Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Deutsches
Jugendinstitut

Forschung

Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern

Abschlussbericht

Elisabeth Helming; Gunda Sandmeir; Alexandra Sann; Michael Walter

Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern

Laufzeit: 01.08.2006 bis 31.12.2006

Wir bedanken uns sehr herzlich bei allen besuchten Projekten für ihre große Kooperationsbereitschaft, Offenheit und Unterstützung bei der Durchführung der Untersuchung!

© 2006 Deutsches Jugendinstitut e. V.
Abteilung
Projekt Kurzevaluation Frühe Hilfen
Nockherstr. 2, 81541 München
Telefon: +49 (0)89 62306-323/144
Fax: +49 (0)89 62306-162
E-Mail:
helming@dji.de
sann@dji.de

Inhaltsverzeichnis

1	**Einleitung: „It needs a village to raise a child”**	**8**
2	**Kindesvernachlässigung – eine kurze Einführung**	**11**
2.1	Wie wird Kindesvernachlässigung definiert?	11
2.2	Welche Formen von Vernachlässigungen gibt es?	12
2.3	Welche möglichen Folgen treten bei den betroffenen Kindern auf?	13
2.4	Wie sind Vernachlässigungen zu erkennen?	17
2.5	Welche Risikofaktoren für eine Gefährdungslage gibt es?	19
2.6	Welche Daten gibt es über die Anzahl und das Alter der betroffenen Kinder?	20
3	**Stichprobenauswahl und Methoden**	**22**
3.1	Stichprobe	22
3.2	Erhebungsinstrumente	22
3.3	Durchführung der Untersuchung	24
4	**Die Projektlandschaft**	**26**
5	**Projekterfahrungen mit den Zieldimensionen des Aktionsprogramms**	**28**
5.1	Zugang zur Zielgruppe	28
5.1.1	Verschiedene Zugangsformen	29
5.1.2	Systematische / breite Zugänge	30
5.1.3	Spezifische / fokussierte Zugänge	32
5.1.4	Offene Fragen	36
5.2	Erkennung von Risiken und Kindeswohlgefährdung	37
5.2.1	Modellüberlegungen	37
5.2.2	Screeningverfahren	38
5.2.3	Differenzierte Einschätzungsverfahren	39
5.2.4	Einschätzung von Gefährdungsrisiken nach § 8a	39
5.2.5	Feststellung der Sorgerechtsverletzung nach BGB § 1666	40
5.2.6	Offene Fragen	41
5.3	Motivation zu aktiver Teilnahme	42
5.3.1	Allgemeine Überlegungen	42
5.3.2	Komm-Strukturen	45
5.3.3	Gehstrukturen	47
5.3.4	Vermittlung in Hilfen durch Fachkräfte in Geburtskliniken oder Clearing-Stellen	56
5.3.5	Schlussfolgerungen	56
5.4	Entwicklung passgenauer, bedarfsgerechter Hilfen	59
5.4.1	Allgemeine Überlegungen	59
5.4.2	Arbeitsansätze	60
5.4.3	Passgenauigkeit als Prozess	63
5.4.4	Überlegungen zum Problem der Passgenauigkeit	65

5.5	Monitoring	66
5.5.1	Notwendigkeit des Monitoring	66
5.5.2	Gesichertes Kindeswohl	67
5.5.3	Unklarheit über das Kindeswohl	67
5.5.4	Gefährdetes Kindeswohl	68
5.5.5	Verfahren des Monitoring	68
5.5.6	Offene Fragen	69
5.6	Implementation im Regelsystem	70
6	**Zusammenfassung**	**72**
6.1	Zugang	72
6.2	Risikoerkennung	72
6.3	Motivation	73
6.4	Entwicklung passgenauer Hilfen	75
6.5	Monitoring	76
6.6	Implementation in das Regelsystem	77
7	**Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung**	**78**
8	**Empfehlungen**	**79**
8.1	Das Netzwerk „Frühe Hilfen“	79
8.1.1	Struktur und Funktionselemente	79
8.1.2	Auswirkungen auf die Arbeit in den Projekten	81
8.1.3	Projektübergreifende Vorzüge	82
8.1.4	Voraussetzungen und Strategien für die Implementierung	82
8.2	Evaluationsperspektiven	85
9	**Anhang: Projektbeschreibungen**	**87**
9.1	Hausbesuchsangebot des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes Steglitz-Zehlendorf /Projekt „Ich bin stark im Babyjahr“, Weg der Mitte e.V.	87
9.2	Frühe Hilfen“ im Jugendamt Charlottenburg-Wilmersdorf /„Haus des Säuglings	91
9.3	„Tausend und Keine Nacht“, Entwicklungspsychologische Beratungsstelle in Regensburg	95
9.4	„SAFE® – Sichere Ausbildung für Eltern“	98
9.5	„Ambulante Erziehungshilfen – Beratung und praktische Hilfe für Familien und Alleinerziehende (AEH)“	100
9.6	„EKiB – Entwicklung von Kindern in Beziehung, Netzwerk Gesunde Kinder“ im Landkreis Oberspreewald - Lausitz	103
9.7	„STEEP“ – „Steps towards effective, enjoyable parenting”	107
9.8	„Adebar“ – Familienzentrum	109
9.9	„Frühberatungsstelle – Haus der Familie Bremen-Hemelingen“	111
9.10	Bremer Familienhebammen	114
9.11	„Begleitung und Primärhilfe in Familien“, AWO Schwerin	116
9.12	„Eltern stark machen in Mecklenburg-Vorpommern“, Deutscher Kinderschutzbund Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V.	119

9.13 „Aufsuchende Familienhilfe für junge Mütter, Netzwerk Familienhebammen Niedersachsen“ – Stiftung „Eine Chance für Kinder“ 122
9.14 „Zukunft für Kinder in Düsseldorf“ – Clearingstelle 126
9.15 „Soziales Frühwarnsystem Gütersloh“ 127
9.16 „Hebammen beraten Familien“, Qualifizierungsmaßnahme in Rheinland-Pfalz 130
9.17 „Frühkindliche Entwicklungspsychologische Beratung“, Lebensberatungsstelle Trier 133
9.18 „Schutzengel Flensburg“ 136
9.19 „Entwicklungspsychologische Beratung“ (Erziehungs- und Familienberatungsstelle Pößneck und Familienberatungsstelle der AWO in Jena) 139

10 Literatur 142

1 Einleitung: „It needs a village to raise a child"

In den letzten Jahren ist in Deutschland der Blick geschärft worden für Kinder, die in Familien mit hohen psychosozialen Belastungen aufwachsen. Insbesondere Berichte von einigen Todesfällen nach schwerer Vernachlässigung von Kindern, die durch die Medien gegangen sind, haben die Öffentlichkeit aufgeschreckt mit Titeln wie z.B. „Tatort Familie: Republik Rabenland – Ansicht einer argen Kinderstube." (TAZ vom 28./29.10.2006). Entgegen diesen Vorfällen steht das Recht der Kinder und Jugendlichen auf eine individuelle, personale und soziale Entwicklung; das heißt, sie haben das Recht zu wachsen, zu lernen und zu gedeihen, ihre Persönlichkeit zu entfalten und sich damit zu emotional stabilen, eigenständigen, einfühlsamen und sozial verantwortlichen Persönlichkeiten zu entwickeln (vgl. Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz und die UN-Kinderrechtskonvention). Das Recht der Kinder und Jugendlichen auf gewaltfreie Erziehung ist in § 1631 Absatz 2 BGB verankert. „Körperliche Bestrafung, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig."

Mütter und Väter sind jedoch heute in ihren Erziehungsaufgaben vielfach auf sich selbst gestellt. Unterstützungssysteme wie Herkunftsfamilie und nachbarschaftliche Gemeinschaft, die bei der Bewältigung von Krisen helfen können, erfüllen diese Funktion häufig nicht mehr. Materielle Belastungen (Armut), soziale Belastungen (Isolation), persönliche Belastungen der Eltern (ungewollte Schwangerschaft, Sucht, eigene Deprivationserfahrungen), familiale Belastungen (anhaltende Paarkonflikte) oder auch „Merkmale"/ Besonderheiten des Kindes, die Eltern überfordern oder ablehnen (z.B. Behinderungen), sind Risikofaktoren für das Entstehen von Vernachlässigung. Wir wissen nicht, ob Vernachlässigung in Deutschland bedeutsam zunimmt, da die Bundesrepublik eines der wenigen entwickelten Industrieländer ist, das keine nationalen Statistiken zur Häufigkeit von Vernachlässigung und anderen Formen der Kindeswohlgefährdung erhebt.

Der beste Weg, um Kinder vor Vernachlässigung zu schützen, ist unbestritten der einer Früherkennung und Frühen Hilfe. Diese setzt an, bevor sich ungünstige Entwicklungsverläufe stabilisiert haben. Basierend auf den Ergebnis-

sen der Bindungsforschung fördern viele Ansätze der Frühprävention eine positive Interaktion zwischen den Eltern und ihrem Säugling. Die Eltern werden unterstützt, die Bedürfnisse und Signale ihres Kindes besser zu verstehen, den Entwicklungsstand realistischer einzuschätzen und angemessener auf ihr Kind einzugehen.

Die Bundesregierung hat vor diesem Hintergrund im Koalitionsvertrag beschlossen, im Kontext der Weiterentwicklung jugendhilfe- und familienpolitischer Zielsetzungen *den Aufbau sozialer Frühwarnsysteme und die Förderung früher Hilfen für gefährdete Kinder und ihre Eltern* verstärkt in den Blick zu nehmen und hat ein Aktionsprogramm zu diesem Vorhaben entwickelt: „Im Koalitionsvertrag haben die die Bundesregierung tragenden Koalitionsfraktionen vereinbart, im Rahmen eines Projekts von frühen Hilfen für gefährdete Kinder ‚soziale Frühwarnsysteme' durch die „Verzahnung gesundheitsbezogener Leistungen und Jugendhilfeleistungen sowie zivilgesellschaftlichem Engagement zu entwickeln, um den Schutzauftrag der staatlichen Gemeinschaft zu verstärken. Ziel ist es, den Schutz von Kindern aus besonders belasteten Familien vor Vernachlässigung und Misshandlung insbesondere durch die Stärkung der Erziehungskompetenz ihrer Eltern zu verbessern. Für die Umsetzung des Projektes der frühen Hilfen für gefährdete Kinder stellt der Bund in den nächsten fünf Jahren (2006 - 2010) 10 Mio. Euro bereit. Er wird verschiedene bundesweite Modellprogramme initiieren, fördern, begleiten und evaluieren sowie ein Kompetenzzentrum einrichten, das die Umsetzung entsprechender Programme in den Ländern und Kommunen anregt und den Erfahrungstransfer sicherstellt.

Dazu ist neben der Stärkung der Eigenverantwortung der Eltern eine stärkere staatliche Mitverantwortung für das Aufwachsen in der frühen Kindheit geboten. Das Interesse und das Recht des Kindes auf positive Entwicklungs- und Aufwuchsbedingungen ist verstärkt in den Blick zu nehmen." (BMFSFJ, 2006, S. 2)

Über eine engere Verzahnung von Gesundheitshilfe und Kinder- und Jugendhilfe, die verbesserte Erkennung von psychosozialen Risiken und die Bereitstellung geeigneter Hilfen soll vorhandenen Gefahren von Vernachlässigung bzw. Misshandlung entgegen gewirkt und eine gesunde körperliche, psychische und soziale Entwicklung betroffener Kinder gefördert werden. Die angestrebte Stärkung des Schutzauftrages der staatlichen Gemeinschaft durch

präventive Maßnahmen zur Förderung der Erziehungsfähigkeit in besonders Problem belasteten Familien zeigt sich in zahlreichen Modellen und Projekten der Länder und Kommunen. Die Projekte sind allerdings häufig auf den Kontext lokaler Bedingungen begrenzt. Eine vergleichende Darstellung, Analyse und Bewertung dieser Projekte fehlte aber bislang.

Aus diesem Grund hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Absprache mit den Ländern und kommunalen Spitzenverbänden das Deutsche Jugendinstitut beauftragt, eine Kurzevaluation von Projekten zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern durchzuführen. Ziel dieser Kurzevaluation ist es, einen Überblick über die verschiedenen Modelle und Arbeitsansätze in den Bundesländern zu geben, mit denen versucht wird, Kindesvernachlässigungen und Kindesmisshandlungen in der frühen Kindheit vorzubeugen.

Es handelt sich nicht um eine umfassende Evaluation der beteiligten Projekte auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene, sondern um eine Berichterstattung, die vor allem auf der Strukturebene verbleibt. In den Blick genommen wird, mit welchen Methoden oder Arbeitsansätzen die Projekte versuchen, die Ziele zu erreichen, die das BMFSFJ mit dem Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ ausformuliert hat. Dies sind:

1. systematisch und umfassend Zugang zur Zielgruppe zu finden,
2. systematisch und objektiviert Risiken auf unterschiedlichen Ebenen zu erkennen,
3. Familien zur aktiven Teilnahme zu motivieren,
4. Hilfen passgenau an den Bedarf der Familie anzupassen,
5. Monitoring und
6. Möglichkeiten das Modell im Regelsystem zu implementieren.

Zwei wesentliche Ziele der Untersuchung sind:

- Stärken und Schwächen der untersuchten Projekte entlang der oben genannten Dimensionen herauszuarbeiten und
- offene Fragen und Lücken im System der Frühen Hilfen zu identifizieren.

2 Kindesvernachlässigung – eine kurze Einführung

2.1 Wie wird Kindesvernachlässigung definiert?[1]

Werden Gefährdungen des Kindeswohls in Anlehnung an Garbarino & Gilliam (1980) grundlegend danach unterschieden, ob Gefahren für Kinder von bestimmten Handlungen der Betreuungspersonen oder vom Unterlassen bestimmter Handlungen ausgehen, so bezeichnet der Begriff der Vernachlässigung das gesamte Spektrum bedeutsamer Unterlassungen. Entsprechend definieren im deutschsprachigen Raum beispielsweise Schone et al. (1997, S. 21) Vernachlässigung als „andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns sorgeverantwortlicher Personen (Eltern oder andere von Ihnen autorisierte Betreuungspersonen), welches zur Sicherstellung der physischen und psychischen Versorgung des Kindes notwendig wäre". Ähnlich definiert auf internationaler Ebene Dubowitz (2000, S. 10) Vernachlässigung als „omissions in care resulting in significant harm or the risk of significant harm to children". Beide Definitionen lehnen sich eng an die klassische Definition von Polansky et al. (1981, S. 15) an: „A condition in which a caretaker responsible for the child, either deliberately or by extraordinary inattentiveness, permits the child to experience avoidable present suffering and/or fails to provide one or more of the ingredients generally deemed essential for developing a person's physical, intellectual, and emotional capacities".

Die genannten sozialwissenschaftlichen Definitionen erfahren mitunter in bestimmten Anwendungskontexten, etwa im Recht, Einschränkungen oder Abänderungen. Beispielsweise wird Vernachlässigung im bundesdeutschen Familienrecht in § 1666 BGB als mögliche Gefährdungsursache ausdrücklich benannt und stellt daher in diesem Zusammenhang eine von mehreren Voraussetzungen für eine Eingriffsberechtigung und -verpflichtung in ansonsten

[1] Der Text ist entnommen einem Aufsatz auf der Internetseite des IKK (Informationszentrum Kindermisshandlung/Kindesvernachlässigung) des Deutschen Jugendinstitutes, AutorInnen sind: Heinz Kindler, Beate Galm und Manuela Stötzel.
http://www.dji.de/ikk/FragenkatalogKindesvernachlaessigung.pdf

grundgesetzlich geschützte Elternrechte dar. Entsprechend der vom Bundesgerichtshof formulierten Definition von Kindeswohlgefährdung (FamRZ, 1956, 350 = NJW 1956, 1434) wäre der sozialwissenschaftliche Begriff der Vernachlässigung vom Schweregrad her dann eingeschränkter zu fassen und würde ein andauerndes oder wiederholtes Unterlassen fürsorglichen Handelns bzw. Unterlassen der Beauftragung geeigneter Dritter mit einem solchen Handeln durch Eltern oder andere Sorgeberechtigte bezeichnen, das für einen einsichtigen Dritten vorhersehbar zu erheblichen Beeinträchtigungen der physischen und/oder psychischen Entwicklung des Kindes führt oder vorhersehbar ein hohes Risiko solcher Folgen beinhaltet. Im pädagogisch-psychologischen Bereich finden sich dagegen manchmal auch sehr ausgeweitete Begriffsverständnisse, wobei manche Formen einer unzureichenden Fürsorge, die die Grenze zur Gefährdung deutlich nicht überschreiten, sprachlich wohl besser als distanzierte, unzureichende oder unengagierte Fürsorge bezeichnet werden würden.

2.2 Welche Formen von Vernachlässigungen gibt es?

Da Kinder zu einem gegebenen Alterszeitpunkt in jeweils mehreren Entwicklungs- und Lebensbereichen der Fürsorge bedürfen, eine vorhandene Vernachlässigung aber nicht all diese Bereiche gleichermaßen betreffen muss, werden zu ihrer näheren Beschreibung häufig Adjektive verwendet, wie etwa „erzieherische“, „emotionale“ oder „körperliche“ Vernachlässigung. Eine einheitliche Struktur der Kategorisierung verschiedener Unterformen von Vernachlässigung hat sich nicht herausgebildet. Jedoch bestehen wesentliche Übereinstimmungen zwischen verschiedenen Einteilungen. So wird etwa in der Regel körperliche Vernachlässigung (z.B. unzureichende Versorgung mit Nahrung, Flüssigkeit, sauberer Kleidung, Hygiene, Wohnraum und medizinischer Versorgung) ebenso als Unterform betrachtet wie kognitive und erzieherische Vernachlässigung (z.B. Mangel an Konversation, Spiel und anregenden Erfahrungen, fehlende erzieherische Einflussnahme auf unregelmäßigen Schulbesuch, Delinquenz oder Suchtmittelgebrauch des Kindes, fehlende Beachtung eines besonderen und erheblichen Erziehungs- oder Förderbedarfs), emotionale Vernachlässigung (z.B. Mängel an Wärme in der Beziehung zum Kind, fehlende Reaktion auf emotionale Signale des Kindes) und unzureichende Beauf-

sichtigung (z.B. Kind bleibt längere Zeit alleine und auf sich gestellt, keine Reaktion auf eine längere unangekündigte Abwesenheit des Kindes).

Neben dieser auf die Beschreibung unterschiedlicher Vernachlässigungserfahrungen von Kindern zielenden Einteilung in verschiedene Formen existieren auch noch andere Arten der Einteilung von Vernachlässigungsphänomenen. Beispielsweise wurde die Unterteilung in verschiedene ätiologische Gruppen vorgeschlagen, d.h. Unterscheidungen entsprechend verschiedener Ursachen und Entwicklungswege, die zum Auftreten von Vernachlässigung führen können.

2.3 Welche möglichen Folgen treten bei den betroffenen Kindern auf?

Die wissenschaftliche Beschäftigung mit möglichen Folgen von Vernachlässigung beginnt mit der Frage, inwieweit ursächliche Zusammenhänge zwischen Vernachlässigung und Beeinträchtigungen kindlicher Entwicklung methodisch als gut belegt gelten können. Zwar ist vor allem in schwerwiegenden Fällen (z.B. beim Verhungern eines Kindes) der ursächliche, schädigende Einfluss von Vernachlässigung mitunter offenkundig. Im Bereich weniger schwerwiegender Fälle aber ist die kritische Prüfung der Belegbarkeit schädlicher Auswirkungen von Vernachlässigung von Bedeutung, wenn die Gesellschaft zum verstärkten Einsatz öffentlicher Mittel gegen Vernachlässigung bewegt werden soll. Die Aufklärung über gesicherte Erkenntnisse zu den Folgen von Vernachlässigung ist zudem besonders bedeutsam, da hier ablaufende Schädigungsprozesse häufig schleichenden Charakter haben und nicht eindrücklich genug erscheinen, um das Problembewusstsein in der Öffentlichkeit zu mobilisieren.

Es ist deshalb wichtig festzustellen, dass die Aussagekraft der vorliegenden Studien zu den Folgen von Vernachlässigung insgesamt in den vergangenen Jahren stetig zugenommen hat. Zunächst liegen mittlerweile mehr als 90 Studien vor, in denen Entwicklungsbeeinträchtigungen bei vernachlässigten Kindern untersucht wurden. Für sich genommen zeigen die Ergebnisse dieser Studien zunächst nur, dass vernachlässigte Kinder eine besonders belastete Gruppe darstellen. Die ursächliche Rolle von Vernachlässigung ist jedoch durch weitere Arten von Studien untermauert worden. So haben etwa mehrere längsschnittliche Untersuchungen belegt, dass Vernachlässigungserfahrungen auch dann mit Beeinträchtigungen kindlicher Entwicklung einhergehen, wenn

eventuell bereits vorher bestehende Entwicklungsauffälligkeiten in Rechnung gestellt werden. In anderen Studien zeigten sich weiterhin negative Folgen selbst dann, wenn mögliche alternative Erklärungen für die bei vernachlässigten Kindern beobachteten Entwicklungsbeeinträchtigungen ausgeschlossen oder kontrolliert wurden (z.B. andere Formen der Kindeswohlgefährdung, ungünstige genetische Merkmale, ungünstige Lebensumstände). Eine Reihe von Untersuchungen hat zudem Dosiseffekte aufgezeigt, d.h., Kinder mit längeren und schwereren Erfahrungen von Vernachlässigung wiesen im Mittel bedeutsamere Beeinträchtigungen in der Entwicklung auf als Kinder mit weniger schwerwiegenden Vernachlässigungserfahrungen. Auch dies stellt einen Hinweis auf die ursächliche Schädigungswirkung von Vernachlässigung dar, ebenso wie Studien, in denen psychologische und physiologische Vermittlungsmechanismen zwischen Vernachlässigung und Beeinträchtigungen in der Entwicklung von Kindern nachgezeichnet werden konnten. Die Nachweisbarkeit solcher Vermittlungsmechanismen stützt die Einschätzung, Vernachlässigung wirke auch unterhalb der Schwelle unmittelbar entstehender Lebensgefahr ursächlich schädigend auf die Entwicklung von Kindern ein. Schließlich ergeben sich beeindruckende Belege für die Schädigungswirkung von Vernachlässigung auch aus Studien, die ganz erhebliche Entwicklungsschübe bei vielen vernachlässigten Kindern demonstrieren, wenn sie dauerhaft eine verbesserte Fürsorge und Anregung erfahren. Allerdings gibt es bei lange anhaltenden und ausgeprägten Formen der körperlichen und emotionalen Vernachlässigung auch Hinweise auf dauerhafte, kaum mehr reversible Schädigungen bei einem Teil der betroffenen Kinder.

Werden mögliche Folgen von Vernachlässigung bezogen auf verschiedene Entwicklungsbereiche betrachtet, so lässt sich zunächst für den Bereich der gesundheitlichen bzw. körperlichen Entwicklung anführen, dass in der Bundesrepublik jährlich etwa vier bis sieben Todesfälle von zumeist sehr jungen Kindern infolge von Verhungern oder Verdursten auftreten. Ein Mehrfaches an Kindern kommt vermutlich durch Unfälle infolge einer Vernachlässigung bei der Beaufsichtigung ums Leben. Epidemiologische Befunde deuten darauf hin, dass schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen in ummittelbarem Zusammenhang mit Vernachlässigung nahezu gleich häufig wie im Zusammenhang mit Misshandlung auftreten. Erst bei leichteren Verletzungen dominieren Misshandlungen dann deutlich. Wiederholt wurden bei vernachlässigten Kindern gehäuft auftretende Verzögerungen im körperlichen Wachstum und

Rückstände in der motorischen Entwicklung beschrieben, die vermutlich auf eine Mangel- bzw. Fehlernährung und fehlende Anregungsbedingungen zurückgeführt werden müssen. Die Rolle emotionaler Vernachlässigung als mögliche Ursache bei Störungen des körperlichen Wachstums ist strittig. Mangelbedingte Verzögerungen im körperlichen Wachstum haben sich in Längsschnittuntersuchungen als schwache, aber beständige Vorhersagefaktoren für die weitere geistige und soziale Entwicklung erwiesen, selbst wenn die Mehrzahl der betroffenen Kinder bei einer verbesserten Ernährung Rückstände im Bereich der körperlichen Entwicklung überwiegend oder vollständig ausgleichen konnte. Es ist möglich, dass Zeiten der Mangel- und Fehlernährung in der Kindheit dauerhafte Veränderungen im Stoffwechsel bedingen, die bei einer später üppigeren Ernährung Stoffwechselerkrankungen und Fettsucht begünstigen. Langfristige gesundheitliche Beeinträchtigungen infolge von Vernachlässigungserfahrungen in der Kindheit wurden bislang noch kaum untersucht.

Neuerdings hat die Forschung begonnen sich damit zu beschäftigen, inwieweit Vernachlässigung mit nachweisbaren neurophysiologischen oder neuroendokrinologischen Veränderungen einhergeht. Belegbar erscheint zum gegenwärtigen Zeitpunkt, dass schwere Formen der Vernachlässigung zu einem verlangsamten Gehirnwachstum in den ersten Lebensjahren und einem herabgesetzten Stoffwechsel in einigen Gehirnarealen führen. Dies kann als Entsprechung der bei vernachlässigten Kindern häufig beobachtbaren kognitiven Einschränkungen verstanden werden. Hinsichtlich des Stoffwechsels der Botenstoffe im Gehirn (Neurotransmitter), die steuernd auf die Aktivierung und Kontrolle von Verhalten einwirken, deuten einige Befunde auf Abweichungen hin, die spezifisch mit Vernachlässigungserfahrungen verbunden zu sein scheinen und die Schwierigkeiten betroffener Kinder bei der Ansprechbarkeit durch Umweltreize widerspiegeln könnten. Zu Fehlsteuerungen im Stresshormonsystem liegen für vernachlässigte Kinder bislang nur widersprüchliche Befunde vor.

Bezogen auf die kognitiven Fähigkeiten bzw. Schulleistungen von Kindern mit Vernachlässigungserfahrungen können sich Aussagen auf etwa ein Dutzend internationaler Studien stützen. Sowohl in ihren Schulnoten als auch in standardisierten Tests ihrer kognitiven Fähigkeiten zeigten vernachlässigte Kinder deutlich unterdurchschnittliche Leistungen. Entsprechend häufiger wurden betroffene Kinder auf Sonderschulen verwiesen oder nicht versetzt.

Sofern die Vernachlässigung bereits früh im Leben des Kindes einsetzte, zeigten sich Entwicklungsrückstände bereits in den ersten Lebensjahren und während der Kindergartenzeit. Beeinträchtigungen der kognitiven Entwicklung wurden sowohl bei mangelernährten und körperlich vernachlässigten als auch bei emotional vernachlässigten Kindern berichtet. Auch eine erzieherische Vernachlässigung (z.B. fehlende Regeln in der Familie) kann sich über die Begünstigung von Störungen des Sozialverhaltens negativ auf die schulische Entwicklung auswirken. Unterdurchschnittliche kognitive Fähigkeiten und Leistungen bei vernachlässigten Kindern wurden auch im Vergleich mit einer Kontrollgruppe von Kindern aus Familien mit einem Einkommen an oder unter der Armutsgrenze gefunden. Die Stärke der beobachteten Effekte wurde bislang nicht systematisch analysiert. In beispielhaft ausgewählten Studien waren die Effekte aber stark genug, dass beispielsweise betroffene Kinder im Mittel in den Bereich der Lernbehinderung fielen, im Fähigkeitsniveau in Kernfächern einen Abstand von mindestens einem Schuljahr zu ihren Mitschülern aufwiesen oder eine mehr als doppelt so hohe Sonderschulquote aufwiesen.

Im Hinblick auf die soziale und emotionale Entwicklung zeigen die vorliegenden Befunde, dass körperlich und/oder emotional vernachlässigte Kinder in der Ursprungsfamilie ganz überwiegend keine sichere Bindungsbeziehung zur Mutter aufbauen können, also nicht die emotionale Geborgenheit erfahren, die es ihnen erlauben würde, Gefühle von Kummer und Angst offen und vertrauensvoll zu zeigen. Für vermutlich mehr als die Hälfte der betroffenen Kinder scheint die erfahrene Fürsorge massiv Angst auslösende Momente zu beinhalten, so dass Anzeichen von Desorganisation in den Bindungsbeziehungen der Kinder zur Mutter feststellbar waren. Vergleichbare Befunde zur Vater-Kind-Bindungsbeziehung liegen bislang nicht vor. Im Selbstbild scheinen sich vernachlässigte Kinder als wenig liebenswert einzuschätzen und andere als wenig an ihnen interessiert, ablehnend oder sehr mit eigenen Problemen beschäftigt wahrzunehmen. Entsprechend ihren Beziehungserwartungen erwiesen sich körperlich und emotional vernachlässigte Kinder im beobachtbaren Kontakt mit Gleichaltrigen eher als sozial zurückgezogen und wenig kompetent beim Lösen sozialer Konfliktsituationen. Von Gleichaltrigen wurden sie seltener als Freunde benannt und häufiger sozial ausgegrenzt.

Verhaltensauffälligkeiten und psychische Erkrankungen bei vernachlässigten Kindern und Jugendlichen wurden in einer Reihe von Studien untersucht. Vor allem bezüglich nach innen gerichteter Probleme (z.B. Ängste, Depression,

sozialer Rückzug) zeigte sich dabei von der Kindheit bis ins Jugendalter eine deutlich größere Problembelastung bei vernachlässigten Kindern. Auch bezüglich ausagierender Probleme (Aggression, Unruhe) waren vernachlässigte Kinder auffälliger als nicht vernachlässigte Kinder, aber die Unterschiede waren im Mittel weniger groß. Besonders eindrücklich sind Befunde aus drei Langzeituntersuchungen zu psychischen Erkrankungen im Jugendalter. Hierbei zeigten sich ein insgesamt gravierend erhöhtes Störungsrisiko sowie eine erhöhte Häufigkeit für spezifische Störungen wie depressive Erkrankungen, Suizidalität und Suchterkrankungen. In der so genannten Minnesota Hochrisikolängsschnittstichprobe lag der Anteil Betroffener mit mehr als einer psychiatrischen Diagnose im Jugendalter nach körperlicher bzw. emotionaler Vernachlässigung bei 54 bzw. 73 Prozent. Wird umgekehrt danach gefragt, wie häufig Kinder trotz schwerwiegender Erfahrungen von Vernachlässigung einen insgesamt stabil positiven Entwicklungsweg durchlaufen, so deuten die vorliegenden Längsschnittstudien darauf hin, dass dieser Anteil unter 10 Prozent liegt. Bei weniger schwerwiegenden Vernachlässigungserfahrungen dürfte dieser Anteil allerdings höher liegen.

2.4 Wie sind Vernachlässigungen zu erkennen?

In vielen Fällen sind zunächst Merkmale oder Verhaltensweisen eines Kindes (z.B. schlechter Pflegezustand bei einer kinderärztlichen Vorstellung, im Kindergarten beobachtbare Entwicklungsverzögerung) Anlass dafür, Vernachlässigung zu vermuten. Für sich genommen reichen kindbezogene Anhaltspunkte aber selten aus, um tragfähige Schlüsse über das Vorliegen von Vernachlässigung zu ziehen. So können etwa Entwicklungsverzögerungen verschiedene Ursachen haben. Um zu bestimmen, ob und in welchem Ausmaß Vernachlässigung vorliegt, ist es in der Regel erforderlich, auf der Grundlage verschiedener Informationsquellen (z.B. Gespräch mit den Eltern, Beobachtung, Untersuchung des Kindes) ein Bild von der Qualität des elterlichen Fürsorgeverhaltens in verschiedenen Bereichen zu gewinnen.

Mindestens vier Bereiche der Fürsorge werden dabei international als grundlegend angesehen: Pflege, Bindung, Erziehung und Förderung. Nicht jeder dieser Bereiche ist allerdings in jeder Altersstufe eines Kindes vorhanden bzw. gleich wichtig. So ist die Pflege (z.B. Ernährung, Hygiene) des Kindes in den ersten Jahren nach der Geburt sehr wichtig, kann dann aber zunehmend

vom Kind selbst übernommen werden. Auf der Grundlage einer Gesamteinschätzung, ob und gegebenenfalls in welchen Bereichen und in welchem Ausmaß elterliche Fürsorgefähigkeiten hinter Minimalanforderungen zurückbleiben, können dann, unter Einbeziehung der betroffenen Sorgeberechtigten und wenn möglich auch der betroffenen Kinder, Entscheidungen über erforderliche Schutzmaßnahmen und geeignete Formen der Hilfe getroffen werden.

Da sich Vernachlässigung häufig durch einen schleichenden Verlauf mit sich erst allmählich aufbauenden Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung auszeichnet, haben verschiedene Autoren darauf hingewiesen, dass ein praktisches Verständnis von Vernachlässigung nur vor dem Hintergrund eines guten Informationsstandes über altersabhängige Bedürfnisse bzw. Entwicklungsaufgaben von Kindern gewonnen werden kann. Die skizzierte Leitlinie bei der Feststellung von Vernachlässigung bedarf in Abhängigkeit vom Anwendungskontext in vielfältiger Weise der Konkretisierung. So stellen sich Fachkräften mitunter sehr spezifische Einzelfragen (z.B. für medizinisches Fachpersonal: Wie kann die Dehydrierung eines Kleinkindes erkannt werden?; für sozialpädagogische Fachkräfte: Bei welchen Anzeichen ist eine sofortige ärztliche Vorstellung aufgrund des Verdachts einer Dehydrierung angezeigt?).

Weiterhin können sich aus dem juristischen Kontext konkretisierende Verfahrensvorgaben ergeben. So wirft etwa für den Bereich der Jugendhilfe § 8a SGB VIII die Frage auf, was von den Fachkräften der Jugendämter und der freien Träger als „gewichtiger Anhaltspunkt“ für die Vernachlässigung gesehen werden sollte, der nachfolgend zwingend eine Gesamteinschätzung des Gefährdungsrisikos des betroffenen Kindes notwendig macht.

Leider können sich Fachkräfte bei der Beantwortung dieser Fragen bislang nicht auf eine in Umfang und Qualität ausreichende Fachdiskussion stützen, wenngleich sich die Situation durch verschiedene Initiativen einzelner Länder und des BMSFSJ etwas verbessert hat. Eine unzureichende Aus- und Fortbildung im Bereich der Identifizierung von Vernachlässigungsphänomenen hat klar die Folge, dass betroffene Kinder und ihre Familien teilweise nicht den erforderlichen Schutz und die erforderliche Unterstützung erfahren.

Fragen der Erkennbarkeit von Vernachlässigung (oder bereits von Vernachlässigungsrisiken) betreffen allerdings nicht nur Fachkräfte. Ihnen wohnt auch eine gesellschaftspolitische Dimension inne: Welche Belastungen und Folgen von Belastungen will eine Gesellschaft als Lebensschicksal von Kindern akzeptieren und an welchen Stellen will sie Grenzen ziehen und Minimalanforderun-

gen an die Qualität elterlicher Fürsorge formulieren? Es ist auch eine gesellschaftspolitische Frage, welche Verfahren zum Erkennen von Vernachlässigungs- oder Risikofällen akzeptiert werden. Werden beispielsweise „Frühwarnsysteme“ in Analogie zu Rauchmeldern sehr empfindlich eingestellt, so können zwar (zumindest nach internationalen Befunden) fast alle Fälle, in denen es zur Vernachlässigung eines Kindes zu kommen scheint, frühzeitig erkannt werden, zugleich gibt es aber auch häufiger einen „Fehlalarm“. Bei einem weniger sensitiven Frühwarnsystem tritt ein solcher seltener auf, aber es bleibt ein höherer Anteil an tatsächlichen Risikofällen ohne angemessenes Hilfsangebot.

2.5 Welche Risikofaktoren für eine Gefährdungslage gibt es?

Im Verlauf von etwa 30 Jahren der Forschung konnte ein Grundstock an gesicherten Erkenntnissen über Risikofaktoren für Vernachlässigung gesammelt werden, wenngleich noch einige Wissenslücken existieren. Risikofaktoren können sich auf vernachlässigende Eltern, das Familiensystem, Merkmale besonders gefährdeter Kinder oder situative Umstände beziehen. Aktuelle Zusammenstellungen des Wissensstandes finden sich etwa in dem vom DJI im Auftrag des BMFSFJ erstellten Handbuch „Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst“.

Die wissenschaftlich tragfähigsten Informationen über Risikofaktoren haben sich international aus Längsschnittstudien ergeben, in denen größere Gruppen von Familien über mehrere Jahre wissenschaftlich begleitet wurden und bei auftretenden Fällen von Vernachlässigung nach vorab vorhandenen Risikofaktoren gesucht wurde. Bedeutung haben auch Studien zu tödlich verlaufenen Fällen erlangt, in denen die Vorgeschichte und eventuell darin vorhandene Warnanzeichen systematisch analysiert wurden. Die praktische Bedeutung des vorhandenen Wissensstandes über Risikofaktoren für Vernachlässigung hat sich in Studien bestätigt, in denen im Rahmen von Präventions- oder Interventionsstudien das Risikoniveau der einbezogenen Familien vorab unabhängig eingeschätzt und die Vorhersagekraft dieser Einschätzungen im weiteren Verlauf anhand auftretender Vernachlässigungsfälle überprüft wurde.

Zu den aussagekräftigsten Risiken für Vernachlässigung zählten hierbei beispielsweise Faktoren wie psychische Erkrankungen bei Eltern in Form depressiver Störungen oder Suchtmittelabhängigkeiten, erhebliche Belastungen der

elterlichen Lebensgeschichte in Form häufiger Beziehungsabbrüche in der Kindheit und selbst erlebter Vernachlässigung oder Misshandlung oder auch erhebliche Überforderungen der Eltern mit der alltäglichen Lebensbewältigung.

Isoliert betrachtet haben sich die meisten bekannten Risikofaktoren bislang als schwach (Vernachlässigungsrisiko gegenüber der Durchschnittbevölkerung 1,5- bis 2,5-fach erhöht) oder moderat (Vernachlässigungsrisiko 3- bis 4-fach erhöht) vorhersagekräftig erwiesen, wobei die praktische Bedeutung eines Risikofaktors nicht nur von seiner Vorhersagekraft, sondern auch von seiner Verbreitung abhängt. Relative Armut ist im Hinblick auf Vernachlässigung beispielsweise nur ein schwacher Risikofaktor, der seine praktische Bedeutung durch die vergleichsweise hohe Anzahl betroffener Kinder erlangt. Über die Vorhersagekraft einzelner Risikofaktoren hinausgehend zeigt sich bei einer Betrachtung kumulativer Risiken, also des Zusammenwirkens mehrerer vorliegender Risikofaktoren, ein sprunghafter Anstieg der Gefahr von Vernachlässigung. Beispielsweise ereigneten sich in einer groß angelegten amerikanischen Längsschnittstudie in der Gruppe der Familien mit drei oder mehr Risikofaktoren, die nur 13% der untersuchten Eltern mit einem neugeborenem Kind umfasste, etwas mehr als 50% aller bekannt werdenden Gefährdungsereignisse in den ersten drei Lebensjahren der einbezogenen Kinder.

Diese und ähnliche Befunde haben zu der Einschätzung geführt, durch gezielte Hilfsangebote an Familien mit vielen Risiken könnte ein relativ hoher Anteil an Vernachlässigungsfällen verhindert oder einer Chronifizierung der Vernachlässigung vorgebeugt werden.

2.6 Welche Daten gibt es über die Anzahl und das Alter der betroffenen Kinder?

Im Unterschied zu anderen großen westlichen Demokratien wie etwa Australien, Großbritannien, Kanada oder den Vereinigten Staaten von Amerika verfügt die Bundesrepublik bislang über keinerlei tragfähige nationale oder länderbezogene Datensätze zur Anzahl der von Vernachlässigung betroffenen Kinder. Weder liegen aussagekräftige Dunkelfeldstudien vor, noch ist bekannt, bei wie vielen Kindern in Maßnahmen der Jugendhilfe Vernachlässigung festgestellt oder vermutet wird. Da die Bundesrepublik zudem eines derjenigen europäischen Länder ist, die bislang auf jede Form der systematischen Analyse von Todesfällen im Kinderschutz verzichten, fehlen den Verantwortlichen in

der Jugendhilfepolitik grundlegende, für die Systemsteuerung relevante Informationen, d.h. seriöse Angaben zur Anzahl vernachlässigter Kinder und ihrer Erreichbarkeit durch die Jugend- und Gesundheitshilfe sind derzeit nicht möglich. Ebenso ist unbekannt, ob Vernachlässigung im Hinblick auf Anzahl, Dynamik und Schweregrad zunimmt. Zwar wurden vereinzelt Schätzungen vorgenommen (für eine Zusammenstellung siehe Deegener, 2005), jedoch beruhen diese durchwegs auf nicht tragfähigen Datensätzen und sind mit nicht kalkulierbaren Unsicherheiten verbunden.

Drei Aussagen scheinen aber aufgrund der gegenwärtigen Befundlage in dem Sinne gerechtfertigt, dass einzelne deutsche Studien hierbei zu Ergebnissen gekommen sind, die der Situation in anderen Ländern entsprechen. Erstens: Vernachlässigung stellt innerhalb der im Bereich der Jugendhilfe bekannt werdenden Fälle von Kindeswohlgefährdung die mit Abstand häufigste Gefährdungsform dar. Zweitens: Vernachlässigung ist häufig genug, dass niedergelassene Kinderärzte und Kinderkliniken in der Regel mehrere Fälle jährlich vorgestellt bekommen. Drittens: Die Häufigkeit, mit der Vernachlässigung wahrgenommen wird, hängt mit vom Ausbildungsstand, dem Problembewusstsein und der Alltagsnähe des Kontaktes zu Kind und Familie ab.

3 Stichprobenauswahl und Methoden

3.1 Stichprobe

Für die Zusammenstellung der Stichprobe hat das BMFSFJ die Obersten Landesjugendbehörden gebeten, Projekte vorzuschlagen, die sich in ihrer Arbeit an den Zielen des Aktionsprogramms orientieren. Von den vorgeschlagenen Projekten wurden solche in die Untersuchung aufgenommen, die zum Zeitpunkt der Untersuchung mindestens sechs Monate Praxis vorweisen konnten und sich ausdrücklich an Familien mit Kindern unter drei Jahren wenden. Das Untersuchungsteam hat zudem auf der Basis eigener Kenntnisse im Bereich früher Hilfen weitere Projekte mit aufgenommen, die wichtige Ansätze repräsentieren, die noch unberücksichtigt geblieben waren. Insgesamt wurden auf diese Weise 19 Projekte an 21 Standorten ausgewählt. Einen Überblick gibt die Tabelle 1. Die endgültige Auswahl der Projekte wurde in einer begleitenden Arbeitsgruppe mit Vertreterinnen der Länder und der kommunalen Spitzenverbände abgestimmt.

3.2 Erhebungsinstrumente

Alle beteiligten Projekte wurden vom Untersuchungsteam vor Ort besucht und zu ihren Rahmenbedingungen, Arbeitsansätzen und Erfahrungen befragt. Die Datengrundlage der vorliegenden Untersuchung bilden:

- Leitfadengestützte Interviews mit den Projektleitungen und Projekt-MitarbeiterInnen
- Leitfadengestützte Interviews mit den vorrangigen KooperationspartnerInnen der Projekte in der Jugendhilfe bzw. in der Gesundheitshilfe
- Daten aus einem selbst entwickelten Fragebogen zur Struktur der Projekte
- schriftliche Materialien der Projekte selbst

Die Interviewleitfäden und der Fragebogen können beim Untersuchungsteam eingesehen werden.

Tab. 1 Projekte der Stichprobe (sortiert nach Bundesländern)

Nr.	Projekt	Land	Projektart
1	"Ich bin stark im Babyjahr"	BE	Aufsuchende Familienhilfe in enger Verzahnung mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD)
2	„Haus des Säuglings" – Jugendamt Charlottenburg-Wilmersdorf	BE	Zentrum: Hausbesuchsdienst, Elternkurse, aufsuchende Elternhilfe im KJGD
3	Tausend und keine Nacht	BY	Entwicklungspsychologische Beratung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern
4	SAFE	BY	Elterntraining, Beratung
5	Netzwerk Geburt und Familie	BY	SPFH rund um die Geburt
6	Klinik Lauchhammer: EKiB	BB	Aufsuchende Unterstützung durch PatInnen
7	Steep	BB	Training, Gruppen, Beratung
8	Adebar	HH	Zentrum: Familienhebammen, Krisenberatung, Familiencafe, Stadtteilentwicklung
9	Frühberatungsstelle Bremen-Hemelingen	HB	Frühberatung, integriert im Familienzentrum
10	Bremer Familienhebammen	HB	Familienhebammen
11	Begleitung und Primärhilfe in Familien	MV	Aufsuchende Familienbildung
12	Eltern stark machen	MV	Elterntraining für sozial benachteiligte Familien, integriert im Stadtteilzentrum
13	"Eine Chance für Kinder"	NI	Familienhebammen im städtischen und ländlichen Raum
14	Zukunft für Kinder, Düsseldorf	NRW	Clearingstelle zw. Gesundheitshilfe u. Jugendhilfe
15	„Soziales Frühwarnsystem Gütersloh"	NRW	Kooperationsprojekt Elternberatung (Kinderkrankenschwestern), sozialer Dienst und Akteure der Gesundheitshilfe
16	Hebammen beraten Familien	RP	Qualifizierungsprojekt für Hebammen zur aufsuchenden Betreuung von Familien vor und nach der Geburt
17	Lebensberatungsstelle Trier	RP	Entwicklungspsychologische Beratung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern
18	Schutzengel, Flensburg	SH	Zentrum: Elterntreff, in Kooperation mit Familienhebammen und aufsuchender Familienhilfe
19	Entwicklungspsychologische Beratung Pößneck und Jena	TH	Entwicklungspsychologische Beratung für Eltern mit Säugl. und Kleinkindern

Tab. 2 Pretest

1	KindErleben	BY	Beratungsstelle, therapeutische Tagesbetreuung
2	Frühkindliche Gesundheitsförderung	BY	Kinderkrankenschwestern-Besuchsdienst nach der Geburt

3.3 Durchführung der Untersuchung

Die Interviewleitfäden und der Fragebogen wurden in einem Pretest mit zwei Einrichtungen in München (siehe Tabelle 2) auf ihre Praxistauglichkeit geprüft. Auf dieser Grundlage konnten die Instrumente überarbeitet und verbessert werden. Dennoch hat es sich in der Praxis als sehr schwierig herausgestellt, die große Bandbreite und Unterschiedlichkeit der untersuchten Projekte angemessen abzubilden. Ein standardisiertes Verfahren, wie ein Fragebogen, stößt hier prinzipiell an seine Grenzen.

Insgesamt wurden 67 leitfadengestützte Interviews mit den Projektleitungen und den Projekt-MitarbeiterInnen, den KooperationspartnerInnen der Projekte aus dem Jugendhilfesystem (Fall führende BezirkssozialarbeiterInnen bzw. AmtsleiterInnen) und einigen KooperationspartnerInnen aus dem Gesundheitssystem (ÄrztInnen, MitarbeiterInnen des Gesundheitsamtes) geführt, sowie pro Projekt jeweils ein Strukturfragebogen bearbeitet.

Alle Interviews wurden transkribiert, alle Fragebögen wurden codiert und in einer SPSS-Datei erfasst.

Die Auswertung erfolgte zunächst projektbezogen. Die (z. T. öffentlich zugängigen) schriftlichen Informationsmaterialien der Projekte und die Struktur-Daten des Fragebogens zu den jeweiligen Projekten wurden zu Beschreibungen (siehe 9. Anhang) zusammengefasst. Die Aussagen aus den Interviews bildeten die Grundlage für die weitere themenbezogene Exploration der Projekte. In einem nächsten Schritt wurden die Informationen aus den einzelnen Projekten anhand der Kriterien des Aktionsprogramms zusammengefasst. Eine statistische Auswertung der Fragebögen war aufgrund der zum Teil sehr lückenhaften Informationen nicht möglich.

Am 7. Dezember 2006 wurden die vorläufigen Ergebnisse, vor allem zum Punkt „Zugänge“, auf einem Workshop in Kassel mit den Projektbeteiligten gemeinsam diskutiert und reflektiert. Die zusätzlichen Erkenntnisse aus diesem Feedback flossen ebenfalls in den Bericht mit ein.

Betrachtet man die in der so genannten „Chain of Events“ dargestellten Dimensionen einer Evaluation (siehe Abbildung 1), dann konnte dieses Projekt hauptsächlich Daten erheben im Bereich von Input, Programmqualität und Output I. Die Aussagen in diesem Bericht dazu beziehen sich auf Angaben, die die Projektbeteiligten selbst gemacht haben. Es fehlen die NutzerInnen-Perspektive und die Ergebnisperspektive, die in einer vertieften Evaluation von Frühen Hilfen Eingang finden sollten. Über Akzeptanz seitens der Zielgruppen und die verschiedenen Outcome-Dimensionen können daher (noch) keine Aussagen gemacht werden.

Dimensionen der Evaluation (nach Heiner 1994, Beywl 1998)

- **Gesamtwirkungen** (Ergebnisstruktur):
  soziale, kulturelle, ökonomische Einwirkungen feststellen
- **Outcomes III** (Ergebnisstruktur):
  Verbesserung von Lebenslage und Status der KlientInnen
- **Outcomes II** (Verlaufs- und Ergebnisstruktur):
  Veränderung des Handelns und des Verhaltens der KlientInnen (Übernahme neuer Handlungsweisen)
- **Outcomes I** (Verlaufs- und Ergebnisstruktur):
  Veränderung von Wissen, Einstellungen, Werten, Fertigkeiten (Übernahme neuen Wissens)
- **Reaktionen** (Akzeptanzstruktur):
  Einschätzung der Programme, sozialen Dienstleistungen durch die Beteiligten (deren Interessen, Schwächen der Angebote, Zufriedenheit usw.). Welche der Angebote erreichen bei welchen Nutzergruppen welche Akzeptanz?
- **Output I (**Nutzungsstruktur):
  Teilnahme und Annahme des Angebotes sozialer Dienstleistungen. Wen erreicht man, wen nicht, mit welchen Angeboten?
- **Programmqualität** (Angebotsstruktur):
  Welche Leistungen werden in welchem Zeitraum, in welcher Mischung, in welchem Umfang angeboten?
- **Input** (Organisationsstruktur): Geld, Personal, Zeit: Welche Aktivitäten binden wie viel der Arbeitszeit? Welche Qualifikationen sind vorhanden? Mit wem wird in welchen Fragen wie/nicht zusammengearbeitet? Wie viel kostet die Maßnahme?

Abbildung 1: Dimensionen der Evaluation

Die Ergebnisse dieser Untersuchung bewegen sich auf einer deskriptiven Ebene. Sie beruhen auf Selbstaussagen der Befragten, eine externe Validierung war durch die Befragung der Kooperationspartner in begrenzter Weise möglich. Das Untersuchungsdesign diente der *Exploration* des Praxisfeldes „Frühe

Hilfen und soziale Frühwarnsysteme“ und der Generierung von offenen Fragen und möglichen zukünftigen Untersuchungsstrategien.

4 Die Projektlandschaft

Die „Landschaft“ der untersuchten Projekte zeichnet sich vor allem durch eine große Bandbreite und Unterschiedlichkeit auf einer Reihe von Dimensionen aus (siehe Abbildung 2). Hinzu kommt, dass Mischformen jeglicher Art in einzelnen konkreten Projekten bzw. sich ergänzende Netzwerke oder Zentren mit mehreren Ansätzen unter einem Dach möglich und auch tatsächlich anzutreffen sind. Dies gibt einen ersten Hinweis darauf, dass in der Praxis ein einzelner Arbeitsansatz häufig durch eine enge Zusammenarbeit mit anderen Formen ergänzt wird.

Abbildung 2: Die Projektlandschaft

Das Untersuchungsteam konnte ob der vorgefundenen Vielfalt zum jetzigen Zeitpunkt keine Cluster von ähnlichen Arbeitsansätzen und Projekten bilden. Mögliche zugrunde liegende Dimensionen müssen in weiteren Untersuchungen herausgearbeitet werden - sowohl theoriegeleitet als auch empirisch gestützt. Die in diesem Bericht verwendeten Beschreibungsdimensionen stellen einen ersten Versuch der Ordnung dar und erheben keinen Anspruch auf Voll-

ständigkeit. Die Dimensionen sind in jedem Fall als Kontinua zu sehen, die eine große Bandbreite abbilden. Die Unterschiedlichkeit der Projekte ergibt sich dabei zum einen anhand ihrer Lokalisation auf den einzelnen Kontinua, als auch durch die spezifische Kombination jeweils unterschiedlicher Positionen im Spektrum der Dimensionen. Diese Dimensionen lassen sich grob in drei Bereiche gliedern:

a) **Struktur**: Zuordnung zu einem oder mehreren Systemen (Jugendhilfe, Gesundheitswesen, Bildungssektor), beteiligte Professionen (medizinisch-pflegerische, erzieherische, sozialpädagogische, therapeutische Berufe; Laien), Trägerschaft (öffentliche oder freie Träger), Finanzierung (Bund, Land, Kommunen, Stiftungen, Sponsoren)
b) **Konzept**: Zielgruppe (alle Familien bis hin zu Hochrisikofamilien), Verortung (vorwiegend home-based, vorwiegend center-based, Mischformen), Angebotsbreite (von spezialisierten Diensten bis zu komplexen Kombinationen unterschiedlicher Ansätze in Zentren oder Netzwerken), Setting (Arbeit mit Einzelpersonen, Familien, Gruppen und/oder Gemeinwesenorientierung), Vorgehensweise (stark strukturiert/curricular bis zu wenig strukturiert/situationsorientiert)
c) **Verfahren**: Methoden (von Wissensvermittlung über Alltagsbegleitung bis hin zu speziellen therapeutischen Methoden), Fokus (Lebensalltag, Beziehung/Erziehung, Säuglingspflege, soziale Integration usw.), Frequenz (täglich bis zu großen zeitlichen Abständen), Dauer (Einzeltermine bis zu langjähriger Begleitung)

Die – aufgrund des Umfangs in den Anhang gestellten – Beschreibungen der einzelnen Projekte basieren in erster Linie auf den öffentlich zugänglichen Informationsmaterialien der jeweiligen Projekte und auf den Strukturdaten aus dem Fragebogen. Sie enthalten keine Bewertungen in Bezug auf die Kriterien des Aktionsprogramms. Allen Projektbeschreibungen sind Zuordnungen auf den oben aufgeführten Dimensionen vorangestellt, um der Leserin/dem Leser einen raschen Überblick zu ermöglichen.

5 Projekterfahrungen mit den Zieldimensionen des Aktionsprogramms

5.1 Zugang zur Zielgruppe

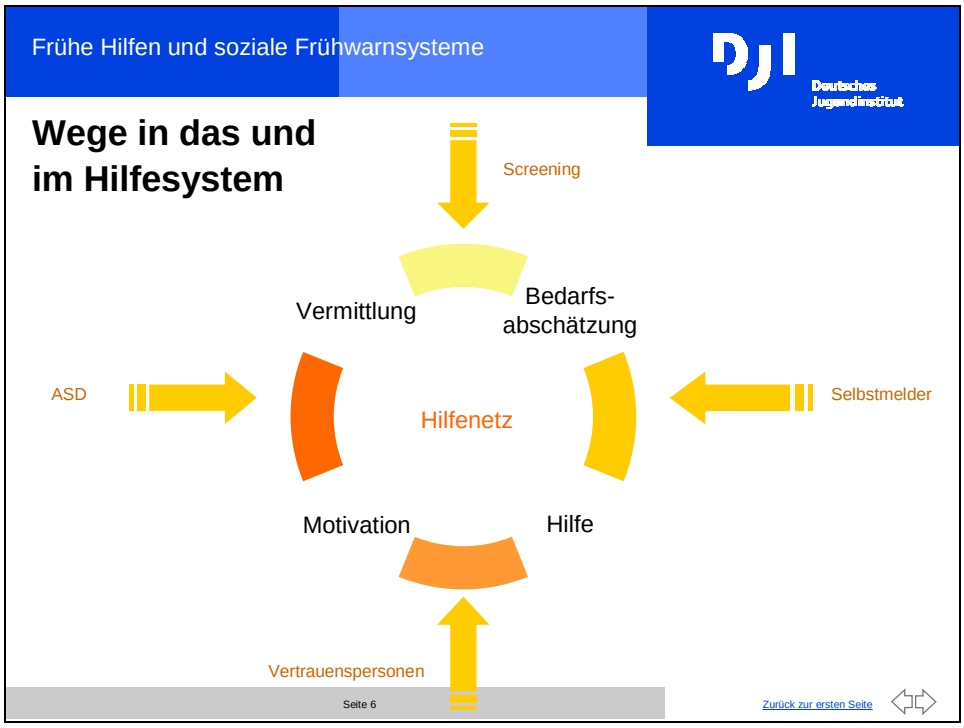

Abbildung 3: Wege in das und im Hilfesystem

Bevor Hilfen und Unterstützungsangebote wirksam werden können, müssen Familien den Weg in das Hilfenetz vor Ort finden bzw. müssen die verschiedenen Angebote den Familien Zugänge eröffnen. Dabei gibt es prinzipiell viele unterschiedliche Wege: Familien können sich selbsttätig und autonom an Hilfsangebote wenden, sie können von Vertrauenspersonen aus ihrem Umfeld auf Hilfen aufmerksam gemacht werden, sie können von Fachkräften an bekannte Einrichtungen verwiesen werden oder sie werden vom zuständigen Jugendamt z.B. im Rahmen eines Hilfeplanverfahrens geeigneten Maßnahmen zugeordnet. In jedem Falle ist es wichtig, gemeinsam mit den Familien den individuellen Bedarf abzuschätzen, sie evt. auch in weitere Hilfen zu vermitteln, und die Eltern zur Teilnahme zu motivieren. (siehe Abbildung 3). Vor-

aussetzungen für einen erfolgreichen Zugang in eine „Frühe Hilfe“ sind zum einen, dass Hilfen überhaupt (in ausreichendem Maß) vorhanden und den Zielgruppen bekannt sind, und zum anderen dass die Angebote von den NutzerInnen akzeptiert werden.

5.1.1 Verschiedene Zugangsformen

Im Rahmen dieser Kurzevaluation haben wir viele unterschiedliche Zugänge ins Hilfenetz gefunden, die sich grob in zwei Kategorien unterteilen lassen (siehe Abbildung 4).

Zum einen gibt es eher **breite und/oder systematische Zugänge**, die alle oder fast alle Familien erfassen wollen und dabei anhand weniger Indikatoren den möglichen Hilfebedarf einzuschätzen versuchen. Diese Form des Zugangs haben wir nur in einigen wenigen Kommunen vorgefunden.

Der weitaus größte Anteil der untersuchten Projekte fällt in die Kategorie der eher **fokussierten und/oder spezifischen Zugänge**, die sich schon von vorne herein an bestimmte Teilpopulationen wenden.

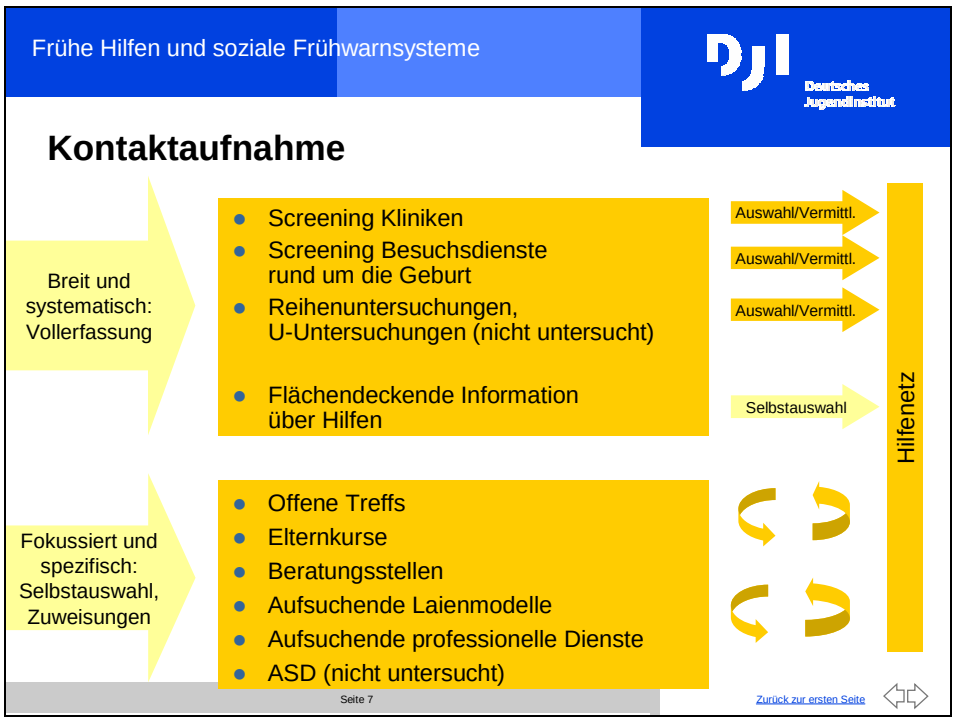

Abbildung 4: Kontaktaufnahme

5.1.2 Systematische / breite Zugänge

Die eher systematischen Zugänge fächern sich in mehrere Untergruppen auf.

Die einfachste Form ist der **flächendeckende Versand von Informationsmaterialien** über Unterstützungsangebote und Hilfen für Familien nach der Geburt eines Kindes. Auf diese Weise sollen der Bekanntheitsgrad und die Akzeptanz von Frühen Hilfen erhöht werden. Eltern sollen zudem dafür sensibilisiert werden, Probleme im Umgang mit dem Baby und der neuen Situation realistisch wahrzunehmen und eigenen Hilfebedarf nicht als persönliches Versagen zu bewerten. Unklar bleibt jedoch, wie viele und welche Familien sich aufgrund solcher Materialien tatsächlich an eine Hilfe wenden.

Relativ unaufwändig stellen sich auch **Screeningverfahren in Geburtskliniken** dar, zumal fast alle Entbindungen in Deutschland in Kliniken stattfinden (bis auf Hausgeburten). Mit Hilfe einfacher Indikatorenbögen sollen dabei solche Familien identifiziert werden, die eventuell einen über die medizinische Versorgung hinaus gehenden Hilfebedarf haben. Informationen dazu können unter Umständen auch dem Mutterpass entnommen werden, wobei jedoch unklar ist, ob der dafür vorgesehene Bereich (Risikoziffern für psychosoziale Belastungen und Risiken während der Schwangerschaft) von den niedergelassenen Frauenärzten auch hinreichend genutzt wird. Von Vorteil bei diesem Zugang ist, dass man auf diese Weise eine bestehende, etablierte Infrastruktur für einen Erstkontakt nutzen kann. Fraglich ist jedoch, ob das medizinische Personal (Ärzte, Hebammen, Krankenschwestern) in den Kliniken ausreichend qualifiziert ist, auch psycho-soziale Belastungsfaktoren von Familien wahrzunehmen und zu beurteilen. Die Aufenthaltsdauer der Frauen nach der Geburt ist zudem in den letzten Jahren deutlich kürzer geworden (im Durchschnitt ca. 3 Tage), so dass auch nur wenig Zeit zur Verfügung steht, um einen Eindruck von der familiären Situation zu gewinnen. Dabei darf nicht außer Acht gelassen werden, dass eine Geburt eine Ausnahmesituation darstellt, die an sich schon enorme Anpassungsleistungen der Eltern, vor allem der Mütter erfordert und zwar sowohl in körperlicher als auch in seelischer Hinsicht. Auch das Familiensystem als Ganzes muss sich neu orientieren. Die Kliniksituation als solche kann dabei durchaus auch als Stressor angesehen werden, so dass es unter Umständen nicht einfach ist, die Adäquatheit von Verhalten angemessen zu beurteilen. Entscheidend für die Effektivität von Screeningverfahren ist letztendlich, ob es gelingt, Familien in Hilfen zu vermitteln. Denn es genügt nicht,

ein Risiko bloß festzustellen, sondern es kommt vielmehr darauf an, im weiteren Verlauf ein Gespräch zu führen, das die Familien motiviert, eine Hilfe anzunehmen. Auch dies erfordert zusätzliche Kompetenzen und kann nicht generell bei Hebammen, Krankenschwestern und Ärzten vorausgesetzt werden.

Wesentlich aufwendiger gehen so genannte **Erstbesuchsdienste rund um die Geburt** vor, die mit unterschiedlichen Professionen oder auch Laien durchgeführt werden. Dabei erhalten prinzipiell alle Eltern eines bestimmten Einzugsgebietes das Angebot eines Hausbesuchs in den ersten Wochen nach der Entbindung. Diese Vorgehensweise bietet den Vorteil, dass Familien quasi in ihrer „natürlichen Umgebung" beobachtet werden können und man so einige zusätzliche Informationen über ihre Lebenssituation gewinnen kann. Allerdings muss man auch damit rechnen, dass ein Teil der Familien (schätzungsweise 40 %) mit diesem Vorgehen nicht einverstanden ist, wobei eine gewisse Wahrscheinlichkeit besteht, dass gerade belastete Familien sich so verhalten. Ein flächendeckendes Angebot ist zudem sehr kostenintensiv und aufwendig und müsste in den meisten Kommunen erst aufgebaut werden. Eine Variante besteht deshalb darin, den Erstbesuchsdienst gezielt in bestimmten Stadtbezirken oder Quartieren mit erhöhtem Entwicklungsbedarf einzusetzen, da hier die Wahrscheinlichkeit größer ist, Familien mit tatsächlichem Unterstützungsbedarf anzutreffen. Von MitarbeiterInnen solcher Dienste wurde berichtet, dass sie bei ca. 40% der Besuche Familien mit Problemen auf diese Weise erstmals identifizieren und in das Hilfenetz überleiten, die dem Jugendamt vorher noch nicht bekannt waren.

Eine weitere Form von systematischem Zugang wären die im Moment in den Schlagzeilen diskutierten U-Untersuchungen oder **Reihenuntersuchungen** – diese befanden sich jedoch nicht in unserer Stichprobe, so dass an dieser Stelle keine empirisch fundierten Aussagen dazu gemacht werden können. Einige in diesem Textabschnitt angesprochene, generelle Probleme systematischer Zugänge aus dem medizinischen Bereich können jedoch nach unserem Erachten auch auf das Thema „U-Untersuchungen" übertragen werden, da sie in derselben Logik wurzeln.

Zusammenfassung: Die systematischen Zugänge sind in der Regel an die Gesundheitshilfen angeknüpft, da hier bestehende Kontakte werdender Mütter zum Gesundheitssystem genutzt werden können.

Ihre **Vorteile** sind:

- Sie sind ohne große zusätzliche Kosten einsetzbar (v.a. bei Nutzung der Geburtskliniken).
- Zusätzliche Familien bekommen Hilfen, die noch nicht im Hilfesystem bekannt sind.
- Sie sind wenig stigmatisierend, da sie nicht selektiv vorgehen (wenngleich sie in der Regel ein selektives Vorgehen vorbereiten).

Ihre **Nachteile** sind:

- Die Kontakte sind z. T. sehr kurz – sie generieren wenig relevante Informationen.
- Die Qualifizierung des medizinischen Personals für diese neuen Aufgaben ist nicht immer adäquat.
- Die sichere und gezielte Weitervermittlung der identifizierten Familien muss innerhalb eines Kooperationsnetzes Früher Hilfen gewährleistet sein.
- Die systematischen Zugänge sind bisher wenig ausgebaut.

5.1.3 Spezifische / fokussierte Zugänge

Die Projekte mit spezifischen Zugängen sind in der Regel im Jugendhilfesystem angesiedelt. Von einer allgemeinen Systematik aus gesehen sollten sie in einem definierten Zuweisungskontext direkt an die systematischen Zugänge anschließen. In der Praxis ist dies jedoch nur selten der Fall, daher haben die untersuchten Projekte eigenständige Zugangswege entwickelt. Die spezifischen Zugänge werden vor allem durch **Zuweisungs- oder Selbstauswahlprozesse** bestimmt.

Die einfachste Form stellen in diesem Bereich die **offenen Treffs** in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern dar. Sie zeichnen sich zumeist durch ihre niedrigschwellige Sozialraumorientierung aus und sind in der Regel für die NutzerInnen leicht erreichbar. Um den Eltern den Besuch „schmackhaft“ zu machen, werden häufig Türöffnerangebote, wie z.B. eine Kleiderkammer mit Babyausstattungen oder ein Elterncafè, eingesetzt. Auf diese Weise hofft man, mit Eltern ins Gespräch zu kommen, um ihnen bei Bedarf auch intensivere Hilfen anbieten zu können. In einem solchen Rahmen kann jedoch nicht immer genau bestimmt werden, ob auch tatsächlich diejenigen Familien erreicht werden, die einen erhöhten Hilfebedarf haben oder ob nicht doch vorwiegend Familien von solchen Ein-

richtungen profitieren, die noch einige eigene Ressourcen mobilisieren können. Problematische Situationen können entstehen, wenn bestimmte (ethnische) Subgruppen einen Treff dominieren und damit andere von einem Besuch abhalten.

Sehr viel mehr Eigeninitiative verlangt der Besuch von **Elternkursen**. Diese haben mittlerweile z. T. einen hohen Organisations- und Verbreitungsgrad und zeichnen sich durch eine allgemein positive Konnotation aus. Eltern, die einen solchen Kurs besuchen, tun dies in der Regel nicht wegen einer bestimmten familiären Problematik, sondern um sich in ihrer Elternrolle unterstützten und bestärken zu lassen. Jemand, der einen Elternkurs besucht, wird eher als kompetent und engagiert angesehen, die Teilnahme ist daher nicht stigmatisierend. Allerdings setzen die klassischen Elternkurse, wie z.B. „Starke Eltern - starke Kinder" schon einiges von den Kompetenzen voraus, die sie anschließend vermitteln und verstärken wollen. Der Zugang über Familienbildungsstätten, Volkshochschulen oder Stadtteilzentren ist nach den Erfahrungen der PraktikerInnen gerade für belastete Familien als eher hochschwellig anzusehen. Es stellt sich hier generell die Frage, ob das Standardformat Elternkurs überhaupt für sozial benachteiligte Familien geeignet ist. Erste positive Erfahrungen konnten aber mit zielgruppenorientierten Abwandlungen gemacht werden. Die Durchführung in relativ homogenen Kleingruppen (2-5 Personen), die aber dafür auf eine längere Zeitdauer angelegt sind, kommt den Bedürfnissen der Eltern nach einem geschützten Rahmen und stabilen Vertrauensbeziehungen entgegen. Die Inhalte sollten sich weitgehend an die Lebenswirklichkeit der TeilnehmerInnen anlehnen und methodisch sollte gemeinsamem praktischem Tun der Vorzug vor theorielastiger Wissensvermittlung gegeben werden. Angebote, die einen aufsuchenden Teil mit einem Gruppenangebot verbinden, haben nach dem Stand der internationalen Forschung (Layzer et al., 2001) und auch nach Erfahrungen in Deutschland mit solchen Angeboten (Sann/Thrum, 2004) mit die besten Chancen, Familien zur erreichen. Einen nicht zu unterschätzenden hemmenden Faktor stellen auch die Kosten der Elternkurse dar – 80 € Teilnehmergebühr können für eine Bedarfsgemeinschaft, die von ALG II lebt, schlicht unbezahlbar sein.

Beratungsstellen werden in der Regel dann aufgesucht, wenn ein konkreter Anlass oder ein bereits manifestes Problem vorliegt, mit dem die Eltern nicht mehr alleine fertig werden. Im Bereich Früher Hilfen gibt es eine Entwicklung hin zu hoch spezialisierten Beratungsstellen, die sich vor allem mit

Regulations- und Verhaltensstörungen von Säuglingen und Kleinkindern befassen. Die weit verbreiteten Stellen zur Schwangerschaftskonfliktberatung waren leider nicht in der Stichprobe der Untersuchung vertreten, obwohl gerade sie einen sehr frühen Zugang zu schwangeren Frauen in belasteten Lebenssituationen eröffnen. Positive Aspekte der Beratungsstellen sind, dass sie den Nutzerinnen eine autonome Entscheidung darüber ermöglichen, wann sie welche Art von Hilfe wie lange in Anspruch nehmen wollen. Inhalte der Familienberatung genießen außerdem einen besonderen Vertrauensschutz gegenüber Dritten. In einer akuten Krise gerade mit einem Neugeborenen oder Kleinkind kann es jedoch unter Umständen auch Familien mit guten Ressourcen Schwierigkeiten bereiten, die Beratungsstelle aufzusuchen. Selbst wenn Familien gute Kenntnisse vom Beratungsangebot in ihrer Kommune haben, ist es nach Angabe der Beraterinnen entscheidend, dass in der akuten Situation eine vertraute Person die Familie „an die Hand" nimmt und den initialen Impuls zur Kontaktaufnahme übernimmt.

Gerade für sehr belastete Familien mit geringer Mobilität gibt es ein breites Spektrum von **Aufsuchenden Hilfen**, die von unterschiedlichen Professionen (Hebammen, Kinderkrankenschwestern, Sozialpädagoginnen etc.) aber zum Teil auch von Laien getragen werden. Diese Hilfen können ganz spezifisch an die Bedürfnisse der Familien angepasst werden, sich z.B. am Tages- und Wochenrhythmus der Familie orientieren. Die Wahrnehmung der Hilfe verlangt nur wenig Eigeninitiative und ist auch bei geringen persönlichen Ressourcen möglich. Ein kritischer Punkt ist, dass diese Hilfeform evtl. als stigmatisierend empfunden wird, gerade wenn die soziale Kontrolle im Wohnumfeld hoch ist. Nach Angaben der PraxisexpertInnen ist Stigmatisierung vor allem bei Zwangskontexten ein Problem und weniger bei freiwilliger Inanspruchnahme. Das Eindringen in die Privatsphäre wird aber von einigen Familien auch grundsätzlich abgelehnt. Die Laienmodelle zeichnen sich insbesondere dadurch aus, dass sie einen Kontakt „auf Augenhöhe" und manchmal auch über die Wahrnehmung von Ähnlichkeit zwischen NutzerInnen und HelferInnen eine Art „Milieunähe" ermöglichen. Dies kann den Zugang zu Familien enorm vereinfachen. So genannte „PatInnenmodelle" tragen im weiteren Verlauf auch dazu bei, dass die Netzwerke im sozialen Nahraum der Familien genutzt und erweitert werden können. Entscheidend sowohl für die Kontaktaufnahme als auch für die Motivation der Familien zur Teilnahme ist, dass die Laien über hohe soziale Kompetenz verfügen und gut auf ihre Aufgaben vorbereitet und

im weiteren Verlauf begleitet werden. Da die aufsuchenden Hilfen generell sehr aufwändig und teuer sind, ist oft ihre Verfügbarkeit eingeschränkt. Es muss also sehr genau ausgewählt werden, wer eine solche Hilfe erhalten und davon profitieren kann.

Die zentrale Vermittlungsinstanz im Bereich „Früher Hilfen" schlechthin ist der **ASD** (oder das zuständige Jugendamt). Er soll den staatlichen Schutzauftrag zur Sicherung des Kindeswohls vor Ort realisieren. Dazu stehen ihm im Rahmen des KJHG (SGB VIII) zahlreiche Instrumente zur Verfügung. Familien mit (bekanntem!) Unterstützungsbedarf können von den SozialarbeiterInnen des ASD gezielt in geeignete Hilfen vermittelt werden, z. T. auch verbunden mit Auflagen. Dazu ist es notwendig, dass der ASD eng mit den jeweiligen Maßnahmeträgern zusammenarbeitet. Probleme in Bezug auf den Zugang zu Familien bestehen in diesem Kontext, wenn ein Unterstützungsbedarf nicht erkannt wird bzw. Familien dem ASD überhaupt nicht bekannt sind, wenn Familien bestimmte Hilfeformen ablehnen oder wenn Hilfen nicht in ausreichendem Maße vorhanden oder spezielle Hilfen dem ASD nicht bekannt sind oder wenig mit diesem kooperieren. Die Vermittlungs- und Koordinationsrolle des ASD war jedoch nicht Gegenstand dieser Untersuchung.

Zusammenfassung: Die eher spezifischen bzw. fokussierten Zugänge sind in der Regel im Jugendhilfebereich vorzufinden, teilweise aber auch im Gesundheitsbereich. Selbstauswahl und Zuweisung haben starken Einfluss auf den Zugang der Familien zu diesen Hilfen. Diese Prozesse können weder ganz aufgeklärt noch vollständig gesteuert werden.

Vorteile im Kontext von Selbstauswahlprozessen sind:

- Die weitgehende Wahrung der Autonomie der Familien
- Die Nutzung der Eigenmotivation der Familien als Ausgangsbasis für die weitere Zusammenarbeit

Nachteile im Kontext von Selbstauswahlprozessen sind:

- Nicht alle Familien mit entsprechendem Bedarf nehmen von sich aus Hilfe wahr.
- Die Hilfen setzen Eigeninitiative und Mobilität der Familien voraus.

Vorteile von aufsuchenden Hilfen:

- Die Herabsetzung aller Zugangsschwellen
- Die Vernetzung im Sozialraum
- Das Erreichen von wenig mobilen Familien

Nachteile von aufsuchenden Hilfen:

- Die Gefahr der Stigmatisierung und damit der Ablehnung von Hilfe
- Das Eindringen in die Privatsphäre

5.1.4 Offene Fragen

Die Vor- und Nachteile verschiedener Zugangswege bestimmen sich letztlich dadurch, ob sie es möglich machen, dass die erforderliche Hilfe im notwendigen Umfang bei den „richtigen" Kindern ankommt und von deren Eltern auch angenommen wird. Dabei können auch **Zielkonflikte** bestehen: Die Eigenmotivation der Eltern, die vor allem bei selbstbestimmten Entscheidungen zur Annahme einer Hilfe zum Tragen kommt, ist eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg einer Hilfe. Fehlende Eigenmotivation auf Seiten der Eltern kann aber schon von vorneherein die Annahme der Hilfe unwahrscheinlich machen. Dies schränkt die Wirksamkeit der Zugänge ein, die vorrangig auf Autonomie und Eigenmotivation der Eltern setzen (mehr dazu unter 5.3. Motivation).

Prinzipielles Problem bei allen Zugangswegen bleibt die **Erreichbarkeit von isolierten Familien** mit von außen schwer erkennbaren Problemen. Sie lassen sich weder in einem Screening zuverlässig identifizieren, noch schaffen sie sicher den selbstbestimmten Weg in eine Hilfe. Gerade diese Familien haben Schwierigkeiten, ihren Hilfebedarf zu artikulieren, so dass Fachkräfte diesen nur schwer erkennen können.

Jenseits von systematischen Zugängen über das medizinische System rund um Schwangerschaft und Geburt gibt es im weiteren Verlauf des Familienzyklus bisher wenige **Anlässe**, die ebenfalls den Einsatz von systematischen Bedarfsabschätzungen erlauben würden. Familiäre Krisen können jedoch zu jeder Zeit und in jedem Alter der Kinder eintreten. U-Untersuchungen oder Untersuchungen zur Kindergarten- bzw. Schulreife könnten solche Ansatzpunkte sein. Dabei muss jedoch in jedem Fall die Kompetenz der UntersucherInnen geprüft und erweitert werden, um die Erkennung und Bewertung psychosozialer Belastungen und Gefährdungslagen zu ermöglichen.

Die **nicht stigmatisierende Ansprache** von belasteten Familien im Anschluss z.B. an ein Screening ist eine hohe Kunst, in der sowohl die HelferInnen aus unterschiedlichen Berufsfeldern als auch die eingesetzten Laien unterwiesen werden müssen. Die Motivierung der Familien zur Annahme einer Hilfe ist jedoch essenziell für den Ertrag von Zugängen aller Art.

Die **Abwägung von Kosten und Aufwand im Verhältnis zum erwartbaren Nutzen**, gerade angesichts eingeschränkter finanzieller Mittel, erfordert einen zielgenauen Einsatz derselben. Es ist daher zu überlegen, wie die Vorteile systematischer und fokussierter Zugänge strategisch sinnvoll miteinander verbunden werden können.

5.2 Erkennung von Risiken und Kindeswohlgefährdung

5.2.1 Modellüberlegungen

Ein ideales Modell zur Erkennung von Risiken und Gefährdungslagen bestünde aus einer mehrstufigen Kette von Einschätzungsverfahren, die von einem allgemeinen, breiten Screening mittels einiger weniger Indikatoren über ein differenzierendes Gespräch mit allen Beteiligten bis hin zu elaborierten Instrumenten zur Feststellung und Dokumentation von Kindeswohlgefährdung reichen würde (siehe auch Abbildung 5).

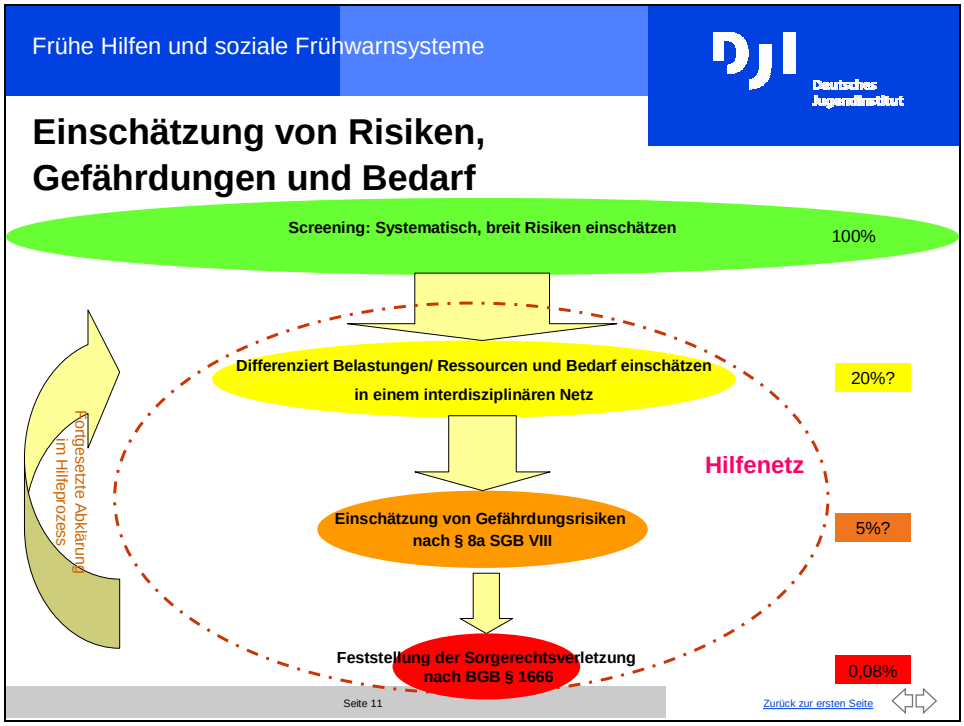

Abbildung 5: Einschätzung von Risiken, Gefährdungen und Bedarfen

Im Idealfall würden dann alle Familien in den Geburtskliniken (100% - x % Hausgeburten) ein einfaches Screeningverfahren durchlaufen, mit dem Ziel, bei ca. 20% ein vertiefendes Gespräch zu führen, um den tatsächlichen Hilfebedarf im Einzelfall zu ermitteln. Nur in einem geringen Prozentsatz aller Familien (ca. 5%) kämen bei gewichtigen Verdachtsmomenten differenziertere Kinderschutzbögen zum Einsatz. Letztendlich führen solche Einschätzungen nur bei 0,08% aller Kinder eines Geburtsjahrganges zu Eingriffen in das elterliche Sorgerecht (Statistisches Bundesamt, 2005). Alle anderen genannten Prozentzahlen beruhen auf Schätzungen und nicht auf empirisch abgesicherten Daten.

In der Praxis konnten entsprechende Vorgehensweisen auf den unterschiedlichen Ebenen beobachtet werden, jedoch waren sie kaum systematisch miteinander verknüpft.

5.2.2 Screeningverfahren

Screeningverfahren setzen idealerweise auf der Ebene der vorher betrachteten systematischen Zugänge zu Familien im medizinischen System an. Hier geht es um die **Erkennung von Risikofaktoren**, die rein statistisch die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass in einer Familie ein Hilfebedarf vorliegen könnte. Vereinzelt haben wir in der Praxis Modelle mit eher groben Screenings zur Feststellung von relativ undifferenzierten Risiken gefunden. Dafür werden einfache Risikobögen mit einigen wenigen Items benutzt. Ein Item in einem solchen Bogen kann zum Beispiel sein: „Die Mutter bekommt keinen Besuch auf der Wochenstation."

Bei der der Bewertung von Screeningverfahren sind mehrere Gesichtspunkte relevant. Die **Validität** des Verfahrens, d.h. seine Treffsicherheit bei der Identifizierung von möglichen Gefährdungspotenzialen, ist ausschlaggebend. Bei geringer Validität ist die Gefahr groß, dass Familien mit Risiken nicht erkannt werden (Alpha-Fehler) oder dass Familien fälschlicherweise einer Risikogruppe zugeordnet werden (Beta-Fehler). Der **„Feinheitsgrad"** des Screeningverfahren ist dagegen von untergeordneter Bedeutung. Je feiner das Raster ist, desto aufwendiger wird aber das Verfahren. Viele Familien werden einem intensiven Befragungsprozess unterworfen. Die Richtschnur für die Entwicklung von Screeninginstrumenten sollte in jedem Fall auch ihre **Praxistauglichkeit** sein: sie müssen in vertretbarem Zeitumfang und ohne große Vorkenntnisse oder aufwendige Schulungen durchführbar sein. Wichtig ist, dass

nach der Einschätzung eines mehr oder minder aussagefähigen Risikos eine weitere Abklärung des tatsächlichen Hilfebedarfs erfolgt.

5.2.3 Differenzierte Einschätzungsverfahren

Die differenzierenden Verfahren kommen vorwiegend im Bereich der konkreten Hilfen im Jugendhilfesystem zum Einsatz, da sie einen intensiveren Kontakt mit den KlientInnen voraussetzen. Hier geht es um die **individuelle Abschätzung von Belastungen und Ressourcen** der jeweiligen Familie und des daraus resultierenden Hilfebedarfs. Idealerweise wird dies in einer Gesprächssituation gemeinsam mit den NutzerInnen abgeklärt. Die Themen der Gespräche sowie die eingesetzten Instrumente sind **problem- und anlassbezogen**, können also je nach Hilfeform stark variieren. Beispielsweise werden im Rahmen einer entwicklungspsychologischen Beratung hochspezialisierte diagnostische Verfahren wie Video-Interaktionsbeobachtung eingesetzt, während eine aufsuchende Hebamme oder Kinderkrankenschwester auch medizinische Daten zum Gedeihen des Neugeborenen erhebt.

In diesem Rahmen werden eher selten standardisierte Instrumente zur allgemeinen Risikoerkennung eingesetzt, vielmehr werden vorwiegend **subjektive Wahrnehmungen auf der Basis von Berufserfahrung** wechselseitig validiert. Dabei spielen **kollegiale Beratung und Supervision** eine große Rolle, wenn gleich sie nicht allen HelferInnen in gleichem Maße zur Verfügung stehen. Einige Projekte konnten daher nur wenige Daten zur Lebenslagen und zu den allgemeinen Belastungen ihrer KlientInnen liefern, da diese nicht systematisch erfasst werden.

5.2.4 Einschätzung von Gefährdungsrisiken nach § 8a

Bei gewichtigen Hinweisen auf eine mögliche Gefährdung des Kindeswohls ist inzwischen die Vorgehensweise durch den § 8a SGB VIII gesetzlich geregelt. In der Praxis haben wir vor allem beim ASD verschiedene, umfangreichere und **differenzierte Instrumente zur Gefährdungseinschätzung** vorgefunden, wie z.B. den „Ampelbogen“ der vom deutschen Städte- und Gemeindetag entwickelt wurde und in einigen besuchten Kommunen bereits zum Einsatz kommt. Eine vollständige Erhebung und Bewertung der in der Praxis verwendeten Instrumente steht aus.

Vereinbarungen mit den ausführenden Maßnahmeträgern in Bezug auf den § 8a werden derzeit vorbereitet und z. T. schon umgesetzt. Der Einsatz

der so genannten „Kinderschutzbögen“ in der praktischen Arbeit mit den Familien wird aber zumeist als zu aufwendig und schlecht handhabbar beschrieben. Dazu sind spezifische Kenntnisse und ausreichende zeitliche Ressourcen erforderlich. Fortbildungen zu diesem Themenkomplex werden zurzeit vielerorts durchgeführt.

Wichtige Instrumente bei der Bewertung von Gefährdungslagen sind auch so genannte **HelferInnenkonferenzen**, bei denen unterschiedliche Perspektiven, auch von verschiedenen Professionen, auf ein Familiensystem miteinander verglichen und abgewogen werden können. Diese Konferenzen können nur einzelfallbezogen, aber auch fallübergreifend auf regionaler Ebene, z.B. in Form von „Runden Tischen“ organisiert sein.

Ein wichtiges Hilfsmittel für die PraktikerInnen ist dabei auch die Möglichkeit einer **anonymisierten Fallvorstellung**. Gerade wenn sie sich noch nicht ganz sicher sind, wie ein Fall zu bewerten ist, scheuen sich viele HelferInnen, die komplette Maschinerie der Jugendhilfe zum Schutz des Kindeswohls in Gang zu bringen, wohl wissend, dass dies Eingriffe in die Elternrechte und damit schwerwiegende Konsequenzen nach sich ziehen kann. Gerade in den Berufsfeldern, die nicht originär der Jugendhilfe zuzuordnen sind (z.B. medizinische oder erzieherische Berufe), sind die Kenntnisse über die Möglichkeiten und Verfahrensweisen der Jugendhilfe zum Teil marginal, so dass jede Gefährdungsmeldung mit der Gefahr eines sofortigen Sorgerechtsentzugs assoziiert wird. Die differenzierten Reaktionsmöglichkeiten des Jugendamtes und die Vielzahl von möglichen Hilfen sind wenig bekannt, weshalb die Hemmschwelle für eine Kontaktaufnahme unter Umständen hoch sein kann.

Beim **Hilfeplanverfahren** werden auch die Betroffenen aktiv mit einbezogen, habe also einen gewissen Einfluss darauf, welche Informationen mit einfließen und wie sie zu bewerten sind.

5.2.5 Feststellung der Sorgerechtsverletzung nach BGB § 1666

Die **Anrufung des Familiengerichts** ist bei massiven Gefährdungszeichen und mangelnder Kooperation der Eltern die Ultima Ratio zur Sicherung des Kindeswohls. Um ein solches Verfahren vorzubereiten, sammelt und dokumentiert der ASD alle relevanten Informationen, die meist der Fall führende Sozialarbeiter in einer **Stellungnahme** zusammenfasst. Dieser Bereich wurde in der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht betrachtet.

5.2.6 Offene Fragen

Prinzipielles Problem bei der Erkennung von Risiken und Gefährdung in Bezug auf das Kindeswohl ist, dass bisher **keine einheitlichen, validen und gleichzeitig praxistauglichen Instrumente** entwickelt wurden. So findet man in der Praxis eine große Vielfalt an Instrumenten und Verfahren, die jedoch zum jetzigen Zeitpunkt nicht bewertet werden können. Unklar ist oft auch, auf welchen Wissensbeständen sie begründet sind.

Bei der Entwicklung und Implementierung neuer Instrumente sollte beachtet werden, dass diese Verfahren angemessen sein sollten für den Einsatz auf der jeweiligen Stufe des vorgestellten Modells, d.h. der **Grad der Differenzierung** sollte mit der Wahrscheinlichkeit des Vorliegens von Risiken bei den Familien steigen. In jedem Fall müssen die Verfahren auch in einem angemessenen Verhältnis zum **Eingriff in die Persönlichkeitsrechte** der NutzerInnen stehen, da es wenig sinnvoll und auch schwer begründbar ist, alle Familien unter einen Generalverdacht zu stellen.

Allgemeine, breite Screeningverfahren können dazu beitragen, mehr Familien als bisher mit Unterstützungsangeboten zu versorgen, ihre Grenzen liegen aber entsprechend ihrer Validität in den möglichen Fehleinschätzungen bezüglich der vorhandenen Risiken in beide Richtungen. Hier gilt es, eine prinzipielle **Abwägung von Aufwand, Nutzen, aber auch Schaden** zu treffen.

Grundsätzlich muss auch geklärt werden, was allgemein als Risiko definiert wird und wie dieses dann für den Beobachter operationalisiert werden kann. Die Schwelle zur Gefährdung ist ebenfalls oft nur schwer einzuschätzen, da sie sich in jedem Einzelfall anders darstellen kann. Hier sind die **berufliche und lebenspraktische Erfahrungen der HelferInnen** nicht durch standardisierte Vorgehensweisen ersetzbar, beides sollte vielmehr sinnvoll miteinander verknüpft werden. Standardisierte Instrumente wie z.B. Checklisten können dann mehr Sicherheit bei der Einschätzung von Risiken und Gefährdungen geben.

Im Gesundheitssystem fehlen oft Kenntnisse über und Erfahrungen mit psycho-sozialen Belastungen von Familien, während in der Jugendhilfe nicht immer ausreichende Kenntnisse über normale und pathologische Entwicklungsprozesse von kleinen Kindern vorhanden sind. PraktikerInnen aus beiden Feldern haben daher dringenden **Fortbildungs- und Unterstützungsbedarf** signalisiert, um den an sie gerichteten hohen Anforderungen gerecht werden zu können.

5.3 Motivation zu aktiver Teilnahme

5.3.1 Allgemeine Überlegungen

Die Frage danach, wie Eltern zu motivieren sind, erstens überhaupt Hilfe und Unterstützung anzunehmen, sich zu öffnen für Angebote und zweitens dabeizubleiben, die Hilfe nicht abzubrechen, betrifft den Kern des Handelns psychosozialer Dienste. Frühe Hilfen sollen die Eltern unterstützen, ihre Kinder in liebevoller, respektvoller Weise adäquat zu versorgen, ihre Sicherheit zu garantieren, ihr Bindungsstreben zu beantworten und ihre Motivation zum Lernen zu fördern – und unterstellen damit in gewisser Weise, dass Eltern von sich aus nicht in der Lage dazu sind. Hilfs- und Unterstützungsangebote enthalten immer auch einen Aspekt sozialer Kontrolle, sie definieren die NutzerInnen der Hilfe immer auch als „hilfs*bedürftig*", d.h. defizitär. Die Motivierung/bzw. Motivation von Eltern, Hilfe anzunehmen, ist also verortet in diesem Spagat zwischen dem Respekt vor der Privatheit der Familie und ihrer vorrangigen Erziehungsaufgabe, dem Eigen-Sinn von Eltern und der Unterstellung, dass mit dem Eltern-Sein Anforderungen gestellt werden, denen Mütter und Väter nicht mehr gewachsen sind, für die sie Hilfe bzw. Begleitung brauchen.

Im so genannten Präventionsdilemma wird weiterhin formuliert, dass Eltern von sich aus um so weniger Hilfe annehmen, je mehr sie es – aus gesellschaftlich-normativer Sicht – brauchen würden, damit ihr Kinder psychisch und physisch gesund aufwachsen. „Diese Klienten erleben Hilfestellung auch als Einmischung und Kontrolle. ... Der Abwehr von Kritik sowie der Ablehnung von Hilfeangeboten können folgende Aspekte zugrunde liegen. Sie

- dienen der Aufrechterhaltung des Gefühls der Achtung vor sich selbst,
- zeigen Stärke und Entschlossenheit, die die Klienten in andern Bereichen auch entwickeln könn(t)en,
- verdeutlichen den Wunsch, eigene Vorstellungen der Problemlösung umzusetzen,
- dienen dem Schutz vor Hoffnung und vorweggenommener abermaliger Enttäuschung" (Conen 1999, S. 287).

Je höher die psychosozialen Belastungen und je geringer die Ressourcen sind, umso höher sind Vernachlässigungsrisiken. Dieser Zusammenhang korrespondiert auch mit geringer Eigeninitiative von Familien, welche die Anfor-

derung an die psychosozialen/medizinischen Dienste erhöhen, selbst Motivierungsarbeit zu leisten (siehe Abbildung 6).

Die Notwendigkeit, gerade Familien mit hohen Risiken für das Aufwachsen ihrer Kinder motivieren zu müssen, Hilfe anzunehmen, hat im Wesentlichen zwei Dimensionen:

- Eltern können aus ihrer eigenen Biographie heraus die Bedürfnisse der Kinder nicht lesen, sehen nicht, dass den Kindern etwas fehlt;
- sie sind resigniert und hoffnungslos und erwarten keine wirkliche Hilfe; wohlmeinende Hilfsangebote werden eher ambivalent und als Kontrollangebote wahrgenommen.

Abbildung 6: Wer motiviert wen?

„Vernachlässigende Eltern haben oft in ihrer eigenen Geschichte Misshandlung, Missbrauch oder Vernachlässigung erlebt. Ihre eigene Biographie ist häufig geprägt durch Nichtbeachtung, strafendes oder ablehnendes Verhalten der eigenen Eltern und durch das Erleben eigenen Mangels. Aufgrund dieser Erfahrungen ist den Eltern oft nicht bewusst, dass den Kindern etwas fehlt. Vernachlässigende Eltern haben nicht gelernt, für sich selbst zu sorgen und können deshalb auch nur begrenzt für die eigenen Kinder sorgen. Fehlendes Wissen um die Bedürfnisse von Kindern, unrealistische Erwartungen und man-

gelnde Empathie für die Kinder führen zu gestörten Interaktionen. Wenn die Belastungen steigen, reagieren die Eltern mit Erschöpfung, Apathie und Resignation. Distanz und Teilnahmslosigkeit gegenüber den Kindern sind die Folge. … Konfliktträchtige Interaktionsmuster, instabile Beziehungen und häufige Beziehungsabbrüche wiederholen sich." (Galm et.al. 2003, o. S.; vgl. dazu auch Interviews mit Eltern, deren Kinder in Obhut genommen wurden, Helming 2002). Die Resignation und Hoffnungslosigkeit bezieht sich dann auch auf mögliche Hilfsangebote, von denen diese Eltern nichts mehr erwarten: „Viele Jugendhilfefamilien, die chronisch verarmt und entsprechenden belastenden Bedingungen ausgesetzt sind, haben den Glauben an ihre Zukunft verloren. … (Sie) sind frustriert und werden misstrauisch auch gegenüber ihnen wohlgesonnenen Helfern. Sie haben immer wieder negative Interaktionen und Erfahrungen mit den vielen beteiligten Systemen erleben müssen. In gewisser Weise sind sie regelrecht auf der Hut vor weiteren professionellen Helfern (…). Ihre pessimistische Haltung ist verständlich angesichts der Enttäuschungen, die sie immer wieder machen. Auf Seiten der professionellen Helfer sind daher ausgeprägte Ausdauer und Zähigkeit erforderlich, um bei widerstrebenden und sich erneuten Hoffnungen widersetzenden Familien wieder Vertrauen und Akzeptanz herzustellen." (Conen 2002, S. 34f).

Die positive Bedeutungszuschreibung, die HelferInnen ihrem Angebot geben, wird von diesen Eltern kaum geteilt, da sie ja verbunden ist mit Hinweisen auf Entwicklungsgefährdungen des Kindes – wie subtil auch immer. „Zudem können ambivalente Gefühle der Familien gegenüber sozialen Institutionen den Zugang zu ihnen erschweren: einerseits sind sie immer wieder oder dauerhaft auf soziale Unterstützung angewiesen, und es bestehen Abhängigkeiten. Andererseits weckt jeder diesbezügliche Kontakt auch Misstrauen und Angst vor Kontrolle. Oftmals befürchten Eltern die Inobhutnahme ihres Kindes." (Galm et. al. 2003, o. S.).

Andererseits haben gerade „Frühe Hilfen" eine große Chance, da es um einen neuen Anfang geht: (fast) alle Eltern wollen, dass sich ihre Kinder positiv entwickeln; rund um die Geburt sind sie noch nicht unbedingt resigniert, noch nicht im Scheitern als Eltern gefangen. Jedes neugeborene Kind ist ein „Neuanfang", den die Eltern mit ihm erleben wollen, eine Chance, es anders zu machen, als die eigenen Eltern.

Auf dem Hintergrund dieser Ausführungen hat die Aufgabe, Eltern für die Teilnahme an den Angeboten zu motivieren, verschiedene Dimensionen:

a) Strukturell (Home-/center-based, Komm-/Gehstruktur)
b) Inhalte: medizinische Betreuung, Alltagsbetreuung, Entlastung, therapeutische Gespräche, Video-Interaktions-Training usw.
c) Arbeitsweise: Haltung, methodisches Handeln, Menschenbild
d) Interaktions-Aspekte: Vertrauens- und Beziehungsaufbau

Diese Dimensionen sollen im Folgenden in Bezug auf die einzelnen Arbeitsansätze diskutiert werden. Dies kann jedoch nur auf der Basis der eher programmatischen Auskünfte und Einschätzungen der Fachkräfte geschehen; die Perspektive der NutzerInnen auf die Angebote, also auf das, was sie jeweils tatsächlich motiviert hat, eine Hilfe anzunehmen und dabei zu bleiben, konnte in der Kurzevaluation nicht erhoben werden (für aufsuchende Hilfen vgl. z.B. Helming/Schattner/Blüml 1999; Wolf 2003, 2006).

5.3.2 Komm-Strukturen

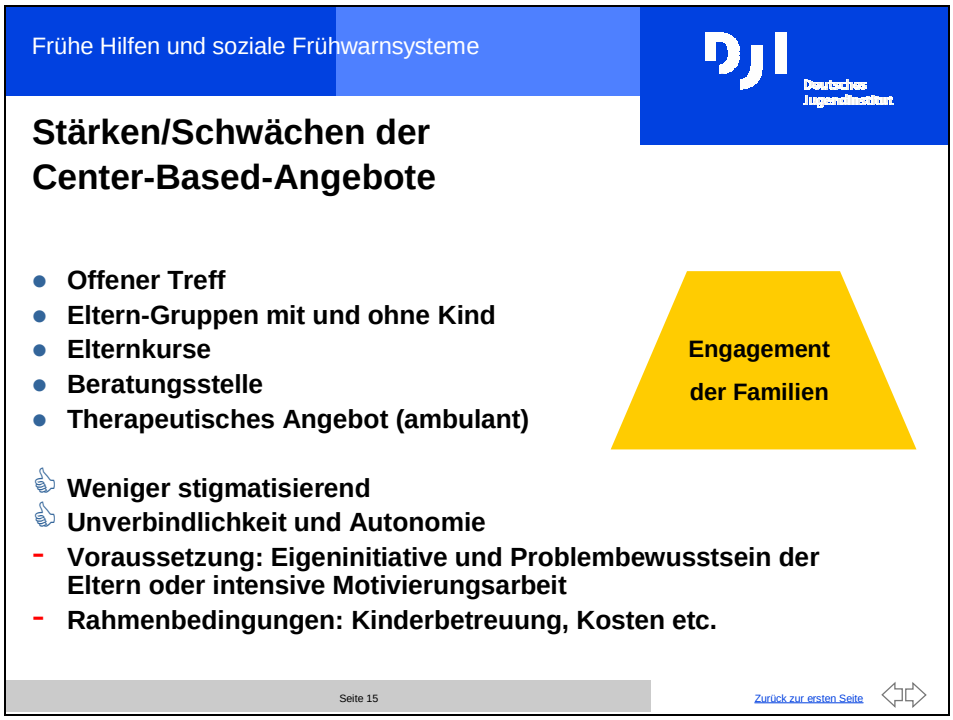

Abbildung 7: Stärken und Schwächen der Center-Based-Angebote

Center-Based-Angebote bieten den Vorteil, dass sie – da sie allen Familien offen stehen – wenig stigmatisierend und somit motivierend wirken können

(siehe Abbildung 7). Allerdings erfordert eine Komm-Struktur ein gewisses eigenes Engagement von Familien. Insbesondere Elternkurse werden – das zeigen verschiedene empirische Studien (vgl. dazu Fuchs 2006; Tschöpe-Scheffler 2003) – eher von bildungsorientierten Eltern aufgesucht.

Offene Treffs allerdings, die zentral und gut erreichbar liegen oder direkt inmitten eines sozialen Brennpunkt-Gebietes, können diesen Nachteil kompensieren, vor allem, wenn sie neben Gesprächsangeboten auch praktische Unterstützung bieten, wie z.B. Kleiderkammer, Secondhand-Kinderwägen usw. Motivierend wirkt auch der Bekanntheitsgrad im Stadtteil: Länger schon existierende offene Treffs, die sich sozusagen einen guten „Ruf" erworben haben, was praktische und sonstige Hilfe betrifft, motivieren schon alleine dadurch, dass sie von FreundInnen und NachbarInnen empfohlen werden. Auch die Unverbindlichkeit kann Eltern einladen, sich auf ein Gespräch einzulassen, da es nichts kostet – weder eine materielle noch eine Investition an Engagement ist notwendig.

Eltern-Gruppen-Angebote insbesondere für belastete Familien müssen viel Motivierungsarbeit leisten, durch nachsuchende Kontaktaufnahme bspw., indem eine heimelige, geschützte Atmosphäre geschaffen wird, durch intensive „Gruppen- und Personenpflege": gemeinsames Kochen und Essen, enge Anbindung an die Gruppe, durch einen Gruppen-Newsletter bspw., in dem über die Gruppe berichtet wird, so dass auch die TeilnehmerInnen, die an einer Gruppensitzung nicht teilnehmen konnten, wissen, was Thema war. Bei Rückzug aus der der Gruppe muss möglicherweise intensiv telefonisch, persönlich oder schriftlich versucht werden, den Kontakt zu halten.

In einigen entwicklungspsychologisch orientierten **Beratungsstellen** werden auch Familien betreut, die aufgrund von Auflagen des Jugendamtes kommen. Hier ist in besonderem Maße „Motivierungsarbeit" notwendig, um die Familien zu halten; dies ist abhängig vom Beziehungs- und Vertrauensaufbau der MitarbeiterInnen zu den Eltern, dieser muss über positive Wertschätzung, Aufzeigen von kleinen Fortschritten usw. geleistet werden. Die Förderung von Selbstwirksamkeits-Erfahrungen der Eltern ist für eine Motivierung im so genannten „Zwangs-Kontext" unabdingbar (vgl. dazu Conen 1999, Wolf 2003/2006; Helming 2002). Gerade Video-Interaktions-Training von Eltern und Kindern kann Mütter und Väter dabei ermutigen, neu die Signale ihrer Kinder lesen zu lernen, deren Beziehung zu ihnen wahrzunehmen und anzunehmen.

5.3.3 Gehstrukturen

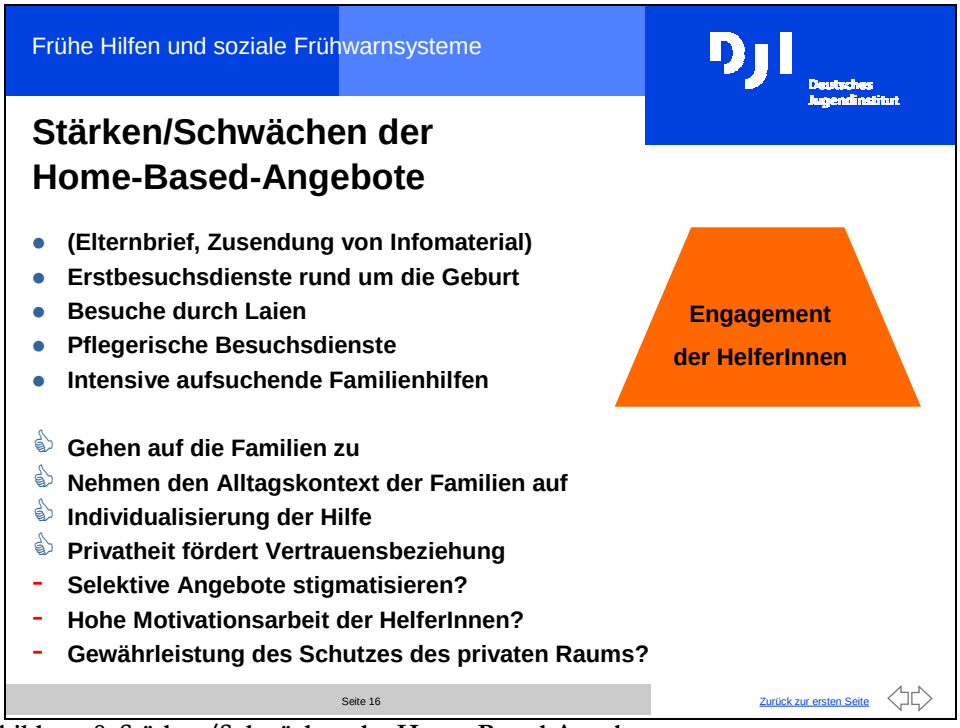

Abbildung 8: Stärken/Schwächen der Home-Based-Angebote

Home-Based-Angebote haben demgegenüber vor allem in Bezug auf belastete Familien den Vorteil, dass sie wenig Eigenaktivität der Eltern erfordern (siehe Abbildung 8).

Die **Elternbriefe** bspw.[2] können flächendeckend an alle Eltern verteilt werden; sie sind zumeist gut und klug formulierte Erziehungsratgeber, aber sie sind für bildungsbenachteiligte Eltern in sehr belasteten Lebenssituationen vermutlich zu anspruchsvoll. Und sie geben keinen Rat für die vielen problematischen Mikro-Interaktionssituationen, in denen abstrakte Ratschläge nicht weiterhelfen, die Eltern sich hilflos fühlen, die Signale ihrer Kinder nicht verstehen, überlastet sind und Entlastung brauchen.

Dass Eltern mit der Geburt ihres Kindes grundsätzlich **Informationsmaterial** erhalten über alle psychosozialen und medizinischen Dienstleistungen im

[2] „Elternbriefe“ werden z.B. vom Arbeitskreis Neue Erziehung e.V./Berlin herausgegeben und über verschiedene kommunale Jugendämter an Eltern verteilt; des Weiteren gibt es Elternbriefe der katholischen Kirche usw. Zu den bekannteren Elternbriefen gehören die z.B. auch die vom Verein „Peter Pelikan e.V.“: „Peter-Pelikan-Briefe sind Erziehungshilfen für die ersten zehn Lebensjahre, konkret Elternbriefe mit einer Fülle von nützlichen und praxisnahen Anregungen und Hilfen. Herausgegeben werden sie vom Peter Pelikan e. V., einem gemeinnützigen Verein mit Sitz in München, unterstützt vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend so-

Stadtteil/im Sozialraum, die ihrer Unterstützung dienen sollen, ist ein sinnvolles Angebot mit Grenzen gerade in Bezug auf Familien, deren Eigenaktivität nicht ausreicht, sich selbst um Unterstützung zu bemühen. Sie werden höchstens motivierend auf Familien wirken, deren Motivation bereits hoch ist.

Erst-Hausbesuchsdienste aus dem Gesundheitsbereich können viele Familien erreichen, die von sich aus keine Hilfe gesucht hätten, sie aber dringend brauchen, insbesondere Mütter mit kleinen Kindern und Säuglingen, die in ihrer Mobilität erheblich eingeschränkt sind. Nachteil ist der Aspekt der möglichen Stigmatisierung und des Verdachts von Eltern, dass sie mit diesem Angebot kontrolliert werden, der ja nicht von der Hand zu weisen ist. Es erfordert eine hohe Qualifikation, um respektvolle, fachlich-kompetente Hausbesuche machen zu können, um Gast-Status und professionellen Auftrag zu verbinden. Eltern müssen oft nicht nur brieflich, sondern auch telefonisch motiviert werden, um den Schutz der privaten Räume aufzugeben und einen Ersthausbesuchsdienst anzunehmen. Die Erfahrung verschiedener Dienste zeigt, dass etwa 40 % der Eltern – meist sind es die Mütter – das Angebot zumindest nicht explizit ablehnen. Mütter werden zudem bei den meisten Erst-Hausbesuchsdiensten dadurch motiviert, dass das Angebot sich auf das neugeborene Kind, auf medizinisch-pflegerische Aspekte bezieht: Kinderkrankenschwestern oder Hebammen bieten Unterstützung bei Fragen zur Entwicklung und Ernährung des Kindes; SozialpädagogInnen aus dem städtischen Jugend- und Gesundheitsdienst „sind nicht das Jugendamt" – was Familien motiviert, die bereits eher für sie negative Erfahrungen mit der Jugendhilfe gemacht haben. Hausbesuche insbesondere aus dem medizinischen/Gesundheitsbereich können zudem als Türöffner dienen, um für weitere, passgenaue und individualisierte Hilfen zu motivieren. Erstgespräche sollten die Entwicklungschancen des Kindes und nicht die familiären Defizite betonen.

---

wie vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit, Sozialordnung, Familie und Frauen." – so die Erläuterung auf der Homepage. http://www.peter-pelikan.de/publikationen.htm

Fallbeispiel

Ein Erst-Hausbesuch eines Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes

Die 25 Jahre alte allein erziehende Mutter zweier Kinder öffnet, hatte den Termin verschlafen. Die Wohnung war verwahrlost, Zigaretten-Kippen lagen herum, die Mutter war offensichtlich überfordert. Das erste Kind ist ein gesunder 7 Jahre alter Junge, das zweite neugeboren. Die Mutter hat einen Realschulabschluss, eine abgebrochene Lehre und lebt auf Hartz IV-Basis. Die Besucherin nimmt eine gute Beziehung der Mutter zu den Kindern wahr; ihr Bindungsverhalten wird von ihr als positiv eingeschätzt, auch wenn die Mutter Erziehungsprobleme mit ihrem älteren Sohn beklagt. Das Neugeborene ist sehr sauber und gepflegt. Die Hausbesucherin spricht die wahrgenommene Überforderung der Mutter an. Gemeinsam wird versucht, eine Übersicht zu erstellen, was an Aufgaben der Lebensbewältigung für die Mutter aktuell ansteht; dabei wird ein Bogen nach dem Konzept des „Human Social Functioning" verwendet. Die Wohnung ist zu klein für drei Personen; das Jobcenter lehnt eine größere Wohnung ab. Der ältere Sohn hat Schwierigkeiten in der Schule, „heult und beißt". Die Mutter würde gerne besser in der Erziehung klar kommen, sie wünscht sich eine Beistandschaft für das ältere Kind. Zudem möchte sie ein haushaltstechnisches Training, bei dem jemand auf nicht bevormundende Art und Weise mit ihr übt, strukturiert die Wohnung in Ordnung zu halten. Es steht an, dass sie den Erziehungsgeldantrag stellt, auch dafür wünscht sie sich Unterstützung, ebenso in Bezug auf ihre Kontakte mit dem Jobcenter.

Die Hausbesucherin hat sozusagen klassisches Case Management gemacht; sie kann der Mutter eine niedrigschwellige Familienhilfe vermitteln und sie gleichzeitig informieren und motivieren, evtl. einen Elternkurs zu besuchen. Ohne Hausbesuch wäre die *potenzielle Risikolage* der Mutter nicht erkannt worden, die von sich aus aufgrund ihrer extrem belasteten und isolierten Situation nicht genügend Eigenaktivität aufgebracht hätte, Unterstützung für sich zu organisieren. Gleichzeitig ist die Mutter noch nicht im Blick der Jugendhilfe, da es noch nicht um Gefährdung der Kinder geht.

Hausbesuchsdienste durch Laien motivieren unter anderem dadurch, dass *allen* Familien eine äußerst niedrigschwellige Unterstützung angeboten wird – und zwar durch BesucherInnen auf gleicher Augenhöhe – und dadurch, dass *viele* Familien das Angebot annehmen. Weitere Motivierungs-Strategien sind z.B. Geschenkpakete, die durch HausbesucherInnen überreicht werden. Der möglicherweise demotivierende Aspekt einer sozialen Kontrolle durch Besucherinnen muss in Schach gehalten werden durch explizite Versprechen von Datenschutz. Klare Strukturen solcher Angebote wie z.B. eine Begrenzung der Zahl und Inhalte der Besuchskontakte, Festlegung von Themen usw. tragen vermutlich ebenfalls zur Motivation an der Teilnahme bei: Die teilnehmenden Familien haben so eine Art Garantie, dass die Besuche nicht „ausufern", sie wissen, auf was sie sich einlassen. Die Vermittlung von möglichst

passenden PatInnen in die jeweiligen Familien durch eine Koordination ist ebenfalls ein Teil der „Motivierungs-Arbeit"; denn insbesondere ein Gelingen des Beziehungsaufbaus zwischen den einzelnen Familien und ihrer jeweiligen Besucherin wird vermutlich auf die Familien motivierend wirken, ihre Teilnahme am Angebot nicht zu beenden.
Auch hier – wie in allen anderen Angeboten – ist der *strukturelle Rückhalt* von LaienbesucherInnen/PatInnen durch qualifizierte, curricular ausgerichtete Vorbereitung, durch Begleitung z.B. in Gruppentreffen, durch die Möglichkeit von Einzelgesprächen mit psychosozialen Fachkräften usw. letztlich ausschlaggebend, damit die ehrenamtliche FamilienbegleiterInnen/PatInnen ihre Besuche so gestalten können, dass ein Vertrauensaufbau der Familie zu ihnen möglich und damit motivierend ist. Professionell ausgerichtete Unterstützungs-Strukturen sind notwendige Voraussetzung, damit ehrenamtlich tätige PatInnen weder in die eine noch die andere Richtung ihre Grenzen überschreiten: nicht bevormunden, nicht den Datenschutz verletzen, den Familien nicht Eigenaktivität nehmen. In einem kleinen Sozialraum würde sich derartiges Verhalten schnell herumsprechen und sich äußerst negativ auf die Motivation zur Teilnahme auswirken. Erfolgreiches Wirken von Hausbesuchsdiensten gerade durch Laien wird dagegen vermutlich durch eine positive Mund-zu-Mund-Propaganda im Sozialraum die Akzeptanz und Motivation zur Teilnahme in hohem Maß weiter ansteigen lassen.

Pflegerische Besuchsdienste durch Hebammen/Familienhebammen motivieren durch einen nicht stigmatisierenden Zugang: Eine Hebamme steht jeder jungen Mutter zu, kostenlos und ohne besonderes Antragsverfahren. Hebammenhilfe wird zumeist nicht mit eigenen Defiziten der Erziehungskompetenz assoziiert. Die Hebamme ist eine intime Beraterin der Familie, insbesondere der Mutter; Vertrautheit entsteht auch über den Bezug zum Körper. Eine große Chance zu motivieren entsteht, wenn Mütter bereits in der Schwangerschaft betreut werden. Körperarbeit in der Schwangerschaft, z.B. eine Massage der Mutter, kann diese darauf vorbereiten, auch dem Kind gegenüber zärtlicher zu sein, insbesondere, wenn es Mütter sind, die selber keine Bindungssicherheit haben, eher Gewalterfahrungen gemacht haben, die nicht wissen, wie ein sanfter Umgang mit dem Säugling aussehen kann. Über die Sorgen der werdenden Mutter, über ihr Körpergefühl usw. zu sprechen, ist

eine hervorragende Basis für einen Vertrauensaufbau und die Motivation, auch nach der Geburt Hilfe in Anspruch zu nehmen. „Ich freu mich, wenn Eltern, die das nicht konnten, anfangen ihre Kinder zu streicheln, lernen, Zärtlichkeit zu geben. Die Voraussetzung ist eine Sensibilität für den eigenen Körper, dass sie sich z.B. selbst eine Massage geben lassen können." – so eine Familienhebamme im Interview.

Die Betreuung kurz nach der Geburt ist noch nicht defizitorientiert, sondern besteht hauptsächlich darin, die Beziehung/Bindung von Mutter und Kind zu fördern und die Elternkompetenz zu stärken. Gerade auch die Stillberatung von Hebammen ermöglicht es Müttern, über diesen Körperkontakt mit dem Säugling eine gute Bindung aufzubauen und damit wird die Beziehung gefördert, was vermutlich wieder durch die Erfahrung von Selbstwirksamkeit und emotionaler Zuwendung motivierend wirkt. Insbesondere gut ausgebildete Familienhebammen[3] sind vermutlich in der Lage, gerade sozial benachteiligte Mütter zur Annahme ihrer Unterstützung zu bewegen, da sie einen weniger normativ orientierten Zugang zu den Familien haben. Sie haben sowohl Mutter als auch Säugling im Blick. Sie unterstützen auch in Bezug auf die Bewältigung des Alltags: machen mit den Müttern zumeist auch Arztbesuche, Behördengänge, vermitteln in andere Hilfen, besprechen Basisprobleme der alltäglichen Versorgung, holen Netzwerke und andere Professionelle ins Boot. Praktische Entlastung und Unterstützung ermutigt und motiviert Mütter und Väter. Familienhebammen „coachen" die Eltern in sensiblen Phasen mit den Kindern, entwickeln gemeinsam Möglichkeiten der Stabilisierung und motivieren Eltern, weitere Hilfen anzunehmen. Die Flexibilität von Arbeits- und Zeitstrukturen ermöglichen eine äußerst individualisierte Hilfe.

[3] In Interviews betonten die befragten Familienhebammen, dass die Zusatzausbildung unbedingt notwendig sei für die Arbeit mit deprivierten Müttern.

Fallbeispiel

Betreuung durch eine Familienhebamme

Eine 17jährige junge Mutter lebt mit ihrer allein erziehenden Mutter und mit dem 8jährigen Bruder zusammen in einer eher verwahrlosten Wohnung. Die Familie ist dem Jugendamt bekannt. Die junge Mutter, die auf einer Sonderschule war, lebt mit dem Baby in einem 10 qm Zimmer. Die Großmutter des Neugeborenen hat Alkoholprobleme, lebt von Hartz IV. Mutter und Großmutter rauchen stark.

Die Familienhebamme war in der Anfangszeit der Betreuung täglich 1 – ½ Stunde in der Familie. Themen im Gespräch mit der Mutter waren die Versorgung, Pflege und Ernährung des Säuglings (gegen die Empfehlungen der Omas) und die Förderung der Bindung von Mutter und Kind. Die Hebamme hat mit der Mutter Lebens-Ziele erarbeitet: „Was wünschst du dir in deinem Leben? Wie soll es mit dir und deinem Kind weitergehen?"

Sie haben gemeinsam mit dem Kind auf dem Boden gespielt, was nicht einfach war, weil das Zimmer so voll stand. Die Hebamme hat die Mutter dazu bewegen können, zum Rauchen zumindest vor die Tür zu gehen und mit dem Kind öfter draußen spazieren zu gehen. Thema war auch die Wohnungssuche für die Mutter. Die Familienhebamme hat mit der Mutter geübt, wie man das macht: Wie spricht man auf einen Antwortbeantworter, wie bewirbt man sich um eine Wohnung? Sie hat mit ihr zusammen den Antrag auf Hartz IV gestellt, den Betreuer vom ASD einbezogen. Die junge Mutter selber hatte sehr negative Vorstellungen in Bezug auf das Jugendamt – aus der Erfahrung ihrer eigenen Mutter heraus, die in Gespräche einbezogen wurde z.B. hinsichtlich des Rauchens. Weitere Tätigkeiten:

Vermittlung und Begleitung der jungen Frau in eine Mutter-Kind-Gruppe, Suchen einer Tagespflegemutter, da die junge Frau beschloss, den Hauptschulabschluss nachzumachen.

Am Ende der Betreuung: Das Kind ist in Tagespflege, die Mutter hat sich von der eigenen Mutter etwas abgenabelt, holt ihren Schulabschluss nach. Die junge Mutter ist inzwischen – nach vielen Gesprächen und Besuchen der Familienhebamme - wegen ihrer Essstörung in Behandlung bei einer Ärztin, der sie vertraut. SPFH hat die junge Mutter bis jetzt aber noch nicht akzeptieren wollen, da die eigene Mutter negative Erfahrungen damit hatte („Die wirst du nicht mehr los"). Da es keine akute Gefährdung des Kindes gibt, kann die Hilfe nicht in Form einer Auflage vom Jugendamt eingerichtet werden. Der ASD ist aber involviert in die weitere Betreuung von Mutter und Kind.

Intensive aufsuchende Familienhilfen gibt es in einer Bandbreite von eher entlastend arbeitenden Familienhilfen bis hin zur hoch professionalisierten SPFH, die therapeutische Elemente einbezieht. Aufsuchende Familienhilfen motivieren ebenfalls durch die Flexibilität und die individuelle Anpassung an den Bedarf von Familien. Auch hier ist das Aufsuchen einerseits ein Schlüssel für die Motivierung der Familien, der es ermöglicht, über einen längeren Zeitraum hinweg zu Müttern und Vätern Vertrauen nachhaltig aufzubauen und

sie somit zu einer gedeihlichen Erziehungshaltung ihren Kindern gegenüber zu motivieren. Aber es braucht ein gewisses Anfangs-Vertrauen der Familien, die HelferInnen in den Privatraum der Familie zu lassen oder manchmal eben auch Auflagen vom Jugendamt (vgl. dazu auch Helming/Schattner/Blüml 1999, Conen 1999, Wolf 2003, 2006). Ziele aufsuchender Familienhilfen sind: Vernetzung, Aktivierung von Ressourcen, Gesundheit von Mutter und Kind fördern, Partnerschaftsfragen klären, Nachbarschaft einbinden, Nutzungsbarrieren sozialer Dienste abbauen, Entlastung geben, bürokratische Hürden gemeinsam nehmen u.a.m. Die Integration von Beziehungsgestaltung, problemlösendem Tun und Vermittlung zu Ressourcen im Sozialraum, aber auch das mühsame Geschäft, gemeinsam mit den Müttern und Vätern deren eigenen Ressourcen zu entdecken und explizit zu machen, stellt die große Chance aufsuchender Familienhilfe dar – ähnlich wie auch die Arbeit der Familienhebammen: Sie motivieren, indem sie Beziehungsangebot, Entlastung, Ressourcen und Wissen zur Verfügung stellen. FamilienhelferInnen in der Zeit rund um die Geburt brauchen aber Wissen und Kenntnisse im Blick auf die Gesundheit und das Wohlergehen des Säuglings oder sie müssen Kinderkrankenschwestern/Hebammen mit in die Beratung einbeziehen. Es gilt zudem, bei verschlossener Tür nicht aufzugeben, sondern in aktivierender Art und Weise hartnäckig den Kontakt zu halten, da Mütter oft Verlässlichkeit erst lernen müssen. Wenn aufsuchende Elternhilfe bereits in der Schwangerschaft beginnt, kann sie anknüpfen an eine hohe Motivation von Müttern zur Mitarbeit, so dass in relativ kurzem Einsatz von Hilfe viel erreicht werden kann, und zwar gerade im Bereich von Familien mit einem gewissen Risiko für das Aufwachsen des Kindes, das noch nicht jugendhilferelevant geworden sind.

Fallbeispiel

Aufsuchende Elternhilfe

Frau S. hat einen Migrationshintergrund: Sie lebte als Kind von ihrer Mutter getrennt, kam mit 12 Jahren nach Deutschland. Ihre Mutter lebt in einer anderen Stadt und konnte ihr in der Schwangerschaft keine Unterstützung geben. Sie war sozial sehr isoliert. Andere Familienmitglieder waren für sie nicht verfügbar; Freundschaften hatte sie nicht vertieft, da sie bis zur Schwangerschaft ihre sozialen Aktivitäten auf Mitgliedschaft in einer Freikirche beschränkte. Aufgrund der Schwangerschaft sah sie sich moralisch von den Mitgliedern dieser Kirche unter Druck gesetzt und von der Gemeinschaft ausgegrenzt und fühlte sich aus diesem Grund sehr alleine und ohne innere Orientierung. In der medizinischen Vorsorge für sich und ihr Kind fühlte sie sich oft extrem verunsichert. Der Kindesvater wollte keinen Kontakt zu ihr, trotz einer seit neun Jahren dauernden Beziehung, die oftmals auch größere zeitliche Abstände voneinander beinhaltete. Er bezweifelte seine Vaterschaft. Die Ablehnung des Kindesvaters traf Frau S. zusätzlich zu ihren sonstige emotionalen und finanziellen Problemen (sie erhielt Hilfe zum Lebensunterhalt). Frau S. wurde durch die aufsuchende Elternhilfe, die bereits in der Schwangerschaft die Arbeit aufnahm, unterstützt, eine gegenwartsbezogene Orientierung zu finden und ihre Lebensumstände zu reflektieren. Sie wurde unterstützt, die für sie nötigen Informationen hinsichtlich Schwangerschaft und Geburt einzuholen und auszuwerten, um die Geburt in einer Klinik vorzubereiten. Dieses wirkte verstärkend auf ihr Selbstwertgefühl und begründet heute ihre Zuversicht und ihre Verantwortungsbereitschaft. Heute ist sie zunehmend in der Lage, Konflikte zu beschreiben und konstruktive Lösungswege für sich und zum Wohle ihres Kindes zu beschreiten. Frau S. hat zudem eine Pekipgruppe mit ihrem Säugling besucht.[4]

[4] Nach Fallbeispielen in: Marion Al-Suadi: Bericht über das Projekt Aufsuchende Elternhilfe, Zeitraum 2003, Berlin

Fallbeispiel

Eine aufsuchende Familienhilfe

Betreut wird eine junge türkische Mutter, 21 J. alt, mit einer schwierigen biographischen Vorgeschichte. Sie ist bei einer Pflegemutter aufgewachsen, ihre anderen vier Geschwister nicht. Mit sechs Jahren kam sie zur Großmutter in die Türkei, bei der sie Gewalt erlebte. Kam wieder zu den Eltern zurück im Alter von 10 Jahren; lief in der Pubertät von zu Hause weg, wurde dann vom Jugendamt in betreutes Wohnen vermittelt.

In der Schwangerschaft wurde sie vom Vater des Kindes verlassen, der erst nach der Geburt wieder aufgetaucht ist. Sie erhielt zuerst Familienpflege, bis das Kind 2 ½ Wochen alt war, dann Begleitung durch niedrigschwellige Familienhilfe. Sie ist sehr isoliert innerhalb der türkischen Community; denn eine muslimische Frau darf nicht unverheiratet sein. Sie lebt auf Hartz IV-Basis, hat Schulden durch Handyverträge.

Inhalte während der Begleitung: Durch Kaiserschnitt hat sie zunächst keine Bindung zum Kind entwickeln können, konnte gar nicht glauben, dass es ihr Kind ist. Die Familienhelferin musste die Signale des Kindes für die Mutter übersetzen. Sie gab ihr Entlastung durch praktische Hilfe, begleitete zu Ärzten und Behörden und vermittelte in eine Mutter-Kind-Kur, da die Mutter sehr erschöpft war. Besprochen wurde aber auch Partnerschaftsprobleme und die weitere Lebensperspektive der Mutter, wie kann sie einen qualifizierten Hauptschulabschluss nachholen, eine Ausbildung machen.

Am Ende der Betreuung: Es ist eine gute Bindung und Beziehung zum Kind gewachsen, die junge Mutter kann Grenzen setzen, aber auch ihre Liebe zeigen. Sie weiß, dass sie eine gute Mutter ist, kümmert sich um gute Ernährung und Versorgung ihres Kindes. Die Mutter ist eingebunden in eine Mutter-Kind-Gruppe.

Grenzen der Motivierung zu und in aufsuchenden Hilfen und von „compliance“ kommen dann zum Tragen, so die in den Interviews geschilderten Erfahrungen sowohl sozialpädagogisch orientierter aufsuchender Hilfen als auch von Familienhebammen, wenn Familien bereits sehr negative Vorerfahrungen mit der Jugendhilfe haben und sich auf den Vertrauensaufbau nicht einlassen können, weil sie zu viel Angst vor Fremdplatzierung ihres Kindes haben. „Die sagen immer nur, alles in Ordnung, die Wohnung ist aufgeräumt, das Kind ernährt, die Windeln gewechselt, aber sie kapseln sich ab, es ist nicht möglich, ein Vertrauen aufzubauen. Hier macht man nur Kontrollbesuche, stellt Fragen, die immer positiv beantwortet werden.“ – so eine Familienhebamme im Interview. Dass diese negativen Vorerfahrungen mit der Jugendhilfe zumeist bereits auf lebensgeschichtlichen Erfahrungen mit vielfältigen Brüchen in Vertrauensbeziehungen beruhen, kann vermutet werden (vgl. dazu z.B. Helming 2002).

Die Motivierung psychisch kranker Mütter und Väter, die keine Krankheitseinsicht haben, dass sie aufsuchende Hilfe annehmen, ist sehr schwierig, das Gleiche gilt für Eltern, die Alkoholprobleme haben, dem Jugendamt noch nicht bekannt sind und ebenfalls keinen Hilfebedarf sehen. Bestimmte gewaltförmige Strukturen in der Partnerschaft von Müttern und Vätern stellen ebenfalls das Gelingen von aufsuchenden Familienhilfen bzw. die Unterstützung durch eine Familienhebamme in Frage.

5.3.4 Vermittlung in Hilfen durch Fachkräfte in Geburtskliniken oder Clearing-Stellen

Quer zu den home-based oder center-based Angeboten liegt die Motivierung von Eltern durch Fachkräfte in Geburts-Kliniken, die Vermittlung von Hilfen z.B. durch eine Clearing-Stelle anzunehmen. Voraussetzung hier ist, dass das medizinische Personal geschult worden ist, Überlastungs- und Belastungssituationen von Müttern und Vätern zu erkennen und diese auf eine nicht abwertende Art und Weise anzusprechen. Voraussetzung ist des Weiteren ein zumindest rudimentärer Beziehungs- und damit Vertrauensaufbau einerseits, sowie Kenntnis von Hilfeangeboten andererseits, die über das Verteilen von Telefonnummern hinausgeht, was vermutlich nicht unbedingt motivierend wirkt bei Eltern, die resignativ sowieso nicht erwarten, Unterstützung zu erhalten.

5.3.5 Schlussfolgerungen

Die Motivierung von Müttern und Vätern mit Neugeborenem dazu, Hilfe anzunehmen, kann – unabhängig von den verschiedenen Arbeitsansätzen – durch folgende Elemente erreicht werden (siehe Abbildung 9):

- Beziehung aufbauen, Vertrauen entwickeln
- Netzwerke im sozialen Nahraum ausbauen
- Entlastung und Unterstützung geben
- Aufsuchen, Nachgehen, Kontakt halten
- Selbstwirksamkeits-Erfahrungen fördern
- Regeln, Auflagen durchsetzen

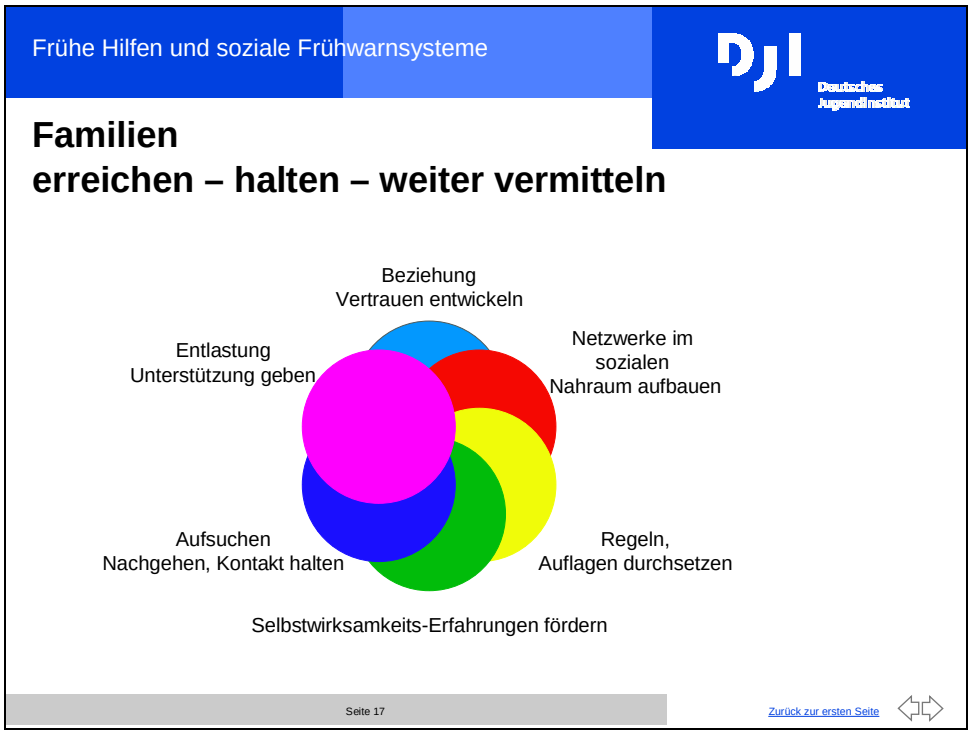

Abbildung 9: Familien erreichen – halten – weiter vermitteln

„Für die nachhaltige Erreichbarkeit von Familien mit Risikokonstellationen bedarf es außergewöhnlicher Fachlichkeit. Die Fachkräfte müssen nicht nur methodisch fundiert und persönlich qualifiziert sein, sie sollten zudem mit der speziellen Lebenswelt und den Beziehungsdynamiken der Familie vertraut sein. Eine längerfristige Zusammenarbeit mit den Eltern hängt davon ab, ob es gelingt, trotz aller Rückschläge und Brüchigkeiten eine tragfähige, vertrauensvolle Beziehungsebene zur Familie als Basis für positive Entwicklungsprozesse aufzubauen.“ (Galm et. al. 2003, o. S.)

Für diesen Vertrauensaufbau ist unabdingbar, dass die HelferInnen nicht moralisieren oder Eltern Schuld zuweisen, d.h. ihre normative Orientierung nicht als Anklage den Eltern gegenüber formulieren – was nicht zu verwechseln ist damit, Grenzen zu setzen. Es gilt zudem, eine negative Prophezeiung hinsichtlich der Entwicklung der Kinder oder der Familie insgesamt zu vermeiden. Zu dieser Haltung gehört der selbst-reflexive Umgang mit dem eigenen Tun: Ab welchem Punkt wirkt eine Unterstützung eher demotivierend und beschämt Mütter und Väter, nimmt ihnen eigene Aktivität ab, bis wohin ist sie notwendige Entlastung und Empowerment? Wie ist eine Herausforderung der jeweiligen Mütter und Väter in Bezug auf deren destruktive Beziehungs- und

Verhaltensmuster möglich, ohne bevormundend und abwertend zu sein, so dass ihnen ein Lernprozess möglich ist? Gerade im Zusammenhang mit sozial benachteiligten Müttern und Vätern, deren Erziehungskompetenz möglicherweise in hohem Maß nicht den in dieser Gesellschaft vorhandenen Idealbildern und Normen entspricht – aber eigentlich bei allen Eltern, denn man sieht ja gerade bei anderen Müttern und Vätern immer sehr schnell, was sie „falsch" machen – ist es notwendig, mit äußerster Nüchternheit und ohne Moralisieren die eigene Einschätzung von Kindern, Müttern und Vätern und ihrem Verhalten, aber auch die eigenen Möglichkeiten und Grenzen kritisch zu überprüfen: Mit welcher Sprache charakterisiert man Familien/Kinder/sich selbst? Welche Aburteilungen/Verurteilungen enthalten diese Beschreibungen? Wie ist man mit den eigenen Emotionen/Gefühlen, Zu- und Abneigungen in die Beziehung zum jeweiligen Kind/Jugendlichen bzw. dessen Eltern verstrickt? Welche Erwartungen hat man an die Eltern und vor allem auch an sich selbst? Wie können Be-/Verurteilungen als Urteile sichtbar werden, damit sie nicht als „harte" Fakten dastehen? Es geht darum, eine klare Haltung zu entwickeln, um Empörung, Vorhaltungen, Tadel, moralische Urteile, sei es sich selbst oder anderen Beteiligten gegenüber als solche wahrzunehmen und nicht unreflektiert in Handlungen zu übersetzen; es geht um die Eröffnung von Perspektivenvielfalt und von Möglichkeitshorizonten. Ein Aspekt davon ist vielleicht die im Paradox „Respektvoll konfrontieren" bezeichnete Vorgehensweise. „Respekt" ist überhaupt eine Haltung, die insbesondere in der Motivierung und Begleitung von sozial benachteiligten Müttern, Vätern und Kindern unbedingt erforderlich ist (vgl. dazu Sennett 2002). In allen Interviews, die bspw. im Projekt „Sozialpädagogische Familienhilfe in Deutschland" Eltern geführt wurden, brachten diese sehr deutlich zum Ausdruck, wie empfindsam sie nur den leisesten Ton von Abwertung wahrnehmen und mit Abwehr reagieren, da sie die Erfahrung von impliziter und oder gar expliziter Abwertung/sozialer Verachtung oft von Kindesbeinen an gemacht haben (vgl. dazu Helming 2002). Die Kompetenz selbstreflexiven Umgangs mit den eigenen Deutungsmustern und Emotionen *als Voraussetzung für die Motivierung* von Familien, Unterstützung anzunehmen, ist nicht ein fertiges „Produkt", sie entfaltet sich in einem Prozess, der bestimmte Rahmenbedingungen braucht (Team, Supervision, Praxisberatung).

5.4 Entwicklung passgenauer, bedarfsgerechter Hilfen

5.4.1 Allgemeine Überlegungen

Eine Entscheidung in Bezug auf die Passgenauigkeit und Bedarfsgerechtigkeit einer „Frühen Hilfe“ enthält folgende Aspekte auf zwei unterschiedlichen Ebenen.

Anpassung innerhalb einer Hilfe:

- Fokus der Hilfe
- Methodisches Vorgehen
- Zeitrahmen: Frequenz, Dauer
- Intensität

Anpassung durch Kombination verschiedener Hilfen:

- Parallel
- Nacheinander

Dieser Aspekt setzt voraus, dass in einem Sozialraum verschiedene Hilfen zur Verfügung stehen. Passgenauigkeit hat also auch zu tun damit, ob ein Sozialraum „bedarfsgerecht“ mit verschiedenen Angeboten ausgestattet ist. Die Frage nach der „Bedarfsgerechtigkeit“ beinhaltet zudem den Aspekt der Wirkung, d.h. die Frage danach, inwieweit welche Hilfe langfristig eine positive Wirkung auf die Kinder hat. Wie Projekte sicherstellen, dass sie „bedarfsgerecht“ - also „wirkungsgerecht“ handeln, diese Frage kann im Rahmen der Kurzevaluation nicht beantwortet werden. Jedes Projekt wird vermutlich eigene/geteilte Vorstellungen davon haben, auf welche Wirkmechanismen man sich jeweils bezieht. Die Beantwortung des Aspekts der Wirkung verschiedener Hilfen braucht weitere, detailliertere Evaluationsforschung. Die Beurteilung von „Passgenauigkeit“ bezieht sich in diesem Kapitel also eher auf äußere Aspekte und Kriterien der Beurteilung, vor allem auf eine Beurteilung, ob die Hilfen individuell angepasst werden können.

5.4.2 Arbeitsansätze

Die folgende Strukturierung versucht eine Unterscheidung von eher individualisierten über eher standardisierte bis zu eher vermittelnden Hilfen; je individualisierter eine Hilfe, desto größer vermutlich die Möglichkeit, eine Passung/Anpassung der Hilfen an den jeweiligen Bedarf der Mütter und Väter zu erreichen. Das „eher" charakterisiert dabei, dass jede eher individualisierte Hilfe auch Standardisierungen enthält, und jede eher standardisierte Hilfe auch individualisierte Momente.

Beispiele für Arbeitsansätze in Bezug auf Passgenauigkeit finden sich in Abbildung 10.

Abbildung 10: Beispiele für Arbeitsansätze

Es lassen sich in Grenzen auch inhaltliche Kriterien dafür nennen, auf welchen Bedarf von welchen Eltern und Kindern bestimmte Hilfen in Abgrenzung zu anderen *eher* bezogen sind. Auch wenn die einzelnen Angebote nicht aufgrund eindeutiger Indikationen zugeordnet werden können (aufgrund der Struktur der Problemlagen, aufgrund von vielfältigen Übergängen, Grenzbereichen der Hilfen selber, aufgrund von regionalen Besonderheiten der Hilfen und dem Status der Eltern in diesem Prozess), können die Hilfen doch nach ihren Schwerpunkten unterschieden und Bedürfnissen von Familien zugeordnet werden:

Offene Treffs, Eltern-Gruppen mit oder ohne Kind, Elternkurse, Beratungsstellen-Angebote und ambulante therapeutische Angebote passen eher für **Eltern, deren Belastungen nicht sämtliche Lebensbereiche betreffen**. Oder Familien auch in sehr belasteten Lebenssituationen nehmen diese Angebote parallel zu einer aufsuchenden Hilfe in Anspruch. Das Format „Elternkurs" an sich entspricht nur in geringem Maße den Bedürfnissen der Zielgruppe der Familien in gravierenden Unterversorgungslagen. Es ist zu überlegen, wie das Format „Elternkurs" weiter an die Bedürfnisse der Zielgruppe angepasst werden kann.

Entwicklungspsychologische Beratungsstellen eruieren den Bedarf von Müttern und Vätern – *innerhalb ihres Angebotes, d.h. konzentriert auf Eltern-Kind-Interaktion* – in Form von Aufnahmebögen, Anamnese-Instrumenten, videogestützter Interaktionsdiagnostik. Zu Beginn der Hilfe erfolgt eine Anamnese, der Anlass wird dokumentiert, es wird eine genaue Problembeschreibung durchgeführt mit Beschreibung der Lebenssituation und eine erste Hypothese zur psychischen Befindlichkeit der Mutter aufgestellt. Videoaufnahmen von alltäglichen, alterstypischen Interaktionen zwischen Mutter /Vater und Kind im familiären Umfeld bzw. in der Beratungsstelle werden von der BeraterIn aufgenommen und analysiert. Im folgenden Videofeedback werden den Eltern zunächst nur gelungene Interaktionssequenzen gezeigt und mit ihnen besprochen. Gemeinsam mit den Eltern werden Beobachtungs- und Handlungsaufgaben erarbeitet. Im gesamten Prozess ist Zeit und Raum für Gespräche über die Befindlichkeit der Eltern. Die Strukturierung des Alltags ist ein wichtiges Thema. Bei Bedarf können weitere Hilfen initiiert bzw. koordiniert werden. Im weiteren Verlauf wird im Sinne einer Prozessdiagnostik, z.B. durch wiederholte Video-Beobachtung, die Entwicklung im Bereich des Problemverhaltens genau analysiert, um dabei auch Fortschritte für die Eltern sichtbar zu machen. Dies dient sowohl der Evaluation der Wirksamkeit einer Intervention als auch der Planung weiterer Interventionen. Die Beratung wird sowohl in der Gesamtdauer als auch in Bezug auf die Frequenz der Termine, die Länge einzelner Termine und das flexible Reagieren auf Krisen fortlaufend an die Bedürfnisse der Familien angepasst. In einigen Fällen werden nach der Entlastung in der akuten Krise auch tiefer liegende Probleme und Fragestellungen, z.B. eigene biografische Verletzungen oder psychische Probleme der Eltern deutlich. Diese Aspekte können nur im Ansatz in der entwicklungspsychologischen Beratung geklärt werden, so dass Eltern auch an andere Beratungsstellen oder The-

rapeuten zur weiteren Bearbeitung verwiesen werden. Hier kommt wieder der Zugriff auf ein elaboriertes Hilfenetz positiv zum Tragen. Die Eltern werden von den BeraterInnen dabei unterstützt und begleitet, sich auch anderweitig Hilfe zu holen.

Familien in gravierenden Unterversorgungslagen in vielen Bereichen (Finanzen, Arbeit, Bildung, Wohnung, soziale Unterstützung, psychosoziale und medizinische Dienstleistungen) und mit großen Risiken für das Aufwachsen der Kinder brauchen eher individualisierte, aufsuchende, sozialraumorientierte Hilfeformen, die die Förderung einer positiven Eltern-Kind-Interaktion mit vielfältiger alltagspraktischer Unterstützung verbinden, die zeitlich flexibel auf den Bedarf der Familien reagieren und eine längerfristige Begleitung und Betreuung umfassen: „Derartige Arrangements zeigen hinsichtlich einer nachhaltigen Erreichbarkeit und Wirksamkeit signifikante Effekte. Psychosozial hoch belastete Familien benötigen zudem langfristige, kontinuierliche Begleitung, die unter Berücksichtigung der jeweils aktuellen Bedarfs- und Ressourcenlage positive Entwicklungsprozesse fördert und stabilisiert". (Galm et. al. 2003, o. S.). Die Nähe zum Alltag der Familie ist bei den aufsuchenden Hilfen wesentlich größer. Durch das kontinuierliche Aufsuchen wird den Müttern und Vätern eine Struktur vorgegeben, die z.B. KlientInnen von Beratungsstellen oder Eltern-Kind-Kursen eher von sich aus einhalten müssen, indem sie zu vereinbarten Terminen in die Stelle kommen, was bedeutet, *Hoffnung auf Veränderung* mit der Beratung zu verbinden. Beratungsstellen und Eltern-Kind-Kurse setzen zudem meist eine Verbalisierungsfähigkeit von Problemen in größerem Ausmaß voraus, als dies bei Familien in gravierenden Unterversorgungslagen der Fall ist. Deren Hoffnungslosigkeit ist meist größer und sie erwarten aus diesem Grund auch nicht viel von einer Beratung. D.h., durch das Aufsuchen wird ein Prozess des Motivations- und Vertrauensaufbaus in Familien auch bei niedrigem Hoffnungspotenzial begünstigt. Für viele Eltern ist eine aufsuchende Unterstützung auch deshalb besonders hilfreich, weil die Helferin die Schwierigkeiten mit dem Neugeborenen miterleben kann und die Mütter und Väter aus der Situation heraus veränderte Erfahrungen machen können. Statt „drüber" zu reden, ist es möglich, bei der konkreten Situation anzusetzen. Dieses Prinzip machen sich allerdings auch entwicklungspsychologische Beratungsstellen mit dem Video-Interaktions-Training zunutze, darin liegen vermutlich ihre Erfolge mit wenig verbalisierungsgewöhnten Eltern. Die Familienhebammen und aufsuchenden Familienhilfen/Elternhilfe genügen diesem

Anspruch zumeist; sie passen sich in Struktur und Inhalt den Bedürfnissen der Familien an und bieten umfassende Beratung in vielen Bereichen.

Die **Kombination mehrerer Ansätze** scheint gerade für Familien in gravierenden Unterversorgungslagen die aussichtsreichste Form der Unterstützung: eine aufsuchende Familienhebamme bspw., die Mütter und Väter in einen Treff einbinden kann, wo es unter anderem auch Elternkurse gibt, die an diese Eltern angepasst sind, die sozialarbeiterische Unterstützung bei Anträgen vermittelt, gesundheitliche Fürsorge durch wohlwollende ÄrztInnen einbezieht, im Anschluss an ihre Hilfe Kinder in Tagespflege vermittelt usw. Angebote, die in Form von Bausteinen viele verschiedene Elemente kombinieren, können in umfassender Weise den Bedarf von Eltern gerecht werden. Diese Beratungsstellen kombinieren bspw. Hilfe bei drohender Zwangsräumung bis zur Stillberatung, aufsuchende Arbeit und Gruppenangebote, so dass allen Familien ein Angebot gemacht werden kann. Zudem werden Angebote entwickelt je nachdem, welche Familien die Beratung in Anspruch nehmen: „Also, wenn wir z.B. gleichzeitig drei Minderjährige Schwangere haben, dann kriegen die eine spezielle Geburtsvorbereitung. Und wenn dann deren Babys da sind, dann gibt's eine Babygruppe für junge Mütter" – so die Mitarbeiterin einer solchen Beratungsstelle. Die Verbindung von Einzelgesprächen in regelmäßigen Hausbesuchen mit einem Gruppenangebot kommt dem Bedürfnis der Mütter einerseits nach individueller Aufmerksamkeit, intensiver Bearbeitung der eigenen Probleme und andererseits Austausch mit anderen Müttern, Teilhabe am Gruppenprozess entgegen.

5.4.3 Passgenauigkeit als Prozess

Die Lösung des Problems der Passgenauigkeit der verschiedenen Angebote im Bereich „Früher Hilfen", die Bewertung der jeweiligen „Notwendigkeit" und „Geeignetheit" findet im *praktischen Handeln* in einem *Einschätzungsprozess* statt, in dem eine Balance hergestellt werden muss zwischen der fachlichen Verantwortung der Fachkräfte einerseits und der Verantwortung der Mütter und Väter für ihre persönlichen Lebensentscheidungen andererseits - darunter auch für oder gegen die Annahme eines bestimmten Hilfeangebotes. Eine am medizinisch-diagnostischen Modell orientierte, expertokratisch formulierte Entscheidung ist im Bereich einer Unterstützung von Eltern in ihrer Lebensbewältigung allgemein und in Bezug auf die Förderung ihrer Erziehungskompetenz nicht angebracht. Insbesondere bei aufsuchenden Hilfen, die im unmittelbaren

Lebensbereich der Familien selber tätig werden, ist die Zustimmung der Familien dringend erforderlich - in welcher Form auch immer. Einwilligung muss nicht immer „Freiwilligkeit“ im engeren Sinn bedeuten, sondern eher zumindest minimale Kooperationsbereitschaft.

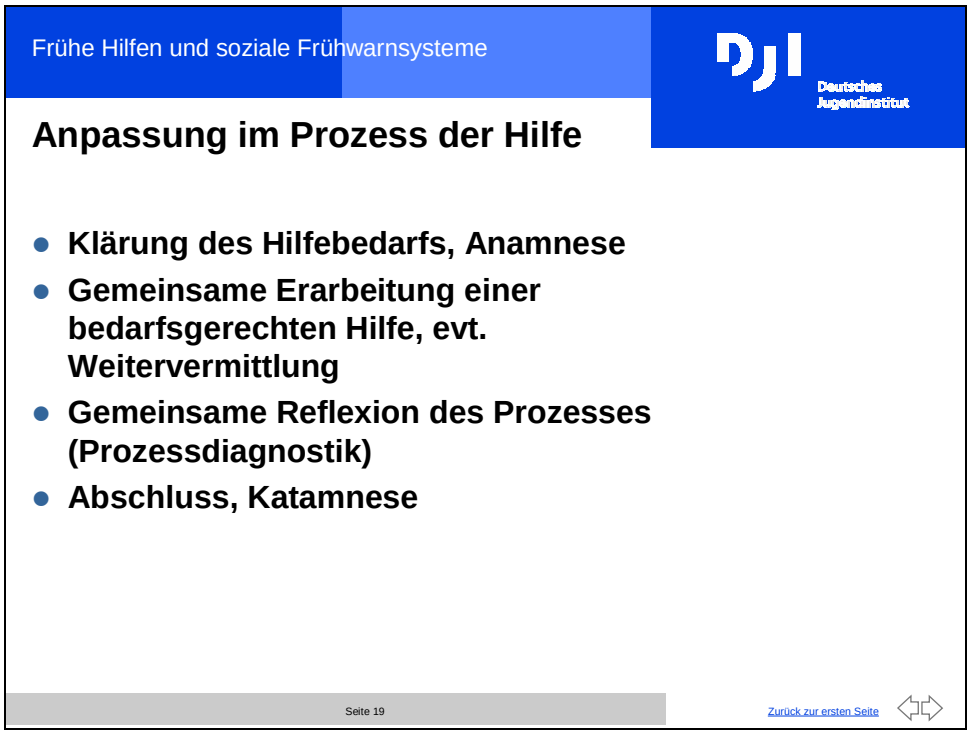

Abbildung 11: Anpassung im Prozess der Hilfe

Über die Passgenauigkeit einer bestimmten Hilfe und ihre Zuordnung wird im besten Fall im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte entschieden; eine Entscheidung, die sich in der Form reflexiver, kollegial beratender und kontrollierter Beurteilungs-, Aushandlungs- und Entscheidungsprozesse entwickelt, wobei begründete Nachvollziehbarkeit und Plausibilität der Entscheidung wichtig sind. Die „einzig wahre und geeignete“ Hilfe bzw. Intervention gibt es vermutlich nicht, es sind zumeist mehrere Lösungswege vorstellbar; eine eindeutige Zuordnung von Problemen und Lösungen ist in diesem Bereich nicht möglich. Notwendig ist also sowohl eine fallbezogene als auch eine fallübergreifende Aushandlung zwischen den Fachkräften der verschiedenen Dienste und Professionen im Netzwerk/im Sozialraum – fallbezogen natürlich ebenfalls gemeinsam mit den Müttern und Vätern - der einen Prozess der gemeinsamen Einschätzung der Wirkung der verschiedenen Arbeitsansätze und Angebote beinhaltet. Gemeinsame Evaluation und Bewertung der Wirkung wäh-

rend und nach Abschluss der Hilfe sind wichtige Instrumente, um die Frage der Notwendigkeit und Geeignetheit, der Passgenauigkeit von Angeboten für bestimmte Bedürfnisse von Familien immer wieder zu klären (siehe Abbildung 11).

Eine Anpassung von Hilfen an den Bedarf von Müttern und Vätern geschieht also gerade in Familien in gravierenden Unterversorgungslagen vor allem im Prozess der Hilfegewährung; im Hilfeprozess wird meist der Bedarf erst wirklich offensichtlich und wird eine Motivierung zur Annahme als notwendig angesehener weiterer Unterstützungsangebote erst möglich.

5.4.4 Überlegungen zum Problem der Passgenauigkeit

Die Situationen, in denen Frühe Hilfen eingesetzt werden, weisen insbesondere in hoch belasteten Familien die Grundmerkmale „schlecht strukturierter" Problemlagen auf, wie Maja Heiner es nennt (1988). Sie zählt unter anderem die Folgenden auf (ebd., S. 14):

- Diffusität: Die Beschreibung der Beschaffenheit des Problems ist schwierig.
- Komplexität: Es müssen eine große Anzahl von Elementen berücksichtigt werden.
- Vernetztheit: Die wechselseitige Verknüpfung und Beeinflussung der Elemente sind zu beachten.
- Zielkonflikte: Es sind mehrere Zielsetzungen gegeben, die sich widersprechen können.
- Unkontrollierbarkeit: Die Situation ist nur in geringem Maß kontrollierbar.
- Eigendynamik: Die Ausgangssituation verändert sich, auch ohne dass eingegriffen wird.

Diese Merkmale erschweren die Beantwortung der Frage nach der Passgenauigkeit, die ja auf der Erwartung basiert, durch ein besseres Matching zwischen der Art des Problems und der Art der Behandlung könne ein größerer Erfolg der Behandlung erreicht werden: Die Probleme sind umfassend und diffus, so dass eine klare problem- und methodenorientierte Differenzierung von Mitteln (bestimmten methodischen Vorgehensweisen) und Zwecken, d.h. hinsichtlich dessen, was durch die Hilfsangebote jeweils erreicht werden soll, kaum eindeutig geleistet werden kann. Was für ein Ergebnis/eine Wirkung eine

Hilfe haben wird entsteht zudem in „Gemeinschaftsarbeit“, da die EmpfängerInnen der Leistung aktiv beteiligt sind; es ist keine einfache, strategische Kausalität möglich (ein bestimmtes Handeln hat ein bestimmtes Ergebnis).

5.5 Monitoring

5.5.1 Notwendigkeit des Monitoring

Monitoring heißt in Bezug auf Frühe Hilfen, dass das Kindeswohl kontinuierlich überwacht und gesichert werden soll, sprich kein Kind / keine Familie soll im Hilfenetz verloren gehen, und zwar vor, während und nach einer Hilfe. In der Darstellung der Befunde wird, analog zur Darstellung bei der Einschätzung von Risiken, zwischen drei Gruppen von Familien unterschieden, die jeweils unterschiedliche Belastungen und Ressourcen und von daher auch unterschiedliche Hilfebedarfe haben. Das Monitoring ist deshalb nicht in jedem Fall in gleicher Weise sinnvoll und notwendig (siehe Abbildung 12).

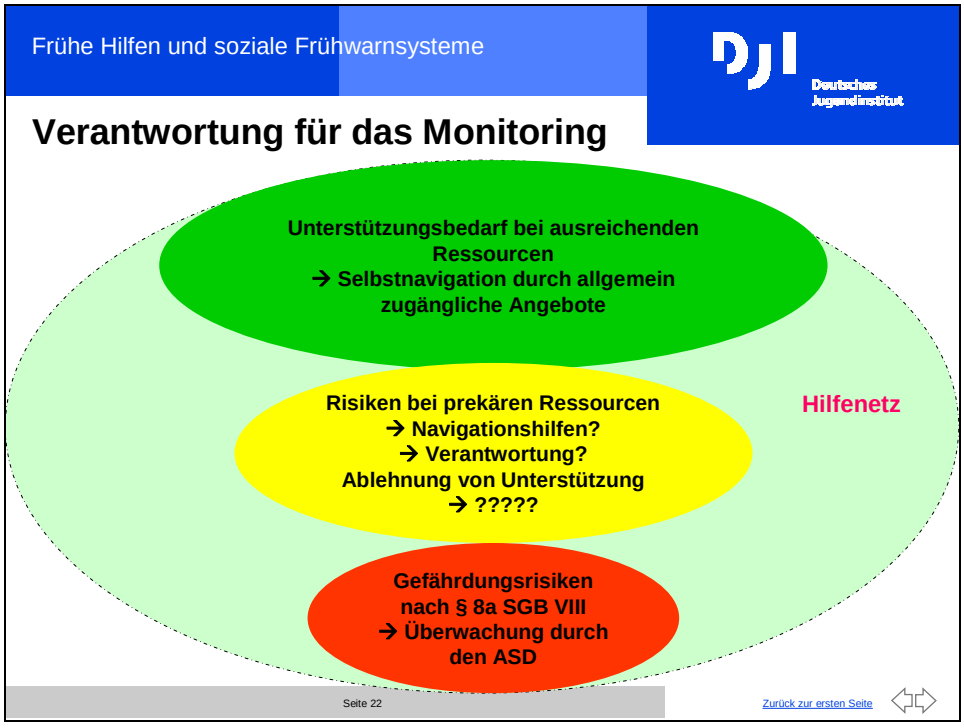

Abbildung 12: Verantwortung für das Monitoring

Unterschieden wird zwischen den

- Familien mit guten Fähigkeiten zur Selbstnavigation durch das Hilfenetz (diese Gruppe ist mit annähernd 80% bis 90% aller Familien die größte Teilpopulation),
- Familien mit erschöpften Ressourcen, aber keiner ersichtlichen Notlage, die eine Navigationshilfe bräuchten (in diese Gruppe fallen ca. 10% bis 20 % der Familien)
- und sehr belastete Familien, bei denen der ASD verantwortlich ist (diese Gruppe ist mit ca. 1% bis 5% vergleichsweise klein).

5.5.2 Gesichertes Kindeswohl

Alle Familien haben in der Zeit rund um die Geburt und in den ersten Lebensjahren des Kindes Unterstützungsbedarf. Stehen ihnen **ausreichende persönliche und soziale Ressourcen** zur Verfügung, können sie sich die notwendige Unterstützung meist aktiv selbst organisieren. Wichtige Voraussetzung dafür ist, dass **ausreichend Angebote** zur Verfügung stehen und diese den Familien bekannt und für sie erreichbar sind. Ein systematisches Monitoring ist nicht notwendig, da diese Familien jederzeit in der Lage sind, von sich aus ihren Hilfebedarf zu artikulieren.

5.5.3 Unklarheit über das Kindeswohl

Familien mit prekären Ressourcen können sich oft die notwendigen Hilfen nicht mehr selbst beschaffen. Überschreitet das Ausmaß ihrer Belastung nicht eine bestimmte Schwelle oder wird es den HelferInnen oder dem ASD nicht bekannt, gibt es **keine externe Verantwortungsübernahme** für die sichere Aufnahme und / oder Weitervermittlung in eine Hilfe oder für die Nachsorge nach einer Hilfe. Es findet kein systematisches Monitoring außerhalb der konkreten Hilfe statt. Diese Familien bräuchten dringend Unterstützung bei der Vermittlung in geeignete Hilfen, die auch sichere Übergaben zwischen verschiedenen Systemen mit einschließt. Dabei sind aber die Bestimmungen des Datenschutzes zu beachten. Damit diese Familien und ihre Kinder nicht durch das soziale Netz fallen, müssen systematische Vernetzungsstrukturen der verschiedenen Angebote im Sozialraum initiiert und unterhalten werden. Hauptaspekt dabei muss die soziale Integration sowie die Verbesserung von Teilhabechancen und nicht soziale Kontrolle sein.

5.5.4 Gefährdetes Kindeswohl

Liegen dem ASD konkrete Hinweise auf schwerwiegendere Risiken und / oder Gefährdungsmomente in einer Familie vor, ist er laut Gesetz dazu verpflichtet, das Kindeswohl kontinuierlich zu überwachen und mit entsprechenden Maßnahmen zu sichern, bis die Gefährdung aufgehoben ist. In den von uns betrachteten Projekten wurde das **systematische Monitoring** daher immer ausdrücklich als **Aufgabe des ASD** angesehen. Der ASD schließt zu diesem Zweck auch zunehmend **Kooperationsvereinbarung** mit den jeweiligen Maßnahmeträgern ab, die verbindliche Rückmeldungen über den Erfolg/Misserfolg einer Hilfe enthalten.

5.5.5 Verfahren des Monitoring

In der Praxis der Frühen Hilfen werden eine Vielzahl von Verfahren angewandt, die der Aufgabe des Monitoring zugeordnet werden können. In Abbildung 13 sind sie in absteigender Reihenfolge nach Intensität aufgeführt.

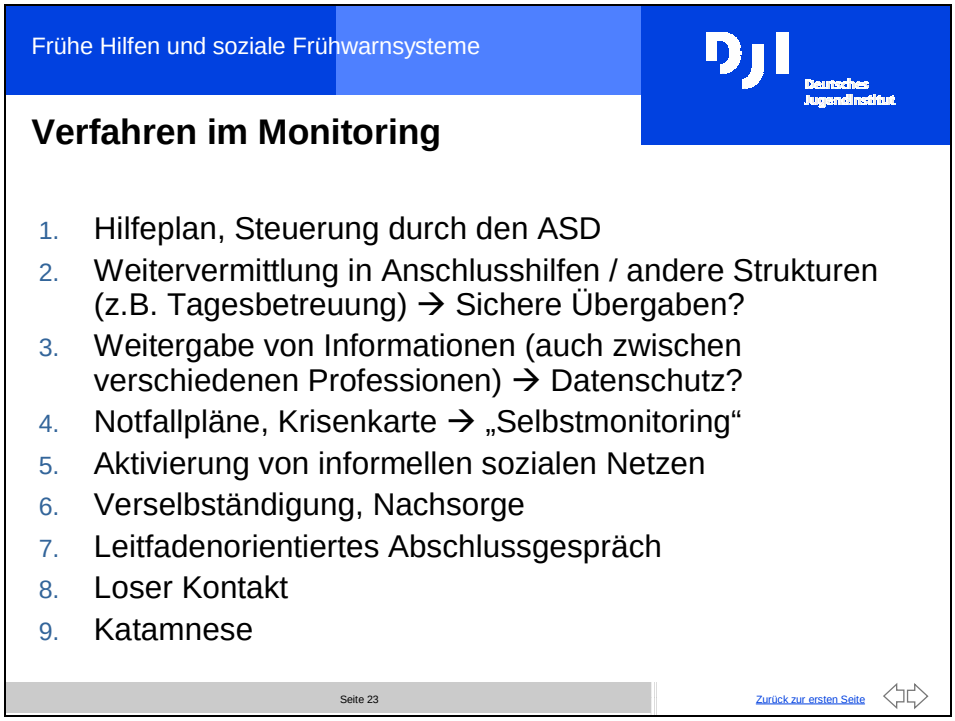

Abbildung 13: Verfahren im Monitoring

Die wirksamste Form stellt sicherlich das **Hilfeplanverfahren** dar, das vom ASD gesteuert wird, denn es beinhaltet zumeist verbindliche Vereinbarungen

über die Sicherung des Kindeswohls, die auch in bestimmten, vorher festgelegten Zeitabschnitten überprüft werden.

Die **sichere Überleitung in Anschlusshilfen** ist sowohl im Bereich des gefährdeten Kindeswohls als auch im Vorfeld einer Gefährdung von großer Bedeutung, kann aber nur dann wirklich gewährleistet werden, wenn der ASD als Überwachungsinstanz eingeschaltet ist.

Ein praktischer Behelf für die HelferInnen und NutzerInnen ist die gemeinsame Erarbeitung von **Notfallplänen**, die oft auch schriftlich fixiert werden, damit sich die Eltern in einer Krisensituation selbst rasch Hilfe organisieren können („Selbstmonitoring").

Eine wichtige Funktion im Zuge des Monitoring fällt auch dem **sozialen Umfeld der Familien** zu. Personen, die der Familie nahe stehen wie z.B. Verwandte, Freunde oder Nachbarn, und die den Eltern vertraut sind, können sich zuspitzende Entwicklungen oft frühzeitig erkennen und ein Rat von ihrer Seite wird meist eher angenommen, als der eines Fremden.

In der Praxis gibt es auch viele empfehlenswerte Ansätze, die insgesamt dazu dienen sollen, den Familien die Tür für die Inanspruchnahme weiterer Hilfen offen zu halten. So konnten z.B. gute Erfahrungen mit einem geplanten, katamnestischen **Telefonkontakt** in einigem Abstand zum Abschluss einer Beratung gesammelt werden: die Familien nehmen dies als Form von echter Anteilnahme an ihrer Entwicklung positiv auf und zeigen später weniger Scheu, eine weiteren Beratung anzunehmen.

5.5.6 Offene Fragen

Nach der Diskussion der letzten Zeit wachsen in der Öffentlichkeit die Zweifel, ob der ASD für die Aufgabe des Monitoring **genug Ressourcen** zur Verfügung hat. Dies können wir jedoch anhand der Ergebnisse unserer Untersuchung nicht beurteilen.

Ein weiteres Problem beim Monitoring ist, dass gerade im Falle unklarer oder nicht bekannter möglicher Gefährdungen, bei denen der ASD nicht Fall führend ist, eine **gute Abstimmung zwischen den einzelnen Akteuren im Hilfenetz** eine wichtige Voraussetzung für die Sicherung des Kindeswohls wäre. Dabei kommt es vor allem darauf an, **sichere Übergänge** zu gestalten, die auch systematische **Rückmeldungen** an den jeweiligen Überweisenden beinhalten. Die Verantwortlichkeiten müssen dazu eindeutig festgelegt sein. Doch gerade im Graubereich im Vorfeld von Gefährdungen gibt es vielerorts

keine Instanz, die externe Verantwortung übernimmt und die Familien sicher durch das Hilfenetz lotst. Einzelne Projekte sind mit dieser Aufgabe überfordert, denn das lokale Hilfenetz kann sehr unübersichtlich und komplex sein, so dass man nicht zu allen Beteiligten gute Kontakte pflegen kann.

Außerdem sind die ProjektmitarbeiterInnen oft nicht befugt, **sensible Daten** über die Familien weiterzugeben, die jedoch für eine sinnvolle Anschlusshilfe notwendig wären. Eine **Schweigepflichtsentbindung** kann helfen, diese Hindernisse zu überwinden, doch längst nicht alle Familien stimmen dem zu. So geraten HelferInnen in Gewissenskonflikte, da sie ohne Zustimmung der Eltern nur handeln können, wenn das Wohl des Kindes akut in Gefahr ist. Eine neue **Abwägung der tangierten Rechtsgüter im Sinne des Kindeswohls** könnte hier mehr Sicherheit und Handlungsfähigkeit der HelferInnen schaffen.

Im Bereich der Aktivierung des sozialen Nahraums der Familien zur alltagsnahen Unterstützung, aber auch zur Sicherung des Kindeswohls, liegen sicher noch einige Ressourcen brach. Patenmodelle mit Laien gehen hier einen ersten Schritt in die richtige Richtung. Hier gilt es jedoch, Auswüchse in Richtung Bespitzelung und Blockwartmentatlität zu begrenzen, dabei aber gleichzeitig **soziale Mitverantwortung** für das Aufwachsen von Kindern zu fördern.

5.6 Implementation im Regelsystem

Die besuchten Projekte sind in höchst unterschiedlicher Weise ins Regelsystem bereits implementiert oder auch nicht: Das Spektrum reicht von den traditionell in einen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst oder in die Jugendhilfe eingebundenen, aufsuchenden Hausbesuchsdiensten von Kinderkrankenschwestern oder SozialpädagogInnen über die ambulanten Erziehungshilfen bis hin zu – teilweise um ihre Existenz kämpfenden – entwicklungspsychologischen Beratungsstellen, die durchaus wichtige Bausteine in einem Netzwerk Früher Hilfen darstellen. Dazwischen liegen etliche Projekte, die modellfinanziert werden bspw. durch Landesförderung oder durch Stiftungsgelder, bei denen also eine auf Jahre gesicherte Regelfinanzierung noch aussteht. Familienhebammenhilfe z.B., die über die Hebammengebührenordnung, also die Krankenkassenfinanzierung hinausgeht, ist in den meisten Kommunen noch nicht endgültig abge-

sichert, obwohl Verhandlungen dazu momentan laufen. Eine flächendeckende Implementierung Früher Hilfen ist noch keineswegs gesichert ist.

Abbildung 14 zählt einige einer Implementierung förderliche Bedingungen auf.

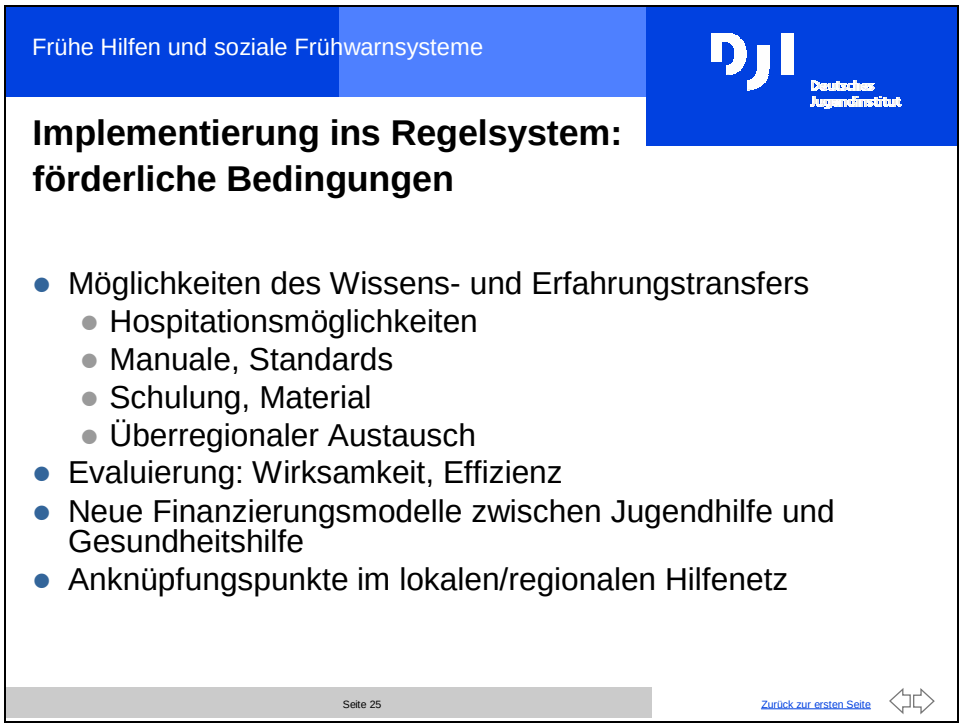

Abbildung 14: Implementierung ins Regelsystem: förderliche Bedingungen

Im Rahmen der Kurzevaluation kann nicht abschließend bewertet werden, welches der besuchten Projekte insbesondere flächendeckend implementiert werden sollte. Anhaltspunkte für eine Bewertung finden sich in den vorherigen Abschnitten, in denen Möglichkeiten und Grenzen von Arbeitsansätzen diskutiert wurden. Notwendig ist zudem jeweils eine sozialräumliche Analyse, die den Bedarf und das Defizit an bestimmten Angeboten feststellt.

Nach unserer Einschätzung sind folgende Punkte für die Weiterentwicklung von Frühen Hilfen maßgebend:

- Optimierung von regionalen Hilfenetzen statt Implementierung einzelner Modellprojekte
- Begleitung von Kommunen / Regionen bei der Umsetzung der Empfehlungen zu „Frühen Hilfen“

Frühe Hilfen müssen strukturell in einem System verankert werden, das Gesundheitswesen und Jugendhilfe verknüpft. In diesem Zusammenhang müssen die entsprechenden rechtlichen Grundlagen und Finanzierungsmöglichkeiten geklärt bzw. geschaffen werden. Voraussetzung für eine Implementierung ins

Regelsystem ist die Definition fachlicher Standards, welche die Übertragbarkeit der Konzepte in unterschiedliche Kontexte gewährleisten. Kommunen benötigen fachliche Beratung und Begleitung, um den sozialräumlichen Bedarf zu eruieren, die Anknüpfungspunkte Früher Hilfen vor Ort zu finden, und um ihre Hilfesysteme neu auszurichten.

6 Zusammenfassung

6.1 Zugang

Vorwiegend im Bereich des Gesundheitssystems besteht die Möglichkeit eines eher **systematischen und/oder breiten Zugangs** zu allen Familien (z.B. über Geburtskliniken oder Geburtsmeldungen beim Einwohnermeldeamt). Diese Vorgehensweise wird kaum als stigmatisierend wahrgenommen. Vereinzelt gibt es Kommunen, die diese Zugänge nutzen, z.B. in Form von Hausbesuchsdiensten rund um die Geburt. Entscheidend für die effektive Nutzung dieser Zugänge ist, Familien bei Bedarf in geeignete Hilfen zu vermitteln. Dies ist nur durch die systematische Verzahnung von Gesundheits- und Jugendhilfesystem möglich.

Der weitaus größte Anteil der untersuchten Projekte fällt in die Kategorie der eher **fokussierten und/oder spezifischen Zugänge**, die sich schon von vorne herein an bestimmte Teilpopulationen wenden. Sie sind zumeist im Jugendhilfebereich angesiedelt und setzen oft Eigenmotivation und Mobilität der Familien voraus, was gerade für belastete Familien eine hohe Zugangshürde darstellen kann. Aufsuchende Hilfen können hier Abhilfe schaffen, aber gleichzeitig stigmatisierend wirken. Selbstauswahl und Zuweisung haben starken Einfluss auf den Zugang der Familien zu den fokussierten Hilfen. Diese Prozesse können weder ganz aufgeklärt noch vollständig gesteuert werden.

6.2 Risikoerkennung

Allgemeine Screeningverfahren zur Erkennung von möglichen Risiken setzen idealerweise auf der Ebene der vorher betrachteten systematischen Zugänge zu Familien im medizinischen System an. Solche Verfahren werden bislang in

Deutschland nur punktuell angewendet. Umfang und Genauigkeit von Screenings müssen an ihrer Praxistauglichkeit und ihrer Legitimierbarkeit in Bezug auf den Eingriff in Persönlichkeitsrechte gemessen werden. Ausschlaggebend ist in jedem Fall ihre Validität in Bezug auf die sichere Identifizierung von Familien mit psychosozialen Risiken, die eine Gefährdung des Kindeswohls bedeuten können. In jedem Fall sollte sich ein differenzierendes persönliches Gespräch mit den auf diese Weise identifizierten Familien anschließen.

In der betrachteten Praxis der Sozialen Arbeit und des Gesundheitssystems werden Risiken für die Entwicklung von Kindern und Gefährdungen des Kindeswohls zumeist auf der Basis der jeweiligen Berufserfahrung abgeschätzt, zum Teil in Kombination mit einer Vielzahl von verschiedenen Instrumenten, deren Güte nicht immer überprüft ist. Hier geht es um die differenzierte Abschätzung von Belastungen und Ressourcen der Familien und den daraus resultierenden Hilfebedarf gemeinsam mit den Betroffenen.

Bei gewichtigen Hinweisen auf eine mögliche Gefährdung des Kindeswohls werden vor allem beim ASD verschiedene, umfangreichere und differenzierte Instrumente zur Gefährdungseinschätzung eingesetzt. Der Einsatz dieser „Kinderschutzbögen" in der Praxis der Arbeit in den Familien wird jedoch als sehr aufwendig beschrieben.

Im Gesundheitssystem bestehen Unsicherheiten in Bezug auf das Erkennen und Handeln im Fall von Kindeswohlgefährdung und Entwicklungsrisiken; im Jugendhilfesystem fehlt vielfach Fachwissen in Bezug auf Bedürfnisse und Entwicklung von Säuglingen. Multidisziplinarität ist notwendig, um die Wissensbestände aus beiden Systemen zusammenzuführen und zu nutzen. Von den PraktikerInnen werden Fortbildungen zum Thema Risiken und Kindeswohlgefährdung eingefordert und z. T. auch schon realisiert.

6.3 Motivation

Je höher die psychosozialen Belastungen und je geringer die Ressourcen sind, umso höher sind die Vernachlässigungsrisiken. Dieser Zusammenhang korrespondiert auch mit geringerer Eigeninitiative von Familien, welche die Anforderung an die psychosozialen/medizinischen Dienste erhöhen, selbst Motivierungsarbeit zu leisten. Andererseits haben gerade „Frühe Hilfen" eine große Chance, da es um einen neuen Anfang geht: (Fast) alle Eltern wollen, dass sich

ihre Kinder positiv entwickeln; rund um die Geburt sind sie noch nicht unbedingt resigniert, noch nicht im Scheitern als Eltern gefangen.

Center-based Angebote bieten den Vorteil, dass sie – da sie allen Familien offen stehen – wenig stigmatisierend und somit motivierend wirken können. Allerdings erfordert eine Komm-Struktur ein gewisses eigenes Engagement von Familien. Komm-Strukturen sind nur bedingt geeignet, belastete Familien zu erreichen (Präventionsdilemma). Insbesondere Elternkurse werden – das zeigen verschiedene empirische Studien - eher von bildungsorientierten Eltern aufgesucht.

Offene Treffs allerdings, die zentral und gut erreichbar liegen oder direkt inmitten eines sozialen Brennpunkt-Gebietes, können diesen Nachteil kompensieren, vor allem wenn sie neben Gesprächsangeboten auch praktische Unterstützung bieten, wie z.B. Kleiderkammer, Secondhand-Kinderwägen usw. Motivierend wirkt auch der Bekanntheitsgrad im Stadtteil.

Home-based Angebote haben demgegenüber vor allem in Bezug auf Familien in gravierenden Unterversorgungslagen in mehreren Lebensbereichen den Vorteil, dass sie wenig Eigenaktivität der Eltern erfordern. Diese Familien können vor allem durch aufsuchende und nachgehende Hilfen erreicht und zur Teilnahme motiviert werden, da die Hilfen auf die Familien zu gehen, den Alltagskontext der Familien aufnehmen. Die Hilfe kann im hohen Maße individualisiert gestaltet werden. Die Arbeit im privaten Raum der Familien fördert die Entwicklung einer Vertrauensbeziehung einerseits, wirft aber auch Fragen auf bezüglich der Gewährleistung des Schutzes der Privatheit. Die Annahme eines solchen Angebots erfordert deshalb häufig ein höheres Maß an Motivierungsarbeit durch die HelferInnen.

Niedrigschwelligkeit wird erreicht durch: nachgehende und aufsuchende Angebote, Vermittlung durch Vertrauenspersonen bzw. bekannte vertraute Institutionen im sozialen Nahraum, Absenkung bürokratischer Hürden, Kostenfreiheit der Angebote, Türöffner-Angebote (Kleiderkammer, Mittagstisch etc.) u.a.m.

Der Aufbau einer Vertrauensbeziehung ist unverzichtbar für die kontinuierliche, aktive Teilnahme der Familien. Dem Prinzip der Freiwilligkeit sind jedoch Grenzen gesetzt, wo bei den Familien keine Einsicht in notwendige Veränderungen besteht. Verbindliche Vereinbarungen, auch in Form von Auflagen gegebenenfalls in Kombination mit Sanktionen sind dann notwendig, um das Wohlergehen der Kinder in den Familien sicher zu stellen. Aber auch wenn am

Ausgangspunkt einer Hilfe eine gerichtliche Auflage der Eltern steht, Hilfe anzunehmen, gibt es gerade im Bereich der aufsuchenden Hilfen Möglichkeiten, Eltern durch Herstellen einer Vertrauensbasis für eine Kooperation zu gewinnen.

6.4 Entwicklung passgenauer Hilfen

Die Frage nach der „Bedarfsgerechtigkeit" und Passgenauigkeit beinhaltet die Frage, inwieweit welche Hilfe langfristig eine positive Wirkung auf die Eltern und Kinder hat. Die Beantwortung der Frage nach den Wirkmechanismen verschiedener Hilfen braucht weitere detailliertere Evaluationsforschung und kann im Rahmen der Kurzevaluation nicht beantwortet werden. Die Beurteilung von „Passgenauigkeit" bezieht sich in diesem Kapitel also eher auf äußere Aspekte und Kriterien der Beurteilung, vor allem auf eine Beurteilung, ob die Hilfen individuell angepasst werden können.
Die Passgenauigkeit und Bedarfsgerechtigkeit einer „Frühen Hilfe" kann auf zwei Ebenen hergestellt werden: innerhalb einer Hilfe (durch Anpassung von Faktoren wie Fokus der Hilfe, Methodisches Vorgehen, Zeitrahmen, Intensität) oder durch Kombination verschiedener Hilfen (parallel, nacheinander).

Die Hilfen können oberflächlich nach ihren Schwerpunkten unterschieden und Bedürfnissen von Familien zugeordnet werden: Eher standardisierte Angebote mit Komm-Strukturen passen vor allem für Eltern, deren Belastungen nicht sämtliche Lebensbereiche betreffen. Familien in gravierenden Unterversorgungslagen in vielen Bereichen und mit großen Risiken für das Aufwachsen der Kinder brauchen eher individualisierte, aufsuchende, sozialraumorientierte Hilfeformen, die die Förderung einer positiven Eltern-Kind-Interaktion mit vielfältiger alltagspraktischer Unterstützung verbinden, die zeitlich flexibel auf den Bedarf der Familien reagieren und eine längerfristige Begleitung und Betreuung umfassen. Die Kombination beider Ansätze scheint gerade für belastete Familien die aussichtsreichste Form der Unterstützung.

Die Lösung des Problems der Passgenauigkeit der verschiedenen Angebote im Bereich „Früher Hilfen", die Bewertung der jeweiligen „Notwendigkeit" und „Geeignetheit" findet im *praktischen Handeln* in einem *Einschätzungsprozess* statt, in dem eine Balance hergestellt werden muss zwischen der fachlichen Verantwortung der Fachkräfte einerseits und der Verantwortung der Mütter und Vä-

ter für ihre persönlichen Lebensentscheidungen andererseits - darunter auch für oder gegen die Annahme eines bestimmten Hilfeangebotes. Eine am medizinisch-diagnostischen Modell orientierte, expertokratisch formulierte Entscheidung ist im Bereich einer Unterstützung von Eltern in ihrer Lebensbewältigung allgemein und in Bezug auf die Förderung ihrer Erziehungskompetenz nicht angebracht.

Eine präzise Beurteilung der Passgenauigkeit der verschiedenen Ansätze im Bereich der Frühen Hilfen, bspw. für oder gegen eine Begleitung aus dem sozialpädagogischen oder aus dem medizinisch-pflegerischen Spektrum, kann im Rahmen der Kurzevaluation nicht getroffen werden; dazu braucht es eine Evaluation der Wirkung der jeweiligen Angebote unter Einbezug der Perspektive von NutzerInnen und deren Bedarf.

6.5 Monitoring

Die Fallverantwortung und das Monitoring im Bereich der Gefährdung von Kindern liegen eindeutig beim ASD. In der Praxis werden von Seiten des ASD vermehrt Kooperationsvereinbarungen in Bezug auf den § 8a SGB VIII mit den Maßnahmeträgern getroffen, die auch verbindliche Mitteilungspflichten beinhalten.

Unterhalb der Schwelle zu einer möglichen Gefährdung sind keine solchen eindeutigen Verantwortlichkeiten festgeschrieben. Belastete Familien mit prekären Ressourcen brauchen jedoch dringend Unterstützung bei der Vermittlung in geeignete Hilfen, die auch sichere Übergaben zwischen verschiedenen Systemen mit einschließt. Damit diese Familien und ihre Kinder nicht durch das soziale Netz fallen, müssen systematische Vernetzungsstrukturen der verschiedenen Angebote im Sozialraum initiiert und unterhalten werden. Hauptaspekt dabei muss die soziale Integration sowie Verbesserung von Teilhabechancen und nicht soziale Kontrolle sein.

Familien mit ausreichenden persönlichen und sozialen Ressourcen können sich die notwendige Unterstützung selbst organisieren. Sie wollen und brauchen keine Überwachung, sondern ausreichende, gut erreichbare Angebote.

6.6 Implementation in das Regelsystem

Anhaltspunkte für eine Bewertung der untersuchten Projekte finden sich in den vorherigen Abschnitten, in denen Möglichkeiten und Grenzen von Arbeitsansätzen diskutiert wurden. Es ist aus unterschiedlichen Gründen nicht möglich, Empfehlungen für die Implementierung *einzelner Modelle* in das Regelsystem zu geben: Alle untersuchten Arbeitsansätze decken verschiedene Teilbereiche der durch das Aktionsprogramm postulierten Dimensionen mehr oder minder gut ab. Kein praktischer Ansatz ist jedoch allein in der Lage, allen Anforderungen gerecht zu werden. Nach Ansicht der AutorInnen kann dies generell nur durch das aufeinander bezogene Zusammenspiel vieler verschiedener Ansätze aus unterschiedlichen Fachbereichen gelingen. Der Aufbau solcher Netzwerke wurde ebenfalls in der Praxis beobachtet, hängt aber derzeit stark vom persönlichen Engagement einzelner Personen oder Gruppierungen ab.

Nach unserer Einschätzung sind folgende Punkte für die Weiterentwicklung von Frühen Hilfen maßgebend:

- eine sozialräumliche Analyse, die den Bedarf und das Defizit an bestimmten Angeboten feststellt.
- Optimierung von regionalen Hilfenetzen statt Implementierung einzelner Modellprojekte
- Begleitung von Kommunen / Regionen bei der Umsetzung der Empfehlungen zu „Frühen Hilfen“

Frühe Hilfen müssen strukturell in einem System verankert werden, das Gesundheitswesen und Jugendhilfe verknüpft. In diesem Zusammenhang müssen die entsprechenden rechtlichen Grundlagen und Finanzierungsmöglichkeiten geklärt bzw. geschaffen werden. Voraussetzung für eine Implementierung ins Regelsystem ist die Definition fachlicher Standards, welche die Übertragbarkeit der Konzepte in unterschiedliche Kontexte gewährleisten. Kommunen benötigen fachliche Beratung und Begleitung, um den sozialräumlichen Bedarf zu eruieren, Anknüpfungspunkte Früher Hilfen vor Ort zu finden, und um ihre Hilfesysteme neu auszurichten.

7 Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung

Im Verlauf der Erhebung und Auswertung der vorliegenden Daten haben sich folgende Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung „Früher Hilfen und sozialer Frühwarnsysteme“ ergeben:

a) Prüfung der zur Verfügung stehenden Ressourcen in den allgemeinen Sozialdiensten
b) Ausbau der systematischen Zugänge zu Familien über das medizinische System
c) Entwicklung einheitlicher und praxistauglicher Instrumente zur Einschätzung von Risiken und Gefährdung des Kindeswohls
d) Weiterentwicklung von Eltern aktivierenden Ansätzen in der Arbeit mit Familien in gravierenden Unterversorgungslagen
e) Fortbildung und Erfahrungsaustausch über die Grenzen der verschiedenen Disziplinen hinweg
f) Klärung von Fragen des Datenschutzes bezüglich der Weitergabe von Informationen
g) Entwicklung neuer Finanzierungsmodelle zwischen Jugend- und Gesundheitshilfe
h) Initiierung von lokalen Netzwerken „Frühe Hilfen“ mit Navigationshilfen für alle Familien
i) Langfristige Evaluation verschiedener Ansätze unter Einbezug der NutzerInnenperspektive

8 Empfehlungen

8.1 Das Netzwerk „Frühe Hilfen“

Im Rahmen dieser Untersuchung hat das Projektteam des DJI viele engagierte Menschen und interessante Projekte im Bereich „Früher Hilfen“ in ganz Deutschland kennen gelernt. Die jeweiligen Arbeitsansätze bewegten sich dabei auf vielen unterschiedlichen Ebenen und reichten von hoch spezialisierten Einzelhilfen bis hin zu gemeinwesenorientierten komplexen Einrichtungen. Schon nach wenigen Projektbesuchen wurde jedoch deutlich, dass kein einzelnes Hilfsangebot allein in der Lage sein könnte, alle Kriterien des Aktionsprogramms des BMFSFJ in gleicher Weise abzudecken. Auch haben wir beobachten können, dass die Reichweite und der Erfolg einzelner Maßnahmen deutlich vom Grad ihrer Einbindung in ein lokales Kooperationsnetzwerk abhängen. Ein identischer, fachlich hoch stehender Arbeitsansatz kann so in der einen Kommune ein essenzieller Baustein im Bereich Früher Hilfen sein, während er in einer anderen Kommune kaum zum Tragen kommt. Unsere zentrale Schlussfolgerung lautet deshalb:

Nicht einzelne Modelle für sich können eine gute Versorgung von Familien mit Unterstützungsangeboten gewährleisten und den Schutz von Kindern verbessern, dies gelingt nur in einem umfassenden und differenzierten Netzwerk „Frühe Hilfen“.

Dabei gilt es auch, die spezifischen Kompetenzen unterschiedlicher Professionen, vor allem aus den Bereichen Jugendhilfe und Gesundheitshilfe, systematisch mit einzubeziehen. Nur ein solches Netzwerk kann auch gleichzeitig Träger eines lokalen/regionalen sozialen Frühwarnsystems sein.

8.1.1 Struktur und Funktionselemente

An dieser Stelle wollen wir aber nicht nur die oft gehörte Forderung nach einer besseren Vernetzung aller relevanten Akteure wiederholen. Vielmehr geht es um die Schaffung und den Ausbau **definierter Netze** im Bereich „Früher Hilfen“ (siehe Abbildung 15).

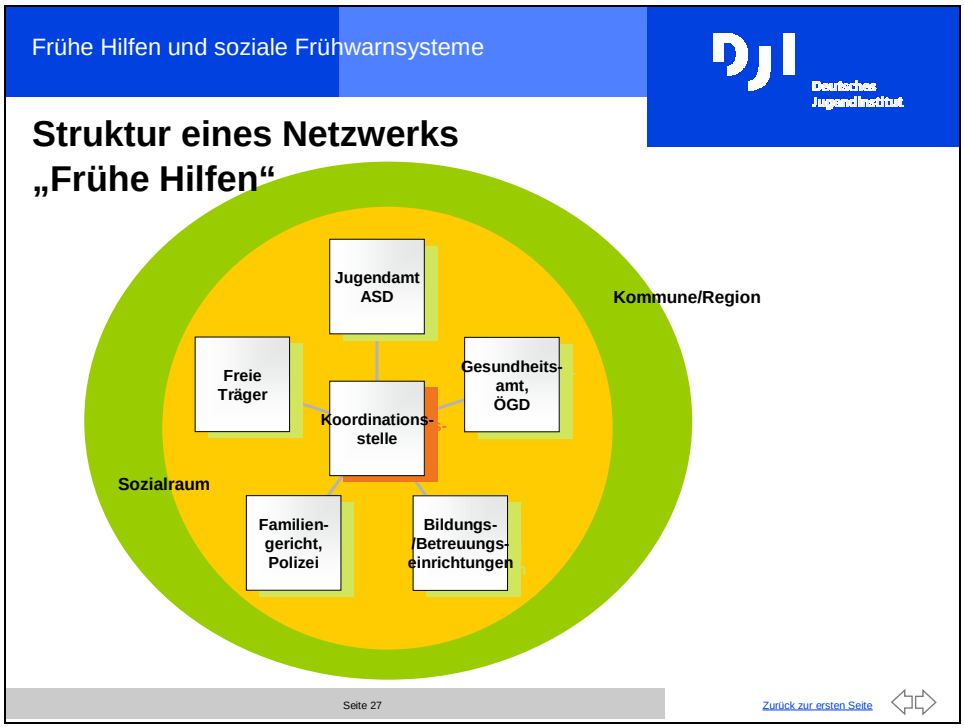

Abbildung 15: Struktur eines Netzwerks „Frühe Hilfen“

Den Ausgangspunkt bildet eine Kommune, ein Landkreis oder eine Region. Damit ein solches Netzwerk initiiert werden kann und langfristig Bestand hat, muss es eine zentrale Koordinierungsstelle geben, die auch an schon vorhandenen Strukturen, wie z.B. dem ASD, angesiedelt werden kann. Die Koordinierungsstelle ist der Knotenpunkt für die unterschiedlichen Systeme, die im Bereich „Früher Hilfen“ eine Rolle spielen. Die wichtigsten sind: das Jugendamt bzw. der ASD als öffentlicher Träger der Jugendhilfe (SozialarbeiterInnen), die Freien Träger der Jugendhilfe als Maßnahmeträger konkreter Projekte (SozialpädagogInnen, PädagogInnen, PsychologInnen), das Gesundheitswesen (ÄrztInnen, Kinderkrankenschwestern, Hebammen, Kliniken) und der öffentliche Gesundheitsdienst, die Bildungs- und Betreuungseinrichtungen (ErzieherInnen) für Familien mit Kindern sowie die Polizei und die Familiengerichtsbarkeit (RichterInnen, AnwältInnen).

Ein Netzwerk „Frühe Hilfen“ kann aber auch über seine Funktionen definiert werden. Folgende Funktionen sind unverzichtbar (die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit):

- Koordinierung (nach Innen), Öffentlichkeitsarbeit (nach Außen)
- Früher, systematischer, breiter Zugang: z.B. Erstbesuchsdienst, Versand von Infomaterial/Begrüßungspaket

- Filter zur Identifizierung von Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf: Screening in der Klinik, interdisziplinärer Austausch von Daten, Runde Tische
- Offene Angebote: Elterntreff, Beratungsstelle, Familienbildungsstätte
- Bedarfsgerechte und/oder zielgruppenspezifische Angebote, z.B. für Familien mit Migrationshintergrund
- Entlastungsangebote: z.B. Haushaltshilfe, Kinderbetreuung
- Aufsuchende Hilfen für Familien mit wenigen eigenen Ressourcen: Hebammen, Kinderkrankenschwestern, Familienhilfe, Laien
- Krisendienst, Hotline, Notfallambulanz z.B. für Schreibabys

8.1.2 Auswirkungen auf die Arbeit in den Projekten

Die Verortung in einem interdisziplinären Netzwerk „Frühe Hilfen" kann für einzelne Projekte Vorteile auf allen Qualitätsdimensionen des Aktionsprogramms des BMFSFJ bedeuten:

- **Zugang**: Synergieeffekte in der Öffentlichkeitsarbeit (das eigene Projekt durch breit gestreute Verteiler bekannt machen), Multiplikatoren gezielt informieren, Überweisungswege bahnen, Familien dadurch frühzeitig erreichen
- **Risiken erkennen**: Konsultationen mit Kollegen aus anderen Fachbereichen, Förderung einer ganzheitlichen Betrachtungsweise im Zusammenspiel der unterschiedlichen Professionen mit ihren unterschiedlichen Perspektiven auf Familien
- **Motivation**: Überzeugungsarbeit durch Vertrauenspersonen im Netz zur Annahme von und Verbleib in Hilfen
- **Passgenaue Hilfen**: Auswahl der geeigneten Hilfe aus dem lokalen Hilfespektrum zusammen mit den Familien, fachübergreifende gemeinsame Planung von Hilfeprozessen jenseits der Zuständigkeit des ASD, Zusammenarbeit für gleichzeitige und/oder aufeinander folgende Hilfen, sichere Übergaben
- **Monitoring**: Gemeinsame Übernahme von Verantwortung z.B. Weitergabe von Informationen, verbindliche Rückmeldungen und sichere Überleitung in Anschlusshilfen auch jenseits des Verantwortungsbereichs des ASD

- **Implementierung**: gemeinsame sozialraumorientierte Analyse der vorhandenen Angebote und Bedarfe, darauf aufbauend gezielte Ergänzung des Hilfenetzes und Modifikation der einzelnen Angebote

8.1.3 Projektübergreifende Vorzüge

Da das Ganze bekanntlich mehr ist als die Summe seiner Teile, kann ein Netzwerk „Frühe Hilfen" auch über den Nutzen für einzelne Projekte hinaus Vorteile bieten. Dazu gehören:

- Fallübergreifender fachlicher Austausch zwischen den verschiedenen Professionen und Hilfesystemen
- Gemeinsame, fachübergreifende Qualifizierung der MitarbeiterInnen
- Gemeinsame regionale Hilfeplanung
- Aufbau von Kooperationsbeziehungen auf der Basis von jeweils spezifischen Profilen der einzelnen Partner, statt Konkurrenz um Mittel mit ähnlichen oder gar parallelen Angeboten
- Bessere Nutzung begrenzter Ressourcen durch Synergieeffekte und gemeinsame Finanzierung von fachübergreifenden Vorhaben aus unterschiedlichen Finanzressorts

8.1.4 Voraussetzungen und Strategien für die Implementierung

Bevor der Startschuss für ein lokales Netzwerk „Frühe Hilfen" gegeben werden kann, gilt es, einige wichtige Entscheidungen zu treffen und notwendige Voraussetzungen zu schaffen. Aus den langjährigen Erfahrungen mit der Begleitung einer Vielzahl von Modellprojekten durch die MitarbeiterInnen des DJI lassen sich folgende Empfehlungen ableiten:

- Initiative: Die Kommune muss aktiv werden und ein Netzwerk initiieren (Top-down Strategie). Dies gilt insbesondere für Kommunen und Regionen, in denen bislang noch keine entsprechenden Anstrengungen unternommen wurden. Doch auch wenn es bereits an der Basis viel Engagement im Bereich Früher Hilfen gibt, ist es für alle Beteiligten wichtig, dass das Netzwerk von den politisch und verwaltungstechnisch verantwortlichen Personen und Strukturen getragen und aktiv unterstützt wird.
- Steuerung: Die Verantwortlichkeit muss geklärt sein - wer ist federführend (Jugendamt, Gesundheitsamt, beide oder andere)? Hier gibt es

(noch) keine eindeutige Empfehlung für ein bestimmtes Ressort, die Führung muss nur eindeutig festgelegt und von den Beteiligten akzeptiert sein.

- Sozialraumanalyse: Der erste Arbeitsschritt sollte in jedem Fall die genaue Analyse der lokalen Gegebenheiten (Zielgruppen, laufende Angebote, aktuelle Probleme) sein, damit identifizierte Schwachstellen gezielt verbessert und Lücken bedarfsgerecht gefüllt werden können.
- Bausteine: Die potenziellen NetzwerkpartnerInnen in den bisher getrennten Bereichen müssen ausfindig gemacht und aktiviert werden. Dazu sollten eine Reihe von gemeinsamen Veranstaltungen geplant werden.
- Ressourcen: Sowohl für die Netzwerkpartner als auch für die Koordinationsstelle müssen ausreichende Ressourcen (Zeit, Geld, Personen) für die Netzwerkarbeit zur Verfügung gestellt werden. Es kann nicht generell davon ausgegangen werden, dass dies neben dem Tagesgeschäft geleistet werden kann. Stehen keine zusätzlichen Ressourcen zur Verfügung, bleibt es oft dem überdurchschnittlichen Engagement einzelner Personen überlassen, wie gut und tragfähig ein solches Netzwerk geknüpft werden kann. Scheiden diese Personen, aus welchen Gründen auch immer, aus dem Arbeitsfeld aus, steht die Ganze bis dahin aufgebaute Struktur in Frage. Die Kontinuität der Arbeit in einem Netzwerk ist also auch vom gezielten Ressourceneinsatz abhängig.
- Öffentlichkeitsarbeit: Das Netzwerk als Ganzes, aber auch seine Teile müssen vielen unterschiedlichen Adressaten bekannt gemacht werden. Da sind einmal die NutzerInnen selbst, die nur von Angeboten Gebrauch machen können, welche ihnen auch bekannt sind. Aber auch die allgemeine Öffentlichkeit sollte informiert sein, damit eine breite Akzeptanz für die Angebote hergestellt werden kann. Die Fachöffentlichkeit sollte detailliertere Informationen erhalten und zur Mitgestaltung des Netzwerks eingeladen werden. Auch überörtliche Gremien und Entscheidungsträger (Nachbarkommunen, Bezirke, Landesministerien usw.) sollten in geeigneter Form auf die Aktivitäten aufmerksam gemacht werden, da sie oft als Vermittler zu nützlichen Kontakten dienen können.

- Evaluation: Die Arbeit des Netzwerks sollte laufend überprüft und reflektiert werden, um es den sich verändernden Bedarfen anpassen zu können („lessons learned“).

Damit lokale Aktivitäten erfolgreich sein können, gibt es eine Reihe von Unterstützungsmöglichkeiten auf übergeordneten Ebenen (siehe Abbildung 16), wie sie auch im geplanten „Nationalen Zentrum Frühe Hilfen“ angedacht sind. Dazu gehört neben einer Beratung vor Ort durch ausgewiesene Experten, auch die Bildung von regionalen Arbeitsgruppen zum Erfahrungsaustausch. Die Bundesländer können eigene Förderprogramme auflegen und inhaltliche Schwerpunkte setzen. Der Wissenstransfer über die Ländergrenzen hinaus kann durch bundesweite Fachtagungen organisiert werden. Auf dieser Ebene können auch Erfahrungen aus dem europäischen Raum oder aus internationalen Studien eingespeist werden.

Abbildung 16: Implementierungsstrategie für ein Netzwerk „Frühe Hilfen“

8.2 Evaluationsperspektiven

Die Kurzevaluation hatte folgende Grenzen:

- Es können keine Aussagen zu notwendigen Rahmenbedingungen (Ressourcen, Vernetzung, Standards usw.) „Früher Hilfen und sozialer Frühwarnsysteme“ gemacht werden;
- die Zufriedenheit und Akzeptanz aus der Perspektive der NutzerInnen konnte nicht erhoben werden;
- die Wirksamkeit der Arbeitsansätze im Sinne der Outcomes I-III der Dimensionen von Evaluation (siehe Abbildung 1, S. 11) konnte nicht untersucht werden.

Ziel einer vertiefenden Evaluation sollte es sein, für die bundesweite Fachdiskussion in Bezug auf Konzept-, Prozess-, Struktur- und Ergebnis-Aspekte Standards zur Qualitätssicherung im Bereich „Früher Hilfen“ zu erarbeiten. Eine Evaluation verschiedener Modelle und Arbeitsansätze muss auf einem bundesweiten Vergleich beruhen. Essentials einer formativen, d.h. an der Weiterentwicklung der Praxis orientierten Evaluation sind:

- Eine Bewertung der Modelle hinsichtlich ihrer Verortung und Vernetzung im Sozialraum. Hier geht es insbesondere um Fragen der sinnvollen Verknüpfung und Kooperation von medizinischem und Jugendhilfe-System, frühzeitiges Wahrnehmen von Hilfebedarf und um angemessene Übergangs- und Vermittlungsstrukturen.
- Die Erkundung und Auswertung der Möglichkeiten und Grenzen unterschiedlicher Arbeitsansätze und der notwendigen Rahmenbedingungen, d.h. eine Bewertung der Modelle hinsichtlich der Perspektive der NutzerInnen:
  - Was bewirken die Hilfen in Bezug auf die AdressatInnen /NutzerInnen?
  - Welche Verfahren und Methoden erweisen sich dabei als sinnvoll für eine Unterstützung und Förderung der Eltern-Kind- Beziehungen in der Zeit von der Schwangerschaft bis die Kinder 3 Jahre alt sind?
  - Was bewirken die Hilfen für die Entwicklung und Lebenssituation der Kinder?

In die Evaluation einbezogen werden sollten auch Aspekte wie Stadt-Land-Unterschiede, Ost-West-Vergleich. Unabdingbar in diesem komplexen Arbeitsfeld ist eine Multiperspektivität der erhobenen Daten, d.h. nicht nur die unmittelbar „Frühe Hilfen" leistenden Fachkräfte und die NutzerInnen der Hilfen sind zu befragen, sondern ebenfalls sozialraumorientiert die damit verknüpften und vernetzten Fachkräfte der Jugend- und Gesundheitshilfe. Sinnvoll erscheint zudem ein Follow-up, d.h. eine Nachbefragung der NutzerInnen bspw. nach einem Jahr nach Beendigung der Hilfe.

9 Anhang: Projektbeschreibungen

Die folgenden Beschreibungen der einzelnen Projekte basieren in erster Linie auf den öffentlich zugänglichen Informationsmaterialien der jeweiligen Projekte und auf den Strukturdaten aus dem Fragebogen. Sie enthalten keine Bewertungen in Bezug auf die Kriterien des Aktionsprogramms. Allen Projektbeschreibungen sind Zuordnungen auf den unter Punkt 4. aufgeführten Dimensionen vorangestellt, um der Leserin/dem Leser einen raschen Überblick zu ermöglichen. Die Reihenfolge der aufgeführten Projekte bezieht sich auf Tabelle 1, S. 23, geordnet nach Bundesländern (in alphabetischer Reihenfolge).

9.1 Hausbesuchsangebot des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes Steglitz-Zehlendorf /Projekt „Ich bin stark im Babyjahr", Weg der Mitte e.V.

Zielgruppe	Sozial benachteiligte und belastete Familien
Angebotsbreite	Ersthausbesuchsdienst mit Case Management Funktion in Verbindung mit Familienhilfe und Gruppenangeboten
Verortung	Home-based mit Anteilen center-based
Vorgehensweise	bedarfs-, prozess- und zielorientiert
Setting	Familien – Gruppe
Methoden	Case Management - Betreuung – Medizinische Versorgung – Wissensvermittlung – Beratung
Fokus	Alltagspraxis– Beziehung – Pflege – Soziale Integration
Frequenz	nach Bedarf
Zeitrahmen	1. Lebensjahr des Kindes
Trägerschaft/Finanzierung:	kommunal – Stiftungsmittel
Professionen	Sozialpädagogik - Familienpflege mit Zusatz-ausbildung in der Säuglingspflege
Zuordnung	Gesundheitshilfe

Der Berliner Bezirk Steglitz-Zehlendorf unterhält im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) einen *Erst-Hausbesuchsdienst* nach der Geburt, der von 13 festangestellten SozialpädagogInnen durchgeführt wird. Da der KJGD alle Geburtsmeldungen erhält, wird bestimmten Familien mit der Verschickung vom Impfbuch und sonstigen Informationsmaterialien zu Hilfen im Stadtteil das Angebot zum Hausbesuch gemacht

mitsamt Terminvorschlag. Da die Ressourcen nicht ausreichen, um insgesamt alle Familien zu besuchen, wird allen Familien mit dem ersten Kind, Familien mit Mehrlingsgeburten, Familien ab der Geburt des dritten Kindes, allen Alleinerziehenden und allen Frauen mit Migrationshintergrund ein Besuch angeboten. Etwa 60 % der Familien nehmen das Angebot an. Dieser Besuch dient als „Türöffner", um weitere Hilfen anzubieten, falls es notwendig ist. Die SozialpädagogInnen des KJGD sehen sich als klassische Case ManagerInnen. Nach eigener Einschätzung werden durchaus potenzielle Risikolagen von Familien auf diese Art und Weise aufgedeckt. Bei diesem Erstbesuch wird zudem – falls erforderlich – nach der Methode des Human Social Functioning ein Beratungs- und Hilfestellungsbogen angewendet, mit dem der Bedarf der jeweiligen Familien mit ihnen gemeinsam systematisch eruieren werden soll.

Mit Einwilligung der Eltern kann der Bogen in einigen Fällen dann an das Jugendamt weitergegeben werden, falls eine Sozialpädagogische Familienhilfe als notwendig und geeignet erscheint. Als weitere niedrigschwellige Hilfe kann der KJGD die Unterstützung durch das *Projekt „Ich bin stark im Babyjahr*" vermitteln, durch das junge, hoch belastete Familien mit Säuglingen und Kleinkindern im ersten Jahr nach der Geburt begleitet werden. Es ist eine aufsuchende Familienhilfe zwischen Familienpflege und Sozialpädagogischer Familienhilfe, entstanden aus den Erfahrungen mit Familienpflege des Trägers „Weg der Mitte e.V.", ein gemeinnütziger Verein für ganzheitliche Gesundheit, Bildung und Soziales. Er existiert seit 1977. Der Verein ist Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband und bietet das Projekt „Ich bin stark im Babyjahr" seit 2004 im Rahmen seiner Sozialen Dienste an.

Das Angebot ist kostenlos und wird durch die „Aktion Mensch" finanziell gefördert. Es ist bis Mitte 2007 befristet bzw. bis dahin ist die Unterstützung durch die „Aktion Mensch" gesichert. Eine Finanzierung aus der Regelförderung gestaltet sich als schwierig, es gibt für diese Zwischenform von Hilfe keine gesetzliche Grundlage: SPFH zu hochschwellig, § 20 KJHG zu „schmal".

Das *Team des Projektes* setzt sich aus einer Familienpflegerin, einer Erzieherin, einer Sozialarbeiterin und einer Krankenschwester zusammen. Diese sind jeweils in Teilzeit auf insgesamt zwei Vollzeitäquivalenten angestellt. Zusätzlich bringen sich etwa fünf Ehrenamtliche in die Projektarbeit ein. Der Einsatz von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen zielt darauf ab, bürgerschaftliches Engagement auf Bereiche der Kinder- und Jugendhilfe auszuweiten; ihr Einsatz beschränkt sich allerdings hauptsächlich auf Entlastung durch Kinderbetreuung. In dringenden Notfällen ist eine schnelle Reaktion durch den vorübergehenden Einsatz einer der 35 fest angestellten Familienpflegerinnen des Trägers möglich, bis im Team der Familienhilfe wieder Kapazität frei ist.

Die Mitarbeiterinnen im Projekt wurden über begleitende Wochenendkurse in die Arbeit mit hoch belasteten Familien mit Säuglingen eingeführt. Dabei ging es um Themen wie Säuglingspflege, Gesprächsführung, Signale des Säuglings, non-verbale

Kommunikation, psychische Erkrankungen und Wochenbettdepressionen. Weitere Aspekte sind Unfallverhütung im Kleinkindalter, Gewaltprävention, Konfliktlösungsstrategien, Erkennen von Alkohol- und Drogenmissbrauch. Neben Supervision, Teamsitzungen und interner Fachberatung finden einmal im Monat Mitarbeiterinnen-Fortbildungsabende statt.

Die *Zielgruppe* für „Ich bin stark im Babyjahr" umfasst vorrangig allein erziehende Eltern (Scheidungsfamilien), minderjährige Mütter, hoch belastete und/oder sozial benachteiligte Familien, Familien mit Migrationshintergrund sowie Familien mit chronisch kranken Kindern. Als zwei besonders hilfebedürftige Zielgruppen werden genannt: Sehr verunsicherte, ältere Erstgebärende; sehr junge Mütter, vor allem türkischer Herkunft mit Gewalterfahrungen in der eigenen Biographie.

Örtlich bezieht sich das Projekt auf den gesamten Raum Berlin. Jährlich nehmen 50 bis 60 Familien das Angebot wahr. Die KlientInnen melden sich selbst oder werden vermittelt durch den KJGD in Steglitz-Zehlendorf, über den Familienpflegedienst oder auch über andere Akteure im Sozialraum. Über einen Abbruch der Teilnahme wird der Allgemeine Sozialdienst und der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst informiert, falls eine Gefährdung eines Kindes wahrgenommen wird.

Ziel ist der Arbeit ist es, den Müttern/Vätern Wissen über die kindliche Entwicklung zu vermitteln und auf entwicklungsfördernde Faktoren im System Familie unter Einbeziehung kultureller Besonderheiten zu fokussieren; zudem den Eltern entlastende Unterstützung zu geben. Die Eltern sollen in ihrem Selbstverständnis als Förderer der kognitiven, motorischen, emotionalen, sozialen und sprachlichen Entwicklung ihres Kindes gestärkt werden. Auch der Bindungsaufbau zwischen Eltern und Kind soll unterstützt werden. Auf diese Weise sollen Kindesmisshandlung und Vernachlässigung verhindert und die Chancen der Kinder auf eine nachhaltige gesunde Entwicklung erhöht werden. Schwerpunkte sind dabei die Vermittlung alltagstauglicher Gesundheitsstrategien (Settingansatz), bezogen auf Ernährung, Pflege, Erziehung, Umgang mit Konflikten und Stressmanagement. Außerdem geht es darum, die Bedeutung entwicklungsfördernder Bedingungen im ersten und zweiten Lebensjahr auf Seiten der Eltern, wie aufmerksame Zuwendung, Körperkontakt, verbale Stimulierung, Materialanregung und Responsivität zu verdeutlichen.

Die Leistungen der MitarbeiterInnen bestehen aus regelmäßigen Hausbesuchen (ein- bis zweimal in der Woche, nach Bedarf auch häufiger), Hausbesuchen nach telefonischer Vereinbarung, telefonischer Beratung, der Vermittlung weiterführender Hilfen sowie psycho-edukativer Arbeit. Das Projekt ist niedrigschwellig angelegt. Gemeinsam mit den Eltern werden Dauer, Umfang und inhaltliche Schwerpunkte/Ziele festgelegt. Die Arbeit dieses Programms ist immer aufsuchend, TeilnehmerInnen sind Eltern mit ihren Kindern. Die Leistungen werden jeweils einzeln für eine Familie an-

geboten, d.h., es gibt keine Gruppenarbeit. Im Durchschnitt dauert die Begleitung neun Monate, es sind aber auch einmalige Beratungsgespräche möglich.

Leitfäden für das Erstgespräch, für Zwischenbilanzen, für das Abschlussgespräch sollen die Arbeit strukturieren, die systematisch mit einem Dokumentations-Blatt ausgewertet wird.

Das Projekt hat zahlreiche Kooperationspartner, darunter Jugendämter, den regionalen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Hebammen und Geburtshäuser, die Sozialdienste der Krankenhäuser, ÄrztInnen, Alleinerziehendenverbände, Familien- und Schwangerenberatung, Mutter-Kind-Einrichtungen, Wohnprojekte/betreutes Wohnen etc. Im Einzelfall ist insbesondere die Zusammenarbeit mit Hebammen hervorzuheben. Durch die Kooperationen ist ein Netzwerk für Kinderschutz und Prävention angestrebt worden: So kann das Projekt z.B. durch die Vermittlung von ÄrztInnen, Hebammen oder dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst oft schon direkt nach der Geburt eines Kindes in der betreffenden Familie tätig werden.

Die Einbindung in den Familienpflegedienst des Trägervereins trägt zu einem wenig stigmatisierenden Zugang zu den Familien bei. Durch den Familienpflegedienst werden seit 1990 MitarbeiterInnnen in Familien vermittelt, in denen der haushaltsführende Elternteil erkrankt ist, im Krankenhaus liegt oder gerade entbunden hat. Neben dem Familienpflegedienst und „Ich bin stark im Babyjahr“ umfasst die Angebotspalette des Vereins „Weg der Mitte“ einen ehrenamtlichen Besuchsdienst „Engel in Aktion“, einen Modellkindergarten und eine Gesundheitsberatung für Familien.

Im KJGD sieht man die Notwendigkeit, diese aufsuchende Hilfe im Bezirk durch offene Treffen von Müttern und durch weitere Mütter-Gruppen an verschiedenen Standorten im Stadtteil zu ergänzen; vor allem durch kostenlose Angebote, da die Angebote der Familienbildungsstätten für Kiez-Familien zu teuer sind.

Zudem ist es ein Ziel des regionalen KJGD, die Vernetzung mit dem Sozialmedizinischen Dienst und den im Bezirk ansässigen GynäkologInnen zu verstärken, um den vorgeburtlichen Bereich besser abdecken zu können in Bezug auf notwendige, rechtzeitige Hilfe.

Kontakt und Information:

Renate Dümchen, Leiterin des KJGD,
duemchen-r@stegl-zehl.verwalt-berlin.de
Projekt „Ich bin stark im Babyjahr“:
Astrid Kleinke, Leitung des Zentrums „Weg der Mitte e.V.l“,
Ortrun Simon, Mitarbeiterin Projekt „Ich bin stark im Babyjahr“:
berlin@wegdermitte.de, Homepage: www.wegdermitte.de

9.2 Frühe Hilfen“ im Jugendamt Charlottenburg-Wilmersdorf /„Haus des Säuglings

Zielgruppe	Vorrangig sozial benachteiligte Familien
Angebotsbreite	Kombination: Hausbesuchsdienst – Gruppenangebote – ärztliche. Sprechstundeaufsuchende Elternhilfe
Verortung	home-based mit Anteilen center-based
Vorgehensweise	bedarfs-, prozess- und zielorientiert mit curricularem Anteil (aufsuchende Elternhilfe)
Setting	Familien – Gruppe
Methoden	medizinische Versorgung – Beratung – Betreuung – Wissensvermittlung
Fokus	Pflege – Alltagspraxis – Beziehung – Soziale Integration
Frequenz	nach Bedarf
Zeitrahmen	Schwangerschaft – 1. Lebensjahr des Kindes
Trägerschaft/Finanzierung:	kommunal – Stiftungsmittel – Spenden
Professionen	Sozialpädagogisch – medizinisch/pflegerisch
Zuordnung	Erst Jugendhilfe; ab 2007 z. T. Wechsel in die Gesundheitshilfe

Das „*Haus des Säuglings*“ ist eine spezielle Beratungsstelle des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes mit einem offenen Treff für Eltern, der 1991 zur Unterstützung schwangerer Frauen und Familien mit Säuglingen im Bezirk Berlin-Charlottenburg (jetzt Charlottenburg-Wilmersdorf) von der damals noch bestehenden Abteilung Gesundheitswesen eingerichtet wurde. Seit einer Umstrukturierung 1996 ist das „Haus des Säuglings“ eine von vier Arbeitsgruppen des Fachbereichs für Gesundheitliche Dienste im *Jugendamt*.[5] Träger dieses Angebots ist die Kommune, es ist ein unbefristetes, verstetigtes Regelangebot.

Im „Haus des Säuglings“ arbeiten fünf Sozialarbeiterinnen in Teilzeit und zwei Kinderkrankenschwestern mit je einer Dreiviertel-Stelle. Ein Kinderarzt des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes hält zweimal wöchentlich eine Sprechstunde ab.

Die *Zielgruppe* umfasst alle Familien mit Säuglingen in den ersten sechs Lebensmonaten im Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf bezogen. Dort gibt es ca. 2000 Gebur-

[5] Ist aber im Zuge einer Umstrukturierung Ende 2006 wieder aus dem Jugendamt ausgegliedert und in den Gesundheitsdienst integriert worden.

ten im Jahr; der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst erhält alle Geburtsmeldungen, und mit einem Glückwunschschreiben des Stadtrates wird in einem so genannten Erstbrief über die Hilfeangebote des Jugendamtes informiert. Aufgrund der Geburtsmeldungen werden *Ersthausbesuche* des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes, also der MitarbeiterInnen im Haus des Säuglings angeboten, jedoch nicht flächendeckend, sondern nur, wenn bestimmte Kriterien vorliegen (sehr junge Mütter, Risikoschwangerschaft, Mehrlingsgeburten etc.) und wenn die Familien damit einverstanden sind. Die beiden Kinderkrankenschwestern des „Haus des Säuglings" gehen überdies zweimal wöchentlich in die bezirkliche Entbindungsklinik und stellen persönlichen Kontakt zu Müttern mit Neugeborenem und dem Klinikpersonal her.

In 20-25 % der Familien mit Neugeborenem wird ein Erst-Hausbesuch durch die Mitarbeiterinnen im Haus des Säuglings durchgeführt, das sind ca. 360 Familien. In 40-50 Familien davon werden Belastungen festgestellt, in denen eine Vermittlung in entsprechende Hilfeangebote versucht wird (Therapeutischer Dienst, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst, Erziehungs- und Familienberatung, Allgemeiner Sozialpädagogischer Dienst, Aufsuchende Elternhilfe, oder Nutzung der Angebote im Haus des Säuglings).

Die NutzerInnen kommen auch aus eigener Initiative in den offenen Treff oder die Elternkursangebote im „Haus des Säuglings", das verkehrsgünstig und gut erreichbar in einer Nebenstraße vom Einkaufszentrum Wilmersdorf liegt. Es gibt zudem Überweisungen durch den Allgemeinen Sozialdienst, bei drohenden Kindeswohlgefährdungen gibt es sogar in manchen Fällen die Auflage, dass eine Mutter regelmäßig ihren Säugling den Kinderkrankenschwestern vorstellen muss. Die Zusammenarbeit mit dem ASD wird insgesamt als sehr eng geschildert.

Die Inhalte der Arbeit werden im Wesentlichen durch das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) bestimmt. Im Sinne der WHO wird hier Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit verstanden, sondern als Zustand des Wohlbefindens in psychischer, physischer, sozialer, materieller und umweltbedingter Hinsicht.

Die Angebote im „Haus des Säuglings" befinden sich alle unter einem Dach. Sie sind niedrigschwellig in Bezug auf Zeit, Ort und Kosten. So gibt es eine tägliche Beratungssprechstunde und die Einrichtung liegt sehr zentral im Bezirk, dass sie zu Fuß für die Familien erreichbar ist. Neben kleineren Beträgen für manche Kurse ist das Programm für die KlientInnen kostenlos.

Im Zusammenhang der Erst-Hausbesuche nach der Geburt an beraten und begleiten die Sozialpädagoginnen bei gesundheitlichen, psychosozialen, wirtschaftlichen und rechtlichen Fragen und Problemen. Gefährdungen der kindlichen Entwicklung können so schneller bemerkt werden und entsprechend unterstützende Hilfe gegeben werden. Von den Kinderkrankenschwestern können die Familien Wochenbettbesu-

che, Still- und Ernährungsberatung sowie Hausbesuche in Anspruch nehmen. Außerdem findet eine kinderärztliche Beratung und Untersuchung im Haus des Säuglings statt. Dies hat eine wichtige präventive Funktion, denn Störungen der Vater/Mutter/Kind-Beziehung werden häufig zuerst als gesundheitliches Problem erkennbar. Bei Symptomen wie Verdauungsstörungen, Schlafstörungen, Störungen der Nahrungsaufnahme oder Gedeihstörungen der Kinder erfolgt die Vermittlung an das Team. Die Familien werden dann längerfristig von einer der Kinderkrankenschwestern begleitet, zusätzlich zu sozialpädagogischen Interventionen.

Für Vor- und Nachsorge werden über das „Haus des Säuglings" *Hebammen* vermittelt. Diese Hilfe ist vor allem für Frauen gedacht, die ihre Schwangerschaft und Geburt nicht rechtzeitig organisiert haben. In vielen Fällen sind es auch Mitarbeiterinnen der Entbindungskliniken oder anderer Dienste, die mit der Unterstützung des „Haus des Säuglings" nach einer geeigneten Hebamme für eine bestimmte Frau suchen.

Die Infothek „Rund um die Geburt" kann von allen interessierten BürgerInnen Charlottenburgs genutzt werden, ist aber für Fachkollegen im Sinne eines Lotsendienstes gedacht. In der Infothek sind die Angebote aller im Bezirk und bei speziellen Themen auch darüber hinaus angesiedelten Institutionen, freien Trägern und Selbsthilfegruppen enthalten – von allgemeinen Versorgungsfragen, Kontaktmöglichkeiten bis hin zu ganz speziellen Fragen bei gesundheitlichen oder sonstigen Problemen. Die Infothek wird regelmäßig aktualisiert.

Das „Haus des Säuglings" hält für seine KlientInnen außerdem eine Reihe von *Gruppenangeboten* bereit: Zum einen gibt es die Kurse, die von externen Hebammen oder Kinderkrankenschwestern durchgeführt werden und deren Kosten die Krankenkassen tragen – z.B. Geburtsvorbereitungskurse, Säuglingspflegekurse, Rückbildungsgymnastik. Die Sozialarbeiterinnen gestalten diese Abende im Sinne von Elternbildung mit. Themen sind dabei Bedürfnisse des Säuglings, Unterstützungen, die in Anspruch genommen werden können oder wirtschaftliche und rechtliche Fragen. Darüber hinaus bietet das „Haus des Säuglings" Stillgruppen, Mutter-Kind-Gruppen und Gruppen für Eltern von Zwillingen/Drillingen und frühgeborenen Kindern an. In die Mutter-Kind-Gruppen sollen vor allem Mütter integriert werden, die nach den Erkenntnissen der Kliniken, Hausbesucherinnen oder von Kollegen anderer Dienste besondere Unterstützung brauchen. Dies sind z.B. allein erziehende Mütter, sehr junge Mütter, Mütter, die unter großer Isolation leiden, und Mütter, die psychisch und sozial belastet sind.

Es bestehen vielfältige Kooperationen zwischen dem „Haus des Säuglings" und dem Sozialmedizinischen Dienst, der Frauen- und Kinderklinik, dem Sozialpädagogischen Dienst, verschiedenen Selbsthilfegruppen und freien Verbänden.

Des Weiteren kann das Jugendamt Charlottenburg-Wilmersdorf über Stiftungsgelder und nach § 16 KJHG in Form einer Fallpauschale aufsuchende *„Aufsuchende El-*

ternhilfe“ für werdende Eltern einsetzen. Die aufsuchende Elternhilfe ist flexibler einsetzbar als SPFH. Sozial stark belastete Mütter werden hier vom fünften Schwangerschaftsmonat ab bis zum fünften Monat nach der Geburt begleitet. Nach Vermittlung von schwangeren Frauen durch den sozialmedizinischen Dienst, GynäkologInnen oder dem ASD wird gemeinsam mit der Familie in Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst und dem ASD eine Art Hilfeplan erstellt. Der Schwerpunkt liegt auf der Förderung der Eltern-Kind-Beziehung und der Reduzierung von Risikofaktoren für die Entwicklung des Kindes. Viele junge Eltern haben vor der Geburt ihres eigenen Kindes keinen Kontakt zu kleinen Kindern gehabt. Besonders sehr junge Mütter haben ein oft unrealistisches Bild vom Elternwerden. Sie sollen im Rahmen dieses Angebots schon während der Schwangerschaft Verständnisse für die Bedürfnisse des Säuglings entwickeln und auf das Verhalten des Säuglings vorbereitet werden. Ziele der aufsuchenden Elternhilfe sind: Bindung und Beziehung von Eltern und Kind fördern, Vernetzung der oft sehr isolierten, allein stehenden Mütter, Aktivierung von Ressourcen, Gesundheit von Mutter und Kind fördern, Partnerschaftsfragen klären, Nachbarschaft einbinden, Nutzungsbarrieren sozialer Dienste abbauen, Spektrum möglicher Hilfen abklären, bürokratische Hürden gemeinsam nehmen, Entlastung geben, Finanzierung klären, Anträge gemeinsam stellen usw. Die Entwicklung von konstruktiven Konfliktlösungsstrategien und sozialer Kompetenz im Umgang mit Institutionen ist – neben der Förderung der Beziehung von Eltern und Kindern – ein wichtiger Baustein in der Unterstützung der Familien, um sie in ihrer eigenverantwortlichen Lebensgestaltung zu stärken.

Drei hauptsächliche Problemgruppen im Projekt sind: sehr junge Alleinerziehende, Alleinerziehende mit Migrationshintergrund, allein erziehende Spätgebärende. Die aufsuchende Elternhilfe, für die ein strukturiertes Konzept entwickelt wurde, wird von einem freien Träger angeboten dem Verein Navitas, Mitglied der AWO.

Kontakt und Information:

Uta von Pirani, Jugendamtsleiterin:
Jugendamtsleitung@ba-cw.verwalt-berlin.de
Brigitte Grünig, Leiterin im „Haus des Säugling“:
grünig@ba-cw.verwalt-berlin.de
Aufsuchende Elternhilfe: Marion Al-Suadi, Schudomastr. 6, 12055 Berlin

9.3 „Tausend und Keine Nacht“, Entwicklungspsychologische Beratungsstelle in Regensburg

Zielgruppe	Eltern mit Kindern im Alter von 0-3 Jahren im Bezirk Oberpfalz und Teilen von Niederbayern
Angebotsbreite	spezielles Beratungsangebot im Rahmen der Erziehungsberatungsstelle der Stadt Regensburg, die Dienststelle des Jugendamtes ist
Verortung	center-based
Vorgehensweise	situationsorientiert, bezogen auf ein konkretes Problem der KlientInnen
Setting	Eltern mit Kind
Methoden	Beratung, Interaktionsbeobachtung, Video-Feedback
Fokus	Regulationsstörungen und Erziehungsprobleme von Kindern zwischen 0 und 3 Jahren
Frequenz	1-2 x im Monat
Zeitrahmen	ca. ½ Jahr
Trägerschaft/Finanzierung	kommunale Jugendhilfe
Professionen	PsychologInnen, Heilpädagogin
Zuordnung	Jugendhilfe

Das Projekt „Tausend und Keine Nacht“ ist ein Beratungsangebot für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern der Jugend- und Familientherapeutischen Beratungsstelle der Stadt Regensburg. Das Angebot existiert seit 1999 und ist ein unbefristetes, verstetigtes Regelangebot. Träger ist die Kommune, an der Finanzierung beteiligen sich neben dem Freistaat Bayern die Gebietskörperschaften des Regierungsbezirks Oberpfalz, sowie nahe gelegene Kommunen aus dem Regierungsbezirk Niederbayern.

Das Team besteht aus drei, jeweils halbtags beschäftigten Beraterinnen (zwei Diplom-Psychologinnen, eine Ergotherapeutin). Diese drei Teilzeitstellen entsprechen 1,5 Vollzeitstellen. Neben verschiedenen therapeutischen Weiterbildungen haben sich die Beraterinnen in der Weiterbildungsreihe der Deutschen Akademie für Entwicklungsrehabilitation zu frühen Interaktions- und Regulationsstörungen (Leitung Frau Prof. Dr. med. Papousek) für die spezielle Beratungsarbeit im Projekt qualifiziert. Neben den Teamsitzungen besteht eine Anbindung an das gesamte multidisziplinäre Team der Erziehungsberatungsstelle. Die regelmäßige Supervision erfolgt durch eine Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie.

Zielgruppe sind Eltern von Kindern zwischen null und drei Jahren mit frühkindlichem Schreien, Ein- und Durchschlafproblemen und allen in dieser Altersgruppe einschlägigen Erziehungs- und Entwicklungsproblemen. Das Einzugsgebiet der Zielgruppe umfasst den Regierungsbezirk Oberpfalz und einige Kreise sowie Städte des Regierungsbezirks Niederbayern. „Tausend und Keine Nacht" ist in diesem Raum die einzige derartige Einrichtung und deckt somit einen überregionalen Bedarf ab. Im Regierungsbezirk Oberpfalz fallen ca. 28.000 Kinder in die Zielgruppe; im Jahr 2005 wurden 341 Fälle beraten.

Der Zugang zu den Familien erfolgt vor allem über die persönliche Empfehlung/Verweisung durch medizinische und pädagogische Fachleute wie Kinderärzte, Hebammen, Erzieherinnen in Krabbelstuben etc.. Informationsflyer des Projekts werden durch das Jugendamt der Stadt Regensburg zusammen mit Elternbriefen an alle am zuständigen Standesamt gemeldeten Eltern verschickt. Alle einschlägigen Fachkräfte und Institutionen erhalten Informationen über das Angebot in Form von Flyern, Plakaten und Infokarten zur Weitergabe an die Zielgruppe. Die Flyer stehen auch in türkischer Sprache zur Verfügung, eine Auflage in russischer Sprache ist geplant.

Die Beratung ist kostenfrei, um den Zugang für alle Bevölkerungsgruppen, insbesondere auch für sozial benachteiligte Familien, zu ermöglichen. Dieser Teil der Zielgruppe wird auch durch verschiedene Kooperationsstrukturen mit anderen Projekten der Jugendhilfe der Stadt Regensburg erreicht. So zum Beispiel die intensive Zusammenarbeit mit Stadtteilprojekten in sozialen Brennpunkten oder das Angebot „Maxi-Mum(m)" an ausgewählten Kindertagesstätten, das unter dem Aspekt der Hilfen für ressourcenschwache Familien mit Kindern unter drei Jahren (Sicherstellung der „Kindergartenreife") eine Brückenfunktion einnimmt.

Die Einbeziehung von Familien mit Migrationshintergrund wird unter anderem durch die enge Zusammenarbeit mit dem ebenfalls an der Erziehungsberatungsstelle angesiedelten Integrationsprojekt „elele – Hand in Hand" gewährleistet. Die Leiterin, eine muttersprachlich türkische Diplom-Psychologin, unterstützt „Tausend und Keine Nacht" in interkulturellen Fragen und übernimmt Dolmetscher-Aufgaben.

Neben der direkten Unterstützung der Eltern wendet sich das Beratungsangebot in dem genannten Einzugsgebiet auch an andere Fachkräfte (MultiplikatorInnen) der Kinder- und Jugendhilfe wie Tagesmütter, ErzieherInnen von Einrichtungen in der Kindertagesbetreuung, MitarbeiterInnen aus Jugendämtern etc.

Das übergeordnete Ziel des Projekts ist es, Eltern in schwierigen Lebenslagen möglichst frühzeitig dabei zu unterstützen, mit den jeweiligen (Entwicklungs-)Problemen ihrer Kinder kompetent umzugehen. Dadurch sollen langfristige Belastungen der Eltern-Kind-Beziehung, Kreisläufe misslungener Interaktionen und negative Zuschreibungen („schwieriges Kind") verhindert werden. Nicht zuletzt geht es

darum, den Eltern bei der Bewältigung ihrer Hilflosigkeit und Überforderung und den daraus eventuell entstehenden aggressiven Impulsen zu helfen, um im schlimmsten Fall eine drohende Misshandlungsgefahr abzuwenden. Ein weiterer Ansatzpunkt besteht darin, die Integration des Kindes in Tagesbetreuungseinrichtungen wirkungsvoll zu fördern.

In der Elternberatung werden beim ersten Termin Anamnese und Problemexploration erhoben. Dazu fließen Beobachtungen des kindlichen Verhaltens ein, sowie Daten aus dem Tagebuchprotokoll, falls die Eltern dies im Vorfeld geführt haben. Die Beraterinnen ordnen dementsprechend die kindlichen Signale in den Entwicklungsprozess ein, arbeiten Bedürfnisse der Kinder und Eltern heraus, besprechen Ängste und bieten Lösungen an, die gegebenenfalls auch in der Beratungssituation erprobt werden können (z.B. Einschlafhilfen). Bei Bedarf werden Bücher und Materialien wie Tragetücher oder Babyschaukeln verliehen. In weiteren Terminen werden die Erfahrungen mit den vorgeschlagenen Maßnahmen besprochen. Auch die Durchführung einer Videodiagnostik der Eltern-Kind-Interaktion (Spiel-, Abgrenzungs- oder Fütter-situation) sowie eine standardisierte Entwicklungsdiagnostik sind möglich. Weitere Gespräche in der Beratungsstelle oder am Telefon sind am Bedarf der Eltern orientiert. Der zeitliche Umfang dabei ist flexibel. Bei Bedarf überweisen die Beraterinnen die Familien an andere Fachstellen wie Frühförderung, Jugendamt, medizinische Fachkräfte, Krabbelstuben/Kindergärten, Psychotherapeuten oder kooperieren mit diesen. Ist durch die Beratung eine zufriedenstellende Veränderung der ursprünglichen Problemlage erreicht, bzw. der Beratungsbedarf der Familie gedeckt, wird die Beratung durch „Tausend und Keine Nacht“ abgeschlossen. Eine erneute Vorstellung der Eltern ist jedoch möglich und konzeptuell vorgesehen, da. insbesondere bei ressourcenschwachen Familien i.d.R. weitere Entwicklungskrisen zu erwarten sind. Die eingesetzten Methoden in der Elternberatung basieren u.a. auf dem Konzept von Frau Prof. Dr. med. Papousek und ihrem Team in der Münchner Ambulanz für Schreibabys.

Die Inhalte des Angebots umfassen neben den persönlichen Beratungen auch Sprechstunden in einer Hebammenpraxis im Nachbarlandkreis und die Beratung im Internet (Virtuelle Beratungsstelle der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung, bke, Kleinkinderforum). Präventive Maßnahmen in Form von Vorträgen und Elternabenden gehören ebenso zum Programm. Durch die Weiterbildung und Supervision von Fachkräften durch „Tausend und Keine Nacht“ erfolgt indirekt ebenfalls eine Unterstützung der Eltern.

Neu an „Tausend und Keine Nacht“ ist grundsätzlich das organisatorische Gesamtkonzept einer leicht zugänglichen, frühen Beratung im Rahmen einer Erziehungsberatungsstelle mit medizinischer Außenanbindung. Diese besteht in der Nutzung des kinderärztlichen Netzwerkes im gesamten Einzugsgebiet und in besonderen

Fällen auch ambulanter und stationärer kinderklinischer Angebote vor Ort, aber auch gegebenenfalls in München oder Würzburg.

Kontakt und Information:

Günter Kampf, Leiter der Erziehungsberatungsstelle der Stadt Regensburg

kampf.guenter@regensburg.de

9.4 „SAFE® – Sichere Ausbildung für Eltern“

Zielgruppe	werdende Eltern
Angebotsbreite	Kombination von Elternseminaren mit Beratungsangeboten und Traumatherapie
Verortung	home-based und center-based
Vorgehensweise	curricular und situationsorientiert
Setting	Mütter, Väter, Eltern-Kind-Dyaden
Methoden	Anleitung – Wissensvermittlung – Beratung – Therapie
Fokus	Beziehung
Frequenz	unterschiedlich je nach Angebotsteil
Zeitrahmen	Schwangerschaft - Ende 1tes Lebensjahr des Kindes
Trägerschaft/Finanzierung:	Stiftung u. a.
Professionen	therapeutisch, pädagogisch, medizinisch
Zuordnung	Gesundheitshilfe

Das Projekt „SAFE® – Sichere Ausbildung für Eltern“ in München ist ein Trainingsprogramm zur Förderung einer sicheren Bindung zwischen Eltern und Kind. Bindungsstörungen und insbesondere die Weitergabe von traumatischen Erfahrungen über Generationen sollen durch das primäre Präventionsprogramm verhindert werden. Das Modellprojekt läuft seit 2002 im Dr. von Haunerschen Kinderspital der Ludwig-Maximilians-Universität in München. Eine Förderung durch die Aktion Mensch ist vorerst bis 2008 befristet. Träger ist der Hauner Verein in Kooperation mit der Abteilung für Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie der Kinderklinik und Poliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital der Ludwig-Maximilians-Universität München. Zwei Psychologinnen sind in dem Projekt beschäftigt.

SAFE richtet sich an alle werdenden Eltern ab der 25. Schwangerschaftswoche und wird bis zum Ende des ersten Lebensjahres in einer geschlossenen Gruppe durchgeführt; einzelne Eltern mit besonderen Belastungen können darüber hinaus auch weitere Hilfen im 2. und 3. Lebensjahr ihres Kindes erhalten. Jährlich nehmen in München an der laufenden randomisierten prospektiven Längsschnittstudie zur Evaluation des SAFE-Programms zurzeit ca. 20 Familien teil. Die Teilnahme an den

Gruppen erfolgt durch Eigeninitiative der Eltern oder auch durch gezielte Zuweisung von Risikoschwangeren über die Jugendämter, die Allgemeinen Sozialdienste oder Hebammen und Geburtshelfer.

Das SAFE-Programm beinhaltet vier Module: ein pränatales und ein postnatales Seminar-Modul, eine Beratungsstelle und Hotline sowie eine Traumatherapie. Mit der Kombination dieser Angebote sollen sowohl gruppentherapeutische Effekte erzielt werden als auch individualtherapeutische Möglichkeiten genutzt werden.

Die insgesamt zehn Seminartage des prä- und postnatalen Moduls kosten mit der Förderung durch Aktion Mensch 50 Euro für Paare und 25 Euro für Alleinerziehende oder einzeln teilnehmende Eltern. An diesen Seminartagen steht die Eltern-Kind-Bindung und die Prozesse, die eine sichere Bindung fördern oder stören im Mittelpunkt. U. a. mit einem Video-Feedbacktraining lernen die Eltern, die Signale des Säuglings zu erkennen und angemessen zu reagieren.

Neben diesen Seminaren werden auch Einzeltermine für Videoaufnahmen beispielsweise einer Spiel-, Wickel- oder Füttersituation zwischen den Eltern und dem Baby angeboten. Dadurch entsteht die Möglichkeit einer direkten Rückmeldung durch dafür speziell geschulte Personen. Bei weiteren Betreuungswünschen oder Krisen können unentgeltliche Einzelgespräche vereinbart werden.

Das Vertrauensverhältnis, das die Eltern in dem Seminar zu den BeraterInnen (den SAFE-MentorInnen) aufgebaut haben, wird dazu genutzt, den Eltern ein Beratungsangebot und eine Hotline anzubieten. In akut schwierigen Situationen (z. B. einem Schreianfall des Säuglings) können sich die Betroffenen entweder am Telefon oder persönlich in der psychosomatischen Beratungsstelle des Kinderspitals und auch direkt bei ihren MentorInnen Hilfe holen.

Falls bei den Eltern Hinweise auf ungelöste traumatische Erfahrungen bereits durch die pränatalen Bindungs-Interviews festgestellt werden, wird ihnen als viertes Modul von SAFE eine fokale Traumatherapie angeboten die eine pränatale Stabilisierungsphase und eine postnatale Bearbeitungsphase beinhaltet. SAFE möchte damit präventiv eine Wiederholung eines erlebten Traumas der Eltern mit den eigenen Kindern verhindern (siehe dazu auch Dokumentarfilm von Lydia Oehling: Nähe zulassen. Online-Bestellung der DVD unter: www.naehe-zulassen.de).

Seit 2006 wird das SAFE-Programm: durch die Ausbildung von SAFE-MentorInnen weiter verbreitet. Zurzeit befinden sich weitere SAFE-Standorte im Aufbau

Kontakt und Information:

PD Dr. med. Karl Heinz Brisch: Karl-Heinz.Brisch@med.uni-muenchen.de; Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie, Kinderklinik und Kinderpoliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital, Ludwig-Maximilians-Universität München, Pettenkoferstr. 10, 80336 München

9.5 „Ambulante Erziehungshilfen – Beratung und praktische Hilfe für Familien und Alleinerziehende (AEH)“

Zielgruppe	Familien mit Neugeborenen und kleinen Kindern sowie Familien, die von Gehörlosigkeit betroffen sind (§ 27ff KJHG)
Angebotsbreite	Einzelangebot, Kooperation innerhalb des Vereins mit dem Mobilen Hilfsdienst rund um die Geburt, dem Cafe Netzwerk (Qualifizierungs- und Beschäftigungsbetrieb für Mütter)., Kooperation mit der Beratungsstelle für Natürliche Geburt und Eltern Sein e. V.
Verortung	home-based
Vorgehensweise	bedarfs-, prozess- und zielorientiert
Setting	Familien
Methoden	Alltagsbegleitung, lösungsorientierter Ansatz, modellhaftes Lernen, reflektive Begleitung, positive Verstärkung, biographische Gespräche, Konfliktlösungsstrategien
Fokus	ambulante Erziehungshilfe bei Schwangerschaft und dem Leben mit einem Neugeborenen, Beziehung – Soziale Integration – Alltagspraxis
Frequenz	nach Bedarf, 2-3 x /Woche
Zeitrahmen	nach Bedarf
Trägerschaft/Finanzierung:	gemeinnütziger Verein, Finanzierung über kommunale Jugendhilfe (§ 27ff KJHG)
Professionen	Sozialpädagoginnen
Zuordnung	Jugendhilfe

Das Projekt „Ambulante Erziehungshilfen (AEH)“ in München ist ein Angebot im Rahmen des gemeinnützigen Vereins „Netzwerk Geburt und Familie e.V.

Familien erhalten hier Unterstützung bei Erziehungsaufgaben und der Bewältigung von Krisen, außerdem vermitteln die MitarbeiterInnen den Kontakt zu Ämtern und Institutionen.

Das Angebot der Ambulanten Erziehungshilfen besteht seit 1995 als unbefristetes, verstetigtes Regelangebot auf der gesetzlichen Grundlage von § 27ff KJHG. Die Teilnahme ist für die NutzerInnen kostenlos.

Die Zielgruppe der Ambulanten Erziehungshilfen umfasst schwerpunktmäßig Familien mit Neugeborenen und kleinen Kindern sowie Familien, die von Gehörlosigkeit betroffen sind Dazu hat sich eine Mitarbeiterin in der Gebärdensprache qualifiziert. Einzugsgebiet ist das Stadtgebiet München. Im Jahr 2005 nahmen 15 Familien

mit insgesamt 35 Kindern an diesem Angebot teil. Die Mehrheit der teilnehmenden Familien lebt von Arbeitslosengeld II. Schwangerschaft, Geburt und Neugeborenenzeit der Betroffenen sind seit längerer Zeit mit krisenhaften Familiensituationen verknüpft (z.B. akute Suchtproblematik der Eltern, Fremdunterbringung älterer Geschwister und/oder Gefährdung der Kinder durch emotionale oder körperliche Vernachlässigung). Die entsprechenden Familien werden von Fachkräften des Allgemeinen Sozialdienstes (ASD) und/oder des Familiengerichtes an das Projekt überwiesen. Die Teilnahme erfolgt freiwillig bzw. halbfreiwillig. Bei Abbruch der Maßnahme wird der ASD informiert. Zusätzlich werden auch an entsprechende Institutionen Flyer verteilt, so dass sich die Familien aus eigener Motivation heraus an das Projekt wenden können.

Die Ambulante Erziehungshilfe beschäftigt drei Diplom-Sozialpädagoginnen. Dazu kommen verschiedene Honorarkräfte zur Haushaltshilfe sowie Betreuung und schulischer Förderung älterer Geschwisterkinder. Die Mitarbeiterinnen der AEH besuchen regelmäßig Fortbildungen und nehmen an Supervisionen teil. Sie bieten kollegiale Fachberatung an und nutzen selbst regelmäßig kollegiale Beratung innerhalb regionaler Fachteams.

Die inhaltlichen Ziele des Angebots sind die Beratung, Unterstützung, Stärkung und Begleitung der Familien bezüglich der Verantwortung für ihre Kinder, der positiven Gestaltung ihres Alltags, der Erarbeitung von Zielen sowie der Bewältigung von Krisen. Die Mitarbeiterinnen organisieren Freizeitaktivitäten, geben Ratschläge zur Organisation des Haushalts und zur beruflichen Orientierung. Außerdem helfen sie im Kontakt mit Ämtern und Institutionen (z. B. Hebammen, Kinderschwestern, Kinderärzten, Kinderkrippen, Familienpflegerinnen, Familienzentren etc.). Das Angebot sieht hierzu durchschnittlich zwei bis drei Hausbesuche pro Woche vor. Der zeitliche Rahmen wird nach Bedarf ausgestaltet.

Bei Kontaktaufnahme wird zunächst eine etwa dreimonatige Probezeit vereinbart. Sie dient dazu, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen und herauszufinden, ob diese Form der Hilfe für die Familie geeignet ist. Nach der Probezeit wird gemeinsam ein Hilfeplan über Inhalt, Ziel und Dauer der Hilfe erarbeitet. Diese Vereinbarung berücksichtigt den individuellen, sozialen und kulturellen Hintergrund. Dabei wird auch ein unterstützendes Netzwerk aufgebaut, über das die Familie am Ende der Betreuung selbständig verfügen kann.

Folgende Methoden machen den Ansatz der Ambulanten Erziehungshilfen aus: Lösungsorientierter Ansatz, Modellhaftes Lernen, reflektive Begleitung, positive Verstärkung, biographische Gespräche sowie Konfliktlösungen.

Innerhalb des Vereins Netzwerk Geburt und Familie e.V. kooperiert die AEH mit dem Mobilen Hilfsdienst rund um die Geburt, dem Café Netzwerk sowie einer Kindergruppe. Der Mobile Hilfsdienst sorgt für hauswirtschaftliche Versorgung und Kin-

derbetreuung von Familien, zum Beispiel während der Schwangerschaft, mit einem neugeborenen Kind oder bei Krankheit der Mutter. Im Mobilen Hilfsdienst arbeiten zwölf Frauen aus unterschiedlichen Herkunftsländern, die auf Grund ihrer Mutterschaft von Arbeitslosengeld II leben. Diese Frauen bringen ihre Kompetenzen und Erfahrungen als Mütter mit und werden in den Aufgabenbereich der hauswirtschaftlichen Versorgung von Familien eingearbeitet. Sie nehmen berufsbegleitend an einer Reihe von Qualifizierungen teil.

Das Café Netzwerk ist ein Anlaufpunkt zum Austausch für Frauen, Männer und Kinder. Es werden Frühstück, internationales Mittagessen und Kuchen angeboten. Für Kinder gibt es eine Spielecke, für Babys stehen Kinderliegen bereit. Im Café arbeiten ebenfalls 15 Frauen unterschiedlichen Herkunftsländern, die auf Grund ihrer Mutterschaft von Arbeitslosengeld II leben. Diese Frauen werden in alle Arbeitsbereiche des Cafés mit dem Ziel eingearbeitet, eine feste Arbeitsstelle zu finden. Darüber hinaus nehmen sie berufsbegleitend an einer Reihe von Qualifizierungen teil.

In der Kindergruppe des Vereins Netzwerk Geburt und Familie stehen zwölf Plätze für Zwei- bis Sechsjährige zur Verfügung. Diese sind insbesondere für die Kinder der Mitarbeiterinnen des Vereins. Aber auch für die Kinder aus dem Stadtviertel ist die Gruppe offen.

Insgesamt verbindet der übergeordnete Verein also die Unterstützung von Familien mit Neugeborenen mit der Schaffung von Arbeitsplätzen für Mütter.

Die „Beratungsstelle für natürliche Geburt und ElternSein e.V." sowie eine Hebammenpraxis sind durch die räumliche Nähe weitere wichtige Partner der ambulanten Erziehungshilfe.

Kontakt und Information:

Auli Brass, Ambulante.Erziehungshilfen@nguf.de

9.6 „EKiB – Entwicklung von Kindern in Beziehung, Netzwerk Gesunde Kinder“ im Landkreis Oberspreewald - Lausitz

Zielgruppe	alle Familien des Landkreises Oberspreewald - Lausitz
Angebotsbreite	Kombination: Hausbesuchsdienst – Bildungsangebote
Verortung	home-based und center-based
Vorgehensweise	Eher curricular
Setting	Familien – Gruppe
Methoden	Begleitung –Wissensvermittlung
Fokus	Pflege – Alltagspraxis – Beziehung – Soziale Integration – frühkindliche Interaktion und Bindung
Frequenz	11 mal in drei Jahren
Zeitrahmen	Schwangerschaft – vollendetes 3. Lebensjahr des Kindes
Trägerschaft/Finanzierung:	Landesmittel / Spenden
Professionen	Ehrenamtliche Laien mit Fortbildung in Zusammenarbeit mit verschiedenen Professionellen aus dem Netzwerk psychosozialer/medizinischer Versorgung
Zuordnung	Gesundheitshilfe

Das Projekt „EKiB – Entwicklung von Kindern in Beziehung, Netzwerk Gesunde Kinder“ ist ein Präventionsprojekt, das ausgeht von der Klinikum Niederlausitz, hier insbesondere der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Lauchhammer der Klinikum Niederlausitz GmbH.

EKiB bietet Familien mit Neugeborenen auf freiwilliger Basis eine Begleitung durch ehrenamtlich tätige „*PatInnen*“, um präventiv beizutragen zu einer förderlichen seelischen, körperlichen und geistigen Entwicklung von Kindern. Zur *Zielgruppe* gehören alle Familien mit Wohnsitz im Landkreis Oberspreewald-Lausitz, die ein Kind erwarten. Im Landkreis werden ungefähr 300 bis 350 Kinder im Jahr geboren.. Ziel des Projektes ist es, *allen* Familien mit Neugeborenen – d.h. um nicht stigmatisierend zu wirken, nicht nur Familien in sozial belasteten Lebenssituationen –Begleitung anzubieten. Die Begleitung ist vorstrukturiert. Vorgesehen sind 11 Hausbesuche der PatInnen in den ersten drei Lebensjahren der Kinder in der Familie, der erste findet in der Regel bereits in der Schwangerschaft statt. Die Besuche finden rund um die U-Untersuchungen statt, für jeden Besuchszeitpunkt gibt es eine Art Hinweisbogen für die PatInnen, welche Themen angesprochen werden sollten.

Die PatInnen sollen u. a. auch als Navigationshilfe für die Familien in Bezug auf das soziale Netz dienen, als konstante AnsprechpartnerInnen, als TüröffnerInnen, damit Familien bei Bedarf auch professionelle Hilfe annehmen. Das Projekt soll Ermutigung in die Familien zu bringen, Beziehungen von Eltern und Kindern stabilisieren, damit die Kinder sich gesund entwickeln können. Gewonnen werden Familien für eine Teilnahme über die Schwangerenkonfliktberatung, GynäkologInnen, Hebammen, die Geburtsklinik usw. Die Eltern verpflichten sich schriftlich in einem Vertrag zur Teilnahme, können aber jederzeit ihre Teilnahme am Projekt beenden. Sie erhalten ein Erstbesuchsgeschenk und verpflichten sich neben der Akzeptanz von Hausbesuchen der PatInnen zur regelmäßigen Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen (einschl. Vorsorgeimpfungen bzw. Impfberatungen) bei ihrem Kinderarzt sowie einmal jährlich ein kostenfreies Angebot der Elternbildung zu besuchen, das ebenfalls vom Projekt aus in Form einer „Elternakademie" aufgebaut wird. Es wurde zudem für die Eltern ein „Familienbegleitbuchbuch" entwickelt, welches als „regionales soziales Adressbuch" und „ständig begleitender Dokumentensammler" zu allen Beratungs-, Untersuchungs- und Therapieterminen des Kindes mitgeführt wird. Hier tragen die jeweiligen Fachkräfte – jedoch nur nach Zustimmung der Eltern – ein, wann die Familie mit ihrem Kind welche Einrichtung /Institution besucht hat und ob ein Problem (z.B. gesundheitlich oder sozial) aufgetreten ist.

Als zusätzlicher Anreiz für die Teilnahme von Familien an dem Projekt dienen drei Entwicklungsgeschenke für Mutter und Kind, deren Abgabe an das Einhalten der Bedingungen im Teilnahmevertrag gekoppelt ist.

Die PatInnen haben eine projektinterne Ausbildung erhalten, deren Inhalte vorher im multidisziplinären Netzwerk entwickelt wurden Das – evidenzbasiert entwickelte – Curriculum der Ausbildung umfasst folgende Bausteine:

- Gesprächsführung nach dem IntraActPlus-Konzept[6] (z.B. in Form von Rollenspielen, die mit einer Videokamera aufgenommen und ausgewertet wurden)
- Frühkindliche Interaktion und Eltern – Kind - Bindung
- Inhalt und Chancen der Vorsorgemaßnahmen
- „Das Leben mit dem neuen Kind – Hebammenwissen"
- Rechte und Pflichten der Eltern bei Geburt eines Kindes
- Unfallverhütung im frühen Kindesalter
- Entwicklung und Entwicklungsförderung von Kindern zwischen 0 und 3 Jahren

[6] Siehe dazu: http://www.dr-jansen.de/start.html

- die eigene Rolle als PatIn: Möglichkeiten/Grenzen einer Familienpatenschaft
- Kindeswohl/-gefährdung

Die Vermittlung der PatInnen läuft über eine Koordinationsstelle. Die Koordinatorin ist die einzige fest angestellte Mitarbeiterin im Projekt. Die teilnehmenden Familien können bei Eintritt in das Projekt Wünsche in Bezug auf eine PatIn (z.B. Alter oder eigene Erfahrung mit Kindern)angeben, die Koordinatorin versucht, diese Wünsche bei der Vermittlung der Patin zu berücksichtigen.

Es wurde eine Checkliste für die zu besprechenden Themen beim ersten Besuch der Patin in der Familie entwickelt, die als Richtlinie gilt.

Auf 4 – 6wöchigen Gruppentreffen, den so genannten Patenstammtischen mit jeweils 10 – 12 PatInnen und einer festen GruppenleiterIn aus dem professionellen Netzwerkbesprechen die PatInnen in anonymisierter Form, welche Probleme es möglicherweise bei den Besuchen gab. Außerdem gibt der Gruppenleiter Informationen (gesetzliche Änderungen, projektbezogene Informationen usw.) an die Familienpatinnen weiter, die diese dann in die Familien hineintragen. Die Teilnahme an den Patenstammtischen ist für die PatInnen verpflichtend. Die GruppenleiterInnen sind darüber hinaus Bindeglied zwischen den Familienpaten und den Mitgliedern des multidisziplinären Hilfesystems im regionalen Netzwerk.

Des Weiteren besteht zweimal jährlich die Möglichkeit einer Gruppensupervision mit einer externen Supervisorin.

Jeder Besuch des Familienpaten in der Familie wird zusammen mit den neu hinzugekommenen Eintragungen in das Familienbegleitbuch des Kindes telefonisch an die Koordinatorin weitergegeben, diese dokumentiert dies kurz in Form eines Bogens. Diese Informationen werden von der Koordinatorin in eine zentrale Datenbank eingegeben. Die Datenbank ist eng abgestimmt mit der Landesdatenschutzbehörde und beinhaltet neben den wichtigsten Kontakt- und Anamnesedaten der teilnehmenden Mutter mit ihrem Kind alle Besuche der Patin, alle Kontakte des Kindes zu Mitgliedern des multidisziplinären Hilfesystems im regionalen Netzwerk (z.B. alle Vorsorgetermine bei der ambulanten Hebamme sowie beim Kinderarzt) und aufgetretene Probleme in Form von Ja oder Nein. Diese Datenbank dient der Datenauswertung durch eine externe EvaluatorIn. Die teilnehmenden Familien sind über die Art und den Umfang der Datenbank informiert, geben in dem Teilnahmevertrag ihre Einwilligung zur Erfassung dieser Daten, können diese jederzeit einsehen und ggf. ihre Löschung verlangen.

Für akute Probleme in Bezug auf die Hausbesuche in den Familien können sich die PatInnen an die Koordinatorin als Ansprechpartnerin wenden. Ansonsten sind die PatInnen vertraglich auf die strenge Einhaltung von Datenschutz und auf absolute Schweigepflicht verpflichtet.

Zur Zeit der Kurzevaluation waren insgesamt 47 weibliche Patinnen in ca. 130 Familien im Einsatz. 2 männliche Paten, die die Ausbildung durchlaufen haben, konnten noch nicht eingesetzt werden, da die Familien sich rund um die Geburt eher eine weibliche Begleitung wünschen. Pro Woche kommen etwa 5 – 8 Familien dazu. Alleinerziehende Mütter und Erstgebärende stellen einen überproportional hohen Anteil im Projekt dar, jedoch sind auch alle anderen Familien- und Sozialkonstellationen vertreten. Da das Projekt erst im Mai 2006 begonnen hat, gibt es bisher nur erste Erfahrungen: ca. 80 % der Familien mit Neugeborenen im Landkreis nahmen im Dezember 2006 am Projekt teil, die monatliche Teilnahmezahl bewegt sich zwischen 50 und 80%. Welche Familien es sind, die nicht teilnehmen, dieser Frage muss im Laufe des Projektes nachgegangen werden; hier steht die Sorge im Hintergrund, dass möglicherweise auch sozial sehr stark belastete Familien diese Unterstützung nicht in Ansprch nehmen.

Neben der Einbindung von EhrenamtlerInnen beinhaltet EKiB ein sozialräumliches Netzwerk, das alle regionalen Akteure vereint, die mit der Gesundheit und der Erziehung von Kindern beschäftigt sind (Schwangerschaftskonflikt-Beratungsstelle, das Frühförderzentrum FRÖBEL e.V., ambulante GynäkologInnen und Kinderärzte, Hebammen, Geburts- und Kinderklinik, Erziehungs- und Familienberatungsstelle, Jugendamt, freie Träger der Jugendhilfe, ASD, Gesundheitsamt, Kindertagesstätten, Frauenhaus und der Kinderschutzbund). Auch der Jugendhilfeausschuss sicherte seine Unterstützung in Form eines Beschlusses zur Unterstützung des Projekts durch Mitarbeiter des Jugendamtes und seiner freien Träger zu. Zur Entwicklung des Projektes wurden zwei Workshops mit diesen AkteurInnen durchgeführt; von denen die meisten in der für das Projekt eingerichtete Lenkungsgruppe – dem beratenden Gremium - integriert sind.. Das Projekt ist zudem Teil des Ende 2005 beschlossenen „Programms für Familien- und Kinderfreundlichkeit“ der Landesregierung Brandenburg. Das Land übernimmt in den ersten drei Jahren die finanzielle Unterstützung. Dazu kommen Eigenmittel, Einnahmen aus Fortbildungsangeboten sowie Spenden.

Es wird angestrebt, die im Projekt entwickelten und umgesetzten Präventionsstrukturen auf andere Landkreise Brandenburgs zu übertragen; das Projekt selber plant eine Ausdehnung der Besuche der PatInnen auf die ersten sieben Jahre, um gezielt auch die Sprachentwicklung der Kinder zum Thema machen zu können. Die PatInnen sollen insgesamt ein Wissen und ein Gespür für geeignete Hilfesysteme entwickeln, die sie Familien empfehlen können.

Angedacht ist des Weiteren die Verbesserung der Angebote in Form eines Familien entlastenden Dienstes sowie der Aufbau einer Schreibaby-Ambulanz. EKiB verbindet und vernetzt in systematischer Art und Weise Menschen in der Kommune/im ländlichen Sozialraum auf verschiedenen Ebenen:

- Auf der professionellen Ebene u. a. Jugendhilfe- und Gesundheitshilfe, multidisziplinär
- Auf der Ehrenamts-Ebene: Vernetzung der PatInnen durch gemeinsame Ausbildung und Gruppentreffen/Supervision
- Auf der Ebene aller Familien mit Neugeborenem: PatInnen und Familien, Elternakademie

Neben der Sorge um eine Einbindung von jungen Familien in die Kommune und ein gutes Aufwachsen von Kindern stellt das Projekt den Versuch dar, im ländlichen Raum im Osten Deutschlands neue Verbindungsstrukturen zu entwickeln, um den Landkreis, der durchaus als Krisenregion zu bezeichnen ist, dadurch zu „beleben".

Kontakt und Information:

Solveig Reinisch, Koordinatorin im Projekt,
solveig.reinisch@klinikum-niederlausitz.de
Hendrik Karpinski, Klinikleitung und Initiator des Projektes:
Hendrik.Karpinski@klinikum-niederlausitz.de

9.7 „STEEP" – „Steps towards effective, enjoyable parenting"

Zielgruppe	Schwangere und Mütter mit Kindern bis zum Ende des zweiten Lebensjahres mit besonderen psychosozialen Risiken
Angebotsbreite	Kombination von Mütter-Gruppe mit aufsuchender Hilfe
Verortung	home-based und centerbased
Vorgehensweise	curricular und situationsorientiert
Setting	Mütter und Familien
Methoden	Anleitung – Wissensvermittlung – Beratung
Fokus	Beziehung – Alltagspraxis
Frequenz	Wöchentlich
Zeitrahmen	Schwangerschaft - Ende 2tes Lebensjahr des Kindes
Trägerschaft/Finanzierung:	BMBF
Professionen	Therapeutisch, sozialarbeiterisch, psychologisch
Zuordnung	(Jugendhilfe)

STEEP (Steps toward effective, enjoyable parenting) ist ein Frühinterventionsprogramm zur Förderung der elterlichen Kompetenz im Umgang und in der Beziehungsgestaltung mit ihrem Kind.

Das STEEP-Projekt in Potsdam hat eine Laufzeit von 2004 bis 2007. Finanziert werden das Projekt und seine Evaluation durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung. Das Projekt wird von der Beratungsstelle „Vom Säugling zum Kleinkind“ am Institut für Fortbildung, Forschung und Entwicklung der Fachhochschule Potsdam (IFFE e. V.) durchgeführt. Die Nutzung des Angebots ist kostenlos. Weitere STEEP-Standorte sind in Hamburg und Offenburg, durchgeführt von der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg in Kooperation mit der Universität zu Köln und dem Haus des Lebens in Offenburg und im 2007 werden STEEP-Projekte in Frankfurt/Main und im Kreis Herzogtum Lauenburg (HAW-Hamburg) beginnen.

Zielgruppe des Projektes in Potsdam sind 16 bis 26 Jahre alte schwangere Frauen und junge Mütter mit ihren Kindern, auf die mindestens zwei der folgenden Kriterien zutreffen: niedriges Einkommen, keinen oder einen niedrigen Schulabschluss, psychische Labilität oder Erkrankung, Probleme mit sozialen Kontakten (Familie, Partnerschaften oder Isolation). Diese Kriterien werden anhand einer Eingangsdiagnostik und einer Risikodiagnostik festgestellt. Örtlich bezieht sich STEEP auf Frauen in den Stadtgebieten von Berlin, Potsdam, Teltow und das Potsdamer Umland. Jährlich nehmen ca. 30 Familien an dem Angebot teil.

Ein Teil der Mütter wird vom Allgemeinen Sozialdienst (ASD), von Jugendhilfeeinrichtungen, aus der Gesundheitshilfe oder aus dem sozialen Umfeld an STEEP überwiesen. Einige Mütter nehmen auch aus eigener Initiative an dem Projekt teil.

Durchgeführt wird das Frühinterventionsprogramm zurzeit von zwei hauptamtlichen Psychologinnen und acht freiberuflichen STEEP-Beraterinnen. Ihr Ziel ist es, die Mütter und Kinder im Aufbau einer sicheren Bindungsbeziehung zu unterstützen und damit einen wesentlichen Schutzfaktor für die weitere Entwicklung des Kindes zu fördern. Im Mittelpunkt stehen die Förderung sozialer Unterstützung und Integration der teilweise isoliert lebenden Mütter sowie das Verstehen kindlicher Verhaltensweisen und der eigenen Beziehungserfahrungen und Beziehungsmuster. Es soll so eine tragfähige Eltern-Kind-Beziehung gestaltet werden, die transgenerationelle Weitergabe von dysfunktionalen familiären Beziehungsmustern verhindert und positive Beziehungskreisläufe in Gang gesetzt werden.

Die STEEP-MitarbeiterInnen begleiten die Mütter von der Schwangerschaft bis ans Ende des zweiten Lebensjahres des Kindes. Wechselweise findet wöchentlich ein Gruppentreffen in einer festen Mutter-Kind-Gruppe oder ein Einzeltermin in der Wohnung der Mutter statt. In den zwei Jahren sind dies ca. 100 Termine. Bei den Gruppentreffen mit 10 Mutter-Kind-Paaren können die Mütter im gegenseitigen Austausch mit- und voneinander lernen und ihr Verhalten reflektieren. Ein zentrales Ziel ist es dabei, die Signale des Kindes wahrzunehmen, zu verstehen und adäquat zu beantworteten, um eine sichere Bindungsbeziehung zwischen Mutter und Kind aufzu-

bauen. Die Einzeltermine bieten die Gelegenheit, Themen und Probleme, die den Gruppenrahmen sprengen würden, zu bearbeiten.

Das STEEP-Konzept wurde von Byron Egeland und Martha F. Erickson von der Universität Minnesota aufgrund der Ergebnisse der Minnesota Studie zur Persönlichkeitsentwicklung unter Hoch-Risiko-Bedingungen entwickelt und evaluiert. Es wird in den USA langjährig in der Arbeit mit „Risikofamilien" erfolgreich umgesetzt. Das Vorgehen von „STEEP" basiert unter anderem auf folgenden Methoden: Interaktionszentrierte Kommunikationsanleitung, videounterstützte Eltern-Kind-Arbeit („Seeing is believing"), erlebnisnahe Vermittlung entwicklungspsychologischen Wissens und Rollenspielen, Gruppenangebote neben Einzelfallarbeit und der Stärkung des sozialen Netzwerkes der beteiligten. Zur Ausbildung zur STEEP-Beraterin werden Seminare angeboten. Das Handbuch zur Durchführung des STEEP-Programms wurde 2006 ins deutsche übersetzt (s. Literaturhinweis).

Zurzeit werden STEEP-Projekte in Deutschland in Potsdam, Hamburg und Offenburg evaluiert.

Kontakt und Information::

Prof. Dr. Christiane Ludwig-Körner: ludwig@fh-potsdam.de,

Gabriele Koch, g.koch@fh-potsdam.de

IFFE e.V.- Institut für Fortbildung, Forschung und Entwicklung an der Fachhochschule Potsdam, Beratungsstelle "Vom Säugling zum Kleinkind", Friedrich-Ebert-Str. 4, 14406 Potsdam

http://sozialwesen.fh-potsdam.de/fruehe_hilfen_fuer_k.html

9.8 „Adebar" – Familienzentrum

Zielgruppe	Familien mit besonderen psychosozialen Risiken
Angebotsbreite	Kombination von verschiedenen aufsuchenden und nicht aufsuchenden Angeboten
Verortung	home-based und center-based
Vorgehensweise	situationsorientiert
Setting	Gemeinwesen, Familien, Mutter-Kind-Dyaden, Mütter
Methoden	unterschiedlich je nach Angebotsbestandteil
Fokus	"
Frequenz	"
Zeitrahmen	"
Trägerschaft/Finanzierung:	kommunal und andere
Professionen	medizinisch/pflegerisch und sozialarbeiterisch
Zuordnung	Jugendhilfe

Adebar ist ein sozialraumorientiertes Projekt mit dem Ziel, die soziale und gesundheitliche Situation von (werdenden) Familien in Hamburg St. Pauli zu verbessern und deren Erziehungs- und Alltagsbewältigungskompetenzen zu stärken.

Rechtlicher Träger ist die Gemeinwesenarbeit St. Pauli Süd e. V. Das Angebot gibt es seit 2001 und es ist ein unbefristetes, verstetigtes Regelangebot. Die Nutzung ist kostenlos. In dem Projekt sind insgesamt fünf hauptamtliche MitarbeiterInnen sowie sechs FreiberuflerInnen beschäftigt.

„Adebar" besteht aus vier Handlungsfeldern: dem offenen Raum (ehemals Familiencafé), dem Familienhebammenangebot, der Familiären Krisenhilfe und der sozialen Stadtteilentwicklung. Zur Zielgruppe der drei erstgenannten Bereiche gehören Schwangere und Familien mit Kindern bis drei Jahren. Jährlich nehmen etwa 100 Familien daran teil.

Die Familiäre Krisenhilfe ist eine Unterstützung für Schwangere und Familien mit Kindern bis zu 10 Jahren in akuten Krisensituationen. Sie wird niedrigschwellig zeitnah und flexibel ohne formale Antragsstellung angeboten. Die Familien werden u. a. beraten, begleitet und unterstützt bei Erziehungsschwierigkeiten, bei der Alltagsorganisation, bei Konflikten in Partnerschaften, beim Umgang mit Behörden oder bei finanziellen Notlagen oder drohendem Wohnungsverlust. Die familiäre Krisenhilfe ist als Maßnahme im Vorfeld von „Hilfen zur Erziehung" angelegt. Bei Bedarf nach längerfristigen intensiveren Hilfen wird in weitere Hilfen vermittelt.

Der Projektbestandteil „Soziale Stadtentwicklung" hat zum Ziel, den Lebensraum so zu gestalten, dass er den besonderen Bedürfnissen von Familien mit Kindern Rechnung trägt. Adebar beteiligt sich daher im Rahmen lokaler Gremien und Arbeitskreise mit Themen wie Wohnungsbau und Verkehrsentwicklung, Schulpolitik und Sportförderung. Ein besonderes Augenmerk liegt auf der Vernetzung von Angeboten für Eltern und Kinder, um die vor Ort vorhandenen Ressourcen optimal zu nutzen. Grundlage sind Arbeitsprinzipien aus der Gemeinwesenarbeit, ergänzt mit partizipativen Methoden wie Befragungen oder „Planing for real".

Das Angebot „Familiencafé" ist ein offener Treffpunkt mit Beratungsmöglichkeit, niedrigschwelligen Gruppenangeboten (Sing- und Spielkreise, Babymassagekurse, Alleinerziehendentreff), mit integrierten Informationsveranstaltungen (z.B. zu Ernährung, Schlafen, Erste Hilfe am Kind etc.) und jahreszeitlichen Festen und Aktionen. Dabei handelt es sich um offene Angebote. Zudem können sich Eltern bei Bedarf von einer Sozialpädagogin, zu bestimmten Zeiten auch von einer Hebamme, beraten lassen.

Die Familienhebammenangebote von „Adebar" beinhalten eine Betreuung für Schwangere und Familien bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes. Das Themenspektrum umfasst Beratung und Vermittlung sowie intensive Einzelhilfe (Hausbesuche), Kurse, Babymassage, Stillberatung, Beratung bei Schreikindern, Arbeit

an der Eltern-Kind-Bindung, Früherkennung und Gesprächsgruppen. Außerdem werden Netzwerkarbeit und Fachberatung für freiberufliche Hebammen geleistet.

Kontakt und Information:
Mirjam Hartmann, Lange Straße 9, 20359 Hamburg
adebar.st.pauli@gmx.de
www.adebar-st-pauli.de

9.9 „Frühberatungsstelle – Haus der Familie Bremen-Hemelingen“

Zielgruppe	Alle Familien mit Säuglingen und Kleinkindern im Alter von 0 bis 3 Jahren aus dem Stadtteil Hemelingen und dem Bremer Osten, besonderer Fokus psychosozial belastete Familien
Angebotsbreite	Einzelberatung, Gruppenberatung, Entwicklungsbegleitung, Elternbildungsveranstaltungen, Öffentlichkeitsarbeit
Verortung	Center-based mit geringem Anteil home-based
Vorgehensweise	Eltern-kind-zentriert, kinderschutzorientiert in Vernetzung mit dem Haus der Familie, Frühförderinnen, Familienhebamme, Familienhilfe, AfSD, Kinder- und Jugendärztin, Kindergärten
Setting	Mutter und Kind, Familien, Mütter/Eltern-Gruppe,
Methoden	Entwicklungspsychologische Beratung , interaktionszentrierte Diagnostik mit Videobeobachtung und -analyse, psychosoziale Unterstützung und Beratung, Babymassage, therapeutisches Sandspiel, Familienberatung
Fokus	Beziehung und sichere Bindung, Soziale Integration, Alltagspraxis
Frequenz	Nach Bedarf, i. d. R. einmal wöchentlich und längerfristig bei Risikofamilien
Zeitrahmen	Kinder von 0 bis 3 Jahren
Trägerschaft/Finanzierung:	Kommunale Jugendhilfe
Professionen	Psychologie und Sozialpädagogik
Zuordnung	Jugendhilfe

Die Frühberatungsstelle Bremen-Hemelingen ist ein Stadtteilprojekt, das 1999 vom Amt für Soziale Dienste auf Initiative des Hauses der Familie in Kooperation mit der

Fachberatung des ASD eingerichtet wurde. Vorrangiges Ziel ist es, psychosozial belastete Familien mit Säuglingen und Kleinkindern so früh wie möglich zu erreichen. Seit Mitte 2006 ist die Maßnahme ein unbefristetes, verstetigtes Regelangebot der kommunalen Jugendhilfe. Die Nutzung ist kostenlos.

Die Frühberatungsstelle ist als Spezialberatungsstelle eingebettet in ein Familienzentrum. Es werden dort Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern von einer Psychologin und einer Sozialpädagogin beraten. Die Beraterinnen bieten eine breite Palette von Hilfen für Familien mit Problemen bei der Versorgung und Betreuung von Kindern im Alter von 0 bis 3 Jahren an. Sie haben sich für diese Zielgruppe speziell weitergebildet.

Besonderer Fokus sind psychosozial belastete Familien mit unsicheren Bindungsmustern. Indikatoren sind hier die Dauerbelastungen der Eltern durch Arbeitslosigkeit, Schulden, beengte Wohnverhältnisse, Mangel an Ausbildung, lange Armutserfahrung, Isolation und teilweise traumatischen Kindheits- und Jugenderfahrungen. Weitere Merkmale der Zielgruppe Risikofamilien sind Eltern mit Suchtproblemen, ungewollten oder sehr frühen Schwangerschaften sowie Familien, in denen Gewalt und Missbrauch vorliegen. Außerdem sind besonders junge Eltern angesprochen, die verunsichert oder nach der Geburt sehr erschöpft sind und/oder sich mit ihrem Baby/Kleinkind überfordert fühlen. Multiproblemfamilien haben bei der Anmeldung Vorrang. Der Zugang zur Zielgruppe erfolgt über Aktionen der „übergeordneten" Einrichtung Familienzentrum, Elternschulen, Mund-zu-Mund-Propaganda der Eltern, Familienhebammen, Familienhelfer, KinderärztInnen, den Pflegekinderdienst und den Sozialdienst. Die KlientInnen nehmen die Beratung freiwillig in Anspruch und kommen entweder aus eigener Initiative, der Initiative des Projekts oder aufgrund einer Überweisung bzw. Empfehlung durch Kindertageseinrichtungen, den Allgemeinen Sozialdienst, Jugendhilfeeinrichtungen, die Gesundheitsdienste oder Schlüsselpersonen im Stadtteil. Ausschlusskriterien für eine Beratung sind aktueller Drogenmissbrauch und akute psychische Erkrankungen. Hier spielt die Weitervermittlung und Kooperation mit anderen Diensten eine wichtige Rolle. Jährlich nehmen etwa 70 Familien teil.

Das Konzept der Einrichtung basiert auf entwicklungspsychologischen, bindungstheoretischen, psychodynamischen, verhaltensbiologischen, sozialpädagogischen, körpertherapeutischen und systemisch-psychoanalytischen familientherapeutischen Ansätzen. Dabei ist die Arbeitsweise interdisziplinär: Gesundheitliche, pädagogische, sozial-ökologische und psychologisch beraterische sowie therapeutische Aspekte werden integriert. Es fehlt ein Netzwerk von Therapeuten mit Angeboten strukturbezogener Psychotherapie für Eltern mit strukturellen Störungen. Die Zusammenarbeit mit den „Haus der Familie" unterstützt ein niedrigschwelliges Angebot für Entwicklungsbegleitung und Selbsthilfeaktivitäten..

Hauptziel der Frühberatung ist die Stabilisierung der frühen Mutter-Kind-Beziehung durch die Förderung der Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern von Anfang an in der Kommunikation zwischen Eltern und Kind. Dabei sollen Feinfühligkeit und andere elterliche Kompetenzen gestärkt werden und Ressourcen innerhalb der Eltern-Kind-Beziehung und des Familiensystems aktiviert werden. Das Angebot soll Entwicklungsrisiken reduzieren und den Schutz für Kinder aus psychosozial belasteten Familien erhöhen. Frühe Prävention und Intervention sind die Grundideen des Projekts.

Konkret kann man zwischen elternzentrierten und auf die Interaktion von Eltern und Kind zentrierten Angeboten unterscheiden: Zu den elternzentrierten Aspekten gehören die Mütter- und Familienberatung mit dem Fokus auf Entspannung in der Eltern-Kind-Beziehung, der Ressourcenfindung, der Strukturierung durch Rollen- und Aufgabenklärung und der Strukturierung des Tagesablaufes mit dem Kind. Durch Informationen über psychosoziale Unterstützung werden ortsnahe Hilfen vermittelt (Psychotherapie, Paartherapie, Eltern-Kind-Therapie etc.). Im weiteren bieten die Beraterinnen Krisenintervention und Vernetzung an. Im Therapeutischen Sandspiel soll die Kreativität, Erlebnisfähigkeit und Sensibilität der Eltern gefördert werden, eine Bereicherung an Selbsterfahrung gewonnen werden und Konfliktlösungen im Spiel entwickelt werden. Die Hilfeplanung für Risikofamilien mit anderen Diensten macht einen großen Anteil in der Arbeit aus, besonders wenn der ASD schwer erreichbar ist.

Die Angebote, deren Fokus auf der Eltern-Kind-Interaktion liegt, beinhalten eine entwicklungsbezogene Beratung mit dem Fokus auf Entwicklungsaufgaben des Kindes und der Eltern, der Förderung von Feinfühligkeit und Responsivität sowie der Entwicklung von Sicherheit in der Elternrolle und von Vertrauen in das Kind. Zu diesem Teil gehört auch die Interaktionsdiagnostik in Verbindung mit videogestützter Beratung: um die Wahrnehmung und Beantwortung der Signale des Kindes, die Stärkung elterlicher, intuitiver Kompetenzen und eine positive Gegenseitigkeit zu fördern. Die bindungsfördernde Arbeit wird unterstützt durch Babymassage, um einer Unter- und Überstimulierung des Babys entgegenzuwirken und die Selbstregulationsfähigkeit des Babys zu fördern.

Die Ziele der interaktionszentrierten Arbeit mit Eltern und Kinder sind in der Frühberatungsstelle alle danach ausgerichtet, eine positive Beziehung und sichere Bindung zwischen Eltern und Kind anzubahnen. Die Beratung bietet Raum, erlebte, belastende Gefühle in der Eltern-Kind-Beziehung anzusprechen und zu bearbeiten, positive Selbsterfahrungen in der Kommunikation mit dem Kind zu machen, das Erleben von Verbundenheit mit dem Kind und Freude am Kind „verankern“ zu helfen, sicherer in der Elternrolle zu werden und die Autonomieentwicklung besonders von Kindern aus Risikofamilien zu unterstützen. Die entwicklungsbezogene Beratung und die Babymassage finden sowohl einzeln als auch in Gruppen statt.

Eltern können telefonisch oder persönlich einen Termin vereinbaren, der innerhalb von 14 Tagen zustande kommt. In Krisenfällen wird umgehend reagiert in Kooperation mit dem Familienzentrum, dem ASD und in der Vernetzung mit weiteren Institutionen für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern.

Zu den weiteren Aufgaben gehört die Öffentlichkeitsarbeit mit Informations- und Arbeitstreffen z. B. im interdisziplinären Arbeitskreis „Prävention und Risikowahrnehmung für 0-3jährige Kinder und deren Familien", der durch eine der Frühberaterinnen mit aufgebaut worden ist, Tagungen für Kollegen anderer Institutionen im Frühbereich und die Kooperation mit Kollegen in der „Gesellschaft für die seelische Gesundheit in der frühen Kindheit e.V. in Deutschland (GAIMH)".

Die Frühberatung bietet überdies für Kollegen der Kindertageseinrichtungen, der Häuser der Familie und des ambulanten Sozialdienstes in Bremen Praxisberatung und Fortbildungen an.

Kontakt und Information:

Inge Beyersmann, inge.beyersmann@nwn.de

fruehberatung.hemelingen@afsd.bremen.de

9.10 Bremer Familienhebammen

Zielgruppe	Schwangere und Mütter mit Kindern bis zu einem Jahr mit besonderen gesundheitlichen, medizinischen oder psychosozialen Risiken
Angebotsbreite	Einzelnes Angebot: Familienhebamme
Verortung	home-based
Vorgehensweise	situationsorientiert
Setting	Mutter und Kind
Methoden	Betreuung – medizinische Versorgung – Wissensvermittlung – Beratung
Fokus	Pflege/Versorgung des Kindes – Beziehung - Alltagspraxis
Frequenz	nach Bedarf
Zeitrahmen	Schwangerschaft – 1. Lebensjahr des Kindes
Trägerschaft/Finanzierung:	kommunal
Professionen	medizinisch/pflegerisch (häufig mit Zusatzausbildung im sozialpädagogischen Bereich)
Zuordnung	Gesundheitshilfe

Die ersten Familienhebammen-Projekte der BRD wurden in Bremen bereits 1980 und 1983 mit jeweils zwei Modellversuchen eingerichtet. Seit 1988 sind die Familienhebammen als unbefristetes, verstetigtes Regelangebot fester Bestandteil der sozialpädiatrischen Abteilung des Gesundheitsamtes Bremen. Die rechtliche Grundlage des Angebotes ist der § 14, Absatz 7 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Lande Bremen. Danach bieten die Gesundheitsämter insbesondere sozial und gesundheitlich benachteiligten Frauen und Familien vor und nach der Geburt eines Kindes Beratung und Einzelfallhilfe durch Familienhebammen an.

Zielgruppe des Angebotes sind Schwangere und Mütter mit Kindern bis zu einem Jahr, die gesundheitlichen, medizinisch-sozialen oder psychosozialen Risiken ausgesetzt sind. Die Familienhebammen erreichen diese (werdenden) Mütter vor allem über die Geburtskliniken, durch Zuweisungen des ASD und durch Öffentlichkeitsarbeit.

Jährlich nehmen etwa 160 Familien das Angebot der Familienhebammen wahr. Im Stadtgebiet Bremen übernehmen fünf Hebammen und vier Kinderkrankenschwestern die Begleitung und Beratung dieser Frauen.

Die Hebammen besuchen, die von ihnen betreuten Mütter, in der Regel einmal wöchentlich in ihrer Wohnung. Zusätzlich zu den normalen Leistungen einer Hebamme (Vorsorge, Geburtsbegleitung, Wochenbettbetreuung, Nachsorge, Stillberatung, Ernährungsberatung und Anleitung zur Pflege) übernehmen die Familienhebammen weitere eher sozialpädagogisch oder sozialarbeiterische Leistungen: Sie unterstützen die Familien bei der Bewältigung alltags- und lebenspraktischer Probleme, fördern den Aufbau einer sicheren Beziehung zwischen Mutter und Kind und vermitteln bei Bedarf in weiterführende Hilfen und Dienste (beispielsweise ASD, Erziehungsberatungsstellen, Sozialamt, Schwangerschaftsberatungsstellen, Ärzten und Psychologen).

Kontakt und Information:

Eberhard Zimmermann, Gesundheitsamt Bremen, Sozialpädiatrische Abteilung,
Horner Straße 60/70, 28203 Bremen
Eberhard.Zimmermann@gesundheitsamt.bremen.de
www.gesundheitsamt-bremen.de

9.11 „Begleitung und Primärhilfe in Familien“, AWO Schwerin

Zielgruppe	Belastete Familien mit Säuglingen in Schwerin
Angebotsbreite	Einzelangebot mit Angliederung an eine Familienbildungsstätte
Verortung	aufsuchende Hilfe, teilweise Ergänzung durch Kleingruppenangebote
Vorgehensweise	curriculare Grundlage, aber situative individuelle Anpassung,
Setting	Eltern und Kind
Methoden	Alltagsbegleitung, Wissensvermittlung
Fokus	„Leben mit einem Säugling“, Gesundheitsförderung für Mutter und Kind,
Frequenz	1-3 x / Woche
Zeitrahmen	3-5 Monate
Trägerschaft/Finanzierung	freier Träger, Finanzierung über die kommunale Jugendhilfe
Professionen	Sozialpädagogin, Kinderkrankenschwester, Pädagogin
Zuordnung	Jugendhilfe

Das Projekt „Begleitung und Primärhilfe in Familien“ ist ein Angebot der Familienbildungsstätte in Trägerschaft der Arbeiterwohlfahrt Soziale Dienste GmbH Westmecklenburg mit Sitz in Schwerin. Es unterstützt junge bzw. werdende Mütter/Väter, meist in individueller, aufsuchender Form.

Das Angebot gibt es seit Juli 2005, es ist jeweils für ein Jahr befristet, die Auszahlung der Mittel wird allerdings mit einer quartalsweisen Berichterstattung und Überprüfung verknüpft. Die Finanzierung der Primärhilfe erfolgt über die kommunale Jugendhilfe. Den NutzerInnen selbst entstehen keine Kosten.

Das aufsuchende Angebot ist organisatorisch und personell an die Familienbildungsstätte angebunden und beschäftigt eine Sozialpädagogin, eine Kinderkrankenschwester und eine Erzieherin mit insgesamt 25 Wochenstunden, die auf die drei Kolleginnen nach jeweilig anfallendem Aufwand in den Familien und Einsatznotwendigkeit in der Familienbildungsstätte aufgeteilt werden. Die Mitarbeiterinnen haben an Weiterbildungen zur Elternberaterin und Elterntrainerin („Starke Eltern – starke Kinder“, „Triple P“) teilgenommen. Ebenso haben sie Qualifikationen im Bereich der Leitung von Eltern-Kind-Kursen und in Babymassage.

Die Zielgruppe umfasst Familien mit multifaktoriellen Problemen, die besonderer Unterstützung bedürfen, speziell Mütter und Väter, die allein für ein Kind unter sechs Jahren zu sorgen haben sowie kinderreiche oder Familien mit kranken Kindern in der Stadt Schwerin. Die KlientInnen werden hauptsächlich durch den Allgemeinen Sozialdienst im Rahmen eines Hilfeplanverfahrens an die Primärhilfe vermittelt, in Einzelfällen gibt es auch Überweisungen durch andere Jugendhilfeeinrichtungen und Beratungsstellen. Die Familienbildungsstätte will in Zukunft zusätzlich das Personal von Kindertagesstätten über die Primärhilfe informieren. Durch das neue Angebot von Integrationskursen (ab März 2007) sollen auch speziell Familien mit Migrationshintergrund angesprochen werden. Ganz wenige Familien kommen aus eigener Initiative.

Einige Familien nutzen das Angebot nicht freiwillig. Bei Abbruch der Teilnahme wird das Jugendamt bzw. die Sozialpädagogische Familienhilfe informiert. Im Jahr betreut die „Begleitung und Primärhilfe" 35 Fälle. Diesen Müttern und Vätern fehlt es vor allem an Fähigkeiten hinsichtlich der Versorgung, Pflege und Förderung ihrer Säuglinge und Kleinkinder. Weitere Merkmale sind geringes Bildungsniveau und problematisches Sozialverhalten, Suchtgefährdung oder Behinderung der Mütter. Bei diesen Eltern löst die Überforderung in der Phase vor oder kurz nach der Geburt eines Kindes Ängste und Unsicherheit aus. Oder es besteht seitens des Jugendamtes durch vorhergehende Auffälligkeiten und problematische Situationen ein begründeter Verdacht, dass die Geburt eines neuen Kindes zu besonderen Belastungen in der Familie führen könnte, die Risiken und Gefahren für das Neugeborene nach sich ziehen.

Besonders schwer zu erreichen sind nach Aussage der Mitarbeiterinnen Wohnungslose, sozial isolierte Personen, Familien, deren Kinder nicht in Kindertagesstätten sind und hoch belastete Familien. Diese Personengruppe gehört dennoch zur Zielgruppe der Primärhilfe.

Das Projekt möchte mit seiner Arbeit eine günstige körperliche, geistige und seelische Entwicklung der Kinder und die Förderung ihrer Gesundheit erreichen. Zugleich soll das Selbst- und Problembewusstsein der Mütter gestärkt werden. Die Eltern sollen Spaß am Erleben der Kinder haben und lernen, feste Tagesstrukturen einzuhalten. Wichtig ist auch, dass sie ein Gefühl für Grenzsetzungen bei Kleinkindern mit Hilfe positiver Bestärkung bekommen sowie Bildungsangebote über die individuelle Begleitung hinaus in Anspruch nehmen.

Zu den Arbeitsschwerpunkten der „Begleitung und Primärhilfe in Familien" gehört die Sensibilisierung der Mütter/Väter für die kindlichen Bedürfnisse. Dies geschieht durch Beobachtung und gemeinsame Interpretation von Äußerungen des Säuglings, das Üben der Unterhaltung mit dem Baby, das Zulassen und Zurückgeben von Nähe und Zärtlichkeit sowie die Massage des Babys. So sollen Eltern Sicherheit im Umgang mit ihrem Säugling erwerben und die Befindlichkeiten des Kindes erkennen lernen. Ein weiteres Thema ist die Erläuterung der Pflege und Hygiene eines

Säuglings und Kleinkindes (z. B. gemeinsames Baden und Wickeln des Kindes, Zahnreinigung, Tragen, Drehen und Halten des Neugeborenen). Die Mitarbeiterinnen informieren außerdem über eine gesunde Ernährung. Dabei geht es um Gewichtsentwicklung und Nahrungstabellen bezogen auf das Alter des Säuglings sowie Nahrungszubereitung und -aufbewahrung. In Gesprächen zur Einrichtung der Schlafumgebung des Kindes soll eine gesunde Schlafatmosphäre geschaffen werden. Hier üben die Mitarbeiterinnen mit den Eltern und deren Babys Einschlafrituale, diskutieren die Durchschlafproblematik und wirken den Risiken des plötzlichen Kindstodes entgegen. Um die kindliche Bewegungsentwicklung zu fördern, werden Anregungen für die Entwicklung von Motorik und Psyche des Säuglings vermittelt, es wird Spielzeug begutachtet und auf Didaktik und Unbedenklichkeit für das Kind geprüft sowie tägliche Spielphasen organisiert und teilweise begleitet. Dabei werden die Eltern zu einer aktiven Wachphasengestaltung angeregt. Die ProjektteilnehmerInnen erhalten auch Hilfe bei der Auswahl einer Kindertagesstätte. Inhaltlich schließt das Thema „Erkrankungen des Babys“ die Arbeitsschwerpunkte ab. Hier erläutern die Projektmitarbeiterinnen den Eltern Symptome für verschiedene Krankheiten, verdeutlichen gesundheitliche Risiken und Gefahrensituationen und erklären Hilfsmaßnahmen bei Erkrankungen. Ebenso erfolgt eine Aufklärung über die Notwendigkeit der Wahrnehmung von Reihenuntersuchungen und Impfungen. Bei Bedarf werden Arztbesuche gemeinsam wahrgenommen.

Den größten Teil der Hilfen macht die Einzelbegleitung von Müttern in aufsuchender Form aus. Dabei wird die konkrete Unterstützung im Einzelfall sowohl im Hilfeplan mit dem Jugendamt, als auch nach den ersten aufsuchenden Kontakten passgenau definiert und entsprechend umgesetzt. Hier ist die Zusammenarbeit mit den Hebammen des ortsansässigen Klinikums von Vorteil, da so eine Verbindung von medizinisch-präventiver und sozialpädagogischer Hilfe entsteht. Ein Fall wird durchschnittlich drei Monate betreut, maximal fünf Monate. Pro Woche finden zwischen einem und drei Terminen statt, jeweils im Durchschnitt eine Stunde. Ein Teil der Mütter/Eltern nimmt auch an Angeboten in speziell organisierten Kleingruppen oder regulären Kursen in der Familienbildung oder im betreuten Wohnen für Alleinerziehende wahr. Die Kurse, die zum Teil auch von der Familienbildungsstätte angeboten werden, umfassen z. B. das „Triple P“- Elterntrainingsprogramm, PEKiP (Prager-Eltern-Kind-Programm), Geburtsvorbereitungskurse, Säuglingspflege oder Rückbildungsgymnastik.Das Projekt kooperiert darüber hinaus mit verschiedenen Beratungsstellen, Rechtsanwältinnen, KinderärztInnen, Hebammen und MitarbeiterInnen der Sozialpädagogischen Familienhilfe.

Kontakt und Information:

Conni Hartwig, Leitung der Familienbildungsstätte der AWO in Schwerin
fbs@awo-schwerin.de

9.12 „Eltern stark machen in Mecklenburg-Vorpommern“, Deutscher Kinderschutzbund Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Zielgruppe	(1) ErzieherInnen und SozialpädagogInnen oder allgemein Fachkräfte aus Berufsgruppen mit Grundqualifikationen im pädagogischen/psycho-sozialen Bereich (2) alle Familien mit Unterstützungsbedarf in Mecklenburg-Vorpommern
Angebotsbreite	Koordinationsstelle, die 80 ausgebildete Trainer in ganz MV betreut
Verortung	(2) center-based
Vorgehensweise	(1) Koordination (2) curricular aufgebaute Elternkurse
Setting	(2) nur Eltern
Methoden	(1) Fortbildungen, Supervision, Vernetzung, Öffentlichkeitsarbeit, Evaluation, Dokumentation (2)Vorträge, Einzel- und Partnerarbeit, Kleingruppenarbeit, Diskussionen im Plenum sowie den Einsatz verschiedener Medien
Fokus	(2) Stärkung der erzieherischen Kompetenzen der Eltern
Frequenz	(2) 8 -12 Abende mit ca. 2 Stunden Dauer
Zeitrahmen	(1) 5 Jahre Projektlaufzeit bis Ende 2006
Trägerschaft/Finanzierung	(1) Landesmittel (2) kommunale Jugendhilfe
Professionen	(1) Diplom-Pädagoge (2) SozialpädagogInnen, PädagogInnen, ErzieherInnen, LehrerInnen
Zuordnung	Jugendhilfe

(1) Das Projekt „Eltern stark machen in Mecklenburg-Vorpommern“ des Kinderschutzbundes ist eine Koordinierungsstelle mit der Aufgabe, präventive Konzepte und Angebote zur Weiterentwicklung der Erziehungskompetenz von Eltern in Mecklenburg-Vorpommern zusammenzuführen und zu verbessern. Zu diesem Zweck werden verschiedene Elterntrainingsprogramme angeboten, weiter entwickelt und entsprechende TrainerInnen dafür ausgebildet.

„Eltern stark machen in Mecklenburg-Vorpommern“ gibt es seit 2001 und ist befristet bis Dezember 2006. Träger ist der Deutsche Kinderschutzbund Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V. Der überwiegende Teil des Projektes wird aus Landesmitteln finanziert, ein kleiner Teil (5 %) der Finanzierung wird aus Eigenmitteln getragen. Die Teilnahme an den Kursen kostet für die Eltern zwischen 10 und 80 Euro. Das Projekt beruht auf der gesetzlichen Grundlage des § 16, KJHG, zur Allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie.

In dem Projekt sind eine Verwaltungskraft und ein Diplom-Pädagoge (Projektleiter und Supervisions-Coach), jeweils in Teilzeit angestellt.

Seit 2001 wurden ca. 80 Elterntrainer ausgebildet, von denen nur noch ungefähr ein Drittel aktiv ist. Die Zielgruppe für die Elterntrainer-Ausbildung besteht aus ErzieherInnen und SozialpädagogInnen oder allgemein Fachkräfte aus Berufsgruppen mit Grundqualifikationen im pädagogischen/psycho-sozialen Bereich. Die mehrtägigen Fortbildungen beziehen sich auf folgende Kurse: „Starke Eltern – Starke Kinder", „Triple P", Rendsburger Elterntraining, einen Pubertätskurs sowie Erwachsenendidaktik.

Das Konzept von „Eltern stark machen in Mecklenburg-Vorpommern" wird über allgemeine Öffentlichkeitsarbeit, Netzwerkarbeit mit MultiplikatorInnen aus verschiedenen Fachbereichen, Mund-zu-Mund-Propaganda sowie eine Internetseite und Flyer bekannt gemacht.

Das übergeordnete Ziel des Projekts besteht darin, bereits existierende Initiativen und Angebote mit dem Schwerpunkt der Erhöhung der Elternkompetenz zu vernetzen, sie in der Öffentlichkeit den Eltern sichtbarer und erlebbarer werden zu lassen und somit einen wichtigen Beitrag einerseits zum Kinderschutz und andererseits zur Kinder- und Jugendförderung zu leisten. Dabei sorgt die Koordinierungsstelle Elternkompetenz für die Organisation der Trainerausbildungen, Supervision der Trainer und Neulizenzierungen, für die Aktualisierung und Weiterentwicklung der Internetpräsentation (www.eltern-stark-machen.de) sowie für die Beratung von Eltern, Institutionen, Kindertagesstätten und Kommunen zu den Elterntrainings. Sie organisiert den Erfahrungsaustausch und die Schulung bzw. Konzeptentwicklung für die Trainer und übernimmt die Evaluation sowie die Dokumentation. Ferner informiert sie Presse und Öffentlichkeit über das Projekt und baut ein Netzwerk für die Trainer auf.

(2) Die Zielgruppe der Familien umfasst alle Eltern mit Unterstützungsbedarf im Land Mecklenburg-Vorpommern. Dies sind nach einer Schätzung ca. 100.000 Familien. Jährlich nehmen derzeit etwa 100 Familien das Angebot wahr, die Teilnehmerzahlen sind insgesamt rückläufig. Bildungsferne Familien sind mit diesem Angebot besonders schwer zu erreichen. Eine Anforderung an die teilnehmenden Eltern ist Gruppenfähigkeit, da die Gruppenarbeit einen wesentlichen Bestandteil der Elterntrainings darstellt. Dieses Setting hat sich für belastete Familien als ungeeignet herausgestellt. Deshalb wurde für diese spezielle Zielgruppe die ursprüngliche Konzeption verändert: die Gruppen wurden deutlich verkleinert (max. 5 TeilnehmerInnen) und in den Reflektionsteilen des Kurses wird auf die inhaltlichen Wünsche der TeilnehmerInnen eingegangen. Im Anschluss an den Kurs wird zumindest in Rostock eine begleitete Eltern-Kind-Gruppe angeboten, da die TeilnehmerInnen sich nun an die

Gruppe und die Leiterin gewöhnt haben und die gegenseitige Unterstützung fortsetzen möchten.

Die TeilnehmerInnen melden sich selbst an und kommen freiwillig bzw. halbfreiwillig. Das heißt, sie nutzen die Kurse entweder aus eigener Initiative, oder werden von Kindertageseinrichtungen, dem Allgemeinen Sozialdienst, von Jugendhilfeeinrichtungen oder der Gesundheitshilfe an das Projekt überwiesen.

Die Kurse für Eltern werden in allen Landesteilen über die Elterntrainer angeboten. Damit soll die elterliche Erziehungsfähigkeit verbessert werden, die Selbstreflexion gestärkt und mehr Sicherheit in der Erziehung gewonnen werden. So soll auch präventive Gewaltanwendung verhindert werden und die Kommunikation in der Familie verbessert werden.

Konkret geht es in dem Kurs „Starke Eltern – Starke Kinder" darum, den Eltern die psychischen Grundbedürfnisse des Kindes nahe zu bringen, ihnen das Geben und Empfangen von Feedback zu vermitteln und mit ihnen die Aufgaben ihrer Erzieherrolle zu erarbeiten. Weitere Themen sind das Verhalten in bestimmten Problemsituationen, das Ausdrücken von Bedürfnissen und Gefühlen sowie der Umgang mit Macht.

Das „Triple P"-Programm (Positive Parenting Program, Programm zur positiven Erziehung) beinhaltet die Vermittlung einer positiven Erziehung, die Förderung der kindlichen Entwicklung, den Umgang mit Problemverhalten, das Vorausplanen sowie den Einsatz von Erziehungsroutinen.

Die Elterntrainings werden nur in Gruppen angeboten, Kinder nehmen nicht teil. Das Programm „Starke Eltern – Starke Kinder" besteht in der Regel aus 10 Elternabenden. „Triple P" beinhaltet im Durchschnitt acht Treffen mit vier zusätzlichen Telefonkontakten. Dabei erstrecken sich die einzelnen Termine über 1,5 bis 2,5 Stunden. Die Methoden umfassen Vorträge, Einzel- und Partnerarbeit, Kleingruppenarbeit, Diskussionen im Plenum sowie den Einsatz verschiedener Medien.

Kontakt und Information:

Thomas Niemeyer, Projektleiter des DKSB Mecklenburg-Vorpommern
dksb@mvnet.de, www.eltern-stark-machen.de

9.13 „Aufsuchende Familienhilfe für junge Mütter, Netzwerk Familienhebammen Niedersachsen“ – Stiftung „Eine Chance für Kinder“

Zielgruppe	Sozial benachteiligte Familien
Angebotsbreite	Einzelnes Angebot: Familienhebammen in enger Kooperation mit der Jugendhilfe
Verortung	home-based mit center-based Anteilen
Vorgehensweise	Bedarfs-, prozess-, zielorientiert
Setting	Familien – Gruppe
Methoden	Betreuung – medizinische Versorgung – Wissensvermittlung – Beratung
Fokus	Pflege – Beziehung – Soziale Integration – Alltagspraxis
Frequenz	nach Bedarf
Zeitrahmen	Schwangerschaft – 1. Lebensjahr des Kindes
Trägerschaft/Finanzierung:	Landesmittel – kommunal – Stiftungsmittel – Spenden
Professionen	medizinisch/pflegerisch mit Zusatzausbildung im sozialpädagogischen Bereich
Zuordnung	Verbundprojekt Gesundheitshilfe und Jugendhilfe

Die „Aufsuchende Familienhilfe für junge Mütter, Netzwerk Familienhebammen Niedersachsen“ bietet eine Betreuung für schwangere Frauen, Mütter und Säuglinge in schwierigsten sozialen und/oder psychosozialen Situationen in Form einer aufsuchenden Arbeit von Familienhebammen im ersten Lebensjahr eines Kindes.

Träger dieses Angebots ist die Stiftung „Eine Chance für Kinder“. Das Konzept der Maßnahme wurde von der Stiftung „Eine Chance für Kinder“ in Zusammenarbeit mit dem Niedersächsischen Landesverband der Hebammen, mit Mitarbeiterinnen des niedersächsischen Sozialministeriums und der Jugendämter Osnabrück, Hannover, Leer und Braunschweig entwickelt.

Ziel der Stiftung ist die Implementierung eines Netzwerkes von Familienhebammen unter Koordination der Stiftung in möglichst vielen Kommunen. Das Angebot gibt es inzwischen in vier Kommunen: Braunschweig, Leer, Osnabrück und seit 2005 in Hannover. Bisher sind in vier Kommunen (Braunschweig, Hannover, Leer, Osnabrück) insgesamt 15 Familienhebammen eingesetzt. Das Pilotprojekt ist bis Ende des Jahres 2006 befristet und wird ab 2007 von über 20 niedersächsischen Kommunen aufgegriffen werden. Die mitarbeitenden Hebammen wurden in einem 170-Stunden-Curriculum, das von der Stiftung angeboten wird, zur Familienhebamme fortgebildet

und arbeiten – auf Honorarbasis – jeweils mit unterschiedlichen Stundenkontingenten (meist mit 10 Stunden pro Woche) im Rahmen des Projektes, zusätzlich zu ihrer Arbeit als krankenkassenfinanzierte Hebammen. Die im Rahmen des Pilotprojektes eingesetzten 15 freiberuflichen Hebammen arbeiten an den vier Projektstandorten mit jeweils einer Sozialarbeiterin zusammen, die am Jugendamt oder bei einem freien Jugendhilfeträger angestellt ist und mit einem Stundenanteil ihrer Tätigkeit die Koordinationsfunktion hat. Diese hilft bei der Kontaktaufnahme mit den hilfebedürftigen Frauen und knüpft Verbindungen zu anderen Dienststellen (Tandemsystem). Die Stiftung finanziert für die Koordinationsstellen eine Buchhalterin. Da eine Evaluation des Projektes die Arbeit der Familienhebammen als sehr erfolgreich beschrieben hat, gibt es inzwischen weitere 18 Kommunen in Niedersachsen, die dieses Modell implementieren möchten – wenn auch teils in unterschiedlicher Trägerstruktur. Zu diesem Zweck werden inzwischen weitere 45 Hebammen von der Stiftung zu Familienhebammen fortgebildet. Nach dem 3. Fortbildungskurs, der im Dezember 2006 begonnen hat, werden im Frühsommer 2007 in Niedersachsen über 100 qualifizierte Familienhebammen für die aufsuchende Arbeit in niedersächsischen Kommunen zur Verfügung stehen.

Die Zielgruppe umfasst Schwangere und Mütter in schwierigen materiellen und psychosozialen Lebenslagen mit Kindern bis zum Ende des ersten Lebensjahres. Im engeren Sinne sind damit folgende Personengruppen gemeint:

- schwangere Alleinstehende,
- Erstgebärende unter 18 Jahren,
- Schwangere mit mehreren Kindern aus Familien mit sozialen Schwierigkeiten,
- Schwangere in gewalttätigen Milieus oder mit gewalttätigen Männern,
- schwangere Frauen mit Migrationshintergrund mit Hemmschwellen zum deutschen Gesundheitswesen,
- psychisch labile oder kranke Frauen,
- alkohol- und/oder drogenabhängige schwangere Frauen.

Jährlich konnten bisher ca. 200 Familien betreut werden. Ab 2007 sollen pro Jahr 800 – 1000 Frauen und ihre Kinder aufsuchend betreut werden können. Für die Nutzerinnen ist die Hilfe kostenlos. Hauptsächlich werden die Frauen vom Allgemeinen Sozialdienst (bspw. zu ca. 40 % in Hannover), der Gesundheitshilfe und dem sozialen Umfeld an die aufsuchende Familienhilfe überwiesen. Mit dem Einverständnis der Familien, meist der Mütter, informieren ASD, Beratungsstellen, ÄrztInnen, andere Hebammen, Entbindungsabteilungen, Freunde oder Nachbarn die Familienhebammen auch über potenzielle KlientInnen, bei denen sich die Hebammen dann auch aus eigener Initiative melden und ihr Angebot vorstellen. Die Familienhebammen werden als wenig stigmatisierender Zugang zu sozial benachteiligten Familien beschrieben, da

es in der Arbeit erst mal um Gesundheitsprobleme von Mutter und Kind geht. Gerade der Vertrauensaufbau in der Schwangerschaft, wenn die Mütter noch nicht im Stress der Versorgung des Kindes sind, ist eine hervorragende Möglichkeit, über Schwierigkeiten und Sorgen, über Körperarbeit (z.B. Massage) die Mütter zu öffnen dafür, Unterstützung auch annehmen zu können. Das Ziel, eine gute Mutter-Kind-Bindung zu erreichen, geht über die Gesundheitsversorgung von Mutter und Kind.

Zu den Zielen des Projektes gehört es, die schwangeren Frauen in belastenden Lebenslagen und/oder mit medizinischen Risiken möglichst frühzeitig in der Schwangerschaft, spätestens jedoch bald möglichst nach der Entbindung zu erreichen, um ausgehend von der Gesundheit umfassende Hilfe vor allem für die Entwicklung der Mutter-Kind-Bindung anbieten zu können. Die Entwicklungsdefizite von Kindern sollen früh erkannt werden und so die Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge und die Untersuchungen der Kinder zur Früherkennung von Krankheit erhöht werden. Im Zentrum steht die Förderung der Bindung und Beziehung von Müttern und Vätern und ihren Kindern: Loben der Eltern, aufmerksam machen auf Reaktionen und Bedürfnisse der Kinder, diese für die Eltern übersetzen. Es gilt, die sozial deprivierten Eltern, die zumeist selber noch eine harte Erziehung mit wenig Zärtlichkeit erlebt haben, in der Lebenssituation mit dem Säugling zu stärken und zu stützen, damit sie die Herausforderung, die es bedeutet, Eltern zu sein, annehmen können.

Die praktische Arbeit der Familienhebammen ist als aufsuchende Hilfe angelegt: Nach der Geburt helfen sie den Frauen dabei, ihre Kinder und sich selbst gesund zu ernähren und angemessen zu versorgen, im Interesse der Kinder eine Tagesstruktur zu entwickeln, Coaching der Familie in Bezug auf informelle Unterstützungs-Netzwerke gegen deren Isolation, Stillberatung, vorsichtige Körperarbeit – z.B. Massage der Mutter, die dadurch die Erfahrung eines sanften Umgangs auch in Bezug auf ihr Kind machen kann u.a.m. Sensibilität für den eigenen Körper zu entwickeln ist Voraussetzung, um auf Zärtlichkeits-Bedürfnisse der Kinder sanft antworten zu können. Wichtiges Thema sind die Entwicklungsphasen der Kinder: Kinder nicht zu früh zum Sitzen bringen, nicht zu früh mit der Laufhilfe konfrontieren, nicht isoliert im „Kinderzimmer“ liegen lassen, Säuglinge nicht „bespaßen“, indem man sie vor dem Fernseher sitzen lässt usw. Bei jeder sich bietenden Gelegenheit sprechen sie auch heikle Themen wie häusliche Gewalt oder Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum an. Der zeitliche Umfang der Betreuung schwankt zwischen 50 und 150 Stunden pro Familie, ihre Dauer kann sich bis zum ersten Geburtstag des Kindes erstrecken. Je nach individuellem Bedarf umfassen die Leistungen neben der Beratung bei der Pflege und Ernährung des Säuglings auch alltagspraktische Aspekte, wie Mithilfe bei der Haushaltsorganisation, der Wohnungssuche, Begleitung zu und Beratung in Bezug auf den Umgang mit ÄrztInnen und Ämtern usw. Arbeits- bzw. Zeitstrukturen werden sehr flexibel gehandhabt, von manchmal anfangs täglich bis zu monatlichen Besuchen in der Ablö-

sephase. Um auch die Väter zu unterstützen, wird manchmal der Einsatz eines männlichen Familienhelfers für sinnvoll gehalten, oder die Familienhebamme macht mit dem jungen Vater einen eigenen Termin aus, bei dem sie ihm zeigt, wie er sich dem Kind beschäftigen kann

In den Koordinierungsstellen in Leer und Hannover finden regelmäßig Team- und Fallbesprechungen mit den jeweiligen Koordinatorinnen statt. Diese sind dringend notwendig, um im Grenzbereich der Gefährdung von Kindern sich im professionellen Netz abzusichern, in der gemeinsamen Diskussion möglichen Handlungsbedarf zu eruieren.

Das Projektbüro in Leer dient auch als Sammelstelle für Kinderbekleidung und andere Ausstattungsgegenstände wie Kinderwägen oder Kinderbetten, die kostenlos an bedürftige Familien abgegeben werden. Es werden ebenfalls Gruppenangebote gemacht. Eine solche Familienhebammenzentrale soll auch in Hannover aufgebaut werden, mit niedrigschwelliger, stundenweise Kinderbetreuung, mit Gruppenangeboten für sozial benachteiligte Mütter, die die üblichen Elternbildungsangebote nicht nutzen: z.B. Vätergruppe, Geburtsvorbereitung, PEKIP-Gruppe, mit offenen Sprechstunden, Kleiderkammer.

Es wird inzwischen ein Dokumentationssystem entwickelt und erprobt, um die Arbeit sinnvoll auszuwerten und zu dokumentieren, den Hebammen wird durch die Stiftung dazu Fortbildung angeboten. Für das Jahr 2007 ist die Einführung eines Qualitätsmanagements für die aufsuchende Arbeit geplant.

Unabdingbar ist die Zusammenarbeit mit relevanten Einrichtungen, um durch Koordination und Vernetzung der sozialen Dienste die Risiken für das Aufwachsen der Kinder zu minimieren. In Familien, in denen die psychosozialen Belastungen auch nach dem Einsatz der Familienhebamme sehr hoch sind, das Kindeswohl aber nicht gefährdet erscheint, wird manchmal eine SPFH parallel oder auch im Anschluss eingerichtet. Auch Tagespflege für Kinder sehr junger Mütter wird zuweilen gemeinsam mit der Familienhebamme gesucht, um nach der aufsuchenden Hilfe weiterhin den Schutz des Kindes und die Entlastung gerade junger Mütter im Auge zu haben; des Weiteren versuchen Familienhebammen, die Mütter in Mutter-Kind-Gruppen zu integrieren.

Falls die Überweisung durch das Jugendamt geschehen ist und die Familien die Hilfe abbrechen, wird das Jugendamt darüber informiert. Die Anbindung an den ASD wird in Hannover und in Leer unter anderem auch durch die Koordinatorin als sehr engmaschig beschrieben.

Kontakt und Information:

Stiftung „Eine Chance für Kinder“: info@eine-chance-fuer-kinder.de, www.eine-chance-fuer-kinder.de

9.14 „Zukunft für Kinder in Düsseldorf“ – Clearingstelle

Zielgruppe	Familien nach der Geburt eines Kindes
Angebotsbreite	Koordination eines Clearingprozesses
Verortung	In der Regel ohne direkten NutzerInnenkontakt
Vorgehensweise	"
Setting	"
Methoden	"
Fokus	"
Frequenz	"
Zeitrahmen	"
Trägerschaft/Finanzierung:	kommunal
Professionen	medizinisch, sozialarbeiterisch
Zuordnung	Gesundheitshilfe und Jugendhilfe

Im Rahmen des Präventionsprogramms „Zukunft für Kinder in Düsseldorf“ wurde zur Erreichung der Projektziele eine so genannte Clearingstelle eingerichtet. „Zukunft für Kinder“ ist ein zeitlich unbefristetes Programm.

Die Clearingstelle besteht seit Juni 2005 und ist als gesamtstädtisches Angebot eine eigene Organisationseinheit. Der Träger ist die Kommune. Das Gesundheitsamt und das Jugendamt haben die gemeinsame Steuerungsverantwortung. Personell ist die Clearingstelle mit einem Kinderarzt und einer Kinderkrankenschwester des Gesundheitsamtes und einer Sozialarbeiterin des Jugendamtes besetzt.

Aufgabe der Clearingstelle ist es, für Familien mit erhöhtem medizinischem und/oder sozialem Risiko koordinierte, individuelle Nach- bzw. Vorsorge sicherzustellen. Mit Hilfe eines Anmeldebogens können alle Düsseldorfer Geburtskliniken, die niedergelassenen Hebammen und das Geburtshaus Kinder mit erhöhten Risiken, mit dem Einverständnis der Eltern, in das Projekt anmelden.

Die Familien werden in den Kliniken nach einem einheitlichen Kriterienkatalog ausgewählt. Je nach Risikokonstellation beauftragt die Clearingstelle MitarbeiterInnen des Sozialpädiatrischen Dienstes und/oder des Jugendamtes zur weiteren genaueren Klärung eines möglichen Hilfebedarfs der Familien. Das Ergebnis dieser Klärung wird an die Clearingstelle zurückgemeldet und nach einer Beratung wird gegebenenfalls die Vermittlung medizinischer, pflegerischer oder sozialarbeiterischer Hilfen initiiert.

Die zeitlichen Abläufe und der Einsatz eines standardisierten Instrumentes zur Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung durch die MitarbeiterInnen des Jugendamtes sind in dem Clearingprozess verbindlich definiert.

Das Projekt richtet sich an Mütter/Väter, die zum Zeitpunkt der Geburt noch keine Anbindung an ein Hilfesystem haben. Bereits bestehende Kontakte zu Beratungs-

angeboten werden in die Nachsorge einbezogen. Seit Beginn im Juni 2005 wurden zum Stichtag 29.12.2006 186 Kinder in die Clearingstelle angemeldet, davon 39 Kinder mit einem erhöhten medizinisch/psychosozialen Risiko, bei denen das Hilfeangebot eng zwischen Gesundheits- und Jugendamt abgestimmt wird.

Darüber hinaus bietet die Clearingstelle allen Professionellen, die in ihrer beruflichen Tätigkeit Kontakt zu Müttern/Vätern mit Neugeborenen und Säuglingen haben, die Möglichkeit der Beratung und Abstimmung über die geeignete Vorgehensweise, besonders, wenn Unsicherheiten darüber bestehen, ob die Entwicklung eines Kindes als gefährdet anzusehen ist oder nicht.

Kontakt und Information:

Peter Lukasczyk: peter.lukasczyk@stadt.duesseldorf.de
Wilhelm Pöllen: wilhelm.poellen@stadt.duesseldorf.de
Clearingstelle des Präventionsprojektes, Zukunft für Kinder - Hilfen für Kinder und, Familien in Risikolagen, Gesundheitsamt, Kölner Str. 187, 40200 Düsseldorf:
www.duesseldorf.de/gesundheit/zukunft_fuer_kinder/index.shtml

9.15 „Soziales Frühwarnsystem Gütersloh“

Zielgruppe	Säuglinge und Kleinkinder von 0 bis 3 Jahren und deren Eltern der Stadt Gütersloh
Angebotsbreite	Einzelnes Angebot, Kinderkrankenschwestern in enger Kooperation mit der Jugendhilfe
Verortung	home-based mit Anteilen center-based
Vorgehensweise	situationsorientiert
Setting	Familien
Methoden	Betreuung, Wissensvermittlung, Beratung Pflege, Unterstützung und Begleitung bei besonderen Belastungen, Stillunterstützung und Beratung zum Thema Ernährung.
Fokus	Pflege, Beziehungen, Alltagspraxis
Frequenz	Einmal wöchentlich
Zeitrahmen	0 bis 3 Jahre
Trägerschaft/Finanzierung:	kommunal
Professionen	Kinderkrankenschwestern mit Zusatzausbildung Entwicklungsdiagnostik, Sozialpädagogen
Zuordnung	Kooperation Gesundheitshilfe und Jugendhilfe – Kinderkrankenschwestern sind im Jugendamt angesiedelt

Das Projekt „Soziales Frühwarnsystem Gütersloh“ ist ein Programm zur frühen Erkennung von riskanten Entwicklungen bei Säuglingen und Kleinkindern, das gefährdeten Familien Beratung und Unterstützung anbietet.

In diesem Modell kooperieren die Jugendhilfe und das Gesundheitswesen. Das „Soziale Frühwarnsystem“ für das Stadtgebiet Gütersloh wurde 2004 in einer Projektgruppe aus Kinder- und JugendärztInnen, MitarbeiterInnen der Elternberatungsstelle und des Sozialen Dienstes der Stadt entwickelt. Die Stadt Gütersloh hat hier die bereits vorhandenen Ressourcen unterschiedlicher Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen und der Jugendhilfe verbindlicher zusammengeführt. Seit Januar 2006 sind die Ergebnisse als verbindliche Arbeitsgrundlage für alle beteiligten Dienste eingeführt. Im Rahmen einer weiteren Informationsveranstaltung erklärten sich MitarbeiterInnen der Kliniken, Hebammen und freie Träger aus Gütersloh bereit, ebenfalls im Sinne des „Sozialen Frühwarnsystems“ zu handeln, eine Zusammenarbeit mit den GynäkologInnen wird angestrebt. Damit sollen Probleme in den Familien schon während der Schwangerschaft erkannt und somit ein rechtzeitiges Reagieren der verschiedenen Einrichtungen ermöglicht werden.

Im Einzelnen besteht das Projekt „Soziales Frühwarnsystem Gütersloh“ aus der Beratungsstelle für junge Eltern, der Koordinationsstelle „Soziales Frühwarnsystem“ und der Hilfen für Kinder, Jugendliche und Eltern des Sozialen Dienstes. Hierbei ist die Kooperation von Jugendhilfe und Gesundheitswesen von entscheidender Bedeutung. Die Beratungsstelle für junge Eltern des Jugendamtes, die es bereits seit 1924 gibt, ist für die individuelle Beratung zur Förderung der Entwicklung des Säuglings und Kleinkindes bis zu drei Jahren zuständig. Außerdem unterstützt und begleitet es die Familien bei besonderen Belastungen und bietet eine Stillunterstützung und Ernährungsberatung an. Bei Bedarf findet auch einmal in der Woche ein Hausbesuch statt. Dabei geht es auch um Interaktionsberatung und -förderung.

Das Angebot ist ein unbefristetes, verstetigtes Regelangebot der kommunalen Jugendhilfe. In dem Projekt sind im Rahmen der Elternberatungsstelle zwei Kinderkrankenschwestern angestellt, die beide im Bereich der Frühen Kindheit weiterqualifiziert sind. Der Stellenanteil verteilt sich auf eine Vollzeit- und eine Teilzeitstelle.

Zielgruppe des Angebots sind alle Säuglinge und Kleinkinder von 0 bis 3 Jahren und deren Eltern im Stadtgebiet Gütersloh, wobei der Fokus im engeren Sinne auf Familien mit Belastungsfaktoren wie psychischen Erkrankungen, Alkoholmissbrauch, materiellen Unterversorgung, jungen Müttern und/oder sehr geringen Bildung liegt. Die allgemeine Zielgruppe umfasst ca. 855 Familien. Zusätzlich erfolgt bei allen Erstgeburten ein Hausbesuch, bei allen weiteren Geburten werden die Familien angeschrieben und auf das Angebot der Elternberatung aufmerksam gemacht. Durch die Kooperation mit dem Sozialen Dienst der Stadt wird gewährleistet, dass auch die sog. „Risikofamilien“ durch die Elternberatung begleitet und unterstützt werden.

Die KlientInnen werden auch teilweise von Kindertageseinrichtungen, dem Allgemeinen Sozialdienst oder der Gesundheitshilfe an die Mitarbeiterinnen des „Sozialen Frühwarnsystems“ überwiesen. Außerdem finden einige den Weg über Initiativen des Projekts oder über Hinweise aus dem sozialen Umfeld.

Die Grundelemente des „Sozialen Frühwarnsystems“ sind Wahrnehmen, Warnen und Handeln. In dieser Reaktionskette wird auf die Wahrnehmung einer Gefahr eine Warnung ausgesendet und eine bestimmte Handlung erfolgt. Ziel ist es, Probleme bereits in ihrem Entstehungsprozess zu erkennen und zu bearbeiten. Die Projektgruppe legte bestimmte Indikatoren für die Übergangsphase zu einer Krise sowie für den Alarmzustand (d.h. eine akute bzw. verfestigten Krise) fest. Dabei wurde zwischen organischen und psychosozialen Risikofaktoren unterschieden.

Für die Übergangsphase sind folgende schwache Signale kennzeichnend: organische Risikofaktoren wie Schreikinder, Frühgeburten, geringes Geburtsgewicht, Schwangerschafts- und/oder Geburtskomplikationen, keine Impfungen, besondere Krankheiten; psychosoziale Risikofaktoren wie Trennung/Scheidung, Alkohol- und Drogenprobleme, psychische Erkrankungen der Eltern, mangelnde Kenntnis im altersgerechten Umgang mit Kindern, frühe Elternschaft, unerwünschte Schwangerschaft, Arbeitslosigkeit/Armut, gestörtes Bindungsverhalten zwischen Mutter und Kind, Probleme in der Alltagsbewältigung etc.

Der Alarmzustand beschreibt eine akute Gefährdung (Kindeswohlgefährdung), die an organischen Risikofaktoren wie z.B. Vernachlässigung, Mangel- und Unterernährung, Verwahrlosung oder Hämatomen/zu vielen Verletzungen erkennbar ist. Inadäquates Verhalten der Kinder (z.B. Distanzlosigkeit, prophylaktisches Lächeln) und inadäquate Reaktionen der Mütter/Eltern auf das Verhalten des Kindes sind hier psychosoziale Risikofaktoren (nach Recklinghausener Modell, Standards zur Kindeswohlgefährdung des Sozialen Dienstes).

Entsprechend dieser Indikatoren wurden bestimmte Schwellenwerte benannt, ab wann eine Warnung erfolgen soll. Wenn schwache Signale festgestellt werden, z.B. durch Kinder- und JugendärztInnen oder MitarbeiterInnen des Sozialen Dienstes, erfolgt eine Kooperation mit der Elternberatungsstelle. Die beteiligten Dienste entscheiden selbst, ob und ab wann dies notwendig ist. Diese Warnung geschieht durch einen kurzen telefonischen Kontakt – entweder im Beisein der Eltern oder dem Vorliegen einer Schweigepflichtentbindung. Wenn eine Kindeswohlgefährdung im Sinne eines Alarmzustandes vorliegt, informieren die beteiligten Dienste direkt die MitarbeiterInnen des Sozialen Dienstes der Stadt Gütersloh. Die Warnung erfolgt unabhängig vom Alter des Kindes.

Um zeitnahes Handeln zu ermöglichen, wurden für das Projekt folgende Vereinbarungen getroffen: Wenn die Mitarbeiterinnen der Elternberatungsstelle einen Anruf der beteiligten Dienste erhalten, vereinbaren sie einen zeitnahen Termin mit den Müt-

tern/Eltern. Die „Warnmelder“ (Kinder- und Jugendärztinnen, MitarbeiterInnen des Sozialen Dienstes) bekommen auf jeden Fall eine Rückmeldung von der Elternberatungsstelle, wenn die Mütter/Eltern den Termin nicht wahrgenommen haben – so können sie die Eltern beim nächsten Kontakt nochmals darauf aufmerksam machen. Die Mitarbeiterinnen der Elternberatungsstelle füllen bei jeder Meldung einen Meldebogen aus.

Bei einer Kindeswohlgefährdung handeln die MitarbeiterInnnen des Sozialen Dienstes nach deren internen Standards. Die Gefährdungsrisiken werden nach dem Kindeswohlgefähdungsbogen des Recklinghausener Modells abgeschätzt.

Kontakt und Information:

Andrea Fernkorn , Andea.Fernkorn@gt-net.de

9.16 „Hebammen beraten Familien“, Qualifizierungsmaßnahme in Rheinland-Pfalz

Zielgruppe	Alle Familien mit Unterstützungsbedarf rund um die Geburt in Rheinland-Pfalz
Angebotsbreite	(1) Qualifizierungsmaßnahme mit wissenschaftlicher Begleitung
Verortung	(2) home-based
Vorgehensweise	(1) curricular (2) situationsorientiert
Setting	(2) Eltern mit Kind
Methoden	(1) Methoden der Erwachsenenbildung (2) häusliche Betreuung, Vor- und Nachsorge, Weitervermittlung in andere Hilfen in Kooperation mit dem ASD
Fokus	(2)Unterstützung und Begleitung der Eltern rund um die Geburt durch speziell qualifizierte Hebammen
Frequenz	(1) 16 Fortbildungstage (2) nach Bedarf mehrmals wöchentlich bis täglich
Zeitrahmen	(1) 6 Monate Schulung, Projektlaufzeit 2 Jahre (2) max. 26 Besuche in den ersten 8 Lebenswochen des Kindes
Trägerschaft/Finanzierung	(1) Projektstelle über Landesmittel, (2) Durchführung vor Ort durch freiberufliche Hebammen, finanziert über Hebammengebührenverordnung
Professionen	(1) Diplom-Berufpädagogin, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, PädagogInnen, MedizinerInnen, JuristInnen (2) Hebammen
Zuordnung	Gesundheitshilfe

Das Projekt „Hebammen beraten Familien“ in Rheinland-Pfalz ist eine Qualifizierungsmaßnahme für Hebammen, um deren sozialpädagogischen Blick zu verstärken und jungen Eltern Hilfe bei Alltagsproblemen zu geben. Übergeordnetes Ziel ist die präventive und frühzeitige Stärkung der Familienkompetenz an der Schnittstelle von Gesundheitsförderung und Familienbildung. Die Aufgaben der Hebammen umfassen im Einzelnen die Begleitung der Familien während der Schwangerschaft und Geburt, Nachsorge sowie die Weitervermittlung bei Problemen im Familienalltag.

Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz ist rechtlicher Träger. „Hebammen beraten Familien“ gehört der Initiative „VIVA FAMILIA“ an, die Ende 2004 ins Leben gerufen wurde. Diese Initiative soll mit folgenden Schwerpunkten die Rahmenbedingungen für Familien verbessern: Familienkompetenz stärken, Gesundheit für Kinder und Familien, Arbeit und Ausbildung für junge Menschen, Familienbewusste Arbeitswelt, Hilfen für Familien in Notlagen. Das Projekt „Hebammen beraten Familien“ ist Teil des Arbeitsschwerpunktes „Familienkompetenz stärken“. Es fließen Elemente des Elternkursprogramms „Auf den Anfang kommt es an“ für junge Eltern mit Kindern bis zum dritten Lebensjahr mit ein.

„Hebammen beraten Familien“ existiert seit Juli 2005 und ist in der Modellphase bis Dezember 2006 befristet. Ab 2007 wird die Schulung von Hebammen als Regelangebot fortgesetzt. Die Maßnahme „Hebammen beraten Familien“ verfolgt drei Hauptziele: Erstens sollen möglichst alle junge Familien im Land Rheinland-Pfalz qualifizierte Hebammenhilfe in Anspruch nehmen. Dazu gehören auch Familien in schwierigen Lebenslagen. Die Sensibilisierung der Hebammen, mögliche Risikofaktoren zu erkennen, gehört zum Schulungsprogramm. Zweitens soll mit dem Projekt eine Ausweitung der Kooperation und Kommunikation zwischen Hebammen und medizinischen, sozialen und staatlichen Einrichtungen der Familienarbeit und des Gesundheitswesens erreicht werden. In diesem Zusammenhang wird die Hebamme als Lotsin im Netzwerk und Vermittlerin/Türöffnerin für andere Hilfs-, Bildungs- und Unterstützungsangebote gesehen. Sie übernimmt damit eine wichtige Rolle im Frühwarnsystem. Das dritte Hauptziel des Projekts besteht darin, den Betreuungszeitraum durch die Hebammen zur Unterstützung von Familien stärker zu nutzen. Im Durchschnitt werden pro Wöchnerin 6-8 Hausbesuche mit der Krankenkasse abgerechnet, obwohl die Kasse bei Bedarf bis zu 30 Besuchen übernimmt. Da sich Probleme, Fragen, Überforderungssituationen oft erst dann ergeben, wenn der Alltag mit dem Kind beginnt, ist eine längerfristige Betreuung in den erste Wochen wichtig. Hebammen sollen die Möglichkeit nutzen, den Familien einen möglichst guten Start in das Leben mit dem Kind aufzuzeigen, über staatliche, medizinische und soziale Unterstützungsangebote zu informieren und präventiv zu beraten.

(1) Im Bereich der Schulungen von Hebammen gehören alle Rheinland-Pfälzischen Hebammen zur Zielgruppe. Von den 600-800 Hebammen in diesem Bundesland haben sich bisher 80 innerhalb dieser Maßnahme weitergebildet. Zur Fortbildung der Hebammen für das erweiterte Aufgabenspektrum bietet das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz, Referat Familienpolitik/Familienförderung, in Zusammenarbeit mit dem Hebammen-Landesverband Rheinland Pfalz e.V. und dem Sozialpädagogischen Fortbildungszentrum Rheinland-Pfalz eine modular angelegte und kostenfreie Schulung an. Es wurde ein Curriculum entwickelt, um Hebammen an 16 Tagen berufsbegleitend über einen Zeitraum von sechs Monaten zu qualifizieren. Start der ersten Schulung war im Oktober 2005. Ab 2007 wird diese Fortbildung regelhaft angeboten. Das Projekt wird fachübergreifend von einer Steuerungsgruppe aus AkteurInnen der Familienbildung, Gesetzlichen Krankenversicherung, Kinder- und Jugendhilfe, des Hebammen-Landesverbandes, der Hebammenschulen, des Sozialpädagogischen Fortbildungszentrums sowie des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen begleitet. So werden die Anregungen der potentiellen Kooperationspartner in die Entwicklung des Curriculums eingebunden und die Akzeptanz der Beratungsarbeit von Hebammen als Wegweiser zu familienrelevanten Einrichtungen sichergestellt. Mithilfe von Flyern und Pressearbeit werden Eltern über das Projekt und die Leistungen der Hebammen informiert. Im Qualifizierungs-Projekt sind eine Vollzeit-Mitarbeiterin (Hebamme und Diplom-Berufspädagogin) für die wissenschaftliche Begleitung und 30 freiberufliche ReferentInnen (SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, PädagogInnen, MedizinerInnen, JuristInnen) beschäftigt. Die Materialien für die Schulungen und die Arbeit mit den Familien wurden innerhalb des Projekts entwickelt: Dazu gehört neben dem Curriculum z.B. ein Dokumentationsbogen für die häusliche Betreuung, ein Eingangs- und Ausgangsfragebogen für die teilnehmenden Hebammen, ein Seminarbeurteilungsbogen, ein Dokumentationsbogen „Hausbesuch“, ein Lerntagebuch u. a. Mithilfe dieser wissenschaftlichen Begleitinstrumente erfolgt auch die Evaluation der Schulungen und der praktischen Arbeit der Hebammen.

(2) Die Zielgruppe der Beratung umfasst werdende Mütter und Eltern mit Kindern im Land Rheinland-Pfalz. Im speziellen sollen junge Eltern vor und nach der Geburt erreicht werden, auch jene Eltern, die im Vorfeld medizinische oder soziale Risikofaktoren aufweisen sowie jene, deren Risiken erst im Laufe der Betreuung deutlich werden. Die Familien nehmen das Angebot freiwillig wahr und kommen aus eigener Initiative oder auf Anregung von Kooperationspartnern (Kliniken, Beratungsstellen, niedergelassene Ärzte etc.). Die Nutzung ist für die Familien kostenlos. Die praktische Arbeit der Hebammen innerhalb der Leistungen der Krankenkassen sieht eine Begleitung der Familien mit insgesamt maximal 30 Terminen vor, die durchschnittlich zwei Monate dauert. Ein Kontakttermin dauert im Durchschnitt eine Stunde.

Inhalte der Termine sind Beratung und Begleitung bei medizinischen Fragen (Ernährung und Pflege des Kindes, Ernährung der Wöchnerin, Information über Vorsorgeuntersuchungen, Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung des Plötzlichen Kindstods, Verhütung etc.), lebenspraktischen Fragen (Alltag mit dem Kind, Informationen über Hilfsangebote, familienbildende Angebote etc.) und psychosozialen Anliegen (neue Rollenübernahme, Überforderungssituationen vorbeugen etc.). Diese Begleitungen finden unter der besonderen Berücksichtigung der psychosozialen, pädagogischen und systemischen Aspekte von Elternschaft statt.

Kontakt und Information:

Eva Schneider, evaschneider@arcor.de,

9.17 „Frühkindliche Entwicklungspsychologische Beratung", Lebensberatungsstelle Trier

Zielgruppe	Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern im Raum Trier
Angebotsbreite	spezielles Beratungsangebot im Rahmen der allgemeinen Lebensberatung
Verortung	center-based
Vorgehensweise	situationsorientiert, bezogen auf ein konkretes Problem der KlientInnen
Setting	Eltern mit Kind
Methoden	Beratung, Interaktionsbeobachtung, Video-Feedback
Fokus	Regulationsstörungen und Erziehungsprobleme von Kindern zwischen 0 und 3 Jahren
Frequenz	1-2 x im Monat
Zeitrahmen	ca. ½ Jahr
Trägerschaft/Finanzierung	freier Träger; Eigenmittel (70%) plus Landesmittel (20%) plus kommunale Jugendhilfe (10%)
Professionen	Diplom-Pädagogin, Diplom-Heilpädagogin
Zuordnung	Jugendhilfe

Die „Frühkindliche Entwicklungspsychologische Beratung" ist ein Angebot der Lebensberatungsstelle im Bistum Trier. Die Lebensberatung besteht seit 1954 in Trägerschaft des Bistums Trier. Sie bietet insgesamt Hilfe in den Feldern Erziehung- und Familie, Ehe, Leben, Trennung und Scheidung an. Außerdem werden Institutionen im Umfeld durch Vorträge, Seminare und Supervisionen unterstützt. In dieser übergeordneten Einrichtung sind auf 3,75 Vollzeitstellen ein/e Vollzeit-Mitarbeiter/in und

drei Teilzeit-MitarbeiterInnen beschäftigt. Dazu kommen zwei geringfügig Beschäftigte. Die Einrichtung betreut im Jahr ca. 300 Familien. Für die „Frühkindliche Entwicklungspsychologische Beratung“ kommen zusätzlich die Kommunale Jugendhilfe sowie das Land Rheinland-Pfalz auf. Dieses Projekt wurde 2005 eingeführt und ist ein unbefristetes, verstetigtes Regelangebot.

In der „Frühkindlichen Entwicklungspsychologischen Beratung“ soll die Eltern-Kind-Beziehung gefördert werden und damit Prävention von Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten mit möglichen Auswirkungen in das Jugend- und Erwachsenenalter hinein geleistet werden. Zudem dient dieses Angebot als Intervention bei ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten.

In der „Frühkindlichen Entwicklungspsychologischen Beratung“ sind eine Diplom-Pädagogin und eine Diplom-Heilpädagogin, jeweils in Teilzeit, beschäftigt. Diese Stellen entsprechen 0,4 Vollzeitstellen. Die Mitarbeiterinnen werden durch eine zweijährige Weiterbildung sowie interne Supervisionsgruppen auf ihre Tätigkeit vorbereitet bzw. in diese begleitend eingeführt.

Die Zielgruppe der „Frühkindlichen Entwicklungspsychologischen Beratung“ umfasst Eltern mit Säuglingen und Kleinkinder (0-3 Jahre) in Trier und Umgebung. Speziell sind Kinder mit Regulationsstörungen und Eltern mit eingeschränkter Feinfühligkeit im Fokus des Projekts. Der Zugang erfolgt über Pressearbeit, Aushängen bei KinderärztInnen oder bei Hebammenfortbildungen. Die meisten Familien nutzen das Angebot aus eigener Initiative, einige werden von Kindertageseinrichtungen, der Gesundheitshilfe oder der Familienbildungsstätte überwiesen. Die Kapazität beträgt 30 Fälle pro Jahr, diese ist komplett ausgelastet. Jährlich nehmen etwa 30 Familien bzw. 105 Personen teil. Bei einem Abbruch der Teilnahme wird das Jugendamt verständigt, wenn es Überweiser war. Familien mit einem solchen Überweisungskontext konnten bisher noch nicht erfolgreich in die Beratung aufgenommen werden.

Die entwicklungspsychologische Beratung kombiniert Bindungstheorie und entwicklungspsychologisches Wissen über Bedürfnisse, Fähigkeiten und Verhalten von Säuglingen und Kleinkindern. Sie verbindet den Blick auf Feinzeichen von Regulation und Belastung beim Kind mit intuitiven elterlichen Kompetenzen und ihren Fähigkeiten, feinfühlig auf die Bedürfnisse ihres Kindes zu reagieren.

Typische Problembereiche sind Regulationsstörungen im Säuglingsalter (z.B. exzessives Schreien, Schlafstörungen, Fütterstörungen), gravierende Belastungen durch Kinder mit besonderen Bedürfnissen (z.B. Behinderungen des Kindes, Frühgeburt, erhöhte Irritierbarkeit des Kindes, verringerte Aufmerksamkeit beim Kind, weniger Schlüsselreize für Eltern), kindliche Entwicklungskrisen (z.B. 8-Monatsangst, Trotzphase, Anpassungsschwierigkeiten nach der Geburt), gravierende Überforderung der Eltern (z.B. große Unsicherheiten im Erziehungsverhalten, Störung der elterlichen Intuition, postnatale Depression, Bindungsprobleme durch Frühgeburt), gravierende

Defizite im Erziehungsverhalten der Eltern (z.B. Vernachlässigung, Misshandlung) und erhöhte Anforderungen durch besondere Familiensituationen (z.B. bei Pflege- und Adoptivkindern, bei sozialer Isolation und fehlenden Stützsystemen, Alleinerziehende, jugendliche Mütter).

Zu den fallbezogenen Leistungen der entwicklungspsychologischen Beratung gehören z.B. Situationsklärungen durch Videoaufnahmen und -analysen, entwicklungspsychologische Informationen, Videofeedback und Beratung. Fallübergreifende Leistungen beinhalten präventive Angebote (z.B. Referate mit Diskussionen im Kindergarten oder Kinderarztpraxen, Elternfortbildungen), die Zusammenarbeit mit anderen Diensten (z.B. Informationsaustausch mit Hebammen und KinderärztInnen, Familienbildungsstätten und Mutter-Kind-Einrichtungen) sowie die Begleitung von Fachkräften (z.B. Informationsvermittlung, Supervision).

Nach der Terminvereinbarung durch die KlientInnen selbst oder einer Voranmeldung durch kooperierende Institutionen erfolgt das Erstgespräch. Hier werden die Beratungsziele besprochen, eine Exploration und Anamnese durchgeführt sowie weitere Termine und die Vorgehensweise geplant. Im Rahmen eines Hilfeplangesprächs klärt die Entwicklungspsychologische Beratungsstelle gegebenenfalls auch mit dem zuständigen Jugendamt geeignete und notwendige Hilfen. Bei einem weiteren Termin wird die Familie in einer ca. 10-minütigen Interaktion gefilmt (z.B. Wickeln, Füttern, Spielen). Danach analysiert die Beraterin den Entwicklungsstand des Babys/Kleinkindes und dessen Signale. Auch die elterliche Feinfühligkeit wird betrachtet. Neben entwicklungspsychologischen Informationen erhalten die Eltern ein Videofeedback. So haben sie die Möglichkeit, sich mit ihrem Kind aus der Distanz zu beobachten und das Interaktionsverhalten mit der Beraterin zu besprechen. Im Anschluss werden mit den Eltern Lösungsmöglichkeiten für schwierige Familiensituationen mit dem Baby/Kleinkind erarbeitet. Dies geschieht im Hinblick auf deren Ressourcen. Dabei ist die Klärung und Bewältigung individueller und familienbezogener Probleme sowie der zugrunde liegenden Faktoren das Ziel der Beratung. Bei Bedarf wird die Einbeziehung anderer Hilfesysteme ermöglicht.

Die Beratung umfasst durchschnittlich fünf Termine in drei Monaten. Es sind aber auch bis zu zehn Termine bzw. eine Dauer von bis zu sechs Monaten möglich. Ein durchschnittlicher Kontakttermin dauert etwa eine Stunde.

Kontakt und Information:

Wolfgang Drehmann, Leiter der Lebensberatungsstelle
lb.trier@t-online.de,

9.18 „Schutzengel Flensburg“

Zielgruppe	Sozial benachteiligte Familien
Angebotsbreite	Kombination: offener Elterntreff – Gruppenangebote – aufsuchende Familienhilfe - Familienhebammen
Verortung	home-based und center-based
Vorgehensweise	Situationsorientiert und curricular (Gruppenangebote)
Setting	Familien – Gruppe
Methoden	medizinische Versorgung – Beratung – Betreuung – Wissensvermittlung
Fokus	Pflege – Alltagspraxis – Beziehung – Soziale Integration - Gesundheit
Frequenz	nach Bedarf
Zeitrahmen	Schwangerschaft – 3. Lebensjahr des Kindes
Trägerschaft/Finanzierung:	Verein mit kommunaler Förderung – Stiftungsmittel – Spenden
Professionen	Sozialpädagogisch - medizinisch/pflegerisch
Zuordnung	Jugendhilfe, Gesundheitswesen, Behindertenhilfe

Das Projekt „Schutzengel Flensburg“ besteht aus einem Verbund ineinander greifender Angebote für sozial benachteiligte Eltern aus dem Flensburger Stadtteil Neustadt, einem sozialen Brennpunkt. Ein weiterer „Schutzengel“ - Standort wird aufgebaut, um eine stadtweite Versorgung der Familien zu gewährleisten.

„Schutzengel Flensburg“ entstand aus der Kooperation verschiedener Akteure in einer sozialraumorientierten Arbeitsgruppe, die feststellte, dass die vorhandenen Hilfesysteme die Zielgruppe „Soziale benachteiligte Eltern“ nicht erreichen. Die Angebote im Rahmen des Schutzengel-Projektes werden mit anderen Einrichtungen wie der Kinderklinik, Frühförderung, allen Kindergärten oder weiteren Beratungsstellen abgestimmt. Die Familien werden bei der Angebotsentwicklung mit einbezogen und sind selbst zum Teil ehrenamtliche Akteure. Der Adelby 1 - Kinder- und Jugenddienste ist für die pädagogische Frühförderung verantwortlich und hat zugleich die Verantwortung für die Projektkoordination und Begleitforschung übernommen. Insgesamt sind zum Zeitpunkt der Kurzevaluation zwei Familienhebammen, zwei Familienhelferinnen, eine ehrenamtliche Ärztin und etliche Ehrenamtliche für den Verein tätig.

Im Mittelpunkt des Angebots steht ein offener Elterntreffpunkt mitten im Stadtteil, dessen Räume sich in drei von der dortigen Wohnungsbaugesellschaft zur Verfügung gestellten Wohnungen befinden. Dieser ist von Montag bis Freitag am Vormit-

tag geöffnet, an drei Wochentagen auch nachmittags. In einer räumlich sehr liebevoll gestalteten und freundlichen Atmosphäre treffen sich Eltern hier, sei es informell oder zum gemeinsamen Frühstück, zu Spiel- und Gesprächskreisen sowie zu regelmäßigen Informationsveranstaltungen. Eine Kleiderkammer mit Kinderkleidung und sonstigen Spenden an Ausstattung für Kleinkinder (vom Kinderwagen bis zum Kinderspielzeug) ergänzt das Angebot für die Familien. Die *informelle Vernetzung* der Familien im Stadtteil bildet einen der Schwerpunkte dieses Angebots.

Der Elterntreffpunkt bündelt Gemeinschafts- und Gesundheitsförderangebote, pädagogische Frühförderung und verbindet diese mit individuellen Hilfen wie Betreuung durch die Familienhebammen, alltagspraktische Unterstützung (von Antragstellung bis Wohnungssuche), Gesundheitsberatung, Begleitung zur Schreiambulanz, zu Behörden. Die Maßnahme ist in umfassende Stadtteilentwicklungsmaßnahmen (Soziale Stadt Programm) eingebunden. Sie existiert seit Mai 2000 und institutionell durch die Kommune unterstützt. Träger ist der Schutzengel e.V. Die Nutzung ist kostenlos.

Die Mitarbeiterinnen des Projektteams stehen den Eltern wechselweise als Ansprechpartnerinnen zur Verfügung. Einmal in der Woche beantwortet eine ehrenamtlich tätige Ärztin Fragen zum Gesundheitsschutz. Außerdem finden im Elterntreffpunkt verschiedene Kurse statt, die auf die sozial benachteiligten Eltern zugeschnitten sind (z.B. Babymassage, Hebammenfrühstück, Geburtsvorbereitung für sehr junge Frauen u. a.).

Die Zielgruppe umfasst Schwangere und Familien mit Kindern bis zu drei Jahren, die im sozialen Brennpunkt leben und von schweren Belastungen wie Vereinzelung, Drogenabhängigkeit, Schulden oder Armut betroffen sind. Die KlientInnen kommen entweder aus eigener Initiative oder werden vom Allgemeinen Sozialdienst bzw. dem sozialen Umfeld an das Projekt überwiesen. Bisher haben 369 Familien an dem Projekt teilgenommen, das ist ein Fünftel der Neustädter Bevölkerung. Ein Kontakt zu einer Familie besteht im Durchschnitt bis zu zwei Jahren. Eines der Hauptziele ist, die Sensibilität der Eltern für die Gefühle und Bedürfnisse der Kinder zu erhöhen. Die Erziehungskompetenz soll gefördert werden, damit ein eventueller Entzug des Sorgerechts verhindert werden kann und es soll späteren Verhaltensauffälligkeiten der Kinder vorgebeugt werden.

Schwangere Frauen und Familien mit Neugeborenem können bis zum Ende des ersten Lebensjahres der Kinder durch eine Familienhebamme betreut werden. Neben Schwangerenberatung und Säuglingspflege unterstützt sie die Mütter und Väter hauptsächlich bei der Entwicklung ihrer Beziehung zum Säugling und Kleinkind. Ihre Herkunft aus dem Gesundheitshilfesystem unterstützt die Bereitschaft der Eltern, Hilfe anzunehmen und dient als Türöffner für die weitere Akzeptanz von Hilfen auch aus dem Jugendhilfesystem. In einigen Familien arbeitet die Familienhebamme in enger

Kooperation mit dem ASD; hier wird sie eingesetzt, um ein Monitoring in Familien zu gewährleisten, in denen das Risiko für die Kinder sehr hoch eingeschätzt wird.

Bei Bedarf stellt sie den Kontakt zu der Familienhelferin des Projektes her. Die Familienhelferin hilft bei der Alltagsbewältigung und in Krisensituationen. Sie besucht die Familien in deren Wohnungen, begleitet sie zu ÄrztInnen und Ämtern, geht mit den Kindern auf den Spielplatz oder unternimmt mit Eltern und Kindern Ausflüge.

Ein weiterer Baustein der „Schutzengel Flensburg" ist die pädagogische Frühförderung der behinderten oder von Behinderung bedrohten Kinder im Alter von null bis drei Jahren. Eine Heilpädagogin fördert Wahrnehmung, Bewegung und Sprachentwicklung der Kinder auf individuelle Weise und bietet Schwimmkurse und andere Gruppenaktivitäten an.

Der Verein informiert die Öffentlichkeit über Stände auf Stadtteilfesten über seine Arbeit, ansonsten ist die Mund-zu-Mund-Propaganda das wichtigste Mittel, um den Bekanntheitsgrad zu erhöhen, der inzwischen weit über den Stadtteil hinausgeht.

Neben der Vermittlung zu relevanten Institutionen und Berufsgruppen organisiert der Schutzengel e.V. Veranstaltungen mit anderen Einrichtungen (z.B. ein Projekt mit allen Kindergärten zum Thema „Erziehungskompetenz stärken"). Die Wirksamkeit der Maßnahmen wurde in einer Evaluationsstudie nachgewiesen; die Maßnahmen werden durch ein Qualitätsmanagement gesichert.

Der Schutzengel e.V. ist Leitprojekt für eine landesweite Umsetzung von Präventionsmaßnahmen im Rahmen eine Jugendaktionsplanes in Schleswig-Holstein.

Kontakt und Information:

Heike Menge, Leiterin Elterntreffpunkt:
elterntreffpunkt@schutzengel-flensburg.de
Volker Syring: Verein Schutzengel e.V., vsyring@adelby.de
Homepage: http://www.schutzengel-flensburg.de/

9.19 „Entwicklungspsychologische Beratung“ (Erziehungs- und Familienberatungsstelle Pößneck und Familienberatungsstelle der AWO in Jena)

Zielgruppe	Eltern von Frühgeborenen, Eltern von Kindern mit Regulationsstörungen, Eltern von entwicklungsverzögerten Kindern, minderjährige und jugendliche Mütter und Väter, allein erziehende Mütter und Väter, psychisch kranke Mütter und Väter, Familien in besonderen Belastungssituationen
Angebotsbreite	Einzelnes Angebot, Zusammenarbeit mit Erziehungsberatung:
Verortung	Center-based mit Anteilen home-based
Vorgehensweise	Situations- und bedarfsorientiert
Setting	Familien
Methoden	Videogestützte Beratung, Wissensvermittlung
Fokus	Beziehung, Eltern-Kind-Bindung
Frequenz	nach Bedarf
Zeitrahmen	Säuglinge und Kleinkinder 0 bis 3 Jahre
Trägerschaft/Finanzierung:	Kommunal, Implementierung: Landesmittel
Professionen	sozialpädagogischen Bereich
Zuordnung	Jugendhilfe

Die „Entwicklungspsychologische Beratung“ ist ein Konzept zur Elternberatung, das von einer Arbeitsgruppe der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universität Ulm entwickelt wurde. Ziel ist die Prävention von Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsstörungen in der frühen Kindheit. Von 2001 bis 2003 hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ein Weiterbildungsprojekt zum Thema „Entwicklungspsychologische Beratung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkinder“ gefördert. In Thüringen haben daran 14 Fachkräfte aus den Bereichen Jugend, Familie und Gesundheit teilgenommen. Danach versuchten die TeilnehmerInnen, in Thüringen ein flächendeckendes Netz von entwicklungspsychologischen BeraterInnen aufzubauen. Dazu gründeten sie einen landesweiten Arbeitskreis, fünf regionale Arbeitsgruppen, organisierten Weiterbildungsangebote und Fachtagungen. Unterstützt wurden sie vom thüringischen Sozialministerium und vom Landesjugendamt. Wichtig war und ist, über den Arbeitskreis und die Regionalgruppen Kooperationsbeziehun-

gen aufzubauen. Die Vernetzung mit anderen Institutionen soll dazu dienen, das Beratungsangebot bekannt zu machen und die weitergehenden Hilfen für die KlientInnen zu vereinfachen. Wichtige Ansprechpartner sind dabei Hebammen, KinderärztInnen, Kindertagesstätten, Kinderheime, Frauenhäuser und die verschiedenen Einrichtungen der Jugend- und Familienhilfe.

Hier soll im Folgenden das Projekt „**Entwicklungspsychologische Beratung" der Erziehungs- und Familienberatungsstelle in Pößneck** vorgestellt werden. Das Angebot gibt es seit 2003. Die Finanzierung übernehmen das Land Thüringen, die Kommunale Jugendhilfe sowie die Diakonie als Träger der Einrichtung. Es ist ein unbefristetes, verstetigtes Regelangebot. Das Projekt beruht rechtlich auf § 28, SGB VIII. Es entstehen keine Kosten für die NutzerInnen.

In der „Entwicklungspsychologische Beratung" ist eine Sozialpädagogin in Vollzeit angestellt. Sie verfügt über eine Weiterbildung zur entwicklungspsychologischen Beratung.

Zur Zielgruppe gehören alle Familien im Stadtgebiet Pößneck, besonders junge Mütter und Alleinerziehende. Insbesondere richtet sich die „Entwicklungspsychologische Beratung" an Eltern von Frühgeborenen und/oder von Kindern mit Regulationsstörungen. Darüber hinaus gehören Eltern mit behinderten Kindern, von Behinderung bedrohten Kindern oder mit entwicklungsverzögerten Kindern zur engeren Zielgruppe. Außerdem sind psychisch kranke Mütter und Väter, behinderte Mütter und Väter, Eltern mit überhöhten Ansprüchen an ihr Kind und Familien in besonderen Belastungssituationen (z.B. Trennung, Arbeitslosigkeit, soziale Not) angesprochen. Ausschlusskriterien sind psychiatrische Erkrankungen oder fehlende Bereitschaft zur Mitarbeit. Die Zielgruppe umfasst insgesamt 600 Familien, 11 Familien nehmen das Angebot jährlich wahr. Die KlientInnen kommen freiwillig bzw. halbfreiwillig. Die Teilnahme entsteht entweder aus eigener Initiative, durch Überweisung aus Kindertageseinrichtungen, dem sozialen Umfeld, dem Allgemeinen Sozialdienst, Mutter-Kind-Einrichtungen oder Jugendhilfeeinrichtungen.. Neben der allgemeinen Öffentlichkeitsarbeit werden Informationen über die Projektarbeit durch Bekanntmachungen im sozialen Nahraum der Familie (z.B. Flyer), Mund-zu-Mund-Propaganda, Netzwerkarbeit mit MultiplikatorInnen aus verschiedenen Fachbereichen sowie durch Vorträge in Kindergärten und bei Hebammen verbreitet.

Das niedrigschwellige Beratungsangebot soll das elterliche Selbstvertrauen und die Bindung zwischen Eltern und Kind stärken und allgemeines entwicklungspsychologisches Wissen vermitteln. Warnzeichen für mögliche spätere Problem sollen frühzeitig erkannt werden und Verhaltensprobleme bzw. Entwicklungsstörungen beim Kind verhindert oder abgeschwächt werden.

Das Beratungsmodell basiert auf Erkenntnissen der interdisziplinären Säuglings-, Kleinkind- und Bindungsforschung sowie auf den Erfahrungen bewährter Beratungs-

und Therapiekonzepte. Die Mitarbeiterin richtet sich dabei nach dem systemischen, lösungsorientierten und ressourcenorientierten Ansatz.

Nach dem Erstgespräch mit ausführlicher Anamnese und entwicklungspsychologischer Diagnostik wird methodisch vor allem mit videogestützten Beobachtungen und Beschreibungen von kindlichem und elterlichem Verhalten gearbeitet. Die Mitarbeiterin entwickelt davon ausgehend zusammen mit den Eltern Handlungsstrategien, die eine positive Eltern-Kind-Interaktion begünstigen. Die TeilnehmerInnen erklären sich damit einverstanden, dass im Falle einer Kindeswohlgefährdung die Schweigepflichtentbindung greift und ÄrztInnen bzw. das Jugendamt informiert werden.

Diese Leistungen werden zum Teil aufsuchend, zum Teil nicht aufsuchend in Einzelarbeit angeboten. Dabei sind Eltern(teile) und Kinder angesprochen. Der Zeitraum der Beratung erstreckt sich von drei bis zwölf Monaten, dabei gibt es durchschnittlich einen, maximal zwei Termine pro Woche. Ein Kontakttermin dauert im Durchschnitt eine Stunde.

Kontakt und Information:

dvo-efb-poessneck@web.de,
familienberatungsstelle@awo-jena.de

10 Literatur

Weitere Grundlagenliteratur sowie Publikationen im gesamten Feld "Kindesvernachlässigung" finden sie in der Literaturdatenbank des IKK-Informationszentrums Kindesmisshandlung / Kindesvernachlässigung im Internet http://www.dji.de/ikk

Beyersmann, Inge (2005): Eine Chance für psychosozial belastete Mütter mit Babys und Kleinkindern – ein Bericht aus der Frühberatungsstelle Bremen-Hemelingen. In: Deutsches Jugendinstitut e.V. (Hrsg.): Gewalt gegen Kinder – früh erkennen, früh helfen. IKK-Nachrichten, Heft 1-2/2005: 40-46

Beywl, Wolfgang (1998): Nutzenfokussierte Evaluation sozialer Dienstleistungen. Vortrag auf dem Symposion: Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen, 24.4. - 25.4.1998 in München. Mündliche Mitteilung

BMFSFJ, Ref. 511, Arbeitsgruppe frühe Hilfen/Frühwarnsysteme (2006): Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme – Aktionsprogramm des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zum Schutz von Kleinkindern, zur Früherkennung von Risiken und Gefährdungen und zur Implementierung effektiver Hilfesysteme. Berlin: BMFSFJ

Brisch, K. H. & Hellbrügge, Th. (2006): Kinder ohne Bindung. Deprivation, Adoption und Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta

Brisch, K. H. & Hellbrügge, Th. (im Druck): Der Säugling – Bindung, Neurobiologie und Gene. Grundlagen für Prävention, Beratung und Therapie. Klett-Cotta, Stuttgart

Brisch, K. H. (1999): Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. (7. Auflage 2006), Klett-Cotta, Stuttgart.

Brisch, Karl Heinz (2006): Prävention durch prä- und postnatale Psychotherapie. In: Brisch, Karl Heinz/ Hellbrügge, Theodor, (Hrsg.): Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta, 2006: 174-195.

Brisch, Karl Heinz/ Grossmann, Klaus E./ Grossmann, Karin et al. (Hrsg.) (2002): Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta

Brisch, Karl Heinz/ Hellbrügge, Theodor (Hrsg.) (2003): Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart: Klett-Cotta

Conen, Marie-Luise (1990): Anforderungen an Elternarbeit in der Heimerziehung. In: Soziale Arbeit 1990, Heft 7: 246 - 252

Conen, Marie-Luise (1999): „Unfreiwilligkeit“ – ein Lösungsverhalten. Zwangskontexte und systemische Therapie und Beratung. In: Familiendynamik, 3, 283-297

Conen, Marie-Luise (Hrsg.) (2002): Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Aufsuchende Familientherapie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag

Crittenden, Patricia M. (2005): Präventive und therapeutische Intervention bei risikoreichen Mutter-Kind-Dyaden: Der Beitrag von Bindungstheorie und Bindungsforschung. In: Deutsches Jugendinstitut e.V. (Hrsg.): Gewalt gegen Kinder – früh erkennen, früh helfen. Heftthema: IKK-Nachrichten, Heft 1-2/2005: 28 -32

Deegener, Günther/Körner, Wilhelm (2005): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Göttingen: Hogrefe

Deutscher Präventionspreis (Hrsg.) (2006): Stärkung der Elternkompetenz in Schwangerschaft und früher Kindheit. Die Preisträger und Nominierten. Gütersloh: Deutscher Präventionspreis (Bertelsmann-Stiftung, BzgA, BMG). Download unter: www.deutscher-praeventionspreis.de

Deutscher Städtetag (2003): Empfehlungen zur Festlegung fachlicher Verfahrenstandards in den Jugendämtern bei akut schwerwiegender Gefährdung des Kindeswohls.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (2006): Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Umsetzung des § 8 a SGB VIII.

Deutsches Jugendinstitut e.V. (Hrsg.) (2005): Gewalt gegen Kinder – früh erkennen, früh helfen. Heftthema: IKK-Nachrichten, Heft 1-2/2005

Dubowitz, Howard/ DePanfilis, Diane (2000): Handbook for child protection practice. Thousand Oaks: Sage Publications

Farrell Erickson, Martha/Egeland, Byron (2006): Die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung. Frühe Hilfen für die Arbeit mit Eltern von der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes durch das STEEP™-Programm. Stuttgart: Klett-Cotta

Fuchs, Kirsten (2006): Die Familienbildungslandschaft: Zwischen Tradition und Vision. In: Wahl, Klaus/Hees, Katja (Hrsg.): Helfen „Super Nanny“ und Co.? Ratlose Eltern – Herausforderung für die Elternbildung. Weinheim und Basel: Beltz, 103-114

Galm, Beate/Kindler, Heinz/Werner Annegret et. al. (2003): „Kindesvernachlässigung“ als Thema des Monats 06/03 auf der Internetseite des Deutschen Jugendinstituts e.V. : http://www.dji.de/thema/0603/

Garbarino, James/ Gilliam, Gwen(1980): Understanding abusive families. Lexington.Mass.: Lexington Books

Grossmann, Klaus E./ Grossmann, Karin (2003): Bindung und menschliche Entwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta

Heiner, M. (Hrsg.) (1988): Selbstevaluation in der sozialen Arbeit. Fallbeispiele zur Dokumentation und Reflexion beruflichen Handelns. Freiburg: Lambertus

Heiner, Maja (1988): Von der forschungsorientierten zur praxisorientierten Selbstevaluation. Entwurf eines Konzeptes. In: Heiner Maja (Hrsg.) (1988), a.a.O., 7 - 40

Heiner, Maja (Hrsg.) (1994): Selbstevaluation als Qualifizierung in der Sozialen Arbeit. Fallstudien aus der Praxis. Freiburg: Lambertus

Helming Elisabeth, Schattner Heinz, Blüml Herbert et al. (1997): Handbuch Sozialpädagogische Familienhilfe. Hg. durch Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart. (3. überarbeitete Auflage April 1999). Download unter: http://www.bmfsfj.de/Publikationen/spfh/root.html

Helming, Elisabeth (2002): Die Eltern. Erfahrungen, Sichtweisen und Möglichkeiten. In: (BMFSFJ, Hrsg.) Lillig, Susanna/Helming, Elisabeth/Blüml, Herbert/ Schattner, Heinz (2002) et.al.: Familiäre Bereitschaftsbetreuung. Empirische Ergebnisse und praktische Empfehlungen. Stuttgart: Kohlhammer: 139 - 275

Hensen, Gregor (2005): Soziale Frühwarnsysteme in NRW – Frühe Hilfen für Familien durch verbindliche Formen der Kooperation. In: Deutsches Jugendinstitut e.V. (Hrsg.): Gewalt gegen Kinder – früh erkennen, früh helfen. IKK-Nachrichten, Heft 1-2/2005: 5 – 9

Kindler, Heinz (2005): Aktueller Stand des Wissens über Frühinterventionen bei Risikokindern in Deutschland und im internationalen Vergleich. Vortrag. Download unter: http://www.dji.de/thema/0603/

Kindler, Heinz (2006): Frühe Prävention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung: Ein internationaler Forschungsüberblick. In: Interdisziplinäre Fachzeitschrift der DGgKV, 2006, 9(1): 23-47.

Kindler, Heinz/ Lillig, Susanna (2005): Früherkennung von Familien mit erhöhten Misshandlungs- oder Vernachlässigungsrisiken In: Deutsches Jugendinstitut e.V. (Hrsg.): Gewalt gegen Kinder – früh erkennen, früh helfen. IKK-Nachrichten, Heft 1-2/2005: 10 – 13

Kindler, Heinz/ Spangler, Gottfried (2005): Wirksamkeit ambulanter Interventionen nach Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. In: Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, 8, 101-116

Kindler, Heinz/Lillig, Susanna/Blüml, Herbert/Meysen, Thomas/Werner, Annegret (Hg.) (2006): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: DJI. Download unter: dji.de/asd

Kißgen, R., Suess, G.J. (2005): Bindungstheoretisch fundierte Intervention in Hoch-Risiko-Familien: Das STEEP™-Programm. Frühförderung interdisziplinär, 24, 124-133.

Layzer, J.I./ Goodson, B.D./ Bernstein, L./ Price, Chr. (2001): National Evaluation of Family Support Programs. Volume A: The Meta-Analysis. Final Report. Report

submitted to the Administration for Children, Youth, and Families. Cambridge, MA: Abt. Associates, Inc.

Lillig, Susanna/ Helming, Elisabeth/ Blüml, Herbert/ Schattner, Heinz et.al. (2002): Familiäre Bereitschaftsbetreuung. Empirische Ergebnisse und praktische Empfehlungen. Hg. durch Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart: Kohlhammer

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen [Hrsg.]: Abschlussdokumentation. Soziale Frühwarnsysteme in NRW – Ergebnisse und Perspektiven eines Modellprojekts. Münster: Institut für soziale Arbeit e.V. 2005.
Download unter: http://www.soziale-fruehwarnsysteme.de/projekt/Ergebnisse.html

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen [Hrsg.]: Frühe Hilfen für Familien. Soziale Frühwarnsysteme in Nordrhein-Westfalen. Fachkongress am 20. Okotber 2006 in Hamm (Alfred-Fischer-Halle). Tagungsdokumentation.
Download unter: http://www.soziale-fruehwarnsysteme.de/material/tagungsdoku.html

Minuchin, Patricia/ Colapinto, Jorge/Minuchin, Salvador (2000): Verstrickt im sozialen Netz. Neue Lösungswege für Multiproblem-Familien. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag

Modellprogramm Fortentwicklung des Hilfeplanverfahrens, DJI e.V. (Hrsg.) (2006): Straus, Florian: Expertise: Hilfepläne im interdisziplinären Zusammenhang. Auf dem Weg in eine neue Planungswelt? Exploration und Vergleich von Hilfeplanverfahren aus verschiedenen Anwendungsfeldern. München: Deutsches Jugendinstitut e.V.

Münder, Johannes/ Mutke, Barbara/ Schone, Reinhold (2000): Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren. Münster: Votum

Oehling, Lydia (o.J.): Nähe zulassen. Ein Dokumentarfilm über die Förderung der Eltern-Kind-Bindung. In Zusammenarbeit mit K.H.Brisch, SAFE® . DVD bestellen unter: www.naehe-zulassen.de

Papoušek, Mechthild/ Schieche, Michael/ Wurmser, Harald (Hrsg.) (2004): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Bern: Huber

Pirani, Ute von (2006): Dienste für Kinder und Jugendliche des Jugendamtes Charlottenburg-Wilmersdorf im Sozialen Frühwarnsystem. In: Forum Jugendhilfe, Heft 1/2006, 61-66

Polansky, Norman Albert et al. (1981): Damaged parents. An anatoym of child neglect. Chicago, London: Univ. of Chicago Press

Sandmeir, Gunda (2004): Opstapje – Schritt für Schritt. Leitfaden zur Erreichbarkeit sozial benachteiligter Familien. München: DJI (Materialien)

Sann, Alexandra./Thrum, Kathrin (2005): Opstapje – Schritt für Schritt. Abschlussbericht des Modellprojekts. München: DJI (Materialien)

Schneider, Eva (2.Auflage 2006): Familienhebammen. Die Betreuung von Familien mit Risikofaktoren. Frankfurt a. M.: Mabuse Verlag

Schone, Reinhold (1997): Kinder in Not. Münster: Votum

Schone, Reinhold/ Gintzel, Ullrich/ Jordan, Erwin et al. (1997): Kinder in Not. Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven sozialer Arbeit. Münster: Votum

Schone, Reinhold/Schrapper, Christian/ Münder, Johannes/Fegert, Jörg M./Hartung, Johanna (1997): "Kindeswohl-Gefährdung". Heftthema. In: Forum Erziehungshilfen, 3. Jg., Heft 1

Sennett, Richard (2002): Respekt im Zeitalter der Ungleichheit. Berlin: Berlin Verlag

Suess, G. J., Kißgen, R. (2005). STEEP - ein bindungstheoretisch und empirisch fundiertes Frühinterventionsprogramm. Psychologie in Erziehung und Unterricht. Heft 4/2005

Suess, G.J., Kißgen, R. (2005). Frühe Hilfen zur Förderung der Resilienz auf dem Hintergrund der Bindungstheorie: Das STEEP™-Modell. In: Cierpka, M. (Hrsg.): Möglichkeiten der Gewaltprävention. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht Verlag.

Suess, Gerhard J. (2005): STEEP™: Frühe Hilfe zur Förderung der Resilienz in riskanten Kindheiten. In: Deutsches Jugendinstitut e.V. (Hrsg.): Gewalt gegen Kinder – früh erkennen, früh helfen. Heftthema: IKK-Nachrichten, Heft 1-2/2005: 33 -39

Tschöpe-Scheffler, Sigrid (2003): Elternkurse auf dem Prüfstand. Wie Erziehung wieder Freude macht. Opladen: Leske und Budrich

Wahl, Klaus/Hees, Katja (Hrsg.): Helfen „Super Nanny" und Co.? Ratlose Eltern – Herausforderung für die Elternbildung. Weinheim und Basel: Beltz

Wolf, Klaus (2003): Sozialpädagogische Familienhilfe aus Sicht der Klientinnen und Klienten - Forschungsergebnisse und offene Fragen. In: Fröhlich-Gildhoff, Engel, Rönnau, Kraus (Hrsg.): Forschung zur Praxis in den ambulanten Hilfen zur Erziehung. Freiburg (FEL Verlag) 2006: 83 – 100. Download unter: http://www2.uni-siegen.de/~wolf/wissarbeiten/Familienkulturen_Web.pdf

Wolf, Klaus (2006): Sind sozialpädagogische Interventionen in Familienkulturen möglich und zulässig? In: A. Heimgartner, K. Lauermann (Hg.): Kultur in der Sozialen Arbeit. Klagenfurt, Ljubljana, Wien (Verlag Hermagoras/Mohorjeva) 2006: 231-

250 Download unter: http://www2.uni-siegen.de/~wolf/wissarbeiten/SPFH%20aus%20Klientensicht.pdf

Wollwerth de Chuquisengo, Ruth/Kreß, Heike (2005): Exzessives Schreien in den ersten Lebensmonaten und seine Behandlung in der »Münchner Sprechstunde für Schreibabys«. In: Deutsches Jugendinstitut e.V. (Hrsg.): Gewalt gegen Kinder – früh erkennen, früh helfen. IKK-Nachrichten, Heft 1-2/2005: 47ff

Wustmann, Corina: »So früh wie möglich!« – Ergebnisse der Resilienzforschung. In: Deutsches Jugendinstitut e.V. (Hrsg.): Gewalt gegen Kinder – früh erkennen, früh helfen. IKK-Nachrichten, Heft 1-2/2005, 20-27

Ziegenhain, Ute (2001): Anwendungsgebiete der Bindungstheorie. In: Neue Praxis, 31, 5, 480-491

Ziegenhain, Ute/ Derksen, Bärbel/ Dreisörner, Ruth (2004): Frühe Förderung von Resilienz bei jungen Müttern und ihren Säuglingen. In: Kindheit und Entwicklung, 13, 4, 226-234

Ziegenhain, Ute/ Fries, Mauri/ Bütow, Barbara et al. (2004): Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern. Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe. Weinheim: Juventa