Nationales Zentrum Frühe Hilfen

MODELLPROJEKTE IN DEN LÄNDERN

ZUSAMMENFASSENDE ERGEBNISDARSTELLUNG

MODELLPROJEKTE IN DEN LÄNDERN
ZUSAMMENFASSENDE ERGEBNISDARSTELLUNG

Herausgeber:
Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Köln, 2014 (2. Auflage)

Autorinnen: Ilona Renner, Viola Heimeshoff
Redaktion: Ilona Renner

INHALT

5 VORBEMERKUNG

6 VORWORT
Prof. Dr. Pott (BZgA) und Prof. Dr. Rauschenbach (DJI)

8 **ZUM KONTEXT FRÜHER HILFEN**

9 **Datenlage**

12 **Was sind Frühe Hilfen?**

12 **Qualitätsanforderungen an Frühe Hilfen – Herausforderungen für Forschung und Praxisentwicklung**

14 **Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen**

15 **Modellprojekte: Vielfalt in Praxis und wissenschaftlicher Begleitung**

16 **Methode der Datenerhebung**

17 **Die Zielgruppe Früher Hilfen**

20 **ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE, ERKENNTNISSE UND ERFAHRUNGEN ENTLANG DER QUALITÄTSDIMENSIONEN**

20 **Systematisch und umfassend Zugang zur Zielgruppe finden**

24 **Systematisch und objektiviert Risiken erkennen**

26 **Familien zur aktiven Teilnahme an Hilfen motivieren**

26 **Hilfen an den Bedarf der Familie anpassen**

27 **Monitoring des Verlaufs der Hilfeerbringung**

28 **Vernetzung und verbindliche Kooperation der Akteure**

30 **Verankerung der Hilfe im Regelsystem**

31 **Ergebnisse auf einen Blick**

34 **SELBSTDARSTELLUNG DER MODELLPROJEKTE**
PRAXIS UND WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITUNG

LÄNDERKARTE

36 **GUTER START INS KINDERLEBEN**
BADEN-WÜRTTEMBERG / BAYERN / RHEINLAND-PFALZ / THÜRINGEN

38 **WIE ELTERNSCHAFT GELINGT: WIEGE – STEEP™**
BRANDENBURG

40 **WIE ELTERNSCHAFT GELINGT: WIEGE – STEEP™**
HAMBURG

42 **EVALUATION FRÜHER HILFEN UND SOZIALER FRÜHWARN-SYSTEME IN NRW UND SCHLESWIG-HOLSTEIN**
NORDRHEIN-WESTFALEN / SCHLESWIG-HOLSTEIN

44 **FRÜHSTART: FAMILIENHEBAMMEN IM LAND SACHSEN-ANHALT**
SACHSEN-ANHALT

46 **FAMILIENHEBAMMEN. FRÜHE UNTERSTÜTZUNG – FRÜHE STÄRKUNG?**
NIEDERSACHSEN

48 **FRÜHE INTERVENTIONEN FÜR FAMILIEN (PFIFF)**
HESSEN / SAARLAND

50 **EVALUATION UND COACHING ZUM SOZIALEN FRÜHWARN-SYSTEM IN BERLIN-MITTE**
BERLIN

52 **CHANCEN FÜR KINDER PSYCHISCH KRANKER UND / ODER SUCHTBELASTETER ELTERN**
MECKLENBURG-VORPOMMERN

54 **PRO KIND**
NIEDERSACHSEN / BREMEN / SACHSEN

VORBEMERKUNG

Die vorliegende Broschüre „Modellprojekte in den Ländern. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung“ ist 2010 zum Abschluss des Aktionsprogramms Frühe Hilfen erstmalig erschienen. Sie dokumentiert Ergebnisse der Evaluation verschiedener Modelle Früher Hilfen, die ab 2007 vom Bundesfamilienministerium gefördert und vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) fachlich begleitet wurden. Die Ergebnisse, die in dieser Broschüre zusammengefasst sind, konzentrieren sich auf die Wirkungsvoraussetzungen Früher Hilfen wie beispielsweise die Erreichbarkeit der Zielgruppen, das Erkennen von Hilfebedarf sowie auf Strategien zur Motivierung von Eltern, Hilfe anzunehmen. Die aus den Modellprojekten gewonnenen Ergebnisse sind in spätere Empfehlungen des NZFH zum weiteren Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen eingeflossen. Aufgrund der großen Nachfrage nach den Erkenntnissen aus den Modellprojekten wird die Broschüre 2014 nahezu unverändert nachgedruckt.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2014

VORWORT

In Deutschland gibt es bereits vielfältige Hilfeangebote, die Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in schwierigen Lebenslagen bei der Wahrnehmung ihrer Erziehungsaufgaben unterstützen und die so zur Prävention von Vernachlässigung und Misshandlung beitragen. Jedoch liegen erst wenige wissenschaftliche Erkenntnisse darüber vor, wie diese Familien besser erreicht und zur Annahme von Hilfen motiviert werden können. Ebenso fehlt es an wissenschaftlichen Erkenntnissen, welche Hilfen tatsächlich wirksam und effektiv sind. Es gibt auch kaum systematisches Wissen darüber, welche Akteure unerlässlich sind für ein funktionierendes Hilfenetz und wie verbindliche Kooperationsbeziehungen zwischen diesen Akteuren aus unterschiedlichen Hilfesystemen, vor allem des Gesundheitssystems und der Kinder- und Jugendhilfe, geknüpft werden können. Die Erkenntnisse darüber sind jedoch zentrale Voraussetzung dafür, dass hoch belastete Familien im Hilfenetz sicher aufgefangen werden können.

Zur Beantwortung dieser Fragen wurde das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) 2007 im Rahmen des Aktionsprogramms des Bundesfamilienministeriums eingerichtet. Durch die Generierung und Bereitstellung von Wissen unterstützt das NZFH die wissenschaftliche Fundierung und die systematische Verankerung von Frühen Hilfen in der Fachpraxis. Ziel ist es, Frühe Hilfen als wirksame, präventive sowie dauerhafte Unterstützungsangebote für (werdende) Eltern und ihre Kinder zu etablieren. Dieser Arbeitsauftrag umfasst eine Vielzahl von Aktivitäten. Von zentraler Bedeutung ist dabei die Förderung und Koordination der wissenschaftlichen Begleitung von Modellprojekten in allen Bundesländern.

In diesen Modellprojekten werden Maßnahmen und Ansätze zur frühzeitigen Unterstützung hoch belasteter Familien, wie z.B. der Einsatz von Familienhebammen und Methoden zur Förderung der Mutter-Kind-Interaktion, sowie die Kooperation und Vernetzung relevanter Akteure im Feld der Frühen Hilfen erprobt.

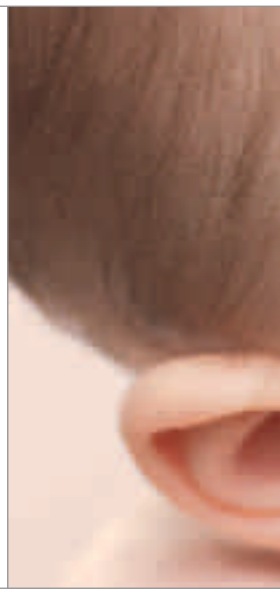
Diese Form der Projektunterstützung durch das NZFH schafft eine Plattform für die gemeinsame Bearbeitung übergeordneter Fragestellungen und den wissenschaftlich-fachlichen Austausch über Strategien zum quantitativen wie qualitativen Ausbau Früher Hilfen. Die Forschungsergebnisse aus den Projekten werden vom NZFH gebündelt und sodann der Politik sowie der Fachöffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Gemeinsam mit den Projekten und den Beiräten des NZFH werden Empfehlungen für die Praxis erarbeitet.

Träger des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen sind die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und das Deutsche Jugendinstitut (DJI). Beide Institutionen haben langjährige Erfahrungen mit der Evaluierung von Praxisprojekten: die BZgA im Bereich der Gesundheitsförderung bei Kindern, Jugendlichen und sozial benachteiligten Menschen, das DJI in der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe. Beide Institutionen sind in ihren jeweiligen Fachgebieten und Arbeitsfeldern gut verankert und haben Zugang zu relevanten Akteuren. Auf diese Weise können Wissensbestände wechselseitig verfügbar gemacht werden, um fachübergreifende Verständigung und Kooperation zu fördern. So wollen wir gemeinsam mit der Wissenschaft und der Fachpraxis Frühe Hilfen interdisziplinär weiterentwickeln.

Mit der vorliegenden Broschüre stellt das NZFH die Praxis- und ihre wissenschaftlichen Begleitprojekte in kompakter Form vor, einschließlich erster projektübergreifender Ergebnisse entlang der Qualitätsdimensionen von Frühen Hilfen. Damit wollen wir Impulse für den fachlichen Diskurs über Frühe Hilfen geben und mit den Ergebnissen die Fachpraxis unterstützen.

Prof. Dr. Elisabeth Pott **Prof. Dr. Thomas Rauschenbach**

Nationales Zentrum Frühe Hilfen



ZUM KONTEXT FRÜHER HILFEN

Seit 2007 werden in Deutschland im Rahmen des Aktionsprogramms »Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme« verschiedene Ansätze Früher Hilfen wissenschaftlich begleitet. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist die Begleitforschung vielerorts noch nicht abgeschlossen. Dennoch können bereits erste Ergebnisse zu zentralen Fragestellungen im Kontext Früher Hilfen berichtet werden. Die vorliegende Broschüre stellt diese Ergebnisse zusammenfassend und projektübergreifend vor.

Zunächst jedoch soll das Thema Frühe Hilfen im Überblick skizziert werden. Einer Einschätzung der Datenlage zu Kindesmisshandlung und Vernachlässigung folgt die Definition des Begriffs »Frühe Hilfen«. Im Abschnitt »Qualitätsanforderungen an Frühe Hilfen – Herausforderungen für Forschung und Praxisentwicklung« werden zentrale Qualitätsanforderungen an die Praxis Früher Hilfen vorgestellt. Um erfolgreich helfen zu können, muss zum Beispiel ein systematischer und umfassender Zugang zu hoch belasteten Familien hergestellt und Hilfebedarf richtig erkannt werden. Anhand dieser sowie fünf weiterer Qualitätsdimensionen Früher Hilfen werden Herausforderungen für Forschung und Praxisentwicklung formuliert.

Diese Herausforderungen haben die Modellprojekte unter dem Dach des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) angenommen: Im Hauptteil der Broschüre werden zentrale Ergebnisse, Erkenntnisse und Erfahrungen der Modellprojekte im Zusammenhang mit den Qualitätsanforderungen an die Praxis Früher Hilfen zusammenfassend und projektübergreifend dargestellt. So können erste Antworten auf Fragen zum Beispiel zur Qualität unterschiedlicher Zugangswege zu hoch belasteten Familien oder zu Möglichkeiten der systematischen Identifikation von Risiken gegeben werden.

Die Darstellung projektübergreifender Ergebnisse basiert auf der Auswertung einer explorativen Befragung der Modellprojekte durch das NZFH. Darüber hinaus wird eine Auswahl spezieller Forschungsergebnisse einzelner Projekte in dem Sammelband »Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen« (Renner et al. 2010)[1] veröffent-

1 Renner, I., Sann, A., NZFH, (2010), Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen. Modellprojekte begleitet von Nationalen Zentrum Frühe Hilfen, Köln. NZFH

licht. Hinweise auf weitere Veröffentlichungen des NZFH finden sich im Anhang (S. 56). Dort stellen sich die einzelnen Modellprojekte in Form von Steckbriefen – getrennt nach Praxisangebot und wissenschaftlicher Begleitung – noch einmal einzeln vor. Literaturhinweise und Adresslisten ermöglichen dem Leser, sich darüber hinaus über jedes einzelne Projekt näher zu informieren.

Datenlage

In den letzten Jahren wurden durch die öffentliche Berichterstattung viele Einzelfälle von Kindesvernachlässigung und -misshandlung bekannt. Die Frage nach der Prävalenz von Kindeswohlgefährdung kann jedoch bis heute nicht zuverlässig beantwortet werden, da es in Deutschland keine verlässlichen, repräsentativen Daten über das gesamte Ausmaß von Kindesvernachlässigung und -misshandlung gibt. Aus offiziellen Statistiken und aus Studien können die im folgenden aufgeführten Informationen entnommen werden. Die entsprechenden Literaturhinweise (Quellen) werden im Kasten auf den Seiten 10 und 11 gesondert aufgeführt.

Vernachlässigung

Wie viele Kinder in Deutschland vernachlässigt werden, lässt sich bislang nicht sicher sagen. Nichtrepräsentative Daten legen die Vermutung nahe, dass Kindesvernachlässigung die mit Abstand häufigste Gefährdungsform der im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe bekannt werdenden Fälle darstellt. In ihrer Tendenz wird diese Aussage auch dadurch untermauert, dass sich die Situation in allen Ländern, in denen bislang die Häufigkeit verschiedener Formen von Kindeswohlgefährdung untersucht wurde, ähnlich gestaltet (Galm et al. 2010). Für Deutschland bestätigt dies etwa eine Befragung von Jugendämtern zu Fällen, in denen die Anrufung des Familiengerichts erforderlich war (Münder et al. 2000): In 50 Prozent der Fälle war Vernachlässigung das zentrale Gefährdungsmerkmal.

Gewalt in der Erziehung und körperliche Misshandlung

Die Mehrheit der Eltern wendet minderschwere Formen physischer Gewalt in der Erziehung an, etwa leichte Ohrfeigen oder einen Klaps (Bussmann 2005, Pfeiffer et al. 1999, Baier et al. 2009).

Ca. 10 bis 15 Prozent der Eltern wenden schwerwiegendere und häufigere körperliche Bestrafungen an (Engfer 2005). Insgesamt ist die Tendenz zur Ausübung von körperlicher Gewalt in der Erziehung jedoch eher abnehmend.

Angezeigte Fälle von Misshandlung von Kindern unter sechs Jahren haben sich seit 1990 von 600 auf 1.756 Fälle in 2009 erhöht (Polizeiliche Kriminalstatistik nach § 225 StGB). Jedoch spiegeln diese Zahlen vor allem das Anzeigeverhalten wider. Auf Grundlage dieser Zahlen können keine Aussagen über das tatsächliche Ausmaß von Misshandlung oder über einen Anstieg getroffen werden.

Todesfälle

Jährlich werden in Deutschland etwa 100 Kinder unter 15 Jahren Opfer einer Kindstötung (UNICEF 2003). Zu beachten ist jedoch, dass nicht alle Fälle im engeren Sinne auf Kindesmisshandlung bzw. -vernachlässigung mit Todesfolge zurückzuführen sind.
Laut Todesursachenstatistik kamen in den letzten Jahren (1998–2008) zwischen 40 und 66 Kinder unter 10 Jahren jährlich durch einen so genannten tätlichen Angriff im Sinne des ICD 10 ums Leben. Dazu gehören unter anderem »Vernachlässigen und Verlassen« sowie »Sonstige Arten der Misshandlung« (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2009). Betroffen sind vor allem Säuglinge und Kleinkinder, die meisten haben das erste Lebensjahr noch nicht vollendet. Deren Zahl liegt im benannten Zeitraum zwischen 19 und 35 (Statistisches Bundesamt 2009). Die Zahl der Kinder unter 10 Jahren, die durch tätlichen Angriff zu Tode gekommen sind, ist in den letzten 25 Jahren um mehr als die Hälfte gesunken (Angaben nach ICD 9 / ICD 10).

Eingriffe in die elterliche Sorge

Seit der Einführung des § 8a SGB VIII im Jahr

Quellen:

Baier, D., Pfeiffer, C., Simonson, J., Rabold, S. (2009): Jugendliche in Deutschland als Opfer und Täter von Gewalt. Erster Forschungsbericht zum gemeinsamen Forschungsprojekt des Bundesministeriums des Inneren und des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen. (Forschungsbericht Nr. 107). Hannover.

Bundeskriminalamt (Hrsg.) (2010): Zeitreihen 1987–2009 der Polizeilichen Kriminalstatistik. Wiesbaden.

Bussmann, K.-D. (2005): Report über die Auswirkungen des Gesetzes zur Ächtung der Gewalt in der Erziehung. Vergleich der Studien von 2001/2002 und 2005 – Eltern-, Jugend- und Expertenbefragung. Berlin.

Engfer, A. (2005): Formen der Misshandlung von Kindern – Definitionen, Häufigkeiten, Erklärungsansätze. In: Egle, U. T., Hoffmann, S. O.,

2005 stieg die Zahl der Inobhutnahmen: zwischen 2005 und 2009 um ca. 81 Prozent bei Kindern bis zu 3 Jahren (Statistisches Bundesamt 2010). Im Jahr 2009 wurden 3.239 Kinder unter 3 Jahren in Obhut genommen (Statistisches Bundesamt 2010). Die Zahl der Sorgerechtsentzüge ist bei Eltern mit Kindern bis zu 3 Jahren am höchsten (KOMDAT Jugendhilfe 2009).

Hilfen zur Erziehung

Eltern haben das Recht auf Hilfe zur Erziehung, »wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist« (§ 27 Abs. 1 SGB VIII). Hilfen zur Erziehung (§§ 27 ff. SGB VIII) werden den Familien oft auch dann angeboten, wenn es bereits zu einer Kindeswohlgefährdung gekommen ist. Bei jeder sechsten Hilfe geht es um Kindeswohlgefährdung (KOMDAT Jugendhilfe 2009). Seit Beginn der 1990er Jahre zeigt sich für den Bereich der familienunterstützenden und -ergänzenden Hilfen eine deutliche Zunahme im Gegensatz zu den familienersetzenden Hilfen (KOMDAT Jugendhilfe 2006).

Zur tatsächlichen Prävalenz von Misshandlung und Vernachlässigung können auf Grundlage der heute für Deutschland vorliegenden Statistiken und Studien kaum verlässliche Aussagen getroffen werden. Die hier aufgeführten Zahlen geben jedoch grobe Anhaltspunkte für eine Einschätzung der aktuellen Situation.

Um einer Gefährdung des Kindeswohls präventiv zu begegnen, wurden in den letzten Jahren in Deutschland vielerorts »Frühe Hilfen« implementiert. Mit Angeboten Früher Hilfen werden Familien bei der Bewältigung ihrer Alltags- und Erziehungsaufgaben unterstützt. Was genau unter dem Begriff »Frühe Hilfen« zu verstehen ist, wurde von Expertinnen und Experten in

Joraschky, P. (Hrsg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. Stuttgart, 3–19.

Galm, B., Hees, K., Kindler, H. (2010): Kindesvernachlässigung – verstehen, erkennen und helfen. München.

KOMDAT Jugendhilfe (Kommentierte Daten der Jugendhilfe, Informationsdienst der Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik), 9. Jg., Sonderausgabe Oktober 2006.

KOMDAT Jugendhilfe (Kommentierte Daten der Jugendhilfe, Informationsdienst der Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik), 12. Jg., September 2009

Münder, J., Mutke, B., Schone, R. (2000): Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren. Münster.

Pfeiffer, C., Wetzels, P., Enzmann, D. (1999): Innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und ihre Auswirkungen. (Forschungsbericht Nr. 80). Hannover.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009): Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Vorläufige Schutzmaßnahmen 2008 (www-ec.destatis.de).

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009): Sterbefälle nach äußeren Ursachen und ihren Folgen (ab 1998). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität, ICD-10 (V-Y), ICD-10 (S-T) (www.gbe-bund.de).

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010): Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe: Vorläufige Schutzmaßnahmen 2009 (www-ec.destatis.de).

Unicef (2003): A League Table of Child Maltreatment Deaths in Rich Nations. Florence.

einem 2009 verabschiedeten Dokument zusammengefasst:

Was sind Frühe Hilfen?

Frühe Hilfen bilden lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0- bis 3-Jährigen.

Sie zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. Damit tragen sie maßgeblich zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei und sichern deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe.

Frühe Hilfen umfassen vielfältige sowohl allgemeine als auch spezifische, aufeinander bezogene und einander ergänzende Angebote und Maßnahmen. Grundlegend sind Angebote, die sich an alle (werdenden) Eltern mit ihren Kindern im Sinne der Gesundheitsförderung richten (universelle/primäre Prävention). Darüber hinaus wenden sich Frühe Hilfen insbesondere an Familien in Problemlagen (selektive/sekundäre Prävention). Frühe Hilfen tragen in der Arbeit mit den Familien dazu bei, dass Risiken für das Wohl und die Entwicklung des Kindes frühzeitig wahrgenommen und reduziert werden. Wenn die Hilfen nicht ausreichen, eine Gefährdung des Kindeswohls abzuwenden, sorgen Frühe Hilfen dafür, dass weitere Maßnahmen zum Schutz des Kindes ergriffen werden.

Frühe Hilfen basieren vor allem auf multiprofessioneller Kooperation, beziehen aber auch bürgerschaftliches Engagement und die Stärkung sozialer Netzwerke von Familien mit ein. Zentral für die praktische Umsetzung Früher Hilfen ist deshalb eine enge Vernetzung und Kooperation von Institutionen und Angeboten aus den Bereichen der Schwangerschaftsberatung, des Gesundheitswesens, der interdisziplinären Frühförderung, der Kinder- und Jugendhilfe und weiterer sozialer Dienste. Frühe Hilfen haben dabei sowohl das Ziel, die flächendeckende Versorgung von Familien mit bedarfsgerechten Unterstützungsangeboten voranzutreiben, als auch die Qualität der Versorgung zu verbessern.

Diese Begriffsbestimmung wurde vom Wissenschaftlichen Beirat des NZFH verabschiedet.

Qualitätsanforderungen an Frühe Hilfen – Herausforderungen für Forschung und Praxisentwicklung

Im Aktionsprogramm »Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme« wurden auf der Basis von Praxiserfahrungen Anforderungen an Frühe Hilfen formuliert. Diese Anforderungen – auch als Qualitätsdimensionen bezeichnet – sind Strategien, um Familien in Belastungslagen bei der Bewältigung Ihrer Alltags- und Erziehungsaufgaben sinnvoll zu unterstützen und so einer späteren Kindeswohlgefährdung präventiv zu begegnen.

Aber wie können diese Qualitätsanforderungen in der Praxis Früher Hilfen erfolgreich umgesetzt werden? Hierzu gibt es erheblichen Forschungsbedarf, der im Folgenden für jede Qualitätsdimension einzeln skizziert werden soll.

Systematisch und umfassend Zugang zur Zielgruppe finden

Systematische Zugänge zu Familien sollen weiter ausgebaut werden, um Familien frühzeitig Hilfeangebote unterbreiten zu können. Dabei müssen

Effektivität und Praxistauglichkeit unterschiedlicher Zugangswege – über verschiedene Akteure des Gesundheitswesens, der Kinder- und Jugendhilfe und weiterer Unterstützungssysteme – vergleichend untersucht werden, um Empfehlungen für die Praxis aussprechen zu können und die Erreichbarkeit hoch belasteter Familien weiter zu verbessern.

Systematisch und objektiviert Risiken erkennen

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

Familien zur aktiven Teilnahme an Hilfen motivieren

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

Hilfen an den Bedarf der Familie anpassen

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

Monitoring des Verlaufs der Hilfeerbringung

Familien bei Bedarf langfristig zu begleiten, ist – insbesondere dann, wenn unterschiedliche Hilfen und Hilfeanbieter am Prozess beteiligt sind – eine besondere Herausforderung für die Praxis. Unterhalb der Schwelle der Kindeswohlgefährdung (§ 8a des SGB VIII) gelten strenge Anforderungen an den Datenschutz bei der Weitergabe von Informationen. Im Hinblick auf den sachgerechten Umgang mit diesen Bestimmungen besteht in der Praxis ein hoher Klärungs- und Unterstützungsbedarf.

Vernetzung und verbindliche Kooperation der Akteure

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

Verankerung der Frühen Hilfe im Regelsystem

Um langfristig wirken zu können, müssen die Frühen Hilfen den Status von Modellprojekten verlassen und im Regelsystem verankert werden. Inwieweit diese Verankerung in bestehende Strukturen gelingen kann, wird im Rahmen einer vom NZFH initiierten und beauftragten Expertise diskutiert. Auf Basis der Erfahrungen der Modellprojekte werden Hinweise auf praktische Umsetzungsmöglichkeiten erwartet.

Die Qualitätsanforderungen an die Frühen Hilfen sind eine Herausforderung für die wissenschaftliche Begleitung der Praxis: Es gilt kritisch zu überprüfen, welche Entwicklungen in der Praxis geeignet sind, die Anforderungen zu erfüllen. Und welche Schwierigkeiten müssen dabei bewältigt werden? Dieser Herausforderung haben sich die Modellprojekte – unter dem Dach des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen – gestellt: Im Hauptteil der vorliegenden Broschüre werden Forschungsergebnisse, Erkenntnisse und

Erfahrungen der Modellprojekte zu den zentralen Qualitätsanforderungen an die Praxis Früher Hilfen zusammenfassend und projektübergreifend vorgestellt.

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen

Im Rahmen des Aktionsprogramms »Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme« wurde das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) 2007 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eingerichtet. Seine Aufgabe ist der Auf- und Ausbau von Unterstützungssystemen der Jugendhilfe und des Gesundheitswesens in Deutschland. Ziel ist es, den Schutz von Kindern vor Vernachlässigung und Misshandlung durch Prävention zu verbessern.

Träger des NZFH sind die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und das Deutsche Jugendinstitut (DJI). Der Sitz des Nationalen Zentrums befindet sich bei der BZgA in Köln.

Drei grundlegende Aufgabenbereiche bilden die Säulen der Arbeit des NZFH: Die Sammlung und Systematisierung von Wissen auf einer *Wissensplattform*, die *Kommunikation* der Ergebnisse in die Fachöffentlichkeit und die Allgemeinbevölkerung und schließlich der *Transfer* der gewonnenen Erkenntnisse in die Praxis. Darüber hinaus wurden dem NZFH zusätzliche Aufgaben aus Beschlüssen der Ministerpräsidentenkonferenz (MPK) übertragen. Diese Aufgaben übernimmt das NZFH mit der Einrichtung des Projektbereichs »Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen«.

- **Wissensplattform:** Das NZFH erarbeitet wissenschaftliche Grundlagen für die Praxis. Es stellt eine Wissensplattform zu unterschiedlichen Aspekten Früher Hilfen zur Verfügung, damit auf Basis von Forschungsergebnissen, Erfahrungen und Erkenntnissen wechselseitig gelernt werden kann.

- **Kommunikation:** Die Informationsarbeit des NZFH richtet sich an Forschung, Fachwelt und Allgemeinbevölkerung. Sie soll die Bedeutung Früher Hilfen stärker ins Bewusstsein rücken und ein positives Klima für die Bereitstellung und Inanspruchnahme Früher Hilfen herstellen.

- **Transfer**: In diesem Arbeitsfeld steht die Unterstützung staatlicher und nichtstaatlicher Akteure beim Auf- und Ausbau und bei der Weiterentwicklung Früher Hilfen im Vordergrund. Ziel ist es, bewährte Ansätze aus den Modellprojekten dauerhaft in die Regelversorgung zu implementieren.

- **Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen:** Dieser Projektbereich wurde 2009 als zusätzliche Aufgabe des NZFH auf den Weg gebracht. Zum einen werden im Rahmen eines Forschungs- und Praxisprojekts Qualitätsentwicklungsprozesse in Kommunen erprobt, zum anderen wird eine Plattform für einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch zu problematisch verlaufenden Kinderschutzfällen aufgebaut.

Ein Arbeitsbereich des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen ist die Begleitung von zehn Modellprojekten: Um die an vielen Standorten in Deutschland bereits vorhandenen guten Ansätze Früher Hilfen weiterzuentwickeln, hat das BMFSFJ 2007 die Förderung von Modellprojekten bekanntgegeben.[2] Im Rahmen des Aktionsprogramms haben Bund und Länder zehn Modellprojekte ausgewählt, die in allen 16 Bundesländern verortet sind. Eine Finanzierung gemeinsam mit den beteiligten Ländern,

2 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006), Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme. Bekanntmachung zur Förderung von Modellprojekten sowie deren wissenschaftliche Begleitung und Wirkungsevaluation. www.skf-zentrale.de/Bekanntmachung 0207.pdf

STRUKTUR UND AUFGABEN DES NZFH

Mehr zur Arbeit des NZFH erfahren Sie unter *www.fruehehilfen.de*

Gebietskörperschaften und in einzelnen Fällen auch mit Verbänden, Stiftungen oder kirchlichen Einrichtungen stellt die Initiativen auf eine breitere Basis. Alle Projekte bestehen aus zwei Komponenten: dem Praxisangebot Früher Hilfen und seiner wissenschaftlichen Begleitung. Der Fokus des Bundes liegt auf der Förderung der wissenschaftlichen Begleitung, der Koordination des fachlichen Austauschs zwischen den Forscherinnen und Forschern, der Bearbeitung projektübergreifender Forschungsfragen und der zusammenfassenden Kommunikation der Ergebnisse, Erfahrungen und Erkenntnisse. Diese Aufgaben gegenüber den Modellprojekten hat das NZFH wahrgenommen.

Modellprojekte Frühe Hilfen: Vielfalt in Praxis und wissenschaftlicher Begleitung

Die zehn Modellprojekte spiegeln die tatsächliche Vielfalt der gewachsenen Hilfelandschaft in Deutschland gut wider: Unterschiedlichen Be-

darfen der Zielgruppe wird mit daran angepassten, verschiedenartigen Hilfeangeboten begegnet. Im Rahmen des Aktionsprogramms wurde versucht, dieser Vielfalt mit der Projektauswahl so weit als möglich gerecht zu werden.

Inhaltlich konzentrieren sich mehrere Projekte auf die Evaluation der Arbeit von Familienhebammen, ein niedrigschwelliges Angebot früher Unterstützung, das von Familien in Belastungssituationen gut akzeptiert wird. Ein weiterer Schwerpunkt ist die wissenschaftliche Begleitung spezieller, nach Bedarf auch hoch dosierter Hilfeformen wie zum Beispiel der STEEP™ Beratung (Steps towards effective and enjoyable parenting). Fast alle Modellprojekte untersuchen Kooperations- und Vernetzungsstrukturen zwischen Akteuren unterschiedlicher Hilfesysteme, insbesondere des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe. Ein Modellprojekt analysiert die Aktivität bereits institutionalisierter Frühe-Hilfe-Systeme in den Ländern Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein. Im Anhang stellen sich die einzelnen Modellprojekte in Form von Steckbriefen – getrennt nach Praxisangebot und wissenschaftlicher Begleitung – einzeln vor (S.34 ff.).

Die Modellprojekte unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich der Praxisangebote und Untersuchungsschwerpunkte, sondern auch hinsichtlich des Forschungsdesigns und der Stichprobenauswahl sehr stark voneinander. Dennoch haben sie ein gemeinsames Anliegen: Die Suche nach Erkenntnissen, Erfahrungen und Forschungsergebnissen zu den im Aktionsprogramm formulierten Qualitätsdimensionen Früher Hilfen. Um trotz der schwer miteinander vergleichbaren Inhalte und Verfahren Ergebnisse projektübergreifend berichten zu können, hat das NZFH eine explorative Befragung der Modellprojekte durchgeführt. Auf Grundlage dieser Studie werden zentrale Erkenntnisse im Zusammenhang mit den Qualitätsanforderungen im Folgenden zusammenfassend und projektübergreifend dargestellt.

Zuvor soll jedoch die Methode der Datenerhebung näher beschrieben werden. Anschließend werden zunächst die Menschen in den Blick genommen, die mit den Angeboten Früher Hilfen in den Projekten erreicht werden, um einen Eindruck von der Lebenslage und den besonderen Belastungen der Zielgruppe zu vermitteln.

Methode der Datenerhebung

Um Ergebnisse, Erkenntnisse und Erfahrungen der Modellprojekte projektübergreifend zusammenzufassen, hat das NZFH die Projektleitungen in der Förderphase mehrmals um die Beantwortung von Fragebögen gebeten. Diese Erhebungen ermöglichen eine zusammenfassende Einschätzung der Erkenntnisse, Erfahrungen und Ergebnisse zu ausgewählten, gemeinsamen Forschungsthemen.

Die folgende Darstellung basiert auf der aktuellen schriftlichen Befragung der zehn Modellprojekte. Neben Fragen zum Projektverlauf, zu den im Rahmen des Projekts angebotenen Fortbildungsmaßnahmen und zur Beschreibung der Zielgruppe wurden mit sechs Frageblöcken auch erste Einschätzungen im Zusammenhang mit den Qualitätsdimensionen erhoben. Da die meisten Projekte noch nicht abgeschlossen sind, handelt es sich um vorläufige Ergebnisse, die jedoch bereits einen guten Einblick in die Situation erlauben. Alle zehn Modellprojekte haben den Fragebogen zurückgesandt. Die Bögen wurden – je nach Zuständigkeit – zum Teil von der wissenschaftlichen Begleitung, zum Teil von Mitarbeitenden des Praxisteams beantwortet.

3 Meysen, T., Schönecker, L., Kindler, H. (2009) Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe. Juventa Verlag: Weinheim und München

Die Interpretation der Befragungsergebnisse wird unterstützt durch Informationen, die den Modellprojekte-Workshops entnommen werden. In regelmäßigen Abständen finden gemeinsame Workshops der Projektbeteiligten statt, die vom NZFH organisiert und moderiert werden. Diese Workshops bieten eine Plattform für den internen Informationsaustausch. Hier werden Erfahrungen und Forschungsergebnisse kommuniziert, forschungspraktische Schwierigkeiten offen angesprochen, Lösungsmöglichkeiten diskutiert und Ideen für projektübergreifende Vorhaben entwickelt.

Die Zielgruppe Früher Hilfen

Die Unterstützungsangebote Früher Hilfen richten sich im Schwerpunkt an hoch belastete Familien, um einer späteren Kindeswohlgefährdung präventiv zu begegnen.

In Rahmen einer Meta-Analyse von 15 internationalen Längsschnittstudien wurden Belastungen identifiziert, die die elterliche Erziehungs- und Versorgungskompetenz beeinträchtigen können und das Risiko einer Vernachlässigung und/oder Misshandlung des Kindes erhöhen (Meysen et al. 2009).[3] Solche Belastungen ergeben sich zum Beispiel aus der sozialen Lage – Armut und niedriger Bildungsstand – oder anderen Merkmalen der Lebenssituation einer Familie. Hoch belastend wird die Lebenssituation zum Beispiel oftmals dann erlebt, wenn die Mutter alleinerziehend oder sozial isoliert ist, wenn sie unter Partnerschaftsgewalt leidet oder selbst in der Kindheit Gewalt erleben musste. Stark beeinträchtigt wird die elterliche Kompetenz im Umgang mit einem Säugling oder Kleinkind auch durch psychische Krankheit oder Suchtmittelabhängigkeit.

Die Modellprojekte erreichten bislang insgesamt 1.829 Familien (Stand April 2010). Diese Anzahl wird sich weiter erhöhen, da laufend weitere Familien in die Praxisprojekte aufgenommen werden. Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung wurden unter Einsatz unterschiedlicher Verfahren und Instrumente Daten erhoben, die eine erste Beschreibung der Familien hinsichtlich ihrer Lebenssituationen, Belastungen und Ressourcen erlauben. Obwohl die Projekte noch nicht abgeschlossen sind und einige Angaben auf Schätzwerten beruhen, vermitteln die Daten ein erstes Bild von den Menschen, die mit den Hilfeangeboten in den Projekten unterstützt wurden.

Teenagermütter

Ein sehr hoher Anteil der Mütter, die die Angebote der Projekte genutzt haben, war bei Geburt des ersten Kindes minderjährig (22 Prozent). Zum Vergleich: Bezogen auf alle jungen Mütter in Deutschland beträgt der Anteil Minderjähriger weniger als 1 Prozent. Minderjährige sind demnach unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Unterstützungsangebote in den Modellprojekten sehr stark überrepräsentiert.

Soziale Lage

Im Durchschnitt haben drei Viertel der Familien in den Projekten einen nach unterschiedlichen Kriterien gemessenen »niedrigen Sozialstatus«. Ein konstituierender Aspekt des Sozialstatus ist der Bildungshintergrund der Eltern. Durchschnittlich haben 29 Prozent der befragten Eltern (Mütter) in den Modellprojekten die Schule ohne Abschluss verlassen; weitere 35 Prozent mit einem Hauptschulabschluss. Der Bildungsstand der Familien in den Angeboten Früher Hilfen ist damit insgesamt deutlich niedriger als in der Gesamtbevölkerung. Zwischen den Projekten ergeben sich jedoch gravierende Unterschiede: So geben im Projekt »Evaluation Früher Hilfen und Sozialer Frühwarnsysteme in NRW und Schleswig-Holstein« 11 Prozent der Befrag-

ten an, keinen Schulabschluss zu haben. Im Hamburger Projekt »Wie Elternschaft gelingt« beträgt dieser Anteil 60 Prozent. Solche gravierenden Unterschiede sind insbesondere darin begründet, dass sich die Angebote sehr stark voneinander unterscheiden: Während manche Modellprojekte (fast) ausschließlich hoch dosierte Interventionen anbieten, haben andere Projekte eher primär-präventive Maßnahmen für Zielgruppen mit vergleichsweise niedriger Belastung im Angebot (zum Beispiel »Mütter-Cafés«). Dementsprechend unterscheiden sich auch die Zugangskriterien zu den Angeboten.

Gesamtbelastung

Verschiedene Aspekte der Sozialen Lage – zum Beispiel Armut und niedriger Bildungsstand oder ein sehr junges Alter beim ersten Kind – sind einzelne Belastungsfaktoren. Studien zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit einer späteren Kindeswohlgefährdung insbesondere dann (statistisch) erhöht ist, wenn mehrere Belastungen gemeinsam auftreten, wenn eine Familie zum Beispiel nicht nur arm und ohne Berufsperspektive ist, sondern zusätzlich auch soziale Isolation oder eine Suchtkrankheit bewältigen muss (Brown et al. 1998, Wu et al. 2004)[4].

Um die Gesamtbelastung zu messen, fassen die wissenschaftlichen Begleitungen die verschiedenen Faktoren zu einem allgemeinen Belastungsindex zusammen. Im Durchschnitt gaben die Modellprojekte an, dass etwa die Hälfte der von ihnen begleiteten Familien eine besonders hohe Gesamtbelastung aufweist. Hier zeigen sich jedoch ebenfalls starke Unterschiede zwischen den Modellen. Die Angaben schwanken zwischen 11 Prozent und 90 Prozent Familien mit sehr hohen Belastungen in den Angeboten der einzelnen Modellprojekte.

Herausforderung: Projektübergreifende Beschreibung der Zielgruppe

Die wissenschaftliche Begleitung der Modellprojekte wird bald abgeschlossen sein. Merkmalsverteilungen in der Zielgruppe, die heute teilweise noch auf Schätzungen beruhen, können dann auf Grundlage der Daten berichtet werden. Eine Herausforderung für die Zukunft ist die Vergleichbarkeit der in den einzelnen Projekten erhobenen Daten. Da die Belastungen der Familien mit unterschiedlichen Verfahren und Instrumenten erfasst wurden, ist die Vergleichbarkeit nur eingeschränkt gegeben. Um eine einheitliche Zielgruppenbeschreibung zu ermöglichen, hat das NZFH den Modellprojekten einen Rekodierungsvorschlag unterbreitet. Auf Basis der rekodierten Daten für jede einzelne Familie wird dann ein projektübergreifender Risikoindex entwickelt. Die Familien in den einzelnen Projekten sind dann hinsichtlich ihrer Risiken und Belastungen vollständig miteinander vergleichbar.

WICHTIG ZU ERWÄHNEN:

Eine Erhöhung des Risikos bedeutet nicht, dass Kindeswohlgefährdung eine zwangsläufige Folge elterlicher Belastungen ist, sondern beschreibt eine empirisch beobachtete erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass in einer Population beides – Belastung und Kindeswohlgefährdung – gemeinsam auftritt.

4 Brown J., Cohen P., Johnson J. G., Salzinger S. (1998). A Longitudinal Analysis of Risk Factors for Child Maltreatment: Findings of a 17-Year Prospective Study of Officially Recorded and Self-Reported Child Abuse and Neglect. Child Abuse & Neglect, 22, 1065–1078.

Wu, S. S., Ma, C.-X., Carter, R. L., Ariet, M., Feaver, E. A., Resnick, M. B., Roth, J. (2004). Risk factors for infant maltreatment. A population-based study. Child Abuse & Neglect, 28, 1253–1264.

ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE, ERKENNTNISSE UND ERFAHRUNGEN ENTLANG DER QUALITÄTS-DIMENSIONEN

Systematisch und umfassend Zugang zur Zielgruppe finden

Systematische Zugänge zu Familien gibt es derzeit in Deutschland nur punktuell. Eine der Anforderungen an Frühe Hilfen ist der Ausbau von Zugängen zu allen, und damit auch zu hoch belasteten Familien, um Hilfebedarfe rechtzeitig zu erkennen und Familien gezielt Unterstützungsangebote zu unterbreiten. Solche Zugänge erhoffen sich die Fachleute über Leistungserbringer, die vor allem drei Voraussetzungen erfüllen:

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

Ziel vieler Vernetzungsaktivitäten im Bereich Früher Hilfen ist die systematische Kooperation mit Akteuren, die diese Voraussetzungen erfüllen.

Die Modellprojekte arbeiten mit mehreren Akteuren des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe sowie mit Leistungserbringern weiterer Hilfesysteme zusammen, um Zugang zur Zielgruppe zu finden. Aber wie funktionierten die Kooperationen in der Praxis? Inwieweit eignen sich die verschiedenen Akteure – aus Sicht der Modellprojekte, vor dem Hintergrund der Erfahrungen, die in der praktischen Arbeit gewonnen wurden – als Zugangswege zu hoch belasteten Familien?

Bedeutung als Kooperationspartner

Um zu ermitteln, welche Zugangswege im Kontext Früher Hilfen aus Sicht der Modellprojekte besonders relevant sind, wurden die Projektleitungen und Mitarbeitenden um eine Einschätzung der Bedeutung von 20 potentiellen Kooperationspartnern anhand einer fünfstufigen Skala gebeten (von 1 »sehr wichtig« bis 5 »unwichtig«). Von den 20 Akteuren besteht ein Drittel aus Leistungserbringern des Gesundheitssystems (zum Beispiel niedergelassene Kinderärztinnen

und Kinderärzte oder Geburtskliniken), ein Drittel aus Institutionen der Jugendhilfe (zum Beispiel Jugendämter oder Erziehungsberatungsstellen) und ein weiteres Drittel kann anderen Unterstützungssystemen zugeordnet werden (zum Beispiel Schwangerschaftsberatungsstellen, Kindertagesstätten oder ARGEN).

Die höchste Bedeutung als Kooperationspartner im Frühe-Hilfen-Netzwerk hat aus Sicht der Projekte das Jugendamt: Neun von zehn Befragten wählten die Kategorie »Sehr wichtig«. Rang zwei und drei teilen sich die niedergelassenen Kinderärztinnen und Kinderärzte mit den Geburtskliniken; es folgen die niedergelassenen Frauenärztinnen und -ärzte, die Hebammen und die Frühförderung sowie auf Rang sieben die Schwangerschaftsberatungsstellen. Diese Akteure sind das Drittel der 20 auf einer Liste vorgegebenen Leistungserbringer, denen aus Sicht der Modellprojekte zunächst die höchste Bedeutung als Kooperationspartner im Frühe-Hilfen-Netzwerk zukommt. Inwieweit eignen sich diese Akteure als »Türöffner« für Unterstützungs- und Hilfeangebote im Kontext präventiven Kinderschutzes?

Vor dem Hintergrund der Erfahrungen, die in der praktischen Arbeit erworben wurden, haben die Modellprojekte für jeden Akteur die Qualität der Zusammenarbeit, den Aufwand zur Pflege der Kooperationsbeziehung, die Möglichkeit ihrer Dauerhaftigkeit und das »Eigeninteresse« der Akteure an einer Zusammenarbeit im Frühe-Hilfen-Netzwerk eingeschätzt.

Jugendamt

Das Jugendamt hat aus Sicht der Modellprojekte die höchste Bedeutung als Kooperationspartner im Frühe-Hilfen-Netzwerk. Die Erwartungen, die von Seiten der Frühe-Hilfen-Angebote an das Jugendamt herangetragen wurden, haben sich erfüllt: Sowohl die Qualität der Zusammenarbeit hinsichtlich der Ermöglichung eines Zugangs zu hoch belasteten Familien wurde ausgesprochen positiv bewertet als auch die

Möglichkeiten des Aufbaus einer dauerhaften Kooperationsbeziehung. Die Modellprojekte vermuten ein sehr hohes »Eigeninteresse« des Jugendamts an einer Zusammenarbeit mit Anbietern Früher Hilfen auch aufgrund seines gesetzlichen Schutzauftrags. Ein Eigeninteresse, das maßgeblich zum Erfolg der Kooperationen beiträgt.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten kommt aufgrund ihres Potentials als nicht stigmatisierend wirkender und von den Familien als unterstützend erlebter Zugangsweg eine besonders hohe Bedeutung im Kontext Früher Hilfen zu. Inwieweit können sie diesen Erwartungen gerecht werden? Die Ergebnisse der Modellprojekte-Befragung sind ernüchternd: Die Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten wird durchweg negativ beurteilt. So erhalten die niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen, denen gemeinsam mit den Geburtskliniken die höchste Bedeutung im Frühe-Hilfen-Kontext zugemessen wird, bei der Beurteilung der tatsächlichen Qualität der Zusammenarbeit die schlechteste durchschnittliche Bewertung. Auch die niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzte können die hohen Erwartungen nicht erfüllen: Von 20 Akteuren erhalten sie die drittschlechteste Bewertung (Renner 2010).[5]

Als Ursache für die schlechte Qualität der Zusammenarbeit wird von Seiten der Modellprojekte ein geringes »Eigeninteresse« vermutet. Der oftmals formulierte hohe Problemdruck der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, die grundsätzliche Bereitschaft, sich zum Wohle der Kinder in Frühe-Hilfe-Netzwerken zu engagieren, scheinen die gegenwärtigen Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns entgegenzustehen. Aus diesem Grund wird auch der Aufwand, der für die Pflege der Kooperationsbeziehungen mit diesen besonders wichtigen Partnern notwendig ist, von den Projekten als besonders hoch eingeschätzt.

Die Möglichkeiten einer dauerhaften Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in der Zukunft werden jedoch optimistischer eingeschätzt, als es die geringe Qualität der Zusammenarbeit in der Modellphase zunächst erwarten lässt. Detailergebnisse, Erkenntnisse und Erfahrungen in der praktischen Umsetzung von Vernetzungsinitiativen werden dazu beitragen, Barrieren und Hürden in der Zusammenarbeit künftig zu überwinden.

Geburtskliniken

Unter den Modellprojekten besteht Konsens über die sehr hohe Bedeutung der Geburtskliniken als Zugangsweg zu hoch belasteten Familien: 98 Prozent aller Kinder kommen in Krankenhäusern zur Welt (Berechnungen auf Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes). Hinweise auf eine schwierige Lebenslage können von entsprechend geschultem Personal noch während der sensiblen Phase rund um die Geburt frühzeitig erkannt werden, um Familien bei Bedarf Hilfeangebote zu unterbreiten. Dieser sehr hohen Bedeutung der Geburtskliniken steht jedoch eine Bewertung der tatsächlich erfahrenen Kooperationsqualität gegenüber, die sich eher im Mittelfeld bewegt.

Dieser mittlere Wert spiegelt die sehr unterschiedlichen Erfahrungen, die die Modellprojekte mit Geburtskliniken als (potentielle) Kooperationspartner im Frühe Hilfen Netzwerk gesammelt haben, wider: Die Beurteilung der Qualität der Zusammenarbeit deckt von »sehr gut« bis »gar nicht gut« die gesamte Spanne der Bewertungsmöglichkeiten auf der fünfstufigen Skala ab.

5 Renner, I. (2010) Zugangswege über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems. Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Früher Hilfen. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 10/2010

Es gibt Hinweise darauf, dass die Zusammenarbeit eher dann aus Sicht der Modellprojekte (sehr) zufriedenstellend verläuft, wenn die Kooperation vertraglich geregelt ist: In vier Projekten gab es vertraglich geregelte Kooperationen mit Geburtskliniken. War dies der Fall, erhielt die Qualität der Kooperation eine besonders gute Bewertung. Die Zusammenarbeit mit Geburtskliniken scheint also dann gut zu funktionieren, wenn die Kooperation durch entsprechende Verträge geregelt ist.[6] Eine solche vertraglich geregelte und fruchtbare Kooperation scheint jedoch mit einem erheblichen Aufwand verbunden zu sein: Der notwendige Aufwand zur Pflege der Kooperationsbeziehungen wird von den Modellprojekten als »sehr hoch« eingeschätzt. Aus diesem Grund wird auch die Möglichkeit einer dauerhaften Kooperation in Zukunft eher zurückhaltend beurteilt.

Hebammen

Vergleichbar mit anderen Leistungserbringern des Gesundheitswesens – zum Beispiel niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten oder Geburtskliniken – wird auch die Bedeutung der Hebammen als Partnerinnen im Frühe-Hilfen-Kontext von den Modellprojekten als »sehr hoch« eingeschätzt. Betrachtet man die Bewertung der Qualität der tatsächlichen Kooperation, zeigt sich jedoch ein deutlicher Unterschied: Hebammen erzielen hier einen Wert im oberen Bereich. Dabei resultiert diese im Vergleich mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten oder Geburtskliniken bessere Bewertung nicht allein aus den Angaben der Projekte, die aufgrund ihres Schwerpunktes der Arbeit von (Familien-)Hebammen sehr positiv gegenüberstehen. Gute bis mittlere Bewertungen erhielten die freiberuflichen Hebammen auch von den anderen Modellprojekten. Der Aufwand, der zur Pflege der Kooperation aus Sicht der Projekte notwendig ist, wird im Vergleich niedrig eingeschätzt, und die Modellprojekte vermuten auf Grundlage ihrer Erfahrungen in der Praxis bei den freiberuflichen Hebammen das von allen Gesundheits-Akteuren höchste »Eigeninteresse« an einem Engagement im Feld Frühe Hilfen. Eine dauerhafte Kooperation erscheint mit einem Wert zwischen 1 und 2 als »sehr realistisch«.

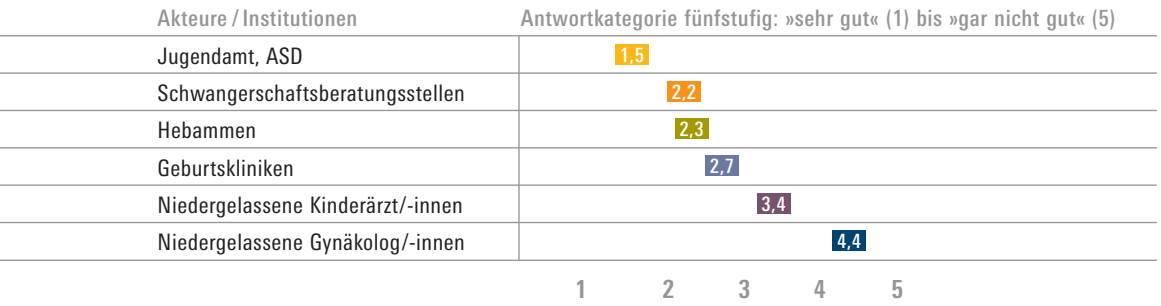
Schwangerschaftsberatungsstellen

Die Zusammenarbeit mit Schwangerschaftsberatungsstellen war aus Sicht der Modellprojekte – bezogen auf die Herstellung eines frühzeitigen Zugangs zu hoch belasteten Familien – sehr erfolgreich: Die Schwangerschaftsberatungsstellen erhielten die dritthöchste durchschnittliche Bewertung der Kooperationsqualität. Die Modellprojekte vermuten ein besonders hohes »Eigeninteresse« der Beratungsstellen an einer Zusammenarbeit. So umfasst das professionelle psychosoziale Angebot der Beratungsstellen zunehmend auch Informationen zu Leistungen, die im Kontext Früher Hilfen von Bedeutung sind. Der Aufwand, der aus Sicht der Modellprojekte zur Aufrechterhaltung der Kooperationsbeziehung notwendig ist, wird – im Vergleich zu allen anderen potentiellen Kooperationspartnern – als gering eingeschätzt, eine dauerhafte Kooperation erscheint auch aus diesen Gründen als »sehr realistisch«. Um die Schwangerschaftsberatungsstellen in ihrer wichtigen Funktion als Kooperationspartnerinnen zu unterstützen und ihnen eine Orientierung zu den Möglichkeiten und Grenzen ihrer Einbindung in Netzwerke Früher Hilfen zu geben, hat das NZFH – unterstützt durch die fachliche Expertise der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege – hierzu eine Standortbestimmung erarbeitet (NZFH 2010).[7]

6 Sann, A. (2010), Bestandsaufnahme zur kommunalen Praxis Früher Hilfen in Deutschland. Teiluntersuchung 1: Kooperationsformen. Köln. NZFH

7 NZFH (2010), Die Bedeutung der Schwangerschaftsberatung im Kontext Früher Hilfen – Standortbestimmung. Köln. NZFH

BEWERTUNG DER QUALITÄT DER ZUSAMMENARBEIT HINSICHTLICH DER ZUGANGSWEGE ZU HOCH BELASTETEN FAMILIEN



Basis: N = 10 Modellprojekte

Frage 6.1.2: Bitte bewerten Sie die Zusammenarbeit mit Blick auf die Zugänge für jeden Akteur/jede Institution – Allgemein: Qualität der Zusammenarbeit

Systematisch und objektiviert Risiken erkennen

Ist ein umfassender, nicht stigmatisierender Zugangsweg zu Familien hergestellt, stehen die Frühen Hilfen vor einer weiteren Herausforderung: Hinweise auf elterliche Belastungen und psychosoziale Risikolagen für eine gesunde Entwicklung der Kinder müssen erkannt werden, um gezielt diesen Familien passgenaue Angebote unterbreiten zu können. In den letzten Jahren wurden verschiedene Instrumente zur systematischen und objektivierten Erhebung von Risiken entwickelt, die aber bislang noch nicht ausreichend auf ihre Praxistauglichkeit überprüft wurden. Erste Anhaltspunkte zu Sinn, Zweck und Tauglichkeit der Instrumente geben die Erfahrungen in den Modellprojekten, die zum Teil mehrere Instrumente zur Risikoeinschätzung parallel in der Praxis erprobt haben. Welche Instrumente wurden von den Modellprojekten ausgewählt bzw. im Rahmen der Projekte entwickelt? Wie wird die Validität der Risikoeinschätzung von den Projektbeteiligten im Nachhinein beurteilt, also nachdem die Projekte während des Hilfeprozesses eine bessere Kenntnis von der Situation der Familie erhalten haben? Wie sinnvoll ist die Entwicklung und der Einsatz solcher Verfahren überhaupt?

Einsatz standardisierter Instrumente

Sieben von neun Modellprojekten haben angegeben, dass standardisierte Instrumente zur Einschätzung von Belastungen und Risiken bei der Auswahl der Familien für die Teilnahme am Praxisangebot eingesetzt wurden. Dabei greifen einige Projekte auf Instrumente zurück, mit denen bereits Erfahrungen gesammelt wurden, andere nutzen soziodemografische Informationen über Familien oder verwenden Eigenkonstruktionen mit unterschiedlicher methodischer Ausrichtung zur Identifikation zentraler Belastungs- und Risikofaktoren. Insgesamt haben die

sieben Projekte im Fragebogen 14 Instrumente genannt, die teilweise parallel eingesetzt wurden.

Vielfalt der Instrumente

Auffallend ist, dass es gegenwärtig noch wenig Konsens über das zur Risikoeinschätzung geeignete Instrumentarium zu geben scheint: Die 14 Nennungen entfallen auf elf unterschiedliche Optionen. Projektübergreifend eingesetzte Instrumente sind der »Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch« bzw. Teilaspekte des Risikoinventars (Meysen et al. 2009)[8] und der Rückgriff auf soziodemografische Informationen über Familien. Neun weitere Instrumente werden nur in jeweils einem der Modellprojekte genutzt. Diese Vielfalt veranschaulicht, dass sich der Einsatz standardisierter Verfahren zur Riskoeinschätzung noch im Stadium der Entwicklung und Praxiserprobung befindet. Erkenntnisse und Erfahrungen der Modellprojekte werden dazu beitragen, dass sinnvolle Ansätze an den Bedarf der praktischen Arbeit angepasst und weiterentwickelt werden.

Messgenauigkeit

Ein in dieser Hinsicht wichtiger Aspekt ist die Messgenauigkeit der Instrumente. Inwieweit korrespondiert die Einschätzung der Familie durch das Screening mit den späteren Erfahrungen in der Praxis? Unterschätzt das Instrument die Gesamtbelastung, werden vielen Familien möglicherweise dringend benötigte Unterstützungsangebote vorenthalten. Bei einer Überschätzung der Belastungen kommen auch Familien in den Genuss der Angebote, die eigentlich keinen echten Hilfebedarf haben. Die Modellprojekte haben im Fragebogen für jedes der von ihnen eingesetzten Screeninginstrumente den Anteil von Familien angegeben, deren Belastungen überschätzt, unterschätzt oder richtig eingeschätzt wurden. Im Durchschnitt haben die einzelnen Methoden des Risiko-Screenings die Gesamtbelastung von 60 Prozent der Familien richtig eingeschätzt. 40 Prozent wurden zu gleichen Teilen entweder unter- oder überschätzt.

Entwicklungsbedarf

Sechs der sieben Modellprojekte, die Erfahrungen mit dem Einsatz standardisierter Verfahren gesammelt haben, halten die Weiterentwicklung und Verwendung einheitlicher Instrumente für sinnvoll. Für diese Haltung sind im Wesentlichen zwei Gründe ausschlaggebend:

- Das Belastungs- und Risikoscreening ist objektive Grundlage für eine im Hilfeteam gemeinsam mit den Eltern getroffene Entscheidung für ein Hilfeangebot. Das gemeinsame Verständnis von Belastungen und Risiken bietet allen Beteiligten Orientierung und Sicherheit. Das Screening schafft Transparenz, sowohl der Familie als auch den Helfenden und der Angebotsfinanzierung gegenüber.
- Ein einheitliches Verfahren eröffnet die Möglichkeit der Vergleichbarkeit von Familien in unterschiedlichen Angeboten hinsichtlich ihrer Belastungen und Risikolagen. Nur so kann auch auf objektivierter Basis entschieden werden, für welche Zielgruppen welche speziellen Hilfeangebote besonders geeignet sind, um Mittel sinnvoll einzusetzen.

Mehrere Modellprojekte haben Erfahrungen mit dem Einsatz standardisierter Instrumente zum Belastungs- und Risiko-Screening gesammelt. Dass eine große Bandbreite unterschiedlicher Verfahren, zum Teil Eigenkonstruktionen, genutzt wird, spiegelt den hohen Bedarf an weiteren Forschungs- und Entwicklungsinitiativen. Obwohl die Treffsicherheit der Instrumente eher zurückhaltend beurteilt wird, besteht Einigkeit darüber, dass der Einsatz standardisierter Verfahren grundsätzlich sinnvoll ist.

8 Meysen, T., Schönecker, L., Kindler, H. (2009) Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe. Juventa Verlag: Weinheim und München

Familien zur aktiven Teilnahme an Hilfen motivieren

Ist bei einer Familie Hilfebedarf erkannt worden, besteht die nächste Hürde darin, die Familie dahingehend zu motivieren, eine geeignete Hilfe auch anzunehmen. Familien sollten die Hilfe als Chance einer deutlichen Verbesserung ihrer Situation wahrnehmen und die Unterstützung gerne in Anspruch nehmen.

Die Erhebungen in den Modellprojekten ergaben, dass etwa ein Viertel der Familien, mit denen Kontakt aufgenommen wurde, nicht für die Annahme einer Hilfe gewonnen werden konnte. Dieser Befund unterstreicht die Notwendigkeit, Familien, die einen Hilfebedarf aufweisen, nicht nur ausfindig zu machen, sondern auch für die Annahme einer Hilfe zu motivieren. In den Modellprojekten wurden hierfür je nach Zielgruppe unterschiedliche Strategien und Methoden eingesetzt, die sich alle im niedrigschwelligen Bereich bewegen und darauf abzielen, eine Stigmatisierung der Familien zu vermeiden. Welche Strategien und Methoden wurden verwendet und welche haben sich besonders bewährt?

Motivierung in der praktischen Arbeit mit den Familien

In allen Modellprojekten wurde betont, dass *vertrauensbildende Maßnahmen* einen wichtigen Beitrag zur Motivierung der Familien leisten. Eine positive, Neugier weckende Haltung den Eltern gegenüber, eine persönliche und wiederholte Einladung und die Zusicherung von Vertraulichkeit auch gegenüber dem Jugendamt unterstützen die Eltern, die Hilfen auch wirklich anzunehmen. Die Teilnahme an den Angeboten sollte möglichst *freiwillig* bleiben.

Wichtig ist aus Sicht der Modellprojekte zudem ein *frühzeitiger Kontaktaufbau* bereits während der Schwangerschaft und bei Zusage der Familie ein zeitnaher Beginn der Maßnahme. Das Angebot darf für die Familien *nicht mit Kosten verbunden* sein, denn belastete Familien gehören häufig auch zu den einkommensschwachen. Im Gegenteil trägt eine »Belohnung« zum Beispiel in Form kleiner Geschenke zur Motivierung bei (in einigen Projekten wurden den Familien zum Beispiel Videos oder Fotos der Kinder überlassen).

Motivierung durch Nutzung von Netzwerken

Die Modellprojekte betonen auch mit Blick auf die Motivierung der Familien zur Hilfeannahme die Bedeutung der Netzwerkarbeit, vor allem die Zusammenarbeit mit Kooperationspartnerinnen und -partnern, zu denen die Familien bereits Kontakt haben (zum Beispiel Beratungsstellen, Jugendämter, gynäkologische Praxen oder ARGEN) Menschen, die in diesen Institutionen arbeiten, können Empfehlungen aussprechen und somit dazu beitragen, dass die Familie für die Hilfeannahme gewonnen wird.

Motivierung durch Informationsmaterial

Als flankierende Maßnahme wird die *Verteilung von Informations- und Werbematerial* als hilfreich erachtet. Vor dem Hintergrund der Erfahrungen, die in den Modellprojekten gesammelt wurden, können Informationen und Werbung zielgruppengerecht gestaltet ebenso wie eine *positive Berichterstattung* in den Medien zur Motivierung der Familien beitragen.

Hilfen an den Bedarf der Familie anpassen

Die Passgenauigkeit einer Hilfe ist ein entscheidendes Qualitätskriterium für den Erfolg einer Maßnahme. Wie haben die Modellprojekte sichergestellt, dass die Hilfemaßnahmen die Bedarfe der Familien auch wirklich treffen?

Wurde regelmäßig überprüft, ob die Hilfe (noch) bedarfsgerecht ist, und war es möglich, auf veränderte Bedarfe flexibel zu reagieren?

Einsatz von prozessbegleitenden Erhebungsinstrumenten

Eine wichtige Maßnahme war für alle Modellprojekte eine gezielte Diagnostik, um die Bedarfe der Familien zutreffend zu erfassen. Um dies zu gewährleisten, wurden ganz unterschiedliche Erhebungsinstrumente verwendet, wie zum Beispiel die Ermittlung von Veränderungen der mütterlichen Feinfühligkeit im Verlauf der Beratung, die Messung der Qualität der Mutter-Kind-Interaktion und der Mutter-Kind-Bindung oder Zufriedenheitsbögen, die von den Familien ausgefüllt wurden, und die Dokumentation des Hilfeverlaufs. Neben dem Einsatz diagnostischer Instrumente zur Ermittlung der Entwicklung mütterlicher Kompetenzen werden auch Erhebungsinstrumente zur Einschätzung der kindlichen Entwicklung eingesetzt. So erfolgte zum Beispiel in einem Projekt eine engmaschige Überprüfung der Interventionsziele bei den Kindern. Voraussetzung für den Einsatz diagnostischer Instrumente ist eine sehr hohe Fachlichkeit des Hilfeteams.

Berücksichtigung der Wünsche von Familien

Die Passgenauigkeit wurde auch durch gemeinsame Entscheidungsprozesse mit allen beteiligten Personen und durch Einbeziehen der Wünsche der Familien gewährleistet. So können sich zum Beispiel in einem Modellprojekt die Helfenden nach intensiven Gesprächen auf die individuelle Lage der Familie gut einstellen: Das Programm sieht einen flexiblen Umgang mit den Inhalten der Hilfe – abgestimmt auf den tatsächlichen Hilfebedarf – vor. Die Anpassung der jeweiligen Konzepte an die aktuelle Problemlage der Familie erfordert eine hohe Flexibilität der Fachkräfte wie auch der verwendeten Hilfekonzepte.

Auch die Rahmenbedingungen können in vielen Projekten auf die Bedürfnisse der Familien abgestimmt werden, zum Beispiel hinsichtlich Ort und Häufigkeit der Besuche oder der Anwesenheit bestimmter Personen. Wenn Unstimmigkeiten zwischen Helfenden und betreuter Familie bestehen, kann in einigen Modellprojekten je nach Größe des Hilfeteams auch ein Betreuungswechsel durchgeführt werden.

Fachlicher Austausch

Eine weitere Ebene der Bedarfsanpassung besteht in der fachlichen Begleitung des Hilfeteams in Form eines kontinuierlichen Reflexionsprozesses. Reflexion trägt dazu bei, eigene »blinde Flecken« zu kompensieren und somit die tatsächlichen Bedarfe der Familien besser zu erkennen. Um fachlichen Austausch zu erreichen, wurden in den Modellprojekten viele unterschiedliche Wege beschritten: regelmäßige Fallbesprechungen, wöchentlicher kollegialer Austausch, monatliche Supervision, vierteljährliche Werkstätten, Feedbackgespräche mit Hebammen oder Absprachen mit allen in einer Familie tätigen Fachkräften.

Monitoring des Verlaufs der Hilfeerbringung

Weitervermittlung an andere Hilfeträger

Können die Bedarfe der Familien im Rahmen der eigenen Möglichkeiten nicht ausreichend berücksichtigt werden, so vermitteln alle Modellprojekte an andere Hilfeträger. In diesem Fall ergaben sich zwei Möglichkeiten: Die Vermittlung an Hilfeträger außerhalb des Projekts konnte entweder begleitend stattfinden oder die Familien wurden dauerhaft in andere Einrichtungen abgegeben.

Die begleitenden Hilfen umfassten ein weites Spektrum ganz verschiedener Institutionen: Hinzugezogen wurde vor allem das Jugendamt (insbesondere mit Unterstützung der Familie durch die Sozialpädagogische Familienhilfe) und Mutter-Kind-Einrichtungen, aber auch eine Vielzahl anderer Institutionen wie Kindertagesstätten, Frühförderstellen, ambulante Psychiatrie oder eine Hebamme. Musste die Betreuung abgegeben werden, so geschah dies ebenfalls vorwiegend ans Jugendamt und in Mutter-Kind-Einrichtungen, daneben in stationäre Einrichtungen (zum Beispiel Suchttherapie) und vereinzelt auch in eine Pflegefamilie.

Sichere Übergänge in andere Angebote

Um sichere Übergänge in andere Angebote zu gewährleisten, wählen die Modellprojekte häufig eine engmaschige Betreuung und Begleitung der Familien durch persönliche Kontaktherstellung, gemeinsame Terminvereinbarungen oder das Einladen der Fachkräfte bis hin zu genauen Absprachen im Rahmen von Hilfeplangesprächen. Arbeiten mehrere Hilfe Teams in einer Familie, so geben die Modellprojekte die Empfehlung, eine klare Aufgabenverteilung zu gewährleisten sowie einen kontinuierlichen Austausch untereinander anzustreben. Für wichtig halten sie auch ein frühzeitiges Anbieten anderer Hilfen sowie ein frühzeitiges Kennenlernen anderer Betreuungsmöglichkeiten gemeinsam mit der Teilnehmerin. Dies setzt eine gute Kenntnis der lokalen Angebote und gute Netzwerkkontakte mit anderen Helfersystemen voraus. Das schließt auch eine angemessene Vergütung von Koordinationsdiensten und Netzwerkarbeit ein.

Als weitere Voraussetzung für eine erfolgreiche Vermittlung von Familien in andere Hilfen wird von den Modellprojekten die vertrauensvolle Beziehung zu den Familien betont sowie die Bereitschaft und Offenheit der Familien, sich auf andere bzw. zusätzliche Angebote einzulassen. Oftmals sei viel Geduld und Zeit notwendig, so eine der Aussagen, um die Familien zu motivieren, weitergehende Hilfen in Anspruch zu nehmen. Auch müssten passgenaue Angebote überhaupt vorhanden sein. Wünschenswert wäre die Unterbringung mehrerer Hilfen unter einem Dach, um lange Anfahrtswege zu vermeiden.

Vernetzung und verbindliche Kooperation der Akteure

Die Modellprojekte stellen sehr unterschiedliche Forschungsfragen. Ein Anliegen verfolgen jedoch nahezu alle Projekte im Schwerpunkt: die Analyse von Vernetzungsaktivitäten. Dass der Auf- und Ausbau stabiler interdisziplinärer Kooperationsstrukturen die zentrale Herausforderung im Feld Früher Hilfen ist, zeigt auch das Ergebnis der Kurzevaluation Früher Hilfen durch das Deutsche Jugendinstitut aus dem Jahre 2007. Die Autorinnen und Autoren ziehen das Fazit, dass es in Deutschland bereits vielfältige Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten gibt, aber einzelne Modelle für sich allein noch keine gute Versorgung von Familien mit Unterstützungsangeboten gewährleisten. »Dies gelingt nur in einem umfassenden und differenzierten Netzwerk Frühe Hilfen«. (Helming et al. 2007)[9]

Ein gut abgestimmtes, aufeinander bezogenes Handeln verschiedener Akteure trägt dazu bei, dass Familien schnell und unkompliziert von passgenauen Hilfeangeboten erreicht werden. Darüber hinaus erleichtern verbindliche Arbeitsbeziehungen zwischen Leistungserbringern unterschiedlicher Unterstützungssysteme sichere Übergänge, wenn Bedarf an weiterführenden Hilfen festgestellt wird. Im Abschnitt »Zugangswege« wurde Kooperation und Vernetzung verschiedener Leistungserbringer speziell unter dem Gesichtspunkt der Herstellung von Zugängen zu

9 Helming, E., Sandmeir, G., Sann, A., Walter, M. (2007): Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. Abschlussbericht. München. DJI

hoch belasteten Familien betrachtet. Im Folgenden werden Ergebnisse vorgestellt, die allgemeine Aspekte von Kooperation und Vernetzung berühren: Kontakthäufigkeiten, Verbindlichkeit und Empfehlungen zur Vernetzung.[10]

Kontakthäufigkeit

Um Informationen zu konkreten Vernetzungsaktivitäten in den Modellprojekten zu erhalten, wurden die Leitungen und Mitarbeitenden um eine Einschätzung der Kontakthäufigkeiten während der Projektlaufzeit gebeten. Auf einer fünfstufigen Skala von 5 »oft« bis 1 »selten« gaben die Projekte die Häufigkeiten der Kontakte zu insgesamt 20 unterschiedlichen Akteuren aus Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitswesen und weiteren Unterstützungssystemen an.

Am häufigsten hatten die Projekte Kontakt zum Jugendamt: Das Jugendamt erreichte hier – im Vergleich zu allen anderen potentiellen Kooperationspartnern – die mit Abstand höchste Durchschnittsbewertung. Die sehr hohe durchschnittliche Kontakthäufigkeit entspricht der besonders hohen Bedeutung, die den Jugendämtern als Kooperationspartner für Anbieter Früher Hilfen zugemessen wird.

Eher selten hatten die Modellprojekte im Durchschnitt Kontakt mit Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie, niedergelassenen Frauenärztinnen und -ärzten, Suchtberatungsstellen, Familienbildungsstätten, Schulen, Polizei und Familiengerichten. Den mit Abstand niedrigsten durchschnittlichen Wert erhielt das Familiengericht: Fünf der neun Projekte, die hierzu Angaben machen konnten, wählten zur Einschätzung der Häufigkeit von Kontakten mit dem Familiengericht den Minimalwert 1 »selten«.

Häufige Kontakte sind in vielen Projekten das Ergebnis systematischer, hoch engagierter Bemühungen um den Aufbau einer dauerhaften und verbindlichen Kooperationsbeziehung: Die Kontakthäufigkeit zu Geburtskliniken ist zum Beispiel eher dann hoch, wenn die Kooperationen vertraglich geregelt sind und die Qualität als »sehr gut« oder »gut« bewertet wird.

Verbindlichkeit

Verbindlichkeit ist grundlegend für Qualität und Dauerhaftigkeit einer Kooperationsbeziehung.[11] Aus diesem Grund wurden die Modellprojekte gefragt, mit welchen der 20 Akteure aus Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitswesen und weiteren Unterstützungssystemen es eine vertraglich geregelte Kooperation gibt.

Die Auswertung der Antworten zeigt, dass es in sechs von zehn Modellprojekten vertraglich geregelte Kooperationen mit mindestens einem Partner gibt. Die sechs Projekte, in denen Kooperationen vertraglich geregelt wurden, haben Kooperationsverträge mit insgesamt 24 Akteuren im Feld geschlossen. Dabei ist das Jugendamt am häufigsten an Kooperationsverträgen beteiligt: Alle sechs Projekte geben an, Verträge mit dem Jugendamt geschlossen zu haben.

Viermal wurden Kooperationen mit Geburtskliniken vertraglich geregelt, dreimal mit Gesundheitsämtern und zweimal mit Hebammen. Neun Verträge entfielen auf neun weitere Kooperationspartner.

Lokale Netzwerke

Alle Modellprojekte sind Teil eines lokalen Netzwerks Frühe Hilfen. Dabei ging die Initiative zur Netzwerkbildung in fünf Fällen vom jeweiligen Modellprojekt aus, in drei weiteren waren Modellprojekte am Aufbau der Netzwerke beteiligt. Aufbau und Erhalt eines Netzwerks

10 Paul, M., Backes, J. (2009): Kinderschutz durch Frühe Hilfen. In: Geene, R., Gold, C. (Hrsg.): Kinderarmut und Kindergesundheit. Bern, Göttingen, Toronto.

Renner, I. (2010): Schutz von Kindern durch Frühe Hilfen und wirksame Vernetzung verbessern. In: Maier u. a. (Hrsg.): Ver-Bindung. Bindung, Trennung und Verlust in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Frankfurt am Main, S. 245–254

Ziegenhain, U., Schöllhorn, A., Künster, A.-K., Hofer, A., König, C., Fegert, J. M. (2010): Werkbuch Vernetzung. Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben. Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Frühe Hilfen und im Kinderschutz. Köln. NZFH

11 Landua, D., Arlt, M., Sann, A. (2009): Ergebnisbericht (1. Teiluntersuchung) zum Projekt »Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen«. Deutsches Institut für Urbanistik (difu). Berlin

brauchen Ressourcen. In sieben Projekten wurden Ressourcen für die Netzwerkpflege bereitgestellt.

Alle Befragten in den Modellprojekten gehen davon aus, dass die Netzwerke auch nach Abschluss der Förderphase voraussichtlich bestehen bleiben, dass die Arbeitsbeziehungen also auch dann, wenn das Netzwerk möglicherweise auf Ressourcen der Initiatorin verzichten muss, weiter erhalten bleiben. In sieben Projekten ist eine Koordinierungsstelle eingerichtet.

Empfehlungen zur Netzwerkarbeit

Die Modellprojekte wurden gebeten, vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen Empfehlungen zur Netzwerkarbeit auszusprechen. Aus den Angaben kristallisieren sich im Schwerpunkt vier Hauptempfehlungen heraus:

- *Netzwerke bedürfen nicht nur finanzieller Ressourcen für Aufbau und Pflege, sondern auch Zeit und Geduld. Ziel ist die Schaffung von Grundlagen für eine dauerhafte, kontinuierliche Zusammenarbeit zwischen relevanten Akteuren.*

- *Netzwerke benötigen ein klar formuliertes Konzept mit genau definierten Zielen. Allen Beteiligten sollten die Struktur des Netzwerkes und die Ziele der Zusammenarbeit bekannt sein.*

- *Ein Netzwerk muss leben. Deshalb sind regelmäßige – insbesondere auch fallbezogene – Kontakte zwischen den einzelnen Partnern essentiell für das Funktionieren und den Fortbestand eines Netzwerkes.*

- *Lokale Koordinatorinnen und Koordinatoren, die Leitungs- und Vermittlungsfunktionen übernehmen können, erleichtern die Zusammenarbeit von Akteuren unterschiedlicher Disziplinen oder Arbeitszusammenhänge. Um ihre Aufgabe optimal erfüllen zu können, sind Fortbildungsangebote für Koordinatorinnen und Koordinatoren dringend notwendig.*

Verankerung der Hilfe im Regelsystem

Um eine längerfristige Finanzierung Früher Hilfen zu gewährleisten, müssen die zunächst als Modelle geförderten Angebote in die Regelfinanzierung überführt werden. Inwieweit gelingt dies in der Praxis? Welche Erfahrungen haben die Modellprojekte mit der Verankerung ihrer Hilfeangebote im Regelsystem gemacht?

Zum Zeitpunkt der Befragung im Februar 2010 waren fast alle Projekte noch nicht abgeschlossen. Dennoch konnten einige Projekte bereits über die Verankerung ihrer Praxisangebote bzw. eines Teils der Angebote in der Regelstruktur vor Ort berichten. Davon ausgehend werden – am Beispiel der Modellprojekte – drei Ansätze der Implementierung von Angeboten beschrieben.

Alle Modellprojekte haben in der Befragung angegeben, dass eine Überführung ihres Gesamtprojekts bzw. erfolgreicher Bestandteile in die Regelfinanzierung angestrebt wird oder bereits gelungen ist. Dabei ist zu beachten, dass »Regelfinanzierung« nach dem Verständnis der Projekte nicht unbedingt einen gesetzlichen Anspruch der Familien auf die Gewährung von Hilfen mit einzuschließen scheint: Auf die Frage nach der Art der künftigen Regelfinanzierung werden auch Finanzierungsformen genannt, die zeitlich befristet und nicht gesetzlich geregelt sind.

Die Überführung erfolgreicher Ansätze in die Regelfinanzierung ist die zentrale Herausforderung für jedes Modellprojekt. Im Folgenden

sollen beispielhaft drei Strategien beschrieben werden, wie diese Herausforderungen im Kontext Früher Hilfen bewältigt werden können:

Regelfinanzierte Anteile bereits in der Modellphase

Einige Projekte haben bereits in der Modellphase explizit regelfinanzierte Leistungen in ihr Gesamtangebot integriert. So knüpft zum Beispiel »Guter Start ins Kinderleben« unmittelbar an die unterschiedlichen Regelstrukturen der lokalen Standorte in vier Bundesländern an. In zwei Modellprojekten – »WIEGE Brandenburg« und »WIEGE Hamburg« – wird (sehr) hoch belasteten Familien im Übergang zur Elternschaft das Frühinterventionsprogramm STEEP™ angeboten. Da diese Familien Kriterien für den Bedarf an Hilfen zur Erziehung (HzE) erfüllen, besteht ein Anspruch auf eine Finanzierung der Unterstützung nach SGB VIII.

Überführung des Gesamtprojekts in die Regelfinanzierung

Zwei Projekte haben angegeben, dass die Überführung der Gesamtprojekte in die Regelfinanzierung (voraussichtlich) gelingen wird. In beiden Projekten werden Eltern und Kinder in belasteten Lebenslagen durch den Einsatz von Familienhebammen unterstützt. Finanziert wird die Hebammenleistung zunächst zeitlich befristet über den Haushalt von Land und Kommune (Projekte: »Familienhebammen im Land Sachsen-Anhalt« und »Familienhebammen im Landkreis Osnabrück«).

Regelfinanzierung einzelner erfolgreicher Elemente des Gesamtprojekts

Mehrere Projekte haben angegeben, dass Bestandteile des Praxisangebots (voraussichtlich) in Zukunft regelfinanziert werden. So wird zum Beispiel die Familienhebammenbegleitung im Rahmen des Programms »Keiner fällt durchs Netz« längerfristig finanziert. Ein weiteres Beispiel für die – zunächst zeitlich befristete – Implementierung eines erfolgreichen Projektbestandteils ist die weitere Finanzierung einer Koordinierungsstelle durch die Stadt Schwerin (Projekt: »Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Eltern«).

Die Verankerung der Frühen Hilfen in die Regelversorgung ist vor allem aus zwei Gründen eine besondere Herausforderung: Zum einen stellen Frühe Hilfen eine neue Entwicklung dar, zum anderen sind sie eine Querschnittsaufgabe durch mehrere Sozialleistungsbereiche. Um die Finanzierung Früher Hilfen auf Dauer zu gewährleisten, stellen sich Fragen an das bestehende Sozialrecht. Die Praxis kann im bisherigen Rahmen an vielen Schnittstellen oftmals nur mit hohem Aufwand agieren. Häufig ist die Praxis angewiesen auf das Wohlwollen der kommunalen Kämmerei und die aktuelle finanzielle Ausstattung durch die jeweilige Landesregierung.

Ergebnisse auf einen Blick

Systematisch und umfassend Zugang zur Zielgruppe finden

Um hoch belastete Familien frühzeitig auf Hilfeangebote aufmerksam zu machen und zur Hilfeannahme zu motivieren, haben die Modellprojekte mit mehreren, unterschiedlichen Partnern aus Gesundheitswesen, Kinder- und Jugendhilfe sowie weiterer Unterstützungssysteme zusammen gearbeitet. Im Rahmen der explorativen Befragung der Modellprojekte durch das NZFH konnte die Qualität dieser Kooperationen vergleichend untersucht werden. Aus Sicht der Modellprojekte war die Zusammenarbeit mit Jugendämtern, Schwangerschaftsberatungsstellen und Hebammen sehr erfolgreich. Schwierig gestaltete sich die Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Obwohl Pädiatrie

und Gynäkologie eine besonders hohe Bedeutung als Kooperationspartner im Kontext Früher Hilfen zukommt, wird die in der Praxiserprobung tatsächlich erlebte Qualität der Zusammenarbeit als gering beurteilt. Die Kooperation mit Geburtskliniken scheint dann sehr gut zu gelingen, wenn die Zusammenarbeit vertraglich geregelt ist.

Systematisch und objektiviert Risiken erkennen

Ist ein Zugang zur Zielgruppe hergestellt, müssen Hinweise auf psychosoziale Risikolagen für eine gesunde Entwicklung der Kinder frühzeitig erkannt werden, um rechtzeitig Hilfe anbieten zu können. Vor dem Hintergrund der Erfahrungen in der Praxis besteht breiter Konsens zwischen den Modellprojekten, dass der Einsatz standardisierter Verfahren zur Einschätzung von Risiken grundsätzlich sinnvoll ist. Es wurden insgesamt in sieben Modellprojekten 11 unterschiedliche Instrumente erprobt. Diese große Bandbreite spiegelt die aktuelle Situation: der Einsatz von Verfahren zur Identifikation von Risiken und Belastungen befindet sich noch im Stadium der Entwicklung und Praxiserprobung. Die Messgenauigkeit der verschiedenen Instrumente wird eher zurückhaltend beurteilt. Es besteht ein hoher Bedarf an weiteren Forschungs- und Entwicklungsinitiativen.

Familien zur aktiven Teilnahme an Hilfen motivieren

Ist bei einer Familie Hilfebedarf festgestellt worden, besteht die nächste Hürde darin, die Familie zur Hilfeannahme zu motivieren. In den Modellprojekten wurden verschiedene Wege beschritten, um Familien zu gewinnen. Dabei wurde besonderes Gewicht auf vertrauensbildende Maßnahmen gelegt. Die Hilfeannahme sollte zudem freiwillig und nicht mit Kosten verbunden sein. Wichtig ist auch hier die enge Zusammenarbeit mit Kooperationspartnerinnen und -partnern in den Unterstützungssystemen: Motivierend wirkt insbesondere die Empfehlung eines Unterstützungsangebots durch Menschen aus dem näheren Umkreis der Familie, etwa die Hebamme oder die Kinderärztin, der Mitarbeiter einer Beratungsstelle oder einer Jobvermittlung. Als hilfreich hat sich auch ansprechend und zielgruppengerecht gestaltetes Informations- und Werbematerial erwiesen. Trotz aller Anstrengungen konnten jedoch im Durchschnitt etwa ein Viertel der Familien, bei denen Hilfebedarf festgestellt wurde, nicht für die Annahme eines Hilfeangebots gewonnen werden.

Hilfen an den Bedarf der Familie anpassen

Die Passgenauigkeit einer Hilfe ist ein entscheidendes Qualitätskriterium für ihren Erfolg. In den Modellprojekten wurden unterschiedliche Erhebungsinstrumente eingesetzt, um die Bedarfe der Familien präzise zu erfassen. Betont wird jedoch darüber hinaus die Notwendig eines partizipativen Vorgehens: Die Wünsche der Familie sollen bei allen Entscheidungsprozessen explizit berücksichtigt werden. Neben der Ermittlung von Bedarfen, durch den Einsatz von Erhebungsinstrumenten und Gesprächen mit den Familien, sollte ein fachlicher Austausch über die Anpassung der Hilfen an den tatsächlichen Bedarf der Familien stattfinden – etwa in Form von Supervision und Feedbackgesprächen.

Monitoring des Verlaufs der Hilfeerbringung

Können die Bedarfe der Familien in den jeweiligen Modellprojekten nicht adäquat berücksichtigt werden, dann vermitteln alle Projekte die Familien in andere Hilfeangebote. Um sichere Übergange in diese anderen Angebote zu gewährleisten, favorisieren die Projekte eine engmaschige Begleitung und Betreuung der Fami-

lien durch zum Beispiel persönliche Herstellung des Kontakts oder gemeinsame Terminvereinbarungen. Unterhalb der Schwelle der Kindeswohlgefährdung gelten strenge Anforderungen an den Datenschutz bei der Weitergabe von Informationen. Unterstützung und Klärung bietet das NZFH mit der Broschüre »Datenschutz bei Frühen Hilfen«.[12]

Vernetzung und verbindliche Kooperation der Akteure

Verschiedene Kooperationsmodelle sind unterschiedlich erfolgreich. Erfahrungen der Modellprojekte geben Hinweise darauf, dass eine vertragliche Regelung von Kooperationen mit hoher Kontakthäufigkeit und Zufriedenheit assoziiert ist. In sechs der zehn Modellprojekte gibt es vertraglich geregelte Kooperationen mit mindestens einem Partner. Die sechs Projekte, in denen Kooperationen vertraglich geregelt wurden, haben Kooperationsverträge mit insgesamt 14 Akteuren im Feld geschlossen. Dabei ist das Jugendamt am häufigsten an Kooperationsverträgen beteiligt.

Verankerung der Frühen Hilfe im Regelsystem

Um langfristig wirken zu können, müssen die Frühen Hilfen den Status von Modellprojekten verlassen und im Regelsystem verankert werden. Die Modellprojekte haben drei unterscheidbare Strategien zur Bewältigung dieser Herausforderung gewählt. Einige Projekte haben bereits in der Modellphase explizit regelfinanzierte Leistungen in ihr Angebot integriert. Andere Projekte haben im Fragebogen angegeben, dass eine Überführung des Gesamtprojekts in eine mittel- oder langfristige Finanzierung (voraussichtlich) gelingen wird. Einem Teil der Projekte ist es gelungen, die Finanzierung einzelner erfolgreicher Elemente für einen längeren Zeitraum zu sichern. Da die meisten Modellprojekte noch nicht abgeschlossen sind, können noch keine endgültigen Angaben zur weiteren Finanzierung gemacht werden. Weiterführende Aussagen zu Chancen und Barrieren bei der finanziellen Absicherung erfolgreicher Ansätze Früher Hilfen auf der Basis der Erfahrungen in den Modellprojekten werden in Kürze erwartet.

12 Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e. V. (2010) Datenschutz bei Frühen Hilfen. Praxiswissen kompakt. Köln. NZFH

SELBSTDARSTELLUNG DER MODELLPROJEKTE

PRAXIS UND WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITUNG

Die Länderkarte zeigt, in welchen Bundesländern die einzelnen Modellprojekte – Praxis und wissenschaftliche Begleitung – aktiv sind. In den folgenden Steckbriefen stellen die einzelnen Projekte in Stichworten ihre Arbeit vor mit Angaben zum Beispiel zur Zielgruppe bzw. Stichprobe, zu den Kooperationspartnerinnen und -partnern und den Standorten.

Baden-Württemberg | Bayern | Rheinland-Pfalz | Thüringen

- Guter Start ins Kinderleben

Brandenburg

- Wie Elternschaft gelingt (WIEGE – STEEP™)

Hamburg

- Wie Elternschaft gelingt (WIEGE – STEEP™)

Nordrhein-Westfalen | Schleswig-Holstein

- »Soziale Frühwarnsysteme in NRW« und »Schutzengel für Schleswig-Holstein«
- Evaluation Früher Hilfen und Sozialer Frühwarnsysteme in NRW und Schleswig-Holstein

Sachsen-Anhalt

- Familienhebammen im Land Sachsen-Anhalt
- FrühStart: Familienhebammen im Land Sachsen-Anhalt

Niedersachsen

- Familienhebammen im Landkreis Osnabrück
- Familienhebammen. Frühe Unterstützung – frühe Stärkung?

Hessen | Saarland

- Keiner fällt durchs Netz (KFDN)
- Frühe Interventionen für Familien (PFIFF)

Berlin

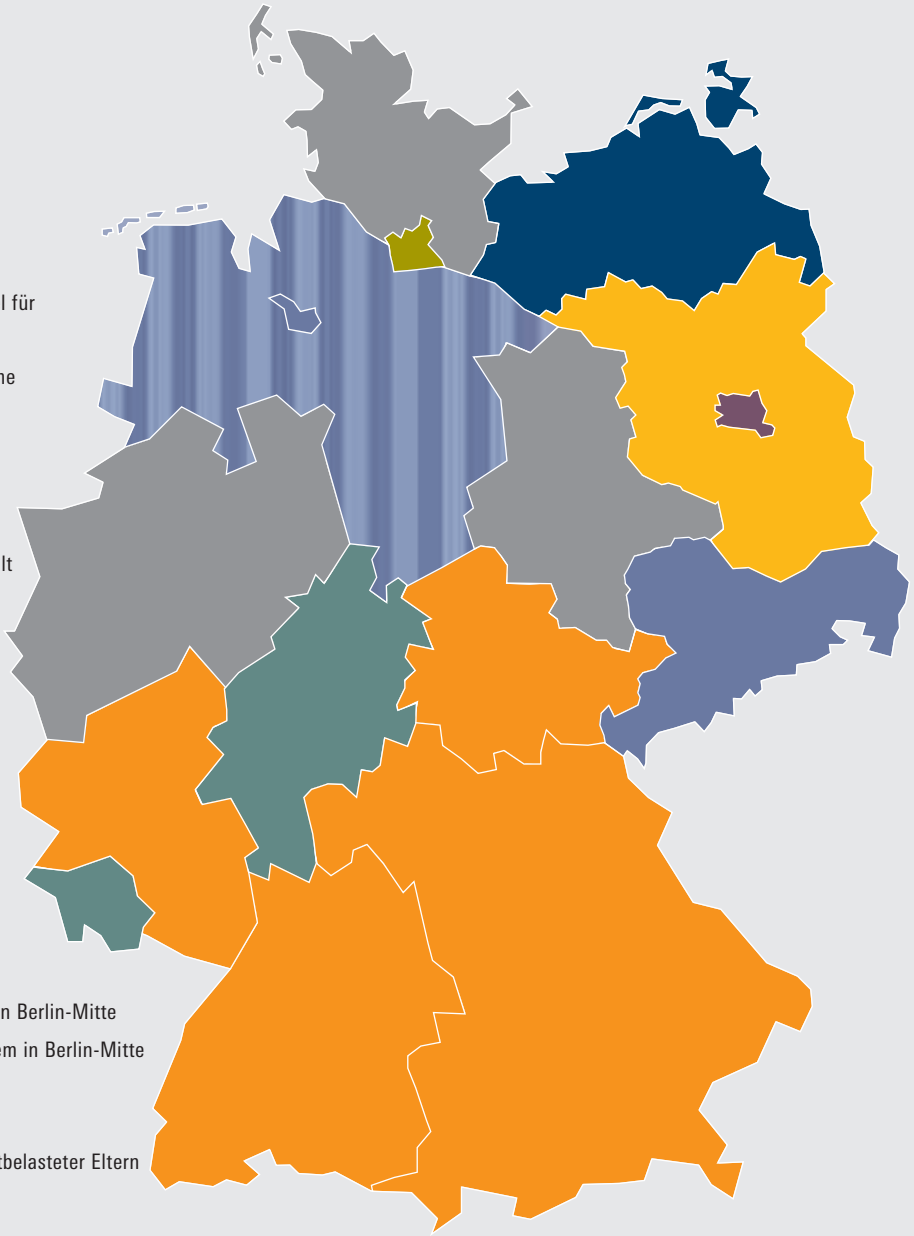
- Netzwerk Kinderschutz als Soziales Frühwarnsystem in Berlin-Mitte
- Evaluation und Coaching zum Sozialen Frühwarnsystem in Berlin-Mitte

Mecklenburg-Vorpommern

- Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Eltern

Niedersachsen | Bremen | Sachsen

- Pro Kind



INTERVENTION UND VERNETZUNG

BADEN-WÜRTTEMBERG | BAYERN | RHEINLAND-PFALZ | THÜRINGEN

GUTER START INS KINDERLEBEN

»Guter Start ins Kinderleben« ist ein Modellprojekt zur frühen Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen in prekären Lebenslagen und Risikosituationen. Es dient insbesondere der Prävention von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung im frühen Lebensalter. Ziel des Modellprojekts ist es, belastete Eltern, wie etwa sehr junge und alleinerziehende Mütter, früh zu unterstützen. Für eine optimale Unterstützung und Versorgung werden interdisziplinäre Kooperationsformen und Vernetzungsstrukturen entwickelt und erprobt. Diese sollen auf bestehenden Regelstrukturen aufbauen und in bestehende Regelstrukturen eingebunden werden.

Finanzierung

Das Projekt wird in gemeinsamer Initiative der Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen gefördert.

Projektleitung

Prof. Dr. Jörg M. Fegert, PD Dr. Ute Ziegenhain

Träger

Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Ulm

Standorte

Erlangen, Gera, Kyffhäuserkreis, Ludwigshafen, Ostalbkreis, Pforzheim, Traunstein, Trier

Kooperationspartner/-innen

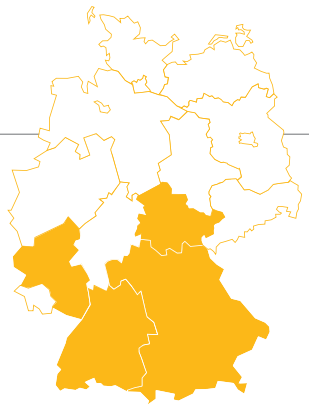
- Jugendhilfe, Gesundheitswesen, Freie Träger, Polizei, ARGE, Justiz
- Dr. Thomas Meysen, Hanne Stürtz, Lydia Schönecker, Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht (DIJuF), Heidelberg
- Prof. Dr. Uta Meier-Gräwe, Inga Evers, Institut für Wirtschaftslehre des Haushalts und Verbrauchsforschung, Justus-Liebig-Universität, Giessen
- Dr. Heinz Kindler, Deutsches Jugendinstitut (DJI), München

Zielgruppe

- professionelle Akteure und Institutionen
- Familien in prekären Lebenslagen und Risikosituationen mit Säuglingen und Kleinkindern

Angebote und Hilfen

- Bereitstellung passgenauer und lückenloser Angebote durch Optimierung und ggf. Ergänzung bestehender Angebotsstrukturen
- Entwicklung und Erprobung interdisziplinärer Kooperationsformen und Vernetzungsstrukturen inklusive der Festlegung verbindlicher Verfahrenswege und Zuständigkeiten (Runde Tische)
- Durchführung interdisziplinärer Weiterbildungskurse in Entwicklungspsychologischer Beratung (frühe videogestützte Bindungsförderung)
- Workshops für Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner mit den Schwerpunkten:
  1. systematischer Einsatz von Screening-Instrumenten rund um die Geburt (Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch)
  2. Informationen zum Thema Datenschutz bei Kindeswohlgefährdung
  3. Umgang in der interdisziplinären Praxis sowie Weitervermittlung Früher Hilfen



WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITUNG

Prof. Dr. Jörg M. Fegert
PD Dr. Ute Ziegenhain
Angelika Schöllhorn

GUTER START INS KINDERLEBEN

Ziel der wissenschaftlichen Begleitung des Projekts »Guter Start ins Kinderleben« ist die Überprüfung der Wirksamkeit verbesserter Versorgungs- und Vernetzungsstrukturen, wie sie im Praxisteil durch die systematische Koordinierung von Angeboten der Jugend- und Gesundheitshilfe initiiert und aufgebaut wurden. Die Evaluation umfasst eine Analyse der Häufigkeit und Qualität der Kooperationsbeziehungen und eine Untersuchung der Veränderung im mütterlichen Erziehungsverhalten. Zudem wird eine Kosten-Nutzen-Analyse durchgeführt.

Finanzierung

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

Projektleitung

Prof. Dr. Jörg M. Fegert, PD Dr. Ute Ziegenhain

Träger

Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Ulm

Forschungsfragestellung

Netzwerkanalyse: Evaluiert werden die Kooperationsbeziehungen und Vernetzungsstrukturen sowie die Zusammenarbeit zwischen den Institutionen und Akteuren der Jugendhilfe und des Gesundheitswesens.
Fallbezogene Evaluation: Es wird geprüft, inwieweit belastete Mütter nachhaltig feinfühliger mit ihren Säuglingen umgehen und sich dieses Verhalten langfristig positiv auf die Entwicklung der Kinder auswirkt.
Expert/-inneninterviews: Diese sollen Aufschluss über berufsgruppen- und institutionenspezifische Sicht- und Vorgehensweisen geben.
Kosten-Nutzen-Analyse: Es wird untersucht, inwieweit den insbesondere zu Beginn entstehenden Investitionskosten direkte und indirekte Einsparungen gegenüberstehen.

Stichprobe

Netzwerkanalyse: 3.238 Fragebögen wurden über alle acht Modellstandorte verschickt.
Fallbezogene Evaluation: Angestrebt wird die Evaluation von 90 Mutter-Säuglings-Paaren.
Expert/-inneninterviews: Interviewt werden 29 Personen aus den Bereichen Jugendhilfe, Gesundheitswesen, Polizei und ARGE.
Kosten-Nutzen-Analyse: Diese findet an einem Modellstandort statt.

Forschungsdesign/ Methode

Netzwerkanalyse: Fragebogenuntersuchung (Prä-Post)
Fallbezogene Evaluation: quasi-experimentelles Design mit drei Erhebungszeitpunkten und drei Follow-up-Zeitpunkten
Expert/-inneninterviews: halbstandardisierte Interviews
Kosten-Nutzen-Analyse: Die Daten zu den entstandenen Investitionskosten sowie zu den Kosten der Präventions- und Hilfeangebote werden an einem Modellstandort erfragt.

INTERVENTION

BRANDENBURG
WIE ELTERNSCHAFT GELINGT (WIEGE – STEEP™)

Das Projekt »WIEGE Brandenburg« möchte (werdende) Mütter und Paare, deren Lebensbedingungen durch eine Kumulation verschiedener Risikofaktoren gekennzeichnet sind, im Übergang zur Elternschaft erreichen und effektiv begleiten. Hierfür wird ein in den USA seit Jahren erfolgreich erprobtes, bindungstheoretisch fundiertes Programm mit dem Namen STEEP™ (Steps towards effective and enjoyable parenting) eingesetzt. Ziel der STEEP™ Intervention ist es – bereits beginnend in der Schwangerschaft – hoch belastete Familien auf das Zusammensein mit ihrem Kind vorzubereiten und in den ersten zwei Lebensjahren des Kindes den Aufbau sicherer Bindungserfahrungen zu unterstützen und zu fördern. Eine sichere Bindung gilt als ein wichtiger Schutzfaktor für das gesunde Aufwachsen von Kindern. Mithilfe von videografierten Eltern-Kind-Interaktionen, Einzelberatungen und Gruppenkontakten soll ein gelungenes, einfühlsames Erziehungsverhalten vermittelt und gefestigt werden. Seit 2004 wird STEEP™ in einem hochschulübergreifenden Verbund der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg zusammen mit der Fachhochschule Potsdam in Praxiseinrichtungen eingeführt und in einer aufwendigen Begleitforschung bewertet.

Finanzierung

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

Projektleitung

Prof. Dr. Christiane Ludwig-Körner
Mitarbeit: Dipl. Psych. Bärbel Derksen

Träger

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

Standorte

Landkreis Potsdam Mittelmark (Belzig), Potsdam, Berlin

Kooperationspartner/-innen

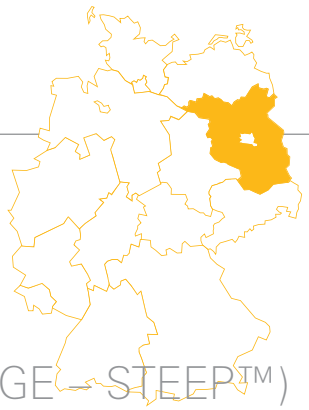
Jugend- und Gesundheitsämter, Potsdam, Netzwerk »Gesunde Kinder«, Havelländische Kliniken, Ernst von Bergmann Klinikum, Sozial Pädiatrisches Zentrum Potsdam, PädiaterInnen, Hebammen, freie Träger der Jugendhilfe wie z.B. Mutter-Kind-Einrichtungen, Familienzentrum, Eltern-Kind-Zentren, Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen, Erziehungs- und Familienberatungsstellen

Zielgruppe

- risikobelastete werdende Eltern und Familien mit Säuglingen und Kleinkindern von 0 bis 3 Jahren mit Clearing-Bedarf
- hoch risikobelastete Eltern-Kind-Paare mit HzE-Bedarf (Hilfen zur Erziehung, treatment as usual)
- hoch risikobelastete Eltern-Kind-Paare mit STEEP™-Beratung

Angebote und Hilfen

STEEP™ ist ein komplexes, bindungstheoretisch fundiertes Frühinterventionsprogramm, das auf unterschiedlichen Ebenen ansetzt und die Eltern-Kind-Beziehung innerhalb der ersten zwei Lebensjahre des Kindes zum Fokus hat.



WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITUNG

WIE ELTERNSCHAFT GELINGT (WIEGE – STEEP™)

Prof. Dr. Christiane Ludwig-Körner
Dipl. Psych. Bärbel Derksen

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

Finanzierung

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

Projektleitung

Prof. Dr. Christiane Ludwig-Körner
Mitarbeit: Dipl. Psych. Bärbel Derksen

Träger

Fachhochschule Potsdam, Fachbereich: Sozialwesen, Familienzentrum der FHP, Potsdam

Forschungsfragestellung

Weiterentwicklung von Früherkennungssystemen und Bewertung der Praxiserprobung:

- Entwicklung und Erprobung von Routinen innerhalb einzelner Jugendamtsbereiche
- Früherkennung von hoch belasteten Eltern während der Schwangerschaft und die Risikobewertung nach der Geburt. Hierfür soll ein in dem Projekt »Guter Start ins Kinderleben« entwickeltes Screening-Instrument in der Praxis erprobt werden.
- Etablierung nachgehender Strategien der Kontaktanbahnung und -aufrechterhaltung mit Hochrisikofamilien
- Etablierung von STEEP™ als eigenständiger Hilfeform in der Jugendhilfe und Integration im Rahmen der Regelfinanzierung in den Leistungskatalog der Hilfen zur Erziehung

Stichprobe

Mütter der Interventionsstichprobe wurden durch die Kooperationspartnerinnen und -partner rekrutiert. Die geplante Stichprobengröße der Interventionsgruppe beträgt N=15–20. Auch die geplante Stichprobengröße der Kontrollgruppe soll N=15–20 betragen.

Forschungsdesign/ Methode

Durchgeführt wird eine längsschnittliche Erhebung mit mehreren Messzeitpunkten mit einer Interventions- und einer Kontrollgruppe. In der Interventionsgruppe liegt der erste Messzeitpunkt zu Beginn der Intervention, der zweite folgt nach einem Jahr und der dritte nach zwei Jahren bei Abschluss der Intervention. In der Kontrollgruppe werden an zwei Messzeitpunkten Daten erhoben. Die Ersterhebung wird durchgeführt, wenn das Kind ein Jahr, die zweite, wenn das Kind zwei Jahre alt ist.

INTERVENTION

HAMBURG
WIE ELTERNSCHAFT GELINGT (WIEGE – STEEP™)

STEEP™ (Steps towards effective and enjoyable parenting) ist ein in den USA seit Jahren erfolgreich erprobtes Programm. Es setzt darauf, hoch belastete Familien auf das Zusammensein mit ihrem Kind vorzubereiten und mithilfe von Videoaufnahmen (»Seeing is believing«) von Eltern-Kind-Interaktionen ein gelungenes, einfühlsames Verhalten zu erkennen und zu festigen. Seit 2004 wird STEEP™ in einem hochschulübergreifenden Verbund der HAW Hamburg zusammen mit der FH Potsdam in Praxiseinrichtungen eingeführt.

Finanzierung

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

Projektleitung

Prof. Dr. Gerhard Suess
Mitarbeit: Dipl. Soz.päd. Agnes Mali, Dipl. Psych. Uta Bohlen

Träger

HAW Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales, Hamburg

Standort

Hamburg

Kooperationspartner/-innen

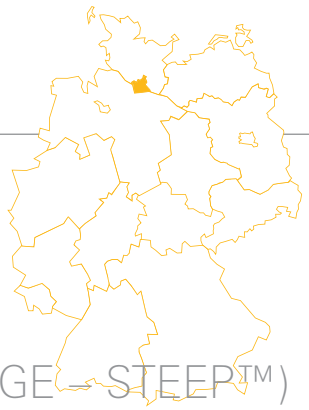
HAW Hamburg; Asklepios Kliniken HH GmbH (Klinik Nord, Heidberg); Dezernat Soziales, Jugend und Gesundheit HH; Gesundheitsförderung HH; Fachamt Sozialraummanagement HH; Koordinator Kinderschutz, Frühe Hilfen ASD HH Nord; Beratungsstelle nullbisdrei, HH; Abendroth-Haus, HH; Erziehungshilfe e.V., HH; Zentrum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

Zielgruppe

- risikobelastete werdende Eltern und Familien mit Säuglingen und Kleinkindern von 0 bis 3 Jahren mit Clearing-Bedarf
- hoch risikobelastete Eltern-Kind-Paare mit HzE-Bedarf (Hilfen zur Erziehung)
- hoch risikobelastete Eltern-Kind-Paare mit STEEP™-Beratung

Angebote und Hilfen

STEEP™ ist ein komplexes bindungstheoretisch basiertes Frühinterventionsprogramm, das auf unterschiedlichen Ebenen ansetzt und die Eltern-Kind-Beziehung zum Fokus hat:
Verhaltensebene: Der Umgang von Eltern mit dem Kind wird auf Video aufgenommen, das Ergebnis gemeinsam betrachtet (»Seeing is believing«).
Repräsentationsebene: Modelle der Eltern, die meist aus ihrer eigenen Kindheit stammen, werden in ihrer Auswirkung auf den konkreten Umgang mit dem Kind aufgespürt (»Looking back, moving forward«).
Soziale Unterstützung: Wird nicht nur von professionellen Helfenden, sondern auch von anderen »Müttern« (Gruppenangebote) geleistet.
Beratende Beziehung: Der besondere Anspruch besteht im Finden einer Balance zwischen einer stimmigen Zugewandtheit und der gebotenen Distanz.



WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITUNG

Prof. Dr. Gerhard Suess
Dipl. Soz.päd. Agnes Mali
Dipl. Psych. Uta Bohlen

WIE ELTERNSCHAFT GELINGT (WIEGE – STEEP™)

Das Evaluationsprojekt »Wie Elternschaft gelingt« ist darauf ausgerichtet, Strategien der Früherkennung, Frühprävention und Frühintervention innerhalb vernetzter Strukturen im Schnittstellenbereich von Jugendhilfe und Gesundheitswesen zu optimieren. Durch den Aufbau verbindlicher Kooperationsbeziehungen zum Gesundheitswesen und die Zusammenarbeit mit Fachkräften aus den Bereichen Gynäkologie/Geburtshilfe, Schwangerschaftskonfliktberatung und Pädiatrie soll gewährleistet werden, dass insbesondere Kindern in Hochrisikokonstellationen ein frühzeitiger und systematischer Zugang zu präventiven Eltern-Kind-Angeboten (STEEP™) ermöglicht wird. Die Evaluation prüft, welche Instrumente zur Einschätzung von Risiken unter Einbeziehung psychosozialer Ressourcen bereits existieren und für das Vorhaben verwendet werden können. Zudem wird untersucht, inwieweit STEEP™ bei sehr hoch belasteten Eltern positive Effekte erzielt.

Finanzierung

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

Projektleitung

Prof. Dr. Gerhard Suess
Mitarbeit: Dipl. Soz.päd. Agnes Mali, Dipl. Psych. Uta Bohlen

Träger

HAW Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales, Hamburg

Forschungsfragestellung

- Weiterentwicklung von Früherkennungssystemen und Bewertung der Praxiserprobung
- Entwicklung und Erprobung von Routinen innerhalb einzelner Jugendamtsbereiche
- Früherkennung von hoch belasteten Eltern während der Schwangerschaft und die Risikobewertung nach der Geburt. Hierfür soll ein in dem Projekt »Guter Start ins Kinderleben« entwickeltes Screening-Instrument in der Praxis erprobt werden.
- Etablierung nachgehender Strategien der Kontaktanbahnung und -aufrechterhaltung mit Hochrisikofamilien
- Etablierung von STEEP™ als eigenständiger Hilfeform in der Jugendhilfe und Integration im Rahmen der Regelfinanzierung in den Leistungskatalog der Hilfen zur Erziehung
- Überprüfung der Wirksamkeit von STEEP™ und die Identifizierung von besonderen Wirkfaktoren

Stichprobe

Mütter der Interventionsstichprobe wurden durch die Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner rekrutiert. Die geplante Stichprobengröße der Interventionsgruppe beträgt N=30. Auch die geplante Stichprobengröße der Kontrollgruppe soll N=30 betragen.

Forschungsdesign/ Methode

Durchgeführt wird eine längsschnittliche Erhebung mit mehreren Messzeitpunkten mit einer Interventions- und einer Kontrollgruppe. In der Interventionsgruppe liegt der erste Messzeitpunkt zu Beginn der Intervention, der zweite folgt nach einem Jahr und der dritte nach zwei Jahren. In der Kontrollgruppe werden an zwei Messzeitpunkten Daten erhoben. Die Ersterhebung wird durchgeführt, wenn das Kind ein Jahr, die zweite, wenn das Kind zwei Jahre alt ist.

INTERVENTION UND VERNETZUNG

NORDRHEIN-WESTFALEN | SCHLESWIG-HOLSTEIN

»SOZIALE FRÜHWARNSYSTEME IN NRW« UND »SCHUTZENGEL FÜR SCHLESWIG-HOLSTEIN«

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

Finanzierung

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

Projektleitung

Soziale Frühwarnsysteme in NRW: Dr. Sigrid Bathke, Institut für soziale Arbeit e.V., Münster
Schutzengel Schleswig-Holstein: Stefanie Sommer, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein
Caritas-Netzwerk Frühe Hilfen: Christa Maria Pigulla

Träger

Verschieden – je nach Einrichtung

Standorte

NRW: Bielefeld, Gütersloh, Kreis Mettmann, Rhein-Sieg-Kreis (Sozialdienst kath. Frauen), die Caritasverbände Bonn, Euskirchen, Remscheid, Rheinisch-Bergischer-Kreis
Schleswig-Holstein: Flensburg, Kreis Herzogtum-Lauenburg, Kreis Nordfriesland, Kreis Pinneberg, Kreis Rendsburg-Eckernförde

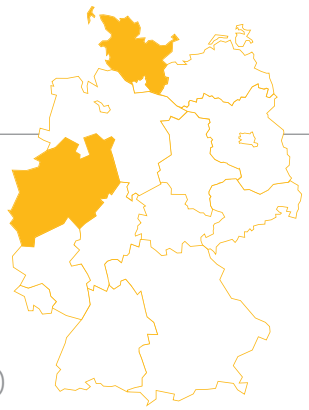
Zielgruppe

- Alle Maßnahmen zielen auf Familien mit Kindern bis zu drei Jahren und adressieren die Eltern.
- Die Projekte streben Kooperationen zwischen verschiedenen Institutionen an.

Angebote und Hilfen

Soziale Frühwarnsysteme in NRW:
- Projekte des Gesundheitsamtes im Kreis Mettmann
- Projekt Caritasnetzwerk Frühe Hilfen/Sozialdienst katholischer Frauen
- Projekt Kinderschutz durch Prävention Elternberatungsstelle der Stadt Gütersloh

Schutzengel Schleswig-Holstein:
- Projekt Gut ins Leben Projekt Frühe Hilfen für Familien, Brücke gGmbH
- Projekt Hand in Hand, Familienbildungsstätten Elmshorn
- Projekt Schutzengel e.V., Projekt Gesunde Zukunft



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

Die wissenschaftliche Begleitung untersucht die Wirkungen von 13 Projekten Früher Hilfen und Sozialer Frühwarnsysteme in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein anhand eines einheitlichen Forschungsdesigns. Der Vergleich verschiedener Modelle und Herangehensweisen soll empirische Belege für allgemeine Erfolgsbedingungen liefern und dabei Kontextfaktoren angemessen berücksichtigen. Die Schaffung einer empirisch verlässlichen Basis für Transfers und damit für die Weiterentwicklung der Kinder-, Jugend- und Gesundheitshilfe ist Ziel der Evaluation. Die Fokussierung auf Wirkungsforschung ist dabei ein tragendes Element des vorliegenden Evaluierungskonzeptes, gleichzeitig geht es auch um prozessbegleitende Qualitätsentwicklung.

Finanzierung

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

Projektleitung

Prof. Dr. Wolfgang Böttcher, Prof. Dr. Holger Ziegler
Mitarbeiter/-innen: Dipl. Päd. Pascal Bastian, Dipl. Päd. Virginia Lenzmann, Dipl. Päd. Anne Lohmann, Dipl. Päd. Anna Hentschke

Träger

- Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Institut für Erziehungswissenschaft, Abteilung II, Qualitätsentwicklung und Evaluation, Münster
- Universität Bielefeld, Fakultät für Pädagogik/AG 8, Bielefeld

Kooperationspartner/-innen

NRW: Ministerium für Generationen, Frauen, Familie und Integration; Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln
Schleswig-Holstein: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren

Forschungsfragestellung

Die Hauptfragestellung der Evaluation lautet: Unter welchen Umständen wirken welche Konzepte Früher Hilfen und Sozialer Frühwarnsysteme für welche Zielgruppe?

Stichprobe

Wirkungsanalyse (Modul A): Telefonbefragungen von 300 bis 500 Familien und den zuständigen Helferinnen und Helfern.
Qualitative Fallstudien (Modul B): Die Auswahl der Stichprobe wird mitbestimmt durch die Ergebnisse der Baseline-Befragung. Die Durchführung erfolgt parallel zur quantitativen Wirkungsanalyse.
Formativer Transfer (Modul C): beteiligte Projektakteurinnen und -akteure.

Forschungsdesign/ Methode

Wirkungsanalyse (Modul A): Das Untersuchungsdesign basiert auf einer quasi-experimentellen Längsschnittstudie mit drei Messzeitpunkten: Pretest, Prozessbefragung und Posttest.
Qualitative Fallstudien (Modul B): Zur Präzisierung der Wirkungsevaluation und zur Analyse von Wirkmechanismen werden qualitativ-sinnverstehende Einzelfallstudien in Form von Experteninterviews, Feldbeobachtungen und Dokumentenanalysen durchgeführt.
Formativer Transfer (Modul C): Ziel ist die gezielte Aufarbeitung von Zwischenergebnissen anhand regelmäßiger Austauschtreffen.

INTERVENTION

SACHSEN-ANHALT

FAMILIENHEBAMMEN IM LAND SACHSEN-ANHALT

Anfang 2006 wurde im Rahmen des Landesbündnisses für Familien Sachsen-Anhalt vom Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes und dem Landeshebammenverband Sachsen-Anhalt e.V. dieses Projekt initiiert und aufgebaut (Familienhebammen im Land Sachsen-Anhalt: Aufsuchende Familienhilfe durch qualifizierte Hebammen mit erweitertem Tätigkeitsfeld). Das übergreifende Ziel des Projekts ist zum einen die Förderung der gesundheitsbezogenen Chancengleichheit von vulnerablen/stark belasteten Familien und zum anderen die Mobilisierung und Stärkung von individuellen und sozialen Ressourcen, z. B. durch die Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen. Notwendig hierfür sind die Etablierung eines niedrigschwelligen Hilfeangebots, eine verbesserte Betreuungskontinuität sowie eine regionale interdisziplinäre Netzwerkbildung. Dadurch werden eine nachhaltige und weitestgehend flächendeckende Unterstützung der Familien und eine Verbesserung der kindlichen Gesundheit und Entwicklung möglich.

Finanzierung

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

Projektleitung

Manuela Nitschke (Vorsitzende des Landeshebammenverbandes)

Träger

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

Standorte

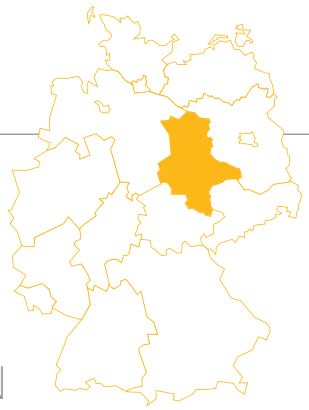
Die Landkreise Altmarkkreis/Salzwedel, Börde, Burgenland, Harz, Jerichower Land, Mansfeld-Südharz, Saalekreis, Salzlandkreis, Stendal und Wittenberg, sowie die Städte Dessau-Roßlau, Halle und Magdeburg

Kooperationspartner/-innen

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

Zielgruppe

1. **Vulnerable Familien mit psycho-sozialen Risikofaktoren:**
   gestörte Mutter-Kind-(Eltern-Kind-)Beziehung; Suchtprobleme; Gewalterfahrungen/-potenzial in der Familie, Straffälligkeit eines Familienangehörigen; Verdacht auf Kindesmisshandlung/-vernachlässigung; soziale Benachteiligung bzw. erschwerter Zugang zu Hilfen (Familien in Armut, ALG-II-Empfängerinnen, Überschuldung, kinderreiche Familien, Analphabetinnen, Migrantinnen, Asylantinnen, Frauen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus); mangelnde soziale Unterstützung (z. B. alleinerziehende/verlassene Frauen); Überforderung (z. B. Minderjährigkeit, geistige Behinderung); psychische Belastungen; ungewollte Schwangerschaft
2. **Vulnerable Familien mit gesundheitlichen Risikofaktoren:**
   chronische Erkrankungen (z. B. Hepatitis, Epilepsie, HIV/AIDS); psychische Erkrankungen; körperliche Behinderung der Mutter/des Vaters; Kinder mit chronischer Erkrankung oder Behinderung (geistig/körperlich)



WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITUNG

Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens
Gertrud M. Ayerle
Dr. rer. medic. Christiane Luderer

FRÜHSTART: FAMILIENHEBAMMEN IM LAND SACHSEN-ANHALT

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

Finanzierung

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

Projektleitung

Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens
Dr. rer. medic. Gertrud M. Ayerle, Hebamme, Krankenschwester
Dr. rer. medic. Christiane Luderer, Krankenschwester

Träger

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

Forschungsfragestellung

- Überprüfung der Wirksamkeit des Engagements der Familienhebammen auf die Gesundheit und Versorgung der Kinder vulnerabler Familien sowie auf die elterliche Kontroll- und Kompetenzüberzeugung und Selbstwirksamkeit der Mütter (Hilfe zur Selbsthilfe)
- Überprüfung des Nutzens der Qualifizierung der Familienhebammen hinsichtlich ihrer Vernetzung Akteurinnen und Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens (Prozessorientierung)
- Analyse des subjektiven Erlebens sowie der Akzeptanz und Zufriedenheit der Klientinnen gegenüber den Familienhebammen und dem Netzwerk Früher Hilfen (Klientinnenorientierung)
- Erhebung der Nachhaltigkeit nach Beendigung der Betreuung (Klientinnenorientierung)
- Überprüfung von Zugang, Wirksamkeit, Zielorientierung und Bruchstellen innerhalb der Klientinnenpfade im Frühe-Hilfen-System, das durch die Akteurinnen und Akteure aus dem Gesundheits- und Sozialbereich bereitgehalten wird (Prozessorientierung)

Stichprobe

- 734 Klientinnen (Verlaufsdokumentation), 606 Klientinnen (standardisierte Fragebögen)
- 10 theoriegeleitet ausgewählte Klientinnen (teilstandardisierte persönliche Befragung)
- 39 Expertinnen bzw. Experten (leitfadengestützte Interviews zu verschiedenen Fallvignetten)
- 37 Klientinnen (teilstandardisierte Telefoninterviews)

Forschungsdesign/ Methode

Die Verlaufs- und Ausführungsdaten bezüglich der Betreuung und der Ereignisse während des Betreuungsverlaufs werden zum einen durch die Familienhebammen erhoben und zum anderen durch Selbstbericht der Frauen mittels standardisierter Fragebögen. Die persönlich-aufsuchenden und telefonischen Interviews bei den Frauen werden, ebenso wie die Interviews mit Expertinnen und Experten, im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung mittels teilstandardisierten Leitfäden erhoben und deskriptiv sowie mit qualitativ-hermeneutischen Verfahren analysiert.

INTERVENTION

NIEDERSACHSEN
FAMILIENHEBAMMEN IM LANDKREIS OSNABRÜCK

Familienhebammen bieten eine hervorragende Unterstützung für hoch belastete Familien, denn sie begegnen einer stark ausgeprägten Bereitschaft von Müttern bzw. Eltern und Kindern, die Hebammen-Hilfe anzunehmen. So können positive Impulse mit nachhaltigen Wirkungen stabilisiert und weiterentwickelt werden. Das trägt dazu bei, das Risiko für Säuglinge und Kleinkinder, durch die eigenen Eltern geschädigt zu werden, zu minimieren. Darüber hinaus soll das Projekt dazu beitragen, den Kreislauf der sogenannten vererbten Armut und ihrer Symptome aufzubrechen.

Finanzierung

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

Projektleitung

Sigrid Hus-Halstenberg, Dipl.-Sozialarbeiterin und Familientherapeutin

Träger

Deutscher Kinderschutzbund, Osnabrück

Standorte

Landkreis Osnabrück: Fürstenau, Quakenbrück, Bersenbrück, Neuenkirchen, Bramsche, Wallenhorst, Ostercappeln, Bohmte, Belm, Bad Essen, Bissendorf, Melle, Hasbergen, Georgsmarienhütte, Hagen, Bad Iburg, Hilter, Bad Laer, Glandorf, Bad Rothenfelde, Dissen

Kooperationspartner/-innen

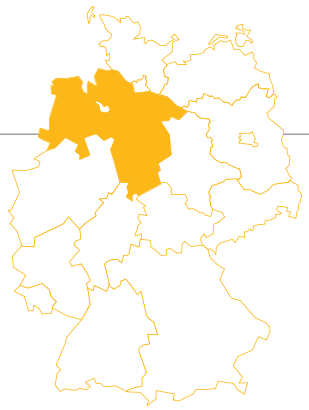
Projektbeteiligte Familienhebammen, Landkreis Osnabrück, Fachdienst Jugend, Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Kinderärztinnen und Kinderärzte, Entbindungskliniken, freie Träger der Jugendhilfe

Zielgruppe

- junge Schwangere und Mütter unter 18 Jahren mit Kindern im ersten Lebensjahr
- alleinerziehende Schwangere und Mütter mit Kindern im ersten Lebensjahr
- Schwangere und Mütter mit Kindern im ersten Lebensjahr, die in einem gewalttätigen Milieu oder mit gewalttätigen Männern leben
- ausländische Schwangere und Mütter mit Kindern im ersten Lebensjahr mit Zugangsbarrieren durch fehlende Berechtigung sowie kulturellen oder psychologischen Hemmschwellen zum deutschen Gesundheitswesen
- alkohol-, medikamenten- und/oder von illegalen Drogen abhängige Schwangere und Mütter mit Kindern im ersten Lebensjahr

Angebote und Hilfen

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



WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITUNG

Prof. Dr. med. Beate A. Schücking

FAMILIENHEBAMMEN. FRÜHE UNTERSTÜTZUNG – FRÜHE STÄRKUNG?

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

Finanzierung

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

Projektleitung

Leitung: Prof. Dr. med. Beate A. Schücking
Projektteam: Dr. phil. Katja Makowsky, Dipl. Pflegewirtin (FH) und Master of Public Health
Dr. rer.medic. Christine Loytved, MPH; Dr. med. Catrin Halves

Träger

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

Forschungsfragestellung

Ziel ist die Wirkungsevaluation von Familienhebammen im Landkreis Osnabrück. In diesem Zusammenhang werden mittels quantitativer wie qualitativer Verfahren Parameter erfasst, die Rückschlüsse auf die Effektivität von Familienhebammen zulassen. Die Akzeptanz, Erreichbarkeit und Vernetzung der Familienhebammen stehen dabei im Vordergrund.

- Ist das Projekt »Familienhebammen im Landkreis Osnabrück« von Schwangeren und Müttern in schwierigen Lebenslagen erreichbar und wird es akzeptiert?
- Wie schätzen die Nutzerinnen die Intervention ein und führt die Intervention zu einer Nutzung der bereits vorhandenen Ressourcen?
- Wie wirkt sich die Vernetzung aller zuständigen Bereiche des Gesundheitssystems sowie der Jugendhilfe auf die Arbeit der Familienhebammen und damit das Outcome bei Mutter und Kind aus?

Stichprobe

67 Familien, 11 Familienhebammen, 8 VertreterInnen des Jugendhilfebereichs, 8 VertreterInnen des Gesundheitssystems, ca. 50 Beratungsstellen

Forschungsdesign/ Methode

Es handelt sich um eine prospektiv angelegte Kurz-Längsschnittuntersuchung, die quantitative und qualitative Methoden einbezieht. Quantitativ werden Eckdaten und Fragen zum Vernetzungsstand der Familienhebammen sowie Outcome-Parameter der Zielgruppe erhoben. Auf Seiten von Beratungsstellen werden schriftliche Befragungen eingesetzt, um mögliche Gründe für eine Nichtinanspruchnahme von Familienhebammen im Landkreis Osnabrück zu erfassen. Qualitativ werden vorrangig Prozess- und Ergebnisparameter erhoben, die sich auf Seiten betreuter Familien auf die Zufriedenheit und den subjektiven Nutzen erhaltener Hilfen durch Familienhebammen beziehen. Aus der Perspektive der Familienhebammen und anderer VerterterInnen im Jugendhilfe- und Gesundheitssystem werden Aspekte zur Charakterisierung guter Qualität der eigenen Arbeit bzw. der Arbeit der Familienhebammen erfasst.

INTERVENTION

HESSEN | SAARLAND
KEINER FÄLLT DURCHS NETZ (KFDN)

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

Finanzierung

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

Projektleitung und -koordination

Leitung: Prof. Dr. Manfred Cierpka
Koordination: Dr. Andreas Eickhorst
Die Umsetzung und Vernetzung in den Projektkreisen vor Ort erfolgt durch eine Koordinationsstelle.

Träger

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

Standorte

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

Kooperationspartner/-innen

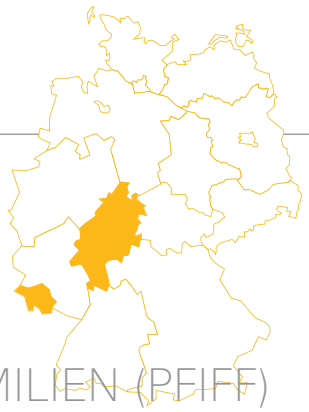
Jugend- und Gesundheitsämter der beteiligten Projektlandkreise, Focus Familie gGmbH, Hessenstiftung – familie hat zukunft

Zielgruppe

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

Angebote und Hilfen

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



WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITUNG

FRÜHE INTERVENTIONEN FÜR FAMILIEN (PFIFF)

Projektteam PFIFF

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

Finanzierung

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

Projektleitung

Leitung: Prof. Dr. Manfred Cierpka, Dr. Anna Sidor
Koordination: Dr. Andreas Eickhorst

Träger

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

Forschungsfragestellung

- Wie viele Risikofamilien können durch die Hausbesuche erreicht werden?
- Wie erfolgreich ist der Aufbau von Kooperationsstrukturen in einem »Netzwerk für Eltern«?
- Gibt es im Vergleich zu einer Kontrollgruppe einen signifikanten Effekt in den folgenden Bereichen: größere elterliche Kompetenz, funktionalere Eltern-Kind-Interaktionen, angemessener Entwicklungsstand der Säuglinge?

Stichprobe

Jeweils 150 hoch belastete Familien in der Interventions- und in der Kontrollgruppe

Forschungsdesign/ Methode

Prozessevaluation: Beteiligte des Netzwerks für Eltern (Sozialarbeiterinnen und -arbeiter der Koordinationsstellen und Familienhebammen) werden in den beiden Projektstandorten in regelmäßigen Abständen zu folgenden Gesichtspunkten befragt: Arbeitsinhalt, Kooperationsstrukturen, Anregungen und Kritik an der Projektorganisation, etc. . Außerdem gehen in die Prozessevaluation sämtliche soziodemographischen Daten der betreuten Familien und organisatorische Daten ein.
Ergebnisevaluation: Es wird ein Vergleich von sozial stark belasteten Familien, die eine Intervention bekommen, und solchen, die keine Intervention bekommen, durchgeführt. Die Daten für die kontrollierte Studie werden in zwei Landkreisen erhoben. Es handelt sich hier um eine quasiexperimentelle Studie, d. h. um eine kontrollierte Studie unter naturalistischen Bedingungen.

VERNETZUNG UND COACHING

BERLIN

NETZWERK KINDERSCHUTZ ALS SOZIALES FRÜHWARNSYSTEM IN BERLIN-MITTE

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

Finanzierung

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

Projektkoordination

Dipl.-Soz.arb. Jens-Uwe Scharf

Träger

Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V., Berlin

Standort

Berlin-Mitte

Kooperationspartner/-innen

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

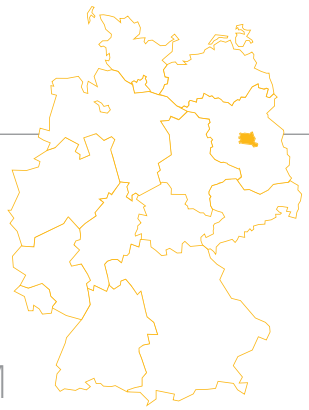
Zielgruppe

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

Angebote und Hilfen

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

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



WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITUNG

EVALUATION UND COACHING ZUM SOZIALEN FRÜHWARNSYSTEM IN BERLIN-MITTE

Prof. Dr. Jürgen Gries

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

Finanzierung

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen des Aktionsprogramms »Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme«.
Die Mittelvergabe erfolgt über das NZFH bzw. den Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V.

Projektleitung

Prof. Dr. Jürgen Gries
Mitarbeit: Dr. Gerhard Wenzke, Vincenz Leuschner

Träger

Institut für Sozialforschung, Informatik und Soziale Arbeit (ISIS Berlin e.V.), Berlin

Forschungsfragestellung

- Wie ist die Arbeit des Projektes im Hinblick auf selbst gesetzte Ziele zu bewerten?
- Wie kann ein Dokumentationssystem aussehen, mit dessen Hilfe Zielerreichung und Nachhaltigkeit festgestellt werden kann?
- Welche Empfehlungen für Akteure und Einrichtungen können aus dem Projekt generiert werden?
- Welche Organisationsform ist für die Koordination von Akteuren und Maßnahmen geeignet?
- Wie kann ein Monitoringsystem aussehen, das auf regionaler Ebene als Problemlagenfrüherkennung eingesetzt werden kann?

Forschungsdesign/ Methode

Die wissenschaftliche Begleitung ist als Prozessevaluation mit institutionenberatender Funktion konzipiert und beinhaltet formative (Implementationsprozesse) wie auch summative (outcomes) Evaluationsansätze:

1. **Bestandserhebung und Strukturevaluation:** Einsatz eines Instrumentariums zur Erfassung der Struktur eines Netzwerkes Kinderschutz
2. **Bestandsaufnahme der regionalen Situation:** Auswertung quantitativer Daten des Statistischen Landesamtes und des Verwaltungsvollzuges sowie Erhebung des Bestandes von Einrichtungen und Personen im Kinderschutz Berlin-Mitte
3. **Expertinnen und Experten-Befragung auf der regionalen Raumebene:** Einsatz eines Instrumentariums zur Durchführung von ca. 20 Interviews mit Expertinnen und Experten

INTERVENTION UND VERNETZUNG

MECKLENBURG-VORPOMMERN

CHANCEN FÜR KINDER PSYCHISCH KRANKER UND/ODER SUCHTBELASTETER ELTERN

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

Finanzierung

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

Projektleitung

Prof. Dr. med. Harald J. Freyberger, Axel Mielke

Träger

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

Standorte

Schwerin, Greifswald

Kooperationspartner/-innen

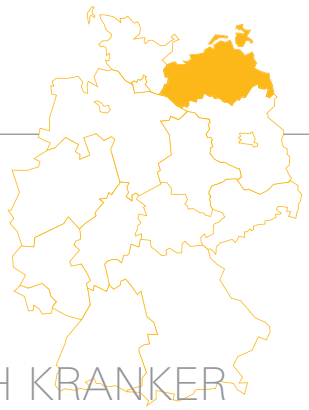
Jugendämter, Gesundheitsämter, Freie Träger der Jugendhilfe, Kinderärzte, Hebammen, Familienbildungsstätten, Helios-Kliniken Schwerin, Krankenhaus West Stralsund, AWO Kreisverband Schwerin, Beratungsstelle Rückenwind Greifswald

Zielgruppe

- Kinder psychisch kranker und alkoholerkrankter Mütter und Väter im Alter von 0 bis 3 Jahren
- Eltern mit psychischen Auffälligkeiten und Störungen und/ oder auffälligem Alkohol-/ Drogenkonsum
- Teenagereltern

Angebote und Hilfen

Beratungsstelle Rückenwind:
telefonische Beratung (auch anonym); aufsuchende Beratung/Hausbesuche; Beratung per E-Mail; Einzelgespräche für Eltern, Kinder und Angehörige; Familiengespräche; Vermittlung/Begleitung in weitere Hilfeangebote; Aufbau Therapiemotivation; Entwicklung neuer individueller Angebote
AWO – Soziale Dienste gGmbH:
aufsuchende Beratung; Hausbesuche; Screening/Care-Index; Einzel-, Paar- und Familiengespräche; Fachteam »Frühe Hilfen«; Vermittlung/Begleitung in passende Unterstützungsangebote; Entwicklung neuer individueller Angebote



CHANCEN FÜR KINDER PSYCHISCH KRANKER UND/ODER SUCHTBELASTETER ELTERN

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

Finanzierung

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

Projektleitung

Prof. Dr. med. Harald J. Freyberger

Träger

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

Kooperationspartner/-innen

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

Forschungsfragestellung

- Überprüfung des Vernetzungskonzepts zur systematischen Koordinierung von Angeboten der Jugend- und Gesundheitshilfe (qualitativ und quantitativ mit dem Ziel der Prüfung von Praxistauglichkeit und Wirksamkeit)
- Evaluation des Vernetzungsprozesses im Hinblick auf Veränderung des Versorgungssystems, der Versorgungszufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer sowie anderer Akteurinnen und Akteure des Versorgungssystems
- Prüfung der Interventions-Effekte mithilfe etablierter Erhebungsinstrumente zur psychischen Symptomatik, Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit und Prüfung in einem Zwölf-Monats-Verlauf auf Stabilität

Stichprobe

1. Weitervermittlung der Probanden (»Problemfamilien«) an die Studie durch enge Zusammenarbeit mit hilfebietenden Einrichtungen/Trägern und der Jugendhilfe
2. Stärkung der elterlichen Eigenmotivation durch das Angebot einer niedrigschwelligen Beratung

Forschungsdesign/ Methode

1. Netzwerkanalyse
2. Prä-Post-Vergleich (vor Beginn der Hilfe – zwölf Monate nach der Hilfe) durch Interviews, Fragebögen und Videoanalysen

INTERVENTION
UND VERNETZUNG

NIEDERSACHSEN | BREMEN | SACHSEN
PRO KIND

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

Finanzierung

Niedersachsen: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen des Aktionsprogramms »Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme«; AOK Niedersachsen; Klosterkammer Hannover; Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit; Robert Bosch Stiftung; PSD-Bank Braunschweig; die Städte Braunschweig, Garbsen, Göttingen, Hannover, Laatzen, Wolfsburg, Stadt und Landkreis Celle, Region Hannover
Bremen: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Land Bremen; Deutsches Rotes Kreuz/ Kreisverband Bremen
Sachsen: Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz

Projektleitung

Niedersachsen: Anna Maier-Pfeiffer, Juristin; Susanne Hartmann, Dipl. Soz. Päd., syst. Beraterin
Bremen: Kristin Adamaszek, Hebamme, Dipl. Psych., Familientherapeutin, MPH;
Roswitha Schneider, Dipl. Soz. Päd.
Sachsen: Margot Refle, Dipl.-Päd. Univ.; Garnet Helm, Dipl.-Päd. Univ.

Träger

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

Standorte

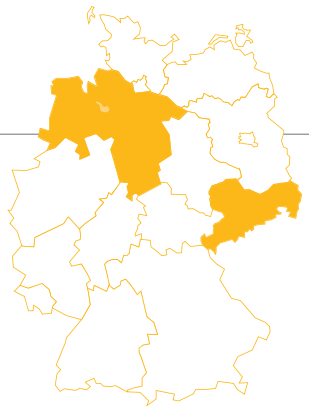
Niedersachsen: Braunschweig, Celle (Stadt und Landkreis), Garbsen, Göttingen, Hannover, Laatzen, Wolfsburg
Bremen: Bremen, Bremerhaven
Sachsen: Dresden, Leipzig, Landkreis Leipzig, Vogtlandkreis

Kooperationspartner/-innen

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

Zielgruppe

Schwangere Frauen in belasteten sozialen Lebenslagen und ihre Familien



WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITUNG

Prof. Dr. Tanja Jungmann

PRO KIND

Die dreiteilige Begleitforschung zum Modellprojekt »Pro Kind« besteht aus der Implementationsforschung (formative Evaluation), der biopsychosozialen Evaluation (summative Evaluation) und der Kosten-Nutzen-Analyse. Die Implementationsforschung soll feststellen, ob das Programm wie intendiert umgesetzt wurde. Ziel der biopsychosozialen Evaluation ist die Beantwortung der Frage, ob und in welchem Ausmaß das Projekt bei den Kindern und ihren Eltern die gewünschten Ergebnisse und Erfolge erzielt. In diesem Rahmen wird auch die Effektivität des Moduls »Zahnärztliche Gesundheitsfrühförderung« evaluiert. Die Kosten-Nutzen-Analyse ermittelt die soziale und fiskalische Rendite des Modellprojektes.

Finanzierung

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

Projektleitung

Leitung der Implementations- und der Evaluationsforschung: Prof. Dr. Tanja Jungmann
Leitung des Moduls »Zahnärztliche Gesundheitsfrühförderung: Prof. Dr. Hüsamettin Günay
Leitung der Kosten-Nutzen-Analyse: PD Dr. Peter Lutz
Koordination der Begleitforschung in Sachsen: Prof. Dr. Kai von Klitzing

Träger

Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN)

Kooperationspartner/-innen

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

Forschungsfragestellung

Implementationsforschung: In welchem Ausmaß lassen sich die Kernkomponenten des NFP-Programms im Rahmen von »Pro Kind« umsetzen?
Evaluationsforschung: Ob und in welchem Ausmaß erzielt das Projekt bei den Kindern und ihren Eltern die gewünschten Ergebnisse und Erfolge?
Kosten-Nutzen-Analyse: Wie effizient ist das Programm unter Berücksichtigung fiskalischer Aspekte?

Stichprobe

Insgesamt wurden in den drei Bundesländern bis Ende 2009 N = 755 Frauen in das Modellprojekt aufgenommen. Davon wurden n = 393 der Treatmentgruppe und n = 362 der Kontrollgruppe zugewiesen.

Forschungsdesign

Längsschnittliche, multizentrische Kontrollgruppenstudie mit zufälliger, aber stratifizierter Zuweisung zu einer Treatment- und einer Kontrollgruppe (Strata: Implementationsort, Alter (< 18 Jahre bzw. ≥ 18 Jahre, Staatsangehörigkeit (deutsch bzw. nicht-deutsch)). Die Zuweisung zu den Untersuchungsgruppen erfolgte durch den Computer mittels einer eigens hierfür programmierten Prozedur.

PUBLIKATION DES NZFH

Der Beitrag der Erziehungsberatung zu den Frühen Hilfen
Eckpunktepapier
Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke). Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2014
Bestellnummer: 16000155

Datenreport Frühe Hilfen
Ausgabe 2013
Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2013
Bestellnummer: 16000301

Interdisziplinäre Frühförderung und Frühe Hilfen – Wege zu einer intensiveren Kooperation und Vernetzung
Eckpunktepapier
Hans Weiß. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2013.
Bestellnummer: 16000125

Zieldefinitionen für das berufliche Handeln von Familienhebammen
Materialien zu Frühen Hilfen 5
Elke Mattern, Gertrud M. Ayerle, Johann Behrens. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2012
Bestellnummer: 16000129

Weiterbildungen im Bereich der Frühen Hilfen für Hebammen und vergleichbare Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich
Materialien zu Frühen Hilfen 6
Gertrud M. Ayerle, Kristin Czinzoll, Johann Behrens. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2012
Bestellnummer: 16000128
Zunächst nur online abrufbar unter www.fruehehilfen.de

Interventions- und Präventionsmaßnahmen im Bereich Früher Hilfen
Materialien zu Frühen Hilfen 1
Anke Lengning, Peter Zimmermann. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2012
Bestellnummer: 16000102

Frühe Hilfen bei Häuslicher Gewalt.
Tagungsdokumentation
Materialien zu Frühen Hilfen 3
Hrsg.: Reinhild Schäfer, Susanne Nothhafft, Regine Derr, Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Informationszentrum Kindesmisshandlung (IzKK), Köln 2012
Bestellnummer: 16000118

Frühstart. Familienhebammen im Netzwerk Frühe Hilfen
Kompakt
Gertrud M. Ayerle. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2012
Bestellnummer: 16000131

Wirkungsevaluation »Keiner fällt durchs Netz«. Ein Modellprojekt des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen
Kompakt
Ilona Renner. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2012
Bestellnummer: 16000132

Kosten und Nutzen Früher Hilfen
Materialien zu Frühen Hilfen 4
Uta Meier-Gräwe, Inga Wagenknecht. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2011
Bestellnummer: 16000122

Werkbuch Vernetzung. Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz
Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben
Ute Ziegenhain, Angelika Schöllhorn, Anne K. Künster, Alexandra Hofer, Cornelia König, Jörg M. Fegert. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 4. Aufl. 2011
Bestellnummer: 16000110

Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen. Modellprojekte begleitet vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen
Hrsg.: Ilona Renner, Alexandra Sann, Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2010
Bestellnummer: 16000116

Alle Publikationen des NZFH und weitere Informationen finden Sie unter www.fruehehilfen.de. Dort können Sie die Publikationen kostenlos herunterladen oder unter der Angabe der Bestellnummer anfordern.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)
in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Direktorin: Prof. Dr. Elisabeth Pott
Ostmerheimer Straße 220
51109 Köln
www.bzga.de
www.fruehehilfen.de

Autorinnen:
Ilona Renner, Viola Heimeshoff

Gestaltung:
Lübbeke | Naumann | Thoben, Köln

Redaktion:
Ilona Renner

Fotos:
Umschlag: © Fotolia / Bella; S. 9: Fotolia / Bella
S. 21: © Gettyimages / Image Source

Druck:
Rasch Druckerei und Verlag
Lindenstraße 47
49565 Bramsche

Auflage:
2.5.08.14

Alle Rechte vorbehalten.

Diese Publikation wird von der BZgA kostenlos abgegeben.
Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin oder
den Empfänger an Dritte bestimmt.

Bestellung:
BZgA
51101 Köln
Fax: 0221 8992 257
E-Mail: order@bzga.de

Bestellnummer: 16000117

Bibliographische Information der Deutschen Bibliothek:
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische
Daten sind im Internet unter http://dnb.ddb.de abrufbar.

ISBN 978-3-937707-89-1

Gefördert vom

Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Nationales Zentrum
Frühe Hilfen

Träger:

BZgA
Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

DJI
Deutsches
Jugendinstitut