

Abschlussbericht zur Evaluation des Präventionsprogramms „Zukunft für Kinder in Düsseldorf“

Projektkoordination: Dipl. Soz.Päd. Angelika Schöllhorn

Dipl. Psych. Alexandra Hofer

Dipl. Psych. Carolin Knorr

Dr. Anne-Katrin Künster

Dipl. Psych. Kerstin Lutz

Projektleitung:

PD Dr. Ute Ziegenhain

Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert

Universitätsklinikum Ulm

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert

Inhaltsverzeichnis

1. Die Entwicklung der Themen in der Stadt Düsseldorf	4
2. Warum braucht es Frühe Hilfen für Säuglinge, Kleinkinder und ihre Eltern, und warum braucht es die Kooperation in einem Netzwerk?.....	9
3. Die Ziele und der Aufbau des Programms.....	12
4. Warum eine Evaluation des Präventionsprogramms?.....	19
5. Die Fragestellungen und das Vorgehen	21
6. Die Hilfestaltung vor der Etablierung des Präventionsprogramms	25
6.1. Zu welchem Zeitpunkt und unter welchen Bedingungen kam ein Kontakt mit den Familien zustande?	26
6.2. Wurden Risiko- und Schutzfaktoren bezüglich einer Kindeswohlgefährdung in der Anamnese erhoben?.....	26
6.3. Wie erfolgten eine Diagnose- und eine Prognosestellung?.....	27
6.4. Welche Ziele setzen Eltern und Fachkräfte für die Hilfe, und spiegelte sich die Einschätzung des Gefährdungsrisikos in den Zielsetzungen wider?.....	28
6.5. Welche Themen wurden als Anlass für die Hilfe benannt, welche Hilfen wurden eingesetzt, und wie passgenau waren diese Hilfen?.....	30
6.6. Hat die Jugendhilfe mit anderen Leistungsträgern / Institutionen kooperiert? 34	
6.7. Was war das Ergebnis des Hilfeprozesses?	35
7. Die aktuellen Wirkungen des Präventionsprogramms.....	38
7.1. Die Perspektive des Kindes - die Qualität und die Ergebnisse der Hilfeverläufe	40
7.1.1. Wie viele Familien wurden durch das Programm erreicht?	41
7.1.2. Welche Zielgruppen wurden erreicht?.....	41
7.1.3. Wie wird der Hilfeprozess in Bezug auf den zeitlichen Verlauf gestaltet? 46	
7.1.4. Wie erfolgt die Klärung der erforderlichen Unterstützungs- und Hilfemaßnahmen?	48
7.1.5. Wie wird der Hilfeprozess in Bezug auf die eingesetzten Hilfen gestaltet?.....	51
7.1.6. Welche Risikogruppen erhielten welche Hilfen im Verlauf der Betreuung durch das Programm?	53
7.1.7. Konnten die Entwicklungsbedingungen der Kinder verbessert werden und die Entwicklung der Kinder unterstützt werden?.....	64
7.1.8. Konnten Kindeswohlgefährdung und Kriseninterventionen präventiv reduziert werden?.....	70
7.1.9. Welche Veränderungen bzw. Verbesserungen im Sinne Früher Hilfen konnte das Präventionsprogramms gegenüber der bisherigen Herangehensweise erzielen?	71

7.2.	Die Perspektive der Eltern - die Zufriedenheit der Eltern	75
	Wie bewerten Eltern die Unterstützung und Begleitung im Rahmen des Programms?.....	77
7.3.	Die Perspektive der Hilfesysteme - das Zusammenspiel der Kooperationspartner	81
7.3.1.	Wie effektiv sind die etablierten Vernetzungsstrukturen zwischen Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Gesundheitshilfe im Bereich des präventiven Kinderschutzes? - Die Experteninterviews -.....	81
7.3.2.	Wie effektiv sind die etablierten Vernetzungsstrukturen zwischen Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Gesundheitshilfe im Bereich des präventiven Kinderschutzes? - Die Befragung der Kooperationspartner mittels Fragebogen -.....	87
8.	Diskussion der Ergebnisse und Empfehlungen	98
	Literatur	105
	Tabellenverzeichnis.....	107
	Abbildungsverzeichnis.....	108
	Anhang	108

1. Die Entwicklung der Themen in der Stadt Düsseldorf

In den 1990er Jahre wurden in Düsseldorf der Anstieg der Kinder- und Jugendkriminalität und eine zunehmende Gewaltbereitschaft, wie auch steigende Zahlen von Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch von Kindern und ein Anstieg der in Obhut genommenen Kinder (60-70 pro Jahr bis zum Alter von 6 Jahren) mit Sorge beobachtet.

Parallel dazu konnten der Gesundheitsbericht „Armut und Gesundheit in Düsseldorf“ der **Düsseldorfer Gesundheitskonferenz** von 1997 und die Fachtagung zu diesem Thema 1999 aufzeigen, dass für die Bevölkerungsgruppen der sozial benachteiligten Kinder und Jugendlichen und der Alleinerziehenden in der Stadt ein erhöhtes Risiko für Verarmung und Kindesvernachlässigung besteht mit der Folge von schlechteren Chancen auf eine ausreichende Gesundheitsversorgung. Auch für die spätere soziale und schulische Entwicklung dieser sozial bzw. gesundheitlich benachteiligten Kinder zeigten sich die Chancen deutlich gemindert.

Diese Beobachtungen und Erkenntnisse in Verbindung mit Forschungsergebnissen wie zum Beispiel der „Mannheimer-Risikokinder-Studie“ der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Zentralinstitut für seelische Gesundheit Mannheim (Laucht M, Esser G, Schmidt M.H. 2000), die zum Einen wesentliche Risikofaktoren für die Entstehung von Entwicklungs- und Verhaltensstörungen ermittelte, zum Zweiten nachwies, dass das Vorliegen mehrerer Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit für Entwicklungsbeeinträchtigungen in allen Bereichen bis zum späten Kindesalter deutlich erhöht, waren für die Stadt Anlass, sich intensiv mit dem Thema Frühe Hilfen und Frühwarnsysteme in Bezug auf die weiteren Entwicklungen in der Stadt zu beschäftigen. Zudem ergaben die Auswertungen der Schuleingangsuntersuchungen der Jahre 2000 und 2001 im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Gesundheitsamtes, dass bei Kindern aus (hoch) belasteten Sozialräumen deutliche Beeinträchtigungen der Sprache, Motorik, aber auch gehäuft Krankheiten festgestellt werden konnten. Diese Ergebnisse bestätigten internationale Forschungsbefunde über den Zusammenhang zwischen Bildung der Eltern, Armut bzw. psychosozialen Belastungen und negativen Auswirkungen auf die gesundheitliche Entwicklung von Kindern (siehe auch 13. Kinder- und Jugendhilfebericht).

Daraufhin wurde im Rahmen der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz 2004 eine interdisziplinäre und institutionsübergreifende **Arbeitsgruppe** gegründet, um die bis dahin bestehenden unterschiedlichen Initiativen und Überlegungen des Jugendamtes, des Kinderneurologischen Zentrums Gerresheim, der Kinderschutzambulanz des Evangelischen Krankenhauses, des Gesundheitsamtes und anderen Fachkräften des Kinderschutzes innerhalb Düsseldorfs zur Verbesserung der gesundheitlichen und psychosozialen Situation von Kindern zusammen zu führen. Erfahrene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Jugend- und Gesundheitshilfe, Geburts- und Kinderkliniken, niedergelassenen Frauen- und Kinderärzten, Hebammen, der Wohlfahrtsverbände und anderer für die gesundheitliche und soziale Versorgung verantwortliche Institutionen Düsseldorfs waren beteiligt, um berufsübergreifend die konzeptionelle Planung, die methodischen Grundlagen und die wissenschaftliche Ausrichtung für ein präventiv angelegtes Projekt zur Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen und einer größtmöglichen Chancengleichheit für ein gesundes Leben zu entwickeln. Sowohl die Gesundheits- als auch die Kinder- und Jugendhilfe als Hauptakteure der Initiative verfolgten damit als gemeinsames Ziel die Schaffung von sozialer Chancengleichheit und die Etablierung von Strukturen, die Kindern ein gesundes Aufwachsen ermöglichen sollten.

Die Arbeitsgruppe orientierte sich dabei an der Definition des Gesundheitsbegriffs der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Danach wurde Gesundheit als „ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ (in: Gesundheitsamt Landeshauptstadt Düsseldorf, 2006) beschrieben. Dies führte damals zu einem grundlegenden Wandel im Verständnis des Begriffes Gesundheit und veränderte damit auch die Handlungsansätze.

Weiterhin wurden Qualitätskriterien von „Best Practice“ wie die Setzung von Akzenten für Familien, Qualitätsoffensiven auf der Grundlage der besten verfügbaren Konzepte, der Abbau von Schwellen und die Evaluation zur Feststellung der Wirksamkeit in die Entwicklungsarbeit einbezogen.

Die Verankerung der Projektentwicklung in der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz als einem zentralen Planungs- und Organisationsgremium stellte und stellt die verbindliche Zusammenarbeit aller Verantwortlichen der sozialen und

gesundheitlichen Versorgung sicher. Die Kommunalpolitik ist im Vorstand eingebunden, Facharbeitsgruppen können den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse erheben und zu Handlungsempfehlungen oder zu Arbeitsprogrammen weiterführen. Zielgerichtet können die Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung auf Bundes- Landes- oder kommunaler Ebene berücksichtigt werden. Die Arbeit der Gesundheitskonferenz entspricht dabei wesentlichen Standards des Leitbildes des „Gesunde-Städte-Netzwerks“ und kooperiert sektorenübergreifend.

Die Einrichtung dieser Arbeitsgruppe und die Bündelung aller vorhandenen Initiativen waren entscheidend, um den Aufbau einer gemeinsamen Struktur mit verbesserter Zusammenarbeit der unterschiedlichen Bereiche unter Nutzung aller vorhandenen Ressourcen und Fachlichkeiten im Hinblick auf das gemeinsame Ziel zu ermöglichen.

Die Initiierung einer Kooperation und einer gemeinsamen Steuerungsverantwortung zwischen **Jugendamt und Gesundheitsamt** sowohl für die Entwicklung als auch für die Durchführung des Projekts waren dabei weit über die Stadtgrenzen Düsseldorfs hinaus wegweisend für die Gestaltung von Präventionsarbeit mit dem Ziel, Entwicklungsbedingungen von Säuglingen und Kleinkindern zu verbessern, Risiken abzufangen und Überforderungssituationen der Eltern vorzubeugen um damit Krankheiten, Auffälligkeiten und Störungen bei Kindern präventiv zu vermeiden. Der Ansatz der systematischen Verknüpfung von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen mit ihren unterschiedlichen Disziplinen wurde hier deutschlandweit zuerst mit allen erforderlichen Konsequenzen von der Administration bis zum Thema Datenschutz durchdacht und umgesetzt. Ein Ergebnis dieser Entwicklungsarbeit war die Einrichtung einer **Clearingstelle von Jugendamt und Gesundheitsamt** als konzeptionelles Kernelement, die formal außerhalb der beiden Ämter als zentrales städtisches Angebot eingerichtet wurde.

Für die wissenschaftliche Begleitung bei der Planung und der Entwicklung des Projektes wurden weiterhin die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Ulm (Prof. Jörg Fegert, PD Dr. Ute Ziegenhain) und die Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (Prof. Dr. med. Matthias Franz) beteiligt.

Aus dieser breit angelegten Basis und nach intensiver Vorarbeit, um der Vielzahl an Akteuren und dem wissenschaftlichen Anspruch gerecht zu werden, entstand das Präventionsprojekt „**Zukunft für Kinder in Düsseldorf**“ mit Projektstart am

1.6.2005. Entsprechend der Komplexität der Thematik wurden die frühkindliche Entwicklungspsychologie, Ansätze aus der Familien-, der Risiko- und Resilienzforschung, Erkenntnisse aus den Gesundheitswissenschaften (public health) und der Haushaltsökonomie konzeptuell miteinander verbunden.

Für die Umsetzung konnten weitere Kooperationspartner (Vertreter aus Jugend- und Gesundheitshilfe, Mitarbeiter aus Geburts- und Kinderkliniken, niedergelassene Frauen- und Kinderärzte, Hebammen und andere Personen aus für die gesundheitliche und soziale Versorgung verantwortlichen Institutionen) für eine enge Zusammenarbeit gewonnen werden. Die Kooperationspartner hatten es sich dabei zur Aufgabe gemacht, eine frühe fachlich und organisatorisch optimierte Vernetzung der einzelnen Fachkräfte der Jugend- und Gesundheitshilfe zu erreichen. Die anfallenden Aufgaben sollten im Rahmen der gesetzlichen Pflichtaufgaben der beteiligten Institutionen erbracht werden, die Landeshauptstadt Düsseldorf alleiniger Träger sein, um eine Unabhängigkeit von Fördermitteln und wechselnden politischen Strömungen auf Landes- oder Bundesebene zu gewährleisten. Bereits hiermit wurde die Anlage auf Dauer und die Absicherung der Nachhaltigkeit des Projektes grundgelegt.

Die Leitungsaufgaben wurden im Sinne einer gemeinsamen Steuerungsverantwortung an den Leiter der Abteilung Soziale Dienste im Jugendamt und an den Abteilungsleiter für den Bereich Gesundheitshilfe und Rehabilitation am Gesundheitsamt mit einer Anbindung an die Düsseldorfer Gesundheitskonferenz übergeben.

In einer sechsmonatigen **Pre-Test-Phase** wurden die erarbeiteten Strukturen inklusive der Arbeit der Clearingstelle als zentrales städtisches Angebot und eigenständiger Organisationseinheit zwischen Jugend- und Gesundheitsamt zunächst in zwei ausgewählten Stadtbezirken mit jeweils einer Geburtsklinik umgesetzt. Mit dieser Entscheidung, die Arbeit sukzessive aufzubauen, war das Ziel verbunden, die Organisationsabläufe zu erproben, Schwachstellen zu erkennen und gegebenenfalls Modifikationen der Prozessabläufe vorzunehmen. Im August 2005 erfolgte der Einbezug einer weiteren Geburtsklinik, der niedergelassenen Hebammen und zwei weiterer Stadtbezirke. Die Auswertung dieser Phase ergab, dass sich nicht nur Struktur und Organisation des Projektes bewährten, sondern auch vorher bestehende Schnittstellenprobleme von Jugendamt und Gesundheitsamt abgebaut

werden konnten. Durch die enge Kooperation und Netzwerkbildung entstanden Synergieeffekte, die zu einer Ressourcenbündelung führten. Von der Lenkungsgruppe und der Arbeitsgruppe der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz wurde die flächendeckende Ausdehnung auf das gesamte Düsseldorfer Stadtgebiet empfohlen.

Konsequent wurde der erarbeitete Ansatz weiter umgesetzt. Seit 1.2.2006 sind Anmeldungen in „Zukunft für Kinder“ **flächendeckend für alle Stadtbezirke** möglich. Ab 1.7.2006 wurden alle Düsseldorfer Geburtskliniken, die niedergelassenen Kinderärzte und die Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen in das Anmeldesystem einbezogen.

Im selben Jahr erfuhren die Bemühungen der Stadt über die Stadtgrenzen hinaus hohe öffentliche Anerkennung durch die Verleihung des Deutschen Präventionspreises 2006 (2. Platz aus 252 Bewerbern; www.deutscher-praeventionspreis.de), des Gesundheitspreises Nordrhein-Westfalen 2006 (1. Platz; www.Gesundheitspreis.nrw.de) und des Qualitätspreises der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen im November 2006 (www.afoeg-nrw.de / Akademie / Qualitätspreis.html). Daneben gingen das Grundkonzept und Elemente des Düsseldorfer Präventionsprogramms in die Gestaltung von Programmen „Frühe Hilfen“ vieler anderer Kommunen Deutschlands mit ein.

Mittlerweile ist das Netz der beteiligten Institutionen als Zugangswege oder Unterstützungs- und Hilfebringer breit gefächert:

- Jugendamt (Bezirkssozialdienst, Vormundschaften/Pflegschaften, Pflegekinderdienst und Adoptionsvermittlung)
- Clearingstelle
- Gesundheitsamt (Sozialpädiatrischer Dienst, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, Beratungsstelle für chronisch Kranke und Behinderte, Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst, Sozialpsychiatrischer Dienst)
- Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen
- Geburtskliniken, Frauenkliniken, Kinderkliniken
- freiberufliche Hebammen
- niedergelassene Kinderärzte
- Sozialpädiatrische Zentren
- Frühförderung

- Kinderneurologisches Zentrum
- Kinderschutzambulanz
- Kliniken für Psychiatrie/Psychotherapie (Erwachsene und Kinder/Jugendliche)
- Suchtberatungsstellen
- freie Träger der Jugendhilfe (ambulante flexible Erziehungshilfe, Familienpflege, Mutter-Kind-Betreuung mit Wohnmöglichkeit, familiäre Bereitschaftsbetreuung, Entwicklungspsychologische Beratung)
- Mütter- bzw. Familiencafé
- Familienbildung (Eltern-Kind-Kurse)

Ab März 2008 wurde das Projekt durch den Beschluss der Gesundheitskonferenz in ein Programm der Stadt Düsseldorf umgewandelt, womit ein weiterer Schritt zur Verstetigung der erarbeiteten Ziele und Vorgehensweisen gelungen ist.

Die Kooperationsstrukturen werden durch regelmäßige organisatorische und inhaltlich geprägte Arbeitstreffen mit den beteiligten Gruppen weiter gepflegt. Das Programm wird von den Beteiligten dabei als lernendes System verstanden, von dem die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihrem jeweiligen Arbeitsbereich und damit auch die von ihnen betreuten Kinder und deren Mütter bzw. Väter profitieren können.

2. Warum braucht es Frühe Hilfen für Säuglinge, Kleinkinder und ihre Eltern, und warum braucht es die Kooperation in einem Netzwerk?

Die Ausgangs- und Lebensbedingungen von Kindern und ihren Eltern stellen sich in sehr unterschiedlicher Weise dar und können sowohl auf Seiten der Kinder als auch auf Seiten der Eltern Hindernisse für die normale Entwicklung und das gesunde Aufwachsen von Kindern beinhalten und damit ein Risiko für Entwicklungsstörungen des Kindes darstellen. Hierbei ist an gesundheitliche Faktoren wie Frühgeburt, Mehrlingsgeburt, chronische Erkrankungen und/oder (drohende) Behinderung des Kindes und an psychosoziale Faktoren wie Sucht- und psychische Erkrankungen, Gewalterfahrungen und/oder prekäre Armut der Eltern zu denken. Insbesondere die Kumulation verschiedener Risikofaktoren kann sich nachhaltig negativ auf alle Bereiche der Entwicklung von Kindern auswirken (Laucht u.a. 2000).

Frühe Hilfen verbessern hierbei die Entwicklungschancen der Kinder vor der Entstehung von Auffälligkeiten und Störungen, die ansonsten nachhaltige Konsequenzen haben und teilweise zu irreversiblen Schädigungen führen können. Auswirkungen einer beeinträchtigten Entwicklung sind häufig bis ins späte Kindesalter und länger zu verfolgen und ziehen entsprechende Belastungen von Kind und Eltern nach sich (Laucht u.a. 2000).

Die Erkenntnis, dass Kinder mit chronischen Krankheiten und/oder Behinderungen neben kurativ-medizinischer Behandlung auch umfassende sozialmedizinische und psychosoziale Begleitung benötigen, hat in Deutschland zu einem Aufbau eines Netzes von Prävention und Hilfen geführt, das die Nachteile in der Entwicklung betroffener Kinder zu vermeiden und zu mildern versucht. Für die Prävention bei psychosozialen Risiken für Kinder steht diese Entwicklung in Deutschland noch am Anfang. Dabei sind insbesondere Säuglinge und Kleinkinder ungeachtet der Art der zugrunde liegenden Risiken durch ihre hohe Vulnerabilität bei inadäquater Fürsorge, Vernachlässigung und Misshandlung in besonderem Maße gefährdet, sei es durch akute oder langfristig wirkende Konsequenzen für ihre gesunde Entwicklung. Gleichzeitig werden gerade bei Säuglingen und Kleinkindern frühe Warnzeichen von Belastung, Problemen und Gefährdungen häufig übersehen und die Übergänge von dezenten Hinweisen bis zur akuten Gefährdung finden abrupt statt, zum Beispiel durch Austrocknen bei unzureichender Flüssigkeitszufuhr oder die Gefahr lebensgefährlicher Verletzungen aufgrund unbeherrschten Handlings. Dies stellt eine besondere Herausforderung für den Schutz der Entwicklung von Kindern dieser Altersgruppe dar und macht die präventive Unterstützung von Familien zwingend.

Kinder und ihre Eltern mit bestimmten medizinischen und/oder psychosozialen Risiken werden unterschiedlichen Fachkräften in Praxen, Kliniken, Beratungsstellen oder anderen Zusammenhängen im Umfeld der Geburt in aller Regel bekannt. Beratung, Unterstützung und Hilfevermittlung bleiben jedoch oft zufällig und erfolgen nicht systematisch. Das Angebot präventiver und damit nicht stigmatisierender Hilfen entfaltet jedoch im Umfeld der Geburt, d.h. in der Zeit der Schwangerschaft oder in den ersten Lebenswochen des Kindes die höchste Wirksamkeit, die Bereitschaft von Eltern für die Annahme von Hilfe ist hier in der Regel hoch. Frühzeitiges und systematisches Erkennen von Risikolagen durch die Fachkräfte sowie die rechtzeitige Einleitung von spezifischen und gestuften Hilfen für die jeweilige Ausgangssituation sind Grundvoraussetzungen, um Überforderungssituationen der

Eltern aufgrund gesundheitlicher Dispositionen beim Kind und/oder eigener Lebensbedingungen vorbeugend zu begegnen und drohende Langzeitdefizite für die gesunde Entwicklung des Kindes zu verhindern, zu kompensieren sowie kriseninduzierte Interventionen nach Möglichkeit zu vermeiden. Durch einen niedrigschwelligen Zugang und eine individuelle, interdisziplinär abgestimmte Hilfeplanung bereits in der Schwangerschaft oder direkt nach der Entlassung aus der Geburtsklinik können mit Hilfe gezielter Unterstützungs- und Fördermaßnahmen die Entwicklungsbedingungen der Kinder nachhaltig verbessert werden. Die ganzheitliche und umfassende Versorgung von Kind und Eltern erfordert dabei den Blick unterschiedlicher Professionen in Verbindung mit möglichst geringen Schwellen an den Schnittstellen der unterschiedlichen Hilfen.

Für die Praxis bedeutet dies, frühe und präventive Angebote systematisch zu vermitteln mit der Chance, Probleme einerseits früh in (entwicklungs-)kritischen und gegebenenfalls gefährdenden Eltern-Kind-Interaktionen zu diagnostizieren und andererseits interdisziplinäre und passgenaue Hilfen früh und rechtzeitig anzubieten, so lange Entwicklungsgefährdungen verhindert oder abgeschwächt werden können.

Solche frühen präventiven Angebote und Hilfen sind in der Regel nicht mit einer isolierten Maßnahme und nicht mit den Kompetenzen einer einzelnen fachlichen Disziplin oder Zuständigkeit abzudecken, sondern erfordern die interdisziplinäre und systemübergreifende Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen insbesondere aus dem Bereich des Gesundheitswesens und der Jugendhilfe in einem Netzwerk der Hilfen. Gewöhnlich haben in der Säuglings- und Kleinkindzeit Fachkräfte des Gesundheitswesens wie Gynäkologen, Hebammen oder Kinderärzte Kontakt zum Kind und seinen Eltern, um diese auf weiterführende Hilfen aufmerksam zu machen. Zuständig für weitergehende Hilfen etwa durch eine Kinderkrankenschwester oder eine Fachfrau, die bei der Alltagsbewältigung und der Erziehung unterstützen kann (die so genannte Sozialpädagogische Familienhilfe) sind wiederum andere Einrichtungen der Gesundheits- und der Jugendhilfe. Damit braucht die gelingende Vermittlung von Familien in geeignete Hilfen ein funktionierendes Netzwerk unterschiedlicher Professionen, Institutionen und Hilfesystemen, die über eine geregelte Kooperation und ein Case-Management verbunden sind. Notwendig ist eine klare und verbindliche Zusammenarbeit mit Absprachen und geregelten Verfahrenswegen zwischen den beteiligten Fachkräften aus unterschiedlichen

Disziplinen. Im Düsseldorfer Programm wurde dies über die Etablierung der Clearingstelle erreicht.

Ein weiterer Grund für die Implementierung eines Netzwerks früher Hilfen ergibt sich aus der Kosten-Nutzen-Relation zwischen den Kosten für präventive Maßnahmen und den Kosten, die im ungünstigsten Entwicklungsverlauf eine Fremdunterbringung des Kindes aufgrund von Kindeswohlgefährdung oder nicht kompensierbarer Überforderung der Eltern nach sich ziehen würden. Internationale Studien, die die Kosten und den Nutzen verschiedener Präventionsprogramme betrachtet haben, weisen darauf hin, dass die Kosten, die für präventive Maßnahmen im Kinderschutz aufgewendet werden müssen – und es ist anzunehmen, dass dies auch für präventive Maßnahmen zur Kindergesundheit gilt -, deutlich unter den Kosten liegen, die als Folgekosten von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung durch intervenierende Maßnahmen, und infolge von Beeinträchtigungen u.a. aus gesundheitlichen und psychischen Belastungen, im weiteren Lebenslauf notwendig werden (vgl. Gould, O'Brien 1995; Caldwell 1992). Bei zu später Intervention drohen komplexe medizinische und soziale Schädigungen, die trotz intensiver und kostenträchtiger Aufwendungen oftmals dauerhaftes Leiden für die Betroffenen und einen erheblichen Verlust an Lebensqualität für das Kind und die Eltern bedeuten können.

3. Die Ziele und der Aufbau des Programms

Die Idee der präventiven Vermeidung von Krankheiten, Auffälligkeiten und Störungen für Kinder mit bekannten gesundheitlich-medizinischen und/oder psychosozialen Gefährdungslagen mit Hilfe von „Vorsorge, Beratung und Unterstützung für Kinder und ihre Eltern“ (Flyer des Präventionsprogramms) im gesamten Stadtgebiet ist der zentrale Kern des Präventionsprogramms „Zukunft für Kinder in Düsseldorf“.

Entwicklungsbedingungen von Säuglingen und Kleinkindern sollen verbessert, Risiken abgefangen und Überforderungssituationen der Eltern vorgebeugt werden, bevor diese in Form von Auffälligkeiten manifest werden. Ausgehend von 800-1000 Einzelfällen, von denen circa 10% als Hochrisikofälle einzuschätzen sind, soll das Programm als induzierte Prävention bereits in der Schwangerschaft und/oder nach der Entlassung aus der Geburtsklinik mehr Sicherheit für die betreffenden Kinder und

deren Entwicklung schaffen und für die Mütter bzw. Väter entsprechende Unterstützung anbieten. Für die Kinder und ihre Familien soll eine Kombination medizinischer, psychosozialer und entwicklungspsychologischer Unterstützungsmaßnahmen mit möglichst geringen Schnittstellenproblemen angeboten werden.

Als Zielgruppe werden Kinder beschrieben, die aufgrund medizinischer und/oder sozialer Fragestellungen während der ersten drei Lebensjahre in besonderer Weise fortlaufender Beobachtung bedürfen. Insbesondere die folgenden Ausgangslagen werden als Aufnahmekriterien in das Präventionsprogramm gewertet:

- Familien mit Kindern, die an einer chronischen Erkrankung oder Behinderung leiden bzw. hiervon bedroht sind (z.B. Frühgeborene, Mehrlingsgeburten)
- Minderjährige Mütter und junge Mütter und Väter (18-20 Jahre)
- Psychosozial besonders belastete Familien (z.B. durch Sucht- oder psychische Erkrankung, Gewalterfahrung der Eltern)
- Familien in schwierigen Lebenslagen (Armut, Migration, Alleinerziehende, Eltern aus zerrütteten Familienverhältnissen)
- Mangelnde Übereinstimmung zwischen der Lebensplanung von Mutter/Eltern und den Bedürfnissen des Kindes

Über ein koordiniertes, interdisziplinäres Versorgungskonzept will das Programm dabei systematisch frühzeitig, individuell und passgenau abgestimmte Unterstützung und Hilfe für die betreffenden Säuglinge und Kleinkinder bereits ab der Geburt anbieten. Dazu sollen die Abläufe innerhalb der Stadt koordiniert werden, inhaltlich und organisatorisch soll eine optimierte Vernetzung des Angebotssystems der bereits zur Verfügung stehenden Einzelangebote bewirkt werden, damit diese auch tatsächlich die betroffenen Kinder entsprechend dem individuellen Bedarf in abgestimmter Weise erreichen und eine ganzheitliche und umfassende Unterstützung von Kind und Mutter bzw. Vater ermöglicht werden kann.

Unter der Prämisse, dass Erfolg versprechende Präventionsprojekte für Kinder mit einem erhöhten Risiko in der gesundheitlichen und sozialen Entwicklung die Systeme Kinder- und Jugendhilfe sowie Gesundheitshilfe miteinander verbinden müssen, wurde aus diesen beiden Bereichen unter der Klammer der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz das Präventionsprogramm entwickelt. Verschiedene

Angebote und Institutionen wurden gebündelt, um gesundheitsförderliche Lebensbedingungen für Säuglinge und Kleinkinder in besonderen Risikolagen und damit eine größtmögliche Chancengleichheit für ein gesundes Leben zu schaffen. Jugendamt und Gesundheitsamt haben entsprechend ihrem gesamtstädtischen Auftrag gemeinsam die Aufgabe übernommen, in gemeinsamer Steuerungsverantwortung für die Koordination und Organisationsabläufe innerhalb der Stadt zur Verfügung zu stehen.

Die Konzeption früher Hilfen setzt in Düsseldorf auf die Freiwilligkeit der Teilnahme von Familien mit Kindern oder Schwangeren in unterschiedlichen gesundheitlichen und/oder sozialen Risikolagen im Präventionsprogramm. Wesentliche Voraussetzung ist, dass der **Hilfebedarf** der Familien bei den Kooperationspartnern (Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen, Geburtskliniken, Hebammen, niedergelassene Kinder- und Frauenärzte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendhilfe und des Gesundheitsamtes) des Programms **frühzeitig erkannt** und mit den Eltern besprochen wird. Die Ansprache von Familien erfolgt nach einem einheitlichen Kriterienkatalog mit Indikationsstellungen für die Aufnahme in das Präventionsprogramm; um die Akzeptanz und Bereitschaft der Eltern zu erhöhen soll die Programmteilnahme positiv über den Bedarf des Kindes, nicht über die Defizite der Mutter / der Eltern begründet werden.

Nach Beratung der Mutter bzw. der Eltern durch die jeweiligen Ansprechpartner, z.B. in der Geburtsklinik, erfolgt bei vorliegendem Einverständnis der Eltern die **Anmeldung zur Teilnahme des Kindes**. Der Anmeldebogen enthält die Möglichkeit, medizinische Diagnosen zum Kind analog der ICD-10 Kodierung und sozialmedizinische Diagnosen zur Mutter einzutragen sowie ein Freitextfeld. Dieser wird gemeinsam mit einer Einverständniserklärung der Eltern zur Kontaktaufnahme durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Clearingstelle an diese weiter geleitet.

Mit Hilfe dieses gestuften Vorgehens (Beratung durch die aktuell betreuende oder begleitende Institution, Einverständnis der Eltern zur Weitergabe ihrer Kontaktdaten an die Clearingstelle, Anmeldung des Kindes ins Programm, Kontaktaufnahme durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Clearingstelle) wurde die Möglichkeit geschaffen, bei Eltern unter Wahrung ihres Rechtes auf informationelle Selbstbestimmung für die Inanspruchnahme von Hilfen zu werben und in transparenter Weise mit erforderlichen Informationswegen umzugehen. Die Eltern

haben damit zu jedem Zeitpunkt die Möglichkeit, den Prozess zu kontrollieren, zu steuern und ggf. auch zu beenden.

Beim Vorliegen einer akuten Gefährdung für das Kind wird der übliche Weg der direkten Einbeziehung des Jugendamtes zur Absicherung des Kindeswohls beschritten. Liegt der Clearingstelle bereits eine Anmeldung vor, wird ein beschleunigtes Verfahren in Verantwortung der Sozialarbeiterin des Jugendamtes oder des Kinderarztes eingeleitet. Zur Entscheidungsfindung steht der Clearingstelle und den Kooperationspartnern der „Entscheidungsbaum“, ein vom Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, entwickeltes Instrument für Fälle drohender bzw. bestehender Kindeswohlgefährdung zur Verfügung.

Die **Clearingstelle von Jugendamt und Gesundheitsamt** als niedrigschwellige Eingangspforte für Hilfen koordiniert die notwendigen Case-Management-Prozesse nach Eingang einer Anmeldung. Besetzt mit Kinderärztin/Kinderarzt und Kinderkrankenschwestern mit Zusatzqualifikationen (Heilpädagogin, sozialmedizinische Assistentin) durch das Gesundheitsamt und einer Sozialarbeiterin der Abteilung Soziale Dienste durch das Jugendamt kommt ihr im Programm eine zentrale Bedeutung zu. Aufgabe der Clearingstelle ist es, während der ersten 1-3 Lebensjahre für die Kinder in Lebenslagen mit erhöhtem medizinischem oder /und psychosozialen Risiko sowie für deren Familien im individuellen Fall das optimale Gelingen einer koordinierten Nach- oder Vorsorge sicherzustellen. Als Organisationseinheit ist sie den Anbietern der Hilfen vorgeschaltet und für die Verwaltung der eingehenden Anmeldungen zuständig. Für die Arbeit der Clearingstelle wurde ein Schlüsselprozess mit Teilprozessen erarbeitet und schriftlich niedergelegt. Bei Bedarf erfolgt die Ergänzung und Überarbeitung dieser Prozesse.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Clearingstelle koordinieren im weiteren Verlauf den Erstkontakt und die Klärung des individuellen Hilfebedarfs inklusive der Weitervermittlung an die jeweiligen Hilfeanbieter. Hier erfolgt eine zeitnahe Sichtung und Bewertung der Anmeldungen in das Präventionsprogramm durch die Kinderärztin/den Kinderarzt, die/der auf der Grundlage der übermittelten Informationen entscheidet, welche fachliche Qualifikation für den Erstkontakt mit den Eltern passend erscheint. Bei der Aufnahme eines Kindes sind Kinderärztin/Kinderarzt und Kinderkrankenschwestern die vorrangigen

Ansprechpartner, sie sind im weiteren Verlauf für die Hausbesuche und die Erstellung der Hilfeplanung zuständig. Beim Vorliegen relevanter sozialer und/oder medizinischer Risikolagen wird wenigstens ein Besuchskontakt in der Klinik oder als Hausbesuch mit Mutter/Eltern angestrebt, der möglichst zeitnah zur Anmeldung des Kindes in das Programm stattfinden soll und bei dem als Ergebnis mit den Eltern über die Fortsetzung des Kontaktes und die Einleitung individuell ausgewählter Hilfen nach der Beratung innerhalb der Clearingstelle entschieden wird. Die Eindrücke, Einschätzungen und Ergebnisse des Erstkontaktes entscheiden dann über die weitere Vorgehensweise. „Bei allen psychosozialen Indikationsgruppen wirken sie (die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitsamtes) bei den Erziehungsberechtigten darauf hin, einer ämterübergreifenden Beratung zuzustimmen“ (Schlüsselprozess der Clearingstelle, 2007). Damit sind eine Schweigepflichtentbindung und das schriftliche Einverständnis der Eltern verbunden, um die Daten an die Clearingstellenmitarbeiterin der Jugendhilfe weitergeben zu können.

Daneben bietet die Clearingstelle einerseits die Möglichkeit der Beratung von Eltern mit dem Ziel der Förderung elterlicher Ressourcen, der Steigerung ihrer Problemlösungskompetenz und der Stärkung ihres Gesundheitsbewusstseins. Andererseits können Professionelle, die in ihrer beruflichen Tätigkeit Kontakt zu Müttern/Vätern mit Neugeborenen und Säuglingen haben, kollegiale anonyme Beratung in Anspruch nehmen, vor allem Beratung und Abstimmung über geeignete Vorgehensweisen, wenn Unsicherheiten darüber bestehen, ob die Entwicklung eines Kindes als gefährdet anzusehen ist oder nicht.

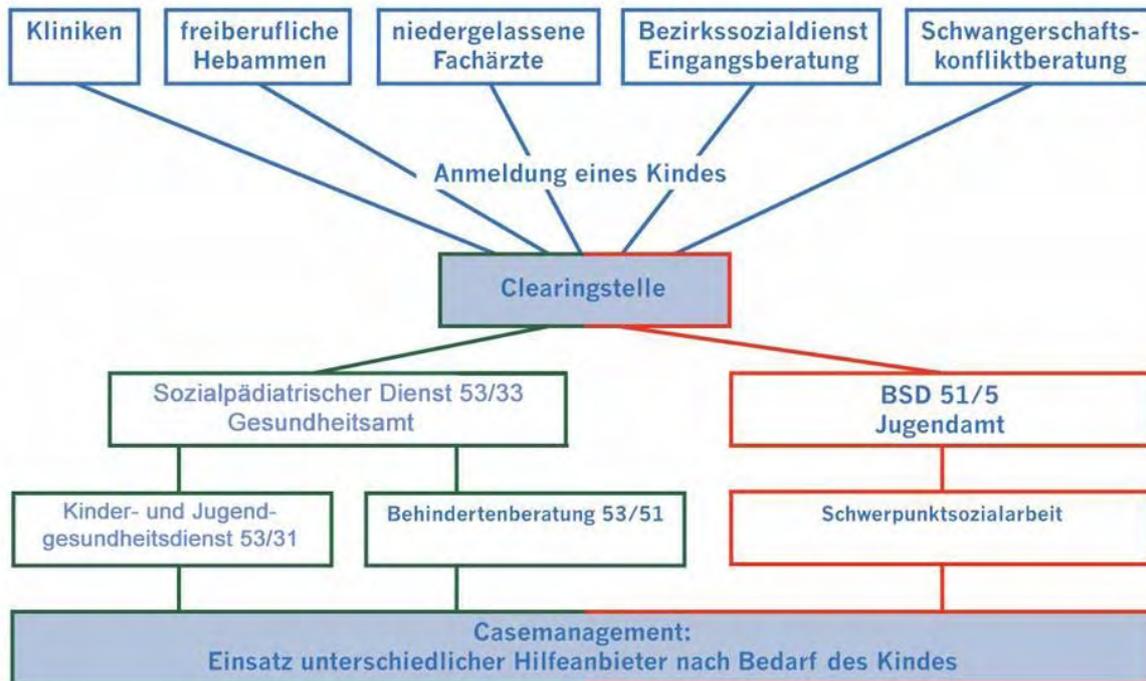


Abbildung 1. Die Struktur der am Präventionsprogramm beteiligten Institutionen

Nach der Beratung des Hilfebedarfs in der Clearingstelle wird der Fall anschließend in die zugehörigen **Hilfesysteme der Gesundheitshilfe und der Kinder- und Jugendhilfe** übergeleitet. Ziel sind passgenaue, gestufte Hilfeangebote mit ggf. multiprofessioneller Betreuung des Kindes und seiner Eltern, welche die unterschiedlichen Aspekte der (beeinträchtigten) Entwicklung der Kinder adäquat erfassen und diese in geeigneter Weise fördern, ohne Kind und Eltern zu überfordern. Frühe Hilfen sind dabei in der Regel zuerst primäre Versorgungshilfen durch Kinderärzte und Kinderkrankenschwestern, im Weiteren eine möglichst schnittstellenfreie Zusammenarbeit mit den Anbietern der Jugendhilfe.

Die Vernetzung der beteiligten Fachleute über klar geregelte Kontakt- und Besprechungsstrukturen ermöglicht eine ganzheitliche Bewältigung der vielfältigen Problemlagen und verringert die Gefahr, dass Kinder und Familien in Risikolagen notwendige Hilfeangebote nicht erreichen. Betreuungsprogramme werden mit medizinischen, psychosozialen und entwicklungspsychologischen Inhalten kombiniert, zusammengeführt und installiert. Therapie, Förderung, Beratung, Begleitung, Aktivierung und Entlastung sind die Stichworte der Hilfeziele, die darüber

erreicht werden sollen, so können in einer Familie z.B. Hebamme, Kinderkrankenpflege, Sozialpädiatrischer Dienst von Seiten des Gesundheitswesens und sozialpädagogische Familienhilfe von Seiten der Kinder- und Jugendhilfe gemeinsam tätig sein.

Insbesondere stehen folgende Hilfeangebote der beiden Systeme für die Kinder und ihre Familien zur Verfügung:

Tabelle 1. Hilfeangebote

Gesundheitshilfe	Jugendhilfe
Sozialpädiatrische Diagnostik und Beratung	Erziehungsberatung
Hebammenhilfe	Lebensberatung
Ambulante Kinderkrankenpflege	Trennungs- und Scheidungsberatung
Frühförderung, Heilpädagogik	Angebote der Familienbildung
Logopädie, Spracherziehung	Hilfen zur Erziehung
Mototherapie	Krisenintervention
Ernährungsberatung	Bindungsförderung für Eltern
Ergotherapie	Förderung in Familiengruppen
Rehabilitation bei Krankheit und Behinderung	Angebote der Kindertageseinrichtungen
Angehörigenberatung	Hilfe bei Partnerschaftskonflikten

Für alle Kinder, die zum Präventionsprogramm angemeldet werden, gibt es regelhaft zwei weitere Angebote zur Vorsorge und Unterstützung, das „Grüne Heft“ und die „Entwicklungspsychologische Beratung für Eltern von Säuglingen und Kleinkindern“.

Das „**Grüne Heft**“ (in Anlehnung an das „Gelbe Heft“ der gesetzlich vorgesehenen kinderärztlichen Früherkennungsuntersuchungen) für alle am Programm teilnehmenden Kinder sieht einen verbesserten Standard bezüglich der Häufigkeit

der kinderärztlichen Früherkennungsuntersuchungen und der Zuverlässigkeit in der Umsetzung dieses Angebots vor. Neben einer erhöhten Frequenz von Untersuchungen (12 im ersten Lebensjahr) stellt es eine kontinuierliche Verbindung zur Kinderärztin oder dem Kinderarzt der Clearingstelle dar. Die Vorstellung zu den Früherkennungsuntersuchungen ist verbindlich, über eine Rücklaufkarte durch den Kinderarzt wird die Teilnahme rückgemeldet. Von dort wird bei Bedarf das Gespräch mit den Eltern gesucht und Hindernisse für die Inanspruchnahme geklärt und beseitigt.

Entsprechend dem präventiven Anspruch des Projektes sollen Störungen und Probleme in der frühen Eltern-Kind-Beziehung rechtzeitig erkannt und bearbeitet werden. Im Programm werden daher Angebote bereitgestellt, die geeignet sind, die Qualität der Eltern-Kind-Bindung zu fördern, Unsicherheiten und Sorgen der Eltern aufzufangen und das Risiko der Entwicklung von unsicheren Bindungsbeziehungen zu minimieren. Für die **Entwicklungspsychologische Beratung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern** (Ziegenhain, Fries, Bütow, Derksen 2004) wurden 16 Fachkräfte über die Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie Ulm ausgebildet. Ziel ist die frühe Förderung der Eltern-Kind-Bindung über videogestützte und ressourcenorientierte Beratung von Eltern mit Kindern im 1.-3. Lebensjahr. Die Weiterbildung versetzt die Fachkräfte in die Lage, Interaktionen zwischen Eltern und Kind differenziert zu beobachten, Wahrgenommenes auf der Grundlage der Säuglings- und Bindungsforschung zu interpretieren und damit Mütter/Väter von Säuglingen und Kleinkindern kompetent zu beraten um sie beim Aufbau einer sicheren Beziehung zu ihrem Kind zu unterstützen. Die Entwicklungspsychologische Beratung wurde 2007 für alle von Gesundheitshilfe und Kinder- und Jugendhilfe gemeinsam betreuten Familien fest in das Angebot des Programms aufgenommen.

4. Warum eine Evaluation des Präventionsprogramms?

Mit der Etablierung des Präventionsprogramms „Zukunft für Kinder in Düsseldorf“ waren vielfältige Ziele von der Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit für Kinder bis zur möglichen Nutzung von Synergieeffekten (auch im Hinblick auf begrenzte finanzielle Ressourcen) verbunden. Ob die Maßnahmen, die zur

Erreichung der Ziele getroffen wurden, die gewünschte Wirkung entfalten, kann nur empirisch überprüft werden. Insbesondere Veränderungen in solch komplexen Systemen wie der Gesundheitshilfe und der Kinder- und Jugendhilfe können „Nebenwirkungen“ nach sich ziehen, die die gewünschten Entwicklungen minimieren oder sogar konterkarieren.

Evaluation gehört in Deutschland nicht regelhaft zum Standard bei der Erprobung neuer Praxisinitiativen in den Bereichen der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesundheitshilfe, wird jedoch seit dem 12. Kinder- und Jugendbericht als wichtig für die empirische Überprüfung neuer Praxismodelle eingefordert. So können Wirkungen überprüft und Modifikationen im Entwicklungsprozess vorgenommen werden, da gut gemeint nicht immer gut gemacht ist. Im Sinne des Benchmarking erfolgt damit die vergleichende Analyse der Effekte des Vorgehens mit den angestrebten Zielen als Referenzwert.

Mit dem bewussten Schwerpunkt auf die etablierte systematische Kooperation zwischen Gesundheitshilfe und Kinder- und Jugendhilfe ist das Düsseldorfer Programm innovativ für Deutschland, indem insbesondere Angebote der Jugend- und der Gesundheitshilfe systematisch miteinander verzahnt wurden, und zwar konsequent durchdacht vor dem Hintergrund einer einwandfreien datenschutzrechtlichen Klärung und Verfahrensweise und der bestehenden sozialrechtlichen Grundlagen. Andere Modelle und Erfahrungen konnten für die Entwicklungen in Düsseldorf nicht als Referenzwerte herangezogen werden. Die Entscheidung, das Programm zu evaluieren, war damit ein Schritt, systematische Erkenntnisse über die Wirkungen zu gewinnen, die Qualität und Effektivität der Arbeit gestalten und verstetigen bzw. qualitativ bei Bedarf an neue Herausforderungen anpassen zu können.

Die Evaluation wurde dem entsprechend auf die von Jugendhilfe und Gesundheitshilfe gemeinsam betreuten Fälle im Rahmen des Präventionsprogramms fokussiert. Die Hilfeverläufe der von der Gesundheitshilfe allein betreuten Fälle wurden nicht detailliert erfasst. Ziel der Evaluation war die Überprüfung der Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität bei den gemeinsam begleiteten Fällen im Hinblick auf die Zielerreichung und erfolgte im Rahmen eines Forschungsauftrags in der Zeit von Februar 2007 bis Dezember 2008 durch PD Dr. Ute Ziegenhain und Prof. Jörg M. Fegert von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Universitätsklinikum Ulm.

Zusätzlich wurde die Entwicklung des Programms von ihnen über einen Zeitraum von 18 Monaten wissenschaftlich begleitet.

5. Die Fragestellungen und das Vorgehen

Für die Evaluation des Präventionsprogramms mit der im Hilfeprozess aufeinander abgestimmten Vorgehensweise zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesundheitshilfe wurde als zentrale Fragestellung formuliert:

Welche Effekte und Wirkungen können durch eine frühzeitige, systematische, individuelle Hilfeplanung, Förderung und Betreuung bei den Zielgruppen (Familien mit Kindern, die an einer chronischen Krankheit oder Behinderung leiden bzw. davon bedroht sind oder psychosozial besonders belastete Familien) im Rahmen der engen Kooperation von Institutionen der Gesundheitshilfe und der Kinder- und Jugendhilfe erreicht werden?

Hieraus ergaben sich Einzelfragen, zu denen jeweils Hypothesen formuliert und Methoden zur Überprüfung festgelegt wurden.

- Zunächst stellte sich für die Evaluation des Präventionsprogramms die Frage, ob Familien in den benannten Risikolagen mit dem Angebot erreicht werden können. Wir haben erwartet, dass über den frühen und systematischen Zugang zu Familien im Zusammenhang mit der Geburt des Kindes unbedrohlich und daher mit hoher Akzeptanz auf Seiten der Eltern Hilfen angeboten und vermittelt werden können.
Im Rahmen der Evaluation sollte dies einerseits über die Analyse der Nutzer des Präventionsprogramms anhand der Fragebögen zur Erfassung der aktuellen Hilfeverläufe, andererseits über eine eigens konzipierte Elternbefragung zu den Gründen der Inanspruchnahme und zur Zufriedenheit ermittelt werden.
- Zur Frage der Wirkungen frühzeitiger, systematischer und individueller Hilfeplanung, Förderung und Betreuung nahmen wir an, dass die Betreuung von Familien im Präventionsprogramm zu einer Verbesserung im Hinblick auf definierte Ziele bezüglich der Entwicklung des Kindes, der Erziehungskompetenz der Eltern und der Lebenssituation der Familie beiträgt.

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurden die aktuellen Hilfeverläufe anhand der entwickelten Dokumentationsbögen analysiert und Zielerreichungsskalen eingesetzt.

- Für die enge Kooperation von Institutionen der Gesundheitshilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe stellte sich die Frage nach der Funktionalität der teilweise neu entwickelten Strukturen. Hierzu formulierten wir die Hypothese, dass es über die Einrichtung der Clearingstelle und die Schaffung regelhafter Kommunikationsstrukturen zwischen den beteiligten Institutionen gelungen ist, die Kooperation zielgerichtet und funktionsfähig zu gestalten. Dies überprüften wir anhand von Experteninterviews zur Kooperation und Vernetzung, die qualitativ ausgewertet wurden und mit einem eigens konzipierten Fragebogens zur Qualität und Intensität der Vernetzung, der anhand statistischer Netzwerkanalysen ausgewertet wurde.
- Weiterhin stellte sich die Frage, welche Veränderungen im Sinne Früher Hilfen durch das Präventionsprogramms gegenüber der bisherigen Herangehensweise erzielt werden konnten. Hierzu wurde die Hypothese entwickelt, dass Unterschiede bezüglich der Inanspruchnahmefamilien (ähnliche Risikolagen zu einem früheren Zeitpunkt und daher weniger zugespitzt im Präventionsprogramm), des Zugangszeitpunktes (beim Präventionsprogramm in einem früheren Lebensalter des Kindes) und des Ergebnisses der Hilfe (weniger Inobhutnahmen bei den Familien im Präventionsprogramm) identifiziert werden können. Zur Überprüfung dieser Hypothese wurde eine retrospektive Aktenanalyse eingesetzt und deren Ergebnisse mit den aktuellen Daten im Präventionsprogramm verglichen.

Zusammenfassend dargestellt erfolgte die Evaluation des Präventionsprogramms auf der Grundlage unterschiedlicher methodischer Zugänge. Im Sinne einer Prä-Post-Erhebung wurden zunächst vorliegende Akten über Hilfeplan-Verfahren vor der Etablierung des Programms „Zukunft für Kinder in Düsseldorf“ mit Hilfe einer **retrospektiven Aktenanalyse** ausgewertet. Auf der Grundlage der hier identifizierten Kriterien wurden parallel **Fragebögen zur Erfassung der aktuellen Hilfeverläufe** entwickelt und erprobt, die im Rahmen des laufenden Programms von den beteiligten Fachkräften ausgefüllt werden sollten. Diese Fragebögen konnten in

Verbindung mit Hilfeplangesprächen eingesetzt werden und dokumentierten die einzelfallbezogenen Verläufe. Durch **Experteninterviews** mit Vertreterinnen und Vertretern der relevanten Institutionen konnten im Rahmen einer qualitativen Auswertung insbesondere Aspekte gelingender Kooperation beziehungsweise Reibungsverluste in der interdisziplinären Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Gesundheitshilfe sowie Kinder- und Jugendhilfe identifiziert werden. Abschließend wurde eine **Vernetzungsanalyse der am Präventionsprogramm beteiligten Institutionen** zur Qualität und Zufriedenheit mit den etablierten Kooperationsstrukturen und eine telefonische **Befragung der teilnehmenden Eltern** zu ihren Erfahrungen und Ihrer Zufriedenheit mit der Begleitung im Rahmen des Präventionsprogramms durchgeführt.

In einem zweiten Schritt wurden die Kernfragen in Bezug auf unterschiedliche Perspektiven differenziert und konkretisiert. Die Perspektive des Kindes wurde in der Qualität und den Ergebnissen der Hilfeverläufe einbezogen, die Eltern über ihre Zufriedenheit und die Hilfesysteme im Zusammenspiel der Kooperationspartner.

Die Perspektive des Kindes – die Qualität und die Ergebnisse der Hilfeverläufe:

Wie viele Fälle wurden durch das Programm erreicht?

Welche Zielgruppen wurden erreicht?

Wie wird der Hilfeprozess in Bezug auf den zeitlichen Verlauf gestaltet?

Wie erfolgt die Klärung der erforderlichen Unterstützungs- und Hilfemaßnahmen?

Wie wird der Hilfeprozess in Bezug auf die eingesetzten Hilfen gestaltet?

Welche Risikogruppen erhielten welche Hilfen im Verlauf der Betreuung?

Konnten die Entwicklungsbedingungen der Kinder verbessert und die Entwicklung der Kinder unterstützt werden?

Konnten Kindeswohlgefährdung und Kriseninterventionen präventiv reduziert werden?

Die Perspektive der Eltern - Zufriedenheit der Eltern

Wie bewerten Eltern die Unterstützung und Begleitung im Rahmen des Programms?

Die Perspektive der Hilfesysteme – das Zusammenspiel der Kooperationspartner

Wie effektiv sind die etablierten Vernetzungsstrukturen zwischen Institutionen

der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Gesundheitshilfe im Bereich des präventiven Kinderschutzes?

6. Die Hilfestaltung vor der Etablierung des Präventionsprogramms

Um Veränderungen durch die Etablierung des Präventionsprogramms „Zukunft für Kinder in Düsseldorf“ beschreiben zu können, wurde die Situation der Hilfestaltung im Bereich der Kinder von 0-3 Jahren mittels einer retrospektiven Aktenanalyse erfasst. Hierzu stellte das Jugendamt der Stadt Düsseldorf die 54 Akten, bei denen im Jahr 2004 Hilfe für Kinder im entsprechenden Alter geleistet worden war, in anonymisierter Form zur Verfügung. Unerheblich war, ob die Hilfe bereits vor 2004 begonnen hatte oder erst in diesem Jahr begann, sowie die weitere Dauer der Hilfe.

Untersucht wurden die Akten von 27 Mädchen und 27 Jungen, die zwischen März 2001 und Dezember 2004 geboren wurden. Das Alter der Mütter lag bei der Geburt des betreffenden Kindes zwischen 16 und 37 Jahren, sechs der Mütter (11%¹) waren bis zu 18 Jahre, zehn der Mütter (19%) zwischen 19 und 21 Jahren alt. In mehr als der Hälfte der Fälle (56%) waren die Mütter allein erziehend oder zeitweise allein erziehend.

Aufgrund der familiären Ausgangsbedingungen (psychische Auffälligkeiten/Erkrankungen, Suchtanzeichen oder Suchterkrankungen, Partnergewalt, chronische finanzielle Belastung, jugendliche oder junge Mütter, Alleinerziehende, häufig in Kombination) sind viele Familien der Hochrisikogruppe für Kindeswohlgefährdungen zuzurechnen.

Im Mittelpunkt der Aktenanalyse stand die Frage

Wie verlief die Hilfeplanung in der frühen Kindheit (0-3 Jahre) im Rahmen von Jugendhilfe im Hinblick auf die Ziele früh, gestuft und passgenau sowie das Erkennen von und den Umgang mit Hinweisen auf Kindeswohlgefährdungen?

Diese Hauptfrage wurde zur Beantwortung in Teilaspekte des Hilfeprozesses operationalisiert, die im Folgenden beantwortet werden.

¹ Die Prozentangaben im Bericht sind gerundet

6.1. Zu welchem Zeitpunkt und unter welchen Bedingungen kam ein Kontakt mit den Familien zustande?

Die Kontaktaufnahme für die Hilfe lag in 22 Fällen (41%) vor der Geburt des Kindes und erstreckte sich bis zum Alter von 22,2 Monaten. Im Mittelwert lag der Hilfebeginn bei 5,2 Lebensmonaten des Kindes.

In der überwiegenden Zahl der Fälle (65%) wurde der Kontakt zu den Familien über professionelle Helfer (Beratungsstellen, Geburtskliniken, Einrichtungen der Gesundheitshilfe, Frauenhaus) hergestellt. Weiterhin wandten sich die Eltern selbst (15%) oder Familienangehörige (9%) an das Jugendamt. Ein weiterer Zugangsweg war die Auffälligkeit von Geschwisterkindern, über die das Jugendamt auf die Familie aufmerksam wurde (9%). In drei Fällen wurde der Zugangsweg aus den Akten nicht klar.

In den meisten Fällen (70%) stand zu Beginn die Frage der Prüfung der Erziehungsfähigkeit der Eltern im Mittelpunkt, d.h. die Familien waren in der Regel anderen Berufsgruppen aufgefallen, weil ihre Kompetenzen im Umgang mit dem Kind fraglich waren. Überschneidend dazu wurden in jeweils 35% der Fälle entweder die Förderung des Kindes in der Familie oder eine stationäre Maßnahme für Mutter und Kind bzw. die Fremdunterbringung des Kindes angestrebt.

6.2. Wurden Risiko- und Schutzfaktoren bezüglich einer Kindeswohlgefährdung in der Anamnese erhoben?

Risiko- und Schutzfaktoren wurden in den Akten erfasst, allerdings nicht alle gleichermaßen und nicht alle zu Beginn des Hilfeprozesses. Bei den zentralen Faktoren wurden zwar das Alter der Mutter, die familiäre Belastung und der körperliche Zustand des Kindes zu Beginn zuverlässig erfasst, das psychische Befinden der Mutter / der Eltern wurde vor allem bei Auffälligkeiten ohne vorliegende Diagnose jedoch häufig erst in einer fortgeschrittenen Phase der Hilfe dokumentiert. Beim Thema Gewalterfahrungen wurden sogar in knapp einem Drittel der Fälle Informationen zu keinem Zeitpunkt dokumentiert. Auch aktuelle Gewalt in der Familie wurde mehrfach nicht zu Beginn der Hilfe dokumentiert.

Bei den weiteren Risiko- und Schutzfaktoren stellte sich die Dokumentation ähnlich dar. Die am häufigsten als problematisch eingeschätzten Faktoren „Lebensführung“, „Bildungsniveau“, „soziale Schicht und Lebensverhältnisse“ und „soziales Netzwerk“ wurden zwar überwiegend erfasst, Lücken werden vor allem im Bereich der Wohngegend und Nachbarschaft und der Erwünschtheit der Schwangerschaft sichtbar. Auch hier gilt, dass die Informationen vielfach erst zu einem späten Zeitpunkt benannt wurden.

Die Anamnese zu den Risiko- und Schutzfaktoren bezüglich einer Kindeswohlgefährdung war daher in mehr als einem Drittel der Fälle (37%) unbefriedigend zu bewerten, d.h. es fehlten zentrale Informationen, die für eine Gefährdungseinschätzung wichtig gewesen wären. Daneben wurden in 11% der Fälle die Anamnese als befriedigend, in 52% als gut bewertet. Beim Einsatz eines geeigneten Instruments zur Anamnese, z.B. des Stuttgarter Kinderschutzbogens, war die Anamnese überwiegend gut zu bewerten (75% der Fälle, in denen das Instrument zum Einsatz kam).

6.3. Wie erfolgten eine Diagnose- und eine Prognosestellung?

Um eine Grundlage für eine Diagnosestellung zu schaffen, wurden Informationen aus Gesprächen mit anderen professionellen Helfern, aus Gesprächen mit den Klienten, aus eigenen Beobachtungen und bereits vorhandenen Akten zusammengetragen und dokumentiert. Zusätzlich wurde spezifische Diagnostik zu unterschiedlichen Fragestellungen die die Eltern (z.B. psychiatrisch, Drogenscreening), das Kind (z.B. medizinisch, entwicklungspsychologisch) oder die Bindung (Bindungsdiagnostik) betreffen, initiiert. Die Ergebnisse wurden in die Akten aufgenommen. In der Diagnostik stand insgesamt ein breites Spektrum an eigenen und externen Ressourcen zur Verfügung, im Einzelfall wurden die vorhandenen Möglichkeiten jedoch trotz entsprechender Hinweise im Kontakt mit den Familien nicht genutzt, z.B. wurde Bindungsdiagnostik in 13% der Fälle durchgeführt, in weiteren 22% gab es Hinweise zu deren Klärung Bindungsdiagnostik sinnvoll gewesen wäre, die jedoch nicht durchgeführt wurde. Meist wurden ein Gesamtüberblick und eine Bewertung in einer schriftlichen Zusammenfassung oder in einer schriftlichen Sozialen Diagnose dargestellt.

Bei der Diagnosestellung konnten 44% als gut und 41% als befriedigend, 15% mussten als unbefriedigend bewertet werden. Gründe für unbefriedigende Bewertungen sind, dass fragliche psychische Erkrankungen trotz Hinweisen nicht rechtzeitig diagnostisch abgeklärt wurden, dass das Kind teilweise nicht ausreichend im Blick der Fallführung war und dass die Bindung in der Diagnostik trotz offener Fragen in der Dokumentation nicht zum Thema wurde. In wenigen Fällen waren die Eltern nicht in ausreichendem Maße bereit oder in der Lage, an der Diagnostik mitzuwirken.

Die prognostische Einschätzung wurde meist im Rahmen eines Fallteams, einer kollegialen Beratung oder eines Fachgesprächs entwickelt, d.h. es waren mehrere Professionelle daran beteiligt. Die Ergebnisse wurden jeweils schriftlich dokumentiert.

Die Prognosequalität wurde überwiegend gut (91%) beurteilt, d.h. sie wurde unter Einbezug der vollständigen zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Informationen und der erforderlichen Bedingungen vorgenommen. Die Eltern des Kindes wurden nach Möglichkeit in den Prozess einbezogen, wobei unklar blieb, ob die Gefährdungseinschätzung explizit thematisiert und die Rolle des Jugendamtes transparent gemacht wurde. In den drei befriedigend beurteilten Fällen wurde ein beteiligter Elternteil nicht in die Prognose einbezogen oder die Bindung nicht in die Prognose einbezogen.

6.4. Welche Ziele setzen Eltern und Fachkräfte für die Hilfe, und spiegelte sich die Einschätzung des Gefährdungsrisikos in den Zielsetzungen wider?

Die von den Eltern benannten Ziele beziehen sich in je 78% der Fälle (Mehrfachnennungen) hauptsächlich auf die eigene Lebensführung (z.B. Berufstätigkeit, Schuldenregulierung, Haushaltsversorgung) und das Zusammenleben mit dem Kind (z.B. gute Erziehung, Bedürfnisse des Kindes erkennen, Kontaktgestaltung nach Fremdunterbringung). Die Abwendung von Gefährdungen für das Wohl des Kindes (z.B. Kindeswohl oder die Entwicklung der Kinder sichern) und Ziele für das Kind (z.B. Förderung, strukturierter Tagesablauf) werden dagegen eher selten von den Eltern benannt (9%). Dem gegenüber wird die

Sicherung des Kindeswohls von den Fachkräften gleichermaßen mit Zielen für die Eltern (je 74% der Fälle) benannt. Danach spielen Ziele für das Kind die nächst wichtige Rolle in den Zielen der Fachkräfte (59%).

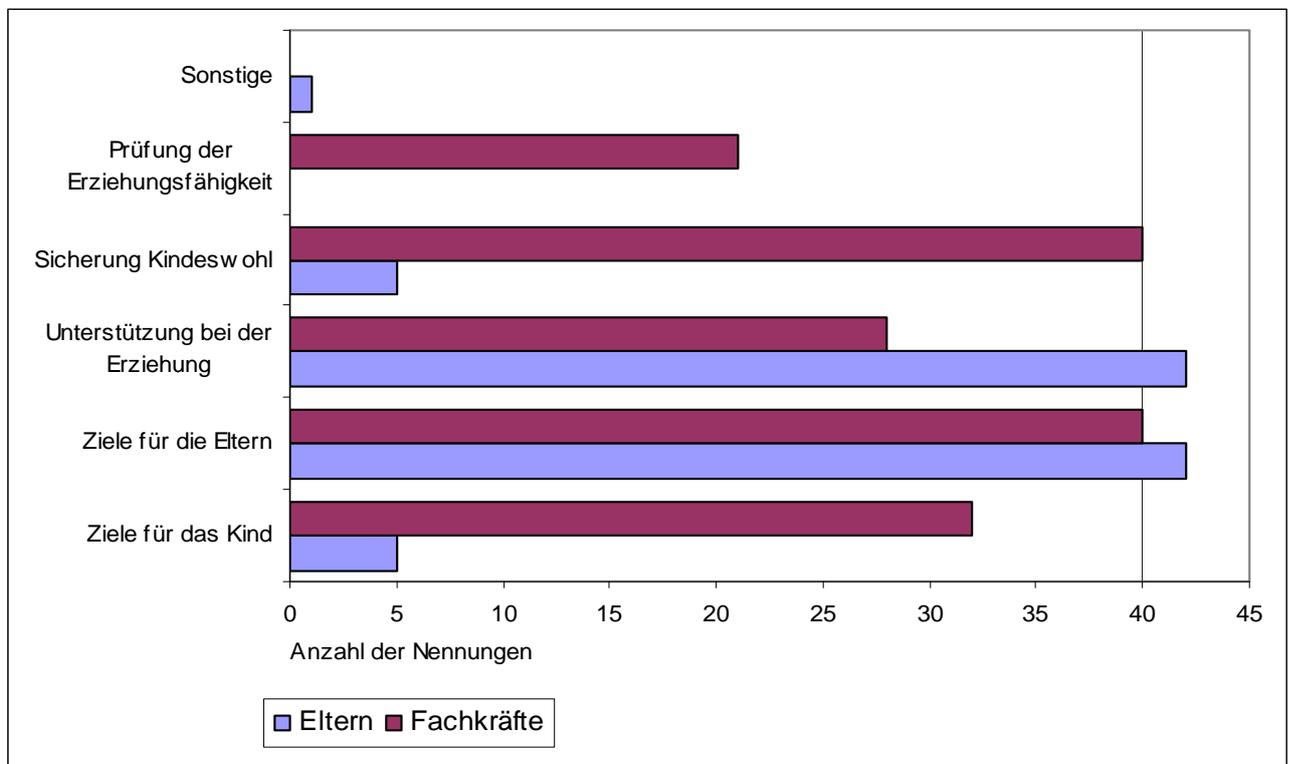


Abbildung 2. Die benannten Ziele von Eltern und Fachkräften

Die Einschätzung des Gefährdungsrisikos spiegelt sich damit deutlich in den Zielen der Fachkräfte wider. Die Einzeläußerungen variieren im Zusammenhang mit der individuellen Gefährdungslage in der Familie (z.B. „gute Entwicklung der Kinder sichern“, „Schutz und Versorgung des Kindes sicherstellen“). Für die Eltern steht dieses Ziel an deutlich nachgeordneter Stelle. Insofern stellt sich die Frage, inwieweit es bis zu diesem Zeitpunkt gelungen ist, das Wohl des Kindes gemeinsam in den Mittelpunkt der Bemühungen zu stellen, tatsächlich gemeinsame Ziele für die Hilfe zu vereinbaren und damit auch ein tragfähiges Arbeitsbündnis mit den Eltern herzustellen.

6.5. Welche Themen wurden als Anlass für die Hilfe benannt, welche Hilfen wurden eingesetzt, und wie passgenau waren diese Hilfen?

Als Hauptthemen für die Veranlassung der Hilfen wurden mit der Möglichkeit von Mehrfachnennungen „Probleme in der Alltagsgestaltung“ (72%), „Überforderung der Eltern“ (59%), „Erziehungsschwierigkeiten“ (57%), „Entwicklungsauffälligkeiten des Kindes“ (54%), „soziale Problemlagen“ (52%), „(drohende) Vernachlässigung“ (41%) und „psychische Erkrankungen bzw. Suchterkrankungen der Eltern“ (30 bzw. 24%) genannt. In Bezug auf die Einzelfälle wurden ein bis zehn brisante Themen mit einem Mittelwert bei 4,4 Themen für die Hilfeplanung berücksichtigt.

Die Frequenzen der Kontakte lagen zwischen mehrmals die Woche bis zu weniger als vierteljährlich, in allen Fällen nahm die Kontaktfrequenz im Hilfeverlauf ab. Bei einer niedrigen Kontaktfrequenz lagen eine Kooperation mit anderen Leistungsträgern und eine engmaschige Begleitung durch diese zugrunde.

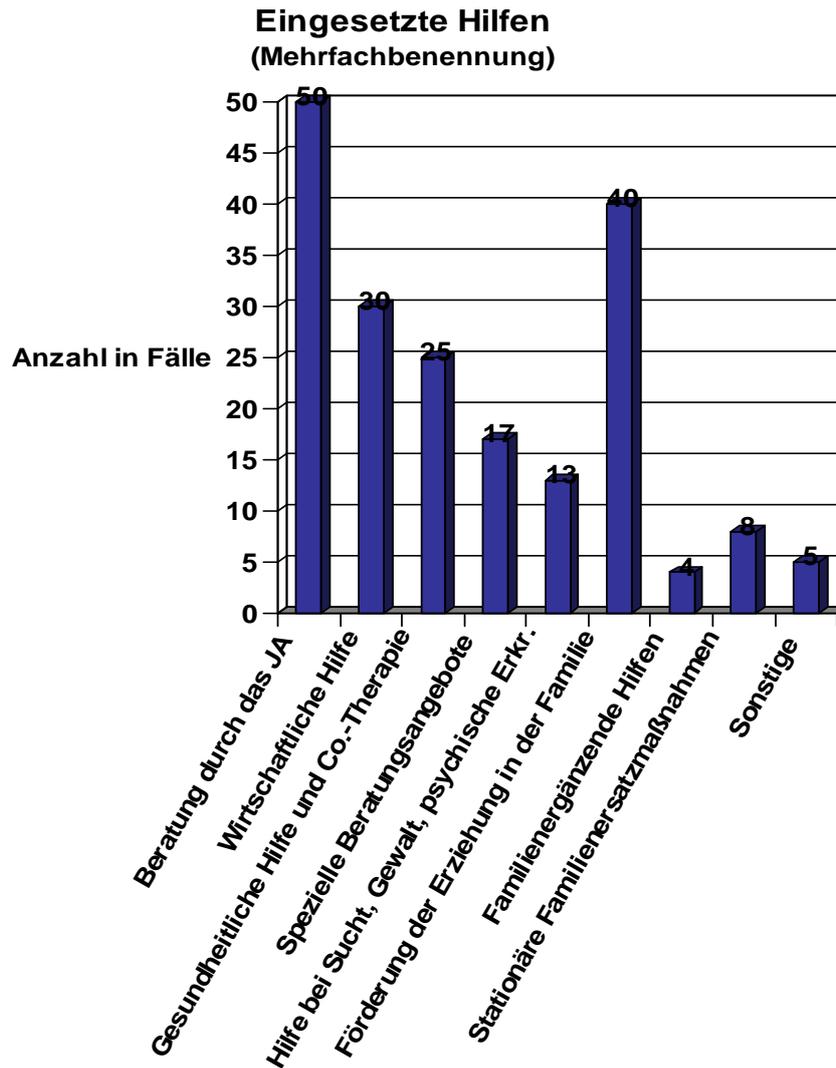


Abbildung 3. Eingesetzte Hilfen

Beratung durch das Jugendamt fand in allen Fällen statt, in denen die Eltern durch das Jugendamt erreichbar waren, daneben waren Maßnahmen zur Förderung der Erziehung in der Familie die meist eingesetzte Hilfen (z.B. Familienaktivierungsmanagement, sozialpädagogische Familienhilfe). Wirtschaftliche Hilfen, gesundheitliche Hilfen (Hebamme, Kinderkrankenschwester) und medizinische Co-Therapien (Physiotherapie, Ergotherapie), spezielle Beratungsangebote (Schuldner-, Paarberatung) und Hilfen bei Sucht, Gewalt und psychischer Erkrankung der Eltern kamen zahlenmäßig vor familienergänzenden oder familienersetzenden Maßnahmen zum Einsatz.

Bezüglich der Einzelfälle wurden zwischen zwei und acht Hilfen eingesetzt, der Mittelwert lag bei vier Hilfen.

Die eingesetzten Hilfen wurden in sechzehn zufällig ausgewählten Fällen hinsichtlich ihrer Passung mit den benannten Zielsetzungen, ihrer Abstimmung auf die kindlichen Bedürfnisse, ihrer Abstimmung auf die elterlichen Fähigkeiten, der Anpassung an die Entwicklung der Eltern-Kind Beziehung, der Tragfähigkeit des Arbeitsbündnisses mit den Eltern und der Kooperation mit anderen Einrichtungen beurteilt.

Aus der Analyse der Tabelle ergibt sich, dass die eingesetzten Hilfen in drei Fällen nicht in (vollständiger) Übereinstimmung mit den gesetzten Zielen der Fachkraft waren. In einem Fall wurde als Ziel benannt, die Mutter in der Erziehung des Kindes und in der Verbesserung der Lebensbedingungen zu unterstützen, die Hilfen wurde dann, wie oben beschrieben, als „nicht ausreichend“ beurteilt und für ein Jahr ganz eingestellt. In den anderen Fällen handelte es sich um konkurrierende Zielsetzungen. In diesen Fällen wurden auch die eingesetzten Hilfen als nicht abgestimmt auf die kindlichen Bedürfnisse beurteilt und nicht abgestimmt auf die Entwicklung der Eltern - Kind – Beziehung. Auffällig war auch, dass die Tragfähigkeit des Arbeitsbündnisses mit den Eltern in zehn Fällen negativ beurteilt wurde, was sich z.B. in der Einschaltung eines Rechtsanwaltes durch die Eltern äußerte. Negative Beurteilungen ergaben sich in allen Aspekten, besonders auffällig in der Beurteilung der Tragfähigkeit des Arbeitsbündnisses mit den Eltern.

Tabelle 2. Bewertung der eingesetzten Hilfen

	Passung mit Zielsetzungen		Abstimmung auf kindliche Bedürfnisse		Abstimmung auf elterliche Fähigkeiten		Anpassung an die Entwicklung der Beziehung Eltern-Kind		Tragfähiges Arbeitsbündnis mit den Eltern		Kooperation gelungen	
	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
Fall 1	x		x		x		x		x			x
Fall 2	x		x		x		x		x		x	
Fall 3		x		x		x		x		x		
Fall 4	x		x		x		x			x		
Fall 5	x		x			x	x		x			
Fall 6	x		x			x		x		x		
Fall 7	x		x			x	x		x			x
Fall 8	x		x		x		x			x		
Fall 9		x		x		x		x		x		x
Fall 10	x		x		x		x		x		x	
Fall 11	x		x		x		x		x		x	
Fall 12	x		x		x		x			x	x	
Fall 13	x		x		x		x			x	x	
Fall 14	x		x			x	x			x	x	
Fall 15		x		x	x			x		x		
Fall 16	x		x		x		x			x	x	
Summe	13	3	13	3	10	6	12	4	6	10	7	3

Weiterhin wurde die Zielsetzung in 9% aller Fälle mehr als ein Mal verändert. Dies kann als weiterer Hinweis auf die fehlende Passgenauigkeit der Hilfen für die Problemlagen der Familien gewertet werden, da bei mehrmaligen Veränderungen

davon ausgegangen werden kann, dass z.B. aufgrund unklarer Ausgangslagen mehrfach Anpassungen vorgenommen werden mussten.

6.6. Hat die Jugendhilfe mit anderen Leistungsträgern / Institutionen kooperiert?

Die jeweiligen Fallführungen kooperierten vorwiegend mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der freien Träger der Jugendhilfe und freiberuflichen Mitarbeiterinnen des Gesundheitswesens (Hebammen, Kinderkrankenschwestern), das heißt mit den Ausführenden der Hilfe. Daneben waren die jeweiligen Dienste des Jugend- und des Gesundheitsamtes (z.B. Pflegekinderdienst, sozialpädiatrischer Dienst) sowie niedergelassene Kinderärztinnen und Kinderärzte sowie und Kinderkliniken häufige Kooperationspartner. Kinderschutzstellen, Sozialpädiatrische Zentren und Behandlungsstellen für Erwachsene folgen in etwa gleicher Anzahl. Zuletzt folgte die Kooperation mit der Frühförderung, eine Kooperation mit der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie hat nicht stattgefunden. Unter der Rubrik „Sonstige“ wurden z.B. Polizei und Familiengerichte zusammengefasst.

Die Kooperation bezog sich auf die gegenseitige Information, Austausch über Entwicklungen, Koordination von Maßnahmen und der Beteiligung an der Hilfeplanung. In ähnlicher Weise wurde die Kooperation mit Pflegern, Vormündern und dem Pflegekinderdienst gestaltet. Demgegenüber bezog sich die Kooperation mit Kinderärztinnen und Kinderärzten, Kinderkliniken, Behandlungsstellen für Erwachsene, Kinderschutzstellen, Sozialpädiatrischen Zentren und der Frühförderung in der Regel auf spezifische Themen, meist im Sinne eines Auftrages und der Rückmeldung dazu oder mit der Bitte um Information. Eine direkte Beteiligung an der Hilfeplanung fand meist nicht statt. In Einzelfällen wurden Vertreter der Einrichtungen angefragt, die Beteiligung wurde aus Zeitgründen abgelehnt. Die Kooperation mit dem Familiengericht, das immerhin in elf Fällen involviert war, beschränkte sich laut Aktenlage auf Anträge zum Sorgerechtsentzug und der Rückmeldung in Form des Urteils. Die Polizei wurde im Zusammenhang mit der Ausführung von Inobhutnahmen erwähnt.

Kooperationspartner der Jugendhilfe

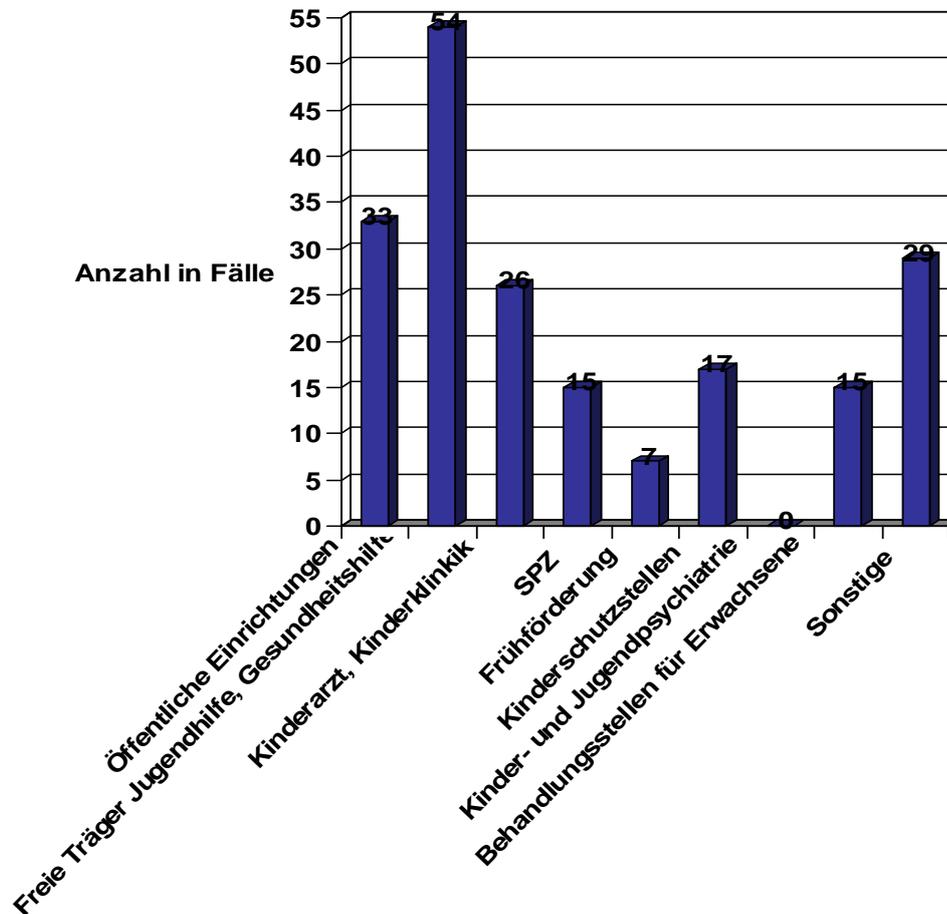


Abbildung 4. Kooperationspartner der Jugendhilfe

In 94% der Fälle fand die Kooperation mit mehreren Partnern statt, nur in drei Fällen war die sozialpädagogische Familienhilfe einziger Kooperationspartner.

6.7. Was war das Ergebnis des Hilfeprozesses?

Aus der Perspektive des Kindes betrachtet hat die Hilfe in einer abschließenden Beurteilung bei allen Kindern positive Veränderungen ausgelöst, indem zum Zeitpunkt des Endes der Akten ein positiver Rahmen für die Entwicklung des Kindes geschaffen werden konnte, stabile Rahmenbedingungen für das Kind ermöglicht wurden und bei Fremdunterbringung der Kontakt zu den Eltern überwiegend auf der Grundlage der Bedürfnisse des Kindes vereinbart wurde. Dies zeigte sich in einer positiven Tendenz in der Bewertung der Erscheinung der Kinder, Schwierigkeiten

konnten behoben werden, und Rückstände konnten verringert oder aufgeholt werden.

Dennoch zeigte sich an verschiedenen Stellen des Hilfeprozesses, dass die Weiterentwicklung der Hilfe nicht immer konsequent verfolgt wurde, dass aus der Sicht der frühkindlichen Entwicklung teilweise zu lange Zeiträume verstrichen, bis auf der Grundlage vollständiger Informationen entsprechende Interventionen stattfinden konnten. Kritische Punkte sind hier die Phase des Beginns der Hilfe mit Anamnese, Diagnosestellung und Prognose und im Hilfeverlauf die Güterabwägung zwischen Entwicklungschancen für das Kind und Entwicklungschancen für die Eltern.

Im Einzelnen wurde die kindliche Entwicklung im Hilfeprozess durch die Fallführung eingeschätzt:

- 17-mal positiv bei Aufenthalt des Kindes in der Familie (einmal Übergang zu negativ in der Familie)
- 20-mal positiv durch Fremdunterbringung des Kindes (einmal Übergang zu positiv in der Familie)
- 9-mal verzögerte Entwicklung des Kindes durch die Bedingungen in der Familie
- 3-mal verzögerte/behinderte Entwicklung durch gesundheitliche Einschränkungen des Kindes
- 2-mal negative Entwicklung des Kindes in der Familie (zweimal Übergang zu positiv durch Fremdunterbringung)
- keine Beschreibung der Entwicklung des Kindes in der Fremdunterbringung

Hier kam es zu einer Doppelung in der Beurteilung der kindlichen Entwicklung, da die Fallführung die Entwicklungsverzögerung des Kindes in Einschränkungen des Kindes und in den Bedingungen in der Familie begründet sah.

Die elterlichen Entwicklungen wurden von der jeweiligen Fallführung wie folgt eingeschätzt:

- 18-mal positiv mit dem Kind (einmal Übergang zu negativ mit dem Kind)
- 6-mal positiv bei Fremdunterbringung des Kindes
- 5-mal negativ mit dem Kind (einmal die Mutter, Vater übernimmt)
- 11-mal negativ bei Fremdunterbringung des Kindes (einmal Übergang zu krisenhaft)

- 6-mal krisenhaft beurteilt.

Auch hier kommt es zu Doppelungen in der Einschätzung der Fallführung, wenn die elterliche Entwicklung vor und nach einer krisenhaften Entwicklung, vor und nach einer Fremdunterbringung oder unterschiedlich für Mutter und Vater beurteilt wurde.

Insgesamt wurde der Hilfebedarf in 24% der Fälle als abnehmend beschrieben, in 26% als zunehmend, in 9% als wechselnd durch Veränderungen in den äußeren Bedingungen und 15% wechselnd durch krisenhafte Verläufe. In weiteren 26% blieb der Hilfebedarf über den Verlauf gleich.

In 89% der Fälle wurden Wahrnehmungen der Gefährdung des Kindeswohls berücksichtigt. Daneben wurden bei 11% der Fälle diese Wahrnehmungen nicht ausreichend oder nicht zeitnah für die weitere Hilfeplanung berücksichtigt, insbesondere bei Eltern mit psychischen Beeinträchtigungen, psychischen Erkrankungen oder Suchterkrankungen. Dies muss als ein Grund für die hohe Zahl der Inobhutnahmen des Kindes (59%) mit berücksichtigt werden. Eine Güterabwägung wurde hierbei nur in einem Fall dokumentiert.

Die Dauer der Hilfen lag zwischen zwei Monaten (abgeschlossen) und circa sieben Jahren (nicht abgeschlossen). Sechs Hilfen waren zum Zeitpunkt der Untersuchung abgeschlossen, in drei Fällen lag ein Abschlussbericht vor.

Im Ergebnis konnten 15% der Familien ohne weitere Hilfen auskommen, 32% benötigten weitere ambulante Unterstützung, bei 19% fand eine Fremdunterbringung ohne Sorgerechtsentzug statt. In 35% der Fälle wurde das Familiengericht eingeschaltet, das Sorgerecht ganz oder teilweise entzogen und eine Fremdunterbringung eingeleitet.

7. Die aktuellen Wirkungen des Präventionsprogramms

Die aktuellen Wirkungen des Präventionsprogramms wurden im Hinblick auf die drei beteiligten Personengruppen, Kinder, deren Eltern und die professionellen Helfer, untersucht. Im Mittelpunkt stand die Perspektive der Kinder mit der Prüfung der Qualität des Hilfeverlaufs und der Effekte der angebotenen Unterstützung für die Entwicklung des Kindes. Zum Zweiten wurde die Zufriedenheit der Eltern mit der Gestaltung und dem Ablauf der angebotenen Unterstützung erfragt. Die Zufriedenheit der Eltern ist ein wesentliches Kriterium für die Annahme und die Akzeptanz von Hilfen und entscheidet letztlich mit darüber, ob die gewählten Maßnahmen zum Ziel führen. Dritter wichtiger Punkt war die Funktionalität der geschaffenen Strukturen zwischen den professionellen Helfern und die Zufriedenheit der Helfer mit den Wegen und der Qualität der Kooperation. Auch sie wurde spezifisch untersucht.

Neben der Analyse der aktuellen Wirkungen des Präventionsprogramms konnte in relevanten Aspekten wie

- den erreichten Zielgruppen,
 - dem Alter der Kinder zu Beginn der Hilfe,
 - der Hilfestaltung in Bezug auf die Art und Anzahl der eingesetzten Hilfen und
 - dem Ergebnis der Hilfen gemessen an der Anzahl der erfolgten Inobhutnahmen
- ein Vergleich mit den Ergebnissen der retrospektiven Aktenanalyse vorgenommen werden.

Für den Evaluationszeitraum vom 1. Februar 2007 bis 31. Dezember 2008 wurden 106 Kinder aus 95 Familien aufgrund besonderer psychosozialer und gesundheitlicher Risikolagen in die gemeinsame Arbeit von Gesundheits- und Jugendamt aufgenommen.

Darunter waren sieben Zwillinge und zwei Drillinge (insgesamt 20 Mehrfachgeburten). Die Evaluation bezieht sich auf diese Kinder und ihre Familien. Bei 80 Kindern (75,5%) erfolgte die Begleitung sowohl durch die Jugendhilfe als auch durch die Gesundheitshilfe. In 17 Fällen (16%) war nur die Jugendhilfe involviert, neun Fälle (8,5%) wurden ausschließlich von der Gesundheitshilfe begleitet.

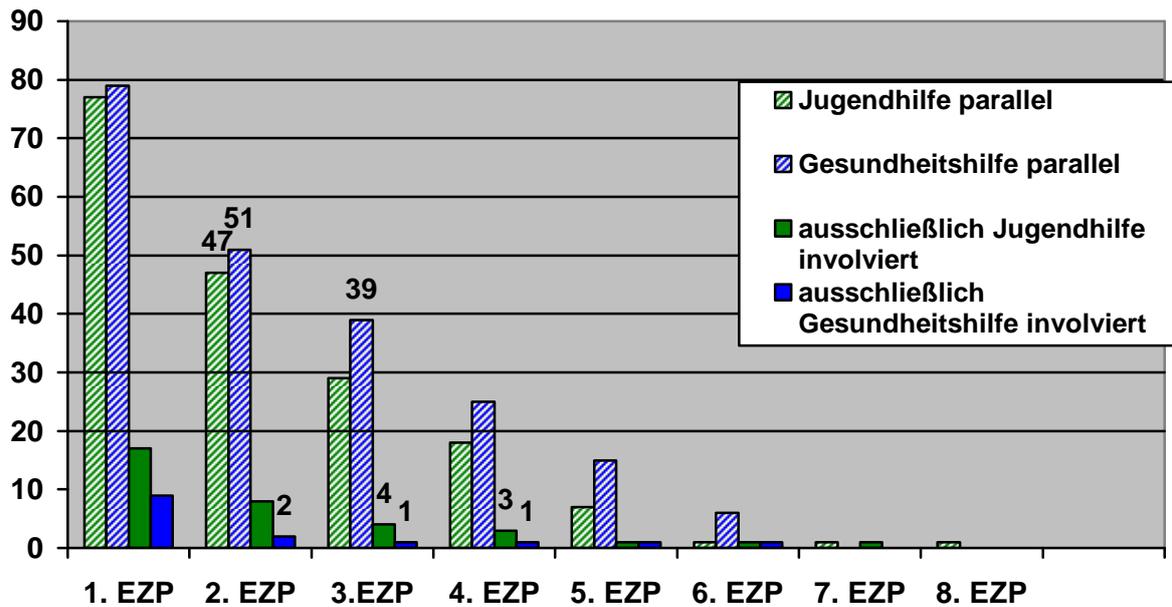


Abbildung 5. Anzahl der Hilfeplanbögen (in absoluten Zahlen) an den Erhebungszeitpunkten (EZP) über den Hilfeplanverlauf hinweg, auf Jugendhilfe/Gesundheitshilfe verteilt

Bei den Fällen, die gleichermaßen von Jugend- und Gesundheitshilfe betreut wurden, waren mindestens bei einem Hilfeplangespräch beide Hilfesysteme involviert. So wurde in vier Fällen das jeweils andere Hilfesystem erst später zugezogen (dreimal stieg die Jugendhilfe erst später in den Fall ein, einmal Gesundheitshilfe), und auch die Dauer der Begleitung konnte für Jugendhilfe und Gesundheitshilfe in demselben Fall unterschiedlich sein.

Durchschnittlich wurden von der Jugendhilfe 2,3 Hilfeplanbögen pro Fall ausgefüllt, die Verläufe erstreckten sich von einem bis im Einzelfall zu acht eingegangenen Hilfeplanbögen.

Ähnlich sind von der Gesundheitshilfe durchschnittlich 2,6 Hilfeplanbögen pro Fall eingegangen, mit Verläufen von einem bis maximal sechs Erhebungszeitpunkten.

In Abbildung 5 zeigt sich, dass seitens der Gesundheitshilfe die anfangs parallel betreuten Fälle länger begleitet wurden.

Die jeweils individuelle Begleitung über den Hilfeplanverlauf hinweg wie auch einzelne fehlende Daten bedingten Schwankungen in der Größe der Stichprobe (N) in den dargestellten Beschreibungen und Berechnungen.

7.1. Die Perspektive des Kindes - die Qualität und die Ergebnisse der Hilfeverläufe

Im Evaluationszeitraum wurden die Hilfeverläufe sukzessive mit Hilfe unterschiedlicher Instrumentarien dokumentiert und untersucht, um die Qualität und die Ergebnisse der Hilfen beurteilen zu können. Die eingesetzten Instrumente wurden mit den beteiligten Fachkräften entwickelt und abgesprochen um neben der Datenerhebung den Fachkräften einen möglichst hohen Nutzen zum Beispiel durch den Einsatz der Zielerreichungsskalen zu ermöglichen und gleichzeitig mögliche Belastungen zu reduzieren. Dazu gehörte auch, dass die Erhebungszeitpunkte an die Hilfeplangespräche angelehnt wurden.

Die Einschätzung der fachlichen Qualität der jeweiligen Hilfeplanungen und Hilfen für Säuglinge und Kleinkinder und ihrer Familien sollte vor dem Hintergrund empirisch abgesicherter Befunde und Standards geprüft werden. Im Einzelnen sind dies der möglichst frühe Einsatz von Hilfe- und Unterstützungsangeboten, die Passgenauigkeit der ausgewählten Angebote für die jeweilige individuelle familiäre Situation und die Beurteilung, zu welchem Grad die relevanten Ziele erreicht werden konnten.

Die verwendeten Instrumente wurden teilweise in Kooperation mit den Verantwortlichen des Projektes in Düsseldorf eigens entwickelt, teilweise wurden erprobte Instrumente eingesetzt. Folgende Instrumente wurden für die Dokumentation der Hilfeverläufe verwendet:

- Der **Hilfeplanbogen** enthält Termine der Hilfeplangespräche, die jeweiligen Teilnehmer, durchgeführte Diagnostik, eingesetzte Hilfen und die vereinbarten Ziele und wurde in Kooperation mit den Projektverantwortlichen entwickelt.
- Die **Zielerreichungsskalen für die frühe Kindheit** wurde für drei relevante Bereiche definiert (adäquate sozial-emotionale und körperliche Entwicklung, elterliche Erziehungskompetenz und Kontext und Lebenssituation) mit der Möglichkeit, weitere individuelle Ziele zu vereinbaren. Hierfür wurde ein bestehendes Instrument weiter entwickelt (Ziegenhain, Lutz 2005).
- Die **Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung/globale Einschätzung und Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus (GAF)** handelt es sich um ein bewährtes Instrument zur Einschätzung der psychischen, sozialen und

schulisch/beruflichen Leistungsfähigkeit in den Bereichen Familie, Schule/Beruf, und Kontakten mit Freunden.

Die Darstellung der Ergebnisse orientiert sich im Weiteren an den eingangs formulierten Fragestellungen an die Evaluation.

7.1.1. Wie viele Familien wurden durch das Programm erreicht?

Für die Zahl von Kindern, die in Situationen mit Risiken für ihre gesunde Entwicklung aufwachsen, liegen keine gesicherten Daten vor. Legt man die geschätzten Zahlen von 15-20% der Kinder mit Risiken zugrunde, ergibt sich für Düsseldorf bei einer Geburtenzahl von etwa 5300 Kindern pro Jahrgang eine Gesamtzahl von circa 800-1000 Kindern, für die Unterstützungs- und Hilfebedarf angenommen werden kann. Etwa 10% (80-100 Einzelfälle) davon sind als Hochrisikosituationen anzunehmen, das heißt es liegen in der Lebenssituation der Kinder kumulierte Risiken vor.

Seit dem Projektstart am 1. Juni 2005 bis zum 28. Februar 2009 (3;9 Jahre) wurden 899 Kinder mit Risiken in das **Präventionsprogramm der Gesundheitshilfe** angemeldet. Bei 59 Kindern konnte die Betreuung in dieser Zeit abgeschlossen werden, so dass zum Ende des benannten Zeitraums 840 Kinder in der Gesundheitshilfe betreut wurden. In diesem Zeitraum wurden 217 Kinder in besonderen psychosozialen Risikolagen gemeinsam im **Präventionsprogramm von Jugendhilfe und Gesundheitshilfe** betreut.

Aus diesen Zahlen wird deutlich, dass im genannten Zeitraum etwa ein Drittel bis ein Viertel der geschätzten Bedarfsfälle von der Gesundheitshilfe erreicht werden konnten. Die gemeinsam mit der Jugendhilfe betreuten Fälle (N=217) machten etwa 5-7% des geschätzten Gesamtbedarfs aus. Da in diesen Fällen entsprechend der Zugangskriterien von kumulierten Risiken im gesundheitlichen und psychosozialen Bereich auszugehen ist, kann hier von einem beachtlichen Erfolg des Präventionsprogramms gesprochen werden.

7.1.2. Welche Zielgruppen wurden erreicht?

Die Indikationen für die Aufnahme ins Gesamtprogramm

Im Jahr 2001 wurden 216 Einzelbetreuungen durch den Sozialpädiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes ausgewertet. Die Gründe für die Betreuungsarbeit lagen in der Unsicherheit der Mutter/Eltern bezüglich der Pflege und Erziehung des Kindes

(80%), chronischen Erkrankungen und Behinderungen (16%) und der Versorgung von Frühgeborenen (14%).

Für die 840 Kinder, die bis Februar 2009 seit Projektbeginn im Rahmen des Gesamtprogramms betreut wurden, zeigten sich dem gegenüber deutlich veränderte Indikationsstellungen. An erster Stelle der erreichten Zielgruppen stellten sich benannte soziale Belastungen der Familien dar. Weiterhin sind junge Mütter im Alter von 18 bis 20 Jahren, Alleinerziehende und jugendliche Mütter häufig im Programm aufgenommen worden. Familien mit bekannten Gewalterfahrungen, psychischen Erkrankungen der Mutter oder Drogenabhängigkeit bzw. Substitution wurden ebenfalls ins Programm aufgenommen, sind jedoch erwartungsgemäß zahlenmäßig weniger vertreten.

Die Grafik zeigt die Verteilung der Risikolagen bei diesen Kindern.

**Verteilung der medizinischen und psychosozialen Risikolagen bei der Anmeldung der Mütter ins Präventionsprogramm bei 840 Kindern
(Mehrfachnennungen möglich)**

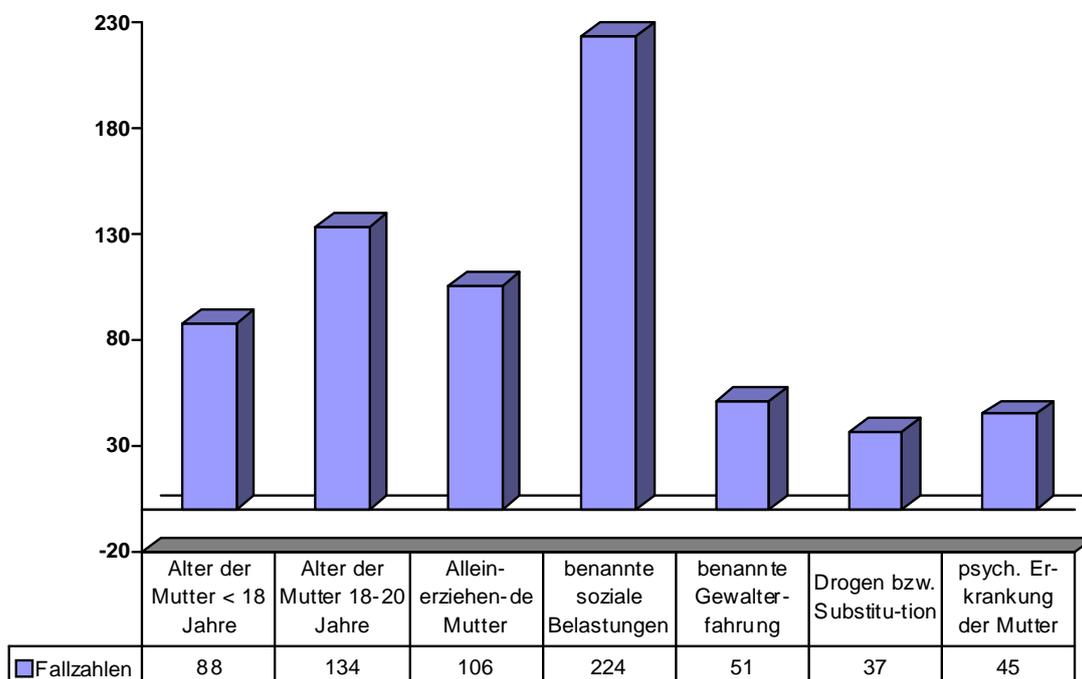


Abbildung 6. Die Verteilung der medizinischen und psychosozialen Risikolagen bei der Anmeldung der Mütter ins Präventionsprogramm bei 840 Kindern (Quelle: Pölln 2009)

Die Übersicht verdeutlicht, dass über das Programm Kinder aus Familien mit klaren Risikofaktoren erreicht werden konnten, insbesondere auch Kinder aus Familien, die im Allgemeinen schwer für Hilfen und Unterstützung zu erreichen sind.

Im Folgenden wird über die 106 Kinder aus 95 Familien der Evaluation berichtet, die aufgrund besonderer psychosozialer und gesundheitlicher Risikofaktoren gemeinsam von Gesundheits- und Jugendamt betreut wurden.

Die Indikationen für die gemeinsame Betreuung der Gesundheits- und der Jugendhilfe (Stichprobe der Evaluation)

Anhand der (von Jugendhilfe und/oder Gesundheitshilfe) dokumentierten Diagnosen der Kinder und ihrer Eltern, ließen sich folgende Risikogruppen unterscheiden. Mehrfachnennungen waren dabei möglich.

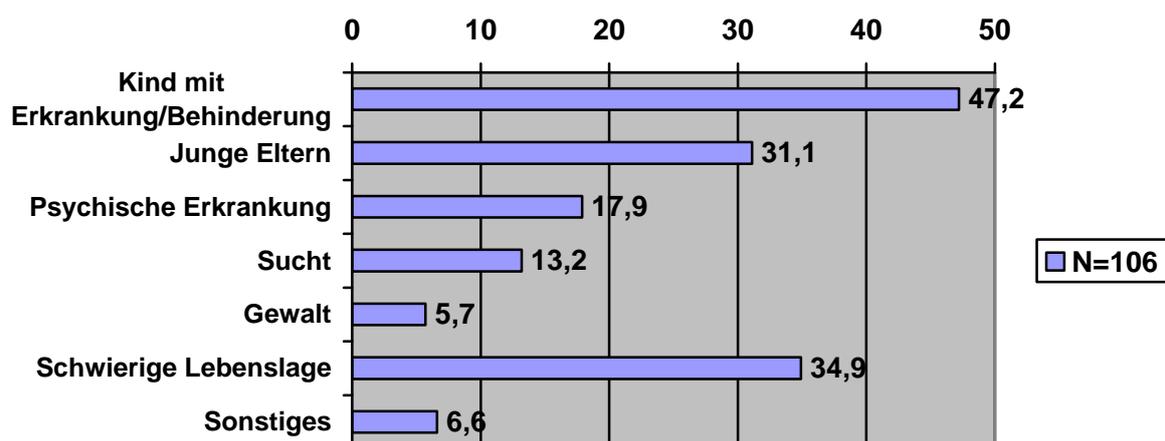


Abbildung 7. Risikogruppen in Prozentangaben, Mehrfachnennungen möglich (N=106)

In 47,5% handelte es sich um Kinder mit (drohenden) Behinderungen oder Erkrankungen. In dieser Gruppe fanden sich vorrangig Frühgeburten (mit teilweise damit zusammenhängenden weiteren medizinischen Befunden), Neugeborene die mit einer Entzugssymptomatik zur Welt kamen und/oder deren Größe oder Gewicht für ihr Lebensalter zu niedrig waren.

In 31,1% der Fälle handelte es sich um junge Eltern (Minderjährige Eltern und Eltern von 18 bis 20 Jahren). Bei 17,9% der Mütter bzw. Eltern lag eine psychische Erkrankung vor, 13,2% hatten eine Suchtproblematik. 34,9% der Eltern befanden sich in schwierigen Lebenslagen (finanzielle Schwierigkeiten, alleinerziehende

Mütter, Eltern mit Migrationshintergrund). Gewalterfahrungen wurden in 5,7 % der Fälle genannt. In 6% der Fälle lagen weitere Risiken vor.

Viele Familien des Evaluationszeitraums fallen in mehr als eine Risikogruppe, wie die folgende Grafik (Abbildung 8) veranschaulicht. 36,7% der Fälle lassen sich einer Risikogruppe zuordnen. 42,4% fallen in zwei Risikobereiche, 8,5% befinden sich in drei Risikogruppen, und 1,9% fallen in vier verschiedene Risikogruppen. Bei 8,5 % der Fälle ließen die Diagnosen von Kind und Eltern keine Zuordnung in die Risikogruppen zu.

Die Tatsache, dass in etwas mehr als der Hälfte der Fälle zwei oder mehr Risikofaktoren gleichzeitig zum Tragen kamen, verdeutlicht, dass mit dem Präventionsprogramm hoch belastete Familien erreicht werden konnten.

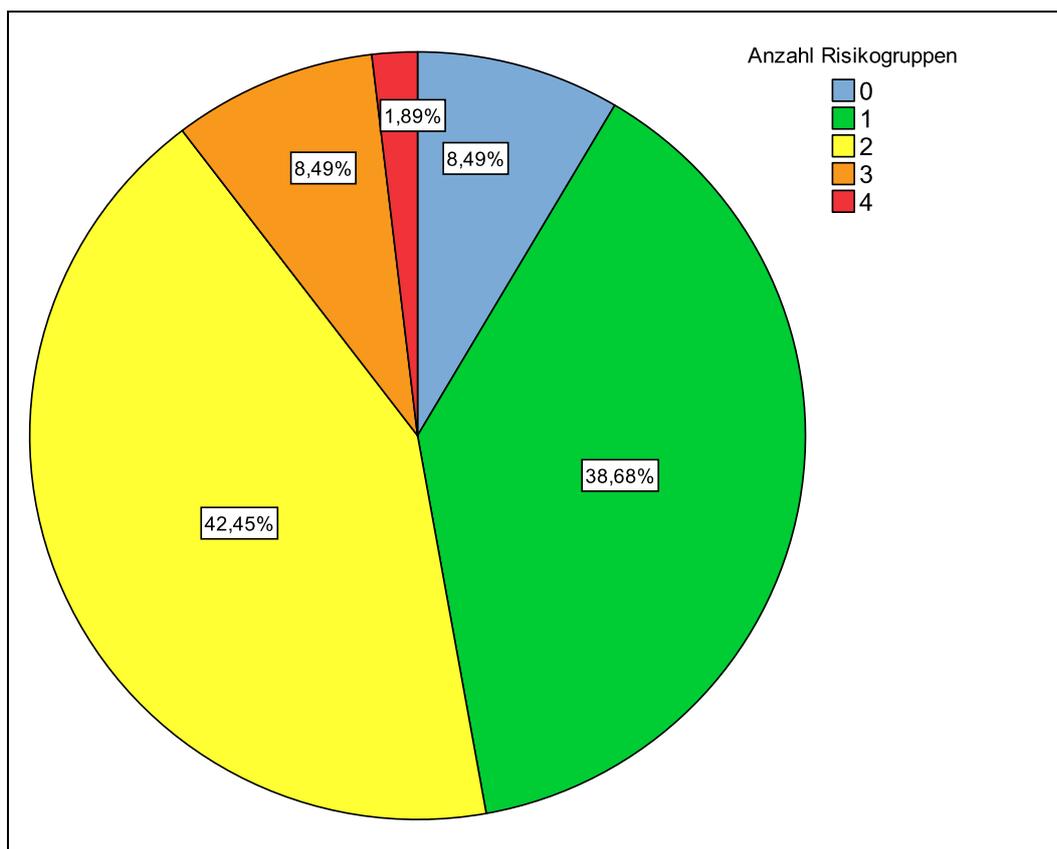


Abbildung 8. Anzahl der zugeordneten Risikogruppen (N=106)

Das Alter der Kinder

Das durchschnittliche Alter zum Zeitpunkt des ersten Hilfeplangesprächs (N=98) betrug 3,48 Monate (Standardabweichung=4,95). Der früheste Zeitpunkt des HilfeEinstiegs war sieben Monate vor Geburt des Kindes, im Fall mit dem spätesten Beginn der Hilfe war das Kind zweieinhalb Jahre alt.

Tabelle 3. Alter des Kindes beim ersten Hilfeplangespräch in Monaten

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Alter in Monaten	98	-7	30	3,48	4,95

5,1% der Fälle wurden schon während der Schwangerschaft betreut. In den meisten Fällen (46,9%) fand das erste Hilfeplangespräch in den ersten drei Lebensmonaten der Kinder statt. 31,6% waren zwischen vier und sechs Monaten und 12,2% der Kinder zwischen sechs und 12 Monaten alt. In Einzelfällen waren die Kinder beim ersten Hilfeplangespräch im 2. Lebensjahr (2%) oder schon im 3. Lebensjahr (2%).

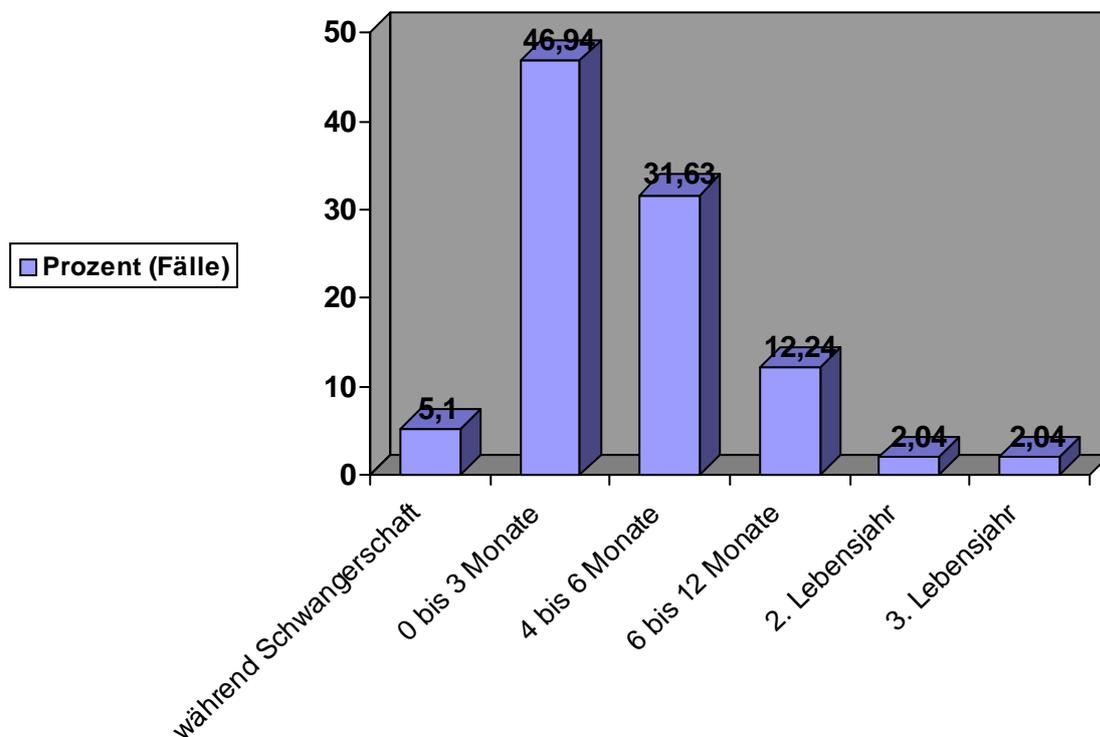


Abbildung 9. Alter zum Zeitpunkt des ersten Hilfeplanbogens in Prozent (N=98)

7.1.3. Wie wird der Hilfeprozess in Bezug auf den zeitlichen Verlauf gestaltet?

Abgesehen von den nur einmalig stattfindenden Hilfeplangesprächen betrug die gesamte Zeitspanne des Hilfeplanverlaufs durchschnittlich 31 Wochen (Standardabweichung=21,7) in der Jugendhilfe bzw. 32 Wochen (Standardabweichung=20,7) in der Gesundheitshilfe. Der am längsten begleitete Fall dauerte ein Jahr und 32 Wochen in der Jugendhilfe bzw. ein Jahr und 36 Wochen in der Gesundheitshilfe.

Es zeigten sich damit relativ lange Abstände zwischen den einzelnen Hilfeplan-Konferenzen. So fanden die Gespräche im Durchschnitt in Abständen von sechs bis 21 Wochen in der Jugendhilfe bzw. von neun bis 18 Wochen in der Gesundheitshilfe statt.

Tabelle 4. Zeitspannen zwischen den einzelnen Hilfeplanbögen (HPB) bzw. zwischen erstem und letztem Hilfeplanbogen in Wochen

		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Jugendhilfe	Zeitspanne 1.HPG-2.HPG	51	1	56	12,82	11,587
	Zeitspanne 2.HPG -3.HPG	28	4	36	13,71	9,11
	Zeitspanne 3.HPG -4.HPG	19	2	41	19,21	9,82
	Zeitspanne 4.HPG -5.HPG	7	7	42	16,14	12,67
	Zeitspanne 5.HPG -6.HPG	2	9	33	21,00	16,97
	Zeitspanne 6.HPG -7.HPG	2	14	18	16,00	2,83
	Zeitspanne 7.HPG -8.HPG	1	6	6	6,00	
	Dauer 1.HPG-letzter HPG	52	3	84	31,15	21,68
Gesundheitshilfe	Zeitspanne 1.HPG-2.HPG	51	2	28	9,94	6,18
	Zeitspanne 2.HPG -3.HPG	41	2	26	11,71	6,96
	Zeitspanne 3.HPG -4.HPG	24	3	36	14,54	7,56
	Zeitspanne 4.HPG -5.HPG	16	2	42	18,44	12,03
	Zeitspanne 5.HPG -6.HPG	6	1	19	8,83	7,14
	Dauer 1.HPG-letzter HPG	51	4	88	32,47	20,73

Diese Werte sowie die Minimum und Maximum Werte sind allerdings auf ihre Richtigkeit hin zu hinterfragen, da die Fragebögen uneindeutig ausgefüllt wurden und sie nicht mit Sicherheit klären ließ, ob das Datum des Hilfeplangesprächs immer dem Datum des Ausfüllens der Fragebögen entsprach.

7.1.4. Wie erfolgt die Klärung der erforderlichen Unterstützungs- und Hilfemaßnahmen?

Diagnostik des Kindes

Am häufigsten erfolgte eine pädiatrische Diagnostik (in 47,2 % der Fälle). In jeweils 6,6% wurden kinderneurologische/entwicklungsneurologische Diagnostik und Diagnostik in der Augenheilkunde genannt. In weiteren 5,7% der Fälle erfolgte eine Bindungsdiagnostik, in 3,8% eine entwicklungspsychologische Diagnostik. Mit Prozentsätzen unter 3% wurden Psychosoziale Diagnostik, Pädaudiologie, andere medizinische Diagnostik und Diagnostik bei häuslicher Gewalt genannt. Sonstige Nennungen waren „Einschätzung der Hebamme“, „Einschätzung Jugendamt“, Kardiologie und pränatale Diagnostik, Logopädie, Physiotherapie, Frühförderung) (siehe Abbildung 10).

Auffällig ist, dass auf die Frage nach der erfolgten Diagnostik am häufigsten eine pädiatrische Diagnostik genannt wurde, obwohl in der Jugendhilfe mit dem Stuttgart-Düsseldorfer Diagnoseinstrument in fast allen Fällen eine diagnostische Abklärung zum Vorliegen von Risikofaktoren bei Kindeswohlgefährdung erfolgte, die jedoch nicht benannt wurde (s. Kap. 7.1.8).

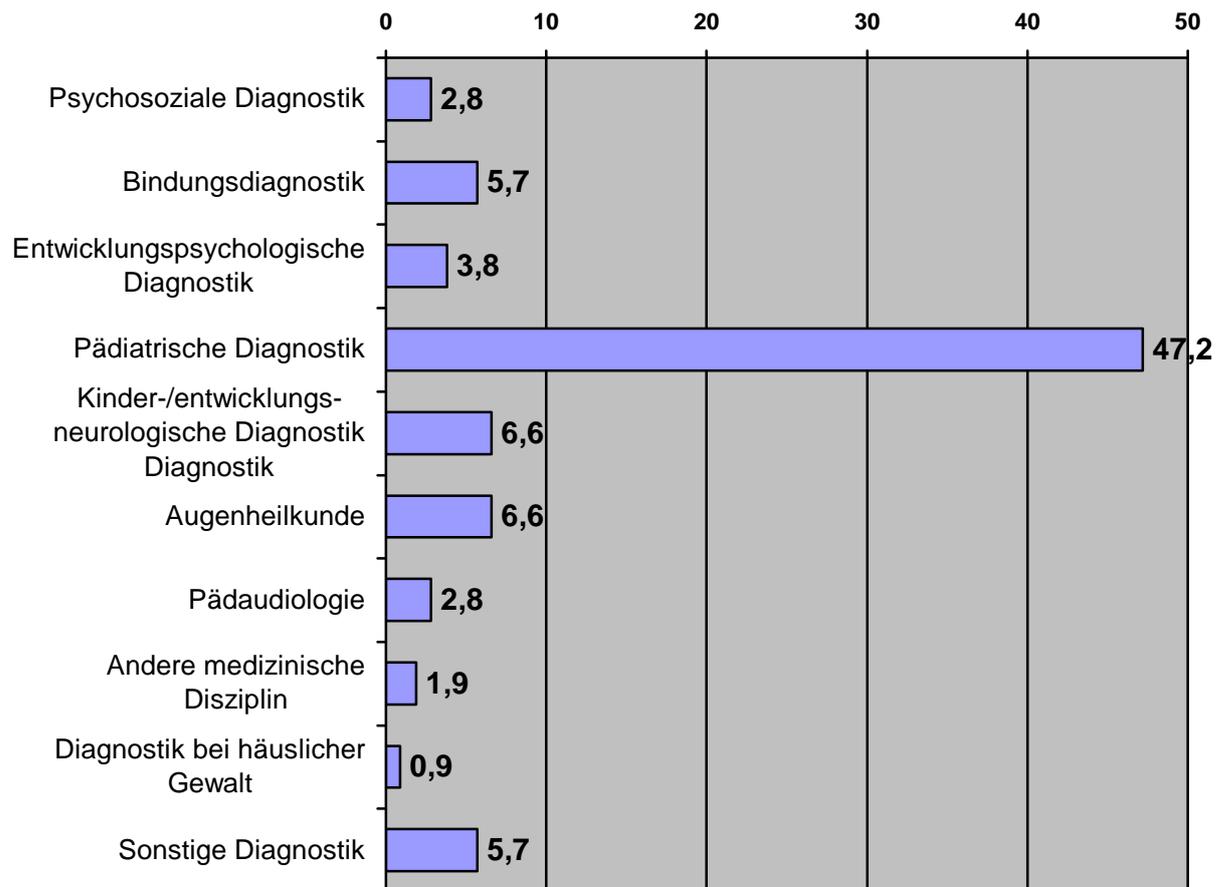


Abbildung 10. Erfolgte Diagnostik beim Kind (erstes Hilfeplangespräch) in Prozentangaben (N=106), Mehrfachnennungen möglich

Diagnostik der Eltern

Am häufigsten erfolgte mit 18% eine psychiatrische Diagnostik (davon 12,7 % ambulant, 5,3% stationär). In 8,5% wurde Diagnostik bei Sucht und Suchterkrankungen genannt. In weiteren 4,7% lag eine medizinische Diagnostik und in 3,8% eine Bindungsdiagnostik vor. Diagnostik bei Gewalt und Traumatisierung wurde in 1,9% und Psychosoziale Diagnostik in 0,9% durchgeführt. In 10,4 % der Fälle erfolgte sonstige Diagnostik (Clearing, Einschätzung der Hebamme, Einschätzung des Jugendamtes, Einschätzung des Jugendamt-Vormunds, Einschätzung durch das Gesundheitsamt, sozialpsychiatrischer Dienst, Diagnostik durch die Beratungsstelle für chronisch Kranke und Psychotherapie).

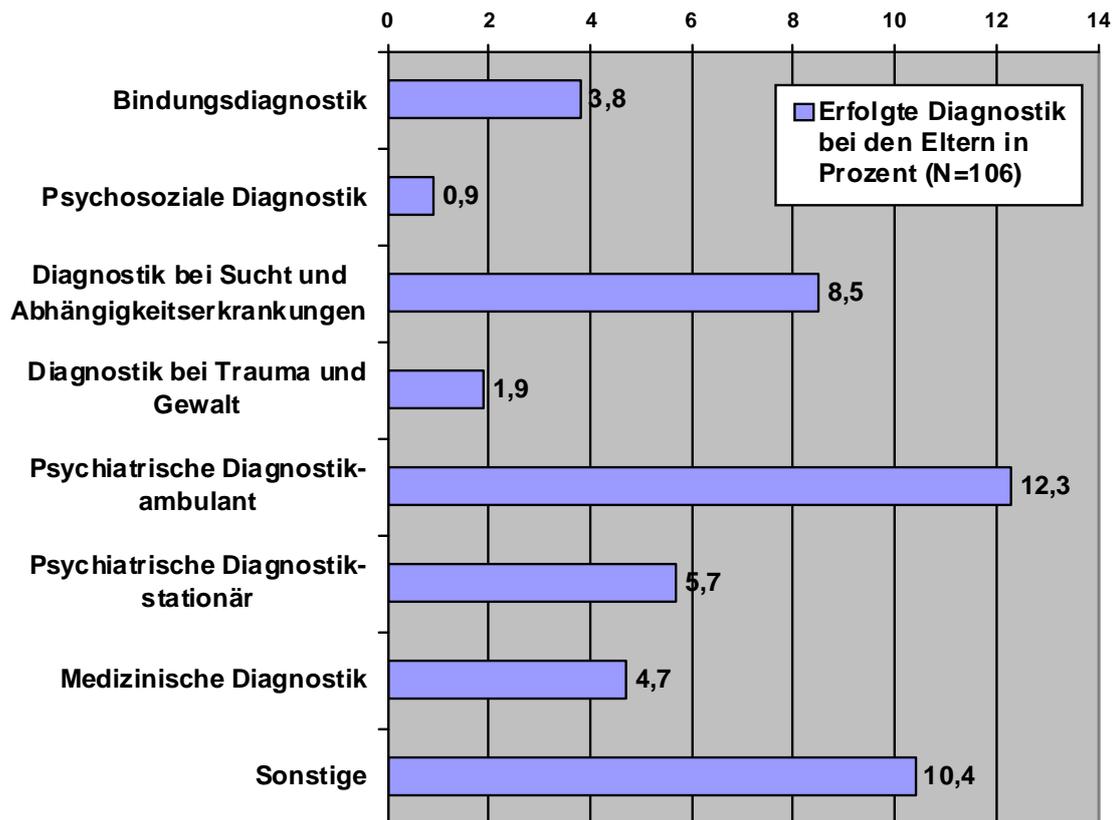


Abbildung 11. Erfolgte Diagnostik bei den Eltern beim ersten Hilfeplangespräch, in Prozentangaben, Mehrfachnennungen möglich

Die Zahlen zur Diagnostik der Kinder als auch zur Diagnostik der Eltern weisen auf wenig, in vielen Fällen gar keine erfolgte Diagnostik zum Zeitpunkt des ersten Hilfeplanbogens hin.

In die Hilfeplanung eingehende Quellen

Die Auswertung der Frage nach den Befunden bzw. Informationen, die in die Hilfeplanziele eingingen, ergab, dass in Fällen mit erfolgter standardisierter Diagnostik diese in der Zielfindung oft keine Berücksichtigung mehr fand. So wurde standardisierte Diagnostik nur noch von 16,9% in der Jugendhilfe genannt und lag mit 4,5% in der Gesundheitshilfe sogar an letzter Stelle der Nennungen.

Daneben gaben die befragten Personen in der **Jugendhilfe** an, dass beim ersten Hilfeplangespräch in 14,6% der Fälle Informationen aus nicht standardisierter Diagnostik (z.B. Anamnese) in die Hilfeplanziele eingingen. 57,3% bezogen Informationen aus allgemeinen Beobachtungen mit ein und 20,2% Informationen aus Akten. In 3,2% der Fälle wurden sonstige Informationen angegeben.

In der **Gesundheitshilfe** ging im Vergleich zur Jugendhilfe weniger standardisierte Diagnostik in die Zielfindung der Hilfeplanung ein, dafür aber wurde nicht standardisierte Diagnostik in 71,6% der Fälle berücksichtigt. Auch fanden die anderen Quellen mehr Beachtung. So gingen Informationen aus allgemeinen Beobachtungen in 94,3% und Informationen aus Akten in 51,1% der Fälle in die Zielfindung ein. Sonstige Informationen (meist aus Gesprächen mit anderen Hilfesystemen) wurden in 34,1 % angegeben.

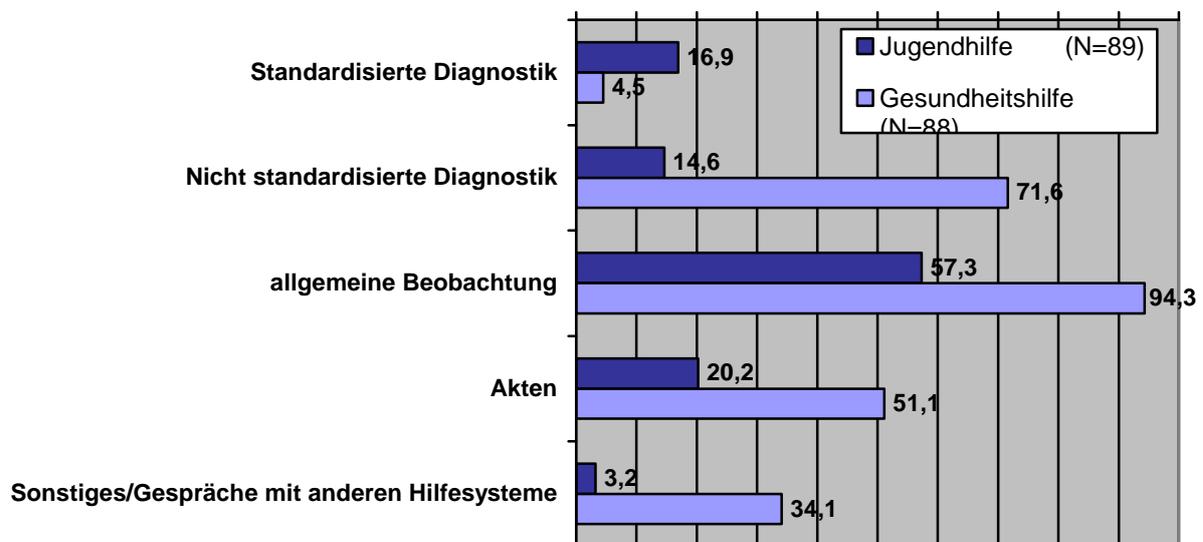


Abbildung 12. Quellen für die Zielfindung beim ersten Hilfeplangespräch in Jugendhilfe und Gesundheitshilfe, Mehrfachnennungen möglich (Angaben in Prozent)

7.1.5. Wie wird der Hilfeprozess in Bezug auf die eingesetzten Hilfen gestaltet?

Im Durchschnitt wurden 5,4 Hilfen pro Fall eingesetzt. Die maximale Zahl an Hilfen lag bei 12 (s. Tab. 5).

Tabelle 5. Anzahl der eingesetzten Hilfen im gesamten Verlauf, N=106

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Anzahl der eingesetzten Hilfen im gesamten Verlauf	106	0	12	5,44	2,615

Folgende Abbildung gibt einen Überblick über die Art der eingesetzten (bzw. beim ersten Hilfeplangespräch dokumentierten) Hilfen.

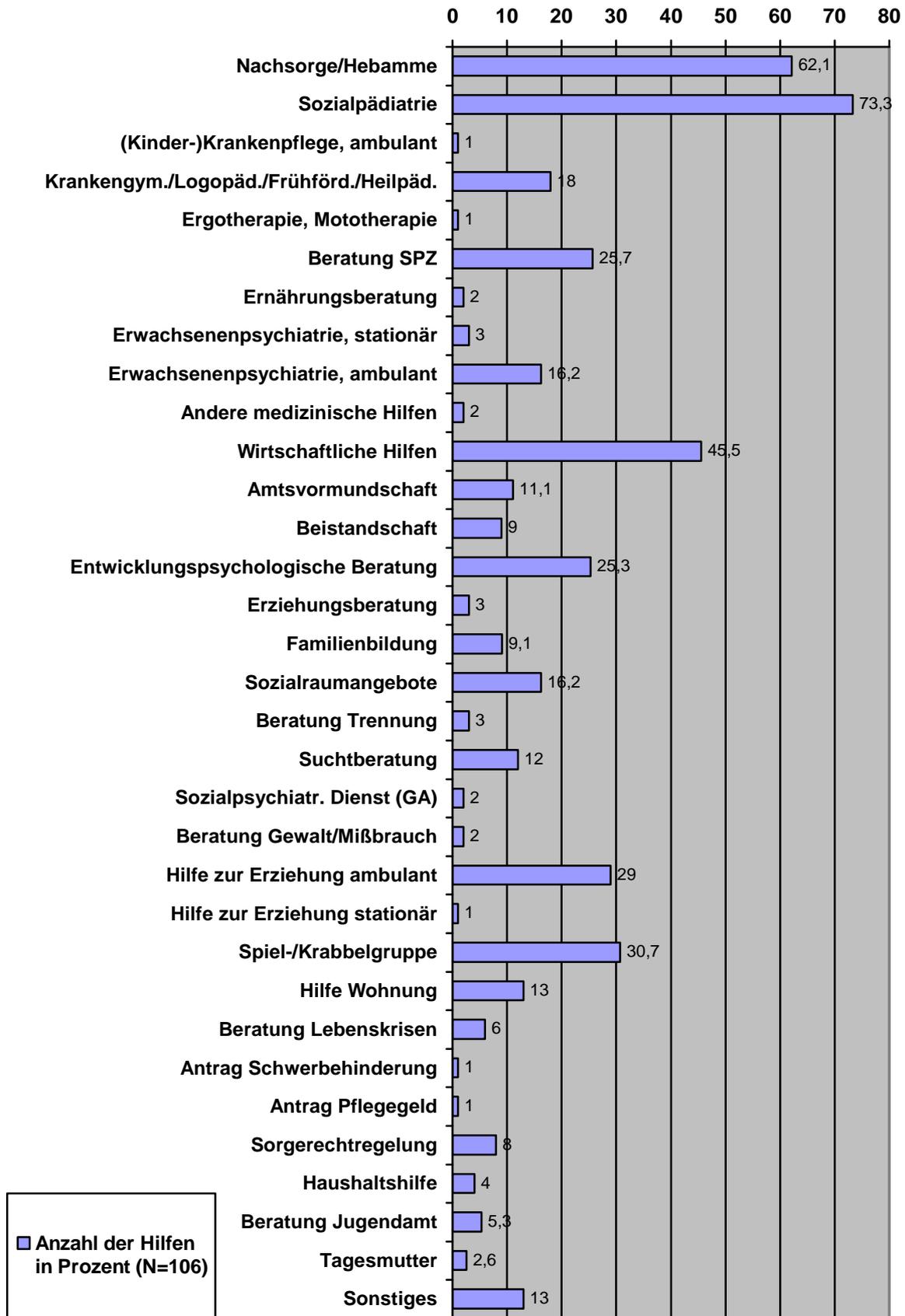


Abbildung 13. Zur Umsetzung genannte Hilfen im ersten Hilfeplangespräch, Angaben in Prozent

Zu den am häufigsten eingesetzten Hilfen zählten Nachsorge/Hebamme, Sozialpädiatrie, wirtschaftliche Hilfen, Beratung durch das Sozialpädiatrische Zentrum, Spiel-/Krabbelgruppe, Entwicklungspsychologische Beratung, Hilfen aus den Bereichen der Krankengymnastik, Logopädie, Frühförderung bzw. Heilpädagogik, ambulante Hilfe zur Erziehung, ambulante Angebote der Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie, Sozialraumangebote, Hilfen bzgl. der Wohnung, Amtsvormundschaft, Suchtberatung, Beistandschaft und andere (vgl. Abbildung 13).

Sonstige Nennungen waren Angebote wie „Fun Baby“ , Beratung bei der Berufsfindung, Fachkraft zur Unterstützung für psychisch kranke Mutter, flexible Hilfen, Integrationshilfe/Migrationshilfe, Mutter-Kind-Wohngruppe, Sehschule, Zahnarzt etc..

7.1.6. Welche Risikogruppen erhielten welche Hilfen im Verlauf der Betreuung durch das Programm?

Ziel dieser Auswertung war die Überprüfung, ob sich die Hilfen auf Grundlage des Risikos in der Familie unterscheiden. Beantwortet wird damit die Frage, ob die Hilfen passgenau auf die Bedürfnisse der Familie zugeschnitten wurden oder alle Familien unabhängig von ihrer Ausgangslage ähnliche Hilfen erhielten.

Alle an der Evaluation teilnehmenden Kinder und ihre Familien (N=104) wurden hierfür mit Hilfe der Diagnosen einer oder mehreren der im Projekt beschriebenen Risikogruppen zugeordnet (Erkrankung/Behinderung Kind, Sucht, psychische Erkrankung der Eltern, Gewalt, schwierige Lebenslage, junge Eltern, Sonstige). Neun Familien konnten anhand der angegebenen Diagnosen keiner dieser Risikogruppen zugeordnet werden (ohne Risikoangabe). Eine Familie konnte aufgrund der angegebenen Diagnosen im Hilfeplanbogen in mehrere Risikogruppen fallen. Die gewährten Hilfen wurden dann aber jeweils nur bezüglich der Haupt-Risikolage gezählt und nicht mehreren Risikogruppen zugeordnet, da es sonst zu unnötigen Überlappungen der Hilfen kommen würde.

In den folgenden Abbildungen wird dargestellt, welche Familien (d.h. mit welchen Risiken) welche Hilfen im Rahmen des Projekts erhalten haben. Es wurden für die Analyse alle Hilfen berücksichtigt, die die Familien im Hilfeprozess erhielten, egal zu welchem Zeitpunkt sie auf dem Hilfeplanbogen vermerkt wurden. Hilfen, die auf

mehrere Hilfeplanbögen einer Familie genannt wurden, wurden nur einmal für die Analyse gewertet.

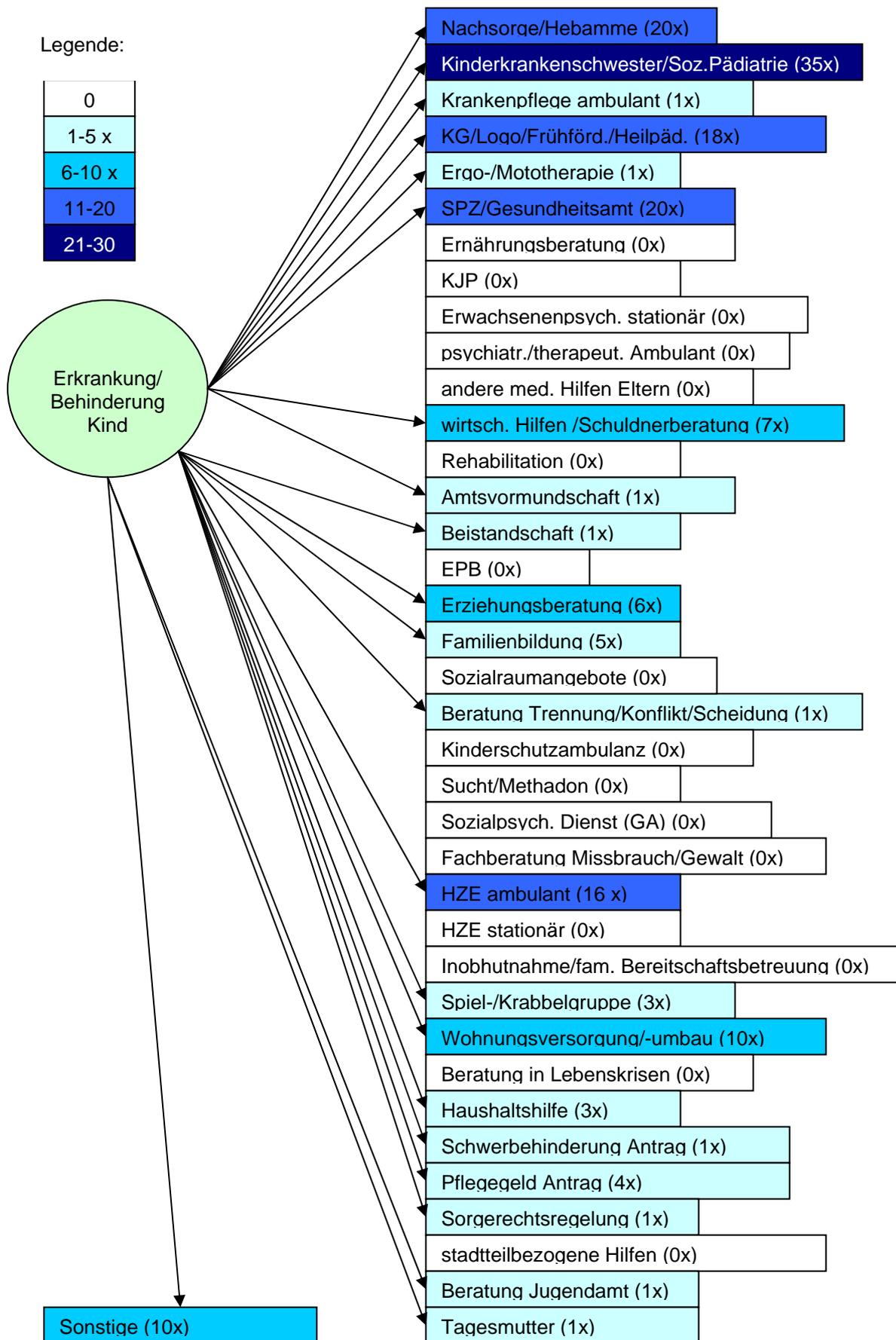


Abbildung 14. Welche Hilfen erhält die Risikogruppe „Erkrankung/Behinderung des Kindes“ (N=48 Familien)? Mehrfachnennungen bei den Hilfen möglich

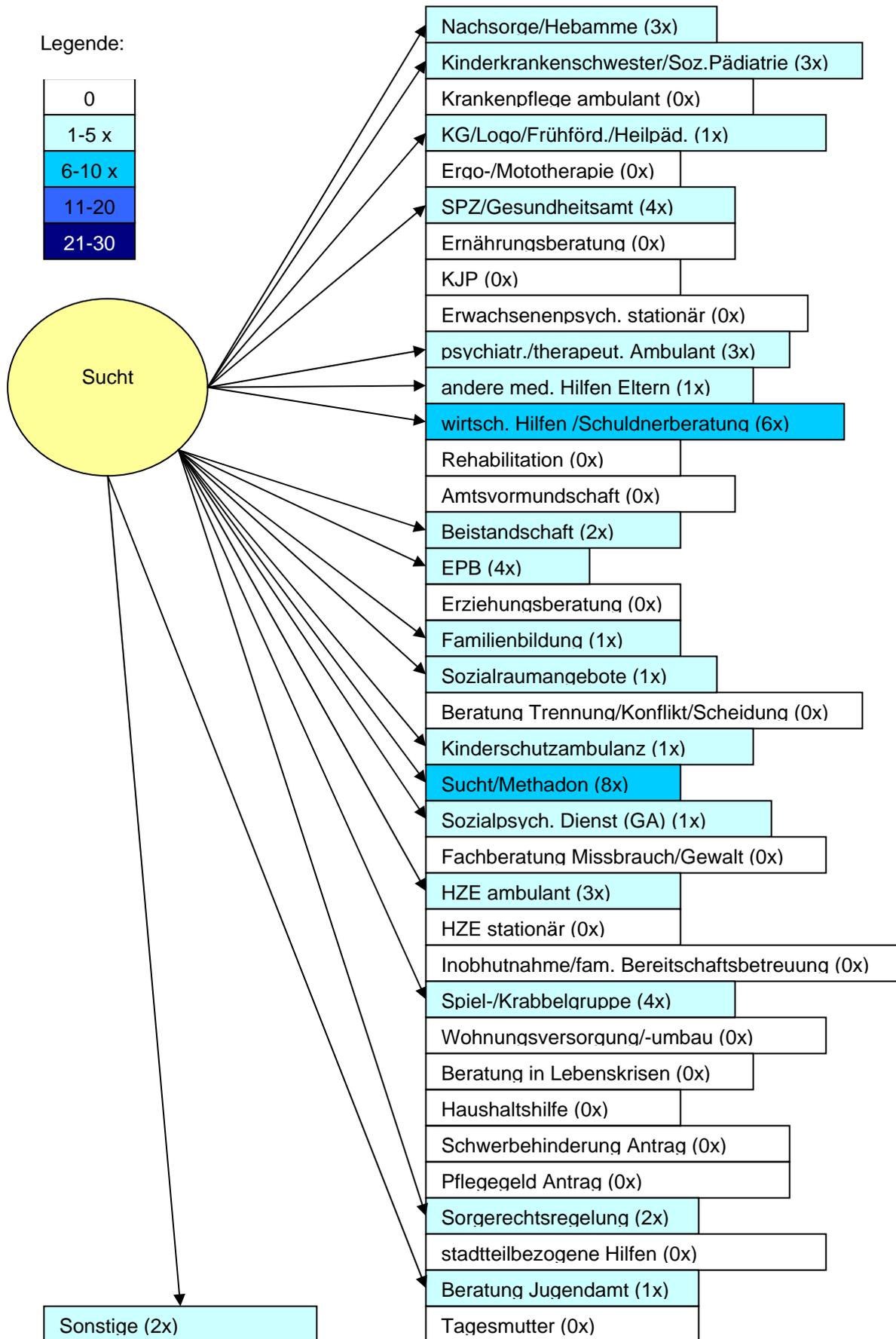


Abbildung 15. Welche Hilfen erhält die Risikogruppe „Sucht“ (N=14 Familien)? Mehrfachnennungen bei den Hilfen möglich

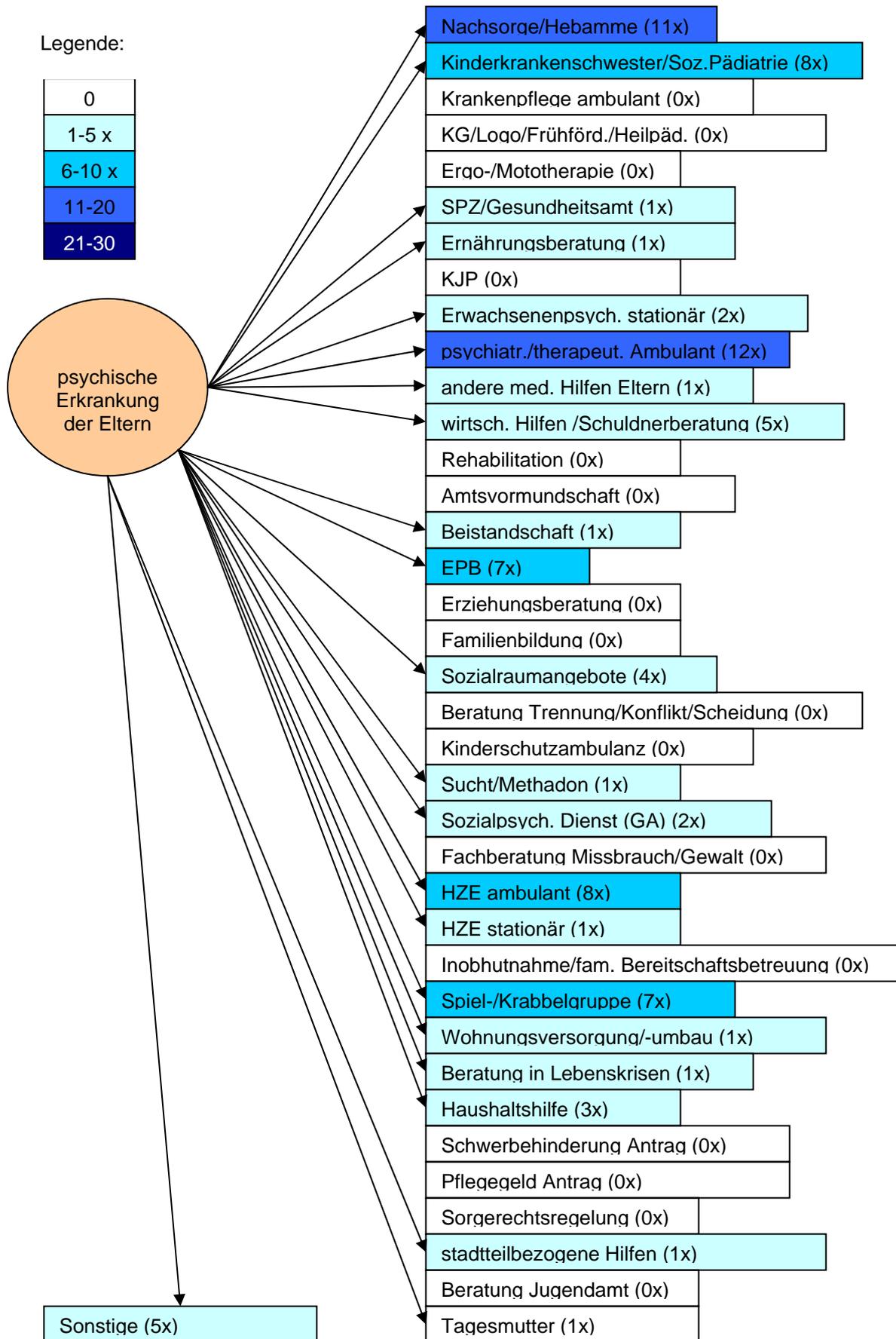


Abbildung 16. Welche Hilfen erhält die Risikogruppe „psychische Erkrankung der Eltern“ (N=19 Familien)? Mehrfachnennungen bei den Hilfen möglich

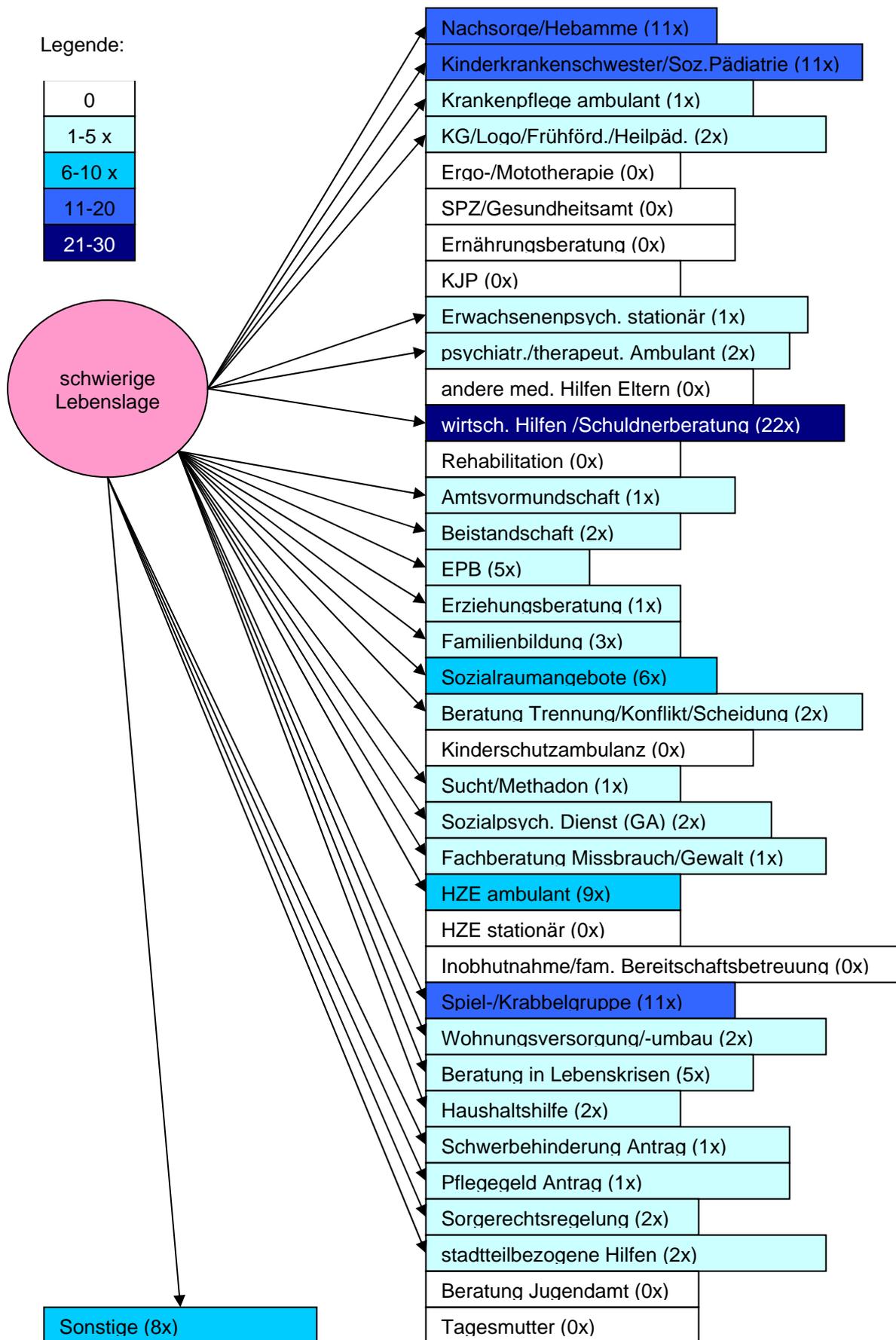


Abbildung 17. Welche Hilfen erhält die Risikogruppe „schwierige Lebenslage“ (N=37 Familien)?
Mehrfachnennungen bei den Hilfen möglich

Legende:

0
1-5 x
6-10 x
11-20
21-30

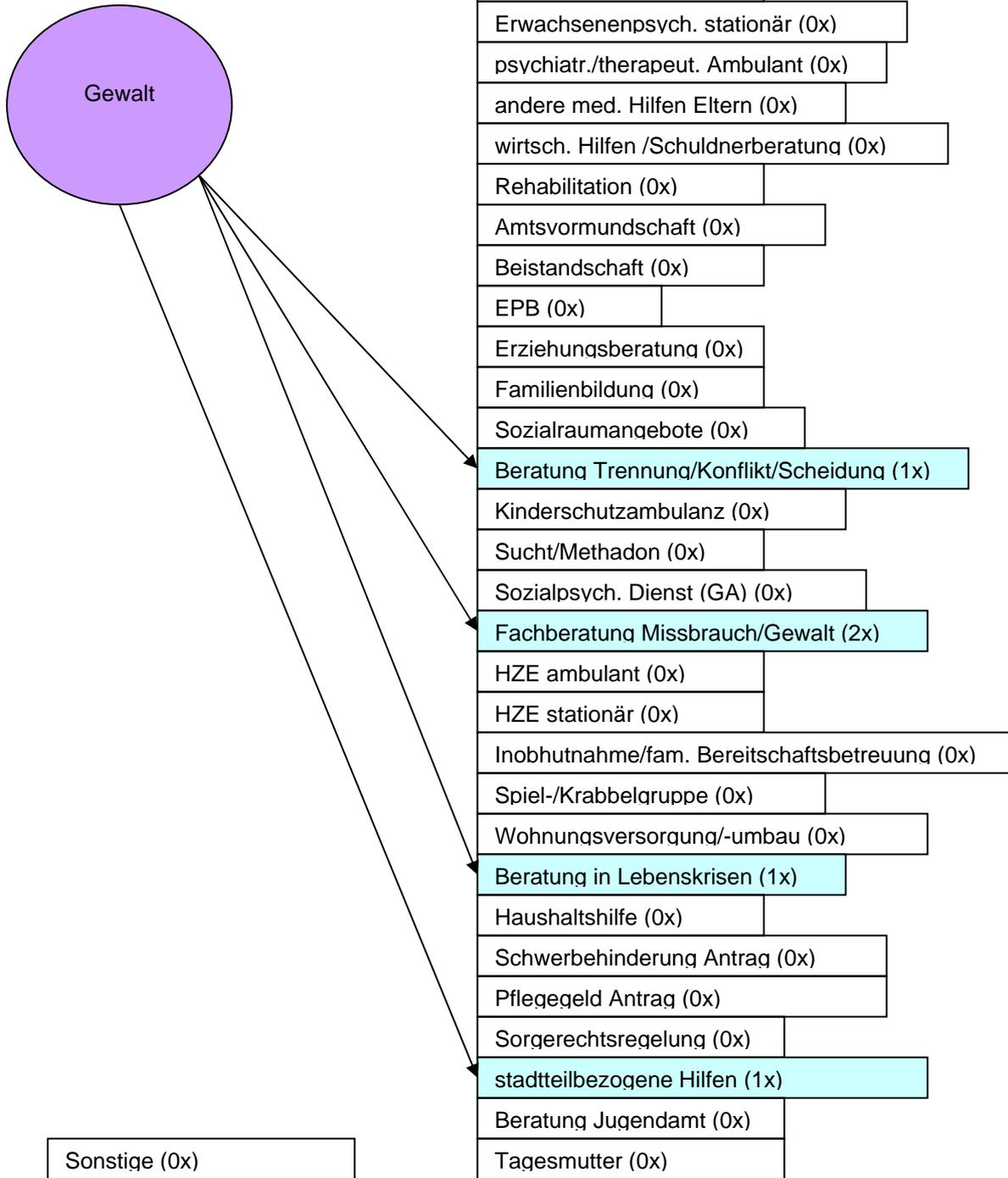


Abbildung 18. Welche Hilfen erhält die Risikogruppe „Gewalt“ (N=6 Familien)? Mehrfachnennungen bei den Hilfen möglich

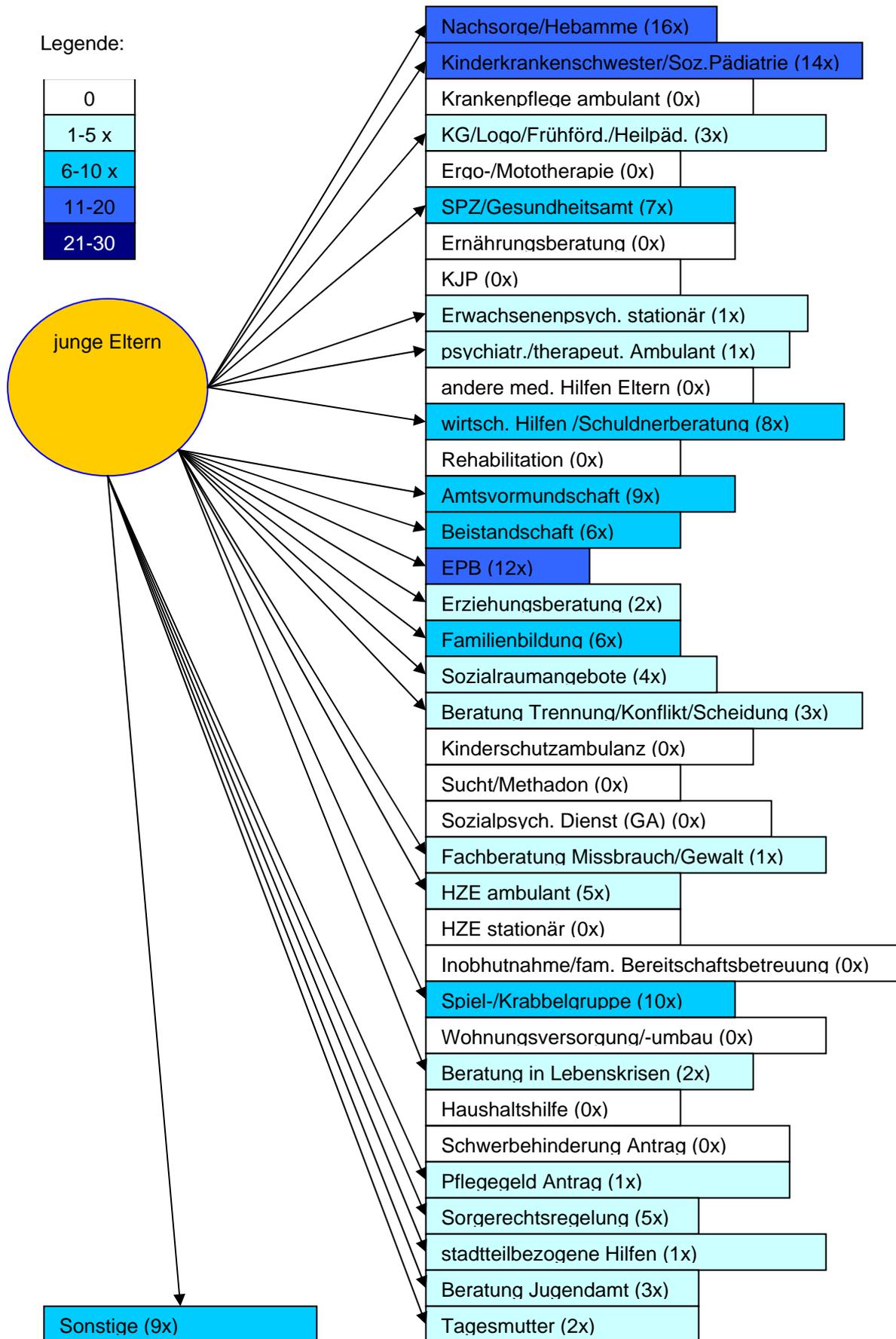


Abbildung 19. Welche Hilfen erhält die Risikogruppe „junge Eltern“ (N=32 Familien)?
Mehrfachnennungen bei den Hilfen möglich

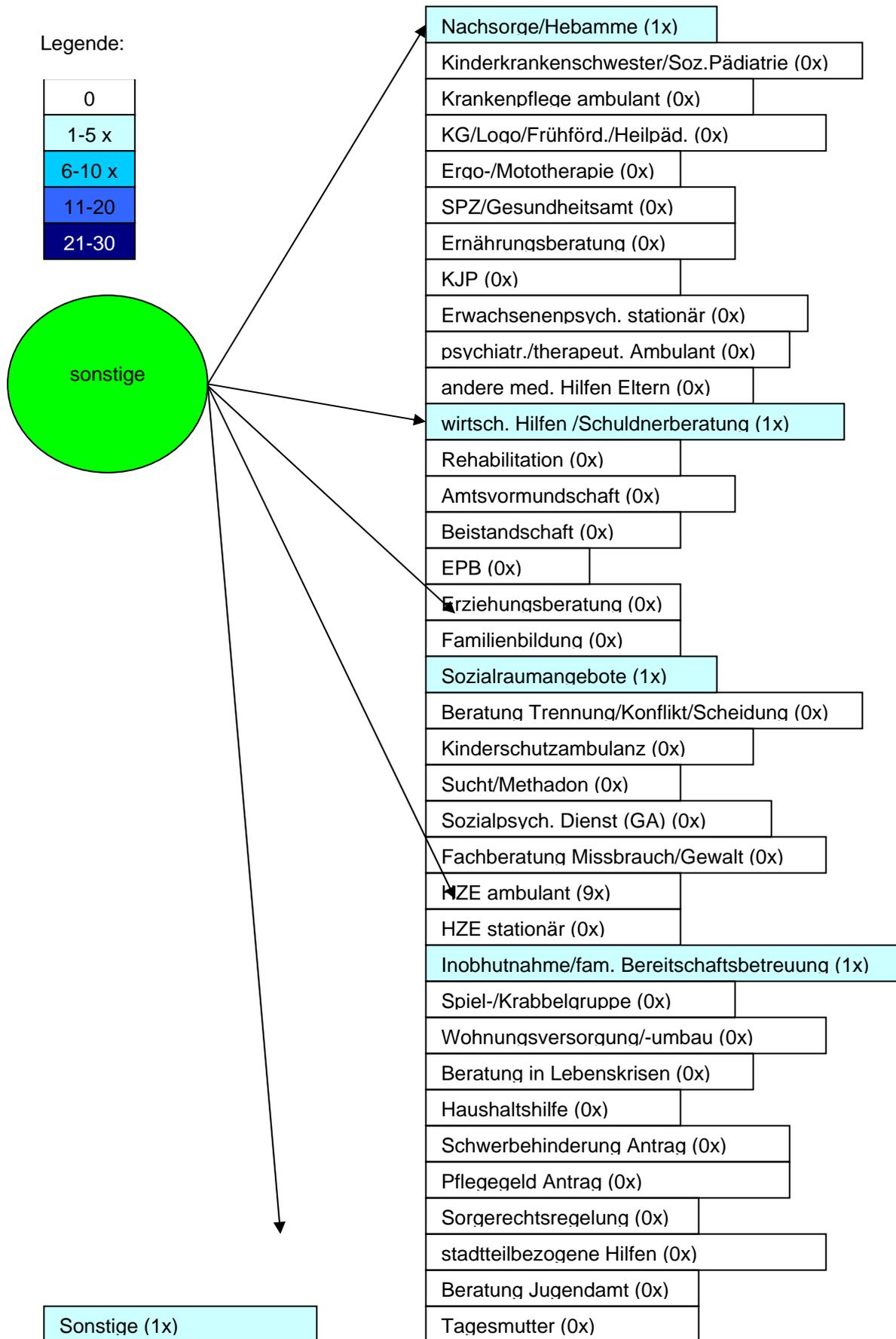


Abbildung 20. Welche Hilfen erhält die Risikogruppe „sonstige“ (N=7 Familien)? Mehrfachnennungen bei den Hilfen möglich

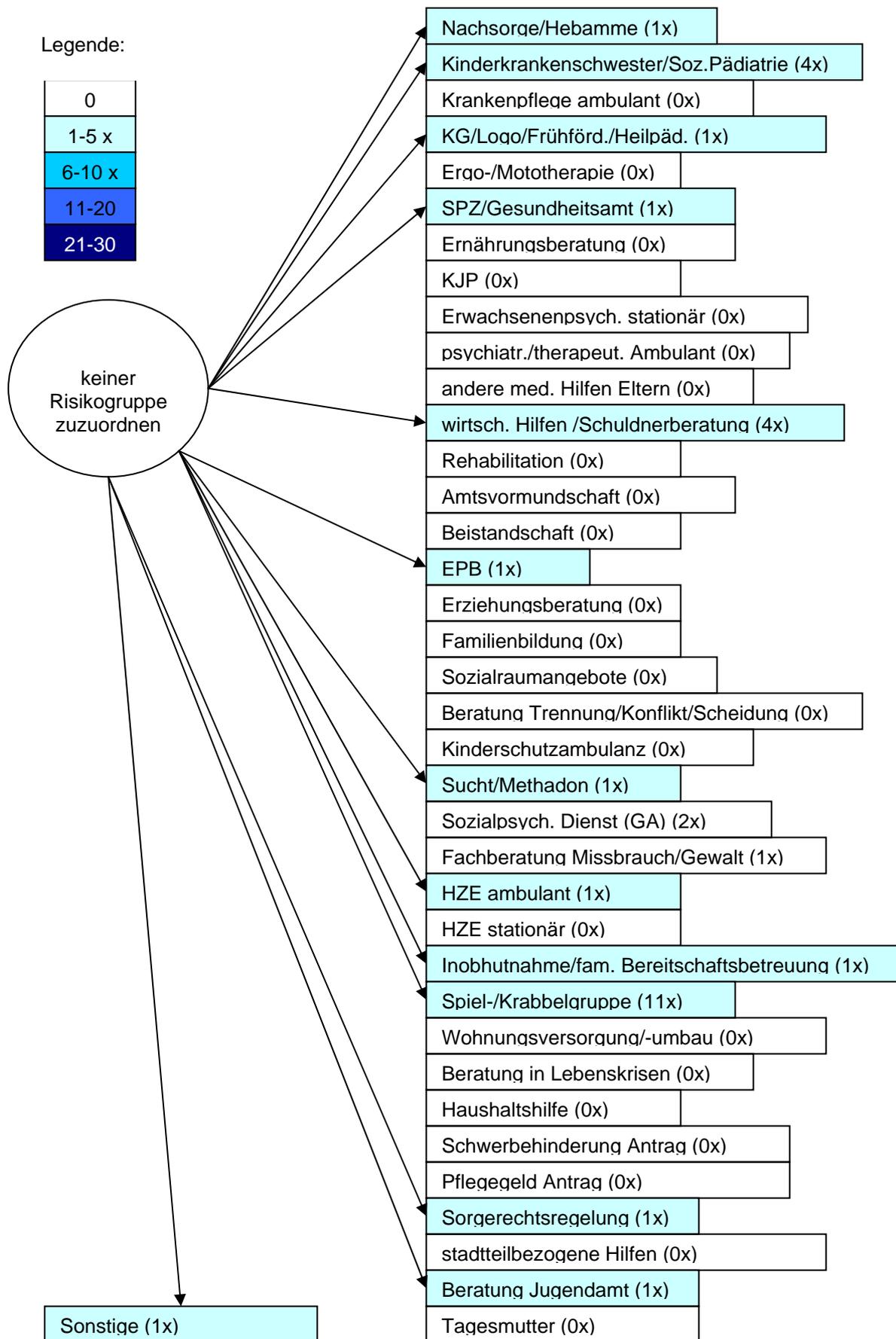


Abbildung 21. Welche Hilfen erhält die Risikogruppe „keiner Risikogruppe zuzuordnen“ (N=9 Familien)? Mehrfachnennungen bei den Hilfen möglich

Bezüglich der Risikogruppe „**Behinderung/Erkrankung Kind**“ zeigte sich deutlich, dass medizinische Hilfen im Vordergrund standen. Am häufigsten wurde in den Hilfeplangesprächen die „Unterstützung durch eine Kinderkrankenschwester bzw. die Sozialpädiatrie“ angegeben, gefolgt von der „Nachsorge/Hebamme“, „SPZ/Gesundheitsamt“ sowie „Krankengymnastik/Frühförderung/Heilpädagogik“.

Als häufigste Hilfemaßnahme in der Risikogruppe „**Sucht**“ wurde die Hilfe „Sucht/Methadon“ angegeben, gefolgt von wirtschaftlichen Hilfen bzw. Schuldnerberatung.

Bei der Risikogruppe „**psychische Erkrankung der Eltern**“ zeigte sich als häufigste Unterstützungsform „psychiatrische bzw. therapeutische ambulante Hilfen“, an zweiter Stelle rangierte „Nachsorge/Hebamme“, gefolgt von „Kinderkrankenschwester/Sozialpädiatrie“ und „ambulanten Hilfen zur Erziehung“.

Im Risikobereich „**schwierige Lebenslage**“ fanden sich an erster Stelle „wirtschaftliche Hilfen bzw. Schuldnerberatung“, gefolgt von unspezifischen Hilfen wie „Nachsorge/Hebamme“, „Spiel-/Krabbelgruppe“ und „Kinderkrankenschwester/Sozialpädiatrie“.

In die Risikogruppe „**Gewalt**“ fielen insgesamt nur sechs Familien, so dass eine differenzierte Betrachtung der Hilfen nicht möglich ist. Insgesamt wurden folgende Hilfen genannt: „Fachberatung bei Missbrauch/Gewalt“, „Beratung bei Trennung/Konflikt/Scheidung“, „Beratung in Lebenskrisen“ und „stadtteilbezogene Hilfen“.

„**Junge Eltern**“ erhielten im Rahmen des Projekts an erster Stelle Hilfen durch eine „Nachsorge/Hebamme“, weiterhin durch „Kinderkrankenschwester/Sozialpädiatrie“, gefolgt von „Entwicklungspsychologischer Beratung“.

In den Gruppen „**sonstige Risiken**“ und „**keiner Risikogruppe zuzuordnen**“ wurden folgende Hilfen in den Hilfeplanbögen angegeben: Nachsorge/Hebamme, wirtschaftliche Hilfen/Schuldnerberatung, Sozialraumangebote, Inobhutnahme/familiäre Bereitschaftsbetreuung, Kinderkrankenschwester/Sozialpädiatrie, Krankengymnastik/Frühförderung/Heilpädagogik, SPZ/Gesundheitsamt, Entwicklungspsychologische Beratung, Sucht/Methadon, Hilfen zur Erziehung ambulant, Spiel-/Krabbelgruppen, Sorgerechtsregelung und Beratung durch das Jugendamt.

Insgesamt lässt sich sagen, dass die Hilfen abhängig von der Risikoausgangslage einer Familie variieren. Die Hilfeplanung hat eine überwiegend risikospezifische Zuordnung von Hilfen zu den Bedarfen einer Familie ermöglicht.

7.1.7. Konnten die Entwicklungsbedingungen der Kinder verbessert werden und die Entwicklung der Kinder unterstützt werden?

Die Zielerreichungsskalen als Maß für die Verbesserung der Entwicklungsbedingungen der Kinder

Mittels der Zielerreichungsskalen wurden die drei Projektziele

- ⇒ Adäquate sozial-emotionale und körperliche Entwicklung des Säuglings
- ⇒ Elterliche Erziehungskompetenzen und Zuverlässigkeit,
- ⇒ Kontext und Lebenssituation

in ihrem momentanen Zustand (Ist-Zustand) sowie in ihrem erwünschten Zustand (Soll-Zustand) jeweils auf einer Skala von eins (nicht erreicht) bis sieben (immer) eingestuft.

Die Mittelwerte des Ist-Zustandes, des Soll-Zustandes sowie der Ist-Soll-Differenz der drei Projektziele wurden jeweils zum Zeitpunkt des ersten Hilfeplanbogens „Anfang“ und letzten Hilfeplanbogens („Ende“) berechnet und miteinander verglichen.

In einem weiteren Schritt wurden diese Mittelwerte miteinander verglichen. Hierin zeigten sich in der Einschätzung durch die Jugendhilfe keine signifikanten Veränderungen, während hingegen für die Gesundheitshilfe signifikante Unterschiede vorlagen (bei jeweils einem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$) die im Detail folgendermaßen aussahen (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6. Mittelwertsvergleich bzgl. der drei Projektziele hinsichtlich Ist-Soll-Zustand (*signifikant, **hochsignifikant, $\alpha=0,05$)

		Gepaarte Differenzen				p	
		Mittelwert	Standardabweichung	95% Konfidenzintervall der Differenz			
				Untere	Obere		
Jugendhilfe	Projektziel 1: Adäquate sozial-emotionale und körperliche Entwicklung des Säuglings IST Beginn/Ende	-0,30	1,26	-0,75	0,14	,177	
	Projektziel 1: Adäquate sozial-emotionale und körperliche Entwicklung des Säuglings SOLL Beginn/Ende	0,03	0,64	-0,20	0,26	,786	
	Projektziel 1: Adäquate sozial-emotionale und körperliche Entwicklung des Säuglings Ist-Soll-Differenz Beginn/Ende	0,38	1,40	-0,15	0,91	,155	
	Projektziel 2: Elterliche Erziehungskompetenzen und Zuverlässigkeit IST Beginn/Ende	-0,18	1,18	-0,60	0,24	,385	
	Projektziel 2: Elterliche Erziehungskompetenzen und Zuverlässigkeit SOLL Beginn/Ende	-0,15	0,57	-0,35	0,05	,134	
	Projektziel2: Elterliche Erziehungskompetenzen und Zuverlässigkeit Ist-Soll-Differenz Beginn/Ende	-0,03	1,22	-0,48	0,42	,884	
	Projektziel 3: Kontext und Lebenssituation IST Beginn/Ende	-0,18	1,30	-0,60	0,24	,392	
	Projektziel 3: Kontext und Lebenssituation SOLL Beginn/Ende	0,00	0,56	-0,18	0,18	1,000	
	Projektziel 3: Kontext und Lebenssituation Ist-Soll-Differenz Beginn/Ende	0,19	1,15	-0,19	0,57	,324	
	Gesundheits- hilfe	Projektziel 1: Adäquate sozial-emotionale und körperliche Entwicklung des Säuglings IST Beginn/Ende	-0,69	1,04	-1,05	-0,34	,000**

Projektziel 1: Adäquate sozial-emotionale und körperliche Entwicklung des Säuglings SOLL Beginn/Ende	-0,08	0,60	-0,29	0,12	,413
Projektziel 1: Adäquate sozial-emotionale und körperliche Entwicklung des Säuglings Ist-Soll-Differenz Beginn/Ende	0,61	0,87	0,32	0,91	,000**
Projektziel 2: Elterliche Erziehungskompetenzen und Zuverlässigkeit IST Beginn/Ende	-0,70	1,15	-1,13	-0,27	,002**
Projektziel 2: Elterliche Erziehungskompetenzen und Zuverlässigkeit SOLL Beginn/Ende	-0,18	0,73	-0,44	0,08	,160
Projektziel2: Elterliche Erziehungskompetenzen und Zuverlässigkeit Ist-Soll-Differenz Beginn/Ende	0,50	1,04	0,11	0,89	,014*
Projektziel 3: Kontext und Lebenssituation IST Beginn/Ende	-0,74	1,52	-1,24	-0,24	,005**
Projektziel 3: Kontext und Lebenssituation SOLL Beginn/Ende	-0,18	0,65	-0,40	0,03	,090
Projektziel 3: Kontext und Lebenssituation Ist-Soll-Differenz Beginn/Ende	0,55	1,27	0,14	0,97	,011*

In der **Gesundheitshilfe** ergab sich bei einem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ für alle drei Projektziele eine signifikante Verbesserung ($p= 0,000$ $p=0,002$ bzw. $p= 0,005$) des Ist-Zustandes. Zudem lagen für die Ist-Soll-Differenz für das Projektziel „Adäquate sozial-emotionale und körperliche Entwicklung des Säuglings“ eine signifikante ($p=0,000$) Verringerung (d.h. Annäherung der Soll- an die Ist-Werte) und für die Projektziele „Elterliche Erziehungskompetenz und Zuverlässigkeit“ sowie „Kontext und Lebenssituation“ signifikante Verringerungen ($p=0,014$ bzw. $p=0,011$) vor.

Das bedeutet, dass in der Einschätzung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitshilfe eine Zielerreichung positiv erfolgt ist.

Die unterschiedliche Einschätzung durch Jugendhilfe und Gesundheitshilfe lässt sich nicht ohne weiteres interpretieren. Insofern wurde versucht, über weitere Analysen in Bezug auf systematische Unterschiede zusätzliche Informationen zu gewinnen. Die Fälle, die in diese Berechnungen eingingen, wurden dazu in Bezug auf folgende Variablen verglichen:

- eingegangene Risikogruppen
- Anzahl der Risikogruppen
- Anzahl der Hilfeplangespräche
- Alter der Kinder
- Dauer des gesamten Hilfeplanverlaufs

Dabei ergaben sich jedoch **keine** signifikanten Unterschiede zwischen den betreuten Familien der Jugendhilfe und der Gesundheitshilfe, die die unterschiedliche Einschätzung der Projektziele erklären könnten.

Hier ergeben sich zum Beispiel Fragen nach unterschiedlichen methodischen Kenntnissen bzw. Zugängen im sozialen und ärztlichen Bereich (sind Fachkräfte der Gesundheitshilfe besser darin geschult, z.B die körperliche Entwicklung auf einer Skala einzuschätzen?), nach der Vorgehensweise bei der Einschätzung im Rahmen der Hilfeplanung (sind die Eltern in diese Einschätzung einbezogen worden?), der Subjektivität bzw. der Vergleichbarkeit der Einschätzung unterschiedlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (unter anderem bedingt durch die unterschiedliche Anzahl von Kolleginnen und Kollegen, die die Bögen in Jugendhilfe und Gesundheitshilfe ausgefüllt haben?), den unterschiedlichen Rahmenbedingungen der Arbeit in den beiden Bereichen (hohe Belastung durch zusätzliche Aufgaben und Veränderungen?) und nach den Erwartungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der unterschiedlichen Bereiche bezüglich der Entwicklung der Familien. Wir greifen diesen Punkt in der Diskussion der Ergebnisse wieder auf.

Zusätzlich wurde die Wichtigkeit der Projektziele aus der Sicht der Mutter beschrieben. Damit wurde systematisch auf unterschiedliche Einschätzungen der Fachkraft und der Eltern eingegangen.

Die Benennung der Wichtigkeit der Projektziele seitens der Mütter auf einer Skala von 1 (nicht wichtig) bis 7 (sehr wichtig) lag für alle drei Projektziele im Bereich von 5,73 bis 6,22. In den Bögen der Gesundheitshilfe liegen die Mütter in der Einschätzung jeweils etwas höher, das heißt im Gespräch der Gesundheitshilfe mit

den Eltern wurde eine höhere Einschätzung bezüglich der Wichtigkeit der Projektziele vorgenommen.

Es zeigte sich außerdem (sowohl in Jugendhilfe als auch Gesundheitshilfe), dass die Wichtigkeit für das Projektziel „Adäquate sozial-emotionale und körperliche Entwicklung des Säuglings“ von den Müttern tendenziell etwas höher eingestuft wurde als die Projektziele „Elterliche Erziehungscompetenzen und Zuverlässigkeit“ und „Kontext und Lebenssituation“. Zudem wurde laut Gesundheitshilfe das Projektziel „Kontext und Lebenssituation“ von den Müttern weniger wichtig als die anderen Projektziele eingeschätzt.

Die insgesamt relativ hohen Einschätzungen der Wichtigkeit können als Hinweis auf ein gutes Arbeitsbündnis zwischen Fachkräften und betreuten Familien gewertet werden, in dem die Eltern den Hilfen bzw. Zielsetzungen positiv gegenüberstanden.

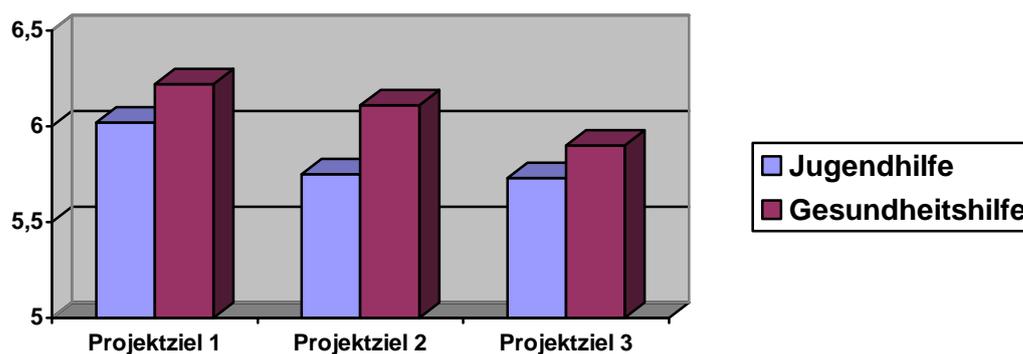


Abbildung 22. Einstufung der Wichtigkeit der Projektziele durch die Mütter

Die Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung als Maß für die Verbesserung der Entwicklungsbedingungen der Kinder

Die Global Assessment of Functioning-Skala (GAF) ist eine Skala zur Erfassung des allgemeinen Funktionsniveaus einer Person. Die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen werden dabei auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit gedacht und beurteilt.

Im Mittel lag die Einschätzung der Fälle der Jugendhilfe bei der Ersterhebung im Bereich der „leichten Beeinträchtigung“. Die Fälle der Gesundheitshilfe wurden bei der Ersterhebung mit „mäßig ausgeprägter Störung“ etwas schwerer beeinträchtigt

eingeschätzt. Zum Ende der Untersuchung lagen sowohl die Fälle der Gesundheitshilfe als auch die Fälle der Jugendhilfe in der Einschätzung im Mittel im Bereich leichter Beeinträchtigung, so dass von einer leichten Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus gesprochen werden kann, die indirekt als Verbesserung der Entwicklungsbedingungen der Kinder wirkt.

Als weiterer Schritt wurde anhand von Korrelationen der statistische mittlere Zusammenhang der allgemeinen Beurteilung des globalen Funktionsniveaus mit den Ergebnissen der drei speziellen Ziele zu adäquater sozial-emotionaler und körperlicher Entwicklung des Säuglings, elterlicher Erziehungskompetenz und Zuverlässigkeit, Kontext und Lebenssituation untersucht. Da beide Instrumente ähnliche Themen beinhalten, wäre theoretisch zu erwarten, dass die Ergebnisse dies widerspiegeln. Betrachtet man jedoch die Ergebnisse, fällt auf, dass Zielerreichung und globales Funktionsniveau bei der Beurteilung der Jugendhilfe gar nicht bis schwach zusammen hängen. Betrachtet man die Zielerreichungsskalen und die Beurteilung des globalen Funktionsniveaus durch die Gesundheitshilfe, zeigen niedrige bis mittlere, zum Teil hochsignifikante Zusammenhänge. Diese Diskrepanz in der Beurteilung der nahezu identischen Fälle wirft ähnliche Fragen auf, wie sie bereits beim Einsatz der Zielerreichungsskalen benannt wurden. Sie lässt sich eventuell dadurch erklären, dass Mitarbeiter des Gesundheitssystems mit Ratingskalen vertrauter sind und diese daher eventuell reliabler einsetzen.

Tabelle 7. Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung am Anfang bzw. Ende des Hilfeverlaufs

		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Jugendhilfe	Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung Anfang	55	2	9	6,24	1,721
	Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung Ende	55	2	9	6,58	1,792
Gesundheitshilfe	Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung Anfang	53	2	8	6,06	1,562
	Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung Ende	43	4	9	6,84	1,326

7.1.8. Konnten Kindeswohlgefährdung und Kriseninterventionen präventiv reduziert werden?

Die Auswertung des von der Jugendhilfe ausgefüllten Stuttgart-Düsseldorfer Diagnoseinstruments zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung ergab folgendes Bild.

Beim ersten Erhebungszeitpunkt lag in 82,2% der Fälle keine Kindeswohlgefährdung vor, in 15,6% konnte eine Kindeswohlgefährdung nicht ausgeschlossen werden und in 2,2% der Fälle lag laut Einschätzung der Jugendhilfe eine Kindeswohlgefährdung vor.

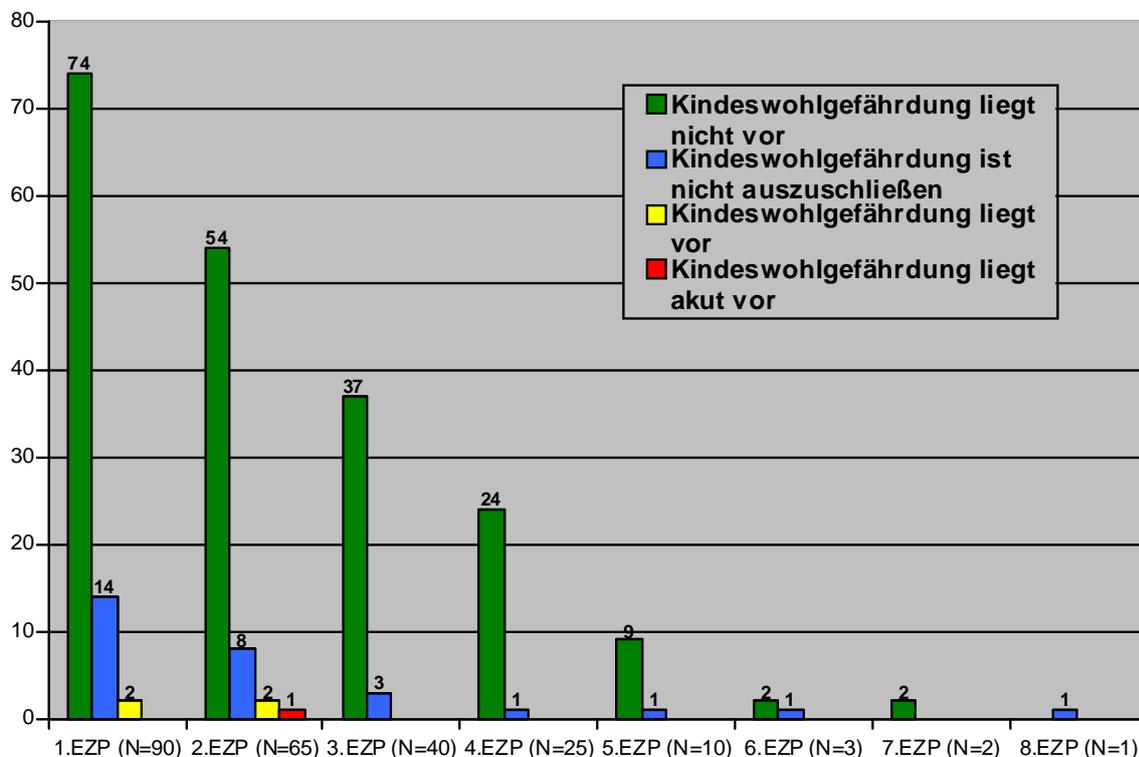


Abbildung 23. Einschätzung der Kindeswohlgefährdung nach dem Stuttgart-Düsseldorfer Diagnoseinstrument (Jugendhilfe) in absoluten Zahlen

Wie Abbildung 23 veranschaulicht, zeigten sich in der Einschätzung über den Verlauf hinweg insgesamt wenige Veränderungen. Nur in einem Fall wurde über das Stuttgart-Düsseldorfer Diagnoseinstrument eine akute Kindeswohlgefährdung (mit Inobhutnahme) dokumentiert.

7.1.9. Welche Veränderungen bzw. Verbesserungen im Sinne Früher Hilfen konnte das Präventionsprogramms gegenüber der bisherigen Herangehensweise erzielen?

Generell muss an dieser Stelle betont werden, dass ein Vorher-Nachher-Vergleich im Sinne einer Eins zu Eins Gegenüberstellung von Aktenanalyse und Präventionsprogramm nicht möglich ist. Gründe hierfür liegen vor Allem in der unterschiedlichen Ausgangssituation für die beiden Stichproben (intervenierender versus präventiver Charakter). Zudem konnten einerseits manche Informationen über die retrospektive Aktenanalyse nicht mehr erhoben werden, andererseits wurden die Herangehensweisen mit dem Präventionsprogramm verändert und waren nicht mehr direkt vergleichbar. Die verwendeten Methoden mussten daher der jeweiligen Situation angepasst und unterschiedlich angelegt werden. Dies sollte bei jedem „Vorher-Nachher-Vergleich“ berücksichtigt werden. Dennoch zeichneten sich hinsichtlich der eingangs dargestellten Hypothesen (vgl. Kap. 5) einige zentrale Veränderungen ab. Die vermuteten Unterschieden bezüglich der Inanspruchnahmefamilien (ähnliche aber weniger zugespitzte Risikolagen im Präventionsprogramm), des Zugangszeitpunktes (beim Präventionsprogramm in einem früheren Lebensalter des Kindes) und des Ergebnisses der Hilfe (weniger Inobhutnahmen bei den Familien im Präventionsprogramm) konnten durch die vorliegenden Daten weitgehend bestätigt werden.

Inanspruchnahmefamilien

Wie der Blick auf die Risikolagen zeigt, finden sich sowohl in der Aktenanalyse als auch im Präventionsprogramm ähnlich gelagerte Risiken wie jugendliche oder junge Mütter sowie allein erziehende Eltern als vergleichsweise „milde“ Risiken aber auch psychosoziale Belastungen, Gewalterfahrungen, Drogenkonsum bzw. –substitution oder psychische Erkrankung eines Elternteils als „schwere“ Belastungen der Familien. Weiterhin kann in beiden Stichproben beobachtet werden, dass auf Familien mehrere Risikofaktoren zutreffen. Dennoch zeigte sich entsprechend der eingangs formulierten Hypothese, dass sich die aktuelle Situation der Familien unterschiedlich prekär darstellte. Während die Familien der Aktenanalyse dem Jugendamt häufig durch eine längere Vorgeschichte bekannt waren und die familiäre Situation in der Regel zugespitzt war (Kriminalität, Kind bereits in Obhut genommen oder bei Pflegeeltern etc.), wurden die Familien des Präventionsprogramms meist

erst in diesem Zusammenhang bekannt und wiesen vergleichsweise wenige für das Kind akut gefährdende Belastungen auf. Des Weiteren zeigte sich (siehe Tabelle 8), dass seit Beginn des Präventionsprogramms vermehrt Kinder mit (drohenden) Behinderungen und Erkrankungen auch über die Jugendhilfe betreut und begleitet wurden und Eltern sowohl mit psychischen Erkrankungen als auch mit Suchtproblemen prozentual weniger vertreten waren als in der Aktenanalyse.

Tabelle 8. Vergleich der erreichten Zielgruppen vor und nach Einführung des Präventionsprogramms als Auswahl (Angaben in Prozent)

	retrospektive Aktenanalyse (N=54)	Präventionsprogramm (N=106)
Kind mit Erkrankung / (drohender) Behinderung	31,5%	47,2%
Psychische Erkrankung der Mutter/Eltern	40,7%	17,9%
Sucht/Drogen	22,2%	13,2%

Damit wird deutlich, dass bei ähnlich gelagerten Risikokonstellationen über das Präventionsprogramm ein Zugang zu Familien zu einem früheren Zeitpunkt geschaffen werden konnte und damit die Chance genutzt wurde, Hilfe und Unterstützung zu leisten, bevor tatsächliche Gefährdungen des Kindeswohls auftreten.

Zugangszeitpunkt

Präventiv im Sinne Früher Hilfen beinhaltet auch einen früheren Beginn der Unterstützung und Hilfen in Bezug auf das Lebensalter des Kindes. Auch hier konnten wir eine Verschiebung zugunsten des Präventionsprogramms beobachten. Während vor Etablierung des Präventionsprogramms der Altersdurchschnitt des Kindes beim ersten Kontakt bei 5,2 Monaten lag, zeigte sich erfreulicherweise, dass im Präventionsprogramm der Einstieg um 1,7 Monate früher erfolgte und ein Großteil der Fälle (83,67%) bereits vor Geburt bzw. innerhalb des ersten Lebenshalbjahres Hilfe erhielt.

Hilfegestaltung und Ergebnis der Hilfen

Im Durchschnitt wurden im Präventionsprogramm 5,4 Hilfen pro Fall eingesetzt, die maximale Zahl an Hilfen lag bei 12. Damit liegen diese Zahlen etwas höher als die Ergebnisse der Aktenanalyse, wo pro Fall durchschnittlich vier Hilfen eingesetzt wurden (im Einzelfall variierend zwischen zwei und acht Hilfen). Seit Etablierung des Präventionsprogramms wurden also durchschnittlich pro Fall um ein bis zwei Hilfen mehr eingesetzt.

Der präventive und frühzeitige Charakter spiegelt sich auch in den vorliegenden Zahlen zur Art der eingesetzten Hilfen wider. So wurden seit Etablierung des Präventionsprogramms vermehrt auf die frühe Kindheit zugeschnittene und klar präventive Hilfen eingesetzt. Beispielsweise zeigte sich im Vergleich zur Aktenanalyse ein hoher Einsatz von Hilfen wie Nachsorge/Hebamme, Sozialpädiatrie und Entwicklungspsychologischer Beratung gegenüber einer geringeren Anzahl von stationären Familienersatzmaßnahmen (Tab. 9).

Tabelle 9. Vergleich der eingesetzten Hilfen vor und nach Einführung des Präventionsprogramms als Auswahl (Angaben in Prozent mit Mittelwerten zwischen Jugendhilfe und Gesundheitshilfe für das Präventionsprogramm)

	Retrospektive Aktenanalyse (N=54)	Präventionsprogramm (N=106)
Nachsorge/Hebamme		62,1%
Beratung Jugendamt	92,6%	100%
Förderung in der Familie (z.B. SPFH, Kinderkrankenpflege)	74,1%	30%
Familienergänzende Hilfen (z.B. Tagesmutter)	7,4%	2,6%
Hilfen bei psychischer Erkrankung, Sucht, Gewalt	24,1%	35,2%
stationäre Hilfen zur Erziehung (z.B. Mutter-Kind-Einrichtung)	14,8%	1%
Medizinische Co-Therapien	46,3%	19%
Entwicklungspsychologische Beratung		25,3%
Wirtschaftliche Hilfen	55,6%	45,5%

Misst man das Ergebnis der Hilfemaßnahmen an der Zahl der Inobhutnahmen, lässt sich festhalten, dass die Zahl an Inobhutnahmen im Präventionsprogramm deutlich niedriger ist als in der Stichprobe der Aktenanalyse. So wurden in der Prä-Erhebung in 32 von 54 Fällen Inobhutnahmen dokumentiert, während in der aktuellen Fragebogenerhebung nur in zwei Fällen eine Inobhutnahme festgehalten wurde. Bei der Interpretation dieser Zahlen sei aber auf die zu Beginn dieses Kapitels erwähnten Vergleichsschwierigkeiten aufgrund der unterschiedlichen Hintergründe (präventiver vs. intervenierender Charakter) der beiden Stichproben hingewiesen.

Einerseits belegt die geringe Zahl an Inobhutnahmen innerhalb der Evaluation des Präventionsprogramms, so wie auch eingangs in der Hypothese formuliert, dass tatsächlich präventive Arbeit geleistet wird. Andererseits muss aber auch darauf hingewiesen werden, dass sich die absolute Zahl der Inobhutnahmen in Düsseldorf in den Jahren 2006 bis 2008 bei Kindern im Alter bis zum dritten Lebensjahr nicht

relevant verändert hat (12/20/17 Inobhutnahmen). Allerdings ist im gesamten Bundesgebiet in den großen Städten die Zahl der Inobhutnahmen in den vergangenen Jahren eher angestiegen, so dass für Düsseldorf eine Tendenz gegen den Trend zu verzeichnen was ist, was sich wiederum als Erfolgsparameter für das Präventionsprogramm interpretieren lässt. Ob sich diese Tendenz bestätigt, muss mittels längerfristiger Beobachtung der weiteren Entwicklung geprüft werden.

7.2. Die Perspektive der Eltern - die Zufriedenheit der Eltern

Im Rahmen der Evaluation wurden alle Eltern, die im Rahmen des Projekts Hilfe in Anspruch genommen hatten, durch die jeweiligen Fallführungen um ihr Einverständnis zu einer telefonischen Befragung durch eine Mitarbeiterin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm gebeten. Auf diesem Weg konnten 50 Namen und Telefonnummern von Eltern zur Verfügung gestellt werden. Davon wiederum konnten 44 Eltern (88% der Eltern, die ihr Einverständnis gegeben haben bzw. 46% aller teilnehmenden Familien) telefonisch für ein Interview erreicht werden.

Folgende Informationen wurden von den interviewten Eltern erfragt:

- Gründe für die Teilnahme am Projekt
- Art der Unterstützung, die die Familie im Rahmen des Projekts erhalten hat und wer die Hilfeleistung erbracht hat
- Beschreibung von Problemen rund um Schwangerschaft, Geburt, in der Paarbeziehung, mit dem Kind, finanzielle Schwierigkeiten, sonstige Probleme
- Veränderungen bei den beschriebenen Problemen durch die Unterstützung, die die Familie im Rahmen des Projekts erhalten hat
- Dauer der Hilfen
- Empfinden die Eltern die Hilfen als erfolgreich?
- Was hat geholfen?
- Wie zufrieden sind die Eltern mit der erfahrenen Unterstützung?
- Verbesserungsvorschläge

Tabelle 10 gibt einen Überblick über die Stichprobe. Es fällt auf, dass etwa dreiviertel der befragten Eltern allein lebten und über 70% der Befragten zum Zeitpunkt des Interviews keinen Ausbildungsabschluss hatten.

Tabelle 10. Stichprobenbeschreibung

<i>N</i>	44	
Geschlecht des befragten Elternteils	42 Mütter (95,5%) / 2 Väter (4,5%)	
durchschnittliches Alter in Jahren	25,31 (<i>SD</i> =6,772; <i>min</i> =15; <i>max</i> =38; <i>N</i> =42)	
Familienstand	verheiratet und zusammenlebend	9 (20,5%)
	verheiratet und getrennt lebend	2 (4,5%)
	nicht verheiratet und zusammenlebend	1 (2,3%)
	ledig	28 (63,6%)
	geschieden	3 (6,8%)
	keine Angabe	1 (2,3%)
durchschnittliche Anzahl an Kindern, die im Haushalt der Befragten leben	2,02 (<i>SD</i> =1,474; <i>min</i> =1; <i>max</i> =6; <i>N</i> =43)	
durchschnittliches Alter der Kinder in Jahren	4,2485 (<i>SD</i> =5,11; <i>min</i> =0,2; <i>max</i> =19; <i>N</i> =84)	
Schulabschluss des befragten Elternteils	ohne Abschluss	10 (22,7%)
	Sonderschulabschluss	1 (2,3%)
	Hauptschulabschluss	16 (36,4%)
	Realschulabschluss	11 (25,0%)
	Hochschulreife	4 (9,1%)
	keine Angabe	2 (4,5)
Ausbildungsabschluss des befragten Elternteils	kein Abschluss	32 (72,7%)
	Lehre oder Ausbildung	9 (20,5%)
	Hochschulabschluss	1 (2,3%)
	keine Angabe	2 (4,5%)

Wie bewerten Eltern die Unterstützung und Begleitung im Rahmen des Programms?

Als Gründe für die Teilnahme am Projekt gaben die befragten Eltern die in Tabelle 11 aufgelisteten Angaben an.

Tabelle 11. Gründe für die Anmeldung am Projekt (N=44 Befragte; Mehrfachnennungen waren möglich)

Begründung für Teilnahme	Anzahl an Nennungen	Prozent
Jugendliche Mutter (bis 20 Jahre bei der Geburt)	14	31,8
Psychische Erkrankung eines Elternteils	9	20,5
Familie suchte nach Unterstützung	9	20,5
Mutter fühlte sich überfordert	8	18,2
Frühgeborenes Kind	6	13,6
Alleinerziehende Mutter	7	15,9
Eltern konnten keinen Grund angeben	4	9,1
Drogenkonsum der Mutter in der Schwangerschaft	3	6,8
Mehrlingsgeburt	3	6,8
Finanzielle Belastung der Familie	2	4,5
<i>Gesamt</i>	<i>75 Nennungen</i>	-

Auf die Frage, durch wen sie im Projekt Unterstützung erhalten hätten (Mehrfachnennungen waren möglich), antworteten 43 Eltern (97,7%; 1 mal keine Angabe) durch das Gesundheitsamt, 40 gaben weiterhin an vom Jugendamt unterstützt worden zu sein (90,9%) und zwei gaben an, zudem Hilfe von einem freien Träger der Jugendhilfe erhalten zu haben (4,5%).

Weiterhin wurde erfragt, welche Bereiche die Eltern als problematisch erlebt haben. Tabelle 12 gibt einen Überblick über die genannten Problembereiche und die Häufigkeiten der Nennungen.

Tabelle 12. Bereiche, die die Befragten als problematisch eingeschätzt haben (N=44; Mehrfachnennungen waren möglich)

Problem	Häufigkeit der Nennung	Prozent
Probleme in der Schwangerschaft	31	70,5
Probleme nach der Geburt	28	63,6
Probleme in der Partnerschaft, mit dem Kindsvater	26	59,1
finanzielle Probleme	23	52,3
sonstige Probleme	3	6,8
<i>Gesamt</i>	<i>111</i>	<i>-</i>

Den Angaben der Eltern zufolge, haben sich durch die Teilnahme am Projekt Veränderungen in unterschiedlichen Bereichen der Familie ergeben. Tabelle 13 zeigt diese im Überblick.

Tabelle 13. Bereiche, in denen sich durch die Teilnahme am Projekt etwas geändert hat (N=44; Mehrfachnennungen waren möglich)

Problem	Häufigkeit der Nennung	Prozent
Veränderungen an der Lebenssituation der Mutter/des Vaters	33	75,0
Veränderungen für das Kind	33	75,0
Veränderungen in der Familie	15	34,1
Veränderungen in der Partnerschaft	14	31,8
<i>Gesamt</i>	<i>95</i>	<i>-</i>

22 (50%) der befragten Eltern gaben weiterhin an, sich durch die Teilnahme am Projekt nun sicherer zu fühlen, z.B. im Umgang mit ihrem Kind, bei der Strukturierung des Tagesablaufs oder in der Kommunikation mit dem Partner. 10 (22,7%) gaben an, sich entlastet zu fühlen, 4 (9,1%) meinten, dass sich durch Teilnahme am Projekt nichts geändert habe und 2 (4,5%) gaben an, dass sich ihre Situation durch die Teilnahme am Projekt verschlechtert habe.

Die Hilfe dauerte durchschnittlich 13,95 Monate (Standardabweichung=8,59; min=3,0; max=42,0; N=43). Fünf (11,4%) der Befragten gaben an, dass die Hilfe zum Zeitpunkt des Interviews bereits abgeschlossen war, bei 38 (88,4%) Familien lief die Hilfe aktuell noch, eine (2,3%) machte keine Angaben.

40 (90,9%) der Befragten meinen, dass das Programm ihnen geholfen habe, während vier (9,1%) der Ansicht waren, dass sich durch ihre Teilnahme nichts verbessert habe.

Auf die Frage hin, was sie als hilfreich empfunden haben, machten die Befragten eine Reihe von Angaben, die in Tabelle 14 dargestellt werden. Es fällt auf, dass über die Hälfte der Befragten es als hilfreich empfand, einen Ansprechpartner für alle Dinge des Alltags zu haben sowie Unterstützung im Umgang mit Behörden, Formularen u.ä. zu erhalten.

Tabelle 14. Was wurde von den Eltern im Rahmen des Programms als hilfreich empfunden (N=44; Mehrfachnennungen waren möglich)

Hilfreich war	Häufigkeit der Nennung	Prozent
Ansprechpartner zu haben, Unterstützung bei Behörden	26	59,1
Sonstiges	10	22,7
Entwicklungspsychologische Beratung	9	20,5
finanzielle Unterstützung, Beratung	5	11,4
Funbaby-Kurs	2	4,5
<i>Gesamt</i>	52	-

Die Eltern wurden weiterhin gefragt, wie zufrieden sie mit der erhaltenen Hilfe im Rahmen des Programms waren. Tabelle 15 zeigt die durchschnittlichen Antworten. Bei der Einschätzung ihrer Zufriedenheit verwendeten sie Schulnoten (d.h. 1= sehr gut, 2=gut, 3= befriedigend, 4= ausreichend, 5= mangelhaft, 6= ungenügend).

Tabelle15. Zufriedenheit der Eltern mit der erhaltenen Hilfe (in Schulnoten)

Zufriedenheit insgesamt	Zufriedenheit mit der Hilfe durch die Gesundheitshilfe	Zufriedenheit mit der Hilfe durch die Jugendhilfe
<p>1,94 (gut) (SD=0,848; min=1; max=4,5; N=43)</p>	<p>1,87 (gut) (SD=0,989; min=1; max=5; N=43)</p>	<p>2,06 (gut) (SD=1,101; min=1; max=5,5; N=39)</p>

Insgesamt wurden die angebotenen Hilfen von den Eltern damit positiv bewertet.

20 der Befragten machten Verbesserungsvorschläge die im Folgenden aufgelistet werden:

- Jede Familie sollte ein Recht auf das Programm haben (zwei mal genannt)
- mehr Unterstützung bzgl. anderer Themen (z.B. finanziell; zwei mal genannt)
- direkte Hotline, damit Hilfen noch schneller kommen können
- noch mehr Kontakt zu anderen Familien, wünscht sich spezielle Krisengruppen (z.B. Schreiambulanz), wünscht sich, dass die Väter mehr einbezogen werden
- Das Jugendamt soll sich eher um die Kinder kümmern, die Gewalt erfahren
- Mehr Feingefühl vom Jugendamt
- noch öfter die Entwicklungspsychologische Beratung
- Familienhilfe könnte noch häufiger kommen
- Familienhilfe sollte besser geschult sein. Mutter hatte das Gefühl, dass diese gegen sie arbeitet
- Die Betreuerin soll nicht so häufig kommen (zwei mal genannt)
- Man sollte die Mütter erst um Einverständnis fragen, ob Unterstützung überhaupt gewollt ist
- wünscht sich "sorgfältigeren" Ablauf: war zu Beginn nicht in Kartei, obwohl sie angemeldet war
- Zu Beginn lief alles gut, der Abschluss nicht: sie würde sich wünschen, dass Verlauf/Abschluss sorgfältiger verläuft
- Dass man die Betreuer besser prüft
- Sie hatte sich etwas anderes vorgestellt. Sie würde sich wünschen, dass die Familienhilfe auch im Haushalt hilft und sie ab und zu die Kinder abgeben kann
- Schwieriger Start bis Programm im Endeffekt lief: Familie hat sich intensiv um Hilfe bemüht, wurde aber immer wieder verwiesen. Sie würden sich

wünschen, dass Zusammenarbeit mit Krankenhaus besser funktioniert und direkt jemand zur Verfügung steht

- Gesundheitsamt bzw. Jugendamt wollten Tagesmutter vermitteln, hat aber nicht geklappt. Sie würde sich wünschen, dass sie in solchen Fällen eine Rückmeldung bekommt

Abschließend bewerteten die Befragten mit Hilfe von Schulnoten die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Helfer untereinander, mit denen sie im Laufe der Zeit Kontakt hatten. Sie vergaben dabei als mittlere Note ein 1,8 (Standardabweichung=0,858; min=1; max=4; N=32).

7.3. Die Perspektive der Hilfesysteme - das Zusammenspiel der Kooperationspartner

Zur Erforschung der Vernetzungsstrukturen zwischen Kinder- und Jugendhilfe sowie Gesundheitshilfe wurden qualitative und quantitative Methoden kombiniert. Zum Einsatz kamen einerseits Experteninterviews, andererseits ein eigens konzipierter Fragebogen zur Erfassung der unterschiedlichen Aspekte der Kooperation im Netzwerk.

7.3.1. Wie effektiv sind die etablierten Vernetzungsstrukturen zwischen Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Gesundheitshilfe im Bereich des präventiven Kinderschutzes?

- Die Experteninterviews -

Im März 2007 wurden acht Düsseldorfer Expertinnen und Experten aus den beiden Bereichen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Gesundheitshilfe aus unterschiedlichen Institutionen und Hierarchieebenen zu den Themen (Prävention von) Kindeswohlgefährdung sowie Kooperation und Vernetzung mit einem Leitfadenterview befragt. Im Einzelnen wurden die Abteilungsleiter der Bereiche Soziale Dienste des Jugendamtes sowie Gesundheitshilfe und Rehabilitation des Gesundheitsamtes, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Clearingstelle (Kinderarzt, Sozialarbeiterin, Kinderkrankenschwester), eine Mitarbeiterin des Bezirkssozialdienstes des Jugendamtes und zwei Vertreterinnen von Trägern der freien Jugendhilfe interviewt.

Die anonymisierten Interviewtranskriptionen wurden mit Hilfe des Softwarepakets atlas.ti auf der Grundlage der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2003) ausgewertet.

Für das Gelingen von Kooperationsbeziehungen lassen sich drei wesentliche Aufgabenbereiche identifizieren: fallbezogene Aufgaben (Klärung des fallbezogenen Auftrags; gemeinsame Sicht und Sprache entwickeln; gegenseitige Unterstützung mit Kompetenzen; Fallführung/Fallkoordination festlegen; Kommunikationsstrukturen regeln), fallübergreifende Aufgaben (Schaffung einer gemeinsamen Basis; Intentionen und Erwartungen klären, Ziele definieren; Entwicklung systematischer Wege und gemeinsamer Standards sowie Qualitätssicherung; Optimierung, aus Fehlern und Gelingendem lernen) und Haltung (Entscheidung und Bereitschaft aufeinander zuzugehen; gegenseitige Wertschätzung und Begegnung auf Augenhöhe; Interessensausgleich, Win-win-Situationen, Chancengleichheit; Verlässlichkeit, Verbindlichkeit, Vertrauen; lösungsorientiertes Herangehen) (Schöllhorn 2009).

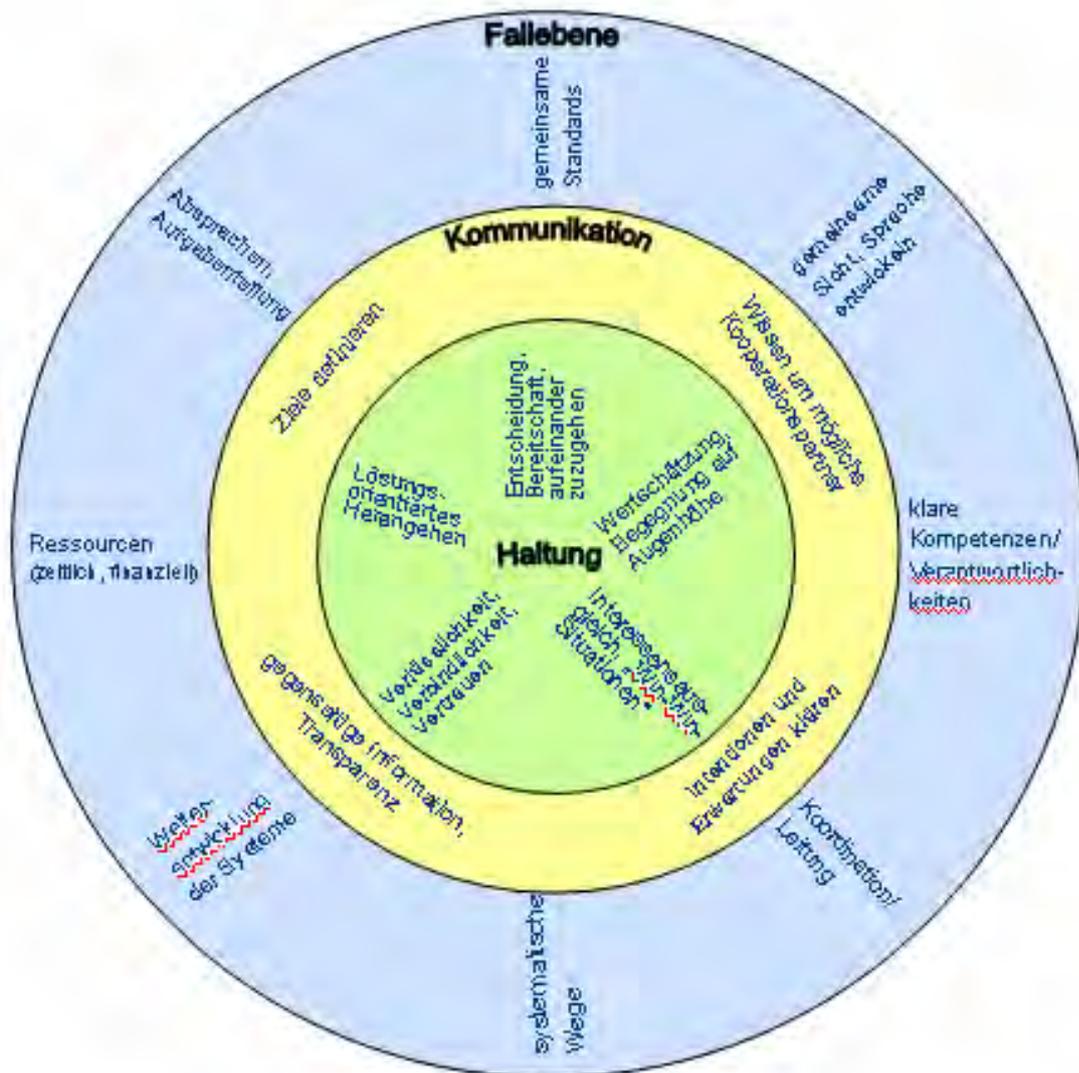


Abbildung 24. Rahmenbedingungen für die Kooperation

Im Folgenden werden die Wahrnehmungen der Kooperationspartner zu diesen drei Aufgabenbereichen mit Textbeispielen aus den Experteninterviews dargestellt.

Die gemeinsame Wahrnehmung der **fallbezogenen Aufgaben** durch die Gesundheitshilfe und die Kinder- und Jugendhilfe wurde von den Befragten des Bezirkssozialdienstes und der freien Träger der Jugendhilfe im Zusammenhang des Projektes überwiegend positiv wahrgenommen. Die Textbeispiele beziehen sich auf die wahrgenommene gegenseitige Unterstützung mit Kompetenzen und die Regelung von Kommunikationsstrukturen auf der Fallebene.

„Vom medizinischen noch mal. Wirklich mit diesem Blick darauf, also erstens hat sie sich das Kind ja immer ganzkörperlich angesehen, hat immer geturnt mit dem Kind und hat dann noch mal auf die Nahrung geachtet. Und das war für mich eine große Entlastung, weil ich wusste, der Bereich wird gut abgedeckt. Ich hab das ja mitbekommen und wusste auch, ich kann das mit unterstützen, aber es ist nicht mehr mein Hauptaugenmerk gewesen, sondern ich konnte dann andere Dinge noch unterstützen. Das fand ich insofern war es eine Kooperation, die ich da sehr hilfreich erlebt habe.“ (1.53)

„Zum BSD war ein sehr guter Kontakt. Regelmäßig haben wir uns ausgetauscht über unsere Erfahrungen in der Familie. Auch informiert, wenn akut irgend etwas war. Wenn es Unruhe gab oder irgendwelche Vorgänge, von denen wir geglaubt haben, der andere sollte es wissen, der Kooperationspartner. Das hat gut geklappt.“ (5.55)

Erwartungsgemäß gibt es von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Leitungsebene und der Clearingstelle wenige Äußerungen hierzu, da eine fallbezogene Zusammenarbeit in diesen Funktionen nicht stattfindet.

Dem gegenüber wurden die **fallübergreifenden Aufgaben** vorwiegend von den Interviewpartnern der Clearingstelle und der Leitungsebene thematisiert. Hier konnten verschiedene Themenbereiche unterschieden werden: die Kooperation mit den anmeldenden Einrichtungen, die Kooperation in der Clearingstelle und die Kooperation der beiden Bereiche Gesundheitshilfe und Kinder- und Jugendhilfe insgesamt.

Zur Kooperation mit den anmeldenden Einrichtungen wird insbesondere der Bedarf an systematischen Wegen und der fortlaufenden Pflege betont, um die gewünschte Qualität der Zusammenarbeit aufbauen und erhalten zu können.

„Also für mich ist, dass die potentiellen Meldersysteme gut eingebunden sind in dem Gesamtsystem. Also d.h. die wissen, wo man sich melden kann. Und dass man mit diesen Meldersystemen im Gespräch ist. Also dass wir wissen, man kann sich auf die verlassen. Und die wissen auch: ‚wir können uns auf die verlassen, wenn wir melden.‘“ (3.206)

„Wir wollen jetzt vor dem Sommer die verschiedenen Stationen und Kliniken besuchen und uns noch mal neu informieren über Schwierigkeiten der Anbindung, der Anmeldung, im Sinne einer Erinnerung oder einer positiven Ermunterung. Einige Kliniken arbeiten sehr gut mit. Aus anderen kriegen wir relativ wenige Anmeldungen. ...Das müssen wir erst mal aufarbeiten.“ (4.42)

In Bezug auf die Kooperation in der Clearingstelle spielen die gegenseitige Information und Transparenz über Umgehensweisen des jeweiligen Bereiches, die notwendige Entwicklung gemeinsamer Standards und die Erarbeitung eines gemeinsamen Herangehens an Fälle zentrale Rollen.

„Und wir müssen das irgendwann, wenn die in den Fällen zusammenarbeiten, brauchen wir gemeinsame Punkte, einen Mindeststandard nenne ich das. Und den haben wir nicht. Und wie es läuft und welche Informationen ich auch bekomme, ist manchmal so eingeschränkt, dass ich überhaupt nicht weiß, was ich den Bezirkssozialdienstmitarbeitern mit auf den Weg geben soll.“ (8.49)

Die Clearingstelle bewegte sich als neu geschaffene Organisationseinheit innerhalb des Präventionsprogramms in der Gestaltung und Wahrnehmung ihrer Aufgaben am stärksten auf Neuland und sozusagen im „Brennpunkt“ der Kooperation, wo Reibungsflächen aktuell am deutlichsten wurden. Trotz umfassender Vorüberlegungen mussten sowohl die Binnenstruktur als auch die Außenstruktur entwickelt werden, ohne auf tatsächliche Vorerfahrungen zurückgreifen zu können. Unsicherheiten und Irritationen drückten sich daher in diesem Bereich am stärksten aus.

Eine besondere Schwierigkeit wurde für die Ablaufstruktur bei der Anmeldung von Fällen benannt. Da vorgesehen ist, dass die Mitarbeiterin der Jugendhilfe erst dann in einen Fall einbezogen wird, wenn von Seiten der Gesundheitshilfe ein Bedarf gesehen wird und die betreffende Familie einer Einbeziehung des Jugendamtes zugestimmt hat, können Indikationen für die Einbeziehung der Jugendhilfe übersehen werden.

Für die beiden Bereiche Kinder- und Jugendhilfe sowie Gesundheitshilfe insgesamt werden zum Zeitpunkt der Interviewdurchführung die Notwendigkeit, Intentionen und Erwartungen zu klären, besonders betont.

„Und Kooperation, das Thema hatten wir ja gerade schon, aber das finde ich ganz wichtig, dass man innerhalb eines solchen Kooperationsprojektes, wenn man präventiv arbeiten will, Verständnis haben muss für andere Berufsgruppen, für ihre Intention und das was sie leistet in ihrem Handeln. Dass man für sein eigenes Gebiet große Transparenz schafft, die es dem andern dann auch erleichtert, Verständnis für meine Anliegen zu entwickeln. Ich glaube das sind so die wichtigsten.“ (5.117)

„Also was ich immer wieder erlebe, ist, dass Jugendhilfe seit Generationen nicht präventiv arbeitet, sondern mehr Feuerwehrfunktion hatte. Ich sehe großes Bemühen auf der Seite der Jugendhilfe, präventiv zu arbeiten, aber ich sehe auch oft, es ist zwar im Kopf angekommen, so die Mitteilung ‚wir arbeiten jetzt präventiv‘, aber es ist nicht im Bauch und Herz angekommen. Sondern da sind Fragestellungen, wo ich dann denke ‚hm, das ist Prävention?‘.“ (5.108)

Die entsprechende **Haltung** zu Kooperation und Vernetzung wurde von allen Interviewpartnern als zentral für das Gelingen des Vorhabens angesehen. Angefangen von der Entscheidung und Bereitschaft, aufeinander zuzugehen, über die gegenseitige Wertschätzung und Begegnung auf Augenhöhe und das Anstreben von Win-win-Situationen und Chancengleichheit bis zu Verlässlichkeit, Verbindlichkeit, Vertrauen und der Notwendigkeit einer lösungsorientierten Herangehensweise wurden Aspekte von allen Interviewpartnern erwähnt und betont.

„Ja, und vor allen Dingen - also ich sag mal das ist eine gute Tradition in Düsseldorf - dass man versucht, ‚Win-Win-Situationen‘ zu schaffen. Dass alle Beteiligten an dem Prozess gewinnen oder dass der Prozess so gesteuert wird, oder so miteinander vereinbart wird, dass alle Beteiligten ohne persönliche Nachteile in dem Prozess auch mitwirken können.“ (6.100) „So, und dann kommen Sie da drauf, es gibt eigentlich nicht ‚gut‘ und ‚schlecht‘, sondern es gibt eigentlich den Weg hin zu Lösungen, die alle Beteiligten tragen können.“ (6.101)

„Nein, kann ich eigentlich nicht sagen, weil immer dann, wenn wir das Gefühl hatten ‚oh, wir würden uns gerne, was weiß ich, in der und der Richtung etwas spezieller umtun‘, dann hat das auch immer funktioniert. Es gibt immer bei dem einen mehr, bei dem anderen weniger Anfangsschwierigkeiten oder Einstiegsmöglichkeiten, aber ich habe niemanden erlebt, keine Einrichtung erlebt, die sagen würde ‚nein, das machen wir nicht‘. Auch trägerübergreifend nicht. Nein.“ (7.121)

Insgesamt überwogen die Äußerungen, die eine positive Haltung bei den Kooperationspartnern sahen bei Weitem, dennoch gab es auch kritische Anmerkungen zur Haltung der Kooperationspartner.

„Und ich treffe auch immer auf den Punkt, dass ich den Eindruck habe, dass ich als kompetenter gleichwertiger Partner in der Jugendhilfe - jetzt für meinen Bereich Management, Koordination - dass das dann doch wieder nicht so ist.“ (8.149)

Abschließend ist zu betonen, dass Experteninterviews Momentaufnahmen sind. Da seither knapp zweieinhalb Jahre vergangen sind, kann sich Vieles verändert haben, eventuell haben Anpassungsprozesse und Modifikationen stattgefunden, die hier nicht berücksichtigt wurden.

Zusammenfassend war über die Experteninterviews festzustellen, dass die Kooperation und Vernetzung sowohl in Bezug auf die fallbezogenen als auch die fallübergreifenden Aufgaben von den Beteiligten überwiegend gut und funktionierend eingeschätzt und bewertet wird. Dies gilt auch für die Haltung der beiden Bereiche Jugendhilfe und Gesundheitshilfe zueinander, die sich als tragend für die Bewältigung der bestehenden Reibungsflächen zeigte.

7.3.2. Wie effektiv sind die etablierten Vernetzungsstrukturen zwischen Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Gesundheitshilfe im Bereich des präventiven Kinderschutzes?

- Die Befragung der Kooperationspartner mittels Fragebogen -

Im Frühjahr 2009 wurden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der am Präventionsprogramm beteiligten Institutionen zu den Aspekten Qualität und Zufriedenheit mit der Kooperation im Netzwerk anhand eines eigens konstruierten Fragebogens befragt. Dieser Fragebogen erfasst die Aspekte fallbezogener als auch allgemeiner, programmbezogener Vernetzung. Unter fallbezogener Vernetzung sind alle Kontakte zwischen den Institutionen zu verstehen, die sich auf die am Präventionsprogramm teilnehmenden Kinder und Familien im individuellen Einzelfall beziehen. Unter allgemeiner, programmbezogener Vernetzung sind vor allem die regelmäßige Arbeitstreffen zwischen verschiedenen Institutionen, also die Vernetzungsarbeit abgesehen von konkreten Einzelfällen gemeint. Der Fragebogen erfasst die Quantität der Vernetzung, also die Häufigkeit der Kontakte getrennt nach Institution und getrennt nach allgemeinen oder fallbezogenen Kontakten. Die verschiedenen qualitativen Aspekte der Vernetzung betreffen Häufigkeit der Kontakte, Qualität der Kontakte, Zufriedenheit mit der Kontakthäufigkeit, Qualität der Zusammenarbeit sowie die Zufriedenheit mit Absprachen und Rückmeldungen. All diese Facetten der Qualität der Vernetzung werden auf einer fünfstufigen Skala beurteilt. Zusätzlich enthielt der Fragebogen einen semistrukturierten Teil mit drei offenen Fragen im Hinblick auf die Zusammenarbeit zwischen Jugend- und

Gesundheitshilfe. Die offenen Fragen bezogen sich auf Chancen, Barrieren sowie auf Handlungs- und Verbesserungsbedarf in Bezug auf die Kooperation der Institutionen. Abschließend wurden im Fragebogen soziodemographische Daten und beruflicher Hintergrund der Befragungsteilnehmer/innen erhoben.

Die Auswertung mittels Vernetzungsanalyse

Zur Häufigkeit der Kontakte der Institutionen wurde eine Vernetzungsanalyse durchgeführt. Um die Netzwerkstruktur darstellen zu können, wurde sowohl die statistische Analyse Software SPSS (SPSS for Windows, Version 16. Chicago: SPSS Inc.) als auch die spezielle Vernetzungssoftware Ucinet (Borgatti, S.P., Everett, M.G. and Freeman, L.C. 1999. UCINET 5.0 Version 1.00. Natick: Analytic Technologies) verwendet.

Auf Basis verschiedener statistischer Kennwerte der Vernetzung konnte untersucht werden, ob die Vernetzung sich in der Praxis tatsächlich so zeigt, wie sie konzeptuell angestrebt wurde. Es konnte untersucht werden, ob sich Schwachstellen im System befinden und welche Institutionen Schlüsselpositionen im Netzwerk einnehmen. Die Technik der Vernetzungsanalyse wurde ursprünglich in der Betriebswirtschaftslehre und der Soziologie etabliert um komplexe Systeme zu untersuchen. Mit Netzwerkanalysen werden unter anderem Handelsmärkte berechnet, weltweite Flugpläne optimiert, die Verbreitung von Erkrankungen vorhergesagt. Anhand dieser komplexen statistischen Verfahren ist es möglich Netzwerke nicht nur mit Worte zu beschreiben, sondern Zusammenhänge genau und mathematisch sowohl mit Kennziffern als auch graphisch darzustellen. Dadurch ergeben sich völlig neue Möglichkeiten der Auswertung.

Im Rahmen der statistischen Netzwerktheorie gibt es verschiedene Kennziffern die Akteure in einem Netzwerk und ihre Position, zum Beispiel deren Zentralität beschreiben. Degree Centrality ist ein Maß für die Anzahl der Verbindungen, die ein Akteur im Netzwerk hat. Es lassen sich unter anderem die beiden Kennzahlen Indegree und Outdegree berechnen. Indegree ist ein Maß für die Anzahl von Verbindungen die von außen zu einem Akteur im Netzwerk hin gehen. Indegree spiegelt damit so etwas wie die „Beliebtheit“ eines Akteurs als Kontaktpartner für andere Akteure im Netzwerk wieder. Outdegree ist ein Maß für die Anzahl der Verbindungen die von einem Akteur im Netzwerk hin zu anderen gehen. Es spiegelt also so etwas wie dessen „Kontaktfreudigkeit“ wider. In so fern stehen hohen

Degreewerte der einzelnen Akteure für eine hohe Netzwerkintegration (Zentralität). Ein Akteur mit hoher Zentralität hat damit auch eine hohe Wahrscheinlichkeit alle Informationen, die im Netzwerk verfügbar sind, zu bekommen.

In Tabelle 16 wird der Grad der Vernetzung für die beiden Bereiche allgemeine oder fallbezogene Kontakte getrennt dargestellt. Betrachtet man den Bereich der allgemeinen Vernetzung, so gehen die meisten Kontakte im Netzwerk vom Sozialpädiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes, den niedergelassenen Kinderärzten, der Clearingstelle, der Familienbildung, der Geburtsklinik, dem Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes, der Kinderschutzambulanz, dem Bezirkssozialdienst des Jugendamtes und dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes aus. Insgesamt stellten sich der **Sozialpädiatrische Dienst des Gesundheitsamtes** und die **Clearingstelle** als am besten vernetzt dar, da sie sowohl die meisten ausgehenden Kontakte initiierten, als auch selbst am häufigsten im Netzwerk kontaktiert wurden. Sie haben somit Schlüsselpositionen inne. Hier zeigte sich, dass die Umsetzung der Vernetzung wie sie angedacht war, hier ideal gelungen ist, da dem Sozialpädiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes auch konzeptuell die Rolle als niedrigschwellige Eingangspforte im Netzwerk zgedacht war, fortgeführt durch die Clearingstelle, die dann zwischen den Bereichen Gesundheits- und Jugendhilfe weiter vermitteln sollte, wenn die Familien zusätzlich psychosoziale Belastungen aufwiesen. Betrachtet man die Kontakte bezüglich der fallbezogenen Zusammenarbeit so gehen die meisten Kontakte von niedergelassenen Kinderärzten, der Clearingstelle, dem Sozialpädiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes, der Vormundschaftsstelle des Jugendamtes und dem Bezirkssozialdienst des Jugendamtes aus. Schlüsselposition mit einer großen Zahl an Ein- und Ausgängen insgesamt blieben damit auch fallbezogen der **Sozialpädiatrische Dienst des Gesundheitsamtes** und die **Clearingstelle**. Insgesamt zeigte sich auch statistisch, dass hier Vernetzung optimal gelungen ist. Die Positionen im Netzwerk stellen sich insgesamt in der Praxis so dar, wie sie auch konzeptuell vorgesehen waren.

Tabelle 16 OutDegree und InDegree der Einrichtungen

Einrichtungen	OutDegree ausgehende Kontakte bezüglich der allgemeinen Vernetzung	InDegree eingehende Kontakte bezüglich der allgemeinen Vernetzung
Gesundheitsamt_Sozialpädiatrischer_Dienst	18,50	16,19
Niedergelassener_Kinderarzt	17,00	5,78
Clearingstelle	15,00	11,25
Familienbildung	12,00	4,02
Geburtsklinik	11,00	8,43
Gesundheitsamt_Sozialpsychiatrischer_Dienst	10,00	4,13
Kinderschutzambulanz	10,00	4,15
JA_Bezirkssozialdienst	8,92	14,05
FTJ_Familiäre_Bereitschaftsbetreuung	8,00	1,71
Gesundheitskonferenz	8,00	4,53
Gesundheitsamt__chron.Kranke_Behinderte	7,99	1,25
Frauenklinik	7,00	3,96
JA_Vormundschaften	6,00	5,03
Freiberufliche_Hebammen	5,66	7,41
Müttercafe	5,00	3,52
Gesundheitsamt_KJzahnärztlicher_Dienst	4,00	3,41
Kinderklinik	3,65	7,57
FTJ_ambulante_EZH	3,64	6,20
Frühförderung	3,00	4,43
EPB	2,43	4,84
Schwangerschaftskonfliktberatung	1,80	3,80
FTJ_Familienpflege	1,00	2,31
Familiencafe	0,00	1,78
FTJ_MütterKindBetreuung	0,00	4,98

Gesundheitsamt_KJD	0,00	12,08
JA_Pflegekinderdienst	0,00	3,59
Kinderneurologisches_Zentrum	0,00	5,71
KJP	0,00	2,66
Psychiatrie_Erwachsene	0,00	1,24
SPZ	0,00	6,48
Suchtberatungsstelle	0,00	3,10
Niedergelassener_Kinderarzt	19,00	7,23
Clearingstelle	14,00	10,49
Gesundheitsamt_Sozialpädiatrischer_Dienst	14,00	14,35
JA_Vormundschaften	13,00	5,31
Frühförderung	9,00	2,77
Geburtsklinik	9,00	7,57
FTJ_Familiäre_Bereitschaftsbetreuung	8,00	3,13
JA_Bezirkssozialdienst	7,18	11,40
Gesundheitsamt_Sozialpsychiatrischer_Dienst	7,00	2,32
Gesundheitsamt__chron.Kranke_Behinderte	6,33	1,49
Kinderklinik	6,33	5,74
Frauenklinik	5,00	3,39
Kinderschutzambulanz	5,00	4,29
FTJ_ambulante_EZH	4,53	7,50
Familienbildung_Eltern_Kind_Kurse	4,00	2,49
Gesundheitsamt_KJzahnärztlicher_Dienst	4,00	0,91
Freiberufliche_Hebammen	3,99	6,23
Psychiatrie_Erwachsene	2,00	1,54
Schwangerschaftskonfliktberatung	1,80	1,44
EPB	1,28	4,70
Familiencafe	0,00	0,78

FTJ_Familienpflege	0,00	4,89
FTJ_MütterKindBetreuung	0,00	5,51
Gesundheitsamt_KJD	0,00	6,46
Gesundheitskonferenz	0,00	0,88
JA_Pflegekinderdienst	0,00	4,07
Kinderneurologisches_Zentrum	0,00	5,21
KJP	0,00	1,08
Müttercafe	0,00	2,41
SPZ	0,00	6,40
Suchtberatungsstelle	0,00	2,46

Graphische Darstellung der fallbezogenen Vernetzung:

Legende:

- Blaue Markierungen stehen für Einrichtungen, die an der Vernetzungsbefragung teilgenommen haben.
- Rote Markierungen stehen für Schlüsselpositionen im Netzwerk.
- Gelbe Markierungen stehen für die Einrichtungen von denen bezüglich der Vernetzung keine Antworten eingegangen waren.

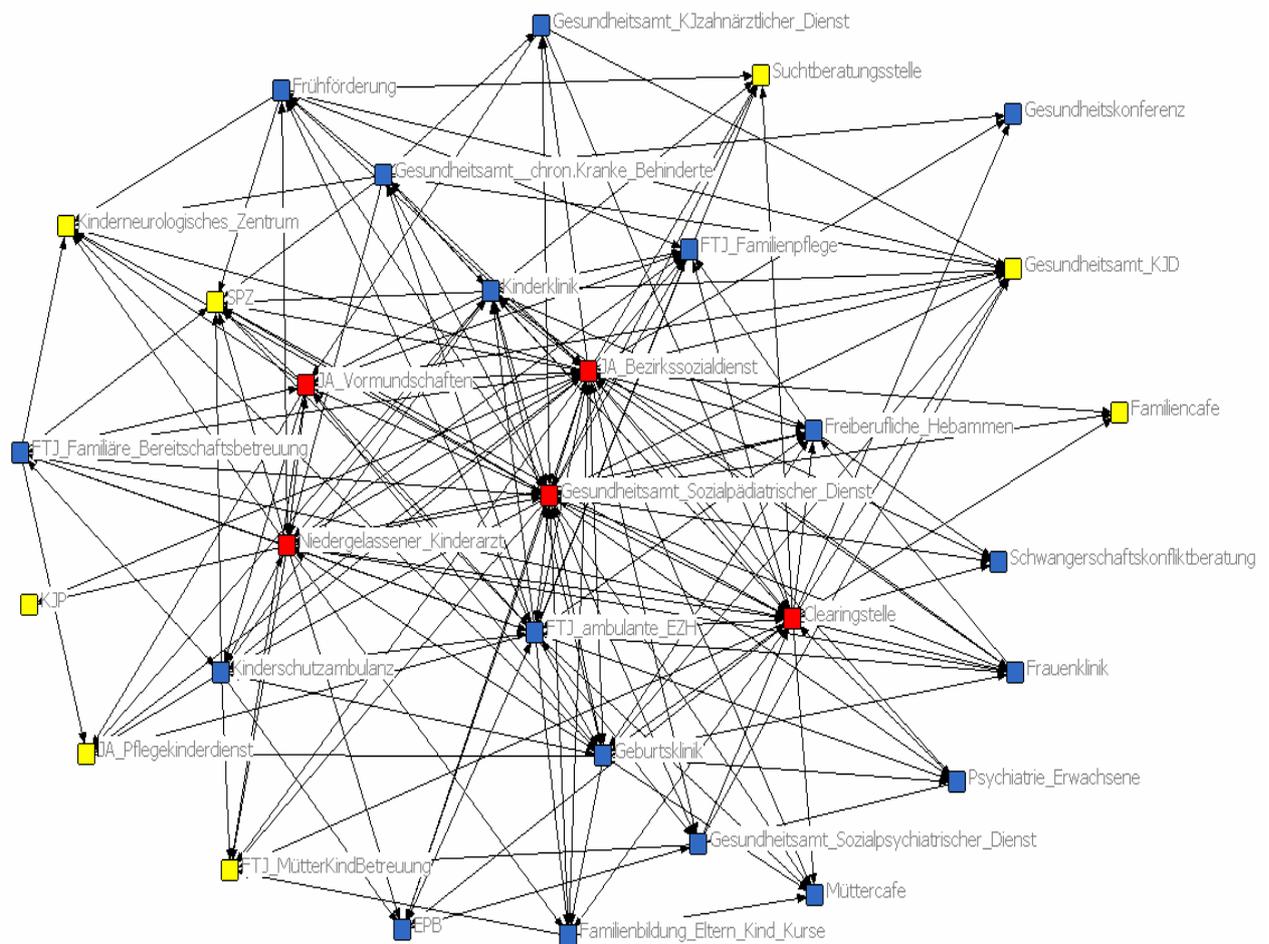


Abbildung 25. Graphische Darstellung der fallbezogenen Vernetzung

Graphische Darstellung der allgemeinen Vernetzung:

Legende:

- Blaue Markierungen stehen für Einrichtungen, die an der Vernetzungsbefragung teilgenommen haben.
- Rote Markierungen stehen für Schlüsselpositionen im Netzwerk.
- Gelbe Markierungen stehen für die Einrichtungen von denen bezüglich der Vernetzung keine Antworten eingegangen waren.

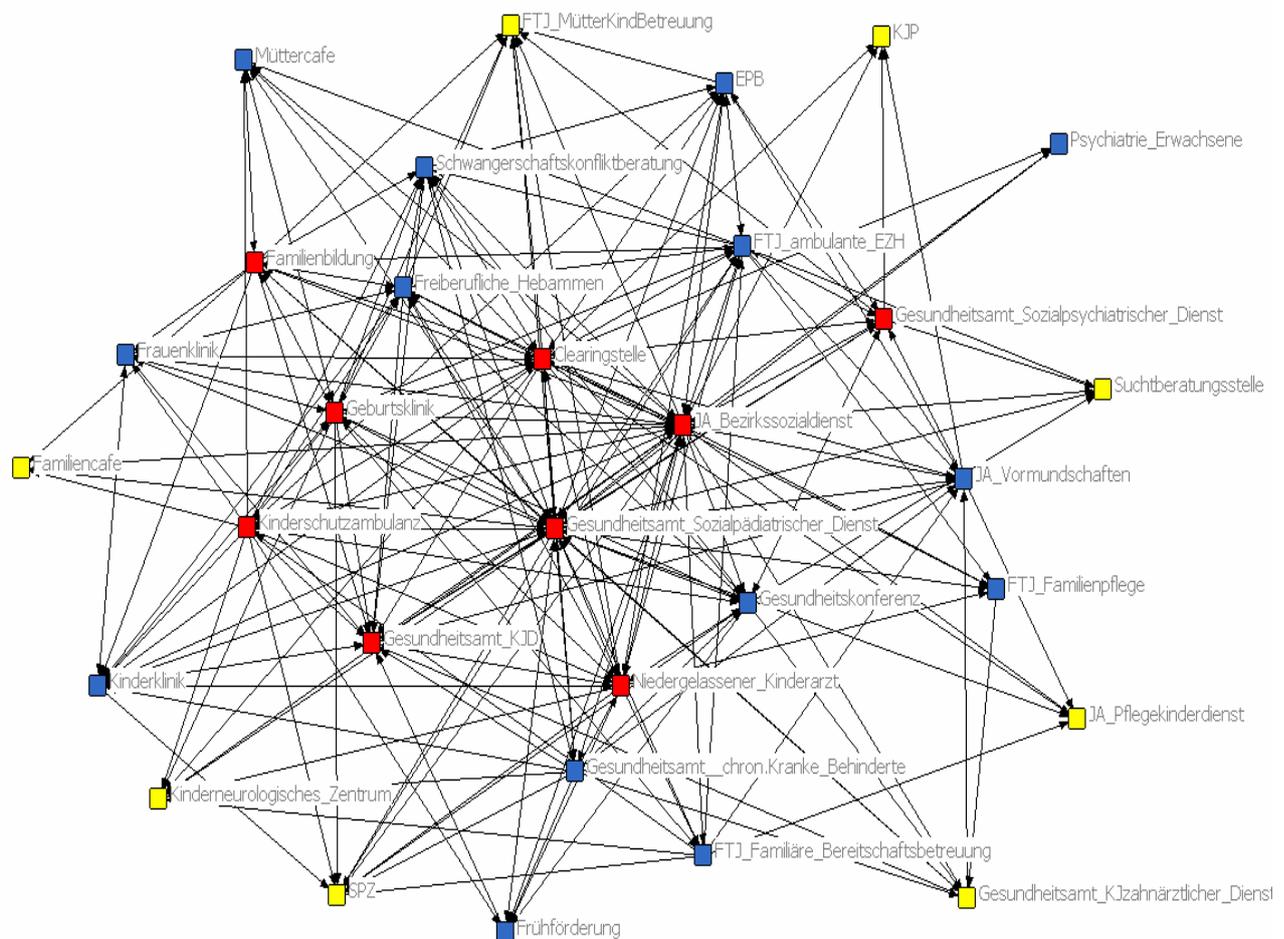


Abbildung 26. Graphische Darstellung der allgemeinen Vernetzung

Alles in allem lassen die Netzwerkgraphiken deutlich erkennen, dass fallbezogene und allgemeine Vernetzung in Düsseldorf ideal umgesetzt werden konnten. Akteure die auch aus konzeptuellen Überlegungen eine zentrale Position im Netzwerk einnehmen sollten, tun dies auch.

Ergebnisse der verschiedenen qualitativen Aspekte der Vernetzung

Betrachtet man die wahrgenommene **Qualität der allgemeinen beruflichen Kontakte** so wird diese für fast alle Institutionen im Mittel mit „eher gut“ bewertet. Die einzigen beiden schlechteren mittleren Bewertungen erhalten die

Erwachsenenpsychiatrie sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie mit mittleren Bewertungen von „teils gut/teils schlecht“.

Auch bei der wahrgenommenen **Qualität der fallbezogenen beruflichen Kontakte** werden fast alle Institutionen im Mittel mit „eher gut“ bewertet. Die einzigen beiden schlechteren mittleren Bewertungen erhalten die Erwachsenenpsychiatrie sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie mit mittleren Bewertungen von „teils gut/teils schlecht“.

Teilweise Unzufriedenheit herrscht im Mittel mit der **Kontakthäufigkeit** mit der Familienbildung Eltern-Kind-Kurse, niedergelassener Kinderarzt, Frauenklinik, Familien-Cafe, Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bezüglich aller anderen Akteure im Netzwerk herrscht im Mittel Zufriedenheit mit der Kontakthäufigkeit.

Die **Qualität der Zusammenarbeit** wird von fast allen Akteuren im Netzwerk im Mittel als „eher gut bezeichnet“. Lediglich die Qualität der Zusammenarbeit mit niedergelassenem Kinderarzt, Frauenklinik, Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie wird im Mittel nur als „teils gut/teils schlecht“ bewertet.

Im Mittel herrscht „eher Zufriedenheit“ mit **Absprachen und Rückmeldungen**. Lediglich bezüglich der Erwachsenenpsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie herrscht im Mittel teilweise Unzufriedenheit bezüglich Absprachen und Rückmeldungen. Insgesamt lässt sich also feststellen, dass die mittlere Bewertung der Qualität der Vernetzung hinsichtlich aller verschiedenen Facetten erfreulicherweise durchgängig im Bereich „gut“ liegt.

Die detaillierten Ergebnisse sind im Anhang C beigefügt.

Auswertung der offenen Fragen zur Vernetzung

Die individuellen Antworten zu Chancen in Bezug auf die Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Jugendhilfe lassen sich inhaltlich folgenden vier Bereichen zuordnen:

- Chancen der unterschiedlichen Kompetenzen und Interdisziplinarität
- Chance, individuelle und passgenaue Hilfen anbieten zu können
- Chance der Frühen Hilfen
- Chancen des frühzeitigen Abbaus von Vorurteilen und Hemmschwellen in der Bevölkerung

Deutlich wird insgesamt, dass die meisten Chancen im Bezug auf die Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Jugendhilfe vor allem in den unterschiedlichen Kompetenzen, der Interdisziplinarität, das heißt der Ergänzung der unterschiedlichen Blickwinkel im Sinne von Ganzheitlichkeit gesehen werden. Diesem inhaltlichen Bereich lassen sich 32 der insgesamt 54 Statements, also mehr als die Hälfte der Aussagen zuordnen. Änderungswünsche betrafen vor allem noch mehr interdisziplinären Austausch und Kommunikationsstrukturen unter Einbezug der unterschiedlichen Professionen, sowie den Wunsch nach mehr personellen und finanziellen Ressourcen. Mehrfach wurde der Wunsch nach mehr schriftlicher Fixierung und Rückmeldung sowie der Verwendung standardisierter Instrumente geäußert.

Auf die Frage nach Barrieren bezüglich der Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Jugendhilfe wurden am häufigsten die fehlende Kommunikation sowie Konkurrenz und Machtgerangel genannt, gefolgt von fehlender Kooperation und zu wenig Informationsfluss sowie allgemeinen Verständigungsschwierigkeiten. Ebenso hielten viele unklare Kompetenzen für hinderlich, sowie isoliertes Arbeiten der Einzelnen. Es wurden zu knappe Ressourcen im Allgemeinen und Zeitmangel im Besonderen thematisiert.

Bezüglich der Frage nach konkretem Handlungs- bzw. Verbesserungsbedarf nannten die meisten Teilnehmer der Befragung den Wunsch nach mehr Austausch der verschiedenen Fachgruppen untereinander. Dieser Wunsch war in der Anzahl der Nennungen dicht gefolgt von dem Wunsch nach verbindlicheren Strukturen, Zuständigkeiten und Absprachen. Außerdem wünschte man sich bezüglich der Angebote mehr Transparenz und Bekanntheit. Mehrere Befragte forderten eine bessere Gestaltung der Vermittlung zur Entwicklungspsychologischen Beratung sowie eine Verbesserung des Informationsflusses hinsichtlich Inhalten und Ergebnissen der Fälle in der Entwicklungspsychologischen Beratung.

Mehr Interesse und Bereitschaft zur Kooperation auf Seiten der Kinderärzte wurde ebenso mehrfach gefordert. Außerdem wünscht man sich die Aufstockung von Personal und die Verringerung Bürokratischer Hürden.

Soziodemographie der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Die meisten Teilnehmenden (73%) waren Vollzeitbeschäftigte. Dies spiegelte sich auch in der mittleren Arbeitsstundenanzahl von 38 Stunden pro Woche wider. Die

Meisten (58%) hatten Abitur abgelegt. Was die berufliche Qualifikation angeht, so haben die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragung einen sozialarbeiterischen/ pädagogischen Hintergrund.

8. Diskussion der Ergebnisse und Empfehlungen

Das Präventionsprogramm „Zukunft für Kinder in Düsseldorf“ hat zum Ziel, Krankheiten, Auffälligkeiten und Störungen für Kinder mit bekannten gesundheitlich-medizinischen und/oder psychosozialen Gefährdungslagen präventiv zu vermeiden. Entwicklungsbedingungen von Säuglingen und Kleinkindern sollen verbessert, Risiken abgefangen und Überforderungssituationen der Eltern vorgebeugt werden, indem Hilfebedarfe frühzeitig erkannt und durch eine systematische Vermittlung und Verknüpfung der unterschiedlichen Leistungen von Gesundheitshilfe und Jugendhilfe den Familien früh, passgenau und präventiv angeboten werden.

Aus den Ergebnissen der Evaluation lässt sich ableiten, dass dieses Vorhaben weitgehend gelungen ist und die benannten Ziele zum größten Teil erreicht werden konnten. Es war möglich, die gewünschten Zielgruppen im Rahmen der interdisziplinären Kooperation zu erreichen sowie früh und passgenau Hilfen aus den unterschiedlichen Hilfesystemen zu vermitteln. Dies lässt sich auf unterschiedlichen Ebenen darstellen.

Zunächst ist es gelungen, den **Zugang von Familien zu frühen Hilfen** über die Anmeldung aus der Geburtssituation oder bereits der Schwangerschaft über ein geregeltes Verfahren und einen einheitlichen Kriterienkatalog systematisch zu gestalten. Hierzu wurde die Bedeutung der Brückenfunktion der in der Zeit von Schwangerschaft und Geburt tätigen Institutionen und Professionen wie zum Beispiel Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen, Geburtskliniken und Hebammen aufgegriffen und ausgebaut.

Über diesen Weg konnte der **Beginn der Hilfen** zu einem früheren Zeitpunkt als vor der Etablierung des Präventionsprogramms erreicht werden. Die hohe Zahl der ins Präventionsprogramm aufgenommenen Kinder und der gemeinsam durch Gesundheits- und Jugendhilfe begleiteten Kinder stellt zudem einen beträchtlichen Erfolg und eine positive Rückmeldung für die geschaffenen Strukturen und die Vorgehensweise dar. Gleichzeitig ist zu verzeichnen, dass gerade belastete und hoch belastete Familien mit multiplen Risikolagen, die erfahrungsgemäß schwer mit Unterstützung und Hilfen zu erreichen sind, für die Teilnahme am Programm gewonnen werden konnten.

Im **Verlauf der Hilfeprozesse** zeigte sich, dass spezifische Diagnostik gegenüber der Ausgangssituation vermehrt eingesetzt wurde, zunehmend auch standardisierte Diagnostik, die jedoch nur unsystematisch in die Hilfeplanung einbezogen wurde. Eine systematische und gezielte Diagnostik und deren Einbezug in die Hilfeplanung könnte sicher zu deutlichen Verbesserungen im Hilfeprozess und in der Zusammenarbeit führen. Interessant ist an dieser Stelle, dass in der Befragung der Fachkräfte im Netzwerk eine höhere Standardisierung der Kommunikation zwischen den Professionen mehrfach als hilfreich gewünscht wurde. Der strukturierte Umgang mit der Diagnostik könnte ein Element in diesem Zusammenhang sein.

Weiterhin zeigten sich im Verlauf der Hilfen teilweise sehr lange Zeitabstände zwischen den planenden Gesprächen. Im Hinblick auf die hohe Veränderungsdynamik in der Säuglings- und Kleinkindzeit mit der Gefahr abrupter Übergänge von diskreten Belastungszeichen zu akuten Gefährdungen und nachhaltig negativen Konsequenzen für die Entwicklungschancen der Kinder, wäre die Verringerung dieser Abstände ein wesentliches Ziel der weiteren Arbeit. In den Hilfeplangesprächen kann ein umfassendes Bild der aktuellen Entwicklungen aus unterschiedlichen Perspektiven der Beteiligten entstehen und weitere Planungen können rechtzeitig angepasst werden.

Das Spektrum der **Frühen Hilfen** wurde in der Anzahl der Angebote erweitert und in den Familien als spezifisch präventive und frühe Hilfen zum Beispiel durch Hebammen, Entwicklungspsychologische Beratung und Leistungen des Sozialpädiatrischen Dienstes eingesetzt. Erfreulich ist, dass die eingesetzten Hilfen trotz der oben benannten Lücke in der Diagnostik und der Umsetzung der diagnostischen Ergebnisse in die Hilfeplanung je nach Risikolage spezifisch zugeschnitten und damit passgenau ausgewählt wurden.

Die Erreichung der **programmbezogenen Ziele** „adäquate sozial-emotionale und körperliche Entwicklung des Säuglings“, „elterliche Erziehungskompetenzen und Zuverlässigkeit“ sowie „Kontext und Lebenssituation“ wurden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Jugendhilfe und der Gesundheitshilfe unterschiedlich beschrieben. Während im Rahmen der Gesundheitshilfe signifikante und hoch signifikante positive Veränderungen dokumentiert wurden, zeigten sich in der Beurteilung der Mitarbeiter der Jugendhilfe keine relevanten Veränderungen. Entsprechendes gilt für die Einschätzung der Eltern mit der Globalbeurteilung der

psychosozialen Anpassung, die von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Gesundheitshilfe mit einer leichten Verbesserung eingeschätzt wurde, von den Fachkräften der Jugendhilfe jedoch überwiegend gleich bleibend. Eine Klärung und Verbesserung dieser Diskrepanzen könnte durch Übung systematischen und standardisierten Vorgehens bei der Einschätzung anstelle subjektiv geprägter Herangehensweisen erreicht werden. Diese Einschätzungen bilden auch die Grundlage einer realistischen Einordnung der eigenen Arbeit, so dass im Ergebnis der Erfolg der eigenen Arbeit weder unter- noch überschätzt wird. Mit Einschränkungen im Hinblick auf die benannten unterschiedlichen Einschätzungen kann jedoch von einer zumindest begrenzten Wirksamkeit der Hilfen im Hinblick auf die Erreichung der programmbezogenen Ziele ausgegangen werden.

Die hohe Wichtigkeit, die die Mütter der Kinder den Programmzielen beimessen, ist ein schöner Ausdruck des gelungenen Aufbaus einer tragfähigen Arbeitsbeziehung. Dabei steht die „adäquate sozial-emotionale Entwicklung des Kindes“ für die Mütter klar im Vordergrund, womit sich der Kreis zum Anliegen des Programms, die Hilfe über den Bedarf des Kindes und nicht über Defizite der Eltern zu begründen, schließt. Zudem zeigte sich in der Elternbefragung, dass die Eltern die Hilfe im Bewusstsein der bestehenden Risiken annehmen, ein weiteres wichtiges Element im Kontext einer belastbaren Arbeitsgrundlage.

Ein sehr schöner Erfolg ist die gute Bewertung des Präventionsprogramms durch die **Eltern**. Die Eltern benennen zum größten Teil, dass sie subjektiv von der Teilnahme am Programm profitieren konnten. Daneben wurde auch die Kooperation der Fachkräfte gut erlebt. Da es einerseits eine hohe Beteiligung der Eltern, andererseits auch kritische Meinungen gab, ist von einem realitätsgerechten Spektrum an Äußerungen auszugehen.

Die **Effizienz und Wirksamkeit** der initiierten Hilfen ist im Hinblick auf die geplanten Wirkungen des Präventionsprogramms positiv zu beurteilen. Belastete und hoch belastete Familien können früh erreicht werden und mit spezifischen und interdisziplinären Angeboten für die frühe Kindheit und die unterschiedlichen Risikolagen bereits im Säuglings- und Kleinkindalter präventiv begleitet werden. Die begleiteten Familien profitieren gut von den Angeboten.

In Bezug auf die **PROZESS- und ERGEBNISQUALITÄT** kann eine klare Steigerung gegenüber der Ausgangssituation vor der Etablierung des Präventionsprogramms

wahrgenommen werden. Dies drückt sich in der Systematisierung der Zugangswege, dem früheren Beginn, dem vermehrten Einsatz spezifischer Diagnostik und der passgenauen Vermittlung von Hilfeangeboten sowie der hohen Zufriedenheit der teilnehmenden Eltern und der Erreichung der projektbezogenen Ziele in der Arbeit mit den Familien aus. Eine weitere Verbesserung wäre aus unserer Sicht über den systematischeren Einbezug von Diagnostik und die Verringerung der Abstände zwischen Planungsgesprächen zu erreichen.

Auf der Ebene der **Fachkräfte im Netzwerk** wird die Kooperation zunächst unterstützend und entlastend wahrgenommen, die Verbindung der unterschiedlichen Kompetenzen und der Interdisziplinarität zu einer ganzheitlichen Sicht des Kindes und seiner Familie wird als die größte Chance der Zusammenarbeit gesehen. Hierin liegt eine wichtige Voraussetzung für die nachhaltige Bereitschaft zur Zusammenarbeit.

Insgesamt konnte ein bemerkenswert hoher Grad an Kooperation und Vernetzung zwischen allen beteiligten Professionen und Institutionen erreicht werden. Die Wahrnehmung von Schlüsselpositionen im Netzwerk durch den Sozialpädiatrischen Dienst und die Clearingstelle als neue Institution zwischen den Bereichen der Gesundheits- und der Jugendhilfe, konnte wie vorgesehen umgesetzt werden und zeigte sich wirksam. Beide Dienste werden von den Kooperationspartnern in ihren zentralen Rollen gesehen und angenommen.

Dennoch braucht die Clearingstelle als neu geschaffenes Element und engste Schnittstelle des Netzwerkes besondere Begleitung und Aufmerksamkeit für die Gestaltung der weiteren Prozesse. An dieser Stelle wird sich letztlich der weitere Weg im Sinne von gelingender Weiterentwicklung und Nachhaltigkeit entscheiden.

Für die Einbindung der Netzwerkpartner in die gemeinsamen Aufgaben und Wege sind gute und funktionale Wege entwickelt worden. Die Qualität der Kontakte und der Zusammenarbeit wird von allen Beteiligten positiv bewertet, auch die Institutionen mit den kritischsten Bewertungen sind im Gesamtspektrum noch integriert. Weitere Verbesserungen könnten über eine Intensivierung der gezielten interdisziplinären Kommunikation in der Fallarbeit und die gezielte Standardisierung von Ablaufschritten erreicht werden.

Neben dem erreichten guten Stand der organisatorischen Strukturen ist der Bedarf an weiterem systematischem Aufbau und der Pflege der Kooperationsbeziehungen

im Bewusstsein der Beteiligten. Dies werten wir als sehr gutes Zeichen für die weitere Entwicklung des Programms. Der Prozess des weiteren Aufbaus und Zusammenwachsens kann zum Beispiel über gemeinsame Fortbildungen begleitet werden.

Die positive Haltung der Kooperationspartner zueinander ist sicherlich eine wesentliche und tragende Säule im Gelingen des Präventionsprogramms. Im Prozess der Kooperation, der nicht mit einmaligen Absichtserklärungen, Absprachen oder mit einmaligen Verabredungen über Verfahrenswege zu bewältigen ist, zeigen sich naturgemäß Reibungsflächen zwischen den beteiligten Professionen und Institutionen. Kooperation stellt sich als langwieriger und nicht immer einfacher Prozess immer wiederkehrender Aushandlungen und Abstimmungen dar, bisweilen auch in Verbindung mit Konflikten. Die beobachtbare gegenseitige Wertschätzung, das gemeinsame Streben nach Interessensausgleich und die lösungsorientierte Herangehensweise sind aus unserer Sicht zentrale Ressourcen für die Bewältigung dieser anfallenden Themen.

Die **STRUKTURQUALITÄT** des entstandenen Netzwerkes ist hoch einzuschätzen. Die Düsseldorfer Gesundheitskonferenz als zentrales Koordinations- und Steuerungsgremium sichert die Verbindlichkeit und Qualität der Zusammenarbeit sektorenübergreifend strukturell ab. Die eingerichtete Arbeitsgruppe stellt über die Zusammenarbeit der wichtigsten Akteure die Verbindung zu den ausführenden Institutionen her, in ihr kann die weitere Arbeit mit allen Beteiligten abgestimmt und geplant werden, auftretende Themen können mit allen zur Verfügung stehenden fachlichen Kompetenzen bearbeitet werden. Weiterhin gewährleistet die gemeinsame Steuerungsverantwortung von Jugend- und Gesundheitsamt die Umsetzung in die alltägliche Arbeit.

Mit dieser Absicherung sowohl in der Hierarchie als auch in der Breite der Basis ist es in Düsseldorf gelungen, alle relevanten Institutionen in geregelter Form einzubinden und mit dem Sozialpädiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes und der Clearingstelle als formal eigenständiger Funktionseinheit Schlüsselpositionen für Vermittlung und Kommunikation im Netz zu schaffen und zu implementieren. Die Kommunikation im Netzwerk stellt sich sachgerecht und funktional dar, die Fachkräfte können in Bezug auf die Fallarbeit von der Kooperation profitieren. Als weiteres Gütekriterium werten wir die Prozessorientierung der Beteiligten, das

Selbstverständnis als „lernendes System“. Weitere Verbesserungen könnten aus unserer Sicht über die Intensivierung des interdisziplinären fachlichen Austauschs und der Standardisierung von Schritten der Fallarbeit ermöglicht werden.

In **Bezug auf die eingangs formulierten Hypothesen** kann zusammenfassend festgestellt werden, dass

- Familien in den benannten Risikolagen über das Angebot des Präventionsprogramms erreicht werden,
- von einer Verbesserung im Hinblick auf die definierten Ziele bezüglich der Entwicklung des Kindes, der Erziehungskompetenz der Eltern und der Lebenssituation der Familie ausgegangen werden kann,
- es über die Einrichtung der Clearingstelle und die Schaffung regelhafter Kommunikationsstrukturen zwischen den beteiligten Institutionen gelungen ist, die Kooperation zielgerichtet und funktionsfähig zu gestalten und
- Unterschiede bezüglich der Inanspruchnahmefamilien (ähnliche Risikolagen zu einem früheren Zeitpunkt und daher weniger zugespitzt im Präventionsprogramm), des Zugangszeitpunktes (beim Präventionsprogramm in einem früheren Lebensalter des Kindes) und des Ergebnisses der Hilfe (weniger Inobhutnahmen bei den Familien im Präventionsprogramm) bestätigt werden konnten.

Empfehlungen

Aus den beschriebenen Ergebnissen der Evaluation lassen sich folgende Empfehlungen für die weitere Arbeit benennen:

- Die begonnene gezielte Nutzung der Möglichkeiten zur Diagnostik sollte ausgebaut und deren Ergebnisse in die Hilfeplanung einbezogen werden
- Die Nutzung strukturierter Instrumente wie der Zielerreichungsskala und der globalen Einschätzung der psychosozialen Anpassung hat sich generell als hilfreich gezeigt. Für eine bessere Vergleichbarkeit braucht es an dieser Stelle jedoch ein höheres Maß an Standardisierung in der Bewertung, zum Beispiel durch die Schaffung von beschreibenden Ankerpunkten innerhalb der Instrumente und durch Schulungen der Fachkräfte zum Einsatz der Instrumente

- Der Umfang und die Art der Dokumentation sollte überdacht werden, da sich im Verlauf der Erhebung mehrfach die zeitliche Überforderung der Mitarbeiter zeigte
- In der Arbeit mit Säuglingen und Kleinkindern bräuchte es für die an die rasche Entwicklung des Kindes angepasste Planung durchschnittlich kürzere Zeiträume zwischen den Hilfeplangesprächen.
- Die entwickelten Verfahrensabläufe in der Clearingstelle haben sich bewährt. Allerdings sollten sie im Sinne eines lernenden Systems für die weiteren Entwicklungen angepasst und optimiert werden.

Insgesamt ergibt sich aus den Ergebnissen der Evaluation eine klare Bestätigung der Arbeit des Präventionsprogramms „Zukunft für Kinder in Düsseldorf“. Es ist sehr erfreulich, dass ein Prozess, der in bestehende Strukturen eingreift um versäulte Bereiche systematisch zusammenzufügen, in solcher Weise geglückt ist. Der Prozess eine gemeinsame Sprache zu entwickeln, gemeinsam zu denken, zu entwickeln und wieder zu überdenken braucht langen Atem, die entsprechende Haltung und Frustrationstoleranz. Die wohldurchdachte Konzeption und die sorgfältige Implementierung ins Feld sind wesentliche Voraussetzungen, die zu diesem Gelingen beigetragen haben, es sind aber auch die Menschen mit ihrer Haltung zum Thema und zueinander. Diese zeigte sich wie dargestellt in der gegenseitigen Wertschätzung der Akteure. Sicher tragen solche Haltungen über die unvermeidlichen Frustrationen des Prozesses weiter zu gemeinsam getragenen Lösungen. Jeder weiß, dass ein solcher Prozess Zeit braucht, das Ausprobieren und die gemeinsame Modifikation. Das Grundkonzept jedoch ist in Düsseldorf auf der Basis der hohen sozialen Kompetenzen aller Beteiligten aufgegangen. Die Beteiligten verstehen sich als „lernendes System“ und sind so auf dem besten Weg einer weiteren erfolgreichen Zusammenarbeit.

Literatur

Caldwell, R.A. (1992). The costs of child abuse vs. child abuse prevention: Michigan´s experience. Michigan Children´s trust fund. Lansing, MI
<http://www.msu.edu/user/bob/cost.html> (28.04.2009)

Constitution of the World Health Organization
Verfügbar unter:
http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf
(aufgerufen am 01.10.2009, 14:26 Uhr)

Düsseldorfer Gesundheitskonferenz. Präventionsprojekt *Schlüsselprozess: Clearingstelle*. Verfügbar unter:
http://www.duesseldorf.de/gesundheit/zukunft_fuer_kinder/medien/schluesselformat.pdf
(aufgerufen 01.10.2009, 13:56 Uhr)

Gesundheitsamt Düsseldorf (Hrsg.) [1998]: Dokumentation der 2. Düsseldorfer Gesundheitskonferenz 'Armut und Gesundheit in Düsseldorf', 11. Dezember 1997.

Gould MS & O'Brien T (1995): Child maltreatment in Colorado. The value of prevention and the cost of failure to prevent. Center for Human Investment Policy. Graduate School of Public Affairs. University of Colorado, Denver. Colorado Children's Trust Fund.

Laucht M, Esser G, Schmidt MH (2000): Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 29, 246-262

Mayring F (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 8. Aufl., Beltz, Weinheim Basel

Schöllhorn, A. (2009): unveröffentlichte Auswertung von Experteninterviews

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

Ziegenhain, U., (2005): unveröffentlichte Entwicklung von Zielerreichungsskalen

12. Kinder- und Jugendhilfebericht
Verfügbar unter:
<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung5/Pdf-Anlagen/zwoelfter-kjb.property=pdf.pdf>
(aufgerufen am 01.10.2009, 14:28)

13. Kinder- und Jugendhilfebericht

Verfügbar unter:

http://dji.de/bibs/13_Kinder_und_Jugendbericht_DRS_1612860.pdf

(aufgerufen am 01.10.2009, 14:30)

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Hilfeangebote.....	18
Tabelle 2. Bewertung der eingesetzten Hilfen.....	33
Tabelle 3. Alter des Kindes beim ersten Hilfeplangespräch in Monaten.....	45
Tabelle 4. Zeitspannen zwischen den einzelnen Hilfeplanbögen (HPB) bzw. zwischen erstem und letztem Hilfeplanbogen in Wochen.....	47
Im Durchschnitt wurden 5,4 Hilfen pro Fall eingesetzt. Die maximale Zahl an Hilfen lag bei 12 (s. Tab. 5).....	51
Tabelle 5. Anzahl der eingesetzten Hilfen im gesamten Verlauf, N=106.....	51
Tabelle 6. Mittelwertsvergleich bzgl. der drei Projektziele hinsichtlich Ist-Soll-Zustand (*signifikant, **hochsignifikant, $\alpha=0,05$).....	65
Tabelle 7. Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung am Anfang bzw. Ende des Hilfeverlaufs.....	69
Tabelle 8. Vergleich der erreichten Zielgruppen vor und nach Einführung des Präventionsprogramms als Auswahl (Angaben in Prozent).....	72
Tabelle 9. Vergleich der eingesetzten Hilfen vor und nach Einführung des Präventionsprogramms als Auswahl (Angaben in Prozent mit Mittelwerten zwischen Jugendhilfe und Gesundheitshilfe für das Präventionsprogramm).....	74
Tabelle 10. Stichprobenbeschreibung.....	76
Tabelle 11. Gründe für die Anmeldung am Projekt (N=44 Befragte; Mehrfachnennungen waren möglich).....	77
Tabelle 12. Bereiche, die die Befragten als problematisch eingeschätzt haben (N=44; Mehrfachnennungen waren möglich).....	78
Tabelle 13. Bereiche, in denen sich durch die Teilnahme am Projekt etwas geändert hat (N=44; Mehrfachnennungen waren möglich).....	78
Tabelle 14. Was wurde von den Eltern im Rahmen des Programms als hilfreich empfunden (N=44; Mehrfachnennungen waren möglich).....	79
Tabelle 15. Zufriedenheit der Eltern mit der erhaltenen Hilfe (in Schulnoten).....	80
Tabelle 16 OutDegree und InDegree der Einrichtungen.....	90

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Die Struktur der am Präventionsprogramm beteiligten Institutionen (Quelle: Pöllen 2008)	17
Abbildung 2. Die benannten Ziele von Eltern und Fachkräften	29
Abbildung 3. Eingesetzte Hilfen	31
Abbildung 4. Kooperationspartner der Jugendhilfe	35
Abbildung 5. Anzahl der Hilfeplanbögen (in absoluten Zahlen) an den Erhebungszeitpunkten (EZP) über den Hilfeplanverlauf hinweg, auf Jugendhilfe/Gesundheitshilfe verteilt	39
Abbildung 6. Die Verteilung der medizinischen und psychosozialen Risikolagen bei der Anmeldung der Mütter ins Präventionsprogramm bei 840 Kindern (Quelle: Pöllen 2009)	42
Abbildung 7. Risikogruppen in Prozentangaben, Mehrfachnennungen möglich (N=106)	43
Abbildung 8. Anzahl der zugeordneten Risikogruppen (N=106)	44
Abbildung 9. Alter zum Zeitpunkt des ersten Hilfeplanbogens in Prozent (N=98)	45
Abbildung 10. Erfolgte Diagnostik beim Kind (erstes Hilfeplangespräch) in Prozentangaben (N=106), Mehrfachnennungen möglich	49
Abbildung 11. Erfolgte Diagnostik bei den Eltern beim ersten Hilfeplangespräch, in Prozentangaben, Mehrfachnennungen möglich	50
Abbildung 12. Quellen für die Zielfindung beim ersten Hilfeplangespräch in Jugendhilfe und Gesundheitshilfe, Mehrfachnennungen möglich (Angaben in Prozent)	51
Abbildung 13. Zur Umsetzung genannte Hilfen im ersten Hilfeplangespräch, Angaben in Prozent	52
Abbildung 14. Welche Hilfen erhält die Risikogruppe „Erkrankung/Behinderung des Kindes“ (N=48 Familien)? Mehrfachnennungen bei den Hilfen möglich	55
Abbildung 15. Welche Hilfen erhält die Risikogruppe „Sucht“ (N=14 Familien)? Mehrfachnennungen bei den Hilfen möglich	56
Abbildung 16. Welche Hilfen erhält die Risikogruppe „psychische Erkrankung der Eltern“ (N=19 Familien)? Mehrfachnennungen bei den Hilfen möglich	57
Abbildung 17. Welche Hilfen erhält die Risikogruppe „schwierige Lebenslage“ (N=37 Familien)? Mehrfachnennungen bei den Hilfen möglich	58
Abbildung 18. Welche Hilfen erhält die Risikogruppe „Gewalt“ (N=6 Familien)? Mehrfachnennungen bei den Hilfen möglich	59
Abbildung 19. Welche Hilfen erhält die Risikogruppe „junge Eltern“ (N=32 Familien)? Mehrfachnennungen bei den Hilfen möglich	60
Abbildung 20. Welche Hilfen erhält die Risikogruppe „sonstige“ (N=7 Familien)? Mehrfachnennungen bei den Hilfen möglich	61
Abbildung 21. Welche Hilfen erhält die Risikogruppe „keiner Risikogruppe zuzuordnen“ (N=9 Familien)? Mehrfachnennungen bei den Hilfen möglich	62
Abbildung 22. Einstufung der Wichtigkeit der Projektziele durch die Mütter	68
Abbildung 23. Einschätzung der Kindeswohlgefährdung nach dem Stuttgart-Düsseldorfer Diagnoseinstrument (Jugendhilfe) in absoluten Zahlen	70
Abbildung 24. Rahmenbedingungen für die Kooperation	83
Abbildung 25. Graphische Darstellung der fallbezogenen Vernetzung	93
Abbildung 26. Graphische Darstellung der allgemeinen Vernetzung	94

Anhang