

Evidenz zur Vernetzung von Frühen Hilfen und zur Erreichbarkeit der Zielgruppen

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht

Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur

Evidenz zur Vernetzung von Frühen Hilfen und zur Erreichbarkeit der Zielgruppen

Ergebnisbericht

Autorin:

Christine Knaller

Unter Mitarbeit von:

Gabriele Gruber

Petra Brandner

Fachliche Begleitung durch das BMG:

Veronika Wolschlager

Projektassistenz:

Monika Löbau

Wien, im November 2013

Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur

ZI. II/4658

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Definition von Frühen Hilfen

Frühe Hilfen stellen ein Gesamtkonzept von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. gezielten Frühintervention in der frühen Kindheit (Schwangerschaft bis Schuleintritt) dar, die die spezifischen Lebenslagen und Ressourcen von Familien berücksichtigen und mit vielfältigen Ansätzen, Angeboten, Strukturen und Akteuren vernetzt sind.

Frühe Hilfen zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten und Gesundheitschancen von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Elternkompetenzen von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. Des Weiteren sollen damit Entwicklungsstörungen, -verzögerungen und Krankheiten verhindert bzw. reduziert werden. Frühe Hilfen tragen damit maßgeblich zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei und sichern deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe. Da die frühe Kindheit den Gesundheitszustand im Erwachsenenalter maßgeblich beeinflusst, werden Frühe Hilfen als eine zentrale Gesundheitsförderungsmaßnahme gesehen.

Frühe Hilfen wenden sich nicht ausschließlich, aber schwerpunktmäßig an sozial benachteiligte Familien bzw. an Familien mit besonderen Belastungen und leisten damit einen relevanten Beitrag zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit.

Grundlagenprojekt

Als Beitrag zur Umsetzung der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Dezember 2011 die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) mit einem Grundlagenprojekt zu Frühen Hilfen beauftragt. Das zweijährige Projekt wird aus Mitteln der Bundesgesundheitsagentur im Rahmen der Vorsorgestrategie finanziert und in Kooperation mit Partnern aus allen Bundesländern umgesetzt. Ein zentrales Element des gesamten Projektes ist die Aufbereitung der fachlichen Grundlagen zu Frühen Hilfen. Zu diesem Zweck wurde im Jahr 2012 die (inter)nationale Evidenz gesichtet. Der vorliegende Bericht bezieht sich auf die Ergebnisse dieser Evidenzaufbereitung.

Aufbereitung der Evidenz

Ziel der vorliegenden Evidenzaufbereitung ist das Herausarbeiten von umsetzungsrelevanten Aspekten zu zwei Themenschwerpunkten – „Kooperationen und Netzwerke“ sowie „Identifizieren und Erreichen von zentralen Zielgruppen“. Die Themenschwerpunkte wurden in Abstimmung mit der Steuerungsgruppe des Grundlagenprojekts gewählt, da sie für die Etablierung von Frühen Hilfen in Österreich zentral erscheinen. Zur Beantwortung der festgelegten Fragestellungen wurden eine selektive und eine systematische Literatursuche durchgeführt, die durch eine Gruppendiskussion im Projektfachbeirat und durch Interviews mit Praktikerinnen ergänzt wurden.

Ergebnisse zum Schwerpunkt „Kooperation und Netzwerke“

Zentrale Kriterien für das Gelingen von Kooperation sind eine grundsätzliche Verständigung über die Zusammenarbeit, eine klare Regelung der Aufgaben in der fallbezogenen Arbeit und die Haltung der beteiligten Akteurinnen und Akteure. Das Gelingen von Kooperation darf nicht dem Engagement von Einzelpersonen überlassen werden, sondern muss nachhaltig verankert werden.

Für einen Aufbau von stabilen Kooperations- und Netzwerkstrukturen bedarf es eines Commitments zu Frühen Hilfen auf politischer und institutioneller Ebene, einer strategischen und inhaltlichen Ausrichtung sowie Akteur- und Angebotsanalysen einschließlich Bedarfserhebungen als Grundlage für einen Netzwerkentwicklungsprozess. Dieser Prozess sieht zweierlei vor – verbindliches Engagement und Kooperationsbereitschaft von den Akteurinnen und Akteuren vor Ort (Bottom-up-Ansatz) sowie verbindliche Strukturen und deren Absicherung durch die politische Steuerung (Top-down-Ansatz). Es ist wichtig, verbindliche Kooperationsformen zu schaffen sowie Bewusstseinsbildung bei relevanten Berufsgruppen zu betreiben und sie zu schulen. Auf struktureller Ebene ist ein Frühe-Hilfen-Netzwerk auf Bundes- und/oder Landesebene zentral zu steuern und mittels Einrichtung von lokalen Koordinationsstellen und Netzwerkkoordinatoren auf kleinräumiger Ebene zu organisieren. Dabei soll sichergestellt werden, dass auf bestehenden Netzwerk- und Kooperationsstrukturen aufgebaut wird.

Kooperationsmodelle von Frühen Hilfen orientieren sich immer an den Gegebenheiten vor Ort. Um die Kooperation zu fördern, können Instrumente und Verfahren hilfreich sein: Auftaktveranstaltungen, runde Tische und Arbeitsgruppen können eine interdisziplinäre Kooperation auf übergeordneter Ebene (fallunabhängig) unterstützen. Auf fallübergreifender Ebene kann die Kooperation durch anonymisierte interdisziplinäre Fallbesprechung und interdisziplinäre Qualitätszirkel unterstützt werden. Bei einem konkreten Einzelfall können (Familien-)Konferenzen unterstützen.

Ergebnisse zu „Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen“

Eine Vielzahl von Faktoren auf individueller, familiärer, sozialer und gesellschaftlicher Ebene kann die gesunde Entwicklung eines Kindes beeinträchtigen (sog. Belastungsfaktoren) oder stärkend auf die physische und psychische Gesundheit wirken bzw. negative Auswirkungen von Belastungsfaktoren mildern (sog. Schutzfaktoren). Das Vorliegen von mehreren Belastungsfaktoren bei gleichzeitigem Fehlen von Schutzfaktoren erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass eine Familie Unterstützungsbedarf bei der Erziehung und Versorgung ihres Kindes hat.

Ein Frühe-Hilfen-System versucht Unterstützungsbedarf – bezogen auf das Lebensalter des Kindes und das Entstehen des Bedarfs – möglichst frühzeitig und systematisch zu erkennen. Zentral sind Zugangswege zu Hilfsangeboten über Gesundheitssystem, Bildungs- und Frühförderungssystem sowie universelle (aufsuchende) Angebote, um Familien zu erreichen. Um gesundheitsrelevante Information zu vermitteln und die bestehenden Angebote zugänglich zu machen, ist es angezeigt, verschiedene Informationstechnologien (insb. Internet) zu nützen und Informationsmaterial zielgruppengerecht aufzubereiten. Aufsuchende und niederschwellige Angebote im so-

zialen Nahraum und die Arbeit mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sind vielversprechende Ansätze, um Familien in belastenden Lebenslagen zu erreichen.

Im Bereich Frühe Hilfen werden derzeit verschiedene Instrumente und Verfahren zur Einschätzung von Belastungs- und Schutzfaktoren eingesetzt. Werden Familien mit potenziellem Unterstützungsbedarf identifiziert, ist ein verzahntes Hilfesystem erforderlich, um bedarfsorientierte Unterstützungsleistungen sicherstellen zu können. Eine Weitervermittlung der Familien an die jeweiligen Angebote in einem Frühe-Hilfen-System darf nur mit Einverständnis der Betroffenen erfolgen, um ihr Vertrauen und damit den Zugang aufrechtzuerhalten.

Schlussfolgerungen

Es ist davon auszugehen, dass der Erfolg von Frühen Hilfen in hohem Maße davon abhängt, wie gut die jeweiligen Berufsgruppen und Institutionen vor Ort miteinander vernetzt sind und in welchem Ausmaß interdisziplinäre Kooperation gelingt. Reibungsverluste und Kooperationshemmnisse in der Praxis sind zu überwinden oder wenigstens zu kontrollieren durch Einführung und Optimierung von qualitätsgesicherten Verfahren. Aufgebaut werden kann hierbei auf erprobten Instrumentarien in Deutschland und Vorarlberg. Wichtig ist, dass Kooperationsvereinbarungen von den Akteurinnen gemeinsam erarbeitet werden, um sie verbindlich zu machen. Die im Grundlagenprojekt erarbeitete Begriffsbestimmung und Zieldefinition von Frühen Hilfen kann strategische und inhaltliche Orientierung für den Aufbau eines nationalen und regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerks geben. Regionale Frühe-Hilfen-Modelle sollen Variabilität zugunsten der Nutzung bestehender Strukturen und Bedarfsorientierung auf kleinräumiger Ebene zulassen.

Grundsätzlich können alle Familien in der neuen Lebenssituation nach Geburt eines Kindes recht schnell in belastende und überfordernde Situationen kommen, die vorher nicht absehbar waren. Systematische Vorgehensweisen helfen beim Erkennen von Familien mit Unterstützungsbedarf. Bereits bestehende Zugänge zu den Familien sind zu nutzen und systematisch auszubauen. Unabhängig davon, über welche Akteure und Akteurinnen Familien mit Unterstützungsbedarf identifiziert werden, muss in einem Netzwerk Frühe Hilfen sichergestellt werden, dass Familien mit Unterstützungsbedarf passgenaue Hilfsangebote vermittelt bekommen.

Inhalt

Kurzfassung	III
Tabellen	IX
Abbildungen.....	IX
Abkürzungen.....	X
Glossar.....	XII
1 Einleitung	1
1.1 Hintergrund und Ziel des Projektes	1
1.2 Definition Frühe Hilfen	2
2 Ausgangslage in Österreich	4
3 Theoretische Grundlagen zu Frühen Hilfen.....	5
3.1 Definition von Gesundheit und Gesundheitsdeterminanten im Kontext von Frühen Hilfen.....	5
3.2 Relevanz von Frühen Hilfen für Public Health.....	6
3.3 Qualitätsanforderungen an Frühe Hilfen	8
4 Fragestellung.....	10
5 Methodik der Evidenzaufbereitung	12
5.1 Literatursuche.....	12
5.2 Gruppendiskussion und Interviews	13
5.3 Bewertung und Analyse der Evidenz	14
5.4 Qualitätssicherung.....	15
6 Ergebnisse.....	16
6.1 Ergebnisse der Evidenzsuche im Überblick	16
6.2 Projekte und Programme zu Frühen Hilfen.....	16
6.2.1 Österreich.....	17
6.2.2 Deutschland.....	26
6.2.3 Restliches Europa.....	31
6.3 Ergebnisse zu „Kooperation und Netzwerke bei Frühen Hilfen“.....	35
6.3.1 Kriterien für gelingende Kooperation und Netzwerkarbeit im Bereich Frühe Hilfen	35
6.3.2 Nachhaltiger Aufbau von interdisziplinären Kooperations- und Netzwerkstrukturen auf lokaler Ebene	38
6.3.3 Bewährte Kooperationsmodelle in der Praxis von Frühen Hilfen.....	47
6.3.4 Instrumente und Verfahren für eine gelingende Kooperation mit unterschiedlichen Berufsgruppen	54
6.4 Ergebnisse zu „Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen bei Frühen Hilfen“	58
6.4.1 Belastungsfaktoren	59
6.4.2 Schutzfaktoren.....	62
6.4.3 Grundsätzlich zu berücksichtigende Punkte bei der Betrachtung von Belastungs- und Schutzfaktoren	62
6.4.4 Maßnahmen zur Stärkung von Schutzfaktoren und Ressourcen	65
6.4.5 Frühzeitiges Erkennen eines Bedarfs an Frühen Hilfen.....	69
6.4.6 Zugang zu allen Schwangeren, Eltern mit Kindern / universelle Angebote.....	76
6.4.7 Zugang zu schwer erreichbaren Familien / indizierte Angebote.....	86

7	Zusammenschau der Evidenz	101
8	Diskussion.....	109
9	Schlussfolgerungen	112
10	Anhang	113
10.1	Fachbeirat des Projekts Frühe Hilfen.....	113
10.2	Suchstrategie selektive Literatursuche.....	113
10.3	Systematische Literatursuche und -selektion.....	114
10.3.1	Kooperation und Vernetzung.....	118
10.3.2	Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen.....	122
10.4	Problemzentriertes Interview.....	127
10.5	Übersicht zur Evidenz aus (inter)nationaler Literatur	132
10.6	Analyse von Instrumenten zum Erkennen von Unterstützungsbedarf	144
10.7	BZgA-Good-Practice-Projekte zur Gesundheitsförderung in der frühen Kindheit.....	150
10.8	Ergebnisse Gruppendiskussion des Fachbeirats Frühe Hilfen - Auszug aus einem Protokoll vom 23. 5. 2012.....	154
10.9	Ergebnisse der Interviews.....	157
	Literaturverzeichnis	168

Tabellen

Tabelle 5.1: Interviewte Praktikerinnen.....	14
Tabelle 6.1: Belastungsfaktoren für Vernachlässigung, Misshandlung, Erziehungsschwierigkeiten und Auffälligkeiten im Entwicklungsstand	60
Tabelle 6.2: Im Rahmen der Evidenzaufbereitung identifizierte Elternbildungsprogramme.....	67
Tabelle 10.1: Beirat zur fachlich-wissenschaftlichen Begleitung des Projekts „Frühe Hilfen“ in Österreich	113
Tabelle 10.2: Ein- und Ausschlusskriterien für die Erst- und Zweitsektion	118
Tabelle 10.3: Übersicht Evidenz aus (inter)nationaler Literatur zur Beantwortung der Fragestellungen	132
Tabelle 10.4: Erhobene Faktoren für gesundheitsrelevante Belastungen im Kindesalter	144
Tabelle 10.5: Erhobene Faktoren für gesundheitsrelevante Ressourcen im Kindesalter	148
Tabelle 10.6: BZgA-Good-Practice-Projekte zur Gesundheitsförderung in der frühen Kindheit.....	150

Abbildungen

Abbildung 3.1: Gesundheitsdeterminanten-Regenbogen.....	6
Abbildung 6.1: Ergebnisse der Evidenzsuche.....	17
Abbildung 6.2: Organisationsstruktur Netzwerk Frühe Förderung in Dormagen	49
Abbildung 6.3: Umsetzungsmodell für die Steuerung Netzwerke Früher Förderung	50
Abbildung 6.4: Aufbau des Modells Frühe Hilfen in Vorarlberg	51
Abbildung 6.5: Die Präventionskette des Dormagener Modells	52
Abbildung 6.6: Aufbau des Netzwerks (NW) Industrieviertel.....	54
Abbildung 6.7: Verortung von Belastungsfaktoren aus Systemperspektive	59
Abbildung 6.8: Gesellschaftliche, politische, soziale, familiäre und individuelle Belastungs- und Schutzfaktoren.....	64
Abbildung 10.1: Gesprächsleitfaden für das problemzentrierte Interview.....	128
Abbildung 10.2: Kategorisierungsdimensionen für die Auswertung des Interviews.....	131

Abkürzungen

AGJ	Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe
AG	Arbeitsgruppe
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BVKJ	Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
CD	Compact Disc
CTG	Kardiotokogramm (engl.: Cardiotocography) – Messung der Wehentätigkeit bei Schwangeren und der Herzfrequenz des ungeborenen Kindes
das heißt	das heißt
d. h.	das heißt
DfE	Department of Education
DoH	Department of Health
DVD	Digital Versatile Disc
dzt.	derzeit
EMZ	Ethno-Medizinisches Zentrum
et al.	et alii
etc.	et cetera
f. bzw. ff.	folgende
FEM	[Frauengesundheitszentrum] Frauen, Eltern, Mädchen
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
gekona	Gesundheit kommt nach Hause
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
ggf.	gegebenenfalls
HIPPY	Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters
insb.	insbesondere
K	Kärnten
KFDN	Keiner fällt durchs Netz
KVBW	Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg
MA	Magistratsabteilung
MAS	multiaxiales Diagnoseschema
MFKJKS	Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen

MGFFI	Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen
MIA	Mütter in Aktion
MiMi	Mit MigrantInnen für MigrantInnen
NeFF	Netzwerk Frühe Förderung
NFP	Nurse Family Partnership
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NÖ	Niederösterreich
NRW	Nordrhein-Westfalen
NW	Netzwerk
o. J.	ohne Jahr
o. O.	ohne Ort
OÖ	Oberösterreich
o. S.	ohne Seite(n)
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ein Geschäftsbereich der GÖG)
PC	Personal Computer
sog.	sogenannt(e)
ST	Steiermark
SPIIL Centre	aus dem Niederländischen: „Spelen“ (Spielen), „Integreren“ (Integration) und „Leren“ (Lernen)
STEEP	Steps towards effective and enjoyable parenting
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
TAF	Therapeutisch ambulante Familienberatung
USA	United States of America
W	Wien
WHO	World Health Organization
WIEGE	Wie Elternschaft gelingt
z. B.	zum Beispiel
zit.	zitiert

Glossar

Belastungsfaktor	Merkmal, das in einer bestimmten Lebenssituation die Wahrscheinlichkeit einer Beeinträchtigung der gesunden Entwicklung erhöht, aber nicht zwangsläufig bedingt; unterschieden werden Merkmale auf Ebene des Kindes, der Familie oder im sozialen Umfeld (Ziegenhain et al. 2010, 271)
Elternbildungsprogramme	Maßnahmen, die zum Ziel haben, die Erziehungs- und Beziehungskompetenzen von Eltern zu verbessern
Evidenz	umfasst wissenschaftlich aufbereitete Information aus Studien, Evaluationsberichten, Leitlinien, empirischen Erhebungen und Erfahrungsberichten aus der Praxis, die einen bestimmten Sachverhalt erhärten oder widerlegen (Haas et al. 2013a, 100)
Familien und Kinder in belastenden Lebenslagen	Familien und Kinder, die von sozialen und psychischen Belastungsfaktoren betroffen sind bzw. ein erhöhtes Risiko dafür haben und zusätzliche Unterstützung brauchen (vgl. Definition von NICE 2012, 8)
Frühe Hilfen	„Gesamtkonzept von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. zur gezielten Frühintervention in der frühen Kindheit (Schwangerschaft bis Schuleintritt), die die spezifischen Lebenslagen und Ressourcen von Familien berücksichtigten und mit vielfältigen Ansätzen, Angeboten, Strukturen und Akteuren vernetzt sind“ (Haas et al. 2013b, 3)
Gesundheitsdeterminanten	„Persönliche, soziale, wirtschaftliche oder umweltbedingte Faktoren, die den Gesundheitszustand einzelner Menschen oder ganzer Gemeinschaften – positiv wie negativ – bestimmen“ (BMG 2012, 77)
Gesundheitsförderung	„Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern durch Beeinflussung der Determinanten für Gesundheit“ (Jakarta-Erklärung 1997, WHO 1986, zitiert nach BMG 2012, 77)
Kindeswohlgefährdung	Gefährdung von Gesundheit, Entwicklung oder Wohlbefinden des Kindes; folgende Formen der Kindeswohlgefährdung werden unterschieden: körperliche und psychische Misshandlung, Vernachlässigung (wissentliche Handlungsverweigerung oder aus mangelnder Einsicht) und sexueller Missbrauch (Leeb et al. 2008, zitiert nach Wucher 2010, 30)
Kooperation (multi-professionell)	auf einen bestimmten Zweck oder ein bestimmtes Ziel gerichtete Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Institutionen und deren Berufsgruppen im Gesundheitswesen und/oder Sozialbereich und/oder in anderen Politikbereichen (eigene Definition)
Indizierte Prävention	„Maßnahmen der indizierten Prävention richten sich an einzelne Personen bzw. Familien, deren gesundheitliche oder soziale Situation bereits stark beeinträchtigt, problembehaftet bzw. – aus Sicht der Frühen Hilfen – stark belastet ist“ (Haas et al. 2013b, 16).

Lebenskompetenz	Fähigkeiten und Fertigkeiten, die ein Mensch benötigt, um mit altersgemäßen Herausforderungen und Aufgaben im Alltag erfolgreich umzugehen; ist ein persönlicher Schutzfaktor für die Förderung und Erhaltung der Gesundheit (www.bzga.de/leitbegriffe)
Mannheimer Risikokinderstudie	Längsschnittstudie aus Deutschland, die bei einer Stichprobe von n = 384 Kindern untersucht, welche Belastungs- und Schutzfaktoren bei der Entwicklung des Kindes vorliegen, wie sich diese auf die weitere Entwicklung auswirken und welche Mechanismen dieser Entwicklung zugrunde liegen. Kinder mit organischen und psychosozialen Belastungen wurden nach ihrer Geburt für die Stichprobe ausgewählt und bis ins Erwachsenenalter hinein zu verschiedenen Messzeitpunkten (im Alter von 0, 2, 3, 4 ½, 8 und 11 Jahren) untersucht (Laucht et al. 2000, o. S.)
Netzwerke	Formalisierte Strukturen zwischen unterschiedlichen Institutionen und deren Berufsgruppen im Gesundheitswesen, Sozialbereich oder in anderen Politikfeldern, die eine multiprofessionelle Kooperation unterstützen (eigene Definition)
Niederschwelligkeit	Minimierung von zugangshemmenden Faktoren, Kriterien für niederschwellige Angebote sind beispielsweise <ul style="list-style-type: none"> » Aufsuchen und Begleiten der Familien im unmittelbaren Lebensumfeld der Familie (Settingansatz) » keine strengen Vorgaben bezüglich Teilnahmebedingungen (z. B. unkomplizierte Terminvereinbarung, offene Angebote) » zielgruppenorientierte Öffnungszeiten » möglichst kostenneutral für die Nutzer/innen (Bucheberner-Ferstl et al. 2011, 21; BZgA 2011, 560)
Ressourcen	„Soziale und persönliche Mittel und Möglichkeiten, die bei der Bewältigung von Lebenssituationen und Problemen helfen“; unterschieden werden persönliche sowie umweltbezogene und soziale Ressourcen. Zu den persönlichen Ressourcen zählen zum Beispiel ein positives Selbstwertgefühl, ein stabiles Immunsystem oder Kompetenzen. Beispiele für umweltbezogene und soziale Ressourcen sind das Vorhandensein sozialer Netzwerke, sichere Arbeits- und Lebensbedingungen oder Zugang zu einer gesundheitlichen Grundversorgung. (BMG 2012, 82)
Resilienz	(aus dem Englischen: resilience, Widerstandsfähigkeit) „Fähigkeit einer Person oder eines sozialen Systems, erfolgreich mit belastenden Lebensumständen und negativen Folgen von Stress umzugehen“ (Ziegenhain et al. 2010, 271); „Bei Kindern und Jugendlichen meint Resilienz eine gesunde und altersgemäße Entwicklung trotz ernsthafter Gefährdungen im Sinne von ungünstigen Lebensumständen oder kritischen Lebensereignissen“ (www.bzga.de/leitbegriffe).
Risikofaktor	In den Gesundheitswissenschaften „ein im Bevölkerungsmaßstab empirisch gesicherter Vorläufer und Prädiktor von organischen und psychosomatischen Krankheiten, psychischen Störungen oder Entwicklungsstörungen“; Risikofaktoren sind nicht gleichzusetzen mit Ursachen oder Kausalitäten (www.bzga.de/leitbegriffe).

Schutzfaktor	Begriff aus der Resilienzforschung (vgl. <i>Resilienz</i>); „Merkmal, das die Anpassung des Kindes an seine Umwelt fördert, einer Manifestation einer Störung entgegenwirkt und die Wahrscheinlichkeit einer positiven Entwicklung erhöht“. Unterschieden werden kindbezogene und umgebungsbezogene Schutzfaktoren sowie Resilienzfaktoren. (Ziegenhain et al. 2010, 271 f.)
Selektive Prävention	„richtet sich an spezifische Gruppen, die bestimmten Risiken bzw. – aus Sicht der Frühen Hilfen – Belastungen ausgesetzt sind: psychosozialen, sozialen oder Umweltbelastungen“ (Haas et al. 2013b, 16).
Setting(ansatz)	„Bezeichnet im Sinne der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (WHO 1986) einen Lebensbereich, in dem die Menschen einen Großteil ihrer Lebenszeit verbringen (z. B. Schule, Arbeitsplatz, soziales Wohnumfeld etc.). Die Arbeit in Settings stellt eine Kernstrategie der Gesundheitsförderung dar und bedeutet, dass sowohl strukturelle Maßnahmen der Organisationsentwicklung, der physischen und sozialen Umweltgestaltung als auch klassische Prävention und Gesundheitserziehung systematisch und miteinander verbunden dort zum Einsatz kommen, wo Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt leben.“ (BMG 2012, 82)
Universelle Prävention	„Universelle Prävention richtet sich an die ganze Bevölkerung bzw. an große Gruppen wie etwa Kinder und Jugendliche, Mitarbeiter/innen in Betrieben, Bewohner/innen einer Gemeinde oder Interessierte, unabhängig von ihrem Verhalten oder von einem Erkrankungsrisiko“ (Haas et al. 2013b, 16).

1 Einleitung

1.1 Hintergrund und Ziel des Projektes

Die ersten Lebensjahre sind für eine gesunde körperliche, psychische, kognitive und soziale Entwicklung des Kindes entscheidend und legen die Basis für Gesundheit und Wohlbefinden im Erwachsenenalter: Weichen bezüglich Lebenslage und Verhalten in späteren Jahren werden gestellt und prägende Lebensgewohnheiten erworben. Wenn es gelingt, optimale Rahmenbedingungen für das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen zu schaffen, bietet das Kindesalter die Chance, die Gesundheit in den Folgejahren zu stärken. Deshalb sind Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen im Kindesalter besonders wirksam und sollten laut nationaler Expertenempfehlung des Kindergesundheitsdialogs so früh wie möglich ansetzen. (BMG 2011)

Um Entwicklungsmöglichkeiten und Gesundheitschancen von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern, hat sich international die Strategie „Frühe Hilfen“ bewährt (Lengning/Zimmermann 2009). Frühe Hilfen werden definiert als **„Gesamtkonzept von Maßnahmen** zur Gesundheitsförderung bzw. zur gezielten Frühintervention in der frühen Kindheit (Schwangerschaft bis Schuleintritt), die die spezifischen Lebenslagen und Ressourcen von Familien berücksichtigen und mit vielfältigen Ansätzen, Angeboten, Strukturen und Akteuren vernetzt sind“ (Haas et al. 2013b, 3).

Frühe Hilfen sollen nun auch in Österreich etabliert werden¹. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat – als Teil der Umsetzung der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie – die Gesundheit Österreich (GÖG) mit einem **Grundlagenprojekt** zu Frühen Hilfen beauftragt. Das über zwei Jahre laufende Projekt wird aus Mitteln der Bundesgesundheitsagentur im Rahmen der Vorsorgestrategie² finanziert und soll Ende 2013 abgeschlossen sein. Es wird von der GÖG in Kooperation mit Partnern aus den Bundesländern sowie einem Fachkonsulenten umgesetzt und von einer Steuerungsgruppe und einem Fachbeirat begleitet (vgl. <http://www.fruehehilfen.at/de/Ueber-Uns/Team.html>).

Das Grundlagenprojekt hat zum Ziel, die strukturellen und fachlichen Voraussetzungen für die Umsetzung von Frühen Hilfen in Österreich zu verbessern. Da angenommen werden kann, dass österreichweit bereits vielfältige Angebote im Bereich Frühe Hilfen bestehen ist es vorrangig nicht Ziel, neue, unmittelbar bevölkerungswirksame Angebote zu etablieren, sondern bestehende Angebote besser zu vernetzen und deren Inanspruchnahme durch relevante Zielgruppen zu erhöhen.

1

Folgt hier in weiten Strecken Haas et al. 2013b, 1 ff.

2

Vgl. <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/vorsorgestrategie-ernaehrung-einleitung.html>.

Zu den zentralen **Projektaktivitäten** zählt eine Feldanalyse auf regionaler Ebene in allen Bundesländern, die auf Basis einer Online-Erhebung der relevanten Leistungserbringer in Bezug auf Frühe Hilfen, Interviews mit zentralen Akteurinnen und Akteuren sowie einer abschließenden Fokusgruppe zur Einschätzung des Potenzials für die verstärkte Etablierung von Frühen Hilfen durchgeführt wurde. In Ergänzung zur regionalen Feldanalyse wurden im Herbst 2012 auf Bundesebene Stakeholder-Workshops durchgeführt, deren Ziel es war, Konsens und Dissens in zentralen politischen und ethischen Fragen in Bezug auf Frühe Hilfen sowie zur Vertiefung eines transdisziplinären Problemverständnisses abzuwägen. Literaturanalysen sowie die Konsultation von Fachleuten dienen der Aufbereitung der fachlichen Grundlagen für Frühe Hilfen.

Eine Website - www.fruehehilfen.at - zu Frühen Hilfen wurde bereitgestellt, um den Wissenstransfer sicherzustellen. Spezifische Veranstaltungen auf Bundesebene und in allen Bundesländern sowie Präsentationen im Rahmen fachspezifischer Veranstaltungen dienen dazu, das Wissen zum Thema Frühe Hilfen im Allgemeinen wie auch zu den Ergebnissen der Erhebungsphase des Grundlagenprojekts im Speziellen zu verbreiten. Potenzielle Projektträger sollen beraten und informiert werden und damit einen Praxistransfer unterstützen, um sicherzustellen, dass die Ergebnisse des Grundlagenprojekts Basis für die nachhaltige Etablierung eines Systems von Frühen Hilfen in Österreich sind.

Der **vorliegende Bericht** stellt die Ergebnisse einer Aufbereitung der fachlichen Grundlagen zu den dafür ausgewählten Schwerpunktthemen dar:

- » Kooperationen und Netzwerke im Rahmen von Frühen Hilfen,
- » Identifizieren und Erreichen von zentralen Zielgruppen im Rahmen von Frühen Hilfen.

Die Ergebnisse des Berichts sollen die Etablierung von Frühen Hilfen in Österreich unterstützen, indem sie einen Überblick über bestehende Ansätze und Strategien aus anderen Ländern geben und Anregungen für die praktische Umsetzung in Österreich bieten.

1.2 Definition Frühe Hilfen

Die Definition von Frühen Hilfen³ wurde im Rahmen des Grundlagenprojekts (vgl. Abschnitt 1.1) mit dem Fachbeirat des Projekts abgestimmt und festgelegt. Sie beruht in wesentlichen Teilen auf der Definition des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen⁴ in Deutschland und wurde für Österreich geringfügig adaptiert und erweitert.

³
Folgt hier in weiten Strecken Haas et al. 2013b, 3 f.

⁴
Vgl. www.fruehehilfen.de.

Unter Frühen Hilfen wird demnach ein **Gesamtkonzept von Maßnahmen** zur Gesundheitsförderung bzw. zur gezielten Frühintervention in der frühen Kindheit (Schwangerschaft bis Schuleintritt) verstanden, die die spezifischen Lebenslagen und Ressourcen von Familien berücksichtigen und mit vielfältigen Ansätzen, Angeboten, Strukturen und Akteuren vernetzt sind.

In der **praktischen Umsetzung** sind Frühe Hilfen auf lokaler und regionaler Ebene etablierte multiprofessionelle Unterstützungssysteme mit von einer zentralen Stelle koordinierten Angeboten für Eltern und Kinder in der frühen Kindheit, wobei der niederschwellige Zugang von großer Relevanz ist. Sie werden im Folgenden als *Frühe-Hilfen-Netzwerke* bezeichnet. Die vielfältigen Angebote, die relevant für Frühe-Hilfen-Netzwerke sind, aber nicht notwendigerweise (bereits) in solchen organisiert sind, werden als *Angebote für die frühe Kindheit* bezeichnet.

Frühe Hilfen zielen darauf ab, **Entwicklungsmöglichkeiten und Gesundheitschancen** von Kindern und Eltern zu verbessern. Frühe Hilfen wenden sich nicht ausschließlich, aber schwerpunktmäßig an sozial benachteiligte Familien bzw. an Familien mit besonderen Belastungen und leisten damit einen relevanten Beitrag zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit.

Mit Frühen Hilfen soll insbesondere

- » ein Beitrag zum gesunden Aufwachsen von Kindern inkl. Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe geleistet werden;
- » die Entstehung von Entwicklungsstörungen, -verzögerungen und Krankheiten verhindert bzw. reduziert werden;
- » die Verfügbarkeit und Qualität von bedarfsgerechten Unterstützungsangeboten für Familien verbessert werden.

Nach bisherigem Diskussionsstand im Grundlagenprojekt wird für Österreich die **Gesundheitsförderung** als vorrangiger Bezugspunkt für Frühe Hilfen gesehen und weniger der präventive Kinderschutz, der beispielsweise in Deutschland bei der Etablierung von Frühen Hilfen zentral war.

Frühe Hilfen sind demnach eine Gesundheitsförderungs-Intervention im Setting „Familie“,

- » die auf Ebene der Familie die verlässliche Versorgung der Kinder und eine sichere und liebevolle Bindung zwischen Eltern und Kind(ern) als Grundstein für gesundes Aufwachsen sicherstellen will;
- » die auf Ebene der Kinder Kohärenzgefühl, Resilienz, soziale, emotionale und kognitive Fähigkeiten/Kompetenzen, Gesundheitskompetenz, Lebensqualität und psychosoziale Gesundheit fördern will;
- » die auf Ebene der Mütter/Eltern zu psychischer Entlastung und sozialer Unterstützung beitragen und Gesundheitskompetenz, Lebensqualität und psychosoziale Gesundheit fördern will.

2 Ausgangslage in Österreich

Auf Bundesebene verweisen politische Strategien auf die Notwendigkeit von Frühen Hilfen. Beispielsweise ist die verstärkte Etablierung von Frühen Hilfen ein wichtiger Maßnahmenbereich der **Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie**⁵ des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG 2011). Frühe Hilfen werden als zentrale Strategie zur Erreichung von Ziel 4 vorgeschlagen („In der frühen Kindheit das Fundament für langfristige Gesundheit legen“). Sie sind des Weiteren relevant für die Stärkung der Lebenskompetenzen (Ziel 5), die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit für sozial Benachteiligte (Ziel 9) sowie für die Verbesserung der Früherkennung und gezielten Förderung (Ziel 11). Als Umsetzungsmaßnahme der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie wurde auf Bundesebene ein Grundlagenprojekt zu Frühen Hilfen von 2011 bis 2013 initiiert (vgl. Abschnitt 1.1).

Auch in Hinblick auf die Umsetzung der **Rahmen-Gesundheitsziele**⁶, die 2012 von Bundesgesundheitskommission und Ministerrat beschlossen wurden, sind Frühe Hilfen von zentraler Bedeutung, da sie einen Beitrag zu gesundheitsförderlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen (Ziel 1), zu Gesundheitskompetenz (Ziel 3) und gesundem Aufwachsen (Ziel 6) leisten – um nur einige jener Rahmen-Gesundheitsziele zu nennen, zu deren Umsetzung Frühe Hilfen beitragen können (BMG 2012, BMG 2013).

Auf Bundesländerebene ist **Vorarlberg** Vorreiter im Bereich Frühe Hilfen. Nach Erprobung von Modellprojekten in drei Regionen wird seit 2011 ein **bundeslandweites Frühe-Hilfen-Netzwerk** umgesetzt (vgl. Abschnitt 6.2.1).

Ein bundesländerübergreifendes Frühe-Hilfen-Projekt wurde 2013 von einem Verbund von fünf Gebietskrankenkassen (W, NÖ, OÖ, ST, K) und der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit gestartet: In den genannten Bundesländern sollen **regionale Pilotprojekte zum Thema Frühe Hilfen** etabliert werden. Auf Basis von Evaluationsergebnissen soll ein Leitfaden entwickelt werden, um das System der Frühen Hilfen als flächendeckendes Regelangebot in ganz Österreich auszurollen (weitere Informationen zum Projekt auf www.stgkk.at).

5

Vgl. http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Kinder_und_Jugendgesundheit/Kinder_und_Jugendgesundheitsstrategie/.

6

Vgl. <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/>.

3 Theoretische Grundlagen zu Frühen Hilfen

3.1 Definition von Gesundheit und Gesundheitsdeterminanten im Kontext von Frühen Hilfen

Gesundheit ist laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1946) „ein Zustand körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“. Im Sinne dieses umfassenden Gesundheitsbegriffs ist die Gesundheit eines Menschen ganzheitlich zu betrachten – in allen körperlichen, psychischen und sozialen Aspekten (Legewie & Trojan o. J.).

Diese Definition ist Grundlage für die Strategien und Maßnahmen in der Gesundheitsförderung (WHO 1986) und damit auch Ausgangsbasis für Frühe Hilfen in Österreich, die vorrangig auf Gesundheitsförderung Bezug nehmen (vgl. Abschnitt 1.2).

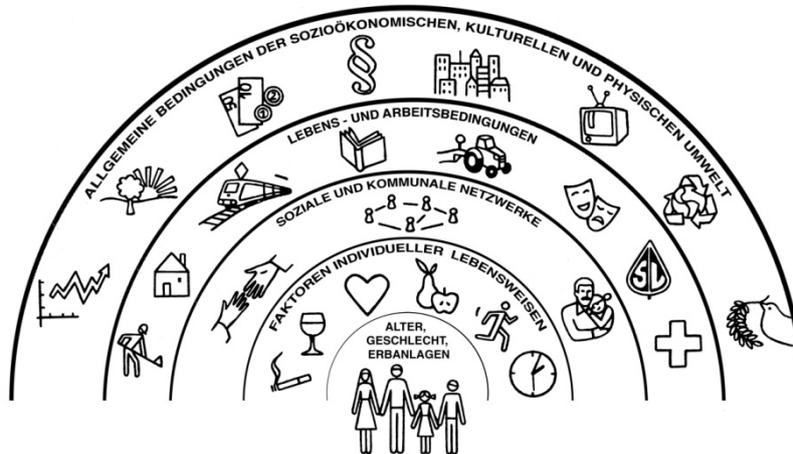
Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird durch eine Reihe von Faktoren beeinflusst, die auch als Gesundheitsdeterminanten (Einflussfaktoren auf Gesundheit) bezeichnet werden. Diese werden in drei Kategorien zusammengefasst:

- » genetische und biologische Faktoren
(z. B. Geschlecht, genetische Veranlagung des Kindes), die weitgehend unveränderbar sind,
- » Faktoren der individuellen Lebensweise
(„Verhalten“ wie z. B. Bewegung, Ernährung) auf die die/der Einzelne zwar Einflussmöglichkeit hat, die jedoch stark durch soziale und sozioökonomische Rahmenbedingungen geprägt sind,
- » Faktoren der Lebenssituation und des Lebensumfelds
(„Verhältnisse“ wie z. B. sozioökonomischer Status, soziales Umfeld oder ökologische Bedingungen) als Rahmenbedingungen des individuellen Lebens eines Kindes, die maßgeblich auf gesellschaftlicher, politischer und sozialer Ebene beeinflussbar sind (Dahlgren/Whitehead 1991, zitiert nach Haas et al. 2012b, 12).

Wissenschaftlich belegt ist, dass sich viele der zentralen Gesundheitsdeterminanten außerhalb des traditionellen Gesundheitssystems befinden, wie etwa im Bereich der Sozial-, Umwelt-, Arbeitsmarkt-, Verkehrs-, Wirtschafts- oder Bildungspolitik (vgl. Abbildung 3.1). Basierend auf dieser Erkenntnis, entwickelte sich (inter)national die gesundheitspolitische Strategie „Gesundheit in allen Politikfeldern“ (engl. „Health in All Policies“), die darauf abzielt, den Aspekt der Gesundheit im Sinne gebündelter Anstrengungen in alle Politikfelder hineinzutragen, um Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung auf einer breiten Basis wirksam und nachhaltig zu fördern (Stahl et al. 2006).

Der Bezug zwischen Gesetzen, politischen Strategien und Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Kindern in Österreich wird in der Publikation von (Haas et al. 2012b) dargestellt.

Abbildung 3.1:
Gesundheitsdeterminanten-Regenbogen



Quelle: GÖG/FGÖ, nach Dahlgren and Whitehead (1991)

Der umfassende Gesundheitsbegriff laut WHO, das Konzept der Gesundheitsdeterminanten und der „Health in All Policies“-Ansatz bilden eine wesentliche Grundlage für eine salutogenetische Sichtweise bei Frühe-Hilfen-Angeboten, die von der Frage „Was hält Menschen gesund?“ geleitet ist.

3.2 Relevanz von Frühen Hilfen für Public Health

Der **Nutzen im Bereich Frühe Hilfen** ist national wie international erkannt worden. Eine Reihe empirisch abgesicherter Untersuchungen belegen „deutliche Effekte der sozialen und ökonomischen Belastungs- bzw. Risikofaktoren in der Kindheit sowohl auf die langfristige kognitive, sozio-emotionale Entwicklung von Kindern als auch auf ihre unmittelbare Gefährdung“ (NICHHD 2005, zitiert nach Lengning & Zimmermann 2009, 9).

Die **Kindheit ist die effektivste und effizienteste Lebensphase, um sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren** (Stegeman & Costongs 2012). Wissenschaftliche Untersuchungen zur Lebenslaufperspektive (sog. „Life Course Approach“) befassen sich vertiefend mit den Zusammenhängen zwischen der Lebenssituation – insbesondere dem sozioökonomischen Status – im Kindes- und Jugendalter und der Gesundheit als Erwachsene/r. Die Forschungsergebnisse belegen, dass die Lebenssituation im Kindes- und Jugendalter Auswirkungen hat auf die Gesundheit als Erwachsene/r (Lampert & Richter 2009): „Die soziale Herkunft eines Menschen prägt seine Gesundheitschancen in allen Lebensphasen“ (Dragano & Siegrist 2009, 191). Vorläufige Ergebnisse einer Kohortenstudie aus Deutschland zeigen beispielsweise, dass es einen direkten Zusammenhang zwischen der sozialen Herkunft und der Krankheitshäufigkeit (spe-

ziell von Herz-Kreislauf-Risiken und -Erkrankungen) im Erwachsenenalter gibt (Dragano & Siegrist 2009).

Die neurobiologische Forschung bestätigt die zentrale Bedeutung der frühen Kindheit für eine lebenslange Gesundheit und Lebensqualität. Beispielsweise zeigt sich hinsichtlich Stressreaktion, dass die Anwesenheit und Fürsorge der Mutter oder einer anderen konstanten Bezugsperson das beste „Beruhigungsmittel“ bei Stressbelastungen ist. Eine sichere Mutter-Kind-Bindung hat einen entscheidenden – lebenslangen – Einfluss auf die Stressreaktion des Kindes (Cortisolausschüttung). Auch wird das Risiko, an Depression oder an einer anderen psychischen Krankheit zu erkranken oder ein sucht- oder selbstschädigendes Verhalten zu entwickeln, erhöht, wenn in der Kindheit die Beziehung zu schützenden Personen maßgeblich gefährdet war oder Traumaerfahrungen gesammelt wurden. (Bauer 2004)

Frühe Hilfen können dazu beitragen, die Gesundheitschancen von Kindern zu erhöhen. Aufgrund des nachweislich starken Zusammenhangs zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheitschancen kann gesundheitliche Chancengerechtigkeit laut Konzept des „**Proportionate Universalism**“ (Stegeman/Costongs 2012) nur dann erzielt werden, wenn die Gesundheitschancen aller sozioökonomischen Bevölkerungsgruppen auf das Niveau der am besten gestellten Bevölkerungsgruppe angehoben werden. Das Konzept empfiehlt, breite und umfassende politische Programme zu implementieren, die sich jeweils an die gesamte Bevölkerung wenden. Intensität und Umfang der gesetzten Maßnahmen und Angebote im Rahmen dieser Programme sollen aber je nach Ausgangslage in den einzelnen Bevölkerungsgruppen variieren – je größer die gesundheitliche Benachteiligung in einer Bevölkerungsgruppe, desto intensiver und umfangreicher sind die ihnen zur Verfügung gestellten Maßnahmen und Angebote. Dabei zu beachten ist, dass die universellen Maßnahmen die Bedürfnisse der (am stärksten) benachteiligten Gruppen jedenfalls berücksichtigen.

Internationale Studien weisen auf ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis von Frühen Hilfen hin (Maier-Gräwe & Wagenknecht 2011, 12). Eine Kosten-Nutzen-Analyse für Deutschland zeigt beispielsweise, dass **durch Investitionen in Frühe Hilfen Folgekosten von Kindeswohlgefährdung im Erwachsenenalter vermieden werden** können. Berechnet wird der ökonomische Nutzen von Frühen Hilfen auf Basis der Gegenüberstellung von fallbezogenen Kosten für Frühe Hilfen und vier verschiedenen Lebenslaufszenerarien von Folgekosten für Kinder in belasteten Situationen (engere Zielgruppe), wenn keine Frühe Hilfen geleistet werden. Die Analyse errechnete, dass mit der Bereitstellung von Frühen Hilfen pro Fall je nach Szenario zwischen rund 400.000 und 1.000.000 Euro an volkswirtschaftlichen Kosten (Jugendwohlfahrt, Arbeitsmarktintegration, Wertschöpfungsverlust, medizinische Behandlung etc.) eingespart werden können, davon allein im Gesundheitssystem (z. B. Behandlungskosten bei Adipositas und Diabetes; Kosten für Psychotherapie; Behandlungskosten bei Depressionen) zwischen 15.000 und 45.000 Euro. (Maier-Gräwe & Wagenknecht 2011, 78)

Die Größe dieser engeren Zielgruppe von Kindern, die in Verhältnissen leben, in denen ein Risiko für Vernachlässigung besteht, wird auf rund fünf bis zehn Prozent aller Kinder geschätzt (Fegert 2009, Esser/Weinel 1999; zit. nach Geiger o. J., 15). Dies würde für Österreich ausgehend von

77.159 Geburten im Jahr 2011 (Statistik Austria 2012, o. S.) aktuell zwischen etwa 4.000 bis 8.000 Kinder betreffen.

3.3 Qualitätsanforderungen an Frühe Hilfen

In Deutschland wurden auf der Basis von Praxiserfahrungen Qualitätsanforderungen an Frühe Hilfen (sog. Qualitätsdimensionen) definiert, die als Herausforderung für Forschung und Praxisentwicklung gesehen werden. Die Qualitätsdimensionen stellen Strategien dar, wie man Familien in belastenden Lebenslagen bei der Bewältigung ihrer Alltags- und Erziehungsaufgaben sinnvoll unterstützen kann und somit gesundheitsfördernd und präventiv wirkt (Renner & Heimeshoff 2010, 12 ff.):

Systematisch und umfassend Zugang zur Zielgruppe finden

„Systematische Zugänge zu Familien sollen weiter ausgebaut werden, um Familien frühzeitig Hilfeangebote unterbreiten zu können. Dabei müssen Effektivität und Praxistauglichkeit unterschiedlicher Zugangswege – über verschiedene Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens, der Kinder- und Jugendhilfe und weiterer Unterstützungssysteme – vergleichend untersucht werden, um Empfehlungen für die Praxis aussprechen zu können und die Erreichbarkeit von Familien in stark belastenden Lebenslagen weiter zu verbessern.“ (Renner & Heimeshoff 2010, 12)

Systematisch und objektiviert Belastungen erkennen

In der Praxis des Gesundheitssystems und der Kinder- und Jugendhilfe sollen Hinweise auf psychosoziale Belastungen, die sich negativ auf eine gesunde Entwicklung der Kinder auswirken könnten, frühzeitig erkannt werden, um rechtzeitig Hilfe anbieten zu können. Der Einsatz von Instrumenten zur Erkennung und Einschätzung von Belastungen bzw. Risiken bedarf einer wissenschaftlichen Begleitung, um Erkenntnisse zu Sinn, Zweck und Praktikabilität der Zugangswege zu erhalten. (Renner & Heimeshoff 2010, 13)

Familien zur aktiven Teilnahme an Hilfen motivieren

Um unterstützungsbedürftige Familien zur Inanspruchnahme eines Hilfsangebots zu motivieren, müssen bestehende Strategien und Ansätze vorangetrieben und flächendeckend umgesetzt werden (Renner & Heimeshoff 2010, 13).

Hilfen an den Bedarf der Familie anpassen

Die Passgenauigkeit eines Hilfsangebots ist ein entscheidendes Qualitätskriterium für seinen Erfolg. Passgenau meint in diesem Zusammenhang, dass Angebote dem Bedarf einer Familie ge-

recht werden. Es gibt noch wenig fundiertes Wissen über Methoden für die Feststellung von Hilfebedarf in Familien; Instrumente können Fachkräfte beim Erkennen von Familien in belastenden Lebenssituationen unterstützen (Renner & Heimeshoff 2010, 13). Familien in Entscheidungsprozesse miteinzubeziehen und für Fachkräfte einen kontinuierlichen Reflexionsprozess sicherzustellen (z. B. in Form von Fallbesprechungen, kollegialen Austausch, Supervision etc.), unterstützt die Wahl der jeweils adäquaten Angebote (Renner & Heimeshoff 2010, 26 f.).

Monitoring des Verlaufs der Hilfeerbringung

Unterstützungsbedürftige Familien kontinuierlich zu begleiten ist insbesondere dann, wenn unterschiedliche Angebote und Anbieter am Prozess beteiligt sind, eine besondere Herausforderung für die Praxis. Strenge Datenschutzerfordernisse stellen bei der Weitergabe von Informationen eine Herausforderung dar. In der Praxis besteht ein hoher Klärungs- und Unterstützungsbedarf im Hinblick auf einen sachgerechten Umgang mit Datenschutzbestimmungen. (Renner & Heimeshoff 2010, 13)

Vernetzung und verbindliche Kooperation der Akteurinnen und Akteure

Durch eine interdisziplinäre Kooperation zwischen Akteurinnen und Akteuren im Bereich Früher Hilfen sollen sichere Übergänge zwischen den Hilfssystemen geschaffen werden. Es besteht hoher Forschungsbedarf hinsichtlich Struktur und Effektivität verschiedener Kooperationsmodelle. (Renner & Heimeshoff 2010, 13)

Verankerung der Frühen Hilfen im Regelsystem

„Um langfristig wirken zu können, müssen Frühe Hilfen den Status von Modellprojekten verlassen und im Regelsystem verankert werden.“ Inwieweit eine Verankerung in bestehende Strukturen gelingen kann, muss eingehend untersucht und auf Basis von Erfahrungen aus Modellprojekten analysiert werden. (Renner & Heimeshoff 2010, 13)

4 Fragestellung

In Abstimmung mit der Steuerungsgruppe des Projekts Frühe Hilfen (vgl. Abschnitt 1.1) wurden zwei Schwerpunktthemen, die als wichtige Eckpunkte für die Etablierung von Frühe-Hilfen-Systemen erachtet wurden, zur Bearbeitung festgelegt:

- » Kooperationen und Netzwerke im Rahmen von Frühen Hilfen,
- » Identifizieren und Erreichen von zentralen Zielgruppen im Rahmen von Frühen Hilfen.

Konkret sollen folgende Fragestellungen⁷ beantwortet werden:

Kooperationen und Netzwerke im Rahmen von Frühen Hilfen

1. Was sind Kriterien gelingender Kooperation und Netzwerkarbeit im Bereich Frühe Hilfen?
2. Wie können stabile, interdisziplinäre Netzwerk- bzw. Kooperationsstrukturen zwischen Institutionen und Angeboten aus den Bereichen Schwangerschaftsbetreuung, Elternbildung, Gesundheitswesen, interdisziplinäre Frühförderung, Kinder- und Jugendhilfe, elementare Bildung und aus weiteren sozialen Diensten auf lokaler Ebene nachhaltig aufgebaut werden?
3. Welche Kooperationsmodelle haben sich in der Praxis im Bereich Frühe Hilfen bewährt?
4. Bedarf es unterschiedlicher Instrumente und Verfahren für eine gelingende Kooperation mit den verschiedenen Berufsgruppen?

Identifizieren und Erreichen von zentralen Zielgruppen im Rahmen von Frühen Hilfen

1. Welche Belastungen können die elterliche Erziehungs- und Versorgungskompetenz beeinträchtigen und damit das Risiko der fehlenden Unterstützung/Förderung, der Vernachlässigung und/oder Misshandlung des Kindes erhöhen? Welche Schutzfaktoren bzw. Ressourcen gibt es und wie können sie gestärkt werden?
2. Welche Methoden (Fragemuster und Kontaktmodi) liegen zur Identifizierung von Familien in besonders belasteten Situationen – als spezifische Zielgruppe von Frühen Hilfen – vor? Wie identifiziert man den Bedarf an Frühen Hilfen?
3. Welche Strategien, Methoden und Instrumente bewähren sich, um einen breiten Zugang zu allen werdenden Eltern und allen bis sechsjährigen Kindern und deren Familien zu bekommen?
4. Welche Strategien, Methoden und Instrumente bewähren sich, um einen Zugang zu schwer erreichbaren Familien in Problemlagen zu bekommen?

7

Im Rahmen der Fachbeiratssitzung am 23. Mai 2012 wurden die Fragestellungen des vorliegenden Berichts diskutiert. Hierbei wurde angeregt, auf die ursprüngliche Formulierung „Welche Belastungen und Risikofaktoren [...]“ zu verzichten und stattdessen den Fokus auf „Belastungen“ zu legen, da sich das Risiko für ein Auftreten von Kindeswohlgefährdung durch eine Kumulation von Belastungen bei gleichzeitigem Fehlen von Ressourcen erhöht. Der Aspekt Schutzfaktoren und Ressourcen wurde der Fragestellung daher hinzugefügt. Auf den Ausdruck „standardisierte Instrumente“ wurde verzichtet, da er zu sehr an Screeningverfahren erinnere und die Fragestellung diesbezüglich nicht eingeschränkt werden soll. Betont wurde die Wichtigkeit, den Bedarf an Frühen Hilfen zu identifizieren.

Frühe Hilfen werden anhand folgender **Beschreibungskriterien** definiert, die auf der Arbeitsdefinition zu Frühen Hilfen basieren (vgl. Abschnitt 1.2):

- » Es handelt sich um ein Gesamtkonzept von Interventionen in der frühen Kindheit (Schwangerschaft bis Schuleintritt), das zum Ziel hat, Entwicklungsmöglichkeiten und Gesundheitschancen von Kindern und Eltern frühzeitig und nachhaltig zu verbessern.
- » Die Interventionen richten sich explizit an eine der folgenden Zielgruppen: alle Schwangeren und werdenden Eltern, Familien mit Kindern im Alter von null bis sechs Jahren, insbesondere an jene in belastenden Lebenssituationen.
- » Das Gesamtkonzept umfasst universelle und indizierte Präventionsangebote.
- » Das Gesamtkonzept basiert auf multiprofessioneller Kooperation (zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen im Gesundheitswesen und/oder Sozialbereich und/oder anderen Politikbereichen).

5 Methodik der Evidenzaufbereitung

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde eine umsetzungsorientierte Aufbereitung der Literatur⁸ angestrebt, die durch empirische Erhebungen ergänzt wurde (vgl. Abschnitt 5.2).

Der vorliegende Ergebnisbericht wurde unter Heranziehung des „Handbuchs zur Aufbereitung von Evidenz zu Gesundheitsförderung“ erstellt (vgl. Haas et al. 2013a). Darin wird Evidenz definiert als wissenschaftlich aufbereitete Information aus Beobachtungsstudien, Evaluationsberichten, Leitlinien, empirischen Erhebungen und Erfahrungsberichten aus der Praxis, die einen bestimmten Sachverhalt erhärtet oder widerlegt (Haas et al. 2013a, 100).

5.1 Literatursuche

Um die Literatur hinsichtlich praktischer Erfahrungen zu sichten, wurde eine **selektive Literatursuche** durchgeführt (auch bezeichnet als unsystematische Suche oder „Opportunistic Search“) (vgl. Haas et al. 2013a, 51 ff.). Ausgangsbasis dafür waren Publikationen des deutschen Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH), des Netzwerks Familie aus Vorarlberg, des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment (LBI-HTA) zum Thema „Aufsuchende Hilfen im Rahmen von Schwangeren-/Eltern-Kind-Programmen“ sowie Literaturhinweise aus dem Projektfachbeirat. Die Quellen wurden im Rahmen einer ausführlichen Hintergrundrecherche hinsichtlich zweckdienlicher Literaturreferenzen gesichtet und geprüft. Ebenso wurden die Erfassungsbögen für gesundheitsrelevante Belastungen und Ressourcen im Kindesalter des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (Ziegenhain et al. 2010) und des Netzwerks Familie (Werner 2010) zwecks relevanter Literaturquellen gesichtet und hinsichtlich inhaltlicher Überschneidung analysiert. Mittels einer Kombination von verschiedenen Suchstrategien (vgl. Abschnitt 10.2) wurde außerdem nach publizierter und grauer Literatur gesucht, wie z. B. Präsentationen, Konzepte, Strategien und Informationen auf einschlägigen Webseiten.

Der Fokus der Literatursuche lag auf englisch- und deutschsprachiger Literatur aus dem europäischen Raum, insbesondere aus den Ländern Österreich, Deutschland, Skandinavien, Großbritannien, Schweiz, Frankreich und Holland. Der Publikationszeitraum wurde mit 2000 bis Jänner 2013 eingegrenzt.

8

In Abstimmung mit der Projektsteuerungsgruppe wurde zu Projektbeginn beschlossen, dass zur Beantwortung der Forschungsfragen eine systematische Übersichtsarbeit – etwa im Sinne von Health Technology Assessment (HTA) – nicht die Methode der Wahl ist, weil im Projekt nicht die Einführung neuer Angebote – deren Wirksamkeit mittels der HTA-Methodik überprüft werden könnte – vorrangig ist, sondern die Vernetzung und bessere Zugänglichkeit bestehender Angebote.

Im Unterschied zur systematischen Literatursuche ist „bei einer selektiven Suche keine explizite Selektion von relevanter Literatur erforderlich, da die Auswahl ein impliziter Bestandteil der Suche ist“ (Haas et al. 2013a, 52).

Ergänzend zur selektiven Literatursuche wurde eine **systematische Literatursuche** in den Datenbanken MEDLINE, MEDLINE in Process, PSYCHINFO UND CINAHL durchgeführt. Für die Erstellung der Suchstrategie wurden vier Schlagwortgruppen gebildet. Diese enthalten Begriffe inklusive relevanter Synonyme zu

- » Schwangeren, Kindern und ihre Familien,
- » Frühen Hilfen,
- » Kooperation und Netzwerken,
- » zum Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen.

Aufgrund der Breite der Fragestellung wurde hierfür eine sehr spezifische Suchstrategie⁹ entwickelt, die den Einschluss von Übersichtsarbeiten und Metaanalysen sowie Evaluationen von Frühe-Hilfen-Programmen vorsieht. Der Publikationszeitraum wurde mit 2000 bis Dezember 2012 eingegrenzt (vgl. Abschnitt 10.3).

Die Auswahl der relevanten Publikationen (Literaturselektion) erfolgte anhand eines mehrstufigen Selektionsprozesses (vgl. Abschnitt 10.3).

5.2 Gruppendiskussion und Interviews

Die Ergebnisse der Literatursuche wurden um eine **Gruppendiskussion im Fachbeirat des Projekts Frühe Hilfen** (vgl. Abschnitt 10.1) ergänzt. Darin angesprochene Aspekte wurden nach Themenschwerpunkten geclustert und in weiterer Folge bei der Aufbereitung der Evidenz berücksichtigt (vgl. Abschnitt 5.3).

Auf Empfehlung des Fachbeirats wurden zusätzlich **Interviews mit Praktikerinnen und Praktikern** durchgeführt. Kriterium für die Auswahl der Interviewpartner/innen war die praktische Erfahrung in der Arbeit mit den Zielgruppen von Frühen Hilfen sowie Erfahrung mit der Etablierung von Frühen Hilfen (vgl. Tabelle 5.1). Als Methode wurde das problemzentrierte Interview – eine qualitative Forschungsmethode nach Mayring (2000) – gewählt (vgl. Interviewleitfaden und Details zur Ergebnisauswertung in Abschnitt 10.4).

9

Aufgrund der Spezifität der Suchstrategie konnte eine aus insgesamt acht Subfragestellungen („Welche Schutzfaktoren bzw. Ressourcen gibt es und wie können sie gestärkt werden?“) nicht mit einer systematischen Suche bedient werden.

Tabelle 5.1:
Interviewte Praktikerinnen

Fachbereich	Name/Institution	Interview durchführt am
Aufsuchende Angebote im Bereich Frühe Hilfen	Grete Melzer / Stadt Korneuburg	3. Oktober 2012
Frühe Hilfen in Deutschland	Mechthild Paul / Nationales Zentrum Frühe Hilfen in Deutschland	29. September 2012
Social Media als Zugang zu schwer erreichbaren Zielgruppen	Petra Ruso / Baby Couch Niederösterreich	12. Oktober 2012
Frühe Hilfen Praxis	Alexandra Wucher / Netzwerk Familie in Vorarlberg	26. November 2012

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

5.3 Bewertung und Analyse der Evidenz

Literaturbewertung und –analyse

Zunächst wurde im Zuge einer Gesamtschau geprüft, ob die identifizierte Literatur mit den Beschreibungskriterien von Frühen Hilfen (vgl. Kapitel 4) im Einklang steht. In einem nächsten Schritt wurde deren Qualität geprüft (interne Validität). Schließlich wurde beurteilt, ob die Ergebnisse auf Österreich übertragbar sind (externe Validität).

Relevante Übersichtsarbeiten wurden anhand von zentralen Parametern zur Begutachtung der Qualität von systematischen Übersichtsarbeiten geprüft (vgl. Haas et al. 2013a, 59 ff.).

Bei den Strategien und Policies war zentrales Qualitätskriterium die herausgebende Institution: Dokumente von Ministerien oder deren nachgelagerten Institutionen sowie von wissenschaftlichen Institutionen oder Public-Health-Instituten wurden als grundsätzlich vertrauenswürdig eingeschätzt und – sofern die Ergebnisse insgesamt konsistent erschienen – in die Analyse aufgenommen.

Programme, die den Prinzipien von Frühen Hilfen gerecht werden, wurden in Form von Kurztexten über die wesentlichen Eckpunkte aufbereitet (Ziel, Angebote des Programms, Zielgruppe, Zugang zur Zielgruppe, Kooperation & Vernetzung im Projekt, Finanzierung, Hintergrund des Projekts). Qualitätskriterien waren die Ausführlichkeit von Programmbeschreibung und verfügbaren Information sowie deren Konsistenz und das Vorliegen einer Evaluation (interne Validität). Programme mit niedriger interner Validität wurden aus der Evidenzanalyse ausgeschlossen.

Im Rahmen der Bewertung und Analyse der Evidenz wurde die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Österreich (externe Validität) geprüft. Zentrales Merkmal dafür war die Vergleichbarkeit des Gesellschafts- und Gesundheitssystems, in dem Studienpopulation oder Zielgruppe lebte. Für Evidenz aus Deutschland wurde eine grundsätzlich hohe Übertragbarkeit der Ergebnisse angenommen. Programme aus dem angloamerikanischen Raum scheinen auf den österreichischen

Kontext ohne zusätzliche vertiefende Analysen nicht übertragbar zu sein und fanden daher keine Berücksichtigung in der vorliegenden Evidenzanalyse.

Ergebnisanalyse und –aufbereitung aus Literatur und empirischen Erhebungen

Im vorliegenden Bericht wurden Ergebnisse aus Literatur, Fachbeiratssitzung und Interviews in einem Kapitel zusammengeführt (vgl. Abschnitt 1.1 und 6.4). Hierbei wurde auf einen klaren Ausweis der unterschiedlichen Evidenzquellen geachtet: Klammerausdrücke weisen auf Referenz aus Literatur, Interview oder fachlichen Input aus dem Fachbeirat des Projekts Frühe Hilfen hin.

Im Anhang gibt eine Tabelle Überblick über die identifizierte Literatur je Themenschwerpunkt mit Hinweisen auf das Ursprungsland und – sofern möglich – zur untersuchten Zielgruppe (vgl. Abschnitt 10.5). Die Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse erfolgte qualitativ (beschreibend) für die einzelnen Fragestellungen.

5.4 Qualitätssicherung

Der Fachbeirat des Projekts Frühe Hilfen wurde in der Sitzung am 23. Mai 2012 hinsichtlich der operationalisierten Fragestellungen und des erstellten Konzepts für die Literaturrecherche konsultiert und zu Input zu relevanten Programmen, Fachleuten und Literatur ersucht.

Der vorläufige Endbericht wurde im Projektteam Frühe Hilfen der GÖG hinsichtlich Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit, Verständlichkeit der Darstellung (Methodik, Ergebnisdarstellung, Berichtsaufbau) diskutiert.

6 Ergebnisse

6.1 Ergebnisse der Evidenzsuche im Überblick

Insgesamt konnten 134 Evidenzquellen identifiziert werden (vgl. Abbildung 6.1) – nur eine davon im Rahmen der systematischen Literatursuche und –selektion, die restlichen über die selektive Literatursuche.

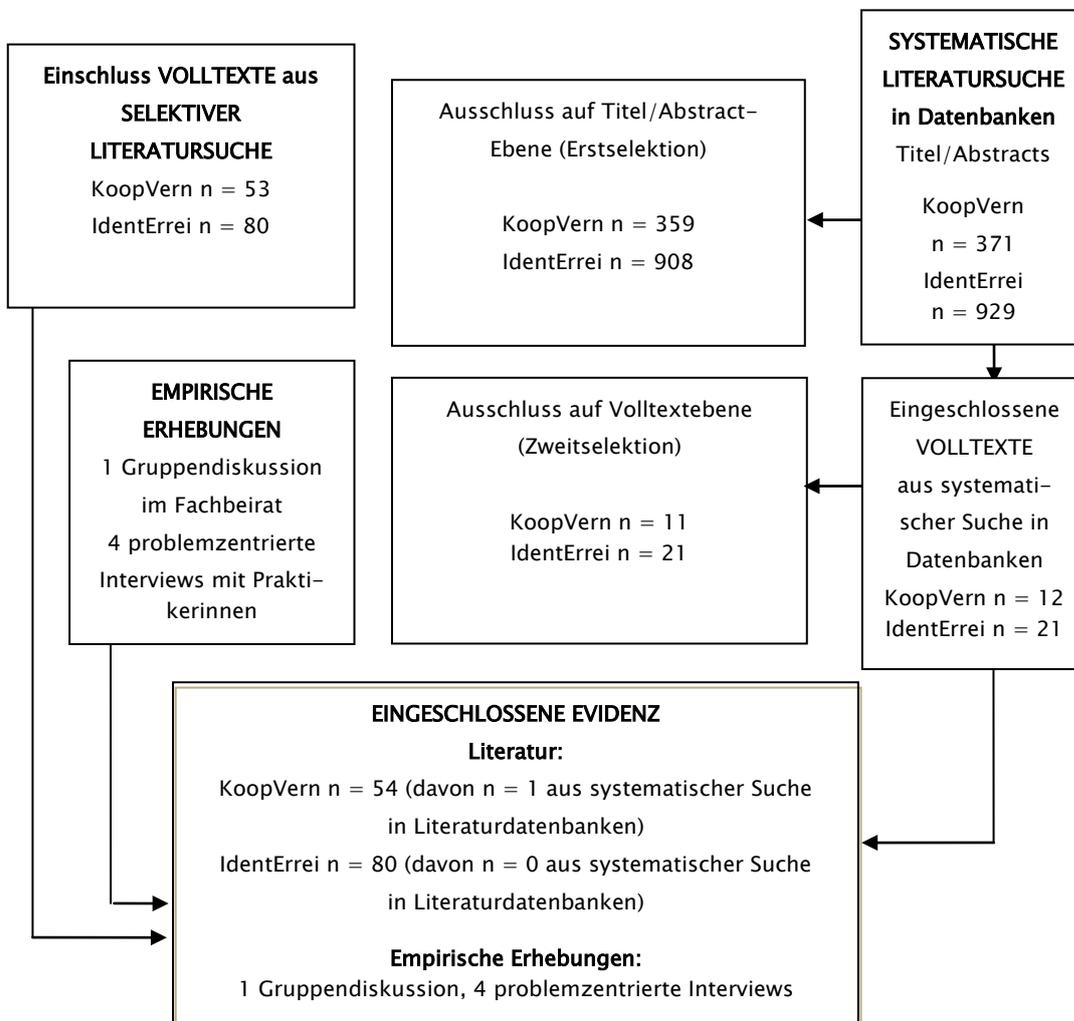
Der Großteil der eingeschlossenen Quellen umfasst Projektevaluationen und graue Literatur (Informationen auf Webseiten, Programmbeschreibungen, Berichte aus Arbeitsgruppen etc.) und ergänzend dazu Strategien und Handlungsempfehlungen öffentlicher Einrichtungen, (systematische) Übersichtsarbeiten, Forschungsberichte und Artikel in Fachzeitschriften. Einen Überblick über die eingeschlossene Literatur gibt Tabelle 10.3 in Abschnitt 10.5.

Die empirischen Erhebungen (1 Gruppendiskussion im Fachbeirat und 4 problemzentrierte Interviews mit Praktikerinnen) vervollständigen die Evidenzgrundlage. An der Fachbeiratssitzung haben insgesamt 16 Personen aus verschiedenen für Frühe Hilfen relevanten Institutionen aus Österreich teilgenommen (vgl. Abschnitt 10.1). Das Protokoll der Fachbeiratssitzung war Grundlage für die Auswertung (vgl. Abschnitt 10.8). Drei Praktikerinnen aus Österreich und die Leiterin des deutschen Zentrums Frühen Hilfen wurden interviewt (vgl. Abschnitt 5.2).

6.2 Projekte und Programme zu Frühen Hilfen

Die im Zuge der Evidenzaufbereitung identifizierten Projekte und Programme werden im Folgenden kurz beschrieben. In den Ergebnisabschnitten 1.1 und 6.4 wird auf sie an entsprechender Stelle verwiesen.

Abbildung 6.1:
Ergebnisse der Evidenzsuche



KoopVern = Fragestellung zu „Kooperationen und Netzwerke“, IdentErrei = Fragestellung zu „Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen“; Ergebnisse nach Deduplizierung der Treffer

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

6.2.1 Österreich

Die Projektdarstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Eine Feldanalyse zu bestehenden Angeboten zu Frühen Hilfen in Österreich kann der Publikation „Ausgangslage für Frühe Hilfen in Österreich“ von (Haas et al. 2013b) entnommen werden.

Netzwerk Familie (seit 2011 in Vorarlberg, Frühe-Hilfen-Modell)

Das Bundesland Vorarlberg ist Vorreiter im Bereich Früher Hilfen in Österreich. 2009/10 wurden in Vorarlberg drei Pilotprojekte zu Frühen Hilfen durchgeführt und evaluiert: die Projekte „Babyfon“ (Bludenz), „Eine Chance für Kinder“ (Bregenz) und „Netzwerk Familie“ (Dornbirn und Feldkirch) (Evaluation und Co 2010). Das Projekt Netzwerk Familie wurde Anfang 2011 flächendeckend im ganzen Bundesland in den Regelbetrieb übergeführt (sog. Modell Frühe Hilfen; vgl. 1.1.1).

Ziel des Vorarlberger Modells Frühe Hilfen ist, den Blick auf werdende Eltern und Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in belastenden Lebenssituationen zu schärfen und diesen Familien frühzeitig passende regionale Unterstützung anzubieten. Damit soll allen Kindern ein guter Start ins Leben ermöglicht werden. Das Vorarlberger Modell baut auf drei Schwerpunkten auf:

- » systematisches und frühzeitiges Erkennen von Familien in belastenden Lebenslagen über das Gesundheitssystem,
- » Abklärung und Vermittlung passgenauer Hilfen an unterstützungsbedürftige Familien über eine zentrale Stelle (sog. „Netzwerk Familie“) im Sinne eines Case-Managements,
- » Unterstützung von Familien in belastenden Lebenslagen durch zielgruppenorientierte Angebote.

Fachpersonal im Gesundheits- und Sozialsystem wird regelmäßig für das Thema sensibilisiert bzw. durch Fortbildungen geschult und ist aktiv miteinander vernetzt. Netzwerk Familie ist ein freiwilliges Angebot. Die Daten werden nur mit Einverständnis der Betroffenen weitergegeben. Netzwerk Familie steht Familien zur Unterstützung und Begleitung bis zu zwei Jahren zur Verfügung. Die Umsetzung des Frühe-Hilfen-Modells wurde 2011 von Mitteln aus dem Sozialfonds mit 620.000 Euro unterstützt. Weiterführende Informationen sind im Internet abrufbar: <http://www.netzwerk-familie.at/>.

HIPPY Österreich (seit 2007 in Kärnten, Niederösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Wien, aufsuchendes vorschulisches Bildungsprogramm)

HIPPY (Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters) ist seit mittlerweile vierzig Jahren ein international verbreitetes Hausbesuchsprogramm mit dem Ziel, die frühe Förderung von Kindern im Vorschulalter aus sozial und in Sachen Bildung benachteiligten Familien zu unterstützen (in Österreich und in anderen europäischen Ländern gehören zur Hauptzielgruppe des HIPPY-Programms Familien mit Migrationshintergrund, insb. jene aus dem muslimischen Kulturkreis). Beispielsweise sollen Kinder bei der Sprachentwicklung und beim Erreichen der Schulreife unterstützt werden, aber auch die erzieherischen Kompetenzen von Müttern sollen gestärkt werden. 2007 wurde das Programm von beratungsgruppe.at in Wien eingeführt und ist mittlerweile auf sechs Bundesländer ausgeweitet worden. Die Hausbesucher/innen, die denselben soziokulturellen Hintergrund wie die Familien haben und zudem zweisprachig sind, kommen einmal pro Woche zu den Familien nach Hause und arbeiten (z. T. in Form von Rollenspielen) gemeinsam mit der Mutter das HIPPY-Übungsmaterial durch, die die restliche Woche selbstständig mit ihrem Kind übt. 14-täglich werden Gruppentreffen mit Fachleuten und Exkursionen angeboten. Dar-

über hinaus werden integrationsrelevante Themen mit der Mutter besprochen, z. B. Bildungsangebote für die Mutter wie Deutschkurse. (beratungsgruppe.at 2013)

„Gesundheit kommt nach Hause – mehr wissen hilft“ („gekona“)

(seit 2011 in Niederösterreich/Wien, aufsuchende Bildungsarbeit bei Frauen mit niedrigen sozioökonomischen Status aus dem muslimischen Kulturkreis)

Ziel des Programms „gekona“ ist, die interkulturelle Gesundheitskompetenz bei Familien mit geringem sozioökonomischen Status aus dem muslimischen Kulturkreis zu fördern. In erster Linie wendet sich das Programm an Mütter und Großmütter mit (Enkel-)Kindern im Vor- und Pflichtschulalter, die von sog. Gesundheitstutorinnen – Frauen, die demselben Kultur- und Sprachkreis angehören – sechs Monate lang begleitet werden. Im Rahmen von Müttertreffen, die bei einer der Teilnehmerinnen zu Hause bzw. in deren Wohnortnähe 14-täglich stattfinden, vermitteln sie gesundheitsrelevante Inhalte. Ergänzend zu den Müttertreffen finden monatliche Exkursionen und Gruppenveranstaltungen zu spezifischen Themenfeldern statt (Reiter 2012, 4–8).

Ein niederschwelliger Zugang zur Zielgruppe wird über die Gesundheitstutorinnen hergestellt (siehe oben). Diese sind beim Programmumsetzer (beratungsgruppe.at) angestellt und erhalten im Rahmen des Programmes eine spezifische Basisschulung bzw. werden während der Programmumsetzung vom Steuerungsteam des Programmes angeleitet und unterstützt. Informationen werden durch spezifische Informationsmaterialien, die inhaltlich und didaktisch den Bedürfnissen der Zielgruppe entsprechend aufbereitet sind (sog. Gesundheitskoffer), möglichst niederschwellig vermittelt. (Reiter 2012, 8)

Mobile Kinderkrankenpflege (seit Anfang 1990er Jahre in Korneuburg/Niederösterreich, mobile Kinderkrankenpflege für Familien)

Eine „mobile Kinderkrankenschwester“ bietet Pflege-, v. a. aber Beratungsdienste für Eltern und deren Säuglinge, Kinder und Jugendliche an. Ein Erstkontakt mit den Eltern stellt die mobile Kinderkrankenschwester auf der Wochenstation des ortsansässigen Krankenhauses und/oder im Rahmen ihres Hausbesuches her. Bei Hausbesuchen wird der von der Stadt finanzierte „Wäscherucksack“ überreicht (Eltern, die einen Besuch der Kinderkrankenschwester ablehnen, werden eingeladen, den „Wäscherucksack“ im Büro der mobilen Kinderkrankenschwester in Korneuburg entgegenzunehmen). Im Rahmen des Erstkontakts haben die Eltern die Möglichkeit, etwaige Fragen an die Fachkraft zu stellen (z. B. zur Pflege und Ernährung des Säuglings). Der aufsuchende Ansatz hat zudem den Vorteil, dass die Kinderkrankenschwester einen Einblick in die Lebensumstände und -situation der Familie bekommt und dadurch zielgerichteter auf die Bedürfnisse der Familien eingehen kann. Bei Vorliegen von Unterstützungsbedarf in der Familie werden je nach Dringlichkeit weitere Telefonkontakte bzw. Hausbesuche vorgeschlagen (die tägliche Telefonsprechstunde ist werktags zwischen 8.30 und 9.30 Uhr eingerichtet).

Durch die intensive Zusammenarbeit der mobilen Kinderkrankenschwester mit fachnahen Berufsgruppen, z. B. Ärztinnen/Ärzten, Sozialarbeiterinnen/-arbeitern, können belastete Familien frühzeitig erkannt werden oder an entsprechende Angebote vermittelt werden. Eltern werden

aber auch von sich aus aktiv und nehmen Kontakt mit der Kinderkrankenschwester auf. (Melzer 2013, 9; Winkler et al. 2012, 93 ff.) „Letzteres kommt des Öfteren dann vor, wenn aus Kinderproblemen Pubertätsprobleme werden und sich Eltern an die Unterstützung der mobilen Kinderkrankenschwester zurückerinnern und wieder Kontakt aufnehmen“ (Winkler et al. 2012, 95).

Babycouch (in Niederösterreich, niederschwelliger Müttertreffpunkt)

Babycouch ist ein niederschwelliger Treffpunkt für Mütter und wurde im Rahmen der dreijährigen Initiative der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse „Bewusst von Anfang an“ ins Leben gerufen. Ziel der Babycouch ist es, das Beratungs- und Informationsangebot für Schwangere, Stillende und Familien mit Kleinkindern bis zum Alter von drei Jahren zu verbessern. Die Müttertreffpunkte finden in regelmäßigen Abständen an den Standorten Wiener Neustadt, Ternitz, Korneuburg und Schwechat statt. Eine Website (in deutscher und türkischer Sprache) und ein Facebook-Account informieren über Veranstaltungen und gesundheitsrelevante Themen für (werdende) Mütter (Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsförderung o. J.). Im Zuge des Projekts werden Stakeholderkonferenzen (Informationsveranstaltungen) für verschiedene Berufsgruppen organisiert, um sie hinsichtlich bestimmter Themen zu sensibilisieren, z. B. interkultureller Umgang mit Schwangeren und Müttern nichtdeutscher Muttersprache (Interview Ruso).

MIA (Mütter in Aktion)

(2007–2010 in Liezen und Leibnitz/Steiermark, Gesundheitsförderungsprojekt)

Das Gesundheitsförderungsprojekt MIA richtet sich an Schwangere und Mütter mit Kleinkindern. Projektziele sind die Erhöhung von Lebensqualität und Wohlbefinden von Müttern und ihren Kindern, Empowerment der Mütter, Verbesserung der Versorgung der Mütter und ihrer Kinder durch Vernetzung verschiedener Akteurinnen und Akteure auf regionaler Ebene, Maßnahmen der Verhältnisprävention unter Einbezug der Zielgruppe (Grundsatz der Partizipation), um die Rahmenbedingungen auf struktureller Ebene an die Bedürfnisse der Zielgruppe auszurichten (Groth et al. 2010, 9). Mittels Hausbesuche und Müttercafés wird ein niederschwelliger Zugang zur Zielgruppe gesucht. Im Rahmen des Projektes ist ein Handbuch entstanden, das die zentralen Erfahrungen des Projekts zusammenfasst und Praktikerinnen/Praktikern, die ein ähnliches Projekt umsetzen möchten, als Leitfaden dienen soll. Das Projekt wurde vom Frauengesundheitszentrum Graz in zwei steirischen Bezirken im Zeitraum Oktober 2007 bis September 2010 umgesetzt und von einer externen Institution evaluiert. Projektfinanziers waren der Fonds Gesundes Österreich und die Gesundheitsplattform Steiermark.

Familienhebammen (seit 1986 in Wien, psychosoziale Schwangerenbetreuung)

Die Schwangerenberatung und -betreuung durch Familienhebammen hat zum Ziel, einen sicheren Schwangerschafts- und Geburtsverlauf zu unterstützen bzw. gesundheitliche Risiken des Kindes möglichst zu minimieren. Das Angebot richtet sich an Schwangere in belastenden Lebenssituationen, beispielsweise an Frauen mit medizinischen Problemen in einer gegenwärtigen bzw. vorangegangenen Schwangerschaft oder mit sozioökonomischen Belastungen, und soll dabei helfen, Ängste der Schwangeren abzubauen und ihre persönlichen Kompetenzen als (wer-

dende) Mutter zu stärken. Die Beratung und Betreuung durch Familienhebammen erfolgt an vier Hebammenstützpunkten, in Schwangerenambulanzen von Wiener Krankenhäusern und in Eltern-Kind-Zentren. Die verschiedenen Angebote der Familienhebammen umfassen Geburtsvorbereitungskurse, Einzel(paar)beratung, Stillberatung, Rückenbildungsgymnastik, Babytreffs und Stillgruppe (eine Stillberaterin gehört dem Team der Familienhebammen an). Nicht mobile Schwangere, z. B. wegen verordneter Bettruhe bei Risikoschwangerschaften, werden bei Bedarf zu Hause besucht. Im Rahmen dieser Hausbesuche finden medizinische Untersuchungen (CTG-, Blutdruck- und Harnkontrolle) statt. Das Angebot der Familienhebammen ist für Schwangere kostenlos und kann ohne Vorlage einer Überweisung in Anspruch genommen werden. Die Stadt Wien (Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien) übernimmt die Kosten des Angebots. (Magistrat der Stadt Wien o. J.)

Schwangerenbetreuung durch Hebammen (2011–2012 in Wien, sog. „Pilotinnenprojekt“ zur niederschweligen Betreuung von Schwangeren durch Hebammen)

Das Hebammenzentrum in Wien bot im Rahmen eines Pilotprojekts niederschwellige und kostenlose Betreuung von Schwangeren an. Das Projekt richtete sich an alle Frauen, weil deklarierte Angebote für „belastete“ Schwangere von den Betroffenen nicht genutzt werden (niemand möchte einer solchen Gruppe angehören). Im Projektzeitraum wurden rund 307 Frauen betreut, die über die Rudolfstiftung, das Allgemeine Krankenhaus, die Semmelweislinik oder über Mundpropaganda dem Projekt zugewiesen worden waren. Die Anamnese umfasste beispielsweise auch das Erfassen von verschiedenen Belastungsfaktoren (finanzielle, gesundheitliche, psychische Probleme und vorangegangene Traumaerfahrungen). Ein Anamneseblatt erleichterte das Abfragen der verschiedenen Themen. Der gute Zugang einer Hebamme zu Schwangeren wurde in diesem Projekt verdeutlicht: Die fachliche Expertise der Hebamme wird von den Schwangeren sehr geschätzt, ebenso die persönliche Erreichbarkeit. Durch persönlichen Einsatz und ausreichend Zeit für Betreuung wird eine Grundlage für das Vertrauen der Schwangeren in die Hebammen gelegt. Daten aus einem Feedbackbogen von insgesamt 190 betreuten Frauen waren Grundlage für die Projektevaluation, die zeigte, dass Frauen mit der Hebammenbetreuung äußerst zufrieden waren und von deren positiven Auswirkungen auf die Schwangerschaft berichteten. (Zsivkovits 2012; Markom 2012)

FEM-Elternambulanz im Wilhelminenspital

(seit 2012 in Wien, reguläre Beratungseinrichtung für Eltern im Wilhelminenspital)

Die Elternambulanz des Frauengesundheitszentrums FEM (kurz für die Zielgruppe Frauen, Eltern, Mädchen) wurde im Jahr 2006 neben der Geburtsstation des Wilhelminenspitals als Projekt installiert und 2012 in ein fixes Beratungsangebot des Krankenhauses übergeführt. Ziel der Elternambulanz ist es, Frauen in der Schwangerschaft bei psychosomatischen und depressiven Krisen möglichst früh zu begleiten. Zielgruppen der Elternambulanz sind Frauen in der Schwangerschaft mit psychischen Krisen (Schwangere mit psychiatrischer Anamnese), Frauen, die aufgrund von spezifischen Faktoren gefährdet sind (z. B. Alleinerzieherinnen), sowie Frauen und Eltern nach der Geburt (inklusive Weiterleitung an andere Beratungsstellen). Zugang zur Zielgruppe er-

folgt u. a. über die enge Zusammenarbeit mit der Geburtsstation, deren Mitarbeiter/innen betroffene Frauen an das Angebot des Wilhelminenspital vermitteln. (Pruckner & Özlü 2012)

Therapeutisch ambulante Familienberatung (TAF) (in Bayern, Oberösterreich, Salzburg, aufsuchende therapeutische Begleitung von Familien in schwerwiegend belastenden Lebenssituationen)

TAF ist ein Angebot der Jugendwohlfahrt in Salzburg. Es richtet sich an Familien in schwerwiegend belastenden Lebenssituationen mit dem Ziel, sie bei der Lösung von psychosozialen Familienproblemen zu unterstützen. Die von TAF betreuten Familien zeigen zu Therapiebeginn zu meist keine Problemeinsicht oder Eigenmotivation, an ihrer Situation etwas zu verändern, und suchen daher von sich aus keine Beratungseinrichtungen auf. Die Identifikation der bzw. der Zugang zu den Familien gelingt im Projekt TAF über die Zusammenarbeit mit den regionalen Jugendämtern, die auf Basis regelmäßiger Kontakte und fachlichen Austauschs mit TAF kooperieren und von anderen Einrichtungen über das Vorliegen von Problemsituationen in einer Familie informiert werden, z. B. von Schulen, Horten, Krankenhäusern etc. Nach Indikationsstellung der therapeutischen Leitung von TAF findet im Beisein der zuständigen Sozialarbeiterin / des zuständigen Sozialarbeiters ein erstes Treffen mit der Familie statt – es kann bereits zu Hause bei der Familie oder am Jugendamt erfolgen. Die Therapie findet im Wohnbereich der betroffenen Familie statt. Betroffene Familien werden je nach Belastungssituation und Betreuungsverlauf unterschiedlich lang betreut, wobei die durchschnittliche Betreuungsdauer bei zwei bis drei Jahren liegt. Die Kontaktfrequenz liegt bei ein bis zwei Kontakten pro Woche, bei Krisenfällen ist sie entsprechend höher. Dieses Angebot ist für die Zielgruppe kostenlos und durch seinen aufsuchenden Zugang sehr niederschwellig (Winkler et al. 2012, 97–99).

Interdisziplinäre Ambulatorien in der Primärversorgung von Kindern

(seit 2005 in Wolfsberg, seit 2007 in St. Veit, Außenstellen in Klagenfurt und Völkermarkt, gemeindenahе und interdisziplinäre therapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit neurologischen und/oder psychischen Auffälligkeiten)

Ziel dieser Mini-Ambulatorien ist, die Gesundheit und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungs- und/oder psychischen Störungen zu verbessern und zu einer Aktivierung und Stärkung ihrer Ressourcen im Sinne der Salutogenese beizutragen. Behandlungs-, Therapie- und Beratungsangebote für Kinder und Jugendliche werden in Einzel- oder Gruppenform angeboten, z. B. Ergotherapie, Logopädie, aber auch Angebote für Eltern und Angehörige sind Bestandteil des Konzepts der Mini-Ambulatorien. Die Kinder und Jugendlichen werden über verschiedene Kooperationspartner/innen zugewiesen, z. B. Schulen, Ärztinnen/Ärzte, Kindergärten, Jugendamt. Eine enge Kooperation mit anderen Schulen, Kindergärten, anderen psychosozialen Einrichtungen und niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten ist über Vernetzungstreffen und patientenbezogenen Helferkonferenzen gewährleistet. (Pro Mente 2011; Finslerwald & Spiel 2012; Wernisch-Pozewaunig et al. 2010)

Kinder- und Jugendkompetenzzentrum

(2012–2013 im Innviertel/Oberösterreich, interdisziplinäre und vernetzte Erbringung von diagnostischen, therapeutischen sowie sozial- und heilpädagogischen Leistungen)

An den Standorten Andorf, Pramet und Mauerkirchen wurden im Rahmen eines Reformpoolprojekts Kompetenzzentren eingerichtet zur Diagnostik und Behandlung von null- bis 18-jährigen Kindern und Jugendlichen mit behandlungsbedürftigen emotionalen, kognitiven, sozialen und verhaltensbezogenen Auffälligkeiten nach MAS (multiaxiales Diagnoseschema). Vor Ort werden interdisziplinär und vernetzt diagnostische, therapeutische und sozial- und heilpädagogische Leistungen für Kinder und Jugendliche erbracht (Oberösterreichischer Gesundheitsfonds o. J.; persönliche Mitteilung Hackl, Mai 2013).

Zentrale Anliegen des Projektes sind die Nutzung von bestehenden Strukturen vor Ort, die Sicherstellung der Niederschwelligkeit des Zugangs zum Angebot durch Verzicht auf ärztliche Zuweisung sowie die Einbindung der Familien in den Behandlungs- und Begleitungsprozess (u. a. durch Verlaufs- und Zielvereinbarungsgespräche mit den Eltern). Koordination und Vernetzung relevanter Akteurinnen und Akteure sollen fallbezogen durch Helferkonferenzen und auf allgemeiner Ebene durch Vernetzungstreffen sichergestellt werden. Im Rahmen der dreijährigen Pilotphase wird das Projekt begleitend evaluiert, um Erfahrungswissen für eine mögliche Ausrollung des Projekts auf weitere fünf Versorgungsregionen zu sammeln. (Oberösterreichischer Gesundheitsfonds o. J.; persönliche Mitteilung Hackl, Mai 2013)

„Grow Together“ – eine Chance für Mütter und ihre Kinder

(seit 2012 Projektentwicklung und Pilotphase, Regelbetrieb ab 2016 in Wien geplant; psychosoziale Begleitung für Familien aus hochbelastetem Umfeld)

Grow Together begleitet Mütter und ihre Kinder in belastender Lebenslage (z. B. psychisch Kranke, Opfer von Gewalt etc.) mit dem Ziel, Kindern ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen und Mütter beim beruflichen (Wieder-)Einstieg zu unterstützen (Kruppa & Nostitz 2012, 8). Sie werden idealerweise schon während der Schwangerschaft – und je nach Bedarf – bis zu einem Zeitraum von maximal zwei Jahren betreut. Aufsuchende Betreuung erfolgt in den ersten zwei Wochen nach der Geburt. Danach kommen die Mütter zwei Tage pro Woche für jeweils sechs Stunden in die Einrichtung, wo sie sozialpädagogische Begleitung und Therapie vorfinden. An zwei Tagen pro Woche werden sie für ein bis zwei Stunden an ihrem Wohnort unterstützt. Entwicklungsfördernde Gruppenangebote, z. B. Mutter-Kind-Turnen, Besuch eines Kinderspielplatzes etc. finden einmal pro Woche statt (Kruppa & Nostitz 2012, 11). Der Zugang zur Zielgruppe erfolgt in den meisten Fällen über das Amt für Jugend und Familie in Form einer Zuweisung, kann aber auch durch alle Institutionen und Einrichtungen sowie durch Einzelpersonen hergestellt werden, die mit Schwangeren und Müttern mit Kleinkindern arbeiten, z. B. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Hebammen, Eltern-Kind-Zentren etc. Durch sog. „Netzwerk-Workshops“ sollen potenzielle Zuweiser/innen über das Angebot informiert werden und gemeinsam eine Strategie für die weitere Zusammenarbeit entwickeln. Die Vernetzung mit relevanten Kooperationspartnerinnen/-partnern wird durch Öffentlichkeitsarbeit unterstützt. (Kruppa & Nostitz 2012, 15).

Netzwerk Lebensbeginn (seit 2008 in St. Virgil/Salzburg, interdisziplinäre Begleitung und Gesundheitsförderung rund um Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit)

Ziele der Initiative sind Bildung und Unterstützung von Helfernetzwerken, Förderung der wissenschaftlichen Forschung und Vernetzung, Professionalisierung von Ausbildungen sowie Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit. Konkrete Vorhaben umfassen beispielsweise die Sensibilisierung der Gesellschaft für die Bedeutung der frühen Lebensphase, Maßnahmen zur multiprofessionellen Kooperation, Veranstaltung von (inter)nationalen Symposien (vgl. Netzwerk Lebensbeginn St. Virgil 2008, 4 f.). Im Rahmen der Initiative wurden Qualitätsstandards in Einrichtungen für Familien rund um Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit erarbeitet (Netzwerk Lebensbeginn St. Virgil 2013). Mittlerweile sind rund dreißig Einrichtungen in diesem Netzwerk tätig (Netzwerk Lebensbeginn St. Virgil 2013, 4). Weiterführende Information zur Initiative finden sich unter <http://www.virgil.at/de/bildung/netzwerke/netzwerk-lebensbeginn/>.

Netzwerk Postpartale Depression

(seit 2004 in Wien, Vernetzungsprojekt für Frauen mit postpartaler Depression)

Im Rahmen des Wiener Programms für Frauengesundheit wurde das Netzwerk Postpartale Depression entwickelt. Ziele sind der Aufbau von aufeinander abgestimmten Strukturen, Maßnahmen und Vorgehensweisen, das Vereinheitlichen von Informationen für Schwangere, frühzeitiges Erkennen von Frauen mit postpartaler Depression in den relevanten Einrichtungen der Schwangeren- und Elternbetreuung und deren gezielte Überweisung an Beratungs- und psychiatrische Einrichtungen, Erstellen von Informationsmaterial (z. B. Folder mit allen Angeboten in Wien, Informationsfolder zur postpartalen Depression), Einrichten eines Pools an Fortbildungsreferenten. (Stadt Wien o. J.)

Sechsmal jährlich finden Vernetzungs-Workshops statt. Weitere Maßnahme des Netzwerkes ist, dass jede Wöchnerin mit dem Säuglingspaket einen Folder mit relevanten Informationen erhält. Des Weiteren werden alle kooperierenden Institutionen regelmäßig zum Thema psychosoziale Krisen in der Schwangerschaft und Elternschaft geschult. (Stadt Wien o. J.)

Kooperationspartner des Netzwerkes sind das Wiener Programm für Frauengesundheit, Wiener Krankenanstaltenverbund, MAG ELF, MA 15, niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen, Kinderärztinnen und Kinderärzte, Familienhebammen, Hebammenstützpunkte, Geburtsvorbereitungsinstitutionen. Die Finanzierung des Netzwerkes erfolgt durch das Wiener Programm für Frauengesundheit. (Stadt Wien o. J.)

Kindernetzwerk Industrieviertel (2010–2016 im Industrieviertel/Niederösterreich, interdisziplinäres Netzwerkprojekt zwischen Jugendwohlfahrt, Bildungswesen und Kinder- und Jugendpsychiatrie im Industrieviertel)

Im Rahmen dieses Projekts sollen Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendwohlfahrt sowie Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen stärker vernetzt werden. Ziel ist, die Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen mit psychosozialen Schwierigkeiten nachhaltig zu verbessern (Damm et al. 2012b, 47; Fliedel 2012). Obwohl die Zielgruppe nur einer Teilgruppe von Frühen Hilfen entspricht, erscheint das Projekt als für Frühe Hilfen relevant und wird in den vorliegenden Bericht aufgenommen.

Für den Netzwerkaufbau wurde ein partizipativer, strukturierter Zielfindungsprozess gestartet, aus dem eine Organisationsstruktur und konkrete Teilprojekte entstanden sind:

- » Koordinatorinnen und Koordinatoren auf Bezirksebene, die regelmäßige Netzwerktreffen organisieren,
- » eine Plattform, die bezirksübergreifenden Austausch ermöglicht,
- » ein Projektteam, das den Aufbau des Netzwerkes begleitet,
- » Arbeitsgruppen zu spezifischen Problem- und Themenstellungen, die die Netzwerkentwicklung unterstützen (Damm et al. 2012a, 15 f.).

In einem Handbuch werden die Erfahrungen zur Netzwerkentwicklung aus dem Projekt zusammengefasst, das für jene hilfreich sein kann, die ein ähnliches Projekt in einer anderen Region starten wollen. Unterschiedliche Instrumente für die Unterstützung der Netzwerkarbeit sind im Handbuch integriert, z. B. Leitfaden für Moderation, Hinweise zur Zielformulierung (Damm et al. 2012b, 48).

MiMi – Mit MigrantInnen für MigrantInnen (2012 –2013 in Wien, interkulturelle Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslosen für Migrantinnen und Migranten)

Das Projekt MiMi bezieht sich nicht explizit auf Schwangere und Familien mit Kindern, ist aber hinsichtlich eines Zugangs zur Zielgruppe von Relevanz und soll daher im Folgenden dargestellt werden. Ziele des Projektes MiMi sind, Migrantinnen und Migranten den Zugang zum Gesundheitssystem zu erleichtern und deren Gesundheitskompetenz, Eigenverantwortung und Handlungskompetenz zu stärken (Empowerment). In Wien lebende, sozial gut integrierte Migrantinnen und Migranten werden in einer rund fünfzigstündigen Schulung als interkulturelle Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslosen ausgebildet. Sie halten Informationsveranstaltungen für Migrantinnen und Migranten, die meist weniger gut in die Gesellschaft integriert sind. Ein Ratgeber zum österreichischen Gesundheitssystem wurde im Rahmen des Projekts entwickelt und soll die Multiplikatorenarbeit unterstützen. MiMi wurde vom Ethno-Medizinischen Zentrum (EMZ) in Deutschland entwickelt und mittlerweile in 57 deutschen Städten mit fortlaufender Evaluation umgesetzt. In Kooperation mit dem EMZ wird das Projekt nun unter Federführung von der Volkshilfe auch in Wien umgesetzt. Fördergeber ist das österreichische Bundesministerium für Inneres. Das Projekt basiert auf dem sog. „Asset-Ansatz“, der vorsieht, dass Migrantinnen und

Migranten Expertinnen und Experten in eigener Sache sind, die im Laufe ihrer Lebensgeschichte oftmals positive Bewältigungsstrategien und Ressourcen entwickeln. (Volkshilfe Wien 2012)

6.2.2 Deutschland

Im Rahmen des bundesweiten Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme“¹⁰ wurden wissenschaftlich begleitete Modellprojekte umgesetzt, die im Folgenden hinsichtlich ihrer Ziele, Zielgruppen, Angebot beschrieben werden. Die Darstellung wurde erweitert um einzelne Projekte außerhalb des Aktionsprogramms. Ergänzend zu den Modellprojekten gibt Tabelle 10.6 in Abschnitt 10.7 einen Überblick über sog. Best-Practice-Projekte der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die im Bereich Frühe Hilfen / Frühe Kindheit zu verorten sind.

Chancen für Kinder psychisch kranker/suchtselasteter Eltern

(in Mecklenburg/Vorpommern, niederschwellige frühe Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen bei psychisch kranken Familien)

Ziel des deutschen Modellprojekts ist das Etablieren eines möglichst niedrigschwelligen Angebots für psychisch kranke und alkoholerkrankte Eltern sowie für sehr junge Eltern mit Kindern im Alter von bis zu drei Jahren. Inhaltliche Schwerpunkte des Projektes sind die frühe Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen und die Prävention von daraus resultierender Vernachlässigung und Gefährdung des Kindes. Im Rahmen des Projekts wird die Einrichtung eines Koordinierungskreises „Kindeswohl“ angestrebt, um die Vernetzung unter den Kooperationspartnern zu verbessern. (<http://www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/modellprojekte-fruehehilfen/?L=0>)

Familienhebammen (seit 2006 in Sachsen-Anhalt, Niedersachsen, Hessen; aufsuchende Familienhilfe durch qualifizierte Hebammen mit erweitertem Tätigkeitsfeld; weiterer Ausbau von Familienhebammen ab 2012 geplant)

Familienhebammen sind staatlich geprüfte Hebammen, die eine Fortbildung zur Familienhebamme absolviert haben und primär aufsuchende Hilfeleistungen in der Schwangerschaft und im ersten Lebensjahr des Kindes anbieten, um die gesundheitsbezogene Chancengleichheit zu fördern. Sie richten sich an Familien in hoch belastenden Lebenslagen, im Zeitraum der Schwangerschaft bis zum Ende des ersten Lebensjahrs des Kindes, in Ausnahmefällen auch darüber hinaus. Durch ihre aufsuchende Tätigkeit bei Familien mit erhöhtem Unterstützungsbedarf ist ihre Arbeit dem Feld der indizierten Prävention zuzuordnen. In Fällen von drohender oder akuter Kindes-

10

<http://www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/rechtliche-grundlagen/sonstige-beschluesse-und-hintergruende/bekanntmachung-des-bmfsfj-zu-fruehen-hilfen/>

wohlgefährdung kann eine Familienhebamme nur im Team mit einer Fachkraft der Jugendhilfe unterstützen, jedoch nicht allein oder federführend agieren (Hahn & Sandner 2012, 9 f.). Die Tätigkeiten einer Familienhebamme bauen auf den Aufgabenbereichen der Hebammenarbeit in der Regelversorgung auf (vgl. Hahn & Sandner et al. 2012, 15; Lange & Liebald 2013).

Der Einsatz von Familienhebammen wird in der vom Bundeskabinett 2012 beschlossenen Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen gefordert. Ein Leitfaden zum Einsatz von Familienhebammen in lokalen Netzwerken Früher Hilfen (Lange & Liebald 2013) sowie einheitliche Qualitätsstandards bei Fort- und Weiterbildung zur Familienhebamme (vgl. Hahn & Sander 2012) wurden im Rahmen dieser Bundesinitiative entwickelt. Im Rahmen des Modellprojekts „Keiner fällt durchs Netz“ (siehe unten) ist das „Praxishandbuch für Familienhebammen. Arbeit mit belasteten Familien“ entstanden, das die Lücke zwischen Fortbildung und alltäglicher Praxis schließen soll.

Guter Start ins Kinderleben (Hauptphase von Mai 2007 bis Dezember 2008
in Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen,
gemeinsames Interventions- und Vernetzungsprojekt der Bundesländer)

„Guter Start ins Kinderleben“ hat sich zum Ziel gesetzt, Eltern in belastenden Lebenslagen, wie etwa sehr junge und alleinerziehende Mütter, zu unterstützen und deren Erziehungs- und Beziehungskompetenzen möglichst frühzeitig zu fördern. Hauptanliegen des Projekts ist die Prävention von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung im frühen Lebensalter der Kinder. Für eine optimale Unterstützung und Versorgung werden Kooperations- und Vernetzungsstrukturen entwickelt und erprobt, die auf bestehenden Regelstrukturen aufbauen und in diese eingebunden werden sollen. Die Zielgruppen des Projekts umfassen neben den Familien in belastenden Lebenslagen auch Fachkräfte und Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitssystems. (<http://www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/modellprojekte-fruehe-hilfen/?L=0>)

Keiner fällt durchs Netz (KFDN) (in Hessen, Saarland,
Elternbildungsprogramm für nicht belastete oder leicht belastete Familien und Begleitung
durch eine Familienhebamme für jene in stark belastenden Lebenssituationen)

Zielgruppen des Projekts „KFDN“ sind alle werdenden Mütter und Väter bzw. Eltern von Neugeborenen. Schwerpunktmäßig versucht das Projekt insbesondere solche in belastenden Lebenslagen zu erreichen. Auf den Geburtshilfestationen in insgesamt acht Landkreisen werden Eltern mithilfe eines Instruments (sog. Risikocheckliste) für zwei Interventionsformen ausgewählt: Nicht oder nur leicht belasteten Familien wird eine Elternschule angeboten, mit dem Ziel, deren elterliche Sicherheit zu stärken. Stark belasteten Familien wird eine Familienhebamme vermittelt, die sie im ersten Lebensjahr des Kindes begleitet. Haben Familien über diesen Zeitraum hinausgehenden Unterstützungsbedarf, werden sie an bestehende Hilfseinrichtungen weitervermittelt. In allen Landkreisen werden Koordinationsstellen und ein „Netzwerk für Eltern“ eingerichtet, in dem die Vertreter/innen der Frühe-Hilfen-Systeme zusammenarbeiten. Ein Team des Universitätsklinikums Heidelberg stellt regelmäßige Supervisionen für die Hebammen sicher.

Netzwerk Kinderschutz Berlin (bis 2009 in Berlin, Netzwerk Frühe Hilfen auf lokaler Ebene)

Das „Netzwerk Kinderschutz Berlin“ ist ein integriertes Gesamtkonzept von Präventions-, Beratungs-, Früherkennungs- und Kriseninterventionsmaßnahmen. Es wurde vom Berliner Senat mit dem Ziel beschlossen, das Wohl der Kinder sicherzustellen und sie vor Verwahrlosung und Miss-handlung zu schützen. Das Teilprojekt „Coaching des Sozialen Frühwarnsystems in Berlin-Mitte“ bezweckte ein stadtteilbezogenes Zusammenwirken jener Institutionen und Einrichtungen, die mit den Themen Prävention und Früherkennung befasst sind. Kindern und ihren Familien in Belastungssituationen sollen möglichst frühzeitig adäquate Hilfeangebote zur Verfügung gestellt werden. Dies soll sichergestellt werden durch eine verbindliche Vernetzung (in Form von Kooperationsvereinbarungen) aller regionalen Akteurinnen und Akteure aus den Bereichen Gesundheit und Kinder- und Jugendhilfe, aber auch Bildung und Justiz. <http://www.fruehehilfen.de/fruehehilfen/modellprojekte-fruehe-hilfen/?L=0>

Pro Kind (seit 2006 in Bremen, Niedersachsen, Sachsen; aufsuchendes Hausbesuchsprogramm für erstgebärende Schwangere in belastenden Lebenslagen)

Im Rahmen eines Hausbesuchprogramms angeboten wird frühe Prävention und ganzheitliche Förderung für erstgebärende Frauen in belastenden Lebenslagen (definiert über finanzielle Belastung und Vorliegen mindestens eines weiteren sozialen oder persönlichen Belastungsfaktors) (Renner & Heimeshoff 2010; Brand & Jungmann (Hg.) 2013).

Die Hausbesuche werden von Familienbegleiterinnen (Hebammen und Sozialpädagoginnen) durchgeführt, die Programmteilnehmer/innen während der Schwangerschaft (Aufnahme ins Programm zwischen der 12. und 28. Schwangerschaftswoche) bis zum zweiten Geburtstag des Kindes zu Hause betreuen. Die Hausbesuche finden in der Regel zweiwöchentlich statt. Im ersten Monat der Begleitung und nach der Geburt zwischen der achten und zwölften Lebenswoche des Kindes besucht die Familienbegleiterin die Familien wöchentlich, in den letzten drei Monaten (21. bis 24. Lebensmonat des Kindes) monatlich. Die Hausbesuche folgen einem strukturierten Ablauf und einer leitfadengestützten Arbeitsweise. Inhaltliche Schwerpunkte der Begleitung umfassen grob folgende sechs Bereiche: persönliche Gesundheit, gesundheitsförderliche Umgebung, Lebensplanung und -gestaltung, Mutter-/Vater-/Elternrolle, Familie und Freundeskreis sowie soziale Dienste und Gesundheitsversorgung. (Adamaszek et al. 2013b, 37 f.)

Dieses Modellprojekt basiert auf dem internationalen Programm „Nurse Family Partnership“ (NFP) zur frühen Prävention und ganzheitlichen Förderung von erstgebärenden schwangeren Frauen und ihren Familien in schwierigen Lebenslagen. Das NFP-Programm wurde Ende der 1970er Jahre von David Olds entwickelt und zählt heute auf internationaler Ebene zu den bestevaluierten Präventionsprogrammen in der frühen Kindheit – seine Wirksamkeit wurde in drei randomisierten Kontrollgruppenstudien in den USA untersucht (vgl. Brand & Jungmann 2013, 26). Das NFP-Programm wird mittlerweile in einigen europäischen Ländern umgesetzt, z. B. wurde es 2004 in den Niederlanden implementiert und trägt dort den Namen „Voorzorg“. Die Erprobung des NFP-Programms erfolgt in Deutschland im Rahmen der Bundesinitiative. Ergebnisse aus der Begleitforschung zu „Pro Kind“ liegen bereits vor (Renner & Heimeshoff 2010; Brand & Jungmann (Hg.) 2013).

„Soziale Frühwarnsysteme in NRW“ und „Schutzengel für Schleswig-Holstein“
(in Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein; Vernetzung von Hilfesystemen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe)

Die beiden Projekte bestehen aus einer Vielzahl von Subprojekten mit dem gemeinsamen Ziel, null- bis dreijährige Kinder vor Kindeswohlgefährdung zu schützen. Umgesetzt werden soll dieses Vorhaben soll durch eine verbindliche Vernetzung der Hilfesysteme aus den Bereichen Gesundheit und der Kinder- und Jugendhilfe. Eine frühzeitige, auf den individuellen Bedarf der Familien abgestimmte Hilfeleistung soll hierdurch realisiert werden.

<http://www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/modellprojekte-fruehe-hilfen/?L=0>

Wie Elternschaft gelingt / WIEGE – STEEP

(seit 2004 in Hamburg, Brandenburg; Stärkung der Eltern-Kind-Interaktion)

„Wie Elternschaft gelingt“ (WIEGE) ist ein Projekt zur Optimierung der „Strategien der Früherkennung, Frühprävention und Frühintervention innerhalb vernetzter Strukturen im Schnittstellenbereich von Jugendhilfe und Gesundheitswesen“ (<http://www.fruehehilfen.de/index.php?id=98>) Verbindliche Kooperationsbeziehungen sollen aufgebaut und eine Zusammenarbeit mit Fachkräften aus den Bereichen Gynäkologie/Geburtshilfe, Schwangerschaftskonfliktberatung und Pädiatrie sichergestellt werden, mit dem Ziel, insbesondere Kindern in Hochrisikokonstellationen einen frühzeitigen und systematischen Zugang zu präventiven Eltern-Kind-Angeboten wie beispielsweise STEEP (Steps towards effective and enjoyable parenting) zu ermöglichen.

Ziel der STEEP-Intervention ist es, bereits während der Schwangerschaft Familien in hoch belasteten Lebenssituationen auf das Zusammensein mit ihrem Kind vorzubereiten und sie in den ersten zwei Lebensjahren des Kindes beim Aufbau sicherer Bindungserfahrungen zu unterstützen. Mithilfe von videografierten Eltern-Kind-Interaktionen, Einzelberatungen und Gruppenkontakten sollen Eltern in ihrem Erziehungsverhalten gefestigt werden und dadurch eine gesunde Entwicklung der Kinder zu fördern.

Seit 2004 wird STEEP in unterschiedlichen Institutionen in Deutschland eingeführt und durch eine wissenschaftliche Begleitung evaluiert. Zentrale Fragen der Evaluation sind, welche Instrumente zur Einschätzung von Risiken unter Einbeziehung psychosozialer Ressourcen vorliegen bzw. für das Vorhaben herangezogen werden können und welche Effekte die Intervention bei stark belasteten Eltern erzielt.

Babylotsen plus

(seit 2012 in Berlin, Begleitung von Familien in belastenden Lebenslagen)

„Babylotsen plus“ ist ein Projekt in einem der größten Krankenhäuser in Europa, der Charité in Berlin, mit dem Ziel, besonders belastete Familien frühzeitig zu unterstützen und damit die Chancen auf eine gesunde Entwicklung des Kindes zu erhöhen. Konkret sprechen sog. Babylotsen in der Geburtsklinik Familien an, die zum Beispiel durch Armut oder psychische Probleme belastet sind, um ihnen passgenaue Frühe Hilfen zu vermitteln.

Babylotsen beraten psychosozial stark belastete Familien bereits während der Schwangerschaft und vermitteln sie bei Bedarf zu vorhandenen Unterstützungsangeboten. Durch die Begleitung der Babylotsen sollen die Familien motiviert werden, ihren neuen Lebensabschnitt mit dem Kind in Eigenverantwortung und zum Wohle des Kindes zu führen. Sie sollen dabei unterstützt werden, Sicherheit im Umgang mit ihren Kindern und deren Bedürfnissen zu erlernen und eine starke Eltern-Kind-Bindung zu entwickeln. (vgl. <http://www.fruehehilfen.de>)

Vernetzungsprojekt der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) (2010–2012
in Baden-Württemberg, interdisziplinäre Vernetzung von Ärzteschaft und Jugendhilfe)

In Baden-Württemberg gibt es eine etablierte Struktur an ärztlichen und psychotherapeutischen Qualitätszirkeln, die in regelmäßigen Abständen fachlichen Austausch ermöglichen. Diese Qualitätszirkelstruktur soll nun im Rahmen des Projektes auch für die Vernetzung der Vertragsärzteschaft und Jugendhilfe genutzt werden. Hierfür wurden 15 Qualitätszirkelmoderatorinnen/-moderatoren gemeinsam mit 15 Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern von Jugendämtern in Form von Tandems darin geschult, gemeinsame Qualitätszirkel durchzuführen und einzelfallbezogen zusammenzuarbeiten (schwerpunktmäßig mittels Familienfallkonferenzen). Eine bundesweite Ausrolung des Projektes ist bei Vorliegen entsprechender Evaluationsergebnisse geplant.

Für die Projektlaufzeit hat die KVBW eine Koordinationsstelle eingerichtet, die eine Kooperation der beteiligten Hilfesysteme unterstützt, Fortbildungen und Tagungen organisiert und Arbeitsmaterialien zur Unterstützung der Qualitätszirkel zusammenstellt. (www.fruehehilfen.de/netzwerk/vernetzungsprojekt-der-kassenaerztlichen-vereinigung-baden-wuerttemberg/)

Familienzentren (in Nordrhein-Westfalen, Bündelung von Angeboten zur vorschulischen Bildung und Erziehung, Familienberatung und -unterstützung in Kinderbetreuungseinrichtungen)

Familienzentren vereinen Angebote von verschiedenen lokalen Einrichtungen aus den Bereichen vorschulische Bildung und Erziehung sowie Familienberatung und -unterstützung mit den Zielen, zu einer Qualitätssteigerung in der frühkindlichen Bildung und Betreuung beizutragen, Eltern bei der Wahrnehmung ihrer Bildungs- und Erziehungsaufgaben zu stärken und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu sichern. Das Familienzentrum soll eine zentrale Anlaufstelle eines Netzwerkes der verschiedenen lokalen Akteurinnen und Akteure werden. Des Weiteren soll das Familienzentrum ein Ort der Begegnung im Stadtteil werden und Austausch zwischen den Generationen ermöglichen (Berg- le Clercq 2011, 6; MFKJKS o. J.)

Zielgruppe der Familienzentren sind alle Familien und ihre Kinder im Alter von null bis sechs (schwerpunktmäßig 3- bis 6-Jährige). Damit eine Kinderbetreuungseinrichtung zu einem Familienzentrum ausgebaut werden kann und das Gütesiegel „Familienzentrum NRW“ – ein Prüfzeichen nach dem Kinderbildungsgesetz – verliehen bekommt, sind die Anforderungen in den definierten Leistungs- und Strukturbereichen zu erfüllen (vgl. MGFFI 2009; MFKJKS 2011). Die Qualitätsstandards für Familienzentren sehen beispielsweise eine interkulturelle Ausrichtung des Angebots vor, da rund 40 Prozent der unter Sechsjährigen in Deutschland Migrationshintergrund haben (MFKJKS 2011, 10 ff.). Hinsichtlich des Zugangs zur Zielgruppe sind die definierten Quali-

tätsanforderungen – das Angebot am Sozialraum auszurichten und die Zielgruppe und ihre Bedürfnisse einzubeziehen – zentral (MFKJKS 2011, 18 ff.). Der Aufbau einer verbindlichen Zusammenarbeit mit Institutionen und Organisationen, die Berührungspunkte mit dem Aufgabenbereich des Familienzentrums haben, stellt ein weiteres Beispiel für einen zu erfüllenden Standard dar (MFKJKS 2011, 20).

Im Bundesland Nordrhein–Westfalen sollen auf Basis einer bundeslandweiten Initiative der Landesregierung bis 2012 rund 3.000 von insgesamt 9.000 Kinderbetreuungseinrichtungen zu sog. „Familienzentren“ ausgebaut werden (weiterführende Informationen unter www.familienzentrum.nrw.de).

Das Dormagener Modell (seit 2006 in Dormagen, ganzheitliches Kinderschutzkonzept)

Dieses Kinderschutzmodell geht über Frühe Hilfen hinaus, ist aber in Hinblick auf Kooperation und Vernetzung relevant und soll daher kurz vorgestellt werden. Es zeichnet sich durch seinen präventiven Ansatz aus, der versucht, mittels Maßnahmen zur Sicherung der Grundbedürfnisse, durch Präventionsangebote für alle Familien und durch frühe Unterstützungsmaßnahmen für jene in belastenden Lebenslagen Lebensbedingungen zu schaffen, die Kinderarmut zu bekämpfen und das Kindeswohl zu fördern (präventiver Kinderschutz vor reaktivem Kinderschutz).

Das Dormagener Präventionsprogramm umfasst folgende fünf Handlungsfelder:

- » Einrichten eines Präventionsnetzwerk, um bestehende Hilfesysteme besser zu vernetzen („Netzwerk Frühe Förderung“ oder „Netzwerk für Familien“; vgl. 1.1.1),
- » Realisieren von sog. „Präventionsketten“ (d. h. aufeinander abgestimmte, umfassende präventive Unterstützungsangebote während der Schwangerschaft, in den ersten Lebensjahren des Kindes bis hin zum Abschluss der Grundschule für alle Familien sowie Einzelfallhilfen bei Bedarf),
- » Sicherstellen eines Dialogs und fachlichen Austauschs zum Thema Kinderschutz in der (Fach–)Öffentlichkeit und in der Bevölkerung, um eine Weiterentwicklung der Programms sicherzustellen (z. B. in Form von Fachtagungen),
- » Umsetzen von Bildungsmaßnahmen (z. B. Ausbau von Elternbildungsangeboten, Qualifizierungsmaßnahmen bei pädagogischen Fachkräften hinsichtlich Kinderschutz),
- » Umsetzen von Gesundheitsförderungsaktivitäten (z. B. Gesundheitsförderungsangebote im Kindergarten) (Hilgers et al. o. J., 6 ff.).

6.2.3 Restliches Europa

Hebammenbetreuungssysteme und erweiterte Kinderbildungs– und Kinderbetreuungseinrichtungen (Familienzentren oder Children's Centres) sind Beispiele für Interventionen in der frühen Kindheit, die Teil eines Frühe–Hilfen–Programms sein können, und sollen daher im Folgenden kurz dargestellt werden.

Neuvola (seit 1944, Hebammenbetreuung von Schwangeren und Müttern mit Kleinkindern)

„Neuvola“ ist ein fest installierter Bestandteil des finnischen Gesundheitssystems und bedeutet übersetzt „Mütter- oder Kinderberatungsstelle“. Seit 1944 gibt es „Neuvola“ flächendeckend in ganz Finnland. Neuvola versorgt Eltern und Kinder mit einer Grundausrüstung für das neugeborene Kind, bietet medizinische Betreuung und Beratung und berät zu Erziehung und psychischer und sozialer Entwicklung des Kindes. Den Gesundheitspflegerinnen von Neuvola steht ein Netzwerk von Sprach- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Psychologinnen/Psychologen, Fachärztinnen/-ärzten und Sozialarbeiterinnen/-arbeitern zur Verfügung, die nach Bedarf hinzugezogen werden können und in jedem kommunalen Gesundheitszentrum zu finden sind. Die Betreuung durch Neuvola in Finnland beginnt schon während der Schwangerschaft und setzt sich bis zur Einschulung des Kindes fort. (Linderoos 2010, 66 ff.)

Die „Neuvola-Tanten“ (Hebammen oder Kinderkrankenschwestern mit Zusatzausbildung) stellen bereits während der Schwangerschaft einen ersten Kontakt zu Müttern und Vätern her. Informationen über soziales Umfeld, mögliche Erbkrankheiten und persönliche Probleme werden hier aufgenommen. Das Anlegen einer Gesundheitskartei erfüllt den Zweck, gesundheitsrelevante Informationen zu dokumentieren. (Linderoos 2010, 67; Petition Online 2013, o. S.)

Bevor Schwangere einen Arzt oder eine Ärztin aufsuchen, wird zunächst die „Neuvola“ aufgesucht. Schwangerschaftstest sowie unterschiedliche Beratungsleistungen und Geburtsvorbereitungen wie Schwangerschaftsgymnastik werden von der „Neuvola“ angeboten. (Linderoos 2010, 67)

Durch die Meldung bei der „Neuvola“ sind Familien zum Empfang von Muttergeld vier Wochen vor und neun Monaten nach der Geburt berechtigt (ca. 65 % des vorigen Verdienstes). Nimmt die werdende Mutter die Termine bei der „Neuvola“ wahr, erhält sie zudem eine Grundausrüstung („Mutterschaftspaket“), in der außer Babykleidung auch eine Gesundheitsmatratze und ein erstes Buch für das Kind enthalten sind. Die Väter erhalten eine „Männerkiste“, die neben praktischen Hinweisen und Anregungen im Umgang mit dem Kind auch zwei gleiche T-Shirts für Vater und Kind enthält. Das „Neuvola“-Angebot nehmen 99 Prozent aller finnischen Familien in Anspruch. (Linderoos 2010, 68; Petition Online 2013, o. S.)

Bis zum Schuleintritt suchen Eltern mindestens einmal im Jahr ihre „Neuvola-Tante“ auf, um über die Entwicklung des Kindes (Fortschritte und Probleme) zu sprechen. Im Gesundheitszentrum arbeiten außerdem auch Psychologinnen und Psychologen, Logopädinnen und Logopäden, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten und Sozialarbeiter/innen. Sie arbeiten vernetzt auch mit den Kindergärten und Schulen zusammen, um Informationen über die Heranwachsenden zu geben. (Linderoos 2010; Petition Online 2013, o. S.)

Children's Centres (seit 1999 im Vereinten Königreich von Großbritannien, „one-stop shops“)

In Großbritannien sind Children's Centres zentraler Bestandteil des „Sure Start“-Programms (später „Every Child Matters“-Programms) (Gray & Fancis 2006, 656). Children's Centres stellen

sogenannte „one-stop shops“ dar, die sämtliche Angebote und Leistungen für Kinder in Form einer zentralen Anlaufstelle in Wohnortnähe für Familien vereinen.

Children's Centres richten sich an Familien mit Kinder bis zum Alter von 15 Jahren mit niedrigem sozioökonomischen Status und sind deshalb schwerpunktmäßig in Stadtteilen mit hohem Anteil an sozioökonomisch benachteiligten Familien angesiedelt (Jayaratne et al. 2010, 3). Das Angebot dort gilt für alle Familien, um eine Stigmatisierung bei Inanspruchnahme entgegenzuwirken (Gray & Francis 2006, 656; Jayaratne et al. 2010, 4).

Die konkreten Angebote der Children's Centres variieren je nach Bedürfnissen der Bevölkerung vor Ort und umfassen beispielsweise Kinderbetreuung, Hausbesuche, Krankenversorgung, Familienunterstützung, frühe Förderung etc. (Jayaratne et al. 2010, 4). In die Angebote eines Children's Centres sind aufsuchende Hilfen integriert, um einen niederschweligen Zugang jenen Familien zu ermöglichen, die selbst nicht in der Lage sind, ein Children's Centre zu besuchen. Kooperationen im Rahmen von „Sure Start“ variieren nach lokalen Gegebenheiten. Meist wird mit Institutionen der vorschulischen Bildung und Betreuung, Krankenversorgung oder Familienunterstützung kooperiert (Jayaratne et al. 2010, 4).

Familienzentren in Schweden, Schottland und England

In Schweden wird die Unterstützung von werdenden Eltern bzw. Familien mit Kleinkindern durch ein Netzwerk von lokalen Familienzentren (sog. „family centres“) sichergestellt. Familienzentren umfassen Versorgungs- und Beratungsangebote für Mütter und ihre Kinder, Elternbildungsprogramme sowie vorschulische Bildungs- und Betreuungseinrichtungen. Verschiedene Berufsgruppen, z. B. Hebammen, Kinderkrankenschwestern/-pfleger, Pädiaterinnen/Pädiater, Pädagoginnen/Pädagogen, Sozialarbeiter/innen, Psychologinnen und Psychologen, sind in den Familienzentren beschäftigt und versuchen durch interprofessionelle Zusammenarbeit die Familien bestmöglich zu unterstützen. Die Angebote der Familienzentren sind für die Familien kostenlos (Kosten werden durch die Sozialversicherung gedeckt) und können auf freiwilliger Basis von ihnen in Anspruch genommen werden. Familienzentren sind in Schweden gut etabliert und werden vom Großteil der (werdenden) Eltern schon seit mehreren Generationen in Anspruch genommen. (Williams 2010, 13 f.)

Positive Erfahrungen mit Familienzentren werden aus Schottland berichtet (Hallam 2008, 92). Für England wird die Unterstützung von Familien durch „Children's Centres“ empfohlen (Marmot Review 2010, 22).

Jugend- und Familienzentrum (seit 2007 gesetzlich verankert in den Niederlanden, integriertes Konzept von Krankenversorgung von Kindern und ihren Familien und von Familien- und Elternunterstützung)

Eine gesetzliche Grundlage sieht vor, dass jede Kommune bis 2011 ein Jugend- und Familienzentrum (sog. „Youth and Family Centre“) eingerichtet hat. Ziel dieser Jugend- und Familienzentren ist es, die Chancen aller null- bis zwölfjährigen Kinder auf eine gesunde Entwicklung zu

erhöhen, indem sie und ihre Eltern unterstützt werden und jene in belastenden Lebenslagen so früh wie möglich erreicht werden (Berg-le Clercq 2011, 21 f.).

Das Jugend- und Familienzentren übernimmt unterschiedliche Aufgaben: Erbringung von Gesundheitssystemleistungen für Kinder und Jugendliche auf lokaler Ebene, Elternunterstützung/-bildung, Verbindung herstellen zur lokalen Behörde, die für Kinder- und Jugendliche zuständig ist (Youth Care Agency) sowie Koordination der Betreuung und Beratung der Familien auf lokaler Ebene (Berg-le Clercq 2011, 5; Nederlands Jeugd Instituut 2010,12). Zusätzlich zu den gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben obliegt es den Jugend- und Familienzentren selbst, ob sie weitere Aufgaben/Bereiche in ihr Angebot integrieren (z. B. Kinderbetreuung, Sozialarbeit, Jugendarbeit, Primary-Health-Care-Leistungen für Schwangere und Mütter mit Kleinkindern (Allgemeinmediziner/innen, Geburtshilfe). Jugend- und Familienzentren umfassen beides – universelle Angebote für alle Kinder, Jugendliche und ihre Familien wie auch spezifische für solche in belastenden Zusammenhängen (Berg-le Clercq 2011, 22).

Neben den gesetzlich vorgeschriebenen Jugend- und Familienzentren gibt es in einigen Kommunen wie beispielsweise in Eindhoven sogenannte „Community Schools“ („SPIL Centre“), die an den Grundschulen angesiedelt sind (Berg-le Clercq 2011, 21). „SPIL Centres“ umfassen im Kern Grundschule und Tagesbetreuung für Kinder und kooperieren je nach Bedarf mit diversen Institutionen und Einrichtungen im unmittelbaren Umfeld, z. B. Jugendwohlfahrt, zuständiges Amt für Soziales. Die mit den SPIL Centres kooperierenden Einrichtungen werden von einem Team koordiniert. Basis für die Kooperation ist ein sogenannter Bildungsrahmenplan. SPIL Centres werden von den öffentlichen Mitteln für Schulen und von der lokalen Regierung unterstützt. Die Angebotsschwerpunkte der SPIL Centres können variieren, da sie sich an den Bedürfnissen der Einwohner/innen des jeweiligen Stadtviertels orientieren. In jedem SPIL Centre gibt es ein Team, das Familien mit mehrfachen Belastungen begleitet und die Einbeziehung der benötigten Fachkräfte aus den unterschiedlichen Fachbereichen koordiniert (Prinzip „one family, one program, one team“). SPIL Centres sollen durch ihren Standort in der Nachbarschaft und durch Fokus auf lokale Bedürfnisse vor Ort einen einfachen Zugang für die Zielgruppe ermöglichen (Berg-le Clercq 2011, 22).

Erfolgsfaktoren des Modells in Eindhoven sind die Elternunterstützung auf zwei Ebenen: zentral durch Jugend- und Familienzentren in der Stadt und dezentralisiert durch SPIL Centres in den einzelnen Stadtgebieten (Unterstützung der Eltern in ihrem unmittelbaren Umfeld), sowie umfassende Angebote aus Bildung und Betreuung für null- bis zwölfjährige Kinder (stehen gebündelt zur Verfügung und sind jeweils an ihr Alter angepasst – sog. Angebotskette). Der Übergang von vorschulischer Betreuung zur Grundschule verläuft einfach, da beide sich im selben Raum befinden. (Berg-le Clercq 2011, 26)

6.3 Ergebnisse zu „Kooperation und Netzwerke bei Frühen Hilfen“

Interdisziplinäre Netzwerke und Kooperation stellen aus salutogenetischer Sicht eine zentrale Qualitätsanforderung an Frühe Hilfen dar (vgl. Abschnitt 3.3), da die Förderung von Gesundheit und Entwicklungsmöglichkeiten eine Querschnittsaufgabe aller Lebensbereiche darstellt (AGJ & BVKJ o. J., 22; vgl. 3.1). Auch aus präventiver Sicht und Kinderschutzperspektive ist gelingende Kooperation ein zentrales Erfordernis für Frühe Hilfen, da familiäre Problemlagen meist multidimensional sind und ihnen nur durch abgestimmtes, aufeinander bezogenes Handeln mit passgenauen Unterstützungsangeboten für Familien erfolgreich begegnet werden kann (Böttcher 2009, 51). Mit Frühen Hilfen ist zudem der Anspruch verbunden, möglichst frühzeitig – bezogen auf das Lebensalter des Kindes bzw. und das Entstehen des Unterstützungsbedarfs – zu reagieren (Renner & Heimeshoff 2010, 28).

Die Praxis zeigt häufig Reibungsverluste in der Zusammenarbeit zwischen Fachkräften aus unterschiedlichen Disziplinen, die es in einem Frühe-Hilfen-System zu überwinden gilt (Landua et al. 2009, 56; Maier-Gräwe 2009, zitiert nach Meier-Gräwe & Wagenknecht 2011, 81 f.; Paul 2012, 26; Ziegenhain et al. 2010, 39 f.). Kriterien für gelingende Kooperation und Netzwerkarbeit im Bereich Frühe Hilfen (vgl. Punkt 6.3.1) und zu berücksichtigende Faktoren beim Aufbau von Frühe-Hilfen-Netzwerken (vgl. 1.1.1) können Reibungsverlusten in der Zusammenarbeit entgegenwirken. Kooperationsmodelle und Instrumente können eine interdisziplinäre Kooperation in der täglichen Praxis unterstützen (vgl. 1.1.1 und 6.3.4).

6.3.1 Kriterien für gelingende Kooperation und Netzwerkarbeit im Bereich Frühe Hilfen

Damit interdisziplinäre Kooperation im Bereich Frühen Hilfen gelingen kann, bedarf es einer grundsätzlichen Verständigung über die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren, müssen die Aufgaben in der fallbezogenen Arbeit klar geregelt sein und Kooperationspartner/innen eine der Zusammenarbeit mit Fachkräften und Familien förderliche Haltung einnehmen (Ziegenhain et al. 2010, 49). Diese zentralen Erfolgskriterien sind auch beim Aufbau stabiler Frühe-Hilfen-Netzwerke zu berücksichtigen, weshalb die nachstehende Auflistung einer detaillierten Darstellung (1.1.1) vorangestellt wird.

Grundsätzliche Verständigung über die interdisziplinäre Zusammenarbeit

- » Ein Commitment zur Vernetzung (sowohl auf Führungsebene als auch auf operativer Ebene) ist unter allen beteiligten Organisationen sicherzustellen (Sagerschnig et al. 2012, 66).
- » Intentionen, Erwartungen und Ziele der einzelnen Partner/innen sind in Bezug auf die Kooperation zu klären, damit diese für alle Beteiligten zufriedenstellend verlaufen kann (Berg-le Clercq 2011, 10; Renner & Heimeshoff 2010, 30; Sagerschnig et al. 2012, 66; Slo-

- per 2004, o. S.; Ziegenhain et al. 2010, 47). Ein Interessenausgleich unter den Beteiligten ist anzustreben, um eine Win-win-Situation herzustellen (Ziegenhain et al. 2010, 48).
- » Bestehende oder neue Kontakte im Rahmen der Arbeit sind durch den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen verbindlich zu machen (Berg-le Clercq 2011, 10; Hilgers et al. o. J., 25; Landua et al. 2009, 32; Sann 2010, 27; Sagerschnig et al. 2012, 66; Sloper 2004, o. S.; Ziegenhain et al. 2010, 48). Fallübergreifende Aufgaben und Verantwortlichkeiten der einzelnen Kooperationspartner/innen sind zu regeln und festzuschreiben.
 - » Systematische Wege der Kooperation sind zu definieren und gemeinsame Standards zur Qualitätssicherung sind zu schaffen (Ziegenhain et al. 2010, 42 ff.).
 - » Kommunikationsregeln und -wege sind festzulegen, um insbesondere in Stresssituationen guten Informationsfluss und reibungslose Kommunikation zu ermöglichen (Sagerschnig et al. 2012, 66; Sloper 2004, o. S.).
 - » Regelmäßige, fallbezogene Kontakte zwischen den Kooperationspartnern sind für das Funktionieren und den Fortbestand eines Netzwerkes essentiell und daher sicherzustellen (Renner & Heimeshoff 2010, 30).
 - » Entscheidungen über die im Rahmen der Kooperation gesetzten Aktivitäten sollen auf Evidenz beruhen (Berg-le Clercq 2011, 10).
 - » Fachkräfte, die mit den Familien arbeiten, sind in die Erarbeitung von Strategien einzubinden (Sloper 2004, o. S.).
 - » Interdisziplinäre Fort-, Weiterbildungs- und Teambuildingaktivitäten sind für Fachkräfte bereitzustellen (Sloper 2004, o. S.).

Klare Aufgabenregelungen in der fallbezogenen Arbeit

- » Aufgaben und Verantwortlichkeiten sind unter den Beteiligten zu klären (Ziegenhain et al. 2010, 48 f.).
- » Eine allen Berufsgruppen verständliche Sprache mit klar definierten Begrifflichkeiten soll einen gemeinsamen Blick auf die Familie aus den verschiedenen Fachrichtungen sicherstellen (z. B. „Wovon sprechen wir, wenn wir ‚Abklärung von Kindeswohlgefährdung‘ sagen?“ (Sagerschnig et al. 2012, 66; Ziegenhain et al. 2010, 48).
- » In komplexen Fällen, bei denen mehrere Hilfssysteme zum Einsatz kommen, bedarf es einer Fallführung. Fallbezogen muss definiert werden, welche Fachkraft diese Aufgabe übernimmt (Ziegenhain et al. 2010, 48).
- » Kooperationspartner/innen sollen einander unterstützen. Sie bringen in der Regel unterschiedliche Kompetenzen ein und können dadurch voneinander profitieren (Ziegenhain et al. 2010, 48).

Haltung der Kooperationspartner

- » Erforderlich ist eine grundsätzliche Bereitschaft der Kooperationspartner, aufeinander zuzugehen, miteinander zu kooperieren und sich gemeinsam auf neue Entwicklungsprozesse einzulassen (Hilgers et al. o. J., 29; Ziegenhain et al. 2010, 48).
- » Gegenseitiges Vertrauen und Verlässlichkeit bilden die Basis für eine gelingende Kooperation (Ziegenhain et al. 2010, 48; Berg-le Clercq 2011, 10).

- » Fachkräfte sollen einander und den Familien respektierend und wertschätzend begegnen und transparentes Vorgehen sowie eine „Kooperation auf Augenhöhe“ sicherstellen (Paul 2012, 26; Sloper 2004, o. S.; Ziegenhain et al. 2010, 49).
- » Ein lösungsorientiertes Herangehen bei Konflikten oder problematischen Sachverhalten ist gefragt (Ziegenhain et al. 2010, 48).
- » Die Fachkräfte sollen voneinander lernen und gemeinsam das Netzwerk weiterentwickeln. Optimierung im Netzwerk ist als lernender Prozess zu verstehen, bei dem aus Fehlern und gelingender Kooperation gelernt wird (Hilgers et al. o. J., 28; Ziegenhain et al. 2010, 48).

Zu berücksichtigen ist, dass das Gelingen von Kooperationen zwar immer personenabhängig ist, aber eine nachhaltige Kooperation nicht dem Engagement von Einzelpersonen überlassen bleiben darf, sondern nachhaltig verankert werden muss (Ziegenhain et al. 2010, 49). Summesberger (2012, 91 f.) hat am Beispiel des Frühe-Hilfen-Programms in Vorarlberg (vgl. Punkt 6.2.1) Erfolgsfaktoren intersektoraler Zusammenarbeit auf strategischer, funktionaler und struktureller Ebene herausgearbeitet. Strategische Faktoren bilden immer die Ausgangsbasis bei Konzeptionierung eines Frühe-Hilfen-Programms.

Strategische Erfolgsfaktoren: Anzustreben ist eine ganzheitliche Sichtweise mit Blick auf das Gemeinwohl („übergeordneter Bedarf“). Eine Mission ist zu entwickeln, die Nutzen und angestrebte Wirkungen, Ziele und Zielgruppen beschreibt. Der Zweck des Programms ist darzulegen.

Funktionale Erfolgsfaktoren: Die Verantwortlichkeit für die strategische Gestaltung und Steuerung des Programms ist festzulegen. Empfohlen wird, die strategische Leitung in der öffentlichen Verwaltung anzusiedeln und eine Gesamtverantwortung für Konzeption des Programms sowie für organisationales Lernen festzuschreiben. Die zentralen Funktionen, die ein Programm erfüllen soll, sind zu definieren (Frühwarnung/Zuweisung durch Sensibilisierung von Fachkräften und/oder Unterstützung von Familien durch Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen). Kooperation ist durch leitende Werte und Prinzipien der Zusammenarbeit verbindlich zu machen. Die eigene Funktion und die der Partner ist zu klären, eine Abgrenzung von Teilfunktionen bildet die Grundlage für effektive Kooperation.

Strukturelle Erfolgsfaktoren: Zu klären ist, wer die Fallführung auf operativer Ebene und ggf. im sozialen Nahraum übernimmt. Koordination und Kommunikation der Akteurinnen und Akteure soll durch Entwicklung effektiver Vernetzungsstrukturen und Kommunikationsregeln gestaltet werden. Welche konkreten Maßnahmen (z. B. Früherkennung, Information/Beratung/Begleitung, Intervention, Fort- und Weiterbildung etc.) von welchen Akteurinnen und Akteuren in einem Frühe-Hilfen-Programm gesetzt werden, ist zu definieren.

Erfolgsfaktoren für intersektorale Zusammenarbeit sind auch beim nachhaltigen Aufbau von Kooperations- und Netzwerkstrukturen im Bereich Frühe Hilfen zu berücksichtigen und fließen in den Ausführungen unter Punkt 6.3.2 mit Hinweisen für die praktische Umsetzung ein.

6.3.2 Nachhaltiger Aufbau von interdisziplinären Kooperations- und Netzwerkstrukturen auf lokaler Ebene

Um Kooperations- und Netzwerkstrukturen im Bereich Frühe Hilfen nachhaltig aufzubauen, müssen verschiedene Aspekte berücksichtigt werden, die nachfolgend in Anlehnung an Summesberger (2012) (vgl. 6.3.1) drei Ebenen zugeordnet werden. Die Zuordnung der Aspekte dient primär einer besseren Überschaubarkeit der Ergebnisse. Die Reihung der Aspekte innerhalb der Ebenen gibt keine Rückschlüsse hinsichtlich Relevanz oder Reihenfolge beim Netzwerkaufbau.

Strategische Ebene

- » Schaffen eines Commitments zu Frühen Hilfen auf politischer und institutioneller Ebene
- » Entwickeln einer gemeinsamen strategischen und inhaltlichen Ausrichtung von Frühen Hilfen
- » Analyse zu bestehenden Angeboten und zentralen Akteurinnen und Akteuren
- » Entwickeln eines Frühe-Hilfen-Netzwerkes (Top-down- und Bottom-up-Ansatz)

Funktionelle Ebene

- » Breites Einbinden aller relevanten Fachbereiche und Berufsgruppen
- » Schaffen von verbindlicher Kooperation
- » Erfolgreiches Vermitteln von Familien durch Begleitung und Fallführung
- » Sensibilisieren und Schulen von Berufsgruppen
- » Abbilden des Nutzens von Frühen Hilfen (Evaluation von Frühe-Hilfen-Netzwerken)
- » Öffentlichkeitsarbeit
- » Sicherstellen von Qualität bei Frühen Hilfen

Strukturelle Ebene

- » Zentrales Steuern und regionales Organisieren eines Frühe-Hilfen-Netzwerkes
- » Aufbau auf bestehenden Netzwerkstrukturen und Kooperationen
- » Sicherstellen von ausreichend Ressourcen für Aufbau und Weiterführung von Frühe-Hilfen-Netzwerken
- » Sicherstellen von niederschweligen und bedarfsgerechten Angeboten für Familien

Schaffen eines Commitments zu Frühen Hilfen auf politischer und institutioneller Ebene

Ein Commitment auf politischer und institutioneller Ebene, z. B. in Form eines konkreten Auftrags, geregelter Zuständigkeiten und Finanzierungen, ist für die Nachhaltigkeit eines Frühe-Hilfen-Netzwerkes zentral (AGJ & BVKJ o. J., 24; Damm et al. 2012b, 47; Fachbeirat Projekt Frühe Hilfen, 23. 5. 2012; Interview Wucher; Spieckermann & Schubert 2009, 51; Sloper 2004, o. S.). Um Commitment auf politischer Ebene zu erzeugen, ist es hilfreich, den Nutzen von Frühen Hilfen

fen aufzubereiten (siehe „Abbilden des Nutzens von Frühen Hilfen (Evaluation von Frühe-Hilfen-Netzwerken)“ und „Öffentlichkeitsarbeit“ unten).

In den beteiligten Institutionen eines Frühe-Hilfen-Netzwerkes bedarf es sowohl auf Mitarbeiter- als auch auf Führungsebene eines Commitments zur Kooperation. Die Führungsebene stellt die Rahmenbedingungen für Kooperation und einen grundsätzlichen Austausch zwischen den Institutionen sicher, während die fallbezogene Kooperation meist auf Mitarbeiterebene erfolgt (Edvardsson et al. 2011, 6 ff.; Ziegenhain et al. 2010, 107 ff.). Ein frühzeitiges Einbinden relevanter Institutionen beim Netzwerkaufbau, z. B. in Form von Bedarfserhebungen, gemeinsamen Workshops zur Zielfindung, unterstützt die Verankerung von Frühen Hilfen auf institutioneller Ebene (Böttcher 2009, 86).

Entwickeln einer gemeinsamen strategischen und inhaltlichen Ausrichtung von Frühen Hilfen

Eine zentrale Empfehlung aus der wissenschaftlichen Begleitung der Modellprojekte in Deutschland und auch auf Basis von Erfahrungen aus anderen Ländern ist, dass Frühe-Hilfen-Netzwerke ein an den Bedürfnissen der Familien orientiertes, klar formuliertes Konzept mit definierten Zielen und Aufgaben benötigen, das von Netzwerkmitgliedern gemeinsam erarbeitet und weiterentwickelt wird (Hilgers et al. o. J., 25; Damm et al. 2012a, 7; Möllmann et al. o. J., 10; Jayaratne et al. 2010, Renner & Heimeshoff 2010, 30; Spieckermann & Schubert 2009, 46 f.; Sloper 2004, o. S.; Summesberger 2012, 91 f., Ziegenhain et al. 2010, 61).

Unterschiedliche Ziele, Wertvorstellungen und Erwartungen der verschiedenen Netzwerkpartner/innen sollen zunächst offengelegt werden und Grundlage für die Erarbeitung von Kooperationsvereinbarungen sein (Damm et al. 2012a, 7; Hilgers et al. o. J., 25; Ziegenhain et al. 2010, 61; siehe „Schaffen einer verbindlichen Kooperation“ unten). Damm et al. (2012a, 7) empfehlen, den Zielfindungsprozess anhand von Fallbeispielen durchzuführen und ausreichend Zeit für den Abstimmungs- und Aushandlungsprozess einzuplanen.

Analyse zu bestehenden Angeboten und zentralen Akteurinnen und Akteuren

Ausgangsbasis für die Etablierung von Frühe-Hilfen-Netzwerken bilden Akteur- und Angebotsanalysen einschließlich Bedarfserhebungen (AGJ & BVKJ o. J., 23; Böttcher 2009, 82 f.; Damm et al. 2012a, 7; Hafen 2012, 57; Hilgers et al. o. J., 22; Interview Paul, Ruso; NICE 2012, 9; persönliche Mitteilung Paul, Dezember 2011; Summesberger 2012, 91 f.; Sagerschnig et al. 2012, 67). Im Rahmen der Analysen werden etwaige Angebotslücken und Potenziale für die Verbesserung bestehender Kooperationen sichtbar, Unterstützungsbedarf von Familien transparent und jene Institutionen/Organisationen oder Personengruppen (z. B. Peer-Groups) identifiziert, die vor Ort Zugang zur Zielgruppe haben (Hilgers et al. o. J., 22; Interview Ruso; persönliche Mitteilung Paul, Dezember 2011).

Netzwerkanalysen können behilflich sein, relevante Akteurinnen und Akteure und deren Kooperationsbeziehungen systematisch zu erfassen (vgl. Künster et al. 2010, 1135; Spieckermann & Schubert 2009, 48; Ziegenhain et al. 2010, 98). Befragungen von Fachkräften und von Bürgerin-

nen und Bürgern, gemeinsame Workshops mit Angebotsträgern und Einrichtungen vor Ort stellen Möglichkeiten dar, lokale Bedürfnis- und Problemlagen der Familien zu erheben (Böttcher 2009, 82–83; Ziegenhain et al. 2010, 94).

Entwicklung eines Frühe-Hilfen-Netzwerkes (Top-down- und Bottom-up-Ansatz)

Für erfolgreiche Vernetzungsprozesse vonnöten sind verbindliches Engagement und Kooperationsbereitschaft von den Akteurinnen und Akteuren vor Ort (Bottom-up-Ansatz) sowie verbindliche Strukturen und deren Absicherung durch die politische Steuerung (Top-down-Ansatz) (Damm et al. 2012a, 12; Spieckermann & Schubert 2009, 54; Ziegenhain et al. 2010, 158).

Beim Aufbau von Frühe-Hilfen-Netzwerken wird die Einbindung von Fachkräften, die auf operativer Ebene mit den Familien arbeiten, als zentraler Erfolgsfaktor gesehen (Damm et al. 2012a, 12). Beispielsweise können Mitarbeiter/innen bei der Erarbeitung von Kooperationsbeziehungen miteinbezogen oder Anregungen für die weitere Ausgestaltung der Kooperation aus der fallbezogenen Arbeit aufgegriffen werden (Ziegenhain et al. 2010, 146). Ein solcher Bottom-up-Ansatz muss aber immer durch höherrangige Entscheidungsträger/innen der jeweiligen Institutionen unterstützt und durch politische Maßnahmen (Top-down-Ansatz) stabilisiert werden.

Eine nachhaltige Verankerung von Frühen Hilfen auf politischer Ebene kann durch Verabschiedung von Aktionsprogrammen, Einrichtung von Finanzierungsfonds, Verabschiedung von Förderrichtlinien oder Gesetzen erreicht werden (vgl. Paul 2012, 24; Renner & Heimeshoff 2010, 33; Ziegenhain et al. 2010, 153 ff.). Das 2012 in Deutschland erlassene Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz stellt beispielsweise eine Maßnahme zur Absicherung von Frühen Hilfen auf Top-down-Ebene dar (Paul 2012, 36; Bundeskinderschutzgesetz 2011).

Breites Einbinden aller relevanten Fachbereiche und Berufsgruppen

Grundsätzlich sind alle Akteurinnen und Akteure, die sich die Förderung und Erhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und deren Familien zum Ziel gesetzt haben und entsprechende Angebote erbringen, ins Netzwerk Frühe Hilfen einzubinden (AGJ & BVKJ o. J., 24; Ziegenhain et al. 2010, 61). Auf Basis erster Ergebnisse aus den deutschen Modellprojekten (vgl. 6.2.2) wird dem Jugendamt, gefolgt von Kinderärztinnen und -ärzten (sowohl in niedergelassenen Praxen als auch in Krankenhäusern), Hebammen, Frühförderung- und Schwangerschaftsberatungsstellen höchste Bedeutung als Kooperationspartner im Frühe-Hilfen-Netzwerk beigemessen (Paul 2012, 23; Renner & Heimeshoff 2010, 21 ff.). Mit welchen Institutionen/Organisationen und Berufsgruppen vor Ort kooperiert wird und welche Strukturen und Instrumente hierfür eingesetzt werden, hängt von den lokalen Gegebenheiten vor Ort ab (Jayaratne et al. 2010, 6).

Erfahrungen aus Nordrhein-Westfalen zeigen, dass es beim Aufbau eines Frühe-Hilfen-Netzwerkes hilfreich sein kann, zunächst mit einer überschaubaren Anzahl von Kooperationspartnern Vernetzungsaktivitäten zu starten und im Laufe der Zeit die Kooperation sukzessive auszuweiten (Böttcher 2009, 83). Akzeptiert werden sollte, dass nicht jeder potenziell relevante Kooperationspartner zur Teilnahme am Frühe-Hilfen-Netzwerk gewonnen werden kann. Gut funktionie-

rende Kooperationen müssen kontinuierlich gepflegt werden, um sie aufrechtzuerhalten (Adamaszek et al. 2013a, 60).

Schaffen von verbindlicher Kooperation

Kooperationsbeziehungen sollten nicht auf einer informellen Ebene verharren, sondern verbindlich werden (Böttcher 2009, 84; Paul 2012, 25; Summesberger 2012, 91 f.). Kooperationsvereinbarungen erleichtern die fallbezogene Zusammenarbeit, ermöglichen einen grundsätzlichen Austausch zwischen den verschiedenen Institutionen und Ressorts (AGJ & BVKJ o. J., 24, Interview Paul; Paul 2012, 25) und wirken sich positiv auf Qualität und Dauerhaftigkeit einer Kooperationsbeziehung sowie auf die Wirksamkeit von Frühen Hilfen insgesamt aus (Renner & Heimeshoff 2010, 29; Sann 2010, 25).

Verbindliche Kooperation stellt sicher, dass regelmäßige Kontakte zwischen den Institutionen und Berufsgruppen stattfinden. Regelmäßige Kontakte sind ein notwendiges Erfordernis für das Funktionieren und Fortbestehen eines Netzwerkes, da beispielsweise eine ausschließlich anlassbezogene Kooperation in Krisenfällen zumeist mit Reibungsverlusten in der Zusammenarbeit einhergeht (Adamaszek et al. 2013a, 60; Böttcher 2009, 84; Edvardsson et al. 2011, 7; Interview Wucher; Pfeifle 2006, 58 f.; Renner & Heimeshoff 2010, 30). Erfahrungen aus dem Projekt Pro Kind (vgl. 6.2.2) weisen darauf hin, dass eine gelingende Kooperation insbesondere persönlicher Kontakte bedarf (Adamaszek et al. 2013a, 60).

Kooperationsvereinbarungen sollen das gemeinsame Ziel beinhalten, die wichtigsten Kriterien und Schwellenwerte für die einzelfallbezogene Zusammenarbeit (z. B.: Welche Belastungen und Ressourcen sollen wahrgenommen werden? Wann sollen Familien weitergeleitet werden?), aber auch Rechte und Pflichten, Zuständigkeiten der jeweiligen Partner/innen sowie verbindliche Verfahrenswege (Böttcher 2009, 84; Ziegenhain et al. 2010, 61).

Kooperationsvereinbarungen müssen von den betroffenen Akteurinnen und Akteuren gemeinsam erarbeitet werden („der Weg ist das Ziel“ – nur was man sich gemeinsam erarbeitet, ist verbindlich) (Böttcher 2009, 86; Interview Paul). Dies bestätigen auch Good-Practice-Projekte in Deutschland und Österreich (Damm et al. 2012b, 47; Hilgers et al. o. J., 25; vgl. 6.2.1 und 6.2.2). Ein Austausch über bisher gelungene Zusammenarbeit kann eine gute Grundlage für den Beginn der Erarbeitung von Kooperationsvereinbarungen sein (Ziegenhain et al. 2010, 47).

Erfolgreiche Vermittlung von Familien durch Begleitung und Fallführung

In einem Frühe-Hilfen-Netzwerk soll gewährleistet sein, dass Familien mit festgestelltem Unterstützungsbedarf entsprechende Angebote bereitgestellt bekommen (Böttcher 2009, 58; Fachbeirat Projekt Frühe Hilfen, 23. 5. 2012). Hierfür ist zweierlei notwendig – Familien bei der Vermittlung zu Angeboten aus dem Netzwerk zu begleiten, z. B. indem Kontakt zu Fachkräften persönlich hergestellt wird, erste Termine gemeinsam vereinbart oder Hilfeplangespräche durchgeführt werden (Renner & Heimeshoff 2010, 32), und unter Fachkräften zu klären, wer die Führung in der Fallarbeit übernimmt (Summesberger 2012, 91 f.).

Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang, dass Familien zur aktiven Teilnahme an Hilfsangeboten häufig motiviert werden müssen (Paul 2012, 21; Renner & Heimeshoff 2010, 32). Um die Motivation der Familien für die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten zu erhöhen, haben sich folgende Ansätze bewährt: wiederholt Familien zur Inanspruchnahme von Angeboten einzuladen, frühzeitige Kontaktaufnahme mit der Familie bereits in der Schwangerschaft und bei deren Einwilligung ein zeitnaher Beginn der Maßnahmen, Empfehlung eines Unterstützungsangebots durch eine Person im näheren Umfeld der Familie, z. B. Hebamme, Pädater/innen (Renner & Heimeshoff 2010, 25 f.).

Sensibilisierung und Schulung von Berufsgruppen

Relevante Berufsgruppen für Frühe Hilfen sind für das Thema zu sensibilisieren und zu schulen, um sie für ihre Aufgaben im Netzwerk – eine Zuweisung der Familien an Unterstützungsangebote und/oder Unterstützung der Familien – zu befähigen und ihnen Handlungssicherheit in der praktischen Arbeit mit den Familien zu geben (z. B. hinsichtlich datenschutzrechtlicher Fragen) (Interview Wucher; Landua et al. 2009, 34).

Aus-, Fort- bzw. Weiterbildungsangebote, die den spezifischen Anforderungen einer interdisziplinären Praxis in Frühen Hilfen und im Bereich Kinderschutz genügen, fehlen in Deutschland und Österreich noch weitgehend. Am Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, wurde ein E-Learning-Kurs entwickelt, der praktisches und theoretisches Wissen im Bereich Frühe Hilfen und Kinderschutz breit und niederschwellig vermittelt. Der E-Learning-Kurs richtet sich an Fachkräfte aus Gesundheitswesen, Kinder- und Jugendhilfe, Frühförderung und Schwangerschaftsberatung, die mit Familien in der frühen Kindheit arbeiten. Einzelnen Berufsgruppen wird der E-Learning-Kurs auch als fortbildungszertifizierte Maßnahme anerkannt. (Universität Ulm o. J., o. S)

Abbilden des Nutzens von Frühen Hilfen (Evaluation von Frühe-Hilfen-Netzwerken)

Die (Langzeit-)Wirkung von Frühe-Hilfen-Systemen wie auch ihr ökonomischer Nutzen müssen veranschaulicht werden können, um eine politische Unterstützung der Programme und deren Finanzierung langfristig gewährleisten zu können (Interview Paul; Fachbeirat Projekt Frühe Hilfen, 23. 5. 2012; Jayaratne et al. 2010, 9; Spieckermann & Schubert 2009, 63).

Um den Nutzen von Frühen Hilfen insgesamt aufzuzeigen, stehen wissenschaftliche Erkenntnisse aus der Lebenslaufforschung bzw. aus der Forschung zur Entstehung bzw. Verhinderung von gesundheitlicher Ungleichheit zur Verfügung (Fachbeirat Projekt Frühe Hilfen, 23. 5. 2012).

Wirkung und Nutzen von einzelnen Frühe-Hilfen-Netzwerken können durch wissenschaftliche Begleitung und Evaluation aufgezeigt werden (vgl. Maier-Gräwe & Wagenknecht 2011). Evaluationen ermöglichen durch Zielüberprüfung auch eine ständige Weiterentwicklung des Netzwerkes (vgl. Böttcher 2009, 87; Spieckermann & Schubert 2009, 63). Robuste Evaluationsdesigns sollten bereits in der Planungsphase von Frühe-Hilfen-Programmen erarbeitet werden und Nutzen, Zielgruppen, Angebote in der frühen Kindheit sowie Indikatoren zur Messung der Zielerreichung

definieren (Fachbeirat Projekt Frühe Hilfen, 23. 5. 2012; Jayaratne et al. 2010, 9). Netzwerkanalysen können eine Evaluation von Frühe-Hilfen-Netzwerken unterstützen (Böttcher 2009, 9).

Öffentlichkeitsarbeit

Das Thema Frühe Hilfen muss im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit wiederholt ins Bewusstsein der Netzwerkpartner und der Öffentlichkeit gebracht werden, um einerseits Ziel, Zweck und Unterstützungsangebote von Frühen Hilfen bekannt zu machen und andererseits in der breiten Öffentlichkeit die Verantwortung für das Aufwachsen von Kindern zu fördern. Öffentlichkeitsarbeit sollte daher zentraler Bestandteil beim Aufbau von Frühe-Hilfen-Netzwerken sein und soll deren Nachhaltigkeit unterstützen (Hilgers et al. o. J., 27); Interview Melzer, Wucher; Ziegenhain et al. 2010, 148).

Beispiele für Öffentlichkeitsmaßnahmen sind Newsletter-Aussendungen an Netzwerkpartner, regelmäßige Berichterstattung über Frühe Hilfen in lokalen Medien, Auflegen von Broschüren zum Programm etc.

Sicherstellen von Qualität bei Frühen Hilfen

Ein einheitlicher Qualitätsstandard in der Erbringung von Leistungen im Bereich Frühe Hilfen ist sicherzustellen (Fachbeirat Projekt Frühe Hilfen, 23. 5. 2012). Dies kann gelingen durch Schaffen eines einheitlichen Begriffsverständnisses, Entwicklung von Qualitätskriterien für Frühe Hilfen und Standards für die Vorgehensweise bei der Netzwerkarbeit und durch Erarbeitung von Kompetenzprofilen für Fachkräfte.

Erfahrungen aus Deutschland zeigen, dass bei Akteurinnen und Akteuren erhebliche Unklarheiten über Ziele, Zielgruppen und Maßnahmen von Frühen Hilfen bestehen. Dies führt zu einer sehr breiten Streuung von Angeboten und Maßnahmen, die in der Praxis unter Frühen Hilfen subsummiert werden. Qualitätskriterien für Frühe-Hilfen-Netzwerke und die darin angebotenen Maßnahmen können dem Abhilfe schaffen (Sann 2012, 55; Fachbeirat des Projekts Frühe Hilfen).

Standards bezüglich einer einheitlichen Vorgehensweise in der Netzwerkarbeit sind insbesondere hinsichtlich der Erkennung von Familien mit Unterstützungsbedarf und deren Vermittlung an Angebote des Frühe-Hilfen-Netzwerk erforderlich (vgl. Ziegenhain et al. 2010, 130 ff.). Hinsichtlich Personalaufbau und -entwicklung sind zunächst jene Berufsgruppen zu definieren, die für Frühe Hilfen relevant sind, und in der Folge sind berufsgruppenspezifische Standards für Aus-, Fort- und Weiterbildung einschließlich Kompetenzprofile für Fachkräfte zu entwickeln. Kompetenzprofile geben Aufschluss darüber, welche Aufgaben von der Fachkraft wahrzunehmen sind und welche Zusatzkompetenzen sie dafür benötigt.

Zentrale Steuerung und regionale Organisation eines Frühe-Hilfen-Netzwerkes

Ein Frühe-Hilfen-Netzwerk sollte auf Bundes- und/oder Landesebene zentral gesteuert werden und mittels Einrichtung von lokalen Koordinationsstellen und Netzwerkkoordinatoren auf regionaler Ebene organisiert sein (Fachbeirat Projekt Frühe Hilfen, 23. 5. 2012; Berg-le Clercq 2011, 26).

Eine zentrale Steuerung von Frühen Hilfen ist notwendig, um eine strategische Prozessführung für die Netzwerkimplementierung sicherzustellen, den Auf- und Ausbau regionaler Früher-Hilfen-Netzwerke zu unterstützen und den fachlichen Austausch zwischen Bezirken und Bundesländern sicherzustellen (Möllmann et al. o. J., 10). Um die Aufgaben einer zentralen Steuerung wahrzunehmen, bedarf es der Einrichtung einer Steuerungsinstanz (Summesberger 2012, 93). Erfahrungen aus Deutschland und Österreich zeigen, dass die zentrale Steuerung auf Bundes- und/oder Landesebene erfolgen kann. In Deutschland übernimmt ein öffentlich finanziertes Nationales Zentrum Frühe Hilfen¹¹ als Instanz für Frühe Hilfen die bundesweite zentrale Steuerung.

Zum derzeitigen Wissenstand ist unklar, bei welcher Größe und Dichte Frühe Hilfen-Netzwerke wirksam sind (Böttcher 2009, 58). Jedoch zeigen Praxiserfahrungen, dass Kooperationen in einem Frühe Hilfen-Netzwerk kleinräumig installiert werden sollen, da dies einen geringeren Zeitaufwand und größeren Nutzen verspricht (Interview Paul; Keupp 2010, 1016; Pfeifle 2006, 60). Während in Deutschland der Fokus auf kommunaler Ebene liegt (Interview Paul), finden sich in Österreich diesbezügliche Bemühungen auf Bezirksebene und in einzelnen Regionen (Damm et al. 2012b, 47; vgl. 1.1.1).

Voraussetzung für ein funktionierendes Frühe-Hilfen-Netzwerk auf kleinräumiger Ebene ist, dass es eine koordinierende Stelle vor Ort gibt, die als Bindeglied zwischen den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren im Netzwerk fungiert, die Vernetzung zwischen den Akteurinnen und Akteuren initiiert bzw. aufrechterhält und auf Grundlage der Kenntnis regionaler Unterstützungssysteme eine möglichst bedarfsorientierte Vermittlung der Familien an die vorhandenen Hilfsangebote ermöglicht (AGJ & BVKJ o. J., 24; Böttcher 2009, 85; Interview Paul, Wucher ; Edvardsson et al. 2011, 7; Fachbeirat Projekt Frühe Hilfen, 23. 5. 2012; Landua et al. 2009, 32; Paul 2012, 25; Sann 2011; 15; Spieckermann & Schubert 2009, 54; Werner 2010, 58). Es gibt in der vorliegenden Evidenz vereinzelt Hinweise darauf, dass es sich empfiehlt eine Koordinierungsstelle in der öffentlichen Verwaltung (im Bereich Gesundheit und/oder Kinder- und Jugendhilfe) einzurichten (AGJ & BVKJ o. J., 24; Jayaratne et al. 2010, 6; Kinderbundesschutzgesetz 2011, 2975; Sann 2012, 55; Spieckermann & Schubert 2009, 54; Summesberger 2012, 93).

In einem kleinräumigen Frühe-Hilfen-Netzwerk sind Netzwerkkoordinatorinnen/-koordinatoren erforderlich, die eine Leitungs- und Vermittlungsfunktion übernehmen und damit die Zusammenarbeit von Akteurinnen und Akteuren unterschiedlicher Disziplinen oder Arbeitszusammen-

11

Vgl. <http://www.fruehehilfen.de/>.

hänge erleichtern (Renner & Heimeshoff 2010, 30; Spieckermann & Schubert 2009, 54; Ziegenhain et al. 2010, 74). Erfahrungen aus Deutschland und Österreich zeigen, dass idealerweise Zweier-Teams als Netzwerkkoordinatoren zum Einsatz kommen, die nach Möglichkeit aus unterschiedlichen Fachbereichen von Frühen Hilfen stammen (Damm et al. 2012a, 15; Ziegenhain et al. 2010, 73). Netzwerkkoordinatoren benötigen entsprechende Fortbildungsangebote. Die Entwicklung von Kompetenzprofilen und Fortbildungsangeboten für Netzwerkkoordinatoren ist in Deutschland angedacht (Interview Paul; Renner & Heimeshoff 2010, 30).

Trotz Fokussierung auf Netzwerkaufbau und Organisation auf kleinräumiger Ebene stellt die Ressortorientierung in Politik und Verwaltung (getrennte Verantwortlichkeiten von Gesundheit, Soziales, Jugend, Familie, Stadtplanung etc.) eine Herausforderung für Kooperation und Vernetzung dar. Um dieses Kooperationshemmnis zu überwinden, haben Kommunen in Deutschland beispielsweise auch organisatorische Zuordnungen in der Verwaltung adaptiert (AGJ & BVKJ o. J., 23). Intersektorale und multiprofessionelle Kooperation auf kleinräumiger Ebene kann durch Einsatz von Instrumenten unterstützt werden (vgl. 6.3.4).

Wichtig ist, dass eine kleinräumige Organisation von Frühen Hilfen Variabilität bezüglich Vernetzung und Kooperation zulässt. Interdisziplinäre Kooperationsmodelle können beim Aufbau von Frühe-Hilfen-Netzwerken Orientierung geben, sollten jedoch eine flexible Anpassung an die Gegebenheiten der Realität ermöglichen und Unterschiede zwischen Kleinräumen zulassen (Summesberger 2012, 93).

Aufbau auf bestehende Netzwerkstrukturen und Kooperationen

Sowohl in Hinblick auf eine zentrale Netzwerksteuerung als auch auf die regionale Netzwerkoorganisation gilt es sicherzustellen, dass Kooperationen im Sinne der Nachhaltigkeit auf bestehende Strukturen der Netzwerkpartner aufbauen oder – sofern neu geschaffen – diese sinnvoll ergänzen und in sie eingebunden werden (Adamaszek et al. 2013a, 59; Berg-le Clercq 2011, 21 f.; DoHSSPS 2009, 10; Keupp 2010, 1016; Interview Paul; Möllmann et al. o. J., 16; Ziegenhain et al. 2010, 148).

Zunächst sollte geprüft werden, welche vorhandenen Strukturen für Kooperation und Vernetzung für Frühe Hilfen genutzt werden können, z. B. Arbeitsgruppen, Qualitätszirkel. Dies kann in den einzelnen Regionen und Bundesländern sehr unterschiedlich ausgeprägt sein. Wichtig ist, eine Struktur zu wählen, an der sich möglichst viele Partner/innen beteiligen (Interview Paul; Wucher).

Sicherstellen von ausreichend Ressourcen für Aufbau und Weiterführung von Frühe-Hilfen-Netzwerken

Es gilt ausreichend Ressourcen für Aufbau und Pflege eines Frühe-Hilfen-Netzwerkes sowie für interdisziplinäre Kooperation bereitzustellen (Paul 2012; Damm et al. 2012b, 47; Möllmann et al. o. J., 16; Renner & Heimeshoff 2010, 32; Sloper 2004, o. S.; Ziegenhain et al. 2010, 145)).

Insbesondere in der Aufbauphase eines Netzwerkes müssen ausreichend Ressourcen eingeplant werden, da Zeit für gegenseitiges Kennenlernen und Verständigung zwischen den Kooperationspartnern benötigt wird (LIWF 2007, zitiert nach Landua et al. 2009, 52; Saan 2010, 25), häufig zusätzliche Aufgaben anfallen und anfangs erhöhter Kommunikationsbedarf besteht (Hilgers et al. o. J., 25). Eine fachliche/wissenschaftliche Begleitung des Netzwerkentwicklungsprozess sollte zudem sichergestellt werden (Damm et al. 2012b, 47; Hilgers et al. o. J., 23).

Die Implementierung von Frühen Hilfen ist ein langfristiger Entwicklungsprozess, der neben finanziellen Ressourcen insbesondere auch Zeit erfordert (Hilgers et al. o. J., 29; Renner & Heimeshoff 2010, 30; Summesberger 2012, 93). Realistische Zeitvorstellung und -vorgaben bezüglich Programmumsetzung sind für die Netzwerkpartner entlastend (Hilgers et al. o. J., 29). Ein akkordierter Zeitplan zur Realisierung von Kooperationsbemühungen mit schrittweiser Umsetzung bewährt sich (Sloper 2004, o. S.).

Für Aufrechterhaltung und Ausbau bestehender Kooperations- und Vernetzungsaktivitäten sind ausreichend Ressourcen sicherzustellen. Ressourcen sind auch für die durch Vernetzungsaktivitäten potenziell steigende Zahl von zu betreuenden Familien bereitzustellen (Böttcher 2009, 54 ff.).

Sicherstellen von niederschweligen und bedarfsgerechten Angeboten für Familien

Die Bedürfnisse von zugewiesenen Familien in einem Frühe-Hilfen-Netzwerk sind wie ihre persönlichen Lebenslagen zumeist sehr unterschiedlich, weshalb eine Vielzahl an Angeboten zur Verfügung stehen sollte. Die Angebotsauswahl sollte sich an den Bedürfnissen der Zielgruppe orientieren (Fachbeirat Projekt Frühe Hilfen, 23. 5. 2012; Jayaratne et al. 2010, 9).

Um dem Qualitätskriterium Bedarfsorientierung Rechnung zu tragen, ist partizipatives Vorgehen in der Fallarbeit entscheidend: Die Wünsche der Familien sind bei allen Entscheidungsprozessen explizit zu berücksichtigen, und ein Austausch zwischen den Fachkräften über konkreten Unterstützungsbedarf der Familien ist sicherzustellen (Renner & Heimeshoff 2010, 32). Aufsuchende Angebote sind unabdingbarer Bestandteil eines Frühe-Hilfen-Netzwerkes, um Familien mit großem Unterstützungsbedarf zu erreichen (Jayaratne et al. 2010, 9; vgl. 6.4.7.4).

Die verschiedenen Aspekte für Kooperations- und Netzwerkaufbau von Frühen Hilfen sind immer gemeinsam zu betrachten, da sie häufig in Wechselbeziehung zueinander stehen. Sichergestellt werden sollte, dass Überlegungen auf allen drei Ebenen – der strategischen, strukturellen und funktionalen Ebene – beim Netzwerkaufbau einfließen.

6.3.3 Bewährte Kooperationsmodelle in der Praxis von Frühen Hilfen

Auf Basis der vorliegenden Evidenz wird deutlich, dass es nicht ein Good-Practice-Modell schlechthin für Kooperation im Bereich Frühe Hilfen gibt. Vielmehr zeigt sich, dass Kooperationsmodelle sich an den Gegebenheiten vor Ort orientieren und je nach lokalem Kontext variieren. Im Folgenden werden ausgewählte Good-Practice-Beispiele für Kooperation im Bereich Frühe Hilfen aus Deutschland und Österreich dargestellt. Sie sollen Orientierung für die Praxis geben und zeigen, wie interdisziplinäre Vernetzungsstrukturen aufgebaut und interdisziplinäre Kooperation in der frühen Kindheit realisiert werden können.

Netzwerk Frühe Förderung (Deutschland)

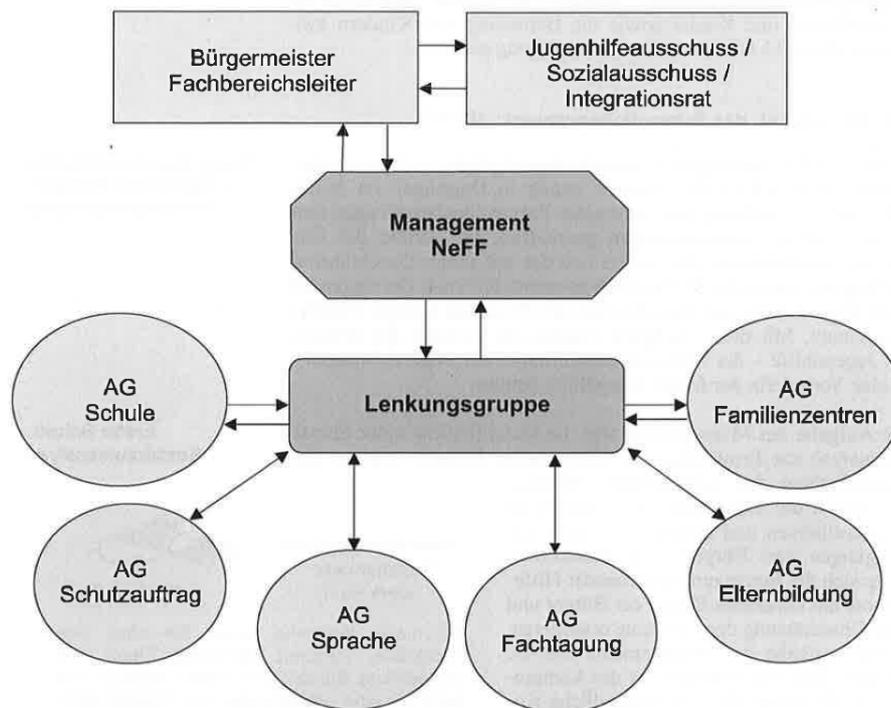
Die Netzwerkstruktur des Netzwerks Frühe Förderung (NeFF) in Dormagen (vgl. 6.2.2) gliedert sich in vier Organisationsbereiche: Management, Lenkungsgruppe, Arbeitsgruppen und Umsetzungsebene (vgl.

Abbildung 6.2). Das Management übernimmt die Koordinationsfunktion im Netzwerk und ist besetzt aus je einem Vertreter / einer Vertreterin der öffentlichen und freien Jugendhilfe. Die Lenkungsgruppe nimmt Agenden der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung sowie fachbereichs- und sozialraumübergreifende Vernetzungsfunktionen wahr. Dieser Lenkungsgruppe gehören Verantwortliche und Leitungskräfte aus den Bereichen Erziehung, Bildung, Gesundheit und Kinder- und Jugendhilfe an. Themenbezogen werden Arbeitsgruppen eingerichtet, die sich nach Erfüllung ihrer Aufgabe wieder auflösen. Den Arbeitsgruppen gehören immer mindestens ein Mitglied des Managements und zwei bis drei Mitglieder der Lenkungsgruppe an. Weitere Mitglieder setzen sich je nach Themenfeld und persönlichem Engagement zusammen. Diese können Mitarbeiter/innen der Kinderbildungs- und Betreuungseinrichtungen und Grundschulen sein, Fachkräfte von Beratungsstellen etc. Ein Netzwerkzyklus zur Regelung der Abfolge, welches Gremium sich wann und wie oft trifft, wurde eingerichtet, um Transparenz in der Vorgehensweise zu schaffen und der Überforderung einzelner Beteiligten entgegenzuwirken (Hilgers et al. o. J., 9; Spieckermann & Schubert 2009, 45).

Die Steuerung des Frühe-Hilfen-Netzwerks (Management im NeFF) ist in Dormagen bei der Kinder- und Jugendhilfe angesiedelt (Hilgers et al. o. J., 9). Andere Kooperationsmodelle aus Deutschland zeigen, dass die Steuerungsaufgabe des Netzwerkes auch einem anderen Bereich zugeordnet oder auch auf mehrere Fachbereiche verteilt sein kann. Beispielsweise befindet sich das Havelländische Netzwerk Gesunde Kinder in einer dualen Trägerschaft zwischen der Haveland Kliniken GmbH und dem jeweiligen Landkreis (Gold et al. 2012b, 11).

Die Organisationsstruktur des NeFF schafft die strukturellen Voraussetzungen für die Kooperation. Weitere Grundlage für eine erfolgreiche Kooperation im NeFF in Dormagen bilden Kooperationsvereinbarungen zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen sowie Fortbildungen für Berufsgruppen.

Abbildung 6.2:
Organisationsstruktur Netzwerk Frühe Förderung in Dormagen



Quelle und Darstellung: Hilgers et al. o. J., 8

Der Zugang zu (werdenden) Eltern zum Zeitpunkt rund um die Geburt des Kindes erfolgt im NeFF über die verschiedenen Berufsgruppen und Institutionen: Gynäkologinnen und Gynäkologen bzw. Arzthelfer/innen, Geburtskliniken, Hebammen, Fachkräfte der Beratungsstellen und Elternbildungsangebote und des Jugendamts (Trzeskowski 2010, 77). Beispielsweise erkundigen sich Gynäkologinnen und Gynäkologen auf Grundlage einer Kooperationsvereinbarung zwischen Jugendamt und Gesundheitswesen bei Überreichung einer Informationsmappe für werdende Eltern bei der werdenden Mutter über ihre Lebenssituation und verweisen sie bei Bedarf an entsprechende Unterstützungsangebote. Im Rahmen ihrer Behandlungskontakte erkundigen sie sich über den Verlauf dieses Unterstützungsangebots (Hilgers et al. o. J., 13). Durch ein aufsuchendes Angebot (Überbringung des Babybegrüßungspakets über das Jugendamt) wird ein Erstkontakt zu allen Familien hergestellt (Hilgers et al. o. J., 15).

Das LVR-Landesjugendamt Rheinland evaluierte das „Netzwerk Frühe Förderung“, das neben Dormagen in weiteren fünf Städten erprobt wurde, und leitete Empfehlungen zum Aufbau, zu Organisation und Steuerung von sozialräumlichen Netzwerken zur frühen Förderung von Kindern und Familien in Kommunen ab. Ergebnis ist ein Umsetzungsmodell für die Netzwerksteuerung im Bereich Frühe Hilfen (vgl. Spieckermann & Schubert 2009, 41 ff.). Dieses soll im Folgenden beispielhaft für eine mögliche Vorgehensweise beim Aufbau von Kooperationsmodellen dargestellt werden.

Das Umsetzungsmodell umfasst drei Phasen (Planung, Umsetzung und Ergebnis), denen jeweils Handlungsfelder zugeordnet sind. Diese haben in der zugeordneten Phase höchste Priorität und sollten spätestens in dieser Phase initiiert werden. Sie können aber auch in anderen Phasen relevant sein (vgl. Abbildung 6.3).

Abbildung 6.3:
Umsetzungsmodell für die Steuerung Netzwerke Früher Förderung



Quelle und Darstellung: Spieckermann & Schubert 2009, 41

Netzwerk Familie (Vorarlberg)

Wie die Kooperation im Vorarlberger Frühe-Hilfen-Modell funktioniert, wird im Folgenden anhand einer Skizze des Betreuungsablaufs von der Kontaktaufnahme mit der Familie bis zur Vermittlung des Hilfsangebots beschrieben (vgl. Abbildung 6.4).

Im Vorarlberger Frühe-Hilfen-Modell (vgl. 6.2.1) erfolgt die Kontaktaufnahme mit der Familie durch die Ärztin / den Arzt, die Hebamme oder die Krankenschwester / den Krankenpfleger, die nach einem Gespräch mit der Familie und deren Einverständnis Kontakt mit dem Netzwerk Familie herstellen. In den Krankenhäusern gibt es klare Strukturen, wer für die Früherkennung jeweils zuständig ist (vgl. Amt der Vorarlberger Landesregierung 2011).

Netzwerk Familie – eine Kooperation zwischen akts Gesundheitsvorsorge, Vorarlberger Kinderdorf und der Fachgruppe der niedergelassenen Kinder- und Jugendfachärzte in den vier Landesbezirken – kontaktiert nach Zuweisung der Netzwerkpartner/innen die Familien und vereinbart einen persönlichen Termin. Bei diesem Termin klären zwei Personen des Netzwerkes Familie im Sinne des Vier-Augen-Prinzips den Hilfebedarf der Familie ab und vermitteln bei Bedarf die Familien an konkrete Unterstützungsangebote weiter bzw. stellen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung den Kontakt zur Jugendwohlfahrt her (Einverständnis der Eltern ist beide Male voraus-

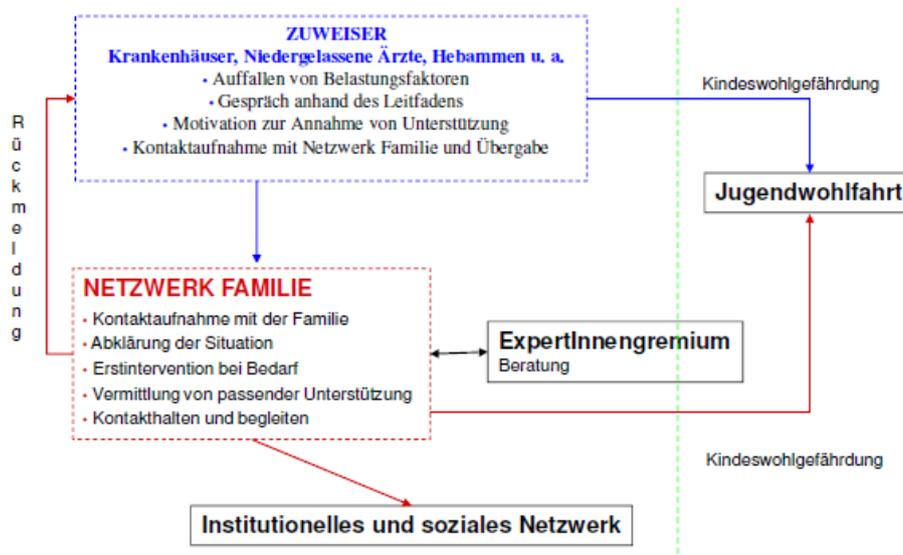
gesetzt) (Geiger & Ellsäßer 2012, 878). Die Zuweisenden erhalten – sofern das Einverständnis der Familien gegeben ist – Rückmeldung bezüglich der erfolgten Kontaktherstellung bzw. zu den vermittelnden Maßnahmen.

Die Familien können sich auch direkt an das Netzwerk Familie wenden. Auf Basis eines Erstgesprächs im Büro in Dornbirn, im Krankenhaus oder im Rahmen eines Hausbesuchs wird gemeinsam mit der Familie nach dem bestmöglichen Unterstützungsangebot für die spezifische Situation gesucht. Ein zweite Zweigstelle des Netzwerks Familie befindet sich in Bludenz, um möglichst in regionaler Reichweite der Familien zu sein (telefonische Auskunft von Alexandra Wucher, Netzwerk Familie, am 5. 3. 2013).

Im Netzwerk Familie werden die Familien je nach Bedarfslage an entsprechende Angebote für Eltern und Kinder vermittelt, die im Land Vorarlberg zur Verfügung stehen, z. B. Angebote von Eltern-Kind-Zentren, Angebote vom Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin, therapeutische Angebote. Zu den Angeboten des Modells Frühe Hilfen in Vorarlberg zählen beispielsweise die aufsuchende Elternberatung connexia (Beratung und Unterstützung der Familien zu Hause hinsichtlich Betreuung und Versorgung des Kindes) und das Projekt „früh.start“ der IfS-Familienarbeit (Förderung der Eltern-Kind-Interaktion auf Basis des evaluierten Programms Triple-P).

Alle Informationen werden vom Netzwerk Familie vertraulich behandelt; die Daten werden nur mit Einverständnis der Betroffenen weitergegeben. Das Netzwerk Familie steht auch nach Vermittlung von Hilfen zur Unterstützung und Begleitung zur Verfügung. Abbildung 6.4 veranschaulicht die Struktur des Modells.

Abbildung 6.4:
Aufbau des Modells Frühe Hilfen in Vorarlberg

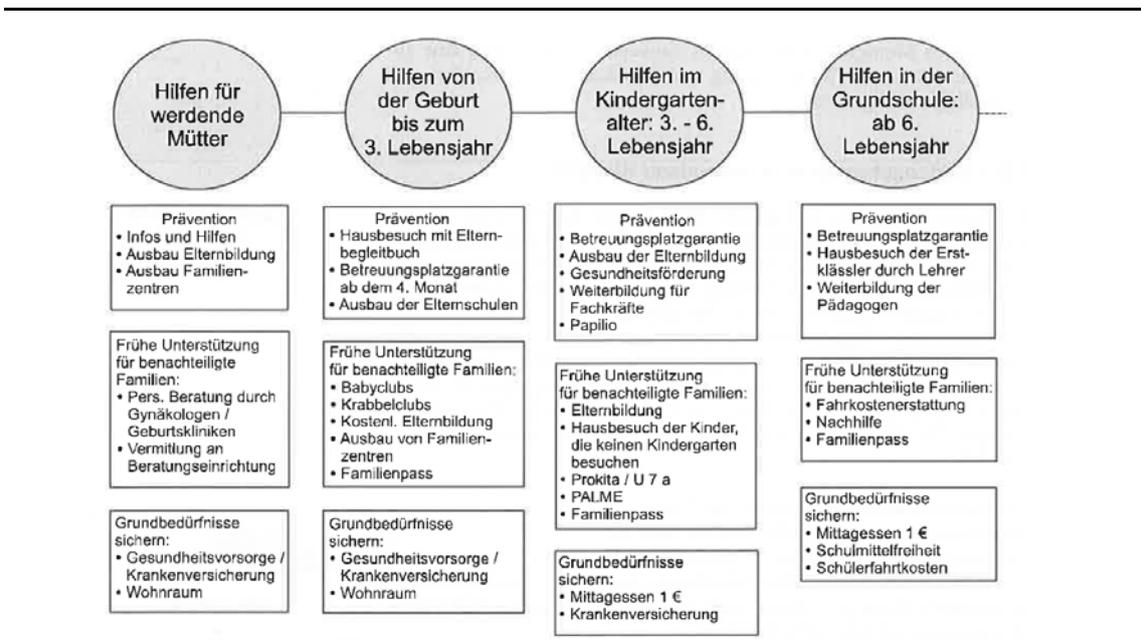


Quelle und Darstellung: Hämmerle & Sann o. J.

Präventionsketten (in Dormagen, Deutschland)

Ein Kooperationsmodell, das über den Ansatz von Frühen Hilfen hinausgeht, ist das der sogenannten Präventionsketten. Präventionsketten sind ein kommunales Gesamtkonzept zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden sowie zur Sicherstellung des Kinderschutzes, das als besonders effektiv gilt, da gesundheitsfördernde Ansätze längs des Entwicklungsverlaufs der Kinder verzahnt werden (Gold et al. 2012a, 23). Die Stadt Dormagen (vgl. 6.2.2) zählt zu den wichtigsten Good-Practice-Beispielen für die Realisierung von Präventionsketten (Gold et al. 2012b, 4; Hilgers o. J., 11 ff.) und veranschaulicht, was eine Präventionskette auszeichnet: Präventive Hilfen und Unterstützungsleistungen werden in allen Lebensphasen sichergestellt und den Familien bereits in der Schwangerschaft zugänglich gemacht (vgl. Abbildung 6.5). Eine gute Zusammenarbeit zwischen Bildungs-, Jugend- und Gesundheitsbereich und eine ganzheitliche Betrachtungsweise der Lebenssituation der Familien sind die Erfolgsfaktoren des Programms. Die Stärkung der Familien während des gesamten Begleitprozesses sind zentrale Aspekte in der Programmumsetzung. Eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung und politische Unterstützung des Programms über einen langfristigen Zeitraum tragen zu seiner Nachhaltigkeit bei (Gold et al. 2012b, 4). Wichtiger Aspekt der Präventionsketten ist die Sicherstellung eines diskriminierungs-freien und wertschätzenden Zugangs zu allen Familien über das Babybegrüßungspaket und den damit verbundenen Hausbesuch als zentrales Angebot (vgl. Trzeszkowski 2010, 75 ff.). Rund 99 Prozent der Familien in Dormagen nehmen das Angebot des Hausbesuchs an. Davon haben rund 30 Prozent einen Beratungsbedarf. Mit 10 Prozent werden weitere Beratungsgespräche vereinbart. Bei 7 Prozent werden Unterstützungsleistungen aus den Bereichen Gesundheit, Jugendhilfe, aber auch aus der Grundversorgung geleistet (Gold et al. 2012b, 7).

Abbildung 6.5:
Die Präventionskette des Dormagener Modells



Quelle und Darstellung: Hilgers et al. o. J., 12

Bei Konzeptionierung von Präventionsketten können die Konzepte des „Institutional Pathway“ oder „Customer Pathway“ hilfreich sein (Büttgen 2007; Jordan et al. 2005, 133, zitiert nach Spieckermann & Schuber 2009, 59). Zunächst müssen die Aktivitäten der verschiedenen Akteurinnen und Akteure in chronologischer Reihenfolge entlang des „Customer Pathway“ erfasst werden. Danach wird geklärt, wie die Anbieteraktivitäten der Institutionen mit jenen der (werdenden) Familien zu koordinieren sind. Der Prozess wird als Flussdiagramm dargestellt, in dem sämtliche Einzelaufgaben, Kontaktpunkte und Interaktionserfordernisse zwischen Institution und Familie dargestellt werden.

Weitere Good-Practice-Beispiele für den Aufbau von Präventionsketten auf kommunaler Ebene sind Monheim (Projekt MoKi – Monheim für Kids; vgl. BZgA 2011, 90 ff.) und Braunschweig (Bräunling & Block 2012, 2 f.).

Netzwerk Industrieviertel

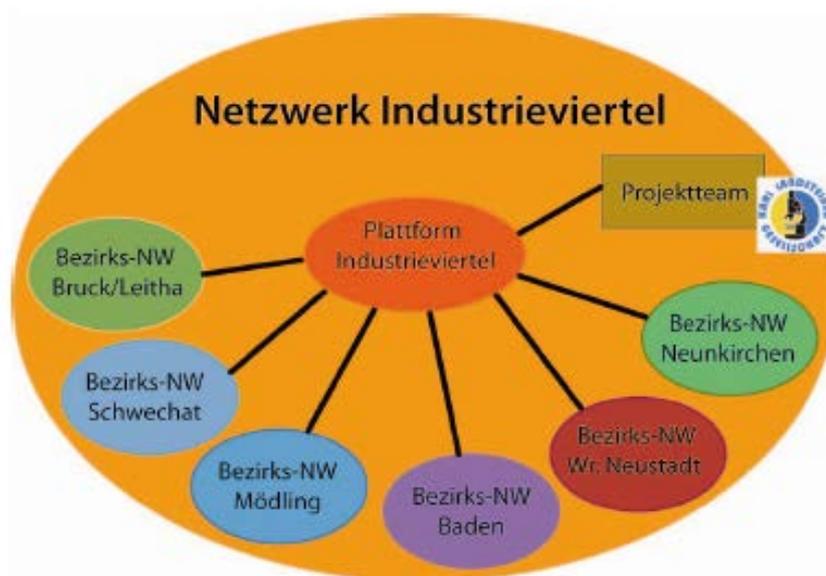
Das Netzwerk Industrieviertel ist zwar nicht ganz dem Bereich Frühe Hilfen zuzuordnen, da es sich schwerpunktmäßig an Kinder und Jugendliche in psychosozialen Problemlagen richtet. Die gelungene Kooperation und der Aufbau des Netzwerkes werden dennoch als relevant für Frühe Hilfen erachtet und daher im vorliegenden Bericht dargestellt (vgl. Abbildung 6.6).

Im Kindernetzwerk Industrieviertel (vgl. 6.2.1) werden regelmäßige Netzwerktreffen zwischen den lokalen Akteurinnen und Akteuren in den Bezirken durchgeführt. Die Netzwerktreffen werden in jedem Bezirk von zwei Personen koordiniert, wovon zumindest eine der Kinder- und Jugendhilfe angehört (sog. Bezirkskoordinatoren) (Damm et al. 2012a, 8). Zu den Aufgaben von Bezirkskoordinatoren zählen Organisation, Moderation und Ergebnissicherung von Netzwerktreffen sowie Sicherstellung der Kommunikation unter Netzwerkmitgliedern (Damm et al. 2012a, 15; Fliedel 2012, 6). Die Bezirksnetzwerke (BezirksNW) sind je nach Entwicklungsdauer und Engagement der einbezogenen Personen und bestehenden Institutionen in ihrem Entwicklungsstand regional sehr unterschiedlich. Dies drückt sich beispielsweise durch die Varianz hinsichtlich der Häufigkeit der Treffen in den verschiedenen Bezirken aus, die von 6-Wochen-Abständen bis drei Treffen pro Jahr reicht (Damm et al. 2012a, 8 f.).

Die „Plattform Industrieviertel“ ermöglicht einen bezirksübergreifenden Informationsaustausch im Netzwerk. Darin vertreten sind Bezirkskoordinatoren, Landesvertreter/innen aus den Abteilungen Jugendwohlfahrt und Heime sowie Vertreter/innen großer regionaler Institutionen aus unterschiedlichen Fachbereichen. In der Plattform werden wesentliche Fragen zur Steuerung und Entscheidung im Netzwerk diskutiert. Erfahrungen aus dem Projekt zeigen, dass Plattformmitglieder möglichst hochrangige Vertreter/innen der jeweiligen Institutionen sein sollen, um der Plattform den notwendigen Rückhalt zu geben. Teilnehmende sind für den Informationsaustausch zwischen Plattform und ihrer Institution zuständig (Damm et al. 2012a, 15) und werden von ihrer Herkunftsorganisation delegiert. Vereinbarungen zur Funktion der Plattform sollen gemeinsam erarbeitet werden. Die Teilnehmerzahl von dreißig Personen sollte nicht überschritten werden, damit die Plattform arbeitsfähig bleibt (Damm et al. 2012a, 7).

Die Plattform Industrieviertel wird von einem Projektteam koordiniert, moderiert und durch methodisches Wissen und wissenschaftliche Begleitung unterstützt. Einmal jährlich finden Netzwerktagungen statt, bei denen sich alle Kooperationspartner des Netzwerkes zum themenbezogenen Austausch treffen (Fliedel 2012, 8). Im Rahmen des Netzwerkes wurde beispielsweise auch eine Website zur virtuellen Vernetzung entwickelt (www.kindernetzwerk.at) (Fliedel 2012). Webseiten werden als notwendig erachtet, um Netzwerkmitgliedern einen leichten Zugang zu Informationen zu verschaffen (Fliedel 2012).

Abbildung 6.6:
Aufbau des Netzwerks (NW) Industrieviertel



Quelle und Darstellung: Damm et al. 2012a, 12

6.3.4 Instrumente und Verfahren für eine gelingende Kooperation mit unterschiedlichen Berufsgruppen

Im Folgenden werden Instrumente und Verfahren im Bereich Frühe Hilfen beschrieben, die eine Kooperation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen aus unterschiedlichen Institutionen und Organisationen auf übergeordneter (fallunabhängiger), fallübergreifender und fallbezogener Ebene unterstützen. Die dargestellten Instrumente wurden größtenteils in Deutschland und teilweise auch in Österreich erprobt, und deren Anwendung wird von der Praxis empfohlen.

Instrumente, die Kooperation auf übergeordneter Ebene (fallunabhängig) unterstützen

Um Entscheidungsträger/innen und Führungskräfte aus den unterschiedlichen Organisationen und Einrichtungen für eine Beteiligung im Frühe-Hilfen-Netzwerk zu gewinnen, haben sich sog.

Auftaktveranstaltungen bewährt. Fachkräfte, die in der Fallarbeit mit Familien befasst sind, werden zu fallübergreifenden runden Tischen und Arbeitsgruppen eingeladen.

Auftaktveranstaltung

Die Auftaktveranstaltung bietet die Möglichkeit, Bedarf und Nutzen von Frühen Hilfen den Entscheidungsträgerinnen/-trägern zu vermitteln. Fachvorträge von anerkannten Referentinnen und Referenten zum Thema können eine erste fachliche Grundlage schaffen. Eine Vorstellung des Vorhabens schafft Transparenz und gibt den Institutionen Anregungen, welche Rolle (Zuweiser und/oder Unterstützer) sie im Netzwerk einnehmen können. Podiumsdiskussionen im Rahmen der Auftaktveranstaltungen ermöglichen den Einbezug von Berufsgruppen sowie Vertreterinnen/Vertretern regionaler Einrichtungen und Organisationen, die Eindrücke über Chancen und Hindernisse des Vorhabens sammeln können. Um niedergelassene Berufsgruppen für die Teilnahme an der Auftaktveranstaltung zu gewinnen, wird empfohlen, die Veranstaltung als eine Fortbildungseinheit zu gestalten, die mit einer Bescheinigung von Fortbildungspunkten einhergeht (Ziegenhain et al. 2010, 107 ff.).

Runde Tische sind Konferenzen, die ein Zusammenkommen der verschiedenen Berufsgruppen und Institutionen des Netzwerks ermöglichen. Sie bieten die Möglichkeit, Kooperationsbeziehungen vor Ort aufzubauen und im Bereich Frühe Hilfen oder Kinderarmut nachhaltig zusammenzuarbeiten (Altgeld et al. 2008, 8; Interview Wucher; Keupp 2010, 1016; Ziegenhain et al. 2010, 109 ff.). Ziele von runden Tischen sind, Informationen auszutauschen, sich kennenzulernen, Inhalte und Vorgehensweisen zu diskutieren sowie Absprachen hinsichtlich Kooperationen zu treffen. Erfahrungen aus Deutschland zeigen, dass runde Tische eine externe Moderation benötigen, um alle Teilnehmer/innen in den Austausch und die Diskussion zu integrieren, konstruktive Ideen aufgreifen zu können, kritische Stimmen mit einzubeziehen etc.

Bei der Zusammenstellung der Teilnehmer/innen der runden Tische im Projekt „Guter Start ins Kinderleben“ (vgl. 6.2.2) wurde darauf geachtet, dass Vertreter/innen aus unterschiedlichen Bereichen, von nieder- und höherschwelligen Angeboten gleichermaßen eingebunden werden (Ziegenhain et al. 2010, 72). Wird der potenzielle Kreis der Teilnehmer/innen eines runden Tisches zu groß, sollten Vertreter/innen ausgewählt werden, die einen guten Zugang zur Institution oder zu Berufsgruppen haben, sich mit den Projektzielen identifizieren und als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wirken können (Ziegenhain et al. 2010, 109 ff.).

Erfahrungen mit runden Tischen gibt es im Netzwerk Familie in Vorarlberg (Netzwerk Familie 2012, o. S.). Im Herbst 2011 fand in Vorarlberg der erste runde Tisch mit rund siebzig Akteurinnen und Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens „mit dem Ziel der Weiterentwicklung des Netzwerkes für präventiven Kinderschutz statt“ (Netzwerk Familie 2012). Runde Tische eignen sich, um verschiedene Akteurinnen und Akteure aus den unterschiedlichen Fachbereichen von Frühen Hilfen zu vernetzen. Anhand von Fallbeispielen aus der Praxis kann beispielhaft aufgezeigt werden, wie Vernetzung und Kooperation funktionieren bzw. wie sie optimiert werden können (Interview Wucher).

Um niedergelassene Berufsgruppen für die Teilnahme an runden Tischen zu gewinnen, wird auch hier eine Gestaltung als Fortbildungseinheit mit Bescheinigung von Fortbildungspunkten empfohlen (Ziegenhain et al. 2010, 108). In Deutschland wurden in einem Zeitraum von zirka einem Jahr eine Auftaktveranstaltung und drei runde Tische organisiert. Organisatorische Hinweise und inhaltliches Konzept zu den runden Tischen können in Ziegenhain et al. (2010, 109) nachgelesen werden.

Ähnliche Ansätze gibt es in Projekten in Österreich, z. B. Vernetzungsworkshops aus dem Netzwerk Postpartale Depression (vgl. 6.2.1).

Arbeitsgruppen

Arbeitsgruppen können ergänzend zu runden Tischen (siehe oben) zur Steuerung und Bearbeitung von Themen eingerichtet werden (Keupp 2010, 1016; Ziegenhain et al. 2010, 126 ff.). Aufgrund kleiner Gruppengrößen sind sie flexibler und schneller im Netzwerkentwicklungsprozess einzusetzen. Arbeitsgruppen können auf Basis von runden Tischen eingerichtet werden und sich vertiefend mit darin ungelösten bzw. relevant erachteten Themen befassen. Arbeitsgruppen können aber auch zur Steuerung oder Lenkung des Netzwerkentwicklungsprozesses eingerichtet werden, z. B. Sicherstellung der Kontinuität des gesamten Prozesses, Initiierung von runden Tischen, Festlegung der Themen und Organisation der Durchführung. Eine Arbeitsgruppe ist sinnvollerweise dann einzurichten, wenn das Thema nur in kleinen Gruppen effektiv bearbeitbar ist oder nur einzelne Berufsgruppen und Institutionen davon betroffen sind. Die Benennung eines Arbeitsgruppenverantwortlichen hat sich bewährt. Die Größe der Arbeitsgruppe ergibt sich aus der Aufgabenstellung. Bei einer interdisziplinären Aufgabenstellung sollte sichergestellt sein, dass alle relevanten Berufsgruppen in der Arbeitsgruppe vertreten sind. Nach Erledigung der gestellten Aufgabe löst sich die Arbeitsgruppe in der Regel auf, um Ressourcen und Engagement der Beteiligten nicht überzustrapazieren. (Ziegenhain et al. 2010, 126 ff.)

Instrumente, die Kooperation auf fallübergreifender Ebene unterstützen

Anonymisierte interdisziplinäre Fallbesprechung und interdisziplinäre Qualitätszirkel unterstützen die Kooperation verschiedener Fachbereiche von Frühen Hilfen auf fallübergreifender Ebene.

Anonymisierte interdisziplinäre Fallbesprechung

Anonymisierte Fallbesprechungen dienen dem regelmäßigen Austausch zwischen unterschiedlichen Institutionen (sowohl aus dem Gesundheits- als auch dem Jugendwohlfahrtbereich). Sie bieten die Möglichkeiten „sowohl in einem konkreten Fall sich inhaltlich auszutauschen und zu beraten als auch fallunabhängig grundsätzlich Verfahrenswege festzulegen und Kooperationen zu pflegen“. Sie haben sich im Rahmen der Modellprojekte auch hinsichtlich einer Entwicklung einer interdisziplinären Sprache und Zusammenarbeit bewährt. (vgl. Ziegenhain et al. 2010, 142.)

Interdisziplinäre Qualitätszirkel

In einem interdisziplinären Qualitätszirkel sind verschiedene Berufsgruppen vertreten, die durch gemeinsames Besprechen von Fällen voneinander lernen (Interview Paul). Qualitätszirkel werden von einem interdisziplinären Team moderiert (zusammengesetzt aus Jugendhilfevertreter/in und Ärztin/Arzt) (Interview Paul). Generell eignet sich die interdisziplinäre Qualitätszirkelarbeit für eine Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten sehr gut, da sie es präferieren, mit Patientinnen und Patienten zu arbeiten und weniger an fallunabhängiger Kooperation mitzuwirken (Interview Paul).

Um die Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zu verbessern, soll auf bestehenden Strukturen aufgebaut werden (Interview Wucher; Paul). Das Thema Frühe Hilfen wird in Vorarlberg beispielsweise bei regionalen Ärztetreffen eingebracht, wo Bereitschaftsdienste an Wochenenden etc. geklärt werden (Interview Wucher, Paul). In Deutschland wird innerhalb etablierter Qualitätszirkel der Ärzteschaft die Durchführung von Familienfallkonferenzen erprobt (Interview Paul; Renner 2010, 1054). Damit betroffene Familien von der Ärzteschaft frühzeitig an ein Angebot des Frühe-Hilfen-Systems vermittelt werden, wird in einem deutschen Bundesland eine Systematik für die Rückerstattung von ärztlichen Leistungen im Rahmen von Frühen Hilfen entwickelt. Der Einsatz eines Instruments zum frühzeitigen Erkennen von Belastungsfaktoren sowie das Führen eines intensiven Gesprächs mit der Familie sollen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten von der Krankenversicherung rückerstattet werden (Interview Paul).

Das Netzwerk Lebensbeginn in St. Virgil (Salzburg) sieht in den Standards der psychosozialen Beratung bei vorgeburtlichen Untersuchungen regelmäßige interprofessionelle Qualitätszirkel vor. Unter Anleitung von einer Moderatorin / einem Moderator wird die Arbeit analysiert und falls erforderlich adaptiert. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist durch ein einheitliches Vorgehen in Beratung, Behandlung und gemeinsamer Sprache gekennzeichnet (Netzwerk Lebensbeginn St. Virgil 2013, 16).

Instrumente, die eine Kooperation auf Einzelfallebene unterstützen

(Familien)Fallkonferenz

Im Rahmen einer (Familien-)Fallkonferenz treffen einander multiprofessionelle Fachkräften aus unterschiedlichen Bereichen (evt. gemeinsam mit dem betroffenen Klienten oder der Klientin), um die Vorgehensweise bei der Betreuung der Klientin oder des Klienten zu besprechen (die Fallbesprechung kann auch anhand anonymisierter Klientinnen und Klienten erfolgen). Ziele der (Familien-)Fallkonferenz sind die Verbesserung des professionellen Handelns und Qualitätssicherung, die verschiedenen Hilfssysteme kennenzulernen, gemeinsam Ziele festzulegen, die Rollen und Verantwortlichkeiten zu klären, Aufgaben zu verteilen und Vereinbarungen zu dokumentieren. Es gibt grundsätzlich mehrere Möglichkeiten, wer die Fallführung übernimmt: jene Person, die am stärksten in den Fall involviert ist; jene, die über die höchste Fachkenntnis verfügt; jene, die die Klientin / den Klienten gesetzlich vertritt; oder jene, die eine Vertrauensperson der Klientin oder des Klienten darstellt (Ziegenhain et al. 2010, 237). Erfahrungen mit patientenbezogenen Helferkonferenzen werden beispielsweise auch in Österreich in den interdisziplinären

Ambulatorien zur Primärversorgung von Kindern in Kärnten gesammelt (vgl. 6.2.1).

Auch Fachtagungen sowie Fort- und Weiterbildungen mit interdisziplinären Teilnehmerinnen/ Teilnehmern können eine Kooperation auf übergeordneter Ebene im Bereich Frühe Hilfen befördern.

Fachtagungen werden zumeist einmal jährlich zu spezifischen Themen veranstaltet, um einen Austausch unter Fachkräften zu bestimmten Themen zu ermöglichen und Good-Practice-Projekte vorzustellen (Fliedel 2012, 8; Hilgers et al. o. J., 28; Pfeifle 2006, 61).

Fort- und Weiterbildungen von Fachkräften unterschiedlicher Disziplinen (z. B. entwicklungspsychologische Beratung) unterstützen die Vernetzung auf personeller Ebene (Sagerschnig et al. 2012, 66; Ziegenhain et al. 2010, 107 ff.). Neben der Wissensvermittlung arbeiten die Teilnehmer/innen gemeinsam im Plenum oder in Klein- und Supervisionsgruppen. Ziel und Nutzen ist es, eine gemeinsame Sprache, Sicht und Haltung zu entwickeln. Nach Einschätzung mancher Teilnehmer/innen wurden zwei Drittel der Vernetzungsarbeit im Rahmen gemeinsamer Weiterbildung geleistet (Ziegenhain et al. 2010, 128 f.).

6.4 Ergebnisse zu „Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen bei Frühen Hilfen“

Eine zentrale Qualitätsanforderung an Frühe Hilfen ist der Ausbau von systematischen Zugängen zu den Familien, um etwaigen Hilfebedarf frühzeitig zu erkennen und gezielte Unterstützungsangebote rechtzeitig unterbreiten zu können (vgl. Renner & Heimeshoff 2010; vgl. 3.3). Bevor die Ergebnisse zu diesem Themenschwerpunkt dargestellt werden, sollen zwei grundlegende Aspekte hervorgehoben werden:

- » An welche Zielgruppen sich Frühe Hilfen richten bzw. wie diese Zielgruppen erreicht werden sollen, wird maßgeblich durch die Definition bzw. durch die Grundhaltung von Frühen Hilfen bestimmt (Sann 2010). Laut Begriffsbestimmung von Frühen Hilfen auf Bundesebene richten sich Frühe Hilfen im Sinne der Gesundheitsförderung an alle (werdenden) Eltern mit ihren Kindern (Schwangerschaft bis Schuleintritt). Darüber hinaus wenden sich Frühe Hilfen insbesondere an Familien in belastenden Situationen (vgl. 1.2; Haas et al. 2013b, 83).
- » Die Identifizierung zentraler Zielgruppen von Frühen Hilfen („Woran erkennt man belastete Familien?“) ist der Frage des Zugangs zur Zielgruppe („Wie erreicht man zentrale Zielgruppen?“) grundsätzlich vorgelagert.

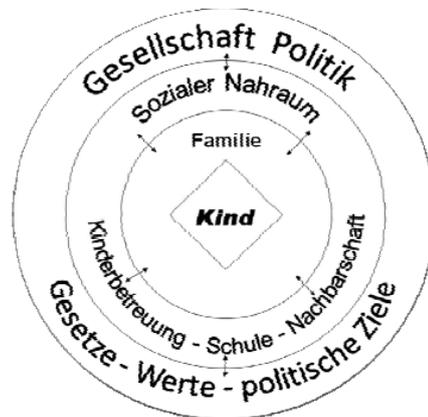
Unter 6.4.1, 6.4.2 und 6.4.3 werden zunächst Faktoren beschrieben, die für gesundes Aufwachsen von Kindern förderlich bzw. hinderlich wirken (sog. Belastungs- und Schutzfaktoren). Unter 6.4.5 wird dargestellt, wie diese Belastungs- und Schutzfaktoren frühzeitig erkannt werden und dadurch Familien mit Unterstützungsbedarf identifiziert werden können. Die Stärkung von Schutzfaktoren wird unter 6.4.4 skizziert, bevor unter 6.4.6 und 6.4.7 Zugangswege zu den Familien dargestellt werden.

6.4.1 Belastungsfaktoren

Der Begriff Belastungsfaktoren (in der Literatur häufig auch als Risikofaktor bezeichnet) bezieht sich im Bereich Gesundheitsförderung sowie im Bereich Frühe Hilfen auf Einflussfaktoren, welche die Wahrscheinlichkeit einer Beeinträchtigung einer gesunden Entwicklung erhöhen, aber nicht zwangsläufig bedingen (Kindler 2011, 3; Ziegenhain et al. 2010, 271).

In Anlehnung an das Modell der ökologischen Theorie menschlicher Entwicklung (Bronfenbrenner 1986, zitiert nach BMFSFJ 2009, 64) werden im vorliegenden Bericht folgende Ebenen von Belastungsfaktoren unterschieden: individuelle Belastungsfaktoren des Kindes, Belastungsfaktoren im familiären Kontext, im sozialen Nahraum (Kinderbetreuungseinrichtungen, Gruppe der Gleichaltrigen) und Belastungsfaktoren auf Ebene der gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen. Abbildung 6.7 veranschaulicht jene Ebenen der Belastungsfaktoren, die die Lebenswelt des Kindes betreffen, mittels konzentrischer Kreise, deren Mittelpunkt das Kind darstellt. Nähe und Distanz dieser Lebenswelten zum Kind werden durch die Anordnung der Kreise veranschaulicht. Die Pfeile zwischen den Kreisen deuten die wechselseitigen Einflüsse dieser Ebenen auf die Entwicklung des Kindes an. Beispielsweise ist der wechselseitige Einfluss der Lebenswelten Familie und des sozialen Nahraums auf die Entwicklung von Kindern bzw. Jugendlichen am größten. Die im äußeren Kreis dargestellte Ebene „Gesellschaft Politik“ hat durch ihre Maßnahmen indirekten Einfluss, da sie die Rahmenbedingungen für eine gesundheitliche Entwicklung gestalten.

Abbildung 6.7:
Verortung von Belastungsfaktoren aus Systemperspektive



Quelle und Darstellung: 13. Kinder- und Jugendgesundheitsbericht (BMFSFJ 2009)

Zur Wirkung von Belastungsfaktoren in der frühen Kindheit liegen einige systematische und narrative Übersichtsarbeiten sowie Längsschnittstudien vor. Die *Mannheimer Risikokinderstudie* ist wohl eine der bedeutendsten Untersuchungen für Österreich, da sie im deutschen Gesundheits- und Jugendhilfesystem durchgeführt wurde und daher eine hohe Übertragbarkeit der Ergebnisse aufweist (Laucht et al. 2000; Interview Paul). Kindler 2011 (12 ff.) fasst in seiner Übersichtsarbeit Belastungsfaktoren für frühe Vernachlässigung und Misshandlung sowie für frühe Erziehungs-

schwierigkeiten und Entwicklungsauffälligkeiten zusammen, deren Wirkung in mindestens zwei Längsschnittstudien bestätigt wurde. In diese Übersichtsarbeit sind auch die Ergebnisse der Mannheimer Risikostudie mit einbezogen worden, aus methodischen Gründen nur für den Themenschwerpunkt frühe Erziehungsschwierigkeiten und Entwicklungsauffälligkeiten (persönliche Mitteilung Kindler, Mai 2013). Die Ergebnisse von Kindler 2011 (12 ff.) finden sich in Tabelle 6.1 und umfassen großteils Belastungsfaktoren auf Ebene der gegenwärtigen familiären Situation (inklusive Belastungsfaktoren der Eltern).

Tabelle 6.1:
Belastungsfaktoren für Vernachlässigung, Misshandlung, Erziehungsschwierigkeiten und Auffälligkeiten im Entwicklungsstand

Vernachlässigung/Misshandlung	Erziehungsschwierigkeiten/Auffälligkeiten im Entwicklungsstand
<i>Grobindikatoren der familiären sozialen Lage</i>	
Niedriger Bildungsstand der Eltern/ Erziehungsberechtigten	Niedriger Bildungsstand der Eltern/ Erziehungsberchtigten
Armut/Bezug von Sozialhilfe	
<i>Gegenwärtige Lebenssituation der Familie</i>	
Probleme und Gewalt in der Partnerschaft	Probleme und Gewalt in der Partnerschaft
Häufige Umzüge	
Sozial isoliert / wenig Unterstützung	Hohe Stressbelastung
<i>Andere Faktoren</i>	
	Fremdbetreuung von geringer Qualität
<i>Beobachtbares Fürsorge- bzw. Erziehungsverhalten Mutter/Vater</i>	
Problematisches Fürsorgeverhalten der Mutter	Problematisches Interaktionsverhalten der Mutter
	Ungünstiges Bindungsmuster der Mutter
	Ungünstiger HOME-Wert
<i>Persönliche Voraussetzungen von Mutter/Vater für die Bewältigung von Fürsorge und Erziehung</i>	
Sehr junge Mutter	Sehr junge Mutter
Geringe Intelligenz der Mutter	
Mutter hat selbst Gefährdung erfahren	Mutter/Vater Broken Home (Abwesenheit eines Elternteils)
Mutter/Vater als Kind in Fremdunderbringung	Geringe Bewältigungsfähigkeiten der Mutter
Geringes Selbstvertrauen der Mutter	Mutter/Vater strafrechtlich verurteilt
<i>Haltung gegenüber Kind und Verhalten während der Schwangerschaft</i>	
Kind ungewollt, negativ Einstellung der Mutter gegenüber Kind	
Lückenhafte Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen	
Mutter unrealistische Erwartungen	
<i>Psychische Gesundheit Mutter/Vater</i>	
Mutter psychisch auffällig	Mutter psychisch auffällig
Mutter Anzeichen von Depression	Mutter Anzeichen Depression
Mutter impulsiv/aggressiv	Mutter impulsiv/aggressiv

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 6.1

Vernachlässigung/Misshandlung	Erziehungsschwierigkeiten/Auffälligkeiten im Entwicklungsstand
Mutter emotional instabil	<i>Fürsorge- und Erziehungsanforderungen durch Kind oder Geschwister</i>
Geringes Geburtsgewicht	
Schwieriges Kind	Geringes Geburtsgewicht des Kindes
Mehrere jüngere Kinder in der Familie	Kind ist ein Junge

HOME = strukturiertes Verfahren zur Einschätzung der häuslichen Förder- und Erziehungsumgebung
 Quelle und Darstellung: Kindler 2011, 17 ff.

Als Belastungsfaktoren auf gesellschaftlicher Ebene genannt werden im deutschen Kinder- und Jugendbericht beispielhaft die kinderentwöhnte Gesellschaft („strukturelle Kinderfeindlichkeit“) und die gestiegene Leistungserwartung (z. B. durch Verkürzung der Schulzeit) (BMFSFJ 2009, 67). Einen Überblick über Belastungsfaktoren auf den unterschiedlichen Ebenen gibt Abbildung 6.8 (vgl. 6.4.3).

Zu berücksichtigen ist, dass Belastungsfaktoren nicht per se nur als negative Faktoren zu sehen sind, sondern sie können auch eine Herausforderung darstellen, deren erfolgreiche Bewältigung zur Weiterentwicklung der/des Betroffenen führt (Thyen 2012, 18).

Kausale Zusammenhänge zwischen Belastungsfaktoren und Kindeswohlgefährdung wurden bislang nur in wenigen Studien untersucht. Forschungsbedarf besteht bezüglich der tatsächlichen Wirkmechanismen, die erklären, welche Faktoren unter welchen Bedingungen zur Kindeswohlgefährdung führen (Interview Paul). Kindler (2011, 21 ff.) skizziert acht Risikomechanismen, zu denen zumindest einzelne empirische Hinweise vorliegen: Eltern haben aufgrund ihrer eigenen Lebensgeschichte ein verzerrtes oder lückenhaftes Bild von dem, was ein Kind braucht. Es besteht ein Konflikt zwischen den Erziehungs- und Versorgungsaufgaben und den eigenen Entwicklungsaufgaben (insbesondere bei Eltern im jugendlichen Alter). Die Versorgung des Kindes löst gravierend negative Gefühle bei einem Elternteil aus (Care-/Control Conflict). Eltern weisen ein Suchtverhalten oder antisoziale Entwicklung mit Einsatz von Zwang oder Gewalt bei Einschränkungen oder Konflikten auf oder zeigen eine generelle psychische Instabilität. Eine generell herabgesetzte Belastbarkeit und Fähigkeit zur Lebensbewältigung sowie eine negative Selbstwirksamkeit können darüber hinaus das Auftreten von Vernachlässigung und Misshandlung begünstigen.

Alle Familien – auch solche mit guten sozioökonomischen Ausgangslagen – können in der neuen Lebenssituation nach Geburt eines Kindes recht schnell in belastende und überfordernde Situationen kommen, die vorher nicht absehbar waren (Interview Melzer, Wucher). Beispielsweise kann eine Mehrlingsgeburt oder ein krankes Kind bald die vorhandenen persönlichen oder finanziellen Ressourcen einer Familie übersteigen. Es besteht aber oft der Irrglaube, dass nur sozioökonomisch benachteiligte Familien Bedarf an Frühen Hilfen haben. Dieser Auffassung soll man unbedingt entgegentreten. (Interview Wucher)

6.4.2 Schutzfaktoren

Unter dem Begriff *Schutzfaktoren* werden Einflussfaktoren beschrieben, die sich – auch unter belastenden Lebensumständen – stärkend auf die physische und psychische Gesundheit auswirken bzw. negative Auswirkungen von Belastungsfaktoren mildern. Die Abwesenheit von Belastungsfaktoren an sich ist nicht als Schutzfaktor zu betrachten (Lyssenko et al. 2010, 1067).

Abbildung 6.8 gibt einen Überblick über Faktoren auf personeller, familiärer, sozialer und gesellschaftlicher Ebene (vgl. ökologische Theorie der menschlichen Entwicklung bei 6.4.1), denen eine empirisch gestützte protektive Wirkung auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zugeschrieben wird.

Zu berücksichtigen ist, dass die meisten Schutzfaktoren nicht generell wirksam sind, sondern abhängig vom Alter oder Geschlecht des Kindes oder nach Art der Risikokonstellation unterschiedlich stark ihre Wirkung entfalten und sich auch gegenseitig beeinflussen. Dementsprechend müssen verschiedene Schutzfaktoren immer gemeinsam und differenziell im Kontext verschiedener Altersabschnitte betrachtet werden (vgl. Lyssenko et al. 2010, 1068).

Thyen (2012, 18) weist darauf hin, dass einer stabilen Beziehung zu den Eltern in der frühen Kindheit eine zentrale protektive Wirkung auf Gesundheit zugeschrieben wird. Vor allem einer vertrauensvollen und fördernden Mutter–Kind–Beziehung wird eine stark protektive Wirkung auf Gesundheit zugeschrieben (Mejdoubi et al. 2011, 2).

Kindler (2011, 24) bestätigt, dass bei Vorliegen von einzelnen Belastungsfaktoren günstig ausgeprägte Schutzfaktoren eine gesunde Entwicklung des Kindes positiv beeinflussen können. Der Autor weist aber darauf hin, dass bei mehrfach vorliegenden chronischen Belastungsfaktoren die Häufigkeit positiver Entwicklungsverläufe bei gut einem Drittel der Kinder sinkt – selbst bei gut ausgeprägten Schutzfaktoren – und dass daher die protektiven Effekte von Schutzfaktoren auch nicht überschätzt werden dürfen.

6.4.3 Grundsätzlich zu berücksichtigende Punkte bei der Betrachtung von Belastungs- und Schutzfaktoren

Es gibt einige grundlegende Befunde zu Belastungs- und Schutzfaktoren aus der verfügbaren Evidenz, denen in vielen Bereichen von Frühen Hilfen Gültigkeit zugeschrieben wird und die daher im Folgenden mit Hinweisen auf die praktische Arbeit erläutert werden.

- » Belastungsfaktoren ziehen oft weitere Belastungsfaktoren nach sich, und umgekehrt führen mehrere vorliegende Schutzfaktoren zu weiteren Schutzfaktoren. Dieses sogenannte „Matthäus-Prinzip“ wurde in Längsschnittstudien festgestellt, die zeigen, dass in Familien, die von Kindeswohlgefährdung betroffen sind, häufig mehrfache Belastungen vorliegen. Mehrere gleichzeitig vorliegende Belastungs- oder Schutzfaktoren verstärken einander in der Regel gegenseitig (sog. kumulative Wirkung von Belastungs- und Schutzfaktoren) und stehen auch

- häufig in Wechselwirkung (Bengel et al. 2009, 160, Kindler 2011, 11 f.).
- In der fallbezogenen Arbeit sollten Schutz- und Belastungsfaktoren nicht isoliert, sondern möglichst umfassend betrachtet werden (Kindler 2011, 11). Berufsgruppen, die mit Familien und ihren Kinder zu tun haben, sind gefordert neben Belastungsfaktoren, auch Stärken und Ressourcen der Familie zu identifizieren (NICE 2012, 10).
- » Verschiedene Belastungsfaktoren können das Auftreten von mehreren unterschiedlichen Problemen oder Entwicklungsstörungen begünstigen (sog. Multifinalität oder Unspezifität von Belastungsfaktoren). Dem zugrunde liegen sogenannte „Ketteneffekte“ oder „Entwicklungskaskaden“: Das Vorliegen eines Belastungsfaktors hat mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit das Auftreten weiterer Belastungsfaktoren zur Folge. Armut z. B. begünstigt das Entstehen einer Suchterkrankung. Auch hinsichtlich der Schutzfaktoren sind unspezifische Effekte untersucht: Eine positive Beziehung zu den Eltern/Erziehungsberechtigten oder anderen kontinuierlich verfügbaren Bezugspersonen mildert negative Effekte unterschiedlicher Belastungen ab. (Kindler 2011, 11)
 - Umfassende Programme zur Förderung der Gesundheit sollen durchgeführt werden. Auf lokaler Ebene sind Strategien und Programme zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern – auch von jenen in belastenden Lebenslagen – im Sinne einer „Präventionskette“ angezeigt (vgl. 1.1.1). Es bedarf gemeinsamer Strategien und Programme aller Akteurinnen und Akteure auf lokaler Ebene zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern in belastenden Lebenslagen. (NICE 2012, 9)
 - » In Hinblick auf eine Lebenslaufperspektive ist zu beachten, dass die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von weiteren Belastungsfaktoren im Zeitverlauf ansteigt, die Wahrscheinlichkeit der Nutzung von Schutzfaktoren hingegen sinkt. Dieses Phänomen wird als Trigger-Effekte („Das Fass läuft über“) beschrieben. (Thyen 2012, 18)
 - Daher ist es von großer Bedeutung, Gesundheit und Wohlbefinden bereits in der frühen Kindheit zu fördern. Kinder in belastenden Lebenslagen sollen so früh wie möglich identifiziert werden über Angebote, die von jungen Familien zum Zeitpunkt rund um die Geburt und in den ersten Lebensjahren in Anspruch genommen werden (insbesondere in den Bereichen Krankenversorgung, Familienleistungen, Kinderbetreuung). (NICE 2012, 9)
 - » Bei mehreren Belastungen und gleichzeitigem Fehlen von Schutzfaktoren ist das Risiko eines Auftretens von Kindeswohlgefährdung erhöht. Zu berücksichtigen ist, dass ein Vorliegen von einem/mehreren Belastungsfaktor/en nicht per se zu nachteiligen Konsequenzen für das Kind bzw. zu Kindeswohlgefährdung führt, sondern dass lediglich das Risiko dafür erhöht ist. (Renner & Heimeshoff 2010, 18)
 - Es bedarf eines vorsichtigen und wertschätzenden Umgangs mit allen Familien. Verständnis für die Bedürfnisse und Anliegen der Familien ist aufbringen, und ihre Erwartungen und Hoffnungen für das Kind sind abzuklären. Beim Ansprechen von vorliegenden Belastungsfaktoren soll dies in einer sensiblen Art erfolgen, sodass Familien sich nicht kritisiert, verurteilt oder stigmatisiert fühlen. (NICE 2012, 10)
 - » Mehrfache Erhebungen von Schutz- und Belastungsfaktoren sind weitgehend zu vermeiden, und Informationen über die Betreuung der Familien sind allen relevanten Akteurinnen und Akteuren des Netzwerkes zugänglich zu machen. Die Wahrung des Datenschutzes ist stets zu berücksichtigen, und eine kontinuierliche Betreuung der Familien ist sicherzustellen. (NICE 2012, 11)

Abbildung 6.8 gibt zusammenfassend einen Überblick über die zentralen Belastungs- und Schutzfaktoren, die eine (gesunde) Entwicklung eines Kindes beeinflussen (Thyen 2012, 16).

Abbildung 6.8:

Gesellschaftliche, politische, soziale, familiäre und individuelle Belastungs- und Schutzfaktoren

Gesellschaftliche und politische Belastungsfaktoren	Gesellschaftliche und politische Schutzfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> » Soziale Ungleichheit » Der Gesundheit abträgliche Lebensbedingungen 	<ul style="list-style-type: none"> » Sicherstellen einer Grundversorgung für Kinder und ihre Familien » Bessere Vernetzung von Gesundheitssystem und Jugendhilfe (Frühe Hilfen) » Sicherstellen von qualitativ hochwertigen vor-schulischen Bildungs- und Betreuungseinrichtungen, Schulen » Rahmenbedingungen für eine familienfreundliche Gesellschaft (z. B. flexible Arbeitsbedingungen) » Health in All Policies
Soziale Belastungsfaktoren	Soziale Schutzfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> » Armut im Sinne fehlender finanzieller Ressourcen, um den Lebensunterhalt der Familienmitglieder angemessen zu gestalten » Häufige Umzüge, Schulwechsel und Erfahrung von Fremdunterbringung » Aufwachsen in benachteiligten Wohngebieten 	<ul style="list-style-type: none"> » Soziales Netzwerk und subjektiv wahrgenommene soziale Unterstützung durch familiäre und außerfamiliäre Personen » Erwachsene als Rollenmodelle oder eine gute Beziehung zu einem Erwachsenen » Kontakte zu Gleichaltrigen » Einbindung in prosoziale Gruppen » Unterstützung durch Institutionen, z. B. Ausbildungsstätte der Eltern, Arbeitsplatz der Eltern, Tagespflege oder Krippe des Kindes » Inanspruchnahme von und positive Erfahrung mit Beratungsangeboten wie Schwangerschaftsberatungsstellen, Familienbildungsstätten, Elterncafés, Elterngruppen, Selbsthilfegruppen
Familiäre Belastungsfaktoren	Familiäre Schutzfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> » Erfahrung sozialer Benachteiligung und subjektiv erlebter oder objektiv vorhandener Barrieren im Zugang zu Hilfesystemen (mangelndes soziales Kapital) » Elterliche Erkrankungen, insbesondere psychische Erkrankungen wie Depression und Substanzmissbrauch, aber auch körperliche Erkrankungen, die zu Erschöpfung führen » Erfahrung eigener Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch in der Kindheit der Eltern » Dissozialität, Delinquenz oder Partnergewalt in der Familienbiographie der Eltern » Mangelndes Wissen und Reflexionsmöglichkeiten eigenen Handelns 	<ul style="list-style-type: none"> » Merkmale der Eltern-Kind-Beziehung (sichere Bindung und positive Beziehung zu den Eltern) » Erziehungskompetenzen der Eltern (insbesondere ein autoritativer Erziehungsstil) » Positives Familienklima und Kohäsion » Stabile elterliche Beziehung » Positive Geschwisterbeziehungen

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Abbildung 6.8

Individuelle Belastungsfaktoren des Kindes	Individuelle Schutzfaktoren des Kindes
» Alter: besondere Vulnerabilität in den ersten drei Lebensjahren	» Körperliche Gesundheit des Kindes (biologische Korrelate, freundliches und interaktives Temperament)
» Angeborene Erkrankungen und prä-, peri- oder postnatale Komplikationen	» erstgeborenes Kind
» Exposition mit Substanzen, die die neurobiologische Reifung beeinträchtigen	» weibliches Geschlecht
» Regulations- und Entwicklungsstörungen des Säuglings	» Kognitive und affektive Schutzfaktoren (positive Wahrnehmung der eigenen Person, positive Lebenseinstellung und Religiosität)
» Schwieriges Temperament	» Normale kognitive und sozial-emotionale Entwicklung
	» Freude am Lernen, schulische Leistungen
	» Kognitive Fähigkeiten und schulische Leistungen
	» Internale Kontrollüberzeugung (Wahrnehmung von eintretenden Ereignissen als Resultat eigener Handlungen)
	» Selbstwirksamkeitserwartung
	» Selbstkontrolle und Selbstregulation
	» Aktive Bewältigungsstrategien
	» Realistische Selbsteinschätzung und Zielorientierung
	» Besondere Begabungen, Ressourcen und Kreativität
	» Interpersonelle Schutzfaktoren – soziale Kompetenz

Quelle: Bengel et al. 2009, 49; BMFSFJ 2009, 67; Thyen 2012, 16; Darstellung: GÖG/ÖBIG

6.4.4 Maßnahmen zur Stärkung von Schutzfaktoren und Ressourcen

Zu einer gesunden Entwicklung von Kindern und Jugendlichen trägt eine Reihe von personalen, familiären und sozialen Schutzfaktoren bei, die unabhängig von Belastungskonstellationen oder Umgebungssituation eine gesundheitsförderliche Wirkung entfalten (vgl. 6.4.2). Daher sollten Maßnahmen zur Stärkung von Ressourcen und Schutzfaktoren zentraler Ansatzpunkt bei Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen für Kinder und Jugendliche sein und in Früh-Hilfen-Systeme integriert werden (Lyssenko et al. 2010, 1069; Bengel et al. 2009).

Weil es eine Vielzahl an Maßnahmen zur Förderung von Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen gibt, kann im Folgenden lediglich ein Überblick gegeben werden über die in der Evidenz identifizierten Handlungsbereiche mit beispielhafter Nennung von Projekten aus der Praxis. Kriterien für die Auswahl der dargestellten Projekte waren das Vorliegen einer Projektevaluation und/oder eine erfolgreiche Qualitätsprüfung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Auf-

klärung (BZgA)¹². Es wird kein Anspruch auf die Vollständigkeit der dargestellten Handlungsbe-
reiche/Maßnahmen erhoben. Im Anhang (vgl. Abschnitt 10.7) befindet sich eine Tabelle mit
Good-Practice-Gesundheitsförderungsprojekten der BZgA, die Gesundheitsförderungsprojekte
für die Lebensabschnitte frühe Kindheit bis Schuleintritt beinhaltet.

Hinsichtlich einer **Förderung von Schutzfaktoren auf Ebene des Kindes** kommen der Resilienz-
und der Lebenskompetenzförderung eine große Bedeutung zu (Fachbeirat Projekt Frühe Hilfen,
23. 5. 2012).

Resilienz ist die psychische Widerstandsfähigkeit und meint bei Kindern und Jugendlichen eine
gesunde und altersgemäße Entwicklung trotz ungünstiger Lebensumstände oder kritischer Le-
bensereignisse. Resilienz stellt keine angeborene Eigenschaft dar, sondern sie entwickelt sich im
Laufe des Lebens eines Individuums in der Interaktion mit seiner Umwelt. Die Resilienzförderung
sollte nicht nur auf das individuelle Verhalten der/des Einzelnen, sondern auch auf eine Verän-
derung der Rahmenbedingungen zugunsten der Resilienzförderung abzielen. Beispielsweise sind
Familien bei ihren Erziehungs- und Fürsorgeaufgaben zu unterstützen, qualitativ hochwertige
Bildungs- und Betreuungseinrichtungen auszubauen und Gesundheitsförderungskonzepte für
die Lebenswelten der Kinder zu entwickeln und umzusetzen (Richter-Kornweitz 2012, 122 f.).
Zur Förderung der Resilienz im Setting Kinderbetreuungseinrichtungen wurde von der BZgA das
Projekt „Kinder Stärken [sic]! Resilienzförderung in der Kindertagesstätte“ als Beispiel guter Pra-
xis ausgewählt (vgl. BZgA 2011, 421).

Lebenskompetenz – ein individueller Schutzfaktor für Gesundheit – beschreibt die Fähigkeiten
und Fertigkeiten eines Individuums, die altersgemäßen Herausforderungen und Aufgaben des
täglichen Lebens erfolgreich zu bewältigen. Laucht (2011) schlussfolgern beispielsweise auf Ba-
sis der Ergebnisse der Mannheimer Risikokinderstudie (vgl. *Glossar*), dass es die Lebenskompe-
tenz von Kindern zu stärken gilt. Die Arbeit von Bühler und Heppekausen (2005) gibt einen
Überblick über evaluierte Programme zur Lebenskompetenzförderung im deutschsprachigen
Raum.

Auf der **Ebene der Eltern/Erziehungsberechtigten** ist die Förderung der Erziehungs- und Bezie-
hungskompetenz höchst relevant für eine gesundheitsförderliche Entwicklung des Kindes (Jané-
Llopis & Anderson 2005, 11; Lyssenko et al. 2010, 1071 f.; Laucht 2011; Marmot Review 2010,
22). Erfahrungen aus dem Vorarlberger Modellprojekt Netzwerk Familie zeigen beispielsweise
einen großen Handlungsbedarf im Bereich der Stärkung der elterlichen Erziehungs- und Bezie-
hungskompetenzen (Werner 2010).

12

Die BZgA identifiziert im Rahmen eines standardisierten Verfahrens mit definierten Qualitätskriterien Good-Practice-Projekte
aus Deutschland, die die Gesundheit von sozial Benachteiligten erfolgreich fördern. Ziel der BZgA ist, Erfahrungswissen aus
der Praxis aufzubereiten, um neue Anhaltspunkte bei der Planung, Durchführung und Evaluation von Gesundheitsförde-
rungsstrategien und -projekten zu gewinnen (BZgA 2011, 21). Weiterführende Information zu den Projekten bzw. zu den
Qualitätskriterien sind zu finden unter BZgA 2011 und auf www.gesundheitliche-chancengleichheit.de.

Mittels sogenannter „Elternbildungsprogramme“ sollen die Erziehungs- und Beziehungskompetenzen von Eltern verbessert werden. Tabelle 6.2 gibt einen Überblick über identifizierte Programme, die in Deutschland bereits erprobt wurden. Das Projekt „Pro Kind“ wird aufgrund seines Zugangs zu schwer erreichbaren Zielgruppen im vorliegenden Bericht kurz beschrieben (6.2.2 und 6.4.7.4). Für Informationen zu den anderen aufgelisteten Programmen sei auf die jeweiligen Literaturreferenzen in Tabelle 6.2 verwiesen.

In den Interviews wurden „Marte Meo“ und „Safe“ als weitere Programme zur Stärkung der Ressourcen von Familien genannt (Interview Paul).

Tabelle 6.2:
Im Rahmen der Evidenzaufbereitung identifizierte Elternbildungsprogramme

Eltern-AG: niederschwelliges Training zur Steigerung der Erziehungs Kompetenzen für sozial Benachteiligte (Armbruster 2012, 84 ff.; Armbruster 2010; 172 ff.; BZgA 2011, 454; vgl. www.eltern-ag.de)
Entwicklungspsychologische Beratung: Unterstützung einer sicheren Eltern-Kind-Bindung (Interview Paul; Ziegenhain et al. 2010, 33)
Pro Kind: Stärkung von Erziehungs- und Beziehungskompetenzen von Müttern und Vätern in schwierigen Lebenslagen (DfE & DoH 2011, 54)
STEEP: Förderung der elterlichen Kompetenz im Umgang und in der Beziehungsgestaltung mit dem Kind (Förderung Eltern-Kind-Bindung) (Interview Paul; Werner 2010, 35; Ziegenhain et al. 2010, 33, vgl. 6.2.2)
Triple P (Positive Parenting Program): Elternt raining auf fünf Interventionsebenen (Ahnquist et al. 2012, o. S.; Berg-le Clercq 2011, 23; Hallam 2008, 56 ff.; 134 ff.; Hahlweg & Heinrichs 2010, 155; Kuschel & Hahlweg 2005, zitiert nach Bengel et al. 2009, 120)

Darstellung: GÖG/ÖBIG

Auf Ebene des sozialen Nahraumes kommt der Stärkung der sozialen Vernetzung zwischen Kindern/Mütter/Eltern/Familien eine hohe gesundheitsförderliche Bedeutung zu. Viele Eltern und Mütter vereinsamen häufig in der ersten Phase nach der Geburt, weshalb Netzerkennung unter Personen in gleicher Situation auch eine wichtige Gesundheitsförderungsmaßnahme im Bereich Frühe Hilfen darstellt (Fachbeirat des Projekts Frühe Hilfen, 23. 5. 2013; Lyssenko et al. 2010, 1071 f.). Stadtteilzentren, Familientreffs und Kinderbetreuungseinrichtungen können die sozialen Netzwerke von Familien fördern (vgl. auch Projekte mit Themen- und Handlungsfeldschwerpunkt „Sozialraum/Quartier/ Stadtteil“ in Tabelle 10.6 im Abschnitt 10.7). Förderung der Gesundheit in den Lebenswelten Wohnumfeld, Kinderbildungs- und Betreuungseinrichtungen, Schulen ist ein Grundsatz in der Gesundheitsförderung (Altgeld et al. 2008, 12; vgl. Settingansatz weiter unten).

Um die Gesundheit von Kindern wirksam und nachhaltig zu fördern, müssen auf **Ebene von Politik und Gesellschaft** gesellschaftliche, rechtliche und politische Rahmenbedingungen betrachtet bzw. entsprechend gestaltet werden. Zu beachten ist, dass nicht nur Gesetze und politische Maßnahmen, die das Erhalten und Verbessern der Erziehungsbedingungen in einer Gesellschaft unmittelbar betreffen (z. B. Mutterschutz, bezahlte Karenzmodelle), gesundes Aufwachsen von Kindern maßgeblich beeinflussen, sondern auch Gesetze und Maßnahmen aus Arbeits-, Sozial- und Bildungspolitik (z. B. flexible Arbeitszeitregelungen, die eine Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben ermöglichen, Verfügbarkeit von Kinderbetreuungseinrichtungen, Familienbeihilfen, Maßnahmen zur Bekämpfung von Kinderarmut etc.) (Gold et al. 2012a, 32; Haas et al. 2012a; Ja-

né-Llopis & Anderson 2005, 11; Lyssenko et al. 2010, 1071 f.; Williams 2010, 12 f.). Der Zugang zu leistbaren, qualitativ hochwertigen elementaren Bildungs- und Betreuungseinrichtungen sowie zu Angeboten der frühen Förderung für Kinder im Vorschulalter wird in der vorliegenden Evidenz oftmals als wichtiger Einflussfaktor für ein gesundes Aufwachsen hervorgehoben (Altgeld et al. 2008, 9; Gold et al. 2012a, 32; Haas et al. 2012a; Jané-Llopis & Anderson 2005, 10; Marmot Review 2010, 22; Williams 2010, 13). Ein gut ausgebautes Frühe-Hilfen-System, in dem Gesundheits-, Familien- und Sozialpolitik eingebunden sind, kann Sorge tragen dafür, dass das Angebot für Familien gut abgestimmt und die Ressourcen von Familie früh gestärkt werden (Altgeld 2008, 8). In Schweden beispielsweise sind Gemeinden verpflichtet, ein vorschulisches Angebot bereitzustellen, das die anfallenden Kosten an die Einkommenshöhe der Familie koppelt. Eine zentrale Strategie und Zielvereinbarungen auf nationaler Ebene, die richtungsweisend für eine Umsetzung von Maßnahmen auf lokaler Ebene sind, werden beispielsweise als zentrale Erfolgsfaktoren für eine Politik genannt, die gesundes Aufwachsen fördern (Williams 2010, 13).

Unabhängig davon, welche Schutzfaktoren durch Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme gestärkt werden, gibt es **zentrale Punkte, die bei der Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategien für ein gesundes Aufwachsen berücksichtigt werden sollen**, damit sie nachhaltig wirksam sind.

- » Die Bedürfnisse des Kindes sollten im Mittelpunkt jeder Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategie stehen (Fachbeirat des Projekts Frühe Hilfen, 23. 5. 2013).
- » Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien sollten möglichst früh (bereits in der Schwangerschaft bzw. in der frühen Kindheit) ansetzen und alterstypische Entwicklungsaufgaben sowie Übergänge zwischen einzelnen Lebensphasen berücksichtigen (z. B. von Schwangerschaft zur „jungen“ Familie, vom Kindergarten zur Schule) (Lyssenko et al. 2010, 1071 f.; Gold et al. 2012a, 19).
- » Die Maßnahmen einer Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategie sollten bedarfsorientiert sein und universelle, selektive und indizierte Angebote miteinander kombinieren (sog. „Mehrebenenprogramme“) (vgl. 3.1; Lyssenko et al. 2010, 1071 f.; Fachbeirat Projekt Frühe Hilfen, 23. 3. 2013).
- » Maßnahmen, die ein gesundes Aufwachsen für Kinder und Jugendliche ermöglichen, werden meist von unterschiedlichen Ressorts initiiert und durchgeführt, z. B. Gesundheit, Familie und Jugend, Unterricht, Soziales etc., sollten aber langfristig systematisch gebündelt und weiterentwickelt werden (Gold et al. 2012a, 21).
- » Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien sollten ein abgestimmtes kommunales Gesamtkonzept von Maßnahmen sicherstellen, das Angebote für alle Altersgruppen der Kinder vorsieht, die sie bei ihren Lebensphasenübergängen begleiten (sog. „Präventionsketten“; vgl. 1.1.1). Neue Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien sollen nicht mehr auf einen Altersabschnitt in der Kindheit beschränkt sein (Gold et al. 2012a, 23).
- » Da ein enger Zusammenhang zwischen Gesundheit und Armut besteht, ist ein kommunales Gesamtkonzept erforderlich, das verhindert, dass sich Armut in der Familie negativ auf die Entwicklungschancen von Kindern auswirkt (Gold et al. 2012a, 32).

Für eine erfolgreiche Umsetzung von einzelnen Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen sollen folgende **Qualitätskriterien** erfüllt sein (Gold et al. 2012a, 21 f.):

- » Niederschwellige Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote sind in Wohnortnähe in der Kinderbetreuungseinrichtung oder in der Schule bereitzustellen (Settingansatz), da dies insbesondere Familien in schwierigen Lebenssituationen die Inanspruchnahme erleichtert.
- » Durch Stärkung der Erziehungs- und Beziehungskompetenzen der Eltern kann eine gesunde Entwicklung des Kindes unterstützt werden (Empowermentansatz). Dabei sollte immer an die vorliegenden Stärken und Ressourcen angeknüpft werden.
- » Das Einbeziehen der Zielgruppe und das Berücksichtigen ihrer Bedürfnisse bei der Maßnahmenplanung und -umsetzung ist ein zentrales Qualitätskriterium der Gesundheitsförderung, das es zu berücksichtigen gilt.
- » Die Arbeit mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Personen, die der Zielgruppe angehören und die das Gesundheitsförderungsanliegen in der Zielgruppe verbreiten) hat sich insbesondere bei Frauen und Familien mit Migrationshintergrund bewährt.
- » Ehrenamtlich tätige Personen in Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen sind in Hinblick auf ihre Tätigkeit ausreichend zu qualifizieren und dabei professionell zu begleiten und wertzuschätzen (Hafen 2012, 57).

Grundsätzlich können bei Gesundheitsförderungsprojekten die Qualitätskriterien der BZgA zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (BZgA 2011, 13) sowie die Qualitätskriterien des FGÖ hilfreich sein (FGÖ 2013, 22 ff.).

6.4.5 Frühzeitiges Erkennen eines Bedarfs an Frühen Hilfen

Familien mit Unterstützungsbedarf bei der Erziehung und Versorgung ihres Kindes sollen in einem Netzwerk Frühe Hilfen möglichst frühzeitig erkannt werden, um die Gesundheit des Kindes bestmöglich zu fördern bzw. nachteiligen Konsequenzen für das Kind oder Kindeswohlgefährdung vorzubeugen. Dies gelingt es in der Praxis von Prävention und Gesundheitsförderung sowie in der Kinder- und Jugendhilfe bisher nicht in ausreichendem Maße, weshalb ein systematisches und objektiviertes Erkennen eines Bedarfs an Frühen Hilfen auch als eine Qualitätsanforderung an dieses Angebot¹³ definiert wurde (Renner 2008, 10).

Im fachlichen Diskurs zu Frühen Hilfen hat sich bislang kein anerkanntes Modell für eine interdisziplinäre, strukturierte Vorgehensweise bei Belastungs- bzw. Ressourceneinschätzungen her-

13

Auf Basis von Praxiserfahrungen im Rahmen der Modellprojekte zu Frühen Hilfen in Deutschland wurden insgesamt sechs Qualitätsanforderungen definiert, die handlungsleitend für die initiierten Projekte und Maßnahmen für Frühe Hilfen sein sollen (vgl. Abschnitt 3.3).

ausgebildet (Kinder 2011, 27). Zur Einschätzung von Belastungs- und Schutzfaktoren werden im Bereich Früher Hilfen derzeit unterschiedliche Instrumente eingesetzt, da noch kein Konsens der verschiedenen Fachbereiche von Frühen Hilfen über ein geeignetes einheitliches Instrumentarium besteht (Renner & Heimeshoff 2010; Sann 2011, 9; Ziegenhain et al. 2007, 422). Dennoch liegen grundlegende Erkenntnisse zu Strategien vor, wie ein Bedarf an Früher Hilfen frühzeitig erkannt werden kann. Auf ersten Erfahrungen mit der Anwendung von Instrumentarien und Verfahren in der Praxis kann bereits aufgebaut werden.

Frühzeitiges Erkennen eines Bedarfs an Früher Hilfen durch geschultes Personal im Gesundheitssystem

Ein Bedarf an Frühen Hilfen kann durch Personal im Gesundheitssystem – sowohl im stationären als auch im niedergelassenen Bereich – frühzeitig erkannt werden, da während der Schwangerschaft, zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes und in seinen ersten Lebensjahren nahezu alle Familien in Kontakt mit dem Gesundheitssystem kommen (Renner & Heimeshoff 2010; NICE 2012, 10; Interview Paul, Wucher). Der bestehende Kontakt und das hohe Vertrauen, das die Familien in die ausübenden Berufsgruppen haben, soll genutzt werden, um Familien im Bedarfsfall zu motivieren, Unterstützung in Anspruch zu nehmen (Landua et al. 2009, 46).

Erfahrungen aus dem evaluierten Pilotprojekt Netzwerk Familie in Vorarlberg bestätigen (vgl. 6.2.1), dass durch geschultes Personal im Gesundheitssystem Belastungsfaktoren frühzeitig erkannt und präventive Maßnahmen frühzeitig vermittelt werden können. Die Autoren weisen aber auch auf die Notwendigkeit hin, Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte und nichtärztliche Gesundheitsberufe zum Thema Früher Hilfen anzubieten, um sie im Erkennen von Belastungsfaktoren zu schulen und sicherzustellen, dass sie belastete Familien an die Koordinationsstelle des Netzwerkes vermitteln (Geiger & Ellsäßer 2012, 885 f.; vgl. 1.1.1).

Frühzeitiges Erkennen eines Bedarfs an Frühen Hilfen durch weitere Berufsgruppen, die mit werdenden Eltern und Familien mit Kleinkindern zu tun haben

Neben Berufsgruppen im Gesundheitssystem sind grundsätzlich alle Berufsgruppen, die mit Kindern und ihren Familien zu tun haben, relevant für das Erkennen eines Unterstützungsbedarfs an Frühen Hilfen und diesbezüglich zu sensibilisieren, z. B. Kinder- und Jugendhilfe, elementare Bildungs- und Betreuungseinrichtungen, Schulen, diverse Unterstützungs- und Beratungsangebote für Familien und Kinder, Bedienstete in der Kommune etc. (DfE & DoH 2011, 14; NICE 2012, 11).

Frühzeitiges Erkennen eines Bedarfs an Frühen Hilfen durch universelle (aufsuchende) Angebote

Universelle aufsuchende Angebote, die sich an alle Kinder und ihre Familien richten, ermöglichen ein frühzeitiges Erkennen von Familien in belastenden Lebenssituationen (NICE 2012, 9; Fach-

beirat Projekt Frühe Hilfen, 23. 5. 2012; Interview Melzer). Beispiele für universelle aufsuchende Angebote sind Hausbesuche aller neugeborenen Kinder und ihrer Familien (sog. Begrüßungsdienste in den Kommunen; vgl. 6.4.6.3). Berufsgruppen im Gesundheitssystem, die Familien zu Hause besuchen, wie z. B. Familienhebammen, kommt hinsichtlich der Identifizierung von Belastungen ein große Rolle zu (NICE 2012, 10; vgl. 6.4.6.1).

Frühzeitiges Erkennen eines Bedarfs an Frühen Hilfen durch Schaffen eines verzahnten Hilfesystems (Frühe Hilfen)

Sofern Familien mit potenziellem Unterstützungsbedarf identifiziert werden, bedarf es eines verzahnten Hilfesystems, um für die betroffenen Familien entsprechende Unterstützungsleistungen sicherstellen zu können (Landua et al. 2009, 6; Interview Melzer). Konkret bedeutet das für die Praxis, dass die verschiedenen Berufsgruppen in den unterschiedlichen Fachbereichen von Frühen Hilfen (Krankenversorgung, Kinder- und Jugendhilfe etc.) zunächst im Erkennen von Belastungen geschult werden müssen und darin, an wen sie sich in einem Netzwerk von Frühen Hilfen wenden können. Danach muss sichergestellt sein, dass die betroffenen Familien angesichts der Vielzahl an verfügbaren Angeboten an jenes vermittelt werden, das sie im Moment am dringendsten benötigen. (NICE 2012, 11)

Grundsätzlich sollten Familien mit Unterstützungsbedarf nur dann identifiziert werden, wenn Maßnahmen zu ihrer Unterstützung zur Verfügung gestellt werden können – alles andere ist ethisch nicht vertretbar (Fachbeirat Projekt Frühe Hilfen, 23. 5. 2012). Zu berücksichtigen ist, dass nur mit Einverständnis der betroffenen Familien eine Weitervermittlung an ein Netzwerk Frühe Hilfen erfolgen darf (Prinzip der Freiwilligkeit) (Interview Paul).

Hilfreiche Instrumente beim Erkennen eines Bedarfs an Frühen Hilfen

In Deutschland und Österreich wurden Instrumente für unterschiedliche Fachbereiche und Berufsgruppen von Frühen Hilfen entwickelt, die dabei helfen sollen, werdende Eltern und Familien mit Kleinkindern in belastenden Lebenslagen frühzeitig zu erkennen, um sie in der Folge an entsprechende Unterstützungsleistungen weitervermitteln zu können. Diese Instrumente und Verfahren werden im Folgenden kurz dargestellt und bezüglich inhaltlicher Überschneidungen analysiert.

Der „Anhaltbogen für ein vertiefendes Gespräch“ wurde in Deutschland im Rahmen des Modellprojekts „Guter Start ins Kinderleben“ entwickelt und soll Gesundheitsberufe im stationären Bereich unterstützen, Familien in belastenden Lebenslagen zu erkennen. Anhand von fünf Kategorien wird eine Bandbreite von Belastungsfaktoren abgefragt. Nur wenn eine einzelne oder mehrere der angeführten Belastungskategorien zutreffen, wird ein Gespräch mit der Mutter geführt. In diesem wird abgeklärt, ob tatsächlich Unterstützungsbedarf in der Familie besteht und ob eine Weitervermittlung an Hilfsangebote erforderlich ist bzw. von der Familie auch gewünscht wird (der Grundsatz der freiwilligen Inanspruchnahme ist in der Arbeit mit den Familien stets zu berücksichtigen). Auch die vorhandenen Ressourcen der Familien werden im vertiefenden Gespräch abgeklärt, mit dem Ziel, dass die Familien an möglichst passgenaue Hilfsangebote weitergeleitet

werden. Wird aufgrund des Anhaltsbogens und des vertiefenden Gesprächs mit den Eltern ein Risiko drohender oder bestehender Kindeswohlgefährdung angenommen, leisten weitere Instrumente Hilfestellung bei strukturiertem weiteren Vorgehen (sog. Entscheidungsbaum und Handreichungen; vgl. Ziegenhain et al. 2010, 137 f.). Um ein systematisches Identifizieren eines Bedarfs an Frühen Hilfen zu gewährleisten, sollte der Anhaltsbogen bei jeder Mutter unmittelbar vor oder nach der Geburt ausgefüllt werden. Zur Anwendung des Instruments hat sich eine Fortbildung für Gesundheitsberufe bewährt (sog. „Workshop Kinderschutz“) (Ziegenhain et al. 2010, 131 ff.). Grundlage für den „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“ war eine Analyse von Kindler (Meysen, Schönecker & Kindler 2009, zitiert nach Ziegenhain et al. 2010, 131 f.) zu empirisch belegten Belastungsfaktoren für Kindeswohlgefährdung (Vernachlässigung und Miss-handlung) und zu international eingesetzten Instrumentarien zu deren Erfassung.

Im Rahmen des deutschen Modellprojekts „Guter Start ins Kinderleben“ (Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz, Thüringen) wurde auch ein sogenannter „Unterstützungsbogen für die Jugendhilfe“ entwickelt. Dieser soll jene Fachkräfte unterstützen, welche die Durchführung von Hilfemaßnahmen leiten. Die ersten beiden Abschnitte fragen grundlegende und aktuelle Belastungen von Familien ab, der dritte identifiziert mögliche Ressourcen der Eltern. Erläuterungen zum Instrument geben Hinweise, welche Hilfestellungen bei Belastungen geleistet werden können. Grundlage für den „Unterstützungsbogen für die Jugendhilfe“ sind bereits bestehende Instrumente und Methoden der Jugendhilfe. Ziegenhain et al. (2010, 140) weisen darauf hin, dass das Instrument in der Praxis weiterhin erprobt und validiert werden muss.

In Österreich (Vorarlberg) und in Deutschland (Baden-Württemberg) wurde für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Kinderbetreuungseinrichtungen und für Hebammen das Instrument „Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz“ entwickelt, um sie bei einem strukturierten Wahrnehmen von Kindeswohlgefährdung zu unterstützen. Konkret soll das Instrument die Entscheidung erleichtern, ob eine erfahrene Fachkraft bezüglich eines Vorliegens von Kindeswohlgefährdung zur Rücksprache hinzugezogen werden soll. Der Fragebogen wurde in zwei Versionen entwickelt – zum Einsatz „Rund um die Geburt“ und für „Klein- und Vorschulkinder“. Die darin abgefragten Belastungsfaktoren bauen jeweils auf dem „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“ auf (siehe Absatz oben), unterscheiden sich aber in den beiden Versionen, da abhängig vom Alter des Kindes und des Betreuungskontextes unterschiedliche Belastungsfaktoren relevant sind. Allgemeine Angaben zur familiären Situation (z. B. Bezugspersonen, bei denen das Kind lebt) werden abgefragt, damit vorhandene Ressourcen der Familien ermittelt werden können. Formen körperlicher und emotionaler Misshandlung sowie sexueller Missbrauch werden in einem Abschnitt gesondert abgefragt (Künster et al. 2011a, Künster et al. 2011b).

Für Sozialarbeiter/innen bzw. Fachkräfte der Jugendwohlfahrt liegen Instrumentarien für die Erhebung und Bewertung der Kindeswohlgefährdung in der Praxis vor, z. B. das Handbuch von Kindler et al. (Hg.) (2006) für den Allgemeinen Sozialen Dienst in Deutschland. Auf berufsgruppenspezifische Instrumente kann im Rahmen des vorliegenden Berichts nicht eingegangen werden.

Im E-Learning-Modul Frühe Hilfen (vgl. 1.1.1) wird ein Fragebogen zur „Einschätzung von Belastungsfaktoren und Ressourcen“ vom Universitätsklinikum Ulm zur Verfügung gestellt, der den

Anspruch erhebt, ein möglichst breites Spektrum an Belastungsfaktoren und Ressourcen, die für die kindliche Entwicklung eine zentrale Rolle spielen, abzudecken, aber gleichzeitig überschaubar und somit für den Einsatz im Alltag praktikabel zu sein. Eine Gesamteinschätzung der Belastungsfaktoren und Ressourcen zu den einzelnen Themenbereichen ist auf einer fünfstufigen Skala vorgesehen. Empfohlen wird, das Manual des Instruments vor seiner Anwendung in der Fallpraxis durchzuarbeiten (Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm 2011a, 2011b). Ob Erfahrungen zur Anwendung des Instruments in der Praxis bereits vorliegen, wird in den Quellen nicht erläutert.

Erfahrungen zum systematischen Identifizieren von Belastungsfaktoren gibt es in Österreich insbesondere im Bundesland Vorarlberg. Im Rahmen des Pilotprojekts „Netzwerk Familie“ (vgl. 6.2.1, 1.1.1) wurde in Anlehnung an den standardisierten Fragebogen nach Kindler ein eigener Fragebogen zur Risikoeinschätzung entwickelt, der die Netzwerkpartner bei der Dokumentation und Einschätzung der Belastungen unterstützen soll (Meysen, Schönecker, Kindler, 2009, zitiert nach Werner 2010, 13). Diesem Fragebogen liegen ein Punktesystem und ein Ampelmodell zugrunde, die eine Einschätzung des Gefährdungsrisikos erleichtern sollen.

Der Leitfaden für ein vertiefendes Gespräch soll medizinisches Fachpersonal darin unterstützen, besondere Belastungen von werdenden Eltern bzw. von Eltern mit Kleinkindern möglichst frühzeitig und zuverlässig zu erkennen. Den Fragestellungen liegen empirisch gesicherte Gefährdungsfaktoren für frühe Vernachlässigung und Entwicklungsauffälligkeiten bzw. Erziehungsschwierigkeiten zugrunde, einige abschließende Fragen beziehen sich auf Ressourcen im sozialen Umfeld. Die Beantwortung der Fragen aufgrund von Beobachtungen und Informationen soll bei der Abklärung unterstützen, mit welchen Familien ein weiterführendes Gespräch über das freiwillige Angebot des Netzwerks Familie indiziert ist.

Das Netzwerk Familie stellt für Netzwerkpartner auch ein Zuweisungsblatt zur standardisierten Überweisung an das Netzwerk Familie zur Verfügung (Netzwerk Familie 2013). Die Instrumente aus dem Modellprojekt Netzwerk Familie wurden in das Vorarlberger Modell Frühe Hilfen übernommen (telefonische Auskunft von Alexandra Wucher, Netzwerk Familie, am 5. 3. 2013).

Die Analyse der oben dargestellten Instrumente zeigt, dass alle Instrumente Belastungs- und Schutzfaktoren in den unten stehenden Dimensionen abfragen (vgl. Punkt 10.6):

- » individuelle Merkmale des Kindes (z. B. Temperament oder Entwicklung des Kindes),
- » individuelle Merkmale der Eltern/Erziehungsberechtigten (z. B. Lebensgeschichte, Gesundheitszustand der Eltern),
- » beobachtbare Erziehungs- und Beziehungskompetenz der Eltern (z. B. Bedürfnisse des Kindes wahrzunehmen),
- » gegenwärtige Lebenssituation der Familie (z. B. familiäre Situation, soziale Unterstützung, finanzielle Ressourcen).

Je nach Kontext, in dem die Instrumente angewandt werden, werden zusätzlich zu den oben genannten Dimensionen abgefragt die Belastungen und Ressourcen der Familie während der

Schwangerschaft und zum Zeitpunkt der Geburt sowie relevante Aspekte für eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit den Fachkräften.

Auf internationaler Ebene wird eine Vielfalt an Instrumenten zum Erkennen von Familien in belastenden Lebenssituationen angewandt. Kindler (2010, 1076) hat sich im Rahmen eines Literaturreviews dieser Fragestellung gewidmet und zeigt beispielsweise auf, dass bei 35 internationalen Projekten mit Belastungs-Screeningverfahren 23 unterschiedliche Instrumente angewandt wurden. Eine vertiefende Analyse über international angewandte Instrumente in den unterschiedlichen Fachbereichen von Frühen Hilfen kann im Rahmen des vorliegenden Berichts nicht geleistet werden.

Fast alle Modellprojekte in Deutschland halten das Weiterentwickeln und Verwenden einheitlicher Instrumente für sinnvoll: Ein gemeinsames Verständnis von Belastungen bietet Orientierung und Sicherheit und ermöglicht Transparenz; es bietet die Möglichkeit, Familien in unterschiedlichen Angeboten zu vergleichen, und damit eine objektivierbare Basis für die Entscheidung, ob Hilfsangebote geeignet sind (Renner & Heimeshoff 2010, 25).

Erfahrungen der interviewten Praktiker/innen bestätigen, dass evidenzbasierte Instrumentarien Berufsgruppen von Frühen Hilfen beim Erkennen von Belastungsfaktoren unterstützen und ihnen dabei Sicherheit geben können. Es bedarf allerdings weiterer Validierungsstudien, um die Einschätzungsgenauigkeit der Instrumente zu prüfen (Interview Paul; Wucher). Für die stationäre Krankenversorgung, die von einer kurzen Verweildauer der Schwangeren mit knappen, eng getakteten Patientenkontakten der Fachkräfte gekennzeichnet ist, soll in Deutschland ein eigenes Instrumentarium zum Erkennen von Belastungsfaktoren entwickelt werden (Interview Paul).

Hilfreiche Verfahren beim Erkennen eines Bedarfs an Frühen Hilfen

Erfahrungen zum Einsatz von standardisierten Verfahren mit dem Blick auf Kindeswohlgefährdung liegen vor, sie erzielen allerdings keine treffsicheren Ergebnisse und bedürfen weiterer Validierungsstudien.

Um Familien mit Unterstützungsbedarf zu erkennen, wird auf internationaler Ebene häufig auf Screeningverfahren zurückgegriffen, die u. a. auch den Einsatz von Instrumenten vorsehen. Laut der Analyse von Kindler (2010, 1076) werden diese Verfahren überwiegend im Rahmen der Geburtshilfe oder bei Kindervorsorgeuntersuchungen eingesetzt und scheinen grundsätzlich als systematische Zugangswege zu Zielgruppen von Frühen Hilfen geeignet zu sein. Aufgrund einer hohen Anzahl falsch-positiver Einschätzungen bei solchen Belastungsscreenings – Familien, die als belastet eingestuft werden, aber im weiteren Verlauf nicht durch Kindeswohlgefährdung betroffen waren –, sind im Bereich Frühe Hilfen Belastungsverfahren nur dann empfehlenswert, wenn weitere Validierungsstudien für die Instrumente durchgeführt werden und wenn Kinder und Familien jenseits der Verhinderung von Kindeswohlgefährdung von Frühe-Hilfen-Programmen profitieren, z. B. durch Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung. Darüber hinaus muss gewährleistet ist, dass bei jeglichen Screeningverfahren eine Stigmatisierung von Zielgruppen verhindert wird. (Kindler 2010, 1078).

In Deutschland wird als Reaktion auf die öffentlich gewordenen Fälle von Kindermisshandlung, -verwahrlosung oder -missbrauch versucht, die bestehenden Früherkennungsuntersuchungen für ein frühzeitiges Erkennen auch von Kindeswohlgefährdung zu nutzen. Früherkennungsuntersuchungen sind in Deutschland zur Identifizierung von Krankheiten sowie körperlichen, geistigen und sozialen Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen gesetzlich vorgeschrieben. Seit der Einführung des Programms 1971 wurde es inzwischen auf insgesamt elf reguläre und drei zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen ausgeweitet; davon finden acht zwischen dem ersten und vierten Lebensjahr statt. Gesetzlich verankert ist, dass bei Verdacht auf Kindesvernachlässigung oder -misshandlung der zu untersuchende Arzt / die zu untersuchende Ärztin die notwendigen Schritte einzuleiten hat. Verbindliche Einladungs-, Erinnerungs- bzw. Meldeverfahren sollen die Beteiligungsrate an den Früherkennungsuntersuchungen insbesondere für Kinder aus sozial benachteiligten Lebenslagen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko und niedriger Inanspruchnahme erhöhen. Thaiss et al. 2010 (1029–1032) resümieren auf Basis von ersten Erfahrungen aus den sechs Bundesländern Saarland, Rheinland-Pfalz, Brandenburg, Nordrhein-Westfalen, Bremen und Schleswig-Holstein, dass durch die verbindlichen Einladungs- und Erinnerungssysteme zwar die Inanspruchnahmerate an der Früherkennungsuntersuchung insgesamt gestiegen ist – vor allem bei Kindern ab dem vierten Lebensjahr und bei schwer erreichbaren Familien mit sozialen Belastungen –, sie jedoch „als alleiniges Instrument zur lückenlosen Identifizierung von Kindeswohlgefährdung im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung nur äußerst bedingt geeignet sind“ (Thaiss et al 2010, 1031). Die Gründe dafür variieren zum Teil in den Bundesländern und werden in der Publikation von Thaiss et al. (2010) ausgeführt. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen resümiert in seinem Gutachten von 2009 (vgl. SVR 2009, 255), dass „die verbindlichen Früherkennungsuntersuchungen in Deutschland in momentaner Form kein zielgerichtetes Instrument in Hinblick auf das Erkennen von gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung ist“ und erläutert Gründe und Verbesserungspotenziale.

Als Gegenstück zur Früherkennungsuntersuchung in Deutschland ist in Österreich der 1974 eingeführte Mutter-Kind-Pass mit seinen gesetzlich vorgeschriebenen Untersuchungen zu nennen. Das Forschungsinstitut LBI-HTA (2013) hat Grundlagen für eine mögliche Neuorientierung des Mutter-Kind-Passes erarbeitet (sog. Eltern-Kind-Vorsorge neu). Der Fachbeirat des Projekts Frühe Hilfen und Ergebnisse aus den Interviews weisen darauf hin, dass der Mutter-Kind-Pass in Hinblick auf Frühe Hilfen relevant sein könnte (Fachbeirat Projekt Frühe Hilfen, 23. 5. 2012; Interview Wucher). Inwiefern der Mutter-Kind-Pass für Frühe Hilfen genutzt werden könnte, bedarf spezifischer Analysen und kann auf Basis der vorliegenden Evidenz nicht abgeleitet werden.

Generell zu berücksichtigen ist, dass der Einsatz von Verfahren und Instrumenten zum Identifizieren von Familien mit Unterstützungsbedarf durch Frühe Hilfen nur dann sinnvoll ist, wenn die Unterstützung im Rahmen des Frühe-Hilfen-System sichergestellt ist (Kindler 2010, 1078).

6.4.6 Zugang zu allen Schwangeren, Eltern mit Kindern / universelle Angebote

Frühe Hilfen tragen in der Arbeit mit den Familien dazu bei, die Ressourcen für eine gesunde Entwicklung von Kindern zu stärken bzw. Belastungsfaktoren zu reduzieren. Voraussetzung für das Gelingen von Frühen Hilfen ist ein frühzeitiger, systematischer und umfassender Zugang zu den zentralen Zielgruppen von Frühen Hilfen (Renner 2010, 1049).

Zentrales Ergebnis aus der vorliegenden Evidenz ist, dass Frühe Hilfen über universelle Maßnahmen und Angebote einen Zugang zu allen werdenden Eltern und Familien herstellen sollen und darauf aufbauend über sekundärpräventive/indizierte Angebote einen Zugang zu solchen in belastenden Lebenssituationen. Demnach sollte in einem Netzwerk Frühe Hilfen immer eine Angebotskombination von primärpräventiven/universellen und sekundärpräventiven/indizierten Angeboten bestehen (SVR 2009, 253; Keupp 2010, 1016; persönliche Mitteilung Paul, Dezember 2011; Marmot Review 2010; DoHSSPS 2009, 31; NICE 2012, 8). Eine solche Angebotskombination birgt den Vorteil, dass ansonsten schwer erreichbare Familien in belastenden Lebenssituationen über primärpräventive Angebote von Frühen Hilfen stigmatisierungsfrei identifiziert und erreicht werden können und auf diese Weise gesundheitliche Ungleichheit reduziert werden kann.

Im Folgenden werden universelle Zugänge und Angebote von Frühen Hilfen vorgestellt. Sekundärpräventive/selektive bzw. indizierte Zugänge und Angebote finden sich unter 6.4.7.

6.4.6.1 Zugang über Fachkräfte im Gesundheitssystem

Fast alle Familien haben während der Schwangerschaft, nach der Geburt und in den ersten Lebensjahren des Kindes Kontakt zu Einrichtungen des Gesundheitssystems. Folglich ist es naheliegend, den bestehenden Kontakt zur Zielgruppe und ihr Vertrauen in die Berufsgruppen zu nutzen, um Familien im Bedarfsfall zu motivieren, Unterstützungsangebote von Frühen Hilfen in Anspruch nehmen (Interview Paul, Ruso, Wucher; Hilgers et al. o. J., 19; Landua et al. 2009, 46).

Insbesondere der Ärzteschaft (vor allem niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen und Pädiaterinnen/Pädiatern) und den Hebammen wird bezüglich des Zugangs ein hoher Stellenwert eingeräumt, da sie Akzeptanz in der Zielgruppe finden und ihr Angebot nicht als stigmatisierend, sondern als unterstützend empfunden wird (Fachbeirat Projekt Frühe Hilfen, 23. 5. 2012; Interview Wucher; Markom 2012, o. S.; Renner 2010, 1050; Trzeszkowski 2010, 77; Zsivkovits 2012, o. S.; vgl. „Neuvola“ in 6.2.3). In der stationären Krankenversorgung kommen insbesondere den Geburtsstationen, der Gynäkologie und der Pädiatrie eine zentrale Rolle beim Identifizieren von Familien in belastenden Lebenssituationen zu (Interview Wucher). Diesbezüglich wird auch auf die bedeutende Rolle der Pflegeberufe, der Allgemeinmediziner/innen, Psychologinnen und Psychologen und Psychiater/innen und Hebammen im niedergelassenen Bereich hingewiesen. Auch der Elternberatung und anderen Sozialberufen kommt diesbezüglich eine wichtige Rolle zu (Interview Wucher).

In stationären Einrichtungen und niedergelassenen Arztpraxen im Gesundheitssystem sollen unterstützungsbedürftige Familien zunächst erkannt und an ein Netzwerk Frühe Hilfen zugewiesen werden, wo sie in der Folge an passgenaue Unterstützungsangebote vermittelt werden. Instrumentarien können Berufsgruppen bei der Identifizierung von Belastungsfaktoren behilflich sein (vgl. 6.4.5). Damit der Zugang zu Familien über das Gesundheitssystem und seine Berufsgruppen gelingt, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- » Das Vertrauensverhältnis zwischen den Fachkräften und den Familien muss geschützt bleiben, z. B. durch Wahrung der (ärztlichen) Schweigepflicht und des Datenschutzes, Weiterleitung von Familien zu Unterstützungsangeboten nur nach deren Zustimmung etc., da ansonsten der Zugang zur Zielgruppe zerstört würde (Interview Paul).
- » In der Wahrnehmung der Bevölkerung darf es nicht zu einer Vermischung von Aufgaben der unterschiedlichen Berufsgruppen aus Gesundheits- und Sozialbereich kommen, z. B. darf nicht der Eindruck entstehen, dass Hebammen eine Kontrollfunktion in Sinne des Jugendamts wahrnehmen. Ein „Schutz der Berufsbilder“ ist zentral (Interview Paul).
- » Fortbildungen und Sensibilisierungsmaßnahmen für einschlägige Berufsgruppen in der Krankenversorgung/-pflege sind erforderlich, um sie für das Erkennen von Familien in belastenden Lebenslagen zu qualifizieren (Evaluation & Co 2010, 3; Interview Paul, Wucher). Auch andere Berufsgruppen, die mit werdenden Müttern und Familien mit Kleinkindern in Kontakt kommen, sind fortzubilden, z. B. Fachpersonal in der Kinderbetreuung, Sozialbetreuung, etc.
- » Pro Krankenhaus bzw. niedergelassene Praxis hat es sich bewährt eine für Frühe Hilfen verantwortliche Person zu haben, die sich für das Erkennen von Familien in belastenden Lebenssituationen verantwortlich fühlt und bei Bedarf an die entsprechende Stelle im Frühe-Hilfen-Netzwerk vermittelt (Interview Wucher). Diese Person sollte in engem Kontakt mit dem Netzwerk Frühe Hilfen stehen, idealerweise themenspezifische Fortbildungen für Mitarbeiter/innen organisieren und die Relevanz des Themas Frühe Hilfen in ihrem Arbeitsumfeld präsent halten. Der letzte Punkt ist insofern wichtig, als Fälle von Kindeswohlgefährdung im Alltag der unterschiedlichen Berufsgruppen nicht täglich oder wöchentlich auftreten, weshalb die Wichtigkeit des Themas in Vergessenheit gerät und die Sensibilität dafür häufig verloren geht (Interview Wucher).
- » Empfohlen wird, individuelle Zugangswege für jedes kooperierende Krankenhaus / für jede kooperierende Einrichtung zu ermöglichen. Erfahrungen aus Vorarlberg zeigen bis dato, dass ein bundeslandweit einheitlicher Zugang zu allen Krankenhausstationen anfangs schwierig realisierbar ist und eher Widerstände gegen ein Programm fördern würde. Dennoch soll gewährleistet sein, dass jede Familie unabhängig vom Wohnort im selben Ausmaß vom Angebot profitieren kann. Zusätzlicher Dokumentationsaufwand für die Krankenhausstationen bzw. Arztpraxen sollte möglichst gering gehalten werden. Im Rahmen von Kooperationsgesprächen wäre beispielsweise zu klären, ob vereinbarte Maßnahmen bei Patientinnen und Patienten im Krankenhausdokumentationssystem und auch im Arztbrief festgehalten werden können. Damit wäre der Informationstransfer zwischen stationärer Einrichtung und den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zu den geplanten Interventionen für Familien in belastenden Lebenssituationen gewährleistet und ein weiterer Schritt in Richtung nachhaltiger Unterstützung gesetzt. Der Abklärungsfokus sollte nicht auf prä- und perinatale Phasen begrenzt sein, sondern zumindest bis zum zweiten Geburtstag des Kindes rei-

chen. Eine Kooperation mit weiteren Krankenhausstationen wäre hierfür notwendige Voraussetzung. (Evaluation & Co 2010, 3).

6.4.6.2 Zugang über Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe, des Bildungs- und Sozialsystems

Neben Berufsgruppen im Gesundheitssystem sind grundsätzlich alle Einrichtungen, Institutionen und Berufsgruppen, die mit Kindern und ihren Familien Kontakt haben, relevant für einen Zugang zu den Familien, z. B. Kinder- und Jugendhilfe, elementare Bildungs- und Betreuungseinrichtungen, Schulen, diverse Unterstützungs- und Beratungsangebote für Familien und Kinder (z. B. Elternberatung), Bedienstete in der Kommune etc. (DfE & DoH 2011, 14; NICE 2012, 11; Trzeszkowski 2010, 77; Interview Wucher).

Die mit der Inanspruchnahme von Hilfs- und Unterstützungsgeboten einhergehende Stigmatisierung ist eine der größten Barrieren für Eltern, von diesen Angeboten Gebrauch zu machen. Eine Koppelung von Hilfs- und Unterstützungsangeboten an Institutionen, Einrichtungen, deren Nutzen von der Familien als „normal“ erachtet wird, z. B. Schulen, Arztpraxen etc., kann den Zugang zur Zielgruppe erleichtern. (DoHSSPS 2009, 29)

Eine Angebotsform, die verschiedene Angebote von unterschiedlichen Professionen aus den Bereichen Bildung, Soziales und Jugendhilfe vereint, sind Familienzentren. Familienzentren nehmen in der vorliegenden Evidenz zur Förderung einer gesunden Entwicklung von Kindern eine zentrale Stelle ein und sollen daher im Folgenden erläutert werden.

Familienzentren

Fehlende oder unübersichtliche Information über bestehende Angebote, weite Anfahrtswege zu räumlich verteilten Angeboten und eine grundsätzliche Hemmschwelle der Familien hinsichtlich einer Annahme von Hilfen führen oft dazu, dass Unterstützungsangebote nicht in Anspruch genommen werden. Durch sogenannte Familienzentren wird versucht, dem Wunsch der Familien Rechnung zu tragen, eine zentrale Anlaufstelle im unmittelbaren Wohnumfeld zu haben, die zu Fragen rund um die Geburt bzw. zur Entwicklung des Kindes umfassend beraten kann und – falls nicht vor Ort integriert – an entsprechende Angebote der Gesundheitsförderung und frühen Förderung weitervermittelt.

Familienzentren umfassen vielfältige, multiprofessionelle Beratungs- und Kinderbetreuungsangebote für Familien. In den skandinavischen Ländern sind beispielsweise auch einzelne Leistungen aus dem Gesundheitssystem in die Familienzentren integriert (vgl. 6.2.3). In Deutschland stellen Familienzentren vorschulische Kinderbetreuungseinrichtungen dar, die spezifische Beratungsangebote für Kinder und ihre Familien bereit halten (vgl. 6.2.2).

Ein niederschwelliger Zugang zu den Familien zeichnet die Familienzentren aus. Dieser wird insbesondere durch kurze und einfache Anfahrtswege sowie kostenfreie und multiprofessionelle

Angebote, die an den Bedürfnissen der Zielgruppe vor Ort ausgerichtet sind, gewährleistet. Familienzentren richten sich an alle Bevölkerungsgruppen; mit den Familienzentren wird in der öffentlichen Wahrnehmung keine Stigmatisierung in Verbindung gebracht.

Über Familienzentren kann also ein stigmatisierungsfreier Zugang zu ansonsten schwer erreichbaren Zielgruppen gefunden werden, die ihren Bedürfnissen entsprechend an spezifische Angebote von Frühen Hilfen weitervermittelt werden (Williams 2010, 17; Hafen 2012, 56; vgl. Punkt 6.4.7.5). Positive Erfahrungen mit der Erreichbarkeit von Familien in belastenden Lebenslagen berichten auch Familienzentren in Schottland (Hallam 2008, 89).

Familienzentren als „Center-based“-Angebote mit „Kommstrukturen“ stehen allen Familien offen, setzen aber die Eigeninitiative der Familien voraus (Landua et al. 2009, 44). Daher sollten für Familien in belastenden Lebenslagen qualifizierte und zumindest in Teilen aufsuchende Hilfen in Familienzentren integriert werden (DJI 2007, zitiert nach Landua et al. 2009, 44).

Der Ausbau von Familienzentren mit ausreichender Ausstattung von Ressourcen (idealerweise Bündelung von Ressourcen aus verschiedenen Bereichen) sollte flächendeckend, aber insbesondere in sozioökonomisch schlechter gestellten Stadtteilen forciert werden (Möllmann et al. o. J., 24).

6.4.6.3 Universelle aufsuchende Angebote

Zentraler Bestandteil eines Frühe-Hilfen-Systems sind sogenannte „aufsuchende Angebote“ für Familien während der Schwangerschaft, zum Zeitpunkt der Geburt und in den ersten Lebensjahren des Kindes. Hierbei werden grundsätzlich zwei Zugangsformen unterschieden, die in der Praxis häufig miteinander verschränkt sind: universelle, aufsuchende Angebote, die allen Schwangeren und Familien mit Kleinkindern zur Verfügung gestellt werden, und zielgruppenspezifische aufsuchende Angebote, die – wie der Name schon andeutet – für bestimmte Personengruppen aus der Zielgruppe zur Verfügung stehen (Erstere wird im Folgenden dargestellt, Zweitere unter 6.4.7.4). „Aufsuchend“ meint bei beiden Zugangsformen einen direkten Kontakt mit der Zielgruppe in ihrer gewohnten Umgebung, z. B. zu Hause, im Wohnviertel, in Freizeiteinrichtungen/-anlagen, im Kindergarten, in der Schule etc. Durchgeführt werden aufsuchende Angebote von unterschiedlichen Berufsgruppen, wobei im Bezug auf Frühe Hilfen im deutschsprachigen Raum häufig Hebammen, Krankenschwestern oder Sozialarbeiter/innen diese Aufgabe übernehmen.

Winkler et al. 2012 geben in ihrer Arbeit einen Überblick über verschiedene öffentlich finanzierte aufsuchende Angebotsformen für Schwangere und junge Familien in europäischen Ländern und über unterschiedliche Berufsbilder der ausführenden Berufsgruppen. Trotz einer großen Bandbreite an unterschiedlichen Formen von aufsuchenden Angeboten und der darin vorgesehenen Leistungen lassen sich zwei gemeinsame Merkmale aufsuchender Angebote festhalten: Aufsuchende Angebote sind prinzipiell immer Teil einer Gesamtstrategie zur Erbringung von Krankenversorgungsleistungen und/oder Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen, und sie

haben primär die Intention, Unterstützungsbedarf in den Familien festzustellen (Winkler et al. 2012, 23 ff.). Aufsuchende Angebote sollen dem ethischen Grundsatz des Vermeidens von Stigmatisierung entsprechen, indem die aufsuchenden Berufsgruppen der Familie stets mit einer wertschätzenden Haltung „auf Augenhöhe“ begegnen (Winkler et al. 2012, 34).

In Bezug auf Frühe Hilfen in Österreich scheint eine Form von universellen aufsuchenden Angeboten von zentraler Relevanz zu sein: niederschwellige Besuchsdienste für Familien mit einem neugeborenen Kind mit dem primären Ziel, einen Erstkontakt herzustellen. Diese soll im Folgenden beschrieben werden.

Niederschwellige Besuchsdienste für Familien mit einem neugeborenen Kind, um einen Erstkontakt herzustellen

Damit Familien in belastenden Lebenslagen rechtzeitig Unterstützung erhalten, bedarf es funktionierender Maßnahmen zur Herstellung eines Erstkontaktes. Einen Erstkontakt zwischen dem Netzwerk Frühe Hilfen und der Familie so früh wie möglich herzustellen, wird auch vom Fachbeirat des Projekts Frühe Hilfen empfohlen (Fachbeirat des Projekts Frühe Hilfen 23. 5. 2012).

In den deutschen Kommunen wird zumeist mit einer Kombination von unterschiedlichen Maßnahmen und Angeboten versucht, den Erstkontakt zu den Familien herzustellen. Solche Maßnahmen und Angebote umfassen laut einer Befragung von Jugend- und Gesundheitsämtern folgende Punkte (Reihung nach Häufigkeit ihres Einsatzes): schriftliches Informationsmaterial („Begrüßungspakete“), Anlauf-/Vermittlungsstellen für Familien, niederschwellige Besuchsdienste, Sprechstunden (z. B. in einer Geburtsklinik), Telefonhotlines (Sann 2011, 13).

Im Rahmen von sog. „Begrüßungsdiensten“ werden neugeborene Kinder unmittelbar nach ihrer Geburt zu Hause besucht. Eltern bekommen häufig ein Willkommensgeschenk mit Informationsmaterial über bestehende Angebote und deren Kontakte überreicht. Sofern Eltern Fragen zur kindlichen Erziehung und Versorgung haben, können diese gleich beantwortet werden (Interview Melzer), bzw. werden die Eltern informiert, an wen sie sich wenden können (Interview Paul). Durch die Begrüßungsdienste wird ein erster persönlicher Kontakt möglichst frühzeitig mit den Familien hergestellt und auf diesem Wege versucht, einen Zugang zur Zielgruppe zu finden (Interview Melzer, Paul). Ein gelungener Erstkontakt mit der Familie ist wichtig, um einen Anknüpfungspunkt für eine weitere Betreuung zu haben.

Begrüßungsdienste erfolgen auf freiwilliger Basis, d. h., Familien können einen Besuch ablehnen. Kommunen versuchen nun mit unterschiedlichen Maßnahmen, die Akzeptanz der Hausbesuche bei Familien zu erhöhen (siehe Beispiele aus der Praxis zu aufsuchenden Programmen aus Deutschland & Österreich weiter unten).

Erfahrungen aus Deutschland zeigen, dass Begrüßungsdienste in Kommunen flächendeckend angeboten werden sollten und nicht begrenzt auf sozioökonomisch benachteiligte Wohnviertel (sog. sozialen Brennpunkten), denn dies würde zu einer Stigmatisierung und in der Folge zur Ablehnung des Angebots führen (Interview Paul).

Die Professionalität jener, die Begrüßungsdienste durchführen, ist sehr wichtig hinsichtlich der Akzeptanz des Angebots durch die Eltern. Eltern schätzen es, wenn sie von einer ausgebildeten Fachkraft besucht werden und ihre Fragen zur Pflege, Entwicklung und Ernährung (Stillen) des Kindes an diese Fachkraft stellen können (Interview Melzer). Begrüßungsdienste können von ehrenamtlichen Personen durchgeführt werden, vorausgesetzt, dass sie entsprechend geschult und professionell begleitet werden und nicht von ihnen erwartet wird, Familien mit Unterstützungsbedarf zu identifizieren (Interview Paul).

Bei einem Angebot zur Herstellung des Erstkontaktes sollte das Wort „Hilfe“ möglichst vermieden werden, denn das Eingestehen, Hilfe zu benötigen, stellt für Eltern häufig eine Barriere für die Inanspruchnahme von Leistungen dar. Vielmehr sollte durch Anreize versucht werden, sie für eine Teilnahme zu gewinnen, z. B. über ein Paket mit nützlichen Gebrauchsgegenständen für Kind und Familie rund um die Geburt (Fachbeirat des Projekts Frühe Hilfen 23. 5. 2012).

Beispiele aus der Praxis zu universell aufsuchenden Programmen aus Deutschland und Österreich

In Dormagen (vgl. 6.2.2, 1.1.1) wird allen Eltern nach Geburt ihres Kindes ein „Babybegrüßungspaket“ von einem Sozialarbeiter / einer Sozialarbeiterin des Jugendamtes überbracht. Zunächst erhalten die Familien ein Glückwunschsreiben vom Bürgermeister, das über das Babybegrüßungspaket informiert und einen Termin für den Hausbesuch vorschlägt. Im Rahmen des Hausbesuchs werden den Eltern nützliche Gebrauchsgegenstände überreicht, wie Rauchmelder, Kochbuch, Informationsbroschüre zum Thema Mundhygiene für Baby samt Kinderzahnbürste, DVD zu den ersten zwei Lebensjahren des Kindes und ein sog. Elternbegleitbuch. Letzteres enthält praktische Hinweise zur Ernährung, Pflege und Entwicklung des Kindes, eine Beschreibung von Angeboten für Eltern und Kinder in der Kommune, Informationen zu Kinderbetreuungsmöglichkeiten, Gutscheine von ortsansässigen Einrichtungen, nützliche Formulare wie z. B. Antrag auf Kindergeld etc. (Hilgers et al. o. J., 13; Trzeszkowski 2010, 72). Der Hausbesuch der Sozialarbeiterin / des Sozialarbeiters ist für Familien nicht verpflichtend und auch nicht diskriminierend, da sich das Angebot an alle Eltern richtet. Es wird sichergestellt, dass alle Eltern hilfreiche Informationen über das Elternbegleitbuch erhalten. Durch den persönlichen Erstkontakt mit der Sozialarbeiterin / dem Sozialarbeiter wird ein positiver Aufbau eines Bezugs zwischen Familie und Fachkraft begünstigt. Bei Bedarf kann auf die individuelle Situation der Familie beratend eingegangen werden (Hilgers et al. o. J., 15). Der Hausbesuch erfolgt immer nach Zustimmung der Familien, wobei derzeit rund 99 Prozent der Familien dem Erstbesuch zustimmen (Gold et al. 2012b, 7).

In Berlin wird versucht, über Hausbesuche des Gesundheitsamtes einen Erstkontakt zu allen Familien mit Neugeborenen herzustellen. Dieser Besuchsdienst ist für Familien nicht verpflichtend und wird laut der Tageszeitung „Berliner Morgenpost“ (2012) derzeit noch von rund einem Drittel der Familien abgelehnt. In den Berliner Bezirken versucht man nun mit unterschiedlichen Anreizen (z. B. Geschenken, Gutscheinen) die Akzeptanz des Hausbesuchs durch das Gesundheitsamt zu erhöhen. Im Bezirk Marzahn-Hellersdorf erhalten beispielsweise seit 2010 alle Eltern für ihr neugeborenes Kind vom Bezirksamt einen Familiengutschein im Wert von 40 Euro. Dieser Gutschein wird mit dem Begrüßungsschreiben des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes ver-

schickt, indem mitunter der Hausbesuch des Gesundheitsamts¹⁴ angekündigt wird. Der Gut-schein ist nicht auf andere Personen übertragbar und auch nicht in Bargeld ablösbar, kann aber bis zum zweiten Geburtstag des Kindes für verschiedene Angebote eingelöst werden. Im Bezirk Neukölln wird versucht, mittels Comic-Flyer auch Familien mit geringen Deutschkenntnissen den Nutzen des Hausbesuchs verständlich zu machen (Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf o. J.; Möll-mann et al. o. J., 10; Netzwerk Rund um die Geburt o. J.)

Um Zugang zu Familien über Begrüßungsdienste herzustellen, erhalten alle Familien in Korneu-burg/Niederösterreich bei der Anmeldung ihres neugeborenen Kindes eine Informationsmappe mit dem Hinweis, dass das von der Kommune zur Verfügung gestellte Startpaket, der sog. Wä-scherucksack, von einer mobilen Kinderkrankenschwester (vgl. 6.2.1) zu Hause vorbeigebracht wird (Interview Melzer). Die Eltern hinterlassen ihre Telefonnummer und werden von der mobilen Kinderkrankenschwester bezüglich eines Termins kontaktiert. Lehnt eine Familie einen Hausbe-such ab (die Einwilligung der Eltern ist Voraussetzung für den Hausbesuch), kann das Wäschepa-cket im Büro der Kinderkrankenschwester abgeholt werden. Eltern sind aufgrund von medialen Kampagnen über das Angebot meist schon informiert und bereiten – wissend, dass eine Kinder-krankenschwester und ausgebildete Stillberaterin vorbeikommt – oftmals Fragen vor, die sie beim Hausbesuch mit der Fachkraft besprechen wollen. (Interview Melzer) Durch den Hausbe-such wird möglichst früh ein Erstkontakt zu den Familien hergestellt, es wird aber darauf hinge-wiesen, dass der Hausbesuch nie unangemeldet erfolgen darf (Melzer 2013, 4). Hausbesuche können bei Bedarf auch von den Eltern angefordert werden (Melzer 2013, 9). Zugang zu den Fa-milien erhält die mobile Kinderkrankenpflegerin in Korneuburg auch über das ortansässige Krankenhaus. In diesem kommt die mobile Kinderkrankenschwester zweimal pro Woche auf die Geburtshilfestation und informiert über ihr Angebot (Melzer 2013, 4). Darüber hinaus vermitteln die verschiedenen Berufsgruppen, Ärzteschaft, Sozialarbeiter/innen, Hebammen etc., die Famili-en an die mobile Kinderkrankenschwester. Eltern nehmen aber auch von sich aus Kontakt mit ihr auf. Das kommt häufig dann vor, wenn aus „„Kinderproblemen“ „Pubertätsprobleme“ werden und sich Eltern an die Unterstützung der mobilen Kinderkrankenschwester zurück erinnern“ (Winkler et al. 2012, 95). Darüber hinaus ist die mobile Kinderkrankenschwester für Eltern täglich im Rahmen einer Telefonstunde erreichbar (Melzer 2013, 9).

Die starke politische Unterstützung des Programms, dessen Empfehlung durch die Kommune und die laufende Präsenz in lokalen Medien und auf der Website der Stadtgemeinde tragen dazu bei, dass die Ziele des Angebots für Familien transparent sind, dass es als seriöses Angebot wahrgenommen wird und dass der Hausbesuch hohe Akzeptanz bei den Familien findet (Inter-view Melzer).

14

Der Besuchsdienst in Marzahn-Hellersdorf wird von einer Sozialpädagogin vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamts durchgeführt. Sie berät Familien hinsichtlich Fragen zur Ernährung (Stillen), Pflege, Erziehung des Kindes sowie bei familiären und wirtschaftlichen Problemen, leistet Hilfestellung bei Ämtergängen und begleitet Familien in Krisen- und Überlastungssituationen.

6.4.6.4 Zugang zu Informationen für Eltern über verschiedene Informationswege und –technologien

Familien sollten auf vielen Wegen Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen in verschiedenen Formaten haben, z. B. persönliche Beratungsangebote, Informationsbroschüren, elektronische Medien etc. (DoHSSPS 2009, 29).

Zugang zu Informationen über das Internet

Das Internet hat als Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen enorm an Bedeutung gewonnen. Internet ist für den Großteil der Bevölkerung in den entwickelten Ländern heutzutage sehr leicht zugänglich. Für viele Familien ist die Hemmschwelle, sich zunächst Beratung über das Internet zu holen, sehr viel niedriger, als persönlich Kontakt aufzunehmen (Nederlands Jeugd Instituut 2010, 7).

Informationen über Angebote von Frühen Hilfen finden sich heutzutage auch auf den Webplattformen von Institutionen und Einrichtungen. Häufig sichten Eltern zunächst die Website eines Angebots im Internet und nehmen erst in einem nächsten Schritt Kontakt mit der Einrichtung auf (Interview Wucher). Inhalte von Webseiten sollten von Fachexperten bereitgestellt werden, damit die Websites auch gegoogelt werden (Interview Ruso).

Zu berücksichtigen ist, dass im Internet zwar eine Hülle an Informationen zu finden ist, doch neueste Forschungserkenntnisse zeigen auch, dass Eltern Probleme haben, spezifische Informationen im Internet zu finden, wenn sie diese benötigen. Damit im Internet verfügbare Informationen für Eltern noch leichter zugänglich werden, bedarf es weiterer Forschung (DfE & DoH 2011, 40).

Zugang zu Beratungsangeboten über das Internet

Für viele Familien ist die Hemmschwelle, sich Beratung im Internet zu holen, sehr viel niedriger, als wenn es darum geht, Angebote vor Ort aufzusuchen oder in ihrem Umfeld Personen diesbezüglich zu kontaktieren.

Zunehmend stellen Eltern Anfragen zu bestimmten Themen per E-Mail. Die Hemmschwelle, bei einer Institution persönlich anzurufen, wird oft auch nach Erstkontakt per E-Mail nicht überwunden (Interview Melzer). Fragen per E-Mail zu beantworten kann sehr ressourcenaufwendig sein, da alle Eventualitäten in einer Situation beschrieben werden müssen (Interview Melzer). Eine gezielte Beantwortung von Fragen kann abhängig von der Fragestellung effizienter in einem persönlichen Gespräch realisierbar sein. In diesem Fall kann in einem Antwortschreiben zur persönlichen Kontaktaufnahme gebeten werden, die allerdings von rund der Hälfte bis zu einem Drittel der Anfragenden nicht wahrgenommen wird (Interview Melzer).

Um Antworten auf Fragen zur Entwicklung und Versorgung des Kindes zu bekommen, nutzen Familien vermehrt Elternforen im Internet. Elternforen beinhalten häufig Erfahrungsberichte und Meinungen von einzelnen Müttern; diese werden von anderen Müttern sehr ernst genommen, was mitunter eine gewisse Gefahr birgt, dass einzelne Meinungen und Erfahrungen von Müttern kurzschlüssig und ohne Abklärung mit einer Fachkraft auf die eigene Situation übertragen werden (Interview Melzer).

Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass über Facebook der Zugang zur Zielgruppe erleichtert werden kann, da immer mehr Menschen über Facebook kommunizieren (Interview Melzer, Ruso). Facebook ist insbesondere dann hilfreich, wenn kurzfristig Themen voranzutreiben sind, z. B. Veranstaltungen anzukündigen, aber auch Interessen/Bedürfnisse der Zielgruppe abzufragen (Interview Ruso). Beim Einsatz von Webseiten und Facebook-Accounts sollte das damit verfolgte Ziel gut überlegt werden (Interview Ruso). Gewinnspiele oder mehrsprachige Videoclips zu relevanten Themen für die Zielgruppe, z. B. Ernährung, stehen im Internet kostenlos zur Verfügung und können heruntergeladen werden (Interview Ruso). Sie stellen eine niederschwellige Informationsquelle bzw. Zugangsmöglichkeit zur Zielgruppe dar.

Das Verbreiten von Informationen zu Angeboten von Frühen Hilfen mittels Online-Plattformen kann deren Zugänglichkeit für Eltern erleichtern (auch in den unterschiedlichen Muttersprachen der Zielgruppe) (Möllmann et al. o. J., 10).

Einzelne (nationale) Initiativen zur Unterstützung von Familien in europäischen Ländern forcieren auch den Ausbau von Online-Beratungs- und Unterstützungsangeboten für Familien (DfE & DoH 2011, 40; Ahnquist et al. 2012, o. S.).

Beispiel aus der Praxis – Virtuelles Jugend- und Familienzentrum

In den Niederlanden wird empfohlen, virtuelle Jugend- und Familienzentren einzurichten, die über eine Website die Möglichkeit bieten, Fragen zum Thema Kinderentwicklung und -erziehung zu stellen, die in der Folge von den Fachkräften des Jugend- und Familienzentrums beantwortet werden. Gewinnt die zuständige Fachkraft den Eindruck, dass eine Antwort in dieser Form nicht ausreicht, wird die anfragende Person zu einem Chat eingeladen (Person bleibt anonym). Bei Bedarf wird auch ein persönliches Beratungsgespräch im Jugend- und Familienzentrum organisiert. Über den virtuellen Kontakt zwischen den Fachkräften und der Zielgruppe wird eine Vertrauensbasis aufgebaut und der Zugang auch für „reale“ Angebote des Jugend- und Familienzentrums erleichtert. (Nederlands Jeugd Instituut 2010, 7)

Niederschwelliges Informationsmaterial im Rahmen von Frühen Hilfen

Fachkräfte in der Gesundheitsförderung bzw. im Bereich Frühe Hilfen verwenden in ihrer Arbeit mit den Familien in der Regel Informationsmaterial, z. B. Broschüren, Ratgeber für Familien etc. Gut aufbereitetes Informationsmaterial soll den Fachkräften den Zugang zu Familien erleichtern, indem es auf bestehende Angebote hinweist und die Informationsvermittlung unterstützt. Familien sollen durch Informationsmaterial und positive Berichtserstattung in Medien motiviert wer-

den, Angebote in Anspruch zu nehmen (Renner & Heimeshoff 2010, 26). Zunehmend haben Praktiker/innen und Wissenschaftler/innen Kritik an bestehendem Informationsmaterial der Gesundheitsförderung geübt: Es orientiere sich durch seine Gestaltung und Aufmachung (z. B. Bildmaterial, Textlänge) vorwiegend an Familien der Mittelschicht. Für Familien mit niedriger Lesekompetenz, geringen Deutschkenntnissen oder aber auch für sehr junge Eltern sei der Nutzen von derartigem Informationsmaterial daher fraglich. (Adamaszek & Gnau 2012, 4)

Im Rahmen einer Fachkräftebefragung unter n = 19 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der deutschen Modellprojekte (vgl. 6.2.2) wurde untersucht, ob das im Rahmen von Frühen Hilfen zur Verfügung gestellte Informationsmaterial für Schwangere und Familien mit Kleinkindern – insbesondere für solche in belastenden Lebenslagen – geeignet ist (Adamaszek & Gnau 2012, 5). Auf Basis der Untersuchungsergebnisse sind erste generelle Empfehlungen abgeleitet worden, wie zielgruppengerichtetes Informationsmaterial im Bereich Frühe Hilfen gestaltet werden könnte:

- » Informationsmaterial sollte in bunten, kompakten Formaten verfasst werden, das die Neugierde der Zielgruppe weckt.
- » Die Bildauswahl sollte sich an der realen Lebenswelt der Zielgruppe orientieren (Menschen aus verschiedenen Kulturen, auf Mittelschichtattribute bei Kleidung und Wohnung verzichten, stattdessen Menschen in den Vordergrund rücken etc., z. B. Bild einer jungen Mutter mit grünen Haaren mit ihrem Kind).
- » Informationen sollten in einer möglichst einfachen Sprache möglichst in knappen Umfang, aber auch in der Sprache der Menschen mit Migrationshintergrund dargestellt werden, z. B. überschaubare Textfelder mit wichtigen Informationen, Piktogramme. Eine Platzierung der wichtigsten Informationen unmittelbar unter- oder oberhalb der Bilder und Fotos wird vorgeschlagen, da diese Informationen am ehesten gelesen werden.
- » Bebilderungen, z. B. Comics, Bilderabfolgen, die Sachverhalte erklären oder Handlungsmöglichkeiten aufzeigen, sollen vermehrt eingesetzt werden.
- » Anstelle von umfangreichen Broschüren sind möglichst komprimierte Formate mit den wichtigsten Informationen zu erstellen.
- » Verschiedene Formen von Medien sollten eingesetzt werden, z. B. Flyer, Poster, Websites, DVDs, Fernsehbeiträge zu bestimmten Tageszeiten, Audio-CDs, interaktive PC-Spiele, die mit Informationswebsites verlinkt sind.
- » Informationsmaterial sollte auf dem neuesten Stand der Wissenschaft sein und über unterschiedliche Beratungsangebote informieren. (Adamaszek & Gnau 2012, 20 f.)
- » Informationsmaterial sollte für die Familien kostenlos sein.

Ein bilingualer Zugang zu Informationen und Angeboten für Familien mit Migrationshintergrund, die der Amtssprache des Landes nicht mächtig sind, sollte auf Basis internationaler Empfehlungen bereitgestellt werden (DoHSSPS 2009, 29).

Praxisbeispiel zu niederschwelligem Informationsmaterial aus Österreich

Im Rahmen der Initiative „Baby-friendly Hospitals“ wurde ein bebildeter Still-Leitfaden entwickelt. Dieser soll dazu beitragen, sozioökonomisch benachteiligte Frauen und Frauen mit Migrationshintergrund zu erreichen. Der Still-Leitfaden wurde interdisziplinär erarbeitet (Vernetzungstreffen Vorsorgemittel 2012).

6.4.7 Zugang zu schwer erreichbaren Familien / indizierte Angebote

Zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass gerade jene Eltern, die hohen Unterstützungsbedarf haben, durch Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote oftmals nicht erreicht werden (sog. Präventionsdilemma). Aus diesem Grund bedarf es neuer Zugangswege für diese Zielgruppen.

Auf Grundlage eines umfassenden primärpräventiven Zugangs zu allen Familien ist es möglich, einen Zugang speziell zu belasteten Familien herzustellen, der ohne Stigmatisierung der Zielgruppen auskommt, und gleichzeitig einen Beitrag zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit zu leisten (SVR 2009, 253). Primärpräventive Angebote erlauben eine Identifizierung von Familien in belastenden Lebenslagen (Fachbeirat Projekt Frühe Hilfen, 23. 5. 2012; vgl. 6.4.6).

Universelle/primärpräventive Zugangswege und Angebote werden in Punkt 6.4.6 des Berichts ausführlich erläutert. Nachfolgend wird unter 6.4.7.1, 6.4.7.2 und 6.4.7.3 die Bedeutung universeller Zugangswege für das Erreichen von Familien in belastenden Lebenslagen unterstrichen. In den anschließenden Unterkapiteln finden sich Ansätze und Strategien, die auf das Erreichen von Familien in belastenden Lebenssituationen im Speziellen abzielen.

6.4.7.1 Zugang über Fachkräfte im Gesundheitssystem

Ein Zugang zu den Zielgruppen über das Gesundheitssystem ist nicht stigmatisierend, da dieses von fast allen Frauen rund um die Geburt ihres Kindes in Anspruch genommen wird (Paul 2012; Interview Melzer, Wucher). Bestehende Zugänge zu Familien über Gynäkologinnen und Gynäkologen, Hebammen, Pädiater/innen etc., die Frauen während der Schwangerschaft bzw. zum Zeitpunkt der Geburt aufsuchen, können für Frühe Hilfen genutzt werden, indem die jeweiligen Berufsgruppen und Einrichtungen über das Netzwerk Frühe Hilfen und seine Angebote vor Ort informiert sind und die Familien in belastenden Lebenslagen entsprechend vermitteln (Adamaszek et al. 2013a, 58; Möllmann et al. o. J., 10).

Eine erfolgreiche Identifikation von Familien in belastenden Lebenslagen über die Krankenversorgung gelingt in Deutschland im Rahmen zahlreicher Projekte, z. B. Guter Start ins Kinderleben, Babylotsen plus (vgl. 6.2.2). Eine erfolgreiche Identifikation von Familien in belastenden Lebenslagen über das Gesundheitssystem gelingt in Österreich beispielsweise im Netzwerk Familie in Vorarlberg oder in der FEM-Ambulanz im Wilhelminenspital (vgl. Punkt 6.2.1).

6.4.7.2 Zugang über Fachkräfte der Jugendhilfe, des Bildungs- und Sozialsystems

Kontaktpersonen zu Familien, z. B. über Einrichtungen und Angebote, die von den Familien während der Schwangerschaft bzw. in den ersten Lebensjahren des Kindes besucht werden, sollen über ein Netzwerk Frühe Hilfen und seine Akteurinnen und Akteure informiert sein und die Familien an die entsprechenden Angebote im Netzwerk vermitteln (Möllmann et al. o. J. 9). Die Evaluation des deutschen Modellprojekts „Pro Kind“ (vgl. 6.2.2) zeigt, dass neben niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen auch Schwangerschaftsberatungsstellen, das Jugendamt und der Arbeitsmarktservice am häufigsten Kontakte zu Schwangeren in belastenden Lebenssituationen haben und somit relevante Kooperationspartner darstellen, um einen Zugang zur Zielgruppe zu finden (Adamaszek et al. 2013a, 58). Den Zugang zu belasteten Familien über das Jugendamt, aber auch über die Kommunen herzustellen, wird aus den Ergebnissen der Interviews bekräftigt (Interview Melzer, Wucher).

Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialbereich, die mit Familien in Kontakt kommen, benötigen hinreichend Fort- und Weiterbildungen, um im Rahmen ihres Kontaktes mit der Familie deren Interesse und Teilnahmemotivation zu stärken (vgl. 6.4.7.7). Ansprechende Informationsmaterialien sollen die Fachkräfte dabei unterstützen (vgl. 6.4.6.4).

6.4.7.3 Netzwerk Frühe Hilfen

Inbesondere zum Zeitpunkt der Geburt und in den ersten Lebensjahren eines Kindes sind im Bedarfsfall verzahnte Hilfesysteme zwischen Gesundheits- und Sozialwesen erforderlich, um Familien in belastenden Lebenslagen zu identifizieren und zu unterstützen (Landua et al. 2009, 6). Um die Gesundheit von Kindern in belastenden Lebenslagen zu fördern, die häufig von mehrfachen Problemen betroffen sind, kommt der Zusammenarbeit der verschiedenen Akteurinnen und Akteure im Bereich Frühe Hilfen eine zentrale Bedeutung zu. Beispielsweise sollen die verschiedenen Berufsgruppen über bestehende Angebote informiert sein und eine koordinierte Weitervermittlung an entsprechende Hilfsangebote sicherstellen (DFE & DoH 2011, 44). Familien können mitunter zusätzlich motiviert werden, Hilfsangebote im Netzwerk in Anspruch zu nehmen, wenn diese von einer Person empfohlen werden, mit der bereits ein positiver Kontakt besteht, z. B. Hebamme, Allgemeinmediziner/in (Renner & Heimeshoff 2010, 26). Akteurinnen und Akteure im Netzwerk Frühe Hilfen müssen vernetzt sein und miteinander kommunizieren, ansonsten ist ein Netzwerk Frühe Hilfen und sein Zugang zu den Familien zahnlos (Interview Wucher).

Für einen erfolgreichen Zugang zur Zielgruppe über ein Netzwerk Frühe Hilfen ist eine Stelle vonnöten, die eine zentrale Steuerungsfunktion für eine bedarfsgerechte Unterstützung der Familien auf lokaler Ebene übernimmt und Familien an passgenaue Angebote vermittelt (Möllmann et al. o. J., 9; Interview Wucher; vgl. 1.1.1). Am Beispiel eines bundeslandweiten Frühe-Hilfen-Netzwerkes in Vorarlberg kann die Funktion einer solchen zentralen Stelle veranschaulicht werden (vgl. 1.1.1). Zugänge zu Familien (in belastenden Lebenssituation) über ein Netzwerk Frühe

Hilfen benötigen ausreichend Zeit, um sich zu etablieren. Erfahrungen aus „Pro Kind“ (vgl. 6.2.2) zeigen: Je länger die befragten Fachkräfte mit dem Programm vertraut waren, „desto stärker war ihre Vermittlungsaktivität“ (Adamaszek et al. 2013a, 59).

Funktionierende Kooperation und Vernetzung der beteiligten Akteurinnen und Akteure von Frühen Hilfen sind Voraussetzung für einen erfolgreichen Zugang zur Zielgruppe. (Abschnitt 1.1 des vorliegenden Berichts widmet sich diesen Fragestellungen.)

6.4.7.4 Aufsuchende Angebote für spezifische Zielgruppen

Zentrales Ergebnis aus der vorliegenden Evidenz ist, dass Familien in belastenden Lebenssituationen, die durch Maßnahmen in der Gesundheitsförderung bzw. im Bereich Frühe Hilfen bislang nicht bzw. nicht im notwendigen Ausmaß erreicht wurden, über aufsuchende Angebote erreicht werden können (Fachbeirat Projekt Frühe Hilfen, 23. 5. 2012; Keupp 2010, 1014; Interview Melzer, Paul, Ruso, Wucher; Jané-Llopis & Anderson 2005, 11; Jayaratne et al. 2010, 10; Marmot Review 2010, 22; NICE 2012, 52; vgl. 6.4.6.3). Aufsuchende Fachkräfte von Frühen Hilfen begleiten Familien in belastenden Lebenslagen individuell und ermöglichen ihnen Zugang zu lokalen Unterstützungsangeboten.

Aufsuchende Angebote für belastende Familien werden grundsätzlich von unterschiedlichen Berufsgruppen mit entsprechender Zusatzqualifikation durchgeführt, wobei im Bezug auf Frühe Hilfen häufig Hebammen, Krankenschwestern, Familienhelferinnen oder Sozialarbeiter/innen diese Aufgabe wahrnehmen (Möllmann et al. o. J., 9; vgl. 6.4.6.3). Aufsuchende Angebote können aber auch von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren durchgeführt werden, z. B. in Form von Patenschaftsdiensten (Möllmann et al. o. J., 9; vgl. 6.4.7.6).

Bei aufsuchenden Angeboten für Kinder in belastenden Lebenslagen sowie in der frühen Förderung und Kinderbetreuung generell sollte dem Ansatz der Lebenslaufperspektive (vgl. 3.2) gefolgt werden und der Fokus auf soziales und emotionales Wohlbefinden von Kindern gelegt werden, da dies die Basis für eine gesunde Entwicklung darstellt (NICE 2012, 7).

Aufsuchende Angebote müssen in einem Netzwerk Frühe Hilfen jedenfalls integriert sein, damit der Kontakt zwischen Familie und aufsuchendem Angebot tatsächlich hergestellt werden kann (Interview Melzer), z. B. über die Geburtsklinik oder die Zentralstelle des Netzwerks Frühe Hilfen.

Am Beispiel Frühe-Hilfen-Netzwerkes in Vorarlberg findet der aufsuchende Erstkontakt mit Familien immer von zwei Mitarbeiterinnen des Netzwerks statt, um die Gegebenheiten vor Ort besser beobachten und gleichzeitig gewährleisten zu können, dass eine fixe Ansprechperson (auch in der Urlaubszeit, bei krankheitsbedingten Abwesenheiten etc.) für die Familien weiterhin vor Ort zur Verfügung steht (Interview Wucher). Berufsgruppen, die (aufsuchend) mit den Familien arbeiten, benötigen ausreichend Kompetenzen für ihre Aufgaben (Interview Paul) (vgl. 6.4.7.7).

Folgende allgemeine Empfehlungen zu aufsuchenden Angeboten für Familien (in belastenden Lebenslagen) zum Zeitpunkt rund um die Geburt des Kindes und in seinen ersten Lebensjahren können auf Grundlage umfassender Literaturanalyse abgeleitet werden (NICE 2012, 12 ff.):

- » Aufsuchende Angebote sollten mehrere, in regelmäßigen Abständen aufeinanderfolgende Hausbesuche von qualifiziertem Personal in einem festgelegten Zeitraum umfassen, der lang genug ist, dass eine vertrauensvolle Beziehung zwischen der Familie und der Fachkraft aufgebaut werden und eine positive Entwicklung des Kindes gefördert werden kann.
- » In das aufsuchende Programm sollten grundsätzlich beide Elternteile einbezogen werden, aber auch andere Familienmitglieder (vorausgesetzt, die Eltern sind mit der Vorgehensweise einverstanden). Zu berücksichtigen sind die Prioritäten der Familie hinsichtlich Haushaltsführung und Erwerbstätigkeit.
- » Die vermittelten Inhalte bzw. die Unterstützungsleistungen im Rahmen eines einzelnen Hausbesuchs sollten auf einem Gesamtkonzept aufbauen, das spezifische Ziele verfolgt in Hinblick auf die Sensitivität der Mutter bezüglich der Bedürfnisse ihres Kindes, auf die Stärkung der Mutter-Kind-Beziehung und der Elternkompetenz oder Frühförderung (z. B. Sprachförderung). Sofern möglich, sollte auch die Stärkung der Vater-Kind-Beziehung Gegenstand von aufsuchenden Angeboten sein bzw. die Einbeziehung der Väter in die aufsuchenden Angebote erfolgen. Interventionen, die im Rahmen von aufsuchenden Angeboten durchgeführt werden, sollten evidenzbasiert sein.
- » Die Muttersprache der Eltern sollte berücksichtigt werden, d. h., für jene die der Amtssprache des Landes nicht mächtig sind, sind entsprechende Vorbereitungen bzw. Unterstützungsleistungen zu treffen. Die gegebenenfalls verschiedenen Ansichten der Eltern hinsichtlich der Erziehung des Kindes bzw. deren Erwartungen an das Kind sollten miteinbezogen werden.
- » Aufsuchende Fachkräfte sollten – sofern erforderlich – Familien motivieren, Angebote von anderen Akteurinnen und Akteuren aus dem Netzwerk in Anspruch zu nehmen, z. B. Eltern-Kind-Zentrum, Familienzentrum etc.
- » Das Ausmaß der Beteiligung der Eltern am aufsuchenden Angebot ist von der Fachkraft regelmäßig zu prüfen. Wenn Eltern das aufsuchende Programm vorzeitig beenden möchten, sollte ihnen zunächst eine Pause angeboten werden, um so das Risiko eines tatsächlichen Abbruchs zu verringern. Wenn die Eltern das aufsuchende Angebot dennoch vorzeitig beenden, sollte die Fachkraft aber weiterhin versuchen, mit den Familien regelmäßig Kontakt zu halten.

Erfahrungen zu aufsuchenden Begleitungen von Familien in belastenden Lebenssituationen aus Deutschland

Aufsuchende Begleitung von Familien durch Familienhebammen (Deutschland)

Bezüglich eines Zugangs zu Familien in belastenden Lebenssituationen wird in Deutschland auf positiven Erfahrungen mit Familienhebammen aufgebaut, die primär aufsuchende Hilfeleistun-

gen in der Schwangerschaft und im ersten Lebensjahr des Kindes anbieten (Renner 2010, 1054; vgl. 6.2.2).

Der Zugang zu den Familien wird über das grundsätzlich hohe Vertrauen und die Akzeptanz der Mütter in (Familien-)Hebammen erleichtert. Die Zugangswege können unterschiedlich gestaltet sein: Frauen nehmen von sich aus Kontakt mit den Familienhebammen auf, bzw. jene, die dazu selbst nicht in der Lage sind, werden von Akteurinnen und Akteuren des lokalen Netzwerks Frühe Hilfen erkannt, und – nach Einverständnis der betroffenen Familien – eine erste Kontaktaufnahme durch die Familienhebamme wird organisiert. Voraussetzung für einen erfolgreichen Zugang ist, dass Familienhebammen in ein Netzwerk Frühe Hilfen integriert sind und mit dessen Akteurinnen und Akteuren kooperieren (BZgA 2011, 26; Paul 2012; Lange & Liebald 2012). Die Niederschwelligkeit des Angebots (aufsuchende Form, kostenlose Inanspruchnahme, Einbezug der individuellen Bedürfnisse der Familien etc.) erleichtert den Zugang für die Zielgruppe.

Ergebnisse aus zwei Modellprojekten in Deutschland zeigen, dass Familienhebammen auf freiwilliger Basis agieren sollten und nicht im Rahmen eines Kontrollauftrags des Jugendamts, da sonst Vertrauen und Zugang zerstört werden könnten (Paul 2012). Eltern lehnen beispielsweise die Begleitung durch eine Familienhebamme ab, weil sie negative Erfahrungen mit Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern des Jugendhilfesystems gemacht haben und eine Vermischung von Hilfe und Kontrolle befürchten (Makowky & Schücking 2010, zitiert nach Mattern & Lange 2012, 73). Um in der Öffentlichkeit eine Assoziation von Hebammenarbeit mit jugendamtlicher Kontrolle zu vermeiden, wurde in Deutschland beispielsweise auch die Finanzierung der Familienhebammenarbeit vom Jugendamt abgelehnt (Mattern & Lange 2012, 73).

Aufsuchende, ganzheitliche Förderung von erstgebärenden schwangeren Frauen und ihren Familien („Pro Kind“ aus Deutschland)

Im Rahmen von Hausbesuchen begleiten Hebammen (in Kombination mit Sozialpädagoginnen) erstgebärende Frauen in belastenden Lebenslagen von der Schwangerschaft bis zum zweiten Geburtstag des Kindes (Renner & Heimeshoff 2010; Brand & Jungmann (Hg.) 2013; Möllmann et al. o. J., 10; vgl. 6.2.2). Durch die „Geh-Struktur“ des Programms – Familienbegleiter/innen gehen zu den Familien nach Hause – können Zugangsbarrieren überwunden werden, etwa lange Anfahrtswege, fehlende Betreuungsmöglichkeiten für weitere Kinder in den Familien, fehlendes Wissen über bestehende Angebote etc. Der Erstkontakt mit den Schwangeren wird großteils über die Berufsgruppen und Institutionen, die im Alltag Kontakt zu den Schwangeren haben, hergestellt. (Refle 2010, 59ff)

Auf Basis der umfassenden Programmevaluation von „Pro Kind“ lassen sich folgende Empfehlungen hinsichtlich eines Zugangs zu sozial benachteiligten Familien ableiten:

- » Eine Vernetzung mit lokalen Anbieterinnen/Anbietern im Zusammenhang mit Frühen Hilfen ist notwendig, um die Vermittlung von unterstützungsbedürftigen Familien an das Programm sicherzustellen (Pro Kind ist integraler Bestandteil des Landesprojektes „Netzwerke für Kinderschutz – Pro Kind Sachsen“). Kooperationspartner/innen müssen hinsichtlich des

Angebots und seines Nutzens sensibilisiert werden, damit sie ihre Aufgabe, unterstützungsbedürftige Familien zu übermitteln, auch tatsächlich wahrnehmen (vgl. 1.1.1).

- » Neben den Kooperationspartnerinnen/-partnern im Frühe-Hilfen-Netzwerk sind weitere Zugangswege zu identifizieren (wo oder durch wen können potenzielle Programmteilnehmer/innen zum Zeitpunkt rund um die Geburt erreicht werden?). Dabei sind jene Zugangswege herauszufinden, die es am ehesten ermöglichen, dass das Angebot freiwillig, ohne Druck und mit viel Vertrauen von der Zielgruppe wahrgenommen wird. (Adamaszek et al. 2013a, 59 f.)
- » Als Voraussetzung für Zugang und Aufnahme von Familien in das Netzwerk Frühe Hilfen bzw. in ein Angebot von Frühen Hilfen sollte die freiwillige Teilnahme am Programm gewährleistet sein (Adamaszek et al. 2013a, 51). Bei „Pro Kind“ wird eine schriftliche Einverständniserklärung unterzeichnet, die die wichtigsten Vereinbarungen der Zusammenarbeit enthält (Hausbesuchssetting, vorgesehener Zeitraum der Begleitung, Rücktrittsmöglichkeiten etc.). Ist die Schwangere minderjährig, werden die Sorgeberechtigten mit einbezogen. (Adamaszek et al. 2013a, 60)
- » Es bedarf eines Verfahrens zur Klärung, ob das Angebot für potenzielle Teilnehmer/innen, die entweder von den Kooperationspartnern zugewiesen wurden oder sich selbst gemeldet haben, passend ist (sog. Clearing). Bei Pro Kind wird dies zunächst auf Basis eines (telefonischen) Vorgesprächs abgeklärt. In einem zweiten Schritt wird ein erstes persönliches Treffen mit der Familienhebamme arrangiert, das nach Möglichkeit als Hausbesuch gestaltet wird. Im Falle, dass ein Hausbesuch von der Schwangeren abgelehnt wird, findet das erste Treffen an einem anderen Ort statt, der von den Betroffenen ausgesucht wird. Fahrtkosten zum vereinbarten Treffpunkt werden vom Programm übernommen. (Adamaszek et al. 2013a, 59 f.)
- » Das Auslegen von Werbeträgern an Orten, die von der Zielgruppe häufig frequentiert werden, unterstützt die Widererkennung des Angebots, z. B. in Supermärkten, Ordinationen der Allgemeinmediziner/innen, Kinderbildungs- und Kinderbetreuungseinrichtungen, Apotheken etc. Informationsmaterial soll bei Kooperationspartnern gut sichtbar aufgelegt werden. (Adamaszek et al. 2013a, 60)
- » Erfahrungen aus der Praxis haben gezeigt, dass es in Regel nicht ausreicht, Schwangere und Familien über ein Angebot zu informieren. Die Barriere, sich bei einem Angebot anzumelden, ist häufig hoch. Deshalb ist der Erstkontakt über die Berufsgruppen und Institutionen so wichtig, die Familien nicht nur über Angebote informieren, sondern sie auch zur Teilnahme motivieren und an das Angebot vermitteln sollen. (Refle 2010, 65)

Erfahrungen zur aufsuchenden Begleitungen von Familien in belastenden Lebenssituationen aus Österreich

Eine Einschätzung über den Status quo zu aufsuchenden Angeboten für Schwangere, Eltern und Kinder in Österreich ist auf Basis einer Expertenbefragung von Anfang 2012 möglich. Diese zeigt, dass ein Großteil der in der Befragung erfassten aufsuchenden Angebote auf Familien mit medizinischen und/oder sozialmedizinischen Belastungsfaktoren fokussieren. (Winkler et al. 2012, 8)

Im Folgenden werden die im Rahmen der Evidenzsuche identifizierten aufsuchenden Angebote in Österreich, die sich an Familien in belastenden Lebenssituationen richten, hinsichtlich ihres Zugangs zur Zielgruppe beschrieben. Ausführliche Projektbeschreibungen finden sich unter 6.2.1.

Erfahrungen aus dem steirischen Gesundheitsförderungsprojekt MIA – Mütter in Aktion (vgl. 6.2.1) zeigen, dass Hausbesuche als eine niederschwellige Maßnahme geeignet sind, um bildungsferne, sozial benachteiligte Menschen zu erreichen. Ein Gesprächsleitfaden unterstützt aufsuchende Berufsgruppen bei einem systematischen Vorgehen (Groth et al. 2010, 28). In Wohngebieten mit einem hohen Anteil von Familien mit Migrationshintergrund wird auf Basis der Projekterfahrungen empfohlen, muttersprachliche Dolmetscherinnen in den Hausbesuch einzubinden, um Sprachbarrieren zu überwinden. Bei der Auswahl der Dolmetscherinnen ist darauf zu achten, dass diese nicht aus dem nahen Umfeld der besuchten Frau stammt, um deren Anonymität zu wahren (Groth et al. 2010, 30). Aufsuchende Berufsgruppen sind auf Hausbesuche vorzubereiten und zu schulen. Die persönliche Haltung der Fachkraft ist dabei entscheidend. Ausreichend und realistisch bemessene (zeitliche) Ressourcen für Vorbereitung, Organisation und Durchführung der Hausbesuche sind einzuplanen (Empfehlung liegt bei vier Stunden pro Hausbesuch inklusive Vorbereitungs-, Weg-, Gesprächs- und Nachbereitungszeit). In der Vorbereitungsphase sind beispielsweise zeitliche Ressourcen für eine schriftliche Ankündigung der Hausbesuche einzuplanen, um deren Akzeptanz bei den Betroffenen zu erhöhen. Die schriftliche Ankündigung sollte von der Gemeinde ausgesendet werden, um dem Angebot einen offiziellen Charakter zu verleihen und dadurch wiederum dessen Akzeptanz zu erhöhen (Groth et al. 2010, 30).

Zugang zur Zielgruppe erfolgt in der Elternberatungseinrichtung im Wilhelminenspital (FEM-Elternambulanz; vgl. 6.2.1) u. a. über die enge Zusammenarbeit mit der Geburtsstation des Hauses, deren Mitarbeiter/innen betroffene Frauen vermitteln. Im Rahmen der psychosozialen Begleitung für Familien aus hochbelastetem Umfeld in Wien (Grow Together; vgl. 6.2.1) soll neben der Zuweisung der Familien über das Jugendamt über die Kooperation mit verschiedenen Akteurinnen und Akteuren der Zugang zur Zielgruppe hergestellt werden, z. B. Eltern-Kind-Zentren. Im Pilotprojekt Schwangerenbetreuung durch Hebammen in Wien (vgl. 6.2.1) werden Frauen über die ortsansässigen stationären Krankenhauseinrichtungen dem Angebot zugewiesen. Der Zugang zu den Familienhebammen in Wien erfolgt über Hebammenstützpunkte, Krankenhäuser und Eltern-Kind-Zentren. Mehrsprachige Beratung soll den Angebotszugang für die Zielgruppe erleichtern.

Die aufsuchende therapeutisch ambulante Familienberatung (TAF) in Salzburg (vgl. 6.2.1) erlangt Zugang zu den Zielgruppen über die Zusammenarbeit mit den regionalen Jugendämtern, die auf Basis regelmäßiger Kontakte und fachlichen Austauschs mit TAF kooperieren. Das Jugendamt wird zumeist von anderen Einrichtungen über das Vorliegen von Problemsituationen in einer Familie informiert, z. B. von Schulen, Horten, Krankenhäusern etc. Der erste Kontakt von TAF erfolgt bei der Familie zu Hause oder am Jugendamt. Die eigentliche Therapie findet im Wohnbereich der betroffenen Familie statt. Dieses Angebot ist für die Zielgruppe kostenlos und durch seinen aufsuchenden Zugang sehr niederschwellig (Winkler et al. 2012, 97–99).

6.4.7.5 Niederschwellige Angebote im sozialen Nahraum

Frühe Hilfen Angebote sollen sich an den Bedürfnissen der Zielgruppe orientieren, stigmatisierungsfrei sein und sich im sozialen Nahraum der Familien befinden, um ihnen den Zugang zu erleichtern, z. B. im Einkaufszentrum, bei Festen und Veranstaltungen, im Kindergarten, in Kirchen und Moscheen etc. (DoHSSPS 2009, 30; Möllmann et al. o. J., 9; Interview Melzer, Ruso).

Beispiele für niederschwellige Angebote im sozialen Nahraum sind Mutterfrühstücke, Krabbelgruppen, Babyschwimmen, Baby- und Kinderkleidungsbasare, arbeitsmarktrelevante Qualifizierungsangebote etc. (Möllmann et al. o. J., 9). Im Folgenden soll auf zwei niederschwellige Angebotsformen eingegangen werden, die sich auf Basis der zugrunde liegenden Evidenz als von zentraler Bedeutung herausgestellt haben.

Bildungs- und Betreuungseinrichtungen & Familienzentren

Um das gesunde Aufwachsen von Kindern in belastenden Lebenslagen zu fördern, wird vorgeschlagen, qualitativ hochwertige vorschulische Bildungs- und Betreuungseinrichtungen bereitzustellen. Der Zugang zu Familien über elementare Kinderbildungs- und Kinderbetreuungseinrichtung wird grundsätzlich als sehr gut eingeschätzt, da ein Großteil Drei- bis Sechsjähriger diese besuchen und Eltern grundsätzlich großes Vertrauen in Pädagoginnen und Pädagogen der Einrichtungen haben (MGFFI 2009, 8–10).

Bildungs- und Betreuungseinrichtungen sollten möglichst flexible Öffnungszeiten anbieten, um Eltern eine hohe Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben mit der Kinderbetreuung zu ermöglichen. Jegliche Barrieren, die Eltern hindern könnten, ihr Kind in Betreuung zu geben, sollten aus dem Weg geräumt werden, z. B. geographische Reichweite, Transportkosten, jegliche Form der Diskriminierung (NICE 2012, 14).

In Deutschland wird der Ausbau von Kinderbetreuungseinrichtungen zu Familienzentren empfohlen (vgl. 6.2.2, 6.4.6.2), mit diesem Ansatz sollen insbesondere auch sozioökonomisch benachteiligte Familien erreicht werden. Der Zugang von Familienberatungs- und Familienbildungseinrichtungen zu den Familien kann durch die niederschwellige Ausrichtung der Familienzentren verbessert werden (MGFFI 2009, 8–10). Beispielsweise werden Beratungsangebote oder Informationsveranstaltung vor Ort im Familienzentrum durchgeführt oder bei Bedarf aufsuchende Hilfen vermittelt. Angebote von Kooperationspartnerinnen/-partnern des Familienzentrums, die nicht unmittelbar im Familienzentrum angesiedelt sind, müssen in Reichweite sein, damit sie leicht zugänglich für die Zielgruppe sind. Die Qualitätsstandards der Familienzentren legen diesbezüglich eine Gehweite von maximal 1,5 km fest. In ländlichen Gebieten gibt es spezielle Regelungen (MFKJKS 2011, 5). Der Fachbeirat weist darauf hin, dass es für Menschen in belastenden Lebenslagen einfacher ist, wenn an einem Standort mehrere Angebote gebündelt sind und nicht verschiedene Anlaufstellen aufgesucht werden müssen (Fachbeirat Projekt Frühe Hilfen, 23. 5. 2012). Auch in anderen europäischen Ländern ist der Ansatz von Familienzentren häufig verbreitet (vgl. 6.2.3).

Insbesondere in sozial benachteiligten Stadtteilen leisten elementare Bildungs- und Betreuungseinrichtungen einen wichtigen Beitrag, um die Familienfreundlichkeit des Wohngebietes zu erhöhen. Beispiele für Good-Practice-Projekt sind *Monheim für Kinder, Kita Regenbogen, Das schmeckt gut!* (Gold et al. 2012a, 29 f.). Eine Förderung der sozialen Netzwerke von Eltern kann durch Familienzentren oder Kinderbetreuungseinrichtungen mitunter unterstützt werden (Gold et al. 2012a, 29).

Erfahrungen von Good-Practice-Projekten aus Deutschland zeigen, dass Angebote zur Förderung der Elternkompetenz, die an elementare Bildungseinrichtungen gekoppelt sind, von den Eltern eher angenommen werden (vgl. Good-Practice-Beispiel *Mo.Ki – Monheim für Kinder*, BZgA 2011, 90 ff.; Gold et al. 2012a, 31). Die Integration von Gesundheitsförderungsangeboten im Alltag von elementaren Bildungseinrichtungen zeigt insbesondere bei sozial benachteiligten Kindern positive Effekte auf die Gesundheit von Kindern (vgl. Good-Practice-Projekt *Fitness für Kids*; BZgA 2011, 414). Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie Handbücher zum Thema Integration von Gesundheitsförderungsangeboten in den Alltag von elementaren Bildungseinrichtungen haben sich im Good-Practice-Angebot *Ernährung, Umwelt, Zahngesundheit und Bewegung in Kitas* bewährt (vgl. BZgA 2011, 412; Gold et al. 2012a, 30).

Es bedarf Strategien, um den Anteil sozial benachteiligter Kinder zu erhöhen, die in elementaren Bildungseinrichtungen betreut werden. Ängste, Vorbehalte und finanzielle Hemmnisse hinsichtlich eines Besuchs des eigenen Kindes in einer elementaren Bildungseinrichtung sind bei sozial benachteiligten Familien abzubauen. (Gold et al. 2012a, 32)

Eltern-Kind-Treffpunkte

Offene Treffpunkte – Familien können ohne Einladung oder Anmeldung vorbeischaun – sind für die Zielgruppe wichtig (Ahnquist et al. 2012; Fachbeirat Projekt Frühe Hilfen, 23. 5. 2012; Möllmann et al. o. J., 22; vgl. Good-Practice-Projekte in Tabelle 10.6). Mütter haben das Bedürfnis, sich regelmäßig zu treffen und sich untereinander auszutauschen (Interview Wucher). Über niederschwellige Müttertreffpunkte, z. B. Eltern-Cafés, kann ein Zugang zu Müttern und ihren Kindern gefunden werden (Interview Melzer, Ruso).

Treffpunkte für Mütter erfüllen das Kriterium der Niederschwelligkeit dann, wenn sie leicht erreichbar sind (indem sie in ihrem Wohnumfeld angeboten werden), kostenlos sind (selbst geringe Kostenbeiträge stellen eine Hürde für die Inanspruchnahme der Angebote dar), kontinuierlich angeboten werden (in regelmäßigen Abständen an bestimmten Wochentagen) und die Möglichkeit bieten, die eigenen Kinder mitzubringen (Angebot ist so ausgerichtet, dass Kinder sich wohlfühlen, z. B. Vorhandensein von altersgerechtem Spielmaterial) (Interview Melzer, Ruso, Wucher).

Die Koppelung von Müttertreffen mit Fachthemen (Gastvorträge zur kindlichen Entwicklung, Erziehung, Ernährung, Erste Hilfe) finden bei Müttern hohe Akzeptanz (Interview Ruso, Wucher).

Wesentlich für das Erreichen der Zielgruppe ist es auch, im Zuge der Programmplanung bzw. -umsetzung zu überlegen, wie die Mütter vom Angebot erfahren sollen, und sicherzustellen, dass dessen Ziele klar benannt sind (Interview Melzer, Wucher).

Bei der Einrichtung von Elterntreffpunkten sind die unterschiedlichen Gegebenheiten vor Ort zu berücksichtigen, z. B. wo siedelt sich das Angebot an, mit wem wird kooperiert etc. (Interview Ruso). Im Zuge von Elterntreffpunkten sprechen Mütter aktuelle Fragen, Belastungen und Probleme häufig von sich aus an und können in der Folge an entsprechende Angebote weitervermittelt werden (Interview Melzer, Ruso).

Der Fachbeirat weist darauf hin, dass eine Mischung von Eltern mit unterschiedlichem sozio-ökonomischem Status in Gruppenangeboten oft nicht gut funktioniert und benachteiligte Gruppen dann häufig Angebote nicht mehr in Anspruch nehmen. In ländlichen Gebieten ist dieses Phänomen meist weniger stark ausgeprägt als in städtischen (Fachbeirat Projekt Frühe Hilfen, 23. 5. 2012).

Erfahrungen aus Österreich

Der Müttertreffpunkt Babycouch in Niederösterreich (vgl. 6.2.1) bietet einen möglichst niederschweligen Zugang zu Migrantinnen und Migranten, indem das Projekt Veranstaltungen oder Vereine der Zielgruppe besucht oder auch Veranstaltungen in der Moschee organisiert, z. B. gemeinsames Kochen. Das Angebot ist für die Zielgruppe kostenlos (Interview Ruso). Über das Projekt erfahren die Mütter durch die Website und die Facebook-Seite des Projekts. Gynäkologinnen und Gynäkologen verteilen zudem im Rahmen von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen deutsch- und türkischsprachige Kärtchen mit Projektinformationen (Interview Ruso).

Im Rahmen von MIA – Mütter in Aktion (vgl. 6.2.1) werden Müttercafés – niederschwellige Treffpunkte für Frauen – angeboten. Die Teilnehmerinnen müssen sich nicht anmelden, und es ist geografisch gut erreichbar. Wo das Müttercafé tatsächlich stattfindet, kann in den Gemeinden sehr unterschiedlich sein. Wichtig ist, dass Mütter einen Raum zur Verfügung haben, wo sie sich wohlfühlen. Auch ist es wichtig, professionelle Kinderbetreuung begleitend zum Müttercafé anzubieten. Über Vorträge zu relevanten Themen oder über Feste können interessierte Frauen, die noch nie am Müttercafé teilgenommen haben, auf das Angebot aufmerksam gemacht bzw. zur Inanspruchnahme motiviert werden (es bedarf oftmals einer „Einstiegshilfe“; Groth et al. 2010, 30 ff.). Bei der Planung und Organisation von Müttercafés sollte auf die Bedürfnisse der Zielgruppe eingegangen werden. Beispielsweise hat sich bei vielen Müttern der Vormittag als besserer Zeitpunkt herausgestellt als der Nachmittag (Frauen mit Migrationshintergrund bevorzugten wiederum Nachmittagstermine). Spielregeln für den gemeinsamen Umgang im Müttercafé sollten festgelegt werden (z. B. ausreden lassen, jede Meinung zählt, Gespräche im Müttercafé sind vertraulich zu behandeln etc.). Die Bewerbung der Müttercafés über monatliche Flugblätter hat sich bewährt. Diese wurden auch in Schaukästen der Gemeinden ausgehängt.

Einen niederschweligen Zugang zu Familien versucht auch das Kinder- und Jugendkompetenzzentrum im Innviertel in Oberösterreich herzustellen (vgl. Punkt 6.2.1). Vor Ort werden interdis-

zipliniäre und vernetzte diagnostische, therapeutische und sozial- und heilpädagogische Leistungen für Kinder und Jugendliche erbracht.

6.4.7.6 Arbeit mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Um Familien in belastenden Lebenslagen zum Zeitpunkt rund um die Geburt ihres Kindes zu erreichen, kommt der Arbeit mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren eine große Rolle zu. Sie sind der Zielgruppe zugehörig und vermitteln Informationen über bedarfsgerechte Unterstützungsmöglichkeiten. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren haben andere Zugangsmöglichkeiten zur Zielgruppe als das ausgebildete Fachpersonal, da durch das Begegnen „auf gleicher Augenhöhe“ schnell das Vertrauen der Zielgruppe gewonnen wird (Hafen 2012, 57; UGB-Forum 2009, zitiert nach Reiter 2012, 15; Interview Paul, Ruso).

Insbesondere beim Erreichen von Familien in belastenden Lebenslagen mit Migrationshintergrund kommt dem Multiplikatoreneinsatz große Bedeutung zu. Hier sollte immer mit den Migrantenorganisationen oder mit Schlüsselpersonen vor Ort kooperiert werden. Der Ausbau von Dolmetschangeboten ist anzustreben, um den Zugang für Migrantinnen und Migranten zu Angeboten von Frühen Hilfen zu erhöhen. Mehrsprachige Flyer und Informationsmaterialien können hilfreich sein. Material in der Arbeit mit Familien mit Migrationshintergrund sollte leicht verständlich sein, bzw. sollten verschiedene Medien zum Einsatz kommen, neben Bildmaterial auch Filme oder handlungsorientierte Konzepte (Möllmann et al. o. J., 11; Maier-Pfeiffer et al. 2013, 234; vgl. 6.4.6.4).

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren können aufsuchend tätig sein, z. B. in Form von Patenschaftsdiensten (Möllmann et al. o. J., 9) oder auch im Rahmen von Gesundheitsförderungsprojekten, z. B. „Gesundheit kommt nach Hause – Mehr Wissen hilft!“ (siehe unten).

Die Praxis in der Gesundheitsförderung blickt auf zahlreiche positive Erfahrungen mit dem Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zurück. Die Arbeit mit ihnen ist als ein Qualitätskriterium in der Gesundheitsförderung für sozioökonomisch benachteiligte Menschen definiert (vgl. Qualitätskriterien unter 6.4.4).

Erfahrungen aus Österreich & Deutschland

Im Rahmen des Gesundheitsförderungsprojekts Babycouch, das Frauen mit Migrationshintergrund sehr gut erreicht (vgl. 6.2.1), werden in Österreich lebende Frauen mit türkischer Herkunft, die über sehr gute Deutschkenntnisse verfügen und unterschiedlichen Berufen nachgehen, z. B. Sozialarbeiterinnen, Gynäkologinnen (Interview Ruso), als Multiplikatorinnen ausgebildet. Im Rahmen des Projekts versuchen sie einen Zugang zu Frauen mit türkischer Herkunft zu finden bzw. begleiten sie im Rahmen des Projekts. Beispielsweise wird das Projekt über Gynäkologinnen und Gynäkologen beworben, die türkisch- und deutschsprachiges Informationsmaterial verteilen (Interview Ruso). Auch Broschüren für Hebammen in Türkisch werden im Rahmen des Projekts entwickelt. Kooperationen mit verschiedenen Ausbildungslehrgängen, z. B. für Hebammen

men und Diätologinnen/Diätologen, sowie Stakeholderkonferenzen (Informationsveranstaltungen zum Thema interkultureller Umgang mit Frauen nichtdeutscher Muttersprache) sollen zur Sensibilisierung der Berufsgruppen beitragen (Interview Ruso). Für die Multiplikatorinnen des Projekts wird eine Supervision bereitgestellt (Interview Ruso).

Erfahrungen aus dem Wiener/niederösterreichischen Programm „Gesundheit kommt nachhause – Mehr Wissen hilft!“ (vgl. 6.2.1) zeigen, dass das Herstellen einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Multiplikatorin und Zielgruppe und das Anknüpfen an ihre Lebenswelt und Problemlagen zentrale Erfolgsfaktoren für das Programm sind, die nur durch eine durchgängige persönliche Betreuung realisiert werden können (Reiter 2012, 47). Erfahrungen aus dem Programm zeigen außerdem, dass bei einem Multiplikatorenansatz ausreichend Zeit eingeplant werden muss, um die Zielgruppe für die Teilnahme am Programm zu gewinnen. In Hinblick auf die Akquise von potenziellen Programmteilnehmerinnen/–teilnehmern recherchierte das Steuerungsteam des Projektes zunächst nach relevanten Veranstaltungen und stellte den Kontakt zu Vermittlungspersonen der Zielgruppe sowie zu potenziellen Kooperationspartnern her, z. B. zur Mitarbeiterin einer Kinderbetreuungseinrichtung mit türkischem Hintergrund, zum Schuldirektor, Gemeindearzt. Die Multiplikatorinnen des Programms stellen durch ihre aufsuchende Arbeit einen persönlichen Kontakt mit potenziellen Programmteilnehmerinnen/–nehmern her und versuchen auf diesem Wege, sie zur Programmteilnahme zu gewinnen. Das Inserieren von Programminformationen oder das Auflegen von Anmeldeformularen stellten im Projekt keine geeigneten Formen der Zielgruppenakquise bei sozioökonomisch benachteiligten Personen mit Migrationshintergrund dar. Im Programm haben sich zudem unterschiedliche Zugangswege zu den Zielgruppen im ländlichen und städtischen Raum bewährt. Während in Wien die Programmbewerbung bzw. –bekanntmachung im öffentlichen Raum gut funktionierte, z. B. in Parks, vor Schulen, auf Veranstaltungen etc., erfolgte der Zugang zur Zielgruppe in ländlichen Gebieten primär über Vertrauens- oder Kontaktpersonen. (Reiter 2012, 14 f.)

Beispielhaft zu nennen ist auch das Frühe Bildungsprogramm HIPPY (vgl. 6.2.1). Der Zugang zur Zielgruppe wird über die aufsuchende Arbeit von Hausbesucherinnen im Wohnumfeld der Zielgruppe hergestellt. Anknüpfungspunkt für die Arbeit ist das Wohlergehen der Kinder, für das sich die Mütter zuständig fühlen sollten. Vernetzungsaktivitäten mit relevanten Kooperationspartnerinnen/–partnern seitens der Projektleitung sind Bestandteil der Projektarbeiten (beratungsgruppe.at 2013).

Das Projekt „MiMi GesundheitslotsInnen Wien“ bildet in Wien lebende, gesellschaftlich gut integrierte Personen mit Migrationshintergrund zu interkulturellen Gesundheitslotsen aus, die Migrantengruppen über das österreichische bzw. Wiener Gesundheitssystem sowie über gesundheitliche Themen informieren (vgl. 6.2.1). Durch die Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen soll der Zugang zu Migrantengruppen verbessert und damit die Nachhaltigkeit des Projekts gewährleistet werden. Informationsveranstaltungen zum österreichischen Gesundheitswesen und zu anderen relevanten Themen finden in der jeweiligen Muttersprache der Zielgruppe an für sie leicht zugänglichen Orten statt (z. B. häufig frequentierte Settings). Ein sog. Gesundheitswegweiser informiert in neun Sprachen über das österreichische Gesundheitssystem in einer leicht verständlichen Art und soll die Zielgruppe dabei unterstützen, Leistungen des österreichischen Gesundheitssystems in Anspruch zu nehmen, z. B. Früherkennungsuntersuchungen.

Beispiele für Multiplikatorenansätze aus Deutschland sind „Stadtteilmütter“, Elternbegleiterinnen (Möllmann et al. o. J., 10).

6.4.7.7 Zu berücksichtigende Faktoren in der Arbeit mit Familien

Aus der vorliegenden Evidenz haben sich zentrale Prinzipien und Grundsätze herauskristallisiert, die bei der Arbeit mit Familien in belastenden Lebenssituationen berücksichtigt werden sollten.

Aufbau einer tragfähigen und vertrauensvollen Beziehung zu den Familien

Einen Zugang zu Familien in belastenden Lebenssituationen zu finden, erfordert den Aufbau einer tragfähigen und vertrauensvollen Beziehung zwischen Fachkraft und Zielgruppe (Galm 2006, 53–1; NICE 2012, 10). Nur auf Basis einer tragfähigen und vertrauensvollen Beziehung erlangen Fachkräfte von Frühen Hilfen Einblick in die familiäre Situation und können passgenaue Hilfen vermitteln (Galm 2006, 53 f.). Eine vertrauensvolle Beziehung leistet einen wichtigen Beitrag, um Familien zur Inanspruchnahme von Hilfsangeboten zu motivieren (Renner & Heimeshoff 2010, 26). Um eine tragfähige und vertrauensvolle Beziehung aufzubauen, sind insbesondere folgende Punkte zu berücksichtigen:

- » Wertschätzend und ohne Vorurteile auf die Zielgruppe zuzugehen ist in der fallbezogenen Arbeit mit der Familie eine zentrale Anforderung, da dies den Vertrauensaufbau voraussetzt und fördert (Fachbeirat Projekt Frühe Hilfen, 23. 5. 2012; Gold et al. 2012a, 32; Möllmann et al. o. J. 10; Interview Melzer, Ruso). Beispielsweise sind Belastungen und Probleme in einer wertschätzenden Haltung anzusprechen und zu diskutieren, um zu verhindern, dass sich die Zielgruppe kritisiert, stigmatisiert oder abgewertet fühlt (NICE 2012, 10). Insbesondere sehr junge Eltern fürchten Stigmatisierung und Diskriminierung (Möllmann et al. o. J., 12). Insbesondere beim Erstgespräch ist das Schaffen einer Vertrauensbasis essenziell – es bildet die Grundlage für eine weitere Zusammenarbeit. Häufig fühlen sich Familie kontrolliert und fürchten die Wegnahme ihres Kindes (Interview Ruso, Wucher).
- » Fachkräfte sind gefordert, Empathie für die gegenwärtige Lebenssituation der Familie aufzubringen (durch Zuhören, Wahrnehmen und Verstehen) und für die Vielfalt an individuellen Lebensumständen offen zu sein (Galm 2006, 53–3; Interview Melzer, Ruso).
- » Auf die individuellen Bedürfnisse und Anliegen der Eltern ist einzugehen (NICE 2012, 10), und ihre Ansichten sind ernst zu nehmen und zu respektieren (partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Fachleuten und Eltern) (DoHSSPS 2009, 7). Toleranz ist gegenüber den verschiedenen Lebensweisen der unterschiedlichen sozioökonomischen und kulturellen Bevölkerungsgruppen aufzubringen (Interview Paul). Fachkräfte sollten sich als Begleiter sehen und die Frau/Familie als Expertin/Experten aktiv in die Entscheidungsfindung einbeziehen und gemeinsam mit der Familie eine Lösung finden (Interview Melzer, Wucher).

- » Zeit für persönliche Gespräche und der persönliche, kontinuierliche Kontakt sind zentral für einen Zugang zu Familien und zu deren erfolgreicher, längerfristigen Begleitung (Interview Ruso, Wucher; siehe auch Punkt Konstanz und Kontinuität unten).
- » Ein professionelles Maß an Nähe bzw. Distanz zwischen Fachkräften und Zielgruppen (Galm 2006, 53–4) ist einzuhalten.
- » Alltagspraktische Unterstützung, z. B. beim Ausfüllen von Formularen, ist zu leisten. Sie führt zur unmittelbaren Entlastung für die Familien, die häufig Schwierigkeiten beim Lesen und Schreiben haben (Galm 2006, 53–5).

Empowerment der Zielgruppe

Empowerment ist ein zentraler Grundsatz in der Gesundheitsförderung und auch in der Arbeit mit den Familien im Bereich Frühe Hilfen. Vorhandene Stärken und Ressourcen der Familien sind zu identifizieren und im Rahmen der Betreuung und Begleitung der Familien aufzubauen (NICE 2012, 10; Interview Melzer). Vertrauen in die eigene Kompetenz – Mütter und Eltern sind selbst Expertinnen und Experten – ist zu wecken (Fachbeirat Projekt Frühe Hilfen, 23. 5. 2012). Selbsthilfepotenziale einer Familie sollten gestärkt werden. Werden diese nicht gestärkt, sind die Frauen verunsichert, sobald die Begleitung durch eine Fachkraft endet (Interview Paul).

Erfahrungen aus „Pro Kind“ (vgl. 6.2.2) haben gezeigt, dass, bezogen auf die Grundgesamtheit, nur rund ein Fünftel der Frauen an „Pro Kind“ vermittelt wurden. Aus Sicht der Befragten war der wichtigste Hinderungsgrund einer Teilnahme am Programm mangelndes Interesse seitens der Schwangeren. (Adamaszek et al. 2013a, 59)

Prinzip der Freiwilligkeit der Angebote

Die Angebote im Rahmen von Frühen Hilfen sollen nach dem Prinzip der freiwilligen Teilnahme geleistet werden (Renner & Heimeshoff 2010, 26). Ohne grundsätzliche Bereitschaft der Familien, Hilfen anzunehmen, bleibt die Arbeit fruchtlos. Beispielsweise ist die Zustimmung der Familie, dass man sie zu Hause aufsucht, Voraussetzung für einen Hausbesuch (Interview Melzer). Sofern die Familie keinen Hausbesuch wünscht, kann alternativ die Beratung an einem anderen Ort erfolgen (Interview Melzer).

Kontrolle muss strikt getrennt sein von Angeboten Früher Hilfen, die von der Zielgruppe grundsätzlich freiwillig in Anspruch angenommen werden. Die Situation bedarf einer hohen Transparenz, denn Unterstützungsangebote von Frühen Hilfen und Kontrollmaßnahmen vom Jugendamt können sich in manchen Fällen überschneiden (Fachbeirat Projekt Frühe Hilfen, 23. 5. 2012; persönliche Mitteilung Paul, Dezember 2011).

Konstanz und Kontinuität

Beziehung zu den Klientinnen und Klienten muss durch Konstanz und Kontinuität gekennzeichnet sein. Grundsätzlich ist eine kontinuierliche Betreuung durch dieselbe Person anzustreben,

aber wenige Wechsel in der Betreuung schmälern das Vertrauensverhältnis der Familie nicht, vorausgesetzt, dass diese Betreuungsübergänge gut gestaltet sind (Fachbeirat Projekt Frühe Hilfen, 23. 5. 2012). Familien sollten zudem längerfristig begleitet werden, um im Auge behalten zu können, ob die Unterstützungsangebote tatsächlich greifen (Galm 2006, 53–6). Kontinuierlich Kontakt zu halten beinhaltet auch, regelmäßig bei Familien anzurufen und nachzufragen, wie es ihnen geht, da sie im Alltag oft überfordert sind und es von sich aus nicht schaffen, sich zu melden (Interview Wucher).

Qualifizierung der Fachkräfte

Bis dato sind Frühe Hilfen in der Ausbildung von Berufsgruppen, die mit werdenden Eltern und Familien mit Kleinkindern Kontakt haben, kaum verankert, sollten aber fixer Bestandteil ihrer Grundausbildung sein. Regelmäßige Fort- und Weiterbildung für Fachkräfte in der Gesundheitsförderung bzw. im Bereich Frühe Hilfen ist sicherzustellen, auch für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Möllmann et al. o. J. 12). Regelmäßige Reflexion des eigenen Handelns und auftretender Fragen sowie Fachberatung für Fachkräfte und Supervision sollten zum Standard der Tätigkeit zählen (Maier-Pfeiffer et al. 2013, 222).

Für die Arbeit mit Familien benötigen die Berufsgruppen neben einer fundierten Aus- und Weiterbildung – kompetente Auskunft der Fachkräfte ist zentral (Fachbeirat Projekt Frühe Hilfen, 23. 5. 2012) – auch hohe Sozial- und Kommunikationskompetenzen. Insbesondere für Familien in belastenden Lebenssituationen ist dies relevant, da sie grundsätzlich schwer erreichbar sind und ein potenzieller Unterstützungsbedarf auch nicht immer augenscheinlich ist und damit oft unerkannt bleibt (Winkler et al. 2012, 34). Bei der Auswahl der Fachkräfte, die mit Familien arbeiten, ist darauf zu achten, dass sie Kompetenzen im Umgang und eine positive Grundhaltung mit Menschen mitbringen, wie z. B. Offenheit, Toleranz, Wärme, Empathie. (Akademischer) Ausbildungshintergrund ist bei der Arbeit mit Familien zweitrangig (Interview Ruso).

Interkulturelle Kompetenz und Umgang mit Diversität sind für die Arbeit mit den Familien zentral. Interkulturelle Kompetenz beinhaltet Kenntnisse über die Besonderheiten der verschiedenen Kulturen und die Fähigkeit, diese respektieren und berücksichtigen zu können. Diese Kompetenz inkludiert Wissen über zentrale Kooperationspartner vor Ort sowie Handlungs- und Reflexionsfähigkeit, um in der Arbeit mit Familien interkulturell angemessen zu handeln (Möllmann et al. o. J. 23; Maier-Pfeiffer et al. 2013, 232; Interview Ruso). Interkulturelle Kompetenz beinhaltet zum Beispiel Wissen über religiöse und kulturelle Hintergründe, kulturspezifische Tabuthemen, Konflikte zwischen ethischen Gruppen, und dieses Wissen sollte in der Arbeit mit Familien auch berücksichtigt werden können (Interview Ruso). Grundsätzlich zu bedenken ist, dass ethische Gruppen sehr vielgesichtig sein können und es immer einer Auseinandersetzung mit der Person als Individuum bedarf (Interview Ruso).

Abgrenzung ehrenamtlicher von professioneller Tätigkeit

Klar definiert werden müssen die Schnittstellen: Wie weit reicht ehrenamtliche Tätigkeit? Und wo beginnt professionelle Tätigkeit? Ehrenamtliche Tätigkeit im Rahmen von Frühen Hilfen sollte nur in Begleitung von professionellen Kräften stattfinden (Interview Paul, vgl. 6.4.4).

7 Zusammenschau der Evidenz

Die zentralen Ergebnisse werden im Folgenden pro Themenschwerpunkt zusammengefasst.

Kooperation und Netzwerke

Gelingende, interdisziplinäre Kooperation ist ein zentrales Erfordernis für Frühe Hilfen, da die Förderung von Gesundheit und Entwicklungschancen eine Querschnittsaufgabe aller Lebensbereiche darstellt und multidimensionale familiäre Problemlagen nur durch abgestimmtes, aufeinander bezogenes Handeln mit passgenauen Unterstützungsangeboten für Familien begegnet werden kann.

Damit Kooperation im Bereich Frühen Hilfen gelingen kann, bedarf es einer grundsätzlichen Verständigung über die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren, müssen die Aufgaben in der fallbezogenen Arbeit klar geregelt sein und die beteiligten Akteurinnen und Akteure eine der Zusammenarbeit mit Fachkräften und Familien förderliche Haltung einnehmen.

Zu berücksichtigen ist, dass das Gelingen von Kooperation zwar immer personenabhängig ist, aber nicht allein dem Engagement von Einzelpersonen überlassen bleiben darf. Beim Aufbau von stabilen Kooperations- und Netzwerkstrukturen im Bereich Frühe Hilfen müssen daher verschiedene Aspekte auf strategischer, funktioneller und struktureller Ebene berücksichtigt werden.

Auf strategischer Ebene ist ein Commitment zu Frühen Hilfen auf politischer und institutioneller Ebene herzustellen und eine inhaltliche Ausrichtung an den Bedürfnissen der Familien sicherzustellen. Letzteres soll durch Erarbeitung eines klar formulierten Konzeptes mit definierten Zielen und Aufgaben unterstützt werden. Ausgangsbasis für die Implementierung von Frühe-Hilfen-Netzwerken sind Akteurs- und Angebotsanalysen einschließlich Bedarfserhebungen. Zu berücksichtigen ist, dass erfolgreiche Vernetzungsprozesse immer zweierlei voraussetzen: verbindliches Engagement und Kooperationsbereitschaft von den Akteurinnen und Akteuren vor Ort (Bottom-up-Ansatz) sowie verbindliche Strukturen und deren Absicherung durch die politische Steuerung (Top-down-Ansatz).

Die Einbeziehung von relevanten Akteurinnen und Akteuren in ein Frühe-Hilfen-Netzwerk ist eine zentrale Aufgabe auf funktioneller Ebene. Grundsätzlich sind alle Einrichtungen und Organisationen, die sich die Förderung und Erhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und ihren Familien zum Ziel gesetzt haben und entsprechende Angebote erbringen, in das Frühe-Hilfen-Netzwerk einzubinden. Auf Basis von Erfahrungen aus Deutschland wird dem Jugendamt, gefolgt von Kinderärztinnen und -ärzten (sowohl in niedergelassenen Praxen als auch in Krankenhäusern), Hebammen, Frühförderung und Schwangerschaftsberatungsstellen, höchste Bedeutung als Kooperationspartner im Bereich Frühe Hilfen beigemessen.

Kooperationsbeziehungen sollten nicht auf der informellen Ebene verharren, sondern verbindlich werden. Verbindliche Kooperationen erleichtern die fallbezogene Zusammenarbeit und wirken

sich positiv auf die Qualität und Dauerhaftigkeit einer Kooperationsbeziehung sowie auf die Wirksamkeit eines Frühe-Hilfen-Netzwerkes insgesamt aus. Damit Kooperationsvereinbarungen nutzbringend werden, müssen sie allerdings von den beteiligten Netzwerkpartnern gemeinsam erarbeitet werden.

In einem Frühe-Hilfen-Netzwerk sollte gewährleistet sein, dass Familien mit festgestelltem Unterstützungsbedarf entsprechende Angebote bereitgestellt bekommen. Familien sollten bei der Vermittlung zu Angeboten begleitet werden. Fallführung ist in der multiprofessionellen Familienarbeit sicherzustellen.

Relevante Berufsgruppen für Frühe Hilfen sind für das Thema zu sensibilisieren und zu schulen, um sie für ihre Aufgaben im Netzwerk – eine passgenaue Zuweisung der Familien an Unterstützungsangebote und/oder Unterstützung der Familien – zu befähigen und ihnen Handlungssicherheit in der praktischen Arbeit zu geben.

Die (Langzeit-)Wirkung von Frühe-Hilfen-Systemen wie auch ihr ökonomischer Nutzen müssen dargestellt werden, um eine politische Unterstützung der Programme und deren Finanzierung langfristig gewährleisten zu können. Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation sollten daher Bestandteil bei der Implementierung von Frühe-Hilfen-Netzwerken sein.

Das Thema Frühe Hilfen sollte durch Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit ins Bewusstsein von Öffentlichkeit und Netzwerkpartnern gebracht werden, um die einzelnen Unterstützungsangebote in der frühen Kindheit bekannt zu machen, den Nutzen von Frühen Hilfen aufzuzeigen und in der breiten Öffentlichkeit eine Sensibilisierung für gesundes Aufwachsen von Kindern zu fördern.

Ein einheitlicher Qualitätsstandard im Bereich Frühe Hilfen sollte sichergestellt werden. Gelingen kann dies durch das Schaffen eines einheitlichen Begriffsverständnisses, Entwicklung von Qualitätskriterien für Frühe Hilfen und von Standards für die Vorgehensweise bei der Netzwerkarbeit sowie durch Erarbeitung von Kompetenzprofilen für Fachkräfte.

Auf struktureller Ebene zeigt sich, dass ein Frühe-Hilfen-Netzwerk auf Bundes- und/oder Landesebene zentral gesteuert und mittels Einrichtung von lokalen Koordinationsstellen und Netzwerkkoordinatoren auf kleinräumiger Ebene organisiert werden sollte.

Eine zentrale Steuerung von Frühen Hilfen ist notwendig, um eine strategische Prozessführung für die Netzwerkimplementierung sicherzustellen, den Auf- und Ausbau regionaler Frühe-Hilfen-Netzwerke zu unterstützen und den fachlichen Austausch zwischen Bezirken bzw. Bundesländern sicherzustellen. Steuerungsaufgaben sollten von einer zentralen Steuerungsinstanz wahrgenommen werden. Erfahrungen aus Deutschland und aus Österreich zeigen, dass die zentrale Steuerung auf Bundes- und/oder Landesebene übernommen werden kann.

Kooperationen sollten in einem Frühe-Hilfen-Netzwerk kleinräumig installiert werden, da dies einen geringeren Zeitaufwand und größeren Nutzen verspricht. Koordinierende Stellen sollten vor Ort als Bindeglied zwischen den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren im Netzwerk ein-

gerichtet werden. Zu ihren Aufgaben zählen das Initiieren und Aufrechterhalten der Vernetzung zwischen den Akteurinnen und Akteuren und ein möglichst bedarfsgerechtes Zuordnen der vorhandenen Hilfsangebote zu den Familien auf Grundlage der Kenntnis regionaler Unterstützungssysteme. Im kleinräumigen Netzwerk sind sogenannte Netzwerkkoordinatoren unentbehrlich, die eine Leitungs- und Vermittlungsfunktion in der Netzwerkarbeit übernehmen und damit die Zusammenarbeit von Akteurinnen und Akteuren unterschiedlicher Disziplinen oder Arbeitszusammenhänge erleichtern. Wichtig ist, dass eine kleinräumige Organisation von Frühen Hilfen Variabilität bezüglich Vernetzung und Kooperation zulässt.

Sowohl für die zentrale Netzwerksteuerung als auch für Netzwerkorganisation auf kleinräumiger Ebene gilt es sicherzustellen, dass Kooperationen im Sinne der Nachhaltigkeit auf bestehende Strukturen der Netzwerkpartner aufbauen oder – sofern neu geschaffen – diese sinnvoll ergänzen und in sie eingebunden werden.

Ausreichend Ressourcen für Aufbau und Pflege eines Frühe-Hilfen-Netzwerkes sowie für interdisziplinäre Kooperation sind bereitzustellen. Die Implementierung von Frühen Hilfen ist ein langfristiger Entwicklungsprozess, der neben finanziellen Ressourcen insbesondere auch Zeit benötigt.

Auf Basis der vorliegenden Evidenz wird deutlich, dass es nicht ein Good-Practice-Modell schlechthin für Kooperation im Bereich Frühe Hilfen gibt. Vielmehr zeigt sich, dass Kooperationsmodelle sich an den Gegebenheiten vor Ort orientieren sollten und je nach lokalem Kontext variieren.

Instrumente, die eine multiprofessionelle Kooperation zwischen unterschiedlichen Fachbereichen von Frühen Hilfen unterstützen, sind vorwiegend in Deutschland und teilweise in Österreich erprobt worden. Deren Anwendung wird auf Basis erster Praxiserfahrung empfohlen.

Auftaktveranstaltungen für Entscheidungsträger/innen und Führungskräfte aus den unterschiedlichen Organisationen und Einrichtungen sowie runde Tische und Arbeitsgruppen für Fachkräfte, die in der Fallarbeit mit Familien befasst sind, fördern Kooperation auf übergeordneter Ebene (fallunabhängig). Anonymisierte interdisziplinäre Fallbesprechung und interdisziplinäre Qualitätszirkel unterstützen die Kooperation verschiedener Fachbereiche von Frühen Hilfen auf fallübergreifender Ebene. Interdisziplinäre Qualitätszirkel haben sich insbesondere bei der Arbeit mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bewährt. Auf Einzelfallebene erleichtert eine (Familien-)Fallkonferenz die multiprofessionelle Kooperation. Auch Fachtagungen und Fort- und Weiterbildungen mit interdisziplinären Teilnehmerinnen/–nehmern können eine Kooperation befördern.

Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen

Eine zentrale Qualitätsanforderung an Frühe Hilfen ist der Ausbau von systematischen Zugängen zu den Familien, um etwaigen Hilfebedarf frühzeitig zu erkennen und gezielte Unterstützungsangebote rechtzeitig unterbreiten zu können.

Grundsätzlich können alle Familien in der neuen Lebenssituation nach Geburt eines Kindes recht schnell in belastende und überfordernde Situationen kommen, die vorher nicht absehbar waren. Das Vorliegen von mehreren Belastungsfaktoren bei gleichzeitigem Fehlen von Schutzfaktoren erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass eine Familie Unterstützungsbedarf bei der Erziehung, Versorgung und Förderung ihres Kindes hat. Zu berücksichtigen ist, dass ein Vorliegen von einem/mehreren Belastungsfaktor/en nicht per se zu nachteiligen Konsequenzen für das Kind führt, sondern dass lediglich das Risiko dafür erhöht ist.

Belastungsfaktoren können eine gesunde Entwicklung des Kindes beeinträchtigen und sind nicht nur auf der individuellen Ebene des Kindes zu verorten (z. B. angeborene Erkrankungen, Regulations- und Entwicklungsstörungen), sondern insbesondere auf familiärer und sozialer Ebene (z. B. problematische Familienbiographie der Eltern, Krankheitsfälle in der Familie, fehlende soziale Ressourcen) wie auch auf gesellschaftlicher Ebene (Armut als größter sozialer Belastungsfaktor für gesundes Aufwachsen). Ein funktionierendes Frühe-Hilfen-System stellt sicher, potenziellen Belastungsfaktoren weitgehend präventiv zu begegnen bzw. Familien in belastenden Lebenssituationen durch Vermittlung an entsprechende Hilfsangebote zu unterstützen.

Schutzfaktoren wirken auch unter belastenden Lebensumständen stärkend auf die physische und psychische Gesundheit bzw. mildern negative Auswirkungen von Belastungsfaktoren. Der wichtigste Schutzfaktor für Gesundheit in der frühen Kindheit ist eine positive Mutter-Kind-Beziehung. Ein gut ausgebautes Frühe-Hilfen-System stellt sicher, dass Schutzfaktoren von der Familie frühzeitig gestärkt werden. Maßnahmen zur Stärkung von Schutzfaktoren, wie Resilienz- und Lebenskompetenzförderung bei Kindern und Förderung der Erziehungs- und Beziehungskompetenz der Eltern, sollten zentraler Bestandteil von Frühe-Hilfen-Systemen sein. Maßnahmen auf gesellschaftlicher Ebene sind zentral (z. B. Sicherstellen von medizinischer Versorgung, finanzieller Grundabsicherung und qualitativ hochwertigen vorschulischen Bildungs- und Betreuungseinrichtungen sowie Schulen).

Im fachlichen Diskurs zu Frühen Hilfen hat sich bislang kein anerkanntes Modell für eine strukturierte interdisziplinäre Vorgehensweise bei Belastungs- bzw. Ressourceneinschätzungen herausgebildet. Dennoch liegen grundlegende Erkenntnisse zu Strategien vor, wie ein Bedarf an Frühe Hilfen frühzeitig erkannt wird.

- » Familien mit Unterstützungsbedarf können über Personal im Gesundheitswesen identifiziert werden, da zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes und in dessen ersten Lebensjahren nahezu alle Familien in Kontakt mit dem Gesundheitssystem kommen. Der bestehende Kontakt und das hohe Vertrauen, das Familien gegenüber ausübenden Berufsgruppen im Gesundheitssystem aufbringen, ermöglichen einen diskriminierungsfreien Zugang zu allen Familien.

- » Über weitere Fachkräfte, die mit Familien in den ersten Lebensjahren des Kindes in Kontakt kommen, z. B. im Bildungs-, Sozial- und Frühförderungssystem, kann ebenfalls etwaiger Unterstützungsbedarf erkannt werden.
- » Universell aufsuchende Angebote für alle Eltern zum Zeitpunkt rund um die Geburt ihres Kindes, z. B. Hausbesuche aller Neugeborenen, ermöglichen einen stigmatisierungsfreien Erstkontakt mit der Familie und dadurch ein frühzeitiges Erkennen von Unterstützungsbedarf. Insbesondere für Familien in belastenden Lebenslagen stellen aufsuchende Angebote einen geeigneten Zugang dar.

Die genannten Strategien sind jedoch nur dann zielführend, wenn die jeweiligen Akteurinnen und Akteure in ein Netzwerk Frühe Hilfen eingebunden sind, in dem Familien abgestimmt auf ihren Unterstützungsbedarf an passgenaue Angebote vermittelt werden (siehe „verzahntes Hilfesystem“ und „Zugang zu Zielgruppen“ unten).

Bislang werden unterschiedliche Instrumente zur Einschätzung von Belastungs- und Schutzfaktoren von Familien im Bereich Frühe Hilfen eingesetzt bzw. gibt es derzeit noch keinen Konsens in den verschiedenen Fachbereichen von Frühen Hilfen über ein gemeinsames Instrumentarium. Dennoch kann auf praktische Erfahrungen mit der Anwendung von Instrumenten und Verfahren in Deutschland und Österreich aufgebaut werden. Den erprobten Instrumenten ist gemeinsam, dass sie Belastungs- wie Schutzfaktoren auf unterschiedlichen Ebenen abfragen: individuelle Merkmale des Kindes, der Eltern/Erziehungsberechtigten inklusive Erziehungs- und Beziehungskompetenz sowie die gegenwärtige Lebenssituation der Familie (z. B. familiäre Situation, soziale Unterstützung, finanzielle Ressourcen). Die Verwendung bzw. Weiterentwicklung von eingesetzten Instrumenten wird von Praktikerinnen und Praktikern als sinnvoll erachtet. Die Notwendigkeit von weiteren Validierungsstudien wird betont, um die Einschätzungsgenauigkeit der Instrumente zu verbessern.

Bestehende Verfahren im Gesundheitswesen (z. B. Vorsorgeuntersuchungen) scheinen grundsätzlich als systematische Zugangswege zu Zielgruppen von Frühen Hilfen nützlich zu sein. In Deutschland wurde beispielsweise versucht, die gesetzlich verpflichtende Früherkennungsuntersuchung für Kinder- und Jugendliche zu nutzen, um Fälle mit Unterstützungsbedarf frühzeitig zu erkennen. Erste Erfahrungen zeigen, dass die Früherkennungsuntersuchung in ihrer derzeitigen Form kein geeignetes Instrument in Hinblick auf das Erkennen von gewichtigen Anhaltspunkten einer Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung ist. Als Gegenstück zur Früherkennungsuntersuchung in Deutschland ist in Österreich der Mutter-Kind-Pass und die damit verbundenen, gesetzlich vorgeschriebenen Untersuchungen zu nennen. Inwiefern der Mutter-Kind-Pass für Frühe Hilfen genutzt werden kann, bedarf spezifischer Analysen.

Generell zu berücksichtigen ist, dass der Einsatz von Verfahren und Instrumenten zum Erkennen eines Unterstützungsbedarfs von Frühen Hilfen nur dann sinnvoll ist, wenn er Teil einer insgesamt verbesserten und intensivierten Kooperation zwischen den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren ist und in das Gesamtsystem Frühe Hilfe integriert ist.

Sofern Familien mit potenziellem Unterstützungsbedarf identifiziert werden, bedarf es eines verzahnten Hilfesystems, um für die betroffenen Familien Unterstützungsleistungen sicherstellen zu

können. Es muss sichergestellt sein, dass die betroffenen Familien bei der Vielzahl an verfügbaren Angeboten an jenes vermittelt werden, das sie im Moment am dringlichsten benötigen. Maßnahmen zur Identifizierung eines Unterstützungsbedarfs von Frühen Hilfen sollten nur dann ergriffen werden, wenn Maßnahmen zur Unterstützung der betroffenen Familien zur Verfügung stehen. Eine Weitervermittlung der Familien in einem System Frühe Hilfen darf nur im Einverständnis der betroffenen Familien erfolgen, um ihr Vertrauen aufrechtzuerhalten.

Zugang zu den Zielgruppen

Voraussetzung für das Gelingen von Frühen Hilfen ist ein frühzeitiger, systematischer und umfassender Zugang zu den Zielgruppen von Frühen Hilfen. Zentrales Ergebnis aus der vorliegenden Evidenz ist, dass Frühe Hilfen über universelle Maßnahmen und Angebote einen Zugang zu allen Familien rund um den Zeitpunkt der Geburt ermöglichen und darauf aufbauend über indizierte Angebote Zugang zu jenen in belastenden Lebenssituationen. Unabhängig vom Zugangsweg bedarf es in einem Netzwerk Frühe Hilfen immer einer zentralen Stelle, die Fallverantwortung bzw. -führung bei der Begleitung der Familien übernimmt.

Dem Gesundheitssystem kommt hinsichtlich des Zugangs zu Familien eine entscheidende Rolle zu. Insbesondere der Ärzteschaft (stationäre und niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen und Pädiater/innen) und den Hebammen wird hier ein großer Stellenwert eingeräumt, da sie Akzeptanz in der Zielgruppe finden und ihre Angebote nicht als stigmatisierend, sondern als unterstützend empfunden werden. Damit der Zugang zu Familien über das Gesundheitssystem und seine Berufsgruppen gelingt, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein: Das Vertrauensverhältnis zwischen den Fachkräften und den Familien muss geschützt bleiben, in der Wahrnehmung der Bevölkerung darf es nicht zu einer Vermischung von Aufgaben der unterschiedlichen Berufsgruppen aus Gesundheits- und Sozialbereich kommen. Erforderlich sind eine Implementierung des Themas Frühe Hilfen in die Aus- und Fortbildungen der Berufsgruppen sowie weitere Sensibilisierungsmaßnahmen, um sie für das Erkennen von Familien in belastenden Lebenslagen zu qualifizieren. Bewährt hat sich in der Praxis, dass sich pro Krankenhaus bzw. niedergelassener Praxis ein bis zwei Personen für das Erkennen von Unterstützungsbedarf verantwortlich fühlen und den freiwilligen Kontakt der Familien zur zentralen Stelle im Frühe-Hilfen-Netzwerk herstellen.

Neben Berufsgruppen im Gesundheitssystem sind grundsätzlich alle Einrichtungen, Institutionen und Berufsgruppen, die mit Kindern und ihren Familien Kontakt haben, relevant für einen Zugang zu den Familien, z. B. Kinder- und Jugendhilfe, elementare Bildungs- und Betreuungseinrichtungen, Schulen, diverse Unterstützungs- und Beratungsangebote für Familien und Kinder (z. B. Elternberatung, Schwangerschaftsberatungsstellen), Bedienstete in der Kommune, Jugendamt und Arbeitsmarktservice etc. Erfahrungen aus Deutschland zeigen, dass neben niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen auch Schwangerschaftsberatungsstellen, das Jugendamt und der Arbeitsmarktservice am häufigsten Kontakt zu Schwangeren in belastenden Lebenssituationen haben und somit relevante Kooperationspartner darstellen, um einen Zugang zur Zielgruppe zu finden. Familienzentren vereinen verschiedene Angebote von unterschiedlichen Professionen aus den Bereichen Bildung, Soziales und Jugendhilfe und ermöglichen einen niederschweligen Zugang zu den Familien.

Zentraler Bestandteil eines Frühe-Hilfen-Systems sind sogenannte aufsuchende Angebote für Familien rund um den Zeitpunkt der Geburt ihres Kindes. Hierbei werden grundsätzlich zwei Zugangsformen unterschieden, die in der Praxis häufig miteinander verschränkt sind: universelle aufsuchende Angebote für alle Schwangeren und Familien mit Kleinkindern und zielgruppenspezifische aufsuchende Angebote, die – wie der Name schon andeutet – bestimmten Personengruppen aus der Zielgruppe angeboten werden. In Bezug auf Frühe Hilfen in Österreich erscheint eine Form von universellen aufsuchenden Angeboten von zentraler Relevanz: niederschwellige Besuchsdienste für Familien mit einem neugeborenen Kind mit dem primären Ziel, einen Erstkontakt herzustellen. Diesbezügliche Erfahrungen gibt es in Österreich beispielsweise in Korneuburg (Niederösterreich). Hier erhalten Familien ein Startpaket von der Gemeinde (sog. Wäscherucksack), das von einer mobilen Kinderkrankenschwester zu Hause vorbeigebracht wird.

Aufsuchende Angebote für Familien in belastenden Lebenslagen haben sich bewährt, um einen Zugang zu jenen Familien herzustellen, die durch andere Angebote in der frühen Kindheit bislang ungenügend erreicht wurden. Aufsuchende Angebote für belastete Familien werden grundsätzlich von unterschiedlichen Berufsgruppen mit Zusatzqualifikation durchgeführt, wobei im Bezug auf Frühe Hilfen häufig Hebammen, Krankenschwestern, Familienhelfer/innen oder Sozialarbeiter/innen diese Aufgabe wahrnehmen. Aufsuchende Begleitung und Unterstützung von Familien in belastenden Lebenslagen wird in Deutschland auch durch sog. Familienhebammen durchgeführt. Auf Basis der Programmevaluation des Projektes „Pro Kind“ (aufsuchende, ganzheitliche Förderung von Erstgebärenden und ihren Familien in Deutschland) zeigt sich, dass ein persönlicher Erstkontakt der Familien über die Berufsgruppen und Institutionen wichtig ist, um Familien zur Teilnahme am Programm zu motivieren und sie erfolgreich an die Angebote vermitteln zu können.

Grundsätzlich muss bei aufsuchenden Programmen gewährleistet sein, dass Zugang und Aufnahme ins Programm von der Schwangeren bzw. der Familie freiwillig erfolgen. Ein aufsuchendes Angebot im Rahmen von Frühen Hilfen darf keinesfalls durch einen Kontrollauftrag der Kinder- und Jugendhilfe geleitet sein, da ansonsten die Vertrauensbeziehung zwischen Fachkraft und Familie und damit der Zugang zur Zielgruppe verhindert bzw. zerstört wird. Zu berücksichtigen ist, dass aufsuchende Angebote jedenfalls in einem Frühe-Hilfen-Netzwerk integriert sein müssen, um die Chance eines Kontakts zu sonst schwer erreichbaren Familien zu erhöhen.

Niederschwellige Angebote im sozialen Nahraum (unmittelbares Umfeld der Familien wie Wohngegend, Kinderbetreuungsstätte etc.), die sich an den Bedürfnissen der Zielgruppe orientieren, sind vielversprechende stigmatisierungsfreie Zugangswege zu Familien, insbesondere zu jenen in belastenden Lebenslagen. Hierzu zählen beispielsweise qualitativ hochwertige vorschulische Bildungs- und Betreuungseinrichtungen und Familienzentren, aber auch Eltern-Kind-Treffpunkte, wo Familien ohne Einladung oder Anmeldung vorbeischauen können. Beim Erreichen von Familien in belastenden Lebenslagen kommt der Arbeit mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren eine große Rolle zu, die sich insbesondere bei Familien mit Migrationshintergrund bewährt hat. Niederschwellige Angebote und Multiplikatorenansätze stellen zentrale Qualitätsanforderungen in der Gesundheitsförderung dar. Deutschland und Österreich haben diesbezüglich zahlreiche Erfahrungen in der Gesundheitsförderungspraxis, auf denen im Bereich Frühe Hilfen aufgebaut werden kann.

Familien sollte es auf vielerlei Wegen möglich sein, Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen zu haben, z. B. über persönliche Beratungsangebote, Informationsbroschüren, Videos, Webauftritt, Social Media (u. a. Facebook). Familien nutzen zunehmend das Internet, um zu gesundheitsrelevanter Information und Beratung zu gelangen. Zielgruppengerechte Aufbereitung von Informationsmaterial ist eine unabdingbare Notwendigkeit für einen gelungenen Zugang über die verschiedenen Informationswege und -technologien.

Um Familien in einem System Frühe Hilfen zu erreichen, sind einige zentrale Grundsätze in der fallbezogenen Arbeit zu berücksichtigen. Einen Zugang zu Familien herzustellen und zu halten erfordert den Aufbau einer tragfähigen und vertrauensvollen Beziehung zwischen Fachkraft und Zielgruppe. Empowerment ist generell ein zentraler Grundsatz in der Gesundheitsförderung und auch bei Frühen Hilfen leitender Grundsatz in der Arbeit mit den Familien. Angebote in der frühen Kindheit sollten nach dem Prinzip der freiwilligen Teilnahme geleistet werden. Sofern sich Unterstützungsangebote von Frühen Hilfen und „Kontrollmaßnahmen“ der Kinder- und Jugendhilfe überschneiden (kann in manchen Fällen eintreten), ist ein transparentes Vorgehen gegenüber der Familie sicherzustellen, damit ihr Vertrauen aufrechterhalten bleibt. Die Beziehung zu den Klientinnen und Klienten sollte durch Konstanz und Kontinuität gekennzeichnet sein. Unterstützungsbedürftige Familien sollten über längere Zeiträume (in den ersten Lebensjahren des Kindes) begleitet werden, um ihnen Sicherheit durch eine verlässliche Ansprechperson zu bieten, transparent zu halten, ob die geleisteten Hilfsangebote tatsächlich greifen oder gemeinsam zu entscheiden, ob weitere Maßnahmen erforderlich sind. Regelmäßige Aus-, Fort- und Weiterbildungen inkl. Supervision sind für Fachkräfte bereitzustellen. Hohe Sozial- und Kommunikationskompetenzen, eine positive Grundhaltung, interkulturelle Kompetenz und Umgang mit Diversität stellen wichtige Erfordernisse in der fallbezogenen Arbeit dar. Ehrenamtliche Tätigkeit im Rahmen von Frühen Hilfen ist von professioneller Tätigkeit abzugrenzen und sollte nur in Begleitung von Fachkräften stattfinden.

8 Diskussion

Qualität der eingeschlossenen Evidenz

Der Einschluss von Literatur erfolgte grundsätzlich unter der Prämisse „beste verfügbare Evidenz zum gegenwärtigen Zeitpunkt“. Grundlage der vorliegenden Evidenzaufbereitung sind zum überwiegenden Teil Strategien (einschließlich Leitfäden für die Umsetzung und Handlungsempfehlungen), Erfahrungen aus der Praxis (Projektelevaluationen, Praxisberichte) und graue Literatur (Berichte aus Arbeitsgruppen, Programmbeschreibungen, Informationen auf Webseiten etc.; vgl. 6.1 und 10.5).

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit können Grundlage für praxisorientierte Handlungsempfehlungen und für weiterführende Forschung sein.

Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Österreich

Insgesamt ist anzunehmen, dass die Ergebnisse auf Österreich gut übertragbar sind. Die eingeschlossene Evidenz stammt vorwiegend aus Deutschland und Österreich, einzelne Studien verzeichnen Schweiz, Schweden, Großbritannien, Niederlande als Herkunftsland. Drei eingeschlossene Übersichtsarbeiten und eine Leitlinie beinhalten einzelne Primärstudien, die außerhalb des europäischen Raums durchgeführt wurden (Halme et al. 2010; Kindler 2011; Jayaratne et al. 2010; NICE 2012).

Weiterer Forschungsbedarf

Weiterer Forschungsbedarf sollte fokussieren auf qualitativ hochwertige Studien zur Wirksamkeit von Maßnahmen, die die multiprofessionelle Kooperation zwischen Fachkräften aus den Bereichen Familien, Soziales und Gesundheit verbessern (Halme et al. 2010, 53). Projektelevaluationen und Erfahrungsberichte aus der Praxis sollten Grundlage für weitere Forschungsarbeiten sein. Eine systematische Suche in Literaturdatenbanken scheint auf Basis der durchgeführten Evidenzsuche wenig Erfolg bringen zu können.

Frühe-Hilfen-Programme sowie einzelne Interventionen sind in Hinblick auf das Identifizieren von Belastungen und das Erreichen von Zielgruppen weiter zu untersuchen. Kausale Zusammenhänge zwischen Belastungsfaktoren und Kindeswohlgefährdung sowie den zugrunde liegenden Wirkmechanismen bedürfen weiterer Forschung (Interview Paul). Erprobte Instrumente zur Einschätzung eines Unterstützungsbedarfs für Frühe Hilfen sind weiterzuentwickeln, um langfristig ein standardisiertes und validiertes Instrumentarium für Frühe Hilfen zur Verfügung zu haben. Inwiefern bestehende Untersuchungsverfahren im österreichischen Gesundheitssystem – insbesondere Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen – im Bereich Frühe Hilfen genutzt werden können, bedarf eigener Analysen.

Wie Fallführung bzw. -verantwortung in einem Frühe-Hilfen-System realisiert und eine erfolgreiche Vermittlung der Familien zwischen den verschiedenen Angeboten sichergestellt werden können, wird in der vorliegenden Evidenz nur ansatzweise beantwortet und könnte anhand von Good-Practice-Modellen wie Dormagen oder Netzwerk Familie (vgl. 1.1.1) vertiefend untersucht werden. Weiterer Untersuchungen bedarf es hinsichtlich der Frage, wie Hilfsangebote an den tatsächlichen Bedarf der Familien noch besser angepasst werden könnten. Empirische Erhebungen in der Zielgruppe erscheinen diesbezüglich als Methode erster Wahl. Um Familien mit Unterstützungsbedarf zur Annahme von Hilfsangeboten zu motivieren, bedarf es der Ausarbeitung weiterer Strategien. Eine zielgruppengerechte Aufbereitung von Information (in gedruckter oder elektronischer Form) bedarf weiterer Untersuchungen mit dem Ziel, der Lese- und Gesundheitskompetenz der Zielgruppe zu entsprechen (vgl. Adamszek & Gnau 2012).

Bevor neue Angebote in einem Frühe-Hilfen-System eingeführt werden, z. B. Basisangebot für alle Familien, sollte deren Wirksamkeit geprüft (sog. Assessment) und anschließend mit relevanten Stakeholdern diskutiert werden, z. B. in Form eines Appraisal-Workshops hinsichtlich Übertragbarkeit und Adaptierung für Österreich.

Kosten-Nutzen-Analysen zu Frühen Hilfen sind durchzuführen, um ihre Wirksamkeit in Form von Argumentationshilfen für politische Entscheidungsträger/innen und Finanziers aufzubereiten und eine langfristige Finanzierung von Frühen Hilfen damit zu stützen.

Aufbauend auf den Qualitätsdimensionen für Frühe Hilfen des Deutschen Zentrums Frühe Hilfen (vgl. 3.3), bedarf es weiterer Qualitätskriterien für einzelne Teilbereiche. Beispielsweise sind Aufgaben und Kompetenzen der ausführenden Fachkräfte im Bereich Frühe Hilfen zu definieren (liegen dzt. nur für Familienhebammen in Deutschland vor; vgl. Hahn & Sandner et al. 2012; Mattern & Lange 2012). Festlegungen, welche Angebote unter welchen Voraussetzungen unter Frühen Hilfen subsumiert werden, können einer „Verwässerung“ der Angebotspalette von Frühen Hilfen entgegenwirken.

Limitationen der vorliegenden Evidenzaufbereitung

Vorliegende Arbeit gibt einen Überblick über praxisrelevante Ansätze und Strategien. Die Wirksamkeit einzelner Maßnahmen wurde im vorliegenden Bericht nicht untersucht.

Der Fokus der Literatursuche und -selektion lag auf Evidenz aus europäischen Ländern, schwerpunktmäßig auf Österreich und Deutschland. Keine Berücksichtigung fanden identifizierte Studien aus dem angloamerikanischen Raum, da in Hinblick auf eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Österreich vertiefende Analysen notwendig wären, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit aus Ressourcengründen nicht leistbar waren.

Ausschlussgründe bei der Zweitselektion auf Volltextebene (vgl. 5.1 und 10.3) waren zumeist das Herkunftsland (angloamerikanischer Raum) und die Untersuchung der Wirksamkeit einzelner Maßnahmen, die im Rahmen von Frühen Hilfen angeboten werden.

Bei der Literatursuche stellte sich heraus, dass umsetzungsrelevante Aspekte häufig nur in der Originalsprache der Autorin / des Autors verfügbar sind und nicht ins Englische übersetzt werden. Beispielsweise wurde im Rahmen der systematischen Suche eine Studie zum niederländischen Programm „VoorZorg“ (Hausbesuchsprogramm auf Basis des „Nurse Family Partnership Program“) identifiziert, in der von einem zweistufigen Selektionsprozess zur Identifizierung von Müttern mit Belastungen berichtet wird (Mejdoubi et al. 2011, 4). Der Artikel wurde in die vorliegende Arbeit nicht aufgenommen, da eine vertiefende Literaturrecherche zum Programm keine näheren Informationen in deutscher oder englischer Sprache erzielte. Eine Kontaktaufnahme mit den Autorinnen und Autoren aller potenziell relevanten Studien hätte die Grenzen der vorliegenden Arbeit überstiegen (eine Liste der kontaktierten Netzwerke und Expertinnen und Experten findet sich in 10.2). Die systematische Übersichtsarbeit von Halme (2010) war nur in vereinzelt Teilen der Arbeit in englischer Sprache verfügbar; weiterführende Information in englischer Sprache wurden von der Autorin übermittelt.

9 Schlussfolgerungen

Kooperation und Netzwerke

Es ist davon auszugehen, dass der Erfolg von Frühen Hilfen in hohem Maße davon abhängt, wie gut die jeweiligen Berufsgruppen und Institutionen vor Ort miteinander vernetzt sind und in welchem Ausmaß verbindliche Kooperation gelingt. Überwindung oder zumindest Kontrolle von Reibungsverlusten und Kooperationshemmnissen in der Praxis durch Einführung und Optimierung von qualitätsgesicherten Kooperationsverfahren scheinen notwendig zu sein. Auf erprobten Instrumentarien in Deutschland und Vorarlberg kann hierbei aufgebaut werden. Wichtig ist, dass Kooperationsvereinbarungen von den Akteurinnen und Akteuren gemeinsam erarbeitet werden müssen, damit sie verbindlich werden. Die im Grundlagenprojekt erarbeitete Begriffsbestimmung und Zieldefinition von Frühen Hilfen (vgl. Haas et al. 2013) können eine strategische und inhaltliche Orientierung für den Aufbau eines nationalen und regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerks geben. Regionale Frühe-Hilfen-Modelle sollten Variabilität zugunsten der Nutzung bestehender Strukturen und einer Bedarfsorientierung an lokalen Gegebenheiten zulassen.

Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen

Grundsätzlich können alle Familien in der neuen Lebenssituation nach Geburt eines Kindes in belastende und überfordernde Situationen kommen, die vorher nicht absehbar waren. Systematische Vorgehensweisen beim Erkennen und Identifizieren von Familien mit Unterstützungsbedarf sind unabdingbar. Bereits bestehende Zugänge zu den Familien sind zu nutzen und systematisch auszubauen. Zudem sollten sichere Übergänge zwischen Gesundheits- und Sozialsystem geschaffen werden. Aufsuchende Angebote stellen wichtige Zugangswege zu den Familien dar. Unabhängig davon, über welche Akteurinnen und Akteure Familien mit Unterstützungsbedarf identifiziert werden, muss in einem Netzwerk Frühe Hilfen sichergestellt werden, dass Familien mit Unterstützungsbedarf passgenaue Hilfsangebote vermittelt bekommen.

10 Anhang

10.1 Fachbeirat des Projekts Frühe Hilfen

Im Fachbeirat sind verschiedene Akteurinnen und Akteure vertreten, die in Hinblick auf die Etablierung von Frühen Hilfen in Österreich relevant sind (vgl. Tabelle 10.1).

Tabelle 10.1:

Beirat zur fachlich-wissenschaftlichen Begleitung des Projekts „Frühe Hilfen“ in Österreich

Fachbereich	Name	Institution
Kindergesundheit	Klaus Vavrik	LIGA für Kinder- und Jugendgesundheit
Praxis Frühe Hilfen	Harald Geiger	NGL Kinderarzt, aks Vorarlberg
Gesundheitsförderung	Christa Peinhaupt	GÖG - FGÖ
Public Health	Brigitte Piso	LBI HTA, Vorstand ÖGPH
Bildungswissenschaften	Elisabeth Stanzel-Tischler	Bifie (Bundesinstitut Forschung, Innovation und Entwicklung des österreichischen Schulwesens)
Jugendwohlfahrt/Sozialarbeit	Inge Woblistin-Wieser	MAG ELF, Leitende Sozialarbeiterin der Regionalstelle Soziale Arbeit mit Familien
Kinder- und Jugendanwaltschaft	Petra Gründl bzw. Maria Hofbauer	Kinder- und Jugendanwaltschaft Steiermark
Kinderschutzzentren	Hedwig Wölfl	MÖWE
Eltern-Kind-Zentren	Eva Schrems	Dachverband der unabhängigen Eltern-Kind-Zentren
Hebammen	Regina Zsivkovits	Hebammenzentrum (Wien)
mobile Kinderkrankenschwester	Grete Melzer	Stadt Korneuburg
Gynäkologie	Brigitte Wiesenthal	Vertretung der NGL ÄrztInnen OEGGG
NGO	Andrea Boxhofer	DIAKONIE Spattstraße
Kindergesundheitsstrategie	Veronika Wolschlager	BMG
Gebietskrankenkassen	Verena Krammer	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
Hebammen	Petra Welskop	Österreichisches Hebammengremium

Quelle: eigene Darstellung 2013

10.2 Suchstrategie selektive Literatursuche

Für die selektive Literatursuche wurden verschiedene Suchstrategien kombiniert:

- » „Schneeballsuche“ (Literaturverzeichnisse von eingeschlossenen Quellen prüfen)
- » „Pearl Growing“ (ausgehend von identifizierten Schlüsselpublikationen die Suchstrategie verfeinern)
- » „Berry Picking“ (nach weiten Publikationen von Autoren der identifizierten Schlüsselpublikationen gezielt suchen)
- » Evidenzsuche über Expertenhinweise (Expertinnen und Experten kontaktieren)
- » Selektive Suche in Literaturdatenbanken (mit einzelnen, ausgewählten Suchbegriffen Literaturdatenbank durchsuchen)

Mittels Google und Google Scholar wurde auf folgenden Websites recherchiert:

- » Einschlägige (inter)nationale Organisationen, die mit dem Kindergesundheit/Frühe Hilfen befasst sind (Auflistung ist beispielhaft)
 - » eurochild
 - » Liga für Kinder- und Jugendgesundheit
 - » OECD
 - » Nationales Zentrum Frühe Hilfen Deutschland
 - » WHO
- » Public Health Organisationen in Europa
- » (Inter)nationale HTA Institutionen/wissenschaftliche Institutionen
 - » Campell Collaboration
 - » Cochrane Collaboration
 - » NICE
- » (Inter)nationale Projektdatenbanken zum Thema Gesundheitsförderung und Public Health
 - » Projektdatenbank des Fonds Gesundes Österreich
 - » Gesundheitliche Chancengleichheit (Deutschland)
 - » Forkid (Deutschland)
 - » Health Inequalities Good Practice Datenbank (EU)
- » Kontaktierte internationale Netzwerke
 - » COST–Network (Childbirth Cultures, Concerns, and Consequences: Creating a dynamic EU framework for optimal maternity care) (Juni 2012)
 - » Health Gradient Network (September 2012)

Folgende (inter)nationale Expertinnen und Experten wurden kontaktiert:

- » Dr. rer. medic. Gertrud M. Ayerle MSN, Martin–Luther–Universität Halle–Wittenberg (August 2012)
- » Dr. Lilly Damm, Medizinische Universität Wien (April 2013)
- » Fachbeirat des Projekts Frühe Hilfen (vgl. Abschnitt 10.1)
- » Nina Halme, PhD, National Institute for Health and Welfare in Finland (November 2012)
- » Dr. Wolf Kirschner, FB+E Forschung, Beratung + Evaluation (August 2012)
- » Angela Nieting, Kommission für Familienhebammen des Deutschen Hebammenverbandes
- » Mag. Dr. phil. Roman Winkler, MSc, Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment

10.3 Systematische Literatursuche und –selektion

Suchstrategie

Die Suchstrategie wird in den folgenden Punkten 10.3.1 und 1.1.1 beispielhaft für die Suche in der Literaturdatenbank Medline je Themenschwerpunkte abgebildet. Die Suche in Medline er–

folgte mit Schlagwörtern (sog. „Mesh-Terms“). Für das Jahr 2012 wurde ergänzend eine Textwortsuche durchgeführt, um neu publizierte Studien, die noch nicht beschlagwortet wurden, zu identifizieren.

Der erste Suchlauf in den Datenbanken fand im September 2012 statt. Nach Fortschreiten der selektiven Suche (weitere Suchwörter wurden aus relevanter Literatur identifiziert) wurde die systematische Suchstrategie weiterentwickelt und im Dezember 2012 erneut durchgeführt.

Da der Suchlauf in PSYCHINFO zu einem Ergebnis von mehr als 3.000 Treffern führte, welches im Rahmen des vorliegenden Berichts nicht bearbeitbar war, wurde die Suchstrategie für PSYCHINFO mit der Filterfunktion „Einschluss von Übersichtsarbeiten und Metaanalysen“ erweitert.

Literaturselektion

In einem ersten Schritt wurden die Abstracts und Studientitel zur Bestellung der Volltexte selektiert. Hierfür wurden die in

Tabelle 10.2 dargestellten Selektionskriterien verwendet. Für Abstracts, die nicht eindeutig ein- oder auszuschließen waren, wurde der Volltext bestellt. Die Volltexte wurden anhand der vorab definierten Selektionskriterien abermals selektiert, wobei eine Präzisierung der Kriterien vor diesem Schritt erfolgte (siehe graue Schrift in

Tabelle 10.2). Aufgrund mangelnder Information konnten bei der systematischen Erstselektion nicht nach Ausschlusskriterium A6 und A7 selektiert werden. Der Fokus der Literatursuche lag auf Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen, da die identifizierte Literatur als unzureichend eingestuft wurde, erfolgte in einem zweiten Schritt der Einschluss von Programmevaluationen zu Frühe Hilfen.

Tabelle 10.2:

Ein- und Ausschlusskriterien für die Erst- und Zweitselektion

Formale Ausschlusskriterien	
A1	Studien, die nicht in deutscher oder englischer Sprache publiziert sind
A2	Duplikate
A3	Publikationsdatum vor dem Jahr 2000
<hr/>	
Thematische Ausschlusskriterien	
A4	Intervention entspricht nicht den Beschreibungskriterien von Frühen Hilfen A4a einzelne Interventionen sind nicht Teil eines Gesamtkonzepts von Interventionen, das Entwicklungsmöglichkeiten und Gesundheitschancen von Kindern und Eltern frühzeitig und nachhaltig verbessern will A4b richten sich nicht unmittelbar an eine der folgenden Zielgruppen: Schwangere und werdende Eltern, Familien mit Kindern im Alter von Null bis sechs Jahren – insbesondere jene in belastenden Lebenssituationen A4c umfassen ausschließlich eine der folgenden Angebotsformen: universelle und indizierte Präventionsmaßnahmen A4d basieren nicht auf multiprofessioneller Kooperation (zwischen zumindest zwei unterschiedlichen Berufsgruppen im Gesundheitswesen und/oder Sozialbereich und/oder anderen Politikbereichen)
A5	Wirksamkeit einer einzelnen Intervention im Rahmen von Frühen Hilfen wird untersucht
A6	Studie bezieht sich nicht explizit auf Kooperation und Vernetzung
A7	Studie bezieht sich nicht explizit auf das Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
A8	Herkunft der Studie aus einem nicht europäischen Land
A9	Andere Fragestellung
<hr/>	
Studientyp	
A10	Interventionsstudien: randomisierte oder kontrollierte Studien (RCT und CT)
A11	Beobachtungsstudien: Kohortenstudien, Fall-Kontroll-Studien, Querschnittsstudien
A12	Kongresspräsentationen, Poster, „Comments“, „Letters“ (d. h. „Abstracts“, die keine Publikation im Hintergrund haben)
A13	Fallberichte und -serien
<hr/>	
Einschlusskriterien	
E1a	HTA, (systematische) Übersichtsarbeiten oder Meta-Analysen zur Kooperation/Vernetzung
E1b	HTA, (systematische) Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen zu Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
E2a	Guidelines zu Kooperation/Vernetzung in einem System Frühe Hilfen
E2b	Guidelines zu Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
E3a	Evaluationen von Frühen Hilfen Systemen, die explizit die Kooperation/Vernetzung untersuchen
E3b	Evaluationen von Frühen Hilfen Systemen, die explizit das Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen untersuchen

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2013

10.3.1 Kooperation und Vernetzung

Database: Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations and Ovid MEDLINE(R) <1946 to Present> December 2012

Search Strategy:

- 1 *pregnancy/ or *pregnancy in adolescence/ or *pregnancy, high-risk/ or *pregnancy, unplanned/ or *pregnancy, unwanted/ (55228)
- 2 *Pregnant Women/ (2212)
- 3 *infant/ or *infant, newborn/ (68374)
- 4 *Child, Preschool/ or *Child/ (58391)

- 5 *Family/ (25057)
- 6 *Parents/ (19844)
- 7 *Single Parent/ (464)
- 8 *Single-Parent Family/ (227)
- 9 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 (186742)**
- 10 *"Early Intervention (Education)"/ (913)
- 11 *Child Welfare/ (12096)
- 12 *Child Abuse/pc [Prevention & Control] (1765)
- 13 *Health Services/ (11079)
- 14 *Child Health Services/ (12251)
- 15 *Maternal Health Services/ (6487)
- 16 *Maternal-Child Health Centers/ (1157)
- 17 *Health Policy/ (25173)
- 18 *Health Promotion/ (30541)
- 19 *Government Programs/ (1833)
- 20 *Social Work/ (7728)
- 21 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 (104963)**
- 22 *interdisciplinary communication/ (3294)
- 23 *Cooperative Behavior/ (9450)
- 24 *Interinstitutional Relations/ (3896)
- 25 *Interprofessional Relations/ (16320)
- 26 *Capacity Building/ (191)
- 27 *"Referral and Consultation"/ (17739)
- 28 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 (48067)**
- 29 9 and 21 and 28 (33)**
- 30 limit 29 to yr="2000 -Current" (21)**

Database: Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations and Ovid MEDLINE(R) <1946 to Present> December 2012

Search Strategy:

- 1 pregnanc*.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (729978)
- 2 (pregnanc* adj3 risk).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (15004)
- 3 "pregnant wom?n".mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (61379)
- 4 newborn*.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (601392)
- 5 infant*.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (978851)
- 6 child*.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (1790559)
- 7 parent*.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (325589)
- 8 famil*.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (842853)
- 9 (risk adj3 ("pregnant wom?n" or newborn* or infant* or child* or parent* or famil*)).mp. (33705)
- 10 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 (3605323)
- 11 "early intervention*".mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (10436)
- 12 (health adj3 service*).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (326467)
- 13 (social adj3 service*).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (8332)

- 14 (polic* adj3 (health* or social*)).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (66438)
- 15 welfare.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (54984)
- 16 (programs adj5 (government* or national* or state* or local*)).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (36872)
- 17 11 or 13 or 14 or 15 or 16 (168080)
- 18 cooperat*.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (150316)
- 19 collaborat*.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (72546)
- 20 network*.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (238602)
- 21 interdisciplin*.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (26346)
- 22 interprofession*.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (43278)
- 23 interinstitution*.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (9541)
- 24 (capacity adj5 build*).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (2995)
- 25 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 (497699)
- 26 10 and 17 and 25 (5120)
- 27 limit 26 to yr="2012-Current" (286)

10.3.2 Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen

Database: Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations and Ovid MEDLINE(R) <1946 to Present> December 2012

Search Strategy:

-
- 1 *pregnancy/ or *pregnancy in adolescence/ or *pregnancy, unplanned/ or *pregnancy, unwanted/ (53851)
 - 2 *pregnancy/ or *pregnancy in adolescence/ or *pregnancy, high-risk/ or *pregnancy, unplanned/ or *pregnancy, unwanted/ (55359)
 - 3 *Pregnant Women/ (2234)
 - 4 *infant/ or *infant, newborn/ (68445)
 - 5 *Child, Preschool/ or *Child/ (58454)
 - 6 *Family/ (25158)
 - 7 *Parents/ (19992)
 - 8 *Single Parent/ (465)
 - 9 *Single-Parent Family/ (227)
 - 10 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 (187231)**
 - 11 *"Early Intervention (Education)"/ (924)
 - 12 *Child Welfare/ (12145)
 - 13 *Child Abuse/pc [Prevention & Control] (1778)
 - 14 *Health Services/ (11124)
 - 15 *Child Health Services/ (12303)
 - 16 *Maternal Health Services/ (6531)
 - 17 *Maternal-Child Health Centers/ (1168)
 - 18 *Health Policy/ (25338)
 - 19 *Health Promotion/ (30811)
 - 20 *Government Programs/ (1844)
 - 21 *Social Work/ (7763)
 - 22 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 (105618)**
 - 23 *Parenting/ (5564)

- 24 *Child Rearing/ (2121)
- 25 23 or 24 (7484)
- 26 *Risk Factors/ (929)
- 27 *Risk Reduction Behavior/ (2175)
- 28 *Risk Assessment/ (16740)
- 29 *Mass Screening/ (39979)
- 30 identif*.ti,ab. (1725379)
- 31 26 or 27 or 28 or 29 or 30 (1774135)**
- 32 *Maternal–Child Nursing/ (1138)
- 33 *Public Health Nursing/ (6325)
- 34 *Community Health Nursing/ (14449)
- 35 *Primary Care Nursing/ (57)
- 36 *Family Nursing/ (673)
- 37 *Midwifery/ (9953)
- 38 *Nurse Midwives/ (4349)
- 39 *House Calls/ (1269)
- 40 *Home Care Services/ (19002)
- 41 *Community Health Workers/ (1938)
- 42 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 11 (54010)**
- 43 10 and 25 and 31 (219)
- 44 10 and 22 and 42 (179)
- 45 limit 43 to yr="2000 –Current" (173)**
- 46 limit 44 to yr="2000 –Current" (75)**
- 47 45 and 46 (248)

Database: Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations and Ovid MEDLINE(R) <1946 to Present> December 2012

Search Strategy:

1 pregnanc*.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (730873)

2 (pregnanc* adj3 risk).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (15028)

3 "pregnant wom?n".mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (61518)

4 newborn*.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (601889)

5 infant*.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (979723)

6 child*.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (1792866)

7 parent*.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (326172)

8 famil*.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (844576)

9 (risk adj3 ("pregnant wom?n" or newborn* or infant* or child* or parent* or famil*)).mp. (33804)

10 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 (3610348)

11 "early intervention*".mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (10457)

12 (health adj3 service*).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (326938)

- 13 (social adj3 service*).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (8346)
- 14 (polic* adj3 (health* or social*)).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (66556)
- 15 welfare.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (55072)
- 16 (programs adj5 (government* or national* or state* or local*)).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (36924)
- 17 11 or 13 or 14 or 15 or 16 (168363)**
- 18 (risk adj3 factor).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (109519)
- 19 identifi*.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (1343893)
- 20 screen*.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (464733)
- 21 19 or 20 (1704775)
- 22 10 and 17 and 18 and 21 (149)**
- 23 limit 22 to yr="2012 -Current" (13)**
- 24 (child adj3 rear*).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (5773)
- 25 parenting.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (13606)
- 26 24 or 25 (18480)**
- 27 (child adj3 development).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (39993)
- 28 (father* adj3 child* adj3 relation*).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (2956)

29 (mother* adj3 child* adj3 relation*).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (16274)

30 (famil* adj3 relation*).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (25893)

31 27 or 28 or 29 or 30 (80539)

32 (parent* adj3 support*).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (4319)

33 (famil* adj3 support*).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (10071)

34 32 or 33 (14018)

35 26 or 31 or 34 (104579)

36 10 and 17 and 35 (5763)

37 limit 36 to yr="2012-Current" (310)

38 nurs*.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (534355)

39 midwi?*.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (24160)

40 (home adj3 care).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (42926)

41 (health* adj3 work*).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (44866)

- 42 38 or 39 or 40 or 41 (605588)
- 43 10 and 17 and 42 (8866)
- 44 limit 43 to yr="2012-Current" (338)
- 45 23 or 37 or 44 (620)

10.4 Problemzentriertes Interview

Das problemzentrierte Interview nach Mayring (2000) sieht ein offenes, anhand eines Leitfadens strukturiertes Gespräch vor. Der Gesprächsleitfaden wurde auf Grundlage einer ausführlichen Hintergrundrecherche entwickelt und behandelte primär den Themenschwerpunkt Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen (vgl. Abbildung 10.1). Relevante Aspekte zur Kooperation und Vernetzung wurden von den Interviewpartner/innen thematisiert und in Folge bei der Auswertung berücksichtigt.

Die Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und auf Grundlage einer Tonbandabschrift sinngemäß transkribiert (paraphrasiert). Das schriftliche Material wurde einer qualitativen zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2000) unterzogen. Konkret wurde das aufbereitete Textmaterial (Paraphrasen) definierten Auswertungskategorien zugeordnet und sinngemäß zusammengefasst (vgl. Abbildung 10.2).

Die Interviews dauerten durchschnittlich eine Stunde. Für die Auswertung der Interviews wurden Kategorisierungsdimension und Abstraktionsniveau in Hinblick auf Gegenstand und Fragestellung vorab definiert (vgl. Abbildung 10.2). Grundlage für die Kategorienbildung waren eine ausführliche Hintergrundrecherche und erste Ergebnisse der selektiven Literatursuche (vgl. Abschnitt 5.1).

Abbildung 10.1:
Gesprächsleitfaden für das problemzentrierte Interview

Identifizieren und Erreichen von zentralen Zielgruppen im Rahmen von Frühen Hilfen Gesprächsleitfaden

INTERVIEWPARTNER/IN: _____

ORT DES INTERVIEWS: _____

DATUM: _____

DAUER DES INTERVIEWS (BEGINN/ENDE): _____

Interviewführung: Generell sollte das Interview in Form eines offenen Gesprächs geführt werden, sodass die interviewte Person Schwerpunkte, wichtige Themen etc. selber einbringen kann. Der Leitfaden dient daher eher als eine Art Checkliste oder Orientierung bezüglich der relevanten Aspekte. Es müssen aber nicht alle Fragen „abgearbeitet“ werden, weiters sollten Reihenfolge, Grad der Vertiefung etc. dem jeweiligen Gesprächsverlauf angepasst werden. Ad-hoc-Fragen werden zu Aspekten gestellt, die im Leitfaden nicht verzeichnet sind, aber für Themenstellung oder für die Erhaltung des Gesprächsfadens von Relevanz sind.

Einleitung:

Dank für die Bereitschaft zum Interview; kurze Info – falls erforderlich – über **Projekt auf Bundesebene, Definition und Zielgruppen von Frühen Hilfen** (siehe Projektinformation Frühe Hilfen) sowie über

- » **Zweck des Interviews** (Erfassen von umsetzungsrelevanten Aspekten für das Erreichen und Identifizieren von belastenden Zielgruppen von Frühen Hilfen in Österreich)
- » **Aufzeichnung des Interviews mittels Tonband** (Einverständnis des Interviewpartners einholen)

Themenblock „Identifizieren von zentralen Zielgruppen“:

Frühe Hilfen richten sich grundlegend an alle (werdenden) Eltern mit Kindern im Alter von Null bis sechs Jahren, aber insbesondere an jene in belastenden Lebenssituationen.

1) Bezugnehmend auf Ihre Erfahrung als ... , **woran erkennt man**, dass **Familien in einer belastenden Lebenssituation** sind? Was sind die **zentralen Faktoren**, auf die man achten sollte, wenn man Familien in belastenden Lebenssituationen identifizieren möchte?

2) Was sind zentrale **Ressourcen** einer Familie, die man in der Arbeit mit den Familien berücksichtigen sollte?

3) **WIE erkennt man frühzeitig**, dass Familien bei der **Versorgung- bzw. Erziehung ihres Kindes/ihrer Kinder Unterstützung** brauchen?

Themenblock „Zugang zu zentralen Zielgruppen“:

4) **WIE können alle werdenden Eltern und Null- bis 6-jährige Kindern und deren Familien** erreicht (insbesondere zum Zeitpunkt der Geburt) werden? Wie kann ein Erstkontakt zu den Familien hergestellt werden?

5) **Wie können Familien in belastenden Lebenssituationen erreicht werden? Wie kann ein Zugang hergestellt werden, der ohne Stigmatisierung der Zielgruppe einhergeht?**

5.1 Was muss aus Ihrer Sicht **unbedingt gewährleistet** sein, dass die zentralen Zielgruppen von Frühen Hilfen – insbesondere jene in belastenden Lebenssituationen – erreicht werden können?

Allgemeiner Themenblock:

6) Kennen Sie **Projekte in Österreich**, die versuchen **werdende Eltern und Eltern mit Kinder im Alter von Null bis sechs Jahren in belastenden Lebenssituationen zu identifizieren bzw. zu erreichen**?

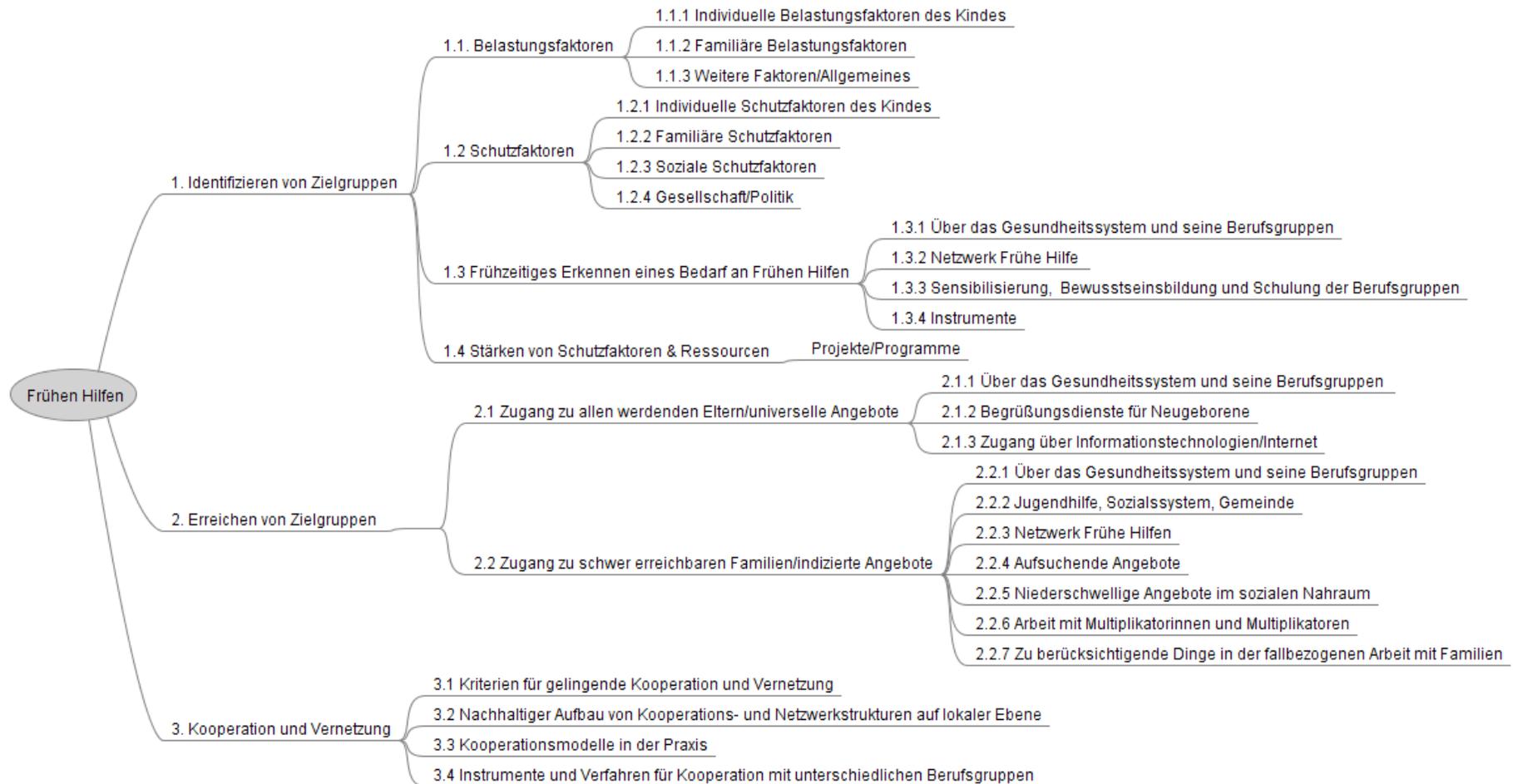
7) Gibt es abschließend noch **Punkte**, die aus Ihrer Sicht in unserem Gespräch **offen geblieben sind**, die Ihnen aber relevant bezüglich des Identifizierens und Erreichens von zentralen Zielgruppen von Frühen Hilfen erscheinen?

Abschluss:

- » Hinweis auf Frühe Hilfen Website (ab Nov. 12, www.fruehehilfen.at)
- » Hinweis auf Frühe Hilfen Veranstaltungen 2013
- » Keine Transkription – keine wörtlichen Zitate
- » In den Bericht soll eine Liste der befragten Expertinnen aufgenommen werden. Im Text werden die angeführten Ergebnisse aus den Interviews (Einschätzungen/Meinungen etc.) aufbereitet und den Interviewpartnern namentlich zugeordnet. Sind Sie mit dieser Vorgehensweise einverstanden?

Vielen **Dank** für das Interview! Ich werde Sie über das Ergebnis der Arbeit gerne informieren!

Abbildung 10.2:
Kategorisierungsdimensionen für die Auswertung des Interviews



Quelle: GÖG/ÖBIG 2013

10.5 Übersicht zur Evidenz aus (inter)nationaler Literatur

Tabelle 10.3:
Übersicht Evidenz aus (inter)nationaler Literatur zur Beantwortung der Fragestellungen

Autor, Jahr	Titel	Land	Art der Evidenz	Zielgruppe	Themenschwerpunkt
Adamaszek & Gnau 2012	Welche Elterninformationen sind für die Zielgruppe Früher Hilfen attraktiv? Ergebnisse einer Befragung von Fachkräften.	Deutschland	Befragung von Fachkräften		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Adamaszek et al. 2013a	Zugangswege zu sozial benachteiligten Familien.	Deutschland	Projektevaluation von „Pro Kind“	Schwangere, 0- bis 2-Jährige in belastenden Lebenslagen	Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Adamaszek et al. 2013b	Strukturiertes Vorgehen in der Familienbegleitung. Das Konzept der leitfadengestützten Begleitung im Modellprojekt Pro Kind	Deutschland	Praxiserfahrungen aus dem Projekt Pro Kind	Schwangere, 0- bis 2 Jahre Kinder und ihre Familien in belastenden Lebenssituationen	Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Ahnquist et al. 2012	The Swedish strategy for parental support – A benefit for all	Sweden	Präsentation auf der Europäischen Konferenz für Elternunterstützung		Kooperation und Netzwerke
AGJ & BVKJ o.J.	Gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen – Kooperation von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe	Deutschland	Handlungsempfehlungen der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte unter Mitwirkung der BZgA	Kinder- und Jugendliche	Kooperation und Netzwerke
Amt der Vorarlberger Landesregierung 2011	Frühe Hilfe – Junge Eltern unterstützen, Familien stärken. Pressekonferenz 15. Juli 2011	Österreich/ Vorarlberg	Pressekonferenz		Kooperation und Netzwerke
Altgeld et al. 2008	Strategien gegen Kinderarmut. Impulse für die Praxis	Deutschland/ Niedersachsen	Broschüre für Praktiker/innen		Kooperation und Netzwerke Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsförderung (o.J.)	Über uns.	Österreich/ Niederösterreich	Programmbeschreibung Babycoach		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Armbruster 2010	ELTERN-AG. Das Empowerment-Programm für mehr Elternkompetenz in Problemfamilien.	Deutschland	Exemplarische Sammlung von Modellen und Projekten aus der Praxis		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 10.3

Autor, Jahr	Titel	Land	Art der Evidenz	Zielgruppe	Themenschwerpunkt
Armbruster (2012)	ELTERN-AG: Das Qualitätskriterium Empowerment in der Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und ihren Familien.	Deutschland	Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Bengel et al. 2009	Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit.		Übersichtsarbeit		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
beratungsgruppe.at 2013	HIPPY Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters. Hausbesuchsprogramm für Eltern von Kindern im Alter von drei bis sieben Jahren	Österreich/ Ktn, NÖ, Sbg, Stmk, Tirol, Wien	Projektbeschreibung	Eltern und ihre Kinder (3- bis 7-Jährige)	Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Berg- le Clercq 2011	The role of local authorities in parenting support	Niederlande, Vereinigtes Königreich und Nordirland, Irland, Deutschland und Schweden	Bericht vom Runden Tisch der "Eurochild's family and parenting support thematic working group" inklusive detaillierter Länderprofile zu Strategien zu Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen Kooperation und Netzwerke
Berliner Morgenpost 2012	Neukölln wirbt mit Baby-Geschenke für Hausbesuche.	Deutschland	Bericht in Tageszeitung		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf (o.J.):	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst.	Deutschland	Programmbeschreibung		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Böttcher 2009	Soziale Frühwarnsysteme und Frühe Hilfen. Modelle, theoretische Grundlagen und Möglichkeiten der Evaluation präventiver Handlungsansätze und Netzwerke der Kinder-, Jugend- und Gesundheitshilfe	Deutschland	Wissenschaftlicher Ergebnisbericht		Kooperation und Netzwerke
Brand & Jungmann (Hg.) 2013	Kinder schützen, Familien stärken. Erfahrungen und Empfehlungen für die Ausgestaltung Früher Hilfen aus der „Pro Kind“-Praxis und -Forschung	Deutschland	Projektelevaluation	Schwangere, 0- bis 2-Jährige in belastenden Lebenslagen	Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Bräunling & Block 2012	Zusammenfassung des Eröffnungsblocks der Satellitenveranstaltung „Gesund aufwachsen für alle!“ zum 17. Kongress Armut und Gesundheit. 8. März 2012. Berlin	Deutschland	Eröffnungsbeitrag einer wissenschaftliche Fachtagung		Kooperation und Netzwerke
Bundeskinderschutzgesetz (2011)	Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz- BKiSchG	Deutschland	Bundesgesetz, mit 1.1.2012 in Kraft getreten		Kooperation und Netzwerke

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 10.3

Autor, Jahr	Titel	Land	Art der Evidenz	Zielgruppe	Themenschwerpunkt
BMFSFJ 2009 (Hg.)	13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland	Deutschland	Gesundheitsbericht	Kinder und junge Erwachsene (bis 27 Jahre)	Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
BZgA 2011	Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz - Beispiele - Weiterführende Informationen.	Deutschland	Aufbereitung von Good-Practice-Beispielen aus der Praxis		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen Kooperation und Netzwerke
Bühler & Heppekausen 2005	Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland		Übersichtsarbeit		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Damm et al. 2012a	Handbuch zur Netzwerk-Entwicklung.	Österreich/ Niederösterreich	Handbuch	Kinder & Jugendliche mit psychosozialen Belastungen	Kooperation und Netzwerke
Damm et al. 2012b	Interdisziplinäres Netzwerkprojekt zwischen Jugendwohlfahrt, Bildungswesen und Kinder- und Jugendpsychiatrie im Industrieviertel in NÖ.	Österreich/ Niederösterreich	Abstract im Tagungsband der Fachtagung der ÖGPH	Kinder & Jugendliche mit psychosozialen Belastungen	Kooperation und Netzwerke
DfE & DoH 2011	Supporting Families in the Foundation Years.	Großbritannien	Strategie der Regierung zur Unterstützung der Familien		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
DoHSSPS 2009	Families Matter: Support in Families in Northern Ireland. Regional Family and Parenting Strategy.	Nordirland	Nationale Strategie		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen Kooperation und Netzwerke
Edvardsson et al. 2011	Sustainable practice change: Professionals' experiences with a multisectoral child health promotion programme in Sweden	Schweden	Programmevaluation	0- bis 6-Jährige	Kooperation und Netzwerke
Evaluation & Co 2010	Evaluation: „Frühe Hilfen“. Projekt 1713: „Eine Chance für Kinder“ Projekt 1714: „Netzwerk Familie Bezirk Feldkirch“ 1715: „Netzwerk Familie Bezirk Dornbirn“ Projekt 1716: „Babyfon“.	Österreich/ Vorarlberg	Programmevaluation		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Finsterwald & Spiel 2012	Evaluation von interdisziplinären Ambulatorien in der Primärversorgung von Kindern & Jugendlichen mit Entwicklungs- und/oder psychischen Störungen.	Österreich/ Kärnten	Präsentation von Evaluationsergebnissen auf einer Fachtagung	Kinder & Jugendliche	Kooperation und Netzwerke

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 10.3

Autor, Jahr	Titel	Land	Art der Evidenz	Zielgruppe	Themenschwerpunkt
Fliedel 2012	Projekt Kindernetzwerk Industrieviertel	Österreich/ Niederösterreich	Projektpräsentation	Kinder & Jugendliche mit psychosozialen Belastungen	Kooperation und Netzwerke
Galm 2006	Was ist im Kontakt mit Familien zu beachten, die Vernachlässigungsstrukturen aufweisen?	Deutschland	Handbuch für den Allgemeinen Sozialen Dienst in Deutschland		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Geiger & Ellsäßer 2012	Netzwerk Familie. Frühe Hilfen in Vorarlberg ein vernetztes Angebot zur frühen Unterstützung von Familien.	Österreich/ Vorarlberg	Evaluationsstudie (Fachartikel im Monatsjournal Kinderheilkunde)		Identifizieren von Kindern und Familien in belastenden Lebenssituationen/ Erkennen eines Bedarfs an Frühe Hilfen
Gold et al. 2012a	Gesundes Aufwachen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien	Deutschland	Handlungsempfehlungen des Kooperationsverbunds „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ auf Basis von rund 60 Projekte guter Praxis		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Gold et al. 2012b	Übergänge gemeinsam gestalten – für ein gutes und gesundes Aufwachsen.	Deutschland	Strategien kommunaler Zusammenarbeit zu Prävention/Gesundheitsförderung in Brandenburg		Kooperation und Netzwerke
Groth et al. 2010	MIA Mütter in Aktion. Projekterfahrungen mit der Gesundheitsförderung von schwangeren Frauen und Müttern von Babys in den steirischen Bezirken Liezen und Leibnitz 2007– 2010	Österreich/ Steiermark	Handbuch zu Projekterfahrungen		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Gray & Francis 2006	The implications of US experiences with early childhood interventions for the UK Sure Start Programme.	Großbritannien	Narrative Übersichtsarbeit		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Haas et al. 2012a	Gesundheitsfolgenabschätzung zum verpflichtenden Kindergartenjahr.	Österreich	Wissenschaftlicher Ergebnisbericht		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Haas et al. 2012b	Health in All Policies am Beispiel der Kinder- und Jugendgesundheit	Österreich	Wissenschaftlicher Ergebnisbericht		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 10.3

Autor, Jahr	Titel	Land	Art der Evidenz	Zielgruppe	Themenschwerpunkt
Haas 2013b	Ausgangslage für Frühe Hilfen in Österreich. Ergebnisse der Feldanalyse und der Stakeholder-Workshops	Österreich	Wissenschaftlicher Ergebnisbericht		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen Kooperation und Netzwerke
Hahlweg & Heinrichs 2010	Prävention kindlicher Verhaltensstörung. Wie können Eltern aus sozialen Brennpunkten erreicht werden?	Deutschland	Exemplarische Sammlung von Modellen und Projekten aus der Praxis		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Hahn & Sandner 2012	Kompetenzprofil Familienhebammen.	Deutschland	Handlungsanforderungen an Familienhebammen als Grundlage für berufsspezifische Fort- und Weiterbildung		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Hafen 2012	„Better Together“ Prävention durch Frühe Förderung. Präventionstheoretische Verortung der Förderung von Kindern zwischen 0 und 4 Jahren	Schweiz	Bericht an das Bundesamt für Gesundheit	0- Bis 4-Jährige	Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Hallam 2008	The effectiveness of Interventions to Address Health Inequalities in the Early Year: A Review of Relevant Literature	Schottland	Übersichtsarbeit		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Halme et al. 2010	A Systematic Review of the Effectiveness of Collaborative Interventions in Services for Families with under 9 years old Children		Präsentation über die zentralen Ergebnisse einer systematischen Übersichtsarbeit		Kooperation und Netzwerke
Hämmerle & Sann (o.J.)	Frühe Hilfen Präventionsmodelle mit Zukunft. Frühe Hilfen für Kinder und Familien.	Österreich/ Vorarlberg	Powerpointpräsentation		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen Kooperation und Netzwerke
Henry-Huthmacher & Hoffmann (Hg.) 2010	Wie erreichen wir Eltern? Aus der Praxis für die Praxis	Deutschland	Exemplarische Sammlung von Modellen und Projekten aus der Praxis		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen Kooperation und Netzwerke
Hilgers et al. o.J.	Von der Verwaltung der Kinderarmut zur frühen umfassenden Hilfe	Deutschland	Leitfaden		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen Kooperation und Netzwerke
Keupp 2010	Verwirklichungschancen von Anfang an. Frühe Förderung im 13. Kinder- und Jugendbericht.	Deutschland	Fachartikel im Bundesgesundheitsblatt		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 10.3

Autor, Jahr	Titel	Land	Art der Evidenz	Zielgruppe	Themenschwerpunkt
Kindler 2010	Risikoscreening als systematischer Zugang zu Frühen Hilfen. Ein gangbarer Weg?	Deutschland	Fachartikel im Bundesgesundheitsblatt		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Kindler 2011	Risiko- und Schutzfaktoren, Gefährdungseinschätzung. Grundlagentext		Übersichtsarbeit auf Grundlage eines systematische Literaturreviews von Längsschnittstudien, die die ersten drei Lebensjahre des Kindes zumindest teilweise umfassen	0- bis 3-Jährige	Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Kindler et al. (Hg.) 2006	Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)	Deutschland	Handbuch für den Allgemeinen Sozialen Dienst in Deutschland		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm 2011a	Instrument zur Einschätzung von Belastungsfaktoren und Ressourcen.	Deutschland	Instrument zur Einschätzung von Belastungsfaktoren		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm 2011b	Instrumente für die Praxis. Einschätzung von Belastungsfaktoren und Ressourcen.	Deutschland	Instrument zur Einschätzung von Ressourcen		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Kruppa & Nostitz 2012	Businessplan "Grow Together" eine Chance für Mütter und ihre Kinder. Psychosoziale Begleitung und Therapie für Familien aus hochbelastetem Umfeld	Österreich/ Wien	Projektbeschreibung	Schwangere, 0- bis 2-Jährige	Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen Kooperation und Netzwerke
Künster et al. 2010	Soziale Netzwerkanalyse interdisziplinärer Kooperation und Netzwerke in den Frühen Hilfen. Eine Pilotuntersuchung	Deutschland	Fachartikel im Bundesgesundheitsblatt		Kooperation und Netzwerke
Künster et al. 2011a	Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz. Rund um die Geburt.	Deutschland	Instrument zur Früherkennung		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Künster et al. 2011b	Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz. Version für Klein- und Vorschulkinder. D	Deutschland	Instrument zur Früherkennung		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 10.3

Autor, Jahr	Titel	Land	Art der Evidenz	Zielgruppe	Themenschwerpunkt
Lange & Liebald 2012	Modelle zur Einbeziehung von (Familien-) Hebammen in Netzwerke früher Hilfen. ISA-Fachkongress Qualitätsentwicklung im Kinderschutz in Nordrhein-Westfalen – Herausforderungen des Kinderschutzgesetzes, 19. 2. 2012, Dortmund	Deutschland	Präsentation auf der Fachtagung Qualitätsentwicklung im Kinderschutz in Dortmund		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Lange & Liebald 2013	Der Einsatz von Familienhebammen in Netzwerken Früher Hilfen. Leitfaden für Kommunen	Deutschland	Leitfaden		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Landua et al. 2009	Ergebnisbericht (1. Teiluntersuchung) zum Projekt „Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen.“	Deutschland	Projekterfahrungen		Kooperation und Netzwerke
Laucht et al. 2000	Längsschnittstudie zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie.	Deutschland	Längsschnittstudie	0- bis 11-Jährige Kinder mit psychosozialen Belastungen	Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Laucht 2011	Risiko- und Schutzfaktoren in der frühen Kindheit.	Deutschland	Präsentation auf der 16. GAIMH Jahrestagung in Wien am 17.-19. Februar 2011	0- bis 11-Jährige Kinder mit psychosozialen Belastungen	Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Linderoos 2010	Internationale Erfahrungen und Modelle.	Deutschland	Berichtskapitel über Neuvola in Finnland in einem Forschungsbericht des deutschen Bundesministeriums für Bildung und Forschung		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
LBI-HTA 2013	Eltern-Kind Vorsorge neu. Teil VI: Aufsuchende Hilfen im internationalen Vergleich und Umsetzungsoptionen für Österreich.		Systematische Übersichtsarbeit		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Lyssenko et al. 2010	Resilienzforschung. Relevanz für Prävention und Gesundheitsförderung	Deutschland	Fachartikel im Bundesgesundheitsblatt		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Jané-Llopis & Anderson 2005	Mental Health Promotion and Mental disorder Prevention. A policy for Europe.	Europa	Strategie des „Mental Health Promotion Action“ Netzwerkes		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 10.3

Autor, Jahr	Titel	Land	Art der Evidenz	Zielgruppe	Themenschwerpunkt
Jayaratne (2010)	Child Health Partnerships: a review of program characteristics, outcomes and their relationship		Übersichtsarbeit		Kooperation und Netzwerke Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Markom 2012	Evaluierung des Pilotinnen-Projekts „Kostenlose Schwangerenbetreuung durch Hebammen“ Fachtagung Schwangerenbetreuung bringt's!	Österreich/ Wien	Präsentation auf der Fachtagung Schwangerenbetreuung bringt's! Was Frauen brauchen und Helfer/innen leisten können		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Markom 2012	Evaluierung des Pilotinnen-Projekts „Kostenlose Schwangerenbetreuung durch Hebammen“.	Österreich	Fachtagung Schwangerenbetreuung bringt's!		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Marmot Review 2010	Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review.	England	Übersichtsarbeit zu gesundheitlicher Ungleichheit		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Mattern & Lange 2012	Die Rolle der Familienhebammen im System der Frühen Hilfen.	Deutschland	Sonderausgabe der Deutschen Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Meier-Gräwe & Wagenknecht 2011	Kosten und Nutzen Früher Hilfen. Expertise	Deutschland	Übersichtsarbeit		Kooperation und Netzwerke
Maier-Pfeiffer et al. 2013	Familien mit Migrationshintergrund als Zielgruppe Früher Hilfen.	Deutschland	Projektevaluation	Schwangere, 0- bis 2-Jährige in belastenden Lebenslagen	Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Melzer 2013 (dzt. unveröffentlicht)	Eltern-Kind-Modell-Korneuburg. Die Kinderkrankenschwester als wichtige Bezugsperson in der medizinischen Primärversorgung	Österreich/ Korneuburg	Publikation im Fachjournal		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
MGFFI 2009	Familienzentren Nordrhein-Westfalen – Neue Zukunftsperspektiven für Kinder und Eltern Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung im Überblick	Deutschland/ Nordrhein-Westfalen	Ergebnissen einer wissenschaftlichen Projektbegleitung		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
MFJKJS o.J.	Projekt „Familienzentrum Nordrhein-Westfalen	Deutschland	Projektbeschreibung		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Möllmann et al. o.J.	Gesundheitsförderung und Prävention rund um die Geburt. Ein integrierter Handlungsleitfaden	Deutschland/ Berlin	Handlungsleitfaden des Regionalen Konten Berlin für Berlin	0- bis 3-Jährige in belastenden Lebenslagen	Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Netzwerk Lebensbeginn St. Virgil 2008	Positionspapier: Netzwerk für interdisziplinäre Gesundheitsförderung rund um Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit.	Österreich/ Salzburg	Positionspapier	Schwangere, 0- bis 2-Jährige	Kooperation und Netzwerke

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 10.3

Autor, Jahr	Titel	Land	Art der Evidenz	Zielgruppe	Themenschwerpunkt
Netzwerk Lebensbeginn St. Virgil 2013	Achtsam von Anfang an. Qualitätsstandards in Einrichtungen für Familien rund um Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit.	Österreich/ Salzburg	Qualitätsstandards	Schwangere, 0- bis 2-Jährige	Kooperation und Netzwerke
Nederlands Jeugd Instituut 2010	Youth and Family Centres in The Netherlands	Niederlande	Broschüre des Niederländischen Jugendinstituts zur Entwicklung von Jugend		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen Kooperation und Netzwerke
Netzwerk Familie 2012	Netzwerk Familie im Jahr 2011.	Österreich/ Vorarlberg	Geschäftsbericht		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen Kooperation und Netzwerke
Netzwerk Familie 2013	Zuweisungsblatt	Österreich/ Vorarlberg	Instrument		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
NICE 2012	Social and emotional wellbeing: early years		Leitlinie des National Institute for Health and Clinical Excellence auf Basis von systematischen Übersichtsarbeiten	0- bis 4-Jährige	Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Oberösterreichischer Gesundheitsfonds o.J.	Reformpoolprojekte.	Österreich/ Oberösterreich	Projektbeschreibung		Kooperation und Netzwerke
Paul 2012	Kinder- und Jugendgesundheit fördern. Frühe Hilfe - Frühzeitige, niedrigschwellige Hilfen für belastete Familien.	Deutschland	Plenarvortrag auf der Tagung Kinder- und Jugendgesundheit - Messen-Planen-Fördern-Steuern der österreichischen Gesellschaft für Public Health		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen Kooperation und Netzwerke
Pfeifle 2006	Wo sind die „Löcher“ im (Kooperations-)System aus Sicht der Jugendhilfe?	Deutschland	Fachtagungsdokumentation		Kooperation und Netzwerke
Petition Online 2013	Es soll Finnisches Neuvola-System für die durchgehende Betreuung von Eltern und Kindern ab der Schwangerschaft und bis zur Einschulung geben.	Deutschland	Online Petition		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
pro mente: kinder jugend familie GmbH 2011	Jahresbericht 2011	Österreich/ Kärnten	Jahresbericht		Kooperation und Netzwerke

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 10.3

Autor, Jahr	Titel	Land	Art der Evidenz	Zielgruppe	Themenschwerpunkt
Pruckner & Özlü 2012	Ein Baby kommt und noch viel mehr ... spezielle Themen in der Beratung türkisch-sprachiger (werdender) Mütter-Erfahrungsberichte aus der FEM-Elternambulanz.	Österreich/ Wien	Vortrag auf einer Fachkonferenz		Kooperation und Netzwerke
Renner 2008	Frühe Hilfen. Modellprojekte in den Ländern.	Deutschland	Projektbeschreibung		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Renner & Heimeshoff 2010	Modellprojekte in den Ländern. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung.	Deutschland	Projektlandkarte		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen Kooperation und Netzwerke
Reiter 2012	„Gesundheit kommt nachhause – Mehr Wissen hilft!“	Österreich/ Wien	Endbericht der Programmevaluierung		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Refle 2010	Zugang zu sozial benachteiligten Eltern. Das Landesprojekt Pro Kind-Sachsen	Deutschland	Projekterfahrungen	Schwangere, 0- bis 2-Jährige in belastenden Lebenslagen	Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Sann 2011	Bestandsaufnahme zur Entwicklung der kommunalen Praxis im Bereich Früher Hilfen. Zweite Teiluntersuchung	Deutschland	Projekterfahrung		Kooperation und Netzwerke
Sann 2012	Auf dem Weg zu mehr Prävention. Systeme Früher Hilfen und Förderung in den Kommunen.	Deutschland	Sonderausgabe der Deutschen Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft		Kooperation und Netzwerke
Sagerschnig et al. 2012	Psychosoziale Planungs- und Versorgungskonzepte für Kinder und Jugendliche im internationalen Vergleich.		Wissenschaftlicher Ergebnisbericht		Kooperation und Netzwerke
Sloper 2004	Facilitators and barriers for co-ordinated multi-agency services		Übersichtsarbeit		Kooperation und Netzwerke
Stadt Wien o.J:	Netzwerk Postpartale Depression	Österreich/ Wien	Programminformation	Mütter mit postpartaler Depression	Kooperation und Netzwerke
SVR 2009	Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009	Deutschland	Sondergutachten des Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen Kooperation und Netzwerke

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 10.3

Autor, Jahr	Titel	Land	Art der Evidenz	Zielgruppe	Themenschwerpunkt
Spickermann & Schubert 2009	Arbeitshilfen zur Entwicklung und Steuerung von Netzwerken Früher Förderung. Ein Modellprojekt des LVR-Landesjugendamtes Rheinland.	Deutschland	Erfahrungsbericht		Kooperation und Netzwerke
Summersberger 2012	Erfolgsfaktoren intersektoraler Kooperation. Am Beispiel des Programms „Frühe Hilfen“ in Vorarlberg.	Österreich/ Vorarlberg	Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Public Health		Kooperation und Netzwerke
Thaiss et al. 2010	Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz. Erste Erfahrungen der Länder bei der Implementation appellativer Verfahren.	Deutschland	Fachartikel im Bundesgesundheitsblatt		Kooperation und Netzwerke
Thyen 2012	Der Beitrag Früher Hilfen zu früher Förderung und Bildung von Kindern.	Deutschland	Sonderausgabe der Deutschen Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Trzeszkowski 2010	Willkommen – Netzwerk für Familien. As Dormagener Modell „Willkommen im Leben“	Deutschland	Erfahrungswissen aus der Praxis		Kooperation und Netzwerke
Universität Ulm o.J.	E-Learning-Kurs „Frühe Hilfen und frühe Interventionen im Kinderschutz“	Deutschland	E-learning Kurs		Kooperation und Netzwerke
Vernetzungstreffen Vorsorgemittel 2012	Vernetzungstreffen Vorsorgemittel Ernährung 2011–2013, 8. Juni 2012	Österreich	Diskussionsbeitrag in der Arbeitsgruppe Ernährungsberatung in der Schwangerschaft, BFHI & Frühe Hilfen		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Volkshilfe Wien 2012	MiMi-Gesundheitsprojekt: Mit MigrantInnen für MigrantInnen – Interkulturelle GesundheitslotsInnen in Wien.	Österreich/ Wien	Programmflyer		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Werner 2010	Netzwerk Familie für die Bezirke Dornbirn und Feldkirch. Endbericht 2009. Netzwerk Familie	Österreich/ Vorarlberg	Projektelevaluation eines der Pilotprojekte zu Frühe Hilfen		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen Kooperation und Netzwerke
Wernisch-Pozewaunig, et al. 2010	Evaluation bei pro mente: kinder jugend familie am Beispiel der Mini-Ambulatorien in Kärnten	Österreich/ Kärnten.	Projektelevaluation	Kinder & Jugendliche mit Entwicklungs- und/oder psychischen Störungen	Kooperation und Netzwerke

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 10.3

Autor, Jahr	Titel	Land	Art der Evidenz	Zielgruppe	Themenschwerpunkt
Winkler et al. 2012	Eltern–Kind–Vorsorge neu. Teil VI: Aufsuchende Hilfen im Rahmen von Schwangeren–/Eltern–Kind–Programmen. Endbericht	Österreich	Endbericht einer Forschungsreihe auf Basis von Literaturrecherche, explorativen Interviews, schriftliche ExpertInnenbefragung		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen Kooperation und Netzwerke
Williams, Anne 2010	Family Policies that work best for Children. Fighting child poverty & promoting child well-being	Schweden/ Dänemark	Forschungsprojektbericht vom Study Visit der "Eurochild's family and parenting support thematic working group"		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen Kooperation und Netzwerke
Ziegenhain et al. 2010	Werkbuch Vernetzung. Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz	Deutschland	Erfahrungswissen aus dem Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“		Kooperation und Netzwerke Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Ziegenhain et al. 2007	Risikoeinschätzung bei Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung im Säuglings- und Kleinkindalter - Chance früher beziehungsorientierter Diagnostik	Deutschland	Fachartikel		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen
Zsivkovits 2012	WEM bringt sie WAS, die Schwangerenbetreuung durch Hebammen?	Österreich/ Wien	Präsentation auf der Fachtagung Schwangerenbetreuung bringt's! Was Frauen brauchen und Helfer/innen leisten können		Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen

Anmerkung: Die eingeschlossene Evidenz richtet sich grundsätzlich an Kinder und ihre Eltern. Wenn das Feld „Zielgruppe“ in der Tabelle leer ist, wurde in der Quelle die Zielgruppe nicht näher definiert. Bei Übersichtsarbeiten wurden in der Tabelle keine Angaben zu den Herkunftsländern der Primärstudien gemacht.
 BZgA = Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Ktn = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, Sbg = Salzburg, Stmk = Steiermark, Vbg = Vorarlberg
 Quelle und Darstellung: GÖG ÖBIG

10.6 Analyse von Instrumenten zum Erkennen von Unterstützungsbedarf

Tabelle 10.4:

Erhobene Faktoren für gesundheitsrelevante Belastungen im Kindesalter

Belastungsdimension/ Belastungsfaktor	Instrument zur Ein- schätzung von Belas- tungsfaktoren und Ressourcen	Anhaltsbogen für ein vertiefendes Ge- spräch	Unterstützungsbor- gen für die Jugend- hilfe	WB Kinderschutz Rund um die Geburt	WB Kinderschutz Klein- u Vorschul- kinder	Netzwerk Familie
Während der Schwangerschaft/ zum Zeitpunkt der Geburt						
Vorgeburtlicher Stress (diverse psychische oder psychosoziale Belastungen)	✓					
Eltern/Bezugspersonen haben negative Einstellungen gegenüber dem ungeborenen Kind (schlechte Mutter-Fötus-Bindung)	✓					
Problematisches Gesundheitsverhalten während Schwangerschaft	✓	✓				
Auftreten von Schwangerschafts- oder Geburtskomplikationen	✓					
Gesundheitsgefährdung des Neugeborenen unmittelbar nach seiner Geburt (z. B. niedriges Geburtsgewicht = Indikator)	✓					
Postpartale psychische Erkrankungen der Mutter	✓					
Fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen oder Kinderuntersuchungen		✓		✓		✓
Kein Besuch auf der Geburtenstation						✓
Allgemeine Angaben zur Schwangerschaft						
Fragen zu bisherigen Schwangerschaften						
Merkmale des Kindes						
Alter des Kindes (Geburtsdatum)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Geschlecht (Mädchen häufiger betroffen)				✓	✓	
Entwicklungsverzögerung, Behinderung, Krankheiten, die mit erhöhten Fürsorgeanforderungen einhergehen	✓	✓		✓	✓	✓
Kindliche Regulations- und Verhaltensstörungen (exzessives Schreien, Schlafstörungen, Fütter- Gedeihstörungen, Emotionale Verhaltensstörungen)	✓					
Bereits aufgetretene Schädigungen, Belastungen oder Auffälligkeiten des Kindes, die nicht angeborenen waren (Krankheiten, Unfälle, Entwicklungsauffälligkeiten)	✓				✓	
Merkmale der Eltern/ Erziehungsberechtigte						
Alter der Mutter in Jahren		✓ (<=18)		✓ (<=18)	✓ (<=18)	✓ (<20a)
Alter der Mutter in Jahren (<=20) bei mehr als ein zu versorgendes Kind		✓		✓	✓	✓
Kognitive Einschränkungen der Eltern (geistige Leistungsfähigkeit)	✓					

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 10.4

Belastungsdimension/ Belastungsfaktor	Instrument zur Ein- schätzung von Belas- tungsfaktoren und Ressourcen	Anhaltsbogen für ein vertiefendes Ge- spräch	Unterstützungsbor- gen für die Jugend- hilfe	WB Kinderschutz Rund um die Geburt	WB Kinderschutz Klein- u Vorschul- kinder	Netzwerk Familie
Einschränkung der Eltern in (schrift)sprachlicher Kompetenz	✓					
Gesundheitliche Probleme der Eltern (chronische Krankheiten/Behinderung)	✓					
Psychische Probleme der Eltern	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Antisoziale Verhaltensweisen aufgrund eigener Lebensgeschichte	✓		✓			
Unerwünschte Schwangerschaft				✓		✓
Eigene Problematische Kindheitserfahrungen Vernachlässigungs- oder Misshandlungserfahrungen in der eigenen Le- bensgeschichte			✓	✓		✓
Mangelnde Bewältigungsstrategien unter Stressbelastungen	✓		✓			
Eltern fühlen sich aktuell hoch belastet (gestresst)	✓				✓	
Nicht in der Lage für Grundbedürfnisse (Essen, Trinken Schlafen , Wohnung, Arbeit) aufzukommen	✓					
Nikotinkonsum >= 20 Zigaretten täglich; Rauchen allgemein		✓		✓		✓
Suchterkrankungen in der Vergangenheit						
Regelmäßige Einnahme von Medikamenten						
Beobachtbare Erziehungs- und Beziehungskompetenz						
Qualität bisheriges Verhalten bei Geschwistern						
Bereits aufgetretene Überforderung bei Geschwisterkindern ist bekannt	✓			✓		✓
Misshandlung oder Vernachlässigung von Geschwisterkindern ist bekannt	✓			✓		✓
Qualität gegenwärtigen elterlichen Verhalten						
Belastungen aufgrund schwieriger Geschwisterkonstellation (z.B. Mehrlingsgeburt, geringer Altersabstand)	✓	✓		✓		✓
(Physiologischen) Grundbedürfnisse des Kindes werden unzureichend sichergestellt (Ernährung, Pflege, Schlaf- Wachrhythmus)	✓			✓		
Negatives Interaktions- Fürsorgeverhalten (fehlende Wahrnehmung kindlicher Bedürfnisse, feindselige, abwerten, ag- gressives, emotional vernachlässigendes Verhalten Problematische Mutter-Kind-Beziehung)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Altersunangemessene Versorgung und Behandlung des Kindes	✓			✓	✓	
Eltern/Erziehungsberichtigte verwenden unangemessene Erziehungsmethoden an (physische und psychische Gewalt, wegsperrern, Liebesentzug	✓					
Schwierigkeit des Eltern, zwischen eigenen Bedürfnissen und jenen des Kindes eine kindeswohlverträglich Balance zu finden	✓		✓			
Erziehungs- und Beziehungskompetenz						

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 10.4

Belastungsdimension/ Belastungsfaktor	Instrument zur Ein- schätzung von Belas- tungsfaktoren und Ressourcen	Anhaltsbogen für ein vertiefendes Ge- spräch	Unterstützungsbor- gen für die Jugend- hilfe	WB Kinderschutz Rund um die Geburt	WB Kinderschutz Klein- u Vorschul- kinder	Netzwerk Familie
Unangemessene Erziehungsmethoden, die zur Überforderung des Kindes führen oder seine Entwicklung negativ beein- trächtigen	✓					
Problematische Konzept und/oder Gefühl bezüglich ihrer Elternrolle (mangelnde Identifikation mit Elternrolle, man- gelndes elterliches Selbstvertrauen/Selbstwirksamkeit, Überforderung, Unsicherheit)	✓	✓	✓	✓		✓
Eltern haben verzerrte Repräsentationen des Kindes	✓					
Gegenwärtige Lebenssituation der Familie			✓			
Angaben zum Familienstand und der Anzahl der Personen, die im Haushalt leben						
Anzahl und Alter weiterer Kinder der Mutter						
Vater des Kindes ist präsent						
Info zu Lebensgefährten der Mutter, der nicht leiblicher Vater des Kindes ist						
Schwerwiegende innerfamiliäre Belastungen, die gute Versorgung des Kindes bedrohen (schwere Partnerschaftsproble- me, Trennung/Scheidung, Gewalt in der Familie, Suchtprobleme, Alkoholismus)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Schwerwiegende außerfamiliäre Belastungen, die gute Versorgung des Kindes bedrohen (Nachbarschaftskonflikte, Ver- wandtschaftskonflikte, Probleme am Arbeitsplatz, fehlende soziale Unterstützung)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Schwerwiegende soziale Belastungen (Niedriger Bildungsstand der Eltern, anhaltende Arbeitslosigkeit, Armut, ungüns- tige Nachbarschaftsverhältnisse – soziale Brennpunktviertel, Alleinerziehendes Elternteil	✓	✓	✓	✓	✓	✓
		✓		✓ (In Kom- bination mit sozial isoliert)	✓ (In Kombination mit sozial isoliert)	✓
Weitere wahrgenommene Form der Kindeswohlgefährdung/ –misshandlung						
Emotionale Misshandlung				✓	✓	
Körperliche Misshandlung				✓	✓	
Sexueller Missbrauch				✓	✓	
Qualität der Zusammenarbeit						
Eigener Unterstützungs- o. Hilfebedarf wird von den Eltern nicht erkannt	✓					

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 10.4

Belastungsdimension/ Belastungsfaktor	Instrument zur Einschätzung von Belastungsfaktoren und Ressourcen	Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch	Unterstützungsbögen für die Jugendhilfe	WB Kinderschutz Rund um die Geburt	WB Kinderschutz Klein- u Vorschul-kinder	Netzwerk Familie
Fehlende oder unzureichende Motivation der Eltern, ihre Situation zu verbessern	✓				✓	
Mangelnde Bereitschaft/Fähigkeit der Eltern mit Frühe Hilfen Fachpersonal zu kooperieren	✓				✓	

Abkürzungen: WB = Wahrnehmungsbogen;

Anmerkung: Einzelne Formen von Kindeswohlgefährdung sind nur in zwei Instrumenten explizit als eigenständige Fragekategorie ausgewiesen. Die anderen Fragebögen zielen primär darauf ab, Unterstützungsbedarf der Familien festzustellen, aber selbstverständlich auch – sofern Fälle von Kindeswohlgefährdung vorliegen – diese frühzeitig zu erkennen.

Quellen: Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm 2011a, Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm 2011b, Künstler et al. 2011a, Künstler et al. 2011b, Ziegenhain et al. 201b, Darstellung und Aufbereitung: GÖG/ÖBIG 2013

Tabelle 10.5:

Erhobene Faktoren für gesundheitsrelevante Ressourcen im Kindesalter

Ressourcenbereich/ Schutzfaktor	Instrument zur Einschätzung von Belastungsfaktoren und Ressourcen ¹	Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch	Unterstützungsbogen für die Jugendhilfe	WB in Kinderschutz Rund um die Geburt	WB Kinderschutz Kleinkinder u. Vorschulkinder	Netzwerk Familie /Leitfaden für ein vertiefendes Gespräch
Während der Schwangerschaft/ zum Zeitpunkt der Geburt		Ressourcen der Familien werden als Gesamtes im vertiefenden Gespräch abgefragt, keine Differenzierung				
Mutter hat Schwangerschaft positiv erlebt	✓					
Merkmale des Kindes						
Regulatorische oder temperamentsbedingte Eigenschaften, welche die Fürsorge erleichtern	✓					
Merkmale der Eltern/Erziehungsberechtigten						
Eltern verfügen über ein angemessenes Gefühl der Selbstwirksamkeit	✓					
Ausreichende Bewältigungsstrategien unter Stressbelastungen	✓			✓		
Eltern fühlen sich trotz erhöhter Anforderungen nicht belastet	✓					
Trotz widriger Lebensumstände können die Grundbedürfnisse (Essen, Trinken Schlafen , Wohnung, Arbeit) sichergestellt werden	✓					
Beobachtbare Erziehungs- und Beziehungskompetenz						
Qualität bisheriges Verhalten bei Geschwistern						
Es gab bereits Phasen gelingender Elternschaft bei Geschwisterkindern	✓					
Qualität gegenwärtigen elterlichen Verhalten						
(Physiologischen) Grundbedürfnisse des Kindes werden kontinuierlich sichergestellt (Ernährung, Pflege, Schlaf-Wachrhythmus)	✓					
Eltern zeigen ein positives Interaktions- Fürsorgeverhalten	✓			✓		
Eltern sind fähig, Bedürfnissen des Kindes den eigenen voranzustellen	✓					
Wissen über Entwicklung und Erziehungseinstellung						
Positive und realistische Selbstwirksamkeitseinschätzung als Mutter und Vater	✓					
Eltern haben ein grundlegend positives Bild vom Kind	✓			✓		
Gegenwärtige Lebenssituation der Familie						
Anzahl und Alter von Geschwister des Kindes, die im gleichen Haushalt leben					✓	✓
Bezugspersonen, wo das Kind lebt bzw. betreut wird					✓	✓
Eltern leben in einem geordneten Lebensumfeld, in dem die Grundversorgung des Kindes sichergestellt ist (finanzielle Absicherung, sicher Wohnumgebung, Gewährleistung von Betreuung)	✓			✓		
Familie verfügt über ein stabiles soziales Umfeld (Beziehung zu Freunden, Nachbarn, Verwandten, die subjektiv als positiv erlebt werden)	✓				✓	

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 10.5

Ressourcenbereich/ Schutzfaktor	Instrument zur Einschätzung von Belastungsfaktoren und Ressourcen ¹	Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch	Unterstützungsboegen für die Jugendhilfe	WB in Kinderschutz Rund um die Geburt	WB Kinderschutz Kleinkinder u. Vorschulkinder	Netzwerk Familie /Leitfaden für ein vertiefendes Gespräch
Zumindest eine, emotional stabil und zuverlässige Bezugsperson des Kindes im innerfamiliären Kontext	✓					
stabile innerfamiliäre Beziehungen						✓
Qualität der Zusammenarbeit						
Eigener Unterstützungs- o. Hilfebedarf wird von den Eltern erkannt	✓		✓			
Eltern übernehmen Verantwortung für vergangene und aktuelle Probleme						
Wunsch der Eltern besteht, ihre Situation zu verbessern bzw. ihre Probleme zu lösen	✓		✓			
Bereitschaft/Fähigkeit der Eltern mit Frühe Hilfen Fachpersonal zu kooperieren	✓					

Quellen: Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm 2011a, Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm 2011b, Künster et al. 2011a, Künster et al. 2011b, Ziegenhain et al. 2011b, Darstellung und Aufbereitung: GÖG/ÖBIG 2013

10.7 BZgA–Good–Practice–Projekte zur Gesundheitsförderung in der frühen Kindheit

Tabelle 10.6:

BZgA–Good–Practice–Projekte zur Gesundheitsförderung in der frühen Kindheit

Projektname, Quelle	Themen- und Handlungsfelder	Bereich guter Praxis	<u>Hinweis zu:</u> Kooperation/Vernetzung Identifizieren von Zielgruppen
Beratungsstelle „Frühe Hilfen“ Harburg (BZgA 2011, 392)	Frühförderung/Early Start Familien/Eltern/Alleinerziehende	Innovation und Nachhaltigkeit Integriertes Handlungskonzept/ Vernetzung niedrigschwellige Arbeitsweise	entwicklungspsychologisches Beratungsangebot zur Stabilisierung der Eltern-Kind-Beziehung Kooperation zwischen Jugendhilfe und Gesundheitsbereich Kostenloses, niederschwelliges Angebot Erreichen von Risikofamilien durch fachübergreifende Kooperation
ELTERN-AG (Empowermentprogramm für mehr Elternkompetenz in Problemfamilien) (BZgA 2011, 454; Armbruster 2010, 172; Armbruster 2012, 84)	Familien/Eltern/Alleinerziehende Steigerung der Erziehungskompetenzen durch Arbeitsgruppen, die Selbsthilfe und Beratung kombinieren	Empowerment niedrigschwellige Arbeitsweise Partizipation	Arbeitsgruppen in Wohnortnähe der Zielgruppe kostenlose Teilnahme für Eltern Erreichen der Zielgruppen über Kinderbetreuungseinrichtungen, Pädiater/innen „Originelle“ Werbemaßnahmen zur Bekanntmachung des Programms (wird in der Literatur nicht näher spezifiziert)
Eutiner Babynetz (BZgA 2011, 394)	Frühförderung/Early Start Familien/Eltern/Alleinerziehende	niedrigschwellige Arbeitsweise Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung Kosten-Nutzen-Relation	Einrichtung einer Koordinationsstelle niederschwelliger Zugang Kurze Zugangswege für passgenaue Hilfen
Familienhebammen im Kinder- und Familienzentrum (KiFaZ) Barmbek-Süd (BZgA 2011, 396)	Frühförderung/Early Start Familien/Eltern/Alleinerziehende	Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung niedrigschwellige Arbeitsweise Settingansatz	runder Tisch mit verschiedenen Kooperationspartnern aus dem Stadtteil Beratungsgespräche im Kinder- und Familienzentrum, Hausbesuche unkomplizierte, unverbindliche Teilnahme an Veranstaltung

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 10.6

Projektname, Quelle	Themen- und Handlungsfelder	Bereich guter Praxis	Hinweis zu: Kooperation/Vernetzung Identifizieren von Zielgruppen
Familienhebammen in Sachsen-Anhalt (Modellprojekt im Rahmen des Aktionsprogramm des BMFSFJ 2007) (BZgA 2011, 26)	Frühförderung/Early Start Familien/Eltern/Alleinerziehende	Empowerment der Zielgruppe niedrigschwellige Arbeitsweise Innovation und Nachhaltigkeit	Aufbau von Kooperationen und Netzwerken mit anderen Einrichtungen Vermittlung von Familien an Familienhebammen durch Akteurinnen und Akteure des Netzwerkes Erreichbarkeit der Familien durch aufsuchende Angebotsform Hausbesuche durch Familienhebamme Kontinuierliche Betreuung durch eine Familienhebamme als feste Bezugsperson (sog. „Lotsin“) bis zum ersten Geburtstag des Kindes Freiwilligkeit des Angebots Eingehen auf individuelle Bedürfnisse und Fragestellungen der Familien Gemeinsame Festlegung von Zeitpunkt, Umfang, inhaltlichen Schwerpunkten, Art und Dauer der Betreuung mit den Familien Keine Anmeldeformalitäten, Wahrung der Anonymität der Familien Angebot ist für Familien kostenlos
Familienhebammenprojekt „Kleemobil“, (BZgA 2011, 38)	Frühförderung/Early Start Familien/Eltern/Alleinerziehende	niedrigschwellige Arbeitsweise Empowerment Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung Qualitätsmanagement/ Qualitätsentwicklung	Einbettung in das landesweite Familienhebammenprogramm in Mecklenburg-Vorpommern Kooperation mit Trägereinrichtungen vor Ort (Nutzung existierende Netzwerkstrukturen und Kooperation der Jugendhilfe), monatliche Veranstaltungen mit Netzwerkpartnern im Fokus auf klientenzentrierte Fallarbeit Multiprofessionelles Team bestehend aus einer Familienhebamme und zwei Sozialpädagoginnen (Team „Kleemobil“), wöchentliche Treffen, Supervision Verschiedene Angebotsformen und Zugangswege im sozialen Nahraum der Zielgruppe: Beratung (im Büro oder telefonisch), Hausbesuche, niederschwellige Treffpunkte (Elterncafé, Tauschbörse) Freiwillige und kostenlose Teilnahme ohne Anmeldeformalitäten Öffentlichkeitsarbeit, um Bekanntheit des Projekts im Stadtviertel zu erhöhen Verknüpfung von Fürsorgeangeboten durch Familienhebamme und Beratungsangebote der Sozialarbeiterin ermöglicht Erprobung verschiedener Zugangswege
Familienlotsen im Rahmen des „familien-Netzwerks Hamm“, Eine ressourcenorientierte Netzwerkaktivierung (BZgA 2011, 49)	Frühförderung/Early Start Familien/Eltern/Alleinerziehende Sozialraum/Quartier/ Stadtteil	Empowerment Innovation und Nachhaltigkeit Dokumentation und Evaluation	Aufsuchende Arbeit zu Hause bei den Familien und Begleitung der Familien zu Behörden und anderen Institutionen Persönliche oder telefonische Anmeldung zum Programm Kostenlose Angebote

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 10.6

Projektname, Quelle	Themen- und Handlungsfelder	Bereich guter Praxis	Hinweis zu: Kooperation/Vernetzung Identifizieren von Zielgruppen
„Gesund sind wir stark!“ in Kreuzberg, (BZgA 2011, 303)	Sozialraum/Quartier/Stadtteil Familien/Eltern/Alleinerziehende Frühförderung/Early Start	Multiplikatorenkonzept Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung Qualitätsmanagement/ Qualitätswicklung	Koordinationsstelle (sog. Plan- und Leitstelle) Beratung und Betreuung von Familien durch Gesundheitstrainer/innen (geschulte Berufsgruppen in sozialen Einrichtungen) Hausbesuche, Einzel- und Gruppenangebote
JUMP - Junge-Mütter-Projekt in Husum und Friedrichstadt (BZgA 2011, 470)	Frauen und Mädchen Frühförderung/Early Start	Empowerment Innovation und Nachhaltigkeit Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	Offener Treffpunkt Einzelberatung Frühstückstreff 1x pro Woche
Mobiler Sozialpädagogischer Dienst der Stadt Neubrandenburg (BZgA 2011, 162)	Familien/Eltern/Alleinerziehende Sozialraum/Quartier/ Stadtteil Frühförderung/Early Start	niedrigschwellige Arbeitsweise Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung Dokumentation und Evaluation	interdisziplinäres Fachteam (I-Team) (Vertreter/in vom Jugendamt und Sozialamt, Kinder- und Jugendärztin, Kinderpsychologin) Einbindung von weiteren Kooperationspartnern und Netzwerkaufbau Mobiles Beratungsangebot in Form von Hausbesuchen Zugang zur Zielgruppe bei rund einem Drittel der betreuten Familien über Selbstmeldung
Präventionsprogramm „Lenzgesund“, Vernetzte frühe Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre (BZgA 2011, 526)	Sozialraum/Quartier/ Stadtteil Frühförderung/Early Start	Settingansatz Dokumentation und Evaluation Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	Runder Tisch
Schutzengel e.V. (Modellprojekt im Rahmen des Aktionsprogramm des BMFSFJ 2007) (BZgA 2011, 398)	Frühförderung/Early Start Familien/Eltern/Alleinerziehende	Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung niedrigschwellige Arbeitsweise Dokumentation und Evaluation	Interdisziplinäre Arbeitsweise Verstärkte Einbindung von Kooperationspartnern, Krankenhäuser, Krankenkassen Familienhebamme als Ansprechpartnerin für alle Probleme rund ums Kind Familienbegleiterin der Diakonie zur Unterstützung bei der Alltagsbewältigung Elterncafé als niederschwelliger Treffpunkt
Sozialräumliche Angebote für Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf, (BZgA 2011, 401)	Frühförderung/Early Start Sozialraum/Quartier/ Stadtteil Familien/Eltern/Alleinerziehende	niedrigschwellige Arbeitsweise Empowerment Partizipation	Kontakt zu Betroffenen über Kindertagesstätten und kommunale soziale Dienste hergestellt Aufsuchende, individuelle Beratung Kleingruppenarbeit
Steps (BZgA 2011, 403)	Frühförderung/Early Start Kinderbildungs- und Kinderbetreuungseinrichtung Familien/Eltern/Alleinerziehende	Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung Multiplikatorenkonzept niedrigschwellige Arbeitsweise	Vertreter/innen der kooperierenden Einrichtungen wirken als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren Hebammeninterventionen bei Müttern mit Unterstützungsbedarf Cafés als Möglichkeit für Austausch zwischen den Eltern mit Kindern

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 10.6

Projektname, Quelle	Themen- und Handlungsfelder	Bereich guter Praxis	Hinweis zu: Kooperation/Vernetzung Identifizieren von Zielgruppen
Stillförderprogramm für sozial Benachteiligte/sozial-medizinische Elternberatung (BZgA 2011, 406)	Frühförderung/Early Start Familien/Eltern/Alleinerziehende	Empowerment Innovation und Nachhaltigkeit Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	Ansiedelung im sozialen Nahraum der Zielgruppe Einbettung des Programms in regionale Strukturen
Zukunft für Kinder in Düsseldorf – Hilfen für Kinder und Familien in Risikolagen (BZgA 2011, 408)	Frühförderung/Early Start Familien/Eltern/Allein-erziehende Sozialraum/Quartier/ Stadtteil	Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung Innovation und Nachhaltigkeit Kosten-Nutzen-Relation	Vernetzung mit zahlreichen Akteurinnen und Akteuren (z.B. Geburtsklinik, psychosoziale Angebot etc.) Institutionenübergreifende Zusammenarbeit zwischen Jugend- und Gesundheitsamt Einbindung in vorhandene Strukturen (Düsseldorfer Gesundheitskonferenz) Clearingstelle (eigenständige Institution), die verschiedene Angebote von Düsseldorfer Einrichtungen vernetzt. Mitarbeiter/innen der Clearingstelle (Fachkräfte des Gesundheitsamts, Pädiater/innen, Kinderkrankenschwestern, Sozialarbeiter/in) nehmen mit Familien bereits während der Schwangerschaft Kontakt auf

Anmerkung: Detaillierte Informationen zu den Projekten stehen unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Quelle: BZgA 2011

10.8 Ergebnisse Gruppendiskussion des Fachbeirats Frühe Hilfen – Auszug aus einem Protokoll vom 23. 5. 2012

Round Table

Um die verschiedensten Fachperspektiven und Erfahrungen der Mitglieder des Fachbeirats einfließen lassen zu können, wird ein Round Table zur Fragestellung: In Bezug auf die Etablierung von Frühen Hilfen – was erachten Sie aus der Perspektive Ihres Fachbereichs bzw. auf Basis Ihrer Erfahrungen als besonders relevant?

Es werden viele verschiedene Aspekte angesprochen, die unten kurz angeführt werden. Sie sollen in Folge vom Projektteam geclustert und vertiefend aufbereitet werden, damit sie bei den weiteren Projektarbeiten Berücksichtigung finden können.

- » *Wertschätzung der Klientinnen und Klienten sowie positive Motivation und kompetente Auskunft sind zentral – auch zur Herstellung einer Vertrauensbasis. Stigmatisierung muss unbedingt vermieden werden!*
- » *Wenn Menschen Unterstützung brauchen, ist es schwierig, wenn sie zu unterschiedlichen Anlaufstellen gehen müssen. Daher wäre ein Angebot von Frühen Hilfen wünschenswert, bei dem es an einem Standort mehrere Angebote gibt.*
- » *Viele junge Eltern und Mütter vereinsamen oft in der ersten Phase nach der Geburt, daher ist auch eine Stärkung der sozialen Vernetzung zwischen Müttern/Eltern/Familien zentral, da Austausch sehr wichtig ist.*
- » *Es braucht eine Erstklärungsstelle, die über das gesamte Netzwerk Frühe Hilfen Bescheid weiß. Die Angebote sollten weiters so verbunden sein, dass das eine auf das andere hinweist.*
- » *Niederschwelliger Zugang ist essentiell. Es braucht einen „Türöffner“ für alle. Erfahrungen gibt es z. B. in Korneuburg mit dem Erstbesuch (Übergabe Wäschepaket, Infos, Herstellung eines Erstkontakt etc.) zu Hause durch mobile Kinderkrankenschwester.*
- » *Es braucht ein Angebot für alle, schichtübergreifend, Schwierigkeiten mit ihren Babys oder andere Belastungen haben Eltern aller sozioökonomischer Gruppen. Gleichzeitig sollte großes Augenmerk auf Chancengleichheit gelegt werden. Man muss dabei sehr sorgsam sein, da ein Angebot, das für alle zugänglich ist, die Chancenungleichheit auch vergrößern kann. Als sinnvoll wird ein Mix aus einem niederschwelligen Angebot für alle und darüber hinaus zielgruppenspezifischen Angeboten erachtet. Man sollte ein Basismodul für alle entwickeln, das je nach Bedarf um andere Module erweitert werden kann.*
- » *Das Thema Frühe Hilfen wird bei den Anträgen an den FGÖ aufgenommen und wird merkbar nachgefragt.*
- » *Für die zielgruppenorientierten Angebote muss auch ein zielgruppenorientierter Zugang gewählt werden mit Methoden, die die soziale Integration von benachteiligten Menschen fördern. Netzwerkbildung unter Menschen in gleicher Situation ist eine relevante Gesundheitsförderungsmaßnahme.*
- » *Schwangerenbetreuung durch Hebammen wird von allen Gruppen angenommen.*
- » *Erfahrungen aus Eltern-Kind-Zentren zeigen, dass die Mischung der Gruppen aus unterschiedlichen sozio-ökonomischen Gruppen oft nicht gut funktioniert; die sozioökonomisch*

- benachteiligten Gruppen bleiben dann oft weg. Ev. gibt es diesbezüglich Unterschiede zwischen Stadt und Land (weshalb es ländlichen Gemeinden einfacher sein kann, verschiedenste Gruppen zu integrieren, als in Städten).*
- » *Es braucht auch Unterstützung für Praktiker/-innen, an wen sie weiterverweisen können; oft wird Unterstützungsbedarf erkannt, aber es fehlt Information, welche Angebote zur Verfügung stehen.*
 - » *Kontinuierliche Betreuung durch dieselbe Person ist wichtig für Vertrauensbildung.*
 - » *Wichtig sind auch offene Treffpunkte, wo man ohne Anmeldung vorbeischauchen kann.*
 - » *Familienbegleitung (Unterstützung im Alltag, bei Erziehungsfragen etc.; vor allem als aufsuchende Arbeit) als Teil von Frühen Hilfen ist wichtig.*
 - » *Mütter und Eltern sind ExpertInnen, man muss versuchen, das Vertrauen in die eigene Kompetenz in ihnen zu wecken*
 - » *Frühe Hilfen-Projekt soll eng mit Eltern-Kind-Vorsorge-Projekt verknüpft sein; Konnex sollte klargestellt werden. Im Rahmen der Arbeiten zu Aufsuchenden Angeboten gibt es schon viele Erfahrungen/Erkenntnisse.*
 - » *Es ist sinnvoll, besser darzustellen, warum wir uns mit Frühen Hilfen beschäftigen (Begründung/Motivation; z. B. Maßnahmen zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten; Erkenntnisse aus Lebenslauforschung zu Relevanz der frühen Kindheit für lebenslange Gesundheit („Life course approach“). Effizienz der Maßnahmen etc.)*
 - » *Es braucht vielleicht Grundlagen für die Aus- oder Fortbildung (Was müssen Leute können, die im Bereich Frühe Hilfen arbeiten? Welche Berufsgruppen braucht es? Welche Zusatzkompetenzen braucht es?); die Curricula der unterschiedlich Berufsgruppen unterscheiden sich; es sollte aber einen gemeinsamen Nenner geben.*
 - » *Ethisches Grundprinzip: Wenn Familien mit Belastungen identifiziert werden, dann müssen auch sekundärpräventive Maßnahmen zur Verfügung stehen – nur Identifizierung ohne Angebote ist ethisch nicht vertretbar.*
 - » *Der Zugang muss niederschwellig sein. Das Netzwerk ist zentral, um den hilfeschuchenden Personen die richtige Information zu geben.*
 - » *Bei allen Maßnahmen sollten die Interessen, Bedürfnisse des Kindes im Mittelpunkt stehen. Die Resilienz des Kindes zu fördern ist immer zentral.*
 - » *Es ist wichtig, ein einheitliches Verständnis von Frühen Hilfen österreichweit zu transportieren. Wenn bereits Gefahr besteht, stehen viele Angebote zur Verfügung, aber an gesundheitsfördernden Angeboten fehlt es.*
 - » *Mutter-Kind-Pass ist auch relevant für Frühe Hilfen und sollte mitgedacht werden.*
 - » *Qualität ist ein wichtiges Thema; es muss Qualitätskriterien für Frühe Hilfen-Netzwerke und -Maßnahmen geben; Man muss sich früh überlegen, wie man die Qualität messen kann (Indikatoren, Evaluation) und man muss auch konkrete, messbare Ziele definieren und definieren, welche Informationen man sammeln möchte.*
 - » *Private Akteure haben Interesse am Thema – die Qualität muss aber zentral sein.*
 - » *Für Frauen mit finanziellen Problemen oder die vom Partner verlassen werden und sich für ein Kind entscheiden, gibt es bisher kaum Unterstützung (nur von Aktion Leben, u. a. Beschäftigungsmöglichkeiten). Es sollte für diese mehr Angebote geben, auch mit dem Ziel, sie in Hinblick auf eine gute Schwangerschaft zu begleiten.*
 - » *Gynäkologinnen und Gynäkologen können Probleme herausfiltern: verschobene Termine bei M-K-P Untersuchungen könnte schon ein Hinweis dafür sein, dass etwas nicht stimmt. Ter-*

- min mit Mutter und Kind bei Gynäkologin/Gynäkologen nach der Geburt erlaubt Einblick in Mutter- bzw. Eltern-Kind-Beziehung. Aber die sollten dann auch mit Hebammen und/oder SozialarbeiterInnen zusammenarbeiten können. Hausbesuche geben einen guten Einblick in die Lebenssituation.*
- » *Niederschwelligkeit ist wichtig: Zugänglichkeit der Angebot ohne Barrieren. Häufig scheitert es am fehlenden Wissen über Angebote.*
 - » *Primärprävention/breite Angebote schützen alle, da sie auch in Hinblick auf Hilfe zur Selbsthilfe relevant sind. Je mehr Menschen über das Thema Bescheid wissen, desto eher ist man sensibilisiert füreinander. Sie wecken Aufmerksamkeit für Ressourcen und potentielle Probleme. Primärpräventive Angebote erlauben auch die Identifizierung von Familien mit Belastungen und spezifischen Unterstützungsbedarf.*
 - » *Identifikation von Bedarf muss nicht mit Bedürfnissen der Betroffenen übereinstimmt, insbesondere bei jenen, die wir erreichen wollen.*
 - » *Aufsuchende Hebammenarbeit mit sozialarbeiterischer Zusatzschulung ist ein guter Ansatz.*
 - » *Hilflosigkeit der Eltern kann zu Gewaltanwendung führen. Es braucht neue Handlungskonzepte in der Elternrolle; alte Erziehungskonzepte und Reaktionsmuster werden als falsch erkannt, aber zugleich stehen oft keine Alternativen zur Verfügung.*
 - » *Man muss die zentralen Berufsgruppen (Hebammen, GynäkologInnen, KinderärztInnen, HausärztInnen), die viel mit Familien zu tun haben, für das Thema sensibilisieren und im Umgang mit den Zielgruppen schulen. Man muss sie in die Lage versetzen, adäquat mit den Menschen umzugehen.*
 - » *Freiwilligkeit der Angebote und Kontinuität (Horizont einer längeren Betreuung muss von vorneherein klar sein) ist wichtig.*
 - » *Netzwerkgedanke ist zentral. Die Zuweisenden brauchen Rückmeldung, dass die Familien angekommen sind. Systematisiertes Vorgehen; case und care management sind notwendig. Das Angebot für die Familien muss ausreichend zur Verfügung stehen. Es braucht auch eine Fallführung/Clearing im Einzelfall: Identifizierung und Folgemaßnahmen müssen zusammenlaufen.*
 - » *Bei den Einzelmaßnahmen wird „Buntheit“ nötig sein – so bunt und unterschiedlich, wie auch die Menschen sind – die Bedürfnisse der Familien sind sehr unterschiedlich, entsprechend braucht es eine Vielzahl von potentiellen Angeboten. Diese Angebote dürfen nicht Anbieterorientiert sein sondern müssen an den Menschen und ihren Bedürfnissen entlang entwickelt und umgesetzt werden.*
 - » *Sozialkompensatorische Maßnahmen werden im unterschiedlichen Ausmaß benötigt; Ziel muss es auch sein die sozioökonomischen Determinanten der Familien zu beeinflussen*
 - » *Lehrgang für die Entwicklungs- und Sozialpädiatrie*
 - » *Frühe Hilfen sollen sehr stark regional organisiert sein, aber zentral gesteuert Es braucht Zuständigkeiten und Verantwortung dafür auf zentraler politischer Ebene.*
 - » *Eine wichtige Frage ist, wie der ideale Kontakt so früh wie möglich aussieht. Jedenfalls sollte im Angebot das Wort „Hilfs-“, nicht vorkommen*
 - » *Zentral sind das Verständnis für die Sorgen der Mütter/Eltern und eine Begleitung der ganzen Familie. Wenn man die Eltern begleitet, ist es wichtig zu wissen, wen man weiterempfehlen kann. Wenn Vertrauen aufgebaut wurde, gehen die Leute auch zu den Personen/Institutionen, an die sie weitervermittelt werden.*

- » *Hausbesuche verändern die Situation, die Fachkräfte (Hebamme etc.) sind dann zu Gast; Familien sind zu Hause, fühlen sich sicherer und wohler. Aber, bei manchen gibt es auch Scham und sie wollen nicht, dass man sie zu Hause besucht.*
- » *Möglicherweise gibt es Anreize (z. B. Wäschepaket), die Menschen dazu bringen, Hilfe anzunehmen.*

Quelle: Fachbeirat des Projekts Frühe Hilfen, Fachbeiratssitzung am 23.05.2012

10.9 Ergebnisse der Interviews

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Interviews zu den Themenschwerpunkten der vorliegenden Arbeit präsentiert. Die Zahl in den Klammerausdrücken weist auf die Zeile in der Tonbandschrift hin, auf die sich die Paraphrasen beziehen.

10.9.1.1 Vernetzung & Kooperation

Kriterien für gelingende Kooperation und Vernetzung

Die verschiedenen Berufsgruppen von Frühen Hilfen müssen auf regelmäßiger Basis miteinander kommunizieren, ansonsten funktioniert das Netzwerk nicht. (Wucher 192)

Kooperationsvereinbarungen müssen von den betroffenen Akteurinnen und Akteuren gemeinsam erarbeitet werden (der Weg ist das Ziel – nur was man sich gemeinsam erarbeitet ist verbindlich) (Paul 301). Es braucht klar definierte Arbeitsaufträge und Vereinbarungen hinsichtlich der Fallarbeit und nicht nur Vereinbarungen zum grundsätzlichen Austausch zwischen den Akteurinnen und Akteuren im Frühe Hilfen Netzwerk (Paul 305).

Erfolgreiche Vernetzung und Kooperation brauchen eine gute Moderation, um ein Netzwerk zu halten, zu koordinieren und effektives Arbeiten darin zu ermöglichen (Paul 311). Kompetenzprofile sowie Fortbildungsreihen für Netzwerkkoordinatoren sollen entwickelt werden (Paul 314).

Das Thema Frühe Hilfen muss im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit wiederholt ins Bewusstsein der Netzwerkpartner und der Öffentlichkeit gebracht werden, z. B. über Newsletteraussendungen an Netzwerkpartner, regelmäßige Berichterstattung über Frühe Hilfen in lokalen Medien der Zielgruppe, Auflegen von Broschüren zum Programm etc. (Wucher 176) Laufende Öffentlichkeitsarbeit zu Frühe Hilfen ist notwendig, damit Ziel und Zweck des Programms der Zielgruppe transparent gemacht werden, denn damit steigt die Chance, dass sie das Angebot von Frühen Hilfen in Anspruch nehmen (Melzer 397/415, Wucher 275).

Nachhaltiger Aufbau von Kooperations- und Netzwerkstrukturen auf lokaler Ebene

Es braucht einen klaren politischen Auftrag, dass Frühe Hilfen erwünscht sind (Wucher 388).

Die kommunale Ebene ist die Ebene, wo die Vernetzung stattfindet und Frühe Hilfen zu verorten sind (Paul 79).

Ein System Frühe Hilfen muss auf vorhandenen Strukturen auf lokaler Ebene aufbauen. Erfahrung aus Frühe Hilfe Programmen zeigen, dass man prüfen sollte, welche Strukturen für Kooperation und Vernetzung auf lokaler Ebene bereits vorhanden sind und welche davon für Frühe Hilfen genutzt werden können. Angebote von Frühen Hilfen, die sich nicht an den vorhandenen Strukturen orientieren, werden langfristig nicht finanziert, da Krankenkassen und andere öffentliche Einrichtungen den Aufbau neuer Strukturen meist nicht finanzieren können (Paul 145). Voraussetzungen für Frühe Hilfen können in den Bundesländern stark variieren, weshalb jeweils vor Ort an vorhandene Strukturen angeknüpft werden muss. Wichtig ist eine Struktur auszuwählen, wo sich möglichst viele Partner/innen beteiligen (Wucher 382).

Eine Ist-Analyse zu vorhandenen Angeboten, zu kooperierenden Institutionen/Berufsgruppen (wer hat Zugang zur Zielgruppe vor Ort?) sowie zu Vereinen/Organisationen der Zielgruppe auf lokaler Ebene sollte durchgeführt werden, um sicherstellen, dass der Bedarf der Zielgruppe gedeckt wird (Paul 259, Ruso 20).

Damit ein Netzwerk Frühe Hilfen funktioniert, müssen die verschiedenen Fachdisziplinen und ihre Berufsgruppen ins Netzwerk Frühe Hilfen eingebunden sein (Wucher 188). Manche Berufsgruppen, die für ein Netzwerk Frühe Hilfen relevant sind, sind allerdings schwer zu erreichen (Wucher 196). Dazu gehören die Gynäkologinnen und Gynäkologen (begleiten Frauen zum Zeitpunkt vor und nach der Geburt einige Monate lang), die Psychiater/innen (Kooperation ist dann von Relevanz wenn ein Elternteil psychisch krank ist) und Allgemeinmediziner/innen (begleiten Familien oft über Generationen und sind über Familienverhältnisse gut informiert).

Relevante Berufsgruppen für ein Netzwerk Frühe Hilfen sind für das Thema zu sensibilisieren und zu schulen (Wucher 47), z. B. in Form von Workshops, Fachveranstaltungen, Kurse aber auch im Rahmen ihrer Ausbildung. Nur geschulte Fachkräfte sind in der Lage, in ihrem beruflichen Alltag Familien zu passgenauen Unterstützungsangeboten des Netzwerks Frühe Hilfen zuzuweisen (Wucher 116). Manche Krankenhäuser haben eine Sensibilisierung zum Thema Frühe Hilfen für ihre Mitarbeiter/innen verpflichtend eingeführt (Wucher 133). Eine breite Bewerbung des Netzwerkes Frühe Hilfen über Medien oder beispielsweise über den Mutter-Kind-Pass öffnet vielen Familien „die Türen zum Programm“, stellt aber als alleinige Maßnahme nicht sicher, dass Familien passgenau zugewiesen werden. Die Sensibilisierung von Fachkräften wird als Erfolgsfaktor für passgenaue Zuweisung von Familien an das Netzwerk Frühe Hilfen gesehen (Wucher 116).

Obwohl das Thema Frühe Hilfen und seine Wichtigkeit grundsätzlich Zustimmung von der Ärzteschaft finden, bleibt der Schritt – Patientinnen und Patienten auf ihre belastenden Lebenslagen anzusprechen, um sie in weiterer Folge an das Netzwerk zu vermitteln – häufig aus, da dies den

Ärztinnen und Ärzten schwer fällt bzw. sie in ihrer Ausbildung nicht auf derartige Arzt-Patienten-Gespräche vorbereitet wurden (Wucher 217). Kommunikationstrainings für Ärztinnen und Ärzte sollen dem Abhilfe schaffen (Wucher 230).

Es braucht eine zentrale Koordinationsstelle, die das Netzwerk zwischen den verschiedenen Akteurinnen und Akteure aufrecht erhält (Wucher 194). Es braucht Koordinierungsstellen in den Kommunen (eine zentrale Anlaufstelle, wo alle Hilfsangebote der unterschiedlichen Träger gebündelt werden, an die Familien verwiesen werden und Fachkräfte vor Ort prüfen, welches Angebot ist für die Familien passend ist. Die Fachkräfte im Netzwerk Frühe Hilfen brauchen eine Adresse, es ist zu komplex sich fallbezogen durch ein Hilfesystem durchzufragen. (Paul 253)

Die Evaluation von Frühen Hilfen Programmen sollte von Anfang an mitberücksichtigt werden. Die Wirkung von Frühen Hilfen Programmen wie auch ihr ökonomischer Nutzen muss abgebildet werden können, um langfristig politische Unterstützung der Programme gewährleisten zu können. Versorgungsforschung sollte ausgebaut werden (Paul 102/89).

Kooperationsmodelle in der Praxis

Runde Tische eignen sich, um verschiedene Akteurinnen und Akteure aus den unterschiedlichen Fachbereichen von Frühen Hilfen zu vernetzen (Wucher 64). Durch Einbringen von Fallbeispielen aus der Praxis kann den verschiedenen Netzwerkpartner/innen beispielhaft aufgezeigt werden, wie Vernetzung funktioniert bzw. optimiert werden könnte, um bei zukünftigen Fallbearbeitungen an positiven Erfahrungen anzuknüpfen (Wucher 74). Zu berücksichtigen ist, dass Vernetzung der verschiedenen Akteurinnen und Akteure insofern wichtig ist, da in Familien häufig mehrfache, unterschiedliche Belastungen vorliegen, wo verschiedene Fachkräfte Hilfestellung leisten (Wucher 78).

Instrumente und Verfahren für Kooperation mit unterschiedlichen Berufsgruppen

Um eine Kooperation zwischen Allgemeinmediziner/innen und einem Netzwerk Frühe Hilfen aufzubauen, wird versucht auf bestehende Strukturen aufzubauen. Das Thema Frühe Hilfen wird beispielsweise bei regionalen Ärztetreffen, wo Bereitschaftsdienste an Wochenenden etc. besprochen oder im Rahmen von Qualitätszirkel, in den Fachthemen diskutiert werden, eingebracht (Wucher 210/213, Paul 143).

Generell eignet sich die interdisziplinäre Qualitätszirkelarbeit für eine Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten sehr gut, da sie es präferieren mit Patientinnen und Patienten zu arbeiten und weniger an fallübergreifender Kooperation mitzuwirken (Paul 135). In einem interdisziplinären Qualitätszirkel sind verschiedene Berufsgruppen vertreten, die durch gemeinsames Besprechen von Fällen voneinander lernen (Paul 140). Qualitätszirkel werden von einem interdisziplinären Team (zusammengesetzt aus Jugendhilfevertreter/in und Ärztin/Arzt) moderiert (Paul 139).

Um betroffene Familien frühzeitig zu Angeboten eines Frühe Hilfen Systems zu vermitteln, wird derzeit in einem deutschen Bundesland eine Systematik für die Rückerstattung von ärztlichen Leistungen im Rahmen von Frühen Hilfen entwickelt. Der Einsatz eines Instruments zum frühzeitigen Erkennen von Belastungsfaktoren sowie das Führen eines intensiven Gesprächs mit der

Familie sollen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten von der Krankenversicherung rückerstattet werden (Paul 124).

10.9.1.2 Identifizieren und Erreichen von Zielgruppen

Belastungs- und Schutzfaktoren

Auf Ebene der Familie kann die neue Lebenssituation nach Geburt eines Kindes kann für Eltern herausfordernd sein (Melzer 64). Alle Familien – auch jene, die gesellschaftlich gut situiert sind – können recht schnell in belastende und überfordernde Situationen kommen, die vorher nicht absehbar waren (Melzer 67, Wucher 337). Beispielsweise kann eine Mehrlingsgeburt oder ein krankes Kind schnell die vorhandenen persönlichen oder finanziellen Ressourcen einer Familie übersteigen (Wucher 342). Es besteht aber oft der Irrglaube, dass nur sozioökonomisch benachteiligte Familien einen Bedarf an Frühe Hilfen haben (Wucher 352). Dieser Auffassung soll man unbedingt entgegenzutreten (Wucher 342).

Eine grundsätzliche Verunsicherung der Eltern und eine schlechte Mutter-Kind-Interaktion werden als weitere Belastungsfaktoren genannt. Eltern sind häufig verunsichert bzw. besorgt, dass bei der Entwicklung ihres Kindes etwas nicht stimmt oder setzen sich selber unter Druck, ihr Kind bestmöglich zu fördern. Das Kind spürt die Verunsicherung der Eltern und wird selbst unruhig (Melzer 230/235). Erfolgreiche Versuche das weinende Kind zu beruhigen, kann beispielsweise zur Erschöpfung der Mutter führen (Melzer 185).

Hinsichtlich Belastungsfaktoren wird auf die eingesetzten Instrumente zur Identifizierung von unterstützungsbedürftigen Familien hingewiesen, die alle relevanten Belastungsfaktoren abfragen sowie auf die Ergebnisse der Mannheimer Risikostudio (Paul 34, Wucher 326). Forschungsbedarf besteht bezüglich zu den tatsächlichen Wirkmechanismen, die erklären welche Faktoren und unter welchen Bedingungen zur Kindeswohlgefährdung führen. Angemerkt wird, dass Kindeswohlgefährdung in allen Gesellschaftsschichten vor kommt (Paul 37).

Hinsichtlich Schutzfaktoren für eine gesunde Entwicklung des Kindes werden die Resilienzfaktoren als Ressourcen für ein gesundes Aufwachsen genannt (Paul 60). Als zentraler Schutzfaktor für gesundes Aufwachsen wird die Einbettung der Familie in ein soziales Unterstützungssystem genannt, z. B. Vorhandensein von weiteren Familienmitgliedern, Nachbarschaft oder der Freundeskreis, die bei Bedarf unterstützen (Paul 45, Melzer 169/223, Wucher 363). Auf Ebene von Gesellschaft und Politik werden als Schutzfaktoren für ein gesundes Aufwachsen die Sicherstellung einer Basisversorgung für alle Familien und Realisierung eines Verhältnispräventionskonzepts mit Kooperation der verschiedenen Politikbereiche (Paul 46/65). Es gibt eine soziale Armut, die man in den Kontext der Verhältnisprävention setzen muss (Paul 51). Gesellschaftlich Rahmenbedingungen müssen sich dahingehend ändern, dass Kinder ein hohes Gut sind (Paul 61).

Frühzeitiges Erkennen eines Bedarfs an Frühe Hilfen

Das Krankenversorgungssystem, insbesondere die Geburtstationen im stationären Bereich, stellen eine gute Möglichkeit dar, um Familien in belastenden Lebenssituationen zu identifizieren (Paul 108, Wucher 139). Voraussetzung aber ist, dass das Personal geschult ist, damit es Belastungen entsprechend wahrnehmen kann (Paul 91/108, Wucher 139). Desweiteren soll es in jedem Krankenhaus vor Ort ein oder zwei Personen geben, die sich für das Erkennen von Familien in belastenden Lebenssituationen verantwortlich fühlen und bei Bedarf an die entsprechende Stelle im Frühe Hilfen Netzwerk vermittelt (Wucher 139). Gynäkologinnen und Gynäkologen haben aufgrund ihrer monatelangen Begleitung der Frauen vor bzw. nach der Geburt des Kindes gut Möglichkeiten, Unterstützungsbedarf an Frühen Hilfen zu erkennen (Wucher 199). Zu berücksichtigen ist, dass jeweils nur unter Einverständnis der betroffenen Familien eine Weitervermittlung an die entsprechende Stelle im System Frühe Hilfen erfolgen soll (Paul 91).

Es braucht eine Vernetzung von allen Fachbereichen und ihren Berufsgruppen, die mit werden den Eltern und Familien mit Kleinkindern zu tun haben, z. B. Krankenversorgungssystem, Sozialhilfe etc. um Familien in belastenden Lebenslagen zu erkennen (B36).

In der aufsuchenden Arbeit kann das Gedeihen und Entwickeln der Kinder ein „Indikator“ für das Erkennen von Belastungen sein: Wenn Kinder viel weinen, wenig schlafen, sich nicht gut entwickeln, geht es der Familie insgesamt häufig nicht gut (B363).

Evidenzbasierte Instrumentarien können Berufsgruppen von Frühen Hilfen beim Erkennen von Belastungsfaktoren unterstützen und ihnen dabei Sicherheit geben, z. B. Instrument „Leitfaden für das Gespräch mit den Familien“. Es bedarf allerdings weiterer Validierungsstudien, um die Einschätzungsgenauigkeit der Instrumente zu prüfen (Paul 18/112, Wucher 83). Für die stationäre Krankenversorgung, die von einer kurzen Verweildauer der Schwangeren mit kurzen, enggetakteten Patientenkontakten der Fachkräfte gekennzeichnet ist, soll in Deutschland ein eigenes Instrumentarium entwickelt werden, das Personal in der stationären Krankenversorgung beim Erkennen von Belastungsfaktoren unterstützt (Paul 109).

Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen bei Pädiater/innen bieten beispielsweise eine gute Möglichkeit, Familien (in belastenden Lebenslagen) zu identifizieren (Wucher 263).

Stärken von Schutzfaktoren und Ressourcen

Bezüglich Stärken von Schutzfaktoren und Ressourcen werden folgende Programme und Projekte beispielhaft genannt: Marte Meo, Steep, Safe (Anmerkung: sehr hochschwelliges Programm), psychologische Beratung nach Ziegenhain (Paul 192/200/203). Die Steigerung der Gesundheitskompetenz wird als zentraler Schlüssel zur Stärkung von Schutzfaktoren und Ressourcen der Frauen gesehen (Ruso 362).

Zugang zu allen Schwangeren, Eltern mit Kindern im Alter von Null bis 3 Jahren/ Universelle Angebote

Zugang über Fachkräfte in der stationären und ambulanten Krankenversorgung

Über Berufsgruppen in der stationären Krankenversorgung (insbesondere auf den Geburtsstationen, der Gynäkologie und Pädiatrie in Krankenhäusern) als auch in der ambulanten Krankenversorgung können Familien mit Bedarf an Frühe Hilfen identifiziert und an entsprechende Unterstützungsangebote im Netzwerk Frühe Hilfen vermittelt werden (Paul 152, Ruso397, Wucher 23). Ärzteschaft, Pflegeberufe, Hebammen im stationären Bereich aber auch niedergelassene Allgemeinmediziner/innen, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Hebammen, Pädiater/innen, Psychiater/innen, Psycholog/innen, sind diesbezüglich relevante Berufsgruppen. Der Ärzteschaft und den Hebammen kommt eine besonders bedeutende Rolle zu, da sie hohes Vertrauen und Akzeptanz von der Zielgruppe erfahren. Beispielsweise fällt es Familien häufig leichter Unterstützung anzunehmen, wenn ein Arzt/eine Ärztin auf ihre Notwendigkeit hinweist (Wucher 322).

Voraussetzung für einen Zugang zur Familien über Berufsgruppen in der Krankenversorgung ist, dass das Vertrauensverhältnis zwischen den Fachkräften und den Familien geschützt bleibt, z. B. durch Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes, Weiterleitung von Familien zu Unterstützungsangeboten nur nach deren Zustimmung etc., da ansonsten der Zugang zur Zielgruppe zerstört würde (Paul 159/179/A182).

In der Wahrnehmung der Bevölkerung darf es nicht zu einer Vermischung von Aufgaben der unterschiedlichen Berufsgruppen aus Gesundheits- und Sozialbereich kommen, z. B. darf nicht der Eindruck entstehen, dass Hebammen eine Kontrollfunktion in Sinne des Jugendamts wahrnehmen. Ein „Schutz der Berufsbilder“ ist zentral (Paul 177).

Damit der Zugang zur Zielgruppe über das Krankenversorgungssystem funktioniert, sollte es pro Krankenhaus/niedergelassene Praxis eine für Frühe Hilfen verantwortliche Person geben, die in Kontakt mit dem Netzwerk Frühe Hilfen steht, themenspezifische Fortbildungen für Mitarbeiter/innen organisiert und die Relevanz des Themas Frühe Hilfen wiederholt auf die Agenda bringt. Der letzte Punkt ist insofern wichtig, da Fälle von Kindeswohlgefährdung im Alltag der unterschiedlichen Berufsgruppen nicht täglich oder wöchentlich auftreten, aber aus diesem Grund die Wichtigkeit des Themas und die Sensibilität dafür häufig in Vergessenheit gerät (Wucher 171).

Zugang über Fachkräfte in der Jugendhilfe und des Sozialsystems

Alle Berufsgruppen, die mit Schwangeren und Familien mit 0- bis 3-jährigen Kindern zu tun haben, sind relevant, um einen Zugang von Frühen Hilfen System zur Zielgruppe herzustellen, z. B. Kinderbildungs- und Kinderbetreuungseinrichtungen, Elternberatungsstellen, Gemeindebedienste mit Zuständigkeit für soziale Anliegen etc. (Wucher 42/44/31).

(Universelle) aufsuchende Programme

Im Rahmen von sog. „Begrüßungsdiensten“ werden neugeborene Kinder unmittelbar nach ihrer Geburt zu Hause besucht. Eltern bekommen häufig ein Willkommensgeschenk mit Informati-

onsmaterial über bestehende Angebote und deren Kontakte überreicht. Sofern Eltern Fragen zur kindlichen Erziehung und Versorgung haben, können diese gleich beantwortet werden bzw. wissen die Eltern an wen sie sich wenden können (Melzer 409, Paul 217). Durch die Begrüßungsdienste wird ein erster persönlicher Kontakt möglichst frühzeitig mit den Familien hergestellt und auf diesem Wege versucht, einen Zugang zur Zielgruppe zu finden (Melzer 50, Paul 219). Gerade ein gelungener Erstkontakt mit der Familie ist wichtig, um einen Anknüpfungspunkt für eine weitere Betreuung zu haben.

Erfahrungen aus Deutschland zeigen, dass Begrüßungsdienste in Kommunen flächendeckend angeboten werden sollten und nicht begrenzt auf sozioökonomisch benachteiligte Wohnviertel (sog. sozialen Brennpunkten), denn dies würde zu einer Stigmatisierung und infolge Ablehnung des Angebots von der Zielgruppe führen (Paul 213/230). Begrüßungsdienste können von ehrenamtlichen Personen durchgeführt werden, vorausgesetzt dass sie entsprechend geschult und professionell begleitet werden und nicht von ihnen erwartet wird, Familien mit Unterstützungsbedarf zu identifizieren (Paul 216).

Um Zugang zu Familien über Begrüßungsdienste herzustellen – diese können von der Familie auf freiwilliger Basis in Anspruch genommen werden –, erhalten alle Familien in der Kommune bei Anmeldung ihres neugeborenen Kindes eine Informationsmappe mit dem Hinweis, dass das von der Kommune zur Verfügung gestellte Startpaket „sog. Wäscherucksack“ den Eltern zu Hause vorbeigebracht wird (Melzer 51). Die Eltern hinterlassen ihre Telefonnummer und werden von einer mobilen Kinderkrankenschwester, die das Startpaket vorbeibringt, bezüglich eines Termins kontaktiert (Melzer 54). Die Eltern sind aufgrund von medialen Kampagnen (B399) über das Angebot meist schon informiert und bereiten – wissend dass eine Kinderkrankenschwester und ausgebildete Stillberaterin vorbeikommt – oftmals schon Fragen vor, die sie beim Hausbesuch mit der Fachkraft besprechen wollen (Melzer 409). Die starke politische Unterstützung des Programms und seine Empfehlung durch die Kommune sowie seine laufende Präsenz in lokalen Medien und auf der Website der Stadtgemeinde tragen mitunter dazu bei, dass die Ziele des Angebots für Familien transparent sind, es von ihnen als seriöses Angebot wahrgenommen wird und der Hausbesuch hohe Akzeptanz bei den Familien findet (Melzer 402/414/B150). Lehnt eine Familie einen Hausbesuch ab, kann sie das Startpaket im Büro der Kinderkrankenschwester abholen (Melzer 143).

Die Profession jener, die Begrüßungsdienste durchführen, ist sehr wichtig hinsichtlich Akzeptanz des Angebots der Eltern. Eltern schätzen es, wenn sie von einer ausgebildeten Fachkraft besucht werden und ihre Fragen zur Pflege, Entwicklung und Ernährung (Stillen) des Kindes an diese Fachkraft stellen können (Melzer 391).

Informationstechnologien/Internet

Informationen zu Angeboten von Frühen Hilfen finden sich heutzutage auch im Webauftritt von Institutionen und Einrichtungen. Häufig sichten Eltern zunächst die Website eines Angebots im Internet und nehmen erst in einem nächsten Schritt Kontakt mit der Einrichtung auf (Wucher 276). Inhalte von Webseiten sollten von Fachexperten gestellt werden, damit sie auch gegoogelt werden (Ruso 473).

Zunehmend stellen Eltern Anfragen zu bestimmten Themen per E-Mail. Die Hemmschwelle, bei einer Institution persönlich anzurufen, wird oft auch nach Erstkontakt per E-Mail nicht überwunden (Melzer 437). Fragen per E-Mail zu beantworten kann sehr ressourcenaufwändig sein, da alle Eventualitäten in einer Situation beschrieben werden müssen (Melzer 434). Eine gezielte Beantwortung von Fragen kann abhängig von der Fragestellung effizienter in einem persönlichen Gespräch realisierbar sein. In diesem Fall kann in einem Antwortschreiben zur persönlichen Kontaktaufnahme gebeten werden, da jedoch gut die Hälfte bis ein Drittel der Anfragenden nicht wahrnimmt (Melzer 437).

Um Antworten auf Fragen zur Entwicklung und Versorgung des Kindes zu bekommen, nutzen Familien vermehrt Elternforen im Internet. Elternforen beinhalten häufig Erfahrungsberichte und Meinung von einzelnen Müttern; diese werden aber von anderen Müttern sehr ernst genommen was mitunter eine gewisse Gefahr birgt (Melzer 445).

Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass über Social Media (Facebook) der Zugang zu Zielgruppe erleichtert werden kann, da immer mehr Menschen – auch sozioökonomisch benachteiligte – über Facebook kommunizieren (Melzer 426, Ruso 183). Facebook ist insbesondere hilfreich kurzfristig Themen voranzutreiben, z. B. eine Veranstaltungen ankündigen, aber auch Interessen/Bedürfnisse der Zielgruppe abzufragen (Ruso 194). Beim Einsatz von Internetwebsites und Facebookaccounts sollte das damit verfolgte Ziel gut überlegt werden (Ruso 463).

Gewinnspiele oder mehrsprachige Videoclips zu relevanten Themen für die Zielgruppe, z. B. Ernährung, stehen im Internet kostenlos zur Verfügung und können heruntergeladen werden (Ruso 183). Sie stellen eine niederschwellige Informationsquelle bzw. Zugangsmöglichkeit zur Zielgruppe dar.

Zugang zu schwer erreichbaren Familien/selektive Angebote

Zugang über Fachkräfte in der stationären und ambulanten Krankenversorgung

Über das Krankenhaus oder die niedergelassene Ärzteschaft kann möglichst frühzeitig ein stigmatisierungsfrier Zugang zu Familien in belastenden Lebenssituationen hergestellt werden, da zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes bzw. in seinen ersten Lebensjahren jede Frau unweigerlich Kontakt mit dem Krankenversorgungssystem hat (Melzer 453, Wucher 252).

Zugang zur belastenden Familien kann über das Jugendamt (Melzer 454), aber auch über die Gemeinde hergestellt werden (Wucher 267).

Netzwerk Frühe Hilfen/Koordinationsstelle im Netzwerk Frühe Hilfen

Akteurinnen und Akteure im Netzwerk Frühe Hilfen müssen vernetzt sein und miteinander kommunizieren, ansonsten funktioniert ein Netzwerk Frühe Hilfen und sein Zugang zu den Familien nicht (Wucher 192).

Es bedarf einer zentralen Stelle im Netzwerk Frühe Hilfen, die Familien an ein passgenaues Angebot vermittelt (Wucher 94). Am Beispiel eines bundeslandweiten Frühe Hilfen Netzwerkes zeigt sich, dass Akteurinnen und Akteure im Netzwerk nach Identifizieren von Familien in belastenden

Lebenslagen die zentrale Stelle des Netzwerkes kontaktieren, die infolge innerhalb von 24 Stunden Kontakt mit der Familie aufnimmt und einen persönlichen Termin zu Hause bei der Familie oder in der Zentralstelle des Netzwerkes vereinbart (Wucher 148). Mitarbeiter/innen der Zentralstelle sind jeweils für spezifische Regionen zuständig und stehen den Familien somit möglichst nahe ihres Wohnorts unterstützend zur Verfügung (Wucher 158). Ein Formular unterstützt Netzwerkpartner bei der Zuweisung der Familien an das Netzwerk (Wucher 102). Die Anzahl der Selbstmelderinnen und Selbstmelder – Familien in belastenden Lebenssituationen, die von sich aus das Netzwerk kontaktieren – steigt mit zunehmender Zeit in einem funktionierenden Netzwerk Frühe Hilfen (Wucher 109).

Aufsuchendes Angebot für spezifische Zielgruppen

Zentraler Bestandteil eines jeden erfolgreichen Frühe Hilfen Netzwerk sind aufsuchende Angebote für jene Familien, die keinen Ressourcen haben oder sich schämen, Angebote aufzusuchen und sich Beratung hinsichtlich ihrer Problemlage zu holen (Paul 241, Melzer 354, Ruso 327, Wucher 151). Aufsuchende Angebote müssen in einem Netzwerk Frühe Hilfen jedenfalls integriert sein, damit der Kontakt zwischen der Familie und dem aufsuchenden Angebot überhaupt hergestellt werden kann (Melzer 45), z. B. über Geburtsklinik oder Zentralstelle des Netzwerkes Frühe Hilfen. Am Beispiel eines bundeslandweiten Frühe Hilfen Netzwerkes findet der aufsuchende Erstkontakt mit Familien immer von zwei Mitarbeiter/innen des Netzwerk statt, um die Gegebenheit vor Ort besser beobachten zu können und gleichzeitig gewährleisten zu können, dass eine fixe Ansprechperson (auch in der Urlaubszeit, bei krankheitsbedingten Abwesenheiten) in der Region für die Familien weiterhin zur Verfügung steht (Wucher 152). Berufsgruppen, die (aufsuchend) mit den Familien arbeiten, benötigen ausreichende Kompetenzen dafür (Paul 243).

Niederschwellige Angebote im sozialen Nahraum

Angebote von Frühen Hilfen für (belastende) Familien und ihre Kinder sind im Wohnumfeld der Zielgruppe anzusiedeln, damit sie für sie leichter erreichbar sind, z. B. im Einkaufszentrum, bei Festen und Veranstaltungen, im Kindergarten, in der Moschee etc. (Melzer 381, Ruso 24/52/67/85).

Mütter haben das Bedürfnis sich regelmäßig zu treffen und sich untereinander auszutauschen (Wucher 366). Über niederschwellige Müttertreffpunkte, z. B. Eltern-Cafe, Mütterhock, kann ein Zugang zu Müttern und ihren Kindern gefunden werden (Melzer 340, Ruso 205). Niederschwellige Treffpunkte für Mütter sind für die Mütter leicht erreichbar (werden in ihrem im Wohnumfeld angeboten), sind kostenlos (selbst geringe Kostenbeiträge stellen eine Hemmschwelle für die Inanspruchnahme der Angebote dar), werden regelmäßig angeboten (in regelmäßigen Abständen an bestimmten Wochentagen) und bieten die Möglichkeit, die eigenen Kinder mitzubringen (Angebot ist so ausgerichtet, dass Kinder sich wohlfühlen, z. B. Vorhandensein von Spielmaterial) (Melzer 329/380/386, Ruso 56/87/221/232, Wucher 366).

Die Koppelung von Müttertreffen mit Fachthemen (Gastvorträge zur kindlichen Entwicklung und Erziehung, die für Mütter von Interesse sind) findet bei Müttern hohe Akzeptanz, z. B. Ernährung, Erste-Hilfe (Ruso 211, Wucher 369).

Wesentlich für das Erreichen der Zielgruppe ist auch zu überlegen, wie die Mütter vom Angebot erfahren sollen und sicherzustellen, dass dessen Ziele klar benannt sind (Melzer 383/572). Beispielsweise verschafft sich ein Müttertreffpunktprojekt möglichst niederschwellig Zugang zu Migrantinnen, indem es Veranstaltungen oder Vereine der Zielgruppe besucht oder auch Angebote in der Moschee veranstaltet, z. B. gemeinsames Kochen (Ruso 349). Über das Projekt erfährt die Zielgruppe durch die Website und Facebookseite des Projekts (Ruso 463). Gynäkologinnen und Gynäkologen verteilen im Rahmen von Mutter-Kind-Pass Untersuchungen zudem deutsch- und türkischsprachige Kärtchen mit Projektinformationen (Ruso 397).

Im Zuge von Elterntreffpunkten sprechen Mütter aktuelle Fragen, Belastungen und Probleme häufig von sich aus an und können in Folge an entsprechende Angebote weitervermittelt werden (Melzer 334, Ruso 431/337). Bei der Einrichtung von Elterntreffpunkten sind die unterschiedlichen Gegebenheiten vor Ort zu berücksichtigen, z. B. wo siede ich das Angebot an, mit wem wird kooperiert etc. (Ruso 237).

Arbeit mit Multiplikator/innen

Die Arbeit mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ist ein bewährter Ansatz, um Familien in belastenden Lebenslagen zu erreichen (Paul 283, Ruso 375).

Im Rahmen eines Gesundheitsförderungsprojekts, das Frauen mit Migrationshintergrund sehr gut erreicht, werden in Österreich lebende Frauen mit türkischer Herkunft, die über sehr gute Deutschkenntnisse verfügen und unterschiedlichen Berufen nachgehen z. B. Sozialarbeiterinnen, Gynäkologinnen (Ruso 121), als Multiplikatorinnen ausgebildet. Im Rahmen des Projekts versuchen sie einen Zugang zu Frauen mit türkischer Herkunft zu finden bzw. begleiten sie im Rahmen des Projekts. Beispielsweise wird das Projekt über Gynäkologinnen und Gynäkologen beworben, die türkisch- und deutschsprachiges Infomaterial verteilen (Ruso 397). Broschüren für Hebammen mit türkischen Sätzen werden beispielsweise im Rahmen des Projekts entwickelt. Kooperationen mit verschiedenen Ausbildungslehrgängen, z. B. für Hebammen und Diätologinnen/Diätologen, sowie Stakeholderkonferenzen (Informationsveranstaltungen zum Thema interkulturellen Umgang mit Frauen nichtdeutscher Muttersprache) sollen zur Sensibilisierung der Berufsgruppen beitragen (Ruso 385/405). Für die Multiplikatorinnen des Projekts wird eine Supervision bereitgestellt (Ruso 452).

Zu berücksichtigende Dinge bei der Arbeit mit Familien in belastenden Lebenssituationen

Eine professionelle Haltung der Fachkräfte von Frühen Hilfen ist in der Arbeit mit Familien (in belastenden Lebenssituation) zentral. Sie beinhaltet eine wertschätzende Haltung und Toleranz gegenüber den verschiedenen Lebensweisen der unterschiedlichen sozioökonomischen und kulturellen Gesellschaftsschichten (Melzer 588, Paul 268). Zuhören, Interesse an der Person zeigen, empathisch und nicht belehrend sein, sich selber als Begleiter zu sehen und die Frau/Familie als eigene Expertin/Experten aktiv in die Entscheidungsfindung einzubeziehen und gemeinsam mit der Familie eine Lösung zu finden sind weiters Bestandteile einer zentralen Haltung (Melzer 76/216/592, Ruso146, Wucher 313). Beim Erstgespräch ist das Schaffen einer Vertrauensbasis zentral, die auch Grundlage für eine weitere Zusammenarbeit ist, denn häufig fürchten die Familien, dass ihnen ihr Kind weggenommen wird (Ruso 53, Wucher 282).

Zeit für persönliche Gespräche und der persönliche, kontinuierliche Kontakt sind zentral für einen Zugang zu Familien und deren erfolgreiche, längerfristige Begleitung (Ruso 70/206, Wucher 310). Kontinuierlich Kontakt zu halten beinhaltet auch, regelmäßig bei Familien anrufen und nachzufragen wie es ihnen geht, da diese im Alltag oft überfordert sind und es von sich aus nicht schaffen, sich zu melden (Wucher 289).

Auf den vorhandene Stärken einer Familie ist in der Arbeit mit den Familien stets aufzubauen. Selbsthilfepotenziale einer Familie sollen zudem gestärkt werden (Paul 250, Melzer 590). Werden die Selbsthilfepotenziale nicht gestärkt, sind die Frauen häufig verunsichert, sobald ihre Begleitung durch eine Fachkraft endet (Paul 244).

Die Angebote im Rahmen von Frühen Hilfen sollen nach dem Prinzip der Freiwilligkeit geleistet werden. Es braucht eine grundsätzliche Bereitschaft der Familien Hilfen anzunehmen, denn ansonsten ist die Arbeit fruchtlos. Beispielsweise ist die Zustimmung der Familie, dass man sie zu Hause aufsucht, Voraussetzung für das Stattfinden eines Hausbesuchs (Melzer 525). Sofern die Familie keinen Hausbesuch wünscht, kann alternativ die Beratung an einem anderen Ort erfolgen (Melzer 529).

Die Schnittstellen, wie weit reicht ehrenamtliche Tätigkeit und wo beginnt professionelle Tätigkeit, müssen klar definiert werden. Ehrenamtliche Tätigkeit im Rahmen von Frühen Hilfen sollte nur entsprechender Begleitung von professionellen Fachkräften stattfinden (Paul 284/290).

Bei der Auswahl der Fachkräfte, die mit Familien arbeiten, ist darauf zu achten, dass sie entsprechenden Kompetenzen im Umgang mit Menschen mitbringen, wie z. B. Offenheit, Toleranz, Wärme, Empathie. (Akademischer) Ausbildungshintergrund ist bei der Arbeit mit Familien zweitrangig (Ruso 439).

Bezüglich Qualifizierung der Fachkräfte ist die Förderung der interkulturelle Kompetenz von Berufsgruppen im Umgang mit stillenden und gebärenden Frauen aus verschiedenen kulturellen Hintergründen wichtig, z. B. durch Schulungen, Stakeholderkonferenzen etc. Grundsätzlich zu berücksichtigen ist, dass ethnische Gruppen sehr inhomogen sein können und es immer einer Auseinandersetzung mit der Person als Individuum bedarf (Ruso 33). Religiöse und kulturelle Hintergründe, kulturspezifische Tabuthemen, Konflikte zwischen ethnischen Gruppen sind beispielsweise in der interkulturellen Arbeit mit Familien zu berücksichtigen (Ruso 41/43/124).

Literaturverzeichnis

- Adamaszek, Kristin; Gnau, Eva (2012): Welche Elterninformationen sind für die Zielgruppe Früher Hilfen attraktiv? Ergebnisse einer Befragung von Fachkräften. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hg.). Köln
- Adamaszek, Kristin; Schneider, Roswitha; Refle, Margot (2013a): Zugangswege zu sozial benachteiligten Familien. In: Brand, Tilman; Jungmann, Tanja (Hg.) (2013): Kinder schützen, Familien stärken. Erfahrungen und Empfehlungen für die Ausgestaltung Früher Hilfen aus der „Pro Kind“-Praxis und -Forschung. Edition Sozial. Hemsbach
- Adamaszek, Kristin; Schneider, Roswitha; Brand, Tilman (2013b): Strukturiertes Vorgehen in der Familienbegleitung. Das Konzept der leitfadengestützten Begleitung im Modellprojekt Pro Kind. In: Brand, Tilman; Jungmann, Tanja (Hg.) (2013): Kinder schützen, Familien stärken. Erfahrungen und Empfehlungen für die Ausgestaltung Früher Hilfen aus der „Pro Kind“-Praxis und -Forschung. Edition Sozial. Hemsbach
- Ahnquist, Johanna; Strandberg, Elsa Rudsby; Boss, Anja (2012): The Swedish strategy for parental support – A benefit for all. The Swedish national Institute of Public Health. Workshop presentation. Think Parents! European conference on parenting support. The Hague, 10–12 October 2012; <http://www.youthpolicy.nl/yp/Youth-Policy/International-conferences/Past-conferences/Think-Parents!/Workshop-presentations> (27. 3. 2013)
- Altgeld, Thomas; Bilger, Jürgen; Bruns-Phillipps, Elke; Heitmann, Kirstin; Hofmeister, Hans-Georg; Kalbreier, Susanne; Kirsch, Carola; Lange, Ursula; Loos, Karin; Niebler, Birgit; Richter, Antje; Vetterlein-Janschek, Sabine (2008): Strategie gegen Kinderarmut. Impulse für die Praxis. Hannover; <http://www.gesundheit-nds.de/downloads/broschuere.strategien.kinderarmut.pdf> (31. 3. 2013)
- Amt der Vorarlberger Landesregierung (2011): Frühe Hilfe – Junge Eltern unterstützen, Familien stärken. Pressekonferenz 15. Juli 2011. Bregenz
- Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ); Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) (o. J.): Gesundes Aufwachsen von Kindern- und Jugendlichen – Kooperation von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe. Gemeinsame Handlungsempfehlungen. Berlin; http://www.agj.de/fileadmin/files/positionen/2008/Handlungsempfehlungen_Gesundheit.pdf (31. 3. 2013)
- Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsförderung (o. J.): Über uns. <http://www.babycouch.at/> (31. 3. 2013)
- Armbruster, Meinrad M. (2010): ELTERN-AG. Das Empowerment-Programm für mehr Elternkompetenz in Problemfamilien. In: Henry-Huthmacher & Hoffmann (Hg.) (2010): Wie erreichen wir Eltern? Aus der Praxis für die Praxis. 2. Auflage. Eine Veröffentlichung der Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. Berlin

- Armbruster, Meinrad M. (2012): ELTERN-AG: Das Qualitätskriterium Empowerment in der Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und ihren Familien. In: Gold et al. (2012): Gesundes Aufwachen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln
- Bauer, Joachim (2004): Das Gedächtnis des Körpers. München
- Bengel; Jürgen; Meinders-Lücking, Frauke; Rottmann, Nina (2009): Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 35. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.). Köln
- beratungsgruppe.at (2013): HIPPY Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters. Hausbesuchsprogramm für Eltern von Kindern im Alter von drei bis sieben Jahren; <http://www.hippy.at/> (29. 3. 2013)
- Berg-le Clercq, Tijne (2011): The role of local authorities in parenting support. Family and Parenting support Thematic Working Group. Round Table Report. Eindhoven May 2011. Eurochild
- Berliner Morgenpost (2012): Neukölln wirbt mit Baby-Geschenke für Hausbesuche. Online-Ausgabe vom 17.04.2012; www.morgenpost.de/berlin-aktuell/article106189590/Neukoelln-wirbt-mit-Baby-Geschenken-fuer-Hausbesuche.html (17. 3. 2013)
- Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf (o. J.): Kinder- und Jugendgesundheitsdienst; www.berlin.de/ba-marzahn-hellersdorf/verwaltung/gesundheitsdienst/gesund3.html (17. 3. 2013)
- Böttcher, Wolfgang (2009): Soziale Frühwarnsysteme und Frühe Hilfen. Modelle, theoretische Grundlagen und Möglichkeiten der Evaluation präventiver Handlungsansätze und Netzwerke der Kinder-, Jugend- und Gesundheitshilfe. Expertise zum 9. Kinder- und Jugendbericht der Landesregierung Nordrhein-Westfalen; http://www.aba-fachverband.org/fileadmin/user_upload/user_upload%202010/berichte/Expertise_Boettcher_9.KJB_NRW.pdf
- Brand, Tilman; Jungmann, Tanja (Hg.) (2013): Kinder schützen, Familien stärken. Erfahrungen und Empfehlungen für die Ausgestaltung Früher Hilfen aus der „Pro Kind“-Praxis und -Forschung. Edition Sozial. Hemsbach.
- Bräunling, Stefan; Block, Pia (2012): Zusammenfassung des Eröffnungsblocks der Satellitenveranstaltung „Gesund aufwachsen für alle!“ zum 17. Kongress Armut und Gesundheit. 8. März 2012. Berlin

- Buchebner–Ferstl, Baiertl, Andreas; Kapella, Olaf; Schipfer, Rudolf Karl (2011): Erreichbarkeit von Eltern in der Elternbildung. Österreichisches Institut für Familienforschung an der Universität Wien. Wien
- Bühler, Anneke; Heppekaufen, Kathrin (2005): Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln
- Bundesministerium für Familie Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2009) (Hg.): 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. 2. Auflage, Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2011): Kindergesundheitsstrategie. Wien
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2012): Rahmen-Gesundheitsziele. Relevanz. Handlungsoptionen. Anschlüsse. Wien
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2013): Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich. Website; <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at>
- Bundeskinderschutzgesetz (2011): Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz– BKiSchG) vom 22. Dezember 2011. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2011 Teil I Nr. 7, ausgegeben zu Bonn am 28. Dezember 2011; www.bundesgesetzblatt.de (31. 3. 2013)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen. Gesundheitsförderung konkret Band 5. 5., erweiterte und überarbeitete Auflage, Köln
- Dahlgren, Göran; Whitehead, Margaret (1991): Policies and strategies to promote social equity in health. Institute of Futures Studies. Stockholm
- Damm, Lilly; Katzenschläger, Petra; Tatzer, Ernst; Winter, Brigitte (2012a): Handbuch zur Netzwerk-Entwicklung. Für soziale Netzwerke von Helfern und Helfersystemen für Kinder und Jugendliche in psychosozialen Schwierigkeiten. Erste Erfahrungen aus dem Netzwerk Industrieviertel. Teil B des Endberichts MODUL 1. Institut für psychosoziale Medizin, Psychotherapie und Kindheitsforschung der Karl Landsteiner Gesellschaft (Hg.). [Hinterbrühl]; http://www.kindernetzwerk.at/sites/default/files/Handbuch_NW_AKTUELL%2022%206%2012.pdf
- Damm, Lilly; Fliedl, Rainer; Hutter, Hans-Peter (2012b): Interdisziplinäres Netzwerkprojekt zwischen Jugendwohlfahrt, Bildungswesen und Kinder- und Jugendpsychiatrie im Industrieviertel in NÖ. Abstract im Tagungsband der 15. Wissenschaftlichen Tagung der ÖGPH zum Thema Kinder- und Jugendgesundheit. Messen-Planen-Fördern-Steuern, 27. und 28. 9. 2012. Österreichische Gesellschaft für Public Health. St. Pölten

- Department for Education & Department of Health (DfE & DoH) (2011): Supporting Families in the Foundation Years; <http://www.nationalarchives.gov.uk/doc/open-government-licence/> or (20. 2. 2013)
- Department of Health, Social Services and Public Safety (DoHSSPS) (2009): Families Matter: Support in Families in Northern Ireland. Regional Family and Parenting Strategy. Belfast
- Dragano, Nico; Siegrist, Johannes (2009): Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit. In: Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Hg. v. Richter Matthias/ Hurrelmann Klaus. 2. aktualisierte. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 181–194
- Edvardsson, Kristina; Garvare, Rickard; Ivarsson, Anneli; Eurenus, Eva; Mogren, Ingrid; Nyström, Monica (2011): Sustainable practice change: Professionals' experiences with a multisectoral child health promotion programme in Sweden. In: BioMed Central 11:61, 1–12
- Evaluation & Co (2010): Evaluation: „Frühe Hilfen“. Projekt 1713: „Eine Chance für Kinder“ Projekt 1714: „Netzwerk Familie Bezirk Feldkirch“ 1715: „Netzwerk Familie Bezirk Dornbirn“ Projekt 1716: „Babyfon“. Im Auftrag des Amtes der Vorarlberger Landesregierung Abteilung Jugendwohlfahrt und des Fonds Gesundes Österreich [Feldkirch]
- Finsterwald, Monika; Spiel, Georg (2012): Evaluation von interdisziplinären Ambulatorien in der Primärversorgung von Kindern & Jugendlichen mit Entwicklungs- und/oder psychischen Störungen. Ein Erfahrungsbericht für den Zeitraum 2009–2011. 6. Jahrestagung „Politische Kindermedizin“. Klagenfurt, 20. 10. 2012
- Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) (2013): Leitfaden zur Projektförderung des Fonds Gesundes Österreich. Detailinformationen für Antragsteller/innen und Fördernehmer/innen. Stand 1. April 2013. Wien; http://www.fgoe.org/projektfoerderung/Leitfaden/Leitfaden_zur_Projektfoerderung_%20des_FGOe_April2013.pdf
- Fliedel, Rainer (2012): Projekt Kindernetzwerk Industrieviertel. Präsentation im Rahmen eines Workshops der Unterarbeitsgruppe des Österreichischen Strukturplans Gesundheit im September 2012 in Wien; <http://www.goeg.at/de/GOEG-Aktuelles/Integrierte-psychoziale-Versorgung-von-Kindern-und-Jugendlichen.html> (31. 3. 2013)
- Galm, Beate (2006): Was ist im Kontakt mit Familien zu beachten, die Vernachlässigungsstrukturen aufweisen? In: Kindler, Heinz; Lillig, Susanna; Blüml, Herbert; Meysen, Thomas; Werner, Annegret (Hg.) (2006). Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). 53–1 – 53–7. Deutsches Jugendinstitut e.V. München
- Geiger, Harald (o. J.): Frühe Hilfen – Präventionsmodelle mit Zukunft. Frühe Hilfen für Kinder und Familien. Powerpointpräsentation.

- Geiger, Harard; Ellsäßer, Gabriele (2012): Netzwerk Familie. Frühe Hilfen in Vorarlberg – ein vernetztes Angebot zur frühen Unterstützung von Familien. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 2012/160. 876–886. Heidelberg
- Gold, Carola; Lehmann, Frank; Bräunling, Stefan; Kilian, Holger; Koczelnik, Marie-Christin; Nickel, Jennifer; Wehen, Mira (2012a): Gesundes Aufwachen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln
- Gold, Carola; Schmok, Annett; Rühl, Maike; Waldhauer, Julia; Myrciz, Janina (2012b): Übergänge gemeinsam gestalten – für ein gutes und gesundes Aufwachsen. Erfolgreiche Strategien kommunaler Zusammenarbeit zur lebensweltorientierten Prävention und Gesundheitsförderung in Brandenburg. Gesundheit Berlin-Brandenburg. Regionaler Knoten Brandenburg (Hg.). Potsdam
- Gray, R.; Francis, E. (2006): The implications of US experiences with early childhood interventions for the UK Sure Start Programme. Blackwell Publishing Ltd. 2007, 655–663
- Groth, Sylvia; Rappauer, Anita; Stadler-Vida, Michael; Steingruber, Brigitte (2010): MIA Mütter in Aktion. Projekterfahrungen mit der Gesundheitsförderung von schwangeren Frauen und Müttern von Babys in den steirischen Bezirken Liezen und Leibnitz 2007– 2010. Frauengesundheitszentrum (Hg.). Graz
- Haas, Sabine; Gruber, Gabriele; Kerschbaum, Hans; Knaller, Christine; Sax, Gabriele; Türscherl, Elisabeth (2012a). Gesundheitsfolgenabschätzung zum verpflichtenden Kindergartenjahr. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und des Gesundheitsresorts des Landes Steiermark. Wien
- Haas, Sabine; Busch, Martin; Kerschbaum, Johann; Türscherl, Elisabeth; Weigl, Marion (2012b). Health in All Policies am Beispiel der Kinder- und Jugendgesundheit. Ein Überblick über Einflussfaktoren auf die Kinder- und Jugendgesundheit und relevante Policies in den Bereichen Bildung und Soziales. Gesundheit Österreich. Wien
- Haas, Sabine; Breyer, Elisabeth; Knaller, Christine; Weigl, Marion (2013a): Handbuch zur Aufbereitung von Evidenz zu Gesundheitsförderung. Gesundheit Österreich. Wien
- Haas, Sabine; Pammer, Christoph; Weigl, Marion; Winkler, Petra (2013b): Ausgangslage für Frühe Hilfen in Österreich. Ergebnisse der Feldanalyse und der Stakeholder-Workshops. Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur. Wien
- Hafen, Martin (2012): „Better Together“ Prävention durch Frühe Förderung. Präventionstheoretische Verortung der Förderung von Kindern zwischen 0 und 4 Jahren. Graphisch neu gestaltete, inhaltlich unveränderte Version des Schlussberichtes zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit. Luzern: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.

- Hahlweg, Kurt; Heinrichs, Nina (2010): Prävention kindlicher Verhaltensstörung. Wie können Eltern aus sozialen Brennpunkten erreicht werden? In: Henry-Huthmacher & Hoffmann (Hg.) (2010): Wie erreichen wir Eltern? Aus der Praxis für die Praxis. 2. Auflage. Eine Veröffentlichung der Konrad-Adenauer-Stiftung e. V. Berlin
- Hahn, Michael; Sandner, Eva (2012): Kompetenzprofil Familienhebammen. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hg.). Bundesinitiative Frühe Hilfen. Köln
- Halme, Nina; Perälä; Marja-Leena; Laaksonen, Camilla (2010): A systematic Review of the Effectiveness of Collaborative Interventions in Services for Families with under 9 years old Children. Powerpoint Presentation. National Institute for Health and Welfare. Helsinki
- Hallam, Angela (2008): The effectiveness of Interventions to Address Health Inequalities in the Early Years: A Review of Relevant Literature. Health and Community Care. Scottish Government, Health Analytical Service Division;
<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/231209/0063075.pdf> (31. 3. 2013)
- Hämmerle, Barbara; Sann, Alexandra (o. J.) Frühe Hilfen Präventionsmodelle mit Zukunft. Frühe Hilfen für Kinder und Familien. Powerpointpräsentation von Harald Geiger. Folieninhalte übernommen und modifiziert von Barbara Hämmerle, Jugendwohlfahrt Vorarlberg. Alexandra Sann, Nationales Zentrum Frühe Hilfen Deutschland
- Henry-Huthmacher, Christine; Hoffmann, Elisabeth (Hg.) (2010): Wie erreichen wir Eltern? Aus der Praxis für die Praxis. 2. Auflage. Eine Veröffentlichung der Konrad-Adenauer-Stiftung e. V. Berlin; http://www.kas.de/wf/doc/kas_18646-544-1-30.pdf?100121104847
- Hilgers, Heinz; Sandvoss, Uwe; Jasper, Christin M. (o. J.): Von der Verwaltung der Kinderarmut zur frühen umfassenden Hilfe. Das Dormagener Modell: Was es beinhaltet und was man von ihm lernen kann. In: Handbuch Kommunalpolitik;
<http://www.dormagen.de/familiennetzwerk.html> (31. 3. 2013)
- Jané-Llopis, E.; Anderson, P. (2005): Mental Health Promotion and Mental disorder Prevention. A policy for Europe. Radboad. University Nijmegen. Nijmegen
- Jakarta-Erklärung (1997): Die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert. Jakarta
- Jayaratne, Kapila; Kelaher, Margaret; Dunt, David (2010): Child Health Partnerships: a review of program characteristics, outcomes and their relationship. BMC Health Services Research 2010/10, 172
- Keupp, H. (2010): Verwirklichungschancen von Anfang an. Frühe Förderung im 13. Kinder- und Jugendbericht. In: Frühe Hilfen zum gesunden Aufwachsen von Kindern. Interdisziplinäre und intersektorale Zusammenarbeit, Teil 1. Bundesgesundheitsblatt 53/10, 1011-1017

- Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm (2011a): Instrument zur Einschätzung von Belastungsfaktoren und Ressourcen; <https://fruehehilfen-bw.de/course/view.php?id=20> (28. 2. 2013)
- Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm (2011b): Instrumente für die Praxis. Einschätzung von Belastungsfaktoren und Ressourcen; <https://fruehehilfen-bw.de/course/view.php?id=20> (28. 2. 2013)
- Kindler, Heinz; Lillig, Susanna; Blüml, Herbert; Meysen, Thomas; Werner, Annegret (Hg.) (2006): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). Deutsches Jugendinstitut e. V. München
- Kindler, Heinz (2010): Risikoscreening als systematischer Zugang zu Frühen Hilfen. Ein gangbarer Weg? In: Frühe Hilfen zum gesunden Aufwachsen von Kindern. Interdisziplinäre und intersektorale Zusammenarbeit. Teil 1. Bundesgesundheitsblatt 53/10, 1073–1079
- Kindler, Heinz (2011): Risiko- und Schutzfaktoren, Gefährdungseinschätzung. Grundlagentext. Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm; <https://fruehehilfen-bw.de/course/view.php?id=89> (28. 2. 2013)
- Kruppa, Katharina; Nostitz, Anna (2012): Businessplan „Grow Together“ eine Chance für Mütter und ihre Kinder. Psychosoziale Begleitung und Therapie für Familien aus hochbelastetem Umfeld. Wien
- Künster, Anne K.; Knorr, C.; Fegert, J. M.; Ziegenhain, Ute (2010): Soziale Netzwerkanalyse interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung in den Frühen Hilfen. Eine Pilotuntersuchung. In: Bundesgesundheitsblatt (2010): Frühe Hilfen zum gesunden Aufwachsen von Kindern. Interdisziplinäre und intersektorale Zusammenarbeit Teil 2. 53/11, 1134–1142.
- Künster, Anne K.; Thurn, L.; Fischer, D.; Wucher, Alexandra; Kindler, Heinz; Ziegenhain, Ute (2011a): Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz. Rund um die Geburt; <https://fruehehilfen-bw.de/course/view.php?id=89#section-3> (3. 3. 2012)
- Künster, Anne K.; Thurn, L.; Fischer, D.; Wucher, Alexandra; Kindler, Heinz; Ziegenhain, Ute (2011b): Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz. Version für Klein- und Vorschulkinder; <https://fruehehilfen-bw.de/course/view.php?id=89#section-3> (3. 3. 2012)
- Lampert, Thomas; Richter, Matthias (2009): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Gesundheitliche Ungleichheit. Hg. v. Richter Matthias/ Hurrelmann Klaus. 2. aktualisierte. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 209–230
- Landua, Detlef; Arit, Maja; Sann, Alexandra (2009): Ergebnisbericht (1. Teiluntersuchung) zum Projekt „Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen“. Deutsches Institut für Urbanistik GmbH im Auftrag vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen, Deutsches Jugendinstitut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Berlin

- Lange, Ute; Liebald, Christiane (2012): Modelle zur Einbeziehung von (Familien-) Hebammen in Netzwerke früher Hilfen. ISA-Fachkongress Qualitätsentwicklung im Kinderschutz in Nordrhein-Westfalen – Herausforderungen des Kinderschutzgesetzes, 19. 2. 2012, Dortmund
- Lange, Ute; Liebald, Christine (2013): Der Einsatz von Familienhebammen in Netzwerken Früher Hilfen. Leitfaden für Kommunen;
http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/BFH_Leitfaden_Internet.pdf (27. 3. 2013)
- Laucht, Manfred; Esser, Günter; Schmidt, Martin H. (2000): Längsschnittstudie zur Entwicklungs-epidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 29/4, 246–262.
- Laucht, Manfred (2011): Risiko- und Schutzfaktoren in der frühen Kindheit. Präsentation auf der 16. GAIMH Jahrestagung in Wien, 17.–19. Februar 2011;
http://www.gaimh.de/files/downloads/287bb0818802ef02af680af5e4b9ffa0/laucht_gaimh_wien_180211_pr%C3%A4s_sw.pdf (16. 3. 2013)
- Legewie, Heiner; Trojan, Alf (o.J.): Theorie und Forschung zur Gesundheitsförderung. Skriptum der Lehrveranstaltung Gesundheitspsychologie – Gesundheitssoziologie am Institut für Gesundheitswissenschaften an der Technischen Universität Berlin und am Institut für Medizin-Soziologie an der Universität Hamburg. Deutschland
- Lengning, Anke; Zimmermann, Peter (2009): Materialien zu Frühen Hilfen. Expertise. Interventions- und Präventionsmaßnahmen im Bereich Früher Hilfen. Internationaler Forschungsstand, Evaluationsstandards und Empfehlungen für die Umsetzung in Deutschland. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen. Niestetal
- Linderoos, Petra (2010): Internationale Erfahrungen und Modelle. In: Beyer, Brigit, et al. (2010): Bildungs- und Erziehungskontrakte als Instrumente von Schulentwicklung. Bildungsforschung Band 21. 2. unveränderte Auflage. Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hg.); http://www.bmbf.de/pub/bildungsforschung_band_einundzwanzig.pdf (31. 3. 2012)
- Lyssenko, L.; Rottmann, N.; Bengel, J. (2010): Resilienzforschung. Relevanz für Prävention und Gesundheitsförderung. In: Frühe Hilfen zum gesunden Aufwachsen von Kindern. Interdisziplinäre und intersektorale Zusammenarbeit, Teil 1. Bundesgesundheitsblatt 53/10, 1067–1072
- Ludwig Boltzmann Institut Health Technology Assessment (LBI-HTA) (2013): Eltern-Kind-Vorsorge neu. Teil VI: Aufsuchende Hilfen im internationalen Vergleich und Umsetzungsoptionen für Österreich; http://hta.lbg.ac.at/de/projekt_detail.php?iMenuID=66&iProjectID=61 (15. 3. 2013)

- Magistrat der Stadt Wien (o. J.): Familienhebammen;
<http://www.wien.gv.at/gesundheit/beratung-vorsorge/eltern-kind/geburt/familienhebammen.html> (30. 9. 2013)
- Maier-Pfeiffer, Anna; Kurtz, Vivien; Brand, Tilman; Hartmann, Susanne; Jungmann, Tanja (2013): Familien mit Migrationshintergrund als Zielgruppe Früher Hilfen. In: Brand, Tilman; Jungmann, Tanja (Hg.) (2013): Kinder schützen, Familien stärken. Erfahrungen und Empfehlungen für die Ausgestaltung Früher Hilfen aus der „Pro Kind“-Praxis und -Forschung. Edition Sozial. Hemsbach
- Markom, Angelika (2012): Evaluierung des Pilotinnen-Projekts „Kostenlose Schwangerenbetreuung durch Hebammen“. Referat bei der Fachtagung Schwangerenbetreuung bringt's! Was Frauen brauchen und Helfer/innen leisten können. Wien, 19. 11. 2012
- Marmot Review (2010): Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post 2010. London
- Mattern, Elke; Lange, Ute (2012): Die Rolle der Familienhebammen im System der Frühen Hilfen. In: Deutsche Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft (Initiative gegen frühkindliche Deprivation) e. V. (Hg.). (2012): Frühe Hilfen. Gesundes Aufwachsen ermöglichen. Frühe Kindheit die ersten sechs Jahre. 14/2012
- Mayring, Philipp (2000): Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Beltz Studium. 5. Auflage, Weinheim und Basel
- Meier-Gräwe, Uta; Wagenknecht, Inga (2011): Kosten und Nutzen Früher Hilfen. Expertise. Materialien zu Frühen Hilfen 4. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen;
<http://www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/forschung/> (31. 3. 2013)
- Mejdoubi, Jamila; Heijkant, van den Silvia; Stuijf, Ell; Leerdam, van Fran; HiraSing, Remy; Crijnen, Alfons (2011): Addressing risk factors for child abuse among high risk pregnant women: design of a randomized controlled trial of the nurse family partnership in Dutch preventive health care. In: BioMed Central Public Health 11:823, 1–9
- Melzer, Grete (2013): Eltern-Kind-Modell-Korneuburg. Die Kinderkrankenschwester als wichtige Bezugsperson in der medizinischen Primärvorsorgung. Pädiatrie & Pädologie 48/2013. Supplement 1. 77–84. Springer Verlag. Heidelberg
- Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen (MFKJKS) (o. J.): Projekt „Familienzentrum Nordrhein-Westfalen“;
<http://www.familienzentrum.nrw.de/landesprojekt.html> (21. 3. 2013)
- Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen (MFKJKS) (2011): Gütesiegel Familienzentrum Nordrhein-Westfalen;
<http://www.familienzentrum.nrw.de/publikationen.html> (21. 3. 2013)

- Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein–Westfalen (MGFFI) (2009): Familienzentren in Nordrhein–Westfalen – Neue Zukunftsperspektiven für Kinder und Eltern. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung im Überblick; <http://www.familienzentrum.nrw.de/publikationen.html> (21. 3. 2013)
- Möllmann, Andrea; Dobberstein, Danielle; Seybold, Franziska; Haldenwang von, Ulrike, Geene, Raimund, Amler, Marlon (o.J.): Gesundheitsförderung und Prävention rund um die Geburt. Ein integrierter Handlungsleitfaden. Gesundheit Berlin–Brandenburg e. V. Regionaler Knoten Berlin (Hg.). Berlin
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2012): Social and emotional well-being: early years. NICE public health guidance 40. Issued October 2012; <http://guidance.nice.org.uk/PH40> (31. 3. 2013)
- Nederlands Jeugd Instituut (2010): Youth and Family Centres in The Netherlands. Utrecht; <http://www.youthpolicy.nl/yp/Youth-Policy/Publications-of-the-Netherlands-Youth-Institute/Youth-and-Family-Centres-in-The-Netherlands> (21. 3. 2012)
- Netzwerk Familie (2012): Netzwerk Familie im Jahr 2011. Geschäftsbericht. Dornbirn
- Netzwerk Familie (2013): Zuweisungsblatt. Instrument. Dornbirn
- Netzwerk Lebensbeginn St. Virgil (2008): Positionspapier: Netzwerk für interdisziplinäre Gesundheitsförderung rund um Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit; http://www.virgil.at/fileadmin/user_upload/downloads/Positionspapier_St_virgil_v0_ml_151208_1__02.pdf (31. 3. 2013)
- Netzwerk Lebensbeginn St. Virgil (2013): Achtsam von Anfang an. Qualitätsstandards in Einrichtungen für Familien rund um Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit; http://www.virgil.at/fileadmin/user_upload/downloads/Qualitaetsstandards_in_Einrichtungen_fuer_Familien_Bericht_BMFWFJ_Jaenner_2013_web_v0_01.pdf (31. 3. 2013)
- Netzwerk rund um die Geburt (o. J.): Projekte. Berlin; http://www.netzwerk-rund-um-die-geburt.de/rund_um_die_geburt_projekte.php (17. 3. 2013)
- Oberösterreichischer Gesundheitsfonds (o. J.): Reformpoolprojekte; <http://www.ooegesundheitsfonds.at/index.php/wirueberuns/reformpool/80-projekte> (31. 3. 2013)
- Paul, Mechthild (2012): Kinder- und Jugendgesundheit fördern. Frühe Hilfe – Frühzeitige, niedrigschwellige Hilfen für belastete Familien. Foliensatz zum Plenarvortrag bei der Tagung Kinder- und Jugendgesundheit – Messen–Planen–Fördern–Steuern der österreichischen Gesellschaft für Public Health. 28. September 2012. St. Pölten.

- Petition Online (2013): „Es soll Finnisches Neuvola-System für die durchgehende Betreuung von Eltern und Kindern ab der Schwangerschaft und bis zur Einschulung geben“;
<http://www.petitiononline.de/petition/finnisches-neuolasystem-fuer-die-durchgehende-betreuung-von-eltern-und-kindern-ab-der-schwangerschaft-und-bis-zur-einschulung/561> (28. 3. 2013)
- Pfeifle, Bruno (2006): Wo sind die „Löcher“ im (Kooperations-)System aus Sicht der Jugendhilfe?
 In: Jessen, Dörte (2006): Dokumentation der Fachtagung in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (DGSPJ), der Bundesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrischer Zentren sowie dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. Verein für Kommunalwissenschaften e. V. (Hg.), 55-62. Berlin
- pro mente: kinder jugend familie GmbH (2011): Jahresbericht 2011. Klagenfurt
- Pruckner, Franziska; Özlü, Zeliha (2012): Ein Baby kommt und noch viel mehr ... spezielle Themen in der Beratung türkisch-sprachiger (werdender) Mütter- Erfahrungsberichte aus der FEM-Elternambulanz. Tonbandaufzeichnung des Referats bei der Fachkonferenz Baby an Bord. Mütter über Bord? Gesundheitliche und psychosoziale Herausforderungen von Schwangerschaft und Geburt. Wien, 17. 09. 2012
- Refle, Margot (2010): Zugang zu sozial benachteiligten Eltern. Das Landesprojekt Pro Kind-Sachsen. In: Henry-Huthmacher & Hoffmann (Hg.) (2010): Wie erreichen wir Eltern? Aus der Praxis für die Praxis. 2. Auflage. Eine Veröffentlichung der Konrad-Adenauer-Stiftung e. V. Berlin
- Reiter, Andrea (2012): „Gesundheit kommt nachhause – Mehr Wissen hilft!“ Interkulturelles Programm zur Förderung von Health Literacy und gesundheitlicher Chancengleichheit für Migrantinnen mit niedrigem SES und Training für Multiplikatorinnen aus der Zielgruppe. Endbericht der Evaluierung. Wien
- Renner, Ilona (2010): Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems. Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Früher Hilfen. In: Bundesgesundheitsblatt (2010): Frühe Hilfen zum gesunden Aufwachsen von Kindern. Interdisziplinäre und intersektorale Zusammenarbeit Teil 2. 53/11, 1048-1055.
- Renner, Ilona (2008): Frühe Hilfen. Modellprojekte in den Ländern. Hg. v. Nationalen Zentrum Frühe Hilfen c/o Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Meckenheim
- Renner, Ilona; Heimeshoff, Viola (2010): Modellprojekte in den Ländern. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung. Hrsg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen. Köln
- Richter-Kornweitz, Antje (2012): Resilienzförderung bei Kindern und Jugendlichen. In: Gold et al. (2012): Gesundes Aufwachen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln

- Sann, Alexandra (2010): Materialien zu Frühen Hilfen. Bestandsaufnahme Kommunale Praxis früher Hilfen in Deutschland Teiluntersuchung 1: Kooperationsformen. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hg.). Bramsche
- Sann, Alexandra (2011): Bestandsaufnahme zur Entwicklung der kommunalen Praxis im Bereich Früher Hilfen. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hg.). Zweite Teiluntersuchung. Köln
- Sann, Alexandra (2012): Auf dem Weg zu mehr Prävention. Systeme Früher Hilfen und Förderung in den Kommunen. In: Deutsche Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft (Initiative gegen frühkindliche Deprivation) e. V.(Hg.). (2012): Frühe Hilfen. Gesundes Aufwachsen ermöglichen. Frühe Kindheit die ersten sechs Jahre. 14/2012, 50–55
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Bonn
- Sagerschnig, Sophie; Anzenberger, Judith; Kern, Daniela; Valady, Sonja (2012): Psychosoziale Planungs- und Versorgungskonzepte für Kinder und Jugendliche im internationalen Vergleich. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Im Auftrag der Bundesgesundheitskommission. Wien
- Sloper, P.: (2004): Facilitators and barriers for co-ordinated multi-agency services. In: Blackwell Synergy: Child: Care, Health and Development 30/6, 571–580
- Stadt Wien (o. J.): Netzwerk Postpartale Depression; http://www.frauengesundheit-wien.at/projekte/aktuelle_projekte/themen/schwangerschaft/netzwerk_ppd.html (31. 3. 2013)
- Spieckermann, Holger; Schubert, Herbert (2009): Arbeitshilfen zur Entwicklung und Steuerung von Netzwerken Früher Förderung. Ein Modellprojekt des LVR-Landesjugendamtes Rheinland. Landschaftsverband Reihnland (Hg.) in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule Köln. Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften. Köln
- Ståhl, Timo; Wismar, Matthias; Ollila, Eeva; Lahtinen, Eero; Leppo, Kimmo (2006): Health in All Policies. Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health. Finnland
- Statistik Austria (2012): Geburten 2011 mit –0,8 % leicht im Minus; nur zwei Bundesländer verzeichnen Geburtenplus. Pressemitteilung; http://www.statistik.at/web_de/presse/061738 (31. 03. 2013)

- Stegeman, Ingrid; Costongs, Caroline (2012): The Right Start to a Healthy Life Levelling-up the Health Gradient Among Children, Young People and Families in the European Union – What Works?. EuroHealthNet. Brüssel
- Summesberger, Nadja (2012): Erfolgsfaktoren intersektoraler Kooperation. Am Beispiel des Programms „Frühe Hilfen“ in Vorarlberg. Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Public Health. Dornbirn
- Thaiss, H.; Klein, R.; Schumann, E.C.; Ellsäßer, G.; Breitkopf, H.; Reinecke, H.; Zimmermann, E. (2010): Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz. Erste Erfahrungen der Länder bei der Implementation appellativer Verfahren. In: Frühe Hilfen zum gesunden Aufwachsen von Kindern. Interdisziplinäre und intersektorale Zusammenarbeit , Teil 1. Bundesgesundheitsblatt 53/10. 1029–1047
- Thyen, Ute (2012): Der Beitrag Früher Hilfen zu früher Förderung und Bildung von Kindern. In: deutsche Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft (Initiative gegen frühkindliche Deprivation) e. V.(Hg.). (2012): Frühe Hilfen. Gesundes Aufwachsen ermöglichen. Frühe Kindheit die ersten sechs Jahre. 14/2012.
- Trzeszkowski, Gerd (2010): Willkommen – Netzwerk für Familien. Das Dormagener Modell „Willkommen im Leben“. In: Henry-Huthmacher & Hoffmann (Hg.) (2010): Wie erreichen wir Eltern? Aus der Praxis für die Praxis. 2. Auflage. Eine Veröffentlichung der Konrad-Adenauer-Stiftung e. V. Berlin
- Universität Ulm (o. J.): E-Learning-Kurs „Frühe Hilfen und frühe Interventionen im Kinderschutz“; <https://fruehehilfen-bw.de/login/index.php> (31. 3. 2012)
- Volkshilfe Wien (2012): MiMi-Gesundheitsprojekt: Mit MigrantInnen für MigrantInnen“ – Interkulturelle GesundheitslotsInnen in Wien. Programmflyer. Wien
- Vernetzungstreffen Vorsorgemittel (2012): Vernetzungstreffen Vorsorgemittel Ernährung 2011–2013, 8. Juni 2012. ZOOM Kindermuseum. Wien
- WHO (1946): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation; www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf (10. 3. 2013)
- WHO (1986): Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung; www.fgoe.org/hidden/downloads/Ottawa_Charta.pdf (10. 3. 2013)
- Werner, Alexandra (2010): NETZWERK FAMILIE für die Bezirke Dornbirn und Feldkirch. Endbericht 2009. Netzwerk Familie. [unveröffentlicht]
- Wernisch-Pozewaunig, Christine; Finsterwald, Monika; Spiel, Georg (2010): Evaluation bei pro mente: kinder jugend familie am Beispiel der Mini-Ambulatorien in Kärnten. In: Pädiatrie & Pädologie. 2/2010. Springer-Verlag. Heidelberg

- Winkler, Roman; Erdos, Judit; Wimmer, Bernd; Piso, Brigitte (2012): Eltern-Kind-Vorsorge neu. Teil VI: Aufsuchende Hilfen im Rahmen von Schwangeren-/Eltern-Kind-Programmen. HTA-Projektbericht Nr. 053. Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment. Wien
- Williams, Anne (2010): Family Policies that work best for Children. Fighting child poverty & promoting child well-being. The Family and Parenting Support Thematic Working Group Study Visit to Sweden and Denmark on 26-30 April 2010. Eurochild. Brüssel
- Wucher, Alexandra (2010): Kindeswohlgefährdung und deren Risikofaktoren. Entwicklung und Anwendung eines Instrumentes zur zielgenauen Frühwarnung, Frühförderung und Prävention in Kinderbetreuungseinrichtungen in Vorarlberg. Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Public Health. Bregenz
- Ziegenhain, Ute; Fegert, Jörg M.; Ostler, Teresa; Bucheim, Anna (2007): Risikoeinschätzung bei Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung im Säuglings- und Kleinkindalter – Chancen früher beziehungsorientierte Diagnostik. Praxis Kinderpsychologie Kinderpsychiatrie 56/2007, 410-428.
- Ziegenhain, Ute; Schöllhorn, Angelika; Künstler, Anne K.; Hofer, Alexandra; König, Cornelia; Fegert, Jörg M. (2010): Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben. Werkbuch Vernetzung. Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hg). Niestetal
- Zsivkovits, Regina (2012): WEM bringt sie WAS, die Schwangerenbetreuung durch Hebammen? Hebammenzentrum Verein freier Hebammen. Zusammenfassung des Vortrags auf der Fachtagung Schwangerenbetreuung bringt's! Was Frauen brauchen und Helfer/innen leisten können. Wien, am 19. 11. 2012