

Aktuell 9

Kinderschutz im Land Brandenburg


Fachstelle Kinderschutz
im Land Brandenburg - Start gGmbH

Frühe Hilfen
und Kinderschutz



Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg (HG.)

Aktuell 9

Kinderschutz im Land Brandenburg

1. Auflage, März 2014

1. Auflage 2014 (1500 Exemplare)

Idee und Realisierung:

Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg – Start gGmbH

Redaktionelle Bearbeitung:

Hans Leitner, Jenny Troalic und Ina Rieck, Start gGmbH

Covergestaltung und Illustration:

Andrea Riebe und Raik Lüttke, projektbarfuss

Druck:

Medienwerkstatt Stiftung Evangelische Jugendhilfe St. Johannis Bernburg

Unterstützen Sie die Arbeit der Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg mit Ihrer Spende:

Sonderkonto Start gGmbH – Kinderschutzfonds

Kto. 3 740 037 465

BLZ 160 500 00

Mittelbrandenburgische Sparkasse

Erstellung und Druck dieser Broschüre wurden durch das Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg im Rahmen der Arbeit der Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg realisiert und gefördert sowie über Gelder aus dem Geldauflagen-Marketing des Kinderschutzfonds/Start gGmbH finanziert.

Hans Leitner, Jenny Troalic und Jeanett Schmieder (Hg.)

Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg
Landeskoordination Frühe Hilfen

Kinderschutz und Frühe Hilfen



Inhalt

Vorwort	4
<i>Hans Leitner, Jenny Troalic und Jeanett Schmieder Fachstelle Kinderschutz Landeskoordination Frühe Hilfen/Start gGmbH</i>	
Gesamtkonzept und Fördergrundsätze des Landes Brandenburg zur Umsetzung der Verwaltungsvereinbarung „Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen“	7
<i>Dr. Georg Landenberger Ministerium für Bildung, Jugend und Sport</i>	
Begriffsbestimmung Früher Hilfen	27
<i>Jenny Troalic und Hans Leitner Fachstelle Kinderschutz/Landeskoordination Frühe Hilfen//Start gGmbH</i>	
Beispieldefinition Frühe Hilfen des Landkreises Ostprignitz-Ruppin	31
<i>Jenny Troalic Fachstelle Kinderschutz Landeskoordination Frühe Hilfen/Start gGmbH Anlage 1: Definition Frühe Hilfen des Landkreises Ostprignitz-Ruppin</i>	
Rechtliche Rahmenbedingungen Früher Hilfen	35
<i>Jenny Troalic und Hans Leitner, Fachstelle Kinderschutz Landeskoordination Frühe Hilfen/Start gGmbH</i>	
Rechtliche Rahmenbedingungen Früher Hilfen im Land Brandenburg	37
<i>Jenny Troalic und Hans Leitner Fachstelle Kinderschutz Landeskoordination Frühe Hilfen/Start gGmbH</i>	
Frühe Hilfen: Schnittstellen und Abgrenzungen. Kinderschutz zwischen Frühen Hilfen und Gefährdungsabwehr.	39
<i>Jenny Troalic und Hans Leitner Fachstelle Kinderschutz Landeskoordination Frühe Hilfen/Start gGmbH</i>	
Der präventive Auftrag in den Frühen Hilfen aus der Sicht bindungstheoretischer Erkenntnisse	49
<i>Jeanette Schmieder und Hans Leitner, Landeskoordination Frühe Hilfen Brandenburg/Start gGmbH</i>	
Über die Grundbedürfnisse von Kindern	58
Diskussion zur Sicherung einer gesunden körperlichen und psychosozialen Entwicklung	
<i>Dr. Detlef Häuser, Leiter der Erziehungs- und Familienberatungsstelle des Landkreises Märkisch-Oderland</i>	
Nur gemeinsam „Stark von Anfang an“. Frühe Hilfen und Bindungen	82
<i>Bärbel Derksen und Julia Klein, Kompetenzzentrum Frühe Hilfen/Familienzentrum Potsdam</i>	

Die Chancen Früher Hilfen für Kinder in psychisch belasteten Familien <i>Jeanette Schmieder und Hans Leitner, Landeskoordination Frühe Hilfen Brandenburg/Start gGmbH</i>	87
Vernetzung und Kooperation in den Frühen Hilfen <i>Jenny Troalic, Landeskoordination Frühe Hilfen Brandenburg/Start gGmbH</i>	94
aus der Praxis: die Lenkungsgruppe Frühe Hilfen des Landkreises Ostprignitz-Ruppin <i>Jenny Troalic, Landeskoordination Frühe Hilfen Brandenburg/Start gGmbH</i> Anlage 1: Geschäftsordnung der Lenkungsgruppe Frühe Hilfen des Landkreises Ostprignitz-Ruppin	107
Die Brandenburger Netzwerke Gesunde Kinder als Teil der regionalen Netzwerke Frühe Hilfen <i>Daniela Graß, Niederlausitzer Netzwerk Gesunde Kinder Netzwerkkoordinatorin in Zusammenarbeit mit Hans Leitner, Fachstelle Kinderschutz/Landeskoordination Frühe Hilfen Brandenburg/Start gGmbH</i>	114
Die Rolle von Familienhebammen im Netzwerk Frühe Hilfen <i>Bärbel Derksen und Julia Klein, Kompetenzzentrum Frühe Hilfen/Familienzentrum Potsdam</i>	117
Hinweise zur Vergütung der Familienhebammen im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen und Familienhebammen <i>Hans Leitner, Fachstelle Kinderschutz/Landeskoordination Frühe Hilfen Brandenburg/Start gGmbH</i> Anlage 1: Berechnung der Jahresarbeitszeit für Familienhebammen Anlage 2: Berechnung der Fachleistungsstunde für Familienhebammen	122
Entwicklung des Gesamtkonzeptes Familienhebamme der Oberhavel Kliniken GmbH im Auftrag des Landkreises <i>Jenny Troalic, Landeskoordination Frühe Hilfen Brandenburg/Start gGmbH</i> Anlage 1: Tischvorlage: Rahmenkonzept des Jugendamtes zur Erstellung des Gesamtkonzeptes Familienhebamme der Oberhavel Kliniken GmbH im Auftrag des Landkreises (Kreisverwaltung) Anlage 2: Gesamtkonzept Familienhebamme der Oberhavel Kliniken GmbH im Auftrag des Landkreises	129

Vorwort

Hans Leitner, Jenny Troalic und Jeanett Schmieder

Fachstelle Kinderschutz Landeskoordination Frühe Hilfen/Start gGmbH

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unterstützt gemäß Bundeskinderschutzgesetz¹ den Aus- und Aufbau der Netzwerke Frühe Hilfen und den Einsatz von Familienhebammen auch unter Einbeziehung ehrenamtlicher Strukturen durch eine zeitlich auf vier Jahre befristete Bundesinitiative, die mit Mitteln des Bundes ausgestattet wird. Nach Ablauf dieser Befristung wird der Bund einen Fonds zur Sicherstellung der Netzwerke Frühe Hilfen und der psychosozialen Unterstützung von Familien einrichten.

„Wir wollen“ ..., so heißt es dazu im aktuellen Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, ... „den auf der Grundlage des Bundeskinderschutzgesetzes umfassend verbesserten Kinderschutz kontinuierlich weiterentwickeln. Hierzu werden wir die im Rahmen der Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes und der bestehenden Bundesinitiative Frühe Hilfen gewonnenen Erkenntnisse in sämtlichen Bereichen des Kinderschutzes umsetzen. Wir werden auch die Errichtung, Ausgestaltung und weitere Umsetzung des bereits gesetzlich geregelten Fonds zur dauerhaften Sicherstellung der Netzwerke Frühe Hilfen und der psychosozialen Unterstützung von Familien an diesen Erkenntnissen ausrichten. Wir werden auch die Voraussetzungen weiter verbessern, damit Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen enger kooperieren.“

In Verwaltungsvereinbarung zwischen Bund und Ländern heißt es zur Umsetzung der Bundesinitiative Frühe Hilfen und Familienhebammen: „Die Bundesinitiative soll die bereits bestehenden Aktivitäten von Ländern und Kommunen

¹ BKiSchG Artikel 1 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz § 3 Abs. 4

zur Etablierung verbindlicher Netzwerke mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen und zur Einbindung von Familienhebammen und vergleichbaren Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich in diese Netzwerke ergänzen, das heißt mit zusätzlichen Maßnahmen deren Ausbau und die Weiterentwicklung befördern oder in den Bereichen, wo es noch keine entsprechenden Strukturen und Angebote gibt, den Auf- und Ausbau modellhaft anregen. Dazu greift sie auch auf die Erfahrungen im Aktionsprogramm des Bundes „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ von 2006 bis 2010 und die in diesem Zusammenhang in den Ländern erprobten Konzepte zurück. Die Maßnahmen der Bundesinitiative sollen regionale Gegebenheiten berücksichtigen, um nicht bereits vorhandene Strukturen zu ersetzen oder Parallelstrukturen aufzubauen.“²

Gemäß § 3 KKG werden in Verbindung mit Artikel 2 der Verwaltungsvereinbarung drei Förderschwerpunkte im Land Brandenburg festgelegt:

- a) Flächendeckender Aus- und Aufbau sowie Weiterentwicklung interdisziplinärer und verbindlicher Netzwerkstrukturen im Kinderschutz mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen,
- b) Einsatz von Familienhebammen bzw. ihnen vergleichbaren Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich innerhalb von Netzwerkstrukturen im Kontext Früher Hilfen,
- c) Einbeziehung von Ehrenamtsstrukturen in Netzwerkstrukturen im Kontext Früher Hilfen.

Ziel der Landesentwicklung ist es, das gesellschaftliche Bewusstsein für den Kinderschutz als Querschnittsaufgabe und die Konzepte der Kinderschutzarbeit in Prävention und Intervention zu stärken, damit Kinder im Land Brandenburg gesund und sicher aufwachsen.

² Präambel der Verwaltungsvereinbarung, S. 3

Die vorliegende Broschüre stellt ausgewählte Ergebnisse der Umsetzung im Land Brandenburg dar. Ausgehend von der Frage der Begriffsdefinition und der Debatte um die "Abgrenzung" zwischen Frühen Hilfen und Kinderschutz werden Artikel zu den rechtlichen Rahmenbedingungen präsentiert.

Mit Blick auf die Zielgruppe Früher Hilfen werden auch inhaltlich-konzeptionelle Themen, wie die der Bindung, kindlicher Grundbedürfnisse oder des Umgangs mit psychisch belasteten Familien, aus der Arbeit vor Ort dargestellt.

Ein zentrales Thema Früher Hilfen und damit auch der Anstrengungen bei der Umsetzung im Land Brandenburg ist die Konzipierung und Steuerung der regionalen Netzwerkarbeit. Hierzu sind beispielhaft eine Reihe von Praxisbeispielen zusammengestellt, die auch Bezug bestimmte Brandenburger Gegebenheiten nehmen. Diesbezüglich geht es z. B. um die Bedeutung der Netzwerke Gesunde Kinder oder die Rolle der Familienhebammen im System der Frühen Hilfen im Land Brandenburg.

Gesamtkonzept und Fördergrundsätze des Landes Brandenburg zur Umsetzung der Verwaltungsvereinbarung „Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen“

Dr. Georg Landenberger, Ministerium für Bildung, Jugend und Sport

1. Einführung

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unterstützt gemäß § 3 Abs. 4 KKG den Aus- und Aufbau der Netzwerke Frühe Hilfen und den Einsatz von Familienhebammen auch unter Einbeziehung ehrenamtlicher Strukturen durch eine zeitlich auf vier Jahre befristete Bundesinitiative, die im Jahr 2012 mit 30 Millionen Euro, im Jahr 2013 mit 45 Millionen Euro und in den Jahren 2014 und 2015 mit 51 Millionen Euro ausgestattet wird. Nach Ablauf dieser Befristung wird der Bund einen Fonds zur Sicherstellung der Netzwerke Frühe Hilfen und der psychosozialen Unterstützung von Familien einrichten, für den er jährlich 51 Millionen Euro zur Verfügung stellen wird.

Bund und Länder haben dazu eine Verwaltungsvereinbarung geschlossen, die das Ziel der Bundesinitiative, die Förderbereiche sowie die Verteilung der Bundesmittel und die Aufgaben der Koordination, der Qualifizierung und Evaluation beschreibt: Förderbereiche sind Netzwerke mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen, der Einsatz von Familienhebammen und die Einbeziehung ehrenamtlichen Engagements im Kontext der Frühen Hilfen. Die Länder erarbeiten gemäß Artikel 10 der Verwaltungsvereinbarung ein Gesamtkonzept und für die Förderbereiche, in denen die Bundesmittel durch die Länder an die Kreise und kreisfreien Städte weitergeleitet werden, im Einvernehmen mit dem Bund Fördergrundsätze (Artikel 4 der Verwaltungsvereinbarung).

Die Verteilung der Bundesmittel auf die Länder erfolgt nach Vorwegabzug der Kosten für die Koordinierungsaufgaben des Bundes und der Länder jeweils zu 1/3 nach dem Königsteiner Schlüssel, der unter 3-Jährigen im SGB II Leistungsbezug und der Anzahl der unter 3-Jährigen insgesamt.

Danach entfallen auf das Land Brandenburg im Jahr 2012 839.619 Euro, im Jahr 2013 ca. 1,23 Mio. Euro und in den Jahren 2014 - 2015 jeweils ca. 1,42 Mio. Euro (siehe Anlage zur Verwaltungsvereinbarung: Tabelle 1).

Für die Koordinierungsaufgaben auf Bundesebene sind im Jahr 2012 1,1 Mio. Euro und in den Folgejahren jeweils 4 Mio. Euro für das Nationale Zentrum Frühe Hilfen vorgesehen. Für die Koordinierungsaufgaben auf Länderebene sind Sockelbeträge nach der Einwohnerzahl des jeweiligen Landes vereinbart, danach entfallen auf das Land Brandenburg als kleines Land unter 3 Mio. Einwohner jährlich ab 2012 gleichbleibend 120.000 Euro (siehe Anlage zur Verwaltungsvereinbarung: Tabelle 2).

Gemäß Art. 5 Abs. 2 erhalten die Länder auch Mittel zur Durchführung von Qualifizierungsmaßnahmen (auf überörtlicher Ebene) für Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren, Familienhebammen und vergleichbare Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich sowie für Koordinatorinnen und Koordinatoren von Ehrenamtlichen. Dafür sollen jährlich 30.000 Euro im Land Brandenburg bereitgestellt werden.

Förderfähig nach der Verwaltungsvereinbarung sind gemäß Artikel 2 Absatz 1 ausschließlich Maßnahmen, die nicht schon am 01.01.2012 bestanden haben. Insoweit bedingt der modell-hafte Ansatz der Bundesinitiative, dass die Refinanzierung von entsprechenden Projekten auf der Landes- und kommunalen Ebene durch Bundesmittel ausgeschlossen ist.

Auf das Land Brandenburg entfallende Bundesmittel 2012: 839.619,00 €.

Davon: 30.000,00 € für Qualifizierungsmaßnahmen gemäß Art. 5 Abs. 2, die auf überörtlicher Ebene durchgeführt werden (v. a. für Hebammen).

Bundemittel für Landeskoordination: jährlich 120.000,00 €.

Für die Jahre 2013: ca. 1.230.064 €, 2014 – 2015 jeweils ca. 1.423.674 €.

Das vorliegende Gesamtkonzept und die Fördergrundsätze sollen auf der Basis der weiteren Erfahrungen bei der Umsetzung und insbesondere unter Berücksichtigung der kommunalen Konzepte im Jahr 2013 überprüft und ggf. überarbeitet werden.

2. Grundlagen der Kinderschutzarbeit / Ausgangslage im Land Brandenburg

a) Instrumente und Vorschriften zum Kinderschutz

Im Land Brandenburg wird seit 2004 in Folge tragischer Fälle von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung (Tod des Kindes Dennis in Cottbus, lebensgefährdende Verletzungen mit bleibender Schwerstbehinderung des Kindes Pascal in Strausberg, Tod von 2- und 3-jährigen Geschwisterkindern durch Verdursten nach massiver Vernachlässigung in Frankfurt/Oder) eine intensive Diskussion über die Verbesserung des Kinderschutzes geführt. Das Programm zur Qualifizierung der Kinderschutzarbeit im Land Brandenburg vom März 2006 (LT Drs. 4/2733, siehe Anlage), die Einrichtung der Fachstelle Kinderschutz mit dem Praxisbegleitsystem und die Empfehlungen zum Umgang und zur Zusammenarbeit bei Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung vom August 2006, die von der Landesregierung gemeinsam mit den Kommunalen Spitzenverbänden erarbeitet wurden, sind die wesentlichen Grundlagen. Gesetzliche Änderungen im AG KJHG, im Kindertagesstättengesetz und im Brandenburgischen Schulgesetz sind erfolgt, in allen Kreisen und kreisfreien Städten des Landes Brandenburg sind regionale Konzepte und Arbeitsgemeinschaften zum Kinderschutz entstanden. Die Fachkräfte der

Jugendhilfe und anderer Bereiche haben in zahlreichen Fachtagungen und Fortbildungsveranstaltungen ihre Kompetenzen im Kinderschutz verbessert.

Alle Landkreise und kreisfreien Städte im Land Brandenburg verfügen über Arbeitsgemeinschaften zum Kinderschutz oder andere Formen der Kooperation, die den o.g. Empfehlungen der Landesregierung entsprechend gebildet wurden. Zum Teil existieren Funktionsstellen bei den Jugendämtern, die diese Arbeitsgemeinschaften koordinieren (Kinderschutzkoordinator/inn/en). Aus den Arbeitsgemeinschaften heraus sind regionale Fachkonzepte zum Kinderschutz entstanden, die dem Ziel der interdisziplinären Kommunikation und Kooperation folgen, auch wenn es Defizite v.a. im Hinblick auf die Verbindlichkeit der Zusammenarbeit gibt. Die Fachstelle Kinderschutz hat diese Entwicklung über Jahre unterstützt und in Bestand, Zusammensetzung und Verantwortlichkeit dokumentiert (vgl. im Evaluationsbericht die Anlage 5: Kooperationen im Kinderschutz – Überblick zum Stand der Entwicklung regionaler Arbeitsgemeinschaften).

Schließlich sind Untersuchungen durchgeführt und Instrumente entwickelt worden, um Erkenntnisse über Fallverläufe zu gewinnen und Fehler oder Lücken im System der Hilfen aufzuklären. So hat die Untersuchung der Fachstelle Kinderschutz zu gravierenden Fällen von Kindesvernachlässigung und -misshandlung mit Todesfolge und schwerster Körperverletzung im Land Brandenburg (2008) gezeigt, dass es neben besserer Information und Kooperation der Akteurinnen und Akteure im Kinderschutz auch der Schärfung des Blicks auf die Lebensbedingungen von (kleinen) Kindern und auch Neugeborenen bedarf. Das Erkennen von Risikofamilien und die Entwicklung Früher Hilfen (und sozialer Frühwarnsysteme) war Ziel des gleichnamigen Aktionsprogramms des Bundes (2006 – 2010), an dem das Projekt „WiEge – Wie Elternschaft gelingt“ des Familienzentrums an der Fachhochschule Potsdam beteiligt war.

Einige Jugendämter erproben bereits den Einsatz von Familienhebammen. Auch das Familienzentrum an der FH Potsdam hat im Rahmen des WiEge-Projekts Erfahrungen gesammelt und bildet Familienhebammen im STEEP-Ansatz aus. In der Arbeit mit Risikofamilien ist dieser Ansatz eine sinnvolle Methode zur Stärkung der Bindungsfähigkeit und Erziehungskompetenz unsicherer und besonders junger Eltern. Das Familienzentrum ist zudem an der Entwicklung des Curriculums für die Qualifizierung von Familienhebammen auf Bundesebene beteiligt und verfügt über die Ergebnisse des Aktionsprogramms des Bundes, in dessen Rahmen auch Erfahrungen aus anderen Bundesländern vorliegen (Guter Start ins Kinderleben). Es hat sich vom sog. „Schreikinderprojekt“ über Jahre zu einem Kompetenzzentrum für Frühe Hilfen und insbesondere für die Bindungsarbeit in Risikofamilien entwickelt.

b) Instrumente und Vorschriften zur Kindergesundheit

Zugleich ist mit der Fachentwicklung im Bereich der Jugendhilfe das Thema „Kinderschutz und allgemeine Gesundheitsförderung der Kinder“ verstärkt diskutiert worden. Auch im Gesundheitsbereich sind erhebliche Verbesserungen zu verzeichnen, wie die Einführung eines verbindlichen Einladungs- und Rückmeldewesen zu den Früherkennungsuntersuchungen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, die Untersuchungen aller Kinder im Alter vom 30. – 40. Lebensmonat durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst und das im Rahmen des Pro-gramms für Familien- und Kinderfreundlichkeit seit dem Jahr 2005 konzeptionell entwickelte „Netzwerk Gesunde Kinder“.

Mit dem „Netzwerk Gesunde Kinder“ wurden im Land Brandenburg bereits ehrenamtliche Strukturen für Leistungen der Primärprävention und unterstützende Angebote für Schwangere und junge Familien bis zum dritten Lebensjahr des Kindes im Rahmen regionaler Netzwerke und sozialraumbezogener Angebote aufgebaut. Das Angebot zeichnet sich durch professionell tätige Koordinatoren/-innen und für die aufsuchende Tätigkeit qualifizierte ehren-

amtliche Patinnen und Paten aus, die nach einheitlichen Qualitätsstandards sowie Aus- und Fortbildungscurricula arbeiten, um die seelische, körperliche und geistige Entwicklung von Kindern zu fördern, die Familien über die örtlichen Angebote zu informieren und die Erziehungskompetenz der Eltern gerade aufgrund der niedrigschwelligen Ansprache durch ehrenamtlich Tätige zu stärken. Die Teilnahme der Familien am Netzwerk ist freiwillig und ihre Reichweite regional sehr unterschiedlich. Zurzeit ist das Netzwerk an Standorten in 15 Landkreisen bzw. kreisfreien Städten aktiv. Die Landesregierung strebt an, das „Netzwerk Gesunde Kinder“ flächendeckend im gesamten Land auszubauen. Dazu finden zurzeit Gespräche mit den Landkreisen und kreisfreien Städten statt, in denen es ein solches Angebot noch nicht gibt.

Die Bedeutung der Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Gesundheitswesen für den Kinderschutz zeigte sich auch in dem 2009 verabschiedeten gemeinsamen Beschluss der Jugend- und Familienministerkonferenz und der Gesundheitsministerkonferenz, in dem die Entwicklungsnotwendigkeiten auf der Ebene der Bundesgesetze konkretisiert wurden. Einige Elemente dieser Diskussion, wie etwa der Einsatz von Familienhebammen und die Stärkung präventiver Ansätze, sind in das Bundeskinderschutzgesetz und in die Bundesinitiative eingeflossen, auch wenn keine entsprechende Verankerung dieser Hilfen im Gesundheitsbereich durch eine Änderung des SGB V erreicht wurde.

c) Evaluation der Kinderschutzarbeit im Land Brandenburg

Ziel der Landesentwicklung war es, die jeweils eigene Fachlichkeit der verschiedenen Akteurinnen und Akteure im Kinderschutz zu stärken und zugleich die interdisziplinäre Zusammenarbeit weiter zu entwickeln. Im Bericht der Landesregierung zur Evaluation bestehender Instrumente und Vorschriften zur Kindergesundheit und zum Kinderschutz (LT Drs. 5/3347, siehe Anlage), im September 2011 veröffentlicht unter dem Titel „Gesund und sicher auf-

wachsen im Land Brandenburg“, wird der Stand der Entwicklung im Kinderschutz umfassend dokumentiert. Im Hinblick auf das – damals noch als Entwurf vorliegende – Bundeskinderschutzgesetz wird in dem Bericht der Landesregierung erwartet, dass insbesondere zwei Schwerpunkte die Landesentwicklung sinnvoll ergänzen: die Entwicklung und Verstetigung Früher Hilfen und verlässlicher Unterstützungsnetzwerke für Familien sowie die strukturelle Zusammenarbeit der verschiedenen Akteurinnen und Akteure im Kinderschutz auf der örtlichen Ebene (Kooperation und Information im Kinderschutz). Beide, der (primär-)präventive und der strukturelle Aspekt, kommen den Entwicklungszielen auf Landes- und kommunaler Ebene entgegen. Vielfach wurde die Zusammenarbeit mit anderen Akteurinnen und Akteuren im Kinderschutz forciert, um die Intervention im Ernstfall zu stärken. Nun gilt es, die Prävention und das rechtzeitige Erkennen von Gefährdungen zu verbessern. Das Konzept der Frühen Hilfen ergänzt außerdem den Unterstützungsbedarf im Bereich von Eltern ab der Schwangerschaft und von Familien mit Neugeborenen und Kleinkindern.

3. Umsetzung der Bundesinitiative / landesspezifische Förderschwerpunkte

„Die Bundesinitiative soll die bereits bestehenden Aktivitäten von Ländern und Kommunen zur Etablierung verbindlicher Netzwerke mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen und zur Einbindung von Familienhebammen und vergleichbaren Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich in diese Netzwerke ergänzen, das heißt mit zusätzlichen Maßnahmen deren Ausbau und die Weiterentwicklung befördern oder in den Bereichen, wo es noch keine entsprechenden Strukturen und Angebote gibt, den Auf- und Ausbau modellhaft anregen. Dazu greift sie auch auf die Erfahrungen im Aktionsprogramm des Bundes „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ von 2006 bis 2010 und die in diesem Zusammenhang in den Ländern erprobten Konzepte zurück. Die Maßnahmen der Bundesinitiative sollen regionale Gegebenheiten

berücksichtigen, um nicht bereits vorhandene Strukturen zu ersetzen oder Parallelstrukturen aufzubauen.“ (zit. Präambel der Verwaltungsvereinbarung, S. 3)

Gemäß § 3 KKG werden in Verbindung mit Artikel 2 der Verwaltungsvereinbarung drei Förderschwerpunkte im Land Brandenburg festgelegt:

- a) Flächendeckender Aus- und Aufbau sowie Weiterentwicklung interdisziplinärer und verbindlicher Netzwerkstrukturen im Kinderschutz mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen,
- b) Einsatz von Familienhebammen bzw. ihnen vergleichbaren Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich innerhalb von Netzwerkstrukturen im Kontext Früher Hilfen,
- c) Einbeziehung von Ehrenamtsstrukturen in Netzwerkstrukturen im Kontext Früher Hilfen.

Ziel der Landesentwicklung ist es, das gesellschaftliche Bewusstsein für den Kinderschutz als Querschnittsaufgabe und die Konzepte der Kinderschutzarbeit in Prävention und Intervention zu stärken, damit Kinder im Land Brandenburg gesund und sicher aufwachsen. In allen Regionen sollen Arbeitsgemeinschaften oder Netzwerke zum Kinderschutz und zu den Frühen Hilfen wirksam arbeiten, indem sie insbesondere die präventiven Ansätze auf- und ausbauen und die Kompetenzen des Gesundheitsbereichs einbeziehen. Die präventive Arbeit wird gestärkt durch niedrigschwellige Zugänge zu Familien: das sind professionelle Angebote von Familienhebammen und anderen Gesundheitsberufen ebenso wie ehrenamtliche Strukturen, wie sie beispielhaft im Netzwerk Gesunde Kinder entwickelt wurden. Alle neuen Ansätze und Instrumente sind mit den bestehenden Angeboten verzahnt und in die regionalen Fachkonzepte integriert. Im Netzwerk Kinderschutz laufen alle Fäden zusammen.

Zu den o.g. Förderschwerpunkten:

a) Netzwerke mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen (Netzwerke Kinderschutz)

Die regionalen Arbeitsgemeinschaften zum Kinderschutz sollen um die im § 3 Absatz 2 KKG genannten Einrichtungen und Dienste erweitert werden, sofern sie bisher nicht beteiligt waren. Sie sollen die Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz (§ 3 KKG) gewährleisten. Für Frühe Hilfen soll eine Zuständigkeit in der Form gebildet werden, dass ein spezifischer Arbeitsschwerpunkt oder ein Fachkonzept mit den entsprechenden Partnerinnen und Partnern, die präventiv zusammen wirken, entsteht (z.B. Schwangerschafts- und Konfliktberatungsstellen, Geburtskliniken, Hebammen, Krankenhäuser, Frauenärztinnen und -ärzte, Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sowie Einrichtungen der Frühförderung). Hier sind auch relevante Ehrenamtsstrukturen wie z.B. die regionalen Netzwerke Gesunde Kinder einzubeziehen.

Der Schwerpunkt Prävention und die Zielgruppe der Frühen Hilfen (Schwangere und Eltern von Neugeborenen und Kleinkindern) soll den Schwerpunkt Intervention bei Kindeswohlgefährdung nicht ersetzen, sondern sinnvoll erweitern und ergänzen. Dies kann auch die Verzahnung von aufsuchenden oder begleitenden Ehrenamtsstrukturen mit bisherigen Modellen von Besuchs- oder Begrüßungsdiensten umfassen, sowie weitere oder neue qualifizierte Angebote zur Stärkung von Erziehungskompetenz (Eltern-Kind-Gruppen, Haus der Familie, Elternratgeber – im Sinne einer „Experimentierklausel“).

Die Aufgaben der Information, der Klärung von Zuständigkeiten, der Angebotsentwicklung und der Abstimmung von Verfahren im Kinderschutz entsprechen den bisherigen Themen der regionalen Arbeitsgemeinschaften bei den Jugendämtern. Insoweit muss landesrechtlich keine andere Zuständigkeit geschaffen werden. Unabhängig davon besteht auch in der Wahrnehmung dieser Aufgaben fachlicher Entwicklungsbedarf.

b) Einsatz von Familienhebammen

Der Einsatz von Familienhebammen soll insbesondere in Familien erfolgen, die erhöhte Belastungen tragen und Risiken der Kindeswohlgefährdung aufweisen. Die Fragen der Indikation und Hilfeplanung, des Zugangs zur Familie und der Annahme der Hilfe brauchen eine professionelle Einschätzung, die die Aufgaben der Gesundheits- und Jugendhilfe, die Balance zwischen Hilfe und Kontrolle und das Spektrum der Hilfeformen beherrscht. Übergänge zur Sozialpädagogischen Familienhilfe und anderen Hilfen nach SGB VIII bis hin zur Intervention bei Kindeswohlgefährdung sind zu gestalten, ohne Abbrüche zu riskieren. Die Steuerung dieser Prozesse soll das Jugendamt als Fachbehörde – auch im Sinne der Einheit von Fach- und Ressourcenverantwortung – im Rahmen der (interdisziplinären) Hilfeplanung (§ 36 SGB VIII) übernehmen.

Zur Vermeidung von Parallelstrukturen im Bereich der Primärprävention und im Sinne einer kontinuierlichen Beratung und Betreuung der Schwangeren und Familien sind die konzeptionellen Vorstellungen für die Einbeziehung der ehrenamtlichen Strukturen und die Voraussetzungen für den Einsatz von Familienhebammen im Rahmen der sekundären oder tertiären Prävention innerhalb der Netzwerke frühe Hilfen abzustimmen.

c) Ehrenamtliche Strukturen

Um die präventiven Möglichkeiten zum Schutz neugeborener und kleiner Kinder in vollem Umfang zu nutzen, ist neben den professionellen Handlungsansätzen der zuständigen öffentlichen Institutionen und freien Träger in den regionalen Netzwerken Kinderschutz/Frühe Hilfen auch das von fachlicher Koordination begleitete, ehrenamtliche Engagement von Bürgerinnen und Bürgern ein wichtiges Element, das dazu beiträgt, junge Eltern in der Entwicklung ihrer Beziehungs- und Erziehungskompetenzen zu unterstützen.

Ehrenamtliche Tätigkeit im Kontext Früher Hilfen findet im Land Brandenburg vor allem in den regionalen Netzwerken Gesunde Kinder statt. Kernstück dieser Netzwerke sind der Aufbau und die Arbeitsweise nach einheitlichen „Mindeststands“ sowie der Einsatz geschulter und professionell angeleiteter Patinnen und Paten, die junge Familien in deren Lebensalltag bereits während der Schwangerschaft und in den ersten drei Lebensjahres eines Kindes begleiten. Die ehrenamtlichen Patinnen und Paten werden vor Aufnahme ihrer Tätigkeit nach einem standardisierten Curriculum von ausgewiesenen Fachkräften geschult und während ihres Einsatzes fachlich von hauptberuflichen Netzwerkkoordinator/-innen begleitet und beraten. In diese Strukturen eingebundene Patinnen und Paten erhalten für ihre Tätigkeit eine finanzielle Aufwandsentschädigung.

Die regionalen Netzwerke Gesunde Kinder stellen kein in sich geschlossenes System dar, sondern beziehen sich auf die regional vorhandenen professionellen Strukturen und Netzwerke. Neben ihren Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern sind sie in das Netzwerk mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen einbezogen. Auch andere ehrenamtliche Strukturen im Kontext Früher Hilfen können in das Netzwerk einbezogen werden, sofern sie die Mindeststandards gemäß den Fördergrundsätzen erfüllen.

4. Überregionale Koordinierung und Qualifizierung

Die Länder sind gemäß Artikel 5 der Verwaltungsvereinbarung zuständig für die Qualifizierung, Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung in den verschiedenen Förderbereichen der Bundesinitiative sowie für die Beratung der Kommunen. Sie sind weiterhin zuständig für den länderübergreifenden fachlichen Austausch und unterstützen die Koordinierungsstelle des Bundes (Nationales Zentrum Frühe Hilfen) bei der Evaluation der Bundesinitiative.

Zu diesen Zwecken errichtet das Land bzw. führt durch:

- a) eine Koordinierungsstelle bei der Fachstelle Kinderschutz, Start gGmbH in Oranienburg

Die Landeskoordinierungsstelle unterstützt die Organisation multiprofessioneller regionaler Netzwerke im Kinderschutz unter besonderer Berücksichtigung des Aus- und Aufbaus der Frühen Hilfen, der Einbeziehung von Familienhebammen sowie von ehrenamtlichen Strukturen (wie z.B. im Netzwerk Gesunde Kinder). Sie berät diesbezüglich die Kommunen und führt Qualifizierungsmaßnahmen für die Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren durch. Gemäß Artikel 9 der Verwaltungsvereinbarung unterstützt sie das Nationale Zentrum Frühe Hilfen bei der Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative. Sie wirkt außerdem mit bei der Weiterentwicklung des Landeskonzepts, indem Praxiserfahrungen und Evaluationsergebnisse in die Fachdiskussion eingebracht werden.

- b) ein Kompetenzzentrum für den Bereich der Frühen Hilfen beim Familienzentrum der Fachhochschule für Sozialwesen in Potsdam

Aufgaben des Kompetenzzentrums Frühe Hilfen sind insbesondere die Qualifizierung und Weiterbildung der unterschiedlichen Fachkräfte (Erzieher/-innen, Sozialpädagog/-innen, Psycholog/-innen, Ärzt/-innen) in den unterschiedlichen Handlungskonzepten und Angebotsformen Früher Hilfen, dies v. a. im Hinblick auf die bindungstheoretischen Modelle sowie auf Ansätze Früher Hilfen in Familien mit erheblichen psychosozialen und ökonomischen Belastungen.

- c) Qualifizierung von Hebammen

Zur Qualifizierung von Hebammen findet 2012/2013 ein Fort- bzw. Weiterbildungskurs für 18 - 20 Teilnehmerinnen statt. Curriculum und zeitlicher Umfang des Kurses orientieren sich an dem (zurzeit noch nicht verabschiedeten) vom Nationalen Zentrum für Frühe Hilfen empfohlenen Kompetenzprofil. Auch

Personen mit anderen Qualifikationen im Heilberuf und der Sozialpädagogik sollen Zugang zu dieser Qualifizierung erhalten.

Die Weiterbildung umfasst 200 Stunden sowie praxisbegleitende Supervision und Fallbesprechungen. Sie wird vom Familienzentrum der Fachhochschule Potsdam durchgeführt.

5. Förderung aus den Mitteln der Bundesinitiative gemäß § 3 Absatz 4 KKG in Verbindung mit Artikel 2 Absatz 3 - 6 der Verwaltungsvereinbarung

Mit den in Artikel 2 Absatz 3 - 5 der Verwaltungsvereinbarung bezeichneten Förderbereichen wird der in die Zuständigkeit der Landkreise und kreisfreien Städte als örtliche Träger der Jugendhilfe fallende Auf- und Ausbau sowie die Weiterentwicklung verbindlicher interdisziplinärer Kooperationsstrukturen im Kinderschutz (Netzwerke Kinderschutz/Frühe Hilfen), unter Einbeziehung von Familienhebammen und Ehrenamtsstrukturen, aus Mitteln der Bundesinitiative finanziell unterstützt. Nach Absatz 6 sind auch weitere zusätzliche Maßnahmen zur Förderung Früher Hilfen und erfolgreiche modellhafte Ansätze förderfähig, die nicht bereits am 01.01.2012 bestanden haben.

Die Verteilung der Fördermittel auf die Landkreise und kreisfreien Städte bemisst sich nach dem Mittelwert

- des Anteils der Kinder unter 3 Jahren an allen Kindern dieser Altersgruppe im Land und
- des Anteils der Kinder unter 3 Jahren, die in Haushalten Leistungsbezug SGB II leben, an allen Kindern im Land mit SGB II- Bezug.

Danach stehen für die Landkreise und kreisfreien Städte in Brandenburg für das Jahr 2012 folgende Fördermittel zur Verfügung:

Kinderschutz und Frühe Hilfen

Gebiet	Kinder unter 3 Jahren in Bedarfsgemeinschaften gemäß SGBII		Kinder unter 3 Jahren (gesamt)		Summe	
	Anzahl	in Prozent	Anzahl	in Prozent	Gesamt	in Prozent
					839.619,00 € abzüglich 30.000 € für überregionale Qualifizierung	
Land Brandenburg	14.625	100,00 %	57.985	100,00 %	809.619,00 €	100,00 %
Brandenburg an der Havel	641	4,38%	1.668	2,88%	29.389,17 €	3,63%
Cottbus	734	5,02%	2.328	4,01%	36.594,78 €	4,52%
Frankfurt (Oder)	495	3,38%	1.370	2,36%	23.236,07 €	2,87%
Potsdam	955	6,53%	5.046	8,70%	61.692,97 €	7,62%
Barnim	1.066	7,29%	4.245	7,32%	59.102,19 €	7,30%
Dahme-Spreewald	834	5,70%	3.826	6,60%	49.791,57 €	6,15%
Elbe-Elster	605	4,14%	2.226	3,84%	32.303,80 €	3,99%
Havelland	870	5,95%	3.686	6,36%	49.791,57 €	6,15%
Märkisch-Oderland	1.188	8,12%	4.371	7,54%	63.393,17 €	7,83%
Oberhavel	1.039	7,10%	4.964	8,56%	63.393,17 €	7,83%
Oberspreewald-Lausitz	813	5,56%	2.446	4,22%	39.590,37 €	4,89%
Oder-Spree	926	6,33%	4.076	7,03%	54.082,55 €	6,68%
Ostprignitz-Ruppin	736	5,03%	2.281	3,93%	36.270,93 €	4,48%
Potsdam-Mittelmark	627	4,29%	4.854	8,37%	51.248,88 €	6,33%
Prignitz	571	3,90%	1.555	2,68%	26.636,47 €	3,29%
Spree-Neiße	672	4,59%	2.428	4,19%	35.542,27 €	4,39%
Teltow-Fläming	860	5,88%	3.911	6,74%	51.086,96 €	6,31%
Uckermark	993	6,79%	2.704	4,66%	46.391,17 €	5,73%

Voraussichtliche Höhe der Fördermittel in den Jahren 2013 - 2015:

Gebiet	Summe 2013. 1.230.064,00 €, abzüglich 30.000 € für überregionale Qualifizierung		Summe 2014- 2015 1.423.674,00 €, abzüglich 30.000 € für überregionale Qualifizierung	
	Gesamt	In Prozent	Gesamt	in Prozent
Land Brandenburg	1.200.064,00 €	100,00%	1.393.674,00 €	100,00%
Brandenburg an der Havel	43.562,32 €	3,63%	50.590,37 €	3,63%
Cottbus	54.242,89 €	4,52%	62.994,06 €	4,52%
Frankfurt (Oder)	34.441,84 €	2,87%	39.998,44 €	2,87%
Potsdam	91.444,88 €	7,62%	106.197,96 €	7,62%
Barnim	87.604,67 €	7,30%	101.738,20 €	7,30%
Dahme-Spreewald	73.803,94 €	6,15%	85.710,95 €	6,15%
Elbe-Elster	47.882,55 €	3,99%	55.607,59 €	3,99%
Havelland	73.803,94 €	6,15%	85.710,95 €	6,15%
Märkisch-Oderland	93.965,01 €	7,83%	109.124,67 €	7,83%
Oberhavel	93.965,01 €	7,83%	109.124,67 €	7,83%
Oberspreewald-Lausitz	58.683,13 €	4,89%	68.150,66 €	4,89%
Oder-Spree	80.164,28 €	6,68%	93.097,42 €	6,68%
Ostprignitz-Ruppin	53.762,87 €	4,48%	62.436,60 €	4,48%
Potsdam-Mittelmark	75.964,05 €	6,33%	88.219,56 €	6,33%
Prignitz	39.482,11 €	3,29%	45.851,87 €	3,29%
Spree-Neiße	52.682,81 €	4,39%	61.182,29 €	4,39%
Teltow-Fläming	75.724,04 €	6,31%	87.940,83 €	6,31%
Uckermark	68.763,67 €	5,73%	79.857,52 €	5,73%

Antragsberechtigt für die w. o. aufgeführt zur Verfügung stehenden Fördermittel sind die Jugendämter der Landkreise und kreisfreien Städte des Landes Brandenburg.

Förderfähig sind gemäß Artikel 2 Absätze 3 - 6 der Verwaltungsvereinbarung (landesbezogene Erweiterungen sind kursiv gesetzt):

- a) Netzwerke mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen,
- die mindestens die Einrichtungen und Dienste der öffentlichen und freien Jugendhilfe, relevante Akteurinnen und Akteure aus dem Gesundheitswesen (wie zum Beispiel der öffentliche Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Geburts- und Kinderkliniken, Kinderärzte und -ärztinnen sowie Hebammen), Beratungsstellen nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes sowie Einrichtungen der Frühförderung und relevante Ehrenamtsstrukturen, wie z.B. die regionalen Netzwerke Gesunde Kinder, einbinden sollen (§ 3 Absatz 2 KKG),
 - bei denen der örtliche Träger der Jugendhilfe eine Koordinierungsstelle mit fachlich qualifizierter Koordination vorhält,
 - die Qualitätsstandards – auch zum Umgang mit Einzelfällen – und Vereinbarungen für eine verbindliche Zusammenarbeit im Netzwerk vorsehen,
 - und die regelmäßig Ziele und Maßnahmen zur Zielerreichung auf der Grundlage der Jugendhilfeplanung nach § 80 SGB VIII festlegen und die Zielerreichung überprüfen.

Gefördert werden insbesondere Sach- und Personalkosten für:

1. den Einsatz von Netzwerkkoordinatoren und -koordinatorinnen in den Koordinierungsstellen,

2. Qualifizierung und Fortbildung der Netzwerkkoordinatoren und -koordinatorinnen,
3. Maßnahmen zur Dokumentation und Evaluation der Netzwerkprozesse,
4. Förderung der konkreten Arbeit von Netzwerkpartnern in Form von – im Schwerpunkt interdisziplinär ausgerichteten – Veranstaltungen oder Qualifizierungsangeboten,
5. Maßnahmen zur unterstützenden Öffentlichkeitsarbeit.

b) Der Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich im Kontext Früher Hilfen. Sie sollen dem vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) erarbeiteten Kompetenzprofil entsprechen oder in diesem Sinne qualifiziert und in ein für Frühe Hilfen zuständiges Netzwerk eingegliedert werden.

Gefördert werden insbesondere Sach- und Personalkosten für:

1. den Einsatz von Familienhebammen und Familiengesundheitshebammen und –pfleger/-innen, sowie den Einsatz von Hebammen, Gesundheits- und Kinderkranken-pfleger/-innen, die im Bereich der Familie eine Zusatzqualifikation erworben haben und dem Kompetenzprofil entsprechen,
2. Qualifizierung, Fortbildung, Fachberatung und Supervision für die genannten Fachkräfte,
3. Erstattung von Aufwendungen für die Teilnahme der genannten Fachkräfte an der Netzwerkarbeit,
4. Maßnahmen zur Qualitätssicherung wie der Dokumentation des Einsatzes in den Familien.
5. Die Kostensätze sollen denen vergleichbarer Leistungen entsprechen und sich an den ortsüblichen Sätzen orientieren. Deshalb sollen die

Jugendämter in ihrem Konzept den entsprechenden Kostensatz festlegen. (Vgl. Artikel 2 Absatz 2 der Verwaltungsvereinbarung)

c) Ehrenamtsstrukturen und in diese Strukturen eingebundene Ehrenamtliche im Kontext Früher Hilfen, die

- in ein für Frühe Hilfen zuständiges Netzwerk eingebunden sind,
- hauptamtliche Fachbegleitung erhalten,
- Familien alltagspraktisch begleiten und entlasten und zur Erweiterung sozialer familiärer Netzwerke beitragen,
- auf Basis verbindlicher Standards arbeiten und ihre Ergebnisse regelmäßig evaluieren bzw. sich an der Evaluation des Nationalen Zentrums beteiligen. Soweit es sich um Netzwerke Gesunde Kinder handelt, sind die mit dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg abgestimmten, jeweils gültigen Mindeststandards einzuhalten.

Gefördert werden insbesondere Sach- und Personalkosten für:

1. Maßnahmen zur Qualitätssicherung für den Einsatz von Ehrenamtlichen,
2. Koordination und Fachbegleitung der Ehrenamtlichen durch hauptamtliche Fachkräfte,
3. Schulungen und Qualifizierungen von Koordinatoren und Koordinatorinnen und Ehrenamtlichen,
4. Fahrtkosten, die beim Einsatz der Ehrenamtlichen entstehen,
5. Erstattungen von Aufwendungen für die Teilnahme der Koordinatorinnen und Koordinatoren sowie der Ehrenamtlichen an der Netzwerkarbeit.

d) Gefördert werden nach bedarfsgerechter Zurverfügungstellung der oben in Absatz a) und b) genannten Maßnahmen auch weitere zusätzliche Maßnah-

men zur Förderung Früher Hilfen, die nicht bereits am 01.01.2012 bestanden haben. Darüber hinaus sind erfolgreiche modellhafte Ansätze förderfähig, die als Regelangebot ausgebaut werden sollen. Die genannten Voraussetzungen müssen gesondert dargelegt werden. Wenn Jugendämter hierzu eine Förderung wünschen, muss dies im kommunalen Konzept dargestellt und begründet werden.

Mit ihren Anträgen auf Fördermittel für das Jahr 2013 legen die Jugendämter der Landkreise und kreisfreien Städte ihre Konzepte zur Umsetzung der in § 3 KKG bezeichneten Aufgaben und Zielsetzungen vor.

Für das Jahr 2012 zur Verfügung stehende Fördermittel können auch für die professionelle Begleitung/Moderation bei der Erarbeitung von Konzepten für interdisziplinäre Netzwerke im Kinderschutz und in den Frühen Hilfen in Anspruch genommen werden. Mit der Antragstellung auf Fördermittel für das Jahr 2012 ist der bisherige Ausbaustand im Bereich des Kinderschutzes und der Frühen Hilfen sowie das besondere Entwicklungsinteresse fundiert darzulegen.

Die Verwaltungsvereinbarung zur Umsetzung der Bundesinitiative tritt nach Vertragsunterzeichnung des Bundes und der Länder rückwirkend zum 01.07.2012 in Kraft. Aufgrund der förmlichen Verfahren als Voraussetzung der Vertragsunterzeichnung, des erforderlichen Abstimmungsbedarfs unter den zuständigen Ressorts der Landesregierung Brandenburg und mit den kommunalen Spitzenverbänden sowie des Genehmigungsverfahrens des Landeskonzeptes beim Bund kann die verbindliche Information über die Fördermöglichkeiten an die Jugendämter erst zu einem wesentlich späteren Zeitpunkt erfolgen. Daher sollen die Jugendämter möglichst noch im August über den Entwurf dieses Konzepts informiert werden und es wird den Jugendämtern die Möglichkeit der vorgezogenen Antragstellung eröffnet. Mit den Anträgen ist der vorzeitige Maßnahmebeginn zu beantragen. Fördermittel können dann,

soweit die beantragten Maßnahmen förderfähig sind, mit Wirkung vom Zeitpunkt des Antragseingangs bewilligt werden.

Da dennoch zu erwarten ist, dass aufgrund des erheblichen Zeitaufwandes für die Verfahrens- und Genehmigungsmodalitäten im laufenden Jahr die Jugendämter die zur Verfügung stehenden Fördermittel nur zu einem sehr geringen Anteil in Anspruch nehmen können, wird geprüft/beim BMFSFJ beantragt, die für 2012 ausgewiesenen und nicht verbrauchten Fördermittel auf das Jahr 2013 zu übertragen und die Förderbeträge für 2013 entsprechend zu erhöhen.

Die Anträge auf Förderung aus den Mitteln der Bundesinitiative für das Jahr 2012 sind bis spätestens zum 05.12.2012 an das Landesjugendamt des Landes Brandenburg, 16321 Bernau, Hans-Wittwer-Straße 6, zu richten.

Begriffsbestimmung Früher Hilfen

Jenny Troalic und Hans Leitner

Fachstelle Kinderschutz/Landeskoordination Frühe Hilfen//Start gGmbH

1. Frühe Hilfen: Grundlagen

Um den Schutz von Kindern vor Vernachlässigung und Misshandlung zu verbessern, hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ 2007 das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) eingerichtet. Das Zentrum soll dazu beitragen, den Auf- und Ausbau von Unterstützungssystemen der Jugendhilfe und des Gesundheitswesens für werdende Eltern sowie Eltern von Säuglingen und Kleinkindern zu fördern. Was sich genau hinter dem Begriff der Frühen Hilfen verbirgt, soll nachfolgend veranschaulicht werden.

1.1. Begriffsbestimmung „Frühe Hilfen“

Der Begriff der Frühen Hilfen wird oftmals im Zusammenhang mit dem Begriff Kinderschutz diskutiert. Wie lassen sich Frühe Hilfen und Kinderschutz aber definitorisch trennen? Zum Begriff Kinderschutz gibt es in Deutschland kein einheitliches Verständnis, sondern vielmehr engere, weitere und ausgedehnte Begriffe, die zum Teil fließend in die Begrifflichkeit der Frühe Hilfen übergehen. Der enge Kinderschutzbegriff umfasst organisierte Aktivitäten, um Fällen von Kindeswohlgefährdung durch Erkennen und Intervention zu begegnen. Ein weites Verständnis hingegen setzt bei Unterstützungsangeboten für Familien im Sinne einer Prävention an, die darauf abzielt, dem Entstehen von Kindeswohlgefährdung vorzubeugen. Eine gedehnte Definition beinhaltet den generellen Schutz von Kindern vor schädlichen Einflüssen. Anders als der Begriff des Kinderschutzes, der Kindeswohlgefährdung entweder präventiv oder durch Intervention begegnen will, setzt der Begriff noch vor den vermutete-

ten oder beobachteten Anzeichen für Kindeswohlgefährdung im Sinne einer proaktiven Unterstützung für Kindern und Eltern an.

Im Bundeskinderschutzgesetz wird folgende Definition Früher Hilfen gesetzlich geregelt:

„(4) Zu diesem Zweck umfasst die Unterstützung der Eltern bei der Wahrung ihres Erziehungsrechts und ihrer Erziehungsverantwortung durch die staatliche Gemeinschaft insbesondere auch Information, Beratung und Hilfe. Kern ist die Vorhaltung eines möglichst frühzeitigen, koordinierten und multiprofessionellen Angebots im Hinblick auf die Entwicklung von Kindern vor allem in den ersten Lebensjahren für Mütter und Väter sowie schwangere Frauen und werdende Väter (Frühe Hilfen).“ (§ 1 Abs. 4 KKG)

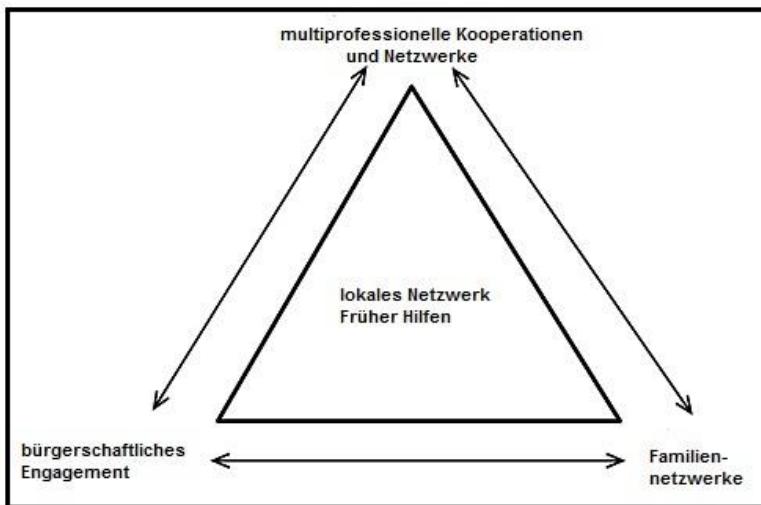
Laut der Begriffsbestimmung des wissenschaftlichen Beirats des NZFH, die den aktuellen Stand der Diskussion über Frühe Hilfen widerspiegelt, können frühe Hilfen folgendermaßen definiert werden:

„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.“³

³ wissenschaftlicher Beirat des NZFH (2009): Begriffsbestimmung “Frühe Hilfen“ (Zitierdatum: 28.08.2012), URL: <http://www.fruehehilfen.de/wissen/fruehehilfengrundlagen/begriffsbestimmung/>

Frühe Hilfen umfassen ein breites Spektrum an unterschiedlichen Angeboten. Zu unterscheiden ist zwischen grundlegenden Angeboten der Gesundheitsförderung, die sich an alle (werdenden) Eltern im Sinne einer universellen bzw. primären Prävention richten und Angebote der Frühen Hilfen für Familien in Problemlagen im Sinne einer selektiven bzw. sekundären Prävention. Frühe Hilfen, gerade im Bereich der selektiven Prävention, fungieren nicht nur als Hilfe- und Unterstützungsleistung für Eltern, indem Risiken für das Wohl und die Entwicklung des Kindes frühzeitig wahrgenommen werden und reduziert werden. Sie bilden auch die Schnitt- bzw. Übergangsstelle zu weiterführenden Maßnahmen bei (dem Verdacht) einer Kindeswohlgefährdung.

Abbildung 1: lokales Netzwerk Früher Hilfen



Quelle: eigene Darstellung

Frühe Hilfen und deren lokale Netzwerke basieren auf drei wesentlichen Aktionsfeldern. Neben der multiprofessionellen Kooperation des Gesundheitssystems und der Kinder- und Jugendhilfe, die § 3 Abs. 2 des KKG geregelt ist, werden auch die Familiennetzwerke und bürgerschaftliches Engagement in die Angebote einbezogen.

Frühe Hilfen beziehen sich auf ein „spezifisches Lebensalter bzw. eine spezifische Phase der Entwicklung von Kindern und der Eltern-Kind-Beziehung.“⁴ Im Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz wird in § 1 Abs. 4 diese Entwicklungsphase auf die „ersten Lebensjahre“ bezogen. Die Definition des wissenschaftlichen Beirats des NZFH konkretisiert dies und setzt einen Schwerpunkt auf Kinder der Altersgruppe von 0-3 Jahre. Die bundesrechtliche Legaldefinition überlässt hier den Ländern einen hohen Gestaltungs- und Auslegungsfreiraum. Trotzdem die Verwaltungsvereinbarung die Fördergruppe auf die 0-3 Jährigen beschränkt, zeigen erste Blicke auf die Praxis, dass die Übergänge in vorgeburtliche Angebote und Maßnahmen für über 3 Jährige fließend sind. Das Land Brandenburg orientiert sich hier an der Definition des NZFH und beschränkt die Zielgruppe Früher Hilfen auf 0-3 Jährigen und deren Eltern bzw. Personenberechtigten. Die ist nicht nur aus Gründen der Förderfähigkeit von Angeboten im Rahmen der Bundesinitiative notwendig, sondern auch im Rahmen einer Erfassung bestehender Angebote ist eine klare Zielgruppendefinition sinnvoll. Denn schon in der Alterspanne der 0-3 Jährigen werden die hohen Anforderungen an das Angebotsspektrum Früher Hilfen deutlich. Hier scheint es notwendig und ratsam auf Länderebene die Lebensphase, die die Angebote der Frühen Hilfen umfassen soll, deutlich zu definieren und somit einen klaren Ausgangspunkt für die Zielgruppenermittlung und Angebotsentwicklung zu schaffen.

⁴ Fachstelle Kinderschutz (Hrsg.) (2012): BKiSchG/KKG Kommentierung. Unveröffentlichtes Manuskript.

Beispieldefinition Frühe Hilfen des Landkreises Ostprignitz-Ruppin

Jenny Troalic, Fachstelle Kinderschutz Landeskoordination Frühe Hilfen/Start gGmbH

Im Rahmen der Aufgaben der Lenkungsgruppe Netzwerkkoordination Frühe Hilfen im Landkreis Ostprignitz-Ruppin haben die Mitglieder der Lenkungsgruppe als Grundlage für ihre weitere fachliche Arbeit eine abgestimmte und damit ressortübergreifende Definition des Begriffs Frühe Hilfen für den Landkreis Ostprignitz-Ruppin erarbeitet.

Entsprechend der in der Geschäftsordnung der Lenkungsgruppe festgelegten Aufgaben, soll die Erarbeitung der Definition des Begriffs Frühe Hilfen als Grundlage der zukünftigen Arbeit der Lenkungsgruppe Netzwerkkoordination Frühe Hilfen des Landkreises Ostprignitz-Ruppin und den AkteurInnen vor Ort als Entwicklungsimpuls dienen. Die Definition orientiert sich dabei an der Definition des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) sowie eigenen Schwerpunktsetzungen des Landkreises.

In die Erarbeitung der Definition flossen entsprechend der Zusammensetzung der Lenkungsgruppe unterschiedliche Perspektiven auf den Begriff der Frühe Hilfen ein.

Herausforderungen in der Diskussion um eine Begriffsdefinition waren:

- Einigung auf ein grundsätzliches und damit auch gemeinsames Begriffsverständnis unter Berücksichtigung der fachlichen Definition des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen.
- Differenzierung zwischen „früh“ im Sinne eines lebensbiographischen Abschnitts und „früh“ im Sinne von rechtzeitig

- Einbeziehung unterschiedlicher professionsbezogener und berufspraktischer Perspektiven in die landkreisspezifische Definition Frühe Hilfen.
- Beschreibung von Übergängen und Schnittstellen zu anderen Hilfe- und Unterstützungssystemen sowie ggf. zu Maßnahmen zur Sicherung des Kindeswohls.
- Festlegung der Altersspanne der Zielgruppe für Frühe Hilfen.

Grundgedanken der Definition im Landkreis Ostprignitz-Ruppin sind dabei:

- Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig durch alltagspraktische Unterstützung zu verbessern,
- indem eine flächendeckende Versorgungsstruktur für Familien durch eine enge Vernetzung und Kooperation von Institutionen und Angeboten insbesondere aus den Bereichen der Schwangerschaftsberatung, des Gesundheitswesens, der interdisziplinären Frühförderung, der Kinder- und Jugendhilfe und weiterer sozialer Dienste bereit gestellt wird.
- Frühe Hilfen beziehen sich sowohl auf die vorgeburtlich als auch die nachgeburtliche Phase bis zum Schuleintritt.
- Frühe Hilfen bilden einen Teil eines komplexen Hilfe- und Unterstützungssystems. Schnittstellen und Übergänge zu anderen Hilfe- und Unterstützungssystemen müssen beschrieben und ausgestaltet werden. Dabei hat die Sicherung des Kindeswohls oberste Priorität.

Anlage 1: Definition Frühe Hilfen des Landkreises Ostprignitz-Ruppin

Frühe Hilfen werden im Landkreis Ostprignitz-Ruppin in Anlehnung an die Definition des Nationalen Zentrums unter Berücksichtigung eigener Schwerpunktsetzungen folgendermaßen definiert:

Frühe Hilfen 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 gemeinsam mit anderen Bezugspersonen maßgeblich zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei und sichern deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe.

In diesem Sinne werden Frühe Hilfen im Landkreis Ostprignitz-Ruppin einerseits als proaktive bzw. frühzeitige Hilfen verstanden und andererseits beschreibt „früh“ auch die Zielgruppe der Hilfsangebote. Unter Berücksichtigung bindungstheoretischer Erkenntnisse fokussieren die Hilfsangebote Früher Hilfen im Landkreis Ostprignitz-Ruppin auf die vorgeburtliche Phase und die nachgeburtlichen Lebens- und Entwicklungsphase der 0-6 Jährigen. Das Unterstützungsangebot richtet sich entsprechend an alle (werdenden) Mütter und Väter und ihre Kinder von der Schwangerschaft bis zum Schuleintritt.

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 Entwick-

lung 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.

Mit dem Ende Früher Hilfen zu Beginn des Schuleintritts einerseits, aber auch den Grenzen Früher Hilfen bei Kindeswohlgefährdung müssen die Übergänge zu anderen Hilfe- und Unterstützungssystemen klar formuliert und ausgestaltet werden. Frühe Hilfen stellen entsprechend eine Säule in einem komplexen Hilfe- und Unterstützungssystem in Landkreis Ostprignitz-Ruppin dar.

Rechtliche Rahmenbedingungen Früher Hilfen

Jenny Troalic und Hans Leitner, Fachstelle Kinderschutz Landeskoordination Frühe Hilfen/Start gGmbH

Die Maßnahmen der Frühen Hilfen sind innerhalb breiter rechtlicher Rahmenbedingungen angesiedelt. Hierzu zählen auf höchster Ebene die UN Kinderrechtskonvention, die in Artikel 19 den Schutz vor Gewaltanwendung, Misshandlung und Verwahrlosung regeln und in diesem Rahmen „wirksame Verfahren zur Aufstellung von Sozialprogrammen“ gesetzlich festschreiben. Das Grundgesetz regelt in Artikel 6 Abs. 2 u. 3 die Elternverantwortung bzw. das staatliche Wächteramt. Im Bürgerlichen Gesetzbuch sind für die Frühen Hilfen die Paragraphen § 1626, § 1631 Abs. 2, § 1666 und § 1666a relevant. Das Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz – BkiSchG) gibt seit dem 1.01.2012 in den Artikel 1-4 einen gesetzlichen Rahmen für Maßnahmen der Frühen Hilfen. Die Paragraphen 1-4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) regelt den Kinderschutz und die staatliche Mitverantwortung, die Informationen über Unterstützungsangebote in Fragen der Kindesentwicklung, Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstruktur im Kinderschutz sowie die Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung. Im achten Sozialgesetzbuch SGB VIII fallen die Paragraphen § 1 SGB VIII: Recht auf Erziehung, Elternverantwortung und Jugendhilfe, § 8 SGB VIII: Beteiligung von Kindern und Jugendlichen, § 8a SGB VIII: Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung, § 8b SGB VIII: Fachliche Beratung und Begleitung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen, § 16 Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie, § 17 SGB VIII: Beratung in Fragen der Partnerschaft, Trennung und *Scheidung*, § 42 SGB VIII: *Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen*, § 72a SGB VIII: Tätigkeitsausschluss einschlägig vorbestrafter Personen, § 74 SGB VIII: Förderung der freien Jugendhilfe, § 79 SGB VIII: Gesamtverantwortung, Grundausstattung, §

79a SGB VIII: Qualitätsentwicklung in der Kinder- und Jugendhilfe, § 81 SGB VIII: Strukturelle Zusammenarbeit mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen sowie § 86c SGB VIII: Fortdauernde Leistungsverpflichtung und Fallübergabe bei Zuständigkeitswechsel in den Maßnahmebereich der Frühen Hilfen. Im neunten Sozialgesetzbuch SGB IX werden Regelungen zu Verträgen mit Leistungserbringern und die Früherkennung und Frühförderung in den Paragraphen §21 und §30 getroffen. Das Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) definiert den gesetzlichen Rahmen für die Aufklärung in § 1 Abs. 1 und 3, die Beratung in § 2, Beratungsstellen in § 3, öffentliche Förderung der Beratungsstellen in § 4, die Inhalte der Schwangerschaftskonfliktberatung über § 5 und die Durchführung der Schwangerschaftskonfliktberatung in § 6. Die medizinische Vorsorge für Mütter und Väter (§ 24 Abs. 1 SGB V) und die Kinderuntersuchung (§ 26 Abs. 1 SGB V) regelt das fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V). Den strafrechtlichen Rahmen für die Angebote und Maßnahmen der Frühen Hilfen bilden im Strafgesetzbuch die Paragraphen § 225 und § 171⁵.

⁵ Eine ausführliche Auflistung aller gesetzlichen Rahmenregelungen für Maßnahmen der Frühen Hilfen ist unter <http://www.fruehehilfen.de/wissen/fruehe-hilfen-grundlagen/rechtlicher-rahmen/rechtliche-rahmenbedingungen-zu-fruehen-hilfen/> abrufbar.

Rechtliche Rahmenbedingungen Früher Hilfen im Land Brandenburg

*Jenny Troalic und Hans Leitner, Fachstelle Kinderschutz Landeskoordination
Frühe Hilfen/Start g GmbH*

Der oben beschriebene rechtliche Rahmen wird auf Landesebene konkretisiert. Während Bundesländer wie Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Baden-Württemberg, Hessen, Schleswig-Holstein und Sachsen rechtliche Regelungen zum Kinderschutz und Kindergesundheit in Form von Landeskinderschutzgesetzen getroffen haben, regelt das Land Brandenburg diese Bereiche über folgende gesetzliche Regelungen zum Kinderschutz und der Kindergesundheit:

Im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe regelt das erste Gesetz zur Ausführung des Achten Buches Sozialgesetzbuch - Kinder- und Jugendhilfe (AG-KJHG)⁶ in Paragraph § 2 die Leistungen und Hilfen des Jugendamtes in Familien, die einer Unterstützung in der Erziehung ihrer Kinder bedürfen, indem sie dem örtlichen Träger der örtlichen Jugendhilfe die Funktion des Wächteramtes zuteilt.

Das Brandenburgische Schulgesetz (BbSchulg)⁷ erteilt Schulen in § 4 Abs. 3 ebenfalls einen Schutzauftrag. Dieser beinhaltet neben dem eigentlichen Schutzauftrag auch die rechtzeitige Einbeziehung der örtlichen Jugendhilfe bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung.

⁶ abrufbar unter:

http://www.bravors.brandenburg.de/sixcms/detail.php?gsid=land_bb_bravors_01.c.47196.de

⁷ abrufbar unter:

http://www.bravors.brandenburg.de/sixcms/detail.php?gsid=land_bb_bravors_01.c.47195.de

Im Gesundheitsbereich regeln die Paragraphen §§ 5,6,7 des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetz (BbgGDG)⁸ die Gesundheitsförderung und Gesundheitshilfen, den Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und das Einladungs- und Rückmeldewesen zu den Früherkennungsuntersuchungen. Das Landesgesundheitsamt führt als Zentralstelle ein verbindliches Einlade- und Rückmeldewesen⁹ in Zusammenarbeit mit den Meldebehörden durch. Außerdem übermitteln Ärzt/innen erfolgte Untersuchungen an das Landesgesundheitsamt. Dort werden die Daten mit denen der Meldebehörde abgeglichen und es erfolgt bei Nichtteilnahme eine zweite Einladung. Außerdem erfolgt ggf. eine Meldung an den Landkreis bzw. die kreisfreie Stadt, die entsprechende Maßnahmen zu einer Teilnahme durchführen. Die in § 7 formulierten Regelungen stellen eine gesetzliche Novellierung des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes dar, die seit dem 1. Juni 2008 in Kraft ist. Sie zielt auf eine Prävention und Früherkennung von Kindesvernachlässigung bzw. -misshandlung ab. Zudem regelt sie eine enge Zusammenarbeit von Gesundheitsämtern und Einrichtungen der sozialen und pädagogischen Betreuung. Ebenfalls in der Novellierung enthalten ist eine Regelung zur Früherkennungsuntersuchung bei Kindern zwischen dem 30. bis 42. Lebensmonat, die in Kindertageseinrichtungen betreut werden. Hier wird nach § 6 Abs. 2 BbgGDG die Untersuchung durch die Landkreise und kreisfreien Städte in der Kindertagesstätte durchgeführt. Außerdem wird bei Kindern mit auffälligen Befunden im Rahmen der Schuluntersuchung ein sogenanntes „Betreuungscontrolling“ durchgeführt¹⁰.

⁸ abrufbar unter:

http://www.bravors.brandenburg.de/sixcms/detail.php?gsid=land_bb_bravors_01.c.46658.de

⁹ Erste Ergebnisse über die Wirksamkeit von Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz und Erfahrungen der Länder bei der Implementation appellativer Verfahren liefert folgender Artikel:

http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Bundesgesundheitsblatt_Artikel_Thaiss.pdf

¹⁰ Ein Überblick über die landesgesetzlichen Regelungen im Bereich des Kinderschutzes und der Gesundheitsvorsorge bietet die Publikation „Landesgesetzliche Regelungen im Bereich des Kinderschutzes bzw. der Gesundheitsvorsorge“.

Frühe Hilfen: Schnittstellen und Abgrenzungen. Kinderschutz zwischen Frühen Hilfen und Gefährdungsabwehr.

Jenny Troalic, Fachstelle Kinderschutz Landeskoordination Frühe Hilfen/Start gGmbH

Einleitung

Um den Schutz von Kindern vor Vernachlässigung und Misshandlung in der frühen Kindheit zu verbessern, wendet sich in der aktuellen Kinderschutzdiskussion der Blick zunehmend von intervenierenden Handlungsstrategien zu einer proaktiven Herangehensweise. Reaktive Hilfen haben sich nachhaltig als nicht erfolgreich erwiesen. Und, so Wolff, wurde mit Recht gefragt: „Müsste man nicht früher, mindestens rechtzeitig ansetzen, bereits in der Schwangerschaft, rund um die Geburt und in der frühen Kindheit?“¹¹ Kinderschutz bewegt sich aktuell zwischen zwei Polen. Auf der einen Seite stehen entsprechend eines universalistischen Ansatzes multiprofessionelle Hilfesysteme, die sich an alle Familien richten und programmatisch auf „Fördern, Helfen, Schützen von Anfang an“¹² ausgerichtet sind. Dem steht eine nicht selten reaktive, auf Intervention ausgerichtete Praxis entgegen, welches auf „Überwachen, Erfassen und Behandeln“¹³ setzt. Trotz der vermeintlichen Trennschärfe dieser unterschiedlichen Ausrichtungen, verschwimmen die Begrifflichkeiten in der Praxis oftmals, da sich nicht nur in ihrer Definition nah beieinander liegen, sondern auch im praktischen Handeln der Fachkräfte ineinander übergehen.

¹¹ Wolff, Reinhardt (2010): Hilfe und Schutz für alle von Anfang an – Keine Trennung zwischen Frühen Hilfen und Kinderschutz. In: IzKK (Hrsg.). IzKK-Nachrichten. Kinderschutz und Frühe Hilfen. DJI 2010, S.9

¹² Wolff, Reinhardt (2010): Hilfe und Schutz für alle von Anfang an – Keine Trennung zwischen Frühen Hilfen und Kinderschutz. In: IzKK (Hrsg.). IzKK-Nachrichten. Kinderschutz und Frühe Hilfen. DJI 2010, S.9

¹³ Vgl. Wolff, Reinhardt (2010): Hilfe und Schutz für alle von Anfang an – Keine Trennung zwischen Frühen Hilfen und Kinderschutz. In: IzKK (Hrsg.). IzKK-Nachrichten. Kinderschutz und Frühe Hilfen. DJI 2010, S.9

Um einen dialogisch-demokratischen Kinderschutz zu fördern, ist es nicht nur notwendig eine fachliche und begriffliche Differenzierung beider Konzepte zu vollziehen, sondern auch eine reflexive Kommunikationskultur im Kontext des Gesamtsystems Kinderschutz zu etablieren.¹⁴

Es muss folglich geklärt werden, wie aktuelle Konzepte einer frühzeitigen Hilfe in die Praxis der Kinderschutzarbeit integrierten werden können, wo sich Schnittstellen und Übergänge zu anderen Hilfe-, Unterstützungs- und Schutzsystemen aufzeigen und wie diese gestaltet werden können.

Frühe Hilfen

Über den Hilfeansatz Früher Hilfen sollen über verbindliche Angebotsstrukturen die Erziehungs- und Beziehungskompetenzen (werdender) Eltern frühzeitig und nachhaltig gestärkt werden. Grundlegendes Ziel Früher Hilfen ist es, in präventiver Orientierung riskante Entwicklungen von Kindern und ihren Familien gar nicht erst entstehen zu lassen bzw. diese bereits in ihrer Entstehung zu erkennen und zu bearbeiten, um damit einer Verfestigung von Problemlagen frühzeitig entgegenzuwirken bzw. diese abzumildern. Frühe Hilfen sind dabei sowohl vor dem Hintergrund einer biographischen als auch zeitlichen Perspektive zu betrachten. Zum einen beziehen sie sich auf den Entstehungsprozess von Krisen im Allgemeinen im Sinne einer frühzeitigen Hilfeleistung, zum anderen beschreiben sie Leistungen für Kindern und deren Eltern in einer spezifischen Entwicklungsphase.

Entsprechend der Begriffsbestimmung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) sind Frühe Hilfe als konzeptionelle Antwort zu verstehen als lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder insbesondere ab Beginn der Schwangerschaft und in den

¹⁴ Wolff, Reinhardt (2010): Hilfe und Schutz für alle von Anfang an – Keine Trennung zwischen Frühen Hilfen und Kinderschutz. In: IzKK (Hrsg.). IzKK-Nachrichten. Kinderschutz und Frühe Hilfen. DJI 2010

ersten Lebensjahren mit einem Altersschwerpunkt der 0 bis 3-Jährigen. Sie zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu stärken und zu verbessern. Sie tragen damit maßgeblich zum gesunden und sicheren Aufwachsen von Kindern bei und tragen dazu bei deren Recht auf Schutz, Förderung und Teilhabe zu gewährleisten.¹⁵

Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung

„Der Begriff der Kindeswohlgefährdung setzt an einer ganz anderen Stelle an. Hier geht es nicht (mehr) um die Gewährleistung einer niedrighwelligen Infrastruktur, sondern um die Wahrnehmung individuumsbezogener Schutz-aufgaben.“¹⁶ Der Schutzauftrag der Jugendhilfe leitet sich aus dem Grundgesetz (GG) ab. Artikel 6 GG Abs. 2 bestimmt, dass es primär Recht und Pflicht der Eltern ist, für die Erziehung und den Schutz ihrer Kinder Sorge zu tragen. Wenn Eltern allerdings Gefahren für ihre Kinder nicht abwenden wollen oder können, obliegt die Wahrnehmung des Wächteramts der staatlichen Gemein-schaft und in besonderer Weise der Jugendhilfe z. B. in einer Verantwor-tungsgemeinschaft mit dem Familiengericht. § 8a SGB VIII legt fest, wie der Schutzauftrag wahrgenommen werden soll. Die Feststellung einer Kindes-wohlgefährdung geschieht aufgrund einer fachlichen und rechtlichen Bewer-tung von Lebenslagen hinsichtlich einer tatsächlichen oder möglichen Schäd-igung, die die Kinder in ihrer weiteren Entwicklung aufgrund dieser Lebensumstände erfahren (können), der Erheblichkeit der Gefährdungsmo-mente (Intensität, Häufigkeit und Dauer des schädigenden Einflusses) bzw. der Erheblichkeit des erwarteten Schadens, des Grades der Wahrschein-lichkeit eines Schadenseintritts, der Fähigkeit der Eltern, die Gefahr abzuwenden

¹⁵ vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2009): Begriffsbestimmung „Frühe Hilfen“. Verfüg-bar unter: <http://www.fruehehilfen.de/wissen/fruehe-hilfen-grundlagen/begriffsbestimmung/>

¹⁶ Schone, Reinhold (2011): Kinderschutz - Zwischen Frühen Hilfen und Gefährdungsab-wehr. - In: Frühe Kindheit, Heft 3 2011, S. 17

bzw. die zur Abwendung der Gefahr erforderlichen Maßnahmen zu treffen und der Bereitschaft der Eltern, die Gefahr abzuwenden bzw. die zur Abwendung der Gefahr erforderlichen Maßnahmen zu treffen.

Frühe Hilfen in Abgrenzung zum Kinderschutz

Grundsatz: Konzepte bzw. Angebote Früher Hilfen erreichen ihre Grenze in Fällen einer Kindeswohlgefährdung¹⁷.

Im Rahmen der Angebote Früher Hilfen ist es in diesem Zusammenhang notwendig, die Balance zu halten zwischen der Autonomie und Selbstbestimmung von (werdenden) Eltern in ihrer Lebensgestaltung und notwendiger, möglicherweise direkterer Unterstützung durch entsprechende Hilfe- bzw. Schutzsysteme, ressourcenorientierter und adressatInnenorientierter Arbeitsweisen und konkreten Forderungen bzw. erforderlichen Sanktionsandrohungen sowie zwischen Vertrauens- und Datenschutz und klaren Regeln bei einer notwendigen Einschränkung dieses Rechtes als Bedingung zur Erfüllung des Schutzauftrages bei (drohender) Kindeswohlgefährdung durch die staatliche Gemeinschaft, so z. B. durch das Jugendamt.

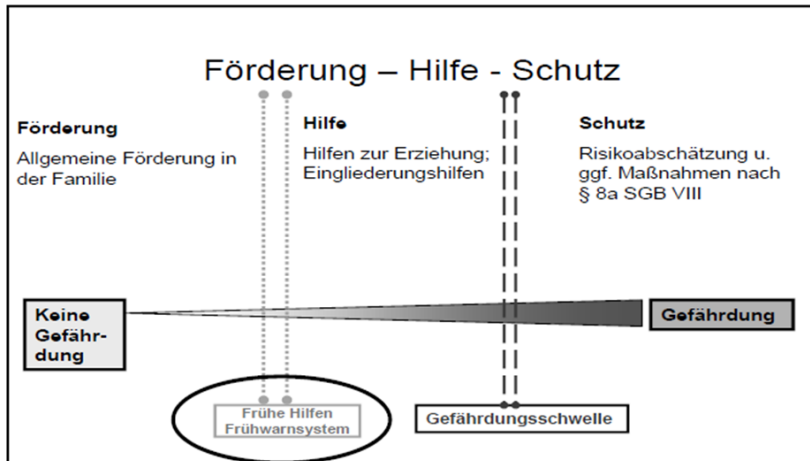
Frühe Hilfen sind daher nach Schone an der Schnittstelle zwischen der Allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie (§ 16 SGB VIII) und den Hilfen zur Erziehung (§ 27 ff. SGB VIII) einzuordnen (vgl. Abb. 2)

Akteure/innen in den Frühen Hilfen sind vor diesem Hintergrund gefordert, nicht nur um die Schnittstellen und Übergänge zu anderen Hilfesystemen zu wissen, sondern auch die Grenzen ihrer eigenen Verantwortung bzw. ihres eigenen Handelns zu erkennen und Entscheidungen über Intervention bei vorliegender Kindeswohlgefährdung und deren Durchführung an Part-

¹⁷ vgl. Schone, Reinhold (2011): Kinderschutz - Zwischen Frühen Hilfen und Gefährdungsabwehr. - In: Frühe Kindheit, Heft 3 2011, S. 16-19

ner/innen im Kinderschutz zu vermitteln. Die §§ 3 und 4 des Gesetzes zur Information und Kooperation im Kinderschutz (KKG) bilden einen rechtlichen Rahmen für die verbindliche Zusammenarbeit der Akteure/innen im Kinderschutz und regeln die Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger/innen bei Kindeswohlgefährdung.

Abbildung 2 Einordnung Früher Hilfen¹⁸



Anders als das Erkennen gewichtiger Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung, sind es im Bereich der Frühen Hilfen oftmals erste, noch unscharfe Anzeichen oder Prognosen die sich z. B. in Form von Überforderung zeigen. Diese zu erkennen setzt ein hohes Maß an Reflexionsfähigkeit über die eigenen Rolle und Aufgabe voraus, aber auch eine ausgeprägte diagnostische Kompetenz, um bereits frühzeitig über prozesshafte Beobachtung Problemlagen erkennen zu können und entsprechende Angebote an die Eltern formulieren zu können.

¹⁸ Schone, Reinhold (2011): Kinderschutz - Zwischen Frühen Hilfen und Gefährdungsabwehr. - In: Frühe Kindheit, Heft 3 2011, S. 19

Fachliche und begriffliche Differenzierung

Die Notwendigkeit einer fachlichen und begrifflichen Differenzierung des Auftrags zur Gewährung von Frühen Hilfen und zur Gewährleistung des Schutzauftrags bei Kindeswohlgefährdung wird deutlich. Kinderschutz vollzieht sich somit an zwei unterschiedlichen Polen. Im Rahmen Früher Hilfen manifestiert sich der Kinderschutz durch Achtsamkeit gegenüber Lebenslagen von Kindern und Eltern, frühes Erkennen schwieriger Lebensumstände, Ansprache von Eltern und Vermittlung Früher Hilfen und offensives Werben für Inanspruchnahme von Hilfsangeboten im Sinne sozialpädagogischer Dienstleistungen¹⁹. Im Rahmen des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung vollzieht sich der Kinderschutz durch das Aufgreifen und Analysieren von gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung, die Durchführung von Risikoeinschätzungen und klare Verbreitung des staatlichen Kontrollauftrags im Rahmen des Wächteramtes bei Kindeswohlgefährdung²⁰.

Schone schlägt in diesem Zusammenhang einer Differenzierung entlang der Kategorien Zielsetzung, Adressaten/innengruppe, Risikobegriff, Handlungsauslöser, Handlungszeitpunkt, Problemzugang, fachlicher Ansatzpunkt, rechtlicher Handlungsrahmen, zentrale Akteure/innen und Handlungsprinzipien vor.

Während Frühe Hilfen auf den Erhalt bzw. die Eröffnung positiver Entwicklungsmöglichkeiten und Teilhabechancen von Kindern abzielen, negative Entwicklungsverläufe verhindern wollen und somit ausdrücklich zur Vermeidung von Kindesvernachlässigung und Misshandlung beitragen, zielt der Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung auf den Schutz von Minderjährigen

¹⁹ vgl. Schone, Reinhold (2011): Kinderschutz - Zwischen Frühen Hilfen und Gefährdungsabwehr. - In: Frühe Kindheit, Heft 3 2011, S. 16-19

²⁰ vgl. Schone, Reinhold (2011): Kinderschutz - Zwischen Frühen Hilfen und Gefährdungsabwehr. - In: Frühe Kindheit, Heft 3 2011, S. 16-19

vor Gefahr für ihr Wohl, die Abwehr konkret identifizierbarer Gefährdungen und auf die Beendigung von Kindesvernachlässigung und Misshandlung.

Entsprechend sind die Adressaten/innengruppen im Bereich der Frühen Hilfen Familien mit Kindern, insbesondere aber Familien mit Säuglingen und Kleinkindern unter dem Vorsatz der Gewährung von niedrigschwellige Zugangsmöglichkeiten auch und besonders für Familien in belasteten Lebenssituationen. Der Risikobegriff bezieht sich hier auf belastende Lebenslagen als theoriebasierte Risikozuschreibung für mögliche defizitäre Entwicklungen von Kindern.

Hingegen adressieren Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe unter dem Aspekt des Kinderschutzes Kinder und Jugendliche, deren Schutz vor Gefahren durch die Eltern nicht sichergestellt ist. Der Risikobegriff beschreibt hier konkrete gewichtige Anhaltspunkte im Sinne einer ereignisbasierten Risiko- und Gefahrenereinschätzung. Dabei sind für die Fachkräfte die Bereitschaft und die Fähigkeit der Eltern sich mit der Gefährdungslage der Kinder zu befassen zwei entscheidende Indikatoren für das weitere Handeln.

Handlungsauslösend für den Auftrag zur Gewährung Früher Hilfen sind die Beratungsbedarfe von Eltern beziehungsweise der aktive Zugang auf die Familien bei ersten Signalen bzw. Hinweisen auf misslingende Betreuungs- und Erziehungsprozesse. Im Rahmen des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung lösen gemäß § 8a SGB VIII „gewichtige Anhaltspunkte“ für eine Kindeswohlgefährdung zwangsläufig eine Handlung aus.

Während die Frühen Hilfen entsprechend ihrer Definition vor oder bei der Entstehung von Problemen im Sinne einer proaktiven Hilfe- und Unterstützungsleistung einen Einstieg in den Hilfeprozess bieten, setzen Maßnahmen im Rahmen des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung erst bei Überschreitung der Gefährdungsschwelle bzw. der Verweigerung notwendiger

Schutzmaßnahmen oder der Annahme von notwendigen Hilfen im Sinne reaktiver Maßnahmen ein.

Der Problemzugang Früher Hilfen basiert auf einer indikatorengestützten Wahrnehmung (beispielhaft eine Quelle angeben) von belasteten Lebenslagen von Familien in Alltagszusammenhängen. Zu den Indikatoren zählen u.a. Krankheit, Sucht oder Armut. Hingegen verläuft der Problemzugang bei der Wahrnehmung des Schutzauftrages entlang indikatorengestützter Identifizierung²¹ und Einschätzung konkreter Gefährdungen aufgrund von Misshandlung, Vernachlässigung und anderen schädigenden Einflüssen.

Frühe Hilfen haben entsprechend ihren fachlichen Ansatz in der Gewährleistung einer niedrighwelligen Hilfe-Infrastruktur, die alltagsorientierte Hilfeangebote bereitstellt und somit eine Form „absichtsvoller und professioneller Alltagbegleitung“ darstellt, die an den Wunsch und die Bereitschaft von Eltern bzw. Personensorgeberechtigten anknüpft. Der Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung hingegen begründet sich in der Gewährleistung von geeigneten Analyseverfahren bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Gefährdung und der Sicherung von geeigneten Interventionsstrukturen ggf. auch gegen den Willen der Eltern bzw. der Personensorgeberechtigten.

Der Auftrag im Rahmen Frühe Hilfen unterscheidet sich letztlich nicht nur durch seine rechtliche Verortung von dem des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung. Während das Bundeskinderschutzgesetz über die §§ 1 Abs. 4, 2, 3 Abs. 4 KKG den aktuellen rechtlichen Rahmen für die Frühen Hilfen festlegt, beruhen die Aufgaben bei Kindeswohlgefährdung auf der Interventionspflicht des Jugendamtes gemäß §§ 8a, 42 SGB VIII und § 1666 BGB.

Zentrale Akteure/innen Früher Hilfen sind grundsätzlich alle, die mit Familien und Kindern intensiven Kontakt haben. Dazu gehören nicht zuerst des Ju-

²¹ vgl. Schone, Reinhold (2011): Kinderschutz - Zwischen Frühen Hilfen und Gefährdungsabwehr. - In: Frühe Kindheit, Heft 3 2011, S. 16-19

gendamt und die Mitarbeiter/innen des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD), sondern viel eher Ehrenamtliche, Mitarbeiter/innen freier Träger, Akteure/innen des Gesundheitswesens oder aus Schulen und viele mehr. Zum Teil kommen diese Akteure/innen auch dem Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung nach. Somit treffen die beiden unterschiedlichen Ausrichtungen des Kinderschutzes nicht nur in der Praxis der Mitarbeiter/innen des Jugendamtes aufeinander. Familiengerichte, Verfahrenspfleger/innen, Vormünder/innen und andere können andererseits als Instanzen beschrieben werden, die vor allem dem Schutzauftrag verpflichtet sind.

Zudem unterscheiden sich die beiden Ansätze in handlungsleitenden Prinzipien, wie einerseits Vertrauen und Freiwilligkeit und andererseits Kontrolle und Zwang.

Zusammenfassung

Grundsätzlich lassen sich die Begriffe Frühe Hilfen und Kinderschutz nicht voneinander trennen bzw. sind über Schnittstellen und Übergänge zu den jeweiligen Arbeitsaufträgen bzw. Systemen miteinander verbunden. Diese Schnittstellen gilt es zu beschreiben, um der Isolierung bzw. Versäulung (vgl. dazu auch gleiche Tendenzen im Rahmen der Hilfen zur Erziehung) der einzelnen Systembausteine in einem sowohl präventiven als auch reaktiven Gesamtkonstrukt Kinderschutz vorzubeugen. Es geht, so Schone, „um nicht mehr und nicht weniger als um Klarheit und Transparenz der unterschiedlichen Aufträge und Aufgaben im Kontext des Kinderschutzes und damit um die Glaubwürdigkeit der in diesen Bereichen handelnden Akteure.“²²

Dies bedeutet für die örtliche Praxis, wenn noch nicht geschehen, dass einer der ersten Schritte auf dem Weg der Weiterentwicklung bzw. der strukturellen Etablierung des Konzeptes bzw. des Angebotes Früher Hilfen ein fachlicher

²² vgl. Schone, Reinhold (2011): Kinderschutz - Zwischen Frühen Hilfen und Gefährdungsabwehr. - In: Frühe Kindheit, Heft 3 2011, S. 19

und kommunalpolitischer Verständigungsprozess zur Definition Früher Hilfen stehen muss.

Der präventive Auftrag in den Frühen Hilfen aus der Sicht bindungstheoretischer Erkenntnisse

Jeanette Schmider und Hans Leitner, Landeskoordination Frühe Hilfen Brandenburg/Start gGmbH

Eine sichere Bindungsentwicklung und das damit verbundene Urvertrauen wirken wie ein großer Schatz auf seiner anstehenden Reise.²³

Einleitung

Das einführende Zitat von dem Bindungsforscher Prof. Dr. Brisch weist bereits auf die Bedeutung einer sicheren Mutter/Eltern-Kind Beziehung in den frühen Lebensjahren für das gesamte Leben eines Menschen hin und damit auf Nachhaltigkeit einer bindungsorientierten Frühprävention. Die Förderung einer positiven und sicheren Mutter/Eltern-Kind Beziehung (oder anderen ersten Bezugsperson) ist ein wichtiger Aspekt in den Frühen Hilfen.

Weiter zitiert Brisch, „Die Entwicklung einer sicheren Bindung zwischen Eltern und Kind ist eine großartige Grundlage für eine gesunde körperliche, psychische und soziale Entwicklung eines Kindes. Wir sollten daher alle Anstrengungen unternehmen, Eltern und Kinder in ihren ganz frühen Entwicklungsphasen so gut zu unterstützen, dass dieser wichtige Entwicklungsschritt bestmöglich gelingen kann.“²⁴

²³ Brisch, Karl Heinz Brisch (2003): Grundlagen der Bindungstheorie und aktuelle Ergebnisse der Bindungsforschung. In Urte Finger-Trescher/ Heinz Krebs (Hrsg.), Bindungsstörungen und Entwicklungschancen, S.51-65, Psychosozialverlag, Gießen

²⁴ Brisch, Karl Heinz Brisch (2003): Grundlagen der Bindungstheorie und aktuelle Ergebnisse der Bindungsforschung. In Urte Finger-Trescher/ Heinz Krebs (Hrsg.), Bindungsstörungen und Entwicklungschancen, S.51-65, Psychosozialverlag, Gießen

Ziel der Frühen Hilfen ist es deshalb, Eltern beim Erlangen und Festigen von Beziehungs- und Erziehungskompetenzen zu stärken und für entsprechende Unterstützungsangebote, zu motivieren. Dabei stellt die Wissens- bzw. Informationsvermittlung über das lebenswichtige Bindungsbedürfnis des Säuglings und die Sensibilisierung der Eltern für die Signale und emotionale Bedürfnisse ihrer Kinder ein wirksames, präventives und nachhaltiges Angebot für Familien dar, unter Einbeziehung der bereits vorhandenen elterlichen Ressourcen und Stärken und Erfahrungen.

Der Aspekt Frühe Bindung in den Frühe Hilfen

Frühe Hilfen sollen präventiv Vernachlässigungen und Misshandlungen bei Säuglingen und Kleinkindern, beginnend mit der Schwangerschaft bis zum 3. Lebensjahr entgegenwirken. Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) definiert die Frühen Hilfen als lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfeangeboten für Eltern und ihre Kinder von 0-3 Jahre, ab Beginn der Schwangerschaft und mit dem Ziel Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern²⁵. Familiäre Belastungen und andere Risiken für das Kindeswohl, sollen rechtzeitig wahrgenommen und reduziert werden, indem man Müttern/ Eltern bereits vor und vor allem nach der Geburt Unterstützungsangebote zugänglich macht, die sie in ihrer Erziehungs- und Beziehungskompetenz stärken, in belastenden Situationen entlasten und für die Bindungsentwicklung und die Bedürfnisse des Säuglings sensibilisieren. Der Aspekt der Frühen Bindung spielt dabei eine besondere Rolle, auch in Bezug auf die Altersbegrenzung in der Begriffsbestimmung und als Förderbereich der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Eine bindungsorientierte Frühprävention hebt die Förderung einer Beziehungskompetenz in den Vordergrund, da die sichere Bindung eines Säuglings und das feinfühliges Reagieren auf die Signale und

²⁵ vgl. NZFH, frühe Kindheit, Sonderausgabe 2012

Bedürfnisse des Säuglings eine wichtige Voraussetzung für eine gesunde Interaktion zwischen Bezugsperson und Kind ist. Eine sichere Bindung kann und soll bereits in der Schwangerschaft gefördert werden und kann Überforderungen durch „Teufelskreisläufe“ auf Grund von Fehlinterpretationen und unsicherem Bindungsverhalten des Säuglings im Zusammenhang von nicht feinfühligem Verhalten der Mutter/Eltern rechtzeitig vermeiden.

Die Grundlagen der Bindungstheorie

Nach John Bowlby, dem Begründer der Bindungstheorie, ist die Bindung ein unsichtbares Band, das zwei Menschen über Raum und Zeit sehr spezifisch miteinander verbindet. Im Rahmen seiner Forschungen zu den Zusammenhängen von Bindungsbesonderheiten und psychopathologischen Phänomenen bei delinquenten Jugendlichen in Heimunterbringung, erkannte John Bowlby in den 50iger Jahren die prägenden Auswirkungen von Trennungssituationen und –erfahrungen in der frühen Kindheitsphase²⁶.

Mary Ainsworth entwickelte die bindungstheoretischen Ergebnisse Bowlbys mit ihren empirischen Forschungen (Beobachtungen an Kindern und Müttern in den „Fremde Situations Test, FST“, 1978) weiter und fand dabei unterschiedliche Reaktionsmuster der Kinder heraus, die sie in Bindungstypen einteilte und welche unter dem Konzept der Feinfühligkeit erläutert werden.

Konzepte der Bindungsforschung

Wir alle sind, von der Wiege bis zum Grab, am glücklichsten, wenn unser Leben wie eine Serie von langen oder kurzen Ausflügen um die sichere Basis, die unsere Bezugspersonen bieten, organisiert ist.“²⁷

²⁶ vgl. Hofmann, Ronald (2002), Bindungsgestörte Kinder und Jugendliche mit einer Borderline-Störung, Klett-Cotta Verlag

²⁷ vgl. Holmes, Jeremy (2002) John Bowlby und die Bindungstheorie, Ernst Reinhardt Verlag, Basel

Definition Bindung

„Bindung ist die Fähigkeit des Menschen, Sprache und andere Symbole zu gebrauchen, sein Vermögen, Pläne und Modelle zu entwickeln, eine lang andauernde Zusammenarbeit und endlose Konflikte mit anderen einzugehen, dies macht den Menschen zu dem, was er ist. All diese Prozesse haben ihren Ursprung in den ersten drei Lebensjahren“, erklärte der Mitbegründer der Bindungstheorie John Bowlby 1982.

Bindung als Entwicklungsaufgabe

Der Aufbau einer sicheren und entwicklungsfördernden Bindung ist die erste und elementarste Entwicklungsaufgabe, die einen wesentlichen Einfluss auf das weitere Leben eines Menschen hat. In der Resilienzforschung gilt das Bindungssystem als ein wirksamer Schutzfaktor für die gesunde Entwicklung eines Kindes. Dabei ist die Bindungsperson die Bezugsperson und muss nicht immer die Mutter oder der Vater sein. Die ersten Lebensjahre sind dabei besonders bedeutsam

Phasen der Bindungsentwicklung nach Ainsworth

Entwicklungsphasen	Alter	Verhalten	Entwicklungsaufgaben
Vorbindungsphase	Ersten 3 Monate	erste biologisch bedingten Signale des Säuglings , reflexartig (hören, sehen, schreien, umklammern, saugen) und unterscheiden noch nicht die Bezugsperson von anderen	der Säugling lernt allmählich, Interaktionspartner zu unterscheiden
Phase der differenzierten Interaktion	3-6 Monate	Der Säugling hat gelernt, Unterschiede zu erkennen, bekann-	Beginnende Bindung

onsbereitschaft,		te Personen werden bevorzugt, unbekannte werden noch akzeptiert	
Phase der eindeutigen Bindung (Phase des aktiven und initiierten zielkorrigierten Bindungsverhaltens)	6/8 Monate bis ca. 2 Jahre	Der Säugling kann sich durch eigene Aktivität (Krabbeln, Sprache) in die Nähe bevorzugter Personen bringen, „fremdeln“ (Trennungsangst als natürliches Schutzsystem)	kann sein Verhalten flexibel einsetzen, um Mutter oder Vater in der Nähe zu haben, Entwicklung zum Kleinkind
Phase der Integration der erworbenen Bindung, Phase der zielkorrigierten Partnerschaft	Nach dem 2. Lebensjahr (abhängig von der Sprachentwicklung)	Kann bereits den Standpunkt der Bezugspersonen einnehmen beeinflussendes Verhalten,	um eigene Bedürfnisse nach Nähe durchzusetzen, überreden, Spielaufforderung

Feinfühliges Verhalten

Ein Kind kommt mit dem genetisch angeborenen Bedürfnis auf die Welt, sich eine sichere Bindungsperson zu suchen, die ihm Schutz, Pflege und Unterstützung zukommen lässt²⁸ und entwickelt in den ersten Lebensjahren somit eine emotionale Bindung an eine Hauptbindungsperson, in der Regel ist das die Mutter/Eltern, kann aber auch eine andere Bezugsperson sein. Diese emotionale Bindung sichert das Überleben und die Entwicklung des Säuglings. Das Bindungssystem (Bedürfnis nach körperlicher Nähe, Trost und Schutz) wird immer dann aktiv, wenn der Säugling Trennung oder Angst (innere Auslöser, oder äußere durch unangenehme Reize) erlebt²⁹. Es ist dann

²⁸ vgl. Brisch, Karl Heinz (2012) SAFE-Sichere Ausbildung für Eltern, Klett-Cotta Verlag

²⁹ vgl. Brisch, Karl Heinz (2012) SAFE-Sichere Ausbildung für Eltern, Klett-Cotta Verlag

auf Trost, Beruhigung und körperliche Nähe durch ein feinfühliges Verhalten der Bezugsperson angewiesen. In den ersten Lebenswochen ist die aushaltbare Frustrationsspanne beim Säugling nur kurz, d.h. wenn der Säugling durch Weinen signalisiert, dass er Hunger hat, wird eine feinfühlige Mutter ihn relativ rasch stillen³⁰. Werden dem Säugling längere Frustrationsspannen zugemutet, angenommen weil die Mutter befürchtet, dass das Kind sonst „verwöhnt“ wird, gerät es in emotionale Panik, da laut Brisch seine Selbstregulations- und Selbstberuhigungsfähigkeiten überfordert werden. Ebenfalls in die Situation einer Überforderung kann der Säugling geraten, wenn seine Signale fehlinterpretiert werden und z.B. bei Weinen immer nur mit Nahrungsangebot reagiert wird und andere Bedürfnisse, wie „Langeweile, Bauchschmerzen, Ängste nicht wahrgenommen und mit Trost und Nähe beantwortet werden. Eine feinfühlige Mutter /Eltern erkennen die Signale des Säuglings rechtzeitig, interpretieren sie richtig und reagieren sofort. Elterliche Unfeinfühligkeit kann dagegen in einen Teufelskreislauf führen, d.h. die zunehmende Frustration durch Fehlinterpretation kann wiederum zu Ungeduld und Überforderung der Mutter/Eltern führen.

Die Bindungsforscherin Mary Ainsworth sieht hier die Wurzel sicherer und unsicherer Bindung und unterscheidet folgende Bindungsqualitäten.

Bindungsqualitäten

Mit der „Fremden Situation“ entwickelte Ainsworth ein Beobachtungsverfahren, mit dem sie das Bindungsverhalten von 11 - 20 Monate alten Kindern überprüfen lässt. Sie ließ Mütter mit ihren Kleinkindern interagieren, die Mutter dann den Raum verlassen und nach einer gewissen Zeit zum Kind zurückkehren.

³⁰ Brisch, Karl Heinz Brisch (2003): Grundlagen der Bindungstheorie und aktuelle Ergebnisse der Bindungsforschung. In Urte Finger-Trescher/ Heinz Krebs (Hrsg.), Bindungsstörungen und Entwicklungschancen, S.51-65, Psychosozialverlag, Gießen

Bei der Rückkehr zeigten die Kinder sehr unterschiedliche Reaktionsmuster, die Ainsworth in folgende Bindungsqualitäten einteilte

-sicher gebunden

Diese Kinder zeigten meistens Kummer, wenn sie getrennt wurden und waren zufrieden, wenn die Mutter wieder zurückkam, sie spielten dann fröhlich weiter

-unsicher- vermeidend gebunden

Diese Kinder zeigten wenig Kummer bei der Trennung und ignorierten sie bei der Wiederkehr, im Spiel waren die Kinder gehemmt und behielten ihre Kinder im Auge

-unsicher- ambivalent gebunden

Diese Kinder zeigten großen Kummer bei der Trennung und konnten bei der Wiedervereinigung nur schwer beruhigt werden Wechsel zwischen Wutausbrüchen und Anklammern

Erst später wurde noch eine weitere Gruppe herausdifferenziert. Folgende ist bereits einer Interaktionsstörung zuzuordnen.

-unsicher- desorganisierten Verhalten

Diese Kinder zeigen Angst, ohne zu wissen, wo sie sich hinwenden können. Sie konnten keine Handlungs- und Verhaltensstrategien in bedrohlichen Situationen entwickeln. Sie erstarren in ihrer Bewegung, oder zeigten einen trancheähnlichen Gesichtsausdruck³¹.

³¹ Ainsworth, M.1969, FST, In Holmes, Jeremy, John Bowlby und die Bindungstheorie, 2002, S.130-133

Bindungshaltung der Bezugsperson

Mit dem Instrument eines Erwachsenen-Bindungs- Interviews forschte Main und mit ihren Mitarbeiterinnen 1985 weiter über die Bindungsrepräsentation bei Erwachsenen. Dabei fanden sich ähnliche Bindungsstile wie bei den Kindern. In verschiedenen Längsschnittstudien (Deutschland, USA, England) konnte mit 75% Übereinstimmung nachgewiesen werden, dass sicher gebundene Mütter häufiger auch sicher gebundene Kinder haben, bei Mütter mit einer unsicheren Bindungshaltung auch die Kinder häufig mit 1 Jahr unsicher gebunden sind, was auf eine Weitergabe der Bindungsstile hinweist³². Der Reflexion des eigenen Bindungsverhaltens der Eltern, kommt damit ebenfalls eine präventive Bedeutung zu.

Des Weiteren zeigt die Fachliteratur über Bindungsstörungen auf, welche Tragweite eine gestörte Interaktion zwischen Bezugsperson und Säugling auch im weiteren Leben des Kindes haben kann, „...mit dem verfügbaren Wissen und den Erfahrungen aus der Bindungsentwicklung ist die unmittelbare Nähe der frühen Bezugsperson von immer geringerer Bedeutung. Das Bindungsverhalten manifestiert sich in der Kommunikation mit Eltern, Gleichaltrigen und später weiter in zwischenmenschlichen Beziehungen und in der Partnerschaft.“³³

Eine sichere Bindung als stabiles Fundament für eine gute Entwicklung deshalb „von Anfang an“

Eine frühe und rechtzeitige Förderung der elterlichen Feinfühligkeit durch Unterstützungsangebote, welche den Eltern ein Verständnis des „Bezie-

³² vgl. Brisch, Karl Heinz Brisch (2003): Grundlagen der Bindungstheorie und aktuelle Ergebnisse der Bindungsforschung. In Urte Finger-Trescher/ Heinz Krebs (Hrsg.), Bindungsstörungen und Entwicklungschancen, S.51-65, Psychosozialverlag, Gießen
Holmes, Jeremy (2002) John Bowlby und die Bindungstheorie, Ernst Reinhardt Verlag, Basel

³³ Hofmann, Ronald (2002), Bindungsgestörte Kinder und Jugendliche mit einer Borderline-Störung, Klett-Cotta Verlag

hungsbandes“ vermitteln, sie dafür sensibilisieren und praktisch auch trainieren soll, ist ein vordergründiges Ziel der Frühen Hilfe und begründet u.a. auch die gezielte Förderung ab Beginn der Schwangerschaft mit der Altersbegrenzung von 0 bis 3. Jahre.

Eine sichere Bindung ist verantwortlich für die Entwicklung von Stärken und Kompetenzen, die auch im weiteren Leben als Schutzfaktor in belastenden Lebenssituationen oder Krisen dienen können.

Die Unterstützungsangebote der Frühe Hilfen sollen deshalb für alle Familien niederschwellig und möglichst im Vorfeld von möglichen Krisen und Überforderungssituationen zugänglich sein.

Der bindungstheoretische Ansatz kann auch als Brücke zwischen den verschiedenen Professionen dienen, für ein gemeinsames Verständnis der Begriffsbestimmung „Frühe Hilfen“ und als verbindende Arbeitshaltung.

Über die Grundbedürfnisse von Kindern

Diskussion zur Sicherung einer gesunden körperlichen und psychosozialen Entwicklung³⁴

Dr. Detlef Häuser, Leiter der Erziehungs- und Familienberatungsstelle des Landkreises Märkisch-Oderland

Vorbemerkung

Vorauszuschicken ist, dass die Abgrenzung des Begriffs „**Bedürfnis**“ folgendes von denen des „Triebes“ und der „Motivation“ schwierig ist. Hier soll unter dem Begriff „Bedürfnis“ verstanden werden: Bedürfnisse sind Ausdruck dessen, was ein Lebewesen zu seiner **Erhaltung** und **Entfaltung** notwendig braucht. Subjektiv kann darunter die Empfindung eines Mangels verstanden werden, welches mit dem Bestreben (**Motiv**) verbunden ist, diesen Mangel zu beseitigen³⁵. Für die „**kindlichen Bedürfnisse**“ ist wesentlich, dass Kinder für die Befriedigung ihrer grundlegenden Bedürfnisse zur Lebenserhaltung sowie für diejenigen, die zu ihrer (emotionalen) Entwicklung und Entfaltung dienen, in der Regel nicht selber Sorge tragen können. Besonders bei jüngeren Kindern setzt die Befriedigung von Entwicklungsbedürfnisse setzt immer die Bereitschaft und inhaltliche Kompetenz der primären Bezugs- oder Betreuungspersonen voraus.

Der fachliche Diskussionsstand ist dadurch gekennzeichnet, dass es bisher kein übergreifendes Konzept gibt, welches die notwendigen kindlichen Bedürfnisse umfassend umschreibt. Es gibt verschiedene Ansätze, die wichtige Aspekte hervorheben, die sich z. T. auch überschneiden, die eben aber nicht

³⁴ Bei der vorliegenden Ausarbeitung handelt es sich um ein internes Diskussionspapier, welches für die Arbeitsgruppe „Frühe Hilfen“ im Mai 2013 erarbeitet wurde.

³⁵ Nach R. Bergius, (S. 91, 1994) und <http://www.wiwiki.net/index.Bedürfnisse>

erschöpfend **alle** kindlichen Entwicklungsbedürfnisse ausreichend berücksichtigen. Allgemein kann zu den Entwicklungsbedürfnissen von Kindern folgendes gesagt werden:

1. Nicht nur das Neugeborene³⁶, sondern auch das Klein- und Vorschulkind bedarf zur **Befriedigung seiner existentiell (zur Lebenserhaltung) notwendigen Bedürfnisse** oder „um einfach überleben zu können“, der bedingungslosen Bereitschaft der Bezugsperson zur Pflege und Versorgung. Jedoch hängt die Qualität oder die Art und Weise der Befriedigung kindlicher Bedürfnisse im wesentlichen von den Kompetenzen bzw. den Persönlichkeitseigenschaften der primären Bezugspersonen ab. Mit anderen Worten, an den primären Bezugspersonen sind in erster Linie die Entwicklungsrisiken und -chancen von Kindern festzumachen.
2. Die **Befriedigung** kindlicher Bedürfnisse kann man sich **als einen interaktiven oder kommunikativen Prozess** vorstellen. Dieser, sich auf mehreren Ebenen vollziehender Prozess zielt auf die Befriedigung physiologischer, emotionaler, körperlich-motorischer, psycho-sozialer, sprachlich-kognitiver Entwicklungsbedürfnisse des Kindes ab. Zu den grundlegenden biologischen Bedürfnissen zählen nicht nur diejenigen, die die ausreichende Versorgung mit Essen, Trinken, Wärme, Schlaf, Gesundheit und Körperpflege umfassen. Auch ein Mangel an körperlicher, emotionaler, sprachlicher und wahrnehmungsbezogener Stimulierung kann bei Neugeborenen oder bei Kindern im Kleinkindalter zu schwersten Entwicklungs- und Verhaltensstörungen führen. Diese notwendige Ent-

³⁶ Das Neugeborene wird auch als „physiologische Frühgeburt“ bezeichnet und ist somit auf „Gedeih und Verderb“ von der Pflegebereitschaft der primären Bezugsperson abhängig. Beispiele dafür, dass es Eltern nicht gelang, mit ihren Kindern mitzuwachsen und Entwicklungsanreize zu geben, die in die nächste Zone der Entwicklung hineinreichen, sind Mütter, die noch ihren 3-jährigen Kindern die Trinkflasche zubereiten, weil es so bequemer ist als sie an das Trinken aus der Tasse heranzuführen, Eltern, die ihren 4- und 5-jährigen Kindern zur Notdurft noch die Windel reichen, weil sie es nicht vermochten, das Kind an das Töpfchen zu gewöhnen; Eltern, die noch im BabyTalk verharren und ihren Kindern somit keine dem Alter und dem Entwicklungsstand entsprechende Sprachanregungen geben usw.

wicklungsstimulierung muss beim menschlichen Nachwuchs somit auch zu den existentiell notwendigen Bedürfnissen der Lebenserhaltung gezählt werden.

3. Zum Wesen menschlicher **Bedürfnisse** gehört, dass diese sich selbst **ständig verändern und entwickeln**. Sind die Bedürfnisse auf einem bestimmten elementaren Niveau zufriedengestellt, so erwachsen auf deren Basis neue, deren Befriedigung ebenso drängend ist. So unterscheiden sich zum Beispiel die Bedürfnisse eines 3 oder 4 Monate alten Säuglings nach motorischer Stimulierung erheblich von denen eines 9 oder 12 Monate alten Säuglings. Die Bezugspersonen stehen also vor der durchaus anspruchsvollen Aufgabe (denen nicht alle Eltern gerecht werden) mit den Entwicklungsbedürfnissen ihres Kindes mitzuwachsen³⁷ und solche Angebote der Bedürfnisbefriedigung zu unterbreiten, die nicht nur dem aktuellen Stand des Kindes entsprechen, sondern auch Entwicklungsanreize darstellen und somit in die so genannte „Zone der nächsten Entwicklung“ (Wygotski) hineinreichen.
4. Obwohl dieser interaktive oder kommunikative Prozess zwischen Bezugspersonen auf der einen und dem Kind auf der anderen Seite in den frühen Entwicklungsphasen im Wesentlichen intuitiv (oder mit vielen unbewussten Anteilen) abläuft, gibt es gravierende Unterschiede in der Kompetenz der Eltern, auf allen notwendigen Ebenen entwicklungsförderlich auf die Bedürfnisse ihres Kindes einzugehen. Diese gravierenden **Kompetenzunterschiede der Bezugspersonen** hängen u. a. von folgenden Faktoren ab: von der Persönlichkeitsstruktur der Bezugsperson, von der eigenen Biographie, insbesondere von den eigenen Bindungs-

³⁷ Beispiele dafür, dass es Eltern nicht gelang, mit ihrem Kind mitzuwachsen und Entwicklungsanreize zu setzen, die in die nächste Zone der Entwicklung führen, sind Mütter, die ihrem 3-jährigen Kind noch die Trinkflasche zubereiten, weil es so bequemer ist als sie an das Trinken aus der Tasse heranzuführen, Eltern, die ihren 4- und 5-jährigen Kindern zur Notdurft noch die Windel reichen, weil sie es nicht vermochten, das Kind an das „Töpfchen“ zu gewöhnen; Eltern, die noch im BabyTalk verharren und ihrem Kind somit keine dem Alter und dem Entwicklungsstand entsprechende Sprachanregungen geben usw.

und Beziehungserfahrungen, von der Intelligenz, von der psychischen Verfasstheit (Emotionalität, psychische Erkrankungen, wie z. B. Depressivität, Abhängigkeit z. B. von Drogen), von äußeren psycho-sozialen Belastungen (wie z. B. existentielle Nöte, Partnerschaftskrisen, finanzielle Nöte, äußeren Bedrohungen) u. v. a. Faktoren.

5. Da die Befriedigung kindlicher Bedürfnisse entscheidend von den manifesten personellen Kompetenzen der Bezugspersonen abhängt, ist auch hier, wie bei allen psycho-sozialen Eigenschaften, theoretisch von einer Normalverteilung auszugehen. Mit anderen Worten, es wird immer eine kleine Gruppe von Eltern oder Bezugspersonen geben, die sehr sensibel und differenziert diese Aufgabe erfüllen, dann eine größere Gruppe, etwas 2/3 der Eltern die gut bis befriedigend auf die Entwicklungsbedürfnisse ihrer Kinder eingehen und eine kleinere Gruppe, die dieses nur genügend bis unzureichend realisieren können. Aus diesem Grunde ist es auch unangemessen, wenn bei **der Beurteilung des Grades der Befriedigung kindlicher Bedürfnisse**, nur solch einfache dichotomen Kategorien verwendet werden, wie z. B. das Bedürfnis „ist befriedigt“ versus „nicht befriedigt“ oder dem Bedürfnis des Kindes „wurde genüge“ versus „nicht genüge“ getan.

Bedürfnispyramide nach A. Maslow³⁸

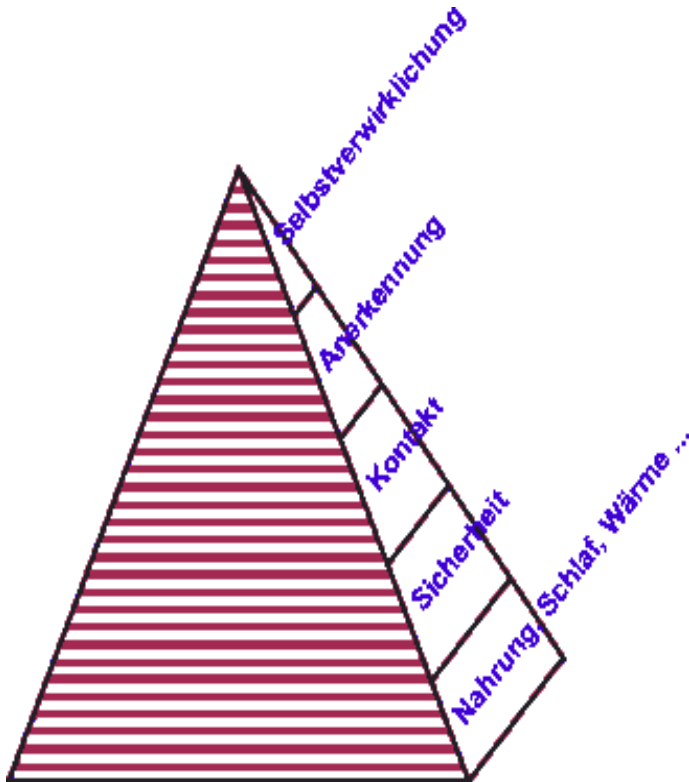
Das bekannteste Konzept der menschlichen Bedürfnisse ist jenes von Abraham Maslow 1954. Er versuchte die Wechselwirkung menschlicher Bedürfnisse in Form einer 5-stufigen Pyramide darzustellen:

1. **Physiologische Bedürfnisse:** Die unterste und breiteste Stufe dieser Pyramide stellt die Befriedigung der physiologischen Bedürfnisse eines Menschen dar. Sowohl für Erwachsene wie auch für Kinder gehören, die ausreichende und ausgewogene Ernährung (Essen, Trinken), ausrei-

³⁸ Maslow, A.H. (1954). Motivation and personality. New York: Harper

chender Schlaf, das Bedürfnis sich gesund zu fühlen, sowie das Bedürfnis nach Wärme, Ruhe, sowie sprachliche und körperliche Anregung dazu.

2. **Bedürfnis nach Sicherheit:** Die zweite Stufe repräsentiert die Bedürfnisse nach Sicherheit, wie z. B. die Sicherheit, dass die physiologische Bedürfnisbefriedigung auch morgen noch gewährleistet ist, nach Beständigkeit, nach Überschaubarkeit, nach Regelmäßigkeit, nach Angstfreiheit, nach körperlicher Unversehrtheit und die Sicherheit, dass die wichtigsten Menschen weiter für Einen (für das Kind) erreichbar bleiben.
3. **Soziale Bedürfnisse:** Auf der dritten Stufe sind ganz allgemein die sozialen Bedürfnisse des Menschen angesiedelt, wie die Bedürfnisse nach stabilen sozialen Beziehungen, nach Liebe, Geborgenheit, Zuwendung und Angenommensein, nach Teilhabe in stabilen Gemeinschaften sowie nach einer sicheren Zukunft.
4. **Bedürfnis nach Lernen und Leistung:** Sind die Bedürfnisse auf diesen ersten drei Stufen befriedigt, dann entsteht auf der vierten Stufe das Bedürfnis nach Lernen und Leistung, die meist verbunden sind, mit der dadurch verbundenen Anerkennung und Wertschätzung (Aufmerksamkeit und Lob.) durch die Umwelt. Dieses führt wiederum bei dem Betreffenden zu Selbstachtung, zu einem positiven Selbstwertgefühl bzw. zu einem positiven Selbstbild hinsichtlich seiner eigenen Handlungskompetenz.
5. **Bedürfnis nach Selbstverwirklichung:** Die fünfte Stufe der Pyramide wird vom Bedürfnis nach Selbstverwirklichung eingenommen und beinhaltet das Bedürfnisse nach Einsicht, Verstehen, Verantwortung und Selbständigkeit sowie das Bedürfnis nach neuen und entwicklungsge rechten Erfahrungen.



Entscheidend ist, dass die grundlegenden Bedürfnisse an der Basis der Pyramide zuerst befriedigt werden müssen, bevor die "höheren" Motivationen oder darauf aufbauenden Bedürfnisse zum Tragen kommen. Zum Beispiel ein Kind, das übermüdet in die Kita kommt, wird nicht genügend Aufmerksamkeit für Lernangebote, Sozialkontakte etc. aufbringen können³⁹. Oder ein Kind, welches sich körperlich bedroht fühlt oder unter anderen existentiellen Nöten

³⁹ Dazu ein Beispiel: Auf Empfehlung des Kindergartens stellte eine Mutter von mehreren Kindern ihren 3 ½-jährigen Sohn in der Beratungsstelle vor. Anlass für diese Empfehlung war, dass das Kind im Kindergarten unkonzentriert und hyperaktiv wirkte und insgesamt, so schien es, in seiner Entwicklung stagnierte. In den ersten Gesprächen zeigte sich, dass der Junge mit seinem 11-jährigen Bruder das Zimmer teilte und natürlich der ältere Bruder den Wach-Schlaf-Rhythmus in diesem Zimmer bestimmte. Für ein 11-jähriges Jungen können 8 bis 9 Stunden Nachtschlaf eventuell ausreichend sein, aber nicht für ein 3 ½-jähriges Kind. Ausreichender Schlaf oder

leidet, wird kaum stabile soziale Kontakte und Beziehungen aufbauen könne oder gar ausreichende Lernleistungen erbringen. Mit anderen Worten: Akute, nicht befriedigte Bedürfnisse auf jeder Stufe verhindern, dass die Motivation für höhere Bedürfnisse, die zu den dar-über liegenden Stufen gehören, entstehen kann. Hiermit ist zugleich auch der Bezug zu eher präventiv wirkenden Frühen Hilfen oder umfassend zum Kinderschutz beschrieben, dessen Schwelle immer dann erreicht ist, wenn kindliche Bedürfnisse insbesondere auf den unteren Stufen nicht erfüllt werden können bzw. deren Erfüllung in Frage steht oder deren Erfüllung das Handeln Dritter entgegensteht. In diesem Sinne lässt sich die oben gezeigte Grafik in Bezug auf förder- bzw. kinderschutzrelevante Lebens- bzw. Alltagssituationen folgendermaßen modifizieren.



Modell von C. Rogers

Rogers (1957), der Vater der Gesprächspsychotherapie, formulierte drei Basisbedingungen (Dimensionen therapeutischen Basisverhaltens) für zwischenmenschliches Verhalten, die nicht nur Grundvoraussetzung für ein wirksames therapeutisches Gespräch, sondern auch wichtige Aspekte einer funktionierenden Kommunikations- und Beziehungsgestaltung zwischen den primären Bezugspersonen und dem heranwachsenden Kind verdeutlichen.

a) Empathie

Empathie ist (hier bezogen auf die Bezugsperson) die **Fähigkeit** eines Menschen, sich in Signale des Kindes einzufühlen, seine **Bedürfnisse wahrzunehmen und in angemessener** Weise darauf zu reagieren. Dies bedeutet, den „inneren Bezugsrahmen des anderen genau wahrzunehmen, einschließlich der dazugehörigen gefühlsmäßigen Komponenten und Bedeutungen“. Fehlende Empathie auf Seiten der Mutter (oder der Bezugsperson) führen bei einem Säugling und Kleinkind zu schwerwiegenden psychischen und psychosomatischen Störungen oder später zu ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten. Müttern mit einem Mangel an Empathie wirken im Umgang mit ihren Säuglingen und Kleinkindern oft hölzern, sie haben Schwierigkeiten an den Signalen ihres Kindes zu erkennen, ob es hungrig ist, ob es sich ängstigt oder unsicher fühlt und somit Trost und Sicherheit bedarf, ob es Koliken oder Schmerzen hat, ob es nass ist, ob es sich langweilt und Unterhaltung braucht, ob es sich für einen Gegenstand interessiert und spielerische Anregungen benötigt usw.. Ein gravierender Mangel an Empathie, sowie an ausstrahlender Emotionalität bei den primären Bezugspersonen mündet in der Regel in einer emotional verarmten, für das Kind nicht berechenbaren unzuverlässigen und letztendlich frustrierenden Kommunikation. Trotz der scheinbaren Gewährleistung der physiologischen Bedürfnisse des Kindes muss dieses als eine gravierende Gefährdung des Kindeswohles angesehen werden.

Viele, mit diesen Familien befassten Helfer, erkennen diese Störungen in der frühen Mutter-Kind-Kommunikation noch zu wenig, bzw. lassen sich täuschen, weil diese Mütter, insbesondere, wenn sie spüren, dass auf sie geschaut wird, natürlich bei jeder sich bietenden Gelegenheit betonen, wie sehr sie ihr Kind lieben. Jedoch sein Kind zu lieben und trotzdem nicht feinfühlig die Signale des Kindes zu erkennen und adäquat darauf zu reagieren, schließen sich nicht aus.

b) Akzeptanz und Wärme

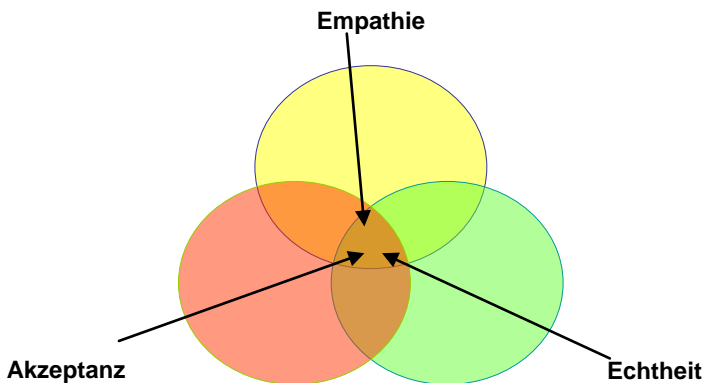
Hiermit ist die bedingungslose positive **Wertschätzung** (ohne Vorbehalt) gemeint, also die grundlegende Erfahrung eines Kindes der positiven Beachtung, der emotionalen Zuwendung, Liebe, Akzeptanz, des Umsorgt- und Geborgenseins. Die Variable des Geschätzt- und Geliebt-Werdens bedeutet nicht, dass die Bezugsperson alle Verhaltensweisen des Kindes für gut oder für akzeptabel halten muss. Sie unterscheidet aber, zwischen den ab und zu auftauchenden nicht akzeptablen Verhaltensweisen des Kindes auf der einen und der vorbehaltlosen Wertschätzung und Liebe zur Person des Kindes auf der anderen Seite. Die Erfahrung eines Kindes solche vorbehaltlose Akzeptanz und Wärme von seinen primären Bezugspersonen erlebt zu haben, gehören ebenso wie die Empathie, zu den Grundbedingungen einer gesunden psychosozialen Entwicklung des Kindes.

c) Kongruenz und Echtheit

Kongruenz ist die Fähigkeit der Bezugsperson, für das Kind eindeutige und durchsichtige Botschaften und Handlungen zu senden, die deren tatsächlich Gefühlen und Empfindungen entsprechen. Mit anderen Worten, die Äußerungen, Handlungen und Botschaften der Bezugsperson sollten in Übereinstimmung mit seinen wahren Gefühlen, Intensionen und Zielen stehen. Dieses zeigt sich unter anderem darin, dass die para-

sprachlichen, d.h. die nichtsprachlichen Kommunikationsebenen, wie Gestik, Mimik, Stimmlage (Prosodie), die vor allem die Gefühlsqualitäten der Bezugsperson signalisieren, kongruent mit deren Äußerungen und Handlungen sind. **Inkongruente Botschaften**, bei denen der Sachinhalt der verbalen Botschaft im Widerspruch zu den nonverbal signalisierten Gefühlen steht⁴⁰, erschwert für das Kind nicht nur die Kommunikation und das Erfassen der Bedeutung von Emotionen, sondern kann schizoide Entwicklungen befördern. Gelungene Kongruenz äußert sich in echtem, offenem, ungezwungenem und authentischem Verhalten beider Akteure, der Bezugsperson und des Kindes.

Oder: Eine in sich kongruente Bezugsperson bietet sich dem Kind als Person dar, die für das Kind erreichbar, transparent und in seinen Reaktionen berechenbar ist.



⁴⁰ Ein profanes Beispiel wäre, wenn die Mutter dem Kind mit emotionslosem Gesicht und harter Stimme versichert: „Du weißt doch, dass Mamma dich liebt hat!“

Wobei diese Variablen mehr den Prozess oder die Art und Weises des Umgangs zwischen zwei Personen beschreiben, jedoch den Inhalt eines Interaktions- und Kommunikationsprozesses ausblenden. Wenn es jedoch um entwicklungsförderliche Interaktionen zwischen Bezugsperson und Kind geht, bedarf es sowohl der Realisierung dieser drei Variablen als auch das Ansprechen bedeutungsvoller Inhalte für das Kind.

„Mütterliche Feinfühligkeit“

Ein verwandter Begriff, der mit der oben genannten Variable der Empathie im Zusammenhang steht und in Bindungstheorie benutzt wird, ist hier der Begriff der „**mütterlichen Feinfühligkeit**“. Feinfühligkeit bedeutet, dass die Bindungsperson Signale des Kindes **wahrnehmen** kann, diese richtig **interpretiert** und prompt angemessen **befriedigt**. Feinfühliges Verhalten führt zu Entwicklung einer sicheren Bindung zur Bindungsperson (analog weniger feinfühliges Verhalten zu einer unsicheren Bindung). Feinfühligkeit beinhaltet eine frühe und kontinuierliche Förderung der kindlichen Kommunikationsfähigkeit auch im vorsprachlichen Alter, so dass das behutsame Eingehen auf kindliches Weinen nicht als Verwöhnen, sondern als Antworten auf die Mitteilung negativer Gefühle gesehen wird. Abgrenzung zur Überbehütung besteht in dem Maße, dass man darauf achtet, dass die Reaktion entwicklungsfördernd ist, d.h. dem Kind wird nichts abgenommen, was es schon selbst tun könnte. So wird z. B. die kindliche Autonomie gefördert⁴¹.

⁴¹ <http://www.psya.de/feinfuehligkeit-in-der-mutter>

Beispiel für kindliche Entwicklungsthemen und elterliche Aufgaben sind:

Alter	Entwicklungsaufgabe des Kindes	Rolle der Bezugsperson
0 - 3 Monate	Physiologische Regulierung	Sanfte Routinen, Synchronizität, Rhythmik, prompte Verfügbarkeit
3 - 6 Monate	Spannungs- und Erregungskontrolle	Hilfe bei emotionaler Regulierung durch Feinfühligkeit, Sensibilität, kooperative Handlungen
6 - 18 Monate	Aufbau stabiler Bindungen	Feinfühlige Antwortbereitschaft, Verfügbarkeit (promptes, kontingentes Antwortverhalten)
1 - 4 Jahren	Exploration/Autonomie	Sichere Basis, Sicherheit geben, wenn ein Kind sich ängstigt, stärkende Unterstützung
ab 1,5 Jahren	Individuation	Unterstützung / Hilfestellung, wenn ein Kind eine Aufgabe nicht allein bewältigen kann
3 - 7 Jahre	Impulskontrolle, Geschlechteridentifikation, Gleichaltrigenbeziehung	Klare Regeln/Rollen, Flexible Grenzsetzung, Normen/Werte vermitteln, ermutigende Förderung

Responsivität als Voraussetzung für Förderung und Entwicklung

Ein weiterer verwandter Begriff, der zur Beschreibung der Entwicklungsförderlichkeit elterlichen Interaktionsverhaltens benutzt wird, ist der der Responsivität: Dieser bezeichnet die **Abstimmung von kindlichen Bedürfnissen und elterlichen Reaktionen**. Es geht also darum, wie auch einfühlsam und unterstützend Eltern auf ihre Kinder eingehen. Unter Anforderung ist der elterliche

Anspruch an leistungsbezogenes wie moralisches Verhalten ihrer Kinder gemeint. Es geht insbesondere um Regeln, die klar übermittelt werden und auf die eine situationsangemessene und verlässliche (d.h. unter gleichen Umständen auch gleiche) elterliche Reaktion erfolgt (z. B. Aufmerksamkeit, Lob, Kritik). Immer wieder wird betont, dass Eltern ihre Erziehungsstrategien an situativen Randbedingungen und besonders den kognitiven Entwicklungsstand ihrer Kinder anpassen sollen; im Bereich der Selbstständigkeitserziehung ist von "dosierten Diskrepanzen" die Rede: Die Anforderungen sollten den aktuellen Fähigkeiten des Kindes immer "eine Spur voraus" sein und damit den größtmöglichen Ansporn darstellen. Responsivität und Anforderung können als günstige Voraussetzung für eine positive kindliche Selbstwertentwicklung gelten⁴².

Bedürfnis nach Bindung

Das Neugeborene kann, wie schon festgestellt, als physiologische Frühgeburt bezeichnet werden, es ist ohne die angemessene Versorgung, Pflege und Stimulierung der Bezugspersonen nicht überlebensfähig. Es ist also auf Ge- deih oder Verderb darauf angewiesen, mit der jeweiligen Bezugsperson eine entsprechende Bindung einzugehen, auch wenn diese – wie wir aus der Bindungsforschung wissen – unterschiedlicher Qualität sein kann⁴³. Zum Herbeirufen der Betreuungsperson ist das Neugeborene genetisch mit entsprechenden Kommunikationsmöglichkeiten ausgestattet (Schreien, angeborenes Lächeln etc.). Auf der Seite der Bezugsperson bewirken die Wahrnehmung

⁴² www.familienhandbuch.de/cmain/f_Aktuelles/a_Kindliche_Entwicklung/s_675.html+Responsivit%C3%A4t&hl=de&ct=clnk&cd=4&gl=de&lr=lang_de

⁴³ Keller-Schuhmacher nennt die folgenden Bindungsqualitäten, die sich aus Be- bzw. Missachtung feinfühligem Verhalten ergeben. Es gibt eindeutige Zusammenhänge zwischen dem Grad der Feinfühligkeit und der Bindungsqualität.[2]

- organisierte Bindung (sichere Bindung, unsicher-vermeidende Bindung, unsicher-ambivalente Bindung)
- desorganisierte Bindung
- gestörte Bindung (pathologisch) (nach : <http://de.wikipedia.org/wiki/Feinfühligkeit>)

des so genannten „Kindchenschemas“ und das anfängliche undifferenzierte Schreien des Kindes, in der Regel das Auslösen einer emotional positiv gestimmten pflegerischen Handlungsbereitschaft.

Entscheidend ist jedoch für alle, die mit der Betreuung von Eltern und deren Kindern zu tun haben, dass Neugeborene, Klein- und Vorschulkindern ihren Eltern bedingungslos ausgeliefert sind. Bei emotional feinfühligem, verantwortungsvollem Eltern ist das kein Problem. Eltern mit weniger günstigen Pflegeverhalten, können jedoch auf Kinder wirken, wie ein über sie tobendes Unwetter. Einem Unwetter, welches die Kinder nicht abstellen oder dem sie nicht entweichen können.

Dass Kinder ein Bindungsbedürfnis haben, zeigt sich u.a. daran, dass sie sich in der Regel nur mit Widerstand auch von Eltern trennen, die sich als vernachlässigend oder gar körperlich übergriffig zeigten. Oder dass ein großer Teil der Kinder, die z. B. stationär untergebracht werden mussten, häufig Tendenzen zeigen, obwohl es ihnen in den Ursprungsfamilien nicht gut ging, immer wieder zu diesen Eltern zurückkehren zu wollen.

Bei eigentlich erwachsenen Menschen, die z. T. schon selber wieder Eltern sind, wird dieses mitunter sichtbar, in der Unfähigkeit, sich von als lieblos oder als emotionskalt erlebten Eltern zu trennen, weil sie immer wieder die Hoffnung haben, als Erwachsene endlich das an Zuwendung zu bekommen, was ihnen als Kinder verwehrt wurde.

Bedürfnis nach Urvertrauen

Bei der in den ersten Wochen und Monaten sich vollziehenden physiologischen Anpassung des Säuglings an die Bedingungen der Umwelt und seiner emotionalen Regulierung, ist es zeitweise erforderlich, dass die Mutter mit dem Kind durchaus eine symbiotische Bindung eingeht, ja möglichst emotio-

nal mit den Bedürfnissen ihres Kindes verschmilzt⁴⁴. Denn für die spätere emotionale Stabilität des Kindes und dafür, dass es sich der sozialen Umwelt offen und vertrauensvoll zuwendet, sollte es in den ersten Lebensmonaten bzw. im ersten Lebensjahr, folgende grundlegende Erfahrungen sammeln:

- Meine Umwelt ist verlässlich, d.h. wenn ich - das Kind - (wenn auch noch unspezifisch) ein Bedürfnis signalisiere, dann reagiert die Umwelt, d.h. die Pflegeperson, prompt (innerhalb weniger Sekunden), zuverlässig und genau (z. B. im Erkennen meiner spezifischen Bedürfnisse);
- Und die zweite, damit unmittelbar verbundene Erfahrung lautet: „Ich kann etwas bewirken!“ Mit anderen Worten, ich kann z. B. meine Umwelt (Bezugsperson) herbeirufen, die mir hilft, meine Bedürfnisse zu befriedigen.

Diese beiden grundlegenden Erfahrungen bewirken die Entwicklung eines Urvertrauens beim Kind, welches sowohl den Aspekt des positiv getönten Vertrauens an die Zuverlässigkeit der Umwelt beinhaltet als auch die ersten Erfahrungen der „Selbstwirksamkeit“, d.h. ich kann etwas bewirken, z. B. die primäre Bezugsperson herbeirufen.

Dieses „Vertrauen an die Zuverlässigkeit der sozialen Umwelt“ führt auch dazu, dass sich ein Kind vertrauensvoll gegenüber Lern- und Entwicklungsanregungen von außen (ob nun von den Eltern oder von den Erziehern/innen herangetragen) öffnet oder aber - bei nicht vorhandenen Urvertrauen - der Umwelt und seinen Anregungen mit Misstrauen, Ablehnung oder Zurückhaltung begegnet. Deshalb gilt auch die Aussage, dass diejenigen Bezugspersonen, zu denen das Kind eine sichere Bindung oder ein positiv getönten Urvertrauen aufgebaut hat, die wirksamsten Entwicklungshelfer sein können oder anders formuliert, dass Bindung und Bildung zusammengehören.

⁴⁴ Um mit dem Kind emotional verschmelzen zu können, ist es jedoch wichtig, dass die Mutter selbst in dieser Zeit möglichst frei von existentiellen Sorgen ist und ihre Grundbedürfnisse ausreichend befriedigt sind.

Diese beiden grundlegenden Erfahrungen bewirken die Entwicklung eines Urvertrauens, welches sowohl den Aspekt des positiv getönten Vertrauens an die Zuverlässigkeit der Umwelt beinhaltet als auch die ersten Erfahrungen der „Selbstwirksamkeit“, d.h. ich kann etwas bewirken, z. B. die primäre Bezugsperson herbeirufen.

Dieses „Vertrauen an die Zuverlässigkeit der sozialen Umwelt“ führt auch dazu, dass sich ein Kind vertrauensvoll gegenüber Lern- und Entwicklungsanregungen von außen (ob nun von den Eltern oder von den Erziehern/innen herangetragen) öffnet. Deshalb gibt es auch einen Grundsatz, der lautet, dass Bindung (oder eine vertrauensvolle Beziehung) und Bildung zusammen gehören (wie oben ausgeführt).

Das Bedürfnis nach Kontinuität

Kinder benötigen Kontinuität hinsichtlich einheitlicher Bewertungsmaßstäbe und ihrer Tages- und Wochenabläufe und der darin eingebundenen Rituale. Gleiches gilt demzufolge für die Gestaltung und das kontinuierliche Angebot von Lern- und Förderangeboten. Dazu gehört auch das Bedürfnis, Herausforderungen oder Entwicklungsanforderungen zu erleben, die dem eigenen Entwicklungsstand entsprechen bzw. gerecht werden, z. B. sich messen und vergleichen zu können. Kontinuität in den Abläufen und Bewertungsmaßstäben soll Kindern Orientierung, Halt und Sicherheit geben, denn es ermöglicht ihnen, Folgen oder auch Konsequenzen ihres Handelns vorherzusehen.⁴⁵

Dem Bedürfnis nach Kontinuität im Rahmen bei der Gestaltung von Lernprozessen oder bei der Förderung von Kindern im Rahmen der Kita bewusst

⁴⁵ Die Kontinuität in den Abläufen und in den erlebten Bewertungsmaßstäben ist z.B. bei Kindern, deren Eltern sich getrennt haben und die dann Probleme haben, miteinander über Erziehungsfragen zu kommunizieren, häufig nicht gegeben. Da diese Eltern nicht selten in eine Art Wettbewerb geraten - Wer ist das beliebteste Elternteil? - mit der Folge, dass bei dem einen Elternteil dem Kind etwas erlaubt wird, was bei dem anderen nicht gestattet ist, setzt diese Kontinuität oftmals außer Kraft.

entgegenszukommen, heißt, einen zeitlich zuverlässigen Lernprozess zu organisieren, der vom Einfachen zum Komplizierten gestaltet wird und der kontinuierlich, (ohne große Pausen (bzw. ohne tage- oder wochenlangen Unterbrechungen) abläuft. Einige der gegenwärtigen Vorschulkonzeptionen, in denen das bewusste Herantragen von didaktisch aufbereiteten Themen und Angeboten für Kinder mit Misstrauen betrachtet wird, scheinen diesem kindlichen Bedürfnis nach Kontinuität nicht entgegenkommen.

Das Bedürfnis nach Struktur und Grenzen

Kinder brauchen einen festen und zuverlässigen Rahmen, in dem sie sich autonom und angstfrei bewegen und orientieren können. Klare und eindeutig bestimmte Grenzen und Regeln, die nicht zu nachgiebig, zu lässig, zu offen und nicht zu verschwommen sind, geben ihnen Struktur und Orientierung und somit Sicherheit und Klarheit. Angesichts der in nicht wenigen Familien zu beobachtenden Erosion von Struktur, Regeln und Ritualen kommt dieser Bedürfnisdimension eine besondere Bedeutung zu. Bei Kindern im Klein- und Vorschulalter haben die Eltern bzw. die Erzieher/innen - und nicht das Kind - die Verantwortung diese Strukturen entsprechend des Alters und des Entwicklungsstandes des Kindes zu bestimmen. Nicht selten führt das Fehlen von klaren Strukturen und Regeln bei Kindern zu ausuferndem bzw. auffälligem Verhalten. Insbesondere entwicklungs- und verhaltensauffällige Kinder können mit allzu großen Freiräumen, wie dem überwiegenden selbstbestimmten Spielen oder Lernen nicht viel anfangen. Bedürfnis nach Struktur heißt auch, dem Kind beim Begreifen und Erkennen der hoch komplexen und kaum zu überschauenden Welt strukturelle Hilfestellungen zu bieten⁴⁶. Bezugspersonen, wie die Erzieher/innen, sollten sich hier ihrer Verantwortung bewusst sein. Solche in Kita-Konzeptionen auftauchende Begriffe, wie „das Kind bildet

⁴⁶ Tremml, A. K. (1997). Kindheit und Erziehung in einer immer komplexer werdenden Welt. Z. system. Ther. Jg.15(3) Juli 1997, S.168-174

sich selbst“ oder die „Selbstbildung des Kindes“ stellen hierbei fatale konzeptionelle Fehlorientierungen dar.

Das Bedürfnis nach aktiver Partizipation

Bedürfnis nach aktiver Partizipation bedeutet, das Gefühl zu haben, die eigne Umwelt beeinflussen zu können, zu einer sozialen Gruppe dazuzugehören, akzeptiert zu werden, sich seinen Mitmenschen ähnlich zu fühlen und gleiche Rechte und Möglichkeiten des Handelns zu genießen. „Aktive Partizipation“ (auch im Sinne eines gesetzlichen Auftrages⁴⁷) für Kinder bedeutet auch, gleichberechtigt an einer Beschäftigung, an einem Gespräch, an einem Wettbewerb, am gemeinsamen Lernen von Kindern gleichen Alters teilzunehmen und nicht wegen einer nicht altersgerecht entwickelten Kompetenz immer wieder zurückzustehen und ins Hintertreffen zu geraten.

Bedürfnis nach Loslösung

Jeder wirkliche Entwicklungsschritt eines Kindes ist immer verbunden mit einem Schritt der Loslösung von der unmittelbaren Bezugsperson. Ein triviales Beispiel dafür ist z. B. die motorische Entwicklung, wie die des Gehens: Mit dem selbständigen Gehen löst es sich von der Mutter, es muss, wenn es zu einem anderen Ort möchte, nicht mehr getragen werden, es kann selbständig beginnen, seine Umgebung zu untersuchen und zu erobern, und kann sich somit Anreize für seine weitere Entwicklung verschaffen. Die Entwicklung eines Kindes zu mehr Autonomie, Eigenverantwortung und Unabhängigkeit zu unterstützen, bedeutet für die Bezugspersonen und ggf. auch der Bezugs-

⁴⁷ Änderung durch Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG Artikel 2 § 45 Erlaubnis für den Betrieb einer Einrichtung (1) Der Träger einer Einrichtung, in der Kinder oder Jugendliche ganztägig oder für einen Teil des Tages betreut werden oder Unterkunft erhalten, bedarf für den Betrieb der Einrichtung der Erlaubnis. (2) Die Erlaubnis ist zu erteilen, wenn das Wohl der Kinder und Jugendlichen in der Einrichtung gewährleistet ist. Dies ist in der Regel anzunehmen, wenn ... 3. zur Sicherung der Rechte von Kindern und Jugendlichen in der Einrichtung geeignete Verfahren der Beteiligung sowie der Möglichkeit der Beschwerde in persönlichen Angelegenheiten Anwendung finden.

systeme, es loszulassen und zu akzeptieren, dass es schrittweise unabhängiger von äußerer Hilfe und Unterstützung wird.⁴⁸

Negativbeispiele dafür, dass dem Bedürfnis des Kindes nach Loslösung nicht entsprochen wird, sind Mütter, die ihre 3- und 4-jährigen Kinder noch stillen, weil sie aus unterschiedlichen, ihnen oft nicht bewussten Gründen die symbiotische Bindung zu ihrem Kind nicht auflösen wollten oder konnten. Oder Mütter, die den Besuch des Kindergartens für ihr Kind z. B. mit solchen Begründungen verweigern, dass die Erzieherinnen dort so laut wären und so viel schimpfen würden und ihr Kind vor aggressiven Kindern nicht genügend beschützten. Die Folgen für das Kind können sich in mangelnde Selbständigkeit und Autonomie äußern und in einer unzureichenden sozialen Kompetenz im Zusammenleben mit Gleichaltrigen bzw. beim Lösen von Konflikten usw.

Es kann aber hinsichtlich dieser Bedürfnisdimension (Notwendigkeit der „Loslösung“) auch zu Überforderungen kommen, wenn, wie z. B. in verschiedenen Kindertageseinrichtungen praktiziert, sich schon 2- und 3-jährige selbständig in den Räumlichkeiten einer Kita ein Themen- oder Beschäftigungsangebot wählen sollen, welches im täglichen Wechsel noch zusätzlich von einer jeweils anderen Erzieherin unterbreitet wird.

Die Realität ist oftmals komplexer als theoretische Konzepte

Jedoch die konkreten Fälle in der Praxis der Jugendhilfe sind oftmals komplexer als die hier skizzierten, gut nachzuvollziehenden Konzepte über kindliche Entwicklungsbedürfnisse. Die Beantwortung der Frage, ab wann von einer noch gerade hinnehmenden Einschränkung kindlicher Bedürfnisse durch die Eltern gesprochen werden kann und ab wann eine latente bzw. akute Kindes-

⁴⁸ Negativbeispiele, die mir in der Beratungspraxis schon mehrfach begegneten, sind Mütter, die noch ihre 3- und 4-jährigen Kinder stillten, weil sie die symbiotische Bindung zu ihrem Kind nicht auflösen wollten oder konnten. Die Folge ist, dass sie damit die Entwicklung ihrer Kinder zu mehr Selbständigkeit und Autonomie behinderten.

wohlgefährdende Missachtung kindlicher Bedürfnisse vorliegt, ist häufig eine schwierige Fall-zu-Fall-Entscheidung.

Recht eindeutig ist es, wenn das biologische Überleben des Kindes in Gefahr ist, dann muss von einer akuten Kindeswohlgefährdung gesprochen werden. Ebenso unstrittig scheint, wenn die körperliche und seelische Unversehrtheit des Kindes gefährdet scheint. Wobei der Begriff der „seelischen Unversehrtheit“ ein schwammiger oder schwer zu definierender bzw. zu operationalisierender Begriff ist.

Jedoch wie verhält es sich bei dem folgenden, aus dem Leben der Jugendhilfe gegriffenen Beispiel:

- Eine junge, alleinerziehende Mutter (Absolventin der Förderschule, keine Berufsausbildung, ALG II-Empfängerin) eines Mädchens von 2;10 Jahren, holt ihr Kind gegen 14.00 Uhr vom Kindergarten ab (das Kind hat - laut Gesetz - nur einen Anspruch auf 6 Stunden Betreuung in der Kita) und setzt das Kind am Nachmittag regelmäßig vor den Fernseher, damit es „seine Sendung“ sehen kann. Die junge Frau hat einen mehrjährigen Aufenthalt in einem Mutter-Kind-Projekt hinter sich, wobei sie diese dort erlebte Betreuung als Bevormundung und Begrenzung erlebte. Auch durch den nachfolgenden Einsatz eines SPFH zeigt die Mutter keine Fortschritte, sich entwicklungsförderlicher mit ihrem Kind zu beschäftigen bzw. das Kind vor Gefährdungen zu schützen. Aber sie beteuert bei jeder Gelegenheit, dass sie ihr Kind liebe. Obwohl es in diesem Fall noch mehr, z.T. auch Kindeswohlgefährdende Momente gibt, soll nur dieser Fakt bewertet werden, dass ein noch nicht einmal 3-jähriges Kind regelmäßig für wenigstens 1 bis 2 Stunden täglich vor dem Fernseher „geparkt“ wird.

Die aus diesem Beispiel resultierenden Fragen können ganz allgemein formuliert werden: Besteht schon eine Kindeswohlgefährdung, wenn junge, intellektuell einfach strukturierte und wenig reflektierte Eltern, die die biologische Grundversorgung ihrer Kinder (Essen Schlafen, Kleidung und Hygiene und Gesundheitsfürsorge) noch einigermaßen gewährleisten, jedoch in der Erziehung das reproduzieren, was sie selbst an wenig anregungsfördernde Erziehung in ihren Herkunftsfamilien erfahren haben? Wenn sie z. B Sprache. nur dann einsetzen, um die Kinder zu reglementieren („Lass das sein!“; „Hör auf damit!“; „Komm her!“)? Oder, wenn sie ihre zwei- und dreijährigen Kinder schon vor den Fernseher setzen, damit sie Ruhe haben und ihren eigenen Bedürfnissen nachgehen können?

Oder noch allgemeiner formuliert: Liegt eine Kindeswohlgefährdung vor, wenn Klein- und Vorschulkinder, die von ihren intellektuellen Voraussetzungen her und bei befriedigender kognitiv-sprachlichen Anregung durch die Umwelt durchaus eine normale schulische Entwicklung hätten nehmen können, durch die wenig entwicklungsförderliche Erziehung im häuslichen Milieu letztendlich aber nur das Niveau einer allgemeinen Lernbehinderung erreichen, mit all den daraus folgenden schulischen und beruflichen Konsequenzen?

Wenn man diesen eben geschilderten Fall als Kindeswohlgefährdung bejaht, bleibt das Problem, wie kann man diesen frühzeitig objektivieren und welche Hilfen wären für diese Familien dann angemessen? Kann es nur das bekannte Spektrum von Hilfen zur Erziehung sein, wie der Einsatz einer SPFH, Elternbildung, Mutter-Kind-Gruppen, Erziehungsberatung, Frühförderung usw. Ist es in vielen Fällen nicht so, dass vom JA viel zu lange gewartet und immer das Gleiche an Hilfen versucht wird, bis erkannt wird, dass die Lern- und Veränderungsbereitschaft der Eltern nicht ausreicht, damit sie ihre Rolle als Entwicklungshelfer ihrer Kinder wenigsten im „genügenden“ Maße nachkommen können. Oder anders formuliert: In zu vielen Fällen wird einfach übersehen,

dass Kinder nicht so lange warten können, bis ihre Eltern es irgendwann mal gelernt haben, entwicklungsförderlicher mit ihnen umzugehen.

Gibt es eine politisch-strukturell mit verantwortete Kindeswohlgefährdung?

Auch hier ein einzelnes Beispiel, welches aber eine allgemeine Problematik verdeutlicht:

- Eine alleinerziehende Mutter, ALG-II-Empfängerin, ca. 33 Jahre alt mit zwei Kindern, einer 4 ½ jährigen Tochter und einem 11jährigen Sohn wird in Begleitung einer SPFH vom JA an die Beratungsstelle überwiesen, zu der sie äußerst widerwillig kommt („Wat soll denn dieses Gequatsche hier!“). Weiter war bekannt, dass das Mädchen, bei dem ein erheblicher Entwicklungsrückstand diagnostiziert wurde, für 6 Stunden⁴⁹ eine Integrations-Kita besucht, wobei von den Erzieherinnen bemängelt wurde, dass das Kind immer zu unterschiedlichen Zeiten oder auch tageweise gar nicht kommt. Im Kindergarten waren durch monatelang nicht bezahltes Essengeld und Kita-Beiträge Schulden von ca.600 € aufgelaufen. Auf Mahnungen der Stadt reagierte die Mutter nicht. Zusätzlich zum Besuch des Kindergartens, erhielt das Kind noch Frühförderung, wobei sich die Mutter mit der Frühförderin verstritt und diese letztendlich nicht mehr in die Wohnung ließ. Da die Mutter keine Anstalten machte, mit der Stadt eine irgendwie geartete Vereinbarung darüber zu treffen, wie die Schulden zurückgezahlt werden können, wurde das Kind vom Kindergartenbesuch ausgeschlossen.

Der Fall könnte noch weiter ausgeführt werden, z.B. dadurch, dass das Kind, wenn es nicht den Kindergarten besucht, zu Hause nur vor dem Fernseher

⁴⁹ Laut Kita-Betreuungsgesetz steht einem Kind, wo ein Elternteil zu Hause ist, in Brandenburg nur eine 6 Tagesbetreuung zu.

sitzt, dass es erhebliche Sprachstörungen hatte usw. Doch belassen wir es bei den bekannten Fakten und fassen kurz zusammen: Es handelt sich hier mit einer sichtbar überforderten alleinerziehenden Mutter, die ihre Rolle als Entwicklungshelferin ihres Kindes nicht ausfüllen kann und die den angebotene Hilfen (Kindergartenbesuch des Kindes, SPFH, mobile Frühförderung) misstrauisch bis ablehnend gegenübersteht. Für das betroffene Kind kommt jedoch noch erschwerend hinzu, dass es nicht nur den deprivierten familiären Umweltbedingungen ausgesetzt ist, die als graduell Kindeswohlgefährdend einzuschätzen sind, sondern, dass seine Situation durch die Entscheidung einer Institution noch weiter in Richtung einer akuten Kindeswohlgefährdung verschärft wurde⁵⁰. Denn durch den Ausschluss des Kindes vom Besuch des Kindergartens wurde ihm der einzige Ort genommen, der entwicklungsfördernd und ihm zugewandt war.

Dieses Einzelbeispiel, welches durch weitere ergänzt werden könnte, signalisiert, dass durch die bestehende Gesetzeslage Kinder aus deprivierten Verhältnissen nicht nur benachteiligt werden, sondern es durch den Ausschluss aus der Kita in Situationen gerät, die durchaus als Kindeswohlgefährdung bezeichnet werden müssen. Die gesetzlich verankerte Gewährleistung der Chancengleichheit auf Entwicklung und Bildung ist in diesem Fall ebenfalls ausgeschlossen.

Sozial bedingte Benachteiligungen von Kindern auszugleichen, ist eigentlich der verfassungsmäßige Auftrag der Landesregierung, die per Landesgesetzgebung regeln könnte, dass vor allem Kinder von Bedarfsgemeinschaften (ALGII) einen 8-stündigen kostenlosen Betreuungsanspruch mit einem kostenfreien Essen in der Kita erhalten.

⁵⁰ Wobei alle an der Entscheidung Beteiligten beteuern, dass sie nur auf der Basis der bestehenden Gesetze gehandelt haben.

Solange die Gesetzeslage so ist, dass Kinder aus zum Teil deprivierten und bildungsfernen Verhältnissen schon zu Beginn ihrer Bildungskarriere benachteiligt werden, indem sie einen geringen Betreuungs- und damit Bildungsanspruch haben und sie sogar, weil ihrer Eltern zufällig desorganisiert sind, vom Besuch der Krippe und des Kindergartens ausgeschlossen werden können, solange kann und muss auch von politisch geduldeten bzw. hingenommener Kindeswohlgefährdung gesprochen werden.

Nur gemeinsam „Stark von Anfang an“. Frühe Hilfen und Bindung/en

Bärbel Derksen und Julia Klein, Kompetenzzentrum Frühe Hilfen/Familienzentrum Potsdam

In den letzten Jahrzehnten haben sich die gesellschaftlichen, ökonomischen und sozialen Lebensbedingungen für Familien und Kinder und damit einhergehend die Auffassungen bezüglich der Bedeutung der sehr frühen Eltern-Kind-Beziehung stark verändert. Gleichzeitig haben viele Forschungsergebnisse aus unterschiedlichen Gebieten und nicht zuletzt auch Fälle von Kindeswohlgefährdungen dazu beigetragen, dass „Frühe Hilfen“ verstärkt in den Fokus der Öffentlichkeit getreten sind.

Der inhaltliche Rahmen der Arbeit mit Eltern und ihren Säuglingen und Kleinkindern ist sehr umfangreich. Er wird durch eng miteinander verbundenen, verschiedenen Forschungsrichtungen beleuchtet. Es bestehen teilweise sehr enge Schnittstellen zwischen pädagogischen, soziologischen, psychologischen, medizinischen und therapeutischen Fachrichtungen, deren Erkenntnissen und Erfahrungen alle den Bereich frühe Elternschaft thematisieren

So ist der Beginn der Elternschaft eine Zeit der intensiven Veränderungen und Reorganisation. Viele Eltern setzen sich in dieser Lebensphase mit Fragen zur Partnerschaft, der Etablierung der elterlichen Rollen, sowie beruflichen und ökonomischen Einschränkungen auseinander. Dem Säugling muss es wiederrum gelingen sich innerhalb kurzer Zeit an seine neue Lebenswelt und die dort vorhandenen Bedingungen anzupassen.

Dieser Transitionsprozess der frühen Elternschaft ist einer der bedeutendsten im gesamten Lebenslauf und kann ein Entwicklungsimpuls für die jungen

Erwachsenen bedeuten oder einen kritischen Entwicklungsübergang darstellen. In diesem Zusammenhang besteht eine besondere Offenheit innerhalb der jungen Familien für Anregungen von außen und Neulernen. Denn in einer Zeit vielschichtiger und umfassender Veränderungen, sind die Strukturen und Grenzen eines Familiensystems zugänglicher und beweglicher. Es besteht von Seiten der Erwachsenen eine hohe Motivation, diese neue Lebensphase zu bewältigen und sich ggf. Unterstützung zu holen.

Gleichzeitig bringen die transitiven Übergänge im Lebenslauf von Erwachsenen und auch von Kindern Chancen als auch Risiken der Entwicklung mit sich, die die Bedeutung von frühen Hilfen wie Früherkennung, Frühberatung und Frühförderung weiter deutlich machen.

Da in unserem Kulturkreis das Bild der Großfamilie immer mehr verschwindet, stehen der jungen Familie weniger Ressourcen zur Verfügung und auf alte Erfahrungen in Bezug auf Kindererziehung kann wenig zurückgegriffen werden. Die Familien müssen häufig alleine mit der Situation zurechtkommen, ihr Selbstkonzept anpassen, alte Strategien verändern und ihre Rollenbilder differenziert an die Elternrolle angleichen. Nicht immer gelingt dieser Prozess.

Auch hat die Säuglings- und Kleinkindforschung in den letzten Jahren an Intensität und Umfang immer mehr zugenommen. Alte Erkenntnisse mussten teilweise revidiert werden. Die Ergebnisse haben das Bild vom Neugeborenen und Klein(st)kind sehr verändert. Säuglinge sind kompetente, sehr individuell auf die Beziehungen ausgerichtete kleine Persönlichkeiten, die die Umwelt aktiv wahrnehmen und mit gestalten. Die Erfahrungen, die ein Kind im Umgang mit sich selbst, seinen Eltern oder seiner Umwelt in den ersten Lebensjahren macht, beeinflussen viele seiner weiteren Entwicklungskompetenzen⁵¹.

⁵¹ vgl. Dornes, M.(1998). Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre. Frankfurt a.M.: Fischer Verlag Geist und Psyche und Stern, D. (1993). Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta.

Die Risiko- und Schutzfaktorenforschung der letzten Jahre macht die Bedeutung früher Entwicklungsmöglichkeiten und damit auch präventiver Interventionen besonders deutlich. Die Ergebnisse dieser Studien zeigen, dass die Entwicklung von Kindern durch eine Vielzahl von Risikofaktoren gefährdet sein kann. Belastungen während der Schwangerschaft, Geburt und Säuglingszeit gelten als besonders einflussreiche Faktoren, weil die Entwicklung sehr rasch verläuft und der Säugling und das Kleinkind teilweise noch überfordert sind. Es konnten jedoch in späteren differenziertere Analysen auch protektive Entwicklungsfaktoren entdeckt werden, die zu einer adaptiv unterstützenden Entwicklung der Kinder trotz Risikobelastung beitragen, den sogenannten Schutzfaktoren. In diesem Zusammenhang ist zum Beispiel die Existenz positiver Beziehungserfahrungen oder Bindungen zu mindestens einem vertrauten Erwachsenen ein sehr bedeutsamer Schutzfaktor.

Auch wenn die genauen Wirkmechanismen der Schutz- und Risikofaktoren nicht vollständig geklärt sind, gibt es viele Hinweise, die einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen der Qualität einer sicheren Bindungsbeziehung und einer gesunden Persönlichkeit⁵² herstellen. Sichere Bindung gilt als Vorläufer späterer flexibler und kompetenter Bewältigungsstrategien und positiver Selbstentwicklung⁵³. Es zeigte sich, dass eine sichere Bindungserfahrung, die das Selbst als wertvoll und den anderen als unterstützend erleben lässt, ein wichtiger Faktor ist, durch den das Kind lernt, Belastungen und Stresssituationen zu bewältigen und seine Fähigkeiten fördert, effektive Bewältigungsstrategien und Problemlösungsmöglichkeiten zu entwickeln⁵⁴. Die Qualität der

⁵² Grossmann, K. & Grossmann, K.E. (2004). Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. Stuttgart: Klett-Cotta.

⁵³ Suess, G.J. & Pfeiffer, W.-K. (1999). Frühe Hilfen. Die Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung. Gießen: Psychosozial-Verlag

⁵⁴ Spangler, G. & Zimmermann, P. (1995). Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendungen. Stuttgart: Klett-Cotta.

Mutter-Kind-Beziehung hat sowohl Einfluss auf die emotionale Befindlichkeit und Entwicklung des Kindes als auch auf seine kognitive und soziale Entwicklung. Die Qualität der Bindungsbeziehung ist neben kindlichen Faktoren von einigen Merkmalen elterlicher Kompetenzen abhängig wie z.B. Empathiefähigkeit, Fähigkeit der Reflexion, Akzeptanz der elterlichen Rolle und Feinfühligkeit im Umgang mit dem Kind. Der elterlichen „Feinfühligkeit“ wird dabei eine besondere Bedeutung für den Aufbau der kindlichen Bindung zugesprochen. Die unterschiedlichen Interaktionserfahrungen von Bezugsperson und Kind im ersten Lebensjahr beeinflussend die Qualität der Bindung und den kindlichen Anpassungs- und Lernprozess zu einem sehr hohen Maß.

Auf der Grundlage dieser Forschungsergebnissen kann z.B. eine besondere Aufgabe der „Frühen Hilfen“ im Familienprozess darin liegen, Möglichkeiten der Problembewältigung für Kinder auf der Basis entwicklungspsychologischer Erkenntnisse zu entwickeln, Eltern im Interaktionsverhalten mit ihrem Kind zu unterstützen und soziale Ressourcen zu aktivieren, um so in das Lebensumfeld der Kinder schon sehr früh, präventiv entwicklungsfördernd einzugreifen.

Probleme zu Beginn der Elternschaft und in den ersten Lebensjahren des Kindes sind häufig multifaktoriell bedingt und tragen besondere Merkmale. Ziel der „Frühen Hilfen“ ist zum einen den Eltern und ihren Kindern den gemeinsamen „Neu-Beginn“ zu erleichtern und zum anderen bei möglichen Unsicherheiten oder Schwierigkeiten rechtzeitig Hilfen bereit zu stellen, um Veränderungen zu unterstützen. Gleichzeitig ist die Vernetzung und enge Zusammenarbeit von medizinischen und psychosozialen Einrichtungen besonders wichtig. Die Verknüpfung unterschiedlicher Angebote für Eltern und diagnostischer Verfahren der Früherkennung von Problemlagen ist notwen-

dig, denn nur so können Hilfen auf die unterschiedlichen Bedürfnisse von Familien mit kleinen Kindern passgenauer abgestimmt werden.

Der Übergang zur Elternschaft mit seinen eigenständigen Störungsbildern stellt somit ein besonderes Aufgabenfeld dar. Aus diesem Grunde bedarf es spezifischer fachlicher Kompetenzen in sehr unterschiedlichen Bereichen. Sie umfassen Themengebiete aus Pädagogik und Sozialarbeit, Medizin, Psychologie und nicht zuletzt auch gesetzliche und rechtliche Grundlagen. Dabei reicht allein das Wissen über normative individuelle und familiäre Entwicklungsbereiche häufig nicht aus, da der Bezugsrahmen zwischen normativen und pathologischen, die kindliche Entwicklung gefährdende Entwicklungsbedingungen relativ eng ist. Eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Akteure ist hiermit zwingend erforderlich.

Der Schwerpunkt der Bundesinitiative „Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen“

liegt deshalb in den nächsten Jahren noch einmal verstärkt auf der Etablierung, Ausweitung und Koordinierung von Netzwerken „Früher Hilfen“, der Qualifizierung der Fachkräfte und Ausweitung der unterschiedlichen Konzepte „Früher Hilfen“.

Die „Koordinierungsstelle Frühe Hilfen“ in der Fachstelle Kinderschutz/Start gGmbH und das „Kompetenzzentrum Frühe Hilfen“ im Familienzentrum der Fachhochschule Potsdam bieten dafür verstärkt Unterstützung für die einzelnen Landkreise in Brandenburg durch das Ministerium für Bildung, Jugend und Sport an.

Die Chancen Früher Hilfen für Kinder in psychisch belasteten Familien

Jeanette Schmieder und Hans Leitner, Fachstelle Kinderschutz Landeskoordination Frühe Hilfen/Start gGmbH

Frühe Hilfen sind insbesondere präventive und ressourcenorientierte Unterstützungsangebote, die durch rechtzeitiges Erkennen von familiären Belastungen, Risiken für das Kindeswohl reduzieren und ihnen auch entgegenwirken können. Die niederschweligen, primärpräventiven Angebote richten sich an alle Schwangeren, Mütter, Eltern, und Familien mit Säuglingen und Kleinkinder ab der Schwangerschaft bis zu 3 Jahren und beruhen auf dem Prinzip der Freiwilligkeit. Kernaufgabe der Frühen Hilfen ist es, die Eltern in ihren Beziehungs- und Erziehungskompetenzen zu stärken, über geeignete Unterstützungsangebote zu informieren und bei Bedarf Übergänge in andere Hilfformen zu gestalten (vgl. NZFH, frühe Kindheit, Sonderausgabe 2012). Durch ein flächendeckendes Angebot und in interdisziplinärer Zusammenarbeit insbesondere von Jugendhilfe und Gesundheitswesen in den Netzwerken Frühe Hilfen, sollen vor allem auch die Familien erreicht werden, die sich trotz psychosozialer oder familiärer Problemlagen nicht an die Institution Jugendamt wenden wollen, vielleicht aus Angst vor unerwünschten Maßnahmen oder aus Schamgefühl, als Elternteil, versagt zu haben. Es ist u. a. Ziel einer öffentlichkeitswirksamen Arbeit der Netzwerke Frühe Hilfen, diese Ängste abzubauen und mit einer wertschätzenden und respektvollen Grundhaltung gegenüber Familien und ihren Problemen, Vertrauen zu schaffen und passgenaue Unterstützungsangebote mit der Familie gemeinsam zu finden, um einen Zugang für Familien zu vorhandenen Hilfeangeboten grundsätzlich zu erleichtern. Das bedeutet, den Eltern nicht scheinbar hilfreiche Unterstützungsangebote über-

zustülpen, sondern auch die Veränderungswünsche und Ideen der Familien/Eltern aufzugreifen und sie darin zu unterstützen.

Einen ersten Zugang zu den Familien, in der Schwangerschaft und nach der Geburt eines Kindes haben in der Regel die Einrichtungen des Gesundheitswesens wie Schwangerschaftsberatungsstellen, Geburtenkliniken, Hebammen und Kinderarztpraxen. Bei möglicher oder sich anbahnenden „Schwierigkeiten“ können diese, also die bereits mit der Familie in Kontakt stehenden Experten/innen, auf einer vertrauensvollen Basis Brücken zu rechtzeitig einsetzenden Hilfeangebote im Sinne einer Frühen Hilfe schlagen. So können z. B. auch Familienhebammen über spezifische Angebote informieren und Betroffene aus dem unmittelbaren Beziehungskontext heraus motivieren, Unterstützungs- und Entlastungsangebote anzunehmen.

Für Kinder mit psychisch erkrankten oder belasteten Eltern als Beispiel für „Risikofamilien“, ergibt sich aus diesem primärpräventiven Angebot die Chance, dass sie und ihre Familien/ Eltern frühzeitig entlastet und unterstützt werden können und eine Überforderung letztendlich aller Familienmitglieder ausbleibt. Im Hinblick, dass innere und äußere Stressoren häufig der Auslöser für seelische Krisen und Erkrankungen sein können, hat die proaktive Prävention bei psychisch belasteten Familien einen besonders hohen Stellenwert in Bezug auf das entsprechend präventiv wirkende Hilfe- und Unterstützungsangeboten. Kinder psychisch kranker Eltern werden oft zu spät wahrgenommen, meist erst dann, wenn sie selbst über Verhaltensauffälligkeiten auf sich aufmerksam machen. Neben genetischen Faktoren, die dabei eine Rolle spielen können, wirken sich auch die aus der elterlichen Krankheit resultierenden Verhaltensweisen, dysfunktionale Beziehungs- und Kommunikationsmuster und folgende familiäre Überforderung negativ auf die Gesundheit der Kinder aus, denen im Vorfeld über frühzeitige Begleitung bzw. Unterstützung entgegen gewirkt werden könnte.

Familienhebammen, die für Familien mit Säuglingen oft vertrauensvolle Ansprechpartnerinnen sind, haben die Möglichkeit, bereits primärpräventiv das Familiensystem zu stärken, Eltern in der Bindungsfähigkeit zu fördern und mit ihrer Zusatzkompetenz rechtzeitig Risiken zu erkennen, die Familien aufzuklären und sie für passende Hilfen zu motivieren. Auch Familienpaten/innen im weitesten Sinne spielen hier eine wichtige Vermittler/innenrolle. Qualifizierte Ehrenamtliche haben oft einen leichteren Zugang, können durch zwischenmenschliche Gespräche entlasten und ermutigen und damit einen wirkungsvollen Beitrag im präventiven Kinderschutz leisten. Wichtig ist hier ein gutes Netzwerk, indem professionelle Fachkräfte im Hintergrund arbeiten und Ansprechpartner/innen für die Paten/innen sind. Im Land Brandenburg hat sich hier das Netzwerk Gesunde Kinder als ein erfolgreiches Modell bewährt.

In Familien mit einem psychisch belasteten Elternteil gilt es immer, das gesamte Familiensystem zu stärken. Der andere Elternteil, wenn vorhanden, aber auch weitere Bezugspersonen sollten in die unterstützenden Maßnahmen mit einbezogen werden. Ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Stabilität und Veränderung zu finden, ist eine schwierige Herausforderung für betroffene Familien. Wenn ein Familienmitglied psychisch erkrankt, dann betrifft dies das gesamte Familiensystem. Die Angehörigen erleben Angst, Unsicherheit, Sorge und Schuldgefühle. Das System Familie gerät aus der Balance. Die Familiensituation ist emotional angespannt und Ressourcen und Bewältigungsstrategien überbeansprucht. Nicht selten resultieren daraus neue Probleme, wie Trennung, Scheidung, Arbeitsverlust, finanzielle Not und Isolation. Der Teufelskreislauf beginnt. Kinder sind in solchen Belastungssituationen besonders gefährdet (vgl. Lenz 2008). Inzwischen gibt es viele Projekte in Zusammenarbeit von Jugendhilfe und ambulant psychiatrischen Hilfen, die in Kooperation, Familien mit speziellen Angeboten Unterstützung bieten, die vor allem die Kinder mit psychisch kranken Eltern entlasten können und vor einer möglichen Kindeswohlgefährdung schützen sollen. Aber diese zugeschnitte-

nen Maßnahmen greifen oft erst viel zu spät, da Säuglinge und Kleinkinder sich in der Regel noch ausschließlich in der Familie befinden. Für die Familie eine große Verantwortung .

Kinder brauchen für eine gesunde Entwicklung, neben einer Grundversorgung mit Nahrung, Kleidung und Wohnraum, viel Liebe, Zuwendung und menschliche Wärme, auch Verlässlichkeit und Konstanz in ihren Beziehungen. Je kleiner sie sind, desto mehr sind sie auf ihre Familien und engsten Bezugspersonen, auf ihre Eltern angewiesen. Die Familie ist gewöhnlich der Ort der ersten Bindungen, der ersten Erfahrungen. Wenn es einer Familie gelingt, emotionale Stabilität zu gewährleisten, eine Streitkultur herzustellen, ohne sich gegenseitig abzuwerten und Kinder nicht dominiert oder symbiotisch besetzt werden, ist eine gute Basis für seelische Gesundheit gegeben.

„Uns angeboren ist die Fähigkeit zur Zusammenarbeit, zur Anpassung und zum gegenseitigen Austausch. Jedes Neugeborene ist ausgestattet mit einer fein abgestimmten Empfangsbereitschaft für den Klang der mütterlichen Stimme, für den Rhythmus der Bewegungen seiner Mutter, umgekehrt lösen die Bedürfnisse der Babys mitfühlende Reaktionen bei der Mutter aus. Eltern und Kind bestimmen sich gegenseitig.“ (Minuchin 1995)

Wenn die Familie der Ort der individuellen Entwicklung ihrer Mitglieder ist, so kann sie auch der Ort der Entstehung von psychischen Krisen und Erkrankungen sein. Zu einer psychischen Krise kann es, neben anderen Ursache-faktoren, dann führen, wenn zwischen den situativ und sozialen Anforderungen und den zur Verfügung stehenden Handlungsmöglichkeiten ein Ungleichgewicht erlebt wird oder bewährte Lösungsstrategien nicht mehr ausreichen. Laut der Bundes Psychotherapeuten Kammer erkranken in Deutschland innerhalb eines Jahres 31 Prozent Menschen im Erwachsenenalter an einer psychischen Krankheit (vgl. Internet: bptk.de, 2013). Die häufigsten Diagnosen sind Angststörungen, psychosomatische Störungen, affek-

tive Störungen (wie Depressionen) und Suchterkrankungen. Bei einer psychischen Erkrankung der Mutter oder des Vaters, besteht das Risiko, dass es zu einer Veränderung der mentalen Repräsentation der erkrankten Bezugsperson kommt, die zu Fehlinterpretationen kindlicher Signale führen können. Die Auswirkungen auf die Bindungsentwicklung des Kindes sind abhängig von der Qualität der Interaktion zwischen Mutter und Kind und von den vorhandenen Risiko- und Schutzfaktoren. Auch psychisch kranke Eltern verhalten sich individuell unterschiedlich ihrem Kind gegenüber, von Bedeutung ist dabei u.a. das Bewusstsein über die eigene Krankheit und der verantwortliche Umgang als Mutter oder Vater damit. Eine psychiatrische Diagnose der Eltern ist nicht ausreichend, um das Risiko und die Belastung für die Kinder bestimmen zu können. Es muss auch das allgemeine Funktionsniveau und die sozialen Kompetenzen des erkrankten Elternteils und auch die möglichen Schutzfaktoren, z.B. ob der andere Elternteil gesund ist und als enge Bezugsperson dem Kind zu Verfügung steht, erfasst werden.

Die höchste Vulnerabilität für die Entwicklung einer psychischen Störung besteht in der frühen Kindheit und in der Adoleszenz, was auf die Relevanz einer rechtzeitigen, präventiven Intervention hinweist. Die Stabilisierung der Familie und die Bereitstellung einer Notfallbetreuung stehen dabei an erster Stelle. Solche präventiven Maßnahmen sind aber nur dann möglich, wenn es seitens der Mutter/ des Vaters ein Problembewusstsein gibt und die Eltern auch bereit sind, vorhandene Unterstützungsangebote anzunehmen. Aber auch dort, wo sich Familien überfordert fühlen und sich Hilfe von außen wünschen würden, hält sie gerade das Gefühl, der Rolle als Mutter oder Vater nicht mehr gewachsen zu sein, von den möglichen Unterstützungsangeboten fern. Ebenfalls negativ auf die Bereitschaft spezielle Hilfeangebote anzunehmen, wirkt sich die gesellschaftliche Stigmatisierung aus. H. Lazarus (2003) betont, dass die Erziehungsfähigkeit von Eltern nicht an psychiatrischen Diagnosen fest gemacht werden darf, sondern der Fokus auf die familiäre Situa-

tion gerichtet sein muss. Er schreibt, „ Jede psychiatrische Diagnose suggeriert einen derartigen Geschlossenheitseindruck und das Bild einer derart umfassenden Identität der erkrankten Person, dass alle ihre sonstigen Eigenschaften und Fähigkeiten nicht mehr gesehen werden.“ (Lazarus, 2003) Das heißt, dass psychiatrische Diagnosen nicht als Rechtfertigungsgrund für Eingriffe in die Eltern- Kind – Beziehung herangezogen werden dürfen, da sie wenig über die Bewältigung der psychischen Krankheitssymptome und über die Auswirkung auf die Kinder von psychisch kranken Eltern aussagt. Von Bedeutung sind die Schutzfaktoren und Ressourcen auf Seiten der psychisch kranken Eltern. Diese sichtbar und nutzbar zu machen, wäre eine wirkungsvolle Zielstellung, die als Hilfe von Anfang an, den besten Erfolg verspricht.

Doch wie kann man Familien unterstützen, wenn noch keine Risiken bekannt sind?

Familien im Vorfeld zu erreichen, stellt die eigentliche Herausforderung dar, der sich die Netzwerke Frühe Hilfen stellen sollen. Voraussetzung für proaktive Angebote sind, diese für Familien aller sozialen Schichten zugänglich zu machen, d. h. die Angebote müssen Interesse erweckend und niederschwellig sein, vor allem vorurteilsfrei angenommen werden können. Nur so besteht eine Chance, auch „Risikofamilien“ frühzeitig zu entlasten, sie in ihrer Erziehungskompetenz zu stärken und vorhandene Ressourcen zu erhalten und zu nutzen. Eine gute Kooperation von Gesundheitssystem und Jugendhilfe ist eine der wichtigsten Voraussetzungen dafür. Es muss einen guten fachlichen Austausch und eine bestmögliche Vernetzung der spezifischen Angebote geben, mit dem Ziel, dort wo Familien ankommen, diese gut „aufzufangen“ und bei Bedarf an geeignete Hilfen weiter zu vermitteln. Behält man das Ziel im Auge, möglichst viele Familien erreichen zu wollen, hebt sich jedes Konkurrenzdenken zwischen verschiedenen Hilfeangeboten auf und motiviert zu einer interdisziplinären Zusammenarbeit. Verschiedene Erfahrungen und unterschiedliche Sichtweisen können als Bereicherung und große Ressource

in einem Netzwerk Frühe Hilfen und zum Wohle des Kindes zusammen fließen und genutzt werden.

Literaturverzeichnis:

Minuchin, S./ Nichols, M. (1995): Familie. Die Kraft der positiven Bindung. München: Kindler- Verlag

Lazarus, H. (2003): Zum Wohle des Kindes? In: Soziale Psychiatrie: 03/2003
Brisch , Karl Heinz Brisch (2003): Grundlagen der Bindungstheorie und aktuelle Ergebnisse der Bindungsforschung. In Urte Finger-Trescher/ Heinz Krebs (Hrsg.), Bindungsstörungen und Entwicklungschancen, S.51-65, Psychosozialverlag, Gießen

Lenz/Jungbauer (2008): Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte, dgvt-Verlag

Internet:

www.bptk.de/presse/zahlen-fakten.html (entnommen am 02.10.13)

Vernetzung und Kooperation in den Frühen Hilfen

Jenny Troalic, Landeskoordination Frühe Hilfen/Start gGmbH

Einleitung

Mit dem am 1. Januar 2012 verabschiedeten Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) wurde nicht nur der Begriff der Frühen Hilfen gesetzlich verankert, sondern auch verbindliche Regelungen zur Kooperation und Information im Kinderschutz durch das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) getroffen.

Mit der „Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen“ hat die Bundesregierung gemäß § 3 Abs. 4 KKG – die Förderung der Frühen Hilfen als Entwicklungsaufgabe bestimmt und setzt dabei gemäß § 3 Abs. 1 und 2 insbesondere im Bereich der Frühen Hilfen auf die Entwicklung „flächendeckender verbindlicher Strukturen der Zusammenarbeit der zuständigen Leistungsträger und Institutionen im Kinderschutz“ unter Einbeziehung der „Einrichtungen und Dienste der öffentlichen und freien Jugendhilfe, Einrichtungen und Dienste, mit denen Verträge nach § 75 Absatz 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch bestehen, Gesundheitsämter, Sozialämter, Gemeinsame Servicestellen, Schulen, Polizei- und Ordnungsbehörde, Agenturen für Arbeit, Krankenhäuser, Sozialpädiatrische Zentren, Frühförderstellen, Beratungsstellen für soziale Problemlagen, Beratungsstellen nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktberatungsgesetzes, Einrichtungen und Dienste der Müttergenesung sowie zum Schutz gegen Gewalt in engen sozialen Beziehungen, Familienbildungsstätten, Familiengerichte und Angehörige der Heilberufe“ und mit Blick die auf spezifische Brandenburger Entwicklung natürlich die Netzwerke Gesunde Kinder.

Bedeutung Früher Hilfen in den unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen

Das gesetzlich skizzierte Feld der Kooperationspartner/innen macht nicht nur die Bandbreite von Dienstleistungs-, Hilfs- und Unterstützungsangeboten im Bereich Früher Hilfen deutlich, sondern gleichzeitig auch den Rahmen, in welchem Netzwerkstrukturen und Kooperationen zu entwickeln sind. Nicht nur die Arbeitsfelder und somit der tägliche Kontakt mit der Thematik unterscheiden sich, sondern auch Definition und Ausgestaltung der Begriffe Kinderschutz und Frühe Hilfen. Thyen weist am Beispiel der drei gesellschaftlichen Bereiche Gesundheit, Sozialwesen und Bildung darauf hin, dass die „Forderung nach Prävention, die in allen drei gesellschaftlichen Bereichen des Gesundheits-, Sozial-, und Bildungswesens in den letzten Jahren artikuliert wird, [...] sich in der Medizin mit den Begriffen der Gesundheitsförderung, der Früherkennung von Risiken und der Behandlung von frühen Symptomen, das heißt mit den Begriffen der primären und sekundären Prävention [verbindet]. Im Bereich der Jugendhilfe wird das Konzept als Frühwarnsystem oder Frühe Hilfen diskutiert, im pädagogischen Bereich als frühe Bildung und Frühförderung.“⁵⁵

Akteure/innen, die an den Kooperationsvorhaben und den Entwicklungen verbindlicher Netzwerkstrukturen beteiligt sind, stehen vor der Herausforderung, diese unterschiedlichen Ausgangslagen als Grundbaustein bereits in die Konzipierung und nicht erst in der praktischen Umsetzung einzubeziehen. Bevor der Fokus auf die Vernetzung und Kooperation im Bereich der Frühen Hilfen gelenkt wird, sollen in einem ersten Schritt Grundlagen der Vernetzung

⁵⁵ Thyen, U. (2010): Kinderschutz und Frühe Hilfen aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin. URL: http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Bundesgesundheitsblatt_Artikel_Thyen_01.pdf [22.03.2013]

und Kooperation, wie die allgemeine Notwendigkeit, Definitionen und Abgrenzungen, Erwartungen an erfolgreiche Netzwerke und Kooperationen, Barrieren, Schlüsselgrößen gelingender Netzwerkarbeit sowie Anregungen zu Initiierungsprozessen geklärt werden.

Notwendigkeit von Netzwerkarbeit und Kooperation

Die Notwendigkeit von Vernetzung und Kooperation wird immer dann deutlich, wenn die Bedürfnisse und Hilfebedarfe von Familien und ihren Kindern nicht mehr durch einzelne Angebote befriedigt werden können. Thyen beschreibt dies mit den vielfältigen Entwicklungsbedürfnissen und den komplexen Beeinflussungen durch die Kontextfaktoren, die es erforderlich machen, dass die „Bereiche ihre Angebote und Maßnahmen integrieren und jeweils auf die besonderen Bedürfnisse jedes einzelnen Kindes abstimmen. Kooperation auf dem Gebiet der Kindergesundheit bedeutet [beispielsweise] nicht nur Kooperation innerhalb des Gesundheitswesens, sondern darüber hinaus vor allem mit der Jugendhilfe und der Sozialhilfe und ihren Institutionen sowie mit den Einrichtungen des Bildungswesens.“⁵⁶

Definition von Netzwerken und Kooperationen

Was aber verbirgt sich hinter dem Begriff Netzwerk bzw. wie kann Vernetzung von Kooperation unterschieden werden? Bennewitz und Sängler beschreiben ein Netzwerk folgendermaßen.

Ein Netzwerk „umfasst das Zusammenwirken der unterschiedlichsten, exekutiven, legislativen und gesellschaftlichen Institutionen und Gruppen bei der Entstehung und Durchführung einer bestimmten Politik. Vertreten sind in einem Netzwerk öffentliche und private Akteure, wobei unter Akteuren Individu-

⁵⁶ Thyen, U. (2010): Kinderschutz und Frühe Hilfen aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin. URL: http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Bundesgesundheitsblatt_Artikel_Thyen_01.pdf [22.03.2013]

en, Gruppen, Institutionen oder Organisationen verstanden werden können. Die Zusammensetzung richtet sich weniger nach formalrechtlichen und institutionellen Kriterien, sondern ist das Ergebnis von teilweise langwierigen Aushandlungsprozessen zwischen den Akteuren, die durch die Bildung gegenseitigen Respekts, Anerkennung und Affinität gekennzeichnet sind. Eine wichtige Funktion haben dabei Kommunikations- und Interaktionsbeziehungen, die auf der Erkenntnis wechselseitiger Abhängigkeiten, der Herausbildung von Vertrauensbeziehungen sowie der Entwicklung gemeinsamer Verhaltenserwartungen und -orientierungen beruhen.“⁵⁷

Es wird deutlich, dass Netzwerke einerseits lebendige Zusammenhänge mit einem hohen Maß an Entwicklungsoffenheit sind, andererseits durch Systematik und Struktur gekennzeichnet werden. Hierin liegt ein maßgeblicher Unterscheidungspunkt zu einer Kooperation. „Im Unterschied zu einer Kooperation mit vertraglichen Regelungen werden im Netzwerk die Ziele immer wieder überprüft und ausgehandelt. Dazu gehört auch, dass die Mitglieder in einem Netzwerk wechseln können. All dies bedeutet wiederum, Kommunikation und Verständigung als ständigen Prozess zu sehen und sehr bewusst zu pflegen. Insofern ist ein Netzwerk flüssiger (fluider) als eine fixierte Kooperation.“⁵⁸ Trotz der beschriebenen „Offenheit“ gibt es auch in Netzwerken bestimmte Regeln des Umgangs bzw. der Zusammenarbeit, die z. B. in einer Geschäftsordnung zusammengefasst und entsprechend aktueller Entwicklungen und Veränderungen immer wieder diskursiv anzupassen sind werden können.

⁵⁷ Sänger, R./Bennewitz, H. (2001): „Von der Last zur Lust an der Zusammenarbeit – Handlungsempfehlungen zum Aufbau von Netzwerken gegen Jugendarbeitslosigkeit“, in: Lokale und regionale Netzwerke zur sozialen und beruflichen Integration Jugendlicher. Aktuelle Beiträge aus Theorie und Praxis, im Rahmen der Modellversuchsreihe „Innovative Konzepte in der Ausbildungsvorbereitung benachteiligter Jugendlicher“, Institut für Berufliche Bildung, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik GmbH, Offenbach am Main.

⁵⁸ Ebert, Irene; Knoll, Jörg; Lehnert, Marion (2007): Expertise: Netzwerke für Kinderschutz in Sachsen, Leipziger Institut für Weiterbildungsforschung e. V. in Kooperation mit dem Lehrstuhl für Erwachsenenpädagogik der Universität Leipzig.

Grob lassen sich folgende Formen von Netzwerken unterscheiden:

- Informationsnetzwerke,
- Fallbezogene Netzwerke,
- Projektbezogene Netzwerke und
- Produktionsnetzwerke.

Während das Informationsnetzwerk lediglich dem Austausch von Informationen (auch Erfahrungen) dient, dienen fallbezogene und projektbezogene Netzwerke der Verknüpfung der Dienstleistungen einzelner Akteure/innen zu einer (potenziellen) integrierten Leistung. Produktionsnetzwerke hingegen beschreiben eine Zusammenarbeit einzelner Akteure/innen im Rahmen einer zeitlich befristeten gemeinsamen Aufgabe. Beispiele für die unterschiedlichen Formen von Netzwerken sind exemplarisch Informationsnetzwerke über gesundheitsbezogene Präventionsprojekte für Jugendliche in der EU, kurzfristig und fallbezogen entstehenden institutionenübergreifenden Teams im Rahmen eines Case Managements oder Fallmanagements und Produktionsnetzwerke in Form von integrierten Dienstleistungen unterschiedlicher Angebotsfelder im Bereich Früher Hilfen. Grundsätzlich ist vor der inhaltlichen Konzipierung zu überlegen, welchem Zweck das Netzwerk bzw. die Kooperation dienen soll, damit klar ist was es tatsächlich leisten kann und welche Erwartungen es entsprechend seiner Ausrichtungen nicht erfüllen kann.

Erwartungen an erfolgreiche Netzwerke und Kooperationen

Grundsätzlich können die Erwartungen an eine erfolgreiche Netzwerkarbeit bzw. Kooperation folgendermaßen gebündelt werden:

- Zielgenauere Zusammenarbeit,
- Steigerung der Effektivität,
- Höherer Informationsstand,
- Teilung der Verantwortung i.S.v. Mitverantwortung,

- Höhere Verfahrenssicherheit,
- Reflexion,
- Qualitätssicherung und –entwicklung,
- Erweiterung der eigenen Gestaltungsmöglichkeiten,
- Entwicklung von persönlichen Beziehungen.

Barrieren erfolgreicher Netzwerkarbeit und Kooperation

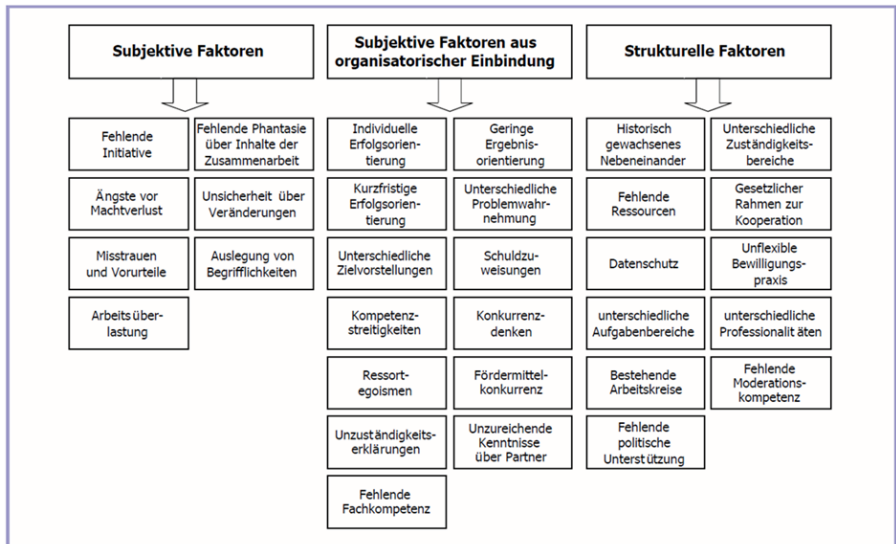
In die Betreuung und Begleitung von Kindern und Familien sind zumeist eine Vielzahl von Institutionen unterschiedlichster Arbeitsbereiche involviert. Neben Gynäkologen/innen, Geburtskliniken, Hebammen und Kinderärzten/innen, die die Eltern und Kinder während der Schwangerschaft, bei und nach der Geburt meist als erste Akteure/innen zur Seite stehen, werden teilweise auch erste Kontakte zu den Hilfeangeboten der Kinder- und Jugendhilfe und Sozialhilfe hergestellt. Gerade in Fällen, in denen Art und Umfang der Betreuung besonders vielfältig ist und notwendiger Weise umfassend erscheinen, werden verschiedene Problemlagen deutlich.

1. Die verschiedenen Akteure/innen arbeiten nicht auf Grundlage eines einheitlichen und gemeinsamen Auftrags und der Basis unterschiedlicher (sozial-)rechtlicher Bezüge.
2. Die verschiedenen Akteure/innen arbeiten in der Regel nicht auf Grundlage einer gemeinsamen Problemdefinition.
3. Angesichts der unterschiedlichen Ausbildungen, Orientierungen, Verpflichtungen und Werthaltungen der beteiligten Akteure/innen zeigen sich nicht nur unterschiedliche Einschätzungen von Hilfebedarfen sondern auch unterschiedliche Handlungsorientierungen, die nicht strukturell kommuniziert werden.
4. Die Verweisung an mögliche Kooperationspartner/innen erfolgt zumeist erst nach einer konkreten Risikoeinschätzung und an der Grenze der eigenen Leistungsfähigkeit bzw. Leistungsbereitschaft.

5. Es bestehen Barrieren beim Zugang zu bestehenden Hilfe- und Unterstützungsangebote aufgrund fehlender interdisziplinärer Kooperation, mangelnder Ressourcen des Hilfesystems in der Region und bedingter elterlicher Akzeptanz.
6. Die notwendige Kooperation unterliegt der Konkurrenz der einzelnen Akteure/innen.⁵⁹

Bennewitz und Sänger fassen die Hemmnisse gelingender Netzwerkarbeit und Kooperation unter subjektiven Faktoren, subjektiven Faktoren aus organisatorischer Einbindung und strukturellen Faktoren in Abbildung 3 anschaulich zusammen.

Abbildung 3: Hemmnisse gelingender Netzwerkarbeit und Kooperationen⁶⁰



⁵⁹ Thyen, U. (2010): Kinderschutz und Frühe Hilfen aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin. URL: http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Bundesgesundheitsblatt_Artikel_Thyen_01.pdf [22.03.2013]

⁶⁰ Sänger (2001): Netzwerke in der Jugendhilfe: Organisation und politische Verantwortung. URL: <http://www.eundc.de/pdf/00301.pdf> (27.02.2013/13:35)

Bemühungen, Vernetzungen und Kooperationen anzuregen, müssen sich dieser Barrieren bewusst sein und diese versuchen, durch aktive Kommunikation unter den Kooperations- und Netzwerkpartnern/innen abzubauen.

Schlüsselgrößen erfolgreicher Netzwerkarbeit und Kooperation

In Anlehnung an die von Bennowitz und Sänger formulierten Hemmnisse gelingender Netzwerkarbeit und Kooperation lassen sich folgende Voraussetzungen erfolgreicher Netzwerkarbeit und Kooperation formulieren:

1. Subjektive Faktoren:

- Bereitschaft und Eigenmotivation klären,
- Informationen bereitstellen und austauschen,
- Auseinandersetzung mit eigener und anderer Erwartungshaltung anregen,
- Umgang mit Unsicherheit kommunizieren,
- Vertrauen etablieren und nachhaltig stärken,
- Ressourcen (z. B. Zeit) bereitstellen,
- Kommunikation und entsprechende Strukturen etablieren,
- Sich auf gemeinsame Ziele(Systemziele) und Begrifflichkeiten einigen.

2. Organisatorische Faktoren:

- Erfolgsversprechungen bzw. gegenseitigen Gewinn klären
- Konkurrenz benennen und abbauen,
- Kompetenzstreitigkeiten und Ressortegoismus benennen und überwinden
- Gemeinsames Zustandigkeitsgefhl mit Bezug auf den eigenen Auftrag etablieren.

3. Strukturelle Faktoren:

- sich über Zugehörigkeit zum Netzwerk einigen,
- Ziele (Leistungs- und Strukturziele) und Koordinierung klären,
- Anschlussfähigkeit zur vorhandenen Strukturen sicherstellen.

Initiierung erfolgreicher Netzwerke und Kooperationen

Wie können in der Praxis Netzwerke und Kooperationen erfolgreich initiiert werden? Neben einer Netzwerk- bzw. Kooperations- und Projektvorbereitung, die die Klärung der Eigenmotivation, der Notwendigkeit der Netzwerkarbeit bzw. der Systemziele, der Formulierung der Leistungs- und Strukturziele und die Festlegung von Aufgaben und Ressourcen beinhaltet, ist ein wichtiger Punkt der Initiierung die Steuerung des Netzwerkes bzw. der Kooperation. Hier spielt nicht nur die Einrichtung z. B. einer Steuerungsgruppe eine Rolle sondern auch die Koordination und Steuerung bzw. die Kommunikations- und Entscheidungswege sowie die Dokumentation. Durch sowohl Selbstevaluation als auch externe Evaluation sollte letztlich die Ergebnisqualität und somit auch die Qualität der initiierten Struktur der Zusammenarbeit dokumentiert werden.

Netzwerkarbeit und Kooperation in den Frühen Hilfen

Wie bereits zu Beginn skizziert, basiert die Vernetzung und Kooperation im Bereich Früher Hilfen einerseits auf divergenten Angeboten, einer Vielzahl von Akteuren/innen aus unterschiedlichen Bereichen sowie unterschiedlichen Definitionen des Begriffs Frühe Hilfen. Andererseits werden im § 3 KKG verbindliche rechtliche Regelungen zur Vernetzung und Kooperation vorgegeben.

Vor dem politischen und gesellschaftlichen Hintergrund, ein für die (werdenden) Eltern und ihre Kinder niedrigschwelliges, verbindliches, proaktives Hilfe-

und Unterstützungssystem bereitstellen zu wollen, ist eine Verknüpfung der einzelnen bereits existierenden Angebote maßgeblich für die erfolgreiche Wirkung des Vorhabens. „Bisherige Erfahrungen und Studien zeigen klar, dass eine Verbesserung des Schutzes von Kindern vor Gefährdungen eine frühzeitige Erkennung von Risiken und die Bereitstellung geeigneter Hilfen zur Stärkung der Elternkompetenzen nicht allein mit dem quantitativen Ausbau einzelner Modelle bzw. Initiativen, sondern nur in umfassenden und nachhaltigen Netzwerken erreicht werden können, die auf der kommunalen Ebene initiiert und unterhalten werden.“⁶¹

Thyen beschreibt ein solches Hilfesystem folgendermaßen. „Als allgemeine Definition von Hilfesystemen („Systems of Care“) kann gelten: Ein Hilfesystem ist ein organisierter Ablauf von miteinander verknüpften Aktivitäten durch verschiedene Berufsgruppen, um ein gemeinsames, spezifisches Ziel zu erreichen. Dabei können sich komplexe Systeme aus einer Gruppe verschiedener, miteinander verknüpfter Subsysteme zusammensetzen. Strukturen, Prozesse und Ziele sollten theoriegeleitet definiert werden, bevor praktische Umsetzungen und Finanzierungsmodelle entwickelt und gestaltet werden. Diese Praxismodelle müssen in ihrer Effizienz und Wirksamkeit zunächst in einem experimentellen Design und später in der realen Versorgungspraxis evaluiert und fortentwickelt werden.“⁶²

Entsprechend dieser Definition stellt die Bundesregierung im Rahmen der Bundesinitiative Netzwerk Frühe Hilfen und Familienhebammen auf einen Zeitraum von vier Jahren – von 2012 bis 2015 - zunächst befristet Mittel zur

⁶¹ Landua/ Artl/ Sann (2009): Ergebnisbericht (1. Teiluntersuchung) zum Projekt „Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen“. URL: <http://www.difu.de/publikationen/2009/ergebnisbericht-zum-projekt-bundesweite-bestandsaufnahme.html> (28.03.2013/13:35)

⁶² Thyen, U. (2010): Kinderschutz und Frühe Hilfen aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin. URL: http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Bundesgesundheitsblatt_Artikel_Thyen_01.pdf [22.03.2013]

Verfügung, um den Ausbau und die Weiterentwicklung verbindlicher Netzwerkstrukturen im Bereich der Frühen Hilfen modellhaft anzuregen und zu fördern.

Die Aufgabenschwerpunkte der kommenden drei Jahre in der Vernetzung im Bereich Früher Hilfen können in Anlehnung an den Ergebnisbericht „Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen“ folgendermaßen formuliert werden:

1. Einen regen persönlichen Erfahrungsaustausch im Netzwerk etablieren,
2. feste Kommunikationsstrukturen zwischen den am Netzwerk beteiligten Institutionen sichern,
3. Zeitressourcen für vertrauensbildende Maßnahmen für die beteiligten Netzwerkakteure/innen zur Verfügung stellen,
4. ein von gegenseitigem Respekt getragenes Arbeitsklima schaffen,
5. einen fachlichen Austausch mit anderen Netzwerken und
6. einen Austausch über den gesetzlichen Auftrag einzelner Netzwerkpartner/innen anregen,
7. eine gemeinsame Klärung von datenschutzrechtlichen Fragen,
8. eine klare und einvernehmliche Zieldefinition (Leitbild) formulieren,
9. einen gemeinsam getragenen Zielfindungsprozess eingehen,
10. eine verbindliche Vereinbarung von Maßnahmen zur Zielerreichung festlegen,
11. ein gemeinsam Regelwerk für die Arbeit im Netzwerk erstellen,
12. Zuständigkeiten im Netzwerk verbindlich festlegen,
13. eine interdisziplinäre, fächerübergreifende Zusammenarbeit eingehen,
14. konkrete Schritte bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung bzw. Grenzen des Handelns im Bereich Früher Hilfen festlegen,
15. qualifizierte, hauptamtliche Netzwerkkoordinatoren/innen einsetzen,

16. ein Steuerungsgremium für Entscheidungen im Netzwerk bestimmen,
17. Regelungen zur verbindlichen Teilnahme an den Netzwerktreffen formulieren,
18. regelmäßige Netzwerktreffen planen,
19. eine personelle Kontinuität von Schlüsselpositionen sicherstellen,
20. eine gemeinsam abgestimmte Öffentlichkeitsarbeit nach Außen verfolgen,
21. fachübergreifende Qualifizierungsmaßnahmen im Netzwerk anregen,
22. Maßnahmen zur Identifizierung von Lücken im Netzwerk,
23. Maßnahmen zur Prozessdokumentation und
24. Maßnahmen zur Evaluation der Angebote bzw. Netzwerkarbeit bestimmen.⁶³

Zusammenfassung

Vernetzung und Kooperation stellen im Bereich Früher Hilfen grundsätzlich große Herausforderungen für die örtliche bzw. kommunale Praxis dar. Die (Brandenburger d. A.) Erfahrungen aus bestehenden lokalen Netzwerken zur Verbesserung des Kinderschutzes weisen aber auch auf besondere Umsetzungsprobleme hin und verdeutlichen, dass es für eine tragfähige und wirkungsvolle Zusammenarbeit der Fachkräfte in den Kommunen vor allem verbindlicher Formen der Kooperation sowie klar geregelter Verfahrenswege und Zuständigkeiten zwischen den beteiligten Disziplinen und Hilfesystemen bedarf.⁶⁴

⁶³ vgl. Landua/ Artl/ Sann (2009): Ergebnisbericht (1. Teiluntersuchung) zum Projekt "Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen". URL: <http://www.difu.de/publikationen/2009/ergebnisbericht-zum-projekt-bundesweite-bestandsaufnahme.html> (28.03.2013/13:35)

⁶⁴ vgl. Landua/ Artl/ Sann (2009): Ergebnisbericht (1. Teiluntersuchung) zum Projekt "Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen". URL: <http://www.difu.de/publikationen/2009/ergebnisbericht-zum-projekt-bundesweite-bestandsaufnahme.html> (28.03.2013/13:35)

Die Wirksamkeit Früher Hilfen wird in diesem Sinne nicht nur durch eine große Vielzahl an Einzelaktivitäten in diesem Bereich erreicht. Entscheidend für die Qualitätsentwicklung von Frühen Hilfen ist vielmehr eine aufeinander abgestimmte Kooperation von Einzelansätzen im Rahmen regionaler Hilfenetze. „In diesem Zusammenhang kommt den kommunalen Steuerungsbehörden wie Jugend- und Gesundheitsämtern eine große Bedeutung zu. Frühe Hilfen für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern greifen am besten in guter Kooperation zwischen Gesundheits- und Jugendhilfe.“⁶⁵

⁶⁵ Landua/ Artl/ Sann (2009): Ergebnisbericht (1. Teiluntersuchung) zum Projekt "Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen". URL: <http://www.difu.de/publikationen/2009/ergebnisbericht-zum-projekt-bundesweite-bestandsaufnahme.html> (28.03.2013/13:35)

Aus der Praxis: die Lenkungsgruppe Frühe Hilfen des Landkreises Ostprignitz-Ruppin

Jenny Troalic, Landeskoordination Frühe Hilfen Brandenburg/Start gGmbH

Im Rahmen der regionalen Umsetzung der Bundesinitiative „Netzwerk Frühe Hilfen und Familienhebammen“ im Landkreis Ostprignitz-Ruppin und der Gesamtverantwortung des Jugendamtes gemäß § 3 Abs. 3 KKG hat die Jugendamtsleiterin zunächst für die Dauer der Bundesinitiative bis zum 31.12.2015 eine Lenkungsgruppe „Netzwerkkoordination Frühe Hilfen“ berufen.

Im Landkreis Ostprignitz-Ruppin sollen im Rahmen der Bundesinitiative insbesondere im Bereich Früher Hilfen flächendeckend verbindliche Strukturen der Zusammenarbeit der zuständigen Leistungsträger und weitere Institutionen bzw. Angebote weiterentwickelt werden. Ziel soll dabei sein, sich gegenseitig über das jeweilige Angebots- und Aufgabenspektrum zu informieren, strukturelle Fragen der Angebotsgestaltung und -entwicklung im unmittelbaren Dialog zu klären sowie entsprechende Verfahren aufeinander abzustimmen. In das Netzwerk sollen die Einrichtungen und Dienste der öffentlichen und freien Jugendhilfe sowie weitere gemäß § 3 Abs. 2 KKG bestimmte Institutionen einbezogen werden. Die verbindliche Zusammenarbeit wird als Netzwerk durch den örtlichen Träger der Jugendhilfe in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt im Rahmen einer Lenkungsgruppe konzipiert, koordiniert und gesteuert.

Die Lenkungsgruppe „Netzwerkkoordination Frühe Hilfen“ im Landkreis Ostprignitz-Ruppin übernimmt folgende Aufgaben:

- Erarbeitung einer abgestimmten Definition zum Begriff Frühe Hilfen.

- Durchführung einer zunächst quantitativen Bestandserhebung zu allen Angeboten Früher Hilfen gemäß Definition.
- Ableitung von Empfehlungen zur notwendigen und möglichen Weiterentwicklung der Angebots- und Netzwerkstruktur im Bereich Früher Hilfen auf Grundlage der Analyseergebnisse.
- Erarbeitung eines durch die Kommunalpolitik zu beschließenden Rahmenkonzepts „Netzwerkarbeit Frühe Hilfen“ für den gesamten Landkreis Ostprignitz-Ruppin.
- Koordination und Steuerung der Netzwerkarbeit sowie die Durchführung und Auswertung von Maßnahmen der Evaluation

Der Lenkungsgruppe gehören die Dezernentin für Gesundheit und Soziales, die Amtsleiterin des Jugend- und Betreuungsamt, die Amtsleitung Gesundheitsamt, die Sachgebietsleitung ASD, die Netzwerkkoordinatorin Kinderschutz / Frühe Hilfen und die Kitapraxisberaterin des Jugendamts, die Controllerin des Dezernats Jugend- und Betreuungsamt, die Familienservicestelle des Gesundheitsamtes (Mitarbeiterin Gesundheitsamt und Kooperationspartnerin des Jugend- und Betreuungsamtes) und beratend die Start gGmbH an.

Grundlage für die für eine verbindliche Zusammenarbeit aller Beteiligten der Lenkungsgruppe ist eine Geschäftsordnung, die in der Sitzung vom 29.04.2013 beschlossen wurde und mit Unterschrift der Amtsleiterin des Jugend- und Betreuungsamts in Kraft trat.

Anlage 1: Geschäftsordnung der Lenkungsgruppe Frühe Hilfen des Landkreises Ostprignitz-Ruppin

Die Lenkungsgruppe „Netzwerkkoordination Frühe Hilfen“ wird im Rahmen der regionalen Umsetzung der Bundesinitiative „Frühe Hilfen und Familienhebammen“ im Landkreis Ostprignitz-Ruppin tätig.

1. Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz

- (1) Im Landkreis Ostprignitz-Ruppin werden insbesondere im Bereich Früher Hilfen flächendeckend verbindliche Strukturen der Zusammenarbeit der zuständigen Leistungsträger und Institutionen mit dem Ziel und mit Bezug auf vorhandene Strukturen weiterentwickelt, sich gegenseitig über das jeweilige Angebots- und Aufgabenspektrum zu informieren, strukturelle Fragen der Angebotsgestaltung und -entwicklung zu klären sowie entsprechende Verfahren aufeinander abzustimmen.
- (2) In das Netzwerk sollen gemäß § 3 Abs. 2 KKG insbesondere Einrichtungen und Dienste der öffentlichen und freien Jugendhilfe, Einrichtungen und Dienste, mit denen Verträge nach § 75 Absatz 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch bestehen, Gesundheitsämter, Sozialämter, Gemeinsame Servicestellen, Schulen, Polizei- und Ordnungsbehörden, Agenturen für Arbeit, Krankenhäuser, Sozialpädiatrische Zentren, Frühförderstellen, Beratungsstellen für soziale Problemlagen, Beratungsstellen nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, Einrichtungen und Dienste zur Müttergenesung sowie zum Schutz gegen Gewalt in engen sozialen Beziehungen, Familienbildungsstätten, Familiengerichte und Angehörige der Heilberufe einbezogen werden.

- (3) Die verbindliche Zusammenarbeit wird als Netzwerk durch den örtlichen Träger der Jugendhilfe in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt im Rahmen einer Lenkungsgruppe konzipiert, koordiniert und gesteuert. Die Beteiligten haben in der vorliegenden Geschäftsordnung die Grundsätze für eine verbindliche Zusammenarbeit vereinbart und festlegen.
- (4) Zur Umsetzung dieses gesetzlich bestimmten Zieles wird die Lenkungsgruppe bestimmte Aufgaben übernehmen.

2. Handlungsgrundsätze

- (1) Für Menschen im Landkreis Ostprignitz-Ruppin werden Rahmenbedingungen geschaffen, die eigenverantwortliches Handeln fördern und fördern.
- (2) Zur Verfügung stehende Ressourcen werden verantwortungsbewusst und effektiv eingesetzt.
- (3) Bei gesellschaftlichen Veränderungen werden in den jeweiligen Arbeitsfeldern auf der Grundlage einer Analyse der Auswirkungen angemessene Lösungen erarbeitet, um Chancengerechtigkeit zu wahren. Dabei geht es insbesondere um:
 - das Setzen von Prioritäten im Sozialraum
 - gemeinsames und abgestimmtes Handeln
 - handlungsfeldspezifische Verantwortungsübernahme zur Umsetzung übergreifender Lösungen
 - kollegiale Beratung anderer sowie selbstkritische Aufnahmen von externen Anregungen
 - proaktive Partnersuche
 - flexibles, problemangemessenes und kooperatives Agieren

3. Aufgaben der Lenkungsgruppe

- (1) Die Lenkungsgruppe erarbeitet eine abgestimmte Definition zum Begriff Frühe Hilfen.
- (2) Die Lenkungsgruppe führt eine Bestandserhebung zu allen Angeboten Früher Hilfen gemäß Definition durch.
- (3) Die Lenkungsgruppe leitet aus dieser Analyse Empfehlungen zur notwendigen und möglichen Weiterentwicklung der Angebots- und Netzwerkstruktur im Bereich Früher Hilfen ab.
- (4) Die Lenkungsgruppe erarbeitet ein durch die Kommunalpolitik zu beschließendes Rahmenkonzept „Netzwerkarbeit Frühe Hilfen“ für den gesamten Landkreis Ostprignitz-Ruppin.
- (5) Der Lenkungsgruppe obliegt die Koordination und Steuerung der Netzwerkarbeit sowie die Durchführung und Auswertung von Maßnahmen der Evaluation
- (6) Die Lenkungsgruppe kann eigenständige Expertise einholen.

4. Berufung

- (1) Die Lenkungsgruppe wurde für die Laufzeit der Bundesinitiative Frühe Hilfen und Familienhebammen bis zum 31. Dezember 2015 im Rahmen der Gesamtverantwortung des Jugendamtes gemäß § 3 Abs. 3 KKG durch die Jugendamtsleiterin berufen.

5. Mitglieder

- (1) Der Lenkungsgruppe gehören an:
 - Dezernentin für Gesundheit und Soziales
 - Amtsleiterin Jugend- und Betreuungsamt
 - Amtsleitung Gesundheitsamt
 - Sachgebietsleitung ASD
 - Netzwerkkoordinatorin Kinderschutz / Frühe Hilfen
 - Controllerin des D II für das Jugend- und Betreuungsamt

- Kitapraxisberaterin
 - Familienservicestelle des Gesundheitsamtes (Mitarbeiterin Gesundheitsamt und Kooperationspartnerin des Jugend- und Betreuungsamtes)
 - Start gGmbH
- (2) Scheidet ein Mitglied aus befindet die Lenkungsgruppe über eine Nachbesetzung.

6. Erweiterung der Lenkungsgruppe / Beirat

- (1) Die Lenkungsgruppe wird halbjährig um den Beirat erweitert.
- (2) Der Beirat wird die Arbeit der Lenkungsgruppe fachlich unterstützen.
- (3) Die Mitglieder des Beirats werden durch das Jugendamt berufen. Die Berufung kann zeitweilig erfolgen. Eine Nachberufung ist jederzeit möglich.
- (4) Der Beirat wird durch das Jugendamt eingeladen.
- (5) Der Beirat kann eigenständig Expertise einholen.
- (6) Die Mitwirkung des Beirats an der Lenkungsgruppe ist unentgeltlich.

7. Organisation

- (1) Die Geschäftsführung der Lenkungsgruppe liegt gemäß § 3 Abs. 3 KKB beim Jugendamt und wird vertretend durch Frau Horn ausgeübt.
- (2) Das Jugendamt beruft alle Sitzungen der Lenkungsgruppe eine, bereitet notwendige Unterlagen vor und fertigt das Protokoll.
- (3) Die Mitglieder der Lenkungsgruppe können jederzeit Änderungen zur Geschäftsordnung beantragen.

8. Empfehlungen

- (1) Die Lenkungsgruppe kann Empfehlungen abgeben.
- (2) Jedes Mitglied der Lenkungsgruppe hat dabei eine Stimme.
- (3) Eine Stimmübertragung ist nicht möglich.

- (4) Die Lenkungsgruppe ist beschlussfähig, wenn mindestens 51% der Mitglieder anwesend sind. Alle Entscheidungen sind mindestens mit einer 2/3-Mehrheit zu treffen. Die Abstimmung zur Abgabe einer Empfehlung erfolgt offen.

9. Berichterstattung

- (1) Die Lenkungsgruppe berichtet dem Jugendhilfeausschuss, dem Bildungs-, Kultur- und Sportausschuss, dem Sozialausschuss, dem Kreisjugendring und der AG der Wohlfahrtsverbände der Liga OPR einmal im Jahr über seine Tätigkeit.

10. Inkrafttreten

- (1) Diese Geschäftsordnung wurde in der Sitzung am beschlossen und tritt damit in Kraft.

Neuruppin, den

Hefenbrock

Jugendamt

Geschäftsführung

Die Brandenburger Netzwerke Gesunde Kinder⁶⁶ als Teil der regionalen Netzwerke Frühe Hilfen

Daniela Graß, Niederlausitzer Netzwerk Gesunde Kinder Netzwerkkoordinatorin in Zusammenarbeit mit Hans Leitner, Landes-koordination Frühe Hilfen Brandenburg/Start gGmbH

Das Netzwerk Gesunde Kinder im Land Brandenburg wurde im Jahr 2005 konzeptionell entwickelt und als zentrale Maßnahme in das Programm für Familien- und Kinderfreundlichkeit des Landes Brandenburg aufgenommen. Es ist ein freiwilliges und kostenfreies Angebot zur Begleitung von Familien für eine förderliche seelische, körperliche und geistige Entwicklung ihrer Kinder. Das Angebot beginnt in der Schwangerschaft und gilt bis zum dritten Lebensjahr des Kindes. Ziel ist es, alle Familien einzubeziehen, deren Kinder im Einzugsgebiet eines Netzwerks Gesunde Kinder geboren werden und aufwachsen. Das Netzwerk Gesunde Kinder orientiert sich am gesundheitsfördernden (salutogenetischen) Ansatz.

Gute Startvoraussetzungen für das Kind sind gegeben, wenn die Eltern sich den Anforderungen und Veränderungen durch die Schwangerschaft und den Übergang zur Familie mit (Klein-)Kindern gewachsen sehen. Dies betrifft die gesamte Lebenssituation. Neben der physischen und psychischen Gesundheit der Mutter bzw. der Eltern spielt in dieser Phase der Aufbau stabiler Lebensumstände eine wichtige Rolle. Eltern brauchen dazu ein unterstützendes Umfeld aus Familie, Nachbarschaft und Freundeskreis sowie ggf. niederschwelliger und vor Ort leicht erreichbarer Beratungs- und Hilfeangebote.

⁶⁶ In Anlehnung an: Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Brandenburger Leitfaden. 4. Auflage 2013. S. 75 f.
http://www.fachstelle-kinderschutz.de/cms/upload/Kinderschutz-Partner/Gesundheit/Gewaltleitfaden_2013.pdf

Dem Netzwerk Gesunde Kinder ist es konzeptionell besonders wichtig, die gesunde körperliche, seelische und geistige Entwicklung von Kindern zu unterstützen. Den Eltern wird schon vor oder möglichst früh nach der Geburt eine persönliche Begleitung angeboten. Die Begleitung der Familien erfolgt durch ehrenamtlich tätige Paten/innen, die vor ihrem Einsatz in der Familie auf ihre persönliche Eignung hin ausgewählt und nach einem einheitlichen Curriculum ausgebildet und während ihrer Tätigkeit fortlaufend fachlich begleitet werden.

Das Angebot der regionalen Netzwerke Gesunde Kinder richtet sich als eine Form frühster Begleitung und Hilfe an alle Familien, beginnend in der Schwangerschaft, sowie an Eltern von Pflegekindern ab dem Säuglingsalter und gilt grundsätzlich bis zum dritten Lebensjahr des Kindes. Schon während der Schwangerschaft und nach der Geburt nehmen sich die Paten/innen ausreichend Zeit für Gespräche mit den Schwangeren, Eltern und Familien, beraten sie zu allgemeinen Fragen der Betreuung und Versorgung des Kindes über bestehende regionale präventive und familienunterstützende Angebote (im Sinne des § 2 KKG⁶⁷) und vermitteln ggf. frühzeitig notwendige Hilfen.

Die verpflichtende Teilnahme an regelmäßig stattfindenden Paten/innenstammtischen bietet den Paten/innen die Möglichkeit zum fachlichen Erfahrungsaustausch. Ein weiteres Begleitangebot stellen die nach Bedarf stattfinden Fallsupervisionen dar. In diesem Rahmen können sich die Paten/innen zu den unterschiedlichsten Themen bzw. Fällen austauschen und auch Wahrnehmungen anonymisiert besprechen. Stellt sich im Einzelgespräch mit der Netzwerkkoordination heraus, dass ein über das Netzwerk Gesunde Kinder hinausgehender Handlungsbedarf besteht, erfolgt die weitere Verfahrensabstimmung zwischen Netzwerkkoordination und Netzwerkleitung. Jedes Netzwerk Gesunde Kinder ist gefordert, auf regionaler Ebene ein

⁶⁷ BKiSchG Artikel 1 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz § 2 Information der Eltern über Unterstützungsangebote in Fragen der Kindesentwicklung

Verfahren zum Umgang bei einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung vorzuhalten. Die Paten/innen selbst nehmen direkt und eigenständig keinen Kontakt mit Fachkräften anderer Arbeitsbereiche auf.

Voraussetzung für ein vielfältiges, bedarfsgerechtes und ressourcenorientiertes Angebotsspektrum beim Auf- und Ausbau stabiler Lebensumstände ist im Rahmen der Netzwerkarbeit die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller regionalen Akteuren/innen, die als spezifischer Beitrag zur Umsetzung des im BKiSchG⁶⁸ bestimmten flächendeckenden Aufbaus und Weiterentwicklung verbindlicher Strukturen im Bereich Früher Hilfen verstanden wird. Unverzichtbare Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner im Netzwerk Gesunde Kinder sind deshalb Vertreter/innen der Kommunen und des Landkreises, sowie das Gesundheitsamt, das Jugendamt, das Sozialamt, Hebammen, gynäkologische und kinderärztliche Fachkräfte, Beratungsstellen für Schwangere, regionale Frühförderstellen und Lokale Bündnisse für Familie. Art und Umfang der Zusammenarbeit wird in verbindlichen Kooperationsvereinbarungen festgelegt.

Ziel aller Beteiligten ist es im Sinne der Bundesinitiative „Frühe Hilfen und Familienhebammen“, Kindern von Anfang an ein Umfeld und eine individuelle frühe Förderung zu bieten, die sie befähigen, zu eigenverantwortlichen und damit lebenskompetenten Menschen heranzuwachsen.

⁶⁸ BKiSchG Artikel 1 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz § 3 Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz

Die Rolle von Familienhebammen im Netzwerk Frühe Hilfen

*Bärbel Derksen und Julia Klein, Kompetenzzentrum Frühe Hilfen/
Familienzentrum Potsdam*

Von den derzeit geschätzten knapp 20.000 berufstätigen Hebammen in Deutschland haben bis zum Jahr 2011 etwa 1.500 die Qualifikationsmaßnahme zur Familienhebamme durchlaufen. Von diesen sind nach Schätzungen des Deutschen Hebammenverbandes e.V. bis zu 80 Prozent als Familienhebamme tätig⁶⁹.

Im Rahmen der Bundesinitiative „Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen 2012-2015“ sollen die regionalen Netzwerke Frühe Hilfen gestärkt und der Einsatz von Familienhebammen ausgebaut werden. In diesem Zusammenhang erschien im Juni 2013 die zweite, überarbeitete Auflage des Kompetenzprofils für Familienhebammen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen. Auf der Basis bestehender Evaluationsergebnisse aus der Familienhebammentätigkeit mit hoch belasteten (werdenden) Eltern, wurde mit der Erstellung eines Kompetenzprofils für Familienhebammen eine bundesweit einheitliche Empfehlung angestrebt, welche Kompetenzen Familienhebammen für ihre Arbeit mit Familien mit erhöhtem Unterstützungsbedarf mitbringen sollten. Das Kompetenzprofil beschreibt die zu erwerbenden, beziehungsweise vorhandenen fachlichen und personalen Kompetenzen, sowie konkrete Handlungsanforderungen an das Berufsbild der Familienhebamme.

Der Begriff der „Familienhebamme“ ist rechtlich nicht geschützt, das heißt, Regelungen bezüglich ihres Aufgabenspektrums, ihrer Zusatzqualifikation und der Beschäftigungsform sind nicht endgültig festgeschrieben. Wer jedoch die

⁶⁹ Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013): Kompetenzprofil Familienhebammen, 2. Auflage, Köln

Berufsbezeichnung „Familienhebamme“ führt, ist immer eine staatlich examinierte Hebamme mit Berufserlaubnis und Zusatzqualifikation/-en⁷⁰.

Das Tätigkeitsfeld der Familienhebamme umfasst die physische und psychosoziale Beratung und Betreuung von (werdenden) Müttern und Vätern im ersten Lebensjahr des Kindes und in Einzelfällen auch darüber hinaus⁷¹. In vielerlei Hinsicht überschneiden sich die Aufgabenbereiche von Familienhebammen und Hebammen. Allerdings setzt die Familienhebamme ihre Arbeit dort fort, wo die originäre Hebammentätigkeit, oftmals aufgrund mangelnder zeitlicher und finanzieller Ressourcen, aufhört. Hebammen sind grundsätzlich in der Regelversorgung für die Grundversorgung aller, das heißt auch sozial und medizinisch belasteter (werdender) Eltern, zuständig, weshalb eine strikte Trennung der Klientel und damit auch Aufgabengebiete von Hebammen und Familienhebammen nicht sinnvoll erscheint. Hebammen werden von den Müttern direkt beauftragt und ihre Hilfeleistung wird in der Regel über eine Pauschalfinanzierung der Krankenkasse vergütet. Dabei entscheidet die Hebamme eigenständig, in welchen Intervallen sie die Familie besucht und ob neben den regulären Hausbesuchen weitere Kontakte oder Angebote notwendig sind.

Anders als bei der originären Hebamme werden die Leistungen der freiberuflichen Familienhebamme nicht über ein festgelegtes Leistungskontingent finanziert, sondern zumeist auf der Grundlage eines Honorarvertrages mit dem kommunalen oder freien Träger der Jugend- und/oder Gesundheitshilfe. Da es sich bei der Familienhebammenarbeit nicht um eine gesetzliche Regelleistung handelt, muss die Familienhebamme die Höhe ihrer Vergütung selbst aushandeln. Dabei sind Positionen wie Fahrtzeiten, Telefongespräche, ein Nichtantreffen der Familie trotz Terminvereinbarung, Dokumentationszeit,

⁷⁰ Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013): Der Einsatz von Familienhebammen in Netzwerken Früher Hilfen, Köln

⁷¹ Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013): Kompetenzprofil Familienhebammen, 2. Auflage, Köln

Praxisbedarf, Teambesprechungen und Supervision in das Honorar mit einzuberechnen⁷². Der Einsatz der Familienhebamme erfolgt erst nach Abschätzung des kommunalen und/ oder freien Trägers hinsichtlich des tatsächlichen Hilfebedarfs der Familie. Damit werden Umfang, Maßnahmenbeginn und Inhalt der Tätigkeit der Familienhebamme durch den jeweiligen Leistungserbringer definiert.

Genauso wie die Hebamme beginnt die Familienhebamme ihre Tätigkeit im Idealfall schon während der Schwangerschaft der Mutter. Die Zugangswege, über die auch Familien mit erhöhtem Unterstützungsbedarf erreicht werden können, sind unterschiedlich. Teilweise kennen diese Familien aus ihrem Umfeld bereits die Arbeitsweise von Familienhebammen und nehmen selbstständig Kontakt auf, oder sie werden von ihren Hebammen auf das Angebot aufmerksam gemacht und weitervermittelt. Eine Familienhebamme kann bei derselben (werdenden) Mutter durchaus Hebammen- und Familienhebammenleistungen anbieten, das heißt, sie ist dann Hebamme und Familienhebamme in „Personalunion“. In diesem Fall rechnet sie ihre Leistung als Hebamme und Familienhebamme getrennt mit der Krankenkasse beziehungsweise dem kommunalen oder freien Auftraggeber ab⁷³.

Es besteht die Gefahr, Familienhebammen innerhalb des Jugendhilfesystems auch im tertiärpräventiven Bereich als federführende Fallverantwortliche einzusetzen. Hier sind jedoch vorrangig die Fachkräfte aus der Jugendhilfe zuständig, da das Tätigkeitsfeld von Familienhebammen klar in der Sekundärprävention angesiedelt ist⁷⁴. Um in der öffentlichen Wahrnehmung einen

⁷² Deutsche Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft (2012): Frühe Kindheit die ersten sechs Jahre, Sonderausgabe: Frühe Hilfen- Gesundes Aufwachsen ermöglichen; 14. Jahrgang, Berlin

⁷³ Deutsche Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft (2012): Frühe Kindheit die ersten sechs Jahre, Sonderausgabe: Frühe Hilfen- Gesundes Aufwachsen ermöglichen; 14. Jahrgang, Berlin

⁷⁴ Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013): Der Einsatz von Familienhebammen in Netzwerken Früher Hilfen, Köln

Zusammenhang zwischen Hebammenarbeit und jugendamtlicher Kontrolle zu vermeiden, sollte deshalb die Familienhebamme nie allein die aufsuchende Arbeit im Kontext drohender oder akuter Kindeswohlgefährdung übernehmen. Der Verbleib der Familienhebamme in der Familie und ihre Unterstützung können jedoch aufgrund des Vertrauensverhältnisses besonders wichtig für die Hilfe und den Schutz des Säuglings sein⁷⁵. In diesem Zusammenhang haben sich sogenannte „Tandems“ von Sozialpädagogischer Familienhilfe (SPFH) und Familienhebamme als adäquate Maßnahme bewährt. Neben den verschiedenen Fallzuständigkeiten innerhalb der Präventionskette unterscheidet sich die Tätigkeit der Familienhebamme von der Arbeit der Sozialpädagogischen Familienhilfe insbesondere durch die umfangreichen Kenntnisse der Familienhebamme speziell das erste Lebensjahr und die Herausforderungen früher Elternschaft betreffend. Familienhebammen sind neben fachlichen Expertinnen auch Beraterinnen in gesundheitlicher Fürsorge, Coach eines oder beider Elternteile und Case-Managerinnen in Richtung des Gesundheitswesens und sozialer Netzwerke⁷⁶. Insbesondere die Vernetzung mit anderen Professionen und eine gelungene Kooperation mit Akteuren der Frühen Hilfen zeichnet die Arbeit der Familienhebamme als Lotsin für Familien in Problemlagen mit besonderem Hilfebedarf schwerpunktmäßig aus.

Im Land Brandenburg erhielt das Familienzentrum an der Fachhochschule Potsdam/ Kompetenzzentrum „Frühe Hilfen“ im November 2012 durch das Ministerium für Bildung, Jugend und Sport den Auftrag zur Entwicklung und Durchführung einer Fortbildung zur Familienhebamme. In Anlehnung an das Kompetenzprofil für Familienhebammen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen und in enger Zusammenarbeit mit dem Hebammenverband Brandenburg e.V. wurde ein Curriculum für die Weiterqualifizierung zur Familienhebamme

⁷⁵ Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013): Kompetenzprofil Familienhebammen, 2. Auflage, Köln

⁷⁶ Deutsche Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft (2012): Frühe Kindheit die ersten sechs Jahre, Sonderausgabe: Frühe Hilfen- Gesundes Aufwachsen ermöglichen; 14. Jahrgang, Berlin

konzipiert. Die Ausbildung mit insgesamt 14 Seminarblöcken zu je 2 Tagen erstreckt sich über einen Zeitraum von 1,5 Jahren und wird durch Mittel aus der Bundesinitiative gefördert.

Fünfzehn staatlich examinierte Hebammen aus dem Land Brandenburg – vorwiegend aus dem Berliner Umland- haben sich für die Ausbildung zur Familienhebamme beworben und nehmen nun berufsbegleitend an den knapp 300 Lehreinheiten teil. Darüber hinaus nutzen sechs bereits zertifizierte Familienhebammen die Möglichkeit, einzelne Module zur Auffrischung ihres Wissens zu besuchen.

Der Einsatz von Familienhebammen im Land Brandenburg erfolgt innerhalb der Netzwerke „Frühe Hilfen“, Netzwerke Gesunde Kinder, sowie im engen Zusammenwirken mit Schwangerschaftsberatungsstellen und den Gesundheits- und Jugendämtern der Landkreise und kreisfreien Städte.

Hinweise zur Vergütung der Familienhebammen im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen und Familienhebammen

Hans Leitner, Hans Leitner, Fachstelle Kinderschutz/Landeskoordination Frühe Hilfen Brandenburg/Start gGmbH

Im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen und Familienhebammen 2012 bis 2015 ist der Einsatz von Familienhebammen ein wesentlicher fachlicher Impuls zur Weiterentwicklung Früher Hilfen für werdende Eltern und Eltern mit Kindern bis zu einem Jahr.

Dieser fachliche Impuls wird in seiner Umsetzung durch gesetzliche Neuregelungen des Bundeskinderschutzgesetzes unterstützt. Hier ist bestimmt, dass in den Ländern insbesondere im Bereich Früher Hilfen flächendeckend verbindliche Strukturen der Zusammenarbeit der zuständigen Leistungsträger und Institutionen im Kinderschutz aufzubauen sind.⁷⁷

Dieses Netzwerk soll zur Beförderung Früher Hilfen durch den Einsatz von Familienhebammen gestärkt werden.⁷⁸

Die verbindliche Zusammenarbeit im Netzwerk soll durch den örtlichen Träger der Jugendhilfe organisiert werden.⁷⁹

Bezüglich des Einsatzes der Familienhebammen ist u. a. auf der örtlichen Ebene die Frage der Finanzierung zu klären, wobei diesbezüglich einheitliche Eckwerte empfehlenswert sind.

⁷⁷ § 3 Abs. 1 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)

⁷⁸ § 3 Abs. 4 KKG

⁷⁹ § 3 Abs. 3 KKG

Im Zusammenhang mit der Debatte um solche einheitlichen Eckwerte haben sich in verschiedenen Diskussionen insbesondere unter Beteiligung des Hebammenverbandes des Landes Brandenburg und den örtlichen Jugendämtern bestimmte Richtwerte herauskristallisiert, die an dieser Stelle zusammengefasst dargestellt werden.

Unstrittig ist, dass die Finanzierung grundsätzlich nicht nur über ein Modell erfolgen soll, sondern unterschiedliche Möglichkeiten bestehen (insbesondere im Rahmen einer Festanstellung oder über Fachleistungsstunde).

Bei der Festlegung der Vergütung wird derzeit von Seiten des Hebammenverbandes von einer Eingruppierung nach TVöD E 9 / Erfahrungsstufe 4 (vergleichbar S 11) ausgegangen. Die letztendliche Eingruppierung hat unter Berücksichtigung des Gleichstellungsgebotes bzw. Besserstellungsverbot gegenüber den Berufsgruppen der Hebammen einerseits und der Mitarbeiter/innen der Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH) andererseits zu erfolgen. In Bezug auf letztere Berufsgruppe werden die jeweiligen örtlichen Bedingungen von nicht unerheblicher Bedeutung sein.

Seit 1. Januar 2013 bekommen freiberufliche Hebamme für einen Hausbesuch im Wochenbett einen Pauschalbetrag in Höhe von 31,28 EURO⁸⁰ (nach Eigenauskunft des Hebammenverbandes je Wochenbettbesuch bis zu 45 Min. gemäß Absprache mit der GKV⁸¹) zzgl. einer Kilometerpauschale (0,66

⁸⁰ Vertrag über Versorgung mit Hebammenhilfe Anlage 1 Hebammenvergütungsvereinbarung/Übergangsvereinbarung Nr. 1.800
http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/Hebammen_13-02-15_Anlage_zur_Uebergangsvereinbarung_zu_dem_Vertrag_nach_134a_Abs_1_SGBV

⁸¹ www.taz.de/1/archiv/digitaz/artikel/

?ressort=sp&dig=2013%2F03%2F30%2Fa0212&cHash=52dc223250ec6ed8cea1ff93722973f2

EURO / km⁸²). In diesem Sinne wären Familienhebammen den „normalen“ freiberuflichen Hebammen ohne Geburtshilfe gleich zu stellen.

Derzeit erfolgt die Refinanzierung der Fachkräfte im Bereich der Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH) als Jugendhilfeleistung im Land Brandenburg je nach Aufgaben- und Anforderungsprofil bzw. orientiert an der nachgewiesenen Qualifikation der einzusetzenden Fachkraft in Anlehnung an die Entgeltgruppen E 8 bis E 9 (vergleichbar S 10 und S 11).

Als eine weitere Berechnungsgrundlage für die Bestimmung der Arbeitszeit bzw. die Berechnung einer Fachleistungsstunde geht der Hebammenverband von einer nominellen Jahres-arbeitszeit von 1.304 Arbeitsstunden (Anlage 1) aus. Bei der Berechnung dieser Zeit ist neben Zeit für Urlaub, Krankheit und Fortbildung auch ein pauschaler Aufwand von 400 Arbeitsstunden im Jahr als „allgemeine und besondere Minderungszeit“⁸³ berücksichtigt für:

- Dokumentation,
- Vor- und Nachbereitung,
- Fallbesprechung (insbesondere im Sinne des § 4 Abs. 2 und 3 KKG),
- Netzwerkarbeit (im Sinne des § 3 Abs. 2 und 4 KKG).

Geltend gemacht werden für die Berechnung der Fachleistungsstunde auch die anfallenden Wegezeiten, die gerade im ländlichen Raum in nicht unbedeutendem Umfang anfallen. Hier besteht die Möglichkeit, diese als reguläre Arbeitszeit bzw. als geminderte Fachleistungs-stunde anzuerkennen oder diese Zeiten bereits bei der Berechnung von der Jahresnettoarbeitszeit über eine Pauschale im Sinne der oben genannten „allgemeinen und besonderen Minderungszeiten“ abzuziehen. In diesem Fall kann als Kilometerpauschale orientiert am Bundesreisekostenrecht ein Betrag von 0,20 / km geltend gemacht werden.

⁸² ebenda Nr. 3.200

⁸³ gemäß eines internen Arbeitsmaterials des Hebammenverband Brandenburg e. V.

Im Rahmen der Vergütung der Familienhebammen werden die Wegezeiten über eine erhöhte Kilometerpauschale (0,66 € / km) pauschal ausgeglichen. Dazu heißt es in der Hebammen-Vergütungsvereinbarung⁸⁴, dass mit dem Wegeentgelt auch Zeitversäumnisse abgegolten sind. Wegezeiten sind bei den vorliegenden Berechnungen der Fachleistungsstunde (Anlage 2) derzeit im Rahmen der Position Kfz-Betriebskosten / Wegezeiten über die entsprechend erhöhte Kilometerpauschale berücksichtigt.

Zuzüglich zu den Personalkosten werden Aufwendungen für Personal im Sinne eines Arbeitgebers geltend gemacht, die die Familienhebamme als Selbständige eigenverantwortlich zu tragen hat. Hierzu zählen:

- Arbeitgeberanteil Krankenversicherung,
- Arbeitgeberanteil Rentenversicherung,
- Berufsgenossenschaft.

Des Weiteren sind Ausgaben für Sachaufwendungen in Ansatz zu bringen. Diese werden wie folgt bestimmt:

- Berufshaftpflicht ohne Geburtshilfe,
- Kfz-Haftpflicht- und Kaskoversicherung,
- Mitgliedsbeitrag Dt. Hebammenverband,
- Kfz-Betriebskosten (derzeitige Regelung für Hebammen 0,66 EURO / km⁸⁵),
- Büromiete und Nebenkosten (Miete, Strom, Gas, Wasser, Entsorgung etc.),
- Bürokosten (Computer, Drucker, Kopierer, Telefon, Büromaterialien, Porto, Reinigung),
- Familienhebammenbedarf (Materialpauschale),
- Fortbildung und Supervision,

⁸⁴ Hebammen-Vergütungsvereinbarung § 3 Abs. 1 Wegegeld

⁸⁵ ebenda

- Fachliteratur.

Zusammenfassend ergibt sich bei der Teilung der Gesamtkosten durch den Wert der Nettojahresarbeitszeit der beanspruchte Kostensatz für den Einsatz einer Familienhebamme je Stunde – die Fachleistungsstunde (Berechnungsmodell Anlage 2).

Informationen und Rücksprachen über:

Martina Schulze (1. Vorsitzende)

Hebammenverband Brandenburg e. V.

Am Walde 1

14532 Stahnsdorf

Tel.: 03329 62728

Mobil: 0173 3954074

Mail: 1.vorsitzende@hebammen-brandenburg.de

Hans Leitner (Leiter der Fachstelle Kinderschutz, Geschäftsführer)

Landeskoordination Frühe Hilfen Brandenburg

Fachstelle Kinderschutz / Start gGmbH

Fontanestraße 71

16761 Hennigsdorf

Tel.: 03302 8609577

Fax: 03302 8609580

Mail: hans.leitner@start-ggmbh.de

Anlage 1

Berechnung der Jahresarbeitszeit für Familienhebammen				
	Tage	Arbeitstag Vollzeit	Stunden	Angaben nach
Jahresgesamtzeit	365	8	2.920	Kalender
abzüglich				
Wochenenden	104	8	832	Kalender
Feiertage*	9	8	72	Kalender
Urlaub	24	8	192	Tarifvertrag
Fortbildung	5	8	40	Gesetz
Krankheit	10	8	80	GKV
Jahresarbeitszeit (brutto)	213	8	1.704	
Abzüglich				
Minderungszeiten**	50	8	400	H-Verband Brb.
Jahresarbeitszeit (netto)	163	8	1.304	

Anlage 2

Berechnung der Fachleistungsstunde für Familienhebammen				
Personalkosten				
Gehalt	0,00			TVöD E 8 / E 9
AG-Anteil KV	0,00			gesetzl. Regelung
AG-Anteil RV	0,00			gesetzl. Regelung
Berufsgenossenschaft	0,00			gesetzl. Regelung
Zwischensumme PK	0,00			
Sachkosten				
Berufshaftpflicht	0,00			ant. lt. Vertrag
Kfz-Haftpflicht- und Kasko	0,00			ant. lt. Vertrag
Unfall- und Krankentagegeld- vers.	0,00			ant. lt. Vertrag
Mitgliedsbeitrag DHV	0,00			ant. lt. Beitragsordnung
Kfz-Kosten / Wegezeiten***	0,00			0,66 € / km gem. Hebam.
Büromiete und -nebenkosten	0,00			ant. lt. Vertrag

Kinderschutz und Frühe Hilfen

Bürokosten	0,00		ant. lt. Vertrag
Abschreibungen	0,00		ant. lt. Aufwand
Familienhebammenbedarf	0,00		pauschal
Fortbildung / Supervision	0,00		pauschal
Fachliteratur	0,00		pauschal
Zwischensumme SK	0,00		
Gesamtkosten	0,00		
Jahresarbeitszeit (Std.)	1.304,00		gem. Berechnung Anlage 1
Fachleistungsstunde	0,00		

* Neujahr, Maifeiertag, Karfreitag, Himmelfahrt, Pfingsten, Tag der dt. Einheit, Reformations-
tag, 1. und 2. Weihnachtsfeiertag

** Dokumentation, Vor- und Nachbereitung, Fallbesprechung, Netzwerkarbeit

*** Berechnung der Kfz-Kosten / Wegezeiten

Arbeitstage /Fahrten pro Jahr		163
Ø gefahrene km am Tag		0,00

Entwicklung des Gesamtkonzeptes Familienhebamme der Oberhavel Kliniken GmbH im Auftrag des Landkreises

Jenny Troalic, Landeskoordination Frühe Hilfen Brandenburg/Start gGmbH

Im Rahmen der regionalen Umsetzung der Bundesinitiative „Netzwerk Frühe Hilfen und Familienhebammen“ im Landkreis Oberhavel hat das Jugendamt des Landkreises das Rahmenkonzept zum Einsatz von Familienhebammen in Oberhavel auf den Weg gebracht.

Im Landkreis Oberhavel sollen im Rahmen der Bundesinitiative insbesondere im Bereich Früher Hilfen flächendeckend verbindliche Strukturen der Zusammenarbeit der zuständigen Leistungsträger und weiteren Institutionen bzw. Angebote ausgebaut und weiterentwickelt werden.

Gemäß § 3 Abs. 4 KKG soll neben dem Ausbau und der Weiterentwicklung der Netzwerke auch der Einsatz von Familienhebammen als Teil dieses Netzwerkes Frühe Hilfen im Landkreis Oberhavel realisiert werden.

Zukünftige im Landkreis Oberhavel tätige Familienhebammen werden dann, angebunden an die Oberhavelkliniken GmbH, Aufgaben im Bereich gesundheitsfördernder Leistungen, psychosozialer Leistungen, informativen und unterstützenden Maßnahmen und Vermittlungsarbeit übernehmen. Das Angebot richtet sich an Schwangere, werdende Eltern, Mütter und Familien mit Säuglingen bis zum 12. Lebensmonat, die aufgrund einer individuellen oder einer gesellschaftlichen Situation einen besonderen Bedarf an psychosozialer Unterstützung haben.

Im Rahmen der Verhandlungen zwischen dem Jugendamt und der Oberhavelkliniken GmbH hat das Jugendamt ein Rahmenkonzept für den Einsatz von Familienhebammen erarbeitet. Auf Grundlage dieses Rahmenkonzeptes er-

stellte die Oberhavelkliniken GmbH das Gesamtkonzept für den Einsatz von Familienhebammen.

Die Eckpunkte des Rahmenkonzeptes Familienhebammen beinhalten Angaben zu:

- Zielgruppe,
- Zugang,
- Qualifikation,
- Arbeitsschwerpunkte,
- Anbindung und Einsatz,
- Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung,
- Datenschutz und
- Finanzierung.

Anlage 1: Tischvorlage: Rahmenkonzept des Jugendamtes zur Erstellung des Gesamtkonzeptes Familienhebamme der Oberhavel Kliniken GmbH im Auftrag des Landkreises (Kreisverwaltung)

1. Präambel

Frühe Hilfen entwickeln und fördern bei jungen Eltern basale Versorgungs- und Erziehungskompetenzen. Dadurch können die kindlichen Entwicklungsperspektiven langfristig deutlich verbessert werden, denn frühe Kindheitserfahrungen haben häufig tiefgreifende und lang andauernde Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit, den Schulerfolg und die Lebensqualität im Jugend- und Erwachsenenalter.

Familienhebammen können diese Aufgabe erfüllen. Sie sollen junge Familien beim Übergang in die Elternschaft wirkungsvoll unterstützen und bei der Bewältigung vielfältiger Herausforderungen beiseite stehen. Dazu gehört u. a. die Sicherstellung der Inanspruchnahme gesundheitlicher Präventionsmaßnahmen.

2. Rechtsgrundlage

Am 01.01.2012 ist das neue Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) in Kraft getreten. Es beinhaltet das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG). Nach § 3 Abs. 1 KKG sollen im Bereich der Frühen Hilfen flächendeckend verbindliche Strukturen der Zusammenarbeit im Kinderschutz aufgebaut und weiterentwickelt werden. Daraus ergibt sich, dass die Kommunen als öffentliche Jugendhilfeträger im Bereich der Frühen Hilfen aktiver werden und mehr Netzwerkpartner (§ 3 Abs. 2 KKG) einbeziehen sollen. Abs. 3 regelt, dass eine verbindliche Netzwerkarbeit durch die

öffentliche Jugendhilfe aufgebaut werden soll. Die Familienhebamme des Landkreises Oberhavel wird gemäß § 3 Abs. 4 KKG eingesetzt und künftig Teil dieses Netzwerkes sein.

3. Zielgruppe

Zielgruppen sind Schwangere, werdende Eltern, Mütter und Familien mit Säuglingen bis zum 12. Lebensmonat, die aufgrund einer individuellen oder einer gesellschaftlichen Situation einen besonderen Bedarf an psychosozialer Unterstützung haben. Beispiele für mögliche Zielgruppen:

- Minderjährige und sehr junge (werdende) Mütter und Väter
- Familien mit sozialen Problemen
- Familien mit Migrationshintergrund
- Mütter früh geborener Kinder und Mehrlingsgeburten
- Mütter mit Schreibabys und anderen Regulationsstörungen des Kindes

4. Zugang

Alle Anfragen und Vermittlungen liegen in der Verantwortung der Oberhavel Kliniken GmbH.

Es gibt dabei aber unterschiedliche Zugangswege:

- Selbstmelder: Familien wenden sich direkt an die Oberhavel Kliniken GmbH
- Institutionen: Geburts- und Frauenkliniken, Kinderärzte, Gynäkologen, Hebammen, Schwangeren- und Familienberatungsstellen, Fachbereich Gesundheit, Fachbereich Soziales, Fachbereich Jugend und Jugendhilfeträger sowie sonstige soziale Einrichtungen verweisen auf das Angebot der Oberhavel Klinik GmbH.

Die Oberhavel Kliniken GmbH bündelt und filtert alle eingehenden Anfragen. Auf Grundlage eines internen Verfahrens, über das die Ausgangslage und den aktuellen Hilfebedarf der (werdenden) Mutter oder der (werdenden) Eltern erfasst und geklärt wird, entscheidet die Oberhavel Kliniken GmbH eigenverantwortlich, ob die (werdende) Mutter oder die (werdenden) Eltern an die Familienhebamme vermittelt werden. Die Klinik kann jederzeit beratend andere Fachkräfte zur Entscheidungsfindung hinzuziehen.

5. Qualifikation

Die Familienhebamme ist eine staatlich examinierte Hebamme mit Zusatzqualifikation als Familienhebamme. Die Familienhebamme soll der Klinik vor Beginn der Tätigkeit ein erweitertes polizeiliches Führungszeugnis gemäß § 72a SGB VIII vorlegen.

6. Arbeitsschwerpunkte

Die Familienhebamme unterstützt die (werdenden) Eltern und Familien in belastenden Lebenssituationen (wie z. B. Konflikte, Trauer, soziale Isolation, subjektiv erlebte Hilflosigkeit) und stärkt diese in ihren Kompetenzen:

- a) Gesundheitsfördernde Leistungen
 - Beratung und Anleitung zur Versorgung, Gesundheitsfürsorge und Hygiene (u. a. zum Stillen, zur Flaschen und Beikosternahrung, Beruhigung des Säuglings und zur Förderung des Einschlafens, zu Impfungen, und Vorsorgeuntersuchungen)
- b) Psychosoziale Leistungen
 - Befähigung der Eltern sich selbst helfen zu können
 - Eigene Ressourcen der Eltern aktivieren
 - Motivation um weitergehenden Rat einzuholen

- Thematisieren von Anhaltspunkten bei Annahme von Kindeswohlgefährdung und hinwirken auf Inanspruchnahme von notwendigen und geeigneten Hilfen
 - Förderung der Mutter–Vater–Kind-Beziehung (u. a. Signale des Säuglings deuten, interpretieren und prompt reagieren)
- c) Informative und Unterstützende Maßnahmen
- Informationen über Fragen zur Entwicklung und Regulationsfähigkeit des Säuglings
 - Ermutigung und Motivation der Eltern u. a. Termine in Arztpraxen und Behörden zu vereinbaren und einzuhalten
 - Vermittlung und Information zu externen Hilfeangeboten
- d) Vermittlungsleistungen

Sollten neben der Arbeit der Familienhebamme Hilfen erforderlich sein, so vermittelt die Familienhebamme den (werdenden) Eltern entsprechende Leistungen.

Sollten über den Zeitraum der Arbeit der Familienhebamme hinaus weiterhin Hilfen erforderlich sein, so vermittelt die Familienhebamme für entsprechende „Anschlusshilfen“.

Sollten während der Arbeit der Familienhebamme Anzeichen für eine Kindeswohlgefährdung bekannt werden, so sorgt die Oberhavelklinik zunächst über ein entsprechendes internes Verfahren für Klärung und damit für die Sicherung des Kindeswohls.

7. Anbindung und Einsatz

Die Familienhebamme des Landkreises Oberhavel ist an die Oberhavel Kliniken GmbH angesiedelt. Die Arbeit erfolgt ggf. in enger Kooperation mit dem Fachbereich Jugend und den Schwangerenberatungen des Landkreises. Der Einsatzbereich der Familienhebamme bezieht sich auf den gesamten Landkreis. Aufgrund der Weitläufigkeit des Kreises und des 0,50 Stellenanteils ist

die Familien-hebamme nicht als Komplettversorgung für den Landkreis zu verstehen, sondern als eine ergänzende Unterstützungsform im Bereich Frühe Hilfen Oberhavel.

8. Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung

- a) Fortbildung, Supervision, Fallberatung (Häufigkeit, Inhalt)
- b) Jahresbericht ((Erhebung Alter der Eltern, Zielgruppe, Indikation, Zugang, nachfolgende Maßnahmen)
- c) Dokumentation und Abrechnung pro Fall gemäß Zusatzblatt/ Abrechnungsbogen
- d) Evaluation
- e) Kinderschutz (Verfahren der Oberhavel Kliniken GmbH beim Umgang mit Verdacht von Kindeswohlgefährdung)
- f) Vertretungsregelung: Bei einer Abwesenheit (Urlaub, Krankheit, ect.) von mehr als 6 Wochen wird durch die Oberhavel Kliniken GmbH eine Vertretung gestellt

9. Datenschutz

Im Rahmen der Tätigkeit findet kein personenbezogener Datenaustausch statt. Fallbesprechungen der Familienhebamme mit Dritten (wie dem Fachbereich Jugend) bedürfen der Zustimmung der Eltern (Schweigepflichtentbindung). Im Falle der Kindeswohlgefährdung verfährt die Klinik entsprechend der Standards des § 4 Abs. 3 KKG.

10. Finanzierung

Die Kosten des Einsatzes der Familienhebamme werden im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung zwischen dem Landkreis und der Oberhavel Kliniken GmbH geregelt.

Anlage 2: Gesamtkonzept Familienhebamme der Oberhavel Kliniken GmbH im Auftrag des Landkreises

1. Präambel

Frühe Hilfen entwickeln und fördern bei jungen Eltern basale Versorgungs- und Erziehungskompetenzen. Dadurch können die kindlichen Entwicklungsperspektiven langfristig deutlich verbessert werden, denn frühe Kindheitserfahrungen haben häufig tiefgreifende und lang andauernde Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit, den Schulerfolg und die Lebensqualität im Jugend- und Erwachsenenalter.

Familienhebammen können diese Aufgabe erfüllen. Sie sollen junge Familien beim Übergang in die Elternschaft wirkungsvoll unterstützen und bei der Bewältigung vielfältiger Herausforderungen beiseite stehen. Dazu gehört u. a. die Sicherstellung der Inanspruchnahme gesundheitlicher Präventionsmaßnahmen.

2. Rechtsgrundlage

Am 01.01.2012 ist das neue Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) in Kraft getreten. Es beinhaltet das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG). Nach § 3 Abs. 1 KKG sollen im Bereich der Frühen Hilfen flächendeckend verbindliche Strukturen der Zusammenarbeit im Kinderschutz aufgebaut und weiterentwickelt werden. Daraus ergibt sich, dass die Kommunen als öffentliche Jugendhilfeträger im Bereich der Frühen Hilfen aktiver werden und mehr Netzwerkpartner (§ 3 Abs. 2 KKG) einbeziehen sollen. Abs. 3 regelt, dass eine verbindliche Netzwerkarbeit durch die öffentliche Jugendhilfe aufgebaut werden soll. Die Familienhebamme des Landkreises Oberhavel wird gemäß § 3 Abs. 4 KKG eingesetzt und künftig Teil dieses Netzwerkes sein.

3. Der Beruf der Hebamme in Abgrenzung zum Beruf der Familienhebamme

Die Tätigkeit mit ihren inhaltlichen Aufgaben, zeitlichem Umfang und Betreuungsdauer der Hebammen ist in der Vergütungsvereinbarung der Krankenkassen festgelegt.

Die inhaltliche Schwerpunktsetzung liegt in der gesundheitlichen Versorgung von Schwangerschaft und Nachsorgebereich von Mutter und Kind. Alle darüber hinausgehenden Themen rund um die Schwangerschaft und Begleitung der Familie bis zum 1. Lebensjahr des Kindes fallen in den Zuständigkeitsbereich der Familienhebammen. Die Tätigkeiten der Familienhebamme gehen über den in der Hebammenvergütungsvereinbarung festgelegten Rahmen hinaus und unterscheiden sich signifikant im Hinblick auf Auftrag, Frequenz, Setting, Betreuungszeitraum und Dauer sowie Inhalte der Arbeit. Die Arbeit der Familienhebamme kann somit als ein zeitlich und fachlich erweitertes Tätigkeitsspektrum der originären Hebammentätigkeit betrachtet werden, für die es einer zusätzlichen Qualifizierung bedarf.

4. Zielgruppe

Zielgruppen sind Schwangere, werdende Eltern, Mütter und Familien mit Säuglingen bis zum 12. Lebensmonat, die aufgrund einer individuellen oder einer gesellschaftlichen Situation einen besonderen Bedarf an psychosozialer Unterstützung haben. Beispiele für mögliche Zielgruppen:

- Minderjährige und sehr junge (werdende) Mütter und Väter
- Familien mit sozialen Problemen
- Familien mit Migrationshintergrund
- Mütter früh geborener Kinder und Mehrlingsgeburten
- Mütter mit Schreibabys und anderen Regulationsstörungen des Kindes

- Mütter mit Bindungsproblemen und/oder psychischen Belastungen

5. Zugang

Alle Anfragen und Vermittlungen liegen in der Verantwortung der Oberhavel Kliniken GmbH.

Es gibt dabei aber unterschiedliche Zugangswege:

- Selbstmelder: Familien wenden sich direkt an die Oberhavel Kliniken GmbH
- Institutionen: Geburts- und Frauenkliniken, Kinderärzte, Gynäkologen, Hebammen, Schwangeren- und Familienberatungsstellen, Fachbereich Gesundheit, Fachbereich Soziales, Fachbereich Jugend und Jugendhelfeträger
- sowie sonstige soziale Einrichtungen verweisen auf das Angebot der Oberhavel Klinik GmbH.
- Niedrigschwelliger Zugang über Visitenkarten

Die Oberhavel Kliniken GmbH bündelt und filtert alle eingehenden Anfragen. Auf Grundlage eines internen Verfahrens, über das die Ausgangslage und den aktuellen Hilfebedarf der (werdenden) Mutter oder der (werdenden) Eltern erfasst und geklärt wird, entscheidet die Oberhavel Kliniken GmbH eigenverantwortlich, ob die (werdende) Mutter oder die (werdenden) Eltern an die Familienhebamme vermittelt werden. Die Entscheidung über den Einsatz der Familienhebamme erfolgt auf anonymer Basis (keine Erhebung personenbezogener Daten) in einem von der Klinik gebildeten Entscheidungsgremium. Es können jederzeit andere Fachkräfte zur Entscheidungsfindung bzw. Beratung hinzugezogen werden.

6. Qualifikation

Die Familienhebamme ist eine staatlich examinierte Hebamme oder KindergesundheitspflegerIn mit Zusatzqualifikation als Familienhebamme. Die Familienhebamme soll der Klinik vor Beginn der Tätigkeit ein erweitertes polizeiliches Führungszeugnis gemäß § 72 a SGB VIII vorlegen. Die Kosten der Erstellung hat die Hebamme zu tragen. In der Übergangsphase (bis Dezember 2014) ist es möglich, eine in der Ausbildung zur Familienhebamme befindliche Hebamme bzw. KindergesundheitspflegerIn einzusetzen (eine verbindliche Aussage zur Teilnahme einer Qualifizierungsmaßnahme muss vorliegen). Abweichende Fälle werden bilateral geregelt.

7. Arbeitsschwerpunkte

Die Familienhebamme unterstützt die (werdenden) Eltern und Familien in belastenden Lebenssituationen (wie z. B. Konflikte, Trauer, soziale Isolation, subjektiv erlebte Hilflosigkeit) und stärkt diese in ihren Kompetenzen:

a) Gesundheitsfördernde Leistungen

- Beratung und Anleitung zur Versorgung, Gesundheitsfürsorge und Hygiene (u. a. zum Stillen, zur Flaschen und Beikosternahrung, Beruhigung des Säuglings und zur Förderung des Einschlafens, zu Impfungen, und Vorsorgeuntersuchungen)

b) Psychosoziale Leistungen

- Befähigung der Eltern sich selbst helfen zu können
- Eigene Ressourcen der Eltern aktivieren
- Motivation um weitergehenden Rat einzuholen
- Thematisieren von Anhaltspunkten bei Annahme von Kindeswohlgefährdung und hinwirken auf Inanspruchnahme von notwendigen und geeigneten Hilfen

- Förderung der Mutter-Vater-Kindbeziehung (u. a. Signale des Säuglings deuten, interpretieren und promptly reagieren)

c) Informative und Unterstützende Maßnahmen

- Informationen über Fragen zur Entwicklung und Regulationsfähigkeit des Säuglings
- Ermutigung und Motivation der Eltern u. a. Termine in Arztpraxen und Behörden zu vereinbaren und einzuhalten
- Vermittlung und Information zu externen Hilfeangeboten

d) Vermittlungsleistungen

- Sollten neben der Arbeit der Familienhebamme Hilfen erforderlich sein, so vermittelt die Familienhebamme den (werdenden) Eltern entsprechende Leistungen.
- Sollten über den Zeitraum der Arbeit der Familienhebamme hinaus weiterhin Hilfen erforderlich sein, so vermittelt die Familienhebamme für entsprechende „Anschlusshilfen“.
- Sollten während der Arbeit der Familienhebamme Anzeichen für eine Kindwohlgefährdung bekannt werden, so sorgt die Oberhavel Klinik zunächst über ein entsprechendes internes Verfahren für Klärung und damit für die Sicherung des Kindeswohls.

8. Anbindung und Einsatz

Die Familienhebamme des Landkreises Oberhavel ist an die Oberhavel Kliniken GmbH angesiedelt. Die Arbeit erfolgt ggf. in enger Kooperation mit dem Fachbereich Jugend und den Schwangerenberatungen des Landkreises.

Träger des Projektes „Einsatz von Familienhebammen im Rahmen der Frühen Hilfen“: Oberhavel Kliniken GmbH

Organisation: Netzwerk Gesunde Kinder

Ansprechpartner: Koordinatorin des Netzwerkes
Mitarbeiter des Fachbereichs Jugend

Die Dienstaufsicht liegt beim Träger des Projektes, die Fachaufsicht obliegt dem Netzwerk Gesunde Kinder. Der Einsatzbereich der Familienhebamme bezieht sich auf den gesamten Landkreis. Aufgrund der Weitläufigkeit des Kreises und des 0,50 Stellenanteils ist die Familienhebamme nicht als Komplettversorgung für den Landkreis zu verstehen, sondern als eine ergänzende Unterstützungsform im Bereich Frühe Hilfen Oberhavel. Eine Aufstockung des Stellenanteils kann optional im Rahmen der Bundesförderung erfolgen.

9. Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung

a) Fortbildung, Supervision, Fallberatung (Häufigkeit, Inhalt):

- Für Fortbildungen sind 5 Tage/Jahr berücksichtigt
- Supervisionen können 4 x jährlich abgefordert werden, erweiterter Bedarf wird bilateral geregelt
- Fallberatungen werden 1 x monatlich durchgeführt. Die entsprechenden Fachberater können hinzugezogen werden
- Supervisionen und Fallberatungen werden anonym durchgeführt, sonstige Fallbesprechungen können nur mit Einwilligung der Eltern erfolgen

b) Jahresbericht (Erhebung Alter der Eltern, Zielgruppe, Indikation, Zugang, nachfolgende Maßnahmen)

- c) Die Dokumentation durch die Familienhebamme entspricht der jetzigen Hebammendokumentation
- d) Die Abrechnung erfolgt pro Fall gemäß Zusatzblatt/Abrechnungsbogen (Anlage 1)
- e) Die Evaluation wird entsprechend der Vorgaben des Bundes durchgeführt
- f) Jährlich zum 31. März erhält das Jugendamt einen Bericht über die Einsätze der Familienhebamme des Vorjahres
- g) Kinderschutz: die Meldung erfolgt im Rahmen des Verfahrens der Oberhavel Kliniken GmbH beim Umgang mit Verdacht von Kindeswohlgefährdung (Anlage 2, Meldebogen)
- h) Vertretungsregelung: Bei einer Abwesenheit (Urlaub, Krankheit, etc.) bis zu 6 Wochen wird in Absprache mit den Familien durch die Oberhavel Kliniken GmbH eine Vertretung gestellt. Das Jugendamt wird im Vertretungsfall entsprechend informiert. Während der Abwesenheit der Familienhebamme werden keine weiteren Fälle angenommen. Wenn es die Familie wünscht oder wenn die Gefahr einer Kindeswohlgefährdung besteht, wird nach einer entsprechenden Risikobewertung und nach Rücksprache mit der Familie das Jugendamt durch die Koordination informiert.
- i) Öffentlichkeitsarbeit: regelmäßige Kommunikation des Angebotes (Internet, Flyer) nach außen in Zusammenarbeit mit dem Landkreis Oberhavel, Fachbereich Jugend.

10. Ausfallregelung

Der Einsatz der Familienhebamme ist ein freiwilliges, niedrighschwelliges Angebot, das von den Unterstützungsbedarfen der Schwangeren/Eltern unterhalb der Erziehungshilfe einzuordnen ist. Das heißt, dass die Vertretung im Krankheits- /Urlaubsfall nicht standardmäßig erfolgen muss. Fällt die Familienhebamme jedoch mehr als 6 Wochen bzw. ganz aus, wird das Jugendamt umgehend informiert. Die laufenden Betreuungen der Familien werden sach-

und fachgerecht zu Ende gebracht. Die Vertretung ist von der Koordination sicher zu stellen.

11. Datenschutz

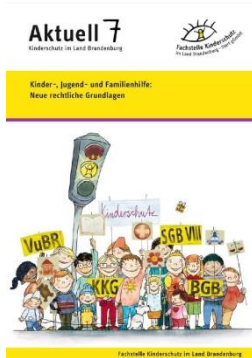
Im Rahmen der Tätigkeit findet kein personenbezogener Datenaustausch statt. Fallbesprechungen der Familienhebamme mit Dritten (wie dem Fachbereich Jugend) bedürfen der Zustimmung der Eltern (Schweigepflichtentbindung). Im Falle der Kindeswohlgefährdung verfährt die Klinik entsprechend der Standards des § 4 Abs. 3 KKG.

12. Finanzierung

Die Kosten des Einsatzes der Familienhebamme werden im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung zwischen dem Landkreis und der Oberhavel Kliniken GmbH geregelt.

"Aktuell - Kinderschutz im Land Brandenburg" Eine Reihe der Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg

Bisher erschienen:



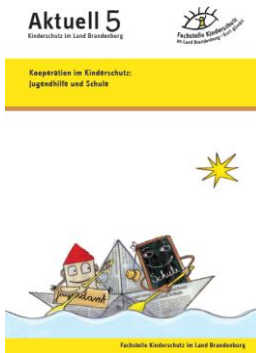
Band 7: Kinder-, Jugend- und Familienhilfe: Neue rechtliche Grundlagen

Nach jahrelangen bundes- und fachpolitischen Debatten und als unmittelbare Reaktion auf zahlreich öffentlich gewordene Misshandlungs- und Vernachlässigungsfälle sind in der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe eine Reihe von Gesetzesänderungen verabschiedet worden. Zu nennen sind hier an erster Stelle das Bundeskinderschutzgesetz, das neben dem Gesetz zur Kooperation und Information auch zahlreiche Änderungen des SGB VIII beinhaltet, sowie das Gesetz zur Änderung des Vormundschafts- und Betreuungsrechts. Um den Überblick über die neuen rechtlichen Grundlagen zu erleichtern, hat die Fachstelle Kinderschutz die relevanten Neuregelungen in Band 7 zusammengefasst. Kernstück der als Arbeitshilfe konzipierten Broschüre ist eine sogenannte "konsolidierte Fassung" des SGB VIII. In dem vorliegenden Volltext des SGB VIII hat die Fachstelle Kinderschutz alle bisherigen Änderungen einschließlich der durch das Bundeskinderschutzgesetz eingearbeitet.



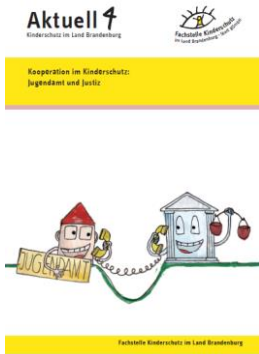
Band 6: Gesund und sicher aufwachsen im Land Brandenburg: Fachtag zum Bericht der Landesregierung

Die Ressorts für Gesundheit, Justiz, Familie und Justiz haben im Juni 2011 gemeinsam mit dem federführenden Jugendministerium einen gut 50-seitigen Bericht zur "Evaluation bestehender Instrumente und Vorschriften zur Kindergesundheit und zum Kinderschutz" (Drucksache 5/3347) vorgelegt. Der Bericht stand im Mittelpunkt der Tagung "Gesund und sicher aufwachsen im Land Brandenburg", die am 22. September 2011 von der Fachstelle Kinderschutz im Auftrag MBJS in Potsdam organisiert worden ist.



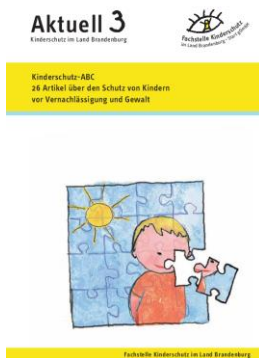
Band 5: Kooperation im Kinderschutz: Schule und Jugendhilfe

Kinderschutz gelingt besser, wenn Schule und Jugendamt Hand in Hand arbeiten. Dafür braucht es Rahmen und Regeln – soll die Kooperation nicht einzig von einzelnen engagierten Personen abhängen. Doch was sind die elementaren Bausteine, damit sich eine Kooperationsvereinbarung in der Praxis bewährt? Ihre fachlichen Einschätzungen und persönlichen Erfahrungen schildern Akteure aus Schule und Jugendhilfe. Ergänzt werden die Artikel durch Beispiele, die zeigen, wie Grundzüge der Zusammenarbeit, verbindliche Verfahrensabläufe und Kommunikationsstrukturen in der Praxis aussehen können.



Band 4: Kooperation im Kinderschutz: Justiz und Jugendhilfe

Fachleute aus Jugendhilfe und Justiz beleuchten die Folgen durch die Neuregelungen des gerichtlichen Verfahrens in Familiensachen im FamFG für ihre Zusammenarbeit. Die Arbeitsgruppe der ASD-LeiterInnen Brandenburger Jugendämter gibt Empfehlungen zur Ausgestaltung der Zusammenarbeit zwischen Jugendamt und Familiengericht. Ergänzt wird die Materialsammlung durch konkrete Praxisbeispiele u. a. auch aus dem Bereich Polizei sowie die Analyse schwerer Fälle von Verwahrlosung, Vernachlässigung und Misshandlung.



Band 3: Kinderschutz-ABC – 26 Artikel über den Schutz von Kindern vor Vernachlässigung und Gewalt

Das „Kinderschutz-ABC“ ist eine Ratgeberserie rund um den Schutz von Kindern vor Vernachlässigung und Gewalt. In 26 Artikeln gibt es praktische Informationen und Antworten auf Fragen wie: Wo beginnt Gewalt gegen Kinder? Woran sind Anzeichen für Vernachlässigung und Misshandlung zu erkennen? Und wohin kann man sich wenden, wenn man beobachtet oder befürchtet, dass einem Kind Leid geschieht? Das Kinderschutz-ABC richtet sich an alle, die im Alltag mit Kindern zu tun haben. Jeder Artikel ist ergänzt durch einen Infoblock mit Adressen, bei denen Betroffene konkrete Hilfe und Beratung finden können.

Aktuell 2
Kinderschutz im Land Brandenburg



Leitfaden zur Wahrnehmung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung - § 8a SGB VIII



Arbeitsgruppe der ASD-LeiterInnen Brandenburger Jugendämter

Band 2: Leitfaden zur Wahrnehmung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung – § 8a SGB VIII

Der Leitfaden, der von einer Arbeitsgruppe von ASD-LeiterInnen einzelner Brandenburger Jugendämter erarbeitet wurde, ist eine Arbeitsgrundlage für Jugendämter, um ein auf ihre spezifischen Rahmenbedingungen angepasstes Kinderschutz-Konzept zu entwickeln. Der einführende Teil enthält die allgemein- und datenschutzrechtlichen Grundlagen zum Kinderschutz. Im Hauptteil sind Materialien für die Praxis zusammengestellt. Anlagen mit Prüfbögen und –kriterien ergänzen die Materialsammlung.

Aktuell 1
Kinderschutz im Land Brandenburg



Empfehlungen zum Umgang und zur Zusammenarbeit bei Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung sowie bei entsprechendem Verdachtsfällen



Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg

Band 1: Empfehlungen zum Umgang und zur Zusammenarbeit bei Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung

Die Empfehlungen sind im Mai 2006 von mehreren Ressorts der Brandenburger Landesregierung gemeinsam mit Vertretern der kommunalen Spitzenverbände entwickelt worden und stellen die Aufgaben der verschiedenen Institutionen – Kinder- und Jugendhilfe, Justiz, Polizei, Gesundheitswesen und Schule – beim Schutz von Kindern vor Misshandlung und Vernachlässigung dar.

Kinder besser schützen. **GEMEINSAM!**

in Trägerschaft von:



gefördert durch:



unterstützt vom:



im Rahmen der:



Bundesinitiative
Frühe Hilfen



gefördert vom:

