlicher Veranstaltungen statt. Dazu gehörten etwa die Veranstaltungen im Rahmen des Projektes „Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz“, im Rahmen der unterschiedlichen Veranstaltungen und Gremien des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Dezernat Jugend – Landesjugendamt, überregionale

3) Entwicklung und Implementierung des E-Learning-Kurses „Frühe Hilfen und frühe Interventionen im Kinderschutz“ gefördert durch Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg; nachhaltige Finanzierung durch die UBS Optimus Foundation; Konzeption und Durchführung durch die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm (www.elearning-fruehehilfen.de)

4) <http://www.kvbawue.de/qualitaet/qualitaetssicherung/fruehe-hilfen/>

5) www.entwicklungspsychologische-beratung.de

Veranstaltungen wie etwa die überregionale „NetzwerkeKonferenz Voneinander Lernen“ des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen etc.

Bereits in der Auswahl der Modellstandorte zum Projekt „Guter Start ins Kinderleben“ im Rahmen eines Hearings, an dem sich viele Kommunen beteiligten, wurde das beachtliche Engagement, aber auch das gute Niveau mit kreativen Ideen zum Aufbau Früher Hilfen deutlich. Die damals sehr schwierige Auswahl von zunächst zwei Standorten wurde im Projekt „Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz“ dadurch deutlich erleichtert, dass mit der Förderung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg letztlich alle Stadt- und Landkreise mit aufgenommen werden konnten, die sich beworben hatten.

Es war ausgewiesenes Ziel des Projektes, Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg beim Aufbau bzw. Ausbau interdisziplinärer Kooperations- und Vernetzungsstrukturen sowie bei der Optimierung ihres jeweiligen interdisziplinären Angebotsrepertoires vor Ort zu beraten und zu unterstützen. Die Initiativen und Entwicklungen der Frühen Hilfen sind Prozesse. Ihre gelingende (Weiter-) Entwicklung und fortlaufende Optimierung hängen davon ab, dass Standards entwickelt werden und Rahmenbedingungen definiert werden, mit denen sich alle professionellen Akteurinnen und Akteure einverstanden erklären können. Dies ist etwa der Konsens, dass Frühe Hilfen interdisziplinär gedacht und zusammengestellt werden.

Gelingende (Weiter-) Entwicklung bedeutet aber auch, dass die Vielfalt und die zahlreichen so genannten „Good Practice“-Erfahrungen und Modelle wichtige Bausteine sind, lokale Netzwerke und die lokale interdisziplinäre Angebotspalette zu optimieren. Die Entwicklung Früher Hilfen ist ein Prozess, für dessen Ausgestaltung es sehr unterschiedlich gute Lösungen gibt. Diese hängen etwa von den jeweiligen lokalen Besonderheiten, Zugängen zu Versorgungsangeboten oder strukturellen Gegebenheiten ab. Die vielfältigen Entwicklungen und Lösungen vor Ort stellen für sich alleine genommen ein Qualitätsmerkmal dar, auch wenn die Entwicklung der Frühen Hilfen längst nicht abgeschlossen ist. Sie sind das wesentliche Ergebnis des Projektes „Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz“ und der Inhalt dieses Praxishandbuchs. Es fasst im Wesentlichen die Entwicklungen und die jeweiligen Lösungen im Sinne von „Good Practice“-Erfahrungen von 32 Stadt- und Landkreisen sowie zwei kreisangehörigen Städten mit eigenem Jugendamt in Baden-Württemberg zusammen.

Danksagung Wir möchten uns an dieser Stelle ganz herzlich bei den 34 Stadt- und Landkreisen bzw. kreisangehörigen Städten für ihre Teilnahme am Projekt „Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz“ bedanken. Dies waren: Alb-Donau-Kreis, Landkreis Biberach, Landkreis Böblingen, Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald, Landkreis Emmendingen, Enzkreis, Landkreis Esslingen, Stadtkreis Freiburg, Stadtkreis Heidelberg, Landkreis Heidenheim, Landkreis Heilbronn, Stadtkreis Heilbronn, Hohenlohekreis, Landkreis Karlsruhe, Stadtkreis Karlsruhe, Landkreis Konstanz, Stadt Konstanz, Landkreis Lörrach, Landkreis Ludwigsburg, Stadtkreis Mannheim, Ortenaukreis, Ostalbkreis, Stadtkreis Pforzheim, Landkreis Rastatt, Landkreis Ravensburg, Rems-Murr-Kreis, Landkreis Reutlingen, Landkreis Schwäbisch Hall, Landkreis Sigmaringen, Landkreis Tübingen, Landkreis Tuttlingen, Stadt Villingen-Schwenningen, Landkreis Waldshut, Zollernalbkreis. Insbesondere den dortigen Kolleginnen und Kollegen danken wir sehr herzlich für die kreative und gute Zusammenarbeit. Wir bedanken uns für das Vertrauen und die Bereitschaft, mit der sie sich auf einen zunächst ergebnisoffenen Prozess eingelassen haben. Es war für uns ein überaus anregender Entwicklungsprozess und wir haben viel gelernt.

Ganz besonders danken wir auch Frau Maria Diop, Herrn Michael Qualmann, Herrn Alexander Bihl und Herrn Winfried Kleinert, Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg, für die immer angenehme und hilfreiche Unterstützung bei vielen Fragen und Abstimmungen, die im Verlauf des Projektes auftraten. Sie hatten immer ein offenes Ohr und unterstützten uns gleichermaßen bei organisatorischen wie inhaltlichen Fragen mit praktischer Hilfe und Lösungsvorschlägen.

Ganz herzlichen Dank auch unseren Kooperationspartnern beim Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Dezernat Jugend – Landesjugendamt, Herrn Roland Kaiser, Herrn Dr. Jürgen Strohmaier, Herrn Willi Igel und Herrn Julian Zwingmann für die kollegiale und konstruktive Zusammenarbeit von Anfang an.

Unseren Expertinnen und Experten danken wir sehr dafür, dass sie die Stadt- und Landkreise bei der Zielfindung und im Prozess der Qualitätsentwicklung hochengagiert, kompetent und kreativ begleitet haben. Die Stadt- und Landkreise haben sich sehr gut beraten gefühlt, so wurde es uns vielfach rückgemeldet. Wir danken Herrn Ullrich Böttinger, Landratsamt Ortenaukreis, Frau Sylvia Domon, Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Dezernat Jugend – Landesjugendamt, Herrn Dieter Fischer, Landratsamt Ostalbkreis, Frau Susanne Hartmann, Stiftung Pro Kind, Hannover, Herrn Olaf Hillegaart, Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Dezernat Jugend – Landesjugendamt, Frau Dr. Sabine Höck, Arbeitsstelle Frühförderung Bayern, Herrn Willi Igel, Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Dezernat Jugend – Landesjugendamt, Herrn Dr. Heinz Kindler, Deutsches Jugendinstitut e. V. (DJI), München, Frau Carolin Knorr, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Günzburg, Frau Gisela Köhler, Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Dezernat Jugend – Landesjugendamt, Herrn Prof. Dr. Michael Kölch, Vivantes Klinikum im Friedrichshain, Frau Gerlinde Köhl, Landratsamt Reutlingen, Frau Gudrun Mittner, Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Dezernat Jugend – Landesjugendamt, Herrn Dr. Andreas Oberle, Olgahospital, Stuttgart, Frau Dr. Angelika Schöllhorn, Pädagogische Hochschule Thurgau, Herrn Prof. Dr. Jürgen Schwab, Katholische Hochschule Freiburg, Herrn Prof. Dr. Jochen Schweitzer-Rothers, Universitätsklinikum Heidelberg, Herrn Dr. Jürgen Strohmaier, Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Dezernat Jugend – Landesjugendamt, Frau Leonore Thurn, Universitätsklinikum Ulm, Herrn Dr. Klaus Walter, Gesundheitsamt Ostalbkreis sowie Frau Irma Wijnvoord, Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Dezernat Jugend – Landesjugendamt.

Bedanken möchten wir uns außerdem ganz herzlich bei den Referentinnen und Referenten, die Workshops zu unterschiedlichen, interdisziplinär relevanten Themen durchgeführt haben. Dies waren Frau Henriette Katzenstein, Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e. V. (DIJuF), Heidelberg (Workshop „Kooperation – Absprachen und Vereinbarungen“), Herr Dr. Andreas Oberle, Olgahospital, Stuttgart (Workshop „Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen“), Frau PD Dr. Ulrike Schulze, Universitätsklinikum Ulm und Herr Prof. Dr. Michael Franz, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Merxhausen (Workshop „Kinder psychisch kranker Eltern“) sowie Herr Prof. Dr. Jürgen Schwab, Katholische Hochschule Freiburg (Workshop „Konzeptentwicklung“). Die Workshops bestanden aus einer gelungenen Mischung aus theoretischen und praktischen Inputs und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus den Stadt- und Landkreisen gingen zumeist mit einem Rucksack voller neuen Ideen und mit gestärkter Motivation an ihre Arbeit zurück.

Herzlichen Dank den Referentinnen und Referenten sowie den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Podiumsdiskussionen, die mit ihren interessanten Beiträgen und ihrer ansprechenden Moderation unsere Fachtage bereichert haben. Im Einzelnen waren dies Herr Dieter Fischer, Landratsamt Ostalbkreis und Frau Dr. Angelika Schöllhorn, Pädagogische Hochschule Thurgau (Fachtag „Koope-ration und Vernetzung zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen“), Herr Dr. Thomas Meysen, Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (DIJuF), Heidelberg (Fachtag „Daten-schutz und Bundeskinderschutzgesetz“ und Fachtag „Bundeskinderschutzgesetz – die Normen und ihre Umsetzung in der interdisziplinären Praxis“), Frau Prof. Dr. Sabine Wagenblass, Hochschule Bremen und Herr Prof. Dr. Thomas Becker, Bezirkskrankenhaus Günzburg als Referentin und Referent und Herr Ullrich Böttinger, Landratsamt Ortenaukreis sowie die Projektteilnehmerinnen Frau Dr. Sabine Borell, Kompetenzzentrum Frühe Hilfen Freiburg, und Frau Christine Utecht, Landratsamt Tübingen, als weitere Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Podiumsdiskussion (Fachtag „Kinder psychisch kranker Eltern“), Frau Melanie Pillhofer, Universitätsklinikum Ulm, Frau Alexandra Sann, Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln und Frau Margarete Wetzel, Hebammenverband Baden-Württemberg e.V. als Referentinnen und Herr Winfried Kleinert, Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg, Herr Roland Kaiser, Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Dezernat Jugend – Landesjugendamt und Frau Jutta Eichenauer, Hebammenverband Baden-Württemberg e.V. als weitere Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Podiumsdiskussion (Fachtag „Bundeskinder-schutzgesetz – die Normen und ihre Umsetzung in der interdisziplinären Praxis“), Herr Prof. Dr. Jochen Schweitzer-Rothers, Universitätsklinikum Heidelberg und Herr Prof. Dr. Rudolf Tippelt, Ludwig-Maximilians-Universität München als Referenten und Herr Willi Igel, Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Dezernat Jugend – Landesjugendamt, Herr Winfried Kleinert, Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg sowie die Projektteilnehmerinnen Frau Ingrid Schneider-Rabeneick, Rems-Murr-Kreis, und Frau Iris Söhngen, Stadt Heidelberg, als weitere Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Podiumsdiskussion (Fachtag „Netzwerke Frühe Hilfen und Kinderschutz – Wege in die Nachhaltigkeit“) und Herr Dr. Heinz Kindler, Deutsches Jugendinstitut e.V. (DJI), München (Fachtag „Risikoscreening in der Kinder- und Jugendhilfe“).

Den Mitgliedern unseres Beirats danken wir sehr herzlich, insbesondere für ihre konstruktive und unterstützende Begleitung im Verlauf des Projektes, für ihren Rat sowie ihre wertvollen Anregungen. Vielen Dank Frau Prof. Dr. Cornelia Albani-Blaser, Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Bad Schussenried, Herrn Jörg Backes, Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln, Herrn Alexander Bihl, Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg, Herrn Ullrich Böttinger, Landratsamt Ortenaukreis, Frau Maria Diop, Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg, Frau Dr. Barbara Filsinger, St. Marien- und St. Annastifts Krankenhaus, Ludwigshafen, Herrn Dieter Fischer, Landratsamt Ostalbkreis, Frau Susanne Flohr, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Herrn Dr. Roland Fressle, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Baden Württemberg, Frau Stephanie Götte, Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (DIJuF), Heidelberg, Herrn Prof. Dr. Harald Gündel, Universitätsklinikum Ulm, Frau Sigrun Häußermann, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Herrn Willi Igel, Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Dezernat Jugend – Landesjugendamt, Herrn Roland Kaiser, Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Dezernat Jugend – Landesjugendamt, Herrn Dr. Heinz Kindler, Deutsches Jugendinstitut e.V. (DJI), München, Herrn Winfried Kleinert, Ministerium für Arbeit

und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg, Frau Gerlinde Kohl, Frau Saskia Möding, Städtetag Baden-Württemberg, Landratsamt Reutlingen, Herrn Dr. Andreas Oberle, Olgahospital Stuttgart, Frau Charlotte Orzschig, Landkreistag Baden-Württemberg, Landkreis Freudenstadt, Frau Mechthild Paul, Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln, Herrn PD. Dr. Frank Reister, Universitätsklinikum Ulm, Frau Margarete Wetzler, Hebammenverband Baden-Württemberg e.V., Frau Sabine Zetzmann, Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg und Frau Elfriede Zoller, Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. (BeKD).

Danken möchten wir außerdem herzlich den Jurymitgliedern der Hearings zur Auswahl der teilnehmenden Städte und Kreise: Herrn Alexander Bihr, Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg, Frau Maria Diop, Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg, Herrn Willi Igel, Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Dezernat Jugend – Landesjugendamt, Frau Saskia Möding, Städtetag Baden-Württemberg e.V., Herrn Dr. Jürgen Strohmaier, Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Dezernat Jugend – Landesjugendamt, Herrn Prof. Dr. Jürgen Schwab, Katholische Hochschule Freiburg und Frau Susanne Ziese, Landratsamt Ortenaukreis.

Herzlichen Dank an Herrn Dr. Heinz Kindler, Deutsches Jugendinstitut e.V. (DJI), München für die Entwicklung, Begleitung und Auswertung der „Qualitätsindikatoren im Kinderschutz“ und den fünf Stadt- und Landkreisen, die die Qualitätsindikatoren in einer Pilotphase auf ihre Praktikabilität und Effektivität mit großem Engagement erprobt haben.

Schließlich danken wir Herrn Alexander Seitz und seinen Kollegen (Firma Soon-Systems) für die technische Entwicklung der Datenbank „Frühe Hilfen“ sowie Herrn Dieter Fischer, Landratsamt Ostalbkreis, der diese Entwicklung fachlich konzeptualisierte und die Implementierung vor Ort begleitete.

Prof. Dr. Ute Ziegenhain

Ruth Himmel M. A.

Dr. Anne K. Künster



KAPITEL 2

ENTWICKLUNGSPROZESSE PLANEN UND DURCHFÜHREN

ZENTRALE ELEMENTE AUS DEM PROJEKT
„NETZWERK FRÜHE HILFEN UND KINDERSCHUTZ“

Ziel des Projektes „Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz“ war es, Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg beim Auf- und Ausbau ihrer interdisziplinären Vernetzungs- und Angebotsstruktur im Bereich Frühe Hilfen und Kinderschutz für einen zeitlich begrenzten Zeitraum (ca. ein Jahr) zu begleiten und zu unterstützen. Konkret bedeutete dies, das regionale Angebot Früher Hilfen vor Ort zu erweitern und zu optimieren sowie die Vernetzung der Kooperationspartner zu verbessern.

Das Projekt begann im Jahr 2010 und endete 2013. Es deckte damit einen Zeitraum ab, in dem der Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs von ersten einzelnen kommunalen Initiativen zu Beginn des Projektes bis zu einer breiten und flächendeckenden Entwicklung verlief. Das Projekt bestand aus zwei Tranchen, von denen die erste zu Beginn des Jahres 2012 endete und die zweite Ende 2013. Die Verabschiedung des KKG und die damit verbundenen strukturellen Neuerungen, wie die, Netzwerkarbeit zukünftig auch (finanziell) über die Bundesinitiative zu verstetigen, fielen zeitlich etwa in den Beginn der zweiten Tranche. Die Verwaltungsvereinbarung des Bundes und der Länder zur Ausgestaltung der Bundesinitiative konnten dann erst Ende 2012, und damit übrigens in Baden-Württemberg sehr zeitnah, in den Kommunen umgesetzt werden. Dennoch konnten zukünftige strukturelle Erweiterungen und Verstärkungen für den jeweils individuellen Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen vor Ort zunehmend eingeplant werden. Für den weiteren Prozess der Weiterentwicklung und des Ausbaus der Frühen Hilfen bedeutet dies auch, dass sich auch andere bisher anders festgelegte Ausgaben in den Frühen Hilfen daraufhin prüfen lassen, inwieweit sie ggf. nun aus den Mitteln der Bundesinitiative ersetzt werden können bzw. inwieweit damit dann der Weg für weitere neue Angebote oder Aufgaben frei werden kann.

Zu Beginn des Projektes war es in der Fachöffentlichkeit weitgehend akzeptiert, dass qualitativ gute und passgenaue Frühe Hilfen sowohl funktionierende interdisziplinäre Netzwerke als auch ein breites interdisziplinäres Angebotsrepertoire vor Ort voraussetzen. Ebenso waren erste Gelingensbedingungen und Stolpersteine für die Netzwerkarbeit benannt und erste Erfahrungen lagen vor (Ziegenhain et al., 2010). Zu Beginn der Entwicklungen der Frühen Hilfen ging es vordringlich zunächst darum, einen übergreifenden Rahmen z. B. für die Etablierung von interdisziplinären Netzwerken zu spannen sowie Standards oder Kriterien bzw. Instrumente zu definieren, die das Handeln und die Umsetzung vor Ort anleiten können. Dazu gehören z. B. mittlerweile bewährte Instrumente wie „Runde Tische“.

Weniger ausgereifte Erfahrungen aber bestanden darin, die Abläufe und Schritte zu beschreiben, die im Prozess der Erweiterung des lokalen Angebotsrepertoires bzw. der Etablierung von Netzwerken bedacht und durchlaufen werden sollten. Diese umfassen Wissensinhalte über die Entwicklung in der frühen Kindheit bzw. auch über die Situation und die Bedürfnisse von Kindern und ihren Eltern mit besonderen psychischen, gesundheitlichen und sozialen Belastungen und Einschränkungen, aber auch über die Angebote und Leistungen, die in unterschiedlichen Sozialsystemen vorgehalten werden. Dazu gehört durchaus auch Wissen um psychologische Mechanismen bzw. Handlungswissen, wie z. B. Gesprächsführung, ebenso wie auch Strategien und Instrumente, die im jeweiligen Prozess unterstützen und diesen absichern können. Am Beispiel der Etablierung Runder Tische geht es dann z. B. um das Ziel „regelmäßig gut besuchte Runde Tische zu etablieren, deren Teilnehmer zuverlässig die Kolleginnen und Kollegen in ihrer Institution oder Berufsgruppe (rück-) informieren“. Es geht also darum, realistisch erreichbare (Zwischen-) Ziele zu definieren und diese in Schritte „herunter zu brechen“, die realistisch bedacht, durchlaufen und abgearbeitet werden müssen.

Tatsächlich setzten sich alle am Projekt „Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz“ beteiligten Stadt- und Landkreise Entwicklungsziele, die mehr oder minder allgemein formuliert waren und im Zusammenhang standen mit

- dem Auf- und Ausbau von interdisziplinären Kooperationsstrukturen in einem Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz bzw.
- der Optimierung eines flächendeckenden, passgenauen und aufeinander abgestimmten Angebotsrepertoires Früher Hilfen.

So genannte Entwicklungsgespräche zu Beginn des Projektes dienten dazu, die jeweiligen Projektziele der Stadt- und Landkreise zu präzisieren und in Arbeitsaufträge zu fassen, die sowohl realistisch im Verlauf eines Jahres erfüllt werden konnten als auch einer Realitätsprüfung standhielten, inwieweit sie tatsächlich umsetzbar waren. Für letztere Realitätsprüfung wurde z.B. der jeweilige Stand des Ausbaus der Frühen Hilfen vor Ort mit den genannten allgemeinen Zielen kritisch abgewogen.

Es wurden die jeweiligen strukturell-finanziellen Voraussetzungen geprüft ebenso wie z.B. „klimatische Einschätzungen“ der jeweiligen Gesprächsbereitschaft, des „Backings“ oder des Engagements vor Ort berücksichtigt. Dabei konnten realistische Zwischenziele durchaus auch bedeuten, dass zunächst mehr Zeit als eingeplant dafür verwendet wurde, ein Ziel so zu formulieren, dass es gemäß der jeweiligen lokalen Bedingungen auch realistisch geplant werden konnte. Ein vermeintliches „Zurückgehen“ führte dann, wie die Prozessbegleitung zeigte, dennoch „nach vorne“.

Entwicklungsgespräche

Grundlage: Analyse der Ausgangsbedingungen

Überlegen Sie sich, ob Sie für die Zielentwicklungs- und Operationalisierungsphase externe Hilfe im Sinne eines „moderierenden Coachings“ in Anspruch nehmen können und wollen. Eine externe Beratung kann auf mögliche Schwierigkeiten / Stolpersteine hinweisen und die Machbarkeit der Ziele (objektiv) einschätzen helfen. Eine andere Möglichkeit, in einen konstruktiven Zielfindungsprozess (auch ohne externe Beratung) einzusteigen, wäre die Verteilung von spezifischen Rollen im Team wie Träumer, Realist, Kritiker (nach der Walt-Disney-Methode, z. B. Boos, 2007). Es empfiehlt sich, bei Zielentwicklungsprozessen (in Institutionen) neben der operativen Ebene gleich zu Beginn auch die „Entscheiderebene“ (z. B. Amtsleitung, Abteilungs- oder Gruppenleitung) in den Prozess einzubinden, damit zu einem möglichst frühen Zeitpunkt „von oben bis unten“ ein Konsens über die Auswahl der Ziele hergestellt werden kann und diese im Idealfall von allen Beteiligten akzeptiert und verantwortlich mitgetragen werden.

Entwicklungsgespräche
und Zielvereinbarung



Leitfragenkatalog Entwicklungsgespräch (s. Kap. 4.3, S. 73).

Dieser kann Sie bei der Durchführung von Zielentwicklungsgesprächen unterstützen.

Muster Zielvereinbarung (s. Kap. 4.4, S. 74).

Leitfragenkatalog
Entwicklungsgespräch



Muster Zielvereinbarung

Instrumente, die Ihnen bei einer Analyse der Ausgangslage hilfreich sein können:

Fragebogen „Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz“ (s. Kap. 4.2, S. 59). Ziel: Bestandsanalyse der Strukturen Früher Hilfen vor Ort.

Fragebogen „Angebotsstruktur“ (s. Kap. 4.8, S. 80). Ziel: Bestandsanalyse des Angebotsrepertoires Früher Hilfen vor Ort (Daten aus dem Fragebogen sind in Folge z.B. nutzbar für Angebotslandkarten, Branchenbücher, Datenbanken etc.).

Fragebögen
Bestandsanalyse





Zielerreichungsskala

Zielerreichungsskala

Ein Instrument, das im Projekt „Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz“ entwickelt und eingesetzt wurde, ist die siebenstufige Zielerreichungsskala. Sie kann Ihnen einerseits als Reflexionsinstrument dienen, d.h. abschätzen helfen, wie der Entwicklungsstand Ihrer Vernetzungsstrukturen und Ihres Angebotsrepertoires in den Frühen Hilfen momentan ist, und andererseits Ausblick geben, d.h. einen SOLL-Wert bestimmen, wo Sie nach einem angestrebten Entwicklungsprozess gerne stehen würden (Kontrolle der wahrgenommenen Zielerreichung). Bei einem zweimaligen Einsatz, d.h. zu Beginn des Qualitätsentwicklungsprozesses und zum Ende, können die wahrgenommenen Qualitätsentwicklungen anhand der Skala gut abgebildet und in Punktwerten wiedergegeben werden.

Zwei Skalen mit vordefinierten Polen stehen Ihnen im Kapitel Instrumente (Kap. 4.6 und 4.7) auf den Seiten 78 und 79 zur Verfügung.

Insgesamt ging es explizit darum, vor dem Hintergrund der jeweils unterschiedlichen Ausgangsbedingungen vor Ort individuelle und jeweils passgenaue Entwicklungen zu unterstützen und Lösungen zu finden. Ebenso explizit war es ein zentrales Anliegen, dass ein solcher Prozess nur in enger Zusammenarbeit und in engem Austausch mit den Akteurinnen und Akteuren vor Ort gestaltet werden konnte. Tatsächlich sind diese die Expertinnen und Experten ihrer jeweiligen Situation. Sie kennen den Stand des Auf- und Ausbaus vor Ort, sie kennen die jeweiligen Strukturen ebenso wie sie die Qualität, das Klima und die „Geschichte“ der bisherigen Zusammenarbeit zwischen den professionellen Akteurinnen und Akteuren einschätzen können.

Es bestand von Anfang an Konsens darüber, dass es keinen „Entwicklungsprozess von der Stange“ gibt. Dafür waren und sind die jeweiligen Ausgangsbedingungen vor Ort zu unterschiedlich. Neben dem Stand des jeweiligen Ausbaus spielen städtische oder ländliche Bedingungen (räumliche Ausdehnung, Zugänge, Infrastruktur etc.) mit eine Rolle dabei, inwieweit junge Familien früh erreicht werden können, welche Zugänge zu ihnen gewählt werden bzw. welche hochschwelliger Angebote vor Ort, wie z.B. die Anbindung an erwachsenenpsychiatrische Versorgung, niedrigschwellig vereinbart und niedrigschwellig vorgehalten werden können. Auch die Organisation von Netzwerkstrukturen und -treffen wird durch die Größe eines Stadt- oder Landkreises beeinflusst und verlangt nach individuellen bzw. dezentralen Lösungen.

All dies bedeutete, dass die Prozessbegleitung bzw. die Beratungsangebote, Methoden oder Instrumente, die im Projekt zur Verfügung gestellt bzw. teilweise entwickelt wurden, als Rahmen und Strukturierungshilfe für die eigenständigen und kreativen Lösungen der Stadt- und Landkreise konzipiert wurden.

Es wurde ein Format der Prozessbegleitung und der Zielumsetzung entwickelt, das aus drei Säulen besteht (siehe Abb. 1). Die erste Säule stellt ein **individuelles Coaching** der Stadt- und Landkreise durch interdisziplinär ausgewiesene Expertinnen und Experten aus dem Bereich Frühe Hilfen und Kinderschutz dar. Für jeden Stadt- und Landkreis fanden zwei bis drei individuelle Coaching-Termine statt. Als zweite Säule wurden **Workshops zu projektzielspezifischen Themen** in den Stadt- und Landkreisen angeboten. Die dritte Säule bildeten **Fachtage** zu spezifischen Themen, deren Ziel es war, aktuelles Fachwissen zum Thema Frühe Hilfen und Kinderschutz möglichst breit zu kommunizieren. Insofern waren die letztgenannten Fachtage offen für interessierte Fachkräfte auch außerhalb des Projektes.



2.1 INDIVIDUELL AUSGERICHTETE COACHINGS

Der Deutsche Bundesverband Coaching e.V. definiert Coaching als „professionelle Beratung, Begleitung und Unterstützung von Personen mit Führungs- / Steuerungsfunktionen [...]“⁶. Im Projekt „Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz“ konnten interdisziplinär ausgewiesene Expertinnen und Experten gewonnen werden, die individuell und gemäß den jeweiligen Zielen, die teilnehmenden Stadt- und Landkreise für die Optimierung der Frühen Hilfen vor Ort unterstützten. Je nach deren Bedürfnissen standen sie für zwei bis drei individuelle Coachings in einem Zeitraum von ca. 6 bis 9 Monaten zur Verfügung. Diesen „Luxus“ werden Sie vor Ort vielleicht nicht immer realisieren können, dennoch hat es sich bewährt, gelegentlich – und nicht nur im Konfliktfall! – externe Hilfe zu nutzen. Greifen Sie, wenn möglich, für Ihre Beratung auf die gesamte Palette der kommunikativen Möglichkeiten (persönliche Konsultationen, Telefongespräche und -konferenzen und E-Mail-Kontakte) zurück und schnüren Sie sich in Absprache mit Ihrer Beraterin oder Ihrem Berater Ihr passendes „Beratungspaket“. Im Projekt wurden beispielweise folgende Beratungsarten gewählt: Werkstattgespräch⁷, Supervision, Unterstützung bei der Moderation (z. B. von Netzwerktreffen oder Runden Tischen) und Teamfortbildungen (z. B. zur Umsetzung von Instrumenten, wie dem so genannten „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“ [s. Kap. 3.2, S. 43] als Grundlage für die Vermittlung von weitergehenden Hilfen aus der Geburtsklinik).

2.2 GEMEINSAME WORKSHOPS

Workshops vermitteln idealerweise praxisnahe, aber theoretisch fundierte und komprimierte Informationen zu jeweils spezifischen Themen. Sie ermöglichen darüber hinaus hinreichenden Austausch zwischen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, bspw. in Kleingruppen. Bei Inhalten und Fragestellungen, wie z. B. der nach wie vor verbesserungswürdigen Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und der Erwachsenenpsychiatrie bei der Unterstützung und Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern, kann es hilfreich sein, sich über den eigenen Stadt- oder Landkreis hinweg mit anderen Kommunen in Workshops zu organisieren. Dies ist zudem auch unter ökonomischen Gesichtspunkten sinnvoll.

6) <http://www.dbvc.de/der-verband/ueber-uns/definition-coaching.html>

7) Werkstattgespräch meint hier einen gemeinsamen, praxisbezogenen Erfahrungsaustausch zwischen Beratung und Teilnehmenden sowie das gemeinsamen Erarbeiten von praxistauglichen Handlungskonzepten.



Workshops im Projekt
„Frühe Hilfen und
Kinderschutz“

Die Themen der Workshops (inklusive der vorhandenen Vortragsfolien) aus dem Projekt „Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz“ können kostenlos unter folgendem Link abgerufen werden: <http://www.uniklinik-ulm.de/struktur/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatriepsychotherapie/home/forschung/forschungsprojekte/netzwerk-fruehe-hilfen-und-kinderschutz.html>

2.3 FACHTAGE

Fachtage eignen sich hervorragend, z. B. als so genannte Auftaktveranstaltungen, um über die Notwendigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit vor Ort zu informieren. Referentinnen oder Referenten aus unterschiedlichen Disziplinen, etwa aus der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen, können dies aus ihrer jeweiligen Disziplin heraus begründen. Auch im Rahmen von Fachtagen lassen sich, in etwas größerem Rahmen als bei Workshops, ein Forum und Räume gestalten, in denen professionelle Akteurinnen und Akteure aus unterschiedlichen Disziplinen und Systemen ins Gespräch kommen können. Nutzen Sie die Chance von themenspezifischen Fachtagen, die insbesondere interdisziplinär gestaltet sind und hinreichend Raum und Zeit für informellen Austausch bieten.



CME-Punkte

Beantragen Sie für Ihre interdisziplinären Fachtage und andere Veranstaltungen für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus dem Gesundheitssystem bzw. für Psychotherapeutinnen und -therapeuten so genannte CME-Punkte bei der Landesärztekammer. Für Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeuten, die obligatorische Fortbildungspunkte sammeln müssen, bedeutet dieses Angebot eine zusätzliche Motivation.

CME bedeutet Continuing Medical Education und ist ein aus dem Anglo-amerikanischen stammender Begriff, der eine „kontinuierliche berufsbegleitende Fortbildung“ in der Medizin tätiger Ärzte bezeichnet. Mit der Einführung von CME im Jahr 2004 müssen Fachärzte nun innerhalb von fünf Jahren 250 Fortbildungspunkte und damit das Fortbildungszertifikat der zuständigen Ärztekammer erwerben.

Denken Sie bei der Planung von Veranstaltungen daran, dass der Mittwochnachmittag ein guter Termin für interdisziplinäre Veranstaltung mit dem Gesundheitsbereich ist. Praxen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind dann meist geschlossen.



Fachtage im Projekt
„Frühe Hilfen und
Kinderschutz“

Die Themen der Fachtage (inklusive der vorhandenen Vortragsfolien) aus dem Projekt „Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz“ können unter folgendem Link abgerufen werden: <http://www.uniklinik-ulm.de/struktur/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatriepsychotherapie/home/forschung/forschungsprojekte/netzwerk-fruehe-hilfen-und-kinderschutz.html>



Ziele definieren
und erreichen

Mit der Definition eines Zieles verbunden sind auch Überlegungen, wie dieses erfolgreich erreicht werden kann. Ein Ziel lässt sich als „in der Zukunft liegender angestrebter Zustand“ charakterisieren (Beywl & Schepp-Winter, 1999, S. 11). Die Ausrichtung auf einen zukünftig gewünschten Zustand bedeutet gewöhnlich auch, dass Handlungskompetenzen erweitert werden und das gewünschte Ziel in einem überschaubaren Zeitraum erreicht wird (vgl. von Spiegel, 2013, S. 257).

Ein solcher Prozess der Zielentwicklung verläuft über Aushandlungsetappen

- von der Einschätzung des Problems über die
- Änderungsperspektive bis zur
- Einigung auf Konsensziele und
- deren operable, praktisch umsetzbare Formulierung.

Es bietet sich an, zunächst Grobziele als so genannte Leitziele bzw. Wirkungsziele oder auch Visionen zu formulieren. Sie geben die Grundausrichtung vor und den Handlungsrahmen für alle weiteren Schritte. Im nächsten Schritt der Zielentwicklung werden diese Grobziele dann so heruntergebrochen, dass daraus bearbeitbare Handlungsziele resultieren.

Neben diesen Leit- und Handlungszielen lassen sich nach Beywl und Schepp-Winter (1999) noch so genannte Mittlerziele bestimmen und sich wie folgt in einem dreieggliederten, pyramidalen Zielsystem anordnen (siehe Abb. 2).



Abbildung 2: Dreieggliedertes Zielsystem nach Beywl und Schepp-Winter, 1999, S. 42

Die unterschiedlichen Zielebenen sind folgendermaßen charakterisiert:

- Leitziele geben die Grundausrichtung an.
- Mittlerziele sind vom Leitziel aus der nächste Schritt der Konkretisierung und stellen vom Handlungsziel aus die Vermittlung zum Leitziel sicher.
- Handlungsziele dienen der unmittelbaren Orientierung für die Praxis. Sie sind damit den einzelnen in der Praxis zu realisierenden Interventionen vorgeschaltet und sollen Handeln freisetzen.

Ob nun ein zwei- oder dreistufiges Modell der Zielentwicklung bevorzugt wird, liegt in den Händen der beteiligten Akteurinnen und Akteure und hängt oftmals auch mit der Komplexität des Bereichs zusammen, in dessen Rahmen die Ziele entwickelt werden bzw. wo die oberste Ebene – die Leitziele (Visionen) – angesetzt werden.



Handlungsziele
s.m.a.r.t. formuliert

Hilfreich ist es, die Handlungsziele möglichst konkret zu formulieren. Im so genannten s.m.a.r.t.-Modell sind Kriterien zusammengestellt, die bei der Formulierung eigener Handlungsziele bzw. deren Überprüfung nützlich sein können (Heiner, 1996; siehe Tabelle 1).

S spezifisch

Ein konkretes Ziel ist angegeben und ist für alle Beteiligten verständlich und eindeutig.

M messbar

Der Grad der Zielerreichung lässt sich beobachten oder indirekt messen.

A akzeptabel

Das formulierte Ziel wird von alle Beteiligten angenommen / als wertvoll erachtet.

R realistisch

Das Ziel ist unter den gegebenen (Rahmen-) Bedingungen (z.B. finanziell, personell, politisch etc.) erreichbar.

T terminiert

Das Ziel ist zeitlich abgegrenzt und gibt einen Zeitpunkt vor, an dem voraussichtlich das Ziel erreicht wird/ sein soll.

Tabelle 1: Bedeutung s.m.a.r.t nach Heiner, 1996



Checkliste
Zielformulierung

Neben s.m.a.r.t. ist auch eine Zusammenfassung wesentlicher Kriterien der Zielformulierung von Beywl und Schepp-Winter (1999) hilfreich bei der Entwicklung der Ziele. Für das Handbuch wurden diese in Form einer Checkliste zusammengefasst. Sie finden diese im Kapitel 4.1 (S. 58).



Exkurs über den
Sinn und Zweck der
Bestimmung von Zielen

Ein kleiner Exkurs darüber, warum es Sinn macht, seine Ziele klar zu bestimmen.

Gut definierte Ziele, die abgestimmt und akzeptiert sind, erzeugen *Klarheit* sowohl nach innen als auch nach außen. Sie beschreiben die Handlungsschritte, die im Rahmen der Zielumsetzung vollzogen werden. Der jeweilige Stand der Umsetzung ist nachvollziehbar

Klarheit

Effektivität

Gut definierte Ziele erhöhen die *Effektivität* des Handelns. Klare, möglichst abgestimmte Vorgaben (Inhalt, Vorgehensweise etc.) ermöglichen es, Ressourcen zu bündeln und eher reaktives Verhalten zu vermeiden.

Effizienz

Gut definierte Ziele steigern die *Effizienz*. Es ist deutlich, wer welche Aufgaben mit welchem Ressourceneinsatz zu leisten hat, um das angestrebte Ziel zu erreichen. Dies bedeutet, die eingesetzten Mittel (zeitliche, personelle Ressourcen) mit dem „Gewinn“ bei Zielerreichung abzuwägen. Gegebenenfalls lassen sich Synergieeffekte einbeziehen. Zur effizienten Zielerreichung gehört auch, dass sich die beteiligten Akteurinnen und Akteure positionieren, d.h. Klarheit für sich und die anderen Beteiligten schaffen, was und wie viel sie bereit sind, persönlich zu investieren. Je

klarer dies kommuniziert und ausgehandelt wird, desto realistischer – in personeller, finanzieller aber auch zeitlicher Hinsicht – lassen sich die Zielentwicklung und -umsetzung gestalten.

Die Definition von Zielen und ihre Umsetzung verlaufen in zirkulären und diskursiven Schleifen. Nach einer ersten arbeitsintensiveren Einführungsphase (alle Umstellungen sind zunächst neu und müssen eingeübt werden!) verschiebt sich in der Regel das Verhältnis von Input und Output/Outcome mittel- bis langfristig⁸ positiv zugunsten des Outputs/Outcomes, und zwar sowohl für die Handelnden selbst als auch für die Adressaten der Bemühungen, also die Kinder und ihre Familien.

Ziele allgemein, aber insbesondere Handlungsziele, fördern *Transparenz*, denn sie machen sichtbar, auf welchem Weg es zu Erfolgen oder Misserfolgen gekommen ist. Außerdem erlauben klar definierte Ziele zum Ende des geplanten Umsetzungsprozesses Aussagen über den Grad ihrer Zielerreichung. Ziele werden damit zu einem guten Stück messbar gemacht und können so wiederum Steine des Anstoßes sein für neue Ziele (falls die alten Ziele erreicht wurden) oder auch für Zielveränderungen (falls die Ziele nicht erreicht wurden). Das transparente Vorgehen erlaubt bei Misserfolgen Fehleranalysen zu betreiben.

Transparenz

Generell wird in Prozessen der Zielentwicklung *zirkuläres und dialogisches Denken und Handeln* angeregt. Letztendlich sind diese systematisch-zirkulären Schleifen der Nährboden dessen, was kontinuierliches Lernen und Weiterentwickeln für den Einzelnen, die Gruppe oder das System ermöglicht, und damit wichtiger Bestandteil von Qualitätsentwicklung und -sicherung.

Zirkuläres und dialogisches Denken und Handeln

Zielentwicklungsprozesse können *motivierend* für alle Beteiligten sein. Erfolg, aber auch der gute Umgang mit Nicht-Erfolgen (z. B. aus Fehlern lernen und gemeinsam nach neuen Lösungen suchen) „schweißt zusammen“. Im günstigen Fall senkt effektives, effizientes und herausforderndes Arbeiten in solchen Prozessen die persönliche Arbeitsbelastung und erhöht die Zufriedenheit.

Motivation

Für die Auswahl, Formulierung und Operationalisierung von Zielen im Rahmen eines Qualitätsentwicklungsprozesses dürfen zeitliche und personelle Ressourcen nicht zu knapp eingeschätzt werden. Wie bereits beschrieben, handelt es sich um einen Aushandlungsprozess, der eventuelle mehrmalige Reflexions- und Entscheidungsschleifen voraussetzt, bis alle vom geplanten Ziel betroffenen und in seine Umsetzung involvierten Akteurinnen und Akteure sich auf ein Konsens-Ziel geeinigt haben und das Ziel so operationalisiert ist, dass es in den Arbeitsalltag jedes Einzelnen integriert werden kann.

Ausreichend Zeit für die Entwicklung und Abstimmung von Zielen



8) Mittel- bis langfristig deshalb, weil das Arbeiten mit Zielen zunächst gelernt und eingeübt werden muss, was zunächst eine Erhöhung der Arbeitsbelastung zu Folge hat. Ist das Entwickeln, Formulieren und Operationalisieren von Zielen zum „täglich Brot“ geworden, wird es i. d. R. die Arbeitsbelastung senken.



KAPITEL 3
**VON DER KRABELGRUPPE
BIS ZUM KINDERSCHUTZFALL**

GOOD PRACTICE-ERFAHRUNGEN AUS DEM PROJEKT
„NETZWERK FRÜHE HILFEN UND KINDERSCHUTZ“

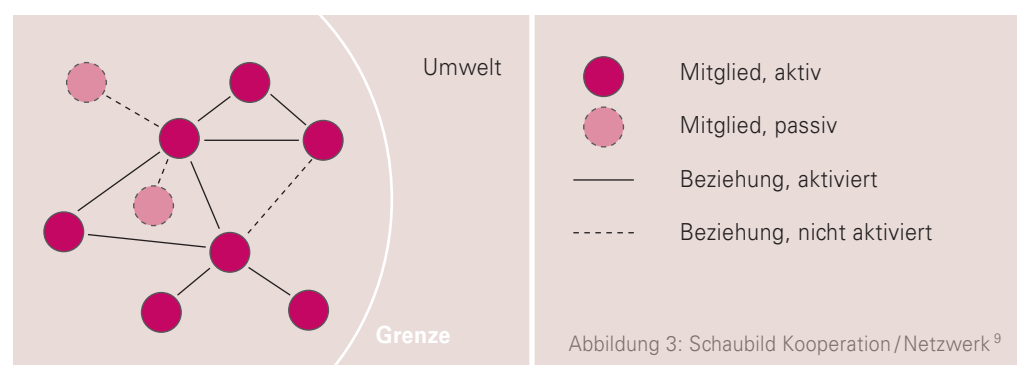
3.1 FALLÜBERGREIFENDES NETZWERKMANAGEMENT

Ziel eines Netzwerks Frühe Hilfen und Kinderschutz ist es, mittels einer interdisziplinär angelegten Kooperations- und Vernetzungsstruktur die bestmögliche Unterstützung für Schwangere und Familien mit Kindern unter drei Jahren – sowohl universell- als auch selektiv-präventiv gedacht – vorzuhalten. Als Netzwerkpartner werden diesbezüglich im KKG folgende Akteurinnen und Akteure benannt:

- Einrichtungen und Dienste der öffentlichen und freien Jugendhilfe
- Einrichtungen und Dienste, mit denen Verträge nach §75 Absatz 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (Sozialhilfe) bestehen
- Gesundheitsämter
- Sozialämter
- Gemeinsame Servicestellen
- Schulen
- Polizei- und Ordnungsbehörden
- Agenturen für Arbeit
- Krankenhäuser
- Sozialpädiatrische Zentren
- Frühförderstellen
- Beratungsstellen für soziale Problemlagen
- Beratungsstellen nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes
- Einrichtungen und Dienste zur Müttergenesung sowie zum Schutz gegen Gewalt in engen sozialen Beziehungen
- Familienbildungsstätten
- Familiengerichte
- Angehörige der Heilberufe

Im Netzwerk Frühe Hilfen sollten die genannten Professionen und Institutionen in vielfältiger Weise (formell vs. informell, fallübergreifend vs. nur fallbezogen etc.) und je nach den regionalen/lokalen Gegebenheiten unterschiedlich stark (viele vs. wenig Kooperationen) und häufig ([momentan] aktiv vs. [momentan] passiv) miteinander kooperieren.

Folgendes Schaubild (Abb. 3) verdeutlicht sehr gut die Charakteristik eines Netzwerks.



Auf die Frühen Hilfen übertragen, schließt ein lokales Netzwerk zunächst einmal alle Personen ein, die in irgendeiner Form im Bereich der Frühen Hilfen tätig sind. Dies sagt allerdings nichts über den momentanen Status aus, den diese innerhalb des Netzwerks innehaben, z. B. darüber ob diese momentan inaktiv oder teilaktiv zu bestimmten Personen im Netzwerk sind. Inwieweit man nur dann von einem guten Netzwerk Frühe Hilfen sprechen kann, wenn alle Akteurinnen und Akteure beständig und frequent mit- und untereinander kooperieren, ist diskussionswürdig. Vielmehr geht es darum, das Netzwerk an die lokalen Gegebenheiten (z. B. gewachsene Strukturen, Infrastruktur, Soziodemographie) intelligent anzupassen, um dem Auftrag, im Bereich des Netzwerks eine flächen-deckende Versorgung für Schwangere und Familien mit Kindern unter drei Jahren mit koordinierten und kombinierten interdisziplinären Angeboten der Frühen Hilfen zu gewährleisten, gerecht zu werden. Damit ist auch klar, dass es den Idealtypus eines Netzwerks Frühe Hilfen und Kinderschutz, das 1:1 auf einen Kreis, eine Region oder eine Stadt übertragen werden kann, nicht geben wird. Es braucht immer eine gewisse Kreativität und Expertise der Frühe-Hilfen-Akteurinnen und -Akteure vor Ort, um ein lokal passendes Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz auf- und auszubauen. Insbesondere in strukturschwachen Regionen oder großen Flächenlandkreisen gilt es im Rahmen der Netzwerkarbeit häufig zunächst dafür zu sorgen, dass bislang fehlende Angebote künftig – z. B. durch Kooperationen mit anderen Kreisen und Kommunen – für die jungen Familien vor Ort etabliert und vorgehalten werden. In städtischen Ballungszentren mit einem großen Angebotsrepertoire steht hingegen häufig zunächst die Strukturierung der Angebote im Vordergrund, damit sowohl hilfesuchende Familien als auch Fachleute einen Überblick über die Möglichkeiten vor Ort erhalten.

Der Landkreis Böblingen entwickelte aufgrund seiner Größe ein Konzept zur Neustrukturierung des ehemals zentralen Runden Tisches Frühe Hilfen und splittete ihn in einen zentralen Runden Tisch (Geschäftsführung, Federführung, Leitlinienvorgabe etc.) und drei regionale Runde Tische auf, die an die drei großen Kreisstädte angebunden sind. Eine solche Vorgehensweise empfiehlt sich vor allem dann, wenn in einem Flächenlandkreis (starke) regionale Unterschiede bestehen (z. B. Infrastruktur, Soziodemographie etc.), so dass ein adäquates und passgenaues Angebotsrepertoire nur dann erreicht wird, wenn dieses individuell an die Situation vor Ort angepasst wird.

Regionalisierung/
Kommunalisierung
der Frühen Hilfen

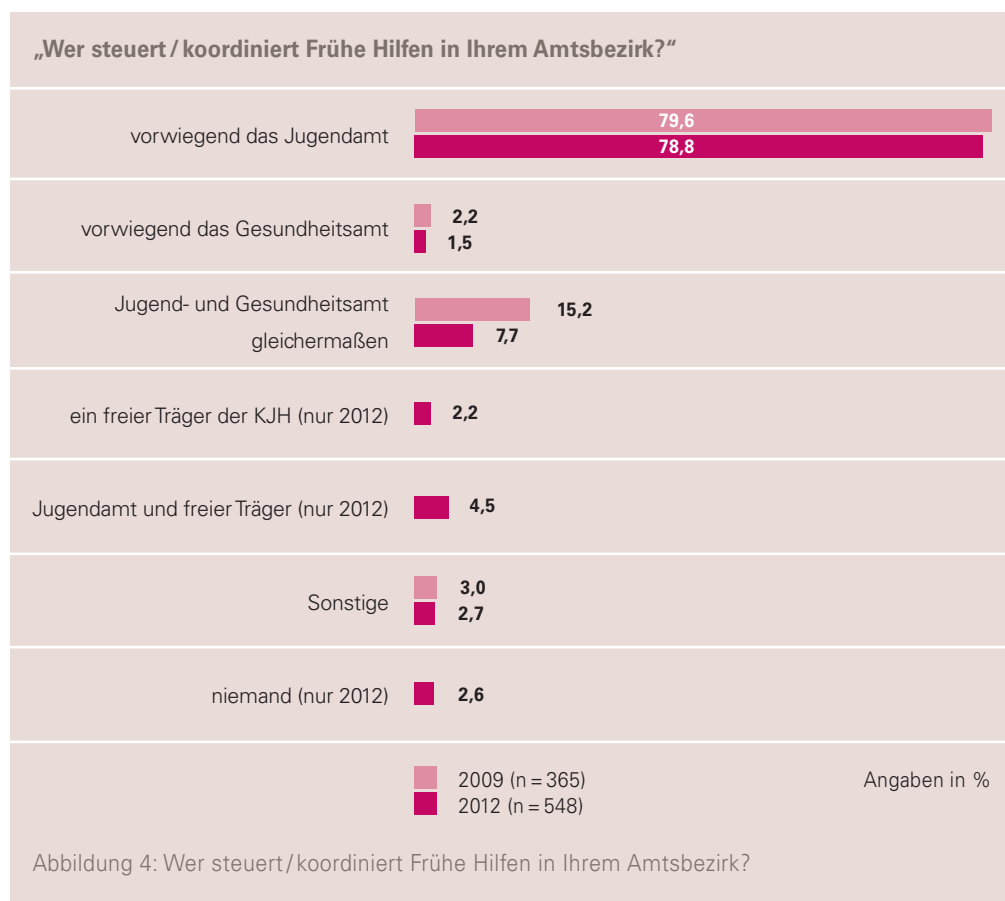


3.1.1 STEUERUNG IM NETZWERK FRÜHE HILFEN UND KINDERSCHUTZ

Laut §3 Artikel 3 KKG soll (sofern landesrechtlich nicht anders bestimmt) „die verbindliche Zusammenarbeit im Kinderschutz als Netzwerk durch den örtlichen Träger der Jugendhilfe organisiert werden“. Es sind im gesetzlichen Rahmen aber auch andere (Ko-) Federführungen, z. B. durch das Gesundheitsamt, denkbar, die ggf. besser zu den lokalen Gegebenheiten und den gewachsenen Strukturen passen. In der Regel wird aber aufgrund der vorhandenen Strukturen das für einen Kreis oder eine Stadt zuständige Jugendamt die Federführung und Organisation des Netzwerks überneh-

9) vgl. Schweitzer-Rothers, J.: „Wenn Netzwerke in die Jahre kommen – lassen sie sich langfristig organisieren? Vortrag beim Fachtag „Netzwerke Frühe Hilfen und Kinderschutz – Wege in die Nachhaltigkeit“ am 17.07.13 in Ulm. Folien verfügbar unter: <http://www.uniklinik-ulm.de/struktur/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatriepsychotherapie/home/forschung/forschungsprojekte/netzwerk-fruehe-hilfen-und-kinderschutz.html>

men. Die Ergebnisse der dritten Teiluntersuchung (siehe Abb. 4) im Rahmen der vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen durchgeführten bundesweiten „Bestandsaufnahme Frühe Hilfen“ zeigen, dass diese die meistgewählte Organisationsform war. (Gran, Küster, Sann, 2012; S. 6)



Wer aber genau übernimmt die Netzwerksteuerung? Die der Bundesinitiative Frühe Hilfen anhängige Verwaltungsvereinbarung¹⁰ benennt in Artikel 2 (3) („Fördergegenstände Netzwerke“) zur Wahrung dieser Aufgabe Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren in Koordinationsstellen.



Kompetenzprofil

Seit 2013 steht auch das vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen veröffentlichte „Kompetenzprofil Netzwerkkoordinatorinnen und Netzwerkkoordinatoren Frühe Hilfen“¹¹ (Hoffmann, Mengel & Sander, 2013) zur Verfügung.



Koordinationsstelle
Frühe Hilfen/Netzwerk-
koordinatorinnen
und -koordinatoren

Die Bedeutung der Einrichtung von Koordinationsstellen Frühe Hilfen bzw. von Stellen für die Netzwerkkoordination kommt u. a. auch durch die Regelungen in der Verwaltungsvereinbarung zur Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen 2012–2015¹² zum Ausdruck. Diese benennt in Artikel 2 (3) ausdrücklich die besondere Förderwürdigkeit von Sach- und Personalkosten für den Einsatz von Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren in Koordinierungsstellen.

Im Rahmen des Projekts „Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz“ wurden in diesem Zusammenhang in den Landkreisen Emmendingen, Konstanz, Lörrach, Reutlingen und Schwäbisch Hall sowie in den beiden kreisangehörigen Städten mit eigenem Jugendamt – Konstanz und Villingen-Schwenningen – die Einrichtungen solcher Koordinationsstellen konzeptuell begleitet. Kernarbeitsgebiete aller Koordinationsstellen waren neben der Netzwerkkoordination die Informationsvermittlung über Angebote der Frühen Hilfen an werdende Eltern und junge Familien, die (Erst-)Beratung von Schwangeren und Eltern bei Fragen zur Betreuung, Entwicklung und Förderung ihres Kindes und bei Bedarf die Vermittlung passgenauer interdisziplinärer Hilfen sowie die Beratung von Fachkräften und Personen, die mit Kindern und Eltern in Kontakt stehen.

Es zeigte sich, dass die Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren oftmals die Aufgabe der Gesamtorganisation nicht alleine bewältigen konnten. Das war u. a. abhängig von der Größe des Netzwerks. Die Erfahrungen wiesen darauf hin, dass dafür eine erweiterte Steuerungs- oder Lenkungsgruppe hilfreich ist. In dieser Gruppe sollten wichtige Akteurinnen und Akteure des Netzwerks vertreten sein, wobei sich die Gruppe je nach lokalen Bedingungen etwas unterschiedlich gestaltete, aber in jedem Fall die beiden großen Systeme – Jugendhilfe und Gesundheitswesen – umfasste.

Die Steuerungsgruppe ist Bindeglied zwischen der (politischen) Entscheidungs- und Auftragsebene (z. B. Landrätin/Landrat, Kreistag und Jugendhilfeausschuss) und den Akteurinnen und Akteuren des Netzwerks auf der operationalen Ebene und wird in der Regel mit der Konzeption bzw. Ausrichtung des Gesamtnetzwerks beauftragt.

Es empfiehlt sich, neben der Netzwerkkoordinatorin oder dem Netzwerkkoordinator eine erweiterte Steuerungs- oder Lenkungsgruppe zu initiieren. Im Landkreis Lörrach und im Stadtkreis Pforzheim wurde im Rahmen des Projekts eine solche Steuerungs- oder Lenkungsgruppe ins Leben gerufen. Mitglieder waren jeweils Vertreter zentraler Netzwerkakteure der mittleren und höheren Leitungsebene. Beispielsweise Leitung Jugend- und Gesundheitsamt, Jugendhilfepfängerinnen und -pfänger, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Chefärztinnen und -ärzte der Frauen- bzw. Kinderklinik, Schwangerenberatung, Familienhebammen u. v. m. Die genaue Zusammensetzung richtete sich auch hier nach den lokalen Gegebenheiten vor Ort. Sie dürfte sich in jedem Kreis und in jeder Stadt etwas unterschiedlich „passgenau“ zusammensetzen. Wichtig ist – um Motor und zentrales Entscheidungsgremium zu sein –, dass diese Gruppe auch über genügend „Entscheidungsmacht“ und Akzeptanz verfügt. Nur so kann sie wirkliches Bindeglied nach „oben“ in die politische und institutionelle Leitungsebene sein (Beratungsfunktion) als auch nach „unten“ in die operative Ebene der Netzwerkakteurinnen und Netzwerkakteure (Impulsfunktion) und kann einen guten Informationsfluss in beide Richtungen gewährleisten.

Steuerungsgruppe



- 10) Downloadlink: http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Verwaltungsvereinbarung_Bundesinitiative_01.pdf
- 11) Downloadlink: http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Kompetenzprofil_Netzwerkkoordinatoren.pdf
- 12) Downloadlink: <http://www.fruehehilfen.de/bundesinitiative-fruehe-hilfen/rechtliche-grundlagen/foerdergrundsaeetze/>

3.1.2 WAS DAS NETZ ZUSAMMENHÄLT: DIE FRAGE NACH DER NETZWERKKOHÄSION

Die Frage, was Netzwerke zusammenhält bzw. warum jemand überhaupt Teil eines Netzwerks werden und bleiben möchte, hängt in der Regel mit den positiven Effekten zusammen, die sich eine Person / eine Institution von der Mitgliedschaft verspricht. Dies betrifft sowohl eine persönliche Ebene als auch eine sachlich/professionelle Ebene. Bei der Netzwerkkoordination kommt es also auch darauf an, so genannte Win-Win-Situationen herzustellen, die sowohl für jeden einzelne/n Akteur/Akteurin als auch für das Netzwerk (und dadurch für die Familien mit Säuglingen und Kleinkindern) einen Gewinn versprechen.

Netzwerkkultur

Auf der persönlichen Ebene gilt es das Wohlbefinden der Akteurinnen und Akteure und eine gewisse Freude an der Zusammenarbeit zu fördern. Das bedeutet, dass im Rahmen des Netzwerks bzw. der Veranstaltungen des Netzwerks z.B. stets genügend Zeit zur Verfügung gestellt werden sollte, damit sich die einzelnen Akteurinnen und Akteure (persönlich) kennen und schätzen lernen können. Prof. Dr. Jochen Schweitzer-Rothers wies im Rahmen einer seiner Vorträge (im Rahmen des Projekts „Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz“) darauf hin, wie wichtig es für Netzwerke sei, eine gemeinsame Kultur und gemeinschaftliche Rituale zu pflegen.

Auf der professionellen Ebene eine Win-Win-Situation herzustellen, ist momentan für einige Berufsgruppen insbesondere aus dem Gesundheitswesen gar nicht so einfach. Beispielsweise für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte oder Hebammen bedeutet die Netzwerkarbeit eine zur regulären Arbeitszeit zusätzliche und in der Regel unvergütete Mehrarbeit. Damit sich diese zusätzliche Arbeit „lohnt“, wird es bei der Integration dieser Berufsgruppen also auch auf die mögliche Arbeitsentlastung ankommen, die sich für diese als Netzwerkteilnehmerinnen und -nehmer ergibt.

Sprung aus den gewohnten (Leistungs-) Systemen, um Zusammenarbeit zu ermöglichen

Der Aufbau neuer Strukturen, wie beispielsweise Willkommensbesuche durch die Kinder- und Jugendhilfe in Geburtskliniken oder Erziehungsberatung in den Räumen einer Kinderklinik, können darüber hinaus dazu beitragen, strukturelle Hinderungsgründe für eine Zusammenarbeit abzubauen. In manchen Fällen muss auch über eine Vergütung von Kooperationsleistung nachgedacht werden, um eine Zusammenarbeit zu ermöglichen.

Fachtagungen und -veranstaltungen mit Netzwerkplanern

In vielen Stadt- und Landkreisen wurden zur Optimierung der Kooperations- und Vernetzungsstrukturen in den Frühen Hilfen im Rahmen des Projektes Fachtagungen und -veranstaltungen mit (teilweise spezifischen) Netzwerkpartnern insbesondere aus dem Gesundheitswesen geplant und/oder veranstaltet. Dies waren z.B. im Landkreis Biberach „Kindeswohlgefährdung rechtzeitig erkennen – Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe im Landkreis Biberach“, im Enzkreis „Vernetzung zwischen Jugend- und Gesundheitshilfe“, im Stadtkreis Heilbronn „Ziele des Bundeskinderschutzgesetzes“, im Landkreis Ravensburg „Wie spreche ich als Arzt mit dem Mitarbeiter des Jugendamtes? – Wie spreche ich als Mitarbeiter des Jugendamtes mit dem Arzt?“ oder in gemeinsamer Planung der Landkreise Sigmaringen und Tübingen und dem Zollernalbkreis „Neue Wege im Kinderschutz – Workshop für Kinder- und Jugendärzte und Frauenärzte“.

Der Alb-Donau-Kreis erstellte ein offizielles Anschreiben, das an alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im Landkreis mit dem Ziel versandt wurde, Frühe Hilfen unter der Ärzteschaft bekannt zu machen. Zu diesem Zweck wurde dabei auf eine explizit für den medizinischen Bereich eingerichtete Homepage Frühe Hilfen verwiesen und ein direktes Angebot zur Kontaktaufnahme mit Mitarbeitenden des Jugendamtes gemacht.

Bekanntmachung der Frühen Hilfen bei der Ärzteschaft



Unter dem Stichwort „One Face to the Customer“ errichtete der Landkreis Böblingen eine Hotline (analog dazu auch einen zentralen E-Mail-Kontakt) für die Ärzteschaft ins Jugendamt. Ziel war es, für Fragen und Beratungen möglichst unkompliziert, schnell und zuverlässig bereitzustehen. Um auf Anfragen über die Hotline zeitnah und adäquat antworten zu können, wurde im Jugendamt ein transparentes Ablaufschema entwickelt, das die Zuständigkeiten, Weitervermittlungswege und auch den zeitlichen Horizont für die Bearbeitung der Anfrage festlegt. Ein Rückkopplungssystem sorgt dafür, dass alle Beteiligten im Jugendamt über den Bearbeitungsstatus der Anfrage informiert sind, so dass kein Fall bzw. keine Anfrage offen bleibt.

Hotline ins Jugendamt für die Ärzteschaft



Im Stadtkreis Heidelberg wurde im Rahmen des Projekts eine Servicemappe für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geburtskliniken entwickelt, um die Vermittlungswege der Familien bei Bedarf aus den Geburtskliniken in die Frühen Hilfen zu verbessern. Zentraler Bestandteil ist eine Broschüre („Heidelberger Leitfaden Frühe Hilfen und Kinderschutz“) mit Informationen über die Frühen Hilfen, Vorgehensweisen im Kinderschutz und der Nennung von Ansprechpersonen.

Erstellung einer Servicemappe Frühe Hilfen und Kinderschutz für Geburtskliniken



Im Landkreis Böblingen wurde im Rahmen eines Informationskonzepts ein Jugendhilfe-Organigramm für die Ärzteschaft erstellt und an diese kommuniziert. Die konkrete Angabe von Personen (mit Telefonnummern und E-Mail-Adressen) für bestimmte Zuständigkeiten soll eine möglichst passgenaue und schnelle Kontaktaufnahme mit der „richtigen“ Stelle erleichtern.

Organigramm



Im Alb-Donau-Kreis wurde ein Besuchskonzept zwischen dem Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) des Jugendamtes und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten im Landkreis entwickelt. Intention war es, durch das wechselseitige Kennenlernen auf persönlicher sowie professioneller Ebene (d.h. auch Kennenlernen der jeweiligen Arbeitsinhalte und -weisen des Anderen), die Inanspruchnahme von Beratung und Coaching der Ärzteschaft beim Jugendamt im Bedarfsfall zu erhöhen. Für die Erstkontaktaufnahme wurde ein Anschreiben für die Ärzteschaft entwickelt, in dem sich die für die jeweilige Ärztin oder den jeweiligen Arzt zuständige¹³ Fachkraft des Jugendamtes (Allgemeiner Sozialer Dienst – ASD) vorstellt und ein Angebot zur Kontaktaufnahme anbietet. Das persönliche Treffen findet dann – sofern gewünscht – aufsuchend statt, d.h. der/die Jugendamtsmitarbeiter/in besucht die Ärztin oder den Arzt in ihrer/seiner Praxis.

Besuchskonzept Allgemeiner Sozialer Dienst – niedergelassene Ärzte



13) Zuständigkeit für eine Ärztin oder einen Arzt ergibt sich aus der regionalen Zuständigkeitsaufteilung der Fachkräfte des ASD.

Weitere Zugangswege zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten

Informieren Sie sich über die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW), ob es bei Ihnen vor Ort so genannte Moderatoren-Tandems gibt, die im Rahmen des Projekts „Vernetzung lokaler Angebote im Rahmen Früher Hilfen mit vertragsärztlichen Qualitätszirkeln“ der KVBW¹⁴ ausgebildet wurden. Projektziel ist es, die Zusammenarbeit von Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzten und Fachkräften der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe sowie anderen Unterstützungsanbietern auf der Basis von ärztlichen Qualitätszirkeln zu verbessern. Inzwischen wurden in Baden-Württemberg 37 Qualitätszirkel-Moderatoren gemeinsam mit Fachkräften von Jugendämtern als Tandems darin geschult, in Qualitätszirkeln Familienfallbesprechungen durchzuführen. Dies führte zur Gründung einer Reihe von neuen interdisziplinären Qualitätszirkeln.

3.1.3 SYNERGIEN SCHAFFEN: FALLÜBERGREIFENDE KOOPERATIONSSTRUKTUREN

Abstimmung der vorgehaltenen Angebote mit den tatsächlichen Bedürfnissen der Familien vor Ort

Im Rahmen der interdisziplinären Netzwerkstruktur lassen sich fallübergreifende Abstimmungen mit den professionellen Akteurinnen und Akteuren vor Ort treffen und verbindliche Absprachen darüber aushandeln, inwieweit Träger bzw. Institutionen spezifische Angebote und Leistungen vorhalten können. Perspektivisch geht es dabei auch darum, die jeweiligen Angebote und Leistungen quantitativ mit den tatsächlichen Unterstützungs- und Versorgungsbedarfen von Familien abzugleichen. Ein Beispiel für interdisziplinäre Abstimmung im niedrighwelligen Bereich wären Angebote zur Elternbildung (Informationen zum Regulationsverhalten von Säuglingen, Umgang mit Schlaf- oder Fütterproblemen etc.) in Geburtskliniken. Diese könnten z. B. punktuell durch Mitarbeiterinnen der Familienbildung oder Beratungsstellen durchgeführt werden (z. B. 1 x wöchentlich auf der Geburtsstation o. ä.). Ähnlich ließen sich aufsuchende Angebote der Familienbildung oder der Erziehungsberatung etc. in Familienzentren realisieren. Tatsächlich sind die meisten jungen Eltern sehr an der Entwicklung ihrer Kinder interessiert, und zwar unabhängig davon, ob Probleme oder Belastungen vorliegen. Insofern besteht hier ein nicht stigmatisierender Zugang im Sinne der universal-präventiven Frühen Hilfen, Familien sehr frühzeitig anzusprechen und ggf. auch persönlich an weitergehende Hilfen anbinden zu können.

3.2 DAS ANGEBOTSREPertoire FRÜHER HILFEN

Frühe Hilfen: Von der Krabbelgruppe bis zum Kinderschutzfall?

Im Hinblick auf die Inhalte der Frühen Hilfen ein immer noch viel diskutiertes Thema ist das Spannungsfeld zwischen Frühen Hilfen und (drohender) Kindeswohlgefährdung. Auch in den Frühen Hilfen dürfte es in einzelnen Fällen um die Abklärung einer möglichen Kindeswohlgefährdung gehen. Was tut die Familienhebamme, die eine psychisch kranke Mutter betreut und feststellt, dass diese ihre Impulse gegenüber dem Säugling nicht immer im Griff hat (Schütteln)? Für den jeweiligen Einzelfall braucht es eine Möglichkeit zur Supervision bzw. Reflexion (z. B. §4 KKG).

Weitgehend fachliche Übereinstimmung besteht darüber, dass Frühe Hilfen niedrighwellig und breit angelegt sind und per definitionem Zugänge zu allen Familien, auch Hochrisikofamilien, ermöglichen sollen. Im Einzelfall geht es dann darum, dass die jeweiligen professionellen Akteurinnen

14) Downloadlink: http://www.kvbawue.de/qualitaet/qualitaetssicherung/fruehe_hilfen/

und Akteure in den Frühen Hilfen um weitergehende Hilfen werben und ihre Klienten bei Übergängen in andere Unterstützungssysteme gut begleiten.

Um das weite Feld der Angebotslandschaft Früher Hilfen zu überblicken und um es intelligent und effektiv im Sinne adäquat aufeinander aufbauender Angebote passgenau zum Wohle der Adressaten nutzen zu können, sind viele dazu übergegangen, die Angebote entlang ihres Präventionsgrades zu strukturieren. So lassen sich die vorhandenen Angebote (mit fließenden Übergängen) nach einer Klassifizierung des Instituts of Medicine (IOM) von Munoz, Mrazik und Haggerty (1994) folgendermaßen einteilen:

- **Universelle Prävention:**

Angebote, die sich an **alle (werdenden) Eltern** mit ihren Kindern im Sinne der Gesundheitsförderung und Prävention von Kindeswohlgefährdung richten (allgemeine Verbesserung von Elternkompetenzen).

- **Selektive Prävention:**

Angebote, die sich an **Familien mit Risikoindikatoren** richten und dazu beitragen, dass Risiken, die das Wohl und die Entwicklung des Kindes beeinträchtigen könnten, frühzeitig wahrgenommen und reduziert werden (Vorbeugung erwarteter negativer Entwicklungsläufe beim Kind).

- **Indizierte Prävention:**

Angebote, die sich an **Familien mit Kindern richten, die bereits Schwierigkeiten bzw. „Symptome“** haben und dazu beitragen, dass diese behoben oder zumindest abgepuffert werden, damit sie die Entwicklung des Kindes nicht weiter beeinträchtigen. Wenn Frühe Hilfen nicht ausreichen, um eine Gefährdung des Kindeswohls abzuwenden, sorgen sie zumindest dafür, dass weitere Hilfen vermittelt bzw. Maßnahmen zum Schutz des Kindes ergriffen werden.

Diese Klassifizierung lässt sich anschaulich nach den Farben (grün, gelb/orange, rot) im so genannten Ampelsystem darstellen, was dabei unterstützt, den Grad des Unterstützungsbedarfs von Familien zu beschreiben:

- grün für die universelle Prävention
- gelb/orange für die selektive Prävention
- rot für die indizierte Prävention

Ein Großteil der Familien, die Familien im so genannten „grünen“ Bereich, benötigt keine spezifische Unterstützung, ist aber in der Regel an Informationen über die Entwicklung ihres Kindes und an etwaigen Angeboten in der Region interessiert. Für diese Familien besteht aktuell kein Unterstützungsbedarf. Dennoch ist es wichtig, auch sie in das präventive Netz der Frühen Hilfen einzubinden, sprich sie zumindest über Angebote und Zugangswegen zu Frühen Hilfen zu informieren. Zum einen ist es Ziel derartiger universell-präventiver Ansätze zu einem verbesserten Aufwachsen aller Kinder in der Gesellschaft beizutragen, zum anderen werden auf diesem Weg nicht-stigmatisierend Zugänge zu allen Familien geschaffen, auf die diese im Bedarfsfall zurückgreifen können. Vielerorts wurden zu diesem Zweck Baby-Willkommens-Besuche oder so genannte Familienbesuche eingeführt, die Familien kurz nach der Geburt zu Hause aufsuchen und über Angebote und Unterstützungsmöglichkeiten in ihrer Region informieren (siehe auch www.familienbesucher.de).

Formen der Prävention

Welche Familie braucht was?

Universelle Prävention für alle (werdenden) jungen Eltern

Selektive Prävention für Familien mit Risikoindikatoren

Familien mit spezifischen Risikoindikatoren für die kindliche Entwicklung kann man als das Kerngeschäft der Frühen Hilfen bezeichnen. Ein zentrales Anliegen Früher Hilfen ist es, möglichst frühzeitig Familien mit psychosozialen Belastungen (wie z. B. jugendliche Eltern, Eltern mit psychischen Erkrankungen) zu erreichen und sie passgenau in geeignete Unterstützungsangebote zu vermitteln, um mögliche Entwicklungsprobleme und -gefährdungen zu verhindern oder zumindest abzufedern. Aus Sicht der helfenden Akteurinnen und Akteure ist es in diesem oft als „gelb“ bezeichneten Bereich wichtig zu bedenken, dass Familien mit Risikoindikatoren Adressaten rein präventiver Unterstützungsmaßnahmen sind, d. h. die Inanspruchnahme von Angeboten erfolgt auf freiwilliger Basis.



Handreichungen:
Umgang mit mäßig
kritischen Fällen
und mit (potenzieller)
Kindeswohlgefährdung

Im Rahmen des Modellprojekts Guter Start ins Kinderleben wurde eine **Handreichung zum Umgang mit mäßig kritischen Fällen** und eine zum Umgang mit **Fällen (potenzieller) Kindeswohlgefährdung entwickelt**. Beide geben einen kurzen und strukturierten Überblick über die zu beachtenden Schritte im weiteren Vorgehen.

Kostenloser Download der Handreichungen unter:

<http://www.uniklinik-ulm.de/struktur/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatriepsychotherapie/home/forschung/guter-start-ins-kinderleben/werkbuch-vernetzung.html>

Passwort: GUTER ANHANG

Übergang zum Kinderschutz: Fälle (potenzieller) Kindeswohlgefährdung

In der Praxis ist es nicht immer einfach zu definieren, wann eine Familie nicht mehr nur einen als selektiv einzuschätzenden präventiven Unterstützungsbedarf hat, sondern eine (potenzielle) Kindeswohlgefährdung im Raum steht. Die Grenzen sind oft fließend. Es ist gewöhnlich der Graubereich zwischen gerade noch ausreichender Fürsorge und nicht mehr ausreichender Fürsorge, in dem die Entscheidung, inwieweit eine (drohende) Kindeswohlgefährdung vorliegt, meist sehr schwierig ist. Dies bedeutet für Helfende zu entscheiden, ob die eigene Kompetenz noch ausreicht oder weitergehende Unterstützung hinzugezogen werden muss (ggf. auch gegen den Willen der Eltern) bzw. mit den Eltern darüber verhandelt werden muss. Unterstützend bei dieser Entscheidung ist die Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft. Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kinder- und Jugendhilfe steht diese Möglichkeit, sich mit einer Fachkraft, die vom Jugendamt für diesen Zweck bestimmt wurde, über einen anonymisierten Fall zu beraten, seit der Einführung des §8a im SGB VIII (2005) zur Verfügung. Mit der Einführung des KKG (2012) haben nun auch Personen, die unter die gesetzliche Schweigepflicht fallen (wie etwa Ärztinnen und Ärzte, Hebammen, Beraterinnen und Berater aber auch Lehrerinnen und Lehrer) die Möglichkeit, sich durch eine insoweit erfahrene Fachkraft beraten zu lassen (§4 KKG).



Kooperationen mit Netz-
werkpartnern im Rah-
men von (vermuteter)
Kindeswohlgefährdung

Im Landkreis Sigmaringen wurde zwischen dem Jugendamt und der Geburtsklinik ein verbindlicher Ablauf festgelegt, der das Vorgehen bei (vermuteter) Kindeswohlgefährdung regelt. Für die Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt steht der Klinik bei Bedarf eine Fachkraft des Jugendamtes (Allgemeiner Sozialer Dienst – ASD) über eine 24-Stunden-Hotline zur Verfügung. Vice versa steht dem Jugendamt im Falle des Bekanntwerdens kindeswohlgefährdender Momente eine ärztliche Kollegin oder ein ärztlicher Kollege als beratende Ansprechperson zur Verfügung – ein Good Practice Modell, das im Sinne des §4 KKG genutzt werden kann.

Im Landkreis Ravensburg wurde eine Vereinbarung zwischen Jugend- und Gesundheitsamt geschlossen, welches das Vorgehen bei (vermuteter) Kindeswohlgefährdung, die im Rahmen von Einschulungsuntersuchungen auffallen, regelt. Verbindliche Ablaufstrukturen entlasten hier die ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und geben Handlungssicherheit.

Neben den erwähnten Beratungsmöglichkeiten ist es hilfreich, geeignete Instrumente (z. B. so genannte Risikochecklisten bzw. Risikoinventare) zur Verfügung zu haben, mit denen die eigenen Beobachtungen und das eigene Handeln reflektiert und dokumentiert werden können. Diese Dokumentationen können wichtige Legitimationsgrundlage sein, falls ein Kinderschutzverfahren eingeleitet wird.

Dazu stehen Ihnen beispielsweise folgende Instrumente zur Verfügung:

Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch (Risikoscreening rund um die Geburt)

Entscheidungsbaum bei (drohender) Kindeswohlgefährdung

Beide Instrumente kostenlos downloadbar unter:

<http://www.uniklinik-ulm.de/struktur/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatriepsychotherapie/home/forschung/guter-start-ins-kinderleben/werkbuch-vernetzung.html>

Passwort: GUTER ANHANG

Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz (Risikoscreening von der Geburt bis ins Vorschulalter)

kostenlos bestellbar unter: [anne-katrin.kuenster\[at\]uniklinik-ulm.de](mailto:anne-katrin.kuenster[at]uniklinik-ulm.de)

Anhaltsbogen für ein
vertiefendes Gespräch

Entscheidungsbaum



Wahrnehmungsbogen
für den Kinderschutz



3.3 PASSGENAUE ANGEBOTE FÜR FAMILIEN

Neben den Zugangswegen ist ein zentraler Qualitätsaspekt eines Netzwerks Frühe Hilfen und Kinderschutz, inwiefern zur passgenauen Kombination interdisziplinärer Angebote für eine Familie eine fallbezogene Beratung für die professionellen Akteurinnen und Akteure vor Ort sowie eine koordinierte Vermittlung von Frühen Hilfen systematisch vorgehalten wird. Es ist eher die Regel denn die Ausnahme, dass besonders Familien mit Risikokonstellationen gleichermaßen Unterstützung aus dem System der Kinder- und Jugendhilfe als auch aus dem Gesundheitswesen sowie Unterstützungsmaßnahmen aus weiteren Systemen benötigen. Hinzu kommt, dass bei Säuglingen und Kleinkindern rechtzeitige Unterstützung und Förderung bzw. Versorgung entscheidend dafür sein kann, dass spätere Entwicklungsverzögerungen oder gar -schädigungen vermieden bzw. zumindest abgeschwächt werden können. Dabei bedeutet „Rechtzeitigkeit“ ggf. wenige Wochen oder sogar noch geringere Zeiträume. Die passgenaue Zusammenstellung von Hilfs-, Unterstützungs- und Therapieangeboten aus den unterschiedlichsten Leistungssystemen für eine individuelle Familie mit jeweils individuellen Bedürfnissen ist eine Herausforderung für die koordinierende Fachkraft. Dies setzt breites, interdisziplinäres Wissen voraus, aber auch ein breites, interdisziplinäres Angebotsrepertoire vor Ort.

Im Rahmen der lokalen Netzwerke Frühe Hilfen und Kinderschutz erscheint es daher wichtig zu überlegen, welche professionellen Akteurinnen und Akteure vor Ort systematisch einen so genann-


ten „Clearingauftrag“ wahrnehmen können. Dies dürfte insbesondere dann relevant sein, wenn Säuglinge und Familien mit Hilfen und Leistungen aus verschiedenen Systemen versorgt werden müssen. Tatsächlich ist Fallführung und -steuerung außerhalb des ASD bzw. unterhalb der Schwelle der §§ 27ff. SGB VIII bisher nicht systematisch geregelt. Hier besteht die Chance, zumindest bei der Vermittlung und Zusammenstellung von Hilfen und Leistungen, passgenaue und interdisziplinär zusammengesetzte Versorgung nachhaltig sicherzustellen.

„Fallführung“ in den Frühen Hilfen Es gälte also im Netzwerk verbindlich festzulegen, wer quasi eine „Fallführung“ im Bereich Frühe Hilfen in dem Sinn übernimmt, eine Familie so lange zu begleiten bis sie tatsächlich die von ihr gewünschten und benötigten Unterstützungsmaßnahmen erhält und die Familie ausreichend selektiv-präventiv versorgt ist. Wird diese Aufgabe von Mitarbeitenden der Jugendhilfe übernommen, wäre deren Expertise um Möglichkeiten zur medizinischen Beratung zu erweitern. Hier erscheint es sinnvoll, externe Unterstützung einzuholen, und diese verbindlich abzusprechen. Als Minimalstandard wären pädiatrische Expertise ggf. auch Beratung durch Hebammen notwendig, in spezifischen Fällen möglichst aber auch sozialpädiatrische, psychiatrische Expertise bzw. Suchtexpertise etc.

Clearingstelle
Frühe Hilfen

Anonymisierte und interdisziplinäre Fallbesprechungen

Unterstützend für die Etablierung einer solchen „Clearingstelle“ können so genannte „anonymisierte und interdisziplinäre Fallbesprechungen“ durchgeführt werden. Anonymisierte Fallbesprechungen haben sich hervorragend bewährt, um einen multiprofessionellen Blickwinkel für die Bedürfnisse und jeweiligen Unterstützungs- und Versorgungsbedarfe von Säuglingen und Kleinkindern zu entwickeln. Hinzu kommt, dass sich über anonymisierte Fallbesprechungen Reibungsverluste in Vorgehensweisen oder Abläufen erkennen und reduzieren lassen. Dabei kann, zumindest zu Beginn eines solchen Prozesses gemeinsamer Fallbesprechungen, eine externe Moderatorin oder ein externer Moderator unterstützen. Perspektivisch läge in der Etablierung derartiger Strukturen auch die Chance der Übertragung auf andere Bereiche der Kinder- und Jugendhilfe (Rechtsanspruch auf Beratung nach §4 KKG, §§ 8a und 8b SGB VIII).

 Anonymisierte
interdisziplinäre
Fallbesprechungen

Im Stadtkreis Freiburg wurden an zentraler Stelle (Kompetenzzentrum „Frühe Hilfen“ Freiburg) ein so genannter „Round Table“ installiert, der nach einem festgelegten Ablaufschema bei Bedarf (d.h. auf Anfrage eines Netzwerkpartners) jederzeit anonymisierte interdisziplinäre Fallbesprechungen durchführt.

 Eltern-Kind-Zentren

Im Stadtkreis Mannheim wurden so genannte Eltern-Kind-Zentren als niedrigschwellige und wohnortnahe Anlaufstellen insbesondere für Kinder mit spezifischen Entwicklungsrisiken zwischen 0 und 3 Jahren und ihren Eltern etabliert. Zielgruppen der Eltern-Kind-Zentren sind insbesondere: Kinder von psychisch kranken Eltern, Kinder von suchtkranken Eltern, Kinder von sehr jungen Eltern, Kinder von Alleinerziehenden und aus Patchworkfamilien, Kinder in Bedarfsgemeinschaften (SGB II und XII), Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund, Kinder aus Familien mit hohem Konfliktpotential, Kinder aus Familien mit Erziehungsdefiziten bzw. mit Entwicklungsrisiken, Kinder aus Familien mit Eltern mit einer Behinderung, Schwangere. In den Eltern-Kind-Zentren arbeiten Erzieherinnen und Erzieher, Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen ergänzt durch weitere Professionen auf Honorarbasis in einem interdisziplinäre Team zusammen, um den Kindern und Eltern schnelle und passgenaue Hilfen anzubieten / zu vermitteln. Darüber hinaus sind sie mit weiteren Personen / Professionen und Institutionen aus dem Frühe Hilfen Bereich vernetzt.

Im Hohenlohekreis wurde das Konzept „Haus der Familie“ als niedrighschwelliges Angebot im medizinisch-therapeutischen und im sozialpädagogischen Bereich für Familien mit Kindern von 0 bis 6 Jahren entwickelt. Ziel ist, das „Haus der Familie“ als landkreisweite (zentrale) Anlauf- und Koordinationsstelle für die Frühen Hilfen und die Frühförderung zu etablieren. Durch die räumliche Nähe findet eine gute Zusammenarbeit zwischen den beiden Systemen statt und ermöglicht u.a. bei Bedarf eine fallübergreifende Abstimmung. Weitere Bestandteile des Konzeptes sind die dezentralen, mobilen Elternberatungsstellen, als regionale/kommunale Anlaufstellen für alle werdenden Mütter und Familien mit Säuglingen und Kleinkindern, die einen Beratungsbedarf aufweisen. Sie haben eine Brückenfunktion zu den weiteren Angeboten der Frühen Hilfen und / oder der Frühförderung im zentralen „Haus der Familie“.

„Haus der Familie“:
Interdisziplinäre Anlauf-
und Koordinationsstelle
Frühe Hilfen und Früh-
förderung mit (mobilen)
regionalen Elternbera-
tungsstellen



Im Ortenaukreis wurde eine umfassende Analyse mittels Fallvignetten durchgeführt, die den IST-Stand der bisherigen Erfahrungen in Fällen von Kindern psychisch kranker Eltern abbilden sollte. In weiterführenden Workshops zwischen den Fachkräften in den Frühen Hilfen und verschiedenen Akteurinnen und Akteuren des erwachsenenpsychiatrischen Bereichs wurden im Anschluss Möglichkeiten verbesserter Kooperationswege eruiert, z. B. anonymisierte interdisziplinäre Fallberatungen oder -besprechungen, Einrichtung eines psychiatrischen Konsiliardiens-tes, Einrichtung von Mutter-Kind-Stationen.

Kinder psychisch
kranker Eltern –
Verbesserung der
Versorgungssituation



Im Stadtkreis Karlsruhe wurde zur Verbesserung der Versorgungssituation Kinder psychisch kranker Eltern eine verstärkte Vernetzung zwischen der Erwachsenenpsychiatrie (Klinik) und den Frühen Hilfen initiiert. So steht z. B. dem jeweils anderen eine Hauptansprechperson zur Verfügung. Es besteht zudem jederzeit die Möglichkeit (von allen Fachkräften in der Klinik) direkt und anlassbezogen Kontakt mit der Ansprechperson den Frühen Hilfen Kontakt aufzu-nehmen. Als kontinuierliche Schnittstelle besteht darüber hinaus der „Arbeitskreis Kinder von psychisch kranken Eltern“, an dem u. a. die Frühen Hilfen und Vertreterinnen und Vertreter der Klinik teilnehmen.

Im Landkreis Tübingen wurde zur Verbesserung der Situation von Kindern psychisch kranker Eltern eine vertiefte Kooperation mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst etabliert. Ziel ist es, den Übergang psychisch belasteter oder erkrankter Schwangerer und Mütter in die Frühen Hilfen zu erleichtern. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes führen bei Bedarf eine Orientierungsberatung für psychisch kranke schwangere Frauen und Mütter durch und übernehmen eine „Lotsenfunktion“ für die Koordination der weiteren medizinischen Hilfen. Auf professioneller Ebene stehen sich die Mitarbeiter/innen der Frühen Hilfen und des Sozialpsychiatrischen Dienstes gegenseitig für (anonymisierte) Fallbesprechungen und kollegiale Beratungen zur Verfügung.

Eine komprimierte und aktuelle Stellungnahme zur interdisziplinären Zusammenarbeit in der Unterstützung und Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern liefert die „Neuköllner Erklärung“ (siehe Kap. 6.4, S. 99).

Neuköllner Erklärung



3.4 WIE KOMMEN FRÜHE HILFEN ZU DEN FAMILIEN UND UMGEKEHRT? ZUGANGSWEGE INS HILFENETZWERK

Eine zentrale Frage, die sich in den Frühen Hilfen stellt, ist die, wie die Angebote die Zielgruppe der Familien mit Kindern unter drei Jahren bestmöglich, d.h. frühzeitig und passgenau, erreichen. Möglichkeiten eines systematischen und nicht-stigmatisierenden Zugangs zu Familien ergeben sich beispielsweise rund um die Geburt. Mehr als 98 % der Kinder werden in Deutschland in Geburtskliniken entbunden, so dass hier mit einem überschaubaren Aufwand nahezu alle Familien frühzeitig systematisch erreicht werden können.



Systematische Einschätzung von Bedürfnissen und Risiken von Familien in Geburtskliniken

Im Ortenaukreis wenden alle Geburtskliniken zur systematischen Einschätzung von Bedürfnissen und Risiken von Familien den „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“ (s. Kap. 3.2, S. 42) an. Auf diesem Weg werden etwa 95 % der Familien mit Neugeborenen erreicht. Wird auf dem Bogen eins oder mehrere der abgefragten Risiken angekreuzt, wird vor der Entlassung der Mutter mit der Familie ein vertiefendes Gespräch geführt. Ziel des Gesprächs ist es zu eruieren, ob weitere Risiken in der Familie vorliegen, ob die Familie die Risiken alleine bewältigen kann oder ob sie diesbezüglich Unterstützung benötigt. Wird Unterstützung benötigt, vermitteln die Geburtskliniken auf Wunsch der Familien diese weiter an die Frühen Hilfen im Ortenaukreis.

Familienbesuche/
Baby-Besuchsdienst

Einen weiteren Zugangsweg ins Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz können, wie bereits erwähnt, so genannten Baby-Besuchsdienste oder Familienbesuche sein, die alle Familien auf freiwilliger Basis kurz nach der Geburt zu Hause besuchen und die jungen Familien über Angebote und Unterstützungsmaßnahmen in der Region informieren (siehe auch www.familienbesucher.de).



Angebot auf
Wochenstation

Unter dem Aspekt der frühen Sensibilisierung von Müttern für die Bedürfnisse ihres Babys wurde im Zollernalbkreis ein niedrighschwelliges Angebot mit dem Titel „Das Baby verstehen“ in einer Geburtsklinik installiert. Die Veranstaltung wird im zwei-Wochen-Turnus kostenlos und direkt auf der Wochenstation angeboten und von entwicklungspsychologischen Beraterinnen und Beratern durchgeführt. Auf Wunsch bzw. bei erhöhtem Unterstützungsbedarf wird den Müttern ein bindungsförderndes Programm (EPB) angeboten.

(Familien-) Hebammen:
Türöffner und Lotsenfunktion

Eine wichtige Rolle als „Türöffner“ in die Frühen Hilfen spielen zudem Hebammen. Häufig haben sie bereits in der Schwangerschaft Kontakt zu den werdenden Müttern und genießen in der Regel ein sehr großes Vertrauen bei den jungen Familien. Sie können diese bei Bedarf an Frühe Hilfen weitervermitteln und kooperieren häufig mit so genannten Familienhebammen.

Vielerorts werden im ersten Lebensjahr des Kindes bei einem Unterstützungsbedarf, der über die reguläre Hebammennachsorge hinausgeht, Familienhebammen eingesetzt. Sie können die Familien in der Regel bis zum ersten Geburtstag des Kindes begleiten. In ihrer Funktion als Familienhebamme können sie die prä- und postnatale Entwicklung der Kinder mittels Beratung und Begleitung der Eltern fördern. Darüber hinaus übernehmen sie eine Lotsenfunktion (im Sinne der in Kapitel 3.3 angesprochenen „Fallführung“), indem sie bei den Müttern um die Inanspruchnahme weiterer geeigneter Angebote Früher Hilfen werben und Vermittlungswege in die Frühen Hilfen ebnen.

Darüber hinaus ist es wünschenswert, weitere systematische Zugangswege zu erschließen, die auch Familien mit Kleinkinder jenseits des Neugeborenenalters bzw. nach dem ersten Lebensjahr in ande-

ren Lebensfeldern erreichen. Vorstellbar wären hier etwa systematische Bedarfserhebungen in Kindertageseinrichtungen oder im Rahmen der pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen. Für die Erhebung des frühen Unterstützungsbedarfs junger Familien existieren z. B. so genannte Screenings, die empirisch abgesichert und auch unter (zeit-) ökonomischen Aspekten gut anwendbar sind (s. Kap. 3.2., S. 42: „Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz“).

Systematische
Zugangswege jenseits des
Neugeborenenalters

Im Landkreis Ludwigsburg wurde während des Projektes „Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz“ eine Kooperation mit dem Jobcenter vorbereitet. Durch die Einbeziehung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dieser Institution besteht die Chance Familien in finanziell belasteten Lebensverhältnissen zu erreichen. Häufig ist diese Notlage mit weiteren Belastungssituationen wie alleinerziehender Elternteil, Minderjährigkeit der Eltern, psychische oder Suchterkrankungen assoziiert. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Agenturen für Arbeit (ARGE), Jobcenter und Sozialämter haben regelhaft Kontakte zu Zielgruppen Früher Hilfen, die in den Systemen der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens nicht ohne weiteres erreichbar sind.

Kooperation mit den
ARGE/Jobcentern



Viele Kreise und Kommunen sind dazu übergegangen, Informationsoffensiven durchzuführen, um intensiv für die Inanspruchnahme Früher Hilfen zu werben. Zentrales Element derartiger Kampagnen sind häufig Informationsplattformen im Internet oder spezifische Frühe-Hilfen-Branchenbücher und Datenbanken für Familien und Fachkräfte.

Im Landkreis Rastatt wurde im Rahmen des Projektes „Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz“ ein Konzept für eine Homepage entwickelt, welche sowohl die Netzwerkstrukturen als auch das Angebotsrepertoire transparent darstellen sollte. Die Homepage beinhaltet einen passwortgeschützten internen Bereich für alle Netzwerkpartner und einen extern Bereich für die Adressaten der Frühen Hilfen. Der interne Teil für Netzwerkakteurinnen und Netzwerkakteure enthält z. B. Übersichten über die Netzwerkteilnehmer, Details und Protokolle zu Veranstaltungen und Terminen, Profile der Netzwerkuntergruppen mit Daten der Ansprechpersonen und eine Übersicht über Netzwerkaktivitäten. Der externe Teil gibt hilfeschenden Familien Informationen zum Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz z. B. in Form von Angeboten und Ansprechpartnern, Veranstaltungen und Terminen im Netzwerk sowie interessanten Links.

Kommunikations-
konzepte



Im Rahmen des Projektes „Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz“ wurde gemeinsam mit den Landkreisen Heilbronn und Heidenheim eine Datenbank für Frühe Hilfen (www.fruehehilfen-vorort.de) entwickelt, die das Angebotsrepertoire Frühe Hilfen in einer Stadt bzw. einem Landkreis darstellen kann und mittels einer einfachen Suchfunktion über eine Geo-Datenbank (ermöglicht Umkreissuche) Adressanten diese Information zur Verfügung stellt.

Datenbank
Frühe Hilfen



3.5 UM FRÜHE HILFEN WERBEN – GESPRÄCHSFÜHRUNG MIT ELTERN

Das Gespräch mit Eltern führt bei Fachkräften im Vorfeld häufig zu gemischten Gefühlen. Nicht selten machen sich die Fachkräfte Sorgen um die weitere Entwicklung des Kindes und möchten diese Sorgen den Eltern mitteilen und Hilfe anbieten. Sie befürchten jedoch auch, dass sich die Eltern angegriffen fühlen könnten. Grundsätzlich gibt es für derartige Elterngespräche – auch gerade, wenn schwierige Themen angesprochen werden müssen – keine Patentrezepte. Aber es gibt Stolpersteine, die weitestgehend vermieden werden können, wenn das Gespräch gut vorbereitet wird. Zu diesem Zweck haben wir in Anlehnung an die Therapie- und Beratungsschleife® nach Walther Cormann (2014) für einen Fachtag im Rahmen des Projektes „Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz“ zentrale Aspekte rund um Elterngespräche in den Frühen Hilfen zusammengestellt. Diese können Sie bei Interesse im Folgenden nachlesen. Den zusammengefassten Leitfaden finden Sie in Kapitel 6.3 (S. 95).



Gesprächsführung
mit Eltern

Perspektive des Kindes

Sich in die Situation der
Eltern hineinversetzen

Wertschätzung und Respekt:
Trennung von Beziehungs-
ebene und Verhaltensebene

Authentizität/Echtheit

Auftrags- und
Rollenverständnis

Erfolgreiche Gesprächsführung ist auch eine Frage der Haltung. In den Frühen Hilfen erscheint es zentral, stets aus der Perspektive des Kindes zu denken und zu handeln. Bei der Vorbereitung des Gesprächs ist es daher sinnvoll, die Situation und den Unterstützungsbedarf der Familie aus der Sicht des Kindes abzuwägen. Erfahrungsgemäß ist es zudem wichtig, sich zu vergegenwärtigen, dass sich Fachkräfte und Eltern nicht in Konfrontation zueinander befinden, sondern vielmehr ein gemeinsames Interesse verfolgen, nämlich das Wohlergehen des Kindes. Zu diesem Zweck ist es häufig nötig, sich in die Situation der Eltern hineinzuversetzen und ein gewisses Verständnis für ihre Situation und ihr Handeln zu entwickeln, denn jedes Handeln hat einen Sinn und eine Funktion! Stellt eine Mutter ihr Kind beispielsweise zu früh auf die Beine, möchte sie damit vielleicht die Selbstständigkeit ihres Kindes fördern. Ihr Wunsch, das Kind zu fördern, kann als Ressource im weiteren Beratungsverlauf genutzt werden. Damit eine Familie ein Unterstützungsangebot annehmen kann, ist es unabdingbar ihr mit Wertschätzung und Respekt zu begegnen. Das bedeutet nicht, dass man das Handeln der Eltern gutheißen muss. Vielmehr sollte den Menschen Respekt in Bezug auf ihre Person entgegengebracht werden, auch wenn spezifische Verhaltensweisen abgelehnt werden.

In Rahmen von Beratungsgesprächen sollten sowohl inhaltlich als auch sprachlich-didaktisch nur die Elemente verwendet werden, die die Fachkraft auch für sich vertreten kann. Antrainiertes Handeln ohne eine eigene dahinterstehende Überzeugung wirkt in der Regel nicht. Authentizität und Echtheit hingegen überzeugen.

Für das Gelingen eines „kritischen“ Elterngesprächs ist folgendes Auftrags- und Rollenverständnis essentiell: Gespräche mit Eltern auch bzw. gerade über schwierige Themen dienen dazu, den Eltern und ihrem Kind einen Service anzubieten. Die Fachkraft kann dabei unterstützen, dass Familien die Unterstützung bekommen, die ihnen zusteht. Es geht also bei dem Gespräch um eine Chance für die Familie und die Fachkraft ist der Überbringer der „frohen Botschaft“!

Vorbereitungen für ein Elterngespräch

Folgende Aspekte in der Vorbereitung können im Gespräch einen entscheidenden Unterschied hinsichtlich des Gelingens oder Scheiterns beim Werben um die Inanspruchnahme von Hilfen machen und sollten daher vorab abgewogen bzw. geklärt werden.

Achten Sie darauf einen Raum auszuwählen, in dem es möglichst wenig Störquellen gibt (Telefon, Fernseher, andere Personen etc.). Nehmen Sie sich ausreichend Zeit für das Gespräch. Wählen Sie Räumlichkeiten mit einer angenehmen Atmosphäre und bequemen Sitzgelegenheiten. Sitzen Sie über Eck, aber nicht im 90°-Winkel zu Ihrem Gesprächspartner.

Raum

Klären Sie für sich vorab, was Sie erreichen / vermitteln möchten. Wenn Sie eine konkrete Unterstützungsmaßnahme der Familie anbieten und an diese weitervermitteln möchten, sollten Sie vor dem Gespräch für sich klären, welchen Nutzen das Kind und die Eltern davon hätten, wenn die Eltern diesem Vorschlag zustimmen würden und wie das Angebot zu erreichen ist (kostet es etwas, brauchen die Eltern einen Überweisungsschein etc.).

Ziel des Gesprächs

Klären Sie für sich, ob es sich bei dem zu führenden Gespräch um Themen handelt, die Sie dem Präventionsbereich zuordnen würden oder handelt es sich um einen „Kinderschutzfall“, der zwingend Veränderungen / Unterstützungsmaßnahmen erfordert?

Frühe Hilfen vs. Kinderschutz?

Legen Sie für sich vorab fest, woran Sie erkennen könnten, dass das Gespräch gut gelaufen ist. Was würden Sie tun, wenn Ihr Gesprächspartner Ihnen nicht zustimmt bzw. die angebotene Hilfe nicht annehmen möchte?

Überlegen Sie sich, welche Rolle bzw. welche Rollen Sie in dem Gespräch ggf. gleichzeitig innehaben (z.B. Erzieherin oder Erzieher, Vertraute oder Vertrauter, Freundin oder Freund, Fachkraft der Kinder- und Jugendhilfe etc.). Gehen diese Rollen gut miteinander einher oder ergeben sich eventuell Konflikte? Wenn ja: Welche Konflikte können entstehen und wie werden Sie in dem Elterngespräch damit umgehen?

Eigene Rolle klären

Das Elterngespräch in vier Phasen

Gespräche gliedern sich in der Regel in mehrere Phasen. Zur besseren Orientierung finden Sie im Folgenden einen prototypischen Gesprächsablauf, der sich in vier Phasen gliedert.

1. Gesprächsbeginn

Die erste Phase dient dazu, dem Gespräch sowohl inhaltlich als auch atmosphärisch einen Rahmen zu geben. Stellen sie zunächst einen positiven Kontakt zu den Eltern her (z.B. auf Augenhöhe sitzen, aktiv zuhören: lächeln, nicken, Interesse zeigen, nachfragen, zusammenfassen). Teilen Sie Ihren Gesprächspartnern mit, wie viel Zeit Sie für das Gespräch haben, und fragen Sie nach, ob er/sie auch Zeit hat oder einen anderen Termin wünscht. Benennen Sie Ihr eigenes Ziel des Gesprächs und fragen Sie nach dem Ziel ihres Gesprächspartners. Handeln Sie ggf. einen Kompromiss für ein gemeinsames Ziel aus. Benennen Sie Ihre eigene(n) Rolle(n) im heutigen Gespräch und klären Sie die Rahmenbedingungen unter denen das Gespräch zustande gekommen ist.

Positiven Kontakt herstellen

Zeit

Ziel

Rolle(n) benennen und Rahmenbedingungen klären

Problem/Thema/Bedarf
aus der Sicht des Kindes
ansprechen

Gemeinsam nach
Lösungen suchen

Reaktion der Eltern und
weiteres Vorgehen

Lösung konkretisieren,
erreichbare Schritte erarbeiten

Mögliche Veränderungen
auf ihre Auswirkungen
überprüfen

2. Eigentliches Thema ansprechen, für Hilfen werben

Sprechen Sie das Problem/Thema bzw. den Bedarf aus der Sicht des Kindes an. Suchen Sie gemeinsam mit den Eltern nach Lösungen und werben Sie ggf. für die Inanspruchnahme einer Unterstützungsmaßnahme. Das eigene Kennen des Unterstützungsangebots erleichtert das Bewerben und die Möglichkeit, den Nutzen des Angebots aus der Sicht des Kindes herausstellen. Bedenken Sie dabei folgendes: Sie sind die Fachkraft, aber die Familie ist Experte für ihr eigenes Leben. Daher haben die Eltern vielleicht eine bessere Lösungsidee als Sie selbst oder schätzen den Unterstützungsbedarf berechtigterweise anders ein.

Von den jeweiligen Reaktionen der Eltern hängt das weitere Vorgehen im Gesprächsverlauf ab: Erkennen die Eltern den Unterstützungsbedarf und nehmen Hilfe an, können Hilfen vermittelt werden (weiter im Gesprächsablauf zu „Lösung konkretisieren“). Erkennen die Eltern den Unterstützungsbedarf aber nicht und bzw. oder nehmen Unterstützungsangebote nicht an, ist es entscheidend, ob sich bei dem von Ihnen festgestellten Bedarf um eine „Präventionsfall“ oder einen „Kinderschutzfall“ handelt. Handelt es sich um einen „Präventionsfall“, können Sie erneut den Nutzen des Angebots für das Kind und die Familie deutlich machen. Wenn dennoch keine Akzeptanz bei der Familie zu erreichen ist, erfolgt keine Weitervermittlung. Das Gespräch wird beendet und Sie können signalisieren, dass Sie künftig dennoch weiterhin für Gespräche etc. zur Verfügung stehen.

Handelt es sich um einen „Kinderschutzfall“ und die Eltern erkennen den Unterstützungsbedarf nicht und bzw. oder nehmen die Unterstützung nicht an, müssen Sie der Familie gegenüber transparent machen, welche Schritte nun (ggf. auch gegen den Willen der Eltern) eingeleitet werden.

Wenn weiterführende Unterstützungsangebote vermittelt werden sollen, sollten Sie nun die Lösung konkretisieren und erreichbare Schritte mit der Familie erarbeiten. Wer muss was machen, damit das Ziel erreicht werden kann? Brauchen die Eltern dazu eventuell Hilfe? Wenn ja, welche und wer gewährt sie ihnen? Können Sie z. B. für die Eltern Termine ausmachen, sie beim ersten Besuch dorthin begleiten?

3. Auswirkungsüberprüfung

Manchmal bringen Änderungen Nebenwirkungen mit sich, z. B. könnte der nichtanwesende Partner die erarbeitete Lösung ablehnen, woraus sich evtl. Paarkonflikte entwickeln. Klären Sie daher mit den Eltern an konkreten Beispielen was sich ändern könnte, wenn das erarbeitete Ziel umgesetzt würde. Fragen Sie nach, ob die Eltern diese Veränderungen auch begrüßenswert finden.

Sollten sich durch die „Lösung“ Nebenwirkungen ergeben, die die Familie nicht tragen möchte / kann, gehen Sie zurück zu Punkt 2 „Gemeinsam nach Lösungen suchen“.

4. Gesprächsabschluss

Das Gespräch kann beendet werden, wenn die Eltern eine konkrete Idee davon haben, wie sie das Ziel erreichen können, was sich dadurch ändern könnte und sie die Veränderungen auch begrüßenswert finden.

3.6 QUALIFIZIERUNG IM INTERDISZIPLINÄREN NETZWERK FRÜHE HILFEN

Die Verstetigung der Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen und die Überführung der Netzwerke Frühe Hilfen und Kinderschutz in die Nachhaltigkeit wird in den nächsten Jahren eine der zentralen Herausforderung in den Stadt- und Landkreisen sein. Um ein Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz nachhaltig zu implementieren, erscheint es unbedingt nötig, das Netzwerk ein Stück weit unabhängig von einzelnen engagierten Akteurinnen und Akteuren zu machen. Andernfalls kann das Ausscheiden einzelner Personen zum Wegbrechen zentral wichtiger Informationen oder Kontakte im Netzwerk führen. Um dem entgegenzuwirken und um die Aufnahme neuer Fachkräfte in das Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz mit einer Mindestqualifikation zu verbinden, empfiehlt es sich, ein Qualifizierungsangebot vorzuhalten, das es ermöglicht, fortlaufend Akteurinnen und Akteure im Bereich der Frühen Hilfen interdisziplinär weiterzubilden. Eine fortlaufende Qualifizierung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Frühen Hilfen und weiterer Berufsgruppen im Netzwerk Frühe Hilfen ist wichtiger Bestandteil einer Qualitätssicherung im Sinne der Einführung einer gewissen Basisqualifikation aller Akteurinnen und Akteure im Netzwerk. Des Weiteren trägt ein derartiges Qualifizierungsangebot bei intensiver Nutzung zur Nachhaltigkeit des Netzwerks bei. Spezifische Kenntnisse sind dann bei einem größeren Personenkreis im Netzwerk vorhanden, so dass das Netzwerk unabhängiger von einzelnen Personen aufrechterhalten werden kann.

Die systematische Nutzung des kostenlos zur Verfügung stehenden E-Learning-Kurses „Frühe Hilfen und frühe Interventionen im Kinderschutz“ kann in diesem Zusammenhang als zentrales Element genutzt werden. Um die Nutzung dieses Angebots zu fördern, könnten beispielsweise Mitarbeiter der Stadt/ des Landkreises mit einer leistungsorientierten Bezahlung (LoB TvÖD) nach erfolgreicher Absolvierung und Zertifizierung des Kurses motiviert werden. Darüber hinaus erscheinen Fortbildungsangebote für spezifische Berufsgruppen wie beispielsweise Erzieherinnen oder Hebammen, die einzelne Aspekte des E-Learning-Kurses im Sinne eines so genannten „Blended Learnings“ explizit aufgreifen und vertiefen, geeignet, um die Inanspruchnahme und intensive Auseinandersetzung mit dem Kurs deutlich zu erhöhen.

Zertifizierter internetbasierter Weiterbildungskurs „Frühe Hilfen und frühe Interventionen im Kinderschutz“

Entwicklung und Implementierung gefördert durch das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden Württemberg.

Nachhaltige Finanzierung durch die UBS Optimus Foundation.

Konzeption und Durchführung durch die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm.

Die internetbasierte Weiterbildung „Frühe Hilfen und frühe Interventionen im Kinderschutz“ richtet sich insbesondere an Fachkräfte aus der Jugendhilfe, dem Gesundheitswesen und an alle, die mit Familien mit Kindern von 0 bis 3 Jahren arbeiten. Online verfügbare Lernmodule ermöglichen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Weiterbildung berufsbegleitend, in-

E-Learning-Kurs
„Frühe Hilfen und
frühe Interventionen
im Kinderschutz“



www.elearning-fruehehilfen.de

teraktiv sowie zeitlich und räumlich flexibel zu gestalten. Die Plattform basiert auf der Open Source Technology „Moodle“ (Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment), die zunehmend im Medizin- und Pflegebereich eingesetzt wird.

Übergreifendes Ziel der Weiterbildung ist, den Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmern theoretisches und praktisches Wissen sowie umfassende Handlungskompetenzen zu vermitteln, damit Frühe Hilfen und Interventionen im Kinderschutz bei Bedarf zeitnah, angemessen und nachhaltig eingeleitet und interdisziplinär umgesetzt werden können. Folgende spezifische Lernziele der Weiterbildung lassen sich daraus ableiten:

- Ausbau entwicklungspsychologischer Kenntnisse, um Entwicklungsverzögerungen rechtzeitig entgegenzuwirken,
- Trainieren von Verhaltensbeobachtung, um Risiken in der Eltern-Kind-Beziehung zu erkennen,
- Vertiefung des Fachwissens über psychische Auffälligkeiten der Eltern, um rechtzeitig Hilfen einzuleiten,
- Schärfung der Wahrnehmung von spezifischen Anhaltspunkten der Kindeswohlgefährdung,
- Ausbau von Handlungssicherheit in der Risiko- und Ressourceneinschätzung und anschließender Güterabwägung,
- Erweiterung von Rechtsanwendungswissen (Datenschutz, Ausführung des Schutzauftrages, interdisziplinärer Kommunikation im Bereich Früher Hilfen etc.), um Sicherheit im Vorgehen in Kinderschutzfällen zu erlangen,
- Erweiterung von Gesprächsführungskompetenzen mit Eltern, sodass Hilfen in Anspruch genommen werden können,
- Vertiefung des Wissens über das Spektrum Früher Hilfen sowie der entsprechenden Sozialleistungssysteme, um Unterstützung bedarfsgerecht zu planen,
- Erweiterung der Kompetenzen im Fallmanagement, in der Prozessplanung und der interdisziplinären Vernetzung.

Theoretische Grundlagen zum Thema Frühe Hilfen und frühe Interventionen im Kinderschutz stützen sich auf Praxiswissen und neueste wissenschaftliche Erkenntnisse. Multimediale Inhalte wie Lernvideos, Texte, interaktive Instrumente und Übungen bringen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern theoretisches und methodisches Wissen näher. Die Inhalte fließen in der Fallbearbeitung zusammen, in der die Teilnehmerinnen und Teilnehmer verschiedene fachliche Perspektiven einnehmen können. Interaktive Elemente wie die Einschätzung von Eltern-Kind-Interaktionen und Elterngesprächen, Erstellung von Aktennotizen und Hilfeplanung leiten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer möglichst realitätsnah durch die Fälle.

Insgesamt besteht der Kurs aus 87 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten. Mit dem erfolgreichen Absolvieren des Kurses erhalten die Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer das Zertifikat „Frühe Hilfen und frühe Interventionen im Kinderschutz“. Die Fortbildungsmaßnahme wurde bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg und Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg mit 87 CME-Punkten anerkannt. Die Punkte können auch anteilig in den einzelnen Modulen erworben werden.

Dank der Finanzierung durch die UBS Optimus Foundation werden keine Kosten für die Teilnahme an der Fortbildung erhoben. Die Anmeldung erfolgt durch eine Registrierung auf www.elearning-fruehehilfen.de. Nach Ausfüllen des Registrierungsformulars werden Sie aufgefordert, einen unterzeichneten Nachweis Ihrer Berufsausbildung oder -tätigkeit bzw. – im Falle einer ehrenamtlichen Tätigkeit – einen durch Ihre Institution unterzeichneten Nachweis über Ihr Ehrenamt einzureichen. Die Freischaltung für den E-Learning Kurs erfolgt innerhalb einer Woche, sobald der Ausbildungs- bzw. Tätigkeitsnachweis bei uns eingegangen ist. Sie erhalten Ihre Zugangsdaten per E-Mail.

3.7 NACHHALTIGKEIT: VERSTETIGUNG DER KOOPERATIONS- UND VERNETZUNGSSTRUKTUREN – VON VERBINDLICHEN ABSPRACHEN UND VEREINBARUNGEN

Durch das KKG und die Bundesinitiative Frühe Hilfen ist, wie bereits beschrieben, ein großer Schritt zur nachhaltigen Implementierung Früher Hilfen in die deutsche Helfelandschaft gemacht worden. Vielerorts wurden bereits Netzwerkstrukturen geschaffen, die die zentralen Akteure im Bereich der Frühen Hilfen und des Kinderschutzes regelmäßig zusammenbringen.

Ein Weg, um Nachhaltigkeit im Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz zu erzeugen, führt auch über verbindliche Kooperationsabsprachen und -vereinbarungen. Im Ostalbkreis wurde im Rahmen eines Workshops mit Netzwerkakteurinnen und Netzwerkakteuren eine (Muster-) Kooperationsvereinbarung zu Grundsätzen für eine verbindliche Zusammenarbeit in den Frühen Hilfen und im Kinderschutz entwickelt.

Bezüglich der Nachhaltigkeit stellt sich zudem die Frage nach der Finanzierung spezifischer Angebote Früher Hilfen. Gelingt es, neue Angebote in die Regelfinanzierung zu implementieren? Andernfalls besteht die Gefahr, dass spezifische Angebote, die das Angebotsrepertoire entscheidend erweitern könnten, nicht nachhaltig vorgehalten werden können. Für den Prozess der Weiterentwicklung und des Ausbaus der Frühen Hilfen erscheint es sinnvoll, sowohl die über die Bundesinitiative allozierten Mittel als auch andere bisher festgelegte Ausgaben in den Frühen Hilfen längerfristig daraufhin zu prüfen, inwieweit ggf. dann gut etablierte Angebote in die Regelfinanzierung überführt werden können, um den Weg für weitere neue Angebote oder Aufgaben freizumachen.

Kooperations-
vereinbarungen



3.8 QUALITÄTSSICHERUNG IN DER KINDER- UND JUGENDHILFE

Die Verbesserung der Qualitätsentwicklung bzw. -sicherung ist in der Kinder- und Jugendhilfe ein immer wieder geforderter fachlicher Anspruch. Er wurde nicht zuletzt auch im Bundeskinderschutzgesetz/ KKG formuliert. In Absprache mit dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg bzw. dem wissenschaftlichen Beirat des Projektes konnten wir im Rahmen des Projektes „Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz“ einigen interessierten Stadt- und Landkreisen ein Instrumentarium zur Erfassung relevanter Aspekte in der Qualitätsentwicklung zur Verfügung stellen. Die Auswahl der aussagekräftigen und validen Aspekte für die Qualitätsentwicklung im Bereich Kinderschutz wurde von Herrn Dr. Heinz Kindler, Deutsches Jugendinstitut e.V. (DJI), recherchiert und in ein Procedere zur ökonomischen Selbstevaluation überführt.

Qualitätsindikatoren
im Kinderschutz

Im Rahmen des Projekts haben fünf Stadt- bzw. Landkreise im Jahr 2013 ein bis zwei der folgenden Qualitätsindikatoren erhoben:

1. **Der Anteil der von ausgewählten institutionellen Kooperationspartnern** (v. a. Kindergärten, Horten und Schulen) innerhalb eines Berichtszeitraums eingehenden §8a-Meldungen, bei denen die Überprüfung aus Sicht des Jugendamtes keine Kindeswohlgefährdung ergibt, bezogen auf alle von diesen Kooperationspartnern eingehenden §8a-Meldungen.
2. **Der Anteil der von §8a-Meldungen betroffenen Familien** eines Jahres (z. B. 2011), in denen es bis zu einem Stichtag (z. B. 31.05.2012) zu einem weiteren bestätigten oder sehr wahrscheinlichen Gefährdungsereignis bezogen auf mindestens ein in der Familie lebendes Kind kommt.
3. **Der Anteil der Kinder, die länger als drei Monate in einer Bereitschaftspflegefamilie oder einer Schutzstelle verbleiben** (von allen Kindern unter fünf Jahren, bei denen innerhalb des Berichtszeitraums eine vorläufige Schutzmaßnahme eingeleitet wird, d. h. eine vorläufige Fremdunterbringung im Rahmen einer Inobhutnahme oder einer familiengerichtlichen Klärung erfolgt).
4. **Der Anteil der Fälle im Berichtszeitraum** mit neu begonnener Fremdunterbringung nach §33 oder §34 SGB VIII gegen den Willen des oder der Sorgeberechtigten, bei denen ein halbes Jahr nach Maßnahmenbeginn in der Akte zu mindestens einem Zeitpunkt schriftlich gegenüber den Sorgeberechtigten dargelegt wird, welche Hürden derzeit aus fachlicher Sicht einer Rückführung im Wege stehen (barriers to reunification),
5. **Der Anteil der Kinder in Fremdunterbringung** nach §33 SGB VIII, die sich zu einem Stichtag bereits länger als ein halbes Jahr in der Pflegefamilie befinden und bei denen die Pflegeeltern in einem standardisierten Verfahren (SDQ¹⁵ oder CBCL¹⁶) ein klinisches Ausmaß an Verhaltensauffälligkeit beschreiben, ohne dass therapeutische oder teilstationäre Maßnahmen eingeleitet wurden.
6. **Das Ausmaß der Übereinstimmung im Verständnis** von „Kindeswohlgefährdung“ verschiedener Fachkräfte/ Einrichtungen innerhalb einer Kommune oder innerhalb des Allgemeinen Sozialen Dienstes anhand von Fallvignetten.

In einer Abschluss- und Reflexionsrunde mit allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurden die Auswertungen der erhobenen Qualitätsindikatoren und die Erfahrungen aus der Praxis zusammengetragen, um gemeinsam zu überlegen, inwieweit die Erhebung der genannten Indikatoren sinnvoll und umsetzbar ist. Obwohl der Aufwand als relativ groß angesehen wurde, waren alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer vom großen Nutzen der Erhebung der Qualitätsindikatoren überzeugt. Konsens bestand auch darin, dass die Erhebung insbesondere im Hinblick auf die im Bundeskinderschutzgesetz/ KKG geforderte Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe sehr sinnvoll und machbar wäre – unter der Bedingung, dass dies standardmäßig als Aufgabe in die Strukturen eingebunden und unter Zurverfügungstellung der dazu benötigten zeitlichen bzw. personellen Ressourcen geschehen müsste. Weiter zeigten sie sich optimistisch, dass der Aufwand durch eine regelmäßige Erhebung und laufende Eingabe der Kennzahlen in eine Datenbank zu minimieren wäre.

15) Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire
16) Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2000). Child Behavior Checklist.



KAPITEL 4

INSTRUMENTE

4.1 CHECKLISTE: WESENTLICHE KRITERIEN¹⁷ FÜR DIE ZIELFORMULIERUNG

Instruktion: Bitte das Ziel eintragen, dann mittels der Checkliste prüfen.

Formuliertes Ziel:

	ja	nein
1. Das Ziel beschreibt einen erwünschten Zustand in der Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. In der Zielbeschreibung geht es um eine Verbesserung, die Abwendung einer Verschlechterung oder die Stabilisierung des gegenwärtigen Zustands.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Das Ziel ist positiv formuliert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die Formulierung macht klar, auf wen oder was sich das Ziel bezieht, für wen oder was die Verbesserung gelten soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Zielgruppe: Wenn es sich auf Menschen bezieht, <ul style="list-style-type: none"> - ist benannt, was bezweckt ist d. h. welche Veränderung bei der Zielgruppe ausgelöst werden soll (statt eine Maßnahme oder einen Prozess zu beschreiben!). - kann man sich diese Veränderung konkret vorstellen. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Der Zeitpunkt der Zielerreichung ist konkret angegeben oder zumindest eingegrenzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Das Ziel zu erreichen ist eine Herausforderung. Es ist nicht etwas, das ohne absichtsvolles Handeln eintreten wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn das Ziel alle Kriterien erfüllt, handelt es sich um eine gute Zielformulierung.

17) vgl. Beywl, W. und Schepp-Winter, E. (1999).

4.2 FRAGEBOGEN PROJEKT „NETZWERK FRÜHE HILFEN UND KINDERSCHUTZ“

Projekt: Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz



Ein Fragebogen zur Erfassung des individuellen Entwicklungsstandes einzelner Stadt- und Landkreise bzw. kreisangehöriger Städte mit eigenem Jugendamt im Bereich Frühe Hilfen und Kinderschutz.

4.2.1 TEIL 1

VERNETZUNG IM BEREICH FRÜHE HILFEN/KINDERSCHUTZ

		<i>Kreuzen Sie bitte zunächst alle Kooperationspartner an, mit denen Sie schon einmal fallbezogen zusammengearbeitet haben. Nur für diese Kooperationspartner geben Sie dann bitte in den weiteren Spalten noch eine kurze Bewertung der jeweiligen Zusammenarbeit ab.</i>	<i>Wie bewerten Sie - alles in allem - die Zusammenarbeit im Netzwerk?</i>		
			<i>Kooperationspartner hier ankreuzen</i>	regelmäßig/etabliert	sporadisch/schleppend
a)	Ein (anderes) Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b)	Ein (anderes) Jugendamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c)	Erziehungs-/ Familienberatungsstelle(n)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d)	Frauen-/ Kinderschutzhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e)	Suchtberatungsstelle(n)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f)	Mutter-Kind-Einrichtungen (betreute Wohnformen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g)	Kindertageseinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h)	Jugendhilfeträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i)	Schwangerschaftsberatungsstelle(n)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j)	Sozialpsychiatrischer Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k)	Frühförderstelle(n)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
l)	Familienzentrum/ Mütterzentrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
m)	Niedergelassene(r) Frauenärztin/ Frauenarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
n)	Niedergelassene(r) Hausärztin/ Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o)	Niedergelassene(r) Kinderärztin/ Kinderarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
p)	Niedergelassene(r) Kinder-/ Jugendpsychiater(In)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
q)	Niedergelassene(r) Erwachsenenpsychiater(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
r)	Psychologische Kinder- und Jugendtherapeut(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
s)	Niedergelassene od. freie Hebamme(n)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
t)	Geburtsklinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
u)	Kinderklinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
v)	Notfallambulanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Fragebogen Erfassung Entwicklungsstand Stadt/Landkreise Frühe Hilfen

Seite 2/14

Kreuzen Sie bitte zunächst alle Kooperationspartner an, mit denen Sie schon einmal fall-bezogen zusammengearbeitet haben. Nur für diese Kooperationspartner geben Sie dann bitte in den weiteren Spalten noch eine kurze Bewertung der jeweiligen Zusammenarbeit ab.

Wie bewerten Sie - alles in allem - die Zusammenarbeit im Netzwerk?

Kooperationspartner hier ankreuzen

regelmäßig/etabliert

sporadisch/schleppend

w)	Klinik der Erwachsenenpsychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x)	Klinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y)	Polizei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Za)	Familiengericht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zb)	Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zc)	Familienbildungsstätten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zd)	Kinderschutzzentrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ze)	Arbeitsgemeinschaft zur Grundsicherung für Arbeitssuchende (ARGE/Jobcenter/Sozialhilfe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zg)	Wohnungsamt, Fachstelle z. Verm. v. Obd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zh)	Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			
			

Rahmenbedingungen und Netzwerkstruktur

<i>Diese Aussage trifft auf unser Netzwerk Frühe Hilfen....</i>		nicht zu	eher nicht zu	eher zu	zu
1	Es gibt eine zentrale Koordinationsstelle für den Bereich „Frühe Hilfen“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Es gibt feste Kommunikationsstrukturen zwischen den am Netzwerk beteiligten Institutionen (Foren, Arbeitsgruppen zwischen Institutionen/ Berufsgruppen). Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Es finden regelmäßige Netzwerktreffen (mind. 2x pro Jahr) statt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Vertreterinnen und Vertreter der Jugendhilfe und Gesundheitswesen sind paritätisch am Runden Tisch vertreten. Kommentar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Es besteht eine zielgruppenspezifische Vernetzung im Bereich der fachlichen Arbeit. (z.B. für psychisch kranke Eltern, minderjährige Mütter, etc.) Wenn ja, welche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>Diese Aussage trifft auf unser Netzwerk Frühe Hilfen....</i>		nicht zu	eher nicht zu	eher zu	zu
6	<p>Es bestehen mit folgenden Einrichtungen/ Institutionen/ Berufsgruppen Verfahrensabsprachen zur Umsetzung Früher Hilfen/ Kinderschutz (Achtung! Keine „8a Vereinbarungen“):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<p>Es existiert ein mit allen Netzwerkpartnern abgestimmtes System zur Erkennung von Risikolagen, welches über den „8a Auftrag“ hinausgeht.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<p>Es besteht eine ausgereifte Vernetzung zwischen der Kinder-/Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen im Bereich der Frühen Hilfen.</p> <p>Wenn ja, bitte erläutern:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<p>Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist systematisch und verbindlich geregelt.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<p>Übergang und Übergabe von Fällen zwischen den Systemen sind beschrieben und Regelungen für Konflikte sind vereinbart.</p> <p>Wenn ja, zwischen wem?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verfahrensweisen und Aufgabenteilung

<i>Diese Aussage trifft auf unser Netzwerk Frühe Hilfen</i>		nicht zu	eher nicht zu	eher zu	zu
11	Die Kooperationspartner haben gemeinsame Ziele am Runden Tisch definiert. Welche Ziele?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Die Kooperationspartner haben sich darüber verständigt, welche Rolle die einzelnen Akteure einnehmen und wie die Verantwortlichkeiten zur Zielerreichung aufgeteilt sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Unter den Kooperationspartnern finden regelmäßige Absprachen über die Bereitstellung der erforderlichen institutionellen und personellen Ressourcen statt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Ziele und zu erledigende Aufgaben, die im Rahmen von Arbeitskreisen oder Foren festgelegt werden, werden angemessen terminiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qualitätsmanagement und Öffentlichkeitsarbeit

<i>Diese Aussage trifft auf unser Netzwerk Frühe Hilfen....</i>		nicht zu	eher nicht zu	eher zu	zu
15	Es findet eine einrichtungübergreifende Öffentlichkeitsarbeit statt, welche den unterschiedlichen Zielgruppen die Leistungen im Bereich Frühe Hilfen/Kinderschutz bekannt macht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Die Qualität des interdisziplinären Austauschs im Rahmen der Netzwerkarbeit bleibt auch bei wechselnder Zusammensetzung der Teilnehmer gewährt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Es finden (fachübergreifende) Qualifizierungsmaßnahmen für die Netzwerkakteure statt. Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Es existieren „Informationsknotenpunkte“ (z.B. Ansprechpartner, Branchenbuch, Datenbanken), an welchen Informationen über Kooperationen gesammelt und weitergeleitet werden. Wo werden diese gesammelt? Wer pflegt sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>Diese Aussage trifft auf unser Netzwerk Frühe Hilfen....</i>		nicht zu	eher nicht zu	eher zu	zu
19	<p>Es existiert eine zentrale Sammelstelle (z.B. Ansprechpartner/ Datenbank), an welcher alle Angebote im Bereich Frühe Hilfen und der angrenzenden Fachbereiche für alle Interessierten zusammengetragen werden.</p> <p>Wenn ja, wer kümmert sich um die Zusammenführung und Aktualisierung der Daten?</p> <p>.....</p> <p>Wer hat Zugang zu den Informationen?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	<p>Frühe Hilfen Maßnahmen werden evaluiert.</p> <p>Wenn ja, in welcher Weise?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	<p>Es werden gezielt vertrauensbildende Maßnahmen für die beteiligten Netzwerkakteure durchgeführt.</p> <p>Wenn ja, wie sehen diese aus:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Austausch und Kommunikation

<i>Diese Aussage trifft auf unser Netzwerk Frühe Hilfen....</i>		nicht zu	eher nicht zu	eher zu	zu
22	<p>Es finden in regelmäßigen Abständen interdisziplinäre anonymisierte Fallbesprechungen statt. Wenn ja, wie oft? Wer leitet diese? Wer nimmt daran teil? </p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Es herrscht ein von gegenseitigem Respekt getragenes Arbeitsklima im Netzwerk Frühe Hilfen vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Es findet ein kontinuierlicher Informationsaustausch über alle Teilgruppierungen des Netzwerks hinweg statt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Besprechungsergebnisse aus den Arbeitskreisen oder Foren werden immer protokolliert und auch Netzwerkpartnern zur Verfügung gestellt, die nicht direkt in die Gespräche eingebunden sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Es existiert ein reger, informeller Erfahrungsaustausch zwischen den Teilnehmern des Netzwerks Frühe Hilfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Die einzelnen Mitglieder des Netzwerks Frühe Hilfen kennen die lokale Angebotsstruktur im Bereich Frühe Hilfen/Kinderschutz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Den einzelnen Mitgliedern des Netzwerks Frühe Hilfen sind die Arbeitsweisen und Handlungsmöglichkeiten ihrer Kooperationspartner bekannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2.2 TEIL 2

ANGEBOTSSTRUKTUR IM BEREICH FRÜHE HILFEN/ KINDERSCHUTZ

Allgemeine Angebote		<i>Diese Angebote sind bereits...</i>		
	<i>Kreuzen Sie zunächst alle Angebote an, die Sie bereits installiert haben.</i>	<i>Angebot vorhanden</i>	Noch am Anfang der Entwicklung	Weit entwickelt
29	Frühzeitige Informations- und/oder Unterstützungsangebote für alle (angehenden) Eltern (z.B.: Willkommenbesuch, Familienbesuch) Bitte benennen Sie dieses:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Angebote, welche den Eltern spezifische Informationen rund um den Säugling und das Kleinkind vermitteln (z.B.: Elternbildungskurse, Förderung der elterlichen Erziehungs-kompetenzen) Bitte nennen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Familiencafe(s) als Ort der Kontaktaufnahme und des Austauschs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		<i>Diese Angebote sind bereits...</i>		
<i>Kreuzen Sie zunächst alle Angebote an, die Sie bereits installiert haben.</i>		<i>Angebot vorhanden</i>	Noch am Anfang der Entwicklung	Weit entwickelt
32	Spezifische, individuelle Beratungsangebote zur Bindungsförderung bzw. Förderung der elterlichen Erziehungskompetenz (z.B. Entwicklungspsychologische Beratung, STEEP, etc.). Bitte nennen Sie diese:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Sonstige Angebote (z.B. Familienhebammen, etc.). Bitte nennen Sie diese:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Welche der genannten Hilfen sind aufsuchend?			

Zielgruppenspezifische Angebote

Diese Angebote sind bereits...

Kreuzen Sie zunächst alle Angebote an, die Sie bereits installiert haben.

Angebot vorhanden

Noch am Anfang der Entwicklung

Weit entwickelt

35	Angebot(e) für psychisch erkrankte Eltern und deren Kinder. Bitte nennen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Angebot(e) für suchterkrankte Eltern und deren Kinder. Bitte nennen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Angebot(e) für Familien mit Migrationshintergrund. Bitte nennen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

94

Diese Angebote sind bereits...

Kreuzen Sie zunächst alle Angebote an, die Sie bereits installiert haben.

Angebot vorhanden

Noch am Anfang der Entwicklung

Weit entwickelt

		Angebot vorhanden	Noch am Anfang der Entwicklung	Weit entwickelt
38	Angebot(e) für minderjährige Mütter Bitte nennen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Sonstige Angebote Bitte nennen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rahmenbedingungen zur Angebotsstruktur

	<i>Diese Aussage trifft auf unsere Angebotsstruktur im Bereich Frühe Hilfen/ Kinderschutz...</i>	nicht zu	eher nicht zu	eher zu	zu
40	<p>Die bestehenden Angebote im Bereich Frühe Hilfen werden passgenau genutzt, d.h. einer Person werden bei Bedarf auch mehrere Angebote, gegebenenfalls auch Angebote aus verschiedenen fachlichen Disziplinen, gleichzeitig vermittelt.</p> <p>Kommentar:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	<p>Die Angebote im Bereich Frühe Hilfen sind für Familien niedrigschwellig zugänglich?</p> <p>Bitte beschreiben Sie die Zugangswege:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Literaturhinweis:

Einzelne Items des vorliegenden Fragebogens sind aus dem Difu- Fragebogen (Befragung von Jugend- und Gesundheitsämtern zu Kooperationsformen im Bereich „Frühe Hilfen“. Deutsches Institut für Urbanistik, 2008) und dem ISA-Arbeitspapier: Qualitätsrahmen „Kinderschutz“ (Institut für soziale Arbeit e. V. – Münster, Bearbeitung: Althoff, M.; Eberitzsch, S.; Frese, D.; Jordan, E.; Lukasczyk, P.; Müller, R.; 2010) entnommen.

4.3 LEITFRAGENKATALOG ENTWICKLUNGSGESPRÄCH

Leitfragen für die Entwicklungsgespräche



Ziel

- Was sind die Ziele für den Qualitätsentwicklungsprozess?
- Was sind Etappenziele / Meilensteine?
- Auf wen soll sich der Qualitätsentwicklungsprozess konkret auswirken?
- Ist das Ziel in der vorgegebenen Zeit von ca. 8 Monaten realisierbar?
- Ist der Zielerreichungsprozess auf Nachhaltigkeit ausgelegt?
- Führt die Zielerreichung zu personenunabhängigen, strukturellen Veränderungen?

Operationalisierung und Zielmessung

- Welche konkreten Maßnahmen beinhaltet die Zielumsetzung?
- Wo könnten Stolpersteine auftreten und wie könnten sie beseitigt werden?
- Gibt es Vorabsprachen (Absichtserklärungen) mit dem Gesundheitswesen bezüglich einer Kooperation?
- Welche weiteren Personen auf welchen Hierarchieebenen müssen eingebunden werden?
- Bis wann sollen welche Etappenziele erreicht werden?
- Welche personellen, strukturellen bzw. finanziellen Voraussetzungen benötigen die Zielumsetzung und sind diese vorhanden?
- Wie wird der Zielerreichungsprozess (überprüfbar) dokumentiert?
- Woran merkt die Zielgruppe (die Familien), dass das Ziel erreicht wurde?
- In welcher Weise wirkt sich die Zielumsetzung auf den / die damit Verantwortliche/n, die Institution oder das Netzwerk aus?

Verantwortung

- Wer koordiniert und steuert den Qualitätsentwicklungsprozess?
- Sind die Projektziele in allen Hierarchieebenen akzeptiert und gewollt?
- Welche weiteren Personen müssen noch eingebunden werden?
- Welche Personen müssen über den Prozess der Zielerreichung kontinuierlich informiert werden und wer übernimmt die Multiplikatorfunktion?

4.4 MUSTER ZIELVEREINBARUNG

Projekt: Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz



Kinder- und Jugend-
psychiatrie/ Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm



KVJS
Kommunalverband für
Jugend und Soziales
Baden-Württemberg

Zielvereinbarung

Im Rahmen des Projekts „Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz“ wird zwischen dem Projektträger und

die Umsetzung nachfolgender Ziele bis zum vereinbart.

Ziel 1

Ziel 2 ggf.


Ort, Datum

Unterschrift Projektträger

Ort, Datum

Unterschrift Stadt- / Landkreis/ Stadt

Unterstützt durch das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren aus Mitteln des Landes Baden-Württemberg



Zielumsetzung

Ziel 1


Beschreibung der
Zielumsetzung
(Handlungsziele)

Ziel 2


Beschreibung der
Zielumsetzung
(Handlungsziele)

4.5 DOKUMENTATIONSBOGEN FÜR BERATUNGEN

Projekt: Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz



Kinder- und Jugend-
psychiatrie/ Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm



KVJS
Kommunahverband für
Jugend und Soziales
Baden-Württemberg

Dokumentationsbogen für Beratungen der Kreise und Städte

Teilnehmer

Name des Beraters/der Beraterin

Ort

Beratungsteilnehmer/innen

Die Beratung findet statt:

persönlich vor Ort

telefonisch

schriftlich

per E-Mail

Datum und Dauer der Beratung

Thema der Beratung

Verlauf der Beratung
(Stichworte, Themen, ggf. unterschiedliche Erwartungen etc.) und Ergebnis der Beratung/ weiteres Vorgehen/ gemeinsame Absprachen

Dokumentationsbogen für Beratungen Frühe Hilfen Seite 1/2


Verlauf der Beratung
(Vortsetzung Seite 1)

Ergebnis der Beratung/
weitere Vorgehen / ge-
meinsame Absprachen

Sonstige Bemerkungen

4.6 ZIELERREICHUNGSSKALA ANGEBOTSSTRUKTUR

Projekt: Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz




Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm



KVJS
Kommunalverband für
Jugend und Soziales
Baden-Württemberg

Angebotsstruktur im Bereich Frühe Hilfen und Kinderschutz



1 = Negativpol **Zielerreichungsskala** 7 = Positivpol

Die Angebotsstruktur im Bereich Frühe Hilfen und Kinderschutz ist unzureichend entwickelt

Dies bedeutet zum Beispiel:

- Es sind keine oder nur unbefriedigende Angebote im Bereich Frühe Hilfen und Kinderschutz vorhanden
- Aktueller Bedarf an Angeboten wurde bisher nicht erhoben
- Familien fühlen sich durch die mangelhafte Angebotsstruktur nicht ausreichend unterstützt / wissen nicht, an welcher Stelle sie an Informationen gelangen können
- Bei der Implementierung neuer Angebote kommt es zu zahlreichen Problemen
- Die wenigen vorhandenen Angebote im Bereich Frühe Hilfen werden nicht aufeinander abgestimmt
- Es existiert keine zentrale Sammel- bzw. Anlaufstelle an welcher alle Angebote im Bereich Frühe Hilfen und der angrenzenden Fachbereiche übersichtlich zusammengetragen werden

Die Angebotsstruktur im Bereich Frühe Hilfen und Kinderschutz ist hervorragend

Dies bedeutet zum Beispiel:

- Es existiert ein umfangreiches und ausgereiftes Angebotsspektrum im Bereich Frühe Hilfen und Kinderschutz
- Die bestehenden Angebote werden passgenau genutzt
- Einer Person werden bei Bedarf auch mehrere Angebote, gegebenenfalls auch Angebote aus verschiedenen fachlichen Disziplinen, gleichzeitig vermittelt
- Die Angebote sind für Familien niedrigschwellig zugänglich
- Es existiert eine zentrale Sammel- bzw. Anlaufstelle an welcher alle Angebote im Bereich Frühe Hilfen und der angrenzenden Fachbereiche übersichtlich zusammengetragen werden und abgerufen werden können

4.7 ZIELERREICHUNGSSKALA VERNETZUNG

Projekt: Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz




Vernetzung im Bereich Frühe Hilfen und Kinderschutz



Die Kooperation im Netzwerk ist sehr lückenhaft und unbefriedigend

Dies bedeutet zum Beispiel:

- Eine einrichtungsübergreifende Netzwerkkoordination ist nicht vorhanden
- Großes Ungleichgewicht bezüglich des Engagements der Vertreterinnen und Vertretern der Jugendhilfe und des Gesundheitswesens im Netzwerk Frühe Hilfen
- Keine festen Kommunikationsstrukturen zwischen den Netzwerkteilnehmern, wichtige Informationen gehen leicht verloren
- Die Zusammenarbeit der Netzwerkpartner ist durch zahlreiche Dissonanzen und Kompetenzstreitigkeiten geprägt / keine Verständigung über gemeinsame Projekte, Anliegen, Verantwortlichkeiten und Ressourcen im Bereich Frühe Hilfen
- Keinerlei „Informationsknotenpunkte“, an welchen Informationen über Kooperationen gesammelt und weitergeleitet werden
- Evaluations- und Qualifikationsmaßnahmen, welche die Qualität des Netzwerks sichern und verbessern sollen, werden nicht durchgeführt

Die Kooperation im Netzwerk ist hervor- ragend

Dies bedeutet zum Beispiel:

- Die einrichtungsübergreifende Netzwerkkoordination ist zentral und systematisch geregelt
- Der Teilnehmerkreis an Runden Tischen setzt sich zu gleichen Teilen aus Vertreterinnen und Vertretern der Jugendhilfe und des Gesundheitswesens zusammen
- Es existieren feste Kommunikationsstrukturen zwischen den Netzwerkteilnehmern, welche sich bewährt haben
- Netzwerkpartner verständigen sich verlässlich und auf gleicher Augenhöhe über gemeinsame Projekte und Anliegen / Verantwortlichkeiten und Ressourcen werden klar miteinander abgesprochen
- Es gibt „Informationsknotenpunkte“, an welchen Informationen über Kooperationen gesammelt und weitergeleitet werden
- Es werden Evaluations- und Qualifikationsmaßnahmen durchgeführt, welche die Qualität des Netzwerks sichern und verbessern

4.8 FRAGEBOGEN PROJEKT „NETZWERK FRÜHE HILFEN UND KINDERSCHUTZ“

Projekt: Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz



Fragebogen zur Erfassung der Angebotsstruktur im Bereich Frühe Hilfen

Vorstellung des Angebots und der ausführenden Einrichtung

1 Name des Angebots:

.....

2 An welchen Orten wird dieses Angebot von Ihnen umgesetzt?

.....

3 Name des Trägers des Angebots:

.....

Straße:

PLZ/ Ort:

Ansprechpartner zum genannten Angebot:

.....

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Homepage, auf der das Projekt aufgeführt ist:

4 Inhaltliche Kurzbeschreibung des Angebots:

.....

.....

.....

.....

.....

5 Das Angebot richtet sich an Eltern und deren Kinder in der Lebensphase:

a) Schwangerschaft und Geburt	<input type="checkbox"/>
b) Babyalter (0-1 Jahr)	<input type="checkbox"/>
c) Kleinkindalter (1-3 Jahre)	<input type="checkbox"/>

6 Zu welcher der folgenden Kategorien ordnen Sie Ihr Angebot zu?

Mehrfachnennungen in den nachfolgenden Kategorien sind sowohl innerhalb der Kategorien als auch in mehreren Kategorien (Kategorien 1-4) möglich!

Kategorie 1: Eltern

Angebot mit Blick auf Mutter (inkl. Schwangerschaft) / Vater und / oder andere Erziehungsberechtigte

1.1 Familienplanung / Kinderwunsch / Schwangerschaft / Geburt	<input type="checkbox"/>
1.2 Eltern- oder Familienbildung	<input type="checkbox"/>
1.3 Sprachförderung der Eltern	<input type="checkbox"/>
1.4 Psychologische Beratung / Unterstützung	<input type="checkbox"/>
1.5 Angebot im Bereich Sucht	<input type="checkbox"/>
1.6 Angebot im Bereich Gewaltprävention	<input type="checkbox"/>

Kategorie 2: Kind	
Angebote mit Blick auf das Kind	
2.1 Gesundheitsförderung / Krankheit	<input type="checkbox"/>
2.2 Frühförderung / Behinderung	<input type="checkbox"/>
2.3 Altersgemäße Entwicklung	<input type="checkbox"/>
2.4 Kinderschutzbedarf / Vernachlässigung / Kindeswohlgefährdung	<input type="checkbox"/>
Kategorie 3: Familie	
Angebote mit Blick auf die familiäre Interaktion	
3.1 Betreuung des Kindes	<input type="checkbox"/>
3.2 Konkrete Erziehungsthemen	<input type="checkbox"/>
3.3 Vater / Mutter - Kind Beziehung	<input type="checkbox"/>
3.4 Partnerschaftsthemen	<input type="checkbox"/>
3.5 Elterliche Verantwortung / Sorgerecht	<input type="checkbox"/>
Kategorie 4: Umfeld	
Angebote bezüglich Existenzsicherung und Integration	
4.1 Existenzsicherung	<input type="checkbox"/>
4.2 Kulturelle / soziale Integration	<input type="checkbox"/>
7	Örtliche Zugangseinschränkungen der Nutzung des Angebots
Es besteht für die Nutzung des Angebots eine Begrenzung des Einzugsgebiets / örtliche Zuständigkeit / Begrenzung der Kostenerstattung aufgrund des Wohnorts.	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:	

8	Zugang zum Angebot	
	Angebot ist kostenlos	<input type="checkbox"/>
	Zugang nur mit Krankenversicherungskarte	<input type="checkbox"/>
	Zugang aufgrund der Entscheidung des Kostenträgers	<input type="checkbox"/>
	Zugang durch Eigenfinanzierung / mit Teilfinanzierung / mit Zuzahlung	<input type="checkbox"/>
	Finanzielle / materielle Zuwendung (z.B. Gutschein / Budget...)	<input type="checkbox"/>
9	Unterstützungsform des Angebots	
	Das Angebot ist ein Kurs	<input type="checkbox"/>
	Angebot ist aufsuchend ambulant beim Klienten / Patient	<input type="checkbox"/>
	Angebot findet ambulant in der Institution statt	<input type="checkbox"/>
	Angebot ist teilstationär	<input type="checkbox"/>
	Angebot ist stationär	<input type="checkbox"/>
10	Erreichungsgrad der Zielgruppe	
	<p>Welche Zielgruppen erreichen Sie über das Angebot NICHT (räumlich / Zielgruppen...), obwohl dies eigentlich wichtig oder sinnvoll wäre?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	



KAPITEL 5

VERZEICHNISSE

5.1 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Projektformat Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz	27
Abbildung 2: Dreigliedertes Zielsystem nach Beywl und Schepp-Winter, 1999, S. 42	29
Abbildung 3: Schaubild Kooperation/Netzwerk	34
Abbildung 4: Wer steuert/koordiniert Frühe Hilfen in Ihrem Amtsbezirk?	36

5.2 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Bedeutung s.m.a.r.t nach Heiner, 1996	30
--	----

5.3 LITERATURVERZEICHNIS

Beywl, W., Schepp-Winter, E. (1999). Zielfindung und Zielklärung – ein Leitfaden. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Broschürenreihe QS – Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe, Nr. 21. Düsseldorf: Vereinigte Verlagsanstalten GmbH.

Boos, E. (2007). Das große Buch der Kreativitätstechniken. München: Compact Verlag.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Verwaltungsvereinbarung Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen 2012–2015.

http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Verwaltungsvereinbarung_Bundesinitiative_01.pdf (15.09.14).

Cormann, W. (2014). Die 5 Wirkfaktoren der systemisch-integrativen Therapie und Beratung. Stuttgart: Klett-Cotta.

Goldbeck, L., Laib-Köhnemund, A. & Fegert, J. M. (2007). A randomized controlled trial of consensus-based child abuse case management. *Child Abuse & Neglect*, 31 (9), 919-933.

Gran, E., Küster, E.-U., Sann, A. (2012). Bestandsaufnahme Frühe Hilfen. Dritte Teiluntersuchung. Befragung Jugendämter 2012. http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/Bestandsaufnahme_3_final.pdf (18.09.2014).

Heiner, M. (Hrsg.) (1996). Qualitätsentwicklung durch Evaluation. Freiburg: Lambertus Verlag GmbH.

Hoffman, T., Mengel, M. & Sander, A. (2013). Kompetenzprofil Netzwerkkoordinatorinnen und Netzwerkkoordinatoren Frühe Hilfen. http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Kompetenzprofil_Netzwerkkoordinatoren.pdf (18.09.2014).

- Meier-Gräwe, U., Wagenknecht, I. (2011).** Expertise Kosten und Nutzen Früher Hilfen.
http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Kosten_und_Nutzen_Frueher_Hilfen.pdf (05.08.2014).
- Munoz, R. F., Mrazek, P. J. & Haggerty, R. J. (1996).** Institute of Medicine Report on Prevention of Mental Disorders: Summary and commentary. *American Psychologist*, 51, 1116-1122.
- Von Spiegel, H. (2013).** Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Arbeitshilfen für die Praxis (5. Auflage). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Wissenschaftlicher Beirat des NZFH: Walper, S., Franzkowiak, P., Meysen, T. & Papousek, M. (2009).** Begriffsbestimmung „Frühe Hilfen“. Nationales Zentrum Frühe Hilfen,
<http://www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/was-sind-fruehe-hilfen/> (18.09.2014).
- Ziegenhain, U. (2012).** Frühe Hilfen. In S. Gahleitner & H.G. Homfeldt (Hrsg.), *Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste* (S. 34-52). Weinheim: Beltz/Juventa.
- Ziegenhain, U., Künster, A. K., Zwönitzer, A., Besier, T., Pillhofer, M. & Fegert, J. M. (2013).** Projekt „Nachhaltige Wirkung Früher Hilfen“, unveröffentlichter Abschlussbericht. Universitätsklinikum Ulm.
- Ziegenhain, U., Schöllhorn, A., Künster, A. K., Hofer, A., König, C. & Fegert, J. M. (2010).** Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben. Werkbuch Vernetzung. Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.



KAPITEL 6
ANHANG

6.1 TEILNEHMENDE STADT- UND LANDKREISE UND KREIS-ANGEHÖRIGE STÄDTE MIT EIGENEM JUGENDAMT IM PROJEKT „NETZWERK FRÜHE HILFEN UND KINDERSCHUTZ I UND II“



6.2 DEFINITION FRÜHE HILFEN

Frühe Hilfen



Ausführliche Beschreibung:

Der Begriff Frühe Hilfen ist nicht neu. 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. Die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Maßnahmen der Frühen Hilfen umfassen einen breiten Rahmen, z. B. UN Kinderrechtskonvention, Grundgesetz (GG), Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), Strafgesetzbuch (StGB), Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG), Fünftes, Achtes und Neuntes Sozialgesetzbuch (SGB V, VIII, IX).

Der wissenschaftliche Beirat des NZFH hat 2009 eine Begriffsbestimmung verabschiedet, die den derzeitigen Stand der Diskussion über Frühe Hilfen widerspiegelt:

"Frühe Hilfen bilden lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0- bis 3-Jährigen. Sie zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. Damit tragen sie maßgeblich zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei und sichern deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe.

Frühe Hilfen umfassen vielfältige sowohl allgemeine als auch spezifische, aufeinander bezogene und einander ergänzende Angebote und Maßnahmen. Grundlegend sind Angebote, die sich an alle (werdenden) Eltern mit ihren Kindern im Sinne der Gesundheitsförderung richten (universelle/primäre Prävention). Darüber hinaus wenden sich Frühe Hilfen insbesondere an Familien in Problemlagen (selektive/sekundäre Prävention). Frühe Hilfen tragen in der Arbeit mit den Familien dazu bei,



Träger:



Nationales Zentrum Frühe Hilfen

dass Risiken für das Wohl und die Entwicklung des Kindes frühzeitig wahrgenommen und reduziert werden. Wenn die Hilfen nicht ausreichen, eine Gefährdung des Kindeswohls abzuwenden, sorgen Frühe Hilfen dafür, dass weitere Maßnahmen zum Schutz des Kindes ergriffen werden.

Frühe Hilfen basieren vor allem auf multiprofessioneller Kooperation, beziehen aber auch bürgerschaftliches Engagement und die Stärkung sozialer Netzwerke von Familien mit ein. Zentral für die praktische Umsetzung Früher Hilfen ist deshalb 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 haben dabei sowohl das Ziel, die flächendeckende Versorgung von Familien mit bedarfsgerechten Unterstützungsangeboten voranzutreiben, als auch die Qualität der Versorgung zu verbessern."

Quelle: Glossar auf www.fruehehilfen.de ([http://www.fruehehilfen.de/serviceangebote-des-nzfh/glossar/?L=0&tx_contagged\[source\]=definition&tx_contagged\[uid\]=71&tx_contagged\[index\]=F&tx_contagged\[controller\]=Term&cHash=04570da79211538d537e870c1181e697](http://www.fruehehilfen.de/serviceangebote-des-nzfh/glossar/?L=0&tx_contagged[source]=definition&tx_contagged[uid]=71&tx_contagged[index]=F&tx_contagged[controller]=Term&cHash=04570da79211538d537e870c1181e697), aufgerufen am 07. August 2014)



Träger:



6.3 GESPRÄCHSFÜHRUNG MIT ELTERN: HILFE VERMITTELN

GELINGENDE GESPRÄCHE – AUCH EINE FRAGE DER HALTUNG:

- **Perspektive des Kindes:** Beurteilen Sie die Situation aus der Sicht des Kindes, wägen Sie den Unterstützungsbedarf aus der Sicht des Kindes ab.
- **Gemeinsames Interesse:** Die Eltern und Sie haben in der Regel ein gemeinsames Interessenämlich das Wohlergehen des Kindes.
- **Verstehen, sich in die Situation der Eltern hineinversetzen:** Jedes Handeln hat einen Sinn und eine Funktion! Beispiel: Eine Mutter stellt ihr Kind zu früh auf die Beine und möchte damit die Selbstständigkeit ihres Kindes fördern. → **Ressourcenorientierung!**
- **Wertschätzung und Respekt:** Begegnen Sie den Eltern mit Wertschätzung und Respekt. Das bedeutet aber nicht zwingend, dass Sie das Handeln der Familie gut heißen.
- **Authentizität / Echtheit:** Antrainiertes Handeln ohne eigene Überzeugung dahinter wirkt nicht.
- **Auftragsverständnis / Rollenverständnis:** Gespräche mit Eltern auch bzw. gerade über schwierige Themen dienen dazu, den Eltern und ihrem Kind einen Service anzubieten. Sie als Fachkraft können dabei unterstützen, dass Familien die Unterstützung bekommen, die ihnen zusteht. Es geht also bei dem Gespräch um eine Chance für die Familie und Sie sind der Überbringer der „frohen Botschaft“.

VORBEREITUNGEN FÜR EIN ELTERNGESPRÄCH:

- **Ruhe:** Achten Sie darauf, einen Raum auszuwählen, in dem es möglichst wenig Störquellen gibt (Telefon, Fernseher, andere Personen, die das Gespräch stören könnten).
- **Zeit:** Nehmen Sie sich ausreichend Zeit für das Gespräch.
- **Raum:** Wählen Sie Räumlichkeiten mit einer angenehmen Atmosphäre und angenehmen Sitzgelegenheiten. Sitzen Sie über Eck, aber nicht im 90°Winkel zu Ihrem Gesprächspartner.
- **Ziel des Gesprächs:** Klären Sie für sich vorab was Sie erreichen/vermitteln möchten. Wenn Sie eine konkrete Unterstützungsmaßnahme der Familie anbieten und an diese weitervermittelt möchten, sollten Sie vor dem Gespräch für sich klären, welchen Nutzen das Kind und die Eltern davon hätten, wenn die Eltern diesem Vorschlag zustimmen würden und wie das Angebot zu erreichen ist (kostet es etwas, brauchen die Eltern einen Überweisungsschein etc.).
- **Frühe Hilfen vs. Kinderschutz:** Klären Sie für sich, ob es sich bei dem zu führenden Gespräch um Themen handelt, die Sie dem Präventionsbereich zuordnen würden oder handelt es sich um einen „Kinderschutz-Fall“, der zwingend Veränderungen / Unterstützungsmaßnahmen erfordert? (siehe Entscheidungsbaum)
- **Beurteilung des Gesprächs vorbereiten:** Woran könnten Sie erkennen, dass das Gespräch gut gelaufen ist? Was würden Sie tun, wenn Ihr Gesprächspartner Ihnen nicht zustimmt bzw. die angebotene Hilfe nicht annehmen möchte?
- **Eigene Rolle / n klären:** Welche Rolle bzw. welche Rollen haben Sie in dem Gespräch ggf. gleichzeitig inne? (z.B. Erzieherin, Vertraute, Freundin, Mitarbeiterin der Jugendhilfe / SGB VIII, §8a) Gehen diese Rollen gut miteinander einher oder ergeben sich eventuell Konflikte? Wenn ja: Welche Konflikte können entstehen und wie werden Sie in dem Elterngespräch damit umgehen?

Gesprächsphasen		Eispiele / Erläuterungen
1. Gesprächsbeginn	Positiven Kontakt herstellen	Auf Augenhöhe sitzen, aktiv zuhören (lächeln, nicken, Interesse zeigen, nachfragen, zusammenfassen)
	Zeit	Dem Gesprächspartner mitteilen, wie viel Zeit Sie für das Gespräch haben und nachfragen, ob er/sie auch Zeit hat oder einen anderen Termin vereinbaren möchte
	Ziele: eigenes Ziel benennen, nach Ziel des Gesprächspartners fragen, ggf. Kompromiss für ein gemeinsames Ziel finden	„Liebe /r Frau/Herr xxx, ich habe Sie zu dem heutigen Termin eingeladen, weil ich Ihnen gerne von einem Angebot zur Unterstützung junger Familien erzählen möchte. Aber bevor ich damit anfangen würde ich Sie gerne fragen, ob Sie auch einen Wunsch an mich haben, was wir heute noch besprechen sollen?“
	Ggf. eigene Rolle im heutigen Gespräch benennen	„Wir kennen uns ja schon eine gewisse Zeit und sie haben mich bislang in meiner Rolle als xxx kennengelernt. Heute möchte ich aber zudem gerne als Mitglied des Netzwerks Frühe Hilfen in der Stadt xxx mit Ihnen sprechen.“
	Rahmenbedingungen klären unter denen das Gespräch zustande gekommen ist	Sind die Eltern freiwillig zu dem Gespräch gekommen? Wurden Sie geschickt bzw. hat jemand das Gespräch vermittelt? Wenn ja: Welche Idee hatte diese Person davon, was ein Gespräch zwischen Ihnen und den Eltern bewirken könnte? Hat diese Person Erwartungen an die Eltern/an Sie?
2. Eigentliches Thema ansprechen, für Hilfen werben	Problem /Thema / Bedarf aus der Sicht des Kindes ansprechen Unterstützungsbedarf aus der Sicht des Kindes benennen (Bsp. Feinzeichen) Umdeuten/ Reframen	Beispiele aus dem E-Learning-Programm: diagnostizierte Kindeswohlgefährdung: „Von unserer Seite war das klar eine große Gewalteinwirkung gegen den Kopf. Deswegen gehen wir jetzt die Situation noch mal mit Ihnen durch, ob sich etwas ereignet hat an dem Abend. Wir haben eine Verletzung, die lebensbedrohlich war. Deswegen müssen wir mit Ihnen überlegen, wie es zu dieser Verletzung gekommen sein kann.“ Verdacht auf Misshandlung: Mutter: „Was wollen Sie jetzt von mir hören? Ob ich sie schlage oder was ich mit ihr mache?“ Beraterin: „Ja, ich möchte hören, wie das wirklich ist, wenn der Stress hochkommt.“
	Gemeinsam nach Lösungen suchen, für Inanspruchnahme einer Unterstützungsmaßnahme werben	Eigenes Kennen des Unterstützungsangebots erleichtert das Bewerben, Nutzen des Angebots aus der Sicht des Kindes herausstellen Sie sind die Fachkraft aber die Familie ist Experte für ihr eigenes Leben. Daher haben die Eltern vielleicht eine bessere Lösungsidee als Sie selbst oder schätzen den Unterstützungsbedarf berechtigterweise anders ein.
		Reaktion der Eltern und weiteres Vorgehen
	Eltern erkennen Unterstützungsbedarf und nehmen Hilfe an -> Hilfe wird vermittelt (weiter im Ablauf: Lösung konkretisieren).	
	Eltern erkennen Unterstützungsbedarf nicht und/oder nehmen Unterstützung nicht an: „Präventionsfall“ -> erneut Nutzen des Angebots für das Kind und die Familie herausstreichen, wenn dennoch keine Akzeptanz: keine Weitervermittlung, Gespräch beenden und signalisieren, dass Sie künftig dennoch weiterhin für Gespräche etc. zur Verfügung stehen.	
	Eltern erkennen Unterstützungsbedarf nicht und/oder nehmen Unterstützung nicht an: „Kinderschutz-Fall“ -> Transparenz gegenüber der Familie: Welche Schritte werden nun (auch gegen den Willen der Eltern) eingeleitet?	




Gesprächsphasen		Eispiele / Erläuterungen
	Lösung konkretisieren, erreichbare Schritte erarbeiten	Wer muss was machen, damit das Ziel erreicht werden kann? Brauchen die Eltern dazu eventuell Hilfe? Wenn ja welche und wer gewährt sie ihnen? (Können Sie z.B. für die Eltern Termine ausmachen, sie beim ersten Besuch dorthin begleiten etc.?)
3. Auswirkungen überprüfung	Mögliche Veränderungen: konkret an Beispielen klären, was sich ändern könnte, wenn das erarbeitete Ziel umgesetzt würde; nachfragen, ob die Eltern diese Veränderungen auch begrüßenswert finden Manchmal bringen Änderungen Nebenwirkungen mit sich, z.B. könnte der nichtanwesende Partner die erarbeitete Lösung ablehnen und Paarkonflikte könnten entstehen	„Frau/Herr xxx. Wir haben uns gemeinsam überlegt, dass es für Ihre Tochter und Sie eine gute Unterstützung wäre, wenn Sie xxx in Anspruch nehmen würden. Was würde sich dadurch Ihrer Meinung nach ändern? Wie würde Ihr Mann/Ihre Frau diese Veränderung beurteilen? Was würde vielleicht ein Außenstehender beobachten können? Was wäre für Ihr Kind dann anders? Was wäre dann für Sie anders? Woran könnten Sie einen ersten Schritt in die richtige Richtung erkennen?“
4. Gesprächsabschluss	Ende des Gesprächs	Das Gespräch kann beendet werden, wenn die Eltern eine konkrete Idee davon haben, wie sie das Ziel erreichen können, was sich dadurch ändern könnte und sie die Veränderungen auch begrüßen -> Sollten sich durch die „Lösung“ Nebenwirkungen ergeben, die die Familie nicht tragen möchte / kann: zurück zu Punkt 2 „Gemeinsam nach Lösungen suchen“.

GESPRÄCHSPHASEN IM ÜBERBLICK

1. Gesprächsbeginn

- Positiven Kontakt herstellen
- Zeitlichen Rahmen klären
- Ziele klären (eigenes Ziel benennen, nach Ziel des Gesprächspartners fragen, ggf. Kompromiss für ein gemeinsames Ziel finden)
- Ggf. eigene Rolle im heutigen Gespräch benennen
- Rahmenbedingungen klären unter denen das Gespräch zustande gekommen ist

2. Eigentliches Thema ansprechen, für Hilfen werben

- Problem/ Thema / Bedarf aus der Sicht des Kindes ansprechen
- Gemeinsam nach Lösungen suchen, für Inanspruchnahme einer Unterstützungsmaßnahme werben
- Reaktion der Eltern und weiteres Vorgehen:
 -  Eltern erkennen Unterstützungsbedarf und nehmen Hilfe an
-> Hilfe wird vermittelt (weiter im Ablauf: Lösung konkretisieren).
 -  Eltern erkennen Unterstützungsbedarf nicht und/ oder nehmen Unterstützung nicht an: „Präventionsfall“
-> erneut Nutzen des Angebots für das Kind und die Familie herausstreichen, wenn dennoch keine Akzeptanz: keine Weitervermittlung, Gespräch beenden und signalisieren, dass Sie künftig dennoch weiterhin für Gespräche etc. zur Verfügung stehen.
 -  Eltern erkennen Unterstützungsbedarf nicht und/ oder nehmen Unterstützung nicht an: „Kinderschutz-Fall“
-> Transparenz gegenüber der Familie: Welche Schritte werden nun (auch gegen den Willen der Eltern) eingeleitet?
- Lösung konkretisieren, erreichbare Schritte erarbeiten

3. Auswirkungsüberprüfung

- Mögliche Veränderungen konkret an Beispielen klären, was sich ändern könnte, wenn das erarbeitete Ziel umgesetzt würde; nachfragen, ob die Eltern diese Veränderungen auch begrüßenswert finden

4. Ende des Gesprächs

- wenn die Eltern eine konkrete Idee davon haben, wie sie das Ziel erreichen können,
- was sich dadurch ändern könnte und sie die Veränderungen auch begrüßen -> Sollten sich durch die „Lösung“ Nebenwirkungen ergeben, die die Familie nicht tragen möchte/kann: zurück zu Punkt 2 „Gemeinsam nach Lösungen suchen“.

6.4 NEUKÖLLNER ERKLÄRUNG

„NEUKÖLLNER ERKLÄRUNG“ – INTERDISZIPLINÄR GESTALTETE HILFEN AUS EINER HAND UND MISCHFINANZIERTER VERSORGUNGSANGEBOTE – EINE UTOPIE?

Die „Neuköllner Erklärung“ ist Ergebnis der Fachtagung *„Kinder psychisch kranker Eltern – Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung“*, die mit Förderung der „Ingrid und Frank-Stiftung“ und in Kooperation der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Vivantes Netzwerks für Gesundheit GmbH, Berlin, und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikum Ulm veranstaltet wurde. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieser Tagung in Neukölln kamen aus Forschung und Praxis und waren interdisziplinär zusammengesetzt: Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendhilfe, Familienrecht und freie Wohlfahrtspflege.

Die „Neuköllner Erklärung“ entstand in der Folge zahlreicher Diskussionen auf der Tagung und der damit einhergehenden Erkenntnis, die Handlungsnotwendigkeiten für eine verbesserte interdisziplinäre Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern in der Regelversorgung explizit aufzuzeigen.

KINDER PSYCHISCH KRANKER ELTERN

Kinder in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil sind vielfältigen Belastungen ausgesetzt. Dazu gehören die unmittelbaren Auswirkungen der elterlichen Erkrankung für das Kind. Psychisch kranke Eltern zeigen häufig entwicklungskritisches oder gar gefährdendes Verhalten im Umgang mit ihrem Kind. Dazu kann z. B. die Unfähigkeit gehören, das Kind in belastenden Situationen zu trösten, übermäßig harsches, aggressives oder bestrafendes Verhalten oder so genanntes „dysfunktionales“ Verhalten. Letzteres Verhalten umfasst etwa negativ übergriffiges Verhalten oder auch so genannte Rollenkonfusionen, z. B. wenn Eltern Trost vom Kind erwarten oder sich nicht entsprechend ihrer elterlichen Rolle und Verantwortung verhalten können. Unter dysfunktionales Verhalten lässt sich auch emotional ausgeprägt zurückgezogenes Verhalten verstehen oder Kommunikationen, die ein Kind widersprüchlich erleben muss.

Die psychische Erkrankung eines Elternteils verläuft häufig chronisch bzw. phasenhaft. Damit verbunden ist dann auch eine „chronische“ bzw. andauernde Belastung für die betroffene Familie. Eine nachhaltige Stabilisierung oder dauerhafte Besserung der Erkrankung und damit verbunden auch für die Familie eine Rückkehr in die „Normalität“ ist eher selten. Dies unterscheidet die Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern z. B. von der von Kindern, deren Eltern sich trennen oder sich scheiden lassen. Letzteren Kindern gelingt gewöhnlich nach einer gewissen Zeit eine Reorganisation und Rückkehr zur „Normalität“ und eine positive Stabilisierung, selbst wenn sie dafür bisweilen Jahre benötigen (Wallerstein et al., 2002). Kinder psychisch kranker Eltern sind über viele Jahre hinweg chronisch belastet und erfahren nicht nur unzureichende elterliche emotionale Unterstützung und Fürsorge, sondern sind bisweilen auch entwicklungskritischem elterlichen Verhalten ausgesetzt. Mögliche altersabhängige Entwicklungsrisiken liegen bei Säuglingen und Kleinkindern dann in der Etablierung einer so genannten hochunsicheren Bindungsbeziehung mit dem psychisch kranken Elternteil bzw. in kritischen Fällen auch in Vernachlässigung oder Misshandlung. Bei älteren Kindern geht es zudem verstärkt darum, mit Loyalitätskonflikten oder mit Gefühlen von Schuld oder Scham

zurechtkommen, die durchaus auch mit folgenden Entwicklungsrisiken verbunden sein können, sowie um das Risiko altersunangemessener Rollenübernahme und Fürsorge für den erkrankten Elternteil (Parentifizierung). Ebenso belastend für Kinder ist die Tabuisierung der psychischen Erkrankung der Eltern gegenüber Gleichaltrigen oder, wenn die Erkrankung bekannt ist, das Erleben, sich von Gleichaltrigen isoliert zu fühlen bzw. von diesen ausgegrenzt zu werden. Mit beginnender Pubertät scheitern Entwicklungsaufgaben wie die der Autonomieentwicklung und die Ablösung von den Eltern nicht selten aufgrund „schlechten Gewissens“ gegenüber dem kranken Elternteil. Insbesondere kleinere Kinder fürchten sich vor dem kranken Elternteil. Viele Schulkinder bzw. Jugendliche fürchten selbst zu erkranken (Canino, 1990; Handley et al., 2001; Krumm et al., 2005; Wagenblaus & Schone, 2001).

Tatsächlich besteht für die Kinder psychisch kranker Eltern je nach Art der elterlichen Erkrankung das mehr oder weniger große Risiko einer genetischen Belastung und teilweise damit verbunden, zum großen Teil aber unabhängig davon, das erhöhte Risiko, selbst emotionale und Verhaltensprobleme zu entwickeln. Die psychische Erkrankung eines Elternteils gilt als einer der stärksten Risikofaktoren für die Entwicklung einer psychischen Störung bei Minderjährigen. Kinder psychisch kranker Eltern haben ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko selber eine kinder- und jugendpsychiatrischen Störung zu entwickeln (verglichen mit Kindern psychisch gesunder Eltern; Downey & Coyne, 1990). Immerhin sind bei über der Hälfte der kinder- und jugendpsychiatrisch behandelten Kinder ein Elternteil oder beide Eltern psychisch krank (Sommer, Zoller & Felder, 2001). Darüber hinaus können Kinder psychisch kranker Eltern an verschiedensten Symptomen leiden, zu denen nicht selten auch körperliche Erkrankungen gehören können (Remschmidt & Mattejat, 1994; Sills et al., 2007).

Hinzu kommen vielfältige psychosoziale Belastungen, die mit der psychischen Erkrankung von Eltern verbunden sind. Familien mit einem psychisch kranken Elternteil haben häufig finanzielle Probleme und sie haben häufig wenig soziale Unterstützung bzw. kein tragfähiges soziales Netzwerk. Nicht selten macht das Umfeld die Familie des Betroffenen für dessen Krankheit zum Teil mitverantwortlich (Glen & Stiels-Glen, 2003). Es lassen sich konflikthafte Beziehungsmuster in der Familie beobachten, die oftmals zu Trennungen und Scheidungen führen (Bohus et al., 1998; Ostmann & Hansson, 2002). Zudem haben oftmals auch die Partner psychisch Kranker selbst eine psychische Störung, was dann bei den Kindern die Belastung noch einmal potenziert (Hearle et al., 1999; Kahn et al. 2004; Remschmidt & Mattejat, 1994).

Kinder psychisch kranker Eltern sind chronischen und vielfältigen Belastungen ausgesetzt, die miteinander interagieren und kumulieren. Häufig fehlen so genannte Schutzfaktoren, die die vorhandenen Belastungen abpuffern können.

Kinder psychisch kranker Eltern sind gefährdet, Entwicklungsaufgaben und Meilensteine nicht alterstypisch oder aber nur mit Problemen bewältigen zu können.

VIELFÄLTIGER UNTERSTÜTZUNGS- UND VERSORGUNGSBEDARF

Kinder psychisch kranker Eltern sind auf fachlich qualifizierte Unterstützung und Versorgung angewiesen. Sie und ihre Familie benötigen häufig gleichermaßen alltagspraktische Unterstützung als auch klinische bzw. psychotherapeutische Versorgung. Sie benötigen gewöhnlich spezifische präventive Angebote und ggf. auch fachlich ausgewiesene therapeutische Begleitung. Ihr Hilfebedarf

umfasst ein breites Spektrum, das sich von niedrigschwelliger und ggf. punktueller Unterstützung, wie etwa den Besuch einer Gruppe für Kinder psychisch kranker Eltern oder die Beratung in einer Erziehungsberatungsstelle, über familienunterstützende Maßnahmen, wie die Unterstützung durch eine so genannte Sozialpädagogische Familienhilfe oder psychotherapeutische Unterstützung, bis hin zu Interventionen im Falle von (drohender) Kindeswohlgefährdung erstreckt. Dabei geht es überdies um systematische diagnostische Einschätzungen und Abklärungen. Dazu gehören etwa die kinder- und jugendpsychiatrische Einschätzung, ob die Erziehungsschwierigkeiten von Eltern auf eine psychische Erkrankung zurückzuführen sind bzw. ob das Kind in Gefahr ist, eine psychische Störung zu entwickeln oder ob eine Teilhabebeeinträchtigung des Kindes vorliegt.

Kinder psychisch kranker Eltern wirken, trotz hoher psychischer Belastung, häufig unauffällig. Auch deshalb nimmt etwa die Erwachsenenpsychiatrie häufig nicht hinreichend wahr, welche Unterstützungsbedürfnisse diese haben. Zwar sind Erwachsenenpsychiaterinnen und Erwachsenenpsychiater zunehmend darüber informiert, dass ihre Patienten auch Kinder haben, sie wissen aber gewöhnlich wenig über sie bzw. sprechen gewöhnlich nicht mit ihnen z. B. über die Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf sie (vgl. Franz et al., 2012). Aus demselben Grund werden Kinder psychisch kranker Eltern in der Kinder- und Jugendhilfe, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder in anderen Systemen häufig nicht rechtzeitig und nicht hinreichend versorgt, zumal es hier ein gewisses Engagement der erkrankten Eltern selbst oder entsprechender Betreuungspersonen oder Fachkräfte bräuchte, um überhaupt den Zugang zum Jugendhilfesystem bzw. zu anderen Systemen zu erschließen. Bisher haben sich so genannte Kommstrukturen, die voraussetzen, dass Eltern aktiv Hilfe und Versorgung suchen bzw. einfordern, bei psychisch kranken Eltern und ihren Kindern als wenig effektiv erwiesen. Dennoch machen sich psychisch kranke Eltern häufig große Sorgen um ihre Kinder. Auch diese dürften nicht systematisch wahr- und aufgenommen werden, und zwar in allen Systemen nicht, die psychisch kranke Eltern und ihre Kinder versorgen (Kölch, Schielke, Becker, Fegert & Schmid, 2008; Kölch & Schmid, 2008; Schmid, Schielke, Becker, Fegert & Kölch, 2008).

Als Folge unzureichender Information, Aufklärung und Versorgung von psychisch kranken Eltern und ihren Kindern nehmen Eltern Beratungsangebote nicht wahr, entweder, weil sie sie nicht kennen oder weil sie Stigmatisierung und Bevormundung fürchten bzw. lehnen wegen unzureichender Versorgung ihrer Kinder notwendige stationäre Behandlungsangebote ab.

Je nach Alter der Kinder ist der Fokus der jeweils notwendigen Hilfen und Leistungen unterschiedlich. Dazu gehören etwa spezifische Beratungs- und Therapieangebote zur Förderung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen bei psychisch kranken Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern, Familienberatung und -therapie bei Schulkindern oder personenzentrierten Hilfen für Jugendliche im Ablösungs- und Autonomieprozess des Erwachsenwerdens. Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder befinden sich in einem Teufelskreis: Die höhere psychische Belastung der Kinder durch die elterliche Erkrankung verstärkt ihre bereits vorhandene Symptomatik und beeinflusst über den erhöhten Stress der Eltern wiederum deren psychische Erkrankung negativ, welche sich wiederum negativ auf die Belastung der Kinder auswirkt (Stadelmann, Perren, Kölch, Groeben & Schmid, 2010). Wird eine stationäre Behandlung der Eltern notwendig, um eine Stabilisierung zu erreichen bzw. ihre Funktionsfähigkeit wieder zu erlangen und damit auch die Erziehungsaufgaben für die Kinder wieder adäquat erfüllen zu können, verhindert gerade die ungeklärte Betreuungs- und Versorgungssituation der Kinder, dass Eltern einer stationären Behandlung zustimmen.

Diesem Teufelskreis kann man u. a. durch gezielte präventive und vorausschauende Angebote zur Förderung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen begegnen. Diese, meist videogestützten Angebote setzen an der Beziehung an und sind mittlerweile insbesondere für den Frühbereich gut evaluiert (Ziegenhain, Fegert & Möhler, 2012). Zu diesen gehören etwa die so genannte Entwicklungspsychologische Beratung (Ziegenhain, Fries, Bütow & Derksen, 2004) oder STEEP (Suess et al., 2010) bzw. für ältere Kinder und ihre Eltern dann z.B. Angebote wie Video-Home-training (Scheper & König, 2000). Diese Angebote sind gut geeignete und spezifische Bausteine, die in den Hilfesystemen, die psychisch kranke Eltern und ihre Kinder versorgen, vorgehalten werden sollten. Dies sind neben anderen insbesondere die Erwachsenenpsychiatrie, die Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die Kinder- und Jugendhilfe (vgl. auch Reck, 2007; Franz, 2005).

In den allermeisten Fällen sind die Bedürfnisse bzw. ist der Hilfebedarf von Kindern und Familien mit einem psychisch kranken Elternteil vielfältig. Dieser Hilfebedarf betrifft Leistungen, die sowohl im Gesundheitswesen als auch im Jugendhilfesystem vorgehalten werden bzw. in der Sozialhilfe. Damit verbunden sind Anforderungen an eine systematische und verbindliche Kooperation zwischen den beteiligten Professionellen bzw. diesen und weiteren Systemen.

Der Hilfebedarf von Kindern psychisch kranker Eltern ist vielfältig und umfasst ein breites Spektrum von niedrigschwelligen Hilfen bis zu hochschwelligen und spezifischen Versorgungsangeboten aus unterschiedlichen Leistungssystemen.

Aufgrund ihrer besonderen Risikokonstellation sind Kinder psychisch kranker Eltern prädestinierte Adressaten für präventive, und insbesondere selektiv-präventive Angebote, die helfen können, Entwicklungsprobleme und Verhaltensauffälligkeiten zu verhindern oder zumindest abzuschwächen.

REIBUNGSVERLUSTE: UNZUREICHENDE SYSTEMATISCHE INTERDISZIPLINÄRE ZUSAMMENARBEIT DER PROFESSIONELLEN AKTEURE

Tatsächlich ist eine fachlich adäquate und umfassende Unterstützung und Versorgung von psychisch kranken Eltern und ihren Kindern durch ein System bzw. durch Leistungen auf der alleinigen Grundlage eines Sozialgesetzbuches nicht möglich: Weder die (Erwachsenen-) Psychiatrie, noch die Kinder- und Jugendpsychiatrie oder psychologische Psychotherapieeinrichtungen, noch die Kinder- und Jugendhilfe sind jeweils für sich alleine genommen in der Lage, die umfassenden und komplexen notwendigen Maßnahmen vorzuhalten.

Es gibt viele Professionen, die in die Unterstützung und Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern eingebunden sind. Maßgeblich sind dies die professionellen Akteure in der Kinder- und Jugendhilfe, deren Leistungen im SGB VIII normiert sind, und die Akteure in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der psychologischen Psychotherapie und der Erwachsenenpsychiatrie, deren Leistungen über das SGB V finanziert werden. Darüber hinaus sind eine ganze Reihe weiterer Akteure bzw. Systeme an der Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern beteiligt. Abhängig vom Alter der Kinder gehören dazu etwa Hebammen, Kinderärztinnen und Kinderärzte oder Fachärzte für Allgemeinmedizin, Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer, ggf. Ehrenamtliche ebenso wie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Arbeitsagenturen. Neben dem SGB VIII und dem SGB V sind dies darüber hinaus Leistungen aus anderen Sozialgesetzbüchern betroffen, wie die gemäß dem

SGB IX oder dem SGB XII. Bisher arbeiten die professionellen Akteure aus den unterschiedlichen Systemen in den seltensten Fällen systematisch zusammen! Ebenso wenig werden fachlich notwendige Leistungen aus unterschiedlichen Gesetzbüchern koordiniert und mischfinanziert!

Historisch haben sich für die Gruppe der Kinder psychisch kranker Eltern, vor allem über lokale Initiativen und ehrenamtliches Engagement mit fachlichem Rahmen, Versorgungsangebote entwickelt (z.B. AMSOC-Patenschaften, Aurnyn e.V. etc.). Diese Initiativen leisten hervorragende Arbeit und sind wichtige Elemente in der Versorgung geworden. Sie können allerdings keine strukturelle und flächendeckende Versorgung gewährleisten (vgl. Deutscher Bundestag, 2009: 13. Kinder- und Jugendbericht, S. 236). Sie sind nicht Bestandteil der Regelversorgung und insofern nicht nachhaltig abgesichert. Damit können sie kontinuierliche Unterstützung nicht systematisch anbieten bzw. sind chronisch unterfinanziert. Lokale Initiativen, Projekte und ehrenamtliches Engagement kompensieren bestehende Lücken in der Regelversorgung bzw. können mit ihren Angeboten den Blick auf bestehende Mängel verstellen.

Es lassen sich unterschiedliche Schwerpunktsetzungen im Auftrag und im Selbstverständnis von Akteuren der Erwachsenenpsychiatrie bzw. der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie ausmachen. Danach steht in der Erwachsenenpsychiatrie die Wahrung der Interessen der Patientinnen und Patienten, also der der erkrankten Eltern, im Vordergrund, während in der Kinder- und Jugendhilfe und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Wahrung der Interessen und die Bedürfnisse der Kinder der psychisch kranken Eltern im Vordergrund stehen. Dabei sind diese Aufträge nicht immer vereinbar. Ihre Unvereinbarkeit lässt sich an gängigen und gegenseitigen Vorurteilsstrukturen zwischen den Systemen ablesen. Danach instrumentalisieren etwa die Erwachsenenpsychiatrie die Kinder häufig für den Genesungsprozess ihrer Eltern bzw. vernachlässigen ihre Bedürfnisse und ihr Befinden. Die Kinder- und Jugendhilfe und dabei insbesondere das Jugendamt hingegen treten überwiegend in ihrer Kontrollfunktion auf („Kinderklaubehörde“). In der Praxis lassen sich durchaus Mechanismen unzureichender oder fehlender interdisziplinärer Kooperation beobachten, die solche Vorurteilsstrukturen begünstigen. Danach werden präventive Hilfen für psychisch kranke Eltern und ihre Kinder häufig nicht vorgehalten, nicht angeboten bzw. nicht in Anspruch genommen. Das Jugendamt wird eher sehr spät eingeschaltet, und häufig erst dann, wenn sich die familiäre Situation krisenhaft zugespitzt hat. Tatsächlich kann es dann, im Sinne einer selbst erfüllenden Prophezeiung, auch zur Herausnahme eines Kindes aus der Familie kommen.

Bisher findet eine systematische und verbindlich gestaltete interdisziplinäre Kooperation zwischen den professionellen Akteuren aus unterschiedlichen Systemen in der Unterstützung und Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern nicht statt. Unterschiedliche Angebote stehen nicht abgestimmt nebeneinander oder aber notwendige Angebote werden nicht vorgehalten. Die professionellen Akteure sprechen die „Sprache“ ihres jeweiligen Systems und handeln und behandeln danach. Eine „gemeinsame Sprache“, die eine professionelle Verständigung und darauf aufbauend interdisziplinär zusammengesetzte Hilfen und Versorgungsleistungen über die Systemgrenzen hinweg ermöglichen würde, fehlt bisher.

Dies hängt auch damit zusammen, dass in den jeweiligen Aus-, Fort- und Weiterbildungen der unterschiedlichen Disziplinen über die Aufgaben und Hilfemöglichkeiten, die Strukturen und (sozialrechtlichen) Leistungsgrundlagen der jeweils anderen Systeme nicht systematisch informiert wird. Bisher zumindest finden solche Weiterbildungen nur sehr unsystematisch statt. In der Weiter-

bildungsordnung für Psychiaterinnen und Psychiater z.B. taucht die Thematik „Kinder psychisch kranker Eltern“ nicht als verbindlicher Bestandteil auf und Kenntnisse in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind fakultative Inhalte.

Bisher ist die Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern mit qualifizierten und interdisziplinär ausgestalteten Hilfen und Leistungen in der Regelversorgung nicht systematisch gegeben. Neben einer Unterversorgung mit qualifizierten Angeboten sind es fehlende bzw. unzureichende und wenig verbindliche interdisziplinäre Kooperations- und Vernetzungsstrukturen, die einer fachlich adäquaten und hinreichenden Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern im Wege stehen.

Die Unterstützung und Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern ist eine interdisziplinäre Aufgabe, die nur durch die systematische und verbindliche Kooperation aller beteiligten professionellen Akteure und Systeme fachlich adäquat und erfolgreich bewältigt werden kann.

Voraussetzungen dafür sind

- ***fallübergreifende und interdisziplinäre, verbindliche Verfahrensabsprachen,***
- ***systematische und interdisziplinäre Aus, Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen.***

Die Unterstützung und Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern beinhaltet die systematische Zusammenführung von Angeboten und Leistungen aus unterschiedlichen Systemen und deren Mischfinanzierung auf der Grundlage unterschiedlicher Sozialgesetzbücher.

FORDERUNGEN

A. SYSTEMATISIERUNG VERBINDLICHER KOOPERATIONSSTRUKTUREN

Interdisziplinäre und aufeinander abgestimmte Unterstützung und Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern muss die Regel und nicht die Ausnahme sein. Die Zusammenarbeit der beteiligten Professionen sollte strukturell angelegt und finanziell hinterlegt sein. Die notwendige interdisziplinäre Vernetzung bezieht sich gleichermaßen auf systematische und verbindliche Rahmenbedingungen für eine fallübergreifende Kooperation als auch auf die fallbezogene Kooperation. Gefordert wird eine rechtliche Klärung der fallübergreifenden Koordinierung interdisziplinärer Kooperation. Das Bundeskinderschutzgesetz gibt hier für die Etablierung lokaler Netzwerkstrukturen ein Modell bzw. sogar eine mögliche Lösung im Sinne einer Anbindung bzw. Erweiterung vor.

Gefordert wird zudem eine übergreifende Regelung als Grundlage für die gemeinsame Finanzierung interdisziplinär zwingend notwendiger Komplexleistungen für Kinder psychisch kranker Eltern.

B. STANDARDS IN DER VERSORGUNG DEFINIEREN UND UMSETZEN!

Gefordert wird, Standards für die interdisziplinäre Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern zu definieren und abzustimmen.

Diese Standards beziehen sich auf die Festlegung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten in der fallbezogenen, interdisziplinären Zusammenarbeit. Sie beziehen sich ferner auf die Festlegung von disziplinübergreifenden Diagnoseverfahren und ggf. -instrumenten sowie auf die Festlegung

eines interdisziplinär abgestimmten Angebotsrepertoires, das gleichermaßen erprobte, und, wenn möglich, evaluierte niedrigschwellige und spezifisch hochschwellige Angebote und Leistungen umfasst. Notwendig ist eine interdisziplinäre Abstimmung in der individuellen Hilfestellung und Versorgung für den jeweiligen Einzelfall.

Gefordert wird, intelligente Lösungen für niedrigschwellige, nicht stigmatisierende und (emotional) erreichbare Zugänge in Hilfen und Versorgung zu entwickeln und vorzuhalten und diese etwa dort anzusiedeln, wo psychisch kranke Eltern tatsächlich Hilfe suchen (z. B. niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, psychologische Psychotherapeuten, Institutsambulanzen von psychiatrischen Krankenhäusern: „*Hilfen aus einer Hand*“). Ziel ist es, ein interdisziplinäres und flächendeckendes Angebotsrepertoire im Regelsystem vorzuhalten. Dies bedeutet realistisch auch den Ausbau von bestehenden Angeboten.

Gefordert wird, erprobte Versorgungsmodelle in Modellprojekten oder ehrenamtlicher Initiative systematisch in die Regelversorgung und –finanzierung zu überführen (Patenprogramme, betreute Wohnformen, Versorgungsmodelle für Krisensituationen etc.).

Vorgeschlagen wird die Einrichtung einer interdisziplinären, verbändeübergreifenden Arbeitsgruppe, welche für das BMFSFJ und das BMG eine Expertise erarbeitet.

Das Ausmaß der Problematik hätte es auch gerechtfertigt erscheinen lassen, für eine Legislaturperiode eine Enquete zur Lage von Kindern psychisch kranker Eltern durchzuführen. Doch diese Chance ist wahrscheinlich bei der Regierungsbildung in dieser Legislatur verpasst worden. Verschiedene Fachverbände haben sich u. a. an den Familienausschuss des Bundestags gewandt und eine intensivere Auseinandersetzung mit dieser Thematik gefordert (<http://www.dgkjp.de/aktuelles/193>; http://www.afet-ev.de/aktuell/AFET_intern/PDF-intern/2014/01a.AntragFamilienausschuss.pdf). Das Deutsche Ärzteblatt hat diese Aktivitäten durch unterstützende Berichterstattungen begleitet (Bühning, 2014).

C. ALTERSSPEZIFISCHE ANGEBOTE ENTWICKELN

Gemäß den altersabhängigen Heraus- und Anforderungen haben Kinder und Jugendliche unterschiedliche Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, die Voraussetzung für eine gelingende Entwicklung sind. Kinder psychisch kranker Eltern benötigen hierbei erfahrungsgemäß besondere entwicklungsbezogene Unterstützung und spezifische Angebote. Diese Angebote haben gleichermaßen präventiven, aber auch therapeutischen Charakter. Sie lassen sich als flexible Bausteine in bestehende Regelangebote integrieren und ergänzen dieses. Analog zu den Entwicklungen in den Frühen Hilfen geht es etwa um die Etablierung von spezifischen Angeboten zur Förderung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen. Ebenso geht es um Unterstützung, Einordnung und Verarbeitung von regelhaft auftretenden und emotional belastenden Gefühlen von Scham und Schuld, Umgang bzw. Vermeidung von Parentifizierung und/oder Umgang mit und Integration in die Gleichaltrigengruppe oder um eine gelingende Ablösung von den psychisch kranken Eltern.

Gefordert wird, (entwicklungs-) altersspezifische Versorgungsangebote und Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern zu entwickeln und vorzuhalten.

D. NEUE VERSORGUNGSMODELLE

Insbesondere an den Schnittstellen bzw. den Übergängen zwischen den Versorgungsangeboten unterschiedlicher Systeme, die psychisch kranke Eltern und ihre Kinder betreuen und versorgen, ebenso bestehen gravierende Lücken in der Versorgung. Vielversprechend sind Ansätze, die lückenlose Übergänge zwischen Systemen ermöglichen und darüber hinaus die Schwellen von Hilfesuche und Inanspruchnahme verringern und damit auch den Weg in eine komplexere Behandlung ermöglichen. Zu diesen Ansätzen, die bisher als Modellprojekte erfolgreich erprobt wurden, gehört das so genannte Hometreatment. Eine systematische Implementierung gemäß §64 SGB V ist regelhaft möglich, wurde aber bisher in der Kinder- und Jugendpsychiatrie seitens der Kassen kaum umgesetzt. Aufgrund der bisher kleinen Fallzahlen müssten sich alle Krankenkassen beteiligen, was diese vor satzungsrechtliche Probleme stellen kann. Exklusive Modellprojekte sind für Kinder und Jugendliche auch ethisch problematisch, da kein Kind frei in der Entscheidung ist, in welcher Krankenkasse es versichert ist. Fachlich bietet Hometreatment aber die Möglichkeit, mit anderen Professionen gemeinsame Maßnahmen anzubieten. Es senkt die Schwelle stationärer Behandlung.

Gefordert werden die Entwicklung und die flächendeckende Etablierung neuer Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern in der Regelversorgung, insbesondere an den Schnittstellen unterschiedlicher Systemzuständigkeiten.

UNTERZEICHNER

Dipl.-Psych. Jana Anding, Klinische Kinder- und Jugendpsychologie, Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg

Dr. med. Isabel Böge, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Weissenau

Prof. Dr. rer.-nat. Hanna Christiansen, Klinische Kinder- und Jugendpsychologie, Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg

Dipl.-Psych. Nicole Corpus, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Weissenau

Dipl.-Päd. Wiebke Demski-Minßen, Familienprojekt Triangel der JaKus gGmbH, Berlin

Dr. med. Christiane Deneke, Hamburg

Dipl.-Psych. Luisa Donath, Klinische Kinder- und Jugendpsychologie, Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg

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

Prof. Dr. med. Michael Franz, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie, Vitos Klinikum Kurhessen

Dipl.-Psych. Beate Kettemann, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Vitos Klinikum Bad Emstal

Prof. Dr. med. Michael Kölch, Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Vivantes Kliniken Berlin-Friedrichshain und –Neukölln.

Prof. Dr. phil. Albert Lenz, Klinische Psychologie und Sozialpsychologie, Fachbereich Sozialwesen, Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen, Paderborn

Dr. med. Ingrid Munk, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Vivantes Klinikum Berlin-Neukölln

Prof. Dr. jur. Ludwig Salgo, Fachbereich Rechtswissenschaft, Goethe-Universität Frankfurt

Prof. Dr. med. Renate Schepker, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Weissenau

Dr. hum.-biol. Marc Schmid, Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel

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

LITERATUR

Bohus, M., Schehr, K., Berger-Sallawitz, F., Novelli-Fischer, U., Stieglitz, R. D. & Berger, M. (1998). Kinder psychisch kranker Eltern. Eine Untersuchung zum Problembewusstsein im klinischen Alltag. *Psychiatrische Praxis*, 25(3), 134-138.

Bühning, P. (2014). Psychische Erkrankungen: Kooperative Versorgung der ganzen Familie gefordert. *Deutsches Ärzteblatt*, PP13, 101.

Canino, G. (1990). Children of parents with psychiatric disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 409-416.

Deutscher Bundestag (2009). Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe. 13. Kinder- und Jugendbericht. Berlin: Deutscher Bundestag, BT-Drs. 16/12860

Downey, G. & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 108(1), 50-76.

Franz, M. (2005). Die Belastungen von Kindern psychisch kranker Eltern - eine Herausforderung zur interdisziplinären Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. *Zeitschrift für Jugendschutz Kind Jugend Gesellschaft*, 50(3), 82-86.

Franz M., Kettemann B., Jäger K., Hanewald B. & Gallhofer B. (2012). Was wissen Psychiater über die Kinder ihrer Patienten? *Psychiatrische Praxis*(39), 1-6.

Glenn, P. & Stiels-Glenn, M. (2003). Kinder psychisch kranker Eltern. Kooperation bei der Betreuung von Familien mit psychisch kranken Müttern oder Vätern. *Sozialmagazin*(4), 23-31.

Handley, C., Farrell, G. A., Josephs, A., Hanke, A. & Hazelton, M.(2001). The Tasmanian children's project: the needs of children with a parent / arer with a mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10(4), 221-228.

Hearle, J., Plant, K., Jenner, L., Barkla, J. & McGrath, J. (1999). A survey of contact with offspring and assistance with child care among parents with psychotic disorders. *Psychiatric Services*, 50(10), 1354-1356.

Hinden, B. R., Biebel, K., Nicholson, J., Henry, A. & Katz-Leavy, J. (2006). A survey of programs for parents with mental illness and their families: Identifying common elements to build the evidence base. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33(1), 21-38.

Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U. & Schlack, R. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugend- Gesundheitsurvey (KiGGS), *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 784-93.

Kahn, R. S., Brandt, D. & Whitaker, R. C. (2004). Combined effect of mothers' and fathers' mental health symptoms on children's behavioral and emotional well-being. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158(8), 721-729.

Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S. & Ustun, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 359-364.

Kölch, M., Schielke, A., Becker, T., Fegert, J. M., Schmid, M. (2008). Kinder psychisch kranker Eltern: psychische Belastung der Minderjährigen in der Beurteilung ihrer Eltern – Ergebnisse einer Befragung stationär behandelter Patienten mit dem SDQ. *Nervenheilkunde*(6), 527-532.

Kölch, M. & Schmid, M. (2008). Elterliche Belastung und Einstellungen zur Jugendhilfe bei psychisch kranken Eltern: Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Hilfen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57(10), 774-788.

Lenz, A. & Brockmann, E. (2013). Kinder psychisch kranker Eltern stärken. Informationen für Eltern, Erzieher und Lehrer. Göttingen: Hogrefe.

Ostman, M. & Hansson, L. (2002). Children in Families with a severely mentally ill member. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*(37), 243-248.

Reck, C. (2007). Postpartale Depression: Mögliche Auswirkungen auf die frühe Mutter-Kind-Interaktion und Ansätze zur psychotherapeutischen Behandlung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*(3), 234-244.

Remschmidt, H. & Mattejat, F. (1994). Kinder psychotischer Eltern: Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung. Göttingen: Hogrefe

Schepers, G. & König, C. (2000). Video-Hometraining. Eine neue Methode der Familienhilfe. Weinheim: Beltz.

Schmid, M., Schielke, A., Becker, T., Fegert, J. M. & Kölch, M. (2008). Versorgungssituation von Kindern während einer stationären psychiatrischen Behandlung ihrer Eltern. *Nervenheilkunde*(6), 533-539.

Schmid, M., Schielke, A., Fegert, J. M., Becker, T., Kölch, M. (2008). Kinder psychisch kranker Eltern – eine Studie zu stationär behandelten psychisch kranken Eltern: Methodik, Studienpopulation und Epidemiologie. *Nervenheilkunde*(6), 521-526.

Schone, R. & Wagenblass, S. (2006). Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Weinheim: Juventa.

Sills, M. R., Shetterly, S., Xu, S., Magid, D. & Kempe, A. (2007). Association between parental depression and children's health care use. *Pediatrics*, 119(4), 829-836.

Sommer, R., Zoller, P. & Felder, W. (2001). Elternschaft und psychiatrische Hospitalisation. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*(50), 498-512.

Stadelmann, S., Perren, S., Kölch, M., Groeben, M. & Schmid, M. (2010). Psychisch kranke und unbelastete Eltern: Elterliche Stressbelastung und psychische Symptomatik der Kinder. *Kindheit und Entwicklung*, 19(2), 72-81.

Suess, G. J., Bohlen, U., Mali, U. & Frumentia Maier, M., (2010). Erste Ergebnisse zur Wirksamkeit Früher Hilfen aus dem STEEP-Praxisforschungsprojekt „WiEge“. *Bundesgesundheitsblatt*(53), 1143-1149.

Wagenblass, S. & Schone, R. (2001). Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe. Hilfe- und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 50(7), 580-592.

Wallerstein, J. S., Lewis, J. M. & Blakeslee, S. (2002). Scheidungsfolgen – Die Kinder tragen die Last. Eine Langzeitstudie über 25 Jahre. Münster: Votum.

Ziegenhain, U., Fries, M., Bütow, B. & Derksen, B. (2004). Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern. Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe. Weinheim: Juventa.

Ziegenhain, U., Fegert, J. M. & Möhler, E. (2012). Infant Psychiatry – frühe Eltern-Kind-Interaktion. In J.M. Fegert, C. Eggers & F. Resch (Hrsg.). *Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters* (950-957). 2. Auflage. Berlin: Springer.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Bundesinitiative Frühe Hilfen

Die Broschüre ist als Download zu finden unter:

<http://www.kvjs.de/jugend/kinderschutz/bundesinitiative-fruehe-hilfen.html>

Copyright:

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie
des Universitätsklinikums Ulm

Gestaltung, Satz, Produktionsbetreuung:

deutsch_design, Ulm

Bildmaterial:

S. 1 und S. 22 © Svetlana Fedoseeva / Fotolia.com; S. 8 © amebar / Fotolia.com;

S. 10 © cheese78 / Fotolia.com; S. 32 © yanlev / Fotolia.com;

S. 56 © Alexander Potapov / Fotolia.com; S. 86 © gena96 / Fotolia.com;

S. 90 © B-C-designs / Fotolia.com

1. Auflage, Dezember 2014

Gefördert vom:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend