

„Guter Start ins Kinderleben“ – Hearing Baden-Württemberg

Vorhaben

Auf Initiative des Landes Baden-Württemberg und in Kooperation mit den Ländern Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen wurde das **Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“** konzipiert. Projektbeginn ist November 2006. Ziel des Projektes ist es, belastete Eltern, wie etwa sehr junge und allein erziehende Mütter, früh zu unterstützen. Für eine optimale Unterstützung und Versorgung werden interdisziplinäre Kooperationsformen und Vernetzungsstrukturen erprobt und entwickelt. Dies geschieht an je **zwei Modellstandorten pro Bundesland, und zwar jeweils an einem städtischen und einem ländlichen Modellstandort**. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wird die Evaluation des Modellprojektes fördern. Das Projekt wird von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm durchgeführt. Das Deutsche Institut für Jugendhilfe und Familienrecht, Heidelberg, wird relevante sozial- und datenschutzrechtliche Aspekte erarbeiten.

Das Modellprojekt wird ausdrücklich im gemeinsamen Diskussions- und Abstimmungsprozess zwischen Praxis und Forschung durchgeführt. Nur so lassen sich tragfähige und nachhaltige Veränderungen umsetzen. Die Entwicklung der interdisziplinären Kooperations- und Vernetzungsstrukturen sowie die Wirksamkeit der frühen Förderung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen wird evaluiert.

Zwei Grundgedanken bilden die Projektbasis: (1) **Frühe Förderung und Stärkung der Beziehungs- und Erziehungskompetenzen von Eltern ist wirksame Prävention von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung** und (2) **zu wirksamem Kinderschutz gehören klar geregelte Verfahrenswege und Zuständigkeiten**.

Aufsuchende Interventionsangebote

Für belastete Familien mit Säuglingen und Kleinkindern wird ein aufsuchendes Interventionsangebot, die Entwicklungspsychologische Beratung, vorgehalten, das

sie beim Aufbau einer positiven und entwicklungsfördernden Beziehung mit ihrem Baby unterstützt und ihr feinfühliges Verhalten fördert. Das Angebot ist erprobt und evaluiert. Es lässt sich gut mit anderen Angeboten der Jugendhilfe verbinden. Auch Eltern in belastenden Lebensbedingungen nehmen Unterstützung beim Beziehungsaufbau und im Umgang mit dem Säugling gut an und akzeptieren Hilfe, wenn sie frühzeitig angeboten wird. Als „nicht-moralisierendes“ Vorgehen hat sich dabei besonders die Anwendung von Videotechnik bewährt.

Die Forschung belegt die Wirksamkeit von frühen aufsuchenden Angeboten, die Eltern gezielt in ihren Erziehungs- und Beziehungskompetenzen ansprechen. Sie müssen aber in einen breiteren Unterstützungskontext eingebunden werden. Deshalb werden diese frühen Unterstützungsangebote systematisch mit vorhandenen Angeboten von Jugendhilfe und von Gesundheitshilfe koordiniert.

Vernetzung und gemeinsame Sprache

Es werden interdisziplinäre Kooperationsformen erprobt und Vernetzungsstrukturen entwickelt. Diese sollen ausdrücklich auf bestehenden Regelstrukturen aufbauen und in bestehende Regelstrukturen eingebunden werden. Die Forschung in anderen Ländern zeigt, dass neue Helfernetze oder neue und parallele Modelle keine Qualitätssteigerung, wohl aber neue Kosten und Vernetzungsprobleme nach sich ziehen. Es ist ausdrückliches Anliegen, das Rad nicht neu zu erfinden, sondern bestehende Versorgungsstrukturen zu verbessern und gegebenenfalls zu ergänzen.

Zwischen interdisziplinären Fachkräften und Institutionen werden klare Zuständigkeiten vereinbart und verbindliche Verfahrenswege festgelegt. Jeweils regional werden im Rahmen eines „runden Tisches“ mit Fachkräften aus unterschiedlichen Berufsgruppen und Institutionen eine Bestandsaufnahme bestehender Angebote und Kooperationen erarbeitet und es wird eine gemeinsame Planung entwickelt.

Als Bestandteil dieser Aushandlungs- und Abstimmungsprozesses wird eine „**gemeinsame Sprache**“ entwickelt. Gegenseitige Unkenntnis über die Aufgabenbereiche und Grenzen des Vorgehens der jeweils anderen Disziplin führt zu erheblichen Reibungsverlusten. Daher wird ein **Glossar** über die interdisziplinären Zugangsweisen und Definitionen erstellt.

Es werden außerdem die **sozialrechtlichen und datenschutzrechtlichen Grundlagen** analysiert, wie sie in unterschiedlichen Gesetzbüchern festgeschrieben sind. Lösungsvorschläge zur optimalen Nutzung der vorhandenen gesetzlichen Möglichkeiten und gegebenenfalls zur Mobilisierung bisher nicht genutzter Ressourcen werden erarbeitet. Dies ist auch deshalb notwendig, um Doppelfinanzierungen zu vermeiden.

Risikoeinschätzung

Gefährdungen von Kindern lassen sich mit Verfahren zur Identifizierung von Risiken zunehmend präziser einschätzen. Sie sind Vorgehensweisen nachweislich überlegen, die allein auf klinischen Risikoeinschätzungen beruhen. Eine standardisierte und verbindliche Diagnostik, die auf wissenschaftlichen Rahmenvorgaben beruht, verbessert die Qualität der täglichen praktischen Arbeit beträchtlich. Daher wird ein **Inventar zur Risikoabschätzung** bei Vernachlässigung und Misshandlung erarbeitet und abgestimmt, das auf dem derzeitigen Forschungs- und Erfahrungsstand basiert.

Umsetzung des § 8a SGB VIII

Die eingangs erwähnte Betonung klar geregelter Verfahrenswege und Zuständigkeiten versucht der neuen Formulierung des § 8a Kinder- und Jugendhilfegesetz, SGB VIII systematisch gerecht zu werden. Die Vorschrift verdeutlicht, dass auch die freien Träger der Jugendhilfe an dieser Aufgabe zu beteiligen sind. Dabei hat das Jugendamt die Verantwortung dafür, dass in Vereinbarungen mit den Trägern von Einrichtungen, die Leistungen nach dem SGB VIII erbringen, sichergestellt wird, dass deren Fachkräfte den Schutzauftrag in entsprechender Weise wahrnehmen.

Mit Hilfe der runden Tische an den Modellstandorten sollen die vorhandenen Strukturen zur Versorgung und Unterstützung von Säuglingen und Kleinkindern besser vernetzt, aufsuchende Interventionen etabliert und Verfahrenswege verbindlich geregelt werden. Eine - insbesondere interdisziplinäre – Risikoabschätzung nach §8a SGB VIII wird so erleichtert.

Insbesondere für gefährdete Säuglinge und Kleinkinder ist ein solcher gesetzlicher Auftrag zur verbindlichen Zusammenarbeit zentral. Die Gefahr von Misshandlung und Vernachlässigung ist in den ersten fünf Lebensjahren am größten. Im ersten Lebensjahr sterben mehr Kinder in der Folge von Vernachlässigung und

Misshandlung als in jedem späteren Alter. Gerade im Säuglings- und Kleinkindalter finden sich abrupte Übergänge von dezenten Hinweisen bis zur akuten Gefährdung. Insofern soll hier ein Schwerpunkt gelegt werden.

Risikogruppen

Die verbesserte Vernetzungs- und Angebotsstruktur soll exemplarisch anhand der Gruppe jugendlicher Mütter bzw. junger Mütter und ihrer Kinder etabliert und erprobt werden. Wegen ihrer vielfältigen Belastungen und der damit verbundenen häufigen Inanspruchnahme vielfältiger interdisziplinärer Hilfeangebote stellen sie eine gut beschreibbare Risikogruppe dar.

Um aber auch besondere (risikogruppen)spezifische Bedarfe herauszuarbeiten, werden darüber hinaus Säuglinge und Kleinkinder mit psychisch kranken Müttern einbezogen, die bekanntermaßen ebenfalls eine Risikogruppe darstellen.

Projekttablauf

Das Projekt gliedert sich in eine sechsmonatige Pilotphase (November 2006 – April 2007) und eine 20-monatige Hauptphase (Mai 2007 – Dezember 2008).

Die Pilotphase dient der Vorbereitung wesentlicher Aspekte und Grundlagen für die Hauptphase. Dazu zählt

- a) die Auswahl der Modellstandorte (ein ländlicher und ein städtischer Modellstandort),
- b) die Erstellung eines Glossars über die interdisziplinären Zugeweisen und Definitionen,
- c) ein Risikoinventar, das neben empirisch geprüften Risikofaktoren auch Resilienzfaktoren einbezieht, sowie
- d) eine sozial- und datenschutzrechtliche Analyse zur Vorbereitung einer nachhaltigen und ressortübergreifenden Vernetzung.

In der folgenden 20-monatigen Hauptphase werden

- a) runde Tische zur Entwicklung und Etablierung von ressort- und disziplin-übergreifenden Versorgungskonzepten eingerichtet,

- b) Weiterbildungskurse für Mitarbeiter an den Modellstandorten in der Entwicklungspsychologischer Beratung durchgeführt,
- c) eine Kosten-Nutzen-Analyse erstellt und
- d) Angebots- und Vernetzungsstrukturen in den Modellstandorten eingeführt.

Diese Implementierungsphase wird von einem wissenschaftlichen Beirat begleitet, der sich aus Vertretern des Ministeriums, aus Rechts-, Jugend- und Gesundheitsexperten sowie Vertretern der runden Tische zusammensetzt.

Ergebnis dieses Prozesses ist ein **Vernetzungshandbuch**. Es ist als Handreichung für die Praxis gedacht. Dieses beinhaltet

- a) Empfehlungen für die Entwicklung und Etablierung von ressort- und disziplinübergreifenden Versorgungskonzepten,
- b) die sozial- und datenschutzrechtlich relevanten Aspekte einer effizienten Vernetzung ebenso wie
- c) die Ergebnisse der Kosten-Nutzen-Analyse über die ökonomischen Auswirkungen nach Implementierung einer interdisziplinären Vernetzungsstruktur.

Evaluation

Damit ein solches Projekt seine Breitenwirkung entfalten kann, ist eine Evaluation sowohl der qualitativen Verständigungs- und Vernetzungsprozesse als auch der Auswirkungen auf das Auftreten von Vernachlässigung/Misshandlung bei den Kindern zwingend. Ziel der Evaluation in der Hauptphase ist es daher primär zu prüfen, inwieweit sich die Häufigkeit und der Schweregrad des Auftretens von Vernachlässigung/Misshandlung von Säuglingen und Kleinkindern unter dem dargestellten Versorgungskonzept in Vergleich zum herkömmlichen Vorgehen in der Jugendhilfe verbessert. Wie oben beschrieben wird die Qualität der Vernetzung an der Gruppe jugendlicher Mütter bzw. junger Mütter und ihrer Kinder und an Säuglingen und Kleinkindern mit psychisch kranken Müttern untersucht.

Diese Familien werden zu Beginn des Kontaktes (Pre-Test) und sechs Monate danach (Post-Test) untersucht, sowie nach zwölf Monaten (Ein-Jahres-Katamnese) und zum Schuleintritt der Kinder (Katamnese zum Schuleintritt).

Erwartungen an die Modellstandorte

Von den teilnehmenden Städten bzw. Landkreisen wird eine Bereitschaft zur Kooperation und Vernetzung erwartet, d.h. die konstruktive Teilnahme von Vertretern unterschiedlicher Bereiche (Gesundheitsamt, Jugendamt, niedergelassene Pädiater, freie Träger der Jugendhilfe, Hebammen, Erwachsenenpsychiater, Ärzte mit Schwerpunktpraxen Sucht, u.a.m.) an den oben genannten „Runden Tischen“ und die Bereitschaft, gemeinsam verbindliche Verfahrenswege zu vereinbaren.

In Baden-Württemberg ist es vorgesehen, die Vernetzungsstrukturen in Arbeitskreisen gemäß § 78 SGB VIII zu gestalten. Dabei lässt sich an bestehende kreisbezogene Hilfesysteme anknüpfen, die für den Umgang mit misshandelten Kindern eingerichtet wurden.

Darüber hinaus wird von „fallführenden“ Mitarbeitern aus der Region die Teilnahme am Fortbildungscurriculum „Entwicklungspsychologische Beratung“ erwartet, sowie das Vorhalten dieses Beratungsangebots für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern in der Region nach Abschluss der Ausbildung.

Vorteile für die Modellstandorte

An den Modellstandorten werden eine verbesserte Vernetzungs- und Angebotsstruktur für die Versorgung junger Eltern und gefährdeter Kinder sowie geregelte Verfahrenswege bei (drohender) Kindeswohlgefährdung etabliert. Diese Struktur wird dauerhaft über die Projektlaufzeit hinaus eingeführt.

Eine qualifizierte Weiterbildung in der Entwicklungspsychologischen Beratung wird kostenlos für Fachkräfte vor Ort angeboten. Dabei wird vorausgesetzt und über eine Verpflichtungserklärung festgelegt, dass die ausgebildeten Fachkräfte den Beratungsansatz auch über die Projektlaufzeit hinaus anwenden werden.

Es wird eine kritische und konstruktive Beratung und Begleitung durch einen interdisziplinären Beirat angeboten.

Fragenkatalog

Für die Auswahl der Modellstandorte werden folgende Angaben schriftlich benötigt:

- 1) verbindliche Absichtserklärung der Leitungsebene (Dezernenten bzw. Bürgermeister) über Teilnahme
- 2) Bestellung eines verbindlichen Ansprechpartners und Koordinators vor Ort
- 3) Bestätigung der Kooperationsbereitschaft der Leitungen von Jugendhilfe und Gesundheitswesen
- 4) Liste der zu einer Mitwirkung am Modellprojekt bereiten Kooperationspartner vor Ort ((von den hier genannten Institutionen wird im Falle der Auswahl als Modellstandort eine verbindliche Zusammenarbeit erwartet, d.h. jeweils ein Vertreter der genannten Institutionen sollte an den Runden Tischen teilnehmen)
- 5) Anzahl jugendlicher Mütter, Anzahl der Geburten jugendlicher Mütter und Anzahl Mütter mit psychiatrischen Erkrankungen derzeit im Landkreis / in der Stadt
- 6) Kurzbeschreibung zum Versorgungssystem für Säuglinge und Kleinkinder vor Ort (Vorleistungen und/oder spezielle Probleme in der Versorgung, die begründen, warum das Projekt in dieser Region stattfinden soll)

Weiteres Verfahren

Interessierte Stadtkreise und Landkreise können ihre Interessebekundungen an einer Teilnahme am Modellprojekt dem Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg bis spätestens 17. November 2006 übermitteln. Interessebekundungen, die im Fragenkatalog erbetenen Angaben sowie eventuelle Anlagen werden per E-Mail erbeten an: Poststelle@sm.bwl.de .

Die interessierten Stadtkreise und Landkreise werden gebeten, ihre jeweiligen Vorhaben im Rahmen eines Hearings am 29.November 2006 in Ulm vorzustellen. Sie erhalten hierfür eine gesonderte Einladung.

Rückfragen können gerichtet werden an das Referat Politik für Kinder im Ministerium für Arbeit und Soziales (Walter Engelhardt 0711- 123 3512 und Angela Müller 0711- 123 3697).