

Gesundes Aufwachsen ermöglichen

Der Beitrag Früher Hilfen zu früher Förderung und Bildung von Kindern

Von Ute Thyen

■ Am 16.3.2011 beschloss das Bundeskabinett das von Bundesfamilienministerin Schröder vorgelegte neue Bundeskinderschutzgesetz. Nachdem Ende Mai auch der Bundesrat lediglich geringfügigen Änderungsbedarf angemeldet hat, wird das neue Gesetz nach weiteren Beratungen in Bundestag und Bundesrat voraussichtlich am 1.1.2012 in Kraft treten.

Ein wesentlicher Eckpunkt neben anderen Aspekten ist die Förderung der Frühen Hilfen durch Familienhebammen. Die Bundesregierung bringt damit ihren Wunsch zum Ausdruck, dass durch früh einsetzende Hilfen in (werdenden) Familien mit jungen Kindern familiäre Dysfunktion und Fehlentwicklungen bei den Kindern vermieden werden können.

Begleitend zur Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit wurde 2007 das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in gemeinsamer Trägerschaft der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA) und des Deutschen Jugendinstituts (DJI) eingerichtet, die die gesundheitsbezogene und sozialwissenschaftliche Expertise einbringen. Ende vergangenen Jahres wurde die weitere Förderung des NZFH mit Mitteln des Bundesfamilienministeriums bis 2014 beschlossen. Da auch in der bisher kurzen Zeit keine ausreichende Abstimmung mit den Ländern, den Gesundheits-, Arbeits- und Sozialministerien über die Zuständigkeit und Finanzierung der Frühen Hilfen erreicht werden konnte, übernimmt das Familienministerium die finanzielle Förderung der Tätigkeit der Familienhebammen in den Ländern und Kommunen.

Was sind Frühe Hilfen?

Der wissenschaftliche Beirat des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen hat im Jahr 2010 eine Definition für den Begriff Frühe Hilfen vorgenommen. Demnach ist das Ziel Früher Hilfen das gesunde Aufwachsen von Kindern, wobei ein umfassender Begriff von Gesundheit verwendet wird, der die körperliche, seelische und soziale Gesundheit sowie die Entfaltung der Entwicklungspotentiale und die soziale Teilhabe von Kindern einschließt. Es handelt sich bei den Frühen Hilfen um alltagspraktische und soziale Unterstützungssysteme für alle (angehenden) Eltern, die Ressourcen stärken, Wissen vermitteln, Zugangswege zu Hilfe öffnen und psychosoziale Risiken reduzieren sollen.

Ein Schwerpunkt liegt auf der Hilfe für Familien mit besonderen psychosozialen Belastungen. Die angesprochene Altersgruppe sind Eltern und (ungeborene) Kinder ab der Schwangerschaft bis zum dritten Lebensjahr. Die Schnittstelle zum Kinderschutz soll durch sekundär-präventive und intervenierende Maßnahmen und Kooperationsab-sprachen gemäß § 8a SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz) aktiv gestaltet werden. Insgesamt ist der Zielauftrag Früher Hilfen einerseits die Stärkung von Schutz-faktoren und die Reduktion von Risiko-faktoren, andererseits aber auch die Wahrnehmung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung, wenn eine solche Gefährdung erkennbar wird.





> Ziel Früher Hilfen ist das gesunde Aufwachsen von Kindern, wobei ein umfassender Begriff von Gesundheit verwendet wird. <

Risiko- und Schutzfaktoren

Risikofaktoren und Schutzfaktoren sind Einflussfaktoren, welche die Wahrscheinlichkeit einer Person, gesund zu bleiben oder zu werden, verringern (Risiko) oder die negativen Auswirkungen von Risikofaktoren abmildern (Ressourcen). Zu unterscheiden sind familiäre, soziale und individuelle Risiko- bzw. Schutzfaktoren:

Familiäre Risikofaktoren

- Die Erfahrung sozialer Benachteiligung und subjektiv erlebter oder objektiv vorhandener Barrieren im Zugang zu Hilfesystemen (mangelndes soziales Kapital)
- Elterliche Erkrankungen, insbesondere psychische Erkrankungen wie Depression und Substanzmissbrauch, aber auch körperliche Erkrankungen, die zu Erschöpfung führen
- Die Erfahrung eigener Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch in der Kindheit der Eltern
- Dissozialität, Delinquenz oder Partnergewalt in der Familienbiographie der Eltern
- Mangelndes Wissen und Reflexionsmöglichkeiten eigenen Handelns

Familiäre Schutzfaktoren

- Stabile elterliche Beziehung
- Erziehungskompetenzen der Eltern, insbesondere ein autoritativer Erziehungsstil
- positives Familienklima

Soziale Risikofaktoren

- Armut im Sinne fehlender finanzieller Ressourcen, um den Lebensunterhalt der Familienmitglieder sozial angemessen zu gestalten
- Häufige Umzüge, Schulwechsel und Erfahrung von Fremdunterbringung
- Aufwachsen in deprivierten Quartieren (Ökologie der Nachbarschaft)

Soziale Schutzfaktoren

- Soziales Netzwerk und subjektiv wahrgenommene soziale Unterstützung durch familiäre und außerfamiliäre Personen
- Unterstützung durch Institutionen, z. B. Ausbildungsstätte der Eltern, Arbeitsplatz der Eltern, Tagespflege oder Krippe des Kindes
- Inanspruchnahme und positive Erfahrung mit Beratungsangeboten wie Schwangerschaftsberatungsstellen, Familienbildungsstätten, Elterncafés, Elterngruppen, Selbsthilfegruppen

Individuelle Risikofaktoren des Kindes

- Alter: besondere Vulnerabilität in den ersten drei Lebensjahren
- Angeborene Erkrankungen und prä-, peri- oder postnatale Komplikationen
- Exposition mit Substanzen, die die neurobiologische Reifung beeinträchtigen
- Regulations- und Entwicklungsstörungen des Säuglings
- Schwieriges Temperament

Individuelle Schutzfaktoren des Kindes

- Körperliche Gesundheit des Kindes
- Freundliches, interaktives Temperament
- Normale kognitive und sozial-emotionale Entwicklung
- Freude am Lernen

Studien über die Auswirkungen von Risiko- und Schutzfaktoren haben zeigen können, dass die oben genannten Risikofaktoren kumulativ wirken und durch die Anwesenheit von Schutzfaktoren abgemildert werden können. Dabei sind Interventionen besonders wirksam, wenn ein mittleres Belastungsniveau vorliegt. In Familien oder Individuen, die sehr hoch belastet sind, reicht es nicht mehr aus, protektive Faktoren zu fördern oder Zugang zu Ressourcen zu vermitteln, sondern hier sind direkt sozialpädagogische, therapeutische oder ärztliche Interventionen erforderlich.

Wissenschaftliche Studien widmen sich der Frage, wie Risiko- und Schutzfaktoren wirksam werden. Manche Risikofaktoren wirken sich nur dann aus, wenn sie in kritischen Entwicklungsphasen auftreten. Die Effekte sind dann allerdings zum Teil irreversibel und verstärken die Auswirkungen späterer Einflussfaktoren. Als Beispiel kann hier eine Alkoholexposition des ungeborenen Kindes genannt werden, die zu einer Gedeihstörung, Regulationsstörung, Entwicklungsretardierung und zur Entwicklung

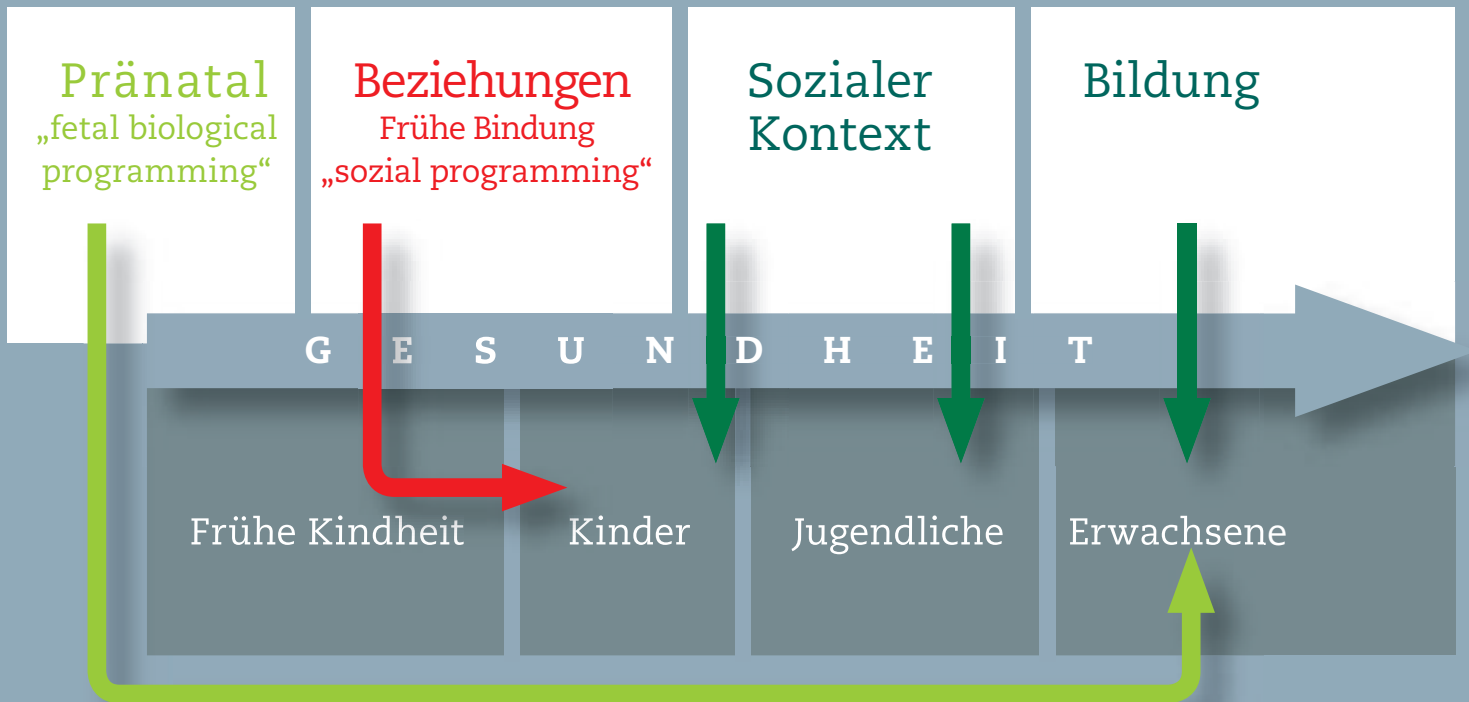
schwerer Verhaltensauffälligkeiten in der späteren Kindheit führen kann. Diese Kinder können mit zusätzlichen späteren Belastungen nicht gut umgehen und sind dem Risiko wiederholter Trennungen und Verluste von Bezugspersonen ausgesetzt.

Risikofaktoren können additiv, synergistisch oder sich potenzierend wirksam werden. Die meisten Autoren gehen davon aus, dass sich Effekte von Risiko- und Schutzfaktoren additiv verhalten (Braveman & Barclay, 2009). Es gibt jedoch auch Hinweise, dass Schutzfaktoren nur in der Anwesenheit von Risikofaktoren wirksam werden. Risikofaktoren sind dabei nicht einfach als negative, zu vermeidende Faktoren zu sehen, sondern auch als Herausforderungen, deren Bewältigung zu weiteren Entwicklungsschritten führt. Die erfolgreiche Bewältigung eines Risikos oder einer Belastung ist daher auch ein Schutzfaktor und stärkt die Resilienz des Kindes. Allerdings sind wiederholte Erfahrungen von Nicht-Bewältigung oder eine kumulative Steigerung der Belastungen mit einem Zusammenbrechen der Bewältigungsstrategien und den personenbezogenen Ressourcen verbunden. Die

Wahrscheinlichkeit des Auftretens von weiteren negativen Faktoren im Zeitverlauf steigt so an, die Wahrscheinlichkeit der Nutzung von Schutzfaktoren sinkt. In diesem Sinne sind Triggereffekte („Das Fass läuft über“) zu verstehen. Eine Langzeit- oder Lebenszeitperspektive hilft verstehen, warum die frühe Kindheit einen so langen Arm hat. Bereits pränatal erfahrene Einflussfak-

ten. Dies sind die Veränderungen, die durch wirksame, strukturierte und kompetent durchgeführte Interventionen zu erreichen sind. Es ist nicht mehr, aber auch nicht weniger. Hoffnungen auf noch deutlichere Veränderungen sind unbegründet und missachten die Stabilität von Persönlichkeitsfaktoren und Verhaltensmustern. Zu langfristigen Effekten liegen wenige Daten vor.

Abbildung 1: Risiko- und Schutzfaktoren in der Lebenslaufperspektive



> Frühe Hilfen sind besonders wirksam, wenn ein mittleres Belastungsniveau vorliegt. <

toren können sich auf das gesamte Leben eines Kindes auswirken, epigenetische Einflüsse werden sogar transgenerational wirksam. So kann beispielsweise chronischer mütterlicher Stress während der Schwangerschaft zu Unterversorgung des Kindes, Verstellung des Regelsystems des Blutzuckers durch das Gehirn und späteren Essstörungen sowie Herz-Kreislauferkrankungen führen.

Effizienz von Interventionen

Beelmann veröffentlichte 2006 eine Metaanalyse von 23 Publikationen, die sich auf familienbezogene Interventionen bezogen, sechs davon im Bereich Frühe Hilfen, Familienförderung und Frühförderung. Alle Programme hatten messbare, d. h. signifikante Effekte auf die Zielparameter wie Belastungen oder Kompetenzen der Familien. Es fragt sich jedoch, wie groß die Effekte tatsächlich sind. Er fand für diese Programme Effektstärken von 0.34 für universelle, primär präventive bis 0.50 für selektive, sekundär präventive Programme. Dies bedeutet, dass Änderungen erreicht werden konnten, die zu 15 bis 25 Prozent Reduktion der Belastung bzw. Verbesserung der Handlungskompetenz führ-

Zusammenfassend ergab sich, dass multimodale, Fähigkeiten orientierte, interaktive Programme solchen mit einer eindimensionalen Ausrichtung überlegen sind. Dies bedeutet, dass neben der Wissensvermittlung immer mindestens die Komponente der sozialen Unterstützung, insbesondere alltagspraktischer Unterstützung, und eines validen Beziehungsangebots gemacht werden muss.

Wichtige Komponenten in der Arbeit mit aufsuchenden Familienhilfen sind: (1) die Beziehung zu den Klienten muss durch Konstanz und Kontinuität gekennzeichnet sein; (2) die Intervention sollte zielgetreu umgesetzt werden und die Inhalte vermitteln, die das Programm vorgibt; (3) es muss eine angemessene und zeitnahe Reaktion auf familiäre Krisen erfolgen, dabei ist Kompetenz insbesondere im Bereich der Erkennung von Depression, Partnergewalt und Suchterkrankungen erforderlich; (4) die Veränderungen in der Familie müssen wahrgenommen und beobachtet werden, dies verlangt die Fähigkeit, die eigene Arbeit zu reflektieren und zu bewerten.



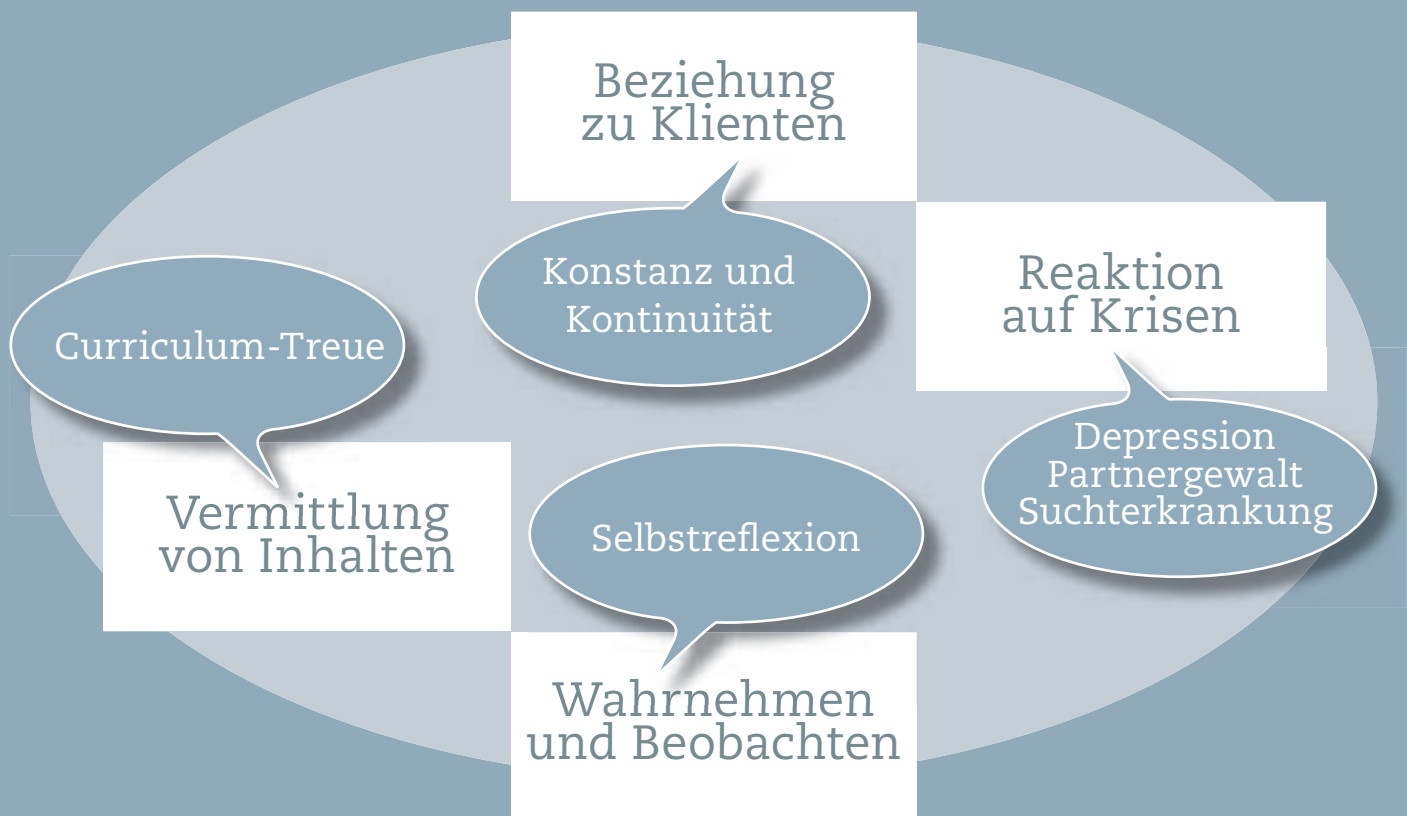


Abbildung 2: Wichtige Komponenten in der Arbeit mit aufsuchenden Familienhilfen

Eine weitere Zusammenstellung verschiedener Forschungsergebnisse (Metaanalyse) von 56 Programmen zu Familienförderung und Prävention von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung von Kendrick und Kollegen aus dem Jahr 2008 zeigte geringste Effekte bei Programmen mit weniger als zwölf Besuchen und einer Dauer von weniger als sechs Monaten. Intensive Programme mit hoher Partizipation und Empowerment sowie sozialer Unterstützung hatten die höchsten Effekte. Bei Gruppenangeboten hatten solche mit gemischtem Sozialstatus bessere Ergebnisse als Gruppen, die nur aus Teilnehmer(inne)n mit niedrigem Sozialstatus bestanden.

Alle diese Interventionen beziehen sich auf Verhaltensprävention, d. h. das Ziel ist eine Verhaltensänderung des Individuums. Diese Präventionsprogramme sind dadurch gekennzeichnet, dass sie besonders benachteiligte Gruppen schwerer erreichen als solche ohne soziale Benachteiligung. Im Extremfall kann dies dazu führen, dass hauptsächlich diejenigen Gruppen das Angebot in Anspruch nehmen, die den geringsten Bedarf haben. Dadurch kann sich die Ungleichheit zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen weiter verstärken (Präventionsparadox). Viele Experten weisen daher immer wieder darauf hin, dass zur Reduktion von sozia-

ler Ungleichheit und Benachteiligung die lebensweltbezogene Verhältnisprävention verstärkt werden muss. Bei dieser Art der Prävention sollen Faktoren jenseits individueller Kontrolle verändert werden, meist werden Settingansätze gewählt oder kommunale Quartiersarbeit. Hierzu gehören beispielsweise die allgemeine Gestaltung familienfreundlicher Lebensräume, qualitativ hochwertige Kindertagesbetreuung gerade für benachteiligte Gruppen, Stadtgestaltung und Planung von Erholungsgebieten, die Familien einen ungefährdeten und stressfreien Bewegungsraum außerhalb der Wohnung bieten, kostenlose gesunde Ernährung in Kindertagesstätten und Schulen, Bewegungsangebote in Kindergarten und Schule und viele andere Vorschläge mehr.

Frühe Bildung

Das neugeborene Kind ist in physiologischer Hinsicht eine Frühgeburt mit einem noch unreifen neuronalen System, das sich weiterentwickelt und durch Einflüsse von außen verändert wird. Diese Entwicklung ist ein andauernder Prozess der Wechselwirkung zwischen dem Individuum und seiner genetischen Ausstattung, neuronalen Aktivität und seinem Verhalten einerseits sowie der physischen, sozialen und kulturellen Umwelt andererseits, dessen Verlauf von beiden Seiten aktiv gestaltet wird.

Unter Lernen versteht man den individuellen (oder kollektiven) Erwerb von geistigen, körperlichen, sozialen oder emotionalen Kenntnissen, Fähigkeiten oder Fertigkeiten. In der frühen Kindheit handelt es sich um einen „beiläufigen“ Prozess, das Kind braucht dazu ein förderndes Umfeld, aber keine organisierten Bildungsangebote. Der Entwicklungs- und Lernerfolg kann am Verhalten und den Kompetenzen des Kindes beobachtet werden. In der späteren Kindheit wird das Lernen zu einem „absichtlichen“ Prozess, der durch spezifische Unterrichtsangebote und Lehrer(innen) unterstützt wird. Der Lernerfolg kann am Wissenserwerb beobachtet und überprüft werden. Unter Bildung versteht man Lernen, das den subjektiven Sinn und die Bedeutung für das Individuum berücksichtigt. Bildungsdimensionen in der frühen Kindheit sind **(1) Beziehungsbildung, (2) Exploration: Aneignung der Welt, (3) Erwerb von kulturellem Wissen, (4) Persönlichkeitsbildung, (5) Kommunikation und Sprache.**

Diese holzschnittartige Beschreibung der Begriffe Entwicklung, Lernen und Bildung macht deutlich, dass die frühkindliche Bildung am besten gefördert werden kann durch:

- eine Förderung der Fähigkeiten der primären Bezugspersonen, die sozial-emotionale Entwicklung des Kindes zu fördern;
- ein familienfreundliches Umfeld einschließlich entsprechender Betreuungsangebote.

Finanzielle Investitionen in diesen Bereich haben nach Berechnungen der OECD nachweislich die größten Auswirkungen auf eine positive ökonomische Entwicklung der Gesellschaft, deshalb fällt auch hier häufig das Schlagwort des „langen Arms der

frühen Kindheit“. Besonders wichtig sind Investitionen in eine qualitativ hochwertige Kindertagesbetreuung für alle Kinder in den ersten Jahren, die eine Beaufsichtigung der Kinder durch Entwicklungsräume, Lernmöglichkeiten und Bildungsangebote ergänzt. Die frühe Tagesbetreuung kann eine gute Familien ergänzende Maßnahme insbesondere für diejenigen Kinder werden, die ohne Geschwister aufwachsen oder die aus benachteiligten Familien kommen. Zum Erreichen dieses Ziels sind die Qualifikation der Betreuer(innen), die Gruppengröße und das pädagogische Konzept von besonderer Bedeutung. Kinder mit besonderem Versorgungsbedarf aufgrund von körperlichen oder geistigen Erkrankungen haben im Sinne der Inklusion einen Anspruch auf besondere Fürsorge und Beteiligung von Anfang an.

Systemlogiken

Bei den Frühen Hilfen handelt es sich um das Zusammenwirken verschiedener Subsysteme, die wiederum einzelne Akteure und Teams einschließen. Unter „Hilfesystem“ kann der organisierte Ablauf von miteinander verknüpften Aktivitäten durch verschiedene Berufsgruppen verstanden werden, die ein gemeinsames, spezifisches Ziel erreichen möchten.

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen möchte eine gemeinsame Plattform herstellen, bestehend insbesondere aus den Schwangerschaftsberatungsstellen, der Jugendhilfe, dem Gesundheitswesen und der Frühförderung. Dabei handelt es sich bei jedem einzelnen Bereich um in sich komplexe Systeme, die sich aus einer Gruppe verschiedener, miteinander verknüpfter Subsysteme zusammensetzen und durch unterschiedliche Trägerschaften, Finanzierungsquellen und Systemlogiken gekennzeichnet sind.

> Frühkindliche Bildung kann am besten durch eine Förderung der Fähigkeiten der Bezugspersonen und ein familienfreundliches Umfeld gefördert werden. <

Abbildung 3: System Frühe Hilfen



Die Systemlogiken sind in der ursprünglichen Konzeption der Frühen Hilfen durch das Bundesfamilienministerium nicht gründlich analysiert worden. Durch einen hohen Handlungsdruck unter dem Eindruck gravierender Misshandlungsfälle wurden die Frühen Hilfen zunächst als ein Instrument des operativen Kinderschutzes als „Frühwarnsystem“ konzipiert. Es sollten mehrere, strategisch unterschiedliche Ziele gleichzeitig erreicht werden: **(1)** frühe, niedrigschwellige und präventiv angelegte Hilfen anbieten und zugleich **(2)** Kindeswohlgefährdungen erkennen. Dieses Konzept übersieht, dass es dadurch zu einer ambivalenten Auftragslage der Helfer(innen) im System kommt, so dass eine wirkliche Partizipation der beteiligten Familien nicht erreicht werden kann. Die Modellprojekte der Frühen Hilfen in den Bundesländern haben zeigen können, dass es in der Folge zu erheblichen Schwierigkeiten in den Zugangswegen zu den Familien kommt und die Schnittstelle zum Gesundheitswesen nur mühsam gestaltet werden kann, weil hier andere Hilfeprinzipien gelten.

Gesundheitssystem

Der Zeitpunkt der Geburt gilt als besonders geeignet, um mit Familien in Kontakt zu kommen. In der Regel sind Eltern dann offen für Rat und Hilfeangebote. Aus diesem Grund wurde in zahlreichen Projekten die Eintrittspforte „Schwangerschaft und Geburt“ gewählt, da nahezu alle werdenden Eltern das Gesundheitswesen in Anspruch nehmen. Dies war auch der Grund, warum Hebammen als Berufsgruppe gewählt wurden, die hier eine Schlüsselstelle einnehmen sollten. Ohne die immer schon vorhandene hohe Expertise in der Betreuung von Familien mit Neugeborenen in Abrede zu stellen, wurde die Berufsgruppe wegen des universellen Zugangs gewählt, nicht wegen der im Besonderen vorhandenen Kompetenzen im Bereich der Gesundheitsfürsorge für Säuglinge, der Eltern-Kind-Bindung und des Erkennens familiärer Dysfunktionen. Diese Kompetenzen waren und sind auch bei anderen Berufsgruppen (zum Beispiel Kinderkrankenschwestern und -pflegern, Sozialpädagogen, Frühpädagogen, Psychologen und anderen) vorhanden, die aber alle nicht das Privileg eines universellen Zugangs zu Familien verfügen. Sie werden auf Anfrage und bei Bedarf von betroffenen Familien in Anspruch genommen werden und haben damit insbesondere Zugangsschwierigkeiten zu denjenigen Familien, die typischerweise keine sozialen oder gesundheitsfördernden Dienste in Anspruch nehmen.

Aus diesem Grund wurde eine Qualifizierungskampagne im Bereich der Hebammen initiiert, die nach Vorstellungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 400 Stunden Fortbildung beinhaltet. Schwerpunkte liegen im Bereich der familiären Risiken wie Suchterkrankungen, psychische Störungen, Partnergewalt, Dissozialität sowie ökonomische Problemlagen. Als freiberuflich tätige Gruppe sind Hebammen darüber hinaus nicht in verbindlich kooperierende Netzwerke eingebunden – nicht zuletzt dies verschafft ihnen ja gerade den unkomplizierten und von Vertrauen geprägten Zugang zu Familien. Eine ähnliche Position in der Zusammenarbeit mit Familien nimmt nur noch der niedergelassene Kinderarzt bzw. die Kinderärztin ein. Der Wunsch, genau diese Berufsgruppen verstärkt einzubinden, wird durch die guten Zugangswege motiviert, möchte aber gleichzeitig Handlungsauf-

> Bei den Frühen Hilfen handelt es sich um das Zusammenwirken verschiedener Subsysteme. <

träge einbauen, die dem Charakter der Beziehung zwischen diesen professionellen Helfer(inne)n und den Familien widersprechen. Widersprüche der Systeme werden so zu inneren Konflikten einzelner individueller Helfer(innen).

Die Verpflichtung zur Verschwiegenheit bei so genannten „Berufsgeheimnisträgern“ ist ein hohes Rechtsgut, das die Kooperation einschränkt, andererseits aber auch die Voraussetzung für das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Ärzten bzw. Hebammen bildet. Die neue Befugnisnorm im Entwurf zum Bundeskinderschutzgesetz zur Kooperation mit dem Jugendamt bei erkennbarer Kindeswohlgefährdung ändert daran nichts prinzipiell (Thyen, Meysen & Doerries, 2010).

Bei Angehörigen der Gesundheitsberufe sind sowohl der gesellschaftliche Auftrag als auch Werthaltung, Ausbildung und Kompetenz anders als bei Mitarbeiter(inne)n der Jugendämter. Dies heißt nicht, dass zahllose Angehörige der Gesundheitsberufe, insbesondere Kinderärzte und Kinderärztinnen, nicht mit hohem Engagement mit den Familien daran arbeiten, Problemlagen und Gefährdungen abzuwenden. Sie tun dies jedoch in der Regel ohne systematische Unterstützung und ohne den Rückhalt verbindlicher Netzwerke innerhalb ihrer eigenen Systeme. Dies trifft weniger auf Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen zu, die im Rahmen eines staatlichen Auftrages handeln, aber sicher auf Ärztinnen und Ärzte in freiberuflicher Praxis oder solche, die in Krankenhäusern tätig sind. Letztere sehen im Rahmen von stationären Aufenthalten oder Notfallambulanzen häufig Kinder und Familien in Gefährdungslagen, erhalten aber von den Krankenhausträgern nur unsystematische Unterstützung für strukturelle Netzwerkarbeit oder zeitliche Ressourcen für individuelle Interventionen wie Teilnahme an Hilfskonferenzen.

Jugendhilfe

Für Mitarbeiter(innen) der Jugendämter und neuerdings allen in § 8a SGB VIII genannten Kooperationspartnern der Jugendhilfe ist es immer schon eine der Tätigkeit inhärente Aufgabe gewesen, eine helfende und unterstützende Haltung den Klienten gegenüber einzunehmen und gleichzeitig den gesellschaftlichen Wächterauftrag wahrzunehmen, der es erlaubt, Kinder vor Gefährdungen auch durch ihre eigenen Eltern zu schützen. Diesen potentiellen Konflikt in der Alltagsarbeit auszuhalten, transparent den Familien gegenüber zu gestalten und effizient zu handeln, braucht hohe Kompetenzen in der Beziehungsgestaltung, der Reflexion des eigenen Handelns und dem Systemverständnis und muss von den tragenden Institutionen systematisch unterstützt und gefördert werden. Professionell handelnde Sozialarbeiter(innen) wissen dies und können in aller Regel die potentielle Konfliktlage zum Nutzen der Familien gestalten bzw. sie nicht zum Konflikt werden lassen.

Schwangerenberatungsstellen

Die Tätigkeit der Schwangerenberatungsstellen wird durch das Schwangerschaftskonfliktgesetz (§ 2 SchKG) geregelt. Alle Mitarbeiterinnen unterliegen der besonderen Verpflichtung zur Verschwiegenheit (§ 203 StGB), d. h. sie verfügen über ein Zeugnisverweigerungsrecht. Eine gewünschte Anonymität der Ratsuchenden soll so geschützt werden. Die Beraterinnen sind nicht betroffen durch § 8a SGB VIII, können aber eine Meldung bei rechtfertigendem Notstand (§ 34 StGB) und akut erkennbarer Gefahr für das Leben und Wohl eines Kindes nach der Geburt machen. Die Beratung bezieht sich auf soziale Problemlagen, Möglichkeiten finanzieller Unterstützung, Bewältigung psychosozialer Belastungen, Partnerschaftsprobleme und gesundheitliche Fragen. Schwangerschaftsberatungsstellen werden etwa von der Hälfte aller Schwangeren in Anspruch genommen. Die Arbeit folgt einem ressourcenorientierten Ansatz.

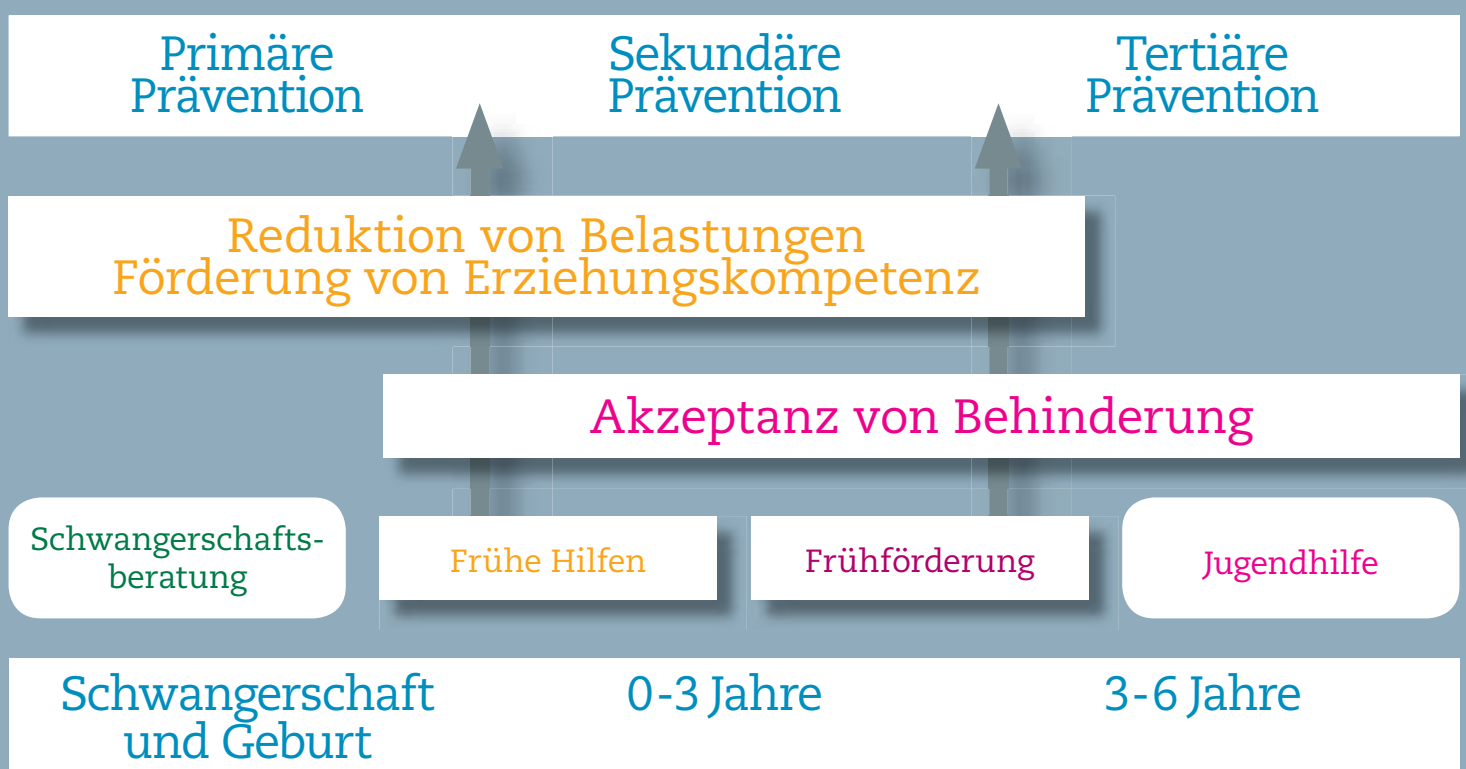
Frühförderung

Die Pädagogische oder Interdisziplinäre Frühförderung wurde 1973 vom Deutschen Bildungsrat als Frühe Hilfe für sozial deprivierte Kinder gedacht, aber aufgrund von Einigungsschwierigkeiten der Länder schließlich als frühe Förderung von Kindern mit drohenden oder bereits eingetretenen geistigen oder körperlichen Behinderungen konzipiert. Ziel war die Früherkennung, Behandlung und Förderung dieser Kinder. Die Arbeit sollte familien- und wohnortnah, in der Regel ambulant und aufsuchend erfolgen. Alle Frühförderstellen haben einen Schwerpunkt im pädagogischen Bereich, arbeiten interdisziplinär und verfolgen einen ressourcenorientierten Ansatz im Sinne des Empowerments, allerdings haben sich in den Ländern unterschiedliche Konzepte weiterentwickelt.

Die Finanzierung erfolgte zunächst über das Bundessozialhilfegesetz, es folgte eine zunehmende Orientierung am Behindertensbegriff, insbesondere nach Berücksichtigung der Frühförderung im SGB IX (Teilhabe von Menschen mit Behinderung). Eine zunehmende Medikalisierung und anteilige Finanzierung über die Krankenversicherung (oder Ergänzung durch Heilmittelverordnung) hat zur Konzeption der so genannten „Komplexleistung“ geführt. Frühförderung wird von etwa vier Prozent aller Null- bis Sechsjährigen in Anspruch genommen, wobei die Rate in den Ländern zwischen ein und sechs Prozent variiert. In 1.200 Frühförderstellen arbeiten etwa 5.000 bis 6.000 Mitarbeiter(innen), die über langjährige Erfahrung in der Familienarbeit verfügen. Die Frühförderung ist gut eingebunden in die Behindertenhilfe, die für körperliche und geistige Behinderung zuständig ist, sowie in den öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, der häufig am Bewilligungsverfahren beteiligt ist. Eine geringe Vernetzung besteht mit der Jugendhilfe, die durch das SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) für die Eingliederungshilfe bei seelischer Behinderung zuständig wurde.

Es wird deutlich, dass es zwischen den Systemansätzen und Hilfekonzepten der Frühförderung und den Frühen Hilfen zahlreiche Überschneidungen gibt. Durch eine gute Kooperation können die in der Frühförderung vorhandenen Kompetenzen genutzt werden und dieser Ansatz kann über die breiteren Zugangswege der Frühen Hilfen einer größeren Gruppe von Familien zugute kommen. Die Trennung zwischen drohender körperlicher, geistiger und seelischer Behinderung in der betroffenen Altersgruppe von null bis sechs Jahren ist nach neuen Erkenntnissen der neurobiologischen Forschung ohnehin obsolet geworden.

Abbildung 4: Zusammenwirken der Systeme



> Eine verbesserte Netzwerkarbeit und verbindliche Kooperationen sind der Schlüssel zum Erfolg. <

Netzwerkarbeit

Durch die Auswertung der Modellprojekte zu Frühen Hilfen in den Ländern wurde deutlich, dass eine verbesserte Netzwerkarbeit und verbindliche Kooperationen der Schlüssel zum Erfolg scheinen, um Familien nicht nur zu erreichen, sondern sie auch wirksam zu unterstützen. Funktionierende Netzwerke bedürfen Zeit und Geduld, die Zusammenarbeit muss kontinuierlich und möglichst auch in stabiler Zusammensetzung erfolgen. Netzwerke brauchen ein Konzept mit Zielen: allen Beteiligten sollten die Struktur und die Ziele bekannt sein. Ein erster Schritt im Aufbau eines Netzwerkes sind regelmäßige Kontakte zwischen den Netzwerkpartnern und Schaffen von Kooperationswissen. Zur guten Vor- und Nachbereitung der Kooperationskreise oder Netzwerke bedarf es lokaler entsprechend qualifizierter Koordinator(inn)en, die auch für ein entsprechendes Qualitätsmanagement zuständig gemacht werden sollten. Die Netzwerke müssen strukturell abgesichert werden, besonders in der Kooperation mit Mitarbeiter(inne)n aus den Gesundheitsberufen. Die Systemlogiken sowie die unterschiedlichen Begrifflichkeiten und Konzepte müssen ausgetauscht und gegenseitig respektiert sind.

Während im Gesundheitswesen von primärer und sekundärer Prävention gesprochen wird, heißen diese Konzepte in der sozialen Arbeit universelle und selektive Prävention. Im Gesundheitswesen wird von Salutogenese und Gesundheitskompetenz gesprochen, im Behindertenwesen von Empowerment und Partizipation. In der Sozialpädagogik und der pädagogischen Psychologie werden die Begriffe Resilienz, Lebenskohärenz und Selbstwirksamkeit verwendet. Wenn alle zusammenarbeiten sollen, müssen sie sich zunächst über die gemeinsamen Ziele verständigen und möglichst evidenzbasierte Arbeitsweisen vereinbaren. Nicht alle sollten alles machen, sondern jedes System die spezifischen Kompetenzen zum Nutzen der Kinder und ihrer Familien einsetzen und dabei die anderen Hilfesysteme im Blick behalten. Eine kontinuierliche Selbstreflexion als Teil des Systems und Gestalter der Schnittstelle zwischen Familie und Gesellschaft ist erforderlich, um Nutzen und Kosten der angebotenen Hilfe auszuloten. Im Gespräch mit Familien und Kindern könnte es dann öfter heißen: „Ich helfe Ihnen gerne, aber ich kann das nicht alleine.“

Prof. Dr. Ute Thyen ist Kinderärztin und stellvertretende Direktorin und Leiterin des Bereichs Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein. Sie ist Vorsitzende des wissenschaftlichen Beirats des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen und Mitglied im Vorstand der Deutschen Liga für das Kind.

LITERATUR

- Beelmann, A. (2006): *Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse und Implikationen der integrativen Erfolgsforschung. Z Klin Psychol Psychotherap* 25:151-162.
- Braveman, P., Barclay, C. (2009): *Health disparities beginning in childhood: a life-course perspective. Pediatrics* 124:S163-S175.

Das Original seit 1972

DIDYMOS®

Erika Hoffmann



als fertige Komforttrage DidyTai®

- diagonal elastisch für rundum sicheren Halt
- vorteilhafte Spreiz-Anhock-Haltung
- Wir produzieren in der Region
- drei Jahre Garantie
- Wir liefern in 1-2 Tagen
- ausführliche Bindeanleitungen



das original DIDYMOS®-Babytragetuch

- Tuchlängen von 270 * bis 570 cm ab 45.- €*
- besondere Tücher für Früh- und Neugeborene

DIDYMOS® Erika Hoffmann GmbH
Alleenstr. 8/1
D-71638 Ludwigsburg
Tel.: 07141/92 10 25
Fax: 07141/92 10 26

www.didymos.de